การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง: กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient with Uterine Fibroids Undergoing Abdominal Surgery Complicated by Anemia: A Case Study.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

เพิ่มพร คงสมมาตย์[1]

Permporn Kongsommat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี วินิจฉัย Myoma uteri with hypermenorrhea เข้ารับการรักษาเพื่อทำผ่าตัด TAH with BSO and Appendectomy จากการประเมินสภาพพบปัญหาสำคัญใน ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด รวมถึงมีแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากปัสสาวะบ่อยกลางคืนจากก้อนเนื้องอกกดทับกระเพาะปัสสาวะ ระยะหลังผ่าตัด พบปัญหาปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาด 16 เซนติเมตร (Pain score = 8 คะแนน) เสี่ยงต่อภาวะซีดและพร่องออกซิเจนจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 มิลลิลิตร (HCT stat 27%) มีภาวะท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ระยะเตรียมจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลต่อแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเข้าสู่วัยทองทันทีจากการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง รวมถึงขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ผลการศึกษา หลังได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและเพศสัมพันธ์ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาการปวดแผลบรรเทาลง (Pain score ลดลงเหลือ 2–3 คะแนน) ได้รับการเติมเลือด (PRC 1 unit) ทำให้ค่า HCT เพิ่มขึ้นเป็น 30% และไม่มีอาการพร่องออกซิเจน ระบบทางเดินอาหารฟื้นตัวดี สามารถผายลมและรับประทานอาหารได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ และสามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามหลัก D-METHOD ได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: เนื้องอกมดลูก, การผ่าตัดตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง, การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด, วัยทองจากการผ่าตัด

ABSTRACT

This case study aimed to describe comprehensive nursing care across the preoperative, postoperative, and discharge planning phases for a patient undergoing TAH with BSO. A 50-year-old Thai female diagnosed with myoma uteri with hypermenorrhea was admitted for scheduled TAH with BSO and appendectomy. Assessment revealed key health problems Preoperative phase: High level of anxiety regarding the surgical procedure, physical alterations, loss of fertility, and post-hysterectomy sexual performance, as well as sleep pattern disturbance due to nocturia caused by tumor pressure on the bladder. Postoperative phase: Acute incisional pain from a 16-cm abdominal wound (pain score = 8/10), risk of anemia and hypoxia secondary to an intraoperative blood loss of 600 mL (postoperative HCT 27%), post-surgical abdominal distension due to decreased intestinal motility, and risk of surgical site infection. Discharge planning phase: Anxiety regarding surgical menopause and changes in sexual health patterns, alongside a deficit in knowledge regarding post-discharge self-care.

Result: Patient-centered nursing care was implemented. Preoperatively, therapeutic communication, emotional support, and surgical education successfully alleviated anxiety, stabilizing vital signs. Postoperatively, pain management reduced the pain score to 2–3/10, allowing early ambulation. Packed red blood cell (PRC) transfusion (1 unit) safely corrected anemia (HCT increased to 30%) with no hypoxic signs. Early ambulation and antiflatulents promoted bowel motility, relieving abdominal distension. Aseptic

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

wound care prevented surgical site infection, and the wound healed well. Discharge preparation using the D-METHOD enabled the patient and her spouse to demonstrate a correct understanding of home care, surgical menopause management, sexual health guidelines, and red-flag symptoms prior to safe discharge.
Keywords: Myoma Uteri, Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy (TAH with BSO), Postoperative Nursing Care, Surgical Menopause

บทนำ

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Myoma Uteri หรือ Uterine Fibroids) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign tumor) ของระบบสืบพันธุ์สตรีที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะในสตรีวัยเจริญพันธุ์จนถึงวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 70–80 ในสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป[1] สาเหตุและพาทอโลจีของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์อย่างซับซ้อนกับการตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกอย่างผิดปกติ[2] แม้เนื้องอกมดลูกจะไม่ใช่มะเร็ง แต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรง เช่น ภาวะประจำเดือนมามากผิดปกติ (Hypermenorrhea) ซึ่งนำไปสู่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) อาการปวดหน่วงท้องน้อยอย่างเรื้อรัง รวมถึงการกดเบียดอวัยวะข้างเคียงในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะการเบียดกระเพาะปัสสาวะจนทำให้เกิดภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[1] ในกรณีที่ผู้ป่วยมีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ (เช่น ขนาดตั้งแต่ 10 เซนติเมตรขึ้นไป) มีภาวะเลือดออกมากจนซีด หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy: TAH) ถือเป็นวิธีการรักษาหลักที่เป็นข้อบ่งชี้มาตรฐาน (Gold standard) ในการกำจัดพยาธิสภาพได้อย่างเด็ดขาด[3]นอกจากนี้ หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยเข้าสู่วัยทองหรือใกล้หมดประจำเดือน การผ่าตัดตัดรังไข่และปีกมดลูกออกทั้งสองข้างร่วมด้วย (Bilateral Salpingo-Oophorectomy: BSO) มักเป็นทางเลือกทางการแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งรังไข่ในอนาคต[4] อย่างไรก็ดี การผ่าตัด TAH with BSO เป็นการผ่าตัดใหญ่ทางสูตินรีเวชที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคม

ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับบาดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ ความเจ็บปวดรุนแรงหลังผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดและภาวะซีดเฉียบพลันจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด การหยุดชั่วคราวของลำไส้ทำให้เกิดภาวะท้องอืด (Postoperative ileus) รวมถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสำคัญยิ่งคือ การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายลดลงอย่างฉับพลัน เกิดภาวะวัยทองจากการผ่าตัด (Surgical menopause) ทันที ซึ่งผู้ป่วยอาจเผชิญกับอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ช่องคลอดแห้ง และอารมณ์แปรปรวนอย่างรุนแรง[4]

ทางด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลสูง (Preoperative anxiety) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับความปลอดภัย ภาพลักษณ์ร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียอวัยวะแสดงสัญลักษณ์ความเป็นสตรี และที่สำคัญที่สุดคือความวิตกกังวลต่อความบกพร่องทางแบบแผนเพศสัมพันธ์ (Sexual dysfunction) โดยกลัวว่าการตัดมดลูกและช่องคลอดที่สั้นลงจะทำให้เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือทำให้คู่สมรสไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวในระยะยาว[5]

จากการศึกษากรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี วินิจฉัย Myoma uteri with Hypermenorrheaเข้ารับการผ่าตัด TAH with BSO and Appendectomy พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่สับซ้อนคาบเกี่ยวในทุกระยะ ได้แก่ ภาวะซีดสะสม, การนอนหลับถูกรบกวนจากภาวะ

ปัสสาวะบ่อยกลางคืน, ความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัด, อาการปวดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ 16 เซนติเมตร, ภาวะเสียเลือด 600 มิลลิลิตรขณะผ่าตัด, ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด, ความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์และการเข้าสู่วัยทองทันที รวมถึงการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) โดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล จัดการความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อน ปรับตัวเข้าสู่วัยทองได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมสัมพันธภาพทางเพศของคู่สมรสให้ดำเนินไปอย่างมีความสุข[6]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้จัดทำจึงสนใจศึกษากรณีศึกษานี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสูตินรีเวช การจัดทำแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อกลับไปใช้วิถีชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง จำนวน 2 ราย
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลและการพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้างผ่านทางหน้าท้อง (TAH with BSO)
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) ผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง จำนวน 2 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน (Gordon's Functional Health Patterns) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยแบ่งระยะการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative phase), ระยะหลังผ่าตัด (Post-operative phase) และ ระยะวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning phase)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกหลายก้อน (Multiple Myoma Uteri) โดยมีประวัติสำคัญคือประสบภาวะเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอดเรื้อรังมานานกว่า 2 ปี และตรวจพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์เสี่ยงสูง (HPV 31, 59) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตัดมดลูก รังไข่ขวา ปีกมดลูกขวา และไส้ติ่งผ่านทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy with Right Salpingo-Oophorectomy and Appendectomy: TAH with Right SO and Appendectomy) ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 30 นาที และมีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 500 มิลลิลิตร

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกร่วมกับภาวะประจำเดือนมามากผิดปกติ (Myoma uteri with hypermenorrhea) โดยตรวจพบก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ประมาณ 10 เซนติเมตร ซึ่งส่งผลให้เกิดการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง โดยเฉพาะกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตัดมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ออกทั้งสองข้าง ร่วมกับการตัดไส้ติ่งผ่านทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy and Appendectomy: TAH with BSO and Appendectomy) โดยมีปริมาณการเสียเลือดในห้องผ่าตัด 600 มิลลิลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 แบ่งตามระยะการดูแลและปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) มีดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1

1. มีภาวะวิตกกังวลสะสมเนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง (เลือดออกกระปริดกระปรอยมานาน 2 ปี) การดำเนินโรค และการเข้ารับการผ่าตัด TAH with Right SO and Appendectomy

2. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในช่องคลอดลามขึ้นไปสู่ระบบสืบพันธุ์ส่วนบน เนื่องจากมีประวัติการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูง (HPV 31, 59) ร่วมกับมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

