

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องที่มีภาวะโลหิตจาง : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Myoma Uteri Patients with Anemia in Total Abdominal
Hysterectomy with Salpingo-oophorectomy : Two-Case Study

ระจิตร์ คำโฮงค์
Rajit Kumhong
โรงพยาบาลบรบือ
Borabue Hospital

บทคัดย่อ

เนื้องอกมดลูก เป็นภาวะที่พบได้ประมาณร้อยละ 20-25 ของสตรีที่มีอายุมากกว่า 25 ปี การรักษาที่ได้ผลและหายขาดคือการผ่าตัด การให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกต การตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและการประเมินสภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัย และให้การพยาบาล ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยคู่ 46 ปี ประจำเดือนออกมากผิดปกติ วิงเวียน อ่อนเพลีย ได้รับการวินิจฉัย Myoma Uteri with Anemia กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยคู่ 49 ปี ปวดท้องน้อย คันช่องคลอด ตกขาวมีกลิ่นเหม็น ได้รับการวินิจฉัย Myoma Uteri with Hyperlipidemia กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัด TAH with BSO ให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล ป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ใช้ Aseptic Technique ทุกขั้นตอน ระยะผ่าตัด ป้องกันการช็อคจากภาวะเสียเลือด กรณีศึกษาที่ 1 เสียเลือด 900 ml ให้เลือด 1 ยูนิต ไม่มีภาวะช็อค ป้องกันอุปกรณ์ตกค้างในแผลผ่าตัดระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้าย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดอาการปวดแผล ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด และแนะนำการดูแลเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้ สรุปกรณีศึกษา พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกมดลูกทางหน้าท้องที่มีภาวะโลหิตจาง ในการให้การพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยการประเมินสภาวะต่างๆ คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย และวางแผนแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็วทันเวลา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ การดูแลรายกรณีอย่างต่อเนื่อง จนมั่นใจว่าผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติที่จะใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม

คำสำคัญ : เนื้องอกมดลูก ,การผ่าตัดเนื้องอกมดลูกทางหน้าท้อง

Abstract

Myoma uteri is found in approximately 20 – 25 percent of women over 25 years old. The most effective and curative treatment is surgery. Providing standard and effective nursing care for surgical patients will help patients achieve safety, minimize the chance of complications, and return to everyday life. The instruments employed in the study were data from medical records, patient and family interviews, observation, physical examinations, pathological analysis, signs and symptoms, treatment and assessment of health conditions, 11 headings of Gordon's functional health patterns, nursing diagnosis, nursing implementation and nursing evaluation.

The first case was a married woman aged 46 reported to have hypermenorrhea, dizziness, and fatigue. She was diagnosed with myoma uteri with anemia. The second case was a married woman aged 49 reported to have pelvic pain, vaginal itching, and foul smell of vaginal discharge. She was diagnosed with myoma uteri with hyperlipidemia. Both patients had undergone TAH with BSO. They received preoperative nursing care to anxiety and prevent miss patient, miss site, and miss procedure. Aseptic techniques were used at every step to prevent surgical site infections. They receive perioperative nursing care to prevent a shock from excessive blood loss. In the first case, she was total blood loss 900 ml and was given one unit. No shock was detected. In the postoperative period, the patients were ensured to have no foreign body left intra abdomen. The patients were safe during movements. Postoperative nursing care also prevented postoperative complications, reduced pain in the surgical wound, and prevented surgical wound infections. Nurses also provided accurate instructions on surgical wound care after discharge. In conclusion, nurses play a critical role in caring for myoma uteri patients with anemia after TAH with BSO in complicated nursing care practices. Nurse practitioners assessed various conditions, predicted potential risks to patients, planned timely solutions to problems when patients' symptoms changed rapidly, gave advice on correct and appropriate practice for patients and relatives to participate in their care, followed up and evaluate results, and continuously take care of each case until the patients could safely recover and continue with daily life normally.

