

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน : กรณีศึกษา
The Nursing care for patient with cervical carcinoma receiving Radical Hysterectomy
: A case study.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

ปัทมา มะพะสาธุโร¹
PATIMA MAPASATHURO¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี เข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชและพิเศษหญิงรวม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 นัดมาเพื่อทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS

ผลการศึกษา: ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด ขณะผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ไม่พบอุบัติเหตุการฉีกขาดของเนื้อเยื่อได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการจัดทำผ่าตัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้าภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด การบาดเจ็บกับอวัยวะใกล้เคียงที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทสำคัญ สิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัด และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ให้ความรู้ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยจำหน่ายวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคมะเร็งปากมดลูก, การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients with cervical cancer undergoing radical hysterectomy. A 37-year-old Thai female patient was admitted to the gynecology ward at Phra Narai Maharat Hospital on February 8, 2024, for a scheduled radical hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy and pelvic lymphadenectomy.

Results: In the preoperative phase, the patient expressed anxiety about the surgery. During the operation, measures were taken to prevent complications, and no adverse incidents occurred, including tissue injury from positioning, damage from electrocautery, shock from blood loss, injury to adjacent pelvic organs, damage to major blood vessels and nerves, retained surgical items, or surgical site infections. Postoperative follow-up included education prior to discharge. The patient was discharged on February 16, 2024, after a total hospital stay of 9 days.

Keywords: Nursing care, cervical cancer, radical hysterectomy.

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 4 ของผู้หญิงทั่วโลก ในปี 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 604,000 คน เสียชีวิตราว 342,000 คน โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง สาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ HPV ซึ่งในปัจจุบันสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้จากการตรวจ HPV Testing, HPV DNA รวมถึงการกระตุ้นให้มีการฉีด

วัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ขึ้นในสตรี ก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ โดยเมื่อพบการติดเชื้อ HPV สามารถตรวจติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก เพื่อให้การรักษาโดยการผ่าตัดได้ทันในมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันยังมีผู้ป่วยบางส่วนมีความกลัว และความอายในการเข้ารับการรักษ ส่งผลให้พบมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ทำให้การรักษามะเร็งปาก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

มดลูกมีความยุ่งยากซับซ้อนใช้เวลานานหลังการรักษา ผู้ป่วยอาจมีคุณภาพชีวิตแย่ลง

ในประเทศไทยมะเร็งเร็งปากมดลูก ถือเป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญ จากการรายงานสถิติโรคมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปีพ.ศ. 2565 ระบุว่า มะเร็ง ปากมดลูกพบมากเป็นอันดับที่ 2 ของโรคมะเร็งที่ พบ ในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านม อัตราอุบัติการณ์ 11.1 รายต่อประชากร 100,000 ราย จำนวนผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก รายใหม่ 2,713 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 12.88 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิงทั้งหมด¹

สถิติมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ของโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช จากการรายงานระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ 104 ราย, 114 ราย และ 114 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเร็งปาก มดลูกระยะเริ่มต้นที่สามารถเข้ารับการรักษได้ด้วย การผ่าตัด RHND with BSO with PANS ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 1 ราย, 9 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนไม่มาก แต่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในการทำผ่าตัดเพื่อให้การ ผ่าตัดสำเร็จจุล่ง ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นบุคคลที่มี ส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญในการช่วยให้การผ่าตัดประสบ ผลสำเร็จ โดยต้องเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และ ประสบการณ์สูงในการปฏิบัติงาน สามารถให้การดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และ ระยะหลังผ่าตัด รวมถึงสร้างความเชื่อมั่น และความ ไว้วางใจกับผู้ป่วยและญาติ ให้มีส่วนร่วมในการ รักษาพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองตนเองหลังการผ่าตัดต่อเนื่องที่บ้านได้ เป็น อย่างดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปาก มดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

วิธีการศึกษา

ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ศึกษา ในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี เข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วย นรีเวชและพิเศษหญิงรวม โรงพยาบาลพระนารายณ์ มหาราช วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 นัดมาเพื่อทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย รูปร่างผอม น้ำหนัก 56 กิโลกรัมส่วนสูง 160 เซนติเมตร สถานภาพสมรส G4P3Ab1L3 ทำหมัน แล้ว บุตรคนสุดท้ายอายุ 4 ปี LMP วันที่ 8 มกราคม 2564 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้ยาและอาหาร ไม่ดื่ม เหล้า ไม่สูบบุหรี่ เข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชและ พิเศษหญิงรวม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 เนื่องด้วยแพทย์นัดมานอน ผ่าตัดเพื่อทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS ใน วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 3 เดือน ก่อน มีเลือดออกกระปริบกระปรอยทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ ไปตรวจที่โรงพยาบาลอานันท มหิดล ทำ pap smear ตรวจภายในพบก้อนที่ปาก มดลูก แพทย์ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลชิ้นเนื้อพบเป็น มะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยจึงขอมารักษาต่อที่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตามสิทธิ์ จากการ ซักประวัติพบมีเลือดออกกระปริบกระปรอยทางช่อง คลอด ไม่มีอาการปวดท้อง คลำหน้าท้องไม่พบก้อน ผลตรวจ MRI Whole abdomen พบก้อนบริเวณปาก มดลูกขนาด 1.8 x 1.5 x 1.9 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัย ว่าเป็น SCCA of cervix Stage IB2 แรกรับผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 95/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพ จร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

จากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ที่หอ ผู้ป่วย (วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567) พบว่าผู้ป่วย มี

เลือดออกทางช่องคลอดกะปริบกะปรอย ไม่มีอาการปวดท้อง นอนกระสับกระส่ายบนเตียง หน้ามืดวิงวอน มีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส บอกว่า

