

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับ มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

Nursing care of a total thyroidectomy patient with postoperative critical hypocalcemia with acute respiratory failure: a case study.

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 27,2023)

สุภาภรณ์ ชวนรำลึก¹

Supaporn Chaunlumruk¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการ มีก้อนโตที่คอ โตขึ้น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะซีดที่เกิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 800 มิลลิลิตร ได้วางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และวันที่ 2 หลังผ่าตัดมีภาวะวิกฤตหลังจากเอาท่อหลอดลมคอออก เนื่องจากเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องใส่ท่อหลอดลมคออีกครั้ง และใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ เมื่อพ้นระยะวิกฤตผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ แต่ยังไม่สามารถนำท่อเจาะคอออกได้เนื่องจากผลการส่องกล้องตรวจระบบกล่องเสียงและหลอดลม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต พยาบาลได้มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ โดยแพทย์ให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพโรค การพยาบาลโรค สอนการจัดการดูแลตนเองที่บ้านแก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยเน้นการดูแลท่อเจาะคอเพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 17 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การผ่าตัดต่อมไทรอยด์, ภาวะแคลเซียมต่ำ, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for total thyroidectomy patient with postoperative critical hypocalcemia and acute respiratory failure. Case study of a Thai female patient, age 59 years old, admitted to Banmi Hospital on 22 February 2023 with symptoms of a large lump on her neck before coming to the hospital for 1 month. The doctor made an appointment for the patient to come to the hospital for thyroid surgery.

Results: Patients have problems before surgery, including anxiety due to lack of knowledge about the disease, treatment, and how to behave before and after surgery. During the postoperative period, the patient had low calcium in the blood and anemia from blood loss during surgery of 800 ml. Day 2 after surgery, the patient had a critical condition after the removing tracheal tube. This is due to the patient's upper respiratory tract being obstructed. As a result, the patient has acute respiratory failure. Therefore, the patient received a tracheal tube again and used a ventilator. The patient received a tracheotomy. When the critical period passed, the patient was taken off the ventilator but the tracheostomy tube had not yet been removed. Because the results of endoscopy examining the larynx and trachea found that the patient had vocal cord paralysis. Nurse and health team participated in planning patient discharge. Doctors provide knowledge about disease, disease pathology, prognosis, and teaching home care management for caregivers, emphasizing tracheostomy tube care to prevent

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่



upper airway obstruction and monitoring for complications from thyroid surgery, including hypocalcemia.. The patient was hospitalized for a total of 17 days.

Keywords: nursing, thyroid surgery, hypocalcemia, acute respiratory failure

บทนำ

ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (Hypothyroidism) คือ ภาวะที่เกิดจากร่างกายพร่องหรือขาดไทรอยด์ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง หรือไม่สามารสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนได้ ซึ่งเมื่อเกิดจากตัวโรคของต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) เป็นอวัยวะหนึ่งในระบบต่อมไร้ท่อ ตั้งอยู่ด้านหน้าของลำคอ ในส่วนหน้าต่อลูกกระเดือก หรือกระดูกอ่อนไทรอยด์ (Thyroid cartilage) มีรูปร่างคล้ายผีเสื้อ ประกอบด้วย 2 กลีบใหญ่ คือ กลีบด้านซ้าย และกลีบด้านขวา ซึ่งทั้งสองกลีบเชื่อมต่อกันด้วยเนื้อเยื่อบางๆ ที่เรียกว่า อีสท์มัส (Isthmus) ซึ่งต่อมไทรอยด์ปกติไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า และไม่สามารถคลำพบได้ ต่อมไทรอยด์เองเรียกว่า ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนปฐมภูมิ (Primary hypothyroidism) และเมื่อเกิดจากโรคของต่อมใต้สมอง หรือโรคของสมองไฮโปธาลามัสแล้วส่งผลกระทบต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ เรียกว่า ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนทุติยภูมิ (Secondary hypothyroidism) ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน เป็นภาวะพบได้บ่อยภาวะหนึ่ง พบได้ประมาณ 2-5% ของประชากรทั่วไป โดยพบได้ในทุกอายุตั้งแต่เด็กแรกเกิด (พบได้ประมาณ 1 คนในเด็กเกิดใหม่ทุก 3,000-4,000 คน) ไปจนถึงผู้สูงอายุ (ประมาณ 15% ของผู้มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) พบในผู้หญิงได้บ่อยกว่าในผู้ชายถึงประมาณ 2-8 เท่า (ฉัตรชัย ศรีบัณฑิต, 2560) การรักษามีทั้งการให้ยาและการผ่าตัดในรายที่ก้อนโตขึ้นมากมีผลต่อการกลืน และหายใจลำบาก ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มาก ได้แก่ ภาวะขาดแคลเซียม ผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนที่ใหญ่มากร่วมกับมีภาวะอัมพาตของสายเสียงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดมักต้องใส่ท่อหลอดลมคอไว้ก่อนระยะหนึ่ง

