

รายงานผู้ป่วย

# การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่รับการผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน

กมลทิพย์ ไชยรักษ์ พย.บ.\*

**Abstract**      **Nursing care of RHND's operation in CA cervix patients**

**Kamontip Chaiyaruk B.N.S.**

Department of Operating Room , Nursing Service Organization,  
Rayong Hospital, Rayong Province, Thailand

*J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2014;10:51-64*

**Purpose**      : **To report the comparative study of two patients with cervical cancer Who underwent the surgery of RHND operation: Radical hysterectomy and pelvic node disectomy.**

**Method of Study** : **Case study report from October 15, 2012 to January 4, 2013**

**Results of Study** : **There were differences in age, education and health care behaviors between the two patients. When getting the disease, each patient performed different health care practice depending on personal beliefs and environmental context. Tailored advices should be specifically provided for each patient for effective outcomes and to ensure patient's adaptation.**

**Conclusion** : **The study showed that both patients received proper nursing care during the surgery. This resulted in patient's satisfaction and a safe surgery without any complication.**

**Keywords**    : **RHND operation ,CA cervix, nursing care**

---

\* งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง

## บทคัดย่อ

### วัตถุประสงค์

เพื่อรายงานการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน RHND (RADICAL Hysterectomy & pelvic node disectomy) จำนวน 2 ราย

### รูปแบบการศึกษา

การรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2555 - 4 มกราคม 2556

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างกัน ทั้งอายุ การศึกษาและการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายมีวิธีการจัดการที่แตกต่างกัน ตามความเชื่อและบริบทของสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การให้คำแนะนำที่เฉพาะเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

### บทสรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างการผ่าตัดอย่างเหมาะสม ทำให้ได้รับความปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

**คำสำคัญ :** การผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน, มะเร็งปากมดลูก, การพยาบาล

### บทนำ

จากอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในสตรีไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นถึงปีละ 10,000 ราย อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย เนื่องมาจากความกลัว และความอายในการเข้ารับการรักษา ทั้งๆ ที่เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้ามีการตรวจพบในระยะเริ่มแรก ในปี พ.ศ.2555 โรงพยาบาลระยอง พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.82 และจากการเสวนาเพื่อหาแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ที่เชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

พบมากอันดับหนึ่งในระยอง ผู้ศึกษาจึงนำปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดรักษาผู้ป่วยด้วยการตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน ซึ่งเป็นอีกวิธีที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยระยะเริ่มแรกให้หายขาดหรือช่วยยืดอายุ และลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 2 รายที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยวิธีการตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน

## วิธีการดำเนินงาน

เลือกผู้ป่วยจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ผ่าตัดในหน่วยงานในระยะเวลาที่กำหนดโดยเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาจาก เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต

### ปากมดลูก (Cervix)

เป็นส่วนล่างสุดของมดลูกเชื่อมต่อระหว่างมดลูกและช่องคลอด มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อผิว บริเวณปากมดลูก การเปลี่ยนแปลงของเซลล์จะค่อยเปลี่ยนเป็นลักษณะที่เรียกว่า precancerous เมื่อมีการแบ่งตัวจนไม่สามารถควบคุม เข้าสู่มะเร็งระยะลุกลามที่เรียกว่า dysplasia (หมายถึง disorder growth) มักเริ่มที่ squamocolumnar junction ชนิดของมะเร็งปากมดลูกที่พบมากที่สุดร้อยละ 95 เป็น squamous cell carcinoma (SCC) พบ adenocarcinoma ประมาณร้อยละ 5

### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ คืออายุ และพฤติกรรมทางเพศ การตั้งครรรภ์และคลอดบุตรทางช่องคลอดหลายๆ ครั้ง เศรษฐฐานะ พันธุกรรม การสัมผัสสารก่อมะเร็ง การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

### อาการและอาการแสดง

อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือ มีเลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวระยะไม่มีอาการ ตรวจพบได้ในกรณีตรวจเช็คมะเร็งด้วยการทำ Pap smear จะมีอาการปวด (pain) เมื่อมะเร็งเริ่มกระจายไปยังกระดูก กดทับเส้นประสาท อาการระยะสุดท้าย เมื่อมะเร็งลุกลามออกนอกเชิงกราน แพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญ

ผู้ป่วยจะอ่อนเพลีย ซีด หอบเหนื่อย ชับถ่ายเป็นเลือด และเสียชีวิตในที่สุด

### การพยากรณ์โรคขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

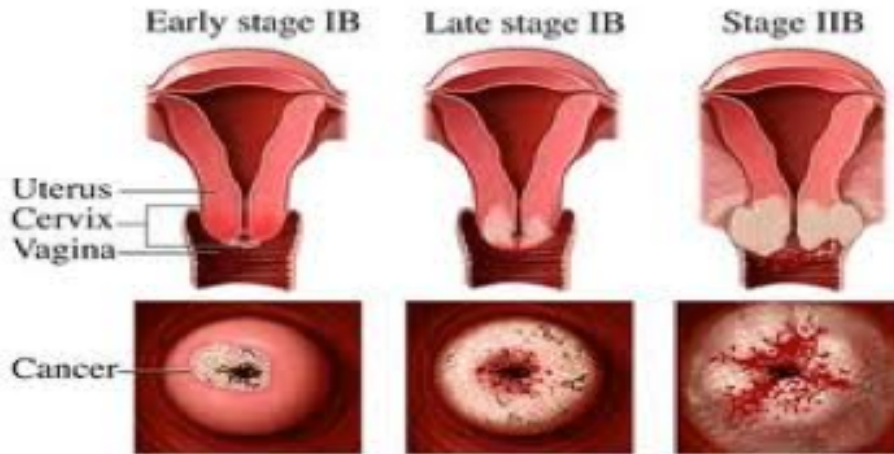
อายุ ระยะของโรค (staging) ขนาดของก้อนมะเร็ง (tumor volume) ชนิดของมะเร็ง (cell type) และระดับความรุนแรง (degree differentiation) ถ้ามีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง (lymph node involvement) การพยากรณ์โรคมักไม่ดี

