

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบวิธี TOETVA กับการผ่าตัดแบบเปิด Postoperative Nursing Care in Thyroidectomy Patients: A Comparative Case Study of TOETVA and Open Surgery

สุภาพร วัฒนสุทธางกูร
Supaporn Wannasuttangsoo
โรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ระหว่างวิธีผ่าตัดแบบเปิด (Open Thyroidectomy) กับวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องปาก (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: TOETVA) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Comparative Case Study) ในผู้ป่วยหญิง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 - มกราคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพตามแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) และกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ เช่น ระดับความปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ TOETVA มีระดับความปวดน้อยกว่า ไม่มีแผลผ่าตัดภายนอก ระยะเวลาฟื้นตัวสั้นลง และมีความพึงพอใจในภาพลักษณ์สูงกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิด อย่างไรก็ตาม กลุ่ม TOETVA มีความเสี่ยงเฉพาะ เช่น ภาวะปวดแผลบริเวณภายในช่องปาก และภาวะบวมหลังผ่าตัดในระยะแรก ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด มีการควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ดี ไม่มีเสียงแหบหรือปัญหาการกลืน แต่มีแผลเป็นที่ลำคอและระยะเวลาฟื้นตัวที่นานกว่า

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเฉพาะรายตามลักษณะของวิธีการผ่าตัด ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในบริบทของโรงพยาบาลระดับภูมิภาคและอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาลหลังผ่าตัด, ผ่าตัดแบบเปิด, ต่อมไทรอยด์

Abstract

This qualitative comparative case study aimed to examine and compare postoperative nursing outcomes between two thyroidectomy techniques: Open Thyroidectomy and Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA). The study was conducted with two female patients diagnosed with thyroid nodules who underwent surgery at Mahasarakham Hospital between July 2024 and January 2025. The research employed Gordon's Functional Health Patterns for health assessment and Roy's Adaptation Model as the theoretical framework to evaluate and compare outcomes including pain levels, postoperative complications, length of hospital stay, and patient satisfaction.

Findings revealed that the patient who underwent TOETVA reported less postoperative pain, faster recovery, and higher satisfaction regarding cosmetic outcomes, as the procedure leaves no visible scar. However, some early postoperative issues such as intraoral discomfort and mild facial swelling were observed. In contrast, the patient who underwent open thyroidectomy experienced longer recovery and visible scarring but demonstrated stable clinical progress with no significant complications such as hoarseness or swallowing difficulty.

The study's findings contribute to the development of individualized nursing care plans tailored to specific surgical approaches. These insights can be applied to enhance postoperative nursing care quality for thyroidectomy patients, particularly in regional hospitals and similar clinical settings.

Keywords: Postoperative nursing care, Open thyroidectomy, Thyroid nodule

บทนำ

ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) เป็นอวัยวะสำคัญในระบบต่อมไร้ท่อ มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนหลักคือ thyroxine (T4) และ triiodothyronine (T3) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระบบเผาผลาญของร่างกาย ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ การเจริญเติบโตของร่างกาย ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินอาหาร อุณหภูมิของร่างกาย และสุขภาพจิตโดยรวม ดังนั้นความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ไม่ว่าจะในแง่ของการทำงานหรือโครงสร้างล้วนมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Cleveland Clinic, 2023)

ในประเทศไทย ภาวะที่เกี่ยวข้องกับต่อมไทรอยด์พบได้บ่อยขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงวัยทำงาน อายุ 30–60 ปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกับปัญหาที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodules) สูงกว่าผู้ชายถึง 4–8 เท่า (นัฐวุฒิ สมบูรณ์ทรัพย์, 2559) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับรังสี การขาดสารไอโอดีน ภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติ และพันธุกรรม ก้อนที่พบในต่อมไทรอยด์อาจเป็นได้ทั้งชนิดไม่ร้ายแรง (benign) หรือร้ายแรง (malignant) ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หายใจลำบาก เสียงแหบ หรือแม้แต่การเสียชีวิตจากโรคมะเร็งไทรอยด์ (วรรณสินี คำหาญ, 2566)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีก้อนต่อมไทรอยด์ขึ้นอยู่กับลักษณะของก้อน การทำงานของฮอร์โมน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการรักษาหลักในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่ โตเร็ว หรือมีลักษณะต้องสงสัยว่าเป็นมะเร็ง คือ “การผ่าตัดต่อมไทรอยด์” (Thyroidectomy) ซึ่งในปัจจุบันมี 2 วิธีหลักที่ใช้ ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิด (Open Thyroidectomy) และการผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องปาก (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: TOETVA) (Anuwong, 2016; Lee & Chai, 2020)

