



คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัด
แบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง

นางสาวจิราภรณ์ ทองดอนจุก

งานการพยาบาลสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

คำนำ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก ที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องให้เข้าไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และได้รับการบริการที่มีคุณภาพ อีกทั้งเพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก ที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ผู้จัดทำได้รวบรวมรายละเอียดและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการพยาบาลเล่มนี้จะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกมดลูกที่รักษาโดยการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องสำหรับพยาบาลและผู้สนใจต่อไป

ขอขอบคุณ รศ. นพ.ประสงค์ ตันมหาสมุทร อาจารย์ประจำหน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ ดร.ศุภาวดี วายุเหือด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คุณกาญจนา ทมิพทร ผู้ตรวจการงานพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่ได้กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและเสนอแนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณพยาบาลและผู้ร่วมงานในหอผู้ป่วย 100 ปี สมเด็จพระศรีฯ 12/2 ที่ให้กำลังใจในการจัดทำคู่มือ สุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยทุกรายที่เป็นแรงบันดาลใจให้จัดทำคู่มือฉบับนี้

จิราภรณ์ ทองคอนจุย

ตุลาคม 2556

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
สารบัญรูป	ง
สารบัญตาราง	จ
บทนำ	1
บทที่ 1	4
ความหมายของเนื้องอกมดลูก	4
ชนิดของเนื้องอกมดลูก	4
พยาธิสภาพของเนื้องอกมดลูก	5
อาการและอาการแสดง	6
การวินิจฉัย	8
การรักษา	9
บทที่ 2	12
ความหมายของการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางนรีเวช	12
วิธีการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช	14
ข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง	16
ข้อเสียของการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง	16
โรคทางนรีเวชที่สามารถรักษา โดยการผ่าตัดผ่านกล้อง	17
ข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช	18
การผ่าตัดผ่านกล้องกับภาวะแทรกซ้อน	19
บทที่ 3	23
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด	23
แบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง	
บทที่ 4	31
ข้อวินิจฉัยการทางพยาบาล	31
บทที่ 5	45
กรณีศึกษา	45
การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา	48

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 สรุปกรณีศึกษาและวิจารณ์	63
ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา	65
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	
แบบทดสอบความรู้	
เฉลยแบบทดสอบความรู้	
ความคิดเห็นของผู้ใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก ที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง	

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 แสดงชนิดและตำแหน่งของเนื้องอกมดลูก	5
รูปที่ 2 ภาพทางกล้องจุลทรรศน์ของเนื้องอกมดลูก	6
รูปที่ 3 แสดงการผ่าตัดด้วยกล้อง โดยการเจาะหน้าท้องเป็นรูเล็กๆ สี่ตำแหน่ง และมองเห็นการใส่เครื่องมือผ่านเข้าไปผ่าตัดในช่องท้อง	15
รูปที่ 4 แสดงลักษณะของแผลผ่าตัดแบบผ่านกล้อง	15

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดเปิดหน้าท้องกับการผ่าตัดส่องกล้อง	17
ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยและอาการผิดปกติภายหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องทาง หน้าท้องที่ได้รับการ Re-admit ภายใน 28 วัน	20
ตารางที่ 3 ปัญหาอุปสรรคต่างๆในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก ที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องและแนวทางการแก้ไข ปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ	65

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

เนื้องอกมดลูก (myoma uteri) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในทางนรีเวชวิทยา ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 40-50 ปี เพราะเป็นช่วงที่เนื้องอกมีการเจริญเติบโตเร็วมาก เนื่องจากสตรีในช่วงอายุดังกล่าวจะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน เฉลี่ยสูงสุด^{1,2} สำหรับอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเนื้องอกมดลูก มีจำนวนทั้งหมด 3,811 , 2,699 และ 3,528 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.76, 29.60 และ 22.08 ของผู้มารับบริการทั้งหมดตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีจำนวนทั้งหมด 1,749, 1,842 และ 1,522 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.28 , 35.68 และ 30.15 ของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก ตามลำดับ^{3,4,5} ในอดีตผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเนื้องอกมดลูกและต้องรับการผ่าตัดนั้น การผ่าตัดจะเป็นลักษณะการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง(exploratory laparotomy) ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีแผลที่หน้าท้องขนาดใหญ่ โอกาสเสียเลือดในการทำผ่าตัดมีมาก อาการปวดแผลภายหลังผ่าตัดย่อมมีมากขึ้น ทำให้ระยะเวลาในการฟื้นตัวช้าลง การนอนโรงพยาบาลมีระยะเวลา นานขึ้น^{6,7,8}

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา ได้นำวิธีการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง (laparoscopic surgery) มาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกมดลูก ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องเป็นวิธีที่แพร่หลายมากขึ้น

เนื่องจากผลการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง แผลจะมีขนาดเล็ก อาการเจ็บแผลค่อนข้างน้อย การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ทำให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติเร็วขึ้นด้วย^{6,7,8}

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องเล่มนี้ แบ่งออกเป็น4ส่วน ประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดเนื้องอกมดลูก การรักษาโดยการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปประยุกต์ ใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงพยาธิสรีรวิทยาการเกิดภาวะเนื้องอกมดลูก
2. เพื่อให้พยาบาลทราบถึงแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง
4. เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้า
ท้อง

บทที่ 1

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเนื้องอกมดลูก

ความหมายของเนื้องอกมดลูก^{1,2}

เนื้องอกมดลูก(myoma uteri, leiomyoma, fibroid) หมายถึง เนื้องอกที่เจริญเติบโตมากผิดปกติ จนแทรกเข้าไปในตัวมดลูกที่ปกติ จนทำให้มดลูกทั้งอัน โตขึ้นมาเป็นก้อนเนื้องอก แต่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง โรคเนื้องอกมดลูกนี้พบบ่อยที่สุดในอุ้งเชิงกรานของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 40-50 ปี เพราะสตรีในช่วงอายุดังกล่าว จะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนโดยเฉลี่ยสูงมากที่สุด จึงทำให้เนื้องอกมีการเจริญโตเร็วมาก จนกลายเป็นโรคเนื้องอกมดลูก

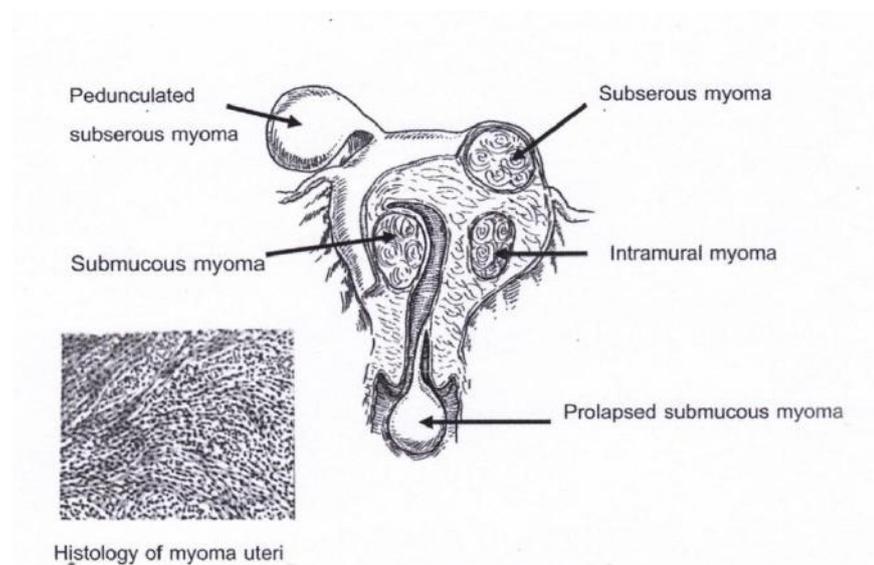
ชนิดของเนื้องอกมดลูก^{2,9}

ชนิดของเนื้องอกมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ตามตำแหน่งของผนังมดลูก ดังนี้(รูปที่ 1)

1) Subserousmyoma เป็นก้อนที่เกิดขึ้น serosa ของตัวมดลูก และมักจะติดกับตัวมดลูก โดยอาจจะมีฐานกว้างหรือแคบแล้วแต่ลักษณะของเนื้องอกนั้น หากมีฐานแคบมักถูก เรียกว่า pedunculatedsubserousmyoma โดยทั่วไปเนื้องอกชนิดนี้มักไม่มีอาการยกเว้นชนิดฐานแคบ ซึ่งอาจเกิดการบิดขั้วได้ ถ้าก้อนเนื้องอกโตเข้าไปอยู่ใน broad ligament เรียกเนื้องอกมดลูกลักษณะนี้ว่า intraligamentousmyoma ขณะที่ parasitic leiomyoma เป็นsubserousmyoma ที่แยกออกจากก้อนเนื้องอกเดิมออกไป โดยได้รับเลือดมาเลี้ยงจากอวัยวะอื่นในอุ้งเชิงกราน

2) Intramural myoma เป็นชนิดที่พบบมากที่สุด เกิดที่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูกและอาจทำให้โพรงมดลูก หรือรูปร่างภายนอกของมดลูกบิดเบี้ยว ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติได้

3) Submucous myoma ตำแหน่งของเนื้องอกยื่นเข้าไปในโพรงมดลูกแต่ยังอยู่ใต้เยื่อมดลูก อาจทำให้โพรงมดลูกบิดเบี้ยวไปจากเดิม บางครั้งก้อนเนื้องอกยื่นออกจากโพรงมดลูก จนพ้นปากมดลูกและยื่นเข้าสู่ช่องคลอด เรียกว่า prolapsed submucous myoma เนื้องอกมดลูกชนิดนี้พบน้อยที่สุด พบได้ประมาณ ประมาณร้อยละ 5 ของเนื้องอกมดลูกทั้งหมด



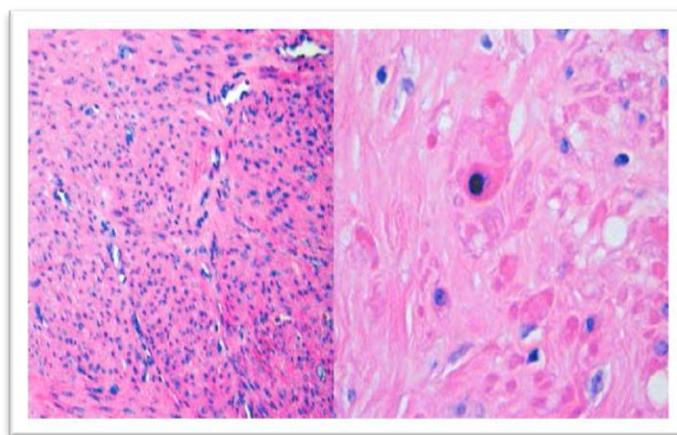
รูปที่ 1 ชนิดและตำแหน่งของเนื้องอกมดลูก

ที่มา: ตำราสูติศาสตร์ – นรีเวชทันยุค 2012: ธีรรัตน์ และ สุธี , 2555;144

พยาธิสภาพของเนื้องอกมดลูก^{9,10}

เกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกที่เป็นกล้ามเนื้อเรียบมีการแบ่งตัวมากผิดปกติ โดยมีการวางตัวเรียงกันเป็นวงๆ และมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันสอดประสานกันเป็นวงแน่นมีขอบเขตชัดเจน เมื่อมองด้วยตาเปล่าจะเห็นเป็นก้อนสีเทาขาวเป็นวงๆ เหมือนก้อนหอย (whorl-like) ซึ่งมีขอบเขตแยกจาก

กล้ามเนื้อดลูกปกติได้ชัดเจน เนื่องจากเห็นเหมือนลักษณะคล้ายเปลือกหุ้มอยู่รอบก้อน (pseudo-capsule) ซึ่งนั่นก็คือเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่ถูกบีบคั้นนั่นเอง



