



การดูแลช่องปากเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น: แนวทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

Oral Care for a Better Quality of Life: A Nursing Guideline to Prevent Oral Mucositis in Pediatric Cancer Patients

มนิรัตน์ หมายพิมาย^{1*}, สริญญา ทองคล้าย²

Maneerat Maipimai^{1*}, Sarinya Thongkhla²

(Received: June 17, 2025; Revised: October 13, 2025; Accepted: December 15, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยและรุนแรง ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายเป็นอย่างมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายประการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสื่อสาร แผนการรักษา และอาจนำไปสู่การติดเชื้อเพิ่มเติมและรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตได้ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยเนื้อหาประกอบด้วย กลไกการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และแนวทางการพยาบาล ในการป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลช่องปากที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว

คำสำคัญ: การดูแลช่องปาก, การป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบ, เด็กโรคมะเร็ง, ยาเคมีบำบัด, ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

¹คณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

¹Faculty of nursing, Pediatric and adolescent nursing, Vongchavalitkul University

²โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หอผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งชั้น 10

²Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Pediatric Oncology Ward, 10th Floor

*Corresponding author email: Maneerat_mai@vu.ac.th



Abstract

Oral mucositis is a common and severe side effect in pediatric cancer patients undergoing chemotherapy. It causes significant pain and discomfort, impacting eating, communication, and treatment plans and potentially leading to additional infections and even death. This academic article aimed to present nursing guidelines for preventing oral mucositis. The content included the mechanism of oral mucositis development, risk factors, risk assessment, and nursing guidelines for prevention and promoting oral care behaviors that can be applied to develop clinical practice guidelines to effectively reduce the incidence and severity of oral mucositis in pediatric cancer patients. These recommendations will also help improve the quality of life for pediatric cancer patients and their families.

Keywords: Oral care, Prevention of mucositis, Children with cancer, Chemotherapy, Oral mucositis

บทนำ

ในปัจจุบันยาเคมีบำบัดได้นำมาใช้เป็นวิธีหลักในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเกือบทุกชนิด เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมและรักษาโรคมะเร็ง แต่ในขณะเดียวกันยาเคมีบำบัดก็ก่อให้เกิดผลข้างเคียงหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง (Lemos et al., 2024) หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง คือ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) โดยพบได้บ่อยถึงร้อยละ 40-100 (Braguès et al., 2024; Docimo et al., 2022) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาดของยาที่ใช้และระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Hurrell et al., 2022; Soares et al., 2025) โดยภาวะนี้มักเริ่มต้นด้วยอาการปวดแสบภายในช่องปาก ตามมาด้วยการเกิดแผลและการอักเสบของเยื่อช่องปาก ลิ้น ฟันเหงือก และลำคอส่วนบน ความเจ็บปวดภายในช่องปากที่รุนแรง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับประทานอาหาร การกลืน การพูดสื่อสาร การนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะโภชนาการ นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มเติมทั้งแบคทีเรีย เชื้อราและไวรัส จนนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและถึงแก่ชีวิตได้ รวมทั้งส่งผลกระทบทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเป็นอย่างมาก (Damascena et al., 2020; Otmani, & Hattad, 2021; Soares et al., 2025)

การป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุน้อยกว่า 7 ปี ซึ่งยังไม่สามารถดูแล



สุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว (Kostak et al., 2020) พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัด ปัจจัยเสี่ยง การประเมินการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การดูแลอย่างเหมาะสม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวได้ รวมทั้งเห็นความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้นได้

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว

ความหมายของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral Mucositis) เป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบ ของเยื่อในช่องปาก รวมถึงเหงือก ลิ้น แก้ม และเพดานปาก ซึ่งเป็นผลจากการทำลายเซลล์เยื่อ โดยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ภาวะนี้มีลักษณะเป็นขั้นตอน เริ่มจากการอักเสบในระดับเซลล์ ตามด้วยการเกิดแผลในเยื่อและอาจนำไปสู่การติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ (Elad et al., 2020)

ผลกระทบของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในหลายด้าน มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบก่อให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรง ภายในช่องปาก ทำให้การกลืนอาหารและน้ำลำบาก มีความอยากอาหารลดลง จนทำให้น้ำหนักตัวลดและเกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ การเล่น และ การทำกิจวัตรประจำวัน ในกรณีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงมาก จนไม่สามารถรับประทานอาหาร ดื่มน้ำหรือแม้แต่กลืนน้ำลายได้ จะต้องได้รับสารน้ำและสารอาหาร ทางหลอดเลือดดำทดแทน ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ (Kwiensungnoen et al., 2020; Otmani & Hattad, 2021; Thailek et al., 2021)



2. ผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ มักมีความเจ็บปวดภายในช่องปากและความไม่สุขสบาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว หงุดหงิด และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Thailek et al., 2021) รวมถึงมีภาวะซึมเศร้า (Lemos et al., 2024) และการที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแยกตัวออกจากสังคม ขาดปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน ๆ (Attaran et al., 2023; Lemos et al., 2024) นอกจากนี้ ยังลดความสามารถในการทำกิจกรรมและการเล่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคมและการเรียนรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอีกด้วย (Otmani & Hattad, 2021)

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ทำให้ต้องเลื่อนหรือหยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดออกไป เป็นเหตุให้ประสิทธิภาพของการรักษาโรคมะเร็งไม่ดีเท่าที่ควร ต้องเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา (Bowen et al., 2019; Otmani & Hattad, 2021)

4. ผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านการงานเพราะต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ทำให้ขาดรายได้และการที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งไม่ร่วมมือในการรักษา ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า รวมทั้งยังสร้างแรงกดดันให้กับบิดามารดาในด้านบทบาทการดูแลและความสัมพันธ์ในครอบครัว เมื่อบิดามารดาต้องเผชิญกับภาวะนี้อย่างต่อเนื่อง (Kostak et al., 2020; Otmani & Hattad, 2021)

กลไกการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ในภาวะปกติเซลล์เยื่อช่องปากมีหน้าที่ให้ความชุ่มชื้นและป้องกันการเสียดสี หรือการระคายเคืองต่าง ๆ ภายในช่องปาก โดยทั่วไปเซลล์เยื่อช่องปากจะมีการทำลาย และสร้างทดแทนขึ้นมาใหม่ภายใน 2 - 4 สัปดาห์ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด จะไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้การสร้างเซลล์ใหม่มีจำนวนลดลง เมื่อไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เก่าที่หลุดลอกไป จึงทำให้เกิดแผลบริเวณเยื่อช่องปากขึ้นและรุนแรง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยจะเริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันที่ 3 จนกระทั่ง 21 วัน หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด (Vetcho et al., 2014) แต่มักจะแสดงอาการรุนแรงและเด่นชัดในช่วงวันที่ 7 - 14 วัน ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด (Docimo et al., 2022) และจะหายได้เองใน 2 - 4 สัปดาห์ (Sonis, 2004) หลังหยุดยา หากไม่มีการติดเชื้อภายในช่องปากและลำคอเกิดขึ้น ดังนั้นการที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคจะนำไปสู่แนวทางการป้องกันและการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



กลไกการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระยะ (Sonis, 2004) มีดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น (Initiation Phase) เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเซลล์เยื่อช่องปาก โดยเฉพาะ basal epithelial cells จะถูกทำลายโดยตรง ส่งผลให้เกิดการผลิตอนุมูลอิสระ (Reactive Oxygen Species: ROS) ในปริมาณสูง ซึ่ง ROS จะทำลายโครงสร้างเซลล์และสารพันธุกรรมของเซลล์เยื่อช่องปาก พร้อมทั้งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบ (Sonis, 2004) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความเสี่ยงต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ มากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเซลล์เยื่อมีอัตราการแบ่งตัวสูง และความไวต่อการถูกทำลายจากเคมีบำบัดและรังสีรักษา มากกว่าผู้ใหญ่ (Elad et al., 2020)
2. ระยะการส่งสัญญาณ (Up-regulation and Message Generation Phase) เมื่อเซลล์ที่ได้รับ ความเสียหายจากยาเคมีบำบัดปล่อยสารไซโตไคน์ (cytokines) เช่น $TNF-\alpha$ และ $IL-1\beta$ กระตุ้น กระบวนการอักเสบภายในช่องปาก เป็นต้น
3. ระยะการขยายสัญญาณ (Signal Amplification Phase) สารก่ออักเสบที่ถูกผลิตขึ้นจะกระตุ้น ให้มีการทำงานของเซลล์อื่น เช่น macrophages และ fibroblasts ให้สร้างสารอักเสบเพิ่มเติม ส่งผลให้ เกิดการตายของเซลล์ผ่านกระบวนการ apoptosis และ necrosis รวมถึงเพิ่มความเสียหาย ต่อเนื้อเยื่อ โดยรวม (Elad et al., 2020) เป็นต้น
4. ระยะเกิดแผล (Ulceration Phase) เมื่อเซลล์เยื่อช่องปากได้รับความเสียหายจำนวนมาก จะทำให้เกิดบาดแผลในช่องปาก ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา ผู้ป่วยจึงมักมีอาการปวด รุนแรง กลืนอาหารไม่ได้ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (Elad et al., 2020; Sonis, 2004)
5. ระยะการฟื้นฟู (Healing Phase) เป็นระยะที่เซลล์เริ่มซ่อมแซมตนเอง โดยการสร้างเซลล์ เยื่อใหม่เพื่อทดแทนเซลล์ที่เสียหาย สร้างหลอดเลือดฝอยใหม่และการฟื้นคืนสภาพของเนื้อเยื่อปกติ หากไม่มีการติดเชื้อแทรกซ้อน ในกระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งการหายของแผล ในเด็กมักเกิดขึ้นเร็วกว่าในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ภาวะโภชนาการ ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการติดเชื้อแทรกซ้อน (Elad et al., 2020) โดยทั่วไปการหายของแผลเยื่อช่องปากจะเกิดขึ้นภายใน 2 - 3 สัปดาห์ หลังจากสิ้นสุดการรักษา



ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

อุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีน้อย การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม สามารถสรุปปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการรักษา

1.1 ชนิดของยาเคมีบำบัด ยาเคมีบำบัดบางกลุ่มมีฤทธิ์ทำลายเซลล์เยื่อช่องปากโดยตรง โดยเฉพาะยาในกลุ่ม antimetabolites เช่น methotrexate, 5-fluorouracil (5-FU) และ etoposide เป็นต้น ซึ่งพบว่ายาเคมีบำบัดเหล่านี้ จะเพิ่มอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้สูง (Cidon, 2018; Valer et al., 2021) Methotrexate เป็นยาเคมีบำบัดที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และใช้ร่วมกับยาเคมีตัวอื่น ๆ ในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จากการศึกษาที่ผ่านมา ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยา Methotrexate จะพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้มาก ถึงร้อยละ 52 - 80 และพบอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 100 ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย high-dose methotrexate (MTX-HD) (Valer et al., 2021) ทั้งนี้อุบัติการณ์และความรุนแรงจะเพิ่มขึ้น ถ้าใช้ high-dose methotrexate (MTX-HD) ร่วมกับ cyclophosphamide และ doxorubicin และการให้ยา high-dose methotrexate (MTX-HD) ร่วมกับ cyclophosphamide (Curra et al., 2021) นอกจากนี้ ยังมียาเคมีบำบัดอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ busulfan cytarabine (Ara-C) daunorubicin doxorubicin และ vincristine

