



## คู่มือการพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน  
ในระยะผ่าตัด

นางสาว น้ำผึ้ง อินทโพธิ์

นางสาว สุชาดา กล่อมจิต

งานการพยาบาลสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2567

## คำนำ

ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูก (cervical cancer) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบว่าสตรีทั่วโลกป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับ 4 และเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม แต่มีจำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีมากกว่ามะเร็งเต้านม พบผู้ป่วยใหม่ปีละกว่า 9,000 ราย มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 13 รายต่อวัน เนื่องจากตรวจคัดกรอง วินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะต้น (early stage) ได้น้อยทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (Radical hysterectomy with bilateral pelvic lymph node dissection; RHND) เป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ที่ตรวจพบรอยโรคจำกัดอยู่ที่ปากมดลูกเท่านั้น แต่การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนเป็นการผ่าตัดใหญ่ (major operation) ใช้ระยะเวลานาน มีขั้นตอนการทำผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์จำนวนมาก นรีแพทย์ผู้ผ่าตัดต้องมีความชำนาญและประสบการณ์ เพื่อระมัดระวังอวัยวะข้างเคียงที่มีโอกาสได้รับการบาดเจ็บ ดังนั้นพยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยาของมดลูก ต่อมมน้ำเหลืองและอวัยวะภายในบริเวณอุ้งเชิงกรานรวมถึงมีความรู้และทักษะความชำนาญในด้านการส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับขั้นตอนในการผ่าตัด หรือตามความต้องการของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ตามสถานการณ์ความเร่งรีบในขณะนั้นและสามารถตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติร่วมกับนรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัดได้ ตลอดจนสามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุมในระยะผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมาตรฐานวิชาชีพและทำงานร่วมกับสหสาขาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการพยาบาลฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ที่หมุนเวียนเข้าปฏิบัติงานในหน่วยผ่าตัดนรีเวชฯ สามารถนำความรู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ ตามมาตรฐานในทิศทางเดียวกัน และนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนในระยะผ่าตัดต่อไป

นางสาว น้ำผึ้ง อินทโพธิ์

นางสาว สุชาดา กล่อมจิต

ผู้จัดทำ

## กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของกลุ่มการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน เกิดขึ้นได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญเลิศ วิริยะภาค อาจารย์หน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช สังกัดภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ที่ช่วยตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ทั่วไปของโรคและการรักษามะเร็งปากมดลูก นางสาว ศิริพร สมจิต พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผ่าตัดนรีเวชวิทยา และ นาง สุวรรณียิ่งยืนยง พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ สังกัดงานการพยาบาลสูติศาสตร์– นรีเวชวิทยา ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ นางสาว จารุนันท์ ศรีจันทร์ดี หัวหน้าหอผู้ป่วย พระศรี 14/2 ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และ นางสาว ปรียาภา สิริเลิศเมฆาสกุล หัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และทีมบริหารงานการพยาบาลสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยาทุกท่าน ที่กรุณาให้การสนับสนุน ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

นางสาว น้ำผึ้ง อินทโพธิ์

นางสาว สุชาดา กล่อมจิต

ผู้จัดทำ

2567

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สารบัญภาพ	ก
สารบัญตาราง	ข
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์	3
ขอบเขตของคู่มือ	3
คำจำกัดความ	3
<b>บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ</b>	
บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	4
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	4
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	9
โครงสร้างงานการพยาบาลสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา	10
โครงสร้างหน่วยผ่าตัดนรีเวช	11
<b>บทที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน</b>	
กายวิภาคปากมดลูก	12
พยาธิสรีรวิทยา	13
ปัจจัยเสี่ยง	13
อาการและอาการแสดง	15
การวินิจฉัย	16
การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก	16
การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	20
ภาวะแทรกซ้อน	22
การป้องกัน	22

## สารบัญ

	หน้า
การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด RHND	25
การจัดทำสำหรับการผ่าตัด RHND	26
รูปแบบตำแหน่งของทีมผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการผ่าตัด	28
การจัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด RHND	29
การส่งเครื่องมือผ่าตัด RHND	32
<b>บทที่ 4 กระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา</b>	
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	38
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด	42
การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด	44
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด	48
การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด	55
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด	60
กรณีศึกษา	66
<b>บทที่ 5 ปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา</b>	
<b>บรรณานุกรม</b>	87
<b>ภาคผนวก</b>	
ก. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	92
ข. ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	94

## สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1: กายวิภาคของมดลูก	12
รูปที่ 2: ระยะโรคมะเร็งปากมดลูก	19
รูปที่ 3: การจัดทำผ่าตัดคนองหงายราบศีรษะต่ำ	27
รูปที่ 4: ตำแหน่งทีมผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน	28
รูปที่ 5: การจัดโต๊ะเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน	31

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1: เครื่องผ้า เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือพิเศษ อุปกรณ์ใช้ในการผ่าตัด	29
ตารางที่ 2: การจัดโต๊ะเครื่องมือผ่าตัดมัลติรูปแบบถอนรากถอนโคน	31
ตารางที่ 3: การส่งเครื่องมือผ่าตัดมัลติรูปแบบถอนรากถอนโคน	32
ตารางที่ 4: แบบบันทึก modified aldrete score	59
ตารางที่ 5: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	68
ตารางที่ 6: แผนการรักษาที่ได้รับ	69
ตารางที่ 7: ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา	84

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถิติของกองทุนวิจัยมะเร็งโลก (World Cancer Research) ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าสตรีทั่วโลกป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก (cervical cancer) สูงเป็นอันดับ 4 รองจากมะเร็งปอด (lung cancer) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก (colorectal cancer) และมะเร็งเต้านม (breast cancer) ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 604,127 ราย และเสียชีวิตจำนวน 341,831 ราย<sup>(1)</sup> คิดเป็นสัดส่วนการเสียชีวิตต่อจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 56.8% โดยที่ 85% ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่พบในประเทศกำลังพัฒนาและในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาหลายประเทศรายงานอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น<sup>(2)</sup>

สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าสตรีไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 9,158 คนต่อปี และมีอัตราเสียชีวิต 51.3 %<sup>(3)</sup> จากข้อมูลรายงานประจำปีภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราชพ.ศ. 2563–2565 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 195 คน, 186 คน และ 206 คนต่อปี ตามลำดับ โดยการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยระยะลุกลาม นับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุส่วนใหญ่จากการติดเชื้อแบบฝังแน่นของไวรัสเอชพีวี (human papillomavirus; HPV) สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง (high-risk) โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18<sup>(4)</sup> โดยระยะของการเกิดโรคนั้นสามารถแบ่งได้ 2 ระยะ คือ ระยะรอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง (pre-invasive disease) และระยะเป็นโรคมะเร็ง (invasive disease)<sup>(5)</sup> ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน มีประสิทธิภาพในการตรวจสูงมากขึ้น ทำให้ตรวจพบและวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (early-stage disease) ได้เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (Radical hysterectomy with bilateral pelvic lymph node dissection; RHND) ซึ่งเป็นมาตรฐานสำหรับการรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกให้หายขาดจากโรคไม่กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม<sup>(6)</sup> เพิ่มขึ้น

การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนเป็นการผ่าตัดมดลูกแบบกว้าง นรีแพทย์ต้องตัดส่วนที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็งออกทั้งหมด ทำให้มีโอกาสบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง เช่น ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ เส้นเลือดในอุ้งเชิงกรานซึ่งเป็นอวัยวะข้างเคียงเมื่อนรีแพทย์ต้องเกาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน ทำให้ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดนาน มีขั้นตอนการผ่าตัดซับซ้อน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การเสียเลือดมาก ซึ่งพบได้ 20% แผลผ่าตัดติดเชื้อพบได้ 2-4% ท่อไตได้รับอันตราย 1.5% ภาวะหลอดเลือดดำมีลิ่มเลือด (venous thrombosis) ภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดในปอด (pulmonary embolism; PE) การบาดเจ็บของเส้นประสาทอัตโนมัติ ความเจ็บปวด และการสูญเสียสภาพลักษณะ ซึ่งมีผลสำคัญต่อระยะเวลาอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด<sup>(7)</sup> ดังนั้นพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยาของมดลูก ต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะอื่นๆ ภายในบริเวณอุ้งเชิงกราน รวมถึงมีความรู้และทักษะความชำนาญในการส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับขั้นตอนในการผ่าตัด หรือตามความต้องการของนรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัดในสถานการณ์ความเร่งรีบขณะนั้น และสามารถตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติร่วมกับนรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ตลอดจนสามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic care) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตามมาตรฐานวิชาชีพร่วมกับสหสาขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลหน่วยผ่าตัด มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก พยาธิสภาพ การตรวจวินิจฉัย และการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน
2. เพื่อให้พยาบาลหน่วยผ่าตัดมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนในระยะผ่าตัด สามารถจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดพื้นฐาน (basic surgical instruments) เครื่องมือผ่าตัดพิเศษ (special surgical instruments) เครื่องมือใช้ในการทำผ่าตัด (accessory) ส่งผ่านเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัด ได้ถูกต้องครบถ้วนมีประสิทธิภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. เพื่อให้พยาบาลหน่วยผ่าตัด สามารถประเมินวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และ ระยะหลังผ่าตัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุม

## ประโยชน์

1. พยาบาลหน่วยผ่าตัด พยาบาลที่มาศึกษาดูงาน มีความรู้และมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนในระยะผ่าตัด
2. พยาบาลหน่วยผ่าตัดสามารถประเมินวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคนได้ครอบคลุมแบบองค์รวม (holistic care) ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และ ระยะหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัด

## ขอบเขตของกลุ่ม

คู่มือเล่มนี้ใช้สำหรับพยาบาล นักศึกษาแพทย์ พยาบาลฝึกปฏิบัติงานและผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และ ระยะหลังผ่าตัด

## คำจำกัดความ

มะเร็งปากมดลูก หมายถึง การเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เนื้อเยื่อปากมดลูกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นผลให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติจนกลายเป็นเนื้อเยื่อมะเร็ง โดยสามารถแพร่กระจาย (metastasis) ไปยังอวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย ทำให้อวัยวะส่วนนั้นเกิดเป็นมะเร็ง<sup>(5)</sup>

การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน คือการผ่าตัดมดลูก โดยตัดเส้นเอ็น (ligaments) และเนื้อเยื่อข้างมดลูก (parametrium) ที่ตำแหน่งซิดผนังอุ้งเชิงกราน และตัดช่องคลอดส่วนบน (upper vagina) ออก 1 ใน 3<sup>(7)</sup>

## บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

### บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

ปฏิบัติงานให้การพยาบาลในหน่วยผ่าตัดนรีเวชวิทยา อาคาร ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 5 งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับการตรวจวินิจฉัย รักษาโดยการผ่าตัดทางด้านนรีเวชกรรมและสูติกรรม มีห้องผ่าตัด 7 ห้องให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดผ่านกล้องในโพรงมดลูก การใช้กล้องส่องตรวจทวารกในครรภ์ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง และการผ่าตัดทางช่องคลอด ทั้งนรีเวชกรรมและสูติกรรม

### ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic care) ตามมาตรฐานการพยาบาลระยะผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด<sup>(๘)</sup> โดยใช้กระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องตามแผนการรักษา ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยดังนี้

#### 1.1. ระยะก่อนผ่าตัด

เริ่มจากรับผู้ป่วยมายังห้องพักรอการผ่าตัด (waiting room) และสิ้นสุดเมื่อย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยการรวบรวมข้อมูล ประเมินและวางแผนให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด และดูแลให้การพยาบาลเพื่อเตรียมสภาพความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

1.1.1. สร้างสัมพันธภาพพร้อมแนะนำตัวกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ตรวจสอบความถูกต้องของบุคคล เอกสาร สิทธิการรักษา และการผ่าตัดให้ถูกต้องตามตารางการผ่าตัด

1.1.2. ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ สัญญาณชีพ ระยะเวลางดน้ำงดอาหาร ประวัติการแพ้ยาและอาหาร การได้รับยาก่อนมาห้องผ่าตัดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรนำติดมากับผู้ป่วย ถ้าพบประสานงานส่งคืนห่อผู้ป่วย ตรวจสอบอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่มากับผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การให้ยาปฏิชีวนะ การให้สารน้ำ การให้ส่วนประกอบของเลือดก่อนเข้าห้องผ่าตัด ฯลฯ

1.1.3. ประเมินความรู้ ความต้องการของผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัดข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด

1.1.4. ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลความกลัวต่อการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

1.1.5. แจกข้อมูลให้แก่ นรีแพทย์ ทัศนียแพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อพบความผิดปกติของผู้ป่วย

1.1.6. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน ในแบบบันทึกการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative nursing record) และส่งต่อข้อมูลสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องแก่พยาบาลประจำห้องผ่าตัด เช่น ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การได้ยิน การมองเห็น การสื่อสาร ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะผ่าตัดต่อไป

## 1.2. ระยะผ่าตัด

เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจนถึงย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ได้ 2 ประเภท ดังนี้

### 1.2.1. บทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse)

1.2.1.1. บริหารจัดการและส่งผ่านเครื่องมือผ่าตัดที่จำเป็นต้องใช้ให้แก่แพทย์ได้ถูกต้อง รวดเร็ว ตรงตามลำดับขั้นตอนในการทำผ่าตัด และความต้องการของแพทย์ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique)

1.2.1.2. ดูแลให้บริเวณผ่าตัดอยู่ในสภาวะปลอดเชื้อ ตลอดระยะเวลาขณะทำผ่าตัด

1.2.1.3. ตรวจสอบจำนวนผ้าซับ โลหิต ของมีคม เครื่องมือ และอุปกรณ์พิเศษร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน

1.2.1.4. ยืนยันสิ่งส่งตรวจร่วมกับนรีแพทย์และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกทุกครั้ง ก่อนส่งสิ่งส่งตรวจ

1.2.1.5. ดูแลตรวจนับ ทำความสะอาดเครื่องมือ และนำส่งให้แก่ห้องล้างเครื่องมือ จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ สำหรับใช้ในการผ่าตัดรายต่อไป

### 1.2.2. บทบาทพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (circulating nurse)

1.2.2.1. นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดโดยการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง ทบทวนเวชระเบียน ตรวจสอบเอกสารหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด รับข้อมูลจากพยาบาลห้องพักรอดูอาการก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับความต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ป้องกันผู้ป่วยพลัดตกจากเตียง

1.2.2.2. ดูแล ประสานงาน และอำนวยความสะดวกตลอดเวลาผ่าตัด โดยจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ให้เหมาะสม ตรวจสอบความพร้อมของเอกสาร ยา อุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้งานและเหมาะสมกับผู้ป่วย

1.2.2.3. ประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลได้เหมาะสมกับโรค และหัตถการ และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัด (intra-operative nursing record)

1.2.2.4. ช่วยนรีแพทย์จัดทำผู้ป่วยตามความเหมาะสม ติดแผ่นนำไฟฟ้าย้อนกลับ (Dispersive pad)

1.2.2.5. ตรวจสอบนับจำนวนผ้าซับโลหิต ของมีคม เครื่องมือร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน

1.2.2.6. ยืนยันสิ่งส่งตรวจ ร่วมกับนรีแพทย์และพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดทุกครั้ง ก่อนส่งตรวจ

1.2.2.7. ประเมินและบันทึกการสูญเสียเลือด เฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อโรคตลอดระยะเวลาผ่าตัด

1.2.2.8. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น เปิดผิร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น อุณหภูมิที่ใช้ในการล้างช่องท้อง ฯลฯ

1.2.2.9. ดูแลตรวจนับ ทำความสะอาดเครื่องมือ และนำส่งให้แก่ห้องล้างเครื่องมือ

1.2.2.10. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ปัญหาที่เกิดระหว่างการผ่าตัดและแผนการดูแลต่อเนื่องแก่พยาบาลห้องพักรอดูอาการ ในกรณีจำหน่าย ผู้ป่วยไปหอบุคลากรส่งต่อข้อมูลแก่ พยาบาลหอบุคลากรลงบันทึกในเอกสารเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (patient transfer record) เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง

### 1.3. ระยะเวลาหลังผ่าตัด

เริ่มตั้งแต่การย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไปดูแลต่อที่ห้องพักรอดูอาการ

1.3.1. จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงยา และอุปกรณ์พื้นคั่นชนิดต่างๆ ในภาวะฉุกเฉินให้พร้อมใช้งาน

1.3.2. รับข้อมูลผู้ป่วยจากวิสัญญีแพทย์และพยาบาลประจำห้องผ่าตัดเกี่ยวกับวิธีการระดับความรู้สึก การผ่าตัด สภาพของผู้ป่วย ปริมาณการสูญเสียเลือด ปริมาณสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลต่อเนื่อง

1.3.3. ประเมินระดับความรู้สึกตัว จัดทำนอนผู้ป่วยให้เหมาะสม ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation; SpO<sub>2</sub>) และสัญญาณชีพแรกเริ่ม บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (post-operative nursing record)

1.3.4. เฝ้าระวังการสูญเสียเลือดจากแผลผ่าตัด ดูแลท่อระบายให้อยู่ตำแหน่งเหมาะสม ไม่ดึงรั้ง หรือกดทับ ดูแลและบันทึกปริมาณน้ำเข้า (intake) น้ำออก (output) ตามแผนการรักษา

1.3.5. ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ประเมินความปวด ดูแลความสุขสบายทั่วไป หากพบอาการผิดปกติ แจ้งวิสัญญีแพทย์และนรีแพทย์ทันที

1.3.6. ย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย โดยประเมินการกลับฟื้นคืนสภาพจากการได้รับยาระดับความรู้สึก โดยใช้คะแนนการฟื้นจากยาระดับความรู้สึก (Post-anesthesia Recovery Score; PRS) ให้อยู่ในเกณฑ์เท่ากับหรือมากกว่า 9 คะแนนขึ้นไป และสถานะผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติคงที่นานเกิน 30 นาที กรณีผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลพิเศษ และคะแนนการฟื้นจากยาระดับความรู้สึก น้อยกว่า 9 คะแนนต้องปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย

1.3.7. ประสานงานหอผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น ภาวะแทรกซ้อน การได้รับยาระดับปวด และความวิตกกังวล ฯลฯ โดยใช้แนวทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ISBAR (I = identification, S = situation, B = background, A = assessment, R = recommendation) ให้แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พร้อมบันทึกข้อมูลในใบ patient transfer record ในกรณีจำหน่ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลห้องพักรฟื้นย้ายผู้ป่วยร่วมกับนรีแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องดังนี้

2.1. จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์และยาที่จำเป็นต้องใช้

2.2. ดูป้ายชื่อ นามสกุล เพศที่ข้อมือ ข้อเท้าให้ถูกต้องตรงกับแผ่นบันทึกรายงาน ลงเวลาเกิด ชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิด วัดอุณหภูมิร่างกายทารกหลังเกิด 5 นาที หยอดตาทารกพร้อมทั้งลงคะแนนประเมินสุขภาพของทารกแรกเกิด (Apgar score) ในแผ่นบันทึกรายงานให้ถูกต้อง

2.3. นำทารกไปให้มารดาสัมผัสอย่างใกล้ชิด (Early bonding) กรณีมารดารู้สึกตัวดี ให้ดูหน้า ดูเพศ ดูป้ายชื่อ-นามสกุล สีระบุเพศที่ผูกข้อมือ ดูป้ายผ้าข้อเท้าของทารก พร้อมทั้งให้มารดาสัมผัสตัวทารก (skin to skin contact) เพื่อสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูก

2.4. ย้ายทารกไปห้องคลอดหรือแผนกกุมารฯด้วยตู้อบเด็กแบบเคลื่อนย้าย (transport incubator)

2.5. ให้การพยาบาลกรณีทารกเกิดภาวะวิกฤตร่วมกับทีมกุมารแพทย์เพื่อให้การช่วยชีวิต  
ขั้นสูง

3. ให้การพยาบาลในการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง และเตรียมรถฉุกเฉิน (Emergency Car) เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator) ให้พร้อมใช้งาน เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ระหว่างผ่าตัดจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดและโรคประจำตัวของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึก  
ในใบรายงานการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง โรงพยาบาลศิริราช และรายงานผลตามแบบบันทึกอย่าง  
ถูกต้องครบถ้วน

4. เป็นหัวหน้าทีมพยาบาลประจำห้องผ่าตัดคนรีเวช ปฏิบัติงานในการวางแผน การให้บริการ  
ผู้ป่วยตามตารางการผ่าตัดของแพทย์ประจำวัน โดยมอบหมายงานแก่บุคลากรแต่ละระดับ ตาม  
สมรรถนะ (competency) ให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของการผ่าตัดและการพยาบาล ตลอดจน  
ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เป็นไปตามกระบวนการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

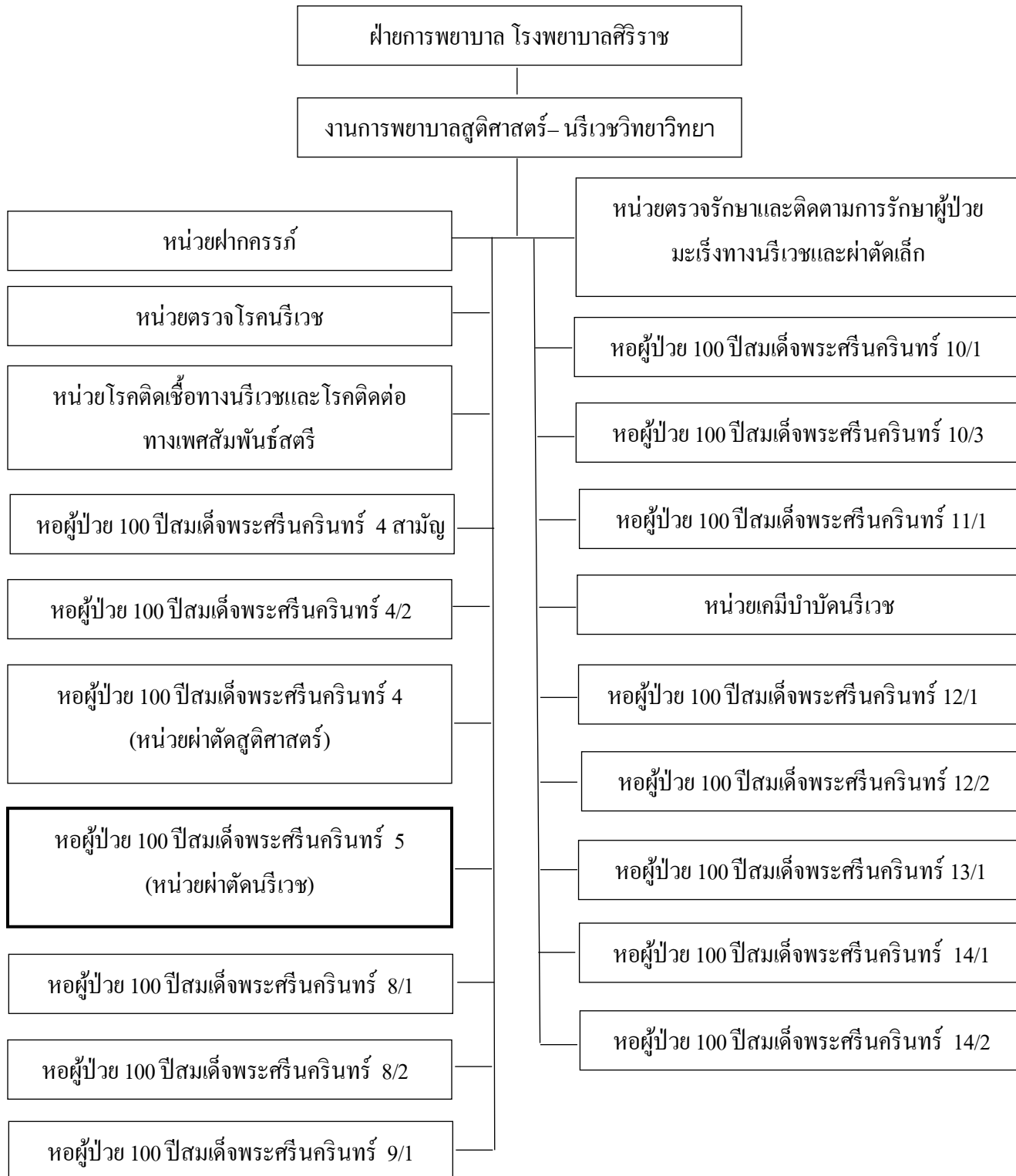
5. ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ นรีแพทย์ วิศวณิแพทย์  
ศัลยแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ติดต่อประสานงานยืมเครื่องมือ และอุปกรณ์  
พิเศษต่างแผนก ในกรณีการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนหรือทำผ่าตัดร่วมกับแผนกอื่น เพื่อติดตามเฝ้า  
ระวัง และป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยความราบรื่นผู้ป่วย  
ปลอดภัย

6. บำรุงรักษาเครื่องมือพิเศษ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เลนส์ที่ใช้ผ่าตัดผ่านกล้อง (telescopic lens)  
เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง (endoscopic instrument) ทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง  
เหมาะสมกับชนิดของเครื่องมือตามคู่มือปฏิบัติการใช้งาน (Instruction For Use; IFU) อย่างเคร่งครัด  
จัดเก็บเครื่องมืออย่างเหมาะสม ตรวจสอบความเที่ยงตรง (calibrate) และหน้าที่การทำงาน (function)  
ของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆจากบริษัทผู้ผลิตตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอประสานงานกับ  
บุคลากรของบริษัทเครื่องมือทางการแพทย์เมื่อต้องนำ เครื่องมือ อุปกรณ์พิเศษที่ต้องนำมาจากบริษัท  
ให้พร้อมใช้งานและปราศจากเชื้อ สำหรับการผ่าตัด

