



การพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลสมุทรปราการ: กรณีศึกษา 2 ราย
Perioperative Nursing Care for Patients Undergoing Total Thyroidectomy at
Samutprakan Hospital: A Two-Case Study

อำไพ พ่วงศรี

Amphai Puangsri

กลุ่มงานการพยาบาลงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ
Department of Perioperative Nursing, Samutprakan Hospital

วันรับบทความ : 24 กันยายน พ.ศ. 2568

วันแก้ไขบทความ : 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

วันตอบรับบทความ : 15 ธันวาคม พ.ศ. 2568

บทคัดย่อ

การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (total thyroidectomy) เป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

กรณีศึกษาครั้งนี้ นำเสนอผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ รายแรกเป็นสตรีอายุ 74 ปี มีอาการก้อนที่คอนาน 2 ปี ผลการตรวจ Fine Needle Aspiration (FNA) คือ การเจาะดูดเซลล์ด้วยเข็มขนาดเล็ก เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดเซลล์พาลิลลารี (Papillary Thyroid Cancer: PTC) เข้ารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 40 นาที และพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน รายที่สองเป็นสตรีอายุ 48 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีก้อนที่คอทั้งสองข้าง เน้นคอ และเสียงแหบเป็นเวลา 4 ปี ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบก้อนกดทับโครงสร้างโดยรอบ ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 25 นาที และพักรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วย ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยทั้งสองรายปลอดภัย และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย และการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลห้องผ่าตัด, การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทั้งหมด, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, กรณีศึกษา

Received : September 24, 2025

Revised : November 2, 2025

Accepted : December 15, 2025

Abstract

Total thyroidectomy is a high-risk surgical procedure that may result in serious complications and potential harm to patients. Therefore, perioperative nurses must possess comprehensive knowledge and understanding to provide holistic care before, during, and after surgery, thereby ensuring patient safety and minimizing risks.

This case study presents two patients who underwent total thyroidectomy at Samutprakan Hospital. The first case was a 74-year-old female who had a neck mass for two years. Fine-needle aspiration confirmed papillary thyroid carcinoma. She underwent total thyroidectomy, which lasted 3 hours and 40 minutes, and was hospitalized for six days. The second case was a 48-year-old female with a history of hypertension, who presented with bilateral neck masses, neck tightness, and hoarseness for five years. Computed tomography revealed compression of adjacent structures. She underwent total thyroidectomy, which lasted 2 hours and 25 minutes, and was hospitalized for five days.

Both patients received continuous perioperative nursing care across the preoperative, intraoperative, and postoperative phases, with an emphasis on complication monitoring and collaborative discharge planning with the inpatient ward. As a result, both patients were discharged safely within the expected timeframe. This case study underscores the critical role of perioperative nursing in enhancing patient safety and supporting effective recovery following total thyroidectomy.

Keywords: operating room nursing, total thyroidectomy, postoperative care, case study

บทนำ

มะเร็งต่อมไทรอยด์ จัดเป็นมะเร็งของระบบต่อมไร้ท่อที่พบบ่อยที่สุด และมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในหลายภูมิภาคทั่วโลก¹ โดยข้อมูล GLOBOCAN รายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 821,214 ราย และเสียชีวิต 47,507 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ และอัตราตายที่ปรับตามอายุ (ASIR/ASMR) เท่ากับ 9.10 และ 0.44 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อีกทั้งพบอุบัติการณ์ในสตรีสูงกว่าบุรุษราวสามเท่า¹ สำหรับประเทศไทย แนวโน้มสอดคล้องกับภาพรวมสากล โดยพบการเพิ่มขึ้นเด่นชัดในสตรี และเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่ปรับแก้ได้² ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น ประกอบด้วย การเข้าถึงการวินิจฉัยที่ไวและแม่นยำยิ่งขึ้น เช่น อัลตราซาวนด์ และการเจาะตรวจด้วยเข็มขนาดเล็ก ตลอดจนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ²