กรณีศึกษารายที่ 2

1. มีภาวะวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัด (Pre-operative anxiety) เกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่ TAH with BSO and Appendectomy การสูญเสียมดลูกและรังไข่สองข้าง และผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (BP 137/89 mmHg, HR 98 ครั้ง/นาที)

2. แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia 4–5 ครั้ง/คืน) จากการที่ก้อนเนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่ (10 เซนติเมตร) กดเบียดกระเพาะปัสสาวะ

2. ระยะหลังผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง (Pain score แรกรับหลังผ่าตัด = 8 คะแนน)

2. เสี่ยงต่อภาวะซีดและภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด (เสียเลือดขณะผ่าตัด 500 ml, ค่า HCT แรกรับ 27.6%, หลังผ่าตัด 28% และได้รับการเติมเลือด PRC 1 unit)

3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงหลังการผ่าตัด (ผลข้างเคียงจากยาระงับปวด Morphine และยาสลบ โดยอาเจียน 7 ครั้งในวันที่ 2 หลังผ่าตัด)

4. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้องและตอช่องคลอด (Vaginal cuff)

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ 16 เซนติเมตร (Pain score แรกรับหลังผ่าตัด = 8 คะแนน)

2. เสี่ยงต่อภาวะซีดและภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด (เสียเลือดขณะผ่าตัด 600 ml, ค่า HCT หลังผ่าตัดลดลงเหลือ 27% และได้รับการเติมเลือด PRC 1 unit)

3. ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะท้องอืด แน่นท้อง จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหลังการผ่าตัดและฤทธิ์ยาระงับปวด (Pethidine)

4. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากเป็นแผลผ่าตัดกว้าง 16 เซนติเมตร

3. ระยะวางแผนการจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพ

กรณีศึกษารายที่ 1

1. เสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดตามผลโรคติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูง และการกลับมาเกิดพยาธิสภาพซ้ำบริเวณช่องคลอด

2. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งบริเวณยอดช่องคลอด (Vaginal cuff cytology)

กรณีศึกษารายที่ 2

1. วิตกกังวลและเสี่ยงต่อความบกพร่องทางแบบแผนเพศสัมพันธ์ (Sexual dysfunction) จากความกังวลเรื่องช่องคลอดสั้นลง ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และความกลัวว่าคู่สมรสจะไม่พึงพอใจ

2. วิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากการเข้าสู่วัยทองทันที (Surgical menopause) เนื่องจากการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง (BSO)

3. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การดูแลสุขภาพในวัยทอง การรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) และข้อห้ามในการยกของหนักตามหลัก D-METHOD