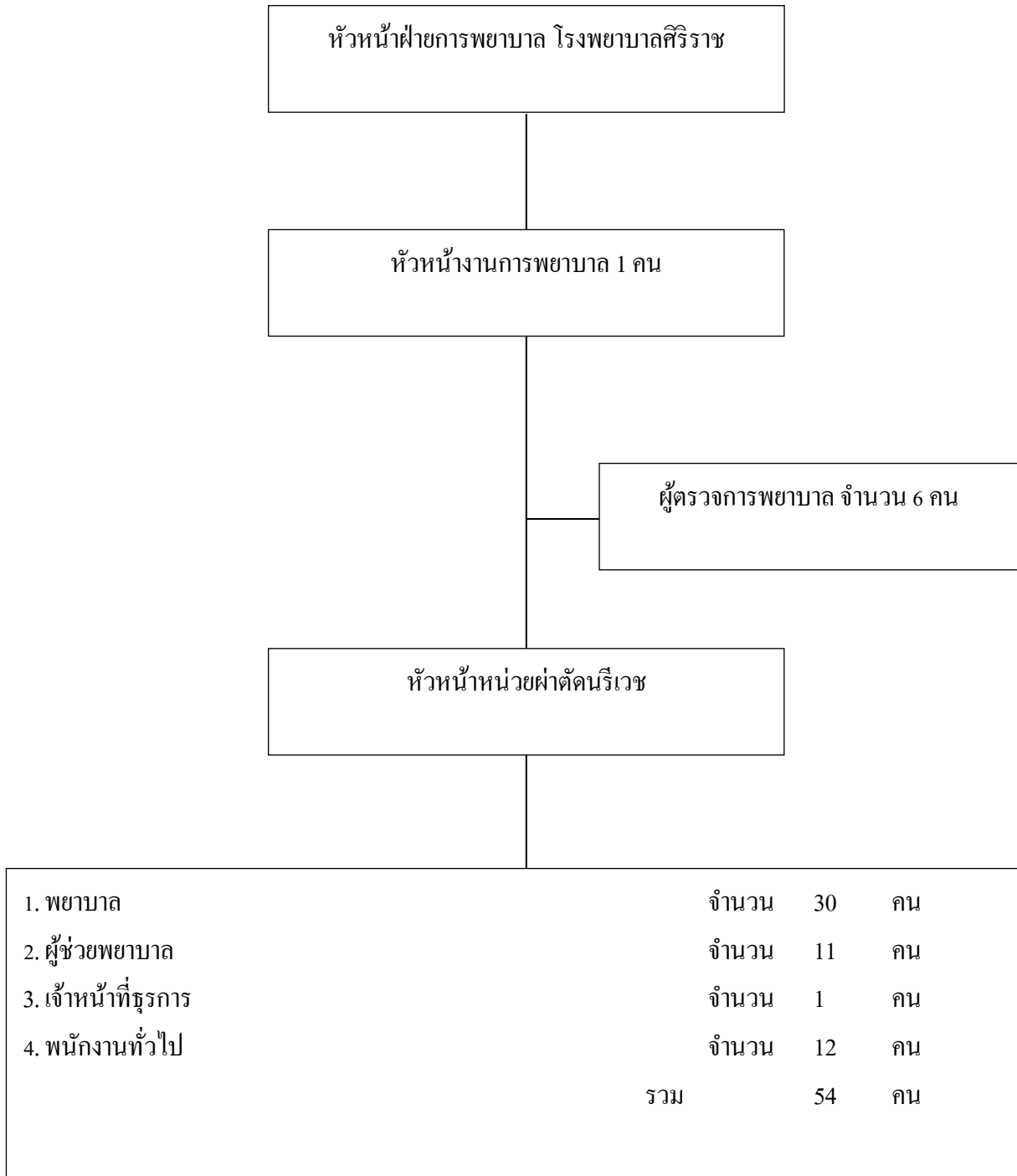
7. ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด โดยปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการ  
ปฏิบัติงานของบุคลากรทีมผ่าตัด การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การผ่าตัดตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ  
จัดสิ่งแวดล้อมและทำความสะอาดห้องผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ ตาม มาตรฐานการป้องกันและ  
ควบคุมโรคติดเชื้อในห้องผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน ควบคุมระบบการระบายอากาศ และการถ่ายเทอากาศ  
พร้อมลงบันทึกข้อมูล ได้แก่ อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ และแรงดันอากาศภายในห้องผ่าตัดตาม  
มาตรฐาน



### โครงสร้างงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



## โครงสร้างหน่วยผ่าตัดคนรีเวช

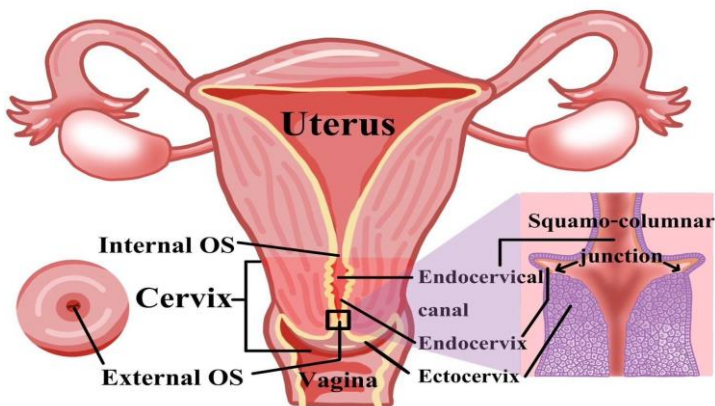


### บทที่ 3

## ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

### กายวิภาคปากมดลูก<sup>(9)</sup>

ปากมดลูก (cervix) เป็นส่วนล่างของมดลูก (uterus) ที่ยื่นเข้าสู่ช่องคลอด (vagina) มีลักษณะเป็นโครงสร้างทรงกระบอก ความยาวประมาณ 2 เซนติเมตร แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ปากมดลูกด้านนอก (ectocervix) อยู่ในช่องคลอด มีผิวเรียบ สีชมพูอ่อน บุด้วยเซลล์เยื่อเมือกชั้นหลายชั้น (stratified squamous epithelium) ปากมดลูกด้านใน (endocervix) เป็นช่องทางตรงกลางของปากมดลูก บุด้วยเยื่อเมือกชนิดคอลัมน์ (mucus-secreting columnar epithelium) ซึ่งสามารถหลั่งสารเมือก (mucus) ได้ช่องภายในปากมดลูกเรียกว่า cervical canal โดยปลายด้านบนเชื่อมต่อกับโพรงมดลูก เรียกว่า internal os และปลายด้านล่างเปิดสู่ช่องคลอด เรียกว่า external os บริเวณรอยต่อระหว่างเยื่อเมือกชนิดคอลัมน์และเยื่อเมือกชนิดคอลัมน์ เรียกว่า squamocolumnar junction (SCJ) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สูง และมักเป็นตำแหน่งเริ่มต้นของการเกิดมะเร็งปากมดลูก (cervical cancer) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 : กายวิภาคของมดลูก

ที่มา: รูปวาดโดย นางสาวน้ำผึ้ง อินทโพธิ์, 2567

## พยาธิสรีรวิทยา

การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (human papillomavirus; HPV) ชนิดความเสี่ยงสูง (high-risk HPV; HR-HPV) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก<sup>(2)</sup> และมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งในมนุษย์หลายอวัยวะอย่างน้อย 6 ชนิด สายพันธุ์ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด ได้แก่ สายพันธุ์ 16 และ 18 รองลงมาคือสายพันธุ์ 31, 33, 45 และ 58 ซึ่งรวมกันเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกประมาณ 70%<sup>(10)</sup> มีรายงานว่าประมาณ 99.7% ของมะเร็งปากมดลูกทั้งชนิดเซลล์สแควมัส (squamous cell carcinoma; SCC) และชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinoma) ตรวจพบการติดเชื้อ เอชพีวี (human papillomavirus; HPV) เชื้อไวรัสสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ โดยเข้าสู่เซลล์ผ่านรอยถลอกขนาดเล็ก (microtrauma) ที่เยื่อเมือกบริเวณปากมดลูก การติดเชื้อมักเกิดขึ้นบริเวณเขตเซลล์แปรรูป (transformation zone) ซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างเซลล์บุผิวชนิดสแควมัส (squamous epithelium) และเซลล์บุผิวชนิดคอลัมน์ (columnar epithelium) บริเวณรูปากช่องคอปากมดลูก (external os) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีความไวต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มากที่สุด เชื้อเอชพีวีสามารถหลบหลีกการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน (immune response)<sup>(11)</sup> ส่งผลให้ไม่เกิดอาการอักเสบหรืออาการแสดงของการติดเชื้ออย่างชัดเจน หากการติดเชื้อดำเนินต่อเนื่องในลักษณะการติดเชื้อแบบคงอยู่ (persistent infection) จะกระตุ้นให้เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดความผิดปกติของโครงสร้างเซลล์ นำไปสู่การเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งระดับสูง และพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุด<sup>(2)</sup> โดยทั่วไป ระยะเวลาการดำเนินโรคตั้งแต่เริ่มติดเชื้อ เอชพีวี จนพัฒนาเป็นรอยโรคภายในเยื่อเมือกปากมดลูก และมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ใช้เวลาประมาณ 10–15 ปี

## ปัจจัยเสี่ยง

การเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและเกิดจากปัจจัยหลายด้านร่วมกัน ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (human papillomavirus; HPV) ชนิดความเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อแบบฝังแน่น (persistent infection) ที่บริเวณปากมดลูก ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จากระยะก่อนลุกลามไปสู่มะเร็งระยะลุกลาม<sup>(12)</sup> นอกจากการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก ดังนี้

## 1. ปัจจัยด้านสตรี

1.1 อายุ มะเร็งปากมดลูกมักพบในสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ตั้งแต่ระยะก่อนลุกลาม (pre-invasive lesion) ไปจนถึงระยะลุกลาม (invasive carcinoma) ใช้เวลานานประมาณ 10–15 ปี ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติ<sup>(13)</sup>

1.2 การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 18 ปี มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวีสูงขึ้น เนื่องจากเซลล์บริเวณเขตเซลล์แปรรูป ยังอยู่ในช่วงที่มีความไวต่อการติดเชื้อและการเปลี่ยนแปลงของเซลล์

1.3 พฤติกรรมทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สูง ล้วนเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อเอชพีวีและการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ซึ่งอาจส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก

1.4 การตั้งครรภ์และการคลอดหลายครั้ง สตรีที่ตั้งครรภ์หลายครั้งหรือคลอดทางช่องคลอดหลายครั้ง อาจมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อปากมดลูกซ้ำ ๆ ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค<sup>(14)</sup>

1.5 ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น หลังปลูกถ่ายอวัยวะ มีความสามารถในการกำจัดเชื้อเอชพีวีลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อแบบเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

## 2. ปัจจัยด้านคู่นอน

ลักษณะพฤติกรรมของคู่นอนมีผลต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชพีวี เช่น การมีคู่นอนหลายคน การมีประวัติติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเชื้อเอชพีวีอาจอยู่ในอวัยวะเพศชายโดยไม่แสดงอาการ ทำให้เกิดการแพร่เชื้อโดยไม่ทราบมาก่อน

## 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

3.1 การสูบบุหรี่ สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สามารถสะสมในมูกปากมดลูก และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

3.2 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดต่อเนื่องเป็นเวลานาน การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่า 5 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับผลของฮอร์โมนต่อการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อปากมดลูก

3.3 ปัจจัยทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ สตรีที่ขาดการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ มีโอกาสตรวจพบโรคในระยะลุกลามมากกว่า

แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรค แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนส่วนใหญ่ได้รับการดูแลในห้องผ่าตัดจะมุ่งเน้นที่การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนกระบวนการผ่าตัดให้ปลอดภัยเป็นสำคัญ

### อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยในระยะเริ่มแรก (early stage) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติ และมักตรวจพบจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือจากการตรวจภายในโดยบังเอิญ เมื่อแพทย์พบรอยโรคที่ปากมดลูกและส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย สำหรับผู้ป่วยระยะลุกลาม (advanced stage) อาจมีอาการดังต่อไปนี้<sup>(15)</sup>

1. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ เลือดออกระหว่างรอบเดือน หรือเลือดออกหลังหมดประจำเดือน

2. ตกขาวผิดปกติ อาจมีลักษณะมีกลิ่นเหม็นหรือมีเลือดปน พบได้ในกรณีที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่หรือมีการติดเชื้อมดด้วย

3. อาการจากการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงหรืออวัยวะห่างไกลได้แก่

– ปัสสาวะปนเลือด จากการลุกลามเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ

– ปัสสาวะหรืออุจจาระออกทางช่องคลอด จากการเกิดรูรั่วระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะ

ปัสสาวะหรือทวารหนัก

– ภาวะไตบวมหรือไตวายจากการกดท่อไต (obstructive uropathy)

– ขาบวมจากการอุดตันของหลอดเลือดดำหรือหลอดน้ำเหลือง

– ไอเรื้อรัง จากการแพร่กระจายไปยังปอด

– อาการปวดหลังหรือปวดกระดูกรุนแรง จากการแพร่กระจายไปยังกระดูก

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนส่วนใหญ่มักอยู่ในระยะเริ่มแรกที่โรคลังจำกัดอยู่บริเวณปากมดลูก ดังนั้น ในบริบทของห้องผ่าตัด อาการที่พบบ่อยมักไม่รุนแรง และการเตรียมความพร้อมจะมุ่งเน้นที่การประเมินสภาพร่างกายโดยรวมและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเป็นสำคัญ

## การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกเริ่มจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจภายใน โดยแพทย์อาจตรวจพบแผล ก้อน หรือรอยโรคที่ปากมดลูก ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สนับสนุนการวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยที่ยืนยันแน่ชัดจำเป็นต้องอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (histopathological confirmation) เท่านั้น <sup>(16)</sup> การเก็บชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

- ตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูกโดยตรง (punch biopsy)
- การตัดชิ้นเนื้อภายใต้การส่องกล้องตรวจปากมดลูก (colposcopy-directed biopsy; CDB)
- การขูดเยื่อภายในปากมดลูก (endocervical curettage; ECC)
- การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization)

นอกจากนี้ การประเมินการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นจำเป็นต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจทางรังสีวิทยา และในบางกรณีอาจต้องอาศัยผลพยาธิวิทยายืนยันตำแหน่งการแพร่กระจายของโรคข้อมูลจากผลพยาธิวิทยา ชนิดของเซลล์มะเร็ง ระดับความรุนแรง และระยะของโรคตามเกณฑ์ FIGO มีความสำคัญต่อการกำหนดแนวทางรักษา ดังนั้น ในบริบทของห้องผ่าตัด พยาบาลควรทราบผลการวินิจฉัยและระยะของโรคก่อนผ่าตัด เพื่อใช้ในการเตรียมเครื่องมือ วางแผนการพยาบาล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

## การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก

การกำหนดระยะของโรคมะเร็งปากมดลูกใช้เกณฑ์ของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ (The International Federation of Gynecology and Obstetrics; FIGO) โดยอาศัยการประเมินทางคลินิก (clinical staging) จากการตรวจร่างกายและการตรวจภายใน ร่วมกับผลการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยา ดังนี้

1. การตัดชิ้นเนื้อภายใต้การตรวจด้วยกล้องส่องขยาย (colposcopy-directed biopsy) และการขูดเยื่อภายในปากมดลูก (endocervical curettage; ECC) เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
2. การส่องกล้องตรวจในโพรงมดลูก (hysteroscopy)
3. การส่องกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy)
4. การตรวจทางทวารหนัก (proctoscopy)
5. การฉีดสารทึบรังสีเพื่อตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ (intravenous pyelography; IVP) หรือการตรวจระบบทางเดินปัสสาวะด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (renal tract ultrasonography)

6. การตรวจภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) และภาพรังสีกระดูก

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) การตรวจการทำงานของไต (renal function test) การตรวจการทำงานของตับ (liver function test; LFT) การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (Venereal Disease Research Laboratory test; VDRL) และการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (anti-HIV)

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกที่จำกัดอยู่เฉพาะบริเวณปากมดลูก จำเป็นต้องได้รับการยืนยันทางพยาธิวิทยา (histopathological confirmation) โดยอาจได้จากการตัดชิ้นเนื้อ การขูดเยื่อภายในปากมดลูก หรือการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก<sup>(15)</sup> การตรวจเพิ่มเติมเพื่อประเมินการลุกลามของโรค เช่น การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการประเมินภาวะไตบวมน้ำ (hydronephrosis) ควรทำในรายที่มีก้อนมะเร็งเห็นได้ชัดหรือมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ส่วนการส่องกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) และการตรวจทางทวารหนัก (proctoscopy) ควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกสงสัยการลุกลามของโรค โดยเฉพาะในกรณีที่มีก้อนมะเร็งอยู่บริเวณ endocervical canal การตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging; MRI) สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของก้อนมะเร็ง และการลุกลามสู่มดลูกหรือเนื้อเยื่อข้างเคียงได้ดีกว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography; CT scan) อย่างไรก็ตาม MRI มีข้อจำกัดในการประเมินการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ขณะที่การตรวจด้วย positron emission tomography ร่วมกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (PET/CT) มีความแม่นยำสูงในการประเมินการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง

การกำหนดระยะของโรคมะเร็งปากมดลูกใช้เกณฑ์ของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ (The International Federation of Gynecology and Obstetrics; FIGO 2021) โดยอาศัยการประเมินทางคลินิก (clinical staging) ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และผลพยาธิวิทยาจากการผ่าตัด<sup>(16)</sup> ดังแสดงในรูปที่ 2 โดยรายละเอียดของการวินิจฉัยในแต่ละระยะมีดังต่อไปนี้<sup>(17)</sup>

**ระยะ I** มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะที่ปากมดลูกเท่านั้น แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ IA และระยะ IB

IA มะเร็งลุกลามเข้าสู่ชั้น stroma โดยมีความลึกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มม. ซึ่งสามารถตรวจพบความผิดปกติด้วยกล้องจุลทรรศน์เท่านั้น จำแนกออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะ IA1 และระยะ IA2

IA1 มะเร็งลุกลามเข้าสู่ชั้น stroma มีความลึกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 มม.

IA2 มะเร็งลุกลามเข้าสู่ชั้น stroma มีความลึกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มม.

IB ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากกว่า ระยะ IA สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าจำแนกออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ IB1 IB2 และระยะ IB3

IB1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม.

IB2 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 2 ซม. และไม่เกิน 4 ซม.

IB3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 4 ซม.

ระยะ II มะเร็งลูกกลมออกนอกตัวมดลูกส่วนล่าง ลงสู่ส่วนบน 2 ใน 3 ของช่องคลอด หรือลูกกลมออกนอกตัวมดลูกด้านข้างเข้าสู่พารามิเทรียม แต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน โดยจำแนกออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ IIA และ ระยะ IIB

IIA มะเร็งลูกกลมส่วนบน 2 ใน 3 ของช่องคลอด แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ IIA1 และระยะ IIA2

IIA1 ก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 4 ซม.

IIA2 ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 4 ซม.

IIB มะเร็งลูกกลมออกสู่พารามิเทรียม แต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน (pelvic side wall)

ระยะ III มะเร็งลูกกลมลงเข้าสู่ส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด หรือลูกกลมพารามิเทรียมจนถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน หรือมีภาวะกรวยไตมีปัสสาวะขัง (hydronephrosis) หรือภาวะไตสูญเสียหน้าที่การทำงาน (nonfunctioning kidney) หรือมีการลูกกลมเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน (pelvic nodes) หรือมีการลูกกลมเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองข้างหลอดเลือดเอออร์ตา (para-aortic nodes) โดยจำแนกออกเป็น ระยะ IIIA IIIB IIIC1 และ IIIC2

IIIA ก้อนมะเร็งลูกกลมลงด้านล่าง ถึง 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง

IIIB ก้อนมะเร็งลูกกลมออกด้านข้างถึง พารามิเทรียม จนถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน หรือมีภาวะ กรวยไตมีปัสสาวะขัง หรือ ภาวะไตสูญเสียหน้าที่การทำงาน

IIIC ก้อนมะเร็งลูกกลมไปต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ IIIC1 และระยะ IIIC2 และแบ่งแยกออกตามผลตรวจประเมินระยะโรค จากการตรวจทางรังสีวิทยา (radiologic studies; r) หรือการตรวจผลพยาธิวิทยา (pathology; p) สามารถแบ่งแยกย่อยได้ 3 ระยะ คือ

IIIC1r ข้อมูลจากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

IIIC1p มีผลพยาธิวิทยายืนยัน

IIIC2 มะเร็งลูกกลมไปต่อมน้ำเหลืองข้างหลอดเลือดเอออร์ตา โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะ IIIC2r และระยะ IIIC2p

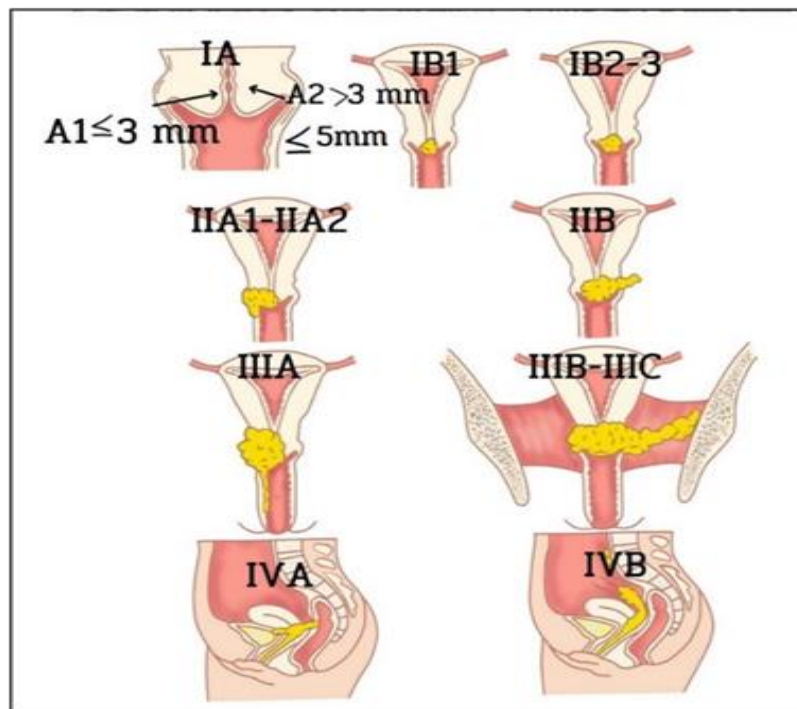
IIIC2r ข้อมูลจากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

IIIc2p มีผลพยาธิตายยืนย่น

ระยะ IV มะเร็งลุกลามเข้าสู่วัยวะอื่น เช่น กระเพาะปัสสาวะ หรือลำไส้ตรง ฯลฯ หรือออกนอกต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน หรือ ต่อมน้ำเหลืองข้างหลอดเลือดเอออร์ตา โดยจำแนกออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ IVA และระยะ IVB

IVA มะเร็งลุกลามชั้นเยื่อบุผิว (mucosa) ของกระเพาะปัสสาวะ หรือลำไส้ตรง

IVB มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะห่างไกล เช่น ปอด ต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอและไหปลาร้า (cervical and supraclavicular lymph nodes) ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ (inguinal lymph nodes)



รูปที่ 2 ระยะโรคมะเร็งปากมดลูก

ที่มา: รูปวาดโดย นางสาวน้ำผึ้ง อินทโพธิ์, 2567

## การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งตามระยะของโรครังนี้

### 1. ระยะ IA (microinvasive cervical cancer) ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับระยะของโรครังนี้

1.1. ระยะ IA1 ถ้าผลชิ้นเนื้อได้จากการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยเพื่อวินิจฉัย ไม่พบเซลล์มะเร็งในหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง (lymph-vascular space invasion) รักษาโดยการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย ในรายที่ไม่ต้องการมีบุตร ให้พิจารณาตัดปากมดลูกชิดกับมดลูก มีช่องคลอดติดมาเล็กน้อย หากพบเซลล์มะเร็งในหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองผ่าตัดรักษาเช่นเดียวกับระยะ IA2

1.2. ระยะ IA2 ผ่าตัดรักษาโดยการตัดมดลูกและเนื้อเยื่อรอบๆและช่องคลอดติดมาเล็กน้อย (modified radical hysterectomy ; hysterectomy type 2) ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน (pelvic lymphadenectomy) <sup>(18)</sup> ในผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่พร้อมต่อการผ่าตัด สามารถรักษาด้วยรังสีรักษาโดยสอดแร่ทางช่องคลอดเข้าไปในปากมดลูก และโพรงมดลูกส่วนล่าง (intracavitary radiation therapy ; IRCT) ในกรณีต้องการมีบุตรในอนาคต ผ่าตัดรักษาโดยผ่าตัดปากมดลูกและช่องคลอด ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน (radical trachelectomy)

### 2. ระยะ IB-IIA

การรักษาโดยการผ่าตัดโดยตัดมดลูกและเนื้อเยื่อข้างๆมดลูกชิดผนังอุ้งเชิงกราน และตัดช่องคลอด ส่วนบน (upper vagina) 1 ใน 3 ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา <sup>(18)</sup> มีข้อดีกว่ารังสีรักษาคือสามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้ ประเมินการแพร่กระจายโรคได้แม่นยำ สามารถคงหน้าที่การทำงานของรังไข่คงความยาวและความยืดหยุ่น ตลอดจนสารหล่อลื่นของช่องคลอดไว้ได้ ข้อเสียคือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใหญ่และ ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการ <sup>(15)</sup> เช่น ภาวะช่องคลอดแห้ง หรือความยาวช่องคลอดสั้นลง การคั่งของน้ำเหลืองบริเวณหัวหน้า ขาหนีบ ขา ปัจจุบันได้นำการเลาะเฉพาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (sentinel node) มาทดแทนการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานทั้งหมดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล

### 3. ระยะ IIB-IVA

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะนี้จะใช้รังสีรักษาเป็นหลัก โดยการใช้รังสีรักษาจากภายนอก (external-beam radiation therapy; EBRT) และให้รังสีรักษาโดยสอดใส่แร่ทางช่องคลอดเข้าไปในปากมดลูกและโพรงมดลูกส่วนล่าง การให้รังสีรักษาจะควบคู่กับการให้ยาเคมีบำบัดชนิดที่มี

ฤทธิ์เป็นสารเพิ่มผลของรังสี (radiosensitizer)<sup>(15)</sup> ยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพและใช้แพร่หลายอย่าง คือ cisplatin สัปดาห์ละครั้ง หรือ cisplatin ร่วมกับ fluorouracil ทุกสามสัปดาห์ หน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้ใช้วิธีรังสีรักษาพร้อมกับการให้ ยา cisplatin และ ifosfamide พบว่า มีการตอบสนองต่อการรักษาดีมาก<sup>(19)</sup>

การให้รังสีรักษา คือ ให้บริเวณที่เป็นมะเร็งได้รับรังสีขนาดสูงที่สุด โดยที่มีผลข้างเคียงต่อ อวัยวะอื่นๆ น้อยที่สุด ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบได้คือ ลำไส้ทะลุ ในรายที่มีพังผืด ยึดลำไส้ในช่อง ท้องจากการผ่าตัดในอดีตหรือจากโรคอื่นๆ การรักษา มักเริ่มด้วยการให้รังสีรักษาภายนอกก่อน จนกระทั่งก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง ต่อจากนั้นให้รังสีรักษาโดยการสอดใส่แร่อีก 3-5 ครั้งโดยใช้เวลา ในการรักษาทั้งหมด 4-6 สัปดาห์ และไม่ควรรานเกินกว่า 8 สัปดาห์ ปัจจุบัน ได้นำเทคโนโลยีของ intensity-modulated external radiation therapy (IMRT) และ image-guided radiation therapy (IGRT) เข้ามา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ได้ความ แม่นยำสูง เนื่องจากเทคโนโลยีดังกล่าว สามารถฉาย รังสีความเข้มข้นมากปริมาณสูงและกระจายตัวสม่ำเสมอ ส่งลำแสงรังสีหลายทิศทาง และปรับความ แรงตามขนาด และรูปร่างของก้อนเนื้อร้ายและปลอดภัยต่อเนื้อเยื่อปกติโดยรอบ<sup>(20)</sup> ได้ดีกว่าการให้รังสี รักษาแบบเดิมเพียงอย่างเดียว

#### 4. ระยะ IVB

การรักษาโรคในระยะนี้ เน้นการรักษาตามอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก และมีเป้าหมายเพื่อ บรรเทาอาการ (palliation) มุ่งเน้นในการบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และปรับปรุงให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรมีทีมบุคลากรทำงานร่วมกัน ทั้งนรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ สตรี แพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลบรรเทาอาการผู้ป่วย (palliative care physician) รังสีแพทย์ ด้าน รังสีรักษา จิตแพทย์ พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวม การรักษาอาจให้ ยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการหรือลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ในบางกรณีอาจให้รังสีรักษาเฉพาะ ตำแหน่งเพื่อบรรเทาอาการ เช่น การให้รังสีรักษาที่กระดูกในตำแหน่งที่มีการแพร่กระจาย เพื่อลด อาการปวดหรือการผ่าตัดในกรณีที่มีทางทะลุ (fistula) หรือภาวะลำไส้อุดตัน

## ภาวะแทรกซ้อน

ในกรณีมะเร็งมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงรวมถึงกระดูก ตับ ปอด และสมอง จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะภายใน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยต่างๆ แสดงออกมา โดยภาวะที่อาจเกิดขึ้นหลังจากป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความเจ็บปวดตามร่างกายบริเวณต่างๆ ที่มะเร็งอาจแพร่กระจายไปถึง ภาวะมีเลือดออก เช่น เลือดออกจากช่องคลอด หรือปัสสาวะมีเลือดปน ช่องคลอดมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ และการติดเชื้อภายในช่องคลอด การเกิดลิ่มเลือด ที่อาจปิดกั้นทางเดินเลือด การเกิดช่องทะลุระหว่างเนื้อเยื่ออวัยวะ ส่งผลให้มีของเหลวไหลออกจากช่องคลอด ไตวายเนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายในเลือดอาจเจริญเติบโตถึงขางบริเวณท่อไต เป็นเหตุให้ระบบการทำงานของไตไม่สามารถทำงานตามปกติได้และอาจเกิดไตวายในที่สุด

## การป้องกัน

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย การลดปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยส่งเสริมให้มีการดำเนินโรค กลายเป็นมะเร็งปากมดลูก เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมในวัยอันควร และการไม่มีคู่นอนหลายคน การป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีโดยการฉีดวัคซีน ซึ่งปัจจุบันมีวัคซีน 3 ชนิด ได้แก่ วัคซีนชนิด 2 สายพันธุ์ (bivalent HPV vaccine) วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ (quadrivalent HPV vaccine) และวัคซีนชนิด 9 สายพันธุ์ (nonavalent HPV vaccine) <sup>(10)</sup> องค์การอนามัยโลกระบุคำแนะนำสำหรับการให้วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกว่าควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเมื่ออายุ 9 – 12 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุ 12 – 26 ปี ให้สามารถฉีดวัคซีนได้หากต้องการ <sup>(21)</sup>

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ ได้แก่ ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูก โดยจัดให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี เช่น การตรวจทางวิทยาเซลล์แบบดั้งเดิม (conventional Pap smear หรือ Pap test) การตรวจหาเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูง (high-risk HPV testing) การตรวจทางวิทยาเซลล์อิงของเหลว (liquid-based cytology) เป็นต้น คณะทำงานพิเศษเพื่อป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (United States Preventive Services Task Force ; USPSTF) ได้ออกคำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฉบับใหม่ในปี พ.ศ. 2561 โดยคำแนะนำนี้มาใช้กับสตรีที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือมีรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งมาก่อน โดยไม่สนใจว่าสตรีผู้นั้นจะเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วหรือได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีมาแล้วก็ตาม จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในปัจจุบันไม่พบความแตกต่างในแง่ความไวหรือความจำเพาะระหว่างการตรวจทางเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิม (conventional cytology)

และการตรวจทางเซลล์วิทยาแบบเก็บตัวอย่างเซลล์ด้วยของเหลว (liquid-based) ดังนั้นคณะทำงานพิเศษเพื่อป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา จึงยอมรับการตรวจทางเซลล์วิทยาทั้งสองวิธี ส่วนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี ตรวจหาเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูง แนะนำให้เริ่มที่อายุ 30 ปี เป็นต้นไป<sup>(21)</sup>

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ คือ การรักษามะเร็งปากมดลูกเพื่อให้ ผู้ป่วยหายจากโรค และการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อเสนอแนะสำหรับสตรีไทยในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของราชวิทยาลัยสูตินรี แพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2566 อายุที่เริ่มตรวจและความถี่ของการตรวจคัดกรอง ดังนี้

3.1. แนะนำให้เริ่มตรวจคัดกรองสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 ปี หรือเมื่อสตรีอายุมากกว่า 21 ปี

3.2. สตรีที่อายุ 21–25 ปี ควรได้รับการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก ทุก 1 ปี หากปกติต่อเนื่อง 3 ครั้งให้ตรวจทุก 2 ปีได้

3.3. สตรีที่อายุมากกว่า 25 ปี แนะนำให้ใช้การตรวจในระดับ โมเลกุล เพื่อหาเชื้อเอชพีวี ความเสี่ยงสูง หรือ การตรวจในระดับ โมเลกุล เพื่อหาเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูง ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยาโดย ถ้าผลตรวจปกติให้ทำการตรวจซ้ำที่ 3 ปี

3.4. สตรีที่ได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวี ควรได้รับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับสตรีทั่วไป

3.5. ไม่มีเกณฑ์อายุที่กำหนดการหยุดตรวจคัดกรอง

3.6. สตรีที่เคยได้รับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง หรือมะเร็งปากมดลูก ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการคงอยู่หรือกลับเป็นซ้ำของโรค จึงควรได้รับการตรวจติดตามเป็นระยะไปเรื่อย ๆ

#### การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก

การรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (IA–IIA) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดรอยโรคอย่างครบถ้วนและป้องกันการลุกลามหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค แนวทางการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะสตรีที่ไม่ต้องการมีบุตร คือ การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน เป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูง เนื่องจากต้องตัดมดลูก เนื้อเยื่อข้างมดลูก ช่องคลอด ส่วนบนประมาณหนึ่งในสาม และเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก เพื่อประเมินการกระจายของโรคผ่านระบบน้ำเหลือง การผ่าตัดดังกล่าวต้องอาศัยความชำนาญของนรีแพทย์และการทำงานประสานกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากลักษณะของการผ่าตัดที่ต้องเลาะเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงกับโครงสร้างสำคัญ เช่น

ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ เส้นเลือด และเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ การสูญเสียเลือดปริมาณมาก การบาดเจ็บของท่อไตหรือกระเพาะปัสสาวะ การบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท ภาวะอุณหภูมิกายต่ำจากระยะเวลาผ่าตัดที่ยาวนาน ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การติดเชื้อแผลผ่าตัด ความชื้นซ้นดังกล่าวทำให้การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการเฝ้าระวังระหว่างผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่ง การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต้องครบถ้วน ถูกต้อง และสอดคล้องกับขั้นตอนการผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ความสำเร็จของการผ่าตัด RHND ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะของนรีแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัด โดยเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

1. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) เตรียมและจัดเรียงเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับขั้นตอนส่งเครื่องมือได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสอดคล้องกับเทคนิคปลอดเชื้อ เฝ้าระวังปริมาณการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญี ตรวจนับผ้าซับ โลหิต เครื่องมือ และของมีคมอย่างเคร่งครัด สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภาวะเลือดออกมาก หรือการเปลี่ยนแปลงการผ่าตัด ได้อย่างทันท่วงที

2. พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating nurse) ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและความพร้อมของผู้ป่วย ประสานงานกับทีมวิสัญญีและหน่วยงานสนับสนุน เช่น ธนาคารเลือด จัดเตรียมอุปกรณ์พิเศษหรือเครื่องมือเพิ่มเติมตามความจำเป็น บันทึกข้อมูลการผ่าตัด รวมถึงปริมาณเลือดที่สูญเสีย สนับสนุนการรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วยและความคุ้มครองการติดเชื้อ

หลังสิ้นสุดการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้น (Post-anesthesia care unit; PACU) โดยพยาบาลห้องพักฟื้นมีหน้าที่สำคัญในการ ประเมินการฟื้นตัวจาการระงับความรู้สึก เฝ้าระวังสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ประเมินความปวดและการสูญเสียเลือด ใช้เกณฑ์ประเมินความพร้อมในการจำหน่าย (modified Aldrete score) เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม จึงทำการส่งต่อข้อมูลการรักษาและการดูแลต่อเนื่องแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่องครอบคลุม และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

### **การเตรียมความพร้อมของพยาบาลก่อนการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน**

การผ่าตัด มดลูกแบบถอนรากถอนโคน เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อนสูง ใช้ระยะเวลานาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนเริ่มหัตถการ

1. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ พยาบาลควรศึกษาข้อมูลต่อไปนี้ล่วงหน้า ระยะของโรคและแผนการรักษา ชนิดของการผ่าตัด ขั้นตอนสำคัญของการผ่าตัด โครงสร้างกายวิภาคที่เกี่ยวข้องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความแม่นยำในการส่งเครื่องมือ
2. การเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลรอบนอกต้องร่วมกันตรวจสอบความครบถ้วนของ ชุดเครื่องมือผ่าตัด เครื่องจีไฟฟ้า ผ้าซับ โลหิตินปริมาณเพียงพอ ฯลฯ ต้องมีการตรวจสอบการทำงานของเครื่องมือก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดทุกครั้ง
3. การเตรียมความพร้อมด้านการประสานงาน พยาบาลรอบนอกควรประสานงานกับ ทีมวิสัญญี เพื่อประเมินความเสี่ยงและ เตรียมเลือดสำรองตามแผน
4. การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัย ก่อนเริ่มผ่าตัดต้องดำเนินการตามแนวทางความปลอดภัย เช่น การยืนยันตัวผู้ป่วยและตำแหน่งผ่าตัด การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและเส้นประสาทถูกกดทับจากการจัดท่า
5. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและการทำงานเป็นทีม การผ่าตัดที่ใช้เวลานานอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดในทีม พยาบาลควร สื่อสารอย่างชัดเจนและกระชับ เตรียมแผนสำรองในกรณีฉุกเฉิน สนับสนุนการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

#### **การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยมดลูกแบบถอนรกถอนโคนในระยะผ่าตัด**

ความราบรื่นของการผ่าตัดและความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมทั้งสามารถเฝ้าระวังและแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันที่ เช่น ภาวะเสียเลือดมาก ภาวะความดันโลหิตลดลงเฉียบพลัน หรือภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าหนึ่งในขั้นตอนสำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักกายวิภาคศาสตร์และหลักการป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดท่า (position-related injury prevention)

## การจัดท่าสำหรับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

### 1. อุปกรณ์ในการจัดทำ

- 1.1. ที่รัดขาผู้ป่วย (knee strap)
- 1.2. หมอน หรือผ้า สำหรับหนุนศีรษะ
- 1.3. ที่รองแขน (arm board) พร้อมที่รัดแขน (arm strap)

### 2. วิธีการและขั้นตอนในการจัดทำ

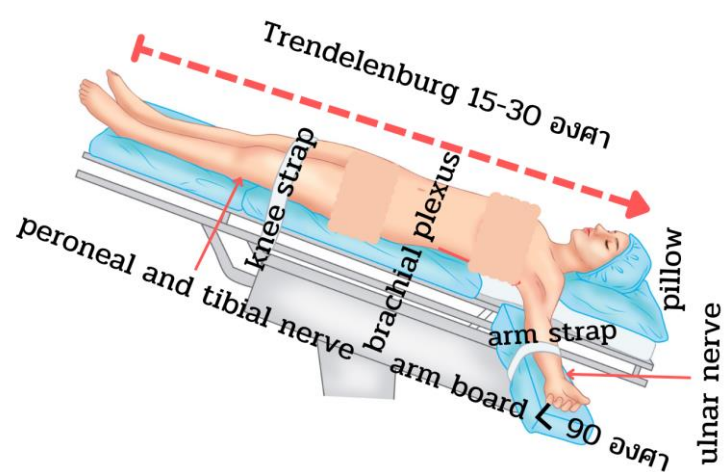
2.1 จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ (supine position) บนเตียงผ่าตัด โดยให้ศีรษะ ลำตัว และกระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรงเดียวกัน (neutral alignment) ระดับของคอ ออก และเอวควรอยู่ในแนวสมดุล ตามหลักกายวิภาคศาสตร์สามารถใช้หมอนหรืออุปกรณ์รองศีรษะรองบริเวณท้ายทอยในระดับที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกดทับและลดการดึงของกล้ามเนื้ออก ทั้งนี้ควรประเมินความมั่นคงของศีรษะและแนวกระดูกสันหลังก่อนเริ่มการระงับความรู้สึกและตลอดระยะเวลาผ่าตัด

2.2 จัดวางแขนทั้งสองข้างบนที่รองแขน (arm board) โดยกางแขนออกในแนวไม่เกิน 90 องศาจากลำตัว และปรับระดับที่รองแขนให้อยู่ในระดับเดียวกับเตียงผ่าตัด หลีกเลี่ยงการเหยียดแขนเกิน 90 องศา หรือการกดทับบริเวณไหล่และรักแร้ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทเบรเคียลเพลิกซัส (brachial plexus) รวมทั้งควรจัดแนวไหล่และข้อศอกให้อยู่ในตำแหน่งธรรมชาติ (neutral position) และรองรับจุดกดทับด้วยวัสดุนุ่มตามความเหมาะสม<sup>(22)</sup>

2.3 จัดวางแขนผู้ป่วยในท่าหงายมือ (supination) เพื่อลดแรงกดทับบริเวณเส้นประสาทอัลนาร์ (ulnar nerve) ซึ่งอยู่ด้านในของข้อศอก และระมัดระวังการเหยียดแขนเกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทเบรเคียลเพลิกซัส (brachial plexus) ใช้สายรัดแขนหรืออุปกรณ์พยุงแขนยึดให้อยู่ในตำแหน่งที่มั่นคง โดยรัดให้กระชับพอเหมาะ ไม่แน่นเกินไป เพื่อป้องกันการเลื่อนตกของแขน และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทระหว่างผ่าตัด<sup>(22)</sup>

2.4 จัดวางขาทั้ง 2 ข้างให้เหยียดตรงไม่ซ้อนทับกัน และแยกกันเล็กน้อย เพื่อป้องกันการกดทับหรือเสียดสีของเส้นประสาทบริเวณข้อพับเข่า (peroneal and tibial nerve) และวางเท้าทั้ง 2 ข้างให้อยู่บนเตียง โดยปลายเท้าไม่เกินปลายเตียง รัดขาทั้ง 2 ข้างด้วยที่รัดขา (knee strap) วางบนผ้าที่อยู่ระหว่างที่รัดขากับผิวหนังผู้ป่วยบริเวณเหนือเข่าขึ้นมา 2 นิ้ว ให้แน่นพอสมควรเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง

2.5 รองรับบริเวณปุ่มกระดูก (bony prominences) ด้วยหมอนหรือวัสดุนุ่ม เช่น โฟมรองรับ หรือแผ่นเจล เพื่อลดแรงกดทับและป้องกันการเกิดแผลกดทับ (pressure injury) ตำแหน่งที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่ ท้ายทอย ต้นคอ สะบัก ข้อศอก สะโพก ก้นกบ และส้นเท้า โดยตรวจสอบตำแหน่งการรองรับให้เหมาะสมก่อนเริ่มผ่าตัด และควรประเมินซ้ำในกรณีที่การผ่าตัดใช้เวลานานมา



รูปที่ 3 การจัดทำผ่าตัดนอนหงายราบศีรษะต่ำ

ที่มา: วาดโดย นางสาวน้ำผึ้ง อินทโพธิ์, 2567

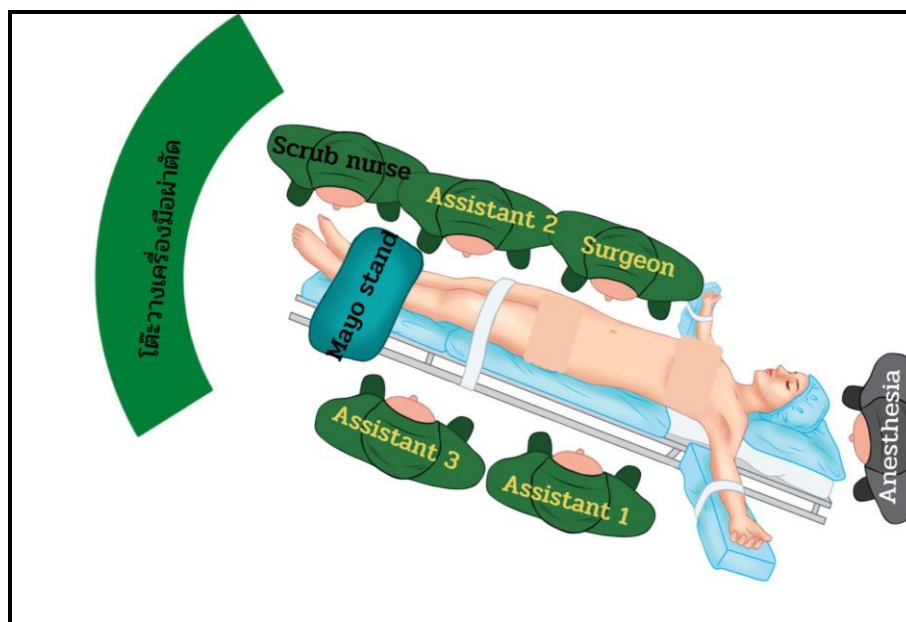
3. ภายหลังจากจัดทำผู้ป่วยแล้ว พยาบาลห้องผ่าตัดควรร่วมกับทีมวิสัญญีประเมินความถูกต้องและความปลอดภัยของท่าอีกครั้งก่อนเริ่มการผ่าตัด โดยพิจารณาประเด็นสำคัญ ดังนี้

- ความมั่นคงของท่าผู้ป่วย และการยึดตรึงที่เหมาะสม
- การไหลเวียนเลือดบริเวณปลายมือและปลายเท้า เช่น สีผิว อุณหภูมิ
- การกดทับหรือความตึงของสายรัด อุปกรณ์ยึดตรึง หรือสายต่าง ๆ
- ความพร้อมและตำแหน่งของอุปกรณ์เฝ้าระวัง

การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำและมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดทำ ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และเป็นหลักฐานสำคัญทางวิชาชีพและกฎหมาย

### รูปแบบตำแหน่งของทีมผ่าตัด และอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการผ่าตัด

1. ทีมวิสัญญีแพทย์และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึกจะอยู่บริเวณด้านศีรษะของผู้ป่วย
2. นรีแพทย์อยู่ทางด้านขวามือของผู้ป่วย ผู้ช่วยนรีแพทย์คนที่ 1 คนที่ 2 อยู่ด้านซ้ายมือของผู้ป่วย ผู้ช่วยคนที่ 3 อยู่ขวามือของผู้ป่วย อาจมีการสลับตำแหน่งเมื่อทำ Pelvic node dissection
3. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ยืนด้านเดียวกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดในลำดับสุดท้าย ถัดจากผู้ช่วยคนที่ 3 ด้านหน้าพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็น Mayo stand สำหรับวางเครื่องมือผ่าตัด
4. โต๊ะวางเครื่องมือผ่าตัด จัดให้อยู่บริเวณปลายเตียงผ่าตัด
5. เครื่องจี้ไฟฟ้า และเครื่อง suction จัดวางบริเวณด้านข้างของผู้ป่วย ส่วนใหญ่วางฝั่งตรงข้ามพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด



รูปที่ 4 : ตำแหน่งทีมผ่าตัดมดลูกแบบนอนราบนอนโคน

ที่มา: วาดโดย นางสาวน้ำผึ้ง อินทโพธิ์, 2567

### การจัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

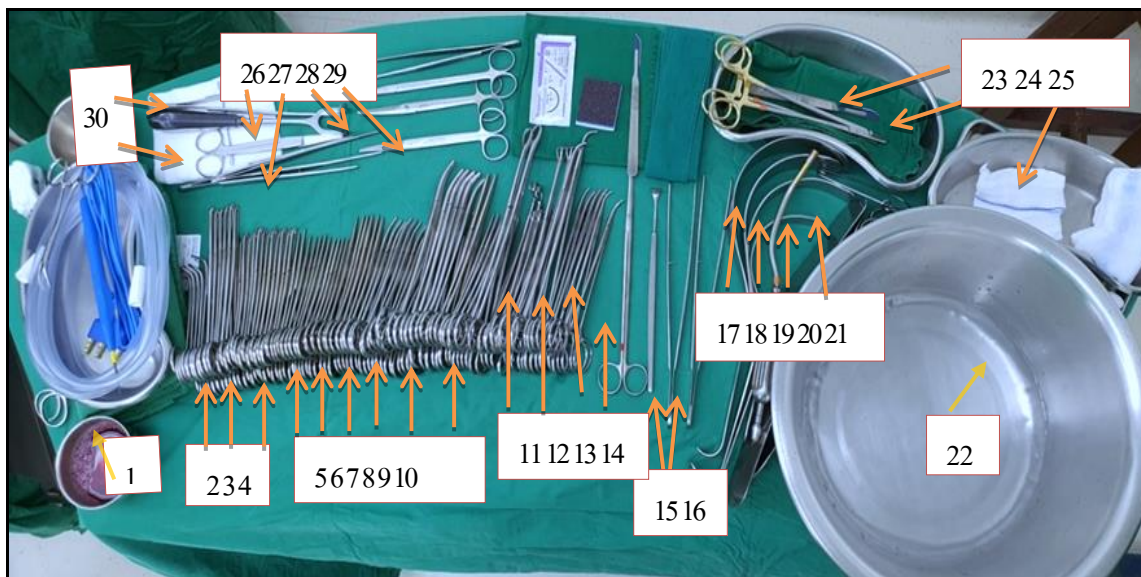
ประกอบด้วยรายการในหมวดหลัก คือ เครื่องมือ เครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษ เป็นต้น โดยรายละเอียดของการจัดเตรียมตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 : เครื่องมือ เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือพิเศษ อุปกรณ์ใช้ในการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

