การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ: กรณีศึกษา 2 ราย

NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING THYROID CARCINOMA SURGERY: 2 CASE STUDY

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

ปิมประภา แพงศรี[1]
Pimprapa Paengsee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ โดยเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งไทรอยด์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน กันยายน 2567 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลติดเชื้อ สายเสียงไม่ทำงาน ทำให้มีเสียงแหบ สำลัก หากตัดถูกต่อม Parathyroid ก็จะมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ หรือมีเลือดออกใต้ผิวหนัง คอบวม ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการอุดกั้นระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจหอบ เหนื่อย เสียงหายใจผิดปกติ (Stridor) ซึ่งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จะทำให้สามารถแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะเกิดได้ ดังนั้น บทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ประสบการณ์ ประเมิน และคาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด ภาวะแคลเซียมต่ำ

Abstract

This study is a case study. have a purpose to study nursing care for patients undergoing thyroid cancer surgery. They selected patients undergoing treatment for thyroid cancer in the intensive care unit. Lopburi Cancer Hospital between October 2023 and September 2024, 2 cases.

The results of the study found that patients who had undergone total thyroid cancer surgery (Total Thyroidectomy) in which the insertion possible problems that may occur after surgery include wound infection and vocal cord failure. It makes a sound that is almost choking. If the Parathyroid gland is cut, there will be a calcium deficiency low in blood or bleeding under the skin and swollen throat, which may cause obstruction of the respiratory system as a result, the patient is breathless, tired, and has abnormal breathing sounds (Stridor). The symptoms are closely monitored for postoperative complications. will make it possible to solve emergencies quickly reduces the occurrence of serious complications that may occur. Therefore, the important role of nurses caring for patients after surgery must be knowledgeable. Have understanding, skills, experience, comprehensively assess and predict risks that may occur. To keep patients safe, receive effective care

Keywords: Nursing care for thyroid cancer patients who have undergone surgery, hypocalcemia

บทนำ

ต่อมไทรอยด์ เป็นต่อมไร้ท่อที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย อยู่ที่ส่วนหน้าใต้ลูกกระเดือกลงมา มีรูปร่างเหมือนเกือกม้า เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนเพื่อควบคุมการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย อุณหภูมิของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระดับไขมันในเลือดรวมทั้งอารมณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ ด้วย ดังนั้นหากมีความผิดปกติกับต่อมไทรอยด์

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ย่อมส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติได้' ซึ่งอวัยวะที่ถูกกระตุ้นมากที่สุดคือหัวใจและประสาท ส่งผลต่อร่างกายทำให้เกิดอาการใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ตาโปน ขี้ร้อนเหงื่อออกมาก

มะเร็งต่อมไทรอยด์ เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่เจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วในต่อมไทรอยด์ เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของต่อมไร้ท่อ และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งขึ้นได้ ผิวหนังบริเวณกึ่งกลางลำคออาจพบก้อนเดียวหรือหลายก้อน จากรายงานในต่างประเทศพบมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้ถึง 1.5% ของมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ.2562 ถึง 2564 มีรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้น 6.9 คนต่อประชากร 1 แสนรายในผู้หญิง และ 1.6 คนต่อประชากร 1 แสนรายในผู้ชาย [1]

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด เป็นการรักษาหลักของการรักษามะเร็งชนิดนี้ ซึ่งบางรายได้รับการผ่าตัดออกทั้งหมดในครั้งเดียว (Total thyroidectomy) หรือได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อเอาต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือออก (Completion thyroidectomy) หากพบว่าผลตรวจทางพยาธิ เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ การรักษาโดยการผ่าตัดมีความปลอดภัยค่อนข้างสูง แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดไทรอยด์ออกหมด มีภาวะแทรกซ้อนจำเพาะคือ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ต่ำเฉียบพลัน (Acute hypoparathyroidism) จากการขาดเลือดมาเลี้ยงต่อมพาราไทรอยด์ หรือต่อมพาราไทรอยด์ถูกเอาออกระหว่างการผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแคลเซียมต่ำ (hypocalcemia) และการบาดเจ็บของเส้นประสาท (recurrent laryngeal nerve) ทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต[2]