1.2 ขนาดยาและความถี่ การที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดสูง เช่น high-dose methotrexate จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบมากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์ที่สูงถึงร้อยละ 80 - 100 (Valer et al., 2021) และการให้ยาในขนาดสูงหรือการให้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานานจะยังเพิ่มความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการ (Valer et al., 2021)

1.3 การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา การให้รังสีในบริเวณศีรษะและลำคอร่วมกับยาเคมีบำบัด จะยังเพิ่มความรุนแรงของภาวะนี้ เนื่องจากรังสีรักษาจะเสริมฤทธิ์ในการทำลายของเยื่อช่องปากเพิ่มมากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์เพิ่มถึงร้อยละ 90 (Pulito et al., 2020)

1.4 ระยะเวลาที่ให้ยาเคมีบำบัด วันที่ 7 - 14 วัน หลังจากเริ่มให้เคมีบำบัดเป็นช่วงเสี่ยงสูงสุด เนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์มีการแบ่งเซลล์เร็วที่สุด (Docimo et al., 2022)



2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

2.1 อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีอัตราการแบ่งตัวของเซลล์เร็วกว่าผู้ใหญ่ จึงไวต่อผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมากกว่า นอกจากนี้ ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่เป็นเด็กเล็ก ยังมีระบบภูมิคุ้มกันที่ยังไม่เจริญเต็มที่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนอื่น ๆ สูงกว่า และมักได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดที่สูง ทำให้ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Hurrell et al., 2022)

2.2 ภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการก่อนการรักษามีความสำคัญต่ออุบัติการณ์ และความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Cidon, 2018) ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะการขาดโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสูง เนื่องจากการขาดพลังงานและโปรตีนนั้น ทำให้การสร้างและซ่อมแซมของเนื้อเยื่อได้ช้าลง ในขณะที่การขาดวิตามิน A, C, E และสังกะสี มีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และการหายของแผลทำให้มีแนวโน้มเกิดแผลในช่องปากและการติดเชื้อมากกว่าปกติ (Damascena et al., 2020)

2.3 การทำงานของตับและไต หากการทำงานของตับและไตเกิดความบกพร่อง ซึ่งสามารถประเมินได้จากค่า Creatinine Alanine transaminase Aspartate transaminase Indirect bilirubin ที่สูงขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้น เนื่องจากยาขับออกจากร่างกายได้ช้าลง ส่งผลให้ยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์นานขึ้น (Cidon, 2018; Curra et al., 2021)

2.4 ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีภาวะนิวโทรพีเนีย (neutropenia) หรือมีค่า White blood cell count $< 9,500/\text{mm}^3$ เป็นภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรคและชะลอกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เพิ่มความรุนแรงและระยะเวลาของอาการ (Allen et al., 2018; Attinà et al., 2021; Hurrell et al., 2022)

2.5 มีประวัติการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมาก่อน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีความไวต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแล

3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่แปรงฟันไม่ถูกวิธี หรือไม่ได้รับการทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ มีโอกาสเกิดการสะสมแบคทีเรีย และคราบจุลินทรีย์มากขึ้น ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการอักเสบได้ง่าย (Mazhari et al., 2019)

3.2 สุขภาพช่องปากก่อนเริ่มการรักษา ถ้าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดี มีฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือมีแผลในช่องปากอยู่ก่อนแล้ว ก่อนเริ่มการให้ยาเคมีบำบัด จะเพิ่มความเสี่ยง



ของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และการติดเชื้อแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (Allen et al., 2018; Kostak et al., 2020)

จากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และมีความสำคัญมาก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก จากผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งยังไม่มีความสามารถในการดูแล ช่องปากด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินและดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ดังนั้น การที่พยาบาลมีความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถระบุระดับความเสี่ยงของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและช่วยในการวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสม รวมถึงสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวได้ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง การใช้เครื่องมือประเมินที่มีความเที่ยงตรงและมีความน่าเชื่อถือ จะช่วยประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม และติดตามผลการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ หลายแบบที่ได้พัฒนาและนำมาใช้ในทางคลินิก ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีจุดเด่นและข้อจำกัด ที่แตกต่างกัน ในการเลือกใช้แบบประเมินชนิดใดนั้นขึ้นอยู่กับบริบทและความเหมาะสม ในแต่ละโรงพยาบาล โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ที่ใช้บ่อย มีดังนี้

1. แบบประเมิน WHO Oral Mucositis Scale พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization[WHO], 1979) เป็นแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบตามลักษณะทางคลินิกและการสูญเสียหน้าที่จากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งประเมินได้จากการสังเกตอาการ และอาการแสดง ประกอบด้วย รอยแดงและแผล และสิ่งที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ประกอบด้วย การกลืน และประเภทอาหารที่รับประทานได้ โดยมีเกณฑ์ของการแบ่งระดับความรุนแรง ของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ เป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากลักษณะทางกายภาพของแผลและผลกระทบต่อการทำงาน มีดังนี้ (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 แบบประเมิน WHO Oral Mucositis Scale

ระดับความรุนแรง (Grade)	อาการแสดง
0	ปกติ ไม่มีอาการ
1	มีอาการเจ็บปวดและมีเยื่อช่องปากสีแดง ไม่มีแผล
2	มีเยื่อช่องปากแดง และมีแผลในปาก สามารถรับประทานอาหารอ่อนได้
3	เยื่อช่องปากแดง เจ็บ มีแผลในปาก รับประทานได้เฉพาะอาหารเหลวเท่านั้น
4	เยื่อช่องปากแดง เจ็บ มีแผล ไม่สามารถรับประทานอาหารแข็งหรือเหลวได้ ต้องให้อาหารทางหลอดเลือด หรือทางสายยาง