Keywords: Myoma Uteri, Total Abdominal Hysterectomy with Salpingo-oophorectomy

บทนำ

เนื้องอกมดลูก(Myoma Uteri) เป็นเนื้องอกที่ไม่ร้ายแรงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์พบมากที่สุดในสตรีอายุมากกว่า 25 ปีเกิดจากมีฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นทำให้มีเลือดมาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อมดลูกมากผิดปกติทำให้ก้อนมีขนาดโตขึ้นผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดท้องคล้ายกับก้อนในท้องมีประจำเดือนออกมากผิดปกติ(สุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์ และ จีรศักดิ์ มนัสสาร, 2552) จากข้อมูลโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2564 – 2566 พบผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก 23,24 และ 25 ราย ตามลำดับ อัตราการผ่าตัด ร้อยละ 82,72 และ 92 ตามลำดับ จากอัตราการผ่าตัดที่สูงถึง 80-90 % ต่อปี พยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงาน ต้องพัฒนาความรู้ทักษะ ในการผ่าตัดให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกมดลูกทางหน้าท้อง ให้ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วที่สุด

เนื้องอกมดลูกเกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่มี การแบ่งตัวมากผิดปกติทางเรียงตัวกันเป็นวง ๆ และมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันสอดประสานกันเมื่อฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นจะมีการหลั่งและขยายตัวของหลอดเลือดดำของกล้ามเนื้อมดลูกทำให้มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเมื่อก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้นจะกดทับอวัยวะใกล้เคียงจนส่งผลตามมาเช่นท้องผูกเรื้อรังปัสสาวะบ่อยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่บางรายอาจพบการเสื่อมสลายของก้อนเนื้องอกบริเวณกลางก้อน ร่วมกับมีการหนาตัวของเยื่อโพรงมดลูกทำให้มีอาการปวดท้องตกขาวสีน้ำตาลหรือมีมูกปนหนองร่วมด้วย(ธันยารัตน์ วงศ์วานารักษ์และสุธี สังขรัตน์,2554) ชนิดของเนื้องอกมดลูกแบ่งเป็น 3 ชนิดตามตำแหน่งของผนังมดลูกดังนี้ 1) Subserous Myoma เนื้องอกชนิดนี้พบอยู่ใต้ผิวโพรงมดลูก (Endometrium) พบได้ร้อยละ 5 – 10 2) Intramural Myoma พบเนื้องอกชนิดนี้แทรกอยู่ในกล้ามเนื้อมดลูก (Myometrium) อาจพบหลายๆก้อนอยู่ในระหว่างชั้นกล้ามเนื้อมดลูก พบได้ร้อยละ 70 3) Submucous Myoma พบอยู่ภายใต้ชั้น Serosa ของผนังมดลูกชั้นนอกหากก้อนมีขนาดใหญ่อาจคลำได้ชัดเจนทางหน้าท้องและกดเบียดอวัยวะข้างเคียงเช่นกระเพาะปัสสาวะ พบได้ร้อยละ 20 (นันทนา ธนาโนวรรณ,2557) ซึ่งสตรีวัยเจริญพันธุ์มากกว่าร้อยละ 50 ไม่แสดงอาการของโรคอาการส่วนมากที่พบได้ เลือดระดูมาก (Hypermenorrhea) และนานกว่าปกติ มีก้อนในท้องน้อย (Palpable Mass) โดยเฉพาะเนื้องอกชนิด Subserous Myoma ที่มีขนาดใหญ่มาก อาการปัสสาวะบ่อยจากก้อนเนื้องอกที่มีขนาดใหญ่มดลูกกดเบียดอวัยวะข้างเคียง(Pressure Symptom) อาการปวดท้องน้อย(Pelvic Pain) ส่วนใหญ่อาการปวดมักเกิดขึ้นฉับพลัน ตกขาว(Leukorrhea) มีมูกปนหนองหรืออาจปนเลือดจางๆ (นันทนา ธนาโนวรรณ,2557)