รูปที่ 2 ภาพทางกล้องจุลทรรศน์ของเนื้องอกมดลูกพบเซลล์กล้ามเนื้อเรียบลักษณะยาวรีสอดประสานกันเป็น interlacing bundle ส่วนภาพทางขวาเป็นรูปขยายพบลักษณะของ mitotic figure น้อยมาก

ที่มา: วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 ต.ค. –ธ.ค. 2555;315

อาการและอาการแสดง^{1,11,12}

ผู้ป่วยที่มีโรคเนื้องอกมดลูกประมาณร้อยละ 50 มักจะไม่มีอาการ แต่ในกลุ่มที่มีอาการจะมาพบแพทย์ด้วยอาการต่อไปนี้

1. เลือดระดูออกมากผิดปกติ และมานานกว่าปกติ (menorrhagia) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด ของเนื้องอกมดลูก เกิดจากการที่ก้อนเนื้องอกกดทับการไหลเวียนของหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดดำ ทำให้มีการขยายตัวของเส้นเลือดดำภายใน myometrium และ endometrium ดังนั้น

intramural และsubmucousอาจทำให้มีอาการของ menorrhagia ได้หากผู้ป่วยมีเลือดระดูออกติดต่อกันเป็นเวลานานมาก อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียและซีดได้

2. อาการจากการถูกกดเบียดของอวัยวะข้างเคียง(pressure symptoms) อาการถูกกดเบียดจากเนื้องอก ก้อนเนื้องอกที่กดเบียดกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้รู้สึกไม่สบายที่บริเวณหัวหน้า ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะค้างหรือไหลโดยไม่รู้สึกรู้สีก่อนที่กดเบียดลำไส้ตรงอาจทำให้เกิดท้องผูก ถ้าก้อนใหญ่มากจนกดเบียดหลอดเลือดดำจะทำให้ขาบวม บางครั้งเมื่อมีการกดที่เส้นประสาทภายในอุ้งเชิงกราน อาจเจ็บปวดมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่เป็นเนื้อร้าย ถ้าเนื้องอกโตออกไปทางด้านข้างของอุ้งเชิงกรานก็อาจจะกดเบียดท่อไต ทำให้เกิดท่อไตและไตบวม(hydronephrosis and hydronephrosis) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหลังข้างที่มีพยาธิสภาพ

3. อาการปวด(pelvic pain) พบได้ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีโรคเนื้องอกมดลูก อาการปวด อาจเกิดจากการบิดของก้อนชนิด subserousหรืออาจเกิดจากการเสื่อมสภาพของก้อน ทำให้มีเลือดออกในก้อนเนื้องอก หรือมีการอักเสบเกิดขึ้น และอาจมีการบีบตัวของมดลูก เพื่อขับเอาก้อนเนื้องอกชนิดsubmucousและในสาเหตุสุดท้าย อาการปวดอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของก้อนเนื้องอกกลายเป็นมะเร็งได้

4. คลำพบก้อนในท้องน้อย (palpable mass) อาจจะไม่มีอาการอะไรเลย นอกจากคลำได้ก้อนบริเวณท้องน้อยโดยบังเอิญ หรือรู้สึกว่ามีก้อนโตขึ้น

5. มีภาวะมีบุตรยาก (infertility) ในภาวะเช่นนี้ เกิดจากก้อนเนื้องอกทำให้ท่อนำไปอุดตัน หรือทำให้โพรงมดลูกมีรูปร่างผิดปกติ จนรบกวนการเคลื่อนและฝังตัวของตัวอ่อน จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ยาก แต่พบว่าเป็นสาเหตุของการมีบุตรยากเพียงร้อยละ 2-3 เท่านั้น

การวินิจฉัย^{10,11,12,13}

1. จากประวัติและอาการของผู้ป่วย เมื่อซักประวัติผู้ป่วยมักให้ประวัติว่ามีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด และส่วนน้อยมาด้วยเรื่องการมีบุตรยาก แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งซักประวัติจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใดอาจจะวินิจฉัยพบโรคจากการตรวจร่างกายประจำปี

2. การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน พบว่าเป็นวิธีที่มีความมากในการวินิจฉัยโรค เมื่อมดลูกมีขนาดตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (มดลูกมีน้ำหนักประมาณ 300 กรัม) การตรวจภายในสามารถบอกลักษณะและขนาดของก้อนได้ โดยมักจะเทียบกับขนาดมดลูกเมื่อมีการตั้งครรภ์ นอกจากนั้นการตรวจภายในก็อาจทำให้พบก้อนเนื้องอกที่โผล่ออกทางปากมดลูก (prolapsed submucous myoma)

3. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจด้วยวิธีนี้สามารถบ่งบอกลักษณะของก้อนได้ชัดเจนขึ้น สามารถแยกก้อนของมดลูกและรังไข่ได้ ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้แม่นยำขึ้น และนอกจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องแล้ว ยังสามารถตรวจทางช่องคลอดได้อีกด้วย เพราะในกรณีที่ผู้ป่วยหน้าท้องหนาอาจมองเห็นไม่ชัดเจน การตรวจทางช่องคลอดจะทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น

4. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพร้อมกับการฉีดน้ำเกลือเข้าโพรงมดลูก (Saline infusion sonohysterography ; SIS) ในกรณีที่ เป็น submucousmyoma จะช่วยยืนยันและบ่งชี้ถึงวิธีการผ่าตัดเนื้องอกได้

5. การใช้กล้องส่องตรวจโพรงมดลูก (diagnostic hysteroscopy) มักได้ประโยชน์ในรายที่เป็น submucousmyoma มีความแม่นยำในการวินิจฉัยและยังเป็นการรักษาอีกด้วย

6. Magnetic Resonance Imaging (MRI) เป็นการตรวจที่ให้ข้อมูลแม่นยำ และเที่ยงตรงมาก สามารถใช้บอกตำแหน่งของก้อน และสามารถแยกจากโรค Adenomyosis ได้ แต่ยังไม่เป็นที่นิยม เพราะมีราคาแพง

การรักษา^{9,12,13,14}

การรักษาเนื้องอกมดลูก ทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. รักษาโดยการติดตามการเปลี่ยนแปลงของเนื้องอกเป็นระยะ มักจะทำในรายที่เนื้องอกขนาดไม่โตมากจนทำให้เกิดอาการกดเบียดต่ออวัยวะข้างเคียงดังกล่าวแล้วข้างต้นหรือขนาดก้อนเนื้องอกไม่โตกว่า 12 สัปดาห์ของขนาดอายุครรภ์ ในรายที่ใกล้หมดระดูที่ก้อนเนื้องอกมีโอกาสเล็กลงเอง เป็นต้น โดยปกติแพทย์มักจะนัด มาตรวจติดตามเป็นระยะทุก 3-6 เดือน

2. การรักษาด้วยยา

2.1 Danazol เป็นอนุพันธ์ของฮอร์โมนเพศชายสามารถลดขนาดของก้อนเนื้องอกและลดการเสียเลือดได้ แต่อาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของฮอร์โมนเพศชาย เช่น หน้ามัน ลิว ขนคอก เสียงห้าว เป็นต้น ทำให้ไม่นิยมใช้ยานี้

2.2 ยาในกลุ่ม GnRH agonist เป็นตัวยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาเนื้องอกมดลูก เพราะพบว่าหลังการให้ยาในกลุ่มนี้นานประมาณ 3-6 เดือน สามารถลดขนาดของเนื้องอก ขนาดของมดลูก และลดการเสียเลือดได้ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของยากลุ่มนี้คือทำให้เกิดภาวะหมดระดูเทียม (pseudomenopause) จะมีอาการ ร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง และเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนได้ อย่างไรก็ตามแพทย์จะพิจารณาไม่ใช้ยาเกิน 6 เดือน

3. การรักษาโดยการผ่าตัดอาจเป็นการตัดเอาเฉพาะก้อนเนื้องอกออก (myomectomy) หรือ ตัดมดลูกออกทั้งหมด (hysterectomy) ซึ่งจะเลือกชนิดการผ่าตัดแบบใดนั้น มักจะต้องคำนึงถึงขนาด ตำแหน่ง จำนวนของเนื้องอกมดลูก ตลอดจนความต้องการมีบุตรของผู้ป่วยมาประกอบการพิจารณาด้วย ในปัจจุบันเราสามารถทำผ่าตัดทั้งสองชนิดนี้ได้หลากหลายวิธี ทั้งโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องโดยวิธีปกติ (abdominal myomectomy or hysterectomy) หรือ ทำผ่าตัดผ่านทางกล้องส่องทางหน้าท้อง(laparoscopic myomectomy or hysterectomy) หรือผ่าตัดเฉพาะเนื้องอก โดยกล้องส่องผ่านทางโพรงมดลูก (hysteroscopic myomectomy)

ซึ่งในคู่มือฉบับนี้ จะกล่าวถึงการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องซึ่งเป็นวิธีที่นิยมทำมากในปัจจุบัน⁷ โดยเนื้อหารายละเอียด การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องจะกล่าวในบทต่อไป

4. การรักษาโดยฉีดสารพิเศษเข้าไปอุดหลอดเลือดที่เลี้ยงมดลูก(uterine artery embolization ,UAE)เป็นวิธีใหม่ที่น่าสนใจทางนรีเวช ทำโดยรังสีแพทย์ โดยทางสูตินรีแพทย์ จะทำการวินิจฉัย หลังจากนั้นส่งต่อไปให้รังสีแพทย์ เพื่อทำการรักษา โดยการใส่ท่อสวนหลอดเลือด

ขนาดเล็กเข้าไปในหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เพื่อใส่เข้าสู่หลอดเลือดแดง uterine ที่มดลูกและฉีดสารพิเศษไปอุดกั้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่มดลูก ซึ่งจะทำให้มดลูกฝ่อลง และหยุดเลือดได้¹⁵

ในโรงพยาบาลศิริราช เริ่มมีการรักษาโดยวิธี uterine artery embolization ตั้งแต่ปี 2548¹⁵ และขณะที่โรงพยาบาลภูมิพลเริ่มมีการรักษาโดยใช้วิธีนี้ในปี 2551 ผลการรักษาประสบความสำเร็จและเป็นที่น่าพอใจ¹⁶ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยในการตัดสินใจรักษาภาวะเนื้องอกมดลูกโดยไม่ต้องผ่าตัด

เนื้องอกมดลูกเป็น โรคทางนรีเวชที่พบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการอะไรเลย หรืออาจมีอาการปวดท้อง คลำพบก้อนในท้อง ตลอดจนพบว่ามีระดูออกมากผิดปกติ จนมาพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกมดลูก ซึ่งการรักษาก็มีวิธีแตกต่างกันออกไป ตั้งแต่สังเกตอาการ รอจนกว่าจะเข้าสู่วัยทองหมดระดู จนถึงการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งการรักษาต่างๆ นั้นขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ในการเลือกวิธีในการรักษา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

ซึ่งในบทต่อไป จะกล่าวถึงการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกมดลูก ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่นิยมและแพร่หลายมากขึ้นของสูตินรีแพทย์

บทที่ 2

การผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางนรีเวช

ความหมายของการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องท้อง (laparoscopic surgery) ¹⁷

เป็นการผ่าตัดโดยการเจาะผ่านช่องท้องหรือผิวหนังใกล้บริเวณที่ต้องการจะทำการผ่าตัด เพื่อสอดอุปกรณ์ผ่าตัด และกล้องขนาดเล็ก เพื่อบันทึกภาพและส่งมายังจอรับภาพ ซึ่งทำหน้าที่แทนตาของศัลยแพทย์ รวมถึงอุปกรณ์อื่นๆ เพื่อให้การผ่าตัดสะดวกขึ้นและลดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ระยะพักฟื้นของผู้ป่วยลดลง

พัฒนาการของการผ่าตัดผ่านกล้อง¹⁸

ตั้งแต่ 400 ปีก่อนคริสตกาล ฮิปโปเครติสประดิษฐ์เครื่องมือสำหรับส่องตรวจในช่องคลอดของสตรี หลังจากนั้นมีการประดิษฐ์เครื่องมือแพทย์สำหรับส่องตรวจทางโพรงมดลูก ช่องปาก และทวารหนัก