จากการประเมินสภาพผู้ป่วยและวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) ทั้ง 2 กรณีศึกษา สามารถสรุปและจัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลพร้อมกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกระยะการดูแล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative Phase) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์** **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบอกว่ากังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวการเสียมดลูก/รังไข่ กลัวช่องคลอดสั้น และกังวลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับสามีหลังผ่าตัด O: แรกรับตรวจพบสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง (BP 137/89 mmHg, HR 98 ครั้ง/นาที) สีหน้าวิตกกังวล สอบถามเรื่องการผ่าตัดซ้ำๆ **วัตถุประสงค์:** เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัว **เกณฑ์การประเมินผล:** สีหน้าผ่อนคลายขึ้น และผู้ป่วยเอ่ยปากว่าลดความกังวลใจลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BP 90–120/60–80 mmHg, HR 60–100 ครั้ง/นาที)	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด รับฟังความรู้สึกด้วยท่าทีเห็นอกเห็นใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีระบายความกังวล 2. อธิบายขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และเหตุผลของการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างชัดเจน 3. อธิบายกายวิภาคหลังผ่าตัดว่า การตัดมดลูกไม่ได้ทำให้ความยาวช่องคลอดเปลี่ยนแปลงจนกระทบต่อเพศสัมพันธ์ และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติเมื่อแผลหายดี (6–8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) 4. สอนและฝึกทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ (Deep breathing exercise) 5. แนะนำและดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนเข้าห้องผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BP 118/75 mmHg, HR 82 ครั้ง/นาที) และอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดได้ถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) จากการกดเบียดของก้อนเนื้องอกมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบอกว่าต้องลุกปัสสาวะกลางคืน 4–5 ครั้ง ทำให้ตื่นบ่อย นอนหลับไม่สนิท และรู้สึกอ่อนเพลีย O: ตรวจพบก้อนเนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่ (~10 เซนติเมตร) กดเบียดกระเพาะปัสสาวะ **วัตถุประสงค์:** เพื่อส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล:** 1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 6–8 ชั่วโมงต่อคืน 2. สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินแบบแผนการนอนหลับ จำนวนครั้งที่ลุกปัสสาวะ และปัจจัยที่รบกวนการนอน 2. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มปริมาณมากก่อนนอน 2 ชั่วโมง เพื่อลดการลุกปัสสาวะกลางคืน 3. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องพักให้เงียบสงบ แสงไฟสลัว และปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม 4. แนะนำให้ปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเข้านอน 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปัสสาวะบ่อยจะหายไปหลังได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออก **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น สีหน้าสดชื่น พร้อมสำหรับการเข้ารับการผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (Post-operative Phase)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่กล้าขยับตัว O: แผลผ่าตัดเปิดหน้าท้องยาว 16 เซนติเมตร, คะแนนความปวด (Pain score) = 8 คะแนน, สีหน้าเกร็ง ตรวจพบสัญญาณชีพสูงขึ้นเมื่อมีอาการปวด **วัตถุประสงค์:** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยทนได้ **เกณฑ์การประเมินผล:** คะแนนความปวด (Pain score) ลดลงเหลือ ≤ 3 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สามารถพักผ่อนและเริ่มขยับตัวบนเตียงได้	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินระดับความปวด (Pain score) ตำแหน่ง และลักษณะการปวดอย่างสม่ำเสมอทุก 2–4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ (เช่น Morphine IV, Pethidine IV หรือ Brufen/Paracetamol PO) พร้อมประเมินผลข้างเคียง 3. สอนใช้มือ หรือหมอนนุ่มๆ ประคองหน้าท้องบริเวณแผลผ่าตัดเวลาไอ จาม หรือพลิกตัว เพื่อลดการดึงรั้งของแผล 4. จัดท่าทางให้นอนหัวสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler's position) เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง 5. ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ หรือฟังเพลงเบาๆ **ประเมินผลการพยาบาล:** หลังได้รับยาระงับปวด คะแนนความปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ขยับตัวบนเตียงได้ดีขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: เสี่ยงต่อภาวะซีดและภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เวลาลุกนั่ง O: เสียเลือดขณะผ่าตัด (Blood loss) 500–600 ml, ผล HCT หลังผ่าตัดลดลงเหลือ 27–28%, เยื่อบุตาดูซีด, ได้รับการเติมเลือด Packed Red Blood Cells (PRC) 1 unit **วัตถุประสงค์:** เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซีด และส่งเสริมให้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย **เกณฑ์การประเมินผล:** ค่า HCT หลังได้รับเลือดเพิ่มขึ้นเป็น ≥ 3% สัญญาณชีพปกติ เยื่อบุตาและริมฝีปากมีเลือดฝาด ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด และระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด 2. บริหารส่วนประกอบของเลือด (PRC 1 unit) ตามแผนการรักษา โดยยึดหลักมาตรฐานความปลอดภัยและการเฝ้าระวังปฏิกิริยาข้างเคียงจากการรับเลือดอย่างเคร่งครัด 3. ติดตามผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HCT stat) หลังการเติมเลือดครบถ้วน 4. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) 5. ดูแลให้ได้รับยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) และแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืด เยื่อบุตาไม่ซีด ผล HCT หลังได้รับ PRC 1 unit เพิ่มขึ้นเป็น 30% อยู่ในระดับที่ปลอดภัย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด และมีภาวะท้องอืดแน่นท้อง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบ่นคลื่นไส้ อาเจียน และรู้สึกแน่นท้อง อืดอัดท้อง O: มีการอาเจียนหลังผ่าตัด, ฟังเสียงการบีบตัวของลำไส้ได้น้อย (Hypoactive bowel sound), ได้รับยาระงับปวดกลุ่ม Opioids และยาสลบ **วัตถุประสงค์:** บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน และส่งเสริมการทำงานและการบีบตัวของลำไส้ให้เป็นปกติ **เกณฑ์การประเมินผล:** ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หน้าท้องนิ่ม ไม่กางตึง ฟัง Bowel sound ได้ปกติ (6–12 ครั้ง/นาที) และผู้ป่วยผายลมได้	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน ปริมาณสิ่งที่อาเจียน อาการท้องอืด และฟัง Bowel sound ทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน และยาขับลม (Simethicone/Air-X) ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลให้งดน้ำและอาหารทางปาก (NPO) ในระยะแรก และเริ่มให้จิบน้ำหรืออาหารอ่อนตามลำดับเมื่อเริ่มฟังได้ Bowel sound หรือผู้ป่วยผายลม 4. กระตุ้นการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) โดยช่วยพยุงลุกนั่งขอบเตียงและเดินรอบเตียงเพื่อกระตุ้นลำไส้ 5. หลีกเลี่ยงการใช้หลอดดูดน้ำเพื่อลดการกลืนลมลงกระเพาะอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยหยุดอาเจียน สามารถผายลมได้ หน้าท้องนิ่ม ฟัง Bowel sound ได้ 8 ครั้ง/นาที และเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด และกังวลเรื่องแผลโดนน้ำ O: มีแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาด 16 เซนติเมตร, มีไข้ต่ำๆ หลังผ่าตัด ได้รับยาปฏิชีวนะ (Cefazolin IV / Amoxycillin PO) **วัตถุประสงค์:** ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง และส่งเสริมการสมานตัวของแผล **เกณฑ์การประเมินผล:** แผลผ่าตัดแห้ง ติดดี ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน หรือมีหนองซึม อุณหภูมิร่างกายปกติ และผล WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และประเมินลักษณะแผลผ่าตัด (บวม แดง ร้อน ปวด มีสารหลั่ง) 2. ทำความสะอาดและดูแลแผลผ่าตัดโดยยึดหลักเทคนิคไร้เชื้อ (Aseptic technique) อย่างเคร่งครัด 3. ดูแลปิดแผลด้วยพลาสเตอร์กันน้ำเมื่อผู้ป่วยเริ่มทำความสะอาดร่างกายได้ เพื่อป้องกันความอับชื้น 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องและตรงเวลา 5. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและวิตามินซีเพื่อช่วยในการสมานแผล **ประเมินผลการพยาบาล:** แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่บวม แดง หรือมีหนอง อุณหภูมิร่างกายปกติไม่พบภาวะติดเชื้อ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning Phase)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: วิตกกังวลและเสี่ยงต่อความบกพร่องทางแบบแผนเพศสัมพันธ์จากการสูญเสียมดลูกและการเข้าสู่วัยทอง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบ่นกังวลว่าตัดมดลูก/รังไข่แล้วจะทำให้เพศสัมพันธ์กับสามีไม่เหมือนเดิม กลัวช่องคลอดแห้ง และกลัวสามีไม่พึงพอใจ O: ผ่าตัด TAH with BSO (ตัดรังไข่ออกสองข้าง) ส่งผลให้เข้าสู่วัยทองทันทีจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้ป่วยและสามีมีความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อเพศสัมพันธ์ และสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะวัยทองได้อย่างเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล:** ผู้ป่วยและสามีแสดงความเข้าใจและคลายความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและสามีร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทางเพศหลังผ่าตัด 2. เน้นย้ำการงดมีเพศสัมพันธ์และการสวนล้างช่องคลอดเป็นเวลา 6–8 สัปดาห์ เพื่อรอให้ยอดช่องคลอด (Vaginal cuff) สมานตัวเรียบร้อย 3. ให้ความรู้เรื่องอาการวัยทองจากการตัดรังไข่ (เช่น ช่องคลอดแห้ง ร้อนวูบวาบ) และแนะนำการใช้วารสารหล่อลื่นสูตรน้ำ (Water-based lubricant) เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้ 4. เสริมสร้างความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และส่งเสริมการสื่อสารความรู้สึกอย่างเปิดเผยระหว่างคู่สมรส **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยและสามีมีสีหน้าผ่อนคลาย เข้าใจข้อห้ามงดมีเพศสัมพันธ์ 6–8 สัปดาห์ และมีความมั่นใจในการปรับตัวเข้าสู่วัยทอง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
สามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการรับมือกับอาการวัยทองได้ถูกต้อง	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อาหาร ข้อห้ามยกของหนัก และการรับประทานยาเมื่อกลับบ้าน O: เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางสูตินรีเวช ได้รับยารับประทานกลับบ้านหลายชนิด และต้องได้รับการตรวจติดตามตามนัด **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนัก มีความรู้ และสาธิตการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล:** ผู้ป่วยและญาติอธิบายข้อปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD ได้ถูกต้อง ระบุชื่อยา วิธีใช้ ยาบำรุงเลือด ข้อห้ามยกของหนัก และสัญญาณเตือนผิดปกติได้	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD: D (Diagnosis): อธิบายการผ่าตัด การตัดมดลูก/รังไข่ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย M (Medicine): แนะนำชื่อยา วิธีรับประทาน โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด และยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) E (Environment): แนะนำการจัดบ้านให้โปร่ง สะอาด หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดบ่อยๆ ในช่วงแรก T (Treatment & Activities): แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด เน้นย้ำข้อห้ามยกของหนัก (> 5 กิโลกรัม) และการงดเกร็งหน้าท้อง 6–8 สัปดาห์ H (Health): แนะนำการรับประทานอาหารโปรตีนสูง ผักผลไม้ ดื่มน้ำ 2,000–2,500 มล./วัน เพื่อป้องกันท้องผูก O (Outpatient): เน้นย้ำวันนัดตรวจติดตาม แผล/ตัดไหม (7 วัน) และนัดฟังผลพยาธิวิทยา (1 เดือน) หรือคัดกรอง Vaginal cuff cytology D (Danger Signs): อธิบายสัญญาณเตือนผิดปกติ เช่น มีไข้สูง แผลบวมแดงมีหนอง เลือดออกสดทางช่องคลอด หรือปวดท้องรุนแรง ที่ต้องมาพบแพทย์ทันที 2. เปิดโอกาสให้สอบถามและประเมินความเข้าใจย้อนกลับ (Teach-back technique) **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม ระบุข้อห้ามปฏิบัติ ยารับประทาน และสัญญาณเตือนผิดปกติได้อย่างถูกต้อง พร้อมสำหรับการกลับไปพักฟื้นที่บ้านอย่างปลอดภัย

