

ผลงานที่ใช้การประเมิน

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้องอกที่รังไข่ร่วมกับความดันโลหิตสูงและ
ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

โดย

นางสาวยุคลธร พากเพียร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3163

กรมการแพทย์

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

borderline tumor ลักษณะทางพยาธิวิทยาเหมือนชนิดมะเร็งรังไข่ชนิดบุเยื่อผิว แต่ลักษณะการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงพบได้น้อยกว่า และพยากรณ์ของโรคดีกว่า มักพบในสตรีอายุน้อยและเป็นระยะที่หนึ่ง อัตราการรอดชีวิต 5 ปีของโรคกลุ่มนี้เกินร้อยละ 80 (Barakat RR , Benjamin I,1995)ดังนั้น การรักษา มักเน้นไปทางการผ่าตัดกำหนดระยะโรคแบบอนุรักษ์ความสามารถในการมีบุตร (Fertility sparing surgery and comprehensive surgical staging) (Leake JF et al.,1992)

ส่วนใหญ่ของสตรีที่เป็นโรคกลุ่มนี้มักจะเป็นระยะที่หนึ่ง แต่ในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปที่ช่องท้อง พยากรณ์ของโรคจะด้อยกว่าและการใช้ยาเคมีบำบัดในกรณีที่มีการแพร่กระจายในช่องท้อง จะเหมือนกับการใช้ยาเคมีบำบัดในกลุ่มมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อผิว(Leake JF et al.,1992)

โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากในปี มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดโรคเนื้องอกรังไข่ (Ovarian Tumor)โดยวิธีการผ่าตัดวิธีการผ่าตัดเป็นบทบาทที่พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้ความชำนาญในการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับผ่าตัดและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุดภายหลังจากการได้รับการผ่าตัดและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด การฟื้นฟูความแข็งแรง การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังผ่าตัด และการทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุด และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาให้ทราบพยาธิสภาพ สรีรวิทยาของโรคและสาเหตุการดำเนินของโรคเนื้องอกรังไข่ (Ovarian Tumor)เพื่อศึกษาถึงปัญหา ภาวะแทรกซ้อน และวางแผนการพยาบาลผ่าตัด แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการให้การดูแล ให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

นางสาวยุคลธร พากเพียร

ผู้จัดทำ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ขั้นตอนการดำเนินงาน	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการทบทวนวรรณกรรม	
กายวิภาคศาสตร์	4
ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง	4
เนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดา (Benign Ovarian Tumor)	8
อาการและอาการแสดง	9
การวินิจฉัย	10
การรักษา	10
เทคนิคการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง	13
ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยใน Abdominal hysterectomy	20
การพยาบาลสตรีที่มีเนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดาก่อนผ่าตัด	25
โรคความดันโลหิตสูง	26
อาการและอาการแสดง	26
การวินิจฉัย	27
การรักษา	27
การพยาบาล	27
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลแนวคิดที่ประยุกต์ใช้ในการศึกษา	
กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	29
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	29
ระบบการพยาบาล (Nursing system)	32
แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)	35
กระบวนการพยาบาล	38
การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีโรคความดันโลหิตสูง	
และได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง	45
มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	45
การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ก่อนผ่าตัด	48

สารบัญ (ต่อ)		หน้า
	การพยาบาลขณะผ่าตัด	48
	การพยาบาลหลังผ่าตัด	52
	การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	52
บทที่ 4	กรณีศึกษา	
	การซักประวัติและการตรวจร่างกาย	57
	อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน	57
	การประเมินตามแบบแผน	57
	การประเมินร่างกายตามระบบ	58
	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	61
	การวินิจฉัยโรค	65
	พยาธิสภาพเปรียบเทียบกับทฤษฎี	66
บทที่ 5	สรุปกรณีศึกษา	
	วิจารณ์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ	72
	บรรณานุกรม	75
	ภาคผนวก	77

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 2.1 แสดงกายวิภาคของช่องคลอดและเยื่อภายใน	4
รูปที่ 2.2 แสดงกายวิภาคของมดลูกในแนวยาวและอวัยวะใกล้เคียง	5
รูปที่ 2.3 แสดงกายวิภาคของมดลูกผนังของมดลูก	6
รูปที่ 2.4 แสดงรังไข่แบ่งเป็น 2 ซีก แสดงชั้น cortex และ mudulla	7
รูปที่ 2.5 แสดงเนื้องอกรังไข่	8
รูปที่ 2.6 ชนิดของการผ่าตัดมดลูก	11
รูปที่ 2.7 Elevation of Uterus	14
รูปที่ 2.8 Round ligament ligation and transection	15
รูปที่ 2.9 Dissection peritoneum of vesico-uterine fold	15
รูปที่ 2.10 Ureter identification	16
รูปที่ 2.11 Utero-ovarian ligament transection	16
รูปที่ 2.12 A: The infundibulopelvic ligament B: Suture ligation	17
รูปที่ 2.13 Suture ligation	17
รูปที่ 2.14 Incision of posterior peritonium	18
รูปที่ 2.15 Cardinal ligament transection	18
รูปที่ 2.16 Uterosacral ligament Transection and ligation	19
รูปที่ 2.17 Incisional vaginal vault closed to cervix and removal uterus	19
รูปที่ 2.18 The vagina cuff is closed	20
รูปที่ 3.1 การจัดทำ Lithotomy	49
รูปที่ 3.2 ท่านอนหงายราบ (Supine position)	50

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

ตารางที่ 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยเนื้ออกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่มีความพร้อม
ในการดูแลตนเองตามทฤษฎีโอเร็ม

หน้า

52



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

เนื้องอกรังไข่หรือก้อนเนื้อที่รังไข่ (Ovarian Tumor) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้หญิงทุกช่วงวัยโดยเกิดจากการที่เซลล์เจริญเติบโตและแบ่งตัวผิดปกติจนเกิดเป็นเนื้องอก ซึ่งมีทั้งแบบเนื้องอกต้นและเนื้องอกที่มีของเหลวอยู่ข้าง ๆ ในกรณีที่เนื้องอกรังไข่ที่ไม่ใช่มะเร็ง (Benign Ovarian Tumor) เกิดจากการเจริญเติบโตและแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์รังไข่ ทำให้เกิดก้อนเนื้องอกหรือถุงน้ำที่ผิดปกติขึ้น โดยเนื้องอกชนิดนี้จะโตอย่างช้า ๆ และจะไม่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ และมีโอกาสน้อยมากที่จะพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็ง มะเร็งรังไข่ (Malignant Ovarian Tumor) เป็นมะเร็งทางนรีเวชชนิดร้ายแรงเกิดจากการที่มีเซลล์แบ่งตัวผิดปกติ สามารถลุกลามไปที่อวัยวะข้างเคียงได้ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยเรื่องเนื้องอกรังไข่ จะมีเพียงร้อยละ 6 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเนื้องอกรังไข่ที่พบว่าเป็นมะเร็งรังไข่ (American Cancer Society, 2018)

องค์การอนามัยโลก 2566 รายงานพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกปีละประมาณ 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 8 ล้านคน มากที่สุดคือมะเร็งปอดจำนวน 1.59 ล้านคน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2566 พบว่าคนไทยป่วยเป็นมะเร็ง รายใหม่ปีละ 1.4 แสนคน เสียชีวิต 8.3 หมื่นคน กรมการแพทย์ระบุ 5 อันดับมะเร็งที่คร่าชีวิตคนไทย คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 13 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2567 ที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ และ 1 ในนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขคือ นโยบาย “มะเร็งครบวงจร” เป็นหนึ่งในนโยบาย ทำให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งได้ผล (ภัทร คำพิทักษ์, 2567)

มะเร็งไข่ชนิด low malignant potential (LMP) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งคือ borderline ovarian tumors เป็นเนื้องอกของรังไข่ส่วน epithelium cell ที่มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนผิดปกติ วินิจฉัยโดยอาศัยลักษณะทาง histology โดยจะพบลักษณะของ atypical proliferation แต่ไม่มี stroma invasion ของ atypical epithelium cell เหล่านี้ผ่าน basement membrane จึงถูกเรียกเป็น borderline tumor ลักษณะทางพยาธิวิทยาเหมือนชนิดมะเร็งรังไข่ชนิดบุเยื่อผิว แต่ลักษณะการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงพบได้น้อยกว่า และพยากรณ์ของโรคดีกว่า มักพบในสตรีอายุน้อยและเป็นระยะที่หนึ่ง อัตราการรอดชีวิต 5 ปีของโรคกลุ่มนี้เกินร้อยละ 80 (Barakat RR, Benjamin I, 1995) ดังนั้น การรักษา มักเน้นไปทางการผ่าตัดกำหนดระยะโรคแบบอนุรักษ์ความสามารถในการมีบุตร (Fertility sparing surgery and comprehensive surgical staging) (Leake JF et al., 1992)

ส่วนใหญ่ของสตรีที่เป็นโรคกลุ่มนี้มักจะเป็นระยะที่หนึ่ง แต่ในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปที่ช่องท้อง พยากรณ์ของโรคจะด้อยกว่าและการใช้ยาเคมีบำบัดในกรณีที่มีการแพร่กระจายในช่องท้อง จะเหมือนกับการใช้ยาเคมีบำบัดในกลุ่มมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อผิว (Leake JF et al., 1992) แต่ประโยชน์ของ

การให้ยาเคมีบำบัดในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปที่เยื่อหุ้มช่องท้อง ยังต้องการศึกษาต่อไป ในกรณีที่ไม่มีการแพร่กระจายในช่องท้อง แนะนำให้ใช้การผ่าตัดตามโรค

โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากในปี 2564 ,2565 และ 2566 มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดโรคนีื้องอกรังไข่ (Ovarian Tumor) โดยวิธีการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจำนวน 19,39 และ 41 ราย (สถิติห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลิดสิน, 2567) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นบทบาทที่พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้ความชำนาญในการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับผ่าตัดและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุดภายหลังจากการได้รับการผ่าตัดและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการดมยาสลบ การติดเชื้อแผลผ่าตัด การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการนอนนานๆ ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน หรือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เป็นต้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดให้น้อยที่สุด การฟื้นฟูความแข็งแรง การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ภายหลังผ่าตัด และการทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุด และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับเนื้องอกรังไข่มาก่อน 2 ครั้ง ครั้นนี้เป็นการผ่าตัดครั้งที่ 3 มีโอกาสที่จะมีพังผืดในช่องท้องประกอบกับผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเลื่อนการผ่าตัดที่พบได้บ่อยที่สุด โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานอาจเกิด Left ventricular hypertrophy ร่วมกับ มี Systolic dysfunction และ ทำให้เกิด heart failure, renal impairment, cerebrovascular disease, Coronary artery disease (CAD) โดย perioperative risk จะขึ้นกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (วนิดา จงอรุณงามแสง, 2566) สำหรับผู้ป่วยรายนี้จึงต้องมีการเตรียมพร้อมในทุก ๆ ด้าน จากทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างผ่าตัด

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อให้ทราบพยาธิสภาพ สรีรวิทยาของโรคและสาเหตุการดำเนินของโรคนีื้องอกรังไข่
2. เพื่อศึกษาถึงปัญหา ภาวะแทรกซ้อน และวางแผนการพยาบาลผ่าตัด แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการให้การดูแล ให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

ระยะเวลาที่ศึกษา

ผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2567 - 5 เมษายน 2567 รวมระยะเวลา 11 วัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล

2. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโดยรวมเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติของบุคคลในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การตรวจร่างกายผู้ป่วย และกิจกรรมพยาบาล

3. ศึกษาตำราเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง สาเหตุของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ และ กิจกรรมพยาบาล

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา จากเอกสาร วารสารวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เปรียบเทียบกับผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาพยาบาล

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ นำไปวางแผนให้การพยาบาล ตามหลักกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้ง การวางแผนในการจำหน่ายให้ผู้ป่วย

6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

7. สรุปผลการปฏิบัติการให้ข้อเสนอแนะ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

8. เรียบเรียงและเขียนผลงาน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์

9. เผยแพร่ผลงานทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเนื้องอกรังไข่
2. พยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัด ตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง
3. ผู้ป่วยโรคเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัด ตัดมดลูกออกทางหน้าท้องได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2

ความรู้เรื่องโรคและการรักษา

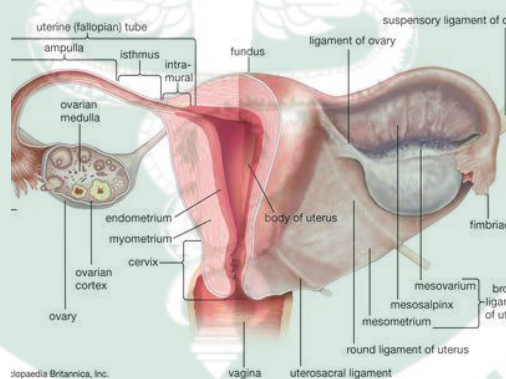
กายวิภาค

อวัยวะสืบพันธุ์ภายในของเพศหญิง (Internal female genital organ) (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)

ประกอบด้วย ช่องคลอด (vagina) ปีกมดลูก (uterine tube or fallopian tube) และรังไข่ (ovaries)

ช่องคลอด (vagina) (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ, 2556)

เป็นท่อน้ำเนื้อ ยาวประมาณ 8-10 ซม.(3-4 นิ้ว) วางตัวอยู่หลังกระเพาะปัสสาวะ อยู่หน้าลำไส้ตรง และทวารหนัก ในเวลาปกติช่องคลอดจะพับ ตรงบริเวณช่องเปิดทางปลายจะมีเยื่อเกี่ยวพันเรียกว่า Hymen ส่วนของช่องคลอดที่อยู่รอบปากมดลูก เรียกว่า Fornix



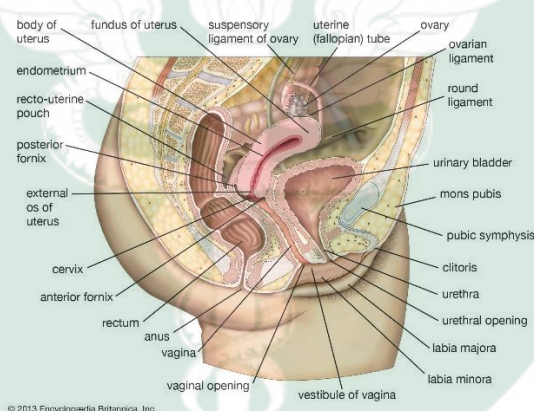
รูปที่ 2.1 : แสดงกายวิภาคช่องคลอดและเยื่อบุภายใน

ที่มา <https://cdn.britannica.com/03/55703-050-86FD20A1/Organs-system.jpg>

ผนังของช่องคลอดมี 3 ชั้นคือ mucosa , muscularis และชั้น adventitia โดยชั้น mucosa บุด้วย stratified squamous epithelium ชั้นนี้พับยื่นเป็นทางยาวเรียกว่า Rugae ชั้น submucosa บรรจุหลอดเลือดจำนวนมาก เมื่อมีการกระตุ้นจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดเหล่านี้ทำให้ช่องคลอดหนาตัวขึ้นได้ ส่วนชั้น muscularis เป็นชั้นกล้ามเนื้อเรียบ แต่บริเวณใกล้กับรูเปิดมีหูรูดที่เป็นกล้ามเนื้อลาย จึงทำให้เราหีบช่องคลอดได้ โดยปกติพื้นที่ภายในช่องคลอดจะแคบ แต่สามารถขยายได้เมื่อมีการร่วมเพศหรือคลอดบุตร ภายในช่องคลอดไม่มีต่อมแต่มีสารหล่อลื่นขณะร่วมเพศจากต่อมของปากมดลูก สภาวะทั่วไปของช่องคลอดจะเป็นกรดเพื่อป้องกันเชื้อโรคต่างๆและอาจเป็นอันตรายต่อตัวอสุจิ ดังนั้นสารคัดหลั่งที่เป็นต่างของเพศชายจะช่วยลดความเป็นกรด ช่องคลอดทำหน้าที่เป็นทางเข้าขององคชาติในขณะร่วมเพศ เป็นทางผ่านของตัวอสุจิเข้าสู่มดลูก เป็นทางออกของทารกเมื่อครบกำหนด และเป็นทางออกของเลือดระดู

มดลูก (Uterus) (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

เป็นอวัยวะที่ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มีโพรงอยู่ภายในตรงกลาง รูปร่างเป็นเหมือนลูกแพร์ มีขนาดประมาณ 3x2x1 นิ้ว และมดลูกสามารถขยายได้ 3-6 เท่าเมื่อตั้งครรภ์ ถูกหุ้มด้วยเยื่อช่องท้องทั้ง 2 ด้าน ทางด้านข้างของมดลูก เยื่อช่องท้องจะมาชนกันติดแน่นเป็นแผ่นเดียวกัน เรียกว่า Broad ligament นอกจากนี้ที่มุมบนของมดลูกทางด้านหน้าจะมีเอ็นติดอยู่ เรียกว่า Round ligament of uterus ซึ่งจะเป็นตัวรั้งให้มดลูกเอียงมาทางด้านหน้า เอ็นอันนี้จะทอดมาทางผนังด้านข้างของช่องเชิงกรานผ่านผนังหน้าท้องออกมายึดกับเนื้อเยื่อบริเวณแคมใหญ่ (labia majora) ของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ด้านหน้าของมดลูกคือกระเพาะปัสสาวะ ส่วนด้านหลังคือลำไส้ใหญ่ส่วน Rectum ส่วนของช่องเชิงกรานที่อยู่ระหว่างมดลูกและ Rectum เรียกว่า Rectouterine pouch หรือ Cal de sac



รูปที่ 2.2 แสดงกายวิภาคของมดลูกในแนวยาว (Saggital) และอวัยวะใกล้เคียง

ที่มา : <https://cdn.britannica.com/03/55703-050-86FD20A1/Organs-system.jpg>

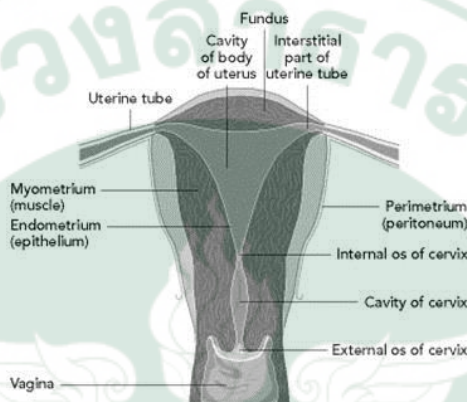
ส่วนบนหรือยอดมดลูก (fundus) ถัดลงมาจะแคบลงเรียกว่า ตัวมดลูก (body) ซึ่งจะมาสิ้นสุดตรงบริเวณปากมดลูก (cervix) ตรงบริเวณรอยคอดระหว่าง body และ cervix เรียกว่า Isthmus ช่องว่างภายในมดลูกเรียกว่า uterine cavity ในหญิงที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์มดลูกจะมีรูปร่างค่อนข้างแบน โพรงภายในมดลูกจะเป็นช่องแคบ ๆ ในท่าปกติมดลูกจะงอพับมาทางด้านหน้าและทำมุมประมาณ 110 องศา กับช่องคลอดผนังของมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ชั้น เรียงจากข้างนอกเข้าไปข้างในดังนี้

1. ชั้น serosa หรือ perimetrium ประกอบด้วยเซลล์ชั้นเดียว และติดต่อกันเป็นผืนเดียวกับเยื่อช่องท้อง

2. ชั้นกล้ามเนื้อหรือ myometrium เป็นชั้นที่หนาที่สุด ประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบหนา 12-15 มม. ชั้นในสุดกล้ามเนื้อเรียงตัวตามยาว ชั้นกลางเรียงตัวเป็นวงกลมละเฉียงๆ ที่วงชั้นในจะเรียงตัวตามยาว ชั้นกล้ามเนื้อของมดลูกจะบางลงขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมดลูกขยายตัวมากขึ้น

3. ชั้นในสุดเรียกว่า endometrium เป็นชั้นที่มีการเปลี่ยนแปลงตามรอบเดือน ชั้นนี้ประกอบด้วยเยื่อผิวชนิด simple columnar เนื้อเยื่อผิวนี้จะหว่าตัวลงไปประกอบขึ้นเป็นต่อมเรียก uterine gland ชั้น endometrium แบ่งออกเป็น 2 ชั้น คือ Basal layer และ Functional layer ชั้น Basal layer ได้รับการหล่อ

เลี้ยงจาก Straight arteries ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงในรอบเดือน ส่วนชั้น Functional layer เลี้ยงโดย Spinal arteries ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงตามรอบเดือน



รูปที่ 2.3 แสดงกายวิภาคของมดลูกผนังของมดลูก

ที่มา : <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2015/02/GynUS08.jpg>

ปีกมดลูก หรือ ท่อนำไข่ (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

ปีกมดลูกหรือท่อนำไข่มี 2 ท่อ มีความยาวประมาณ 10 ซม. วางอยู่ขอบบนของ broad ligament ส่วนของ broad ligament ที่อยู่ติดกับท่อนำไข่มีชื่อเรียกว่า mesosalpinx ปลายด้านในของท่อนำไข่จะต่อกับมดลูก ส่วนปลายอีกข้างหนึ่งจะเปิดเข้าช่องเชิงกราน มีลักษณะเป็นปากแตรเรียกว่า fimbria

fimbria ทำหน้าที่โบกไข่เข้าสู่ท่อมดลูก ข้อเสียของการที่ปลายท่อนำไข่เปิดเข้าสู่ช่องเชิงกรานคือ เป็นทางนำเชื้อโรคจากภายนอกร่างกายเข้าสู่ช่องเชิงกรานทำให้เกิดการอักเสบหรือติดเชื้อของปีกมดลูก ท่อนำไข่ แบ่งเป็นส่วนต่างๆดังนี้

1. isthmus เป็นส่วนที่ติดกับมดลูกของมดลูก เป็นส่วนที่แคบมากและสั้นสุด
2. ampulla เป็นส่วนที่กว้างและยาวที่สุด เป็นบริเวณที่เหมาะสมสำหรับการปฏิสนธิ
3. infundibulum เป็นส่วนปลายทางด้านข้างโค้งไปสู่อังไข่ ตอนปลายจะแตกเป็นแฉกๆเรียกว่า fimbriae

รังไข่ (ovary) (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

รังไข่ทำหน้าที่สำคัญ 2 ประการคือ สร้างเซลล์ไข่ (oogenesis) และสร้างฮอร์โมนเพศหญิง ผู้หญิงสร้างเซลล์ไข่เดือนละ 1 ใบจากเซลล์ไข่ตั้งต้นโอโอโกเนีย (oogonia) ซึ่งมีจำนวนคงที่

รังไข่มี 1 คู่ รูปร่างรีแบน ขนาดยาว 2.5-5 ซม. กว้าง 1.5-3 ซม. รังไข่จะอยู่ในแอ่งชื่อ ovarian fossa แขนงจากด้านข้างของผนังเชิงกรานโดย suspensory ligament of ovary ซึ่งภายใน ligament นี้ จะมีหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และเส้นประสาทที่มาสู่อังไข่ รังไข่จะยึดติดกับมดลูกด้วย Ovarian ligament นอกจากนี้ยังห้อยติดกับเยื่อช่องท้องที่คลุมมดลูกไว้ด้วย mesovarium รังไข่จะถูกปกคลุมด้วยเยื่อผิวชนิดพิเศษ เรียกว่า germinal layer หรือ germinal epithelium มีลักษณะเป็นเซลล์เยื่อบุรูปร่างลูกบาศก์ ใต้ต่อชั้นนี้เป็นชั้น stroma ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อและไข่ (ova) ในระยะต่างๆ

เนื้อรังไข่จะมี 2 ชั้นคือ

1. รังไข่ชั้นนอก (cortex) ประกอบด้วยถุงไข่ที่เจริญอยู่ในชั้นต่างๆ ได้แก่ ถุงไข่อ่อน (primordial follicle) ถุงไข่ปฐมภูมิ (Primary follicle) ถุงไข่ทุติยภูมิ (Secondary follicle) และถุงไข่ที่เจริญเต็มที่ที่กราฟิเยน (Graffian follicle) รวมทั้งคอร์ปัสลูเทียม (Corpus luteum)

1.1. ถุงไข่อ่อน (primordial follicle) ประกอบด้วยเซลล์ไข่ (oocyte) ซึ่งถูกล้อมรอบด้วยเซลล์ แกรนูโลซา (granulosa) เซลล์อยู่ในระยะ prophase ของการแบ่งตัวแบบไมโอซิส (meiosis) ครั้งที่ 1 และไม่เจริญต่อจากขั้นนี้ เนื่องจากสารยับยั้งการเจริญ (meiosis inhibiting factor) ซึ่งหลังจากเซลล์แกรนูโลซา การแบ่งตัวจะดำเนินการต่อเมื่อเข้าสู่วัยแรกรุ่นเท่านั้น

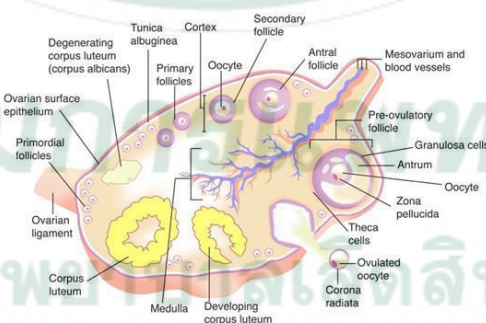
1.2. ถุงไข่ปฐมภูมิ (primary follicle) เซลล์ไข่เจริญขึ้น ถูกล้อมรอบด้วยเซลล์แกรนูโลซา เซลล์แกรนูโลซานี้มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและมีตัวรับสัญญาณ FSH (FSH receptor) เซลล์ไข่หลังสารไกลโคโปรตีนทำให้เกิดชั้นโนนา เพลลูซิดา (zona pellucida) แยกเซลล์ไข่ออกจากเซลล์แกรนูโลซา

1.3. ถุงไข่ทุติยภูมิ (secondary follicle) เซลล์ไข่จะเจริญเติบโตเต็มที่ เซลล์แกรนูโลซามีหลายชั้น เซลล์มีเซนไคม์ (Mesenchymal cells) ที่ล้อมรอบถุงไข่อ่อน มีเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ทีคา (theca) ในชั้นที่คานี้มีตัวรับสัญญาณของ LH (LH receptor) และจะมีเลือดมาเลี้ยงเซลล์ไข่ และเซลล์ไข่ที่อยู่ในถุงนี้แบ่งตัวแบบไมโอซิสต่อ และอยู่ในขั้นเมทาเฟส (metaphase)

1.4. ถุงไข่กราฟเฟียน (graaffian follicle) เป็นถุงไข่ที่เจริญเต็มที่ เซลล์แกรนูโลซาเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีการสะสมของของเหลวในถุงไข่ (follicular fluid) ทำให้เกิดเป็นช่องเหลวตรงกลางเรียกว่า แอนทรัม (antrum) เซลล์ถุงไข่กราฟเฟียนแบ่งตัวแบบไมโอซิสถึงขั้นเมทาเฟส (metaphase) และจะไม่เจริญต่อจนกว่าจะได้รับการผสมกับอสุจิ

ของเหลวในถุงไข่ (follicular fluid) ประกอบด้วยโปรตีน ฮอร์โมนเพศ (FSH และ LH) และเอนไซม์ต่างๆ เช่น พลาสมีน (plasmin) คอลลาจีเนส (collagenase) เปปติเดส (peptidase) และไฮยาลูโรนิเดส (hyaluronidase) ที่สำคัญคือ พลาสมีนและ คอลลาจีเนส ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นเอนไซม์ที่ทำให้ถุงไข่อ่อนตัว เป็นผลทำให้เกิดการตกไข่เด็กแรกคลอด รังไข่จะมีถุงไข่อ่อนประมาณ 2 ล้านใบ แต่เนื่องจากไข่ไม่มีการแบ่งตัวและการฝ่อเกิดขึ้นตลอดเวลา เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จะมีไข่เหลือประมาณ 4 แสนใบ จากจำนวนนี้ทั้งหมดจะมีเพียง 400 ใบเท่านั้น ที่เจริญไปเป็นถุงไข่กราฟเฟียน ในแต่ละเดือนจะมีการตกไข่เพียง 1 ใบ จากรังไข่ทั้งสองข้างสลับกัน

2. รังไข่ชั้นใน (medulla) มีหลอดเลือดและเส้นประสาทมาเลี้ยง



รูปที่ : 2.4 แสดงรังไข่แบ่งเป็น 2 ซีก แสดงชั้น Cortex และ Medulla

ที่มา : <https://media.geeksforgeeks.org/wp-content/uploads/20240319132216/ovary-diagram.jpg>

เนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดา (benign ovarian tumor)

ความหมาย (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

เนื้องอกรังไข่หมายถึง เนื้องอกรังไข่ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติเนื่องจากเสียสมดุลระหว่างการแบ่งตัวใหม่และการตายของเซลล์ เนื้องอกชนิดนี้เป็นสาเหตุของก้อนในอุ้งเชิงกรานสตรีที่พบบ่อยรองจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก พบว่าช่วงสตรีแต่ละวัยมีความสำคัญต่อระบาดวิทยาของโรคเช่น ในเด็กหญิงและสตรีวัยรุ่นพบเนื้องอกรังไข่ชนิด germ cell tumors ประมาณ 1/2 หรือ 2/3 ของเนื้องอกรังไข่ทั้งหมดที่พบในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในขณะที่สตรีวัยเจริญพันธ์พบประมาณร้อยละ 80-85 และส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ร้ายแรงสำหรับสตรีวัยหมดระดู พบว่าเนื้องอกรังไข่จะกลายเป็นมะเร็งได้มากถึงร้อยละ 50

สาเหตุ (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าเป็นเพราะรังไข่เป็นอวัยวะที่ประกอบด้วยเซลล์หลายเซลล์ ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของเนื้องอกและมะเร็งได้มากมายหลายชนิด

พยาธิสภาพของเนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดา แบ่งออกเป็น 2 ชนิดดังนี้ (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

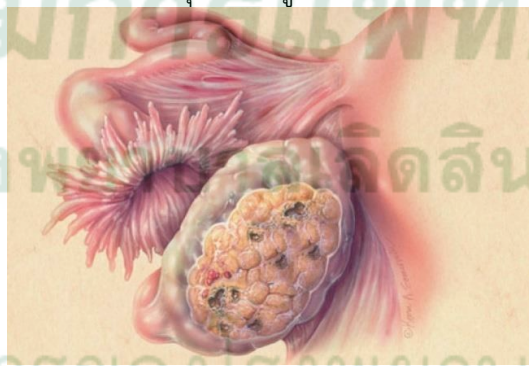
1. non-neoplastic tumor เป็นเนื้องอกที่มีลักษณะเป็นซีส (cyst) ส่วนใหญ่จะไม่ลุกลามเป็นมะเร็งประกอบไปด้วย ถุงน้ำที่เกิดจากการทำงานของรังไข่ (functional cyst)

1.1. follicle cyst เกิดจากความผิดปกติในการดูดซึมกลับของของเหลวในฟองไข่ พบมากในสตรีวัยรุ่นและวัยเจริญพันธ์ ลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่าจะเป็นถุงน้ำใสๆ ผนังบาง มีรังไข่โตข้างเดียว ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการและหายได้เองภายใน 2 เดือน ถ้ามีอาการอาจเกิดจากการบิดของขั้วหรือการแตกของถุงน้ำหรือมีความผิดปกติของระดู

1.2. corpus luteum cyst มีลักษณะเป็นก้อนน้ำที่เกิดภายหลังการตกไข่ ก้อนอาจมีขนาดเล็กหรือโตได้ถึง 10 เซนติเมตร มีรังไข่โตข้างเดียว หากก้อนถุงน้ำแตกอาจทำให้มีการเสียเลือดในช่องท้อง (hemoperitoneum) และมีอาการปวดท้องอย่างฉับพลัน

