

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ : กรณีศึกษา

Nursing care of a thyroidectomy patient with critical hypocalcemia : A Case Study

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

พรพิมล อาจจิน¹

Pornpimon Arjjeen¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มาด้วยอาการสำคัญ มีก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบาก น้ำหนักลดลง 1 เดือน

ผลการศึกษา: วินิจฉัยมะเร็งต่อมไทรอยด์ แพทย์นัดมาเพื่อผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวล ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ปวดแผล เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้วางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ให้การพยาบาลป้องกัน แก้ไขภาวะแคลเซียมต่ำจนระดับแคลเซียมปกติ ดูแลบาดแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ติดเชื้อ บรรเทาอาการปวดด้วยการบริหารยาและสอนการปฏิบัติตัว อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2567 ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 4 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งต่อมไทรอยด์, ภาวะแคลเซียมต่ำ

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of a thyroid cancer patient who underwent surgery and developed hypocalcemia. An 83-year-old Thai female patient was admitted to the hospital on August 3, 2023, presenting with significant symptoms, including an enlarging neck mass, difficulty swallowing, and weight loss over the past month.

Results: She was diagnosed with thyroid cancer and scheduled for surgery. Before the surgery, she experienced anxiety. Postoperatively, she was at risk for airway obstruction, hypocalcemia, wound pain, and potential wound infection. A nursing care plan was established to monitor and address these complications. After the surgery, the patient was successfully weaned off mechanical ventilation. Nursing care included the prevention and management of hypocalcemia until calcium levels returned to normal, care of the surgical wound (which healed well without infection), and pain relief through medication and patient education. The patient's condition improved progressively, and she was discharged on August 7, 2023, after spending a total of 4 days in the hospital.

Keywords: Thyroid cancer, Hypocalcemia

บทนำ

มะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นโรคที่มีความหลากหลายในการดำเนินโรค อาจจะไม่มีความรุนแรงเลย โดยผู้ที่เป็นโรคนี้อาจมีชีวิตยืนยาวได้เหมือนคนปกติ หรืออาจมีความรุนแรงมากถึงขนาดที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ภายในไม่กี่เดือน¹ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีตั้งแต่ชนิด well

differentiated thyroid carcinoma ไปจนถึง anaplastic carcinoma มะเร็งต่อมไทรอยด์มักไม่โตเร็ว แต่เมื่อใดก็ตามที่พบว่าก้อนโตเร็ว ก้อนมีขนาดใหญ่ แข็ง และยึดติดกับอวัยวะข้างเคียงมักบ่งชี้ถึงมะเร็ง อาการเจ็บที่ก้อนพบได้ในกรณีมีเลือดออกในก้อน สำหรับมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด anaplastic หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของต่อมไทรอยด์ (thyroid

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

lymphoma) อาจจะมีอาการอักเสบที่ผิวหนังเหนือ
ก้อน (erythema) และอาการไข้ ก้อนโตเร็ว และเจ็บ
ที่ก้อนได้² ประวัติการได้รับรังสีที่คอตั้งแต่อายุน้อยก็
เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง อาการเสียงแหบ
อาการไอ หรือกลืนลำบาก หายใจมีเสียงผิดปกติ
แน่นอึดอัดคอเวลานอนหงาย ล้วนบ่งชี้ถึงอาการของ
ก้อนที่โตจนกดเบียดอวัยวะใกล้เคียง³ ซึ่งเพศชาย
ผู้ป่วยสูงอายุและการตรวจพบก้อนตั้งแต่อายุน้อยก็
เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็ง⁴ สำหรับการรักษาก็
แตกต่างกันไป จึงจำเป็นมากที่ต้องวินิจฉัยให้แน่นอน
เสียก่อนว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดไหน
เพื่อที่จะวางแผนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม⁵