บิดาของการส่องกล้องในยุคปัจจุบัน คือ Bozzini ซึ่งในปี พ.ศ. 2348 ได้ประดิษฐ์อุปกรณ์สำหรับส่องตรวจภายในรูท่อน้ำสวาระ โดยการอาศัยแสงเทียนที่สะท้อนผ่านกระจกไปตามท่อโลหะ ต่อมาในปี พ.ศ. 2408 Desormeauz ประดิษฐ์อุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องในกระเพาะปัสสาวะได้สำเร็จ

ปี พ.ศ. 2412 Pantaleoni ดัดแปลงอุปกรณ์ของ Desormeauz ใช้สำหรับส่องตรวจภายในโพรงมดลูกและสามารถวินิจฉัยตั้งเนื้อในโพรงมดลูกของผู้ป่วยสตรี อายุ 60 ปี และสามารถจี้ทำลายตั้งเนื้อนั้นด้วย silver nitrate ได้สำเร็จอีกด้วย

พัฒนาการของการผ่าตัดผ่านกล้อง เป็นไปอย่างรวดเร็วหลังจากที่ Edison ประดิษฐ์หลอดไฟขึ้นสำเร็จในปี พ.ศ. 2423 ทางนรีเวชกรรมนั้นช่วงแรกเน้นไปที่การส่องกล้องเข้าไปยังช่องท้อง ต่อมามีการพัฒนาเทคนิค วิธีการ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นลำดับ

ช่วงปี พ.ศ. 2473-2518 Fervers ทำการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อเลาะพังผืดในอุ้งเชิงกรานโดยวิธีส่องกล้องได้สำเร็จ ในปี ค.ศ. 1933 Steptoe ทำการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อทำหมันหญิงโดยวิธีส่องกล้องได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2410

ช่วงปี พ.ศ. 2518-2531 มีการประดิษฐ์เครื่องมือสำหรับจี้ห้ามเลือดแบบ bipolar และเครื่องเลเซอร์ขึ้น ทำให้การผ่าตัดผ่านกล้องพัฒนาไปอีกมาก ในปี พ.ศ. 2520 Bruhat ทำการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ท่อนำไข่ได้สำเร็จ ในช่วงเวลานี้การผ่าตัดผ่านกล้องเน้นการรักษาโรคของรังไข่และท่อนำไข่เป็นหลัก

ช่วงปี พ.ศ. 2531 – 2540 Reich แพทย์ชาวสหรัฐอเมริกา ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อตัดมดลูกเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2532 ต่อมามีการทำการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อการผ่าตัดอื่นๆ ตามลำดับ เช่น pelvic lymphadenectomy (Querleu, 1989), deeply infiltrating endometriosis (Reich, 1991), myomectomy (Dubuisson, 1992), para-aortic lymphadenectomy (Chiders, 1993) เป็นต้น

การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช(Laparoscopic surgery in gynecology)¹⁹

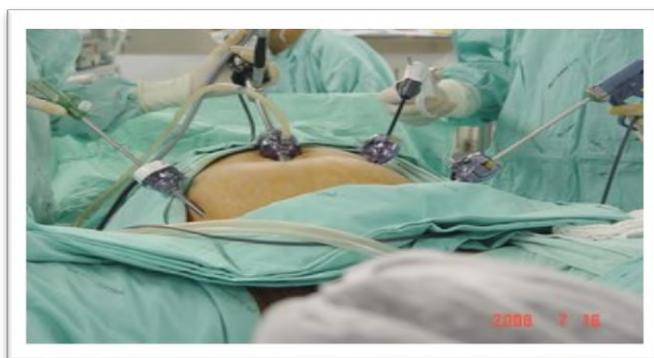
ในวงการสูตินรีแพทย์ มีการใช้กล้องส่องทางหน้าท้องมาเป็นเวลานานแล้ว แต่มักจะใช่วงจำกัด เช่น ในด้านการตรวจวินิจฉัยโรคของอวัยวะอุ้งเชิงกราน และช่องท้อง ในด้านการผ่าตัดรักษา ส่วนใหญ่ใช้ในการทำหมันผู้ป่วย และเลาะพังผืดของอุ้งเชิงกราน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องพัฒนาไปมากจนสามารถทำการผ่าตัดทางนรีเวชได้เกือบทุกชนิดแทบจะเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง มีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง ให้มีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (robotic surgery) จอภาพ เครื่องมือห้ามเลือด เป็นต้น การผ่าตัดผ่านกล้องได้พัฒนาก้าวหน้าขึ้นมาอย่างมาก จนทำให้ทำการผ่าตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีโรคเนื้องอกมดลูกที่ต้องรับการผ่าตัด ก็มีทางเลือกในการผ่าตัดมากขึ้น การผ่าตัดแบบผ่านกล้องเป็นอีกวิธีที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเจ็บแผลน้อยลง การฟื้นตัวเร็วขึ้น ระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลสั้นลง^{6,7,8}

วิธีการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางนรีเวช²⁰

การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องทางนรีเวช คือการผ่าตัดโดยอาศัยเครื่องมือผ่าตัดที่มีด้ามยาว (laparoscopic instrument) สอดผ่านท่อสอดเครื่องมือขนาดเล็ก (trocar) เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัด โดยมองภาพที่ได้จากกล้องส่องผ่าตัด (optics, laparoscope) ที่สอดผ่านท่อสอดเครื่องมือเข้าไปเช่น ผ่านจอภาพ (monitor) การผ่าตัดขั้นตอนแรกเป็นการเจาะรูผ่าตัดประมาณ 1 เซนติเมตร บริเวณใต้สะดือเพื่อสอดท่อสำหรับใส่กล้องส่องผ่าตัด แต่หากผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน หรือรอยโรคมีขนาดใหญ่อาจลงแผลผ่าตัดได้ชายโครงด้านซ้ายหรือเหนือสะดือเพื่อหลีกเลี่ยงพังผืดในช่องท้อง หรือรอยโรคที่บริเวณใกล้สะดือ จากนั้นใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ประมาณ 3 ลิตรเข้าไปในช่องท้อง เพื่อให้หน้าท้องโป่งตึง และมีพื้นที่เพียงพอสำหรับทำผ่าตัด จากนั้นลงแผลผ่าตัดขนาด 0.5-1 เซนติเมตร จำนวน 2-4 แห่ง ที่ผนังหน้าท้อง

ส่วนล่างเพื่อใส่ท่อสอดเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการผ่าตัด ขณะทำการผ่าตัดจะมีการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าช่องท้องในอัตรา 2-5 ลิตรต่อนาที เพื่อรักษาระดับความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้องให้คงที่ประมาณ 12-15 mmHg จากนั้นทำการผ่าตัดตามที่ได้วางแผนไว้ ทำให้ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีแผลเล็กๆ ที่หน้าท้องขนาด 0.5-1 เซนติเมตร จำนวน 2-5 แผล ซึ่งจะขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ และความยากง่ายของการผ่าตัด



รูปที่ 3 แสดงการผ่าตัดด้วยกล้อง โดยการเจาะหน้าท้องเป็นรูเล็กๆ สี่ตำแหน่งและมองเห็นการใส่เครื่องมือผ่านเข้าไปผ่าตัดในช่องท้อง

ที่มา: จาก web-site <http://www.vichaiyut.co.th/html/jul/article/p01.asp>



รูปที่ 4 แสดงลักษณะของแผลผ่าตัดแบบผ่านกล้อง

ที่มา: จาก web-site <http://sriphat.med.cmu.ac.th/thai/knowledge-10>

ข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง^{18,19}

หากเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง โดยวิธีปกติกับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง พบข้อดีของการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ ในเรื่องของความเจ็บปวด การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า การฟื้นตัวเร็วกว่า ทำให้จำนวนวันในการนอนพักที่โรงพยาบาลสั้นกว่าจึงสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วกว่า^{7,8} การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง นอกจากนี้ ผลผ่าตัดของการผ่าตัดแบบผ่านกล้องเป็นแผลขนาดเล็ก และ โอกาสเกิดพังผืดในช่องท้องหลังผ่าตัดน้อยกว่า

ข้อเสียของการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง^{18,19}

การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดที่ทำได้ยากกว่าและใช้เวลานานกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ต้องใช้แพทย์ผู้ชำนาญและเชี่ยวชาญเฉพาะในการทำผ่าตัด เพราะหากไม่มีความชำนาญอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดมีหลายชนิด บางอย่างเป็นอุปกรณ์พิเศษเฉพาะด้าน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาก่อนข้างสูง และการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องยังไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง เนื่องจากต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญพิเศษเฉพาะด้าน ในการผ่าตัด รวมทั้งต้องร่วมมือในการทำงานในสหสาขา ระหว่าง แพทย์ วิศวกร แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นอีกหลายสาขา

ตารางที่ 1 การแสดงการเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดเปิดหน้าท้องกับการผ่าตัดส่องกล้อง

ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง	การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง	การผ่าตัดส่องกล้อง
ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด	500-200 มิลลิลิตร	5-10 มิลลิลิตร
ระยะเวลาผ่าตัด*	ตามความยาก-ง่าย	นานกว่า 30 นาที
ขนาดของแผล	ขนาด 12-20 เซนติเมตร**	ขนาด 6-8 มิลลิเมตร จำนวน 3-4 รู
ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	มาก	น้อย
ความสามารถในการลุกจากเตียงหลังผ่าตัด	1-2 วัน	ทันทีที่ตื่น
เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล	7-14 วัน	2-3 วัน
เวลาพักฟื้นหลังผ่าตัด	4-6 สัปดาห์	2-3 สัปดาห์
ทักษะของศัลยแพทย์	ศัลยแพทย์เฉพาะด้าน	ศัลยแพทย์เฉพาะด้านที่ฝึกผ่าตัดส่องกล้องโดยเฉพาะ
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	ราคาถูก	ราคาแพง (ค่าอุปกรณ์)

ที่มา : จาก web-site <http://th.wikipedia.org/wiki/การผ่าตัดส่องกล้อง>

*การผ่าตัดเปิดหน้าท้องสามารถใช้มือเข้าไปจัดการได้ทุกอย่างจึงเร็วกว่าการผ่าตัดผ่านกล้อง

** นอกจากแผลใหญ่กว่าแล้วการเปิดช่องท้องอาจทำให้เกิดพังผืดในช่องท้องหลังผ่าตัดมากกว่า

โรคทางนรีเวชที่สามารถผ่าตัดรักษาโดยวิธีส่องกล้องผ่าตัด มีดังนี้^{18,20}

- โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ทำการผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) หรือตัดก้อน

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (myomectomy)

- โรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis)

- การตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก (ectopic pregnancy)
- โรคปวดอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง (chronic pelvic pain) พังผืดในอุ้งเชิงกราน (pelvic adhesion)
- โรคอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน (genital prolapsed)
- ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence)
- มะเร็งปากมดลูกระยะต้น
- มะเร็งเยื่อบุมดลูก

ข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช^{18,20,21}

Absolute contraindication(ข้อบ่งห้าม)

มีน้อยมาก ขึ้นกับวิสัญญีแพทย์เป็นหลัก บางสถาบันที่มีความก้าวหน้าทางวิสัญญีวิทยาอย่างมาก อาจไม่ถือเป็นข้อบ่งห้าม

- โรคหัวใจขั้นรุนแรง (NYHA class IV) เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะต่ำ (deep trendelenberg) เป็นระยะเวลานาน หรือการที่ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นจากการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง
- ผู้ป่วยที่มีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อคจากการเสียเลือดมากอันเนื่องมาจากการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องจะสามารถเข้าไปห้ามเลือดได้รวดเร็วกว่า
- ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน ทำให้ลำไส้โป่งพองมาก
- แพทย์ผู้ผ่าตัดไม่มีประสบการณ์เพียงพอ