1.3 theca lutein cyst มีลักษณะเป็นถุงน้ำขนาดเล็ก พบได้ที่รังไข่ทั้งสองข้าง ถุงน้ำชนิดนี้จะสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไข่ปลาคอหมู (molar pregnancy) และมะเร็งเนื้อรก (GTD)

1.4 polycystic ovary มีลักษณะเป็นถุงน้ำเล็กๆ จำนวนมากที่รังไข่ทั้งสองข้าง พบมากในสตรีอายุน้อยเฉลี่ย 20 ปี มักมีอาการขาดระดู รอบระดูห่าง มีบุตรยาก ค่อนข้างอ้วน มีขนดก ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้มาก



รูปที่ 2.5 : แสดงเนื้องอกรังไข่ (Ovarian Tumor)

ที่มา : <https://www.bim100apco.com/images/content/original-1527754537837.jpg>

2. neoplastic tumor เนื้องอกชนิดนี้สามารถลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ ได้แก่(วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

2.1. serous cystadenoma มีลักษณะเป็นถุงน้ำเดี่ยว ผนังบางเรียบภายในบรรจุของเหลวใสหรือขุ่นเล็กน้อย มีขนาดแตกต่างกันไป โดยเฉลี่ยจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร อาจพบ papillary projections ที่ผนังด้านในหรือด้านนอกของก้อนได้ พบมากในสตรีอายุประมาณ 30-50 ปี เนื้องอกชนิดนี้กลายเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 2

2.2. mucinous cystadenoma ก้อนมีลักษณะเป็นผิวเรียบ มีผนังหนาและขุ่นเรียกว่า multiloculation ภายในบรรจุน้ำเมือกเหนียว เนื้องอกชนิดนี้มีขนาดใหญ่มาก มักพบข้างเดียว สามารถกลายเป็นมะเร็งได้ ร้อยละ 5-10

2.3. benign cystic teratoma (dermoid cyst) พบได้ร้อยละ 20 ของเนื้องอกรังไข่ ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 3 ชั้นของร่างกาย เช่น ectoderm, mesoderm, endoderm ลักษณะที่เห็นตาเปล่าจะเป็นถุงน้ำขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 15 เซนติเมตร ผิวเรียบเป็นมัน มีผนังหนา บุด้วยเยื่อชนิด squamous ภายใต้เยื่อบุนี้จะเป็นต่อมเหงื่อและต่อมไขมัน ภายในถุงน้ำจะเป็นของเหลวที่ขับออกมาจากต่อมเหงื่อและต่อมไขมัน มีลักษณะเป็นไขมันชั้น เหนียว สีเหลือง เรียกว่า sebum อาจพบเส้นผมเป็นกระจุก ฟัน กระจุกอ่อน รวมกันอยู่ในถุงน้ำ เนื้องอกชนิดนี้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 5 ที่เรียกว่า squamous cell carcinoma

อาการและอาการแสดง (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

1. ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการใด ๆ แพทย์อาจคลำพบก้อนเนื้องอกโดยบังเอิญจากการตรวจภายใน หรือจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในอุ้งเชิงกราน

2. อาการที่เกิดจากการกด เบียด อวัยวะข้างเคียงในอุ้งเชิงกราน เช่น ปัสสาวะบ่อยขึ้น ท้องผูก หรือรู้สึกถ่วงบริเวณท้องน้อย พบมากในกรณีที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่

3. ท้องโตขึ้น เกิดจากเนื้องอกมีขนาดใหญ่หรือมีน้ำในช่องท้องมากขึ้น

4. อาการปวดท้องเฉียบพลัน จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยมีสาเหตุมาจาก

4.1. การบิดของซั้ว (torsion) พบได้ประมาณร้อยละ 16 ของเนื้องอก โดยเฉพาะเนื้องอกรังไข่ที่มีก้านยาวเช่น dermoid cyst การบิดของซั้วในระยะแรกจะทำให้มีเลือดคั่งและเนื้อเยื่อวมเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวด หากการบิดของซั้วยังดำเนินต่อไป จะทำให้เกิดการขาดเลือดมีอาการปวดท้องน้อย มีไข้แต่ไม่สูงมาก คลื่นไส้ อาเจียน กดเจ็บที่ท้องน้อยส่วนล่างร่วมกับการมี guarding และ rigidity ตรวจภายในพบก้อนที่ปึกมดลูกและกดเจ็บ ถ้าเป็นข้างขวาอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน จึงต้องวินิจฉัยแยกโรคให้ได้

4.2. การแตก (rupture) พบมากใน corpus luteum cyst แต่พบน้อยใน dermoid cyst เพราะมีผนังหนากว่าทำให้แตกยาก ยกเว้นในกรณีที่มีการบิดของซั้วจนขาดเลือดและทำให้ผนังมีรูรั่วจนกระทั่ง sebum ไหลออกมาอยู่ในช่องท้อง หากเป็นเช่นนี้จะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง (peritonitis) และมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงในเวลาต่อมา

4.3. การติดเชื้อ (infection) ในกรณีที่มีการบิดของซั้วจนขาดเลือด จะทำให้มีการตายของเนื้อเยื่อ (gangrene) และการติดเชื้ออุ้งเชิงกรานอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีไข้ ชีพจรเต้นเร็ว ปวดท้องน้อย ร่วมกับตรวจพบก้อนในอุ้งเชิงกราน

4.4. การตกเลือดในก้อนหรือภายในช่องท้อง (hemoperitoneum) จากการแตกของซิสต์เล็ก ๆ ทำให้ขนาดของก้อนโตขึ้นและกดเจ็บที่ก่อนมาก

5. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด สาเหตุเกิดจาก hormone – producing ovarian tumor

6. การอุดตันลำไส้และหลอดไต เพราะมีการขยายลุกลามของเนื้องอกทำให้ลำไส้ติดกัน นอกจากนี้ยังอาจพบอาการทั่วไป เช่น ท้องอืดท้องเฟ้อ เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้องได้

การวินิจฉัย (วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ,2556)

1. ประวัติ อาการและอาการแสดง การตรวจภายใน (per vaginal examination)

2. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasonography) โดยผ่านทางหน้าท้องหรือช่องคลอด วิธีนี้ช่วยแยกประเภทของก้อนที่พบในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งขนาดและลักษณะของก้อนเนื้องอก

3. การส่องกล้องตรวจทางหน้าท้อง (Laparoscopy) ช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยเฉพาะในรายที่มีอายุน้อย ก้อนเนื้อไม่โตมาก และไม่ใช่มะเร็ง

4. การตรวจหา Tumor markers ในรายที่ไม่แน่ใจว่าก้อนในท้องเป็นมะเร็งหรือไม่

5 การตรวจด้วย Computerized tomography (CT scan)

การรักษา

1. การรักษาที่ไม่ต้องผ่าตัด เนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดาส่วนหนึ่งเป็น functional cyst ที่พบได้ในทุกช่วงอายุ แต่จะพบมากในวัยเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการและหายไปเองภายใน 4-8 สัปดาห์ หากตรวจพบถุงน้ำเดี่ยวในสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยไม่มีอาการใดๆ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 8 เซนติเมตร ไม่จำเป็นต้องผ่าตัด แต่ใช้เฝ้าสังเกตอาการทุก 2-3 เดือน แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม เพื่อเป็นการรักษาแบบประคับประคอง

2. การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีนี้มีความจำเป็นดังต่อไปนี้

- ในรายที่มี solid ovarian tumor หรือมีลักษณะของก้อนเนื้องอกที่สงสัยมะเร็ง เช่น multiseptated cyst จากการทำ ultrasonography หรือสตรีในวัยหมดถดูที่มี ovarian mass

- ในรายที่ก้อนเนื้องอกมี solid areas หรือมี ascites ร่วมด้วย

- ในรายที่มี ovarian cyst ขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 8 เซนติเมตร หรือในรายที่มีขนาดของก้อนคงที่หรือเพิ่มขนาดขึ้น ภายหลังเฝ้าสังเกตอาการเป็นเวลา 2-3 เดือน

- ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น การหมุนบิดของขั้ว การแตก การติดเชื้อ มีเลือดออกในก้อนเนื้องอกหรือภายในช่องท้อง

การรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถทำได้หลายวิธีได้แก่ (ดำรง ตรีสุโกศล ,2547 สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์ ,2544 อ่างไฉ นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)

2.1. ovarian cystectomy เป็นการตัดเฉพาะถุงน้ำออกเท่านั้น นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยหรือต้องการมีบุตร

2.2 unilateral salpingo-oophorectomy เป็นการตัดรังไข่และท่อนำไข่ข้างเดียว โดยเฉพาะข้างที่มีพยาธิสภาพ นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย หรือต้องการมีบุตร

2.3 total abdominal hysterectomy with salpingo-oophorectomy เป็นการตัดมดลูก รังไข่ และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 45 ปี หรือมีเนื้องอกรังไข่ทั้งสองข้าง

การรักษาโดยการผ่าตัด total abdominal hysterectomy with salpingo-oophorectomy

abdominal hysterectomy เป็นการผ่าตัดที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคทางนรีเวช ที่พบบ่อย ได้แก่ การผ่าตัดเนื้องอกของมดลูก การผ่าตัดเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ และการผ่าตัดมะเร็งทางนรีเวช ซึ่ง abdominal hysterectomy ถือเป็นทางเลือกหนึ่งในการผ่าตัดมดลูกซึ่งในอดีตเป็นที่นิยมนอกเหนือจากการตัดมดลูกทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) ในปัจจุบันการแพทย์มีความก้าวหน้าไปมากและมีการพัฒนาเทคโนโลยี ได้มีการคิดค้นเทคนิคการผ่าตัดที่มีความทันสมัย ทำให้เกิดช่องทางการผ่าตัดใหม่ๆ ที่แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง ได้แก่ การตัดมดลูกโดยใช้กล้องส่องทางช่องท้อง (laparoscopic hysterectomy) หรือ การตัดมดลูกโดยใช้หุ่นยนต์ช่วย (robot-assisted hysterectomy) เพื่อลดภาวะการเกิดทุพพลภาพ (morbidity) อัตราการตาย (mortality) ลดระยะเวลาพักฟื้น ค่าใช้จ่าย และลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ abdominal hysterectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ จึงทำให้การทำ abdominal hysterectomy ในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีข้อจำกัดในการผ่าตัด vaginal และ laparoscopic hysterectomy, Abdominal hysterectomy ยังคงเป็นทางเลือกมาตรฐานที่มีความสำคัญและในหลายพื้นที่ยังคงมีสัดส่วนการผ่าตัด abdominal hysterectomy มากที่สุดในปัจจุบันเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ (พัชรี เรื่องเจริญ, 2560) ได้เรียบเรียงรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูกทางหน้าท้องดังนี้

ประเภทของการผ่าตัดมดลูก

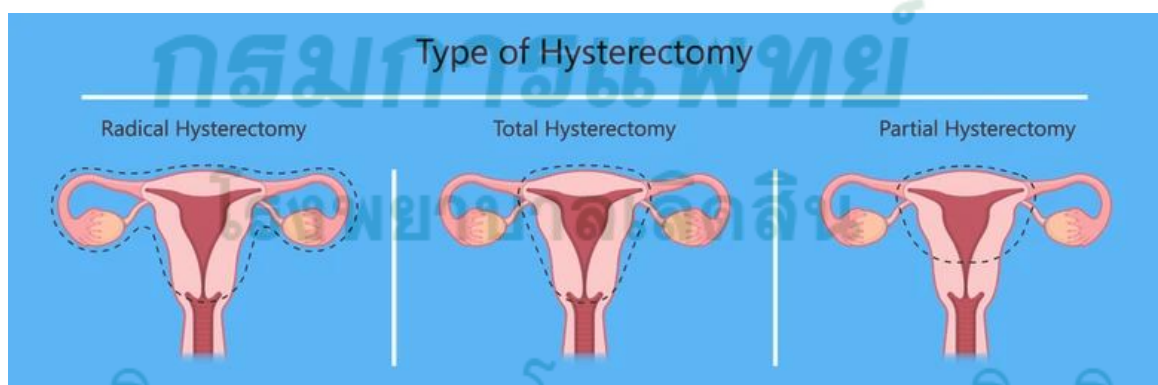
แบ่งตามช่องทางการผ่าตัด

- 1 Abdominal hysterectomy การตัดมดลูกทางหน้าท้อง
- 2 Vaginal hysterectomy การตัดมดลูกทางช่องคลอด
- 3 Laparoscopic hysterectomy การตัดมดลูกโดยใช้กล้องส่องทางหน้าท้อง
- 4 Robotic hysterectomy การตัดมดลูกโดยใช้หุ่นยนต์

แบ่งตามเนื้อเยื่อที่ตัด

- 1 Total hysterectomy การตัดออกทั้งมดลูกและปากมดลูก
- 2 Partial hysterectomy การตัดออกเฉพาะมดลูก คงเหลือปากมดลูกไว้
- 3 Radical hysterectomy การตัดมดลูกรวมทั้ง uterosacral ligament , cardinal ligament และ

ส่วนบนของช่องคลอดออก



รูปที่ 2.6 : ชนิดของการผ่าตัดมดลูก

ที่มา : <https://atlas.pelvic.anatomy.gynecologic.surgery>

การประเมินก่อนการผ่าตัด (preoperative evaluation)

1. คำแนะนำก่อนการผ่าตัด (preoperative counseling)
 - 1.1 ผู้ป่วยและครอบครัวรับฟังการให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด
 - 1.2 อธิบายถึงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดมดลูกในครั้งนี้
 - 1.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง
 - 1.4 ให้เหตุผลการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในครั้งนี้มีข้อดีกว่าวิธีอื่นอย่างไรบ้าง
 - 1.5 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยวิธีอื่นๆ
 - 1.6 ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการรักษา (informed consent) โดยเอกสารฉบับนั้นควรเป็นภาษาที่ชัดเจนและสามารถอ่านแล้วเข้าใจได้โดยง่าย
2. ประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด (Risk evaluation)
 - 2.1 ประเมินสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น หากมีโรคประจำตัวที่รุนแรง ควรส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อช่วยประเมินและให้การรักษาที่เหมาะสมก่อนการผ่าตัด
 - 2.2 ประเมินความเสี่ยงของการดมยาสลบ อาจจะต้องส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์
 - 2.3 ประเมินภาวะช็อค และแก้ไขภาวะช็อค โดยการให้เลือดก่อนการผ่าตัด
 - 2.4 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน (venous thromboembolism) ได้แก่ อายุ โรคลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (thrombophilias) ภาวะอ้วน สูบบุหรี่ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด การรักษาด้วยฮอร์โมน
3. การวางแผนการผ่าตัด
 - 3.1 การลงแผลผ่าตัด แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวแผลผ่าตัด ถ้าหากมีแผลผ่าตัดเดิมให้ลงตามแนวแผลเดิม
 - 3.2 การผ่าตัดรังไข่ (prophylactic oophorectomy) คือการตัดรังไข่ที่ฝังปีกตอกออกในขณะที่ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง มีประโยชน์ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งรังไข่ (ovarian cancer) และมะเร็งเต้านม (breast cancer) ในอนาคต ได้แก่ BRCA 1 or BRCA 2 gene mutation ประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งเต้านม
 - 3.3 การตัดปากมดลูก (supracervical total hysterectomy)

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (perioperative preparation)

- ซักประวัติและตรวจร่างกายทุกระบบ โดยเฉพาะการตรวจภายใน (pelvic examination)
- ปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับการวางยาสลบด้วยวิธีไหน อย่างไร และควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ
- ปรึกษาอายุรแพทย์ในกรณีมีโรคประจำตัวที่รุนแรงหรือมีปัญหาทางอายุรกรรม
- ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญก่อนการผ่าตัด เช่น ผลการตรวจครรภ์ ผลการตรวจ PAP smear และ HPV test ถ้าสุด ค่าความเข้มข้นของเลือด

การป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (prevention of surgical site infection)

1. ให้อาบน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ (Intravenous antibiotics) โดยการให้อาบน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ ช่วงเวลาที่เหมาะสมคือ 1 ชั่วโมงก่อนลงมีด โดยตัวยาที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก (first line drug) คือ cefazolin ขนาด 2 กรัม โดยเพิ่มขนาดเป็น 3 กรัมในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากกว่า 120 กิโลกรัม ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาในกลุ่ม cephalosporin, penicillin แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มที่ 2 (secondary line drug) คือการรวมกันระหว่าง clindamycin หรือ metroidazole กับ gentamicin หรือ aztreonam (American Society of Health System Pharmacists (ASHSP),2017

2. การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด (skin preparation)

2.1 ให้ผู้ป่วยอาบน้ำทั่วตัวในคืนก่อนวันผ่าตัดที่จะผ่าตัดด้วยสบู่ธรรมดาหรือสบู่ที่มีส่วนผสมของสารฆ่าเชื้อ

2.2 การกำจัดขนบริเวณแผลผ่าตัดนั้น ไม่แนะนำให้ทำก่อนการผ่าตัดทุกราย แนะนำให้ทำในรายที่จำเป็นคือ รบกวนบริเวณแผลผ่าตัด โดยแนะนำให้ใช้เบตเตอร์เรียน (Electric clipper) แทนที่จะใช้การโกน เพราะการโกน เพิ่มโอกาสแผลติดเชื้อ และทำการกำจัดขนทันทีก่อนจะผ่าตัด

2.3 บริเวณแผลผ่าตัดแนะนำให้ใช้ 4% Chlorhexidine gluconate solution ร่วมกับ 70% Isopropyl alcohol พบว่าการใช้ chlorhexidine alcohol ดีกว่าการใช้ povidone -Iodine และ Iodine-alcohol

2.4 vaginal Preparation การทำความสะอาดช่องคลอด สามารถใช้ได้ทั้ง 4% Chlorhexidine gluconate และ Povidone -Iodine solution การศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของการป้องกันการติดเชื้อ ถ้าหากผู้ป่วยแพ้ สามารถใช้ normal saline แทนได้

การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism prophylaxis)

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism ; VTE) ความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งอวัยวะที่เกิด ซึ่งที่สำคัญได้แก่ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก (deep vein thrombosis ; DVT) และลิ่มเลือดอุดตันบริเวณที่ปอด (pulmonary embolism ; PE) gynecologic surgery ถือเป็นความเสี่ยงปานกลางในการเกิด venous thromboembolism ซึ่ง American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) และ American College of Chest Physicians(ACCP) ได้ให้ คำแนะนำ เกี่ยวกับ แนวทางป้องกันการเกิด Thromboembolism ใน Gynecologic surgery โดยการป้องกันการเกิดมี 2 วิธีคือ การใช้แรงเชิงกล (mechanical measure) ได้แก่ compression stocking , intermittent pneumatic compression (IPC) ส่วนอีกวิธีคือการใช้ยา (Pharmacologic) ได้แก่ low dose unfractionated heparin (UHF), low molecular weight heparins (LMWH)

เทคนิคการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (Surgical techniques for abdominal hysterectomy)

1. position จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายบนเตียง ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง

2. vaginal and Perineum preparation ใช้ Antiseptic solution ทำความสะอาดบริเวณ Vaginal and perineum และใส่สายสวนปัสสาวะ

3. abdominal preparation ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณท้องตั้งแต่บริเวณ Xyphoid จนถึง Anterior thigh ของขาทั้งสองข้าง โดยใช้ Antiseptic scrub แล้วตามด้วย Antiseptic solution โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที

4. skin incision การลงแผลผ่าตัด โดยทั่วไปการทำ Abdominal hysterectomy for benign disease จะลงแผลผ่าตัดแบบ Low transverse incision เพราะมีความแข็งแรงและสวยงาม แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดเดิม ให้ลงแผลตามแนวผ่าตัดเดิมของผู้ป่วย ในกรณีที่เป็น malignant disease มักลงแผลผ่าตัดแบบ Low middle line incision เพื่อให้สามารถมองเห็นความผิดปกติอื่นๆในช่องท้องได้ชัดเจนมากขึ้น

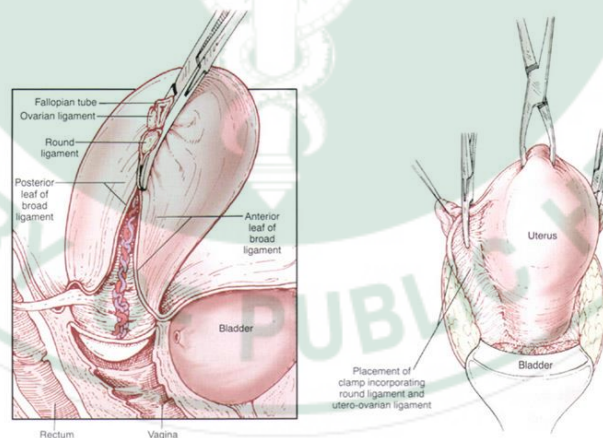
5. abdominal exploration เมื่อเปิดเข้าไปในช่องท้องควรมองหาความผิดปกติของอวัยวะต่างๆในช่องท้อง โดยอาจรวมถึงอวัยวะที่อยู่ในช่องท้องส่วนบน ได้แก่ liver, gall bladder, spleen, kidney, bowel, retroperitoneal lymph node ในกรณีของมะเร็ง นอกจากนี้เมื่อเปิดเข้าไปในช่องท้องควรปรับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะลงต่ำเล็กน้อย

(tenderlenburg position) เพื่อลดการรบกวนของลำไส้ต่อบริเวณที่จะทำการผ่าตัด

6. retractor choice and placement retractor (เครื่องมือช่วยถ่างขยายแผลผ่าตัด) ที่ใช้บ่อยในการผ่าตัด abdominal hysterectomy คือ balfour ส่วน bookwalter retractor จะใช้ในคนที่อ้วนมาก

7. Hysterectomy technique (Jones H W and J A Rock ,2015)

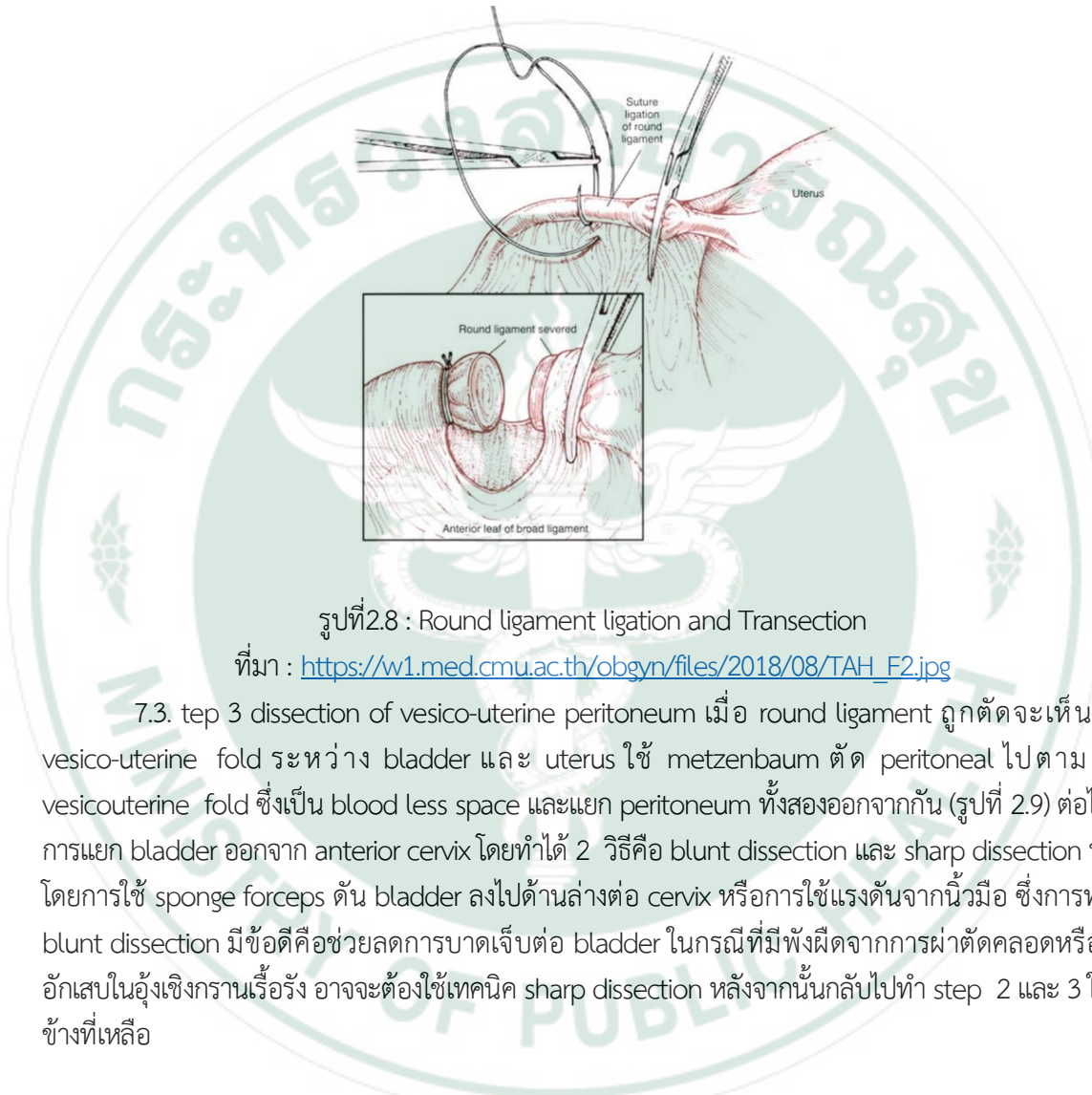
7.1. step 1 elevation of the uterus ใช้ kocher clamps จับ round ligament and utero-ovarian ligaments บริเวณใกล้กับ cornu of uterus ทั้งสองข้างให้แน่นและดึงมดลูกขึ้นจาก pelvis (รูปที่2.7)



รูปที่:2.7 Elevation of the uterus

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F1.jpg

7.2. step 2 round ligament ligation and transection ดึง uterus ไปด้านตรงข้ามที่จะทำ round ligament ligation and transection เพื่อให้ round ligament ด้านนั้นๆดึงง่ายต่อการทำหัตถการ ใช้ heaney clamp หรือ Kocher clamps ตัวแรก จับ round ligament และใช้ heaney clamps ตัวที่ 2 จับ round ligament บริเวณที่ใกล้กับ Uterus โดยแยก fallopian tube, utero-ovarian ligaments ออกไป และทำการผูก round ligament ด้วย suter ligation โดยใช้ number 1 vicryl และใช้ mayo scissor ตัดระหว่าง clamps ทั้งสอง จนเห็นแนวแยกของ broad ligament เป็น 2 ส่วน คือ anterior and posterior leaf of broad ligament (รูปที่ 2.8)

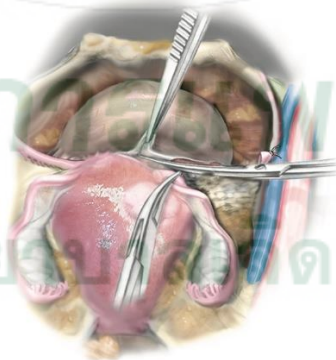


รูปที่ 2.8 : Round ligament ligation and Transection

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F2.jpg

7.3. tep 3 dissection of vesico-uterine peritoneum เมื่อ round ligament ถูกตัดจะเห็นแนว vesico-uterine fold ระหว่าง bladder และ uterus ใช้ metzenbaum ตัด peritoneal ไปตามแนว vesicouterine fold ซึ่งเป็น blood less space และแยก peritoneum ทั้งสองออกจากกัน (รูปที่ 2.9) ต่อไปคือการแยก bladder ออกจาก anterior cervix โดยทำได้ 2 วิธีคือ blunt dissection และ sharp dissection ทำได้โดยการใช้ sponge forceps ดัน bladder ลงไปด้านล่างต่อ cervix หรือการใช้แรงดันจากนิ้วมือ ซึ่งการทำวิธี blunt dissection มีข้อดีคือช่วยลดการบาดเจ็บต่อ bladder ในกรณีที่มีพังผืดจากการผ่าตัดคลอดหรือการอักเสบในอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง อาจจะต้องใช้เทคนิค sharp dissection หลังจากนั้นกลับไปทำ step 2 และ 3 ในอีกข้างที่เหลือ

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลศิริราช

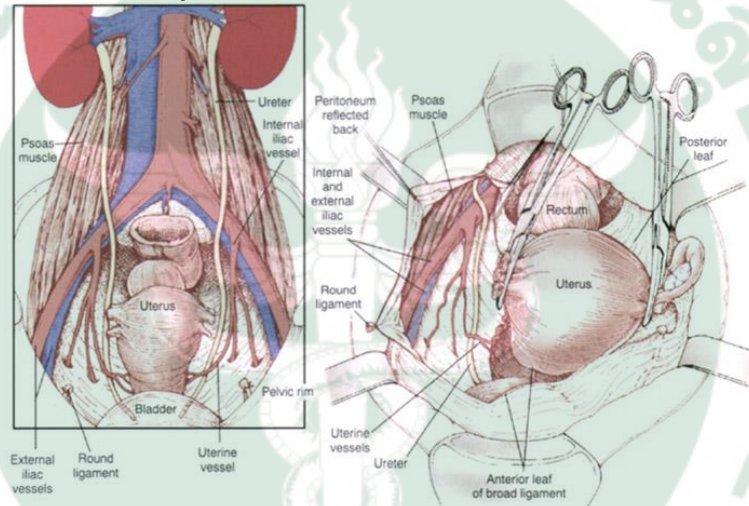


รูปที่ 2.9: Dissection peritoneum of vesico-uterine fold

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F3.jpg

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลศิริราช

7.4. step Ureter identification ต่อไปทำการ dissect anterior and posterior leaf of broad ligament ซึ่งข้างใต้ต่อ broad ligament เป็น Loose areolar tissue เมื่อ dissect เข้าไปจะมองเห็นทางด้าน Lateral เป็นตำแหน่งของ infundibulopelvic ligament and iliac vessel , external iliac artery จะวางตัวอยู่ medial aspect ต่อ Psoas muscle สามารถมองเห็นชัดเจนโดยการ blunt dissect loose alveolar tissue เมื่อไล่ตาม external iliac artery จะขึ้นไปพบกับ common iliac artery โดยมี Ureter ข้ามผ่าน common iliac artery และวางตัวอยู่ในแนวเดียวกับ medial leaf of the bord ligament (รูปที่ 2.10)



รูปที่ 2.10 : Ureter identification

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F4.jpg

7.5. step utero-ovarian vessel and ovarian vessel (Infundibulopelvic ligament) ligation ในกรณีที่ต้องการเก็บรังไข่ไว้ (ovarian preservation) ใช้ heaney clamps จับบริเวณ utero-ovarian ligament and fallopian tube และตัดแยก หลังจากนั้นผูก double ligation โดยใช้ number 1 vicryl ในกรณีที่ไม่ต้องการเก็บรังไข่ไว้ ใช้ heaney จับบริเวณ Infundibulopelvic ligament และตัดแยก (รูปที่ 2.11) หลังจากนั้นผูก double ligation โดยใช้ number 1 vicryl ข้อควรระวังในขั้นตอนนี้คือ เนื่องจากตำแหน่ง anatomy ใกล้เคียงกับ ureter จึงเป็นตำแหน่งที่ injury ต่อ ureter ได้บ่อย ตำแหน่งอื่นๆที่พบ ureteric injury ได้บ่อยเช่นกันคือ ตอนทำ Uterine artery ligation และตอนตัดเปิดเข้าสู่ Vaginal fornix



รูปที่ 2.11 : Utero-ovarian ligament transection

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F5.jpg

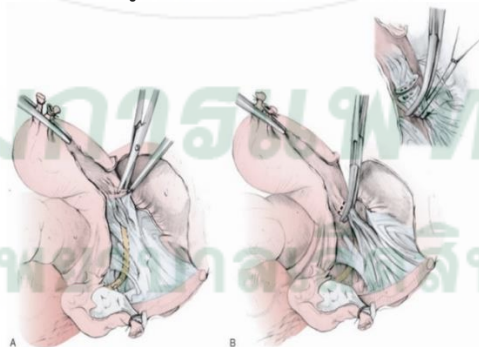
7.6. step 6 bladder mobilization ใช้ metzenbaum scissor or bovie ตัดเลาะแยก bladder ออกจาก lower uterine segment and cervix ให้ Bladder free และสามารถ move ได้ง่าย