การเกิดภาวะแคลเซียมต่ำ ผู้ป่วยจะเริ่มจากมีอาการชารอบปาก ปลายมือปลายเท้า ถ้าระดับแคลเซียมในเลือดยังลดต่ำลง จะทำให้ผู้ป่วยเป็นตะคริว มีภาวะหลอดลมหดเกร็ง ชัก มีความผิดปกติทางจิต หรืออาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอาจทำให้เสียชีวิตได้ จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียรายได้ มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และมีภาวะวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การแก้ปัญหาในภาวะฉุกเฉินที่ทันท่วงที เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เกิดจากภาวะแคลเซียมต่ำ การให้การพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิต ลดจำนวนวันนอน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ มักตรวจพบโดยบังเอิญจากผู้ป่วย หรือแพทย์ หรือพบจากการตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อดูพยาธิสภาพของอวัยวะอื่นหรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการซักประวัติและการตรวจทางกายเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของก้อน โดยต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับประวัติและตรวจร่างกายที่บ่งชี้ถึงมะเร็งต่อมไทรอยด์[3] ประวัติเพิ่มเติม ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่คลำพบก้อน อัตราการโตของก้อน อาการของภาวะไทรอยด์เป็นพิษหรือภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ประวัติอาการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น อาการเสียงแหบ กลืนลำบาก ประวัติมะเร็งในครอบครัว ประวัติการฉายแสงบริเวณศีรษะและลำคอ ประวัติยาที่อาจมีผลต่อการทำงานของไทรอยด์ เช่น amiodarone, lithium และ iodine เป็นต้น การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจขนาดของก้อน จำนวนก้อนที่คลำได้ ตำแหน่ง ลักษณะพื้นผิวขอบเขตยึดติดกับอวัยวะข้างเคียง ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ตรวจหาอาการแสดงของการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง ตรวจหาอาการแสดงของภาวะไทรอยด์เป็นพิษหรือภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์

การผ่าตัดต่อมไทรอยด์

1. Lobectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่มีรอยโรค ต้องตัด isthmus และ pyramidal lobe ออกด้วยเสมอ

2. Subtotal thyroidectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ออกสองข้างโดยเหลือเนื้อต่อมไว้ข้างละเกิน 1 กรัม ในอดีตนิยมทำ
ในผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง แต่ปัจจุบันไม่แนะนำให้ทำแล้ว เนื่องจากมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคที่สูงและอาจพบมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้ถึงร้อยละ 15 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

3. Near total thyroidectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ออกสองข้างโดยเหลือเนื้อต่อมไว้ไม่เกินข้างละ1 กรัม ใช้ในโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง และต่อมไทรอยด์บริเวณ cricothyroid junction ใกล้กับ recurrent laryngeal nerve มาก หากทำ total thyroidectomy อาจเกิดการบาดเจ็บได้

4. Total thyroidectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ที่ตามองเห็นออกทั้งหมด ใช้กับโรคมะเร็งของต่อมไทรอยด์

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์

1. เลือดออกหลังผ่าตัด (Bleeding) มักเกิดใน 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เลือดอาจคั่งอยู่ภายใต้แผลผ่าตัด จะเห็นคอบวมหรือไม่ก็ตาม ก้อนเลือดจะกดหลอดลม และกล่องเสียงจนหายใจไม่ออก ต้องรีบผ่าตัดเปิดแผลห้ามเลือด ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการปวดตึงแผล หายใจขัด ถ้าไม่รีบรักษาจะมีอาการรุนแรงขึ้นกระสับกระส่ายมาจากภาวะพร่องออกซิเจน

2. ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) เกิดจากการผ่าตัด total หรือ subtotal thyroidectomy ทำให้ต่อมพาราไทรอยด์ถูกตัดขาดออกหมด หรือขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ทำให้เกิดอาการชาตามริมฝีปาก ชาปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง ถ้าระดับแคลเซียมในเลือดต่ำมาก จะทำให้มือจีบเกร็ง (tetany) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำกว่า 8 mg/dl มีโอกาสเกิดภาวะชัก[4,5,6]