การผ่าตัดแบบเปิด (Open Thyroidectomy) เป็นเทคนิคดั้งเดิมที่ศัลยแพทย์เปิดแผลบริเวณลำคอ ขนาด 4–6 เซนติเมตร เพื่อเข้าถึงต่อมไทรอยด์โดยตรง ข้อดีคือควบคุมการผ่าตัดได้ดี เหมาะสำหรับก้อนขนาดใหญ่หรือมะเร็งที่ลุกลาม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักกังวลเรื่องแผลเป็นหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในเพศหญิงที่ให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ ในขณะที่ TOETVA เป็นเทคนิคใหม่ที่ไม่ทิ้งรอยแผลบนลำคอ โดยเข้าผ่าตัดผ่านเยื่อในช่องปาก ทำให้ผลลัพธ์ด้านความงามดีขึ้น ลดความวิตกกังวลด้านรูปลักษณ์ พ้นตัวเร็ว และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ความซับซ้อนของเทคนิค ระยะเวลาผ่าตัดที่ยาวนานกว่า และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในช่องปาก (Lavazza et al., 2016)

จากสถิติของโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ พบว่ามีการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทั้งแบบเปิดและ TOETVA เพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่างปี 2566–2568 มีผู้เข้ารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบเปิดเฉลี่ยปีละ 50–80 ราย และเริ่มให้บริการผ่าตัดแบบ TOETVA อย่างเป็นทางการในปี 2564 โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเลือก TOETVA เพิ่มขึ้น แม้ปัจจุบันยังมีข้อจำกัดเรื่องศัลยแพทย์เฉพาะทางและเครื่องมือ (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565; 2566; 2567) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะแคลเซียมต่ำ การบาดเจ็บของเส้นประสาทกล่องเสียง เลือดออกในโพรงคอ รวมถึงภาวะทางจิตใจ เช่น ความกังวล ความเจ็บปวด และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน เฝ้าระวัง วางแผน และดำเนินการพยาบาลอย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับลักษณะของการผ่าตัดแต่ละวิธี (จันทน์ รัตนวิจิตร, 2024; บุญตา สุระสระ, 2023)

ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ TOETVA และแบบเปิด มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในหลายด้าน ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด การฟื้นตัวทางร่างกาย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจต่อรูปลักษณ์ และความต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ ความแตกต่างเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลไม่สามารถใช้แนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้จำเป็น

ต้องมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมเฉพาะรายด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ระหว่างวิธี TOETVA กับการผ่าตัดแบบเปิด ผ่านกรณีศึกษาเชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการพยาบาลเฉพาะราย ส่งเสริมการฟื้นตัวที่รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลระดับภูมิภาคอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ได้แก่ ลักษณะของโรค ก่อนที่ต่อมไทรอยด์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษา
2. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์อย่างเป็นระบบ โดยอิงจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย และแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอน
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยวิธี TOETVA และวิธีผ่าตัดแบบเปิด ได้แก่ ระดับความปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดหลักจากทฤษฎีการพยาบาล 2 แนวทางสำคัญ คือทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) และแนวคิดการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยสองเทคนิคที่แตกต่างกัน ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิด (Open Thyroidectomy) และการผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องปาก (TOETVA)

1. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) ทฤษฎีนี้มองว่ามนุษย์เป็นระบบที่สามารถปรับตัว (adaptive system) ต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้ โดยตอบสนองผ่าน 4 มิติหลัก ได้แก่

1.1 มิติทางสรีรวิทยา (Physiological Mode) เช่น ระดับความปวด การพูด กลืน การฟื้นตัวของร่างกาย

1.2 มิติอัตลักษณ์และภาพลักษณ์ตนเอง (Self-Concept Mode) เช่น ความรู้สึกต่อรอยแผลหลังผ่าตัด ความมั่นใจในตนเอง

1.3 มิติหน้าที่บทบาท (Role Function Mode) เช่น ความสามารถในการกลับไปทำหน้าที่ในครอบครัวหรือการงาน

1.4 มิติการพึ่งพาและความสัมพันธ์ (Interdependence Mode) เช่น ความสัมพันธ์กับครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

2. แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) แบบแผนนี้ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยใน 11 ด้าน ได้แก่ 1) แบบแผนการรับรู้และการจัดการสุขภาพ (Health Perception-Health Management Pattern) 2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ (Nutritional-Metabolic Pattern) 3) แบบแผนการขับถ่าย (Elimination Pattern) 4) แบบแผนการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว (Activity-Exercise Pattern) 5) แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน (Sleep-Rest Pattern) 6) แบบแผนการรับรู้และการรับรู้ความรู้สึก (Cognitive-Perceptual Pattern) 7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและภาพลักษณ์ตนเอง (Self-Perception-Self-Concept Pattern) 8) แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ (Role-Relationship Pattern) 9) แบบแผนเรื่องเพศและการสืบพันธุ์ (Sexuality-Reproductive Pattern)

Pattern)10)แบบแผนการเผชิญปัญหาและการทนต่อความเครียด (Coping–Stress Tolerance Pattern)11) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (Value–Belief Pattern)แนวคิดนี้ถูกใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย รายงานพยาบาล และพฤติกรรมในระยะพักฟื้น เพื่อให้เข้าใจความต้องการทางสุขภาพในเชิงลึก

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบรายกรณีเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด (Open Thyroidectomy) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องปาก (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: TOETVA) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule) และเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รายได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่

- ระยะก่อนผ่าตัดประกอบด้วย ประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
- ระยะระหว่างผ่าตัด ประกอบด้วย สังเกตอาการทางคลินิก ระดับความปวด ภาวะแทรกซ้อนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม
- ระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการกลับบ้าน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการปรับตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินสุขภาพตามแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ครอบคลุม 11 ด้าน เพื่อประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
2. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เช่น รายงานการผ่าตัด รายการให้ยา รายงานการพยาบาล รายงานผลห้องปฏิบัติการ
3. แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งครอบคลุมความรู้สึกลหลังผ่าตัด ประสบการณ์การเจ็บปวด การปรับตัว และความพึงพอใจ
4. แนวทางการวิเคราะห์ผลตามกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยใน 4 มิติ ได้แก่ สรีรวิทยา ภาพลักษณ์ตนเอง บทบาท และความสัมพันธ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลจากเวชระเบียน แบบสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยมาถอดความ (Transcription) และวิเคราะห์ตามประเด็นหลักของแต่ละกรณี จากนั้นทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบรายกรณี (Cross-case Analysis) ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองรายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับความปวด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ เพื่อสรุปแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับลักษณะการผ่าตัดแต่ละแบบ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่เอกสารอ้างอิงMSKH_REC 68-01-053

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้างทั่วไป มีสามีเป็นผู้ดูแล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2567 ด้วยอาการคลำพบก้อนที่คอด้านขวา เป็นเวลานานกว่า 2 ปี โดยมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้นพบว่า สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ T 36.5°C, PR 78 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที, BP 120/80 mmHg, SpO₂ 98% คลำพบก้อนที่คอด้านขวาขนาดประมาณ 3x4 เซนติเมตร ผิวเรียบ ขอบเขตชัด ไม่ยึดติดกับเนื้อเยื่อรอบข้าง ไม่มีอาการเจ็บหรือปวดบริเวณก้อน เสียงพูดปกติ กลืนอาหารได้ดี ไม่มีอาการหายใจลำบาก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Right Thyroid Nodule และวางแผนผ่าตัดโดยทำ Right Lobectomy ในวันที่ 24 กรกฎาคม 2567 หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไม่มีเสียงแหบ กลืนอาหารได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลระดับปานกลางในวันแรกหลังผ่าตัด (Pain score 7) แต่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดได้ดี อาการดีขึ้นต่อเนื่อง และสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 26 กรกฎาคม 2567 โดยมีนัดตัดไหมในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 33 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้างทั่วไป มีสามีเป็นผู้ดูแล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2568 ด้วยอาการคลำพบก้อนที่คอด้านซ้ายเป็นเวลานานกว่า 3 ปี โดยมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ ผลการตรวจร่างกายพบว่าสัญญาณชีพปกติ คือ T 36.6°C, PR 76 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 110/70 mmHg, SpO₂ 99% คลำพบก้อนที่คอด้านซ้ายขนาดประมาณ 2.5x2 เซนติเมตร ขอบเขตชัด ผิวเรียบ ขยับตามการกลืน ไม่ยึดติดกับผิวหนังหรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ไม่มีเสียงแหบ ไม่มีอาการหายใจลำบาก แพทย์วางแผนผ่าตัดโดยใช้เทคนิค TOEVA (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach) ในวันที่ 8 มกราคม 2568 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลระดับรุนแรง (Pain score 8) และมีเสียงแหบเล็กน้อย คอบวมแดงบริเวณใต้คาง และกลืนอาหารลำบากในวันแรก แต่ไม่มีสัญญาณของการติดเชื้อหรือเลือดออก ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเน้นการทำความสะอาดช่องปาก การให้ยาแก้ปวด และติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ดีขึ้น และไม่มีเสียงแหบในวันที่ 4-5 หลังผ่าตัด จำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 12 มกราคม 2568 โดยมีการนัดติดตามอาการในวันที่ 28 มกราคม 2568 และฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในวันที่ 31 มกราคม 2568