รูปที่ 2.12 : A the infundibulopelvic ligament is double clamps , and the ovarian vessels are cut between the clamps. : B the proximal pedicle is ligated with suture ligation

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F7.jpg

7.7. step 7 uterine vessel ligation ยกมดลูกและดึงไปในด้านตรงข้ามกับด้านที่จะทำ uterine vessel ligation เพื่อยึด lower ligament of uterus ให้ตึงและสามารถทำหัตถการดังกล่าวได้โดยง่าย ทำการตัด alveolar tissue บริเวณ uterine artery จะสามารถมองเห็น uterine artery ได้ชัดเจน โดยอยู่ในระดับเดียวกับ Internal cervical os และมองเห็น ureter ซึ่งอยู่ใกล้เคียงออกไปด้าน lateral เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บต่อ ureter ใช้ heaney clamps หนีบริเวณ uterine artery ที่อยู่บริเวณ junction ของ uterus and cervix ตัด และผูกด้วย number 1 vicryl (รูปที่ 2.13)

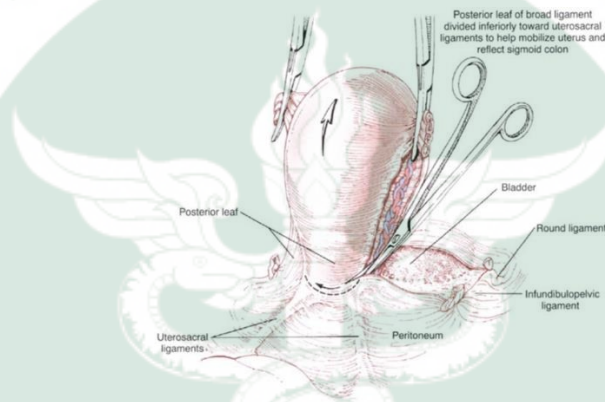


รูปที่ 2.13 A : the uterine vessels are skeletonized

B : ligation by double suture ligation

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F6.jpg

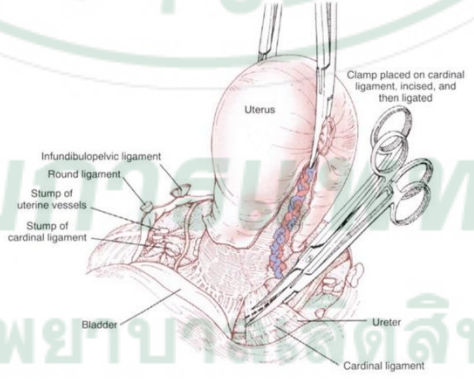
7.8 step 8 Incision of posterior peritoneum ตัดบริเวณ Posterior peritoneum เพื่อให้ posterior uterine segment หรือ cervix แยกออกจาก rectum ในบริเวณที่มีพังผืดจำนวนมากทำให้มีการยึดติดกันระหว่าง lower uterine segment / cervix กับ bladder/ rectum โดยจำเป็นต้องทำ sharp dissection เพื่อแยกสองส่วนออกจากกัน ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาเรื่อง bleeding ตามมา อาจต้องพิจารณาทำ supracervical hysterectomy (รูปที่ 2.14)



รูปที่ 2.14 : Incision of posterior peritoneum

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F8.jpg

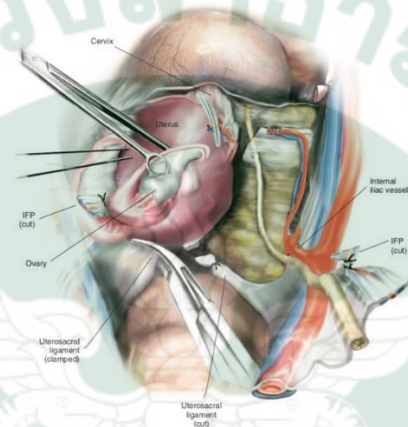
7.9 step 9 cardinal ligament ligation เมื่อ uterus ส่วนด้านหน้าแยกจาก bladder และด้านหลังแยกจาก rectum อย่างเป็นอิสระแล้ว ต่อไปจะเป็นการตัด cardinal ligament โดยใช้ kocher หรือ heaney clamps จับบริเวณ cardinal ligament ห่างจาก uterus ประมาณ 2-3 ซม. ให้ขนานไปกับ uterus ตัดและผูกด้วย number 1 vicryl จนลงไปถึง cervico-vaginal junction (รูปที่ 2.15) โดยในขั้นตอนนี้ต้องระวังการบาดเจ็บต่อ ureter ที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งห่างออกมาทางด้าน lateral เพียงเล็กน้อยเท่านั้น



รูปที่ 2.15 : cardinal ligament transection

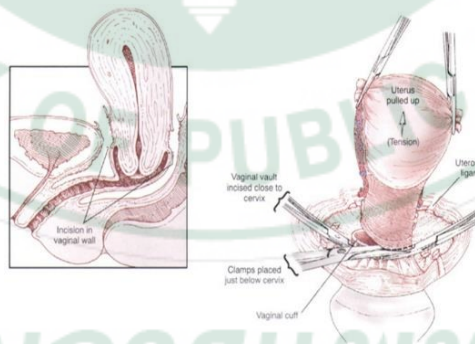
ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F9.jpg

7.10. step 10 uterosacral ligament ligation ใช้ clamps จับ uterosacral ligament ใกล้กับ uterus ตัดและผูกด้วย number 1 vicryl (รูปที่ 2.16)



รูปที่ 2.16 : Uterosacral ligament transection and ligation
ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F10.jpg

7.11. removal of the uterus ดึงมดลูกขึ้นจนได้ปลาย cervix ใช้ heaney หนีบบริเวณใต้ต่อ cervix ให้ชิดที่สุดเพื่อป้องกันการเกิด short vagina โดยหนีบเข้าหากันทั้งสองข้างให้ปลายของ clamps ทั้งสองมาชนกันตรงกลางและใช้ กรรไกรตัดเหนือ clamps และดึงมดลูกออกมา

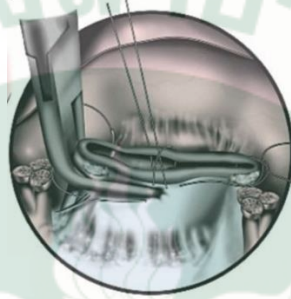


รูปที่ 2.17 : Incisional Vaginal vault closed to cervix and removal uterus
ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F11.jpg

7.12 vagina cuff closure เย็บปิดบริเวณตรงกลางของ vagina cuff ด้วยเทคนิค figure of eight

(รูปที่ 2.18) และเย็บเชื่อม cardinal และ uterosacral ligament กับ vagina cuff ด้วยเทคนิค heaney suture ligature ซึ่งช่วย support vagina apex มีการศึกษาพบว่า two layer technique vagina cuff closure ลดอัตราการเกิด vagina cuff dehiscence และ mesh exposure หลังจาก

sacrocolpopexy



รูปที่ 2.18 : The vagina cuff then is closed with a figure of eight suture in the middle

ที่มา : https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2018/08/TAH_F12.jpg

7.13. Irrigation and hemostasis ล้างทำความสะอาดภายในอุ้งเชิงกรานด้วย Normal saline ตรวจเช็จุดเลือด โดยเฉพาะบริเวณ padicle ถ้ามี active bleeding ให้ห้ามเลือดโดยการเย็บซ่อม หรือ electrocautery เช็ด bladder, Rectum และ ureter ก่อนทำการปิดช่องท้อง

7.14. abdominal closure ปัจจุบันการเย็บปิด peritoneum ไม่นิยมทำ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า เพิ่ม tissue trauma ได้ ทำการเย็บปิด fascia ด้วยเทคนิค running locking โดย number 1 vicryl หรือ monofilament delayed absorbable suture พบว่าช่วยลดการติดเชื้อและไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัด (surgical hernia) และเย็บปิดผิวหนังด้วย subcuticular suture

การดูแลหลังการผ่าตัด

1. สามารถเริ่มการรับประทานอาหารเหลวได้ตั้งแต่ว่าภายในวันแรกหลังผ่าตัด ถ้าหากการผ่าตัดนั้นไม่มีการบาดเจ็บต่อลำไส้ โดยมีการศึกษาพบว่า early feeding ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยง anastomosis leakage และการติดเชื้อหลังผ่าตัด และยังช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดอีกด้วย

2. การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว พบว่าช่วยลดหลอดเลือดดำอักเสบ (thrombophlebitis) และปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia)

3. โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 3-4 วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4. ห้ามยกของหนักมากกว่า 20 ปอนด์ (9 กก.) ภายใน 6 สัปดาห์

5. ห้ามมีเพศสัมพันธ์ภายใน 6 สัปดาห์ จนกว่าแผล vaginal cuff จะหายสมบูรณ์

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยใน Abdominal hysterectomy

1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด (Intraoperative complication)

1.1 การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ (bladder injury) พบได้บ่อยที่สุด 1- 2 %

1.2 บาดเจ็บต่อลำไส้ (bowel injury) พบ 0.1-1% โดยลำไส้ส่วนที่บาดเจ็บได้บ่อยคือ ลำไส้เล็ก (small bowel injury)

1.3 การบาดเจ็บต่อท่อไต ureter injury พบ 0.1-0.5 %

- 1.4 เลือดออกโดยเฉพาะส่วนของ uterine artery และ ovarian artery (Infundibulopelvic ligament)
- 2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด
 - 2.1 เต็มเลือดเนื่องจากเสียเลือดมากจากการผ่าตัด
 - 2.2 การติดเชื้อ ได้แก่ แผลติดเชื้อ (surgical wound infection) การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (pelvic infection) การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) และปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia)
 - 2.3 เกิดทางเชื่อมระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (Vesicovaginal fistula) พบได้น้อยประมาณ 0.1-0.2 %
 - 2.4 ปวดบริเวณแผลผ่าตัดเรื้อรังเนื่องจากการบาดเจ็บของ Iliioinguinal nerve และ Iliohypogastric nerve โดยเฉพาะในกรณีที่ใช้แผลแบบ Pfannenstiel incision

เนื้องอกรังไข่ชนิด low malignant potential (เลขานุ ใจพรหม,2013)

เนื้องอกรังไข่ชนิด low malignant potential (LMP) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งคือ borderline ovarian tumors เป็นเนื้องอกของ epithelial cell ที่มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนผิดปกติ วินิจฉัยโดยอาศัยทาง histology โดยจะพบลักษณะของ atypical proliferation แต่ไม่มี stroma invasion ของ atypical epithelial cell เหล่านั้นผ่าน basement membrane จึงถูกเรียกเป็น borderline tumor เกณฑ์การวินิจฉัยถือเอาตาม WHO classification of tumors of the breast and female genital organ ปี 2003

Histologic types ของ LMP ovarian tumor (เลขานุ ใจพรหม ,2013)

1. serous borderline ovarian tumor (serous LMP)

เป็น most common type ของสตรีแถบประเทศตะวันตก ส่วนประเทศไทยและทวีปเอเชีย พบ mucinous type ได้มากกว่า โดย 75 % ของผู้ป่วยในระยะที่ 1 สามารถเกิดกับรังไข่ทั้งสองข้างได้ประมาณ 25-50 %
2. mucinous borderline ovarian tumor (mucinous LMP)

เป็นอีก common type ที่พบรองลงมาจาก serous type เกือบ 90 % ของเนื้องอกชนิดนี้ อยู่ในระยะที่ 1 โดยพบเป็นทั้งสองข้างของรังไข่เพียง 10 % ยกเว้นกลุ่มที่เป็น endocervical subtype อาจพบเป็นทั้งสองข้างได้มากถึง 40%
3. other : Endometrioid, clear -cell, transitional cell (brenner) borderline ovarian tumor พบได้น้อยมาก โดยมากเป็นข้างเดียวและอยู่ในระยะที่ 1

อาการทางคลินิก (เลขานุ ใจพรหม ,2013)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ จึงมาพบแพทย์ด้วยเรื่องตรวจภายในเจอก้อนในอุ้งเชิงกราน หรือตรวจพบก้อนโดยบังเอิญจากการทำ ultrasound หรือ CT อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการที่มีก้อนในอุ้งเชิงกรานได้ เช่น ปวดท้องน้อย อึดแน่นท้อง หรือแม้กระทั่งอาการจากภาวะแทรกซ้อนของก้อนเนื้องอกรังไข่ เช่น ปวดท้องน้อยฉับพลัน มีไข้ เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัยด้วยรังสีและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เจษฎา ใจพรหม ,2013)

ultrasound การตรวจด้วย ultrasound ไม่มีลักษณะที่จำเพาะต่อ LMP ovarian tumors สามารถตรวจพบลักษณะของก้อนจาก ultrasound ได้ค่อนข้างหลากหลาย ตั้งแต่ unilocular cyst ที่ดูเหมือน benign tumor จนถึง solid- cystic mass หรือพบลักษณะของ papillary projection ที่มักจะเป็นลักษณะของ malignant tumor

tumor markers การส่งตรวจ tumor marker (CA 125) ส่วนใหญ่จะปกติ มีบ้างที่ marker ขึ้นสูง แต่ไม่สูงมาก จากรายงานการศึกษาแบบ retrospective ในปี 1998 พบว่าผู้ป่วย borderline ovarian tumor 49 % มีระดับ CA 125 ปกติ และมีไม่ถึง 25 % ที่ระดับ CA 125 มากกว่า 100 U/ml

การวินิจฉัย(เจษฎา ใจพรหม ,2013)

การวินิจฉัยที่จำเพาะต้องอาศัยการตรวจด้วย histopathology ซึ่งการส่งตรวจ frozen section ในขณะผ่าตัด เป็นที่นิยมมากที่สุด เพราะนอกจากจะทราบผลการวินิจฉัยแล้ว ยังมีประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกทำการผ่าตัดในผู้ป่วยรายนั้นอีกด้วย อ้างอิงถึงการศึกษาแบบ meta-analysis ในปี 2005 พบว่า ความถูกต้องแม่นยำ ในการอ่านผลชิ้นเนื้อจาก frozen section ของเนื้ออกรังไข่ มี sensitivity 65-100 % และ specificity >99% โดยปัจจัยที่ทำให้ sensitivity ของการตรวจด้วย frozen section ลดลงได้แก่ ก้อนเนื้อที่มีขนาดใหญ่ เป็นเนื้อออกชนิด mucinous ซึ่งมี histologic variation ค่อนข้างมาก เป็น borderline tumor ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวนี้ หากส่งตรวจ frozen section ต้องทำการตัด section จำนวนมากขึ้น เพื่อลดการวินิจฉัยผิดพลาดในกรณีที่เป็น focal invasive disease

การกำหนดระยะ (Staging)

ตารางที่ 2.1 การกำหนดระยะ (Staging)ใช้เกณฑ์เดียวกับ Ovarian cancer คือ FIGO staging system 2009

ระยะ		คำจำกัดความ (description)
ระยะ I		เนื้องอกจำกัดอยู่ที่รังไข่
IA		มะเร็งอยู่รังไข่เพียงข้างเดียว โดยที่ไม่กระจายมาที่ผิว ก้อนมะเร็งไม่แตก ไม่มีเซลล์มะเร็งในน้ำในท้อง
IB		มะเร็งอยู่ที่รังไข่ทั้งสองข้าง โดยที่ไม่กระจายมาที่ผิว ก้อนมะเร็งไม่แตก ไม่มีเซลล์มะเร็งในน้ำในท้อง
IC		มะเร็งจำกัดอยู่ที่รังไข่ข้างเดียวหรือสองข้าง
	Ic1	ก้อนมะเร็งแตกขณะผ่าตัด
	Ic2	ก้อนมะเร็งแตกก่อนผ่าตัด หรือพบมีการลุกลามมาบนผิว
	Ic3	พบเซลล์มะเร็งในน้ำในช่องท้อง
ระยะ II		มะเร็งลุกลามออกมาอยู่ข้างเชิงกราน
IIA		มะเร็งกระจายไปที่มดลูกหรือท่อนำไข่
IIB		มะเร็งลุกลามไปอวัยวะอื่นๆ ในอุ้งเชิงกราน

ระยะ		คำจำกัดความ (description)
ระยะที่ III		มะเร็งกระจายออกมาที่เยื่อช่องท้องนอกอุ้งเชิงกราน และ/หรือกระจายมาต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อช่องท้อง
IIIA		มะเร็งกระจายมาต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อช่องท้องและ/หรือ มะเร็งกระจายโดยไม่เห็นด้วยตาเปล่า ออกมานอกอุ้งเชิงกราน
	IIIA1	มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อช่องท้อง
	IIIA1(1)	ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งกระจายมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร
	IIIA(2)	ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งกระจายมีขนาดมากกว่า 1 เซนติเมตร
	IIIA2	มะเร็งกระจายโดยไม่เห็นด้วยตาเปล่า ออกมาที่เยื่อช่องท้องนอกอุ้งเชิงกราน
IIIB		มะเร็งกระจายที่มองเห็นด้วยตาเปล่า ออกมาที่เยื่อช่องท้องนอกอุ้งเชิงกราน ขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร รวมถึงการลุกลามไปที่ผิว ตับ ม้าม
IIIC		มะเร็งกระจายที่มองเห็นด้วยตาเปล่า ออกมาที่เยื่อช่องท้องนอกอุ้งเชิงกราน ขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร รวมถึงการลุกลามไปที่ผิว ตับ ม้าม
ระยะที่ IV		มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไป
IVA		พบเซลล์มะเร็งในภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด
IVB		มะเร็งกระจายมาที่เนื้อตับ และ/หรือ ม้าม หรือกระจายมาที่อวัยวะนอกช่องท้อง รวมถึงต่อมน้ำเหลือง ขาหนีบ และต่อมน้ำเหลืองนอกช่องท้อง

ที่มา : มรุต ญาณารณพ.มะเร็งรังไข่,2566

การรักษา (อาบอรุณ เลิศขจรสุข,2561)

การรักษาหลักคือการผ่าตัด ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดมีบทบาทน้อยมากในผู้ป่วย LMP ovarian tumor

Fertility-preserving surgery

LMP ovarian tumor มีพยากรณ์โรคที่ดีมาก การกลายเป็นมะเร็งต่ำ ในผู้ป่วยที่ยังต้องการมีบุตรหรือได้รับการวินิจฉัยขณะตั้งครรภ์สามารถเลือกทำ conservative surgery ได้ นั่นคือ unilateral salpingo-oophorectomy บางรายทำเพียง cystectomy แต่ไม่แนะนำ เนื่องจากมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ค่อนข้างมาก กรณีที่เป็น mucinous LMP ควรตัดไส้ติ่งออกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่เป็นทั้ง สองข้าง หรือพบลักษณะของ pseudomyxoma peritonei เพราะมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งจากไส้ติ่งแพร่กระจายมาที่รังไข่ได้ค่อนข้างสูง หลังจากที่ผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้ว สามารถแนะนำให้กลับมาผ่าตัดเอามดลูกและรังไข่ที่เหลือออกภายหลังได้

ในยุคสมัยปัจจุบันที่การผ่าตัดผ่านกล้องเข้ามาบทบาทมากขึ้นเพราะมีข้อดีหลายประการเหนือกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เช่น พักฟื้นในโรงพยาบาลน้อยกว่า เสียเลือดน้อยกว่า เป็นต้น

(เจษฎา ใจพรหม ,2013) จากข้อมูลที่รวบรวมได้พบว่า การผ่าตัดผ่านกล้องเพิ่มโอกาสของก้อนเนื้อออกนอกตะกอน อยู่ในช่องท้อง และไม่สามารถผ่าตัดแบบ complete ได้เท่ากับการเปิดหน้าท้อง แต่ในประเด็นของโอกาสกลับมาเป็นซ้ำไม่ต่างกัน

Hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy (ธีระ ทองสง,2551) (दनัย दुसळीक्ष्ण, 2560)

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้วหรือเป็น advance disease แนะนำให้ตัดมดลูกและปีกมดลูกทั้ง 2 ข้างออกทั้งหมด จากการศึกษาที่ผ่านมา ประโยชน์ของการผ่าตัดออกทั้งหมดชัดเจนในผู้ป่วยระยะ 1-3 ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วย โดยพบการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่า conservative surgery อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการกลับเป็นซ้ำ

Chemotherapy (เพลินพิศ ธรรมนิภา,2553) (มรุต ญาณารณพ,2560)

การให้ยาเคมีบำบัด เป็นหนึ่งในการรักษาหลักของมะเร็งรังไข่ สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม borderline tumor ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด ข้อมูลการศึกษาทำที่มี ยังไม่เคยมีการศึกษาแบบ RCT ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบ retrospective study ในผู้ป่วย stage III และ IV โดยยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนถึงประสิทธิผลของการให้เคมีบำบัด ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ในผู้ป่วยที่พบลักษณะ invasive implant

การตรวจติดตาม (กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์,2560)

ประเด็นที่สำคัญในการดูแลติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การกลับเป็นซ้ำของโรค แม้ว่าโอกาสที่เนื้องอกจะกลายเป็นมะเร็งยังมีอยู่ก็ตาม แต่ถือน้อยมาก การตรวจติดตามจึงถือว่ามีความสำคัญมาก โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำ ได้แก่ สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการตัดรังไข่ และท่อนำไข่ออกเพียงข้างเดียว หรือการตัดเฉพาะเอาก้อนเนื้องอกออกไป อีกประการที่มีความสำคัญคือ การตรวจพบลักษณะของ microvasive peritoneal implant ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ระดับ CA 125 ก่อนผ่าตัดสูงกว่าปกติ และลักษณะ micropapillary growth จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

1. นัดมาติดตามอาการตรวจร่างกายโดยละเอียด รวมถึงการตรวจภายในทุก 3-6 เดือน
2. ตรวจด้วยอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดเป็นระยะ กรณีไม่ได้ตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งหมด
3. ตรวจระดับ tumor marker ทุกครั้งที่มาตามนัด หากมีค่าผิดปกติตั้งแต่ก่อนรักษา
4. ตรวจเลือดตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ (cbc , chemistry profile)

การพยาบาลสตรีที่มีเนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดา ก่อนผ่าตัด (นันทนา ธนาโนวรรณ,2553)

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจและความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด ตลอดจนรับฟังปัญหา ปลอบโยน ให้กำลังใจผู้ป่วยในกรณีที่ต้องตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพราะทำให้ไม่สามารถมีบุตร ไม่มีระดู และขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างถาวร

2. งดรับประทานอาหารและน้ำทางปาก (NPO)
3. ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมการรักษาโดยการผ่าตัด (consent from)

4. เตรียมความสะอาดบริเวณหน้าท้องเพื่อการผ่าตัด โดยโกนขนตั้งแต่ใต้ลิ้นปี่จนถึงหัวเข่าทั้งสองข้าง paint ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ สวนล้างช่องคลอดและสวนอุจจาระเพื่อความสะอาดและลดการติดเชื้อทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

5. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคสาย (foley's catheter) เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างและลดอันตรายที่เกิดจากการผ่าตัดโดนกระเพาะปัสสาวะ

6. เปลี่ยนเสื้อผ้าให้เรียบร้อย เก็บสิ่งของมีค่า เครื่องประดับ ฟันปลอม แว่นตา คอนแทคเลนส์อื่นๆ ตรวจสอบความถูกต้องของปายข้อมืออีกครั้งก่อนส่งไปห้องผ่าตัด

7. เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด การประคองแผลผ่าตัด การประเมินระดับความเจ็บปวด (level of pain score) และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหากมีอาการปวดแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด (early ambulation) พร้อมทั้งบอกข้อดีข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพร่างกายจิตใจตลอดจนการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย

8. เตรียมและช่วยแพทย์ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา พร้อมทั้งเตรียมเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจหาหมู่เลือด (blood group) , cbc, electrolyte, hct, hb

การพยาบาลสตรีที่มีเนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดาหลังผ่าตัด (นันทนา ธนาโนวรรณ,25523)

1. เมื่อแรกรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ควรประเมินและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยวัดอุณหภูมิ จับชีพจร ดูการหายใจ วัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ เพื่อตรวจหาความผิดปกติหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการตกเลือดภายในช่องท้อง หากพบว่าผู้ป่วยมีชีพจรเบา เร็ว หายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ ควรให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยการถามชื่อ นามสกุล การตอบคำถาม การทำตามคำสั่งพฤติกรรมที่แสดงออก รวมทั้งระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังมีอาการสับสนสับสนจากการดมยาสลบ ควรยกวางกันเตียงขึ้นทั้งสองข้างทุกครั้งหลังให้การพยาบาล

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อาการชาบริเวณขาทั้ง 2 ข้างหรือคั่นตามร่างกาย เป็นต้น ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง ป้องกันไม่ให้มีการสำลัก หากมีอาการอาเจียน

4. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกบริเวณแผลผ่าตัดและช่องคลอด ประเมินอาการแสดงของการตกเลือดภายในช่องท้อง เช่น อาการซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย หากพบความผิดปกติดังกล่าว ควรให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที

5. ประเมินและบันทึกระดับความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง อธิบายวิธีการบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย หากพบระดับการเจ็บปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ควรดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด เช่น paracetamal , morphine หรือ pethidine ทุก 4-6 ชั่วโมง ตามคำสั่งการรักษาและติดตามประเมินอาการหลังได้รับยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยาด้วย

6. ประเมินการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูงหนาวสั่น และบันทึกลักษณะที่พบจากการติดเชื้อ เช่น บริเวณแผลผ่าตัด บวม แดง ร้อนหรือปวดเพิ่มขึ้น หากพบความผิดปกติดังกล่าว ควรรายงานแพทย์ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมให้นาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ดูแลความสะอาดสบายทั่วไปบริเวณแผลผ่าตัด เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

7. ประเมินการทำงานของลำไส้โดยฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ภายหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง หากพบ bowel sound positive ดูแลให้ได้รับน้ำและสารอาหารทางปาก (step diet) ตามคำสั่งการรักษาโดยเริ่มจากการจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน อาหารปกติ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทนม ถั่ว น้ำอัดลม หรืออาหารที่ย่อยยากเพราะอาจทำให้เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early ambulation) ภายหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยการพลิกตะแคงตัวช่วยขยับแขนขาทุก 1-2 ชั่วโมง กระจกปลายเท้าทั้งสองข้างขึ้นลงบนเตียง ลูกนั่งบนเตียง นิ่งห้อยขาข้างเตียง แกว่งขาสองข้างสลับกัน ลงมานั่งข้างเตียง เริ่มเดินในรพยะสั้น ๆ และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถเดินได้เองตามปกติ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของโลหิต การหายใจ ตลอดจนการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

8. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ด้วยการติดตามปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปริมาณปัสสาวะผู้ป่วย ควรมีปริมาณปัสสาวะมากกว่า 120 cc/hr. โดยเฉพาะภายใน 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หากพบความผิดปกติควรรายงานแพทย์

9. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การตัดไหม การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดหรือก่อนมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันเลือดออกและการติดเชื้อทางช่องคลอด การทำจิตใจให้เบิกบาน แจ่มใส ไม่เครียด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ปวดท้องมาก แผลอักเสบบวมแดง หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด และการมาตรวจตามนัดเป็นต้น

10. การดูแลทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีการสูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ทั้งสองข้าง อาการวัยทองภายหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ เพื่อรับฮอร์โมนทดแทน เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าโลหิตขณะหัวใจมีการคลายตัว (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ โดยพบได้ประมาณ 25-30% ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ ในบางประเทศ พบโรคความดันโลหิตสูงได้ถึง 50% ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป องค์การอนามัยโรครายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ (คาดการณ์ว่าในปี 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลก จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน) เพราะเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกก่อนวัยอันควรถึงเกือบ 8 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

สาเหตุ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้ 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่

1 ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (primary essential hypertension) เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ เป็นส่วนใหญ่ โดยมีการพัฒนาของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป และยังไม่สามารถระบุต้นเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

2 ชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผลมาจากร่างกาย มีโรคประจำตัวเดิม ต่อมาเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นและมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันมากกว่าชนิดแรก เช่น โรคไต ปัญหาต่อมไทรอยด์ เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต การใช้ยาบางชนิด (ยาคุมกำเนิด ยาลดน้ำหนัก ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการปวด) การใช้สารเสพติดอย่างโคเคนหรือแอมเฟตามีน รวมไปถึงการติดสุราเรื้อรัง หรือการติดแอลกอฮอล์

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอาการผิดปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรงก็อาจมีการแสดง เช่นปวดศีรษะรุนแรง หายใจสั้น เลือดกำเดาไหล ซึ่งอาการเหล่านี้ถือเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและบอกได้ไม่ชัดเจน หรือบางรายทราบเมื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันสูงแล้วทำให้ต้องมีการตรวจสุขภาพและวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

การวินิจฉัย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

ระดับ 1 High normal blood pressure (ความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิต” นี้ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใดๆ

การรักษา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure , SBP) ลง 10 มิลลิเมตรปรอท หรือการลดความดันโลหิต diastolic (diastolic blood pressure , DBP) ลง 5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลด

อัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกัน การเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรัง

การพยาบาล (วริศรา ปั่นทองกลาง และคณะ,2560)

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง การวัดความดันโลหิตให้ใช้เทคนิคและอุปกรณ์ที่เหมาะสม การวัดควรวัดแขนเดิม การบันทึกความดันโลหิตอาจต้องบันทึกว่าอยู่ในท่านั่ง ท่านอน หรือทำกิจกรรมอะไร บอกผลให้ผู้ป่วยทราบด้วย

2. ประเมินระดับความรู้สึก อารการปวดศีรษะ รุ่มาตา อาการอ่อนแรง ชา ของแขน ขา และการมองเห็นทุก 4 ชั่วโมง

3. จัดอาหารที่มีเกลือ ไขมัน โคเลสเตอรอลต่ำ และให้อาหารที่ส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ

4. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาของแพทย์

5. สังเกตอาการหลังผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดอาการความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น มึนงง วิงเวียน รู้สึกจะเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่าเร็ว แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้าๆ เปลี่ยนจากท่าหนึ่งไปท่าหนึ่ง พักประมาณ 2-3 นาที ก่อนเปลี่ยนท่าต่อไป และหากมีอาการในท่ายืน ให้รีบนั่งลง หรือนั่งยอง ๆ เพื่อป้องกันการล้ม

6. แนะนำให้ผู้ป่วยงดหรือลดการสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินมีผลต่อหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้หลอดเลือดตีบ ทำให้หัวใจทำงานหนัก

7. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูง ควรทำจิตใจให้สบาย หาวิธีผ่อนคลายความเครียด ทำงานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การร้องเพลงทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ

8. แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง การได้รับยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะอาจต้องมีการปรับขนาดของยา ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา ให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ไม่ควรหยุดยาเอง

ผลของโรคความดันโลหิตสูงในการผ่าตัด (วนิดา จงอรุณงามแสง,2560)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเลื่อนการผ่าตัดที่พบได้บ่อยที่สุด โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานอาจเกิด Left ventricular hypertrophy ร่วมกับมี Systolic dysfunction และทำให้เกิด heart failure, renal impairment , cerebrovascular disease, Coronary artery disease (CAD) โดย perioperative risk จะขึ้นกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงโดยพบว่าถ้ามี diastolic pressure มากกว่า 110 mmhg ก่อนการผ่าตัดจะสัมพันธ์กับ การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น dysrhythmias , myocardial ischemia and infraction , neurologic complication , และ renal failure ดังนั้นถ้าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเกิน 180/110 mmHg หรือ diastolic pressure มากกว่า 110 mmHg ควรเลื่อนการผ่าตัดออกไปก่อน ในกรณี elective case