### การวินิจฉัยโรค

จากประวัติ อาการ และอาการแสดง จากการตรวจภายใน และการทำ Pap smear การตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกส่องตรวจด้วยกล้องที่มีกำลังขยายสูง (colposcopy) การขูดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cervical conization) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure: LEEP) การทำ CT scan การทำอัลตราซาวด์ (ultrasound exam)

### การรักษา

ปัจจุบันทำได้หลายวิธี ขึ้นกับระยะของโรค อายุผู้ป่วย และการตอบสนองต่อการรักษา การผ่าตัด (surgical treatment) ใช้สำหรับ stage I เป็นส่วนใหญ่ และ stage II a บางราย รังสีรักษา (radiotherapy) ใช้ได้กับมะเร็งปากมดลูกทุกระยะ เคมีบำบัด (chemotherapy) ใช้ในรายที่โรคลุกลามมาก หรือกรณีมะเร็งกลับเป็นซ้ำ (recurrent invasive carcinoma) หรือการใช้การรักษาร่วมกันหลายวิธี



ที่มาของภาพ :www.bangkokhealth.com

ภาพที่ 1 ระยะของมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในการรับการผ่าตัด

การรักษา มะเร็งปากมดลูก โดยการผ่าตัด (surgical treatment of carcinoma of the cervix) การผ่าตัดรักษา มะเร็งปากมดลูก โดย การทำ radical hysterectomy เป็นการตัดมดลูก paracolpium และ parametrium 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนบนพร้อมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่โตในอุ้งเชิงกรานออกให้มากที่สุด **ข้อดีและข้อเสีย ของการผ่าตัด**

เพื่อเป็นการป้องกันและรักษาแต่เนิ่นๆ ใช้วินิจฉัยและกำหนดระยะของโรค สามารถเพิ่มเติมนการรักษาได้ทันที กรณีอายุน้อยสามารถเก็บรังไข่ไว้ได้ และใช้รักษา ร่วมกับ การรักษาอื่นๆ เช่น การให้รังสีหรือเคมีบำบัด เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะอื่นๆ น้อย ช่องคลอดยังคงลักษณะเดิมไม่แห้งหรือตีบแข็งเหมือนการใช้รังสี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ข้อเสียคือ ไม่สามารถรักษามะเร็งปากมดลูกทุกรายและทุกระยะของโรค **ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้จากการผ่าตัด คือ**

Bladder dysfunction หรือ bladder atony พบบ่อยที่สุด fistula เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุด ปัจจุบันเทคนิคการผ่าตัดดีขึ้น ทำให้การติดเชื้อ (infection) การเสียเลือด (hemorrhage) ลดลง

### หลักในการคัดเลือกผู้ป่วยผ่าตัด

ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ 1 หรือ 2 บางรายขนาดของ lesion ไม่ควรเกิน 3 เซนติเมตร อายุผู้ป่วยไม่ควรเกิน 60 ปี มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด น้ำหนักไม่ควรเกิน 70 กิโลกรัม และได้รับการรักษาโดยสมัครใจ **บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรูกถอนโคน**

รับผิดชอบในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อมที่จะรับการรักษาดังวิธีการผ่าตัดทั้งสามระยะ คือการพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัดระยะทำผ่าตัดและระยะหลังรับบริการผ่าตัด

### 1. การเตรียมผู้ป่วย ก่อนรับการผ่าตัด

เริ่มตั้งแต่การเยี่ยมที่หอผู้ป่วยให้คำแนะนำด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ประเมินสภาวะความพร้อมต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด แนะนำผู้ป่วยและญาติให้รับรู้ร่วมกัน อธิบายถึงโรค ระยะของโรค การผ่าตัดที่คาดว่าจะทำ ข้อดีข้อเสียของการผ่าและไม่ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ และการเปลี่ยนแปลงจากการผ่าตัดมดลูกและรังไข่คือ

1.1 สภาพร่างกาย การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีบุตรได้อีก ไม่มีประจำเดือน และอาจเกิดอาการของสตรีวัยหมดระดู (menopausal syndrome) จากการขาดฮอร์โมนอย่างรวดเร็ว และมักจะเกิดรุนแรงกว่าการที่รังไข่เสื่อมสภาพตามวัย อาการดังกล่าว คือการเปลี่ยนแปลงของเต้านมจะเหี่ยว เล็กกลง ผังช่องคลอดจะหย่อน เยื่อบุช่องคลอดจะบาง อาจเกิดร้อนวูบวาบ (hot flush) ตามหน้า คอ ออก อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก นอนหลับ

1.2 สภาพจิตใจ อารมณ์ มีความสำคัญพยาบาลห้องผ่าตัดต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือ เพราะการผ่าตัดถือเป็นภาวะเครียด ควรมีการซักประวัติในเรื่องการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่างๆ ประวัติการผ่าตัด และการดมยาสลบประวัติโรคเลือดธาลัสซีเมีย ภาวะโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต ซึ่งต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

### กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. แนะนำตัวว่าเป็นพยาบาลประจำห้องผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ โดยจะอยู่กับผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ ระเบียบวิธีการปฏิบัติต่างๆ เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า การเปลี่ยนย้ายเตียง การสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยและการผ่าตัดซ้ำๆ เพื่อให้ระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง ป้องกันความเสี่ยงจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดตำแหน่ง

2. ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การประเมินระดับความเจ็บปวด อธิบายวิธีการทำผ่าตัด แนะนำปฏิบัติตัว แนะนำบุคลากรที่จะได้พบ พูดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3. ตรวจดูการเซ็นใบอนุญาตยินยอมผ่าตัดให้เรียบร้อย

4. บันทึกสัญญาณชีพแรกรับ เพื่อประเมินเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงระหว่างผ่าตัด

5. การเตรียมเลือด และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยา pre-medication การงดน้ำและอาหารทางปาก ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

6. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ลดอุบัติเหตุบาดเจ็บขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือ สถานที่ และการส่งผ่าตัด

### การเตรียมสถานที่และการเตรียมพร้อมอุปกรณ์

ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ให้บริการผ่าตัด สิ่งสำคัญคือ ต้องมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย มีความสะอาด มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการให้บริการผ่าตัดและช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะเกี่ยวกับ anatomy ของอวัยวะที่จะรับการผ่าตัด มีการเตรียมเครื่องมือเครื่องเย็บที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเป็นผู้มีจิตสำนึกอยู่ตลอดเวลาในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยเคร่งครัดต่อเทคนิคปฏิบัติ และเทคนิคการปลอดภัย

### กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

พยาบาลประจำห้องผ่าตัดต้องให้การดูแลประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม การวางแผนการพยาบาลล่วงหน้า ก่อนนำผู้ป่วยเข้าสู่ห้องผ่าตัด ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นโดย

1. ตรวจสอบความถูกต้องของใบเซ็นยินยอมผ่าตัด การระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องอีกครั้ง

จากการสอบถามผู้ป่วย ป้ายติดข้อมือ และแป้มประวัติ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง

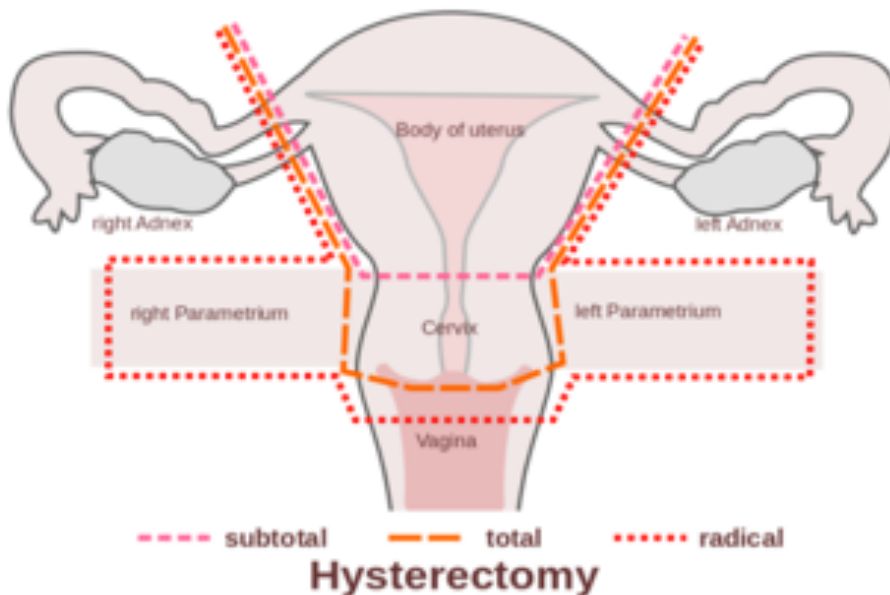
2. ตรวจสอบสิ่งที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น ฟิล์ม ผล ultrasound ผลการตรวจพิเศษต่างๆ ยาที่ต้องให้ระหว่างผ่าตัด สาย Foley's catheter, urine bag ทบทวนการงดน้ำงดอาหาร การมีฟันปลอมติดมา

3. ลงบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล แรกรับผู้ป่วยในเวชระเบียนให้เรียบร้อยครอบคลุม

4. นำผู้ป่วยเข้าสู่เตียงผ่าตัด ใช้อุปกรณ์ยึดตรึงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยบอก

เหตุผลให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมอยู่เป็นเพื่อนจนได้รับการดมยาสลบ หลังได้รับการดมยาสลบ จัดผู้ป่วยในท่า Lithotomy position ใช้อุปกรณ์ support ป้องกันการเกิดแผลกดทับ เปิดเผยร่างกายเฉพาะบริเวณที่จะทำผ่าตัด นำแผ่น patient conductive plate มาติดกับผิวหนังให้เรียบสนิท เพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดไฟฟ้าลัดวงจร และเริ่มการฟอกผิวหนังจากหน้าท้องและ perineum ถึงหน้าขา แพทย์ทายาฆ่าเชื้อซ้ำอีกครั้ง ก่อนปูผ้าที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อสมบูรณ์

5. ปฏิบัติการขาน time out รับทราบร่วมกัน เป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนการผ่าตัด



ที่มา : [www.wikipedia,the free encyclopedia](http://www.wikipedia,the free encyclopedia)

ภาพที่ 2 ขอบเขตการทำผ่าตัด radical hysterectomy & pelvic node disectomy

### ขั้นตอนวิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด

หลังจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้เพียงพอ และเหมาะสม เริ่มปฏิบัติการผ่าตัดตามขั้นตอน เช่นการตัดมดลูกทั่วไป เพิ่มการตัดช่องคลอดออก 1 ใน 3 และเลาะต่อมน้ำเหลืองใน