จากการรายงานต่างประเทศมะเร็งต่อม
ไทรอยด์พบประมาณ 1.5% ของมะเร็งทั้งหมด
อุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ในสหรัฐอเมริกา
ประมาณ 50 คนต่อประชากร 100,000 คน และ
อัตราการตาย 6 คนต่อ 1,000,000 คน⁶ ในแต่ละปี
ในค.ศ. 2019 ที่สหรัฐอเมริกาพบโรคมะเร็งต่อม
ไทรอยด์ในคนไข้ใหม่มากกว่า 12,000 ราย ส่วน
อุบัติการณ์ของก้อนในต่อมไทรอยด์พบประมาณ 4%
และจากการตรวจสภาพศพ พบมะเร็งขนาดเล็กใน
ต่อมไทรอยด์ประมาณ 13-24% ในสหรัฐอเมริกาโดย
พบสูงสุดในชาวญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ที่รัฐฮาวาย คือ 24%
ในประเทศไทยมีรายงานพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง
ต่อมไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้น โดยพบเพิ่มขึ้นเป็น 6.9
คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้หญิง และ 1.6 คน
ต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วงปี พ.ศ.
2563-2565 เทียบจาก 5.6 คน ต่อประชากร 100,000
ราย ในผู้หญิง และ 1.4 คนต่อประชากร 100,000
รายในผู้ชาย ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561⁴ ส่วนสถิติ
มะเร็งต่อมไทรอยด์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์
มหาราชจากรายงาน ระหว่าง พ.ศ. 2563 -2565 พบ
ผู้ป่วยใหม่ 34 ราย, 37 ราย และ 42 ราย ตามลำดับ
และต้องได้รับการผ่าตัดจำนวน 23 ราย, 28 ราย และ
31 ราย ตามลำดับ⁷ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และ
จากสถิติที่ผ่านมา ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการ
ผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำกว่า 8 mg/dl มี
โอกาสเกิดภาวะชัก^{8,9,10} และอันตรายถึงเสียชีวิตได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย
มะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะ
แคลเซียมต่ำเพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อม
ไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study)
เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่
ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี เชื้อชาติไทย
สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ทำไร่ สถานภาพ
หม้าย ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ 8 ตำบลป่าตาล อำเภอเมือง
จังหวัดลพบุรี HN 0130320 AN 660018175

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 3
สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 10.12 น.

อาการสำคัญ

มีก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบาก น้ำหนักลดลง 1
เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ให้ประวัติว่า 10 ปีก่อนคลำพบก้อนที่คอ
ด้านซ้าย ก้อนขยับได้ เวลากลืนน้ำลายไม่เจ็บปวด ไม่
มีเหนียวง่ายหรือใจสั่น ก้อนค่อยๆโตขึ้น ไม่ได้ไป
รักษาที่ไหน ยังทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากมีอาชีพ
ทำไร่ไม่มีเวลาจึงไม่เคยไปโรงพยาบาล

1 เดือนก่อนก้อนโตขึ้นมาก เริ่มกลืนลำบาก
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ลูกพามาพบแพทย์เฉพาะทาง
ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพทย์ตรวจพบ
ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้าย ขนาด 8 เซนติเมตร และ
ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านขวา ขนาด 7 เซนติเมตร
แพทย์ได้ดูดชิ้นเนื้อก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Fine
needle aspiration : FNA) ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

2 สัปดาห์ก่อนมาตรวจตามนัด แพทย์แจ้งผลตรวจก่อนว่าเป็นเนื้อร้าย แนะนำให้ผ่าตัด วันนี้แพทย์นัดนอนโรงพยาบาล เพื่อผ่าตัดก้อนที่คอ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยตรวจสุขภาพ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีใครเจ็บป่วยร้ายแรง ปฏิเสธโรคเมร็งในครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง เคยเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด มักจะซื้อยามารับประทานเอง หรือไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ไม่เคยรับประทานยาหมอยาชุด ไม่เคยแพ้ยา อาหาร และสารเคมีใด ๆ การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ร่างกายสะอาดดี ในชีวิตประจำวันผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองกำลังเจ็บป่วยอยู่ รับทราบจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน กังวลว่าจะเป็นภาระแก่บุตร

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนที่เคี้ยวง่าย ส่วนใหญ่จะรับประทานปลา ข้าวสวย ข้าวต้ม รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อตามเวลา ตื่นน้ำวันละ 8-10 แก้ว มีปัญหาเรื่องการกลืนอาหาร แล้วรู้สึกทื่อคอบ้างเล็กน้อย ก่อนเข้ารับการรักษา น้ำหนักตัว 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ปัจจุบันน้ำหนักเหลือ 49 กิโลกรัม ขณะอยู่ในโรงพยาบาลต้องดื่มน้ำและอาหารตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากจะต้องมีการผ่าตัด

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ปกติผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะปกติ ไม่มีท้องผูกหรือถ่ายเหลว ไม่มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายหรือการใช้ยาระบาย ขับถ่ายปัสสาวะปกติวันละ 4-5 ครั้ง

ไม่มีปัญหาสับสนหรือกลืนปัสสาวะไม่อยู่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดปัสสาวะได้เองปกติ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองทำงานบ้านเช่น หุงข้าว กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้าทำงานรับจ้าง ผู้ป่วยไม่เคยออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา เพราะจะออกนอกบ้านเพื่อไปทำงานและเมื่อ 1 ปีก่อนผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่ายทำงานรับจ้างไม่ค่อยไหว บุตรจึงให้ผู้ป่วยหยุดทำงานรับจ้างและให้ช่วยดูแลหลาน ๆ และทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แขนขาสองข้างมีกำลังปกติ

