

การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Patients with Pelvic organ prolapsed Receiving Anesthesia for Vaginal Hysterectomy: Two Case Studies.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

สายสวาท สุทธิรักษา¹
SaisawatSuttiruksa¹

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการระงับความรู้สึกต่างชนิดระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด จำนวน 2 ราย โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ ในปี พ.ศ. 2568 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การสังเกต และติดตามอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งประยุกต์แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า รายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น POP stage 3 และได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ส่วนรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น POP stage 4 และได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ (Regional anesthesia) ชนิดฉีดยาสชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block) ทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ อายุที่มากและภาวะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรง แต่แตกต่างกันในด้านดัชนีมวลกายและประสบการณ์การผ่าตัด การพยาบาลในระยะก่อน ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึกเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกแตกต่างกันคือ ขณะระงับความรู้สึกรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ รายที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังระงับความรู้สึก รายที่ 1 ปวดแผลหลังผ่าตัดระดับ 5/10 จำเป็นต้องให้ยา Morphine 2 mg IV รายที่ 2 ปวด 1-2/10 ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกที่เหมือนกันคือ ทั้ง 2 รายฟื้นตัวได้เร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาลก่อน-ระหว่างหลังระงับความรู้สึกการระงับความรู้สึกมดลูกหย่อน

Abstract

Pelvic Organ Prolapse (POP) is a condition in which the uterus descends abnormally through the vaginal canal, adversely affecting patients' quality of life and daily functioning. In severe cases, vaginal hysterectomy is commonly performed and requires appropriate nursing care, particularly during the period of anesthesia. This case study aimed to compare nursing care processes in two patients with uterine prolapse undergoing vaginal hysterectomy under different types of anesthesia. The cases were purposively selected from patients treated at Ban Phai Hospital in 2025. Data were collected through medical records, interviews, observation, and follow-up assessments using Gordon's Functional Health Patterns as a framework for nursing care planning.

The findings showed that Case 1 was diagnosed with POP stage 3 and received general anesthesia, while Case 2 was diagnosed with POP stage 4 and received spinal Block Both patients shared common risk factors, including advanced age and pelvic floor muscle weakness, but differed in body mass index and surgical experience. Nursing care in the pre-, intra-, and post-anesthesia phases was delivered according to professional standards. The responses to anesthesia differed between the two cases. During anesthesia, Case 1 experienced a complication of hypotension, while Case 2 had no complications. Post-anesthesia, Case 1 reported a pain score of 5/10 and required 2 mg of intravenous morphine. In contrast, Case 2 reported only mild pain (1-2/10) and did not require opioid analgesics.

Keywords: pre-, intra-, and post-anesthesia nursing care, anesthesia, pelvic organ prolapse

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่

บทนำ

มดลูกหย่อน (Pelvic organ prolapsed) คือ การยื่นย้อยของมดลูกเข้าไปในช่องคลอด ภาวะดังกล่าวพบได้มากขึ้นในหญิงสูงอายุ ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงสุดในหญิงอายุ 60-69 ปี อุตุนิยมวิทยาและความชุกของมดลูกหย่อน มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มประชากร โดยพบความชุกเพียง 3-6% หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากอาการ แต่ความชุกจะเพิ่มสูงมากขึ้นถึง 50% เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย¹ เมื่อทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยในประเทศต่างๆ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้เก็บข้อมูลทางสถิติตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005-2010 พบผู้ป่วยหญิงที่มีอาการผิดปกติของอุ้งเชิงกราน 25% ในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาความชุกของภาวะมดลูกหย่อนในผู้หญิงวัยทองไทยพบว่า มีความชุกสูงถึงประมาณ 40-45% และพบมากในผู้หญิงสูงอายุทั้งหมดประจำเดือนไปแล้ว^{3,4} แนวทางการรักษาแบ่งเป็นแบบไม่ผ่าตัด เช่น การใส่อุปกรณ์พยุงมดลูก (pessary) การฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Kegel exercise) และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ หากวิธีเหล่านี้ไม่ได้ผล โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะหย่อนขั้นรุนแรง การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) ถือเป็นวิธีที่ได้รับความนิยม เนื่องจากช่วยลดขนาดแผล พ้นตัวเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหน้าท้อง ทั้งนี้มีรายงานว่า ผู้หญิงประมาณร้อยละ 11.1 มีโอกาสต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะ pelvic organ prolapse อย่างน้อยหนึ่งครั้งตลอดช่วงชีวิตจนถึงอายุ 80 ปี¹

อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดประเภทนี้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านยาระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด โดยทั่วไปจะใช้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย (General anesthesia) หรือยาระงับความรู้สึกชนิดเฉพาะที่ (Regional anesthesia) เช่น spinal block หรือ epidural block ขึ้นกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

