

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา^(Retinoblastoma)

สุรีรัตน์ ศรีพรชัยเจริญ *พย.บ.

บทคัดย่อ: โรคมะเร็งของจอประสาทตา (retinoblastoma) เป็นโรคมะเร็งในลูกตาที่พบบ่อยที่สุดในเด็กเล็ก อาการนำที่พบบ่อยที่สุด คือ รูม่านตาเป็นสีขาว (leukocoria) และภาวะตาเหลื่อม (strabismus) ซึ่งทั้งสองอาการนี้สามารถตรวจพบได้โดยบิดามารดา หรือญาติในครอบครัว การตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะแรกของโรคสามารถที่จะลดอุบัติการณ์ในการเสียชีวิต และการผ่าตัดเอาลูกตาออก (enucleation) ลงได้มาก และยังอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นเป็นปกติด้วยพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยเหลือแพทย์ในระยะผ่าตัดตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น และติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลจากห้องผ่าตัดในระยะหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคมะเร็งจอประสาทตา การเอาลูกตาออก บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด

*พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma)

บทนำ

Retinoblastoma หรือโรคมะเร็งของจอประสาทตา นับเป็นโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคมะเร็งในลูกตาที่พบบ่อยที่สุดในเด็กเล็ก อุบัติการณ์ของ retinoblastoma คล้ายคลึงกันทั่วโลก กล่าวคือ พบรในเด็กที่เกิดมาประมาณ 1 ต่อ 18,000 ถึง 1 ต่อ 20,000 (Bishop & Madson, 1975; Devesa, 1975; Tamboli, Podgor, & Horm, 1990) เพศชายและหญิงพบได้ใกล้เคียงกัน การรักษาด้วยแต่ระยะแรกของโรคสามารถลดอุบัติการณ์ในการทำผ่าตัดเอาลูกตาออก (enucleation) ลงได้มาก รวมทั้งยังอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นเป็นปกติด้วยดังนั้นในปัจจุบันจึงได้มีการศึกษาถึงแนวทางการรักษาแบบใหม่ ๆ ในหลายสถาบันทั่วโลก อย่างไรก็ตามการผ่าตัด enucleation ยังเป็นวิธีการรักษาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลรามาธิบดี บทความนี้ นอกจากระบบกล่าวถึงความรู้เรื่องโรคและการรักษาแล้ว จะเน้นถึงบทบาทเฉพาะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด enucleation

พยาธิกำเนิด

สารพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิด retinoblastoma คือ retinoblastoma gene (Rb gene) ซึ่งเป็น tumor suppressor gene ชนิดหนึ่ง Rb gene เป็นยีนขนาดใหญ่ อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 13 การเปลี่ยนแปลงภายใน Rb gene (mutations) นอกจากระบบกล่าวถึง retinoblastoma และยังอาจเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งชนิดอื่น ได้แก่ osteosarcomas และโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ เช่น lung cancer (Sherr, 1996) เป็นต้น

ผลจากการศึกษาของ Knudson (1971) ทำให้อธิบายการเกิด retinoblastoma ได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. Hereditary retinoblastoma พบระบماณ 40% ในกลุ่มนี้ mutation ของ Rb gene จะเกิดทั้งในเซลล์สืบพันธุ์ (germline) และใน retinoblast ทำให้มีโอกาสพบระบماณในหลายตำแหน่งของจอประสาทตา หรือเป็นทั้งสองตา หรือเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอวัยวะอื่นอย่างไรก็ตาม พบระบماณ 15% ของผู้ป่วยที่เป็นโรคในตาเพียงข้างเดียวมี germline mutation จึงจัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย ผู้ป่วยในกลุ่ม hereditary retinoblastoma เสี่ยงต่อการถ่ายทอดโรคไปยังลูก โดยมีแบบแผนการถ่ายทอดแบบ autosomal dominant อายุเฉลี่ยในการวินิจฉัยโรคประมาณ 12 เดือน (Harbour, 1998; Wong et al., 1997)

2. Nonhereditary retinoblastoma พบระบماณ 60% การวินิจฉัยโรคมักช้ากว่าในกลุ่มแรก คือเฉลี่ยอายุประมาณ 24 เดือน กลุ่มนี้มี mutation ของ Rb gene เฉพาะใน retinoblast เพียงเซลล์เดียว ดังนั้นผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเพียงหนึ่งตาและเพียงหนึ่งตำแหน่งในตาเดียว นอกจากนี้ยังไม่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่อวัยวะอื่นด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่ถ่ายทอดโรคต่อไปยังลูก (Rubenfeld, Abramson, Ellsworth, & Kitchin, 1986; Shields & Shields, 1992)

อาการและอาการแสดง

การตรวจพบรูม่านตาเป็นสีขาว (leukocoria) เป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุดใน retinoblastoma โดยพบถึง 50-60 % รองลงมาได้แก่ภาวะตาเหลล (strabismus) ประมาณ 20-30 % ทึ้งสองอาการนี้สามารถตรวจพบได้โดยบิดามารดาหรือญาติใน