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

การศึกษารายกรณีนี้มุ่งศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Myoma uteri) ที่ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (TAH) ทั้งในกรณี TAH with Right SO และ TAH with BSO โดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด จนถึงระยะวางแผนจำหน่าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกหลายก้อน (Multiple Myoma Uteri) ในการดูแลระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิตกกังวลสะสมจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องคลอดลามขึ้นไปสู่ระบบสืบพันธุ์ส่วนบน ทีมพยาบาลได้ให้การดูแลโดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล และการดูแลสุขวิทยาทางช่องคลอดอย่างเคร่งครัด สำหรับระยะหลังผ่าตัด ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องในระดับรุนแรง (Pain score แรกรับเท่ากับ 8 คะแนน) ภาวะเสี่ยงต่อการชีดและพร่องออกซิเจนเนื่องจากค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงแรกรับต่ำ (HCT 27.6%) ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยการเติมเลือด (PRC 1 unit) ตลอดจนภาวะไม่สุขสบายจากการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงเนื่องจากผลข้างเคียงของยาระงับปวด Morphine และยาสลบ โดยพบการอาเจียนถึง 7

ครั้งในวันที่ 2 หลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและตอช่องคลอด (Vaginal cuff) ทีมพยาบาลได้จัดการความปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับเลือดอย่างปลอดภัย เฝ้าระวังปฏิกิริยาข้างเคียง พร้อมทั้งส่งเสริมการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้และทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคไร้เชื้อ ในระยะวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดตามผลการติดเชื้อ HPV และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทีมพยาบาลได้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD โดยเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายังคงมีรังไข่ซ้ายเหลืออยู่ 1 ข้าง ซึ่งสามารถสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ตามปกติ จึงไม่เกิดภาวะวัยทองก่อนวัย และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติหลังแผลหายดี พร้อมทั้งเน้นย้ำข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์และการสวนล้างช่องคลอดในระยะ 6–8 สัปดาห์แรก งดยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม การดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด และความสำคัญของการมาตรวจติดตามคัดกรองมะเร็งบริเวณยอดช่องคลอด (Vaginal cuff cytology) ตามนัด

ผลลัพธ์การดูแล หลังได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับเลือด อาการปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียนทุเลาลง แผลผ่าตัดแห้งดี ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และคลายความวิตกกังวล สามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกร่วมกับภาวะประจำเดือนมามากผิดปกติ (Myoma uteri with hypermenorrhea) ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia 4–5 ครั้งต่อคืน) จากการที่ก้อนเนื้องอกกดเบียดกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัดเกี่ยวกับความปลอดภัย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การสูญเสียภาวะเจริญพันธุ์ การเข้าสู่วัยทองทันทีจากการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ตลอดจนกังวลต่อแบบแผนเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด ซึ่งแสดงออกผ่านทางชีวสัญญาณที่สูงขึ้นแรกรับ (ความดันโลหิต 137/89 mmHg และอัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที) ทีมพยาบาลได้ให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างชัดเจน ร่วมกับการอธิบายโครงสร้างทางกายวิภาคเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการปรับตัวเข้าสู่วัยทอง ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ สำหรับระยะหลังผ่าตัด ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ 16 เซนติเมตร ในระดับรุนแรง (Pain score แรกรับเท่ากับ 8 คะแนน) ภาวะเสี่ยงต่อการซีดและพร่องออกซิเจนจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 มิลลิลิตร โดยพบค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสะสมหลังผ่าตัดลดลงเหลือ 27% (HCT stat 27%) ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยการบริหารส่วนประกอบของเลือด (PRC 1 unit in 3 hrs.) ตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังประสบภาวะท้องอืด แน่นท้องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหลังผ่าตัด และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทีมพยาบาลได้จัดการประเมินและบรรเทาความปวด ดูแลการได้รับเลือดอย่างใกล้ชิดและปลอดภัย ประเมินผล HCT หลังได้รับเลือดครบถ้วน (เพิ่มขึ้นเป็น 30%) กระตุ้นการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) ร่วมกับดูแลให้ยาขับลมเพื่อส่งเสริมการบีบตัวของลำไส้ ตลอดจนดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคไร้เชื้ออย่างเคร่งครัด ในระยะวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยและสามียังคงต้องการความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการรับมือกับภาวะวัยทองจากการผ่าตัด (Surgical menopause) ทีมพยาบาลได้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD โดยเน้นย้ำข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์และการสวนล้างช่อง