และดุลยพินิจของทีมวิสัญญี⁶ สถิติการให้ยาระงับความรู้สึกของโรงพยาบาลบ้านไผ่ 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565-2567) พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวน 776, 1,353 และ 2,110 รายตามลำดับ ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Spinal block จำนวน 845, 812, และ 928 รายตามลำดับ จำนวนผ่าตัด V-Hysterectomy 14, 26 และ 27 รายตามลำดับ จากข้อมูลพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การให้ยาระงับความรู้สึกไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดในระหว่างการผ่าตัด แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต การหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจให้คงที่ในระหว่างการผ่าตัดด้วย ทั้งนี้ การให้ยาระงับความรู้สึกย่อมมีความเสี่ยง เช่น การตอบสนองทางอวัยวะระบบต่าง ๆ ต่อยา ความดันโลหิตต่ำ ปฏิกิริยาแพ้ยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของ hemodynamics ช้าลง ทำให้เสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ (hypotension) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบทางเดินหายใจมีความเสื่อมตามวัย ความยืดหยุ่นของปอดลดลงและปริมาตรสำรองการหายใจลดลง ทำให้เสี่ยงต่อภาวะ hypoventilation, atelectasis และภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ระบบประสาทส่วนกลางตอบสนองต่อยาระงับความรู้สึกมากกว่าวัยหนุ่มสาว ทำให้เสี่ยงต่อการฟื้นตัวช้า (delayed emergence) ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (postoperative delirium) และการกดการหายใจ⁷ ส่วนการให้ยาระงับความรู้สึก Spinal block ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological changes) หลายด้าน เช่น การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ระบบ

ประสาท และการไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง ทำให้ความสามารถในการชดเชยเมื่อเกิดความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ลดลง นอกจากนี้ยังมีความเสื่อมของกล้ามเนื้อและระบบการทรงตัวทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มและบาดเจ็บหลังการผ่าตัด เมื่อได้รับ Spinal Block จะเกิด sympathetic block ทำให้หลอดเลือดขยาย ความดันโลหิตลดลง และอาจเกิด bradycardia ได้ อีกทั้งหาก block สูงเกินไปอาจส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ เกิดภาวะหายใจตื้นหรือหายใจลำบาก (high spinal block) ได้ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิด respiratory depression, orthostatic hypotension และการทรงตัวผิดปกติ⁷ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพ การหายใจ และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินล่วงหน้าและติดตามอย่างใกล้ชิด

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งตั้งแต่ก่อน, ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึกเริ่มจากการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วางแผนการระงับความรู้สึกให้เหมาะสม ให้ยาอย่างปลอดภัย ดูแลรักษาการหายใจและการไหลเวียนเลือดระหว่างระงับความรู้สึกรวมถึงติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะหลังระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วภายใต้การดูแลที่มีมาตรฐานจากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำกรณีศึกษาในผู้ป่วยหญิง 2 รายที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกหย่อนภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมุ่งให้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบ ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะมดลูกหย่อนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ ในปีพ.ศ. 2568 โดยศึกษาการให้การพยาบาลในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เวชระเบียนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการสังเกต ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยและญาติ โดยนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยหม้าย อายุ 76 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ย 4,000-5,000 บาท/เดือน นับถือศาสนาพุทธ สติการรักษ่า บัณฑิตประจำตัว สุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลวันที่ 1 เมษายน 2568 ด้วยอาการสำคัญ มีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะขัด

เป็นมา 2 วัน มีประวัติมดลูกหย่อน 1 ปี แพทย์ให้การวินิจฉัย POPstage 3 วางแผนผ่าตัด V-hyst with A-repair under GA วันที่ 2 เมษายน 2568

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึก ประเมินสถานะสุขภาพ ผู้ป่วย ASA Class II น้ำหนัก 48 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร รูปร่างสมส่วน BMI 19.72 kg/M² ตรวจร่างกายตามระบบ Mallampati Grade II คาดว่ามีความเสี่ยงต่ำในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก แม้มีฟันหลอเกือบทั่วปาก ไม่มีฟันปลอม สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/61 มิลลิเมตรปรอท ปฏิเสธการแพ้ยา เคยผ่าตัดถุงน้ำดีอีกเสบเป็นหนอง และผ่าตัดก้อนไขมันที่ต้นแขนขวา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้ง 2 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, HIV Ag/Ab, Chest PA Upright, EKG 12 Leads ปกติ ทุก รายการ X-match for PRC 1 unit Clindamycin 900 mg เบิกไป OR, Unison enema สวนถ่ายก่อนนอน และก่อนเข้า OR, 0.9 NSS 1000 ml iv drip rate 100 ml/hr. เข้าก่อนไป OR, Lorazepam 0.5 mg 2 เม็ด ก่อนนอน, NPO AMN, เตรียม Foley catheter No.14 และ Urine bag ไป OR, Prep skin mons pubis ตรวจพบมดลูกหย่อน มีกลิ่น สีหน้าไม่สุขสบาย เจ็บเดินลำบาก วิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดจากประสบการณ์เดิมที่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ให้ข้อมูลโรคขั้นตอนผ่าตัด การดมยาสลบ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งนี้ทีมวิสัญญีจะดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดการผ่าตัดและฟื้นตัวเปิดโอกาสให้ซักถามจนคลายกังวล แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังระงับความรู้สึกแจ้งวันเวลาผ่าตัด

รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.00 น. วันที่ 2 เมษายน 2568 สอบถามชื่อ-นามสกุล ความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วยเวชระเบียน และสิ่งที่มาถึงผู้ป่วย สัญญาณชีพก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิต 138/61 มิลลิเมตรปรอท

ชีพจร 74 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที SpO₂ 100% อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยบอก “คือหนาวแท้คุณหมอ เย็น” ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยบริเวณทรวงอกโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (Forced-Air Warming Device) 43 องศาเซลเซียส ให้ยา Clindamycin 900 mg IV เริ่มผ่าตัด Vaginal Hysterectomy c Anterior Repair เวลา 12.25 น. ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia with ET. Tube ให้ยาตามแนวทางวิสัญญี Propofol, Succinyl Choline, Nimbox, Morphine, Sevoflurane, Nitrus Oxide ขณะให้ยาระงับความรู้สึก สัญญาณชีพความดันโลหิต 84-140/43-60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 55-68 ครั้ง/นาที SpO₂ 100% อุณหภูมิกาย 36.2-36.6 องศาเซลเซียส ในช่วงความดันโลหิตต่ำลง เหลือ 84/43 มิลลิเมตรปรอท ได้ให้ยา Ephedrine 6 mg IV 1 dose ได้รับ 0.9% NSS รวม 600 ml ระหว่างผ่าตัด Estimated Blood Loss 50 ml. สิ้นสุดการผ่าตัด เวลา 13.35 น. รวมระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาที ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องจากห้องฟักฟื้น

ระหว่างการฟักฟื้น ประเมิน PACU Score ได้ 9 คะแนน ผู้ป่วยง่วงเล็กน้อยตอบสนองตามคำสั่ง ได้สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส SpO₂ 96% ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือหนาวสั่น ผู้ป่วยบอกอุ่นขึ้นแล้วปวดแผลผ่าตัดระดับ 5/10 ให้ Morphine 2 mg IV จัดทำผู้ป่วยให้นอนตะแคงเล็กน้อยเพื่อลดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ติดตาม SpO₂ ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของการหายใจที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สามารถพูดตอบโต้ได้ตามปกติ เมื่อเวลาผ่านไป 60 นาที ได้ประเมินซ้ำพบว่า Pain score ลดลงเหลือ 2/10 PACU Score เพิ่มขึ้นเป็น 10 คะแนน ความดันโลหิต 140/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส SpO₂ 100

% รายงานพยาบาลหอผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการหลังยาระงับความรู้สึก เช่น อาการง่วงนอน หายใจช้า หรือคลื่นไส้ ก่อนย้ายผู้ป่วยโดยมีเจ้าหน้าที่ร่วมเคลื่อนย้ายตามแนวทางการความปลอดภัย

วันที่ 3 เมษายน 2568 เวลา 09.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบได้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน หรือหนาวสั่น ยังมี Vaseline gauze pack ในช่องคลอดและ Retained Foley catheter ตามแผนจะนำออกวันที่ 4 และ 5 เมษายน 2568 อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 147/78 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที SpO₂ 98% Room air อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหายใจหรือไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินช้า ๆ โดยมีญาติช่วยได้ ไม่มีเวียนศีรษะหรือหน้ามืด แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีเลือดซึมหรือบวมแดง ปวดแผลขณะพัก 2/10 ขณะเคลื่อนไหว 5/10 ให้ Paracetamol 500 mg 1 เม็ด แนะนำการหายใจลึก พลิกตัว ลุกเดินเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ลิ่มเลือดอุดตัน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือ

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยโสด อายุ 67 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพค้าขาย/เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 10,000 บาท/เดือน นับถือศาสนาพุทธ สืบทอดการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือสารอาหารใด ๆ ไม่เคยผ่าตัด มาโรงพยาบาลวันที่ 30 เมษายน 2568 ด้วยอาการสำคัญ ปวด ตึงขา ตึงหัวเหน่ามากขึ้น ปัสสาวะไม่ออกในท่ายืน ต้องยืนถึงจะปัสสาวะออกเป็นมา 2 วัน ประวัติมดลูกหย่อน 3 ปี ลักษณะก่อนตั้งครรภ์และไหลคื่นเมื่อนอน เคยปฏิเสธการผ่าตัดเพราะกลัว แต่เปลี่ยนใจหลังทราบจากเพื่อนว่าผ่าตัดด้วย Spinal block ได้ผลดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ครั้งนี้แพทย์โรงพยาบาลมัญจาคีรีวินิจฉัย POP stage 4 ส่ง

ต่อมาผ่าตัดที่โรงพยาบาลบ้านไผ่วางแผนผ่าตัด V-hysterectomy with A-repair under Spinal Block วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00 น.