การจัดเตรียม	จำนวน	การจัดเตรียม	จำนวน
<b>เครื่องมือ</b>			
Ordinary Set	1 ชุด	อ่างเดี่ยว	1 ชุด
ผ้า sheet	2 ชุด	ถ้วยฟอก	1 ชุด
ผ้าเจาะกลางใหญ่	1 ชุด	ถาดวางเครื่องมือผ่าตัด	1 ชั้น
ผ้าสี่เหลี่ยม	1 ชุด	ถุงเท้า	1 คู่
<b>เครื่องมือผ่าตัด</b>			
Exploratory Laparotomy Set	1 ชุด	Set RHND	1 ชุด
<b>เครื่องมือพิเศษ</b>			
Book Walter retractor	1 ชุด	Non tooth forceps ปลายแหลม	1 ชุด
Wertheim clamp	1 ชุด	Ligaclip Applier	1 ชุด
Parametrium clamps	1 ชุด	Suture removal scissors, 9 inches	1 ชุด
Deaver Retractor	1 ชุด	Army–Navy Retractor	1 ชุด
Long monopolar electrode tip, 4 inches	1 ชุด	Set hemostat	1 ชุด
<b>ยาและสารน้ำ</b>			
Hibitane scrub 4% chlorhexidine	1 ขวด	0.9% NSS (irrigation) 1000 mL.	2 ขวด
Hibitane 2% chlorhexidine in water	1 ขวด	Sterile water (irrigation) 1000 mL.	1 ขวด
Providine slution 10%	1 ขวด	K–Y jelly	1 หลอด
<b>อุปกรณ์ เวชภัณฑ์</b>			
Surgical blade No. 21	2 อัน	Sterile suction tubing	1 เส้น
Monopolar electrosurgical handpiece	1 อัน	Intermittent pneumatic compression	1 ชุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การจัดเตรียม	จำนวน	การจัดเตรียม	จำนวน
<b>อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ (ต่อ)</b>			
Gauze 4" X4" (x-ray)	3 ห่อ	Elastic Stocking	1 คู่
Rolled gauze	2 ห่อ	Urinary catheterization set	1 ชุด
Abdominal swab	2 ห่อ	กระดาษทราย	1 ชิ้น
Vascular loop	2 เส้น	ถุงมือ No 6, 6.5, 7, 7.5	ตามความ เหมาะสม
<b>วัสดุไหมเย็บ</b>			
Silk เบอร์ 2/0, 3/0	1,1 ชิ้น	Vicryl 1 (A/T)	6 ชิ้น
Silk เบอร์ หรือ Vicryl No.1	1 ชิ้น	Monosyn or Chromic 2/0, 26 มม., A/T	2 ชิ้น
Chromic 1 (A/T)	5 ชิ้น	Nylon 3/0, A/T or Skin stapler	1 ชิ้น



รูปที่ 5: การจัดโต๊ะเครื่องมือ RHND

ที่มา : ถ่ายรูปโดย นางสาวน้ำผึ้ง อินทโพธิ์ , 2567

ตารางที่ 2 : การจัด โต๊ะเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

รายการเครื่องมือ	รายการเครื่องมือ	รายการเครื่องมือ
1. Medicine cup	2. Towel clips	3. Allis tissue forceps
4. Long Allis tissue forceps	5. Toothed clamp, straight	6. Non-toothed clamp, straight
7. Arterial clamp, curved	8. Heaney clamp, curved	9. Kocher clamp, straight
10. Pean clamp, straight	11. Sponge holder, straight	12. Babcock clamp
13. Right-angle clamp, thin	14. Tonsil clamp, curved	15. Metzenbaum scissors, curved
16. Vein retractor	17. Deaver retractor	18. Long non-toothed forceps
19. Tonsil suction tip	20. Spatula	21. Reverdin spatula
22. อ่างเดี่ยว	23. Kidney dish	24. Needle holder, straight
25. Scalpel handle	26. Toothed forceps	27. Sharp scissors, straight
28. Metzenbaum scissors, curved	29. Mayo scissors, curved	30. Non-toothed forceps
31. Flat-handled vein retractor	32. จีมีมือ	33. Suction tubing

### การส่งเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ใช้ระยะเวลานาน และมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดและการบาดเจ็บต่ออวัยวะสำคัญในอุ้งเชิงกราน พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนนรีแพทย์ให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย และเป็นไปตามหลักปลอดภัย โดยแบ่งขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

#### ตารางที่ 3 : แสดงการส่งเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

ขั้นตอน เครื่องมือ และ suture	วิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด
<b>1. การเปิดผิวหนัง</b>	
Gauze 4 × 4 in., X-ray detectable Rolled gauze Scalpel handle No. 4 with blade No. 21 Monopolar electrocautery	พยาบาลส่ง gauze ชุบ 0.9% NSS ให้แพทย์ผู้ทำผ่าตัดเช็ดบริเวณ incision site จากนั้นส่ง rolled gauze ชับเลือด ต่อมาส่ง scalpel handle No. 4 with blade No. 21 สำหรับกรีดผิวหนังตามแนวขวางใต้สะดือเหนือ symphysis pubis และส่ง monopolar electrocautery เพื่อห้ามเลือด
<b>2 การเปิดชั้นไขมัน</b>	
Rolled gauze Scalpel handle No. 4 with blade No. 21	พยาบาลส่ง scalpel handle No. 4 with blade No. 21 ให้แพทย์กรีดชั้น subcutaneous fat จนเห็น rectus sheath และส่ง rolled gauze ชับเลือดระหว่างดำเนินการผ่าตัด
<b>3. การเปิด anterior rectus sheath</b>	
Richardson retractor Toothed forceps Kocher clamp, straight Monopolar electrocautery Tonsil suction tip with suction tubing	พยาบาลส่ง monopolar electrocautery และ toothed forceps ให้แพทย์ตัดแยก anterior rectus sheath จากนั้นส่ง Richardson retractor และ Kocher clamp, straight เพื่อเปิดขอบแผล พร้อมส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูดเลือดและควั่น
<b>4. การเปิดเยื่อช่องท้อง</b>	
Arterial clamp, curved Monopolar electrocautery	พยาบาลส่ง arterial clamp, curved จำนวน 2 ตัว ให้แพทย์จับขอบ peritoneum จากนั้นส่ง monopolar electrocautery เพื่อเปิดเข้าสู่ abdominal cavity

ตารางที่ 3 : แสดงการส่งเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (ต่อ)

ขั้นตอน เครื่องมือ และ suture	วิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด
<b>5. การเลาะเข้าสู่ช่องว่างข้างกระเพาะปัสสาวะ</b>	
Metzenbaum scissors, curved Non-toothed forceps Monopolar electrocautery Tonsil suction tip with suction tubing	พยายามส่ง Metzenbaum scissors, curved ให้แพทย์ผู้ทำเลาะเนื้อเยื่อเกี่ยวพันด้านข้างจนเห็น external iliac vessels, obturator nerve และ hypogastric artery จากนั้นส่ง non-toothed forceps ให้แพทย์ผู้ช่วยจับเนื้อเยื่อ ส่ง monopolar electrocautery เพื่อห้ามเลือด และส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูดเลือดและกวน
<b>6. การเลาะเข้าสู่ช่องว่างข้างไส้ตรง (ซ้าย-ขวา)</b>	
Babcock clamp Deaver retractor Metzenbaum scissors, curved Non-toothed forceps	พยายามส่ง Babcock clamp ให้แพทย์ผู้ทำจับเนื้อเยื่อเหนือท่อไต จากนั้นส่ง Deaver retractor ให้แพทย์ผู้ช่วยกัน infundibulopelvic ligament และส่ง Metzenbaum scissors, curved ให้แพทย์ผู้ทำเลาะเนื้อเยื่อเกี่ยวพันข้างลำไส้ตรงจนถึง cardinal ligament พร้อมส่ง non-toothed forceps ให้ผู้ช่วยจับเนื้อเยื่อ
<b>7. การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม common iliac และ external iliac (ซ้าย-ขวา)</b>	
Metzenbaum scissors, curved Babcock clamp Deaver retractor Non-toothed forceps Right-angle clamp Silk 2/0 Tonsil clamp, curved Mayo scissors, straight Tonsil suction tip with suction tubing	พยายามส่ง Metzenbaum scissors, curved ให้แพทย์เลาะเปิดเนื้อเยื่อบริเวณ external iliac vessels และ obturator nerve ส่ง Babcock clamp เพื่อจับแยกเส้นเลือด จากนั้นส่ง Deaver retractor เปิดมุมมอง surgical field และส่ง non-toothed forceps จับต่อมน้ำเหลือง ส่ง right-angle clampหนีบต่อมน้ำเหลือง และส่ง Silk 2/0 จับปลายด้วย tonsil clamp, curved สำหรับผูกห้ามเลือด พร้อมส่ง Mayo scissors, straight ให้ผู้ช่วยตัดไหม และส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูดเลือด

ตารางที่ 3 : แสดงการส่งเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (ต่อ)

ขั้นตอน เครื่องมือ และ suture	วิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด
<b>8. การเลาะต่อมน้ำเหลืองในแอ่ง obturator</b>	
Deaver retractor Vein retractor Metzenbaum scissors, curved Non-toothed forceps Babcock clamp Allis tissue forceps, straight Gauze 4 × 4 in., X-ray detectable Monopolar electrocautery Tonsil suction tip with suction tubing	พยายามดึง Deaver retractor และ vein retractor ให้แพทย์ผู้ช่วยกันเส้นเลือด external iliac vein จากนั้นส่ง Metzenbaum scissors, curved เลาะต่อมน้ำเหลือง ส่ง non-toothed forceps และ Babcock clamp จับเนื้อเยื่อ ส่ง monopolar electrocautery เพื่อห้ามเลือด และส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูดเลือด พร้อมส่ง gauze 4 × 4 in., X-ray detectable กดห้ามเลือดเมื่อจำเป็น
<b>9. การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม hypogastric</b>	
Deaver retractor Vein retractor Metzenbaum scissors, curved Non-toothed forceps	พยายามดึง Deaver retractor และ vein retractor ให้แพทย์ผู้ช่วยเปิด surgical field จากนั้นส่ง Metzenbaum scissors, curved ให้แพทย์เลาะต่อมน้ำเหลืองรอบ hypogastric artery และส่ง non-toothed forceps ให้แพทย์ผู้ทำและผู้ช่วยจับเนื้อเยื่อ
<b>11. การเลาะแยกท่อไตออกจากเยื่อบุช่องท้อง</b>	
Allis tissue forceps, straight Babcock clamp Mayo scissors, curved Non-toothed forceps Tonsil clamp, curved Monopolar electrocautery Tonsil suction tip with suction tubing	พยายามดึง Allis tissue forceps, straight ให้แพทย์จับขอบเยื่อบุช่องท้อง และส่ง Babcock clamp จับท่อไต จากนั้นส่ง Mayo scissors, curved เลาะเนื้อเยื่อข้างท่อไต พร้อมส่ง non-toothed forceps จับเนื้อเยื่อ ส่ง monopolar electrocautery ห้ามเลือด และส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูดเลือดและควั่นเมื่อจำเป็นส่ง tonsil clamp, curved สำหรับคล้องสายยางรอบท่อไต

ตารางที่ 3 : แสดงการส่งเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (ต่อ)

ขั้นตอน เครื่องมือ และ suture	วิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด
<b>12. การเปิดเยื่อช่องท้องเข้าสู่ช่องว่างระหว่างไส้ตรงกับช่องคลอด</b>	
Babcock clamp Metzenbaum scissors, curved Non-toothed forceps Sponge holder, straight Monopolar electrocautery Tonsil suction tip with suction tubing	พยายามส่ง Babcock clamp ให้แพทย์จับไส้ตรง จากนั้นส่ง Metzenbaum scissors, curved ตัดรอยต่อระหว่างไส้ตรงกับช่องคลอด ส่ง non-toothed forceps ให้ผู้ช่วยจับเนื้อเยื่อ และส่ง sponge holder, straight คั้นแยกไส้ตรงจนเห็น uterosacral ligament พร้อมส่ง monopolar electrocautery ห้ามเลือด และส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูดเลือดและก๊วน
<b>13. การตัดพารามิเทรียมด้านหลัง</b>	
Heaney clamp, curved Mayo scissors, curved Vicryl 1 A/T Needle holder, straight Mayo scissors, straight Metzenbaum scissors, curved Non-toothed forceps	พยายามส่ง Heaney clamp, curved ให้แพทย์หนีบ rectouterine ligament จากนั้นส่ง Mayo scissors, curved ตัด และส่ง Vicryl 1 A/T สำหรับเย็บผูก ส่ง Mayo scissors, straight ให้ผู้ช่วยตัดไหม ต่อมา ส่ง Heaney clamp, curved หนีบ uterosacral ligament และดำเนินการตัดและเย็บผูกในลักษณะเดียวกัน พร้อมส่ง Metzenbaum scissors, curved เลาะไส้ตรง และส่ง non-toothed forceps จับเนื้อเยื่อ
<b>14. การตัดพารามิเทรียมด้านข้าง</b>	
Deaver retractor Spatula retractor Heaney clamp, curved Mayo scissors, curved Vicryl 1 A/T Needle holder, straight Mayo scissors, straight	พยายามส่ง Deaver retractor และ spatula retractor ให้แพทย์ผู้ช่วยเปิด surgical field จากนั้นส่ง Heaney clamp, curved หนีบ cardinal ligament ส่ง Mayo scissors, curved ตัด และส่ง Vicryl 1 A/T สำหรับเย็บผูก พร้อมส่ง Mayo scissors, straight ให้ผู้ช่วยตัดไหม

ตารางที่ 3 : แสดงการส่งเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (ต่อ)

ขั้นตอน เครื่องมือ และ suture	วิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด
<b>15. การเลาะแยกท่อไตออกจากพารามิเทรียมด้านหน้า</b>	
Deaver retractor Metzenbaum scissors, curved Non-toothed forceps Monopolar electrocautery Tonsil suction tip with suction tubing	พยายามส่ง Deaver retractor ให้แพทย์ผู้ช่วยกันกระเพาะปัสสาวะ ลงในแนวกลาง จากนั้นส่ง Metzenbaum scissors, curved ให้แพทย์ เลาะเนื้อเยื่อระหว่าง uterine artery กับท่อไต พร้อมส่ง non-toothed forceps จับเนื้อเยื่อ ส่ง monopolar electrocautery เพื่อห้ามเลือด และ ส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูดเลือดและควั่น
<b>16. การตัดพารามิเทรียมด้านหน้าและเนื้อเยื่อข้างช่องคลอด</b>	
Deaver retractor Wertheim clamp Mayo scissors, curved Vicryl 1 A/T Needle holder, straight Mayo scissors, straight Kocher clamp, straight Metzenbaum scissors, curved Allis tissue forceps, straight Scalpel handle No. 4 with blade No. 21 Povidone solution 10%	พยายามส่ง Deaver retractor ให้แพทย์ผู้ช่วยกันกระเพาะ ปัสสาวะ จากนั้นส่ง Wertheim clampหนีบผนังช่องคลอด และส่ง Mayo scissors, curved ตัดเนื้อเยื่อ ส่ง Vicryl 1 A/T ให้แพทย์เย็บผูก พร้อมส่ง Mayo scissors, straight ให้ผู้ช่วย ตัดไหม ต่อมา ส่ง Kocher clamp, straight และ Metzenbaum scissors, curved ต่ำหรับเลาะ paracolpium และส่ง Allis tissue forceps, straight จับขอบผนังช่องคลอด เมื่อเปิดช่อง คลอด ส่ง scalpel handle No. 4 with blade No. 21 ตามความ เหมาะสม และส่ง Povidone solution 10% ต่ำหรับล้างช่อง คลอด ก่อนตรวจนับ gauze, swabs และเครื่องมือ
<b>17. การเย็บปิดผนังช่องคลอดและล้างช่องท้อง</b>	
Vicryl 1 A/T, Needle holder, straight Mayo scissors, straight Arterial clamp, curved Sponge holder, straight 0.9% NSS irrigation Monopolar electrocautery Tonsil suction tip with suction tubing	พยายามส่ง Vicryl 1 A/T ให้แพทย์เย็บมุมช่องคลอดทั้งสอง ข้าง พร้อมส่ง Mayo scissors, straight ให้ผู้ช่วยตัดไหม และส่ง arterial clamp, curved จับปลายไหม จากนั้นส่ง sponge holder, straight ตรวจจุดเลือดออก ส่ง 0.9% NSS irrigation อุ้่นสำหรับ ล้างช่องท้อง และส่ง tonsil suction tip with suction tubing ดูด ของเหลว หากมีเลือดออกเพิ่มเติม ส่ง monopolar electrocautery เพื่อห้ามเลือด

ตารางที่ 3 : แสดงการส่งเครื่องมือผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (ต่อ)

ขั้นตอน เครื่องมือ และ suture	วิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด
<b>18. การเย็บปิดช่องท้อง</b>	
<b>18.1 เย็บช่องท้อง</b> Babcock clamp Allis tissue forceps, straight Richardson retractor Reverdin retractor Chromic catgut 0 Needle holder, straight	พยายามส่งเครื่องมือสำหรับเย็บปิดแต่ละชั้นตามลำดับ โดยส่ง Babcock clamp และ Allis tissue forceps, straight จับเย็บช่องท้อง และส่ง Chromic catgut 0 สำหรับเย็บปิด peritoneum จากนั้นส่ง Vicryl 1 A/T สำหรับเย็บ fascia พร้อมส่ง arterial clamp, curved จับปลายไหม ต่อมาส่ง Vicryl 3/0 A/T เย็บชั้นไขมันแบบ interrupted และส่ง Vicryl 5/0 A/T สำหรับเย็บชั้นผิวหนัง โดยส่ง Mayo scissors, straight ให้ผู้ช่วยตัดไหมในแต่ละชั้น
<b>18.2 ชั้นกล้ามเนื้อ (fascia)</b> Richardson retractor Vicryl 1 A/T Needle holder, straight Arterial clamp, curved	
<b>18.3 ชั้นไขมัน</b> Vicryl 3/0 A/T Needle holder, straight Toothed forceps	
<b>18.4 ชั้นผิวหนัง</b> Vicryl 5/0 A/T Needle holder, straight Adson forceps, toothed Mayo scissors, straight	
<b>19. การปิดแผล</b>	
Gauze 4 × 4 in., X-ray detectable Hibitane 0.5% in water Steri-Strip Adson forceps, toothed Fixomull	พยายามส่ง gauze 4 × 4 in., X-ray detectable ชุบ Hibitane 0.5% in water ให้แพทย์เช็ดทำความสะอาดแผล จากนั้นส่ง Steri-Strip ให้แพทย์ผู้ช่วยปิดแผลโดยใช้ Adson forceps, toothed จัดตำแหน่ง และส่ง gauze ปิดทับก่อนปิดด้วย Fixomull เพื่อยึดแผลให้มั่นคง

## บทที่ 4

### กระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนในระยะผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องพักรอก่อนผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผลการผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล แบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Pre operative nursing care)
2. การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intra operative nursing care)
3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Post operative nursing care)

#### 1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care)

เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องพักรอดูอาการก่อนผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าไปในห้องผ่าตัด โดยพยาบาล รับผู้ป่วยมาพักรอที่ห้องพักรอดูอาการก่อนผ่าตัดอย่างน้อยประมาณ 30–45 นาที เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน เป็นการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ รวมถึง ผู้ป่วยมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การสูญเสียอวัยวะที่เกี่ยวข้องการสืบพันธุ์และความผิดปกติทางเพศ ภายหลังการผ่าตัด สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัดได้ ให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความปลอดภัยในระยะก่อนผ่าตัดและบันทึก ลงในแบบบันทึก

ทางการพยาบาล (pre operative nursing record) ให้ถูกต้องครบถ้วน โดยมีแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

1. พยาบาลประจำห้องรับ-ส่ง ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วย โรค การผ่าตัด และหอผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตรงตามตารางการผ่าตัดจากระบบ OSS เริ่มรับผู้ป่วยตามลำดับก่อนหลังจากตารางผ่าตัด และประสานงาน กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ด้วยการสอบถามสภาพ ความพร้อมก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการหายใจ การจ้องเลือดของ ผู้ป่วย อุปกรณพิเศษ ฯลฯ การดำเนินการนี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดราย และเป็นการคัดกรองความ เสี่ยงเบื้องต้น เช่น เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม หรือเสี่ยงต่อการเสียเลือดมาก

2. พยาบาลประจำห้องพักรอคู่อากการก่อนผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย และญาติ ด้วยการ แนะนำตนเอง กล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติ ด้วยสื่อน้ำยิ้มแย้ม ด้วยท่าทางเป็นมิตร ทำการระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) โดยการตรวจสอบชื่อ-นามสกุล วัน เดือน ปี เกิด อายุ ตำแหน่งการผ่าตัด ตรวจสอบให้ตรงกับป้ายชื่อมือ แพ้มประวัติ และ ตารางการผ่าตัด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก การตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย (identification record) พร้อมกับเซ็นชื่อพยาบาลผู้ทำการบันทึก เพื่อป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะหรือผิดตำแหน่ง หากมีความคลาดเคลื่อนต้องแจ้งนรีแพทย์ เพื่อยืนยันความถูกต้อง เป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกัน ผ่าตัดผิดคนหรือผิดตำแหน่ง ซึ่งเป็นมาตรฐาน ความปลอดภัยระดับสากล

3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักรอคู่อากการก่อนผ่าตัด ระวังระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การตกเตียง การพลัดตกหกล้ม ฯลฯ ดูแล สวมหมวกคลุมผม และหม่ผ้าหม่สำหรับผู้ป่วยผ่าตัด พร้อมประเมิน ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว ความผิดปกติของอวัยวะ และความสะอาดของผิวหนัง ตลอดจนตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรติดตัวมากับผู้ป่วย เช่น เครื่องประดับ ของมีค่า แว่นตา ฟันปลอม เลนส์สัมผัส ฯลฯ ที่อาจติดมากับผู้ป่วย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ การสำลัก หรือการเกิดแผลกดทับในระยะผ่าตัด

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ แรกรับ ได้แก่ อุณหภูมิกาย ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต บันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เพื่อใช้เป็นข้อมูล สำหรับเปรียบเทียบในระยะผ่าตัดหาก พบความผิดปกติ เช่น ความดันสูงมากหรือชีพจรผิดจังหวะ ต้องรายงานทีมวิสัญญีทันที

5. ซักถามผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยดังนี้<sup>(8)</sup>

5.1. อวัยวะที่จะได้รับการผ่าตัด ต้องให้ผู้ป่วยระบุอวัยวะที่จะทำการผ่าตัดให้ชัดเจน เพื่อ ป้องกันการผิดพลาดและความเข้าใจของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินการรับรู้และความยินยอมการผ่าตัด/หัตถการ

5.2. ระยะเวลาเริ่มงดน้ำและงดอาหารทางปาก (nothing per oral; NPO) เพื่อป้องกันการรบกวนและการสำลักเศษอาหารเข้าปอด ในขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่าง

5.3. การได้รับยาก่อนการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด (pre medication) ที่ให้ในคืนวันก่อนผ่าตัดหรือเช้าวันผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล พักผ่อนและช่วยลดอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัด

5.4. การรับประทานยาประเภทยาลดเกล็ดเลือด (antiplatelet) เช่นยา aspirin หรือยาลดการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น warfarin และ coumadin ฯลฯ ต้องสอบถามถึงระยะเวลาที่หยุดรับประทานยา ปกติควรหยุดยาก่อนผ่าตัดประมาณ 3 – 7 วันหรือตามแพทย์สั่ง ถ้าผู้ป่วยหยุดรับประทานยา น้อยกว่า 3 วันควรบันทึกไว้ด้วยหมึกสีแดง ลงในใบบันทึกการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด รายงานแพทย์และวิสัญญีแพทย์ทราบทันทีเพื่อเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการตัดสินใจในการดำเนินการผ่าตัดต่อหรือไม่

5.5. ภาวะแพ้ยา อาหารหรือสารอื่น ถ้ามีอาการแพ้ ระบุชื่อยา อาหารหรือสารอื่นที่แพ้ ร่วมกับบันทึกการแพ้ และติด label แพ้ยา อาหาร ในกรณีชักประวัติการแพ้ยาได้ในห้องผ่าตัด โทรแจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่ศูนย์แพ้ยา และเปลี่ยนสีป้ายข้อมือผู้ป่วยทุกครั้ง

5.6. โรคประจำตัวโดยเฉพาะ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบุระยะเวลาที่เป็นและวิธีการรักษา เพื่อพิจารณาให้ยาต่าง ๆ ในขณะผ่าตัด

5.7. การผ่าตัดในอดีต ระบุชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาที่เคยทำผ่าตัดเพื่อประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก และการแพ้ยาในขณะทำผ่าตัด

6. แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัด โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น การปฏิบัติตัวขณะได้รับยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การออกกำลังกายหลังผ่าตัด ระดับคะแนนปวดแผลผ่าตัด (pain score) และการอยู่ในห้องพักฟื้น หรือหอผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบคำถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องด้วยความเต็มใจ

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย โดยลดเสียงรบกวน ปรับแสงสว่างให้เหมาะสม และดูแลความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยให้ทราบว่ามิใช่เจ้าหน้าที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และสามารถยกมือหรือแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อขอความช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีความต้องการ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด

8. ประเมินข้อจำกัดทางร่างกายและอุปสรรคของผู้ป่วยก่อนการจัดทำ ได้แก่ ภาวะพิการของแขนหรือขา ภาวะอัมพาต ความบกพร่องทางการได้ยิน ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรือภาวะอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยระหว่างผ่าตัดเพื่อระวังความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยยกกรวยกันข้างเตียงทุก

ครั้งหลังให้การพยาบาล และตรวจสอบความมั่นคงของเตียงก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยข้อมูลจากการประเมินดังกล่าวควรนำไปใช้ในการวางแผนการจัดทำที่เหมาะสม และกำหนดมาตรการป้องกันการบาดเจ็บระหว่างการผ่าตัด

9. ประเมินความพร้อมและความถูกต้องของอุปกรณ์ที่ติดกับผู้ป่วย ได้แก่ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (intravenous line) สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube; NG tube) สายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) สายสวนท่อไต (ureteral catheter) สายระบายชนิดต่าง ๆ (drainage tubes) ตั้งเกตปริมาณ ลักษณะ และสีของสิ่งคัดหลั่ง เช่น ปัสสาวะ น้ำย่อย เลือด หรือสารระบายอื่น ๆ และบันทึกข้อมูลเป็นค่าพื้นฐาน (baseline data) เพื่อใช้เปรียบเทียบระหว่างและภายหลังการผ่าตัด

10. ตรวจสอบหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent) ตรวจสอบหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้ารับการผ่าตัดหรือหัตถการ และการระงับความรู้สึก (consent form) ให้ตรงกับชนิดของการผ่าตัดที่กำหนดในตารางผ่าตัดตรวจสอบความครบถ้วนของรายละเอียด ได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ การระงับความรู้สึก ลายมือชื่อผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้ข้อมูล ลายมือชื่อพยาน วัน เดือน ปี ที่ลงนามทั้งนี้ต้องยืนยันความถูกต้องก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางการรักษา และเป็นหลักฐานทางกฎหมายตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย

11. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของผลการตรวจที่เกี่ยวข้องก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) การตรวจการแข็งตัวของเลือด (coagulation profile) เอกซเรย์ทรวงอก (chest X-ray) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography; CT scan) ผลการตรวจอื่น ๆ ตามข้อบ่งชี้ของแพทย์ ประเมินความผิดปกติที่อาจมีผลต่อการผ่าตัด เช่น ภาวะซีด เกล็ดเลือดต่ำ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และรายงานแพทย์หรือทีมวิสัญญีทันทีเมื่อพบความผิดปกติบันทึกข้อมูลผลการตรวจและการประเมินลงในใบบันทึกการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (preoperative nursing record) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

12. ตรวจสอบความครบถ้วนของเวชภัณฑ์ ยา และอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการผ่าตัด ซึ่งส่งมาพร้อมผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย ได้แก่ ยาที่ต้องใช้เฉพาะรายในห้องผ่าตัด फिल्मเอกซเรย์ หรือแผ่นบันทึกภาพทางรังสี แผ่นบันทึกผลการตรวจ (CD หรือสื่อบันทึกข้อมูลอื่น ๆ) เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือด (infusion pump) อุปกรณ์เฉพาะทางอื่น ๆ ตามแผนการรักษา ดำเนินการตรวจนับและตรวจสอบความ

ถูกต้องร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ส่งมอบ พร้อมลงลายมือชื่อรับ-ส่งในเอกสารที่กำหนด เพื่อยืนยันความครบถ้วน และป้องกันความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษา

13. ประเมินความกลัวความวิตกกังวลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความจำเป็นของผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้คำพูดที่สั้นและเข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วย ด้วยท่าที่สงบและใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล

14. ดูแลและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ของผู้ป่วยตลอดเวลา รวบรวมและส่งต่อ ข้อมูลที่สำคัญ รวมถึงปัญหาต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแก่ทีมพยาบาล ทีมวิสัญญีและ ทีมแพทย์ เพื่อร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัดดมคลุกแบบนอนราบนอน โคนเนื่องจากไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. การผ่าตัดดมคลุกแบบนอนราบนอน โคน เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความเสี่ยงสูง
2. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล กลัวอันตรายจากการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น
3. ผู้ป่วยสอบถามถึงขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดดมคลุกแบบนอนราบนอน โคน

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดดมคลุกแบบนอนราบนอน โคน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สดชื่น พูดคุยมากขึ้น นอนพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดได้
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือระหว่างให้การพยาบาลและเข้ารับการผ่าตัดด้วยความเต็มใจ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยใช้หลักการสื่อสารเพื่อการบำบัด ได้แก่ การแนะนำตนเอง การกล่าวทักทายด้วยท่าทีสุภาพและเป็นมิตร การสบสายตอย่างเหมาะสม และการรับฟังอย่างตั้งใจ โดยไม่ตัดสิน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก หรือแสดงความวิตกกังวล พร้อมทั้งใช้ การสะท้อนความรู้สึก และการสัมผัสอย่างเหมาะสมตามบริบท เพื่อส่งเสริมความไว้วางใจ ลดความกลัว และ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม

2. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและแผนการผ่าตัด พร้อมให้ข้อมูลที่เหมาะสม ครอบคลุมสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัด การประเมินความปวด และการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือและลดความวิตกกังวล

3. เลือกใช้เทคนิค ลดความวิตกกังวลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การกำหนดลมหายใจ ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งเร้ารบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและคลายความกังวล

4. จัดสภาพห้องพักรอผ่าตัดให้เงียบสงบ ไม่มีแสงสว่างมากเกินไป ปรับอุณหภูมิห้องและแสงสว่างให้พอเหมาะห่มผ้าห่มให้ผู้ป่วยและแนะนำให้นอนพักผ่อนก่อนเข้ารับการผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยได้รับยาคลายความวิตกกังวล (Pre medication) ก่อนมาห้องผ่าตัด
2. ผู้ป่วยดื่มน้ำคือน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
3. เติงรอก่อนผ่าตัดแคบ เคลื่อนไหวลำบาก
4. ผู้ป่วยต้องได้รับการเคลื่อนย้ายจากเตียงรอกผ่าตัดมายังเตียงผ่าตัด
5. ผู้ป่วยสูงอายุทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยิน

**เป้าหมายการพยาบาล**

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

**เกณฑ์การประเมินผล**

ผู้ป่วย ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง ไม่มีแผลฟกช้ำ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ข้อจำกัดและอุปสรรคของผู้ป่วย เช่น ความพิการของแขนขา อัมพาต พิการทางหู ฯลฯ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ทิ้งผู้ป่วยตามลำพัง

2. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง เช่น การได้รับยาก่อนผ่าตัด การดื่มน้ำคือน้ำ แจ็งผู้ป่วยถ้าต้องการความช่วยเหลือให้ยกมือแจ็งเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง และแจ็งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาล

3. ปรับระดับเตียงให้ต่ำสุดและยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้งสองข้างทุกครั้งจากการพยาบาลผู้ป่วย และ ตลอดเวลาขณะอยู่ในห้องพักรอก่อนผ่าตัด

4. เชื้อนเตียงรอกก่อนผ่าตัด โดยให้ส่วนเท้าของผู้ป่วยนำเชื้อไปอย่างช้า ๆ นุ่มนวล ด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการชนกระแทก

5. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยใช้บุคลากรอย่างน้อย 2 คน และปฏิบัติดังนี้<sup>(23)</sup>

- ดูแลไม่ให้อวัยวะของผู้ป่วย ได้แก่ แขนและขา ยื่นออกนอกเปลนอน
- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลาขณะเคลื่อนย้าย
- ดูแลสายยางท่อระบายต่างๆ ที่ติดมากับผู้ป่วยไม่ให้มีการดึงรั้งหรือกดทับ
- ช่วยประคองศีรษะ และลำคอผู้ป่วยขณะยกหรือเลื่อนตัว
- ล็อกเตียงให้เรียบร้อยทุกครั้งที่ทำกรยกหรือเลื่อนตัวผู้ป่วยออกจากเปลนอน

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (intraoperative nursing)

การพยาบาลระยะผ่าตัด (intra-operative nursing) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ห้องผ่าตัดจนกระทั่งย้ายออกไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะนี้จัดเป็นระยะวิกฤต เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลานาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น การเสียเลือดมาก ภาวะความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลแบบบูรณาการ โดยประเมิน วิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างปลอดภัย พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถแบ่งลักษณะงานที่ปฏิบัติคือ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse) และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (circulating nurse) ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

### การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse)

จัดเตรียม ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ เครื่องผ้า วัสดุเวชภัณฑ์ ต่างๆ ให้ปราศจากเชื้อตามเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ในการใช้ทำผ่าตัด และส่งต่อเครื่องมือให้แก่รพชหรือผู้ช่วยผ่าตัดขณะทำผ่าตัดได้ถูกต้องตามความต้องการเหมาะสมกับการทำผ่าตัด โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique) และดูแลให้อยู่ในสภาวะปลอดเชื้อตลอดเวลาในการทำผ่าตัด ตรวจสอบจำนวนผ้าซับโลหิต ของมีคม เครื่องมือ ร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้ถูกต้องครบถ้วน โดยมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. ตรวจสอบวันหมดอายุ และความพร้อมใช้ของ เครื่องมือ เครื่องผ้า วัสดุเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ปราศจากเชื้อ ใช้ในการผ่าตัด

2. ช่วยพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก เปิดห่อเครื่องมือ เครื่องผ้า วัสดุเวชภัณฑ์ ต่างๆตามเทคนิคปลอดเชื้อ

3. สวมแว่นตาที่ป้องกันตาทางด้านข้าง และล้างมือสำหรับการผ่าตัด (surgical hand scrub) ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประมาณ 3 นาทีสวมเสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือปราศจากเชื้อ จัดเตรียมเครื่องผ้า เสื้อคลุมผ่าตัด ถุงมือปราศจากเชื้อ สำหรับนรีแพทย์และทีมผู้ช่วยผ่าตัดจัดเรียงผ้าบน โต๊ะตามขั้นตอนการใช้ สวมปลอกถาดวางเครื่องมือผ่าตัด

4. ตรวจสอบจำนวน จัดเรียงเครื่องมือ ผ้าซับ โลหิต วัสดุผูกเย็บ ของมีคมบน โต๊ะเครื่องมือ (Instrument table) และถาดวางเครื่องมือผ่าตัด ตามลำดับการใช้งาน ตรงตามความต้องการของแพทย์แต่ละท่านให้ถูกต้องครบถ้วนร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก

5. เลื่อน โต๊ะเครื่องมือและถาดวางเครื่องมือผ่าตัด เข้าบริเวณเตียงผ่าตัด จัดวางสายจี้ไฟฟ้า สายดูดสุญญากาศ (suction) พร้อมส่งปลายด้านต่อเข้ากับเครื่องต่างๆให้พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก

6. ตั้งเขตขั้นตอนการผ่าตัดตลอดเวลา พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องทราบขั้นตอนการผ่าตัดรวมถึงข้อควรระวังในการผ่าตัดเพื่อสามารถจัดส่งเครื่องมือได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

7. ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องและสามารถใช้งานได้ทันที ตามลำดับขั้นตอนในการผ่าตัด เครื่องมือของมีคมทุกชนิดต้องใช้หลักการส่งผ่าตัดแบบการจับอุปกรณ์แบบไม่ใช้มือสัมผัส (non touch technique) และขานทวนซ้ำทุกครั้งเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากของมีคมแก่บุคลากรทีมผ่าตัดทุกคน

8. เช็ดทำความสะอาดเครื่องมือที่ใช้แล้ว จี้ไฟฟ้าไม่ให้มีคราบเลือด และเศษวัสดุผูกเย็บ หรือเศษชิ้นเนื้อติดปลายเครื่องมือ

9. ยืนยันชนิด และวิธีการส่งสิ่งส่งตรวจทุกครั้งกับนรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พร้อมทั้งงานแจ้งให้พยาบาลช่วยรอบนอกรับทราบและลงบันทึก ชื่อสิ่งส่งตรวจ ตำแหน่งและวิธีการส่งตรวจในแบบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัด

10. ก่อนเย็บปิดช่องคลอด ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด ตรวจสอบเครื่องมือผ้าซับ โลหิต วัสดุของมีคม และเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกให้ครบถ้วนและรายงานให้ทีมผ่าตัดรับทราบ

11. ดูแลทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยด้วยผ้าชุบน้ำอุ่นและใช้ผ้าแห้งเช็ดทำความสะอาดซ้ำ ตรวจสอบอาการผิดปกติทางผิวหนังที่อาจเกิดขึ้น ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายังเปลนอนเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดหรือหอผู้ป่วยวิกฤต

12. ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ร่วมกับทีมนรีแพทย์ผู้ทำ ผ่าตัดและวิสัญญี

13. จัดแยกเครื่องมือที่ใช้งานแล้ว ออกจากเครื่องมือที่ยังไม่ได้ใช้งาน ส่งต่อให้พยาบาลช่วยเหลือ รอบนอก หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด

14. ถอดเสื้อคลุมผ่าตัด/ถุงมือออกอย่างถูกวิธี และทิ้งลงในถังผ้า/ถังขยะที่จัดเตรียมไว้

15. เช็ดทำความสะอาดเตียงผ่าตัด และบริเวณรอบห้องผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำ ผ่าตัดผู้ป่วยรายต่อไป

### การปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating nurse)

พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการผ่าตัดให้ดำเนินไปอย่าง ปลอดภัยและราบรื่น โดยปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) และทีมผ่าตัด ดังนี้ เตรียมความสะอาดห้องผ่าตัด และตรวจสอบความพร้อมของสภาพแวดล้อม จัดเตรียมเครื่องฟ้ เครื่องมือ วัสดุ และอุปกรณ์ผ่าตัดให้ครบถ้วนตามแผนการผ่าตัด ร่วมกับทีมผ่าตัดดำเนินการตรวจสอบ ความปลอดภัยตามแบบตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด (Siriraj Surgical Safety Checklist; SSSC) บริหารจัดการและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด รวมทั้งประสานงานตามความต้องการของ ทีมผ่าตัด ใช้ทักษะการสังเกตและประเมินสถานการณ์ เพื่อสนับสนุนทีมผ่าตัดและเฝ้าระวังความ ปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ตรวจสอบเครื่องมือ เข็ม และผ้าซับโลหิตร่วมกับพยาบาล ส่งเครื่องมือทุกครั้ง ก่อนสลับแพทย์ปิดช่องท้อง และบันทึกผลการตรวจนับตามระเบียบ บันทึกข้อมูล ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา จากความรับผิดชอบดังกล่าว สามารถ แบ่งหน้าที่ของพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกออกเป็นหมวดหมู่ตามระยะของการผ่าตัด ดังนี้<sup>(24)</sup>

1. ดูแลทำความสะอาดห้องผ่าตัดก่อนการทำผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมใช้ ของเตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด เครื่องฉีดด้วยไฟฟ้า แอร์ เครื่องดูดสูญญากาศ จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ลมบีบให้เกิดแรงกด เป็นระยะ (intermittent pneumatic compression) และถุงน่องที่ขนาดเหมาะสมกับขาของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริม การไหลเวียนเลือดป้องกันภาวะ หลอดเลือดดำอุดตันจากเส้นเลือด (deep vein thrombosis)

2. จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดต่าง ๆ ให้ครบถ้วน และตรวจสอบวันหมดอายุ ของ เครื่องมือ เครื่องฟ้ วัสดุ อุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ใช้ในการผ่าตัด

3. ตรวจสอบชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาถึงผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากเปลนอนมายังเตียงผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง และ ตรวจสอบก่อนการ

ระงับความรู้สึก (Sign in) ร่วมกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือ วัสดุภัณฑ์ พร้อมกับลงบันทึก ในแบบสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด

4. ร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์และนรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ดำเนินการบรรยายสรุปก่อนเริ่มผ่าตัด เพื่อยืนยันข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด แผนการระงับความรู้สึก ความเสี่ยงที่คาดการณ์ และความพร้อมของอุปกรณ์ให้การช่วยเหลือรอบนอกตามความเหมาะสมแก่ทีมวิสัญญีขณะดำเนินการระงับความรู้สึก เช่น การจัดทำผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติม การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และการประสานงานกับทีมผ่าตัด เพื่อให้กระบวนการระงับความรู้สึกและการเริ่มผ่าตัดเป็นไปอย่างปลอดภัยและราบรื่น

5. เปิดห่อเครื่องผ่าตัดปลอดเชื้อ ชุดเครื่องมือผ่าตัด (instrument set) และอุปกรณ์ปลอดเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ มีดผ่าตัด ใบมีด ไหมเย็บแผล วัสดุห้ามเลือด และอุปกรณ์เฉพาะทาง ตามแผนการผ่าตัด การเปิดห่อและส่งอุปกรณ์ต้องปฏิบัติตามหลักปลอดเชื้อ (aseptic technique) อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเขตปลอดเชื้อ (sterile field) ช่วยสวมเสื้อคลุมปลอดเชื้อ (gowning) และอำนวยความสะดวกในการสวมถุงมือปลอดเชื้อ (gloving) แก่นรีแพทย์และบุคลากรในทีมผ่าตัด โดยรักษาระยะห่างและหลักการควบคุมการปนเปื้อน

6. ช่วยเหลือบุคลากรในทีมผ่าตัด ดูแลความสบายของผู้ป่วย และปลอดภัยจากการจัดทำ การพลัดตกเตียง ตรวจสอบก่อนลงมีดผ่าตัด (time out) เพื่อระบุตัวผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในทีมผ่าตัดตามแบบตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด

7. ตรวจสอบ จำนวนเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต วัสดุมีคม และเครื่องมือพิเศษต่างๆ ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดพร้อมทั้งบันทึกลงในใบแบบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัด

8. เฝ้าติดตามการผ่าตัด เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เมื่อพยาบาลส่งเครื่องมือต้องการเพิ่มเติมขณะผ่าตัด ประเมินการสูญเสียโลหิตร่วมกับทีมวิสัญญีอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น

9. จัดเก็บชิ้นเนื้อ ทุกชิ้นที่ออกจากตัวผู้ป่วย จัดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งแพทย์ได้ ถูกต้องอย่างถูกวิธีตลอดระยะเวลาการผ่าตัด และ สรุปการผ่าตัด (Sign out) ระหว่างทีมผ่าตัด เมื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเริ่มเย็บปิดแผลตามแบบตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด พร้อมลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วนและลงบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ตามนโยบายของโรงพยาบาลศิริราช

10. ตรวจสอบจำนวนเครื่องมือผ่าตัดให้ครบถ้วน แล้วนำเครื่องมือผ่าตัดจัดใส่ลงหมีเครื่องมือใส่ใบตรวจนับ นำเครื่องมือส่งล้างที่หน่วยเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

11. คู่มือย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายังเปลนอนร่วมกับทีมแพทย์ และทีมวิสัญญีเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัดในกรณีส่งต่อผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤตบันทึกข้อมูลในเอกสาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (patient transfer record) ให้ครบถ้วน

12. เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดได้แก่การทำ ความสะอาดห้องผ่าตัด อุปกรณ์ในห้องผ่าตัดเช่น โต๊ะส่งเครื่องมือผ่าตัด เตียงผ่าตัดตาม โคมไฟผ่าตัด เครื่องจีไฟฟ้า ฯลฯ ให้พร้อมใช้สำหรับการผ่าตัดรายต่อไป

จากการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดดังกล่าว พยาบาลห้องผ่าตัดต้องอาศัยการประเมินข้อมูล อย่างเป็นระบบ ทั้งข้อมูลด้านสภาพร่างกาย การตอบสนองต่อการระงับความรู้สึก ความเสี่ยงจากการ จัดทำ การสูญเสียเลือด ตลอดจนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ข้อมูลที่ได้จากการประเมินจะถูกนำมา วิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ที่สอดคล้องกับปัญหาและความเสี่ยง ของผู้ป่วยในระยะผ่าตัดการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ได้อย่างเหมาะสม อันนำไปสู่การลด ภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัด

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ซึ่งเป็นการทำผ่าตัดใหญ่ มีโอกาส วิกฤตของเส้นเลือดใหญ่
2. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 500 – 1,000 mL.
3. ผู้ป่วยมีประวัติเคยผ่าตัดเปิดหน้าท้องทำให้มีโอกาสเกิดพังผืดในช่องท้อง
4. ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มีประวัติได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดขณะทำผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม<sup>(25)</sup>

2. ชีพจรเต้นไม่น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที
3. การหายใจไม่น้อยกว่า 8 ถึง 10 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที
4. จำนวนปัสสาวะไม่น้อยกว่า 0.5 ถึง 1.5 mL./ น้ำหนักตัว 1 kg/h<sup>(26)</sup>
5. ผิวหนังของผู้ป่วยไม่ซีด ไม่เย็นเมื่อสัมผัส อุณหภูมิไม่น้อยกว่า 36<sup>0</sup>C
6. ความเข้มข้นของเลือดแดง (hematocrit) ไม่ต่ำกว่า 30%
7. ความเข้มข้นของระดับ hemoglobin ในเลือดไม่ต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดของผู้ป่วย จากประวัติการได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ประเมินผลการตรวจเลือด ได้แก่ ความเข้มข้นของเลือดแดง เกล็ดเลือด และการแข็งตัวของ เลือดและประวัติการผ่าตัด

2. ตรวจสอบผลการตรวจเลือด ได้แก่ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด และ ตรวจวัดการแข็งตัวของเลือดก่อนการผ่าตัดหากมีความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

3. ตรวจสอบประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากมีประวัติได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น แอสไพริน ผู้ป่วยต้องได้รับการงดยาอย่างน้อย 7 วันก่อนการผ่าตัดหากไม่ได้รับการงดยาดังกล่าวหรืองดยาไม่ถึง 7 วันก่อนการผ่าตัด รายงานให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนในการรักษาต่อไป

4. ตรวจสอบความถูกต้องในการจองเลือดให้ตรงตามแผนการรักษา ประสานงานกับธนาคารเลือดจัดเตรียมเลือดไว้ให้พร้อมใช้ได้ทันที ที่วิสัญญีแพทย์ต้องการและตรวจสอบความถูกต้องของเลือดและส่วนประกอบของเลือดร่วมกับทีมวิสัญญี พร้อมทั้งประสานงานกับธนาคารเลือดเมื่อต้องจัดเตรียมเลือดเพิ่ม

5. ติดตามการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง จัด เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการหยุดห้ามเลือดให้พร้อมใช้ทันที เมื่อเกิดภาวะเลือดออก (active bleeding) ได้แก่ เครื่องจีห้ามเลือดไฟฟ้า ไหมเย็บ เวชภัณฑ์สำหรับห้ามเลือด เช่น วัสดุห้ามเลือดชนิดละลาย (Fibrilla hemostat) ฟองน้ำดูดซับเลือด (Surgicel) วัสดุห้ามเลือดแผ่นหนา (Spongostan) ให้พร้อมใช้ทันทีดูแลการทำงานของอุปกรณ์ สูญญากาศ สำหรับดูดเลือดให้ใช้งานได้ตลอดเวลา

6. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ในการประเมินภาวะของการสูญเสียโลหิต โดยดูปริมาณของโลหิตในขวดของเครื่องดูดสูญญากาศ (Suction) และผ้าซับโลหิต พร้อมเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพชีพจร ค่าความดันโลหิต ความเข้มข้นของเลือดแดง (hematocrit) ในขณะที่ผ่าตัด หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานนรีแพทย์ทันที

7. บันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด ลงในใบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดต่อไป

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย (core temperature) ต่ำกว่า  $36^{\circ}\text{C}$  ใช้ระยะเวลาทำผ่าตัดนาน 4-6 ชั่วโมงทำให้อวัยวะภายในช่องท้องสัมผัสความเย็น
2. ใช้สารน้ำล้างชำระในช่องท้องจำนวนมาก และได้รับสารน้ำ ส่วนประกอบ ของเลือดขณะทำผ่าตัดเป็นจำนวนมาก
3. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้รบกวนการทำงานของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และเมตาบอลิซึมในร่างกายลดลง<sup>(27)</sup>
4. ฝ้าคลุมร่างกายผู้ป่วยเปียกเลือดและน้ำล้างช่องท้องเป็นระยะเวลานาน

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล<sup>(28)</sup>

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย (core temperature) ไม่น้อยกว่า  $36^{\circ}\text{C}$  ผิวหนังของผู้ป่วยไม่ซีด ไม่เย็นเมื่อสัมผัส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น (shivering)
3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่า 90%
4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia)

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ห่มผ้าห่มอุ่นคลุมตัวผู้ป่วยให้ความอบอุ่นตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
2. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร่วมกับแพทย์หรือพยาบาลวิสัญญี จากการวัดอุณหภูมิร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ ร่วมกับสัมผัสตัวผู้ป่วย
3. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมอยู่ระหว่าง  $22 - 25^{\circ}\text{C}$  ความชื้นสัมพัทธ์ 50-60% เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการหนาวสั่น เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia)<sup>(28)</sup>
4. ดูแลป้องกันการสูญเสียความร้อนของผู้ป่วยแบบป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย (passive rewarming) ด้วยการไม่เปิดเผย ร่างกายของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

5. ดูแลป้องกันการสูญเสียความร้อนของผู้ป่วยแบบการให้ความร้อนจากภายนอกเข้าสู่ร่างกายผ่านผิวหนัง (active rewarming) โดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (forced-air warming blanket) คลุมบริเวณหน้าอก แขนสองข้าง และใช้ผ้าคลุมส่วนล่างของร่างกายขณะผ่าตัดเพื่อให้ความอบอุ่น และเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น

6. ใช้สารน้ำอุ่นในการชะล้างอวัยวะภายใน ระหว่างการผ่าตัดจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และลดการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย

7. ช่วยวิสัญญีแพทย์อุ่นเลือดและสารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ

8. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้านุ่มชุบน้ำ อุ่นบิดหมาด สวมใส่เสื้อผ้าและหมวกผ้าห่มอุ่นให้ผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณปอด (Pulmonary Embolism: PE)

**ข้อมูลสนับสนุน<sup>(29)</sup>**

1. ระยะเวลาผ่าตัดนาน 4–6 ชั่วโมง ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่าง ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงเนื่องจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน

2. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง เลือดมีการแข็งตัวง่ายกว่าปกติ

3. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหญ่มีความซับซ้อนอาจทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือด

4. ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาคุมกำเนิด

5. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis)

**เป้าหมายการพยาบาล**

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณปอด

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 92%

2. ผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (Normal sinus rhythm)

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม

4. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หัวใจเต้นไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที

5. ไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (elevated jugular venous pressure)