คลอดเป็นเวลา 6–8 สัปดาห์ เพื่อให้แผลยอดช่องคลอดสมานตัวสมบูรณ์ แนะนำการใช้วารสารหล่อลื่นชนิดสูตรน้ำหากมีภาวะช่องคลอดแห้งในอนาคต แนะนำการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) และอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนสูง เน้นย้ำข้อห้ามในการยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม การเบ่งหน้าท้อง ตลอดจนการสังเกตสัญญาณเตือนผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

ผลลัพธ์การดูแล หลังได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับเลือด อาการปวดแผลลดลงจนอยู่ในระดับที่ทนได้ ระบบทางเดินอาหารฟื้นตัวดีสามารถผายลมและรับประทานอาหารได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ ค่า HCT เพิ่มขึ้นสู่ระดับที่ปลอดภัย (30%) ผู้ป่วยและสามีมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อแบบแผนเพศสัมพันธ์ คลายความกังวลใจ และสามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

ระยะก่อนผ่าตัด: ปัญหาสำคัญคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เพศสัมพันธ์ และการรบกวนแบบแผนการนอนหลับจากภาวะปัสสาวะบ่อย (Nocturia) หลังได้รับการพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องกายวิภาคและเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด: ปัญหาหลัก ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องระดับรุนแรง (Pain score = 8) ภาวะซีดจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน/ท้องอืด และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด หลังได้รับการจัดการความปวด การบริหารส่วนประกอบของเลือด (PRC) การส่งเสริมการลุกเดินไว (Early ambulation) และการทำแผลด้วยเทคนิคไร้เชื้อ ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HCT) เพิ่มขึ้นสู่เกณฑ์ปลอดภัย

ระยะวางแผนจำหน่าย: การดำเนินงานตามหลัก D-METHOD ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยทอง (กรณี BSO) การสังเกตสัญญาณเตือนผิดปกติ และพร้อมกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษานำมาสู่ประเด็นการอภิปรายสำคัญ 4 ประการ[1,6] ได้แก่

1. การจัดการความวิตกกังวลและทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์/วัยทอง: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการตัดมดลูกมักมียึดติดกับความเชื่อที่ว่า "ตัดมดลูกแล้วจะทำให้ความเป็นผู้หญิงหมดไป" หรือกังวลว่าช่องคลอดจะสั้นลงจนกระทบต่อเพศสัมพันธ์ การใช้บทบาทพยาบาลในการอธิบายโครงสร้างทางกายวิภาคและการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะวัยทอง (ทั้งกรณีตัดรังไข่ 1 ข้างที่ยังสร้างฮอร์โมนได้ปกติ และตัด 2 ข้างที่ต้องรับมือกับภาวะ Surgical Menopause) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดความเครียดทางจิตสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient-and-Family Centered Care)

2. การฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเร่งด่วน (Early Recovery Protocols): การกระตุ้นการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) มีผลอย่างมากในการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ลดภาวะท้องอืดแน่นท้อง และป้องกันภาวะลำไส้อัมพาตชั่วคราว (Postoperative ileus) นอกจากนี้ การจัดการความปวดอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้หมอนประคองหน้าท้อง ช่วยลดความตึงรั้งของแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ (16 cm) ทำให้ผู้ป่วยกล้าขยับตัวและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของแผลและยอดช่องคลอด (Vaginal Cuff Integration): การวางแผนจำหน่ายที่เน้นย้ำ **ข้อห้ามยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม** การงดเบ่งหน้าท้อง และ **การงดมีเพศสัมพันธ์/สวนล้างช่องคลอดอย่างน้อย 6–8 สัปดาห์** เป็นปัจจัยวิกฤต (Critical Factor) ที่ช่วยป้องกันภาวะแผลยอดช่องคลอดแยก (Vaginal cuff dehiscence) หรือการติดเชื้อในเชิงอุ้งเชิงบัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของการผ่าตัด TAH

จากการวิเคราะห์ผลการรักษาในกรณีศึกษาที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative blood loss) จำนวน 600 มิลลิลิตร ส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit: Hct) ลดลงเหลือร้อยละ 27 ซึ่งตามเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จัดอยู่ใน ภาวะโลหิตจางระดับปานกลาง (Moderate Anemia) การบริหารจัดการทางคลินิกโดยการให้ส่วนประกอบของเลือดชนิด Packed Red Blood Cells (PRC) จำนวน 1 ยูนิต มีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ทางคลินิก (Clinical practice guidelines) ที่ระบุว่าการส่งผ่าน PRC จำนวน 1 ยูนิตในผู้ใหญ่จะช่วยเพิ่มระดับ Hct ได้ประมาณร้อยละ 3 (หรือเพิ่มระดับ Hemoglobin ได้ประมาณ 1 g/dL) โดยผลการติดตามหลังได้รับเลือดพบว่าระดับ Hct ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาอย่างแม่นยำและเป็นไปตามเป้าหมายทางการพยาบาลในการฟื้นฟูความตึงตัวของระบบไหลเวียนโลหิต การขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะพร่องออกซิเจนหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะของการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในเวชปฏิบัติ (Implications for Clinical Practice)

ด้านการดูแลด้านจิตใจและเพศสัมพันธ์: ควรจัดทำสื่อการสอน หรือแผ่นพับให้ความรู้เรื่อง *"การปรับตัวหลังผ่าตัดตัดมดลูกและเพศสัมพันธ์"* เพื่อมอบให้ผู้ป่วยและสามีได้ศึกษาร่วมกันตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

ด้านการวางแผนจำหน่าย: ควรมีนโยบายการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ที่เน้นย้ำข้อห้ามเฉพาะ (เช่น การงดยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม การงดมีเพศสัมพันธ์ 6–8 สัปดาห์) พร้อมทั้งทำคู่มือปฏิบัติงาน (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) สำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวช

ด้านการติดตามผล (Follow-up Care): ควรสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ (Tele-nursing) หรือแอปพลิเคชัน ในช่วง 1–2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย เพื่อประเมินการสมานตัวของแผลผ่าตัด อาการปวด และตอบข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวที่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยและการศึกษาครั้งต่อไป (Recommendations for Future Research)

การศึกษาติดตามผลระยะยาว: ควรมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิต (Quality of Life) และแบบแผนเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด TAH ในระยะยาว (เช่น 3 เดือน และ 6 เดือนหลังผ่าตัด)

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล: ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาประสิทธิผลของนวัตกรรม เช่น *"สายรัดหน้า*ท้องพยุงแผลผ่าตัดสูตินรีเวช" หรือ "โปรแกรมการฟื้นตัวไวหลังการผ่าตัด (ERAS Program: Enhanced Recovery After Surgery)" ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดหน้าท้องทางสูตินรีเวช เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด และระยะเวลาการฟื้นตัวของลำไส้

เอกสารอ้างอิง

1. National Center for Biotechnology Information. (2026). Uterine leiomyomata. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546680/
2. Ozbey, G., & Yilmaz, E. (2025). Myoma uteri: Pathogenesis, clinical presentation, and current management strategies. European Archives of Medical Research, 41(2), 61–68. https://doi.org/10.14744/eamr.2025.37267
3. Marsh, E. E., Al-Hendy, A., Kappus, D., Galen, D. I., & Taylor, H. S. (2024). Burden, diagnosis, and management of uterine fibroids. JAMA, 331(18), 1561–1571. https://doi.org/10.1001/jama.2024.3120
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Management of symptomatic uterine leiomyomas (ACOG Practice Bulletin No. 228). Obstetrics & Gynecology, 137(6), e100–e115. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004401
5. Mays, R. M., & Le, C. Q. (2022). Psychological impacts, body image concerns, and sexual health after hysterectomy for benign conditions: A systematic review. Journal of Women's Health & Gynecological Care, 7(1), 15–24.
6. สิริพร สุวรรณฉัตร, พรนภา หอมกลิ่น, และ รัตนาภรณ์ อาษา. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้และความรู้ต่อการปรับตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 45–54.