

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ออกทั้งหมด เนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก : กรณีศึกษา 2 ราย

อรวรรณ พานดอกไม้, พย.บ.^{1*}

บทคัดย่อ

การตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งหมดเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในมดลูก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมาก การผ่าตัดดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโลหิตจาง เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งหมด เนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก จำนวน 2 ราย โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ และแบบบันทึกผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาทั้งสองรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าห้องผ่าตัด ส่วนระยะหลังผ่าตัดกรณีศึกษาทั้งสองรายมีปัญหาและความต้องการคล้ายกันคือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหาที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 2 มีอายุมากและมีโรคประจำตัวเมื่อเกิดการเสียเลือดจากการผ่าตัด จึงมีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า เช่น ภาวะปอดแฟบ และภาวะท้องอืด ส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ เนื้องอกในมดลูก กรณีศึกษา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

* ผู้เขียนหลัก e-mail: wr.ritta108@gmail.com

Nursing Care for Total Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy in Myoma Uteri Patients : Two Case Studies

Orawan Pandokmai, B.N.S.^{1*}

Abstract

Total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy (TAH with BSO) is a common surgical intervention for managing myoma uteri, particularly among older women. However, this procedure presents unique challenges, especially for patients with comorbidities like hypertension, diabetes mellitus, and anemia. Effective nursing care is crucial to address these challenges and minimize postoperative complications. This study investigates the health issues and nursing care practices of two case studies undergoing TAH with BSO due to myoma uteri, based on analysis of inpatient and outpatient medical records, physical examination records, and surgical operation records.

Both case studies exhibited preoperative anxiety due to inadequate preparation, highlighting the importance of comprehensive preoperative education and support. Postoperatively, both patients experienced common challenges such as incisional pain and lack of knowledge regarding home self-care. However, unique health concerns arose in the second case, characterized by advanced age and medical complexities, resulting in higher blood loss during surgery and an elevated risk of complications such as shock, lung atelectasis, and abdominal distension, necessitating a prolonged hospital stay. These findings underscore the need for tailored nursing care guidelines for patients undergoing TAH with BSO, aimed at reducing avoidable complications and shortening hospitalization durations.

Key words: Bilateral salpingo-oophorectomy, Case study, Hysterectomy, Myoma uteri

¹ Chaloeam Phrakiat Princess Maha ChaKri Sirindhorn Hospital Siam Boromrajakumari Rayong hospital, Rayong Province

* Corresponding author e-mail: wr.ritta108@gmail.com

บทนำ

เนื้องอกในมดลูกเป็นโรคทางนรีเวชที่พบบ่อย ส่วนใหญ่พบในสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ได้ประมาณ 3.47-10.4 เท่า (Stewart, Cookson, Gandolfo, & Schulze-Rath, 2017) และเป็นข้อบ่งชี้สำคัญในการผ่าตัดมดลูก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานการผ่าตัดมดลูกประมาณ 650,000 รายต่อปี โดยร้อยละ 27 เป็นการผ่าตัดเนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก (Gofur, 2021) จากการศึกษาพบว่า สตรีที่มีอายุ 45-49 ปี, 50-54 ปี และมากกว่า 55 ปี ได้รับการตัดมดลูกร่วมกับตัดท่อนำไข่และรังไข่ทั้งหมด ร้อยละ 41, 69 และ 81 ตามลำดับ (Cusimano et al., 2021) สำหรับโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกในมดลูก จำนวน 884, 712 และ 1,021 ราย และได้รับการผ่าตัดมดลูก คิดเป็นร้อยละ 3.39, 4.35 และ 4.15 ตามลำดับ โดยเป็นการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 1.02, 1.74 และ 1.28 ตามลำดับ ซึ่งการพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค อายุ และความต้องการมีบุตรของผู้ป่วย

การรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในมดลูกขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย กรณีที่ก้อนเนื้อมียังมีขนาดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร และไม่มีอาการผิดปกติ จะได้รับการรักษาโดยการติดตามอาการโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) กรณีมีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่าปกติ จะได้รับยาฮอร์โมนอาจเป็นชนิดรับประทานหรือฉีด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด และในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือก้อนเนื้อมียังมีขนาดใหญ่ขึ้น โตเร็วกว่าปกติ หรือมีอาการแทรกซ้อนจากก้อนเนื้อกดเบียดอวัยวะอื่น ซึ่งมีอาการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเนื้อในมดลูก เช่น ก้อนเนื้อโตไปกดเบียดกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย บางรายกดเบียดลำไส้ ทำให้มีอาการท้องผูก หรือกดท่อน้ำดี ทำให้ท่อน้ำดีบวม การทำงานของไตผิดปกติ อาจทำให้ไตวายได้ จึงต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (Phaliwong, 2020) นอกจากนี้ การตัดมดลูกจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ ความเสี่ยงต่อการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ความเสี่ยงทางพันธุกรรมในการเป็นโรคมะเร็งรังไข่ หรือความเสี่ยงต่อการผ่าตัดรังไข่ในภายหลัง (Welten, Onland-Moret, Boer, Verschuren, & Van der Schouw, 2021)

การตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ทั้งหมดเป็นวิธีการรักษาที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในระยะแรก ได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดในระหว่างทำผ่าตัด อวัยวะบริเวณใกล้เคียงได้รับอันตรายจากการผ่าตัด ภาวะปอดอักเสบเนื่องจากสำลักเศษอาหาร (aspiration pneumonia) ถุงลมปอดแฟบ (lung atelectasis) โดยภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นในกรณีที่มีการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน (Chiang et al., 2021) โรคหัวใจ และไขมันในเส้นเลือด (Matthews, Gibson, EL khoudary, & Thurston, 2013) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความวิตกกังวลและการขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเมื่อต้องอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนผลกระทบในระยะยาว ได้แก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด (Mytton et al., 2017) โรคหลอดเลือดสมอง (Welten et al., 2021) โรคสมองเสื่อม (Georgakis, Gill, Rannikmae, Traylor, & Anderson, 2019) และโรคพาร์กินสัน (Canonic et al., 2021)

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ทั้งหมดเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากการดำเนินงานที่ผ่านมาโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง เป็นโรงพยาบาลขนาดทั่วไป รองรับการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องมีบาดแผลขนาดใหญ่ซึ่งต้องใช้เวลานานในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่นับมาไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อลดปัญหาที่พบคือภาวะวิกฤตก่อนการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อให้การดูแลหลังการผ่าตัดในแต่ละรายต้องมีการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวสภาพหลังผ่าตัดและ

กลับสู่ภาวะปกติโดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมา การศึกษานี้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) ดังนั้นพยาบาลด้านสูติศาสตร์และนรีเวชกรรมจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด คือ 1) การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลต้องประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและวางแผนการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตสังคมก่อนผ่าตัด และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัด และ 2) การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด พยาบาลต้องประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วภายหลังผ่าตัด และเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษารณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ ออกทั้งหมด เนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สูติ-นรีเวชกรรมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ทั้งหมด เนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก จำนวน 2 ราย โดยเป็นกรณีศึกษาที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อค จำนวน 1 ราย และความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาจากเอกสารการพยาบาล (Documentary study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยเนื้องอกในมดลูกที่เข้ารับ การตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ ในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยะของ จำนวน 2 ราย กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีเนื้องอกในมดลูก ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ ออกทั้งหมด และมีโรคอื่นร่วมก่อนผ่าตัด การศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกประวัติผู้ป่วย แบบบันทึกภาวะสุขภาพตามแผนสุขภาพของ กอร์ดอน 11 แบบแผน แบบประเมินผู้รับบริการของแพทย์ แบบบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกการผ่าตัด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทย อายุ 52 ปี น้ำหนัก 49 กิโลกรัม สูง 152 เซนติเมตร BMI 21.21 ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5 เดือนก่อน มีประจำเดือนมากกว่าปกติ ได้รับการรักษาด้วยยา DMPA แต่ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดตลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ผ่าตัด TAH with BSO Size: at least 16 x 10 cm ผลผ่าตัด Low midline ยาว 8 ซม. Uterus size: enlarged 16 wk

เสียเลือดขณะผ่าตัดรวม 500 ml ส่งชิ้นเนื้อตรวจ Pathology: Proliferative endometrium; no evidence of endometritis, hyperplasia or malignancy