ครอบครัว อาการนำอื่นๆ ที่พบได้แต่ไม่น่าบออย ได้แก่ ตาอักเสบ (preseptal หรือ orbital cellulitis) เลือดออกในช่องหน้าม่านตา (hyphema) หรือต้อหิน เป็นต้น และนอกจากนี้ยังพบภาวะตาโปนเนื่องจากก้อนมะเร็งลามออกมานในเบ้าตา หรือคลำก้อนได้ที่ศีรษะเนื่องจากมะเร็งกระจายไปที่กระดูก (Abramson, Frank, Susman, Whalen, Dunkel, & Boyd, 1998)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัย retinoblastoma โดยแพทย์ที่มีประสบการณ์ อาจใช้เพียงการซักประวัติ ร่วมกับการตรวจร่างกายและตรวจตา อย่างไรก็ตามการนำผู้ป่วยไปดูมายาสลบเพื่อตรวจตาโดยละเอียด เป็นสิ่งที่ควรกระทำในเด็กทุกคนที่สงสัยว่าจะเป็น retinoblastoma การตรวจตาประกอบด้วยการตรวจบริเวณรอบๆ ลูกตา วัดความดันตา ตรวจสอบหน้าของลูกตาด้วยเครื่องมือ portable slit lamp และตรวจจสอบสายตาด้วย indirect ophthalmoscope ในผู้ป่วยอายุน้อยมักตรวจพบก้อนมะเร็งในบริเวณ posterior pole ส่วนก้อนมะเร็งที่พบบริเวณ periphery มักเกิดตามมาในภายหลัง ดังนั้น ในการตรวจติดตามผู้ป่วยจึงต้องตรวจบริเวณ periphery ของจสอบสายตาอย่างละเอียดด้วย indirect ophthalmoscope และกดที่ sclera เพื่อดูว่ามีก้อนมะเร็งเกิดใหม่หรือไม่ อายุเฉลี่ยในการวินิจฉัย retinoblastoma คือประมาณ 18 เดือนโดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะเกิดโรคก่อนอายุ 5 ปี

การวินิจฉัยแยกโรค

เนื่องจากมีโรคต้านเด็กหลายโรคที่อาจตรวจพบ leukocoria ทำให้คล้าย retinoblastoma แต่การรักษาและการพยากรณ์โรคต่างกันอย่างลึกลึ้ง โรคที่พบบ่อยกว่าแยกจาก retinoblastoma มากมี 3 โรค ได้แก่ persistent hyperplastic primary vitreous (PHPV), ocular toxocariasis และ Coats' disease ดังนั้น การวินิจฉัยแยกโรคจึงจำเป็นต้องอาศัยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค

การตรวจพิเศษอื่น ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัย Retinoblastoma

การทำ computed tomography (CT) ของตา และสมอง เป็นการตรวจพิเศษที่มีประโยชน์มากในการประเมินผู้ที่สงสัยว่าเป็น retinoblastoma โดยในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบ calcification ภายในก้อนมะเร็ง นอกจากนี้ยังอาจประเมินภาวะ optic nerve invasion, orbital tumor extension, และ midline intracranial tumors ได้ด้วย (Char, Hedges, & Norman, 1984)

การทำ ultrasound เป็นการตรวจพิเศษอีกชนิดหนึ่งซึ่งสามารถกระทำได้ในคลินิก โดยผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบ นอกจากจะช่วยบอกขนาดของก้อนมะเร็งและ การสะสม calcium ภายในก้อนแล้ว ultrasound ยังช่วยแยกโรคต่างๆ เช่น PHPV และ Coats' disease ออกไปช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้แน่นอนขึ้น (ละองศรี อัชชนียะสกุล, 2546)

การทำ magnetic resonance imaging (MRI) แม้จะตรวจหา calcium ได้ไม่ดีเท่ากับการทำ CT scan แต่ช่วยประเมินภาวะ optic nerve invasion และ midline intracranial tumors ได้ดีกว่า (ละองศรี อัชชนียะสกุล, 2546)

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma)

การตรวจหาการแพร่กระจายของโรค

ตำแหน่งที่โรคมักแพร่กระจายไป ได้แก่ สมอง เบาต้า ไขกระดูก และอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะตับและไต ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาตั้งแต่นั่นมา อาจไม่จำเป็นต้องตรวจหาการแพร่กระจายของโรคในการตรวจรังสีแลก อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีอาการแสดงถึงความเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรคออกไปนอกลูกตา ได้แก่ การตรวจสังสัยภาวะ optic nerve invasion การทำ CT scan หรือการตรวจทางพยาธิวิทยา หรือการตรวจร่างกายพบความผิดปกติทางระบบประสาท หรือการตรวจทางพยาธิวิทยาพบลักษณะ massive choroidal invasion ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมได้แก่ lumbar puncture, bone marrow aspiration/biopsy และ bone scan เพื่อวินิจฉัยการแพร่กระจายของโรค (Mohney & Robertson, 1994; Pratt, Meyer, Chenaille, & Cram, 1989)