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยตื่นนอน 05:30 น. เตรียมตัวใส่บาตร (ลูก เตรียมอาหารให้) 1 เดือนก่อนก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบาก น้ำหนักลด บุตรชายคนเล็กรับมาอยู่ด้วย ตื่นนอน 05:30 น. ใส่บาตร รับประทานอาหารเช้า 06:00 น. ช่วยดูแลหลานๆที่บ้าน รับประทานอาหารกลางวัน 12:00 น. รับประทานอาหารเย็น 18:00 น. อาบน้ำ ดูโทรทัศน์ เข้านอน 20:00 น. ไม่มีปัญหาในการนอน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ตนเองเป็นอยู่

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาการรับรู้ ระดับความรู้สึกตัวดี ความจำเป็นปกติ สามารถเล่าเรื่องราวในอดีตได้ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง กระบวนการคิดและตัดสินใจสมเหตุสมผล การได้ยิน การสัมผัส รวมถึงการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วนปกติ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชายคนโต ดูแลตนเองได้ ทำงานได้ หารายได้จากการทำงานรับจ้างเล็กน้อยๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นโรคร้ายกลัวเสียชีวิต ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง กลัวจะเป็นภาระให้บุตร

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ในครอบครัวก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยอยู่กับบุตรชายคนโต บุตรสะใภ้ และหลาน 2 คน สามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุตั้งแต่บุตรเล็กๆ ตอนเจ็บป่วยมาอยู่กับบุตรชายคนเล็ก ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี เมื่อมีปัญหาจะช่วยเหลือกันและกัน

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ลักษณะการเจริญพันธุ์และพัฒนาการทางเพศเป็นปกติ หมดประจำเดือนนานแล้ว

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ผู้ป่วยบอกว่า ตามปกติตนเองเป็นคนไม่เครียด หากมีอะไรทำให้ไม่สบายใจจะพยายามปล่อยวาง ไม่เก็บเอามาคิดให้เป็นทุกข์ หากมีเรื่องที่เครียดส่วนใหญ่จะปรึกษากับบุตรชายถ้าเป็นปัญหาเล็กน้อยจะแก้ไขได้เองขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอนทุกวัน ไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา หากมีปัญหาในชีวิตจะยึดหลักปล่อยวางและทำบุญ การมาอยู่โรงพยาบาลส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยคิดว่าเมื่อกลับบ้านได้คงมีโอกาสไปทำบุญที่วัดเหมือนเดิม

การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ รูปร่างผอม ผมห่นสั้น เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น สภาพร่างกายสะอาด หายใจปกติ ไม่มีภาวะเขียว หน้าต่ายิ้มแย้ม

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/69 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร มีกำลังใจที่ดีจากบุตรชายและบุตรสะใภ้ รักและเป็นห่วงหลานทั้ง 2 ซึ่งยังเป็นเด็กเล็ก บางครั้งผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกท้อแท้ใจบ้างที่เป็นมะเร็ง กลัวว่าจะเสียชีวิตก่อนที่จะหลานๆ จะโต อยากมีชีวิตอยู่ดูความสำเร็จของหลานทั้งสอง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง สีผิวสองสีไม่มีจ้ำเลือด ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี (good skin turgor) ลักษณะของแขน

และการกระจายของขนสม่ำเสมอ เล็บมือและเล็บเท้าสั้นสะอาดดี

ศีรษะ เส้นผมสีดำนี้นวมหงอกประปราย ตัดสั้น ไม่มีรังแค การกระจายของผม สม่ำเสมอ ลักษณะของกะโหลกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ใบหน้า รูปร่างกลม สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีการขยายผิดปกติของกระดูก ไม่มีอาการบวม กดไม่เจ็บ ตา สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง มองเห็นชัดเจน ปฏิกริยาของรูม่านตาต่อแสงปกติ ขนาด 2 มิลลิเมตร conjunctiva not pale, anicteric sclera

หู ใบหูมีรูปร่างปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก รูปร่างปกติ ไม่มี nasal septum deviation ไม่มีน้ำมูก ไม่มีอาการเจ็บของโพรงอากาศไซนัส ช่องปาก ลิ้นปากแห้งเล็กน้อย เหงือกไม่มีการอักเสบบวมแดง ไม่มีฟันผุ ลิ้นชุ่มชื้น ขนาดพอเหมาะกับช่องปาก ทอนซิลไม่โต normal posterior pharyngeal wall, normal base of tongue

คอ คลำได้ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านขวา ขนาด 7 เซนติเมตร และก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้าย ขนาด 8 เซนติเมตร ก้อนเคลื่อนตามขณะกลืน กดไม่เจ็บ ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอและเหนือไหปลาร้าไม่โต

ทรวงอก ลักษณะทั่วไปของทรวงอกปกติ ไม่มีอกบวม อกไก่ อกถึงเบียร์ทรวงอกทั้ง 2 ข้างสมมาตร ไม่มีก้อนหรือการกดเจ็บบริเวณหน้าอกตรวจไม่พบเสียง Wheezing Both Lung หรือ Creptitation ที่ปอด