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินสถานะสุขภาพ ASA Class II น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร รูปร่างอ้วน BMI 26.68 kg/M² ผลตรวจร่างกายตามระบบ Mallampati Grade II ฟันหลอเกือบหมดปาก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, HIVAg/Ab, PT, INR, LFT, FBS, UA, Chest PA Upright, EKG 12 Leads ปกติทุกรายการ X-match for PRC 1 unit, Unison enema สอนถ่ายก่อนนอน และก่อนเข้า OR, NPO AMN, 0.9 NSS 1000 ml iv drip rate 100 ml/hr. หลัง NPO, Lorazepam 0.5 mg 1 เม็ด ก่อนนอน เตรียม Foley catheter No.16 และ Urine bag ไป OR, Prep skin mons pubis ผู้ป่วยบอกไม่สุขสบาย ปัสสาวะขัดต้องลุกปัสสาวะทำเย็น ตรวจพบมดลูกหย่อนกดทับกระเพาะปัสสาวะ วัดก้นจวบเพราะไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ได้ให้ข้อมูลโรค ขั้นตอนผ่าตัดและการระงับความรู้สึกแบบ Spinal block ผู้ป่วยจะรู้สึกขาชาวจับเท้าตัวเองได้แต่ยังรู้สึกตัวและโต้ตอบได้ ระหว่างทำการผ่าตัด ทีมวิสัญญีจะดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมแจ้งความเสี่ยงที่อาจเกิด เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หรือปวดหลัง เปิดโอกาสให้ซักถามจนคลายกังวล แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แจ้งวันเวลาผ่าตัด

รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.40 น. วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 สอบถามชื่อ-นามสกุล ความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วย เวชระเบียนและสิ่งที่มากับผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียสชีพจร 71 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/74 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยบอก “หนาวค่ะคุณหมอ เย็น” ให้ความอบอุ่นผู้ป่วยโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (Forced-Air Warming Device) 43 องศาเซลเซียสให้ยา

Cefazolin 2 g IV เริ่มให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block เวลา 13.15 น. โดยใช้ 0.5% Bupivacaine heavy 2.5 ml วัดระดับยาชาได้ T10แพทย์เริ่มผ่าตัด V-hysterectomy with A-repair เวลา 13.30น. ให้O₂cannula 3 ลิตร/นาที่ ตลอดการผ่าตัดสัญญาณชีพขณะผ่าตัดคงที่ ความดันโลหิต 120–157/68–80 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 60–70ครั้ง/นาที่ SpO₂ 100% อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียสไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น hypotension หรือ bradycardia ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้สารน้ำ NSS 600 ml. Estimated blood loss 100 ml ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิสิ้นสุดผ่าตัดเวลา 15.35น. รวมเวลา 1ชั่วโมง 55 นาทีส่งต่อห้องฟัก

ระหว่างฟักฟื้น สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 140/80มิลลิเมตรปรอทชีพจร 78 ครั้ง/นาที่ หายใจ 16 ครั้ง/นาที่ SpO₂99% ภายใต้การให้O₂ cannula 3 ลิตร/นาที่ระดับการชา(Analgesic level)จากระดับ T10ลดเหลือ T12 ขยับขาได้ เล็กน้อยไม่มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ Pain score 1/10 แผลสะอาด ไม่มีเลือดซึม ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ0.9% NSS ต่อเนื่องในอัตรา 100 ml/hr.หลังฟักฟื้น 60นาที่ ผู้ป่วยบอก อ่อนขึ้นอุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียสประเมิน PACU score ได้ 9/10 จึงส่งต่อผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยเวลา 16.10 น. พร้อมรายงานระดับการชา

(Analgesic level)ที่ยังคงไม่สุดและแนะนำการติดตามระดับการเคลื่อนไหวและอาการปวดอย่างต่อเนื่อง