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ดูแล

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	
		ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด
Complete Blood count (CBC)			
- Hemoglobin (Hb)	13 - 18 g/dl	10.4	8.3
- Hematocrit (Hct)	36 - 54 %	31	25
- White blood Cell (WBC)	4,000 - 11,000 cell/cu.mm	6,020	5,630
- Platelet count (plt)	140,000 - 400,000 cell/mm ³	392,000	311,000
- Neutrophils	45 - 70 %	55	82
- Lymphocyte	25 - 55 %	35	12
- Eosinophil	0 - 7 %	4	3
ALT(SGPT)	10 - 40 IU/L	11	-
AST (SGOT)	10 - 42 IU/L	15	-
Albumin	3.5 IU/L	3.4	-
Globulin	2.9 IU/L	2.3	-
Prothrombin time (PT)	9.7 - 11.7 Seconds.	10.9	-
Partial Thoboplastin Time (PTT)	21.7 - 29.3 Seconds.	19.5	-
INR	0.90 - 1.09 Seconds.	0.96	-
Electrolyte			
- Sodium	135 - 145 mEq/L	139.1	-
- Potassium	3.5 - 5.0 mEq/L	3.92	-
- Chloride	97 - 107 mEq/L	105.6	-
- Bicarbonate	20.0 - 31.0 mEq/L	24.3	-
BUN	7.0 - 21.0 mg/dL	8.5	-
Creatinine	0.5 - 1.5 mg/dL	0.44	-
GFR		128.46	-
Anti-HIV	Non-reactive	NR	

2. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2

หญิงไทย อายุ 69 ปี น้ำหนัก 47 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร BMI 20.89 ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพไม่ได้ทำงาน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน หมดประจำเดือนประมาณ 10 ปี 1 เดือนก่อน มีอาการปวดหน่วงท้องน้อย ร่วมกับมีน้ำออกมทางช่องคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตผ่าตัดทำหมันปี 2519 ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาของผู้ป่วยเป็น Hypertension and Hyperlipidemia

ผ่าตัด TAH with BSO Size: 13 x 16 cm แผลผ่าตัด Low midline ยาว 7 ซม. Uterus size: enlarged 18 wk เสียเลือดขณะผ่าตัด 700 ml ส่งชิ้นเนื้อตรวจวินิจฉัย Pathology: inactive endometrium with marked acute and chronic endometritis

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ดูแล

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	
		ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด
Complete Blood count (CBC)			
- Hemoglobin (Hb)	13 - 18 g/dl	11.3	8.9
- Hematocrit (Hct)	36 - 54 %	33	26
- White blood Cell (WBC)	4,000 - 11,000 cell/cu.mm	13,570	15,860
- Platelet count (plt)	140,000 - 400,000 cell/mm ³	513,000	204,000
- Neutrophils	45 - 70 %	70	79
- Lymphocyte	25 - 55 %	24	14
- Eosinophil	0 - 7 %	4	2
ALT(SGPT)	10 - 40 IU/L	11	-
AST (SGOT)	10 - 42 IU/L	15	-
Albumin	3.5 IU/L	3.4	-
Globulin	2.9 IU/L	2.3	-
Prothrombin time (PT)	9.7 - 11.7 Seconds.	10.9	-
Partial Thoboplastin Time (PTT)	21.7 - 29.3 Seconds.	19.5	-
INR	0.90 - 1.09 Seconds.	0.96	-
Electrolyte			
- Sodium	135 - 145 mEq/L	136.6	136.6
- Potassium	3.5 - 5.0 mEq/L	3.97	3.38
- Chloride	97 - 107 mEq/L	100.1	104.6
- Bicarbonate	20.0 - 31.0 mEq/L	25.8	28.4
BUN	7.0 - 21.0 mg/dL	8.5	-
Creatinine	0.5 - 1.5 mg/dL	0.59	-
GFR		94.48	-
Anti-HIV	Non-reactive	NR	

ตารางที่ 3 ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด พบในกรณีศึกษาทั้งสองราย</p> <p>เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล</p>	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ 2. ประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึก และความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยและครอบครัว 3. อธิบายเกี่ยวกับความจำเป็นในการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งลงชื่อในใบยินยอมผ่าตัด 4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บมือและเท้าให้สั้น เพื่อช่วยในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บในขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ถอดเครื่องประดับทุกชิ้นในร่างกาย เช่น สร้อย แหวน และนาฬิกาข้อมือ 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับก่อนผ่าตัด เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ความจำเป็นในการงดน้ำและอาหารก่อนและหลังผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในช่วงแรก เช่น เทคนิคการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการบรรเทาปวด การเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายบนเตียง 7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึก หรือสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัด <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความพร้อมด้านร่างกายในการเข้ารับการผ่าตัด แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ทำให้อ่อนไม่หลับเนื่องจากเปลี่ยนสถานที่และมีเสียงรบกวน มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นก่อนเข้าห้องผ่าตัด BP 150/100 mmHg จำเป็นต้องได้ยาความดันก่อนเข้าห้องผ่าตัด</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความวิตกกังวลลดลงและนอนหลับพักได้</p>
<p>ระยะหลังผ่าตัด</p> <p>1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะซีดจากการเสียเลือด พบในกรณีศึกษาทั้งสองราย</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1 เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 ml</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 700 ml</p>	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำอนาศิริษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่ 2. ประเมินลักษณะการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามค่า Oxygen sat 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ หลังผ่าตัด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง และเมื่อพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ 4. เฝ้ารอสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ภาวะสับสน หายใจไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น <p>การประเมินผล</p> <p>หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน หลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>2. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำจากการเสียเลือดมากพบในกรณีศึกษา รายที่ 2 K = 3.38 mmol/L</p>	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง และการเคลื่อนไหวร่างกาย 2. ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. หรือตามอาการของผู้ป่วย 3. ดูแลให้ได้รับ 5%D/N/2 1000 ml + KCL 20 mEq IV drip rate 80 cc/hr ตามแผนการรักษา 4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่ส่งเสริมโพแทสเซียมในเลือด เช่น ก๋วย ล้ม และผลไม้อบแห้ง 5. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ซ้ำหลังได้รับ KCL ทางหลอดเลือดดำ <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง หรือภาวะขาดน้ำ ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลการตรวจ Repeat K = 3.96 mmol/L</p>
<p>3. มีภาวะซีดจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด พบในกรณีศึกษาทั้งสองราย</p>	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะซีดจากการตรวจร่างกายและติดตามค่า Hct 2. ดูแลให้ได้รับ PRC สังเกตอาการแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด เช่น มีไข้หนาวสั่น แน่นหน้าอก และหายใจลำบาก และติดตามสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลในขณะให้เลือด คือ 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และ 1 ชม. จำนวน 2 ครั้ง 3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ ตับ เครื่องในสัตว์ นม ผักใบเขียว เป็นต้น และอาหารที่มีวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก 4. ดูแลให้ได้รับยา FBC 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน และเย็น เพื่อส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง <p>การประเมินผล</p> <p>กรณีศึกษา รายที่ 1 Hct 25% ได้ PRC 2 Unit ตามผล Hct เพิ่มขึ้นเป็น 33% สัญญาณชีพปกติ ไม่พบเลือดออกในช่องท้อง แผลผ่าตัดไม่ซึม</p> <p>กรณีศึกษา รายที่ 2 Hct 26% ได้ PRC 3 Unit ตามผล Hct เพิ่มขึ้นเป็น 35% สัญญาณชีพปกติ ไม่พบเลือดออกในช่องท้อง แผลผ่าตัดไม่ซึม</p>
<p>4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด พบในกรณีศึกษาทั้งสองราย</p>	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความปวดโดยการซักถามใช้ pain score ด้วย numeric scale 2. ดูแลจัดท่า Flower's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนและลดอาการปวดแผล 3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีที่ตื่นน้ำและอาหาร โดยให้ pethidine 25 mg ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 6 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา และติดตามสัญญาณชีพภายหลังได้รับยา กรณีรับประทานยาได้แล้ว ดูแลให้ยา Paracetamol 325 mg 2 เม็ด prn ทุก 4-6 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>5. มีภาวะปอดแฟบ เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาดมสงบในห้องผ่าตัด พบในกรณีศึกษา รายที่ 2</p>	<p>4. แนะนำการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุมบริเวณแผลหรือใช้ผ้ารัดหนังท้องพุงไว้เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล</p> <p>5. แนะนำเทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจากอาการปวด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>กรณีศึกษา รายที่ 1 ภายหลังจากได้รับยาแก้ปวดเป็น paracetamal 325 mg 2 เม็ด Pain score ลดลงจาก 4 คะแนน เป็น 2 คะแนน</p> <p>กรณีศึกษา รายที่ 2 หลังได้รับ paracetamal 325 mg 2 เม็ด Pain score ลดลงจาก 6 คะแนน เป็น 2 คะแนน</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินลักษณะและฟังเสียงการหายใจ ติดตามค่า O2 Sat และสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. หรือตามอาการ จัดท่า Fowler's position แนะนำการบริหารปอดโดยใช้ Triflow ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ประมาณ 2-3 ครั้ง จากนั้นให้ผู้ป่วยอม mouthpiece ปิดริมฝีปากให้สนิท และดูดลูกบอลให้ขึ้นซ้ำ ๆ อย่างน้อย 3-5 วินาที เพื่อให้ลูกบอลพลาสติกใน Triflow ขยับขึ้น เว้นจังหวะพัก 2-3 วินาที โดยแบ่งเป็นเซตฝึกเซตละ 5-10 ครั้ง ทำสม่ำเสมอโดยรวมทั้งวันอย่างน้อย 100 ครั้ง ติดตามผลการตรวจ chest x-ray (CXR) <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารปอดโดยใช้ Triflow ได้ถูกต้อง</p> <p>ลูกบอลพลาสติกกลอย ค้าง 5 วินาที 2 ลูกครึ่ง</p> <p>ลูกครึ่ง เริ่มเคลื่อนไหวได้ ไม่มีภาวะหายใจเหนื่อย ค่า O₂ sat Room air = 98% และผล CXR ดีขึ้น</p>
<p>6. ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด พบในกรณีศึกษา รายที่ 2</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยการฟัง Bowel sound อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืดภายหลังผ่าตัด เนื่องจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายมีฤทธิ์ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ และลดอาการท้องอืด ดูแลให้ได้รับ losec 40 mg v ทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาเพื่อลดอาการท้องอืด กลไกการออกฤทธิ์ลดการผลิตกรดในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น บรรเทาอาการแสบร้อน ยอดอกอาการกรืนลำบาก จัดท่า Fowler's position ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา โดยเริ่มจากจิบน้ำ อาหารเหลว ได้แก่ นม น้ำหวาน เป็นต้น อาหารอ่อน ได้แก่ ข้าวต้ม โจ๊ก และอาหารธรรมดา

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
7. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	<p>ตามลำดับ โดยเริ่มรับประทานครั้งละน้อย ๆ</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดลดลง Bowel sound 3-4 ครั้ง/นาที แต่ยังคงคลื่นไหวได้น้อย</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดโดยการวัดอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง 2. สังเกตลักษณะของแผลว่ามีอาการบวม แดง สัมผัสร้อนแผลซึม มีกลิ่นหรือไม่มี ซึ่งอาจเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อของแผลผ่าตัด 3. ทำความสะอาดแผลตามแผนการรักษาโดยยึดหลัก Aseptic Technique 4. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเปิดแผล แกะเกาแผล หรือระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ 5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมรอบเตียงเพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา <p>การประเมินผล กรณีศึกษาทั้งสองราย ไม่มีภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด</p>
วางแผนจำหน่าย 1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. อธิบายสาเหตุของโรคให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการเพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 3. แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเน้นอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัดและเสริมธาตุเหล็ก ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ ผักใบเขียว เครื่องในสัตว์ ตับ เป็นต้น 4. แนะนำเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 5. แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้ เปียกน้ำ และสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 6. ห้ามยกของหนักอย่างน้อย 1-2 เดือน 7. แนะนำให้รับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ FBC 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น 8. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาตรวจก่อนวันนัด ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดอักเสบ บวม แดง และร้อน มี Discharge ซึมบริเวณแผลผ่าตัด ปวดหน่วงท้องน้อย มีเลือด หรือหนองออกทางช่องคลอด <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังไม่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่อาจส่งผลให้เกิดภาวะวัยทอง เช่น ร้อนจุกวาบหงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน ช่องคลอดแห้ง เป็นต้น</p>

สรุปภาวะสุขภาพ และแผนการรักษาของแพทย์ในกรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 5 เดือน มีประจำเดือนมากกว่าปกติ และได้รับการรักษาด้วยยา DMPA แต่อาการไม่ดีขึ้น ผลการตรวจอัลตราซาวด์หน้าท้องพบ ก้อนเนื้อในมดลูกขนาด 16 x 10 cm ได้รับการผ่าตัด TAH with BSO เสียเลือดขณะผ่าตัด 500 ml หลังผ่าตัด Hct 25% ได้รับ PRC 2 unit ภายหลังได้รับเลือด Hct 33% 1 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจิบน้ำได้ ไม่มีอาการท้องอืด สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ปวดแผลผ่าตัดหลังมีการเคลื่อนไหวร่างกาย Pain score เท่ากับ 4 คะแนน ได้รับยา Paracetamol 325 mg 2 เม็ด Pain score ลดลงเหลือ 2 คะแนน 2 วัน หลังผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวมแดง ไม่มี discharge ซึม แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วางแผนการดูแลและให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่บ้าน นัดตรวจแผลผ่าตัด 7 วัน และฟังผลชิ้นเนื้อ 14 วัน รวมระยะเวลาในการดูแล 4 วัน

สรุปภาวะสุขภาพ และแผนการรักษาของแพทย์ในกรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิง อายุ 69 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน ปวดหน่วงท้องน้อย มีน้ำไหลออกมาทางช่องคลอด ผลตรวจอัลตราซาวด์หน้าท้องพบ ก้อนเนื้อมดลูกขนาด 13 x 16 เซนติเมตร มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือดสูง 5 ปี ได้รับยา Amlodipine 1 เม็ด รับประทานหลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง และ Simvastatin 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน ได้รับการผ่าตัด TAH with BSO เสียเลือดขณะผ่าตัด 700 ml หลังผ่าตัดมี Hct 26 % ได้รับ PRC 3 unit ภายหลังได้เลือด Hct 35% 2 วันหลังผ่าตัด มีอาการท้องอืด ตรวจร่างกายพบ mild tender at abdominal เคาะท้องได้เสียงโปร่งมากผิดปกติ รายงานแพทย์ ได้รับ losec 40 mg v ทุก 12 ชั่วโมง และมีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ ดูแลให้ได้รับ 5% D/N/2 1000 ml + KCL 20 mEq IV drip rate 80 cc/hr ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24-26/min O₂ sat room air 85-86% Lung: clear both lung on cannula 3 LPM ภายหลังได้รับ Oxygen วัด O₂ sat = 98% ผลการตรวจ CXP พบ lung atelectasis ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวร่างกาย และบริหารปอดโดยใช้ Triflow หลังผ่าตัด 2 วันผลการตรวจ CXR ดีขึ้น แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวมแดง ไม่มี discharge ซึม แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วางแผนการดูแลและให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่บ้าน นัดตรวจแผลผ่าตัด 7 วัน และฟังผลชิ้นเนื้อ 14 วัน รวมระยะเวลาในการดูแล 5 วัน

อภิปรายผลปัญหาสุขภาพและกระบวนการพยาบาล

1. **ด้านภาวะสุขภาพ** ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันคล้ายคลึงกัน คือ ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น myoma uteri และได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออกทั้งหมด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติการเจ็บป่วยนานกว่า คือ มีอาการประจำเดือนมากกว่าปกติ 5 เดือน และได้รับการรักษาด้วยยา DMPA แต่มีขนาดของก้อนเนื้อเล็กกว่า คือ ก้อนขนาด 16 x 10 ซม. และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลจึงน้อยกว่า คือ 4 วัน สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยร่วมกับมีน้ำไหลออกมาทางช่องคลอด 1 เดือน พบก้อนขนาด 13 x 16 ซม. มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เสียเลือดในขณะทำผ่าตัด 700 ml จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่า ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ และท้องอืด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลจึงมากกว่า คือ 5 วัน

2. ระยะก่อนผ่าตัด

2.1 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด พบในกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภาวะวิกฤตมีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อมาผ่าตัด แต่ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เข้าใจกับวิธีการปฏิบัติตัวทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการขั้นตอน ซึ่งในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยมีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่ระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การให้การดูแลที่ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ก็จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลงได้ จากการศึกษาของ Jimarsa and Changjeraja (2020) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีโรคประจำตัวภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจึงไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น

2.2 มีภาวะซีด พบในกรณีศึกษาทั้งสองราย โดยที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ประวัติโรคประจำตัว จากพยาธิสภาพผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และได้รับยาาระงับความรู้สึกจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดขณะผ่าตัด (Pumsaimoon, 2017) มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงส่งผลให้ไตเสื่อมหน้าที่ และจากกระบวนการเสื่อมตามอายุ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ไขกระดูก มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงทดแทนเซลล์เก่าช้าลง รวมถึงการทำหน้าที่ของไตลดลงอาจส่งผลให้ผลิตฮอร์โมนอีริโทรโพอิตินลดลงซึ่งฮอร์โมนชนิดนี้มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง จึงเกิดภาวะซีดตามมา กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดจึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือดมีการเตรียมความพร้อมใช้ในการให้เลือด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามมา และแจ้งแนวทางการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะ ในกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพยาบาลควรสอดแทรกข้อมูลเหล่านี้ให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

3. ภาวะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาและความต้องการที่คล้ายกัน คือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด พยาบาลดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดลดลง และผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านพยาบาลประเมินความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ส่วนที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะซีดเพิ่มขึ้นเนื่องจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด น้อยกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 พยาบาลดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา และแนะนำการรับประทานอาหารและยาที่ส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือด ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่า คือ เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือดปริมาณมาก มีภาวะปอดแฟบ และท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ทำให้ออนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 จากการศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ทั้งหมด เนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่
2. สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ เช่น นวัตกรรมในการปวดแผลผ่าตัด โปรแกรมการป้องกันภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด เป็นต้น
3. สามารถใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีโรคแทรกซ้อน

References

- Canonico, M., Pesce, G., Bonaventure, A., Le Noan-Laine, M., Benatru, J., Ranoux, D., Moisan, F., & Elbaz, A. (2021). Increased risk of Parkinson's disease in women after bilateral oophorectomy. *Movement Disorders, 36*(7), 1696-1700. doi: 10.1002/mds.28563

- Chiang, C. H., Chen, W., Tsai, I. J., Hsu, C. Y., Wang, J. H., Lin, S. Z., & Ding, D. C. (2021). Diabetes mellitus risk after hysterectomy: A population-based retrospective cohort study. *Medicine, 100*(4), 24468. doi: 10.1097/MD.00000000000024468.
- Cusimano, M. C., Chiu, M., Ferguson, S. E., Moineddin, R., Aktar, S., Liu, N., & Baxter, N. N. (2021). Association of bilateral salpingo-oophorectomy with all cause and cause specific mortality: Population based cohort study. *British Medical Journal, 375*, 1-13. doi: 10.1136/bmj-2021-067528
- Georgakis, M. K., Gill, D., Rannikmae, K., Traylor, M., & Anderson, C. D. (2019). Genetically determined levels of circulating cytokines and risk of stroke role monocyte chemoattractant protein-1. *American Heart Association, 139*, 256-268. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035905
- Gofur, N. R. P. (2021). Uterine myoma, risk factor and pathophysiology: A review article, *Clinics of oncology, 4*(3), 1-4.
- Jimarsa, L., & Changjeraja, W. (2020). The effect of preoperative preparatory program on anxiety and complications in patients underwent cataract surgery in ophthalmology clinic at Bueng Kan hospital. *Academic Journal of Mahasarakham provincial public health office, 4*(7), 75-87. [In Thai]
- Matthews, K. A., Gibson, C. J., EL khoudary, S. R., & Thurston, R. C. (2013). Changes in cardiovascular risk factors by hysterectomy status with and without oophorectomy: Study of women's health across the nation. *Journal of the American College of Cardiology, 62*(3), 191-200.
- Mytton, J., Evison, F., Chilton, P. J., Lilford, R. J. (2017). Removal of all ovarian tissue versus conserving ovarian tissue at time of hysterectomy in premenopausal patients with benign disease: study using routine data and data linkage. *British Medical Journal, 356*, 1-9. doi: 10.1136/bmj.j372
- Phaliwong, P. (2020). The effect of myoma uteri on infertility. *Siriraj Medical Journal, 72*(5), 443-450. [In Thai]
- Pumsaimoon, N. (2017). Risk factors of major cardiovascular complication during surgery among elderly patients in Vachira Phuket hospital. *Region11 Medical Journal, 31*(4), 675-684. [In Thai]
- Stewart, E. A., Cookson, C. L., Gandolfo, R. A., & Schulze-Rath, R. (2017). Epidemiology of uterine fibroids: A systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 124*(10), 1501-1512. doi: 10.1111/1471-0528.14640
- Welten, J. G .C., Onland-Moret N. C., Boer, M. A., Verschuren, W. M., & Van der Schouw, Y. T. (2021). Age at menopause and risk of ischemic and hemorrhagic stroke. *Clinical and population sciences. 52*(8), 2583-2591. doi.org/10.1161/STROKEAHA. 120.030 558Stroke. 2021;52:2583-2591