การรักษา

เป้าหมายที่สำคัญที่สุดในการรักษา retinoblastoma คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ส่วนความพยายามในการเก็บลูกตาที่มีก้อนมะเร็งไว้โดยไม่ก่อโภษในภายหลัง นับเป็นเป้าหมายรองลงมา ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษา retinoblastoma คือ การที่บิดามารดาปฏิเสธการรักษาแผนปัจจุบัน และหันไปรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเชื่อถือเดิม เมื่อโรคลุกลามมากแล้วจึงกลับมารักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร และมีอัตราการรอดชีวิตน้อยในอดีต การรักษา retinoblastoma มีเพียงการทำผ่าตัด enucleation เท่านั้น และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเสียชีวิต

จากการกระจายของโรค เนื่องจากนารับการรักษาชา แต่ปัจจุบันในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วพบว่า 95% ของผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และบางรายสามารถเลี่ยงการทำ enucleation ได้ด้วย ทั้งนี้เป็นผลจากการวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มแรกและการพัฒนาวิธีการรักษาใหม่ ๆ โดยสรุปวิธีการรักษา retinoblastoma มีดังต่อไปนี้

1. Enucleation

โดยทั่วไป ข้อบ่งชี้ในการทำ enucleation ได้แก่ ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่เกิน 50% ของขนาดลูกตา โรคมีการกระจายไปในส่วนหน้าของลูกตา ภาวะ neovascular glaucoma หรือ vitreous seeding ที่มีการกระจายไปทั่ว vitreous cavity หลักสำคัญของการทำ enucleation ใน retinoblastoma คือการตัด optic nerve ให้ได้ยาวอย่างน้อย 10 มม. เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ที่ปลายตัดด้าน proximal ของ optic nerve สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือการระมัดระวังมิให้เกิดภาวะ globe penetration ขณะที่ผ่าตัดเนื่องจากจะเป็นสาเหตุให้เซลล์มะเร็งกระจายออกนอกลูกตาได้ ข้อบ่งชี้ของการทำ enucleation ในอดีตคือผู้ป่วยเป็นโรคในตาเพียงข้างเดียวสำหรับผู้ที่เป็นโรคในตาทั้งสองข้าง จะทำ enucleation ในตาข้างที่เป็นโรคมากกว่า ในปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีใหม่ ๆ เช่น การใช้ยา chemotherapy ร่วมกับการเจ็บด้วยความเย็นหรือการใช้แสงเลเซอร์ อาจทำให้หลีกเลี่ยงการทำ enucleation ได้ในบางราย อย่างไรก็ตาม enucleation ยังเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับก้อนมะเร็งที่มีขนาดโตมาก (ละองศรี อัชณียะสกุล, 2546)

2. รังสีรักษา (external beam radiotherapy, EBRT)

เป็นที่ทราบกันว่า retinoblastoma เป็นมะเร็งที่ตอบสนองดีต่อรังสีรักษา ข้อบ่งชี้ของรังสีรักษาได้แก่ vitreous seeding ซึ่งกระจายทั่วไปใน vitreous cavity

หรือผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และเป็นทั้งสองตา ซึ่งไม่ตอบสนองต่อเคมีบำบัด โดยทั่วไปควรเลี่ยงการใช้รังสีรักษาในเด็กอายุน้อยกว่า 12 เดือน ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่เกิน 50% ของขนาดลูกตา และในรายที่สามารถใช้วิธีรักษาแบบอื่นแทนได้

โดยทั่วไปรังสีแพทย์จะให้การรักษาโดยฉายรังสีเข้าทางด้านหางตารางกับการใช้แผ่นตะกั่วป้องกันเลนส์ตา ข้อแทรกซ้อนของการฉายรังสีมีหลายประการ ได้แก่ ภาวะตาแห้ง ต้อกระจก ต้อหิน ม่านตาอักเสบ optic nerve damage และ vitreous hemorrhage สำหรับปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะกระดูกเบ้าตาผิดรูป (orbital bone deformities) และปัญหาที่รุนแรง ได้แก่ การเกิดมะเร็งชนิดอื่นตามมา (secondary malignant neoplasms, SMNs) จะพบในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 12 เดือนบ่อยกว่าเด็กโต แม้ว่าการเกิด SMNs มักพบในบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาแต่ก็มีรายงานของการเกิด SMNs ในร่างกายส่วนอื่น ๆ ได้ (Wong et al., 1997) ที่พบได้บ่อยคือมะเร็งกระดูก (osteosarcoma) โดยเกิดได้ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรเลี่ยงการใช้รังสีรักษาหากมีร่องรอยที่กดแทนได้