วันที่ 2พฤหัสบดี 2568ติดตามเยี่ยมหลังระงับความรู้สึก เวลา 09.00 น. พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยได้ตอบรู้เรื่อง สีน้าสดใส ไม่มีเวียนศีรษะหรือคลื่นไส้ รับประทานอาหารอ่อนได้โดยไม่มีอาการอาเจียนหรือแน่นท้องการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ยังคงมี Vaseline gauze pack vagina 1 ชิ้นและRetained Foley catheterบวมเหตุผลที่ยังคงใส่ Vaseline gauze และ Retained Foley catheterไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากSpinal block เช่น ปวดศีรษะปวดหลังรุนแรง ชาหรืออ่อนแรงที่ขา ผู้ป่วยบอก“ขยับตัวแล้วรู้สึกปวดตึงแผลและปวดในช่องคลอด”ประเมินระดับความปวดได้ 5/10คะแนนขณะเคลื่อนไหว ให้ยา Paracetamol 500 mg. 1 เม็ดผู้ป่วยลุกเดินได้เองโดยมีญาติช่วยประคอง ไม่มีอาการหน้ามืดหรือเป็นลมขณะเปลี่ยนท่า สัญญาณชีพความดันโลหิต138/68 มิลลิเมตรปรอทชีพจร78 ครั้ง/นาที่หายใจ 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส SpO₂ 99% Room airได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการลุกเดินเบา ๆ พร้อมแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก อาการชา หรือ ปัสสาวะผิดปกติ ส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลหอผู้ป่วย เพื่อให้ดำเนินการดูแลต่อเนื่อง

ตารางที่ 1เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน^{7,8}

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รู้สึกมีก้อนตุงๆที่ช่องคลอดมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ บางครั้งมีเลือดหยดออกมารับรู้ว่าตนเองมดลูกหย่อนจากแพทย์ให้ข้อมูล ผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัด วิตกกังวลที่ต้องผ่าตัดมีเลือดออกหลังปัสสาวะสุด ปัสสาวะขัด เป็นมา 2 วัน จึงตัดสินใจมาผ่าตัด	ขณะยืนจะมีก้อนตุงที่อวัยวะเพศ ขณะนอนก่อนจะไหลคืน รับรู้ว่าตนเองมดลูกหย่อนจากแพทย์ให้ข้อมูล ผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัด วิตกกังวลที่ต้องผ่าตัด2 วันก่อนปวดตึงขา ตึงหัวเหน่ามากขึ้น ปัสสาวะไม่ออกในท่ายืน ต้องยืนถึงจะปัสสาวะจึงตัดสินใจมาผ่าตัด
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 48กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร รูปร่างสมส่วน BMI 19.72 kg/M ² รับประทานอาหาร 3 มื้อ เป็นอาหารพื้นบ้าน ฟันหลอเกือบทั้งปาก ไม่ใส่ฟันปลอม	น้ำหนัก 60กิโลกรัม สูง 150เซนติเมตร รูปร่างอ้วน BMI 26.68 kg/M ² รับประทานอาหาร 3มื้อ เป็นอาหารพื้นบ้าน ฟันหลอเกือบทั้งปาก ไม่ใส่ฟันปลอม

ตารางที่ 1เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน^{7,8}

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. การขับถ่าย	อุจจาระวันละ 1 ครั้งปกติปัสสาวะขัด ไม่สะดวก บางครั้งรู้สึกปัสสาวะไม่สุด หน่วงท้องน้อย รู้สึก รำคาญ สีหน้าหงุดหงิด	อุจจาระวันละ 1 ครั้งปกติปัสสาวะขัดไม่สะดวก บางครั้งรู้สึกปัสสาวะไม่สุด ต้องลุกปัสสาวะในท่า ยืนถึงจะปัสสาวะได้สะดวก
4. กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่ได้ออกกำลังกายหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวได้น้อยมี ญาติคอยช่วยเหลือ	ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่ได้ออกกำลังกายหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวได้น้อยมี ญาติคอยช่วยเหลือ
5. การพักผ่อน นอนหลับ	นอนหลับได้น้อย ไม่ต่อเนื่อง นอน 1-2 ชม. จะ รู้สึกตัวตื่นวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ	นอนหลับพักผ่อนได้ดี วันละ 7-9 ชม.
6. สถิติปัญหาและ การรับรู้	เรียนจบ ป.4 อ่านหนังสือไม่ได้ สื่อสารปกติ	เรียนจบป.4 อ่านหนังสือได้ สื่อสารโต้ตอบได้ดี
7. การรู้จักตนเองและ อัตมโนทัศน์	รับรู้ว่ามีดลูกหย่อนต้องได้รับการผ่าตัดและได้ ยาสลบ	รับรู้ว่ามีดลูกหย่อนต้องได้รับการผ่าตัดและได้ยา าระงับความรู้สึกแบบSpinal Block
8. บทบาทและ สัมพันธภาพ	คนในครอบครัวรักใคร่กันดี ไปงานสังคมตาม โอกาส	คนในครอบครัวรักใคร่กันดี ไปงานสังคมตาม โอกาส
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สามีเสียชีวิต ไม่มีเพศสัมพันธ์ ช่องคลอดมีก้อนตุงๆ	ไม่มีเพศสัมพันธ์ ช่องคลอดมีก้อนตุงๆประมาณไข่ ไก่
10. การปรับตัวและการ เผชิญกับความเครียด	มีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดแต่ยอมรับปรับตัว ได้	มีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดแต่ยอมรับปรับตัว ได้
11. ความเชื่อ	เชื่อว่าการทำดีจะได้ดี เชื่อในเรื่องบาปบุญ เอาเป็น ไปวัดทุกเช้าเชื่อว่าบุญจะไปถึงสามีและลูกชายที่ ล่วงลับ	เชื่อว่าผลบุญจะหนุนนำให้มีความสุขความเจริญ ในชีวิตและแคล้วคลาดจากอันตราย

