



คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทาง
ช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

นางสาวกัญญารัตน์ เชื้อหมอ

งานการพยาบาลสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

คำนำ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด เล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และได้รับการบริการที่มีคุณภาพ อีกทั้งเพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ผู้จัดทำได้รวบรวมรายละเอียดและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในโรงพยาบาลศิริราช ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการพยาบาลเล่มนี้จะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอดสำหรับพยาบาล และผู้สนใจต่อไป

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสงค์ ตันมหาสมุทร อาจารย์ประจำหน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวชภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นางกาญจนา ทมิพทร ผู้ตรวจการงานพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา นางสุจิตตรา พงศ์ประสพชัย หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และนางลดาวัลย์ คุ้มภิญโญบุญ ห้วหน้าหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปีสมเด็จพระศรีฯ ชั้น 12/2 ที่ได้กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและเสนอแนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณพยาบาลและผู้ร่วมงานในหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปีสมเด็จพระศรีฯ 12/2 ที่ให้กำลังใจในการจัดทำคู่มือ สุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยทุกรายที่เป็นแรงบันดาลใจให้จัดทำคู่มือฉบับนี้

กัญญารัตน์ เชื้อหอม

ตุลาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูป	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการเขียนคู่มือการพยาบาล	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของการใช้คู่มือการพยาบาล	2
นิยามศัพท์ คำจำกัดความ	2
บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	3
บทบาทหน้าที่	3
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	3
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	8
โครงสร้างงานการพยาบาลผู้สูงอายุ-นรีเวชวิทยา	9
โครงสร้างหอผู้ป่วย ๑๐๐ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 12/2	10
บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระบังลมหย่อน การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด	11
และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด	
ความหมายของกระบังลมหย่อน	11
ลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์สตรี	11
พยาธิสภาพของกระบังลมหย่อน	12
การแบ่งความรุนแรงของภาวะกระบังลมหย่อน	13
ชนิดของกระบังลมหย่อน	17
สาเหตุการเกิดกระบังลมหย่อน	20
อาการและอาการแสดง	20
การวินิจฉัยโรค	22
การรักษา	22

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด	24
เย็บซ่อมแซมช่องคลอด	25
บทที่ 4 หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับ	30
การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด และกรณีศึกษา	
ขั้นตอนการประเมิน	30
ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล	31
ขั้นตอนการวางแผนให้การพยาบาล	31
ขั้นตอนการให้การพยาบาล	31
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	34
กรณีศึกษา	47
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา	49
สรุปผลการดูแลกรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	61
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา	63
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	
ก แบบทดสอบความรู้	71
ข เฉลยแบบทดสอบความรู้	74
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	76
ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	77
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	78
ความเห็นของผู้ใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับ	82
การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด	

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 แสดงการหย่อนของผนังช่องคลอดในตำแหน่งต่างๆ	13
รูปที่ 2 คำนิยามมาตรฐานสำหรับการเรียกภาวะกระบังลมหย่อนในสตรีตามระบบ POPQ	14
รูปที่ 3 ตัวอย่างการบันทึกค่าในการตรวจระบบ POPQ	16
รูปที่ 4 แสดงมดลูกหย่อนระดับ 3 (Third-degree uterine prolapse)	17
รูปที่ 5 Vaginal vault prolapse	18
รูปที่ 6 Cystocele	18
รูปที่ 7 Rectocele	19
รูปที่ 8 แสดง Anterior colporrhaphy	26
รูปที่ 9 แสดง Paravaginal defect repair	26
รูปที่ 10 แสดง Posterior colporrhaphy	27
รูปที่ 11 แสดง sacrospinous suspension	28
รูปที่ 12 แสดง sacrocolpopexy	28

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดง Baden-Walker halfway system	14
ตารางที่ 2	แสดง POPQ staging	17
ตารางที่ 3	ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย	63

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

กระบังลมหย่อน (pelvic organ prolapse) เป็นอาการที่มีผนังช่องคลอด และมดลูกหย่อน พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดระดูและผู้สูงอายุ พบว่ากล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานจะอ่อนแรงลงได้มากถึงร้อยละ 15 เมื่ออายุมากขึ้นทุก 10 ปี¹ ผลของการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดระดูจะทำให้เกิดกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรงมากยิ่งขึ้น และสตรีที่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดตรวจพบกระบังลมหย่อนประมาณร้อยละ 50² เป็นผลเนื่องมาจากการยืดหรือฉีกขาดของกล้ามเนื้อ และเอ็นต่างๆ จนไม่สามารถพยุงหรือยึดมดลูกหรือผนังช่องคลอดให้อยู่ในตำแหน่งปกติได้ ส่วนใหญ่ มักจะพบในสตรีที่มีบุตรหลายคนหรือมีประวัติคลอดยาก นอกจากนี้คนที่อ้วน น้ำหนักเกินปกติ หรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดกระบังลมหย่อนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ และปัญหาทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงอาจรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ปัจจุบันพบว่าโรคกระบังลมหย่อนมีแนวโน้มพบมากขึ้นจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคกระบังลมหย่อนจำนวนทั้งหมด 5,188, 5,219 และ 5,219 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.92, 15.98 และ 15.98 ตามลำดับ³ สำหรับในโรงพยาบาลศิริราช ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคกระบังลมหย่อนในปี พ.ศ. 2554-2556 จำนวนทั้งหมด 178, 194 และ 181 รายตามลำดับ⁴

การรักษาประกอบด้วย การรักษาแบบประคับประคอง และหรือการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด ทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรืออวัยวะที่หย่อน คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอดเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย คู่มือนี้ประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดกระบังลมหย่อน การรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด กระบวนการพยาบาล และกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการเขียนคู่มือการพยาบาล

1. เพื่อให้ทราบถึงพยาธิสรีรวิทยาการเกิดภาวะกระบังลมหย่อน
2. เพื่อทราบแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนด้วยวิธีการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด
3. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติกรพยาบาล และวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวปฏิบัติกรพยาบาลที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด
2. ผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอบเขตของการใช้คู่มือการพยาบาล

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะจำหน่าย

นิยามศัพท์ คำจำกัดความ

โรคกระบังลมหย่อน หมายถึง ภาวะที่มีการยื่นหรือหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานออกมาจากตำแหน่งปกติ ไปงัดเข้ามาในช่องคลอด⁵

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด หมายถึง เป็นการตัดมดลูก และนำออกมาโดยผ่านทางช่องคลอด⁶

เย็บซ่อมแซมช่องคลอด หมายถึง การเย็บซ่อมผนังช่องคลอดจะมีทั้งการเย็บผนังช่องคลอดด้านหน้า ผนังช่องด้านหลัง หรือการเย็บตรึงส่วนยอดของช่องคลอดไม่ให้หย่อนลงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่หย่อน⁵

บทที่ 2

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ผู้จัดทำคู่มือการพยาบาลปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอาการ ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ชั้น 12/2 ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางนรีเวช สองกลุ่มใหญ่คือ ผู้ป่วยนรีเวชที่มารับการผ่าตัดนอกเวลาราชการ และผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่มารับยาเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช ให้การพยาบาลตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน แล้วโทรศัพท์เยี่ยม 7 และ 30 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัด ให้การพยาบาลตั้งแต่ก่อนให้ยา ขณะให้ยาเคมีบำบัด หลังให้ยาเคมีบำบัด และโทรศัพท์เยี่ยม 14 วันหลังผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นำญาติผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้การบริการรับจองเตียงผ่าตัดนอกเวลาราชการของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติมีดังนี้

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล มอบหมายงานตามความเหมาะสม วางแผนนิเทศงาน แก้ไขปัญหา และติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรภายใต้ความรับผิดชอบรวมทั้งประเมินผลงานของตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ทีมสหสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ หน่วยเวชระเบียน หน่วยตรวจสอบสิทธิ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ในการเข้ารับการรักษา และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล คือ การประเมิน การวินิจฉัย การพยาบาลการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล โดยเป็นการให้การพยาบาลแบบครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยทางนรีเวชที่มารับการผ่าตัด ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องทางนรีเวช ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องทางหน้าท้อง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางช่องคลอด ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด ผู้ป่วยที่มารับ

การผ่าตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (LEEP) รวมทั้งผู้ป่วยที่มารับการคุมมดลูก เพื่อทำการวินิจฉัย โดยให้การพยาบาลตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัดดังต่อไปนี้

3.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

- ให้การพยาบาลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยประเมินความพร้อมทางร่างกาย และจิตใจ จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น รวมทั้งประเมินความพร้อมด้านจิตใจหากพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล พุดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล
- ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด โดยประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ แนวทางการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้ยาระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ในขอบเขตของพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด รวมทั้งการเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง หรือยาที่ต้องงดก่อนการผ่าตัด เป็นต้น
- ให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายสิ่งที่วิตกกังวล สนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนพุดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจผู้ป่วย
- ติดตาม ดูแลให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด (consent form) พร้อมตรวจสอบรายชื่อพยานให้ครบถ้วนถูกต้อง
- ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารทุกชนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าไปในปอดระหว่างระงับความรู้สึก
- ให้การพยาบาลเตรียมความสะอาดของร่างกาย และการเตรียมความสะอาดหน้าท้อง และช่องคลอด เพื่อการผ่าตัด โดยโกนขนบริเวณผิวหนังที่หน้าท้องจนถึงหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง และทำความสะอาด โดยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น 4% Chlorhexidine gluconate และสวนล้างช่องคลอดด้วย Sterile-water for irrigation เป็นต้น โดยจะต้องเตรียมความสะอาดหน้าท้อง คืบก่อนวันผ่าตัด และเข้าวันผ่าตัดจนสะอาดดี การเตรียมลำไส้ โดยอาจจะใช้วิธีการสวนอุจจาระทางทวารหนัก หรืออาจให้รับประทานยาระบายตามแผนการรักษา

3.2 การพยาบาลหลังทำผ่าตัด

- ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ บันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมิน ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง ประเมินการไหลเวียนของเลือด โดยสังเกตริมฝีปาก ผิวหนัง และสีเล็บ ประเมินแผลผ่าตัด ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกผิดปกติ

- ประเมินการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลผ่าตัดมีอาการบวมแดง หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้สารน้ำหรือยาปฏิชีวนะ และยึดหลักการให้การพยาบาล โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ

- ประเมินและบันทึกระดับความเจ็บปวด (pain score) พร้อมดูแลบรรเทาอาการปวด โดยการให้ยาตามแผนการรักษา และแนะนำการเปลี่ยนท่าอย่างถูกวิธี อธิบายสาเหตุของอาการปวด เกิดจากการใส่ผ้าก๊อซซับในช่องคลอด

- บันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งบันทึกปริมาณของปัสสาวะภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

- ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง เหมาะสม เช่น การบริหารร่างกาย ภายหลังผ่าตัด การลุก-เดินอย่างถูกวิธี การหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น

- ดูแลความสุขสบายภายหลังผ่าตัดทั่วไป เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ พร้อมจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ดูแลเรื่องความปลอดภัย โดยระมัดระวังการเกิดการพลัดตกหกล้ม

- ให้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านในเรื่องดังต่อไปนี้

- 1) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์

- 2) การดูแลแผลผ่าตัด โดยมาตรวจหลังผ่าตัด เพื่อประเมินตามแพทย์นัด

- 3) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่

- 4) การออกกำลังกายที่เหมาะสมภายหลังผ่าตัด

- 5) การงดมีเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์

- 6) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง มีเลือดสดๆ ทางช่องคลอด ปวดท้องน้อยมาก เป็นต้น

- โทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 7 และ 30 วัน เพื่อสอบถามอาการและประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งบริเวณที่มารับยาเคมีบำบัด โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องตาม Protocol เริ่มจากการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จากการซักประวัติ จากผลตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจอื่นๆ นอกจากนี้ยังประเมินความพร้อมด้านจิตใจในการมารับยาเคมีบำบัด ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ เป็นต้น ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับยาเคมีบำบัด ให้การพยาบาลและให้คำแนะนำในการ

ลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับเช่น การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การบริหารร่างกาย และดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรับยาเคมีบำบัด เช่น ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านร่างกายต่ำ ภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะอันตรายถึงชีวิตได้ รวมทั้งภาวะเครียด จากสภาวะโรคที่เป็นอยู่ สภาพเศรษฐกิจ การอยู่ในสังคม จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง สิ่งสำคัญคือ ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะเผชิญกับอาการที่เป็นอยู่และให้ความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเอง และส่งเสริมการเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจากการสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วย

5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่พอร์ต เอ (Port A catheter) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรายที่ใส่พอร์ต เอ นั้นต้องได้รับการพยาบาลในการแทงเข็มพอร์ตจากพยาบาลที่ผ่านการอบรม ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ (sterile technique) อย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับแทงพอร์ต โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อระหว่างแทงเข็มพอร์ตประเมินผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย หลังแทงเข็มแล้วก็ต้องประเมินว่าตัวพอร์ตยังใช้งานได้หรือไม่ เช่น ต้องดูดได้เลือด และสามารถใส่น้ำเกลือเข้าไปได้ไม่ติดขัด ถ้าเกิดการติดขัดหรือใช้งานไม่ได้ ต้องประสานงานกับทีมแพทย์ศัลยศาสตร์หลอดเลือดเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พอร์ตกลับมาใช้งานได้ตามปกติ ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลพอร์ตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน งดยกของหนักด้วยแขนข้างที่ใส่พอร์ต ในกรณีใส่พอร์ตที่ขาไม่นั่งห้อยขาหรือเดินนานๆ ดื่มน้ำมากกว่า 2000 ซีซีต่อวันเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดี และสังเกตอาการผิดปกติเช่น สายพอร์ตคันตัว หนุนขึ้นมา หรือสามารถคลำสายพอร์ตได้ร่วมกับมีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีไข้ ให้มาพบแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องให้คำแนะนำแก่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างให้สารน้ำ หรือยาเคมีบำบัดผ่านทางพอร์ต เพื่อให้พยาบาลที่อยู่ระหว่างปฏิบัติงานในแต่ละเวรสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องปลอดภัย

6. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โดยให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานด้วยความนุ่มนวล เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานต่างๆ ด้านร่างกาย เช่น การควบคุมอาการปวด การดูแลแผล ดูแลระบบขับถ่าย และดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น ในด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกของตนเอง เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มาเป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการหวาดกลัว และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจได้ ช่วยให้จิตใจผู้ป่วยจ่ออยู่กับสิ่งดีงาม เช่น แนะนำให้ญาตินำสิ่งของผู้ป่วยเคาน์เตอร์มาไว้ที่ห้องพัก เพื่อเป็นศูนย์รวมจิตใจของผู้ป่วย ชวนให้สวดมนต์ตามหลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ รวมทั้งให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแล ในการ

เตรียมความพร้อมที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เท่าที่ระยะเวลาที่เหลืออยู่ และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย คุณดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

7. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเตรียมตรวจภายใน โดยอธิบายให้ทราบถึงจุดประสงค์ของการตรวจและวิธีการตรวจ รวมถึงแนะนำขั้นตอนในการเตรียมตัวก่อนตรวจภายใน และคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจภายในเสร็จ เพื่อคลายความกังวลให้กับผู้ป่วย และประสานงานกับแพทย์ในการแจ้งผลการตรวจให้ผู้ป่วยทราบ และแผนการรักษาต่อเนื่อง

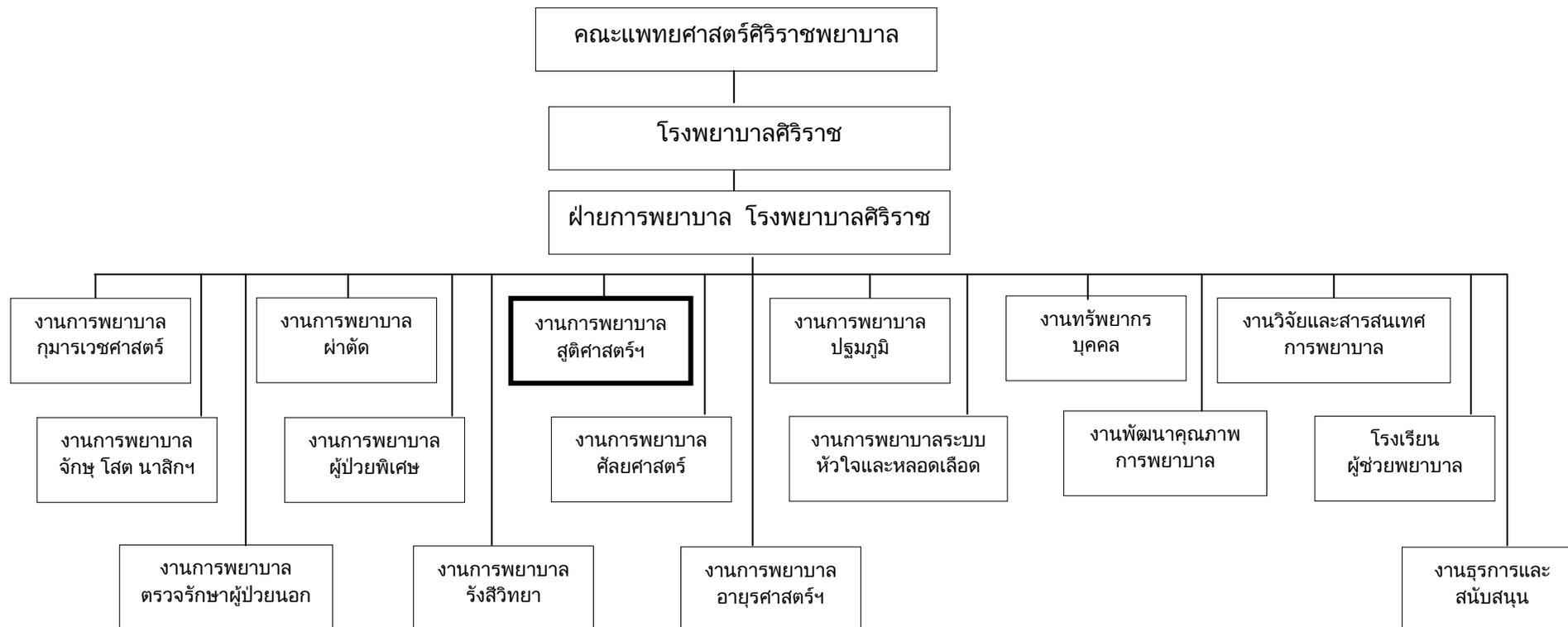
8. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเตรียมพร้อมทำหัตถการต่างๆ โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำหัตถการนั้นๆ เช่น การทำ abdominal tapping การทำ pleural tapping เป็นต้น แนะนำขั้นตอนในการเตรียมตัว การเซ็นใบยินยอมในการรับการทำการหัตถการนั้นๆ การปฏิบัติตัวขณะทำการหัตถการ และการปฏิบัติตัวภายหลังทำการหัตถการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินปริมาณเลือดออกจากบริเวณแผลที่ทำหัตถการนั้นๆ ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วย พร้อมติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อรายงานผลพยาธิวิทยาให้แพทย์ทราบ เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

9. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น

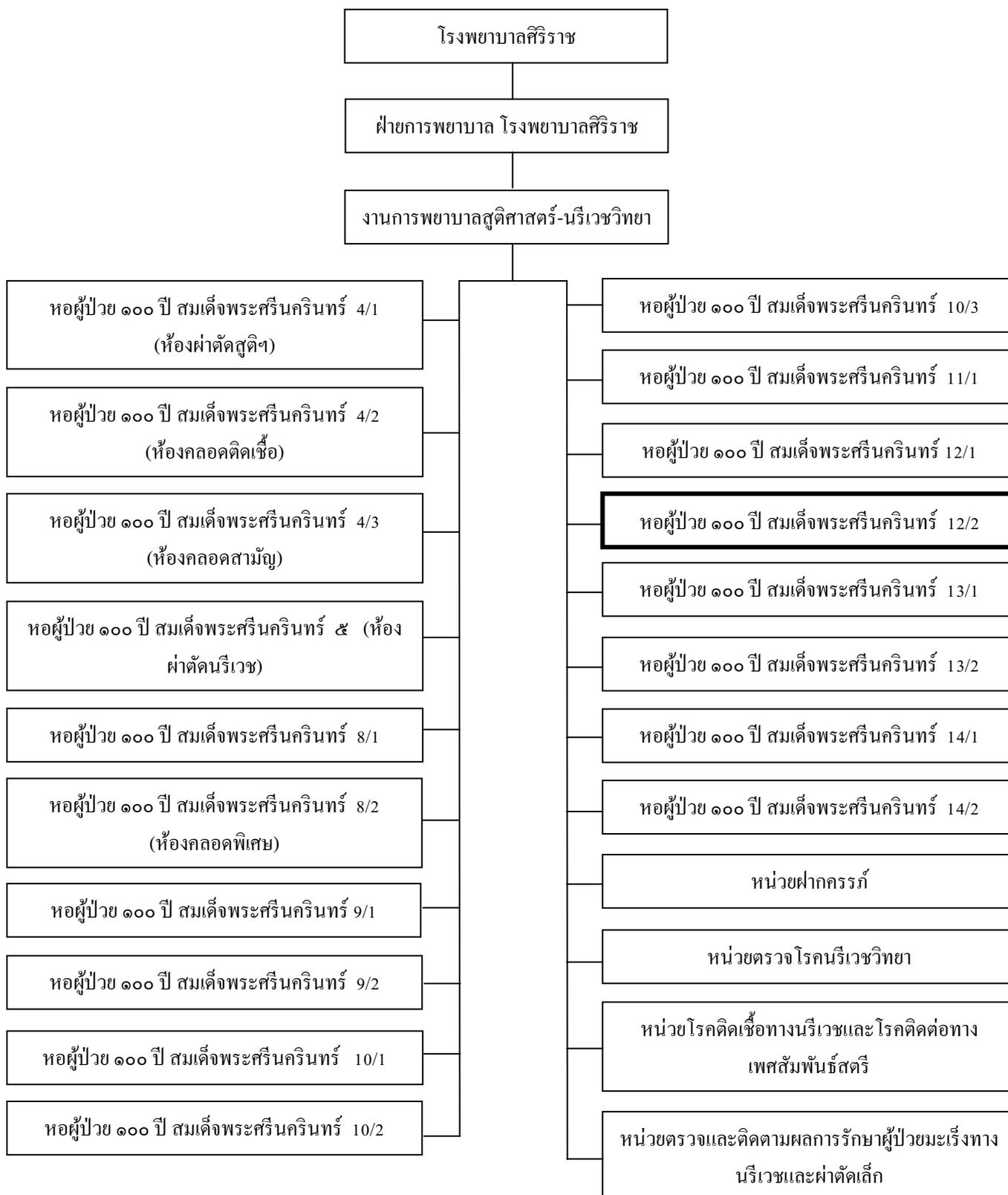
- ผู้ป่วยที่ต้องใส่สายจากไต หรือท่อไตผ่านผิวหนัง โดยดูแลให้ไหลได้สะดวก จัดบันทึกจำนวน ลักษณะหรือสีของปัสสาวะ ดูแลไม่ให้สายขยับหรือหลุด พับงอ และป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- ผู้ป่วยที่ต้องทำทวารใหม่ (ostomy) โดยดูแลการทำความสะอาดผิวหนังรอบทวาร และการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ พร้อมให้สุขศึกษาด้านสุขภาพอนามัย และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ฝึกให้ผู้ป่วยทดลอง จนปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ตามความสามารถ

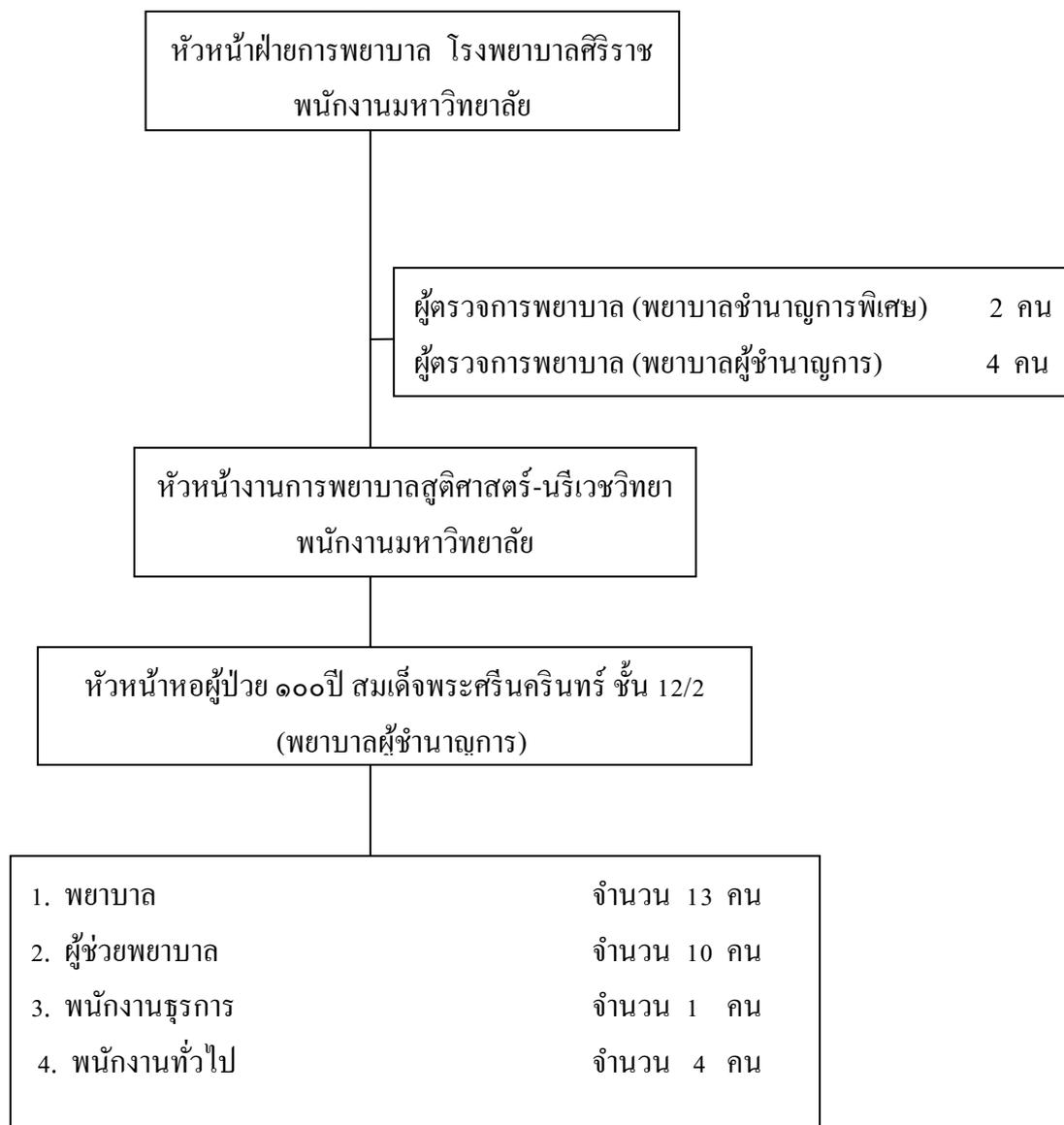
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



โครงสร้างงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



โครงสร้างหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 12/2



บทที่ 3

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระบังลมหย่อน การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

ความหมายของกระบังลมหย่อน

กระบังลมหย่อน (pelvic organ prolapse) หมายถึง ภาวะที่มีการยื่นหรือหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานออกมาจากตำแหน่งปกติ โป่งดันเข้ามาในช่องคลอด ซึ่งบางครั้งอาจยื่นหรือหย่อนจนผ่านพื้นปากช่องคลอดออกมาภายนอกได้ การยื่นหรือหย่อนนี้อาจเกิดขึ้นกับมดลูก กระเพาะปัสสาวะ หรือ ส่วนของลำไส้ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเกิดร่วมกันก็ได้ ความผิดปกตินี้เป็นผลมาจากความบกพร่องของเนื้อเยื่อที่ทำหน้าที่ประคับประคองอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เป็นภาวะที่พบบ่อยซึ่งจากการศึกษา Women's Health Initiative Hormone Replacement Therapy Clinical Trial พบความชุกของมดลูกหย่อน ร้อยละ 14.2 กระเพาะปัสสาวะหย่อน ร้อยละ 34.3 และส่วนของลำไส้หย่อน ร้อยละ 18.6 นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงชีวิตของสตรีแต่ละคนมีโอกาสถึงร้อยละ 11 ที่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะเหล่านี้ ถึงแม้ภาวะนี้จะเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงแต่ก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากอาการหลายอย่างเกี่ยวเนื่องกับการหย่อนตัวของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เช่น ปวดหน่วงท้องน้อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือปัสสาวะเล็ด ท้องผูก และกิจกรรมทางเพศลดลง เป็นต้น^{5,6}

ลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์สตรี

มดลูกและช่องคลอดอยู่ในตำแหน่งปกติได้ เนื่องจากมีกล้ามเนื้อ และ ligament ต่างๆ ช่วยยึดอวัยวะต่างๆ ติดกับอุ้งเชิงกรานที่สำคัญได้แก่^{5,6}

1. Endopelvic fascia เป็นเนื้อเยื่ออยู่ในอุ้งเชิงกรานบนกล้ามเนื้อ pelvic floor ทำหน้าที่ยึดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานให้ติดกับกระดูกเชิงกรานโดยรอบ ส่วนหนึ่งในสามของช่องคลอดส่วนล่างไม่มี endopelvic fascia คลุม แต่จะถูกยึดด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่อยู่รอบๆ เท่านั้น

2. Pericervical ring เป็นโครงสร้างที่ประกอบด้วย ปากมดลูก uterosacral ligament, pubocervical fascia และ rectovaginal fascia ซึ่งเนื้อเยื่อเหล่านี้จะยึดติดกันเสริมสร้างความแข็งแรงซึ่งกันและกัน เป็นโครงสร้างสำคัญที่ทำหน้าที่ยึดมดลูกและช่องคลอดส่วนบนไว้ กรณีที่มีการทำผ่าตัดมดลูกจะทำให้โครงสร้างมีการแยกตัวออกจากกันได้

3. Pelvic floor เป็นผนังส่วนล่างของอุ้งเชิงกรานซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อ levator ani เป็นส่วนใหญ่ และยังมีกล้ามเนื้อ coccygeus รวมทั้ง fascia ต่างๆ pelvic floor จะหดตัวเพื่อช่วย

ในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ และจะคลายตัวเมื่อต้องการขับถ่าย กล้ามเนื้อ levator ani ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ 3 ส่วน คือ iliococcygeus, pubococcygeus และ puborectalis

4. Urogenital diaphragm ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ transverse perineii, ischiocavernosus, bulbocavernosus เป็นผนังช่องคลอดส่วนล่างที่ติดอยู่กับบริเวณฝีเย็บ ดังนั้นถ้ามีการฉีกขาดของฝีเย็บจะทำให้มีช่องคลอดส่วนล่างหย่อนได้

5. Perineal body เป็น fibromuscular tissue อยู่ระหว่างช่องคลอดและลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง บริเวณฝีเย็บซึ่งจะช่วยเสริมความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ levator ani

พยาธิสภาพของกระบังลมหย่อน

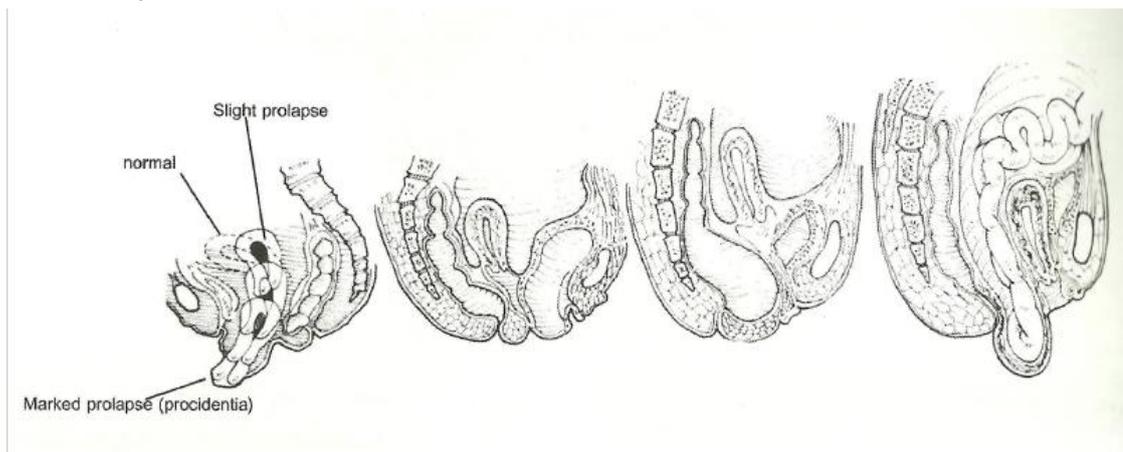
ภาวะกระบังลมหย่อนเกิดจากการที่อุ้งเชิงกรานมีการขยายตัว มีการทำลายโครงสร้างของอุ้งเชิงกรานที่ประกอบด้วยกล้ามเนื้อและเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ เมื่อโครงสร้างถูกทำลายจะทำให้อวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานสามารถเคลื่อนตัวลงมา สามารถแบ่งชนิดของการหย่อนตัวตามตำแหน่งที่มีปัญหา ได้แก่ ส่วนยอด (apex หรือ apical) ส่วนหน้า (anterior) และส่วนหลัง (posterior) (รูปที่ 1) ในสตรีส่วนใหญ่ที่มีการหย่อนของอวัยวะอุ้งเชิงกรานจะมีการบกพร่องในหลายตำแหน่งร่วมกัน สามารถอธิบายการหย่อนในแต่ละส่วนได้ดังนี้^{5,6}

Apical defect การบกพร่องของส่วนยอดสุด ซึ่งหมายถึง ตำแหน่งของมดลูกหรือช่องคลอดส่วนยอด เนื่องจากส่วนที่ประกอบเป็น pericervical ring และเนื้อเยื่ออื่นๆ ที่ยึดเหนี่ยวมดลูกมีการฉีกขาดหรือเสื่อมลงทำให้เกิดมดลูกหย่อน หรือ vaginal vault prolapse โดยทั่วไปมดลูกไม่สามารถหย่อน โดยที่ไม่มีการหย่อนของผนังช่องคลอดด้านหน้า หรือหลังร่วมด้วย

Anterior vaginal wall defect ผนังช่องคลอดส่วนหน้าหย่อนตัวเกิดจาก pubocervical fascia เสื่อมลงหรือหลุดจากตำแหน่งที่เกาะติด ถ้าหาก pubocervical fascia บางหรือเสื่อมที่ตำแหน่งตรงกลาง เรียกว่า midline anterior vaginal wall defect และถ้าหาก pubocervical fascia หลุดออกจาก arcus tendineus fascia ทั้ง 2 ข้างจะทำให้เกิดการหย่อนตัวของผนังช่องคลอดด้านข้างเรียกว่า paravaginal defect เป็นพยาธิสภาพที่พบได้บ่อยที่สุด และถ้าเกิดจาก pubocervical fascia หลุดจาก pericervical ring เรียกว่า transverse defect โดยทั่วไปผู้ป่วยรายเดียวกันอาจจะมีพยาธิสภาพหลายอย่างร่วมกัน นอกจากนั้นอวัยวะที่อยู่เหนือช่องคลอดส่วนหน้าคือ กระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะหากมีการหย่อนตัวจะเกิดภาวะที่เรียกว่า cystocele หรือ urethrocele เป็นต้น

Posterior vaginal wall defect ผนังช่องคลอดส่วนหลังหย่อนตัวเกิดจาก rectovaginal fascia เสื่อมลงหรือหลุดจากตำแหน่งที่เกาะติดซึ่งได้แก่ pericervical ring ทางด้านบน perineal body ทางด้านล่าง และ arcus tendineus fascia rectovaginalis ทางด้านข้างทั้งสองข้าง

Enteroceles คือ ภาวะที่มีการยื่นตัวของเยื่อบุช่องท้องและลำไส้เล็กเข้าไปดันช่องคลอด เกิดได้ทั้งส่วนหน้า ส่วนหลัง และส่วนยอดสุดของช่องคลอด ขึ้นอยู่กับส่วนประกอบที่รวมเป็น pericervical ring ส่วนใดมีการแยกออกจากตำแหน่งปกติ ถ้า pubocervical fascia แยกออกมาก็จะเป็น anterior enterocele ถ้า rectovaginal fascia แยกออกมาก็จะเป็น posterior enterocele ถ้าเสื่อมทั้งคู่ก็จะเกิดเป็น apical enterocele



รูปที่ 1 แสดงการหย่อนของผนังช่องคลอดในตำแหน่งต่างๆ จากซ้ายไปขวา apical defect, anterior vaginal wall defect, posterior vaginal wall defect, enterocele

ที่มา: ตำรานรีเวช เล่ม 1; พิชัย, 2554; 206

การแบ่งความรุนแรงของภาวะกระบังลมหย่อน (quantification of pelvic organ prolapse)

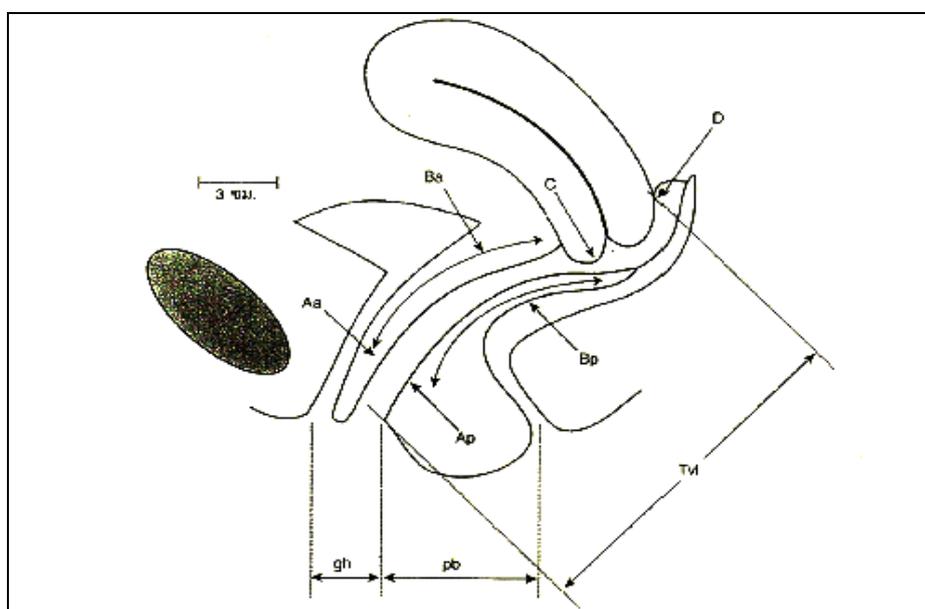
การแบ่งความรุนแรงของภาวะกระบังลมหย่อนตามระดับและระยะของการหย่อนของอวัยวะเชิงกราน มีความสำคัญสำหรับการสื่อสารที่ตรงกัน การติดตามผู้ป่วยระยะยาว และการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา ระบบที่ใช้แบ่งความรุนแรงของภาวะกระบังลมหย่อนมีอยู่หลายระบบแต่มีเพียง 2 ระบบที่นิยมใช้แพร่หลายที่สุดในปัจจุบันคือ ระบบครึ่งทาง(the halfway system) และระบบ POPQ (pelvic organ prolapse quantification)