หรืออาจเจาะคอพร้อมกับการผ่าตัดไปเลย เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้มากและถ้าเกิดรุนแรงมากจะนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ (นพวรรณ บุญบำรุง, 2560)

จากสถิติหอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี 2564-2566 ผู้ป่วยวินิจฉัยภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน จำนวน 139 ราย, 142 ราย และ 151 ราย ทำผ่าตัด Total thyroidectomy จำนวน 6 ราย, 5 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ชัก หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเสียชีวิตได้ บทบาทสำคัญของพยาบาลถือว่าเป็นผู้ให้การดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำต่อเนื่งที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี อาชีพค้าขาย สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

รับส่งตัวจากโรงพยาบาลหนองม่วง มีก้อนที่คอโตขึ้น เหนื่อย ใจสั่น 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล พบก้อนที่คอ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองม่วง วินิจฉัย Hypothyroidism

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ก่อนที่คอโตขึ้น
เหนื่อย ใจสั่น ส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่
แพทย์นัดทำผ่าตัด Total thyroidectomy

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่องที่
โรงพยาบาลหนองม่วง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

22 กุมภาพันธ์ 2566

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

Hypothyroidism

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกาย

สีหน้าและใบหน้า: ผมน้ำตาล ตัดสั้น ไม่มี
บาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนึ่ง
ตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้น
ผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การ
มองเห็นปกติ

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

คอ: คลำได้ก้อนขนาด 6x6 cms

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ ไม่มีสิ่งคัด
หลั่ง

ปาก: ลิ้นปากแห้งเล็กน้อย แต่ไม่มีบาดแผล

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะ
สมมาตรกันดี การหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ
20 ครั้งต่อนาที

แขน ขา: สมมาตรกันดี แรงดีทั้ง 2 ข้าง grad
5

การตรวจร่างกายตามระบบ

ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน ผู้ป่วย
รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

ระบบการหายใจ: อัตราการหายใจ 20 ครั้ง
ต่อนาที ไม่มีเสียงผิดปกติในปอด O₂Saturation =
95%

ระบบหัวใจ: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มี
เสียง Murmur ชีพจร 110 ครั้ง/นาที จังหวะ
สม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่
อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

ระบบผิวหนัง: ผิวสีขาเหลือง ผิวแห้ง เล็บ
มือสะอาดตัดสั้น ไม่ขีด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกรับ)

WBC 6,477 cell/cu.m.m, platelet
337,100 cell/cu.m.m, Hb 12.6% Hct 37%

PT 11.6 sec, INR 1.0, PTT 24.8 sec

Na 139 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 108
mmol/L, CO₂ 27 mmol/L, BUN 8 mg/dl, Cr
0.72 cell/cu.m.m eGFR 92, FT3 2.4 pg/ml, FT4
1.99 ng/dl, TSH 0.87 uIU/ml