นอกจากอาการต่างๆที่กล่าวมาแล้วต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนดังนี้ 1) ซักประวัติ ตรวจหน้าท้องมักคลำได้ก้อนกลมแข็งบริเวณท้องน้อยเหนือหัวหน่าว 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบภาวะซีดHematocrit ต่ำ จากเลือดประจำเดือนออกมาก 3) การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) ช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำมากขึ้น 4) Magnetic resonance Imaging (MRI) เป็นวิธีที่แม่นยำที่สุด และสามารถบอกตำแหน่ง ขนาดจำนวนก้อนและช่วยแยกลักษณะของก้อนจาก Adenomyosis ได้ (สุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์และจีรศักดิ์ มนัสสาร,2552) ในส่วนการรักษาด้วยวิธีใดจะต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆเช่นอายุชนิดและขนาดของเนื้องอกความต้องการมีบุตรภาวะแทรกซ้อนและสภาพร่างกายของผู้ป่วยร่วมด้วยในรายที่ไม่มีอาการและหมดประจำเดือนแล้วต้องนัดมาตรวจติดตามประเมินก้อนอย่างสม่ำเสมอปีละ 1 ครั้งสำหรับรายที่ต้องมารักษามีการรักษาด้วยยาประกอบด้วยยาฮอร์โมนและยาที่ไม่ใช่ฮอร์โมน และการรักษาโดยการผ่าตัด แบ่งออกเป็น 1) การผ่าตัดมดลูก Hysterectomy เป็นการรักษาเนื้องอกมดลูกที่นิยมมากที่สุดเนื่องจากเป็นการรักษาจำเพาะและทำให้หายขาด 2) การผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้องอกของมดลูก(Myomectomy)เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการมีบุตรแต่มีโอกาเป็นซ้ำได้ประมาณร้อยละ 15 – 30 3) การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องวิดิ

ทัศน (Laparoscopic Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดที่แผลเล็ก พึ่งตัวเร็ว (Hoffman, Schorge, Bradshaw, Halvorson, Schaffer, Corton, 2016)

พยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลบรบือ เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ ในการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ของการผ่าตัด เป็นตัวกลางสื่อสาร ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย ระยะผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งติดตามดูแลหลังผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกมดลูกทางหน้าท้อง ที่มีโรคร่วม เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทาง การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้มีมาตรฐานและประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษาและการพยาบาล ในการดูแล ผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่มีโรคร่วม

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย ที่มารักษาที่ตึกผู้ป่วยสูตินรีเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการศึกษา ระหว่าง กันยายน 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566