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่นำใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในงานวิจัยและทางคลินิก ใช้เป็นแบบประเมินหลักในการคัดกรองภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากง่ายต่อการใช้งานและใช้เวลาในการประเมินน้อย

2. แบบประเมิน Oral Assessment Guide (OAG) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดย Eilers et al. (1988) ซึ่ง Chen et al. (2004) ได้ปรับปรุง เพื่อใช้ประเมินในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาพช่องปากอย่างครอบคลุม โดยมีการประเมิน 8 ด้าน ได้แก่ เสียง (voice) การกลืน (swallow) ริมฝีปาก (lips) ลิ้น (tongue) น้ำลาย (saliva) เยื่อช่องปาก (mucous membrane) เหงือก (gingiva) และฟัน / ฟันปลอม (teeth/dentures) โดยแต่ละด้านให้คะแนน 1 - 3 ซึ่งแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2 มีดังนี้

ให้ 1 คะแนน	หมายถึง	ปกติ
ให้ 2 คะแนน	หมายถึง	มีการเปลี่ยนแปลงแต่สามารถทำหน้าที่ได้
ให้ 3 คะแนน	หมายถึง	มีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน

ตารางที่ 2 แบบประเมิน Oral Assessment Guide (OAG)

รายการประเมิน	ระดับคะแนน		
	1	2	3
เสียง (Voice)	ปกติ	เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เสียงแหบเล็กน้อย	เสียงแหบมาก
การกลืน (Swallow)	กลืนปกติ	เจ็บปวดเล็กน้อย ขณะกลืน	ไม่สามารถกลืนได้
ริมฝีปาก (Lips)	นุ่ม ชุ่มชื้น	แห้ง หรือ แดงเล็กน้อย	บวม แดงลึก มีแผลเลือดออก



รายการประเมิน	ระดับคะแนน		
	1	2	3
ลิ้น (Tongue)	สีชมพู ชุ่มชื้น	เปลี่ยนสี แห้งเล็กน้อย	มีแผล บวม ลิ้นติด
น้ำลาย (Saliva)	ใส เหลว	เหนียว น้อย	ไม่มีน้ำลาย เหนียวมาก
เยื่อเมือก/เพดาน (Mucous membrane)	สีชมพู ชุ่มชื้น	สีแดง บวมเล็กน้อย	มีแผล บวมมาก เลือดออก
เหงือก (Gingiva)	สีชมพู แน่น	บวมเล็กน้อย	บวมมาก เลือดออกง่าย
ฟัน/ฟันปลอม (Teeth/Dentures)	สะอาด	มีคราบเล็กน้อย	มีคราบมาก หรือผุมาก

การแปลผล	8-12 คะแนน	หมายถึง สภาพช่องปากปกติ หรือมีความเสี่ยงต่ำ
	13-16 คะแนน	หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิด oral mucositis
	17-24 คะแนน	หมายถึง มีความเสี่ยงสูง หรือ มี oral mucositis แล้ว

แบบประเมินนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยเด็กทุกวัย สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุม และใช้ได้ง่าย แต่มีข้อด้อย คือ ต้องใช้เวลาในการประเมินมากกว่าแบบประเมินอื่น ๆ นอกจากนี้ การแปลผล อาจแตกต่างกันระหว่างผู้ประเมินแต่ละบุคคล ดังนั้น ผู้ประเมินต้องผ่านการอบรมการใช้แบบประเมิน Oral Assessment Guide (OAG) ก่อน

3. แบบประเมิน Children's International Mucositis Evaluation Scale (ChIMES) พัฒนาขึ้นโดย Tomlinson et al. (2009) เพื่อใช้ในการประเมินภาวะเยื่อเมือกช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 0 - 18 ปี มีทั้งแบบที่ผู้ป่วยประเมินเอง (self-report) และผู้ปกครองประเมินแทน (proxy-report) ซึ่งแบบประเมินด้วยตนเองใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีอายุตั้งแต่ 8 - 18 ปี ส่วนให้ผู้ปกครองประเมินแทนใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีอายุน้อยกว่า 8 ปี ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ระดับความปวดในช่องปากหรือลำคอ 2) ผลของอาการปวด ในช่องปากหรือลำคอต่อการกลืนอาหาร 3) ผลของอาการปวดในช่องปากหรือลำคอต่อการรับประทานอาหาร 4) ผลของอาการปวดในช่องปากหรือลำคอต่อการดื่มน้ำ 5) การใช้ยาแก้ปวด 6) มีแผลในปาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อ 1 - 4 ให้ตอบเป็นระดับคะแนน 0-5 (0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 5 หมายถึง มีอาการรุนแรงที่สุด) ส่วนข้อ 5 - 6 ให้ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” (ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน) มีค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 23 คะแนน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าแบบประเมิน ChIMES เหมาะกับการประเมินภาวะเยื่อเมือกช่องปากในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยมีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงของแบบ



ประเมินด้วยตนเองและผู้ปกครองประเมินแทน ดังนี้ Cronbach's alpha > 0.77 และ 0.88 ตามลำดับ และค่า Spearman's rho = 0.466-0.751; $P < 0.001$ และ 0.410-0.551; $P < 0.001$ ตามลำดับ (Paiva et al., 2018; Santos et al., 2023)

จากการศึกษาที่ผ่านมา ในต่างประเทศพบว่าแบบประเมิน WHO Oral Mucositis Scale เป็นแบบประเมินที่มีการนำมาใช้มากที่สุดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นถึงร้อยละ 61.9 % รองลงมา คือ แบบประเมิน Oral Assessment Guide นำมาใช้ 15.9 % และ Children's International Mucositis Evaluation Scale นำมาใช้ 7.9 % (Soares et al., 2025) สำหรับในประเทศไทยแบบประเมิน WHO Oral Mucositis Scale ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย Kwiensungnoen et al. (2020) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1 ซึ่งแบบประเมินนี้ได้นำมาใช้ในทางคลินิกและงานวิจัย แบบประเมิน Oral Assessment Guide ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย Lertwongpaopun (2003) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1 ได้มีการนำมาใช้ในงานวิจัยหลายเรื่อง (Paprom & Tangvoraphonkchai, 2014; Thailek et al., 2021; Vetcho et al., 2014) ส่วนแบบประเมิน Children's International Mucositis Evaluation Scale ยังไม่พบว่ามีมีการแปลและนำมาใช้ในประเทศไทย ทั้งนี้การเลือกใช้แบบประเมินใด ต้องพิจารณาจากหลายปัจจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการประเมิน อายุและความสามารถ ของผู้ป่วยเด็ก โรคประจำตัว ความพร้อมของบุคลากรทางพยาบาล และนโยบายของแต่ละสถานพยาบาล เป็นต้น

แนวทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

1. การพยาบาลในการป้องกันตามแผนการรักษา ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะยา methotrexate จะมีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) ได้มาก จึงควรปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด มีดังนี้

1.1 การให้สารน้ำก่อนและหลังการให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา (pre-post hydration) การให้สารน้ำอย่างเพียงพอเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันความเป็นพิษจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยา methotrexate ในขนาดสูง มีความจำเป็นต้องดูแลให้สารน้ำในปริมาณมาก (hyperhydration) เพื่อส่งเสริมการกรองของเลือดผ่านหน่วยไต (glomerular filtration rate) และช่วยในการขับยาเคมีบำบัดออกทางปัสสาวะ โดยแนะนำให้มีการให้สารน้ำ 0.9 % NSS หรือ D5W หรือ 0.45 % NSS ในปริมาณอย่างน้อย 200 ml/m²/day หรือ 100-150 ml/m²/day (Howard et al., 2016) และมีบางงานวิจัยแนะนำให้สารน้ำในปริมาณ $\geq 3,000$ ml/m²/day (Traivaree et al., 2018) โดยต้องเริ่มให้สารน้ำก่อนการให้ยา methotrexate ทางหลอดเลือดดำ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง และให้ต่อเนื่องเป็นเวลา 24 - 48 ชั่วโมง หรือนานกว่านั้น หากผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง มีประวัติเกิดความเป็นพิษจากยา methotrexate หรือมี



การกำจัดยา methotrexate ออกจากร่างกายช้า พร้อมกันนี้พยาบาลต้องติดตามบันทึก intake-output ทุก 8 ชั่วโมง ทั้งในระหว่างและหลังการให้ methotrexate (Howard et al., 2016) เนื่องจากการให้สารน้ำในปริมาณมาก จะช่วยลดความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดในกระแสเลือด ลดการสะสมในเนื้อเยื่อ จึงช่วยลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้

1.2 การติดตามระดับยาในกระแสเลือด (methotrexate level monitoring) ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ที่ได้รับยา methotrexate ขนาดสูง พยาบาลจะต้องติดตามระดับยาในกระแสเลือดตามเวลาที่กำหนด โดยทั่วไปจะติดตามเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมง หลังให้ยา (Howard et al., 2016) การติดตามนี้จะช่วยให้ทราบถึงการขับยาออกจากร่างกาย รวมถึงใช้ในการวางแผนปรับปริมาณสารน้ำและ ขนาดของยา leucovorin ทั้งนี้การที่ยา methotrexate มีระดับสูงเกินไป หรือลดลงช้าเกินไป จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงได้ (Hu et al., 2024)

1.3 การติดตามผลความเป็นกรดของปัสสาวะ (urine pH monitoring) เป็นสิ่งสำคัญ ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับ methotrexate เนื่องจากยาจะถูกขับออกทางไตได้ดีในสภาพที่ปัสสาวะ มีความเป็นด่าง (Bielack et al., 2024) ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตรวจ urine pH ทุก 6-8 ชั่วโมง ถ้าพบว่า pH ต่ำกว่า 7 ต้องดูแลให้ได้รับ sodium bicarbonate (7.5% NaHCO_3) ทางหลอดเลือดดำ เพื่อทำให้ปัสสาวะ มีความเป็นด่าง และต้องรักษา pH ให้อยู่ในระดับ 7 - 8 เพื่อช่วยป้องกันการสะสมของยาและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

1.4 การให้ยา leucovorin (folinic acid) เป็น folic acid ในรูป active form ใช้เพื่อช่วยป้องกันเซลล์ปกติจากผลข้างเคียงของยา methotrexate โดยจะให้ทางหลอดเลือดดำเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังได้รับยา methotrexate (Sirisamut, 2022) และให้ต่อเนื่องจนกว่าระดับยา methotrexate ในกระแสเลือด จะลดลงสู่ระดับที่ปลอดภัย ($\text{MTX level} < 0.1 \mu\text{mol/L}$) ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Bielack et al., 2024)

2. การประเมินความเสี่ยงและแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

2.1 การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ พยาบาลต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ตั้งแต่ก่อนเริ่มกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยปัจจัยที่ต้องประเมิน ได้แก่ ประเภทและขนาดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อายุและน้ำหนักของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ภาวะโภชนาการสุขภาพช่องปากก่อนการรักษา ประวัติการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในการรักษาครั้งก่อน และภาวะโรคร่วมอื่น ๆ ทั้งนี้ ต้องมีการประเมินสุขภาพช่องปากอย่างละเอียด และต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษาในแต่ละรอบของการ



รับยาเคมีบำบัด พร้อมลงบันทึกและรายงานผลการเปลี่ยนแปลง โดยใช้แบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ได้แก่ WHO Oral Mucositis Scale, Oral Assessment Guide, Children's International Mucositis Evaluation Scale (Hurrell et al., 2022) นอกจากนี้ ก่อนเริ่มกระบวนการรักษา ต้องส่งปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อดูแลปัญหาทางทันตกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ฟันผุ หินปูน หรือโรคเหงือกอักเสบ การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นต้น (Elad et al., 2020)

2.2 แนวทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ปัจจุบันมีวิธีการป้องกัน และดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดจากยาเคมีบำบัดมีหลายแนวทาง ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก การรักษาด้วยแสงเลเซอร์ขนาดต่ำ การใช้ยา palifermin การอมน้ำแข็ง และการใช้น้ำผึ้ง (Braguès et al., 2024; Patel et al., 2021) เป็นต้น แม้ว่าจะมีการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมใหม่ๆ มาช่วยในการดูแลมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธียังคงเป็นพื้นฐานสำคัญที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Niyomkha, 2020) และสามารถปฏิบัติได้ในทุกบริบทของสถานพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และเสริมสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ด้วยวิธีที่หลากหลายวิธี ได้แก่ การใช้สื่อการตูนแอนิเมชันสามมิติ และการใช้คู่มือประกอบภาพ (Papram & Tangvoraphonkchai, 2014) การสอนผ่านสื่อ powerpoint และการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ (Kwiensungnoen et al., 2020) การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการแจ้งเตือนและการให้คำแนะนำรายวัน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีพฤติกรรมดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว ด้านโภชนาการ และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งแนวทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ มีดังนี้

การดูแลสุขภาพช่องปากทั่วไป (basic oral care)

1) แนะนำให้แปรงฟันด้วยแปรงขนอ่อนนุ่มและใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอนและก่อนนอน โดยแปรงฟันและแปรงลิ้นจนทั่วช่องปากนานอย่างน้อย 1 - 2 นาที (Niyomkha, 2020) ในกรณีที่เด็กเล็กยังไม่สามารถแปรงฟันด้วยตนเองได้ หรือในกรณีที่มีจำนวนเกล็ดเลือด < 20,000 cells/ml ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย แนะนำให้เช็ดทำความสะอาดช่องปากแทน โดยใช้ผ้าก๊อชชุบ 0.9 % NSS หรือน้ำยาบ้วนปาก ที่ปราศจากแอลกอฮอล์ หรือน้ำยาสูตรเฉพาะที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ (Kostak et al., 2020) สำหรับในรายที่เคยใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำสามารถทำได้ หากไม่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (เกล็ดเลือด < 20,000 cells/ml) (Attinà et al., 2021; Patel et al., 2021)



2) แนะนำให้บ้วนปากด้วย 0.9 % NSS หรือน้ำยาบ้วนปากที่ปราศจากแอลกอฮอล์ ปริมาณ 10 - 15 มิลลิลิตร ทำอย่างน้อย 30 วินาที หลังรับประทานอาหารทุกมื้อและก่อนนอน หรืออย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง ได้แก่ หลังตื่นนอนเวลาเช้า หลังรับประทานอาหารเช้า หลังรับประทานอาหารกลางวัน รับประทานอาหารเย็น และก่อนเข้านอน (Kwiensungnoen et al., 2020) ซึ่งจะช่วยลดการสะสมเชื้อโรคและการระคายเคืองของช่องปาก (Elad et al., 2020)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อาจพิจารณาให้ใช้ น้ำยา 0.2 % Chlorhexidine บ้วนปากวันละ 4 ครั้ง เนื่องจากเป็นน้ำยาด้านเชื้อจุลชีพที่มีประสิทธิภาพสูง ในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและรักษาการติดเชื้อภายในช่องปาก (Attinà et al., 2021)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง อายุ 7 - 12 ปี มีความสามารถในการทำงานประสานกันระหว่างกล้ามเนื้อขนาดใหญ่และเล็ก แนะนำให้บ้วนปากด้วยวิธีบอลลูนและซัดคิง (balloon and sucking) โดยการอมน้ำเกลือไว้ในช่องปากทำให้มีช่องว่างสลับไปมา และการดูดแก้วโดยให้มีการเคลื่อนน้ำเกลืออยู่ระหว่างฟัน (Vetcho et al., 2014)

3) แนะนำให้ดูแลริมฝีปากและช่องปากให้มีความชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยการดื่มน้ำในปริมาณมาก ๆ อย่างน้อย 3,000 ml/m²/day เพื่อช่วยให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น ลดการเกิดแผลในช่องปาก และแนะนำให้ทามิฟิลปากด้วยวาสลีน หรือปิโตเลียมเจลบ่อย ๆ หรือหลังทำความสะอาดช่องปากทุกครั้ง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น ป้องกันริมฝีปากแห้งและแตก (Kwiensungnoen et al., 2020)

การดูแลทางด้านโภชนาการ (Nutrition management)

การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบทั้ง 5 หมู่ โดยเลือกรับประทานอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย ขนาดพอคำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีลักษณะกรอบ แข็ง หรือมีเหลี่ยมคม เพราะอาจจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ต่อเยื่อช่องปาก รวมถึงอาหารประเภทที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปาก (Valéra et al., 2015) นอกจากนี้ ควรดื่มน้ำสะอาด ได้แก่ อาหารเปรี้ยวจัด เผ็ดจัด เค็มจัด และอาหารที่มีอุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป เนื่องจากจะกระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก (Kwiensungnoen et al., 2020; Niyomkha, 2020; Thailek et al., 2021) อีกทั้งควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาด หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค เพื่อป้องกันภาวะท้องเสียที่อาจนำไปสู่ภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มมากขึ้น (Damascena et al., 2020)



การสังเกตอาการผิดปกติ

แนะนำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวหมั่นตรวจสอบสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ เช่น รอยแดง การบวม แผลร้อนในหรือคราบฝ้าขาว การรับประทานอาหารหรือน้ำลดลง การร้องไห้หรือแสดงอาการเจ็บปวดระหว่างรับประทานอาหาร เป็นต้น หากพบความผิดปกติให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที ซึ่งจะช่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และช่วยลดความรุนแรงของอาการได้ (Kwiensungnoen et al., 2020; Niyomkha, 2020)

ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

เมื่อพบลักษณะที่แสดงถึงอาการรุนแรง พยาบาลควรทำงานร่วมกับทันตแพทย์ โภชนากร และแพทย์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวมอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในทุกขั้นตอนตั้งแต่การประเมิน การดูแลและการสนับสนุน รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเคร่งครัด จะช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยเด็กแต่ละระดับอายุและประเภทของการรักษา รวมถึงการกำหนดเกณฑ์การประเมิน และการติดตามผลที่ชัดเจน
2. ส่งเสริมให้มีการใช้นวัตกรรมดิจิทัลมาสนับสนุนการดูแล และพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงกับระบบแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง เช่น การใช้แอปพลิเคชันมือถือสำหรับการติดตามอาการ เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกัน และดูแลอย่างต่อเนื่องและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเพื่อป้องกัน ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



รายการอ้างอิง (References)

- Allen, G., Logan, R., Revesz, T., Keefe, D., & Gue, S. (2018). The prevalence and investigation of risk factors of oral mucositis in a pediatric oncology inpatient population: A prospective study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 40(1), 15 - 21. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000970>
- Attaran, N., Sharma, A., Morris, M., Dudubo, O., & Macdonald, M. E. (2023). What are the impacts of oral complications from cancer therapy on the quality of life of children? A protocol to update a scoping review. *PloS one*, 18(11), 1 - 11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290364>
- Attinà, G., Romano, A., Maurizi, P., D'Amuri, S., Mastrangelo, S., Capozza, M. A., Triarico, S., & Ruggiero, A. (2021). Management of oral mucositis in children with malignant solid tumors. *Frontiers in Oncology*, 11, 599243. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.599243>
- Bielack, S. S., Soussain, C., Fox, C. P., Houillier, C., Murciano, T., Osborne, W., Zinzani, P. L., Rizzari, C., & Schwartz, S. (2024). A European consensus recommendation on the management of delayed methotrexate elimination: Supportive measures, leucovorin rescue and glucarpidase treatment. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 150(10), 441. <https://doi.org/10.1007/s00432-024-05945-6>
- Bowen, J. M., Gibson, R. J., Collier, J. K., Blijlevens, N., Bossi, P., Al-Dasooqi, N., Bateman, E. H., Chiang, K., de Mooij, C., Mayo, B., Stringer, A. M., Tissing, W., Wardill, H. R., van Sebill, Y. Z., Ranna, V., Vaddi, A., Keefe, D. M., Lalla, R. V., Cheng, K. K., & Elad, S. (2019). Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). (2019). Systematic review of agents for the management of cancer treatment-related gastrointestinal mucositis and clinical practice guidelines. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(10), 4011 - 4022. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04892-0>
- Braguês, R., Marvão, M. F., Correia, P., & Silva, R. M. (2024). Oral mucositis management in children under cancer treatment: A systematic review. *Cancers*, 16(8), 1548. <https://doi.org/10.3390/cancers16081548>



- Chen, C. F., Wang, R. H., Cheng, S. N., & Chang, Y. C. (2004). Assessment of chemotherapy-induced oral complications in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 21(1), 33 - 39. <https://doi.org/10.1177/1043454203259947>
- Cidon, E. U. (2018). Chemotherapy induced oral mucositis: Prevention is possible. *Chinese Clinical Oncology*, 7(1), 1 - 7. <https://doi.org/10.21037/cco.2017.10.01>
- Curra, M., Gabriel, A. F., Ferreira, M. B. C., Martins, M. A. T., Brunetto, A. T., Gregianin, L. J., & Martins, M. D. (2021). Incidence and risk factors for oral mucositis in pediatric patients receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 29(11), 6243 - 6251. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06199-5>
- Damascena, L., Lucena, E., Ribeiro, E., Pereira, A., Lima-Filho, J., & Valença, A. (2020). Impact of oral mucositis on quality of life in children with cancer undergoing chemotherapy. *BMC Oral Health*, 20(1), 1 - 7. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01217-5>
- Docimo, R., Anastasio, M. D., & Bensi, C. (2022). Chemotherapy-induced oral mucositis in children and adolescents: A systematic review. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 23(4), 501 - 511. <https://doi.org/10.1007/s40368-022-00727-5>
- Elad, S., Cheng, K. K. F., Lalla, R. V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R. M., Bowen, J., Gibson, R., Saunders, D. P., Zadik, Y., Ariyawardana, A., Correa, M. E., Ranna, V., & Bossi, P., (2020). Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 127(19), 4423 - 4431. <https://doi.org/10.1002/cncr.33100>
- Eilers, J., Berger, A. M., & Petersen, M. C. (1988). Development, testing, and application of the oral assessment guide. *Oncology Nursing Forum*, 15(3), 325 - 330.
- Howard, S. C., McCormick, J., Pui, C. H., Buddington, R. K., & Harvey, R. D. (2016). Preventing and managing Toxicities of high-dose methotrexate. *The Oncologist*, 21(12), 1471 - 1482. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0164>



- Hu, Z., Escalera-Joy, A. M., Ashcraft, E., Acharya, R., Jeha, S., Cheng, C., & Pui, C. H. (2024). Clinical risk factors for high-dose methotrexate-induced oral mucositis following individualized dosing. *Cancer Medicine*, 13(21), 1 - 15. <https://doi.org/10.1002/cam4.70351>
- Hurrell, L., Burgoyne, L. L., Logan, R. M., Revesz, T., & Gue, S. (2022). Factors associated with oral mucositis severity in children who have received chemotherapy. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 44(8), e1016 - e1022. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000002392>
- Kostak, M. A., Semerci, R., Eren, T., Kocaaslan, E. N., & Yildiz, F. (2020). Effects of oral health care education on the severity of oral mucositis in pediatric oncology patients. *Turkish Journal of Oncology*, 35(4), 422 - 429. <https://doi.org/10.5505/tjo.2020.2366>
- Kwiensungnoen, P., Kantawang, S., & Niyomka, S. (2020). Effect of oral mucositis management program on symptom status of children with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 47(1), 101 - 112. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/240730>
- Lemos, F.B., Silva, A.C., Lima, F.P., Machado, F.C., Pereira, L.L., Caldas, A.F., Santos, B.B., & Figueiredo, A.C. (2024). Depressive symptoms and oral mucositis in children with oncological diseases: a cross-sectional study. *Brazilian Oral Research*, 38, e033. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0033>
- Lertwongpaopun, W. (2003). *The effects of an oral care program on stomatitis in acute myeloid leukemia patients undergoing chemotherapy* [Master's thesis]. Mahidol University.
- Mazhari, F., Shirazi, A. S., & Shabzendehtar, M. (2019). Management of oral mucositis in pediatric patients receiving cancer therapy: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(3), 1 - 16. <https://doi.org/10.1002/pbc.27403>
- Niyomkha, S. (2020). *Basic knowledge and nursing care for pediatric cancer patients*. [Master's thesis]. Chiang Mai University
- Otmani, N., & Hattad, S. (2021). Clinical outcome in children with chemotherapy-induced mucositis. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(3), 151160. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151160>



- Paiva, B.S., Barroso, E.M., Cadamuro, S.A., Paula, L.A., Pirola, W.E., Serrano, C. V., & Paiva, C.E. (2018). The children's international mucositis evaluation scale is valid and reliable for the assessment of mucositis among Brazilian children with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(5), 774 - 780.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.015>
- Paprom, W., & Tangvoraphonkchai, J. (2014). The effect of an oral mucositis care innovation on caregivers' care behavior among pre-school children with leukemia receiving consolidation phase chemotherapy. *Journal of Nursing Science & Health*, 37(1), 21 - 29. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/19745>
- Patel, P., Robinson, P. D., Baggott, C., Gibson, P., Ljungman, G., Massey, N., Ottaviani, G., Phillips, R., Revon-Rivière, G., Treister, N., White, M., Cabral, S., Dupuis, L., & Sung, L. (2021). Clinical practice guideline for the prevention of oral and oropharyngeal mucositis in pediatric cancer and hematopoietic stem cell transplant patients: 2021 update. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 154, 92-101. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.05.013>
- Pulito, C., Cristaudo, A., Porta, L. C., Zapperi, S., Blandino, G., Morrone, A., & Strano, S. (2020). Oral mucositis: The hidden side of cancer therapy. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 39(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13046-020-01715-7>
- Sirisamut, T., (2022). Toxicity of methotrexate. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 32(2), 126 - 132. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/254773>
- Soares, J. B., de Farias Gabriel, A., Kirschnick, L. B., Carrard, V. C., Curra, M., Schuch, L. F., Martins, M. A. T., & Martins, M. D. (2025). Oral mucositis assessment in pediatric and adolescent oncological patients: A systematic review. *Pediatric Blood & Cancer*, 72(1), e31388. <https://doi.org/10.1002/pbc.31388>
- Sonis, S. T. (2004). The pathobiology of mucositis. *Nature Reviews Cancer*, 4(4), 277 - 284. <https://doi.org/10.1038/nrc1318>
- Thailek, T., Wiroonpanich, W., & Punthmatharith, B. (2021). Effects of mobile application for enhancing oral care self-efficacy on preventive behavior and occurrence of oral mucositis in school-aged children with cancer receiving chemotherapy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(1), 37 - 53. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/247167>



- Tomlinson, D., Gibson, F., Treister, N., Baggott, C., Judd, P., Hendershot, E., Maloney, A. M., Doyle, J., Feldman, B., & Sung, L. (2009). Designing an oral mucositis assessment instrument for use in children: generating items using a nominal group technique. *Supportive care in cancer: Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(5), 555 - 562. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0523-0>
- Traivaree, C., Likasitthananon, N., Monsereenusorn, C., & Rujkijyanont, P. (2018). The effect of intravenous hydration strategy on plasma methotrexate clearance during intravenous high-dose methotrexate administration in pediatric oncology patients. *Cancer Management and Research*, 10, 4471 - 4478. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S172117>
- Valer, J. B., Curra, M., Gabriel, A. F., Schmidt, T. R., Ferreira, M., Roesler, R., Evangelista, J., Martins, M., Gregianin, L., & Martins, M. D. (2021). Impact of an oral care program on oral mucositis in cancer schoolchildren being treated with chemotherapy. *International Journal of Pediatrics Dentistry*, 31(2), 238 - 246. <https://doi.org/10.1111/ipd.12718>
- Valéra, M. C., Noirrit-Esclassan, E., Pasquet, M., & Vaysse, F. (2015). Oral complications and dental care in children with acute lymphoblastic leukaemia. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 44(7), 483 - 489. <https://doi.org/10.1111/jop.12266>
- Vetcho, S., Hongchayangkoo, K., Orapiriyaku, R., & Wongchanchailert, M. (2014). Effects of oral health care program on oral mucositis in school-age children with cancer receiving chemotherapy. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(2), 61-71. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/21119>
- World Health Organization. (1979). *WHO handbook for reporting results of cancer treatment*. Author.