3. Systemic chemotherapy

ในอดีต chemotherapy มีบทบาทในการรักษา retinoblastoma โดยใช้ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังลูกตาแล้ว หรือมีโอกาสเลี้ยงของการแพร่กระจาย เช่น ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบเซลล์มะเร็งหลังต่อ lamina cribrosa หรือ massive choroidal invasion แต่ปัจจุบันได้มีการนำ chemotherapy มาใช้ร่วมกับการรักษาเฉพาะที่ เช่น laser photocoagulation หรือ cryotherapy ทำให้เลี่ยงการทำ enucleation ได้ในผู้ป่วยบางราย จุดประสงค์ของการใช้ chemotherapy เป็นการรักษาเรื้อรัง คือ เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งลง

(chemoreduction) จนเล็กพอที่จะทำการรักษาต่อด้วยวิธีเฉพาะที่ได้ อย่างไรก็ตามแพทย์จะต้องคำนึงถึงประโยชน์และโทษของ chemotherapy และเลือกใช้เฉพาะในรายที่เหมาะสมและที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ chemotherapy ไม่ได้ผลสำหรับ vitreous seeding

สำหรับ chemotherapy ที่นิยมใช้ประกอบด้วย carboplatin, etoposide และ vincristine โดยให้ยาทั้งสามชนิดร่วมกัน ในการนี้ที่ต้องการผล chemoreduction จะให้ยาประมาณ 3 cycles แต่ละ cycle ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ หากต้องการใช้เพื่อลดโอกาสเลี้ยงของการแพร่กระจายโรค จะให้ยารวม 6 cycles ส่วนการรักษาผู้ที่มีการแพร่กระจายของโรคแล้วจะปรับการให้ยาโดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย (Chan et al., 1996; Gallie et al., 1996; Slater, Cho, & Wetzel, 1992)

4. Episcleral plaque radiotherapy (brachytherapy) คือ วิธีฝังแร่กัมมันตรังสีไวท์ผนังตา

วิธีรักษานี้ยังไม่ได้ใช้ในประเทศไทย เป็นวิธีการที่ให้รังสีรักษาเฉพาะที่บริเวณก้อนมะเร็ง ซึ่งมีขนาดเล็ก ผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 15 mm. และหนาไม่เกิน 10 mm. ข้อดีของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของกระดูกเบ้าตาและ SMNs อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงอื่น ๆ เช่น radiation retinopathy, papillopathy, scleral necrosis, และ strabismus ยังอาจเกิดขึ้นได้ (ละองศรี อัชชานิยะสกุล, 2546)

5. Laser therapy

ก้อนมะเร็งที่ตอบสนองดีต่อเลเซอร์คือ ก้อนมะเร็งขนาดเล็กที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 5 mm. และหนาไม่เกิน 3 mm. และอยู่ในบริเวณ posterior pole ในปัจจุบันการใช้แสงเลเซอร์ทำลายก้อนมะเร็งนิยมใช้ผ่านเครื่องมือ indirect ophthalmoscope โดยผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบระหว่างรักษา แสงเลเซอร์ที่ใช้อาจเป็น

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma)

argon หรือ diode laser ก็ได้ โดยตั้งพลังงานเริ่มต้นที่ 200 มิลลิวัตต์ และระยะเวลา 0.2 วินาที ยิงแสงเลเซอร์ไปบนผิวน้ำของก้อนมะเร็งจากนั้นค่อย ๆ เพิ่ม พลังงานครั้งละ 50–100 มิลลิวัตต์จนเห็นว่าเส้นเลือดบนผิวน้ำของก้อนมะเร็งจะหายไป เมื่อยิงเลเซอร์ไปบน ก้อนมะเร็งเรียบร้อยแล้วให้หลอดพลังงานลงแล้วยิงบริเวณขอบประมาณ 1 มม. รอบก้อนมะเร็ง ลิ่งสำคัญในการใช้เลเซอร์คือ จะต้องไม่ใช้พลังงานมากเกินไปจนทำให้ เชลล์มะเร็งกระจายเข้าไปใน vitreous cavity และหาก ก้อนมะเร็งไม่ตอบสนองภายนอกหลังการใช้เลเซอร์ 2–3 ครั้ง แล้วควรเปลี่ยนการรักษาเป็นวิธีอื่น (Deegan, 2003; Schueler, Jurklies, Heimann, Wieland, Havers, & Bornfeld, 2003)

6. Cryotherapy

ขนาดของก้อนมะเร็งที่ตอบสนองดีต่อ cryotherapy คือ ก้อนขนาดเล็ก เช่น เดียว กับ การใช้เลเซอร์แต่ cryotherapy เหมาะสำหรับก้อนที่อยู่บริเวณ periphery ใกล้ ora serrata ในการรักษาแต่ละครั้งจะจี้ความเย็น 3 รอบ สำหรับก้อนมะเร็งแต่ละตำแหน่ง หากได้ผล ก้อนมะเร็งจะฝ่อไปภายใน 4–6 สัปดาห์ เหลือเพียง chorioretinal scar (ละ่องศรี อัชชนียะสกุล, 2546)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา ได้แก่ อายุ ของผู้ป่วย เช่น ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จะมีความเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามากกว่าเด็กโต ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ โรคเป็นในตัวข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ตำแหน่ง ขนาด และจำนวน ก้อนมะเร็ง เช่น ก้อน มะเร็งที่เกิดบริเวณ fovea หรือ papillomacular bundle แม้จะมีขนาดเล็กก็ควรเลี่ยงการใช้แสงเลเซอร์เนื่องจาก จะทำให้สูญเสียการมองเห็น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญในการรักษา retinoblastoma คือ การดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์หลายสาขาร่วมกัน ได้แก่ จักษุแพทย์ คุณภาพแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและ แพทย์รังสีรักษา

