เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
ประจำปีงบประมาณ 2569
https:// www.tro.moph.go.th

การพยาบาลและการส่งเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปาก

: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care and Surgical Instrument Management for Patients with Palatal Tumors: A Case Study of 2 Cases

โดย

นางสาว จันทนา กำเนิด

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลตรัง

การพยาบาลและการส่งเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปาก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care and Surgical Instrument Management for Patients with Palatal Tumors: A Case Study of 2 Cases

นางสาวจันทนา กำเนิด
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง
Email address: chantana6936@gmail.com

บทคัดย่อ

เนื้องอกบริเวณเพดานปากเป็นโรคที่พบได้ทั้งชนิดไม่ร้ายแรงและชนิดมะเร็ง การรักษาหลักคือการผ่าตัด ซึ่งมีความซับซ้อนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับโครงสร้างสำคัญของช่องปากและใบหน้า การพยาบาลห้องผ่าตัดและการส่งเครื่องมือผ่าตัดที่ถูกต้อง เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการสนับสนุนการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

กรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเพดานปาก จำนวน 2 ราย รายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ameloblastoma ซึ่งเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ได้รับการผ่าตัด Total enucleation with chemical curettage ศึกษาระหว่างวันที่ 27 เมษายน 2569 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2569 และรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mucoepidermoid carcinoma ซึ่งเป็นเนื้องอกชนิดมะเร็ง ได้รับการผ่าตัด Partial maxillectomy ศึกษาระหว่างวันที่ 11 พฤษภาคม 2569 ถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2569 ใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การเตรียมความพร้อม การเตรียมและส่งเครื่องมือผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพและแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การวางแผนการพยาบาลและการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดมีความแตกต่างตามชนิดและความซับซ้อนของการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 ฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด รวมทั้งการส่งต่อเพื่อรับรังสีรักษาจนสามารถฟื้นฟูการรับประทานอาหารและถอดสายให้อาหารทางจมูกได้ การพยาบาลที่ครอบคลุมและการส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสอดคล้องกับขั้นตอนการผ่าตัด ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมผลลัพธ์ทางการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพยาบาลห้องผ่าตัด, การส่งเครื่องมือผ่าตัด, เนื้องอกบริเวณเพดานปาก, Ameloblastoma, Mucoepidermoid carcinoma

Abstract

Palatal tumors include both benign and malignant lesions, and surgical resection remains the primary treatment. These procedures are complex because they involve important oral and maxillofacial structures. Perioperative nursing care and appropriate surgical instrument management play a crucial role in supporting surgical procedures, preventing complications, and promoting patient safety.

The objective of this study was to examine perioperative nursing care and surgical instrument management in patients undergoing surgery for palatal tumors through a comparative analysis of two case studies. The first case was studied from April 27 to May 20, 2026, and the second case was studied from May 11 to July 27, 2026.

The findings demonstrated that differences in tumor pathology and surgical procedures required individualized perioperative nursing care and surgical instrument management. Comprehensive nursing assessment, systematic preparation of surgical instruments, effective multidisciplinary collaboration, and vigilant postoperative monitoring contributed to safe and efficient surgical procedures. These nursing interventions helped minimize complications, promoted postoperative recovery, and improved patient outcomes.

Keywords: Perioperative nursing, Surgical instrument management, Palatal tumor, Ameloblastoma, Mucoepidermoid carcinoma

บทนำ

เนื้องอกบริเวณเพดานปากและมะเร็งช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ กระทบต่อการดำรงชีวิต การสื่อสาร การรับประทานอาหาร ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ข้อมูลจาก IARC ปี 2565[1] พบผู้ป่วยมะเร็งบริเวณช่องปากและคอหอยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 758,000 ราย โดยมะเร็งช่องปากเป็นชนิดที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.9 หรือประมาณ 317,500 ราย สำหรับมะเร็งช่องปากในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 389,846 ราย และพบอุบัติการณ์สูงในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก และการติดเชื้อไวรัสบางชนิด[2-4]

ประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มะเร็งศีรษะและลำคออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเพศชายและผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจำนวนมากมักเข้ารับการรักษาเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม ส่งผลให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดสงขลา สตูล พัทลุง ตรัง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ได้ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)[2-3] ทั้งสาขามะเร็งและสาขาสุขภาพช่องปากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ การคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาที่มีคุณภาพ

โรงพยาบาลตรัง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 12 มีบทบาทสำคัญในการรับส่งต่อและดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีความซับซ้อนจากจังหวัดตรังและจังหวัดใกล้เคียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกบริเวณช่องปากและเพดานปากอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.2566-2568 เฉลี่ยปีละ 2 ราย[5]