อุ้งเชิงกรานออกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ขั้นตอนนี้มีความเสี่ยง พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้อุปกรณ์ช่วยป้องกันการบาดเจ็บอวัยวะสำคัญใกล้เคียงในอุ้งเชิงกรานที่อยู่รอบๆ และเตรียม free gauze หรือ dissector ให้แพทย์ใช้ในขั้นตอนนี้ เพื่อลด

การฉีกขาดและการบาดเจ็บของเส้นเลือด เส้นประสาท รมัตระวังปลายของเครื่องมือไม่ให้ เกี่ยวหรือสะกิดโดนผนังเส้นเลือดบางเส้น ซึ่งบาง มาก ถ้าเกิดการฉีกขาดจะทำให้เลือดหยุดยาก เป็นจุดอันตรายในการเลาะต่อมน้ำเหลือง พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์พิเศษช่วยห้ามเลือดไว้ให้พร้อม ในกรณีที่ไม่สามารถใช้เครื่องมือห้ามเลือดให้หยุดได้ หลังตัดมดลูก แยกมดลูก ต่อมน้ำเหลืองส่งตรวจ ทางพยาธิวิทยา เพื่อติดตามการดำเนินไปของโรค และวางแผนการรักษาพยาบาลในลำดับต่อไป

### กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

จัดผู้ป่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง สังเกตระดับ ความรู้สึกตัว บันทึกสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที ดูแลให้ได้รับออกซิเจน สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอ ตรวจดูแผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี เลือดซึม บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก เพื่อดูสมดุล การได้รับสารน้ำและการขับน้ำออกของร่างกาย ลงบันทึกในรายงานผู้ป่วยให้ครบถ้วน เมื่อผู้ป่วย รู้สึกตัวดี บอกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการผ่าตัดเสร็จ เรียบร้อยดี ห่มผ้าให้รู้สึกอุ่นสบาย เมื่ออาการคงที่ นำผู้ป่วยส่งต่อให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ภายใต้ การนำส่งของพยาบาล

### สรุปการศึกษาเปรียบเทียบ

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการปฏิบัติตัวแตกต่างกัน เมื่อพบความผิดปกติของร่างกาย ผู้ป่วยราย แรกมีการศึกษาข้อมูลดี เข้ารับการรักษากับแพทย์ เฉพาะทางทันที ได้รับการรักษาตามขั้นตอนอย่าง ถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยรายที่สองด้วยสภาพ แวดล้อม บุคคลรอบข้างเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง หลายราย และพบเพื่อนบ้านหลังผ่าตัดต้องใช้การ ขับถ่ายทางหน้าท้อง จึงเลือกใช้วิธีชื้อยารักษา ตนเองตามอาการ เมื่ออาการมากขึ้นเริ่มไม่ได้ผล จึงเข้ารับการรักษา มีความวิตกกังวลมาก ขาด ความเชื่อมั่น กลัวการผ่าตัด และไม่ยอมรับ

การผ่าตัด การศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ชี้ให้เห็นความสำคัญของการรักษา แนะนำทาง เลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะช่วยผู้ป่วยในการ ตัดสินใจ ได้รับโอกาสการรักษาที่ถูกวิธีและให้ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

### กิจกรรมการพยาบาลในการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ปรึกษาหารือกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อใช้เป็น ข้อมูลในการปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยแบบ องค์กรวม ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และ สังคม วันแรกบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในวันต่อไปทุก 2 ชั่วโมงถึง 4 ชั่วโมง จน คงที่ ทบทวนวิธีการปฏิบัติตัว การดูแลแผลผ่าตัด สอนวิธีการไอ การหายใจ แนะนำญาติให้ช่วยผู้ ป่วยฝึกการ early ambulation เพื่อให้โลहितไหล เวียนเลี้ยงแผล ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และยา ตาม แผนการรักษา ลงบันทึกการพยาบาลให้ครบถ้วน

### คำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

แนะนำการปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อ ให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเป็นผลดีต่อผู้ป่วย โดย

1. แนะนำการทำความสะอาดบาดแผลที่ ถูกวิธี การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษา ความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อความ เข้าใจที่ถูกต้อง และป้องกันการติดเชื้อ
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่าง เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำ สะอาดมากๆ พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อฟื้นฟู ร่างกายให้คืน
3. งดการทำงานหนัก 4-6 สัปดาห์ งดการ มีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัด 6-8 สัปดาห์
4. แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์

สั่งให้ถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา

5. แนะนำการมาพบแพทย์ตามนัด แม้ไม่มีอาการผิดปกติ เพื่อเป็นการติดตามผลการรักษา

### รายงานผู้ป่วย

**ผู้ป่วยรายที่ 1 :** หญิงไทยอายุ 40 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพคู่มีบุตร 2 คน คนสุดท้องอายุ 11 ปี การศึกษาปริญญาตรี อาชีพงานบ้าน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 14 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2555

**อาการสำคัญ :** 2 เดือนก่อนมีเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์ตรวจพบ CA cervix นัดมาทำผ่าตัด

**อาการปัจจุบัน :** หลังผู้ป่วยพบมีเลือดออกทางช่องคลอด เข้ารับการรักษาที่คลินิก ตรวจพบความผิดปกติบริเวณปากมดลูก และนัดทำ colposcope & LEEP เพื่อตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาล ผลการตรวจพบเป็น CA cervix นัดมาทำผ่าตัด

**ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัวและในอดีต :** ไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือโรคร้ายแรง

**การตรวจร่างกาย :** A Thai woman, body temperature 37.4, pulse rate = 78 beats/min respiratory rate = 20/min, blood pressure = 105/71 mmHg. good conscious, normal orientation, not pale, no jaundice.