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่วันที่ 1 เมษายน 2568 มาด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะขัด เป็นมา 2 วัน ตรวจพบเบื้องต้นเมื่อ 1 ปี มีก้อนตุงที่อวัยวะสืบพันธุ์แพทย์ให้การวินิจฉัย POP stage 3 ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดขอรับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการรับประทานยา อย่างไรก็ตามอาการไม่ทุเลาจึงจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดในที่สุด ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด V-hysterectomy with A-repair under GA

ในระยะก่อนระงับความรู้สึกเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการระงับความรู้สึก ได้ดำเนินการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียดโดยมุ่งเน้นที่ระบบทางเดินหายใจและความยากในการใส่ท่อช่วยหายใจ(Difficult airway assessment) ร่วมกับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเป็นผู้ป่วยASA Class IIผลตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ปกติ Mallampati Grade IIฟันหลอเกือบทั้งปากไม่มีฟันปลอม พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในอดีตให้คำแนะนำเรื่องการผ่าตัดและการให้ยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายวางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 3ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาาระงับความรู้สึก2)ไม่สุขสบายจากการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก 3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

ในระยะระงับความรู้สึกให้ยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเริ่มนำสลบด้วย Propofol ตามด้วยSuccinylcholineเพื่อช่วยให้ท่อช่วยหายใจMaintainโดยใช้ Sevoflurane ผสม O₂:N₂O 1:1ร่วมกับMorphineระงับปวด และ

Nimbex คลายกล้ามเนื้อจากนั้นควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบ Volume control ระหว่างผ่าตัดติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง ECG, NIBP, SpO₂, EtCO₂ และอุณหภูมิกาย ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาที สูญเสียเลือด 50 ml สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 84-140/43-60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 55-68 ครั้ง/นาที SpO₂ 96-100% อุณหภูมิกาย 36.2-36.6 องศาเซลเซียส เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด ผู้ป่วยมีเกณฑ์ครบถ้วนสำหรับการถอนท่อช่วยหายใจ จึงดำเนินการถอนท่อและย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องพักฟื้นวางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia): ความดันโลหิตต่ำ 2) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากยาชาและสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัด

การดูแลในห้องพักฟื้น ประเมิน PACU Score ได้ 9 คะแนน ผู้ป่วยง่วงเล็กน้อยแต่รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส SpO₂ 100% ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือหนาวสั่น ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น แจ้งว่าปวดแผลประเมินระดับปวด 5/10 จึงให้ Morphine 2 mg. IV. พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียง จัดท่านอนตะแคงเล็กน้อยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และติดตามระดับออกซิเจนต่อเนื่องหลัง 60 นาที ประเมินซ้ำ Pain score ลดเหลือ 2/10 PACU Score เพิ่มขึ้นเป็น 10 คะแนน สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 140/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม จึงส่งกลับหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย พร้อมรายงานอาการทั่วไปและให้คำแนะนำการเฝ้าระวัง เช่น ง่วงนอน หายใจช้าหรือคลื่นไส้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยวางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการ

พยาบาลที่สำคัญจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ไม่สบายจากการปวดแผลผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากผลของยาชา

ติดตามผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก 1 วันพบว่าผู้ป่วยลุกนั่งขอบเตียงและเดินได้ช้า ต้องมีญาติช่วยพยุง การเคลื่อนไหวยังจำกัดจากอาการปวดแผล Pain score 2/10 ขณะพัก และ 5/10 ขณะเคลื่อนไหว ได้รับยา Paracetamol 1 เม็ด เพื่อลดปวดและส่งเสริมการเคลื่อนไหว พร้อมให้คำแนะนำการหายใจลึก พลิกตัว และลุกเดินอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีและเข้าใจความสำคัญของการเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูร่างกายวางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