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Sinus

tachycardia rate 112/min

สรุปการรักษา

รับเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์นัด
นอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด แรกรับมีอาการ
เหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8
องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท
ผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีความวิตกก
กังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา
และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลัง
ผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการ
รักษาด้วย 10% Calcium Gluconate 50 ml+ 5%
D/W 450 ml iv drip 20 ml/hr. และ CaCO₃
(600mg) 3 tab tid pc & hs มีภาวะช็อคจากการ
เสียเลือดระหว่างผ่าตัด ได้ PRC 2 unit หลังผ่าตัด
ผู้ป่วย on Endotracheal tube ต่อกับ O₂ T-piece
10 lit/min อยู่ 5 วัน หลังจากนั้นแพทย์นำท่อ
หลอดลมเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันและ
ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องใส่ท่อหลอดลม
คออีกครั้งและใช้เครื่องช่วยหายใจ วันที่ 28
กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ และ
สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ในวันที่ 1 มีนาคม
2566 แต่ไม่สามารถนำท่อเจาะคอออกได้เนื่องจาก
ผลการส่องกล้องตรวจระบบกล่องเสียงและ



ตลอดลม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต
พยาบาลได้มีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแล
ต่อเจาะคอที่บ้าน มีความพร้อมในการดูแลตนเอง
ที่บ้าน แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่