**Heart: no murmur, Lung :** good breath sound, no crepitation.

**Abdominal :** soft, no guarding, liver and spleen not palpable.

**Extremity :** no edema,

**PV :** vagina-normal mucosa, no discharge per vagina, normal sized uterus

**การวินิจฉัยโรค :** CA cervix

**การรักษา :** การทำผ่าตัด RHND (radical hysterectomy and pelvic node dissection)

**การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด :** ผู้ป่วยรายนี้วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการต้องตัดมดลูกตั้งแต่อายุน้อย รวมถึงภาวะหลังการตัดมดลูก ซึ่งการตัดมดลูกเป็นภาวะเครียดของสตรีทุกคน ได้เข้าเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน ที่หอผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพให้คำแนะนำ สร้างความไว้วางใจ และให้กำลังใจ อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด วิธีการทำผ่าตัดต่างๆ และภาวะของโรคพอเข้าใจ ให้ผู้ป่วยและญาติรับฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนพึงพอใจ

**การปฏิบัติการพยาบาลวันผ่าตัด :** เมื่อรับผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัด ปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วยตามขั้นตอนมาตรฐาน ป้องกันปัญหาการระบุตัวผ่าตัดผิด ตรวจสอบสัญญาณชีพแรกรับเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทบทวนการปฏิบัติตัว ซักถามการงดน้ำงดอาหารซ้ำ เพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อน และอยู่เป็นเพื่อนให้มั่นใจ ลดความวิตกกังวล จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการดมยาสลบ

**เมื่อเริ่มการผ่าตัด :** จัดทำผู้ป่วยใช้อุปกรณ์รองตามข้อพับและจุดกดทับต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง ป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท ปฏิบัติขั้นตอนผ่าตัดทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยเคร่งครัด ต่อเทคนิคปฏิบัติเกี่ยวกับการปราศจากเชื้อทั้งเครื่องมือและผู้ปฏิบัติ ระหว่างผ่าตัด สัญญาณชีพคงที่ การผ่าตัดประสบความสำเร็จดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เสียเลือดขณะผ่าตัด 700 ซีซี มดลูก ต่อมหน้าเหลืองซ้ำและขวาแยกส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เช็ควงเวียนต่างๆ ครบถ้วน ป้องกันปัญหาสิ่งตกค้าง นำผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้น



**การดูแลหลังผ่าตัด :** เมื่อสัญญาณชีพเข้าสู่ภาวะปกติ แนะนำผู้ป่วยเข้า เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ทบทวนข้อห้าม และข้อควรปฏิบัติต่างๆ แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพราะหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากความรู้สึกสูญเสีย รวมทั้งแนะนำการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษา

### สรุปกรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย หลังมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 2 เดือน ตรวจพบเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยมีภาวะเครียดจากการที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการต้องถูกตัดมดลูกตั้งแต่อายุน้อย ได้ให้คำแนะนำว่า การตัดมดลูกออกสามารถกำจัดส่วนของเนื้อร้ายออกไปได้ ผู้ป่วยเพียงไม่มีประจำเดือน ในรายอายุน้อย แพทย์จะพิจารณาเก็บรังไข่ไว้ ให้สามารถสร้างฮอร์โมนได้ตามปกติ แต่ถ้าไม่สามารถเก็บไว้ได้ แพทย์จะให้ยาเม็ดฮอร์โมนรับประทานทดแทน ผู้ป่วยจะไม่มีปัญหาจากการขาดฮอร์โมนดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งแนะนำวิธีการผ่าตัด ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นผลดี และผลเสียของการตัดและไม่ตัดมดลูก ให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด แพทย์ตัดมดลูกและรังไข่ด้านซ้าย เหลือรังไข่ด้านขวาไว้ 1 ข้าง เพื่อให้สามารถสร้างฮอร์โมนได้ปกติ ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด หลังเริ่มให้ early ambulation มีเจ็บหน้าอกและหน้ามืดเป็นลม ให้ observe อาการ และแพทย์สั่งทำ EKG พบผลปกติ ให้เริ่มใหม่วันละน้อยๆ และให้ญาติช่วยทำได้ดี สองวันหลังผ่าตัดยังขับถ่ายของเสียไม่ได้ แนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร ให้ดื่มน้ำมากๆ สามารถขับถ่ายได้ในวันที่สามของการผ่าตัด หลังจากนั้นช่วยเหลือตนเองได้ดี ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในผลการ

ปฏิบัติการรักษาพยาบาล นัดมาตรวจหลังผ่าตัด และฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อยังไม่พบการลุกลามของโรค

**ผู้ป่วยรายที่ 2 :** หญิงไทยอายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้าง สถานภาพคู่ มีบุตร 2 คน บุตรคนสุดท้องอายุ 25 ปี หมัดประจำเดือนมา 4 ถึง 5 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 25 ธันวาคม 2555 ถึง 4 มกราคม 2556

**อาการสำคัญ :** 1 ปี ก่อน มีตกขาวสีเหลืองขุ่น ปวดท้องน้อย รักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการไม่ดีขึ้น ได้รับการส่งต่อมารับการรักษา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA cervix นัดมาทำผ่าตัด

**อาการปัจจุบัน :** 3 ปี ก่อน มีตกขาวทางช่องคลอด ซึ่อย่าตามร้านยาใกล้บ้านรักษาเอง 2 ปีต่อมาเริ่มมีอาการปวดท้องน้อยมากขึ้น จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และได้รับการส่งตัวมาโรงพยาบาลระยอง พบแพทย์เฉพาะทาง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CA cervix และให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด 2 cycle ก่อนนัดมาทำผ่าตัด RHND

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ไม่มีโรคประจำตัว

**ประวัติครอบครัว :** ในครอบครัวมีายเป็นมะเร็งมดลูก มารดาเป็นมะเร็งลำไส้ น้องสาวเป็นมะเร็งปากมดลูก

**การตรวจร่างกาย :** A Thai woman, good consciousness, mild pale, no jaundice, body temperature = 37.1 C , pulse rate = 78 beats/min, respiratory rate 20/min, blood pressure = 125/81 mmHg.

