อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

พนัชญา ขันติจิตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

.....

นางพนัชญา ขันติจิตร

ผู้ศึกษา

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

อาจารย์ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธ์ภักดี, พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2555

พนัชญา ขันติจิตร
.....
นางพนัชญา ขันติจิตร
ผู้ศึกษา

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธีรนุช ห้านิรัติศัย,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ,
Ph.D.(Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อาจารย์ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,
พ.บ., ว.ว. สูติ-นรีเวชวิทยา
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา

กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ พญ.จีระนาถ ศรีวรมาศ, อ.ดร.นุสรา ประเสริฐศรี และคุณ อัญชิษฐา เครือเง้า ที่ได้ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ที่อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และที่สำคัญคือ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และบุคลากรทุกท่าน ที่ให้โอกาสในการลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณรุ่นเพื่อนร่วมรุ่นรหัส 53 ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจที่ตลอดการศึกษา และขอขอบคุณคุณศิริรัตน์ ปั่นโพชา ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ของผู้วิจัยและคุณแม่ของสามี ที่เป็นกำลังใจและให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และที่สำคัญที่สุด คือ คุณพิเศษ ขันติจิตร ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง เป็นผู้ร่วมทุกข์ร่วมสุข แก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนในทุกๆด้าน แก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา

พนัชญา ขันติจิตร

Copyright by Mahidol University

อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

PRURITUS, MANAGEMENT STRATEGIES AND OUTCOMES AS PERCEIVED BY PERSONS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

พนัชญา ขันติจิตร 5337095 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, พย.ด., บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, Ph.D.(NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตามรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มีอาการคันตามผิวหนัง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2555 โดยใช้เครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินคุณลักษณะ ความรุนแรง และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนัง 3) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง และผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) มีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก และมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่มากที่สุด (เฉลี่ย 2.46 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน) กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อจัดการกับอาการคันตามผิวหนังมากที่สุด คือ การช่วยเหลือตนเองด้วยวิธีเกาตามผิวหนังบริเวณที่คัน (ร้อยละ 100) กลวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

ผลการศึกษานี้ ใช้เป็นข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง โดยพยาบาลควรมีการประเมินอาการ หาวิธีจัดการกับอาการ และวางแผนการพยาบาล เพื่อลดอาการคันตามผิวหนังที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : คัน / อาการคันตามผิวหนัง / ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี / การจัดการอาการ

160 หน้า

Copyright by Mahidol University

PRURITUS, MANAGEMENT STRATEGIES AND OUTCOMES AS PERCEIVED BY PERSONS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

PHANATCHAYA KHANTICHITR 5337095 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NIROBOL KANOGSUNTHORNRAT, Ph.D. (NURSING), BUALUANG SUMDAENGRIT, Ph.D. (NURSING).

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to investigate pruritus, management strategies and outcomes as perceived by persons with cholangiocarcinoma based on the Symptom Management Model (Dodd et al, 2001). The study focused on 90 cases of cholangiocarcinoma patients with pruritic who were treated at Sappasitthiprasong Hospital. Data collection commenced from April to June 2012. Data were collected from the sample's response to three questionnaires: 1) personal and illness data 2) symptom experiences: characteristics, severity and interferences of pruritus 3) symptom management strategies and outcomes. The data were analyzed as frequency, percentage and means.

The results showed that severity of pruritus in most patients with cholangiocarcinoma (50%) was at the highest level. The highest interference of pruritus against patient’s life was choosing clothes to wear (with an average value of 2.46 out of 3) The most common management strategy was scratching an itchy area (100%). The majority of patients managed their pruritus in their own way. But modern medicines and following doctor's treatment plans were the most effective strategies.

The result of this study can be used as data for the treatment for cholangiocarcinoma patients with pruritic skin. Thus nurses should evaluate symptoms, find out how to manage symptoms and make a nursing plan to reduce pruritus effectively.

KEY WORDS: ITCHING/ PRURITUS/ CHOLANGIOCARCINOMA/ SYMPTOM MANAGEMENT

160 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย	**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**จ**
สารบัญตาราง	**ซ**
สารบัญรูปภาพ	**ฌ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	**8**
โรคมะเร็งท่อน้ำดี	8
ชนิดของอาการคันตามผิวหนัง	18
กลไกการเกิดอาการคันตามผิวหนังจากมะเร็งท่อน้ำดี	20
ผลกระทบของอาการคันตามผิวหนัง	24
การจัดการอาการคันตามผิวหนัง	26
รูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	**41**
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
สถานที่เก็บข้อมูล	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	76
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	80
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	95
บรรณานุกรม	112
ภาคผนวก	126
ประวัติผู้วิจัย	160

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	51
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย	53
4.3	ค่าเฉลี่ย พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ และร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลการตรวจผิดปกติ	54
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะอาการคัน	56
4.5	แสดงกลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง	61

Copyright by Mahidol University

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย ดัดแปลงจากโมเดลการจัดการอาการของดอดด์	5
2.1	การแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับของบิสมัท	11
2.2	การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ	13
2.3	การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ	14
2.4	การแบ่งชนิดของอาการคันตามผิวหนังโดย International Forum for the Study of Itch (IFSI)	20
2.5	แผนภูมิขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดีโดยทไวครอสและคณะ	32
2.6	แผนภูมิขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดีน้ำดีโดยเมลาและคณะ	33
2.7	แบบจำลองแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ	38
4.1	กราฟแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังรายด้านต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	59

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยเฉพาะมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีอัตราการเกิด 38.6 ราย และ 14.6 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ในประชากรชาย และประชากรหญิงตามลำดับ (Khuhaprema, Srivatanakul, Attasara, & Sriplung, 2010) โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดในประเทศ และเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และสลักจิต ศรีมงคล, 2548) ซึ่งอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกไม่ปรากฏชัดเจน มักปรากฏอาการในระยะท้ายของโรค (วรยา มั่นประเสริฐ, นุจรี ประทีปะวาณิช จอห์นส, เอื้อมแข สุขประเสริฐ, จตุรัตน์ กันต์พิทยา, ธิติ วีระปรียากูร, และปาริชาต พงษ์ไทย, 2552). ปัจจุบันยังไม่พบอาการบ่งชี้ ที่ชัดเจนของมะเร็งท่อน้ำดี และไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะเจาะจงต่อมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรก จึงเป็นข้อจำกัดของการวินิจฉัยและการรักษา (Meza-Junco, Montano-Loza, Ma, Wong, Sawyer & Bain, 2010)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้เกิดการคั่งของน้ำดี มีการท้นกลับของน้ำดีและสารคัดหลั่งต่างๆในทางเดินน้ำดีไปยังระบบไหลเวียนเลือด และมีการตกค้างตามเนื้อเยื่อของร่างกาย ก่อให้เกิดอาการต่างๆขึ้น (วิชิต วิริยะโรจน์, 2553) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมักมาพบแพทย์ในขณะที่โรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ทั้งหมด ส่วนใหญ่จึงทำได้เพียงการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดีให้หมดไปได้ อาการต่างๆของโรคจึงยังคงอยู่ และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548) อาการหลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ อาการตัวเหลืองตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม และอาการคันตามผิวหนัง (Khan et al., 2002) อาการคันตามผิวหนังเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยเกิดขึ้นร้อยละ 60-84 (Butler & Lund, 2010; DeOliveira et al., 2007)

Copyright by Mahidol University

การศึกษาอาการคันโดยทั่วไป พบว่า อาการคัน เป็นอาการไม่สุขสบายทางผิวหนังที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด มีผลรบกวนต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อาการคันส่วนใหญ่มักเกิดในเวลากลางคืน จึงมีผลต่อการนอนหลับ โดยพบว่า ผู้ที่มีอาการคันตามผิวหนัง มีการนอนหลับในระยะหลับลึกลดลง ทำให้ง่วงนอนในเวลากลางวัน มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ (Aoki, Kushimoto, Hishikawa, & Savin, 1991) อาการคันเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์หงุดหงิด หากสะสมความเครียดมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Bathe, Matterne, Dewald, Grande, & Weisshaar, 2009) การศึกษาอาการคันในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการคัน มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ต้องการพูดคุยหรือพบปะกับบุคคลอื่นๆ และมีอาการนอนไม่หลับ (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2546) นอกจากนี้ การเกิดอาการคันตามผิวหนัง เป็นการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากเกา เมื่อยิ่งเกาก็ยิ่งคันมากขึ้น อาจทำให้เกิดบาดแผลที่ผิวหนัง และส่งผลให้กลไกการป้องกันการติดเชื้อของผิวหนังถูกทำลาย เกิดการติดเชื้อบริเวณผิวหนังได้ง่าย ทำให้อาการของโรคและการรักษามีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น (Kircik, 2011)

การรักษาอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากการรักษาที่สาเหตุคือการแก้ไขภาวะอุดตันของท่อน้ำดี โดยการผ่าตัดหรือการใส่ท่อระบายน้ำดีแล้ว การรักษาด้วยยาเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการคันตามผิวหนัง แต่เนื่องจากปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกและสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคันที่แน่ชัด จึงมักพบว่าการรักษาด้วยยาอาจได้ผลในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังไม่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่รุนแรง และมีอาการคันตามผิวหนังอย่างรุนแรงแล้ว การใช้ยามักไม่ได้ผล (Mela, Mancuso, & Burroughs, 2003) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการคันตามผิวหนังในปัจจุบัน เป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยตามประสบการณ์ และเป็นการให้คำแนะนำสืบต่อกันมา ยังไม่พบแนวทางการรักษาและการศึกษาถึงผลของการรักษาอาการคันตามผิวหนัง ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างชัดเจน (Butler & Lund, 2010) ประกอบกับการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบัน ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นครั้งคราวตามสภาวะของโรคและตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายจากอาการคันตามผิวหนัง และหาทางในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังด้วยตนเองเพิ่มเติม เพื่อบรรเทาอาการคันและลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

การใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังโดยผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ซึ่งดอดด์ได้อธิบายว่า การจัดการอาการของบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะคิดหากลวิธีในการจัดการ

Copyright by Mahidol University

อาการของตนเอง หรือแสวงหากลวิธีการจัดการอาการจากบุคคลอื่น เพื่อนำไปสู่การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ และในการจัดการอาการหนึ่งอาการ มีกลวิธีการจัดการหลายวิธี (Chou, dodd, Abrams, & Padilla, 2007) แต่ละวิธีสามารถเกิดผลลัพธ์ที่หลากหลาย กลวิธีการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ(2548) เกี่ยวกับการจัดการอาการโดยรวมในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น 3 วิธี คือ รักษาด้วยตนเอง รักษากับแพทย์พื้นบ้าน และรักษากับแพทย์วิชาชีพ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะประเมินผลลัพธ์ เลือกวิธีการจัดการ รับการจัดการอาการตามวิธีที่เลือก ประเมินผลลัพธ์ซ้ำ ถ้าผลผลลัพธ์ดี ผู้ป่วยก็จะจัดการด้วยวิธีเดิมอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าไม่ดี ผู้ป่วยก็จะเลือกวิธีใหม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการ 2 - 3 วิธีร่วมกัน ซึ่งเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งดอดด์ (Dodd et al., 2001) อธิบายว่า บุคคลมีความสามารถในการจัดการ และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจึงจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น การที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรทราบถึง การรับรู้และการประเมินอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วย การใช้กลวิธีการจัดการอาการ ตลอดจนผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการนั้น

เนื่องจากอาการคันตามผิวหนังเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งอยู่ในกลุ่มอาการชนิดหนึ่งที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี แต่การศึกษาอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดีในปัจจุบัน เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีการคั่งของน้ำดีจากสาเหตุอื่นๆ เช่น โรคตับแข็งจากทางเดินน้ำดีปฐมภูมิ (primary biliary cirrhosis, PBC) และโรคท่อน้ำดีอักเสบแข็งปฐมภูมิ (primary sclerosing cholangitis, PSC) เป็นต้น ซึ่งมีพยาธิสภาพ ทำให้น้ำดีไหลผ่านไปยังลำไส้เล็กไม่สะดวก แต่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีพยาธิสภาพที่รุนแรงกว่า เพราะมีการอุดตันท่อน้ำดีทั้งหมด น้ำดีไม่สามารถไหลไปยังลำไส้เล็กได้ (Twycross et al., 2003) ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนังอย่างรุนแรง ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาถึง อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีเพียงการวิจัยของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการหลายๆอาการที่เกิดขึ้นโดยรวม ซึ่งไม่ได้อธิบายถึงการจัดการอาการคันตามผิวหนังโดยเฉพาะ

ผู้วิจัยคาดว่า การศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนัง คุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรงของอาการ ผลรบกวน

Copyright by Mahidol University

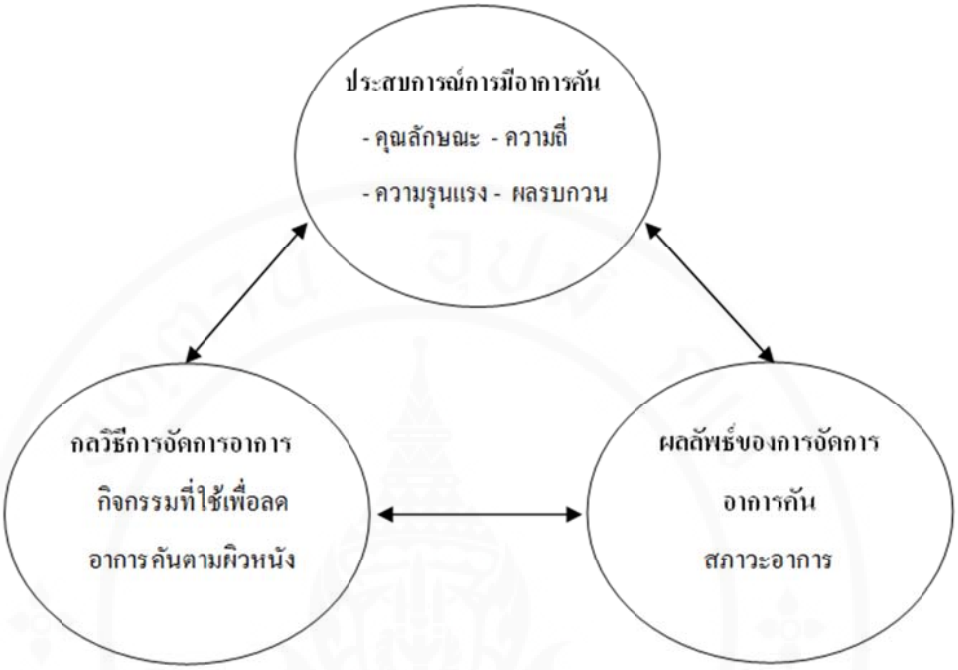
ของอาการคันต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการ ตลอดจนวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังที่ได้ผลดี เพื่อเป็นข้อมูลให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนัง ทราบวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่ออาการ หรือช่วยลดความรุนแรงของอาการได้ และเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ เชื่อมโยงการจัดการอาการกับมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาล คือ บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) ดอดด์เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้การเกิดอาการ จะมีการประเมินคุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรง และผลรบกวนของอาการต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งมีได้หลายวิธีและแต่ละวิธีมีผลลัพธ์ที่หลากหลาย บุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการ ว่าสามารถบรรเทาอาการให้ลดลงหรือหายได้หรือไม่ ถ้ากลวิธีนั้นๆสามารถบรรเทาอาการให้ลดลงหรือหายได้ บุคคลก็จะเลือกใช้กลวิธีนั้นๆเพื่อบรรเทาอาการ แต่ถ้าไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ก็จะมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีเพื่อนำไปใช้ในการจัดการกับอาการต่อไป

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีการรับรู้ถึงการเกิดอาการคันตามผิวหนัง จะมีการประเมินคุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะหากลวิธีในการจัดการกับอาการ โดยข้อมูลสำหรับการจัดการอาการ อาจมาจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ ญาติ เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว หรือจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง และจะมีการประเมินผลของการใช้กลวิธีจัดการอาการคันว่า แต่ละวิธี สามารถบรรเทาอาการหรือทำให้อาการหายได้หรือไม่ ถ้ากลวิธีที่ใช้ไม่สามารถบรรเทาอาการคันได้ ผู้ป่วยก็จะมีการปรับเปลี่ยนไปใช้กลวิธีใหม่ แต่ถ้ากลวิธีที่ใช้สามารถบรรเทาอาการคันได้ ผู้ป่วยก็จะใช้กลวิธีนั้นๆต่อไป ตามแบบจำลองกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1.1

Copyright by Mahidol University



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ดัดแปลงจากแบบจำลองแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001)

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีคุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรง และผลกระทบของอาการคันตามผิวหนัง เป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังอะไรบ้าง ทำอย่างไร ในแต่ละวิธี แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการมาจากที่ใด และใครเป็นผู้ช่วยเหลือในการจัดการอาการคันตามผิวหนัง
3. สภาวะอาการ ที่เป็นผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอย่างไร

Copyright by Mahidol University

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 90 ราย ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555

นิยามตัวแปร

อาการคันตามผิวหนัง หมายถึง อาการไม่สุขสบายที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความรู้สึกอยากเกา อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค ประกอบด้วย คุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรง และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนัง คุณลักษณะและความถี่ของอาการคันตามผิวหนัง ประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยตามแบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง ประเมินโดยใช้มาตรวัดความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนังแบบตัวเลข (Numerical Rating scale: NRS) กำหนดความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนังตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่รุนแรงเลย และ 10 หมายถึง รุนแรงมากที่สุด และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนัง ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index : DLQI) ของฟินเลย์และคาน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต 4 ระดับ (คะแนน 0 – 3) คะแนน 0 หมายถึง อาการคันตามผิวหนังไม่มีผลรบกวนหรือไม่มีความเกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ของผู้ป่วยเลย คะแนน 3 หมายถึง อาการคันตามผิวหนังมีผลรบกวน ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมาก (Finlay & Khan, 1994)

กลวิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการปฏิบัติต่างๆ เพื่อบรรเทาหรือลดอาการคันตามผิวหนังโดยผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการ แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคัน และผู้ที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ประเมินจากแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต 5 ระดับ (คะแนน 1 - 5) คะแนน 1 หมายถึง ไม่ได้ใช้ และ คะแนน 5 หมายถึง ใช้เป็นประจำ

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง สภาวะอาการที่เป็นผลจาก การใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ประเมินจากแบบสอบถามผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต 5 ระดับ (คะแนน 1 - 5) คะแนน 1 หมายถึง อาการไม่ลดลง และ คะแนน 5 หมายถึง ไม่มีอาการเหลือ

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตามรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญตามหัวข้อดังนี้

1. โรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. ชนิดของอาการคันตามผิวหนัง
3. กลไกการเกิดอาการคันตามผิวหนังจากมะเร็งท่อน้ำดี
4. ผลกระทบของอาการคันตามผิวหนัง
5. การจัดการอาการคันตามผิวหนัง
6. รูปแบบการจัดการอาการของดอดด์

โรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดี เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นกับเซลล์เยื่อบุผนังของท่อน้ำดี ซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในตับและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อบุของถุงน้ำดี การเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผนังท่อน้ำดี ทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี มีการคั่งของกรดน้ำดี (bile acids) เกลือน้ำดี (bile salts) และสารอื่นๆ ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคขึ้น (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีค่อนข้างสูง พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง คือ มีอัตราการเกิด 38.6 ราย และ 14.6 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ในประชากรชายและประชากรหญิงตามลำดับ (Khuhaprema, Srivatanakul, Attasara & Sriplung, 2010) มากกว่าในประเทศแถบตะวันตกที่พบอัตราการเกิด 0.5 – 2 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย (บรรจบ ศรีภา พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และ ชวลิต ไพโรจน์กุล, 2548) อัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย มีความแตกต่างกันตามภูมิภาคของประเทศ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดในประเทศ และเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (ชูศรี คูชัยสิทธิ์และคณะ

Copyright by Mahidol University

, 2548) โรคมะเร็งท่อน้ำดีมีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายช้า ในปัจจุบันยังไม่พบอาการบ่งชี้ที่ชัดเจนของมะเร็งท่อน้ำดี และยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะเจาะจงต่อมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกของโรค (Meza-Junco et al., 2010) มักปรากฏอาการเมื่อเป็นรุนแรง และมักอยู่ในระยะที่ลุกลามแล้ว จึงเป็นข้อจำกัดของการวินิจฉัยและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการรักษาแบบประคับประคองเป็นส่วนใหญ่ และมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคสูง (Mihalache, Tantau, Diaconu, & Acalovschi, 2010) โดยในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่ต่ำกว่าปีละ 28,000 คน หรือประมาณ 80 คนต่อวัน (สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2554)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีหลักฐานที่เป็นที่เชื่อถือได้ว่าเกิดจากพยาธิใบไม้ในตับ (Khan et al., 2002) จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ในตับในอุจจาระ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 2 เท่า ของผู้ที่ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ในตับในอุจจาระ (สุพจน์ คำสะอาด และคณะ, 2552) ซึ่งการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ มีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิ พยาธิเหล่านี้เจริญเติบโตและอาศัยอยู่ในท่อทางเดินน้ำดี ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ โดยพยาธิใช้ปากเกาะผนังท่อน้ำดี ทำให้เกิดการระคายเคือง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ผนังเยื่อบุท่อน้ำดี เกิดการอักเสบเรื้อรัง จนกลายเป็นเซลล์มะเร็ง (ไพบูลย์ สิทธิถาวร, 2548) นอกจากนี้ ตัวพยาธิหรือการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีที่มีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของการอุดตันทางเดินน้ำดี ทำให้เกิดการคั่งของกรดน้ำดีและเกลือน้ำดีในกระแสเลือด และสารเหล่านี้จะกระตุ้นสารไนโตรซามีนที่ไม่ผ่านการทำลายด้วยความร้อน ให้ทำหน้าที่เป็นสารกระตุ้นเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี จนเกิดการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (โสพิศ วงศ์คำ นิษฌา เทพศิริ บรรจบ ศรีภาวัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ และอาภา จันทร์เทวี, 2547) ดังนั้น ผู้ที่รับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ และไนโตรซามีนที่ไม่ผ่านการทำลายด้วยความร้อน จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ สารไนโตรซามีนพบมากในอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาหมัก ปลาเค็ม ปลาจ่อม ไส้กรอก แหนม กุนเชียง เป็นต้น (วนิดา โชควาณิชย์พงษ์, อำไพ สารขันธ์ และศุลีพร แสงกระจ่าง, 2552)

โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็งชนิดปฐมภูมิและโรคนิ่วในท่อน้ำดี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของโลกตะวันตก ที่พบมากที่สุดคือ โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็งชนิดปฐมภูมิ (primary sclerosing cholangitis , PSC) โรคนี้มีความสัมพันธ์กับการอักเสบของลำไส้ใหญ่ และมีความเสี่ยงในการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ร้อยละ 40 โดยมีความเสี่ยงมากขึ้น ถ้ามีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปีขึ้นไป (Zografos, Farfaras, Zagouri, Chrysikos, & Karaliotas, 2011)

Copyright by Mahidol University

ลักษณะของพยาธิสภาพมักเกิดจาก การตีบตันของท่อน้ำดี ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบของท่อน้ำดี มากกว่าการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง (Friman, 2011) ส่วนโรคนิ่วในท่อน้ำดี ก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี และมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง ซึ่งทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีประมาณร้อยละ 10 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วของท่อน้ำดีในตับ (hepatolithiasis) จะมีภาวะเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติของท่อน้ำดีแต่กำเนิดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี เช่น แครอลี ซินโดรม (Caroli's syndrome) และการโป่งพองของท่อน้ำดีแต่กำเนิด (choledochal cysts) เป็นต้น (Zografos et al., 2011)

มีรายงานปัจจัยเสี่ยงอื่นๆต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ โรคตับเรื้อรังจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และการอักเสบเรื้อรังของเนื้อเยื่อบริเวณท่อน้ำดี (Gores, 2003) โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ จากการได้รับยาหรือสารพิษ จากภูมิต้านทานตนเองทำลายท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง จากทางเดินน้ำดีชนิดปฐมภูมิ (primary biliary cirrhosis) การได้รับรังสีชนิดโทโรทราส (thorotrast) (บรรจบ ศรีภา พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และชวลิต ไพโรจน์กุล, 2548) การสูบบุหรี่ (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) เพศชาย มีโอกาสเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีภาวะอ้วน (Cardinale et al., 2010) ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ โรคไทฟอยด์ รวมถึงปัจจัยด้านพันธุกรรม (Yang & Yan, 2008)

2. ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี

ตามบัญชีจำแนกโรคมะเร็งระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases for Oncology , ICD-O) ซึ่งพิจารณาชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี จากตำแหน่งการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีและลักษณะของเซลล์มะเร็ง แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma) โดยรวมเอามะเร็งท่อน้ำดีขั้วตับ (hilar cholangiocarcinoma, klatskin tumours) ไว้ในมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับด้วย (Cardinale et al., 2010) มีรายละเอียดดังนี้ (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548, หน้า 143-149)

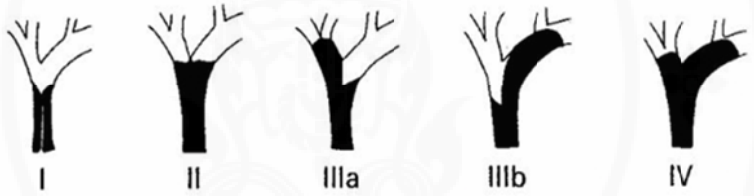
2.1 มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma)เกิดขึ้นน้อยกว่า มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ พบประมาณร้อยละ 20 - 25 ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมด เนื่องจากตำแหน่งของการเกิดมะเร็งอยู่ในท่อน้ำดีในตับ จึงมักเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ

2.2 มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma) เกิดบริเวณขั้วตับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56 เกิดที่ตำแหน่งทางแยกของท่อน้ำดีระหว่างตับกับถุงน้ำดี ร้อยละ 13 และเกิดขึ้นต่ำกว่าตำแหน่งทางแยกของท่อน้ำดี ร้อยละ 18 และตำแหน่งอื่นๆ อีกร้อยละ

Copyright by Mahidol University

13 ซึ่งมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ (perihilar cholangiocarcinoma; klatskin tumours) สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 4 ชนิด ตามการแบ่งของบิทมัท (Bismuth) ดังนี้

Type I	เนื้องอกอยู่ต่ำกว่าทางเดินน้ำดีร่วม
Type II	เนื้องอกอยู่บริเวณทางเดินน้ำดีร่วม
Type IIIa	เนื้องอกอยู่บริเวณทางเดินน้ำดีร่วม รวมถึงท่อน้ำดีในตับด้านขวา
Type IIIb	เนื้องอกอยู่บริเวณทางเดินน้ำดีร่วม รวมถึงท่อน้ำดีในตับด้านซ้าย
Type IV	เนื้องอกอยู่บริเวณทางเดินน้ำดีร่วม รวมถึงท่อน้ำดีในตับทั้งด้านซ้ายและด้านขวา (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548) รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 การแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับของบิสมัท (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548, หน้า 147)

3. อาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ความผิดปกติที่เกิดจากมะเร็งท่อน้ำดี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณท่อน้ำดีในลักษณะที่มีการงอกขยายของเซลล์ผิดปกติ ทำให้เกิดการตีบแคบ หรือเกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการไหลของน้ำดี หรือทำให้น้ำดีหยุดไหล ไม่สามารถผ่านไปยังลำไส้เล็กได้ เกิดการคั่งของกรดน้ำดี เกลือน้ำดี และสารอื่นๆ มีการท้นกลับของสารประกอบน้ำดีไปยังระบบไหลเวียนโลหิต ก่อให้เกิดอาการต่างๆของมะเร็งท่อน้ำดีขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงหลังจากทางเดินน้ำดีอุดตัน คือ ความดันในระบบทางเดินน้ำดีค่อยๆสูงขึ้น ท่อน้ำดีเล็กๆมีการขยาย มีน้ำดีไปตกค้างในท่อน้ำดีและเกิดการอักเสบรอบๆท่อน้ำดี ถ้าความดันในท่อน้ำดีสูงขึ้นถึง 350-360 มิลลิเมตรน้ำ ซึ่งใกล้เคียงกับแรงดันของการหลั่งสารคัดหลั่งจากเซลล์ตับ จะทำให้เซลล์ตับไม่สามารถหลั่งน้ำดีออกมาได้ ส่วนน้ำดีที่ยังตกค้างอยู่ในท่อน้ำดีจะมีปริมาณของมิวซิน (mucin) และอิเล็กโตรลัยท์ (electrolyte) เพิ่มมากขึ้น มิวซินถูกหลั่งออกมาจากเซลล์บริเวณท่อน้ำดี เมื่อมีการอุดตันของท่อน้ำดี จะมีปริมาณมิวซินเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ปริมาณของบิลิรูบินและน้ำดีลดลง ทำให้น้ำดีที่

Copyright© by Mahidol University

ตกค้างอยู่ในทางเดินน้ำดีมีสีจางลง มีความหนืดสูง และก่อให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดีเพิ่มมากขึ้น (วิชิต วิริยะโรจน์, 2553)

เมื่อทางเดินน้ำดีถูกอุดตัน จะมีการท้นกลับของสารที่หลั่งออกมา เข้าไปในกระแสเลือด ได้แก่ บิลิรูบิน (bilirubin) กรดน้ำดี (bile acid) โคเลสเตอรอล (cholesterol) และไขมัน (lipids) ซึ่งก่อให้เกิดอาการต่างๆของร่างกายดังนี้ 1) บิลิรูบิน (bilirubin) ที่มีอยู่สองชนิด คือ ชนิดที่ละลายในน้ำ (conjugated bilirubin) จะละลายอยู่ในน้ำภายในร่างกายและขับออกทางปัสสาวะทำให้มีปัสสาวะสีเข้ม และบิริรูบินที่ไม่ละลายในน้ำ (unconjugated bilirubin) เกิดการตกค้างตามเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายทำให้เกิดอาการตัวเหลืองตาเหลืองได้ 2) กรดน้ำดี (bile acid) มีการสะสมอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย 3) โคเลสเตอรอล (cholesterol) และไขมัน (lipids) จะท้นสูงขึ้นในระบบไหลเวียนโลหิต บางส่วนมีการสะสมอยู่บริเวณผิวหนังรอบๆดวงตา (xanthoma) ได้ (วิชิต วิริยะโรจน์, 2553)

เมื่อน้ำดีไม่สามารถไหลลงมาในทางเดินอาหารทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร คือ 1) การดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมันลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดอาหารประเภทไขมัน ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญ จึงมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และมีไขมันที่ไม่ถูกย่อยตกค้างอยู่ในทางเดินอาหาร เกิดการหมักหมมและมีการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ทำให้มีแก๊สในระบบทางเดินอาหารมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยท้องอืด ท้องเดิน หรือมีไขมันออกมากับอุจจาระได้ ก่อให้เกิดการขาดวิตามินที่ละลายในไขมันตามมา โดยเฉพาะวิตามินเค ที่ช่วยสร้างองค์ประกอบของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก 2) เนื่องจากน้ำดี มีคุณสมบัติฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เมื่อขาดน้ำดีในระบบทางเดินอาหารทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตได้รวดเร็ว เกิดการติดเชื้อที่ถุงน้ำดีและตับได้ ถ้ามีการอุดตันเป็นเวลานาน จะทำให้คัฟเฟอร์เซลล์ (Kuffer's cell) ของตับ ซึ่งเป็นเซลล์ที่ช่วยในการทำลายเชื้อโรคสูญเสียหน้าที่ไป (วิชิต วิริยะโรจน์, 2553)

อาการของมะเร็งท่อน้ำดี สัมพันธ์กับชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ มักปรากฏอาการของโรคมะเร็งทางระบบทั่วไป คือ เหนื่อยอ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ บางครั้งอาจมีไข้ต่ำๆร่วมด้วย โดยปรากฏอาการและอาการแสดงเฉพาะโรค คือ รู้สึกไม่สบายท้อง ปวดใต้ชายโครงขวา ตับโต (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548) ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ มักมีอาการนำ คือ ตัวเหลืองตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม และอาการคันตามผิวหนัง (Khan et al., 2002) อาการที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี คือ ตัวเหลืองตาเหลืองร่วมกับคันตามผิวหนัง (ร้อยละ 60-84) (Butler & Lund, 2010; DeOliveira et al., 2007) ปวดท้อง (ร้อยละ 30-50) น้ำหนักลด (ร้อยละ 30-50) (DeOliveira et al., 2007) มีไข้ (ร้อยละ 20) นอกจากนี้

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยบางรายมาพบแพทย์ด้วยปัญหา มีก้อนในตับ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันแบบไม่มีนิ่วในถุงน้ำดี มีไข้ไม่ทราบสาเหตุ และพบโดยบังเอิญขณะผ่าตัดช่องท้องด้วยสาเหตุอื่น (Nagorney, Donohue, Farnell, Schleck, & Ilstrup, 1993)

4. ระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตามระบบการกระจายของก้อนมะเร็ง (Tumour Node Metastasis System : TNM system) โดย International Union Against Cancer (UICC) และ American Joint Committee on Cancer (AJCC) (AJCC, 2002 อ้างใน ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548) ซึ่งแบ่งระยะโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นภายในตับ และภายนอกตับ ดังนี้

4.1.การแบ่งระยะโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma) มีการแบ่งระยะของโรคออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ถึงระยะ ที่ 4 ดังแสดงในภาพที่ 2.2

Stage	Tumor	Node	Metastasis
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
IIIA	T3	N0	M0
IIIB	T4	N0	M0
IIIC	Any T	N1	M0
IV	Any T	Any N	M1

ภาพที่ 2.2 การแบ่งระยะโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548, หน้า 145)

T = Tumor คือ ลักษณะของก้อนมะเร็ง มีดังนี้

Tx = ไม่สามารถประเมินก้อนได้

T0 = ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นก้อนมะเร็ง

T1 = ก้อนมะเร็งก้อนเดียวที่ไม่มีการลุกลามไปยังเส้นเลือด

T2 = ก้อนมะเร็งก้อนเดียวที่มีการลุกลามไปยังเส้นเลือดหรือมีหลายก้อนแต่มีขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตร

Copyright by Mahidol University

T3 = มีก้อนมะเร็งหลายก้อน มีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร และมีการลุกลามไปยังเส้นเลือดในตับ

T4 = ก้อนมะเร็งที่มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ

N = ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณรอบๆก้อนมะเร็ง มีดังนี้

Nx = ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N0 = ไม่พบการกระจายของก้อนมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

N1 = พบการกระจายของก้อนมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

M = การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น มีดังนี้

Mx = ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M1 = มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

4.2. การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma) มีการแบ่งระยะของโรคออกเป็น 5 ระยะ โดยมีระยะที่ 0 ถึงระยะที่ 4 ดังแสดงในภาพที่ 2.3

Stage	Tumor	Node	Metastasis
0	TiS	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1 to T3	N1	M0
III	T4	Any N	M0
IV	Any T	Any N	M1

ภาพที่ 2.3 การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548, หน้า 147)

T = Tumor คือ ลักษณะของก้อนมะเร็ง มีดังนี้

T0 = ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นก้อนมะเร็ง

Tis = มะเร็งระยะต้นๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ

T1 = ก้อนมะเร็งก้อนเดียวที่มีขอบเขตอยู่ในท่อน้ำดี

Copyright by Mahidol University

T2 = ก้อนมะเร็งก้อนที่มีการกระจายออกไปนอกเยื่อบุผนังท่อน้ำดี

T3 = ก้อนมะเร็งลุกลามไปยัง ตับ ถุงน้ำดี ตับอ่อน และ/หรือลุกลามไปยังเส้นเลือดภายในตับ

T4 = ก้อนมะเร็งที่มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆเช่น ลำไส้ใหญ่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก หรือผนังของช่องท้อง

N และ M มีรายละเอียดเช่นเดียวกันกับการแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ

5. การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มักไม่ปรากฏอาการในระยะแรกของโรค ปัจจุบันยังไม่พบอาการที่บ่งชี้ถึงโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างชัดเจน และยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะเจาะจงต่อมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกของโรค จึงต้องมีการตรวจวินิจฉัยหลายวิธีร่วมกัน (Nagorney et al., 1993) ซึ่งการตรวจวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบันมีดังนี้

5.1 การซักประวัติและตรวจร่างกาย ซึ่งอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในระยะที่อาการของโรคยังไม่ปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ มักมาพบแพทย์ด้วยอาการของการอุดตันของท่อน้ำดี คือ มีตัวเหลืองตาเหลืองและคันตามผิวหนัง นำมาก่อนปรากฏอาการอื่นๆของโรค (Jones & Bergasa, 1996) ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ มักมาด้วยอาการทางระบบของโรคมะเร็ง เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร และปวดท้อง เป็นต้น (Friman, 2011)