3. การสื่อสารด้วยคำพูดบกพร่อง (Impaired verbal communication) เกิดจาก recurrent laryngeal nerve ซึ่งควบคุมการทำงานของสายเสียงได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดอาการเสียงแหบ (hoarseness) ถ้ามีการบาดเจ็บของเส้นประสาททั้งสองข้าง จะเกิดอัมพาตของ vocal cord ทั้งสองข้างทำให้หายใจลำบาก สำลักง่าย และเกิดปอดอักเสบง่าย ผู้ป่วยอาจต้องใส่ endotracheal tube หรือทำ tracheostomy tube

4. ภาวะไทรอยด์เป็นพิษวิกฤต (thyroid crisis หรือ thyroid storm) พบไม่บ่อยแต่มีอันตรายมาก ส่วนมากพบในผู้ป่วยที่ยังไม่อยู่ในภาวะ euthyroid ก่อนการผ่าตัด มีการอักเสบ ติดเชื้อของต่อม ผู้ป่วยมีไข้ขึ้นสูงเกิน 39 องศาเซลเซียส เพ้อ เอะอะ โวยวาย ท้องเสีย อาเจียน ถ้าเป็นมากผู้ป่วยอาจหมดสติหรือช็อก

5. หลอดลมอักเสบ (tracheitis) จากการถูกจับต้องขณะผ่าตัด ทำให้แสบคอ ไอ เสียงแหบ

6. การติดเชื้อ (infection) จากภาวะการอักเสบติดเชื้อของแผลบริเวณที่ทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ

วิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – เดือน กันยายน 2567 จำนวน 2 ราย

2. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ ปรึกษากับพยาบาลที่

มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การประเมินสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะการเตรียมก่อนการผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาและประเด็นการวิเคราะห์

ประเด็นที่วิเคราะห์	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	หญิงไทย อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศหญิง อายุ 55 ปี และ 64 ปี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง อาการสำคัญของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ คลำได้ก้อนที่คอ ก้อนค่อย ๆ โตขึ้น ไม่มีอาการปวด หรือกลืนลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์จะพบได้มากในผู้ที่มีอายุ 20-40 ปี และ 50-70 ปี จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นสัดส่วน 3:1 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกัน แตกต่างตรงที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการปวดร่วมด้วย กรณีศึกษารายที่ 1 จากการตรวจชิ้นเนื้อหลังทำการผ่าตัดต่อมไทยรอยด์ด้านซ้ายร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองออก พบว่าเป็น Papillary thyroid CA left 1.5cm, 0.2cm Left, isthmus 0.2 cm, isthmus 0.45cm LN II-V 6/32 ,LN VI 8/8 กรณีศึกษารายที่ 2 จากการตรวจชิ้นเนื้อหลังทำการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออก พบว่าเป็น Follicular thyroid CA ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มะเร็งต่อมไทยรอยด์ชนิด Follicular Thyroid Carcinoma (FTC) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยรองจากชนิด Papillary พบได้ประมาณร้อยละ 10 ก้อนที่ต่อมไทรอยด์มีการแพร่กระจายไปที่ปอด กระดูก และตับตามกระแสเลือด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ซึ่งสัมพันธ์กับการรักษาหลักของการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์
2. ประวัติการเจ็บป่วย	1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกมีก้อนโตที่คอ ไม่ปวด ไม่เจ็บ เวลากลืน กินอาหารได้ปกติ แต่เริ่มมีอาการใจสั่น มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ทำ FNA 30/10/66: Suggestive of metastatic papillary thyroid CA, ทำ CT Neck 07/11/66: Enlaged Lt. Thyroid lobe with few calcified nodules at upper pole of Rt. Thyroid lobe up to 1.7cm., thyroid CA. Suspected multiple calcified met nodes at Lt. cervical, 1.4*4.2.6cm., Lung met F/U CT chest with contrast 20/11/66: multiple small pulmonary nodules at both lungs., Lung met cannot be.	1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแขน แขนหัก เข้าตรวจที่ รพ.พระพุทธบาท ส่งตรวจ MRI spine (3/12/66): Multiple vertebral metastasis at T6, T8, T10, T11 and T12 with mild pathologic vertebral compression fracture of T11, partially seen of small enhancing nodules of right ribs, it is likely rib metastasis - Multiple small pulmonary nodules at left lung. It is likely pulmonary metastasis - Suspected enhancing marrow lesion at L2 and L3. It is likely vertebral metastasis Refer รพ.ราชวิถี S/P Bone tumor, left distal shaft humerus, biopsy (18/01/67): Involved by metastatic follicular thyroid carcinoma รพ.ราชวิถี Plan RT แต่เนื่องจากคิวรอนาน และสะดวก รพ.ใกล้บ้าน จึงขอ refer กลับมาเพื่อรับรังสีรักษาที่ รพ.มะเร็งลพลบุรี CT Neck 20/2/67: No significant change in size of an ill-defined hypodense lesion	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาและประเด็นการวิเคราะห์

