



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก.๐๐๓๓.๒๐๓

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางอิศรา อายุพงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยประเภทกรณีศึกษาเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก: กรณีศึกษา ๒ ราย” เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ฯ และอนุญาตให้เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

อิศรา อายุพงศ์

(นางอิศรา อายุพงศ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สุพัตรา ธรรมอิสฐาน

(นางสาวสุพัตรา ธรรมอิสฐาน)

หัวหน้าพยาบาล

ปิยนาด สกกุลพิพัฒน์

(นางสาวปิยนาด สกกุลพิพัฒน์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาเวชกรรมฟื้นฟู)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

๓๑ ส.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง

ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖

สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัน/เดือน/ปี : ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแผลเล็กและการผ่าตัดทางหน้าท้องแผลเปิด:
กรณีศึกษา

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางอสิศวรา อายุพงษ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ผู้พิจารณารับรอง



(นายแพทย์ทัปปณ สัมปทณรักษ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา

วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายวุฒิชัย ช่างคิด)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก

แบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก : กรณีศึกษา ๒ ราย

Nursing Care for patients with uterine tumors Undergoing Hysterectomy with open Abdominal Surgery and Minimally invasive laparoscopic Surgery: ๒ Case Studies

อิศวรา อายุพงศ์

กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บทคัดย่อ

การรักษาเนื้องอกมดลูกของผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดมดลูกเปิดหน้าท้อง (Abdominal hysterectomy) แบบดั้งเดิมซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน แต่แผลผ่าตัดใหญ่ มีโอกาสเสียเลือดมาก บาดเจ็บ อวัยวะข้างเคียงได้ง่าย และการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (Laparoscopic hysterectomy) ซึ่งมีแผลเล็ก ฟิ้นตัวไว และกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติเร็ว ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นทางเลือกที่นิยมกันมาก จากสถิติของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปีพ.ศ.๒๕๖๔ และ พ.ศ.๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกจำนวน ๑๖๓ ราย เป็นการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องจำนวน ๙๕ ราย ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก จำนวน ๖๘ ราย ในปี พ.ศ.๒๕๖๕ ๒๐๐ ราย เป็นการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้อง จำนวน ๘๕ ราย ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก จำนวน ๑๑๕ ราย จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เพื่อให้การพยาบาลผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกได้มาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการผ่าตัด จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ร่วมกับใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอน เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแผลเล็ก ผลการศึกษาพบว่า กรณีผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแผลเล็ก ใช้เวลาผ่าตัด ๑๗๐ นาที มีแผลขนาด ๑ เซนติเมตร จำนวน ๔ แผล ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูญเสียเลือด ๑๐๐ ซีซี หลังผ่าตัดปวดเล็กน้อย Pain score ๓ คะแนน ไม่ต้องรับประทานยาแก้ปวด หลังผ่าตัด ๑ วันสามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ นอนโรงพยาบาล ๓ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ใช้เวลาผ่าตัด ๖๕ นาที แผลมีขนาด ๑๕ เซนติเมตร ก่อนการผ่าตัดได้รับเลือดทางหลอดเลือดดำ ๑ ยูนิต ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูญเสียเลือด ๑,๑๐๐ ซีซี จึงได้รับเลือดทางหลอดเลือดดำอีก ๑ ยูนิต หลังผ่าตัดบ่นปวดแผล Pain score ๘ คะแนน รับประทานยาแก้ปวดเป็น Morphine ๓ มิลลิกรัม รวมนอนโรงพยาบาล ๖ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก, การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง, การผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก

Abstract

Treatment of uterine tumors in patients with surgery during the traditional abdominal hysterectomy, which is a standard surgery. But the incision is large, there is a high chance of blood loss, and it is easy to injure nearby organs. And laparoscopic hysterectomy, which has a small wound, fast recovery, and can return to normal life quickly, reducing the chance of complications. Therefore, it is a very popular choice. Statistics of Vachira Phuket Hospital in ၂၀၂၀ and ၂၀၂၂, there were ၁၆၈ uterine tumor patients, ၈၉ of whom were open hysterectomies and ၆၉ of whom were laparoscopically operated. In ၂၀၂၂, ၂၀၀ patients were open hysterectomies and ၈၉ of whom were laparoscopically operated. It can be seen that the number of uterine tumor patients tends to increase each year. In order for surgical nursing to meet professional standards, there are no complications at all stages of surgery. Therefore, a comparative study of ၂ cases using the operating room nursing process with ၄ phases, perioperative phase, intraoperative phase and postoperative phase was conducted as a guideline for operating room nurses in providing nursing care to uterine tumor patients who underwent open abdominal surgery and laparoscopically operated hysterectomies. The results of the study found that in the case of laparoscopically operated hysterectomies The surgery took ၁၈၀ minutes, with four wounds measuring ၁ cm. During the surgery, there were no complications, and blood loss was ၉ cc. After the surgery, there was slight pain, a pain score of ၈, and no pain medication was required. After ၁ day of surgery, the patient was able to get up and walk to the bathroom. After staying in the hospital for ၈ days, the doctor allowed the patient to go home. In the case of patients who had open abdominal surgery, the surgery took ၆၉ minutes, and the wounds were ၁၉ cm. Before the surgery, the patient received ၁ unit of blood intravenously. During the surgery, there were no complications, and blood loss was ၁,၁၀၀ cc., so another unit of blood was received intravenously. After the surgery, the patient complained of pain from the wounds, a pain score of ၉, and received ၈ mg of morphine for pain. The patient stayed in the hospital for ၆ days and the doctor allowed the patient to go home.

Keywords: Nursing care for hysterectomy patients, open abdominal surgery, laparoscopic surgery

บทนำ

ปัจจุบันโรคทางนรีเวชที่ทำให้ผู้หญิงจำเป็นต้องรับการผ่าตัดมดลูกพบได้บ่อยมากขึ้น ในแต่ละปีมีผู้หญิงไทยที่ถูกตัดมดลูกไม่น้อยกว่า ๔ หมื่นราย เนื่องจากโรคทางนรีเวชส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีอาการบ่งชี้อย่างชัดเจน จนทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ละเลย ไม่ได้สังเกตกว่าจะรู้ว่าตัวก็เป็นตอนที่อาการลุกลามแล้ว เนื่องจากมดลูกเป็นโรคหนึ่งของอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ ๕๐ โดยเฉพาะในสตรีวัยเจริญพันธุ์ (Jinda urairat, ๒๐๑๓) ช่วงอายุ ๓๕-๔๐ ปี เพราะเนื่องจากมดลูกมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งสร้างที่รังไข่ ทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกที่ผิดปกติ (ไซสกูล บัญยะวิโรจ, ๒๐๒๐) เกิดได้ทั้งด้านนอกผนังมดลูก อยู่ในเนื้อมดลูก หรืออยู่ในโพรงมดลูก เนื่องจากมดลูกมี ๒ ชนิด คือชนิดธรรมดา และชนิดที่เป็นมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่เนื่องจากในมดลูกจะเป็นชนิดธรรมดาเนื่องจากมดลูกส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการมักเป็นอาการเลือดออกผิดปกติแบบประจำเดือนมามากหรือมานานกว่าปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น เนื่องจากมีขนาดใหญ่มากจะไปกดเบียดกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย กดลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดอาการท้องผูก หรือกดท่อไตทำให้ท่อไตบวม การทำงานของไตแยลงอาจถึงภาวะไตวาย (ไซสกูล บัญยะวิโรจ, ๒๐๒๐) แนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ ๑.การผ่าตัดมดลูกหน้าท้องแบบปกติ (Abdominal hysterectomy) ๒.การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy) ๓. การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (Laparoscopic hysterectomy)

จากสถิติของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปีพ.ศ.๒๕๖๔ และ พ.ศ.๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกจำนวน ๑๖๓ และ ๒๐๐ ราย เป็นการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องจำนวน ๙๕ ราย ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กจำนวน ๖๘ ราย ในปี พ.ศ.๒๕๖๕ ผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องจำนวน ๘๕ ราย ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กจำนวน ๑๑๕ ราย จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี การพยาบาลผ่าตัดที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยทุกระยะของกระบวนการผ่าตัด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด การจัดหาเพื่อการผ่าตัด การดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลหลังผ่าตัด ตรวจเยี่ยมหลัง ผ่าตัดภายใน ๒๔-๓๒ ชั่วโมง โดยเฉพาะการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ใช้เทคโนโลยีการผ่าตัดขั้นสูง ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง พยาบาลห้องผ่าตัด ยิงต้องมีความรู้ ความชำนาญและทักษะเฉพาะทางการพยาบาลผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อให้สามารถประเมินและวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ให้การพยาบาลได้ในทุกระยะของกระบวนการผ่าตัด ตลอดจนสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้ ระหว่างการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย รวมถึงการแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตหลังผ่าตัดได้ตามปกติ โดยเร็วที่สุด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องและการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแผลเล็ก