บทที่ 3

การพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มนับเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ทำให้เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของวิชาชีพที่ชัดเจน โอเร็ม (Orem,1985 อ้างในสมจิตต หนูเจริญกุล และรัชณี นามจินทา,2537) มีความเชื่อว่า การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลปะการพยาบาล และต้องประยุกต์ความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวิชาชีพ นั่นคือการช่วยบุคคลสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มได้รับความสนใจทั้งในด้านการนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัย เนื่องจากทฤษฎีนี้สร้างขึ้นบนพื้นฐานของการปฏิบัติจริงในคลินิก ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของศาสตร์สาขาพยาบาลซึ่งเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ (สมจิตต หนูเจริญกุล,2544)

โอเร็มเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลอย่างกว้างขวางทั้งในฐานะผู้อำนวยการฝ่ายบริการพยาบาล และผู้ดำเนินการจัดตั้งหลักสูตรพยาบาล จากปัญหาที่ท่านประสบอยู่เสมอในการปฏิบัติการพยาบาลคือ พยาบาลไม่สามารถที่จะบอกวัตถุประสงค์ของการพยาบาลอย่างชัดเจน และมักจะปฏิบัติการโดยพยาบาลโดยยึดงานเป็นหลัก ทำให้การปฏิบัติงานปราศจากขอบเขตความรับผิดชอบและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการไม่พึงพอใจเท่าที่ควร ทำให้เกิดแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรทางการพยาบาล หลังจากนั้นแนวคิดของโอเร็ม ได้รับการพัฒนามาตลอด จนกลายเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและแพร่หลายในปัจจุบัน

ส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี

จุดเน้นของการพยาบาลคือ บุคคล และเฉพาะเจาะจงไปคือ ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง และเป้าประสงค์ของการพยาบาล เพื่อช่วยบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับเพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง

คน (Person) ซึ่งรวมทั้งผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง โอเร็มมีความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (capacity for deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ คนมีลักษณะเป็นองค์รวมและทำหน้าที่ต่างๆได้ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปรและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ และคนยังเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัต (Orem ,1991)

สิ่งแวดล้อม (Environment) โอเร็มกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โอเร็มมองว่าคนและสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Orem ,1991)

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ การดูแลตนเองที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการทางด้านสุขภาพที่เฉพาะอย่างหนึ่ง และแตกต่างจากบริการอื่น ๆ ที่ให้กับมนุษย์คือ การพยาบาลมีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล การช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่องและเพียงพอ เพื่อรักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ตลอดจนการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพ

ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม (Orem ,1985; Orem และ Taylor ,1986) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

1. คือทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ถือเป็นทฤษฎีที่สำคัญของทฤษฎีพยาบาลโดยทั่วไป ทฤษฎีนี้ได้อธิบายการช่วยเหลือที่สัมพันธ์กับการพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การกระทำทั้งหมดซึ่งประกอบเป็นระบบพยาบาลนั้น ได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถที่เรียกว่าความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) ภายใต้ข้อตกลงของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการโดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ของบุคคลนั้นเป็นที่ทราบ และได้รับการตอบสนอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้อง หรือได้นำมาใช้ หรือได้รับการพัฒนา (Orem&Taylor,1986 อ้างในสมจิตร์ หนูเจริญกุล ,2534)

2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) การที่จะเข้าใจทฤษฎีระบบการพยาบาล จะต้องเข้าใจความสัมพันธ์ของทฤษฎีนี้กับทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองนี้ อธิบายว่าทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองได้อธิบายดังต่อไปนี้

ความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถจะใช้ได้เลย หรือปริมาณ หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้น บุคคลนั้น จึงต้องการพยาบาล (Orem&Taylor,1986 อ้างในสมจิตร์ หนูเจริญกุล ,2544)

3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ในทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองนั้น เป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด การที่จะเข้าใจทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองนั้น จำเป็นต้องเข้าใจทฤษฎีในการดูแลตนเอง ซึ่งอธิบายดังนี้

บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และการพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง (Orem&Taylor,1986 อ้างในสมจิตร หนูเจริญกุล ,2544)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit)

เกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับคนที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต บุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเองซึ่งพยาบาลต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วย และต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

หมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (self – care requisites) 3ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกรูปแบบกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ สติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และ สวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion and Preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต และเหตุการณ์ที่เป็นผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาแบ่งเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency)

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capability for self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถเกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง(Power component : enabling capability for self-care)

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)
แกสและคณะ (Gast et al., 1989 อ้างใน สมจิตร หนูเจริญกุล, 2544) ได้วิเคราะห์หัตถ์โนมตีของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป

ระบบการพยาบาล (Nursing system)

ก่อนที่จะเข้าใจถึงแนวคิดของระบบการพยาบาล ควรทำความเข้าใจกับความสามารถทางการพยาบาล ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแล และจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลและจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการดูแล และลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตาม

ความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ในแนวคิดของโอเร็ม นั้น การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล สามารถแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of service) หรือตามชนิดการดูแล

1. การแบ่งตามหน้าที่พยาบาลให้บริการ (Unit of service) ได้แก่

- 1.1 บุคคลแต่ละคน (individual)
- 1.2 กลุ่มบุคคล (Multi person unit) ได้แก่ ชุมชน หรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน
- 1.3 ครอบครัวหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน (Family หรือ Resident group)

2. แบ่งตามชนิดการดูแล แบ่งได้เป็น 3 ระบบ คือ

2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้คือ

2.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้

2.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองแต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหว หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น

2.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง

ในระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมด พยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้คือ

1. สนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย
2. ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อการดูแลที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพสำหรับกิจกรรมการพยาบาลในระบบนี้ได้แก่

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วย
2. ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่ดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
3. ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

สำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับดูแลในระบบทดแทนบางส่วนมีดังนี้ คือ

1. ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์
2. ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น
3. ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วย และครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้ว ยังคอยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

การพยาบาลทั้ง 3 ระบบนี้ ถือเป็นระบบที่ต่อเนื่องโดยอาศัยความสามารถและข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำเป็นเกณฑ์ การแบ่งระบบการพยาบาล โดยอาศัยความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำของผู้รับดูแลพยาบาลนั้น ถือว่าหน่วยที่ที่พยาบาลให้บริการนั้นเป็นแต่ละบุคคล (individual) พยาบาลใช้ความสามารถในการกำหนด ความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย และตัดสินใจความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยเปรียบเทียบกับความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมักเป็นผู้ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยกระทำด้วยตัวเองไม่ได้ อย่างไรก็ตามถ้าการดูแลทั้งหมดนั้นจะต้องติดตัวผู้ป่วยไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่บ้าน และผู้ป่วยเองมีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถ พยาบาลต้องประเมินผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วย (Dependent care agent) และผู้รับผิดชอบผู้ป่วยจะต้องพัฒนาความสามารถที่จะกำหนด และตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้รับบริการจากพยาบาลจะประกอบด้วยผู้ป่วย และผู้รับผิดชอบผู้ป่วย ระบบการพยาบาลที่ให้ จึงอาจจะเป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยเองอาจจะมิใช่ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ และญาติจะต้องพิจารณาต่อไปอีกว่า ญาติมีความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยและของญาติด้วย พยาบาลต้องคำนึงถึงบทบาทของญาติ ซึ่งอาจจะเป็นภรรยา สามี บิดา มารดา และบทบาทในสังคมที่จะต้องรักษาและปรับให้สอดคล้องกับภาระที่จะต้องรับผิดชอบผู้ป่วย

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

วิธีการให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ มีวิธีให้การช่วยเหลือ 5 วิธี คือ

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding another)
3. การสนับสนุน (Supporting another)
4. การสอน (Teaching)

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม เป็นการอธิบายถึง การปฏิบัติการ พยาบาลในโลกความเป็นจริงทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎี การดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล พยาบาลช่วยเหลือ บุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแล และพึ่งพาตนเอง ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยและญาติจะกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนในฐานะที่ผู้ป่วย และญาติไม่สามารถกระทำได้ (Orem, 2001)

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยโดยประเมินจากพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของบุคคลซึ่งประกอบด้วยแบบแผน สุขภาพ 11 แบบแผน การใช้แบบแผนสุขภาพเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยการ พยาบาลนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ส่วนประกอบและขอบเขต และจุดเด่น จุดด้อยของแบบแผนสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลกับแบบแผนสุขภาพมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพ(Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดซึ่ง มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon ,1994)ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ โดย พฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกเป็น พฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจนที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เป็นคำพูด (verbal behavior) เช่นการพูดคุย โต้ตอบและพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (non-verbal behavior) เช่นการแสดงสีหน้า กิริยาท่าทาง ส่วน พฤติกรรมภายใน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติและค่านิยมของบุคคลรวมทั้งกระบวนการทำงาน ของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ระบบโครงสร้าง และกล้ามเนื้อ ระบบขับถ่าย เป็นต้น นอกจากนี้แบบแผนสุขภาพยังได้กล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่ เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการในแต่ละวัย สิ่งแวดล้อม ระบบการช่วยเหลือในครอบครัวหรือสังคม การบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นการที่จะประเมินภาวะ สุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพจึงควรประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างต่อเนื่อง ของแต่ละบุคคล ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในของบุคคล รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการทำ หน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ (พันธุสี, 2564)

แบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนจะกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมและปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยเสี่ยงต่อ การทำงานของร่างกายที่อาจปกติหรือผิดปกติ ในแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบ แผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีหรือภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้การพิจารณา ตัดสินว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพของ บุคคลกับเกณฑ์มาตรฐาน (norm) ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุและเกณฑ์

มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุจะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติในด้านพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนสารอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด ส่วนแบบแผนการขับถ่าย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในปัสสาวะ เป็นต้น สำหรับเกณฑ์มาตรฐานทางสังคมซึ่งประกอบด้วย ค่านิยม ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติด้านจิตสังคมที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เป็นคำพูดและการแสดงสีหน้า ท่าทาง เช่น แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ เป็นต้น

สรุปลักษณะของแบบแผนสุขภาพดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพหรือแบบแผนสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน กับ สิ่งแวดล้อม
2. การทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน การกระทบกระเทือนแบบแผนสุขภาพหรือการรวมความผิดปกติของแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ๆ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วย
3. เกณฑ์ในการตัดสินความปกติและผิดปกติของแบบแผนสุขภาพขึ้นกับมาตรฐาน (norm) ของบุคคลและสังคม

ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ

จากแนวคิดพื้นฐานของกอร์ดอน (Gordon, 1994) สามารถกำหนดขอบเขตของแบบแผนสุขภาพได้ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบโดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปักจี้เสี่ยงหรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยรวมทั้งปักจี้ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี และปักจี้ที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพดีจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ 2) การดูแลสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผม ปาก คอ ฟัน เยื่อต่างๆ อุณหภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปักจี้ส่งเสริม ปักจี้เสี่ยง และปักจี้ที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผนคือ

2.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

2.2 การเผาผลาญสารอาหาร

- 2.3 น้ำและอิเล็กโทรลัยท์
- 2.4 อุณหภูมิของร่างกาย
- 2.5 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
- 2.6 ผิวหนังและเยื่อบุ
- 2.7 ภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่นๆ ที่ขับออกจากร่างกาย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ

- 3.1 การขับถ่ายอุจจาระ
- 3.2 การขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การออกกำลังกายและปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบไปด้วยแบบแผนย่อย 4 แบบแผนคือ

- 4.1 การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย
- 4.2 การทำงานของกระดูกโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)
- 4.3 การทำงานของระบบหายใจ
- 4.4 การทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอน กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองความสามารถทางสติปัญญา ดังนั้นแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ความรู้สึกและตอบสนอง

หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด

2. ความสามารถทางสติปัญญา

หมายถึงแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถและพัฒนาการทางสติปัญญา เกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการสื่อสารต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความหมายทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (self perception and self concept)

การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง การมองตนเอง (อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า อกลักษณ์ และความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

บทบาทและสัมพันธภาพเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสารและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคมรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการพัฒนาตามเพศซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกายและอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศและเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)

การปรับตัวและทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไขและการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

กระบวนการพยาบาล (วัลยา ตันโตยทัย และ สมจิตร หนูเจริญกุล, 2544 น.173)

ปฏิบัติการพยาบาลขั้นวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะหลายด้าน ในการปฏิบัติดังกล่าว จำเป็นต้องมีกรอบแนวทางเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด

กระบวนการพยาบาลคือกระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจงสำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล ประยุกต์ใช้ได้ทุกสถานการณ์ของพยาบาล (สมจิตร หนูเจริญกุล,2544) เป็นกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) ที่ให้วิถีคิดและแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ พยาบาลจึงจำเป็นต้องทำ

ความเข้าใจกับแนวคิดและขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในสถานบริการด้านสุขภาพและในชุมชนต่อไปได้

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล(วัลยา ตันนิตย์ และ สมจิตร หนูเจริญกุล, 2544 น.173-178)

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่ต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งดำร่าบางเล่มแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนคือ การประเมิน การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล บางเล่มแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน โดยแยกขั้นตอนของการวินิจฉัยปัญหาออกจากขั้นตอนการประเมิน รายละเอียดของกิจกรรมในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

การประเมิน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยการจำแนกปัญหา (problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล การจำแนกปัญหาเป็นการพิจารณาตัดสินถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ทั้งหมด ซึ่งอาจริเริ่มโดยพยาบาล ผู้ใช้บริการ ครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่อื่นในทีมสุขภาพก็ได้ การจำแนกปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นจะทำให้ทราบถึงทิศทาง ขอบเขตของข้อมูลที่จำเป็น ช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้ตรงประเด็นและจัดการได้ง่าย

การรวบรวมข้อมูลมีจุดสนใจ 2 เรื่องคือ เนื้อหา (content) ของข้อมูล และกระบวนการ (process) ของการได้ข้อมูล ชนิดของข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (Subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่า หรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (Objective data) ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูลเชิงนามธรรมและรูปธรรมมักสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบ ผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรกอาจต้องประเมินผู้ใช้บริการเฉพาะจุด โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้น จึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามการมุ่งเน้นการประเมินผู้ใช้บริการแบบองค์รวม เพื่อให้ทราบถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม และ วิญญาณ

ข้อมูลที่พยาบาลมักรวบรวมได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน เช่น อาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย และการออกกำลังกาย ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา การให้ความหมายแก่การเจ็บป่วย ข้อมูลด้านสังคมและวัฒนธรรม ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เป็นต้น (สมจิตร หนูเจริญกุล ,2544) ทั้งนี้อาจรวบรวมจากผู้ให้บริการโดยตรง ครอบครัว บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะมีแบบฟอร์มสำหรับรวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการอยู่แล้ว ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการอย่างครบถ้วนแบบฟอร์มแต่ละสถาบันจะแตกต่างกันโดยขึ้นกับกรอบแนวคิดทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทาง

วิธีรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีซึ่งมักใช้ร่วมกันได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น พยาบาลต้องตรวจสอบความตรงของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการพร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเคลือ การประเมินผู้ใช้บริการจะกระทำได้ดีก็ขึ้นกับขั้นนั้นขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของพยาบาล เวลาที่มีอยู่ ความคาดหวังและความร่วมมือของผู้ใช้บริการ พยาบาลผู้มีส่วนประสพการณ์หรือปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง จะสามารถประเมินผู้ใช้บริการได้อย่างลึกซึ้งและรวดเร็ว

การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยเป็นขั้นตอนขอการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (clinical thinking) ความสามารถในการย่อ รำลึกและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาแปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (clinical Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญ ประการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลไวต่อข้อมูลสำคัญหรือนัย (cues) ของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ ของข้อมูลที่ประกอบกัน เป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

การวินิจฉัยปัญหา เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การประมวลข้อมูล (data processing) การกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (documentation) การประมวลข้อมูลเป็นการจัดหรือแยกประเภท (classification) ของข้อมูลให้เป็นระบบ แปล ความหมาย (Interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญ เปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่ม ข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูล และสรุปลงความเห็นตามหลักของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ให้บริการหรือครอบครัว ปรีกษาหรือกับบุคลากรอื่น หรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าวจะ ช่วยป้องกันความผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นชื่อของปรากฏการณ์ (phenomenon) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่พยาบาล ให้การต้องบำบัด (Coenen ,1999 อ้างใน สมจิตร หนูเจริญกุล,2544) ครอบคลุมปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (actual problem) และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (potential problem) ของบุคคล ครอบครัว หรือ ชุมชน (สมจิตร หนูเจริญกุล,2544) ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล จะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดหรือ ทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตาม วินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการ สื่อสารระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และผู้ใช้บริการ รวมทั้งให้แนวทางในการเลือกวิธีบำบัด และการ ประเมินผลการพยาบาล ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สมาคมการวินิจฉัยการพยาบาลของอเมริกา หรือ The North America Nursing Diagnosis Association or NANDA

แบบแผน 1 การแลกเปลี่ยน (exchanging)

เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ท้องเดิน

ปริมาณน้ำเกิน

แบบแผน 2 การสื่อสาร (communication)

การพูดบกพร่อง

แบบแผน 3 ความสัมพันธ์

แยกตัวจากสังคม

พฤติกรรมไม่เหมาะสมกับบทบาท

เครียดในบทบาทผู้ให้การดูแล

แบบแผนที่ 4 ค่านิยม (valuing)

ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ

แบบแผนที่ 5 การเลือก/ตัดสินใจ (choosing)

การเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ

การปฏิเสธที่ไม่เหมาะสม

ความขัดแย้งในการตัดสินใจ

แบบแผนที่ 6 การเคลื่อนไหว (moving)

การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง

ความเหนื่อยล้า

การกลืนบกพร่อง

แบบแผน 7 การรับรู้ (perceiving)

ความรู้สึกในคุณค่าของตัวเองต่ำ

รู้สึกสิ้นหวัง

ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง

แบบแผน 8 การรู้ (knowing)

ความจำบกพร่อง

สับสนเฉียบพลัน

ขาดความรู้เกี่ยวกับ (ระบุ)

แบบแผน 9 ความรู้สึก (Felling)

ปวด

วิตกกังวล

โศกเศร้าผิดปกติ

ตัวอย่างวินิจฉัยทางการแพทย์ตามแบบแผนหน้าที่ทางภาวะสุขภาพ (Functional Health Pattern)

(คัดลอกบางส่วนจาก สมจิตร หนูเจริญกุล ,2544 :81)

1. การรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

การคงไว้ซึ่งสุขภาพ

ไม่สามารถร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญของร่างกาย

ร่างกายขาดสารน้ำ

ได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกาย

3. การกำจัดของเสียออกจากร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงในการขับถ่ายอุจจาระ

ท้องผูก

ท้องเสีย

กลั้นไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงในการขับถ่ายปัสสาวะ

ถ่ายปัสสาวะไม่ออก

กลั้นปัสสาวะไม่ได้

4. การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ไม่สามารถทนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ได้
มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

5. การพักผ่อนนอนหลับ

มีความผิดปกติในการนอนหลับ

6. การรับรู้ความรู้สึกและการใช้สติปัญญา

มีความเปลี่ยนแปลงในเรื่องความสุขสบาย

เจ็บปวดอย่างเฉียบพลัน

เจ็บปวดเรื้อรัง

การรับรู้ทางประสาทสัมผัสผิดปกติ

7. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

วิตกกังวล

รู้สึกสิ้นหวัง

8. บทบาทและความสัมพันธ์

มีความบกพร่องในเรื่องการติดต่อสื่อสาร

มีปฏิกริยาเศร้าโศก

9.ภาวะเพศและการเจริญพันธุ์

ปฏิบัติกิจทางเพศไม่ได้

มีความเปลี่ยนแปลงในเรื่องเพศ

10.การจัดการและทนต่อภาวะเครียด

มีความบกพร่องในการปรับตัว

มีโอกาสทำร้ายตัวเอง

11. ค่านิยมและความเชื่อ

ภาวะทุกขวิญญาน

การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ปัญหาที่วินิจฉัยไว้ ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ผู้ให้บริการแต่ละรายมีปัญหาที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขทุกปัญหาในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ใช้บริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดของมาสโลว์ (สมจิต หนูเจริญกุล ,2544) กล่าวคือปัญหาที่คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ นอกจากนี้ควรพิจารณาปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะสุขภาพโดยของผู้ใช้บริการ เวลา บุคลากรและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ค่าใช้จ่าย และการประสานการดูแล

การตั้งเป้าหมาย (goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัดและประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะคือ เป้าหมายระยะสั้น (short-term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว หรือบรรลุได้ก่อนเป้าหมายระยะยาว (long-term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด อย่างไรก็ตามในการตั้งเป้าหมายใด ๆ นั้น ควรระบุเงื่อนไข ขอบเขต และกรอบเวลาที่ชัดเจนไว้ด้วย นอกจากนี้ควรมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการประสานการดูแล

ลักษณะของเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ (client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ใช้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้(สมจิตร หนูเจริญกุล, 2544)

ในขั้นตอนของการวางแผนนั้นยังต้องมีการเลือกใช้วิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม (activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่การจัดหรือลดผลกระทบจากสาเหตุของปัญหานั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาสจะเกิดนั้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งไปที่การประเมินภาวะของผู้ใช้บริการเพื่อตรวจสอบ (monitor) ปัญหา และการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว การบำบัดซึ่งเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับคนที่มีสุขภาพดี มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงความเจ็บป่วยในอนาคต แต่สำหรับคนที่เจ็บป่วยอยู่แล้วจะมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้ความเจ็บป่วยเป็นมากขึ้น หรือขยายออกไปอีกและเพื่อส่งเสริมการฟื้นกลับของภาวะสุขภาพ

การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation)

เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่ การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงาน การสอน การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา การปรึกษาหารือ การรายงาน การบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนดังกล่าวขั้นต้นอาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแผนการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้ว แต่พยาบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผลประสิทธิผลการบำบัดและประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนและวิธีการ

การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการพยาบาล ในการประเมินผล แม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นพื้นฐาน แต่ยังคงจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กระบวนการพยาบาลกับแบบแผนสุขภาพ

การใช้กระบวนการพยาบาลหรือวินิฉัยพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้น สิ่งสำคัญคือการจัดกลุ่มข้อมูลที่ประเมินได้จากผู้ป่วยว่าอยู่ในแบบแผนใดบ้าง แต่แบบแผนมีความสัมพันธ์กันอย่างไร หลังจากจัดกลุ่มข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพแล้วควรวិเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ขณะนั้นว่ามีสภาวะสุขภาพที่ปกติหรือน่าจะมีปัญหาสุขภาพอะไร โดยนำกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับคนและสิ่งแวดล้อม แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตลอดจนความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา

ใช้เป็นแนวทางการพิจารณา เช่น ในกรณีศึกษาจากการที่ผู้ศึกษาได้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและจัดกลุ่มข้อมูลแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง จากการต้องได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกทั้งหมด ซึ่งอยู่ในแบบแผนสุขภาพที่ 10 “ การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด” และเมื่อหาข้อมูลของผู้ป่วยรายนี้เพิ่มเติม ก็พบว่าผู้ป่วยเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหลังผ่าตัด และมีอาการซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้กำหนดข้อวินิจฉัยเพิ่มเติม คือ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งอยู่ในแบบแผน “ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร” จะเห็นได้ว่าการนำกรอบแนวคิดทั้งทางด้านทฤษฎีพยาบาล กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับนำระบบพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการซักประวัติ และสังเกตพฤติกรรมทั้งภายในภายนอกของแต่ละแบบแผนสุขภาพ รวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกายในระบบต่าง ๆ ตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสี และการตรวจพิเศษอื่น ๆ

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากทั้ง 11 แบบแผนสุขภาพ มาวิเคราะห์แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลให้สอดคล้องกันในแต่ละแบบแผนสุขภาพ เพื่อนำไประบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

2. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน

โดยการนำข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการวิเคราะห์มาแล้วทั้งหมดมาระบุเป็นข้อมูลสนับสนุน เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละแบบแผนสุขภาพว่ามีแบบแผนใดที่ไม่มีปัญหา แบบแผนใดที่มีปัญหาอย่างไร

3. การวางแผนพยาบาล

เมื่อได้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละแบบแผนสุขภาพแล้ว ให้จัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่าแบบแผนใดต้องได้รับความช่วยเหลือก่อน หลัง รวมทั้งกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาล และกำหนดกิจกรรมพยาบาลเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพ

4. การปฏิบัติการพยาบาล

เป็นการนำแผนการพยาบาล ไปปฏิบัติกับผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อส่งเสริมป้องกันให้ผู้ป่วยที่มีแบบแผนสุขภาพปกติ สามารถดำรงภาวะสุขภาพดีไว้ได้ และแก้ไขปัญหามีความผิดปกติในแต่ละแบบแผนสุขภาพให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น

5. การประเมินผลการพยาบาล

เป็นการประเมินผลของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยว่าได้ผลลัพธ์อย่างไร ซึ่งอาจประเมินได้จากอาการหรือพฤติกรรมในแต่ละแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลแล้วว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์ต้องกลับไปพิจารณาว่า ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพในแต่ละแบบแผนมีความถูกต้องหรือไม่ อย่างไร หรือมีข้อมูลใดที่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อจะได้ปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดตามตลุกออกทางหน้าท้อง มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลนอกจากจะสามารถนำกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อที่จะนำมาวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลแล้ว มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องนำไปประยุกต์เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วย Invasive Procedure ต่าง ๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี รวมทั้งประสานกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลผ่าตัดนอกจากจะมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำและวิธีการผ่าตัด และมีความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์ หรือเครื่องมือพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนพิเศษในการช่วยทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 9 มาตรฐานประกอบด้วย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2561)

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1.1 การประเมินปัญหา ความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทีมวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ห่อภิปราย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะผ่าตัด และประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด โดยตรวจสอบความถูกต้องของบุคคลและแผนการผ่าตัด บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ/ภาวะเสี่ยงที่พบกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

1.2 การเตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือ/เครื่องใช้ห้องผ่าตัด โดยพยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse) ตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องมือสำรองในภาวะฉุกเฉิน ให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย เตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องผ้าที่ปราศจากเชื้อ และเตรียมเครื่องมือครบตามชนิดของการผ่าตัดนั้นๆ ตรวจสอบกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อครบตามขั้นตอนและมาตรฐานทั้ง วันผลิต วันหมดอายุ และปิดเครื่องมือผ่าตัดด้วยวิธีปราศจากเชื้อ ตรวจสอบนับเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อซ น้ำเกลือล้างแผล เข็มเย็บแผล พร้อมบันทึกไว้เพื่อตรวจสอบ เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัด ส่วนพยาบาลส่งผ่าตัด (scrub nurse) เตรียมเข้าร่วมทีมผ่าตัดตามเทคนิคและขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน จัดเตรียมโต๊ะผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมความครบถ้วนของเครื่องมือเครื่องใช้ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

2.1 พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating Nurse) ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติ การรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภท ของการผ่าตัดและระวางการเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรจะปกปิด ทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ ให้ถูกต้อง ตามเทคนิคปลอดเชื้อ ร่วมตรวจนับและเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับ โลหิตก่อนผ่าตัดและก่อนปิดแผลผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัด และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน สังเกต ความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด อำนวยความสะดวกคาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด และ จัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา รวมถึงอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ประสานงานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้อง ในรายที่ต้อง ส่งชิ้นเนื้อตรวจ

2.2 พยาบาลส่งผ่าตัด (scrub nurse) ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดและตาม หลักการของมาตรฐานการป้องกันการสัมผัสเชื้อ (standard precaution) ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการ บาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการตั้งรังของเครื่องถ่ายฉายผิวหนัง เครื่องจีไฟฟ้า หรือการวางสื่อนำไฟฟ้า และ ดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัดตลอดเวลา สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ประสานงานกับ หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาเพิ่มเติม ตรวจนับยืนยันจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผล ดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย/การใช้สารน้ำ และอุปกรณ์ที่ ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหลังผ่าตัด

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

3.1 พยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse) ตรวจสอบหรือส่งตรวจสิ่งส่งตรวจ(specimen) ตามแนวทางของหน่วยงาน ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น หรือหอผู้ป่วยหนักตามความจำเป็น ส่ง ต่อข้อมูลระหว่างการผ่าตัด ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.2 พยาบาลส่งผ่าตัด (scrub nurse) ตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/ สายสวนปัสสาวะ/NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตรียมผ่าตัด ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่น สื่อนำไฟฟ้า และส่วนของร่างกายผู้ป่วยที่อาจมีผลกระทบต่อการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และ รอยกดทับที่เกิดจากการจัดท่า ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ประสานงาน กับวิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์ และพนักงานเปล เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการ เคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานการ ทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วย และครอบครัวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในขอบเขตของวิชาชีพ ให้ข้อมูลและรายงานอาการหรือความ ผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นแก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลต่อได้ทราบ เพื่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ให้

ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัดตามขอบเขตวิชาชีพ ประสานกับทีมพยาบาลหอผู้ป่วย และให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดและครอบครัวเพื่อวางแผนในการฟื้นฟูสภาพ (early ambulating)

มาตรฐานที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ให้ข้อมูลจากการประเมินระยะแรกและต่อเนื่องในการวินิจฉัย ความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดแผนการส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ ประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพ ปรับปรุงแผนการส่งเสริมสุขภาพ ประเมินสรุปผลการสร้างเสริมสุขภาพ และบันทึกการให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยผ่าตัดระยะแรกและต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยความต้องการคุ้มครองภาวะสุขภาพ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ ติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดอันตราย วิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุงแผนการประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และบันทึกผลการปฏิบัติเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ประเมินปัญหาความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูล วางแผนการให้ข้อมูล ให้ข้อมูลในโรคและแผนการรักษา วิธีการผ่าตัดร่วมกับทีมสหสาขาที่ดูแล เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด สิทธิพึงมี การใช้สถานที่สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล อธิบายความจำเป็นในการลงนามยินยอมรับการรักษา ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และบันทึกการให้ข้อมูล

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายเป็นอย่างดี ตามความเหมาะสมกับอาการหรือโรคที่เป็น ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน มีความสุภาพอ่อนโยนละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา

หรือพิธีกรรมของผู้ป่วย ส่งเสริมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

กำหนดแนวทางและแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล โดยประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล การส่งต่อการรักษา บันทึกข้อมูลให้ครอบคลุม ถูกต้อง ต่อเนื่อง มีระบบตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง เชื่อถือได้ และนำผลการบันทึกไปพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล

จากมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าว พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมิบทบาทการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะคือระยะก่อนผ่าตัดทำหน้าที่ในการประเมินปัญหา ความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในห้องผ่าตัดให้พร้อมก่อนให้บริการ ในระยะผ่าตัดทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse) และพยาบาลส่งผ่าตัด (scrub nurse) และระยะหลังผ่าตัดทำหน้าที่ดูแลความสะอาด ความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

และบันทึกข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ตลอดจนเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ก่อนผ่าตัด (นันทนา ธนาโนวรรณ และประอรนุช ตุลยาทร,2553)