หัวใจและหลอดเลือด ไม่พบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเส้นเลือดบริเวณคอไม่โป่ง ชีพจรบริเวณคอแขน ขาหนีบ และหลังเท้าของร่างกายทั้ง 2 ข้างแรงเท่ากัน

หน้าท้อง ท้องนุ่ม ไม่มีกตเจ็บ ไม่มีผื่น Bowel sound ฟังได้ยินชัดเจนดี หน้าท้องและทางเดินอาหารเสียงเกิดจากการเคาะท้อง ได้ยินเสียงโปร่ง คลำไม่พบก้อน ขนาดของตับ ม้าม คลำไม่พบขอบเขตของตับและม้าม ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต ทวารหนักปกติ ไม่พบริดสีดวงทวาร

ระบบประสาท ระดับความรู้สึก รู้สึกรู้ตัว ถามตอบรู้เรื่อง Motor system การเคลื่อนไหวของลำตัว แขน ขาปกติ Sensory system ปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูกแนวของกระดูกสันหลัง ปกติขนาดสมมาตรกัน มีความตึงตัวดี แข็งแรง ข้อต่าง ๆ ในร่างกายไม่มีการอักเสบ สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มพิสัย

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะอวัยวะเพศภายนอก ไม่มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ

สรุปอาการ

แรกรับ วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านขวา ขนาด 7 เซนติเมตร และก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้ายขนาด 8 เซนติเมตร ก้อนเคลื่อนที่ได้ตามการกลืน คอไม่เจ็บ เสียงไม่แหบ ไม่มีเหนื่อยหอบแต่กลืนลำบาก ในช่วง 1 เดือนมีเบื่ออาหาร น้ำหนักลดไป 4 กิโลกรัมแพทย์ได้ดูดชิ้นเนื้อก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Fine needle aspiration : FNA) และส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อน พบ Positive for malignancy แพทย์จึงนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์ แรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/69 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ set OR for Total thyroidectomy วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2566 on call เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่แพทย์จะทำการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดนั้น มีข้อดี ข้อเสีย มีความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไรบ้าง ผู้ป่วยและญาติลงนามรับทราบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย CBC,BS,BUN,Cr Electrolyte, Ca, HbA1C, TFT, Anti HIV, ผลพบว่าปกติ Swab covid ATK negative วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่ผ่าตัดเย็บก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตน พยาบาลหอผู้ป่วยเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจ ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด แต่ทีมดูแลรักษาได้ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าทีมมีความพร้อมดูแล และจะ

ดูแลให้เต็มความสามารถ ผู้ป่วยจึงคลายความวิตกกังวล และในวันก่อนผ่าตัดแพทย์ได้ให้ยาคลายความวิตกกังวล Xanax (0.5) 1 tab oral hs. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลสามารถนอนหลับได้ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บุตรชาย พร้อมให้การดูแลหลังผ่าตัด

วันผ่าตัด วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.00 น. เพื่อทำ Total Thyroidectomy และส่ง Biopsy ชิ้นเนื้อของต่อมไทรอยด์ ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดจำนวน 500 ml ได้ PRC 1 unit iv drip ในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดยัง On ET-tube ไว้เพื่อป้องกันภาวะ Airway obstruction เนื่องจากก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ หลังผ่าตัดผู้ป่วยถูกส่งตัวมาตรวจสอบอาการในห้องพักฟื้น เมื่ออาการคงที่ย้ายออกมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วย หูตา คอ จมูก ที่หอ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท on endotracheal tube No 7 ลีกลุมปาก 22 เซนติเมตร ต่อกับ O₂T-piece 10 lit/min แผลผ่าตัดไม่มี เลือดซึม on Radivac drain 2 ขวด เพื่อระบายเลือดและสารคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดไทรอยด์ด้านขวา และด้านซ้ายด้านละ 1 ขวด rt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกรวม 40 ml. lt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกรวม 50 ml ปวดแผล pain score 6-8 คะแนน ได้ยาแก้ปวด MO 5 mg. _{iv} ทุก 6 hr.อาการปวดแผลทุเลาลงหลังได้รับยา feed BD (1:1) 200 ml x4 feed รับ feed ได้ทุกมื้อ ติดตาม Ca, Alb., CBC หลังผ่าตัด ผลพบว่า Ca = 7.5 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) Alb=3.29 g/dl (ต่ำกว่าปกติ) มีอาการปลายมือ ปลายเท้าชา ไม่มีอาการเกร็ง ให้ CaCO₃ 3 tab oral tid pc, Calcitriol 1 tab oral OD pc ผล CBC พบว่ามีภาวะซีดเล็กน้อย Hb 11 g/dl Hct 33% ให้ FBC 1 tab oral tid pc และ Folic 1 tab oral OD pc.