วิธีดำเนินการศึกษา

คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยเนื้องอกมดลูก และได้รับการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกที่มีโรคร่วม ที่เข้ารับการรักษาในตึกสูตินรีเวช โรงพยาบาลบรบือ จากกันยายน 2566 ถึง ตุลาคม 2566 กรณีที่ 1 มีโรคร่วมคือ ภาวะหิดจาก กรณีที่ 2 มีโรคร่วมคือ มีไขมันในเลือดสูง เครื่องมือที่ใช้ เวชระเบียนผู้ป่วยใน สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและครอบครัว สังเกต ตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการ อาการแสดง การรักษา การประเมินสถานะสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา มีผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	46 ปี	49 ปี
รับไว้ในโรงพยาบาล/รวมวัน	10-14 กันยายน 2566 / 5 วัน	6-11 กันยายน 2566 / 5 วัน
อาการสำคัญ	ประจำเดือนออกมากผิดปกติวิงเวียน อ่อนเพลียเป็น 1 เดือน	ปวดท้องน้อยตกขาวมีกลิ่นเหม็น คันช่องคลอด 1 เดือน
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน	-2 เดือนก่อน ประจำเดือนออกมาก วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลียน้ำหนักลด 4 กก. ในเวลา 2 เดือน มาโรงพยาบาล พบแพทย์วินิจฉัย Anemia ได้ PRC 2 U หลังจาก จำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน แพทย์นัดมาชุดมดลูกและได้รับ PRC 1 U แพทย์ Ultrasound พบ Myoma	1 เดือนก่อนปวดท้องน้อย ด้านซ้าย ตกขาวมีกลิ่นเหม็น คัน ช่องคลอดร่วมด้วยไปรับการรักษาที่ คลินิกสูติ-นรีเวชนอกโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Ultrasound พบว่ามี ก้อนในมดลูกขนาด 4 cm. ได้รับยา ฮอร์โมนและแนะนำให้มาตรวจที่ โรงพยาบาลบรบือ ผล Ultrasound ซ้ำ
ประวัติอดีต	ผ่าตัดทำหมันเมื่อปี 2551 ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมใน ครอบครัว	พบ myoma ขนาด 5x15 cm. Uterine size 20 weeks แพทย์นัด ผ่าตัด TAH c BSO
อาการแรกเริ่ม	-รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่วิงเวียนศีรษะ ไม่มีเลือดออกทาง ช่องคลอด	มีภาวะไขมันในเลือดสูง ปี 2558 หยุด ยาเอง ปฏิเสธการแพ้ยา ผ่าตัดทำหมัน พ.ศ. 2535 ปฏิเสธประวัติโรคทาง พันธุกรรมในครอบครัว
สัญญาณชีพ	T=36.8 °C P=70/min R=20/min BP 120/70 mmHg Hct 30% Hb 9.2 g/dl	-รู้สึกตัวดี ไม่มีปวดท้องน้อย กำลังมีประจำเดือนวันที่ 3 มีเลือดออกเล็กน้อยใส่ pad ไว้ T=36.8 °C P=88/min R=20/min BP
ผลการตรวจ CBC	ต่ำกว่าเกณฑ์ Myoma 8x14 cm	112/68 mmHg Hct 38% Hb 11.70 g/dl ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย
ผลการตรวจ Ultrasound	Uterine size 20 weeks	Myoma 5x15 cm Uterine size 20 weeks

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบแผนการรักษา

แผนการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
-รับไว้ที่ตึกสูตินรีเวชกรรม	10-14 กันยายน 2566	6-11 กันยายน 2566
-เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตาม check list	10 กันยายน 2566	6 กันยายน 2566
-Complete Lab	29 สิงหาคม 2566	29 สิงหาคม 2566
-การผ่าตัด TAH c BSO under GA	11 กันยายน 2566	7 กันยายน 2566
-ยา	-FeSo ₄ 1 tab oral tid pc -Omeprazole 1 tab oral OD ac -Para(500 mg) 1 tab oral Prn q 6 hr	-FeSo ₄ 1 tab oral tid pc -Omeprazole 1 tab oral OD ac -Para(500 mg) 1 tab oral Prn q 6 hr
-นัดเปิดแผล	21 กันยายน 2566	14 กันยายน 2566
-นัดฟังผลชิ้นเนื้อ	26 กันยายน 2566	22 กันยายน 2566
-เฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด 30 วัน	11 กันยายน – 11 ตุลาคม 2566	7 กันยายน – 7 ตุลาคม 2566