1. ประเมินสภาพร่างกาย และเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ยกเว้นในรายที่เร่งด่วน เช่น
 - Blood chemistry ได้แก่ FBS ,BUN,Alb ,Glob ,LFT , creatinine ,uric acid VDRL ,HbsAg,Anti HIV และ Blood group ,CBC ,Elevtrolyte ,Hct ,Hb
 - CXR เพื่อดูการทำงานของปอด
 - EKG เมื่อผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี เพื่อดูการทำงานของหัวใจ
 - ปัสสาวะ เพื่อดูความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด ตลอดจนรับฟังปัญหา ปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วย กรณีที่ต้องตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ทั้งสองข้างเพราะทำให้มีระยะดูแล และขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างถาวร
3. งดรับประทานอาหารและน้ำทางปาก (NPO)
4. ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด (consent from)
5. การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด (skin preparation)
 - 5.1 ให้ผู้ป่วยอาบน้ำทั่วตัวในคืนก่อนวันผ่าตัดที่จะผ่าตัดด้วยสบู่ธรรมดาหรือสบู่ที่มีส่วนผสมของสารฆ่าเชื้อ
 - 5.2 การกำจัดขนบริเวณแผลผ่าตัดนั้น ไม่แนะนำให้ทำก่อนการผ่าตัดทุกราย แนะนำให้ทำในรายที่จำเป็น คือ รบกวนบริเวณแผลผ่าตัด โดยแนะนำให้ใช้เบตเตอเรียน (electric clipper) แทนที่จะใช้การโกน เพราะการโกนเพิ่มโอกาสแผลติดเชื้อ และทำการกำจัดขนทันทีก่อนจะผ่าตัด
 - 5.3 Vaginal Preparation การทำความสะอาดช่องคลอด สามารถใช้ได้ทั้ง 4% Chlorhexidine gluconate และ Povidone -Iodine solution การศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของการป้องกันการติดเชื้อ ถ้าหากผู้ป่วยแพ้ สามารถใช้ Normal saline แทนได้
6. เปลี่ยนเสื้อผ้าให้เรียบร้อย เก็บสิ่งของมีค่า เครื่องประดับ ฟันปลอม แว่นตา คอนแทคเลนส์ และอื่นๆ
7. เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด การประคองแผลผ่าตัด การประเมินระดับความเจ็บปวด และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหากมีอาการปวดแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุดหลังการทำผ่าตัด (early ambulation)
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมจงดเลือด การได้รับสารน้ำและการได้รับยา pre-medication ตามแผนการรักษา

การพยาบาลขณะผ่าตัด

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในการพยาบาลระยะผ่าตัดดังนี้

1.พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse)

1.1 ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด ไม่สัมผัสบริเวณผ่าตัด ผ้า และเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อแล้ว

1.3 แนะนำการปฏิบัติตน และวิธีสื่อสารกับทีมผ่าตัดในระหว่างการผ่าตัด

1.4 จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทการผ่าตัด (ผู้ป่วยได้รับการจัดทำ lithotomy position ก่อนผ่าตัดเพื่อใส่สาย ureteral catheter) ระวางการเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรปกปิด เตรียมอุปกรณ์ขาหยั่งแบบบูท เป็นชนิดที่ช่วยรองรับเท้าและน่อง มีการกระจายแรงกดได้ดีกว่าและยังควบคุมไม่ให้ขากางมากเกินไป และหลังจากใส่สาย ureteral catheter ผู้ป่วยจะได้รับการจัดทำ supine ในการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

Lithotomy Positioning



รูปที่ 3.1 การจัดทำ Lithotomy

ที่มา: <https://www.facebook.com/OasisPressureUlcer>

1.4.1 จัดทำนอนหงายราบ จัดให้ก้นชิดขอบเตียงมากที่สุด

1.4.2 ติดตั้งขาหยั่งทั้ง 2 ข้างให้ระดับความสูงและกางออกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง บิดยึดให้แน่นเพื่อป้องกันการหลุด

1.4.2 ยกขาทั้ง สองข้างของผู้ป่วยขึ้นพร้อม ๆ กัน โดยให้ต้นขาทำมุม 90 องศา กับท้องก่อน โดยต้องใช้บุคลากร 2 คนยก ปฏิบัติด้วยความนุ่มนวลช้า ๆ กางขาไม่ควรเกิน 45 องศา

1.4.3 หลังแพทย์ใส่สาย ureteral catheter และ retained foley catheter เสร็จเรียบร้อยแล้ว ยกขาทั้งสองข้างลงพร้อมกัน โดยค่อย ๆ ประคองที่ข้อเข่าและข้อสะโพก ค่อย ๆ ยกลงอย่างช้า ๆ

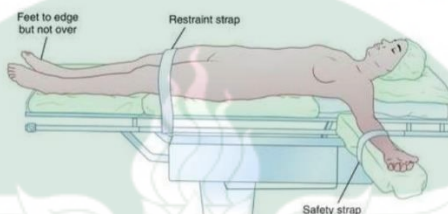
1.4.4 หลีกเลี่ยงการกางสะโพกมากเกินไป มีผลกับเส้นประสาท ไชเอติก ทำให้เกิดภาวะเท้าตกได้

1.4.5 หลีกเลี่ยงการยึนพิง กด ทับ จากทีมผ่าตัด

1.4.6 ในผู้ป่วยที่ใช้เวลาผ่าตัดมากกว่า 2 ชั่วโมง อาจพิจารณาใช้เครื่องบีบไล่เลือด เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

1.4.7 ทำนอนหงายราบ (supine position) เป็นท่าที่ใช้ในการทำผ่าตัด ด้านหน้าของลำตัว ได้แก่บริเวณช่องท้อง สำหรับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการจัดทำนอนหงายราบหลังจากที่มีการใส่สาย ureteral catheter เสร็จเรียบร้อยแล้วทำนี้พบว่ามีความแรงกดที่เกิดจากน้ำหนักกดลงตามพื้นผิวของ

ร่างกายบริเวณที่สัมผัสกับเตียงผ่าตัด โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก เช่น บริเวณท้ายทอย ต้นคอ ไหล่ ข้อศอก สะบัก สะโพก ก้นกบและส้นเท้า



รูปที่ 3.2 : ภาพท่านอนหงายราบ (supine position)

ที่มา : <https://scontent.fbkk29-8.fna.fbcdn.net/v/t1.6435>

การพยาบาลมีดังนี้ (AORN ,2013)

- จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียงผ่าตัด ให้ศีรษะและลำตัวผู้ป่วยวางอยู่บนเตียงถูกต้องตามหลักกายวิภาคศาสตร์ คือให้ระดับกระดูกสันหลังท่อนคอ ท่อนอก ท่อนเอว อยู่ในแนวเดียวกัน อาจใช้หมอนหนุนบริเวณท้ายทอยในระดับความสูงที่เหมาะสม หรือไม่หนุนก็ได้ ถ้าหนุนสูงเกินไป ใบหน้าผู้ป่วยจะก้มมากเกินไป อาจทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้

- วางแขนบนที่รองแขนโดยกางออกในแนวไม่เกิน 90 องศากับลำตัว เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทเบรเคียล เนื่องจากการกางแขนมากเกินไปจะทำให้หัวกระดูกต้นแขน (head of humerus) กด axillary neurovascular bundle ส่งผลต่อการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทเบรเคียล และจัดให้ระดับที่รองแขนกับเตียงผ่าตัดอยู่ในระดับเดียวกันเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทเบรเคียล

- หงายมือขึ้นเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาทอัลนาร์ ใช้สายรัดเพื่อป้องกันแขนผู้ป่วยหล่นจากที่วางแขน ถ้าต้องการจัดแขนให้อยู่ข้างลำตัว ควรใช้ผ้าพันตามยาว สอดใต้ตัวผู้ป่วยระดับอก พาดข้ามแขนทั้งสองข้าง แล้วสอดผ้าไว้ใต้ที่นอน

- ใช้หมอนหรือเจลที่ผลิตมาเป็นพิเศษรองบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับจากปุ่มกระดูก เช่น บริเวณท้ายทอย ต้นคอ ไหล่ ข้อศอก สะบัก สะโพก ก้นกบ และ ส้นเท้า

- ใช้สายรัดบริเวณต้นขา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการหลุดตกจากเตียงผ่าตัด

- ขาทั้งสองข้างวางแยกกันเล็กน้อย รมัดระวางอย่าให้ขาทั้งสองข้างไขว้ทับกันเพื่อป้องกันการกดทับของเนื้อเยื่อ

ข้อควรระวัง

1) เมื่อนอนราบ อวัยวะในช่องท้องจะดันกระบังลมขึ้นทางศีรษะ ทำให้ความจุของปอดลดลง อาจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยอ้วน หรือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีปัญหาจากโรคถุงลมปอด ดังนั้นควรติดเครื่อง pulse oximeter เพื่อใช้ประเมิน รวมถึงเป็นการเฝ้าระวังระดับออกซิเจน ในร่างกาย

2) การเอียงศีรษะในด้านตรงข้ามมากเกินไป สามารถทำให้เกิดการบาดเจ็บของกลุ่มประสาทเบรเคียล

3) การรัดแขนแน่นเกินไป อาจทำให้เกิดการกดทับเส้นประสาท anterior interosseous ซึ่งเป็นแขนงหนึ่งของเส้นประสาทมีเดียน อาจทำให้เกิด ischemic neuropathy ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิด compartment syndrome ตามมาได้

4) แรงกดที่พบอาจทำให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ บริเวณศีรษะ ไหล่ ข้อศอก หลัง กระดูกกระเบนเหน็บ (sacrum) กระดูกก้นกบ (coccyx) และข้อเท้า บริเวณที่พบบ่อยได้แก่ บริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ กระดูกก้นกบที่พบในตำแหน่งรองลงมา คือบริเวณสันเท้า โดยพบว่าแรงกดบริเวณสันเท้ามีมากถึง 115 มิลลิเมตรปรอทในท่านอนหงายราบ

5) ท่านอนหงายที่ไม่ได้รองรับบริเวณกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

6) การนอนกดทับบริเวณศีรษะเป็นระยะเวลานานขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดสามารถทำให้เกิดผมร่วง (pressure alopecia) จากรูขุมขนถูกกดเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นควรใช้วัสดุที่มีความอ่อนนุ่มรองรับบริเวณศีรษะ และควรขยับตำแหน่งศีรษะทุก 30 นาที

1.5 ทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

1.6 ร่วมตรวจนับและเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิตก่อนผ่าตัด และก่อนปิดแผลร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัด และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

1.7 อำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือก่อนการผ่าตัดและปฏิบัติการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือ

1.8 สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด อำนวยความสะดวก คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา

1.9 เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่อาจชำรุดหรือการใช้เครื่องมือเพิ่มเติม

1.10 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

1.11 เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้องในรายที่ต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจ

2.พยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub Nurse)

2.1 ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัด และตามหลักการ standard Precautions

2.2 ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้งของ retractor เครื่องจี้ หรือการวาง Plate และดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อ บริเวณผ่าตัดตลอดเวลา

2.3 สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา

2.4 เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการอุปกรณ์ เครื่องมือที่อาจชำรุดหรือการใช้เครื่องมือเพิ่มเติม

2.5 ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาเพิ่มเติม

2.6 ตรวจนับยืนยันจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผลตาม Count Procedure

2.7 ดูแลความอบอุ่นของร่างกาย การใช้สารน้ำ และอุปกรณ์ที่มีความอบอุ่นในร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia หลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

แนวทางปฏิบัติ

1. พยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub Nurse)

1.1 ตรวจสอบแผลผ่าตัด ท่อระบาย สายสวนปัสสาวะ NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด

1.2 ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นสื่อน้ำ และส่วนของร่างกายผู้ป่วย ที่อาจมีผลกระทบจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดทำ

1.3 ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย

1.4 ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล แพทย์ และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

1.5 ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย

1.6 บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.7 รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

2. พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating Nurse)

2.1 ตรวจสอบ ส่งตรวจ Specimen ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

2.2 ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยหนักตามความจำเป็น

2.3 ส่งต่อข้อมูลระหว่างผ่าตัดให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง การวัดความดันโลหิตให้ใช้เทคนิคและอุปกรณ์ที่เหมาะสม การวัดควรวัดแขนเดิม การบันทึกความดันโลหิตอาจต้องบันทึกว่าอยู่ในท่านั่ง ท่านอน หรือทำกิจกรรมอะไร บอกผลให้ผู้ป่วยทราบด้วย

2. ประเมินระดับความรู้สติ อาการปวดศีรษะ รุนานตา อาการอ่อนแรง ชา ของแขน ขา และการมองเห็นทุก 4 ชั่วโมง

3. จัดอาหารที่มีเกลือ ไขมัน โคเลสเตอรอลต่ำ และให้อาหารที่ส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ

4. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาของแพทย์

5. สังเกตอาการหลังผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดอาการความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น มึนงง วิงเวียน รู้สึกจะเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่าเร็ว แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้าๆ เปลี่ยนจากท่าหนึ่งไปท่าหนึ่ง พักประมาณ 2-3 นาที ก่อนเปลี่ยนท่าต่อไป และหากมีอาการในท่ายืน ให้รีบนั่งลง หรือนั่งยอง ๆ เพื่อป้องกันการล้ม

6. แนะนำให้ผู้ป่วยงดหรือลดการสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินมีผลต่อหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้หลอดเลือดตีบ ทำให้หัวใจทำงานหนัก

7. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูง ควรทำจิตใจให้สบาย หาวิธีผ่อนคลายความเครียด ทำงานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การร้องเพลงทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ

8. แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง การได้รับยาต้องอยู่ภายใต้ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะอาจต้องมีการปรับขนาดของยา ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา ให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ไม่ควรหยุดยาเอง

ในการเลือกทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละโรคนั้นมีส่วนสำคัญ ผู้ป่วยที่ศึกษารายนี้เป็นผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ ผ่านการผ่าตัดทางหน้าท้องมาแล้ว 3 ครั้ง เนื่องจากมีการ recurrent การผ่าตัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 และผ่าตัดในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาโดยการทานยาต่อเนื่องมา 2 ปี การผ่าตัดครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวล ในเรื่องภาวะแทรกซ้อน ภาพลักษณ์ การดำเนินชีวิต ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และคลายความวิตกกังวล จึงต้องใช้ทักษะการตัดสินใจของพยาบาล และการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงได้นำทฤษฎีการพร่องในการดูแลตนเองของ โอเร็มร่วมกับการประเมินสุขภาพตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพ (function health patterns) มาใช้เป็นทฤษฎีการแก้ปัญหาร่วม ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้

ตารางที่ 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่มีความพร่องในการดูแลตนเองตามทฤษฎีโอเร็ม (สมจิตร์ หนูเจริญกุล,2552)

Nursing Diagnosis	Goal & Expected outcomes	Care issues/ Intervention	Evaluation
ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ โดยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนและการชี้แนะด้านสุขภาพ	1.อธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 2.การเยี่ยมประเมินอาการและให้ข้อมูลในด้านการผ่าตัด 3.พูดประคับประคองจิตใจก่อนผ่าตัด	ระดับความกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย
ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะและหลังผ่าตัด โดยระบบทดแทนบางส่วน	1.พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์สังคม โดนรวมถึงการซักประวัติทั้งในอดีตและปัจจุบัน	ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

Nursing Diagnosis	Goal& Expected outcomes	Care issues/ Intervention	Evaluation
ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บบริเวณเส้นประสาทบาดเจ็บจากการจัดทำ	ผู้ป่วยไม่ได้รับการบาดเจ็บบริเวณเส้นประสาทในบริเวณต่าง ๆ โดยใช้ระบบพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด	<p>2.พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินการตรวจร่างกายทุกระบบ</p> <p>3.พยาบาลห้องผ่าตัดเตรียมความพร้อมผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์ทางด้านสูตินรีเวช เพื่อวางแผนการผ่าตัด</p> <p>4.พยาบาลห้องผ่าตัดจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัด อุปกรณ์ในการจัดทำในการผ่าตัด และตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะใช้กับผู้ป่วย ให้สะอาด สะดวกปลอดภัย และพร้อมใช้ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน</p> <p>1.จัดทำผู้ป่วยขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) ใช้ อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อข้อสะโพก ใช้ neumatic pressure พันที่น่องผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง ป้องกันการเกิดภาวะ DVT</p> <p>2.ใช้หมอนเจลหนุนรองบริเวณที่มีการกดทับกับเตียงไม่ให้เกิดการดั่งรังเส้นประสาท</p> <p>3.สังเกตบริเวณปุ่มกระดูกและตำแหน่งที่มีการสัมผัสกับเตียงไม่ให้มีแรงกดทับ</p>	ผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท
ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดระหว่าง	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกขณะผ่าตัดหรือไม่เกิด	1.ดูแลให้สารน้ำและเลือดองค์ประกอบของเลือดให้เพียงพอและเหมาะสมเพื่อ	ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกระดับสัญญาณชีพของผู้ป่วยอยู่ใน

Nursing Diagnosis	Goal& Expected outcomes	Care issues/ Intervention	Evaluation
ผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด ปริมาตรมากกว่า ร้อยละ 20 โดยใช้ระบบพยาบาลแบบ ทดแทนทั้งหมด	<p>ทดแทนเลือดที่สูญเสียไป</p> <p>2. เตรียมอุปกรณ์สำหรับการห้ามเลือดให้พร้อมใช้ ในกรณีที่แพทย์ผ่าตัดต้องการเรียกใช้</p> <p>3. สังเกตและจดบันทึกเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด</p> <p>4. ดูแลติดตามอาการของภาวะช็อก</p>	ระดับปกติ
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด เนื่องจากระยะเวลาในการผ่าตัดนาน และอุณหภูมิภายในห้องเย็น 22 องศาเซลเซียส	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส โดยใช้ระบบพยาบาลทดแทนทั้งหมด	<p>1. ห่มผ้าคลุมบริเวณร่างกายที่สัมผัสอากาศภายนอกโดยไม่ขัดขวางการผ่าตัด</p> <p>2. ปรับอุณหภูมิให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม</p> <p>3. อุณหภูมิและใช้น้ำเกลืออุ่นในขณะผ่าตัด</p> <p>4. ติดตามอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับ Normothermia</p>	ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายระหว่างผ่าตัด 36-37.5 องศาเซลเซียส
ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือมีระดับอาการปวดไม่เกิน 3 คะแนน โดยใช้ระบบพยาบาลแบบ ทดแทนทั้งหมด	<p>1. ประเมินระดับอาการปวดและบริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา</p> <p>2. จัดท่าผู้ป่วย นอนศีรษะสูง (semi fowler's position) ศีรษะสูง 30-45 องศา หรือท่า High fowler position ศีรษะสูง 80-90 องศา เพื่อให้ปวดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ และทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดการตึงของแผล</p> <p>3. ดูแลความสบายทั่วไป และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้</p>	ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดไม่เกิน 3 คะแนน

สรุป

พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วย และสามารถนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยประยุกต์ใช้ความรู้ทฤษฎี แบบแผนสุขภาพ และกระบวนการพยาบาล รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาล จึงมีหน้าที่สนับสนุนให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ โสด ระดับการศึกษา ปริญญาตรี. อาชีพ รับราชการ ภูมิลำเนา มีนบุรี กรุงเทพ HN 0139038871 AN 67004460

การวินิจฉัยโรค ก่อนผ่าตัด Ovarian Mass

หลังผ่าตัด Broader line ovarian tumor

การผ่าตัด TAH with Lt SO

วันที่รับเข้าโรงพยาบาลเลิดสิน 25 มีนาคม 2567

วันที่รับไว้ดูแล 25 มีนาคม 2567

วันที่รับการผ่าตัด 29 มีนาคม 2567

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 เมษายน 2567

รวมวันที่อยู่ในความดูแล 11 วัน

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 อาการสำคัญ คลำพบก้อนบริเวณท้องน้อย ปวดท้อง

2.2 ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยคลำพบก้อนบริเวณท้องน้อยมีอาการปวดจึงมาพบแพทย์ แพทย์นัดทำอัลตราซาวด์พบก้อนขนาดใหญ่กว่า 12 เซนติเมตร และนัดทำ CT whole abdomen และพบเป็น Ovarian Mass ขนาด 10.9x12.4x16.2 cm และนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้น จุกเสียดท้องมากเวลาเดิน แพทย์จึงให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลก่อนวันนัดผ่าตัดเดิม

2.3 ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

-18 ปีก่อน (พ.ศ.2548) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right Salpingo – oophorectomy with myomectomy

-14 ปีก่อน (พ.ศ.2552) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Left Cystectomy with Appendectomy

-เป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน รับประทานยาต่อเนื่องมาตลอด

2.4 ประวัติการแพ้ยา

แพ้ยา ibuprofen ปฏิเสธการแพ้อาหารทุกชนิด

2.5 ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

ปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุกชนิด

2.6 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดัน และไขมันในเลือดสูง มารดาผู้ป่วยมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน ไม่มีประวัติโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคติดต่อทางพันธุกรรม ไม่มีประวัติโรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้าในครอบครัว ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา เคยป่วยเป็นโควิดทั้งครอบครัว ปัจจุบันทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงดี

2.7 ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง เป็นบ้านเดี่ยว 1 ชั้น มีอาณาบริเวณประมาณ 1 ไร่ มีต้นไม้รอบบ้าน อากาศปลอดโปร่ง ไม่แออัด มีน้องสาวผู้ป่วยปลุกบ้านอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน

2.8 ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยมีประจำเดือนครั้งแรกตอนอายุ 12 ปี ประจำเดือนมาปกติทุกเดือน ครั้งละ 3-5 วันมีอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน จนในปี พ.ศ.2548 ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกที่รังไข่ข้างขวา และในอีก 4 ปีต่อมา ตัดถุงน้ำที่รังไข่ด้านซ้าย หลังจากนั้น ผู้ป่วยได้รับการฉีดฮอร์โมนหลังผ่าตัด หลังจากฉีดฮอร์โมนประจำเดือนผู้ป่วยขาดหายไป ไม่มาสม่าเสมอเหมือนเดิม ผู้ป่วยเป็นสาวโสด ไม่ได้แต่งงานหรือมีครอบครัว ทำงานรับราชการ มีลักษณะนิสัยเป็นคนใจเย็น

2.9 เศรษฐกิจและครอบครัว

รายได้ผู้ป่วยประมาณ 50,000 บาท/เดือน ผู้ป่วยมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว น้องชายผู้ป่วยรายได้ 30,000 บาท/เดือน ทางครอบครัวไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

3. การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

สภาพทางร่างกาย	รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท
สภาพอารมณ์	ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
สภาพทางสังคม	ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด กลัวผลออกมาเป็นมะเร็ง จะทำให้ดูแลครอบครัวไม่ได้
ความเชื่อทางศาสนา	ผู้ป่วยคิดว่าเป็นเวรกรรม ก่อนนอนผู้ป่วยไหว้พระ สวดมนต์ทุกคืน ซึ่งผู้ป่วยทำเป็นกิจวัตร

4. การประเมินร่างกายตามระบบ

1) ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและต่อมน้ำเหลือง

-ผิวสองสี ไม่มีรอยโรค ไม่มีผื่น ผิวค่อนข้างแห้ง มีร่องรอยกระตามแขน

-เส้นผมเป็นสีดำทั้งศีรษะ ผมยาว สะอาด ไม่มีก้อนที่ศีรษะ

-ใบหน้าขาว มีรอยกระ

-ตาทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน มองเห็นชัดเจนเนื่องจากผู้ป่วย และมีภาวะสายตาวาว

-ใบหูอยู่ในตำแหน่งสมมาตร (eye occiput line) ลักษณะปกติ ไม่บวมแดง การได้ยินปกติ สามารถพูดตามที่บอกได้

-จมูก การได้กลิ่นปกติ เยื่อบุภายในจมูกไม่บวม แดง อักเสบ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

-ริมฝีปาก ชุ่มชื้น ไม่มีแผล

-ฟันขาว สะอาด ไม่มีฟันผุ

-คอ ปกติ ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ

-ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอปกติ ไม่มีการอักเสบ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

2) ทรวงอก ปอด ระบบหัวใจและหลอดเลือด หน้าท้อง

-ทรวงอก ไม่มีรอยโรค ไม่มีผื่น แผล รูปร่างปกติ ไม่มีอกถั่ง ออกนูน ทั้งสองข้างสมมาตรกัน การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที จังหวะหายใจสม่ำเสมอ เสียงหายใจปกติทั้ง 2 ข้าง อัตราการเต้นของหัวใจ ปกติ 74 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ

-หน้าท้อง คลำพบก้อนบริเวณท้องน้อย ไม่พบขอบเขตของตับและม้าม ตับและม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ

3) ระบบประสาท กล้ามเนื้อ และกระดูก

-ความรู้สึกรู้ตัวปกติ ตื่นตัวอยู่เสมอ ให้ความสนใจตัวเอง สิ่งแวดล้อมและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

-ไม่พบความผิดปกติของระบบประสาทสมองทั้ง 10 คู่

-สามารถรับรู้ความรู้สึกสัมผัสได้ และชี้จุดบอกตำแหน่งได้ถูกต้อง

-ข้อบริเวณกระดูกขากรรไกร บริเวณคอ หัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อนิ้วมือ ข้อสะโพก ข้อเท้า และข้อนิ้วเท้าไม่มีการอักเสบ บวม แดง ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ ไม่ติดแข็ง

-ข้อเข่าทั้งสองข้างเวลาขยับมีเสียง กรอบแกรบ เริ่มมีการปวดเข่า

-แนวกระดูกสันหลัง ค่อนข้างตรง ไม่มีกระดูกสันหลังคด

5. การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

1) แบบแผนการรับรู้และการจัดการกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาตลอด ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเยื่อหุ้มดลูกเจริญผิดที่(จากผล CT whole abdomen) จึงรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัด โดยการตัดมดลูกและรังไข่ข้างที่เหลืออยู่ รวมถึงการเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน หรือเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณพาราเอออดิก โดยให้เหตุผลว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดและผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรค ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัดแต่เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ครั้งที่ 3 ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากและกังวลว่าบิดาและมารดาจะเป็นห่วงจึงยังไม่ได้บอกบิดามารดาในช่วงแรก แต่ผู้ป่วยได้บอกกับน้องสาวผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของตัวเองได้ดี รวมทั้งสามารถจัดการดูแลปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัวคือ บิดา มารดา ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยการพาทั้งคู่ไปพบแพทย์ตามนัดและดูแลให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหลังการเจ็บป่วยค่อนข้างวิตกกังวลเนื่องจากเป็นห่วงบิดามารดา

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเนื้องอกรังไข่ ขนาดใหญ่ และเนื้องอก อาจจะเป็นเนื้อร้ายได้

สรุป ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการป่วยของตนเองได้ แต่มีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องการดูแลครอบครัว

2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ ตามเวลา ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ชอบรับประทานชาเย็น ผลไม้รสหวาน ปกติจะดื่มน้ำค่อนข้างมาก วันละ 10-12 แก้ว น้ำหนัก 65 กิโลกรัม สูง 166 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 23.59ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าตามปกติ การกลืนอาหารปกติหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากมีภาวะเครียด

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากไม่ยอมรับประทานอาหาร

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย เนื่องจากแน่นท้อง จากภาวะท้องอืด

3) แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ปกติผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ตามปกติ ปกติผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระตอนเช้า วันเว้นวัน

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระ

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายเนื่องจากท้องผูก

4) แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยตื่นนอน เวลา 05.30 น. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง หลังจากนั้นจะรับประทานอาหารเช้าและออกไปทำงานเวลา 7.00 น. กลับจากทำงานผู้ป่วยจะนั่งอ่านหนังสือ รับประทานอาหารเย็นเวลา 18.00 น. จากนั้นจะดูทีวีหรืออ่านหนังสือ เข้านอนเวลา 22.00 น. ช่วงวันหยุดจากการทำงานผู้ป่วยจะเดินดูต้นไม้ ออกกำลังกายด้วยการเดินรอบ ๆ บริเวณบ้าน

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากเวลาเดินผู้ป่วยจะรู้สึกหวิวบริเวณท้อง ทำให้ผู้ป่วยมักจะนั่งอยู่ที่เตียง แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกาย

5) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยนอนวันละประมาณ 7 ชั่วโมง เข้านอนประมาณ 22.30 น. ตื่นนอนเวลา 05.30 น. กลางคืนมีตื่นมาเข้าห้องน้ำ 1-2 ครั้ง หลังตื่นมาเข้าห้องน้ำผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องนอนหลับยาก

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยนอนหลับได้น้อยในเวลากลางคืน ตื่นบ่อย หลังจากตื่นกลางคืนผู้ป่วยจะนอนไม่หลับ เนื่องจากมีอาการปวดท้องมารบกวน

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ

6) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ความรู้สึกในการตอบทั้ง 5 การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับความรู้สึกทางผิวหนังปกติ การรับรู้สถานที่ วัน เวลา ปกติ ตัดสินใจด้วยตัวเองได้

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นปกติ

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้

7) แบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และเป็นคนรักสุขภาพ และต้องการรักษาอาการป่วยให้หาย เพื่อที่จะสามารถใช้ชีวิตประจำวันและกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์ แม้จะมีความวิตกกังวล แต่ผู้ป่วยคิดว่าหลังการผ่าตัดใช้เวลาพักฟื้นร่างกายไม่นานก็จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติได้

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

8) แบบแผนของบทบาทสัมพันธภาพ ผู้ป่วยโสด เป็นบุตรสาวคนโตของครอบครัว มีพี่น้อง 4 คน คือผู้ป่วย และน้องสาวอายุห่างจากผู้ป่วย 2 ปี น้องสาวแต่งงานมีบุตร 3 คนเป็นหลานสาว 2 คน และหลานชาย 1 คน น้องชายคนที่ 2 ของผู้ป่วยอายุห่างกัน 3 ปี เสียชีวิตแล้วด้วยอุบัติเหตุทางรถยนต์

น้องชายคนที่ 4 อายุห่างจากผู้ป่วย 20 ปี ทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่บริเวณเดียวกัน ผู้ป่วยอยู่บ้านร่วมกับ บิดา มารดา และน้องชาย ส่วนน้องสาวอยู่กับสามีและลูกอีก 3 คน ในบ้านอีก 1 หลัง

ขณะเจ็บป่วย จากการสังเกตพบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวผู้ป่วยดี มีการดูแลช่วยเหลือกัน

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแบบแผนบทบาทสัมพันธภาพ

9) แบบแผนทางเพศและบทบาททางเพศ ผู้ป่วยเป็นสาวโสด

10) แบบแผนการปรับตัวต่อความเครียด ผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ด้วยตนเอง

ขณะเจ็บป่วย ค่อนข้างวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัด ผลชิ้นเนื้อ และระยะเวลาที่แผลผ่าตัดจะหาย

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวและเผชิญความเครียด

11) แบบแผนการรับรู้คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม ทำดียอมได้ดี เมื่อมีโอกาส หรือทุกวันพระ จะต้องไปวัด ใส่บาตรทำบุญเป็นประจำ

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยนำหนังสือสวดมนต์มาไว้ที่โต๊ะข้างเตียง และมีหนังสือธรรมะไว้สำหรับอ่าน เมื่อผู้ป่วยรักษาตัวที่โรงพยาบาล

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าและความเชื่อ

6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

Hematology วันที่ 19 มีนาคม 2567

CBC	Result	Unit	Normal
Red Blood Cell	4.36	($\times 10^6$)/uL	3.70-5.20
Hemoglobin	13.2	g/dl	10.40-15.20
Hematocrit	39.2	%	32.00-45.00
White Blood Cell	7.18	($\times 10^6$)/uL	3.90-12.50
Neutrophil	64.1	%	39.60-77.80
Lymphocyte	25.3	%	17.80-52.80
Monocyte	7.8	%	0.00-12.00
Eosinophil	2.9	%	0.00-8.00
Basophil	0.7	%	0.00-2.00
Platelet	272	($\times 10^3$)/uL	172.00-453.00
MCV	89.9	fl	73.40-98.30
MCH	30.3	pg	23.20-33.50
MCHC	33.7	g/dl	31.40-35.10
RDW	13.0	%	11.80-16.60

การแปลผล กรณีศึกษาที่มีความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count ;CBC) ปกติ

การตรวจหาค่า prothrombin time วันที่ 19 มีนาคม 2567

Exam	Result	Unit	Normal
PT	11.50	sec	10.70-13.00
INR	0.97	sec	0.00-2.90
PTT	25.70	sec	50.00-0.00
PTT Ratio	0.99	-	-