การตรวจติดตามผู้ป่วย

การตรวจติดตามผู้ป่วยนับเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษา retinoblastoma ดังได้กล่าวไว้แล้วว่าผู้ป่วยบางราย มีโอกาสเสี่ยงในการเกิด SMNs การตรวจหาความผิดปกติได้ในระยะแรก อาจช่วยให้สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรักษาโดยที่ติดเชื้อ chemotherapy, laser photocoagulation หรือ cryotherapy การนัดตรวจจะต่อน้ำหนักที่ เช่น ทุก ๆ 3–4 สัปดาห์ เพื่อสังเกตการตอบสนองต่อการรักษาจนกระทั่งโรคสงบ ไม่มีการเป็นข้าหรือมีก้อนมะเร็งขึ้นมาใหม่ สำหรับผู้ที่ได้รับรังสีรักษาจะใช้เวลาในการหายรีบประมาณ 4 สัปดาห์ และจะเห็นการตอบสนองต่อการรักษาหลังจากแสดงครบทั้งน้อย 6 สัปดาห์ การตรวจติดตามจึงอาจไม่ถือเท่ากับการรักษาวิธีอื่น อย่างไรก็ตาม แพทย์จะต้องเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งก้อนใหม่ ที่ด้านหน้าของลูกตาซึ่งเป็นบริเวณที่อาจได้รับรังสีรักษาไม่มากพอ

ในรายที่สามารถควบคุมโรคที่ติดได้แล้ว การนัดตรวจจะกระทำทุก 2–3 เดือนในช่วงอายุ 2 ปีแรก จากนั้นจะตรวจทุก 4–6 เดือนจนอายุครบ 5 ปี และตรวจปีละครั้งไปตลอดชีวิต

การฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดเออลูกตาออกไปจะได้รับการใส่ตาปลอม หรือผ่าตัดทำช่องตาเพิ่มในกรณีใส่ตาปลอมไม่ได้ และเสริมสร้างเนื้อตาในกรณีเนื้อตายุบจากการฉายแสง

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วย โรคะเร็งจะประสานตาที่มารับการผ่าตัดเอา ลูกตาออก

การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเป็นการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหรือหัตถการใดๆ ที่มีการล่วงล้าเข้าไปในส่วนของร่างกายในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทั้งภาวะปกติ และฉุกเฉิน อาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยในที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยนอนอกไป-กลับในวันเดียว โดยมีเป้าหมายสูงสุดที่คุณภาพของบริการพยาบาล โดยมีกระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการให้บริการพยาบาล เริ่มต้นจากการประเมินปัญหาผู้ป่วยเก็บรวมข้อมูลจากบันทึกต่างๆ ในเวชระเบียน และซักถามผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา และประเมินผลที่เกิดขึ้น (พินิจ ปรีชานนท์, 2548) พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผ่าตัด (Perry & Tullo, 1990) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

1. ผู้ป่วยอาจรู้สึกผิดเกี่ยวนื่องจาก ละเลย ขาดการเอาใจใส่บุตรเท่าที่ควร

เป้าหมายการพยาบาล (goal): จัดความรู้สึกผิดของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

1. อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแก่ผู้ป่วย ด้วยคำพูดง่ายๆ ชัดเจน

2. ให้กำลังใจผู้ป่วย พูดคุยให้รายความรู้สึก เสนอความช่วยเหลือและให้คำแนะนำ

3. ให้กำลังใจผู้ป่วยครองและผู้ป่วยระหว่างที่พักอยู่ในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ชักถามปัญหาต่างๆ

2. ผู้ป่วยครองรู้สึกหดหู่ เสียใจ เกี่ยวนื่องจากบุตรต้องสูญเสียดวงตา

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของบุตร

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

1. ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก แสดงความเห็นออกเห็นใจและรับฟังสิ่งที่พูด

2. เน้นให้เห็นความสำคัญ และสิ่งจำเป็นของการผ่าตัด เพื่อช่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่รอด ให้ความรู้ในเรื่องการเสริมสร้างรูปลักษณ์ เช่น การใส่ตาปลอมภายนหลังการผ่าตัดได้

3. ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่บุตรเคยทำผ่าตัดแล้ว

3. ผู้ป่วยครองรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวนื่องจากกลัวผ่าตัดเอาตาออกผิดข้าง