๒. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแผลเล็ก

วิธีการศึกษา

๑. ทบทวนงานวิจัย บทความทางวิชาการเกี่ยวกับเนื้องอกมดลูก การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้อง และการผ่าตัดแบบส่องกล้องแผลเล็ก การพยาบาลระยะก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด

๒. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก จำนวน ๒ ราย ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. ศึกษา ค้นหาปัญหาความต้องการ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และสรุปกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Myoma uterine, uterine leiomyomas or fibroids) คือเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์กล้ามเนื้อของมดลูก เป็นเนื้องอกของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง มักพบในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน พบ ๒๐-๒๕% ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ และ ๓๐-๔๐% ในสตรีอายุมากกว่า ๔๐ปี (ปวีณา พงษ์สุวรรณ, ๒๕๖๐) เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกส่วนใหญ่ไม่มีอาการ แต่หากมีอาการ มักเป็นอาการเลือดออกผิดปกติแบบประจำเดือนมามากหรือมานานกว่าปกติ อาจทำให้เกิดอาการปวดท้องน้อยที่ไม่สัมพันธ์กับรอบเดือน หรือมีอาการจากการที่ก้อนเนื้องอกมดลูกโตจนกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น มีอาการปัสสาวะบ่อย หรือเกิดอาการท้องผูกเป็นประจำ นอกจากนี้ยังอาจทำให้มีปัญหาในเรื่องการเจริญพันธุ์ได้ (Anne et al., ๒๐๑๒) การรักษาจะทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการจากเนื้องอกมดลูก ซึ่งมีหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการใช้รังสีร่วมรักษา (interventional radiology) วิธีการรักษาที่เป็นที่นิยม และเป็นการรักษาเด็ดขาด คือ การตัดมดลูก (hysterectomy) อย่างไรก็ตาม หากมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ไม่สามารถตัดมดลูกได้ เช่น ความต้องการในการเก็บมดลูกเพื่อการตั้งครรภ์ในอนาคต จะมีการรักษาอื่นๆ ที่จะพิจารณาทำได้ ดังนี้ ๑) การตรวจติดตามอาการ (Expectant management) ๒) การใช้ยา (Medical therapy) ๓) การผ่าตัด (Surgical management) ได้แก่ การตัดมดลูก (Hysterectomy), การตัดเนื้องอกมดลูก (Myomectomy), การทำลายเยื่อโพรงมดลูก (Endometrial ablation), การสลายเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Myolysis) และ การอุดกั้นเส้นเลือด Uterine artery (Uterine artery occlusion) และ ๔) การใช้รังสีร่วมรักษา (Interventional radiology) ได้แก่ Uterine artery embolization และ MRI guided focus ultrasound (prasert Triwijitsilp, ๒๐๑๖)

การผ่าตัด (Surgical management) คือการตัดเนื้องอกมดลูกออกโดยยังเหลือตัวมดลูกไว้ เป็นทางเลือกหลักในการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกด้วยการผ่าตัดในรายที่ยังต้องการมีบุตร หรือไม่ต้องการตัดมดลูก สามารถทำได้หลายทาง ได้แก่ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Abdominal myomectomy), การตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic myomectomy), การตัดผ่านกล้องส่องในโพรงมดลูก (Hysteroscopic myomectomy) และการตัดผ่านช่องคลอด (Vaginal myomectomy) การเลือกช่องทางการผ่าตัดขึ้นกับชนิดของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกนั้นเป็นหลัก เช่น เนื้องอกชนิด intramural และ subserosal myoma จะผ่าตัดผ่านการเปิดหน้าท้องหรือผ่านกล้อง ส่วนเนื้องอกชนิด submucosal และ intramural myoma ที่ยื่นเข้าไปในโพรงมดลูก จะผ่าตัดผ่านกล้องส่องในโพรงมดลูก หากเนื้องอกมดลูกยื่นพ้นออกมาจากปากมดลูก (prolapsed submucous myoma) จะสามารถตัดเนื้องอกผ่านทางช่องคลอดได้ ข้อบ่งชี้ (Indication) ๑) เนื้องอกมดลูกที่มีอาการ ได้แก่ อาการเลือดออกผิดปกติ อาการปวดหน้าท้องน้อย อาการจากก้อนกดเบียด เช่น ปัสสาวะบ่อย หรือท้องผูก ๒) สตรีที่มีเนื้องอกมดลูก โดยเฉพาะชนิดที่ยื่นเข้าไปในโพรงมดลูกทำให้โพรงมดลูกมีลักษณะบิดเบี้ยว ทำให้มีบุตรยาก (ชัยยศ ธีรผกาวงศ์, ๒๐๑๒)

