

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอด ที่มีโรคร่วม

จิรณัฐ ทาพริก พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail : taprik10@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี มีประวัติมดลูกหย่อนไหล่ออกมานอกช่องคลอดประมาณ 5 ปี ไม่ได้รับการรักษาที่ใด 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมดลูกหย่อนไหล่ออกมานอกช่องคลอดมากขึ้น รู้สึกหน่วงในช่องคลอดไม่สามารถดันมดลูกกลับได้ ลูกเดินลำบาก และมีแผลถลอกบริเวณมดลูกที่หย่อนออกมา จึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด แพทย์วินิจฉัยเป็น Pelvic Organ Prolapse (POP) stage 4 วางแผนทำผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Bilateral salpingo - oophorectomy with Sacrocolpopexy นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด วางแผนทำผ่าตัดร่วมกันระหว่างแผนกกลุ่มงานสูติรีเวชกรรมและแผนกกลุ่มงานศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เคยมีประวัติมดลูกหย่อนและได้ทำการตัดปากมดลูกออกไปบางส่วนแล้วเมื่อ 20 ปีที่แล้ว และมีการหย่อนของมดลูกมาอีก ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลในจังหวัด ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและกลัวการผ่าตัด กลัวว่าหลังผ่าตัดจะกลับมาเป็นซ้ำอีก ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พุดคุยให้กำลังใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำดี พร้อมทำผ่าตัด รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ก่อนผ่าตัดทำ Sign in และ Time out ร่วมกับทีมผ่าตัด ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 - 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 - 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/60 - 160/80 มิลลิเมตรปรอท SpO2 100 % ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1000 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกทั้งหมด 240 ซีซี Blood loss 200 ซีซีรวมระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง 5 นาที เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดทำ Sigh out ร่วมกับทีมผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ถูกอวัยวะ ส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมงและส่งกลับหอผู้ป่วย ตรวจเยี่ยมหลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผลผ่าตัด ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเวลาปวดทุก 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา หลังได้รับยาอาการปวดลดลง ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังได้รับยาแก้ปวด เช่น อาการวิงเวียนศีรษะ หรือหายใจไม่สะดวก ให้แจ้งพยาบาลทราบทันที ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดไม่สุขสบายร่วมด้วย ได้รับยา Air-X 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลุกเดินภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหารและระบบขับปัสสาวะ ช่วยให้อวัยวะต่างๆ กลับมาทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น แนะนำให้ปรับหัวเตียงขึ้นสูงและผู้ป่วยค่อยๆ ลุกนั่ง ใช้ walker ช่วยพยุงตัว และให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิดขณะลุกเดิน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเตรียมความพร้อมของสถานที่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยจัดเตรียมที่นอนผู้ป่วยให้อยู่ชั้นล่างก่อน ยังไม่ให้ขึ้นลงบันได การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ อาหารที่มีธาตุเหล็กและวิตามินซีสูง

เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล และอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อช่วยบำรุงกระดูก ผักใบเขียวและผลไม้ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยและญาติรับทราบพร้อมปฏิบัติตาม พุทธทศนการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จำหน่ายออกจากความดูแล รวมระยะเวลาที่ดูแลในห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง และรวมระยะเวลาที่ได้รับไว้ดูแล 3 วัน

บทนำ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตเชิงกรานหย่อน ประมาณ 300,000 คนต่อปี ที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาภาวะอัมพาตเชิงกรานหย่อน โดยมีประชากรประมาณร้อยละ 11 ของสตรีอายุมากกว่า 80 ปี เคยผ่าตัดรักษาภาวะอัมพาตเชิงกรานหย่อน และเกือบหนึ่งในสามของประชากรเหล่านี้ต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นแบบไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย โดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 มีอาการมากจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา (บุษริณญา พุทธธนะพิทักษ์, 2566)

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 43.3 ของสตรีวัยหมดระดูจะพบการหย่อนของอวัยวะในอัมพาตเชิงกราน โดยพบว่าช่วงชีวิตของสตรีแต่ละคนมีโอกาสต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อรักษาการหย่อนของอวัยวะในอัมพาตเชิงกรานถึงร้อยละ 19 จะเห็นได้ว่าถึงแม้การหย่อนของอวัยวะในอัมพาตเชิงกรานเป็นภาวะที่ไม่รุนแรงถึงชีวิตแต่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีและทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง และยังคงต้องได้รับการรักษาทำให้สูญเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก (บุริม เรือนภู และ สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน, 2565) จากสถิติผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมดของโรงพยาบาลตราดในปี 2566, 2567, และ 2568 มีจำนวน 391, 472 และ 617 รายตามลำดับ แยกเป็นผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ต้องได้รับการผ่าตัดในปี 2566, 2567, และ 2568 มีจำนวน 6 , 9 และ 2 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.53 , 1.90 และ 0.32 ในจำนวนผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดและเย็บแขวนช่องคลอดร่วมด้วยในปี 2566 , 2567 , และ 2568 มีจำนวน 1 , 1 และ 1 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 16.66 , 11.11 และ 50 (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลตราด, 2568)

อวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อน (Pelvic organ prolapse) (พัทยา เสงร์ศรี, 2560)

ตามคำจำกัดความของ International Urogynecological Association (IUGA) และ International Continence Society (ICS) หมายถึง การเคลื่อนต่ำของมดลูก/ปากมดลูก หรือผนังช่องคลอด ไม่ว่าจะเป็นด้านหน้า ด้านหลัง หรือบริเวณยอดช่องคลอดภายหลังการตัดมดลูก ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงตำแหน่งเดียว หรือเกิดร่วมกันหลายตำแหน่ง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของอวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อน (พัทยา เสงร์ศรี, 2560)

1. อายุที่เพิ่มขึ้น นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของอวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อน โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นทุก ๆ 10 ปี มีความเสี่ยงต่อการตรวจพบอวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อนได้ถึงร้อยละ 40
2. การคลอดบุตรทางช่องคลอด จำนวนครั้งที่เพิ่มขึ้นของการคลอดบุตรทางช่องคลอด สามารถเพิ่มความเสียหายของการเกิดอวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อนได้อย่างมีนัยสำคัญ
3. การตั้งครรภ์ เชื่อว่าการตั้งครรภ์เพียงอย่างเดียว โดยไม่รวมปัจจัยจากการคลอด สามารถเพิ่มความเสียหายของการเกิดอวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อนได้
4. ภาวะอ้วน พบว่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สามารถเพิ่มความเสียหายของการเกิดอวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อนได้ถึง 2 เท่า
5. การผ่าตัดในอัมพาตเชิงกราน เช่น การตัดมดลูก
6. โรคทางกาย โรคที่พบว่าอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของอวัยวะอัมพาตเชิงกรานหย่อน ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดขนาดเล็กและปลายประสาท