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การพยาบาล
การพยาบาลระยะ ก่อนผ่าตัด	1.วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 สิ้นหน้าวิตกกังวล 2 ผู้ป่วยสอบถามวิธีการผ่าตัดการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน 1 สิ้นหน้าสดชื่น 2 ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะที่เป็นอยู่ได้เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ 3 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง	1.วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 สิ้นหน้าวิตกกังวล 2 ผู้ป่วยสอบถามวิธีการผ่าตัดการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน 1 สิ้นหน้าสดชื่น 2 ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะที่เป็นอยู่ได้เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ 3.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพแนะนำตัวเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์และการระงับความรู้สึกในขอบเขตของการพยาบาล 3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยพยาบาลเป็นสื่อกลาง 4 อธิบายให้ทราบขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและให้ความร่วมมือ 5 แนะนำการประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การบริหารร่างกายหลังผ่าตัดการไออย่างถูกวิธี หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การพยาบาล
การพยาบาลระยะ ผ่าตัด	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การ ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การ ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	6 การให้ยาต้านจุลชีพก่อนการผ่าตัดไม่ เกิน 1 ชั่วโมง 7 ประเมินความรู้ ความเข้าใจจาก คำแนะนำที่กล่าวมาโดยเปิดโอกาสให้ ซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและ มั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น
	2.เสี่ยงต่อการเกิดความไม่ ปลอดภัยจากการผ่าตัด; ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ข้อมูลสนับสนุน set OR for TAH c BSO Under GA. เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบ ข้อมูลตาม surgical safety check list ก่อนการระงับ ความรู้สึก -Sign In -Time Out -Sign Out	2.เสี่ยงต่อการเกิดความไม่ ปลอดภัยจากการผ่าตัด; ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ข้อมูลสนับสนุน set OR for TAH c BSO Under GA. เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบ ข้อมูลตาม surgical safety check list ก่อนการระงับ ความรู้สึก -Sign In -Time Out -Sign Out	กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 1 ประเมินปัญหาความต้องการด้าน ร่างกายและจิตใจ 2 เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ในการผ่าตัด บุคลากร ทีมการผ่าตัด 3 ป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยถูกคนถูก ข้างถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ 4 ร่วมประเมินและวางแผนแก้ปัญหาทุก ขั้นตอนของการผ่าตัด 5 จัดเตรียมเครื่องมือและส่งเครื่องมือ ช่วยผ่าตัดตามหลักปราศจากเชื้ออย่าง รวดเร็วและถูกขั้นตอน 6 ตรวจสอบเครื่องมือผ้าซับเลือดให้ ตรงกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด 7 เตรียมอุปกรณ์ดูแลการเคลื่อนย้าย ส่งต่อข้อมูลไปห้องฟักฟื้นและหอผู้ป่วย
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการ ผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3.เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการ เสียเลือดขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน BP 90 / 50 mmHg Total Blood Loss 900 ml. เกณฑ์การประเมิน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติและคงที่ผู้ป่วยไม่มี ภาวะเหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการ ผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3.เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการ เสียเลือดขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน BP 90 / 60 mmHg Total Blood Loss 400 ml. เกณฑ์การประเมิน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติและคงที่ผู้ป่วยไม่มี ภาวะเหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย	กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด 1.บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีเพื่อ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและ ให้การช่วยเหลือได้ทันที 2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml .V drip 200 ml/hr 3.เจาะ HCT ตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ได้รับ O₂ mask c Bag 10 l/min ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 5.ประเมินอาการเสียเลือดขณะผ่าตัด ตลอดเวลา