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาตาออกถูกข้างและผู้ป่วยครองคลายความกลัวและวิตกกังวลกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) คือ ก่อนการผ่าตัด มีการตรวจสอบตาข้างที่จะเอาออกถูกต้องโดยดูจาก ชื่อ นามสกุล ใบเซ็นต์ ยินยอมตาข้างที่จะเอาออกตรงกับเอกสารการตรวจของแพทย์และค้ายันยันของผู้ป่วย

4. ผู้ป่วย (และเด็ก) วิตกกังวล เกี่ยวนื่องจากการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ลดความวิตก กังวล

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma)

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- ให้ผู้ป่วยครองมีส่วนในการดูแล และให้เด็กมั่นใจว่าไม่ได้ถูกแยกจากครอบครัว
- อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดง่ายๆ เช่น หลังจากดมยาสงบแล้ว แพทย์จะทำการวินิจฉัยและลักษณะของโรค คลุ่มผ้าปลอกเชือกเปิดบริเวณตาข้างที่จะทำการผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วจะปิดตาแน่น ใช้เวลาในการทำผ่าตัด 1 ½ ชั่วโมงถึง 2 ชั่วโมง
- แนะนำลิ้งแวดล้อมในห้องผ่าตัดพอสังเขป เช่น มีคอมไฟส่องบริเวณที่ผ่าตัด เจ้าน้ำที่ห้องผ่าตัดแต่งชุดสีเขียวอ่อน คลุมผมและผูกผ้าปิดปากและจมูก
- อนุญาตให้ผู้ป่วยครองอยู่ดูแลบุตรจนกระทั่งถึงเวลาผ่าตัด และให้เข้าไปส่งในห้องผ่าตัด

ระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

- มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชือก

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- ปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัด และเทคนิคปลอดเชือกอย่างเคร่งครัด
- การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ ด้วยยาฆ่าเชื้อถูกต้องตามเทคนิค
- ประเมินระดับการฟังกระจาดของผู้ลະของในห้องผ่าตัดโดยหลักเลี้ยงการเคลื่อนไหวพูดคุยและเดินเข้าออกห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น

2. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ผู้ป่วยไม่มีรอยไหม้จากการใช้เครื่องจี หรือบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- ตรวจสอบประสิทธิภาพเครื่องมือทุกชิ้น ก่อนใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง
- ตรวจสอบประสิทธิภาพ และการทำงานของเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชิ้นก่อนใช้ทุกครั้ง
- ปรับระดับความแรงของเครื่องใช้ไฟฟ้าให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด
- ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือที่มีความแหลมคม และเครื่องจีไฟฟ้า
- มีโอกาสเสี่ยงต่อการลดต่ำของอุณหภูมิร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล (goal):

- ผิวนังผู้ป่วยอุ่นแห้งเป็นสีชมพู
- เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม สำหรับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- ปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 25-28 องศาเซลเซียส
- สวมหมวกและผ้าเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน
- คลุมบริเวณผ่าตัดโดยเปิดเฉพาะส่วนที่จำเป็น
- ลดระยะเวลาการทำผ่าตัด โดยการเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

- มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ

เป้าหมายการพยาบาล (goal):

- ไม่มีการสำลัก มีทางเดินหายใจโล่ง ปราศจากลิ่งอุดตัน
- สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหรือนอนหงายใช้หมอนหนูนิได้ให้เลื่อนหัวไปด้านใด ด้านหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการสำลักของผู้ป่วยที่มีเสมหะ น้ำลายมากให้หลอกมา弄ได้
- ดูดเสมหะหรือน้ำลายออกจากปากและลำคอให้หมดในผู้ป่วยที่มีเสียงหายใจผิดปกติ
- บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกว่าอาการจะคงที่ใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ลักษณะชีพจรเบาเร็ว เต้นไม่สม่ำเสมอ ควรรายงานแพทย์ทันที
- มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน

เป้าหมายการพยาบาล (goal):

- เสียงการหายใจปกติ และเสียงลมหายใจเข้าปอดดังเท่ากันทั้งสองข้าง
- สีผิว ริมฝีปาก และเล็บเป็นสีชมพู

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- ให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสโลหิตทุกราย
- สังเกตลักษณะสีผิว ริมฝีปากและเล็บ ถ้ามีการเปลี่ยนสีคล้ำลง ต้องรีบให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ทันที

- มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุด้านตกเตียง

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- ในระยะที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ อาจดื่นอาละวาด โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ควรดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ควรทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง
- ดึงไม้กั้นเตียงขึ้นทุกด้านเพื่อป้องกันการตกเตียง
- นำญาติเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเพื่อคลายความกลัวและความวิตกกังวล
- มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดที่ติดเชื้อ

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ผู้ป่วยไม่เกิดการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดที่ติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- เฝ้าระวังการมีเลือดออกอย่างผิดปกติ ในรายที่มีเกรดเลือดต่ำหรือมีประวัติเลือดแข็งตัวชา
- ประเมินภาระการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดที่ตา โดยสังเกตจากผ้าปิดตาทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
- ปิดตาตามแผนการรักษา และหมั่นตรวจสอบให้ปิดแน่นไม่เคลื่อนหลุด
- ถ้ามีเลือดออกมากผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