Relative contraindication(ข้อบ่งห้ามบางกรณี)

- ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมาแล้วหลายครั้ง
- ผู้ป่วยที่อ้วนมาก
- ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์เกิน 20 สัปดาห์
- ผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอมากๆ
- ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งรังไข่ที่มีโอกาสแตกของก้อนขณะทำ

การผ่าตัด

การผ่าตัดผ่านกล้องกับภาวะแทรกซ้อน^{7,18,20}

การผ่าตัดกับภาวะแทรกซ้อนนั้นเป็นสิ่งที่คู่กันเสมอ ถึงแม้ว่าการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องจะมีแผลขนาดเล็ก แต่ก็จัดว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ประเภทหนึ่งซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้เช่นเดียวกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง คือ อาการคลื่นไส้อาเจียนเนื่องจากการระงับความรู้สึกในการทำผ่าตัด ภาวะแน่นอึดอัดท้อง อาการปวดหัวไหล่หน่วงๆ คล้ายปวดเมื่อยเนื่องจากลมในช่องท้องไปดันกะบังลม อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ด้วยการรับประทานยาแก้ปวดและจะหายกลับเป็นปกติภายใน 1 วัน หลังผ่าตัดและจากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะให้ผู้ป่วยนอนท่ายกกันสูงศีรษะต่ำ (Trendelenburg position) เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดไหล่และอาการแน่นอึดอัดท้อง ได้อีกทางหนึ่ง

แม้ว่าการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่ไม่รุนแรงตามที่ได้กล่าวมาในข้างต้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเอง ภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่ตระหนักถึงอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ อาจทำให้

เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายได้ คือ ภาวะกรวยไตอักเสบ ภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องหรือทางช่องคลอด หรืออันตรายจนถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(Re-admit) ภายใน 28 วัน หลังผ่าตัดได้

จากการเก็บข้อมูลภายในหอผู้ป่วยนรีเวช งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 – 2555 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง จำนวน 453,546 ราย ตามลำดับ และพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องมีการ Re-admit จำนวน 4,3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.88 และ 0.54 ตามลำดับ โดยแบ่งตามอาการผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องได้รับการ Re-admit ภายใน 28 วันตามตารางดังนี้

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยและอาการผิดปกติภายหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องที่ได้รับการ Re-admit ภายใน 28 วัน

ปีพ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง	จำนวนผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องที่ได้รับการ Re-admit ภายใน 28 วันหลังผ่าตัด	อาการผิดปกติภายหลังผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องที่ได้รับการ Re-admit ภายใน 28 วันหลังผ่าตัด	
			มีเลือดออกจากแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง	มีเลือดออกจากทางช่องคลอด
2554	453	4	2	2
2555	546	3	1	2

พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำและละเอียดในเรื่องการดูแลตัวเองภายหลังผ่าตัด ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลในการดูแลตัวเองภายหลังผ่าตัด การเน้นย้ำให้ตระหนักถึงอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ จึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์อีกอย่างหนึ่ง เพื่อที่จะช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล(Re-admit) ภายหลังผ่าตัด อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพที่ดีขึ้นภายหลังผ่าตัด ซึ่งในหัวข้อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด จะกล่าวรวมอยู่ในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ในบทที่ 3 และบทที่ 4 ต่อไป

จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมาก ได้รับความนิยมนิยามในศตวรรษที่ 21 มากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น เพราะจากเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร การค้นหาข้อมูลในปัจจุบันนี้ มีความสะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น มีข้อมูลให้พิจารณามากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจในการรักษา โดยขอรับการรักษาแบบผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น เพราะผลการทำผ่าตัดจะทำให้มีผลขนาดเล็ก อาการปวดแผลไม่มาก การฟื้นตัวเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลสั้นลง กลับบ้านได้เร็วขึ้น เกิดความพึงพอใจในการรักษา และยังคงลดความวิตกกังวลลงในระดับหนึ่งด้วย

จากการพัฒนาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้เห็นวิวัฒนาการในการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง จากที่เคยใช้เฉพาะการตรวจวินิจฉัย และทำผ่าตัดโรคทางนรีเวชได้เฉพาะบางโรคเท่านั้นเมื่อต้นปี 2555 โรงพยาบาล

ศิริราช ได้ทำการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ชนิด adenocarcinoma ระยะ IB โดยวิธีการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องได้สำเร็จ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่รุนแรง²²

นี่เป็นอีกความสำเร็จหนึ่งของทีมแพทย์ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นเพื่อรักษาผู้ป่วย เชื่อได้ว่าภายในไม่กี่ปีข้างหน้า การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องจะสามารถพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีข้อจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างมากที่สุด

บทที่ 3

การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงของภาวะดังกล่าวออกมาอย่างชัดเจน ดังที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 แพทย์อาจจะใช้วิธีการรักษาโดยสังเกตอาการในรายที่ไม่มีอาการมากนัก หรือ รักษาโดยการใส่ยา แต่ในผู้ป่วยบางรายหากแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเนื้องอกมดลูกและลงความเห็นว่าจะต้องได้รับการผ่าตัด จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มัธยมมีความวิตกกังวล ถึงแม้จะทราบว่ามีเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เข้ามาใช้ในการทำผ่าตัด คือ วิธีทำผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง แต่ในบางรายก็ไม่เคยทราบถึงวิธีการรักษาโดยวิธีนี้มาก่อน หรือบางรายมีข้อมูลมาบ้างแล้ว แต่ก็ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวในการรับการผ่าตัด ในฐานะที่เป็นพยาบาล จึงควรที่จะต้อง มีความรู้ ความเข้าใจ ในการที่จะดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง อย่างเข้าใจปัญหาของแต่ละบุคคล เพื่อที่จะได้นำมาวางแผนทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น นอกจากการดูแลทางร่างกายแล้ว การดูแลทางด้านจิตใจก็มีความสำคัญเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลควรให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเป็นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม จึงจะทำให้การพยาบาลนั้นประสบความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ดังเป้าหมายที่วางไว้

การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง มีแนวทางการพยาบาล 5 ขั้นตอน²³ คือ ขั้นตอนการประเมิน ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล

ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ขั้นตอนการให้การพยาบาล และขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล โดยแต่ละขั้นตอนแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง (pre-operative care)
2. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง (post-operative care)

1. ขั้นตอนการประเมิน

1.1 การประเมินผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยอาการ การพยาบาลเมื่อแรกเริ่มซึ่งจะมาจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจอัลตราซาวด์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ โดยประเมินดังนี้

1.1.1 อาการสำคัญที่มารับการรักษา เช่น คลำพบก้อนที่หน้าท้อง ร่วมกับมีเลือดระดูออกผิดปกติ และอาจมีอาการปวดท้องน้อยร่วมด้วย หรือแพทย์นัดรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดเนื่องจากมีภาวะเนื้องอกมดลูก เป็นต้น

1.1.2 ประวัติทางสูติศาสตร์-นรีเวช เช่น ประวัติประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การมีบุตรยาก รวมถึงประวัติการผ่าตัดทางสูติศาสตร์-นรีเวช

1.1.3 ประวัติครอบครัว เช่น มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเนื้องอกมดลูก

1.1.4 ประวัติโรคประจำตัว และการเจ็บป่วยในอดีต เนื่องจากโรคบางอย่างมีผลต่อการทำผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ โรคเลือดจาง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.1.5 ประวัติแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่างๆ โดยรวมถึงบอกลักษณะ ความรุนแรง จากอาการแพ้ดังกล่าว เช่น มีอาการคันตามร่างกาย ปากบวม ตาบวม หายใจไม่สะดวก เป็นต้น

1.1.6 ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ปอด ซึ่งจะมีผลต่อการใช้ในวิธีการระงับความรู้สึกในการทำผ่าตัด

1.1.7 ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจภายใน รวมถึงอาจมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1.8 ผลการตรวจอัลตราซาวด์ การวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค พยาธิสภาพของโรค เป็นต้น

1.1.9 ความคาดหวังต่อการรักษา การให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล แนวทางและแผนการทำผ่าตัด ผลของการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในการทำผ่าตัด

1.2 การประเมินผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด คือ การประเมินเพื่อให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล ภายหลังผ่าตัด จากรายงานทางการแพทย์ operative noteจากรายงานของวิสัญญี เป็นต้น

2. ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล

2.1 การวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัดคือ การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย โดยจากการซักประวัติ, ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางการแพทย์ มาค้นหาความต้องการทางการพยาบาลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย เช่น มีปัญหาวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัด ขาดความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด เป็นต้น

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาลหลังผ่าตัด คือ การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด การสอบถามอาการทั่วไปและอาการเฉพาะที่หลังผ่าตัด การตรวจร่างกาย รายงานทางการแพทย์ (operative note) และรายงานของวิสัญญี เป็นต้น เช่น มีโอกาสเสี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก ภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวดแผล แน่นอึดอัดท้อง เป็นต้น

3. ขั้นตอนการวางแผนให้การพยาบาล

คือ การวางแผนหรือวางเป้าหมายและเกณฑ์การประเมิน เพื่อวัดและประเมินผลทางการพยาบาลว่าปัญหาหรือข้อมูลสนับสนุนที่เป็นสาเหตุของปัญหาก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ได้รับการแก้ไขได้มากน้อยเพียงใด บรรลุตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้หรือไม่

4. ขั้นตอนการให้การพยาบาล

คือ การแก้ปัญหาโดยการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ให้ความรู้ คำแนะนำ และการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วย ที่ได้จากการประเมิน

4.1 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด^{24,25,26} แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และ จิตใจ ดังนี้

4.1.1 การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

- 1) การงดน้ำ งดอาหารทุกชนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด
- 2) การให้ข้อมูลยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่อง หรือยาที่ต้องงดก่อนการผ่าตัด
- 3) การให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด (Consent form)

พร้อมตรวจสอบรายชื่อพยานให้ครบถ้วนถูกต้อง

4) การเตรียมความสะอาดของร่างกาย และการเตรียมความสะอาดหน้าท้อง และช่องคลอดเพื่อการผ่าตัด โดยโกนขนบริเวณผิวหนังที่หน้าท้องจนถึงหัวหน้าทั้ง 2 ข้าง และทำความสะอาดโดยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น 4% Chlorhexidine gluconate และสวนล้างช่องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเช่น Sterile-water for irrigate เป็นต้น โดยจะต้องเตรียมความสะอาดหน้าท้อง ก่อนวันผ่าตัด และเข้าวันผ่าตัด จนสะอาดดี

5) การเตรียมลำไส้ โดยอาจจะใช้วิธีการสวนอุจจาระทางทวารหนัก หรืออาจให้รับประทานยาระบายตามแผนการรักษา

6) เตรียมเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจหาหมู่เลือด (blood group), CBC , Electrolyte Hct, Hb.