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การพยาบาล
	Hct ในเกณฑ์ที่รับได้ keep > 28% ปัสสาวะ> 30 ml/hr ประเมินการพยาบาล P=62-74/min R= 20/min BP 90/50-110/70 mmHg O ₂ Saturation =100% Hct =30% ปัสสาวะ= 1,300ml/3 hr	Hct ในเกณฑ์ที่รับได้ keep > 28% ปัสสาวะ> 30 ml/hr ประเมินการพยาบาล P=78-86/min R= 20/min BP 96/64-120/71 mmHg O ₂ Saturation =100% Hct =37% ปัสสาวะ= 700ml/3 hr	6 ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อ ดูการทำงานของไตหากน้อยกว่า 30 ml/hr รายงานแพทย์ทันที 7 ดูแลให้ PRC 1unit ตามแผนการรักษา ของแพทย์สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการ ให้เลือด
	4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 ได้รับการผ่าตัด TAH c BSO 2 มีแผลผ่าตัด ขนาด 12 cm เกณฑ์การประเมิน T= 36.5 °C - 37.5 °C แผลผ่าตัดแห้ง รอบแผล ไม่บวมแดง ประเมินการพยาบาล แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีบวมแดง T= 36.1°C -37.3 °C	4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 ได้รับการผ่าตัด TAH c BSO 2 มีแผลผ่าตัด ขนาด 8 cm เกณฑ์การประเมิน T= 36.5 °C - 37.5°C แผลผ่าตัดแห้ง รอบแผล ไม่บวมแดง ประเมินการพยาบาล แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีบวมแดง T= 36.1°C -37.4°C	กิจกรรมการพยาบาลในระยะผ่าตัด 1 ดูแลระบบระบายอากาศปรับความดัน อากาศในห้องให้สูงกว่านอกห้อง (Positive pressure room) 2. ตรวจสอบเครื่องผ้าและเครื่องมือ ผ่าตัดต้องปราศจากเชื้อ 3. บุคลากรในห้องผ่าตัดล้างมืออย่าง ถูกต้อง สวมอุปกรณ์ป้องกันตาม มาตรฐานและจัดส่งเครื่องมือผ่าตัดโดย ยึดหลักสะอาดปราศจากเชื้อ 4 ล้างมือก่อนและหลังทำแผลตาม หลัก 5 moment 5 สังเกตและประเมินอาการอาการแสดง ของการติดเชื้อแผลผ่าตัดเช่นบวมแดง ร้อนรอบแผล 6 ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด 1 จัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในท่า นอนหงายราบ 2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งดูเสมหะ หากพบว่ามีเสียงเสมหะในลำคอ 3 เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมงเพื่อให้ปวด ขยายตัวได้ดี 4 ประเมินระดับความรู้สึกตัวและ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15min x 4 ครั้ง
	5.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจากตัวนำ ออกซิเจนลดลงจากการเสีย เลือดและได้รับการระงับ ความรู้สึกขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 ผู้ป่วยได้รับการระงับ ความรู้สึกแบบ GA เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที	5.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจากตัวนำ ออกซิเจนลดลงจากการเสีย เลือดและได้รับการระงับ ความรู้สึกขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 ผู้ป่วยได้รับการระงับ ความรู้สึกแบบ GA เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง	

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การพยาบาล
การพยาบาลระยะ หลังผ่าตัด	2 Total Blood Loss 900 ml	2 Total Blood Loss 400 ml	ทุก 30 min x 2 ครั้ง จนคงที่แล้ว เปลี่ยนเป็นทุก 1hr จนคงที่
	3 Hct ขณะผ่าตัด 30%	3 Hct ขณะผ่าตัด 37%	5 ฟังปอดและบันทึกการแสดงเมื่อมีการ อุดกั้นทางเดินหายใจ
	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	6 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เต็มที่
	1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาด ออกซิเจน(Cyanosis)	1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาด ออกซิเจน(Cyanosis)	
	2 ทางเดินหายใจโล่งไม่มี เสียงเสมหะ	2 ทางเดินหายใจโล่งไม่มี เสียงเสมหะ	
	3 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ	3 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ	
	4 O2 Saturation >95%	4 O2 Saturation >95%	
	5 Hct keep >28%	5 Hct keep >28%	
	ประเมินการพยาบาล	ประเมินการพยาบาล	
	ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน เพียงพอ ไม่มีCyanosis	ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน เพียงพอไม่มี Cyanosis	
	สัญญาณชีพ	สัญญาณชีพ	
	P=62-74/min	P=78-86/min	
	R= 20/min	R= 20/min	
	BP 90/50-110/70 mmHg	BP 96/64-120/71 mmHg	
	O ₂ Saturation =100%	O ₂ Saturation =100%	
	Hct =30%	Hct =37%	
	6.ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	6.ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด
	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	1 ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ตั้งแต่ 0-10 คะแนน พร้อมให้การ พยาบาลแต่ละระดับตามความเหมาะสม
	1 ผู้ป่วยมีแผลที่หน้าท้อง ขนาด 12 cm.เย็บด้วยลวด	1 ผู้ป่วยมีแผลที่หน้าท้อง ขนาด 8 cm.เย็บด้วย	ประเมินอาการปวดแผลหลังให้ยาระงับ ปวด และทุก 4 ชั่วโมง
	เย็บแผลจำนวน 23 ลูก	ลวดเย็บแผลจำนวน 16 ลูก	2 จัดท่านอนตะแคงเพื่อให้ผนังหน้าท้อง หย่อนลดอาการปวด
	2 สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น นอนนิ่งๆ	2 สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น นอนนิ่งๆ	3 แนะนำเรื่องการไออย่างถูกวิธีโดยใช้มือ ประคองแผลขณะไอจามเพื่อช่วยป้องกันการ กระเทือนแผลและบรรเทาอาการ ปวด
	3 บ่นปวดแผลpain score	3 บ่นปวดแผลpain score	4 ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไปเช่นเช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
	4 คะแนน	4 คะแนน	
	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	
	1 pain score < 4 คะแนน	1 pain score < 4 คะแนน	
	2เคลื่อนไหวร่างกายได้ เหมาะสม	2เคลื่อนไหวร่างกายได้ เหมาะสม	
	3นอนหลับพักผ่อนได้	3นอนหลับพักผ่อนได้	