**Heart & Lung :** Clear, good breath sound, no murmur

**Abdominal :** soft no guarding, liver and

spleen not palpable

**Extremity** : no edema,

**PV** : vagina-normal mucosa. minimal discharge per vagina

การวินิจฉัยโรค : CA cervix.

การรักษา : การทำผ่าตัด RHND (radical hysterectomy and pelvic node dissection)

การปฏิบัติกรพยาบาลผ่าตัด : หลังผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วันเข้าเยี่ยมประเมินอาการ พบผู้ป่วยรายนี้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว ตั้งแต่พบความผิดปกติ ซ้อมยาตามร้านยาใกล้บ้านรักษาตามอาการนานถึง 2 ปี เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกังวล กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวต้องมีการขยับถ่ายทางหน้าท้องเหมือนเพื่อนบ้าน ได้เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจ ให้คำแนะนำและอธิบายขั้นตอนวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือดเพียงร้อยละ 30 มีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดและการติดเชื้อ

ขณะผ่าตัด : ผู้ป่วยรายนี้จากภาวะซีดเดิมต้องปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดด้วยความระวังเป็นพิเศษ ในการป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะในบริเวณใกล้เคียง เพื่อป้องกันการสูญเสียโลหิต ตรวจสอบเครื่องมือให้สะอาดปราศจากเชื้อ ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยลดโอกาสการติดเชื้อ ตรวจสอบสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่างการผ่าตัดพบมดลูกมีลักษณะเบ็ยและมี fluid collection สีเหลืองขุ่นในโพรงมดลูกจำนวนมาก แพทย์ตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ต่อมนำเหลืองในอุ้งเชิงกรานโตกว่าปกติ การเลาะต่อมน้ำเหลืองกระทำไต่ยาก จากภาวะซีด และ

การได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด 2 cycle อาจทำให้เลือดหยุดยากกว่าผู้ป่วยอื่น ต้องมีการเตรียมความพร้อมและการใช้เทคนิคช่วยผ่าตัดที่ระมัดระวัง เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ให้ผลดีกับผู้ป่วยขณะผ่าตัด เสียเลือด 600 ซีซี และใช้อุปกรณ์พิเศษวางเสริมในจุดเลือดออกเพื่อช่วยห้ามเลือด ตรวจวัดค่าความเข้มข้นของเลือดลดลง ได้รับเลือดทดแทน 3 unit เสริมผ่าตัดแพทย์ใส่ drain ไว้ระบายน้ำและเลือดในช่องเชิงกราน

### การเยี่ยมประเมินอาการหลังผ่าตัด

มักพบผู้ป่วยนอนคลุ่มโป่ง ไม่ค่อยพูดคุย สอบถามพบว่า วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และจากสาย drain ที่ใส่คาไว้ เนื่องจากเคยพบเพื่อนบ้านหลังผ่าตัดต้องขยับถ่ายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ แนะนำผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดลักษณะเดียวกัน เพื่อให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อผู้ป่วยเข้าใจสามารถปฏิบัติตามได้ดีในวันต่อๆ มา การหายของแผลดี ไม่พบการติดเชื้อของแผลผ่าตัด วันหลังๆ มีอาการไอและเริ่มมีเสมหะ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัดเช่น ภาวะเลือดออกมาก การเกิดลิ้มเลือด กรณีเกิดแผลติดเชื้อ และการนัดฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ

### สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยกลางคนได้รับการส่งต่อมารักษาจากการมีตกขาวมา 3 ปี และปวดท้องน้อย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกและให้เคมีบำบัด 2 cycle จึงนัดมาทำผ่าตัด เข้าเยี่ยมประเมินอาการ พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง รู้สึกกลัวการผ่าตัด ไม่อยากเข้ารับกรผ่าตัด ได้ให้คำแนะนำให้ความรู้

เกี่ยวกับโรค และอธิบายการปฏิบัติตัว รวมทั้งวิธีการผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อให้เข้าใจและมั่นใจ ขณะผ่าตัดพบมดลูกมีพยาธิสภาพไม่ติดนัก เสียเลือดขณะผ่าตัด 600 ซีซี ได้รับเลือดทดแทน 3 unit ไม่พบอาการแพ้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลัวจะต้องมีการขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องเหมือนเพื่อนบ้านที่เคยพบ ได้อธิบายซ้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจ คลายความวิตกกังวลพร้อมแนะนำผู้ป่วยที่ผ่าตัดคล้ายกันให้ได้พูดคุย พบมีปัญหาท้องอืดไม่ขับถ่ายไม่ผายลม หลังให้คำแนะนำและปฏิบัติตาม

อาการดีขึ้น ขับถ่ายได้ วันหลังๆ เริ่มมีอาการติดเชื้องูทางเดินหายใจ แนะนำปฏิบัติตัว และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 10 นัดผลการตรวจชิ้นเนื้อคือ 2Rt. pelvic node & Lt. pelvic node : no tumor matastasis, endometrial adenocarcinoma : poorly differentiated invading inner haft of myometrium and cervical stroma. Free all resected margin

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยรับการผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน กรณีศึกษา 2 ราย