7) เตรียมชุดไปห้องผ่าตัด และตรวจสอบไมให้น้ำของมีค่า เครื่องประดับ ฟันปลอม แว่นตา คอนแทกเลนส์ และอื่นๆ ไปห้องผ่าตัด

8) เตรียมให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัด

9) ตรวจสอบสิ่งของที่เตรียมไปห้องผ่าตัด เช่น ยาปฏิชีวนะ สารน้ำ และเลือด เป็นต้น

10) ตรวจสอบความถูกต้องของป้ายชื่อมือผู้ป่วย และตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วย พร้อมเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

4.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนการผ่าตัด

1) การให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดโดยประเมินความรู้

ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ แนวทางการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ในขอบเขตของพยาบาล ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นต้น

2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายสิ่งที่วิตกกังวล สนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เป็นต้น

4.2 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด^{25,27,28}

4.2.1 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

- 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ
- 2) ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมิน ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง , อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง
- 3) ประเมินการไหลเวียนของเลือด โดยสังเกตริมฝีปาก ผิวหนัง และสีเล็บ
- 4) ประเมินแผลผ่าตัด ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ผ้าปิดแผล สังเกตว่ามีเลือดซึม
 มากน้อยเพียงใด หากมีเลือดซึมมากขึ้น ให้รายงานแพทย์ทันที
- 5) ประเมินและบันทึกระดับความเจ็บปวด (pain score) พร้อมดูแลบรรเทาอาการปวดโดยการให้ยาตามแผนการรักษา และแนะนำการเปลี่ยน position อย่างถูกวิธี

6) บันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งบันทึกปริมาณของปัสสาวะ

ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก หากอยู่ในภาวะไม่สมดุลให้รายงานแพทย์ทันที

7) ประเมินการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลผ่าตัดมีอาการบวมแดง ร้อน

หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้สารน้ำหรือยาปฏิชีวนะ และยึดหลักการให้การพยาบาล โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ

8) ประเมินอาการปวดร้าวหัวไหล่ พร้อมทั้งดูแลบรรเทาอาการโดยให้นอน

ศีรษะต่ำ และยกกันสูง ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดร้าวหัวไหล่ได้

9) ดูแลความสุขสบายภายหลังผ่าตัดทั่วไป เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย

และอวัยวะสืบพันธุ์ พร้อมจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

10) ดูแลเรื่องความปลอดภัย โดยระมัดระวังการเกิดการพลัดตกหกล้ม

4.2.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการระงับความรู้สึก

1) ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ

2) ประเมินอาการระคายเคืองคอ และสังเกตเสมหะของผู้ป่วย หากมีเลือดสด

ปนออกมาให้รายงานวิสัญญีแพทย์ทันที

4.2.3 การให้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตน ภายหลังผ่าตัด เพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

1) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์

2) การดูแลแผลผ่าตัด โดยมาตรวจหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผล และตัดไหม

ตามแพทย์นัด

- 3) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่
- 4) การออกกำลังกายที่เหมาะสมภายหลังผ่าตัด
- 5) การงดมีเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์
- 6) การพักผ่อนควรหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงทำจิตใจให้

แจ้งมีไข้ ผ่อนคลายอยู่เสมอ

- 7) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง มี

เลือดสดๆ ออกจากแผลผ่าตัด และทางช่องคลอด ปวดท้องน้อยมาก เป็นต้น

- 8) การมาตรวจติดตาม ตามแพทย์นัด

5. ขั้นตอนการประเมินผลการให้การพยาบาล

คือ การประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จากการให้ความรู้ คำแนะนำ และการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย เช่น ผลการประเมินพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ลดลง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และจากการระงับความรู้สึก เป็นต้น

บทที่ 4

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทาง

หน้าท้อง มีดังนี้

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดร้าวหัวไหล่และบริเวณชายโครง
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บอกว่า “กังวลในการทำผ่าตัด ”
2. ผู้ป่วยสอบถาม วิธีการผ่าตัด การระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของภาวะที่เป็นอยู่ได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเอง และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับ พร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างทั่วถึง รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในวิธีการผ่าตัด และแผนการระงับความรู้สึก ที่จะได้รับ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
4. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ
5. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ
6. ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกาย การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การเตรียมลำไส้ โดยการสวนอุจจาระ หรือการรับประทานยาระบาย ตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนนความเจ็บปวด(ระดับ pain score 1-10) เป็นเกณฑ์การประเมิน พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัด การไออย่างถูกวิธี การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด
7. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังทำผ่าตัด จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถาม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้ง จนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด laparoscopic surgery
2. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก แบบ general anesthesia
3. มีเสมหะในลำคอ ไม่กล้าไอ กลัวจีบแผล

เป้าหมายการพยาบาล

ลดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O_2 Saturation = 95-100%)
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-นามสกุล วันเวลา สถานที่ หากมีอาการซึมลง ปลุกไม่ตื่น (sedation score >1) ให้รายงานแพทย์ทันที เพราะอาจมีภาวะช็อคจากการเสียน้ำในช่องท้อง

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยตรวจนับชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ จากนั้นบันทึกต่อทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หากมีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg มีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด หายใจหอบเหนื่อย ให้รายงานแพทย์ทันที

3. สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อบุตา และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน หากมีภาวะหายใจสั้น เหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว ควรเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจและการให้ออกซิเจน เพื่อพร้อมช่วยเหลือได้ทันที และรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อประเมินอาการ

4. ประเมินแผลผ่าตัด ลักษณะของแผล จำนวนของแผลภายหลังทำผ่าตัด ขนาดของพลาสติกที่ปิดแผล สังเกตว่าผ้าปิดแผลมีเลือดซึมหรือไม่ ถ้าหากพบว่ามีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด ให้รายงานแพทย์ทันที

5. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะควรมีปริมาณไม่น้อยกว่า 25 ซีซี / ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่าเกณฑ์ ให้รายงานแพทย์ทันที

6. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยประเมินจาก pain score ที่ผู้ป่วยบอก และพิจารณาให้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

7. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้จัดให้นอนในท่านอนตะแคง เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหาร และควรจัดภาชนะรองรับน้ำลายไว้ข้างๆ ผู้ป่วย

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ (deep breathing exercise) โดยหายใจเข้าให้หน้าท้องพองขึ้น แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ประมาณ 10-15 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะปวดแผลและแนะนำเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) เพื่อช่วยให้เสมหะออกมาจากลำคอได้ง่าย ในกรณีที่มิมีเสมหะค้างอยู่ในลำคอเป็นเวลานาน ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วย ambulate ได้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดีแล้ว ให้พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมง หรือบริหารขา (legs exercise) โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เพื่อให้การไหลเวียนของ

เลือดดีขึ้น ไม่เกิดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า ช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณขาหดตัว มีผลทำให้ เนื้อขาแข็งแรงและตึงตัว อีกทั้งยังช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และป้องกันการก่อตัวของก้อนเลือด
 อดตันระบบการไหลเวียน

10. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และเข้าติดตาม ประเมินอาการเป็นระยะๆ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลหน้าท้อง 2-4 ตำแหน่ง
2. สีหน้าผู้ป่วยไม่สดชื่น ไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล
3. บ่นปวดแผล pain score > 3 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลลง

เกณฑ์การประเมิน

1. Pain score < 3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้
3. สามารถเคลื่อนไหวทางร่างกายได้เหมาะสมตามคำแนะนำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัด (level of pain score) ตั้งแต่ระดับ 0-10 พร้อมทั้งให้การพยาบาลในแต่ละระดับ ดังต่อไปนี้

- ระดับ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ควรสอบถามอาการปวดแผลผ่าตัดทุก 4 ชม.
 - ระดับ 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย ควรอธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บปวด เบี่ยงเบนความสนใจ โดยใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น ฟังเพลงหรืออ่านหนังสือที่ชอบ
 - ระดับ 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับระดับ 1-3 พร้อมทั้งให้ ยาตามแผนการรักษา เช่น Paracetamol (500 mg.) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง หลังจาก นั้นประเมินผลหลังได้รับยา 30 นาที หากอาการไม่ดีขึ้น ควรรายงานแพทย์ทราบ
 - ระดับ 7-8 หมายถึง ปวดมาก ควรค้นหาสาเหตุของการปวด เช่น จากสภาพจิตใจ หรือ สาย epidural block หรือ spinal block ที่ต่อไว้หลุดหรือพับพับงอขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยร่วมกับ ประเมินสัญญาณชีพและแผลผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทราบ
 - ระดับ 9-10 หมายถึง ปวดมากที่สุดในชีวิต ให้ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ แผลผ่าตัดซ้ำ พร้อมให้ NPO ไว้ก่อน รีบรายงานแพทย์ทันที กรณีที่แผลแยกควรเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับ การผ่าตัดฉุกเฉินหรือเตรียมเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำหรือให้เลือดต่อไป
2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อให้ผนังหน้าท้องหย่อน เพื่อช่วยลดอาการปวดแผล
 3. แนะนำเรื่องการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลขณะไอจาม เพื่อช่วยป้องกันการ กระเทือนแผล และบรรเทาอาการปวดแผล
 4. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป เช่น ดูแลเช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อ ความสุขสบายและป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดแผลได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดร้าวหัวไหล่และบริเวณ

ชายโครง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด laparoscopic surgery
2. บ่นปวดร้าวบริเวณหัวไหล่และชายโครง นอนไม่หลับ
3. สีหน้าไม่สดชื่น

เป้าหมายการพยาบาล

อาการปวดร้าวหัวไหล่และชายโครงลดลง ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. สีหน้าผู้ป่วยสดชื่น พักผ่อนได้มากขึ้น
2. ระดับความเจ็บปวดลดลงจากเดิมหรือน้อยกว่า 3 คะแนน
3. ให้ความร่วมมือในการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการปวดร้าวไหล่และบริเวณชายโครง ว่าเกิดจากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ที่แพทย์ใส่เข้าไประหว่างทำผ่าตัด แม้จะมีการไล่แก๊สออกภายหลังผ่าตัด แต่ก็ยังมีบางส่วนค้างอยู่ใต้ผิวหนัง เป็นผลทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อ phrenic nerve จนทำให้มีอาการจุดเสียดและปวดหัวไหล่ ดังกล่าว พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการปกติ จะหายไปเองภายใน 24-48 ชั่วโมง
2. ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัด จัด position ให้นอนท่าศีรษะต่ำ ก้นสูง (Trendelenburg position) เพื่อช่วยลดอาการจุดเสียดแน่น และร้าวไปที่หัวไหล่

3. ประเมินอาการปวดร้าวหัวไหล่อีกครั้ง หากให้การพยาบาล ข้อที่ 1-2 มาแล้ว ผู้ป่วยยังมีอาการปวดร้าวหัวไหล่อยู่ ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

4. กระตุ้น early ambulate เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แนะนำให้พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัดวันที่ 1 ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุก ambulate รอบๆ เตียง หากไม่มีอาการผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia
2. ไม่ค่อยเคลื่อนไหวบนเตียงตามคำแนะนำ
3. บ่นแน่นอึดอัดท้อง
4. ฟังเสียง bowel sound: negative

เป้าหมายการพยาบาล

ภาวะท้องอืดทุเลาลง รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการ แน่นอึดอัดท้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. bowel sound : positive จำนวน 3-5 ครั้ง/นาที
2. อาการแน่นอึดอัดท้องลดลง
3. เคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำได้ ตามความเหมาะสมภายหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยการฟัง bowel sound ทั้ง 4 quadrants หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หากพบว่าลำไส้เริ่มมีการทำงาน มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-5 ครั้ง/นาที แสดงว่า ลำไส้เริ่มทำงาน รอรับคำสั่งเรื่อง step diet จากแพทย์เจ้าของไข้
2. ประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยการสังเกต เช่น อาการหน้าท้องแข็ง แน่นท้อง พร้อมทั้งสอบถามอาการเรอและอาการผายลมภายหลังผ่าตัด
3. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืด ภายหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืดตามมาภายหลังผ่าตัด จึงควรกระตุ้นให้ลำไส้กลับมาทำงานเร็วขึ้น โดยให้คำแนะนำในการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เพื่อลดอาการท้องอืด
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด โดยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกควรแนะนำให้พลิกตะแคงทุก 2-3 ชั่วโมง หลังจากนั้นควรเริ่มให้ลุกเดินรอบๆ เตียง จนสามารถเดินในระยะใกล้ๆ ภายในห้องได้ เพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารดีขึ้นด้วย
5. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารตามคำสั่งแพทย์ (step diet) โดยเริ่มจากอาหารเหลว (liquid diet) เช่น น้ำข้าว น้ำจืด และน้ำหวาน เป็นต้น ต่อมาเป็นอาหารอ่อน (soft diet) ได้แก่ ข้าวต้มเครื่อง ก๋วยเตี๋ยว แล้วจึงให้รับประทานอาหารธรรมดา (regular diet) ได้โดยแนะนำให้เริ่มตามลำดับ และควรเริ่มในปริมาณที่น้อยๆ ก่อน หากไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้องสามารถเพิ่มปริมาณได้