5. ผู้ป่วยครอบครัวสึกวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลรักษาตาปломให้กับบุตร

เป้าหมายการพยาบาล (goal):

- ลดความวิตกกังวล
- ผู้ป่วยรองสามารถใส่ ถอน และดูแลรักษาตาปломได้ถูกต้อง

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma)

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

1. สอนและสาธิตวิธีการใส่ ถอด และการดูแลรักษาตาปลอมด้วยคำพูดง่าย ๆ และชัดเจน
 - 1.1 ให้เด็กนอนราบ หรือนั่ง
 - 1.2 ล้างมือให้สะอาด ทำความสะอาด เบ้าตาด้วยน้ำเกลือ
 - 1.3 วิธีการใส่ตาปลอมโดย
 - ใช้นิ้วเปิดเปลือกตาบนขึ้น
 - เลื่อนตาปลอมขึ้นให้อยู่ใต้และหลังเปลือกตาล่าง
 - ดึงเปลือกตาล่างลง
 - 1.4 วิธีการถอดตาปลอมโดย
 - ใช้มือหนึ่งรองที่ตาเพื่อรับตาปลอมที่เลื่อนหลุดออกมานอก
 - ใช้นิ้วมือวางที่ตรงกลางของเปลือกตาล่าง ใช้นิ้วมือตันด้านในและดึงมาด้านข้าง
 - หยิบตาปลอมออกจากใช้นิ้วซึ่งและนิ้วหัวแม่มือ
 - 1.5 การดูแลรักษาตาปลอม
 - ห้ามทำความสะอาดตาปลอมด้วย alcohol ที่ใช้สำหรับเช็ดแปรง เพราะจะทำให้ตาปลอมมีรอยแตก
 - ถ้าถอดตาปลอมออกจากช่องตาปลอมในน้ำสะอาด หรือน้ำยาแสกน แทคเลนส์ เพื่อรักษาผิวหน้าของตาปลอม ไม่ให้แห้ง
 - การทำความสะอาดด้วยสบู่เหลวที่มีฤทธิ์ฟอง เชือแบคทีเรียลัง โดยใช้ปลายนิ้วถู

6. ผู้ป่วยคงวิตกกังวลเกี่ยวนื่องจาก

- มะเร็งอาจเกิดขึ้นกับตาข้างที่เหลืออยู่
- ผลกระทบต่อบุตรคนต่อไปหรือการตั้งครรภ์ในอนาคต

เป้าหมายการพยาบาล (goal): ลดความวิตก กังวลของผู้ป่วยคงต่อผลกระทบในอนาคต

กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

1. อธิบายการตรวจช้ำอีกครั้งของตาข้างที่ไม่ได้เป็น จะทำให้สามารถวินิจฉัยโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะแรก
2. อธิบายว่าบุตรคนอื่น ๆ ควรได้รับการตรวจเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรค
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคงได้พูดถึงความกลัว ความวิตกกังวล และปัญหาในอนาคตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยคงและเด็ก
4. การให้คำปรึกษาทางด้านพันธุกรรมมีความจำเป็น เช่น โรคมะเร็งจอประสาทตา เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม บิดามารดาที่มีบุตร 1 คนเป็นโรคมะเร็งจอประสาตา มีโอกาสเสี่ยงที่บุตรคนต่อ ๆ ไปจะเป็นโรค 1-6% หากบิดามารดา มีบุตรอย่างน้อย 2 คนเป็นโรค โอกาสเสี่ยงที่บุตรคนต่อ ๆ ไปจะเป็นโรคถึง 40-45%

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ ในห้องผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เริ่มตั้งแต่ preoperative visit เพื่อทำความรู้จักคุณเคย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย

และครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลตนเอง
ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะและหลังผ่าตัด และให้คำ^{แนะนำ}เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ขั้นตอน^{ต่างๆ} ของกระบวนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ
ซักถามข้อข้องใจต่างๆเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อลด
ความวิตกง่วง และนำมาร่างแผนการให้การพยาบาล
ผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
แต่ละราย ทั้งในขณะรอผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และ^{ระยะหลังผ่าตัด} เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ
แทรกซ้อน และได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย^{และจิตใจ} และเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมา^{ตรวจตามนัดอย่างเคร่งครัด}

กิตติกรรมประภาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ. นพ. อุนชิต ปุณณทั้งค์^{และ รศ. พินิจ ปรีชานนท์} ที่กรุณาให้คำชี้แนะนำพิจารณา^{ตรวจแก้ไขทำให้บทความสมบูรณ์มากขึ้น}

เอกสารอ้างอิง

พินิจ ปรีชานนท์. (2548). แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยในทุก^{ระยะการผ่าตัด เอกสารคำสอน วิชาการ พยาบาลผู้ป่วย/^{และผู้สูงอายุ 1 (หน้า 14-16). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์^{คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย^{มหิดล.}}}}