กลัวการผ่าตัด ผ่าตัดแล้วจะหายไหม ไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่พบระยะก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เป็นการผ่าตัดครั้งแรก	สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พุดคุยด้วยความเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความไว้วางใจในทีมพยาบาล ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย แสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเจ็บป่วยและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดตามดุลยพินิจของแพทย์ ตัดท่อน้ำไขและรังไข่ออกทั้งสองข้าง ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งสองข้าง เป็นวิธีการรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้ หลังผ่าตัดสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ต่อมาให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เรื่องการเตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดผิวหนังทั่วร่างกาย การโกนขนบริเวณหน้าท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อความสะอาด การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนการผ่าตัด การถอดฟันปลอม เพื่อป้องกันการอาเจียนสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลมขณะผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตได้ การเตรียมลำไส้โดยการให้ยาระบาย (Swiff 45 ml. ผลสมน้ำ 500 ml.) รับประทานเวลา 14.00น.รับประทานให้หมดภายใน 2 ชั่วโมง การสวนล้างช่องคลอดในเช้าวันผ่าตัด เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคขณะผ่าตัด การให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ในวันก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อไว้บันทึกน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และไว้ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ในระบบทางเดินปัสสาวะ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสดชื่นไม่อ่อนเพลีย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย แนะนำให้ถอด สิ่งของมีค่า เช่น สร้อยคอ แหวน ชุดชั้นใน ที่ติดตัวผู้ป่วยออกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดรอยไหม้ขณะทำผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์ใช้เครื่องมือไฟฟ้า และป้องกันการสูญหาย การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด เพื่อให้รับทราบวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ข้อดี ข้อเสีย หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังผ่าตัด อธิบายถึงสภาพผู้ป่วย เรื่องการดื่มน้ำดื่มน้ำชาหลังการผ่าตัด การใส่ท่อระบายต่างๆ คาไว้ เช่น สายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของอวัยวะต่างๆ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ฝึกการหายใจ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี การไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยเวลาไอให้หายใจเข้าให้เต็มที่แล้วกลั้นไว้ ใช้มือกุมพนักท่อนักมตัวมาด้านหน้า แล้วไอออกมาแรงๆ เพื่อช่วยระบายเสมหะ แนะนำวิธีประเมินความเจ็บปวด และการจัดการกับความเจ็บปวด แนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายโดยเร็วหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะ และคลื่นไส้ อาเจียน สามารถลุกนั่งขึ้นเตียงและลุกเดินได้ เพื่อป้องกันการภาวะท้องอืด จากการที่ลำไส้เคลื่อนไหวน้อย ส่งผลให้ปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ภาวะ ลิ่มเลือดอุดตัน จากการเคลื่อนไหว ร่างกายได้น้อย อธิบายถึงขั้นตอนการรับผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด และสภาพภายในห้องผ่าตัด นอกจากนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และสอบถามข้อสงสัยในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด สังเกตการแสดงออก ท่าที คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนความผิดปกติทางด้านร่างกายในขณะที่ผู้ป่วยซักถามปัญหา ประเมินผล ผู้ป่วยรับฟัง สีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมากขึ้น และสามารถตอบคำถามได้

ระยะก่อนผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 พยาบาลประจำห้องผ่าตัดได้โทรศัพท์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนรีเวชและพิเศษหญิงรวม และให้พนักงานห้องผ่าตัดพร้อมใบรับ Set ผ่าตัดไปรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา 11.49 น. ขณะนั้นมีผู้ป่วยอื่นนอนรอผ่าตัดจำนวน 4 ราย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บอกว่า “ยังกังวลเรื่องการผ่าตัด

อยู่บ้าง” พยาบาลห้องผ่าตัดได้เข้าไปสอบถาม พุดคุยให้กำลังใจ ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วย ป้ายข้อมือ และป้ายหน้าแฟ้มประวัติให้ตรงกับตารางการผ่าตัด และชวนผู้ป่วยประจำห้องที่ทำผ่าตัด จัดให้ผู้ป่วยพักรอก่อนนำผู้ป่วย เข้าห้องผ่าตัด ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่พบระยะก่อนผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด) มีดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ไม่สุขสบายขณะรอผ่าตัด	พยาบาลห้องผ่าตัดสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ให้กำลังใจ และสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ดูแลความสุขสบายทั่วไป จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย ห่มผ้าให้ความอบอุ่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถได้ตามสมควร ดูแลสภาพแวดล้อมให้มีบรรยากาศสงบ สบาย มีแสงสว่างพอเหมาะ ปรับอุณหภูมิของห้องพักขณะรอผ่าตัดให้เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ผ่อนคลายขณะรอผ่าตัด
2. อาจเกิดการผ่าตัดผิดคน	พยาบาลห้องผ่าตัดได้ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วย วินิจฉัยโรคชื่อการผ่าตัด ชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัด และแขนป้ายประจำห้องที่ทำผ่าตัด เมื่อถึงเวลาผ่าตัด ก่อนนำ ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทีมผ่าตัดที่จะเข้าผ่าตัดได้ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งโดยการถามผู้ป่วยเทียบกับใบรับ Set ผ่าตัด ป้ายข้อมือ และเวชระเบียนเกี่ยวกับ ชื่อ สกุล อายุ วินิจฉัยโรคชื่อการผ่าตัด

ระยะผ่าตัด

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.30 น. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล พยาบาลช่วยรอบนอกทำ Sign in ร่วมกับทีมผ่าตัดตรวจสอบ เพื่อยืนยันความถูกต้อง ของ ชื่อ สกุล ผู้ป่วย การผ่าตัดที่ทำ ใบเสนอยินยอมผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา ความครบถ้วน ของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัด ผูกรัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ทีมพยาบาลผ่าตัดเตรียมเปิดเครื่องมือ ผ้าผ่าตัดปราศจากเชื้อ และวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ วัสดุที่ใช้ผูกมัดเส้นเลือดไหมเย็บแผลครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมใช้งาน มีชุดเครื่องมือพื้นฐานสำหรับผ่าตัดทั่วไป ชุดเครื่องมือผ่าตัดช่องท้อง ชุดเครื่องมือ Oncology เครื่องจี้ เครื่อง Suction เมื่อวิสัญญีพยาบาลดมยาสลบเรียบร้อย พยาบาลช่วยรอบนอกช่วยจัดท่าผู้ป่วยแบบขาพับ เปิดอุปกรณ์เซ็ดทำความสะอาด สะอาดช่องคลอด เมื่อเสร็จเรียบร้อย จัดท่านอนหงายราบ ใส่ Sleeve for pneumatic compression ที่ขาทั้งสองข้าง และต่อลงเครื่อง Pneumatic compression ตรวจดูการทำงานของเครื่องให้เรียบร้อย วางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบริเวณต้นขาข้างขวา คลุมผ้าบริเวณต้นขาและ ติดสายรัดป้องกันผู้ป่วยตกเตียง นำสายสวนปัสสาวะวางพาดไว้บริเวณต้นขา และแขวนถุงรับน้ำปัสสาวะไว้บริเวณเตียงด้านบน จากนั้นเตรียมฟอกทำความสะอาดผิวหนัง โดยเปิดผ้าคลุมตัวผู้ป่วยด้านบนถึงบริเวณใต้ราวนม ด้านล่างถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง ประเมิน และตรวจสอบสภาพผิวหนัง ก่อนทำความสะอาดผิวหนัง รองผ้าบริเวณด้านข้างลำตัวผู้ป่วยทั้งสองข้าง ฟอกทำความสะอาด