ประเด็นที่วิเคราะห์	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
		at right lobe thyroid gland, 2.1x1.1x2.0 cm. - Multiple subcentimeter nodes in bilateral cervical level Ib, IIa, IIb, IV and V; predominant on right side. - An osteolytic lesion with associated enhancing soft tissue at ramus of right mandible and right side clivus, compatible with metastases.	
3. อาการและอาการแสดง	มีก้อนที่คอซ้าย 1 เดือน ไม่ปวด รู้สึกก้อนโตขึ้น เริ่มมีใจสั่น	5 เดือนก่อนมารพ. ก้อนที่คอโตขึ้น ปวดพอทนได้	
4. การวินิจฉัย	Papillary Thyroid Carcinoma (PTC)	Follicular Thyroid Carcinoma (FTC)	กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชนิด Papillary Thyroid Carcinoma ซึ่งพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า พบได้ประมาณร้อยละ 85-95 ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ทั้งหมด ต่อมไทรอยด์ เป็นก้อนแข็ง ต่อมน้ำเหลืองที่ข้างคอโต อาจกระจายมาที่ปอด กระดูก ตับได้ กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นชนิด Follicular Thyroid Carcinoma เป็นชนิดที่พบได้บ่อยรองจากชนิด Papillary พบได้ประมาณร้อยละ 10 พบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ มีการแพร่กระจายไปที่ปอด กระดูก ตับ และกระแสเลือด
5. การรักษา	ผ่าตัดไทยรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง	ผ่าตัดไทยรอยด์ออกทั้งหมด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดไทยรอยด์ออกทั้งหมด แตกต่างตรงที่กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงร่วมด้วย ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**	**การพยาบาล**	**การวิเคราะห์**
ระยะก่อนผ่าตัด	วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด	วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด	1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจของผู้ป่วย 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัว และพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความกลัวความเจ็บปวดและไม่สุขสบายหลังผ่าตัด กลัวสิ่งแวดล้อมในห้อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
	และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เป้าหมาย วิตกกังวลลดลง	และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เป้าหมาย วิตกกังวลลดลง	3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะแก้ไขภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด อธิบายถึงกระบวนการเข้าห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ในการผ่าตัด 4. อธิบายวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดว่าผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมด้านร่างกาย ดังนี้ 4.1 การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4.2 อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกเจ็บ 4.3 อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด และบอกถึงสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการมีแผลผ่าตัดที่คอยาวประมาณ 5-6 เซนติเมตร และจะมีท่อยางเล็ก ๆ จากแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือด และสารคัดหลั่งจากแผล 4.4 สอนวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric scale เพื่อการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน	ผ่าตัด โดยเฉพาะรายที่ 2 เนื่องจากตนเองอายุมาก มีโรคประจำตัว คือโรคหัวใจ และไม่เคยผ่าตัดมาก่อน หลังจากที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับห้องผ่าตัด วิธีการผ่าตัด เครื่องมือในห้องผ่าตัด อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวออกมาการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด ร่วมกับการได้รับการเยี่ยมจากวิสัญญีพยาบาลทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ในห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ความกังวลของผู้ป่วยลดลงได้
ระยะหลังผ่าตัด	อาจเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อในขณะผ่าตัด เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ	อาจเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อในขณะผ่าตัด เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ	1. สังเกตและประเมินการหายใจ 2. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในลักษณะนอนหงายราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อรู้สึกตัวดีให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ 4. สังเกตสีผิว ริมฝีปาก เล็บ ปลายมือ ปลายเท้าและอาการกระสับกระส่าย ดูระดับความรู้สึกตัว ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจไม่ดี เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม รายงานวิสัญญีแพทย์ 5. สังเกตและประเมิน Discharge หรือ Bleeding จากบริเวณแผลผ่าตัด 6. ดูแลให้ออกซิเจน nasal cannula 3 ลิตร/นาที 7. เมื่อผู้ป่วยตื่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึก และไอแรง ๆ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการของการอุดกั้นทางเดินหายใจ แต่ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด บริเวณใบหน้าดูบวมเล็กน้อย ทำให้มีอาการไม่สุขสบายบริเวณลำคอ เนื่องจากการผ้าพันแผลที่คอค่อนข้างแน่นเพื่อป้องกันเลือดออก หลังจากอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการพันแผลผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับได้ และหลังผ่าตัดวัน 3ใบหน้าเริ่มยุบบวม ทำให้ผ้าพันแผลหลวมขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จึงมีความสุขสบายขึ้น