ละเอษองค์รี อัชชนียะสกุล. (2546). โรคมะเร็งจอประสาทตา^{ชนิด Retinoblastoma ใน ตักษีชัย วงศ์กิตติรักษ์ และ สุดา^{รัตน์ ใหญ่ส่อง (บก.), ตำราจักษุวิทยาเด็กและตากษา ราช^{วิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (หน้า 153-157).^{กรุงเทพ: หมochavaบ้าน.}}}}

- Abramson, D.H., Frank, C.M., Susman, M., Whalen, M.P., Dunkel, I.J., & Boyd, N.W. (1998). Presenting signs of retinoblastoma. *Journal of Pediatrics*, 132, 505-8.
- Bishop, J.O., & Madson, E.C. (1975). Retinoblastoma : Review of current status. *Survey of Ophthalmology*, 19, 342-66.
- Chan, H.S., DeBoer, G. Thiessen, J.J., Budning, A., Kingston, J.E., O'Brien, J.M., et al. (1996). Combining cyclosporin with chemotherapy intraocular retinoblastoma without radiation. *Clinical Cancer Research*, 2, 1499-1508.
- Char, D.H., Hedges, T.R.D., & Norman, D. (1984). Retinoblastoma: CT diagnosis. *Ophthalmology*, 91, 1347-50.
- Deegan, W.F. (2003). Emerging strategies for the treatment of retinoblastoma. *Current Opinion in Ophthalmology*, 14, 291-5.
- Devesa, S.S. (1975). The incidence of retinoblastoma. *American Journal of Ophthalmology*, 80, 263-265.
- Gallie, B.L., Budning, A., DeBoer, G., Thiessen, J.J., Koren, G., Verjee, Z., et al. (1996). Chemotherapy with focal therapy can cure intraocular retinoblastoma without radiation. *Archives of Ophthalmology*, 114, 1321-9.
- Harbour, J.W. (1998). Overview of Rb gene mutations in patients with retinoblastoma: Implications for clinical genetic screening. *Ophthalmology*, 105, 1442-1447.
- Perry, J.P., & Tullo, A.B. (1990). *Care of the ophthalmic patient: A guide for nurses and health Professionals*, (pp. 303-306). Great Britain: St Edmundsbury Press.
- Pratt, C.B., Meyer, D., Chenaille, P., & Crom, D.B. (1989). The use of bone marrow aspirations and lumbar punctures at the time of diagnosis of retinoblastoma. *Journal of Clinical Oncology*, 7, 140-3.

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา (*Retinoblastoma*)

- Knudson, A.G. (1971). Mutation and cancer: Statistical study of retinoblastoma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 68, 820-823.
- Mohney, B.G., & Robertson, D.M. (1994). Ancillary testing for metastasis in patients with newly Diagnosed retinoblastoma. *American Journal of Ophthalmology*, 118, 707-711.
- Rubenfeld, M., Abramson, D.H., Ellsworth, R.M., & Kitchin, F.D. (1986). Unilateral versus bilateral retinoblastoma: Correlation between age at diagnosis and stage of ocular disease. *Ophthalmology*, 27, 1016-1019.
- Schueler, A.O., Jurklies, C., Heimann, H., Wieland, R., Havers, W., & Bornfeld, N. (2003). Thermochemotherapy in hereditary retinoblastoma. *British Journal of Ophthalmology*, 87, 90-5.
- Sherr, C.J. (1996). Cancer cell cycles. *Science*, 274, 1672-1677.
- Shields, C.L., & Shields, J.A. (1992). *Intraocular tumors: A text and atlas* (pp.305-319). Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Slater, L.M., Cho, J., & Wetzel, M. (1992). Cyclosporin: A potentiation of VP-16 : Production of long-term survival in murine acute lymphatic leukemia. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 31, 53-6.
- Tamboli, P.A., Podgor, M.J., & Horm, J.W. (1990). The incidence of retinoblastoma in the United States: 1974-1985. *Archives of Ophthalmology*, 108, 128-132.
- Wong, F.L., Boice, J.D.Jr., Abramson, D.H., Tarone, R.E., Kleinerman, R.A., Stovall, M., et al. (1997). Cancer incidence after retinoblastoma : Radiation dose and sarcoma risk. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1262-1267.

The Role of Perioperative Nurse on Nursing Care for Retinoblastoma Patients

Sureerat Sripornchaicharoen * B.N.

Abstract: Retinoblastoma is the most common intraocular malignancy in childhood. The presenting signs are leukocoria and strabismus, which can be detected by parents or family members. Early detection and treatment can reduce mortality rate, enucleation, and in some cases can preserve good visual functions. The role of operative nurse is very important to provide continuing care: assessing the readiness of surgical patients and family at a preoperative visit in the pre-operative phase; preventing surgical complications and assisting the surgical team in the intra-operative phase; and evaluating the outcomes of the perioperative nursing service at the post anesthetic care unit as well as at wards in the postoperative phase.

Keywords: Retinoblastoma, Enucleation, Role of perioperative nurse

* Professional Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi hospital, Mahidol University.