สะอาดผิวหนังด้วย Hibiscrub ตั้งแต่บริเวณหน้าท้อง บริเวณลำตัว ด้านบนถึงใต้ราวนม ด้านล่างถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง และทายาบริเวณผ่าตัดด้วย 10% Povidine solution ปูผ้าผ่าตัด เริ่มติดอุปกรณ์สายจี้สาย Suction ตรวจสอบความพร้อมใช้ พยาบาลช่วยรอบนอก ทำ Time out ทวนสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องซ้ำกับทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัด คาดการณ์ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดขานความพร้อมของ เครื่องมือ เครื่องใช้จำนวนผ้าก๊อซ ผ้าซับโลหิต จากนั้นเริ่มทำการผ่าตัดตามขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเปิดแผลผ่าตัด (Incision and exposure) ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจช่องท้อง (Explor laparotomy) ขั้นตอนที่ 3 จัด Position การผ่าตัด โดยการ Pack ผ้าซับโลหิตกันลำไส้ ใส่ Self retaining retractor ปรับเตียงให้ศีรษะต่ำ ขั้นตอนที่ 4 ส่งเครื่องมือให้แพทย์จับยกมดลูก (Elevation of the uterus) ขั้นตอนที่ 5 ตัด Round ligaments และ Infundibulopelvic ligament ข้างซ้ายและข้างขวา ขั้นตอนที่ 6 การเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากปากมดลูก และช่องคลอด (Dissection of vesicouterine peritoneum) ขั้นตอนที่ 7 การเข้าสู่ Vesical space ข้างขวา ขั้นตอนที่ 8 การเข้าสู่ Pararectal space ข้างขวา ขั้นตอนที่ 9 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Common iliac และ External iliac ข้างขวา ขั้นตอนที่ 10 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Obturator ข้างขวา ขั้นตอนที่ 11 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Hypogastric ข้างขวา ขั้นตอนที่ 12 การคลึงและผูก Uterine artery ข้างขวา ขั้นตอน

13 การเข้าสู่ vesical space ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 14 การเข้าสู่ pararectal space ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 15 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Common iliac และ External iliac ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 16 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Obturator ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 17 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Hypogastric ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 18 การคล้องและผูก Uterine artery ข้างซ้ายขั้นตอนที่ 19 การเลาะแยกท่อไตข้างขวา ออกจากเยื่อช่องท้อง ขั้นตอนที่ 20 การเลาะแยกท่อไตข้างซ้ายออกจากเยื่อช่องท้อง ขั้นตอนที่ 21 การเปิดเข้าสู่ Rectovaginal หรือ Prerectal space ขั้นตอนที่ 22 การตัด Cardinal ligaments หรือ Lateral parametrium ขั้นตอนที่ 23 การตัด Rectouterine ligaments, Uterosacral ligaments และ Rectovaginal ligaments ขั้นตอนที่ 24 การเลาะแยกท่อไตข้างขวาและข้างซ้ายออกจาก Vesicouterine ligaments ขั้นตอนที่ 25 การตัด Vesicouterine ligaments และ Paravaginal tissue ขั้นตอนที่ 26 การเย็บปิดผนังช่องคลอด ขั้นตอนที่ 27 Stop bleeding บริเวณ Vaginal stump ล้างช่องท้องด้วย NSS อุณหภูมิ ขั้นตอนที่ 28 จัด Position การผ่าตัดใหม่ โดยการ Off swab และ Self retaining retractors ออก ใช้ Dever retractors ดึงหน้าท้องและ Pack ผ้าซับโลหิตกันลำไส้เปิดให้เห็น ตำแหน่งของการเข้าเลาะต่อมน้ำเหลืองรอบ Aorta และ IVC ขั้นตอนที่ 30 เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณส่วนล่างของ Aorta และ IVC ทั้งด้านซ้ายและขวา ขั้นตอนที่ 31 เย็บปิดเยื่อช่องท้องที่คลุมหลอดเลือด Aorta และ

IVC ขั้นตอนที่ 31 Check bleeding ในช่องท้องทั้งหมดซ้ำ ขั้นตอนที่ 32 เย็บปิดช่องท้อง และผิวหนัง พยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลช่วยรอบนอก ทำการตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อสให้ครบถ้วนตามมาตรฐานก่อนการเย็บปิดแผลผ่าตัด ในขณะที่ช่วยบริเวณแผลผ่าตัด ปิดแผลผ่าตัด สวมเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย นำแผ่นสื่อน้ำไฟออกจากต้นขาข้างขวา ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อน้ำไฟซ้ำ ปิดเครื่อง Pneumatic compression และ Off sleeve for pneumatic compression คลุมผ้าห่มอุ่นให้ผู้ป่วย รวบรวมสัญญาณชีพพยาบาลทำการถอดท่อช่วยหายใจออก ปลุกผู้ป่วยตื่น ทำการจัดเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิอย่างถูกต้อง พยาบาลช่วยรอบนอก ทำ Sign out ร่วมกับทีมผ่าตัด ทวนสอบหัตถการที่ทำการตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อส เข็มเย็บแผลครบถ้วน ยืนยันการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาถูกต้อง วิสัญญีแจ้งปริมาณ การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ลักษณะสีและปริมาณของน้ำปัสสาวะเพื่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น รวมระยะเวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง 50 นาที มีการสูญเสียเลือดตลอดการผ่าตัด 1,100 ml. Hemoglobin 7.5 g/dl. ได้รับเลือดทดแทน 1 unit. ปัสสาวะผู้ป่วยออกดี สีเหลืองใส ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัด ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90-140 / 40-80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาที เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น ปัญหาทางการพยาบาลที่พบระยะผ่าตัด มีดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. อาจเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการจัดทำผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีรูปร่างผอม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน	จัดทำผ่าตัดนอนหงายราบ นอนกดทับปุ่มกระดูกต่างๆ พยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องปูผ้ารองบนผ้าปูเตียงผ่าตัด ก่อนการย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัด พูผ้าให้เรียบตึง เพื่อลดการเสียดสีบริเวณผิวหนังบนร่างกายผู้ป่วยกับผ้าปูเตียง ก่อนการดมยาสลบ พยาบาลช่วยรอบนอกอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการปลดเสื้อ ผ้านุ่งของผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยหลับ เพื่อเปิดให้เห็นตำแหน่งการผ่าตัดอย่างชัดเจน โดยเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น และใช้ผ้าคลุมตัวไว้ก่อน และให้ผู้ป่วยสามารถช่วยประเมินความสบายของตัวผู้ป่วยได้เอง จากการ ไม่มีการกดทับบริเวณด้านหลังจากรอยยับของผ้าปูรองเตียง หรือจากเสื้อผ้าของผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ยังช่วยให้ไม่ต้องขยับร่างกายผู้ป่วยมากเกินไปหลังจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ประสานกับวิสัญญีแพทย์, วิสัญญีพยาบาลร่วมในการจัดทำ จัดทำด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้แนวลำตัวผู้ป่วยอยู่ตรงกลางเตียง กางแขนทั้งสองข้างออกไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท ระวังไม่ให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายสัมผัสกับส่วนที่เป็นโลหะ ถูกขอบเตียง แขนและขาของผู้ป่วยไม่ให้ตกจากเตียง ผู้กรัดบริเวณต้นขาทั้งสองข้างเหนือหัวเข่า หนึ่งฝ่ามือป้องกันตัวผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เคลื่อน เนื่องจากขณะทำการผ่าตัดมีการปรับเตียงให้เป็นแบบศีรษะต่ำ และเอียงข้างทั้ง ข้างซ้าย และข้างขวาเพื่อสะดวกต่อการเลาะต่อน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่า ไม่มีรอยแดงหรือลอกตามปุ่มกระดูก ไม่เกิดแผลกดทับจากการจัดท่า การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่เกิดอันตรายต่อเส้นประสาท
2. อาจเกิดการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้าในการผ่าตัด	พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินสภาพความพร้อมใช้งานของเครื่องมือไฟฟ้าก่อนการใช้งาน แผ่นสื่อนำไฟฟ้า สายไฟ และปลั๊กให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้ ปฏิบัติตามคู่มือการใช้เครื่องมือไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการใส่เครื่องประดับหรือโลหะที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าหรือไม่ ประเมินปัจจัยเสี่ยง สำนวจากสภาพของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า การวางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบนร่างกายของผู้ป่วยเลือกบริเวณกว้าง เรียบ มีกล้ามเนื้อมาก มีลักษณะโค้งนูน และไกลกับบริเวณที่ทำผ่าตัด หลีกเลี่ยงไม่วางบริเวณที่มีไขมัน แผลเป็น มีขนมาก บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ และบริเวณที่อาจเปื่อยขึ้นจากการล้างช่องท้อง หรือแผลผ่าตัด ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบริเวณต้นขาข้างขวา หัวใจไฟฟ้าเมื่อยังไม่ใช้งานเก็บไว้ในกระบอกพลาสติกเพื่อความปลอดภัยไม่ให้หัวไฟฟ้าหรือหัวไฟฟ้าถูกตัวผู้ป่วย ตรวจสอบเครื่องมือไฟฟ้ามีสัญญาณไฟเมื่อเปิดเครื่องใช้งาน และตั้งค่ากระแสไฟฟ้าสำหรับห้ามเลือดและตัดเนื้อเยื่อในระดับความแรง 35 วัตต์ ดูแลให้เครื่องมือทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดการผ่าตัด บันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า สภาพของผิวหนังก่อนและหลังการใช้งาน เพื่อตรวจสอบภาวะผิวหนังไหม้จากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า สังเกตและบันทึกอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า ประเมินผลหลังการผ่าตัดพบว่า ผิวหนังไม่ไหม้ตุ่มพอง รอยแดงหรือรอยไหม้ไหม้จากแผ่นสื่อนำไฟฟ้า
3. อาจเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่	มีขั้นตอนในการผ่าตัดจำนวนมาก เมื่อถึงขั้นตอนการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด Active bleeding โดยเฉพาะขั้นตอนการเลาะแยกมดลูกออกจากอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียง ได้แก่ ท่อไตทั้งสองข้าง กระเพาะปัสสาวะ และขั้นตอนการเลาะต่อน้ำเหลืองไปตามหลอดเลือดขนาดใหญ่ ใช้เวลาทำผ่าตัดนาน ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง พยาบาลช่วยผ่าตัดดึง Retractor ขณะผ่าตัด และช่วย Suction เห็นจุดเลือดออกชัดเจน ดูแลให้เครื่อง suction ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้แพทย์สามารถทำการห้ามเลือดได้สะดวก รวดเร็ว เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ จี้ห้ามเลือดชนิดต่าง ๆ ไหมเย็บแผลสำหรับเย็บผูกห้ามเลือดให้พร้อมใช้งาน ในตำแหน่งที่ไม่ลึกสามารถเย็บห้ามเลือดได้ สำหรับในตำแหน่งที่ลึกมากและไม่สามารถเย็บห้ามเลือดได้ เตรียม Ligacclip ให้แพทย์หนีบห้ามเลือด และเตรียม Surgicel ให้แพทย์ Pack ห้ามเลือดบริเวณที่มีเลือดออกจากพื้นผิวทั่วไปไม่เห็นจุดเลือดออกชัดเจน เมื่ออยู่ในขั้นตอนที่มีการสูญเสียเลือดมาก แจ้งให้สัณญ์พยาบาลรับทราบเพื่อร่วมกันประเมินการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เป็นระยะๆ โดยบันทึกจำนวนผ้าซับโลหิต บันทึกปริมาณเลือดในขวด Suction เพื่อช่วยให้สัณญ์พยาบาลสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ Hematocrit สามารถให้สารน้ำ และเลือดทดแทนให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมทันที่ส่งผลให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น การประเมินผลหลังผ่าตัด พบว่าเมื่อเสร็จสิ้น การผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียโลหิตจากการผ่าตัด 1,100 ml สามารถห้ามเลือดได้ และได้รับเลือดทดแทน 1 unit ในขณะผ่าตัด
4. อาจเกิดการบาดเจ็บกับอวัยวะใกล้เคียงที่อยู่ใ้งเชิงกราน ได้แก่ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่	โดยการผ่าตัด RHND with BSO with PANS เป็นการตัดมดลูกแบบกว้าง หรือผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคน โดยมีการตัดในส่วนของมดลูก รวมทั้งเนื้อเยื่อข้างมดลูก และ ตัดช่องคลอดส่วนบนหนึ่งส่วนสาม ถึงหนึ่งส่วนสองของความยาว ซึ่งมักจะทำการร่วมกับการตัดท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างออก พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญการช่วยป้องกัน การบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ได้ด้วยการเตรียมความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคของมดลูก อวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณภายในอุ้งเชิงกราน ขั้นตอนการผ่าตัด เทคนิคการดึง Retractors ชนิดต่างๆ อย่างถูกวิธี ถูกตำแหน่ง ในแต่ละขั้นตอนของการผ่าตัด เพื่อให้สามารถเข้าช่วยการผ่าตัดในแต่ละขั้นตอนได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือผ่าตัดได้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ในขั้นตอนการเลาะแยกท่อไต เตรียม Vessel loop ให้แพทย์คล้องแยกท่อไต เพื่อเพิ่มจุดสังเกตป้องกันการบาดเจ็บต่อท่อไต สำหรับขั้นตอนการเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะ ใช้ Dever retractors ช่วยดึงแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากตัวมดลูก และในขั้นตอนการตัด Ligaments ต่างๆ ที่อยู่ใกล้กับลำไส้ใหญ่ นำ Spatula มาปิดลำไส้ใหญ่ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถคาดการณ์ การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เพิ่มเติมในกรณีที่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียง ที่เกิดขึ้นระหว่างทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ประเมินผลหลังผ่าตัด พบว่าขณะผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียงที่อยู่ใ้งเชิงกราน
5. อาจเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด Aorta, IVC,	โดยเมื่อถึงขั้นตอนการเลาะต่อน้ำเหลือง ในอุ้งเชิงกราน และการสุมตัดต่อน้ำเหลืองบริเวณ Para aortic พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญการช่วยป้องกันการบาดเจ็บของหลอดเลือด และเส้นประสาทได้ด้วยการเตรียมความรู้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
common iliac, External iliac, Internal iliac และเส้นประสาท Obturator	เกี่ยวกับในส่วนของบริเวณที่อยู่นอกเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneum space) กายวิภาคของหลอดเลือดใหญ่แขนงต่างๆ ของหลอดเลือด เส้นประสาทที่สำคัญ ขั้นตอนการเลาะต่อมน้ำเหลืองขอบเขตของการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน แต่ละตำแหน่ง ข้อพึงระวังต่างๆ ได้แก่ การปรับความแรงของเครื่องจี้ Monopolar ให้ลดลงเหลือระดับความแรง 20 วัตต์ สำหรับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใช้ Vein retractors ช่วยดึงเส้นเลือดในตำแหน่งต่างๆ เพื่อให้สามารถเลาะต่อมน้ำเหลืองได้อย่างชัดเจน กรณีมีเลือดออกข้างหลอดเลือดหรือเส้นประสาท เตรียมผ้าก๊อสให้แพทย์ Pack ห้ามเลือด ปรับมาใช้จี้ Bipolar ในการห้ามเลือดแทนจี้ Monopolar เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อหลอดเลือด และเส้นประสาท ประเมินผลหลังผ่าตัด พบว่าขณะผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดและเส้นประสาท
6. อาจเกิดสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัด RHND with BSO with PANS เป็นการผ่าตัดใหญ่	มีขั้นตอนการผ่าตัดหลายขั้นตอน ใช้เวลาทำผ่าตัดนาน เปิดใช้ผ้าซับโลหิต และผ้าก๊อส Pack ห้ามเลือดจำนวนมาก ขณะผ่าตัดมีการ Pack ผ้าซับโลหิตค้ำไว้ในช่องท้อง เพื่อช่วยกันลำไส้ให้เห็นตำแหน่งผ่าตัดได้ชัดเจน และ Pack ผ้าก๊อส เพื่อช่วยห้ามเลือด ไว้ตามแอ่งต่างๆ เป็นระยะๆ ดังนั้น พยาบาลส่งเครื่องมือร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอก ร่วมกันตรวจนับก๊อส ผ้าซับโลหิต และเครื่องมือให้ครบตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งหมด 3 รอบ ให้ครบตามจำนวน ดังนี้ ก่อนเริ่มการผ่าตัดตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์ จำนวนผ้าซับโลหิตที่ใช้ในการทำผ่าตัด และขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกจดบันทึกไว้ในใบบันทึกของท้องผ่าตัด และจดลงบนกระดาน เพื่อให้ทีมพยาบาลเข้าผ่าตัดมองเห็นชัดเจน และสะดวกต่อการตรวจนับ เตรียมภาชนะสำหรับใส่เศษวัสดุ อุปกรณ์ โคมเย็บแผล ที่ใช้แล้วไว้ โดยเฉพาะ เพื่อไม่ให้ปะปนกับวัสดุ อุปกรณ์ที่ยังไม่ได้ใช้และป้องกันไม่ให้เศษวัสดุ โคมเย็บแผลตกค้างเข้าไปในแผลผ่าตัด ขณะผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือ สังเกต ตรวจนับจำนวนของเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อส ที่ถูกทิ้งค้างไว้ในช่องท้อง ทุกครั้ง และขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกจดบันทึก จำนวน และตำแหน่งที่ Pack บนกระดาน ให้เห็นชัดเจน เมื่อแพทย์นำออก ให้พยาบาลส่งเครื่องมือขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกรับทราบ เพื่อลบการบันทึกบนกระดาน เมื่อมีการนำผ้าซับโลหิต และผ้าก๊อสออกใช้เพิ่ม หรือมีการเปลี่ยนทีมผ่าตัดใหม่ ต้องมีการร่วมกันนับจำนวนใหม่และส่งต่อการ pack ทุกครั้ง เมื่อเริ่มกระบวนการปิดแผลผ่าตัด ให้ตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อส เย็บแผล ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนการเย็บปิดช่องท้อง และขานให้ศัลยแพทย์รับทราบ หากพบอุปกรณ์ผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อส ไม่ครบ ให้รีบทำการค้นหาให้ครบ จึงทำการเย็บปิดช่องท้องได้ ครั้งที่ 2 ก่อนการเย็บปิดชั้น Rectus sheath ครั้งที่ 3 ก่อนการเย็บปิดชั้นผิวหนัง ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่า ไม่มีสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัด
7. อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน	ในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดล้างมือเข้าผ่าตัดตามหลัก Surgical hand washing หลังเช็ดมือใช้น้ำยา Avagard ทำความสะอาดมือซ้ำ เพื่อให้ฤทธิ์การกำจัดเชื้อโรคคงอยู่บนผิวหนัง 6 ชั่วโมง ตรวจสอบอุปกรณ์ และเครื่องมือผ่าตัดทุกชิ้น ผ่านการทำลายเชื้อ มีวันหมดอายุ เตรียมและส่งเครื่องมือผ่าตัด โดยใช้หลัก Sterile technique อย่างเคร่งครัด ประเมินและตรวจสอบสภาพผิวหนังผู้ป่วยก่อนทำความสะอาดผิวหนัง รองผ้าบริเวณด้านข้างลำตัวผู้ป่วยทั้งสองข้าง เพื่อป้องกัน การเปียกชื้น ฟอกทำความสะอาดผิวหนังด้วย Hibiscrub เริ่มตั้งแต่หน้าท้อง กลางลำตัวผู้ป่วย ด้านบนถึงบริเวณใต้ราวนม ด้านล่างถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง และท่ายาบริเวณผ่าตัดด้วย 10% Povidine solution ปูผ้าผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ขั้นตอนการตัดมดลูกต่อไปในส่วนของช่องคลอด เกิดการปนเปื้อน จากสิ่งคัดหลั่งภายในช่องคลอด และจากน้ำสวณล้างช่องคลอดที่ยังเหลือค้างอยู่บางส่วน หลังการเช็ดทำความสะอาด ดังนั้นเมื่อถึงขั้นตอนดังกล่าวพยาบาลช่วยผ่าตัดช่วย Suction เพื่อไม่ให้สิ่งคัดหลั่งภายในช่องคลอดไหลย้อนกลับขึ้นมาบนช่องท้อง จากนั้นเตรียมน้ำยา Povidine ให้แพทย์เทลงไปในช่องคลอด ช่วย Suction น้ำยาที่ไหลออกมาออกช่องท้อง ก่อนการ Suction น้ำยา ที่ค้างอยู่ในช่องคลอด และทำการเปลี่ยนหัว Suction ทันที เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปครบ 3 ชั่วโมง พบว่าการผ่าตัดยังไม่เสร็จสิ้น ประสานงานวิสัญญีให้ยาปฏิชีวนะซ้ำในระยะผ่าตัด เมื่อถึงขั้นตอนการเย็บปิดชั้น Rectus sheath ทีมผ่าตัดเปลี่ยนถุงมือผ่าตัด และล้างแผลผ่าตัด โดยใช้ NSS ซับแผล ให้แห้ง พยาบาลช่วยผ่าตัดดูแลไม่ให้บริเวณผ่าตัดเปียกชื้น ปูผ้าแห้งปิดทับตำแหน่งที่เปียกชื้นทันที หลังการล้างแผล ทีมผ่าตัดเปลี่ยนถุงมือ Sterile ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด หลังเสร็จการผ่าตัด ในขั้นตอนการปิดแผล เช็ดทำความสะอาดแผลผิวหนังรอบแผลผ่าตัดด้วย NSS และซับให้แห้ง ทาบริเวณแผลด้วยน้ำยา Povidine ปิดแผลด้วยผ้าก๊อสแห้งสะอาดปราศจากเชื้อให้มิดชิด และ seal ด้วยพลาสติก Fixomul ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยไม่มีแผลอักเสบ บวมแดง หลังการทำผ่าตัด 72 ชั่วโมง อุณหภูมิผู้ป่วยอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
8. อาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด จากการผ่าตัดที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน	ผู้ป่วยดมยาสลบไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นเวลานาน ในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลหึ่งผ่าตัดใส่ Sleeve for Pneumotic compression ที่ขาทั้งสองข้าง และต่อลมเครื่อง Pneumotic compression ตรวจสอบการทำงานของเครื่องให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้แรงลมบีบให้เกิดแรงกดเป็นระยะๆ ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในระยะผ่าตัด ขั้นตอนของการเลาะต่อมน้ำเหลืองไปตามเส้นเลือดดำขนาดใหญ่และแขนงของหลอดเลือด ศัลยแพทย์จัดให้พยาบาลช่วยผ่าตัดดึง Vein retractor ด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดดำ เนื่องจากมีผนังค่อนข้างบาง อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเลือด และเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดได้ ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่าหลังการทำผ่าตัด 72 ชั่วโมง พบผู้ป่วยฟื้นตัวดี ไม่พบอาการชาขา ขาบวม ผู้ป่วยไม่เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด
9. อาจเกิดการเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิกผิดพลาด	จากการส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาหลายตำแหน่ง พยาบาลหึ่งผ่าตัดมีความรู้เกี่ยวกับการจัดเก็บชิ้นเนื้อ ตรวจสอบความถูกต้อง ของการจัดเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ เพื่อป้องกันความผิดพลาด โดยพยาบาลช่วยรอบนอก ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ตรงกับข้อมูลในแฟ้มประวัติ และแผ่นสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย เตรียมภาชนะรองรับชิ้นเนื้อให้พร้อมตามความเหมาะสมของขนาดชิ้นเนื้อ ติดป้ายชื่อ-สกุลผู้ป่วย และชื่อชิ้นเนื้อ และระบุข้าง ลงบนภาชนะเมื่อนำชิ้นเนื้อใส่ลงในภาชนะจัดเก็บ พยาบาลช่วยรอบนอกชามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อชิ้นเนื้อระบุข้าง ที่จัดเก็บ ให้พยาบาลส่งเครื่องมือได้ยื่น และส่งภาชนะจัดเก็บชิ้นเนื้อ เปิดฝาโดยหันป้าย ติดระบุชื่อ-สกุล ผู้ป่วย และระบุชื่อชิ้นเนื้อ ระบุข้าง ให้พยาบาลส่งเครื่องมือเห็นชัดเจน และอ่านทวนซ้ำกับศัลยแพทย์อีกครั้งว่าถูกต้องตรงกับชิ้นเนื้อที่จะเก็บ จึงส่งชิ้นเนื้อลงในภาชนะ พยาบาลช่วยรอบนอก ตรวจสอบระดับน้ำยา Formalin ให้มีปริมาณเหมาะสมกับชิ้นเนื้อในภาชนะ ปิดฝา ให้สนิท ป้องกันน้ำยา Formalin รั่วไหล และจัดเก็บชิ้นเนื้อตามกระบวนการที่วางไว้ เมื่อแพทย์เขียนบันทึกการส่งตรวจชิ้นเนื้อลงในใบส่งตรวจทางพยาธิ Double check ซ้ำ จากพยาบาลช่วยรอบนอก และพยาบาลช่วยผ่าตัด โดยชิ้นเนื้อที่จัดเก็บเขียนระบุชื่อตรงกันกับใบบันทึกการส่งตรวจชิ้นเนื้อทุกตำแหน่ง เช่น ชื่อกำกับ ลงบันทึกในทะเบียนการส่งชิ้นเนื้อไปยังห้องพยาธิ ประเมินผล หลังผ่าตัดพบว่า สามารถเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิกได้ถูกต้อง ครบถ้วน

ระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

หลังวิสัญญีพยาบาลปลุกผู้ป่วยตื่น และถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยบิดตัว ดิ้นไปมา ร้องคราง หายใจมีเสียงครืดคราด บ่นปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม หายใจเองได้ ระดับออกซิเจน 100% on IV fluid 0.9% NSS 1,000 cc. Rate 100 cc./hr. Retained foley 's cath ไว้ ปัสสาวะออกดี สี

เหลืองใส มีอาการหนาวสั่น เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น เพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด หลังจากนั้น 1 ชั่วโมง จึงส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยนรีเวช และพิเศษหญิงรวมใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 5 ชั่วโมง 40 นาที ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในระยะหลังผ่าตัด มีดังนี้

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. อาจเกิดภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ	พยาบาลหึ่งผ่าตัดร่วมประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย หลังวิสัญญีพยาบาลปลุกผู้ป่วยตื่นและทำการนำท่อช่วยหายใจออก จัดท่านอนหงายราบเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยเตรียม Suction เพื่อดูดเสมหะในลำคอ ติดตามค่า O ₂ sat ≥ 95% อัตราการหายใจ และลักษณะการหายใจ สังเกตภาวะ cyanosis ประเมินผล พบว่าหลังผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวสามารถให้หนูนอนได้ พบผู้ป่วยไม่มีภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ หายใจได้ปกติหลังวิสัญญีพยาบาลช่วยดูดเสมหะในลำคอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O ₂ sat=100%
2. อาจเกิดการเสียเลือดหลังผ่าตัด	พยาบาลหึ่งผ่าตัด สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดบวมตึงหรือมีเลือดซึมมาก ร่วมกับผู้ป่วยปวดแผลมาก และหน้าท้องบวมตึง ดันกระสับกระส่าย ปัสสาวะเปลี่ยนสีเป็นสีแดง ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออก มีเลือดสดออกทางช่องคลอด สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตลดลง ร่วมกับอัตราการเต้นของชีพจรเบาและเร็ว ให้รีบรายงานศัลยแพทย์เพื่อประเมินอาการผิดปกติซ้ำ ประเมินผล หลังเสร็จผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยหน้าท้องปกติ ไม่บวมตึง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปัสสาวะออกปกติ สีเหลืองใส ไม่มีอาการแสดงถึงการเสียเลือดหลังผ่าตัด
3. อาจเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	พยาบาลหึ่งผ่าตัดให้ความอบอุ่นร่างกายของผู้ป่วย โดยห่มผ้าให้ผู้ป่วยเปิดเผยร่างกายเฉพาะบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดภายในร่างกายดีขึ้น ช่วยการผ่าตัดให้รวดเร็วขึ้น โดยพยาบาลส่งเครื่องมือส่ง

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการผ่าตัด ช่วยลดเวลาการผ่าตัด ในการล้างช่องท้องในระยะผ่าตัด เตรียม 0.9% NSS อุ่น ให้แพทย์ล้างช่องท้อง พยาบาลช่วยรอบนอกให้การช่วยเหลือสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้เพิ่มเติมเมื่อทีมผ่าตัดต้องการได้อย่างรวดเร็วเพื่อลดระยะเวลาผ่าตัด เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ หนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าซีด หลังการผ่าตัดดูแลทำความสะอาดคราบเลือด คราบน้ำยาบนตัวผู้ป่วย และเช็ดให้แห้ง สวมเสื้อผ้า ห่มผ้าอุ่นให้ผู้ป่วย ประเมินผล หลังเสร็จผ่าตัดพบผู้ป่วยมีอาการอาการหนาวสั่นเล็กน้อย ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด ไม่มีอาการตัวเย็น
4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้าย	ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ หลังจากฟื้นจากการดมยาสลบ ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ พยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีพยาบาลดูแลผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด ไปห้องพักฟื้นอย่างระมัดระวัง โดยใช้แผ่นสไลด์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนการเคลื่อนย้ายดูแลสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ ไม่ให้หัก พับ งอ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเปลนอนด้วยความนุ่มนวล โดยให้วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ส่งสัญญาณในการเคลื่อนย้าย ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทันทีหลังจากเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเปลนอน ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลแขนขาของผู้ป่วยไม่ให้ยื่นออกมานอกเปลนอน ประเมินผล หลังเสร็จผ่าตัดเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น พบผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกเตียง

ระยะหลังผ่าตัด (หอผู้ป่วย)

พยาบาลห้องผ่าตัดได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย นรีเวชและพิเศษหญิงรวม ในระยะ 24 ชั่วโมง 72 ชั่วโมงเพื่อติดตามดูอาการวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 15.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบ รู้เรื่อง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปรับเตียง Fowler's position และกระตุ้นให้ลูกนั่งได้บนเตียง พอช่วยเหลือตัวเองได้ เวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการหน้ามืด ไม่คลื่นไส้ อาเจียน เริ่ม step diet จิบน้ำได้ ท้องอืดเล็กน้อย On IV fluid 5% N/2 1,000 cc. v. drip 120 cc./hr. ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90 / 60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอดี หายใจ 20 ครั้งต่อนาที สอบถามผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดหน้าท้อง Pain score 7 แนะนำการจัดทำนอนศีรษะสูง และวางหมอนหนุนขา เพื่อลดอาการปวดตึงแผลผ่าตัด บริเวณหน้าท้อง แนะนำเรื่องการลุกจากเตียงโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดจากการดมยาสลบ และช่วยกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ลดอาการท้องอืด ประเมินไม่พบอาการช้ำจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทขณะผ่าตัด หรือจากการจัดทำผ่าตัดไม่เหมาะสม แนะนำการฝึกบริหาร เพื่อเพิ่มอัตราการไหลเวียนเลือด ป้องกันการเกิดลิ่มเลือด จาก

การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเป็นเวลานาน ประเมินสภาพทั่วไปบริเวณผิวหนัง บริเวณต้นขาข้างขวาที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าไว้ ในระยะผ่าตัดไม่พบรอยไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ไม่มีรอยช้ำของเนื้อเยื่อ เนื่องจากการจัดทำผ่าตัดไม่เหมาะสมวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 14.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลูกช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น ครบเปิดแผลผ่าตัด พบแผลแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย Pain score 5 รับประทานอาหารธรรมดาได้ ท้องอืดเล็กน้อย Off IV fluid แล้ว ยังคาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100 / 63 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายจากการใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้หลังผ่าตัดประมาณ 7 วัน เนื่องจาก เพื่อบันทึกอัตราการเข้า-ออก ของน้ำในร่างกายและเพื่อประเมินการบาดเจ็บต่ออวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และเส้นประสาท ที่เกี่ยวข้องกับทางเดินปัสสาวะในระยะผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดที่ทำ มีการรบกวนอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้อาจเกิดการทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อครบเวลา แพทย์จะให้น้ำสายสวนปัสสาวะออกและประเมินเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะซ้ำโดยหลังนำสาย

สวนอกรอให้ผู้ป่วยปวดปัสสาวะเต็มที่ ครั้งที่1และให้ผู้ป่วยปัสสาวะเอง และจดบันทึกปริมาณของน้ำปัสสาวะ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยปวดปัสสาวะเต็มที่ ครั้งที่2 ให้ปัสสาวะเอง และจดบันทึกปริมาณของน้ำปัสสาวะอีกครั้ง หลังจากนั้นจะให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสวนปัสสาวะทิ้ง เพื่อประเมินปริมาณของปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ต้องไม่เกิน 100 ml. เป็นการตรวจดูความจุของกระเพาะปัสสาวะและการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะว่ากลับมาปกติหลังการผ่าตัด หากพบปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะน้อยกว่า 100 ml. สามารถนำสายสวนปัสสาวะออกได้เลย แต่ถ้าพบปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะเกิน 100 ml. ต้องใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ใหม่ เพื่อรอให้การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะฟื้นตัว โดยส่วนใหญ่จะหายได้เอง แพทย์วางแผนให้ Off Foley's cath วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ถ้า Off Foley's cath ได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน เกี่ยวกับ แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสภาพโดยเร็ว สามารถออกกำลังกายได้โดยการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดโอกาสเกิดผิ้งพิดในช่องท้อง งดการออกกำลังกายที่ต้องเกร็งหน้าท้อง เช่น Sit up ภายใน 6 เดือนแรก งดยกของหนัก 6-8 สัปดาห์ งดอาบน้ำหรือแช่น้ำในแม่น้ำ ลำคลอง น้ำตกหรือน้ำขัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลในช่องคลอด ระมัดระวังอย่าให้ท้องผูก เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนแผลในช่องคลอด จากการเบ่งถ่าย อูจจาระได้ การดูแลบาดแผลไม่ให้แผลถูกน้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ ปวดแผลมาก แผลอักเสบ บวมแดง มีไข้ อาการผิดปกติทางช่องคลอด ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอด น้ำในช่องคลอดมีกลิ่นเหม็นปวดท้องน้อยมาก ปัสสาวะหรืออูจจาจะเป็นเลือด งดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ผู้ป่วย หลังผ่าตัดนำมดลูกออกจะไม่มีประจำเดือนอีก และไม่สามารถมีบุตรได้ แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษา รับฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ การพยากรณ์

โรค และการวางแผนการรักษาต่อเนื่อง ในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แผลผ่าตัดแห้งดี รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด Off Foley's cath ได้ Residual urine 20 cc. อูจจาระปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยรายนี้รักษาตัวในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 9 วัน แพทย์นัดมาตรวจติดตามการรักษา และฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในวันที่ 5 มีนาคม 2567 พบผู้ป่วยสดชื่น แผลผ่าตัดแห้งดี ขับถ่าย อูจจาระและปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลังผิดปกติทางช่องคลอด แผลในช่องคลอดปกติ ผลชิ้นเนื้อ จากการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน พบ Low risk คือ ไม่พบการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่บริเวณเนื้อเยื่อข้างมดลูก ช่องคลอด และต่อมน้ำเหลือง แต่ชนิดของเซลล์มะเร็งเป็น Poorly differentiated แพทย์นัดติดตามการรักษาต่อโดย ปีแรกนัดตรวจภายใน ทำ Pap smear ทุก 3 เดือน ปีที่ 2 นัด ทุก 4 เดือน และ ปีที่ 3 - ปีที่ 5 นัดทุก 6 เดือน ปีที่ 6 เป็นต้นไปนัดปีละ 1 ครั้ง ในวันที่ 28 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบแผลผ่าตัดหน้าท้องหายสนิทขับถ่ายอูจจาระและปัสสาวะได้ปกติ หลังผ่าตัดครบ 3 เดือน ในวันที่ 26 มิถุนายน 2567 ผู้ป่วย ให้ประวัติว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์ แพทย์ตรวจภายในพบก้อนบริเวณช่องคลอด ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ส่งนัดทำ CT scan ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ พบ Local recurrent of CA.cervix ผล CT scan พบก้อนบริเวณช่องคลอด และพบ Ovarian vessel thrombosis ส่งปรึกษาแพทย์แผนกอายุรกรรมเรื่องให้ยาต้านการแข็งตัวของหลอดเลือด และให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อเลือดทางช่องคลอดหยุด ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการได้รับการฉายแสงบริเวณอุ้งเชิงกราน และการใส่แร่ แพทย์นัดตรวจซ้ำ หลังได้รับการรักษาจาก โรงพยาบาลมะเร็งครบตามขั้นตอน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีอายุน้อย ไม่เคยมีความรู้ ความเข้าใจ และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่ มาก่อน จึงส่งผลให้มีความวิตกกังวล และความเครียดสูง เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รู้สึกไม่มั่นใจว่าการผ่าตัดจะสามารถทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ห่วงครอบครัว ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้เวลาและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียด ให้คำแนะนำ อธิบาย อย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ว่าการผ่าตัดสามารถช่วยให้หายได้ อธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัด ข้อดี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัด แผนการรักษาของแพทย์ สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ทำให้ส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง และสามารถนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง² และช่วยให้ญาติที่มาดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในด้านการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างรวดเร็ว แนะนำเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ฟังผลชิ้นเนื้อ และรับทราบแนวทางการรักษาต่อไป³

การทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS เป็นการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อน การผ่าตัดชนิดนี้ใช้รักษามะเร็งปากมดลูกในระยะ IB2 และ IIA บางรายใช้เวลาในการผ่าตัดนาน มีขั้นตอนการผ่าตัดเป็นจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดค่อนข้างสูง ได้แก่ การ

เสียเลือดมากขณะผ่าตัด การบาดเจ็บต่ออวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน สถิติผ่าตัดในแต่ละปีมีผู้ป่วย จำนวนไม่มากที่จะได้รับการผ่าตัดชนิดนี้ เนื่องจากมีระยะของโรคเป็นตัวกำหนด ดังนั้นในด้านการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ อยู่เสมอ เกี่ยวกับ กายวิภาคศาสตร์ของมดลูก อวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกราน รวมถึงหลอดเลือด แขนงของหลอดเลือดต่างๆ เส้นประสาทสำคัญ ท่อไต ที่อยู่ใน Retroperitoneum มีความแม่นยำในขั้นตอนการผ่าตัด การจัดเตรียมเครื่องมือที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ป่วยควรมีการเตรียมให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยญาติดีโอเรื่องที่เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย
2. ควรนำสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น
3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากกลับไปบ้านผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการ และการมาตรวจตามนัดเพื่อให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องยิ่งขึ้น ลดความวิตกกังวล และเกิดความพึงพอใจมากขึ้น
4. ควรเพิ่มพูนความรู้พยาบาลห้องผ่าตัด โดยอบรมเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก แนวทางการรักษา การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ศึกษาดูงานนอกสถานที่ อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยวัฒน์ เลาวหุทานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒน์และวีรภูมิ อิ่มสำราญ. (2561). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. บริษัทโฆสิตการพิมพ์จำกัด.
2. ไพรสุตา บัวลอย :บรรณาธิการ และคณะ. (2566). การพยาบาลผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรมและห้องผ่าตัดทันยุค 5. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2023). ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก. [บทความออนไลน์]. www.rtcog.or.th.
4. American Cancer Society. (2020). Treatments and side effects. (Online 2024 May 21). Available from: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects.html>.