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (Laparoscopic Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดโดยใช้กล้องขนาดเล็กซึ่งเป็นเครื่องมือผ่าตัดชนิดพิเศษ สอดเข้าไปผ่านแผลเปิดที่หน้าท้องขนาด ๐.๕-๑.๐ เซนติเมตร ประมาณ ๒-๓ รอย และพักฟื้นในโรงพยาบาล ๒๔-๔๘ ชั่วโมง เท่านั้น ข้อห้ามของการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องนั้นมีดังนี้ ๑) มีโรคประจำตัวหรือภาวะทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถทนต่อการเพิ่มความดันในช่องท้องจากการใส่ก๊าซ (pneumoperitoneum) หรือการอยู่ในท่าที่ศีรษะอยู่ต่ำ (Trendelenburg position) ๒) ทราบอยู่ก่อนว่าเป็นมะเร็งของมดลูกหรือรังไข่ที่ไม่สามารถเอาชิ้นเนื้อออกมาได้โดยก้อนไม่แตกหรือต้องทำการย่อยชิ้นเนื้อ (morcellation) ๓) แพทย์ผู้ผ่าตัดหรือสถานพยาบาลยังไม่มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดผ่านกล้อง ในกรณีที่มีประวัติสงสัยพังผืดในช่องท้องหรือมีมดลูกขนาดใหญ่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการผ่าตัดผ่านกล้องแต่อาจทำให้การผ่าตัดมีข้อจำกัดหรือผ่ายากขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีพังผืดในช่องท้องมีโอกาสในการเกิดการบาดเจ็บอวัยวะในช่องท้องได้มากขึ้น และกรณีที่มีพังผืดบริเวณหลังมดลูกอาจทำให้โยกขยับมดลูกยาก (ยศกร พรเกษมศาสตร์และมนัสวี มะโนปัญญา, ๒๕๖๖)

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๔ ปี น้ำหนัก ๖๕ กิโลกรัม สูง ๑๕๖ เซนติเมตร มีประวัติคลำพบก้อนด้วยตนเอง เมื่อ ๑ ปีก่อน มาพบแพทย์ แพทย์ทำการ Ultrasound พบก้อนขนาด ๒.๐*๓.๐ เซนติเมตร ผู้ป่วยยังไม่พร้อมผ่าตัดขอติดตามอาการก่อน ๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดแน่นท้องเป็นๆหายๆ ปัสสาวะบ่อย ผล Ultrasound พบ Myoma Uteri ขนาด ๕.๕*๖.๕ เซนติเมตร ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา ผลเอกซเรย์ปอดปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ แรกรับรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ WBC ๗๑๔๐ cells/ml Hb ๑๔.๘ gm/dl Hct ๔๔.๔% Sodium ๑๓๘ mEq/L Potassium ๔.๖๖ mEq/L Chloride ๑๐๓ mEq/L Bicarbonate ๒๘ mEq/L การพยาบาลผู้ป่วยรับการผ่าตัด โดยเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างง่าย ผู้ป่วยจะได้รับการพันขา ด้วย Pneumatic cuff เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจ ป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ให้ความรู้ในการบริหารกล้ามเนื้อขาและน่อง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจ อธิบายผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะโป่งพอง จนไปกดเส้นเลือดดำในอุ้งเชิงกราน ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด ทำขึ้นขาห้อยหลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด ช่วยแพทย์ผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเนื้องอมมดลูกและรังไข่ ๒ ข้างผ่านกล้อง ใช้เวลาในการผ่าตัด ๑๗๐ นาที แผลมีขนาดเล็ก ๐.๕-๑.๐ เซนติเมตร จำนวน ๔ แผล ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูญเสียเลือดเล็กน้อยประมาณ ๑๐๐ ซีซี ดูแลความเรียบร้อยของแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ให้ความอบอุ่นร่างกาย ก่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ๑ วัน หลังผ่าตัดปวดแผลเล็กน้อย Pain score ๓ คะแนน แผลแห้งดีไม่มีเลือดซึม สามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ นอนโรงพยาบาล ๓ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาฟังผลชิ้นเนื้อ ชิ้นเนื้อปกติ