หลังผ่าตัดวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม rt. Radivac drain

มี content เป็นเลือดออกเพิ่ม 20 ml lt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกเพิ่ม 30 ml ปวดแผลผ่าตัด pain score 5-7 ค่ะแน่น ได้ยาแก้ปวด MO 5 mg. iv ทุก 6 hr อาการปวดแผลทุเลาลงหลังได้รับยา on endotracheal tube with O₂T-piece 10 lit/min ไร้สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท ดูแลเช็ดตัวลดไข้และสังเกตภาวะไข้ต่อประเมินความพร้อมในการเอาสายสวนปัสสาวะออก พบว่าไม่มีข้อบ่งชี้ในการใส่แล้วจึงนำออก หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง ผู้ป่วย on endotracheal tube with O₂T-piece 10 lit/min ไม่มีอาการหอบเหนื่อย O₂ saturation 98-100% แพทย์จึงพิจารณา off endotracheal tube ผู้ป่วยหายใจได้เอง สัญญาณชีพหลัง off endotracheal tube ชีพจร 84-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 98-100% off NG tube เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารได้เองตามลำดับ ผลเจาะ Ca = 7 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ไม่มีชักเกร็ง แพทย์เพิ่ม CaCO₃ 4 tab oral tid pc และย้ายผู้ป่วยมาอยู่ในความดูแลที่ตึกพิเศษตา หู คอ จมูก หลังรับย้ายผู้ป่วยมาตึกพิเศษตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้ามากขึ้น ไม่มีอาการชักเกร็ง แพทย์ให้เจาะ Ca = 6.8 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) ให้ Ca-gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ

หลังผ่าตัดวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองบนเตียงได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/84 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย pain score 2-3 ค่ะแน่น rt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกเพิ่ม 20 ml lt. Radivac drain มี

content เป็นเลือดออกเพิ่ม 20 ml ยังมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ไม่มีชักเกร็ง Ca = 7 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) แพทย์ให้ Ca-gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ มีอาการไอ มีเสมหะสีขาว ให้ Flumucil 1 ของ oral tid pc เริ่มรับประทานข้าวต้มได้ 1 ถ้วย On 5%D/NSS 1000 ml iv 80 ml/hr Repeat blood for Ca อีกครั้ง เวลา 20.00 น. Ca = 7.5 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) ชาปลายมือปลายเท้าน้อยลง ให้ Ca-gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที Ca = 8.2 mg/dl มีอาการชาปลายมือปลายเท้าน้อยลง