แม้มะเร็งต่อมไทรอยด์มีพยากรณ์โรคที่ดีหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะแรก โดยเฉพาะกลุ่มที่เซลล์ยังคงลักษณะใกล้เคียงปกติ (differentiated thyroid carcinoma) แต่อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นทำให้โรคนี้นับเป็นภัยคุกคามสำคัญเชิงสาธารณสุข¹⁻³ วิธีการหลักที่ใช้แพร่หลายคือการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (total thyroidectomy) เพื่อควบคุมโรค ลดโอกาสเกิดซ้ำ และเอื้อให้การรักษาสเสริมด้วยไอโอดีนกัมมันตรังสีมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามแนวทางเวชปฏิบัติของ American Thyroid Association⁴ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การบาดเจ็บเส้นประสาท recurrent laryngeal nerve ทำให้เสียงแหบและเลือดออกหลังผ่าตัด รวมถึงภาวะแคลเซียมต่ำจากการตัดต่อมพาราไทรอยด์ด้วย ซึ่งการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ จำเป็นต้องติดตามระดับแคลเซียม ถึงแม้ว่าการผ่าตัดต่อมไทรอยด์นั้น จะไม่ได้มีการตัดต่อมพาราไทรอยด์โดยตรง แต่เนื่องจากต่อมพาราไทรอยด์อยู่ใกล้และได้รับเลือดจากต่อมไทรอยด์ การผ่าตัดจึงสามารถทำให้ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานลดลงชั่วคราว นำไปสู่ภาวะแคลเซียมต่ำหลังผ่าตัดได้ ซึ่งล้วนกระทบคุณภาพชีวิตผู้ป่วย⁴⁻⁵

ในมิติทางการแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด และทีมวิสัญญีมีบทบาทครอบคลุมทั้งสามระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดใกล้ชิด เพื่อเสริมความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าการดูแลอย่างเป็นระบบหลังผ่าตัดช่วยลดปัญหาแผลและยกระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย⁶ และการติดตามระดับแคลเซียมในร่างกาย มุ่งดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางช่วยลดผลกระทบระยะต้นได้⁷ นอกจากนี้ การประเมินและจัดการความวิตกกังวลตลอดช่วงเข้ารับการรักษา ยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และลดระยะการนอนโรงพยาบาล⁸⁻⁹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการและการดูแลทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผ่านรายงานกรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อระบุแนวทางการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษาตอนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทย อายุ 74 ปี อาชีพ แม่บ้าน รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

โรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคเกาต์ (gout) ไขมันพอกตับ (fatty liver) ภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ (hypothyroidism) ตั้งแต่อายุ 25 ปี พ.ศ. 2566 รับประทานยาแอสไพริน (Aspirin) ขนาด 81 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ซึ่งมีผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ทำให้เลือดออกง่ายและหยุดยาก

อาการสำคัญ: มีก้อนที่คอซ้าย เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ และแพทย์นัดมาอนเทรียมทำการผ่าตัด 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

การตรวจร่างกาย: BT = 35.6 °C BP = 144/76 mmHg PR = 72 bpm RR = 20 bpm height = 145 cm BW = 62.6 kg BMI = 29.7 kg/m² คลำพบก้อนต่อมไทรอยด์ด้านซ้าย ขนาดประมาณ 2 เซนติเมตร ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: Hb = 12.6 g/dL Hct = 37.8% WBC = 8,200 cells/mm³ PLT = 146,700 cell/mm³

การตรวจเพิ่มเติม:

- ตรวจอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์พบ ก้อนชนิด TI-RADS 5 ซึ่งมีลักษณะ hypoechoic (ความสะท้อนเสียงต่ำ) และมีหินปูน (calcifications) ภายในก้อน สื่อถึงความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็ง ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต บริเวณคอ (Ultrasound of the thyroid revealed a TI-RADS 5 hypoechoic nodule with calcifications in the thyroid gland, indicating a high suspicion of malignancy. No cervical lymphadenopathy was noted)

- ผลการเจาะตรวจเซลล์ด้วยเข็มละเอียด (FNA) จัดอยู่ในกลุ่ม Bethesda V ซึ่งหมายถึง สงสัยมะเร็ง ไทรอยด์ชนิด papillary (papillary thyroid carcinoma)

- ผลการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ (TFT) พบว่า เป็นภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำแบบแอบแฝง (subclinical hypothyroidism)

- ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อน (Echocardiogram) พบกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว (LVH), หัวใจห้องบนซ้ายโต (LAE) และภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวผิดปกติ ระดับที่ 2 (grade II diastolic dysfunction)

การวินิจฉัย: มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดพาพิลลารี ร่วมกับภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำระยะเริ่มต้น [papillary thyroid carcinoma (malignant neoplasm of thyroid gland) and Subclinical hypothyroidism]

การรักษา: ผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ทั้งสองข้าง (total thyroidectomy) โดยทำการผ่าตัด ภายใต้การดมยาสลบ ในวันที่ผ่าตัด 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทย อายุ 48 ปี อาชีพ รับจ้างทั่วไป รับไว้ในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ คอ นาสิก โรงพยาบาลสมุทรปราการ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 5 วัน

โรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง (hypertension) รับประทานยา Losartan 50 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน และ Amlodipine 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า นีวในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนต้นถึงส่วนปลาย (Kidney, Ureter, and Bladder stone: KUB stone) มีประวัติส่องกล้องสลายนีวในถุงน้ำดี ปี พ.ศ. 2566 ปฏิเสธการแพ้ยา

อาการสำคัญ: มีก้อนที่คอทั้ง 2 ข้าง แน่นลำคามากขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน

การตรวจร่างกาย: BT = 35.9 °C BP = 131/85 mmHg PR = 114 bpm RR = 20 bpm SpO₂ = 95% (room air) BW = 76 kg Height = 158 cm BMI = 30.44 kg/m² (obese class I) ผู้ป่วยรู้สึกแน่นคอเล็กน้อย คลำได้ก้อนบริเวณด้านหน้าลำคอขนาดประมาณ 2 – 3 cm. ไม่มีเสียงแหบหรือกลืนลำบาก ตรวจไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: Parathyroid Hormone (PTH) หลังผ่าตัด = 7 pg/mL corrected calcium = 8.2 mg/dL Hct = 36.2% WBC = 7,700 cells/mm³

การตรวจเพิ่มเติม:

- ตรวจอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์พบต่อมไทรอยด์มีหลายก้อน (multinodular goiter) โดยก้อนต่างๆ จัดอยู่ใน TI-RADS 3 – 4 ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงปานกลางต่อการเป็นมะเร็ง (Ultrasound of the thyroid revealed a multinodular goiter, with nodules classified as TI-RADS 3 – 4.)

- ตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ที่คอ พบไทรอยด์ด้านใดด้านหนึ่งโต กดเบียด หลอดลม (trachea) และลามลงไปยัง บริเวณ superior mediastinum (CT scan of the neck showed an enlarged thyroid lobe compressing the trachea and extending into the superior mediastinum.)

- FNA (Fine Needle Aspiration): สงสัยมะเร็งไทรอยด์ชนิดพาพิลลารี (papillary thyroid carcinoma)

- Thyroid Function Test (TFT): พบภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำแบบแฝง (subclinical hypothyroidism)

ผลชิ้นเนื้อ (Pathology): พบมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดพาพิลลารี ขนาดก้อนเนื้อ 0.9 ซม. ไม่มีการลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือต่อมน้ำเหลือง พบร่วมกับ Hashimoto thyroiditis (ต่อมไทรอยด์อักเสบภูมิคุ้มกันตนเอง)

การรักษา: การตัดต่อมไทรอยด์ทั้งหมด (total thyroidectomy) ภายใต้การดมยาสลบทั่วไป ผ่าตัดวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ราย 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
ระยะก่อนผ่าตัด	1. วิตกังวลต่อการทำผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งต่อมไทรอยด์ ชนิดพาพิลลารี และการปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด	1. วิตกังวลต่อการทำผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งต่อมไทรอยด์ ชนิดพาพิลลารี และการปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยแนะนำตัว และพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ และเกิดความไว้วางใจในตัวเอง 2. อธิบายการผ่าตัดให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องไทรอยด์ และแผนการรักษาของแพทย์ 3. อธิบายวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ดังนี้ - การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	- กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหญิงสูงอายุ มีความกลัวต่อความเจ็บปวด ขาดความรู้ และมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยของญาติสอบถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เนื่องจากไม่เคยผ่าตัดชนิดนี้มาก่อน - กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นหญิงวัยกลางคน มีสีหน้าวิตกกังวล และมีอาการแน่นหน้าอกจากก้อนที่โตมา กดเบียด ไม่สุขสบาย ผู้ป่วยถามถึงวิธีการผ่าตัด และอาการเจ็บป่วยของตนเอง

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
			- การปฏิบัติก่อนผ่าตัด ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้ยาคลายความวิตกกังวล ก่อนนอน ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนการผ่าตัด เข้าวันผ่าตัดผู้ป่วยต้องอาบน้ำ แปรงฟัน บ้วนปาก เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ ให้เรียบร้อย ถอดฟันปลอม เครื่องประดับ - อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งร่างกาย โดยการดมยาสลบ ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ - หลังผ่าตัดควรพลิกตะแคงตัว และลุกจากเตียงหลังผ่าตัด เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอก ลดการคั่งค้างของเสมหะ - การควบคุมและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการใช้มาตราวัดแบบตัวเลข ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความเจ็บปวด เช่น การได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ 4. สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 5. พุดคุยให้กำลังใจ ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัด 6. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน	- หลังจากมีการให้ความรู้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พุดคุยให้กำลังใจ สนับสนุนญาติให้มีส่วนร่วม ในการให้กำลังใจผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายเบื้องต้นในการดูแลตนเอง สีสหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลดลง ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ราย 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
	2. เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด	2. เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด	1. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 2. ดูแลติดป้ายให้ผู้ป่วยยงค้ำน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบ 3. ดูแลประเมินสัญญาณชีพ 4. ดูแลความสะอาดผู้ป่วย อาบน้ำ สระผม ล้างหน้า ตัดเล็บก่อนไปผ่าตัด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา	- กรณีศึกษารายที่ 1 ได้ตรวจสอบการงดยา แอสไพรินก่อนผ่าตัด 7 วัน หลังจากได้รับการพยาบาล - กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง พักผ่อนได้ สัญญาณชีพปกติ ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา
ระยะขณะ ผ่าตัด	เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทและเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัด	เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทและเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัด	1. การเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ ตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัดและเครื่องมือผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ เช่น thyroid set, electrocautery และเครื่องดูดเสมหะ เครื่องมือช่วยห้ามเลือดและเครื่อง monitoring ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดการผ่าตัด 2. จัดท่าผ่าตัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงาย (supine position) โดยมีหมอนรองใต้ไหล่เพื่อช่วยให้ศีรษะเชิดเล็กน้อย และเปิดพื้นที่ในการผ่าตัด เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาทและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ 3. การควบคุมภาวะปลอดเชื้อ (aseptic technique) โดยปฏิบัติตามหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ การปูผ้าคลุม (drape) ไปจนถึงการส่งเครื่องมือผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระหว่างการผ่าตัด	- กรณีศึกษารายที่ 1 การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ข้างซ้าย ขนาด 2X2 ซม. และอยู่ติดกับต่อมน้ำเหลืองค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องค่อยๆ เลาะก้อน ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 40 นาที เสียเลือดประมาณ 300 ml และใส่สายระบาย Radivac drain ค้างไว้ 1 เส้น - กรณีศึกษารายที่ 2 การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ซึ่งมีขนาด 7X7 ซม. และ 3X3 ซม. ที่มีการกดเบียดหลอดลม แต่ไม่ติดต่อมน้ำเหลือง ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 25 นาที ชั่วโมง 40 นาที เสียเลือดประมาณ 400 ml และใส่สายระบาย Radivac drain ค้างไว้ 2 เส้น ที่คอทั้งสองข้าง - หลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี มีความปลอดภัย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ราย 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
			4. การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังการสูญเสียเลือด การเปลี่ยนแปลงการหายใจ และอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น เลือดออกมากผิดปกติ หรือการอุดกั้นทางเดินหายใจ 5. การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ พยาบาลต้องตรวจนับผ้าก๊อช เข็ม และเครื่องมือทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการตกค้างของสิ่งแปลกปลอมภายในร่างกายผู้ป่วย 6. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด พยาบาลดูแลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักรักษาอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งจัดบันทึก และรายงานข้อมูลที่สำคัญ เช่น ปริมาณเลือดที่สูญเสีย การใช้ยาสำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด	
ระยะหลัง ผ่าตัดและ จำหน่าย	เฝ้าระวังการเกิด อาการทางเดิน หายใจและ การเสียเลือด	เฝ้าระวังการเกิด อาการทางเดิน หายใจและ การเสียเลือด	<u>การเฝ้าระวังอาการทางเดินหายใจและการเสียเลือด</u> 1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก และทุก 1-2 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ 2. สังเกตแผลผ่าตัด บวม ตึง หรือมีเลือดคั่ง (hematoma) 3. ประเมินฟังเสียงหายใจว่ามีเสียงผิดปกติ เช่น stridor และแนะนำผู้ป่วยหากมีอาการคอบวม หายใจลำบากให้แจ้งทันที 4. การดูแลท่อระบาย Radivac drain	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หายใจปกติ ไม่มี อาการคอบวม ไม่มีภาวะเลือดคั่ง (hematoma) - กรณีศึกษารายที่ 1 มี Radivac drain 1 เส้น มีเลือด จำนวน 60 ml ในวันแรก และลดลงเป็น 40 ml และ 20 ml ในวันต่อมา - กรณีศึกษารายที่ 2 มี Radivac drain 2 เส้นที่คอ ทั้ง 2 ข้าง ข้างขวามีเลือด 10 ml ในวันแรก วันที่ 2 เพิ่มขึ้น 20 ml และลดลง

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ราย 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
	การเฝ้าระวังภาวะ แคลเซียมต่ำ	การเฝ้าระวังภาวะ แคลเซียมต่ำ	- ตรวจสอบตำแหน่ง และ การยึดท่อว่าไม่ถูกดึงรั้ง หัก หรือพังงอ - ประเมินปริมาณ สี ลักษณะ ของสารคัดหลั่งที่ออกมา แฉก แพทย์ทันทีหากพบว่าเลือดออก สดมากผิดปกติ >100 ml/hr สารคัดหลั่ง ชุ่น/มีกลิ่น - บันทึกปริมาณสารคัดหลั่งทุก 4-6 ชั่วโมง <u>การเฝ้าระวังภาวะแคลเซียมต่ำ</u> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการที่บ่งบอกถึง ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น ชาปลายมือ ปลายเท้า มือจับ กล้ามเนื้อกระตุก 3. แนะนำให้รับประทานอาหาร ที่มีแคลเซียมและวิตามินดี เช่น นม ผักใบเขียว เป็นต้น 4. ติดตามผลตรวจระดับ calcium ในเลือดตามแผน การรักษา 5. เตรียม calcium gluconate ไว้กรณีฉุกเฉิน <u>การควบคุมความเจ็บปวด</u> <u>และการฟื้นตัว</u> 1. ประเมินระดับความปวดและ ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด คือ paracetamol 1 tab 2. จัดท่าศีรษะสูง เพื่อลดบวม และช่วยให้หายใจสะดวก 3. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิค ต่างๆเพื่อช่วยลดความตึงเครียด และลดอาการปวด เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ผี๊กการ หายใจเข้าและลึก (deep breathing exercise)	ในวันที่ 3 เป็น 10 ml ช้าง ซ้ายวันแรกมีเลือด 50 ml วันที่ 2 ลดลงเป็น 40 ml วันที่ 3 มี 10 ml และ สีจางลง - ผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีสามารถ ถอด Radivac drain ได้ใน วันต่อมา - กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีมือจับ ไม่ชาปลายมือ ปลายเท้า ปลอดภัยจาก ภาวะแคลเซียมต่ำ - กรณีศึกษารายที่ 1 ผลการตรวจ Lab Calcium ทั้ง 3 วัน อยู่ในช่วง 8.8 - 9.5mg/dL - กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลและ ขอยาแก้ปวด pain score = 6/10 หลังจากให้การ พยาบาลและดูแลให้ได้รับยา แก้ปวด 30 นาที ประเมิน pain score ซ้ำ ได้ 3/10 สี หน้ายิ้มแย้มมากขึ้น มีอาการ ปวดลดน้อยลง - กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด สี หน้าไม่สุขสบาย pain score = 4/10 หลังให้การพยาบาล และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ราย 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
	การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด	การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด	<u>การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด</u> 1. ประเมินและสังเกตลักษณะของแผล สีปริมาณของ discharge ทุกครั้งอย่าง ต่อเนื่อง พร้อมสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น ปวด บวม แดง มีไข้ 2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด และรอบท่อระบาย โดยทำแผล ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อตาม แผนการรักษา 3. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตาม แผนการรักษา 5. ดูแลทำแผลตามหลัก ปราศจากเชื้อและตรวจสอบ ตำแหน่งท่อระบาย 6. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น บวม แดง ร้อน ปวด หรือมีหนอง ที่แผล	ตามแผนการรักษาประเมิน pain score ชั่วโมง 30 นาที ได้ 2/10 มีสีหน้าสุขสบายขึ้น พักผ่อนได้ - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ปวด แผลมากกว่าเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และมีการเจาะก้อน ที่ยากกว่าเนื่องจากก้อนอยู่ บริเวณใกล้ต่อมน้ำเหลือง - กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มี ไข้ บริเวณแผลไม่มีคัดหลังซึม ผ่าก๊อส ไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา ไม่มีการ ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดทั้ง 2 ราย
	การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลัง total thyroidectomy ตามหลัก D-METHOD ดังนี้ D – Diagnosis & Disease อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ	

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ราย 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
			ถึงโรคเมเร็งต่อมไทรอยด์ ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ออกทั้งหมด ต้องเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก บวมกดทางเดินหายใจ และ ภาวะแคลเซียมต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจโรค และภาวะ เสี่ยง เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และมาพบแพทย์ได้ทันเวลา M – Medication สอนการ รับประทานยา Levothyroxine อย่างถูกต้อง คือ ตอนเช้า ขณะท้องว่าง ดื่มน้ำเต็มแก้ว เพื่อให้ยาละลายและดูดซึมได้ดี ที่สุด ป้องกันการระคายเคือง หลอดอาหาร และทำให้ยา ควบคุมฮอร์โมนไทรอยด์ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และ ทานต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมถึง แนะนำการสังเกตอาการจาก การได้รับยามากหรือน้อยเกินไป เพื่อป้องกันภาวะพร่องฮอร์โมน หรือได้รับฮอร์โมนเกิน และทำ ให้การรักษามีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง E – Environment จัดสภาพ บ้านให้สะอาด ปลอดภัย มี อากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยง ฝุ่นหรือสิ่งสกปรก ที่อาจ ปนเปื้อนแผลเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อและส่งเสริมการ พ้นตัวหลังผ่าตัด T – Treatment สังเกตอาการ บวม แดง ร้อน เจ็บ หรือมี หนอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเสียเลือดซ้ำ H – Health แนะนำหลีกเลี่ยง การใช้เสียงมาก การตะโกน หรือพูดติดต่อกันเป็นเวลานาน	

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ราย 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
			และในช่วงแรก หลีกเลี่ยงการยกของหนัก 2-4 สัปดาห์ พักผ่อนเพียงพอ และทำกิจกรรมที่ไม่หนักจนเกินไป เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของแผลผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ - แนะนำอย่าให้ใช้เครื่องเป่าผมที่มีความร้อนมาก หรือการประคบด้วยความร้อน หากอยู่ในสภาพอากาศหนาวเย็นให้สวมเสื้อผ้าทำให้ร่างกายอบอุ่นเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณใบหูไม่ให้โดนอากาศเย็นจัด O – Outpatient referral นัดติดตามผลตามแพทย์สั่ง เช่น ตรวจระดับ TSH และแคลเซียม พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้รีบพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจลำบาก เสียงเปลี่ยน เลือดออกมาก อาการชา เกร็ง มีการกระตุกบริเวณใบหน้า อ่อนเพลีย หลงลืม ความคิดช้าลง ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด และเพื่อการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างทันท่วงที D – Diet แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ในระยะแรก เน้นอาหารครบ 5 หมู่ และอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม เต้าหู้ ปลาเล็ก ปลาน้อย ตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เหมาะสม ช่วยการฟื้นตัว และช่วยป้องกันภาวะแคลเซียมต่ำ	

ผลการรักษาและการติดตามผล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีก้อนที่บริเวณคอด้านซ้ายซึ่งสังเกตพบก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 2 ปี ผู้ป่วยได้รับการตรวจและติดตามอาการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ แต่อย่างไรก็ตามก้อนที่คอดังกล่าวมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ แพทย์จึงวางแผนผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (total thyroidectomy) โดยวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด papillary thyroid carcinoma ผู้ป่วยมีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูง และมีประวัติได้รับยา ASA (Acetylsalicylic Acid) เป็นประจำ ซึ่งแพทย์ได้พิจารณาให้หยุดยาดังกล่าวชั่วคราวก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยมีภาวะกระจกตาขุ่น (corneal opacity) อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบอื่น สัญญาณชีพขณะรับไว้ในโรงพยาบาล BT = 35.6 °C BP = 144/76 mmHg PR = 72 bpm RR = 20 bpm

การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 มีการตรวจประเมินเบื้องต้น เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และเอกซเรย์ทรวงอก ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด โดยเกรงว่าการผ่าตัดจะไม่สามารถรักษาโรคได้อย่างสมบูรณ์ พยาบาลจึงได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ ซึ่งโดยทั่วไปไม่มีความรุนแรงต่ำ และสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดร่วมกับการติดตามผลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

การผ่าตัด วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด total thyroidectomy โดยใช้ระยะเวลาการผ่าตัดรวม 3 ชั่วโมง 40 นาที ปริมาณเลือดที่คาดว่าจะเสียไประหว่างการผ่าตัด (estimated blood loss) 300 ml ก่อนเข้าห้องผ่าตัด มีการตรวจสอบเอกสาร การระบุตัวตน และป้ายชื่อมืออย่างถูกต้อง รวมทั้งให้การพยาบาลตามแนวทาง Surgical Safety Checklist ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีการใส่สายระบาย Radivac drain 1 ขวด พบสารคัดหลั่งสีแดงในสาย ระยะเวลาพักฟื้นที่ห้องพักฟื้น (recovery room) นาน 2 ชั่วโมง ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยหู คอ จมูก (EENT)

การติดตามผลหลังผ่าตัด วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยรายงานว่า แผลผ่าตัดมีอาการปวดในระดับ pain score = 5/10 โดยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ดังนี้ BT = 36.6 °C BP = 148/84 mmHg PR = 74 bpm RR = 20 bpm SpO₂ = 96% พบสารคัดหลั่งสีแดงจาก Radivac drain ปริมาณ 60 ml โดยผู้ป่วยใส่สายระบายไว้นาน 3 วัน เหลือ Radivac drain ปริมาณ 20 ml โดยไม่มีสารคัดหลั่งเพิ่มเติมในวันถัดมา

การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย พยาบาลได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน การสังเกตอาการของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) เช่น อาการเกร็ง มือจีบ หรือชัก และแนะนำให้มาพบแพทย์ทันทีหากมีอาการผิดปกติ รวมทั้งเน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเพื่อรับผลชิ้นเนื้อ และติดตามแผนการรักษาในอนาคต แพทย์ได้วางแผนส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์มะเร็งเพื่อรับการรักษาเพิ่มเติม ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เข้าใจแนวทางการรักษา และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 6 วัน แพทย์นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล

การติดตามผลหลังพบแพทย์ตามนัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดแห้งดี ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งชนิดพาพิลลารี ผลตรวจ albumin = 3.9 g/dL Calcium = 9.5 mg/dL Free T4 = 1.5 ng/dL Free T3 = 20 pg/mL TSH = 9.8 µIU/mL ปรีกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลราชวิถี ให้รับประทานยาต่อ และนัดติดตามอาการต่อไป

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง เคยได้รับการผ่าตัดส่องกล้องสลายนิ่วในถุงน้ำดี มีประวัติพบก้อนที่บริเวณคอมาแล้วประมาณ 4 – 5 ปี โดยในระยะแรกไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง กระทั่งประมาณ 4 – 5 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษานี้ แพทย์ตรวจพบว่า ก้อนที่บริเวณคอมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ หายใจลำบาก กลืนแล้วสำลัก และเริ่มมีเสียงแหบ จึงถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ มายังโรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่อตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาเพิ่มเติม โดยแพทย์วางแผนการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (total thyroidectomy) และให้การวินิจฉัยว่าเป็น Multinodular Goiter with compressive Symptoms (MNG with compressive symptoms) อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการแน่นบริเวณลำคอ หายใจไม่สะดวก สัญญาณชีพขณะรับไว้ในโรงพยาบาล ได้แก่ BT = 35.9 °C BP = 131/85 mmHg PR = 114 bpm RR = 20 bpm

การวางแผนและการเตรียมการก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และเอกซเรย์ทรวงอก ซึ่งผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และผลลัพธ์ของการรักษา พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจร่วมในการรักษาย่างมีข้อมูล และมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การงดน้ำและอาหาร รวมถึงการลงนามในใบยินยอมรับการรักษา พร้อมทั้งให้กำลังใจเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

การผ่าตัดและการดูแลช่วงระยะผ่าตัด วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเข้าห้องผ่าตัด โดยมีการตรวจสอบการระบุตัวตนของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามเอกสาร และให้การพยาบาลตามแนวทาง Surgical Safety Checklist ระหว่างการผ่าตัด

แพทย์ทำการผ่าตัด total thyroidectomy โดยพบขนาดของต่อมไทรอยด์ด้านขวาประมาณ 3 ซม. และด้านซ้ายประมาณ 7 ซม. ไม่พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (lymph nodes) การผ่าตัดใช้เวลาทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง 25 นาที ปริมาณเลือดที่คาดว่าเสียไประหว่างการผ่าตัด (estimated blood loss) 400 ml หลังผ่าตัดมีการใส่สายระบาย Radivac drain จำนวน 2 เส้น พบสารคัดหลังสีแดงค้างอยู่ในสาย ด้านขวา 10 ml ด้านซ้าย 50 ml จากนั้นส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น (recovery room) เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย หู คอ จมูก (EENT)

การติดตามผลหลังผ่าตัด วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้ โดยสัญญาณชีพ มีดังนี้ BT = 37 °C BP = 134/81 mmHg PR = 114 bpm RR = 20 bpm SpO₂ = 98% พบสารคัดหลังสีแดงจากสาย Radivac drain ด้านขวาปริมาณ 10 ml และด้านซ้าย 50 ml และใส่สายระบายเป็นเวลา 3 วัน ข้างขวาเหลือปริมาณ 10 ml ด้านซ้าย 10 ml แพทย์จึงให้น้ำออกได้ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ พยาบาลได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การสังเกตภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น อาการเกร็ง มือจีบ หรืออาการชัก พร้อมทั้งเน้นย้ำ ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยและญาติแสดงความเข้าใจ คลายความกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาย่างดีเยี่ยม

วันที่จำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 5 วัน แพทย์นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล

การติดตามผลหลังพบแพทย์ตามนัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดแห้งดี ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งชนิดพาพิลลารี ผลตรวจ albumin = 3.9 g/dL Calcium = 8.7 mg/dL PTH = 30.9 pg/mL แพทย์ไปรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ให้รับประทานยาต่อและนัดติดตามอาการต่อไป

อภิปรายผล

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยหญิงไทยจำนวน 2 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (total thyroidectomy) โดยรายแรกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดพาพิลลารี (papillary thyroid carcinoma) และอีกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นก้อนต่อมไทรอยด์หลายก้อนร่วมกับอาการกดเบียดโครงสร้างรอบคอ (multinodular goiter with compressive symptoms) พบว่า ผลการรักษาโดยรวมเป็นไปในทิศทางที่ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ ภายในระยะเวลาประมาณ 5 – 6 วัน

ความเหมาะสมของการวางแผนรักษา ในผู้ป่วยรายที่ 1 การวางแผนรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติล่าสุดของสมาคม American Thyroid Association⁴ ในปี ค.ศ. 2015 ซึ่งระบุว่า การผ่าตัดชนิดนี้เป็นทางเลือกที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรค ส่วนในผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีก้อนขนาดใหญ่ร่วมกับอาการเสียงแหบ กลืนลำบาก และหายใจลำบาก การเลือกวิธีการผ่าตัดเช่นเดียวกันถือว่าสอดคล้องกับหลักฐานการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับก้อนต่อมไทรอยด์ชนิดไม่ร้ายแรง ซึ่งแนะนำให้ผ่าตัดในกรณีที่ก้อนมีผลต่อการทำงานของโครงสร้างรอบคอ เช่น หลอดลม กล้องเสียง หรือหลอดอาหาร¹⁰

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัด โดยมีเพียงอาการปวดแผลในระดับปานกลาง และมีสารคัดหลั่งออกจากท่อระบายในปริมาณเล็กน้อย ซึ่งลดลงตามลำดับ ที่พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด โดยศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์ และได้รับการดูแลหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม จะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ หรืออาการเสียงแหบได้⁵ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น อาการมือจีบ ชัก หรือเกร็งกล้ามเนื้อ มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลัง เน้นการจัดการแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการติดตามระดับแคลเซียมในเลือดและการเฝ้าระวังอาการที่เกี่ยวข้อง⁷ ในมิติด้านภาพลักษณ์ งานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลผ่าตัดจะช่วยลดการเกิดแผลภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนบทบาทสำคัญของการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁶

การจัดการภาวะวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวลต่อผลของการผ่าตัดและผลลัพธ์หลังการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีอัตราการเต้นของหัวใจสูงกว่าปกติทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (114 ครั้งต่อนาที) พยาบาลได้ดำเนินการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน รวมถึงการให้กำลังใจและสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งสามารถลดระดับความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาได้ดี ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด elective surgery และพบว่า ความวิตกกังวลส่งผลต่อสัญญาณชีพ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และระยะเวลาการฟื้นตัว⁸ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยแบบการวิเคราะห์ทอริมาน (meta-analysis)⁹ ที่พบว่า การสนับสนุนทางจิตวิทยาและการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดอย่างเป็นระบบ สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและข้อเสนอแนะ

แม้ว่ากรณีศึกษาทั้งสองราย จะไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการผ่าตัด แต่ในผู้ป่วยรายที่ 2 อาจมีการตรวจติดตามเพิ่มเติม เนื่องจากพบว่า มีอัตราการเต้นของหัวใจที่สูงขึ้น ซึ่งอาจสะท้อนภาวะเครียด หรือ ผลจากการกดเบียดทางกายภาพของก้อนต่อมไทรอยด์ อย่างไรก็ตาม ไม่พบอาการทางคลินิกที่บ่งบอกถึงภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และระบบหายใจ จึงควรเน้นการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย และผลการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองราย สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม การจัดการความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดที่มีมาตรฐาน รวมถึงการให้คำแนะนำอย่างครอบคลุมในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Lyu Z, Zhu Q, Cao M, He J, Chen W. Global burden of thyroid cancer in 2022: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Chin Med J (Engl)*. 2024;137(21):2567–76.
2. Qin W, Li S, Cao T, Wang H, Peng L. The burden of thyroid cancer and its association with modifiable risk factors: findings from Global Burden of Disease Study 2019–2023. *Front Oncol Press*; 2025.
3. Papaleontiou M, Reyes-Gastelum D, Gay BL, Ward KC, Hamilton AS, Hawley ST, et al. Impact of thyroid cancer on patients' quality of life: a population-based study. *Thyroid*. 2020;30(9):1243–51.
4. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1–133.
5. Javidi S, Rahmani S, Mahdavi A. Postoperative complications and long-term outcomes after total and subtotal thyroidectomy: a retrospective study. *Sci Rep*. 2025;15(1):3174.
6. Zhang Y, Liu F, Wang L. Effect of systematic nursing on scar appearance following radical thyroidectomy: a retrospective cohort analysis. *Sci Rep*. 2025;15(1):5132.
7. Wang K, Gulec SA. Metabolic consequences of thyroidectomy and patient-centered management. *J Clin Med*. 2024;13(23):7465.
8. Goyal P, Bajwa SJ, Kaur J. Assessment of perioperative anxiety levels at three time-points during hospital stay in patients undergoing elective surgery. *Anesth Essays Res*. 2024;18(2):121–8.
9. Ye H, Sun L, Tang Q. Preoperative anxiety and its impact on surgical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Br J Surg*. 2025;112(4):389–97.
10. Durante C, Costante G, Lucisano G. The natural history of benign thyroid nodules. *JAMA*. 2015;313(9):926–35.