หัวข้อการศึกษาเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1	กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
1. ส่วนใหญ่มักพบมีเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีตกขาวผิดปกติ	2 เดือนก่อนมามีเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์ตรวจพบเป็น CA cervix นัดทำผ่าตัด	3 ปีก่อนมีตกขาวทางช่องคลอด 2 ปีก่อน เริ่มมีปวดท้องน้อย	สอดคล้องกันทั้งสองราย
2. การปฏิบัติตัวเมื่อพบความผิดปกติของร่างกาย	เมื่อพบความผิดปกติเข้ารับการตรวจคลื่นเคาะเฉพาะทางและได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจเพิ่มเติมในทันที	ในครอบครัวมีผู้ป่วยมะเร็งหลายรายเมื่อมีตกขาวทางช่องคลอดซื้อยารักษาตามอาการไม่ยอมรักษา คิดว่าไม่หาย	การศึกษาและสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยพบทำให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละราย การให้ความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดี
3. มักพบมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว	บุคคลในครอบครัวมีประวัติสุขภาพแข็งแรงดี	ยายเป็น มะเร็งมดลูก มารดาเป็นมะเร็งลำไส้ น้องสาวเป็นมะเร็งปากมดลูก	ภาวะทางพันธุกรรมอาจนำมาซึ่งการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายที่ 2 แต่ผู้ป่วยรายแรกไม่พบประวัติสอดคล้องกับหัวข้อนี้
4. พยาธิวิทยาของโรค	ผล colposcope & LEEP พบ squamous cell CA & positive resected margin	ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกส่งตรวจ พบ non kerdinizing squamous cell CA	พยาธิสภาพของผู้ป่วยทั้งสองรายสอดคล้องตรง
5. การผ่าตัดRHNDส่วนใหญใช้กับผู้ป่วย stage I และ stage II บางรายและใช้เคมีบำบัดในกรณีที่เป็นระยะลุกลามสามารถเก็บรังไข่ไว้ได้ในรายอายุน้อย	แพทย์วินิจฉัย CA cervix ได้รับการทำ RHND & Rt.SO	แพทย์วินิจฉัย CA cervix stage II และได้รับเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดได้รับการทำ RHND& BSO	สอดคล้องกับทฤษฎีทั้งสองราย ผู้ป่วยรายแรกอายุน้อย แพทย์เก็บรังไข่ไว้ให้ 1 ข้างเพื่อสร้างฮอร์โมนได้ปกติ ในรายที่ 2 ก่อนผ่าตัดได้รับเคมีบำบัด 2 cycle แพทย์ตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง

**ตารางที่ 1** ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยรับการผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

หัวข้อการศึกษาเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1	กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
6. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะกลัวการผ่าตัดและผลหลังการผ่าตัด	ผู้ป่วยและสามีถามว่าการผ่าตัดทำอะไรและหลังผ่าตัดจะเป็นอย่างไรบ้าง	มีความเชื่อผิดๆ ในการรักษาพยาบาลกลัวสูญเสียภาพลักษณ์กลัวต้องขับถ่ายทางหน้าท้องเหมือนเพื่อนบ้าน	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวลแตกต่างกันตามสภาวะของผู้ป่วยได้อธิบายเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ
7. การเตรียมและส่งเครื่องมือพิเศษในการผ่าตัด	ชุดอุปกรณ์ RHND และ อุปกรณ์ห้ามเลือด	ชุด อุปกรณ์ RHND อุปกรณ์ห้ามเลือดพิเศษ เช่น gel foam, sergicel, titaneum clip	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความเข้มข้นของเลือดน้อย ต้องเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือดให้พร้อม ใช้ได้ทันที
8. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือด	เสียเลือดขณะผ่าตัด 700 ซีซี สัญญาณชีพคงที่ ไม่พบภาวะผิดปกติใด	มีปัญหาช็อคอยู่เดิมขณะผ่าตัดเสียเลือด 600 ซีซี ค่า Hct.ลดลงเหลือ 28% ได้รับเลือดทดแทน 2 unit	ไม่พบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย
9. การพยากรณ์โรคไม่ดี ถ้าพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง	- พยาธิสภาพมดลูกโดยรวมดูดีต่อมน้ำเหลืองยังไม่โตแพทย์ตัดมดลูกและรังไข่เพียงข้างเดียว	พบต่อมน้ำเหลืองโตในโพรงมดลูกมี fluid collection มาก	การพยากรณ์โรคดีในผู้ป่วยรายแรก ส่วนรายที่ 2 แพทย์ส่งให้รับรังสีรักษาต่อ
10.ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ - severe hemorrhage - bladder dysfunction - Infection, fistula - อื่นๆ พบน้อย	ไม่พบความผิดปกติตามทฤษฎี พบ labia บวมใสจากการเสียดสีของ Foley's catheter หลัง off อาการดีขึ้น	พบมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไอนี้มีเสมหะในวันหลังๆของการผ่าตัด	ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่รุนแรงในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบภาวะแทรกซ้อนเฉพาะบุคคลได้รับการแก้ไขตามอาการ

### วิจารณ์

การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แม้ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยในทุกๆระยะของโรค แต่การผ่าตัดในระยะแรกๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายขาด และสามารถตัดส่วนของมะเร็งได้หมด เช่นในผู้ป่วยรายแรก และยังสามารถวางแผนการรักษาในขั้นต่อไปได้ ถ้าพบการดำเนินของโรคมียาลูกกลม เช่นในผู้ป่วยรายที่สอง ที่ได้รับการส่งรับรังสีรักษาเพิ่มเติม ความยุ่งยากของผู้ป่วยรายที่สองที่ไม่ยอมรับการรักษาแต่แรก เนื่องจาก