	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เป้าหมาย	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เป้าหมาย	1. ซักถามและสังเกตอาการปวด ประเมินระดับความรุนแรงความเจ็บปวดของแผลผ่าตัดโดยใช้ Numeric scale 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg iv q 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 2 วัน หลังจากนั้นวันที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
	ผู้ป่วยสามารถพักหลับได้ Pain score ≤ 3 คะแนน	ผู้ป่วยสามารถพักหลับได้ Pain score ≤ 3 คะแนน	3. ให้นอนศีรษะสูง ใช้หมอนรองบริเวณคอ ใช้มือรองรับบริเวณท้ายทอยระหว่างการเปลี่ยนท่าขยับพลิกตะแคงตัว และประคองบริเวณศีรษะขณะลุกนั่ง เพื่อบรรเทาอาการตึงแผล และป้องกันแผลแยก 4. แนะนำให้หายใจแบบลึกยาว เพื่อผ่อนคลาย และบรรเทาอาการปวด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน 7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg iv prn จำนวน 3 ครั้ง เนื่องจากมีความปวดอยู่ในระดับมาก pain Score =5 คะแนน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการปวดเพียงเล็กน้อย pain score = 3 คะแนน ได้รับ Paracetamol 1 tab prn เพียงวันละ 1-2 ครั้ง ทั้งนี้ระดับความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับอายุที่แตกต่างกัน ประสบการณ์ในอดีต อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น
	เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด <u>เป้าหมาย</u> ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด <u>เป้าหมาย</u> ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	1. สังเกตและประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลอักเสบ บวมแดง มี discharge ออกจากแผลผ่าตัด 2. ดูแล vacuum drain ให้เป็นสูญญากาศ และทำงานได้ปกติ 3. ดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล 4. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic technique ในการดูแลแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
	ภาะแคลเซียมในเลือดต่ำจากการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์บกพร่อง <u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแคลเซียมต่ำ	ภาะแคลเซียมในเลือดต่ำจากการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์บกพร่อง <u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแคลเซียมต่ำ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการชาตามใบหน้า ชาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก มีตะคริว หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที 2. Monitor EKG เพื่อ ติดตามภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง 4. ดูแลให้ได้รับยา CaCO3 (1250) และ Alfacalcidiol (0.25) ตามแผนการรักษา 5. ติดตามระดับแคลเซียมอย่างต่อเนื่อง	กรณีศึกษารายที่ 1 มีระดับแคลเซียมต่ำ 7.1-7.9 ในระยะ 4 วันแรกหลังผ่าตัด หลังจากค่อย ๆ ปรับยา $CaCO_3$, Alfacalcidiol และEltroxin มาเรื่อย ๆ ในวันที่ 5 ระดับแคลเซียมจึงกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 มีระดับแคลเซียมต่ำ 6.5-7.0 ในระยะ 7 วันแรกหลังผ่าตัด หลังจากค่อย ๆ ปรับยา CaCO3, Alfacalcidiol และ Eltroxin มาเรื่อย ๆ ในวันที่ 9 ระดับแคลเซียมจึงกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายขณะที่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
				มีภาวะแคลเซียมต่ำผู้ป่วยไม่มีอาการมือจีบกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกใด ๆ
ระยะจำหน่าย	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน	1. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยา CaCO3, Alfacalcidiol และ Eltroxin ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยปรับยาเอง 2. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีไอโอดีน เช่น อาหารทะเล และหลีกเลี่ยงอาหารพวกกะหล่ำปลี ถั่วเหลือง แครอท เพราะมีสารไปยับยั้งไอโอดีนไม่ให้เข้าไปในต่อมไทรอยด์ 3. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น แผลอักเสบ บวมแดง มีหนอง มีไข้ อาการไทรอยด์พร่อง หรือไทรอยด์เกิน กลืนลำบาก เสียงแหบมากขึ้น การกระตุกของกล้ามเนื้อ 4. แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัด 5. ภายหลังตัดไหมผู้ป่วยสามารถแหงน ก้ม หันคอได้ตามปกติ ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้	ผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีความพร้อมในการรับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อีกทั้งผู้ป่วยมีโอกาสซักถามข้อสงสัยจากทีมแพทย์พยาบาล ได้ตลอดเวลา และเมื่อมีอาการผิดปกติได้รับการช่วยเหลือจากทีมได้ทันท่วงที