7. ภาวะที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องท้อง ได้แก่ ภาวะท้องผูกเรื้อรัง ไอเรื้อรัง และการทำงานที่ต้องออกแรงมาก ๆ เป็นต้น

8. เชื้อชาติ จากการศึกษาในสตรีชาวอเมริกันพบว่า สตรีผิวขาวและละตินมีความเสี่ยงที่จะเกิดอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนได้มากกว่าสตรีผิวดำราว 4-5 เท่า

9. ภาวะวัยหมดระดู การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากจะทำให้เกิดการฝ่อของอวัยวะต่าง ๆ ในอุ้งเชิงกรานแล้ว ยังส่งผลให้เกิดความอ่อนแอของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ช่วยยึดพยุงอวัยวะเหล่านี้ด้วย

10. พันธุกรรม จากการรวบรวมผลการศึกษาในอดีตพบว่า การเกิดอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนของสมาชิกในครอบครัว สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้ถึง 2.5 เท่า

การรักษา (ปุริม เรือนภู และ สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน, 2565) แบ่งเป็น 2 วิธี คือ

1. การรักษาแบบอนุรักษ์นิยม (Conservative treatment) ข้อบ่งชี้ได้แก่ การหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานมีระดับไม่รุนแรง ไม่ต้องการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือมีข้อบ่งห้ามสำหรับการผ่าตัด มีความต้องการตั้งครรภ์และมีบุตร การรักษานี้ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้เกิดการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานเป็นมากขึ้น การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Kegel exercise) จะช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความทนทานและการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การใช้ห่วงพยุงช่องคลอด (vaginal pessary) เป็นอุปกรณ์ที่ใส่เข้าไปในช่องคลอดเพื่อดันอวัยวะที่หย่อนให้กลับเข้าไปในช่องคลอด

2. การรักษาด้วยการผ่าตัด (surgical treatment) โดยปกติการรักษาด้วยการผ่าตัดจะใช้กับผู้ป่วยที่มีการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่รักษาด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์นิยมแล้วไม่ได้ผล หรือปฏิเสธการรักษาแบบอนุรักษ์นิยม การผ่าตัดเพื่อรักษาการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานสามารถแบ่งได้เป็น ทางช่องคลอดและทางหน้าท้อง

การผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง (Total abdominal hysterectomy)

ถือเป็นการผ่าตัดหลักและเป็นทางเลือกที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดผ่านกล้องในช่องท้องได้ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูก ได้แก่ เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก ภาวะมดลูกหย่อน เป็นต้น (นิสา พุกษะรัตนนท์, 2566)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด (นิพนธ์ เขมะเพชร, 2565)

1. การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ได้แก่ ท่อนไต กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ ซึ่งมักเกิดจากพยาธิสภาพของรอยโรค

2. การเสียเลือด ที่พบได้อาจเกิดจาก uterine หรือ ovarian vessel

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด (นิพนธ์ เขมะเพชร, 2565)

1. การติดเชื้อแผลผ่าตัด พบได้ประมาณร้อยละ 4-6 ของการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

2. การเสียเลือดหลังผ่าตัด อาจเกิดจากเลือดออกบริเวณ vaginal cuff หรือชิ้นเนื้อที่ผูกไม่แน่น

3. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินปัสสาวะ

3.1 การบาดเจ็บต่อท่อไต อาจเกิดจากการผูก ตัดหนีบ หรือถูกเครื่องจี้ไฟฟ้าโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันหรือการรั่วของระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหลัง ปวดท้องหลังผ่าตัด

3.2 ทางทะลุระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistula) เกิดหลังจากการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องจากพยาธิสภาพทางนรีเวชที่ไม่ร้ายแรงมากที่สุด

การผ่าตัดเย็บแขวนช่องคลอด (Sacrocolpopexy) (www.yourpelvicfloor.org, 2560)

เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะช่องคลอดส่วนบนยื่นย้อยในผู้ป่วยสตรีที่เคยได้รับการผ่าตัดมดลูกมาก่อน การผ่าตัดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ช่องคลอดกลับมามีกายวิภาคปกติ และยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อีกต่อไป วิธีนี้ต้องทำผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยแพทย์จะผ่าตัดและช่องคลอดให้แยกออกจากกระเพาะปัสสาวะทางด้านหน้า และลำไส้ตรงทางด้านหลัง แล้วใช้วัสดุปลูกถ่ายที่เป็นตาข่าย ซึ่งทำจากใยสังเคราะห์มาคลุมบริเวณด้านหน้าและด้านหลังของช่องคลอด จากนั้นจึงเย็บปลายอีกด้านหนึ่งของตาข่ายนี้ยึดไว้กับกระดูกใต้กระเบนเหน็บ แล้วเย็บเย็บช่องท้องคลุมปิดตาข่ายทั้งหมด เพื่อป้องกันไม่ให้ลำไส้เข้าไปติดกับผิวตาข่ายนี้ จากการศึกษาพบว่า 80%-90% ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเย็บแขวนช่องคลอดนี้หายจากภาวะยื่นย้อย

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด ได้แก่

1. อาการปวด (เกิดขึ้นทั่วไปหรือขณะร่วมเพศ) พบได้ 2-3 %
2. การไหลของตาข่ายในช่องคลอด พบได้ 2-3 %
3. การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ หรือท่อไต พบได้ 1-2 %

โรคความดันโลหิตสูงกับการผ่าตัด (สิริรัตน์ สิลางจรัส, 2561)

ภาวะความดันโลหิตสูงหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถ้าผู้ป่วยยังคงมีความดันโลหิตสูงแม้ว่าจะได้รับการรักษาความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดอย่างเพียงพอแล้ว ควรหาสาเหตุให้การวินิจฉัยและรีบให้การรักษาย่างทันที เพราะอาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมอง และเลือดออกหลังผ่าตัดได้ ควรให้ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตที่เคยได้รับอยู่เดิมต่อเนื่องและจัดอาหารเฉพาะโรค คือ อาหารจืด จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ถ้าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงจะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดและเลือนผ่าตัดได้

โรคเบาหวานกับการผ่าตัด (อวยุทธินี สิงห์โกวิท, 2564)