11 มีนาคม 2566 รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 17
วัน
การพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด 1. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นรู้สึกกลัว	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจ ของผู้ป่วย 2. ให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี 3. อธิบายเกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์ที่ผู้ป่วยเป็น การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด วิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด 4. อธิบายวิธีปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนี้ 4.1 การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4.2 อธิบายเรื่องการให้ยาเร่งความรู้สึกทั้งร่างกายโดยการดมยาสลบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัวไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 4.3 การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอก ลดการคั่งค้างของเสมหะ ช่วยให้การระบายของสิ่งคัดหลั่งจากท่อระบายเป็นไปโดยสะดวก 4.4 การควบคุมและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความเจ็บปวด เช่น การได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ 4.5 การปฏิบัติตนอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการล้างมือให้สะอาดก่อนนอน ผู้ป่วยต้องอดอาหารและน้ำคั้นก่อนผ่าตัดเข้าของวันผ่าตัดผู้ป่วยต้องอาบน้ำ แปรงฟันบ้านปากเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ให้เรียบร้อยถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม 5. ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นบอกว่าสบายใจขึ้นที่ได้รับรู้แนวทางการรักษาพยาบาล 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล บอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ระยะหลังผ่าตัด 1. มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัด กระทบกระเทือนต่อมพาราไทรอยด์ ข้อมูลสนับสนุน มีอาการชาที่มือ ผล Ca หลังผ่าตัด วันที่ 1 = 8.6 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 2 = 7.8 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 3 = 7.4 mEq/L	กิจกรรมการพยาบาล 1. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4-6 ชั่วโมง พร้อมประเมินปฏิกิริยาของระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่แสดงภาวะขาดแคลเซียม เช่น ชาตามริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง มือจับชักเกร็ง ตรวจเคาะปลายประสาทที่หน้าใบหู (Chvostek's sign) ถ้าผลบวกจะมีอาการกระตุกที่มุมปากข้างที่เคาะและตรวจ Trousseau's sign ทำโดยรัดแขนด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต โดยให้ความดันโลหิตสูงกว่าความดันซิสโตลิกเล็กน้อย รัดแขนนาน 2-3 นาที ทำให้มือชาตึงตัวขณะถ้าผลบวกจะมีอาการมือจับเกร็ง 2. ให้สารน้ำ 10% Calcium Gluconate 50 ml+ 5% D/W 450 ml iv drip 20 ml/hr. และ CaCO ₃ (600mg) 3 tab ๑ tid pc & hs 3. ดูแลเรื่องความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุจากอาการชักเกร็ง 4. เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่าแคลเซียมตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. Monitor NIBP ติดตาม EKG การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มีอาการชาที่มือหลังผ่าตัดวันที่ 2 และไม่มีอาการชักเกร็ง หลังผ่าตัด วันที่ 4-7 อยู่ในเกณฑ์ปกติ =8.7-9.0 mEq/L	
2. เสี่ยงต่อภาวะอุดตันของทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อหรือมีเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัด On Radivac drain 2 ข้าง บริเวณแผลที่คอเลือดซึมเล็กน้อย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่แล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง 2. สังเกตสีผิวหนังรอบๆ คอ และผ้าปิดแผลบริเวณคอ ตรวจสอบการทำงานของขวดสุญญากาศเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ (hematoma) ที่ทำให้กดบริเวณทางเดินหายใจได้ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ผู้ป่วยไอแบบมีประสิทธิภาพ ดูแลเสมหะตามความจำเป็น 4. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม การประเมินผล ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัดไม่มีอาการบวม Radivac drain ข้างซ้ายออก 40 ml ข้างขวา 50 ทส
3. มีภาวะซีดที่เกิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 800 มิลลิลิตร Hct หลังผ่าตัด 27%	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้พักผ่อนคนเดียวเพื่อลดการทำงานของหัวใจ 2. บันทึกชีพจร ความดันโลหิตและการหายใจเพื่อประเมินหน้าที่ของหัวใจและการหายใจ 3. ช่วยเหลือกิจกรรมและให้ออกกำลังเท่าที่จะทำได้เพื่อให้หัวใจและปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. ให้ความใส่ใจเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบากและใจสั่นเพื่อพิจารณาการบันทึกสัญญาณชีพ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาผลการรักษา 6. ให้ PRC 2 unit iv drip ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด เช่น หนาวสั่น หายใจลำบาก ผื่นคัน เจ็บหน้าอกถ้าพบหยุดให้เลือดทันที บันทึกสัญญาณชีพ และรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา การประเมินผล หลังให้ PRC 2 unit Hb 11.8 gm% Hct 30%
4. มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังทำผ่าตัด Total Thyroidectomy วันที่ 5 แพทย์ off Endotracheal Tube หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจลำบาก หายใจมีเสียง Stridor หน้าเขียว ชีพจร 110 ครั้ง/นาที เบาเร็ว ความดันโลหิต 100/50 มิลลิเมตรปรอท O ₂ saturation 89% 2. ทำ FOL ผล มี Bilateral TVC Paralysis	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย หายใจเร็วขึ้น มากกว่า 35 ครั้งต่อนาที ชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำลง < 90/60 มิลลิเมตรปรอท มี cyanosis, O ₂ saturation < 90 % 2. ช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใส่ Endotracheal tube เบอร์ 8 ความลึกมุมปาก 22 เซนติเมตร 3. ดูแลให้ผู้ป่วย On O ₂ T-piece 10 LPM ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O ₂ Saturation ตลอดเวลา 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, ภาพถ่ายรังสีทรวงอก 6. ดูแลเสมหะเมื่อได้ยินเสียงเสมหะโดยประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะทุกครั้ง และสังเกตอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบท่อหลอดลมคอและสายยางต่าง ๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมไม่หักพับงอ การประเมินผล อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-110 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเขียวบริเวณมือ เท้า ริมฝีปาก O ₂ Saturation 100 %