การแปลผล PT ย่อมาจากคำว่า prothrombin time ซึ่ง prothrombin เป็นสารประกอบผสมของ โปรตีนและน้ำตาล (glycoprotein) ที่ลอยอยู่ในพลาสมา prothrombin เป็นสารตั้งต้นของ thrombin ซึ่งอาจเป็นเอนไซม์ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในปฏิกิริยาเปลี่ยนโปรตีนตัวหนึ่งชื่อ fibrinogen (ปกติลอยอยู่ใน น้ำเลือด) ไปสร้างให้เป็น fibrin ซึ่งก็คือลิ่มเลือดที่ปิด หรืออุดรอยเปิดของบาดแผลจนเราเห็นกลายเป็น บาดแผลนูน ๆ ขึ้นมาเมื่อแผลหายสนิทแล้วนั่นเอง PT จึงเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ที่ได้จากการทดสอบเลือดที่ เจาะอามาใส่หลอดแก้วภายหลังการเติมน้ำยาแคลเซียมลงในเลือดจนปรากฏว่า ผลเลือดแข็งตัว ซึ่งในคน ที่มีสุขภาพเลือดปกติ ก็จะมีช่วงเวลายามาตรฐานอยู่ค่าหนึ่งคือ ประมาณ 12 วินาที และองค์การอนามัยโรค (World Health Organization , WHO) ได้ประกาศให้นานาชาติใช้ค่าอัตราส่วนมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือให้เลือดลดความข้น โดยเรียกค่านี้ว่า “ อัตราส่วนปกติมาตรฐาน นานาชาติ ” (International Normalized Ratio , INR) กำหนดให้ค่าอยู่ระหว่าง 2.0-3.5

Microscopy Urine Analysis (U/A) วันที่ 19 มีนาคม 2567

Urine Analysis	Result	Normal
Color	Yellow	-
Clarity	Clear	-
Glucose	Negative	-
Ketone	Negative	-
Blood	Negative	-
Protein	Negative	-
Nitrite	Negative	-
Bilirubin	Negative	-
Specific gravity	1.022	1.00-1.03

การแปลผล กรณีศึกษามีผลตรวจปัสสาวะปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Clinical Chemistry วันที่ 19 มีนาคม 2567

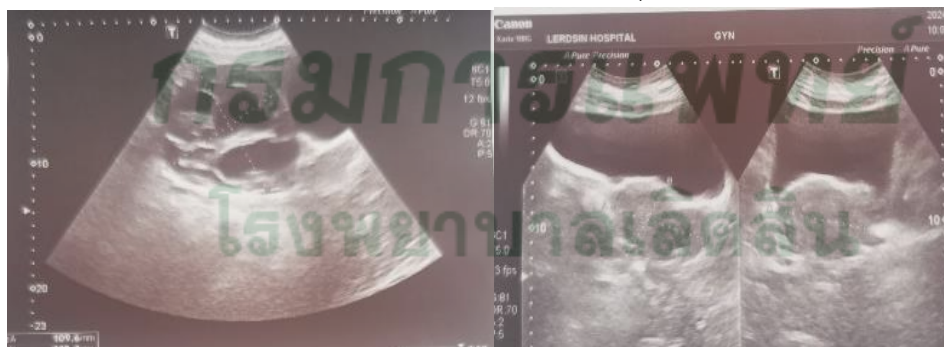
Exam	Result	Unit	Normal
FBC	88	Mg/dl	
Liver Function Test			
Total Protein	7.7	g/dl	6.30-8.20
Albumin	4.2	g/dl	3.50-5.00
Globulin	3.5	g/dl	2.30-3.50
Total bilirubin	0.52	mg/dl	0.20-1.30
Indirect bilirubin	0.37	mg/dl	0.00-1.10
Direct bilirubin	0.15	mg/dl	0.00-0.40
AST (SGOT)	27	U/L	14.00-36.00
ALT (SGPT)	19	U/L	0.00-35.00
BUN	10	mg/dl	7.00-17.00
Creatinine (+eGFR)	0.73	mg/dl	0.52-1.04
eGFR	97	ml/min/1.73	
Electrolyte			
Sodium	137	mmol/l	137.00-145.00
Potassium	3.8	mmol/l	3.50-5.10
Chloride	102	mmol/l	98.00-107.00
Carbondioxide	27	mmol/l	22.00-30.00

การแปลผล ปกติ

การตรวจ Anti HIV Negative (ผลลบ ไม่มีการติดเชื้อ)

การตรวจคลื่นหัวใจ Normal EKG (ปกติ)

การตรวจ ultrasound abdomen ในช่องท้องพบว่ามีถุงน้ำขนาดใหญ่ที่รังไข่ข้างขวา



ภาพที่ 4.1 แสดงการเกิดถุงน้ำที่รังไข่ข้างขวา

ที่มา : เวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน

Radiology Report 13 มีนาคม 2567

CT chest with contrast

History : Chronic cough and pelvic mass

Creatinine level :0.66 mg/dl. GFR=105

CT chest and CT Whole Abdomen Pre and Triple contrast study : Triple phased post intravenous contrast study and delayed KUB studies

Finding : The study no pulmonary infiltration or mass .No mediastinal lymphadenopathy or shiftness is noted. Normal cardiac size is seen. No pericardial effusion is noted. Patent bilateral pulmonary arteries without filling defect are seen. No pleural mass or effusion is observe.

Visualized thyroid gland is normal

No pathologic axillary lymphadenopathy is seen. A macrocalcification at right breast is found. No pneumoperitoneum or retroperitoneum is found. No intraperitoneal or hemoperitoneum is seen.

No abnormal hepatic parenchymal enhancement or dilated intrahepatic bile ducts is detected. A few small hepatic cysts are seen at right lobe , up to 0.5 cm. in size . Distended gall bladder without stone is seen. CBD is not dilated. Portal and hepatic veins are patent.Pancreas,spleen and both adrenal glands are unremarkable.

Right and left renal size are 5.6x9.6 and 4.2x10.4 cm. respectively.Normal nephrogram and excretory function are seen bilaterally. No perinephric lesion is seen. A right lower cortical renal simple cyst ,0.6x0.6 cm.in size is noted. No dilate both pelvicalyceal system or ureters is noted. Distended urinary bladder without internal lesion is observed.

Uterus is unremarkable. A huge well defined cystic mass with thin internal septation and eccentric non enhanced wall of the mass is detected .No internal fat content or calcification is detected .preserved fat plane between the mass with urinary bladder , both distal ureters,anterior rectum and sigmoid colon is seen. Dilated left ovarian vein is noted. No pathologic node is detected.

Visualized bowel shows no discrete bowel mass or focal thickening bowel wall. No paraaortic lymphadenopathy or mesenteric mass is detected.

Visualized bone are unremarkable.

Impression

1. Unremarkable CT chest
2. A macrocalcification at right breast.

3. A huge well defined cystic mass with thin internal septation and eccentric non enhanced solid part of left adnexa about 10.9x12.4x16.2 cm. in size, probable ovarian mass .Differentiated between complicated cyst ,hemorrhagic cyst, endometriosis or ovarian cystic tumor , correlate with clinical information ,tumor marker and histopathology ,please

4. A few small hepatic cysts at right lobe ,up to 0.5 cm. in size.

5. A right lower cortical renal simple cyst , 0.6x0.6 cm. in size.

การแปลผล

1. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หน้าอก ปกติ
2. มีการเกิดแคลเซียมที่เต้านมด้านขวา
3. มีก้อนซีสต์ขนาดใหญ่อยู่ภายในและมีผนังบางและดูไม่ปกติ มีก้อนที่ปีกมดลูกด้านซ้าย ขนาด 10.9x12.4x16.2 เซนติเมตร อาจจะเป็นก้อนที่รังไข่ แยกการวินิจฉัยระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนของถุงน้ำจากการที่มีเลือดออกภายในถุงน้ำ จากการที่เยื่อมดลูกเจริญผิดที่ หรือ เป็นเนื้องอกถุงน้ำรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง สัมพันธ์กับการซักประวัติอาการเพิ่มเติมจากผู้ป่วย การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง หรือการตรวจจากชิ้นเนื้อ
4. มีถุงน้ำขนาดเล็ก ๆ ภายในก๊ลิบตับข้างขวา ขนาด 0.5 เซนติเมตร (เป็นถุงน้ำปกติ)
5. มีถุงน้ำที่ไตส่วนล่าง ข้างขวาขนาด 0.6x0.6 เซนติเมตร

การวินิจฉัยโรค Pathology : Diagnosis : Benign Ovarian Tumor (เนื้องอกรังไข่)

A: Uterus and Left adnexa, TAH with left salpingo-oophorectomy

- Mucinous borderline tumor เนื้องอกรังไข่

-Tumor site: Left ovary ก้อนอยู่ที่รังไข่ด้านซ้าย

-Tumor size: 13.5x10.5x10.4 cm. ก้อนขนาด 13.5x10.5x10.4 เซนติเมตร

-Specimen integrity ชิ้นเนื้อมีความสมบูรณ์

-Ovary: Accidental rupture มีการแตกของรังไข่ (จากการผ่าตัด)

-Fallopian tube : serosa intact เนื้อเยื่อเกี่ยวพันชั้น serosa เหมือนเดิม

- Ovarian surface involvement : Not identified ไม่มีการแพร่กระจายของรังไข่

- Fallopian tube surface involvement : Not identified ไม่มีการแพร่กระจายของท่อ

นำไข่

- Lymph-vascular invasion : Not identified ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหรือเส้นเลือด

Others:

- Cervix Unremarkable ปากมดลูกปกติ

- Endometrium : Inactive pattern เยื่อโพรงมดลูกฝ่อลง

- Myometrium : Intramural leiomyoma มีเนื้องอกอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก

B : Omentum : Omentectomy เยื่อช่องท้อง : ตัดเยื่อช่องท้อง

- Unremarkable ปกติ

7. พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

พยาธิสภาพจากทฤษฎี	พยาธิสภาพจากกรณีศึกษา
<p>เนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดา (Benign Ovarian Tumor) ความหมาย เนื้องอกรังไข่หมายถึง เนื้องอกรังไข่ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติเนื่องจากเสียสมดุลระหว่างการแบ่งตัวใหม่และการตายของเซลล์ (Buick RN.1994 อ้างใน นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553) เนื้องอกชนิดนี้เป็นสาเหตุของก้อนในอุ้งเชิงกรานสตรีที่พบบ่อยรองจากเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูก พบว่าช่วงสตรีแต่ละวัยมีความสำคัญต่อระดับวิทยาของโรค (สฤกพรรณ วิไลลักษณ์ และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ ,2550 อ้างใน นันทนา ธนาโนวรรณ ,2553) เช่น ในเด็กหญิงและสตรีวัยรุ่นพบเนื้องอกรังไข่ชนิด germ cell tumors ประมาณ 1/2 หรือ 2/3 ของเนื้องอกรังไข่ทั้งหมดที่พบในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในขณะที่สตรีวัยเจริญพันธ์พบประมาณร้อยละ 80-85 และส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ร้ายแรง สำหรับสตรีวัยหมดระดู พบว่าเนื้องอกรังไข่จะกลายเป็นมะเร็งได้มากถึงร้อยละ 50 (Berek JS,2000 อ้างใน นันทนา ธนาโนวรรณ ,2553)</p> <p>สาเหตุ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าเป็นเพราะรังไข่เป็นอวัยวะที่ประกอบด้วยเซลล์หลายเซลล์ ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของเนื้องอกและมะเร็งได้มากมายหลายชนิด</p> <p>ชนิดและพยาธิสภาพของเนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดา แบ่งออกเป็น 2 ชนิดดังนี้ (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)</p> <p>1 Non-neoplastic tumor เป็นเนื้องอกที่มีลักษณะเป็นซีส (cyst) ส่วนใหญ่จะไม่ลุกลามเป็นมะเร็ง ประกอบไปด้วย ถุงน้ำที่เกิดจากการทำงานของรังไข่ (functional cyst)</p> <p>1.1 Follicle cyst เกิดจากความผิดปกติในการดูดซึมกลับของของเหลวในฟองไข่ พบมากในสตรีวัยรุ่นและวัยเจริญพันธ์ ลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่าจะเป็นถุงน้ำใสๆ ผนังบาง มีรังไข่โตข้างเดียว ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการและหายได้เองภายใน 2 เดือน ถ้ามีอาการอาจเกิด</p>	

พยาธิสภาพจากทฤษฎี	พยาธิสภาพจากกรณีศึกษา
<p>จากการบิดของไข่หรือการแตกของถุงน้ำหรือมีความผิดปกติของระดู</p> <p>1.2 Corpus luteum cyst มีลักษณะเป็นก้อนน้ำที่เกิดภายหลังการตกไข่ ก้อนอาจมีขนาดเล็กหรือโตได้ถึง 10 เซนติเมตร มีรังไข่โตข้างเดียว หากก้อนถุงน้ำแตก อาจทำให้ ที่ การเสี ย เลือด ใน ช่อง ท้อง (hemoperitoneum) และมีอาการปวดท้องอย่างฉับพลัน</p> <p>1.3 Theca lutein cyst มีลักษณะเป็นถุงน้ำขนาดเล็ก พบได้ที่รังไข่ทั้งสองข้าง ถุงน้ำชนิดนี้จะสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไข่ปลาคู (molar pregnancy) และมะเร็งเนื้อรก (GTD)</p> <p>1.4 Polycystic ovary มีลักษณะเป็นถุงน้ำเล็ก ๆ จำนวนมากที่รังไข่ทั้งสองข้าง พบมากในสตรีอายุน้อยเฉลี่ย 20 ปี มักมีอาการขาดระดู รอบระดูห่าง มีบุตรยาก คอแข็งอ้วน มีขนดก ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกได้มาก</p> <p>2. Neoplastic tumor เนื้องอกชนิดนี้สามารถลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ ได้แก่ (สมบุรณ์ บุญเกียรติ และวรวรรณ ผาโครต,2547 อ้างใน นันทนา ธนาโนวรรณ , 2553)</p> <p>2.1 Serous cystadenoma มีลักษณะเป็นถุงน้ำเดี่ยว ผนังบางเรียบภายในบรรจุของเหลวใสหรือขุ่นเล็กน้อย มีขนาดแตกต่างกันไป โดยเฉลี่ยจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร อาจพบ papillary projections ที่ผนังด้านในหรือด้านนอกของก้อนได้ พบมากในสตรีอายุประมาณ 30-50 ปี เนื้องอกชนิดนี้กลายเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 2</p> <p>2.2 mucinous cystadenoma ก้อนมีลักษณะเป็นผิวเรียบ มีผนังหนาและขุ่นเรียกว่า multiloculation ภายในบรรจุน้ำเมือกเหนียว เนื้องอกชนิดนี้มีขนาดใหญ่มาก มักพบข้างเดียว สามารถกลายเป็นมะเร็งได้ ร้อยละ 5-10</p> <p>2. 3 benign cystic teratoma</p>	<p>-กรณีศึกษาเป็นเนื้องอกชนิด mucinous cystadenoma</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎี	พยาธิสภาพจากกรณีศึกษา
<p>(Dermoid cyst) พบได้ร้อยละ 20 ของเนื้องอกรังไข่ ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 3 ชั้นของร่างกาย เช่น ectoderm ,mesoderm,endoderm ลักษณะที่เห็นตาเปล่าจะเป็นถุงน้ำขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 15 เซนติเมตร ผิวเรียบเป็นมัน มีผนังหนา บูด้วยเยื่อบุชนิด squamous ภายใต้อ่อนนุ่มจะเป็นต่อมเหงื่อและต่อมไขมัน ภายในถุงน้ำจะเป็นของเหลวที่ขับออกมาจากต่อมเหงื่อและต่อมไขมัน มีลักษณะเป็นไขมันข้น เหนียว สีเหลือง เรียกว่า sebum อาจพบเส้นผมเป็นกระจุก ฟัน กระจุกอ่อน รวมกันอยู่ในถุงน้ำ เนื้องอกชนิดนี้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 5 ที่เรียกว่า squamous cell carcinoma</p> <p>อาการและอาการแสดง</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการใด ๆ แพทย์อาจคลำพบก้อนเนื้องอกโดยบังเอิญจากการตรวจภายใน หรือจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในอุ้งเชิงกราน อาการที่เกิดจากการกด เบียด อวัยวะข้างเคียงในอุ้งเชิงกราน เช่น ปัสสาวะบ่อยขึ้น ท้องผูก หรือรู้สึกอึดอัดบริเวณท้องน้อย พบมากในกรณีที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ ท้องโตขึ้น เกิดจากเนื้องอกมีขนาดใหญ่หรือมีน้ำในช่องท้องมากขึ้น อาการปวดท้องเฉียบพลันจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยมีสาเหตุมาจาก <ol style="list-style-type: none"> การบิดของซีสต์ (torsion) พบได้ประมาณร้อยละ 16 ของเนื้องอก (ธีระ ทองสง และคณะ ,2551) โดยเฉพาะเนื้องอกรังไข่ที่มีก้านยาวเช่น dermoid cyst) การบิดของซีสต์ในระยะแรกจะทำให้มีเลือดคั่งและเนื้อเยื่อวมเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวด หากการบิดของซีสต์ยังดำเนินต่อไป จะทำให้เกิดการขาดเลือดมีอาการปวดท้องน้อย มีไข้แต่ไม่สูงมาก คลื่นไส้ อาเจียน กดเจ็บที่ท้องน้อยส่วนล่างร่วมกับการมี guarding และ rigidity ตรวจภายในพบก้อนที่ปีกมดลูก และกดเจ็บ ถ้าเป็นข้างขวาอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ 	<p>-ผู้ป่วยคลำพบก้อนด้วยตนเอง</p> <p>-มีอาการจุก ถ่วง บริเวณท้องน้อย ท้องผูก</p> <p>-ท้องผู้ป่วยโตขึ้น</p> <p>-หลังจากคลำพบก้อนมาประมาณ 2 อาทิตย์ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้น</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎี	พยาธิสภาพจากกรณีศึกษา
<p>เฉียบพลัน จึงต้องวินิจฉัยแยกโรคให้ได้</p> <p>4.2 การแตก (rupture) พบมากใน corpus luteum cyst แต่พบน้อยใน dermoid cyst (ธีระ ทองสง และคณะ, 2551) เพราะมีผนังหนากว่าทำให้แตกยาก ยกเว้นในกรณีที่มีการบิดของขั้วจุนขาดเลือด และทำให้ผนังมีรูรั่ว จนกระทั่ง sebum ไหลออกมาอยู่ในช่องท้อง หากเป็นเช่นนี้จะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง (peritonitis) และมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงในเวลาต่อมา</p> <p>4.3 การติดเชื้อ (infection) ในกรณีที่มีการบิดของขั้วจุนขาดเลือด จะทำให้มีการตายของเนื้อเยื่อ (gangrene) และการติดเชื้ออุ้งเชิงกรานอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีไข้ ซีฟจรเด่นเร็ว ปวดท้องน้อยร่วมกับตรวจพบก้อนในอุ้งเชิงกราน</p> <p>4.4 การตกเลือดในก้อนหรือภายในช่องท้อง (hemoperitoneum) จากการแตกของซิสต์เล็ก ๆ ทำให้ขนาดของก้อนโตขึ้นและกดเจ็บที่ก้อนมาก</p> <p>5. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด สาเหตุเกิดจาก hormone – producing ovarian tumor</p> <p>6. การอุดตันลำไส้และหลอดไต เพราะมีการขยายลูกกลมของเนื้องอกทำให้ลำไส้ติดกัน (สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์, 2544 อ่างนันทนา ธนาโนวรรณ, 2553) นอกจากนี้ยังอาจพบอาการทั่วไป เช่น ท้องอืดท้องเฟ้อ เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้องได้</p> <p>การวินิจฉัย</p> <p>1. ประวัติ อาการและอาการแสดง การตรวจภายใน (per vaginal examination)</p> <p>2. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasonography) โดยผ่านทางหน้าท้องหรือช่องคลอด วิธีนี้ช่วยแยกประเภทของก้อนที่พบในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งขนาดและลักษณะของก้อนเนื้องอก</p> <p>3. การส่องกล้องตรวจทางหน้าท้อง (Laparoscopy) ช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยเฉพาะในรายที่มีอายุน้อย ก้อน</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ultrasound พบก้อนในช่องท้อง</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎี	พยาธิสภาพจากกรณีศึกษา
<p>เนื้อไม่โตมาก และไม่ใช้มะเร็ง</p> <p>4. การตรวจหา Tumor markers ในรายที่ไม่แน่ใจว่าก้อนในท้องเป็นมะเร็งหรือไม่</p> <p>5 การตรวจด้วย Computerized tomography (CT scan)</p> <p>การรักษา</p> <p>1. การรักษาที่ไม่ต้องผ่าตัด เนื้องอกรังไข่ชนิดธรรมดาส่วนหนึ่งเป็น functional cyst ที่พบได้ในทุกช่วงอายุ แต่จะพบมากในวัยเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการและหายไปได้เองภายใน 4-8 สัปดาห์ หากตรวจพบถุงน้ำเดี่ยวในสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยไม่มีอาการใดๆ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 8 เซนติเมตร ไม่จำเป็นต้องผ่าตัด แต่ใช้เฝ้าสังเกตอาการทุก 2-3 เดือน แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม เพื่อเป็นการรักษาแบบประคับประคอง</p> <p>2.การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีนี้มีความจำเป็นดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในรายที่มี solid ovarian tumor หรือมีลักษณะของก้อนเนื้องอกที่สงสัยมะเร็ง เช่น multiseptated cyst จากการทำ ultrasonography หรือสตรีในวัยหมดประจำตัวที่มี ovarian mass - ในรายที่ก้อนเนื้องอกมี solid areas หรือมี ascites ร่วมด้วย - ใน ราย ที่ มี ovarian cyst ขนาด ของ เส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 8 เซนติเมตร หรือในรายที่มีขนาดของก้อนคงที่หรือเพิ่มขนาดขึ้น ภายหลังเฝ้าสังเกตอาการเป็นเวลา 2-3 เดือน - ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น การหมุนบิดของไข้ว การแตก การติดเชื้อ มีเลือดออกในก้อนเนื้องอกหรือภายในช่องท้อง <p>การรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถทำได้หลายวิธีได้แก่ (ดำรง ตรีสุโกศล ,2547 สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์ ,2544 อ่าง ไน นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553)</p> <p>2.1 Ovarian cystectomy เป็นการตัดเฉพาะ</p>	<p>-จากการตรวจ Tumor marker - Mucinous borderline tumor เนื้องอกรังไข่</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT scan พบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจเอกเรย์คอมพิวเตอร์หน้าอก ปกติ 2. มีการเกิดแคลเซียมที่เต้านมด้านขวา 3. มีก้อนซีสต์ขนาดใหญ่อยู่ภายในและมีผนังกั้นบางและดูไม่ปกติ มีก้อนที่ปีกมดลูกด้านซ้าย ขนาด10.9x12.4x16.2 เซนติเมตร อาจจะเป็นก้อนที่รังไข่ แยกการวินิจฉัยระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนของถุงน้ำจากการที่มีเลือดออกภายในถุงน้ำ จากการที่เยื่อBUMดลูกเจริญผิดที่หรือ เป็นเนื้องอกถุงน้ำรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง สัมพันธ์กับการชักประวัติอาการเพิ่มเติมจากผู้ป่วย การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง หรือการตรวจจากชิ้นเนื้อ 4. มีถุงน้ำขนาดเล็ก ๆ ภายในก๊ลิบตับ ข้างขวา ขนาด 0.5 เซนติเมตร (เป็นถุงน้ำปกติ) 5. มีถุงน้ำที่ไตส่วนล่าง ข้างขวาขนาด 0.6x0.6 เซนติเมตร

พยาธิสภาพจากทฤษฎี	พยาธิสภาพจากกรณีศึกษา
<p>ถุงน้ำออกเท่านั้น นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยหรือต้องการมีบุตร</p> <p>2.2 Unilateral salpingo-oophorectomy เป็นการตัดรังไข่และท่อนำไข่ข้างเดียว โดยเฉพาะข้างที่มีพยาธิสภาพ นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย หรือต้องการมีบุตร</p> <p>2.3 Total abdominal hysterectomy with salpingo-oophorectomy เป็นการตัดมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 45 ปี หรือมีเนื้องอกรังไข่ทั้งสองข้าง</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยใน Abdominal hysterectomy</p> <p>1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด (Intraoperative complication)</p> <p>1.1 การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ (Bladder injury) พบได้บ่อยที่สุด 1- 2 %</p> <p>1.2 บาดเจ็บต่อลำไส้ (Bowel injury) พบ 0.1-1% โดยลำไส้ส่วนที่บาดเจ็บได้บ่อยคือ ลำไส้เล็ก (Small bowel injury)</p> <p>1.3 การบาดเจ็บต่อท่อไต Ureter injury พบ 0.1-0.5 %</p> <p>1.4 เลือดออกโดยเฉพาะส่วนของ uterine artery และ Ovarian artery (Infundibulopelvic ligament)</p> <p>2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด</p> <p>1.4 เติมเลือดเนื่องจากเสียเลือดมากจากการผ่าตัด</p> <p>1.5 การติดเชื้อ ได้แก่ แผลติดเชื้อ (Surgical wound infection) การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (Pelvic infection) การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ(urinary tract infection) และปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia)</p> <p>1.6 เกิดทางเชื่อมระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistular) พบได้น้อยประมาณ 0.1-0.2 %</p> <p>1.7 ปวดบริเวณแผลผ่าตัดเรื้อรังเนื่องจากการบาดเจ็บของ Ilioinquinal nerve และ Iliohypogastric nerve โดยเฉพาะในกรณี ที่ลงแผลแบบ Pfannenstiel incision</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with right salpingo-oophorectomy (ข้างซ้ายตัดไปแล้วเมื่อ 14 ปีก่อน)</p> <p>-ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกรณีศึกษา</p>

บทที่ 5

สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 49 ปี ให้ประวัติว่า 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยคลำพบก้อนบริเวณท้องน้อยมีอาการปวดจึงมาพบแพทย์ แพทย์นัดทำอัลตราซาวด์พบก้อนขนาดใหญ่กว่า 12 เซนติเมตร และนัดทำ CT whole abdomen และพบเป็น Ovarian Mass ขนาด 10.9x12.4x16.2 cm และนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้น จุกเสียดท้องมากเวลาเดิน แพทย์จึงให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลก่อนวันนัดผ่าตัดเดิม

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

18 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right Salpingo – oophorectomy with myomectomy

14 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Left Cystectomy with Appendectomy

เป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน รับประทานยาต่อเนื่องมาตลอด

แพ้ยาลดปวด ibuprofen ปฏิเสธการแพ้อาหารทุกชนิด

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดาผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน ความดัน และไขมันในเลือดสูง มารดาผู้ป่วยมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน ไม่มีประวัติโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคติดต่อทางพันธุกรรม ไม่มีประวัติโรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้าในครอบครัว ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา เคยป่วยเป็นโควิดทั้งครอบครัว ปัจจุบันทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงดี

25 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัด มีการส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น วิชาญญแพทย์ แพทย์อายุรกรรม และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2567 ใช้เวลาการผ่าตัดทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง โดยแพทย์ได้ทำการตัด Total abdominal hysterectomy c salpingo-oophorectomy เป็นการตัดมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 45 ปี หรือมีเนื้องอกรังไข่ทั้งสองข้าง การผ่าตัดประสบความสำเร็จเรียบร้อยดี ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิด low malignant potential (LMP) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งคือ borderline ovarian tumors

2 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมี Ambulation น้อยมาก แพทย์ให้กระตุ้น passive ambulation เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดิน แพทย์ให้ทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยทานได้น้อยมากเนื่องจากมีอาการท้องอืด

แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ในวันที่ 5 เมษายน 2567 ก่อนกลับบ้านได้ให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง พยาบาลได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ การรักษาความสะอาด ป้องกันแผลติดเชื้อ การมาพบแพทย์ตามนัด และการมารับฟังผลชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยและญาติ รับฟังและสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ผู้ศึกษาได้ติดตามการเยี่ยมในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและฟังผลชิ้นเนื้อ การวินิจฉัยโรค Pathology : ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิด low malignant potential (LMP) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่ง

คือ borderline ovarian tumors แพทย์ได้อธิบายเกี่ยวกับการมาตรวจติดตามเป็นระยะ ซึ่งผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและตรวจติดตาม ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล มีวินัยัยทางการแพทย์ตามนี้

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากการปวดท้อง

ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดครั้งที่ 3 และกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผู้ป่วยในการทำผ่าตัด

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) ขณะผ่าตัด

ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืด

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ (self-image) การทำหน้าที่ทางเพศ (sexual Function) และความเป็นผู้หญิง

ปัญหาที่ 4 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปัญหาทุกข้อได้รับการแก้ไข และพยาบาลได้เสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านให้กับผู้ป่วยและญาติ การเลือกรับประทานอาหารและการป้องกันแผลติดเชื้อ

วิเคราะห์กรณีศึกษา

จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ทำให้ทราบถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งการดูแลให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายทั้งก่อน และหลังผ่าตัด

ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคและแผนการรักษาได้ ผู้ป่วยรายนี้ รู้สึกกังวลเกี่ยวกับบทบาทภาพลักษณ์ คุณค่าในตัวเอง การดูแลโดยสหสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล กายภาพ โภชนาการ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มั่นใจที่จะเผชิญกับปัญหา และสามารถปรับตัวได้

ด้านสังคม จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงาน บทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อทราบว่าตนป่วยเป็นเนื้องอกและมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็ง และต้องได้รับการผ่าตัด รู้สึกเป็นกังวลกับภาวะของโรคและผลการรักษา ทีมการดูแลผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ถูกต้อง และหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย

สามารถเผชิญกับโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาได้ โดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามอย่างต่อเนื่อง ในช่วงมาตรวจติดตามภายหลังการรักษา กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับโรค ซึ่งแรงสนับสนุนของครอบครัว ถือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง พยาบาลต้องมีความรู้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
2. จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแล
3. มีการวางแผนการรักษาผู้ป่วยและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ผ่าตัด วิชาสูติแพทย์ วิชาสูติพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2562). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562-2565*. มปท.

กัลยา พัฒนศรี, ชนิษฐา นาคะ , จริญญา วิหะศุภกร , จงรักษ์ อุดรารัตต์กิจ, ดร.ณิ ชุณหะวัต, นิตย์ ทศนิยม , ประคอง อินทรสมบัติ, ประสบสุข อินทรสมบัติ , พรณิ เหมือนวงศ์, รัชณี นามจันทร์ , สมจิตร หนูเจริญกุล, อรสา พันธักดิ์, อัจฉรียา ปทุมวัน , อัมพร เจริญพันธ์.(2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). วี.เจ.พรีนติ้ง.

กียรติกานต์ ป้ายงเหลือม, กุลชลิ เพ็ชรรัตน์, ฌัญญา เจียรนิลกุลชัย, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, ศรีเวียง แก้ว เต็งตระกุล. (2559). *การพยาบาลปริศลยกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ออฟเซ็ทพลัส จำกัด.

ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, ธีรพร วุฒยวนิช, ประภาพร สุประเสริฐ และสายพิณ พงษณา. (บรรณาธิการ). (2551). *นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด)*. พี.บี.ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์.

นันทนา ธนาโนวรรณ, พรณิภา ธรรมวิรัช , ประอรณช ตุลยาทร , พวงเพชร เกสรสมุทร , สิณี วัฒนทวี กิจ, จันท์จรัส วีระกุล, สว่าง ประสมทรัพย์ , ภัสรา หากุหลาบ , เขาวนี สุคนธ์ประดิษฐ์ , เพลิน พิศ ธรรมนิภา, พรณราย หนูมา , ขวัญจิตร เหล่าทอง , รพีพรรณ อุปกการ , สุจิตรา ประสบชัย. (2553). *ตำราการพยาบาลนรีเวชฉบับองค์รวม* . วีพรีน 1991 จำกัด.