ผู้ป่วยเบาหวาน มักจะมีโรคร่วมที่ทำให้จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด เช่น โรคต่อกระຈก ผลที่ทำให้โรคถุงน้ำดีอักเสบ หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ เช่นเดียวกับคนปกติ แต่การผ่าตัดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อระดับสมดุลในร่างกาย มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและมีผลต่อเนื่องกับการหายของแผลและการติดเชื้อ ดังนั้นก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยควรมีการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติเสียก่อน ซึ่งในบางครั้งแพทย์อาจต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปจนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ในกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน หากมีความจำเป็นก็สามารถรับการผ่าตัดได้ทันที แต่ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงผิดปกติได้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะพักฟื้นและแผลหายดีแล้ว ในกรณีที่เคยทานยาเม็ดเบาหวาน ก็สามารถรับยาเม็ดต่อไปได้ไม่จำเป็นต้องใช้ยาฉีดอินซูลินไปตลอด ซึ่งทั้งนี้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความร่วมมือจากญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลด้วย การใช้ยารักษาจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้บรรลุเป้าหมายด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาก็มีความสำคัญมากต่อชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน

การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอดที่มีโรคร่วม

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คือ การเยี่ยมก่อนผ่าตัด ค้นหาปัญหา และประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม บรรเทาความไม่สุขสบายต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ส่งเสริมและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ

ระยะก่อนผ่าตัด (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ค้นหาปัญหาและประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการผ่าตัด การแพ้ยา ผลการตรวจร่างกาย ตรวจสุขภาพจิตของชนิดการผ่าตัด และตำแหน่งที่ทำผ่าตัด การลงนามยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ
2. แนะนำตนเองและแจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพร่างกาย ข้อจำกัดและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย โดยประเมินรูปร่างของผู้ป่วยเพื่อเตรียมอุปกรณ์ช่วยจัดท่าอย่างปลอดภัย แนะนำการถอดฟันปลอมและเครื่องประดับ การงดน้ำงดอาหาร การเซ็นยินยอมผ่าตัด
3. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายให้ทราบถึงสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เหตุการณ์และเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับในห้องผ่าตัดก่อนถึงเวลาทำการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด การพักผ่อนหลังผ่าตัด ตอบคำถามข้อสงสัย และรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล
4. ประเมินปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย กรณีที่มีความดันโลหิตสูงต้องควบคุมไม่ให้เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท และในเช้าวันผ่าตัดต้องประเมินซ้ำอาจได้รับประทานยาลดความดันโลหิตโดยให้ดื่มน้ำไม่เกิน 30 ซีซี ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ถ้ามีภาวะช็อคต้องแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อแก้ไขภาวะช็อค
5. การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับผ่าตัด เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องมือพิเศษสำหรับถ่างขยาย วัสดุเสริมความแข็งแรง เช่น mesh สำหรับการเย็บส่วนยอดของช่องคลอดกับ sacral ligament ที่ตำแหน่ง sacral การจัดตำแหน่งของทีมผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น

ระยะผ่าตัด (นงเยาว์ เกษตริภบาล และคณะ, 2558)

1. ตรวจสอบความถูกต้องตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sing in) ร่วมกับพยาบาลวิสัญญี วิสัญญีแพทย์ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โดยยืนยันความถูกต้องของชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา
2. ตรวจสอบความถูกต้องตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) ร่วมกับพยาบาลวิสัญญี วิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ชนิดของอวัยวะที่ทำผ่าตัด ความครบถ้วนของเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อซ ผ้าซับโลหิต การให้ยาและอุปกรณ์พิเศษที่ต้องใช้เพิ่มเติม
3. การจัดทำผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล
4. ร่วมตรวจนับผ้าก๊อซ ผ้าซับโลหิต จำนวนเครื่องมือ อุปกรณ์ก่อนการผ่าตัดและก่อนเย็บปิดแผล ร่วมกับทีมผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกค้างในร่างกาย และลงบันทึกข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน
5. ใช้งานเครื่องมืออุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ และการเสียเลือด ส่งเครื่องมือ/ช่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว โดยยึดหลัก Aseptic technique



6. ประสานงานกับทีมผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น ประเมินภาวะช็อค กรณีมีการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด เพื่อพิจารณาให้ Pack red cell

7. สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ได้ทันเวลา และเตรียมพร้อมรับสถานการณ์วิกฤติ

ระยะหลังผ่าตัด (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

1. ตรวจสอบผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ร่วมกับวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ และ ศัลยแพทย์ โดยทบทวนชนิดของการผ่าตัดในบันทึก การตรวจนับความครบถ้วนเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อซ ผ้าซับโลหิต และเข็มเย็บแผล ตรวจนับสิ่งส่งตรวจและใบบันทึก การระบุปัญหาที่พบของเครื่องมือผ่าตัด ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัดร่วมกัน และส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องพักรักษาตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. ประเมินสภาพผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การหายใจ

3. ตรวจสอบบาดแผลผ่าตัดว่ามีเลือดออกหรือไม่ ตรวจสอบบริเวณผิวหนังว่ามีรอยแดงจากการวางแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้าหรือไม่

4. ดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นและรู้สึกสบายและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง

5. การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย โดยตรวจเยี่ยมเพื่อประเมิน และให้คำแนะนำดังนี้

5.1 สังเกตและประเมินอาการปวดแผล และบันทึกระดับ pain score ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

5.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อของแผลผ่าตัด สังเกตแผล ปวด บวม แดง ร้อน และมีไข้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Early ambulation)

5.3 แนะนำการดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารต่อหลังผ่าตัดจนกว่าแพทย์จะอนุญาต

5.4 แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

5.5 แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด นอนพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้งยาความดันโลหิตสูง ยาเบาหวาน หลีกเลี่ยงการยกสิ่งของหนักเกิน 4 กิโลกรัมใน 6 สัปดาห์แรก

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวมเวลาที่รับไว้ใน การดูแล 3 วัน และดูแลในห้องผ่าตัดวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลา 16.00 น. ถึง 20.00 น. รวมระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทยอายุ 71 ปี รูปร่างท้วม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) 26 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับหนึ่ง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/69 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO2) 100 %

ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ตา หู จมูก ไม่มี Discharge สายตามองเห็นไม่ค่อยชัด สีเยื่อบุตาและตาขาวปกติ เปลือกตาซีดเล็กน้อย หูได้ยินชัดเจน ใบหน้าซีดเล็กน้อย ต่อมทอนซิลไม่โตค้ำ ไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอ สีหน้ามีความวิตกกังวล

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก หายใจเอง ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ไม่มีหายใจลำบาก ไม่มีหายใจเสียงดัง



ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีอาการบวมที่ขา ปลายมือ ปลายเท้า ไม่มีภาวะ cyanosis เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง หน้าท้องหนา ท้องไม่อืดตึง คลำไม่พบก้อน ดับ ม้ามไม่โต เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รูปทรงปกติ การทำงานของข้อและกล้ามเนื้อแขนขาทั้ง 2 ข้าง มีกำลังปกติ (Grade 5)

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มุมปากไม่ตก ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า

ระบบประสาทระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ถ่ายปัสสาวะปกติ ไม่มีสับสน ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม เว้นแต่ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ตรวจพบเม็ดลูกหอย่นโผล่ออกมานอกช่องคลอด ไม่มีแผลที่บริเวณปากมดลูก ไม่มีอาการปวดหน่วงที่อุ้งเชิงกราน เวลาไอหรือจามแรงๆจะมีปัสสาวะเล็ดออกมาทุกครั้ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
		16 พฤษภาคม 2567	
Complete blood count			
WBC Count	4.6 – 10.6 10 ^3/ul	8.4 10^3/ul	ปกติ
RBC	4.0 – 5.2 10^6/ul	4.03 10^6/ul	ปกติ
HGB	12.0 – 14.3 g/dl	11.9 g/dl	ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย
HCT	36.0 – 47.7 %	35.0 %	ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย
PLT	140 - 400 10^3/ul	234 10^3/ul	ปกติ
Neutrophil	43.7 - 70.9 %	61.7 %	ปกติ
Lymphocyte	20.1 – 44.5 %	25.8 %	ปกติ
Monocyte	3.1 – 9.8 %	8.9 %	ปกติ
Basophil	0.7 – 9.2 %	2.8 %	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจฮีโมโกลบิน (HGB) และฮีมาโตคริต (HCT) ต่ำกว่าค่าปกติ แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะซีดก่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและกำลังมีความเครียดเกี่ยวกับโรคที่ดำเนินอยู่ ทำให้ช่วงนี้รับประทานอาหารได้น้อย อาจขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงได้

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
		16 พฤษภาคม 2567	
Blood chemistry			
BUN	8 -20 mg/dl	17.8 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.55 – 1.02 mg/dl	0.69 mg/dl	ปกติ
eGFR(CKD-EP)	90-120ml/min/1.3m ²	87.86 ml/min/1.3m ²	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
Sodium	136 – 146 mmol/L	136.1 mmol/L	ปกติ
Potassium	3.5 – 5.1 mmol/L	3.79 mmol/L	ปกติ
Chloride	101 – 109 mmol/L	105.0 mmol/L	ปกติ
CO ₂	21 – 31 mmol/L	21.5 mmol/L	ปกติ
Anion gap		13.4 mmol/L	ปกติ



การวิเคราะห์ผล

ผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อยู่ในช่วงระหว่าง 60 ถึง 89 แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของไตมีความผิดปกติเล็กน้อย อาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุไตย่อมมีการเสื่อมสภาพตามอายุ และเป็นโรคความดันโลหิตสูง กับโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน ต้องรับประทานยารักษาโรคต่อเนื่องมาหลายปี อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต มีโอกาสทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมได้

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
		16 พฤษภาคม 2567	
Coagulogram			
PT	9.8 – 12.6 Second	10.1 Second	ปกติ
INR	0.8 - 1.1	0.87	ปกติ
ISI	1.2 - 2	1.03	ปกติ
APTT	26.6 – 37.4 Second	30.0 Second	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ค่าความแข็งตัวของเลือดปกติ

ผลการตรวจพิเศษ

1. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) วันที่ 9 เมษายน 2567 ผลการตรวจ No infiltration
การแปลผล ปอดและเยื่อหุ้มปอดปกติ ไม่มีลมและน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 Leads) วันที่ 9 เมษายน 2567 ผลการตรวจ Normal sinus rhythm
การแปลผล คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Prolapsed uteri with cystocele (มดลูกหย่อนร่วมกับการหย่อนของกระเพาะปัสสาวะและผนังช่องคลอดด้านหน้า)

การผ่าตัด

Total abdominal hysterectomy with Bilateral salpingo - oophorectomy with Sacrocolpopexy under General anesthesia with Endotracheal tube Balance Technique (การผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง ผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกสองข้างและเย็บแขวนช่องคลอด โดยให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายโดยวิธีใส่ท่อช่วยหายใจ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสสงัดหรือเลื่อนผ่าตัดจากภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ จากการระบุตัวผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดและได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดทำ และการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกจากการผ่าตัดนาน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia)

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและแผนการรักษาต่อเนื่อง

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลไม่สดชื่น
2. ผู้ป่วยบอกว่าเคยผ่าตัดตัดปากมดลูกที่โผล่ออกมานอกช่องคลอดเมื่อ 20 ปีที่แล้ว และกลัวว่าจะกลับมาเป็นซ้ำอีก
3. ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามได้ เมื่อมีการสอบถามถึงวิธีการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมดลูกหย่อน ความจำเป็นในการรักษา และให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในแนวทางการรักษาของแพทย์
4. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวล นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมดลูกหย่อน และให้ความร่วมมือในการรักษา
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้เกิดความไว้วางใจ และมีการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยและกลไกการปรับตัว

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด คินก่อนผ่าตัด และตอนเข้าก่อนทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระทางทวารหนัก มีการสวนล้างช่องคลอดด้วยน้ำกลั่น งดน้ำและอาหารหลังเวลา 24.00 น. คินก่อนที่จะทำผ่าตัด เข้าวันที่ทำผ่าตัดมีการทำความสะอาดผิวหนังก่อนไปห้องผ่าตัด โดยโกนขนบริเวณหน้าท้องใต้สะดือลงมาถึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและหน้าขาทั้ง 2 ข้าง แนะนำการถอดเครื่องประดับมีค่า แหวน สร้อยคอ

3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค จุดประสงค์และประโยชน์ของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัดอย่างคร่าวๆพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ

4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ การดูแลความสะอาดของร่างกาย

5. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การหายใจเข้าออกลึกๆและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็ว เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ลดอาการท้องอืด ป้องกันการเกิดภาวะปอดแฟบจากการนอนนานๆโดยเริ่มจากข้างๆเตียงก่อน การลุกนั่งหรือยืนให้ค่อยๆทำ เพราะอาจเกิดอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าหรือลุกเดินได้

6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพหลังผ่าตัดคือมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ห้ามใช้มือแกะหรือเกาบริเวณบาดแผล มีสายน้ำเกลือที่แขนข้างใดข้างหนึ่ง และมีสายสวนปัสสาวะคาไว้ แพทย์จะอนุญาตให้เอาออกภายใน 24-48 ชั่วโมง

7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบหลังผ่าตัด แพทย์จะอนุญาตให้รับประทานอาหารได้ตามลำดับคือ จิบน้ำอุ่น น้ำซุปหรือน้ำข้าว ปริมาณน้อยก่อนแล้วค่อยเพิ่มปริมาณให้มากขึ้น และเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย งดนม น้ำอัดลม

8. การสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัด เช่นปวดท้อง ท้องอืดแน่น คลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีอาการเหล่านี้ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์

9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และรับฟังด้วยท่าทีสนใจ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง นอนพักผ่อนได้วันละ 8 ชั่วโมง
2. ให้ผู้ป่วยทวนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดที่ได้รับคำแนะนำ สามารถอธิบายได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเข้ารับการผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสสงหรือเลื่อนผ่าตัดจากภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมา 20 กว่าปี ในช่วงก่อนผ่าตัดค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 – 170/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ค่า DTX 135 – 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด และได้รับการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Bilateral salpingo – oophorectomy with Sacrocolpopexy) ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ตรงตามที่กำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนดเวลานัดหมาย
2. ความดันโลหิตไม่เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าไตเอสโตลิกไม่มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่า DTX น้อยกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์จำเป็นต้องควบคุมค่าความดันโลหิตและค่าน้ำตาลในเลือดให้ปกติ ถ้าค่าสูงเกินปกติอาจทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ ถ้ายังควบคุมไม่ได้อาจต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัดไปก่อน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ประสานพยาบาลหอบผู้ป่วยเพื่อติดตามค่าความดันโลหิต , ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมรับการผ่าตัด

3. ตรวจสอบการรับประทานยา Enalapril 20 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า , Manidipine 20 มิลลิกรัม ครึ่งเม็ดหลังอาหารเช้า , Metformin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - เย็น ตรวจประเมินค่าความดันโลหิตหลังรับประทานยาและก่อนมาห้องผ่าตัด และสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา ได้แก่ ไอแห้ง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความพร้อมเข้ารับการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Bilateral salpingo – oophorectomy with Sacrocolpopexy) ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ตรงตามเวลานัดหมาย ความดันโลหิต 139/69 มิลลิเมตรปรอท , ค่า DTX 135 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ จากการระบุตัวผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามดลูกหย่อน เข้ารับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดและเย็บแขวนช่องคลอดในวันที่ 16 พฤษภาคม 2567

2. ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ห้องผ่าตัดเปิดบริการผ่าตัดทั้งหมด 8 ห้องในเวลาราชการ มีผู้ป่วยรายอื่นของแต่ละแผนกรวม 40 ราย เข้ารับบริการผ่าตัดในวันเดียวกัน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องบุคคล และถูกประเภทการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยืนยันตัวตนตรงตามป้ายชื่อมือ เวชระเบียนและตารางรับนัดผ่าตัด
2. ผู้ป่วยได้รับการยืนยันความถูกต้องจากทีมผ่าตัดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความถูกต้องตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) เป็นช่วงเวลาทวนสอบก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ต้องมีการทวนสอบกับทีมผ่าตัดอย่างน้อย 2 ทีม เช่น วิสัญญีแพทย์ / วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดมีการทวนสอบหรือยืนยันตัวผู้ป่วย ได้แก่ การสอบถามชื่อ-สกุล การตรวจสอบป้ายชื่อมือ ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด โดยทวนสอบกับผู้ป่วยหรือญาติ ฟิล์มเอกซเรย์และตารางผ่าตัดว่าตรงกันหรือไม่

2. แขนงป้ายแสดงหมายเลขห้องผ่าตัด เพื่อให้พนักงานเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้ถูกห้อง

3. ตรวจสอบความถูกต้องตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) หรือขอเวลานอกเป็นช่วงเวลาทวนสอบก่อนลงมีดผ่าตัด ต้องมีการทวนสอบร่วมกันทั้ง 3 ทีม ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ / วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด โดยที่ทีมผ่าตัดจะแนะนำชื่อของตนเองและบทบาทการทำงาน รวมทั้งยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยทวนสอบ ชื่อ-นามสกุล ชนิดของการผ่าตัดและตำแหน่งที่ผ่าตัด หัตถการที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยจากเวชระเบียน เป็นต้น

4. ตรวจสอบรายการตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) โดยทำร่วมกันทั้ง 3 ทีม ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดทวนสอบด้วยวาจา เช่น ชนิดของการผ่าตัด ความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์ของเครื่องมือมีคมและผ้าซับโลหิต สิ่งส่งตรวจ โดยอ่านชื่อผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจที่บันทึกไว้ที่ภาชนะบรรจุ ระบุปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ในกรณีที่เกิดปัญหาขณะผ่าตัดเพื่อการส่งต่อข้อมูล

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดและเย็บแขวนช่องคลอดถูกคน ถูกประเภทการผ่าตัด เอกสารต่างๆ ได้แก่ ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด การวินิจฉัยและการสั่งการรักษาของแพทย์ ผลเอ็กซเรย์ ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ตรงกับชื่อ-สกุลผู้ป่วยและตารางผ่าตัด ได้รับการทำ Sign in ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ทำ Time out ก่อนลงมีดผ่าตัดและทำ Sign out ก่อนออกนอกห้องผ่าตัดจากทีมผ่าตัดได้ตรงกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดและได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอด มีโอกาสเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดแดงใหญ่ ได้แก่ uterine artery , ovarian artery และอาจเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงที่อยู่ใกล้มดลูก ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้

2. ผู้ป่วย BMI 26 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับหนึ่ง ทำให้มีไขมันในช่องท้องและอวัยวะอื่นมาบดบังบริเวณที่ทำผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความยากลำบาก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด และไม่เกิดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้ ขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียเลือดจากการผ่าตัดน้อยกว่า 500 ซีซี และไม่มีอาการนำที่แสดงถึงภาวะช็อค ได้แก่ ผิวหนังเย็น ชีต และเหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วและเบา ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็วและตื้น

2. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตลดลงไม่เกิน 20% จากความดันโลหิตเดิม , Hematocrit มากกว่า 30%

3. ไม่มีการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้ ขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมเครื่องมือสำหรับทำผ่าตัด อุปกรณ์หนีบทิ่มเลือด เช่น Right angle ที่มีขนาดที่เหมาะสมและพร้อมใช้งาน รวมทั้งเครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องจี้ห้ามเลือดและตัดเนื้อเยื่อด้วยคลื่นความถี่สูง เครื่องดูดสารเหลวให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

2. หลังจากเปิดหน้าท้องจนเข้าสู่ช่องท้อง ควรปรับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะต่ำเล็กน้อย เพื่อลดการรบกวนของลำไส้ต่อบริเวณที่ทำผ่าตัด หากพบพังผืดในช่องท้องให้เลาะออกก่อน เพื่อให้มองเห็นอวัยวะในช่องท้องได้ชัดเจน ช่วยให้แพทย์สามารถทำผ่าตัดได้ง่ายขึ้น

3. ใส่ผ้าซับโลหิตที่ชุ่มน้ำอุ่นหมาดๆไว้ในช่องท้อง เพื่อกันไม่ให้ลำไส้มารบกวนบริเวณที่ผ่าตัดและช่วยให้ลำไส้มีความชุ่มชื้น

4. พยาบาลช่วยผ่าตัด ช่วยผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง ช่วยดึง Retractor เพื่อให้แพทย์มองเห็นตำแหน่งผ่าตัดชัดเจน ไม่ให้อวัยวะอื่นที่อยู่ใกล้เคียงเข้ามาบดบังตำแหน่งผ่าตัด และทำผ่าตัดได้สะดวก

5. จัดคอมไฟให้อยู่ในตำแหน่งที่ผ่าตัด สามารถปรับความสว่างของคอมไฟให้ตรงตำแหน่งที่แพทย์กำลังผ่าตัดเพื่อให้แพทย์มองเห็นบริเวณผ่าตัดได้ชัดเจน

6. ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ในการเตรียมเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้พร้อม

7. ร่วมประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด จากสัญญาณชีพผู้ป่วย , ค่า Hematocrit , ปริมาณเลือดในขวดดูดสารเหลว และผ้าซับโลหิต เมื่อมีการใช้น้ำเกลืออุ่นล้างในช่องท้องต้องแจ้งวิสัญญีพยาบาลทราบทุกครั้ง เพื่อให้ทราบปริมาณการสูญเสียเลือดที่แท้จริง

8. ในกรณีที่มีการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดและแพทย์ไม่สามารถห้ามเลือดได้ สามารถเรียกใช้และใช้เครื่องมือผ่าตัดเส้นเลือดได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

9. เมื่อทำผ่าตัดเสร็จ ให้ตรวจดูว่า กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้ ไม่มีการบาดเจ็บจากการถูกผูกหรือตัดโดยไม่ตั้งใจ

การประเมินผล

1. ไม่มีการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดแดงใหญ่ ปริมาณการเสียเลือด 200 ซีซี
2. ไม่พบอาการแสดงของภาวะช็อก สัญญาณชีพขณะผ่าตัด ชีพจร 50-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 – 180/100 มิลลิเมตรปรอท , Spo2 100% , Hematocrit 35%
3. ไม่มีการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้ ปัสสาวะสีเหลืองใสออกประมาณ 30 ซีซี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน มีการใช้เครื่องมือและตัดด้วยไฟฟ้าตลอดระยะเวลาในการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. เครื่องมือไฟฟ้าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่พบปัญหา ขณะใช้งาน
 2. ผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อน้ำ บริเวณก้นกบและแผ่นหลังไม่มีผื่นแดงหรือผิวหนังไหม้พุพอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือไฟฟ้า
2. เลือกชนิดของสื่อน้ำไฟฟ้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ติดสื่อน้ำไฟฟ้าให้เต็มแผ่นให้สัมผัสกับผิวหนังที่แห้งบริเวณกล้ามเนื้อที่มัดใหญ่ที่ไม่มีขน ติดให้ใกล้บริเวณผ่าตัดมากที่สุด หลีกเลี่ยงบริเวณที่อาจมีโอกาสเปียกขึ้นขณะผ่าตัด
3. ก่อนใช้งานปั๊มปรับระดับต้องอยู่ที่ระดับ 0 เสมอ ปรับขนาดการตั้งค่ากำลังไฟฟ้าของการจี้และตัดให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยและชนิดของการผ่าตัด
4. ตรวจสอบร่างกายผู้ป่วยว่าไม่ได้สัมผัสกับสื่อน้ำโลหะรอบตัวและได้ถอดเครื่องประดับหรืออุปกรณ์ที่นำไฟฟ้าออกจากร่างกาย
5. เมื่อได้ยินเสียงสัญญาณเตือนของเครื่อง ต้องตรวจสอบเครื่องมือไฟฟ้า ตัวผู้ป่วยบริเวณที่ติดสื่อน้ำไฟฟ้าทันที เพื่อหาสาเหตุและให้การแก้ไข
6. ปิดเครื่องมือไฟฟ้าทันทีเมื่อเสร็จผ่าตัด
7. ตรวจสอบการบาดเจ็บของผิวหนัง ได้แก่ ผื่นแดง ผิวหนังไหม้บริเวณที่ติดสื่อน้ำไฟฟ้า ร่างกายผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและเมื่อติดตามเยี่ยมในหอผู้ป่วย

การประเมินผล

ขณะผ่าตัดเครื่องมือไฟฟ้าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่พบปัญหาขณะใช้งาน หลังผ่าตัดผิวหนังผู้ป่วยไม่มีผื่นแดงและไม่มียาไหม้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่า และการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกจากการผ่าตัดนาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย การผ่าตัดใช้เวลานาน (3 ชั่วโมง 5 นาที) อาจมีการกดทับบนบางส่วนของร่างกายทำให้การไหลเวียนโลหิตช้าลง
2. ผู้ป่วยสูงอายุ (71 ปี) มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผ่นังหลอดเลือดจะยังมีความเสื่อม มีโอกาสเกิดได้มากกว่าคนปกติที่ไม่มีโรคประจำตัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากการนอนผ่าตัดเป็นเวลานาน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ถูกต้องตามลักษณะกายวิภาคของร่างกาย มีความสุขสบายและไม่พบการบาดเจ็บจากการจัดท่าตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. หลังผ่าตัด ไม่มีอาการชา ปวด บวมร้อนที่ขาทั้ง 2 ข้าง สีผิวที่ขาทั้ง 2 ข้างไม่ซีดหรือแดงเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด และไม่มีอาการอ่อนแรงสามารถเคลื่อนไหวขาทั้ง 2 ข้างได้ตามปกติหลังผ่าตัด
2. ไม่มีอาการปวดหลัง ผิวหนังไม่มีรอยแดง รอยกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าผ่าตัดด้วยความนุ่มนวลโดยให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียงผ่าตัด ให้ศีรษะและลำตัวของผู้ป่วยวางอยู่บนเตียงถูกต้องตามหลักกายวิภาคศาสตร์ คือให้ระดับของกระดูกสันหลังท่อนคอ ท่อนอก และเอว อยู่ในระนาบเดียวกัน อาจใช้หมอนหนุนศีรษะ หรือไม่หนุนก็ได้
2. แขนทั้ง 2 ข้างกางออก ด้านข้างวางบนที่วางแขน (arm board) ในแนวไม่เกิน 90 องศากับลำตัว โดยหงายมือขึ้น เพื่อป้องกันการกดทับกับ ulnar nerve และเส้นประสาท brachial plexus ควรห่อแขนด้วยผ้าแล้วรัดด้วยที่รัดแขน (arm restraint strap) ให้แน่นพอสมควร เพื่อป้องกันแขนห้อยตกขณะผ่าตัด
3. ถ้าต้องการให้แขนแนบลำตัว ควรห่อแขนด้วยผ้าแล้วเก็บมือในที่เก็บข้อมือ (wristlet) หรือในผ้าห่อแขน (draw sheet) จนถึงเหนือข้อศอก ห้ามสอดมือผู้ป่วยไว้ใต้กัน เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อนิ้วมือผู้ป่วยเข้าไปอยู่บริเวณที่หักเตียง (table break) ถ้ามีการปรับเตียง จะต้องแจ้งให้วิสัญญีพยาบาลทราบก่อน เพื่อระวังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และตรวจสอบสัญญาณชีพ หากมีการปรับระดับของศีรษะให้สูงหรือต่ำกว่าระดับหัวใจจะมีผลต่อปริมาณเลือดที่ไหลเวียนเข้าหัวใจ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้
4. จัดขาทั้ง 2 ข้างวางแยกกันเล็กน้อย ระวังอย่าให้เกยกัน เพื่อป้องกันการกดทับหรือเสียดสีของเส้นประสาทบริเวณข้อพับเข่า (peroneal and tibial nerve) และเท้าทั้ง 2 ข้างวางอยู่บนเตียงอย่าให้เลยออกนอกเตียงผ่าตัด ใช้สายรัดขาเหนือเข่า 2 นิ้ว (body strap) แน่นพอสมควร เข่านิ้วสอดได้ 3 นิ้ว เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียงโดยมีผ้ารองระหว่างผ้ารัดขากับผิวหนังผู้ป่วย
5. ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับ เช่น ท้ายทอย ต้นคอ สะบัก สะโพก และส้นเท้า
6. ใช้อุปกรณ์ป้องกันหลอดเลือดอุดตันที่ขาทั้ง 2 ข้าง (Pneumatic pump) ขณะทำผ่าตัด เพื่อช่วยลดปวด คลายความเมื่อยล้า ลดบวม เพิ่มการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง ขับของเสียที่สะสมค้างคั่ง ลดอาการชา เนื่องจากการใช้เวลาในการทำผ่าตัดนานอาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึกได้ (Deep vein thrombosis)

การประเมินผล

1. หลังผ่าตัดไม่พบอาการภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น ไม่มีอาการชา ปวดบวมร้อนที่ขาทั้ง 2 ข้าง สีผิวที่ขาทั้ง 2 ข้างปกติไม่ซีดไม่แดง และไม่มีอาการอ่อนแรงสามารถเคลื่อนไหวขาทั้ง 2 ข้างได้ตามปกติหลังผ่าตัด
2. ไม่มีอาการปวดหลัง ผิวหนังไม่มีรอยแดง รอยกดทับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 20 องศาเซลเซียส
2. การผ่าตัดนาน ทำให้ร่างกายสัมผัสกับความเย็นของห้องผ่าตัด (ใช้เวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง 5 นาที) และทำให้ส่วนต่างๆของอวัยวะในช่องท้องต้องสัมผัสกับความเย็นเป็นเวลานาน
3. ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 71 ปี) มีอาการหนาวสั่นร่างกายจะสูญเสียความร้อนได้ง่าย เนื่องจากหลอดเลือดหดตัวเมื่อสัมผัสอากาศเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ
2. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่มีอาการหนาวสั่น

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส
2. ไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือ ปลายเท้าไม่เย็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ห่มผ้าคลุมตัวผู้ป่วยให้ความอบอุ่นตั้งแต่ก่อนระยะผ่าตัด, ขณะผ่าตัดห่มผ้าหนาๆที่ส่วนบนและส่วนล่างของร่างกายผู้ป่วย หลังทำผ่าตัดเสร็จให้ห่มผ้าให้ผู้ป่วยทันที
2. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น เพราะจะทำให้เสียความอบอุ่น
3. ใช้สารนำอุ่นในการชะล้างขณะผ่าตัด รวมทั้งวิสัญญีพยาบาลใช้สารนำอุ่นที่ให้ทางหลอดเลือดดำ
4. ใช้เครื่องเป่าลมร้อนคลุมบริเวณหน้าอก แขนทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย
5. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม 20- 25 องศาเซลเซียส ประเมินอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยทุก 15 นาที ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำให้รีบเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัด
6. หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สุขสบาย ทำให้ตัวเย็นได้ ซึ่งความเย็นทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไปที่แผลลดลง เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลหายช้าทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนาน

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีด ไม่เย็น อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง สีหน้าไม่สุขสบาย ป่นปวดแผลผ่าตัด
2. หลังผ่าตัดประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ 7-8

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถนอนพักผ่อนได้วันละ 6 – 8 ชั่วโมง
2. ประเมินภาวะความปวด (Pain score) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับของความปวด (Pain score) ทุก 4 ชั่วโมง
2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย โดยปรับหัวเตียงให้สูงเล็กน้อยเพื่อให้หน้าท้องหย่อน ลดการดึงของแผล
3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว โดยไม่กระทบกระเทือนบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่จำเป็นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อผู้ป่วยจะได้พักผ่อน
4. ให้ผู้ป่วยฝึกการไอ เพื่อช่วยให้เสมหะที่ตกค้างอยู่ในท่อหลอดลมและทางเดินหายใจออกมาภายนอก การไออาจทำให้ปวดแผลและอาจต้องใช้ยาแก้ปวด ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอน สอนให้ผู้ป่วยประคองแผลที่ทำผ่าตัด เพื่อลดแรงดันและควบคุมความเจ็บปวดขณะไอ การประคองแผลให้ทางมือกดให้แน่นรอบบริเวณแผลก่อนไอ หรือใช้หมอนใบเล็กประคองแผลแทน แนะนำให้หายใจลึกๆ 3 ครั้ง และหายใจออกทางปาก และไอเอาเสมหะที่ตกค้างออกมา จะทำให้รู้สึกคอโล่งเมื่อไอแรงๆ และควบคุมอาการปวดได้
5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังได้รับยาแก้ปวด Morphin 3 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เช่นมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตลดลง
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วตามสภาพที่เหมาะสมหลังผ่าตัด (Early ambulation) เพื่อช่วยการไหลเวียนของโลหิตและบรรเทาอาการปวด โดยเริ่มจากการพลิกตะแคงตัวและขยับแขนขาทั้งสองข้างบนเตียง จากนั้นเปลี่ยนเป็นลุกนั่งบนเตียง นั่งห้อยขาข้างเตียง แกว่งขาสองข้างสลับกัน นั่งข้างเตียง ลงเดินระยะสั้นๆข้างเตียง เดินรอบๆเตียง และเพิ่มระยะขึ้นเรื่อยๆจนกว่าจะเดินได้เองตามปกติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการอักเสบ บวมแดง หลังได้รับยา ปวด Morphin 3 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score เท่ากับ 2 นอนหลับพักผ่อนได้วันละ 7 ชั่วโมง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังได้รับยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยทำผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดและเย็บแขวนช่องคลอด เป็นการผ่าตัดใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องยาวประมาณ 15 เซนติเมตร
2. บาดแผลมีโอกาสปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งในช่องคลอดขณะเย็บปิดช่องคลอด
3. ผู้ป่วย BMI 26 กิโลเมตรต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับหนึ่ง
4. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการแสดงนำถึงการติดเชื้อแผลผ่าตัด ได้แก่ ผิวหนังรอบแผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน บาดแผลไม่มีสิ่งคัดหลั่ง สี และกลิ่นที่ผิดปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลแผลผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินแผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบาดแผล การบวม แดง ร้อนรอบๆแผลผ่าตัด สังเกตสารคัดหลั่งที่ซึมออกจากแผลผ่าตัด

2. ทำแผลโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ

3. ประเมินสัญญาณชีพ เมื่อพบว่า มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์ทราบ

4. ประเมินและติดตามผลการได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัมเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และ Metronidazole 500 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษา และอาการข้างเคียงหลังได้รับยา ได้แก่ อาการปวดและบวมบริเวณที่ฉีด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ง่วงซึม อ่อนเพลีย ปัสสาวะสีเข้ม เป็นต้น

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลแผลผ่าตัด เช่น ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ สังเกตแผลผ่าตัด ถ้ามีบวม แดง ร้อน มีน้ำเหลืองหรือน้ำหนองซึม ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์รับทราบ

6. ติดตามผล DM chart

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีกลิ่นผิดปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 - 37.4 องศาเซลเซียส

2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลแผลผ่าตัด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและแผนการรักษาต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติถามถึงการปฏิบัติขณะพักฟื้นที่บ้าน และมีสีหน้าวิตกกังวล

2. สอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังตอบคำถามได้ไม่ครอบคลุม

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ดังนี้

- แนะนำให้ไปล้างแผลที่สถานอนามัยใกล้บ้านทุกวัน

- ระวังอย่าให้แผลถูกน้ำ 10-14 วัน พักผ่อนให้เพียงพอและให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

- รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อป้องกันท้องผูก ซึ่งต้องทำให้เบ่งอุจจาระ อาจทำให้แผลแยกได้ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายในช่วงเดือนแรก เช่น โจ้ ปลา ผักคั่วต้มให้เปื่อย ไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันสูง อาหารแปรรูป อาหารเค็ม หรืออาหารที่มีโซเดียมสูงมากเกินไป ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรเลือกรับประทานข้าวกล้อง ข้าวไม่ขัดสีแทนข้าวขาว เลือกโปรตีนไม่ติดมัน และทานผักใบเขียวได้ไม่จำกัด

- แนะนำการรับประทานยาเดิม (โรคประจำตัว) ต่อเนื่อง

- แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆวันละ 2,500-3,000 ซีซี และไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ควรทำงานหนัก หรือยกของหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือขึ้นลงบันได ภายใน 4-6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด เพราะจะเพิ่มความดันในช่องท้อง ทำให้เกิดการหย่อนของช่องคลอดได้อีก

- รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

- แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันทีก่อนวันนัด เช่น ปวดท้อง ท้องอืดแน่น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน การขับถ่ายผิดปกติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
การนำไปใช้ประโยชน์

ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอดที่มีโรคร่วม ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดสำหรับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยนรีเวช และผู้สนใจ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอดที่มีโรคร่วม จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 รวมรับไว้ในการดูแล 3 วัน ระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง

5.2 เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมดลูกหย่อนได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอดที่มีโรคร่วม ถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง มีการเตรียมความพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดท่า เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องดูดสารคัดหลั่ง เครื่องเป่าลมร้อนเครื่องมือผ่าตัดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ได้ร่วมประเมินอาการผู้ป่วยขณะผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ สามารถดำเนินการผ่าตัดได้อย่างราบรื่น หลังผ่าตัดมีอาการดีขึ้น ปลอดภัย ไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดท่า การใช้เครื่องจีไฟฟ้า การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ไม่มีการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติบอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการ รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จนสามารถจำหน่ายออกจากห้องผ่าตัดได้

เอกสารอ้างอิง

นงเยาว์ เกษตริภบาล, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, สมใจ ศิระกมล

และปาริชาติ ภัควิภาส. (2558). *คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย*.

<http://164.115.27.97/digital/files/original>

นิพนธ์ เขมะเพชร. (2565) *นรีเวชวิทยา* เล่มที่ 3. (พิมพ์ครั้งที่ 5). (น.1235-1236).

สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิสา พุกษะรัตนานนท์. (2566). *นรีเวชวิทยาคลินิก*. (น.1118-1119). กรุงเทพฯ:พรินเอบิ้ล.

บุษริญา พุทธนะพิทักษ์. (2566). *นรีเวชวิทยาคลินิก* เล่มที่ 2. (น.624-647). กรุงเทพฯ:พรินเอบิ้ล.

บุริม เรือนภู และสุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน. (2565). *นรีเวชวิทยา* เล่มที่ 1. (พิมพ์ครั้งที่ 5). (น.374-389).

สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรี เสงี่ยม. (2560). *นรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:ภาควิชาสูติศาสตร์-

นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา เพิ่มเพชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). *บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด:การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด*. <https://he02.tei.thaijo.org/article>



ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลตราด. (2567). สถิติผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่เข้ารับการรักษาโดยการ
ผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและเย็บแขวนช่องคลอดของโรงพยาบาลตราด ปี 2566- 2568.

Intranet Trat Hospital.

สมาคมรีเวชทางเดินปัสสาวะระหว่างประเทศ. (2560). การผ่าตัดเย็บแขวนช่องคลอด.

<http://www.yourpelvicfloor.org/media/sacrocolpoplexy-thai.pdf>

สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2561). ดูแลตัวเองอย่างไรเมื่อป่วยเป็นความดันโลหิตสูง.

<http://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article>

อยุทธิณี สิงห์โกวินท์. (2564). (โรคเบาหวานกับการผ่าตัด) เข้ารับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยควรทำอย่างไรใน
ผู้ป่วยเบาหวาน. <https://www.phyathai.com>