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลระยะก่อนผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลการรักษา	1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลกระทบจากแผลในช่องปาก	1. ประเมินระดับความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมิน VAS 2. สอบถามถึงความคาดหวัง ความกลัว หรือข้อสงสัยของผู้ป่วยอย่างเปิดใจ 3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการดูแลหลังผ่าตัด และการฟื้นตัว โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย 4. ส่งเสริมให้ญาติร่วมในการรับข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน 5. สนับสนุนการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจลึก ๆ พุดให้กำลังใจ หรือฟังดนตรี 6. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ไม่เร่งรัดในช่วงก่อนเข้าห้องผ่าตัด	กรณีศึกษารายที่ 1: หลังจากได้รับการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการเตรียมตัว โดยไม่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือแสดงความกลัวมากนัก ระดับความวิตกกังวลลดลง กรณีศึกษารายที่ 2: แม้ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของแผลในช่องปาก แต่เมื่อได้รับการอธิบายขั้นตอนอย่างละเอียด พร้อมการให้กำลังใจจากทีมพยาบาลและญาติ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยถึงความเข้าใจและยอมรับการรักษได้ดีขึ้น ระดับความวิตกกังวลลดลง ก่อนเข้าห้องผ่าตัด
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบและการผ่าตัด	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบและการใช้กล้องส่อง	1. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยเฉพาะภาวะไข้ PR RR และ O2 saturation 2. ประเมินเสียงพูด กลืน และลักษณะของแผลบริเวณคอหรือช่องปาก (ขึ้นกับวิธีผ่าตัด) 3. ประเมินอาการของ hypocalcemia เช่น มือเกร็ง, ชา, ตะคริว 4. ดูแลให้แผลสะอาด แห้ง และไม่มีสิ่งคัดหลั่ง	กรณีศึกษารายที่ 1: ไม่มีภาวะเลือดออกหรือเสียงแหบหลังผ่าตัด กลืนลำบากเล็กน้อยในช่วงแรก แต่สามารถรับประทานอาหารได้ในวันที่ 2 ไม่มีอาการ hypocalcemia รุนแรง และสามารถจำหน่ายได้ในวันที่ 3 กรณีศึกษารายที่ 2: ช่วงแรกมีไข้และเสียงแหบเล็กน้อย คอบวม แผลบวมในช่องปาก มีอาการแน่นลิ้นปี่ ซึ่งสื่อถึงความเสี่ยงของ airway

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		5. จัดทำผู้ป่วยให้ศีรษะสูง เพื่อช่วยลดบวมบริเวณลำคอและลดแรงดันต่อทางเดินหายใจ 6. ประเมินการหายใจ และให้การพยาบาลฉุกเฉินหากพบภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น 7. ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ เช่น เสียงแหบ กลืนลำบาก มีไข้	obstruction อย่างไรก็ดีตามภายหลังได้รับการดูแลใกล้ชิด อาการดีขึ้นตามลำดับ หายใจได้สะดวกขึ้นภายในวันที่ 4 และจำหน่ายได้ในวันที่ 5 โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ระยะระหว่างผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
3.เสียงต่ออาการเจ็บเนื้อเยื่อหรือเส้นประสาทจากการผ่าตัด	3. เสียงต่อการบาดเจ็บเนื้อเยื่อหรือเส้นประสาทจากการผ่าตัด	1. ตรวจสอบการจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัยและเหมาะสม ป้องกันแรงกดทับ 2. ประเมินเสียงพูดและระดับเสียงของผู้ป่วยหลังฟื้นตัวจากการดมยาสลบทุก 4-6 ชั่วโมงในวันแรก 3. สังเกตอาการกลืนลำบาก พูดไม่ชัด หรือการสำลักขณะรับประทานอาหาร 4. ประเมินความรู้สึกบริเวณลำคอได้คาง และบริเวณแผลเพื่อหาสัญญาณของการบาดเจ็บหรือบวมผิดปกติ 5. แจ้งแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติของเสียงหรือการกลืน 6. สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติและรายงานทันที เช่น เสียงแหบถาวร เสียงหาย หายใจลำบาก 7. สนับสนุนการรับประทานอาหารอ่อนที่กลืนง่าย และจัดท่าศีรษะสูง	กรณีศึกษารายที่ 1: ไม่มีอาการเสียงแหบหรือกลืนลำบากรุนแรงหลังผ่าตัด แผลหายดี ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท สื่อสารได้ดีจนถึงวันจำหน่าย กรณีศึกษารายที่ 2: มีอาการเสียงแหบเล็กน้อยและกลืนลำบากช่วง 1-2 วันแรก ซึ่งดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่มีเสียงแหบถาวร ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากเส้นประสาท และสามารถพูดและรับประทานอาหารได้ตามปกติในวันที่ 5