หลังผ่าตัดวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80-

130/90 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม แผลแห้งดีไม่มีบวมแดง ปวดแผลเล็กน้อย 1-2 ค่ะแน่น Radivac drain ทั้ง 2 ข้าง ไม่มี content ออกเพิ่ม มีอาการไอนานๆครั้ง เสมหะสีขาว ผล Ca = 8.6 mg/dl แพทย์พิจารณาให้ off Radivac drain ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเองได้ หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แนะนำการดูแลแผลการทำแผล โรงพยาบาลใกล้บ้าน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ บุตรชายเป็น Care giver รับทราบเข้าใจ ตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 90 จึงจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2567 เวลา 14.00น. ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย แผลผ่าตัดแห้งดีสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียสชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ไอนาน ๆ ครั้ง ไม่มีอาการชามือและเท้า แพทย์วางแผนส่งผู้ป่วยไปกลืนแร่ที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างดูแลผู้ป่วยพบปัญหาทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด	การพยาบาล ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจ ของผู้ป่วยให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี อธิบายเกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์ที่ผู้ป่วยเป็น การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด อธิบายวิธีปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งร่างกาย โดยการดมยาสลบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัวไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดการคั่งค้างของเสมหะ ช่วยให้การระบายของสิ่งคัดหลั่งจากท่อนบายเป็นไปโดยสะดวก การควบคุมและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความเจ็บปวด เช่น การได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ การปฏิบัติตนอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการล้างมือให้ยาคลายความวิตกกังวลก่อนนอน ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำคื่นก่อนผ่าตัด เข้าของวันผ่าตัดผู้ป่วยต้องอาบน้ำ แปรงฟัน บ้วนปาก เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ให้เรียบร้อย ถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าสบายใจขึ้นที่ได้รับรู้แนวทางการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล บอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อหรือมีเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด	การพยาบาล ตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งแล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจโดยสังเกตสีผิวหนังรอบ ๆ คอและฟ้าปิดแผลบริเวณคอ ตรวจสอบการทำงานของขดระบายของเหลวจากแผลเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ (Hematoma) ที่ทำให้กดบริเวณทางเดินหายใจได้และตรวจดูปริมาณเลือดที่ซึมที่ผ้าปิดแผล มีเลือดออกมากหรือน้อยโดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรก จัดให้ผู้ป่วยนอน ศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ ทุก 2 ชั่วโมง ประเมินอัตราการหายใจ ความลึก การใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ ช่วยในการหายใจ และภาวะ cyanosis จัดเตรียมอุปกรณ์ในการเจาะคอให้พร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉิน ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ เนื้อเยื่อพองออกซิเจน โดย ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพองออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต เหงื่อออก ตัวเย็น อาการกระสับกระส่าย ซึมลง ประเมินภาวะเลือดออกจาก แผลผ่าตัด Radivac drain ประเมิน Hct.ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกชีพจร ความดันโลหิตและการหายใจเพื่อประเมินหน้าที่ของหัวใจและการหายใจ ช่วยเหลือกิจกรรมและให้ออกกำลังเท่าที่จะทำได้เพื่อให้หัวใจและปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบากและใจสั่น เพื่อพิจารณาว่าสัญญาณชีพ การประเมินผล ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจไม่มีเสียงหายใจ Stridor ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพองออกซิเจนได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต เหงื่อออก ตัวเย็น อาการกระสับกระส่าย ซึมลง สัญญาณชีพปกติ โดยอัตราการหายใจ 80-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-140/90 มิลลิเมตรปรอทอุณหภูมิร่างกาย 36.5 -37.3 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) 95-100 % ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด ไม่มีอาการบวม ไม่มีเลือดซึม Radivac drain ข้างขวาออก 80 ml ข้างซ้าย 100 ml
มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัด กระทบกระเทือนต่อมพาราไทรอยด์	การพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง พร้อมประเมินปฏิกิริยาของระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่แสดงภาวะขาดแคลเซียม เช่น ชาตามริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง มือจับ ชักเกร็ง ตรวจเคาะปลายประสาทที่หน้าใบหู (Chvostek's sign) ถ้าผลบวกจะมีอาการกระตุกที่มุมปากข้างที่เคาะและตรวจ Trousseau's sign ทำโดยรัดแขนด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต โดยให้ความดันโลหิตสูงกว่าความดันซิสโตลิกเล็กน้อย รัดแขนนาน 2 - 3 นาที ทำให้มือชาเลือดชั่วขณะ ถ้าผลบวกจะมีอาการมือจับเกร็ง ดูแลให้ยา 10 % Calcium Gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ และ CaCO₃ (600mg) 3 tab oral tid pc & hs ดูแลเรื่องความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุจากอาการชักเกร็ง เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการเพื่อติดตาม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินค่าแคลเซียมตามแผนการรักษาของแพทย์ Monitor NIBP ติดตาม EKG การประเมินผล มีอาการชาที่มือหลังผ่าตัดวันที่ 2 และไม่มีอาการชักเกร็ง หลังผ่าตัดวันที่ 4-5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ =8.2 – 8.5 mEq/L หลังผ่าตัดวันที่ 5 หายจากอาการชามือทั้ง 2 ข้าง ไม่มีชักเกร็ง