6. แนะนำอาหารที่ช่วยป้องกันอาการท้องอืด เช่น น้ำจิง เพราะจะช่วยในการขับลมลดอาการท้องอืด แน่นท้อง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืด เช่น นม น้ำอัดลม อาหารประเภทถั่วและอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia
2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก มีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า
3. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
4. ไม่มีบาดแผล รอยขีดตามร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ มีโอกาสเกิดอาการเวียนศีรษะ ทำให้หน้ามืด อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้
2. ยกขาข้างเตียงขึ้นทุกครั้ง ภายหลังให้การพยาบาล พร้อมวางกริ่งหรือ nurse call ไว้ข้างตัวผู้ป่วย เพื่อหยิบใช้ได้สะดวกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

3. จัดตั้งแวดล้อมบริเวณข้างเตียง และภายในห้องให้เรียบร้อย ให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม

4. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยั้งคาสายสวนปัสสาวะอยู่ เพื่อช่วยลดการออกแรงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการพลัดตกหกล้ม

5. ตรวจสอบบริเวณร่างกายของผู้ป่วย ขณะตรวจเยี่ยมอาการว่ามีรอยฟกช้ำ มีบาดแผลจากการพลัดตกหกล้มหรือไม่

6. เน้นย้ำญาติควรอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ หากต้องการความช่วยเหลือให้เรียกเจ้าหน้าที่ทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างน้อย

5 ใน 8 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้

1) การดูแลแผลผ่าตัด หากแพทย์ปิดแผลด้วยพลาสติกชนิดไม่กันน้ำ แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยอาบน้ำ ให้เช็ดตัวไปก่อน ในกรณีที่แพทย์ปิดแผลด้วยพลาสติกชนิดกันน้ำ และแพทย์อนุญาตให้อาบน้ำได้ แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ ห้ามถูสบู่บริเวณขอบพลาสติก ภายหลังอาบน้ำให้เช็ดตัวให้แห้ง และใช้ผ้าขนหนูที่แห้งซับบริเวณขอบพลาสติก เพื่อป้องกันการอับชื้น และป้องกันการหลุดลอกของพลาสติก หลีกเลี่ยงการแช่น้ำในอ่างน้ำหรือลำคลอง เนื่องจากอาจติดเชื้อจากสารปนเปื้อนมากับน้ำ ซึมเข้าสู่ร่างกายและทางช่องคลอดได้

2) สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เน้นย้ำว่าควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหมักดอง เป็นต้น

3) ควรทำงานเบาๆ เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน เป็นต้น งดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก หรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง เพราะจะทำให้แผลผ่าตัดแยกได้ เช่น ยกของหนัก เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ

- 4) สามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น ยืน เดิน เป็นเวลาอย่างน้อย 10-20 นาที

งดการออกกำลังกายที่ต้องเกร็งหน้าท้อง เช่น Sit up หรือสะพานโค้ง ภายใน 6 เดือนแรก

5) งดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 เดือน

6) อาการผิดปกติต้องมาพบแพทย์ เช่น มีเลือดหรือหนองบริเวณแผลผ่าตัด

มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกทางช่องคลอด มีอาการปวดท้องน้อยตลอดเวลา ร่วมกับการมีไข้ และมี

ตกขาว ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

7) ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรหยุดการ

รับประทานยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์

8) มาตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด และควรตรวจ

ติดตามต่อเนื่องประจำปี

3. ภายหลังให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เน้นย้ำให้ตระหนักถึงความสำคัญ

ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด พร้อมให้ตระหนักถึงอาการผิดปกติ

ต่างๆที่ต้องมาพบแพทย์ภายหลังผ่าตัด รวมทั้งประเมินความรู้ของผู้ป่วยโดยการซักถาม หากผู้ป่วย

ยังไม่เข้าใจควรใช้เวลาผู้ป่วยในการซักถามและตอบข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจในการ

นำไปปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเพื่อที่จะช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(Re-admit) ภายหลังผ่าตัด

บทที่ 5

กรณีศึกษา

สรุปรายงานผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้องอกมดลูกที่จำหน่ายภายหลังจากผ่าตัด Laparoscopic surgery

1. ข้อมูลทั่วไป

- ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 39 ปี สถานภาพ สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร

- การศึกษา จบระดับปริญญาตรี อาชีพ พนักงานบริษัท รายได้ครอบครัว 30,000 ต่อเดือน
- วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 เมษายน 2556 วันจำหน่าย 6 เมษายน 2556 หอผู้ป่วย 100 ปี

สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 12/2

2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

เดือนกุมภาพันธ์ ปี 2555 ตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ แพทย์แจ้งว่ามีเนื้องอกในมดลูกก้อนเล็กๆขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 cm. และ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

เดือนธันวาคม ปี 2555 มีระดูมามากขึ้นและนานขึ้น มีอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน ร่วมกับ ระดูมานาน 7-10 วันต่อรอบ interval 28-30 วันต่อรอบ ใช้ผ้าอนามัย 3-4 แผ่นต่อวัน แพทย์ตรวจภายในพบมดลูกโต uterus enlarged 14-16 weeks pregnancy size ตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด; Transvaginal ultrasound (TVS): uterus ~ 5.4 x 2.4 cm. ด้านหลังมี mass \varnothing 9.3 x 6.8 cm . บริเวณ fundus มี mass \varnothing 6.2 cm. แพทย์แนะนำผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง แต่ผู้ป่วยขอตัดสินใจขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผ่านกล้อง แพทย์ให้การรักษาด้วยยา Enantone 3.75 mg โดยฉีด

เข้ากล้ำเนื้อ จำนวน 3 เข็มก่อนทำผ่าตัด โดยแต่ละเข็ม ถัดห่างกันเข็มละ 1 เดือนเพื่อลดขนาดของก้อนเนื้อออกมดลูกก่อนทำผ่าตัด

เดือนมกราคม ปี 2556 มาฉีดยา Enantone 3.75 mg เข็มที่ 2 ตามแพทย์นัด แพทย์ตรวจภายในพบขนาดมดลูกและ mass มีขนาดเล็กลง โดยมดลูกมีขนาด 10 weeks pregnancy size และ mass $\varnothing \sim 7$ cm

เดือนมีนาคม ปี 2556 มาตรวจตามแพทย์นัด ภายหลังจากฉีดยา Enantone 3.75 mg ครบ 3 เข็ม ผล TVS : uterus $\sim 5.1 \times 2.5$ cm. พบก้อนยวบลง แพทย์จึงแนะนำให้ทำผ่าตัดแบบผ่านกล้อง

3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และโรคประจำตัว

- ปฏิเสธการทำผ่าตัดใดๆ มาก่อน และไม่เคยแพ้ยา
- ปฏิเสธโรคประจำตัว

4. ประวัติครอบครัว

- บุคคลในครอบครัว ไม่มีใครเป็นโรคเนื้องอกมดลูก โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเลือด

5. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

- แต่งงานมาประมาณ 9 ปี
- G₁ P₁ A₀ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์คลอดปกติ เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2549 บุตรเพศชาย ปัจจุบันอายุ 7 ปี ขณะตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

6. การตรวจร่างกาย (4 เมษายน 2556)

6.1 การตรวจร่างกายทั่วไป

- อุณหภูมิ 37°C ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

- ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท
- ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 67 กิโลกรัม
- ตรวจร่างกายทั่วไป ระบบหัวใจ ปอด ปกติ ตับ ม้าม ไทรอยด์ ไม่โต

6.2 ผลการตรวจภายใน (2 มีนาคม 2556)

MIUB	:	negative
Vagina	:	normal mucosa white discharge
Cervix	:	no lesion normal consistency
Uterus	:	enlarged 10 weeks pregnancy size
Adnexa	:	negative
Culdusac	:	negative

7. สรุปการพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล

- 7.1 ได้รับการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในการผ่าตัด
- 7.2 ได้รับการพยาบาลก่อนและหลังทำผ่าตัด laparoscopic surgery
- 7.3 ได้รับการพยาบาลเพื่อลดอาการแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด
- 7.4 ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา

วันที่ 4 เมษายน 2556

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บอกว่า “กังวลในการทำผ่าตัด เพราะไม่เคยทำผ่าตัดใดๆ มาก่อนนอนไม่หลับมา 2 วันแล้ว”
2. ผู้ป่วย บอกว่า “ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรในการเตรียมตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด”
3. ผู้ป่วย บอกว่า “ไม่คิดว่าจะเป็นโรคนี เพราะในครอบครัวไม่มีใครเป็น”

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะที่เป็นอยู่

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของโรคและอาการเจ็บป่วยได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์

รักษาของแพทย์

3. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเอง และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และเชื่อใจ พร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการผ่าตัด และแผนการระงับความรู้สึก ที่จะได้รับ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
4. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ
5. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ
6. ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกาย การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การเตรียมลำไส้ โดยการสวนอุจจาระ หรือการรับประทานยาระบาย ตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับความปวดแผลภายหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนนความปวดแผลเป็นเกณฑ์การประเมิน พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำ

ผ่าตัด การไออย่างถูกวิธี การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นไบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังทำผ่าตัดโดยการซักถาม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้ง จนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

การประเมินผล (วันที่ 4 เมษายน 2556)

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการผ่าตัด รู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมากขึ้น
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงสาเหตุและอาการของโรคเนื้องอกมดลูก และบอกได้ว่าแพทย์จะทำการผ่าตัดโดยใช้กล้อง และวิธีการระงับความรู้สึกที่จะได้รับ พร้อมทั้งบอกถึงขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดได้

วันที่ 4 เมษายน 2556 (เวลา 20.30 น.) ภายหลังทำผ่าตัด(Total laparoscopic hysterectomy)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด Total laparoscopic hysterectomy 4 ชั่วโมงแรก
2. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก แบบ general anesthesia ขณะทำผ่าตัดนาน 2 ชั่วโมง
3. มีเสมหะในลำคอ ไม่กล้าไอ กลั้วเจ็บแผล

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O_2 saturation = 95-100%)
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยตรวจนับชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ จากนั้นบันทึกต่อทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหากมีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด หายใจหอบเหนื่อย รายงานแพทย์ทันที
3. สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อเมือก และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน หากมีภาวะหายใจตื้น เหนื่อยหอบ ปลายมือ ปลายเท้าเขียว จะเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจและการให้ออกซิเจน เพื่อพร้อมช่วยเหลือได้ทันที และรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อประเมินอาการ
4. ประเมินแผลผ่าตัด ลักษณะของแผล จำนวนของแผลภายหลังทำผ่าตัด ขนาดของพลาสติกที่ปิดแผล สังเกตว่าผ้าปิดแผลมีเลือดซึมหรือไม่ ถ้าหากพบว่ามีเลือดซึมออกจากแผล ผ่าตัดมาก รายงานแพทย์ทันที
5. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 ซีซี/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันที

6. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยประเมินจาก pain score ที่ผู้ป่วยแจ้ง และพิจารณาให้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

7. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะต่ำ ก้นสูง (Trendelenburg position) เพื่อช่วยบรรเทาอาการจุกเสียด แน่นท้อง และอาการปวดร้าวหัวไหล่

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ (Deep breathing exercise) โดยหายใจเข้าให้หน้าท้องพองขึ้น แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ประมาณ 10-15 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะปวดแผลและแนะนำเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อช่วยให้เสมหะออกมาจากลำคอได้ง่าย ในกรณีที่มีเสมหะค้างอยู่ในลำคอเป็นเวลานาน ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วย ambulate ได้เร็วที่สุด โดยเริ่มจาก เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวแล้ว ให้พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมง และบริหารขา (Legs exercise) โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ไม่เกิดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า ช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณขาหดตัว มีผลทำให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรงและดึงตัว อีกทั้งยังช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และป้องกันการก่อตัวของก้อนเลือดอุดตันระบบการไหลเวียน

10. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และเข้าติดตามประเมินอาการเป็นระยะๆ

การประเมินผล (วันที่ 5 เมษายน 2556) ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 1

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด ปวดแผลเล็กน้อย pain score = 2 คะแนน ปัสสาวะออกทางสายสวนปัสสาวะปริมาณ 200 cc สีเหลืองใส ใน 4 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการไอ เจ็บคอ

การประเมินผล (วันที่ 6 เมษายน 2556) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 2

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด เจ็บตึงแผลเล็กน้อย

Pain score = 1 คะแนน ภายหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้เอง สะดวกดีไม่แสบ

ขัด

2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการ ไอ เจ็บคอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลหน้าท้อง 4 ตำแหน่ง
2. สีหน้าผู้ป่วยไม่สดชื่น ไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล
3. ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด ให้คะแนนความปวด 5 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลลง

เกณฑ์การประเมิน

1. Pain score < 3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้
3. สามารถเคลื่อนไหวทางร่างกายได้เหมาะสมตามคำแนะนำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัด (Level of pain score) ตั้งแต่ระดับ 0-10 พร้อมทั้งให้การพยาบาลโดยดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินผลหลังได้ยา 30 นาที หากอาการไม่ดีขึ้น รายงานแพทย์

2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อให้ผนังหน้าท้องหย่อน เพื่อช่วยลดอาการปวดแผล

3. แนะนำเรื่องการไออย่างถูกวิธี โดยใช้วิธีการใช้มือประคองแผลขณะไอจาม เพื่อช่วยป้องกันการกระเทือนแผล และบรรเทาอาการปวดแผล

4. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป เช่น ดูแลเช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อความสบายและป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดแผลได้

การประเมินผล (วันที่ 5 เมษายน 2556) ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 1

1. ภายหลังได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ บอกว่าปวดแผลทุเลาลง pain score = 2
คะแนนสีหน้าผู้ป่วยสดชื่นขึ้น

2. ผู้ป่วยนอนในท่าตะแคง ตามคำแนะนำได้

การประเมินผล (วันที่ 6 เมษายน 2556) ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 2

1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลูก นั่ง ได้อย่างถูกวิธี อาการปวดแผลลดลง
Pain score = 1 คะแนน โดยไม่ได้ขอยาแก้ปวด

2. สีหน้าผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดร้าวบริเวณชายโครงและ หัวไหล่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Total laparoscopic hysterectomy
2. บ่นปวดร้าวบริเวณชายโครงและหัวไหล่ pain score = 5 และนอนไม่ค่อยหลับ
3. สีหน้าไม่สดชื่น

เป้าหมายการพยาบาล

อาการปวดร้าวบริเวณชายโครงและหัวไหล่ลดลง ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. สีหน้าผู้ป่วยสดชื่น พักผ่อนได้มากขึ้น
2. ระดับความเจ็บปวดลดลงจากเดิมหรือน้อยกว่า 3 คะแนน
3. ให้ความร่วมมือในการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการปวดร้าวหัวไหล่และบริเวณชายโครง ว่าเกิดจาก แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ที่แพทย์ใส่เข้าไประหว่างทำผ่าตัด แม้จะมีการไล่แก๊สออกภายหลังผ่าตัด แต่ก็ยังมีบางส่วนค้างอยู่ที่ผิวหนัง เป็นผลทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อ phrenic nerve จนทำให้มีอาการจุดเสียดและปวดร้าวหัวไหล่ ดังกล่าว พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการปกติ จะหายไปเองภายใน 24-48 ชั่วโมง
2. จัด position ให้นอนท่าศีรษะต่ำ ก้นสูง (Trendelenburg position) ประมาณ 1- 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดอาการจุดเสียดแน่น และร้าวไปที่หัวไหล่

3. ประเมินอาการปวดร้าวหัวไหล่และชายโครงอีกครั้ง หลังให้การพยาบาล ข้อที่ 1-2 มาแล้ว หากผู้ป่วยยังมีอาการปวดร้าวหัวไหล่และชายโครงอยู่ ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

4. กระตุ้น early ambulateเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แนะนำให้พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุก เดินรอบๆ เตียง เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ

การประเมินผล (วันที่ 5 เมษายน 2556) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 1

1. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้น ทูลอาการปวดร้าวชายโครงและบริเวณหัวไหล่ลง คะแนนความปวดร้าวหัวไหล่เท่ากับ 1 คะแนน

2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการลุกเดินตามคำแนะนำ

3. ผู้ป่วยบอกว่า นอนพักผ่อนได้มากขึ้น

การประเมินผล (วันที่ 6 เมษายน 2556) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 2

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและบอกว่า ไม่มีอาการปวดร้าวชายโครงและหัวไหล่แล้ว สุขสบายขึ้น นอนพักผ่อนได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia

2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยมีอาการ อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และบอกว่า “ยังมีอาการเวียนศีรษะ ขณะลุกนั่ง”

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า
3. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น
4. ไม่มีบาดแผล รอยขีดตามร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ มีโอกาสเกิดอาการเวียนศีรษะ ทำให้หน้ามืด อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้
2. ยกขาข้างเตียงขึ้นทุกครั้ง ภายหลังให้การพยาบาล พร้อมวางกริ่งหรือ nurse call ไว้ข้างตัวผู้ป่วย เพื่อหยิบใช้ได้สะดวก เมื่อต้องการความช่วยเหลือ
3. จัดเตียงแวดล้อมบริเวณข้างเตียง และภายในห้องให้เรียบร้อย ให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม
4. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ในขณะที่ผู้ป่วยยังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยงคาสายสวนปัสสาวะอยู่ เพื่อช่วยลดการออกแรงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการพลัดตกหกล้ม
4. ตรวจสอบบริเวณร่างกายของผู้ป่วย ขณะตรวจเยี่ยมอาการว่ามีรอยฟกช้ำ มีบาดแผลจากการพลัดตกหกล้มหรือไม่
6. เน้นย้ำญาติควรอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรต่างๆ หากต้องการความช่วยเหลือให้เรียกเจ้าหน้าที่ทันที

การประเมินผล (วันที่ 5 เมษายน 2556) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 1

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต เท่ากับ 110/60 mmHg
2. ผู้ป่วยลุก-นั่ง ได้อย่างถูกวิธี ไม่มีอาการเวียนศีรษะ
3. ไม่มีรอยฟกช้ำ บาดแผล ตามร่างกาย

การประเมินผล (วันที่ 6 เมษายน 2556) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 2

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต เท่ากับ 100/60 mmHg
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะแล้ว เดินรอบๆ ห้องได้เอง โดยไม่ต้องมีญาติช่วยประคอง
3. ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia
2. ไม่ค่อยเคลื่อนไหวบนเตียงตามคำแนะนำ
3. บ่นแน่นอึดอัดท้อง ภายหลังจากเริ่มรับประทานอาหารเหลว

เป้าหมายการพยาบาล

ภาวะท้องอืดทุเลาลง รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการ แน่นอึดอัดท้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. Bowel sound = positive จำนวน 3-5 ครั้ง/นาที
2. อาการแน่นอึดอัดท้องลดลง
3. เคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำได้ ตามความเหมาะสมภายหลังจากผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยการฟัง Bowel sound ทั้ง 4 quadrants หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-5 ครั้ง/นาที แสดงว่า ลำไส้ เริ่มทำงาน
2. ประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยการสังเกต เช่น อาการหน้าท้องแข็ง แน่นท้อง พร้อมทั้งสอบถามการเรอและการผายลมภายหลังผ่าตัด
3. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืด ภายหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia จะทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืดตามมาภายหลังผ่าตัด จึงควรกระตุ้นให้ลำไส้กลับมาทำงานเร็วขึ้น โดยเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เพื่อลดอาการท้องอืด
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด โดยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกแนะนำให้พลิกตะแคงทุก 2-3 ชั่วโมง หลังจากนั้นเริ่มให้ลุกเดินรอบๆ เตียง จนสามารถเดินในระยะใกล้ๆ ภายในห้องได้ เพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารดีขึ้นด้วย
5. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารตามคำสั่งแพทย์ (Step diet) โดยเริ่มจากอาหารเหลว (liquid diet) เช่นน้ำข้าว น้ำจิง และน้ำหวาน เป็นต้น ต่อมาเป็นอาหารอ่อน (Soft diet) ได้แก่ ข้าวต้มเครื่อง ก๋วยเตี๋ยว แล้วจึงให้เริ่มรับประทานอาหารธรรมดา(Regular diet) โดยแนะนำให้เริ่มตามลำดับ และควรเริ่มในปริมาณที่น้อยๆ ก่อน หากไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้องสามารถเพิ่มปริมาณได้

6. แนะนำอาหารที่ช่วยป้องกันอาการท้องอืด เช่น น้ำจิง เพราะจะช่วยในการขับลมได้ ลดอาการท้องอืด แน่นท้อง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ เช่น นม น้ำอัดลม อาหารประเภทถั่วและอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น

การประเมินผล (วันที่ 5 เมษายน 2556 เวลา)ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 1

1. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ตามคำแนะนำได้ และบอกว่าสุขสบายขึ้น อาการแน่นอืดท้องลดลง สามารถเรอได้ แต่ยังไม่หายลม

2. ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารเพื่อบรรเทาอาการท้องอืด ตามคำแนะนำได้

การประเมินผล (วันที่ 6 เมษายน 2556)ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 2

ผู้ป่วยบอกว่าอาการท้องอืดและแน่นอืดท้องลดลงมาก สามารถ เรอ และ ผายลมได้และถ่ายอุจจาระแล้ว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้อย่างน้อย

5 ใน 8 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องของ

- การดูแลแผลผ่าตัด แพทย์ปิดแผลด้วยพลาสติกชนิดกันน้ำ และแพทย์อนุญาตให้อาบน้ำได้ แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ ห้ามถูสบู่บริเวณขอบพลาสติก ภายหลังอาบน้ำให้เช็ดตัวให้แห้ง และใช้ผ้าขนหนูที่แห้งซับบริเวณขอบพลาสติก เพื่อป้องกันการอับชื้น และป้องกันการหลุดลอกของพลาสติก หลีกเลี่ยงการแช่น้ำในอ่างน้ำหรือลำคลอง เนื่องจากอาจติดเชื้อจากสารปนเปื้อนมากับน้ำ ซึมเข้าสู่ร่างกายและทางช่องคลอดได้

- สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เน้นย้ำว่าควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหมักดอง เป็นต้น

- ควรทำงานเบาๆ เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน เป็นต้น งดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก หรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง เพราะจะทำให้แผลผ่าตัดแยกได้ เช่น การยกของหนัก เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ

- สามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น ยืน เดิน เป็นเวลาอย่างน้อย 10-20 นาที งดการออกกำลังกายที่ต้องเกร็งหน้าท้อง เช่น sit up หรือสะพานโค้ง ภายใน 6 เดือนแรก

- งดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 เดือน

- อาการผิดปกติต้องมาพบแพทย์ เช่น มีเลือดหรือหนองบริเวณแผลผ่าตัด มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกทางช่องคลอด มีอาการปวดท้องน้อยตลอดเวลา ร่วมกับการมีไข้และมีตกขาว ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

- ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรหยุดการรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

- มาตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด และควรตรวจติดตามต่อเนื่องประจำทุกปี

3. ภายหลังให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รวมทั้งประเมินความรู้ของผู้ป่วยโดยการซักถาม

การประเมินผล (วันที่ 6 เมษายน 2556)

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดได้ถูกต้อง

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัจจุบันการใช้เครื่องมือ Laparoscope ผ่านทางหน้าท้อง เพื่อช่วยในการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคทางนรีเวชต่างๆ ได้พัฒนาก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก จนทำให้ทำการผ่าตัดด้วยระยะภายในอุ้งเชิงกรานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและลดระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาล แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ทำให้ลดความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดได้มาก ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ดังนั้น จึงมีการนำวิธีนี้มาใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

จากประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง พบปัญหาอุปสรรคต่างๆ โดยมีแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานหรือข้อเสนอแนะ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
1. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด ของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อที่จะได้ทราบถึง ความต้องการที่แท้จริงในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด ของผู้ป่วยรวมทั้งต้องประเมินความพร้อมด้านจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัด - ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด รวมทั้ง

ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ(ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
	<p>ความเข้าใจในวิธีการระงับความรู้สึกและวิธีการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ในของเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการรักษา และเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ได้รับทราบถึงข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ - ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกาย การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การเตรียมลำไส้ตามแผนการรักษาของแพทย์ การงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด

ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ(ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความรู้ความเข้าใจโดยการซักถาม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น
<p>2. การขาดองค์ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง(laparoscopic surgery)เพราะเข้าใจว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้แตกต่างจากการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (exploratory laparotomy)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยจัดเป็น Case Conference หรือ เชิญ แพทย์ พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มาบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างทักษะทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น

ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ(ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
<p>3. อาการข้างเคียงภายหลังผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องที่พบบ่อย คือ อาการท้องอืด และ อาการปวดร้าวหัวไหล่และบริเวณชายโครงซึ่งเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วย</p>	<p>- พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของอาการข้างเคียงที่จะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง รวมทั้งต้องมีวิธีการจัดการลดอาการข้างเคียงจากการผ่าตัดดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและพร้อมที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้กลับมาสู่ภาวะปกติ เช่น การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการลดอาการท้องอืด โดยเน้นย้ำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารตามคำสั่งแพทย์ (step diet) หรือแนะนำอาหารที่ช่วยป้องกันอาการท้องอืด และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืด เป็นต้น รวมทั้งกระตุ้นการเริ่ม Early ambulate ภายหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุดเพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารดีขึ้นด้วย</p> <p>ในส่วนของการลดอาการปวดร้าวหัวไหล่ และบริเวณชายโครงภายหลังทำผ่าตัด จะต้องจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนในท่ายกกันสูง ศีรษะต่ำ (Trendelenburg position) เพื่อช่วยบรรเทาอาการ</p>

ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ(ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
	<p>ดังกล่าว รวมทั้งควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดร้าวหัวไหล่และบริเวณชายโครง ว่าเกิดจากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่แพทย์ใส่เข้าไประหว่างทำผ่าตัด แม้จะมีการไล่แก๊สออกภายหลังผ่าตัด แต่ก็ยังมีบางส่วนค้างอยู่ใต้ผิวหนัง เป็นผลทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อ phrenic nerve จนทำให้เกิดอาการตามที่กล่าวมาข้างต้น พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้ จะหายไปเองภายใน 24-48 ชั่วโมง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยในการที่จะช่วยดูแลบรรเทาอาการข้างเคียงดังกล่าว และสร้างเสริมแรงจูงใจของผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการฟื้นฟูร่างกายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ

ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูกที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ(ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
<p>4. การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากสาเหตุการขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบต่อผู้ป่วย และ โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำภายหลังผ่าตัด - ร่วมประชุมกับทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำที่ถูกต้องครบถ้วน และจัดระบบการให้ความรู้และการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องแก่ผู้ป่วยโดยมีขั้นตอนเป็นแบบแผนเดียวกัน เพื่อให้พยาบาลสามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยได้ครบถ้วนและครอบคลุม - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านและเน้นย้ำถึงผลเสียจากการละเลยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

สรุป

พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดให้การดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการและช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านในฐานะที่เป็นพยาบาล จึงควรต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการที่จะดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องอย่างเข้าถึงปัญหาของแต่ละคน โดยการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหาและนำมาวางแผนทางการพยาบาล ได้อย่างครอบคลุม และให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นนอกจากทางร่างกายแล้ว การดูแลทางด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามหรือระบายความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพร้อมที่จะกลับไปชีวิตประจำวันได้ตามปกติภายหลังผ่าตัด พยาบาลควรให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเป็นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม ทำให้การพยาบาลนั้นประสบความสำเร็จดังเป้าหมายที่วางไว้

บรรณานุกรม

1. ชัยยศ ชีรผกาวงศ์. ความรู้สู่ประชาชนเรื่องเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก.[บทความออนไลน์]. 2555. เข้าถึงได้ที่URL:http://www.si.mahidol.ac.th/department_obstetrics_gynecology [สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2556].
2. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. บทความพื้นวิชนเนื้องอกมดลูก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่29; ฉบับที่ 4 พ.ค.-ธ.ค. 2555.:312-40. [วารสารออนไลน์]. 2555. เข้าถึงได้ที่URL:<http://ppkhosp.go.th/ppkjournal/CountHtml.asp?sysid=685&Htmlfile> [สืบค้น 12 กุมภาพันธ์ 2556].
3. Division of obstetrics & gynecology registry Department obstetrics & gynecology Faculty of medicine Siriraj hospital. Annual Statistical Report 2009. Mahidol University. Bangkok.2009.
4. Division of obstetrics & gynecology registry Department obstetrics & gynecology Faculty of medicine Siriraj hospital. Annual Statistical Report 2010. Mahidol University. Bangkok.2010.
5. Division of obstetrics & gynecology registry Department obstetrics & gynecology Faculty of medicine Siriraj hospital. Annual Statistical Report 2011. Mahidol University. Bangkok.2011.
6. แสงชัย พุทธิพันธุ์. การผ่าตัดเอามดลูกที่มีพยาธิสภาพผิดปกติออกด้วยกล้องส่องช่องท้อง. [บทความออนไลน์].2552.เข้าถึงได้ที่URL:<http://www.vichaiyut.co.th/html/jul/article/p01.asp> [สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2556].

7. พงษ์ศักดิ์ ศิลป์ชัยวัฒนา.ความรู้สู่ประชาชนเรื่องการแพทย์ทางเลือก...ผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้อง.[บทความออนไลน์]. 2553. เข้าถึงได้ที่URL:http://www.si.mahidol.ac.th/th/departement/obstretics_gynecology/dept_article_detail.asp?a_id=533 [สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2556].
8. Minimal invasive gynecology surgery.[internet]. 2013. Available from: <http://www.gynesurgery.com/laprosopy.html>[Accessed 2013 Mar 6].
9. ชันยรัตน์ วงศ์วานุรักษ์, สุทธิ สังขรัตน์. โรคเนื้องอกมดลูกที่ไม่ใช่มะเร็ง. ใน:วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, มณี ไชยานนท์. ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจจาภิบาล, ไอรีน เรื่องขจร ,บรรณาธิการ. ตำรานรีเวช ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ้ง; 2554. หน้า 143-54.
10. เรืองศักดิ์ เลิศขจรสุข. Benign tumor of uterus [บทความออนไลน์]. 2556. เข้าถึงได้ที่ URL:<http://www.cai.md.chula.ac.th/lesson/lesson4415/content> [สืบค้น 12 กุมภาพันธ์ 2556].
11. นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลสตรีที่มีเนื้องอกมดลูก. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม) พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: วิ.พรีน 1999; 2553. หน้า 153-57.
12. พิบูลย์ ทีละพัฒนาะ. เนื้องอกมดลูก.[บทความออนไลน์].2546.เข้าถึงได้ที่ URL:http://www.vichaiyut.co.th/jul/26_03-2546/26_03-2546_P35-37.pdf [สืบค้น 12 กุมภาพันธ์ 2556].

13. อนุกรรมการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพสตรีราชวิทยาลัยอุตรดิตถ์แพทย์แห่งประเทศไทย. เนื่องอภมดลูก. [บทความออนไลน์]. 2553. เข้าถึงได้ที่ URL:http://www.rtcog.or.th/html/photo/newsfile_271642.pdf [สืบค้น 13 กุมภาพันธ์ 2556].
14. ทศน์วรรณ รังรักษ์ศิริวร, สมชาย สุวานกรณ์. Solving common problem in myoma uteri management. การประชุมวิชาการ ประจำปี OB & GYN: update & practical 2008. Reaching the solutions for O & G Controversies. [บทความออนไลน์]. 2551. เข้าถึงได้ที่ URL:<http://www.medicthai.net/picture/news/173227Takeda.pdf> [สืบค้น 13 กุมภาพันธ์ 2556].
15. ศุภกร โรจนนินทร์. บรรณาธิการ. ทางเลือกใหม่ของการรักษาเนื่องอภมดลูกด้วยการอุดหลอดเลือดแดง. วารสารศิริราชประชาสัมพันธ์ 2549; 19:3-4.
16. พงศ์ศักดิ์ พงษ์สุวรรณ, คมกริช ฐานิชโร, สมยศ ชัยธีระสุเวท. การรักษาก้อนเนื่องอภมดลูกด้วยวิธี Uterine artery embolism (UAE). [บทความออนไลน์]. 2554. เข้าถึงได้ที่ URL: <http://www.drkomgrit.com/article.aspx?id=29> [สืบค้น 14 กุมภาพันธ์ 2556].
17. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. การผ่าตัดส่องกล้อง. ความหมาย. [บทความออนไลน์]. 2556. เข้าถึงได้ที่ URL: <http://th.wikipedia.org/wiki/การผ่าตัดส่องกล้อง> [สืบค้น 14 กุมภาพันธ์ 2556].

18. ปวีตร สุจริตพงศ์, พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. การผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้อง. ใน: วีรศักดิ์ วงศ์ศิริพร, มณี รัตนไชยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาทิบาล, ไอรีน เรืองขจร, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวช. ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง; 2554. หน้า 279-94.
19. พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. การส่องกล้องผ่าตัดทางนรีเวช. ใน: สมบูรณ์ คุณาธิคม, สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิทยา, ภาคภูมิ โพรพงษ์, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2542. หน้า 491-97.
20. กรกฏ ศิริมัย, ปวีตร สุจริตพงศ์. บทบาทของการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องกับการรักษาอาการปวดท้องน้อย. ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พุทธิส จันทร์ประภาพ. อรรถพล ใจชื่น ชันยรัตน์ วงศ์วานูรักษ์, และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค 2012. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2555. หน้า 347-59.
21. William WH. Gynecologic laparoscopy. [internet]. 2013. Available from:<http://emedicine.medscape.com/article/265201-overview#a05> [Accessed 2013 Oct 6].
22. พีรพงศ์ อินทสร. วัฒนาการในการผ่าตัดรักษามะเร็งปากมดลูก. ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พุทธิส จันทร์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ชันยรัตน์ วงศ์วานูรักษ์, และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค 2012. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2555. หน้า 275-80.

23. สมใจ เนียมหอม. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลสตรีระยะหลังคลอดที่มีภาวะปัสสาวะเล็ดขณะไอหรือจาม. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
24. ปิยนุช สายสุขอนันต์. คู่มือการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ทำ fetoscopic surgery. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555.
25. นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลสตรีก่อนได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องทางหน้าท้อง. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม) พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ:วี.พี.อิน;2553: หน้า174-77.
26. Preoperative care. National institutes of health. [internet].2007. Available from:<http://www.surgeryencyclopedia.com/Pa-St/Preoperative-Care.html> [Accessed 2013 Sep 6].
27. Postoperative care. National institutes of health. [internet]. 2007. Available from:<http://www.surgeryencyclopedia.com/Pa-St/Postoperative-Care.html> [Accessed 2013 Sep 6].
28. Jennie AW. Care of postoperative patient. Nursingtimes. [internet]. 2003. Available from:<http://www.nursingtimes.net/care-of-the-postoperativepatient/200004.article> [Accessed 2013 Sep 10].