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) หลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด การหลังฮอร์โมนไทรอยด์จะลดลง ส่งผลให้เกิดการลดลงของระดับแคลเซียมในเลือดได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด แผนการรักษาพยาบาลและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่น กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 1,800 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำแต่โปรตีนสูง มีวิตามินครบถ้วนและอาหารที่มีกากใย 3. ติดตามผลการตรวจหาค่า total T3 total T4 free T4 และ TSH 4. ดูแลให้รับประทานฮอร์โมนทดแทน Euthyrox® (100) 11/2 tab oral OD และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพราะผู้ป่วยอาจมีหัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ เจ็บหน้าอก หลังได้รับฮอร์โมนในระยะเริ่มแรก การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ มือชา กล้ามเนื้อกระตุก หรืออาการชัก
6. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองจะหรือไม่ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 2. แนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพักผ่อนควรนอนหลับให้เพียงพอในเวลากลางคืน 6-8 ชั่วโมง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3. สอนให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะของเสมหะที่ผิดปกติ อาการมีไข้ อาการไอมากขึ้น เหนื่อยหอบ อาการมือเท้าชา ชักเกร็ง เป็นต้น 4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ 5. ผู้ป่วยสามารถบริหารคอ เอียงซ้าย เอียงขวา ก้มและเงยหน้าได้ตามปกติ ทำความสะอาดแผลด้วยสบู่อ่อน และน้ำอุ่น ถ้ามีอาการคัน อาจจะทาครีมบางๆ ที่แผล หรือรอบแผลเป็น 6. ถ้ามีอาการใช้สูง แผลบวมแดง มีน้ำหรือเลือดออกจากแผล กลืนลำบาก เสียงแหบ มีการกระตุกบริเวณใบหน้า หรือมีอาการอ่อนเพลีย หลงลืม ความคิดช้าลง เหนื่อยง่าย ผิวยุบย่น ผมหงอก มีอาการง่วงผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการของภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ ให้มาพบแพทย์ทันที การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม การปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็น สามารถบอกได้ว่าเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มือเท้าชา ชักเกร็ง ต้องรีบมาโรงพยาบาลรวมทั้งการจัดการดูแลตนเองได้

อภิปรายผล

จากการที่ก้อนไทรอยด์โตและเบียดสายเสียงเป็นเวลานานทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน นำไปสู่ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในที่สุด การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำมีความยากลำบากเพราะสายเสียงจะบวม การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงต้องอาศัยทีมช่วยชีวิตที่มีประสิทธิภาพสูงพยาบาลต้องมีทักษะการช่วยชีวิตเป็นอย่างดี ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการเจาะคอ จาก

ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตและผู้ป่วยมีการใส่ท่อหลอดลม คอมานานกว่า 1 สัปดาห์ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสมและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล การวางแผนจำหน่ายมีความจำเป็นและเป็นขั้นตอนสำคัญที่ควรต้องจัดให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมเรื่องความรู้และทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยใช้หลักการ METHOD – P⁴

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด และมีภาวะแทรกซ้อนระดับแคลเซียมใน

เลือดต่ำ เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนจนนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ยุ่ยาก ซับซ้อน เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคือ ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยความหวังว่าจะหายจากโรค ทักษะที่สำคัญของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ทันทีที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะทั้งระยะก่อน-หลังผ่าตัด ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งระยะก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย²

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล
2. ผู้ป่วยต้องได้รับยาฮอร์โมนทดแทนในระยะยาว ต้องคอยสังเกตอาการประกอบกับผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อการรักษาและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นในช่วงรักษาพยาบาลควรเน้น และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จ
3. จากที่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีค่อนข้างน้อย แต่มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตสูง พยาบาลควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์สม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- 1.นพวรรณ บุญบำรุง. (2560). ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษวิกฤต: การพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์; 37(2): 160-168
- 2.ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 28(2): 49-60.
- 3.วรเวทย์ โรจน์จรัสไพศาล. (2562). การทำนายภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ โดยใช้แนวโน้มของระดับแคลเซียมในเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 32(2):69-78
- 4.American Thyroid Association. (2017). The Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum.; 27(3): 315-89.
- 5.Ahmad A, Khan HM, Chaudhry N, et al. (2016). Post thyroidectomy hypocalcaemia-an audit of 100 cases. Annals of KEMC; 12(2): 285-7.
- 6.Wu J, Harrison B. (2010). Hypocalcemiaafter Thyroidectomy: The need for improved Definition. World J Endocr Surg; 2(1):17-20.