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
4.เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นจากการบวมของช่องปากและลำคอ ภายหลังผ่าตัดผ่านกล้อง (TOEVA)	1. ฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจทุก 2-4 ชั่วโมงใน 48 ชั่วโมงแรก 2. ประเมิน O2 saturation อย่างต่อเนื่อง หากต่ำกว่า 95% ให้รายงานแพทย์ทันที 3. สังเกตอาการของ airway obstruction เช่น หายใจมีเสียง, หายใจลำบาก, cyanosis, กระวนกระวาย 4. ประเมินลักษณะของแผลภายในช่องปากและการบวมของลำคอทุกเวอร์ 5. จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดอาการบวมของเนื้อเยื่อ 6. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ให้ไอหรือออกแรงเกร็งคอมากเกินไป 7. เตรียมอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ เช่น Oxygen, Suction, Ambu bag) ให้พร้อมใช้งาน 8. รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการผิดปกติด้านทางเดินหายใจ	กรณีศึกษารายที่ 2: ผู้ป่วยมีอาการแน่นบริเวณลิ้นปี่และคอ บวมในวันแรกหลังผ่าตัด และมีเสียงแหบเล็กน้อย ในช่วง 2 วันแรก แต่ไม่มีภาวะหายใจลำบากหรือ O2 sat ต่ำกว่าเกณฑ์ ปฏิบัติการไว ไม่มี cyanosis อาการบวมลดลงชัดเจนในวันที่ 3-4 และสามารถพูด กลืน และหายใจได้ดีขึ้นตามลำดับ จึงประเมินว่าไม่มี airway obstruction เกิดขึ้น	

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลระยะหลังผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
4.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	5.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	1. ประเมินลักษณะแผลทุกเวอร์มี 2. วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4-6 ชั่วโมงเพื่อฝ้าระวังไข้ 3. ปฏิบัติตามหลัก aseptic technique ทุกครั้งที่มีการดูแลแผลหรือให้ยาทางหลอดเลือด 4. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และฝ้าระวังอาการแพ้	กรณีศึกษารายที่ 1: ไม่มีอาการไข้หรือการติดเชื้อ แผลแห้งดี ไม่มีรอยบวมแดง จนถึงวันตัดไหม และได้รับยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา กรณีศึกษารายที่ 2: ช่วงวันแรกมีอาการบวมแดงของ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		5. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและของเหลวเพื่อช่วยการฟื้นฟูของเนื้อเยื่อ 6. สอนผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการติดเชื้อและวิธีดูแลแผลเมื่อกลับบ้าน 7. นัดติดตามอาการและการดูแลแผลตามกำหนด เช่น นัดตัดไหมหรือตรวจช่องปาก	แผลภายในช่องปากและมีไข้เล็กน้อย แต่หลังได้รับการดูแลและยาปฏิชีวนะ อาการบวมลดลง ไม่มีหนองหรือกลิ่น แผลดีขึ้นชัดเจนในวันที่ 4-5 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อเกิดขึ้น
6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดภายในช่องปาก ภายหลังการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางช่องปาก (TOEVA)	1. เฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อ เช่น กลืนปากผิดปกติ บวมแดงมากขึ้น เจ็บปวดเพิ่ม หรือมีไข้ 2. สังเกตสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิทุก 4-6 ชั่วโมง 3. ประเมินแผลในช่องปากทุกเวร หากสามารถตรวจได้โดยไม่รบกวนการสมานของแผล 4. ส่งเสริมการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหลังรับประทานอาหาร และงดใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ 5. สอนให้ผู้ป่วยใช้ช่องสะอาด ไม่ใช่หลอดดูด และหลีกเลี่ยงอาหารแข็งหรือร้อนจัด 6. ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา และประเมินอาการข้างเคียง 7. รายงานแพทย์ หากพบร่องรอยแผลติดเชื้อ	กรณีศึกษารายที่ 2: ผู้ป่วยมีอาการบวมแดงในช่องปากและมีไข้ในวันแรกหลังผ่าตัด แต่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยการให้อาบน้ำปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำรวมถึงการดูแลความสะอาดช่องปากอย่างต่อเนื่อง อาการบวมลดลงอย่างชัดเจนในวันที่ 3-4 ไม่มีสิ่งคัดหลั่งหรือหนองจากแผล ไม่มีกลิ่นผิดปกติ กลืนอาหารอ่อนได้ดีขึ้น ไม่มีอาการเจ็บปวดและไม่มีไข้ในช่วงปลาย จึงถือว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในช่องปากเกิดขึ้น	
5.ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	7.ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินระดับความปวดทุก 4-6 ชั่วโมง โดยใช้ Pain scale 0-10 2. สังเกตท่าทาง แสดงออก และพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความปวด เช่น หน้า nhăn ขยับตัวลำบาก 3. ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษา (Morpine IV, Paracetamol PO)	กรณีศึกษารายที่ 1: ผู้ป่วยตอบสนองต่อการให้ Morphine ได้ดี ระดับความปวดลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการให้ยา หลังวันที่ 2 สามารถใช้ Paracetamol