การผ่าตัดเนื้องอกบริเวณเพดานปากเป็นหัตถการที่มีความซับซ้อน ต้องอาศัยการวางแผนการรักษา การประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเฉพาะทางที่ครบถ้วนถูกต้องพร้อมใช้งาน พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมและส่งเครื่องมือผ่าตัดเฉพาะทางให้สอดคล้องกับขั้นตอนการผ่าตัด การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

การพยาบาลและการส่งเครื่องมือผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกบริเวณเพดานปากจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการผ่าตัด จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ศึกษาการพยาบาลและการส่งเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปาก โดยใช้กรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาล และปฏิบัติงานด้านการส่งเครื่องมือผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเพดานปาก กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

2. เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการปฏิบัติงานด้านการเตรียมและการส่งเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปากให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษาใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)[7-8] 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกบริเวณเพดานปากและเข้ารับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตรัง โดยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยและการส่งเครื่องมือผ่าตัดตลอดกระบวนการดูแล ครอบคลุมการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด[7-8] รวมถึงการวางแผนจำหน่าย โดยมุ่งเน้นการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การเตรียมและการส่งเครื่องมือผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย และนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 27 เมษายน 2569 - 27 กรกฎาคม 2569

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (Gordon’s 11 Functional Health)[7] ร่วมกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (Nursing Process)[7-8] เพื่อรวบรวมแนวคิดและแนวทางปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปากที่ได้รับการผ่าตัดขากรรไกรบนบางส่วน (Partial maxillectomy)[9] และการผ่าตัดแบบควักออกทั้งหมดร่วมกับการขูดกระดูกโดยรอบด้วยสารเคมี (Total enucleation with chemical curettage)[10]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกบริเวณเพดานปากและขากรรไกรบน ได้รับการผ่าตัดรักษาในช่วงเวลาที่ศึกษาดังนี้

รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 27 ปี สถานภาพโสด ไม่มีโรคประจำตัว มีประวัติแพ้ยา Iopromide มาด้วยอาการมีก้อนบริเวณขากรรไกรบนด้านซ้าย ไม่มีอาการปวด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็นถุงน้ำบริเวณขากรรไกรบนด้านซ้ายและส่งต่อมาโรงพยาบาลตรังเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2569 ผลการวินิจฉัยเป็น ameloblastoma[11] ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Total enucleation with chemical curettage[10] เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2569 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่ออาการดีขึ้นวันที่ 30 เมษายน 2569 และติดตามนัด เยี่ยมบ้านจนถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2569

รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 35 ปี สถานภาพสมรส ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา มาด้วยอาการมีก้อนบริเวณเพดานปากขนาดโตขึ้น ร่วมกับปวดร้าวไปยังขากรรไกรและหูด้านซ้าย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็นก้อนบริเวณเพดานปากและส่งต่อมาโรงพยาบาลตรังเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2569 ผลการวินิจฉัยเป็น mucoepidermoid carcinoma[4,6] ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Partial maxillectomy เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2569 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่ออาการดีขึ้นวันที่ 17 พฤษภาคม 2569 และติดตามนัด เยี่ยมบ้านถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2569

เครื่องมือในการศึกษา

แบบประเมินความเครียด ST-5 (Stress Test-5) ของกรมสุขภาพจิต[12] ใช้ประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล

วิธีดำเนินการ

1. กรณีศึกษา

- ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปาก 2 ราย

2. การส่งเครื่องมือผ่าตัด

- เครื่องมือผ่าตัดถูกต้องครบถ้วนตามลักษณะโรคและการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เลขที่โครงการ/รหัส ID 018/08-2569 วันที่รับรอง 22 เมษายน 2569 ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการศึกษาแก่ผู้ป่วย พร้อมขอความยินยอมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการปกปิดเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ตาราง 1 : เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

หัวข้อ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ / อายุ	หญิงไทย อายุ 27 ปี	หญิงไทย อายุ 35 ปี
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการแพ้ยา	Iopromide (ผื่นคัน)	ปฏิเสธ
อาการและอาการแสดง	6 เดือน มีก้อน แก้มด้านซ้าย บวม ไม่ปวด	1 เดือน ก้อนบริเวณเพดานปากขนาดโตขึ้นเล็กน้อย ปวดร้าวไปกรามและหู
สัญญาณชีพแรกรับ	อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/89 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/85 มิลลิเมตรปรอท