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism) จากการซักประวัติ เช่น ภาวะเส้นเลือดขอด (varicose veins) การได้รับยาคุมกำเนิดและการรักษาด้วยฮอร์โมน การได้รับยาเคมีบำบัด การสูบบุหรี่ เป็นต้น<sup>(29)</sup> ร่วมกับแบบประเมินการเกิด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช (Gynecologic Cancer Surgery) ของโรงพยาบาลศิริราช

2. จัดเตรียมชุดเครื่องบีบลมเป็นระยะ (intermittent pneumatic compression; IPC) เลือกลักษณะถุงน่อง และ ถุงน่องแบบยืดหยุ่น (elastic stocking) ให้พร้อมใช้ ขนาดเหมาะสมกับขนาดลำตัวและขาผู้ป่วย

3. ช่วยนรีแพทย์ใส่ เครื่องบีบลมเป็นระยะ ถุงน่องและถุงน่องแบบยืดหยุ่นตั้งแต่บริเวณข้อเท้าจนถึงต้นขาของผู้ป่วย (Thigh sleeve) ตรวจสอบสายไม่ให้มี หัก พับ งอ กดทับ โดยตรง กับร่างกายผู้ป่วยต่อสายเข้ากับตัวเครื่องและทำการทดสอบก่อนการใช้งานทุกครั้ง ดูแลเปิดให้เครื่อง บีบลมเป็นระยะ ให้ทำงานได้อย่างปกติตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

4. เฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ บริเวณปอด เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ความดัน โลหิตต่ำ ซีพจรมากกว่า 100 ครั้ง / นาที หลอดเลือดดำที่คอโป่ง (elevated jugular venous pressure)

5. ส่งต่อข้อมูลการผ่าตัด การระงับความรู้สึก ปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติ การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ แก่พยาบาลประจำห้องพักรักษาตัว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุม

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน แผลผ่าตัดยาวประมาณ 15 – 20 ซม.
2. ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาทำผ่าตัดนานประมาณ 4–6 ชั่วโมง
3. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 500 – 1,000 mL.
4. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกและเบาหวานทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง
5. มีท่อระบาย (Drain) ใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) หรือ สายสวนท่อไต (Ureteral stent)

### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หัวใจเต้นไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที

2. ผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม<sup>(25)</sup>

3. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิภายใน (core temperature) อยู่ระหว่าง 36°C–37.4°C<sup>(30)</sup>

### กิจกรรมพยาบาล

1. เช็ดทำความสะอาดห้องผ่าตัดในตอนเช้าด้วยน้ำ 2 ลิตร: ผงซักฟอก 1 ช้อนชา<sup>(24)</sup> ก่อนเริ่มการผ่าตัด และ ทำความสะอาดซ้ำหลังผ่าตัดเสร็จสิ้นทุกราย เพื่อทำลายเชื้อโรคที่อาจปนเปื้อนในบริเวณห้องผ่าตัด

2. ปิดประตูห้องผ่าตัดตลอดระยะเวลาการทำผ่าตัด และเปิดเมื่อมีความจำเป็น จำกัดบุคลากรเข้า-ออก การเคลื่อนไหวในห้องผ่าตัดตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในอากาศ

3. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดและตรวจสอบ การทำลายเชื้อด้วยกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมืออุปกรณ์ ทุกครั้งด้วยการตรวจสอบทางกายภาพ (mechanical) การตรวจสอบทางเคมี (chemical) และการตรวจสอบทางชีวภาพ (biological indicators) ตามมาตรฐานของการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

4. ในขณะที่ผ่าตัด เปิดผ้าปลอดเชื้อและอุปกรณ์ที่จะใช้ในการผ่าตัดอย่างระมัดระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อน (contamination) ตรวจสอบเครื่องมือให้ครบถ้วนพร้อมใช้งาน

5. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัด โดยฟอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Hibitane scrub 4% chlorhexidine ก่อนปูผ้าปราศจากเชื้อ และทาน้ำยาฆ่าเชื้อ Hibitane 2% chlorhexidine in water ทาบริเวณที่ลงมีดผ่าตัด

6. ตรวจสอบ ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ก่อนการลงมีดผ่าตัด ภายในระยะเวลา 60 นาที ตามแผนการรักษา

7. พยาบาลส่งเครื่องมือ ช่วยแพทย์คลุมผ้าปลอดเชื้อบริเวณผ่าตัด และส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยหลักเทคนิคปลอดเชื้อ และ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสังเกตทุกขั้นตอนการผ่าตัด

8. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมอยู่ระหว่าง 22 – 25°C ความชื้นสัมพัทธ์ 50–60% ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิภายในต่ำ ส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

9. ปฏิบัติการพยาบาลตามระเบียบของห้องผ่าตัด และยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ เฝ้าระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของปลอดเชื้อจากบุคลากร หรือสิ่งของภายนอกอย่างเคร่งครัด

10. คู่มือท่อระบาย (Drain) สายสวนปัสสาวะ ให้เป็นระบบปิด ไม่เลื่อนหลุด สายไม่บิด งอหรือมีการอุดตันและการไหลย้อนกลับ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

11. เช็ดแผลให้สะอาด ทาทับด้วย Hibitane 2% chlorhexidine in water ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อและเหมาะสมกับขนาดของแผลให้เรียบร้อย เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุผลัดตกเตียง

#### **ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยมีระดับความง่วงซึม (sedation score) เท่ากับ 2 เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างเป็นระยะเวลา 4–6 ชั่วโมงจากการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ สายระบายเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ รวมทั้งมีสายให้สารน้ำ และส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดหลายเส้น
3. ผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion Pump)
4. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก (Oxygen mask with bag) 6 ลิตรต่อนาที

#### **เป้าหมายการพยาบาล**

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุผลัดตกเตียง

#### **กิจกรรมการพยาบาล<sup>(23)</sup>**

1. เตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้พร้อม ได้แก่ แผ่นรองสำหรับช่วยเคลื่อนย้าย (Pat slide) ออกซิเจนทางหน้ากาก และเปลนอนที่มีขนาดเหมาะสมกับ ผู้ป่วย และสามารถปรับจัดท่านอนได้
2. ล็อกเปลนอนก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด ย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังเปลนอน ซึ่งจะต้องมีคนช่วยย้ายไม่น้อยกว่า 4 คน ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง โดยการประคองศีรษะ ลำตัวทั้งสองข้าง และบริเวณ ส่วนล่างของผู้ป่วย เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยยังไม่เต็มที่จากฤทธิ์ของยาดมสลบ
3. ยกขาปิดกั้นข้างเตียงของเปลนอนทั้งสองข้างขึ้นทันทีหลังจากเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากเตียงไปยังเปลเรียบร้อยแล้ว และจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
4. แขนงสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และส่วนประกอบของเลือด ไว้ด้านเดียวกับแขนที่ให้ หลีกเลียงการแขวนบริเวณศีรษะเพื่อป้องกันอุบัติเหตุบริเวณศีรษะ

5. จัดวางสายยางและท่อระบายต่างๆ ให้คงอยู่กับที่ ไม่ดึงรั้งหรือเลื่อนหลุด แขนงรองรับน้ำปัสสาวะไว้ด้านเดียวกับต้นขาที่ติดพลาสติก

6. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การอุดกั้นทางเดินหายใจของผู้ป่วยตลอดการเคลื่อนย้าย ดูแลไม่ให้ส่วนแขนและขาของผู้ป่วยยื่นออกมานอกเปลนอน เช่น เปลนอน ให้ศีรษะของผู้ป่วยอยู่ด้านคนเฝ้า ส่วนเท้าของผู้ป่วยนำ และไม่เ็นเปลนอนเร็วเกินไป

7. นำส่งผู้ป่วย และรายงานข้อมูลของผู้ป่วยในระยะผ่าตัด ให้กับพยาบาลห้องพักรฟื้น ดังนี้

- โรคและชนิดของการผ่าตัด ประเภทของการได้รับยาระงับความรู้สึก
- ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด
- ชนิด จำนวน และตำแหน่งของสายยาง (Catheter) รวมทั้งท่อระบายต่างๆ ที่ติดมา กับผู้ป่วย
- สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ข้อควรระวังในการดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ

### 3. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (post operative nursing)

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผ่าตัดเข้าสู่ห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะนี้เป็นระยะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะตกเลือด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก พยาบาลจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการข้อมูลจากระยะก่อนและระยะผ่าตัด เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

1. จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ครบพร้อมใช้งานเป็นประจำได้แก่

- 1.1. อุปกรณ์เกี่ยวกับการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย ระบบ pipeline ท่อช่วยหายใจ laryngoscope
- 1.2. อุปกรณ์ที่ใช้ในภาวะฉุกเฉินหรือการช่วยชีวิตจัดแยกไว้ใน emergency cart
- 1.3. อุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะ ( เครื่องดูดเสมหะพร้อมสายดูดเสมหะ)
- 1.4. เครื่องวัดสัญญาณชีพและอัตราการเต้นของหัวใจแบบอัตโนมัติ
- 1.5. อุปกรณ์สำหรับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น กระบอกฉีดยา เข็ม สายน้ำเกลือ ฯลฯ
- 1.6. อุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ผ้าห่ม ถุงมือ อุปกรณ์ดวงปัสสาวะ ฯลฯ
- 1.7. ยาระงับปวด เช่น morphine, pethidine, fentanyl และอื่นๆ
- 1.8. ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น Ondansetron, Metoclopramide
- 1.9. อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น เช่น ผ้าห่มอุ่น ผ้าห่มลมร้อน (Force Air Warmer)

2. รวบรวมข้อมูลสภาวะผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดที่สำคัญต่อการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้

2.1 ชื่อ – สกุลและอายุของผู้ป่วย เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับการประเมินสภาพของผู้ป่วยและการให้การรักษาพยาบาล

2.2 ชื่อแพทย์ ชื่อการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด (ถ้ามี) เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.3 ชนิดของยาระงับความรู้สึก ยาชนิดต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและการแก้ไขในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกรวมทั้งภาวะที่ต้อง ติดตามดูแลต่อไปในระยะหลังผ่าตัด

2.4 ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดและการให้สารน้ำ เลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือด ระหว่างผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลในห้องพักฟื้นทราบว่าต้องให้ผู้ป่วยได้รับทดแทนเพิ่มขึ้นอีกหรือไม่

2.5 ชนิด จำนวนและตำแหน่งของสายยาง หรือท่อระบายต่าง ๆ ที่ติดมากับผู้ป่วย

2.6 สภาพหรือประวัติของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่เกี่ยวกับและมีผลต่อการดูแลหลังผ่าตัด

2.7 ความดันโลหิต ชีพจรและอัตราการหายใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด

2.8 คำสั่งการรักษาหลังผ่าตัดที่สำคัญ เช่น ชนิดการระงับความรู้สึกชนิดการผ่าตัด สัญญาณชีพ การสูญเสียเลือดยาที่ใช้ โรคประจำตัว ฯลฯ

3. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และจัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสภาวะผู้ป่วย ให้ออกซิเจน ตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) และสัญญาณชีพแรกเริ่ม ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และอุณหภูมิกาย

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง หรือจนกว่าอาการจะคงที่ จึงเปลี่ยนเป็นทุก 15 นาที บันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Post operative nursing record) จนกระทั่งสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นได้ ถ้าพบความผิดปกติรายงานนรีแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ทันที

5. ประเมินผู้ป่วยและให้คะแนนตามการฟื้นจากยาระงับความรู้สึกเพื่อประเมินย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น (Modified Aldrete Score) ทุก 30 นาที และบันทึกลงในแบบบันทึกระยะหลังผ่าตัด ตลอดระยะเวลา การให้การพยาบาลในห้องพักฟื้น

6. ดูแลความสุขสบายทั่วไปเช่น ความสะอาดทั่วไป อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการหนาวสั่น และความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งประเมินความปวด การให้ยาแก้ปวดและยาแก้ผลข้างเคียง

7. บันทึกการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดรวมถึงการให้ยาเพื่อรักษาและบรรเทาอาการของผู้ป่วยอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างให้การพยาบาลบันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ให้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา

8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เช่น ข้อมูลเรื่องเวลา สถานที่ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การประเมินความปลอดภัยกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับในห้องพักฟื้นรวมถึงการปฏิบัติตัว และการออกกำลังกายหลังผ่าตัด

9. ประเมินสภาพผู้ป่วยตามมาตรฐานก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น หากผู้ป่วยมีความต้องการดูแลพิเศษ หรือมีคะแนน Post Anesthesia Recovery Score น้อยกว่า 9 ต้องปรึกษาวิสัญญีแพทย์ และนรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พร้อมให้แพทย์ลงนามรับรองการจำหน่ายทุกครั้ง ส่งต่อข้อมูลตามแนวทางการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ กรณีย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต ให้พยาบาลห้องพักฟื้นเคลื่อนย้ายร่วมกับแพทย์ และบันทึกข้อมูลการเคลื่อนย้าย รวมทั้งแจ้งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

10. แบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด หมายถึงแบบบันทึกที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลทำให้แก่ผู้ป่วยรวมถึงปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาลนั้นๆ โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่แรกรับเข้าห้องพักฟื้นจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นประกอบด้วย

10.1. ข้อมูลทั่วไปของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่เข้าห้องพักฟื้น การผ่าตัด นรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ ประเภทของการให้ยาระงับความรู้สึก เป็นต้น

10.2. การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ค่า ความดันโลหิต อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจควรประเมินเป็นระยะใน 2 ชั่วโมงแรก ควรประเมินทุก 15 นาทีหรือตามความเหมาะสมของสภาพผู้ป่วย

10.3. การประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นตามระบบต่าง ๆ ดังนี้

- ระบบหายใจสภาพการหายใจของผู้ป่วย (respiratory status) เช่น มีท่อทางเดินหายใจหรือท่อช่วยหายใจอยู่หรือไม่ และถ้ามีการถอดท่อช่วยหายใจขณะอยู่ในห้องพักฟื้น ให้บันทึกเวลาและชื่อผู้ที่ถอด มีการบริการออกซิเจนหรือไม่ ทางใด และปริมาณเท่าใดลักษณะการหายใจ เช่นสามารถหายใจเองได้ดี หายใจลำบาก หายใจไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่หายใจ (apnea)

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด สีของผิวหนัง เยื่อบุตา เยื่อบุริมฝีปาก อุณหภูมิและลักษณะของผิวหนัง แผลผ่าตัด บันทึกลักษณะของแผลว่าเป็นอย่างไรมีเลือดซึมออกผิดปกติหรือไม่

- ระบบประสาทระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

– ระบบทางเดินปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทุกตำแหน่ง โดยบันทึก ชนิด อัตราการให้ และทางที่ให้ชนิดและตำแหน่งของท่อระบายหรือสายยางต่างๆที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย โดย บันทึกทั้งลักษณะสีและปริมาณ ของสารคัดหลั่งที่ออกมา สรุปปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายผู้ป่วยทั้งหมด (intake and output)

11. บันทึก Post anesthesia Recovery Score เป็นการประเมินผู้ป่วยว่าฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก และสามารถจำหน่ายออกจากห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด ได้อย่างปลอดภัย ของ Post anesthesia Recovery Score โดยการบันทึกเป็นระบบการให้คะแนนมีคะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน บันทึกเป็นระยะทุก 15 นาทีอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น

12. การบันทึกอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่

12.1 การให้ยาทุกชนิดแก่ผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ต้องบันทึกเวลา ชนิด ทางที่ให้ (route) และ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อยานั้น ๆ

12.2 อาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ รวมทั้งการรักษาและการทดสอบต่างๆที่ให้ในห้องพักฟื้น

12.3 ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นขณะอยู่ในห้องพักฟื้น รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ให้และ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วย

12.4 สรุปและประเมินผลสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นได้แก่

– เวลาที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น ผู้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นชื่อผู้ติดตาม ไปส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

– สภาพการหายใจ (respiratory status) เช่นสามารถหายใจได้เอง ใส่ท่อช่วยหายใจให้ออกซิเจน ทางหน้ากาก หรือ cannula อัตราที่ให้ ขณะเคลื่อนย้ายสถานที่ส่งผู้ป่วยกลับ เช่นหอผู้ป่วย หออภิบาล เป็นต้น

13. การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่จะได้รับการจำหน่ายออกจากห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด เพื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยนั้น จะต้องเป็นผู้ป่วยที่ฟื้นจาก ยาระงับความรู้สึกแล้ว โดยมีเกณฑ์การจำหน่ายดังนี้

13.1. สัญญาณชีพต่างๆ คงที่หรืออยู่ในระดับเดียวกันกับก่อนผ่าตัด ไม่มากหรือน้อยเกิน 20% อย่างน้อย 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

13.2. ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบติแล้ว ลืมตาเองได้ มี reflex ที่จะป้องกันตนเองจากอันตราย ต่าง ๆ รับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ และสามารถช่วยตัวเองให้ออนในท่าที่ปลอดภัยได้พอสมควร

13.3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้นต้องได้รับการแก้ไขจนปลอดภัย

13.4. ไม่มีเลือดออกจากแผลมากผิดปกติคือน้อยกว่า 100 mL./ hr.

13.5. มีปัสสาวะออกมากกว่า 30 mL. /hr.

13.6. ไม่มีอาการปวดที่รุนแรง รายที่ได้รับยาาระงับปวดควรให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ สูงสุด ผ่านไปก่อนเพราะยาาระงับปวดมีอาการข้างเคียงที่ทำให้เกิดการหายใจได้อย่างน้อย 15 – 30 นาที

13.7. Underlying problem ได้แก่โรคที่มีอยู่เดิมก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด จะต้องได้รับการดูแลและไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง

13.8. ย้ายกลับหอผู้ป่วยเมื่อ Post anesthesia Recovery Score ได้ 9 –10 คะแนนกรณีที่ Post anesthesia Recovery Score ได้น้อยกว่า 9 คะแนนแต่สภาพของผู้ป่วยพร้อมจำหน่ายกลับหอผู้ป่วยให้ปริกษาวิสัญญีแพทย์และแพทย์ผู้ทำผ่าตัดทุกครั้ง

ตารางที่ : 4 แสดงแบบบันทึก Modified Aldrete Scoring<sup>(25)</sup>

สิ่งที่ประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
Activity	– ยกแขน และขาได้เองทั้ง 4 ส่วน หรือทำตามคำสั่งได้หมด – ยกแขน หรือขาได้เพียง 2 ส่วน หรือทำตามคำสั่งได้เพียงบางส่วน – ยกแขน และขา หรือทำตามคำสั่งไม่ได้เลย	2 1 0
Respiration	– หายใจได้เอง ลึกดี และโอได้ – หายใจลำบากต้องออกแรง หรือหายใจตื้นๆ – หยุดหายใจ	2 1 0
circulation	– ความดันเลือดหรือสูงต่ำไม่เกิน 20% มม.ปรอทจากค่า ก่อนดมยาสลบ – ความดันเลือดสูงหรือต่ำอยู่ในช่วง 20%-50% มม.ปรอทจากค่าก่อนดมยาสลบ – ค่าความดันโลหิตสูงหรือต่ำมากกว่า 50% มม.ปรอทจากค่าก่อนดมยาสลบ	2 1 0
consciousness	– ตื่น รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ถูกต้อง – ตื่นเมื่อเรียก – เรียกไม่ตอบสนอง	2 1 0
oxygenation	– SpO <sub>2</sub> > 92% หายใจในอากาศปกติ – SpO <sub>2</sub> > 90% เมื่อหายใจด้วยออกซิเจน – SpO <sub>2</sub> < 90% เมื่อหายใจด้วยออกซิเจน	2 1 0

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย พยาบาลต้องประเมินสภาพทั่วไป สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการปวด การหายใจ การไหลเวียนโลหิต ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก และลักษณะแผลผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ข้อมูลจากการประเมินดังกล่าวจะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานในการวางแผน และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากข้อมูลการประเมิน ผู้ป่วยอาจมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากการผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด ปวดเฉียบพลันจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากผลของยาระงับความรู้สึก การระบุข้อวินิจฉัยอย่างถูกต้องจะช่วยให้การดูแลมีเป้าหมายชัดเจน และสนับสนุนการตัดสินใจในการย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยเมื่อผ่านเกณฑ์มาตรฐานของห้องพักฟื้นดังนี้

### ข้อวินิจฉัยพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxia) เนื่องจากเกิดภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง (general anesthesia) ระยะเวลา 4-6 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยหลับสนิท ลืมตา เมื่อเรียก มีระดับความง่วงซึม (sedation score) เท่ากับ 2
3. ผู้ป่วยมีริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) น้อยกว่า 90% กระสับกระส่าย
4. ผู้ป่วยนอนกรน หายใจมีเสียงครืดคราด หายใจสั้นเร็ว อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxia)

#### เกณฑ์การประเมิน<sup>(31)</sup>

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน หายใจเสียงดัง กระสับกระส่าย บริเวณริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้ามีสีคล้ำ
2. มีค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) เท่ากับหรือมากกว่า 92% ในอากาศปกติ<sup>(25)</sup>
3. อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที หายใจไม่มีเสียงครืดคราด

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการกระสับกระส่าย สับสนของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะพร่อง ออกซิเจน ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

2. ประเมินผิวหนังและเล็บ เพื่อสังเกตอาการเขียวตามปลายมือ-เท้า จากภาวะพร่องออกซิเจน

3. สังเกตอัตราและลักษณะของการหายใจ ไม่มีอาการและอาการแสดงภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้น เช่น หายใจสั้น เร็ว หรือหายใจลึก ซ้ำลง หายใจเสียงดังกรน ฯลฯ

4. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ( $SpO_2$ ) อย่างใกล้ชิดตามสภาพอาการของผู้ป่วยหากพบความผิดปกติรายงานนรีแพทย์และวิสัญญีแพทย์

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกซิเจนความเข้มข้น 100% ทางหน้ากาก 5–10 ลิตร/นาที หรือทาง cannular 2–5 ลิตร/นาที เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนตามแผนการรักษา

6. ดูดเสมหะ เลือด ในปาก จมูกและช่องคอออกให้หมด ถ้ามีเสียงครีคราคในลำคอ

7. จัดท่านอนให้เหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วยดังนี้

– จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าหงายเอียงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้น้ำลาย เสมหะ หรืออาเจียน ไหลออกจากปากได้ ไม่สำลักเข้าไปในหลอดลม พร้อมทั้งแขวนศีรษะและยกขาขึ้นด้านบนเพื่อไม่ให้ลิ้นหรือ epiglottis ตกไปปิดช่องคอ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้สึกตัว

– จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา (Fowler position) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การออกกำลังกายหลังผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและกระตุ้นให้ทำทุก 15 นาที จนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น

8. ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ลดกิจกรรมการพยาบาล ที่รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย

9. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจส่วนบนทางปากและจมูก (oropharyngeal air way, nasopharyngeal airway) ท่อช่วยหายใจ และ laryngoscope AMBU bag ยาที่ต้องใช้กรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ฯลฯ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (hypovolemic shock) เนื่องจากภาวะเลือดออกในช่องท้องหลังผ่าตัด

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนมีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 15–20 ซม.

2. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 1,500 mL. ตัวเย็น ริมฝีปากซีด
3. ผู้ป่วยใส่ท่อระบาย (Drain) มีสารคัดหลังสีแดงเข้มประมาณ 100 mL.
4. ผู้ป่วยมีปัสสาวะออก 80 mL. สีเหลือง เข้ม

### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (hypovolemic shock)

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หัวใจเต้นไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที
2. ผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20%–50% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม<sup>(25)</sup>
3. ผู้ป่วยมี อุณหภูมิกาย (core temperature) อยู่ระหว่าง 36<sup>0</sup>C–37.4<sup>0</sup>C<sup>(28)</sup>
4. ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 16–24 ครั้งต่อนาที
5. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. ปัสสาวะของผู้ป่วยออกไม่ต่ำกว่า 20–30 mL/hr (0.5–1 mL/Kg/hr.)<sup>(26)</sup>
7. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการท้องอืดแข็งตึง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะ hypovolemic shock ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
2. บันทึกสัญญาณชีพและวัดอุณหภูมิกาย (core temperature) ทุก 15 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง หากมีอาการผิดปกติ แจ้งวิสัญญีแพทย์ และนรีแพทย์รับทราบ
3. ประเมินแผลผ่าตัด และอาการทางหน้าท้อง เช่น อาการท้องอืด แข็งตึง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำ ปรับอัตราการไหลของสารน้ำ และบันทึกการไหลของสารน้ำให้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา
5. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยโดยใช้ผ้าห่มอุ่น (warmer blanket) ร่วมกับผ้าห่มลมร้อนไฟฟ้า (forced-air warming blanket) โดยปรับอุณหภูมิเครื่อง forced-air warming blanket ที่ 32–46<sup>0</sup>C ปรับอุณหภูมิห้องพักฟื้นให้อยู่ที่ 25<sup>0</sup>C และควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ 50–60%
6. จดบันทึก จำนวน สี ของปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง หากมีจำนวนน้อยกว่า 20–30 mL/ชม. (0.5–1 mL/Kg/hr) แจ้งวิสัญญีแพทย์ และนรีแพทย์รับทราบ
7. สังเกตและบันทึก ลักษณะ สีและจำนวนสารคัดหลังจากท่อระบาย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3** ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยนอนขมวดคิ้ว มือจับหน้าท้อง กระสับกระส่าย ปวดแผล ระดับความปวดมากกว่า 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยทำผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ระยะเวลาการทำผ่าตัด 4–6 ชั่วโมง มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะทำผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด ยาวประมาณ 15 ซม.บริเวณกลางหน้าท้อง
4. ผู้ป่วยมีท่อระบาย (Drain) ใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter)
5. ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที

**เป้าหมายการพยาบาล**

ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ปวดแผลผ่าตัดลดลง

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยมีระดับความปวด (Pain score) เท่ากับหรือน้อยกว่า 3 คะแนน
3. ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
4. อัตราการหายใจ 16–24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 60–100 ครั้ง /นาที

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินอาการปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale; NRS) ที่มีค่าคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 (ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด) ถึง 10 (เจ็บปวดมากที่สุดเท่าที่จะนึกได้) พร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด
  2. บริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ติดตามประเมินระดับความปวดหลังให้ยาฉีด เข้าหลอดเลือดดำเพื่อระงับอาการข้างเคียงหลังให้ยา ได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด คับ ปัสสาวะไม่ออก ง่วงซึม กดการหายใจ
  3. ประเมินระดับความปวดหลังให้ยาทุก 5 นาที สามารถให้ยาซ้ำได้ 3 ครั้ง หากอาการไม่ทุเลา
- แจ้งวิสัญญีแพทย์รับทราบ**
4. ประเมินระดับ ความง่วงซึมและสัญญาณชีพทุกครั้ง หลังให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา

5. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 – 40 องศา (semi fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผล ผ่าตัดที่หน้าท้อง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะแก่การพักผ่อน

6. ให้คำแนะนำวิธีการบรรเทาความปวดขณะไอ โดยให้กอดหมอนไว้ที่หน้าท้องหรือ ประคองแผลไว้ เพื่อพุงแผลไม่ให้กระเทือนมาก ระวังไม่ให้แผลกระทบกระเทือนเวลาที่ พลิกตะแคงตัว

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ หลีกเลี่ยง การสัมผัสหรือกดทับแผลผ่าตัด ลดการกระตุ้นอาการปวด วางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อรบกวนผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง เลือดมีการแข็งตัวง่ายกว่าปกติ
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหญ่มีความซับซ้อนอาจทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือด
3. ใช้ระยะเวลาทำผ่าตัดนาน 4-6 ชั่วโมง ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงเนื่องจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน
4. ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาคุมกำเนิด
5. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการของภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก ได้แก่ ปวด บวม แดง สีผิวคล้ำขึ้นบริเวณขา
2. ไม่มี อาการ Homan's sign คือ อาการปวดน่องขาเมื่อผู้ป่วยเหยียดขาและกระดกข้อเท้าขึ้น

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกของผู้ป่วยซึ่งมักเกิดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนานตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ขึ้นไปในกลุ่มที่ได้รับการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย

2. สังเกตติดตามประเมินอาการและอาการแสดง ของภาวะหลอดเลือดดำอุดตันเช่น ขาบวม อัมพฤกษ์และสีผิว ส่วนปลายเย็น ซึ่งร่วมกับอาการปวดน่องเวลากระดกปลายเท้าขึ้น
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารเท้าและข้อเท้าหลังผ่าตัดทุก 15 นาที ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวพยาบาล ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 1 ชั่วโมง และ ช่วยกระดกปลายเท้าผู้ป่วยขึ้นลงทุก 15 นาทีที่กระตุ้นผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด
4. ดูแลเครื่องบีบลมเป็นระยะ ที่ใส่บริเวณข้อเท้าถึงคันทันขาของผู้ป่วยตรวจสอบดูสายไม่ให้มี หัก พับ งอ กดทับร่างกายผู้ป่วยโดยตรง และตรวจสอบการทำงานของเครื่องเพื่อทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจส่วนบนทางปากและจมูก (oropharyngeal air way, nasopharyngeal airway) ท่อช่วยหายใจ และ laryngoscope AMBU bag ยาที่ต้องใช้กรณีฉุกเฉินต่างๆ ฯลฯ

## กรณีศึกษา

### ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

#### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยรูปร่าง ผอม อายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ระดับการศึกษา ปริญญาตรี. อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านพักของตัวเอง มีรายได้ครอบครัว 35,000 บาท/เดือน

แหล่งข้อมูล : ได้จากผู้ป่วยและแพทย์ประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มารับการผ่าตัดตามนัด เนื่องจากตรวจพบ Squamous cell carcinoma of cervix stage IIA1

#### ประวัติปัจจุบัน

- 5 เดือนก่อนมา โรงพยาบาลมีเลือดออกทางช่องคลอดติดกางเกงใน
- 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเข้ารับการตรวจ Pelvic examination ที่โรงพยาบาลศิริราช พบเนื้องอกจากเยื่อบุปากมดลูกขนาด 1.5 ซม. และมีเลือดออกทางช่องคลอดภายหลังการตรวจ ส่งตรวจตรวจ HPV: DNA detection Positive: ผลผิดปกติมีการติดเชื้อ HPV
- 1 เดือนก่อน ตรวจ MRI (Magnetic Resonance imaging) of Abdomen ผลต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่พบมะเร็งแพร่กระจายไปยังตับ
- 1 เดือนก่อนทำ colposcope with biopsy ผล Squamous cell carcinoma of cervix แพทย์นัดทำผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอน โคนร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง

#### ประวัติอดีต

- 35 ปีก่อน เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี
- 20 ปีก่อนเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) รักษาโดยการกินยาสม่ำเสมอ
- 12 ปีก่อนเป็นโรค หมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท (Hemiated disc) รักษาโดยการผ่าตัด
- 5 ปีก่อนเป็นต้อกระจก (Cataract) รักษาโดยการผ่าตัดทั้ง 2 ข้าง
- ไม่เคยแพ้ยา และอาหาร ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยดื่มเหล้า หยุคดื่มประมาณ 3 ปี

#### ประวัติการมีระดู

- มีระดูครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี ระดูมานาน 4-5 วันต่อรอบ ระยะห่างของระดู สม่ำเสมอดี ใช้ผ้าอนามัย 3-4 ผืนต่อวัน ไม่ชุ่ม ไม่มีอาการปวดระดู menopause ประมาณ 10 ปี

### ประวัติการมีเพศสัมพันธ์

– มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 17 ปี สามีเปลี่ยนคู่นอนหลายคน ปัจจุบันไม่มีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 4 ปี

### ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด

– G1P0A1 ตั้งครรภ์ และแท้ง 1 ครั้ง ได้รับการขูดมดลูกเมื่อ 45 ปีก่อน

### ประวัติครอบครัวและความเจ็บป่วยในครอบครัว

– เป็นบุตรคนที่ 3 จากจำนวนบุตร 5 คน บิดาเป็นโรคมะเร็งตับเสียชีวิต มารดาเป็นเบาหวานเสียชีวิต สามีเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ไม่มีบุตร

### การตรวจร่างกาย

#### ผลการตรวจภายใน (PV ; per vaginal examination)

– NIUB	ไม่เคยผ่านการคลอด ช่องคลอด ท่อปัสสาวะและ Bartholin's glands ปกติ
– Vagina	ปกติ
– Cervix	เนื้องอกจากเยื่อบุปากมดลูก 1.5 ซม.
– Uterus	ขนาดมดลูกปกติ ปากมดลูกคว่ำหน้า
– Adnexa	ปกติคลำไม่พบก้อน
– Cul-de-sac	ปกติ คลำไม่พบก้อน
– RV septum	เรียบ
– Parametrium	นุ่ม เรียบ

#### การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ผลปกติ

#### การตรวจ CXR

ผลตรวจปกติ

#### MRI (Magnetic Resonance imaging) of Abdomen)

ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่พบมะเร็งแพร่กระจายไปยังตับ

ตารางที่ 5 : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 วัน ก่อนผ่าตัด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สิ่งที่ส่งตรวจ	หน่วย	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ <sup>(32)</sup>
CBC			
Hemoglobin	g/dl	<b>9.3</b>	12.00 – 14.9
Hematocrit	%	<b>28.4</b>	37.0 – 45.7
Rbc count	$\times 10^6/\text{ul}$	<b>3.07</b>	4.00 – 5.5
MCV	fl	92.5	80.4 – 95.9
MCH	pg	30.3	25.0 – 31.2
MCHC	g/dl	32.7	30.2 – 34.2
Red cell distribution RDW	%	13.7	11.7 – 15.0
Wbc count	$\times 10^3/\text{ul}$	8.73	4.4 – 10.3
Platelet count	$\times 10^3/\text{ul}$	<b>122</b>	179 – 435
Absolute			
Absolute neutrophils	$\times 10^3/\text{ul}$	<b>7.19</b>	1.8 – 6.8
Absolute lymphocyte	$\times 10^3/\text{ul}$	<b>0.96</b>	1.2 – 3.4
Absolute monocyte	$\times 10^3/\text{ul}$	0.54	0.2 – 0.6
Absolute eosinophil	$\times 10^3/\text{ul}$	0.03	0.03 – 0.47
Absolute basophil	$\times 10^3/\text{ul}$	0.01	0.01 – 0.09
Wbc differential count			
% Neutrophils	%	<b>82.4</b>	40 – 73.1
% Lymphocytes	%	<b>11</b>	20.3 – 47.9
% Monocytes	%	6.2	3.4 – 4.96
% Eosinophils	%	<b>0.3</b>	0.4 – 7.5
% Basophils	%	<b>0.1</b>	0.2 – 1.4

ตารางที่ 6 : แผนการรักษาที่ได้รับ

คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	คำสั่งรักษาตลอดไป
<p>Set OR for RHND with BSO</p> <p>NPO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solid food unit midnight</li> <li>- Water until 7.00. AM day of surgery</li> </ul> <p>Intravenous fluid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LRS 1000 mL. IV drip 120 mL. / hr.</li> </ul> <p>Booking</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PRC 1 unit</li> </ul> <p>Antibiotic เตรียมไป OR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone 2 g</li> </ul> <p>VTE prophylaxis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จอง Pneumatic cuffs กับ OR</li> </ul> <p>Oter order</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาบน้ำเข้าวันผ่าตัดด้วยสบู่ 4% chlorhexidine</li> <li>- เตรียม Foley's เบอรั 14 &amp; urine bag ไป OR</li> <li>- Clipping pubic and perineal hair</li> <li>- Feet enema</li> </ul>	<p>NPO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solid food unit midnight</li> <li>- Water until 7.00. AM day of surgery</li> <li>- SI-Carb 800 mL. 18 - 24.00 on day before surgery</li> </ul>
<p>Post – op order for RHND with BSO</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% DN/ 2 1000 mL. IV drip 100 mL. / hr.</li> <li>- Record V/S q 15 min ×4 ครั้ง , q 30 min×4 ครั้ง</li> <li>q 1 hr. until stable</li> <li>- soft diet พึ่งนี้เช้า, Pneumatic pump off at ward</li> <li>- Retain Foley catch, IV หมุด Off</li> <li>- พึ่งนี้ CBC, BUN, CR, Elyte</li> </ul>	<p>Med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone 2 g. IV continuous</li> </ul>

## ผลการผ่าตัด

– การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด: พบก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 4 ซม.บริเวณปากมดลูกชนิดสแควมัสเซลล์

– การวินิจฉัยหลังการผ่าตัด: พบก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 4 ซม.บริเวณปากมดลูกชนิดสแควมัสเซลล์

- หัตถการ: ผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง
- วิธีการรับความรู้สึก: ระวังความรู้สึกแบบทั่วร่าง
- ตำแหน่งลงมีดผ่าตัด: แผลผ่าตัดแนวตั้ง
- ปริมาณการสูญเสียเลือด 1,300 mL.
- ระยะเวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 15 นาที

## สรุปภาวะสุขภาพก่อนรับไว้ในความดูแล

แรกรับผู้ป่วยในห้องรอศูการก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยหญิง อายุ 66 ปี รูปร่างผอม ผิวก่อนข้างแห้ง แกรับในห้องรอศูการก่อนผ่าตัด มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล นอนขมวดคิ้ว สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ดี รับประทานอาหาร เวลา สถานที่ และบุคคลครบถ้วน การมองเห็นและการได้ยินปกติ ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรงผู้ป่วยแจ้งว่ารู้สึกหนาว ต้องการผ้าห่มเพิ่ม และเมื่อคืนพักผ่อนไม่เพียงพอ ระบุว่าเตียงแคบ คนเยอะ รู้สึกกลัวการผ่าตัด ชักถามระยะเวลาการผ่าตัดและแสดงความกังวลว่าจะไม่ฟื้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึก พูดด้วยน้ำเสียงสั่น และสอบถามขั้นตอนการผ่าตัดเพิ่มเติม ได้รับสารน้ำ Lactated Ringer's solution (LRS) 1,000 mL ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 mL/ชั่วโมง สัญญาณชีพแรกรับ: ความดันโลหิต 106/69 มม.ปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 °C

## การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนเนื่องจากไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด

## ข้อมูลสนับสนุน

1. การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความเสี่ยงสูง
2. ผู้ป่วยขมวดคิ้ว พูดคุยน้อย กระสับกระส่าย
3. ผู้ป่วยสอบถามถึงขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

## เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สดชื่น พุดคุยมากขึ้น นอนพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดได้
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือระหว่างให้การพยาบาลและเข้ารับการผ่าตัดด้วยความเต็มใจ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเอง กล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม สบสายตากับผู้ป่วยตลอดการสนทนา เปิดโอกาสให้ผู้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ความคับข้องใจตลอดจนแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยใช้เทคนิคการสัมผัสอย่างนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในขณะบอกเล่าข้อมูล

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ โรค การผ่าตัดพร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด บุคลากร ท่าที่ใช้ในการทำผ่าตัด (position) วิธีได้รับยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น การประเมินระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด การออกกำลังกายหลังผ่าตัด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ฯลฯ รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

3. เลือกใช้เทคนิค ลดความวิตกกังวลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เทคนิคการผ่อนคลายการกำหนดลมหายใจ ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม หลีกเลียงสิ่งเร้ารบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและคลายความกังวล

4. จัดสภาพห้องพักรอผ่าตัดให้เงียบสงบ ไม่มีแสงสว่างมากเกินไป ปรับอุณหภูมิห้องและแสงสว่างให้พอเหมาะห่มผ้าห่มให้ผู้ป่วยและแนะนำให้นอนพักผ่อนก่อนเข้ารับการผ่าตัด

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย นอนพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนหลังการผ่าตัดได้
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือระหว่างให้การพยาบาลและ เข้ารับการผ่าตัดด้วยความเต็มใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร 9 ชั่วโมง
2. เตี้ยงรอก่อนผ่าตัดแคบ เคลื่อนไหวลำบาก

3. มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงรอกผ่าตัดมายังเตียงผ่าตัด

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง ไม่มีแผลฟกช้ำ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว ข้อจำกัดและอุปสรรคของผู้ป่วย เช่น ความพิการของแขนขา อัมพาต พิการทางหู ฯลฯ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ทิ้งผู้ป่วยตามลำพัง

2. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง เช่น การได้รับยาก่อนผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร แจ้งผู้ป่วยถ้าต้องการความช่วยเหลือให้ยกมือแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง และแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาล

3. ปรับระดับเตียงให้ต่ำสุดและยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้งสองข้างทุกครั้งจากการพยาบาลผู้ป่วย และ ตลอดเวลาขณะอยู่ในห้องพักรอกก่อนผ่าตัด

4. เส้นเตียงรอกก่อนผ่าตัด โดยให้ส่วนเท้าของผู้ป่วยนำ เส้นไปอย่างช้า ๆ นุ่มนวล ด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการชนกระแทก

5. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยใช้บุคลากรอย่างน้อย 2 คน และปฏิบัติดังนี้<sup>(23)</sup>

- ดูแลไม่ให้อวัยวะของผู้ป่วย ได้แก่ แขนและขา ขึ้นออกนอกเปลนอน
- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลาขณะเคลื่อนย้าย
- ดูแลสายยางท่อระบายต่างๆ ที่ติดมากับผู้ป่วย ไม่ให้มีการดึงรั้งหรือกดทับ
- ช่วยประคองศีรษะ และลำคอผู้ป่วยขณะยกหรือเลื่อนตัว
- ล็อกเตียงให้เรียบร้อยทุกครั้งที่ทำกรยกหรือเลื่อนตัวผู้ป่วยออกจากเปลนอน

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีแผลฟกช้ำ ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ซึ่งเป็นการทำผ่าตัดใหญ่ มีโอกาสเสี่ยงขาดของเส้นเลือดใหญ่

2. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 1,300 mL. ระยะเวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 15 นาที

## เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดขณะทำผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม
2. ชีพจรเต้นไม่น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที
3. การหายใจไม่น้อยกว่า 8 ถึง 10 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที
4. จำนวนปัสสาวะไม่น้อยกว่า 0.5 ถึง 1.5 mL/kg/hr
5. ผิวหนังของผู้ป่วยไม่ซีด ไม่เย็นเมื่อสัมผัส อุณหภูมิไม่น้อยกว่า 36°
6. ความเข้มข้นของเลือดแดง (hematocrit) ไม่ต่ำกว่า 30%
7. ความเข้มข้นของระดับ hemoglobin ในเลือดไม่ต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดของผู้ป่วย จากประวัติการได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ประเมินผลการตรวจเลือด ได้แก่ ความเข้มข้นของเลือดแดง เกล็ดเลือด และการแข็งตัวของ เลือดและประวัติการผ่าตัด

2. ตรวจสอบผลการตรวจเลือด ได้แก่ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด และ ตรวจวัดการแข็งตัวของเลือดก่อนการผ่าตัดหากมีความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

3. ตรวจสอบประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากมีประวัติได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น แอสไพริน ผู้ป่วยต้องได้รับการงดยาอย่างน้อย 7 วันก่อนการผ่าตัดหากไม่ได้รับการงดยาดังกล่าวหรืองดยาไม่ถึง 7 วันก่อนการผ่าตัด รายงานให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนในการรักษาต่อไป

4. ตรวจสอบความถูกต้องในการจองเลือดให้ตรงตามแผนการรักษา ประสานงานกับธนาคารเลือด จัดเตรียมเลือดไว้ให้พร้อมใช้ได้ที่ ที่วิสัญญีแพทย์ต้องการและตรวจสอบความถูกต้องของเลือดและส่วนประกอบของเลือดร่วมกับทีมวิสัญญี พร้อมทั้งประสานงานกับธนาคารเลือดเมื่อต้องจัดเตรียมเลือดเพิ่ม

5. ติดตามการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง จัด เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการหยุดห้ามเลือดให้พร้อมใช้ทันที เมื่อเกิดภาวะเลือดออก (active bleeding) ได้แก่ เครื่องจีห้ามเลือดไฟฟ้า ไหมเย็บ เวชภัณฑ์สำหรับห้ามเลือด เช่น วัสดุห้ามเลือดชนิดละลาย (Fibrilla hemostat) ฟองน้ำดูดซับเลือด (Surgicel) วัสดุห้ามเลือดแผ่นหนา (Spongostan) ให้พร้อมใช้ทันทีดูแลการทำงานของอุปกรณ์ สูญญากาศ สำหรับดูดเลือดให้ใช้งานได้ตลอดเวลา

6. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ในการประเมินภาวะของการสูญเสียโลหิต โดยดูปริมาณของโลหิตในขวดของเครื่องดูดสุญญากาศ (Suction) และผ้าซับโลหิต พร้อมเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ชีพจร ค่าความดันโลหิต ความเข้มข้นของเลือดแดง (hematocrit) ในขณะผ่าตัด หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานวิสัญญีแพทย์ทันที

7. บันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด ลงในใบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดต่อไป

#### การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 115/72 mmHg. ชีพจร 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที
2. อุณหภูมิกาย 36.7 °C ผิวหนังอบอุ่น ไม่ซีด
3. ปัสสาวะจำนวน 270 mL. สีเหลืองใส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ระยะเวลาทำผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง 15 นาทีทำให้อวัยวะภายในช่องท้องสัมผัสความเย็น
2. ใช้สารน้ำล้างชำระในช่องท้องจำนวน 700 mL. และได้รับสารน้ำ ขณะทำผ่าตัดจำนวน 2,200 mL.
3. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้รบกวนการทำงานของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และเมตาบอลิซึมในร่างกายลดลง
4. ผ้าคลุมร่างกายผู้ป่วยเปียกเลือดและน้ำล้างช่องท้องเป็นระยะเวลานาน

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายไม่น้อยกว่า 36 °C ผิวหนังของผู้ป่วยไม่ซีด ไม่เย็นเมื่อสัมผัส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น
3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่า 90 %
4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia)

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ห่มผ้าห่มอุ่นคลุมตัวผู้ป่วยให้ความอบอุ่นตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร่วมกับแพทย์หรือพยาบาลวิสัญญี จากการวัดอุณหภูมิร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับสัมผัสตัวผู้ป่วย

3. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมอยู่ระหว่าง 22–25°C ความชื้นสัมพัทธ์ 50–60% เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการหนาวสั่น เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน

4. ดูแลป้องกันการสูญเสียความร้อนของผู้ป่วยแบบป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย (passive rewarming) ด้วยการไม่เปิดเผย ร่างกายของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

5. ดูแลป้องกันการสูญเสียความร้อนของผู้ป่วยแบบการให้ความร้อนจากภายนอกเข้าสู่ร่างกายผ่านผิวหนัง (active rewarming) โดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (forced-air warming blanket) กลุ่มบริเวณหน้าอก แขนสองข้าง และใช้ผ้าคลุมส่วนล่างของร่างกายขณะผ่าตัดเพื่อให้ความอบอุ่น และเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย เท่าที่จำเป็น

6. ใช้สารน้ำอุ่นในการชะล้างอวัยวะภายใน ระหว่างการผ่าตัดจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด เพื่อให้ ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และลดการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย<sup>(27)</sup>

7. ช่วยวิสัญญีแพทย์อุ่นเลือดและสารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ

8. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้านุ่มชุบน้ำ อุ่นบิดหมาด สวมใส่เสื้อผ้าและห่มผ้าห่ม อุ่นให้ผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

#### การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.7 °C ผิวหนังอบอุ่น ไม่ซีด
2. ไม่มีอาการหนาวสั่น
3. ไม่มีอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 97%
4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณปอด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง เลือดมีการแข็งตัวง่ายกว่าปกติ
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหญ่มีความซับซ้อนอาจทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือด
3. ระยะเวลาผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง 15 นาที ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่าง ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงเนื่องจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณปอด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 92%
2. ผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (Normal sinus rhythm)
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20 % เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม
4. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หัวใจเต้น ไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที
5. ไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (elevated jugular venous pressure)

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ (venous thromboembolism) จากการซักประวัติ เช่น ภาวะเส้นเลือดขอด (varicose veins) การได้รับยาคุมกำเนิด และการรักษาด้วยฮอร์โมน การได้รับยาเคมีบำบัด การสูบบุหรี่ เป็นต้น<sup>(29)</sup> ร่วมกับแบบประเมินการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis; DVT) ในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช (Gynecologic Cancer Surgery) ของโรงพยาบาลศิริราช

2. จัดเตรียมชุดเครื่องบีบลมเป็นระยะ (intermittent pneumatic compression; IPC) เลือกขนาดถุงน่อง และ ถุงน่องแบบยืดหยุ่น (elastic stocking) ให้พร้อมใช้ ขนาดเหมาะสมกับขนาดลำตัว และขาผู้ป่วย

3. ช่วยนรีแพทย์ใส่ เครื่องบีบลมเป็นระยะ ถุงน่องและ elastic stocking และ ตั้งแต่บริเวณข้อเท้าจนถึงต้นขาของผู้ป่วย (Thigh sleeve) ตรวจสอบสายไม่ให้มี หัก พับ งอ กดทับโดยตรง กับร่างกาย ผู้ป่วยต่อสายเข้ากับตัวเครื่องและทำการทดสอบก่อนการใช้งานทุกครั้ง ดูแลเปิดให้เครื่อง บีบลมเป็นระยะ ให้ทำงานได้อย่างปกติตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

4. เฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ บริเวณปอด เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรมากกว่า 100 ครั้ง / นาที หลอดเลือดดำที่คอโป่ง (elevated jugular venous pressure)

5. ส่งต่อข้อมูลการผ่าตัด การระงับความรู้สึก ปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติ การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ แก่พยาบาลประจำห้องพักรักษาตัว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุม

### การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 115/72 mm.Hg. ซีพจร 85 ครั้ง/นาที ,อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 97%
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (Normal sinus rhythm)
4. ไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (elevated jugular venous pressure)

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน แผลผ่าตัดยาว 15 – 20 ซม.
2. ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาทำผ่าตัดนานประมาณ 4 ชั่วโมง 15 นาที
3. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 1,300 mL.
4. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง
5. ใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter)

### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หัวใจเต้นไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที
2. ผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม
3. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย (core temperature) อยู่ระหว่าง 36–37.4 °C

### กิจกรรมพยาบาล

1. เช็ดทำความสะอาดห้องผ่าตัดในตอนเช้าด้วยน้ำ 2 ลิตร: ผงซักฟอก 1 ช้อนชา ก่อนเริ่มการผ่าตัด และ ทำความสะอาดซ้ำหลังผ่าตัดเสร็จสิ้นทุกราย เพื่อทำลายเชื้อโรคที่อาจปนเปื้อนในบริเวณห้องผ่าตัด
2. ปิดประตูห้องผ่าตัดตลอดระยะเวลาการทำผ่าตัด และเปิดเมื่อมีความจำเป็น จำกัดบุคลากรเข้า-ออก การเคลื่อนไหวในห้องผ่าตัดตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในอากาศ
3. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดและตรวจสอบ การทำลายเชื้อด้วยกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมืออุปกรณ์ ทุกครั้งด้วยการตรวจสอบทางกายภาพ (mechanical) การตรวจสอบทางเคมี (chemical) และการตรวจสอบทางชีวภาพ (biological indicators) ตามมาตรฐานของการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ
4. ในขณะที่ผ่าตัด เปิดฝาปลอดเชื้อและอุปกรณ์ที่จะใช้ในการผ่าตัดอย่างระมัดระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อน (contamination) ตรวจสอบเครื่องมือให้ครบถ้วนพร้อมใช้งาน
5. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัด โดยฟอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Hibitane scrub 4% chlorhexidine ก่อนปูผ้าปราศจากเชื้อ และทาน้ำยาฆ่าเชื้อ Hibitane 2% chlorhexidine in water ทาบริเวณที่ลงมีดผ่าตัด