ระบบครึ่งทาง ระบบนี้ถูกพัฒนาโดย Baden และ Walker ในปีพ.ศ. 2511 และปรับปรุงใหม่ในปี พ.ศ. 2535 ระบบนี้นิยมใช้อย่างกว้างขวางในการตรวจทางคลินิกเนื่องจากความง่ายไม่ซับซ้อน มีวิธีการวัดโดยใช้เยื่อพรหมจารีเป็นจุดอ้างอิง เกรด 0 แสดงถึงตำแหน่งปกติและ เกรด 4 เป็นจุดเคลื่อนต่ำที่มากที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ของแต่ละส่วน^{5,6} (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดง Baden-Walker halfway system⁶

Grade	ความหมาย
0	ไม่มีการเคลื่อนต่ำ(ตำแหน่งปกติ)
1	เคลื่อนต่ำมาครึ่งทางก่อนที่จะถึงเยื่อพรหมจารี
2	เคลื่อนต่ำถึงตำแหน่งเยื่อพรหมจารี
3	เคลื่อนต่ำมาครึ่งทางต่ำกว่าเยื่อพรหมจารี
4	การเคลื่อนต่ำสูงสุดที่จะเป็นไปได้สำหรับแต่ละส่วน

ระบบ POPQ ระบบนี้ถือตามการยื่นออกมามากที่สุดของอวัยวะเพศภายนอกและช่องคลอด ในขณะที่ตรวจ การยื่นออกมาที่สุดจะเห็นได้ขณะที่ผนังช่องคลอดโป่งเมื่อเบ่ง ดึงต่ำมาอีกไม่ได้ และผู้ป่วยยืนยันว่าเป็นการยื่นออกมาที่สุดแล้ว ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่ายืนเพิ่มแรงเบ่ง (Valsalva maneuver) เพื่อให้ให้เห็นการเคลื่อนระดับสูงสุด การตรวจและบันทึกตามระบบนี้อาจดูสับสนได้ง่ายแต่เป็นระบบมาตรฐานที่ช่วยให้ประเมินหลังผ่าตัดได้ดี จุดที่สำคัญที่จะประเมินมีดังนี้ (รูปที่ 2)

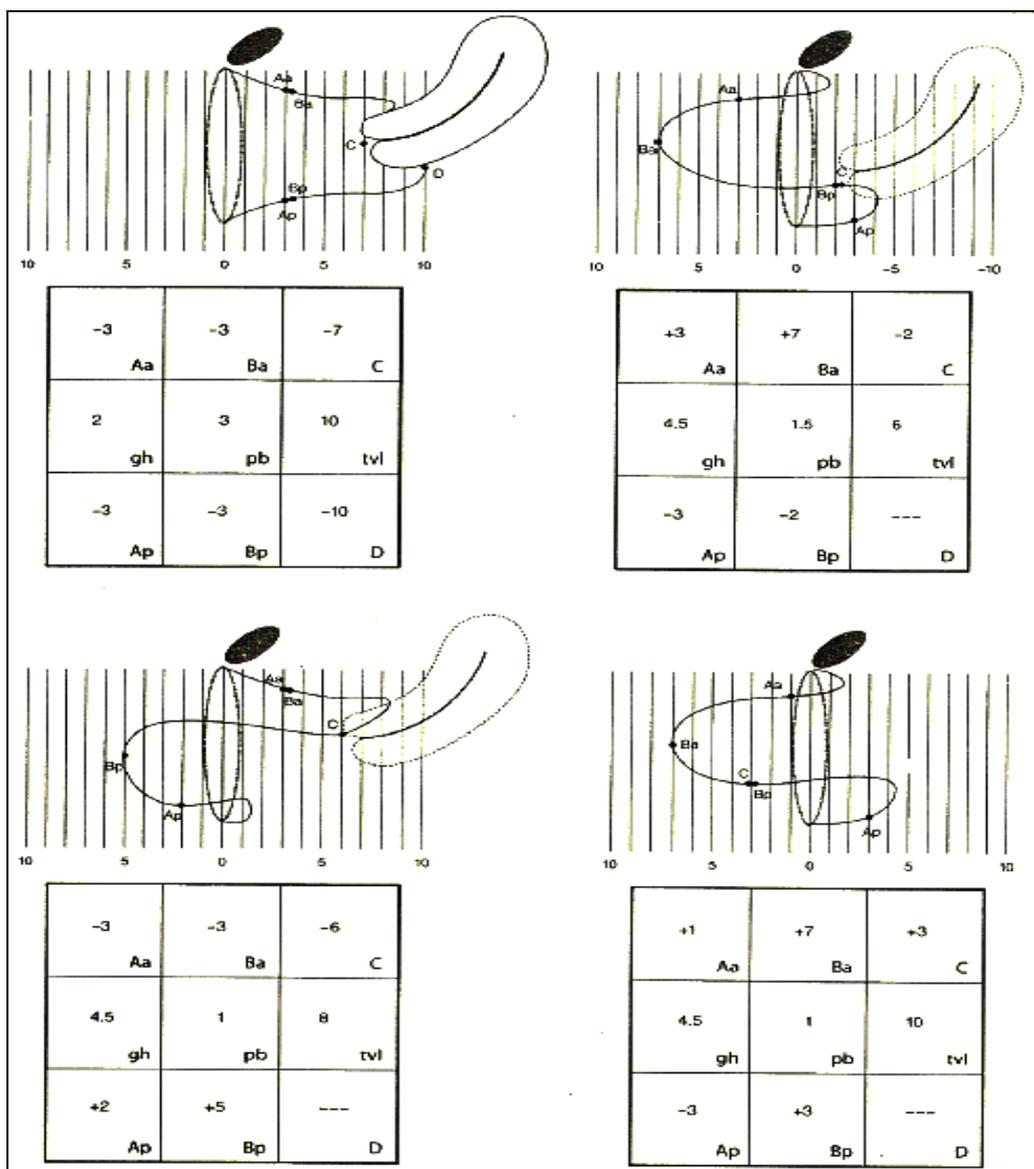


รูปที่ 2 คำนียามมาตรฐานสำหรับการเรียกภาวะกระบังลมหย่อนในสตรีตามระบบ POPQ ซึ่งรวมถึง 6 ตำแหน่งของช่องคลอด (ด้านหน้า:Aa,Ba ส่วนกลาง:C,D ด้านหลัง:Ap,Bp genital hiatus (gh), perineal body (pb), total vaginal length (TVL))

ที่มา: นรีเวชวิทยา ฉบับสอบบอร์ด เรียบเรียงครั้งที่ 3: 2551; 315

1. สองจุดที่ผนังช่องคลอดด้านหน้า

- จุด Aa อยู่ที่แนวกลางผนังด้านหน้า 3 ซม. จากรูเปิดออกของท่อปัสสาวะ ซึ่งเป็นจุดแทน bladder neck หรือ urethrovesical junction และอาจอยู่ที่ใดๆ จาก -3 ถึง +3 ซม. จากเยื่อพรหมจารีขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการเคลื่อน
 - จุด Ba เป็นจุดยื่นออกมาไกลสุดของผนังช่องคลอดด้านหน้าที่อยู่เหนือจุด Aa ขึ้นไป (ถึง vaginal cuff หรือ anterior fornix) ถ้าไม่มี prolapse จุด Ba อยู่ที่ -3 ซม. กรณี vault prolapse จุด Ba จะมีค่าบวก เท่ากับตำแหน่งของ cuff ที่ปลิ้นออกมา
2. สองจุดที่ช่องคลอดส่วนบน
- จุด C เป็นจุดที่ยื่นออกมาไกลสุดของปากมดลูก หรือ vaginal cuff ในกรณีตัดมดลูกไปแล้ว
 - จุด D เป็นจุดลึกสุดของ posterior fornix ในรายที่มีปากมดลูกอยู่ มักจะอยู่ที่ uterosacral ligament ยึดกับ posterior fornix การวัดจุดนี้จะช่วยแยกแยะระหว่าง suspensory failure ของ uterosacral cardinal ligament complex กับ cervical elongation ถ้าจุด C มีค่าบวกมากกว่าจุด D แปลว่าปากมดลูกยาว
3. สองจุดที่ช่องคลอดด้านหลัง คู่กันกับสองจุดที่ผนังช่องคลอดด้านหน้า
- จุด Ap อยู่แนวกลางของผนังช่องคลอดด้านหลัง 3 ซม. จากเยื่อพรหมจารี จุดนี้อยู่ในช่วง -3 (คนปกติ) ถึง +3 (complete vaginal prolapse)
 - จุด Bp เป็นจุดยื่นออกมามากที่สุดของผนังช่องคลอดด้านหลังเหนือจุด Ap ขึ้นไป (ถึง vaginal cuff หรือ posterior fornix) กรณีที่ไม่มี prolapse จะมีค่า -3 ถ้าตัดมดลูกไปแล้วและช่องคลอดปลิ้น Bp มีค่าบวกเท่ากับระยะระหว่าง cuff กับเยื่อพรหมจารี
4. สองค่าการวัดที่ปากช่องคลอด
- Genital hiatus (gh) วัดจากจุดกลางของรูเปิดออกท่อปัสสาวะไปยังแนวกลางด้านหลังของเยื่อพรหมจารี ถ้าตำแหน่งเยื่อพรหมจารีเลื่อนหายไปให้ถือเอาเนื้อเยื่อตึงๆ ของ perineal body เป็นหลักของการวัดนี้
 - Perineal body (pb) วัดจากขอบหลังของ genital hiatus ไปยังกลางรูเปิดทวารหนัก
5. ความยาวช่องคลอดโดยรวม (total vaginal length ,TVL)
- เป็นการวัดความยาวที่ลึกที่สุดของช่องคลอดเมื่อจุด C หรือ D ถูกขยับเข้าอยู่ในตำแหน่งปกติ



รูปที่ 3 ตัวอย่างการบันทึกค่าในการตรวจระบบ POPQ โดยแสดงภาวะปกติ (ซ้ายบน) anterior support defect (ขวาบน) posterior support defect (ซ้ายล่าง) และ apical defect (ขวาล่าง)
ที่มา: นริเวชวิทยา ฉบับสอบบอร์ด เรียบเรียงครั้งที่ 3: 2551; 316

การวัดเหล่านี้สามารถเปลี่ยนเป็นระบบ staging จาก 0 ถึง 4 โดย stage 0 แสดงว่าไม่มีการเคลื่อนต่ำ จนถึงระดับ 4 คือมีการหย่อนออกมาทั้งหมด (ตารางที่ 2) กรณีที่มีการเคลื่อนต่ำของหลายตำแหน่งพร้อมกันจะใช้ตำแหน่งที่เคลื่อนต่ำมากที่สุด ข้อดีของ POPQ คือมีความแม่นยำในการวัดสูง

ตารางที่ 2 แสดง POPQ staging⁶

Staging	ความหมาย
0	ไม่มีการเคลื่อนต่ำ
1	เคลื่อนต่ำมากกว่า 1 ซม. เหนือระดับเยื่อพรหมจารี
2	เคลื่อนต่ำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ซม. จากจุดสูงสุดถึงระดับเยื่อพรหมจารี
3	จุดเคลื่อนต่ำสูงสุดมากกว่า 1 ซม. ได้ระดับของเยื่อพรหมจารีแต่น้อยกว่า TVL 2 ซม.
4	การปลิ้นกลับทั้งหมดของอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง จุดเคลื่อนต่ำสูงสุดมากกว่าหรือเท่ากับ TVL 2 ซม. เช่น ปากมดลูก หรือ vaginal cuff

ชนิดของกระบังลมหย่อน

1. มดลูกหย่อน (uterine prolapse) คือ การเคลื่อนต่ำของมดลูกลงมาในช่องคลอดเนื่องจากการยืดขยายของ uterosacral และ cardinal ligament โดยปกติมดลูกจะอยู่สูงกว่าปุ่มกระดูก ischial spine การเคลื่อนต่ำลงมาของมดลูกแบ่งออกเป็นระดับซึ่งขึ้นอยู่กับความหย่อนของมดลูกดังนี้^{6,7,8,9,10}

- First-degree uterine prolapse หมายถึงการมีมดลูกเคลื่อนต่ำลงมาจาก ischial spine แต่ไม่ถึงปากช่องคลอด
- Second-degree uterine prolapse หมายถึง การมีมดลูกเคลื่อนต่ำลงมาจนปากมดลูกอยู่ที่ปากช่องคลอดพอดี
- Third-degree uterine prolapse หรือ complete prolapse หมายถึงการที่มดลูกเคลื่อนต่ำลงมาจนปากมดลูกโผล่พ้นช่องคลอด หรือมดลูกทั้งอันออกมาพ้น ช่องคลอด (procidentia uteri)



รูปที่ 4 แสดงมดลูกหย่อนระดับ 3 (Third-degree uterine prolapse)

ที่มา: <http://www.doc-stock.com/de/bilder-fotos/114738.html>

2. ช่องคลอดหย่อน (vaginal prolapse) เน้นที่ผนังช่องคลอดยื่นลงมา ดังนี้^{6,7,8,9,10}

- Vaginal vault prolapse คือ ส่วนของช่องคลอดที่อยู่บนสุด(vaginal apex หรือที่เรียกว่า vaginal cuff) ออกมานอกช่องคลอด พบได้ประมาณ ร้อยละ 0.1-18.2 ของผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกออกและอาจพบร่วมกับ cystocele, rectocele, enterocele



รูปที่ 5 Vaginal vault prolapse

ที่มา: <http://www.gconstantine.co.uk>

- Cystocele คือ การที่ฐานของกระเพาะปัสสาวะยื่นลงไปช่องคลอดเกิดจากการโป่งพองและยืดขยายของกระเพาะปัสสาวะ บริเวณจุดอ่อนแอของ endopelvic fascia ใน vesicovaginal septum urethrocele ทำให้กระเพาะปัสสาวะหย่อนลงมา และเกิดการหักพับบริเวณทางออกของปัสสาวะจะทำให้เกิดปัสสาวะคั่ง (urinary retention) และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) ตามมาได้



รูปที่ 6 Cystocele

ที่มา: <http://www.gconstantine.co.uk>

- Urethrocele ภาวะนี้ไม่ได้มีการยืดขยายของผนังท่อปัสสาวะ แต่มีการเลื่อนต่ำลง จากตำแหน่งปกติของท่อปัสสาวะส่วนบนที่อยู่หลังกระดูกหัวหน่าว เกิดจากการที่ กล้ามเนื้อและเอ็นที่ยึดติดไม่แข็งแรงพอ ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เวลา ไอหรือจาม (stress incontinence) สามารถคลำพบก้อนยื่นออกมาที่ช่องคลอด ส่วนล่างใกล้กับรูเปิดของท่อปัสสาวะ
- Rectocele คือ การหย่อนของผนังทางด้านหน้าของลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (rectum) ลงมายังผนังช่องคลอดทางด้านหลัง อาจพบการหย่อนของผนังช่องคลอดด้านหลัง ทั้งหมด (posterior vaginal wall) ที่เรียกว่า rectoenterocele สาเหตุเกิดจากการ หย่อนของ fascia ของผนังช่องคลอดทางด้านหลังและ rectovaginal septum ทำให้ มีการยื่นของ rectum เข้ามาในช่องคลอดทำให้มีอาการแน่นในช่องคลอด อาจแบ่ง ออจจาระ ท้องผูก อาการคล้ายออจจาระไม่หมด



รูปที่ 7 Rectocele

ที่มา: <http://www.gconstantine.co.uk>

- Enterocele คือการยื่นของเยื่อบุช่องท้องผ่านระหว่าง uterosacral ligament เข้ามา ในช่องคลอดส่วนบน อาจจะมีลำไส้ยื่นเข้ามาด้วยหรือไม่ก็ได้ จะพบภายหลังการ ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องหรือช่องคลอด
- Relaxation of vaginal outlet คือ การอ่อนแรง ยืดขยายของกล้ามเนื้อและพังผืด ของ perineal body รอบปากช่องคลอด และ posterior fourchette อาจทำให้เกิดการ กลั้นออจจาระไม่ได้ (fecal incontinence) ถ้ามีการอ่อนแรงของ anal sphincter ร่วมด้วย

สาเหตุการเกิดกระบังลมหย่อน

1. อายุ วัยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระบังลมหย่อนซึ่งอาจเกิดจากอิทธิพลของการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อต่างๆ^{6,7,8,11}
2. การคลอดบุตรทางช่องคลอด เช่น การคลอดยาก หรือการคลอดบุตรหลายๆ ครั้ง สตรีบางรายที่มีประวัติคลอดบุตรยากเบ่งนาน หรือคลอดโดยไม่ได้เขี่ยช่องคลอดที่มีการนิ่กขาดของช่องคลอด ถึงแม้ว่าจะมีอายุน้อยและเป็นการคลอดบุตรคนแรกก็เกิดกระบังลมหย่อนภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของสตรีที่มีบุตรแล้วอย่างน้อย 1 คน อย่างไรก็ตามมีเพียง 1 ใน 9 (ร้อยละ 11)¹² ของสตรีที่มีภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด^{6,7,8}
3. ภาวะหรือกิจกรรมที่เพิ่มความดันในช่องท้อง เช่น อ้วน ยกของหนัก ไอเรื้อรัง ถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องเบ่งอุจจาระเป็นประจำ เป็นต้น^{6,7,8,11}
4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ เป็นต้น^{6,7,8,11}

อาการและอาการแสดง

กระบังลมหย่อนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง ตำแหน่ง และหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานและที่อยู่ต่ำลงมานอกอุ้งเชิงกรานเป็นผลให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา เช่น ปวดประจำเดือน ปวดในอุ้งเชิงกราน ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ คลำพบก้อนในช่องคลอดหรือที่ปากช่องคลอด มีความผิดปกติในการร่วมเพศ หรือมีตกขาวผิดปกติ ท้องผูก และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น ซึ่งอาการอาจแบ่งได้ดังนี้^{5,6,7}