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		4. ติดตามผลการให้ยา และบันทึกผลความเปลี่ยนแปลงของระดับความปวดหลังให้ยา 5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่ลดแรงดึงบริเวณคอ เช่น ยกศีรษะ) (สูง 6. ส่งเสริมเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือ 7. ประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น อาการง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน และจัดการตามอาการ	แบบรับประทานได้ และมี Pain score เหลือเพียง 2 คะแนนก่อนจำหน่าย <u>กรณีศึกษารายที่ 2:</u>ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงในช่วง 48 ชั่วโมงแรก ต้องให้ Morphineหลายครั้ง อาการปวดเริ่มลดลงในวันที่ 3 และหายปวดในวันที่ 5 (Pain score = 0) ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ดีในช่วงท้าย และไม่มีผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด
6.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนต่อพาราไทรอยด์ระหว่างการผ่าตัดต่อมไทรอยด์	8.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนต่อพาราไทรอยด์ระหว่างการผ่าตัดต่อมไทรอยด์	1. เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ เช่น ชา กล้ามเนื้อกระตุก หรือ Trousseau's sign / Chvostek's sign 2. ประเมินสัญญาณชีพ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกหรือพฤติกรรม 3. ตรวจสอบผล Calcium และ Phosphorus ตามแผนการรักษา 4. ให้ Calcium gluconateตามคำสั่งแพทย์ หากระดับแคลเซียมต่ำหรือมีอาการ 5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการของ hypocalcemia 6. รายงานแพทย์หากพบอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับระดับแคลเซียม 7. วางแผนติดตามค่าต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรกแรก	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงhypocalcemiaเกิดขึ้น <u>กรณีศึกษารายที่ 1:</u>มีอาการชาเล็กน้อยที่ปลายนิ้วในวันแรกหลังผ่าตัด ได้รับ Calcium gluconateทางหลอดเลือดดำแล้วอาการดีขึ้น ตรวจค่า Calcium ได้ 8.3 mg/dLในวันที่ 2 และ 8.7 mg/dLในวันที่ 3 ไม่มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ <u>กรณีศึกษารายที่ 2:</u>ไม่มีอาการของhypocalcemiaหลังผ่าตัด ระดับแคลเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจซ้ำวันที่ 2 และ 3 ยังคงปกติ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	9.ผู้ป่วยอ่อนเพลียจากการรับประทานอาหารได้น้อยหลังผ่าตัดทางช่องปาก (TOEVA)	1. ประเมินความเจ็บปวดในช่องปากโดยใช้ Pain Scale และให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดตามแผนการรักษา 2. ประเมินความสามารถในการเคี้ยวกลืน และการเคลื่อนไหวของปากและลิ้น 3. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เย็นหรืออุณหภูมิห้อง เพื่อลดการระคายเคือง 4. แบ่งอาหารเป็นมื้อย่อย 5-6 มื้อ เพื่อให้พลังงานอย่างเพียงพอ 5. สนับสนุนให้จิบน้ำหรือน้ำผลไม้ คั้นสดเพื่อป้องกันการขาดน้ำ 6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมหลังผ่าตัดช่องปาก เช่น การเลือกอาหารที่มีโปรตีนสูง และให้พลังงานสูง 7. ติดตามการรับประทานอาหารต่อเนื่องและบันทึก Intake/Output 8. ประเมินอาการอ่อนเพลียและความแข็งแรงของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ	<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> 1. วันที่ 1-2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับประทานได้น้อย เจ็บแผลในช่องปาก และมีอาการอ่อนเพลีย 2. วันที่ 3 เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ดีขึ้น และอาการอ่อนเพลียลดลง 3. วันที่ 4-5 ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ประมาณ 90% ของมื้ออาหาร 4. ไม่มีอาการเวียนศีรษะ น้ำหนักเริ่มคงที่ และสัญญาณชีพปกติ
7.ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่าย	10.ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่าย	1. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนให้ข้อมูล 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลตามลักษณะการผ่าตัดแต่ละแบบ (แผลเปิด และ แผลในช่องปาก) 3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออก บวม แดง ร้อน มีหนอง หรือไข้ 4. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร เช่น อาหารอ่อน ไม่ร้อนจัด งดของเผ็ด ของแข็ง	<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> (ผ่าตัดเปิด) 1. วันที่ 3-5 ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลแผลบริเวณคอได้ 2. ญาติเรียนรู้วิธีสังเกตภาวะแทรกซ้อนและวิธีให้ยา 3. ผู้ป่วยมีความมั่นใจและไม่กังวลก่อนจำหน่าย <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> (TOETVA)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		5. แนะนำการหลีกเลี่ยงการใช้เสียงมาก หลีกเลี่ยงการเงยหรือก้มคอมากเกินไป	1. วันที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจเรื่องการรับประทานอาหารอ่อนและดูแลช่องปาก
		6. สอนวิธีรับประทานยา การติดตามระดับแคลเซียม ฮอโมนไทรอยด์ และการนัดพบแพทย์	2. วันที่ 5 ผู้ป่วยรับประทานยาได้ อธิบายข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ 3. ญาติเตรียมรับผู้ป่วยกลับบ้านและดูแลอย่างเหมาะสม

จากการศึกษากรณีเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยวิธี TOETVA และการผ่าตัดแบบเปิด พบว่า ทั้งสองรายมีผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดี ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษา โดยในรายที่ได้รับการผ่าตัดแบบ TOETVA แม้จะมีระดับความเจ็บปวดในระยะแรกหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด แต่ความเจ็บปวดกลับลดลงได้รวดเร็วกว่า และไม่มีอาการปวดเมื่อถึงเวลาจำหน่าย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบเปิด มีแผลเป็นที่ลำคอ แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบสำคัญ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้โดยไม่มีข้อจำกัด ในด้านความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ TOETVA มีความพึงพอใจในเรื่องของภาพลักษณ์ตนเองสูงกว่า เนื่องจากไม่มีแผลเป็นบริเวณลำคอ แม้ว่าจะต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดก็ตาม จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การดูแลทางการแพทย์ทั้งสองกรณีควรมุ่งเน้นการประเมินสภาพแวดล้อมของแผล การเปลี่ยนแปลงของเสียง การกลืน อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เพื่อให้สามารถปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย อันจะส่งผลต่อคุณภาพการฟื้นตัวและความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบรายกรณีเปรียบเทียบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ระหว่างวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open Thyroidectomy) และการผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องปาก (TOETVA) โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย และแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินและเปรียบเทียบด้านต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย พบว่า ทั้งสองรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นก้อนที่ต่อมไทรอยด์โดยไม่มีโรคร่วม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและสามารถฟื้นตัวได้ดีหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างที่สำคัญระหว่างสองวิธีการผ่าตัดในประเด็นต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีระดับความปวดในช่วงแรกอยู่ที่ระดับ 7 และลดลงเหลือ 2 ภายใน 2 วัน มีอาการกลืนลำบากเล็กน้อย และแผลผ่าตัดอยู่ที่ลำคอซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะทางด้าน การติดตามแผล และการสนับสนุนทางจิตใจด้านภาพลักษณ์ แต่สามารถฟื้นตัวได้ดีในภาพรวม และจำหน่ายได้ภายใน 3 วัน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับ TOETVA มีระดับความปวดสูงสุดที่ 8 คะแนนในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ต้องได้รับการบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่มีอาการเจ็บแผลในวันจำหน่าย มีอาการคอววม เสียงแหบเล็กน้อย และต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า (5 วัน) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในด้านความงาม และไม่มีรอยแผลภายนอก ซึ่งมีผลต่อภาพลักษณ์และสุขภาพจิตในทางบวก