6. ตรวจสอบ คู่มือการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ก่อนการลงมือผ่าตัดภายในระยะเวลา 60 นาที ตามแผนการรักษา

7. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดช่วยแพทย์คลุมผ้าปลอดเชื้อบริเวณผ่าตัด และส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัด ด้วยหลักเทคนิคปลอดเชื้อและ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สังกัดทุกขั้นตอนการผ่าตัด

8. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมอยู่ระหว่าง 22 – 25°C ความชื้นสัมพัทธ์ 50–60% ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

9. ปฏิบัติการพยาบาลตามระเบียบของห้องผ่าตัด และยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ เฝ้าระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของปลอดเชื้อจากบุคลากร หรือสิ่งของภายนอกอย่างเคร่งครัด

10. ดูแลท่อระบาย (Drain) สายสวนปัสสาวะ ให้เป็นระบบปิด ไม่เลื่อนหลุด สายไม่บิด งอ หรือมีการอุดตันและการไหลย้อนกลับ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

11. เช็ดแผลให้สะอาด ทาทับด้วย Hibitane 2% chlorhexidine in water ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อและเหมาะสมกับขนาดของแผลให้เรียบร้อย เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

**การประเมินผล**

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 115/72 mmHg. ชีพจร 85 ครั้ง/นาที
2. อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที
3. อุณหภูมิกาย 36.7 °C ผิวหนังอบอุ่น ไม่ซีด

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxia) เนื่องจากเกิดภาวะการอุดตันของทางเดินหายใจ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง ระยะเวลา 4 ชั่วโมง 15 นาที
2. ผู้ป่วยหลับสนิท ลืมตา เมื่อเรียก มีระดับความง่วงซึมเท่ากับ 2
3. ผู้ป่วยนอนกรน หายใจมีเสียงครืดคราด

### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxia)

### เกณฑ์การประเมิน<sup>(31)</sup>

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน หายใจเสียงดัง กระสับกระส่าย บริเวณริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้ามีสีคล้ำ

2. มีค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 92% ในอากาศปกติ
3. อัตราการหายใจ 16 – 24 ครั้งต่อนาที หายใจไม่มีเสียงครี๊ดคราด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการกระสับกระส่าย สับสนของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะพร่อง ออกซิเจน ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
2. ประเมินผิวหนังและเล็บ เพื่อสังเกตอาการเขียวตามปลายมือ-เท้า จากภาวะพร่องออกซิเจน
3. สังเกตอัตราและลักษณะของการหายใจ ไม่มีอาการและอาการแสดงภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เช่น หายใจตื้น เร็ว หรือหายใจลึก ซ้ำลง หายใจเสียงดังกรน ฯลฯ
4. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างใกล้ชิดตามสภาพอาการของผู้ป่วยหากพบความผิดปกติรายงานนรีแพทย์และวิสัญญีแพทย์
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกซิเจนความเข้มข้น 100% ทางหน้ากาก 5 – 10 ลิตร/นาที หรือทาง cannula 2 – 5 ลิตร/นาที เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนตามแผนการรักษา
6. ดูแลเสมหะ เลือด ในปาก จมูกและช่องคอออกให้หมด ถ้ามีเสียงครี๊ดคราดในลำคอ
7. จัดท่านอนที่เหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วยดังนี้
  - จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าหงายเอียงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ น้ำลาย เสมหะ หรือ อาเจียน ไหลออกจากปากได้ ไม่สำลักเข้าไปในหลอดลม พร้อมทั้งหนุนศีรษะและยกขาขึ้นด้านบนเพื่อไม่ให้ลิ้นหรือ epiglottis ตกไปปิดช่องคอ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้สึกตัว
  - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา (Fowler position) และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การออกกำลังกายหลังผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและกระตุ้นให้ทำทุก 15 นาที จนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น
8. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วย ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ลดกิจกรรมการพยาบาล ที่รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย
9. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจส่วนบนทางปากและจมูก (oropharyngeal air way, nasopharyngeal airway) ท่อช่วยหายใจ และ laryngoscope AMBU bag ยาที่ต้องใช้กรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ฯลฯ

#### การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน หายใจเสียงดัง กระสับกระส่าย
2. บริเวณริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้ามีสีคล้ำค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) 95%
3. ความดันโลหิต 112/78 mmHg. ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (hypovolemic shock) เนื่องจากภาวะเลือดออกในช่องท้องหลังผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน แผลผ่าตัดยาว 15 – 20 ซม.
2. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 1,300 mL.

### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (hypovolemic shock)

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หัวใจเต้นไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที
2. ผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20%– 50% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม
3. ผู้ป่วยมี อุณหภูมิกาย (core temperature) อยู่ระหว่าง  $36^{\circ}\text{C}$ –  $37.4^{\circ}\text{C}$
4. ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 16 – 24 ครั้งต่อนาที
5. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. ปัสสาวะของผู้ป่วยออกไม่ต่ำกว่า 20 – 30 mL/ชม. (0.5–1 mL./กก/ชม.)
7. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการท้องอืดแข็งตึง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะ hypovolemic shock ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
2. บันทึกสัญญาณชีพและวัดอุณหภูมิกาย (core temperature) ทุก 15 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง หากมีอาการผิดปกติ แจ้งวิสัญญีแพทย์ และนรีแพทย์รับทราบ
3. ประเมินแผลผ่าตัด และอาการทางหน้าท้อง เช่น อาการท้องอืด แข็งตึง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำ ปรับอัตราการไหลของสารน้ำ และบันทึกการไหลของสารน้ำให้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา
5. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยโดยใช้ผ้าห่มอุ่น (warmer blanket) ร่วมกับผ้าห่มลมร้อนไฟฟ้า (forced-air warming blanket) โดยปรับอุณหภูมิเครื่อง forced-air warming blanket ที่  $32$ – $46^{\circ}\text{C}$  ปรับอุณหภูมิห้องพักฟื้นให้อยู่ที่  $25^{\circ}\text{C}$  และควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ 50 – 60%
6. จดบันทึก จำนวน สี ของปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง หากมีจำนวนน้อยกว่า 20 – 30 mL/ชม. (0.5 – 1 mL/Kg/hr) แจ้งวิสัญญีแพทย์ และนรีแพทย์รับทราบ
7. สังเกตและบันทึก ลักษณะ สีและจำนวนสารคัดหลั่งจากท่อระบาย

### การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 112/78 mmHg. ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
2. อุณหภูมิกาย 37.2 °C ผิวหนังอบอุ่น ไม่ซีด
3. ปัสสาวะจำนวน 270 mL. สีเหลืองใส
4. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี อาการท้องอืด แข็งตึง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยทำผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ระยะเวลาการทำผ่าตัด นาน 4 ชั่วโมง 15 นาที มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะทำผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 15 – 20 ซม.บริเวณกลางหน้าท้อง
3. ผู้ป่วยนอนขมวดคิ้ว ปวดแผล ระดับความปวด (Pain score) = 8 คะแนน มีระดับความง่วงซึม (sedation score) =2
4. ใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter)

### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ปวดแผลผ่าตัดลดลง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยมีระดับความปวด (Pain score) เท่ากับหรือน้อยกว่า 3 คะแนน
3. ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
4. อัตราการหายใจ 16 – 24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 60 –100 ครั้ง /นาที

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินอาการปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale; NRS) ที่มีค่าคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 (ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด) ถึง 10 (เจ็บปวดมากที่สุดเท่าที่จะนึกได้) พร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด
2. บริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ติดตามประเมินระดับความปวดหลังให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังอาการข้างเคียงหลังให้ยา ได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด คับปัสสาวะ ไม่ออก ง่วงซึม กดการหายใจ

3. ประเมินระดับความปวดหลังให้ยาทุก 5 นาที สามารถให้ยาซ้ำได้ 3 ครั้ง หากอาการไม่ทุเลาแจ้งวิสัญญีแพทย์รับทราบ

4. ประเมินระดับความง่วงซึมและสัญญาณชีพทุกครั้ง หลังให้ยาระงับปวดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 – 40 องศา (semi fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผล ผ่าตัดที่หน้าท้อง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะแก่การพักผ่อน

6. ให้คำแนะนำวิธีการบรรเทาความปวดขณะไอ โดยให้กอดหมอนไว้ที่หน้าท้องหรือประคองแผลไว้ เพื่อพยุงแผลไม่ให้กระเทือนมาก ระวังไม่ให้แผลกระทบกระเทือนเวลาที่ พลิกตะแคงตัว

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือกดทับแผลผ่าตัด ลดการกระตุ้นอาการปวด วางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อรบกวน ผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น

#### การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 112/78 mmHg. ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
2. มีระดับความปวด (Pain score) = 2.คะแนน ระดับความง่วงซึม (sedation score) = 1
3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีสหน้าผ่อนคลาย

#### สรุปภาวะสุขภาพหลังรับไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยหญิงคู่ อายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างผอม ผิวค่อนข้างแห้ง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัสเซลล์ระยะเริ่มแรก เข้ารับการรักษาครั้งนี้เพื่อผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน แกรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล นอนขมวดคิ้ว พูดคุยโต้ตอบได้ดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล การมองเห็นและการได้ยินปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยแจ้งว่ารู้สึกหนาว ต้องการผ้าห่มเพิ่ม และเมื่อคืนพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากเตียงแคบ มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ชักถามเกี่ยวกับระยะเวลาการผ่าตัด และกังวลว่าจะไม่ฟื้นจากการดมยาสลบ พูดเสียงสั่น และสอบถามขั้นตอนการผ่าตัด ได้รับสารน้ำ Lactated Ringer's solution (LRS) 1,000 mL ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 mL/hr สัญญาณชีพแรกรับ: ความดันโลหิต 106/69 mmHg ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 °C ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) แผลผ่าตัดแนวตั้ง สูญเสียเลือด 1,300 mL

ระยะเวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 15 นาที ระหว่างผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต 115/72 mmHg ชีพจร 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 °C ผิวหนังอบอุ่น ไม่ซีด ใสสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณ 270 mL ได้รับสารน้ำ LRS 1,000 mL ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 100 mL/hr ให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากชนิดมีถุงลม (oxygen mask with reservoir bag) อัตราการไหล 10 ลิตร/นาที ก่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย ได้ส่งต่อข้อมูลครบถ้วน พร้อมบันทึกข้อมูลในเอกสารการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และใช้แนวทางการสื่อสาร ISBAR ในการสรุปปัญหาและแผนการดูแลต่อเนื่องแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

### ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไป ได้แก่

1. ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง
3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด
4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)
5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
6. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxia) เนื่องจากเกิดภาวะการอุดตันของทางเดินหายใจ

### ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขบางส่วน และต้องติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณปอด (Pulmonary Embolism: PE)
3. ผู้ป่วยมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (hypovolemic shock) เนื่องจากภาวะเลือดออกในช่องท้องหลังผ่าตัด

ในระยะผ่าตัด ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่วางแผนไว้ทั้ง 3 ระยะผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายระหว่างรับไว้ในความดูแล ปัญหาบางส่วนได้รับการแก้ไขหมดไป ปัญหาบางส่วนต้องติดตามแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย พยาบาลห้องพักรักษาได้บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาที่ได้รับขณะอยู่ในระยะผ่าตัดให้พยาบาลหอผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง

## บทที่ 5

### ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน มีปัญหา และอุปสรรคเกิดขึ้นเสมอ เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ มีขั้นตอนการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและเส้นเลือดบริเวณใกล้เคียง ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดค่อนข้างนานจึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของทีมผ่าตัด วิทยุณี และความรู้ความสามารถตามมาตรฐานการพยาบาล ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จากการปฏิบัติงานพบปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนในระยะผ่าตัดดังนี้

#### ตารางที่ 6 : ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน	<ol style="list-style-type: none"><li>1. พยาบาลประจำห้องผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (pre-operative and post-operative visit) เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ โดยประเมินสภาวะทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพในทุกระยะการผ่าตัดรวมถึง ประเมินและค้นหาปัญหาเพิ่มเติมส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหสาขาดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ</li><li>2. ให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยจัดตั้งกลุ่มเฉพาะเพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยวิธีโคลิกเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น แนะนำบุคลากร สถานที่ การปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด การออกกำลังกายหลังผ่าตัด และการตอบคำถามของผู้ป่วยและญาติรวมถึงคัดกรอง แยกประเภทของผู้ป่วยตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย</li></ol>

ตารางที่ 6 : ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา (ต่อ)

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
	<p>3. จัดตั้งสายด่วนสุขภาพสำหรับให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รวมถึงนัดคิวพบแพทย์แบบออนไลน์เพื่อตรวจรักษาเบื้องต้น</p> <p>4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด มดลูกแบบถอนรากถอนโคน ทุกรายทำแบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของหน่วยผ่าตัดคนรีเวชวิทยาในห้องพักรอก่อนผ่าตัด</p>
<p>พยาบาลใหม่ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำสื่อการสอนและแบบประเมินความรู้ก่อนหลังก่อนการฝึกปฏิบัติด้วยคอมพิวเตอร์</li> <li>2. จัดทำคู่มือจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ ใหม่เขียนแปลของนรีแพทย์ทุกคนไว้สำหรับให้พยาบาลประจำห้องผ่าตัดที่เข้ามาหมุนเวียนในหน่วยผ่าตัดคนรีเวชวิทยา</li> <li>3. จัดอบรมให้ความรู้ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และมีการฝึกทักษะจากการทำงาน (on the job training) โดยพยาบาลพี่เลี้ยงดูแลอย่างใกล้ชิด และประเมินผลการให้ความรู้ก่อนให้ปฏิบัติจริง</li> <li>4. มีพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า</li> <li>5. ปี ดูแลอย่างใกล้ชิดแบบ 1:1 ตลอดระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ</li> <li>6. ผู้เรียนสามารถประเมินพยาบาลพี่เลี้ยงหลังเรียนเพื่อวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง และคุณภาพการเรียนการสอนระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน</li> </ol>

ตารางที่ 6 : ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา (ต่อ)

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกผ่าตัดรักษาด้วยการผ่าตัดดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนได้น้อยเนื่องจากตรวจพบผู้ป่วยระยะเริ่มแรกน้อยและจำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนมีไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กระทรวงสาธารณสุขควรรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฟรี โดยประชาชนสามารถใช้สิทธิการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลและทุกสิทธิการรักษา</li> <li>2. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำชุดของขั้วญและรางวัลให้แก่สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>3. กระทรวงสาธารณสุขควรรณรงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุ 21 ปีขึ้นไป</li> <li>4. กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างนวัตกรรมชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อลดความอายของผู้ป่วย</li> <li>5. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำแอปพลิเคชันเพื่อแจ้งเตือนการตรวจมะเร็งปากมดลูกและขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อตรวจพบความผิดปกติ</li> <li>6. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำโครงการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวีชนิด 4 สายพันธุ์ให้ประชาชนไทยทุกคน ทุกเพศ เมื่ออายุครบ 15 ปีฟรี</li> <li>7. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนเอชพีวี และยาสำหรับรักษามะเร็งปากมดลูก</li> <li>8. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดให้มีแพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวชครอบคลุมทั่วประเทศโดยกำหนดมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรไว้ที่แพทย์ 1 คนต่อประชากร 5,000 คน</li> </ol>

## บรรณานุกรม

1. Liu Y, Ai H. Comprehensive insights into human papillomavirus and cervical cancer: Pathophysiology, screening, and vaccination strategies. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) Reviews on Cancer*. 2024;189:192.
2. ฅกานดา ส่องพราย, รติกร มะหิพันธ์. รอยโรคผิวดปกตึซึนสูงก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) . In: บุรยา พัฒนจินดากุล, ฅนยารัตน์ วงศวานุรักษ์, สมลัญจนั เพ็ชรยั้ม, พิสุทธี ศรีชัยกุล, วุฒินันท์ อัจฉริยะโพธา, เพ็ญบุญหลัน ยานาน, นลัถ สมภักดี, ฅชจารีัย พันธุ์ชาลั บุญบวรพงศั, editors. สุตินรีเวชทันยุค 2566 (OB–GYN in Practice 2023) . กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลัฟวี่ง จำกััด; 2023. p. 159–72.
3. Cheewapat P, Poolperm K. วัคซัันป้องกันมะเร็งปากมดลูก: สถานการณัปัจจุบันและบทบาทพยาบาล. *Thai Red Cross Nurs J*. 2020;13 (1) :39–49.
4. ฅกานดา ส่องพราย, สมภพ กุลจรสันนั, ไออรัน เรืองขจร. การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วย การผ่าตัดกายหลัังการให้รังสีรักษา (Completion surgery after radiation therapy for cervical cancer) . In: สมลัญจนั เพ็ชรยั้ม, ไออรัน เรืองขจร, ชุติมน อัสมภินวงศั, นลัณี พาณัชยวัฏ, พิสุทธี ศรีชัยกุล, นลัถ สมภักดี, ฅชจารีัย พันธุ์ชาลั บุญบวรพงศั, editors. สุตินรีเวชทันยุค (OB–GYN in Practice 2024) . กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลัฟวี่ง จำกััด; 2567. p. 169–80.
5. สุกัิตรา อานอาษา, ศลัศัทร ลัิงหลั่า. การวณัจณััยรอยโรคมะเร็งปากมดลูกชนิดสความัศทาง เซลลั์วืทยา (Cytologic diagnosis of cervical squamous cell carcinoma) . In: บุรยา พัฒนจินดากุล, สมลัญจนั เพ็ชรยั้ม, พิสุทธี ศรีชัยกุล, วุฒินันท์ อัจฉริยะโพธา, เพ็ญบุญหลัน ยานาน, นลัถ สมภักดี, ฅชจารีัย พันธุ์ชาลั บุญบวรพงศั, editors. สุตินรีเวชทันยุค 2566 (OB–GYN in Practice 2023) . กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลัฟวี่ง จำกััด; 2023. p. 173–86.
6. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155 Suppl 1:28–44.
7. Zapardiel I, Cermignani M, Minig L, Halaska MJ, Fujii S. Avascular spaces in radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33 (2) :285–92.
8. Salazar Maya ÁM. Nursing care during the perioperative period within the surgical context. *Invest Educ Enferm*. 2022;40 (2) .

9. Ponnatapura J, Lalwani N. MRI of cervical cancer. In: Lalwani N, editor. *Magnetic Resonance Imaging of the Pelvis*. Amsterdam: Academic Press; 2023. p. 319–44.
10. Gustafson EA, Santa Rosario JC, Rios–Bedoya C, de Socarraz M. High–risk HPV testing for cervical cancer screening in a Puerto Rican population. *Gynecol Oncol Reports*. 2023;48:101236.
11. Stoler MH, Jenkins D, Bergeron C. The pathology of cervical precancer and cancer and its importance in clinical practice. In: Jenkins D, Bosch FX, editors. *Human Papillomavirus*. Amsterdam: Academic Press; 2020. p. 85–109.
12. Shinde S, Vishvakarma NK, Tiwari AK, Dixit V, Saxena S, Shukla D. Therapeutic options for the management of cervical cancer. In: Malla RR, Nagaraju GP, editors. *A Theranostic and Precision Medicine Approach for Female–Specific Cancers*. Amsterdam: Academic Press; 2021. p. 193–212.
13. Aziz SW, Aziz MH. Cervical cancer metastasis. In: Ahmad A, editor. *Introduction to Cancer Metastasis*. Amsterdam: Academic Press; 2017. p. 77–94.
14. Johnson CA, James D, Marzan A, Armaos M. Cervical cancer: An overview of pathophysiology and management. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35 (2) :166–74.
15. Kotsopoulos IC, Newton CL, Mould TA. Invasive cervical cancer. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2020;30 (6) :167–74.
16. Fowler JR, Maani EV, Dunton CJ, Gasalberti DP, Jack BW. Cervical cancer. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing; 2024.
17. Mbodi L, Maringa VD, Moroeng MW, Bassa S, Kaufmann AM, Dlamini Z. An overview of cervical cancer, chemotherapy as treatment and chemotherapy resistance. In: Dlamini Z, editor. *Strategies for Overcoming Chemotherapy Resistance in Cervical Cancer*. Amsterdam: Academic Press; 2024. p. 1–16.
18. Bogani G, Di Donato V, Scambia G, Raspagliesi F, Chiantera V, Sozzi G, et al. Radical hysterectomy for early–stage cervical cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19 (18) .
19. ไอรีน เรื่องขจร. มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) . กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2561.
20. Franco I, Viswanathan AN. Radiation oncology management of stage III and IVA cervical carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2022;32 (3) :231–8.

21. ปัทมา เชาวน์โพธิ์ทอง. แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเรืงปากมดลูก ปี พ.ศ. 2567 (Update in cervical cancer screening 2024) . In: สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, ไอรีน เรืองขจร, ชุติมน อสัมภินวงศ์, นลินี พาณิชยวิภู, พิสุทธิ ศรีชัยกุล, นลัท สมภักดี, ชัชจารีย์ พันธุ์ชาติ บุญบรรพพงศ์, editors. สูตินรีเวชทันยุค (OB-GYN in Practice 2024) . กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2567. p. 83–8.
22. Armstrong M, Moore RA. Anatomy, patient positioning. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing; 2024.
23. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. วัธิปฏิบัติงานเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. เอกสารรหัส NS-04-3-007-03; 2563.
24. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. วัธิปฏิบัติงานเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด; 2558.
25. Davidson M, Litchfield K. Patient recovery and the post-anaesthesia care unit. *Anaesth Intensive Care Med.* 2024;25 (8) :533–6.
26. Kırallı K, Gürcü ME, Baysal PK, Oğuzhan Ö. Monitoring during cardiopulmonary bypass. In: Kırallı K, Coselli JS, Kalangos A, editors. *Cardiopulmonary Bypass*. Amsterdam: Academic Press; 2023. p. 259–84.
27. สายใจ คงพานิชย์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณัฐรินทร์ ดิฐศิริระพงศ์พานิชย์. การจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ด้วยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ.* 2022;5 (2) :42–51.
28. Honkavuo L, Loe SAK. Nurse anesthetists' and operating theater nurses' experiences with inadvertent hypothermia in perioperative nursing care. *J Perianesth Nurs.* 2020;35 (6) :676–81.
29. Steiner D, Ay C. Risk assessment and primary prevention of VTE in patients with cancer: Advances, challenges, and evidence gaps. *Best Pract Res Clin Haematol.* 2022;35 (1) :101347.
30. น้ำพอง เดชสูงเนิน. กรณีศึกษา: การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.* 2023;8 (4) :275–84.

31. Sondtiruk T, Thapthimthong P. การพยาบาลในระยะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. Siriraj Med Bull. 2024;17 (3) :266–72.
32. ศูนย์ห้องปฏิบัติการศิริราช โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาคผนวก ก**

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ฝ่ายการพยาบาล  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร. 94646-7

ที่ อว 78.072/Engพ6698/2564

วันที่ 10 กันยายน 2564

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญเลิศ วิริยะภาค)  
เรียน หัวหน้าภ.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ด้วย นางสาวน้ำผึ้ง อินทโพธิ์ ตำแหน่งพยาบาล (พม.) SAP ID 10009041 สังกัด งานการพยาบาล  
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช จัดทำคู่มือการพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย  
มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลฯจึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญเลิศ วิริยะภาค ตำแหน่ง  
อาจารย์หน่วยมะเร็งนรีเวช สังกัดภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราช  
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าวเพื่อความถูกต้อง  
และเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์จะเป็นพระคุณยิ่ง

วิศิษฐ์ วามวานิชย์  
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์วิศิษฐ์ วามวานิชย์)  
ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล  
ลงนามผ่านระบบ Electronic Document

## จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ฝ่ายการพยาบาล  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร. 94646-7

ที่ 50000367/32072/2564

วันที่ 6 กันยายน 2564

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล (นางสุวรรณณี ยิ่งยืนยง)

เรียน หัวหน้างานการพยาบาลสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ด้วยนางสาวน้ำผึ้ง อินทโพธิ์ ตำแหน่ง พยาบาล ( พม.) SAP ID 10009041 สังกัด งานการพยาบาลสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลฯจึงขอเรียนเชิญ นางสุวรรณณี ยิ่งยืนยง ตำแหน่ง พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ สังกัดงานการพยาบาลสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยาฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าวเพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

นิตยา อังพานิชเจริญ  
(น.ส.นิตยา อังพานิชเจริญ)  
ปฏิบัติหน้าที่แทน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล  
ลงนามผ่านระบบ Electronic Document

## ภาคผนวก ข

## ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ – สกุล	นางสาว น้ำผึ้ง อินทโพธิ์
วัน เดือน ปี เกิด	22 สิงหาคม 2523
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2561 ประกาศนียบัตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม พ.ศ. 2546 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ปฏิบัติงาน	พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน หน่วยผ่าตัดนรีเวชวิทยา งานการพยาบาลสูติศาสตร์– นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ชื่อ – สกุล	นางสาว สุชาดา กล่อมจิต
วัน เดือน ปี เกิด	4 กรกฎาคม 2522
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ปฏิบัติงาน	พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน หน่วยผ่าตัดนรีเวชวิทยา งานการพยาบาลสูติศาสตร์– นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช