

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วย
การผ่าตัดเปิดหน้าท้องที่มีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอด

โดย

นางสาวยุวนาถ ทิฐิคำฉาย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๙๖

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

งานการพยาบาลผู้ป่วยในสูติ-นรีเวชกรรม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

คำนำ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยากรณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial Cancer) ระยะลุกลาม ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) และมีภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีอันตรายถึงแก่ชีวิตหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการพยากรณ์ผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมักเป็นผู้หญิงวัยกลางคนถึงสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา และโรคร่วมที่พบได้บ่อย

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นมะเร็งทางนรีเวชที่พบได้มากเป็นอันดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในผู้หญิงที่มีภาวะอ้วน เบาหวาน หรือได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นระยะเวลานาน แม้ว่ามะเร็งชนิดนี้ในระยะเริ่มต้นจะมีพยากรณ์โรคที่ดี แต่หากเป็นระยะลุกลาม อัตราการรอดชีวิตจะลดลง อีกทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับยาเคมีบำบัดอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยมะเร็งและเป็นปัญหาที่ซับซ้อนในการดูแลรักษา

แนวทางการรักษามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลามในปัจจุบัน เป็นการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ที่รวมทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการดูแลทางระบบไหลเวียนโลหิต การดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพ ได้แก่ สูติกร แพทย์ แพทย์อายุรกรรม แพทย์โรคหัวใจ วิทยุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสหวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งต้อง มีองค์ความรู้เฉพาะทางและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการประเมินและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการวางแผนการพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัด ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงพักฟื้นและการรักษาด้วยเคมีบำบัด การศึกษานี้จะช่วยวางรากฐานขององค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยากรณ์ผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างเป็นรูปธรรม หากมีข้อบกพร่องประการใดในเอกสารฉบับนี้ ข้าพเจ้าขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ก
สารบัญ.....	๗
สารบัญภาพ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา.....	2
วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	3
ขั้นตอนการดำเนินงาน.....	3
ระยะเวลาดำเนินการ.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง.....	5
มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก.....	6
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด.....	28
บทที่ 3 การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา.....	39
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.....	39
แนวคิดแบบแผนสุขภาพ.....	44
กระบวนการพยาบาล.....	47
การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เปิดหน้าท้องและภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด.....	54
บทที่ 4 กรณีศึกษา.....	59
ข้อมูลทั่วไป.....	59
ข้อมูลความเจ็บป่วย.....	60
ประวัติสุขภาพครอบครัว และผังเครือญาติ.....	63
การตรวจร่างกาย.....	63
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา.....	66
การวินิจฉัยโรค.....	79
พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	79
สรุปประวัติภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายนี้.....	97

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจเยี่ยมและขอวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบจากกรณีศึกษา.....	102
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ.....	133
สรุปกรณีศึกษา	133
วิเคราะห์กรณีศึกษา.....	134
ปัญหาและอุปสรรค	135
ข้อเสนอแนะ.....	135
เอกสารอ้างอิง.....	136
ภาคผนวก.....	139
ก แผนการรักษาของแพทย์	140
ข ยาที่ใช้ในการรักษา.....	150

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กายวิภาคของเยื่อบุโพรงมดลูก.....
2	ชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก และหลอดเลือดที่นำไปเลี้ยงชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก.....
3	กายวิภาคของปอด และหลอดลมระดับต่าง ๆ.....
4	กลีบของปอด.....



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกทั้ง 2 ชนิด.....	10
2 ประเด็นที่ควรพิจารณาในการตรวจพยาธิสภาพด้วยตาเปล่าของมดลูกที่ตัดออกมา.....	14
3 การแบ่งระยะของโรคตาม FIGO 2023.....	19
4 คำแนะนำของการให้การรักษาเพิ่มเติมตามกลุ่มเสี่ยงซึ่งพิจารณาตามระยะของโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยาและลักษณะทางชีวโมเลกุล.....	25
5 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC)	66
6 ผลการตรวจความแข็งตัวของเลือด (Coagulation)	67
7 ผลการตรวจสารชีวเคมีในเลือด (Biochemistry)	69
8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis).....	71
9 ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่าตรง (Chest PA upright).....	73
10 ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT Scan of the Whole Abdomen)....	74
11 ผลการตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram).....	75
12 ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมกับการฉีดสารทึบรังสีเพื่อดูหลอดเลือดแดงในปอด...	76
13 ผลการตรวจอัลตราซาวด์การไหลเวียนของเลือดในปอด.....	77
14 ผลการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker).....	77
15 ผลการตรวจตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา (Biopsy).....	78
16 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา.....	79
17 สรุปบันทึกการผ่าตัด (Operative note).....	97
18 สรุปการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน.....	99
19 สรุปการรักษาด้วยยาตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....	100
20 แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet).....	141
21 คำสั่งการรักษา (Order for continuation) ที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล.....	151

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) ถือเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี โดยเฉพาะในหญิงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน ความผิดปกติของฮอร์โมนเอสโตรเจน และภาวะประจำเดือนผิดปกติ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 417,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 97,000 ราย โดยในประเทศไทยกรมอนามัยรายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้หญิงไทยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมากกว่า 2,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (World Health Organization, 2020; กรมอนามัย, 2564) แนวทางการรักษาหลักของมะเร็งชนิดนี้ คือ การผ่าตัดมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ และต่อมน้ำเหลือง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (open abdominal hysterectomy) โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะลุกลามหรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดผ่านกล้อง (Sorosky, 2021) สำหรับสถิติผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลเลิดสินปี 2565 ถึงปี 2567 มีผู้ป่วยจำนวน 2,365, 3,388 และ 3,202 ราย มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก จำนวน 128, 109, 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 65, 66, 67 และยังพบว่ามีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 212, 218, 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 65, 66, 67 ตามลำดับ

แม้ว่าการผ่าตัดจะมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัย การรักษา และการประเมินระยะของโรค แต่กระบวนการผ่าตัดใหญ่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism: PE) ซึ่งเกิดจากลิ่มเลือดที่มักเริ่มต้นในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (deep vein thrombosis: DVT) แล้วเคลื่อนที่ไปอุดตันในหลอดเลือดของปอด ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ และอาจเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที (Lyman et al., 2021) ผู้ป่วยมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 4-7 เท่า โดยเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัดเนื่องจากการลดลงของการเคลื่อนไหวร่างกาย การตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของระบบการแข็งตัวของเลือด (Key et al., 2022) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลต้องมียุทธศาสตร์สำคัญในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม

ในทางปฏิบัติ พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการสังเกตอาการเริ่มต้นของภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น หายใจลำบากเฉียบพลัน เจ็บหน้าอก อัตราการหายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ให้การพยาบาลตามแนวทางของการป้องกันการเกิดลิ่มเลือด เช่น การใช้เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดตามคำสั่งแพทย์ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินเร็วที่สุดหลังผ่าตัด (Schünemann et al., 2022)

จากความซับซ้อนของปัญหาและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอดจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง รวมถึงการส่งเสริมระบบการพยาบาลที่มีแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การลดวันนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเยื่อปอดที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องและมีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอด โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม การป้องกัน การตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และการให้การพยาบาลตามแนวทางที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

การเลือกศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็งเยื่อปอดที่ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เนื่องจากมะเร็งเยื่อปอดเป็นโรคที่มีแนวโน้มพบเพิ่มขึ้นในสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะยาว ซึ่งแนวทางการรักษาหลักของโรคในระยะที่ยังสามารถผ่าตัดได้ คือ การผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องร่วมกับการตัดรังไข่ ท่อนำไข่ และต่อมน้ำเหลืองบริเวณเชิงกรานออก เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบหายใจที่อาจเกิดขึ้นในช่วงหลังผ่าตัด และมีอัตราการเสียชีวิตสูงหากวินิจฉัยหรือดูแลไม่ทันเวลา ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงจากทั้งจากโรคมะเร็งเองที่ทำให้ระบบการแข็งตัวของเลือดเปลี่ยนแปลงตลอดจนลดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดและการตอบสนองของร่างกายต่อการบาดเจ็บทางศัลยกรรม

กรณีศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมทักษะการพยาบาลเชิงวิชาชีพทั้งในด้านการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังสัญญาณของภาวะแทรกซ้อน การจัดการทางการพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วย รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ กรณีศึกษานี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง จึงเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อการเรียนรู้ในเชิงวิชาการและปฏิบัติการพยาบาล

1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

- 1) เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ที่ทันสมัย เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา แนวทางการรักษา การพยาบาล การเฝ้าระวังความเสี่ยง และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าในโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- 2) เพื่อศึกษาข้อมูลปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องที่มีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอด มาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
- 3) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องที่มีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอด

1.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ โดยคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ได้รับผลกระทบรุนแรงอาจถึงแก่เสียชีวิต และผู้ศึกษาได้ติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 2) ขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัวศึกษาและรวบรวมข้อมูลของกรณีศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาล เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ประวัติของผู้ป่วย ประวัติครอบครัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนครอบคลุมภาวะสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม
- 3) ศึกษาทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี เกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง สาเหตุของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติ การรังสีรักษา แผนการรักษาของแพทย์ และกิจกรรมการพยาบาล
- 4) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม และการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องที่มีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอด การส่งเสริมระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบการดูแลภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 5) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล สรุปประเด็นข้อเสนอแนะ และโอกาสพัฒนา
- 6) เรียบเรียงและเขียนรายงาน ส่งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง

7) จัดทำรูปเล่ม นำไปเผยแพร่ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.5 ระยะเวลาดำเนินการ

ศึกษากรณีศึกษาตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 2 เมษายน พ.ศ. 2568 และดำเนินการจนถึงเรียบเรียงและเขียนรายงานวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 121 วัน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพิ่มเติมองค์ความรู้ด้านการพยาบาลเฉพาะทางเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา การรักษา การประเมินภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- 2) พัฒนาทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้ศึกษาได้รับประโยชน์จากการฝึกการคิดวิเคราะห์ การประเมินความเสี่ยง และการสังเกตอาการเบื้องต้นของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและการส่งต่อการรักษาอย่างทันท่วงที
- 3) ส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) รายงานนี้รวบรวมแนวทางการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยและเชื่อถือได้ ช่วยให้พยาบาลสามารถนำหลักฐานไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง เพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจทางการพยาบาล
- 4) เป็นแนวทางในการจัดอบรมหรือพัฒนาแนวปฏิบัติในหน่วยงาน ข้อมูลจากรายงานสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือการพยาบาล หรือเป็นต้นแบบของโครงการ CQI ในการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งในหน่วยงานต่าง ๆ
- 5) พัฒนาทักษะด้านการสืบค้นข้อมูล การวิเคราะห์ และการเขียนทางวิชาการอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้ที่ทันสมัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องที่มีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอด จึงได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก การรักษา และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากตำรา งานวิจัย หรือเอกสารวิชาการ ดังต่อไปนี้

2.1 มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

- 2.1.1 กายวิภาคของเยื่อบุโพรงมดลูก
- 2.1.2 คำจำกัดความของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- 2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- 2.1.4 ชนิดของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- 2.1.5 พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- 2.1.6 การวินิจฉัยของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- 2.1.7 การกำหนดระยะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- 2.1.8 แนวทางการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

2.2 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

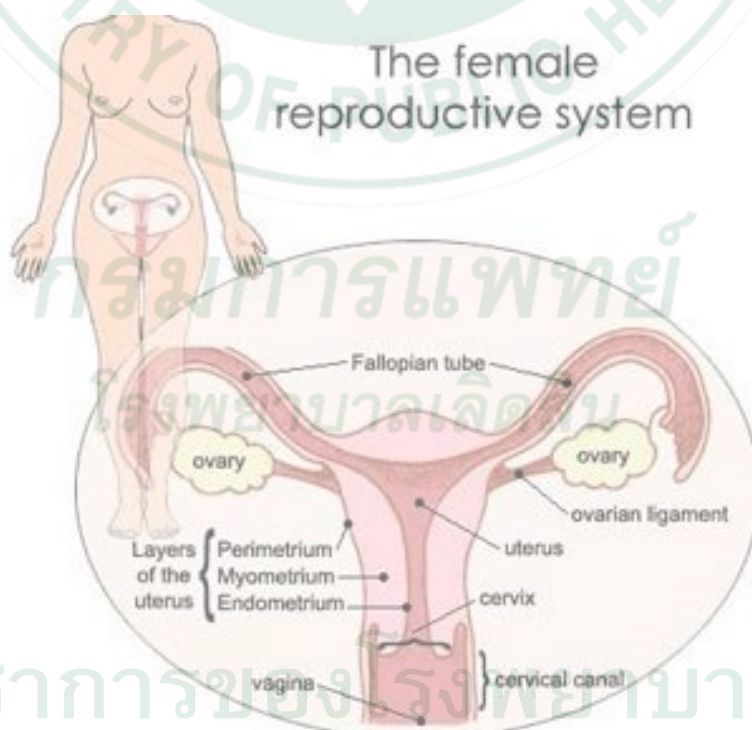
- 2.2.1 กายวิภาคของปอด
- 2.2.2 คำจำกัดความของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- 2.2.3 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- 2.2.4 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- 2.2.5 การวินิจฉัยของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- 2.2.6 อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- 2.2.7 แนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

2.1 มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

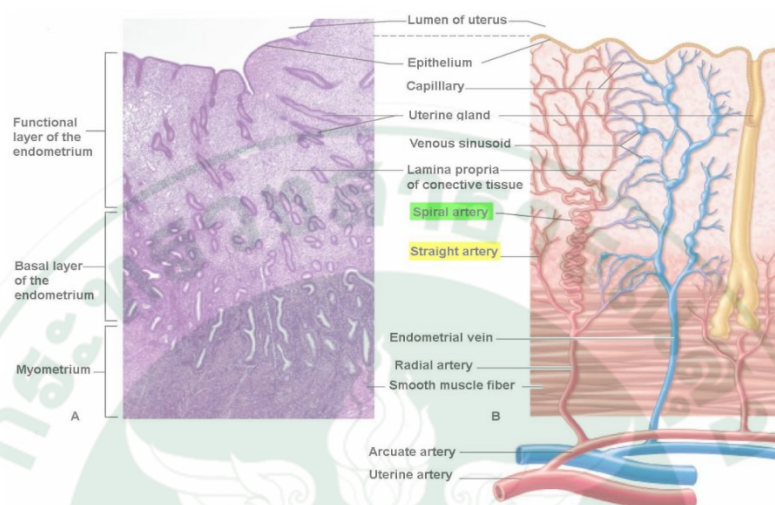
2.1.1 กายวิภาคของเยื่อบุโพรงมดลูก

เยื่อบุโพรงมดลูกเป็นส่วนหนึ่งของที่อยู่ในระบบสืบพันธุ์เพศหญิงที่อยู่ในสุดของผนังมดลูก โดยเรียงลำดับจากชั้นนอกไปสู่ชั้นใน ได้แก่ ชั้นเยื่อซีโรซา (Serosa) ชั้นกล้ามเนื้อ (Myometrium) และชั้นเยื่อบุผิว (Endometrium) (ดังภาพที่ 1) โดยชั้นในสุดเรียกว่า ชั้นเยื่อบุผิว (endometrium) เป็นชั้นที่มีลูกการเปลี่ยนแปลงตามรอบเดือนชั้นนี้ประกอบด้วยเยื่อบุผิวชนิดคอลัมน์แบบเรียบง่าย (Simple columnar) เยื่อบุผิวนี้จะหว่าตัวลงไปประกอบขึ้นเป็นต่อมเรียกต่อมมดลูก หรือ ต่อมเยื่อบุโพรงมดลูก (Uterine gland) ชั้นเยื่อบุผิว (Endometrium) แบ่งออกเป็น 2 ชั้น คือ ชั้นฐาน (Basal layer) และชั้นหน้าที่ (Functional layer) (ดังภาพที่ 2) ชั้นแรก เรียกว่า ชั้นฐาน (Basal layer) เป็นชั้นที่ยึดติดกับชั้นกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก ชั้นนี้ทำหน้าที่เป็นฐานยึดของเยื่อบุโพรงมดลูกภายในมดลูก ได้รับการหล่อเลี้ยงจากหลอดเลือดตรง (Straight arteries) และจะไม่เปลี่ยนแปลงตามรอบเดือนมากนัก ชั้นที่สอง เรียกว่า ชั้นหน้าที่ (Functional layer) ได้รับการหล่อเลี้ยงจากหลอดเลือดขด (Spiral arteries) (สุเทพ จันทรเทศ, 2565) มีลักษณะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยจะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในแต่ละรอบเดือนเป็นส่วนหนึ่งของเยื่อบุที่ตัวอ่อนหรือบลาสโตซิสต์จะฝังตัวลงเมื่อมีการปฏิสนธิเกิดขึ้น (Cornforth, 2023)



ภาพที่ 1 กายวิภาคของเยื่อบุโพรงมดลูก

หมายเหตุ. จาก การวินิจฉัยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก. โดย โรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่กว่างโจวประเทศจีน, 2566, (<https://www.moderncancerhospital.com/cancer-diagnosis/endometrial-cancer-diagnosis/>)



ภาพที่ 2 ชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก และหลอดเลือดที่นำไปเลี้ยงชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก

หมายเหตุ. จาก กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาระบบสืบพันธุ์เพศหญิง. โดย สุเทพ จันท์เทศ, 2565, (<https://nms.nmd.go.th/wp-content/uploads/2022/05/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-12-FINAL-%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-12-Female-Reproductive-system-%E0%B9%83%E0%B8%8A%E0%B9%89.pdf>)

2.1.2 คำจำกัดความของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (ICD-10 code: C54.1; Malignant neoplasm: Endometrium) หมายถึง ภาวะที่เซลล์เยื่อบุโพรงมดลูกมีการเจริญเติบโตผิดปกติและกลายเป็นเซลล์มะเร็ง โดยชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ มะเร็งชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) (ศักนัน มะโนทัย และณัฐกรฤตา โพธิ์พรพรรณ, 2561) โดยชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ ชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) ซึ่งมีต้นกำเนิดจากเซลล์ที่สร้างสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อบุโพรงมดลูก โดยสามารถจำแนกตำแหน่งทางกายวิภาคของเยื่อบุโพรงมดลูกออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ โพรงมดลูกส่วนบน (Uterine corpus) และโพรงมดลูกส่วนล่าง (Lower uterine segment) และยังสามารถแบ่งตามลักษณะพยาธิวิทยาได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ชนิดที่ 1 (Type 1 endometrial carcinoma) และชนิดที่ 2 (Type 2 endometrial carcinoma) (ดาวรัตน์ ขาติทรัพย์สิน, 2566) ซึ่งมีความสำคัญในด้านการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นโรคที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทราบแน่ชัด ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกบางรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคน้อยหนึ่งอย่างหรือไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ไม่สามารถระบุแน่ชัดได้ว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก จากการรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่อาจเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มีดังนี้

1) อายุ ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมีอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในวันหมดประจำเดือน อัตราการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น สถิติของหน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2563 และรายงานอื่น ๆ พบว่าประมาณร้อยละ 70 – 85 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

2) พันธุกรรม ส่วนใหญ่ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมพบร้อยละ 3-5 ความสัมพันธ์นี้พบสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5-9 ในสตรีที่อายุน้อยกว่า 50 ปี กลุ่มทางโรคทางพันธุกรรมที่สัมพันธ์ใกล้ชิดกับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมากที่สุด คือ Lynch syndrome หรือ hereditary non – polyposis colorectal cancer (HNPCC) ความผิดปกติทางพันธุกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกนอกเหนือจากภาวะ Lynch syndrome ได้แก่ Hereditary leiomyomatosis, renal cell carcinoma, hereditary retinoblastoma, Cowden syndrome และ hereditary breast-ovarian cancer syndrome เป็นต้น (ดาวรัตน์ ชาติทรัพย์สิน, 2566)

3) ภาวะอ้วนและกลุ่มอาการเมแทบอลิก ร้อยละ 17.46 ของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมีภาวะอ้วน มีข้อมูลพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งสัมพันธ์โดยตรงกับน้ำหนักตัวของสตรี เนื่องจากผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีการเปลี่ยนฮอร์โมนแอนโดรเจนไปเป็นฮอร์โมนเอสโตรเจนในเนื้อเยื่อไขมัน (aromatization) ได้มากจึงมีโอกาสเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกสูงขึ้น ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.6 เท่ากับดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) เท่ากับ 28 – 29.9 กก/ม หรือสูงขึ้น 2.8 เท่าเมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 34 กก/ม ขึ้นไป หรืออีกนัยหนึ่ง ทุกๆ 5 กก/ม ของดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก 1.6 เท่า ภาวะผิดปกติชนิดหนึ่งซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งหลายๆ ชนิดรวมทั้งมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก คือ ภาวะกลุ่มอาการเมแทบอลิก (metabolic syndrome) ซึ่งประกอบไปด้วยภาวะเบาหวาน หรือความทนทานต่อกลูโคสผิดปกติ หรือการดื้อต่ออินซูลิน (Impaired glucose tolerance หรือ Insulin resistance) ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์สูงและโคเลสเตอรอลชนิด high – density lipoprotein ต่ำ) ภาวะอ้วนช่วงลำตัว (truncal obesity) หรือค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก/ม และ microalbuminuria ภาวะต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ระดับ insulin like growth factors และฮอร์โมนอินซูลินสูงกว่าปกติ ซึ่งจะส่งผลขัดขวางระบบเมแทบอลิกซึมของฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกาย (ดาวรัตน์ ชาติทรัพย์สิน, 2566)

4) ภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงเกิน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 1 โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนระดับสูงจะไปกระตุ้นเซลล์เยื่อบุโพรงมดลูกให้มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัว และพัฒนาไปเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (ดาวรัตน์ ชาติทรัพย์สิน, 2566) ภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มากเกินไป อาจมีสาเหตุจากภายนอก (exogenous estrogen) หรือภายในร่างกาย (endogenous estrogen) โดยฮอร์โมนเอสโตรเจน

ภายนอกร่างกาย (exogenous estrogen) การให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยไม่ได้รับฮอร์โมนโปรเจสตินร่วมด้วย เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ความเสี่ยงสัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณและระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมน โดยความเสี่ยงของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงขึ้น 2.3 เท่าเทียบกับสตรีที่ไม่ได้รับฮอร์โมน และสูงขึ้นถึง 9.5 เท่าถ้าได้รับฮอร์โมนนานกว่า 10 ปีขึ้นไป สำหรับฮอร์โมนเอสโตรเจนภายในร่างกาย (endogenous estrogen) มีหลายภาวะในร่างกายที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสติน ได้แก่ ภาวะไม่ตกไข่เรื้อรัง (Chronic anovulation) ที่พบบ่อยในภาวะถุงน้ำหลายใบของรังไข่ (Polycystic ovaries) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกสูงขึ้นประมาณ 3 เท่าของสตรีปกติ หรือภาวะอื่นๆที่ทำให้มีภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนเกิน ได้แก่ เนื้องอกรังไข่ชนิดที่สร้างฮอร์โมน (hormone producing ovarian tumor) เช่น sex-cord stromal tumor โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิด granuloma cell tissue

นอกจากนี้ การที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน เช่น เริ่มมีประจำเดือนตั้งแต่อายุน้อย (early menarche) และหมดประจำเดือนช้า (late menopause) จะเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเช่นกัน มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลักตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ชนิดที่สัมพันธ์กับเอสโตรเจน (The Estrogen Related; Type I, Endometrioid) และชนิดที่ไม่สัมพันธ์กับเอสโตรเจน (Nonestrogen related; Type II, nonendometrioid) ซึ่งพบว่าในแต่ละกลุ่มมักสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่แตกต่างกัน

2.1.4 ชนิดของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกสามารถแบ่งตามตำแหน่งตามกายวิภาคออกเป็น 2 ส่วน คือ โพรงมดลูกส่วนบน (Uterine corpus) และโพรงมดลูกส่วนล่าง (Lower uterine segment) และยังสามารถแบ่งตามลักษณะพยาธิวิทยาได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ชนิดที่ 1 (Type 1 endometrial carcinoma) และชนิดที่ 2 (Type 2 endometrial carcinoma) (ดาวรัตน์ ชชาติทรัพย์สิน, 2566)

1) ชนิดที่ 1 (Type 1 endometrial carcinoma) เป็นชนิดที่พบบ่อยและเป็น Low grade endometrioid พบร่วมกับภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัว (endometrial hyperplasia) พบได้ร้อยละ 70-80 ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกทั้งหมด มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าที่พบในมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 2 ผู้ป่วยมักมีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่ ไม่เคยมีบุตร มีประวัติได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน มีภาวะอ้วน ภาวะเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น มะเร็งกลุ่มนี้มักมีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกน้อยกว่า ไม่ค่อยพบการกระจายออกนอกมดลูกหรือต่อมน้ำเหลือง และมีการพยากรณ์โรคดีกว่าชนิดที่ 2 ยีนก่อมะเร็งที่พบบ่อยในมะเร็งชนิดที่ II ได้แก่ microsatellite instability (MSI), phosphatase and tensin (PTEN), Kirsten rat sarcoma viral (K - ras) และ beta - catenin เป็นต้น มะเร็งชนิดนี้ตอบสนองการรักษาและมีพยากรณ์โรคที่ดีและมักสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มากเกินไป

2) ชนิดที่ 2 (Type 2 endometrial carcinoma) เป็นชนิด high grade non endometrioid พบได้ประมาณร้อยละ 30-35 ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ผู้ป่วยมักมีอายุมาก หรืออยู่ในวัยหมดประจำเดือน มีบุตรหลายคน สูบบุหรี่ ไม่มีภาวะอ้วน ไม่มีภาวะเบาหวาน ไม่มีภาวะ ความดันโลหิตสูง อาจมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยยาทาหมอกซิเฟน (tarmoxifen) ลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็ง ชนิดที่มีความรุนแรงกว่ามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ชนิดที่ 1 ได้แก่ มะเร็งชนิด endometrioid เกรดสูง (high grade) หรือมะเร็งชนิด serous หรือ clear cell มักพบ ร่วมกับภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกฝ่อบาง ส่วนใหญ่มีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก ลุกลามเข้าหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง มักพบการลุกลาม ออกนอกมดลูกหรือแพร่กระจาย มีการพยากรณ์โรคไม่ดี และพบการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยกว่าชนิดแรก ยีนก่อมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดใน มะเร็งชนิดที่ II คือ p53 และที่พบ รองลงมา ได้แก่ p16 และ e-cadherin inactivation, epidermal growth factor receptor (EGFR) overexpression และ human epidermal growth factor receptor 2 (HER2/neu) amplification เป็นต้น มักพบในระยะที่โรคแพร่กระจายแล้วและมีการ พยากรณ์โรคที่แย่กว่าชนิดที่ 1 และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่เกิดจากโพรงมดลูกส่วนล่างนี้ มักจะมี ลักษณะคล้ายมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 2 ทั้งในแง่การพยากรณ์โรคระยะโรคและการกระจายตัว ของโรค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกแต่ละชนิด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกทั้ง 2 ชนิด

ลักษณะ	ชนิดที่ 1	ชนิดที่ 2
สัมพันธ์กับการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นเวลานาน (Unopposed estrogen)	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
- ไม่ตกไข่เรื้อรัง	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
- ไม่มีบุตร	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
- ภาวะอ้วน	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
อายุ	วัยก่อนหรือใกล้หมด ประจำเดือน	วัยหมดประจำเดือน
การหนาตัวของเยื่อบุโพรง มดลูก (Endometrial hyperplasia)	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
โรคเบาหวาน	สัมพันธ์	ไม่สัมพันธ์
ระยะเวลาที่มีอาการ	ระยะต้นๆ	ระยะลุกลาม

ตารางที่ 1

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกทั้ง 2 ชนิด (ต่อ)

ลักษณะ	ชนิดที่ 1	ชนิดที่ 2
ลักษณะทางพยาธิวิทยา	มักเป็น Endometrioid, mucinous, villoglandular	มักเป็น non-endometrioid เช่น clear cell หรือ serous CA
ระยะของโรคที่มักพบ	ดำเนินช้า พยากรณ์โรคดี	ดำเนินเร็ว พยากรณ์โรคไม่ดี
เกรดของมะเร็ง	เกรดต่ำ (Low grade)	เกรดสูง (High grade)
การดำเนินโรคและพยากรณ์โรค	ดำเนินช้า พยากรณ์โรคดี	ดำเนินเร็ว พยากรณ์โรคไม่ดี
การแสดงออกของตัวรับฮอร์โมน	พบได้บ่อย	พบได้น้อย
การแสดงออกของ Oncogene บางชนิด		
HER2/neu overexpression	ไม่พบหรือพบได้น้อย	พบได้บ่อย
P53 overexpression	ไม่พบหรือพบได้น้อย	พบได้บ่อย
PTEN mutations	พบได้บ่อย	ไม่พบหรือพบได้น้อย
Microsatellite instabil	พบได้บ่อย	ไม่พบหรือพบได้น้อย

หมายเหตุ. จาก การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะโรค (Surgical staging). โดย ดารรัตน์ ชาติทรัพย์สิน, 2566, (<https://skh.moph.go.th/html/attachments/article/4830/14.pdf>)

2.1.5 พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ภายในเยื่อบุโพรงมดลูก ทำให้ลักษณะพยาธิสรีรวิทยาของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ โดยลักษณะทางพยาธิสภาพของมะเร็งในเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นปัจจัยการพยากรณ์โรคที่สำคัญ ได้แก่ ขนาดของก้อนมะเร็ง ชนิดทางพยาธิวิทยา เกรดของมะเร็ง การลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) (International Agency for Research on Cancer, 2020) ได้แบ่งเนื้องอกของเยื่อบุโพรงมดลูกตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ดังต่อไปนี้

1) Endometrioid carcinoma จัดอยู่ในกลุ่มมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 1 หรือชนิดที่สัมพันธ์กับเอสโตรเจน เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา อาจพบการเปลี่ยนแปลงจากเนื้อเยื่อกปกติไปเป็นมะเร็งแบบฉับพลันหรือประมาณ 1 ใน 3 อาจพบการเปลี่ยนแปลงจากเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัวไปเป็นมะเร็งเซลล์มะเร็งเรียงตัวเป็น columnar epithelial gland คล้ายกับเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูกปกติ แต่มีความหนาแน่นของ gland มากขึ้น อาจพบ gland มีขนาดแตกต่างกันตั้งแต่ขนาดเล็ก ๆ หรือมี cystic dilated ได้ เซลล์มีลักษณะของมะเร็ง คือ ไซโทพลาสซึมสีซีด หรือแดงชมพู (eosinophilic) นิวเคลียสเรียงซ้อนๆ กันหนาแน่น อาจมีรูปร่างกลมมีขอบนิวเคลียสหนาและอาจเห็นนิวคลีโอล ความสำคัญทางคลินิก คือต้องแยกมะเร็งชนิดนี้ออกจากมะเร็งชนิด clear cell ซึ่งมีไซโทพลาสซึมใสเหมือนกันแต่มะเร็งชนิด clear cell มีนิวเคลียสผิดปกติมากกว่า และเรียงตัวในหลายรูปแบบตั้งแต่ clear cell, tubulocystic, papillary หรือ solid และมีการพยากรณ์โรคแยกว่า

2) Mucinous carcinoma มักพบร่วมกับมะเร็งชนิด endometrioid แต่ร้อยละ 1-9 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาอาจพบเซลล์เดี่ยว เซลล์ห่อหุ้มเล็กๆ หรือเซลล์ที่เรียงตัวเป็น complex glandular, cribriform หรือ villous บางรายอาจจะเห็นลักษณะเป็น microglandular คล้ายกับ microglandular hyperplasia ของปากมดลูกได้ อาจพบมะเร็งลอยอยู่ในสาร mucin หรือเห็นสาร mucin อยู่ใน ไซโทพลาสซึมเป็นช่องใส่ๆ ย้อมติดสี mucicarcinoma บางรายงานให้เกณฑ์การวินิจฉัยของมะเร็ง ชนิด mucinous ว่าต้องมีบริเวณที่มี intracytoplasmic mucin มากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการ แสดงออกของ carcinoembryonic antigen (CEA) จากการย้อมพิเศษทางอิมมูโนฮิสโตเคมีสทรี คล้ายกับ mucinous tumors ของปากมดลูกหรือรังไข่ มะเร็งมักจะมีเกรด 1 และมักมีการลุกลาม เข้ากล้ามเนื้อมดลูกไม่เกินครึ่ง รวมทั้งการพยากรณ์โรคดี ความสำคัญทางคลินิกของมะเร็งชนิด mucinous คือ ต้องแยกให้ได้ว่าเป็นมะเร็งปฐมภูมิของปากมดลูก หรือของโพรงมดลูก เนื่องจากวิธีการรักษาแตกต่างกัน คือ มะเร็งปากมดลูกอาจทำการผ่าตัดมดลูกออกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) หรือให้รังสีรักษา ในขณะที่มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกนั้น จะทำการผ่าตัดมดลูกออกแบบธรรมดา (simple hysterectomy)

3) Serous endometrial Intra-epithelial carcinoma และ serous carcinoma แม้มะเร็งชนิด endometrioid จะยังคงเป็นมะเร็งชนิดที่พบบ่อยที่สุด มะเร็งชนิดนี้มีความสำคัญ คือ ต้องแยกจากมะเร็งของเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิด villoglandular เนื่องจากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาจะมีรูปแบบ papillary คล้ายกันอย่างไรก็ตามแกนของ papilla ในมะเร็งชนิด serous มักจะกว้างและเตี้ยกว่าแกนของมะเร็งชนิด villoglandular และมี hyalized stroma รูปแบบอื่นของมะเร็งชนิด serous ที่พบได้ คือ solid หรือ glandular structure ในบางกรณีอาจแยกมะเร็งชนิด serous จากชนิด endometrioid เกรดสูงยาก การย้อมพิเศษทางอิมมูโนฮิสโตเคมีสทรีพบ p53 หรือพบ Ki - 67 จะช่วยบ่งชี้ว่าเป็นชนิด serous มากกว่า

4) Clear cell carcinoma พบได้ประมาณร้อยละ 1 มีการพยากรณ์โรคแย่และจัดว่าเป็นมะเร็งเกรด 3 เสมอ ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบบริเวณอื่นของมะเร็งมีลักษณะ atrophic หรือมี polyps มะเร็งมีรูปแบบได้หลากหลายตั้งแต่ clear cell, solid area หรือลักษณะเป็น glandular, tubulocystic หรือ papillary ซึ่งมีลักษณะสั้นและมี hyalinized stroma เซลล์มักมีขนาดใหญ่ ไฮโทพลาสซึมมีปริมาณมาก อาจใสไม่มีสีหรือมีสีแดง ชมพู บางครั้งอาจมี hyaline globules ซึ่งย้อมติด สี periodic acid – Schiff อยู่ในไฮโทพลาสซึม นิวเคลียสจะมีลักษณะผิดปกติมาก (marked atypia) และมีจำนวนการแบ่งตัวสูง (high mitotic figures) บางครั้งอาจเห็นลักษณะเซลล์ที่ไม่เคยมีไฮโทพลาสซึมและมีนิวเคลียสอื่นเข้าไปในช่องว่างตรงกลาง gland เรียกว่า hob – nail นอกจากนี้ประมาณ 2 ใน 3 ของมะเร็งชนิด clear cell จะพบ extracellular dense eosinophilic globules หรือ hyaline bodies ความสำคัญทางพยาธิวิทยาและทางคลินิก คือ มะเร็งชนิด clear cell มีความรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากมะเร็งหลายชนิดอาจมีลักษณะ clear cell ได้เช่นกัน

5) Neuroendocrine tumors พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกทั้งหมด ลักษณะเป็นก้อนยื่นเข้าไปในโพรงมดลูก โดยลูกกลมเข้ากล่อมเนื้อมดลูกที่ระดับต่าง ๆ กัน และมักจะวินิจฉัยได้เมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลามไปมากแล้ว เซลล์ของมะเร็งชนิด small cell neuroendocrine มีขนาดเล็ก ไม่ยึดติดกัน มีไฮโทพลาสซึมน้อย condensed chromatin nuclear moulding มีการแบ่งตัวสูง มีเนื้อตายและเซลล์ตามแบบ apoptosis ในขณะที่มะเร็งชนิด Large cell neuroendocrine มักมีการเรียงตัวเป็นกลุ่มที่มีขอบเขตชัดเจน (well demarcated nest) หรือมีลักษณะ trabecular หรือ cord ที่มี peripheral palisading เซลล์มีขนาดใหญ่ นิวเคลียสมีลักษณะ polygonal, vesicular หรือ hyperchromatic และมีนิวคลีโอล ไฮโดรเจนชัด มีการแบ่งตัวสูง และมีเนื้อตายในรูปแบบคล้ายแผนที่ (geographic necrosis)

6) Mixed cell adenocarcinoma ควรมีมะเร็งมากกว่า 2 ชนิด (ทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2) ที่วินิจฉัยได้จากการย้อมสีฮีมาทอกซิลินและอีโอซิน (hematoxylin & eosin) เดิมเคยใช้เกณฑ์ว่าควรมีมะเร็งชนิดที่ 2 อย่างน้อยร้อยละ 10 แต่มีรายงานพบว่าถ้ามีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5 ก็ทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง ปัจจุบันจึงใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยว่า ถ้ามีอย่างน้อยร้อยละ 5 ของมะเร็งชนิดที่ 2 ก็สามารถจัดเป็น mixed adenocarcinoma

7) Undifferentiated และ dedifferentiated carcinoma มะเร็งชนิด undifferentiated ไม่มีลักษณะชัดเจนว่าเป็นเซลล์ชนิดใด ลักษณะเป็นก้อนใหญ่มี ขนาดตั้งแต่ 2 ถึง 15 เซนติเมตร มักพบห่อหุ้มเนื้อตาย ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา คือ เซลล์มะเร็งมีขนาดเล็กถึงขนาดกลาง ขนาดค่อนข้างสม่ำเสมอ (monotonous) เรียงตัวกันเป็นแผ่นโดยไม่มีลักษณะของ gland หรือ trabecula และไม่เกาะกลุ่มกัน (discohesive) มีจำนวนการแบ่งตัวสูง คือ มากกว่า 25 mitotic figure ต่อ 10 high power fields นิวเคลียสมีรูปร่างหลากหลายแม้ไม่เห็น stroma ชัด แต่บางที่พบเป็นลักษณะ myxoid และมักพบลักษณะ tumor – infiltrating lymphocytes จำนวนมาก

มะเร็งชนิด dedifferentiated คือ มีมะเร็งชนิด undifferentiated และ endometrioid เกรด 1 หรือ 2 ปนกันอยู่ในส่วนผิวของเยื่อบุโพรงมดลูกในขณะที่ส่วนได้ลงไปเป็นมะเร็งชนิด undifferentiated มีความรุนแรง ร้อยละ 55-95 มักจะพบการกลับซ้ำหรือเสียชีวิต การย้อมพิเศษทางอิมมูโนฮิสโตเคมีส หรืออาจพบเซลล์บางตัวมีลักษณะบ่งชี้ไปทางเยื่อบุผิว (epithelial differentiation) คือมีการแสดงออก ทางอิมมูโนฮิสโตเคมีสของ EMA, CK 18 และ vimentin โดยไม่พบ pancytokeratin, ER, PR หรือ E-cadherin เซลล์บางตัวอาจมีการแสดงแกนของ chromogranin และหรือ synaptophysin ได้

8) Carcinosarcoma มีมะเร็งของเยื่อบุผิวหนึ่ง (epithelium) และมะเร็งชนิดซาร์โคมา พบได้น้อยกว่าร้อยละ 5 ของมะเร็งมดลูกทั้งหมด มีปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดอื่น ๆ สัมพันธ์กับการได้รับยา tamoxifen หรือฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานาน หรือประวัติการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน ระยะเวลาที่เกิดตามหลังการได้รับรังสีรักษาเฉลี่ย 14 ปี หรือประมาณ 6-27 ปี ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบมะเร็งชนิด carcinoma และ sarcoma อยู่ปะปนกัน บางครั้งอาจจะแยกกันโดยชัดเจนหรือบางครั้งอาจคลุมกลืนกัน ชนิดของ carcinoma มักจะเป็นชนิด endometrioid โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ามีก้อนเป็น polypoid แต่ก็อาจพบชนิดอื่น ๆ ได้ ในขณะที่ส่วน sarcoma มักเป็น stromal sarcoma (homologous) เกรดสูง แต่อาจเป็นมะเร็งของเนื้อเยื่อที่ไม่มีอยู่ในมดลูกปกติ (heterologous) ได้แก่ rhabdomyosarcoma, chondrosarcoma หรือ osteosarcoma เป็นต้น ประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นข้อพิจารณาในการตรวจพยาธิสภาพด้วยตาเปล่าของมดลูกที่ตัดออกมา ได้แก่ ตำแหน่งที่เป็นต้นกำเนิดของรอยโรค ตำแหน่ง ขนาดและลักษณะของก้อนมะเร็ง และการลุกลามเข้าสู่ผนังกล้ามเนื้อมดลูก ทั้งนี้ก้อนมะเร็งควรได้รับการตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอย่างเพียงพอ

ตารางที่ 2

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการตรวจพยาธิสภาพด้วยตาเปล่าของมดลูกที่ตัดออกมา

ประเด็นพิจารณา	เหตุผล
1) ตำแหน่งที่เป็นต้นกำเนิดของ รอยโรค	มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกอาจพบได้พร้อมกับมะเร็งหรือเนื้องอกในตำแหน่งอวัยวะอื่น เช่น ท่อนำไข่ รังไข่ ซึ่งกำเนิดจาก mullerian tract เช่นเดียวกัน ทำให้ต้องพิจารณาวินิจฉัยแยกโรกระหว่างมะเร็งหรือเนื้องอกที่เกิดขึ้นพร้อมกัน และมะเร็งแพร่กระจายจากเยื่อบุโพรงมดลูกไปสู่อวัยวะอื่น การจำแนกต้นกำเนิดของรอยโรคจะมีผลต่อการแบ่งระยะของโรคตาม FIGO 2023

ตารางที่ 2

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการตรวจพยาธิสภาพด้วยตาเปล่าของมดลูกที่ตัดออกมา (ต่อ)

ประเด็นพิจารณา	เหตุผล
2) ตำแหน่งของมะเร็ง	มะเร็งส่วนใหญ่เกิดที่ส่วนบนของมดลูก (fundus) ร้อยละ 3-6 อาจเกิดที่ส่วนล่าง (lower uterine segment) โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี มีมะเร็งเกรดสูงหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะ Lynch syndrome มักจะลุกลามเข้าผนังของมดลูกได้มากกว่า มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น ๆ
3) ขนาดและลักษณะของก้อนมะเร็ง	อาจไม่เหลือรอยโรคมะเร็งหลังจากขูดมดลูก (vanishing cancer) มองไม่เห็น ด้วยตาเปล่า พบเยื่อบุโพรงมดลูกที่ขรุขระ (irregular shaggy granular tissue) ซึ่งบางครั้งแยกจาก secretory endometrium ได้ยาก อาจพบก้อน แบบ polypoid หรือดอกกะหล่ำ (cauliflower) โดยอาจมีลักษณะเนื้อตัน สีขาวหรือสีเนื้อ พบจุดเลือดออกหรือเนื้อมดลูกเป็นหย่อม ๆ
4) การลุกลามเข้าสู่ผนังกล้ามเนื้อมดลูก	อาจพบการลุกลามที่มีความลึกที่ไม่สม่ำเสมอ หรือบางครั้งอาจไม่สามารถบอกความลึกที่ลุกลามได้ชัดเจน เนื่องจากมะเร็งกระจายกลืนไปกับเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อมดลูก โดยเฉพาะมะเร็งชนิดเกรด 3 ความลึกที่มะเร็งลุกลามลงไปในกลุ่มเนื้อมดลูกนี้มักมีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายออกไปนอกมดลูก

หมายเหตุ. จาก แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก.

โดย ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, ณิชา อัสวโกศล และอุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ, 2567, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

2.1.6 การวินิจฉัยของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

การตรวจวินิจฉัยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในสตรีที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้มีความสำคัญทางคลินิก มากกว่าการตรวจคัดกรอง โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดยมีข้อบ่งชี้การตรวจวินิจฉัย วิธีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น และการประเมินก่อนการรักษา (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล และคณะ, 2567) ดังต่อไปนี้

2.1.6.1) ข้อบ่งชี้ของการตรวจวินิจฉัย ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นโดยสุ่มตัดชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูกมาตรวจทางพยาธิวิทยา ได้แก่

- 1) ภาวะเลือดออกผิดปกติในสตรีช่วงวัยเจริญพันธุ์ (reproductive age) ที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) แล้วยังคงมีเลือดออกอยู่หรือกลับเป็นซ้ำ
- 2) สตรีที่อายุ 45 ปี หรือมากกว่า ทุกรายที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก
- 3) สตรีที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก เช่น ภาวะอ้วน PCOS, มีภาวะไม่ตกไข่เรื้อรัง
- 4) สตรีวัยหมดประจำเดือนทุกรายที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก
- 5) การตรวจพบเซลล์ผิดปกติจากการตรวจ cervical cytology ได้แก่ atypical glandular cell ทุกชนิด หรือ adenocarcinoma insitu ในสตรีที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี หรือสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของความผิดปกติของเยื่อโพรงมดลูกจะเป็นข้อบ่งชี้ให้ทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่อไป
- 6) การตรวจพบสิ่งผิดปกติจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography: TVS) เช่น มีสารคัดหลั่งหรือหนองคั่งอยู่ในโพรงมดลูก

2.1.6.2) วิธีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การเก็บเนื้อเยื่อโพรงมดลูกเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

- 1) การสุ่มตัดหรือดูดชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูก (endometrial sampling หรือ aspiration) เป็นหัตถการเบื้องต้นที่ถูกนำมาใช้แทนการขูดมดลูกในปัจจุบัน เนื่องจากมีความไวในการวินิจฉัยความผิดปกติสูงถึงประมาณร้อยละ 89 หรือร้อยละ 91 ในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน และร้อยละ 99.6 สำหรับวัยที่หมดประจำเดือน โดยพยาธิวิทยาที่พบมักสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ได้มาจากการขูดมดลูก อย่างไรก็ตามอาจมีผลลบลงประมาณร้อยละ 10 แพทย์ควรตระหนักว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความแม่นยำของการสุ่มตัดชิ้นเนื้อนั้นขึ้นอยู่กับสัดส่วนของเยื่อโพรงมดลูกที่มีความผิดปกติอยู่
- 2) การขูดมดลูก (uterine curettage) เป็นหัตถการที่ใช้กันมายาวนาน อย่างไรก็ตามแพทย์พึงตระหนักว่าการขูดมดลูกนั้นอาจได้เนื้อเยื่อจากโพรงมดลูกเพียงน้อยกว่าครึ่งของบริเวณทั้งหมด อาจพลาดเนื้อเยื่อที่เป็นติ่งเนื้อ (polyp) หรือเยื่อโพรงมดลูกหนาตัวผิดปกติ (hyperplasia) ได้ถึงประมาณร้อยละ 60 และมะเร็งร้อยละ 10 ตามลำดับ
- 3) การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก (hysteroscopy) ประโยชน์ คือ ช่วยให้ตรวจประเมินพยาธิสภาพในโพรงมดลูกได้โดยตรง สามารถทำได้แบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากขนาดของเครื่องมือเล็กเพียง 4 มิลลิเมตร โดยในรายที่มีปากมดลูกตีบอาจจำเป็นต้องขยายปากมดลูกก่อน หรืออาจให้ยาชาเฉพาะที่ (paracervical block) ในทางปฏิบัติมักทำการตรวจด้วย TVS ก่อน ถ้าเยื่อโพรงมดลูกหนาเกินเกณฑ์จึงสุ่มตัดชิ้นเนื้อในการตรวจคราวเดียวกัน ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่สะดวกและเหมาะสมที่สุดเนื่องจากนรีแพทย์ส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักจะเป็นผู้ตรวจ TVS และสุ่มตัดชิ้นเนื้อ

ด้วยตนเองในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีรายงานว่าการใช้เกณฑ์การตรวจที่ 5 มิลลิเมตร ในสตรีวัยหมดระดูเป็นจุดตัดนั้นจะมีความคุ้มค่าที่สุด ส่วนการตรวจด้วย hysteroscopy เลย์ตั้งแต่แรกนั้นไม่มีความคุ้มค่า จึงให้ใช้วิธีการ hysteroscopy หรือการขูดมดลูก เมื่อการตรวจประเมินเบื้องต้นไม่สามารถอธิบายอาการหรือสิ่งตรวจพบได้

4) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography : TVS) ข้อดีคือเป็นวิธีการตรวจที่ไม่รุกราน (Non-invasive) มีประโยชน์สำหรับสตรีวัยหมดระดูที่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเพื่อวินิจฉัยแยกโรกระหว่างเลือดออกจากภาวะเยื่อโพรงมดลูกฝ่อ (Atrophic endometritis) กับสาเหตุจากการมีพยาธิสภาพในโพรงมดลูก โดยพบว่าหากความหนาของเยื่อโพรงมดลูก (Endometrial thickness) ที่วัดจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography : TVS) หนาไม่เกิน 4-5 มิลลิเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกต่ำมาก อย่างไรก็ตามการตรวจวิธีนี้มีความไวสูงถึงร้อยละ 96 แต่มีความจำเพาะเพียงร้อยละ 51 สำหรับสตรีวัยก่อนหมดระดูไม่แนะนำให้ตรวจวิธีนี้เนื่องจากมีเยื่อหนาตัวแตกต่างกันไปตามระยะของรอบระดูทำให้เกิดเป็นผลบวกлож (False positive) ได้

โดยทั่วไปแพทย์นรีเวชมักจะประเมินลักษณะของเยื่อโพรงมดลูกด้วยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography : TVS) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจที่ไม่รุกราน ซึ่งจะช่วยจำแนกภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก อย่างไรก็ตามความหนาของเยื่อโพรงมดลูกในสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือนนั้นแตกต่างกันออกไปตามช่วงระยะของรอบประจำเดือน การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography : TVS) จะเป็นประโยชน์ชัดเจนกว่าในสตรีวัยหมดระดูที่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (postmenopausal bleeding) โดยถ้าพบความหนาของเยื่อโพรงมดลูกมากกว่า 4 มิลลิเมตร ควรพิจารณาสุ่มตัดชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูก (endometrial biopsy) โดย ณ จุดตัดนี้มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 96-98 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 42-51 และค่าทำนายผลลบ (negative predictive value) ร้อยละ 99 โดยพบว่า ถ้าความหนาของเยื่อโพรงมดลูกน้อยกว่า 4 มิลลิเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกเพียงร้อยละ 0.62 อย่างไรก็ตามแม้ความหนาของเยื่อโพรงมดลูกจะน้อยกว่า 4 มิลลิเมตร แนะนำให้ตัดชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูกในสตรีที่เลือดออกต่อเนื่องหรือกลับเป็นซ้ำเนื่องจากยังมีโอกาสจะเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกชนิดที่ 2 ได้

2.1.6.3) การประเมินก่อนการรักษา การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดรักษา

ประกอบไปด้วย

1) การซักประวัติและตรวจร่างกายรวมทั้งการตรวจภายในอย่างละเอียด

เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการรักษา และตรวจหาการกระจายของโรค

2) ส่งตรวจพื้นฐานก่อนการผ่าตัด Pre-operative investigation) ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC), การทำงานของไตและตับ (BUN, creatinine, urine analysis, electrolyte, liver function test), ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray; CXR) โดยหากภาพรังสีทรวงอกสงสัยความผิดปกติ เช่น การลุกลามของโรค แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมด้วย Computed tomography (CT) chest without contrast การพิจารณาส่ง CT chest/ abdomen/ pelvic จะพิจารณาส่งตรวจในรายที่ต้องได้รับการตรวจหาการแพร่กระจายของโรค เช่น คลำพบก้อนอยู่นอกมดลูก ตรวจพบ ascites คลำได้ตับโต หรือผล biopsy เป็นมะเร็งชนิด high-grade หรือตรวจพบมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกหลังจากรับการผ่าตัดมดลูกแล้วด้วยข้อบ่งชี้อื่นๆ ซึ่งทำให้ยังไม่ได้รับการผ่าตัดเพื่อประเมินระยะโรค (Complete surgical staging; CSS)

3) การตรวจระดับซีรัม CA-125 อาจพิจารณาในกรณีที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามซึ่งจะสัมพันธ์กับระดับ CA-125 ที่สูงขึ้น นอกจากนั้นมีความสำคัญก่อนการรักษา อาจนำไปใช้ในการตรวจติดตามการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

4) พิจารณาส่ง Magnetic resonance imaging; MRI abdomen เพื่อประโยชน์ในการประเมินจุดกำเนิดของมะเร็งว่ามาจากส่วน Endocervix หรือ Endometrium ประเมินความลึก ของมะเร็งที่ลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก และประเมินการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

5) การพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) แนะนำให้ทำเมื่อสงสัยว่าจะมีการลุกลามโดยอิงตามอาการแสดงของผู้ป่วย

6) การตรวจทางรังสีวิทยาซึ่งรวมถึงการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography : TVS) ก่อนที่จะเก็บชิ้นเนื้อ

6.1) การตรวจภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) บริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน ในปัจจุบันถือว่าเป็นเทคนิคที่ให้ความแม่นยำที่สุดในการประเมินการลุกลามและการกระจายของโรคก่อนการผ่าตัด มีความแม่นยำร้อยละ 83 ในการประเมินความลึกในการลุกลามชั้นกล้ามเนื้อมดลูก และมีค่าทำนายผลบวกร้อยละ 89 ในการดูการกระจายของมะเร็งไปที่ปากมดลูก

6.2) การตรวจภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography: CT scan) บริเวณทรวงอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน ในกรณีที่สงสัยจะมีการกระจายออกไปนอกอุ้งเชิงกราน เช่น ตับ ปอด และช่องท้อง

6.3) การตรวจเพทสแกน ([¹⁸F]fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography: FDG-PET) ให้ความจำเพาะและค่าทำนายผลบวกของการกระจายของมะเร็งได้ดี สามารถใช้ได้ดีในการประเมินก่อนการ ผ่าตัดหรือในกรณีที่โรคกลับเป็นซ้ำ

2.1.7 การกำหนดระยะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

การกำหนดระยะของโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกตามรูปแบบของ The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) แรกเริ่มเป็นการแบ่งระยะตามลักษณะทางคลินิก ต่อมาในปี ค.ศ.1988 ได้เปลี่ยนเป็นแบ่งตามผลการผ่าตัดและผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ในปัจจุบัน ปี ค.ศ.2023 ทาง FIGO ได้ปรับปรุงการแบ่งระยะของโรคนี้นี้ใหม่ โดยนำลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดและเกรดของมะเร็ง จำนวนของหลอดน้ำเหลืองหรือหลอดเลือดที่มีมะเร็งลุกลาม (lymphovascular space involvement, LVSI) ระดับของต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานและช่องท้องและขนาดของรอยโรคมะเร็งที่แพร่กระจายไป รวมทั้งข้อมูลทางชีวโมเลกุล ได้แก่ การตรวจ polymerase epsilon gene (POLE), mismatch repair protein (MMR) และ p53 มาพิจารณาร่วมด้วยเพื่อกำหนดระยะของโรค การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงช่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาหลังการผ่าตัด รายละเอียดการแบ่งระยะของโรคตาม FIGO 2023 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การแบ่งระยะของโรคตาม FIGO 2023

ระยะ (Stage)		ลักษณะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Description)
ระยะที่ I		รอยโรคอยู่เฉพาะในมดลูกและรังไข่
IA		รอยโรคอยู่ในเฉพาะชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก ไม่มีการลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อ หรือพยาธิวิทยาชนิดไม่รุนแรง (non-aggressive histological type) (a) ที่ลุกลามน้อยกว่าครึ่งของความหนาของกล้ามเนื้อมดลูก โดยไม่มีหรือมีการลุกลามในหลอดน้ำเหลืองน้อยมาก (no/focal LVSI)b หรือกลุ่มที่มีพยากรณ์โรคที่ดี
	IA1	พยาธิวิทยาชนิดไม่รุนแรงที่จำกัดอยู่เฉพาะตึงเนื้อโพรงมดลูก (endometrial polyp) หรืออยู่เฉพาะในชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก
	IA2	พยาธิวิทยาชนิดไม่รุนแรงที่มีการลุกลามน้อยกว่าครึ่งของความหนาของกล้ามเนื้อมดลูก และไม่มี LVSI หรือมีเพียง focal LVSI
	IA3	พยาธิวิทยาชนิด low-grade endometrioid carcinoma ที่อยู่เฉพาะที่มดลูกและรังไข่
IB		พยาธิวิทยาชนิดไม่รุนแรงที่มีการลุกลามมากกว่าครึ่งหนึ่งของความหนาของกล้ามเนื้อมดลูก และ ไม่มี LVSI หรือ มีเพียง focal LVSI
IC		พยาธิวิทยาชนิดรุนแรงa ที่จำกัดอยู่เฉพาะตึงเนื้อโพรงมดลูก หรืออยู่ในชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก

ตารางที่ 3

การแบ่งระยะของโรคตาม FIGO 2023 (ต่อ)

ระยะ (Stage)		ลักษณะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Description)
ระยะที่ II		โรคมีการลุกลามชั้น stroma ของปากมดลูก และไม่มีการแพร่ออกนอกมดลูก หรือ มีการลุกลามในหลอด น้ำเหลือง หรือหลอดเลือดจำนวนมาก (substantial LVSI) (b) หรือ พยาธิวิทยาชนิดรุนแรง (aggressive histological type)a ที่ลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก
	IIA	พยาธิวิทยาชนิดไม่รุนแรงที่ลุกลามไปชั้น stroma ของปากมดลูก
	IIB	พยาธิวิทยาชนิดไม่รุนแรงที่มี substantial LVSIb
	IIC	พยาธิวิทยาชนิดรุนแรงที่มีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก โดยไม่คำนึงถึงความลึกของการลุกลามชั้น กล้ามเนื้อมดลูก
ระยะที่ III		โรคมีการแพร่กระจายเฉพาะที่ในเนื้อเยื่ออวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกราน (local and/or regional) โดยไม่ คำนึงถึงชนิดของพยาธิวิทยา
	IIIA	มีการลุกลามผิวชั้นนอกของมดลูก (serosa of uterus) และ/หรือ ปีกมดลูก (adnexa)
	IIIA1	มีการลุกลามไปที่ท่อหน้าไข่หรือรังไข่ (โดยไม่เข้าเกณฑ์ของระยะ IA3 (c))
	IIIA2	มีการลุกลามไปผิวชั้นนอก หรือทะลุผิวชั้นนอกของมดลูก (serosa of uterus)
	IIIB	มีการลุกลามหรือกระจายไปช่องคลอด และ/หรือเนื้อเยื่อข้างมดลูก (parametrium) หรือเยื่อบุผิวในอุ้งเชิงกราน (pelvic peritoneum)
	IIIB1	มีการลุกลามหรือกระจายไปช่องคลอด และ/หรือ เนื้อเยื่อข้างมดลูก
	IIIB2	มีการกระจายไปเยื่อบุผิวในอุ้งเชิงกราน
	IIIC	มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน และ/หรือ ต่อมน้ำเหลืองข้างหลอดเลือดเอออร์ตา (d)
	IIIC1	มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน
	IIIC1i	micrometastasis
	IIIC1ii	macrometastasis

ตารางที่ 3

การแบ่งระยะของโรคตาม FIGO 2023 (ต่อ)

ระยะ (Stage)		ลักษณะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Description)
ระยะที่ IV		โรคมะเร็งกระจายไปเยื่อบุผิวของกระเพาะปัสสาวะ และ/หรือเยื่อบุผิวของลำไส้ และ/หรือ กระจายไปไกล (distant metastasis)
	IVA	มีการกระจายไปเยื่อบุผิวของกระเพาะปัสสาวะ และ/หรือเยื่อบุผิวของลำไส้
	IVB	มีการกระจายไปที่เยื่อบุผิวช่องท้องเหนือระดับอุ้งเชิงกราน
	IVC	มีการกระจายไปไกล เช่น ปอด ตับ สมอง กระดูก รวมถึงต่อมน้ำเหลืองทั้งนอกและในช่องท้องที่อยู่เหนือระดับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต

หมายเหตุ. จาก แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก.

โดย ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, ณิชยา อัสวโกศล และอุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ, 2567, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

a. พยาธิวิทยาชนิดชนิดไม่รุนแรง (non-aggressive histological type) ได้แก่ low-grade (grade 1 and 2) endometrioid carcinoma รวมถึง subtype ของ endometrioid carcinoma ที่มี mucinous differentiation เด่นชัด (ใน classification เดิมเรียก mucinous carcinoma) สำหรับพยาธิวิทยาชนิดรุนแรง (aggressive) ได้แก่ high-grade endometrioid carcinoma (grade 3), serous, clear cell, undifferentiated, mesonephric-like, gastrointestinal type mucinous carcinomas, carcinosarcoma และ mixed carcinoma

b. การลุกลามของมะเร็งเข้าหลอดเลือดหลอดน้ำเหลือง (lymphovascular space invasion: LVSI) FIGO แบ่งจำนวนของ LVSI เช่นเดียวกับองค์รอนามัยโลก คือ ไม่พบ (no LVSI) พบน้อย (focal LVSI) พบจำนวนมาก คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ตำแหน่งขึ้นไปต่อ 1 สไลด์ที่พบจำนวนมากที่สุด (extensive/substantial LVSI) ส่วนวิทยาลัยพยาธิแพทย์ของสหรัฐอเมริกากำหนด LVSI ที่มีจำนวนเท่ากับหรือมากกว่า 3 ตำแหน่งขึ้นไปต่อ 1 สไลด์เป็นการลุกลามจำนวนมาก อย่างไรก็ตามมีรายงานที่พบว่าการลุกลามจำนวนมาก คือ เท่ากับหรือมากกว่า 4 ตำแหน่งขึ้นไปต่อ 1 สไลด์จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

c. การพบรอยโรคที่มดลูกและรังไข่ต้องแยกระหว่างระยะ IA3 และ IIIA1 โดยจะจัดให้อยู่ในระยะ IA3 ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ 1) มีลุกลามน้อยกว่าครึ่งของความหนาแน่นมดลูก 2) ไม่ได้พบ LVSI จำนวนมาก (No extensive/substantial LVSI) 3) ไม่พบการแพร่กระจายไปที่อื่น 4) มะเร็งที่พบที่รังไข่เป็นเพียงข้างเดียว ไม่พบการลุกลามผ่านหรือทะลุเปลือกหุ้ม

d. การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน แบ่งตาม TNM(18) ออกเป็น Macrometastasis: ขนาดใหญ่กว่า 2 มิลลิเมตร Micrometastasis: ขนาด 0.2-2 มิลลิเมตร และ/หรือ จำนวนมากกว่า 200 เซลล์ Isolated tumor cells (ITCs): ขนาดไม่เกิน 0.2 มิลลิเมตร และจำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์ หากพบให้ทำการบันทึกไว้ แต่ไม่เป็นการกำหนดระยะของโรค

e. มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ I และ II ที่มีผลการตรวจทางโมเลกุล พบ POLEmut หรือ p53abn การ กำหนดระยะจะเป็นไปตามลักษณะทางโมเลกุล โดยไม่คำนึงถึงชนิดของมะเร็งหรือการพบ LVSI โดยให้เขียน ห้อยกำกับไว้ด้านหลัง หากพบ POLEmut ในผู้ป่วยระยะ I และ II จะได้รับการจัดเป็น IAmPOLEmut โดยอัตโนมัติ โดยไม่ คำนึงถึงชนิดของมะเร็งหรือการพบ LVSI หากพบ p53abn ในผู้ป่วยระยะ I และ II จะได้รับการจัดเป็น IIC2mp53abn โดยอัตโนมัติ โดยไม่ คำนึงถึงชนิดของมะเร็งหรือการพบ LVSI เช่นเดียวกัน การพบ MMRd หรือ NSMP ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนระยะของโรค แต่ให้ห้อยไว้ตามระยะเดิม เช่น IIImMMRd, ImNSMP

f. ในระยะที่ III และ IV แบ่งตามข้อมูลที่ได้จากการผ่าตัด ไม่ต้องเปลี่ยนตามลักษณะทางโมเลกุล แต่ให้ระบุเป็นตัวห้อยไว้เช่นเดียวกันหากมีผลการตรวจ เช่น IIImp53abn

2.1.8 แนวทางการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

การรักษาเบื้องต้นที่เป็นมาตรฐานสำหรับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก คือ การผ่าตัดมดลูกทั้งหมด ท่อนำไข่และรังไข่ทั้ง 2 ข้างออก รวมทั้งการผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง และหรือแผ่นไขมันในช่องท้อง (infracolic omentectomy) ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มะเร็งระยะลุกลาม หรือระยะต้นที่มีพยาธิวิทยาชนิด serous, undifferentiated, หรือ carcinosarcoma เนื่องจากมีโอกาสแพร่กระจายโดยไม่สามารถตรวจพบด้วยตาเปล่า ในกรณีที่โรคลุกลามไปมากหรือผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถรับการผ่าตัด แพทย์มะเร็งนรีเวชร่วมกับแพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยาจะพิจารณาทางเลือกอื่นเป็นการรักษา เช่น การให้รังสีรักษา (radiation therapy) ซึ่งอาจรักษาให้มะเร็งระยะต้นหายได้ (definitive therapy) หรือให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ให้ก่อนมะเร็งยุบลงเพื่อบรรเทาอาการการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) หรือการรักษาตามอาการ (palliative/ symptomatic treatment) (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล และคณะ, 2567)

2.1.8.1 การผ่าตัดมดลูก (Surgery) มี 4 วิธี ได้แก่

1) การผ่าตัดมดลูกโดยการเปิดหน้าท้อง (laparotomy hysterectomy for surgical staging) เป็นวิธีมาตรฐานที่ปฏิบัติกันมายาวนาน แต่ในระยะหลังแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนสามารถเลือกใช้วิธีการผ่าตัดผ่านกล้องซึ่งมีข้อดีมากกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในด้านคุณภาพชีวิต

2) การผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic hysterectomy for surgical staging) ในปัจจุบัน วิธีการผ่าตัดมาตรฐานที่แนะนำ คือ การผ่าตัดผ่านกล้อง เนื่องจากมีข้อดีหลายประการ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า แม้จะใช้เวลานานกว่าแต่ภาวะแทรกซ้อนพบได้น้อยกว่า

หรือไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีมากกว่าหรือคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเนื่องจากปวดแผลน้อยกว่า ตลอดจนระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า รวมทั้งผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกันในแง่ของจำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่เลาะได้ อัตราการเกิดเป็นซ้ำและอัตราการอยู่รอดโดยปราศจากโรค

3) การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ (robotic assisted laparoscopic surgical staging) ผู้ทำผ่าตัดสามารถนั่งทำผ่าตัดได้และแพทย์ผู้ทำผ่าตัดใช้เวลาในการเรียนรู้สั้นกว่าผ่าตัดผ่านกล้อง และมีประโยชน์ในกรณีที่ผ่าตัดได้ยาก เช่น ผู้ป่วยอ้วน โดยพบว่าจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เลาะได้ การเสียเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกับการผ่าตัดส่องกล้อง แต่ระยะเวลาการผ่าตัดสั้นกว่า อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลผลการรักษาในระยะยาว

4) การผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) เป็นทางเลือกหนึ่งในผู้ป่วยอายุมาก อ้วนหรือมีความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่อาจเป็นความเสี่ยงในการดมยาสลบ และการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือการผ่าตัดผ่านกล้อง ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินรอยโรคหรือทำผ่าตัดในช่อง ท้องรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองหลังเย็บช่องท้อง

ทั้งนี้การผ่าตัดแต่ละวิธี มีข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัดแตกต่างกัน การผ่าตัดผ่านกล้องและการผ่าตัด โดยใช้หุ่นยนต์ช่วยนี้ต้องใช้แพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนรวมทั้งความพร้อมของเครื่องมือในปัจจุบัน มีหลายโรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีแพทย์และเครื่องมือในการผ่าตัดผ่านกล้อง และมีบางแห่งที่ใช้หุ่นยนต์ช่วยในการผ่าตัดแล้ว การเลือกใช้วิธีการผ่าตัดต่าง ๆ นี้ขึ้นกับปัจจัยหลายประการซึ่งรวมถึงแต่ลักษณะและระยะของโรค ความพร้อมของแพทย์ เครื่องมือที่มีอยู่ในสถานพยาบาลนั้น ๆ ความพร้อมของผู้ป่วยและสิทธิการ เบิกจ่าย รวมทั้งนโยบายของโรงพยาบาลและของประเทศ

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองมีการศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบหลายฉบับ รวมทั้งรายงานการทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบและวิเคราะห์แบบอภิมานพบว่า การเลาะต่อมน้ำเหลืองไม่ได้เพิ่มประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในแง่ของการกลับเป็นซ้ำและการรอดชีวิตในระยะระยะที่ 1 แม้จะไม่มีข้อมูลจากการศึกษาแบบสุ่ม เปรียบเทียบในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการการกลับเป็นซ้ำ แต่องค์กรส่วนใหญ่แนะนำให้เลาะต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงปานกลาง (high-intermediate risk) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ได้แก่ พยาธิวิทยาชนิดรุนแรง (aggressive histology) เช่น grade 3 endometrioid carcinoma, carcinosarcoma, serous and clear cell carcinoma หรือมีการลุกลามชั้นกล้ามเนื้อมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ 50% ขนาดของมะเร็งมากกว่า 2 เซนติเมตร หรือมะเร็งระยะลุกลามไปยังปากมดลูกหรืออวัยวะอื่น

กรณีไม่พบต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานโต แนะนำให้เลาะเฉพาะ sentinel lymph node (SLN) เนื่องจากสะดวกและได้ผลดีแทนการเลาะทั้งหมด พบมีความไวสูงถึงร้อยละ 91 อัตราการกลับเป็นซ้ำ และการรอดชีวิตของผู้ป่วยไม่แตกต่างกับการผ่าตัดที่เลาะต่อมน้ำเหลืองออกทั้งหมด

ทั้งนี้ในห้องผ่าตัดแพทย์ผู้ผ่าตัดต้องมีประสบการณ์หรือพยาธิแพทย์จะต้องประเมินลักษณะของ SLN ที่เลาะออกมาจากการดูด้วยตาเปล่าอย่างถี่ถ้วนเพื่อให้มั่นใจว่าได้ตอมน้ำเหลืองออกมาทำการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอย่างละเอียด (ultrastaging) โดยการตัดทั้งตอมน้ำเหลืองในแนวขวางทุก 2 มิลลิเมตรและย้อมแบบปกติ (hematoxylin and eosin: H&E) โดยให้ย้อม cytokeratin โดย IHC ในกรณีที่ตรวจด้วย H&E แล้วไม่พบเซลล์มะเร็ง

การผ่าตัดรังไข่ การตัดรังไข่ออกร่วมกับการตัดมดลูกเป็นมาตรฐานของการรักษาและการกำหนดระยะของโรค อย่างไรก็ตามการตัดรังไข่ออกมีผลกระทบในระยะยาวกับผู้ป่วยอายุน้อย โดยเฉพาะถ้าไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน ทั้งนี้มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในผู้ป่วยอายุน้อยมักจะมีการพยากรณ์โรคดีและมีโอกาสรอดชีวิตได้นานกว่าผู้ป่วยอายุมาก ดังนั้น การผ่าตัดแบบอนุรักษ์รังไข่ไว้ในผู้ป่วยอายุน้อยนี้จึงอาจมีประโยชน์

ข้อมูลส่วนใหญ่ของการผ่าตัดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกโดยอนุรักษ์รังไข่ไว้ในผู้ป่วยอายุน้อยมาจากการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยมีรายงานการทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบและวิเคราะห์แบบอภิมาน พบว่า การอนุรักษ์รังไข่ไว้ไม่มีผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตโดยจำเพาะต่อโรคมะเร็ง (cancer specific survival) หรืออัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival) ยกเว้นมะเร็งชนิด non-endometrioid มะเร็งที่ลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกลึก มะเร็งที่ลุกลามไปเนื้อเยื่อปากมดลูก (cervical stromal invasion) หรือไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างเหมาะสม แพทย์ผู้ผ่าตัดจึงควรตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้และนำมาเป็นข้อพิจารณาในการดูแลรักษาผู้ป่วย

การรักษาเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายที่มีโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกอยู่ในระยะต้นหรือระยะลุกลามที่ผ่าตัดได้สำเร็จ อาจมีความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะพิจารณาจากปัจจัยการพยากรณ์โรคทางคลินิกและทางพยาธิวิทยาต่าง ๆ ที่ตรวจพบเพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด เนื่องจากปัจจุบันมีการตรวจทางชีวโมเลกุลในการแบ่งกลุ่มของโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และมีการแบ่งระยะของโรคใหม่โดย FIGO สมาคมมะเร็งวิทยาของยุโรป (European Society for Medical Oncology: ESMO) ได้ให้คำแนะนำการรักษาเพิ่มเติมไว้ ซึ่งแม้จะอิงตามระยะ FIGO เดิมในปี ค.ศ. 2009 แต่มีการใช้ลักษณะทางชีวโมเลกุลมาประกอบในการจัดแบ่งกลุ่มความเสี่ยงเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำแนะนำนี้สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะที่ I-IVA ที่ได้รับการผ่าตัดและไม่มีก้อนมะเร็งหลงเหลืออยู่ให้เห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งจะบรรยายกลุ่มเสี่ยงตามระยะของโรคและเพิ่มรายละเอียดการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกด้วย เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับระยะของโรคใหม่ตาม FIGO 2023 รวมทั้งการลุกลามเข้าหลอดเลือดน้ำเหลือง (substantial lymphovascular space invasion; substantial LVSI) ซึ่งเป็นปัจจัยการพยากรณ์โรคที่สำคัญและมีผลต่อการพิจารณาการให้การรักษาเพิ่มเติมไว้ด้วย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

คำแนะนำของการให้การรักษาเพิ่มเติมตามกลุ่มเสี่ยงซึ่งพิจารณาตามระยะของโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยาและลักษณะทางชีวโมเลกุล

กลุ่มเสี่ยงตามระยะของโรค	ชนิดพยาธิวิทยา เกรดและลักษณะทางชีวโมเลกุล	การลุกลามเข้า กล้ามเนื้อติดกระดูก (MI) หรือหลอดเลือดหลอดเลือด น้ำเหลือง (LVSI)	การรักษาเพิ่มเติม
กลุ่มเสี่ยงต่ำ (low-risk)			
ระยะที่ IA	endometrioid (MMRd และ NSMP) grade 1-2,	ไม่มี MI หรือ MI < ½ ไม่มีหรือ focal LVSI	ไม่ให้การรักษาเพิ่มเติม
ระยะที่ I-II	POLE mutation	ไม่คำนึงถึง MI และ LVSI	ไม่ให้การรักษาเพิ่มเติม
ระยะที่ III	POLE mutation	ไม่คำนึงถึง MI และ LVSI	ในปัจจุบัน ไม่มีข้อมูลถึงความปลอดภัยในการไม่ให้การรักษาเพิ่มเติม
กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (intermediate-risk)			
ระยะที่ IA	endometrioid (MMRd และ NSMP), grade 3	ไม่มี MI หรือ MI < ½ ไม่มีหรือ focal LVSI	VBT (อาจยกเว้นในผู้ป่วยอายุ < 60 ปี)
ระยะที่ IA	non-endometrioid และ/ หรือ TP53 mutation	ไม่มี MI รวมทั้งมะเร็งใน polyp, ไม่มีหรือ focal LVSI	ไม่ให้การรักษาเพิ่มเติม
ระยะที่ IB	endometrioid (MMRd และ NSMP), grade 1-2	MI > ½, ไม่มีหรือ focal LVSI	VBT (อาจยกเว้นในผู้ป่วยอายุ < 60 ปี)
ระยะที่ II	endometrioid (MMRd และ NSMP), grade 1	ไม่มีหรือ focal LVSI	VBT (อาจยกเว้นในผู้ป่วยอายุ < 60 ปี)

ตารางที่ 4

คำแนะนำของการให้การรักษาเพิ่มเติมตามกลุ่มเสี่ยงซึ่งพิจารณาตามระยะของโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยาและลักษณะทางชีวโมเลกุล (ต่อ)

กลุ่มเสี่ยงตามระยะของโรค	ชนิดพยาธิวิทยาเกรดและลักษณะทางชีวโมเลกุล	การลุกลามเข้ากล้ามเนื้อหัวใจ (MI) หรือหลอดเลือดหัวใจ (LVSI)	การรักษาเพิ่มเติม
กลุ่มเสี่ยงปานกลางแบบสูง (high intermediate-risk)			
ระยะที่ I	endometrioid (MMRd และ NSMP) ไม่คำนึงถึง grade	ไม่คำนึงถึง MI, มี substantial LVSI	EBRT (อาจพิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมด้วยกรณี Substantial
ระยะที่ IB	endometrioid (MMRd และ NSMP), grade 3	MI > 1/2, ไม่คำนึงถึง LVSI	LVSI and/or grade 3)
ระยะที่ II	grade 1	substantial LVSI	
ระยะที่ II	grade 2, 3	ไม่คำนึงถึง MI และ LVSI	
กลุ่มเสี่ยงสูง (high-risk)			
มะเร็งทุกระยะ	พยาธิวิทยาทุกชนิด, มี TP53 mutation	มี MI	CCRT-CMT หรือ Sequential CMT-RT หรือ CMT เพียงอย่างเดียว
มะเร็งทุกระยะ	serous or undifferentiated carcinoma including carcinosarcoma	มี MI	
มะเร็งระยะที่ III-IVA	ทุกชนิดของพยาธิวิทยา/ ลักษณะของชีวโมเลกุล	ไม่มีมะเร็งหลงเหลืออยู่	

หมายเหตุ. จาก แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก.

โดย ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, ณิชยา อัสวโกศล และอุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ, 2567, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

2.1.8.2 การให้รังสีรักษา (Radiotherapy) ประกอบด้วย การใส่แร่ทางช่องคลอด (Vaginal brachytherapy; VBT) การฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน (External beam pelvic radiation therapy; EBPR) การฉายรังสีรักษาบริเวณช่องท้อง (Whole abdominal radiation therapy; WART) หรือการฉายรังสีรักษาขยายไปที่ช่องท้องด้านบน (Extended field radiation therapy; EFRT) ซึ่งเป็นการรักษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate หรือ high risk โดยในกลุ่มผู้ป่วย intermediate risk จะถูกจำแนกย่อยเพิ่มเติมเป็น low-intermediate risk และ high-intermediate risk โดย high-intermediate risk ได้แก่ อายุมากกว่า 50-60 ปี มีมะเร็งเกรด 2-3 หรือมีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อชั้นลึก (Deep myometrial invasion) หรือมี Lymphovascular space invasion มีหลายการศึกษาค้นพบว่า การให้รังสีรักษาใน กลุ่ม high-intermediate risk และ high risk ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำแบบเฉพาะที่ในอุ้งเชิงกรานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของอัตราการรอด ส่วนรูปแบบของรังสีรักษาที่ปัจจุบันนิยมใช้มากที่สุดคือ การฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน (External beam pelvic radiation therapy; EBPR) หรือการใส่แร่ทางช่องคลอด (Vaginal brachytherapy; VBT) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่ใส่แร่มีภาวะแทรกซ้อนต่อลำไส้ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ ท้องเสีย กลั้น อุจจาระลำบาก น้อยกว่ากลุ่มฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน

2.1.8.3 การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) ในการรักษามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกด้วยเคมีบำบัด มักจะพิจารณาในรายที่มีมะเร็งลุกลาม มาก หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองรอบหลอดเลือดเออร์ตา (IIIC2) หรือระยะที่ IV เพื่อหวังผลลดอัตราการกลับเป็นซ้ำบริเวณนอกอุ้งเชิงกราน (Extrapelvic recurrence) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการรักษาด้วยรังสีรักษา นอกจากนี้ยังมีบทบาทหลักในการรักษาในรายที่กลับเป็นซ้ำ หรือในรายที่เป็นระยะลุกลามที่รักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) สำหรับชนิดของยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ ได้แก่ Doxorubicin/cisplatin หรือ Doxorubicin/Cisplatin/Cyclophosphamide และปัจจุบันมีการใช้ Paclitaxel และ Carboplatin มากขึ้น

2.1.8.4 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal treatment) การใช้ฮอร์โมนในการรักษามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกจะพิจารณาในรายที่มีมะเร็งอยู่ในระยะ ลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าไม่มีประโยชน์ของฮอร์โมนในบทบาทของการ รักษาเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด (Adjuvant treatment) และมีข้อเสียที่สำคัญคือเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Thromboembolic disease) การประหมื่นและส่งผลต่อผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแล้วพบเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในภายหลัง และ แนวทางการรักษาในกรณีผ่าตัดกำหนดระยะของโรคไม่ครบ ในกรณีที่ผ่าตัดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ใด ๆ ก็ ตาม เมื่อประหมื่นพยาธิสภาพด้วยตาเปล่าแล้วพบลักษณะที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก แต่ หากไม่มีแพทย์ทางมะเร็งนรีเวชในโรงพยาบาลนั้นๆ ให้ผ่าตัดตรงไข่ออก สรรวจอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้อง และทำหัตถการอื่น ๆ

ตามขั้นตอนการผ่าตัดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย จากนั้นควรบันทึกข้อมูลที่ได้จากการผ่าตัดครั้งแรกโดยละเอียดเนื่องจากมีผลในการพิจารณาให้การ รักษาเพิ่มเติม ได้แก่ ขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ลักษณะก้อน ขอบเขตและความลึกที่ลุกลามเข้าไปชั้นกล้ามเนื้อ มดลูก โดยบันทึกเป็นสัดส่วน เช่น 1/3 หรือ 1/2 ของความหนาของกล้ามเนื้อมดลูก และบันทึกผลการสำรวจอวัยวะอื่นในช่องท้องว่าสงสัยการลุกลามไปหรือไม่ การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาเพิ่มเติม ควรมีข้อมูลต่าง ๆ ประกอบ ได้แก่ ผลการตรวจทางรังสีก่อนผ่าตัด ข้อมูลจาก การผ่าตัด (Operative findings) ผลทางพยาธิวิทยา สไลด์ชิ้นเนื้อ สำหรับแนวทางการรักษาเพิ่มเติม สำหรับ มะเร็งระยะ I-II ได้มีคำแนะนำของ The National Comprehensive Cancer Network ดัง แสดง ในแผนภูมิที่ 1 โดยจะพิจารณาผ่าตัดซ้ำ (Surgical restaging) ในกรณีเป็นมะเร็งระยะ IA, grade 1-2 ที่มีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง แต่พบ LVSI หรือขนาดก้อนมะเร็ง มากกว่า 2 เซนติเมตร หรือเป็นมะเร็งระยะ IA, grade 3 หรือระยะ IB-II

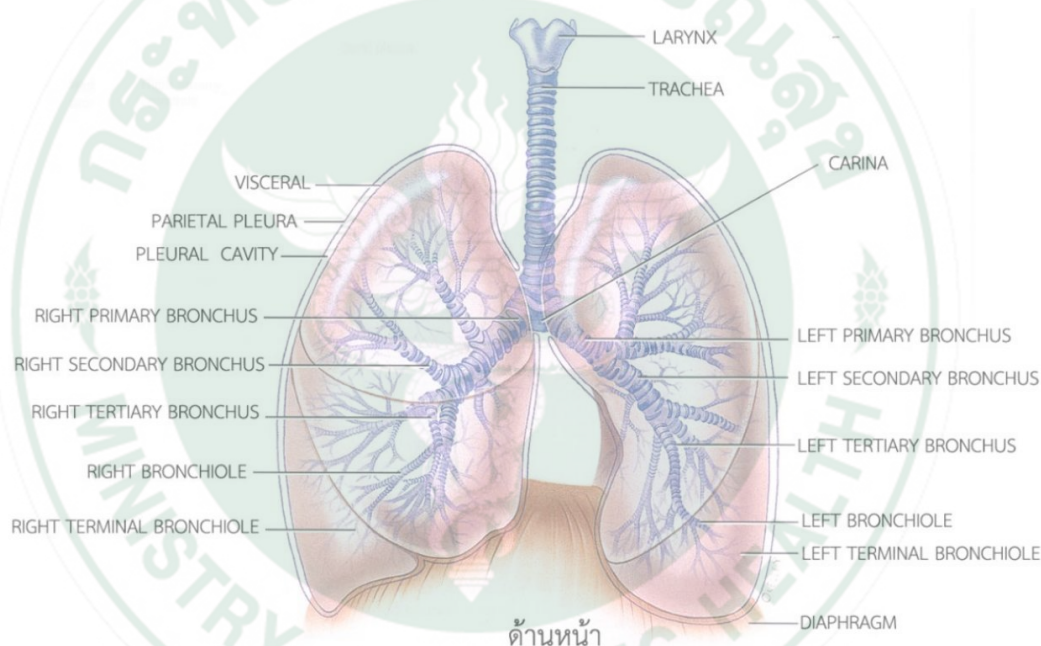
การตรวจติดตามหลังการรักษา (Surveillance) ตามคำแนะนำของ The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) แนะนำให้นัดตรวจติดตามทุก 3-6 เดือน ในช่วง 2-3 ปีแรก หลังจากนั้นจึงนัดห่างขึ้นเป็นทุก 6-12 เดือน เนื่องจากมีอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำของโรคสูง ในช่วง 3 ปีแรก ได้แก่ ร้อยละ 34 ภายใน 1 ปี และ ร้อยละ 76 ภายใน 3 ปี อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญ คือ การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น เลือดออก ผิดปกติทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย ไอ น้ำหนักลด สำหรับการประเมินผู้ป่วยในช่วงติดตามการ รักษา ประกอบไปด้วยการซักประวัติเพื่อหาอาการผิดปกติ การตรวจต่อมน้ำเหลืองลำคอและขาหนีบ ตรวจภายในและทวารหนักเพื่อประเมิน Vaginal stump และประเมินภายในบริเวณอุ้งเชิงกราน ส่วนการตรวจเพิ่มเติมทางรังสีให้พิจารณาตรวจเมื่อสงสัย การกลับเป็นซ้ำ หรือพิจารณาส่งตรวจใน รายที่เป็นมะเร็งระยะที่ III-IV โดยส่ง CT chest/abdomen/ pelvis ทุก 6 เดือนในช่วง 3 ปีแรก และ จากนั้นทุก 6-12 เดือนในช่วง 2 ปีถัดไป หากพบการกลับเป็นซ้ำของโรค แนวทางการรักษาโดยสังเขป คือ ในกรณีที่เป็นการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่บริเวณช่องคลอดหรืออุ้งเชิงกราน มีทางเลือกในการรักษา ระหว่างการผ่าตัดหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีระยะแพร่กระจายจะต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การ ผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอโมน เป็นต้น

2.2 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

2.2.1 กายวิภาคของปอด (Lungs)

ปอดบรรจุอยู่ในช่องอก (thoracic cavity) ยกเว้นตรงกลางที่เป็นเนื้อกลางอก เรียกว่า mediastinum ซึ่งเป็นที่อยู่ของหัวใจและหลอดเลือด ปอดมี 2 ข้าง ได้แก่ ปอดขวา (Right Lung) และปอดซ้าย (Left Lung) โดยมีส่วนฐาน (Base) อยู่เหนือกล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragm) และจะมีส่วนยอด (Apex) ซึ่งมีลักษณะแคบ และเล็กกว่าอยู่ส่วนบนเหนือกระดูกไหปลาร้า ประมาณ

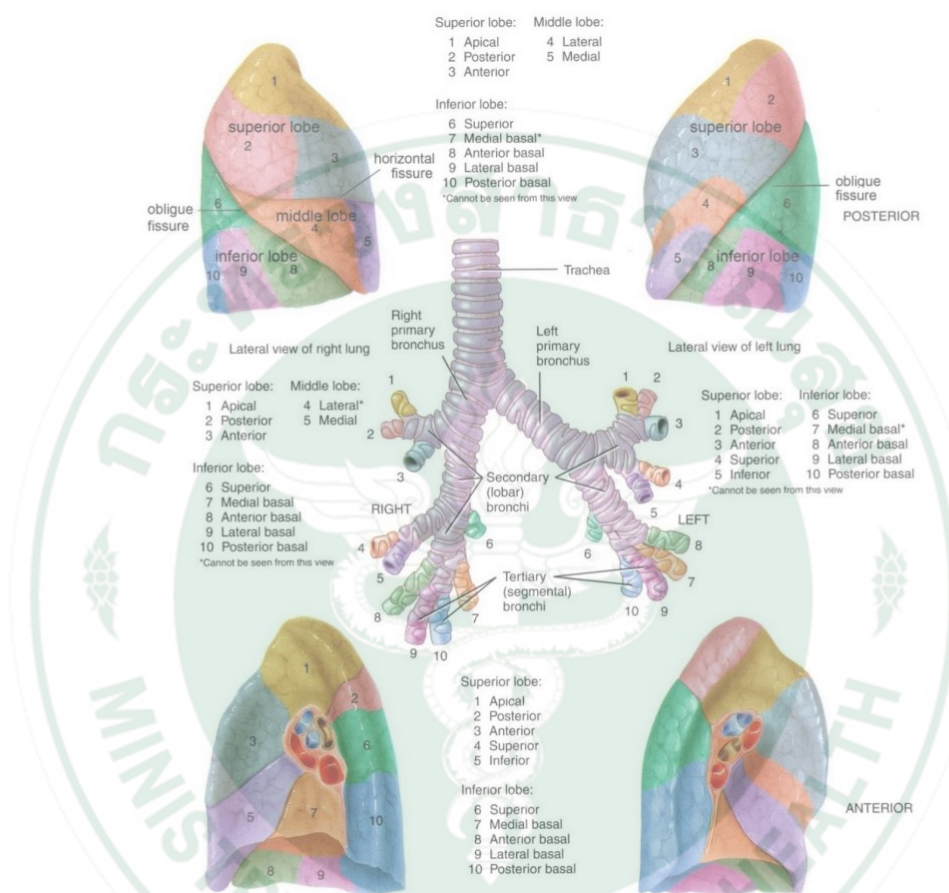
1.5-2.5 ซม. พื้นผิวภายนอกของปอดจะสัมผัสกับโครงสร้างอวัยวะ 3 ส่วน คือ Costal surface เป็นส่วนที่สัมผัสกับกระดูกซี่โครง Diaphragmatic surface เป็นส่วนพื้นผิวของปอดที่สัมผัสกับกระบังลม และ Mediastinum surface เป็นส่วนพื้นผิวของปอดที่สัมผัสกับ mediastinum cavity ซึ่งบริเวณนี้จะมีส่วนซึ่งเป็นทางเข้าของหลอดลม (bronchus) หลอดเลือด (pulmonary blood vessel) และหลอดน้ำเหลือง (lymphatic vessel) เรียกว่า hilus (ขั้วปอด) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กายวิภาคของปอด และหลอดลมระดับต่าง ๆ

หมายเหตุ. จาก “PATHOLOGY OF RESPIRATORY SYSTEM” โดย พีรยุทธ สิทธิไชยากุล, 2557, (<http://www.med.nu.ac.th/pathology/405213/book/Respiratory-2.pdf>.)

ปอดขวา (Right Lung) มี 3 กลีบ (lobe) ได้แก่ กลีบบน (superior lobe) กลีบกลาง (middle lobe) กลีบล่าง (inferior lobe) ปอดซ้าย (Left Lung) มี 2 กลีบ (lobe) ได้แก่ กลีบบน (superior lobe) และกลีบล่าง (inferior lobe) แต่ละกลีบจะได้รับหลอดลมเล็กระดับที่สอง (Secondary bronchus) เป็นของตัวเอง ดังนั้น Right primary bronchus จะแตกแขนงออกเป็นหลอดลมเล็กระดับที่สอง (Secondary bronchus) จำนวน 3 แขนง คือ Superior secondary bronchus, Middle secondary bronchus และ Inferior secondary bronchus, ส่วน Left primary bronchus จะแตกแขนงออกเป็นหลอดลมเล็กระดับที่สอง (Secondary bronchus) 2 แขนง คือ Superior secondary bronchus, Inferior secondary bronchus ในแต่ละกลีบปอดจะมีการแบ่งเป็นส่วนย่อยลงไปอีก เรียกว่า Segment หรือ Lobule ปอดขวากลีบบน (Superior lobe) แบ่งออกเป็น 3 Segment, กลีบกลาง (Middle lobe) แบ่งออกเป็น 2 Segment, กลีบล่าง (Inferior lobe) แบ่งออกเป็น 5 Segment ปอดซ้าย กลีบบน (Superior lobe) แบ่งออกเป็น 5 Segment, กลีบล่าง (Inferior lobe) แบ่งออกเป็น 5 Segment ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กลีบของปอด

หมายเหตุ. จาก “PATHOLOGY OF RESPIRATORY SYSTEM” โดย พีรยุทธ สิทธิไชยากุล, 2557, (<http://www.med.nu.ac.th/pathology/405213/book/Respiratory-2.pdf>.)

ดังนั้น ในปอดแต่ละข้างจะมี Segment รวมทั้งสิ้น 10 Segment เช่นเดียวกัน หลอดลมเล็ก ระดับที่สอง (Secondary bronchus) จึงมีการแตกแขนงไปเป็นหลอดลมเล็กระดับที่สาม (Tertiary bronchus) จำนวน 10 แขนง ด้วย หรืออาจเรียกรวมกันว่า Bronchopulmonary segment ซึ่งในแต่ละ Bronchopulmonary segment จะ ประกอบไปด้วยหน่วยย่อย ๆ จำนวนมากเรียกว่า Lobule แต่ละ Lobule ประกอบด้วย Respiratory bronchiole, Arteriole, Venule และ Lymphatic vessel ด้วย เหตุนี้ เมื่อมีโรคเกิดขึ้นในแต่ละ segment เช่น มะเร็งหรือฝีในปอด แพทย์จึงสามารถที่จะตัดลอกเอา segment ที่ เกิดโรคออกได้โดยไม่กระทบกระเทือนต่อปอดที่เหลืออยู่ ในแต่ละหลอดลมเล็กระดับที่สาม (Tertiary bronchus หรือ Segmental bronchus) ยังจะมีการแตกแขนงต่อไปเป็น Bronchiole (หลอดลมฝอย), Terminal bronchiole (หลอดลมฝอยส่วนปลาย), Respiration bronchiole (หลอดลมฝอยหายใจ) ซึ่งเป็นส่วนเริ่มต้นที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซตามลำดับ ซึ่งในส่วนของ Respiration bronchiole (หลอดลมฝอยหายใจ) นี้จะมี Alveolar ducts, Alveolar sac และ Alveoli มาเกาะติดอยู่

กลไกการหายใจ (Mechanism of Breathing) การหายใจเข้าออกปกติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การหายใจเข้า (Inspiration หรือ Breathing in) และการหายใจออก (Expiration หรือ Breathing out) ซึ่งการที่อากาศจะเคลื่อนที่เข้าหรือออกจากปอดได้ จะต้องมีความแตกต่างของความดันบรรยากาศระหว่างอากาศในบรรยากาศกับอากาศในถุงลมปอด ความดันอากาศในบรรยากาศ หรือความดันบรรยากาศมีค่า 760 มิลลิเมตรปรอท ส่วนอากาศในถุงลมซึ่งมีทาง ติดต่อกับภายนอกได้ ก็มีค่าความดันบรรยากาศมีค่า 760 มิลลิเมตรปรอทเช่นเดียวกัน ในขณะที่ไม่มีการหายใจ อากาศจึงไม่มีการไหลเข้าปอด และเมื่อใดก็ตามที่ความดันในถุงลมปอดถูกทำให้ลดต่ำลงหรือสูงขึ้นกว่าความดันบรรยากาศจากที่ที่มีความดันสูงกว่าไปยังบริเวณที่มีความดันต่ำกว่า จะทำให้มีการไหลของอากาศเข้าและออกจากปอด เกิดเป็นการหายใจเข้าและออก การแลกเปลี่ยนและการขนส่งก๊าซ เมื่อหายใจเข้าอากาศใหม่จากบรรยากาศที่เข้าสู่ถุงลม จะเข้ามาผสมกับอากาศเก่าในถุงลมที่เหลือค้างจากการหายใจออกครั้งก่อน O₂ ในอากาศใหม่จะเข้าแทนที่ O₂ ในถุงลมที่แพร่ออกไปสู่เลือด และ CO₂ ที่แพร่ออกจากเลือดเข้ามาอยู่ในถุงลม จะถูกเจือจางลง จากนั้นบางส่วนของอากาศผสมในถุงลมนี้ จะถูกหายใจออกไปปริมาณ O₂ ในถุงลมจะลดลง และ CO₂ จะสูงขึ้น จนกว่าจะมีอากาศใหม่จากการหายใจเข้ามาถึง

2.2.2 คำจำกัดความของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism; PE) หมายถึง ภาวะที่มีหลอดเลือดในบริเวณปอดเกิดการอุดตัน มักเกิดจากลิ่มเลือดที่อุดตันบริเวณหลอดเลือดดำของขาหลุดไปอุดตันที่ปอดเป็นภาวะที่อาจมีอันตรายถึงเสียชีวิตหากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่ (โรงพยาบาลสินแพทย์, 2564)

2.2.3 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด (venous thromboembolism หรือ VTE) มีทั้งที่เป็นกรรมพันธุ์ (hereditary) และที่เกิดภายหลัง (acquired) ปัจจัยเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ (hereditary factors) ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะขาด antithrombin ภาวะขาด protein C ภาวะขาด protein S, Factor V Leiden, Activated protein C resistance ที่ไม่มี factor V Leiden, Prothrombin gene mutation, Dysfibrinogenemia และภาวะขาด plasminogen ส่วนปัจจัยที่เกิดภายหลัง (acquired factors) ได้แก่ ไม่มีการเคลื่อนไหว อายุมาก โรคมะเร็ง การเจ็บป่วยเฉียบพลัน การผ่าตัดใหญ่ การบาดเจ็บรุนแรง บาดเจ็บไขสันหลัง การตั้งครรภ์ และช่วงหลังคลอด โรค polycythemia vera Antiphospholipid antibody syndrome การรับประทานยาคุมกำเนิด การรักษาที่ให้ฮอร์โมนทดแทน การได้รับเฮปาริน การรักษาให้ยาเคมีบำบัด ความอ้วน การใส่สายในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่อุปกรณ์ที่ให้อยู่นิ่ง (immobilizer) หรือเฝือก เป็นต้น

2.2.4 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism; PE) เป็นภาวะแทรกซ้อนเกิดจากการที่มีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในหลอดเลือดดำและหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดที่ปอด (venous thromboembolism หรือ VTE) โดยมักเกิดที่บริเวณหลอดเลือดดำที่ขา มีส่วนน้อยที่เกิดบริเวณหลอดเลือดดำที่แขน กลไกที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดมี 3 ปัจจัย (Virchow's triad) (โรงพยาบาลสมิติเวช, 2565) ได้แก่

- 1) การไหลเวียนของเลือดลดลงจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน
- 2) มีความผิดปกติของเลือด ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states)
- 3) มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือมีการอักเสบก่อนลิ่ม

เลือดดังกล่าวหากเกิดขึ้นแล้วมีโอกาสสูงที่จะหลุดเข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่ (superior vena cava) และหลอดเลือดดำเล็ก (inferior vena cava) ก่อนผ่านเข้าหัวใจห้องขวาและหลุดมาอุดตันที่หลอดเลือดในปอด ทำให้เลือดดำไม่สามารถไปแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนเกิดภาวะออกซิเจนพร่อง (hypoxia) และหากก้อนลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแรงเสียดทานในหลอดเลือดปอด (pulmonary vascular resistance) ทำให้ความดันในหัวใจห้องขวาสูงขึ้น และมีการเคลื่อน (shift) ของผนังกันหัวใจห้องล่างไปทางหัวใจห้องซ้ายล่าง ผลดังกล่าวร่วมกับปริมาณเลือดที่ผ่านเนื้อปอดมาสู่หัวใจห้องซ้ายก็ลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) ลดลง ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำลง ช็อก และเสียชีวิตในที่สุด

2.2.5 การวินิจฉัยของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

2.2.5.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (Freund et al., 2023) ได้แก่

- 1) การทดสอบก๊าซในเลือดจากหลอดเลือดแดง (Arterial blood gases; ABG) และการวัดระดับออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) มักจะพบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ (Hypocapnia) และภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory Alkalosis) และพบว่าความต่างระดับระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดแดง (alveolar-arterial oxygen gradient) กว้างขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) และประมาณร้อยละ 15 พบมีความต่างระดับระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดแดง (alveolar-arterial oxygen gradient) ปกติในผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ (underlying cardiopulmonary disease) มาก่อน

- 2) ภาพรังสีปอด (Chest X-ray) อาจจะไม่ปกติหรือพบความผิดปกติที่ไม่จำเพาะ เช่น ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion), ภาวะปอดแฟบ (atelectasis), pleural based opacity (Hampton's hump sign), oligemia (Westermark's sign), elevated diaphragm ภาพรังสีปอดปกติ พบได้ประมาณร้อยละ 12

3) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ sinus tachycardia, nonspecific ST segment และ T-wave changes ECG ชนิด S, Q3 T3 (right ventricular strain, new incomplete right bundle branch block) ซึ่งพบได้ไม่บ่อยเฉพาะในกรณี massive และมีภาวะ corpulmonale การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีประโยชน์ในการหาสาเหตุอื่น ๆ ที่นำผู้ป่วยมาด้วยอาการคล้ายกัน เช่น myocardial infarction

4) การตรวจทางรังสีโดยใช้ ventilation-perfusion scan (V/Q scan) เมื่อใช้การตรวจ V/Q scan ประกอบกับความน่าจะเป็นทางคลินิกของ PE พบว่า ผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกสูงและผลการตรวจ V/Q scan มีความน่าจะเป็นสูง โอกาสที่จะเป็น PE สูง ถึงร้อยละ 95 ในทางกลับกันกรณีที่ความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ และผลการตรวจ V/Q scan มีความน่าจะเป็นต่ำ พบว่าโอกาสเป็น PE มีเพียงร้อยละ 4 จากการศึกษาใน Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis (PIOPED) พบว่า สามารถ exclude PE ได้ถ้าผลการตรวจ V/Q scan ปกติในผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกที่สงสัย PE ความถูกต้องแม่นยำของ V/Q scan รวมกับมาตรการทางคลินิก ประมาณร้อยละ 15 ถึง 86 ในกลุ่มที่ความน่าจะเป็นทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง (intermediate clinical probability) ดังนั้นการตรวจ V/Q scan เพียงอย่างเดียวจะมีความแม่นยำในกรณี ต่อไปนี้ 1) ความน่าจะเป็นทางคลินิกสูง และผล V/Q scan มีความน่าจะเป็นสูงเช่นกันหรือ 2) ความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ และผล V/Q scan มีความน่าจะเป็นต่ำเช่นกัน และ 3) กรณีที่ V/Q scan ปกติสามารถ exclude PE ได้ กรณีอื่น ๆ ที่ผลการตรวจนี้ยังตัดสินไม่ได้ว่าผู้ป่วยมี PE หรือไม่แต่ยังมีอาการทางคลินิกที่สงสัย PE ควรตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติมต่อไป ในสถานที่ที่ทำได้ ventilation scan ไม่ได้ทำได้เพียง perfusion scan ถ้า perfusion scan ปกติสามารถ exclude PE ได้แต่ถ้า perfusion scan ผิดปกติ ควรตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติมต่อไป เนื่องจาก perfusion scan อย่างเดียวมีความจำเพาะต่ำ

5) การตรวจอัลตราซาวด์แบบกดขยาย (Compression ultrasound) ของเส้นเลือดดำที่ขา การตรวจชนิดนี้ให้ผลบวกสูงกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของ DVT ที่ขาและผลบวกต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 10) ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางขา แนะนำให้ทำ ultrasound ตรวจหา DVT แม้ว่าไม่มีอาการของ DVT ในผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกของ PE ปานกลาง/สูง โดยจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เป็น PE มี DVT จากการตรวจ ultrasound color doppler flow และ compression ultrasound ของเส้นเลือดดำที่ขา มีความไวและความจำเพาะสูงในการตรวจหา proximal venous thrombosis ที่ขา

6) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Computerized tomography (CT) ชนิด spiral CT with intravenous contrast หรือ CT angiography การตรวจ spiral CT มีความแม่นยำสูงในกรณีพยาธิสภาพอยู่ที่ pulmonary ขนาดใหญ่หรือ lobar หรือ segmental artery ถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่ peripheral artery อาจจะตรวจไม่พบ มีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของ

ผู้ป่วยที่ไม่เป็น PE การตรวจ CT angiogram ให้ผลลบ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ หรือปานกลางและผลการตรวจ CT angiogram ให้ผลลบร่วมกับผลการตรวจ compression ultrasound ให้ผลลบโอกาสเป็น PE น้อยกว่า ร้อยละ 2 แต่ถ้าความน่าจะเป็นทางคลินิกสูง โอกาสที่จะเป็น PE ประมาณร้อยละ 5 ดังนั้นถ้ามีความขัดแย้งระหว่างผลการตรวจ CT และความน่าจะเป็นทางคลินิกควรจะได้รับการพิจารณาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจาก CT ยังมีความจำกัดดังกล่าว อาจจะต้องทำการตรวจเพิ่มเติมต่อไป ข้อดีของการตรวจ spiral CT หรือ CT angiography ได้แก่ ความจำเพาะสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพยาธิสภาพที่เกิดที่เส้นเลือด pulmonary artery ขนาดใหญ่ หรือ lobar/segmental ความปลอดภัยสูงและสามารถเห็นพยาธิสภาพอื่น ๆ ร่วมด้วยข้อจำกัดของการตรวจชนิดนี้ คือ ขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้อ่านมีความจำกัดในพยาธิสภาพของเส้นเลือดระดับ peripheral ที่เล็กกว่า segmental artery จึงไม่สามารถตรวจพบ PE ขนาดเล็กได้ และความเสี่ยงที่ต้องได้รับ contrast ในปริมาณพอ ๆ กับ pulmonary angiography จึงมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มี renal insufficiency หรือแพ้ contrast ปัจจุบันการตรวจโดยเทคนิค CT pulmonary angiography และ venography โดยใช้ multirow detector สำหรับหา PE และ DVT ในเวลาเดียวกัน สามารถ detect PE ที่อยู่บริเวณ peripheral/subsegmental PE ได้มากขึ้น ถ้าผลการตรวจ negative ในผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ/ ปานกลาง สามารถ rule out PE ได้ (sensitivity 83%, specificity 96%, negative predictive value 95%)

7) Echocardiography ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 ถึง 40 ที่มีความผิดปกติจาก echocardiogram ที่บ่งชี้ว่า อาจจะมี PE ได้แก่ ขนาดหัวใจห้องขวาโตขึ้น, right ventricular Function ลดลง และ tricuspid regurgitation ความผิดปกติเหล่านี้พบในผู้ป่วย submassive PE ดังนั้นประโยชน์ของ echocardiogram ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคมากกว่า ส่วนความผิดปกติอื่น ๆ ทาง echocardiogram เช่น right ventricular thrombus พบได้น้อยมาก (ร้อยละ 4) ผล echocardiogram ที่ปกติไม่ rule out PE

8) Pulmonary angiography ถือว่า เป็น gold standard เนื่องจากสามารถมองเห็น emboli ได้โดยตรงแม้ใน artery ขนาดเล็ก (subsegmental) ทำโดยฉีด contrast เข้าไปใน pulmonary artery โดยส่วนใหญ่ผ่านทาง femoral vein อาจจะมีการพิจารณาทำให้กรณีที่ยังสงสัย PE แต่ผลการตรวจวิธี non-invasive ไม่สามารถยืนยันการวินิจฉัยได้ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการทำการ pulmonary angiography ควรจะมี hemodynamic stable ข้อจำกัดได้แก่ ผู้ที่แพ้ contrast หรือ มี renal insufficiency

9) การตรวจ serological markers สำหรับ thrombosis ได้แก่ D-dimer Troponin-I หรือ T และ Pro-Brain-type natriuretic peptide โดย D-dimer เกิดจากการย่อยสลายของ cross-linked fibrin สามารถตรวจพบได้ระดับสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มี DVT และ PE โดยวิธี enzyme linked immunosorbent assays (ELISA) ซึ่งถือว่าระดับผิดปกติ คือ สูงเกิน 500 mg/mL

การตรวจทดสอบนี้มีความไว (sensitivity) สูง และ negative predictive value สูงแต่ความจำเพาะ (specificity) ต่ำ ผู้ป่วยที่มีระดับ D-dimer ปกติโอกาสที่จะไม่เป็น PE สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ ถ้า D-dimer ปกติโดยวิธี ELISA โอกาสจะเป็น PE น้อยกว่าร้อยละ 1 ความจำเพาะของ D-dimer ต่ำ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ D-dimer สูงขึ้นอาจจะไม่เป็น PE ได้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด โรคตับ โรคมะเร็ง โดยสรุป D-dimer มีประโยชน์ในการ rule out PE ถ้าผลการตรวจให้ผลลบเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ ถ้าผลการตรวจให้ผลลบในผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกปานกลางถึงสูง จำเป็นต้องทำการตรวจเพิ่มเติม สำหรับการตรวจ serological markers อีกตัวคือ Troponin-I หรือ T และ Pro-Brain-type natriuretic peptide อาจสูงกว่าปกติได้ บ่งบอกว่า มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา (right ventricular infarction) และ RV overload ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

สำหรับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย PE ได้แก่ ventilation perfusion (V/Q) scan และ/หรือ spiral computerized tomography (CTA)⁷ ทั้งสองวิธีก็มีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ข้อดีของ V/Q scan คือใช้ ปริมาณรังสีและสารทึบแสง (contrast) ที่น้อยกว่า แต่ผลอาจจะไม่แน่ชัดหากผู้ป่วยมีความผิดปกติของปอดอยู่เดิม และผลของ V/Q scan จะรายงานออกมาเป็นโอกาสความน่าจะเป็น (probability) ในขณะทำการทำ CTA จะสะดวกกว่า โดยเฉพาะสงสัยว่ามีลิ่มเลือดขนาดใหญ่ที่ขั้วปอดหรือบริเวณแขนงส่วนต้นในปอด (subsegment) ซึ่งจะเห็นชัดเจน (Khorana, 2021)

2.2.5.2 แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วย pulmonary embolism (Ortel et al., 2020)

1) ประเมินความน่าจะเป็นทางคลินิกของ pulmonary embolism อาจจะพิจารณาใช้ Modified Wells Criteria ในผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัย PE ได้แก่ sudden dyspnea หรือ pleuritic chest pain ร่วมกับอาการและการแสดงของ DVT (ขาบวม, ปวด) 3 คะแนน ไม่มีสาเหตุอื่น ๆ อธิบายได้ 3 คะแนน ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที 1.5 คะแนน Immobilization (> 3 วัน) หรือประวัติการผ่าตัดช่วง 4 สัปดาห์ก่อน 1.5 คะแนน ประวัติ DVT/PE 1.5 คะแนน ไอเป็นเลือด 1 คะแนน มะเร็ง 1 คะแนน ถ้าคะแนนมากกว่า 4 จัดเป็นกลุ่มที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกสูง (high clinical probability) 2 ถึง 6 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกปานกลางและน้อยกว่า 2 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ (low clinical probability)

2) ถ้าความน่าจะเป็นทางคลินิกของ pulmonary embolism ต่ำ/ปานกลาง แนะนำให้ตรวจ D-dimer (ELISA) ผล D-dimer

3) ทำ V/Q scan สามารถ rule out PE ได้ถ้าผล V/Q scan ปกติหรือถ้าผล V/Q scan มีความน่าจะเป็นต่ำ ในกรณีที่ความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ เช่นกัน และสามารถบอกว่าเป็น PE ได้โดยไม่ต้องตรวจเพิ่มเติมในกรณีผล V/Q scan มีความน่าจะเป็นสูงในกรณีที่ความน่าจะเป็นทางคลินิกสูง

4) ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามทำ spiral CT หรือ CT angiography ในกลุ่มที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ และ D-dimer ให้ผลลบสามารถ rule out PE ได้ไม่จำเป็นต้องส่ง spiral CT ผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกปานกลางถึงสูง หรือผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ แต่ D-dimer ให้ผลบวกจริงควรส่งตรวจ spiral CT หรือ CT angiography จะตรวจ CT venography เพื่อหา clot ที่ขาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความน่าจะเป็นทางคลินิกและความเสี่ยงต่อการได้รับ contrast มากขึ้น กรณีความน่าจะเป็นทางคลินิกสูงแต่ CT angiography ไม่พบ CT venography ให้ผลมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการได้รับ contrast มากขึ้น อาจพิจารณาทำ Doppler flow compression ultrasound

2.2.6 อาการและการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ผู้ป่วยมักมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากอย่างกะทันหัน ใจสั่น แน่นหน้าอก (pleuritic pain) บางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลมหรือหมดสติพบไม่บ่อยผู้ป่วยจะมีอาการไอเป็นเลือดซึ่งเกิดจากการที่มีการตายของเนื้อปอด ตรวจร่างกายผู้ป่วยมักหายใจเร็วมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) หัวใจเต้นเร็ว และมีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (elevated jugular venous pressure) ฟังปอดมักปกติหรืออาจฟังได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) ในหลอดลม บางครั้งอาจได้ยินเสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด (pleural rub) ได้ อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการไม่มาก การที่จะวินิจฉัยให้ได้จึงขึ้นอยู่กับความสงสัยของแพทย์ผู้ดูแลเป็นสำคัญ ในรายที่มีลิ่มเลือดขนาดใหญ่ไปอุดตันในหลอดเลือดปอด (massive PE) ผู้ป่วยจะตัวเย็น มีความดันต่ำ ช็อก ร่วมกับมีอาการเขียวคล้ำ (cyanosis) ผู้ป่วยที่สงสัยโรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) ควรจะตรวจดูว่ามีขาหรือบวมปวดหรือไม่ ซึ่งมักเป็นข้างใดข้างหนึ่ง ในรายที่มีการอักเสบของหลอดเลือดดำร่วมด้วย อาจมีอาการแดงร้อนร่วมด้วย ถ้าพบว่ามีลักษณะของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) ดังกล่าวจะสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็นลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) มากขึ้น กลุ่มอาการแสดงของลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) (ทศพล ลิ่มพิจารณาภิบาล, 2557) ได้แก่

1) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในปอดเฉียบพลัน (Acute pulmonary infarct) หมายถึง ภาวะที่เนื้อเยื่อปอดตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง กลุ่มนี้มีภาวะเนื้อตาย (necrosis) ของเนื้อปอดที่อยู่ distal ต่อบริเวณที่อุดตันผู้ป่วยมักมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกแบบเจ็บแปลบเหมือนมีอะไรแทงและสัมพันธ์กับการหายใจ (pleuritic chest pain) หรือไอเป็นเลือด ตรวจร่างกายพบ consolidation, pleural friction rub, rales, พบ small pleural effusion ในภาพรังสีปอด บางรายพบ Hampton's hump sign (pleural based opacity) อาจจะไม่พบ hypoxemia

2) ภาวะหัวใจห้องล่างขวาทำงานล้มเหลวเฉียบพลันที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดในปอดอย่างรุนแรง (acute cor pulmonale/acute massive PE) กลุ่มนี้มักมาด้วยอาการเหนื่อยหอบเป็นลม ตรวจร่างกายพบความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลว (cardiovascular collapse) ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอที่จะส่งเลือดไปยังร่างกายได้ตามปกติ พบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia)

3) อาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน (acute unexplained dyspnea) กลุ่มนี้มักมาด้วยอาการเหนื่อย ตรวจร่างกายพบ ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว hyperventilation ภาพรังสีปอดปกติ พบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ (hypocapnia) ซึ่งใช้แยกจากอาการหายใจเร็วเกินไป (Hyperventilation Syndrome)

2.2.7 แนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

การรักษาเบื้องต้นได้แก่ การฟื้นฟูกู้ชีวิต (resuscitation) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการช็อกหรือหัวใจวาย และการให้การรักษาเฉพาะโรค ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytics) และหรือยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulant) การฟื้นฟูกู้ชีวิต ได้แก่ การแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนในเลือดโดยการให้ออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกว่าอาจต้องมีการใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) เพื่อช่วยการหายใจ ให้สารน้ำเพื่อเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือดหากผู้ป่วยมีความดันเลือดต่ำ ร่วมกับให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (inotropic agents) เช่น dopamine หรือ epinephrine ทางหลอดเลือดดำ

1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) มีข้อบ่งชี้ในการให้ (Indications) ได้แก่ ผู้ป่วย massive PE ที่มาด้วยอาการช็อก หรือมีความดันเลือดต่ำ (hypotension) ผู้ป่วย submassive PE ที่แม้ว่าความดันเลือดปกติแต่ตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) หรือ CT/MRI พบว่ามีหัวใจห้องขวาโตและมีความเสียหายต่อหัวใจห้องขวาสูง (right ventricular strain) ร่วมกับมีค่า Pro-BNP และ Troponin สูงขึ้น บ่งบอกว่าการทำงานของหัวใจห้องล่างขวาที่ผิดปกติ (right ventricular dysfunction) สำหรับในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (asymptomatic PE) และผลการตรวจไม่มีลักษณะที่บ่งบอกถึงความเสียหายต่อหัวใจห้องขวาสูง การให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกผิดปกติมากกว่า ประโยชน์ที่จะได้รับ (ร้อยละ 3 เกิดมีเลือดออกในสมอง) จึงไม่แนะนำให้สำหรับยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับการรับรองให้ใช้ใน PE ได้แก่ streptokinase, urokinase, rt-PA และ tenecteplase เป็นต้น การให้ยาละลายลิ่มเลือดจะเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในการรักษา PE ในกลุ่มที่เป็น massive และ submassive PE แต่ยังไม่มีการศึกษาใดๆ ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่มากพอแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ายาละลายลิ่มเลือดมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต หากแต่พบว่าอาจจะทำให้ความดันปอดลดลง (pulmonary artery pressure) และการทำงานของหัวใจห้องขวาดีขึ้น

2) สำหรับการผ่าตัดเอาลิ่มเลือดออก (surgical embolectomy) มีข้อบ่งชี้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการช็อก มีข้อห้าม (contraindications) ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และในกรณี chronic pulmonary embolism ที่มีความดันในปอด (pulmonary hypertension) ที่สูงมาก

3) การให้ยาด้านลิ่มเลือด เช่น unfractionated heparin หรือ low molecular weight heparin (LMWH) ยังคงเป็นมาตรฐานที่ใช้รักษาได้มีการศึกษาการใช้ LMWH พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาเช่นเดียวกับ unfractionated heparin ข้อดี คือ วิธีการให้ยาที่สะดวก สามารถฉีดใต้ผิวหนังและให้วันละครั้ง หรือวันละสองครั้ง และไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดมอนิเตอร์สำหรับข้อดีของการให้ unfractionated heparin คือ สามารถที่จะแก้ (reverse)ฤทธิ์ได้เร็วหลังจากที่หยุดยา 4-6 ชั่วโมง แต่การให้จำเป็นต้องมีการมอนิเตอร์อย่างสม่ำเสมอ โดยปรับค่า activated partial thromboplastin time (APTT) ให้มีค่าประมาณ 2 เท่าของค่าปกติสูงสุด การป้องกันภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือด (VTE prophylaxis) โดยการให้ heparin ขนาดต่ำ ๆ (low dose) อาจพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลอย่างเฉียบพลัน และผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดซึ่งต้องนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ พบว่า ทำให้ลดอุบัติการณ์ของ DVT/PE ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ Warfarin โดย Warfarin เป็นยาด้านลิ่มเลือดแบบรับประทานที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แนะนำให้เริ่มรับประทาน 2-3 วัน ก่อนที่จะหยุด heparin เนื่องจากทั้ง protein C และ protein S เป็น vitamin K dependent ดังนั้นการให้ warfarin อาจทำให้เกิดภาวะ hypercoagulable ชั่วคราว ระยะเวลาในการให้ยาด้านลิ่มเลือดโดยทั่วไปให้ 6 เดือนสำหรับการเกิด PE ครั้งแรก ในกรณีที่ไม่สามารถหาปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้หรือไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic PE) แนะนำอาจให้ยาด้านลิ่มเลือดตลอดชีวิต ข้อควรระวังคือการใช้ warfarin ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดได้ (teratogenicity) จึงควรหลีกเลี่ยงไปใช้ heparin โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

4) การใส่ vena caval filter ข้อบ่งชี้ในการใส่ vena caval filter เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่อาจจะหลุดไปอุดตันที่ปอด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาด้านลิ่มเลือดได้ เช่น จะต้องผ่าตัดหรือมีเลือดออก หรือยังเกิดมี DVT หรือ PE แม้ได้ ยาละลายลิ่มเลือดตลอด การใส่อาจเป็นแบบชั่วคราวและเอาออกภายใน 12 สัปดาห์หรือใส่แบบถาวรก็ได้ พบว่าในระยะยาวผู้ป่วยที่ใส่ filter มีอุบัติการณ์การเกิด DVT ได้บ่อยขึ้น ดังนั้น ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือดอีกต่อไป ก็ควรที่จะรับประทานยาละลายลิ่มเลือดร่วมด้วย เพื่อป้องกัน DVT และป้องกัน filter อุดตัน

โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการหายใจหอบเหนื่อยอย่างเฉียบพลันและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว การที่แพทย์นึกถึงโรคนี้ตลอดเวลาให้การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเหนื่อยไม่ทราบสาเหตุ จะทำให้สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนลดภาวะทุพพลภาพลงได้

บทที่ 3

การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลาม ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy: TAH-BSO) และมีภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism; PE) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบไหลเวียนโลหิตที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางพยาบาลอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ได้แก่

3.1 แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และระบุความบกพร่องในการดูแลตนเอง เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและความต้องการเฉพาะราย

3.2 แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Marjory Gordon (Gordon's Functional Health Patterns) ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้ง 11 แบบแผน ซึ่งช่วยให้การประเมินผู้ป่วยมีความละเอียดรอบด้าน

3.3 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นกรอบแนวคิดเชิงระบบช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เป็นระบบ มีเป้าหมายชัดเจน และต่อเนื่อง

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องและภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

3.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนายหรือกำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า "การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี" โดยทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

3.1.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ประกอบด้วย 4 มโนทัศน์ย่อย ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care: SC) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Selfcare Demand: SCD) และปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) ดังนี้

1) การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์ และระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

2) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components enabling Capabilities For Self-Care) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) โอเริ่มมองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง เพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตน ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อดูแลตนเอง ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเองมีแรงจูงใจ ที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for selfcare operations) ประกอบด้วยความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำเพื่อประเมินสถานการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

3) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Selfcare Demand: SCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self care Requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Selfcare Requisites: DSCR) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป แต่แยกตามพัฒนาการ ได้แก่ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น และ 3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัย และการรักษา มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม รับรู้ สนใจดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษา 4) ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพสังคมขนบธรรมเนียมประเพณีระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต

3.1.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ คือ

- 1) ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: $TSCD=SCA$)
 - 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: $TSCD<SCA$)
 - 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: $TSCD>SCA$)
- ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้น บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการแพทย์

3.1.3 ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

- 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่าง ๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจงใจ ไม่ว่ารูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ที่รับรู้และอาจจะสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูกหัก และผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ จำกัการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน และขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ดังนี้ การกระทำให้หรือกระทำแทนการชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ และการสร้างสิ่งแวดล้อม การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้ ขึ้นกับความสามารถทางการพยาบาลเป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้ ขึ้นกับความสามารถทางการพยาบาล เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล และอัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

3.2 แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Marjory Gordon (Gordon's Functional Health Patterns)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิดของมาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลทั้ง 11 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพ หรือการรักษาอย่างไร และแบบแผนการดูแลสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ชราภาพ ช่วยตัวเองไม่ได้ หรือพ่อแม่ที่ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่นกัน เช่น การพาลูกไปรับวัคซีนครบตามกำหนดเวลา การดูแลบุตรหรือบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย การดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ที่ตนรับผิดชอบ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำและ electrolyte ในร่างกาย สภาพของผิวหนังบาดแผล ฝี ปาก คอ ฟัน เยื่อหูต่าง ๆ อุณหภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การเผาผลาญสารอาหาร
3. น้ำและ electrolyte
4. อุณหภูมิของร่างกาย
5. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ
6. ผิวหนังและเยื่อ
7. ภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination) การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่น ๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วย แบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ

1. การขับถ่ายอุจจาระ
2. การขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise) กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

1. การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย
2. การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)
3. การทำงานของระบบหัวใจ
4. การทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest) การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้ (Cognition and Perception) แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนองความสามารถทางสติปัญญา แบ่งเป็นแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด และความสามารถทางสติปัญญา หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวกับความคิดความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept) การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถคุณค่าเอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ (Role and Relationship) บทบาทและสัมพันธภาพเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction) เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนเกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance) การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief) ความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิตความเชื่อทางด้านสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนอื่น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคนแบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ กอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับผู้ป่วยที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมาได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน

3.3 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ซึ่งทั้งนี้จะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์สาขาต่าง ๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นการวางกรอบการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในทุกมิติของการพยาบาลและทุกสถานบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน (พรศิริ พันธศรี, 2558)

กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคลซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็นวิถีชีวิต วัฒนธรรมนิยมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความเชื่อ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรเข้าใจพื้นฐานคุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลให้ดีกว่าก่อนว่า กิจกรรมในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นการใช้องค์ความรู้ (Knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ และศาสตร์ทางการพยาบาล ร่วมกับการใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบตัดสินใจ (Decision-making) และการใช้เหตุผลและผล (Rational) อ้างอิงได้อย่างถูกต้องตามหลักการแก้ปัญหา กระบวนการพยาบาล ใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (Goal-directed) ดังนั้นก่อนนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ ควรทำความเข้าใจในกิจกรรมและเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล (พรศิริ พันธศรี, 2560) ดังนี้

3.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นขั้นตอนที่เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1. การเก็บข้อมูล (Collecting data) 2. การตรวจสอบข้อมูล (Validating data) 3. การจัดระบบข้อมูล (Organizing data) 4. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) 5. การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation of data) ดังนี้

1) การเก็บข้อมูล (Collecting data) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present/Current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) ข้อเท็จจริงที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรงเป็นความรู้สึกหรืออาการ (symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยเจ็บของตนเองในปัจจุบัน อดีตที่ผ่านมา วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนอง ข้อมูลปรนัย (Objective Data) เป็นข้อมูลที่เก็บมาจากอาการแสดง (Signs) และการตรวจร่างกาย (Physical Examination) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจากประวัติสุขภาพ

2) การรวบรวมข้อมูล มีหลายแนวทางโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาล เช่น กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) หรือตามแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's basic needs) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory) ทั้งนี้แล้วแต่ละสถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้ เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมอย่างเป็นระบบ

3) การตรวจสอบข้อมูล (Validation of data) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะการกำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้องและเป็นความจริงโดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่เก็บมาครบถ้วนสมบูรณ์ ข้อมูลปรนัยและข้อมูลอัตนัยมีความสอดคล้องกัน ให้ได้ข้อมูลอื่นที่ถูกลืมมองข้ามไป ป้องกันการสรุปอย่างเร่งรีบและสามารถแยกแยะข้อมูลประเด็นก่อนสรุป

4) การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหา (Cues) ที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาความต้องการหรือปัญหา ถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้น ๆ สรุปออกมาเป็นปัญหาสุขภาพ ตัวอย่างปัญหาสุขภาพตามแบบแผนโภชนาการและเผาผลาญสารอาหาร “ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง”

5) การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation of data) ข้อมูลจะถูกบันทึกทุกขั้นตอนของการประเมินสุขภาพ รูปแบบของการบันทึกขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะนำออกแบบมาใช้ ก่อนที่ข้อมูลจะถูกบันทึกจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การบันทึกต้องบันทึกปราศจากอคติหรือลำเอียงหรือการใช้ความคิดเห็นส่วนตัวต้องระบุว่าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) การบันทึกข้อมูลอัตนัยพยาบาลต้องบันทึกตามคำพูดที่ผู้รับบริการพูดออกมา โดยทำเครื่องหมายคำพูดในข้อความนั้น ๆ ที่พิจารณาว่าเป็นข้อมูลชี้แนะที่สำคัญ เช่น ผู้รับบริการพูดว่า “ปวดท้องหลังทานอาหาร” “อยากหายไปจากโลกนี้” เป็นต้น พยาบาลต้องไม่เอาคำพูดนั้นไปแปลความหรือสรุปความออกมา การบันทึกข้อมูลจะต้องหลีกเลี่ยงการบันทึกที่ใช้คำว่า “ดี” “ปกติ” และ “เล็กน้อย” จะต้องบันทึกว่า ดี ดีอย่างไรมีอะไรเป็นตัววัดหรือปกติ ต้องบันทึกให้ชัดเจนว่ามีลักษณะอย่างไรที่ว่า ดี หรือปกติ การบันทึกต้องกระชับกะทัดรัด สั้นแต่ได้ใจความ ตัวสะกดและไวยากรณ์ที่ใช้ต้องถูกต้อง การบันทึกจะเขียนหรือพิมพ์ก็ได้ให้สามารถอ่านได้ชัดเจน การบันทึกข้อมูลไม่ใช่การสรุปข้อมูล

3.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริง จนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ NANDA ได้จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์ นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ของ NANDA ดังนี้ P = Problem เป็นส่วนของปัญหาสุขภาพ, E = Cause เป็นส่วนของสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, S = Signs and Symptoms เป็นส่วนของอาการและอาการแสดงทางคลินิก) ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล “ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากความอยากรับประทานอาหารลดลง”

2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิดไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จึงไม่ต้องเขียน/ระบุอาการหรืออาการแสดงไว้เนื่องจากปัญหาสุขภาพยังไม่เกิด แต่ต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (Risk) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล “เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง”

3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อ

วินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “อาจ” (Possible) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล “อาจมีแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้”

4) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดีเป็นระดับที่ดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน 2 ประเด็นนี้ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำ “มีความพร้อมสำหรับ”(Readiness for Enhanced) หรือขึ้นต้นด้วย ข้อความที่เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น ให้นมบุตรได้ถูกต้องจาก...ข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะเน้นที่การตอบสนองของการมีสุขภาพดีของผู้รับบริการที่พบได้บ่อยในผู้รับบริการทางด้านสูติศาสตร์ ครบครัน และชุมชนนำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล “ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเนื่องจากมีพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ถูกต้อง”

5) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จะมี ข้อความที่รวมถึงพยาธิสภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่าง “อาการปวดเจ็บจากการถูกข่มขืน” “เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการของโรค”

3.3.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

1) จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหาการ จัดลำดับมีหลักการพิจารณาได้ 2 ทาง คือ 1) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและจัดการแก้ไขทันที โดยเป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เช่น "ขาดประสิทธิภาพในการหายใจเนื่องจากมีเสมหะคั่งในทางเดินหายใจ" "เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ" และ 2) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยการ ใช้ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ ตามขั้นตอนความต้องการของมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ อากาศ อาหาร น้ำการขับถ่าย อุณหภูมิ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อนนอนหลับและความสัมพันธ์ทางเพศ ตัวอย่าง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล "ภาวะขาดน้ำเนื่องจาก ท้องเสียและอาเจียนอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง"

2) กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลตัวอย่าง การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลและเกณฑ์การประเมิน ตัวอย่างเช่น ข้อวินิจฉัยการพยาบาล คือ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (น้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ) เนื่องจากความอยากทานอาหารลดลง เป้าหมาย คือ เพิ่มความอยากอาหาร รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ ส่วนผลลัพธ์ที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน คือ รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ และน้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้น ใน 2 สัปดาห์ เป็นต้น

3) การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

4) การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคน รูปแบบหรือแบบฟอร์มแผนการพยาบาล ที่ใช้มีความหลากหลายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละสถานบริการสุขภาพ การเขียนแผนการพยาบาลเป็นการนำส่วนต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล มาเขียนเป็นแผนการพยาบาล โดยมีการเขียน ประกอบด้วย 1) เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้ผ่านการจัดลำดับตามความสำคัญแล้ว พร้อมทั้งระบุข้อมูลสนับสนุนที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่ได้มาจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ 2) เขียนเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนเป้าหมายควรเน้นไปที่ตัวผู้รับบริการ พยาบาลต้องการอยากเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาลในช่วงของเวลาที่กำหนด อาจจะเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือสัปดาห์ 3) เขียนกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions) การเขียนกิจกรรมการพยาบาลเป็นการเขียนต่อจากผลลัพธ์ที่คาดหวังโดยถามว่า "พยาบาลจำเป็นต้องทำอะไรในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดการเขียนอาจเขียนเป็นข้อ ๆ ตัวอย่าง ถ้าเป้าหมายเขียนไว้ว่า "ผู้รับบริการไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด" กิจกรรมการพยาบาลที่ทำ คือ ประเมินอาการปวดจากสีหน้าหรือคำพูดของผู้รับบริการ และให้ยาแก้ปวดเมื่อต้องการตามแผนการรักษา เป็นต้น 4) การเขียนเหตุผล (Scientific Rationale) การเขียนเหตุผลช่วยอธิบายถึงการพิจารณาการตัดสินใจของพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ

เช่น ถ้าเป้าหมายเขียนไว้ว่า "ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ" กิจกรรมการพยาบาลที่ทำ "Suction clear airway" เหตุผลที่ทำ"เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ลดการอุดกั้นของเสมหะ ที่ต่อทางเดินหายใจ" เพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจ การเขียนเหตุผลเป็นการบ่งบอกถึงศักยภาพของพยาบาลและความเป็นวิชาชีพการพยาบาล และ 5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เป็นการตรวจสอบด้วยว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าพบว่ามีอุปสรรคหรือมีปัญหาที่ส่วนใดจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป การเขียนส่วนนี้ต่อเมื่อให้การพยาบาลสิ้นสุดลงแล้วเป็นการวัดผลการพยาบาล

3.3.4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)

การใช้แผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติการพยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลเมื่อพยาบาลพิจารณาแล้วว่าขาดความรู้ หรือไม่มีทักษะในกิจกรรมนั้น ๆ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลคนอื่นที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านนี้โดยตรงมาช่วย เช่นเดียวกันในกรณีที่ผู้รับบริการมีขนาดตัวหรือน้ำหนักตัวมาก จึงจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมาช่วยได้

การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นถึงความปลอดภัย และความสบายของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ถ้าพบว่ามีปัญหาในส่วนใดของกิจกรรมต้องทำให้กระจ่างและชัดเจนก่อน กิจกรรมการพยาบาลต้องเป็นการปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ในกรณีที่มีการมอบหมายแผนการพยาบาลให้พยาบาลคนอื่นนำไปใช้ ผู้ที่วางแผนการพยาบาลต้องแน่ใจว่าทุกกิจกรรมการพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามแผนที่เขียนไว้ จึงควรมีการนิเทศและตรวจสอบเป็นระยะ

3.3.5 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการว่าสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติ

ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยการประเมินผลเป็นการตรวจสอบ ดังนี้

- 1) เป้าหมายผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการบรรลุตามเกณฑ์การประเมินหรือไม่ ถ้าบรรลุตามเกณฑ์การประเมิน ปัญหาสุขภาพตามข้อวินิจฉัยนั้นจะถูกปล่อยออกไปจากแผนการพยาบาล
- 2) ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการบรรลุตามเกณฑ์การประเมินเป็นบางส่วน ต้องกลับมาทบทวนแผนการพยาบาลและทำการปรับหรือแก้ไขในส่วนนั้น ๆ ก่อนนำไปปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ และทำการประเมินอีกครั้ง
- 3) ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการ ไม่บรรลุตามเกณฑ์การประเมิน พยาบาลต้องทบทวน แต่ละขั้นตอนของแผนการพยาบาล และพิจารณาถ้าจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข ต้องทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการพยาบาลใหม่ทั้งหมด
- 4) กิจกรรมการพยาบาลเหมาะสมและมีผลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการหรือไม่ การประเมินผลจะช่วยให้พยาบาลได้กำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและความคาดหวังของผู้รับบริการ

กระบวนการพยาบาลเป็นการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นการดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเป็นตัวกำหนดการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขตามมาตรฐานการพยาบาล

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องและภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

3.4.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้อง (Total abdominal Hysterectomy - TAH) (จิราภรณ์ ทองแดนจุย, 2557)

- 1) การประเมินก่อนการผ่าตัด (Preoperative evaluation) ได้แก่ คำแนะนำก่อนการผ่าตัด (Preoperative counseling) ผู้ป่วยและครอบครัวรับฟังและให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด อธิบายถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกครั้งนี้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ และความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดวิธีการอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการรักษา (Informed consent) ประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด (Risk evaluation) ประเมินสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ได้แก่ ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น ควรส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อช่วยประเมินให้การรักษาก่อนการผ่าตัด ประเมินความเสี่ยงของการดมยาสลบ อาจต้องส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดอุดตัน ได้แก่ อายุ ภาวะอ้วน สูบบุหรี่ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และการรักษาด้วยฮอร์โมน

2) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (Preoperative preparation) ได้แก่ ชักประวัติและตรวจร่างกายทุกระบบ โดยเฉพาะการตรวจภายใน (Pelvic examination) ปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับการวางยาสลบด้วยวิธีใดหนอย่างไร ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ปรึกษาอายุรแพทย์กรณีมีโรคประจำตัว ส่งตรวจห้องปฏิบัติการที่สำคัญก่อนการผ่าตัด เช่น ผลตรวจการตั้งครรภ์ ผลการตรวจ Pap smear และ HPV test ล่าสุด ค่าความเข้มข้นของเลือด ค่า Electrolyte, LFT, Serology, และส่งตรวจภาพรังสีเอ็กซเรย์ และตรวจคลื่นหัวใจในกรณีที่มีอายุมากกว่า 35 ปี เตรียมลำไส้เพื่อลดการรบกวนของลำไส้และลดโอกาสการบาดเจ็บต่อลำไส้ขณะผ่าตัด โดยการรับประทานอาหารเหลวใสและให้ยาระบายก่อนการผ่าตัดหนึ่งวัน ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยการให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำช่วงเวลาที่เหมาะสมคือ 1 ชั่วโมงก่อนลงมีด โดยตัวยาที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก คือ Cefazolin 2 กรัม ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาในกลุ่ม Penicillin, Cephalosporin อาจเปลี่ยนเป็นให้ยา Clindamycin หรือ Metronidazole กับ Gentamycin แทน

3) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามดลูกผ่านทางหน้าท้อง (Surgical techniques for abdominal hysterectomy) ได้แก่ ดูแลจัดท่า Position จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงายบนเตียง ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง ดูแล Vagina and perineum preparation ใช้ antiseptic solution ทำความสะอาดบริเวณ vagina and perineum และใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแล Abdominal preparation ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณท้องตั้งแต่บริเวณ xyphoid จนถึง anterior thigh ของขาทั้งสองข้าง โดยใช้ antiseptic scrub และตามด้วย antiseptic solution โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที Skin incision การลงแผลผ่าตัด โดยทั่วไปการทำ abdominal hysterectomy for benign disease จะลงแผลผ่าตัดแบบ low transverse incision (Pfannenstiel incision) เพราะมีความแข็งแรงและสวยงาม แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดเดิม ให้ลงแผลตามแนวผ่าตัดเดิมของผู้ป่วย ในกรณีที่ เป็น malignant disease มักลงแผลผ่าตัดแบบ low middle line incision เพื่อให้สามารถมองเห็นความผิดปกติอื่นๆในช่องท้องได้ชัดเจนมากขึ้น Abdominal exploration เมื่อเปิดเข้าไปในช่องท้องควรมองหาความผิดปกติของอวัยวะต่างๆในช่องท้องโดยอาจรวมถึงอวัยวะที่อยู่บริเวณช่องท้องส่วนบน ได้แก่ liver, gall bladder, spleen, kidney, bowel, retroperitoneal lymph node ในกรณีของมะเร็ง นอกจากนี้เมื่อเปิดเข้าไปในช่องท้องควรปรับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะลงต่ำเล็กน้อย (trendelenburg position) เพื่อลดการรบกวนของลำไส้ต่อบริเวณที่จะทำการผ่าตัด Retractor choice and placement retractor (เครื่องมือช่วยถ่างแผลผ่าตัด) ที่ใช้บ่อยในการผ่าตัด abdominal hysterectomy คือ Balfour และ the O'connor-O' sullivan retractors ส่วน Bookwalter retractor จะใช้ในคนที่อ้วนมาก

4) การดูแลหลังผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (Surgical techniques for abdominal hysterectomy) ผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะเอาไว้ประมาณ 1-2 วันหลังผ่าตัด หากมีอาการปวดแผล คลื่นไส้ อาเจียน แสบแผลหรือพยาบาลเพื่อขอยาบรรเทาอาการเป็นช่วงแรกหลังผ่าตัด สามารถเริ่มรับประทานอาหารเหลวได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดถ้าหากการผ่าตัดนั้นไม่มีการบาดเจ็บลำไส้ ผีก่อนการหายใจ การไอ การขยับตัวหรือตะแครงนอนอย่างเหมาะสม กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยลดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขาจนไปส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ปอด และอาจเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia) หรือภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 3-4 วันถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ห้ามยกของหนักมากกว่า 20 ปอนด์ ภายใน 6 สัปดาห์ และห้ามมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์ จนกว่าแผล vaginal cuff จะหายอย่างสมบูรณ์

3.4.2 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเกิดจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดที่ไม่เพียงทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ยังส่งผลต่อเซลล์ปกติที่แบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เซลล์เม็ดเลือด และเซลล์รากผม ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลากหลาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง ปากอักเสบ ภาวะช็อค และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากเม็ดเลือดขาวลดลง ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงระหว่างและหลังการให้ยา และการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยในระยะต่อเนื่อง (กรมการแพทย์, 2562) ซึ่งประกอบด้วย

1) การประเมินก่อนให้ยา เช่น การตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการ (CBC, LFT, RFT) ประเมินสภาพทั่วไปและสภาพจิตใจ รวมถึงการประเมินความพร้อมของเส้นเลือดหรืออุปกรณ์ให้ยา เช่น Port-a-cath หรือเส้นเลือดดำทั่วไป

2) การให้คำแนะนำก่อนให้ยาเคมีบำบัด อธิบายเป้าหมายของการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และวิธีการดูแลตนเอง เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการดูแลช่องปาก

3) การเฝ้าระวังระหว่างให้ยา เช่น สังเกตอาการแพ้ยา ปฏิกริยาจากการให้ยา (extravasation) และติดตามอาการแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด

4) การดูแลภายหลังการให้ยา เช่น การดูแลภาวะไขกระดูกกด (bone marrow suppression), การจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และการดูแลด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความหวังของผู้ป่วย

แนวทางการพยาบาลดังกล่าวควรอยู่ภายใต้การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ (Nursing Process) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระหว่างการรักษาและหลังการให้ยาเคมีบำบัด

3.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

1) ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงปอดไม่ได้หรือลดลงและมีถุงลมแฟบให้ปฏิบัติ ดังนี้ ใช้หลัก A B C D ซึ่ง A คือ Airway ให้การพยาบาลโดยจัดทำเปิดทางเดินหายใจ นอนหัวสูง 45 องศา B คือ Breathing ให้การพยาบาลโดยให้ออกซิเจนทันทีและเตรียมท่อหลอดลมคอพร้อมเครื่องช่วยหายใจไว้ C คือ Circulation ให้การพยาบาลโดยเตรียมเปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษาเพื่อรักษาระดับ Systolic Blood Pressure $\geq$ 90 mmHg และ D คือ Disability ให้การพยาบาลโดยดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดควรส่งเลือดตรวจหา Coagulation Profile และ Complete Blood Count ไว้เป็นค่าเปรียบเทียบกับหลังให้ยา ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด และเฝ้าระวังการมีเลือดออกผิดปกติ โดยติดตาม ผล Hb, Hct ถ้าต่ำลง อาจเป็นการแสดงถึงมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ เช่น ทางเดินอาหาร สมอ เป็นต้น งดทำหัตถการ เช่น Phlebotomy การเจาะหลอดเลือดแดง หรือการสวนหลอดเลือด ถ้ามีเลือดออกผิดปกติให้หยุดยา รายงานแพทย์ ติดตามผลการนับจำนวน Platelet ถ้าวาลลดลงเรื่อยๆ แสดงถึงภาวะ Heparin Induce Thrombocytopenia (HIT)

2) ประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยตรวจวัด Neuro signs และ สัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ติดตามและประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) อย่างต่อเนื่อง และรายงานทันทีหากค่าลดลง < 92% เพื่อประเมินภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซและตอบสนองต่อการให้ออกซิเจน เพื่อประมาณการได้รับเลือดไปเลี้ยงของอวัยวะต่าง ๆ (การภิ จันทรมหา, 2565)

3) ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินภาวะ Respiratory acidosis (PaO₂ สูง pH ต่ำ ประกอบกับอาการมึนงง สับสน กระวนกระวาย)

4) ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา (Semi-Fowler's position) และปรับการให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดเป็นปกติ ปอดขยายตัวมากขึ้น และเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดให้เพียงพอ

5) ดูแลการให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant therapy) ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดใหม่ และลดความรุนแรงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและให้การพยาบาล

6) เตรียมท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจไว้ให้พร้อมหากเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจะได้ใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที เมื่อแก้ไขภาวะวิกฤตจนปลอดภัยไม่มีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพเข้าสู่ปกติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดภาวะ Venous stasis (การภิ จันทรมหา, 2565)

7) ทบทวนวิธีการใช้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหายใจด้วยเครื่อง Triflow อย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของถุงลมปอด เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดภาวะปอดแฟบ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจหลังผ่าตัด (การภิ จันทรมหา, 2565)

8) ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ pneumatic cuff ป้องกัน DVT ดูแลสวม pneumatic cuff อย่างมีประสิทธิภาพจนกว่าจะสามารถลุกเดินได้ กระตุ้น early ambulation ทุกเวอร์ ประเมินความพร้อมก่อนลุกนั่ง/เดิน และมีการ Consult Hemato เพื่อวางแผน Prophylaxis DVT

9) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, ABG, INR และ D-Dimer อย่างใกล้ชิด และรายงานผลที่ผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วย และประสิทธิผลของการรักษา โดยเน้นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเลือดลุดต่ำกว่าร้อยละ 30-50 ของค่าปกติ และให้ค่า INR อยู่ในช่วง 2-3 เท่าของค่ามาตรฐานตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติจากอวัยวะภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4

กรณีศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) และมีภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล การดูแลแบบอย่างเป็นองค์รวม แนวคิดหลักการกระบวนการพยาบาล และแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดของกรณีศึกษา ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย	หญิงไทย
อายุ	66 ปี
เชื้อชาติ	ไทย
สัญชาติ	ไทย
ศาสนา	พุทธ
สถานภาพ	สมรส
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี
อาชีพ	แม่บ้าน
สิทธิการรักษา	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การวินิจฉัยโรค มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer)

การรักษา การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดรวมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 19 มีนาคม พ.ศ. 2568

รวมระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 29 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ป่วย ครอบครัว และเวชระเบียน

ผลงานวิจัยการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

4.2 ประวัติการเจ็บป่วย

4.2.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint):

แพทย์นัดมาฟังผลตรวจชิ้นเนื้อและนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด

4.2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness):

4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกช่องคลอด วันละ 1 แผ่นทุกวัน ไม่ปวดท้อง ไม่อ่อนเพลีย และไม่มีน้ำหนักลด

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568 ยังมีเลือดออกช่องคลอดทุกวัน พอเดิม จึงมาตรวจนรีเวช แพทย์ทำการตรวจภายใน ตรวจอัลตราซาวด์ผ่านทางช่องคลอด ได้รับการขูดมดลูก (Fractional Curettage: F&C) และนำชิ้นเนื้อไปตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค และนัดมาฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

4.2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history):

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วน (Obesity) และเคยคลอดบุตรจำนวน 1 ครั้ง โดยการผ่าคลอดเมื่ออายุ 33 ปี เมื่อ พ.ศ. 2535 และหมดประจำเดือน (Menopause) มาแล้ว 17 ปี

4.2.4 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family history):

บิดามีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (Hypertension)

4.2.5 ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสิ่งเสพติด:

ผู้ป่วยปฏิเสธแพ้ยาและแพ้อาหาร ปฏิเสธการใช้อยาสุมุนไพรร สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด และสัมผัสสารเคมี

4.2.6 การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ของ Majory Gordon เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

1) แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเพิ่งทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในวันนี้ เนื่องจากแพทย์นัดมาฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อจากการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หลังจากหมดประจำเดือนมานาน ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ก่อนหน้านี้สุขภาพแข็งแรงดี ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง หรือเข้ารับการรักษาร ะหว่างมาโรงพยาบาลมาก่อน มีโรคประจำตัวเป็นโรคอ้วน และความดันโลหิตสูง และไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน แสดงความวิตกกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

2) แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3-4 มื้อต่อวัน โดยรับประทานมื้อละประมาณ 1-2 จาน ชอบรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ ชอบรับประทานอาหารทอดอาหารมัน เช่น ลูกชิ้นทอด มันฝรั่งทอด ข้าวขาหมู ปัจจุบันพยายามลดลงเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ

3) **แบบแผนการขับถ่าย** ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เองตามปกติ สีปัสสาวะเหลืองใส ไม่ขุ่น ไม่มีกลิ่นผิดปกติ ไม่มีอาการแสบขัดขณะปัสสาวะ ไม่มีปัสสาวะปนเลือด และไม่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะประมาณ 4–6 ครั้งต่อวัน ไม่มีอาการบวมหรือสัญญาณของภาวะคั่งของน้ำ ในส่วนของการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก โดยถ่ายอุจจาระประมาณสัปดาห์ละ 2–3 ครั้ง หรือเฉลี่ยทุก 3 วันถ่าย 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระแข็ง ต้องใช้แรงเบ่งมาก บางครั้งต้องพึ่งยาระบายเพื่อกระตุ้นการขับถ่าย โดยเฉพาะช่วงที่รับประทานอาหารกากใยน้อย ดื่มน้ำน้อย หรืออยู่ในภาวะเครียด

4) **แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย** ผู้ป่วยไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบเฉพาะเจาะจงหรือสม่ำเสมอ โดยในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่มีกิจกรรมในลักษณะนั่งทำงานหรือนั่งพักมากกว่าการเคลื่อนไหว เช่น ดูโทรทัศน์ ใช้โทรศัพท์มือถือหรือนั่งทำงานบ้านเบา ๆ การเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวันอยู่ในระดับเบา ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เดินได้เองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่มีอาการเหนื่อยง่ายหรือเจ็บกล้ามเนื้อเมื่อทำกิจกรรมเบา ๆ แต่รู้สึกเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ใช้แรงมาก ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย แต่ยังขาดแรงจูงใจและไม่มีเวลา รวมถึงไม่แน่ใจว่าควรเริ่มต้นอย่างไรให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองเนื่องจากมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูงในระดับอ้วน

5) **แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ** ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับที่ดี โดยเข้านอนระหว่างเวลา 21.00–22.00 น. และตื่นเวลาประมาณ 05.00 น. รวมระยะเวลาการนอนประมาณ 7–8 ชั่วโมงต่อคืน ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้อย่างสนิทตลอดคืน ไม่มีการตื่นบ่อยกลางดึกหรือนอนไม่หลับก่อนเข้านอน ไม่รู้สึกง่วงระหว่างวัน และไม่มีอาการเหนื่อยล้าหลังตื่นนอน ไม่มีการใช้ยานอนหลับหรือพฤติกรรมพึ่งพาสิ่งกระตุ้นใด ๆ เช่น แอลกอฮอล์ หรือกาแฟก่อนนอน ผู้ป่วยระบุว่ารู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

6) **แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้** ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้และสติสัมปชัญญะปกติ มีความสามารถในการรับรู้ตนเอง เวลา และสถานที่ได้ถูกต้อง ช่วยเหลือตนเองได้ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม สื่อสารรู้เรื่อง พูดจาโต้ตอบได้ชัดเจน ตอบสนองต่อคำถามและสถานการณ์ได้ตรงประเด็น การรับรู้ความรู้สึก เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การรับกลิ่น และการสัมผัส อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้หรือความบกพร่องทางสมอง ไม่พบอาการสับสน หลงลืม หรืออาการที่บ่งชี้ถึงภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ ๆ และเข้าใจคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ดี ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการประเมินทางคลินิก และสามารถแสดงออกถึงความเข้าใจในโรคและการดูแลสุขภาพของตนเอง

7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปกติ ยอมรับรูปลักษณ์ภายนอกของตนเองและไม่มีความรู้สึกอับอายหรือปฏิเสธตนเอง แม้มีภาวะน้ำหนักเกินแต่ไม่ได้แสดงความกังวลด้านรูปร่างมากนัก มีความมั่นใจในตนเองพอสมควร และสามารถแสดงบทบาทของตนในครอบครัวได้ตามปกติ เช่น ดูแลบ้าน ทำอาหาร ดูแลสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยพึงทราบการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และอยู่ในช่วงเริ่มปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคและการรักษา แต่ยังสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่แสดงภาวะซึมเศร้า หรือปฏิเสธโรค มีความเข้าใจต่อโรคในระดับหนึ่ง และแสดงท่าทีพร้อมให้ความร่วมมือกับทีมรักษา ผู้ป่วยแสดงท่าทีเปิดใจ ยอมรับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และแสดงออกถึงความหวังในการรักษา แม้ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาว แต่ไม่ถึงขั้นสูญเสียคุณค่าในตนเองหรือมองตนเองในแง่ลบ

8) แบบแผนบทบาทสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีบทบาทในครอบครัวในฐานะภรรยาและมารดา มีส่วนร่วมในการดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจแก่สมาชิกในบ้าน ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่ยอมรับ มีคุณค่า และได้รับความรักจากครอบครัว ไม่พบภาวะถูกทอดทิ้งหรือขาดความสัมพันธ์ทางสังคม และไม่มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว

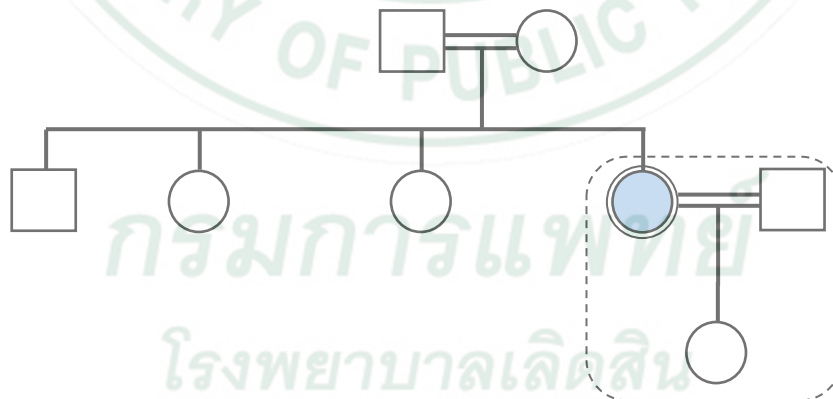
9) แบบแผนการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยมีประวัติสมรส และมีบุตรจำนวน 1 คน เป็นบุตรที่เกิดตามธรรมชาติ ไม่มีประวัติเสียชีวิตของบุตร ไม่มีการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด ประจำเดือนมาเป็นปกติในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ไม่เคยมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประวัติปวดประจำเดือนรุนแรง หรือมีเลือดออกผิดปกติระหว่างรอบเดือน ขณะนี้ผู้ป่วยเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (menopause) แล้ว ประมาณ 17 ปี โดยประจำเดือนหยุดเมื่ออายุประมาณ 50 ปี หลังหมดประจำเดือน มีเลือดออกช่องคลอด วันละ 1 แผ่นทุกวัน ไม่ปวดท้อง ไม่อ่อนเพลีย และไม่มีน้ำหนักลด ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งเป็นโรคของระบบสืบพันธุ์เพศหญิง และอยู่ระหว่างการวางแผนการรักษาโดยทีมแพทย์เฉพาะทาง

10) แบบแผนการปรับตัวและการทนต่อความเครียด ผู้ป่วยมีลักษณะนิสัยโดยทั่วไปเป็นคนร่าเริง อารมณ์ดี ไม่เก็บกด และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีในสถานการณ์ปกติ เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตมักไม่คิดมากหรือวิตกกังวลเกินเหตุ ผู้ป่วยมีแนวโน้มเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม หากมีความเครียดหรือภาวะกดดัน ผู้ป่วยมักใช้วิธีการจัดการความเครียดด้วยการระบายความรู้สึกกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ไม่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่เป็นทางออกในการจัดการความเครียด จากการประเมินเบื้องต้น ผู้ป่วยไม่มีสัญญาณของภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ไม่พบพฤติกรรมถอนตัวทางสังคมหรือแสดงออกถึงความสิ้นหวัง แม้ปัจจุบันอยู่ในช่วงเริ่มร่วมมือกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก แต่ยังสามารถคงความมั่นคงทางอารมณ์ และให้ความร่วมมือกับทีมรักษาได้เป็นอย่างดี

11) แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีการสักยันต์ที่ข้อมือ 2 ข้างที่วัดบางพระ จังหวัดนครปฐม กับลูกศิษย์หลวงพ่อบึง มีความเชื่อว่าจะช่วยแก้ไขโชคชะตาทางการเงินและทางด้านสุขภาพ และทางด้านสุขภาพเชื่อว่าการมานอนครั้งนี้ผ่าตัดปลอดภัยและรักษาโรคหายกลับไปดำเนินชีวิตปกติ

4.3 ประวัติสุขภาพครอบครัว และผังเครือญาติ

โครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว สัญชาติไทย บิดาและมารดาของผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยบิดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ส่วนมารดาเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) ขณะมีอายุประมาณ 80 ปี ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 4 คน ได้แก่ พี่ชายอายุ 72 ปี พี่สาวอายุ 70 ปี พี่สาวอายุ 68 ปี และผู้ป่วยอายุ 66 ปี ไม่มีประวัติในครอบครัวของโรคเมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกหรือโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ พี่น้องของผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง ยกเว้นบางรายมีโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งควบคุมอาการได้ดี โดยผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและบุตร จำนวน 1 คน บุตรของผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง สามีของผู้ป่วยมีสุขภาพโดยรวมปกติ และเป็นผู้ดูแลสนับสนุนผู้ป่วยในช่วงการเจ็บป่วยนี้ได้อย่างดี ครอบครัวไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด หรือปัญหาสุขภาพจิต สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดี และมีการติดต่อพูดคุยสม่ำเสมอ แม้อาศัยอยู่ต่างพื้นที่บางราย สรุปแผนผังเครือญาติ ดังนี้



หมายเหตุ. □ คือ เพศชาย และ ○ คือ เพศหญิง

4.4 การตรวจร่างกาย (physical examination)

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 115 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/48 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร และดัชนีมวลกาย 37.77 กิโลกรัมต่อเมตร² (อ้วนระดับที่ 2)

สภาพทั่วไป (General appearance) แรกรับวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี รูปร่างอ้วน รู้สึกตัวดี ถามตอบสื่อสารรู้เรื่อง E4M6V5 หายใจอากาศ (Room air) เดินได้ และช่วยเหลือตัวเองได้ โดยตรวจร่างกายตามระบบ มีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 ศีรษะ ตา หู จมูก และปาก (Head Eyes Ears Nose mouth/Throat; HEENT)

ศีรษะ รูปร่างและขนาดปกติ ศีรษะสมมาตรเท่ากัน ไม่มีก้อนหรือรอยแผล ใบหน้าได้สัดส่วน รูปร่างหน้ามีโหนกแก้มเล็กน้อย และไม่มีบาดแผล

ตา มองเห็นปกติชัดเจนทั้ง 2 ข้าง ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกจากตา เยื่อบุตาขาวซีดปานกลาง

หู รูปร่างภายนอกปกติ ไม่มีติ่งเนื้อ ไม่มีหนองไหลจากหู และได้ยินเสียงปกติทั้งสองข้าง

จมูก รูปร่างปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกจากจมูก และได้รับกลิ่นปกติ

ปากและฟัน ริมฝีปากซีดเล็กน้อย ช่องปากสะอาด ไม่ได้ใส่ฟันปลอม และไม่มีฟันผุ

คอ ไม่มีก้อนโต ไม่มีตุ่มผื่น ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งโต คอไม่แดง ไม่เจ็บ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

สรุป ผู้ป่วยมีเยื่อบุตาขาวซีดปานกลาง

4.4.2 ระบบหายใจ (Respiratory system)

ผู้ป่วยหายใจได้เอง (Room air) รูปร่างและขนาดของทรวงอกสมมาตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง การหายใจเข้าออกปกติทรวงอกขยายเท่ากัน ฟังเสียงปอดปกติ (Normal breath sound) ไม่มีอาการแน่นหน้าอก อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 %

สรุป ปกติ

4.4.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

ผู้ป่วยมีเสียงหัวใจและจังหวะการเต้นของหัวใจปกติ ฟังเสียงหัวใจได้จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ (murmur) หัวใจเต้นเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ 115 ครั้งต่อนาที การไหลเวียนเลือดปลายมือดี (Capillary refill time < 2 วินาที) ชีพจรปลายมือและเท้าทั้งสองข้างคลำได้ดี

สรุป ปกติ

4.4.4 ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system)

ผู้ป่วยมีริมฝีปากค่อนข้างแห้ง ช่องปากไม่พบแผลหรือเจ็บปากเจ็บ หน้าที่องแบนราบสมมาตร ไม่พบท้องบวมโต คลำไม่พบก้อน ไม่มีกดเจ็บ ไม่พบตับม้ามโต น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร และดัชนีมวลกาย 37.77 กิโลกรัมต่อเมตร² (อ้วนระดับที่ 2)

สรุป ผู้ป่วยมีริมฝีปากค่อนข้างแห้ง และรูปร่างอ้วน (Obesity)

4.4.5 แขน ขา และข้อ (Extremities/Musculoskeletal System)

ไม่พบอาการเขียวหรือบวมที่ปลายมือปลายเท้า ข้อต่อต่าง ๆ เคลื่อนไหวได้ดี ไม่มีข้อยึด แขนขา ไม่มีลีบหรืออ่อนแรง กล้ามเนื้อแข็งแรงเท่ากันทั้งสองข้าง ระดับ 5 กระดูกปกติไม่มีส่วนใดผิดปกติ ขาและเท้าเท่ากันทั้ง 2 ข้างไม่มีโก่งคองอ ไม่มีภาวะนิ้วขาคนิ้วเกิน เท้าปกติไม่มีภาวะเท้าปุกเท้าแป

สรุป ปกติ

4.4.6 ระบบโลหิตและภูมิคุ้มกัน (hematologic/Immunology system)

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีผิวน้ำตาล และปากซีดเล็กน้อย ไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลือง บริเวณคอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต ไม่พบก้อนผิดปกติ กดไม่เจ็บ

สรุป ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีผิวน้ำตาล และปากซีดเล็กน้อย

4.4.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary System)

ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะเป็นสีปกติ ไม่มีการกดเจ็บบริเวณมุมกระดูกสันหลังส่วนเอวกับชายโครง (Costovertebral Angle Tenderness)

สรุป ปกติ

4.4.8 ระบบประสาท (Neurological system)

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี (Good conscious) Glasgow coma scale (GCS) E4 M6V5 รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล สามารถสื่อสารเขียนถามตอบภาษาไทยได้ ปกติ ไม่มีอาการปวดขาปลายมือปลายเท้า รับรู้ต่อระบบประสาทสัมผัสเป็นปกติ Reflex ปกติ

สรุป ปกติ

4.4.9 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (Reproductive System)

ผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอด วันละ 1 แผ่นทุกวัน ไม่ปวดท้อง ไม่พบอาการเจ็บบริเวณท้องน้อยหรือ suprapubic area ไม่พบสิ่งคัดหลั่งหรือแผลที่อวัยวะเพศ เต้านมขนาดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หัวนมปกติ ไม่มีบอดูนุ่ม ไม่มีก้อนกดเจ็บ ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกจากหัวนม

สรุป ผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอด

4.4.10 สภาพจิตใจ ยิ้มแย้ม แจ่มใสพูดคุยเป็นกันเอง ให้ความร่วมมือในการถามตอบและการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี มีความวิตกกังวลเล็กน้อยถามเกี่ยวกับการผ่าตัด มีการสอบถามถึงระยะเวลาในการนอนพักที่โรงพยาบาล และระยะเวลาในการพักฟื้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านว่าต้องพักฟื้นนานเท่าไรถึงจะกลับไปทำงานต่อได้

สรุป ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเล็กน้อยถามเกี่ยวกับการผ่าตัด

จากการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยเป็นหญิงสูงอายุ อายุ 66 ปี มีรูปร่างอ้วน (Obesity) โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 37.77 กก./ม² จัดอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 2 (Obesity class II) มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อยแต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ตรวจพบเยื่อบุตาขาวซีดในระดับปานกลาง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย และมีสีซีด แสดงถึงภาวะซีดซึ่งอาจสัมพันธ์กับการเสียเลือดจากอาการเลือดออกทางช่องคลอดที่เกิดขึ้น ด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเล็กน้อยหลังทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) และได้รับคำแนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม และอยู่ในระหว่างการวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยทีมแพทย์และพยาบาลจะดำเนินการประเมินภาวะโลหิตจางและภาวะโภชนาการเพิ่มเติม รวมถึงให้การสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง

4.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการซักประวัติโดยละเอียด และตรวจร่างกายทุกระบบ นอกจากนั้นการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษเพิ่มเติมเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.5.1 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count ;CBC) เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการประเมินสุขภาพโดยรวม และใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดของผู้ป่วยรายนี้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC)

CBC	ค่าปกติ	ค่าที่ได้				
		13/1/68	28/2/68	6/3/68	10/3/68	13/3/68
Red blood cell	3.5-5.2 x10 ⁶ /uL	5.36	4.30	4.39	4.38	4.51
Hemoglobin	10.5-15.5 g/dL	13.2	10.5	10.8	10.5	11.1
Hematocrit	32-46 %	39.2	30.5↓	30.7↓	31.8↓	32.7
White blood cell	4.0-12.3 x10 ³ /uL	7.48	12.64↑	11.93	10.79	12.55↑
Neutrophils	42-79.8 %	69.5	84.6↑	80.2↑	80.6↑	87.2↑
Lymphocytes	15.7-51.1%	24.1	9.3↓	13.4↓	11.4↓	7.6↓
Monocyte	< 12 %	4.8	5.9	5.5	6.9	4.5
Eosinophil	< 7 %	0.9	0	0.5	0.8	0.3
Basophil	< 2.5 %	0.7	0.2	0.4	0.3	0.4
platelet	147-440 (x10 ³)/uL	306	312	237	529↑	618↑
MCV	80-100 fL	73.1↓	70.9↓	69.9↓	72.6↓	72.5↓
MCH	25.9-33.8 pg	24.6↓	24.4↓	24.6↓	24.0↓	24.6↓
MCHC	31.6-35.0 g/dL	33.7	34.4	35.2	33.0	33.9
RDW	12-16 %	14.8	14.9	15.4	15.9	16.9↑

จากตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) ของกรณีศึกษา พบว่า

1) พบภาวะซีดระดับเล็กน้อย (Mild anemia) โดยค่า Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำกว่าค่าปกติในหลายช่วงเวลา (Hb ต่ำสุด 10.5 g/dL, Hct ต่ำสุด 30.5%) ร่วมกับค่า MCV และ MCH ต่ำกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงลักษณะของ เม็ดเลือดแดงขนาดเล็กและสีจาง (Microcytic hypochromic anemia) ซึ่งสอดคล้องกับภาวะขาดธาตุเหล็ก

2) พบค่า RDW เพิ่มขึ้น (16.9%) แสดงถึงความไม่สม่ำเสมอของขนาดเม็ดเลือดแดง ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3) พบค่าจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) และ Neutrophils สูงกว่าปกติ (WBC สูงสุด $12.64 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrophils สูงสุด 87.2%) ร่วมกับค่า Lymphocyte ต่ำ (ต่ำสุด 7.6%) บ่งบอกถึง ภาวะติดเชื้อหรืออักเสบในร่างกาย

4) พบค่าเกล็ดเลือด (Platelet) สูงกว่าปกติ ในวันที่ 10/3/68 และ 13/3/68 (529 และ $618 \times 10^3/\mu\text{L}$ ตามลำดับ) ซึ่งอาจเกิดจาก ภาวะอักเสบ หรือเป็นผลจากภาวะซีดเรื้อรัง

4.5.2 การตรวจความแข็งตัวของเลือด (Coagulation) การตรวจการแข็งตัวของพลาสมา (Coagulation Profile) คือ การทดสอบเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการแข็งตัวของเลือด ว่าทำงานเป็นปกติหรือไม่ มีความผิดปกติที่อาจส่งผลให้เลือดออกง่าย หรือแข็งตัวผิดปกติ ผลการตรวจความแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยรายนี้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ผลการตรวจความแข็งตัวของเลือด (Coagulation)

การตรวจ	ค่าปกติ	6/3/68	10/3/68	11/3/68	14/3/68
Prothrombin Time (PT)	10.51-13.08 วินาที	11.80	19.00	26.90	38.20
Activated Partial Thromboplastin Time (PTT)	22.19-30.74 วินาที	24.10	34.80	-	-
International Normalized Ratio (INR)	0.8-1.4 วินาที	1.05	1.71	2.44	3.51
PTT Ratio	-	0.90	1.30	-	-

ตารางที่ 6

ผลการตรวจความแข็งตัวของเลือด (Coagulation) (ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ	15/3/68	17/3/68	18/3/68	2/4/68
Prothrombin Time (PT) วินาที	10.51-13.08	32.50	28.70	48.20	57.40
Activated Partial Thromboplastin Time (PTT) วินาที	22.19-30.74	-	-	-	-
International Normalized Ratio (INR) วินาที	0.8-1.4	2.97	2.61	4.46	5.33
PTT Ratio	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 6 ผลการตรวจความแข็งตัวของเลือด (Coagulation) ของกรณีศึกษา พบว่า

1) Prothrombin Time (PT) ค่าปกติ: 10.5-13.08 วินาที พบว่าค่า PT มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากวันที่ 6/3/68 (19.00 วินาที) จนถึงวันที่ 2/4/68 (57.40 วินาที) ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะการแข็งตัวของเลือดล่าช้า อาจเกิดจากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

2) Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) ค่าปกติ: 22.19–30.74 วินาที วันที่ 6/3/68 เท่ากับ 34.80 วินาที ซึ่งเกินค่าปกติเล็กน้อย บ่งชี้ว่าอาจมีภาวะผิดปกติในระบบ intrinsic pathway ของการแข็งตัวของเลือด

3) International Normalized Ratio (INR) ค่าปกติ: 0.8–1.4 พบว่า INR มีค่าสูงขึ้นชัดเจน เช่น วันที่ 13/3/68 = 3.51 และวันที่ 2/4/68 = 5.33 ซึ่งสูงกว่าค่าปกติหลายเท่า สะท้อนถึงความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ อาจสัมพันธ์กับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism, PE) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หลังการผ่าตัดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin และ Warfarin เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซ้ำ ค่าดังกล่าวสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง สะท้อนว่า Warfarin ออกฤทธิ์ได้ดี (Therapeutic range ของ INR อยู่ที่ 2.0–3.0 สำหรับ PE) แต่ในช่วงหลัง INR สูงเกินช่วงปลอดภัย อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.5.3 การตรวจสารชีวเคมีในเลือด (Biochemistry) เป็นการตรวจวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีในเลือด เพื่อติดตามภาวะการทำงานของไต ตับ สมดุลอิเล็กโทรไลต์ และภาวะเมแทบอลิซึมของร่างกายในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันในปอดและอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผลการตรวจของผู้ป่วยรายนี้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

ผลการตรวจสารชีวเคมีในเลือด (Biochemistry)

การตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ได้				
		13/1/68	28/2/68	1/3/68	6/3/68	10/3/68
BUN	9-20 mg/dl	15	7	-		5
Creatinine	0.66-1.25 mg/dl	0.57	0.54	-	0.56	0.50
eGFR	ml / min	97	99	-	97	101
Sodium	137-145 mEq/L	138	135	134	-	128
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	4.0	3.4	4.5	-	3.8
Chloride	98-107 mEq/L	104	112	108	-	97
Carbondioxide	22-30 mmol/L	23	18	22	-	27
Calcium	8.6-10.3 mg/dl	-	-	-	-	-
Magnesium	1.6-2.3 mg/dl	-	-	2.1	-	-
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dl	-	-	-	-	-
Total protein	6.3-8.2 g/dl	8.2	-	-	-	-
Albumin	3.5-5 g/dl	4.3	-	-	-	-
Globulin	2.3-3.5 g/dl	3.9	-	-	-	-
Total bilirubin	0.2-1.3 mg/dl	0.69	-	-	-	5.6
Indirect bilirubin	0.01-1.1 mg/dl	0.09	-	-	-	2.5
Direct bilirubin	0.01-0.4 mg/dl	0.60	-	-	-	3.1
AST (SGOT)	17-59 U/L	33	-	-	-	30
ALT (SGPT)	< 50 U/L	11	-	-	-	6
Alk. phosphatase	38-126 U/L	99	-	-	-	130
LDH	120-246 U/L	-	-	-	-	-
D-Dimer	0-499	-	-	-	>35200	-

ตารางที่ 7

ผลการตรวจสารชีวเคมีในเลือด (Biochemistry) (ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ได้				
		11/3/68	12/3/68	13/3/68	-	-
BUN	9-20 mg/dl	-	-	6	-	-
Creatinine	0.66-1.25 mg/dl	-	-	0.57	-	-
eGFR	ml / min	-	-	97	-	-
Sodium	137-145 mEq/L	130	130	130	-	-
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	3.8	3.6	3.4	-	-
Chloride	98-107 mEq/L	100	102	98	-	-
Carbondioxide	22-30 mmol/L	26	24	26	-	-
Calcium	8.6-10.3 mg/dl	-	-	-	-	-
Magnesium	1.6-2.3 mg/dl	-	-	-	-	-
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dl	-	-	-	-	-
Total protein	6.3-8.2 g/dl	-	-	6.2	-	-
Albumin	3.5-5 g/dl	-	-	2.8	-	-
Globulin	2.3-3.5 g/dl	-	-	3.4	-	-
Total bilirubin	0.2-1.3 mg/dl	-	-	0.37	-	-
Indirect bilirubin	0.01-1.1 mg/dl	-	-	0.27	-	-
Direct bilirubin	0.01-0.4 mg/dl	-	-	0.10	-	-
AST (SGOT)	17-59 U/L	-	-	34	-	-
ALT (SGPT)	< 50 U/L	-	-	11	-	-
Alk. phosphatase	38-126 U/L	-	-	180	-	-
LDH	120-246 U/L	-	-	-	-	-
D-Dimer	0-499	-	-	-	-	-

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

จากตารางที่ 7 ผลการตรวจสารชีวเคมีในเลือด (Biochemistry) ของกรณีศึกษา พบว่า

1) การทำงานของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่า BUN อยู่ในช่วง 5–15 mg/dL และค่า Creatinine อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติเล็กน้อยที่ 0.50–0.57 mg/dL ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อลดลง อย่างไรก็ตาม ค่า eGFR อยู่ในช่วง 97–101 mL/min แสดงถึงการทำงานของไตที่ดี ไม่มีภาวะไตวาย

2) ระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือดพบว่า Sodium ต่ำสุดที่ 128 mEq/L ซึ่งต่ำกว่าค่าปกติ บ่งชี้ถึงภาวะโซเดียมต่ำ (Hyponatremia) ที่ควรเฝ้าระวังอาการสับสนหรือหมดสติ ส่วนค่า Potassium ต่ำสุดที่ 3.4 mEq/L แสดงภาวะโพแทสเซียมต่ำเล็กน้อยซึ่งอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ส่วนค่า Chloride และ Carbon dioxide อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3) การทำงานของตับพบความผิดปกติชัดเจน โดยค่า Albumin ต่ำสุดที่ 2.8 g/dL บ่งชี้ถึงภาวะตับสังเคราะห์โปรตีนลดลงหรือภาวะโภชนาการไม่ดี ร่วมกับค่า Total Bilirubin สูงถึง 5.6 mg/dL และค่า Direct Bilirubin สูงถึง 3.1 mg/dL ซึ่งสอดคล้องกับภาวะตับบกพร่องหรือท่อน้ำดีอุดตัน ส่วนค่า AST (SGOT) และ ALT (SGPT) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงว่าไม่มีภาวะตับอักเสบร่วม อย่างไรก็ตาม ค่า Alkaline Phosphatase สูงถึง 180 U/L บ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ของการอุดตันทางเดินน้ำดี

4) ผลการตรวจ D-Dimer พบค่าสูงกว่า 35,200 ng/mL (ค่าปกติน้อยกว่า 499 ng/mL) สอดคล้องกับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) ซึ่งอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด

จากการวิเคราะห์ผลทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยมีภาวะตับบกพร่องร่วมกับความเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด สมควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทั้งในเรื่องของอาการแสดงทางคลินิก เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง เลือดออกผิดปกติ รวมถึงควรประเมินภาวะโภชนาการและสมดุลอิเล็กโทรไลต์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม

โรงพยาบาลเลิดสิน

4.5.4 การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ เพื่อประเมินสภาวะการทำงานของไต ระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะเมตาบอลิซึมอื่น ๆ โดยผลการตรวจมีรายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis)

UA	ค่าปกติ	ค่าที่ได้	
		13/1/68	13/3/68
Color	Yellow	Yellow	Yellow
Clarity	Clear	Clear	Clear

ตารางที่ 8

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) (ต่อ)

UA	ค่าปกติ	ค่าที่ได้	
		13/1/68	13/3/68
Glucose	Negative	Negative	Negative
Ketone	Negative	Trace	Negative
Blood	Negative	2+	Negative
Protein	Negative	Negative	Negative
Nitrite	Negative	Negative	Negative
Bilirubin	Negative	Negative	Negative
Specific gravity	1.003-1.03	1.012	1.010
pH	5-8	6.0	6.0
Urobilirubin	Negative	Normal	Normal
Leucocyte	Negative	Negative	Negative
RBC	<3/HPF	20-30	0-1
WBC	<7/ HPF	2-3	0-1
Squamous epithelial cell	<11/ HPF	0-1	0-1
Bacteria	Not found	Few	Few

จากตารางที่ 8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) ของกรณีศึกษา พบว่า

1) การตรวจทางกายภาพพบว่า ปัสสาวะมีลักษณะสีเหลือง และใสทั้งสองวัน ซึ่งเป็นค่าปกติ บ่งชี้ถึงการขับถ่ายน้ำและการทำงานของไตที่ไม่พบความผิดปกติอย่างชัดเจน

2) การตรวจทางเคมีพบว่า Glucose, Protein, Nitrite และ Bilirubin เป็นลบ (Negative) ทุกค่า สะท้อนว่าไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรั่วของโปรตีนในไต หรือการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินปัสสาวะที่เด่นชัด อย่างไรก็ตาม ตรวจพบ Ketone ระดับ Trace ในวันที่ 13 มกราคม 2568 ซึ่งอาจเกิดจากการอดอาหารหรือการเผาผลาญไขมันมากกว่าปกติ แต่ไม่พบในครั้งถัดมา ส่วนค่า Blood ตรวจพบ 2+ ในวันที่ 13 มกราคม 2568 และลดลงเป็น Negative ในวันที่ 13 มีนาคม 2568 แสดงว่ามีภาวะเม็ดเลือดแดงปนในปัสสาวะในช่วงต้น ซึ่งหายไปภายหลัง อาจสัมพันธ์กับภาวะระคายเคืองหรือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

3) ค่า Specific Gravity วัดได้ 1.012 และ 1.010 ตามลำดับ อยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงถึงความสามารถในการควบคุมความเข้มข้นของปัสสาวะได้ดี ค่า pH อยู่ที่ 6.0 ทั้งสองครั้ง ซึ่งอยู่ในช่วงปกติ และค่า Urobilinogen อยู่ในระดับปกติ

4) การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ พบว่าในวันที่ 13 มกราคม 2568 มี Red Blood Cells (RBC) ประมาณ 20–30 เซลล์/HPF และ White Blood Cells (WBC) 2–3 เซลล์/HPF บ่งชี้ว่ามีภาวะเลือดปนและเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะจำนวน อย่างไรก็ตามผลในวันที่ 13 มีนาคม 2568 พบ RBC และ WBC เพียง 0–1 เซลล์/HPF แสดงว่าภาวะผิดปกติดังกล่าวดีขึ้น พบ Squamous epithelial cell และ Bacteria ในปริมาณเล็กน้อย (few) ในวันที่ 13 มกราคม 2568 แต่ไม่พบในครั้งถัดไป แสดงว่ามีการปนเปื้อนหรือการติดเชื้อเล็กน้อยที่สามารถควบคุมได้แล้ว

4.5.5 การถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่าตรง (Chest PA upright) เป็นการเอกซเรย์บริเวณทรวงอกในท่าตรง เพื่อให้ได้ภาพของอวัยวะภายในทรวงอกอย่างชัดเจน วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2568

ตารางที่ 9

ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่าตรง (Chest PA upright)

ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่าตรง	การแปลผล
CHEST: - No definite active pulmonary infiltration is detected. - Mild pulmonary edema is noted. - No cardiomegaly is seen. - The mediastinum and both hili are intact. - Bilateral costophrenic angles are clear. - The bony structures are unremarkable. IMPRESSION: - No definite pulmonary infiltration	1) ไม่พบลักษณะของการอักเสบในปอดที่ชัดเจน 2) ไม่มีร่องรอยของการติดเชื้อปอด หรือปอดอักเสบในภาพถ่ายเอกซเรย์ 3) พบภาวะน้ำท่วมปอดเล็กน้อย (Mild pulmonary edema) 3) อาจแสดงถึงภาวะหัวใจทำงานผิดปกติเล็กน้อย หรือน้ำคั่งในร่างกาย ไม่พบหัวใจโต ขนาดหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) โครงสร้างของช่องอกและปอดด้านในปกติ (Mediastinum และ Hili ปกติ) - ไม่มีการเปิดเบนหรือผิดปกติของอวัยวะภายในช่องอก 5) ไม่พบภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด สรุป: ไม่พบร่องรอยการอักเสบของปอดที่ชัดเจนในภาพถ่ายเอกซเรย์ครั้งนี้

4.5.6 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT Scan of the Whole Abdomen)

การตรวจภาพรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ครอบคลุมอวัยวะทั้งหมดในช่องท้อง วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2568

ตารางที่ 10

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT Scan of the Whole Abdomen)

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง	การแปลผล
- Enlarged uterus with two ill defined relatively intramural non enhanced masses at right lateral wall and anterior fundus about 4.0×4.2×4.6 cm. and 3.5×3.2×3.2 cm. in size respectively, differentiated between leiomyoma or leiomyosarcoma, correlate with histopathology, please. - Thick endometrium about 1.2 cm., correlate with tissue histopathology, please. - A few heterogeneous enhanced bilateral internal iliac nodes, size up to 0.7 cm, a heterogeneous enhanced left external iliac nodes, size about 1.4 cm., a few heterogeneous enhanced left common iliac nodes, size up to 1.0 cm and bilateral paraaortic nodes, size up to 1.3 cm., probable metastatic nodes. - A few well defined hepatic cysts at right lobes, size up to 0.5 cm. - A few bilateral cortical renal simple cysts, size up to 1.3 cm	1) มดลูกโตผิดปกติ พบก้อนเนื้อไม่ชัดเจน 2 ก้อน ลักษณะอยู่ภายในกล้ามเนื้อมดลูก ไม่เห็นการเพิ่มขึ้นของความเข้มจากสารทึบรังสี ตำแหน่ง: ผนังด้านข้างขวาและบริเวณด้านหน้าของยอดมดลูก ซึ่งมีขนาด: 4.0×4.2×4.6 ซม.และมีขนาด 3.5×3.2×3.2 ซม. 2) เยื่อบุโพรงมดลูกหนา ประมาณ 1.2 ซม. ควรตรวจชิ้นเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูกเพื่อหาสาเหตุของความหนาผิดปกติ 3) พบต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง บริเวณ ภายในอุ้งเชิงกรานทั้ง 2 ข้าง (internal iliac nodes) ขนาดไม่เกิน 0.7 ซม.ต่อมน้ำเหลืองภายนอกด้านซ้าย (external iliac) ขนาดประมาณ 1.4 ซม. ต่อมน้ำเหลือง common iliac ด้านซ้าย ขนาดไม่เกิน 1.0 ซม. ต่อมน้ำเหลือง paraaortic 2 ข้าง ขนาดไม่เกิน 1.3 ซม. 4) พบถุงน้ำในตับ (hepatic cysts) ขนาดไม่เกิน 0.5 ซม. ที่กลีบขวาของตับ 5) พบถุงน้ำที่ไตทั้งสองข้าง (renal simple cysts) ขนาดไม่เกิน 1.3 ซม. ซึ่งเป็นชนิดถุงน้ำธรรมดา ไม่มีความเสี่ยงเป็นมะเร็ง