5.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจเพื่อบ่งชี้การอุดตันของท่อน้ำดี โดยค่าบิลิรูบินที่สูงขึ้น แสดงถึงการอุดตันของท่อน้ำดี ใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นๆ (Bain et al., 2000) ระดับบิลิรูบินทั้งหมด (total bilirubin) ที่สูงกว่า 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป สามารถทำนายการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ โดยมีความจำเพาะร้อยละ 83.3 การตรวจระดับค่าอัลคาไลน์ฟอสฟาเทส (serum alkaline phosphatase, ALP) มีความจำเพาะน้อยกว่าการตรวจระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด คือ มีความจำเพาะร้อยละ 70 (Saluja, Sharma, Pal, Sahni, & Chattopadhyay, 2007) การตรวจระดับของสารบ่งชี้มะเร็งในซีรั่ม (serum tumour marker) พบว่าคาร์ซิโนเอ็มบริโอนิก แอนติเจน (carcinoembryonic antigen, CEA) ที่มากกว่า 22 $\mu g/L^{-1}$ สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ร้อยละ 68.6 และ ระดับของคาร์โบไฮเดรตแอนติเจน (carbohydrate antigen, CA 19-9) ที่มากกว่า 37 KU/L^{-1} สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ร้อยละ 77.1 (Qin et al., 2004) ในปัจจุบันมีการค้นพบเอนไซม์ชนิดหนึ่ง คือ แมตทริก เมตทัลโล

Copyright© by Mahidol University

โปรทีนเนส 7 (matrix metalloproteinase-7, MMP 7) ซึ่งถ้าตรวจพบระดับ MMP 7 ในกระแสเลือดตั้งแต่ 5.5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรขึ้นไป สามารถวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ร้อยละ 78 ซึ่งสูงกว่า CEA และ CA 19-9 (Leelawat, Narong, Wannaprasert, & Ratanashu-ek, 2010)

5.3 การตรวจทางรังสีวิทยา มีอยู่หลายวิธีด้วยกันดังนี้ 1) การถ่ายภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography scan, CT scan) มีความละเอียดและแม่นยำในการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาก สามารถวินิจฉัยตำแหน่งของมะเร็งท่อน้ำดี การขยายของท่อน้ำดี และลักษณะร่วมอื่นๆของท่อน้ำดีรวมถึงต่อมน้ำเหลืองรอบๆบริเวณท่อน้ำดีด้วย (Chamadol et al., 2010) 2) การตรวจด้วยเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging, MRI) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำสูง สามารถบอกการกระจายตัวของเส้นเลือดได้ 3) การตรวจด้วยเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของท่อน้ำดีและตับอ่อน (magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP) 4) การส่องกล้องตรวจและรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic Retrograde cholangio pancreato graphy, ERCP) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำมาก สามารถบอกตำแหน่งของมะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็ง 5) การตรวจโดยการแทงเข็มผ่านผิวหนังเข้าตับเพื่อฉีดสารทึบรังสี แล้วเอ็กซเรย์ดูภาพท่อน้ำดี (percutaneous transhepatic cholangiography, PCT) โดยทั้งการตรวจด้วยส่องกล้องรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และการแทงเข็มผ่านผิวหนังเข้าตับเพื่อฉีดสารทึบรังสี แล้วเอ็กซเรย์ดูภาพท่อน้ำดี สามารถเก็บชิ้นเนื้อบริเวณท่อน้ำดีไปตรวจทางเซลล์วิทยา เพื่อประเมินชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของมะเร็ง เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย (Friman, 2011)

6. การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบัน แบ่งออกเป็นการรักษาแบบกำจัดสาเหตุ และแบบประคับประคอง การรักษาแบบกำจัดสาเหตุ คือ การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกทั้งหมด ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดีมากที่สุด แต่สามารถทำได้ในผู้ป่วยจำนวนน้อย (ร้อยละ 10-15) เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีการลุกลามไปยังท่อน้ำดีร่วมหรือลุกลามไปที่ตับแล้ว ผู้ป่วยร้อยละ 85-90 ต้องรับการรักษาต่อด้วยวิธีเคมีบำบัดเพิ่มเติม ทั้งหมดเป็นการรักษาแบบประคับประคอง แต่ไม่ได้ผลการรักษาที่ดีนัก (โกศล รุ่งเรืองชัย, 2553) การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์อยู่ 2 ประการ คือ การผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออก และการผ่าตัดระบายน้ำดี เพื่อบรรเทาอาการตัวเหลืองตาเหลืองและอาการคันตามผิวหนัง โดยการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำดี มีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ใส่ท่อระบายน้ำดี แต่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า (อภิชาติ แสงจันทร์ และพิศาล ไม้เรียง, 2548)

Copyright by Mahidol University

ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตับ มักมีการแพร่กระจายของก้อนมะเร็งไปที่ตับ จึงมีความจำเป็นต้องผ่าตัดตับเป็นบริเวณกว้าง หรืออาจต้องผ่าตัดเปลี่ยนตับ ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ส่วนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ แพทย์มักผ่าตัดตับออกเป็นบางส่วน (partial hepatectomy) ก่อนในเบื้องต้น แต่ถ้ามีการลุกลามของก้อนมะเร็งไปมากแล้ว ก็มักทำการผ่าตัดตับออกเป็นบริเวณกว้างและผ่าตัดเปลี่ยนตับได้เช่นเดียวกัน (Friman, 2011) หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 20-30 สามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 5 ปี (Witzigmann, Wiedmann, Wittekind, Mossner, & Hauss, 2008) ในปัจจุบันการผ่าตัดเปลี่ยนตับมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลง และพบว่าการผ่าตัดเปลี่ยนตับร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคในระยะ 5 ปีได้ (Meza-Junco et al., 2010) ปัจจุบันนี้มี การพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อช่วยควบคุมอาการที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยในรายที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดก้อนออกได้หมด หรือไม่สามารถผ่าตัดได้เนื่องจากมะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว เช่น การตัดหลอดเลือดตับที่จะไปเลี้ยงบริเวณก้อนมะเร็ง (hepatic devascularization), เคมีบำบัด(chemotherapy), รังสีรักษา (radio therapy), การรักษาทางวิทยาภูมิคุ้มกัน (immunotherapy), การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) และการใช้รังสีร่วมรักษา เป็นต้น

การใช้รังสีร่วมรักษาเป็นวิธีการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธีการระบายน้ำดีที่คั่งอยู่ในตับโดยใส่ท่อระบายน้ำดี (percutaneous transhepatic biliary drainage : PTBD) เป็นเทคนิคที่เกิดจากการใช้เครื่องมือตรวจพิเศษเป็นตัวชี้นำทาง แล้วใส่ท่อระบายเข้าไปในทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง และอวัยวะส่วนที่ไม่เป็นอันตรายเข้าไปยังท่อน้ำดีที่อุดตัน เพื่อระบายน้ำดีที่ตกค้างอยู่ในร่างกายออกมา ซึ่งการรักษาโดยวิธีนี้เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยไม่ต้องทำการผ่าตัด สามารถทำได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและปลอดภัย (เสาวนีย์ หอมสุด จุฑา ศรีเอี่ยม ตองอ่อน น้อยวัฒน์ และอภิชาติ กล้ากลางชน, 2551) อย่างไรก็ตาม การใส่ท่อระบายน้ำดี มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคสำคัญ ของการแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่ของตับ คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 61.54 (Bapat, Rege, Koti, Desai, & Dahanukar, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า การใส่ท่อระบายน้ำดี ไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และไม่สามารถลดอาการจากการอุดตันของท่อน้ำดีได้ จึงพิจารณาใส่ท่อระบายน้ำดีในผู้ป่วยเป็นรายๆไป ไม่แนะนำให้ใช้กับผู้ป่วยทุกราย (Qiu et al., 2011)

การรักษาด้วยการฉายแสงหลังจากการผ่าตัด แม้ว่าจะเป็นวิธีการรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย แต่จากการศึกษาพบว่า ไม่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีอายุยืนยาวขึ้น (Pitt et al., 1995) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า มะเร็งท่อน้ำดีมักดื้อต่อยาเคมีบำบัด แม้ว่าจะใช้ยาตัวเดียว หรือยาหลายตัวร่วมกัน ทำให้การรักษาได้ผลค่อนข้างน้อย อีกทั้งยาเคมีบำบัดมี

Copyright by Mahidol University

ภาวะแทรกซ้อนมาก จึงยังไม่เป็นที่ยอมรับ ยังต้องมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มเติม เนื่องจากปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยไม่มากนัก (Friman, 2011)

การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนตับร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในปัจจุบัน พบว่า สามารถยืดอายุผู้ป่วยให้มีอัตรารอดชีวิตในระยะ 5 ปี เพิ่มขึ้น แต่การผ่าตัดเปลี่ยนตับในผู้ป่วยมะเร็ง ยังต้องมีการศึกษาถึงความเหมาะสม และพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียอย่างละเอียด เนื่องจากข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนตับ ในหลายประเทศไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงการมีข้อจำกัดในด้านการหาผู้บริจาคอวัยวะ และผลของการรักษามีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดเปลี่ยนตับ ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาถึงความเป็นไปได้ ในการนำมาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป (Friman, 2011)

แม้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้ผลดีที่สุดคือ การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกทั้งหมด แต่เนื่องจากผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกทั้งหมดได้ ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว ส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 1 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี การรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 13 – 44 ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง และการแพร่กระจายของก้อนมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ (Zografos et al., 2011) เมื่อการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไม่สามารถแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดีให้หมดไป ทำให้อาการต่างๆของโรคยังคงอยู่ รวมถึงอาการคันตามผิวหนัง และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะท้ายของโรค

ชนิดของอาการคันตามผิวหนัง

ในเบื้องต้นสถาบันนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับอาการคัน (International Forum for the Study of Itch, IFSI) แบ่งอาการคันออกเป็น 2 ชนิด โดยอาศัยระยะเวลาการเกิดอาการคัน คือ 1) อาการคันชนิดเฉียบพลัน มีอาการคันเกิดขึ้นเป็นเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์ และ 2) อาการคันชนิดเรื้อรัง มีอาการคันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ขึ้นไป ต่อมา IFSI ได้แบ่งชนิดของอาการคัน โดยพิจารณาจากลักษณะทางคลินิกและจากสาเหตุของอาการคัน (Stander et al., 2007) ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1. อาการคันตามลักษณะทางคลินิก แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1.1 อาการคันจากโรคผิวหนัง (pruritus on diseased skin) เป็นลักษณะของผิวหนังที่มีรอยโรค ที่ทำให้เกิดอาการคัน ได้แก่ การอักเสบ (inflammatory) การติดเชื้อ (infectious) และโรคอื่นๆของผิวหนังที่ทำให้เกิดอาการคัน เช่น โรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันของผิวหนัง (autoimmune cutaneous disease) ความผิดปกติของผิวหนังที่เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม (genodermatosis) ปฏิกิริยาต่อยา (drug reactions) ตั้งครรภ์ (dermatoses of pregnancy) และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองบริเวณผิวหนัง (skin lymphomas) เป็นต้น

1.2 อาการคันที่ไม่ได้เกิดจากโรคผิวหนัง (pruritus on non- diseased skin) ได้แก่ อาการคันจากโรคทางระบบภายในร่างกาย (systemic origin) จากระบบประสาท (neuro -logic origin) จากโรคทางด้านจิตใจ (psychogenic origin) ซึ่งพบว่า มีอาการคันโดยไม่มีรอยโรคที่ผิวหนัง โรคทางระบบภายในร่างกายที่ทำให้เกิดอาการคัน พบมากในโรคของต่อมไร้ท่อ โรคเมตาบอลิซึมของร่างกาย การติดเชื้อ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียน มะเร็งของอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย และจากยาที่ทำให้เกิดอาการคัน ในกลุ่มนี้ เป็นอาการคันที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคที่บริเวณผิวหนังและไม่มีการอักเสบของผิวหนัง ดังนั้นเมื่อมีอาการคันตามผิวหนังเกิดขึ้น ควรมีการคำนึงถึงสาเหตุ จากโรคภายในร่างกายของผู้ป่วยร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม การไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังของผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนัง ไม่สามารถบอกได้ว่า ผู้ป่วยมีอาการคันตามผิวหนังจากโรคภายในร่างกายของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ควรมีการตรวจอย่างละเอียดเพิ่มเติมด้วย

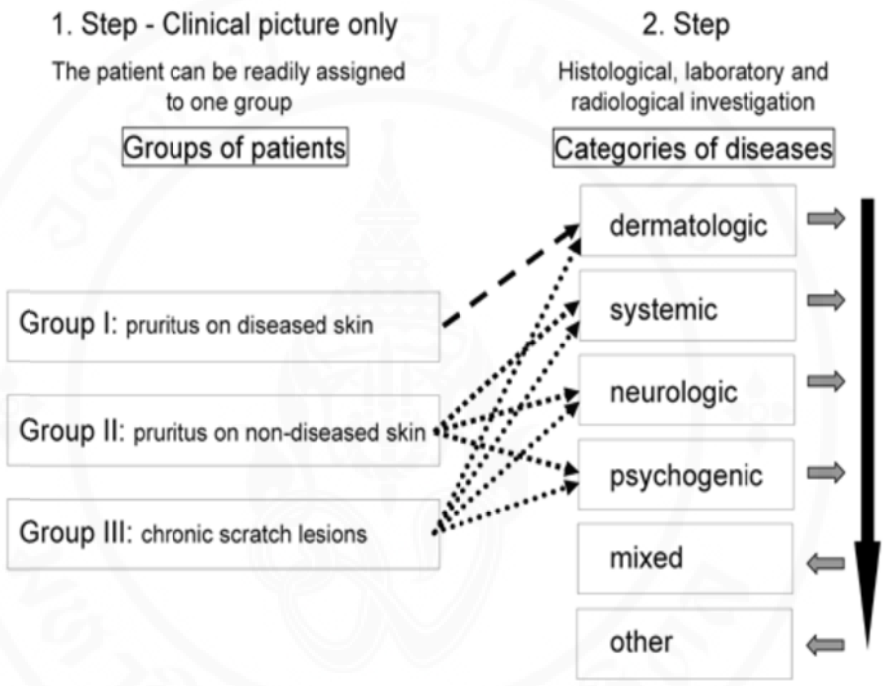
1.3 รอยโรคที่ผิวหนังที่เกิดจากการเกาเรื้อรัง (chronic scratch lesions) อาการคันตามผิวหนังกระตุ้นให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยา เช่น การเกา การถู การหยิก และการจิ้มผิวหนังบริเวณที่คัน ปฏิกิริยาเหล่านี้ โดยเฉพาะการเกา ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังได้หลายลักษณะ ตั้งแต่มีรอยแดง รอยถลอก ติดเชื้อ เป็นตุ่มหนอง จนถึงเป็นก้อนบริเวณผิวหนัง และหลังจากรักษาหายแล้ว ก็อาจมีสีผิวไม่สม่ำเสมอ (hyper or hypo pigmentation) หรืออาจมีแผลเป็นได้ การเกิดรอยโรคบริเวณผิวหนังมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเกาเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจากอาการคันในกลุ่มที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยมักมีอาการคันมาเป็นเวลานานนับปี และมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทีละน้อย

2. อาการคันตามสาเหตุ

เป็นการนำเอาผลการวินิจฉัยอาการคัน หลังจากที่ได้มีการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางจุลกายวิภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา เพื่อหาสาเหตุของอาการคันตามผิวหนังแล้ว แบ่งอาการคันตามสาเหตุของการเกิดโรคออกเป็น 6 ชนิด คือ 1) โรคผิวหนัง (dermatological diseases) 2) โรคทางระบบภายในร่างกาย (systemic disease) ซึ่งรวมถึง

Copyright by Mahidol University

อาการคันในภาวะตั้งครรภ์ และอาการคันจากยา 3) อาการคันจากโรคทางระบบประสาท (neurological disease) 4) อาการคันจากสภาวะทางด้านจิตใจ หรือโรคจิตเวช (psychiatric or psychosomatic diseases) 5) อาการคันที่มีสาเหตุมาจากหลายโรค (mixed) และ 6) อาการคันจากสาเหตุอื่นๆ ดังแสดงในภาพที่ 2.4



of

กลไกการเกิดอาการคันในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

อาการคันตามผิวหนังแต่ละชนิด มีกลไกการเกิดที่แตกต่างกันออกไป โดยทั่วไปเกิดจากหลายสาเหตุ ทไวครอสและคณะ (Twycross et al., 2003) ได้แบ่งชนิดของอาการคันตามผิวหนังตามพยาธิสรีรวิทยาออกเป็น 4 ชนิด คือ 1) มีสารกระตุ้นอาการคัน (pruritogen) ไปกระตุ้นปลายประสาทบริเวณผิวหนังทำให้เกิดอาการคัน 2) มีโรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท

Copyright by Mahidol University

(neuropathic) กระตุ้นให้เกิดการคัน 3) มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน โดยไม่มีความผิดปกติของระบบประสาท 4) มีโรคจิตเวช (psychogenic)

พยาธิสรีรวิทยาของอาการคันตามผิวหนังชนิดที่เกิดจากโรคทางระบบภายในร่างกาย (systemic disease) ยังไม่ทราบกลไกการเกิดที่ชัดเจน จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาของ แวง และโยซิโพวิช (Wang & Yosipovitch, 2010) เกี่ยวกับองค์ประกอบของอาการคัน ในผู้ป่วยที่มีอาการคันเรื้อรังจากโรคทางระบบภายในร่างกาย (systemic disease) 3 โรค คือ โรคตับเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบว่ามีองค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการคัน ดังนี้

1) เส้นทางของระบบประสาท (neural pathway) ที่เกี่ยวข้องกับอาการคัน คือ การกระตุ้นฮีสตามิน (histamine sensitive pathway) ซึ่งทำให้เกิดอาการคันได้ แต่จากการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านฮีสตามิน (antihistamines) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคันเรื้อรังจากโรคระบบต่างๆของร่างกาย มักไม่ตอบสนองต่อยา แม้ว่าจะให้ยาปริมาณมากก็ตาม จึงอาจเชื่อได้ว่ามีเส้นทางของระบบประสาทอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับฮีสตามินที่มีผลให้เกิดอาการคันตามผิวหนัง การศึกษาต่อมาพบว่าการกระตุ้นเส้นใยประสาทซี (c – nerve fibers) ทำให้เกิดอาการคันได้ แต่กลไกการกระตุ้นหรือการเกิดปฏิกิริยาการคันยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกต่อไป

2) ความไวของประสาท (nerve sensitization) ในการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (atopic dermatitis) ซึ่งมักมีอาการคันตามผิวหนังชนิดเฉียบพลัน พบว่ามีประสาทส่วนที่ไวต่อการถูกกระตุ้นมากที่สุด อยู่ในพื้นที่สมองส่วนกลางบริเวณ แอนทีเรีย ซิงกูเลท คอร์เท็กซ์ (anterior cingulated cortex, ACC) แต่อาการคันเรื้อรังยังไม่พบการศึกษาถึงระบบประสาทที่ไวต่อการถูกกระตุ้นเมื่อเกิดอาการคัน

3) สารตัวกลางต่ออาการคันในระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง (peripheral and central itch mediators) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีสารหลายชนิดที่เป็นตัวกลางเหนี่ยวนำให้เกิดอาการคัน ส่วนใหญ่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับอาการคันชนิดเฉียบพลัน เช่น ตัวรับฮีสตามิน (histamine receptors), โปรทีเอส (proteinases), ตัวรับทีอาร์พีวี (TRPV receptors), แกสตริน รีลีสซิ่ง เป๊ปไทด์ (gastrin releasing peptide), อินเตอร์ลิวคิน (interleukins) เป็นต้น ปัจจุบันพบว่าสารโอพิลออยด์ที่ร่างกายสร้างขึ้น มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนัง การกระตุ้นตัวรับโอพิลออยด์ในระบบประสาทส่วนกลางด้วยสารกระตุ้นโอพิลออยด์ (opiate agonists) ทำให้เกิดอาการคันขึ้นได้ เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีน (morphine) และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา คืออาการคันตามผิวหนัง หลังจากได้รับสารต้านโอพิลออยด์ (opiate antagonists) แล้วอาการคันลดลง และเชื่อว่า เอ็นโดรจีเนียส โอพิลออยด์ (endogenous opioids) เป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญ

Copyright by Mahidol University

ที่สุด ที่ทำให้เกิดอาการคันชนิดเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบชัดว่า ระดับของโอพิลออยด์ในซีรั่มที่เพิ่มมากขึ้น สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนังอย่างไร

ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีการคั่งของน้ำดี (cholestasis) ซึ่งเกิดได้จากหลายโรคด้วยกัน การคั่งของน้ำดี หมายความรวมถึง มีการเปลี่ยนแปลงการไหลของน้ำดีในลักษณะที่ไหลช้าลงหรือหยุดไหลจากการอุดตัน และคุณลักษณะทั่วไปของน้ำดี (bile) มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไป ความผิดปกติของการไหลของน้ำดี และคุณลักษณะของน้ำดี ทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนังเกิดขึ้น เรียกว่า อาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดี (cholestasis pruritus) (Bergasa & Jones, 1998) สาเหตุของการไหลช้าลงหรือหยุดไหลของน้ำดี เกิดจากการมีพยาธิสภาพบริเวณตับและทางเดินน้ำดี เรื้อรัง มีโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดการคั่งของน้ำดีหลายโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี มีน้ำดีคั่งค้างในทางเดินน้ำดี และก่อให้เกิดอาการคันตามผิวหนังขึ้น ซึ่งอาการคันตามผิวหนังจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี จัดอยู่ในชนิดหนึ่งของอาการคันที่เกิดจากโรคทางระบบภายในร่างกาย

ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปสาเหตุของอาการคันตามผิวหนังและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการคันในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะน้ำดีไหลช้าลงหรือหยุดไหล จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับและท่อน้ำดีเรื้อรัง พบว่า เมื่อมีความผิดปกติของการไหลและองค์ประกอบของน้ำดี จะมีการรวมตัวของสารประกอบที่มีผลกระตุ้นปลายประสาทที่อยู่บริเวณผิวหนัง และทำให้เกิดอาการคันได้ และสันนิษฐานว่า กรดน้ำดี (bile acid) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการคัน เนื่องจากความเข้มข้นของกรดน้ำดีที่บริเวณผิวหนังสัมพันธ์กับความเข้มข้นของกรดน้ำดีในซีรั่ม จากการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างเกลือน้ำดี (bile salt) กับอาการคัน พบว่า การให้ยาที่มีส่วนประกอบของโคเลสไทรามีน (cholestyramine) เพื่อขับเกลือน้ำดีออกจากร่างกาย สามารถลดอาการคันตามผิวหนังได้ และที่สำคัญพบว่า การใส่ท่อระบายน้ำดีในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี สามารถรักษาอาการคันที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาได้ (Wang & Yosipovitch, 2010)

อย่างไรก็ตามข้อสันนิษฐานนี้ ยังไม่สามารถนำไปอธิบายการเกิดอาการคันในผู้ป่วยที่มีการคั่งของน้ำดีได้ทั้งหมด เนื่องจาก ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่า เหตุใดจึงไม่พบอาการคันเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีการคั่งของน้ำดีทุกราย และพบว่า ระดับของกรดน้ำดีในซีรั่มที่เพิ่มขึ้นนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการคัน ข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับกรดน้ำดี จึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ถึงความเป็นไปได้ของกรดน้ำดีว่า อาจทำปฏิกิริยาต่อระบบประสาทส่วนปลาย และส่วนกลาง ซึ่งสมมุติฐานที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการคันจากน้ำดีและระบบประสาทส่วนปลาย อธิบายว่า น้ำดีอาจทำปฏิกิริยากับเซลล์ของตับ และทำให้เซลล์ตับปล่อยสารบางอย่างออกมากระตุ้นอาการคัน โดยมีกลไกการทำลายเซลล์ตับจากการตกตะกอนของเกลือน้ำดี

Copyright by Mahidol University

ในเซลล์ตับ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของน้ำในเยื่อหุ้มเซลล์ มีการแตกทำลายของเซลล์ และปล่อยสารที่ไปทำปฏิกิริยากับระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกคัน (Mela et al., 2003) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเพิ่มเติม ไม่พบหลักฐานว่าสารที่เพิ่มขึ้นในกระแสเลือดในภาวะท่อน้ำดีอุดตัน เช่น กรดน้ำดี เกลือน้ำดี และบิลิรูบิน เป็นต้น ทำปฏิกิริยากระตุ้นสารที่ทำให้เกิดอาการคันได้อย่างไร ดังนั้นการที่มีระดับของน้ำดีเพิ่มขึ้นและอาการตัวเหลืองตาเหลืองจากภาวะบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการคันตามผิวหนังในภาวะท่อน้ำดีอุดตัน (Butler & Lund, 2010)

บางทฤษฎี เชื่อว่า อาการคันเกิดจากการเพิ่มขึ้นของฮีสตามิน (histamine) ในกระแสเลือด โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเข้มข้นของฮีสตามินในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคตับและท่อน้ำดีเรื้อรัง กับผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี พบว่า ระดับความเข้มข้นของฮีสตามินในกระแสเลือดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี (Gittlen, Schulman, & Maddrey, 1990) อย่างไรก็ตาม การศึกษาต่อมาพบว่า การรักษาอาการคันในผู้ป่วยที่มีการคั่งของน้ำดีโดยใช้ฮีสตามินไม่สามารถลดอาการคันได้ แม้ว่าจะใช้ยาในปริมาณมากก็ตาม (Wang & Yosipovitch, 2010) ในภาวะที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทโอพิลออยด์ (opioidergic neurotransmission) ในสมอง และทำให้มีอาการคันตามผิวหนังเกิดขึ้น จึงมีการรักษาผู้ป่วยด้วยยาที่เป็นสารต้านโอพิลออยด์ คือ นาล็อกโซน (naloxone) นาลทรีโซน (naltrexone) และนาลมีเฟน (nalmefene) เพื่อผลลดอาการคันและลดปฏิกิริยาการเกาบริเวณผิวหนังที่คัน ซึ่งพบว่าสามารถลดอาการคันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mansour-Ghanaei, 2006)

อาการคันกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากเกา (scraching) โดยการเกาเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่ออาการคัน เป็นการกำจัดสิ่งแปลกปลอม หรือสารกระตุ้นให้เกิดอาการคัน ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตัวที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติ อาการคันจะถูกแทนที่ด้วยความรู้สึกเจ็บจากการเกา สามารถลดอาการได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนกว่าระบบประสาทที่ถูกรบกวนจากการเกาจะกลับมาทำงานตามปกติ (Krajnik & Zylicz, 2001) ปัจจุบันยังไม่ทราบชัดถึงระบบประสาทที่กระตุ้นให้เกิดการเกาเมื่อมีอาการคัน จากการศึกษาของ คราจนิคและไซลิก (Krajnik & Zylicz, 2001) พบว่า การเกาถูกกระตุ้นโดยระบบประสาทอัตโนมัติที่อยู่บริเวณไขสันหลัง และถูกยับยั้งโดยระบบประสาทส่วนกลาง โดยการเกาเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทเอ (A - nerve fibers) ที่อยู่บริเวณผิวหนังด้วยความรวดเร็วและมีการแผ่ขยายเป็นวงกว้าง มีผลยับยั้งสัญญาณประสาทอาการคันที่ส่งเข้ามาทางเส้นใยประสาทซี (C - nerve fibers) ที่อยู่บริเวณใกล้เคียง จึงสามารถลดอาการคันตามผิวหนังได้ เช่นเดียวกับการลดอาการปวดด้วยการสัมผัส การศึกษาในสัตว์ทดลองของ อากิยามะและคณะ(Akiyama, Iodi Carstens, & Carstens, 2011) พบว่า สารสื่อประสาทกาบา (Gamma-amino

Copyright by Mahidol University

butyric acid, GABA) และไกลซีน (Glycine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดยับยั้งความปวดและถูกกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติที่บริเวณไขสันหลัง สามารถยับยั้งอาการคันได้ การเกาจะกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทกาบาและไกลซีน ที่จะส่งไปยังระบบประสาทบริเวณไขสันหลัง จึงทำให้อาการคันลดลง

การศึกษาของ อิโคมะและคณะ (Ikoma, Steinhoff, Stander, Yosipovitch, & Schmelz, 2006) พบว่าระบบประสาทที่กระตุ้นให้เกิดอาการคันมีความซับซ้อนมาก แม้ว่าช่วงแรกของการเกิดอาการคัน จะมีการกระตุ้นให้เกิดการเกา โดยระบบประสาทอัตโนมัติที่อยู่บริเวณไขสันหลัง เห็นได้จาก เมื่อเกิดอาการคันจะมีการเกาทันที และสามารถเกาบริเวณที่คันได้อย่างถูกต้อง โดยไม่มีการคิดหรือวางแผนล่วงหน้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การเกาเกิดจากมีการกระตุ้นระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และระบบประสาทอื่นๆ นอกเหนือจากระบบประสาทอัตโนมัติบริเวณไขสันหลัง (Lloyd, Hall, Hall, & McGlone, 2012)

ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถสรุปถึงสาเหตุและกลไกการเกิดอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยที่มีการคั่งของน้ำดีได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะโรคมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย มีการคั่งของน้ำดี ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยา การผ่าตัด หรือการใส่ท่อระบายน้ำดีได้ ทำให้อาการต่างๆของโรคยังคงอยู่ และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอาการคันตามผิวหนังซึ่งส่งผลกระทบหลายประการต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ผลกระทบของอาการคันตามผิวหนัง

อาการคันตามผิวหนัง เป็นอาการไม่สุขสบายบริเวณผิวหนังที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด (Matterne et al., 2011; Weisshaar & Dalgard, 2009) ผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนัง มักไม่ได้รับความสนใจเกี่ยวกับการค้นหาสาเหตุหรือรักษาอาการคันมากนัก การศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับอาการคันในพนักงานบริษัทชาวเยอรมัน จำนวนกว่า 11,000 คน พบอัตราการเกิดอาการคันร้อยละ 17 ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการคันมาเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ร้อยละ 25 และร้อยละ 47 ไม่เคยได้รับคำแนะนำในการรักษาอาการคันเลย ในขณะที่ร้อยละ 94 ไม่เคยไปรับการรักษาอาการคันเลย (Grundmann & Stander, 2011) ผู้ป่วยที่มีอาการคันเรื้อรังมักไปรับการรักษาในหน่วยบริการสาธารณสุขมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการคันชนิดเฉียบพลันมักไปรับการรักษาจำนวนน้อย หรือไม่ไปรับการรักษาเลย (Weisshaar & Dalgard, 2009)

Copyright© by Mahidol University

อาการคันตามผิวหนังที่เกิดจากโรคทางระบบส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน จึงมีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ง่วงนอนในเวลากลางวัน มีสมาธิลดลง มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และมีผลต่อภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนัง มีการนอนหลับในระยะหลับลึกลดลง เนื่องจากการเกาในขณะที่หลับ รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (Aoki et al., 1991) การนอนไม่หลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยรบกวนสมาธิในการเรียนหรือทำงาน ทำให้การเรียนหรือการทำงานของผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Moses, 2003) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการคันที่มีสาเหตุมาจากโรคทางระบบภายในร่างกาย ซึ่งมักเป็นอาการคันชนิดเรื้อรัง จากการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 334 ราย ที่มีภาวะยูรีเมียปานกลางและรุนแรง พบว่า อาการคันตามผิวหนังระดับรุนแรงมาก มีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง (Szepietowski et al., 2011) อาการคันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากเกา เมื่อเกาก็ยิ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการคัน (itch-scratch cycle) อาจทำให้เกิดบาดแผลที่ผิวหนังและส่งผลให้กลไกการป้องกันการติดเชื้อของผิวหนังถูกทำลาย เกิดการติดเชื้อบริเวณผิวหนังได้ง่าย ทำให้อาการของผู้ป่วยและการรักษามีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น (Kircik, 2011)

อาการคันตามผิวหนังไม่เพียงส่งผลต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สับสน วิตกกังวล เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสมาธิสั้น นอกจากนี้ยังพบว่า อาการคันทำให้ความต้องการทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ลดลงด้วย (Patel, Ishiuji, & Yosipovitch, 2007) อาการคันเรื้อรังที่เกิดขึ้นนานมากกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไป มักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง อารมณ์หงุดหงิด ทำให้เกิดความเครียดสะสม เมื่อมีความเครียดมากขึ้นเรื่อยๆ จะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ นอกจากนี้ยังพบพยาธิภาพอื่นๆ ที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีอาการคันเรื้อรัง เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภท เป็นต้น (Bathe et al., 2009) หากอาการคันที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง ผู้ป่วยอดนอนหลายวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ (Kumagi & Heathcote, 2008)

อาการคันตามผิวหนังที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี (cholestasis pruritus) อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และมีผลโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้โรคและการรักษามีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า อาการคันทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ต้องการพูดคุยหรือพบปะกับบุคคลอื่นๆ และมีอาการนอนไม่หลับ (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2546) เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย และไม่สามารถรักษาการคั่งของน้ำดีได้

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงต้องค้นหาแนวทางในการจัดการอาการคัน เพื่อบรรเทาอาการ ลดผลกระทบของอาการคันตามผิวหนังที่เกิดขึ้น

การจัดการอาการคันตามผิวหนัง

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังโดยทั่วไป มีวิธีการรักษาหลากหลายรูปแบบ โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการคัน ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการคันโดยทั่วไป ประกอบด้วย 1) ปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ และ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการเกิดอาการคัน โดยพบว่า เพศหญิงมีอาการคันมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุมีอาการคันตามผิวหนังมากกว่าวัยอื่นๆ และผู้ที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่ดีมีอัตราการเกิดอาการคันมากกว่าผู้ที่มีภาวะเศรษฐกิจดี ซึ่งเป็นผลจากภาวะสุขภาพโดยรวม (Ferm, Sterner, & Wallengren, 2010) 2) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล มีอุบัติการณ์การเกิดอาการคันมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบว่าสภาวะทางด้านจิตสังคมสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการคันเกิดขึ้นได้ (Ferm et al.,2010) 3) ปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการคันตามผิวหนัง โดยพบว่าโรคประจำถิ่นในแต่ละภูมิภาคของโลก มีผลต่อการเกิดอาการคันที่แตกต่างกันไป ตามสภาวะของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละภูมิภาค รวมถึงลักษณะของประชากร และลักษณะของระบบสุขภาพในแต่ละภูมิภาคด้วย (Weisshaar & Dalgard, 2009) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการคัน มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือ ปัจจัยพื้นฐาน และปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ นอกจากการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่ออาการคันตามผิวหนังแล้ว แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่ทราบสาเหตุและกลไกการเกิดอาการคันที่ชัดเจนในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โดยทั่วไปมีการจัดการอาการคันตามผิวหนังที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา ดังนี้

1. การจัดการอาการคันโดยไม่ใช้ยา

1.1 การดูแลผิวหนัง เป็นการดูแลผิวหนังเพื่อลดอาการคันตามผิวหนังโดยทั่วไป เป็นการช่วยรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง ลดการระคายเคือง และเป็นการหลีกเลี่ยงการกระตุ้นผิวหนังเพื่อไม่ให้เกิดอาการคันมากขึ้น ดังนี้ 1) การใช้โลชั่นทาผิวที่มีความชุ่มชื้นสูงทาผิวหนังก่อนนอน โดยเลือกใช้โลชั่นที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่ก่อให้เกิดอาการแพ้

ทาโลชั่นทันทีหลังอาบน้ำหรือทาบ่อยๆในช่วงเวลาระหว่างวัน 2) การลดจำนวนครั้งของการอาบน้ำลง หรืออาจใช้วิธีการเช็ดตัวแทนการอาบน้ำ และหลังอาบน้ำควรรีบทาโลชั่นทันที 3) เลือกใช้สบู่ที่ไม่ทำให้เกิดอาการระคายเคือง และใช้สบู่อาบน้ำไม่เกินสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือใช้สบู่ในบริเวณที่จำเป็นเท่านั้น เช่น รักแร้ ขาหนีบ เป็นต้น 4) การหลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่รัดแน่นเกินไป หรือเสื้อผ้าที่ทำจากขนสัตว์ เลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบาย สามารถระบายอากาศได้ดี 5) หลีกเลี่ยงสารที่ทำให้เส้นเลือดขยายตัว เช่น แอลกอฮอล์ กาแฟ อาหารที่มีรสเผ็ด และอาหารที่กำลังร้อนจัด เป็นต้น 6) ควรตัดเล็บให้สั้นและรักษาความสะอาดของมือและเล็บอยู่เสมอ เมื่อมีอาการคันควรใช้ฝ่ามือถูบริเวณที่เกิดอาการ เพื่อลดการบาดเจ็บของผิวหนังจากการเกา และ 7) ไม่ควรซื้อยามารับประทานหรือทาเอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา (Greaves, 2007; Hiramanek, 2004; Moses, 2003)

1.2 การบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ เป็นการนำเอาวิธีการบำบัดอื่นๆมาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา หรือใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ การบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆมีดังนี้