หัวข้อ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hct 39.7%, Hb 14 g/dL, Plt 398,000/µL, WBC 10,600/µL, BUN 14 mg/dL, Cr 0.75 mg/dL	Hct 29%, Hb 7.8 g/dL, Plt 388,000 /µL, WBC 6,300/µL, BUN 11 mg/dL, Cr 0.69 mg/dL
การวินิจฉัย	อะเมลโลบลาสโตมา (Ameloblastoma)[11]	มะเร็งมิวโคเอพิเดอร์มอยด์ (Mucoepidermoid carcinoma)[4,6]
การรักษา	ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด และการดูแลหลังผ่าตัด	ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดและยาสเตียรอยด์ และการดูแลหลังผ่าตัด
การผ่าตัด	Total enucleation with chemical curettage[10] (under GA)	Partial maxillectomy[9] (under GA)
ขนาดเนื้องอก	กว้าง x ยาว x หนา 2.9 × 3.7 x 1.0 เซนติเมตร	กว้าง x ยาว x หนา 1.0 × 1.3 × 0.9 เซนติเมตร
ระยะเวลาผ่าตัด	2 ชั่วโมง 20 นาที	3 ชั่วโมง 20 นาที
ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด	จำนวน 100 ซีซี	จำนวน 700 ซีซี
สภาวะหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	- ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 33 เปอร์เซ็นต์ เป็น 28.6 เปอร์เซ็นต์ และให้ PRC. 1 unit ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มเป็น 33 เปอร์เซ็นต์ - ใส่สายทางจมูกเพื่อห้ามเลือด - ใส่สายให้อาหารทางจมูก
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล	2 วัน	6 วัน
การรักษาต่อเนื่อง	ติดตามอาการที่แผนกทันตกรรม	- ติดตามอาการที่แผนกทันตกรรม - พบแพทย์มะเร็งวิทยา - รังสีบำบัด รับการรักษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ - บูรณะขากรรไกรบนภายหลังจากฉายแสงหรือเคมีบำบัด ทำฟันปลอมบนเพดานเทียมชนิดถอดได้

การวินิจฉัยการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย

ตารางต่อไปนี้แสดงการวินิจฉัยการพยาบาล ตามกรอบ NANDA-I รวมถึงการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด[13-14]

ตาราง 2 : การวินิจฉัยการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative Phase)[13-14]

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากกลัวการกลับเป็นซ้ำและการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1</u> S1 : ผลการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ขนาดเนื้องอก กว้าง x ยาว x หนา 2.9 x 3.7 x 1.0 เซนติเมตร O1 : อะเมลโลบลาสโตมา มีโอกาสกลายเป็นชนิดร้ายแรงได้ S2 : ขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด O2 : สีหน้าวิตกกังวลเวลาซักถามผลจากการผ่าตัดและโอกาสกลับเป็นซ้ำ <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> S1 : ผลการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมน้ำลายมิวโคเอพิเดอร์มอยด์ ขนาดกว้าง x ยาว x หนา 1.0 x 1.3 x 0.9 เซนติเมตร S2 : การรักษาต้องตัดขากรรไกรบนบางส่วน O : สีหน้าวิตกกังวล เครียด เกี่ยวกับแนวทางการรักษาระยะยาว และภาพลักษณ์หลังการผ่าตัด <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - ลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดด้านการกลับเป็นซ้ำ ด้าน	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ประเมินระดับความกลัวและวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST-5) และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ - อธิบายให้ทราบว่าเทคนิคและวิธีการผ่าตัดที่ทันสมัยสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และชนิดเนื้องอกของผู้ป่วยเป็นชนิดไม่ร้ายแรง - อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และการดูแลอย่างใกล้ชิด - อธิบายให้ทราบขั้นตอนการผ่าตัด ทำในช่องปาก ไม่มีแผลที่ใบหน้าด้านนอก ไม่มีปัญหาด้านภาพลักษณ์	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ประเมินระดับความกลัวและวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST-5) และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ - อธิบายให้ทราบว่าการผ่าตัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานโดยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ทำให้มะเร็งแพร่กระจายเร็วขึ้นหรือโตขึ้น แต่จะช่วยลดการแพร่กระจายไปส่วนอื่น - อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และการดูแลอย่างใกล้ชิด - อธิบายให้ทราบขั้นตอนการผ่าตัด จะมีแผลบริเวณใบหน้าด้านนอก เพื่อให้สอดคล้องกับการผ่าตัดของศัลยแพทย์ และเพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพสูงสุด ลดโอกาสกลับเป็นซ้ำ - อธิบายให้ทราบว่าระยะแรกหลังผ่าตัดจะมีการเปลี่ยนแปลงใบหน้าและภาพลักษณ์ และการทำงานภายในช่องปาก เช่น การพูดไม่ชัด การกลืน หลัง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในระหว่างการดูแล ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีความวิตกกังวลด้านภาพลักษณ์และการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยรายที่ 2 ความวิตกกังวลด้านภาพลักษณ์ลดลงแต่ยังกังวลเรื่องการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
ภาพลักษณ์ และการดูแลหลังผ่าตัด - ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ยอมรับแผนการรักษา <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นและท่าทางผ่อนคลาย พักผ่อนได้ - ผู้ป่วยสามารถอธิบายแผนการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้	<u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยระดับความกลัวและวิตกกังวลลดลง โดยมีคะแนน ST-5 = 2 คะแนน อยู่ในระดับเครียดน้อย - ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด ยอมรับการวินิจฉัยและแผนการรักษา	ผ่าตัดประมาณ 6 เดือนจะได้รับการบูรณะขากรรไกรบน ทำฟันปลอมบนเพดานเทียมชนิดถอดได้ <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยระดับความกลัวและวิตกกังวลลดลง โดยมีคะแนน ST-5 = 6 คะแนน อยู่ในระดับเครียดปานกลาง - ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด ยอมรับการวินิจฉัยและแผนการรักษา - ผู้ป่วยเริ่มยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย แม้ยังมีความวิตกกังวลอยู่บ้าง ต้องติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด	

ตาราง ๓ : การวินิจฉัยการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลระยะผ่าตัด (Intra-operative Phase)[13-14]

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
1. เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อและการคั่งของเลือดและสารคัดหลั่ง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1</u> S1 : ผู้ป่วยผ่าตัด Total enucleation with chemical curettage[10] S2 : มีการคั่งของเลือดและสารคัดหลั่งในช่องปาก S3 : มีการบวมของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ประเมินความโล่งของทางเดินหายใจและติดตามค่า SpO_2 $ETCO_2$ และสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง - ตรวจตำแหน่งของท่อช่วยหายใจร่วมกับวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ - ดูดเลือดและสารคัดหลั่งในช่องปากและท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเมื่อมีข้อบ่งชี้	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ประเมินความโล่งของทางเดินหายใจและติดตามค่า SpO_2 $ETCO_2$ และสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง - ตรวจตำแหน่งของท่อช่วยหายใจร่วมกับวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ - ดูดเลือดและสารคัดหลั่งในช่องปากและท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเมื่อมีข้อบ่งชี้	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจมากกว่า เนื่องจากการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่า และเสียเลือดมากกว่า

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
S4 : ใส่ท่อช่วยหายใจขณะผ่าตัด <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> S1 : ผู้ป่วยผ่าตัดขากรรไกรบนบางส่วน S2 : มีการคั่งของเลือดและสารคัดหลั่งในช่องปาก S3 : มีการบวมของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด S4 : ใส่ท่อช่วยหายใจขณะผ่าตัด <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่งตลอดการผ่าตัด - ค่า SpO_2 ≥ 95 เปอร์เซ็นต์ (หรือตามเกณฑ์ของผู้ป่วย) <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - ทางเดินหายใจโล่ง ค่า SpO_2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีการเลื่อนหลุดหรืออุดตันของท่อช่วยหายใจ	- เตรียมเครื่องดูดเสมหะและอุปกรณ์ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้พร้อมใช้งาน - ส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อลดระยะเวลาผ่าตัด และการคั่งของเลือดในปาก - เฝ้าระวังภาวะเลือดออกและอาการบวมที่อาจทำให้ทางเดินหายใจอุดกั้น - ประสานงานกับทีมแพทย์และวิสัญญีเมื่อพบความผิดปกติของการหายใจ หรือค่าออกซิเจนลดลง <u>การประเมินผล</u> - ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เลื่อนหลุดหรืออุดตัน - ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้รับการดูดออกอย่างทันท่วงที - ค่า SpO_2 95-100 เปอร์เซ็นต์ - สัญญาณชีพคงที่ ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจตลอดระยะการผ่าตัด <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - จัดศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม เพื่อให้ศัลยแพทย์เห็นตำแหน่ง	- เตรียมเครื่องดูดเสมหะและอุปกรณ์ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้พร้อมใช้งาน - ส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อลดระยะเวลาผ่าตัด และการคั่งของเลือดในปาก - เฝ้าระวังภาวะเลือดออกและอาการบวมที่อาจทำให้ทางเดินหายใจอุดกั้น - ประสานงานกับทีมแพทย์และวิสัญญีเมื่อพบความผิดปกติของการหายใจ หรือค่าออกซิเจนลดลง <u>การประเมินผล</u> - ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เลื่อนหลุดหรืออุดตัน - ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้รับการดูดออกอย่างทันท่วงที - ค่า SpO_2 95-100 เปอร์เซ็นต์ - สัญญาณชีพคงที่ ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจตลอดระยะการผ่าตัด <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - จัดศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม เพื่อให้ศัลยแพทย์เห็นตำแหน่ง	
2. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทบริเวณเหงือกและเพดานปาก <u>ข้อมูลสนับสนุน</u>			- ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทมากกว่า

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
<u>กรณีศึกษาที่ 1</u> S1 : การผ่าตัดอาจทำให้เส้นประสาท ขากรรไกรบน เพดานปากและส่วนที่ไปเลี้ยงรากฟันได้รับการกระทบกระเทือน S2 : ขนาดเนื้องอก กว้าง x ยาว x หนา 2.9 x 3.7 x 1.0 เซนติเมตร <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> S1 : บริเวณใต้เบ้าตามีเส้นประสาท Intra Orbital nerve และเพดานปากส่วนหลังมีเส้นประสาท Greater Palatine S2 : เนื้องอกชนิดร้ายแรงขนาดกว้าง x ยาว x หนา 1.0 x 1.3 x 0.9 เซนติเมตร <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีอาการชาบริเวณแก้มและริมฝีปากบน - ผู้ป่วยไม่มีอาการสัมผัสลดลงบริเวณริมฝีปากบนและเหงือก <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - ประเมินความรู้สึกอาการชาบริเวณริมฝีปากบน เหงือกและแก้ม - ตรวจสอบการทำงานของเส้นประสาทบริเวณใบหน้า 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากมีการทำลายของเนื้อเยื่อ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> -มีการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณกว้างจากการผ่าตัด - มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคในช่องปากและเนื้อเยื่อรอบข้าง <u>เป้าหมายการพยาบาล</u>	เนื้องอกชัดเจน ลดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท - ตรวจสอบความพร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน เพื่อลดการทำลายเนื้อเยื่อรอบข้าง เช่น หัวกรอตัดกระดูก - เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ห้ามเลือด การได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณเหงือกและเพดานปาก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักปราศจากเชื้อ ทำการส่งเครื่องมือ การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด - ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา - ดูแลการขูดล้างถุงน้ำให้หมด และล้างแผลด้วย	เนื้องอกชัดเจน ลดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท - ตรวจสอบความพร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน เพื่อลดการทำลายเนื้อเยื่อรอบข้าง เช่น หัวกรอตัดกระดูกเพิ่มเติมใช้อุปกรณ์คลื่นเสียงความถี่สูง (Piezosurgery)[15] เพื่อตัดกระดูกได้แม่นยำ ลดความเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อ มีความปลอดภัยสูง - ใช้อุปกรณ์ตัดกระดูกที่มีใบเลื่อยขนาดเล็ก (Microsaw)[15] ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและแม่นยำเหมาะสำหรับการผ่าตัดที่ต้องแยกกระดูก <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณเหงือกและเพดานปาก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักปราศจากเชื้อ ทำการส่งเครื่องมือ การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด - ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา - ดูแลการขูดล้างถุงน้ำให้หมด และล้างแผลด้วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากการผ่าตัดขากรรไกรบนบางส่วนมีโอกาสใกล้เส้นประสาทที่สำคัญ และทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้มากกว่า - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 แผลผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากวิธีการผ่าตัดแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่าใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 20 นาที แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เวลา

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
- ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด - รักษาเทคนิคการปลอดเชื้อตลอดการผ่าตัด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - แผลผ่าตัดแห้งสะอาด - เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อถูกต้อง - ปฏิบัติตามเทคนิคการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดตลอดการผ่าตัด	น้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำเกลือเพื่อลดปริมาณเชื้อโรค - ตรวจสอบบรรจุภัณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ของเครื่องมือผ่าตัด - จำกัดคนเข้าและออกจากห้องผ่าตัดเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ทีมผ่าตัดปฏิบัติตามหลักปราศจากเชื้อตลอดเวลา - ไม่เกิดอุบัติการณ์การปนเปื้อนในขั้นตอนการผ่าตัด - ชิ้นเนื้อถูกนำออกมาได้ครบถ้วนโดยไม่แตกกระจายภายในช่องปาก - มีการตรวจสอบเครื่องมือและผ้าก๊อซครบถ้วนก่อนปิดแผล - แผลผ่าตัดได้รับการปิดเรียบร้อย ไม่มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติ	น้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำเกลือเพื่อลดปริมาณเชื้อโรค - ตรวจสอบบรรจุภัณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ของเครื่องมือผ่าตัด - จำกัดคนเข้าและออกจากห้องผ่าตัดเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ทีมผ่าตัดปฏิบัติตามหลักปราศจากเชื้อตลอดเวลา - ไม่เกิดอุบัติการณ์การปนเปื้อนในขั้นตอนการผ่าตัด - ชิ้นเนื้อถูกนำออกมาได้ครบถ้วนโดยไม่แตกกระจายภายในช่องปาก - มีการตรวจสอบเครื่องมือและผ้าก๊อซครบถ้วนก่อนปิดแผล - แผลผ่าตัดได้รับการปิดเรียบร้อย ไม่มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติ	ในการผ่าตัดเพียง 2 ชั่วโมง 20 นาที

ตาราง ๔ : การวินิจฉัยการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Post-operative Phase)[13-14]

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
1. เสี่ยงต่อการปวดเฉียบพลันเนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1</u>	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ประเมินอาการปวดโดยใช้แบบประเมินความปวด (NRS)[16] และประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง - ประเมินลักษณะ ตำแหน่ง ระยะเวลา และ	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ประเมินอาการปวดโดยใช้แบบประเมินความปวด (NRS)[16] และประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง - ประเมินลักษณะ ตำแหน่ง ระยะเวลา และ	- ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีระดับความเจ็บปวดมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากแผลผ่าตัดขนาดกว้าง มีการเลาะเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อและเยื่อหุ้มกระดูกร่วมกับ

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
S1 : ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดบริเวณขากรรไกรบนและช่องปาก S2 : ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวด 3-4 คะแนน O1 : ผู้ป่วยผ่าตัด Total enucleation with chemical carettage O2 : สีหน้าแสดงอาการปวดขมวดคิ้ว <u>กรณีศึกษา 2</u> S1 : ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดบริเวณใบหน้า S2 : ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวด 7-8 คะแนน O1 : มีแผลผ่าตัดบริเวณใบหน้าและช่องปาก (ผู้ป่วยลงแผลผ่าตัดแบบ Weber-Ferguson)[17-18] O2 : ผู้ป่วยมีสีหน้าบ่งบอกความเจ็บปวด อ้าปากได้น้อย <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง และอยู่ในระดับที่รับได้ - ผู้ป่วยมีความสบายมากขึ้น สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ - ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีบรรเทาอาการปวดและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - คะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน - สีหน้าผ่อนคลาย ไม่แสดงอาการเจ็บปวด - สามารถพักผ่อนได้	ปัจจัยที่ทำให้ปวดเพิ่มหรือลดลง - จัดท่าที่เหมาะสมเพื่อลดการตึงของแผลและเพิ่มความสุขสบาย - ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนในสภาพแวดล้อมที่สงบ - ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามผลรวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์ - แนะนำวิธีบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การผ่อนคลายหรือการหายใจช้าๆ - ประเมินผลหลังการให้การพยาบาลและบันทึกอาการปวดอย่างต่อเนื่อง <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยอาการปวดลดลงจากเดิม คะแนนความเจ็บปวด 3-4 คะแนน - สีหน้าผ่อนคลายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ	ปัจจัยที่ทำให้ปวดเพิ่มหรือลดลง - จัดท่าที่เหมาะสมเพื่อลดการตึงของแผลและเพิ่มความสุขสบาย - ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนในสภาพแวดล้อมที่สงบ - ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามผลรวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์ - แนะนำวิธีบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การผ่อนคลายหรือการหายใจช้าๆ - ประเมินผลหลังการให้การพยาบาลและบันทึกอาการปวดอย่างต่อเนื่อง <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยอาการปวดลดลงจากเดิม คะแนนความเจ็บปวด 3-4 คะแนน - สีหน้าผ่อนคลายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ	การตัดและกรอกระดูกขากรรไกรบน ทำให้เกิดการอักเสบและเกิดการบวมของเนื้อเยื่อมาก ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากมีการผ่าตัดในช่องปาก มีการเลาะเนื้อเยื่อและเปิดแผลน้อยกว่า ทำให้การอักเสบการบวมหลังผ่าตัดไม่รุนแรง

วินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	บทวิเคราะห์
2. แผนการใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1</u> - ผู้ป่วยผ่าตัด Total Enucleation with Chemical Curettage[10] <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> - ผู้ป่วยผ่าตัด Partial Maxillectomy[9] <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายได้รวดเร็ว ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล - ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ใช้ชีวิตประจำวันได้ - ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายได้	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - แนะนำการดูช่องปากและแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาเพื่อส่งเสริมการหายของแผล - ประคบเย็นบริเวณแก้มและกรามเพื่อลดอาการบวมในระยะ 48 ชั่วโมงแรก และประคบอุ่นหลัง 48 ชั่วโมง - รับประทานอาหารให้สอดคล้องกับการรักษา : 1-2 สัปดาห์แรก รับประทานอาหารเหลว : 3-4 สัปดาห์รับประทานอาหารอ่อน : อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง : อาหารแข็งกรอบ รสจัด <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 2 วัน	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - แนะนำการดูช่องปากและแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาเพื่อส่งเสริมการหายของแผล - ประคบเย็นบริเวณแก้มและกรามเพื่อลดอาการบวมในระยะ 48 ชั่วโมงแรก และประคบอุ่นหลัง 48 ชั่วโมง - ดูแลให้ได้รับอาหารปั่นผสม (BD 1 : 1 400 ซีซี จำนวน 4 มื้อต่อวัน) ตามสายยางให้อาหารตามแผนการรักษา <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 6 วัน - ผู้ป่วยรับอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อ ไม่มีอาหารเหลือในกระเพาะอาหาร	- ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีผลกระทบต่อแบบแผนการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากการผ่าตัดขากรรไกรบางส่วน มีผลต่อการทำงานของอวัยวะในช่องปาก ส่งผลต่อการพูด การเคี้ยวและภาพลักษณ์ อีกทั้งการดูแลรักษาระยะยาวด้วยรังสีบำบัดและการบูรณะขากรรไกรบน

สรุปผลการศึกษา

การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปาก 2 ราย สรุปผลได้ดังนี้

1. สาเหตุและพยาธิสภาพ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสาเหตุของเนื้องอกที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 อะเมลโลบลาสโตมา[11] เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ที่เป็นส่วนประกอบของถุงหุ้มฟัน ซึ่งพัฒนากลายเป็นเนื้องอกที่เกิดจากเนื้อเยื่อชั้นนอกของฟัน (Ectoderm) ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มะเร็งมิวโคเอพิเดอร์มอยด์[4,6] เกิดจากการกลายพันธุ์ทางพันธุกรรม ทำให้เซลล์เจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง

2. การวินิจฉัย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยยืนยันด้วยการตรวจพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อ (Histopathology)[19] ร่วมกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan)[20] เพื่อประเมินขนาด ตำแหน่ง และวางแผนการรักษา

3. การรักษาและการผ่าตัด การรักษาทั้ง 2 รายแตกต่างกันตามชนิดของเนื้องอก ผู้ป่วยรายที่ 1 รักษาด้วยการผ่าตัดแบบควักออกทั้งหมดร่วมกับการขูดกระดูกโดยรอบด้วยสารเคมี เสียเลือดเพียง 100 ซีซี ผู้ป่วยรายที่ 2 รักษาด้วยการผ่าตัดขากรรไกรบนบางส่วน ซึ่งมีความซับซ้อนกว่า เสียเลือด 700 ซีซี และต้องดูแลหลังผ่าตัดนานกว่า

4. ผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงระหว่างและหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน สามารถกลับบ้านและดูแลตนเองต่อเนื่องได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการส่งต่อแพทย์มะเร็งวิทยาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีลักษณะทางคลินิกที่คล้ายกัน คือมีก้อนบวมโตช้า ไม่เจ็บปวด แต่แตกต่างกันในด้านชนิดเนื้องอกและความซับซ้อนของการรักษา ที่ระบุว่าการวินิจฉัยยืนยันด้วยการตรวจพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อ (Histopathology)[19] ร่วมกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan)[20]

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมเครื่องมือคลื่นเสียงความถี่สูง (Piezosurgery)[15] และอุปกรณ์ตัดกระดูกที่มีใบเลื่อยขนาดเล็ก (Microsaw)[15] ที่ระบุว่าพยาบาลต้องได้รับข้อมูลและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีการเสียเลือดมากถึง 700 ซีซี การเตรียมเลือดล่วงหน้าและการติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดอย่างใกล้ชิดช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

การใช้สารละลายคาร์นอย (Carnoy's Solution)[10] ในผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ระบุว่าสารเคมีดังกล่าวช่วยทำลายเซลล์เนื้องอกที่หลงเหลือและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การใช้แบบเวเบอร์ เฟอร์กูสัน (Weber Ferguson Incision)[17-18] ร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกรบนบางส่วน (Partial Maxillectomy)[9] ในผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นมาตรฐานสำหรับการรักษาเนื้องอกร้ายแรงบริเวณขากรรไกรบน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปากต้องอาศัยความรู้เฉพาะทาง ทั้งด้านกายวิภาคศาสตร์ช่องปาก เทคนิคการผ่าตัด เครื่องมือเฉพาะทาง และการประเมินภาวะแทรกซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดควรได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำคู่มือการพยาบาลและการเตรียมเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน และพัฒนาเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book)[21-22] เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง ทั้งนี้เป็นผลจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ดี การเตรียมเครื่องมือที่ถูกต้องและครบถ้วน การติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดระหว่างผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่ดีดังกล่าวยืนยันว่ากระบวนการพยาบาลที่ครบถ้วนและมาตรฐานเดียวกันสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้แก่ อัตราการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence Rate) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเทคนิคการผ่าตัดต่างๆ ในโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานระดับประเทศ

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมาพบแพทย์ตามนัด

4. ควรพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

5. ควรศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการพยาบาลหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดใหม่ และประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลและการส่งเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณเพดานปาก : กรณีศึกษา 2 ราย ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากบุคคลหลายท่าน ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ดังนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ทันตแพทย์ชัยฤกษ์ จุฑากิตติ หัวหน้าแผนกศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า ตำแหน่งทันตแพทย์เชี่ยวชาญ 9 และทันตแพทย์บุษราคัม สุวรรณโณ ทันตแพทย์แผนกศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้การปรึกษา และให้ข้อมูลทางคลินิกอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงอนุญาตให้ผู้ศึกษาได้เข้าร่วมสังเกตการณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดกระบวนการรักษา ขอกราบขอบพระคุณ นางสุกัลยา รามศรี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ศึกษาได้พัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกบริเวณเพดานปาก ตลอดจนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดทำกรณีศึกษาฉบับนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวจันทนา กำเนิด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2567.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC): รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก เขตสุขภาพที่ 12 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. รายงาน Plan สาขามะเร็งและรังสีรักษา ปีงบประมาณ 2568. สงขลา: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12; 2568.
4. คุนันยา พิมลบุตร. มะเร็งช่องปาก. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเมดพาร์ค; 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2569]. Available from: https://www.medparkhospital.com/lifestyles/oral-cancer-monitoring
5. โรงพยาบาลตรัง. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกบริเวณเพดานปาก ปีงบประมาณ 2566–2568. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2568.
6. Lee PK, Samman N, Ng IO. Unicystic ameloblastoma—use of Carnoy's solution after enucleation. Int J Oral Maxillofac Surg. 2004;33(3):263-267.
7. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
8. อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):137-143.
9. โรงพยาบาลเวชธานี. **การผ่าตัดขากรรไกรบน (Maxillectomy)** [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเวชธานี; [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2569]. Available from: https://www.vejthani.com/procedures/maxillectomy/
10. อรอนงค์ เวชเตง. Conservative treatment of ameloblastoma. Region 11 Medical Journal. 2559;30(4):283-90.
11. Chrcanovic BR, Gomez RS. Clinical and pathological factors predicting survival of intraosseous ameloblastoma: a systematic review. Head Face Med. 2025.
12. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด ST-5 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2569.
13. ปราณี ผู้พิพรรณะ. คู่มืออ้างอิงวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เอ็นพีเพรส; 2566.
14. วิจิตรา กุสุมภ์, ลิลี ทองวิไลลักษณ์. บรรณาธิการ. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
15. Eggers G, Klein J, Blank J, Hassfeld S. Piezosurgery: an ultrasound device for cutting bone and its use and limitations in maxillofacial surgery. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004;42(5):451-3.
16. Siriraj Hospital. Pain rating scale and pain assessment in clinical practice [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2010 [cited 2026 Jul 1]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/article_detail.aspx?ID=579
17. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD, editors. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 3rd ed. Shelton (CT): People's Medical Publishing House; 2012.
18. Fonseca RJ, Barber HD, Powers MP, Frost DE, editors. Oral and Maxillofacial Surgery. 3rd ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2017.
19. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; [สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2569].
20. รังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography: CT Scan) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: รังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย; [สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2569]. Available from: https://www.rst.or.th

21. ปานทิพย์ ผ่องอักษร และคณะ. E-book implementation: lesson learned from nursing students' learning outcome. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(3):1-9.
22. ดีนาน อ. นวัตกรรมทางการพยาบาล: เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2554;19(4):1-10.