4.5.7 การตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) เป็นการถ่ายภาพเต้านมด้วยรังสีเอกซ์ความเข้มต่ำ (low-dose X-ray) เพื่อดูโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อคัดแยกการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับเต้านม ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ตารางที่ 11

ผลการตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram)

ผลการตรวจเอกซเรย์เต้านม	การแปลผล
IMPRESSIONS: - Involuting fibroadenoma at 9 o'clock of right breast - Few simple cysts at 10 o'clock of right breast - Benign calcification at right breast - Reactive axillary lymph nodes enlargement - BI-RADS® CATEGORY 2 : Benign findings annual follow up is suggested.	1) พบก้อนเนื้อชนิด fibroadenoma กำลังฝ่อลง บริเวณเต้านมขวา โดยเป็นก้อนเนื้อที่ไม่ร้ายแรงซึ่งมักพบในเต้านมและกำลังลดขนาดลงตามธรรมชาติ 2) ถุงน้ำธรรมดาจำนวนเล็กน้อย บริเวณตำแหน่ง 10 นาฬิกาของเต้านมขวา (Few simple cysts) 3) พบหินปูนที่ไม่ร้ายแรงในเต้านมขวา (Benign calcification) เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือฮอร์โมน ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง 4) ต่อมน้ำเหลืองรักแร้โตแบบมีการโตขึ้นจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เช่น การอักเสบหรือติดเชื้อ แต่ไม่ใช่ลักษณะของมะเร็ง 5) BI-RADS Category 2 พบความผิดปกติในเต้านมที่มีลักษณะไม่ใช่มะเร็ง เช่น ถุงน้ำ (simple cyst) ก้อนเนื้อธรรมดา (fibroadenoma) หรือหินปูนไม่ร้ายแรง ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมแบบเร่งด่วน แต่ควรตรวจติดตามตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุกปี เพื่อความปลอดภัย

4.5.8 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมกับการฉีดสารทึบรังสีเพื่อดูหลอดเลือดแดงในปอดอย่างละเอียด (CT Angiography of the Pulmonary Artery) ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมกับการฉีดสารทึบรังสีเพื่อดูหลอดเลือดแดงในปอด

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมกับการฉีดสารทึบรังสี	การแปลผล
FINDINGS: - The study reveals well opacification of the pulmonary trunk, bilateral pulmonary arteries. - Eccentric filling defect are detected in subsegmental branch of RUL, RML, RLL, LUL and LLL. - Bilateral pulmonary arteries are well opacified. No thrombosis is noted. - Lung window shows diffuse ground-glass opacities in both lungs. - Trace amount of bilateral pleural effusion is observed. - Few small lymph nodes are noted at peritracheal and precarinal regions. - No definite pulmonary nodule or mass is noted. IMPRESSION: Thrombosis of subsegmental branches of bilateral pulmonary arteries as described	ผลการตรวจ 1) พบว่าหลอดเลือดแดงปอดหลักและหลอดเลือดแดงปอดทั้งสองข้างแสดงการเติมสารทึบรังสีได้ดี 2) พบลักษณะรอยโรคที่สารทึบรังสีไหลผ่านได้ไม่เต็มที่แบบเบี่ยงศูนย์กลาง (eccentric filling defect) บริเวณแขนงย่อยของหลอดเลือดแดงปอดด้านขวาบน (RUL), ขวากลาง (RML), ขวาล่าง (RLL), ซ้ายบน (LUL) และซ้ายล่าง (LLL) 3) หลอดเลือดแดงปอดทั้งสองข้างมีการไหลเวียนของสารทึบรังสีดี โดย ไม่พบลิ่มเลือดในบริเวณหลักของหลอดเลือด 4) พบน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดเล็กน้อยทั้งสองข้าง (trace amount of bilateral pleural effusion) 5) พบต่อมน้ำเหลืองขนาดเล็ก หลายตำแหน่งบริเวณข้างหลอดลม และบริเวณหน้าหัวใจ ไม่พบก้อนหรือตุ่มในปอดที่ชัดเจน สรุปผลการตรวจวินิจฉัย (Impression): พบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในแขนงย่อยของหลอดเลือดแดงปอดทั้งสองข้าง

4.5.9 การตรวจอัลตราซาวด์การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือด (Ultrasound Doppler) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ที่ใช้หลักการของ Doppler effect เพื่อตรวจสอบการไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในร่างกาย ผู้ป่วยได้รับการตรวจเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13

ผลการตรวจอัลตราซาวด์การไหลเวียนของเลือดในปอด

ผลอัลตราซาวด์	การแปลผล
RIGHT LOWER EXTREMITY: - Normal compressibility is seen. No filling defect is seen. No filling defect is seen. - Normal pulsed wave Doppler response in CFV and proximal FV with Valsalva maneuver as well as mid to distal FV and popliteal vein with calf augmentation. LEFT LOWER EXTREMITY: - Normal compressibility is seen. No filling defect is seen. No filling defect is seen. - Normal pulsed wave Doppler response in CFV and proximal FV with Valsalva maneuver and mid to distal FV and popliteal vein with calf augmentation. IMPRESSION: - No evidence of deep vein thrombosis of both lower extremities	1) สรุปผลขาขวา หลอดเลือดดำขาขวาบีบตัวได้ปกติ ไม่พบลิ่มเลือดอุดตัน การไหลเวียนเลือดตอบสนองต่อการทดสอบ Valsalva และการบีบน่องเป็นปกติ 2) สรุปผลขาซ้าย หลอดเลือดดำขาซ้ายบีบตัวได้ปกติ ไม่พบลิ่มเลือดอุดตัน การไหลเวียนเลือดตอบสนองต่อการทดสอบ Valsalva และการบีบน่องเป็นปกติ 3) สรุปผลการวินิจฉัย ไม่พบหลักฐานของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขาทั้งสองข้าง

4.5.10 การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง ได้แก่ CA 125 ซึ่งเป็นโปรตีนเฉพาะจากเซลล์มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อผิว (Epithelial Ovarian Cancer) วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2568 ดังตารางที่ 14

ผลการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
CA 125	751 U/ml	0-34 U/ml	สูงกว่าค่าปกติ

จากตารางที่ 14 ผลการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) ของผู้ป่วยรายนี้ พบว่าค่า CA 125 เท่ากับ 751 U/ml ซึ่งสูงกว่าค่าปกติมักสัมพันธ์กับภาวะทางพยาธิสภาพรุนแรง โดยเฉพาะภาวะมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว (Epithelial Ovarian Cancer) มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก หรือมะเร็งในอุ้งเชิงกราน ภาวะมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) จากมะเร็งหรือโรคตับ ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) เป็นต้น

4.5.11 ผลการตรวจตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา (Biopsy) เพื่อยืนยันหรือระบุการวินิจฉัยโรค โดยประเมินลักษณะของเซลล์เนื้อเยื่อ เช่น ลักษณะของเซลล์มะเร็ง การลุกลาม การเปลี่ยนแปลงของไซโตพลาสซึม หรือนิวเคลียส ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการขูดมดลูก (Fractional Curettage: F&C) และนำชิ้นเนื้อไปตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

ตารางที่ 15

ผลการตรวจตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา (Biopsy)

ผลชิ้นเนื้อ	การแปลผล
A) Endocervix, fractional curettage: • High-grade carcinoma, compatible with clear cell carcinoma B) Endometrium, fractional curettage: • High-grade carcinoma, compatible with clear cell carcinoma • IHC: NapsinA+ focally, PAX8+	A) เยื่อบุปากมดลูก (Endocervix), เก็บตัวอย่างด้วยการขูดมดลูก: มะเร็งชนิดรุนแรง (High-grade carcinoma) สอดคล้องกับมะเร็งเซลล์ใส (Clear cell carcinoma) B) เยื่อบุโพรงมดลูก: มะเร็งชนิดรุนแรง สอดคล้องกับมะเร็งเซลล์ใส (Clear cell carcinoma) การย้อมภูมิคุ้มกัน (IHC): NapsinA ผลบวกแบบเฉพาะที่ (focally positive) PAX8 ผลบวก
A-B) Sections show fragments of tumor composed of tumor cells on the fibrovascular cores. The tumor cells possess moderately pleomorphic hyperchromatic nuclei, vesicular coarse chromatin, prominent nucleoli and moderate amount of eosinophilic cytoplasm with often clear cytoplasmic change.	- มีนิวเคลียสเข้มไม่สม่ำเสมอ (moderately pleomorphic hyperchromatic nuclei) - โครมาตินหยาบ มีนิวเคลียสย่อย (vesicular coarse chromatin, prominent nucleoli) - ไซโตพลาสซึมเป็นสีชมพู (eosinophilic) ปานกลางถึงมาก - พบการเปลี่ยนแปลงของไซโตพลาสซึมในลักษณะคล้ายเซลล์ใส (clear cytoplasmic change)

4.6 การวินิจฉัยโรค

จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวินิจฉัย การตรวจชิ้นเนื้อ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ แพทย์ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) โดยได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดรวมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) และต่อเนื่องด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ในระหว่างกระบวนการรักษา ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

4.7 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษาเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพยาธิสภาพ (Pathophysiology) ของโรค มาเปรียบเทียบกับลักษณะอาการ การดำเนินโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัยที่พบในกรณีศึกษา เพื่อให้เข้าใจกลไกของโรคอย่างลึกซึ้งและสามารถเชื่อมโยงกับการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
คำจำกัดความ	มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) หมายถึง ภาวะที่เซลล์เยื่อบุโพรงมดลูกมีการเจริญเติบโตผิดปกติ และกลายเป็นเซลล์มะเร็ง โดยชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดคือ มะเร็งชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) (ศักนัน มะโนทัย และณัฐรภัฏตา โพธิ์พรวัฒน์, 2561) ซึ่งมีต้นกำเนิดจากเซลล์ที่สร้างสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อบุโพรงมดลูก โดยสามารถจำแนกตำแหน่งทางกายวิภาคของเยื่อบุโพรงมดลูกออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ โพรงมดลูกส่วนบน (Uterine corpus) และโพรงมดลูกส่วนล่าง (Lower uterine segment) (ดาวรัตน์ ชาติทรัพย์สิน, 2566)	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มาด้วยมีเลือดออกช่องคลอดทุกวัน ได้รับการตรวจวินิจฉัย แพทย์ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) พบเซลล์มะเร็งชนิดรุนแรง สอดคล้องกับมะเร็งเซลล์ใส (Clear cell carcinoma)

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
ปัจจัยเสี่ยง	1) อายุ ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมีอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน อัตราการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น 2) พันธุกรรม ส่วนใหญ่ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมพบร้อยละ 3-5 ความสัมพันธ์นี้พบสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5-9 3) ภาวะอ้วนและกลุ่มอาหารเมแทบอลิก ร้อยละ 17.46 ของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมีภาวะอ้วน มีข้อมูลพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งสัมพันธ์โดยตรงกับน้ำหนักตัวของสตรี เนื่องจากผู้มีน้ำหนักตัวมากจะมีการเปลี่ยนฮอร์โมนแอนโดรเจนไปเป็นฮอร์โมนเอสโตรเจนในเนื้อเยื่อไขมัน (aromatization) ได้มากจึงมีโอกาสเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกสูงขึ้น ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.6 เท่ากับดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) เท่ากับ 28-29.9 กก/ม หรือสูงขึ้น 2.8 เท่า เมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 34 กก/ม ขึ้นไป 4) ภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงเกิน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 1 โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนระดับสูงจะไปกระตุ้นเซลล์เยื่อบุโพรงมดลูกให้มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัว และพัฒนาไปเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	1) ผู้ป่วยเพศหญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 66 ปี และหมดประจำเดือน (Menopause) มาแล้ว 17 ปี 2) ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในครอบครัว 3) ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วน (Obesity) มีรูปร่างอ้วน น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร และดัชนีมวลกาย 37.77 กิโลกรัมต่อเมตร² (อ้วนระดับที่ 2) เพิ่มความเสี่ยงสูงขึ้น 2.8 เท่า 4) ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากจะมีการเปลี่ยนฮอร์โมนแอนโดรเจนไปเป็นฮอร์โมนเอสโตรเจนในเนื้อเยื่อไขมัน จึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงจากภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงเกินทำให้เกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
ชนิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกสามารถแบ่งตามลักษณะพยาธิวิทยาได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ชนิดที่ 1 (Type 1 endometrial carcinoma) และชนิดที่ 2 (Type 2 endometrial carcinoma) ดังนี้ 1) ชนิดที่ 1 (Type 1 endometrial carcinoma) เป็นชนิดที่พบบ่อยและเป็น Low grade endometrioid พบร่วมกับภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัว พบได้ร้อยละ 70-80 ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกทั้งหมด มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าที่พบในมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 2 ผู้ป่วยมักมีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่ ไม่เคยมีบุตร มีประวัติได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน มีภาวะอ้วน ภาวะเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น มะเร็งกลุ่มนี้มักมีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกน้อยกว่า ไม่ค่อยพบการกระจายออกนอกมดลูกหรือต่อมน้ำเหลือง และมีการพยากรณ์โรคดีกว่าชนิดที่ 2 ยีนก่อมะเร็งที่พบบ่อยในมะเร็งชนิดที่ 1 ได้แก่ microsatellite instability (MSI), phosphatase and tensin (PTEN), Kirsten rat sarcoma viral (K – ras) และ beta – catenin เป็นต้น มะเร็งชนิดนี้ตอบสนองต่อการรักษาและมีพยากรณ์โรคที่ดีและมักสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มากเกินไป	ผู้ป่วยได้วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) พบเซลล์มะเร็งชนิดรุนแรง สอดคล้องกับมะเร็งเซลล์ใส (Clear cell carcinoma) ซึ่งถูกจัดเป็นชนิดที่ 2 (Type 2 endometrial carcinoma)

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
ชนิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	2) ชนิดที่ 2 (Type 2 endometrial carcinoma) เป็นชนิด high grade non endometrioid พบได้ประมาณร้อยละ 30 – 35 ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ผู้ป่วยมักมีอายุมาก หรืออยู่ในวัยหมดประจำเดือน มีบุตรหลายคน สูบบุหรี่ ไม่มีภาวะอ้วน ไม่มีภาวะเบาหวาน ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง อาจมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมนกซิเฟน ลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็ง ชนิดที่มีความรุนแรงกว่ามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 1 ได้แก่ มะเร็งชนิด endometrioid เกรดสูง (high grade) หรือมะเร็งชนิด serous หรือ clear cell มักพบ ร่วมกับภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกฝ่อบาง ส่วนใหญ่มีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อ มดลูกลึก ลุกลามเข้าหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง มักพบการลุกลามออกนอกมดลูก หรือแพร่กระจายมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และพบการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยกว่าชนิดแรก ยีนก่อมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในมะเร็งชนิดที่ II คือ p53 และที่พบ รองลงมา ได้แก่ p16 และ e-cadherin inactivation, epidermal growth factor receptor (EGFR) overexpression และ human epidermal growth factor receptor 2 (HER2/neu) amplification เป็นต้น	ผู้ป่วยถูกจัดเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 2 (Type 2 endometrial carcinoma) โดยสอดคล้องกับทฤษฎี คือ มดลูก ผู้ป่วยมักมีอายุมาก หรืออยู่ในวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ ผลการตรวจพบว่าเป็นมะเร็งชนิดรุนแรง (High-grade carcinoma) สอดคล้องกับมะเร็งเซลล์ใส (Clear cell carcinoma) การย้อมภูมิคุ้มกัน (IHC): NapsinA ผลบวกแบบเฉพาะที่ (focally positive) PAX8 ผลบวก และพบผลการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) CA125 เท่ากับ 751 U/ml ซึ่งแปลผลว่าสูงกว่าค่าปกติมาก

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
พยาธิสรีรวิทยา	มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ภายในเยื่อบุโพรงมดลูก ทำให้ลักษณะพยาธิสรีรวิทยาของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) (International Agency for Research on Cancer, 2020) ได้แบ่งเนื้องอกของเยื่อบุโพรงมดลูกตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ดังต่อไปนี้ 1) Endometrioid carcinoma จัดอยู่ในกลุ่มมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดที่ 1 หรือชนิดที่สัมพันธ์กับเอสโตรเจน เซลล์มะเร็งเรียงตัวเป็น columnar epithelial gland คล้ายกับเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูกปกติ แต่มีความหนาแน่นของ gland มากขึ้น ไฮโทพลาสซึมสีซีด หรือแดงชมพู (eosinophilic) นิวเคลียสเรียงซ้อนๆ กันหนาแน่น 2) Mucinous carcinoma อาจพบเซลล์เดี่ยว เซลล์ห่อมเล็กๆ หรือเซลล์ที่เรียงตัวเป็น complex glandular, cribriform หรือ villous 3) Serous endometrial Intra-epithelial carcinoma และ serous carcinoma papilla ในมะเร็งชนิด serous มักจะกว้างและเตี้ยกว่าแกนของมะเร็งชนิด villoglandular และมี hyalized stroma รูปแบบอื่นของมะเร็งชนิด serous ที่พบได้คือ solid หรือ glandular structure	ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568 ตามการแบ่งเนื้องอกของเยื่อบุโพรงมดลูกตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาขององค์การอนามัยโลก ผลการตรวจพบว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งชนิดรุนแรง (High-grade carcinoma) สอดคล้องกับมะเร็งเซลล์ใส (Clear cell carcinoma)

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
พยาธิสรีรวิทยา	4) Clear cell carcinoma มะเร็งมีลักษณะ atrophic หรือมี polyps มะเร็งมีรูปแบบได้หลากหลายตั้งแต่ clear cell, solid area หรือลักษณะเป็น glandular, tubulocystic หรือ papillary นิวเคลียสจะมีลักษณะผิดปกติมาก (marked atypia) และมีจำนวนการแบ่งตัวสูง (high mitotic figures) 5) Neuroendocrine tumors small cell neuroendocrine มีขนาดเล็ก ไม่ยึดติดกัน มีไซโทพลาสซึมน้อย condensed chromatin nuclear moulding มีการแบ่งตัวสูง มีเนื้อตายและเซลล์ตามแบบ apoptosis ในขณะที่มะเร็งชนิด Large cell neuroendocrine 6) Mixed cell adenocarcinoma มีมะเร็งมากกว่า 2 ชนิด มี ที่ได้จากการวินิจฉัยย้อมสีฮีมาทอกซิลินและอีโอซิน (hematoxylin & eosin) 7) Undifferentiated และ dedifferentiated carcinoma มะเร็งชนิด undifferentiated ไม่มีลักษณะชัดเจนว่าเป็นเซลล์ชนิดใด ลักษณะเป็นก้อนใหญ่มี ขนาดตั้งแต่ 2 ถึง 15 เซนติเมตร มักพบห่อเนื้อตาย 8) Carcinosarcoma มีมะเร็งของเยื่อหุ้มผนัง (epithelium) มีปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกันกับมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก ชนิดอื่น ๆ สัมพันธ์กับการได้รับยา tamoxifen หรือฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานาน	รายละเอียดทางจุลพยาธิวิทยา (MICROSCOPIC DESCRIPTION) บ่งชี้มะเร็งเซลล์ใส (Clear cell carcinoma) ได้แก่ - มีนิวเคลียสเข้มไม่สม่ำเสมอ (moderately pleomorphic hyperchromatic nuclei) - โครมาตินหยาบ มีนิวเคลียสย่อย (vesicular coarse chromatin, prominent nucleoli) - ไซโทพลาสซึมเป็นสีชมพู (eosinophilic) ปานกลางถึงมาก - พบการเปลี่ยนแปลงของไซโทพลาสซึมในลักษณะคล้ายเซลล์ใส (clear cytoplasmic change)

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
การวินิจฉัยโรค	การตรวจวินิจฉัยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในสตรีที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้มีความสำคัญทางคลินิก มากกว่าการตรวจคัดกรอง โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดยมีข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัย ดังนี้ 1) ภาวะเลือดออกผิดปกติในสตรีช่วงวัยเจริญพันธุ์ (reproductive age) ที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน แล้วยังคงมีเลือดออกอยู่หรือกลับเป็นซ้ำ 2) สตรีที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ทุกรายที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก 3) สตรีที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก เช่น ภาวะอ้วน PCOS มีภาวะไม่ตกไข่เรื้อรัง 4) สตรีวัยหมดประจำเดือนทุกรายที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก 5) การตรวจพบเซลล์ผิดปกติจากการตรวจ cervical cytology ได้แก่ atypical glandular cell หรือ adenocarcinoma insitu ในสตรีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี หรือสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของความผิดปกติของเยื่อบุโพรงมดลูก 6) การตรวจพบสิ่งผิดปกติจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography: TVS) เช่น มีสารคัดหลั่งหรือหนองคั่งอยู่ในโพรงมดลูก เป็นต้น	ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคได้แก่ 1) พบเลือดออกช่องคลอดวันละ 1 แผ่นทุกวัน ไม่ปวดท้อง ไม่อ่อนเพลีย และไม่มีน้ำหนักลด 2) ผู้ป่วยเพศหญิงไทย อายุ 66 ปี 3) อายุมากกว่า 45 ปี 4) ผู้ป่วยหมดประจำเดือนมาแล้ว 17 ปี มีเลือดออกผิดปกติ 5) แพทย์ทำการตรวจภายในวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568 6) แพทย์ทำการตรวจอัลตราซาวด์คลื่นเสียงความถี่ผ่านทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography: TVS) วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
การวินิจฉัยเบื้องต้น	1) การสุ่มตัดหรือดูดชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูก (endometrial sampling หรือ aspiration) เป็นหัตถการเบื้องต้นที่ถูกนำมาใช้แทนการขูดมดลูกในปัจจุบัน 2) การขูดมดลูก (uterine curettage) เป็นหัตถการที่ใช้กันมายาวนาน อย่างไรก็ตาม แพทย์พึงตระหนักว่าการขูดมดลูกนั้นอาจได้เนื้อเยื่อจากโพรงมดลูกเพียงน้อยกว่าครึ่งของบริเวณทั้งหมด อาจพลาดเนื้อเยื่อที่เป็นติ่งเนื้อ (polyp) หรือเยื่อโพรงมดลูกหนาตัวผิดปกติ (hyperplasia) 3) การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก (hysteroscopy) ประโยชน์ คือ ช่วยให้ตรวจประเมินพยาธิสภาพในโพรงมดลูกได้โดยตรง สามารถทำได้แบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากขนาดของเครื่องมือเล็กเพียง 4 มิลลิเมตร 4) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography : TVS) เป็นวิธีการตรวจที่ไม่รุกราน (Non-invasive) มีประโยชน์สำหรับสตรีวัยหมดระดูที่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเพื่อวินิจฉัยแยกโรค	1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจโดยการดูดชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูก (endometrial sampling หรือ aspiration) 2) ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการขูดมดลูก (Fractional Curettage: F&C) และนำชิ้นเนื้อไปตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568 3) ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจโดยส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก (hysteroscopy) 4) ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์คลื่นเสียงความถี่ผ่านทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography: TVS) วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568
การประเมินก่อนการรักษา	1) การซักประวัติและตรวจร่างกายรวมทั้งการตรวจภายในอย่างละเอียด เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการรักษา และตรวจหาการกระจายของโรค	1) ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติอย่างครอบคลุมและได้รับการตรวจร่างกายโดยละเอียด

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
การประเมิน ก่อนการรักษา	2) ส่งตรวจพื้นฐานก่อนการผ่าตัด (Pre-operative investigation) ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC), การทำงานของไตและตับ (BUN, creatinine, urine analysis, electrolyte, liver function test), ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray; CXR) โดยหากภาพรังสีทรวงอกสงสัยความผิดปกติ เช่น การลุกลามของโรค แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมด้วย Computed tomography chest without contrast การพิจารณาส่ง CT chest/ abdomen/ pelvic 3) การตรวจระดับซีรั่ม CA-125 อาจพิจารณาในกรณีที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามซึ่งจะสัมพันธ์กับระดับ CA-125 ที่สูงขึ้น นอกจากนั้นก็มีค่าที่สูงก่อนการรักษา อาจนำไปใช้ในการตรวจติดตามการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ 4) พิจารณาส่ง Magnetic resonance imaging; MRI abdomen เพื่อประโยชน์ในการประเมินจุดกำเนิดของมะเร็งว่ามาจากส่วน Endocervix หรือ Endometrium ประเมินความลึก ของมะเร็งที่ลุกลามเข้ากล้ามเนื้อ อมดลูก และประเมินการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 5) การพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ แนะนำให้ทำเมื่อสงสัยว่าจะมีการลุกลาม	2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจพื้นฐานก่อนการผ่าตัด (Pre-operative investigation) ได้แก่ CBC, BUN, creatinine, urine analysis, electrolyte, liver function test, Viral Hepatitis B & C Screening EKG, CXR, CT Scan of the Whole Abdomen ตามมาตรฐาน 3) ผู้ป่วยได้รับการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) พบว่าค่า CA 125 เท่ากับ 751 U/ml ซึ่งสูงกว่าค่าปกติมักสัมพันธ์กับภาวะทางพยาธิสภาพรุนแรง โดยเฉพาะภาวะมะเร็งเยื่อぶโพรงมดลูก 4) ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ Magnetic resonance imaging; MRI abdomen เพิ่มเติม 5) ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการพิจารณาส่งตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) เพิ่มเติม

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
การประเมิน ก่อนการรักษา	6) การตรวจทางรังสีวิทยาซึ่งรวมถึงการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography : TVS) ก่อนที่จะเก็บชิ้นเนื้อ	ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์คลื่นเสียงความถี่ผ่านทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasonography: TVS) วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568
การกำหนด ระยะ	การกำหนดระยะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial Cancer Staging) เป็นกระบวนการสำคัญที่ใช้ประเมินการลุกลามของโรค เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาและพยากรณ์โรค โดยทั่วไปใช้ระบบ FIGO staging system (International Federation of Gynecology and Obstetrics) 2023 ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะหลัก ดังนี้ ระยะที่ I รอยโรคอยู่เฉพาะในมดลูกและรังไข่ IA: ลุกลามเฉพาะในเยื่อบุโพรงมดลูกหรือชั้นกล้ามเนื้อมดลูกน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง IB: ลุกลามเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อมากกว่าครึ่งหนึ่งของมดลูก ระยะที่ II โรคมมีการลุกลามชั้น stroma ของปากมดลูก และไม่มีการแพร่ออกนอกมดลูก IIA: พยาธิวิทยาชินิดไม่รุนแรงที่ลุกลามไปชั้น stroma ของปากมดลูก IIB: พยาธิวิทยาชินิดไม่รุนแรงมี substantial LVSIb IIC: พยาธิวิทยาชินิดรุนแรงที่มีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก โดยไม่คำนึงถึงความลึกของการลุกลามชั้น กล้ามเนื้อมดลูก	ผู้ป่วยรายนี้ได้รับวินิฉัยกำหนดระยะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในระยะ IVB: แพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกล เช่น ปอด ตับ หรือกระดูก จากข้อมูลการวินิฉัยโรคและบันทึกการผ่าตัด (Operative Note) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการดำเนินโรคไปถึงระยะที่ IVB กล่าวคือโรคมมีการกระจายไปอวัยวะห่างไกล บันทึกทางการผ่าตัด พบว่า หลังผ่าตัด: มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลาม (Advanced stage CA endometrium - ผ่าตัดเอาเนื้อมะเร็งออกได้ไม่หมด)

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
การกำหนด ระยะ	ระยะที่ III โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายเฉพาะที่ในเนื้อเยื่ออวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกราน (local and/or regional) IIA: ลูกกลมถึงเยื่อหุ้มของมดลูกชั้นนอก (serosa) หรือรังไข่/ท่อนำไข่ IIIB: ลูกกลมไปยังช่องคลอดหรือพาราเมเทรียม (parametrium) IIIC1: แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองในเชิงกราน IIIC2: แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองรอบหลอดเลือดใหญ่ (para-aortic lymph nodes) ระยะที่ IV โรคมะเร็งกระจายไปเยื่อหุ้มของกระเพาะปัสสาวะ และ/หรือเยื่อหุ้มของลำไส้ และ/หรือ กระจายไปไกล (distant metastasis) IVA: ลูกกลมไปยังอวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือไส้ตรง IVB: แพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกล เช่น ปอด ตับ หรือกระดูก	มะเร็งลูกกลมเข้าเนื้อมดลูกมากกว่า 50% ลามลงมายังส่วนล่างของมดลูก ต่อมน้ำเหลืองที่เส้นเลือดใหญ่หลังช่องท้อง (Para-aortic LN) โตขนาด 2 ซม ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานโตเป็นพวง 4x2 ซม และต่อมน้ำเหลือง obturator ข้างขวาขนาด 1.5 ซม พบก้อนมะเร็งที่เอาออกไม่ได้หมดในบริเวณ Para-Aortic Node ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน และเยื่อหุ้มช่องท้อง ผิวตับและลำไส้มีการกระจายของเซลล์มะเร็งแบบละเอียด
แนวทาง การรักษา	การรักษาเบื้องต้นที่เป็นมาตรฐานสำหรับมะเร็งเยื่อหุ้มโพรงมดลูก คือ การผ่าตัดมดลูกทั้งหมด ท่อนำไข่และรังไข่ทั้ง 2 ข้างออก รวมทั้งการผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง และหรือแผ่นไขมันในช่องท้อง (infracolic omentectomy) ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ พิจารณาทางเลือกอื่นเป็น การรักษา เช่น การให้รังสีรักษา (radiation therapy) ให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) หรือการรักษาตามอาการ (palliative/symptomatic treatment)	ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมด และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
แนวทาง การรักษา	1) การผ่าตัดมดลูก (Surgery) 4 วิธี ได้แก่ 1) การผ่าตัดมดลูกโดยการเปิดหน้าท้อง (laparotomy hysterectomy for surgical staging) เป็นวิธีมาตรฐานที่ปฏิบัติกันมายาวนาน 2) การผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic hysterectomy for surgical staging) 3) การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ (robotic assisted laparoscopic surgical staging) 4) การผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) ทั้งนี้การผ่าตัดแต่ละวิธี มีข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัดแตกต่างกัน การเลือกใช้วิธีการผ่าตัดต่าง ๆ ขึ้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการ 2) การให้รังสีรักษา (Radiotherapy) ประกอบด้วย การใส่แร่ทางช่องคลอด (Vaginal brachytherapy; VBT) การฉายรังสี บริเวณอุ้งเชิงกราน (External beam pelvic radiation therapy; EBPR) การฉายรังสีรักษาบริเวณ ช่องท้อง (Whole abdominal radiation therapy; WART) หรือการฉายรังสีรักษาขยายไปที่ช่อง ท้อง ด้านบน (Extended field radiation therapy; EFRT) ซึ่งเป็นการรักษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate หรือ high risk โดยในกลุ่มผู้ป่วย intermediate risk	1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยการเปิดหน้าท้อง (laparotomy hysterectomy for surgical staging) โดยการผ่าตัดมดลูกแบบทั้งหมดรวมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy:TAH-BSO) -

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
แนวทาง การรักษา	3) การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) ใน การรักษามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกด้วยเคมีบำบัด มักจะพิจารณาในรายที่มะเร็งลุกลาม มาก หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองรอบหลอดเลือดเอออร์ตา (IIIC2) หรือระยะที่ IV เพื่อหวังผลลดอัตราการกลับเป็นซ้ำบริเวณนอกอุ้งเชิงกราน (Extrapelvic recurrence) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของ การรักษาด้วยรังสีรักษา นอกจากนี้ยังมีบทบาทหลักในการรักษาในรายที่กลับเป็นซ้ำ หรือในรายที่เป็น ระยะลุกลามที่รักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) สำหรับชนิดของยาเคมีบำบัดที่ นิยมใช้ ได้แก่ Doxorubicin/cisplatin หรือ Doxorubicin/Cisplatin/Cyclophosphamide และปัจจุบันมีการใช้ Paclitaxel และ Carboplatin มากขึ้น 2.1.8.4 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal treatment) การใช้ฮอร์โมนในการรักษามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกจะพิจารณาในรายที่มะเร็งอยู่ในระยะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าไม่มีประโยชน์ของฮอร์โมนในบทบาทของการรักษาเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด (Adjuvant treatment) และมีข้อเสียที่สำคัญคือเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ มะเร็ง ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Thromboembolic disease)	ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อาการของผู้ป่วยมีเสถียรภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนเริ่มเคมีบำบัด ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการให้ เคมีบำบัด (Chemotherapy) สูตร Carboplatin ร่วมกับ Paclitaxel วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นสูตรมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลามหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูง

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
ภาวะแทรกซ้อน	ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism; PE) หมายถึง ภาวะที่มีหลอดเลือดในบริเวณปอดเกิดการอุดตัน มักเกิดจากลิ่มเลือดที่อุดตันบริเวณหลอดเลือดดำของขาหลุดไปอุดตันที่ปอดเป็นภาวะที่อาจมีอันตรายถึงเสียชีวิตหากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที่ (โรงพยาบาลสินแพทย์, 2564)	ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568
สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด (venous thromboembolism หรือ VTE) มีทั้งที่เป็นกรรมพันธุ์ (hereditary) และที่เกิดภายหลัง (acquired) ปัจจัยเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ (hereditary factors) ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะขาด antithrombin ภาวะขาด protein C ภาวะขาด protein S, Factor V Leiden, Activated protein C resistance ที่ไม่มี factor V Leiden, Prothrombin gene mutation, Dysfibrinogenemia และภาวะขาด plasminogen ส่วนปัจจัยที่เกิดภายหลัง (acquired factors) ได้แก่ ไม่มีการเคลื่อนไหวอายุมาก โรคมะเร็ง การเจ็บป่วยเฉียบพลัน การผ่าตัดใหญ่ การบาดเจ็บรุนแรง บาดเจ็บไขสันหลัง การตั้งครรภ์ และช่วงหลังคลอด โรค polycythemia vera Antiphospholipid antibody syndrome การรับประทานยาคุมกำเนิด การรักษาที่ให้ออร์โมนทดแทน การได้รับเฮปาริน การรักษาให้ยาเคมีบำบัด ความอ้วน การใส่สายในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่อุปกรณ์ที่ให้อยู่ใน หรือฝีก เป็นต้น	จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยรายนี้มีสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด venous thromboembolism หรือ VTE) จากปัจจัยที่เกิดภายหลัง (acquired factors) ได้แก่ - ผู้ป่วยสูงอายุ 66 ปี โรคอ้วน และส่วนใหญ่ทำกิจกรรมอยู่บนเตียง - ภาวะสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก - ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร่วมกับการตัดรังไข่และท่อหน้าไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy: TAH-BSO) รวมถึงการผ่าตัดเพื่อระยะระยะของโรค (Staging surgery) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
พยาธิสรีรวิทยา	กลไกที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดมี 3 ปัจจัย (Virchow's triad) ได้แก่ 1) การไหลเวียนของเลือดลดลงจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน 2) มีความผิดปกติของเลือด ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states) 3) มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือมีการอักเสบก่อนลิ่มเลือดดังกล่าวหากเกิดขึ้นแล้วมีโอกาสสูงที่จะหลุดเข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่	ผู้ป่วยมีกลไกเกิดลิ่มเลือด ได้แก่ 1) หลังผ่าตัดเปิดหน้าท้องมีอาการเจ็บแผลทำให้มีการเคลื่อนไหวน้อย ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมบนเตียง 2) เป็นมะเร็งทำให้มีความผิดปกติของของเลือด ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย 3) หลังผ่าตัดทำให้มีการอักเสบก่อนลิ่มเลือดได้ง่าย
การวินิจฉัย	1) การทดสอบก๊าซในเลือดจากหลอดเลือดแดง (Arterial blood gases; ABG) และการวัดระดับออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) มักจะพบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ (Hypocapnia) และภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory Alkalosis) และพบว่าความต่างระดับระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดแดง (alveolar-arterial oxygen gradient) กว้างขึ้น 2) ภาพรังสีปอด (Chest X-ray) อาจจะปกติหรือพบความผิดปกติที่ไม่จำเพาะ 3) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ sinus tachycardia, nonspecific ST segment และ T-wave changes ECG ชนิด S, Q3 T3 (right ventricular strain, new incomplete right bundle branch block)	1) หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดีในช่วงแรก แต่ต่อมาวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยได้รับการวัดระดับออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) เท่ากับ 88 % (พร่องออกซิเจน) 2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (CXR): แสดงความผิดปกติที่ไม่ชัดเจน 3) ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เพิ่มเติม

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
การวินิจฉัย	4) การตรวจทางรังสีโดยใช้ ventilation-perfusion scan (V/Q scan) จะพบ Mismatch defect หรือ V/Q mismatch กล่าวคือ บริเวณที่มีการระบายอากาศ (ventilation) ปกติ แต่ไม่มีการไหลเวียนของเลือด 5) การตรวจอัลตราซาวด์แบบกดขยาย (Compression ultrasound) ของเส้นเลือดดำที่ขา แนะนำให้ทำ ultrasound ตรวจหา DVT แม้ว่าไม่มีอาการของ DVT ในผู้ป่วยที่สงสัย PE ปานกลาง/สูง 6) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ชนิด spiral CT with intravenous contrast หรือ CT angiography การตรวจ spiral CT มีความแม่นยำ สูงในกรณีพยาธิสภาพอยู่ที่ pulmonary ขนาดใหญ่ 7) Echocardiography ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 ถึง 40 ที่มีความผิดปกติจาก echocardiogram ที่บ่งชี้ว่า อาจจะมี PE ได้แก่ ขนาดหัวใจห้องขวาโตขึ้น, right ventricular Function ลดลง 8) Pulmonary angiography ถือว่า เป็น gold standard เนื่องจากสามารถมองเห็น emboli ได้โดยตรงแม้ใน artery ขนาดเล็ก (subsegmental) 9) การตรวจ serological markers สำหรับ thrombosis ได้แก่ D-dimer Troponin-I หรือ T และ Pro-Brain-type natriuretic peptide	4) ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจทางรังสีโดยใช้ ventilation-perfusion scan (V/Q scan) 5) ผู้ป่วยได้รับการ Ultrasound Doppler วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ไม่พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ 6) ประเมินเพิ่มเติมด้วย CT Pulmonary Angiography (CTPA) วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 พบ พบลักษณะรอยโรคที่สารทึบรังสีไหลผ่านได้ไม่เต็มรูปแบบเบี่ยงศูนย์กลาง (eccentric filling defect) บริเวณแขนงย่อยของหลอดเลือดแดงปอดด้านขวาบน (RUL), ขวากลาง (RML), ขวาล่าง (RLL), ซ้ายบน (LUL) และซ้ายล่าง (LLL) สรุปรูป พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันในแขนงย่อยของหลอดเลือดแดงปอดทั้งสองข้าง 7) ไม่ได้ตรวจ Echocardiography 8) ไม่ได้ตรวจ Pulmonary angiography 9) ได้ตรวจ D-dimer, Coagulation

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
อาการและ อาการแสดง	1) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในปอดเฉียบพลัน (Acute pulmonary infarct) ภาวะที่เนื้อเยื่อปอดตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง มักมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกแบบเจ็บแปลบเหมือนมีอะไรแทงและสัมพันธ์กับการหายใจ (pleuritic chest pain) หรือไอเป็นเลือด ตรวจร่างกายพบ consolidation, pleural friction rub, rales, พบ small pleural effusion ในภาพรังสีปอดบางราย พบ Hampton's hump sign (pleural based opacity) 2) ภาวะหัวใจห้องล่างขวาทำงานล้มเหลวเฉียบพลันที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดในปอดอย่างรุนแรง (acute cor pulmonale/acute massive PE) มักมาด้วยอาการเหนื่อยหอบเป็นลม ตรวจร่างกายพบความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลว (cardiovascular collapse) ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอที่จะส่งเลือดไปยังร่างกายได้ตามปกติ พบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) 3) อาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่ไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน (acute unexplained dyspnea) กลุ่มนี้มักมาด้วยอาการเหนื่อย ตรวจร่างกายพบ ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว hyperventilation ภาพรังสีปอดปกติ พบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ ซึ่งใช้แยกจากอาการหายใจเร็วเกินไป	วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบากเฉียบพลัน และมีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนชัดเจน ชีพจรเร็ว 120 ครั้งต่อนาที หายใจเร็ว 30 ครั้งต่อนาที พบค่า Oxygen saturation ลดลง ตรวจร่างกาย Decrease breath sound both lungs

ตารางที่ 16

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	ความรู้ทางทฤษฎี	ข้อมูลกรณีศึกษา
แนวทาง การรักษา	1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ผู้ป่วย massive PE ที่มาด้วยอาการช็อก หรือ ความดันเลือดต่ำ ผู้ป่วย submassive PE 2) ผ่าตัดเอาลิ่มเลือดออก มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ ผู้ป่วยมีอาการช็อก มีข้อห้าม ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และในกรณี chronic pulmonary embolism ที่มีความดันในปอดที่สูงมาก 3) การให้ยาด้านลิ่มเลือด เช่น low molecular weight heparin(LMWH) หรือ unfractionated heparin 4) การใส่ vena caval filter ข้อบ่งชี้ในการใส่ vena caval filter เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่อาจจะหลุดไปอุดตันที่ปอด โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการหายใจหอบเหนื่อยอย่างเฉียบพลันและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว การที่แพทย์นึกถึงโรคนี้ตลอดเวลาให้การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเหนื่อยไม่ทราบสาเหตุ จะทำให้สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีซึ่งจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนลดภาวะทุพพลภาพลงได้	1) ได้รับการรักษาโดยการเริ่มยา Enoxaparin ขนาด 0.8 ml SC q 12 hr ร่วมกับเริ่ม Warfarin 3 mg po hs และมีการติดตามค่า INR อย่างใกล้ชิดเพื่อควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือด โดยมีการปรับขนาดยา Warfarin และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ 2) ตาม ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นในช่วงวันที่ 6-7 มีนาคม จากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มการให้ออกซิเจนเป็นแบบ High Flow Nasal Cannula (HFNC) โดยค่อย ๆ ปรับลดอัตราการไหลและความเข้มข้นของออกซิเจนตามลำดับ เมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นสามารถหย่า HFNC ได้ในวันที่ 11 มีนาคม และกลับมาใช้ออกซิเจนผ่าน nasal cannula จนสามารถ wean ออกซิเจนได้สำเร็จในวันที่ 13 มีนาคม โดยรวมการให้ออกซิเจนมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพทางคลินิกอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (ดังตารางที่ 16)

4.8 สรุปประวัติภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) และเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy: TAH-BSO) รวมถึงการผ่าตัดเพื่อระบุระยะของโรค (Staging surgery) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ตามแผนการรักษาที่ได้เตรียมไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ พร้อมการประเมินก่อนผ่าตัดจากทีมอายุรกรรม วิสัญญี และตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดอุดตันด้วยการทำ Ultrasound Doppler

ก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับยา Enoxaparin สำหรับป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (DVT prophylaxis) และได้รับการงดยาดังกล่าวก่อนเข้าห้องผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก เพื่อลดความเสี่ยงของเลือดออกระหว่างการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) โดยมีการควบคุมความดันโลหิต การประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และการใช้เครื่องช่วยหายใจจนกว่าจะสามารถหย่าเครื่องได้สำเร็จ สรุปบันทึกการผ่าตัด ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17

สรุปบันทึกการผ่าตัด (Operative note)

การผ่าตัด	บันทึกการผ่าตัด	แปลบันทึกการผ่าตัด
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy: TAH-BSO)	Pre-operative diagnosis: CA endometrium Post-operative diagnosis: Advanced stage CA endometrium (suboptimal surgery) ANAESTHESIA: GA with epidural block Incision: Midline Findings: Uterus: Enlarge size 9*10 cm with polypoid mass intracavity with intramural mass size 2 mass Right ovary: normal Right fallopian tube: normal Left ovary: normal Left fallopian tube: normal	การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด: มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก การวินิจฉัยหลังผ่าตัด: มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลาม ได้รับการผ่าตัดแบบไม่สามารถนำก้อนเนื้อออกได้ทั้งหมด การให้ยาระงับความรู้สึก: วางยาสลบร่วมกับการบล็อกหลัง แนวแผลผ่าตัด: แนวกลางหน้าท้อง ผลการตรวจพบขณะผ่าตัด : มดลูก: ขนาด 9 × 10 ซม. พบก้อนเนื้อในกล้ามเนื้อมดลูก 2 ก้อน รังไข่ข้างขวา: ลักษณะปกติ ท่อนำไข่ข้างขวา: ลักษณะปกติ รังไข่ข้างซ้าย: ลักษณะปกติ ท่อนำไข่ข้างซ้าย: ลักษณะปกติ

ตารางที่ 17

สรุปบันทึกการผ่าตัด (Operative note) (ต่อ)

Operation	Result	
TAH with BSO with omentectomy with left pelvic node debulking	Findings: Cul de sac: obliterated Ascites: 500ml Omental cake size 5*6 cm with peritoneal nodule size 0.5-1 cm right ant peritoneum Adhesion and liver surface, miliary seeding at bowel Both adnexa adhered with uterus Paraortic LN enlarge 2 cm Pelvic LN: enlarge in chain size 4*2 cm, Right obturator node enlarge size 1.5 cm. Adhesion between uterus and bladder (Suboptimal residual tumor > 2 cm at PAN, pelvic LN and peritoneal nodule) - Used PRC 2 units - Estimated blood loss: 1000 ml - Complication: ☒ No ☐ Yes - Postoperative, patient was transferred to ICU with ETT.	ผลการตรวจพบขณะผ่าตัด: Cul-de-sac: มีพังผืดจำนวนมาก ของเหลวในช่องท้อง: 500 มล. Omentum: พบก้อนเนื้อ 5x6 ซม. ร่วมกับปมเนื้อ ขนาด 0.5-1 ซม. บริเวณเยื่อช่องท้องด้านหน้าขวา ตับและลำไส้: พบการยึดติดของ พังผืดและมีการกระจายของมะเร็ง บริเวณผิวตับและลำไส้ อวัยวะสืบพันธุ์ส่วนพวง: รังไข่และ ท่อนำไข่ทั้งสองข้างมีพังผืดยึดติด กับตัวมดลูก ต่อมน้ำเหลืองรอบหลอดเลือดแดง ใหญ่: โต 2 ซม. ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน: โต เป็นพวง 4 x 2 ซม. โดยเฉพาะต่อม น้ำเหลืองด้านขวา 1.5 ซม. มดลูกและกระเพาะปัสสาวะ: พังผืดหนาทำให้มดลูกยึดติดกับผนัง กระเพาะปัสสาวะ เศษก้อนมะเร็งที่ไม่สามารถตัดออก ได้ทั้งหมด: ยังคงเหลือเศษก้อน มากกว่า 2 ซม. บริเวณต่อมน้ำเหลือง รอบหลอดเลือดแดงใหญ่ ในอุ้งเชิง กราน และเยื่อช่องท้อง ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด โดยประมาณ (Estimated blood loss): 1,000 มิลลิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดีในช่วงแรก แต่ต่อมาวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 เริ่มมีอาการหายใจเหนื่อย และมีค่า Oxygen saturation ลดลง และได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม นำไปสู่การวินิจฉัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ต่อมาผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเริ่มยา Enoxaparin ขนาด 0.8 ml SC q 12 hr ร่วมกับเริ่ม Warfarin 3 mg po hs และมีการติดตามค่า INR อย่างใกล้ชิดเพื่อควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือด โดยมีการปรับขนาดยา Warfarin และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ

ระหว่างการฟื้นตัว ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยและต้องได้รับออกซิเจน หลังผ่าตัดดมลูกทางหน้าท้อง ระยะแรกใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ (ETT) ภายในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ต่อมาเมื่ออาการคงที่จึงเปลี่ยนเป็น T-piece และพยายามหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยเริ่มให้ออกซิเจนผ่าน nasal cannula ในวันที่ 1–2 มีนาคม พ.ศ. 2568 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นในช่วงวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 จากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มการให้ออกซิเจนเป็นแบบ High Flow Nasal Cannula (HFNC) โดยค่อย ๆ ปรับลดอัตราการไหลและความเข้มข้นของออกซิเจนตามลำดับ เมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นสามารถหย่า HFNC ได้ และกลับมาใช้ออกซิเจนผ่าน nasal cannula จนสามารถ wean ออกซิเจนได้สำเร็จในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยรวมการให้ออกซิเจนมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพทางคลินิกอย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18

สรุปการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน

วันที่	วิธีการให้ออกซิเจน	รายละเอียดเพิ่มเติม
27 ก.พ. 68	ETT ต่อ Ventilator	หลังผ่าตัด TAH + BSO; ICU
28 ก.พ. 68	Wean ETT > T-piece	FiO ₂ 40%, 10 LPM นาน 2 ชม. ถ้า stable ให้ต่อ HFNC หรือ Mask with bag
1 มี.ค. 68	O ₂ Cannula 3 LPM	เริ่ม try wean off; Sp O ₂ > 95%
2 มี.ค. 68	O ₂ Cannula 3 LPM	ต่อเนื่อง, ยัง wean ไม่ได้
6 มี.ค. 68	O ₂ Cannula 3 LPM	ก่อนตรวจ CT PA
7 มี.ค. 68	บ่าย: เปลี่ยนเป็น HFNC	Flow 60 LPM, FiO ₂ 60% เพราะวินิจฉัย PE
8 มี.ค. 68	HFNC	Flow 60 LPM, FiO ₂ 40%
9 มี.ค. 68	HFNC	Flow 40 LPM, FiO ₂ 40%
10 มี.ค. 68	HFNC	Flow 30 LPM, FiO ₂ 40%
11 มี.ค. 68	HFNC	Flow 20 LPM, FiO ₂ 40% วางแผน wean HFNC
12 มี.ค. 68	O ₂ Cannula 5 LPM	หลัง wean HFNC ได้สำเร็จ
13 มี.ค. 68	O ₂ Cannula 3 LPM > RA	เริ่ม wean ไป room air

ผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อการรักษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยสามารถหยุดใช้ Foley's catheter ถอด A-line กลับมารับประทานอาหารได้ และค่อย ๆ หยุดการให้ยาทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนเตรียมรับยาเคมีบำบัด (CMT) และการติดตามประเมินค่าชีวเคมี และค่า CA 125 เพื่อประเมินผลการรักษาและการวางแผนต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับการดูแลแผลผ่าตัด การควบคุมอาการปวดผ่านการให้ยาทาง Epidural และ Morphine พร้อมการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด และการฟื้นฟูร่างกายผ่านการกระตุ้นให้ลุกเดินอย่างเหมาะสม มีการดูแลด้านโภชนาการโดยปรับจาก NPO เป็นอาหารอ่อนและอาหารธรรมดาในเวลาต่อมา และเสริมอาหารทางการแพทย์เพื่อรองรับภาวะโภชนาการสูงในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด คือ ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) ซึ่งเป็นภาวะที่อาจเกิดจากความเสี่ยงของโรคมะเร็ง การผ่าตัดใหญ่ และการลดการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะพักฟื้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาและพยาบาลที่เหมาะสมตามแนวทาง ได้แก่ การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การดูแลระบบทางเดินหายใจ การติดตามค่า Lab และอาการทางคลินิก รวมถึงการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เมื่ออาการของผู้ป่วยมีเสถียรภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนเริ่มเคมีบำบัดสูตร Carboplatin ร่วมกับ Paclitaxel วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นสูตรมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลามหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูง โดยมีรายละเอียดการรักษาด้วยยาตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19

สรุปการรักษาด้วยยาตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ยาที่ได้รับ (Medications)						
วันที่สั่ง	ชื่อยา	ขนาด	วิธีทาง	เวลา	วันที่หยุด	ระยะเวลาที่ได้รับ
19/2/68	Enoxaparin	0.6ml	SC	OD	6/3/68	15 วัน
19/2/68	Manidipine (20) (Pre-op)	1/2 tab	oral	เช้าวัน OR	27/2/68	1 วัน
19/2/68	Swift (Pre-op)	45 ml	oral	14.00น. 18.00น.	26/2/68	1 วัน
19/2/68	Paracetamol (500)	2 tab	oral	Prn q 6 hr.	-	-
21/2/68	Motilium(10)	1 tab	oral	Prn q 8 hr.	-	-
27/2/68	Ceftriazone	2 gm	IV	OD	10/3/68	11 วัน

ตารางที่ 19

สรุปการรักษาด้วยยาตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ต่อ)

ยาที่ได้รับ (Medications)						
วันที่สั่ง	ชื่อยา	ขนาด	วิธิต่าง	เวลา	วันที่หยุด	ระยะเวลาที่ได้รับ
27/2/68	Metronidazole	500 mg	IV	q 8 hr.	10/3/68	11 วัน
27/2/68	Losec	40 mg	IV	OD	2/3/68	3 วัน
1/3/68	Paracetamol (500)	2 tab	oral	Q 6 hr.	3/3/68	2 วัน
2/3/68	Manidipine (20)	1/2 tab	oral	bid	7/3/68	5 วัน
2/3/68	Losec (20)	1 tab	oral	OD	19/3/68	17 วัน
3/3/68	Detromethorphan	1 tab	oral	Tid	7/3/68	4 วัน
4/3/68	Air-x	1 tab	oral	Tid	19/3/68	15 วัน
4/3/68	Ibuprofen (400)	1 tab	oral	Tid	6/3/68	2 วัน
6/3/68	Enoxaparin	0.6ml	SC	q 12 hr.	7/3/68	1 วัน
6/3/68	Warfarin (3) (start 7/3/68)	1 tab	oral	hs	18/3/68	12 วัน
7/3/68	Enoxaparin	0.8ml	SC	q 12 hr.	11/3/68	4 วัน
10/3/68	Augmentin (1000)	1 tab	oral	bid	24/3/68	14 วัน
17/3/68	Carboplatin	590 mg	IV	1 hr	17/3/68	1 วัน
17/3/68	Paclitaxel	300 mg	IV	3 hrs	17/3/68	1 วัน
17/3/68	ondansetron	8 mg	IV	30 mins before CMT	17/3/68	1 dose
17/3/68	Dexamethasone	10 mg	IV	30 mins before CMT	17/3/68	1 dose
17/3/68	Famotidine	20 mg	oral	2 tabs 30 mins before CMT	17/3/68	1 dose
17/3/68	G-CSF	300 mcg	SC	Day 2-6 18-22/3/68	22/3/68	5 วัน

4.9 การตรวจเยี่ยมและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา

4.9.1 การตรวจเยี่ยมกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ 66 ปี ได้รับวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ศึกษากรณีศึกษาตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 19 มีนาคม พ.ศ. 2568 ระยะเวลา 29 วัน โดยวางแผนการตรวจวันจันทร์ พุธ และศุกร์ หรือวันสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา โดยได้ทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 14 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 (แรกรับวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขออนุญาตผู้ป่วย และครอบครัวศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ แรกรับวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี รูปร่างอ้วน รู้สึกตัวดี ถามตอบสื่อสารรู้เรื่อง E4M6V5 หายใจอากาศ (Room air) เดินได้ และช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 115 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/48 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 %

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในเรื่องของแนวทางการรักษาที่เหมาะสมที่สุด ผลข้างเคียงของแต่ละทางเลือก และโอกาสในการหายหรือควบคุมโรคในระยะยาว ผู้ป่วยและญาติยังแสดงความสนใจในข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละแบบ รวมถึงการดูแลหลังการรักษา

4) การพยาบาลที่ให้ เนื่องจากผู้ป่วยมีท่าที่เปิดรับการพูดคุย และพร้อมร่วมมือหากได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย พยาบาลจึงได้ให้การรับฟัง สื่อสารอย่างมีทักษะ พร้อมประเมินความเข้าใจเบื้องต้น และประสานทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร หรือผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแลเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และพิจารณาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนอยู่บนเตียง สื่อสารปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/58 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 %

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยถูกเลื่อนแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด (set OR) เป็นวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ในช่วงบ่าย

4) การพยาบาลที่ให้ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative Preparation Goals) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการผ่าตัด โดยประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สัญญาณชีพ การทำงานของอวัยวะสำคัญ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น CBC, Electrolyte, Coagulation, ECG, CXR ประเมินประวัติการแพ้ยา การใช้ยา ปัจจุบัน โรคร่วม ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด แนะนำการฝึกหายใจลึก การไอมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแล เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และพิจารณาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนอยู่บนเตียง สื่อสารปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/58 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยรับทราบถูกเลื่อนแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด (set OR) เป็นวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ในช่วงบ่าย และเข้าใจแผนการรักษา

4) การพยาบาลที่ให้ ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด แนะนำการฝึกหายใจลึก การไอมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึก

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม ประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงดูแลให้การพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด (Pre-operative plan)

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนอยู่บนเตียง สื่อสารเข้าใจปกติ ผู้ป่วยบอกว่าพร้อมกับการผ่าตัดวันนี้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/58 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 %

3) ประเด็นที่พบ เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (Pre-operative plan)

4) การพยาบาลที่ให้

- ประเมินและเตรียมความพร้อมพื้นฐานก่อนการผ่าตัด (Pre-operative investigation) ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC), การทำงานของไตและตับ (BUN, creatinine, urine analysis, electrolyte, liver function test), ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray; CXR) โดยหากภาพรังสีทรวงอกสงสัยความผิดปกติ เช่น การลุกลามของโรค แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมด้วย Computed tomography chest without contrast การพิจารณาส่ง CT chest/ abdomen/ pelvic

- ด้านโภชนาการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา โดยวันที่ 25 ก.พ. 68: รับประทานอาหารอ่อนควบคุมโซเดียม (Soft diet, low salt) วันที่ 26 ก.พ. 68: รับประทานอาหารเหลว (Liquid diet) และวันที่ 27 ก.พ. 68 (วันผ่าตัด): งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน (NPO after midnight)

- การตรวจวินิจฉัยและเตรียมความพร้อม โดยเลื่อนคิวนัด Ultrasound Doppler ขึ้นก่อนวันผ่าตัด (เพื่อเตรียมความพร้อมหากพบภาวะ DVT ให้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคเลือด (Hematologist) ก่อนทำการผ่าตัด)

- การเตรียมเลือดและของเหลว โดยประสานงานกับธนาคารเลือดเตรียมเลือด ได้แก่ PRC (Packed Red Cells) จำนวน 6 ยูนิต FFP (Fresh Frozen Plasma) จำนวน 6 ยูนิต และ Platelet concentrate จำนวน 10 ยูนิต และดูแลให้ Acetar 1000 ml IV อัตราเร็ว 120 ml/hr. ตามแผนการรักษา

- การจัดและการบริหารยา ได้แก่ ยา Antihypertensive: ให้ Amlodipine 20 mg ½ เม็ด + น้ำ 30 ml เวลา 06.00 น. เข้าวันผ่าตัด วันที่ 20 ก.พ. 68 มีคำสั่ง off Amlodipine เข้าวันผ่าตัด ดูแลให้ Manidipine 20 mg ½ เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร (po pc) ส่วนยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulant): ดูแลให้ฉีด Enoxaparin ต่อเนื่องจนถึงเช้า 26 ก.พ. 68 โดยงด Enoxaparin วันที่ 27 ก.พ. 68 (วันผ่าตัด) อย่างน้อย 24 ชม.ก่อน นอกจากนี้ยาอื่น ๆ: Paracetamol 500 mg ครั้งละ 2 เม็ด กินเมื่อมีอาการปวด (PRN) ทุก 6 ชั่วโมง และ Motilium 10 mg 1 เม็ด รับประทานเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ทุก 8 ชั่วโมง (PRN)

- ดูแลเตรียมร่างกายของผู้ป่วยรายนี้ก่อนผ่าตัด ดังนี้ วันที่ 26 ก.พ. 68: ให้รับประทาน Swift 45 ml เวลา 14.00 น. และ 18.00 น. และวันที่ 27 ก.พ. 68 (เข้าวันผ่าตัด): Prep & shave บริเวณหน้าท้องและหัวหน่าว สอนล้างช่องคลอด (Vaginal douche) ก่อนนอนและเข้าวันผ่าตัด ดูแลช่วยเหลือแพทย์ใส่ Foley catheter เตรียมยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm และ Metronidazole 500 mg

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 (post-op day 1 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประเมินบาดแผลผ่าตัด ติดตามอาการปวดและการควบคุมอาการปวด ประเมินระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต ติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการฟื้นฟู แผนการรักษา และการดูแลหลังผ่าตัด

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ แผลผ่าตัด midline ปิด Gauze ทับ Fixomull ใต้ไม่มี bleed ชีพ และคะแนนความปวด 6/10 คะแนน ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนผ่านเครื่องช่วยหายใจ ETT with ventilator spont mode Wean ETT > T-piece FiO₂ 40%, 10 LPM นาน 2 ชม. ผู้ป่วย stable ให้ต่อ HFNC > Mask with และ O₂ Cannula 3 LPM ตามลำดับ สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 23 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/84 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 97 เปอร์เซ็นต์ plan ย้าย ward พรุ่งนี้

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนนิ่ง ๆ บนเตียง เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด คะแนนความปวด 6/10 คะแนน

4) การพยาบาลที่ให้ ให้การพยาบาลเพื่อประเมินและควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด (Postoperative pain control) ให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดและมีการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น (Early ambulation) โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา Epidural analgesia ด้วย Bupivacaine + Fentanyl ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวังอาการปวดโดยใช้ VAS scale ทุก 4-6 ชม. งดให้ยา opioid ทางอื่นเพิ่มเติม ประเมินและบันทึกระดับความปวด ทุก 1-2 ชม. และสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น อัตราการหายใจลดลง คั่น คลื่นไส้ อาเจียน รวมถึงเฝ้าระวังภาวะกดการหายใจจากยา opioid เฝ้าระวังอัตราการหายใจ (Respiratory rate) ทุก 1-2 ชั่วโมง เป็นต้น นอกจากนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มขยับตัว ลุกนั่ง และเดิน ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 6 (post-op day 5 วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ลุกเดิน ทำกิจกรรมได้บางส่วนต้องมีคนคอยช่วยพยุง สื่อสารได้ปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/58 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 96 เปอร์เซ็นต์

3) ประเด็นที่พบ 1) ผู้ป่วยยังต้องใช้ออกซิเจน (O₂ cannula) ไม่สามารถ wean เป็นหายใจจากอากาศปกติได้ (Room air) 2) ยังใช้ pneumatic cuff ป้องกัน DVT 3) ยังมีอาการปวดเป็นระยะได้รับยา Morphine IV prn และ Paracetamol และใช้ Plasil 10 mg IV prn 4) ต้องเริ่มจาก liquid diet เป็นอาหาร soft diet และ 5) ต้องวางแผนใส่ Port-A สำหรับเคมีบำบัด

4) การพยาบาลที่ให้

- การฟันทันหลังผ่าตัดและการจัดการด้านการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยยังต้องใช้ ออกซิเจน (O₂ cannula) ดูแลให้ออกซิเจน O₂ cannula 3 LPM ติดตาม SpO₂ ให้มากกว่าหรือ เท่ากับ 95% เฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลว และประเมินความพร้อมในการ wean off O₂ ทุกเวอร์

- การเคลื่อนไหวร่างกายจำกัด (Immobility) และความเสี่ยง DVT ผู้ป่วยยังใช้ pneumatic cuff ป้องกัน DVT ดูแลสวม pneumatic cuff อย่างมีประสิทธิภาพจนกว่าจะสามารถ ลุกเดินได้ กระตุ้น early ambulation ทุกเวอร์ ประเมินความพร้อมก่อนลุกนั่ง/เดิน และมีการ Consult Hemato เพื่อวางแผน Prophylaxis DVT

- ควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังปวดแผลผ่าตัด คะแนนปวด 3-5 คะแนน ดูแลให้ได้รับยา Morphine 4 mg IV prn ทุก 4 ชม. และ Paracetamol po prn โดยดูแลประเมิน VAS pain scale ทุก 4-6 ชั่วโมง และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของ opioid เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ คื่น เป็นต้น รวมถึงเฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน (N/V) ภายหลังได้รับยา Morphine

- การฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหาร ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องเริ่มรับประทานอาหาร จากอาหารเหลว (liquid diet) เป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย (soft diet) ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวัง อาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย ดูแลให้ Air-X และ Ibuprofen ตามคำสั่งเพื่อบรรเทาอาการแน่นท้อง และปวดทั่วไป

- การวางแผนดูแลระยะยาว (Long-term care) แผนการรักษาต่อเนื่องภายหลังจาก ผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นระยะ IVB การดำเนินของโรคมักมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ และ พยาธิสภาพของโรคเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดรุนแรง จึงต้องมีการให้การรักษาสเสริมด้วยยาเคมีบ บัดตาเนื่องเป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องวางแผนใส่ Port-A สำหรับเคมีบำบัด วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2568 จึงได้รับการ Consult Intervention เพื่อพิจารณาใส่ Port-A ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการใช้ Port-A และการดูแลเบื้องต้น

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 7 (post-op day 7 วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และติดตามประเมิน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยกลับมาจากทำ CT PA Emer นอนอยู่บนเตียง ลักษณะหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/60 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง 88 เปอร์เซ็นต์ DTX stat = 154 mg%

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยสงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism – PE) โดยภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินที่ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงในปอด ทำให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

4) การพยาบาลที่ให้ ประเมินและติดตามระบบการหายใจและออกซิเจน ดูแลให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula 3 LPM ตามคำสั่ง ติดตาม SpO₂ ให้ > 95% ประเมินอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก เชื้อข ปลายมือปลายเท้าเย็น ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชม. สังเกตอัตราการหายใจ work of breathing ทุก 1-2 ชม. ก่อนตรวจ CT PA ติดตามและให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant therapy) ดูแลให้ Enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr. ฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา เช่น เลือดออกใต้ผิวหนัง ปัสสาวะหรืออุจจาระมีเลือด เป็นต้น ติดตามผลตรวจเลือด CBC, Coagulation profile, D-Dimer สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็ว, ความดันต่ำ, แขนงหน้าอกเฉียบพลัน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น Pulmonary infarction (ภาวะเนื้อตายของเนื้อปอด) Hypoxia รุนแรง Cardiogenic shock และเสียชีวิตจากภาวะ PE เฉียบพลัน เป็นต้น

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 8 (post-op day 9 วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และติดตามประเมินภาวะภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism – PE) หลังผ่าตัด

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับออกซิเจนแบบอัตราการไหลสูงผ่านทางจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) Flow 60 LPM, FiO₂ 0.4 ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะฟื้นตัวจากภาวะ Pulmonary Embolism (PE) และต้องการการดูแลทางระบบหายใจอย่างใกล้ชิด รวมถึงการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/56 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 97 เปอร์เซนต์

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยยังมีภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ผู้ป่วยยังต้องใช้ High-Flow Nasal Cannula (HFNC): Flow 60 LPM, FiO₂ 0.4 เป้าหมาย: SpO₂ > 95%, RR < 30/min แผนการให้การพยาบาล try wean HFNC อย่างช้า ๆ ตาม protocol

4) การพยาบาลที่ให้ ดูแลฝ้าระวังสัญญาณชีพ, RR, SpO₂ ทุก 2-4 ชั่วโมง ประเมินภาวะหอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เหนื่อย และดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ และรายงานแพทย์หากพบสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น RR > 30 หรือ SpO₂ < 95%

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลผลิตสิน

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 9 (post-op day 12 วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และติดตามประเมินภาวะภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism – PE) หลังผ่าตัด

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นั่งอยู่ข้างเตียง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจได้ปกติ ได้รับออกซิเจนแบบ High-Flow Nasal Cannula (HFNC) Flow 20 LPM, FiO₂ 40% วางแผน wean HFNC สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 85 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/64 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์

3) ประเด็นที่พบ การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดจากลิ่มเลือดอุดตันค่อย ๆ ดีขึ้น สังเกตจากการใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) ที่ลดระดับลงตามลำดับ แสดงถึงความพยายามลดการพึ่งพาออกซิเจนเสริม และวันนี้มีการหยุดให้ยาละลายลิ่มเลือด (Enoxaparin) บ่งชี้ว่าการประเมินภาวะ PE ดีขึ้น นอกจากนี้พบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Risk for infection) ลดลง จากการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Ceftriaxone และ Metronidazole ที่ให้ทางหลอดเลือดดำ เปลี่ยนไปเป็นยา Augmentin ชนิดรับประทาน และพบประเด็นความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Risk for pressure injury) จึงมีการเบี่ยงลม ป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยที่นอนพักพื้นระยะยาว

4) การพยาบาลที่ให้ ประเมินและติดตามอาการระบบหายใจ โดยสังเกต RR, SpO₂ อย่างใกล้ชิด ปรับระดับลดการให้ออกซิเจน HFNC ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินสัญญาณชีพและการตอบสนองต่อการลด ทบทวนและกระตุ้นการดูด Triflow เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด ส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยประสานงานกับนักโภชนาการสั่งเสริมไข่ 2 ฟอง/มื้อ และนมทางการแพทย์ 1 กล่อง/วัน เพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังเจ็บป่วย ป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยที่นอนพักพื้นระยะยาว โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม และเบี่ยงลมให้ผู้ป่วยลดแรงกดทับกับปุ่มกระดูก ป้องกันการเกิดแผลกดทับในอนาคต

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 10 (post-op day 14 วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจอากาศปกติ room air ไม่มีเหนื่อยหอบ ช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 141/5 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อการรักษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยสามารถหยุดใช้ Foley catheter ถอด A-line กลับมารับประทานอาหารได้ และค่อย ๆ หยุดการให้ยาทางหลอดเลือดดำ

4) การพยาบาลที่ให้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการเตือนของภาวะ PE ซ้ำ ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเฉียบพลัน หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย และอาการขาบวมข้างเดียว แนะนำให้รีบไปพบแพทย์ทันทีหากพบอาการผิดปกติดังกล่าว นอกจากนี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ เช่น เดินภายในบ้านหรือทำกิจวัตรประจำวันตามสมควร เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซ้ำ และหลีกเลี่ยงการนั่งหรือนอนนิ่งเป็นเวลานาน ทั้งนี้ หากผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Warfarin พยาบาลต้องเน้นย้ำเรื่องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และไม่เพิ่มหรือลดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมหรืออาหารที่ส่งผลต่อระดับ INR ตลอดจนสอนวิธีสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น มีจ้ำเลือดง่าย เลือดออกตามไรฟัน หรืออุจจาระดำ นอกจากนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหายใจด้วย Triflow อย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดหลังฟื้นตัวจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ไข่และนม ตามที่แพทย์สั่ง เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและสร้างเม็ดเลือด แนะนำกลับบ้าน นอกจากนี้ควรแนะนำให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 1.5–2 ลิตร นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ประเมินว่าผู้ป่วยมีผู้ดูแลหลักที่สามารถเข้าใจและช่วยเหลือในกระบวนการดูแลตนเองได้หรือไม่ พร้อมทั้งประเมินความสามารถและความมั่นใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 11 (วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

- 1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม ประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาเคมีบำบัด
- 2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนอยู่บนเตียง สื่อสารปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/56 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์
- 3) ประเด็นที่พบ เมื่ออาการของผู้ป่วยมีเสถียรภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนเริ่มการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร Carboplatin ร่วมกับ Paclitaxel ในวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2568
- 4) การพยาบาลที่ให้ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น CBC, Renal and Liver Function Tests, Electrolytes และการประเมินค่าความสามารถของอวัยวะที่สำคัญ เช่น ไตและตับ ว่าสามารถขับยาออกจากร่างกายได้ดีหรือไม่ รวมถึงประเมินสัญญาณชีพทั่วไป น้ำหนักส่วนสูง และพื้นที่สำหรับให้ยา ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เช่น การดูแลช่องปาก การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อ การรับประทานอาหารที่สะอาดและมีคุณค่า การป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือภาวะเม็ดเลือดต่ำ นอกจากนี้ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา ความคาดหวัง และความวิตกกังวล เพื่อวางแผนให้การดูแล โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมเอกสารความยินยอมรับการรักษา (Informed consent) โดยพยาบาลมีบทบาทในการอธิบายและตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 12 (post CMT day 1 วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 17.30 - 18.30 น.)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม เพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม และจัดการกับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้านอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

2) สภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ room air อ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/58 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจน 97 เปอร์เซ็นต์

3) ประเด็นที่พบ ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

4) การพยาบาลที่ให้ ติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์รุนแรงและสามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับยา ได้ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร พร้อมทั้งเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อาจเปลี่ยนแปลง รวมถึงอาการที่บ่งชี้ภาวะแทรกซ้อน เช่น ไข้ หรือภาวะช็อคจากการกดไขกระดูก ดูแลด้านยาละลายลิ่มเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายนี้ที่ได้รับยา Warfarin ร่วมด้วย ต้องประเมินอาการและอาการแสดงภาวะเลือดออกผิดปกติ และวางแผนติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) อย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีการปรับลดยาหรือหยุดยาในช่วงวันให้เคมีบำบัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เพื่อฟื้นฟูร่างกาย นอกจากนี้ประเมินภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะ เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก และแนะนำให้แจ้งพยาบาลทันทีกรณีมีอาการผิดปกติ

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 13 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2568 เวลา 10.00-10.30 น. (1 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) ผู้ป่วยมีเสียงสดชื่น ถามตอบสื่อสารรู้เรื่อง สภาพทั่วไป ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีไข้ เดินเคลื่อนไหวภายในบ้านได้ รับประทานอาหารได้ลดลงเล็กน้อย คลื่นไส้เล็กน้อยช่วงวันแรก ๆ หลังได้รับยา ไม่มีอาเจียน ไม่มีอาการท้องเสียหรือท้องผูก ยังไม่พบอาการช็อค เลือดออกผิดปกติ หรือจุดจ้ำ ปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด มีญาติให้การดูแลดี พักผ่อนเพียงพอ

3) สรุปผลการตรวจเยี่ยม ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยรายนี้มีอาการทั่วไปคงที่หลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 1 สัปดาห์ พบอาการไม่พึงประสงค์ระดับเล็กน้อย (เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย) ไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง หรือภาวะฉุกเฉิน สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน มีญาติให้การสนับสนุนและติดตามนัดอย่างเหมาะสม

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 14 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมาตรวจตามนัดคลินิกนอกเวลา วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 เวลา 10.00-10.30 น. (2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

1) เป้าหมายการติดตามเยี่ยม ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์
 2) ผู้ป่วยอ่อนเพลียลดลงจากสัปดาห์ก่อน ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมเบา ๆ ได้ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือแน่นหน้าอก อาการคลื่นไส้ลดลงมาก ไม่มีอาเจียน เบื่ออาหารเล็กน้อย แต่สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: ไม่พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) INR: อยู่ในช่วงเป้าหมายทางการรักษา และ LFT/Creatinine: ค่าปกติ แสดงการทำงานของตับและไตดี ผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin ได้ต่อเนื่องตามแผน ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ ญาติช่วยติดตามการนัดหมายและเตรียมตัวรับเคมีบำบัดรอบถัดไป

3) สรุปผลการตรวจเยี่ยม ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยตอบสนองต่อการให้ยาเคมีบำบัดได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อาการทั่วไปคงที่ ระบบเลือดไม่ผิดปกติ INR อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลและการติดตามรักษาอย่างดี พร้อมเข้าสู่รอบการให้เคมีบำบัดครั้งถัดไปตามแผน

4.9.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 66 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) ระยะที่ IVB โดยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมด ร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) และได้รับยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ระหว่างกระบวนการรักษาผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

การศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลา 29 วัน ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 19 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีการติดตามอาการและให้การพยาบาลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอีก 14 วัน รวมระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 43 วัน ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในระหว่างและภายหลังการรักษาได้อย่างเหมาะสม จากการประเมินผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการศึกษา สรุปได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลหลายประการ ซึ่งผู้ศึกษาได้วางแผนให้การพยาบาล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัว และเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนี้

ระยะที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (วันที่ 19 - 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ระยะที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (วันที่ 27 กุมภาพันธ์ - 16 มีนาคม พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 พร่องออกซิเจนเนื่องจากการไหลเวียนเลือดที่ปอดลดลงจากการมีลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยพร่องสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณหลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหน้าที่เนื่องจากการกดทับและการเคลื่อนไหวลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ระยะที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะให้ยาเคมีบำบัด (วันที่ 17-19 มีนาคม พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังให้เคมีบำบัดและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ระยะที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (วันที่ 19 - 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า “ก่อนหน้านี้สุขภาพแข็งแรงดี ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง หรือ เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมาก่อน”

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า “ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา”

Objective data: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล เมื่อทราบผลการวินิจฉัย โรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และญาติซักถามเกี่ยวกับอาการและการรักษาบ่อยครั้ง

Objective data: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ระดับปานกลาง GAD-7 เท่ากับ 12/21 คะแนน

ข้อมูลสนับสนุน (ต่อ)

Objective data: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เพื่อการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2568

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยและญาติบอกว่าระดับความวิตกกังวลลดลง เมื่อได้รับข้อมูลและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ
- 2) คะแนนการประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบวัด GAD-7 อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (0-9 จาก 21 คะแนน)
- 3) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายลักษณะของโรค แนวทางการรักษา และวิธีการดูแลตนเองได้ถูกต้องตามความเข้าใจ
- 4) ผู้ป่วยและญาติแสดงท่าทีที่ยอมรับภาวะของโรค และสามารถปรับตัวทางจิตใจให้สอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้)

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ แสดงความเคารพโดยการกล่าวสวัสดี และแนะนำตนเองด้วยท่าทีที่อ่อนโยน จริงใจ และให้ความเป็นกันเอง เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเอื้อต่อการสื่อสาร จากนั้นขออนุญาตผู้ป่วยและญาติในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษากรณี เมื่อได้รับความยินยอมอย่างเต็มใจแล้วจึงดำเนินการซักประวัติและประเมินอย่างละเอียด
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุย ปรีกษา และระบายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหรือแผนการรักษา โดยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ทั้งในแง่ของคำพูด สีหน้า และอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและปลอดภัยในการแสดงความรู้สึก
- 3) ให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลที่กำลังจะได้รับ ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถวางแผนการดูแลตนเอง และลดความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้
- 4) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถซักถามในประเด็นที่ยังสงสัย หรือรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา พร้อมตอบคำถามด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และท่าทีที่ให้ความมั่นใจ

5) ประสานงานกับทีมสุขภาพ ดูแลประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและญาติในประเด็นที่ซับซ้อนหรือจำเป็นต้องอธิบายโดยตรง เพื่อช่วยลดความคลุมเครือและเสริมสร้างความมั่นใจในการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) ส่งเสริมกำลังใจและสนับสนุนทางอารมณ์ โดยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพูดคุยเป็นกันเอง ชักถามความรู้สึก และสะท้อนความเข้าใจอย่างเห็นอกเห็นใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจ สามารถเผชิญกับการรักษาและการเจ็บป่วยได้อย่างเข้มแข็ง

การประเมินผลการพยาบาล

1) ผู้ป่วยและญาติมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า "ตอนแรกเครียดมาก แต่ตอนนี้เข้าใจมากขึ้น ไม่กังวลเหมือนก่อน" และญาติแสดงความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม

2) ผลการประเมินด้วยแบบวัด GAD-7 ได้คะแนน 7/21 คะแนน ซึ่งวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย

3) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายลักษณะของโรค แนวทางการรักษา และวิธีการดูแลตนเองหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด และหลังให้ยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ การใช้ยา และการรับมือกับผลข้างเคียง

4) ผู้ป่วยและญาติแสดงถึงการยอมรับภาวะของโรค ด้วยท่าทีที่สงบมากขึ้น ระบายความรู้สึกและพูดคุยอย่างมีเหตุผล และสามารถวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มีเลือดออกทางช่องคลอดทุกวัน ได้รับการขูดมดลูกเมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2568 และทราบผลตรวจว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ 4 เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

Objective data: ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีเพื่อเตรียมผ่าตัด

Objective data: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อทราบผลการวินิจฉัย และไม่เข้าใจขั้นตอนการรักษาและผลข้างเคียงของการผ่าตัด

Subjective data: ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่า “ผ่าตัดใหญ่ไหมคะ มีแผลตรงไหน เจ็บไหมคะ แล้วต้องทำอะไรบ้าง แล้วอยู่โรงพยาบาลอีกนานไหมคะ ผ่าตัดมีผลข้างเคียงอะไรบ้างคะ”

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการรักษา และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมภายในระยะเวลา 1-2 วันก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายขั้นตอนการผ่าตัด แนวทางการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ถูกต้อง
- 2) ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนผ่าตัดได้ เช่น งดน้ำและงดอาหาร การเตรียมผิวหนัง การฝึกหายใจหลังผ่าตัด
- 3) ผู้ป่วยและญาติแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้ เช่น ชักถาม ขอนัดรับฟังข้อมูลเพิ่มเติม หรือรับเอกสารประกอบคำแนะนำ เป็นต้น
- 4) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง (สังเกตจากสีหน้า น้ำเสียง และคำพูด)

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้)

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคุ้นเคย และมีความไว้วางใจ รับฟังด้วยท่าทางที่พร้อมช่วยเหลือสนับสนุน
- 2) ประเมินความต้องการการเรียนรู้และระดับความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนให้ข้อมูลเพื่อการสื่อสารมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Orem, 2001)
- 3) ประสานงานกับแพทย์ให้ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดมดลูก เช่น ขั้นตอนระยะเวลา การดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน โดยช่วยทบทวนและอธิบายเพิ่มเติมด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อเสริมความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ
- 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลหลังผ่าตัด ตามแนวคิด “การดูแลตนเองโดยอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือบางส่วน” (Partly Compensatory System) เนื่องจากภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน
- 5) สร้างเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกอย่างเป็นกันเอง ชักถาม ทวนซ้ำ หรือสะท้อนความรู้สึกช่วยให้มีกำลังใจที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวเผชิญกับความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมการมีคุณค่าให้มารดาผู้ดูแลผู้ป่วยได้มองหาข้อดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพให้คลายความวิตกกังวล
- 6) สนับสนุนและส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
- 7) ประเมินความเข้าใจซ้ำ เช่น การให้ผู้ป่วยสรุปเนื้อหาด้วยตนเอง (teach-back method)
- 8) เตรียมความพร้อม โดยเลื่อนคิวนัด Ultrasound Doppler ขึ้นก่อนวันผ่าตัด (เพื่อเตรียมความพร้อมหากพบภาวะ DVT ให้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคเลือด (Hematologist) ก่อนทำการผ่าตัด)

9) เตรียมเลือดและของเหลว โดยประสานงานกับธนาคารเลือดเตรียมเลือด ได้แก่ PRC (Packed Red Cells) จำนวน 6 ยูนิต FFP (Fresh Frozen Plasma) จำนวน 6 ยูนิต และ Platelet concentrate จำนวน 10 ยูนิต และดูแลให้ Acetar 1000 ml IV 120 ml/hr. ตามแผนการรักษา

10) ดูแลจัดและบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ ยา Antihypertensive: ให้ Amlodipine 20 mg ½ เม็ด + น้ำ 30 ml เวลา 06.00 น. เข้าวันผ่าตัด วันที่ 20 ก.พ. 68 มีคำสั่ง off Amlodipine เข้าวันผ่าตัด ดูแลให้ Manidipine 20 mg 1/2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ส่วนยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulant): ดูแลให้ฉีด Enoxaparin ต่อเนื่องจนถึงเช้า 26 ก.พ. 68 โดยงด Enoxaparin วันที่ 27 ก.พ. 68 (วันผ่าตัด) อย่างน้อย 24 ชม.ก่อน นอกจากนี้ยาอื่น ๆ: Paracetamol 500 mg ครั้งละ 2 เม็ด กินเมื่อมีอาการปวด (PRN) ทุก 6 ชั่วโมง และ Motilium 10 mg 1 เม็ด รับประทานเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ทุก 8 ชั่วโมง (PRN)

11) ดูแลเตรียมร่างกายของผู้ป่วยรายนี้ก่อนผ่าตัด ดังนี้ วันที่ 26 ก.พ. 68: รับประทาน Swift 45 ml เวลา 14.00 น. และ 18.00 น. และวันที่ 27 ก.พ. 68 (เข้าวันผ่าตัด): Prep & shave บริเวณหน้าท้องและหัวหน่าว สอนล้างช่องคลอด (Vaginal douche) ก่อนนอนและเข้าวันผ่าตัด ดูแลช่วยเหลือแพทย์ใส่ Foley catheter

การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมตัว และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
- 2) ญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการเตรียมตัวและดูแลภายหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
- 3) สีหน้าและพฤติกรรมของผู้ป่วยแสดงถึงความวิตกกังวลที่ลดลง
- 4) ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบถ้วน เช่น งดน้ำ-อาหารก่อนผ่าตัดตามเวลา เป็นต้น

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ระยะที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (วันที่ 27 กุมภาพันธ์ - 16 มีนาคม พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

พร้อมออกซิเจนเนื่องจากการไหลเวียนเลือดที่ลดลงจากการมีลิ่มเลือดอุดตันในปอด (6-13 มีนาคม พ.ศ. 2568)

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) และเข้ารับการรักษาดำเนินการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy: TAH-BSO) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ข้อมูลสนับสนุน (ต่อ)

Objective data: หลังผ่าตัด 7 วัน ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/60 มิลลิเมตรปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง 88 เปอร์เซ็นต์ ฟังปอด พบ Decrease breath sound both lungs

Objective data: CT Pulmonary Angiography (CTPA) วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 พบ พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันในแขนงย่อยของหลอดเลือดแดงปอดทั้งสองข้าง (Pulmonary Embolism: PE)

Objective data: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2568 พบ D-Dimer > 35200 IU/ml สูงกว่าค่าปกติมาก (ค่าปกติ 0-499 IU/ml)

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ไม่มีสัญญาณบ่งชี้ของภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
- 2) ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ≤ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ≤ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน $\geq 95\%$ อย่างต่อเนื่อง อุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิตคงที่
- 3) ผู้ป่วยไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือหายใจเร็วผิดปกติ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเบาๆ โดยไม่เกิดอาการเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น
- 4) เสียงหายใจกลับมาได้ยินชัดเจนขึ้น (auscultation finding improves)

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบทดแทนบางส่วน)

1) ประเมินการหายใจของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทุก 2-4 ชั่วโมง เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ และฟังเสียงปอด เพื่อตรวจสอบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน

2) ติดตามและประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) อย่างต่อเนื่อง และรายงานทันที หากค่าลดลง < 92% เพื่อประเมินภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซและตอบสนองต่อการให้ออกซิเจน

3) ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น ให้ออกซิเจนเสริม (High Flow Nasal Cannula 7-11 มีนาคม พ.ศ. 2568, Cannula 12-13 มีนาคม พ.ศ. 2568) จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา (Semi-Fowler's position) ช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และปรับการให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดเป็นปกติ ปอดขยายตัวมากขึ้น และเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดให้เพียงพอ

4) ดูแลการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant therapy) เช่น Enoxaparin 0.6 ml SC ทุก 12 hr. วันที่ 6-7 มีนาคม พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็น Enoxaparin 0.8ml SC ทุก 12 hr. วันที่ 7-11 มีนาคม พ.ศ. 2568 หรือ Warfarin Warfarin (3) 1 tab oral hs วันที่ 7-18 มีนาคม พ.ศ. 2568 ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดใหม่ และลดความรุนแรงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและให้การพยาบาล

5) Monitor EKG เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ และบันทึกผลทุก 1 ชั่วโมง หากมีการเปลี่ยนแปลง ทำ EKG 12 Leads และรายงานแพทย์ทราบ

6) เตรียมท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจไว้ให้พร้อมหากเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจะได้ใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ เมื่อแก้ไขภาวะวิกฤตจนปลอดภัยไม่มีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพเข้าสู่ปกติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดภาวะ Venous stasis

7) ทบทวนวิธีการใช้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหายใจด้วยเครื่อง Triflow อย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของถุงลมปอด เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดภาวะปอดแฟบ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจหลังผ่าตัด

8) ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ pneumatic cuff ป้องกัน DVT ดูแลสวม pneumatic cuff อย่างมีประสิทธิภาพจนกว่าจะสามารถลุกเดินได้ กระตุ้น early ambulation ทุกเวร ประเมินความพร้อมก่อนลุกนั่ง/เดิน และมีการ Consult Hemato เพื่อวางแผน Prophylaxis DVT

9) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, ABG, INR และ D-Dimer อย่างใกล้ชิด และรายงานผลที่ผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยและประสิทธิผลของการรักษา โดยเน้นการเฝ้าระวังไม่ให้ค่าเกล็ดเลือดลดต่ำกว่าร้อยละ 30-50 ของค่าปกติ และให้ค่า INR อยู่ในช่วง 2-3 เท่าของค่ามาตรฐานตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติจากอวัยวะภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยมีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน $\geq 95\%$ อย่างต่อเนื่อง
- 2) อัตราการหายใจลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (16-20 ครั้ง/นาที)
- 3) อาการหอบเหนื่อยลดลง ไม่มี cyanosis หรืออาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
- 4) เสี่ยงปอดพังได้ชัดเจนขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มการพยาบาล
- 5) ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการฝึกหายใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการพยาบาล

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) โดยได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดรวมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 แผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้อง

2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อ่อนนิง ๆ บนเตียง เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด คะแนนความปวด 6/10 คะแนน

3) ผู้ป่วยบอกรู้สึกปวดแผลที่หลังเวลาไอ หายใจเข้าออกลึกๆ เวลาขยับตัวและพลิกตะแคงตัวจะปวดมาก บ่นปวดไม่อยากจะขยับตัว

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและบรรเทาอาการปวดและพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยรายงานระดับความปวดลดลง < 3/10 ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังให้การพยาบาล
- 2) ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น เช่น ลูกนั่ง พลิกตัว หายใจเข้า-ออกลึกได้โดยไม่ปวดรุนแรง
- 3) ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม เช่น หลับพักผ่อนได้ ≥ 6 ชั่วโมงต่อวันโดยไม่ถูกรบกวนจากอาการปวด
- 4) สีหน้าและพฤติกรรมของผู้ป่วยบ่งบอกว่ารู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบทดแทนบางส่วน)

1) อธิบายและประเมินความปวดเป็นตัวเลข (numeric scale) ทุก 2-4 ชั่วโมง โดยกำหนดตัวเลขต่อเนื่องจาก 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-3 คะแนน หมายถึงปวดเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมาก ประเมินความเข้าใจและอธิบายซ้ำจนผู้ป่วยเข้าใจดี

2) ประเมินอาการปวดที่แสดงออกทางกายของผู้ป่วย ได้แก่ สีหน้าแสดงอาการเจ็บปวด ดูไม่สุขสบาย หงุดหงิด นอนนิ่ง เกร็งบริเวณหน้าท้องหรือมีอวางบริเวณท้อง ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น

3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Epidural analgesia ด้วย Bupivacaine + Fentanyl ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวังอาการปวดโดยใช้ VAS scale ทุก 4-6 ชม. งดให้ยา opioid ทางอื่นเพิ่มเติม ประเมินและบันทึกระดับความปวด ทุก 1-2 ชม. และสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น อัตราการหายใจลดลง คัน คลื่นไส้ อาเจียน รวมถึงเฝ้าระวังภาวะกดการหายใจจากยา opioid เฝ้าระวังอัตราการหายใจ (Respiratory rate) ทุก 1-2 ชั่วโมง เป็นต้น

4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสมและประเมินผลหลังให้ยา 30–60 นาที เพื่อบรรเทาอาการปวดและป้องกันไม่ให้เกิดอาการแพ้ เช่น มอร์ฟีน (Morphine) 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเมื่อมีอาการปวด (IV prn ทุก 4 ชั่วโมง) และยาพาราเซตามอลชนิดรับประทาน (Paracetamol po prn) พร้อมทั้งประเมินระดับความปวดโดยใช้เครื่องมือวัดระดับความปวด (VAS: Visual Analog Scale) ทุก 4–6 ชั่วโมง และติดตามอาการหลังได้รับยาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผลข้างเคียงจากยาในกลุ่ม Opioids ได้แก่ การกดการหายใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการคัน รวมถึงรายงานอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการได้รับยาแก่แพทย์ทันที

5) ดูแลให้ผู้ปวยนอนพักในท่านอนหงายประมาณ 30-60 องศา (semi-fowler's position) เข้าและปลายเท้าสูงประมาณ 15 องศา หรือทำที่รู้สึกสบายที่สุด เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน เทรียมหมอนใบเล็ก ๆ ไว้ใกล้มือผู้ป่วย และแนะนำให้ใช้ประคองหน้าท้องขณะไอหรือ เคลื่อนไหว ร่างกาย จัดทำให้เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงการดึงรั้งแผลผ่าตัด

6) ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ดูแลให้ยาป้องกันความปวดตามแผนการรักษา ก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องให้ผู้ป่วยขยับตัวมาก เช่น ดูแลช่วยเหลืออาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหรือส่งผลเพิ่มความดันในช่องท้อง เช่น ก่อนช่วยเหลือเข้าห้องน้ำขับถ่าย เป็นต้น

การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยรายงานว่าระดับความปวดลดลงเหลือ 2/10 หลังได้รับยาและการพยาบาล
- 2) ผู้ป่วยสามารถกลืนและพลิกตัวได้เอง โดยไม่แสดงอาการเจ็บปวดรุนแรง
- 3) ผู้ป่วยพักผ่อนได้ดีขึ้น หลับสนิทมากกว่า 6 ชั่วโมงในช่วงกลางคืน
- 4) สีหน้าและพฤติกรรมของผู้ป่วยแสดงถึงความผ่อนคลาย เช่น ไม่ขมวดคิ้ว ไม่เกร็งร่างกาย

พูดคุยได้ปกติ

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยพร่องสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 66 ปี น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร และดัชนีมวลกาย 37.77 กิโลกรัมต่อเมตร² ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial cancer) ระยะที่ IVB และเข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดรวมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) ตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด สูตร Carboplatin ร่วมกับ Paclitaxel วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2568

Objective data: หลังได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน

Objective data: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยหรือบางมื้อไม่รับประทานอาหารเลย

ข้อมูลสนับสนุน (ต่อ)

Objective data: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยมีระดับโซเดียมค่อนข้างต่ำกว่าปกติ 128 mEq/L (ค่าปกติ 137-145 mEq/L) บ่งชี้ถึงภาวะโซเดียมต่ำ (Hyponatremia) และวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2568 ค่าโพแทสเซียมต่ำกว่าค่าปกติ (Potassium) ต่ำสุดที่ 3.4 mEq/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mEq/L)

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและเกลือแร่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้มีพลังงานในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดและลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและของเหลวได้เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐาน
- 2) ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ความดันโลหิตต่ำ
- 3) ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolytes, BUN/Creatinine และ Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 4) น้ำหนักตัวคงที่ หรือเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมตามเป้าหมายการรักษา
- 5) ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสียจากภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบทดแทนบางส่วน)

1) ประเมินประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI และลักษณะทางกายภาพ เช่น ผิวหนัง เยื่อบุปาก กล้ามเนื้อ หรือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยการซักประวัติเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการรับประทานอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาหารไม่คุ้นเคย และอาหารที่ไม่ชอบ เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนบรรเทาอาการและป้องกันการขาดสารอาหาร เพื่อวางแผนการดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยรายนี้

2) เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะพร่องเกลือแร่ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย

3) ดูแลด้านโภชนาการ ก่อนการผ่าตัดดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา โดยวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รับประทานอาหารอ่อนควบคุมโซเดียม (Soft diet, low salt) วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รับประทานอาหารเหลว (Liquid diet) และวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 (วันผ่าตัด): งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน (NPO after midnight) พร้อมทั้งดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหาร ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องเริ่มรับประทานอาหารจากอาหารเหลว (liquid diet) เป็นอาหารอ่อนอย่างง่าย (soft diet) ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวังอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย ดูแลให้ Air-X และ Ibuprofen ตามคำสั่งเพื่อบรรเทาอาการแน่นท้องและปวดทั่วไป

4) จัดอาหารและของว่างที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกับทีมนักโภชนาการ โดยเลือกอาหารที่มีประโยชน์และช่วยฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด

5) ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 5% DN/2 1000 ml + KCL 40 mEq IV rate 120 ml/hr วันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และ 5% DN/2 1000 ml IV 100 ml/hr. x 3 ขวด วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2568 ตามแผนการรักษา

6) สังเกตและประเมินการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อวางแผนบรรเทาอาการ และประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และชั่งน้ำหนักผู้ป่วยวันละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

7) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Serum Electrolytes, Albumin, BUN, Creatinine เพื่อตรวจสอบระดับเกลือแร่ และความสมดุลของของเหลวในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ แต่คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน
- 2) ค่า Lab Electrolytes อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนกลับบ้าน Na 135–145 mEq/L, K 3.5–5.0 mEq/L
- 3) น้ำหนักตัวคงที่ในช่วงพักฟื้น
- 4) สภาพร่างกายโดยรวมดีขึ้น ผิวหนังชุ่มชื้น ปากไม่แห้ง กล้ามเนื้อมีแรงดี
- 5) ผู้ป่วยรายงานว่ารู้สึกมีพลังงานเพิ่มขึ้น และสามารถทำกิจกรรมเบา ๆ ได้มากขึ้น

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลบางส่วน มีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 เวลา 10.00-10.30 น. (2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ลดลงมาก ไม่มีอาเจียน เบื่ออาหารเล็กน้อย แต่สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 66 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) = 37.77 kg/m² (จัดอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับ II) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด

Objective data: วันที่ 27 ก.พ. 2568 ได้รับการผ่าตัดตามดลูกทางหน้าท้องแบบทั้งหมดร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (TAH-BSO) แผลผ่าตัดแนว midline ปิดด้วย Gauze และ Fixomull ไม่มีเลือดซึม

Objective data: วันที่ 28 ก.พ. 2568 สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 37.5 °C ซึ่งใกล้เคียงขอบเขตไข้ต่ำ ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 23 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/84 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 97 เปอร์เซ็นต์

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและส่งเสริมให้การหายของแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการบ่งชี้ของการติดเชื้อ เช่น ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง หรือเจ็บปวดผิดปกติ แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มีสารคัดหลั่งหรือกลิ่นผิดปกติ
- 2) ผลการตรวจ WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($4,000-11,000 \text{ cells/mm}^3$) และไม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างผิดปกติ
- 3) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลแผลผ่าตัดอย่างเหมาะสม เช่น ไม่สัมผัสแผลด้วยมือสกปรก ไม่แกะเกาบริเวณแผลผ่าตัด เป็นต้น
- 4) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายวิธีการดูแลแผลผ่าตัด และสังเกตอาการติดเชื้อเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบทดแทนบางส่วน และระบบการสนับสนุนและให้ความรู้)

- 1) ดูแลประเมินลักษณะแผลผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น บวม แดง ร้อน หรือมี discharge เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในระยะเริ่มต้น
- 2) ดูแลรักษาให้แผลสะอาดแห้ง และปิดแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Sterile technique) ทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าปิดแผล เพื่อลดความเสี่ยงการปนเปื้อนเชื้อโรค
- 3) ติดตามสัญญาณชีพทุก 4-6 ชั่วโมงในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอุณหภูมิ หากมากกว่า 37.8°C ให้รายงานแพทย์ทันที
- 4) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ดังนี้
 - 4.1) Cefazolin 2 gm IV วันละ 1 ครั้ง (27 ก.พ. 2568-10 มี.ค. 2568) โดยยาออกฤทธิ์ต้านแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ การบริหารยาเข้าทางหลอดเลือดดำต้องบริหารยาอย่างช้า ๆ นานมากกว่า 30-40 นาที เฝ้าระวังอาการแพ้ชนิด Anaphylaxis เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวดข้อ การแข็งตัวของเลือดต่ำ Neutropenia และ Leukopenia เป็นต้น
 - 4.2) Metronidazole 500 mg v ทุก 8 hrs. (27 ก.พ. 2568-10 มี.ค. 2568) เพื่อยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ให้คำแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ และติดตามผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รสโลหะในปาก ปวดศีรษะ หรือปัสสาวะสีเข้มได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการชา ปลายมือปลายเท้า และผื่นคัน เป็นต้น
 - 4.3) Augmentin 1000 mg 1 tab oral bid (10-24 มี.ค. 2568) ใช้ป้องกันและรักษาการติดเชื้อจากแบคทีเรีย รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น ลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือแน่นท้อง ในบางรายอาจเกิดผื่น ลมพิษ หรืออาการแพ้รุนแรง เช่น หายใจลำบากหรือหน้าบวม หากมีอาการผิดปกติควรหยุดยาและพบแพทย์ทันที

5) สอนผู้ป่วยและญาติดูแลรักษาความสะอาดแผลผ่าตัด ระวังระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำขึ้น และ โดยดูแลให้แผลแห้งตลอดเวลา

6) สนับสนุนและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยประทาน โปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา นมถั่วเหลือง เป็นต้น และผลไม้ที่มีวิตามินซี เช่น พริกหวาน บรอกโคลี คื่นช่าย ส้ม เป็นต้น เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด

7) ติดตามผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) โดยเฉพาะค่าจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย และเฝ้าระวังแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่อาจบ่งชี้ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล

- 1) แผลผ่าตัดสะอาด แห้ง ไม่มีบวม แดง ร้อน หรือมีสารคัดหลั่งผิดปกติ
- 2) ผู้ป่วยไม่มีไข้ และค่าอุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\leq 37.5^{\circ}\text{C}$)
- 3) ผลตรวจเม็ดเลือดขาว วันที่ 13/3/68 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล White blood cell (WBC) อยู่ในช่วง $12.55 \times 10^3/\text{uL}$ ซึ่งสูงกว่าค่าปกติเล็กน้อย (ค่าปกติ $4.0\text{-}12.3 \times 10^3/\text{uL}$)
- 4) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลแผลอย่างเหมาะสม เช่น ไม่สัมผัสแผลโดยตรง ไม่แกะแผล
- 5) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายวิธีดูแลแผลและสังเกตอาการติดเชื้อเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลบางส่วน มีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 เวลา 10.00-10.30 น. (2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) แผลปิดสนิท ไม่มีอีกเสบวมแดง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากการกดทับเป็นเวลานานและการเคลื่อนไหวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 66 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) = 37.77 kg/m^2 (จัดอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับ II) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหายที่

Objective data: ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่ขยับตัว เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง

Subjective data: ผู้ป่วยบ่นว่า "ไม่อยากขยับตัวเลย ปวดแผลมาก"

Objective data: หลังผ่าตัดผู้ป่วยอ่อนเพลียเล็กน้อย กำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) แขนและขาทั้งสองข้าง ระดับ 4

Objective data: นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 29 วัน

Objective data: ความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ Braden score = 11 คะแนน เสี่ยงสูง high risk)

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังเสียหายที่ หรือ การเกิดแผลกดทับ ระหว่างการนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่าง ๆ
- 2) ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ Braden score 19 – 23 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยง)
- 3) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถอธิบายและปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบทดแทนบางส่วน และแบบสนับสนุนและให้ความรู้)

- 1) ประเมินสภาพผิวหนังทุก 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะบริเวณที่มีแรงกด เช่น ก้นกบ สะโพก ข้อศอก สันเท้า เป็นต้น และประเมินระดับ Braden score อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- 2) ให้การช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการกดทับซ้ำซ้อน และเมื่อพ้นระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดแล้ว ให้กระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองตามความเหมาะสม เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- 3) ดูแลใช้เครื่องช่วยลดแรงกด เช่น ฟูกลดแรงกด (Pressure-relieving mattress) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ หากสามารถทำได้
- 4) สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ดึงผ้าขางเตียงให้ตึงเรียบ และสะอาดปราศจากฝุ่น ละออง เศษผง หรืออื่น ๆ เพื่อป้องกันการระคายเคือง โดยดูแลความสะอาดของผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ โดยเฉพาะกรณีมีเหงื่อหรือการใช้ผ้าอ้อม
- 5) ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลผิวหนัง การเปลี่ยนท่าทาง และสัญญาณเตือนแผลกดทับ สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย ควรใช้ผ้าขางเตียงช่วยยกตัวผู้ป่วยขึ้น ไม่ใช้วิธีลากดึงเพราะจะทำให้ผิวหนัง เกิดการเสียดสีทำให้เส้นเลือดฝอยฉีกขาดและเนื้อเยื่อถูกทำลายได้
- 6) ประเมินความปวดและให้การบรรเทาปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้น

การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้น ตลอดเวลาที่ดูแล
- 2) ผิวหนังบริเวณเสี่ยงมีความสมบูรณ์ดี ไม่มีรอยแดง รอยเปิด หรือบาดแผล
- 3) ผู้ป่วยสามารถ ขยับตัวหรือเปลี่ยนท่าด้วยตนเองบางส่วน ได้มากขึ้นหลังบรรเทาปวด
- 4) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายและมีส่วนร่วมในการป้องกันแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง
- 5) Braden score เพิ่มขึ้นจาก 11 เป็น ≥ 13 ภายใน 1 สัปดาห์

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Enoxaparin 0.6 ml SC q12hr และ Warfarin 3 mg OD ตามแผนการรักษา

Objective data: ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism: PE)

Objective data: อยู่ในช่วง Postoperative หลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งหมด (TAH-BSO) ซึ่งเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการมีเลือดออก

Objective data: ผลการตรวจ Prothrombin Time (PT) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ 6/3/68 (19.00 วินาที) จนถึงวันที่ 2/4/68 (57.40 วินาที) ซึ่งสูงกว่าค่าปกติอย่างมาก แสดงถึงการแข็งตัวของเลือดที่ล่าช้า

Objective data: ผลการตรวจ Activated Partial Thromboplastin Time (aPTT) เมื่อวันที่ 6/3/68 เท่ากับ 34.80 วินาที ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ (22.19–30.74 วินาที) เล็กน้อย บ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติในระบบการแข็งตัวของเลือดแบบ intrinsic pathway

Objective data: ผลการตรวจ International Normalized Ratio (INR) พบค่าสูงผิดปกติ ได้แก่ วันที่ 13/3/68 = 3.51 และ วันที่ 2/4/68 = 5.33 ซึ่งเกินค่ามาตรฐาน (0.8–1.4) อย่างชัดเจน สะท้อนถึงความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเลือดออก

Objective data: ไม่มีหลักฐานของภาวะเลือดออกในขณะนี้ แต่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดเลือดออกผิดปกติจากระดับ INR ที่สูงเกินเกณฑ์เป้าหมายทางคลินิก

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติ และสามารถตรวจพบภาวะผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกใต้ผิวหนัง ปัสสาวะหรืออุจจาระมีเลือดปน เลือดออกตามไรฟันหรือมีจ้ำเลือด

2) ค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายที่แพทย์กำหนด (PT, INR, aPTT อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย)

3) ผู้ป่วยและญาติสามารถระบุอาการเตือนของการมีเลือดออกผิดปกติได้ถูกต้อง

4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือภาวะเลือดออกในสมอง

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบทดแทนบางส่วน และแบบสนับสนุนและให้ความรู้)

1) แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการและการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือระบุงการเตือนของการมีเลือดออกผิดปกติ เช่น รอยจ้ำเขียว ปวดศีรษะ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน หรือถ่ายดำ ปัสสาวะสีน้ำตาลเข้ม เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ไอหรืออาเจียนเป็นเลือด เพื่อให้ตรวจพบอาการได้รวดเร็ว รักษาได้ทันที ไม่เกิดความเสี่ยง

2) แนะนำผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นของการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดขณะอยู่โรงพยาบาลและยากลับบ้าน Warfarin (2) 1x1 PO hs โดยเน้นย้ำให้รับประทานตามขนาดการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง เพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

3) สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด

4) แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือรับสารที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยาลดกรด แอสไพริน ยาต้านการอักเสบกลุ่ม non steroid วิตามินซี และแอลกอฮอล์

5) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติหลีกเลี่ยงหรือจำกัดปริมาณอาหารที่มีวิตามินเคสูง ได้แก่ ดอกกะหล่ำ บรอกโคลี กะหล่ำปลี หน่อไม้ฝรั่ง ผักกะเฉด เครื่องเทศ ตับวัว ถั่วเขียว ชาเขียว กาแฟ นม ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากนม เนื่องจากจะมีผลลดฤทธิ์การต่อต้านการแข็งตัวของเลือด

6) แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เลือดออก เช่น การใช้มีดโกน การใช้มีดประกอบอาหาร อุบัติเหตุชนของแข็ง พลัดตกหกล้ม เป็นต้น

7) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ PT/INR, aPTT, CBC ตามแผนการรักษา

การประเมินผลทางการพยาบาล

1) ผู้ป่วยไม่แสดงอาการของการมีเลือดออกผิดปกติระหว่างการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในช่วงค่ามาตรฐานตามเกณฑ์แพทย์

3) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายสัญญาณเตือนของภาวะเลือดออกผิดปกติได้

4) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ชีตเฉียบพลัน หรือ shock จากการเสียเลือด

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: ไม่พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) INR: อยู่ในช่วงเป้าหมายทางการรักษา ผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin ได้ต่อเนื่องตามแผน ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลโสตทัศนศึกษา

ระยะที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะให้ยาเคมีบำบัด (วันที่ 17-19 มีนาคม พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Carboplatin + Paclitaxel ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีไข้เม็ดเลือดต่ำ (Febrile neutropenia) อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมร่าง ตืดเชื้อ และภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น

Objective data: มีภาวะอ่อนเพลียและเบื่ออาหารหลังได้รับยาเคมีบำบัด

Subjective data: ผู้ป่วยกล่าวว่า “ไม่อยากกินอะไรเลย รู้สึกคลื่นไส้” และ “กลัวจะมีผลข้างเคียงเยอะ”

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันหรือบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จากการให้ยาเคมีบำบัด เช่น ไข้สูง ตืดเชื้อ หรือเม็ดเลือดต่ำอย่างมีนัยสำคัญ
- 2) ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ และรายงานว่าอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนลดลง
- 3) ผู้ป่วยและญาติสามารถ ระบุอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตืดเชื้อรุนแรง ภาวะช็อก หรือการต้องเลื่อนรอบเคมีบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้)

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคุ้นเคย และมีความไว้วางใจ รับฟังด้วยท่าทางที่พร้อมช่วยเหลือสนับสนุน
- 2) ประเมินอาการไม่พึงประสงค์หลังให้ยาเคมีบำบัดทุกวัน เช่น ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน ผอมร่าง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น
- 3) สอนและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด วิธีการป้องกันและการจัดการอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ควรรายงานเจ้าหน้าที่ เช่น อาการใจสั่น ใจหวิว ใจเต้นผิดปกติ อาการเจ็บแสบ ปวดบวมแดงบริเวณให้ยา เป็นต้น
- 4) สอนและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แนะนำให้นอนพักผ่อน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรง เสี่ยงต่อภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ถ่ายเหลว แนะนำให้ดูแลรักษาความสะอาด ล้างมือ ผูกผ้าปิดจมูก รับประทานอาหารสุกสะอาด และเกร็ดเลือดต่ำ เสี่ยงเลือดออกง่ายหยุดยาก แนะนำหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุเลือดออก หรือการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันคลื่นไส้อาเจียนก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ Ondansetron 8 mg IV ก่อนให้ยาเคมีบำบัด รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาแก้คลื่นไส้

6) ส่งเสริมโภชนาการ เช่น การให้มื้ออาหารที่มีโปรตีนสูง ย่อยง่าย และให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

7) ให้การพยาบาลแบบป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม จัดเตียงเมื่อไม่จำเป็น

8) สอนให้ผู้ป่วยฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว G-CSF (Granulocyte Colony-Stimulating Factor) ขนาด 300 mcg SC OD x 5 วัน (18-22/3/68) เพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลในไขกระดูก ป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) หลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและอาจทำให้ติดเชื้อรุนแรง

9) ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียง และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อสร้างความเข้าใจและลดความกลัว

10) เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยและคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย แจ้งผู้ป่วยและบิดามารดาให้รับทราบว่าขณะให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2565 (บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด)

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ไข้เม็ดเลือดขาวต่ำ เลือดออกผิดปกติ
- 2) ผล CBC อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย และไม่จำเป็นต้องเลื่อนรอบเคมีบำบัด
- 3) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น และอาการคลื่นไส้ลดลง
- 4) ผู้ป่วยและญาติ สามารถอธิบายอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อน ได้อย่างถูกต้อง
- 5) ไม่มีการติดเชื้อหรือการเข้ารับการรักษารักษาเพราะผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: ไม่พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ลดลงมาก ไม่มีอาเจียน เบื่ออาหารเล็กน้อย แต่สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังให้เคมีบำบัดและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยและญาติแจ้งว่า “ยังไม่แน่ใจว่าจะต้องดูแลแผลหรือระวังอะไรหลังให้ยาเคมีบำบัด” และ “ไม่รู้ว่าจะกินยาละลายลิ่มเลือด ต้องระวังอาหารหรือไม่”

ข้อมูลสนับสนุน (ต่อ)

Objective data: ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Carboplatin + Paclitaxel ซึ่งมีผลข้างเคียงและความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน

Objective data: ผู้ป่วยอยู่ในแผนการรักษาด้วยยา Warfarin ซึ่งต้องมีการติดตามระดับ INR อย่างใกล้ชิด

Objective data: ผู้ป่วยยังไม่ได้รับข้อมูลคำแนะนำหรือเอกสารประกอบการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยแสดงถึงความไม่เข้าใจในการรับประทานยา การสังเกตอาการเตือน หรือการติดตามภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายหลักการดูแลตนเอง ภายหลังให้เคมีบำบัดได้ถูกต้อง เช่น การสังเกตภาวะเม็ดเลือดต่ำ
- 2) ผู้ป่วยและญาติสามารถระบุสัญญาณเตือนของการมีเลือดออกผิดปกติ จากการใช้ยาละลายลิ่มเลือด Warfarin ได้
- 3) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม เช่น รับประทานยาตรงเวลา หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อยาละลายลิ่มเลือด Warfarin
- 4) ผู้ป่วยมีแผนการนัดหมายเพื่อติดตาม CBC และ INR อย่างต่อเนื่อง
- 5) ผู้ป่วยและญาติแสดงท่าทีมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล (ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้)

- 1) ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับการผ่าตัดและยาเคมีบำบัด โดยวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ P-D- METHOD (กรมการแพทย์, 2561) ดังนี้

1.1) P = Patient Participation (การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ) โดยพยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เช่น การเข้าใจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากนั้นจึงให้ข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ซักถาม และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล เช่น การเลือกรูปแบบอาหาร หรือการนัดติดตามผล ทั้งนี้ได้ฝึกปฏิบัติจริง เช่น การเตรียมยา Warfarin หรือการจัดมื้ออาหาร เพื่อสร้างความมั่นใจและลดความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ

1.2) D - Diagnosis (การวินิจฉัยโรคและการให้ข้อมูลโรค) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยอธิบายถึงความจำเป็นของการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผมร่วง เบื่ออาหาร และภาวะเม็ดเลือดต่ำ พร้อมแนวทางการดูแลเบื้องต้น

1.3) M - Medicine (ยาและการใช้ยา) สอนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างละเอียด ซึ่งยากลับบ้านของผู้ป่วยรายนี้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Augmentin (1000) 1x2 PO PC รับประทานยาต่อเนื่องจนครบ 14 วัน ยา Warfarin (2) 1x1 PO hs #30 tabs และยา Paracetamol(500) 1x PRN q 6 hr #20 tabs พยาบาลอธิบายสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ เวลาที่รับประทาน ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา (ภาคผนวก ข) เช่น Warfarin ให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ พร้อมแนะนำให้จดบันทึกการใช้ยาในสมุดประจำตัว รวมทั้งให้เอกสารแนะนำการใช้ยาและเบอร์ติดต่อในกรณีเกิดผลข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

1.4) E - Environment (สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย) ประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น ทางเดิน พื้นที่ยื่นกั้น ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุด้านการแข็งตัวของเลือด แนะนำให้จัดบ้านให้เหมาะสม ปลอดภัย เช่น วางราวจับ ลื่นป้องกันการลื่นล้ม ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เช่น ใช้อุปกรณ์ เล่นกีฬา หรือยกของหนัก เป็นต้น

1.5) T - Treatment and Test (การติดตามการรักษาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) โดยติดตามโทรศัพท์ที่บ้าน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาตามนัดหมายของแพทย์ วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 เพื่อประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมการเจาะเลือดค่าต่าง ๆ (CBC, PT/INR) แจ้งวันนัดหมายชัดเจน และให้เบอร์ติดต่อหากมีเหตุฉุกเฉิน แนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนตรวจ เช่น งดอาหาร หรือนำผลเก่ามาให้แพทย์

1.6) H - Health (การส่งเสริมสุขภาพ) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจภาวะสุขภาพ เช่น การดูแลรักษาแผลผ่าตัด โดยระมัดระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ควรระมัดระวังการแกะ แกะ เกา บริเวณแผลผ่าตัด และแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของแผลผ่าตัด เช่น หากแผลผ่าตัดมีอาการปวด บวม แดง มีหนองไหลซึม ร่วมกับมีไข้ให้มาโรงพยาบาลก่อนนัด สอนแนะนำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายลูกนึ่งยืนเดินบริหารร่างกายบ่อย ๆ เป็นต้น

1.7) O : Out patient (การติดตามในผู้ป่วยนอก) ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อให้ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ได้แก่ วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 นัดแพทย์เจ้าของไข้ และอาการที่ควรรับมาพบแพทย์ เช่น แขนขาอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน มีหนองไหล หรือแขนขาชาวย้ำที่หายาเคมีบำบัดมีอาการบวม แดง ร้อน คลื่นไส้อาเจียน ร่วมกับมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย ปัสสาวะมีเลือดปน เจ็บเวลาปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่ออกภายใน 8 ชั่วโมง เป็นต้น

1.8) D : Diet (อาหารและโภชนาการ) แนะนำผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และครบ 3 มื้อทุกวัน โดยรับประทานอาหารอ่อน โปรตีนสูง ย่อยง่าย และให้พลังงานสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา นม ไข่ และถั่วต่าง ๆ เป็นต้น แนะนำให้รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง และสามารถรับประทานอาหารระหว่างมื้อ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของแผลผ่าตัด นอกจากนี้แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ผักและผลไม้ เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูกด้วย

ประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายหลักการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และตอบคำถามได้ครบถ้วน
- 2) ผู้ป่วยสามารถระบุอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และสามารถบอกเวลาในการรับประทานยาได้
- 3) ไม่มีอาการผิดปกติหลังจำหน่าย เช่น เลือดออกผิดปกติ หรือไข้
- 4) ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบความรู้การดูแลตนเอง เช่น “คำแนะนำผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin” และ “การดูแลตนเองหลังเคมีบำบัด” ได้ถูกต้อง
- 5) ผู้ป่วยและญาติแสดงความมั่นใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำและติดตามการรักษา

สรุปผลการดูแล: บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2568

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ระดับ II ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ IVB รักษาโดยการผ่าตัดมดลูกและอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy: TAH-BSO) ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดสูตร Carboplatin ร่วมกับ Paclitaxel ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยประสบภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Enoxaparin และ Warfarin อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เคลื่อนไหวน้อย เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รวมถึงภาวะเลือดออกจากยา Warfarin และผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น เม็ดเลือดต่ำและเบื่ออาหาร นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องและความปลอดภัยของการรักษา ทีมพยาบาลจึงได้นำทฤษฎีโอเร็มมาใช้ในการประเมินภาวะบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการ และจัดทำแผนการจำหน่ายโดยอิงตามหลัก P-D-METHOD เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้าน ได้แก่ Augmentin (1000 mg) รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เป็นเวลา 14 วัน Warfarin (2 mg) รับประทานวันละ 1 เม็ดก่อนนอน จำนวน 30 เม็ด และ Paracetamol (500 mg) รับประทานเมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมงตามความจำเป็น จำนวน 20 เม็ด ทีมพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยในระยะหลังจำหน่าย และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองของทั้งผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ

การศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลา 29 วัน ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 19 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีการติดตามอาการและให้การพยาบาลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอีก 14 วัน รวมระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 43 วัน โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

ระยะที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (วันที่ 19 - 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ระยะที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (วันที่ 27 กุมภาพันธ์ - 16 มีนาคม พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 พร่องออกซิเจนเนื่องจากการไหลเวียนเลือดที่ปอดลดลงจากการมีลิ่มเลือดอุดตันในปอด บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยพร่องสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล บรรลุเป้าหมายการพยาบาลบางส่วน มีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 เวลา 10.00-10.30 น. (2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ลดลงมาก ไม่มีอาเจียน เบื่ออาหารเล็กน้อย แต่สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณหลัง บรรลุเป้าหมายการพยาบาลบางส่วน มีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 เวลา 10.00-10.30 น. (2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) แผลปิดสนิท ไม่มีอักเสบบวมแดง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหน้าที่เนื่องจากการกดทับและการเคลื่อนไหวลดลง บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2568

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: ไม่พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) INR: อยู่ในช่วงเป้าหมายทางการรักษา ผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin ได้ต่อเนื่องตามแผน ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ

ระยะที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะให้ยาเคมีบำบัด (วันที่ 17-19 มีนาคม พ.ศ. 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาเคมีบำบัด บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: ไม่พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ลดลงมาก ไม่มีอาเจียน เบื่ออาหารเล็กน้อย แต่สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังให้เคมีบำบัดและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทั้งหมด ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2568

5.2 วิเคราะห์กรณีศึกษา

กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะลุกลาม ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันในปอด ต้องได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ภาวะแทรกซ้อนจากยา และแผลกดทับ จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา พยาบาลจึงใช้ทฤษฎีโอเร็มในการประเมินและวางแผนการพยาบาล และใช้หลัก P-D-METHOD ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

5.3 ปัญหาและอุปสรรค

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะอ้วน ร่วมกับการอ่อนแรงและเจ็บแผล ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เสี่ยงต่อแผลกดทับ
- 2) การใช้ยาเคมีบำบัดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดพร้อมกัน เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เม็ดเลือดต่ำและเลือดออก
- 3) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังการให้ยา ทั้งในเรื่องอาหาร ยา และการสังเกตอาการผิดปกติ
- 4) การให้ข้อมูลสุขภาพอาจถูกจำกัดด้วยระยะเวลาการพยาบาล และระดับความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุ
- 5) ขาดการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และโภชนาการ ทำให้แผนการดูแลไม่ครอบคลุมในบางช่วงเวลา

5.4 ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรจัดทำแผนการพยาบาลเฉพาะรายที่เน้นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ
- 2) เสริมสร้างระบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติแบบเป็นขั้นตอน โดยใช้สื่อหลากหลาย เช่น วิดีโอ แผ่นพับ หรือการสาธิตจริง
- 3) พัฒนาการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพให้มีการสื่อสารและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
- 4) ส่งเสริมให้มีการติดตามอาการทางโทรศัพท์หรือผ่านคลินิกผู้ป่วยนอกภายหลังจำหน่าย เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนด้านจิตใจ
- 5) สนับสนุนการใช้ทฤษฎีการพยาบาล เช่น ทฤษฎีโอเร็ม ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

- Cornforth, T. (2023). *Anatomy and function of the uterus*. Verywell Health.
<https://www.verywellhealth.com/anatomy-and-function-of-the-uterus-3528238>
- Freund, Y., Cohen-Aubart, F., & Bloom, B. (2022). Acute pulmonary embolism: a review. *Jama*, 328(13), 1336-1345.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *WHO classification of tumours: Female genital tumours (5th ed., Vol. 4)*. World Health Organization.
- Key, N. S., et al. (2022). Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 40(24), 2645–2668. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.00894>
- Khorana, A. A., et al. (2021). Diagnosis and management of cancer-associated thrombosis in patients with solid tumors: Updated 2021 guidelines of the International Initiative on Thrombosis and Cancer (ITAC-CME). *Thrombosis Research*, 198, 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2021.06.001>
- Lyman, G. H., et al. (2021). American Society of Hematology 2021 guidelines for management of venous thromboembolism: Prevention and treatment in patients with cancer. *Blood Advances*, 5(4), 927–974.
<https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003442>
- Ortel, T. L., Neumann, I., Ageno, W., Beyth, R., Clark, N. P., Cuker, A., ... & Kahn, S. R. (2020). *American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism*. *Blood Advances*, 4(19), 4693–4738.
<https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020001830>
- Schünemann, H. J., et al. (2022). American Society of Hematology 2022 guidelines on the management of venous thromboembolism: Treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Blood Advances*, 6(4), 1281–1315.
<https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2021005945>
- Sorosky, J. I. (2021). Endometrial cancer: Diagnosis and treatment. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 48(1), 85–97.
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.09.005>

World Health Organization. (2020). *Global cancer observatory: Cancer today*.

Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today>

กรมการแพทย์. (2561). *คู่มือแนวทางการพยาบาลส่งเสริมการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning: D-METHOD)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์. (2562). *แนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

กรมอนามัย. (2564). *รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย ปี 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

จิราภรณ์ ทองแดนจุก. (2557). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก ซึ่งมารับการผ่าตัดแบบส่องกล้องทางหน้าท้อง*. งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดาวรัตน์ ขาติทรัพย์สิน. (2566). *มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก: การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา*. เอกสารประกอบการสอนวิชานรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ. (2557). *โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism)*.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

<https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Pulmonary%20embolism%20%E0%B8%AD%20%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B8%9E%E0%B8%A5.pdf>

พรศิริ พันธศรี. (2560). *กระบวนการการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 20). บริษัทพิมพ์อักษร จำกัด.

พิรยuth สิทธิไชยากุล. (2557). *Pathology of respiratory system*.

<http://www.med.nu.ac.th/pathology/405213/book/Respiratory-2.pdf>

ภารณี จันทรมหา. (2565). *Nursing care for Pulmonary Embolism in Critically Ill Patients*.

เอกสารประกอบการบรรยายความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต ศัลยกรรมและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น.

ศักนัน มะโนทัย และณัฐกฤตา โพธิ์พรวัฒน์. (2561). *มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, ณิช อัสวโกศ, และอุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ. (2567). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล*. ในสมจิต หนูเจริญกุล

(บรรณาธิการ). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์*. (น. 1-20). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจ.พรินต์ติ้ง.

สุเทพ จันทร์เทศ. (2565). สรีรวิทยาและกายวิภาคศาสตร์ของระบบสืบพันธุ์สตรี. กรุงเทพฯ.

โรงพยาบาลสินแพทย์. (2564, 19 กรกฎาคม). อาการอย่างไรที่ต้องสงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด.

<https://www.synphaet.co.th/อาการอย่างไรที่ต้องสงสัย-ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด>

โรงพยาบาลสมิติเวช. (2565). ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT).

<https://www.samitivejhospitals.com/th/deep-vein-thrombosis/>

โรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่กว่างโจวประเทศจีน. (2566). การวินิจฉัยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก.

<https://www.moderncancerhospital.com/cancer-diagnosis/endometrial-cancer-diagnosis/>



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
19/2/68 10.00น.	-Admit Gyne -จอง ICU Sx for Post op TAH C BSO 28/3/68 (ได้คิว1) -Consult Med + Anes for Pro op Evaluation -พรงนี้ CBC,Bun,Cr,Elyte,PT,PTT,HBSAg, Anti+HIV,FBS,HbA1C,Lipid profile -NPO AMN -CTWA c Chest c IV contast -U/S Doppler	19/2/68 10.00น.	-Record V/S , I/O -Regular Diet Med -None
19/2/68 16.00น.	-เลื่อน set OR เป็นวันที่ 27/2/68 Q2 ช่วงบ่าย -จอง ICU Sx ได้คิว1 -ฝาก Resident order pre-op	19/2/68 16.00น.	-Enoxaparin 0.6 ml SC OD
19/2/68 17.00น.	Pre-op for TAH c BSO c staging (27/2/68) Q2 บ่าย *เลื่อนคิว U/S Doppler เดิม ขอก่อน ผ่าตัด (if DVT ให้ Consult Hemato ก่อน ผ่าตัด) -Soft diet low salt 25/2/68 -liquid diet 26/2/68 -NPO AMN วันผ่าตัด -G/M PRC 6 unit , FFP 6 unit ,Platelet conc 10 unit -Amlodipine (20) ½ tab + น้ำ30ml 06.00น. เข้าวัน OR	19/2/68 17.00น.	-low salt diet -Keep BP <180/110 mmHg Med- -Manidipine (20) ½ x2 po pc -Paracetamol (500) 2 tab po prn q 6 hr.

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
19/2/68 17.00น.	-Prep+Shave skin abdominal , mons pubis -Vg douche hs+เช้าวัน OR -Swift 45 ml po at 14.00น.,18.00น. วันที่ 26/2/68 -Acetar 1000 ml IV 120 ml/hr. -Retain Foley cath เช้าวัน OR -เตรียม Cef-3 2 gm, Metronidazole 500 mg ไป OR (ถ้าไม่มี DVT ให้คุยเรื่อง pneumatic cuff อีกครั้ง)	19/2/68 17.00น.	*Hold enoxaparin 24 hr. ก่อน OR
20/2/68 16.00น.	-ขออนุญาต off Amlodipine เช้าวัน ผ่าตัด - Manidipine (20) ½ tab po + น้ำ 30 ml at 06.00น. เช้าวัน OR	20/2/68 16.00น.	-ฉีด Enoxaparin จนถึง 26/2/68 เช้า (วันที่ 27/2/68 hold Enoxaparin)
		21/2/68 08.20น.	-Motilium(10) 1 tab po prn for N/V q 8 hr.
27/2/68 13.10น.	Post-op for TAH c BSO c staging -Transfer ICU -Recoed V/S q 15 min x 4 q 30 min x 2 q 1 hr. until stable -5% DN/2 1000ml + KCL 20 mEq IV rate 120 ml/hr. -Pain Control ตาม Anes order (Epidural) -NPO x 2 วัน -พุ่มนี้ Blood for CBC ,Bun ,Cr,Elyte	27/2/68 13.10น.	-Diet as one day order -Record V/S , I/O drain as ml -DTX q 8 hr. Keep 80-200 mg% -Retain Foley cath,JD,RD -Keep BP < 180/110 BP > 90/60 -Urine Output > 150ml/4hr.

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
27/2/68 13.10น.	-On ETT -ต่อ Ventilator setting ตาม OR -พรั้งนี้เข้า try spont mode ถ้า Clinical stable -on pneumatic cuff ต่อที่ ICU		Med -Ceftriazone 2 gm IV OD -Metronidazole 500 mg IV q 8 hr. -Losec 40 mg IV OD
28/2/68	Post op Epidural analgesia for TAH c BSO c staging -Epidural Epidural Block at L1-2 สายลึก 12 cm -0.008% Bupivacaine + Fentanyl 1 µg/ml rate 8 ml/hr. -งดยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ตัวอื่น นอกจาก Order นี้ ถ้าปวดมาก VAS > 5 ให้ Pethidine 25 mg IV prn q 4-6 hr. -Onsia 8 mg IV prn q 6 hr. for N/V -CPM 10 mg IV prn q 6 hr. for rash -Obs V/S RR ถ้า RR < 10/min ให้ O2 Cannular 3-4 LPM keep O2sat >95% -ปิดยาทาง Epidural cath + Notify วิสัญญี		Order for Epidural Morphine 1.Routine Postoperative Care 2.Monitor BP PR RR ทุก 1 ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมงแรกและต่อมาทุก 4 ชั่วโมง 3.สังเกตการหายใจของผู้ป่วย ทุก 1-2 ชั่วโมง 4.ห้ามให้ Narcotic อื่นๆทาง IV หรือ IM 5.การรักษาภาวะข้างเคียง 5.1 ถ้ามีอัตราการหายใจ < 8 ครั้ง/นาที Rx - ให้ปลุกผู้ป่วยและกระตุ้นการหายใจ - O2 Cannular 3 L/min - ตามแพทย์ทันที - ให้ Narcon 0.2 mg IV ซ้ำๆ

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
			5.2 ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน Rx – Plasil 1 amp IV prn q 4-6 hr. 5.3 ถ้ามีอาการคัน Rx – Piriton 1 amp IV prn w 4-6 hr. 5.4 ถ้าปัสสาวะลำบาก Rx - ให้สวนทิ้ง 6.ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดมาก Rx..... 7.ถ้ามีปัญหาติดต่อวิสัญญี โทร 9812,9813
28/2/68 8.00น.	-Try wean off ETT > T piece 10 LPM ,FiO2 40% x 2 ชม. ถ้า Stable off ETT Then Switch to HFNC flow 50 LPM FiO2 50% ถ้าไม่มี Dyspnea + RR < 20 Onเป็น O2 Mask with Bag 8-10 LPM -NPO -ถ้า IV หมดยกตอนนี้เปลี่ยนเป็น 5%DN/2 1000 ml + KCL 40 mEq IV rate 120 ml/hr. x 2 ชม. -On Pneumatic cuff -On Monitor CVP Keep 8-12 mmHg -พรั้งนี้ Lab Elyte , Mg		

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
28/2/68 21.55น.	-Notify urine 125 ml/4hr. แพทย์รับทราบให้ Obs ค่ะ		
1/3/68 05.30น.	-Notify urine 125 ml/4hr. แพทย์รับทราบให้ Obs ต่อ		
1/3/68 07.30น.	-Planย้าย ward ได้ -5%DN/2 1000 ml IV100 ml/hr. x 3 ขวด -จิบน้ำได้ -Off A-line -On O2 Cannular 3 LPM try wean off ; Keep SpO2 > 95% -On Pneumatic cuff until can ambulate -Dressing wound at ward (Drain + Sx site)	1/3/68 07.30น.	-Paracetamol (500) 2 tabs po q 6 hr. x 2 days then 2 tabs po prn q 6 hr.
1/3/68 08.15น.	-ย้าย Ward ได้ค่ะ		
1/3/68 11.30น.	-Morphine 4 mg IV prn q 4 hr. -Plasil 10 mg IV prn q 6 hr.		
2/3/68 07.30น.	-On O2 Cannular 3 LPM try wean off ; Keep SpO2 > 95% -On Pneumatic cuff until can ambulate -Liquid diet -IV หมุด off , On Heplock -Off Foley cath -กระตุ้น Ambulation	2/3/68 07.05น.	-Manidipine (20) ½ x 2 po pc -off Losec IV -Losec (20) 1x1 po ac -Off DTX เดิม -DTX Premeal เข้า , hs Keep 80-200 mg%

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
3/3/68 08.00น.	-Liquid diet -Consult Intervention for Port A	3/3/68 08.00น.	-Off serial DTX
3/3/68 18.30น.	-Plasil 10 mg IV prn q 6 hr.	3/3/68 18.30น.	-Detromethorphan 1x3 po pc
4/3/68 07.20น.	-Consult Hemato med เรื่อง Prophylaxis treatment ของ DVT - Soft diet	4/3/68 07.20น.	-Air-x 1x3 po pc -Ibuprofen (400) 1x3 po pc x 2 days เริ่มเย็นนี้
5/3/68 07.00น.	-Soft diet		
6/3/68 07.00น.	-Regular diet เที่ยง (ลองดู 1 มื้อ)	6/3/68 07.00น.	-Soft diet
6/3/68 13.40น.	-On O2 Cannular 3 LPM Keep SpO2 >95% -EKG 12 Lead -CXR (portable upright) -CBC, Coag ,D-Dimer		
6/3/68 16.00น.	-ส่ง CT PA Emer -Consult Med emer		
6/3/68 18.35น.	-DTX stat = 154 mg%	6/3/68 18.35น.	-Enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr. (Stat today) -Warfarin (3) 1xhs start 8/3/68
7/3/68 07.00น.	-On O2 Cannular 3 LPM Keep SpO2 >95% -Consult Cardio Med -Renotify Hemato	7/3/68 07.00น.	-Off Enoxaparin เดิม - Enoxaparin 0.8 ml SC q 12 hr. -off Detromethorphan

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
		7/3/68 07.20น.	Review of treatment -Soft diet -Record V/s -Record JD,RD -Keep SBP < 180/100 , DBP 90/60 -Dressing wound OD (วัน คู่) Med -Ceftriaxone 2 gm IV OD -Metronidazole 500 mg IV q 8 hr. -Enoxaparin 0.8 ml SC q 12 hr. -Warfarin (3) 1xhs start 8/3/68 -Air-X 1x3 po pc -Paracetamol (500) 1 tab po prn q 4-6 hr. -Losec (20) 1x1 po ac -Manidipine (20) ½ po pc
7/3/68 9.40น.	-CBC,PT/INR,Cr วันจันทร์ 10/3/68	7/3/68 9.40น.	-Off Warfarin เดิม -Warfarin (3) 1xhs po เริ่ม วันนี้เลย
7/3/68 14.00น.	-Off O2 Cannular -High Flow nasal Cannular Flow 60 FiO2 60% Keep RR<30 , SpO2 > 95%	7/3/68 14.00น.	-Record I/O -Off Manidipine oral

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
8/3/68 7.30น.	-High Flow nasal Cannular Flow 60 FiO ₂ 0.4 Keep RR<30 , SpO ₂ > 95% -Try wean HFNC ตามProtocol ซ้ำๆ -Retained Foley Cath -วันจันทร์ เพิ่มLab Bun , Elyte ,LFT พร้อม Lab Hemato		
9/3/68 7.20น.	-High Flow nasal Cannular Flow 40 FiO ₂ 0.4 Keep RR<30 , SpO ₂ > 95% -Try wean HFNC ตามProtocol		
10/3/68 7.20น.	-High Flow nasal Cannular Flow 30 FiO ₂ 0.4 Keep RR<30 , SpO ₂ > 95% -Try wean HFNC ตามProtocol -เป็ก Triflow ดูด Prn -0.9% Nacl 1000 ml IV rate 120 ml/hr. -Elyte พรุ้งนี้	10/3/68 7.20น.	-Off Ceftriaxone , Metronidazole -Augmentin (1000) 1x2 po pc -add ไข่ มีดละ 2 ฟอง -เสริมนมทางการแพทย์วันละ 1 กล่อง
10/3/68	-INR tomorrow -CXR tomorrow	10/3/68	-INR ๑ ๐,๙
11/3/68 7.11น.	-High Flow nasal Cannular Flow 20 FiO ₂ 0.4 Keep RR<30 , SpO ₂ > 95% -Try wean HFNC ตามProtocol -Notify chest med เรื่อง PE,Wean off HFNC -0.9% Nacl 1000 ml IV rate 120 ml/hr. -if BT > 38C Pls notify -Elyte พรุ้งนี้		

ตารางที่ 20

แผนการรักษาของแพทย์ (Doctor's orders sheet) (ต่อ)

Date /Time	Orders for one day only	Date /Time	Orders for continuation
11/3/68	-เบิกเตียงลม	11/3/68	-Off Enoxaparin
12/3/68 7.05น.	-On O2 Cannular 5 LPM Keep RR<30, SpO2 > 95% -Off Foley -IV หมด On HL		
13/3/68 6.50น.	-On O2 Cannular 3 LPM + try wean off to RA Keep RR<30, SpO2 > 95% -CBC , Bun , Cr, Elyte , LFT, UA		
14/3/68 16.30น.	-INR พุ่งขึ้นซ้ำ		
16/3/68 07.30น.	-INR พุ่งขึ้นซ้ำ		
17/3/68 07.40น.	-5%DN/2 1000 ml IV drip rate 80 ml/hr -ส่งรับยา CMT		
18/3/68	-วันนี้ hold warfarin มีอติ๊ก	18/3/68	-off warfarin เดิม - warfarin (2) 1x hs พุ่งขึ้น
19/3/68	-ฝาก notify อายุรกรรม, plan เจาะ blood for CA 128	19/3/68	-Augmentin ครบ 14 day off
19/3/68	-D/C ได้, F/U นัดตาม Protocol CMT -F/U พูธ 2 week + INR Homemed - Augmentin (1000) 1x2 PO PC จน ครบ 14 days -Warfarin (2) 1x1 PO hs #30 tabs -Paracetamol(500) 1x PRN q 6 hr #20 tabs		



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ยาที่ใช้ในการรักษาของผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลครั้งนี้

ตารางที่ 21

คำสั่งการรักษา (Order for continuation) ที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล

ยาที่ได้รับ (Medications)						
วันที่สั่ง	ชื่อยา	ขนาด	วิธีทาง	เวลา	วันที่หยุด	ระยะเวลาที่ได้รับ
19/2/68	Enoxaparin	0.6ml	SC	OD	6/3/68	15 วัน
19/2/68	Manidipine (20)	1/2 tab	oral	เช้าวัน OR	27/2/68	1 วัน
19/2/68	Swift	45 ml	oral	14.,18 น.	26/2/68	1 วัน
19/2/68	Paracetamol (500)	2 tab	oral	Prn q 6 hr.	-	-
21/2/68	Motilium(10)	1 tab	oral	Prn q 8 hr.	-	-
27/2/68	Ceftriazone	2 gm	IV	OD	10/3/68	11 วัน
27/2/68	Metronidazole	500 mg	IV	q 8 hr.	10/3/68	11 วัน
27/2/68	Losec	40 mg	IV	OD	2/3/68	3 วัน
1/3/68	Paracetamol (500)	2 tab	oral	Q 6 hr.	3/3/68	2 วัน
2/3/68	Manidipine (20)	1/2 tab	oral	bid	7/3/68	5 วัน
2/3/68	Losec (20)	1 tab	oral	OD	19/3/68	17 วัน
3/3/68	Detromethorphan	1 tab	oral	Tid	7/3/68	4 วัน
4/3/68	Air-x	1 tab	oral	Tid	19/3/68	15 วัน
4/3/68	Ibuprofen (400)	1 tab	oral	Tid	6/3/68	2 วัน
6/3/68	Enoxaparin	0.6ml	SC	q 12 hr.	7/3/68	1 วัน
10/3/68	Augmentin (1000)	1 tab	oral	bid	24/3/68	14 วัน
17/3/68	Carboplatin	590 mg	IV	1 hr	17/3/68	1 วัน
17/3/68	Paclitaxel	300 mg	IV	3 hrs	17/3/68	1 วัน
17/3/68	ondansetron	8 mg	IV	ก่อน CMT	17/3/68	1 dose
17/3/68	Dexamethasone	10 mg	IV	ก่อน CMT	17/3/68	1 dose
17/3/68	Famotidine	20 mg	oral	2 tabs ก่อน CMT	17/3/68	1 dose
18/3/68	G-CSF	300 mcg	SC	Day 2-6	22/3/68	5 วัน

1. Enoxaparin

ประเภท Anticoagulant, low molecular weight heparin

ข้อบ่งใช้ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่ไหลเวียนนอกร่างกายระหว่างทำ Hemodialysis ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดเลือดในผู้ป่วย Unstable angina และ Non-Q wave MI และ Pulmonary embolism

การออกฤทธิ์ เป็นสารเฮปารินที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ มี Anti factor-Xa Activity สูง (100 ยูนิต/มิลลิกรัม) และมี Anti factor II หรือ Antithrombin Activity ต่ำ (28 ยูนิต/มิลลิกรัม) เมื่อใช้ขนาดต่างๆ Enoxaparin sodium จะไม่ทำให้ค่า Bleeding time เพิ่มขึ้น ขนาดยาที่ใช้กับการป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยาตัวนี้จะไม่เปลี่ยนค่า APTT และจะไม่มีผลต่อการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) หรือการจับกันของ Fibrinogen กับเกล็ดเลือด

ผลข้างเคียง อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จะแปรผันไปตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งประกอบด้วย

1. มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที
2. มีรอยแดงบริเวณที่ฉีดยา
3. มีการแพ้ยาเฉพาะที่หรือทั่วร่างกาย
4. ภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ หากตรวจพบต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที
5. มีผื่นที่ผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ยากมาก ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที
6. ถ้าใช้ยานี้เป็นเวลาหลายเดือนมีโอกาสทำให้กระดูกหักได้ง่าย
7. มีระดับเอนไซม์ Transaminases ในเลือดเพิ่มขึ้น

การพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะฉีดยา Enoxaparin sodium
2. ในกรณีฉีดยา Enoxaparin sodium เพื่อรักษาการเกิดลิ่มเลือด ควรติดตามการนับจำนวนเกล็ดเลือด เปรียบเทียบก่อนเริ่มให้การรักษา ถ้าจำนวนเกล็ดเลือดลดลงต่ำกว่า 30-50 % ของปกติ จะต้องหยุดยาทันที

3. เทคนิคการฉีดยา Enoxaparin sodium เข้าใต้ผิวหนัง มีดังนี้

3.1 ควรฉีดยาในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอน ฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังบริเวณผนังหน้าท้องด้านข้างของลำตัวก่อนไปข้างหน้าหรือหลังก็ได้ โดยการฉีดยาสลับกันระหว่างด้านซ้ายและขวา

3.2 แหวงเข็มในแนวตั้งฉากกับผิวหนัง ซึ่งจับตึงขึ้นด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วนาง โดยผิวหนังจะถูกยกขึ้นมาตลอดเวลาที่ฉีดยา

4. ห้ามฉีดยานี้เข้ากล้ามเนื้อ
5. ยาจะต้องเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส ห้ามแช่แข็ง

2. Manidipine

ประเภท: ยาลดความดันโลหิต และเป็น Calcium antagonists

ข้อบ่งใช้: ควบคุมความดันโลหิตสูง บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ

กลไกการออกฤทธิ์: ชัดขวางการเคลื่อนที่ของแคลเซียมไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ หลอดเลือด กล้ามเนื้อเรียบ ทำให้การหดตัวและการเกร็งของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง ยาจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจขยายตัว ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอ ลดอาการเจ็บหน้าอก ยาดูดซึมได้ดีด้วยวิธีรับประทาน

ผลข้างเคียง: ชีพจรเร็ว เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ ตามัว เยื่อบุตาอักเสบเห็นภาพซ้อน ได้ยินเสียงหึ่งๆ ในหู หายใจหอบ หายใจมีเสียงหวีด มีเลือดกำเดาออก บวมตามปลายแขนและขา หัวใจเต้นช้าไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตต่ำ เจ็บหน้าอก หัวใจวาย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องผูก อาหารไม่ย่อย ปากแห้ง สมรรถภาพทางเพศลดลง มีผื่นแดง คันตามผิวหนัง เป็นตะคริว น้ำหนักขึ้น มีระยะเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ผม่ว่ง ปวดตามข้อ ปวดหลัง

การพยาบาล: ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วย ดังนี้

1. บันทึกสัญญาณชีพ ติดตามความสมดุลของน้ำดื่มและปัสสาวะ ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เพื่อประเมินภาวะหัวใจวาย
2. หากมีอาการเจ็บหน้าอก บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่ง ระยะเวลา รุนแรง สาเหตุชักนำ
3. ประเมินหน้าที่การทำงานของตับ

3. Motilium

ประเภท: ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

ข้อบ่งใช้: บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน อาหารไม่ย่อย ท้องอืด กรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหาร หรือแม้แต่ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ

ขนาด: Motilium 10 mg 1 tab po ac prn q 8 hr

กลไกการออกฤทธิ์: มีกลไกการออกฤทธิ์หลัก คือ ยับยั้งตัวรับของโดปามีน (dopamine receptor antagonist) ฤทธิ์ในการต้านอาเจียนเกิดจาก 2 กลไก คือ กลไกแรกยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับโดปามีนตรง chemoreceptor trigger zone หรือเรียกว่า CTZ ซึ่งอยู่ตรงก้านสมองบริเวณนี้ไม่ต้องผ่าน blood-brain barrier ยาจึงสามารถไปออกฤทธิ์ได้ กลไกที่สอง ยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับโดปามีนที่ทางเดินอาหาร ทำให้มีฤทธิ์ต้านอาเจียน จึงนำไปใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ผลข้างเคียง: หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ ปวดศีรษะ รู้สึกเจ็บบริเวณเต้านม มีน้ำนมไหล ทำให้รอบเดือนผิดปกติหรือประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ และท้องเสีย เป็นต้น

การพยาบาล:

1. บริหารยาให้แก่ผู้ป่วยก่อนอาหาร 30 นาที หรือเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ทุก 8 ชั่วโมง
2. ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพัก เนื่องจากยาอาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม advice ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการลุกเดิน ทำกิจกรรม เป็นต้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มที่เป็นอันตราย
3. ติดตาม และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปวดศีรษะ รู้สึกเจ็บบริเวณเต้านม มีน้ำนมไหล ทำให้รอบเดือนผิดปกติหรือประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ และท้องเสีย เป็นต้น
4. กรณีผู้ป่วยที่ใช้นี้เป็นโรคไตและโรคหัวใจ แพทย์อาจแนะนำให้เข้ารับการตรวจบางชนิดเป็นระยะ เช่น การตรวจการทำงานของไต ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG) เพื่อตรวจดูการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย

4. Ceftriazone

ประเภท: เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มยาเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin)

ข้อบ่งใช้: รักษาโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง หูชั้นกลางอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียโรคติดเชื้อที่ผิวหนัง โรคติดเชื้อที่กระดูกและข้อ โรคติดเชื้อในช่องท้องและทางเดินปัสสาวะ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน หนองใน โรคติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคติดเชื้อในสมอง นอกจากนี้ยังใช้ในการป้องกันการติดเชื้อก่อน

การออกฤทธิ์: ตัวยามีฤทธิ์เข้าจับกับ penicillin-binding protein (PBPs) ที่จะยับยั้งกระบวนการทรานส์เปปทิเดชันในขั้นตอนสุดท้ายของการสังเคราะห์เปปทิโดไกลแคนของผนังเซลล์ของแบคทีเรีย เป็นผลให้ยับยั้งการมีชีวิตสังเคราะห์ของผนังเซลล์แบคทีเรียและหยุดการประกอบโครงสร้างของผนังเซลล์ เซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone) มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อที่กว้าง ในแบคทีเรียที่มีเอนไซม์บีต้าแลคแตมเมส เพื่อทำลายยาพบว่า เซฟไตรอะโซนมีความคงตัวมากที่สุด

ผลข้างเคียง: การใช้ยา Ceftriaxone อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น มีอาการบวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ถูกฉีดยา ท้องร่วง คลื่นไส้และอาเจียน นอกจากนี้ อาจมีอาการข้างเคียงรุนแรงอื่นๆ เช่น ผิวหนังบริเวณที่ฉีดยาเกิดความเจ็บปวดมาก กดแล้วเจ็บ เป็นก้อนแข็ง หรือรู้สึกร้อน อ่อนเพลีย ผื่น ผื่นลมพิษ ผื่นตุ่มพอง มีเลือดออกง่ายและมีภาวะดีซ่าน (ตัวเหลืองตาเหลือง) มีไข้ เจ็บคอ หนาวสั่น หรือมีอาการที่เป็นสัญญาณของการติดเชื้อ รู้สึกแสบร้อนกลางอก เจ็บหน้าอก และเจ็บบริเวณข้างๆ หรือหลังบริเวณบั้นเอวอย่างรุนแรง ปวดท้อง ขาบริเวณท้อง ท้องอืด และท้องเฟ้อ เจ็บปวดขณะปัสสาวะ ปัสสาวะน้อยลง ปัสสาวะบ่อยมากกว่าปกติ อาจปัสสาวะเป็นเลือด ซึ่งทำให้ปัสสาวะมีสีน้ำตาล แดง ขุ่น หรือมีกลิ่นเหม็น ท้องร่วงหรือถ่ายเหลวมาก และอาจถ่ายเป็นเลือด

การพยาบาล:

1. บริหารยาให้ผู้ป่วย โดยสังเกตสีของยา ปกติยา Ceftriaxone จะมีสีเหลือง หรือเหลืองอำพัน ห้ามใช้เมื่อเปลี่ยนเป็นสีขุ่น หรือไม่มีสี ไม่ใช้ยาหากภาชนะที่บรรจุยาแตก หรือมีรอยบุบ ควรเก็บรักษายาไว้ที่อุณหภูมิ 20-25 องศาเซลเซียส และไม่โดนแสงแดด
2. ดูแลให้ได้รับยา Ceftriaxone เพื่อรักษาอาการป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยยาชนิดนี้จากอาการ หรือชนิดของโรค รวมถึงพิจารณาอายุของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา และการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องแจ้งให้แพทย์ทราบถึงประวัติทางการแพทย์ก่อนเข้ารับการรักษา
3. หากใช้ Ceftriazone รักษาภาวะติดเชื้อเรื้อรังและใช้เวลานาน แพทย์อาจพิจารณาตรวจเลือดเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามผลการรักษา และระดับสารต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นปกติ
4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากอาการป่วย หรือผลข้างเคียงต่าง ๆ ของยา ดูแลให้ผู้ป่วยต้องใช้ยา รักษาตามอาการจนครบตามปริมาณที่แพทย์กำหนด ห้ามหยุดใช้ยาเอง เพราะอาจทำให้เชื้อแบคทีเรียดื้อยาได้

5. Metronidazole

ประเภท: กลุ่มยา Antibiotics · Antiprotozoa

ข้อบ่งใช้: รักษาการติดเชื้อ

กลไกการออกฤทธิ์: ออกฤทธิ์โดยที่หมู่ nitro group ของยารับอิเล็กตรอนจากโปรตีนประเภทส่งผ่านอิเล็กตรอนในเซลล์จุลชีพ ทำให้ได้สารซึ่งปฏิกิริยาเคมีที่ทำลายสาย DNA ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสาย DNA และยับยั้งการสร้างโปรตีน

ผลข้างเคียง: อาการที่พบบ่อย คือคลื่นไส้ (จึงควรให้ร่วมกับอาหาร) ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ปากแห้ง metallic taste อาการอื่นๆ ที่พบบ่อย เช่น อาเจียน ท้องร่วง ปวด แน่นท้อง และท้องผูก มีอาการของประสาทส่วนปลายเช่น รู้สึกชาตามแขน-ขา ชา เวียนศีรษะ รู้สึกหุนหัน สับสน ซึมเศร้า อ่อนเพลีย อาการแพ้ยา เช่น เป็นลมพิษ คันผื่น แดง หน้าแดง

การพยาบาล:

1. ประเมินและติดตามอาการทางระบบทางเดินอาหาร เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย หรือ metallic taste ในปาก แนะนำให้รับประทานอาหารหรือนมเพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร
2. ติดตามผลเลือดและการทำงานของตับ หากใช้ยาเป็นระยะเวลานานควรเฝ้าระวัง hepatotoxicity และตรวจ LFT (Liver Function Test)
3. สังเกตอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง หากผู้ป่วยมีอาการชา ปลายมือปลายเท้า เดินเซ เวียนศีรษะ หรือชัก ต้องรีบแจ้งแพทย์ เนื่องจากเป็นอาการของ neurotoxicity ที่พบได้แม้ไม่บ่อย

4. สังเกตอาการแพ้ยา เช่น ผื่น หายใจลำบาก คัน หรือบวม ควรหยุดยาและรายงานแพทย์
5. ให้ข้อมูลและความเข้าใจแก่ผู้ป่วย อธิบายถึงการใช้ยา ผลข้างเคียง และแนวทางป้องกันตนเอง เช่น การหลีกเลี่ยงแดดจัด (photosensitivity พบได้น้อย)

6. Omeprazole หรือ Miracid

ประเภท : ยาลดกรดชนิด Proton pump inhibitor

ข้อบ่งใช้: ลดกรดในกระเพาะอาหาร รักษาแผลเปื่อยในลำไส้เล็กส่วนต้น, รักษาโรคหลอดอาหารอักเสบ, รักษาพยาธิสภาพอื่นๆ ที่เกิดจากการมีภาวะการหลั่งกรดมากกว่าปกติ และ Zollinger Ellison syndrome

กลไกการออกฤทธิ์: ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่เรียกว่า Hydrogen-Potassium Adenosine triphosphatase ทำให้ลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร จึงทำให้อาการกรดไหลย้อน และแผลที่เกิดในกระเพาะอาหารและลำไส้ดีขึ้น

ผลข้างเคียง: ปวดศีรษะ ท้องร่วง ท้องผูก ปวดท้องคลื่นไส้อาเจียน ท้องเฟ้อ มึนงง ง่วงนอน นอนไม่หลับและเวียนศีรษะ ระดับเอนไซม์ในตับสูง มีอาการปวดตามข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและปวดกล้ามเนื้อ

การพยาบาล: ให้การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยดังนี้

1. ให้อาหารก่อนนอน ในตอนเช้า
2. ยาลดกรดอาจให้สำหรับแก้ปวดท้อง สามารถให้พร้อมกับ Omeprazole
3. หากลิ้มรับประทานยา ให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ควรรับประทานยาเป็น 2 เท่า
4. ให้กลืนยาทั้งแคปซูล ไม่แกะแคปซูลหรือเคี้ยว
5. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด เจ็บคอ มีไข้ ให้รายงานแพทย์

7. Paracetamol

ประเภท: ระงับปวด (ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดกล้ามเนื้อ) ลดไข้ เป็นยาชนิดไม่สเตียรอยด์ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เพราะมีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อยกว่ายาในกลุ่ม NSAID

ขนาด: Paracetamol (500) 1 tab po prn

ข้อบ่งใช้: ควบคุมอาการปวด และลดไข้จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส

กลไกการออกฤทธิ์: ยับยั้งการสังเคราะห์ Prostaglandins ในระยะประสาทส่วนกลางได้ดี แต่ยับยั้งการสร้างสารนี้ที่บริเวณนอกสมองได้น้อยโดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ ซึ่ง Prostaglandins เป็นตัวทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้เกิดไข้ที่มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ฮัยโปทาลามัส ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-60 นาทีหลังได้รับ

ผลข้างเคียง: ง่วงซึม มีผื่นบวม แผลที่เย็บช่องปาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อาการตีชาน ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ขนาดที่มากเกินไปอาจทำให้ตับวาย และถึงแก่ความตายได้

การพยาบาล:

1. ควรดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มหรือรับประทานอาหารเหลวบ่อยๆ เพื่อช่วยลดความร้อนและไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา Paracetamol
2. ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง
3. ควรระวังผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับตับและผู้ที่ติดแอลกอฮอล์
4. หากผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด ควรได้รับการรักษาโดยการล้างท้อง และได้รับยา N-acetylcysteine ซึ่งได้ผลดีภายใน 10 ชั่วโมงหลังได้รับยาเกินขนาด

8. Detromethorphan

ประเภทของยา: ยาระงับอาการไอ (Antitussive)

ข้อบ่งใช้: ระงับอาการไอแบบแห้ง ไอที่ไม่มีเสมหะ (non-productive cough) ซึ่งเกิดจากการระคายเคือง

ขนาด: Detromethorphan 10 mg รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง

กลไกการออกฤทธิ์: ออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมการไอในสมอง (medulla) โดยยับยั้งการส่งสัญญาณไผ่าน NMDA receptor โดยไม่ทำให้เสพติดเหมือนโคเดอีน

การพยาบาล (Nursing Considerations):

1. ประเมินลักษณะของการไอ โดยเฉพาะในกรณีไอแห้งเท่านั้น หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีเสมหะ เพราะอาจกระตุ้นให้ไอจนเกิดภาวะคั่งเสมหะ
2. ให้ยาตามขนาดที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการให้ยาเกินขนาด โดยเฉพาะในเด็กหรือผู้ป่วยสูงอายุ
3. ฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เวียนศีรษะ ง่วงซึม คลื่นไส้ ท้องผูก หากใช้ในปริมาณมากอาจมีอาการคล้ายประสาทหลอน
4. ให้คำแนะนำผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการขับรถหรือใช้เครื่องจักรกลหากมีอาการง่วง หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากใช้ร่วมกับยาต้านซึมเศร้า (MAOIs หรือ SSRIs) ควรระมัดระวังอาการ serotonin syndrome
5. ตรวจสอบความพร้อมของระบบทางเดินหายใจก่อนให้ยา ในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง

9. Air-x

ประเภท: ยาแก้ท้องอืด

ข้อบ่งใช้: บรรเทาอาการจุกเสียด ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง

กลไกการออกฤทธิ์: ยาไซเมทิกอนมีกลไกการออกฤทธิ์โดยเป็นสารลดแรงตึงผิว (Tension) ของฟองแก๊ส ทำให้ฟองแก๊สเล็ก ๆ ในกระเพาะอาหารที่รวมตัวกันอยู่ถูกทำลายหรือแตกออกโดยการบีบตัวของกระเพาะ (ทำให้รู้สึกเรอและสบายท้อง) ฟองแก๊สเหล่านั้นจึงถูกขับออกจากทางเดินอาหารได้เร็วยิ่งขึ้น (ไซเมทิกอนไม่สามารถช่วยลดหรือป้องกันการรวมตัวของแก๊สในระบบทางเดินอาหารได้ แต่มันจะช่วยเพิ่มอัตราการระบายออกจากร่างกาย)

ผลข้างเคียง: เมื่อใช้อย่างถูกวิธีและตามปริมาณที่กำหนด ยา Simethicone มักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงแต่ในบางรายอาจเกิดอาการแพ้ยา ทำให้เกิดผื่น อาการบวมตามใบหน้า ลิ้น หรือคอ เวียนศีรษะอย่างรุนแรง มีปัญหาในการหายใจ หรือความผิดปกติอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยควรไปรับพบแพทย์

การพยาบาล: ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วยดังนี้

1. แนะนำให้รับประทานโดยการเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืนยาครั้งละ 1-2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร หรือวันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน หรือรับประทานเมื่อมีอาการ
2. สังเกตอาการแพ้ยา เช่น เกิดผื่น อาการบวมตามใบหน้า ลิ้น หรือคอ เวียนศีรษะอย่างรุนแรง มีปัญหาในการหายใจ หรือความผิดปกติอื่น ๆ เป็นต้น

10. Ibuprofen

ประเภทของยา: ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

ข้อบ่งใช้: บรรเทาอาการปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดประจำเดือน) ลดไข้ ลดการอักเสบ เช่น ในโรคข้ออักเสบ

ขนาด: Ibuprofen (400) 1 tab oral Tid

กลไกการออกฤทธิ์: ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase (COX-1 และ COX-2) ซึ่งทำให้ลดการสร้าง prostaglandins ที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด บวม อักเสบ และไข้

การพยาบาล: ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วยดังนี้

1. ให้อาหารหลังอาหาร เพื่อลดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลดความเสี่ยงในการเกิดแผลในกระเพาะ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกในทางเดินอาหาร (GI bleeding) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุหรือใช้ยา ร่วมกับ steroid หรือ anticoagulant

2. ติดตามการทำงานของไตหากใช้ยาต่อเนื่อง ควรประเมินค่า BUN, creatinine เพราะ NSAIDs อาจลดการไหลเวียนเลือดไปยังไต

3. เพื่อระวังความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ NSAIDs อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นหากใช้ระยะยาว แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับ NSAIDs ตัวอื่น เช่น naproxen หรือ aspirin เพื่อลดความเสี่ยงต่อไตและกระเพาะอาหาร

11. Augmentin

ประเภท ยาปฏิชีวนะสูตรผสมระหว่าง amoxicillin และ clavulonic acid

ข้อบ่งใช้ สรรพคุณ เป็นยาสูตรผสมระหว่าง amoxicillin และ clavulonic acid ใช้รักษาโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากแบคทีเรีย ได้แก่ การติดเชื้อที่หูปอด ไซนัส ผิวหนัง และทางเดินปัสสาวะ amoxicillin เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนิซิลลิน ทำหน้าที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย clavulonic acid เป็นยาที่ยับยั้งเอนไซม์ beta-lactamase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้แบคทีเรียถูกทำลายโดย amoxicillin ยาปฏิชีวนะไม่สามารถรักษาโรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ หรือการติดเชื้อไวรัสอื่น ๆ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลมอักเสบ ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อ Haemophilus influenza and Moraxella catarrhalis หูชั้นกลางอักเสบจากเชื้อ H. influenzae และ M. catarrhalis ไซนัสอักเสบ ผิวหนังอักเสบจากเชื้อ Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella species ทางเดินปัสสาวะอักเสบ โดยผู้ใหญ่ให้ขนาด 500 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 250 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง สำหรับรายที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงจะเริ่มให้ขนาด 875 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 500 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมง

การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียในช่วงขั้นตอนการยับยั้งการสังเคราะห์การสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ส่วน clavulanate หรือกรดคลาวูลานิก (clavulanic acid) เป็นยายับยั้งเอนไซม์เบต้าแลคทาเมส (beta-lactamase inhibitors) เพื่อป้องกันยาเพนิซิลลิน (penicillins) ไม่ให้ถูกทำลายด้วยเอนไซม์เบต้าแลคทาเมสซึ่งจะทำลายยา penicillins ก่อนที่ยาจะฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

ผลข้างเคียง พบมากในผู้ที่เคยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มเพนิซิลลิน จะมีอาการไข้ผื่นตามตามบาง คนผิวลอก หากเป็นรุนแรงจะมีอาการแพ้แบบรุนแรง Anaphylaxis ตับอักเสบ พบรายงานว่ามีตับอักเสบจากการใช้ยานี้เมื่อหยุดยาอาการจะดีขึ้น ถ้าใส่ยา Clostridium difficile Associated Diarrhea ซึ่งเกิดจากตัวเชื้อ Clostridium difficile สร้างสารเคมี toxins A and B ซึ่งทำให้เกิดโรคบางรายอาจจะเกิดอาการหลังจากใช้ยาไปแล้ว 2 เดือน การเกิดเชื้อรา เนื่องจากการให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานานจะทำให้เชื้อรามีการเจริญมากจน เกิดอาการผื่นขาวในปาก หรือตกขาว อาการผื่นแพ้รุนแรง คัน ลมพิษ หายใจหรือกลืนลำบาก หายใจมีเสียงหวีด ตัวเหลือง ตา

การพยาบาล

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา ในกรณีที่มีประวัติแพ้ยาเพนิซิลลิน มีโอกาสเกิดการแพ้ยา Augmentin ได้ เนื่องจากมีสูตรผสมระหว่าง amoxicillin
2. รับประทานยาพร้อมอาหารหรือนม ป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

3. ไม่ให้รับประทานยา ร่วมกับการดื่มสุรา
 4. หากฉีดเข้ากล้ามเนื้อ จะเจ็บปวดมากและนาน หากจำเป็นต้องฉีด ผสม 1 กรัม ในน้ำกลั่น 2.5 มิลลิลิตร ควรฉีดที่ลึกที่กล้ามเนื้อใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อตะโพก เป็นต้น และเปลี่ยนที่ฉีดบ่อยๆ
 5. การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำแต่ละครั้ง หากฉีดเข้าหลอดเลือดผสม 1 กรัม ในน้ำกลั่น 10 มิลลิลิตร IV push ให้นานมากกว่า 30-40 นาที ให้ได้ 2-4 ครั้งต่อวัน ระวังยารั่วออกนอกหลอดเลือด เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบบริเวณที่ฉีดยา
 6. หลังฉีดยาสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการแพ้ยาและภาวะภูมิไวเกิน
 7. ไม่ให้ร่วมกับยาปฏิชีวนะอื่นในกระบอกฉีดยาหรือขวดผสมยาเดียวกัน
 8. สังเกตอาการไข้ ควรลดและปริมาณปัสสาวะที่ออกควรมีจำนวนปกติ
- สังเกตภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน ได้แก่ เชื้อราในปาก และอวัยวะสืบพันธุ์

12. Carboplatin

ประเภทของยา: ยาเคมีบำบัดกลุ่ม Platinum analog (Alkylating-like agent)

ข้อบ่งใช้: ใช้ในการรักษามะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้แก่: มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และมักใช้เป็นยาเดี่ยวหรือร่วมกับยาเคมีบำบัดชนิดอื่น เช่น Paclitaxel

ขนาด: ขนาดยาจะพิจารณาโดยใช้สูตร Calvert: ขนาดยา (mg) = AUC × (GFR + 25)
AUC (Area Under Curve) อยู่ระหว่าง 4-6 ปรับขนาดตามค่า GFR เพื่อป้องกันพิษต่อไต

กลไกการออกฤทธิ์: Carboplatin ออกฤทธิ์โดยการสร้างพันธะข้าม (cross-link) กับ DNA ซึ่งรบกวนกระบวนการจำลองและซ่อมแซม DNA ในเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์เข้าสู่กระบวนการตาย (apoptosis)

ผลข้างเคียงของยา: ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ Myelosuppression: เม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia), เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia), ซีด (anemia) คลื่นไส้อาเจียน โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น พิษต่อไต (Nephrotoxicity) พบได้น้อยกว่ากลุ่ม Cisplatin พิษต่อหู (Ototoxicity) หูอื้อหรือการได้ยินลดลง และอาการแพ้ยา (Hypersensitivity reaction) มักพบในการให้ยาซ้ำหลายรอบ

การพยาบาล

1. เฝ้าระวังภาวะกดไขกระดูก ตรวจ CBC เป็นประจำก่อนให้ยาแต่ละรอบ ประเมินอาการติดเชื้อ เลือดออกง่าย หรืออ่อนเพลีย
2. ติดตามการทำงานของไต ตรวจค่า BUN, Creatinine และ eGFR ก่อนให้ยา และเพิ่มการให้สารน้ำหากแพทย์พิจารณาว่าจำเป็น

3. ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยให้ยาแก้คลื่นไส้ก่อนให้เคมีบำบัด เช่น Ondansetron, Dexamethasone
4. ฝ้าระวังอาการแพ้ยา โดยเฉพาะในรอบการให้ยาหลังครั้งที่ 6 ขึ้นไป เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินกรณีเกิด anaphylaxis
5. ประเมินการได้ยินในผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นระยะยาว ถ้ามีอาการหูอื้อหรือเวียนศีรษะควรแจ้งแพทย์
6. ให้คำแนะนำผู้ป่วย หลีกเลี่ยงคนที่เป็นหวัดหรือติดเชื้อ รับประทานอาหารสะอาดและพักผ่อนให้เพียงพอ

13. Paclitaxel

ประเภทของยา: ยาเคมีบำบัดกลุ่ม Taxane (Mitotic inhibitor)

ข้อบ่งใช้: ใช้ในการรักษามะเร็งหลายชนิด ได้แก่ มะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และมะเร็งศีรษะและลำคอ มักใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดอื่น เช่น Carboplatin

ขนาด: ขนาดที่ใช้โดยทั่วไป: 175 mg/m² ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (IV infusion) ทุก 3 สัปดาห์ ปรับขนาดตามสูตร BSA (Body Surface Area) และการทนต่อยา

กลไกการออกฤทธิ์: Paclitaxel ยับยั้งการสลายตัวของ microtubules ทำให้เซลล์ไม่สามารถเข้าสู่ระยะไมโทซิสได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดการหยุดชะงักของวงจรเซลล์และนำไปสู่การตายของเซลล์มะเร็ง

ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ Bone marrow suppression: เม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) อาการแพ้ยา (Hypersensitivity reaction) เช่น ผื่น หายใจลำบาก ความดันต่ำ Peripheral neuropathy: ชา ปวดแสบปลายมือปลายเท้า ผมร่วง (Alopecia) และคลื่นไส้อาเจียน

การพยาบาล:

1. ดูแลให้ได้รับยา premedication ก่อนให้ Paclitaxel เช่น Dexamethasone, Diphenhydramine และ H2-blocker (Famotidine) เพื่อลดความเสี่ยงของ anaphylaxis
2. ฝ้าระวังการเกิดอาการแพ้เฉียบพลัน โดยเฉพาะใน 15–30 นาทีแรกของการให้ยา
3. ติดตามค่าเม็ดเลือด (CBC) ตรวจหา neutropenia, anemia, thrombocytopenia และพิจารณาเลื่อนการให้ยาหากค่าต่ำกว่ากำหนด
4. ประเมินอาการของ peripheral neuropathy ถ้าพบรุนแรง อาจต้องลดขนาดยาหรือหยุดยา
5. แนะนำการดูแลตนเองหลังให้ยา หลีกเลี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อ ระวังการหกล้มจากภาวะชา/อ่อนแรงปลายมือเท้า ใช้หมวกหรือผ้าคลุมศีรษะเพื่อลดความเครียดจากผมร่วง

14. ondansetron

ประเภท: ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

ข้อบ่งใช้: รักษาอาการคลื่นไส้และอาเจียน

ขนาด: Ondansetron 8 mg 1x3 po pc

กลไกการออกฤทธิ์: ยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย โดยการแย่งจับกับ 5-HT₃ receptor เป็นแบบเจาะจง ทั้งนี้ 5-HT₃ receptor มีบทบาทสำคัญในการเกิดการอาเจียน โดยพบ 5-HT₃ receptor ใน chemo- receptor trigger zone และบริเวณ postrema ของระบบประสาทส่วนกลางและ enterochromatin cell ใน vagus nerve ที่ระบบทางเดินอาหาร

ผลข้างเคียง: ยา Ondansetron อาจทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ เช่น อาการปวดศีรษะ บางรายมีอาการชัก วิงเวียนศีรษะ และการมองเห็นไม่ชัดเจน เกิดภาวะใจสั่น เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นช้า ผิดปกติ หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ สะอึก ท้องผูก การตรวจเลือด อาจพบตับทำงานผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว ตื่นตัวมากเกินไป คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นลม

การพยาบาล:

1. บริหารยาสำหรับป้องกันอาการอาเจียนจากยาเคมีบำบัดก่อนการให้ยาเคมีบำบัดประมาณ 30 นาที ทุก ๆ 4 ชั่วโมง (2-5 ครั้ง) หรือก่อนรับประทานอาหาร 30 นาที และหรือเมื่อมีอาการคลื่นไส้ทุก 8 ชั่วโมง
2. ควรบริหารยาแก่ผู้ป่วยอย่างช้า ๆ ในกรณีให้ทางหลอดเลือดดำควรให้ในอัตราต่ำกว่า 5 นาที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหลอดเลือดส่วนปลาย เกิดอาการแดง แสบ และอักเสบได้ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในการเกิด QT interval prolongation
3. ติดตาม และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์

15. Dexamethasone

ประเภท: เป็นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ฮอร์โมนหรือยาในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid)

ข้อบ่งใช้: ป้องกันการอักเสบที่ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกาย โดยนำมาใช้รักษาโรคและภาวะต่าง ๆ เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรีย และการอักเสบของดวงตา เป็นต้น

ขนาด: Dexamethasone 10 mg IV q 8 hr.

กลไกการออกฤทธิ์: กลไกต้านการอักเสบของเดกซามิทาโซนนั้นมีหลายกลไก เช่น ยับยั้งการเคลื่อนย้ายเม็ดเลือดขาวชนิดพอลีมอร์ฟนิวเคลียร์ (Polymorphonuclear) ไม่ให้เข้าสู่บริเวณที่อักเสบ, ยับยั้งการเกาะของนิวโทรฟิลและโมโนไซต์ที่เซลล์ผนังหลอดเลือดฝอย (Capillary endothelial cell) ตรงบริเวณที่อักเสบ, ยับยั้งการสะสมของแมคโครฟาจในบริเวณที่อักเสบ ทำให้เมมเบรนของไลโซโซมของเม็ดเลือด (Leukocyte lysosomal membrane) แข็งแรงขึ้น, ต้านฤทธิ์ฮิสตามีนและลดการปล่อย

ไซโตไคน์หลายชนิดจากซีสเตรต, รบกวนการทำงานของสารตัวกลางในการตอบสนองการอักเสบ, ยับยั้งฤทธิ์ของเอนไซม์ Phospholipase A2 ทำให้ลดการสร้างโพรสตาแกลนดินส์ (Prostaglandins) ลิวโคทรินส์ (Leukotrienes) และสารประกอบอื่นที่เกี่ยวข้อง, ลดการสะสมคอลลาเจน, ลดการสร้างแผลเป็น เป็นต้น

ผลข้างเคียง: เช่น ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ซึม กระสับกระส่าย ความดันในสมองสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

การพยาบาล:

1. ดูแลให้ได้รับยาตามที่แพทย์กำหนด โดยปกติแล้วพร้อมกับอาหารหรือนม ทำตามคำแนะนำ การใช้ยาอย่างเคร่งครัด ขนาดยา และระยะเวลาในการรักษา ขึ้นอยู่กับภาวะทางการแพทย์ และการตอบสนองต่อการรักษา

2. แนะนำอย่าเพิ่มขนาดยา ใช้ยาบ่อยกว่า หรือใช้นานกว่าที่กำหนด อาการของคุณจะไม่หายเร็วขึ้น และความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจะเพิ่มขึ้น อย่าหยุดใช้ยาโดยไม่ปรึกษากับแพทย์ ภาวะบางอย่างอาจแย่งหรือคุณอาจมีอาการถอนยา เช่น อ่อนแรง น้ำหนักลด คลื่นไส้ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหัว เหนื่อยล้า วิงเวียน หากหยุดใช้ยากะทันหัน

16. Famotidine

ประเภท: ยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (H_2 receptor antagonist)

ข้อบ่งใช้: รักษาโรคกรดไหลย้อน (GERD) แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ภาวะหลังกรดเกิน เช่น Zollinger-Ellison syndrome และป้องกันแผลจากความเครียดในผู้ป่วยวิกฤต

ขนาด: 20–40 mg รับประทานหรือฉีด วันละ 1–2 ครั้ง

กลไกการออกฤทธิ์: ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง H_2 receptor ที่เซลล์ข้างเคียงในกระเพาะอาหาร (parietal cells) ส่งผลให้การหลั่งกรดไฮโดรคลอริกลดลง

ผลข้างเคียง: ควรเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ปวดศีรษะ ท้องผูก เวียนศีรษะ หรือในผู้สูงอายุอาจพบภาวะสับสน นอกจากนี้ควรติดตามการทำงานของไตหากใช้ในระยะเวลา และให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงอาหารหรือพฤติกรรมที่กระตุ้นการหลั่งกรด เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือการนอนหลังอาหารทันที

การพยาบาล:

1. ให้ยาก่อนอาหารหรือก่อนนอนตามแผนการรักษา เพื่อประสิทธิภาพในการลดกรดสูงสุด ควรให้ก่อนอาหารหรือก่อนนอน 30–60 นาที

2. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ปวดศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเสีย และในผู้สูงอายุ อาจมีภาวะสับสนหรือหลงลืม (CNS effect)

3. ติดตามการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไต เนื่องจากยา Famotidine ขับออกทางไต จึงควรลดขนาดยาในผู้ป่วยที่มีไตเสื่อม

4. ประเมินอาการของโรคก่อนและหลังให้ยา เช่น ปวดแสบร้อนกลางอก อาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย

5. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารและพฤติกรรมที่กระตุ้นกรด เช่น คาเฟอีน แอลกอฮอล์ อาหารไขมันสูง การนอนทันทีหลังรับประทานอาหาร

17. Granulocyte-Colony Stimulating Factor: G-CSF

ประเภท: ยากระตุ้นการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophils)

ข้อบ่งใช้: Neutropenia ในผู้ป่วย AIDs, Febrile neutropenia prophylaxis หลังจากได้รับเคมีบำบัด

ขนาด: G-CSF 300 mcg SC x OD

กลไกการออกฤทธิ์: ยาชีวสังเคราะห์ที่เลียนแบบ/มีกลไกการทำงาน/การออกฤทธิ์แบบสาร Granulocyte-Colony Stimulating Factor: G-CSF ซึ่งเป็นสารปัจจัยในการกระตุ้นเซลล์ไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลให้เจริญเติบโตและสมบูรณ์ขึ้นมาทดแทนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลที่ตายหรือได้รับผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียง: ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดกระดูก ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดคอ ปวด/เจ็บหน้าอก มีภาวะกระดูกพรุน ผลต่อม้าม เช่น มีอาการม้ามโตจนในผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการม้ามปริแตกได้ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสียหรือท้องผูก ผลต่อระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ มีไข้ ผลต่อผิวหนัง เช่น อาจพบผื่นคัน ผื่นร่วง

การพยาบาล:

1. แนะนำการเก็บรักษายากระตุ้นเม็ดเลือดขาวแนะนำให้เก็บในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 2-8 °C บริเวณช่องกลางของตู้เย็นที่อุณหภูมิคงที่

2. สอนแสดงและสาธิตการบริหารยาแก่ผู้ป่วยฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังโดยเริ่มให้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับเคมีบำบัดวันละ 1 ครั้ง และแนะนำให้ฉีดในเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละวันที่สุด เพื่อให้มีปริมาณของยาภายในร่างกายอยู่ในระดับคงที่

3. แนะนำการจัดการอาการเมื่อเกิดผลข้างเคียง เช่น ปวดกระดูก ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ให้รับประทาน paracetamol 500 mg 1 tab po ทุก 4-6 ชั่วโมง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

18. Morphine

ประเภท ยาระงับปวดชนิดเสพติด สกัดได้จากฝิ่นตามธรรมชาติ ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงรุนแรง อาการปวดรุนแรงจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดยาสลบ ควบคุมอาการหลังผ่าตัด บรรเทาความวิตกกังวล ลดอาการเหนื่อยเนื่องจาก Acute left ventricular failure และ Pulmonary edema ใช้เป็นยาสลบเพื่อผ่าตัด Open-heart ระวังปวดจากโรคมะเร็ง

การออกฤทธิ์ ตัวยาจะออกฤทธิ์โดยผ่านเข้าสมองและจับกับตัวรับในสมองที่มีชื่อว่า Opiates receptors ส่งผลบรรเทาอาการปวดต่างๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกสบายตัวขึ้นคล้ายกับการได้รับสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า เอนโดรฟิน (Endorphins, สารที่สร้างจากสมองและต่อมใต้สมองที่ทำงานยับยั้งสัญญาณปวดจากสมองสู่เซลล์/เนื้อเยื่อ) นอกจากนี้มอร์ฟีนยังมีฤทธิ์กดการทำงานของศูนย์ควบคุมการไอในสมองได้อีกด้วย และยามอร์ฟีนยังสามารถออกฤทธิ์ได้ที่ผนังของกล้ามเนื้อเรียบ เช่น ที่ลำไส้ ทำให้ลดการบีบตัวจึงลดอาการปวดที่เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบได้อีกด้วย จากกลไกข้างต้นจึงทำให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

ผลข้างเคียง มีอาการชัก คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก/ปัสสาวะขัด ปวดศีรษะ วิงเวียน ชีพจรเต้นผิดปกติ ตัวเย็น อาจมีผื่นคันหรือลมพิษขึ้นตามผิวหนัง หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ ตาพร่า มีอาการเหงื่อออกมาก อาจรู้สึกหงุดหงิดหรือเคลิบเคลิ้ม และสามารถติดยาได้ สำหรับผู้ที่ได้รับยามอร์ฟีนเกินขนาดจะมีอาการหายใจไม่ออก/หายใจลำบาก ซึม ซึ่งเมื่อพบอาการเหล่านี้ต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาโดยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและอาจใช้ยา Naloxone เพื่อแก้พิษของมอร์ฟีน แต่ทั้งนี้ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา

การพยาบาล

1. การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ ควรฉีดช้าๆ ให้ช่วงเวลาระหว่างการฉีดแต่ละครั้งมากกว่า 5 นาที และต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยา
3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก เพื่อดูการทำงานของไต
4. สังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการติดยา ถ้ามีอาการเคืองกระเพาะอาหาร ให้รับประทานยาร่วมกับนมหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยากดประสาท
5. สังเกตระดับความรู้สึกตัว ภาวะทางจิตใจในผู้ที่ได้รับยานานๆ
6. แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตลดต่ำ
7. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และเปลี่ยนอิริยาบถเท่าที่จำเป็น เพื่อให้หายเจ็บปวดเร็วขึ้น