1) การรักษาโดยใช้รังสีอัลตราไวโอเลต (ultraviolet (UV) light therapy) ใช้รักษาอาการคันตามผิวหนังเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้ รังสีที่ใช้รักษาเป็นรังสียูวีบี (UVB) และ ยูวีเอ (UVA) แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง และมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ผิวไหม้ ผิวหนังแก่เกินวัย และอาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งผิวหนังได้ เป็นต้น จึงไม่เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังโดยทั่วไป (Patel & Yosipovitch, 2010)

2) การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าบริเวณผิวหนัง (cutaneous field stimulation,CFS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นเส้นใยประสาทซี ทำให้ตัวรับบริเวณเส้นใยประสาทซีเปลี่ยนรูปไปจากเดิม ส่งผลให้ไม่สามารถรับสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดอาการคันได้ จากการศึกษาพบว่า สามารถลดอาการคันได้ร้อยละ 49 ในเวลา 5 สัปดาห์ แต่อาจมีอาการคันกลับมาได้หลังการรักษา การรักษาวิธีนี้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงเส้นใยประสาทที่รับความรู้สึกคันต่อไป (Lovell & Vender, 2007)

3) การรักษาทางเลือก (alternative therapy) เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดอาการคันยังไม่ชัดเจน อาการคันเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและอาการทางผิวหนังหลายชนิด และในปัจจุบันยังไม่พบการรักษาที่เฉพาะเจาะจงต่ออาการคัน การรักษาทางเลือกจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการคัน โดยใช้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นๆ (Millikan, 2003) การรักษาทางเลือกที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่ การใช้สมุนไพร (herbal remedies) ชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทรับความรู้สึกบริเวณผิวหนัง ร่วมกับคุณสมบัติบางประการของสมุนไพรแต่ละชนิด เช่น มีส่วนผสมของคอลลอยด์ มีเมือกปริมาณมาก และมีส่วนประกอบของสารแทนนิน เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบ

Copyright© by Mahidol University

เหล่านี้จะสามารถให้ความชุ่มชื้นกับผิวหนัง ลดการระคายเคืองต่อผิวหนัง และช่วยลดอาการคันได้ สมุนไพรที่นิยมนำมาใช้เพื่อลดอาการคันตามผิวหนัง เช่น มิ้นท์ (menthol) การบูร(camphor) ข้าวโอ๊ต (oatmeal) มัลเบอรี่ (mulberry) ลาเวนเดอร์ (lavender) คาโมมายล์(chamomile) ว่านหางจระเข้ และพริก เป็นต้น สมุนไพรก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้บ้าง เช่น การแพ้ การระคายเคืองผิวหนัง จึงควรระมัดระวังโดยเฉพาะในผู้ที่มีผิวหนังแพ้ง่ายและผู้สูงอายุ การใช้โภชนบำบัด (nutritional therapy) ถึงแม้ว่าจะไม่พบการศึกษาผลของการใช้สารอาหารในการบำบัดอาการคัน แต่สารอาหารบางอย่างมีส่วนช่วยฟื้นฟูสภาวะของผิวหนังให้เข้าสู่ภาวะปกติโดยเร็ว เช่น วิตามินดี วิตามินอี และไลโนลินิค เป็นต้น (Millikan, 2003) นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาทางเลือกแบบอื่น เช่น การฝังเข็มและการรักษาด้วยน้ำ แต่ยังไม่นิยมใช้มากนัก เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้ในการลดอาการคันตามผิวหนัง (Lovell & Vender, 2007; Patel & Yosipovitch, 2010)

1.3 การดูแลทางด้านจิตใจ ภาวะทางด้านจิตใจมีผลต่ออาการคันตามผิวหนัง โดยเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนัง และคงอยู่เป็นระยะเวลานานขึ้น (Ferm, Sterner, & Wallengren, 2010) และยังพบว่า อาการคันเป็นอาการที่เกิดจากสภาวะจิตใจได้ด้วยเช่นกัน โดยเป็นอาการที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล สิ้นหวังและซึมเศร้า (Oaklander, 2011) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาถึงการดูแลทางด้านจิตใจที่มีผลต่อการลดอาการคัน

2. การจัดการอาการคันโดยใช้ยา

2.1 การใช้ยาเฉพาะที่ ยาที่ใช้เฉพาะที่ในปัจจุบันมักใช้ในกรณีที่พบรอยโรคที่บริเวณผิวหนังอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยาทาเฉพาะที่ยังใช้ในการรักษาอาการทางผิวหนังที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของเกา เช่นรอยแดง รอยถลอก ผิวหนังอักเสบ เป็นต้น ซึ่งเป็นการลดวงจรของการเกิดอาการคัน (itch – scratches cycle) ได้ ยาที่ใช้เฉพาะที่ ได้แก่

1) เมนทอลและฟีนอล (menthol and phenol) เป็นยาทาเฉพาะที่ที่มีส่วนผสมของการบูรและกรดคาร์บอลิก สามารถลดอาการคันได้ดี ใช้ทาผิวหนังบริเวณที่เกิดอาการคันได้วันละหลายครั้ง (Twycross et al., 2003)

2) คาลามายน์ (calamine) เป็นโลชั่นทาผิวที่มีส่วนผสมของกรดคาร์บอลิก (phenol) ใช้ทาผิวที่มีความชุ่มชื้นสูง หรือมีสารคัดหลั่งซึมออกมาที่บริเวณผิวหนัง หลีกเลี่ยงทาผิวหนังที่แห้งอยู่แล้ว เนื่องจากโลชั่นนี้จะทำให้ผิวแห้งมากขึ้น (Hiramanek, 2004; Twycross et al., 2003)

Copyright by Mahidol University

3) ยาต้านฮีสตามิน (antihistamin) เช่น มีไพรามีน (mepyramine) และไดเฟนไฮดรามีน (diphenhydramine) สามารถลดความรุนแรงของอาการคันได้อย่างรวดเร็ว แต่มี

ข้อจำกัดในการใช้ในแต่ละวัน ไม่ควรใช้มากเกินไปและควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา (Twycross et al., 2003)

4) ยาชาเฉพาะที่ (local anesthetics) การใช้ยาชาเฉพาะที่ที่นิยมใช้มากคือ เบ็นโซเคน (benzocaine) และลิโดเคน (lidocaine) สามารถลดอาการคันได้อย่างรวดเร็ว แต่ถ้าให้ในปริมาณมากเกินไปอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือ ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ ในปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้ในการรักษาอาการคันตามผิวหนัง หรือเลือกใช้ในกรณีที่มีอาการคันในระดับที่รุนแรง (Twycross et al., 2003)

5) แคปไซซีน (capsaicin) เป็นยาทาเฉพาะที่ที่มีส่วนผสมของพริก ซึ่งสามารถลดได้ทั้งอาการคันและอาการปวด เนื่องจากออกฤทธิ์ต่อเส้นใยประสาทซี การทาด้วยยาแคปไซซีนปริมาณมากและบ่อยเกินไป จะมีอาการแสบร้อนตามผิวหนัง อาจทำให้ผิวหนังเกิดแผลพุพองได้ (Twycross et al., 2003)

6) สตรอนเทียม ไนเตรท (strontium nitrate) เป็นยาทาเฉพาะที่ที่นิยมใช้ในกรณีที่เกิดอาการคันบริเวณใบหน้า (Hiramanek, 2004; Twycross et al., 2003)

2.2 การใช้ยารักษาอาการคันโดยทั่วไป ยาที่ใช้รักษาอาการคันโดยทั่วไป เป็นยาที่ใช้เพื่อรักษาอาการคันตามผิวหนังที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับสาเหตุของอาการคัน ส่วนใหญ่ใช้ในกรณีที่มีอาการคันเกิดขึ้นทั่วร่างกาย หรืออาการคันที่ไม่มีรอยโรคบริเวณผิวหนัง จากการทบทวนวรรณกรรมของ ทไวครอสและคณะ (Twycross et al., 2003,p.14-16) พบว่า ยาที่ใช้รักษาอาการคันตามผิวหนัง มีดังนี้

1) ยาต้านตัวรับฮีสตามิน 1 (H_1- receptor antagonists) เป็นยาที่ใช้รักษาอาการคันที่มีฮีสตามินเป็นสารสื่อประสาท ยาที่นิยมใช้คือ คลอเฟนิรามีน (chlorphenamine) ขนาด 4 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้ง แต่ยาอาจทำให้ง่วงซึมได้ และยาเซตทิลิซีน (cetirizine) ขนาด 5 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง หรือ 10 มิลลิกรัมวันละครั้ง

2) ยาต้านตัวรับฮีสตามิน 2 (H_2- receptor antagonists) เป็นยารักษาอาการคันที่มีฤทธิ์ลดอาการคันได้มากกว่า ยาต้านตัวรับฮีสตามิน 1 ยาที่ใช้ คือ ไซเมทิดีน (cimetidine) ให้ขนาด 1 กรัมต่อวัน อาจพบภาวะเม็ดเลือดแดงจำนวนมากผิดปกติ (polycythemia vera) ได้

3) ด็อกซิพิน (doxepin) เป็นยาต้านอาการซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นการรับสารสื่อประสาทที่ตัวรับมัสคารินิก (muscarinic receptors) ใช้ในกรณีที่รักษาอาการคันด้วย ยาต้านตัวรับฮีสตามิน 1 และ 2 ไม่ได้ผล

4) อ็อนแดนซีทรอน (ondansetron) ใช้รักษาอาการคันตามผิวหนัง ที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดโอพิลออยด์ทางไขสันหลัง (spinal opioids) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การให้อ็อน

Copyright by Mahidol University

แดนซีทรอน 8 มิลลิกรัมทางเส้นเลือดดำ จะสามารถลดอาการคันได้ภายในเวลา 1 ชั่วโมง ใช้ในการลดอาการคันอย่างรุนแรงให้ลดลงอย่างรวดเร็วได้

5) พาร็อกซิทิน (paroxetine) เป็นยากลุ่มยับยั้งซีโรโตนิน ออกฤทธิ์ต้านภาวะซึมเศร้า และสามารถลดอาการคันได้บางส่วน ยาที่นิยมใช้คือ ซีสะปรายด์ (cisapride) ขนาด 5 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง

6) เมอทาซาพีน (mirtazapine) เป็นยากลุ่มนอร์อะดรีนาลีนและต้านอาการซึมเศร้าชนิดที่ออกฤทธิ์คล้าย ยาต้านตัวรับฮีสตามิน 1 ใช้ขนาด 15-30 กรัมต่อวัน อาจมีภาวะแทรกซ้อนคือ คลื่นไส้อาเจียนได้

7) ยาต้านโอพิลออยด์ (opioid antagonists) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการคันตามผิวหนังที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี และสามารถลดอาการคันจากสาเหตุอื่นๆได้เช่นเดียวกัน เช่น ภาวะยูรีเมีย และจากยาแก้ปวดมอร์ฟีน เป็นต้น จึงได้มีการนำมาใช้ในการรักษาอาการคันที่เกิดขึ้นจากภาวะอื่นๆอย่างกว้างขวาง โดยใช้ในกรณีที่เกิดอาการคันรุนแรง

2.3 การใช้ยารักษาอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี การรักษาอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี ในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก โดยยาที่นำมาใช้มีทั้งชนิดที่ใช้เพื่อรักษาอาการคันตามผิวหนังโดยทั่วไป และรักษาอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี ยาที่นิยมใช้มีดังนี้

1) ยูโซดีออกซิโคลิก แอสิด (ursodeoxycholic acid, UDCA) จากการศึกษาพบว่า สามารถลดอาการคันรุนแรงได้ในกลุ่มทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เกิดอาการคันด้วยฮีสตามิน แต่ยังไม่พบการศึกษาประสิทธิภาพและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ที่ศึกษาในผู้ป่วยจริง อีกทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย จึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป (Hiramanek, 2004; Mela et al., 2003; Moses, 2003)

2) โคเลสไทรามีน (cholestyramine) เป็นยาที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดี ยานี้มีฤทธิ์รบกวนการดูดซึมกรดน้ำดีในลำไส้ใหญ่ การศึกษาในผู้ป่วยที่นำโคเลสไทรามีนไปใช้จริง พบว่า สามารถลดอาการคันได้ใน 2 สัปดาห์แรกของการรักษา หลังจากนั้นจะมีอาการคันกลับมาอีกครั้ง การรักษาที่ได้ผลนั้นเป็นการรักษาระยะยาวโดยให้ยาติดต่อกันประมาณ 32 เดือน โดยให้ยาทางปาก สามารถให้ยาได้ตั้งแต่ขนาด 2-4 กรัมต่อวัน ถึง 10 กรัมต่อวัน ควรรับประทานยาในช่วงเช้า ซึ่งเป็นช่วงที่ถุงน้ำดีบีบรัดน้ำดีออกมามากที่สุด จะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีและลดภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น ท้องอืด ไม่สุขสบายในท้อง เบื่ออาหาร ขาดสารอาหารประเภทไขมัน และวิตามินที่ละลายในไขมัน เป็นต้น นอกจากนี้โคเลสไทรามีน ยังมีผลต่อยาบางชนิดเช่น ไธร็อกซิน (thyroxin), ไดก็อกซิน (digoxin) และยาคุม

Copyright by Mahidol University

กำเนิด เป็นต้น จึงควรรับประ ทานยานี้ห่างจากยาตัวอื่นๆเป็นเวลาอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (Hiramanek, 2004; Mela et al., 2003; Moses, 2003; Twycross et al., 2003)

3) ไรแฟมปิซิน (rifampicin) ออกฤทธิ์โดยแย่งจับกับเกลือน้ำดี ที่จะเข้าไปในเซลล์ตับ และช่วยขับเกลือน้ำดีออกทางปัสสาวะ มีการศึกษาพบว่าไรแฟมปิซิน สามารถลดอาการคันได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ขนาด 150-600 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างไรก็ตามไรแฟมปิซินมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น ตับอักเสบ เม็ดเลือดแดงแตกง่าย ไตวาย เป็นต้น และเกิดการดื้อยาได้ง่าย จึงไม่ควรใช้เป็นยาตัวแรกในการรักษาอาการคัน จะใช้ในกรณีที่ใช้คลอเลสไทรามีนไม่ได้ผล และควรมีการตรวจการทำงานของตับทุกๆ 2 เดือน (Hiramanek, 2004; Mela et al., 2003; Moses, 2003; Twycross et al., 2003)

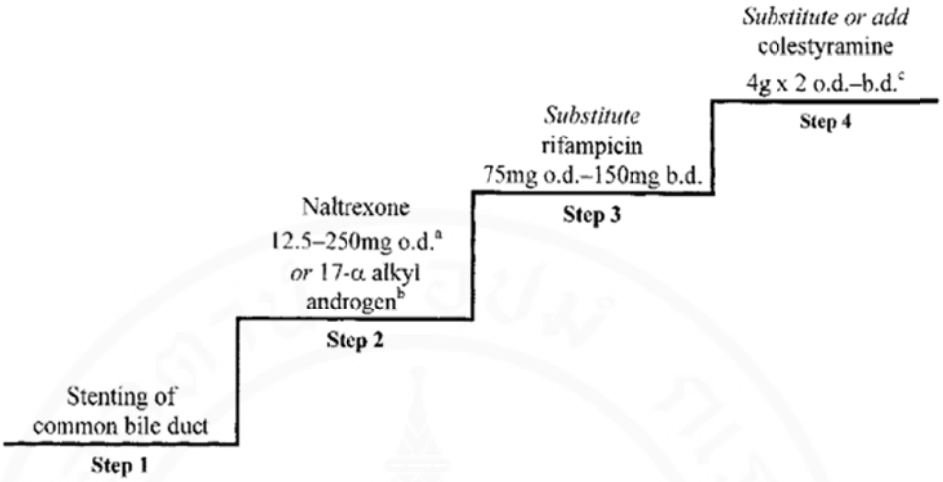
4) ยาต้านโอพิลออยด์ (opioid antagonists) เป็นยาที่ใช้ได้ผลดีในการรักษาอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดีมาเป็นเวลานาน ยาที่นิยมใช้คือ นาลมีเฟน (nalmefene) นาล็อกโซน (naloxone) และนาลทรีโซน (naltrexone) ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาที่อาจพบได้ คือ เกิดอาการคล้ายคลึงกับอาการถอนยา (withdrawal-like reaction) มักเกิดขึ้น 1 ชั่วโมง และ 2-3 วันหลังได้รับยา อาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง ซึด ผิวหนังเย็น และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ถ้าพบมีอาการจากยารุนแรงควรหยุดให้ยาทันที และต้องรีบรักษาอาการที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันยาต้านโอพิลออยด์ใช้รักษาผู้ป่วยเฉพาะในกรณีที่มีอาการคันอย่างรุนแรง และไม่สามารถรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ (Hiramanek, 2004; Mela et al., 2003; Twycross et al., 2003)

5) อ็อนแดนซีทรอน (ondansetron) พบว่าสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการคันได้ แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงการออกฤทธิ์หรือผลข้างเคียงของการใช้ยา (Hiramanek, 2004; Mela et al., 2003; Moses, 2003)

ในปี 2003 ได้มีผู้ศึกษาและจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดี ไว้ดังนี้

ทไวครอสและคณะ (Twycross et al., 2003) ได้กำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดี โดยแบ่งเป็น 4 วิธี ตามลำดับ เมื่อใช้วิธีแรกไม่ได้ผลจะรักษาผู้ป่วยวิธีอื่นๆต่อไป ดังนี้ 1) การใส่ท่อระบายน้ำดีที่บริเวณท่อน้ำดีร่วม เพื่อลดการคั่งค้างของท่อน้ำดี 2) การใช้ยานาลทรีโซน หรืออาจใช้ฮอร์โมนแอนโดรเจน 3) การใช้ยาไรแฟมปีซีน และ 4) การใช้ยาโคเลสไทรามีน รายละเอียด ดังแสดงในภาพที่ 2.5 อย่างไรก็ตามแนวทางการรักษานี้ มักไม่ได้ผลในกรณีที่มีการอุดตันของท่อน้ำดีมากหรือมีการอุดตันทั้งหมด

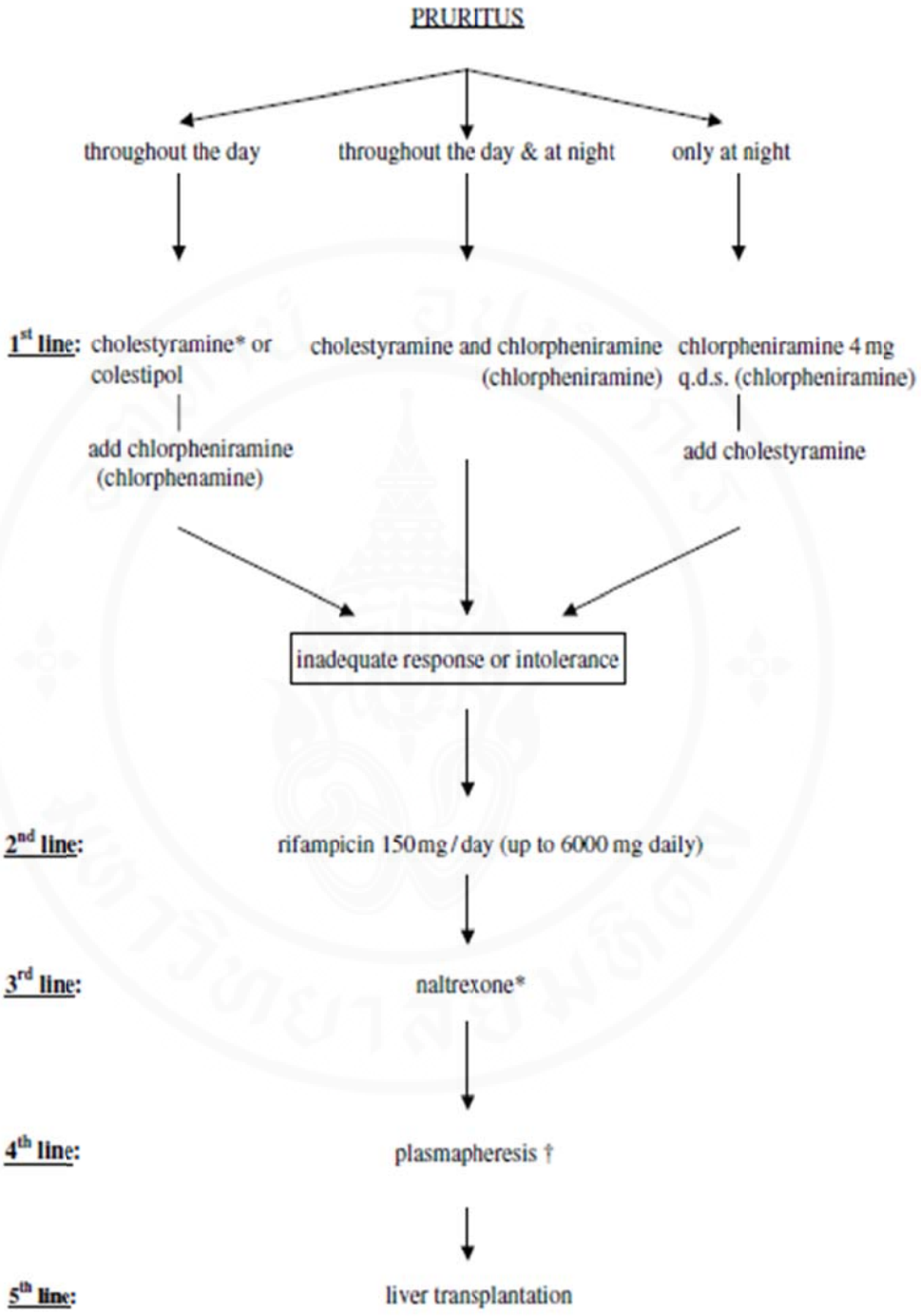
Copyright by Mahidol University



ภาพที่ 2.5 แผนภูมิขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดี โดยทไวครอสและคณะ (Twycross et al., 2003,p.2)

เมลาและคณะ (Mela et al., 2003) ได้กำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดี โดยแบ่งอาการคันตามเวลาเป็น 3 ลักษณะ คือ คันเวลากลางวัน, คันเวลากลางวันและกลางคืน และคันเฉพาะเวลากลางคืน โดยมีแนวทางในการรักษาอาการคันทั้งหมด 5 แนวทางดังนี้ 1) อาการคันเฉพาะเวลากลางวันให้ยาโคเลสไทรามีนก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงให้ยาต้านฮีสตามีนเพิ่มเติม อาการคันเวลากลางวันและกลางคืนให้ยาได้ทั้งสองอย่าง และอาการคันเฉพาะเวลากลางคืน ให้ยาต้านฮีสตามีนก่อนให้ยาโคเลสไทรามีน 2) ให้ยาไรแฟมปิซินเมื่ออาการคันไม่ดีขึ้นหรือมีการดื้อต่อยา 3) ให้ยานาลทรีโซนขนาดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษา 4) ให้การรักษาโดยวิธีอื่นๆ เช่น การทำพลาสมาพีรีซีส (plasmapheresis) การฉายแสง การให้ยาแอนตี้ออกซิแดนซ์และอื่นๆ ที่ได้รับการทดลองแล้วว่าสามารถรักษาอาการคันได้ และ 5) การทำผ่าตัดเปลี่ยนตับในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีใดๆหรือมีการดื้อต่อยา รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2.6

Copyright by Mahidol University



ภาพที่ 2.6 แผนภูมิขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากการคั่งของน้ำดี โดยเมลาและคณะ (Mela et al., 2003, p.865)

Copyright by Mahidol University

จากการทบทวนวรรณกรรมของ ทไวครอสและคณะ (Twycross et al., 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อการรักษาอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยที่มีการคั่งของน้ำดี พบว่า การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเชิงทดลอง ในอาสาสมัครมากกว่าการศึกษาในผู้ป่วยจริง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งจากทางเดินน้ำดีปฐมภูมิ (primary biliary cirrhosis, PBC) และโรคท่อน้ำดีอักเสบแข็งปฐมภูมิ (primary sclerosing cholangitis, PSC) ซึ่งมีพยาธิสภาพ ทำให้น้ำดีไม่สามารถไหลผ่านไปยังลำไส้เล็กได้สะดวก แต่อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีพยาธิสภาพที่รุนแรง เพราะมีการอุดตันท่อน้ำดีทั้งหมด น้ำดีไม่สามารถไหลไปยังลำไส้เล็กได้ ทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนังอย่างรุนแรง การรักษาหลักจึงเป็นการแก้ไขภาวะอุดตันของท่อน้ำดี โดยการผ่าตัดหรือการใส่ท่อระบายน้ำดี การรักษาด้วยยาเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการคันตามผิวหนัง ซึ่งอาจได้ผลในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังไม่รุนแรง ส่วนในผู้ป่วยที่การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่เป็นรุนแรง และมีอาการคันตามผิวหนังอย่างรุนแรงแล้ว การใช้ยามักไม่ได้ผล เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการคันตามผิวหนังในปัจจุบัน เป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยตามประสบการณ์ และคำแนะนำสืบต่อกันมา (Butler & Lund, 2010) ผู้ป่วยจึงต้องหาทางในการจัดการอาการคันตามผิวหนังด้วยตนเองเพิ่มเติม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

รูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดของลาร์สันและคณะ (Larsan et al, 1994 cited in Dodd et al., 2001) ดอดด์ได้อธิบายว่า การจัดการอาการของบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะสามารถคิดหาวิธีการในการจัดการอาการของตนเอง ซึ่งดอดด์เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการจัดการ และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ ตระหนักถึงมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ มีรายละเอียดดังนี้

Copyright by Mahidol University

บุคคล (person domain) องค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ลักษณะส่วนบุคคล (demographic) จิตใจ (psychological) สังคม (sociological) และลักษณะทางสรีรภาพ (physiological) เมื่อนำแบบจำลองแนวคิดนี้ไปใช้ จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และลักษณะทางกายภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วย ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลอาจมีรายละเอียดที่แยกย่อยลงไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ โดยพบว่าเพศมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน และเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราตายสูงกว่าเพศชาย (Rankin, 1990 cited in Dodd et al., 2001) เป็นต้น

สุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) องค์ประกอบของสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยเสี่ยง (risk factors) การบาดเจ็บ (injuries) และภาวะทุพพลภาพ (disabilities) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพ มีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคปอดต่างชนิดกันทำให้เกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดอาการเหนื่อยหอบที่แตกต่างกัน (Janson & Carrieri, 1986 cited in Dodd et al, 2001) เป็นต้น บุคคลอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ จากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา ซึ่งในแบบจำลองแนวคิดนี้ ได้มีการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง ต่อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการของแต่ละบุคคลด้วย

สิ่งแวดล้อม (environment domain) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม เป็นมุมมองด้านความเชื่อ การให้คุณค่า การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี เชื้อชาติ ศาสนา นอกจากนี้ สถานที่ที่เกิดประสบการณ์อาการ มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้วย

แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (symptom outcomes) ทั้ง 3 มโนทัศน์หลักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Copyright© by Mahidol University

ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ประกอบด้วย การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้ต่ออาการนำไปสู่การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการ ที่มีความแตกต่างไปจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้หรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินอาการและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ การคุกคามต่อชีวิต และผลรบกวนของอาการต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม การทำความเข้าใจในองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ มีความสำคัญในการนำไปใช้ในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ

การรับรู้อาการ (perception of symptoms) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของร่างกายเกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะของความผิดปกติที่เกิดขึ้น ในบางสถานการณ์อาจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้น แต่พบได้จากผลการตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) เมื่อบุคคลมีการรับรู้อาการ จะมีการประเมินลักษณะของประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะ ความรุนแรง ตำแหน่งการเกิดอาการในลักษณะชั่วคราวหรือถาวร ความถี่ของอาการ ผลรบกวนต่อชีวิตประจำวัน รวมไปถึงภาวะคุกคามของอาการต่อชีวิต ผู้ที่มีประสบการณ์การมีอาการใดอาการหนึ่งมาเป็นระยะเวลานาน มักจะบอกความรู้สึกเกี่ยวกับอาการ และลักษณะของอาการได้ดีกว่า ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีอาการนั้นๆมาก่อน

การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) เมื่อบุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการแล้ว จะมีการตอบสนองต่ออาการเกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม โดยการตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ปรากฏออกมา เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย การนอนไม่หลับ เป็นต้น การตอบสนองด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความคิดของผู้ป่วย เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และอัตมโนทัศน์ เป็นต้น การตอบสนองทางด้านสังคม เช่น การมีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เป็นต้น การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เช่น การเกา การถู การหลีกเลี่ยงแสงแดด การงดอาหารบางชนิด เป็นต้น

การประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย เป็นเรื่องยากที่จะแยกการรับรู้และการประเมินอาการของผู้ป่วยออกจากกันได้ จึงต้องมีการประเมินถึงการรับรู้และการประเมินอาการของผู้ป่วยควบคู่กันไปเสมอ ซึ่งประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้

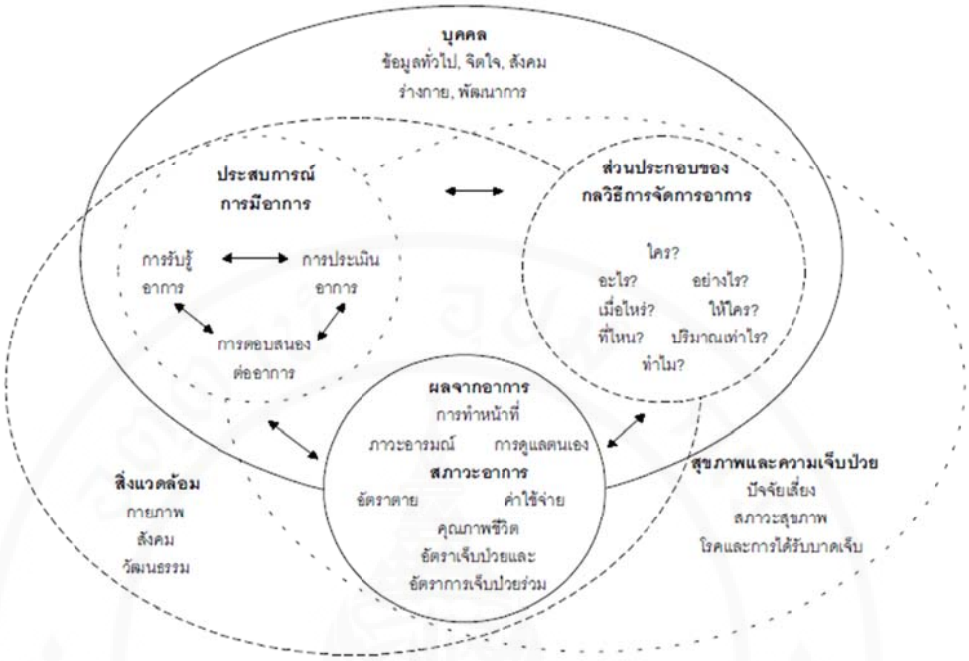
Chiang Mai University

ตลอดเวลา และอาจมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ใช้ในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการอย่างละเอียด และรวบรวมสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเป็นประโยชน์ต่อการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินประสบการณ์การมีอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เกี่ยวกับ คุณลักษณะของอาการคัน ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดปัญหา หรือชะลอผลของการเกิดอาการ โดยวิธีการทางการแพทย์ การพยาบาล และการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลวิธีการจัดการกับอาการเริ่มภายหลังจากการอาการของผู้ป่วยตามมุมมองของแต่ละบุคคล กลวิธีการจัดการกับอาการใดอาการหนึ่ง มีได้หลายวิธี และในการจัดการอาการแต่ละวิธีสามารถเกิดผลลัพธ์ที่หลากหลาย กลวิธีการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และมีการประเมินผลของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการ ถ้ากลวิธีนั้นๆสามารถบรรเทาอาการให้ลดลงหรือหายได้ บุคคลก็จะเลือกใช้วิธีการนั้นๆต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถจัดการกับอาการได้ ก็จะมีการปรับเปลี่ยนใช้กลวิธีอื่นจัดการกับอาการต่อไป องค์ประกอบของกลวิธีการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย กลวิธีที่ใช้จัดการกับอาการ (what) เมื่อใด (when) ที่ไหน (where) ทำไม (why) ต้องใช้กลวิธีการนั้นๆมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร(whom) และจัดการอย่างไร (how) การประเมินกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย กลวิธีในการจัดการกับอาการ (what) ความถี่ของการใช้กลวิธี (how much) จัดการหรือได้รับความช่วยเหลือโดยใคร (who) และจัดการอย่างไร (how)

ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (Outcomes) เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการและการใช้กลวิธีการจัดการอาการ ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการสามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการ 8 ปัจจัย คือ 1) สภาวะอาการ (symptom status) 2) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) 3) การดูแลตนเอง (self care) 4) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) 5) คุณภาพชีวิต (quality of life) 6) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity & co-morbidity) 7) อัตราตาย (mortality) 8) สภาวะอารมณ์ (emotional status) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินได้จาก สภาวะอาการ (symptom status) แบบจำลองแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ มีรายละเอียด ดังแสดงในภาพที่ 2.7

Copyright by Mahidol University



ภาพที่ 2.7 แบบจำลองแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง, 2550, หน้า 9)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการของดอดด์และคณะ

มีรายงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์เป็นแนวทางในการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยนำแต่ละมโนทัศน์ของแนวคิดการจัดการอาการมาศึกษาในกลุ่มที่หลากหลาย ตัวอย่างการศึกษามโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการร่วมกับกลวิธีการจัดการอาการ เช่น การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก (สุภาภรณ์ อินธิแสง, 2543). การศึกษาประสบการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (จิราพร ศิริรัตน์, 2545) การศึกษาความรุนแรงของความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ชลธิรา เรียงคำ, 2550) การศึกษาประสบการณ์และวิธีการจัดการกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล 4 แห่งในกรุงเทพมหานคร (เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2552) เป็นต้น ตัวอย่างการนำมโนทัศน์ของกรอบแนวคิดการจัดการอาการร่วมกันทั้งมโนทัศน์ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ เช่น ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับและผลลัพธ์ของการมีอาการนอนหลับไม่เพียงพอในผู้ป่วยเอดส์ (ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล, 2547) ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (สิรินุช บูรณะ

เรื่องโรจน์, 2549) ประสบการณ์ การจัดการและผลลัพธ์ของการนอนหลับไม่เพียงพอในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ดวงจิต หมดจด, 2550) เป็นต้น

จากแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ทั้งองค์ประกอบด้านบุคคล สุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการ ดังการศึกษาของ สิรินุช บูรณะเรืองโรจน์ (2549) เกี่ยวกับ ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 100 ราย พบว่า อาการอ่อนล้าเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด โดยมีความรุนแรงสูงที่สุดในช่วง 24 – 72 ชั่วโมงภายหลังได้รับยา และอาการอ่อนล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับอารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล และการศึกษาของไมแอสโกวสกี้และคณะ (Miaskowski, Cooper, Paul, Dodd, Lee, Aouizeral et al., 2006) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 191 ราย ที่มีประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ปวด นอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยล้าและอาการปวดสูง จะมีอาการนอนไม่หลับและอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีอาการเหนื่อยล้าหรืออาการปวดต่ำ แสดงให้เห็นถึง ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้ป่วย การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันออกไป นำไปสู่การใช้กลวิธีการจัดการอาการที่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน

กลวิธีในการจัดการเป็นผลมาจากประสบการณ์การมีอาการ ผู้ป่วยจะแสวงหาข้อมูลกลวิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ดังการศึกษาของ วรินทร จันทรมณี (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลการจัดการอาการเหนื่อยล้าจากทีมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุชิรา เกตุคง (2552) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า พยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการให้ความช่วยเหลือ แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ของชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีการแสวงหาข้อมูลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพน้อย และแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคจากหลายแหล่ง ได้แก่ สมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง เพื่อนที่ทำงาน และจากสื่อต่างๆ เป็นต้น

การจัดการกับอาการหนึ่งอาการ อาจมีได้หลายวิธี เห็นได้จากการศึกษาของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ที่พบว่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้มากที่สุด คือ พูดคุยกับคนรู้ใจ และไปในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การศึกษาของ อรนุช ประดับทอง (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีการจัดการกับอาการโดยการใช้ยาต้านการอาเจียน การหยุดการรับประทานอาหารขณะเกิดอาการ และการนอนพัก การศึกษาของ สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) ที่พบว่า วิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่

Copyright by Mahidol University

ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดใช้บ่อย คือ การใช้ยาแผนปัจจุบัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม และการศึกษาของ บุษกร แสงแก้ว (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจัดการกับอาการที่พบบ่อยด้วยวิธี การผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการปรับความรู้สึกและอารมณ์ โดยให้เหตุผลว่า ทำแล้วรู้สึกสบายใจมากขึ้น

มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยที่มีการคั่งของน้ำดีจากสาเหตุอื่นๆที่ไม่ใช่โรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ การศึกษาของ เมลาและคณะ (Mela et al., 2003) ในผู้ป่วยโรคตับแข็งจากทางเดินน้ำดีชนิดปฐมภูมิ (primary biliary cirrhosis, PBC) และการศึกษาของ ไอแมมและลินเดอร์ (Imam & Lindor, 2012) ในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบแข็งปฐมภูมิ (Primary sclerosing cholangitis, PSC) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดการอาการอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี โดยใช้ยาแผนปัจจุบันและการรักษาโดยแพทย์ มีเพียงการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ(2548) เพียงการศึกษาเดียวที่ศึกษา การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยภาพรวม ที่พบว่า ผู้ป่วยจะมีการแสวงหาข้อมูล และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น 3 วิธี คือ รักษาด้วยตนเอง รักษากับแพทย์พื้นบ้าน และรักษากับแพทย์วิชาชีพ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะประเมินวิธีการรักษา เลือกวิธีการรักษา เข้ารับการรักษาตามวิธีที่เลือก ประเมินผลการรักษาซ้ำ ถ้าผลการรักษาดี ผู้ป่วยก็จะมารับการรักษาต่อเนื่อง แต่ถ้าไม่ดี ผู้ป่วยก็จะเลือกวิธีใหม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้การรักษา 2 - 3 วิธีร่วมกัน ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ไม่ได้ระบุว่าผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังอย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อเป็นข้อมูลให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนัง ทราบวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่ออาการ หรือช่วยลดความรุนแรงของอาการได้ และเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง ที่เหมาะสมต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาอาการคัน กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตามรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีจำนวน 1,639 คน ข้อมูล ณ วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2555 พบว่า ผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ มีจำนวน 190 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากแพทย์ผู้รักษา
2. มีอาการคันตามผิวหนังจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี
3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการทดสอบว่ามีการรับรู้ปกติ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อและได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด สื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากโรคอื่นๆ นอกเหนือจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในรอบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553) จำนวน 623 คน (ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ , 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีอาการคันตามผิวหนัง ร้อยละ 60-84 (Butler & Lund, 2010; DeOliveira et al., 2007) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังเท่ากับร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด 623 คน ได้ผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนัง จำนวน 374 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane, 1970 อ้างในประกาย จิโรจน์กุล, 2548, หน้า 93) ได้ดังนี้

จากสูตร

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างสูงสุดที่ผู้วิจัยรับได้

กำหนดให้ e = 0.10

$$n = \frac{374}{1+374\ (0.1)^2}$$

$$= 79 \text{ ราย}$$

โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

Copyright by Mahidol University

สถานที่เก็บข้อมูล

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดอุบลราชธานี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 1,000 เตียง ให้บริการรักษาทั่วไปแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างและพื้นที่ใกล้เคียง และเป็นศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาระดับชั้นคลินิก ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับบริการหรือส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น จะผ่านจุดคัดกรองเบื้องต้น โดยพยาบาล และส่งต่อไปยังตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการนอกเวลาราชการหรือผู้ป่วยมาโรงพยาบาลขณะมีอาการวิกฤติ จะมีการคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในกรณีที่ต้องนอนรักษาอาการในโรงพยาบาล จะได้รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมารับบริการเฉลี่ยวันละ 6 คน ในการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีวันละ 0 - 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) เป็นแบบประเมินที่เชฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975 อ้างใน นภาพร สวนแก้ว, 2552) ดัดแปลงขึ้น เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 1 คะแนน เป็นการทดสอบในเรื่องการคิดคำนวณ (The capacity to perform serial mathematical) ความจำระยะสั้น (Short-term memory) ความจำในอดีต (Long – term memory) การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (Orientation to surrounding) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน (Information about current events) และการระลึกได้ (Intellectual function) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและปรับเป็นภาษาไทยโดย ชวลี แย้มวงษ์ (2538) โดย นภาพร สวนแก้ว (2552) นำมาประเมินในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 นำเครื่องมือนี้มาใช้เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีการรับรู้ปกติเข้าร่วมวิจัย

Copyright© by Mahidol University

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ก. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา และอยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกและเบอร์โทรศัพท์

ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค วันที่ได้รับการวินิจฉัย อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วย

พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ก. แบบประเมินคุณลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่มีอาการคัน 2) อาการคันแต่ละครั้งเป็นอยู่นานเท่าใด 3) สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน 4) ช่วงเวลาที่มักเกิดอาการคันในแต่ละวัน 5) อาการที่เกิดร่วมเมื่อมีอาการคันตามผิวหนัง 6) ลักษณะของผิวหนังบริเวณที่เกิดอาการคัน 7) ลักษณะของอาการคัน 8) ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการคัน 9) บริเวณที่เกิดอาการคันตามผิวหนัง และ 10) ความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง โดยคำถามข้อ 1 - 3 เป็นคำถามปลายเปิด ข้อ 4 – 9 เป็นคำถามให้เลือกตอบตามตัวเลือก ส่วนคำถามข้อ 10 เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของอาการด้วยมาตรวัดแบบลิเกิต 11 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน 0 หมายถึง อาการคันไม่รุนแรงเลย คะแนน 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด และแปลผลตามเกณฑ์ของริชและคณะ (Reich et al., 2011) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการคันเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	อาการคันไม่รุนแรงเลย
>0 - < 4	คะแนน	หมายถึง	อาการคันรุนแรงเล็กน้อย
≥4 - <7	คะแนน	หมายถึง	อาการคันรุนแรงปานกลาง
≥7 - <9	คะแนน	หมายถึง	อาการคันรุนแรงมาก
≥9	คะแนน	หมายถึง	อาการคันรุนแรงมากที่สุด

Copyright by Mahidol University

แบบประเมินคุณลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการตั้งคำถามเพื่อให้ครอบคลุมคุณลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญทางโรคมะเร็งและอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญทางด้านโรคผิวหนัง 1 ท่าน (ภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 1 นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ข. แบบประเมินผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ดัดแปลงจาก แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคผิวหนัง (DLQI) ใช้ประเมิน ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในด้านต่างๆ ประกอบด้วย 1) การเกิดอาการคันตามผิวหนัง 2) ความรู้สึกอับอายและขาดความมั่นใจ 3) การออกจากบ้านไปจับจ่ายซื้อสินค้า ดูแลบ้านและดูแลสวน 4) การเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่ 5) การเข้าสังคมและการทำกิจกรรมในยามว่าง 6) การเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย 7) การเรียนและการทำงาน 8) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ญาติ และเพื่อนสนิท 9) เพศสัมพันธ์ และ10) ผลกระทบจากการรักษา โดยแต่ละข้อแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่มีความเกี่ยวข้อง/ไม่ได้รับผลรบกวนเลย
คะแนน	1	หมายถึง	ได้รับผลรบกวนเล็กน้อย
คะแนน	2	หมายถึง	ได้รับผลรบกวนปานกลาง
คะแนน	3	หมายถึง	ได้รับผลรบกวนมาก

ในข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบ ให้ 0 คะแนนและ ข้อที่ 7 ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการขาดเรียนหรือขาดงานให้ 3 คะแนน และเนื่องจากข้อคำถามข้อที่ 1) การเกิดอาการคันตามผิวหนัง ตรงกับเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย จึงไม่นำเอาคะแนนคำถามข้อที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วม ผู้วิจัยยังคงใส่ข้อคำถามไว้ในแบบประเมินเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดลิขสิทธิ์ของเจ้าของแบบสอบถาม

Copyright by Mahidol University

จากข้อกำหนดของการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามตาม แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index : DLQI) สร้างขึ้นโดย ฟินเลย์และคาน (Finlay

& Khan, 1994) ในปี ค.ศ.1992 และปรับปรุงปี ค.ศ. 1994 เพื่อประเมินผลรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคผิวหนัง เป็นแบบประเมินที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของผิวหนังจากหลายสาเหตุ เป็นเครื่องมือที่เป็นที่รู้จักและใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ 55 ภาษา (Aghaei, Sodaifi, Jafari, Mazharinia, & Finlay, 2004; Finlay & Khan, 1994) รวมทั้งแปลเป็นภาษาไทยโดย กนกวลัย กุลทนันทน์, สุขุม เจียมตน, รังสิมา วณิชภักดีเดชา และสุนันทา ฉันทรุจิกพงศ์ (2547) การทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการทำซ้ำ ประเมินโดยใช้ weighted kappa score (Kw) สำหรับแต่ละคำถาม พบว่าค่า Kw อยู่ระหว่าง 0.7 ถึง 0.86 ค่าคะแนนรวมทั้งของแบบสอบถามทั้งฉบับประเมินโดยใช้ค่า intraclass correlation (r_1) คือ 0.96 (95%CI = 0.92, 0.98) ซึ่งสามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนังในประชากรไทยได้ง่ายและรวดเร็ว (กนกวลัย กุลทนันทร์ และคณะ, 2547)

ผู้วิจัยได้นำตัวอย่างแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคผิวหนัง (DLQI) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับ รูปแบบการจัดการอาการของดอดด์ และได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (DLQI) ฉบับภาษาไทย ไปยัง www.dermatology.org.uk เมื่อได้รับการตอบรับและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำการวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา เท่ากับ .80 นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง และจากการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา เท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม

แบบสอบถามกลวิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม มีรายละเอียดของการแบบสอบถามและการประเมิน ดังนี้

1) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการคัน ประกอบด้วย การใช้ยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ การปรับความรู้สึกอารมณ์ และการจัดการอาการคันด้วยวิธีอื่นๆ โดยมีการประเมินรายละเอียดของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง เกี่ยวกับ

Copyright by Mahidol University

1.1) แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการกับอาการคันเป็นคำถามปลายเปิด

1.2) ผู้ที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการคันเป็นคำถามปลายเปิด

1.3) การประเมินความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคัน แบ่งค่าเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ไม่ได้ใช้กลวิธีการจัดการอาการคันเลย
ใช้น้อยมาก	หมายถึง	ใช้กลวิธีการจัดการเพียง 1 ครั้ง
ใช้เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ใช้กลวิธีการจัดการอย่างน้อยเดือนครั้ง
ใช้เป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	ใช้กลวิธีการจัดการอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
ใช้เป็นประจำ	หมายถึง	ใช้กลวิธีการจัดการกับอย่างน้อยวันละครั้ง

2) การประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังแต่ละกลวิธีและโดยรวม เป็นการประเมินการผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีจัดการอาการคันตามผิวหนังในข้อ 1) โดยประเมินผลลัพธ์ของแต่ละกลวิธีและประเมินโดยรวม แบ่งค่าเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่ลดลง	หมายถึง	อาการคันไม่ลดลง
ลดลงเล็กน้อย	หมายถึง	อาการคันลดลงเล็กน้อย
ลดลงปานกลาง	หมายถึง	อาการคันลดลงปานกลาง
ลดลงมาก	หมายถึง	อาการคันลดลงมาก
ไม่มีอาการเหลือ	หมายถึง	ไม่มีอาการคันเหลือ

แบบสอบถามกลวิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับ กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่นๆ ศึกษาแนวทางการตั้งคำถาม และการประเมินกลวิธีการจัดการอาการ ตามรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา การจัดการอาการคันตามผิวหนัง นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ คือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ในด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม และความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามตัวแปร โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่ตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินคุณลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ .97 และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรง คุณวุฒิ นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง

Copyright by Mahidol University

จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทำการพิจารณาและตรวจสอบ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงเริ่มทำการศึกษา โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยได้รับการเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ให้ผู้ร่วมวิจัยเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบแสดงความจำนงเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. ผู้วิจัยทำหนังสืออนุญาตขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย กับหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University

5. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาของการทำวิจัย รวมถึงอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม โดยเริ่มจาก 1)แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งตึกผู้ป่วยนอก และตึกผู้ป่วยในวันละ 0 - 3 ราย โดยมีการขออนุญาตผู้ป่วยถามซ้ำทางโทรศัพท์ เมื่อได้ข้อมูลไม่ครบ หรือผู้ป่วยจำข้อมูลไม่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science Personal Computer) ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย คุณลักษณะของอาการคันตามผิวหนัง ความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม วิเคราะห์และนำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับการรักษา ที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 90 ราย ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ค. 2555 รวมเวลา 3 เดือน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ส่วนที่ 3 กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 61.1) มีอายุเฉลี่ย 63.71 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.4) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.3) มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 41.1) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 83.3) และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี (65.6) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	66.7
หญิง	30	33.3
อายุ (ปี) (Range = 35-89; Mean = 63.71; SD = 11.49)		
21-40 ปี (วัยผู้ใหญ่)	1	1.1
41-60 ปี (วัยกลางคน)	34	37.8
60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	55	61.1
สถานภาพสมรส		
โสด	3	3.3
คู่	63	70.0
หม้าย/หย่า/แยก	24	26.7
ศาสนา		
พุทธ	89	98.9
คริสต์	1	1.1
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	7.8
ประถมศึกษา	76	84.4
มัธยมศึกษา	6	6.7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	1.1

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=90) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	28.9
เกษตรกรรม	48	53.3
ค้าขาย	2	2.2
รับจ้าง	9	10.0
แม่บ้าน	1	1.1
อื่นๆ	4	4.5
สถานภาพทางการเงิน		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	26	28.9
เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	37	41.1
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	27	30.0
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินสด	5	5.6
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	75	83.3
เบิกต้นสังกัด	10	11.1
ภูมิลำเนา		
อุบลราชธานี	59	65.6
ศรีสะเกษ	18	20.0
อำนาจเจริญ	7	7.8
มุกดาหาร	3	3.3
ยโสธร	2	2.2
นครพนม	1	1.1

Copyright by Mahidol University

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยไม่ทราบชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1 - 4 เดือน (ร้อยละ 91.1) ไม่ทราบระยะของโรคแน่ชัด (ร้อยละ 75.6) ได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ทั้งการรักษาที่ได้รับหลังการวินิจฉัยครั้งแรกหลังได้รับการวินิจฉัย และการรักษาในปัจจุบัน (ร้อยละ 52.2 และ 84.4 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n=90)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 - 4 เดือน	82	91.1
5 - 8 เดือน	1	1.1
9 - 12 เดือน	0	0
มากกว่า 1 ปี	7	7.8
ระยะของโรค		
ไม่ทราบ	68	75.6
ระยะที่ 4	22	24.4
การรักษาที่ได้รับครั้งแรกหลังการวินิจฉัย		
การผ่าตัด	16	17.8
การใช้รังสีร่วมรักษา	25	27.8
การให้เคมีบำบัด	2	2.2
การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ	47	52.2
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
การผ่าตัด	4	4.5
การใช้รังสีร่วมรักษา	10	11.1
การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ	76	84.4

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน 62 ราย (ร้อยละ 68.9) มีที่ไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 31.1) ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจส่วนใหญ่ มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่แสดงว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตับ โดยทุกราย (ร้อยละ 100) มีระดับ total bilirubin (TBIL) และระดับ direct bilirubin (DBIL) สูงกว่าปกติ ร้อยละ 86.7 มีระดับ indirect bilirubin (IBIL) สูงกว่าปกติ และมีระดับ alkaline phosphatate (ALP), aspartate amino transferase (AST), alamine amino transferase (ALT) สูงกว่าปกติ ร้อยละ 100, 91.9 และ 67.7 ตามลำดับ รวมถึงร้อยละ 60 มีระดับ albumin ต่ำกว่าปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง มีระดับ Carcinoembryonic antigen (CEA), Carbohydrate antigen19-9(CA 19-9) และ alfafetoprotein สูงกว่าปกติ ร้อยละ 78.6, 35.7 และ 16.7 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ และร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลการตรวจผิดปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	n	ค่าเฉลี่ย (SD)	พิสัย	*ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลตรวจผิดปกติ
ระดับซีรั่มบิลิรูบิน				
Total bilirubin (ค่าปกติ 0 - 1.2 mg/dl)	60	17.1(10.3)	2.3 - 38.5	100.0
Direct bilirubin (ค่าปกติ 0 - 0.5 mg/dl)	60	12.7 (7.6)	1.1 - 25.0	100.0
Indirect bilirubin (ค่าปกติ 0 - 0.7mg/dl)	60	4.2 (3.3)	0.3 - 15.6	86.7
ระดับเอนไซม์ของตับ				
ALP (ค่าปกติ 40 – 129 U/L)	61	493.3(336.2)	130 - 1565	100.0
AST (ค่าปกติ 0 – 40 U/L)	62	119.0(112.3)	31 - 803	91.9
ALT (ค่าปกติ 0 – 41 U/L)	62	80.7 (89.0)	10 - 670	67.7

*คำนวณร้อยละของผลการตรวจ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นๆ (n)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ และร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลการตรวจผิดปกติ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	n	ค่าเฉลี่ย (SD)	พิสัย	*ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลตรวจผิดปกติ
ระดับซีรั่มโปรตีน				
Albumin(ค่าปกติ 2.63-3.76 g/dl)	57	2.9(0.5)	2.0 - 4.4	60.0
Globulin (ค่าปกติ 3.97-4.94 g/dl)	56	4.1(1.2)	2.2 - 7.4	25.6
Total protein (ค่าปกติ 6.6-8.7 g/dl)	54	7.3(2.7)	4.3 - 24.4	3.3
สารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker)				
CEA (ค่าปกติ 0-3.4 ng/ml)	14	29.0 (52.2)	2 - 182	78.6
CA19-9 (ค่าปกติ 0-39 U/ml)	14	220.2(387.5)	1 - 1253	35.7
AFP (ค่าปกติ 0 -7 ng/ml)	12	13.2 (27.9)	2 - 99	16.7

*คำนวณร้อยละของผลการตรวจ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นๆ (n)

ส่วนที่ 2 อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

คุณลักษณะอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

คุณลักษณะอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ มีอาการคันมาเป็นระยะ เวลา 3 สัปดาห์ (ร้อยละ 94.4) อาการคันเกิดขึ้นตลอดเวลา (ร้อยละ 58.9) มักคันเวลากลางคืน (ร้อยละ 47.8) และมีอาการคันทั้งกลางวันและกลางคืน (ร้อยละ 35.5) ไม่พบสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน (ร้อยละ 57.8) ไม่พบอาการที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการคัน (ร้อยละ 80.0) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการตัวเหลืองตาเหลือง (ร้อยละ 100) มีลักษณะอาการคันแบบจี๊ดๆ (ร้อยละ 50.0) มีอาการคันทั่วร่างกาย (ร้อยละ 88.9) มีความรุนแรงของอาการคันอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) และ มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาอาการคัน (ร้อยละ 66) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะอาการคัน (n=90)

ลักษณะอาการคัน	จำนวน	ร้อยละ
คันมาเป็นเวลานาน		
1 สัปดาห์	1	1.1
2 สัปดาห์	4	4.5
3 สัปดาห์	85	94.4
อาการคันแต่ละครั้งเกิดขึ้นนาน		
1-15 นาที	28	31.1
16-30 นาที	8	8.9
31-45 นาที	1	1.1
คันตลอดเวลา	53	58.9
ช่วงเวลาที่เกิดอาการคัน		
กลางวัน	14	15.6
กลางคืน	43	47.8
กลางวันและกลางคืน	32	35.5
เวลาไม่แน่นอน	1	1.1
สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน		
ไม่มี	52	57.8
เครียด	1	1.1
ฝนตก	3	3.3
อากาศร้อน	18	20.0
อากาศเย็น	16	17.8

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะอาการคัน (n=90)(ต่อ)

ลักษณะอาการคัน	จำนวน	ร้อยละ
อาการที่เกิดขึ้นร่วมเมื่อมีอาการคัน		
เหงื่อออก	3	3.3
ปวดศีรษะ	2	2.2
ปวดท้องมากขึ้น	6	6.7
รู้สึกร้อนวูบวาบ	7	7.8
ไม่มี	72	80.0
ลักษณะของผิวหนังบริเวณที่คัน		
ผิวแห้ง (n=90)	69	76.7
ผิวแห้งหยาบ (n=90)	2	2.2
มีผดผื่น (n=90)	5	5.6
มีสะเก็ด (n=90)	60	66.7
มีรอยถลอก (n=90)	58	64.4
ตัวเหลืองตาเหลือง (n=90)	90	100.0
คุณลักษณะของอาการคัน		
คันยิบๆ	32	35.6
คันจี๊ดๆ	45	50.0
แสบ	1	1.1
ระคายเคือง	4	4.4
คันเหมือนมดกัด	3	3.3
คันเหมือนลมพิษ	5	5.6

*ลักษณะของผิวหนังบริเวณที่คัน สามารถระบุได้มากกว่า 1 ลักษณะ

Copyright by Mahidol University

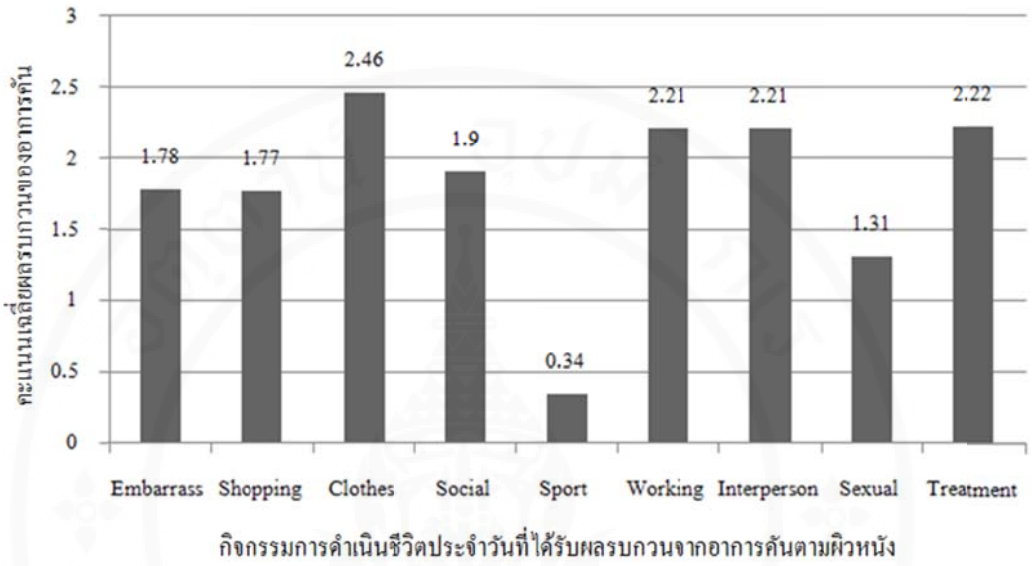
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะอาการคัน (n=90)(ต่อ)

ลักษณะอาการคัน	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งที่เกิดอาการคัน		
บริเวณท้อง	1	1.1
บริเวณหลัง	4	4.4
แขนขา	5	5.6
คันทั่วร่างกาย	80	88.9
ความรุนแรงของอาการคัน (Range = 4 - 6; Mean = 8.0; SD = 2.3)		
เล็กน้อย	6	6.7
ปานกลาง	29	32.2
มาก	10	11.1
มากที่สุด	45	50.0
ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการคัน		
ไม่มีปัญหาเลย	24	26.7
มีปัญหาค่าใช้จ่าย	66	73.3
- มีปัญหาเล็กน้อย	29	43.9
- มีปัญหาปานกลาง	14	21.2
- มีปัญหามาก	4	6.1
- มีปัญหามากที่สุด	19	28.8

ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

จากการสอบถามผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index: DLQI) จำนวน 10 ข้อ ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนัง ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (คะแนนที่เป็นไปได้ 0-3) พบว่า การเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (2.46) รองลงมา ได้แก่

ผลกระทบจากการรักษาอาการคัน (2.22) เกิดปัญหาในการเรียนหรือการทำงาน (2.21) และเกิดปัญหากับคู่ครอง ญาติหรือเพื่อนสนิท (2.21) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 แสดงคะแนนเฉลี่ยผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังรายด้านต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (n=90)

ส่วนที่ 3 กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง

กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง

กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 7 กลุ่ม คือ 1) การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) การผ่อนคลาย 6) การปรับความรู้สึก และ 7) การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การเกาตามผิวหนังบริเวณที่คัน (ร้อยละ 100) และการผ่อนคลาย ได้แก่ การนอนพักผ่อน (ร้อยละ 98.9) การพูดคุยกับคนอื่นๆ (ร้อยละ 95.6) การทำบุญ/ไปวัด/ พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 94.4) และ การสวดมนต์/นั่งสมาธิ (ร้อยละ 91.1) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดการอาการคันตามผิวหนังด้วยตนเอง (ร้อยละ 71.5) ผู้ที่ช่วยเหลือในการใช้กลวิธีการจัดการอาการคัน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ภรรยาหรือสามี บุตรหลาน ญาติ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 12.9) และภรรยาหรือสามี (12.5) แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคันมีทั้งที่มาจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ภรรยาหรือสามี บุตรหลาน ญาติ เพื่อนบ้าน และจากตัวผู้ป่วยเอง การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ มีแหล่งที่มาจากแพทย์มากที่สุด การใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีแหล่งที่มาจากเพื่อนบ้านมากที่สุด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การผ่อนคลาย การปรับความรู้สึก และการจัดการด้วยวิธีอื่นๆ มีแหล่งที่มาจากตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง

กลวิธีการจัดการที่มีผลลัพธ์ดีที่สุด สามารถลดอาการคันจนไม่มีอาการเหลือ คือ การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในขณะที่ การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้กลวิธีจัดการอาการคันอื่นๆ ลดอาการคันได้เล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วย 1 รายใช้กลวิธีการจัดการอาการคันมากกว่า 1 วิธี และผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังที่ไม่สามารถลดอาการคันตามผิวหนังได้ หรือทำให้อาการคันลดลงเพียงเล็กน้อย แม้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะใช้เพื่อลดอาการคันตามผิวหนังเป็นประจำ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การผ่อนคลาย และการปรับความรู้สึก (รายละเอียดแสดงแสดงในตารางที่ 4.5 และในภาคผนวก)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 แสดงกลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ที่ใช้	n	ผลลัพธ์	n
การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์					
การส่องกล้องใส่ท่อระบายน้ำดีภายใน (ERCP with stent)	7	1 ครั้ง	7	อาการลดลงมาก ไม่มีอาการเหลือ	3 4
การใส่ท่อระบายน้ำดีภายนอก (PTBD)	2	1 ครั้ง	2	อาการลดลงมาก ไม่มีอาการเหลือ	1 1
การผ่าตัดถุงน้ำดีออก (cholecystectomy)	2	1 ครั้ง	2	ไม่มีอาการเหลือ	2
การส่องกล้องรักษาท่อน้ำดี (ERCP)	1	1 ครั้ง	1	ไม่มีอาการเหลือ	1
การผ่าตัดตับออก (hepatectomy)	1	1 ครั้ง	1	ไม่มีอาการเหลือ	1
การผ่าตัดแบบวิพเพิล (Whipple's operation)	1	1 ครั้ง	1	ไม่มีอาการเหลือ	1
การใช้ยาแผนปัจจุบัน					
1. ยารักษาอาการคันจากการคั่งของน้ำดี					
Cholestyramine oral (pc)	4	ใช้ประจำ	4	อาการไม่ลดลง อาการลดลงมาก ไม่มีอาการเหลือ	1 1 2
Ondansetron vein	2	ใช้บางครั้ง ใช้ส่วนใหญ่	1 1	ไม่มีอาการเหลือ	2

*ผู้ป่วย 1 ราย ใช้มากกว่า 1 วิธี

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 แสดงกลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ที่ใช้	n	ผลลัพธ์	n
Ondansetron oral (ac)	3	ใช้ประจำ	3	อาการไม่ลดลง	1
				อาการลดลงมาก	1
				ไม่มีอาการเหลือ	1
Narloxone vein	1	ใช้ประจำ	1	ไม่มีอาการเหลือ	1
2. ยารักษาอาการคันโดยทั่วไป					
Chlorpheniramine oral	37	ใช้น้อยมาก	2	อาการไม่ลดลง	6
		ใช้ส่วนใหญ่	3	ลดลงเล็กน้อย	17
		ใช้ประจำ	32	ลดลงปานกลาง	14
ATARAX (hydroxyzine)	26	ใช้ประจำ	26	อาการไม่ลดลง	2
				ลดลงเล็กน้อย	15
				ลดลงปานกลาง	8
				ลดลงมาก	1
Chlorpheniramine vein	8	ใช้น้อยมาก	2	ลดลงเล็กน้อย	2
		ใช้บางครั้ง	6	ลดลงปานกลาง	4
				ลดลงมาก	2
การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร					
ดื่มน้ำคลอโรฟิลด์แทนน้ำ	2	ใช้ประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	1
				ลดลงปานกลาง	1

*ผู้ป่วย 1 ราย ใช้มากกว่า 1 วิธี

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 แสดงกลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ที่ใช้	n	ผลลัพธ์	n
ทาขมิ้นบริเวณที่คัน	7	ใช้ประจำ	7	ลดลงเล็กน้อย	4
				ลดลงปานกลาง	3
ต้มใบมะขามผสมน้ำอาบ	4	ใช้ประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	2
				ลดลงปานกลาง	2
ต้มใบหนาดอาบผสมน้ำอาบ	7	ใช้ประจำ	7	ลดลงเล็กน้อย	6
				ลดลงปานกลาง	1
ต้มว่านไฟผสมน้ำอาบ	2	ใช้ประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	1
				ลดลงปานกลาง	1
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัวเปียกๆ ตลอดเวลา	7	ใช้ประจำ	7	อาการไม่ลดลง	1
				ลดลงเล็กน้อย	3
				ลดลงปานกลาง	3
อาบน้ำบ่อยๆ (น้ำธรรมดา)	26	ใช้ส่วนใหญ่	1	ลดลงเล็กน้อย	20
		ใช้ประจำ	25	ลดลงปานกลาง	6
อาบน้ำอุ่นบ่อยๆ	5	ใช้ส่วนใหญ่	1	อาการไม่ลดลง	1
		ใช้ประจำ	4	ลดลงเล็กน้อย	2
				ลดลงปานกลาง	2
ประคบร้อนบริเวณที่คัน	2	ใช้ประจำ	2	ลดลงปานกลาง	2

*ผู้ป่วย 1 ราย ใช้มากกว่า 1 วิธี

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 แสดงกลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ที่ใช้	n	ผลลัพธ์	n
การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ					
เกาบริเวณที่คัน	90	ใช้ประจำ	90	อาการไม่ลดลง	6
				ลดลงเล็กน้อย	72
				ลดลงปานกลาง	12
หยิกบริเวณที่คัน	6	ใ	6	ลดลงเล็กน้อย	2
		ช้ประจำ		ลดลงปานกลาง	4
ผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันโดยรวม	90	ลดลงเล็กน้อย	25	(ร้อยละ 27.8)	
		ลดลงปานกลาง	36	(ร้อยละ 40.0)	
		ลดลงมาก	13	(ร้อยละ 14.4)	
		ไม่มีอาการเหลือ	16	(ร้อยละ 17.8)	

*ผู้ป่วย 1 ราย ใช้มากกว่า 1 วิธี, ไม่ได้ใช้ =ไม่ได้ใช้กลวิธีนั้นๆเลย, ใช้น้อยมาก = ใช้กลวิธีนั้นๆเพียง 1 ครั้ง, ใช้เป็นบางครั้ง = ใช้กลวิธีนั้นๆอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง, ใช้เป็นส่วนใหญ่ = ใช้กลวิธีนั้นๆอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง, ใช้เป็นประจำ = ใช้กลวิธีนั้นๆอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การอภิปรายผลครอบคลุม ประเด็น ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ ผลลัพธ์ของกลวิธีการจัดการ ผู้ที่ช่วยเหลือ และแหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการคันตามผิวหนัง ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 90 คน มีอายุระหว่าง 35-89 ปี อายุเฉลี่ย 63.71 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) สอดคล้องกับ สถิติโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และโรคนี้พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 2 : 1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2553) แตกต่างจากการศึกษาอาการคันในประชากรทั่วไป ทั้งผู้ที่มีโรคและไม่มีโรคที่เป็นสาเหตุของอาการคัน ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดอาการคัน พบในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง คือ มีอัตราส่วน 1:1.2 ถึง 1:1.5 (Frese, Herrmann, & Sandholzer, 2011) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี แต่ไม่ได้รับการระบุว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดใด และไม่ทราบระยะของโรค (ร้อยละ 75.6) สอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทย ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี และไม่ทราบระยะของโรค (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2553) การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 24.4 ที่ทราบระยะว่าอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นรุนแรงแล้ว เนื่องจากอาการของโรคในระยะแรกมักไม่ปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อโรคมีอาการลุกลามไปมากแล้ว (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ทั้งการรักษาที่ได้รับครั้งแรกเมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และการรักษาเมื่ออาการของโรคกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 52.2 และ 84.4 ตามลำดับ) จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า เมื่อผู้ป่วยหรือญาติทราบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่จะไม่ตัดสินใจเข้า

Copyright by Mahidol University

รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยทันที แต่จะขอกลับไปปรึกษาครอบครัวและญาติพี่น้องก่อน ส่งผลให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคยิ่งล่าช้าออกไป

เมื่อพิจารณาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีการทำงานของตับผิดปกติ โดยทุกรายมีระดับ TBIL และDBIL ในเลือดสูงผิดปกติ แสดงถึงการอุดตันของท่อน้ำดี (Hayat, Loew, Asrress, McIntyre, & Gorard, 2005) รวมทั้งมีระดับเอนไซม์ของตับ ALP, AST และ ALT ตามลำดับ สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะตับเสียหน้าที่ (Ijaz et al., 2011) และมีระดับอัลบูมินต่ำกว่าปกติ แสดงถึงความสามารถในการสร้างอัลบูมินของตับลดลง จากภาวะตับเสียหน้าที่ (Gines & Arroyo, 2000) ร้อยละ 78.6 มีระดับ Carcinoembryonic antigen (CEA) สูงกว่าปกติ ร้อยละ 35.7 มีระดับ Carbohydrate antigen19-9 (CA 19-9) สูงกว่าปกติ สามารถทำนายการอุดตันของทางเดินน้ำดีจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ (Qin et al., 2004)

ประสบการณ์อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

คุณลักษณะของอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 100 มีอาการตัวเหลืองตาเหลืองร่วมกับอาการคันตามผิวหนัง แสดงถึงมีการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด สอดคล้องกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 100) นอกจากอาการตัวเหลืองตาเหลืองแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิวแห้ง (ร้อยละ 76.7) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ ส่งเสริมให้เกิดอาการคันเพิ่มขึ้น (Durrant-Finn, Osten, Mugge, & Nenoff, 2009) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.4) มีอาการคันมาเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ มีอาการคันในระดับรุนแรงมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งปกติมักมีอาการปวดแน่นท้องมาก มีอาการคันตามผิวหนังรุนแรงร่วมด้วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการคันตลอดเวลา (ร้อยละ 58.9) มีอาการคันทั่วร่างกาย (ร้อยละ 88.9) และมีความรุนแรงของอาการคันอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) สอดคล้องกับการศึกษาอาการคันที่เกิดจากโรคทางระบบ (systemic disease) คือ มีอาการคันเกิดขึ้นได้หลายลักษณะ ตั้งแต่คันเฉพาะที่ไปจนถึงคันทั่วร่างกาย อาการคันเกิดขึ้นเป็นบางเวลาจนถึงคันตลอดเวลา และส่วนใหญ่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับมากขึ้นไป (Stander et al., 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดีจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่า อาการคันที่เกิดขึ้นมีความถี่และความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก (Weisshaar & Dalgard, 2009)

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการคันมากในช่วงเวลากลางคืน (ร้อยละ 47.8) และคันทั้งกลางวันและกลางคืน (ร้อยละ 35.5) ไม่พบสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน (ร้อยละ 57.8) และไม่พบอาการอื่นๆที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการคัน (ร้อยละ 80.0) และมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 20.0) มีอาการคันมากขึ้นขณะอากาศร้อน สอดคล้องกับการศึกษาอาการคันที่มีสาเหตุของอาการจากการคั่งของน้ำดี ในผู้ป่วยโรคตับแข็งจากทางเดินน้ำดีชนิดปฐมภูมิ (primary biliary cirrhosis : PBC) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า อาการคันเกิดขึ้นมากในช่วงเวลากลางคืน มีอาการคันมากขึ้นเมื่ออากาศร้อน และลดลงเมื่ออากาศเย็น (Rishe, Azarm, & Bergasa, 2008) แต่การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ17.8) มีอาการคันมากขึ้นเมื่ออากาศเย็น อาจเนื่องจากอากาศเย็นทำให้ความชุ่มชื้นของผิวหนังลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดอาการคัน (Paul et al., 2011) กลุ่มตัวอย่างบรรยายการรับรู้อาการคันว่ามีลักษณะคันแบบจี๊ดๆ คล้ายมีของแหลมทิ่มตำใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 50.0) และคันยิบๆใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 35.6) แตกต่างจากลักษณะของอาการคันเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่มีผื่นลมพิษ (urticaria) ซึ่งส่วนใหญ่ระบุว่ามีอาการคันคล้ายกับยุงกัด (Kocaturk et al., 2012) แต่สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดีของ ไรชี่และคณะ (Rishe et al., 2008) ที่พบว่า อาการคันมีลักษณะเหมือนมีของแหลมคมทิ่มตำ เหมือนมดไต่ตามร่างกาย เหมือนมีอะไรอยู่ใต้ผิวหนังและมีผู้ป่วยบางรายมีอาการคันรุนแรงมาก จนต้องเกาให้มีเลือดออก และอยากทำลายผิวหนังทิ้งไป การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่คันรุนแรงได้ให้ข้อมูลว่า