ประสาร เปรมะสกุล. (2562). *คู่มือแปลผล Lab ตรวจเลือด*. อรุณาการพิมพ์.

ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์, อำนาจ มีเวที, ยิ่งพันธ์ อนุศรี, อัจฉรา อร่ามรัตน์, กาญจนา หาญศิริวัฒนกิจ, วิชาวดี ชัยสุขสันต์, สิริจินดา อังศุขवाल, ไพรวลัย สุตวรรค์, ทรงเกียรติ สุวรรณศิริกุล, อรรถสิทธิ์ บุญทรง, สมภพ บุญทิม, โอภาส ศิริวัชรภรณ์, ชนิพร ปวนอินตา, ฌัญพร แปงใจดี, อภิชาติ สิ้นธบัว, นพดล ผาสุกดี, ปฎิภัทร สุวรรณห้อย, นุจรินทร์ อ่องคณา , สมโภชน์ ณะชัยพันธ์, อารัมภ์..., ศิวไกร เหล่าวัฒนพงศ์. (2555). *ตำรากายวิภาคศาสตร์ทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิมพ์นานา.

พรศิริ พันธสี. (2564). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 25). พิมพ์อักษร.

พัชรี เรืองเจริญ. (2018). *การตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง*

<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lectuertopics/topic-review/5794>

ลิวรรณ อนุนาภิรักษ์ , จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ , วินัส ลิพทกุล, พัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). บุญศิริการพิมพ์.

วิศิษฐ์ จันท์คุณภาส , สิทธิชา สิริอารีย์. (2017). *Prevention of surgical site infection*.

<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lectuertopics/topic-review/5794>

[วนิดา จงอรุณงามแสง. \(2560\). เอกสารการสอนเรื่อง การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. มปท.](#)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *Patient Safety Goals: Simple Thailand 2018*.

เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล

สมาคมมะเร็งนรีเวชไทยและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการดูแลผู้ป่วย มะเร็งรังไข่*. พี.ซี.เค.ดีไซน์

สมจิตร หนูเจริญกุล,ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ , ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, วัลยา ตันตโยทัย,เรณู พุกบุญมี.
(2544).การ พยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ.(พิมพ์ครั้งที่ 2).วี.เจ.พรินต์ติ้ง.

American Cancer Society.(2016). *Cancer facts & figures 2016*. Retrieved from
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/and/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>.

Barakat RR , Benjamin I , Lewis JL Jr.etal . Platinum-based Chemotherapy for advanced-stage serous ovarian carcinoma of low malignant potential. *Gynecol Oncol* .1995;59-390

Bostwick DG,Tezelaar HD,Ballon SC, et al.Ovarian epithelial tumors of borderline malignancy.A *clinical and pathologic study of 109 case*. 1986;58:2052

Leake JF,Currie JL , Rosenshein NB, Woodruff JD.Long-term follow-up of serous ovarian Tumor of low malignant potential .*Gynecol .Oncol*.1992;47:150

Orem,DE (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6thed). Mosby.

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แผนการรักษาของแพทย์

Date Time	Order for one day	Date Time	Order for continue
25/3/67	<ul style="list-style-type: none"> - Admit 22/2 - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR, LFT - Anti -HIV - CXR - EKG 12 Lead - Print ผล CT ใส่ chart -Observe Abdominal sign 	25/3/67	<ul style="list-style-type: none"> - Record V/S -Regular diet <u>Med</u> -Tramal 1 tab oral prn q 6 hr - Amlodipine (5) 1x1 oral pc เช้า
27/3/67	<ul style="list-style-type: none"> เตรียม pre-op เริ่ม 28/3/67 -Consult ศัลยกรรม อ.พรเทพ URO พ. วราธร -Set Explore lap 29 /3/67 -จอง PRC 2 u group O -Swiff 45 ml oral at 14.00 ,16.00 -Prep skin Abdomen -NPO AMN -Acetar 1000 ml v 120 ml/h -เตรียม cefazolin 2 gm v ไป OR -Amlodipine(5) 1 tab oral +น้ำ 30 ml 		
29/3/67	<ul style="list-style-type: none"> Post op order for TAH c Lt SO c Lysis adhesion c Omentectomy -Record V/S q 15 min x 4 Then q 30 min x 2 Then q 1 hr. until stable จิบน้ำ เย็น -Liquid diet เช้า 	29/3/67	<ul style="list-style-type: none"> -Acupan 20 mg in NSS 1000 ml v drip in 1 hr. q 8 hr. (14.00,22.00,6.00) x2 วัน - Dynastat 40 mg v q 12 hr. (20.00,18.00) x 2 วัน -Paracetamal (500) 2 tab oral q 8 hr (14.00,22.00,6.00) ให้เมื่อทานได้ -Record V/S , I / O -Record JP drain / เวย์

Date Time	Order for one day	Date Time	Order for continue
31/3/67 10.45	-off foley catheter + ureteric catheter		-Cefazolin 1 gm v q 6 hr.
1/4/67	-Dressing แผล -off JD -กระตุ้น ambulation -ถ้า off PCA แล้ว มีอาการปวด ให้ Dynastat 40 mg v prn q 12 hr. -On hep lock	1/4/67	Review Treatment -off I / O -off cefazolin v <u>Med</u> -paracetamal (500) 1 tab oral q 6 hr. -Tramal 1 tab oral pm q 4 hr. -Air -x 1 tab oral 1 x 3 pc. -Amlodipine (5) 1 tab oral pc. เช้า
5/4/67	-D/C -Total stitch off + dressing แผล -นัดฟังผล patho 2 พค.67 <u>Home Medication</u> paracetamal (500) 1 tab oral q 6 hr. # 20 -Tramal 1 tab oral pm q 4 hr. #20 -Air -x 1 tab oral 1 x 3 pc.#20 -Amlodipine (5) 1 tab oral pc. เช้า #30 1 tab oral 1 x 3 pc. -senokot 2 tab oral hs.#20	3/4/67	-Regular diet -senokot 2 tab oral hs.

การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

การพยาบาลก่อนผ่าตัด (Pre-operative Nursing Care)

การพยาบาลก่อนผ่าตัดเน้นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด (จันทร์ฉาย โยธาใหญ่, 2560)

การเตรียมผู้ป่วยโดยทั่วไปก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย

1. ประเมินสภาพทั่วไป ซักถามข้อมูล ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. .แนะนำสถานที่ สิ่งแวดล้อม
- 3.ประเมินสัญญาณชีพ
4. การเก็บ specimens ต่าง ๆ เช่น CBC, U/A ,HIV , G/M
5. การเตรียมบริเวณผ่าตัด และความสะอาดของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ในตอนเย็นวันก่อนผ่าตัดและก่อนเข้าห้องผ่าตัด

6. การงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด
7. การเซ็นใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก การยินยอมรับเลือด
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนระงับความรู้สึก (pre-medication) ตามแผนการรักษา

การเตรียมผู้ป่วยในเช้าวันผ่าตัด ประกอบด้วย

1. การตรวจเยี่ยมตอนเช้า ซักถามการพักผ่อนนอนหลับ การงดอาหารและน้ำ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เตรียมอุปกรณ์การใส่สายสวนปัสสาวะ
2. การเตรียมผิวหนังที่จะทำผ่าตัดโดยการฟอกทำความสะอาดและโกนขนที่หน้าห้อง แล้วทาผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเช่น 0.5% chlorhexidine in 70% isopropyl alcohol หรือ povidone iodine
3. บันทึกสัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติต้องรายงานศัลยแพทย์ เช่น ใช้สูง ความดันโลหิตสูง
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสี การตรวจพิเศษต่าง ๆ ในรายงานของผู้ป่วย
5. เตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จะต้องส่งเข้าห้องผ่าตัด
6. เก็บพินปลอม ของมีค่า ของใช้ส่วนตัวผู้ป่วย
7. ดูแลการได้รับยา pre-medication amlodipine 5 mg น้ำ 30 ml ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงก่อนผ่าตัดถ้ามี หลังจากนั้นดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำต่อไป
8. ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด
9. บันทึกสรุปอาการ และผลการเตรียมผ่าตัด ในรายงานผู้ป่วยก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
10. ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงไปห้องผ่าตัด
11. เมื่อผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดแล้ว เตรียมเตียงเพื่อรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด โดยปูผ้ายางขวางเตียง พับผ้าห่มไว้ตามยาวด้านข้างของเตียงและเตรียมอุปกรณ์ ของที่จำเป็นอื่น ๆ เช่น เสาน้ำเกลือ เครื่องดูดต่าง ๆ

การพยาบาลระยะผ่าตัด

บุคลากรในห้องผ่าตัดและทีมผ่าตัดประกอบด้วย (King,2012)

1. ทีมศัลยแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ผ่าตัด (surgeon) และผู้ช่วยแพทย์ (assistant) ทำการผ่าตัดตามวัตถุประสงค์ และตามพยาธิสภาพของโรค รับผิดชอบควบคุมการเสียเลือดขณะผ่าตัด

2. ทีมวิสัญญี ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล รับผิดชอบการให้ยาระงับความรู้สึก ควบคุมความเจ็บปวดขณะผ่าตัด ดูแลป้องกันและแก้ไขปัญหาของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต ให้สารน้ำทดแทน ให้ยาตลอดเวลาของการผ่าตัด ถ้าพบอาการผิดปกติ ต้องรีบรายงานศัลยแพทย์ทันที

3. ทีมพยาบาล รับผิดชอบปฏิบัติงานและช่วยเหลือเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด ควบคุมภาวะปราศจากเชื้อ ป้องกันการสัมผัสเชื้อตลอดระยะเวลาก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด รวมทั้งดูแลผู้เข้ามาดูการผ่าตัดมิให้เกิดการสัมผัสเชื้อ พยาบาลจะมี 2 กลุ่มคือ

3.1 พยาบาลผู้ส่งเครื่องมือ (scrub nurse/sterile nurse) ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือรวบรวมเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ทั้งหมดด้วยหลักการทำให้ปลอดเชื้อ และดูแลให้อยู่ในสภาวะปลอดเชื้อตลอดเวลาการผ่าตัด การส่งเครื่องมือและอุปกรณ์เครื่องใช้ในขณะผ่าตัดให้ถึงมือศัลยแพทย์ ทำความสะอาดเครื่องมือขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตรวจสอบจำนวนผ้าซับโลหิตใบมีด เครื่องมือบนบริเวณที่ปลอดเชื้อร่วมกับศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยทั่วไปทั้งก่อน และหลังการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน

3.2 พยาบาลช่วยทั่วไปในห้องผ่าตัด (circulating nurse / non sterile nurse) รับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ช่วยจัดท่าผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารการเซ็นยินยอมต่าง ๆ วางแผนประสานงานกับบุคลากรทุกคนในทีมผ่าตัด เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ เป็นต้น

กิจกรรมของทีมผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ทีมผ่าตัดจะเริ่มกิจกรรมตามลำดับต่อไปนี้

1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2. ตรวจสอบ **ขั้นตอนการ Sign in** (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ,2561)

2.1. ทีมผ่าตัด ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และ พยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) ยืนยันความถูกต้อง (verification) ของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และยินยอมผ่าตัด โดยมีหลักการสำคัญคือ ต้องยืนยันกับผู้ป่วย 2) ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (mark site) โดยทีมผ่าตัดจะต้องสื่อสารและตรวจสอบร่วมกัน 3) ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในกระบวนการระงับความรู้สึก 4) ตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้ 5) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา 6) ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก หรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำลัก ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ 7) ตรวจสอบว่ามีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก ถ้ามีความเสี่ยงให้ใส่สายสวน(cannula/catheter) ในหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral vein) 2 ตำแหน่ง หรือหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน

3. ก่อนลงมีด (Time out)

ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้ 1) สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง เพื่อยืนยันการเข้าผ่าตัดถูกต้อง 2) ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยัน

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และ ตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด 3) ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 30-60 นาที ก่อนลงมีด 4) ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ หรือขั้นตอนที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การคาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด 5) វិสัญญีแพทย์ វิสัญญีพยาบาล ทบทวนปัญหาที่ต้องระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย 6) พยาบาลตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และ อื่นๆ ว่าการทำให้ปราศจากเชื้อมีความถูกต้อง ครบถ้วน 7) การเตรียมพร้อมเพื่อนำเสนอภาพทางรังสี หรือข้อมูลคลินิกอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

4. จัดทำนอนให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพและวิธีการผ่าตัด ทำนอนประกอบด้วย

4.1 ทำ lithotomy ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนที่ท่อไตทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บหรือเกิดอันตรายต่อท่อไต และใส่สายสวนปัสสาวะ

4.2 ทำ Supine หลังจากที่ได้รับ การใส่สายสวนแล้วผู้ป่วยได้รับการจัดทำนอนหงายราบ สำหรับการผ่าตัดบริเวณลำตัวด้านหน้า

5. การฟอกมือ (surgical hand scrub) แพทย์ผู้ทำผ่าตัดและพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) ก่อนที่จะสวมเสื้อและถุงมือปลอดเชื้อ จะต้องฟอกมือและแขนด้วยสบู่ยา ใช้เวลา 3-5 นาที โดยใช้แปรงปลอดเชื้อและล้างด้วยน้ำที่ไหลผ่านก๊อกตลอดเวลา (running water) สบู่ยาฆ่าเชื้อที่นิยมใช้ได้แก่ chlorhexidine , povidone iodine การฟอกมือแบบ complete scrub

6. การเปิดท่อเครื่องมือ การแต่งตัว พยาบาลช่วยรอบนอก (circulating nurse) ช่วยเปิดท่อเครื่องมือ ผูกมัดเสื้อกาวน์ให้พยาบาลส่งเครื่องมือและศัลยแพทย์ นับผ้าซับโลहितร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ จัดถึงทั้งขยะทั่วไปและถึงทั้งผ้าซับโลहित ต่อสายไฟของอุปกรณ์ชนิดต่าง ๆ และบันทึกกรายงานของผู้ป่วย จดบันทึก ส่วนพยาบาลผู้ส่งเครื่องมือ จัดเตรียม วางเครื่องมือให้พร้อมก่อนการผ่าตัดจะเริ่ม

7. เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้นก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,2561)

ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ វิสัญญีแพทย์/វิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกัน ดำเนินการดังนี้ 1) ยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง

2) การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และ เข็มเย็บ ครบถ้วน 3) การเขียนป้ายส่งตรวจให้ถูกต้อง 4) ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ให้ระบุปัญหาและวิธีแก้ไข 5) ศัลยแพทย์ វิสัญญีแพทย์/ វิสัญญีพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และต้องแจ้งให้ทีมพักรักษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง(พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวให้ทีมผ่าตัดได้ยิน และขอคำยืนยันด้วยวาจาจากทีม) และเมื่อผู้ป่วยฟื้นคืนสติ ทีมจะส่งผู้ป่วยไปห้องพักรักษา จัดเก็บเครื่องมือส่งทำความสะอาด และให้พนักงานทำความสะอาดห้องผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด (post operative care)

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เริ่มจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังห้องพักรักษา/หรือหอผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน กลับมาตรวจตามนัด การพยาบาลระยะนี้เน้นการป้องกันหรือแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีและรวดเร็ว แบ่งเป็น 3 ระยะ (เบญจมาศ ปรีชากุล และเบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล,2546)

1. ระยะที่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (post-anesthesia period หรือ immediate postoperative period) ผู้ป่วยจะถูกส่งมาดูแลที่ห้องพักฟื้น
2. ระยะที่ย้ายออกจากห้องพักฟื้นกลับมาที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้ เคลื่อนไหวร่างกายเองได้
3. ระยะหลังผ่าตัดที่มีการหายของแผล อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หลังผ่าตัด

การประเมินทางการแพทย์ในระยะที่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึก

จุดประสงค์ของการพยาบาลในระยะนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กลับคืนสู่ภาวะปกติอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพบ่อย ๆ จนกว่ายาระงับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวแต่ยังมีงง ง่วงซึม อยู่ การพยาบาลในระยะนี้มีดังนี้(จันทร์ฉาย โยธาใหญ่ , 2560)

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อาการปวดแผล ความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก มีเสมหะ ไอลำบาก ทำนอนไม่สุขสบาย
2. การประเมินสภาพร่างกาย ประกอบด้วย
 - 2.1 การตรวจร่างกาย ตามลำดับสำคัญ ดังนี้
 - 2.1.1 ทรวงอกและปอด โดยสังเกตลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก เสียงหายใจ อัตราการหายใจ ฟังเสียงปอด เป็นต้น
 - 2.1.2 หัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต capillary filling time
 - 2.1.3 อุณหภูมิในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติเล็กน้อย 2-3 ชั่วโมง เนื่องจากอุณหภูมิในห้องผ่าตัดและระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด จากนั้นอุณหภูมิจะเริ่มสูงขึ้น
 - 2.1.4 แผลผ่าตัด สังเกตการณ์เสียเลือดจากแผล การทำงานของท่อระบายจากแผล และความเจ็บปวดแผลผ่าตัด
 - 2.1.5 ระบบประสาท ประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล การเคลื่อนไหวของแขนขา รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ
 - 2.1.6 ระบบทางเดินอาหาร ประเมิน bowel sound สังเกตหน้าท้อง อาการท้องอืด ปวดท้อง
 - 2.1.7 ระบบไตและการขับถ่ายปัสสาวะ สังเกตลักษณะ สี จำนวนของปัสสาวะจากชุดระบาย
 - 2.1.8 ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ต้องประเมินการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ บันทึก intake/output อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด ผิวน้ำแห้ง บวมกดบวม กระหายน้ำ เป็นต้น
 - 2.1.9 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย CBC โดยเฉพาะ hemoglobin hematocrit

2.10 การประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ จิตสังคม โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ประเมินระดับความกลัว ความวิตกกังวล อาการโศกเศร้า พฤติกรรมหยุดหิด โกรธ โมโห ร้องไห้ เอะอะไว้วายายเป็นต้น

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในผู้ป่วยเนื่องกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

การดูแลผู้ป่วยเนื่องกรังไข่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับการผ่าตัดตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแล เพื่อให้เกิดการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและสนองความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับกระบวนการพยาบาลที่นำมาใช้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามแนวคิดของโอเร็ม มีขั้นตอนดังนี้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, และรัชนี้ นามจันทา, 2544)

1. ตัดสินว่าทำไมบุคคล จึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาล (การวินิจฉัย) และกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

2. ออกแบบระบบการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล

3. ริเริ่ม กระทำ ควบคุม ประเมินผล

ข้อมูลที่สำคัญในกระบวนการพยาบาล คือกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่กระทำอยู่เป็นประจำ ความสามารถเฉพาะ และปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความต้องการ และความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะเวลาผ่าตัด (ประเมินปัญหาจากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด วันที่ 26 มีนาคม 2566 เวลา 16.30 น.)

ปัญหาที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากการปวดท้อง (พบปัญหาวันที่ 26 มีนาคม 2566) ระบบพยาบาลที่ใช้ระบบทดแทนบางส่วน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดท้องมาก แม้มื้อหนึ่งหายใจเข้าออกก็ปวด”

2. ขณะไปเยี่ยมผู้ป่วยนั่งตัวงอ เอามือกุมท้อง คิ้วขมวด

2. ประเมิน pain score ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด 9 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3. จากผล อัลตราซาวด์ และ CT abdomen มีก้อนขนาดใหญ่ 10.9x12.4x16.2 cm

วัตถุประสงค์ บรรเทาอาการปวดท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดท้องลดลง

2. ไม่มีพฤติกรรมแสดงว่าเจ็บปวด เช่น หน้ามัว คิ้วขมวด เอามือกุมท้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการไม่สุขสบายจากการปวดท้อง

2. แนะนำและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุด

3. ดูแลและให้ยาแก้ปวดตาม tramal 50 mg แผนการรักษาของแพทย์
4. แนะนำเทคนิคหรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย (Relaxation technique) เพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ การนั่งสมาธิ การฟังเพลง หรือการอ่านหนังสือ หรือการดูทีวี
5. พุดคุยและสัมผัสอย่างอ่อนโยนให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวล

ประเมินผลการพยาบาล (26 มีนาคม 2566 เวลา 18.00 น)

1. ผู้ป่วยปวดท้องน้อยลง หลังได้รับยาแก้ปวด pain score 3 ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ฟังเพลงและนอนอ่านหนังสือบนเตียงเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่แสดงอาการหน้ามืด คิวขมวด

ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความดันโลหิตสูง (พบปัญหา 27 มีนาคม 2566)ระบบพยาบาลที่ใช้ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะเครียด บ่นปวดศีรษะ
2. ขณะปวดศีรษะ วัดความดันโลหิต BP=167/98 mmHg (27 มีนาคม 2566 เวลา 14.00)
3. ขณะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยรับประทานอาหารหมักดอง

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน
2. ความดันปกติ ไม่เกิน 140/85 mmHg.
3. ไม่เกิดภาวะเครียด หรือ ภาวะเครียดลดลง

กิจกรรมพยาบาล

1. วัดความดันโลหิต ติดตามประเมินความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย พุดไม่ชัด แขน ขา อ่อนแรง
3. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต amlodipine 5 mg ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์
4. แนะนำเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร ควบคุมอาหารพวกแป้งและไขมัน หรือเนื้อสัตว์ติดมัน เนื้อสัตว์แปรรูปเช่น ไส้กรอก เลือกลงใช้น้ำมันพืชชนิดไม่อิ่มตัว (ยกเว้นน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว และ กะทิ) แทนน้ำมันจากสัตว์ และลดอาหารเค็มเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง
5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยมากขึ้นและดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันการเบ่งถ่าย อุจจาระจากอาการท้องผูก ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
6. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเปลี่ยนแปลงท่าอาจทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงและเกิดอุบัติเหตุได้
7. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

8. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่นภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะเครียด การดื่มเหล้าสุบหรี่

9. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เพื่อป้องกันหลอดเลือดแข็งตัว

ประเมินผลการพยาบาล (27 มีนาคม 2566 เวลา 19.00)

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 124/84 mmHg-149/88 mmHg ผู้ป่วยพยายามเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มันและไม่หวาน และเพิ่มการรับประทานผัก และผลไม้ อาการปวดศีรษะน้อยลง และภาวะเครียดลดลง ผู้ป่วยยังไม่สามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอได้

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งที่ 3 และกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ (พบปัญหา 27 มีนาคม 2566) ระบบพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน

ข้อมูลสนับสนุน

1. 18 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right Salpingo – oophorectomy with myomectomy และครั้งที่ 2 เมื่อ 14 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Left Cystectomy with Appendectomy ครั้งนี้เป็นผ่าตัดครั้งที่ 3
2. ผู้ป่วยพูดว่า “กลัวผลการตรวจชิ้นเนื้อจะเป็นมะเร็งเพราะก้อนใหญ่มาก” และ “หมอบอกว่าคราวนี้ต้องตัดมดลูกด้วย”

3. ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย สามารถพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน แนะนำตนเองกับผู้ป่วย และทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลของตนเองออกมา เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆที่ติดค้างในใจผู้ป่วย พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม ข้อสงสัย และรับฟังด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วย รวมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด การวางแผนระดับความรู้สึกในขอบเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลในแผนการรักษาของแพทย์ผ่าตัด และทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัดในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง การประเมิน pain score ก่อนและหลังผ่าตัดโดยใช้คะแนนความเจ็บปวดเป็นเกณฑ์การประเมิน สอนวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด ผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ท้องอืด ท้องผูกโดยสอนในเรื่องการหายใจลึก ๆ (Deep breathing) การไออย่างถูกวิธี (Effective cough) การออกกำลังกายแขนขาบนเตียง โดยวิธี ankle pump (การกระดกปลาย

เท้า) เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตันหลังผ่าตัดและการลุกจากเตียงโดยเร็ว (Early ambulation) (พรศิริ พันธสี ,2564 p.124)

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องเอกสาร การเซ็นใบยินยอมผ่าตัดสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล

5. ให้คำแนะนำสถานที่ห้องผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยดูจากแผ่นพับ การแต่งกายของทีมแพทย์ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด และทีมแพทย์วิสัญญี เพื่อลดความวิตกกังวล

6. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังให้คำแนะนำที่กล่าวมาข้างต้นโดยการซักถาม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและทดลองให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น **ประเมินผลการพยาบาล 27 มีนาคม 2566 เวลา 18.00 น.)**

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลจากการเยี่ยมประเมินอาการก่อนผ่าตัด รู้สึกคลายกังวลลง

2. จากการซักถามผู้ป่วยหลังจากให้ความรู้ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และฝึกออกกำลังกาย และการไออย่างถูกวิธีได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะผ่าตัด (29 มีนาคม 2566 เวลา 8.30 น. เยี่ยมผู้ป่วยที่ห้องรอผ่าตัด
แนะนำตัวกับผู้ป่วยอีกครั้ง พุดคุย ทบทวนเรื่องการสอนที่พยาบาลเยี่ยมก่อนผ่าตัด ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย
คำพูดที่อ่อนโยน ดูแลความสุสขสบายให้ผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด ตรวจสอบเอกสาร ซักถามการงดน้ำงดอาหาร
ก่อนผ่าตัดอีกครั้ง ตรวจสอบเอกสารพร้อมบันทึกอาการผู้ป่วยลงในบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ขณะ
รอผ่าตัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 148/84 มิลลิเมตรปรอท สีหน้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล มือเท้าเย็น เนื่องจากตื่นเต้น และ
กังวล ผู้ป่วยบ่นว่าหนาว พยาบาลดูแลหาผ้าห่มให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยพักผ่อนขณะรอเข้าห้องผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง (พบปัญหา 29 มีนาคม
2566) ระบบพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด

ข้อมูลสนับสนุน

ในตารางผ่าตัดประจำวัน มีการ set ทำผ่าตัดผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ห้องรอผ่าตัดเป็นห้องรวมของผู้ป่วยทุกแผนกดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อวันจะมีจำนวนมาก

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดไม่เกิดอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งและผิดพลาดการ

กิจกรรมพยาบาล

ขั้นตอนการ Sign in (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ,2561)

1. ทีมผ่าตัด ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ /วิสัญญีพยาบาล และ พยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 ยืนยันความถูกต้อง (verification) ของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด โดยมีหลักการสำคัญคือ ต้องยืนยันกับผู้ป่วย

1.2 ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (mark site) โดยทีมผ่าตัดจะต้องสื่อสารและตรวจสอบร่วมกัน

- 1.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในกระบวนการระงับความรู้สึก
- 1.4 ตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้
- 1.5 ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา
- 1.6 ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก หรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำลัก ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ
- 1.7 ตรวจสอบว่ามีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่

2. ก่อนลงมีด (Time out)

ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้

- 2.1 สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง เพื่อยืนยันการเข้าผ่าตัดถูกต้อง
- 2.2 ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยัน ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และ ตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด
- 2.3 ให้อาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 30-60 นาที ก่อนลงมีด
- 2.4 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ หรือขั้นตอนที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การคาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด
- 2.5 วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ทบทวนปัญหาที่ต้องระวังในผู้ป่วย
- 2.6 พยาบาลตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และ อื่นๆ ว่าการทำให้ปราศจากเชื้อมีความถูกต้อง ครบถ้วน
- 2.7 การเตรียมพร้อมเพื่อนำเสนอภาพทางรังสี หรือข้อมูลคลินิกอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)

ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกัน ดำเนินการดังนี้

- 3.1 ยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง
- 3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และ เข็มเย็บ ครบถ้วน
- 3.3 การเขียนป้ายส่งตรวจให้ถูกต้อง
- 3.4 ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ให้ระบุปัญหาและวิธีแก้ไข
- 3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และต้องแจ้งให้ทีมพักฟื้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

(ข้อ 3.1-3.4 พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวให้ทีมผ่าตัดได้ยิน และขอคำยืนยันด้วยวาจาจากทีม

ประเมินผลการพยาบาล (29 มีนาคม 2566 เวลา 9.30 น.)

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง และถูกชนิดของการทำผ่าตัด
2. มีการปฏิบัติตามกระบวนการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากการผ่าตัดทั้ง 3 กระบวนการ

3. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการผ่าตัด

ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผู้ป่วยในการทำผ่าตัด (พบปัญหา 29 มีนาคม 2566)
ระบบพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการจัดทำ lithotomy หรือท่าชันขาหยั่ง เนื่องจากต้องมีการใส่สาย ureteric catheter เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายของท่อไต อาจมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทไซเอติก

3. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว 65 กิโลกรัม ความสูง 166 เซนติเมตร (BMI 23.59) ซึ่งจะมีแรงกดที่เกิดขึ้นภายในเนื้อเยื่อ รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำ เช่น ขาหยั่ง จะทำให้เกิดแรงกดบนร่างกายผู้ป่วยได้ (เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2560 หน้า 150)

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในการจัดทำเพื่อผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการปวด หรือบวมบริเวณขาหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ใส่ antiembolic compression stocking
2. จัดให้ก้นของผู้ป่วยอยู่ชิดบริเวณส่วนลำตัวท่อนล่างของเตียงผ่าตัด (lower trunk) ให้มากที่สุด

3. ติดตั้งขาหยั่งกับราวข้างเตียงผ่าตัดให้ระดับความสูงและกางออกเท่ากันทั้งสองข้าง บิดยึดให้แน่นป้องกันขาหยั่งหลุดจากราวข้างเตียงเป็นเหตุให้ขาผู้ป่วยตกจากเตียง อาจทำให้เกิดข้อสะโพกเคลื่อน การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและเส้นประสาท หรือเกิดกระดูกหักได้ บนขาหยั่งต้องมีวัสดุรองรับแรงกด

4. สวมผ้าคลุมขาผู้ป่วยแล้วจึงยกขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยขึ้นพร้อม ๆ กัน วางขาหยั่งโดยให้ต้นขาทำมุม 90 องศาที่ข้อเข่า เข่าและสะโพกทำมุม 90-100 องศา เพื่อให้มีการหย่อนของกล้ามเนื้อต้นขาหน้าข้อเข่า และลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ต้องยกขาทั้งสองข้างด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อน (กัญฉติลา รุจีโรจน์จินดากุล, 2550 หน้า 218-376) การยกขาผู้ป่วยต้องใช้บุคลากร 2 คน ยก เพื่อให้ขาทั้งสองข้างได้รับการพยุงในขณะทำการยก ขณะยกขาผู้ป่วยมือข้างหนึ่งของคนยกต้องจับบริเวณข้อเท้า และมีมืออีกข้างหนึ่งพยุงบริเวณน่องใกล้กับหัวเข่า ยกขาขึ้นและค่อย ๆ งอเข่าด้วยความนุ่มนวลอย่างช้า ๆ กางขาไม่ควรเกิน 45 องศากับแนวกลางลำตัว

5. รัดขาทั้งสองข้างจากขาหยั่งเพื่อป้องกันชาตกในกรณีที่ใช้ขาหยั่ง เก็บเบาะรองเตียงส่วนล่างและพับหรือถอดเตียงส่วนล่างลง ตรวจสอบให้ก้นของผู้ป่วยอยู่ที่ขอบเตียงส่วนล่างเพื่อป้องกันการดึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนบนเอวและกระเบนเหน็บ (Lumbosacral strain) และสามารถเข้าถึงบริเวณผ่าตัดได้สะดวก

6. วางแขนแนบลำตัวหรือวางบนที่รองแขนโดยกางออกด้านข้างไม่เกิน 90 องศากับแนวลำตัว เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทเบรเคียล

7. ยกขาของผู้ป่วยลงทั้งสองข้างพร้อมกันอย่างช้า ๆ เมื่อผ่าตัดเสร็จ โดยมีบุคลากรที่ช่วยยกอย่างเพียงพอและค่อย ๆ ประคองบริเวณข้อเข่าและข้อสะโพก เพื่อป้องกันการดึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณ

หลัง เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ยกขาสูงเป็นสาเหตุให้เลือดมาคั่งอยู่บริเวณลำตัวในขณะที่ทำผ่าตัด โดยจะพบมากขึ้นเมื่อสะโพกและเข่างอมากเกินไป รวมถึงระดับความสูงที่มากขึ้นของท่าขึ้นขาหยั่ง การที่เลือดมาคั่งอยู่บริเวณลำตัวมาก ทำให้บางครั้งเมื่อมีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดอาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดในทันที อย่างไรก็ตามเมื่อยกขาสูงในแนวราบ ทำให้เลือดจำนวน 500 มล.หรือมากกว่าไหลกลับสู่ขาอย่างรวดเร็ว เป็นผลทำให้ความดันเลือดลดต่ำได้ ดังนั้นควรค่อยๆยกขาสูงอย่างช้า ๆ เพื่อช่วยปรับระบบไหลเวียนโลหิตไม่ให้ cardiac output ลดลงอย่างรวดเร็ว โดยให้การปรับตัวของระบบไหลเวียนโลหิตค่อย ๆ เป็นไปอย่างช้า ๆ

ประเมินผลการพยาบาล (29 มีนาคม 2566 เวลา 13.00 น)

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า หลังผ่าตัดไม่มีอาการปวดข้อสะโพก หรือบวมบริเวณขา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) ขณะผ่าตัด (พบปัญหา 29 มีนาคม 2566) ระบบพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 อุณหภูมิของห้องผ่าตัด อยู่ประมาณ 20-24 องศาเซลเซียส
- 2 ก่อนได้รับการจัดท่าเพื่อผ่าตัด ผู้ป่วยบ่นว่าหนาว
- 3 อุณหภูมิกายผู้ป่วย 36.0-36.5 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ hypothermia ขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ห่มผ้าคลุมตัวผู้ป่วย ให้ความอบอุ่นตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น
2. ใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกายแบบเป่าลมร้อนให้ผู้ป่วยบริเวณหน้าอก แขนตั้งแต่เริ่มจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด
3. ใช้เครื่องอุ่นสารน้ำทางหลอดเลือดดำอุ่นสารน้ำให้ผู้ป่วย
4. ปรับอุณหภูมิในห้องให้เหมาะสม อยู่ระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหนาวสั่น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และร่างกายต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น
5. ติดตามอุณหภูมิกายเพื่อประเมินอุณหภูมิของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ
6. เตรียมน้ำอุ่นสำหรับล้างแผลให้ผู้ป่วย
7. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ปิดเครื่องปรับอากาศ ยังคงให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยเครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกายแบบเป่าลมร้อน รอจนพยาบาลส่งเครื่องมือทำความสะอาดบริเวณผ่าตัดและเปลี่ยนเสื้อผ้าเรียบร้อยจึงปิดเครื่องเป่าลมร้อนและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ประเมินผล (29 มีนาคม 2566 เวลา 13.00 น.)