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การพยาบาล
	ประเมินการพยาบาล 1 pain score 2- 4 คะแนน 7.ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia 2 ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำ 3 บ่นแน่นอึดอัดท้อง 4 ฟังเสียง Bowel sound : Negative เกณฑ์การประเมิน 1 Bowel sound positive จำนวน 3-5 /min 2 อาการแน่นอึดอัดท้องลดลง 3เคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำได้ตามความเหมาะสมภายหลังผ่าตัด ประเมินการพยาบาลภาวะท้องอืดทุเลารับประทานอาหารได้	ประเมินการพยาบาล 1 pain score 2- 4 คะแนน 7.ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1 ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia 2 ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำ 3 บ่นแน่นอึดอัดท้อง 4 ฟังเสียง Bowel sound : Negative เกณฑ์การประเมิน 1 Bowel sound positive จำนวน 3-5 /min 2 อาการแน่นอึดอัดท้องลดลง 3เคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำได้ตามความเหมาะสมภายหลังผ่าตัด ประเมินการพยาบาลภาวะท้องอืดทุเลารับประทานอาหารได้	กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 1 ประเมินการทำงานของลำไส้โดยฟัง Bowel sound ทั้ง 4 Quadrants หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหากพบว่ามี การเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-5 ครั้งต่อวันที่แสดงว่าลำไส้เริ่มทำงาน 2 ประเมินอาการท้องอืดจากการสังเกตหน้าท้องสอบถามอาการผายลม 3 อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของภาวะท้องอืดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกให้คำแนะนำในการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น 4 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุดเพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น 5. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารตามคำสั่งแพทย์ เริ่มจาก Liquid diet Soft diet และ Regular diet โดยเริ่มปริมาณน้อยๆ หากไม่มีอาการท้องอืดแน่นท้องสามารถเพิ่มปริมาณได้ 6 แนะนำให้ดื่มน้ำขิงเพื่อช่วยในการขับลม ลดอาการท้องอืด
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้าน	8.ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อสนับสนุน 1 ผู้ป่วยซักถามเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังกลับไปอยู่บ้าน 2 ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนด เกณฑ์การประเมิน	8.ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อสนับสนุน 1 ผู้ป่วยซักถามเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังกลับไปอยู่บ้าน 2 ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนด เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้าน 1 ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2 ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดังนี้ 2.1 การดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกชื้น 2.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและอาหารไขมันสูง 2.3 ควรทำงานเบาๆ เช่นกวาดบ้านล้างจาน งดกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การพยาบาล
	1 ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง	1 ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง	เช่นการยกของหนักหลีกเลี่ยงการยืนนานๆ และนั่งยองๆ
	2 ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง 5 ใน 8 ข้อ	2 ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง 5 ใน 8 ข้อ	2.4 ออกกำลังกายโดยการยืนเดิน 10 - 20 นาที งดออกกำลังกายที่ต้องเกร็งหน้าท้องเช่น sit up สะพานโค้งภายใน 6 เดือนแรก
	ประเมินการพยาบาล	ประเมินการพยาบาล	2.5 งดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 เดือน
	ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้าน	ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้าน	2.6 อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดหรือก่อนนัดได้แก่ - มีเลือดหรือหนองออกบริเวณแผลผ่าตัด - แผลผ่าตัดมีอาการปวดบวมแดงร้อน - สิ่งคัดหลั่งหรือสิ่งผิดปกติหรือมีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวมีกลิ่นเหม็น - มีสิ่งคัดหลั่งหรือสิ่งผิดปกติหรือมีเลือดออกทางช่องคลอด - ปวดท้องน้อยมากร่วมกับมีไข้ - มีน้ำใสๆหรืออุจจาระไหลออกทางช่องคลอด
			2.7 ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่หยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
			2.8 ให้ความสำคัญและมาตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัดตามนัด
			3 เปิดโอกาสให้ซักถาม ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติโดยการซักถามหากไม่เข้าใจให้เวลาผู้ป่วยในการซักถามและตอบข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัย Myoma Uteri ได้รับการผ่าตัด TAH c BSO ได้ให้การพยาบาล 5 วัน พบปัญหาทางการพยาบาล 8 ข้อ ได้รับการรักษาและแก้ไข ปัญหาต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายครบถ้วน แพทย์นัดเปิดแผลและฟังผลชิ้นเนื้อ ผลปกติทั้ง 2 ราย ได้ติดตาม Post Discharge Surveillance หลังผ่าตัด 30 วัน แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ ทำให้ลดอุบัติการณ์ติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) สอดคล้องกับเป้าหมาย 2P Safety Goal 2566