“รู้สึกทรมานมาก คันรุนแรง จนต้องเอาหลังไปถูกับเสาบ้าน”

“อยากถลกหนังทิ้ง คงจะรู้สึกหายคัน”

“คันจนลืมอาย เวลาคันมากๆ ถอดเสื้อผ้าออกหมดแล้วเกาจนกว่าจะพอใจ” และ

“บางครั้งก็โมโหจนลงไปนอนบนกองแกลบ แล้วกลิ้งไปกลิ้งมา ให้มันแสบไปทั้งตัว จะได้กลบอาการคัน”

และจากการสังเกตลักษณะผิวหนังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผิวหนังบริเวณที่คันมีรอยถลอก (ร้อยละ 64.4) และมีสะเก็ด (ร้อยละ 66.7) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยหยิกผิวหนังบริเวณที่คันและการนำวัสดุต่างๆมาช่วยในการเกา เช่น หวี ไม้เกาหลัง เป็นต้น

Copyright by Mahidol University

ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

อาการคันตามผิวหนังมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคผื่นลมพิษในประเทศไทย (Kulthanan, Chiawsirikajorn, & Jiamton, 2008) ผู้ป่วยโรคผิวหนังแข็งทั่วร่างกาย (Chularojanamontri, Sethabutra, Kulthanan, & Mana pajon, 2011) ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Wang & Yosipovitch, 2010) และในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง(Gutteling, de Man, Busschbach, & Darlington, 2007; Younossi, Kiwi, Boparai, Price, & Guyatt, 2000) การศึกษาครั้งนี้ อาการคันตามผิวหนังรบกวนต่อการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.46 จาก 3 คะแนน) รองลงมาได้แก่ มีผลกระทบจากการรักษาอาการคัน (คะแนนเฉลี่ย 2.22) ปัญหาในการเรียนหรือการทำงาน และเกิดปัญหากับคู่ครอง ญาติหรือเพื่อนสนิท (คะแนนเฉลี่ย 2.21 เท่ากัน) ตามลำดับ

อาการคันตามผิวหนัง มีผลรบกวนต่อการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่มากที่สุด (2.46) เนื่องจากลักษณะของเนื้อผ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่ใช้ในกระบวนการทอผ้า สารเคมีในการทำความสะอาดผ้า และการเสียดสีผิวหนังของเสื้อผ้า ทำให้เกิดการระคายเคือง และเกิดอาการคันตามผิวหนังได้ (Carter, 2011) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า

“ถ้าอยู่บ้าน จะไม่ใส่เสื้อผ้า ใส่ผ้าถุงผืนเดียวแล้วอาบน้ำทั้งวัน”

“ถ้าอยู่บ้านผมใส่แต่ผ้าขาวม้า มันเกาสะดวกดี ออกไปข้างนอกก็ใส่เสื้อบางๆ”

“ใส่เสื้อแขนยาวกับกางเกงขายาว มันเกาลำบาก มันโมโหเวลาเกาไม่ถึง”

“อยู่บ้านคนเดียวก็ไม่ใส่อะไรเลย ปิดห้องอยู่คนเดียว เพราะใส่แล้วมันคัน”

จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว บางรายไม่สวมเสื้อผ้า เพื่อให้สะดวกต่อการเกา และสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่จัดการอาการด้วยการปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ โดยการสวมเสื้อผ้าปกปิดผิวหนัง หรือใช้การปกปิดผิวหนังด้วยเครื่องนุ่งห่มหรืออุปกรณ์อื่นๆ ในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังเลย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับผลกระทบจากการรักษาอาการคัน (คะแนนเฉลี่ย 2.22) จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า การรักษาทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่เป็นยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม และทำให้เปรอะเปื้อนเสื้อผ้า จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน และไม่เข้าสังคม (มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 1.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคันรุนแรงมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ต้องการพบปะบุคคลอื่นๆ

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 73.3) มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดจากอาการคันตามผิวหนัง จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหากลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังอื่นๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยบางรายไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนทุกวันเพื่อฉีดยาแก้คัน บางรายซื้อยาแก้คันจากร้านขายยา บางรายเดินทางไปต่างจังหวัดเพื่อไปรับการรักษากับแพทย์แผนโบราณ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับผลกระทบ เกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายของครอบครัว โดยการป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ ครอบครัวขาดรายได้ และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง บางครอบครัวต้องลาออกจากงาน หรือหยุดเรียนเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลรบกวนจากอาการคันน้อย คือ ด้านการเล่นกีฬาและออกกำลังกาย (0.34) และด้านเพศสัมพันธ์ (1.31) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 63.71) และมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียจากอาการของโรค และบอกว่า ไม่มีเพศสัมพันธ์มาเป็นเวลานานแล้ว จากลักษณะนิสัยของประชากรไทย ที่ไม่นิยมพูดถึงเรื่องเพศอย่างเปิดเผยต่อผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผื่นลมพิษในประเทศไทย พบว่าอาการคันมีผลรบกวนด้านเพศสัมพันธ์น้อย (Kulthanan, et al., 2008)

กลวิธีและผลลัพธ์ของกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง

กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังที่กลุ่มตัวอย่างใช้ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 7 กลุ่ม คือ 1. การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5. การผ่อนคลาย 6. การปรับความรู้สึก และ7. การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ โดยกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การเกาตามผิวหนังบริเวณที่คันและการผ่อนคลาย สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส ที่อธิบายว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะใช้วิธีการที่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด อาจจัดการกับสถานการณ์โดยตรงหรือจัดการกับความรู้สึกของตน เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง และใช้การเผชิญความเครียดในสองลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotion

Copyright© by Mahidol University

focused coping) เพื่อลดความรุนแรงและความกดดันในการจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อพิจารณากลวิธีที่ผู้ป่วยใช้เพื่อจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้และประเมินอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่ามีการจัดการอาการ โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ คือ การเกา การหยิก การถูตามผิวหนังบริเวณที่คัน และการนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น และการจัดการอาการด้านจิตใจ คือ การทำบุญ ไปวัด พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การสวดมนต์และการนั่งสมาธิ เป็นต้น และการจัดการอาการด้านสังคม คือ การพูดคุยกับคนอื่นๆ เป็นต้น

การเกาเป็นวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้มากที่สุด (ร้อยละ 100) แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) สามารถลดอาการคันตามผิวหนังได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากอาการคันที่เกิดขึ้น มีผลกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการเกา โดยอาการคันจะถูกแทนที่ด้วยความรู้สึกเจ็บจากการเกา สามารถลดอาการได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนกว่าระบบประสาทที่ถูกรบกวนจากการเกาจะกลับมาทำงานตามปกติ (Krajnik & Zylicz, 2001) ผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลว่า “เกาอย่างไรก็ไม่หาย แต่เกาให้พอใจ บางครั้งเกาจนเลือดออกซิบๆ ทำให้แสบกลบอาการคัน” ทำให้ผิวหนังบริเวณที่คันมีสะเก็ดและมีรอยถลอกจากการเกา ซึ่งการเกาเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้เพื่อบรรเทาอาการคัน แต่ไม่สามารถทำให้อาการคันหายไปได้ แม้จะเกาจนเกิดแผลที่ผิวหนังก็ตาม (Oaklander, 2011) และก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เนื่องจากการเกาเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการคันมากขึ้น (Pfab et al., 2012)

การใช้กลวิธีการผ่อนคลาย เพื่อลดอาการคันตามผิวหนัง ได้แก่ การนอนพักผ่อน (ร้อยละ 98.9) การพูดคุยกับคนอื่นๆ (ร้อยละ 95.6) การทำบุญ/ไปวัด/ พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 94.4) และการสวดมนต์/นั่งสมาธิ (ร้อยละ 91.1) แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ จะพบว่า กลวิธีการผ่อนคลายทั้งหมดให้ผลลัพธ์ที่อาการคันไม่ลดลง (ร้อยละ 96.6 - 100) แต่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่อนคลาย เนื่องจากเป็นการจัดการทางอารมณ์ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และลดความรู้สึกสิ้นหวัง จากโรคมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากอาการคันตามผิวหนัง มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านจิตใจ ซึ่งภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง และความวิตกกังวล ประกอบกับปัจจัยทางด้านร่างกาย นำไปสู่การเกิดอาการคันขึ้นได้ (Oaklander, 2011)

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งน้ำดี พบว่า กลวิธีการจัดการที่ให้ผลลัพธ์ดีที่สุด สามารถจัดการกับอาการให้หมดไป คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเข้ารับการรักษาและการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำดี คือ การส่องกล้องใส่ท่อระบายน้ำดีภายใน (Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography ERCP with stent), การใส่ท่อระบายน้ำดีภายนอก (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage : PTBD) และการผ่าตัดถุง

Copyright© by Mahidol University

น้ำดีออก(cholecystectomy) จะเป็นการระบายสารต่างๆที่คั่งค้างในทางเดินน้ำดี รวมทั้งสารที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการคัน ซึ่งรักษาอาการคันจากการคั่งของน้ำดีได้ (Akaydin, Erozgen, Ersoy, Birol, & Kaplan, 2012; Huggett, Ghaneh, & Pereira, 2010; Kucukay et al., 2011; Maluf-Filho et al., 2012) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการผ่าตัดและใส่ท่อระบายน้ำดี มีจำนวนน้อย (ร้อยละ 15.6) เนื่องจากผู้ป่วยมักมารับการรักษาในขณะที่เป็นรุนแรง ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ และลุกลามไปยังอวัยวะอื่นแล้ว ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการรักษา โรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญมากที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาเร็วที่สุด แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย ทำให้ขั้นตอนการวินิจฉัยและการรักษามีความล่าช้า จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมพบว่า กว่าจะได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ป่วยต้องรอนัดอุลตร้าซาวน์เป็นระยะเวลา 1 - 2 เดือน ก่อนที่แพทย์จะทำการรักษา หรือถ้าผลการอุลตร้าซาวน์ไม่ชัดเจน มีความจำเป็นต้องตรวจพิเศษอื่นๆเพิ่มเติม ต้องรอคิวในการเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมอีก 1 - 2 เดือน เมื่อได้ผลการตรวจที่ชัดเจนแล้ว จึงจะได้รับการรักษาตามอาการของโรค หากมีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด ต้องนัดผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลโดยใช้เวลารอคิวห้องผ่าตัดประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาในการรอตรวจและรอผ่าตัด อาจส่งผลให้โรคและอาการดำเนินเข้าสู่ระยะที่เป็นผลให้มีอาการคันรุนแรง

การใช้ยาแผนปัจจุบัน ประกอบด้วย การใช้ยาลดอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี และยาลดอาการคันโดยทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี ส่วนใหญ่อาการลดลงมาก จนไม่มีอาการเหลือ (ร้อยละ50 - 100) ยารักษาอาการคันจากการคั่งของน้ำดี ได้แก่ คอเลสไทรามีน (Cholestyramine) อ็อนแดนซีทรอน (Ondansetron) และนาล็อกโซน (Narloxone) ยาเหล่านี้สามารถลดอาการคันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Grundmann & Stander, 2011; O'Donohue et al., 2005) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างบางรายที่ได้รับการรักษาโดยใช้ ยาลดอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี ไม่สามารถทำให้อาการคันลดลงได้ จึงต้องมีการจัดการอาการคัน ด้วยกลวิธีอื่นๆเพิ่มเติม สำหรับการใช้ยารักษาอาการคันโดยทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วย ยาคลอเฟนิรามิน (chlorpheniramine) ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และยาไฮดรอกซิซีน (hydroxyzine, ATARAX) ชนิดรับประทาน พบว่า สามารถลดอาการคันที่เกิดขึ้นได้เล็กน้อยถึงมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ซื้อยารักษาอาการคันโดยทั่วไปมาใช้เอง ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา ระหว่างรอการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์ บางรายให้ข้อมูลว่า

Copyright by Mahidol University

"ไปฉีดที่คลินิกหมอทุกวัน เพราะคันมาก ฉีดเพื่อให้นอนหลับได้"

"กินยังไงก็ไม่หายหรอก มีแต่ง่วงแล้วหลับไป ตื่นขึ้นมาก็คันมากเหมือนเดิม"

“ตอนแรกไปซื้อมากินเพราะคิดว่าแพ้อากาศ กินแล้วไม่หายจึงมาพบแพทย์”

การรักษาด้วยยาเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการคันตามผิวหนัง ซึ่งอาจได้ผลในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังไม่รุนแรง ส่วนในผู้ป่วยที่การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่เป็นรุนแรง และมีอาการคันตามผิวหนังอย่างรุนแรงแล้ว การใช้ยามักไม่ได้ผล (Mela et al., 2003)

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร ในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง พบว่า มีผลลัพธ์ทำให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง สมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างใช้ ได้แก่ ดื่มน้ำคลอโรฟิลด์ การทาขมิ้นบริเวณที่คัน ต้มใบหนาด ต้มใบมะขาม และต้มว่านไฟผสมน้ำอาบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรจากเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนัง การศึกษาการครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้กลวิธีการจัดการอาการคันโดยใช้คลอโรฟิลด์ผสมน้ำดื่ม มีจำนวน 2 ราย โดยใช้วิธีการซื้อผงของคลอโรฟิลด์ที่มีขายตามร้านขายยามาผสมน้ำให้เจือจางดื่มแทนน้ำ และ ใช้วิธีการปลูกพืชที่มีคลอโรฟิลด์สูงนำมาปั่นให้ละเอียด คั้นให้ได้น้ำสีเขียวเข้ม แล้วนำไปต้มให้เดือด จากนั้นนำน้ำที่ได้มาผสมน้ำดื่มวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร โดยกลุ่มตัวอย่างอธิบายว่า น้ำคลอโรฟิลด์ช่วยขับสารสีเหลืองออกทางปัสสาวะได้มากกว่าการดื่มน้ำธรรมดา ทำให้มีอาการตัวเหลืองตาเหลืองลดลง และทำให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการศึกษาคุณสมบัติของคลอโรฟิลด์ ซึ่งเป็นสารสีเขียวที่อยู่ในพืช พบว่า โครงสร้างของคลอโรฟิลด์มีลักษณะคล้ายฮีมในฮีโมโกลบิน เป็นส่วนประกอบสำคัญในเลือดของสัตว์ มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ป้องกันการเกิดมะเร็งโดยยับยั้งกระบวนการกลายพันธุ์ของเซลล์ และยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาปฏิกิริยาของสารชนิดนี้ต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบเพียงการศึกษาการใช้สารคลอโรฟิลด์ในหนูที่เป็นมะเร็งตับ โดยสารคลอโรฟิลด์จะช่วยยับยั้งการแบ่งตัวที่ผิดปกติ และป้องกันการแตกทำลายของเซลล์ตับ (Castro et al., 2009; Tang et al., 2006)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ใช้ขมิ้นทาผิวหนังบริเวณที่คัน โดยฝนขมิ้นเป็นฝอยเล็กๆ หรือบดละเอียดผสมน้ำเล็กน้อย ทาบริเวณที่คันเป็นประจำ ขมิ้นเป็นสมุนไพรไทย ที่มีประวัติการใช้ทาผิวหนังเพื่อบำรุงผิวหนังและรักษาอาการต่างๆ ของผิวหนังมายาวนาน มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา คือ สามารถแก้โรคผิวหนังผื่นคัน รักษาฝี แผลพุพอง ลดอาการแพ้ ลดการอักเสบจากแมลงสัตว์กัดต่อย (ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงการนำขมิ้นมาใช้ในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ขมิ้นสามารถลดอาการคันเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจ

Copyright © by Mahidol University

เนื่องจากขมิ้นมีฤทธิ์ต้านฮิสตามิน มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและสามารถลดอาการปวดเฉพาะที่ ใช้เพื่อทาตามผิวหนังที่มีอาการ (Liju, Jeena, & Kuttan, 2011)

สมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างใช้ต้มผสมน้ำอาบ เพื่อจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง ได้แก่ ใบหนาด ใบมะขาม และว่านไฟ ใบหนาดเป็นสมุนไพรไทยที่นิยมใช้ต้มผสมน้ำอาบ เพื่อรักษาผดผื่น ใบหนาดมีสรรพคุณในการต้านการอักเสบของผิวหนัง ลดอาการปวดบวมบริเวณผิวหนัง โดยมีฤทธิ์คล้ายกับใบมะขาม (Bhadoriya, Mishra, Raut, Ganeshpurkar, & Jain, 2012)และว่านไฟ (ไพล) (Khaw-On & Banjerd pongchai, 2012) ในปัจจุบันนิยมใช้ใบหนาด ใบมะขามและว่านไฟ เป็นส่วนผสมในลูกประคบ เพื่อประคบตามผิวหนังบริเวณที่ปวด ช่วยลดการอักเสบและอาการปวดบวมของผิวหนังได้ (หน่วยปฏิบัติการวิจัยเคมี สารสนเทศ ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2554) แม้ว่ายังไม่พบการศึกษากลไกการออกฤทธิ์ต่ออาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีก็ตาม แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า สามารถช่วยให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจเป็นไปตามข้อสันนิษฐานของการเกิดอาการคันตามผิวหนังที่ว่า การเพิ่มขึ้นของฮิสตามิน (histamine) ในขณะที่เกิดการอักเสบของผิวหนังทำให้เกิดอาการคัน (Gittlen, Schulman, & Mad drey, 1990) การใช้สมุนไพรที่มีสรรพคุณในการต้านฮิสตามินและการอักเสบของผิวหนัง จึงสามารถลดอาการคันได้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง โดยใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำเช็ดตัวเพื่อให้ผิวหนังเปียกน้ำอยู่ตลอดเวลา การอาบน้ำบ่อยๆ (น้ำอุณหภูมิปกติ) การอาบน้ำอุ่นบ่อยๆ และการประคบร้อนบริเวณที่คัน ล้วนมีแหล่งที่มาจากตัวผู้ป่วยเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้อธิบายว่าขณะอาบน้ำรู้สึกว่าสุขสบายมากขึ้นและอาการคันลดลง หลังอาบน้ำมีความรู้สึกว่าอาการคันลดลงเล็กน้อย แต่หลังเวลาผ่านไปประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หรือเมื่อผิวแห้งจะกลับมามีอาการคันเหมือนเดิม จึงต้องอาบน้ำบ่อยๆ หรือเช็ดตัวอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง

> “ถ้าสามารถลงไปแช่ในน้ำได้ตลอดเวลา จะทำให้อาการคันลดลงอย่างมาก แต่ไม่มีอ่างสำหรับแช่น้ำ จึงใช้วิธีอาบน้ำบ่อยๆแทน”
>
> “ต้องทำให้หนัง (ผิวหนัง) ชุ่มน้ำ มันถึงจะไม่คันมาก พอแห้งมันก็เอาแล้ว คันยิบๆขึ้นมาอีก ต้องไปอาบอีก อาบเบิดมื้อ (ทั้งวัน)”
>
> “อาบน้ำแล้วรู้สึกมีแฮง (สุขสบาย) ขึ้นกว่าเดิม”
>
> “บางทีอาบน้ำแล้วหนาว ต้องเช็ดตัวบ่อยๆ เพราะกลัวมีไข้”

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ การใช้น้ำในการบำบัดโรค หรือ วารีบำบัด (hydrotherapy) โดยใช้อุณหภูมิของน้ำที่แตกต่างจากอุณหภูมิกาย ประกอบด้วย การแช่น้ำ การประคบร้อน การประคบเย็น

Copyright by Mahidol University

และ การอบไอน้ำ โดยการแช่ตัวในน้ำอุ่นทำให้เกิดการผ่อนคลาย ระบบไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงผิวหนังดีขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้น อีกทั้งเป็นการขับสารพิษและช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มของร่างกาย (Nadler, Weingand, & Kruse, 2004) มีการศึกษาการใช้วารีบำบัดร่วมกับวิธีการอื่นๆในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยโรคผิวหนัง เป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษา ทำให้อาการคันลดลง แต่ยังไม่พบหลักฐานชัดเจนว่า มีกลไกการลดอาการคันอย่างไร(Lovell & Vender, 2007; Millikan, 2003) ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาถึงการใช้วารีบำบัดในการรักษาอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการจัดการอาการในรูปแบบการใช้วารีบำบัดทั้งหมด สามารถปฏิบัติได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย สามารถลดอาการคันตามผิวหนังได้เล็กน้อยถึงปานกลาง และเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้ร่วมกับกลวิธีอื่นๆ

ผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังโดยรวม ซึ่งใช้หลายวิธีร่วมกัน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) ทำให้อาการคันลดลงเล็กน้อย ถึงปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาในระยะที่โรคลุกลามไปมาก จึงเป็นข้อจำกัดให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (ร้อยละ 84.4) อาการคันตามผิวหนังจึงยังคงอยู่และสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย จนต้องแสวงหาวิธีการรักษาอาการคันต่างๆ ตามประเพณีและความเชื่อที่สืบต่อกันมา หรือตามคำบอกเล่าของคนใกล้ชิดที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนัง อย่างไรก็ตาม กลวิธีต่างๆที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับอาการคันตามผิวหนังไม่สามารถทำให้อาการคันตามผิวหนังหมดไป (Hiramanek, 2004) และยังคงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Seccareccia & Gebara, 2011)

ผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้กลวิธีการจัดการอาการคัน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่ช่วยเหลือในการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ภรรยาหรือสามี บุตรหลาน ญาติ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และอื่นๆ เช่น มัคทายก เป็นต้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.5) เป็นผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง รองลงมาเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 12.9) และภรรยาหรือสามี (12.5) เนื่องจากกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการที่ใช้มากที่สุด คือ การเกา และการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความต้องการการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

Copyright© by Naresuan University

ในกิจกรรมที่ซับซ้อนที่ทำเองไม่ได้ทั้งหมด (สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง, 2550) เช่น การทายาเฉพาะที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) ซึ่งการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้กลวิธีการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุภาภรณ์ เจ็กสกุล, 2544)

แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคัน

แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ภรรยาหรือสามี บุตรหลาน ญาติ เพื่อนบ้าน และจากตัวผู้ป่วยเอง การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ มีแหล่งที่มาจากแพทย์มากที่สุด การใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีแหล่งที่มาจากเพื่อนบ้านมากที่สุด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การผ่อนคลาย การปรับความรู้สึก และการจัดการด้วยวิธีอื่นๆ มีแหล่งที่มาจากตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด และกลวิธีโดยรวม มาจากตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ ที่ว่า แต่ละบุคคลมีวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ตามความรู้ และประสบการณ์ของตน ผู้ป่วยจะใช้กลวิธีจัดการอาการคันหลายวิธี ทั้งการจัดการอาการด้วยตนเองและการขอรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง ส่วนใหญ่รับรู้และประเมินอาการคันตามผิวหนังว่า มีอาการคันตลอดเวลา มีความรุนแรงในระดับมากที่สุด มีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยแสวงหากลวิธีการจัดการอาการคันที่หลากหลาย กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดในการจัดการอาการคัน คือ การเกาบริเวณที่คัน เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้เอง โดยมีแหล่งที่มาของวิธีการจากตัวผู้ป่วยเอง ผลลัพธ์โดยรวมของกลวิธีการจัดการอาการทุกวิธีร่วมกันส่วนใหญ่สามารถลดอาการคันได้ในระดับปานกลาง มีเพียงการจัดการโดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และการใช้ยาแผนปัจจุบันเท่านั้น ที่สามารถลดอาการคันลงจนไม่มีอาการเหลือ แต่มีผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 15.6 เท่านั้น ที่ได้รับการจัดการด้วยวิธีนี้

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ เป็นการศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้รูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) เป็นแนวทางในการศึกษา ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 จำนวน 90 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากแพทย์ผู้รักษา
2. มีอาการคันตามผิวหนังจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี
3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการทดสอบว่ามีการรับรู้ปกติ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ และได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด สื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ฉบับภาษาไทย (นภาพร สวนแก้ว, 2552)
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย
3. แบบประเมินคุณลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง
4. แบบประเมินผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังของ Finlay & Khan (1994)
5. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง

Copyright by Mahidol University

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถาม

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 63.71 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.4) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.3) มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 41.1) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 83.3) และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี (65.6)

2. ประสบการณ์อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองร่วมกับอาการคัน ส่วนใหญ่มีอาการคันมาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ (ร้อยละ 94.4) มีอาการคันทั่วร่างกาย (ร้อยละ 88.9) มีอาการคันตลอดเวลา (ร้อยละ 58.9) มีความรุนแรงของอาการคันอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) มักคันในช่วงเวลากลางคืน (ร้อยละ 47.8) และคันทั้งกลางวันและกลางคืน (ร้อยละ 35.5) ไม่พบสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน (ร้อยละ 57.8) ไม่พบอาการอื่นๆที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการคัน (ร้อยละ 80.0) มีลักษณะคันแบบจี๊ดๆ คล้ายกับมีของแหลมทิ่มตำใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 50.0)

3. อาการคันตามผิวหนังมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในด้านการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่ มากที่สุด (2.46) รองลงมาได้แก่ ด้านการรักษาอาการคัน (2.22) ปัญหาในการเรียนหรือการทำงาน (2.21) และเกิดปัญหากับคู่ครอง ญาติหรือเพื่อนสนิท (2.21) ส่วนด้านที่มีผลรบกวนน้อยที่สุดคือ การเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย (0.34)

4. กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 7 กลุ่ม คือ 1. การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5. การผ่อนคลาย 6. การปรับความรู้สึก และ 7. การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ โดยกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การเกาตามผิวหนังบริเวณที่คัน (ร้อยละ 100) และการผ่อนคลาย ได้แก่

Copyright© by Mahidol University

การนอนพักผ่อน (ร้อยละ 98.9) การพูดคุยกับคนอื่นๆ (ร้อยละ 95.6) การทำบุญ/ไปวัด/ พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 94.4) และ การสวดมนต์/นั่งสมาธิ (ร้อยละ 91.1)

5. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการที่ให้ผลลัพธ์ดีที่สุด โดยสามารถจัดการกับอาการให้หมดไป คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 100) ผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังโดยรวม ซึ่งใช้หลายวิธีร่วมกัน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) ทำให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง

6. ผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้กลวิธีการจัดการอาการคัน จากการศึกษา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 71.5) รองลงมาเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 12.9) และภรรยาหรือสามี (ร้อยละ 12.5)

7. แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคัน ส่วนใหญ่และมากที่สุด (ร้อยละ 78.0) มาจากตัวป่วยเอง

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์ โดยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีการรับรู้และการประเมินอาการคันตามผิวหนัง เกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงและผลรบกวนของอาการต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งนำไปสู่การแสวงหากลวิธีการจัดการอาการ และใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังหลายวิธี แต่ละวิธีสามารถเกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่ไม่สามารถลดอาการคันได้ จนถึงไม่มีอาการคันเหลือ ซึ่งถ้าสามารถลดอาการคันได้ ผู้ป่วยก็จะใช้กลวิธีนั้นๆต่อไป ถ้าไม่สามารถลดอาการคันได้ ผู้ป่วยก็จะแสวงหากลวิธีอื่นเพื่อลดอาการคันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง จัดการอาการคันด้วยการเกาผิวหนังบริเวณที่คันมากที่สุด แต่การเกาก่อให้เกิดผลเสียต่อผิวหนัง จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเกาผิวหนังบริเวณที่คัน

2. แม้ผลการวิจัยจะพบว่า การผ่อนคลายไม่ช่วยลดอาการคันตามผิวหนัง แต่เป็นวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้มากที่สุด จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ เพราะเป็นวิธีที่ผู้ป่วยกระทำได้ด้วยตนเอง และ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลจากอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

3. ควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรก

Copyright by Mahidol University

4. ควรสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนัง และมีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรและการใช้วารีบำบัด ในการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

6. ควรมีการนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปเผยแพร่ให้กับพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจคุณลักษณะของอาการคันตามผิวหนัง ความรุนแรง และผลรบกวนต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งอาจนำไปสู่การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อลดความไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอาการคัน

Copyright by Mahidol University

อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

PRURITUS, MANAGEMENT STRATEGIES AND OUTCOMES AS PERCEIVED BY PERSONS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

พนัชญา ขันติจิตร

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, พย.ด., บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, Ph.D, (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่ มีอุบัติการณ์มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, และสลักจิต ศรีมงคล, 2548) อาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกมักไม่ปรากฏชัดเจน แต่จะปรากฏอาการในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยจึงมักมาพบแพทย์เมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ทั้งหมด ส่วนใหญ่ทำได้เพียงการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งไม่สามารถแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดีให้หมดไป อาการต่างๆของโรคยังคงอยู่และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548) อาการหลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ อาการตัวเหลืองตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม และอาการคันตามผิวหนัง (Khan et al., 2002) อาการคันตามผิวหนังซึ่งเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยเกิดขึ้นร้อยละ 60 - 84 (Butler & Lund, 2010; DeOliveira et al., 2007) การศึกษาอาการคันในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการคัน มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ต้องการพูดคุยหรือพบปะกับบุคคลอื่นๆ และนอนไม่หลับ (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2546) นอกจากนี้ การเกิดอาการคันตามผิวหนัง เป็นการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากเกา เมื่อยิ่งเกาก็ยิ่งคันมากขึ้น อาจทำให้เกิดบาดแผลที่ผิวหนัง และส่งผลให้กลไกการป้องกันการติดเชื้อ

ของผิวหนังถูกทำลาย เกิดการติดเชื้อบริเวณผิวหนังได้ง่าย ทำให้อาการของโรคและการรักษามีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น (Kircik, 2011)

ในปัจจุบันยังไม่ทราบกลไก สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคัน และยังไม่มีแนวทางการรักษาอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างชัดเจน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการคันตามผิวหนังในปัจจุบัน เป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยตามประสบการณ์ และตามวิธีการที่สืบต่อกันมา (Butler & Lund, 2010) อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการคันของพยาบาลและของผู้ป่วย การใช้กลวิธีการจัดการอาการคันของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากอาการคันตามผิวหนัง ซึ่งดอดด์ (Dodd et al., 2001) ได้อธิบายว่า การจัดการอาการของบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะคิดหากลวิธีในการจัดการอาการของตนเอง หรือแสวงหากลวิธีการจัดการอาการจากบุคคลอื่น เพื่อนำไปสู่การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ กลวิธีการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจึงจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง

การศึกษาอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีครั้งนี้ จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนัง คุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรงของอาการ ผลรบกวนของอาการคันต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการ ตลอดจนวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังที่ได้ผลดี เพื่อเป็นข้อมูลให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนัง ทราบวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่ออาการ หรือช่วยลดความรุนแรงของอาการได้ และเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เชื่อมโยงการจัดการอาการกับมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) จากกรอบแนวคิดการจัดการ

Copyright by Mahidol University

อาการ สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ของอาการคัน กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยเมื่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีการรับรู้ถึงการเกิดอาการคันตามผิวหนัง จะมีการประเมิน คุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อพบว่าได้รับผลรบกวนจากอาการคัน ผู้ป่วยจะหากลวิธีในการจัดการกับอาการ โดยการได้มาซึ่งข้อมูลการจัดการกับอาการ อาจมาจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ ญาติ เพื่อนบ้าน คนในครอบครัว หรือมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการคัน จะมีการประเมินผลของการใช้กลวิธีจัดการอาการคันว่า การใช้กลวิธีแต่ละวิธี สามารถบรรเทาอาการหรือทำให้อาการหายได้หรือไม่ ถ้ากลวิธีที่ใช้ไม่สามารถบรรเทาอาการคันได้ ผู้ป่วยก็จะมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีการจัดการกับอาการคันไปใช้วิธีใหม่ และถ้ากลวิธีที่ใช้สามารถบรรเทาอาการคันได้ ผู้ป่วยก็จะใช้กลวิธีนั้นๆต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

นิยามตัวแปร

อาการคันตามผิวหนัง หมายถึง อาการไม่สุขสบายที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความรู้สึกอยาก อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค ประกอบด้วย คุณลักษณะ ความถี่ ความรุนแรง และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนัง คุณลักษณะและความถี่ของอาการคันตามผิวหนัง ประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยตามแบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง ประเมินโดยใช้มาตรวัดความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนังแบบตัวเลข (Numerical Rating scale: NRS) กำหนดความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนังตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่รุนแรงเลย และ 10 หมายถึง รุนแรงมากที่สุด และผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนัง ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพ

Copyright© by Mahidol University

ชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index : DLQI) ของฟินเลย์และคาน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต 4 ระดับ (คะแนน 0 – 3) คะแนน 0 หมายถึง อาการคันตามผิวหนังไม่มีผลรบกวนหรือไม่มีความเกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเลย คะแนน 3 หมายถึง อาการคันตามผิวหนังมีผลรบกวน ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมาก (Finlay & Khan, 1994)

กลวิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการปฏิบัติต่างๆ เพื่อบรรเทาหรือลดอาการคันตามผิวหนังโดยผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการ แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคัน และผู้ที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ประเมินได้จากแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต 5 ระดับ (คะแนน 1 – 5) คะแนน 1 หมายถึง ไม่ได้ใช้ และ คะแนน 5 หมายถึง ใช้เป็นประจำ

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง สภาวะอาการที่เป็นผลจากการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ประเมินได้จากแบบสอบถามผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม ซึ่งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต 5 ระดับ (คะแนน 1 – 5) คะแนน 1 หมายถึง อาการไม่ลดลง และ คะแนน 5 หมายถึง ไม่มีอาการเหลือ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง อายุ 18 ปี ขึ้นไป มีการรับรู้ปกติ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 90 ราย

เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ฉบับภาษาไทย (นภาพร สวนแก้ว, 2552)
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย

Copyright by Mahidol University

3. แบบประเมินคุณลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง
4. แบบประเมินผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังของฟินเลย์และคาน (Finlay & Khan (1994)
5. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินคุณลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง แบบประเมินผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังของฟินเลย์และคาน และแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาตามกรอบแนวคิดและความชัดเจนของข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 1, 1, และ 0.97 ตามลำดับ

2. แบบประเมินผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังของ Finlay & Khan (1994) นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา เท่ากับ .80 คะแนนเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 90 ได้ค่าเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกระบวนการเก็บข้อมูล และมีสิทธิตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบแสดงความจำนงเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม มีการปกปิดชื่อและข้อมูลในซองที่ปิดผนึก และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

Copyright by Mahidol University

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ใช้วิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามลำดับเครื่องมือ ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย แบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบสอบถามกลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ใช้เวลาในการสอบถาม 40 นาที – 1 ชั่วโมง เก็บข้อมูลเฉลี่ยวันละ 1-3 ราย ในกรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 63.71 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.4) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.3) มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 41.1) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 83.3) และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี (65.6)

2. ประสบการณ์อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองร่วมกับอาการคัน ส่วนใหญ่มีอาการคันมาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ (ร้อยละ 94.4) มีอาการคันทั่วร่างกาย (ร้อยละ 88.9) มีอาการคันตลอดเวลา (ร้อยละ 58.9) มีความรุนแรงของอาการคันอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) มักคันในช่วงเวลากลางคืน (ร้อยละ 47.8) และคันทั้งกลางวันและกลางคืน (ร้อยละ 35.5) ไม่พบสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน (ร้อยละ 57.8) ไม่พบอาการอื่นๆที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการคัน (ร้อยละ 80.0) มีลักษณะคันแบบจี๊ดๆ คล้ายกับมีของแหลมทิ่มตำใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 50.0)

3. อาการคันตามผิวหนังมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใน

ด้านการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่ มากที่สุด (2.46) รองลงมาได้แก่ ด้านการรักษาอาการคัน (2.22) ปัญหาในการเรียนหรือการทำงาน (2.21) และเกิดปัญหากับคู่ครอง ญาติหรือเพื่อนสนิท (2.21) ส่วนด้านที่มีผลรบกวนน้อยที่สุดคือ การเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย (0.34)

4. กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 7 กลุ่ม คือ 1. การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5. การผ่อนคลาย 6. การปรับความรู้สึก และ 7. การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ โดยกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การเกาตามผิวหนังบริเวณที่คัน (ร้อยละ 100) และการผ่อนคลาย ได้แก่ การนอนพักผ่อน (ร้อยละ 98.9) การพูดคุยกับคนอื่นๆ (ร้อยละ 95.6) การทำบุญ/ไปวัด/ พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 94.4) และการสวดมนต์/นั่งสมาธิ (ร้อยละ 91.1)

5. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการที่ให้ผลลัพธ์ดีที่สุด โดยสามารถจัดการกับอาการให้หมดไป คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 100) ผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังโดยรวม ซึ่งใช้หลายวิธีร่วมกัน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) ทำให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง

6. ผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้กลวิธีการจัดการอาการคัน จากการศึกษา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 71.5) รองลงมาเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 12.9) และภรรยาหรือสามี (ร้อยละ 12.5)

7. แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคัน ส่วนใหญ่และมากที่สุด (ร้อยละ 78.0)มาจากตัวป่วยเอง

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 90 คน มีอายุระหว่าง 35-89 ปี อายุเฉลี่ย 63.71 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) สอดคล้องกับ สถิติโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และโรคนี้พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 2 : 1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2553) แตกต่างจากการศึกษาอาการคันในประชากรทั่วไป ทั้งผู้ที่มีโรคและไม่มีโรคที่เป็นสาเหตุของอาการคัน ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดอาการคัน พบในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง คือ มีอัตราส่วน 1:1.2 ถึง 1:1.5

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(Frese, Herrmann, & Sandholzer, 2011) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี แต่ไม่ได้รับการระบุว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดใด และไม่ทราบระยะของโรค (ร้อยละ 75.6) สอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี และไม่ทราบระยะของโรค (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2553) การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 24.4 ที่ทราบระยะว่าอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นรุนแรงแล้ว เนื่องจากอาการของโรคในระยะแรกมักไม่ปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อโรคมีอาการลุกลามไปมากแล้ว (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ทั้งการรักษาที่ได้รับครั้งแรกเมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และการรักษาเมื่ออาการของโรคกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 52.2 และ 84.4 ตามลำดับ) จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า เมื่อผู้ป่วยหรือญาติทราบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่จะไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยทันที แต่จะขอกลับไปปรึกษาครอบครัวและญาติก่อน ส่งผลให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคยิ่งล่าช้าออกไป

เมื่อพิจารณาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีการทำงานของตับผิดปกติ โดยทุกรายมีระดับ TBIL และDBIL ในเลือดสูงผิดปกติ แสดงถึงการอุดตันของท่อน้ำดี (Hayat, Loew, Asrress, McIntyre, & Gorard, 2005) รวมทั้งมีระดับเอนไซม์ของตับ ALP, AST และ ALT ตามลำดับ สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะตับเสียหน้าที่ (Ijaz et al., 2011) และมีระดับอัลบูมินต่ำกว่าปกติ แสดงถึงความสามารถในการสร้างอัลบูมินของตับลดลง จากภาวะตับเสียหน้าที่ (Gines & Arroyo, 2000) ร้อยละ 78.6 มีระดับ Carcinoembryonic antigen (CEA) สูงกว่าปกติ ร้อยละ 35.7 มีระดับ Carbohydrate antigen19-9 (CA 19-9) สูงกว่าปกติ สามารถทำนายการอุดตันของทางเดินน้ำดีจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ (Qin et al., 2004)

ประสบการณ์อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

คุณลักษณะของอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 100 มีอาการตัวเหลืองตาเหลืองร่วมกับอาการคันตามผิวหนัง แสดงถึงมีการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด สอดคล้องกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 100) นอกจากอาการตัวเหลืองตาเหลืองแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิวแห้ง (ร้อยละ 76.7) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ ส่งเสริมให้เกิดอาการคันเพิ่มขึ้น (Durrant-Finn, Osten, Mugge, & Nenoff, 2009) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.4) มีอาการคันมาเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ มีอาการคันในระดับรุนแรงมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) สอดคล้องกับ

Copyright by Mahidol University

การศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีนอกจากจะมีอาการปวดแน่นท้องรุนแรงเมื่อมาพบแพทย์แล้ว ยังมีอาการคันรุนแรงมากด้วยเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการคันตลอดเวลา (ร้อยละ 58.9) มีอาการคันทั่วร่างกาย (ร้อยละ 88.9) และมีความรุนแรงของอาการคันอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) สอดคล้องกับการศึกษาอาการคันที่เกิดจากโรคทางระบบ (systemic disease) คือ มีอาการคันเกิดขึ้นได้หลายลักษณะ ตั้งแต่คันเฉพาะที่ไปจนถึงคันทั่วร่างกาย อาการคันเกิดขึ้นเป็นบางเวลาจนถึงคันตลอดเวลา และส่วนใหญ่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับมากขึ้นไป (Stander et al., 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดีจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่า อาการคันที่เกิดขึ้นมีความถี่และความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก (Weisshaar & Dalgard, 2009)

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการคันมากในช่วงเวลากลางคืน (ร้อยละ 47.8) และคันทั้งกลางวันและกลางคืน (ร้อยละ 35.5) ไม่พบสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน (ร้อยละ 57.8) และไม่พบอาการอื่นๆที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการคัน (ร้อยละ 80.0) และมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 20.0) มีอาการคันมากขึ้นขณะอากาศร้อน สอดคล้องกับการศึกษาอาการคันที่มีสาเหตุของอาการจากการคั่งของน้ำดี ในผู้ป่วยโรคตับแข็งจากทางเดินน้ำดีชนิดปฐมภูมิ (primary biliary cirrhosis : PBC) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า อาการคันเกิดขึ้นมากในช่วงเวลากลางคืน มีอาการคันมากขึ้นเมื่ออากาศร้อน และจะลดลงเมื่ออากาศเย็น (Rishe, Azarm, & Bergasa, 2008) กลุ่มตัวอย่างบรรยายการรับรู้ลักษณะของอาการคันที่เกิดขึ้น ว่ามีลักษณะคันแบบจี๊ดๆ คล้ายมีของแหลมทิ่มตำใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 50.0) และคันยิบๆใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 35.6) สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดีของ ไรชี่และคณะ (Rishe et al., 2008) ที่พบว่า อาการคันของผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนมีของแหลมคมทิ่มตำ เหมือนมดไต่ตามร่างกาย เหมือนมีอะไรอยู่ใต้ผิวหนังและมีผู้ป่วยบางรายมีอาการคันรุนแรงมาก จนต้องเกาให้มีเลือดออกและอยากทำลายผิวหนังทิ้งไป และจากการสังเกตลักษณะผิวหนังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผิวหนังบริเวณที่คันมีรอยถลอก (ร้อยละ 64.4) และมีสะเก็ด (ร้อยละ 66.7) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยหยิกผิวหนังบริเวณที่คัน และการนำวัสดุต่างๆมาช่วยในการเกา เช่น หวี ไม้เกาหลัง เป็นต้น

ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

อาการคันตามผิวหนังมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคผื่นลมพิษในประเทศไทย (Kulthanan, Chiawsirikajorn, & Jiamton, 2008) ผู้ป่วยโรคผิวหนังแข็งทั่วร่างกาย (Chularojanamontri, Sethabutra, Kulthanan, & Mana pajon, 2011) ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Wang & Yosipovitch,

Copyright by Mahidol University

2010) และในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง(Gutteling, de Man, Busschbach, & Darlington, 2007; Younossi, Kiwi, Boparai, Price, & Guyatt, 2000) โดยพบว่า อาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีผลรบกวนต่อการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.46 จาก 3 คะแนน) รองลงมาได้แก่ มีผลกระทบจากการรักษาอาการคัน (คะแนนเฉลี่ย 2.22) ปัญหาในการเรียนหรือการทำงาน และเกิดปัญหากับคู่ครอง ญาติหรือเพื่อนสนิท (มีคะแนนเฉลี่ย 2.21 เท่ากัน) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับผลรบกวนต่อการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่ มากที่สุด (2.46) ซึ่งลักษณะของเนื้อผ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่ใช้ในกระบวนการทอผ้า สารเคมีในการทำความสะอาดผ้า และการเสียดสีผิวหนังของเสื้อผ้า ทำให้เกิดการระคายเคือง เกิดอาการคันตามผิวหนัง และโรคผิวหนังอักเสบได้ (Carter, 2011) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จะเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี สะดวกต่อการเกา หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกง ขายาว และบางรายไม่สวมเสื้อผ้า สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้การจัดการอาการด้วยการปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ ในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับผลกระทบปานกลาง ถึงมาก จากการรักษาอาการคันตามผิวหนัง (คะแนนเฉลี่ย 2.22) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 73.3 มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการคัน จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า การรักษาทำให้เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น บางรายไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนทุกวันเพื่อฉีดยาแก้คัน บางรายซื้อยาแก้คันจากร้านขายยา บางรายเดินทางไปต่างจังหวัดเพื่อไปรับการรักษากับแพทย์แผนโบราณ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับผลกระทบ เกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายของครอบครัว โดยการป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ ครอบครัวขาดรายได้ และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง บางครอบครัวต้องลาออกจากงาน หรือหยุดเรียนเพื่อมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม และทำให้เปรอะเปื้อนเสื้อผ้า เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่กล้าออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (คะแนนเฉลี่ย 1.9)

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลรบกวนจากอาการคันน้อย คือ ด้านการเล่นกีฬาและออกกำลังกาย (0.34) และด้านเพศสัมพันธ์ (1.31) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 63.71) และมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียจากอาการของโรค และให้ข้อมูลว่า ไม่มีเพศสัมพันธ์มาเป็นเวลานานแล้ว จากลักษณะนิสัยของประชากรไทย ที่ไม่นิยมพูดถึงเรื่องเพศอย่าง

Copyright by Mahidol University

เปิดเผยต่อผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผื่นลมพิษในประเทศไทย พบว่าอาการคันมีผลรบกวนด้านมีเพศสัมพันธ์น้อย (Kulthanan, et al., 2008)

กลวิธีและผลลัพธ์ของกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง

กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังที่กลุ่มตัวอย่างใช้ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 7 กลุ่ม คือ 1. การใช้ยาแผนปัจจุบัน และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5. การผ่อนคลาย 6. การปรับความรู้สึก และ7. การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ โดยกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การเกาตามผิวหนังบริเวณที่คันและการผ่อนคลาย สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส ที่อธิบายว่าเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะใช้วิธีการที่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ และใช้การเผชิญความเครียดในสองลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotion focused coping) เพื่อลดความรุนแรง ลดความกดดันในการจิตใจ และทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อพิจารณากลวิธีที่ผู้ป่วยใช้เพื่อจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง พบว่ามีการจัดการอาการ โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ คือ การเกา การหยิก การถูตามผิวหนังบริเวณที่คัน การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น และการจัดการอาการด้านจิตใจ คือ การทำบุญ/ไปวัด/พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และการสวดมนต์/นั่งสมาธิ และการจัดการอาการด้านสังคม คือ การพูดคุยกับคนอื่นๆ เป็นต้น

การเกาเป็นวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้มากที่สุด (ร้อยละ 100) แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) สามารถลดอาการคันตามผิวหนังได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากอาการคันที่เกิดขึ้น มีผลกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการเกา ความรู้สึกเจ็บจากการเกาจะไปแทนที่ความรู้สึกคัน สามารถลดอาการคันได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนกว่าระบบประสาทที่ถูกรบกวนจากการเกาจะกลับมาทำงานตามปกติ (Krajnik & Zylicz, 2001) แต่ไม่สามารถทำให้อาการคันหายหมดไปได้ แม้จะเกาจนเกิดแผลที่ผิวหนังก็ตาม (Oaklander, 2011) และก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เนื่องจากการเกาเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการคันมากขึ้น (Pfab et al., 2012)

การใช้กลวิธีการผ่อนคลาย ได้แก่ การนอนพักผ่อน การพูดคุยกับคนอื่นๆ การทำบุญ/ไปวัด/ พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และ การสวดมนต์/นั่งสมาธิ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดการกระตุ้นให้เกิดอาการคัน แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ จะพบว่า กลวิธีการผ่อนคลายทั้งหมดให้ผลลัพธ์ที่อาการคันไม่ลดลง (ร้อยละ 96.6 - 100) แต่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่อนคลาย เพราะเป็นการจัดการทางอารมณ์ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และลดความรู้สึกสิ้นหวัง จากการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

Copyright© by Mahidol University

กลวิธีการจัดการที่มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุด โดยสามารถจัดการกับอาการให้หมดไป คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเข้ารับการรักษาและการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำดี ทั้งการส่องกล้องใส่ท่อระบายน้ำดีภายใน การใส่ท่อระบายน้ำดีภายนอก และการผ่าตัดถุงน้ำดีออกจะเป็นการระบายสารต่างๆที่คั่งค้างในทางเดินน้ำดี รวมทั้งสารที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการคัน ซึ่งรักษาอาการคันจากการคั่งของน้ำดีได้ (Akaydin, Erozgen, Ersoy, Birol, & Kaplan, 2012; Huggett, Ghaneh, & Pereira, 2010; Kucukay et al., 2011; Maluf-Filho et al., 2012) แต่มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการผ่าตัดและใส่ท่อระบายน้ำดี จำนวนน้อย (ร้อยละ 15.6) เนื่องจากผู้ป่วยมักมารับการรักษาในขณะที่เป็นรุนแรง ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ และลุกลามไปยังอวัยวะอื่นแล้ว โรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญมากที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาเร็วที่สุด แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย ทำให้ขั้นตอนการวินิจฉัยและการรักษามีความล่าช้าออกไป อาจส่งผลให้การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่เป็นรุนแรงจนไม่สามารถทำการรักษาได้

การใช้ยาแผนปัจจุบัน ประกอบด้วย การใช้ยาลดอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดีและยาลดอาการคันโดยทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับยาลดอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี ได้แก่ คอเลสไทรามีน (Cholestyramine) อ็อนแดนซีทรอน (Ondansetron) และนาล็อกโซน (Narloxone) มีอาการคันลดลงมาก จนไม่มีอาการเหลือ (ร้อยละ50 - 100) ยาเหล่านี้สามารถลดอาการคันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Grundmann & Stander, 2011; O'Donohue et al., 2005) แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางรายอาการคันไม่ลดลง จึงต้องมีการจัดการอาการคันด้วยกลวิธีอื่นๆเพิ่มเติม สำหรับการใช้ยารักษาอาการคันโดยทั่วไปที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษา คือ ยาคลอเฟนิรามิน (chlorpheniramine) ชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และยาไฮดรอกซิซีน (hydroxyzine, ATARAX) ชนิดรับประทาน สามารถลดอาการคันที่เกิดขึ้นได้เล็กน้อยถึงมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ซื้อยาเหล่านี้มาใช้เอง ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา ระหว่างรอการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์ ยาเหล่านี้อาจได้ผลในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังไม่รุนแรง แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังรุนแรงแล้ว การใช้ยามักไม่ได้ผล (Mela et al., 2003)

สำหรับผลลัพธ์ของการใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร ในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง พบว่า ทำให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง สมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างใช้ ได้แก่ ดื่มน้ำคลอโรฟิลด์ การทาขมิ้นบริเวณที่คัน ต้มใบหนาด ต้มใบมะขาม และต้มว่านไฟผสมน้ำอาบ กลุ่มตัวอย่างฝนขมิ้นเป็นฝอยเล็กๆหรือบดละเอียดผสมน้ำเล็กน้อย ทาบริเวณที่คันเป็นประจำ ขมิ้นเป็นสมุนไพรไทย ทาผิวหนังเพื่อบำรุงผิวหนังและรักษาอาการต่างๆของผิวหนัง สามารถแก้โรคผิวหนัง ผื่นคัน รักษาฝี แผลพุพอง ลดอาการแพ้ ลดการอักเสบจากแมลงสัตว์กัดต่อย (ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร

Copyright by Mahidol University

สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงการนำขมิ้นมาใช้ลดอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในการศึกษาครั้งนี้ขมิ้นสามารถลดอาการคันเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจเนื่องจากขมิ้นมีฤทธิ์ต้านฮิสตามิน และต้านการอักเสบ (Liju, Jeena, & Kuttan, 2011) คล้ายกับสมุนไพรใบหนาด ใบมะขาม และว่านไฟ ที่ใช้ต้มผสมน้ำอาบ ซึ่งสรรพคุณต้านการอักเสบของผิวหนัง ลดอาการปวดบวมบริเวณผิวหนัง(Bhadoriya, Mishra, Raut, Ganeshpurkar, & Jain, 2012;) ผลการศึกษาที่พบว่า สามารถช่วยให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจเนื่องจากข้อสันนิษฐานของการเกิดอาการคันตามผิวหนัง ที่ว่า การเพิ่มขึ้นของฮิสตามิน (histamine) ในขณะที่เกิดการอักเสบของผิวหนังทำให้เกิดอาการคัน (Gittlen, Schulman, & Maddrey, 1990) การใช้สมุนไพรที่มีสรรพคุณในการต้านฮิสตามินและการอักเสบของผิวหนัง จึงสามารถลดอาการคันได้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง โดยใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำเช็ดตัวเพื่อให้ผิวหนังเปียกน้ำอยู่ตลอดเวลา การอาบน้ำบ่อยๆ (น้ำอุณหภูมิปกติ) การอาบน้ำอุ่นบ่อยๆ และการประคบร้อนบริเวณที่คัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้อธิบายว่า ขณะอาบน้ำรู้สึกว่าสุขสบายมากขึ้นและอาการคันลดลง หลังอาบน้ำมีความรู้สึกว่าอาการคันลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อผิวแห้งจะกลับมามีอาการคันเหมือนเดิม จึงต้องอาบน้ำบ่อยๆ หรือเช็ดตัวอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ผิวหนังมีความชุ่ม ผลการศึกษาสอดคล้องกับ การใช้น้ำในการบำบัดโรค หรือ วารีบำบัด (hydrotherapy) โดยใช้อุณหภูมิของน้ำที่แตกต่างจากอุณหภูมิกาย ประกอบด้วย การแช่น้ำ การประคบร้อน การประคบเย็น และการอบไอน้ำ โดยการแช่ตัวในน้ำอุ่นทำให้เกิดการผ่อนคลาย ระบบไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงผิวหนังดีขึ้น เป็นการขับสารพิษและช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มของร่างกาย (Nadler, Weingand, & Kruse, 2004) มีการศึกษาการใช้วารีบำบัดร่วมกับวิธีการอื่นๆในการจัดการกับอาการคันในผู้ป่วยโรคผิวหนัง เป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษา ทำให้อาการคันลดลง แต่ยังไม่พบหลักฐานชัดเจนว่า มีกลไกการลดอาการคันอย่างไร(Lovell & Vender, 2007; Millikan, 2003) ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาถึงการใช้วารีบำบัดในการรักษาอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การจัดการอาการในรูปแบบการใช้วารีบำบัดทั้งหมด สามารถปฏิบัติได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย สามารถลดอาการคันตามผิวหนังได้เล็กน้อยถึงปานกลาง และเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้ร่วมกับกลวิธีอื่นๆ

ผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังโดยรวม ซึ่งใช้หลายวิธีร่วมกัน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) ทำให้อาการคันลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาในระยะที่โรคลุกลามไปมาก จึงเป็นข้อจำกัดให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ อาการคันตามผิวหนังจึงยังคงอยู่ และสร้าง

Copyright by Mahidol University

ความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย จนต้องแสวงหาวิธีการรักษาอาการคันเพิ่มเติม ตามประเพณีและความเชื่อที่สืบต่อกันมา หรือตามคำบอกเล่าของคนใกล้ชิดที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนัง อย่างไรก็ตาม กลวิธีต่างๆที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับอาการคันตามผิวหนัง ไม่สามารถทำให้อาการคันตามผิวหนังหมดไป (Hiramanek, 2004) และยังคงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Seccareccia & Gebara, 2011)

ผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้กลวิธีการจัดการอาการคัน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ที่ช่วยเหลือในการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ภรรยาหรือสามี บุตรหลาน ญาติ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองและอื่นๆ เช่น มัคทายก เป็นต้น พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.5) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง รองลงมาเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 12.9) และภรรยาหรือสามี (12.5) เนื่องจากกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการที่ใช้มากที่สุด คือ การเกา และการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความต้องการการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ในกิจกรรมที่ซับซ้อนที่ทำเองไม่ได้ทั้งหมด (สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง, 2550) เช่น การทายาเฉพาะที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) ซึ่งการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีส่วนสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้กลวิธีการจัดการอาการคันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุภาภรณ์ เจ็กสกุล, 2544)

แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคัน

แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มาจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ภรรยาหรือสามี บุตรหลาน ญาติ เพื่อนบ้าน และจากตัวผู้ป่วยเอง การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ มีแหล่งที่มาจากแพทย์มากที่สุด การใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีแหล่งที่มาจากเพื่อนบ้านมากที่สุด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การผ่อนคลาย การปรับความรู้สึก และการจัดการด้วยวิธีอื่นๆ มีแหล่งที่มาจากตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด และกลวิธีโดยรวม มาจากตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ ที่ว่า แต่ละบุคคลมีวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ตามความรู้ และประสบการณ์ของตน ผู้ป่วยจะใช้กลวิธีจัดการอาการคันหลายวิธี ทั้งการจัดการอาการด้วยตนเองและการขอรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ

Copyright by Mahidol University

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง ส่วนใหญ่รับรู้และประเมินอาการคันตามผิวหนังว่า มีอาการคันตลอดเวลา มีความรุนแรงในระดับมากที่สุด มีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยแสวงหากลวิธีการจัดการอาการคันที่หลากหลาย กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดในการจัดการอาการคัน คือ การเกาบริเวณที่คัน เนื่องจากเป็นกลไกธรรมชาติและเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้เอง มีแหล่งที่มาของวิธีจัดการอาการคันมาจากตัวผู้ป่วยเอง ประสิทธิผลโดยรวมของกลวิธีการจัดการอาการทุกวิธีร่วมกันส่วนใหญ่สามารถลดอาการคันได้ในระดับปานกลาง มีเพียงการจัดการ โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และการใช้ยาแผนปัจจุบันเท่านั้น ที่สามารถลดอาการคันลงจนไม่มีอาการเหลือ แต่มีผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 15.6 เท่านั้น ที่ได้รับการจัดการด้วยวิธีนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนัง มีการจัดการอาการคันด้วยการเกาผิวหนังบริเวณที่คันมากที่สุด แต่การเกาก่อให้เกิดผลเสียต่อผิวหนัง จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเกาผิวหนังบริเวณที่คัน
2. แม้ผลการวิจัยจะพบว่า การผ่อนคลายไม่ช่วยลดอาการคันตามผิวหนัง แต่เป็นวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้มากที่สุด จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ เพราะเป็นวิธีที่ผู้ป่วยกระทำได้ด้วยตนเองและ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลจากอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดี
3. ควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรก
4. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการคันตามผิวหนัง และมีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
5. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรและการใช้วารีบำบัด ในการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
6. ควรมีการนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปเผยแพร่ให้กับพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจคุณลักษณะของอาการคันตามผิวหนัง ความรุนแรง และผลรบกวนต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งอาจนำไปสู่การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการคันตามผิวหนังต่อไป

Copyright by Mahidol University

PRURITUS, MANAGEMENT STRATEGIES AND OUTCOMES AS PERCEIVED BY PERSONS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

PHANATCHAYA KHANTICHITR 5337095 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NIROBOL KANOGSUNTHORNRAT, Ph.D.(NURSING), BUALUANG SUMDAENGRIT, Ph.D. (NURSING),

EXTENDED SUMMARY

Cancer is a chronic illness whose incidence continues to increase and it has become a major public health problem in Thailand, particularly cholangiocarcinoma, which is commonly found among the Thai population. In fact, the incidence rate of cholangiocarcinoma is highest in the northeastern region of the country. Worse yet, it is noteworthy that the northeastern region of Thailand is the area where the prevalence rate of cholangiocarcinoma is highest in the world (Choosri Kuchaiyasith et al., B.E. 2548). In the initial stages, the symptoms of cholangiocarcinoma may not be clearly observed, but the symptoms will clearly manifest themselves in the later stages of the disease (Woraya Manprasert et al., B.E. 2552). Therefore, patients are likely to seek medical attention when the disease is already in its exacerbation stage and it is impossible to completely remove the cancerous tumor. Most of the times, patients receive only palliative treatment (Narong Khanteekaew, B.E. 2548), which cannot solve the problems of biliary atresia. As a result, the symptoms of the disease persist and continue in their severity. Major symptoms experienced by patients include jaundice, pale feces, dark urine, and pruritus (Khan et al., 2002). In general, pruritus is one of the most frequently found symptoms, accounting for 60% to 84% of the cases (Butler & Lund, 2010; DeOliveira et al., 2007). A study on pruritus in patients with cholangiocarcinoma has revealed that the patients suffered from pruritus and lost their

Copyright by Mahidol University

self-image, which led to isolation, lack of desire to socialize with others, and insomnia (Choosri Kuchaiyasith et al., B.E. 2548). Furthermore, pruritus simulates the desire to scratch the skin, which in turn leads to more itchiness. This can result in wounds on the skin and destroy the anti-infection mechanism of the skin, so the patients are prone to skin infection, making both the symptoms and their treatments more complicated (Kircik, 2011).

At present, the mechanisms, causes, and treatment of pruritus in patients with cholangiocarcinoma are not yet conclusive. The current nursing care practice to relieve the symptom of pruritus focuses on adherence to the treatment plan and provision of consultation to patients based on nurses' professional experience and received advice (Butler & Lund, 2010). Therefore, patients own strategies to manage pruritus are considered vital to reduce discomfort caused by itchiness. According to Dodd et al. (2001), individuals' symptom management strategies depend on their experience and potential. Individuals who have experience with such symptoms do think of strategies to manage their symptoms or search for management methods from other persons to derive at effective symptom management methods. Symptom management strategies constitute a dynamic process which constantly changes to accommodate the symptoms that have taken place. When individuals are unable to take care of their own health, nurses are entitled to provide assistance and support to increase their potential to perform necessary self-care.

As a result, it was believed that a study on pruritus, management strategies, and outcomes as perceived by patients with cholangiocarcinoma would enable nurses and healthcare personnel to develop a better understanding of their characteristics, severity of symptoms, effects on daily living, symptom management strategies, and symptom management outcomes so as to develop a guideline to promote patients' knowledge and participation in observation of symptoms and avoidance of reinforcing factors. The findings of the present study would also shed light on practices carried out by patients with cholangiocarcinoma to reduce severity of symptoms and to appropriately control or prevent pruritus. The findings of the present study could also be used as baseline data for further research to develop a clinical nursing practice guideline for patients with cholangiocarcinoma who suffer from pruritus.

Copyright by Mahidol University

Conceptual Framework of the Study

In the present study, the symptom management model of Dodd et al. (2001) was employed as the conceptual framework, linking the concept of symptom management with the concept of nursing care which consists of individuals, health, sickness, and the environment. The symptom management model comprises three major concepts of symptom experience, symptom management strategies, and outcomes. The conceptual framework of symptom management can be used to explain the phenomenon of pruritus, management strategies, and outcomes as perceived by patients with cholangiocarcinoma. In general, when patients with cholangiocarcinoma have perception of pruritus, they will assess characteristics, frequency, severity, and effects of pruritus on daily living activities. If they perceive that pruritus causes disturbance, they will seek for management strategies to deal with it. The information on symptom management strategies may come from nurses or other medical personnel, relatives, neighbors, family members, or the patients' own direct experience. When the patients utilize symptom management strategies, they will assess the outcomes of such strategies to determine if they are able to relieve or eliminate their symptoms. If the selected strategies are unable to relieve their pruritus, they will adjust the strategies or select new strategies. If the newly selected strategies work well to relieve their symptoms, they are likely to continue using such strategies.

Research Objectives

1. To investigate symptom experience with pruritus of patients with cholangiocarcinoma.

2. To examine symptom management strategies to manage pruritus of patients with cholangiocarcinoma.

3. To explore the outcomes of symptom management strategies as perceived by patients with cholangiocarcinoma.

Copyright by Mahidol University

Definition of Terms

Pruritus refers to a discomforting symptom that stimulates patients with cholangiocarcinoma to scratch their skin, resulting from the pathology of cholangiocarcinoma and consisting of characteristics, frequency, severity, and disturbing effects of pruritus. In this study, characteristics and frequency of pruritus were determined by means of a numerical rating scale (NRS) that assessed the severity of pruritus, which ranged from 0 to 10, with 0 meaning not severe at all to 10 meaning extremely severe. In addition, the effects of pruritus was assessed using the Dermatology Life Quality Index (DLQI) developed by Finlay and Khan (1994) consisting of ten items arranged in a four-point Likert scale ranging from 0 to 3. The score of 0 point meant that pruritus did not have any effect or did not relate to daily life of patients at all, while the score of 3 points meant pruritus caused a great disturbance in daily life of patients.

Management strategies refer to any practices carried out by patients with cholangiocarcinoma and related persons to relieve or reduce the symptoms of pruritus, involving frequency of use of management strategies, sources of management strategies, and assisting persons when using management strategies. In this study, management strategies were assessed using the symptom management scale developed by the researcher. The items in the scale were arranged in a five-point Likert scale, ranging from 1 to 5 points, with 1 point referring to no use of management strategies and 5 points referring to frequent use of management strategies.

Outcomes refer to the conditions that have resulted from the use of management strategies of patients with cholangiocarcinoma. In this study, outcomes were evaluated using the outcome of management strategy questionnaire developed by the researcher to assess overall outcomes and outcomes of each management strategy. The items in the questionnaire were arranged in a five-point Likert scale, ranging from 1 to 5 points, with 1 point referring to no reduction of symptoms and 5 points referring to complete elimination of symptoms.

Copyright by Mahidol University

Methodology

Population and sample

The study sample was composed of 90 patients with cholangiocarcinoma who sought treatment at the outpatient surgical ward, the male surgical ward, and the female surgical ward of Sanpasitprasong Hospital, Ubonratchathani Province, between April and June, 2012. The study subjects were selected by means of purposive sampling based on the following inclusion criteria: they were patients with cholangiocarcinoma who suffered from pruritus, they were at least 18 years old, they had normal cognition, and they were willing to participate in the study. The total number of subject in this study was 90.

Research instruments

The instruments used in this study consisted of the following:

1. The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Thai version (Chawalee Yamwong, B.E. 2538).

2. The demographic characteristics and illness questionnaire developed by the researcher.

3. The characteristics and severity of pruritus questionnaire developed by the researcher and the interferences of pruritus assessment scale (Finlay & Khan, 1994).

4. The pruritus management strategies and outcomes questionnaire constructed by the researcher.

Validation of the instruments

1. The characteristics and severity of pruritus questionnaire, the interferences of pruritus, and the pruritus management strategies and outcomes questionnaire were examined to ensure content validity, clarity of items, and language appropriateness by a panel of three experts. The content validity index (CVI) of each instrument was 1, 1, and 0.97, respectively.

Copyright by Mahidol University

2. The interferences of pruritus assessment scale was tried out with 30 patients with cholangiocarcinoma whose characteristics were similar to those of the

subjects of the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the instrument when used in the pilot study was equal to 0.80, and when it was used with the subjects of the main study, the result reliability was 0.81.

Protection of the Rights of Human Subjects

The study proposal was approved by the Institutional Review Boards on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University and Sanpasitprasong Hospital before data collection commenced. The study subjects all received explanation on research objectives and data collection procedures. They had the rights to decide whether they would participate or refuse to participate in the study. After they agreed to take part in the study, they signed the informed consent form. The data collected from the subject would be kept strictly confidential in a sealed envelope and would be reported only as group data. Finally, the subjects were reassured that they had the rights to withdraw from the study at any time if they wished without the effects on the treatment they would receive from the hospital.

Data Collection

During data collection, the researcher interviewed the subjects based on the questionnaires in the following order: the demographic characteristics and illness questionnaire, the characteristics, severity of pruritus questionnaire, the interferences of pruritus assessment scale, and the pruritus management strategies and outcomes questionnaire. In average data were collected from one to three subjects per day and lasted 40-60 minutes per each subjects. In cases the data collected from the subjects were not complete; the researcher would make a telephone call to them to elicit further information.

Copyright by Mahidol University

Data Analysis

Data were processed and analyzed using the SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) in terms of frequency, mean, standard deviation, and percentage.

Findings

1. More than half of the subjects, or 66.7%, were male. Their mean age was 63.71 years. Close to three quarters, or 70%, were married, almost all, or 98.9%, were Buddhists, and most, or 84.4%, completed elementary education. Moreover, more than half of them, or 53.3%, were agriculturists, and less than half, or 41.1%, had sufficient income with no savings. Most of them, or 83.3%, used universal healthcare coverage to pay for their treatment, and close to two-thirds, or 65.6%, lived in Ubon Ratchathani Province.

2. As regards the experience with pruritus of patients with cholangio-carcinoma, all of the subjects had jaundice and pruritus. Almost all of them, or 94.4%, had experienced pruritus for at least three weeks, with 88.9% had pruritus all over their body and 58.9% experienced pruritus all the time. In terms of severity of symptoms, half of the subjects said their pruritus was mostly severe, and 47.8% suffered from pruritus more during the night. Furthermore, more than half of the subjects, or 57.8%, did not know the condition that triggered pruritus, and most of them, or 83.3%, did not have any other symptoms that accompanied pruritus. Finally, half of the subjects stated that their pruritus was a kind of sharp pain as if something was piercing them under their skin.

3. As for interference of pruritus on daily living, the most disturbance was choosing clothes to wear (2.46), followed by treatment of pruritus (2.22), studying or work problems (2.21), and problems with spouse, relatives, or close friends (2.21). The aspect that was least disturbed by pruritus was playing sports and exercising (0.34).

Copyright by Mahidol University

4. According to the study findings, management strategies medicines pruritus could be divided into seven groups as follows: 1. use of modern medication and adherence to the treatment plan, 2. use of alternative or herbal medicines, 3. changing food and eating behavior, 4. changing habit, 5. relaxation, 6. emotional adaptation, and 7. other management strategies. But the strategies mostly used by the subjects were other management strategies including scratching the skin (100%), as well as relaxation techniques such as sleeping (98.9%), talking to others (95.6%), making merit/asking for blessings from sacred beings (94.4%), and praying/meditating (91.1%).

5. The findings revealed that the most effective management strategy that could completely eliminate the symptoms was adherence to the doctor's treatment plan (100%). It was also found that the outcomes of overall management strategies, which combined different strategies, could mildly and moderately reduce the symptoms of pruritus (68.7%).

6. With regard to persons assisting the subjects when managing symptoms of pruritus, it was found that most of the subjects, or 71%, helped themselves. Also, 13% and 12% of the subjects had their children or spouse helped them manage their symptoms, respectively.

7. The most important source of management strategies was the patients themselves.

Discussion of Findings

Findings regarding demographic characteristics and illness

Of the 90 subjects who participated in the study. Their ages ranged from 35 to 89 years, with a mean age of 63.71 years. Approximately two-thirds of the subjects, or 66.7%, were male. These findings were consistent with the statistics on cholangiocarcinoma in Thailand that there are more male than female patients with cholangiocarcinoma, at the ratio of 2 to 1, and most of the patients were older than 60 years old (National Cancer Institute, B.E. 2554). However, such findings were not consistent with the findings of the studies on pruritus in the general population, with or

Copyright by Mahidol University

without a disease causing pruritus, that the incidence is lower in males than females, with the ratio ranging from 1: 1.2 to 1: 15 (Frese, Herrmann, & Sandholzer, 2011). All of the subjects were diagnosed with cholangiocarcinoma, but the type and the stage of the disease were not identified (75.6%). Such finding was in congruence with the statistics of cholangiocarcinoma in Thailand as reported by National Cancer Institute that most of the patients did not receive diagnosis of the type and stage of cholangiocarcinoma (National Cancer Institute, B.E. 2553). In this study, about one-fourth of the subjects (24.4%) knew that their cholangiocarcinoma was in stage 4. This is because the symptoms of cholangio- carcinoma during initial stages are not clear, and the patients tend to seek medical attention after the disease has already exacerbated (Woraya Munprasert et al., B.E. 2552). Thus, it is likely that the patients receive only palliative care, both when cholangiocarcinoma is first diagnosed and when they have relapses (at 52.2% and 84.4%, respectively). According to the interviews conducted in this study, once the patients or their relatives have learned of the diagnosis of cholangiocarcinoma, most of the patients were reluctant to immediately receive treatment from the doctor. Instead, they tended to seek advice from their family and relatives first, which further prolonged diagnoses and treatments.When considering laboratory results, it could be seen that most of the subjects had abnormal laboratory results, which showed that all of the subjects had abnormal liver functioning.

Experience with pruritus in patients with cholangiocarcinoma

As regards the characteristics of pruritus in patients with cholangio-carcinoma, it was found that 100% of the patients had jaundice and pruritus, which indicated hyperbilirubinemia. Similarly, the laboratory results also revealed that all of the subjects had an abnormally high level of bilirubin (100%). In addition to jaundice, the findings showed that more than three-fourths of the subjects, or 76.7%, had dry skin, which is another factor that increases pruritus (Durrant-Finn, Osten, Mugge, & Nenoff, 2009). In this study, almost all of the subjects, or 94.4%, had suffered from pruritus for more than three weeks. Of these, half of them had the most severe level of pruritus. Likewise, a study in patients with cholangiocarcinoma conducted by Choosri Kuchaiyasith et al. (B.E. 2546) has reported that when the patients sought medical

attention, they were likely to suffer from severe abdominal pain as well as severe pruritus.

In this study, more than half of the subjects, or 58.9%, experienced pruritus all the time. Moreover, most of them, or 88.9% had pruritus all over their body, and half, or 50%, indicated that their pruritus was extremely severe. These findings yield support to the findings of a study investigating pruritus in patients with systemic diseases that pruritus differs in its characteristics, ranging from localized itchiness to itchiness that takes place all over the body and it can occur some of the time or all the time, with the severity ranging from severe to very severe (Stander et al., 2007). The findings were also consistent with the findings of another study that investigated non-cancer-related pruritus that the severity and frequency of symptoms are at a high level (Weisshaar & Dalgard, 2009).

Furthermore, the findings showed that almost half of the subjects, or 47.8%, suffered from pruritus more during nighttime and about one-third, or 35.5%, suffered from pruritus both during the day and at night. However, more than half of the subjects, or 57.8% did not know the situations that induced pruritus, and most, or 80%, did not have any symptoms that accompanied pruritus. Some of the subjects, or 20%, suffered more from pruritus when the weather was hot. Similarly, a study on pruritus in patients with primary biliary cirrhosis (PBC) in the United States of America has reported that pruritus is more severe during the night and when the temperature is high, and it will be relieved when the temperature is low (Rishe, Azarm, & Bergasa, 2008). In this study, half of the subjects (50%) described their perceived pruritus as piercing pain as if there was something poking them under their skin, while 35.6% felt tingling under the skin. Such findings were consistent with the findings of Rishe et al. (2008) who found that patients felt that pruritus was like something sharp was poking them, like they had ants crawling all over their body, and as if there were something under their skin. Some patients, felt that their pruritus was so severe that they wanted to scratch until they bled and they wanted to destroy their skin. From an observation of the skin of the subjects in this study, it could be seen that 64.4% of them had scratch marks on the skin and 66.7% had flakes on the skin due to pinching and scratching of the skin with fingers or other objects such as a comb, etc.

Copyright by Mahidol University

Effects of pruritus on patients with cholangiocarcinoma

Pruritus has an effect on all aspects of life of patients with cholangiocarcinoma, this was supported by previous studies such as patients with urticaria (Kulthanan, Chiawsirikajorn, & Jiamton, 2008), scleroderma (Chularojana- montri, Sethabutra, Kulthanan, & Manapajon, 2011), and chronic liver disease (Gutteling, de Man, Busschbach, & Darlington, 2007). In this study, the most effect of puritus was an aspect on choosing clothes to wear (with the mean score of 2.46 out of 3.0), followed by treating itchiness (with the mean score of 2.22), and problems with study or work and problems with spouse, relatives, or close friends (with the mean score of 2.21 equally).

In this study, most of the subjects had problems with choosing what to wear due to pruritus (mean score = 2.46). Fabric type, temperature, chemicals used in the weaving process, chemicals used in the washign process, and rubbing of the fabric on the skin could lead to irritation, itchiness, and inflammation of the skin (Carter, 2011). The interviews of the subjects had shown that they chose to wear clothes with good air ventilation and which were easy for them to scratch, and they also avoided wearing long-sleeved tops and long pants. Some of the subjects even avoided wearing clothes. Thus, the findings of this study confirmed that the subjects did not choose the image-altering strategy to manage their pruritus symptoms.

The subjects had problems with treating itchness (mean score = 2.22), as they had to waste time and money to treat pruritus. Moreover, the medication prescribed to them mostly caused drowsiness and stained their clothes, making them did not leave their house to run arrands and to take part in social activity (mean score of 1.9). This finding is supported by the study conducted by Choosri Koochaiyasith et al (2546) in that pruritus led to not wanting to talk or socialize with other people.

Furthermore, close to three quarters of the subjects in the present study (73.3%) had financial problems caused by treatment of pruritus. They further explained that they sought other management strategies in addition to modern medicine. Some patients went to a private clinic on a daily basis to have anti-itchniness injection, some bougth anti-itchniess medication from a drugstore, and others travelled to other provinces in search of traditional or herbal medication to treat itchiness, which caused them a large amout of expenses. Similarly, Choosri

Copyright by Mahidol University

Koochaiyasith et al. (B.E. 2546) found that patients with cholangiocarcinoma suffered from financial problems caused by the disease which reduced their work efficiency or made them unable to work at all. At the same time, they had to travel to the hosptial frequently to receive the treatment, so their family lost a regular income while simultaneously suffering from an increase in medical and traveling expenses. Some family members had to quit their school or job to take care of the patients as well, which made the financial problems more serious.

When considering scores of quality of life with less effects of pruritus, was sports and exercise (mean score = 0.34) and sexual relationship (mean score = 1.31). One plausible explanation was that most of the subjects were in their old age, with the mean age of 63.71 years, and they suffered from fatigue caused by the disease, so they normally did not play sports or exercise. The subjects indicated that they no longer had sexual relationships. In general, the Thai people avoid discussing the topic of sex openly in front of other people. Also, a study on qualtiy of lfie of patients with urticaria in Thailand (Kulthanan et al., 2008) has reported that itchiness has only a minor effect on sexual relationships.

Management strategies and outcomes

The strategies used to manage pruritus by the study subjects could be divided into seven groups: 1. use of modern medicines and adherence to the treatment plan, 2. use of alternative or herbal medicines, 3. Changing food and eating behavior, 4. Changing habit, 5. relaxation, 6. emotional adaptation, and 7. other management strategies. The strategy which was mostly used by the subjects was scratching the skin and relaxation. According to Lazarus's theory, when individuals suffer from stress, they will have both cognition and action to manage stress to maintain balance in their body by maximizing the available resources. Generally, coping strategies can be divided into problem-focused coping and emotion-focused coping, which can be used to reduce severity and mental strain and to increase happiness (Lazarus & Folkman, 1984). When considering the management strategies used by the subjects in this study to manage pruritus, it was found that they managed their symptoms by adjusting their behaviors such as scratching, pinching, and rubbing the skin and taking a nap etc. In addition, they used psychological management strategies as well by going to the

Copyright by Mahidol University

temple to make merit or praying and meditating. Finally, they also used a social management strategy by talking to other people.

Scratching was the management strategy used by all of the subjects (100%). However, for most patients (80%); it could only slightly relieve the symptoms. This is because the itchiness stimulates the urge to scratch. When scratching, individuals will experience pain which can temporarily replace the feelings of itchiness, until the nerves that cause itchiness resume their normal function (Krajnik & Zylicz, 2001). Scratching cannot completely eliminate the feeling of itchiness, even individuals scratch until the skin is injured (Oaklander, 2011). In fact, scratching causes more negative effects than positive effects because it actually stimulates more feelings of itchiness (Pfab et al., 2012).

Relaxation techniques such as sleeping, talking to other reduce stimulation of people, making merit, praying, and meditating are strategies that can be used to pruritus. Eventhough most of the study subjects (96.6% – 100%) felt that all relaxation techniques did not relieve the symptoms, these techniques were emotional management strategies that could reduce their stress, anxiety, and desperation caused by cholangiocarcinoma.

The most effective management strategy that could completely relieve pruritus is adherence to the doctor’s treatment plan of undergoing an endoscopy either endoprosthesis or endoscopic nasobiliary drainage, or a cholecystectomy, which help release substance retention, including the substances that stimulate itchiness caused by biliary atresia (Akaydin, Erozgen, Ersoy, Birol, & Kaplan, 2012; Huggett, Ghaneh, & Pereira, 2010; Kucukay et al., 2011; Maluf-Filho et al., 2012). However, only a small number of subjects (15.6%) received such a treatment because they began to seek treatment when their disease was already in an advanced stage, the cancerous tumor was large, and metastasis had already taken place. In fact, hospitals and healthcare systems play an important role to enable patients to receive diagnosis and treatment as soon as possible. However, due to limitations in available personnel and medical equipment, the diagnosis and treatment procedures of cholangiocarcinoma are generally delayed until it is too late to treat the patients.

Copyright by Mahidol University

Use of modern medication includes the use of anti-pruritus medication and general anti-itchiness medication. Anti-pruritus medication prescribed for the subjects

of this study consisted of Cholestyramine, Ondansetron, and Naroxone, which were effective by 50% to 100%. In general, these medicines can be used to effectively reduce the symptoms of pruritus (Grundmann & Stander, 2011; O'Donohue et al., 2005), but some subjects in this study continued to suffer from pruritus after using these medicines, so they had to search for other management strategies. On the other hand, general anti-itchiness medicines used by the study subjects were oral and intravenous chlorpheniramine and oral hydroxyzine (ATARAX), whose effectiveness ranged from slightly to considerably. Most of the subjects bought these medicines by themselves from the drugstore before they started to seek treatment from the doctor or while they were waiting for their diagnosis. Actually, these medicines may be effective for patients whose pruritus symptoms are not severe. When the symptoms become severe, they are generally not so effective (Mela et al., 2003).

As regards the outcomes of traditional or herbal medication to manage pruritus, it was found that they could slightly to moderately relieve the symptoms. The herbal medicines used by the subjects were cumin, Pluchea indica leaves and tamarind leaves. There were seven subjects who applied cumin on their skin after grinding and mixing it with some water. Cumin is a local herbal medicine in Thailand. It can be used to supplement the skin or treat various skin conditions such as skin rashes, abscess, infections, or inflammations caused by animal bites (Herbal Information Center, Herbal Research Institute, Department of Medical Science, Ministry of Public Health, B.E. 2554). However, there is no study that has investigated the use of cumin to treat pruritus in patients with cholangiocarcinoma. In this study, the subjects reported that cumin could slightly to moderately relieve their pruritus. This may have been because cumin has antihistamine effect that can inhibit inflammation and reduce localized pain (Liju, Jeena, & Kuttan, 2011). It has a similar property to other herbal medicines the subjects boiled to bathe including Pluchea indica leaves, tamarind leaves, and aloevera, which could inhibit inflammation of the skin and reduce pain and swollen skin (Bhadoriya, Mishra, Raut, Ganeshpurkar, & Jain, 2012; Khaw-On & Banjerd Pongchai, 2012). It can be explained that they could slightly to mildly reduce itchiness on the skin because itchiness is caused by an increase in histamine while inflammation causes itchiness (Gittlen, Schulman, &

Copyright by Mahidol University

Maddrey, 1990). Therefore, herbal medicines with antihistamine and anti-inflammation properties can reduce pruritus.

Behavioral adaptation can be used to manage pruritus. The subjects in this study used a wet towel or a hot towel to cover their skin or took a regular shower (with normal room temperature or warm water) to keep their skin moist. When they were taking a shower, they felt more comfortable and their pruritus reduced. After a shower, they felt that the symptoms or pruritus were relieved. However, once the skin became dry, their pruritus returned. As a result, they had to take a shower very often or applied a wet towel on their skin all the time to moisturize their skin. According to the concept of hydrotherapy, the use of water temperature that is different from body temperature such as soaking in a bathtub, using a cold or a hot compact, and steaming can create relaxation and stimulate the blood circulation system, while at the same time helps expel toxic substances and stimulate the immune system (Nadler, Weingand, & Kruse, 2004). Previous studies have investigated the use of hydrotherapy together with other strategies to manage skin diseases could enhance the effectiveness of the treatment and relieve itchiness. However, the mechanism on how hydrotherapy can reduce itchiness is not documented (Lovell & Vender, 2007; Millikan, 2003). It is worth noting that there is currently no study on the use of hydrotherapy with patients with cholangiocarcinoma suffering from pruritus. However, it was found in this study that hydrotherapy management strategies are all easy to implement, are economical, can slightly to moderately reduce the symptoms, and can be easily applied in combination with other strategies.

As for the outcomes of overall management strategies, it was found that 67.8% could mildly to moderately reduce the symptoms. This may be because most of the subjects started to seek for medical treatment when their symptoms had already been in an advanced stage, so they received palliative care that did not relieve pruritus symptoms. As a result, they continued to suffer from pruritus and had to seek additional management strategies based on their traditional beliefs or advice of other people who had experience with skin itchiness or with provision of care to patients with skin itchiness. However, such management strategies cannot completely relieve pruritus (Hiramanek, 2004), so pruritus is likely to continue to cause physical and

Copyright by Mahidol University

mental sufferings to patients until they are in their terminal stage of life (Seccareccia & Gebara, 2011).

Persons assisting with management of pruritus

In this study, the persons who provided assistance to the subjects to manage pruritus included physicians, nurses, spouses, children, relatives, the patients themselves, and other persons such as a caretaker at the temple. According to the study findings, 71.5% of the subjects helped themselves, while 12.9% and 12.5% received assistance from their children or spouse, respectively. This is because the methods they used to manage pruritus are scratching and relaxation, which are easy and convenient to do by oneself. They use both strategies all the time without help from others. However, the subjects also needed to rely on their family members to do more complicated tasks such as applying localized medication, adjusting food intake behavior, etc. Furthermore, 70% of the study subjects were married, so support from family members was important to help them apply management strategies appropriately and effectively (Supaporn Jeksakul, B.E. 2544).

Sources of management strategies

The sources of management strategies that the subjects used to manage pruritus in this study were physicians, nurses, pharmacists, spouses, children, relatives, neighbors, and the patients themselves. The use of modern medication and adherence to the treatment plan came mostly from the physicians, while the use of traditional and herbal medicines and food intake behavioral adaptation mostly resulted from neighbors. Behavioral adaptation, relaxation, adjustment of feelings, and other and overall management strategies mostly resulted from the patients themselves. Such findings were consistent with the concept of symptom management of Dodd et al. that individuals have different management techniques based on their own knowledge and experience. In general, patients will use different management strategies, both self-initiated and self-administered strategies and strategies that require assistance from others.

Copyright by Mahidol University

Conclusion and Recommendations of Findings

Conclusion

According to the study findings, the subjects had perception that they suffered from pruritus all the time, and the severity of the symptoms was very extremely severe, so pruritus disrupted all aspects of their daily living. Thus, they searched for various management strategies. The strategy that most patients used to manage their pruritus was scratching on the skin, a self-initiated management strategy that was easy to do by themselves. It is noteworthy that the overall effectiveness of all management strategies was only moderate. There were only adherence to the treatment plans and use of modern medication that could completely relieve the symptoms of pruritus, but only 15.6% of the patients with cholangiocarcinoma in this study received these management strategies.

Recommendations

1. As the patients with cholangiocarcinoma managed their symtoms of pruritus by scratching on the skin. But scratching may harm the skin so nurses should advice them to avoid scratching.

2. Although it was found that relaxation techniques did not help reduce pruritus, the techniques should be encourage to be used as they can reduce stress and anxiety from the disease's symptoms and the patient can do by themselves.

3. The annual year public health campaign should be promoted to increase the chances for high risk people to get diagnosis and treatment in early stages of the disease.

4. Family members of patients with cholangiocarcinoma should be given knowledge about pruritus and should be encouraged to participate in the management of the patients' symptoms.

5. The research should be more conduct on the use of herbal and hydrotherapy to manage pruritus in patients with cholangiocarcinoma.

6. The results of this study should be distributed to hospitals and health care team. This may lead to improve care management system in patients with cholangiocarcinoma for relieving pruritus in the future.

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

กนกวลัย กุลทนันทน์, สุขุม เจียมตน, รังสิมา วณิชภักดีเดชา และสุนันทา ฉันทรุจิกพงศ์. (2547). การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Dermatology life quality index ในคนไทย. *วารสารโรคผิวหนัง 20, 3* (ก.ค.-ก.ย. 2547) 113-123.

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry)*. บริษัท รำไทยเพรส จำกัด : กรุงเทพฯ. 42-45.

กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ ใน ประกาย จิโรจน์กุล, บก., (2548). *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดหลักการและวิธีปฏิบัติ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

โกศล รุ่งเรืองชัย. (2553). *พยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทย-ศาสตร์ศิริราชพยาบาล*. เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2554, จาก http://www.si.mahidol.ac.th/ sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=779

ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล. (2547). ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับและผลลัพธ์ของการมีอาการนอนหลับไม่เพียงพอในผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร ศิริรัตน์. (2545). การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการล้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชลธิรา เรียงคำ. (2550). การศึกษาความรุนแรงของความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดโดยผู้ป่วยและกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.

ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นพพร เชาวะเจริญ, สุจิตรา วราอัศวปติ, อุบล จ๋วงพานิช, พนอ เตชะอธิก, และคณะ. (2546). การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีระบบ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, และสลักจิต ศรีมงคล. (2548). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 20*(3), 190-196.

ณรงค์ ขันตีแก้ว. (2548). โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma). *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *20*(3), 143-147.

ดวงจิต หมดจด. (2550). ประสบการณ์ การจัดการและผลลัพธ์ของการนอนหลับไม่เพียงพอในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงรัตน์ มนไธสง. (2553). *ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นภาพร สวนแก้ว. (2552). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี*. วิทยา นิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยงวณิชย์, และชวลิต ไพโรจน์กุล. (2548). สาเหตุและกลไกการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี : ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ในตับ. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 20*(3), 122-134.

บุษกร แสงแก้ว. (2549). *การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการ ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2549). ประสบการณ์และวิธีการจัดการกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล 4 แห่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิชยดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ , บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพบูลย์ สิทธิถาวร. (2548). บทบาทพยาธิใบไม้ในตับต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในสถานการณ์ปัจจุบัน. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 20*(3), 135-142.

วนิดา โชควาณิชย์พงษ์, อำไพ สารขันธ์, และศุลีพร แสงกระจ่าง. (2552). การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี. *วารสารโรคมะเร็ง, 29*(4), 162-175.

วรยา มั่นประเสริฐ, นุจรี ประทีปะวาณิช จอห์นส, เอื้อมแข สุขประเสริฐ, จตุรัตน์ กันต์พิทยา, ธิติ วีระปรียากูร, และปาริชาต พงษ์ไทย. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 5*(3), 191-201.

Copyright© by Mahidol University

วรินทร จันทรมณี. (2549). *ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิชิต วิริยะโรจน์. (2553). *Approach to jaundice*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2554 จาก http://elearning.medicine.swu.ac.th/surg/wp-content/uploads/2009/07/18-approach-to-jaundice-e0b8ade0b8a7e0b8b4e0b88ae0b8b4e0b895-288-299.pdf

ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *เรื่องน่ารู้ของหนาด : ยาอาบ อบ ประคบ แช่ แก้อักเสบ แก้โรคผิวหนัง*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2555 จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal/.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552* (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สิรินุช บูรณะเรืองโรจน์. (2549). *ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. (2550). *ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุชิรา เกตุคง. (2552). *ประสบการณ์การเผชิญอาการ การดูแลแบบประคับประคอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (วันที่ 7 มีนาคม 2554). *สธ.เผยขอนแก่นเป็นมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในโลก เหตุพยาธิใบไม้ในปลาน้ำจืดดิบ*. หนังสือพิมพ์ข่าวสด, หน้า 1. เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2554 จาก http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid =TVRJNU9UUTROVEV3T0E9PQ =&sectionid.

สุพจน์ คำสะอาด, สุพรรณี ศรีอำพร, ไพบูลย์ สิทธิถาวร, ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, ณรงค์ ขันตีแก้ว, นพดล พิมพ์จันทร์ และคณะ. (2552). สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 24* (3), 231-239.

Copyright by Mahidol University

สุภาภรณ์ เจ๊กสกุล. (2544). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระยะหลังคลอด*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาภรณ์ อินธิแสง. (2543). *ผลการจัดการอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น หรือกลุ่มอาการดิสเปปเซียที่คล้ายโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น กับพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวนีย์ หอมสุด, จุฑา ศรีเอี่ยม, ตองอ่อน น้อยวัฒน์, และอภิชาติ กล้ากลางชน. (2551). การใส่ท่อระบายน้ำดี ในผู้ป่วยภาวะท่อน้ำดีอุดตัน. *วารสารชมรมรังสีเทคนิคและพยาบาลเฉพาะทางรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย, 1*, 33-39.

โสพิศ วงศ์คำ, นิษณา เทพศิริ, บรรจบ ศรีภา, วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, และอาภา จันทร์เทวี. (2547). *กลไกการแพร่กระจายของมะเร็งท่อน้ำดี : ข้อมูลพื้นฐานสู่การยับยั้ง*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

หน่วยปฏิบัติการวิจัยเคมี สารสนเทศ ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2554). ตำรับยา ตำราไทย. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2555 จาก http://thrai.sci.ku.ac .th /node/587.

อภิชาติ แสงจันทร์ และพิศาล ไม้เรียง. (2548). การรักษามะเร็งท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 4*(4), 2-7.

อรนุช ประดับทอง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Aghaei, S., Sodaifi, M., Jafari, P., Mazharinia, N., & Finlay, A. Y. (2004). DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *Biomed Central Dermatology,* 4, 8. doi: 10.1186/1471-5945-4-8.

Akaydin, M., Erozgen, F., Ersoy, Y. E., Birol, S., & Kaplan, R. (2012). Treatment of hepatic hydatid disease complications using endoscopic retrograde cholangio- pancreato graphy procedures. *Canadian Journal of Surgery*, *55*(4), 244-248. doi: 10.1503/cjs. 036010.

Akiyama, T., Iodi Carstens, M., & Carstens, E. (2011). Transmitters and pathways mediating inhibition of spinal itch-signaling neurons by scratching and other counterstimuli. *PLoS One, 6*(7), e22665. doi: 10.1371/journal.pone.0022665.

Copyright by Mahidol University

Aoki, T., Kushimoto, H., Hishikawa, Y., & Savin, J. A. (1991). Nocturnal scratching and its relationship to the disturbed sleep of itchy subjects. *Clinical and Experimental Dermatology, 16*(4), 268-272. doi: 10.1111/j.1365-2230.1991.tb00372.

Bain, V. G., Abraham, N., Jhangri, G. S., Alexander, T. W., Henning, R. C., Hoskinson, M. E., et al. (2000). Prospective study of biliary strictures to determine the predictors of malignancy. *The Canadian Journal of Gastroenterology, 14*(5), 397-402. Retrieved July 2, 2011, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10851279.

Bapat, R. D., Rege, N. N., Koti, R. S., Desai, N. K., & Dahanukar, S. A. (1995). Can we do away with PTBD?. *Hepatobiliary Surgery, 9*(1), 5-11. doi: 10.1155/1995/90362

Bathe, A., Matterne, U., Dewald, M., Grande, T., & Weisshaar, E. (2009). Educational multi-disciplinary training programme for patients with chronic pruritus. *Acta Dermato-Venereologica, 89*(5), 498-501. doi: 10.2340/00015555-0684.

Bergasa, N. V. & Jones, E. A. (1998). The pruritus of cholestasis: evolving pathogenic concepts suggest new therapeutic options. *Clinics in Liver Disease, 2*(2), 391-405. Retrieved July 2, 2011, from http://www.mdconsult.com/das/article/body/38871088 7766 /jorg=journal&source=&sp=15133189&sid=0/N/470365/1.html?issn=1089-3261.

Bhadoriya, S. S., Mishra, V., Raut, S., Ganeshpurkar, A., & Jain, S. K. (2012). Anti-Inflammatory and Antinociceptive Activities of a Hydroethanolic Extract of Tamarindus indica Leaves. *Scientia Pharmaceutica, 80*(3), 685-700. doi: 10.3797/scipharm.1110-09.

Butler, D. F. & Lund, J. (2010). *Pruritus and systemic disease*. Retrieved April, 23, 2011, Form http://emedicine.medscape.com/article/1098029-overview.

Cardinale, V., Semeraro, R., Torrice, A., Gatto, M., Napoli, C., Bragazzi, M. C., et al. (2010). Intra-hepatic and extra-hepatic cholangiocarcinoma: New insight into epidemiology and risk factors. *The World Journal of Gastrointestinal Oncology, 2*(11), 407-416. doi: 10.4251/wjgo.v2.i11.407.

Carter, R., 3rd, Garcia, A. M., & Souhan, B. E. (2011). Patients presenting with miliaria while wearing flame resistant clothing in high ambient temperatures: a case series. *Journal of Medical Case Reports, 5,* 474. doi: 10.1186/1752-1947-5-474.

Copyright by Mahidol University

Chamadol, N., Laopaiboon, V., Kaewradee, J., Khuntikeo, N., Bhudhisawasdi, V., & Pairojkul, C. (2010). Comparison of computed tomographic finding of the intraductal and periductal cholangiocarcinoma. *Journal of The Medical Association of Thailand, 93*(4), 481-488. Retrieved April, 23, 2011, from http://www.nlm.nih.gov/medline plus /ctscans.html.

Castro, D. J., Lohr, C. V., Fischer, K. A., Waters, K. M., Webb-Robertson, B. J., Dashwood, R. H., et al. (2009). Identifying efficacious approaches to chemoprevention with chlorophyllin, purified chlorophylls and freeze-dried spinach in a mouse model of transplacental carcinogenesis. *Carcinogenesis, 30*(2), 315-320. doi: 10.1093/carcin/ bgn280. Epub 2008 Dec 10.

Chou, F. Y., Dodd, M., Abrams, D., & Padilla, G. (2007). Symptoms, self-care, and quality of life of Chinese American patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 34*(6), 1162-1167. doi:10.1188/07.ONF.1162-1167.

Chularojanamontri, L., Sethabutra, P., Kulthanan, K., & Manapajon, A. (2011). Dermatology life quality index in Thai patients with systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology,* 77(6), 683-687. doi: 10.4103/ 0378-6323.86481.

DeOliveira, M. L., Cunningham, S. C., Cameron, J. L., Kamangar, F., Winter, J. M., Lillemoe, K. D., et al. (2007). Cholangiocarcinoma: thirty-one-year experience with 564 patients at a single institution. *Annals of Surgery, 245*(5), 755-762. doi: 10.1097/01.sla. 0000251366.62632.d3.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.

Durrant-Finn, U., Osten, B., Mugge, C., & Nenoff, P. (2009). Pruritus and dryness of the skin in chronic kidney insufficiency and dialysis patients - a review. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 159*(13-14), 317-326. doi: 10.1007/s10354-009-0643-2.

El-Baalbaki, G., Razykov, I., Hudson, M., Bassel, M., Baron, M., & Thombs, B. D. (2010). Association of pruritus with quality of life and disability in systemic sclerosis. *Arthritis Care & Research (Hoboken), 62*(10), 1489-1495. doi: 10.1002/acr.20257.

Copyright by Mahidol University

Ferm, I., Sterner, M., & Wallengren, J. (2010). Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus. *Acta dermato-venereologica.,* 90(4), 395-400. doi:10.2340/ 00015555-0864.

Finlay, A. Y. & Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology, 19*(3), 210-216. Retrieved February , 2, 2011, from http://www.dermatology.org.uk/ quality/ dlqi/quality-dlqi.html.

Frese, T., Herrmann, K., & Sandholzer, H. (2011). Pruritus as reason for encounter in general practice. *Journal of Clinical Medicine Research, 3*(5), 223-229. doi: 10.4021/ jocmr632w. Epub 2011 Sep 26.

Friman, S. (2011). Cholangiocarcinoma- current treatment options. *Scandinavian Journal of Surgery, 100*(1), 30-34. Retrieved February, 2, 2011, from http://www.fimnet.fi/sjs/ articles/SJS12011-30.pdf.

Gines, P. & Arroyo, V. (2000). Is there still a need for albumin infusions to treat patients with liver disease? *An international Journal of Gastroenterology and hepatology,* 46(5), 588-590. doi: 10.1136/gut.46.5.588.

Gittlen, S. D., Schulman, E. S., & Maddrey, W. C. (1990). Raised histamine concentrations in chronic cholestatic liver disease. *An international Journal of Gastroenterology and Hepatology, 31*(1), 96-99. Retrieved February, 12, 2011, from http://www.ncbi.nlm. nih.gov/pmc/articles/ PMC1378348/pdf/gut00595-0112.pdf.

Gores, G. J. (2003). Cholangiocarcinoma: current concepts and insights. *Hepatology, 37*(5), 961-969. doi: 10.1053/jhep.2003.50200.

Greaves, M. W. (2007). Recent advances in pathophysiology and current management of itch. *Annals, Academy of Medicine, Singapore, 36*(9), 788-792. Retrieved February, 21, 2011, from http://www.annals.edu.sg/pdf/36VolNo9Sep2007/V36N9p788.pdf.

Grundmann, S. & Stander, S. (2011). Chronic pruritus: clinics and treatment. *Annals of Dermatology, 23*(1), 1-11. doi: 10.5021/ad.2011.23.1.1.

Gutteling, J. J., de Man, R. A., Busschbach, J. J., & Darlington, A. S. (2007). Overview of research on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *The Netherland Journal of Medicine, 65*(7), 227-234. Retrieved March, 10, 2011, from http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=10000194

Copyright by Mahidol University

Hayat, J. O., Loew, C. J., Asrress, K. N., McIntyre, A. S., & Gorard, D. A. (2005). Contrasting liver function test patterns in obstructive jaundice due to biliary strictures [corrected] and stones. *Quarterly Journal of Medicine, 98*(1), 35-40. doi: 10.1093/qjmed/hci004.

Hiramanek, N. (2004). Itch: a symptom of occult disease. *Australian Family Physician, 33*(7), 495-499. Retrieved April, 7, 2011, from http://www.racgp.org.au/afp/200407/14488

Huggett, M. T., Ghaneh, P., & Pereira, S. P. (2010). Drainage and bypass procedures for palliation of malignant diseases of the upper gastrointestinal tract. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain)), 22*(9), 755-763. doi: 10.1016/ j.clon.2010. 08.001.

Ikoma, A., Steinhoff, M., Stander, S., Yosipovitch, G., & Schmelz, M. (2006). The neurobiology of itch. *Nature Reviews Neuroscience, 7*(7), 535-547. doi:10.1038/nrn1950.

Imam, M. H., & Lindor, K. D. (2012). Primary sclerosing cholangitis: providing a safe and effective treatment. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, *6*(3), 255-257. doi: 10.1586/egh.12.11.

Jones, E. A. & Bergasa, N. V. (1996). Why do cholestatic patients itch?. *An international Journal of Gastroenterology and Hepatology, 38*(5), 644-645. Retrieved June, 10, 2011, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC1383141/pdf/gut00506-0010.pdf.

Jones, E. A. & Bergasa, N. V. (2000). Evolving concepts of the pathogenesis and treatment of the pruritus of cholestasis. *Canadian Journal of Gastroenterology, 14*(1), 33-40. Retrieved June, 10, 2011, form http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp? HCtype = Consumer&sCurrPg=journal&jnlKy=2&atlKy=5414&isuKy=193&isArt=t&.

Khan, S. A., Davidson, B. R., Goldin, R., Pereira, S. P., Rosenberg, W. M., Taylor-Robinson, S. D., et al. (2002). Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. *An international Journal of Gastroenterology and Hepatology, 51 Suppl 6*, 1-9. doi: 10.1136/gut.51.suppl_6.vi1.

Khuhaprema, T., Srivatanakul, P., Attasara, P., & Sriplung, H. (2010). *Cancer in Thailand (Vol. 5)*. Bangkok: National Cancer Institute.

Kircik, L. H. (2011). Efficacy and onset of action of hydrocortisone acetate 2.5% and pramoxine hydrochloride 1% lotion for the management of pruritus: results of a pilot study. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 4*(2), 48-50. Retrieved May, 20, 2011, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3050616/

Copyright by Mahidol University

Kocaturk, E., Weller, K., Martus, P., Aktas, S., Kavala, M., Sarigul, S., et al. (2012). Turkish version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: cultural adaptation, assessment of reliability and validity. *Acta dermato-venereologica,* 92(4), 419-425. doi: 10.2340/00015555-1199.

Krajnik, M., & Zylicz, Z. (2001). Understanding pruritus in systemic disease. *The Journal of Pain and Symptom Management, 21*(2), 151-168. Retrieved October, 21, 2012, from http://www. science direct.com/science/article/pii/S0885392400002566

Kremer, A. E., Oude Elferink, R. P., & Beuers, U. (2012). [Cholestatic pruritus : new insights into pathophysiology and current treatment]. *Der Hautarzt,* 63(7), 532-538. doi: 10.1007/ s00105-011-2321-8.

Kucukay, F., Okten, R. S., Yurdakul, M., Ozdemir, E., Parlak, E., Bostanci, E. B., et al. (2011). Triple metallic stenting in hilar malignant biliary obstructions. *Diagnosis and Interventional Radiology, 17*(3), 277-282. doi: 10.4261/1305-3825.DIR.3272-09.1. Epub 2010 Aug 9.

Kulthanan, K., Chiawsirikajorn, Y., & Jiamton, S. (2008). Acute urticaria: etiologies, clinical course and quality of life. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology,* 26(1), 1-9. Retrieved August, 9, 2012, from http://apjai.digitaljournals.org/index.php/apjai /article/viewFile/8/8.

Kumagi, T. & Heathcote, E. J. (2008). Primary biliary cirrhosis. *Orphanet Journal of Rare Diseases, 3*, 1. doi: 10.1186/1750-1172-3-1.

Lazarus R.S., Folkman A. (1984). *Stress and coping: Some current issues and controversies*. In: Monat A., Lazarus R., Stress and coping: An anthology. New York, NY: Columbia university press;

Leelawat, K., Narong, S., Wannaprasert, J., & Ratanashu-ek, T. (2010). Prospective study of MMP7 serum levels in the diagnosis of cholangiocarcinoma. *The World Journal of Gastroenterology, 16*(37), 4697-4703. doi: 10.3748/wjg.v16.i37.4697.

Liju, V. B., Jeena, K., & Kuttan, R. (2011). An evaluation of antioxidant, anti-inflammatory, and antinociceptive activities of essential oil from Curcuma longa. L. *Indian Journal of Pharmacology, 43*(5), 526-531. doi: 10.1177/1091581811419023. Epub 2011 Sep 29.

Copyright by Mahidol University

Lloyd, D. M., Hall, E., Hall, S., & McGlone, F. P. (2012). Can itch-related visual stimuli alone provoke a scratch response in healthy individuals? *British Journal of Dermatology*. doi: 10.1111/bjd.12132. [Epub ahead of print].

Lovell, P., & Vender, R. B. (2007). Management and treatment of pruritus. *Skin Therapy Letter, 12*(1), 1-6. Retrieved August, 9, 2012, from http://www.skintherapyletter.com/2007/ 12.1/1.html.

Maluf-Filho, F., Retes, F. A., Neves, C. Z., Sato, C. F., Kawaguti, F. S., Jureidini, R., et al. (2012). Transduodenal endosonography-guided biliary drainage and duodenal stenting for palliation of malignant obstructive jaundice and duodenal obstruction. *Journal Of the Pancrease, 13*(2), 210-214. Retrieved August, 9, 2012, from http:// www.serena.unina.it/index.php/jop/article/view/653/844.

Mansour-Ghanaei, F., Taheri, A., Froutan, H., Ghofrani, H., Nasiri-Toosi, M., Bagherzadeh, A. H., et al. (2006). Effect of oral naltrexone on pruritus in cholestatic patients. *World Journal of Gastroenterology, 12*(7), 1125-1128. Retrieved August, 10, 2011, from http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v12/i7/1125.htm.

Matterne, U., Apfelbacher, C. J., Loerbroks, A., Schwarzer, T., Buttner, M., Ofenloch, R., et al. (2011). Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: a population-based cross-sectional study. *Acta dermato - venereologica*. doi: 10.2340/00015555-1159.

Mela, M., Mancuso, A., & Burroughs, A. K. (2003). Review article: pruritus in cholestatic and other liver diseases. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 17*(7), 857-870. doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01458.x.

Meza-Junco, J., Montano-Loza, A. J., Ma, M., Wong, W., Sawyer, M. B., & Bain, V. G. (2010). Cholangiocarcinoma: Has there been any progress?. *The Canadian Journal of Gastroenterology, 24*(1), 52-57. Retrieved August, 17, 2012, from http://www.ncbi. nlm. nih. gov/pmc/articles/PMC2830634/pdf/cjg24052.pdf.

Miaskowski, C., Cooper, B.A., Paul, S.M., Dodd, M., Lee, K., Aouizerat, B.E., et al. (2006) Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality of life outcomes : A cluster analysis. *Oncology Nursing Forum, 33(5)*, E79-89. doi: 10.1188/06.ONF.E79-E89.

Copyright by Mahidol University

Mihalache, F., Tantau, M., Diaconu, B., & Acalovschi, M. (2010). Survival and quality of life of cholangiocarcinoma patients: a prospective study over a 4 year period. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases, 19*(3), 285-290. Retrieved August, 17, 2011, from http://www.jgld.ro/2010/3/11.pdf.

Millikan, L. E. (2003). Alternative therapy in pruritus. *Dermatology and Therapy, 16*(2), 175-180. Retrieved August, 29, 2012, from http://www.jgld.ro/2010/3/11.pdf.

Moses, S. (2003). Pruritus. *American Family Physician, 68*(6), 1135-1142. Retrieved August, 20, 2012, from http://www.aafp.org/afp/2003/0915/p1135.html.

Nagorney, D. M., Donohue, J. H., Farnell, M. B., Schleck, C. D., & Ilstrup, D. M. (1993). Outcomes after curative resections of cholangiocarcinoma. *Archives of Surgery, 128*(8), 871-877; discussion 877-879. doi:10.1001/archsurg.1993.01420200045008.

Nadler, S. F., Weingand, K., & Kruse, R. J. (2004). The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy for the pain practitioner. *Pain Physician, 7*(3), 395-399. Retrieved September, 10, 2012, from http://www.pain physicianjournal.com/linkout_vw.php?issn=1533-3159&vol=7&page=395.

Oaklander, A. L. (2011). Neuropathic itch. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery, 30*(2), 87-92. doi: 10.1016/j.sder.2011.04.006.

O'Donohue, J. W., Pereira, S. P., Ashdown, A. C., Haigh, C. G., Wilkinson, J. R., & Williams, R. (2005). A controlled trial of ondansetron in the pruritus of cholestasis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 21*(8), 1041-1045. doi: 10.1111/j.1365-2036.2005. 02430.

Patel, T. & Yosipovitch, G. (2010). The management of chronic pruritus in the elderly. *Skin Therapy Letter, 15*(8), 5-9. Retrieved October, 3, 2011, from http://www.skin therapy letter.com/2010/15.8/2.html.

Patel, T., Ishiuji, Y., & Yosipovitch, G. (2007). Nocturnal itch: why do we itch at night?. *Acta dermato- venereologica, 87*(4), 295-298. doi**:** 10.2340/00015555-0280.

Paul, C., Maumus-Robert, S., Mazereeuw-Hautier, J., Guyen, C. N., Saudez, X., & Schmitt, A. M. (2011). Prevalence and risk factors for xerosis in the elderly: a cross-sectional epidemiological study in primary care. *Dermatology, 223*(3), 260-265. doi: 10.1159/ 000334631.

Copyright by Mahidol University

Pfab, F., Valet, M., Napadow, V., Tolle, T. R., Behrendt, H., Ring, J., et al. (2012). Itch and the brain. *Chemical Immunology and Allergy, 98*, 253-265. doi: 10.1159/000336529.

Pitt, H. A., Nakeeb, A., Abrams, R. A., Coleman, J., Piantadosi, S., Yeo, C. J., et al. (1995). Perihilar cholangiocarcinoma. Postoperative radiotherapy does not improve survival. *Annals of Surgery, 221*(6), 788-798. Retrieved February, 26, 2012, from http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1234714/.

Qin, X. L., Wang, Z. R., Shi, J. S., Lu, M., Wang, L., & He, Q. R. (2004). Utility of serum CA19-9 in diagnosis of cholangiocarcinoma: in comparison with CEA. *The World Journal of Gastroenterology, 10*(3), 427-432. Retrieved January, 19, 2012, from http://www. wjgnet.com/1007-9327/full/v10/i3/ 427.htm.

Qiu, Y. D., Bai, J. L., Xu, F. G., & Ding, Y. T. (2011). Effect of preoperative biliary drainage on malignant obstructive jaundice: A meta-analysis. *The World Journal of Gastroenterology, 17*(3), 391-396. doi: 10.3748/wjg.v17.i3.391.

Reich, A., Heisig, M., Phan, N. Q., Taneda, K., Takamori, K., Takeuchi, S., et al. (2011). Visual Analogue Scale: Evaluation of the Instrument for the Assessment of Pruritus. *Acta dermato-venereologica*, *92*. doi: 10.2340/00015555-1265.

Reich, A., Hrehorow, E., & Szepietowski, J. C. (2010). Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta dermato-venereologica, 90*(3), 257-263. doi: 10.2340/00015555-0851.

Rishe, E., Azarm, A., & Bergasa, N. V. (2008). Itch in primary biliary cirrhosis: a patients' perspective. *Acta dermato-venereologica, 88*(1), 34-37. doi: 10.2340/00015555-0350.

Saluja, S. S., Sharma, R., Pal, S., Sahni, P., & Chattopadhyay, T. K. (2007). Differentiation between benign and malignant hilar obstructions using laboratory and radiological investigations: a prospective study. *International Hepato-Pancreato-Biliary Asso - ciation (Oxford), 9*(5), 373-382. doi: 10.1080/13651820701504207.

Savin, J. A., Paterson, W. D., Oswald, I., & Adam, K. (1975). Further studies of scratching during sleep. *The British Journal of Dermatology, 93*(3), 297-302. Retrieved August, 1, 2011, from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/itching.html.

Copyright by Mahidol University

Seccareccia, D., & Gebara, N. (2011). Pruritus in palliative care: Getting up to scratch. *Canadian Family Physician, 57*(9), 1010-1013, e1316-1019. Retrieved August, 17, 2012, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3173420/.

Stander, S., Weisshaar, E., Mettang, T., Szepietowski, J. C., Carstens, E., Ikoma, A., et al. (2007). Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Canadial Family Physician, 87*(4), 291-294. doi**:** 10.2340/00015555-0305.

Szepietowski, J. C., Balaskas, E., Taube, K. M., Taberly, A., & Dupuy, P. (2011). Quality of life in patients with uraemic xerosis and pruritus. *Acta dermato-venereologica, 91*(3), 313-317. doi: 10.2340/00015555-1075.

Tang, P. M., Chan, J. Y., Au, S. W., Kong, S. K., Tsui, S. K., Waye, M. M., et al. (2006). Pheo phor bide a, an active compound isolated from Scutellaria barbata, possesses photo dynamic activities by inducing apoptosis in human hepatocellular carcinoma. *Cancer Biology and Therapy, 5*(9), 1111-1116. doi: 10.4161/cbt.5.9.2950.

Twycross, R., Greaves, M. W., Handwerker, H., Jones, E. A., Libretto, S. E., Szepietowski, J. C., et al. (2003). Itch: scratching more than the surface. *Quarterly Journal of Medicine, 96*(1), 7-26. doi: 10.1093/qjmed/hcg002.

Wang, H. & Yosipovitch, G. (2010). New insights into the pathophysiology and treatment of chronic itch in patients with end-stage renal disease, chronic liver disease, and lymphoma. *International Journal of Dermatology, 49*(1), 1-11. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.04249.x.

Weisshaar, E. & Dalgard, F. (2009). Epidemiology of itch: adding to the burden of skin morbidity. *Acta dermato-venereologica, 89*(4), 339-350. doi: 10.2340/00015555-0662.

Witzigmann, H. Wiedmann, M., Wittekind, C., Mossner, J., & Hauss, J. (2008). Therapeutical concepts and results for Klatskin tumors. *Deutsches Ärzteblatt International, 105*(9), 156-161. doi: 10.3238/arztebl.2008.0156. Epub 2008 Feb 29.

Yang, J. & Yan, L. N. (2008). Current status of intrahepatic cholangiocarcinoma. *The World Journal of Gastroenterology, 14*(41), 6289-6297. doi: 10.3748/wjg.14.6289.

Copyright by Mahidol University

Zachariae, R., Lei, U., Haedersdal, M., & Zachariae, C. (2011). Itch Severity and Quality of Life in Patients with Pruritus: Preliminary Validity of a Danish Adaptation of the Itch Severity Scale. *Acta dermato-venereologica*. doi: 10.2340/00015555-1221.

Zografos, G. N., Farfaras, A., Zagouri, F., Chrysikos, D., & Karaliotas, K. (2011). Cholangiocarcinoma: principles and current trends. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International, 10*(1), 10-20. http://www.hbpdint.com/text.asp?id=1433.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

แพทย์หญิงจีระนาถ ศรีวรมาศ	หัวหน้าคลินิกระงับปวด หน่วยเคมีบำบัด ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
คุณ อัญชิษฐา เครือเง้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยโรคผิวหนัง สถาบันโรคผิวหนัง

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๗๕, ๐-๒๒๐๐-๑๒๗๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๕/๐๗

ชื่อโครงการ	อาการคัน กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๑-๕๕-๐๗ ๑
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางพนัชญา ขันติจิตร
สถานที่ศึกษา	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัญญา เอชชิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๑๗ มกราคม ๒๕๕๕

Copyright by Mahidol University

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

รหัสเอกสารรับรอง 008/2555

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

PRURITUS, MANANGEMENT STRATEGIES AND OUTCOMES AS PERCEIVED BY PERSONS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

ผู้วิจัยหลัก นางพนัชญา ขันติจิตร และคณะ

หน่วยงาน/สถาบัน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงร่างการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

(นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

(นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : - 2 มี.ค. 2555 **วันหมดอายุของการรับรอง:** - 1 มี.ค. 2556

เอกสารที่รับรองรวมถึง
1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องยอมตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้
1.ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการฝ่าฝืนจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2.กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3.ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงร่างงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4.ใช้เฉพาะแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมมีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5.ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ร้ายต้องรีบรายงาน ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมภายใน 5 วันทำการ
6.ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7.ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ อาการคัน กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ชื่อผู้วิจัย นางพนัชญา ขันติจิตร

สถานที่วิจัย ตึกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย

นางพนัชญา ขันติจิตร เบอร์โทรศัพท์ 08-8377-8383

ความเป็นมาของโครงการ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดสูง โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเกิดสูงที่สุดในประเทศ และเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก โรคมะเร็งท่อน้ำดีมักปรากฏอาการในระยะท้ายของโรค ทำให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ทำให้เพียงการรักษาแบบประคับประคอง อาการต่างๆของโรคจึงยังคงอยู่ และจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่เป็นรุนแรงมากขึ้น รวมถึงอาการคันตามผิวหนัง ซึ่งเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบกับการรักษาอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางชัดเจน และยังไม่พบหลักฐานว่าการรักษาอาการคันตามผิวหนังได้ผลเป็นอย่างไร การรักษาในปัจจุบันผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นครั้งคราวตามสภาวะของโรค และแผนการรักษา ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายจากอาการคันตามผิวหนังที่บ้านด้วย กลวิธีในการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง จึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยบรรเทาอาการ ลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรทราบถึง ลักษณะของการเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรงของอาการ ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคัน ตลอดจนผลลัพธ์ของการจัดการอาการคัน ดังนั้นการศึกษาอาการคัน กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี จะเป็นการช่วยให้ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ทราบถึงลักษณะของอาการคัน ผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคัน และผลลัพธ์ของใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีส่วนร่วมในการสังเกตอาการ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการ และใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการคันตามผิวหนังที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เพื่อที่จะทราบอาการคัน กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การเก็บข้อมูลจะดำเนินการในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 3 ส่วน ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยเริ่มจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และแบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบสอบถามกลวิธีการจัดการและประสิทธิภาพของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

Copyright by Mahidol University

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจไม่มี แต่ท่านจะได้มีโอกาสให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยซึ่งเป็นทีมสุขภาพ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐาน สามารถนำไปพัฒนาเพื่อใช้ในการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งท่านจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การตอบแบบสอบถาม ท่านอาจจะสูญเสียเวลาบ้าง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ ซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาลถ้าท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านมีสิทธิในการได้รับปกปิดชื่อและข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อ และเก็บข้อมูลในซองที่ปิดผนึก ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับนำมาเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการเท่านั้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 0-2201-1544

Copyright by Mahidol University

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ อาการคัน กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ชื่อผู้วิจัย นางพนัชญา ขันติจิตร

ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย* ……อายุ……ปี

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว……ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น และยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ……..(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

……(พยาน)

……(พยาน)

วันที่……

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ……(ผู้วิจัย)

วันที่……

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. แบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วย
3. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน โปรดเติมข้อความในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย ✓ในช่อง □ หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง โดยแต่ละข้อ ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

ก. ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ □ ชาย □ หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. สถานภาพสมรส □ โสด □ คู่ □ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่

.

.

.

ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (บันทึกโดยผู้วิจัย)

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. วันที่ได้รับการวินิจฉัย.....
3. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล .....

.

.

.

.

7. การตรวจพิเศษและผลการตรวจ (เช่น Ultrasound, MRI, ERCP, X-rays และอื่นๆ)

.....

.....

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการคันตามผิวหนังตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ก. แบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการคันตามผิวหนัง

คำชี้แจง แบบประเมินส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินอาการคันตามผิวหนัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โปรดเติมข้อความในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย ✓ในช่อง □ หน้าข้อความ และวงกลมตัวเลขเหนือข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง

1. มีอาการคัน เป็นเวลานานเท่าไร.....วัน.....เดือน.....ปี
2. อาการคันแต่ละครั้งเป็นอยู่นานเท่าใด .....
3. สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน.....
4. ช่วงเวลาที่มักเกิดอาการคันในแต่ละวัน

.

.

.

.

.

.

.

.

10. อาการคันตามผิวหนังมีความรุนแรงมากเพียงใด โปรดระบุตัวเลขให้ตรงตามอาการที่เกิดกับตัวท่าน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รุนแรงเลย ปานกลาง รุนแรงมากที่สุด

Copyright by Mahidol University

ข. แบบประเมินผลรบกวนของอาการคันตามผิวหนังต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

คำชี้แจง โปรดระบุว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา อาการคันตามผิวหนังทำให้เกิดผลรบกวนต่อท่านมากน้อยเพียงใด

กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ		
1. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการคันตามผิวหนังมากน้อยเพียงใด	มาก☐ ปานกลาง☐ เล็กน้อย ☐ ไม่มีเลย☐	
2. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา อาการคันตามผิวหนัง ทำให้คุณรู้สึกอับอาย, ขาดความมั่นใจ มากน้อยเพียงใด	มาก☐ ปานกลาง☐ เล็กน้อย ☐ ไม่มีเลย☐	
.		
.		
.		
.		
.		
10. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา การรักษาอาการคันตามผิวหนังก่อให้เกิดปัญหาแก่คุณ มากน้อยเพียงใด เช่น ทำให้มีการเปรอะเปื้อนเสื้อผ้า หรือบ้าน, การรักษาทำให้เสียเวลา เป็นต้น	มาก☐ ปานกลาง☐ เล็กน้อย ☐ ไม่มีเลย☐	☐ไม่มีความเกี่ยวข้อง

© A Y Finlay, G K Khan April 1992 www.dermatology.org.uk

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังแต่ละวิธีและโดยรวม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กลวิธีการจัดการ แหล่งที่มาของวิธีการจัดการ ผู้ที่ช่วยเหลือในการจัดการ ความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการ ประสิทธิภาพของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการแต่ละวิธี และประสิทธิภาพของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการโดยรวม

1. โปรดระบุ แหล่งที่มาของวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนัง ผู้ที่ช่วยเหลือในการจัดการอาการคันตามผิวหนัง
2. โปรดระบุ ความถี่ของกลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนังที่ท่านใช้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ในการเลือกตอบ มีดังนี้

   1 = ไม่ได้ใช้
   2 = ใช้น้อยมาก
   3 = ใช้เป็นบางครั้ง
   4 = ใช้เป็นส่วนใหญ่
   5 = ใช้เป็นประจำ

3. โปรดระบุว่า กลวิธีการจัดการอาการที่เกิดจากอาการคันตามผิวหนังที่ท่านใช้มีประสิทธิภาพในการลดอาการคันหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ในการเลือกตอบ มีดังนี้

   1 = อาการคันไม่ลดลง
   2 = อาการคันลดลงเล็กน้อย
   3 = อาการคันลดลงปานกลาง
   4 = อาการคันลดลงมาก
   5 = ไม่มีอาการคันเหลือ

Copyright by Mahidol University

คำชี้แจง กลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังของท่าน ความถี่ และประสิทธิภาพของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการแต่ละวิธี และโดยรวมเป็นอย่างไร

กลวิธีการจัดการอาการคันตามผิวหนัง	ผู้ช่วย	ที่มา	ความถี่ของการใช้กลวิธีการ					ประสิทธิภาพของการใช้กลวิธี				
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.การใช้ยาแผนปัจจุบัน/ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์												
1.1 ใช้ยารักษาอาการคันเฉพาะที่ 1)												
1.2 การใช้ยารักษาอาการคันโดยทั่วไป 1)												
.												
2. การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร												
2.1 รับประทานยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร (ระบุ).....												
.												
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร												
3.1 เพิ่มการรับประทานอาหารบางชนิด (ระบุ).....												
.												
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม												
4.1 อาบน้ำน้อยลง												
.												
5. การผ่อนคลาย												
5.1 นอนหลับพักผ่อน												
.												
6. การปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์												
6.1 การสวมเสื้อผ้าปิดบังผิวหนัง												
.												
7. การปรับความรู้สึก												
7.1 พยายามลืมความเจ็บป่วย												
.												
8. การจัดการอาการคันตามผิวหนังด้วยวิธีอื่นๆ												
(ระบุ).....												
9. ประสิทธิภาพของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการคันตามผิวหนังโดยรวม												

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ

เอกสารการตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

Gmail

Phanatchaya Khantichitr< phanatchaya@gmail.com>

Permission for use DLQI

dermqol< dermqol@cardiff.ac.uk> Fri, Feb 10, 2012 at 11:22 PM
To: Phanatchaya Khantichitr <phanatchaya@gmail.com>
Cc: Andrew Finlay <FinlayAY@cardiff.ac.uk>

Dear Phanatchaya

Thank you for your interest in using the Thai version of the DLQI in your research study. We are pleased to give you permission to use the DLQI for your academic research study. You can download it directly from our department's website (www.dermatology.org.uk). You will also find more information about it and how to interpret the scores on this website (click on Quality of Life). **Please note that no changes in the wording of questions or responses or in the order of these questions are allowed as this will invalidate the questionnaire.** You have to make sure that you use the existing questionnaire as it is available now on our website. Please confirm that you will adhere to these instructions. There is no charge for the use of the DLQI for academic research studies. However it is a requirement that every copy of the DLQI, in whatever language, should always reprint at the end of the DLQI, the following copyright statement:

© A Y Finlay, G K Khan April 1992 www.dermatology.org.uk

We wish you good luck with your research study.

Best regards,

Dr Mohammad K. A. Basra
Department of Dermatology
Cardiff University School of Medicine
Heath Park, Cardiff, CF14 4XN
United Kingdom
Tel: +442920745874
Fax: +442920744312

Permission for use DLQI

Phanatchaya Khantichitr to: dermqol 07/02/2012 09:22

From: Phanatchaya Khantichitr <phanatchaya@gmail.com>
To: dermqol@cf.ac.uk
[Quoted text hidden]

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ฉ

รายละเอียดผลการวิจัย

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
1. การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์									
1.1 ยาทาเฉพาะที่									
Calamine lotion	37	ใช้น้อยมาก	1	ไม่ลดลง	12	ภรรยา/สามี	10	แพทย์	29
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ลดลงเล็กน้อย	24	บุตร/หลาน	24	พยาบาล	2
		ใช้เป็นประจำ	35	ลดลงปานกลาง	1	ไม่มี	3	เภสัชกร	5
								บุตร/หลาน	1
TA lotion	6	ใช้เป็นประจำ	6	ไม่ลดลง	4	ภรรยา/สามี	3	แพทย์	4
				ลดลงเล็กน้อย	2	บุตร/หลาน	3	เภสัชกร	2
TA cream	2	ใช้เป็นประจำ	2	ไม่ลดลง	1	บุตร/หลาน	2	แพทย์	2
				ลดลงเล็กน้อย	1				
Gential Violet	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	บุตร/หลาน	1	ไม่มี	1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
Hydrogenperoxide	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	ไม่มี	1	ไม่มี	1
ยาลดปวดชนิดฉีดพ่น	2	ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ลดลงเล็กน้อย	2	บุตร/หลาน	1	เภสัชกร	1
		ใช้เป็นประจำ	1			ไม่มี	1	ไม่มี	1
1.2 ยารักษาอาการคันโดยทั่วไป									
CPM 10 mg/1ml (vein)	8	ใช้น้อยมาก	2	ลดลงเล็กน้อย	2	พยาบาล	8	แพทย์	8
		ใช้เป็นบางครั้ง	6	ลดลงปานกลาง	4				
				ลดลงมาก	2				
CPM 4 mg 1x3 (oral)	37	ใช้น้อยมาก	2	ไม่ลดลง	6	พยาบาล	5	พยาบาล	5
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	3	ลดลงเล็กน้อย	17	ภรรยา/สามี	9	ภรรยา/สามี	9
		ใช้เป็นประจำ	32	ลดลงปานกลาง	14	บุตร/หลาน	19	บุตร/หลาน	19
						ไม่มี	4	ไม่มี	4

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
ATARAX	26	ใช้เป็นประจำ	26	ไม่ลดลง	3	พยาบาล	2	พยาบาล	2
				ลดลงเล็กน้อย	15	ภรรยา/สามี	10	ภรรยา/สามี	10
				ลดลงปานกลาง	8	บุตร/หลาน	12	บุตร/หลาน	12
						ไม่มี	2	ไม่มี	2
Ativan 0.5 mg hs	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	บุตร/หลาน	1	แพทย์	1
Lorazepam 1 mg hs	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	แพทย์	1
1.3 ยารักษาอาการคันที่เกิดจากการคั่งของน้ำดี									
Cholestyramine pc	4	ใช้เป็นประจำ	4	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	2	แพทย์	4
				ลดลงมาก	1	บุตร/หลาน	2		
				ไม่มีอาการเหลือ	2				
Ondansetron ac	3	ใช้เป็นประจำ	3	ไม่ลดลง	1	พยาบาล	1	แพทย์	3
				ลดลงมาก	1	ภรรยา/สามี	1		
				ไม่มีอาการเหลือ	1	บุตร/หลาน	1		

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
Ondansetron vein	2	ใช้เป็นบางครั้ง	1	ไม่มีอาการเหลือ	2	พยาบาล	2	แพทย์	2
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	1						
Narloxone 0.4 mg	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่มีอาการเหลือ	1	พยาบาล	1	แพทย์	1
1.4 การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์									
ERCP	1	ใช้น้อยมาก	1	ไม่มีอาการเหลือ	1	แพทย์	1	แพทย์	1
ERCP with stent	7	ใช้น้อยมาก	7	ลดลงมาก	3	แพทย์	7	แพทย์	7
				ไม่มีอาการเหลือ	4				
Hepatectomy	1	ใช้น้อยมาก	1	ไม่มีอาการเหลือ	1	แพทย์	1	แพทย์	1
PTBD	2	ใช้น้อยมาก	2	ลดลงมาก	1	แพทย์	2	แพทย์	2
				ไม่มีอาการเหลือ	1				

Copyright by Mahidol University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
Cholecystectomy	2	ใช้น้อยมาก	2	ไม่มีอาการเหลือ	2	แพทย์	2	แพทย์	2
Whipple's operation	1	ใช้น้อยมาก	1	ไม่มีอาการเหลือ	1	แพทย์	1	แพทย์	1
2. การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร									
2.1 การรับประทานยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร									
ต้มยาหม้อดื่มแทนน้ำ	4	ใช้เป็นประจำ	4	ไม่ลดลง	3	ภรรยา/สามี	3	เพื่อนบ้าน	4
				ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1		
ดื่มน้ำอุ่น	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1	ไม่มี	1
ดื่มน้ำคลอโรฟิลด์	2	ใช้เป็นประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	2	บุตร/หลาน	1
				ลดลงปานกลาง	1			เพื่อนบ้าน	1
ดื่มน้ำขิง	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	เพื่อนบ้าน	1

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
2.2 ทายาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร									
ก้านพลู	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ไม่มี	1	เพื่อนบ้าน	1
ขมิ้น	7	ใช้เป็นประจำ	7	ลดลงเล็กน้อย	4	ภรรยา/สามี	2	ญาติ	3
				ลดลงปานกลาง	3	บุตร/หลาน	4	เพื่อนบ้าน	4
						ไม่มี	1		
ขี้ผึ้งเบอร์ 28	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1	เภสัชกร	1
ผงหอมศรีจันทร์	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1	ภรรยา/สามี	1
มะนาว	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	1
เปลือกต้นมะขาม	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	ภรรยา/สามี	1	เพื่อนบ้าน	1
2.3 ประคบสมุนไพร	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.4 อบสมุนไพร	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
2.5 อื่นๆ									
ต้มใบมะขามอาบ	4	ใช้เป็นประจำ	4	ลดลงเล็กน้อย	2	ภรรยา/สามี	2	เพื่อนบ้าน	4
				ลดลงปานกลาง	2	บุตร/หลาน	2		
ต้มใบหนาดอาบ	7	ใช้เป็นประจำ	7	ลดลงเล็กน้อย	1	ภรรยา/สามี	3	เพื่อนบ้าน	7
				ลดลงปานกลาง	6	บุตร/หลาน	4		
ต้มใบหนาดใบมะขามใบเป้าอาบ	3	ใช้เป็นประจำ	3	ลดลงเล็กน้อย	3	ภรรยา/สามี	2	ญาติ	1
						บุตร/หลาน	1	เพื่อนบ้าน	1
								ไม่มี	1
ต้มใบพลับพลึงอาบ	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	1
ต้มว่านไฟอาบ	2	ใช้เป็นประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	2	ญาติ	1
				ลดลงปานกลาง	1			เพื่อนบ้าน	1

Copyright by Mahidol University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
แช่ยาหม้ออาบ	5	ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ไม่ลดลง	2	ภรรยา/สามี	1	ญาติ	1
		ใช้เป็นประจำ	4	ลดลงเล็กน้อย	3	บุตร/หลาน	4	เพื่อนบ้าน	4
แช่ต้นจิกและต้นฮังอาบ	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	ภรรยา/สามี	1	ญาติ	1
แช่ย่านางเถาว์สีแดงอาบ	2	ใช้เป็นประจำ	2	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	2	ญาติ	2
				ลดลงเล็กน้อย	1				
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร									
3.1 เพิ่มการรับประทานอาหารบางชนิด	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.2 งดรับประทานอาหารบางชนิด									
งดอาหารสุกๆดิบๆ	2	ใช้เป็นประจำ	2	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	2	ญาติ	1
				ลดลงเล็กน้อย	1			ไม่มี	1

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
งดปลาร้า	16	ใช้เป็นประจำ	16	ไม่ลดลง	13	ภรรยา/สามี	7	พยาบาล	3
				ลดลงเล็กน้อย	3	บุตร/หลาน	6	ภรรยา/สามี	1
						ญาติ	1	ญาติ	2
						ไม่มี	2	เพื่อนบ้าน	6
								ไม่มี	4
งดเนื้อวัว	14	ใช้เป็นประจำ	14	ไม่ลดลง	13	ภรรยา/สามี	7	พยาบาล	2
				ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	7	ภรรยา/สามี	1
								ญาติ	3
								เพื่อนบ้าน	6
								ไม่มี	2
งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1	พยาบาล	1
งดส้มตำ	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	เพื่อนบ้าน	1
งดมะเขือ	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	ญาติ	1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
งดข้าวเหนียว	2	ใช้เป็นประจำ	2	ไม่ลดลง	2	ภรรยา/สามี	2	ภรรยา/สามี	1
								ญาติ	1
งดอาหารหมักดอง	7	ใช้เป็นประจำ	7	ไม่ลดลง	7	ภรรยา/สามี	3	ญาติ	1
						บุตร/หลาน	2	เพื่อนบ้าน	4
						ไม่มี	2	ไม่มี	2
งดเนื้อไก่	7	ใช้เป็นประจำ	7	ไม่ลดลง	7	ภรรยา/สามี	3	ญาติ	1
						บุตร/หลาน	3	เพื่อนบ้าน	5
						ไม่มี	1	ไม่มี	1
งดกล้วย	1	ใช้เป็นประจำ	1	ลดลงเล็กน้อย	1	ไม่มี	1	ไม่มี	1
งดซุปไก่สกัด	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	1
งดอาหารไขมันสูง	5	ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ไม่ลดลง	4	ภรรยา/สามี	4	ภรรยา/สามี	4
		ใช้เป็นประจำ	4	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1	เพื่อนบ้าน	1

Copyright by Mahidol University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
งดกุ้ง	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	1
งดอาหารทะเล	2	ใช้เป็นประจำ	2	ไม่ลดลง	2	ภรรยา/สามี	2	ญาติ	1
								ไม่มี	1
3.3 รับประทานอาหารเสริม	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม									
4.1 อาบน้ำน้อยลง	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ไม่มี	1	ไม่มี	1
4.2 งดใช้น้ำอุ่นในการอาบน้ำ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.3 ใช้สบู่ในการอาบน้ำน้อยลง	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ไม่มี	1	บุตร/หลาน	1
4.4 งดใช้สบู่ในการอาบน้ำ	3	ใช้เป็นประจำ	3	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	บุตร/หลาน	1
				ลดลงเล็กน้อย	2	บุตร/หลาน	1	ไม่มี	2
						ไม่มี	1		

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
4.5ใช้สบู่บางชนิดในการอาบน้ำ									
สบู่ขิง	2	ใช้เป็นประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	2	ภรรยา/สามี	1	ภรรยา/สามี	1
						บุตร/หลาน	1	บุตร/หลาน	1
สบู่โพรเทคสูตรเย็น	3	ใช้เป็นประจำ	3	ลดลงเล็กน้อย	3	บุตร/หลาน	2	บุตร/หลาน	1
						ไม่มี	1	ไม่มี	2
สบู่ asepso	2	ใช้เป็นประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	2	บุตร/หลาน	1	บุตร/หลาน	1
						ไม่มี	1	ไม่มี	1
4.6 ใช้โลชั่นบางชนิด									
โลชั่นซิตร้า	2	ใช้เป็นประจำ	2	ลดลงเล็กน้อย	2	บุตร/หลาน	2	บุตร/หลาน	1
								เพื่อนบ้าน	1
โลชั่นจอร์นสัน	4	ใช้เป็นประจำ	4	ไม่ลดลง	3	ภรรยา/สามี	2	บุตร/หลาน	2
				ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	2	เพื่อนบ้าน	2

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
โลชั่นนีเวีย	2	ใช้เป็นประจำ	2	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	ภรรยา/สามี	1
				ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1	บุตร/หลาน	1
4.7 ใช้แป้งบางชนิด									
แป้งเด็กแคร์	4	ใช้เป็นประจำ	4	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	บุตร/หลาน	2
				ลดลงเล็กน้อย	3	บุตร/หลาน	3	เพื่อนบ้าน	1
								ไม่มี	1
แป้งเย็นตรางู	3	ใช้เป็นประจำ	3	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	2	ไม่มี	3
				ลดลงเล็กน้อย	2	ไม่มี	1		
แป้งเย็นชาวเวอร์	4	ใช้เป็นประจำ	4	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	2	ไม่มี	4
				ลดลงเล็กน้อย	3	ไม่มี	2		
แป้งโยคี	1	ใช้เป็นประจำ	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
4.8 อื่นๆ									
ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัวเปียก	7	ใช้เป็นประจำ	7	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	2	ไม่มี	7
				ลดลงเล็กน้อย	3	บุตร/หลาน	3		
				ลดลงปานกลาง	3	ไม่มี	2		
อาบน้ำบ่อยๆ (น้ำธรรมดา)	26	ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ลดลงเล็กน้อย	20	ภรรยา/สามี	9	ญาติ	1
		ใช้เป็นประจำ	25	ลดลงปานกลาง	6	บุตร/หลาน	5	เพื่อนบ้าน	1
						ไม่มี	12	ไม่มี	24
อาบน้ำอุ่นบ่อยๆ	5	ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	บุตร/หลาน	1
		ใช้เป็นประจำ	4	ลดลงเล็กน้อย	2	บุตร/หลาน	4	ไม่มี	4
				ลดลงปานกลาง	2				
ประคบร้อน	2	ใช้เป็นประจำ	2	ลดลงปานกลาง	2	ภรรยา/สามี	2	ไม่มี	2

Copyright © Mahidol University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
สวมเสื้อผ้าบางๆ	67	ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ไม่ลดลง	62	ภรรยา/สามี	2	ภรรยา/สามี	1
		ใช้เป็นประจำ	66	ลดลงเล็กน้อย	5	บุตร/หลาน	2	บุตร/หลาน	1
						ไม่มี	63	ไม่มี	65
หลีกเลี่ยงอากาศเย็น	9	ใช้เป็นบางครั้ง	1	ไม่ลดลง	6	ไม่มี	9	ไม่มี	9
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	1	ลดลงเล็กน้อย	3				
		ใช้เป็นประจำ	7						
อยู่ในที่อากาศเย็น	2	ใช้เป็นประจำ	2	ไม่ลดลง	1	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	2
				ลดลงเล็กน้อย	1	ไม่มี	1		
5. การผ่อนคลาย									
5.1 นอนหลับพักผ่อน	89	ใช้เป็นบางครั้ง	3	ไม่ลดลง	86	ไม่มี	89	ไม่มี	89
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	4	ลดลงเล็กน้อย	3				
		ใช้เป็นประจำ	82						

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
5.2 อ่านหนังสือ/ดูทีวี	80	ใช้น้อยมาก	2	ไม่ลดลง	79	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	80
		ใช้เป็นบางครั้ง	11	ลดลงเล็กน้อย	1	ไม่มี	79		
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	17						
		ใช้เป็นประจำ	50						
5.3 ฟังเพลง	34	ใช้น้อยมาก	4	ไม่ลดลง	34	ภรรยา/สามี	1	ไม่มี	34
		ใช้เป็นบางครั้ง	20			ไม่มี	33		
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	4						
		ใช้เป็นประจำ	6						
5.4 พูดคุยกับคนอื่นๆ	86	ใช้น้อยมาก	12	ไม่ลดลง	85	ญาติ	2	เพื่อนบ้าน	3
		ใช้เป็นบางครั้ง	41	ลดลงเล็กน้อย	1	ไม่มี	84	ไม่มี	83
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	28						
		ใช้เป็นประจำ	5						

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
5.5 เดินเล่น/ออกกำลังกาย	60	ใช้น้อยมาก	28	ไม่ลดลง	60	ภรรยา/สามี	3	ภรรยา/สามี	2
		ใช้เป็นบางครั้ง	21			ไม่มี	57	ไม่มี	58
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	8						
		ใช้เป็นประจำ	3						
5.6 สวดมนต์/นั่งสมาธิ	82	ใช้น้อยมาก	6	ไม่ลดลง	80	ภรรยา/สามี	1	เพื่อนบ้าน	1
		ใช้เป็นบางครั้ง	16	ลดลงเล็กน้อย	2	บุตร/หลาน	1	ไม่มี	81
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	27			ไม่มี	80		
		ใช้เป็นประจำ	33						
5.7 ทำบุญ/ไปวัด/สิ่งศักดิ์สิทธิ์	85	ใช้น้อยมาก	6	ไม่ลดลง	84	ภรรยา/สามี	2	ภรรยา/สามี	2
		ใช้เป็นบางครั้ง	18	ลดลงเล็กน้อย	1	บุตร/หลาน	1	เพื่อนบ้าน	2
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	27			ไม่มี	82	ไม่มี	81
		ใช้เป็นประจำ	34						
6.ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
7. การปรับความรู้สึก									
7.1 พยายามลืมความเจ็บป่วย	64	ใช้น้อยมาก	2	ไม่ลดลง	57	ภรรยา/สามี	1	ภรรยา/สามี	1
		ใช้เป็นบางครั้ง	2	ลดลงเล็กน้อย	7	ไม่มี	63	ไม่มี	63
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	7						
		ใช้เป็นประจำ	53						
7.2 ยอมรับความเจ็บป่วย	69	ใช้น้อยมาก	4	ไม่ลดลง	64	ภรรยา/สามี	2	ภรรยา/สามี	1
		ใช้เป็นบางครั้ง	4	ลดลงเล็กน้อย	5	ไม่มี	67	ไม่มี	68
		ใช้เป็นส่วนใหญ่	11						
		ใช้เป็นประจำ	50						
7.3 รับความช่วยเหลือจากกลุ่ม	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ									
ลูบ	14	ใช้เป็นประจำ	14	ไม่ลดลง	2	บุตร/หลาน	2	ไม่มี	14
				ลดลงเล็กน้อย	12	ไม่มี	12		

Copyright © Mahidol University

ตารางแสดงจำนวนการใช้กลวิธีและผลลัพธ์ของการจัดการอาการคันตามผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวนผู้ใช้	ความถี่ของการใช้	n	ผลลัพธ์	n	ผู้ช่วยเหลือ	n	แหล่งที่มา	n
เกา	90	ใช้เป็นประจำ	90	ไม่ลดลง	6	ภรรยา/สามี	15	ไม่มี	90
				ลดลงเล็กน้อย	72	บุตร/หลาน	10		
				ลดลงปานกลาง	12	ไม่มี	65		
หยิก	6	ใช้เป็นประจำ	6	ลดลงเล็กน้อย	2	ไม่มี	6	ไม่มี	6
				ลดลงปานกลาง	4				

ผลลัพธ์ของกลวิธีกลวิธีการจัดการอาการคันโดยรวม	ผลลัพธ์	%	ผู้ช่วยเหลือ	%	แหล่งที่มา	%
	ไม่ลดลง	**0**	แพทย์	**1.2**	แพทย์	**5.9**
	ลดลงเล็กน้อย	**27.8**	พยาบาล	**1.6**	พยาบาล	**1.3**
	ลดลงปานกลาง	**40.0**	ภรรยา/สามี	**12.5**	เภสัชกร	**0.8**
	ลดลงมาก	**14.4**	บุตร/หลาน	**12.9**	ภรรยา/สามี	**3.1**
	ไม่มีอาการเหลือ	**17.8**	ญาติ	**0.3**	บุตร/หลาน	**3.9**
			ปฏิบัติด้วย	**71.5**	เพื่อนบ้าน	**1.9**
			ตนเอง		ญาติ	**5.1**
					จากผู้ป่วยเอง	**78.0**

Copyright © Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางพนัชญา ขันติจิตร
วัน เดือน ปีเกิด	4 มกราคม 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ พ.ศ. 2545-2549 พยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 – 2555 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ที่อยู่ปัจจุบัน	43/2 ถ.เทศบาล 7 ต.วารินชำราบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 045 – 269-138 มือถือ 088-377-8383
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พ.ศ. 2549– ปัจจุบัน ปฏิบัติงานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โทร 045 - 255709, 045 - 255462

Copyright by Mahidol University