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ สีมวลบริเวณปลายมือ ปลายเท้าปกติ ผิวหนังอุ่น

2. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายขณะผ่าตัด 36.5 องศาเซลเซียส

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น

ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการผ่าตัด (พบปัญหา 29 มีนาคม 2566) ระบบพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้สีกจากการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

เครื่องมือและเครื่องใช้หลายชนิดในห้องผ่าตัดมีโอกาสก่อให้เกิดแผลไหม้พองในผู้ป่วยได้เนื่องจากใช้ไฟฟ้าเป็นแหล่งกำเนิดพลังงาน เช่น เครื่องจี้ตัดห้ามเลือดด้วยไฟฟ้า

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น เกิดรอยแดง หรือรอยไหม้พองบริเวณต่างๆ ได้แก่ บริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า บริเวณที่ติดอิเล็กโทรดที่ใช้วัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

กิจกรรมพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากอันตรายของเครื่องจี้ไฟฟ้า มีทางปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (กุลชลี เพ็ชรรัตน์, 2559)

1. ปฏิบัติตามนโยบายและขั้นตอนเรื่องความปลอดภัยในการใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด

2. ก่อนใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า ต้องทบทวนการใช้งานของเครื่อง ระบุยี่ห้อและหมายเลขเครื่องที่ใช้งานไว้ในบันทึกทางการพยาบาล

3. ก่อนใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ตรวจสอบสภาพปลั๊กไฟ สายไฟ ตัวควบคุมการจี้และตัด แผ่นสื่อนำไฟฟ้า และหัวจี้ให้อยู่ในสภาพที่ไม่ชำรุดเสียหาย ถ้าพบการชำรุดให้เปลี่ยนอุปกรณ์ จากนั้นรายงานความเสียหายของอุปกรณ์

3.2 ทดสอบระบบความปลอดภัยและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ เช่น เสียง สัญญาณเตือนให้ดังขณะมีการใช้งาน ไฟที่แผงหน้าปัด และสัญญาณที่บ่งบอกถึงการทำงานของเครื่อง

3.3 ไม่ควรนำแผ่นสื่อนำไฟฟ้าที่กำหนดไว้ให้ใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ซ้ำ

3.4 ควรเลือกแผ่นสื่อนำไฟฟ้าที่บรรจุอยู่ในช่องที่มีการปิดผนึกอย่างแน่นหนาเท่านั้น เนื่องจากปริมาณความชื้น หรือคุณภาพของเจลบนแผ่นสื่อนำไฟฟ้า อาจเกิดการเสื่อมสภาพหากเปิดทิ้งไว้นาน
ประเมินผล (29 มีนาคม 2566 เวลา 13.00 น.)

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ผิวหนังไม่เกิดรอยแดงหรือรอยไหม้พองบริเวณต่างๆ ได้แก่ บริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อขณะผ่าตัด (พบปัญหา 29 มีนาคม 2566) ระบบพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด

ข้อมูลสนับสนุน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดแผลหน้าท้อง เป็นแผลเปิดช่องท้องขนาดใหญ่ การผ่าตัด ใช้เวลานานถึง 2 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัดมีแพทย์ผ่าตัดสาขาศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะทั้งหมด 2 ทีม มีจำนวนคนเข้าออกระหว่างผ่าตัดมากกว่า 10 คน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบ หรือมีหนอง

กิจกรรมพยาบาล บุคลากรในทีมผ่าตัด (surgical team) ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ แพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์หรือพยาบาลจะต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อจากการดูแล ผู้มารับการผ่าตัดดังนี้ (กิริติกานต์ ป้ายงูเหลือม, 2559)

1. ตัดเล็บให้สั้น จะทำให้สามารถกำจัดสิ่งปนเปื้อนในเล็บ เล็บที่ยาวจะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ และอาจทำให้ถุงมือขาดได้ รวมทั้งไม่สวมแหวน กำไล หรือสายสร้อยข้อมือ เพราะเครื่องประดับเหล่านี้เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค

2. สวมชุดห้องผ่าตัดและสวมหมวก กรณีเข้าทำหัตถการหรือส่งเครื่องมือผ่าตัด สวมผ้าปิดปากและจมูก และเสื้อคลุมผ่าตัด

3. ล้างมือเพื่อทำหัตถการแบบ surgical hand washing ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ซึ่งมีฤทธิ์ทำลายแบคทีเรียทั้งกรัมบวกและกรัมลบในวงกว้างและรวดเร็วภายในเวลา 1-2 นาที เนื่องจากเชื้อสามารถปนเปื้อนพร้อมทั้งแพร่กระจายผ่านมือของทีมผ่าตัดจากการสัมผัสกับผู้ป่วย การล้างมือก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลา 3-5 นาที กรณีล้างมือด้วยวิธี alcohol based hand rub มือต้องสะอาด ไม่มีสิ่งปนเปื้อน หรือสารคัดหลั่งบนมือ ขั้นตอนการทำความสะอาดมือเพื่อการผ่าตัด

3.1 พับแขนเสื้อ ก่อนการทำความสะอาดมือเพื่อไม่ให้แขนเสื้อเปียกน้ำ

3.2 เปิดก๊อกน้ำ ล้างมือและแขนให้เปียก

3.3 ไม่ควรยีนซิดอ่างล้างมือมากเกินไป เนื่องจากอาจทำให้เสื้อผ้าที่สวมอยู่เปียกได้

3.4 ล้างมือคร่ำๆด้วยน้ำก่อน กดสบู่น้ำยาฆ่าเชื้อ โดยการใช้นิ้วชี้และนิ้วโป้งถูฝ่ามือและข้อศอก 2 นิ้วฟุต ใส่น้ำยาลงในฝ่ามือในปริมาณที่เพียงพอสำหรับฟอกได้ทั่วทั้งบริเวณมือและข้อศอก สบู่น้ำยาฆ่าเชื้อต้องผ่านมาตรฐานการรองรับของโรงพยาบาลเช่น 4% Chlorhexidine gluconate หรือ 7.5% povidone iodine

3.5 ถูมือและแขนถึงเหนือข้อศอกประมาณ 2 นิ้วฟุต เพื่อล้างฝุ่นละออง คราบไขมันและเชื้อโรคออก ก่อนที่จะฟอกมืออย่างละเอียด

3.6 ล้างด้วยน้ำให้สะอาดโดยให้ปลายมืออยู่เหนือข้อศอกตลอดเวลา ให้น้ำผ่านจากปลายมือไปถึงข้อศอกในทิศทางเดียวกันทุกครั้ง ระวังอย่าให้มือชนก๊อกน้ำและขวดสบู่

3.7 ในกรณีที่ต้องการใช้แปรงทำความสะอาดเล็บ ซึ่งมักทำในการฟอกมือครั้งแรกของแต่ละวัน ใช้ต้นแขนเหนือข้อศอกกดแกนของกล่องใส่แปรงล้างมือ ใช้มืออีกข้างหยิบแปรงออกมา โดยระวังไม่ให้สัมผัสกับส่วนที่ไม่ปลอดภัย เช็ดสบู่น้ำยาฆ่าเชื้อให้ไหลลงในแปรงพอประมาณ ฟอกและขัดบริเวณเล็บและซอกเล็บให้ทั่วถึง โดยไม่ใช้แปรงถูผิวหนังส่วนอื่น เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนัง

3.8 ล้างมือและแปร่งให้สะอาด โดยให้น้ำผ่านจากปลายมือถึงข้อศอกในทิศทางเดียวทุกครั้ง ไม่ย้อนกลับจากข้อศอกขึ้นไป

3.9 ฟอกมืออย่างละเอียด โดยใช้ต้นแขนเหนือข้อศอก 2 นิ้วฟุต ใช้ด้ามแปร่งกดสบู่ฆ่าเชื้ออีกครั้ง เพื่อทำการฟอกมืออย่างละเอียด โดยฟอกบริเวณต่อไปนี้คือ

3.9.1 ฝ่ามือทั้ง 2 ด้าน

3.9.2 งามนิ้วทั้ง 2 ข้าง

3.9.3 หลังมือและงามนิ้วทั้ง 2 ข้าง

3.9.4 นิ้วมือ และข้อนิ้วมือนิ้วด้านหลังทั้ง 2 ข้าง

3.9.5 ปลายนิ้วมือและเล็บทั้ง 2 ข้าง

3.9.6 นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง

3.9.7 รอบข้อมือเรื่อยไปตลอดทั้งแขน จนถึงเหนือข้อศอก 2 นิ้วฟุตทั้ง 2 ข้าง แต่ละจุดให้ฟอกประมาณ 10-20 ครั้ง

3.9.8 ล้างน้ำให้สะอาด หมุดฟอง ปิดน้ำด้วยต้นแขนเหนือข้อศอก 2 นิ้วฟุต

4. พยาบาลส่งผ้าตัดต้องใส่เสื้อคลุมและถุงมือปลอดเชื้อก่อนหยิบจับเครื่องมือปลอดเชื้อหรือเข้ายังบริเวณปลอดเชื้อ การสวมถุงมือต้องสวมแบบ Closed gloving technique และสวม 2 คู่ จากข้อแนะนำสมาคมแพทย์อโรโรปิติกส์ แนะนำให้เปลี่ยนถุงมือนิ้วด้านนอกทุก 120 นาที เนื่องจากพบว่ามีการขาดทะเลของถุงมือระหว่างการทำให้ผ้าตัด โดยพบว่าการทำผ้าตัดที่นานยิ่งเสี่ยงต่อการทะเลของถุงมือมากขึ้น

5. สำรองแถบชี้วัดทางเคมีที่ใส่ไว้ในภาชนะเครื่องมือเครื่องใช้ และตรวจสอบให้แน่ใจว่าเครื่องใช้เหล่านั้นผ่านการทำให้ปลอดเชื้อมาแล้ว

6. เตรียมอุปกรณ์สำหรับทายาฆ่าเชื้อและใส่ยาฆ่าเชื้อ พร้อมส่งให้แพทย์ผู้ทำให้ผ้าตัดทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะลงมีด

7. คลุมตัวผู้ป่วยและบริเวณรอบเตียงผ้าตัดทั้งหมดด้วยผ้าปลอดเชื้อ การคลุมผ้าปลอดเชื้อ ควรเปิดผิวหนังบริเวณผ้าตัดให้น้อยที่สุด เพื่อลดการปนเปื้อนจากส่วนที่ไม่ได้ทำลายเชื้อมาก่อน หรือลดการปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลผ้าตัดไปปนเปื้อนจากบริเวณอื่นนอกแผลผ้าตัด

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพ ก่อนลงมีดผ้าตัด อย่างน้อย 60 นาที

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตลอดเวลา เพราะออกซิเจนสามารถทำลายเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนในแผล พร้อมทั้งยังช่วยซ่อมแซมแผลผ้าตัดและลดความรุนแรงของการติดเชื้อได้

10. จำกัดจำนวนคนที่เข้าออกในห้องผ้าตัดขณะที่มีการผ้าตัด รวมทั้งต้องมีการปิดประตูห้องผ้าตัดขณะผ้าตัดตลอดเวลา

11. ใช้เทคนิคการส่งผ้าตัดที่ปลอดเชื้อตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยผ้าตัด และดูแลให้ถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ้าตัด

การประเมินผล (29 มีนาคม 2566 เวลา 13.00 น.)

ผู้ป่วยไม่มีอาการ และอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงอาการติดเชื้อ คือ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่าปกติ (60-100 ครั้ง/นาที) มีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ (มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) และความดันโลหิตลดลงกว่าปกติ

ข้อวินิจฉัยพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (24-72 ชั่วโมง) (เยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ 30 มีนาคม 2567 เวลา 18.00 น) ขณะไปเยี่ยมผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง มีสีหน้าอิดโรย คิ้วขมวด ผู้ศึกษาได้เข้าไปแนะนำตัวอีกครั้ง และสอบถามอาการผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดมาก แผลผ่าตัดเป็นแผล midline มีขนาดยาวประมาณ 18 เซนติเมตร ตั้งแต่บริเวณหัวหน่าวยาวเหนือสะดือ ปิดผ้าก๊อส์ไว้ ไม่มีเลือดซึม มีสายระบายเลือด Jackson drain 1 สาย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังไม่สามารถลุกนั่งเองได้ ใช้วิธีไขหัวเตียงและมีพยาบาลช่วยเช็ดตัวให้ ที่แขนซ้าย on acupan 20 mg in NSS 1000 ml v drip in 1 hr. q 8 hr. ผ่านเครื่อง infusion pump ซึ่งเป็นยาแก้ปวดแบบกดให้ผู้ป่วยสามารถกดเองได้ ตามแผนรักษาของวิสัญญีแพทย์ ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำได้ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวด ตึงแผลมาก มีอาการคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน

ปัญหาที่ 1 ไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด พบปัญหา 30 มีนาคม 2566) ระบบพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด เนื่องจากหลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลมาก ยังไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้

ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัด Total Abdominal Hysterectomy with Left Salpingo - oophorectomy with Lysis adhesion with omentectomy ในวันที่ 30 กุมภาพันธ์ มีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 18 เซนติเมตร ตั้งแต่หัวหน่าจนถึงบริเวณเหนือสะดือเล็กน้อย ผู้ป่วยบ่นปวดแผลมากเวลาขยับตัว นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย สีหน้าอิดโรย คิ้วขมวด มีสายระบาย Jackson drain 1 สาย และ Retained Foley's catheter สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต 164/101 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว ตื่น 28 ครั้ง/นาที pain score 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ปวดแผลน้อยลง pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขยับตัวบนเตียงได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความปวดโดยใช้ numeric rating scale , verbal rating scale , face scale ร่วมกับประเมินสีหน้า ท่าทาง

2. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยให้ morphine 3 mg. ทางหลอดเลือดดำ และสังเกตอาการแทรกซ้อน คือ กดการหายใจ RR < 12 ครั้ง/นาที คลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยา 30-60 นาที ประเมินความปวดซ้ำ

3. การจัดท่าศีรษะสูง หรือท่า semi fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผลที่ท้อง

4. สอนให้ประคบแผลเวลาไอหรือขยับตัวเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อการสันสะเทือนแผล

5. แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกยาวๆลึกๆ และการเบี่ยงเบนความสนใจ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัว

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นผู้ป่วย

8. แนะนำให้ early ambulation หลังจากอาการปวดแผลลดลง เพื่อให้เลือดไหลเวียนดี แผลผ่าตัดหายเร็ว

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้ พลิกตะแคงตัวบนเตียงเอง ปวดแผล เวลาขยับตัว คะแนนความปวด 5 คะแนน

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืด (พบปัญหา 3 เมษายน 2566) ระบบพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 หน้าท้องโป่งตึง
- 2 ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) น้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที
- 3 ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง คลื่นไส้

วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะท้องอืด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกถึงภาวะท้องอืดที่ลดลง หายใจสะดวกไม่มีอาการอึดอัดแน่นท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
2. มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ 6-10 ครั้ง/นาที
3. หายใจสะดวก ไม่มีอาการปวดเกร็งแบบ colicky pain หายใจสะดวก นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังผ่าตัดในระยะแรก ให้ผู้ป่วยเริ่มด้วยการจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ เนื่องจากอาหารจะไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนจากกระเพาะอาหารที่กระตุ้นการทำงานของลำไส้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ,2549) จากการศึกษาวิจัยพบว่า การเริ่มให้อาหารเร็วในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่เร็วขึ้น (feeding protocols) จึงสามารถทำให้ลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้

2. แนะนำ อธิบายให้เห็นถึงประโยชน์ของการเคลื่อนไหวและลุกเดินได้เร็วหลังการผ่าตัด (early ambulation) เช่นการพลิกตัวการออกกำลังขา การลุกนั่งเป็นต้น ซึ่งการลุกจากเตียงได้เร็วหลังผ่าตัดเป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และช่วยขับแก๊สออก (ศิริพร ศิริบุรานนท์ ทิพา ต่อสกุลแก้ว และ วรณิ สัตยวิวัฒน์,2552)

3. แนะนำให้ผู้ป่วยในการทำความสะอาดช่องปากและฟัน เพราะจะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร ส่งผลให้กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (พรรณี ไพศาลทักษิณ ,2540)

4. ประเมินภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ โดยการบันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกาย ปริมาณปัสสาวะ และติดตามระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือด (ถ้ามีการเจาะเลือดตรวจ) หากพบวาระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ควรดูแลให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง และประสานกับแพทย์เพื่อการแก้ไข

5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงซึ่งจะมีผลต่อกลไกกระตุ้นปฏิกิริยาที่ทำให้มีการบีบตัวของทางเดินอาหารอย่างเป็นระบบ เกิดการหลั่งฮอร์โมนที่เพิ่มการทำงานของลำไส้ทำให้มีภาวะท้องอืดลดลง

6.ให้อาหารหลอก (sham feeding) โดยการให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้ง/วัน ตามมื้ออาหาร เพราะการเคี้ยวจะกระตุ้นประสาททวารกัส (vagus) ในทางเดินอาหารทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน gastrin

pancreatic polypeptide และ neurotensin ช่วยให้กระตุ้นการบีบตัวของทางเดินอาหาร และในระหว่างการเคี้ยวหมากฝรั่ง พยาบาลต้องเฝ้าระวังการสำลัก

7.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืด ยาขับลม ซึ่งยาในกลุ่มนี้ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ช่วยในการขับแก๊สออกมาจากลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรื้อนตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงกระเพาะอาหารและเรอเอาแก๊สออกมา

8.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระบาย กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระ

9.ติดตามผลการพยาบาล เพื่อพิจารณาว่าการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถบรรเทาอาการท้องอืดของผู้ป่วยลงหรือไม่ เพื่อสามารถวางแผนดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพต่อไป

การประเมินผล (4 เมษายน 2566 เวลา 16.00 น.)

ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดลดลง แน่นท้องน้อยลง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ มากกว่า 5 ครั้ง/นาทิต หายใจสะดวก ไม่มีอาการปวดเกร็งท้อง วันถัดมาผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ อาการท้องอืดหมดไป

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ (self-image) การทำหน้าที่ทางเพศ (sexual Function) และความเป็นผู้หญิง (พบปัญหา 4 เมษายน 2566) ระบบพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ข้อมูลสนับสนุน

หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องผู้ป่วยถามพยาบาลว่า การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะทำให้ภาพลักษณ์ของเขาเป็นอย่างไร และความเป็นผู้หญิงของเขาจะเหมือนเดิมหรือไม่

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และมีความเข้าใจสภาวะหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น และมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะหลังผ่าตัดมดลูก

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาข้อสงสัยหรือระบายความรู้สึกต่างๆ
- 2.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผลของการผ่าตัดต่อภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ทางเพศและความเป็นผู้หญิงจะเหมือนเดิมหรือไม่เปลี่ยนแปลง
- 3.ให้ผู้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ประเมินผล (4 เมษายน 2566 เวลา 16.00 น.)

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใสขึ้น สีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (พบปัญหา 3 เมษายน 2566) ระบบพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ข้อมูลสนับสนุน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1. เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านพยาบาลประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยพบว่ายังเข้าใจการปฏิบัติตนเองไม่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสอบถามว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

วัตถุประสงค์

มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

สามารถบอกการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้

กิจกรรมพยาบาล

1. พยาบาลประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
 2. พยาบาลให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านดังนี้
 - 2.1 แผลผ่าตัด ระวังแผลผ่าตัดเปียกน้ำ และแผลผ่าตัดจะติดดีเมื่อครบ 7 วันหลังผ่าตัด ถ้าแผลผ่าตัดมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง และร้อน หรือ มีหนอง ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ทันที
 - 2.2 การทำความสะอาดร่างกาย เมื่อผู้ป่วยอาบน้ำได้ ให้ผู้ป่วยอาบน้ำโดยการตักหรืออาบใช้ฝักบัว ผู้ป่วยไม่ควรแช่ในอ่างอาบน้ำ หรืออาบน้ำในลำคลอง และห้ามผู้ป่วยสวนล้างช่องคลอด
 - 2.3 การทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ห้ามผู้ป่วยยกของหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด และผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอ
 - 2.4 การร่วมเพศ ผู้ป่วยกรณีตัวอย่างแม้ว่าจะมีสถานภาพโสด แต่ผู้ป่วยควรมีความรู้ว่าหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องต้องงดร่วมเพศเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด
 3. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ลดอาหารเค็ม หมักดอง เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันสูง แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม หรือไข่ เพื่อให้โปรตีนไปซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหลอจากการผ่าตัด ขณะเดียวกันผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ
 4. การมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ตามนัด อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น แผลอักเสบ มีเลือดหรือมีหนองออกทางช่องคลอด หรือปัสสาวะแสบขัด ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ทันที
- การประเมินผล (3 เมษายน 2566 เวลา 18.00 น.)
- ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

ยาและการเฝ้าระวัง

1. Tramal

ข้อบ่งใช้

ใช้บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงค่อนข้างรุนแรง

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ผลงานวิจัยบริการของโรงพยาบาลเลิดสิน

หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด สับสน มีอาการประสาทหลอนเช่น เห็นหรือได้ยินเสียงที่ไม่มีคน
 ผื่นคัน ผื่นลมพิษ หน้ามืด เป็นลม ผิวหนังบางลง ลอกบวม พอง แดง ซึ่งรวมถึงเนื้ออ่อนในปาก มีอาการ
 เจ็บในปาก จมูก ตา หรือคอ มีไข้หรือมีอาการเหมือนมีไข้ บวมตามอวัยวะต่างๆเช่นใบหน้า ตา ริมฝีปาก
 ลิ้น คอ มือ น่อง ขา ข้อเท้า เสียงแหบ อาการไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างการใช้ยา รบกวน
 ชีวิตประจำวันเช่น ปวด มีนเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก

2. Paracetamol

ข้อบ่งใช้

ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดประจำเดือน ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้จากการติดเชื้อ
 แบคทีเรีย หรือ ไวรัส ใช้ในผู้ป่วยที่แพ้แอสไพริน หรือ มีปัญหาเลือดออกได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด
 ยับยั้งการสังเคราะห์ prostaglandin ในระดับประสาทส่วนกลางได้ดี ไม่มีผลทำให้เกิดแผลในทางเดิน
 อาหาร และไม่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด จะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-60 นาที หลังได้รับยา
 ถ้าได้รับยาเกินขนาดจะส่งผลกระทบต่อตับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย แพ้ยาเช่น มีผื่นขึ้น บวม มีแผลในช่องปาก มีไข้ ถ้าใช้ใน
 ขนาดที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดไตวายและถึงแก่ความตายได้

3. Amlodipine

ข้อบ่งใช้

ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ใช้รักษาอาการปวดเค้น หรืออาการเจ็บหน้าอก

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปวดมีนศีรษะ มึนงง ปวดหรือไม่สบายท้อง ผื่นคัน ลมพิษ

4. Morphine

ข้อบ่งใช้

ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง morphine มีฤทธิ์ระงับปวดโดยปกติความเจ็บปวดจะ
 ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ โดยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ลดความวิตกกังวล ความหงุดหงิด
 ความเครียด ทำให้รู้สึกสบายขึ้น กดรระบบประสาทส่วนกลางทำให้ง่วงซึม มักไปรบกวนต่อประสาทรับ
 ความรู้สึกอย่างอื่น เช่น การสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การสัมผัสอื่น ทำให้ม่านตาหด
 ตัว กดการหายใจ เป็นอาการข้างเคียงของ morphin กดศูนย์การไอที่ medulla ทำให้เกิดการสะสมของ
 เสมหะในทางเดินหายใจ

บวมบริเวณเปลือกตา ริมฝีปาก และลำคอ หายใจลำบากหรือมีเสียงหวีด เกิดผื่นบริเวณผิวหนัง
 คัน เกิดลมพิษ มีไข้ อาการอื่นไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างการใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือ รบกวน
 ชีวิตประจำวัน กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดศีรษะ

5. Air-x (Simethidine /simeticone)

ข้อบ่งใช้

ผลงาวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

มีคุณสมบัติช่วยให้อาการแน่น และมีลมภายในท้องลดน้อยลง โดยยาจะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้หดตัว กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัว ทำให้เกิดการขับลมและเกิดการเรอ รับประทานโดยเคี้ยว ครั้งละ 1-2 เม็ดหลังอาหาร ลดอาการแก๊สคั่งค้างในกระเพาะอาหารมากผิดปกติ ลดอาการแน่นเพื่อ จุกเสียดบริเวณกระเพาะอาหารต่อลำไส้เล็ก

การออกฤทธิ์ มีส่วนผสมของสารละลาย Dimethylpolysilanes และ silica gel มีคุณสมบัติลดการตึงผิวของฟองอากาศ ทำให้ฟองอากาศรวมตัวกันเป็นฟองใหญ่ขึ้น ขับออกได้ง่าย

ผลข้างเคียง ทำให้กระเพาะอาหารหลังน้ำย่อยมากขึ้น เป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยแม้จะให้ขนาดสูง

6. Acupan

ข้อบ่งใช้

ควบคุมการปวดภายหลังการผ่าตัด (post-operative pain) รูปแบบฉีด 20 mg/2ml และรูปแบบรับประทานขนาด 30 mg ในประเทศไทยมีการขึ้นทะเบียนยาเฉพาะรูปแบบยาฉีดเท่านั้น

การออกฤทธิ์ เพิ่มการทำงานของ descending inhibitory pain pathway โดยยับยั้ง norepinephrine, serotonin transport ยับยั้ง voltage sensitive sodium channels (VSSCs) และ Voltage sensitive calcium channels (VSCCs)

ผลข้างเคียง - อาจทำให้เกิด serotonin syndrome เมื่อให้ร่วมกับ Tramadol , pethidine

- ระงับการใช้ Acupan ในผู้ที่มี cardiovascular disease

- ปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatic failure และ renal failure

7. Senokot

ข้อบ่งใช้

Senokot เป็นชื่อทางการค้าของยา Sennoside A และ Sennoside B ซึ่งสกัดได้จากใบมะขามแขกมีฤทธิ์เป็นยาระบายชนิดกระตุ้นการเคลื่อนไหวลำไส้ ขนาดรับประทาน เริ่มต้นสำหรับผู้ใหญ่ คือ 2 เม็ด วันละครั้งก่อนนอน หากอาการท้องผูกไม่ดีขึ้นอาจเพิ่มเป็น 4 เม็ด วันละครั้งก่อนนอนได้ การรับประทานยา senokot นั้นควรรับประทานเมื่อมีอาการท้องผูกเฉียบพลันเท่านั้น และรับประทานยาในช่วงเวลาสั้น ๆ ไม่เกิน 7 วัน

การออกฤทธิ์ เป็นยาระบายชนิดกระตุ้นการเคลื่อนไหวลำไส้ (stimulant laxative)ซึ่งออกฤทธิ์ใน 6-12 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร เมื่อรับประทานก่อนนอน มักทำให้รู้สึกอยากขับถ่ายในตอนเช้า

ผลข้างเคียง ทั่วไปที่พบได้แก่ ปวดเกร็งท้อง ปวดมวนท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกินสัปดาห์ เพราะอาจทำให้ท้องเสียจนเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่มากเกินไป รวมทั้งยังทำให้ ลำไส้ใหญ่ชินต่อยา ส่งผลให้ไม่สามารถขับถ่ายได้ ถ้าไม่ใช้ยาถ่าย

8. Cefazolin

ข้อบ่งใช้

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิศสิน

ใช้รักษาโรคติดเชื้อดังต่อไปนี้ โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อของผิวหนัง เนื้อเยื่ออ่อน โรคติดเชื้อของทางเดินอาหาร เช่น ท่อน้ำดีและถุงน้ำดี โรคติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ โรคติดเชื้อภายหลังผ่าตัด โรคติดเชื้ออื่น ๆ เช่น โลหิตเป็นพิษ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ไช้กระดูกอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบและการติดเชื้อหลังคลอด

การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์เป็น bactericidal ต่อเชื้อแบคทีเรีย เหมือนยาในกลุ่ม penicillins กล่าวคือมีโครงสร้างคล้าย alanine residue จึงแย่งจับกับเอนไซม์ transpeptidase แทน alanine residue ของ peptidoglycan สายแรก ทำให้ยับยั้งการเกิด cross link กับ peptidoglycan สายที่สอง ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสร้างผนังเซลล์ของเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เชื้อมีผนังเซลล์ที่ไม่สมบูรณ์ เอนไซม์ที่ถูกยับยั้งโดยยาในกลุ่ม penicillins และ cephalosporins อาจเรียกรวม ๆ ว่า penicillin-binding proteins

ผลข้างเคียง การแพ้ยาที่พบมากคือ ลมพิษ ผื่นคัน การแพ้ยานี้มักพบในรายที่มีประวัติการแพ้ penicillins ด้วย ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ซึ่งมักไม่รุนแรงทั้งชนิดที่ให้ทางปากและฉีด อาจทำให้เกิดอาการปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องอืดท้องเฟ้อ ผลต่อไตพบไม่มาก พบจาก Cephaloridine ได้มากที่สุด และอาจพบในรายที่ใช้ยาอื่น ๆ ที่เป็นพิษต่อไตร่วมด้วย เช่น Aminoglycosides

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน