

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

ปริญญา บุตรชา
โรงพยาบาลปทุมธานี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : เนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู (Parotid Tumor) เป็นเนื้องอกของต่อมน้ำลายที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือคลำได้ก้อนบริเวณหน้าหู บางรายมีอาการปวดร่วมกับก้อนที่โตเร็ว แพทย์ผู้ตรวจรักษาจะประเมินโดยการตรวจร่างกาย ดูลักษณะของก้อน ตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ และตรวจเส้นประสาทใบหน้าว่ามีภาวะอัมพาตร่วมด้วยหรือไม่ มีการเจาะชิ้นเนื้อ (Fine Needle Aspiration) ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อได้ผลชิ้นเนื้อก็จะวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดนำก้อนเนื้องอกออก ด้วยวิธี Superficial Parotidectomy เป็นการผ่าตัดเนื้องอกออกพร้อมกับตัดต่อมน้ำลายหน้าหูบางส่วน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ อาการหน้าเบี้ยวหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำใจยอมรับได้ยาก มีผลต่อภาพลักษณ์ จิตใจ และการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก จึงต้องมีการติดตั้งเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท (Nerve Monitoring) ระหว่างทำการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ และในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย อีกหนึ่งปัญหาที่ผู้ป่วยวิตกกังวลมากคือรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด การนำเทคนิคผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูผ่านแผลผ่าตัดดั้งเดิม Superficial Parotidectomy via facelift incision มาใช้ทำการผ่าตัดรักษาทำให้หมดปัญหา รอยแผลเป็นโดยสิ้นเชิง หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่คาดคิด การเข้าใจกระบวนการฟื้นฟูของบาดแผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากภาวะนี้ได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

รูปแบบการศึกษา : เป็นกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย ระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน 2567

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 20 ปี มาด้วยอาการ คลำพบก้อนที่บริเวณหน้าหูข้างซ้าย กดเจ็บ มา 1 ปี และช่วง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ก้อนที่หน้าหูโตมากขึ้น เริ่มมีอาการปวด กดเจ็บ จึงได้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี แพทย์ได้เจาะชิ้นเนื้อไปตรวจ ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นเนื้องอกของต่อมน้ำลายหน้าหู ด้านซ้าย แพทย์วางแผนการรักษาผ่าตัดด้วยวิธี Superficial Parotidectomy แต่เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้หญิง และมีอายุเพียง 20 ปี นอกจากความกลัวเรื่องอาการหน้าเบี้ยวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังกังวลเรื่องแผลเป็นจากการผ่าตัด แพทย์จึงเลือกใช้เทคนิคผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดดั้งเดิมเพื่อซ่อนแผลหลังใบหูจนถึงโหนก และตลอดการผ่าตัดได้ติดตั้งเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเสียหายของเส้นประสาทใบหน้า หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องหน้าเบี้ยว แต่มีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด ได้ประสานงานกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าได้

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู นอกจากการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดแล้วความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัดตามมานั้น ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) มาใช้ในผู้ป่วยรายนี้ องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่ควรค่ากับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อเพิ่มพูนทักษะ องค์กรความรู้เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เกิดผลความสำเร็จในงาน

คำสำคัญ : การพยาบาล, การผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู, ภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

บทนำ

โรคเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู (Parotid Tumor) เป็นเนื้องอกของต่อมน้ำลายที่ขนาดใหญ่ที่สุดในร่างกาย และเป็นตำแหน่งที่พบเนื้องอกมากที่สุด รองลงมาคือเนื้องอกต่อมน้ำลายใต้กระดูกขากรรไกร (Submandibular Tumor) ซึ่งการรักษาโรคเนื้องอกต่อมน้ำลายทำได้โดยการผ่าตัด (ปิยะมาภรณ์ อธิธิโสภณ พิศาล, 2565). จากสถิติผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู ของโรงพยาบาลปทุมธานี ปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 10, 11 และ 12 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลปทุมธานี, 2566) ในกรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยคลำได้ก้อนที่หน้าหูข้างซ้าย กดเจ็บมาเป็นเวลา 1 ปี แต่ไม่ได้ไปตรวจรักษา อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคือ ระยะเวลา 1 เดือนก่อนมา รู้สึกว่าก้อนที่หน้าหูข้างซ้ายโตขึ้น มีอาการปวดเป็นบางครั้งเวลาเคี้ยวอาหาร และกดเจ็บมากขึ้น แพทย์ได้ทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียด คุณลักษณะของก้อน ตำแหน่งขนาด ร่วมกับการตรวจเส้นประสาทใบหน้า (Facial nerve) เนื่องจากตำแหน่งของต่อมน้ำลายหน้าหู (Parotid gland) จะมีเส้นประสาทใบหน้า (Facial nerve) วิ่งผ่านกลางต่อม หากเนื้องอกของต่อมน้ำลายไปกดเบียดอาจทำให้เกิดอาการอัมพาตใบหน้า (Facial palsy) ได้ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีอาการอัมพาตใบหน้า แพทย์ได้ทำการเจาะชิ้นเนื้อ (Fine Needle Aspiration) เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลชิ้นเนื้ออ่านว่าผู้ป่วยเป็นเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งบริเวณต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้าย (Left Parotid Tumor) จากนั้นได้มีการส่งผู้ป่วยตรวจ CT Scan เพิ่มเติมเพื่อดูตำแหน่งของเนื้องอกว่ามีการกดเบียดเส้นประสาทใบหน้านั้นหรือไม่ ผลตรวจ CT Scan พบว่าเนื้องอกมีขนาด 3.5X3.0X1.5 cm. อยู่บริเวณส่วนหางของต่อมน้ำลายหน้าหู (Tail of Parotid gland) ไม่พบการกดเบียดเส้นประสาทใบหน้า แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดนำเนื้องอกและต่อมน้ำลายหน้าหูที่อยู่ในชั้นตื้นกว่าเส้นประสาทใบหน้านอก เรียกว่า Superficial Parotidectomy โดยมีการติดเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท (Nerve Monitoring) ตลอดระยะเวลาการผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับเส้นประสาทที่มาเลี้ยงใบหน้า ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัด หากมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก การเกิด Facial nerve injury ผู้ป่วยจะมีอาการหลับตาไม่สนิท ยกคิ้วไม่ได้ ปากเบี้ยว แก้มหย่อน กล้ามเนื้อฝ่อ ใบหน้าผิดรูป ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์การใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม สภาพจิตใจ แพทย์ผู้ทำการรักษาจะคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนเรื่องนี้เป็นอย่างสำคัญที่สุด

การผ่าตัด Superficial Parotidectomy โดยส่วนใหญ่จะลงแผลตั้งแต่หน้าหูอ้อมไปจนถึงกกหูก่อนที่จะผ่าตัดเนื้องอกออก แพทย์จะค้นหาเส้นประสาทที่มาเลี้ยงใบหน้าของผู้ป่วยและเก็บเส้นประสาทให้ครบทั้ง 5 เส้น (Temporal, Zygomatic, Buccal, Mandibular, Cervical) จะมีการใช้เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทผ่าน Probe Electrode ทดสอบโดยการจี้ดูบริเวณที่มีการเลาะเนื้อเยื่อ หากพบว่าบริเวณนั้นใช้ Probe จี้แล้วมีเสียงสัญญาณดังที่เครื่องกระตุ้นเส้นประสาท แสดงว่าบริเวณนั้นมีเส้นประสาทอยู่ แพทย์จะผ่าตัดเลาะเนื้อเยื่อให้เห็นเส้นประสาทชัดเจนใช้ Probe จี้ทดสอบจนแน่ใจ หากจนได้เส้นประสาทครบทั้ง 5 เส้น จึงผ่าตัดนำเนื้องอกออกได้ ทำการส่งตรวจชิ้นเนื้อ วางท่อระบายเลือดหลังผ่าตัดก่อนเย็บปิดแผลเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกใต้แผลผ่าตัด ในผู้ป่วยรายนี้เป็นเพศหญิง อายุเพียง 20 ปี อีกสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจอย่างมากคือ รอยแผลเป็นจากการผ่าตัด ปัจจุบันถ้าไม่มีข้อจำกัดของเนื้องอก เช่นขนาดไม่ใหญ่จนเกินไป ไม่มีการกด

เบียดเส้นประสาทใบหน้าสามารถผ่าตัดซ่อนแผลได้ โดยการลงแผลซ่อนเข้าไปในไรผม เรียกการลงแผลแนวนี้ว่าแผลผ่าตัดดึงหน้า ทำให้หลังผ่าตัดจะมองไม่เห็นแผลเหมือนการลงแผลผ่าตัดทั่วไป แพทย์จึงเลือกการผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูด้วยเทคนิคผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดดึงหน้า Superficial Parotidectomy via facelift incision ในผู้ป่วยรายนี้ ผลคือจะมองไม่เห็นแผลผ่าตัดหลังจากแผลมีการฟื้นตัว การผ่าตัดเทคนิคนี้ ทำเป็นเคสแรกในโรงพยาบาลปทุมธานี ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด จากการใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q แผลผลว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยได้มีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถพ้นหายจากอาการซึมเศร้าได้ จากการติดตามการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเนื้องอกไม่ได้เป็นมะเร็ง ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดจนสิ้นสุดการรักษา 3 เดือน นับจากวันที่ผ่าตัด ไม่มีอาการหน้าเบี้ยวและภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่สำคัญแทบไม่เห็นแผลเป็นหลังผ่าตัด จากผลลัพธ์ที่ดีของการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า นับว่าเป็นการใช้ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็น หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายแต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี (ดร.เมห์เม็ต ออซ, 2565)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วย ที่มีเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู จำนวน 1 ราย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การรักษา ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนในการพยาบาล
2. ศึกษาค้นคว้า เรื่องการผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู ภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด, จากหนังสือเอกสารวิชาการบทความทางอินเทอร์เน็ต ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา หาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับข้อมูลประวัติ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี และแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมิน สภาพผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ประเมินปัญหา หาข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมในการประเมินภาวะสุขภาพ
5. ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
6. ประเมินผล สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษา ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้น และแผนการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อเป็นการทบทวนการดูแลผู้ป่วย
7. เขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และแก้ไข

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ร่างกายจะมีต่อมน้ำลายหลักอยู่ 3 คู่ (ปิยมภรณ์ อธิโสภณพิศาล, 2565) ได้แก่

1. ต่อม้ำลายหน้าหู (Parotid gland) เป็นต่อม้ำลายที่มีขนาดใหญ่ที่สุด อยู่บริเวณหน้าหูทั้ง 2 ข้าง อ้อมลงมาที่ติ่งหู และอ้อมไปด้านหลังเล็กน้อย มีท่อน้ำลายไปเปิดบริเวณกระพุ้งแก้มในตำแหน่งที่ตรงกับฟันกรามบนซี่ที่ 2

2. ต่อม้ำลายใต้ขากรรไกร (Submandibular gland) เป็นต่อม้ำลายขนาดกลางที่อยู่บริเวณใต้กระดูกขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง มีท่อน้ำลายวิ่งมาตามพื้นปาก และมีรูเปิดอยู่ที่พื้นปาก

3. ต่อม้ำลายใต้ลิ้น (Sublingual gland) เป็นต่อม้ำลายที่มีขนาดเล็กที่สุดอยู่บริเวณใต้ลิ้น ต่อม้ำลายหน้าหูเป็นต่อมชนิดมีท่อ (exocrine gland) มีอยู่ 2 ข้าง เป็นต่อม้ำลายที่ใหญ่ที่สุดอยู่ทางด้านข้างของใบหน้าและอยู่หน้าต่อใบหู รูปร่างของต่อม้ำลายเมื่อดูทางด้านนอกจะปรากฏเป็นรูปสามเหลี่ยมค่อนข้างขรุขระ และลึกลงไปจะมีลักษณะเป็นรูปลิ้น ขนาดยาวประมาณ 6 เซนติเมตร กว้าง 3 - 4 เซนติเมตร และมีน้ำหนักประมาณ 15 - 30 กรัม โครงสร้างของต่อม้ำลายแยกเป็นสองส่วน คือ ส่วนตื้น (superficial lobe) ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของต่อม เริ่มจาก zygomatic arch ลงไปจรดมุมของกระดูกขากรรไกรล่าง ส่วนลึก (deep lobe หรือ retromandibular lobe) เป็นส่วนน้อยประมาณ 1/4 ของต่อมอยู่ในแอ่งหลังต่อกระดูกขากรรไกรล่าง (retromandibular fossa) ต่อมทั้งสองส่วนมีส่วนเชื่อมโยงระหว่างกลางเรียกว่า isthmus และระหว่างส่วนทั้งสองนี้จะมีเส้นประสาทที่ 7 ทอดผ่านอยู่ตรงกลาง เมื่อดูรูปร่างของต่อม้ำลาย parotid จะปรากฏว่ามีขอบอยู่ 3 แห่ง คือ ขอบบนขนาดกระดูก zygomatic arch ขอบหน้าจรดกล้ามเนื้อ masseter ซึ่งท่อน้ำลายจะมาทะลุกล้ามเนื้อ buccinators และเปิดตรงกลางกระพุ้งแก้มในระดับกรามบนซี่ที่ 2 ขอบหลังจรดหูส่วนนอกที่เกาะปลายของกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid และเลยลงมาจนถึงมุมของกระดูกขากรรไกรล่างและเส้นเลือดดำ internal jugular ด้านล่างจะอยู่ติดกับกล้ามเนื้อ stylohyoid ส่วนลึก (deep lobe) อยู่ชิดกับหลอดเลือดและอยู่ใกล้กับเส้นเลือดแดง internal carotid

ต่อม้ำลายหน้าหู มีเนื้อเยื่อประสานซึ่งมาจาก investing layer ของ deep cervical fascia ที่เรียกว่า parotid fascia หุ้มเป็น fibrous capsule ส่วนลึกของ parotid fascia จะหนาขึ้นและยึดจาก styloid process ไปยังมุมของกระดูกขากรรไกรล่างเรียกว่า stylomandibular ligament ซึ่งจะแยกต่อม้ำลายหน้าหู ออกจากต่อม้ำลายใต้ขากรรไกร

Parotid duct หรือ Stensen's duct เริ่มจากบริเวณขอบหน้าของต่อม้ำลายหน้าหูเหนือต่อส่วนตื้น ท่อนี้ อาจพบต่อม้ำลายขนาดเล็กๆ เรียกว่า accessory parotid gland Stensen's duct ยาวประมาณ 4 - 6 เซนติเมตร ทอดข้ามกล้ามเนื้อ masseter ประมาณระยะความกว้างของหนึ่งนิ้วมือ ต่ำจาก zygomatic arch โดยทอดคู่ไปกับเส้นเลือด transverse facial และแขนง buccal ของเส้นประสาท facial Stensen's duct จะทอดลงลึกหน้าต่อมไขมันบริเวณแก้มทะลุกล้ามเนื้อ buccinator และไปเปิดที่รูเปิดในช่องปากตรงกับฟันกรามบนซี่ที่ 2 (ธนุศักดิ์ ศรีใจ, 2563).

สิ่งที่อยู่ภายใต้ต่อม้ำลายหน้าหู (ปาณิศา อุตมั่ง, 2549) ได้แก่

1. เส้นประสาท facial และแขนงคือส่วน temporofacial และ cervicofacial
2. เส้นเลือดแดง external carotid และแขนงปลายได้แก่ เส้นเลือดแดง maxillary และ superficial temporal

3. เส้นเลือดแดง transverse facial
4. เส้นเลือดดำ retromandibular
5. เส้นประสาท auriculotemporal
6. ต่อมน้ำเหลือง superficial และ deep parotid

สาเหตุและชนิดของเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู

เนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูมีทั้งชนิดไม่ร้ายแรง (benign tumors) และชนิดร้ายแรงหรือมะเร็ง (malignant tumors) ส่วนใหญ่ที่พบของต่อมน้ำลายหน้าหู มักเป็นชนิดไม่ร้ายแรง ส่วนต่อมน้ำลายอื่นๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากกว่าต่อมน้ำลายหน้าหูสาเหตุการเกิดของโรคไม่ปรากฏแน่ชัด แต่ในบางรายอาจมีอาการอักเสบนำมาก่อนและเกิดเป็นเนื้องอกขึ้นภายหลัง

เนื้องอกของต่อมน้ำลายหน้าหูส่วนใหญ่เกิดที่ส่วนต้นโดยเฉพาะชนิด mixed tumor พบได้มากที่สุดคือประมาณ 80% ของเนื้องอกต่อมน้ำลายทั้งหมด พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนใหญ่พบในอายุ 40 – 50 ปี เป็นเนื้องอกที่โตช้ามากและไม่อาการเจ็บ นอกจากอาจมีการกด (pressure symptom) เนื้องอกชนิดนี้มีลักษณะพิเศษอีกประการคือ มีจุดเกิดได้หลายแห่ง จึงทำให้อัตราการเกิดใหม่หลังผ่าตัดสูงมาก

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

พยาธิสภาพของเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู เป็นเนื้องอกที่โตช้าๆ และมักไม่มีอาการอื่นร่วม ในบางรายอาจมีประวัติโตช้ามาเป็นเวลานานแล้วมาโตขึ้นเร็วๆนี้เอง แต่โดยเฉลี่ยประมาณ 6 – 7 ปี เนื้องอกชนิดนี้จะมีพังผืดหุ้มล้อมแต่จะไม่รอบหรือหุ้มบางๆในบางส่วน อาจมีเนื้อของเนื้องอกยื่นออกมาตรงที่พังผืดบางหรือตอนที่พังผืดหุ้มไม่รอบ

อาการและอาการแสดงของเนื้องอกต่อมน้ำลายที่สำคัญคือ การมีก้อนบริเวณหน้าต่อมน้ำลาย ซึ่งก้อนจะค่อยๆโตขึ้นและไม่พบอาการอื่นร่วม ผู้ป่วยอาจคลำพบก้อนโดยบังเอิญหรือมีคนทั้กหรือไม่ก็พบจากการตรวจร่างกายประจำปี ในบางรายอาจมาด้วยอาการต่อมน้ำลายอักเสบจากการที่ก้อนอุดตันทางเดินน้ำลายเมื่อต่อมน้ำลายยุบบวมจึงตรวจพบก้อน

การวินิจฉัยโรค แพทย์เมื่อคลำพบก้อนที่ต่อมน้ำลายหน้าหูแล้ว จะมีการตรวจร่างกายและตรวจการทำงานของเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง อาจทำการดูเจาะเอาเซลล์ไปตรวจ หรือต้องทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อตรวจหาขอบเขตของก้อน ทั้งนี้ขึ้นกับแพทย์ผู้รักษา

การรักษา ปกติถ้าพบก้อนที่ต่อมน้ำลายหน้าหู แพทย์จะแนะนำให้รักษาโดยการผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดเป็นทั้งการรักษาและเป็นวิธีที่สามารถให้การวินิจฉัยที่แม่นยำที่สุดจากการได้เนื้อเยื่อมาตรวจ การผ่าตัดควรเอาก้อนเนื้องอกออกทั้งหมดพร้อมเนื้อดีใกล้เคียงเพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ การผ่าตัดมี 2 แบบ (เมธี อัง อารณณ์,2552) คือ

1. เป็นการผ่าตัดเอาต่อมน้ำลายที่อยู่ในชั้นต้นกว่า เส้นประสาทที่มาเลี้ยงใบหน้าออก (Superficial Parotidectomy) โดยทั่วไปมักทำการผ่าตัดแบบนี้

2. เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาต่อมน้ำลายออกทั้งหมด คือออกทั้งชั้นต้นและชั้นลึกต่อเส้นประสาท (Total Parotidectomy) ปกติจะทำในกรณีที่ เป็นเนื้องอกในชั้นลึก หรือเป็นเนื้อร้าย

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต่อมน้ำลายหน้าหู ได้แก่ เป็นเนื้องอกของต่อมน้ำลายทั้งชนิดไม่ร้ายแรง และชนิดร้ายแรง หรือเป็นมะเร็ง อาจทำการผ่าตัดเพื่อตัดต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในต่อมน้ำลาย ในกรณีที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งในกรณีที่ เป็นต่อมน้ำลายอักเสบเรื้อรัง

การผ่าตัดต่อมน้ำลายหน้าหู มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญดังนี้

1. การเกิดอันตรายกับเส้นประสาทที่มาเลี้ยงใบหน้า เป็นได้ทั้งแบบชั่วคราว (มีโอกาสดังกล่าวประมาณ 10%) และแบบถาวร (มีโอกาสดังกล่าวประมาณ 5%) หากเป็นแบบชั่วคราว อาการจะดีขึ้นภายในระยะเวลา 2 – 6 เดือน โดยอาจมีอาการปิดตาไม่สนิท ปากเบี้ยวเวลายิ้ม ในระหว่างที่รอการฟื้นตัวของเส้นประสาท ควรทำกายภาพบำบัดของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อฝ่อ การเป็นแบบถาวรแพทย์อาจพิจารณาทำการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การผ่าตัดเพื่อดึงกล้ามเนื้อเพื่อให้อาการไม่ผิดปกติ หรือการผ่าตัดเพื่อต่อเส้นประสาท เป็นต้น

2. มีเหงื่อออกที่บริเวณแก้มข้างที่ผ่าตัด ขณะเคี้ยวอาหาร (Frey's Syndrome) บางรายอาจเป็นแค่ขั้นๆ แต่บางรายอาจเป็นมากถึงขนาดเหงื่อหยดเป็นเม็ดๆ ขณะที่ยืนกินอาหารได้ โดยทั่วไป การผ่าตัดต่อมน้ำลายจะมีโอกาสดังกล่าวประมาณ 30-40 % มักเกิดในช่วง 1- 2 เดือนหลังการผ่าตัดมีสาเหตุมาจากเส้นประสาทที่มาเลี้ยงต่อมน้ำลาย มีการเชื่อมต่อกับเส้นประสาทที่มาเลี้ยงต่อมเหงื่อบริเวณแก้ม ทำให้ขณะกินอาหารมีการกระตุ้นต่อมน้ำลายและปล่อยน้ำลาย ก็จะมีการกระตุ้นต่อมเหงื่อที่แก้มร่วมไปด้วย อาจแก้ไขโดยใช้ยากำจัดกลิ่นได้วางบนขนชนิดครีมทาบริเวณแก้มเพื่อทำให้ต่อมเหงื่อบริเวณดังกล่าวฝ่อลง หากไม่ได้ผลอาจทำการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อหาเนื้อเยื่อรอบๆ มากั้นไม่ให้เส้นประสาทเหล่านี้มีการเชื่อมโยงกัน นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการฉีดโบท็อก เพื่อให้ต่อมเหงื่อบริเวณแก้มหยุดทำงาน ได้ผลค่อนข้างดี

3. อาการชาบริเวณใบหู เกิดจากการผ่าตัดที่มีการตัดเส้นประสาทที่รับรู้ความรู้สึกบริเวณใบหู เนื่องจากทางเดินของเส้นประสาทนี้ ขวางต่อมน้ำลาย แพทย์จึงจำเป็นต้องตัดออก หลังผ่าตัดใบหูจะชาหรือไม่ก็อยู่สัก 6 - 12 เดือน หลังจากนั้นเส้นประสาทรอบๆ จะงอกมาทดแทนทำให้อาการชาน้อยลง อาการชาใบหูนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการได้ยินแต่อย่างใด

4. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด มักไม่เป็นปัญหา เนื่องจากจะมีการเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ก่อนให้ปราศจากเชื้อในแผลที่จะทำการผ่าตัด รวมทั้งการให้ยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

5. เลือดออกใต้แผลผ่าตัด มักไม่เป็นปัญหาเนื่องจากแพทย์มักใส่ท่อระบายเลือด หลังผ่าตัดและจะนำท่อนี้ออกหลังผ่าตัด 2-3 วัน

6. น้ำลายขังใต้แผล (Seroma) เกิดจากต่อมน้ำลายชั้นลึก สร้างน้ำลายออกมาขังใต้แผล และทำให้มีน้ำลายซึมออกมาที่แผลได้ ป้องกันและรักษาได้โดยการทำแผล เจาะดูดน้ำลายออก และใช้ผ้าพันบริเวณแผลให้แน่น เพื่อไม่ให้มีน้ำลายตกค้าง

7. อาการอ้าปากได้น้อยลง ส่วนใหญ่เป็นแบบชั่วคราวเกิดมาจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวอาหาร สามารถรักษาได้โดยการบริหารกล้ามเนื้อปาก

8. ผลเป็นหลังการผ่าตัด โดยปกติแผลมักเห็นชัดขึ้นภายใน 3 เดือนแรก และจะค่อยๆจางหายไป ในระยะเวลา 1 ปี

ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นหัวใจสำคัญของทีมพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการทุกคนให้มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ เป็นแนวคิดปรัชญา เพื่อส่งเสริมสุขภาพขององค์รวม หมายถึงภาวะสมดุลของร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน กับความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยไม่ใช่ผิดปกติแต่ร่างกายเท่านั้น ทุกระบบมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการให้การพยาบาลจึงจำเป็นต้องส่งเสริมความเป็นองค์รวม ไม่ใช่การรักษาพยาบาลเฉพาะส่วน นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหมาย และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำเนิด, 2558)

การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย โดยให้ความหมายของแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical) คือให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีผลกำลังที่สมบูรณ์
2. ด้านจิตใจ (Mental) คือการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย
3. ด้านสังคม (Social) คือความสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข
4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึงด้านปัญญา คือการมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

คุณลักษณะทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม ประกอบไปด้วย

1. ความสมดุล (Balancing) ความสมดุลของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
2. ความกลมกลืน (Harmony) ความกลมกลืนจากภายในตน คือมิติกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณและความกลมกลืนภายนอกกับสิ่งแวดล้อมในระบบธรรมชาติ
3. ความเป็นหนึ่งเดียว (Coherence) แต่ละมิติต้องมีความเชื่อมโยง หากขาดความเชื่อมโยงจะทำให้เสียสมดุล (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2554)

หลักการพยาบาลแบบองค์รวมได้แก่

1. ตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล
2. สร้างสภาพแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ
3. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
4. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้รับบริการ
5. การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้รับบริการ
6. การเสริมพลังอำนาจให้ผู้รับบริการและครอบครัว
7. สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเอื้ออาทร

8. การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีพื้นบ้านที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2556)

เครื่องกระตุ้นเส้นประสาท (Nerve Monitoring)

ชื่อทางการค้าและบ่งบอกถึงหน้าที่หลักเครื่องนี้คือ เครื่องติดตามการทำงานของเส้นประสาท หรือเรียกว่า NIM (Nerve Integrity Monitor) มีวัตถุประสงค์ของการใช้งานดังนี้

1. เพื่อตรวจสอบ ค้นหา และติดตามการทำงานของเส้นประสาทระหว่างการระหว่างผ่าตัด
2. เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทระหว่างการในขณะทำการผ่าตัด
3. เพื่อลดเวลาในการระบุตำแหน่งของเส้นประสาทระหว่างการ และช่วยให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเสียหายของเส้นประสาท

หลักการทำงานของเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท

- เป็นเครื่องมือที่แสดงผลการตอบสนองการรับสัญญาณจากเส้นประสาทระหว่างการผ่าตัด โดยวัดจากการตอบสนองของกล้ามเนื้อที่ถูกกระตุ้นผ่านทางเส้นประสาทระหว่างการ

- จอแสดงผลการตอบสนองของกล้ามเนื้อ (EMG Response) ในรูปแบบเส้นกราฟบนหน้าจอ และเสียงจากตัวเครื่อง

- ใช้ Stimulus Probe แบบ Monopolar หรือ Bipolar หรือ Stimulus Dissection Instruments ในการกระตุ้นเส้นประสาทระหว่างการ

- เครื่องควบคุมการทำงาน (Console) ทำงานโดยใช้ไฟฟ้า 220 โวลต์ 50 เฮิร์ต

- ทำงานด้วยระบบการเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วย ไปที่เครื่องควบคุมการทำงาน โดยผ่านสาย Electrode Jack ที่สีระบุสำหรับช่องสัญญาณที่เรียกว่า Color code

ภาวะซึมเศร้าหลังการผ่าตัด (Postsurgery Depression)

การฟื้นตัวจากการผ่าตัดอาจต้องใช้เวลานาน และทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายตัว ภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้หลังจากการผ่าตัดทุกประเภทผ่านพ้นไปและนับเป็นภาวะร้ายแรงที่ต้องได้รับการเอาใจใส่เพื่อการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

- มีภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัด
- อาการปวดเรื้อรัง
- ปฏิกริยาต่อยาระงับความรู้สึก
- ปฏิกริยาต่อยาแก้ปวด
- การที่ต้องเผชิญหน้ากับความเป็น – ตายของตนเอง
- ความเครียดทางร่างกายและอารมณ์
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับระยะในการฟื้นตัว
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
- ความรู้สึกผิดที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่น
- กังวลว่าการผ่าตัดนั้นอาจจะยังไม่เพียงพอต่อการรักษา

- ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัว การกลับบ้าน ต้นทุนทางการเงิน และอื่นๆ

อาการของภาวะซึมเศร้าหลังการผ่าตัด

- 1.นอนมากเกินไปหรือนอนน้อยกว่าปกติ
- 2.อาการหงุดหงิด ชุ่นเคืองใจ
- 3.การสูญเสียความสนใจในกิจกรรม
- 4.ความเหนื่อยล้า
- 5.ความวิตกกังวล ความเครียด หรือความสิ้นหวัง
- 6.เบื่ออาหาร

ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางอารมณ์ เช่น ความสิ้นหวัง ความกระวนกระวายใจ หรือการสูญเสียความสนใจในกิจกรรม ควรกลับไปกับความเหนื่อยล้าและอาการเบื่ออาหาร สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสัญญาณของภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด และถ้าหากมีอาการนานกว่า 2 สัปดาห์ ควรพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

แต่ถ้าหากอาการซึมเศร้าปรากฏขึ้นทันทีหลังผ่าตัด อาจเป็นผลของยาระงับความรู้สึกหรือยาดมสลบ อาการจะค่อยๆดีขึ้น แต่ถ้าภายใน 2 สัปดาห์ก็ยังปรากฏอาการอยู่ควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อรับการรักษาบพบาทพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกของต่อมน้ำลายหน้าหู

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่ในหอผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกวิตกกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล และรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด งดน้ำอาหาร และยาทุกชนิดทางปากหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ทำความสะอาดร่างกายล้างหน้าให้สะอาดก่อนเข้าห้องผ่าตัด สวมชุดโรงพยาบาลถอดชุดชั้นในและเครื่องประดับออกก่อนเข้าห้องผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามในข้อที่สงสัย ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อซักถามให้กำลังใจและเห็นใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ ใช้คำพูดที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ อธิบายเพิ่มเติมกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การทำสมาธิ ประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยใช้มาตรฐานของความเจ็บปวดเป็นตัวเลข ดูแลจัดท่านอนหงายหรือตะแคงในด้านตรงข้ามกับบริเวณที่ปวด

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ชักประวัติ ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ให้ตรงกับเวชระเบียนและป้ายชื่อมือของผู้ป่วย สอบถามเรื่องการงดน้ำ งดอาหารก่อนผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร โรคประจำตัว ฟันปลอมของมีค่าเครื่องประดับได้ถอดออกหรือไม่ ตรวจสอบ mark site ระบุข้างที่ทำผ่าตัด ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยอีกครั้งก่อนผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ

เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆเกี่ยวกับการผ่าตัดจะถูกจัดเตรียมไว้ก่อนผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด มีการตรวจสอบเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท (Nerve Monitoring) ให้อยู่ในสภาพการทำงานที่สมบูรณ์

ก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วยประสานงานกับแพทย์และพยาบาลวิสัญญี ว่ามีการใช้เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทตลอดการผ่าตัด เพื่อให้ทางวิสัญญีจึงใช้ยาสลบบางชนิดที่ส่งผลต่อการทำงานของเครื่องกระตุ้นเส้นประสาท

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด

แรกรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากห้องฟักฟื้น ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินลักษณะของบาดแผลและสายระบายสารคัดหลั่งที่ติดมากับผู้ป่วย จัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา ให้การพยาบาลและสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ประเมินภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังแผลผ่าตัด ประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ ดูแลระบบการทำงานของขดสมองอากาศโดยป้องกันมิให้เกิดการพังอและดึงสมองอากาศรั้งของสายยางที่ต่อออกจากแผลถึงขดระบายสารคัดหลั่ง ระวังมิให้ผู้ป่วยนอนทับสายยาง สังเกตสีลักษณะ จำนวนสารคัดหลั่งแล้วบันทึกไว้ ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ อาการชาที่ใบหน้า การเกิดอันตรายกับเส้นประสาทที่มาเลี้ยงใบหน้าทำให้มีอาการปิดตาไม่สนิท ปากเปี้ยวเวลาอึ้ม การบวมของแผลผ่าตัดจากการคั่งของน้ำลายใต้แผลผ่าตัด อ้าปากได้น้อยลง ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ไม่แกะเกาบาดแผล ระวังไม่ทำแผลเปียกน้ำ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดสูงมีแนวโน้มอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ใช้แบบประเมิน 2Q มาใช้เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม แนะนำให้ไปทำแผลที่คลินิก ศูนย์สาธารณสุขหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง รับประทานยาปฏิชีวนะจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อช่วยให้แผลหายเร็วและเพิ่มภูมิคุ้มกันของโรค โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นม และอาหารประเภทผักและผลไม้เพื่อให้ร่างกายได้รับวิตามินซี ทำให้เนื้อเยื่อและเส้นเลือดที่สร้างใหม่แข็งแรง ออกกำลังกายได้ตามปกติ งดเว้นการกระทบกระเทือนบริเวณบาดแผล มีการบริหารกล้ามเนื้อปากอย่างต่อเนื่อง พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน มีเลือดหรือสารคัดหลั่งออกมาจากบาดแผล มีไข้สูง มีอาการชาบริเวณใบหน้าด้านที่ผ่าตัด หลับตาไม่สนิท ปากเปี้ยว มีเหงื่อออกที่ผิวหนังบริเวณหน้าใบหูขณะเคี้ยวอาหาร อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามในข้อสงสัย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 20 ปี มาด้วยอาการ คลำพบก้อนที่บริเวณหน้าหูซ้าย กดเจ็บมา 1 ปี และช่วง 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ก้อนที่หน้าหูโตมากขึ้น เริ่มมีการปวด กดเจ็บ จึงได้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี วันที่ 29 มกราคม พ.ศ.2567 แพทย์ได้ตรวจร่างกายอย่างละเอียด คุณลักษณะของก้อน ตำแหน่ง และขนาดร่วมกับกับการตรวจเส้นประสาทใบหน้า (Facial nerve) วินิจฉัยเบื้องต้นว่าผู้ป่วยเป็นเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้าย (Left Parotid Tumor) ได้ทำการเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Fine Needle

Aspiration) นัดผู้ป่วยมาฟังผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ถัดมา พบว่าผลชิ้นเนื้อเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาที่ไม่ใช่มะเร็ง บริเวณต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้าย แพทย์ได้ส่งผู้ป่วยตรวจ CT Scan เพิ่มเติมเพื่อดูตำแหน่งของเนื้องอกกว่ามีการกดเบียด เส้นประสาทใบหน้าบริเวณนั้นหรือไม่ และนัดผู้ป่วยมาวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ.2567 ผลตรวจ CT Scan พบว่าเนื้องอกมีขนาด 3.5x3.0x1.5 cm. อยู่บริเวณส่วนหางของต่อมน้ำลายหน้าหู (Tail of Parotid gland) ไม่พบการกดเบียดเส้นประสาทใบหน้า แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดนำเนื้องอกและต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้ายที่อยู่ในชั้นตื้นกว่าเส้นประสาทใบหน้าออก (Left Superficial Parotidectomy) ได้มีการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสำคัญของการผ่าตัด คือภาวะหน้าเบี้ยว หรือที่เรียกว่าภาวะอัมพาตใบหน้าที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนนี้ แต่ต้องการผ่าตัดนำเนื้องอกออก และเนื่องจากผู้ป่วยมีอายุเพียง 20 ปี และเป็นผู้หญิง จึงมีความกังวลเรื่องรอยแผลเป็นบนใบหน้าที่หลังผ่าตัด แพทย์ผู้ทำการรักษา จึงได้เลือกวิธีผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูด้วยเทคนิคผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดตื้นหน้า (Superficial Parotidectomy via facelift incision) ผู้ป่วยยินยอมผ่าตัด แพทย์ได้ส่งผู้ป่วย เจาะ Lab, X-Rayปอด ส่งพบวิสัญญีแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และนัดผ่าตัด วันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2567 โดยให้ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน เนื่องจากเป็นการผ่าตัดด้วยลงแผลผ่าตัดเทคนิคใหม่ จึงได้มีการประชุมกับทีมผ่าตัดและแพทย์ เพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมเรื่อง เครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัดในครั้งนี้ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด วันที่ 18 เมษายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด จึงสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวล และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ให้ข้อมูลในเรื่องพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด และข้อมูลอื่นๆที่ผู้ป่วยต้องการให้กำลังใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้ป่วย ให้คำแนะนำครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้แก่ การงดน้ำ งดอาหารทางปากหลังเที่ยงคืน การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำสระผม ถอดชุดชั้นใน และเครื่องประดับก่อนไปห้องผ่าตัด นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด วันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2567 หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตัวเอง ลูกเดินเข้าห้องน้ำเองได้ มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าหูข้างซ้ายปิดผ้าก๊อซ และแผ่นผ้าปิดแผลไม่มีเลือดออกจากบาดแผล มีอาการบวมรอบแผลเล็กน้อย มีขวดระคายเคืองหลังออกจากแผล 1 ชุด มีสารคัดหลั่งเป็นเลือดสีแดงเข้มออกมาภายในขวดและสาย ปริมาณของสารคัดหลั่ง ประมาณ 5 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท มีอาการหน้ามืดวิงวอนจากปวดแผลผ่าตัด ประเมินระดับความปวดได้ระดับ 4 - 6 จัดทานอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดอาการบวม สลับกับการนอนตะแคงด้านขวาหรือนอนหงายไม่กดทับบริเวณแผลผ่าตัด แนะนำวิธีการลดความปวด ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการหายใจเข้าออกช้าๆยาวๆ ลึกๆ การทำสมาธิ พูดให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลเบามือ ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการ เว็บบไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี วันที่เผยแพร่ 29 สิงหาคม 2567

ปวดทุก 6 ชั่วโมง แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนหลีกเลี่ยงการเคี้ยวของแข็ง เนื่องจากการต้องออกแรงบดเคี้ยวอาหาร ผู้ป่วยต้องขยับขากรรไกรบ่อยครั้งทำให้บริเวณแผลผ่าตัดซึ่งอยู่ใกล้เคียงกันต้องเคลื่อนไหวบ่อยเป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดได้ จากการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีอาการเบื่อ เหนื่อยเหมือนคนไม่มีแรง รู้สึกไม่สบายตัวตลอดเวลา เครียดและกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้ใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ได้คะแนนประเมิน 6 แปลผลว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จึงได้ประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาลประจำตึก ให้ผู้ป่วยได้พบนักจิตวิทยาก่อนวันจำหน่าย

การเยี่ยมผู้ป่วยวันจำหน่าย วันที่ 22 เมษายน 2567 พบผู้ป่วยพักผ่อนอยู่ที่เตียงมีสีหน้าสดชื่นขึ้นขึ้น แพทย์ให้เปิดทำความสะอาดแผลครั้งแรกหลังผ่าตัดและให้เอาขวดระบายสารคัดหลั่งออก ผู้ป่วยมีแผลบริเวณหลังหูซ้ายแนวไธมเป็นแผลเย็บ แผลแห้งดีไม่มีอาการอักเสบบวมแดง ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากแผลปิดผ้าก๊อสไว้จากการประเมินอาการปวดผู้ป่วยบอกว่าไม่ปวดแผลแล้ว ไม่มีอาการชาบริเวณใบหน้า แต่มีอาการชาที่หู ไม่มีปากเปี้ยวเวลายิ้ม หรือหลับตาไม่สนิทจากความผิดปกติที่เกิดจากเส้นประสาทคู่ที่ 7 ได้รับการกระทบกระเทือนหลังผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พบว่าผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงให้คำแนะนำ ได้แก่ แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลความสะอาดของบาดแผลไปทำแผลที่คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน วันละ 1 ครั้ง รับประทานยาต่อเนื่องได้แก่ยา amoxicillin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น และยาแก้ปวด paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด รับประทานเฉพาะเวลาปวดและซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่ทุเลาตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ส่งเสริมการหายของแผล โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นม และอาหารประเภทผักและผลไม้เพื่อให้ร่างกายได้รับวิตามินซีสูงทำให้เนื้อเยื่อและเส้นเลือดที่สร้างใหม่นั้นแข็งแรง ออกกำลังกายได้ตั้งแต่วันการกระทบกระเทือนบริเวณบาดแผล พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ แผลปวด บวม แดง ร้อน มีเลือดหรือสารคัดหลั่งผิดปกติไหลออกมาจากแผล มีไข้สูง มีอาการอ้าปากได้น้อยลง ปากเปี้ยว อาการชาที่ใบหน้าและใบหู มีเหงื่อออกที่ผิวหนังหน้าใบหูขณะเคี้ยวอาหาร อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัย หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง ก่อนกลับบ้านผู้ป่วยได้พบกับนักจิตวิทยาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด ได้ทำการประเมินด้วย 2Q และ 9Q พบว่าคะแนนประเมินอยู่ในระดับ 5 ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยยา แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มุ่งเน้นความคิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเปลี่ยนบรรยากาศ พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเรื่องที่ยังสงสัยหรือระบายความรู้สึก

หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล และติดตามเยี่ยม พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไข และให้คำแนะนำจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดหลังการผ่าตัด รวมระยะเวลาการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 4 วัน และ

แพทย์นัดตรวจติดตามการรักษา วันที่ 30 เมษายน 2567 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกหู คอ จมูก
แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดถึงระยะจำหน่ายมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เรื่องการผ่าตัดและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและ
หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยถามเกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

O: ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล มีการถอนหายใจเป็นระยะๆ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวก่อน
และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัด โรคที่ผู้ป่วยเป็น
2. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
3. พูดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น สามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
ก่อนและหลังผ่าตัดได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความกลัวเรื่องภาวะแทรกซ้อน เรื่องภาวะหน้าเบี้ยวหลังผ่าตัด และรอย
แผลเป็นจากแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยถามเรื่องอาการหน้าเบี้ยวหลังผ่าตัด และรอยแผลเป็นจากแผลผ่าตัด

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าหมอง ดวงตามีน้ำตาคลอ बै

วัตถุประสงค์ : เพื่อผ่อนคลายความกลัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเรื่องอาการหน้าเบี้ยว และรอย
แผลเป็นหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีความกลัวเรื่องภาวะแทรกซ้อนและรอยแผลเป็นจากการผ่าตัดลดน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ อาการหน้าเบี้ยว
การมีเลือดออกใต้แผลผ่าตัด ใบหูข้างที่ทำผ่าตัดมีอาการชา อ้าปากได้น้อยลง มีเหงื่อออกข้างแก้มด้านที่ทำ
ผ่าตัด มีน้ำลายขังใต้แผล
2. แจ้งผู้ป่วยเรื่องการติดตั้งเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทให้กับผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด เพื่อป้องกันความ
เสียหายของเส้นประสาทใบหน้าที่เป็นสาเหตุของภาวะหน้าเบี้ยว

3. อธิบายวิธีการผ่าตัดของแพทย์โดยเทคนิคผ่านแผลผ่าตัดตั้งหน้าว่าเป็นการผ่าตัดซ่อนแผลในไรผม ซึ่งตำแหน่งลงมีดผ่าตัด และการฟื้นฟูของบาดแผล การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น แจ้งว่ารู้สึกมั่นใจและมีกำลังใจมากขึ้น แต่ยังคงมีความกลัวอยู่บ้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกใต้แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 50 มิลลิลิตร ใช้เวลาในการทำผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง

O: มีการใส่สายระบายต่อขวด Radivac drain จำนวน 1 เส้น มีเลือดออกตามสายติดกันขวด

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดออกใต้แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ขวด Radivac drain ทำงานเป็นระบบสุญญากาศ สายระบายไม่เลื่อนหลุดและหักพับ งอ ไม่มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบการทำงานของขวด Radivac drain ให้ทำงานเป็นระบบสุญญากาศตลอดเวลา สายระบายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่หัก พับ งอ

2. บันทึกปริมาณเลือดในขวด Radivac drain ถ้ามีจำนวนมากกว่า 100 มิลลิลิตร ให้รายงานแพทย์ทันที

3. สังเกตผ้าก๊อซที่ปิดแผลผ่าตัดว่ามีเลือดเปื้อนจนชุ่มโชกหรือไม่ ถ้ามีให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การพยาบาลต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าพยาบาลมาฉีดยาฆ่าเชื้อเข้าสายน้ำเกลือหลังผ่าตัด

O: ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัด เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดจำนวนมาก ใช้บุคลากรในทีมผ่าตัดหลายคน

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด แผลไม่บวมแดง ร้อน ไม่มีหนองซึม แผลแห้งดี ไม่มีใช้หลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำความสะอาดห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ภายในห้องผ่าตัดด้วยน้ำยาแอลกอฮอล์ 70 %

2. ตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ในการผ่าตัด โดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด

3. เปิดเครื่องมือ จัดเครื่องมือ ส่งเครื่องมือและช่วยผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัด โดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด

4. ปิดแผลผ่าตัดให้เรียบร้อย ก่อนร้อยผ้าคลุมผ่าตัด

5. ตรวจสอบสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีไข้หรือไม่

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีอาการชาที่บริเวณใบหูข้างซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกชาที่ใบหูข้างซ้าย

O: มีการตัดเส้นประสาทที่รับรู้ความรู้สึกบริเวณใบหู เนื่องจากเส้นประสาทขวางต่อมน้ำลาย

วัตถุประสงค์ : ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับอาการชาใบหู ว่าจะมีอาการดีขึ้น และไม่ส่งผลการได้ยิน

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจเหตุผลที่ทำให้มีอาการชาที่บริเวณใบหูข้างซ้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาบริเวณใบหูข้างซ้าย

2. อธิบายเพิ่มเติมว่า เส้นประสาทที่รับรู้ความรู้สึกบริเวณใบหูที่ถูกตัด จะมีเส้นประสาทรอบๆ งอกมาทดแทน ทำให้มีอาการชาดีขึ้น อาจรู้สึกชา 6 – 12 เดือน แต่ไม่ส่งผลการได้ยิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับ ปวดแผลผ่าตัด

O: ประเมินความรุนแรงการเจ็บปวด Pain score 4 – 6 คะแนน ผู้ป่วยหน้ามืด คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด และให้ผู้ปวยนอนหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยบอกอาการเจ็บปวดทุเลาลง ประเมินความรุนแรงการเจ็บปวด Pain score 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Pain score ทุก 4 – 8 ชั่วโมง สังเกตสีหน้าและท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก

2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยกรณีปวด แพทย์ผู้ทำการรักษาได้สั่งยาแก้ปวด Tramadol cap 50 มิลลิกรัม ให้รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร และถ้ายังมีอาการปวดอยู่ สามารถขอยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม ได้ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง

3. จัดท่านอนที่สุขสบายให้กับผู้ป่วย โดยนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา หรือนอนคะแนงขวาซึ่งเป็นด้านตรงข้ามกับแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีอาการอ้าปากได้น้อยลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกอ้าปากไม่ค่อยได้ รับประทานอาหารลำบาก

O: ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อยลง รับประทานอาหารไม่ค่อยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยอ้าปากได้มากขึ้น รับประทานอาหารได้สะดวกขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล : ให้ผู้ป่วยอ้าปากให้ดูว่าสามารถอ้าได้มากขึ้น สะดวกขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าการอ้าปากได้น้อยลงจะเป็นแบบชั่วคราว เกิดจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวอาหาร ผู้ป่วยจะมีอาการค่อยๆ ดีขึ้น

2. สอนการบริหารกล้ามเนื้อปากอย่างนุ่มนวล โดยวิธีเปล่งเสียง อา, อี, อุ ลากเสียงยาว ซ้ำๆ ระหว่างบริหารกล้ามเนื้อปาก ถ้าเริ่มมีอาการปวดร้าวไปที่แผลให้หยุดพัก เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าเบื่อ หงุดหงิด เหนื่อย ไม่มีแรง รู้สึกเศร้า ไม่อยากรับประทานอาหาร

O: ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ได้คะแนน 6 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ได้คะแนน 5
กิจกรรมการพยาบาล :

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัดถึงสาเหตุและปัจจัยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาล และญาติผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

2. ประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยได้พบกับนักจิตวิทยา เป็นการร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ

3. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

4. แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายเชิงบวก ว่าพ้นตัวจากการผ่าตัดแล้วจะได้ไปทำกิจกรรมที่ชอบ

5. แนะนำการปฏิบัติตัวและการดูแลตัวเอง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยถามว่าถ้าหมอให้กลับบ้านไปแล้วต้องทำอะไรบ้าง

O: ผู้ป่วยมีผลจากการผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้าย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่บวม ไม่ปวด ไม่มีอาการอักเสบติดเชื้อ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ รับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบยาตามแผนการรักษาของแพทย์

2. แนะนำการดูแลแผลหลังผ่าตัด ไม่ให้นอนตะแคงทับแผลผ่าตัด ระวังไม่ให้โดนน้ำ ไปทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง จนถึงวันนัดพบแพทย์ ถ้าแผลแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อ แพทย์จะให้ตัดไหมวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

3. แนะนำให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อปาก โดยวิธีเปล่งเสียง อา, อี, อุ ลากเสียงยาว ซ้ำๆอย่างต่อเนื่อง ทำอย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้ามีอาการปวดร้าวไปที่แผลให้หยุดพัก

4. แนะนำให้มาตรวจเพื่อติดตามอาการ ตามรายการนัดของแพทย์

สรุปและขอเสนอแนะ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปี คลำพบก้อนที่บริเวณหน้าหูข้างซ้าย กดเจ็บ มา 1 ปี รู้สึกว่าก้อนโตขึ้น 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล และมีอาการปวดร่วมด้วย จึงได้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี แพทย์ได้ตรวจร่างกายอย่างละเอียด วินิจฉัยเบื้องต้นว่าผู้ป่วยเป็นเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้าย (Left Parotid Tumor) ได้ทำการเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Fine Needle Aspiration) พบว่าผลชิ้นเนื้อเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาที่ไม่ใช่มะเร็ง บริเวณต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้าย แพทย์ได้ส่งผู้ป่วยตรวจ CT Scan เพิ่มเติม และแจ้งผู้ป่วยว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดนำเนื้องอก และต่อมน้ำลายหน้าหูข้างซ้ายที่อยู่ในชั้นตื้นกว่าเส้นประสาทใบหน้าออก (Left Superficial Parotidectomy) ได้มีการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสำคัญของการผ่าตัด คือภาวะหน้าเบี้ยว หรือที่เรียกว่าภาวะอัมพาตใบหน้าที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนนี้มาก แต่ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดเพราะต้องการนำเนื้องอกออก ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เรื่องรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด เพราะแผลผ่าตัดอยู่บนใบหน้า แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงได้เลือกวิธีผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูด้วยเทคนิคผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดดึงหน้า (Superficial Parotidectomy via facelift incision) แผลผ่าตัดจะอยู่บริเวณหลังใบหู แนวโฉม ผู้ป่วยยินยอมผ่าตัด และเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แพทย์ได้ให้ผู้ป่วยมาอนโรพยาบาล ก่อนผ่าตัด 1 วัน ในผู้ป่วยรายนี้ มีการนำทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) มาใช้กับผู้ป่วย มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องภาวะหน้าเบี้ยวและรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด ตำแหน่งที่ลงมีดผ่าตัดแบบซ่อนแผลในโฉม รวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีกำลังใจ คลายความวิตกกังวล ในระยะผ่าตัดมีการเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ และเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทให้ทำงานได้อย่างสมบูรณ์ ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเสียเลือด 50 มิลลิลิตร มีการวางสายระบายต่อหลอดสุญญากาศหลังผ่าตัด จำนวน 1 เส้น มีการเยี่ยมผู้ป่วย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกใต้แผลผ่าตัด ได้ตรวจดูการทำงานของหลอดสุญญากาศพบว่าทำงานปกติ มีเลือดออกติดกันขวด 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด ได้ประเมินจากแผลว่าแห้งดี ไม่มีบวมแดง สัญญาณชีพ ไม่มีไข้ 3. ผู้ป่วยมีอาการชาที่หูข้างซ้าย ได้ให้คำแนะนำว่าอาการจะค่อยๆดีขึ้น 4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ได้ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Pain score และได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่าแพทย์ได้สั่งยาแก้ปวดไว้ให้ตลอด ผู้ป่วยสามารถขอยาได้ แนะนำทำนอนให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นโดยการนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา หรือนอนคะแคงขวา พบว่า Pain score ลดลง 5. ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อยลงหลังผ่าตัด ได้แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อปากโดยวิธีเปล่งเสียง อา, อี, อุ ลากเสียงยาว ซ้ำๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยอ้าปากได้มากขึ้น จากการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีอาการเบื่อ เหนื่อยเหมือนคนไม่มีแรง รู้สึกไม่สบายตัวตลอดเวลา เครียดและกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้ใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ได้คะแนนประเมิน 6 คะแนน แปลผลว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จึงได้ประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาลประจำตึก ให้ผู้ป่วยได้พบนักจิตวิทยาก่อนวันจำหน่าย ก่อนพบนักจิตวิทยาได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็น แนะนำการปฏิบัติตัว พุดคุยให้กำลังใจ จากนั้นได้มี

การเยี่ยมผู้ป่วยวันจำหน่ายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกล้ามเนื้อปาก การรับประทานยา ผู้ป่วยได้พบนักจิตวิทยา มีการพูดคุย ซักถามและใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q พบว่าได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ผู้ป่วยสามารถบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าโดยไม่ต้องรับประทานยา ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายเชิงบวก มีการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษา ผู้ป่วยได้มาตรวจตามนัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ และพอใจกับแผลผ่าตัดมาก ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมิน 2Q แล้วปกติ สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ผลตรวจเลือดที่ส่งตรวจไม่ไข้มาแรง ได้ติดตามการรักษาผู้ป่วยรายนี้จนครบ 3 เดือน ตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหูโดยใช้เทคนิคผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดดั้งหน้า ไม่เคยมีวิธีผ่าตัดแบบนี้มาก่อนในโรงพยาบาลปทุมธานี เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน เครื่องมือ เครื่องใช้มาก และยังมีการใช้เครื่องกระตุ้นเส้นประสาท หน่วยงานห้องผ่าตัดควรจัดอบรมพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะในการช่วยผ่าตัด และส่งเครื่องมือ รวมทั้งการเตรียมเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทได้อย่างถูกต้อง
2. จัดทำคู่มือเกี่ยวกับ การดูแลตัวเองของผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู รวมทั้งอาการภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่ผู้ป่วยพบเจอหลังผ่าตัด เช่น อาการชาที่หูข้างที่ทำผ่าตัด อ้าปากได้น้อย
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เป็นแนวทางที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบองค์รวมเป็นการเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
4. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด การใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q กับผู้ป่วย แนวทางการรักษา การให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด

อ้างอิง

- ดร.เมห์เม็ต ออซ. (2565). *การพยาบาลแบบองค์รวม หรือ การดูแลแบบองค์รวม*. สำนักพิมพ์ Energy Medical Center (EMC).
- ธนุศักดิ์ ศรีใจ. (2563). *เนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู รักษาได้ด้วยการผ่าตัด Parotidectomy*. สำนักพิมพ์ พญาไท2.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2563). *ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาณิสดา อุตมั่ง. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนทุมของต่อมน้ำลาย*. สำนักพิมพ์วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล.
- ปิยมาภรณ์ อิทธิโสภณพิศาล. (2565). *ก้อนเนื้องอกต่อมน้ำลายหน้าหู*. สำนักพิมพ์โรงพยาบาลศิครินทร์.
- เมธี อึ้งอาภรณ์. (2552). *การศึกษาการผ่าตัดก้อนที่ต่อมน้ำลายพาโรติคในโรงพยาบาลรามาริบัติ*. สำนักพิมพ์โรงพยาบาลรามาริบัติ.

- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2556). การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 3(2), 100 - 110
- โรงพยาบาลปทุมธานี. (2566). สถิติผู้ป่วยผ่าตัดโรคต่อมน้ำลายหน้าหูประจำปี 2566.
- ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ. (2567). การผ่าตัดต่อมน้ำลายหน้าหู (Parotidectomy). สำนักพิมพ์ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน).
- สิฏฐิณีศา รัชตวโรทัย (2563). ภาวะซิมเศรั้าหลังการผ่าตัด. สืบค้น กรกฎาคม 1, 2567 จาก <http://hellokhunmor.com/สุขภาพจิต/ภาวะซิมเศรั้าหลังผ่าตัด> – วิธีรับมือ.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2554). การพยาบาลองค์รวม : กรณีศึกษา. สำนักพิมพ์บริษัท ธนาเพลสจำกัด.
- อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำเนิด. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.