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยกับกลุ่มเดียวกันช่วยลดความวิตกกังวล
- 2.ทีมผ่าตัดควรจัดเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหาและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยเฉพาะความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

เอกสารอ้างอิง

- ภาควิชาสูติ – นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. (2553) .หลักสูติเวชศาสตร์-นรีเวช. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทนา ธโนวรรณ.การพยาบาลสตรีที่มีเนื้องอกมดลูก.(2560).กรุงเทพฯ :วีปรีน 1999.2553.
- ฉันทรัตน์ วงศ์วานรักษ์และสุธี สังขรัตน์.ตำรานรีเวชวิทยา.กรุงเทพฯ :พีเอเลฟวิ่งจำกัด.2554
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.การรักษาเนื้องอกในมดลูก.23 กันยายน 2565 เข้าถึงได้จาก URL:<http://w1med.cmu.ac.th>obgyn> สืบค้น 13 กันยายน 2566
- เรืองศักดิ์ เลิศจรสุข.Benign Tumor of Uterus .2556 เข้าถึงได้จาก URL:<http://www.cai.md.chula.ac.th/lesson4415> สืบค้น 13 กันยายน 2566
- เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลบรบือ
- สถาบันบำราศนราดูร.(2563).แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการ.นนทบุรี : อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สุจินต์ กนกพงษ์ศักดิ์ และจิรัชศักดิ์ มนัสสร.(2552).นรีเวชวิทยาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่3).กรุงเทพฯ : พีเอเลฟวิ่งจำกัด.
- Centers for Disease Control and Prevention.(2023). NHSN Surgical site infection (SSI) Checklist.2023. เข้าถึงได้จาก URL:<http://www.cdc.gov>pdf> PDF สืบค้น 15 กันยายน 2566
- Hoffman,B.L,Schorge,J.O.,Bradshaw,K.D.,Halvorson,L.M.,Schaffer,J.I.,corton,HM.(2016).William Gynecology.
- Wise,L.A.,Laughlin-Tomaso,S.K.(2016).Epidemiology of Uterine fibroids:from menarche to menopause.Clin ObstetGynecol,59,2-24.