ไม่สุขสบายจากปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด	การพยาบาล ประเมินระดับความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด (pain scale) ชักถามและสังเกตอาการปวดเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน การให้การพยาบาลที่เหมาะสม อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของการปวดแผล ผ่าตัด จัดท่าอนศิริระสูง ใช้หมอนรองบริเวณคอ ใช้มีมอรองรับบริเวณท้ายทอยระหว่างการเปลี่ยนท่า ชยับพลิกตะแคงตัวและประคองบริเวณศีรษะขณะลุกนั่ง เพื่อบรรเทาอาการตึงแผลและแผลแยก แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจแบบลึกยาวเพื่อผ่อนคลาย อาการปวดแผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ MO 5 mg iv ทุก 4 hr. เวลา 10.30 น. ประเมินความปวดหลังให้ยาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ มีผื่นขึ้น หายใจไม่อึด แน่นหน้าอก ดูแลให้สายระบาย ไม่ให้หัก พับ งอ หรือดึงรั้งแผล แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจหรือการผ่อนคลายอาการปวดด้วยตนเอง เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การประเมินผล ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลลง พักผ่อนได้มากขึ้นหลังให้ยาและใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ Pain Score = 3-8 หลังให้ยาและใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ Pain Score = 2-3
เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากมีท่อระบายออกจากแผล	การพยาบาล วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ใช้ NSS เช็ดล้างรอบแผล และในแผลให้สะอาด สังเกตลักษณะสิ่งคัดหลั่ง ลักษณะบวมแดงบริเวณแผลและรอบแผล ดูแลให้สายระบายไม่ให้หัก พับ งอ หรือดึงรั้งแผล ให้มีการระบายได้ดี อธิบายไม่ให้ผู้ป่วยอุบหรือแกะเกาแผล ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการภายหลังให้ยา ได้แก่ ผื่น คัน ตามผิวหนัง การประเมินผล อุณหภูมิร่างกาย 36.9 - 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60 - 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 - 110 ครั้ง/นาที แผลผ่าตัดแห้งดี หลังผ่าตัดวันที่ 5 Off Radivac drain ออกได้
การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจทำให้พูดไม่มีเสียง	การพยาบาล ประเมินความสามารถการรับรู้ของผู้ป่วยที่จะใช้วิธีการสื่อสารด้วยวิธีอื่นแทนการพูดและได้จัดวิธีการสื่อสารโดยใช้การเขียนลงในสมุดหรือกระดาษ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเขียนหนังสือได้ แนะนำการใช้กริ่งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ แนะนำญาติเรื่องการสื่อสาร ใช้กิริยาท่าทาง เช่น การพยักหน้าเป็นการตอบรับ การส่ายหน้าเป็นการปฏิเสธ เป็นต้น หรืออาจพูดเป็นประโยคสั้นๆ การประเมินผล พบว่าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้โดยการเขียนความต้องการลงในสมุด ไม่เกิดปัญหาด้านการสื่อสาร
อาจมีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ข้างหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด	การพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แผนการรักษาพยาบาลและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่น กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 1,800 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำแต่โปรตีนสูง มีวิตามินครบถ้วนและอาหารที่มีกากใย ติดตามผลการตรวจหาค่า total T3 total T4 free T4 และ TSH สังเกตอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ เหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ เจ็บหน้าอก การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ มือชากล้ามเนื้อกระตุก หรืออาการชัก และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล/กลัว เนื่องจากใส่ท่อหายใจออกมาหลังผ่าตัด	การพยาบาล ประเมินการรับรู้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สังเกตอาการแสดงทางด้านร่างกาย ที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวลหรือกลัว เช่น กระสับกระส่าย กระตือรือร้น ใคร์รู้้อย่างมากเกินสมควร ให้การดูแล จัดท่ากระดาด ปากกา ให้ผู้ป่วยเขียนบอกความต้องการของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความวิตกกังวลและสิ่งที่กลัว พยาบาลแสดงที่ท่ายอมรับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติด้วยความเข้าใจ และหลีกเลี่ยงการให้กำลังใจหรือปลอบโยนแบบไม่มีความหมาย เช่น การบอกว่าแล้วทุกอย่างจะดีขึ้นเอง แต่ใช้การอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อหายใจ ระยะเวลาที่ต้องใส่และสร้างความมั่นใจในความสามารถของเจ้าหน้าที่และประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ของเครื่องมือ อนุญาตให้ญาติประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อได้ตามความเหมาะสมโดยไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล แนะนำเทคนิคในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ฝึกทำสมาธิ ให้มีส่วนร่วมและรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสภาพแวดล้อม โดยบอกถึงเวลา สถานที่ บุคคลที่ให้การดูแล และให้ร่วมมือในกิจกรรมการดูแลตนเองตามความสามารถ จัดกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยน้อยที่สุด ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติบอกว่าสิ่งที่กังวลและกลัวคือ ความเจ็บป่วยหนัก กลัวความตาย ความเจ็บปวด กลัว เครื่องมือและสายต่าง ๆ จะหลุด กลัวไม่หายจากความเจ็บป่วย กลัวความพิการ ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ สีหน้าคลายความวิตกกังวล ไม่มีอาการหน้ามืดหัวเขมวต ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย และรับฟังคำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล
ระยะจำหน่าย ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	การพยาบาล อธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพักผ่อนควรนอนหลับให้เพียงพอในเวลากลางคืน 6 - 8 ชั่วโมง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอนให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่ อาการมีไข้ อาการไอมากขึ้น เหนื่อยหอบ อาการมือเท้าชา ชักเกร็ง เป็นต้น แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ผู้ป่วยสามารถบริหารคอ เอียงซ้าย เอียงขวา ก้มและเงยหน้าได้ตามปกติ ถ้ามีอาการไข้สูง แผลบวมแดง มีน้ำหรือเลือดออกจากแผล กลืนลำบาก เสียงแหบ มีการกระตุกบริเวณใบหน้า หรือมีอาการอ่อนเพลีย หลงลืม ความคิดช้าลง เหนื่อยขา ผิวหยาบ ผมหงอก มีอาการง่วงผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการของภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ ให้มาพบแพทย์ทันที การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม การปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็น สามารถบอกได้ว่าเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มือเท้าชา ชักเกร็ง ต้องรีบมาโรงพยาบาล อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2567 เวลา 14.00น. มาตรวจตามนัดวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2567 แผลที่คอแห้งดี ระดับแคลเซียมปกติ และส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็ง