รู้สึกว่าการรักษาก็คงไม่หาย การให้คำแนะนำต้องมุ่งเน้นย้ำให้เห็นผลดีของการรักษา ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นและยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดลักษณะเดียวกันให้เห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จึงยินยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพยาบาลมากขึ้น การผ่าตัดชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน และเส้นเลือดที่สำคัญที่อยู่ใกล้เคียง การจัดเตรียมเครื่องมือที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น แม้จะมีความยุ่งยากสามารถแก้ไขได้ทันที

ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทั้งจากการผ่าตัด และจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อมีการเตรียมความพร้อมที่ดี ปัญหาเหล่านั้นย่อมไม่มีโอกาสเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วรอบคอบ ถูกต้องและปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

การพยาบาลผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกแบบถอนรากถอนโคน เป็นวิธีการผ่าตัดที่ยังทำไม่มากนักในโรงพยาบาลระยอง แต่ด้วยอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคนี้ที่อยู่ในอันดับต้นๆ ของมะเร็งสตรีและคร่าชีวิตในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย และจากที่พบว่าอัตราการเกิดโรคนี้พบมากที่สุด ในจังหวัดระยอง พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีความรู้ความสามารถ ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความเครียด ทั้งจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และจากภาวะที่ต้องถูกตัดมดลูกทิ้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยให้รู้วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อคลายความเครียดเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัด เพราะการผ่าตัดชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการเสียเลือด และการบาดเจ็บของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานสูง ถ้ามีการเตรียมพร้อมที่ดี ทั้งอุปกรณ์เครื่องมือและบุคลากร จะช่วยให้การผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญของการผ่าตัด

### บรรณานุกรม

1. จตุพลศรี สมบูรณ์. บรรณาธิการ. มะเร็งวิทยา นรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2540.
2. จตุพล ศรีสมบูรณ์. บรรณาธิการ. ประวัติการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคปี. เชียงใหม่:กลางเวียงการพิมพ์; 2542.
3. จินดา อุไรรัตน์. การพยาบาลนรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:บุญศิริการพิมพ์; 2543.
4. ญาดา ตั้งธนาธิกุล. การตัดมดลูกและการตัดปีกมดลูก. ใน: เสวก วีระเกียรติ, และสุกพรพรรณ วิไลลักษณ์. บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2548. หน้า 459-66.
5. จูติพร อิกถาวรวงศ์. การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2541.
6. ดารณี พิพัฒนกุลชัย. การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและจำหน่ายจากห้องพักรักษา. ใน: เบญจมาศ ปรีชากุลและ เบญจวรรณ ชีรเทอดตระกูล. บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรักษา. กรุงเทพฯ: เอ.พี. ลี ฟิว; หน้า 70-83.
7. นครินทร์ ศิริทรัพย์. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. ใน: อรรณพใจ สาราญ และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, บรรณาธิการ. OB & GYN: Update & Practical IV กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์เมดิคอล; 2548. หน้า 149-51.
8. นันทนา ธนาโนวรรณ. ตำราการพยาบาลนรีเวช. กรุงเทพฯ: วิ พรินท์. (1991); 2553.
9. ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์. เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก (Benign and Malignant Disease of the Cervix). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โอเอสพรีนติ้ง เฮาส์; 2544.
10. ปัทมา พรหมสนธิ และ เสาวคนธ์ อัจจิมากร. การประเมินก่อนผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด. ใน: เสวกวีระเกียรติ และ สุกพรพรรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์

- ไพโรจน์; 2548. หน้า 51-63.
11. พัสมณต์ คุ่มทวีพร. การพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งการป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ:สาขานูสเคราะห์; 2553.
  12. พีรพงศ์ อินทรศร และ ชัยยศ ชีรกาวงศ์. มะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลิวี่ง; 2548.
  13. วราภรณ์ ไวกุล และ กุลรัตน์ ชีวะธนรักษ์. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด. ใน: อมรา พาณิช และ มยุรี วศินานุกร.บรรณาธิการ. วิทยาลัยวิทยา.กรุงเทพฯ:โอเอสพรีนติ้งเฮาส์; 2546 หน้า 95-103.
  14. สงวนโชค ล้วนรัตนกร. มะเร็งปากมดลูก. ใน:ยุทพงษ์ วีระวัฒนตระกูล และพีไลวรรณ กลิ่นแก้ว, บรรณาธิการ.นรีเวชวิทยา.ขอนแก่น:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.หน้า 429-41.
  15. เสวก วีระเกียรติ.บรรณาธิการ.ตำรา นรีเวชวิทยา.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ:บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพร์; 2548.
  16. สมบูรณ์ คณาธิคม, มงคล เบญจจาภิบาล, มณี รัตนาไชยานนท์ และ สุวณิทย ชีระศักดิ์ วิชา. นรีเวชวิทยา.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิวี่ง; 2548.
  17. อาบอรุณ เลิศขจรสุข และ สฤกพรรณ วิลัยลักษณ์. กายวิภาคของอวัยวะสืบพันธุ์ สตรี.ใน: เสวก วีระเกียรติและ สฤกพรรณ วิลัยลักษณ์, บรรณาธิการ.ตำรานรีเวชวิทยา. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพร์; 2548.หน้า 11-20.
  18. Camran Nezhar, Alvin Siegler, Farr Nezhat, Ceana Neshat, Daniel Seidman, & Anthonhylvcian. (2000). Operation on the uterus. (2nd edition). America: united States of America.
  19. FLANG. WAXMAN,(2005). Clinicalobster- trics and Gynecology. America:United states of march.