3. ในการประเมินทั้ง 11 ด้านของแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าทั้งสองรายมีการฟื้นตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระดับที่ดี ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง รับประทานอาหารได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีความเข้าใจในแผนการดูแลตนเองที่บ้าน

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้ทั้งสองวิธีการผ่าตัดจะมีผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีเท่าเทียมกัน แต่ลักษณะการพยาบาลควรแตกต่างกันตามบริบทของเทคนิคการผ่าตัด เช่น การดูแลแผลผ่าตัดภายนอกในกลุ่ม open surgery กับการเฝ้าระวังภาวะววม เสียงแหบ หรือการติดเชื้อทางช่องปากในกลุ่ม TOETVA รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายและการให้คำปรึกษาควรสอดคล้องกับสภาพร่างกาย จิตใจ และค่านิยมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ดังนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลร่วมกับเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมหลังการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และสามารถขยายผลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและห้องผ่าตัดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก เนื่องจากพบว่า TOETVA และ Open thyroidectomy มีลักษณะการฟื้นตัวและภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน

1.2 ควรจัดทำแนวปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะด้านการประเมินภาวะเสียงแหบ ภาวะแคลเซียมต่ำ อาการปวด และการดูแลบาดแผล เพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความคลาดเคลื่อนในการพยาบาล

1.3 ส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง การบริหารแผลและการกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วย

1.4 ควรสนับสนุนการอบรมหรือการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเกี่ยวกับเทคนิคการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทั้งสองวิธี เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เฉพาะด้านและสามารถให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม

1.5 ส่งเสริมการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Center of Excellence) ด้านการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบ TOETVA เพื่อยกระดับคุณภาพการรักษาและการพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษา

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบในระยะยาวเกี่ยวกับผลลัพธ์ของ TOETVA และการผ่าตัดแบบเปิด โดยเน้นประเด็นผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจ และต้นทุนค่าใช้จ่าย

2.2 สนับสนุนการวิจัยด้านการพัฒนานวัตกรรมหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์

2.3 สนับสนุนการนำผลการศึกษาไปใช้ในการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้เท่าทันเทคโนโลยีและแนวทางใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- จันทน์ รัตนวิจิตร. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมไทรอยด์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารราชการสารวิชาการโรแคนสาน, 9(2), 601–608.
- บุษิตา สุระสระ. (2566). การพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านกล้องทางช่องปาก โรงพยาบาลสกลนคร: กรณีศึกษา 2 ราย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.
- นัฐวุฒิ สมบูรณ์ทรัพย์. (2559). การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 33(2), 102–104.
- โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2565. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2566). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2567. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลสมิติเวชไชน่าทาวน์. (2566). ผ่าตัดไทรอยด์ (Thyroid Surgery) แนะนำข้อควรรู้ก่อน-หลังเข้ารับการรักษา. สืบค้นจาก <https://samitivejchinatown.com/th/article/health/thyroidectomy>
- สุภาภรณ์ ขวนรำลึก. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4), 974–980. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269597>
- วรรณสินี คำหาญ. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 648–657.
- Anuwong, A. (2016). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: A series of the first 60 human cases. World Journal of Surgery, 40(3), 491–497.
- Cleveland Clinic. (2023). Thyroid. สืบค้นจาก <https://my.clevelandclinic.org/health/body/23188-thyroid>
- Lavazza, M., Liu, X., Wu, C., Anuwong, A., Kim, H. Y., Liu, R., Randolph, G. W., Inversini, D., Boni, L., Rausei, S., Frattini, F., & Dionigi, G. (2016). Indocyanine green-enhanced fluorescence for assessing parathyroid perfusion during thyroidectomy. Gland Surgery, 5(5), 512–521. <https://doi.org/10.21037/gS.2016.10.06>
- Lee, J.-H., & Chai, Y. J. (2020). Up-to-date evidences of transoral thyroidectomy on how to overcome the obstacles?—A review. Annals of Thyroid, 5, Article 13. <https://doi.org/10.21037/aot-20-39>
- Nurseslabs. (2021). Thyroidectomy Nursing Care Plans. สืบค้นจาก <https://nurseslabs.com/thyroidectomy-nursing-care-plans>