กรณีศึกษา รายที่ 2 หญิงไทยโสด อายุ 67 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ วันที่ 30 เมษายน 2568 ด้วยอาการปวดตึงขา ปัสสาวะไม่ออกเวลานั่ง ต้องยืนจึงจะปัสสาวะได้ เป็นมา 2 วัน ตรวจพบเบื้องต้นเมื่อ 3 ปี มีก้อนตุงที่อวัยวะสืบพันธุ์แพทย์ให้การวินิจฉัย POP stage 4 วางแผนให้การรักษาด้วยการผ่าตัด V-hysterectomy with A-repair under Spinal block วันที่ 1 พฤษภาคม 2568

ระยะก่อนระงับความรู้สึกเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด ได้ดำเนินการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเป็นผู้ป่วย ASA Class II ผลตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ปกติ Mallampati Grade II ฟันหลอเกือบทั้งปากไม่มีฟันปลอม ผู้ป่วยวิตกกังวลเพราะไม่เคยผ่าตัด ให้คำแนะนำเรื่องการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบ Spinal block ในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 2 ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับ

ความรู้สึก2) ไม่สุขสบายจากการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก

ระยะให้ยาระงับความรู้สึกรับเข้าห้องผ่าตัด 12.40 น. ทำ Spinal block L3-L4 ด้วย 0.5% Bupivacaine heavy 2.5 ml ระดับยาชา T10 เริ่มผ่าตัด 13.30 น. Monitor ECG, BP, SpO₂ ทุก 5 นาที ให้ O₂ cannula 3 ลิตร/นาที่ 0.9% NSS 600 ml. ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อนระหว่างผ่าตัดสัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 120-157/60-80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-70 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส SpO₂ 100% Estimated blood loss 100 ml. ผ่าตัดเสร็จสิ้น 15.35 น. ในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สำคัญ 3 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block 2) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจาก Spinal Block และสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อการผลิตตกจากเตียงและการจัดท่านอนขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy)

การดูแลในห้องพักฟื้นใน สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที่ หายใจ 16 ครั้ง/นาที่ SpO₂ 100% ระดับการชา (Analgesic level) ลดลงจากระดับ T10 เหลือระดับ T12 ขยับขาได้เล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้ เวียนศีรษะ Pain score 1/10 แผลสะอาด PACU score 9/10 ส่งกลับหอผู้ป่วย 16.10 น. พร้อมรายงานอาการทั่วไปและให้คำแนะนำการเฝ้าระวัง เช่น ปวดศีรษะ ชาอ่อนแรงที่ขา ปวดแผลมาก ผิดปกติ หรือคลื่นไส้อาเจียนแก่พยาบาลหอผู้ป่วย ในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สำคัญ 1 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการหกล้มหรือได้รับอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวบกพร่องชั่วคราวเนื่องจากผลของการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

ติดตามหลังระงับความรู้สึก 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก Spinal block ปวดแผลระดับปวด 5/10 ขณะเคลื่อนไหว ได้ยา Paracetamol เติบโตเองโดยมีญาติพุง ไม่มีหน้ามืด สัญญาณชีพ

ปกติ ความดันโลหิต 148/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที่ หายใจ 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส SpO₂ 99% Room air ให้คำแนะนำการลุกเดินเบาๆ และสังเกตอาการ ผิดปกติในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สำคัญ 1 ข้อ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงเล็กน้อยจากปวดแผลผ่าตัด

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวางแผนและดูแลด้านวิสัญญีและการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่สอดคล้องกับปัจจัยรายบุคคล มีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและสามารถฟื้นตัวได้ดี

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะมดลูกหย่อน (Pelvic Organ Prolapse: POP) โดยรายที่ 1 เป็น POP ระยะที่ 3 ส่วนรายที่ 2 เป็นระยะที่ 4 ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่า โดยเฉพาะรายที่ 2 ต้องยืนยันจึงจะสามารถปัสสาวะได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก รายที่ 1 มีอาการเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับอาการปัสสาวะขัด ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษา ทั้งนี้ ภาวะมดลูกหย่อนระดับรุนแรงส่งผลกระทบโดยตรงต่อการขับถ่ายปัสสาวะ^{9,10} ปัจจัยเสี่ยงร่วมของทั้ง 2 ราย ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรงลง ทำให้มดลูกเกิดการหย่อนคล้อยได้ง่าย¹¹ ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันพบว่า รายที่ 2 มีรูปร่างอ้วน โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 26.68 kg/m² ซึ่งถือว่าน้ำหนักเกิน น้ำหนักตัวที่มากทำให้แรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลต่ออวัยวะในอุ้งเชิงกราน รวมถึงทำให้กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพยุงมดลูกอ่อนแรงจนหย่อนคล้อยได้ง่าย¹² ทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy) ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกที่แตกต่างกัน รายที่ 1 ได้รับการระงับ

ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) ขณะที่รายที่ 2 ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ (Regional anesthesia) ชนิดฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block) ประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก พบว่าทั้ง 2 ราย ASA Class II รายที่ 1 เคยผ่าตัดมาก่อน 2 ครั้ง แม้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แต่มีความวิตกกังวลจากประสบการณ์เดิม ส่วนรายที่ 2 ไม่เคยผ่าตัดมาก่อนตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดโดยได้รับข้อมูลจากเพื่อนที่มีประสบการณ์ตรงผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงจากการให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาหลายระบบ เช่น ระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจทำงานลดลง เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพ ภาวะแทรกซ้อนทางปอดระบบประสาทส่วนกลางเสื่อม ทำให้ตอบสนองต่อยาชาลงการทำงานของตับและไตลดลง ทำให้ฤทธิ์ยายาวนานขึ้นระบบทางเดินอาหารเคลื่อนไหวน้อย เสี่ยงต่อภาวะสำลักฉีดยาบาง กระดูกพรุน ฟันโยก ส่งผลต่อการจัดท่าและใส่ท่อช่วยหายใจควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ไม่ดี เสี่ยงต่อภาวะตัวเย็น (Hypothermia)⁷จากการประเมินโครงสร้างทางกายวิภาค Mallampati Grade II ทั้ง 2 ราย ฟันหลอเกือบทั้งปาก ไม่มีฟันปลอม แต่รายที่ 2 มีภาวะอ้วนและไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน การเลือกใช้ Spinal block จึงเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บคอ และส่งเสริมการฟื้นตัวที่รวดเร็วทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามมาตรฐานการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยา (Pre-anesthetic evaluation) การประเมิน ASA Class การเฝ้าระวังการทำงานของระบบต่างๆ อย่างใกล้ชิด เช่น ความดันโลหิต การหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน อุณหภูมิบันทึกข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้นและติดตามหลังผ่าตัด 1 วัน

ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกแตกต่างกันคือ ภาวะระงับความรู้สึกรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ รายที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังระงับความรู้สึก รายที่ 1 ปวดแผลหลังผ่าตัดระดับ 5/10 จำเป็นต้องให้ยา Morphine 2 mg IV รายที่ 2 ปวด 1–2/10 ไม่ต้องใช้ opioid และฟื้นตัวจาก Spinal block ได้เร็ว ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกที่เหมือนกันคือ ทั้ง 2 รายฟื้นตัวได้เร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษารณีผู้ป่วยภาวะหมดลูกหย่อนทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการระงับความรู้สึกและการพยาบาลที่เหมาะสม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษายังมีนัยสำคัญ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ASA Classification, Mallampati Grade, และการประเมินทางกายวิภาคอื่น ๆ อย่างเป็นระบบโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัยและเหมาะสมที่สุด

2. ควรส่งเสริมการใช้การระงับความรู้สึกแบบ Spinal block ในผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อห้าม เนื่องจากส่งผลให้ฟื้นตัวได้เร็ว ลดการใช้ opioid และลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ

3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะโรคร่วม

4. ควรศึกษาผลระยะยาวหลังการผ่าตัด เช่น การกลับมาทำกิจกรรมประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Barber MD, Maher C.(2013). Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2013;24 (11):1783-90
2. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al.(2014). Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstetrics and gynecology. 2014;123(1):141-8.
3. ศิริลักษณ์ สายทอง, รัชนี้ สุขสมบัติ.(2562). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะมดลูกหย่อนในผู้หญิงวัยทองไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2562;29(1):45-54.
4. กัลยา แสงอรุณ, อาภาพร ศรีวงศ์.(2561). ภาวะมดลูกหย่อนในหญิงสูงอายุไทย: การศึกษาความชุกและลักษณะอาการ. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561;10(2):120-128.
5. Medscape.(2024). Pelvic organ prolapse treatment & management [อินเทอร์เน็ต]. 2024 [เข้าถึงเมื่อ 8ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:<https://emedicine.medscape.com/article/1848562-treatment>
6. บุศรา ศิริวันสาธิต, พิษญา ไทยะวิญญู, นฤนาท โลมะรัตน์.(2563). Anesthesia & Perioperative Care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563
7. 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน [อินเทอร์เน็ต]. [เผยแพร่เมื่อ 9 ก.ย. 2562; เข้าถึงเมื่อ 4ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://nursing62.blogspot.com/2019/09/11.html>
8. McCartney CJ, Apatu E.(2007). Local anesthetic techniques in pain management. Br J Anaesth. 2007;98(6):735-47.
9. ดวงพร รัตนมงคลกุล, ปาริชาติ วิสุทธิสมาจาร, สนิทนาฏ ลีละไกร, รุ่งฤดี กันทะยานะ.(2561). ความรุนแรงของมดลูกหย่อนกับอาการทางเดินปัสสาวะ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(3):52-62.
10. สาวินี รัชชานนท์.(2566). มดลูกหย่อน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเมดพาร์ค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/uterine-prolapse>
11. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์.(2565). อวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/981>