สรุปและอภิปรายผล

จากการที่ต่อมไทรอยด์โตและเบียดสายเสียงเป็นเวลานานอาจทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน นำไปสู่ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้ การใส่ท่อหลอดลมหลังการผ่าตัดออกมา เป็นการป้องกันภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินผู้ป่วยทั้งในขณะ On O₂ T-piece เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนได้ตลอดเวลา เมื่อพิจารณาถอดท่อหายใจออกได้ จำเป็นต้องมีการประเมินการถอดท่อช่วยหายใจตามมาตรฐาน เพราะหากประเมินไม่ครอบคลุมต้องกลับไปใส่ท่อหลอดลมคอใหม่จะมีความยากลำบากเพราะสายเสียงจะบวม และมีผลให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนได้ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินใกล้ชิด ครอบคลุม ครบถ้วนตามมาตรฐาน จึงไม่เกิด

ภาวะดังกล่าว การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ อาการแทรกซ้อนที่พบได้ไม่บ่อยอาจเกิดขึ้นได้และมักจะเกิดขึ้นชั่วคราว เช่น อาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า อาการเสียงแหบ พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล เช่น การผ่าตัดอาจมีผลกระทบต่อเส้นประสาทของกล่องเสียงที่อยู่ใกล้กับต่อมไทรอยด์ ทำให้เสียงแหบชั่วคราวและจะดีขึ้นหลังจากการผ่าตัด 3 วันถึง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถร้องเพลงเสียงสูงได้หลังจากการผ่าตัด การผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดอาจมีผลกระทบต่อต่อมพาราไทรอยด์ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับแคลเซียมในร่างกาย ผู้ป่วยอาจต้องกินแคลเซียมและวิตามินดีเพื่อรักษาระดับแคลเซียมในร่างกายให้เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องกินอาหารเสริมเหล่านี้ตลอดชีวิตและต้องตรวจเลือดเป็นประจำ

อาการเลือดไหลใต้แผลผ่าตัดอาจทำให้เกิดอาการบวม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่งเพื่อหยุดอาการเลือดไหลและระบายเลือดที่คั่งออกมา อาการแทรกซ้อนเช่นนี้มีโอกาสเกิดน้อยมาก แผลติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี^{8,9,10}

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์และเนื้องอกต่อมไทรอยด์ ควรเป็นบทบาทเชิงรุก มีการประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีก้อนที่คอ ให้ความสำคัญต่อการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องเนื้องอกต่อมไทรอยด์และโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์โดยการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เนื่องจากเนื้องอกต่อมไทรอยด์ ถ้าปล่อยไว้ให้ ก้อนมีขนาดใหญ่โดยไม่รักษาจะส่งผลให้ก้อนเนื้องอกเบียดอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ 1) กล้องเสียง อาจทำให้เกิด อัมพาตของสายเสียง ส่งผลให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนตามมาได้ 2) หลอดลม ส่งผลให้ผู้ป่วย หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) หลอดอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก สำหรับโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ถึงแม้จะมีความรุนแรงของโรคต่ำแต่เมื่อได้รับการรักษาแล้วมีโอกาสหายขาด หรืออยู่ได้ถึง 10-20 ปี สูงถึงประมาณ 80-90% แต่หากพบโรคนี้ในผู้ชาย และในผู้ป่วยที่มีอายุ

ตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป มักมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี

2. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด รูปของ Clinical pathway ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ระดับโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย รวมทั้งระดับโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีแพทย์โสต ศอ นาสิก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการทบทวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาร่วมกัน เพื่อหาสาเหตุราก และวางแผนแก้ไขปัญหอย่างตรงประเด็น

3. ควรมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ระยะลุกลามเนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับผู้ดูแล ควรมีกระบวนการ empowerment ผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ เพราะถ้าผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้า (fatigue) และเข้าสู่ภาวะเบิร์นเอาท์ (burn out) จะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเมื่อระยะของโรคผู้ป่วยดำเนินมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะได้มีโอกาสตัดสินใจการตายด้วยตนเอง อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. ควรพัฒนาการสื่อสารกับผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เช่น VCD ก่อนผ่าตัด มีคำบรรยายใต้ภาพ รูปภาพการสื่อสาร เช่น ภาพห้องน้ำ มีคำบรรยาย ปวดปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Auperin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: An update. *Current Opinion in Oncology*, 32(3), 178-186.
2. พิชิต สิทธิไตรย์. (2560) ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เชียงใหม่.
3. Brady GC, Goodrich J, Roe JWG. (2019). Using experience-based co-design to improve the pre-treatment care pathway for people diagnosed with head and neck cancer. *Support Care Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04877-z>.
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. พรชัย โอเจริญรัตน์. (2566). มะเร็งศีรษะและลำคอ. <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=695>
6. ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 28(2): 49-60.
7. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2566). สถิติมะเร็งต่อมไทรอยด์ปี 2563-2565. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
8. วรเวทย์ โรจน์จรัสไพศาล. (2562). การทำนายภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดไทรอยด์ โดยใช้แนวโน้มของระดับแคลเซียมในเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุริรัมย์; 32(2):69-78
9. Ahmad A, Khan HM, Chaudhry N, et al. (2016). Post thyroidectomy hypocalcemia-an audit of 100 cases. Annals of KEMC; 12(2): 285-7.
10. Wu J, Harrison B. (2010). Hypocalcemia after Thyroidectomy: The need for improved Definition. World J Endocr Surg; 2(1):17-20.