- อาการที่ไม่เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ได้แก่
 1. ความรู้สึกแน่นในช่องคลอด เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด
 2. มีก้อนโผล่ที่ช่องคลอดทำให้เดินลำบาก เวลานอนก่อนอาจจะหายไป หรือสามารถเอามือดันก้อนกลับเข้าไปในช่องคลอดได้
 3. ปวดถ่วงท้องน้อยหรือปวดหลัง เนื่องจากการดึงรั้งของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน อาการปวดหลังมักเกิดเมื่อกำลังยืนหรือกำลังทำงาน และอาการจะลดลงหรือหายไปเมื่อยุคทำงานหรือได้นอนพัก
 4. มีแผลที่ช่องคลอด หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดเนื่องจากก้อนที่ออกมาเสียดสีบริเวณปากมดลูกทำให้เกิดแผล

5. ตกขาว อาจมีตกขาวลักษณะคล้ายหนอง หรือมีเลือดปน เช่นในรายที่มีแผลอาการเสียดสีเกิดร่วมกับ uterine prolapse หรืออาจตกขาวมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากต่อมที่ปากมดลูกทำงานมากขึ้น และมีการคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อ

6. อาการปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ มักพบร่วมกับอาการกลั้นปัสสาวะลำบากและการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

- อาการที่เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ได้แก่

1. ปัสสาวะบ่อย (urinary urgency and frequency) พบได้ในรายที่มีการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานมาก สาเหตุเกิดจากกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติทำให้มีการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ

2. ถ่ายปัสสาวะลำบาก โดยเฉพาะเวลาที่กั๊นขึ้นออกมาจากช่องคลอด อาการจะดีขึ้นถ้าดันกั๊นกลับเข้าไปในช่องคลอดได้ การขึ้นทำให้เกิดการหักพับของท่อปัสสาวะ อาการนี้อาจพบร่วมกับการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะได้เนื่องจากมีการคั่งของปัสสาวะเรื้อรัง

3. กลั๊นปัสสาวะไม่อยู่หรือปัสสาวะเล็ด (genuine stress incontinence) เมื่อเวลาที่ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น ไอ จาม สาเหตุเกิดจากการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อที่ทำหน้าที่เป็นหูรูดท่อปัสสาวะ การกลั๊นปัสสาวะไม่อยู่อาจเกิดร่วมกับการถ่ายปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะในรายที่มีกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

4. อาการปัสสาวะกั๊ง (urinary retention) มักพบในรายที่มี cystocele ขนาดใหญ่ แต่ไม่มีการหย่อนของท่อปัสสาวะ จะมีปัสสาวะเหลือค้างอยู่มาก และไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้หมด จึงเกิดการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

- อาการที่เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ

1. อาการท้องผูก เนื่องจากลำไส้ใหญ่ส่วนปลายไม่กระชับทำให้ไม่รู้สึ๊กปวดถ่ายอุจจาระ อาจถ่ายอุจจาระลำบากต้องใช้นิ้วช่วยดัน rectocele เข้าไปเพื่อให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวกขึ้น

2. กลั๊นอุจจาระลำบาก (fecal incontinence) เป็นอาการที่พบน้อย เกิดจากความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anal sphincter) มีการฉีกขาดหรือขาดการควบคุม

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนนั้น มีแนวทางเหมือนกับการวินิจฉัยโรคอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษเบื้องต้น^{5,6,8}

การซักประวัติ

ซักประวัติความเสี่ยงต่างๆ ของอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนแล้ว ยังจำเป็นต้องสอบถามถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะนี้ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกได้เป็นอาการที่เกิดจากอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนโดยตรงและอาการที่สัมพันธ์กับอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน

- อาการที่เกิดจากอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนโดยตรง (prolapse symptom) ได้แก่ ความรู้สึกหนัก และถ่วงในช่องคลอด ปวดหน่วงท้องน้อยหรือบริเวณหลังส่วนล่าง และมองเห็นหรือคลำได้ก่อนที่ปากช่องคลอด โดยเฉพาะเวลาเบ่งถ่ายหรือสั่งทำความสะอาด

- อาการที่สัมพันธ์กับอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (prolapse related symptom) ดังนี้

1. อาการผิดปกติเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ (urinary symptoms) เป็นอาการผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ และเกี่ยวกับการกักเก็บปัสสาวะ

2. อาการผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ (defecatory symptoms)

3. อาการผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (sexual dysfunction)

การตรวจร่างกาย

ในการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนนั้น นอกจากจะมุ่งเน้นการตรวจบริเวณอุ้งเชิงกรานแล้ว จำเป็นต้องตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบเพื่อประเมินสุขภาพโดยรวมด้วย นอกจากนี้ยังมีการตรวจพิเศษเบื้องต้น เช่น การตรวจปัสสาวะและการเพาะเชื้อจากน้ำปัสสาวะ การตรวจหาความจุของกระเพาะปัสสาวะ การวัดปริมาณปัสสาวะเหลือค้าง

การรักษา

การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment)

เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมีดังนี้^{5,6,8}

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) คือการจัดการกับภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น การลดน้ำหนัก และการลดกิจกรรมที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องท้อง เช่น การยกของหนัก ท้องผูกเรื้อรัง และไอเรื้อรัง

- การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscle) โดยการฝึกขมิบช่องคลอดที่เรียกว่า pelvic floor muscle training (PFMT) หรือจะรู้จักกันในชื่อ Kegel exercise

- การใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงในช่องคลอด ที่เรียกว่า pessary ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบและขนาด แต่โดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งกลุ่ม pessary ออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่ม supportive และ กลุ่ม space-filling หรือ space-occupying

การรักษาด้วยการผ่าตัด (surgical treatment) ประเภทของการผ่าตัดแบ่งออกเป็นดังนี้

- การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) เป็นการตัดมดลูก และนำออกมาโดยผ่านทางช่องคลอดเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเคลื่อนไหวของมดลูก การผ่าตัดนี้มักกระทำร่วมกับการผ่าตัดซ่อมเสริมกระเพาะปัสสาวะและ/หรือไส้ตรง

- การผ่าตัดซ่อมแซมแก้ไข (restorative procedure) จำเป็นต้องทราบตำแหน่งของอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนที่แน่นอน เพื่อจะได้ช่วยให้สามารถเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสมดังนี้

1. อวัยวะเชิงกรานหย่อนด้านหน้า (anterior compartment) วิธีผ่าตัด anterior colporrhaphy หรือ anterior vaginal repair

2. อวัยวะเชิงกรานหย่อนด้านหลัง (posterior compartment) วิธีผ่าตัด posterior colporrhaphy หรือ posterior vaginal repair

3. อวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนด้านบน (apical compartment) นอกจากผ่าตัด hysterectomy แล้ว ยังต้องผ่าตัดแก้ไขอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนชนิดนี้จึงต้องมีการยึดพุงส่วนที่หย่อนไว้กับกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันต่างๆซึ่งสามารถทำได้ทั้งผ่านทางช่องคลอดได้แก่ sacrospinous fixation, iliococcygeal suspension, uterosacral suspension และผ่านทางหน้าท้อง ได้แก่ abdominal uterosacral suspension

- การผ่าตัดประเภททดแทน (compensatory procedure) เป็นการผ่าตัดที่ใช้วัสดุเสริมความแข็งแรงอย่าง graft หรือ mesh นั้น อาจทำพร้อมกันกับการผ่าตัดปกติก็ได้ โดยใช้วัสดุดังกล่าวช่วยเสริมความแข็งแรงของผนังช่องคลอดทางด้านหน้า ในปัจจุบันมีการออกแบบวัสดุเหล่านี้ให้มีรูปลักษณะเฉพาะเพื่อให้สะดวกต่อการใช้งานทั้งยังสามารถแก้ไขภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนทั้งชนิด ด้านหน้า ด้านบน ด้านหลัง ได้ในคราวเดียวกัน

- การผ่าตัดแบบปิดช่องคลอด (obliterative procedure) การผ่าตัดวิธีนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีเพศสัมพันธ์แล้ว และมีโรคทางกายซึ่งทำให้ไม่สามารถทนการผ่าตัดที่ยาวนานได้ การผ่าตัดชนิดนี้เรียกว่า colpocleisis

ซึ่งในหัวข้อต่อไปจะกล่าวถึงการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และการเย็บซ่อมแซมช่องคลอดในผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระบังลมหย่อน ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการทำผ่าตัดกระบังลมหย่อน

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy)

เป็นการตัดมดลูก และนำออกมาโดยผ่านทางช่องคลอดเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเคลื่อนต่ำของมดลูก การผ่าตัดนี้มักกระทำร่วมกับการผ่าตัดซ่อมเสริมกระเพาะปัสสาวะและ/หรือไส้ตรง และการผ่าตัดใส่สายคล้องท่อปัสสาวะเพื่อแก้ไขภาวะปัสสาวะเล็ดขณะออกแรง เนื่องจากเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุด และยังมีประหยัดที่สุดอีกด้วย โดยพบว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดมีภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดผ่านหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกออกจากร่างกายโดยไม่มีแผลภายนอก (scarless hysterectomy) การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดเริ่มทำครั้งแรกโดยนายแพทย์ชาวเยอรมัน ชื่อ Langenbeck เมื่อปี พ.ศ. 2374 (ประมาณ 180 ปีที่แล้ว) ช่วงเริ่มต้นเทคนิคการผ่าตัดนี้ทำเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะมดลูก และกระบังลมหย่อน ต่อมา มีการพัฒนาเทคนิคของการผ่าตัดทำให้สามารถผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดได้ ในหลายข้อบ่งชี้โดยไม่ต้องมีภาวะกระบังลมหย่อน^{13,14,15}

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด

1. สามารถดึงปากมดลูกลงมาได้ถึงปากช่องคลอด ถ้าดึงปากมดลูกมาได้น้อยจะทำผ่าตัดได้ยากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. มดลูกขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และไม่มีพังผืด(adhesion) หรือมีประวัติอีกเสบในอุ้งเชิงกราน
3. ไม่มีการติดเชื้อโดยเฉพาะระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ
4. ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ทนต่อการผ่าตัดมานานๆ ได้

วิธีการทำผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด

การประเมินก่อนการผ่าตัด ประเมิน pelvic support เป็นสิ่งสำคัญที่สุดว่าจะผ่าตัดทางช่องคลอดได้คือการที่มดลูกสามารถเคลื่อนที่ไปมาได้ดีไม่ติดแน่นในอุ้งเชิงกราน

ขั้นตอนในการทำผ่าตัด หลังจากการระงับความรู้สึกผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าชันขาหยั่งนอนหงาย (dorsal lithotomy position) ตำแหน่งก้นของผู้ป่วยควรอยู่ที่ขอบเตียงพอดี ทำยกก้นขึ้น 15-20 องศา (trendelenberg) จะทำให้ขณะผ่าตัดเห็นในช่องคลอดง่ายขึ้น เอนน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น povidone iodine เช็ดทำความสะอาดในช่องคลอด (ที่โรงพยาบาลศิริราชใช้ hibitane solution) สวนปัสสาวะทิ้งแล้วปูผ้าสะอาดปราศจากเชื้อใช้ tenaculum จับปากมดลูกและดึงลงมาจากช่องคลอด ใช้มีดกรีดที่รอยต่อของปากมดลูกและช่องคลอด (cervicovaginal epithelium) ใช้gauze ดัน vaginal epithelium ออกไป และใช้กรรไกร Metzenbaum ตัดเข้าไปที่ posterior cul de sac แล้วตัดเปิด vesicouterine fascia หนี uterosacral ligament ทั้งสองข้างแล้วใช้ Heaney clamp ตัด

แล้วเย็บผูกทั้งสองข้าง ตัด cardinal ligament ทั้งสองข้าง พยายามเลาะกระเพาะปัสสาวะออกจากมดลูกโดยใช้กรรไกร Metzenbaum และทำ uterine artery ligation ทั้งสองข้างโดยการ clamp ตัดแล้วเย็บผูก เข้า vesicovaginal space โดยดึง peritoneum ขึ้นมาเข้าตรงที่บางๆ โดยใช้กรรไกร metzenbaum ระวังโคนกระเพาะปัสสาวะ ดึงมดลูกด้านบน (uterine fundus) ลงมา ตัด uteroovarian และ round ligament ทั้งสองข้างใช้ Heaney clamp ตัดเย็บแล้วผูกทั้งสองข้าง จุดตำแหน่งที่เลือดออก ทำให้เลือดหยุดเช่นจีไฟฟ้าหรือเย็บผูกตำแหน่งที่เลือดออก^{13,14}

ข้อดีของการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ให้ผลที่ดีกว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง หรือการผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง ทั้งในเรื่องความปลอดภัย (safety) ความสวยงาม (cosmetic) ระยะเวลาฟื้นตัว (recovery period) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (hospital stays) และความประหยัด (cost-effective) และการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) เป็นการผ่าตัดเอามดลูกออกจากร่างกายโดยไม่มีแผลภายนอก (scarless hysterectomy)¹⁶

ข้อเสียของการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด¹⁷

1. การผ่าตัด ligament อาจทำได้ยาก
2. หลังทำจะเกิดผังบริเวณช่องคลอดมาก อาจทำให้ต้องผ่าตัดซ้ำ
3. เสี่ยงต่อการเกิด sciatic nerve injury, pudendal nerve injury
4. ชั่วว่ง ล่างของช่องคลอดสั้นและแคบลง

ข้อห้ามของการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด¹⁶

1. มดลูกมีขนาดโตมากกว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์หรือ 700 กรัม
2. มีพยาธิสภาพอื่นในอุ้งเชิงกราน เช่น เนื้องอกรังไข่ endometriotic cyst
3. มีพังผืดติดแน่นในอุ้งเชิงกราน จากการผ่าตัดในอดีต หรือ severe endometriosis

เย็บซ่อมแซมช่องคลอด (restorative procedure)

จำเป็นต้องทราบตำแหน่งของอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนที่แน่นอน เพื่อจะได้ช่วยให้สามารถเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสมดังนี้^{5,11,15,18}

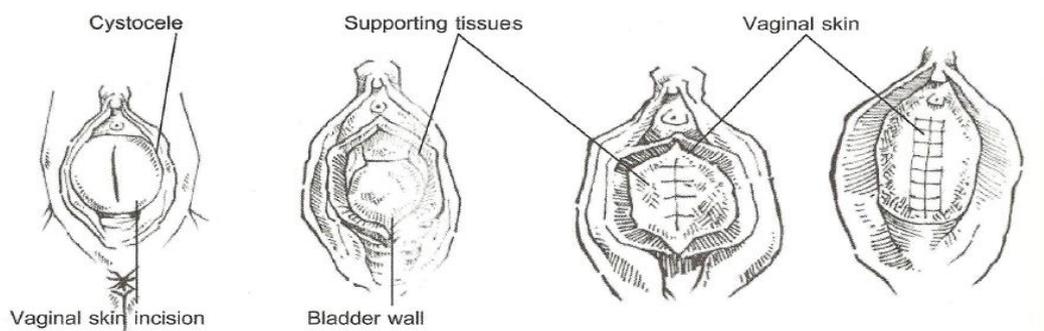
- **Anterior colporrhaphy** หมายถึง การเย็บซ่อมผนังช่องคลอดทางด้านหน้าเพื่อการรักษาผู้ป่วยที่มีผนังช่องคลอดหย่อน อาจจะมีหรือไม่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร่วมด้วย

ข้อบ่งชี้

1. ผนังช่องคลอดหย่อนร่วมกับอาการ stress incontinence ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล
2. มีอาการทางปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะอึกเสบบ่อยๆ เป็นต้น

3. มีผนังช่องคลอดหย่อนมาก เช่น หย่อนจนมีส่วนของผนังช่องคลอดขึ้นมาพื้นช่องคลอด หรือมีการเคลื่อนต่ำของมดลูกมาด้วย

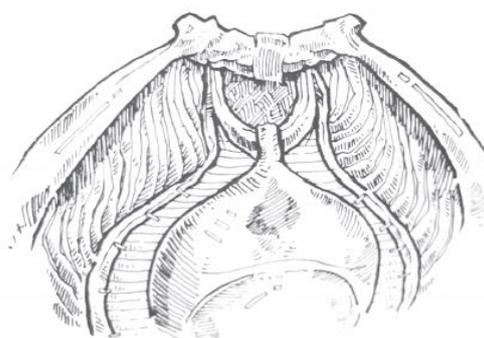
4. มีปัญหาครอบครัวเพราะช่องคลอดกว้างขึ้นสามีมักจะบ่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์



รูปที่ 8 แสดง Anterior colporrhaphy

ที่มา: ตำรานรีเวช เล่ม 1; พิชัย, 2554; 214

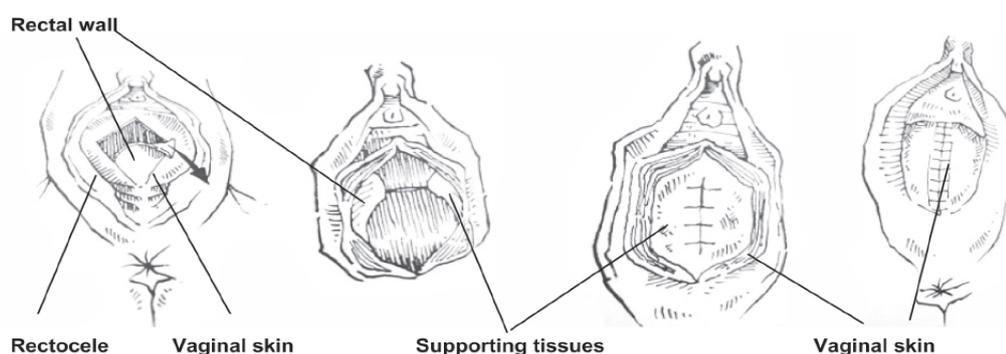
● **Paravaginal defect repair** หมายถึง การผ่าตัดรักษาพยาธิสภาพที่เป็น paravaginal defect เนื่องจากการหลุดของ pubocervical fascia จาก arcus tendineus fascia pelvis มีหลักการคือ เย็บ pubocervical fascia เข้ากับ arcus tendineus fascia pelvis ซึ่งสามารถทำผ่านช่องคลอด หรือหน้าท้อง



รูปที่ 9 แสดง Paravaginal defect repair

ที่มา: ตำรานรีเวช เล่ม 1; พิชัย, 2554; 214

- **Posterior colporrhaphy** หมายถึง การเย็บซ่อมผนังช่องคลอดทางด้านหลังเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีผนังช่องคลอดด้านหลังหย่อน ผนังช่องคลอดด้านหลังหย่อนจะเกิดร่วมกับผนังช่องคลอดด้านหน้าหย่อน มีหลักการผ่าตัดคือ เย็บ rectovaginal fascia ให้แข็งแรงในแนว midline กรณีผนังช่องคลอดด้านหลังหย่อนอย่างเดียวผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นปัญหา แต่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการท้องผูกเป็นประจำ



รูปที่ 10 แสดง Posterior colporrhaphy

ที่มา: ตำรานรีเวช เล่ม 1; พิชัย, 2554; 214

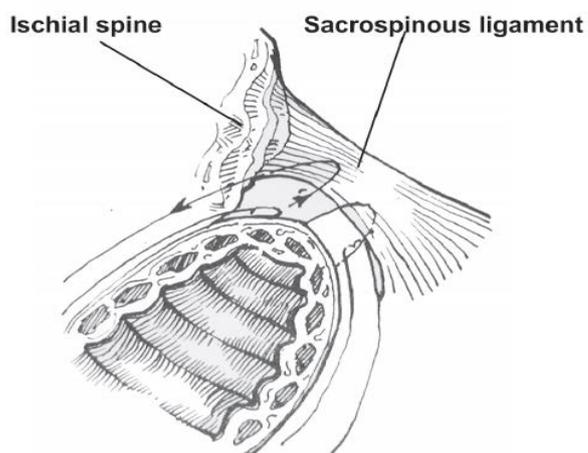
- **Manchester operation** หมายถึง การตัดปากมดลูกร่วมกับการทำ A-P repair เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีผนังช่องคลอดหย่อนและมดลูกเคลื่อนต่ำลงมาแต่ยังไม่มากพอที่จะทำ vaginal hysterectomy ได้ หรือปากมดลูกยาวผิดปกติ

ข้อบ่งชี้

1. ผู้ป่วยที่มีผนังช่องคลอดหย่อน และมดลูกเคลื่อนต่ำลงมาไม่มาก
2. ผู้ป่วยที่อายุน้อย ต้องการเก็บมดลูกไว้หรือยังต้องการมีบุตรอีก

- **Vaginal vault suspension** หมายถึง การเย็บตรึงส่วนยอดของช่องคลอดไม่ให้หย่อนลงมาส่วนใหญ่ใช้เมื่อผ่าตัดมดลูกออกแล้วและผนังช่องคลอดส่วนยอดยังคงหย่อนมีหลายวิธีดังนี้

1. Sacrospinous ligament suspension เย็บช่องคลอดส่วนยอดเข้ากับ sacrospinous ligament ข้างใดข้างหนึ่ง ข้อดีคือ sacrospinous ligament มีความแข็งแรง ดังนั้นโอกาสเป็นซ้ำก่อนข้างน้อย ข้อเสียคือ ทำยากเนื่องจากตำแหน่งของ ligament อยู่ใกล้เคียงกับเส้นเลือดและเส้นประสาทที่สำคัญ



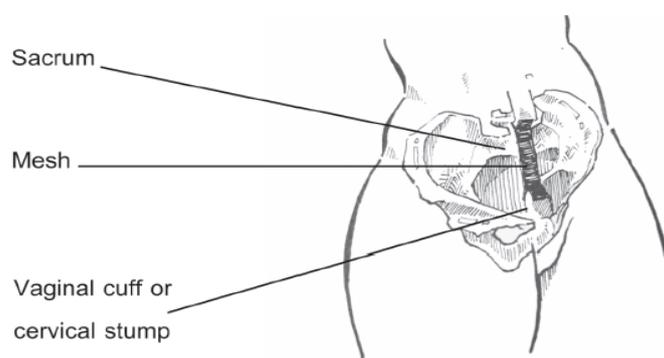
รูปที่ 11 แสดง sacrospinous suspension

ที่มา: ตำรานรีเวช เล่ม 1; พิชัย, 2554; 215

2. Illicocogygeus fascia suspension เย็บช่องคลอดส่วนยอดเข้ากับ illicocogygeus fascia ทั้งสองข้าง

3. High uterosacral ligament suspension เย็บช่องคลอดส่วนยอดเข้ากับ uterosacral ligament ทั้งสองข้างในระดับเดียวกับ ischial spine ข้อดีคือแนวของช่องคลอดใกล้เคียงปกติ ข้อเสียคือมีโอกาสทำอันตรายต่อท่อไตได้

4. Sacral colpopexy การเย็บส่วนยอดของช่องคลอดกับ sacral ligament ที่ตำแหน่ง sacral promontory วิธีนี้เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้องใช้ในกรณีที่มีการผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างอื่นร่วมด้วย



รูปที่ 12 แสดง sacrocolpopexy

ที่มา: ตำรานรีเวช เล่ม 1; พิชัย, 2554; 215

5. Endopelvic fascia repair เป็นการเย็บผนังช่องคลอดด้านหลังส่วนยอดเข้ากับ endopelvic fascia ที่เหลือ

การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดมักกระทำร่วมกับการผ่าตัดซ่อมแซมช่องคลอด ในปัจจุบันมีการสนับสนุนให้ทำผ่าตัดผ่านทางช่องคลอดมากขึ้น โดยมีการศึกษาจาก Cochrane review¹⁹ เปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกชนิดต่างๆ พบว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดมีข้อดีที่เหนือกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องได้แก่ มีการติดเชื้อและมีไข้หลังผ่าตัดน้อยกว่า คะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น นอกจากนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งระยะสั้นระยะยาวไม่แตกต่างกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ

สมาคมสูติรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetricians and Gynaecologists - ACOG) ได้ตีพิมพ์ความเห็นของคณะกรรมการ (committee opinion) ลงในวารสาร Obstet & Gynecol ฉบับเดือน พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2553 แนะนำว่า เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกในกรณีที่ไม่ใช่มะเร็ง ควรเลือกการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด เป็นอันดับแรก (procedure of choice) เนื่องจากเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุด และยังประหยัดที่สุดอีกด้วย โดยพบว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด มีภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดน้อยกว่า และระยะเวลาพักฟื้นก็สั้นกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง และการผ่าตัดมดลูกผ่านทางผนังหน้าท้อง

ปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด สามารถทำได้ในหลายข้อบ่งชี้ โดยไม่จำเป็นต้องมี การหย่อนของมดลูก หรือกระบังลม เช่น เนื้องอกมดลูก เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่เข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก เยื่อบุมดลูกหนาขึ้นผิดปกติ เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก เป็นต้น

บทที่ 4

หลักการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด

และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด และกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมช่องคลอด มีแนวทางการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการประเมิน ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ขั้นตอนการให้การพยาบาล และขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล โดยแต่ละขั้นตอนแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (pre-operative care)
2. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post-operative care)

ขั้นตอนการประเมิน

1. การประเมินผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยอาการ การพยาบาลเมื่อแรกเริ่มซึ่งจะมาจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ โดยประเมินดังนี้

1.1. อาการสำคัญที่มารับการรักษา เช่น มีก้อนยื่นออกมาทางช่องคลอด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเล็ด หรือแพทย์นัดมาอยู่โรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดเนื่องจากมีภาวะกระบังลมหย่อน เป็นต้น

1.2. ประวัติทางสูติศาสตร์-นรีเวช เช่น ประวัติประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การมีบุตรยาก รวมถึงประวัติการผ่าตัดทางสูติศาสตร์-นรีเวช

1.3. ประวัติครอบครัว เช่น มีประวัติคนในครอบครัวเป็นภาวะกระบังลมหย่อน

1.4. ประวัติโรคประจำตัว และการเจ็บป่วยในอดีต เนื่องจากโรคบางอย่างมีผลต่อการทำผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ โรคเลือดจาง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.5. ประวัติแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่างๆ โดยรวมถึงบอกลักษณะ ความรุนแรงจากอาการแพ้ดังกล่าว เช่น มีอาการคันตามร่างกาย ปากบวม ตาบวม หายใจไม่สะดวก เป็นต้น

1.6. ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ปอด ซึ่งจะมีผลต่อการใช้วิธีการระงับความรู้สึกในการทำผ่าตัด

1.7. ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

1.8. ผลการตรวจภายใน การวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค พยาธิสภาพของโรค เป็นต้น

1.9. ความคาดหวังต่อการรักษา การให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล แนวทาง และแผนการทำผ่าตัด ผลของการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในการทำผ่าตัด

2. การประเมินผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด คือ การประเมินเพื่อให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ภายหลังผ่าตัด จากรายงานทางการแพทย์ (operative note) จากรายงานของวิสัญญี เป็นต้น

ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล

1. การวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัดคือ การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย โดยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางการแพทย์ มาค้นหาความต้องการทางการแพทย์ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย เช่น มีปัญหาวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัด ขาดความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด เป็นต้น

2. การวินิจฉัยการพยาบาลหลังผ่าตัด คือ การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด การสอบถามอาการทั่วไปและอาการเฉพาะที่หลังผ่าตัด การตรวจร่างกาย รายงานทางการแพทย์ และรายงานของวิสัญญี เป็นต้น เช่นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก ภาวะมีเลือดออกทางช่องคลอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ขั้นตอนการวางแผนให้การพยาบาล

คือ การวางแผนหรือวางแผนเป้าหมายและเกณฑ์การประเมิน เพื่อวัดและประเมินผลทางการแพทย์ว่าปัญหาหรือข้อมูลสนับสนุนที่เป็นสาเหตุของปัญหาก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ได้รับการแก้ไขได้มากน้อยเพียงใด บรรลุตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้หรือไม่

ขั้นตอนการให้การพยาบาล

คือ การแก้ปัญหาโดยการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ให้ความรู้ คำแนะนำ และการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วย ที่ได้จากการประเมิน

1. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด^{21,22,23} แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และ จิตใจ ดังนี้

1.1 การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

- 1) การงดน้ำ งดอาหารทุกชนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด
- 2) การให้ข้อมูลยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่อง หรือยาที่ต้องงดก่อนการผ่าตัด
- 3) การให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด (consent form) พร้อมตรวจสอบรายชื่อพยานให้ครบถ้วนถูกต้อง
- 4) การเตรียมความสะอาดของร่างกาย และการเตรียมความสะอาดหน้าท้อง และช่องคลอดเพื่อการผ่าตัด โดยโกนขนบริเวณผิวหนังที่หน้าท้องจนถึงหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง และทำความสะอาดโดยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น 4% Chlorhexidine gluconate และสวนล้างช่องคลอดด้วย Sterile-water for

irrigation เป็นต้น โดยจะต้องเตรียมความสะอาดหน้าห้อง ล้างก่อนวันผ่าตัด และเข้าวันผ่าตัด จนสะอาดดี

5) การเตรียมลำไส้ โดยอาจจะใช้วิธีการสวนอุจจาระทางทวารหนัก หรืออาจให้รับประทาน ยาระบายตามแผนการรักษา

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

7) เตรียมชุดไปห้องผ่าตัด และตรวจสอบไมให้น้ำของมีค่า เครื่องประดับ ฟันปลอม แว่นตา คอนแทกเลนส์ และอื่นๆ ไปห้องผ่าตัด

8) เตรียมให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัด

9) ตรวจสอบสิ่งของที่ต้องเตรียมไปห้องผ่าตัด เช่น ยาปฏิชีวนะ สารน้ำ และ เลือด เป็นต้น

10) ตรวจสอบความถูกต้องของป้ายชื่อมือผู้ป่วย และตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วย พร้อมเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

1.2 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนการผ่าตัด

1) การให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดโดยประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ แนวทางการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้ยาระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ในขอบเขตของพยาบาล ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นต้น

2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายสิ่งที่วิตกกังวล สนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เป็นต้น

2. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

2.1 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด^{24,25,26}

1) ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ

2) ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมิน ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง

3) ประเมินการไหลเวียนของเลือด โดยสังเกตริมฝีปาก ผิวหนัง และสีเล็บ

4) ประเมินแผลผ่าตัด ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที

5) ประเมินและบันทึกระดับความเจ็บปวด (pain score) พร้อมดูแลบรรเทาอาการปวด โดยการให้ยาตามแผนการรักษา และแนะนำการเปลี่ยนท่า อย่างถูกวิธี อธิบายสาเหตุของอาการปวด เกิดจากการใส่ผ้าก๊อศทับในช่องคลอด

6) บันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งบันทึกปริมาณของปัสสาวะภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก หากอยู่ในภาวะไม่สมดุลให้รายงานแพทย์ทันที

7) ประเมินการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลผ่าตัดมีอาการบวมแดง หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้สารน้ำหรือยาปฏิชีวนะ และยึดหลักการให้การพยาบาล โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ

8) ดูแลความสุขสบายภายหลังผ่าตัดทั่วไป เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ พร้อมจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

9) ดูแลเรื่องความปลอดภัย โดยระมัดระวังการเกิดการพลัดตกหกล้ม

2.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการระงับความรู้สึก^{24,25,26}

1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว ถ้าผู้ป่วยค่อนข้างหลับ ปลุกตื่นยากให้รายงานแพทย์

2) ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อาการชาบริเวณปลายเท้า

3) ประเมินอาการระคายเคืองคอ และสังเกตเสมหะของผู้ป่วย หากมีเลือดสดปนออกมาให้รายงานวิสัญญีแพทย์ทันที

4) ประเมินอาการ คั่นตามตัว ปวดศีรษะ และปวดบริเวณท่าย่อย

5) ประเมินแผลบริเวณที่ทำการบล็อกหลังถ้ามีบวมแดงมีเลือดออก ให้รายงานแพทย์ทันที

2.3 การให้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตน ภายหลังผ่าตัด เพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

7) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์

8) การดูแลแผลผ่าตัด โดยมาตรวจหลังผ่าตัด เพื่อประเมินตามแพทย์นัด

9) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่

10) การออกกำลังกายที่เหมาะสมภายหลังผ่าตัด

11) การงดมีเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์

12) การพักผ่อนควรหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ทำจิตใจให้แจ่มใส ผ่อนคลายอยู่เสมอ

13) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง มีเลือดสดๆ ทางช่องคลอด ปวดท้องน้อยมาก เป็นต้น

14) การมาตรวจติดตาม ตามแพทย์นัด

ขั้นตอนการประเมินผลการให้การพยาบาล

คือ การประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จากการให้ความรู้ คำแนะนำ และการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย เช่น ผลการประเมินพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ลดลง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และจากการระงับความรู้สึก เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด มีดังนี้

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกเลือดทางช่องคลอดภายหลังผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 9 ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บอกว่า “กังวลในการทำผ่าตัด ”
2. ผู้ป่วยสอบถามวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของภาวะของโรคที่เป็นอยู่ได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในวิธีการผ่าตัด และแผนการระงับความรู้สึก ที่จะได้รับ
3. ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดกับผู้ป่วย
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาเป็นระยะ
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษา มีประสิทธิภาพ
6. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

7. ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกาย การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การเตรียมลำไส้ โดยการสวนอุจจาระ หรือการรับประทานยาระบาย ตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนนความเจ็บปวด(ระดับ pain score 1-10) เป็นเกณฑ์การประเมิน พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัด การไออย่างถูกวิธี การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด

8. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังทำผ่าตัด จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถาม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตนมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้ง จนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกเลือดทางช่องคลอดภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด
2. มีแผลในช่องคลอด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายจากการตกเลือดภายหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 -100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60- 120/80 มิลลิเมตรปรอท)
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (sedation score 0-1)
3. มีเลือดออกทางช่องคลอด น้อยกว่า 50 ซีซี
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 ซีซี/ชั่วโมง
5. ผล hematocrit มากกว่า 30%
6. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยตรวจนับชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ จากนั้นบันทึก

ต่อทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หากมีสัญญาณชีพผิดปกติ ร่วมกับมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ใจเต้น ชีพจรเบาเร็ว รายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุกชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยซึมลง หลับปลุกไม่ตื่น ถามตอบไม่ได้ ให้รายงานแพทย์ทราบทันที เพราะอาจอยู่ในภาวะช็อค

3. ประเมินและสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด (vaginal bleeding) สังเกตว่าผ้าก๊อชมีเลือดออกมาเปียกชุ่มหรือไม่ ถ้าผ้าก๊อชเปียกชุ่มมาก แสดงว่ามีเลือดออกจากภายในช่องคลอดมาก ให้รายงานแพทย์เพื่อจะได้ตรวจ และให้การรักษาได้อย่างทันที่ หรือเปลี่ยน gauze packing ใหม่

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะควรมีปริมาณไม่น้อยกว่า 25 ซีซี / ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่าเกณฑ์ ให้รายงานแพทย์ทราบในทันที

6. ช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยวิธี dry clean โดยใช้สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลัง เริ่มจาก labia major จนถึงฝีเย็บและบริเวณรอบๆ สายสวนปัสสาวะที่ออกมาจากท่อปัสสาวะ

7. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้มือประคองหน้าท้องเวลาไอหรือจาม ไม่ให้ไอหรือจามแรงๆ เพราะทำให้เพิ่มความดันในช่องท้องและทำให้แผลกระทบกระเทือนอาจเกิดแผลแยกได้

8. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เพราะจะเพิ่มความดันในช่องท้องและทำให้แผลกระทบกระเทือนทั้งด้านในและด้านนอก อาจทำให้ตกเลือดหรือแผลแยกได้ ผู้ป่วยมักบ่นปวดถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และทราบถึงสาเหตุของอาการปวดเนื่องจากช่องคลอดอยู่ระหว่างกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เมื่อใส่ผ้าก๊อชเข้าไป ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ตลอดเวลา อธิบายให้ผู้ป่วยรู้ว่าใส่สายสวนปัสสาวะอยู่แล้ว น้ำปัสสาวะจะไหลออกทางสายสวนปัสสาวะลงสู่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ โดยไม่ต้องถ่ายปัสสาวะเอง

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น ผล CBC, Hct, Hb หากผิดปกติรายงานแพทย์ทราบในทันที

10. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก
ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัดทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

2. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia หรือ spinal block ระหว่างการทำผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 -100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60- 120/80 mmHg)
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (sedation score 0-1)
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O_2 saturation = 95-100%)
4. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-นามสกุล วันเวลา สถานที่ หากมีอาการซึมลง ปลุกไม่ตื่น (sedation score >1) ให้รายงานแพทย์ทันที เพราะอาจมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในช่องท้อง
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 ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg มีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด หายใจหอบเหนื่อย ให้รายงานแพทย์ทันที
3. สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อเมือก และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน หากมีภาวะหายใจสั้น เหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว ควรเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจและการให้ออกซิเจน เพื่อพร้อมช่วยเหลือได้ทันที และรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อประเมินอาการ
4. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะควรมีปริมาณไม่น้อยกว่า 25 ซีซี /ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่าเกณฑ์ ให้รายงานแพทย์ทันที
5. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยประเมินจาก pain score ที่ผู้ป่วยบอก และพิจารณาให้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการตามแผนการรักษา
6. จัดให้ผู้ปวยนอนราบไม่หนุนหมอน หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จัดให้นอนในท่านอนตะแคง เพื่อป้องกันการสำลัก จัดภาชนะรองรับน้ำลายไว้ข้างๆ ผู้ป่วย และดูแลให้ได้รับยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนตามขนาดและเวลาที่ถูกต้อง ติดตามผลของยาและอาการข้างเคียงของยา ดูแลผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นแต่ต้องระวังไม่ให้สำลัก ถ้าไม่ทุเลา หรือมีอาการมากขึ้นให้รายงานแพทย์
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ (deep breathing exercise) โดยหายใจเข้าให้หน้าท้องพองขึ้น แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ประมาณ 10-15 ครั้ง เพื่อป้องกัน

ภาวะปวดแผลและแนะนำเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) เพื่อช่วยให้เสมหะออกมาจากลำคอได้ง่าย ในกรณีที่มีเสมหะค้างอยู่ในลำคอเป็นเวลานาน ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ กระตุ้นให้สูด incentive spirometer เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวและแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดีแล้ว โดยให้พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมง หรือบริหารขา (legs exercise) โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ไม่เกิดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า ช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณขาหดตัว มีผลทำให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรงและดึงตัว อีกทั้งยังช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ป้องกันการก่อตัวของก้อนเลือดอุดตันระบบการไหลเวียน

9. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และเข้าติดตามประเมินอาการเป็นระยะๆ ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียงและ ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพยุงตัวพลิกตะแคงได้ง่ายขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดทางช่องคลอด และแผลเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. แผลไม่บวมแดง ไม่ปวด ไม่ร้อน
3. ไม่มี discharge ผิดปกติออกทางช่องคลอด
4. ผล WBC อยู่ระหว่าง 4400-13,000/ul

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ คือ อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ ทุก 4 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติเช่น มีไข้ ปวดศีรษะ หรือมีการอักเสบ บวมแดงบริเวณแผลผ่าตัด ให้รายงานแพทย์
2. ระวังระวังไม่ให้ gauze packing ถูน้ำ ควรสังเกตการติดเชื้อ และเลือดออกบริเวณช่องคลอด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเอา gauze packing ออกใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
3. ใช้หลักการปลอดเชื้อ (aseptic technique) ขณะให้การพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อ และป้องกันการนำเชื้อโรคจากที่อื่นมาสู่ผู้ป่วยตลอดจนป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

4. ดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยวิธี dry clean โดยใช้สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลัง เริ่มจาก labia major จนถึงฝีเย็บ และบริเวณรอบๆ สายสวนปัสสาวะที่ออกมาจาก urethra ใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยลุกเดินไปห้องน้ำได้เองให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำก๊ับสบู่และซับให้แห้ง ห้ามนำแป้งหรือซ้อยามาโรยหรือใส่แผล

5. สังเกตลักษณะของแผลและ discharge ที่ออกทางช่องคลอด ถ้าแผลบวมแดง มีลักษณะอักเสบบริเวณแผล หรือมี discharge ผิดปกติ เช่น เป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น รายงานให้แพทย์ทราบในทันที

6. ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ เช่นอาหารที่มีโปรตีนสูง ไข่ เนื้อปลา นม เป็นต้น เพื่อสร้างเนื้อเยื่อของร่างกายที่สูญเสียไปจากการผ่าตัดและส่งเสริมภูมิคุ้มกัน

7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามขนาดและเวลาที่ถูกต้อง และติดตามผลของยารวมทั้งผลข้างเคียงของยาด้วย

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล WBC หากผิดปกติรายงานแพทย์ทราบในทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ใส่คาสายสวนปัสสาวะ
2. มีแผลผ่าตัดในช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะลักษณะปกติเหลืองใส ไม่ขุ่น
3. ปัสสาวะไม่มีแสบขัด
4. ผล WBC อยู่ระหว่าง 4400-13,000/wl
5. ผลการเพาะเชื้อ (MUC) ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ถ้ามี discharge ต้องดูแลทำความสะอาดสม่ำเสมอและเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ที่สำคัญต้องแนะนำให้ความรู้ผู้ป่วยให้ทำ

ความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้ถูกวิธี คือ ให้ล้างจากด้านหน้าไปด้านหลังไม่ควร ย้อนไปย้อนมาเพราะจะทำให้เชื้อแบคทีเรียบริเวณฝีเย็บ และทวารหนักเข้าไปในท่อปัสสาวะ (urethra) ได้

2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด (closed system) พยายามต้องล้างมือก่อน และหลัง เทปัสสาวะของผู้ป่วย และเช็ดรอบๆ ข้อต่อของรูเปิดสำหรับเทปัสสาวะออกทิ้ง เป็นการป้องกันไม่ให้ เชื้อโรคที่อยู่รอบๆ เข้าไปในถุงเก็บปัสสาวะ

3. ดูแลให้ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย และเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่จะเกิดตามมา คือการติดเชื้อถ้ายกถุงปัสสาวะสูงกว่ากระเพาะปัสสาวะ

4. สังเกตจำนวนและสีของน้ำปัสสาวะ ถ้าสีเข้มขุ่น หรือมีสีเลือดปนต้องรีบรายงานแพทย์

5. ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะ เพราะจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ท่อปัสสาวะและเป็นหนทางที่เกิดการติดเชื้อตามมา

6. แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่เรียกว่า Kegel exercise โดยการขมิบก้นหรือขมิบช่องคลอด ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscles) และ หูรูด (sphincter) ของอวัยวะต่างๆ แข็งแรงไปด้วย โดยเฉพาะหูรูด ของกระเพาะปัสสาวะ เวลาถอดสายสวนปัสสาวะจะทำให้ ไม่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเกิน 100 ซีซี

7. เมื่อผู้ป่วยเอาสายสวนปัสสาวะออกควรดูแลการถ่ายปัสสาวะว่าผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้สะดวกหรือไม่ ถ้าถ่ายปัสสาวะไม่สะดวกจะต้องสวนให้ และถ้าปัสสาวะค้าง (residual urine) เกินกว่า 100 ซีซี อาจต้องใส่สายสวนไว้อีก

8. กระตุ้นให้ผู้ปวยดื่มน้ำมากๆ วันละประมาณ 2,000 ซีซี ขึ้นไปเพื่อช่วยชะล้างแบคทีเรียพร้อมทั้งบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก เพื่อสังเกตการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล WBC และผลการเพาะเชื้อ (MUC) หากผิดปกติรายงานแพทย์ทราบในทันที

10. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามขนาดและเวลาที่ถูกต้อง และติดตามผลของยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยาด้วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด
2. ใส่ผ้าก๊อศไว้ในช่องคลอด
3. หน้าผู้ป่วยหน้าไม่สดชื่น ไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล

4. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล pain score > 3 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดแผลผ่าตัดลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. pain score < 3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้
3. สามารถเคลื่อนไหวทางร่างกายได้เหมาะสมตามคำแนะนำ
4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ในการทำกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

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

- ระดับ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ติดตามสอบถามอาการปวดแผลผ่าตัดทุก 4 ชม.
- ระดับ 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บปวด เบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น ฟังเพลงหรืออ่านหนังสือที่ชอบ เป็นต้น
- ระดับ 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับระดับ 1-3 พร้อมทั้งให้ยาตามแผนการรักษา เช่น paracetamol (500 mg.) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินผลหลังได้รับยา 30 นาที หากอาการไม่ดีขึ้นรายงานให้แพทย์ทราบ
- ระดับ 7-8 หมายถึง ปวดมาก คับหาสาเหตุของการปวด เช่น จากสภาพจิตใจ หรือสาย epidural catheter ที่ต่อไว้หลุดหรือพันงอขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยร่วมกับประเมินสัญญาณชีพ และแผลผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทราบ
- ระดับ 9-10 หมายถึง ปวดมากที่สุดในชีวิต ให้ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และแผลผ่าตัดซ้ำ พร้อมให้ NPO ไว้ก่อน รับประทานแพทย์ทันที กรณีที่แผลแยกควรเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดฉุกเฉินหรือเตรียมเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำหรือให้เลือดต่อไป

2. จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยอบอุ่น เพื่อให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ดี และช่วยลดอาการปวดแผลหรือถ้านอนหงาย หรือนั่งให้รองด้วยผ้านุ่ม หรือ rubber ring ที่บริเวณก้นเพื่อช่วยลดอาการปวดของแผล

3. แนะนำเรื่องการไออย่างถูกวิธี เพื่อช่วยป้องกันการกระเทือนแผล และบรรเทาอาการปวดแผล

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เมื่อเอาผ้าก๊อซออกจากช่องคลอดจะสุขสบายขึ้นอาการปวดจะลดลง ซึ่งแพทย์จะผ้าก๊อซไว้ประมาณ 24 ชั่วโมง

5. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป เช่นดูแลเช็ดตัวทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อความสุขสบายและป้องกันอาการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดแผลได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก มีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า
3. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้
4. ไม่มีบาดแผล รอยขีดตามร่างกาย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวอาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้
2. ยกราวข้างเตียงขึ้นทุกครั้งภายหลังให้การพยาบาล พร้อมวางกริ่ง หรือสัญญาณเรียกพยาบาล (nurse call) ไว้ข้างตัวผู้ป่วย เพื่อให้หยิบใช้ได้สะดวกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณข้างเตียง และภายในห้องให้เรียบร้อย ให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม
4. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยังคงคาสาขสวณปัสสาวะอยู่ เพื่อช่วยลดการออกแรงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการพลัดตกหกล้ม
5. ตรวจสอบบริเวณร่างกายของผู้ป่วย ขณะตรวจเยี่ยมอาการว่ามีรอยฟกช้ำ มีบาดแผลจากการพลัดตกหกล้มหรือไม่
6. เน้นย้ำ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่องวิธีป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้หากพลัดตกหกล้ม

7. เน้นย้ำและให้ข้อมูลญาติควรดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรต่างๆ ที่ยังไม่สามารถทำได้สะดวก และหากต้องการความช่วยเหลือให้เรียกเจ้าหน้าที่ทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยการสอบถาม

2. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้

1) การรักษาความสะอาดของร่างกายและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำกับสบู่และ ซับให้แห้ง ห้ามนำแป้งหรือชื้อยามาโรยหรือใส่แผล

2) การอาบน้ำ อาบได้ตามปกติ แต่ควรตัดอาบ หลีกเลี่ยงการแช่น้ำในอ่างน้ำ หรือลำคลอง เนื่องจากอาจติดเชื้อจากสารปนเปื้อนมากับน้ำ ซึมเข้าสู่ร่างกาย และทางช่องคลอดได้

3) รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีกากใยมากเช่น ผัก ผลไม้ เพื่อป้องกันท้องผูก ซึ่งต้องทำให้เบ่งอุจจาระ อาจทำให้แผลแยกได้ หรือทำให้เกิดการหย่อนของช่องคลอดซ้ำได้ ถ้าถ่ายไม่ออกแพทย์จะสั่งยาระบาย ยาเหน็บ หรือยาสวนตามความเหมาะสม

4) ดื่มน้ำสะอาดมากๆวันละ 2,500-3,000 ซีซี และไม่ควรรกลิ้นปัสสาวะเพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

5) ไม่ควรทำงานหนัก หรือยกของหนัก งดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก หรือขึ้นลงบันไดภายใน 4-6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดเพราะจะเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ทำให้เกิดการหย่อนของช่องคลอดได้อีก

- 6) จดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด
- 7) แนะนำการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยการขมิบช่องคลอดหลังผ่าตัด ควรทำอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอทุกวันๆละไม่ต่ำกว่า 100 ครั้ง เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอดและฝีเย็บแข็งแรงขึ้นและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
- 8) แนะนำหลีกเลี่ยงการนั่งเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้มีเลือดคั่งภายในอุ้งเชิงกราน (pelvic congestion) ทำให้รู้สึกอึดอัดเจ็บบริเวณผ่าตัดได้
- 9) ในรายที่ทำ A-P repair อาจเกิดการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากช่องคลอดจะแคบและสั้นกว่าเดิม อาจต้องใช้ครีมหล่อลื่นช่วยและถ้ายังมีอาการเจ็บอยู่ควรปรึกษาแพทย์
- 10) แนะนำให้ผู้ป่วยหมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆเช่น อาการปวด มีไข้ มีสิ่งคัดหลัง เลือดหรือหนองออกทางช่องคลอด ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ถ้ามีอาการควรรีบมาพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาทันทีไม่ต้องรอนวันนัด
- 11) มาตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด และควรตรวจติดตามต่อเนื่องประจำปี

3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยภายหลังให้คำแนะนำ รวมทั้งประเมินความรู้ของผู้ป่วยโดยการซักถาม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจควรให้เวลาผู้ป่วยในการซักถามและตอบข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจในการนำไปปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 9 ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด
2. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บอกว่า “กังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์”

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้นบอกไม่กังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
2. พยายามให้กำลังใจผู้ป่วย โดยแสดงท่าทีที่เสมือนญาติ ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ
3. อธิบาย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการผ่าตัดในขอบเขตของพยาบาลว่า ผู้ป่วยทำผ่าตัดส่วนไหนบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าการทำผ่าตัดไม่ได้ส่งผลต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ 2-3 เดือนหลังผ่าตัด
4. ประสานงานให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับทีมแพทย์ผู้รักษา โดยแนะนำให้ผู้ป่วย และญาติถามปัญหา หรือข้อสงสัยจากแพทย์โดยตรง อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในขณะที่แพทย์เข้าพูดคุย
5. กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
6. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยอีกครั้งภายหลังได้รับการพยาบาลโดยการสอบถามพูดคุย อธิบายในสิ่งที่วิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยมากขึ้น

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

- ผู้หญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพ สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร

- การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ แม่บ้าน รายได้ครอบครัว 25,000 บาทต่อเดือน

- วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 21 พฤษภาคม 2557 วันที่จำหน่าย 24 พฤษภาคม 2557

หอผู้ป่วย 100ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 12/2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

1. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

เดือน กรกฎาคม ปี 2556 มีก้อนยื่นออกมาทางช่องคลอด ขนาดเท่าผลมะนาว สามารถดันกลับเข้าไปได้ บัสสาวะปกติ ไม่ได้ไปตรวจ

เดือน มีนาคม ปี 2557 มีก้อนยื่นออกมาทางช่องคลอดมากขึ้น ขนาดเท่าผลส้ม โดยเฉพาะเวลาขึ้น เวลานอนจะหดกลับเข้าไปได้ บัสสาวะบ่อยขึ้น มีบัสสาวะเล็ด แพทย์ตรวจภายในพบว่าเป็น utero-vaginal prolapsed gr.III แนะนำให้ทำผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด

2. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และโรคประจำตัว

- ปฏิเสธการทำผ่าตัดใดๆ มาก่อน และไม่เคยแพ้ยา

- มีโรคประจำตัวดังนี้

- ความดันโลหิตสูง รับประทานยา amlodipine (10 mg) ครั้งเม็ดหลังอาหารเช้า
- ไขมันสูง รับประทานยา simvastatin (10mg) ครั้งเม็ด ก่อนนอน
- ต้อกระจก หยอดตาด้วย natear เวลาตาแห้ง

3. ประวัติครอบครัว

- น้องสาว และน้องชาย มีความดันโลหิตสูง และเป็นเบาหวาน แต่ไม่มีใครในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเลือด

4. ประวัติการตั้งครรภ์

- แต่งงานมานานกว่า 50 ปี

- มีบุตร 5 คน คลอดปกติทางช่องคลอด

5. การตรวจร่างกาย (21 พฤษภาคม 2557)

5.1 การตรวจร่างกายทั่วไป

- อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

- ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท

- ส่วนสูง 151 เซนติเมตร น้ำหนัก 52 กิโลกรัม
- ตรวจร่างกายทั่วไป ระบบหัวใจ ปอด ปกติ ตับ ม้าม ไทรอยด์ ไม่โต

5.2 ผลการตรวจภายใน (28 มีนาคม 2557)

MIUB : negative
 Vagina : atrophy mucosa
 Cervix : no lesion
 Uterus : small size
 Adnexa : negative

5.3 ผลการตรวจกระเพาะปัสสาวะ (28 มีนาคม 2557)

Total volume : 700-1250 ml
 Capacity : 10-450 ml

5.4 ผลการตรวจภาวะกระบังลมหย่อนตามระบบ POPQ

+1	+5	+5
5	3	9
0	+2	+2

6. ผลการผ่าตัด (ทำผ่าตัดวันที่ 21 พ.ค. 2557)

Pre-operative diagnosis : uterovaginal prolapse
 Post-operative diagnosis : uterovaginal prolapse
 Operation : Vaginal hysterectomy with anterior and posterior colporrhaphy
 Anesthesia method : spinal with morphine
 Incision : vaginal operation
 Estimated blood loss : 50 ซีซี
 Operative time : 1 ชั่วโมง 40 นาที
 Findings : - small size uterus
 - cervix : no gross lesion
 - uterine prolapse grade IV
 - cystoscopy : no bladder injury

7. สรุปการพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล

- 7.1 ได้รับการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในการผ่าตัด
- 7.2 ได้รับการพยาบาลก่อนและหลังทำผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ
- 7.3 ได้รับการพยาบาลเพื่อลดอาการแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด
- 7.4 ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา

วันที่ 21 พฤษภาคม 2557

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่นบอกว่า “กังวลในการทำผ่าตัด เพราะไม่เคยทำผ่าตัดใดๆ มาก่อน เมื่อคืนที่ผ่านมาก็นอนไม่หลับ”
2. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรก่อนและหลังทำผ่าตัด”

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายกังวลลง
2. ผู้ป่วย สามารถบอกสาเหตุของภาวะของโรคที่เป็นอยู่ได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วย สามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ยืมทัศนคติสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน ในการแนะนำตนเอง และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในวิธีการผ่าตัด และแผนการระงับความรู้สึกที่จะได้รับ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

5. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

6. ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกาย การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การเตรียมลำไส้ โดยการสวนอุจจาระ หรือการรับประทานยาระบาย ตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง แนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนนความเจ็บปวด (ระดับ pain score 1-10) เป็นเกณฑ์การประเมิน แนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัด การไออย่างถูกวิธี การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังทำผ่าตัด จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตนมากขึ้น

การประเมินผล (วันที่ 21 พฤษภาคม 2557)

1. สีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการผ่าตัด รู้สึกคลายกังวล มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมากขึ้น

2. สามารถบอกอาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบได้ถูกต้อง พร้อมทั้งยังบอกถึงขั้นตอนในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ครบถ้วนถูกต้อง

วันที่ 21 พฤษภาคม 257 (เวลา 22.20 น.) ภายหลังทำผ่าตัด (Vaginal hysterectomy with anterior and posterior colporrhaphy)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสดังเกิดการตกเลือดทางช่องคลอดภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และซ่อมแซมช่องคลอด
2. มีแผลในช่องคลอด
3. มีเลือดออกทางช่องคลอด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายจากการตกเลือดภายหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 -100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60- 120/80 mmHg)
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (sedation score 0-1)
3. มีเลือดออกทางช่องคลอด น้อยกว่า 50 ซีซี
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 ซีซี/ชั่วโมง
5. ผล hematocrit มากกว่า 30%
6. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยตรวจนับชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ จากนั้นบันทึก ต่อทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น ชีพจรเบาเร็ว รายงานอาการให้ แพทย์ทราบในทันที
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุกชั่วโมง
4. ประเมินและสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด (vaginal bleeding) สังเกตว่าผ้าก๊อช มีเลือดออกมาเปียกชุ่มหรือไม่ ถ้าผ้าก๊อชเปียกชุ่มมาก แสดงว่ามีเลือดออกจากภายในช่องคลอดมาก ให้รายงานแพทย์เพื่อจะได้ตรวจ และให้การรักษาได้อย่างทันที่ หรือเปลี่ยน gauze packing ใหม่
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/N/2 1000 ml ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะควรมีปริมาณ ไม่น้อยกว่า 25 ซีซี /ชั่วโมง
7. ช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยวิธี dry clean โดยใช้ สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลัง เริ่มจาก labia major จนถึงฝีเย็บและ บริเวณรอบๆ สายสวนปัสสาวะที่ออกมาจาก urethra
8. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้มือประคองหน้าท้องเวลาไอหรือจาม ไม่ให้ไอหรือจามแรงๆ เพราะทำให้เพิ่มความดันในช่องท้องและทำให้แผลกระทบกระเทือนอาจเกิดแผลแยกได้
9. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เพราะจะเพิ่มความดันในช่องท้องและทำให้ แผลกระทบกระเทือนทั้งด้านในและด้านนอก อาจทำให้ตกเลือดหรือแผลแยกได้ ผู้ป่วยมักบ่น

ปวดถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และทราบถึงสาเหตุของอาการปวด เนื่องจากช่องคลอดอยู่ระหว่างกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เมื่อใส่ผ้าก๊อซเข้าไป ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ตลอดเวลา อธิบายให้ผู้ป่วยรู้ว่าใส่สายสวนปัสสาวะอยู่แล้ว น้ำปัสสาวะจะไหลออกทางสายสวนปัสสาวะลงสู่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ โดยไม่ต้องถ่ายปัสสาวะเอง

10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น ผล CBC, Hct, Hb หากผิดปกติรายงานแพทย์ทราบในทันที

การประเมินผล (วันที่ 22 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 1

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย เท่ากับ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร เท่ากับ 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต เท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี
2. มีเลือดออกทางช่องคลอด ประมาณครึ่งฝ่ามือ
3. ปัสสาวะออกทางสายสวนปัสสาวะ ปริมาณ 250 ซีซี ใน 4 ชั่วโมง

การประเมินผล (วันที่ 23 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 2

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย เท่ากับ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร เท่ากับ 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต เท่ากับ 120/60 มิลลิเมตรปรอท
2. มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย
3. ปัสสาวะออกทางสายสวนปัสสาวะ ปริมาณ 400 ซีซี ใน 4 ชั่วโมง

การประเมินผล (วันที่ 24 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 3

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย เท่ากับ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร เท่ากับ 74 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต เท่ากับ 130/70 มิลลิเมตรปรอท
2. มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย สีแดงจางๆ
3. ปัสสาวะได้เองสีเหลืองใสจำนวน 2,000 ซีซี ใน 1 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด ทางช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมช่องคลอด 4 ชั่วโมงแรก
2. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ spinal block with morphine ระหว่างการทำผ่าตัด
3. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 65 ปี
4. ผู้ป่วยมีขาทั้ง 2 ข้าง
5. ผู้ป่วยบอกมีกลิ่นใส่าเจียน เวียนศีรษะการทำผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60- 120/80 มิลลิเมตรปรอท)
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (sedation score 0-1)
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O_2 saturation = 95-100%)
4. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-นามสกุล วันเวลา สถานที่
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
3. สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อบุตา และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน
4. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะควรมีปริมาณไม่น้อยกว่า 25 ซีซี / ชั่วโมง
5. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยประเมินจาก pain score ที่ผู้ป่วยบอก และดูแลให้ยาแก้ปวด pethidine 20 mg iv. บรรเทาอาการตามแผนการรักษา
6. ดูแลจัดท่านอนให้นอนตะแคงเนื่องจากผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน เพื่อป้องกันการสำลัก จัดภาชนะรองรับน้ำลายไว้ข้างๆ ผู้ป่วย และดูแลให้ได้รับยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ondansetron 8mg iv. ตามแผนการรักษา ติดตามผลของยาและอาการข้างเคียงของยา ดูแลผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นแต่ต้องระวังไม่ให้สำลัก
7. ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง สอบถามเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เพื่อให้ความช่วยเหลือเมื่อมีอาการโดยวาง cold pack บริเวณหน้าผากและรายงานแพทย์
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ โดยหายใจเข้าให้หน้าท้องพองขึ้น แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ประมาณ 10-15 ครั้ง และแนะนำเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้เสมหะออกมาจากลำคอได้ง่าย ในกรณีที่มีเสมหะค้างอยู่ในลำคอเป็นเวลานาน ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ กระตุ้นให้สูด incentive spirometer เพื่อช่วยให้ออกขยายตัวและแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดีแล้ว ให้พลิกตะแคงตัว ทุก 2-3 ชั่วโมง และบริหารขา (legs exercise) โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ไม่เกิดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า ช่วยให้อัมพาตบริเวณขาหดตัว มีผลทำให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรงและตั้งตัว อีกทั้งยังช่วยให้อัมพาตมือคลาย และป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือดอุดตันระบบการไหลเวียน

10. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และเข้าติดตามประเมินอาการเป็นระยะๆ ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียงและ ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพุงตัวพลิกตะแคงได้ง่ายขึ้น

การประเมินผล (วันที่ 22 พฤษภาคม 2557) ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 1

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย เท่ากับ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร เท่ากับ 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต เท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีอาการชาขาทั้ง 2 ข้าง
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีปวดศีรษะ

การประเมินผล (วันที่ 23 พฤษภาคม 2557) ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 2

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย เท่ากับ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร เท่ากับ 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต เท่ากับ 120/60 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการเวียนศีรษะ

การประเมินผล (วันที่ 24 พฤษภาคม 2557) ภายหลังทำผ่าตัด วันที่ 3

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย เท่ากับ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร เท่ากับ 74 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต เท่ากับ 130/70 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.6 องศาเซลเซียส หลังทำผ่าตัดวันที่ 1 (22 พฤษภาคม 2557)
2. มีแผลผ่าตัดทางช่องคลอดและแผลเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. แผลไม่บวมแดง ไม่ปวด ไม่ร้อน
3. ไม่มี discharge ผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติเช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คุณแลเช็ดตัวลดไข้ และวาง cold pack รายงานแพทย์ถ้ายังมีไข้สูง
2. คุณแลไม่ให้ gauze packing ถูกรน้ำ และช่วยเตรียมอุปกรณ์ให้แพทย์ off packing ใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด สังเกตการติดเชื้อและเลือดออกบริเวณช่องคลอด
3. ใช้หลักการปลอดเชื้อ (aseptic technique) ขณะให้การพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันการนำเชื้อโรคจากที่อื่นมาสู่ผู้ป่วยตลอดจนป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. คุณแลช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยวิธี dry clean โดยใช้สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลัง เริ่มจาก labia major จนถึงฝีเย็บ และบริเวณรอบๆ สายสวนปัสสาวะที่ออกมาจากท่อปัสสาวะ(urethra) ใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยลุกเดินไปห้องน้ำได้เองแนะนำ ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำก๊ับสบู่ และซับให้แห้ง ห้ามนำแป้งหรือชื่อยามาโรยหรือใส่แผล
5. สังเกตลักษณะของแผลที่ฝีเย็บและ discharge ที่ออกทางช่องคลอดที่ผิดปกติ เช่น เป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น บวมแดงบริเวณแผลผ่าตัด รายงานให้แพทย์ทราบ
6. คุณแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ เช่นอาหารที่มีโปรตีนสูง ไข่ เนื้อปลา นม เพื่อสร้างเนื้อเยื่อของร่างกายที่สูญเสียไปจากการผ่าตัดและส่งเสริมภูมิคุ้มกัน
7. คุณแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นยา cefoxitin 1 mg ทุก 8 ชั่วโมง และติดตามผลของยารวมทั้งผลข้างเคียงของยาด้วย

การประเมินผล (วันที่ 22 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากทำผ่าตัด วันที่ 1

1. ผู้ป่วยยังมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ไม่มีหนาวสั่น
2. ไม่มี discharge ผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึมเป็นอนาถา นอนไม่หลับ
3. แผลบริเวณ perineum ไม่มีบวมแดง ปวดแผล pain score = 2

การประเมินผล (วันที่ 23 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากทำผ่าตัด วันที่ 2

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส
2. ไม่มี discharge ผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย
3. แผลบริเวณ perineum ไม่มีบวมแดง ปวดแผล pain score = 1

การประเมินผล (วันที่ 24 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 3

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส
2. ไม่มี discharge ผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย
3. แผลบริเวณ perineum ไม่มีบวมแดง ปวดแผล pain score = 1

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.6 องศาเซลเซียส หลังทำผ่าตัดวันที่ 1 (22 พฤษภาคม 2557)
2. ใส่สายสวนปัสสาวะ

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.8 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 ซีซี. ต่อชั่วโมง
3. ปัสสาวะลักษณะปกติสีเหลืองใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เมื่อมี discharge ดูแลทำความสะอาด และเปลี่ยนผ้าอนามัยให้ แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และเปลี่ยนผ้าอนามัยด้วยตัวเองบ่อยๆ เมื่อช่วยเหลือตัวเองได้ โดยล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่ควรย้อนไปย้อนมาเพราะจะทำให้เชื้อแบคทีเรียบริเวณฝีเย็บและทวารหนักเข้าไปในท่อปัสสาวะได้

2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด (closed system)

3. ดูแลให้ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่จะเกิดตามมา คือการติดเชื้อถ้าถุงปัสสาวะสูงกว่ากระเพาะปัสสาวะ

4. สังเกตจำนวนและสีของน้ำปัสสาวะ ถ้าสีเข้มขุ่น หรือมีสีเลือดปน รีบรายงานแพทย์ เพราะอาจมีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้

5. ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะ โดยติดพลาสติกไว้บริเวณต้นขาด้านในข้างเดียวกับบริเวณที่แขวนถุงปัสสาวะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่บุท่อปัสสาวะและเป็นหนทางที่เกิดการติดเชื้อตามมา

6. แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่เรียกว่า Kegel exercise โดยการขมิบก้นหรือขมิบช่องคลอด เวลาอดสายสวนปัสสาวะทำให้ไม่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเกิน 100 ซีซี

7. ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหลังอดสายสวนปัสสาวะ และวัดดูปัสสาวะที่ค้างในกระเพาะปัสสาวะ

8. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ วันละประมาณ 2,000 ซีซี ขึ้นไปเพื่อช่วยชะล้างแบคทีเรีย พร้อมทั้งบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก เพื่อสังเกตการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ

การประเมินผล (วันที่ 22 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 1

1. ปัสสาวะออกทางสายสวนปัสสาวะ จำนวน 250 ซีซี ใน 4 ชั่วโมง
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส

การประเมินผล (วันที่ 23 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 2

1. ปัสสาวะออกทางสายสวนปัสสาวะ จำนวน 400 ซีซี ใน 4 ชั่วโมง
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส

การประเมินผล (วันที่ 24 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 3

1. หลังอดสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้เอง สะดวกดี ไม่มีเสบขัด
2. จำนวนปัสสาวะที่ค้างอยู่ (residual urine) หลังถ่ายปัสสาวะครั้งที่ 2 ได้ปริมาณ 20 ซีซี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดทางช่องคลอด และฝีเย็บ
2. แพทย์ใส่ผ้าก๊อศไว้ในช่องคลอด
3. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น
4. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล pain score = 5 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดแผลผ่าตัดลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับ pain score ลดลงจากเดิมหรือน้อยกว่า 3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่บ่นปวดแผล นอนพักผ่อนได้
3. สามารถเคลื่อนไหวทางร่างกายได้เหมาะสมตามคำแนะนำ
4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ในการทำกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่เกิดคลื่นไส้อาเจียน
 2. จัดทำให้ออนตะแคง ถ้านอนหงาย หรือนั่งให้รองผ้านุ่มหรือ rubber ring รองบริเวณก้น เพื่อช่วยลดอาการปวดของแผล
 3. ดูแลให้ยาแก้ปวดเป็น pethidine 20 mg iv. ตามแผนการรักษา และประเมินหลังได้รับยา 30 นาที
 4. แนะนำเรื่องการไอ จามอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยป้องกันการกระเทือนแผล ลดความดันในช่องท้อง และบรรเทาอาการปวดแผล
 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เมื่อเอาผ้าก๊อศออกจากช่องคลอดจะสุขสบายขึ้นอาการปวดจะลดลง
 6. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป เช่น ดูแลเช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อความสบายและป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดแผลได้
- การประเมินผล (วันที่ 22 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 1

1. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้น ทูเลอาการปวดในช่องคลอดภายหลังเอาผ้าก๊อศออก pain score = 3 ขอยาแก้ปวด
2. ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงได้ตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษา ในการทำกิจกรรมต่างๆ
3. ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้มากขึ้น

การประเมินผล (วันที่ 23 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 2

1. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้นมีปวดน้อยลงจะปวดเวลานั่งนานๆ pain score = 1 ไม่ขอยาแก้ปวด
2. ผู้ป่วยลุกเดินได้ตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษา ในการทำกิจกรรมต่างๆ
3. ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้มากขึ้น

การประเมินผล (วันที่ 24 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 3

1. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้นมีปวดเล็กน้อย pain score = 1 ไม่ขอยาแก้ปวด
2. ผู้ป่วยลุกเดินได้ตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษา ในการทำกิจกรรมต่างๆ
3. ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ spinal block with morphine
2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก มีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีเวียนศีรษะ
3. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 65 ปี

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า
3. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้
4. ไม่มีบาดแผล รอยช้ำตามร่างกาย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้
2. ยกขาข้างเตียงขึ้นทุกครั้งภายหลังให้การพยาบาล พร้อมวางกริ่งหรือ สัญญาณเรียกพยาบาล (nurse call) ไว้ข้างตัวผู้ป่วย เพื่อให้หยิบใช้ได้สะดวก เมื่อต้องการความช่วยเหลือ
3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณข้างเตียง และภายในห้องให้เรียบร้อย ให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม
4. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ ขณะที่ผู้ป่วยยังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยงคาสายสวนปัสสาวะอยู่ เพื่อช่วยลดการออกแรงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการพลัดตกหกล้ม
5. ตรวจสอบบริเวณร่างกายของผู้ป่วย ขณะเข้าตรวจเยี่ยมอาการว่ามีรอยฟกช้ำ มีบาดแผลจากการพลัดตกหกล้มหรือไม่
6. เน้นย้ำให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และเน้นย้ำญาติควรอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรต่างๆ หากต้องการความช่วยเหลือให้เรียกเจ้าหน้าที่ทันที

การประเมินผล (วันที่ 22 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 1

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
2. ผู้ป่วยลุกนั่งได้อย่างถูกวิธี มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย
3. ไม่มีรอยฟกช้ำ ไม่มีบาดแผลตามร่างกาย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

การประเมินผล (วันที่ 23 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 2

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
2. ผู้ป่วยลุกนั่ง ลุกเดิน ได้อย่างถูกวิธี ไม่มีอาการเวียนศีรษะ
3. ไม่มีรอยฟกช้ำ บาดแผลตามร่างกาย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

การประเมินผล (วันที่ 24 พฤษภาคม 2557) ภายหลังจากผ่าตัด วันที่ 3

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
2. ผู้ป่วยลุกนั่ง ลุกเดินได้อย่างถูกต้อง ไม่มีอาการเวียนศีรษะ
3. ไม่มีรอยฟกช้ำ บาดแผลตามร่างกาย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังจากผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลการปฏิบัติตัวภายหลังจากผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังจากผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวภายหลังจากผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังจากผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนภายหลังจากผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้
 1. การรักษาความสะอาดของร่างกายและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
 2. การอาบน้ำ อาบได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงการแช่น้ำในอ่างน้ำหรือลำคลอง เนื่องจากอาจติดเชื้อจากสารปนเปื้อนมากับน้ำ ซึมเข้าสู่ร่างกายและทางช่องคลอดได้
 3. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีกากใยมากเช่น ผัก ผลไม้ เพื่อป้องกันท้องผูก ซึ่งต้องทำให้เบ่งอุจจาระ อาจทำให้แผลแยกได้ หรือทำให้เกิดการหย่อนของช่องคลอดซ้ำได้ ถ้าถ่ายไม่ออกแพทย์จะสั่งยาระบายหรือยาเหน็บ ยาสวน ตามความเหมาะสม
 4. ดื่มน้ำสะอาดมากๆ วันละ 2,500-3,000 ซีซี และไม่ควรถูกขันปัสสาวะเพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
 5. ไม่ควรทำงานหนัก หรือยกของหนัก งดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก หรือขึ้นลงบันไดภายใน 4-6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดเพราะจะเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ทำให้เกิดการหย่อนของช่องคลอดได้อีก

6. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยการขมิบช่องคลอดหลังผ่าตัด ควรทำอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอทุกวันๆละไม่ต่ำกว่า 100 ครั้ง เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอดและฝีเย็บแข็งแรงขึ้นและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
7. แนะนำหลีกเลี่ยงการนั่งเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้มีเลือดคั่งภายในอุ้งเชิงกราน (pelvic congestion) ทำให้รู้สึกถ่วงเจ็บบริเวณผ่าตัดได้
8. แนะนำให้ผู้ป่วยหมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการปวด มีไข้ มีสิ่งคัดหลั่งเลือดหรือหนองออกทางช่องคลอด ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ถ้ามีอาการควรรีบมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาทันทีไม่ต้องรอนวันนัด
9. มาตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด และควรตรวจติดตามต่อเนื่องประจำปี

3. เปิดโอกาสภายหลังให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย รวมทั้งประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจในการนำไปปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และรับทราบการปฏิบัติตนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผล (วันที่ 24 พฤษภาคม 2557)

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดได้ถูกต้อง

สรุปผลการดูแลกรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

ผู้หญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพ สมรสคู่ มีบุตร 5 คน คลอดปกติทางช่องคลอด เดือนกรกฎาคม 2556 มีก้อนยื่นออกมาทางช่องคลอด ขนาดเท่าผลมะนาว สามารถดันกลับเข้าไปได้ ปัสสาวะปกติ ไม่ได้ไปตรวจ 3 เดือนก่อนผ่าตัดก้อนยื่นออกมามากขึ้นขนาดเท่าผลส้มจะออกมา ระยะเวลาขึ้น เวลาอนจะหดกลับเข้าไปได้ ปัสสาวะบ่อยขึ้น และมีปัสสาวะเลือด แพทย์ตรวจภายใน พบว่าเป็น uterovaginal prolapse gr.III จึงพิจารณาให้ทำผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

จากการติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะกระบังลมหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด พบว่ามีปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกเลือดทางช่องคลอดภายหลังผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และเมื่อกลับไป
อยู่บ้าน

จากการดูแลผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ผ่านมามีปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป ก่อนจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุพยาบาลจึงให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยเพราะญาติมีส่วนสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติภายหลังผ่าตัด

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา

ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคนิคของการทำผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกด้วยวิธีต่างๆ พบว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดมีข้อที่ดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องเช่น มีการติดเชื้อและมีไข้หลังผ่าตัดน้อยกว่า คะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า ทำให้ฟื้นตัวได้เร็ว และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น และ เป็นการผ่าตัดเอามดลูกออกจากร่างกายโดยไม่มีแผลภายนอกในร่างกาย¹⁶ นอกจากนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งระยะสั้นระยะยาวไม่แตกต่างกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง นอกจากนี้ในปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมช่องคลอดสามารถทำได้ในหลายข้อบ่งชี้ โดยไม่จำเป็นต้องมีการหย่อนของมดลูก หรือกระบังลม เช่น เนื้องอกมดลูกเป็นต้น

จากประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมช่องคลอด พบปัญหาอุปสรรคต่างๆ โดยมีแนวทางแก้ไข้ปัญหาในการปฏิบัติงานหรือข้อเสนอแนะ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด และแนวทางแก้ไข้ปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข้ปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
1. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด ของผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอดไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน	- พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อที่จะได้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยรวมทั้งต้องประเมินความพร้อมด้านจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัด - ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด รวมทั้งความเข้าใจในวิธีการระงับความรู้สึกและวิธีการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ การรับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ในของเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการรักษา และเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ได้รับทราบถึงข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ - ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกาย การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การเตรียมลำไส้ตามแผนการรักษาของแพทย์ การงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด - ประเมินความรู้ความเข้าใจโดยการซักถาม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น
2. ประชาชนและหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคกระบังลมหย่อนตั้งแต่แรก	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้กับประชาชน และหญิงตั้งครรภ์ว่ามีวิธีป้องกันกระบังลมหย่อนได้ถ้าเราป้องกันตั้งแต่อายุน้อยความสำเร็จที่จะยืดเวลาไม่ให้เกิดการหย่อนก็นานขึ้น เทคนิคสำคัญที่ทำได้ง่ายคือ การฝึกขมิบช่องคลอด การขมิบช่องคลอดจะทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสามารถทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
	<p>แข็งแรง ทำได้ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการสอนให้ขมิบช่องคลอด คือ ขมิบว่ทอ้ง ขมิบก้นเหมือนกลั้นอุจจาระ หรือทำเหมือนกลั้นปัสสาวะขณะกำลังปัสสาวะอยู่ เกร็งกล้ามเนื้อไว้ 5-10 วินาที แล้วปล่อย ทำบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 100 ครั้ง สามารถทำได้ทุกเวลา ทุกสถานที่ ทำได้ทั้งขณะนอน หรือขณะนั่ง ยึดหลักปฏิบัติขมิบให้แรงพอ และนานพอ ถ้ากลัวลืมหัดทำให้ทำหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ
<p>3. การขาดองค์ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรม เชิญ แพทย์ พยาบาล ผู้ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด มาบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างทักษะทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น
<p>4. การขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลยังควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพราะญาติมีส่วนสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน - พยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเน้นย้ำถึงผลเสียจากการละเลยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ หากละเลยอาจทำให้เกิดเชื้อ เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลอีกครั้ง

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะ
5. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์จะมาเมื่ออาการเป็นมากแล้ว เพราะอายุที่ต้องถูกตรวจและกลัวการผ่าตัด	- การให้ความรู้กับประชาชนหรือหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญเพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อการมาตรวจเพื่อเข้ารับการรักษา เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจ มารักษา และให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการที่บ่งบอกว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระบังลมหย่อน เช่น มีความรู้สึกแน่นในช่องคลอด มีก้อนเนื้อโผล่มาตุ้งที่ปากช่องคลอด ปวดหน่วงท้องน้อย หรือมีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ เช่น ปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะไม่สะดวก ท้องผูก เป็นต้น

สรุป

พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการและช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน ขาดความรู้ รู้สึกกลัวการผ่าตัด ไม่มั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อมารับการผ่าตัด ในฐานะที่เป็นพยาบาล จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอดเข้าถึงปัญหาของแต่ละคน โดยรวบรวมข้อมูลประเมินปัญหา และนำมาวางแผนทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาลแล้ว การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านก็มีความสำคัญ เนื่องจากการผ่าตัดไม่มีแผลภายนอก ร่างกายเจ็บน้อย ฟื้นตัวเร็ว อยู่โรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และละเลยการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด ไม่สังเกต

อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น นำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลติดเชื้อ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมานอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่จะต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติเร็วขึ้น นอกจากการดูแลทางด้านร่างกายแล้วยังต้องดูแลทางด้านจิตใจด้วย พยาบาลต้องมีส่วนร่วมสภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม หรือระบายความรู้สึกก่อนผ่าตัด และภายหลังผ่าตัดให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่สูงอายุ ญาติมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

นอกจากนี้ในปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมช่องคลอดสามารถทำได้ในหลายข้อบ่งชี้ โดยไม่จำเป็นต้องมี การหย่อนของมดลูก หรือกระบังลม เช่น เนื้องอกมดลูก เป็นต้น ผู้ที่ทำผ่าตัดอายุน้อยลง ผู้ป่วยมักมีความกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดทางช่องคลอด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยให้คำแนะนำส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม ทำให้การพยาบาลนั้นประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

บรรณานุกรม

1. วรวิทย์ เจริญศิริ. กระบังลมหย่อน. บทความสุขภาพ. [ข้อมูลออนไลน์]. 2556. เข้าถึงได้ที่ URL: <http://www.bangkokhealth.com/index.php/health/health-system/reproductive/1520-กระบังลมหย่อน.html>[สืบค้น 24 เมษายน 2557].
2. Davis Ms. Pelvic relaxation. In:Kase NG,Weingold AB, Gershenson.DM.eds. Principle and practice of clinical Gynecologie. London:Churehill Livingstone . 1990; 657-668.
3. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุขฉบับเต็มปี. สำนักนโยบาย และ ยุทธศาสตร์ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. [ข้อมูลออนไลน์]. 2556. เข้าถึงได้ที่ URL:<http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.htm>[สืบค้น 24 เมษายน 2557].
4. หน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์. สถิติโรงพยาบาล. รายงานประจำปี. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช.[ข้อมูลออนไลน์]. 2556. เข้าถึงได้ที่ URL: http://www.si.mahidol.ac.th/office_h/medrecord/stunit/index4.htm[สืบค้น 24 เมษายน 2557].
5. พิชัย ลีระศิริ.กระบังลมหย่อน.ใน: วีรศักดิ์ วงศ์ศิริพร, มณี รัตนไชยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจภิบาล, ไอรีน เรืองจรรยา;บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3 เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ: บี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2554. หน้า 203-216.
6. ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, ชีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร คู่ประเสริฐ, สายพิน พงษ์ธา. กระบังลมหย่อน. นรีเวชวิทยา ฉบับสอบบอร์ด เรียบเรียงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์; 2551. หน้า 311-326.
7. นันทนา ธนาโนวรรณ, พรรณริกา ธรรมวิรัช. การพยาบาลสตรีที่มีการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน.ใน:นันทนา ธนาโนวรรณ;บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช(ฉบับองค์รวม)พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ: วี.พี.รินทร์; 2553. หน้า 131-151.
8. พัทยา เสงรัมย์. อวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน.ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พุทธิส จันทรื ปรากฏ, อรรถพล ใจชื่น, ชันยรัตน์ วงศ์วานานุรักษ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์;บรรณาธิการ. สูตินรีเวช ทันยุค OB-GYN in practice 2013. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2556. หน้า 177-195.
9. Phototack RM. Uterine prolapse which was treated by a vaginal hysterectomy. [internet]. 2014. Available from: <http://www.doc-stock.com/de/bilder-fotos/114738.html>[Accessed 2014 August 2].

10. Mr.Glyn Constantine FRCOG.image.[internet],2014. Available from:
<http://www.gconstantine.co.uk> [Accessed 2014 July 14].
11. ชัยวัฒน์ โมกชะเวส, สมหมาย อุสุวรรณ. กระบังลมหย่อน.ใน: สมหมาย อุสุวรรณ; บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์; 2523. หน้า 370-393.
12. จิตติมา มโนนัย, รุจิรา วัฒนา ยิ่งเจริญชัย, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล[แปล].ภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน-คำแนะนำสำหรับสตรี. สมาคมนรีเวชทางเดินปัสสาวะนานาชาติ.[บทความออนไลน์]. 2554. เข้าถึงได้ที่ URL:
http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/Brochures/tha_pop.pdf[สืบค้น 10 พฤษภาคม 2556].
13. Jonathan S.Berek.Vaginal hysterectomy.In:Berek & Novak's Gynecology 15th edition. 2014; 820-830.
14. ปัทมา เชาวน์โพธิ์ทอง, ปวีตร สุจริตพงศ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร. การผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy)ใน: วีรศักดิ์ วงศ์ฉัตรพร, มณีรัตน์ ไซยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร,บมกมล เบญจกิติบาล, ไอรีน เรืองขจร; บรรณาธิการ. ตำรานรีเวช ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3, เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ: บี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2554. หน้า 299-316.
15. จิตติมา มโนนัย, อภิชาติ จิตต์เจริญ. การหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและภาวะปัสสาวะเล็ด.ใน: เสวก วีระเกียรติ, สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์;บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3 . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2550. หน้า 265-280.
16. กิตติ ผู้จินดา. การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy). ใน: ความรู้ทางการแพทย์,โรงพยาบาลพญาไท.[บทความออนไลน์]. 2556. เข้าถึงได้ที่ URL:
<http://www.phyathai.com/medicalarticledetail/1/11/160/th#> [สืบค้น 25 พฤษภาคม 2557].
17. ดั่งชีวัน ดินนังวัฒนะ, ชัยเลิศ พงษ์นริศร. Pelvic organ prolapse.[บทความออนไลน์]. 2557. เข้าถึงได้ที่ URL: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=909:pelvic-organ-prolapse&catid=45&Itemid=561 [สืบค้น 25 พฤษภาคม 2557].
18. ชวนชม สกนธวัฒน์.กระบังลมหย่อน(Pelvic Relaxation). นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คอมเพรสแอนด์ ดีไซน์; 2535. หน้า 131-144.

19. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2009: CD003677.
20. สมใจ เนียมหอม. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลสตรีระยะหลังคลอดที่มีภาวะปัสสาวะเล็ดขณะไอหรือจาม. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
21. ปิยนุช สายสุขอนันต์. คู่มือการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ทำ fetoscopic surgery. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555.
22. Preoperative care. [internet]. 2007 [Cited 2013 Sep 6] Available from:
<http://www.surgeryencyclopedia.com/Pa-St/Preoperative-Care.html>.
23. วสกร เสือดี, สิทธิชา สิริอารีย์. การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช.[บทความออนไลน์]. 2557. เข้าถึงได้ที่ URL: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=960:2014-03-27-05-18-33&catid=45&Itemid=561[สืบค้น 2 กรกฎาคม 2557].
24. Postoperative care. [internet]. 2007 [Cited 2013 Sep 6] Available from:
<http://www.surgeryencyclopedia.com/Pa-St/Postoperative-Care.html>.
25. Jennie AW. Care of postoperative patient. [internet]. 2003 [Cited 2013 Sep 10] Available from <http://www.nursingtimes.net/care-of-the-postoperative-patient/200004.article>.
26. รัตติมา สิริโหราชัย, พิกุลทิพย์ หงส์เหิร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด. ใน: อุษาวดี อัครวิเศษ; บรรณาธิการ. สารหลักการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์; 2554. หน้า 159-169.

ภาคผนวก ก

แบบทดสอบความรู้ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทาง
ช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด

จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด

1. ข้อใดเป็นส่วนประกอบที่ช่วยพยุงอวัยวะในอุ้งเชิงกรานสตรี
 - ก. Endopelvic fascia
 - ข. Pericervical ring
 - ค. Perineal body
 - ง. ถูกทุกข้อ
2. ข้อใดต่อไปนี้เป็นสาเหตุของการเกิดกระบังลมหย่อน
 - ก. การคลอดบุตรทางช่องคลอดหลายครั้ง
 - ข. ท้องผูกบ่อยๆต้องเบ่งถ่ายอุจจาระเป็นประจำ
 - ค. เดิน หรือยืนเป็นเวลานาน
 - ง. ถูกทั้งข้อ ก. และ ข.
3. ข้อใดต่อไปนี้เป็นไม่ใช่อาการของกระบังลมหย่อน
 - ก. มีความรู้สึกแน่นในช่องคลอด
 - ข. ปัสสาวะบ่อย หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 - ค. ปวดถ่วงท้องน้อย หรือปวดหลัง
 - ง. พบมีก้อนในมดลูก
4. ข้อใดเป็นอาการของ rectocele
 - ก. มีอาการแน่นในช่องคลอด
 - ข. มีก้อนโผล่มาบริเวณ โคนขา
 - ค. ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ด
 - ง. คลำพบก้อนยื่นออกมาจากที่ช่องคลอด
5. ข้อใดเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ถูกต้อง
 - ก. Vaginal hysterectomy รักษาการหย่อนของมดลูก
 - ข. Anterior colporrhaphy ผ่าตัดแก้ไข cystocele
 - ค. Posterior colporrhaphy ผ่าตัดแก้ไข rectocele
 - ง. ถูกทุกข้อ

6. ข้อใดต่อไปนี้เป็นข้อห้ามทำผ่าตัดทางช่องคลอด
 - ก. มีพังศืดในอุ้งเชิงกราน
 - ข. มดลูกขนาดเล็กกว่า 12 สัปดาห์
 - ค. ไม่มีประวัติการอักเสบในอุ้งเชิงกราน
 - ง. มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
7. ข้อใดไม่ใช่การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด vaginal hysterectomy
 - ก. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุกชั่วโมง
 - ข. สอบถามอาการปวดแผลผ่าตัดเป็นระยะ
 - ค. ติดตามประเมินแผลผ่าตัดทางช่องคลอด
 - ง. ประเมินอาการแน่นจุกเสียดในช่องท้องเป็นระยะ
8. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อใดที่มีความสำคัญมากที่สุดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก
 - ก. มีโอกาสเกิดการตกเลือดทางช่องคลอดหลังผ่าตัด
 - ข. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - ค. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด
 - ง. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม
9. คำแนะนำหลังผ่าตัดข้อใดถูกต้อง
 - ก. ควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ มีเลือดออก
 - ข. เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ
 - ค. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือการเพิ่มความดันในช่องท้อง
 - ง. ถูกทุกข้อ
10. คำแนะนำใดไม่ถูกต้องหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกหลังผ่าตัด
 - ก. แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ วันละประมาณ 2,000 ซี.ซี.
 - ข. แนะนำให้ถ่ายปัสสาวะที่จนมั่นใจว่าถ่ายปัสสาวะสะดวกแล้วจึงจะตรวจปัสสาวะที่ค้างหลังเอาสายสวนปัสสาวะออก
 - ค. แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งภายหลังปัสสาวะหรืออุจจาระ
 - ง. แนะนำให้ผู้ป่วยขมิบก้นหรือขมิบช่องคลอด

ภาคผนวก ข

**เฉลยแบบทดสอบความรู้ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก
ทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด**

เฉลยแบบทดสอบความรู้

- | | |
|------------|----|
| 1) ตอบข้อ | ง. |
| 2) ตอบข้อ | ง. |
| 3) ตอบข้อ | ง. |
| 4) ตอบข้อ | ก. |
| 5) ตอบข้อ | ง. |
| 6) ตอบข้อ | ก. |
| 7) ตอบข้อ | ง. |
| 8) ตอบข้อ | ก. |
| 9) ตอบข้อ | ง. |
| 10) ตอบข้อ | ข. |

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.นพ. ประสงค์ ตันมหาสมุทร หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช
 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดล
2. คุณกาญจนา ทมิพร ผู้ตรวจการงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
 พยาบาลชำนาญการ
 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
3. นางสุจิตตรา พงศ์ประสพชัย หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์
 พยาบาลชำนาญการ
 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวกัญญารัตน์ เชื้อหอม
คุณวุฒิ : พยาบาลศาสตร์บัณฑิต
ตำแหน่ง : พยาบาลชำนาญการ
สังกัด : งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิริราช
โทร. 7245

ที่ ศท 0517.072/ 8482

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2557

เรื่อง เรียนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีการพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิริราช

ด้วย นางกัญญารัตน์ เชื้อหอม พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) งานการพยาบาล
สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ไ้วยี่งใน
โรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดคลอดทางช่องคลอด และเขียนข้อเสนอแนะช่องคลอด ในขณะนี้
ฝ่ายการพยาบาลฯ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ มารอนพญาประสงค์ สันมหาสมุทร ภาควิชา
สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว เพื่อความ
ถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวสุนทรี อรุณเมตร)

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิริราช

ส่วนบริหาร ร.น.ส.ประเสริฐ จันทรขจร

นางพิมพ์วิมล วัฒนคุณ



ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
โทร. 7245

ที่ ศร 0517.072/

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2557

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีการพยาบาล

เรียน หัวหน้างานการพยาบาลสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ด้วย นางกัญญาวิรัตน์ เชื้อหอม พยาบาล (หมึกงานมหาวิทยาลัย) งานการพยาบาล
สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็น
โรคกระบังลมหย่อนที่มีวิธีการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และเก็บกอมแซมช่องคลอด จึงขอเชิญ
นางสุจิตตรา พงศ์ประสมชัย ตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว เพื่อความถูกต้องและทันประ โยชน์
ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ชญาภา อภิรัตน์

(นางสาวสุนศิริ อรุณบุตร)

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ตำแหน่งนางสุจิตตรา พงศ์ประสมชัย



สำนักงานผู้ชำนาญการ โรงพยาบาลศิริราช
2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร.02-419-7672-4

ที่ ศร 0517.072/ 004671

วันที่ 9 ธันวาคม 2557

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณา

เรียน นางกาญจนา ทมิฬพร

ด้วย นางกัญญา เว็ลล์ เชื้อหมก พยาบาล (หมึกงาบมห เวศยวาลัย) งานการพยาบาล
ศุติศาสตร์-บริหารวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็น
โรคกระโหลกเยื่อหุ้มสมองร่วมกับกระดูกหลังข้อเคลื่อน และผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จึงขอเชิญท่าน
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์
ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ท่านอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฎ์ วามวาณิช)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช

**ความคิดเห็นของผู้ใช้คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคกระบังลมหย่อนที่มารับการผ่าตัดมดลูก
ทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด**

เมื่อได้ รับ คู่มีอภิบาล คู่ต่าง ที่เป็น วิชา การของ คู่ต่าง มี วิชา การ สำคัญ ของ คู่ต่าง
การ ศึกษานี้ แล้ว ทั้ง ๒ คน เห็น ถึง ความ สำคัญ ของ การ ศึกษานี้ ใน การ ศึกษานี้ คู่ต่าง

จึง ได้ ปรึกษากัน ถึง การ ศึกษานี้ คู่ต่าง เห็น ว่า สามารถ ศึกษานี้ ได้ ทั้ง ๒ คน ได้ ศึกษานี้
ตาม วิชา การ ใน การ ศึกษานี้ คู่ต่าง เห็น ว่า การ ศึกษานี้ นี้ สำคัญ มาก คู่ต่าง ได้ เห็น ว่า การ ศึกษานี้

สำคัญ ได้ แล้ว คู่ต่าง เห็น ว่า การ ศึกษานี้ นี้ สำคัญ มาก คู่ต่าง เห็น ว่า การ ศึกษานี้

วิชา การ ศึกษานี้

จากกรณีนี้ สืบได้ว่า ผู้ที่ถือกรรมสิทธิ์ ผู้ใดขอใช้ประโยชน์ในกรรมสิทธิ์ของที่ดินที่อ้างกรรมสิทธิ์โดย
 การครอบครอง และยื่นฟ้องศาลขอจดทะเบียน ทำไว้พร้อมกัน ตามสัญญาซื้อขายที่ดิน เห็นสมควรให้ขายให้แก่
 รัฐบาล มาตรา ๖๖๖ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ๖ ปี แต่ขอทบทวน ผู้มีอายุไม่ถึง ๖ ปี สำหรับกรณีนี้ เห็นสมควรให้ขายให้แก่
 ราชการแผ่นดิน และขอที่กรมผู้ว่าการที่ดินทำนุบำรุงที่ดิน ให้ได้โดยเร็วที่สุด
 ประกอบกับผู้ฟ้องคดีเป็นผู้มีอายุไม่ถึง ๖ ปี

คดีนี้ขอ
 อนุมัติ