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออก และมีภาวะแคลเซียมต่ำ โดยมะเร็งต่อมไทรอยด์เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่เจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วในต่อมไทรอยด์ และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งขึ้นใต้ผิวหนังบริเวณกึ่งกลางลำคอ อาจพบก้อนเดียวหรือหลายก้อน การเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์ มีปัจจัยส่งเสริมจากหลายสาเหตุ การรักษาหลักคือการผ่าตัด และมีการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น ๆ หลังได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออก มีภาวะแทรกซ้อนจำเพาะที่เกิดขึ้นคือภาวะแคลเซียมต่ำในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อเพิ่มระดับแคลเซียม และติดตามระดับแคลเซียมต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดรุนแรงขึ้น[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จนกระทั่งกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดระยะเวลาวันนอน ลดค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจ

เอกสารอ้างอิง

1. วรรสนี คำหาญ. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ: กรณีศึกษา Nursing care for patients with thyroid carcinoma receiving total thyroidectomy with modified dissection at neck:
a case study. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3),648-657.

2. ทิพา ต่อสกุลแก้ว และ พรสินี เต็งพาณิชกุล. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไทรอยด์. ใน อุษาวดี อัศดรวิเศษ (บ.ก.), สาระหลักทางการพยาบาล ศัลยศาสตร์ 2 ฉบับปรับปรุง.(น. 1-9). ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็นพีเพลส.

3. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE. Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff AG, Sherman SI, Sosa JA, Stewars DL, Tuttle M, Wartofsky L. 2015 American thyroid association Management guidelines for adult patients with thyroid nudules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid cancer. Thyroid 2016; 26(1): 1-133.

4. วรเวทย์ โรจน์จรัสไพศาล. (2562). การทำนายภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดไทรอยด์ โดยใช้แนวโน้มของระดับแคลเซียมในเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 32(2):69-78

5. Ahmad A, Khan HM, Chaudhry N, et al. (2016). Post thyroidectomy hypocalcemia-an audit of 100 cases. Annals of KEMC; 12(2): 285-7.

6. Wu J, Harrison B. (2010). Hypocalcemia after Thyroidectomy: The need for improved Definition. World J Endocr Surg; 2(1):17-20.