กรณีศึกษารายที่ ๒ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๔๐ ปี น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม สูง ๑๕๘ เซนติเมตร มาด้วยอาการปวดท้องน้อยเป็นๆหายๆ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนมามาก ๖-๘ แผ่นต่อวัน นาน ๑๐-๑๕ วันต่อเดือน ผล Ultrasound พบ Myoma Uteri ขนาด ๗.๕x๕.๓ เซนติเมตร ผู้ป่วยยินยอมรับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา ผลเอกซเรย์ปอดปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าปกติ แรกรับรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC ๕๓๒๐ cells/ml Hb ๘.๘ gm/dl Hct ๒๘.๕% Sodium ๑๓๗ mEq/L Potassium ๔.๑๙ mEq/L Chloride ๑๐๖ mEq/L Bicarbonate ๒๗ mEq/L ได้รับการพยาบาลผู้ป่วยรับการผ่าตัด โดยได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้

พร้อมรับการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือด ๑ ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังให้เลือด Hct ๓๒.๔ % จึงเข้ารับการผ่าตัดตามนัดหมายได้ อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างง่าย ช่วยแพทย์ผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกและรังไข่๒ข้างแบบเปิดช่องท้อง โดยใช้เวลาผ่าตัด ๖๕ นาที แผลยาว ๑๕ เซนติเมตร ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูญเสียเลือด ๑,๑๐๐ ซีซี ได้รับเลือดทางหลอดเลือดดำอีก ๑ ยูนิต หลังผ่าตัดดูแลความสะอาดแผลผ่าตัด ไม่มีเลือดซึม ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยก่อนย้ายไปห้องพักฟื้น ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๑ วัน ผู้ป่วยบ่นปวดแผล Pain score ๘ คะแนน ได้รับยาแก้ปวดเป็น Morphine ๓ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ยังไม่ลุกเดิน ปวดแผลผ่าตัดมาก ทำได้แต่กิจวัตรประจำวันข้างเตียง หลังผ่าตัดวันที่ ๒ สามารถลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ยังบ่นปวดแผล รับประทานยาแก้ปวด หลังผ่าตัดวันที่ ๓ สามารถลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้ ปวดแผลลดลง รวมนอนโรงพยาบาล ๖ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาฟังผลชิ้นเนื้อ ชิ้นเนื้อปกติ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ กรณีศึกษา ๒ ราย		
ผลการศึกษา		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก	กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย อายุ ๕๔ ปี น้ำหนัก ๖๕ กิโลกรัม สูง ๑๕๖ เซนติเมตร BMI ๒๖	หญิงไทย อายุ ๔๐ ปี น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม สูง ๑๕๘ เซนติเมตร BMI ๒๐
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	๑ปีก่อนมีอาการปวดแน่นท้อง ปัสสาวะบ่อย ผลอัลตราซาวด์พบ Myoma uteri แพทย์นัดมาผ่าตัด	๖เดือนก่อนมามีอาการปวด ท้องน้อยเป็นๆหายๆ ปัสสาวะ บ่อย ประจำเดือนมามาก ๖-๘ แผ่นต่อวันนาน ๑๐-๑๕ วันต่อ เดือน ผลอัลตราซาวด์พบ Myoma Uteri แพทย์นัดมา ผ่าตัด
โรคประจำตัว	ปกติ	ปกติ
ประวัติการแพ้ยา/แพ้ยา	ปกติ	ปกติ
ประวัติการใช้สารเสพติด	ปกติ	ปกติ
วินิจฉัยการผ่าตัด	Myoma uteri ๕.๕x๖.๕ ซม.	Myoma uteri ๗.๕x๕.๓ ซม.
เอกซเรย์ปอด	ปกติ	ปกติ
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	ปกติ	ปกติ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ กรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก	กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<p>CBC</p> <p>WBC ๗๑๔๐ cells/ml</p> <p>Hb ๑๔.๘ gm/dl Hct ๔๔.๔%</p> <p>Platelet ๓๖๐,๐๐๐ cell/ml</p> <p>Electrolyte</p> <p>Sodium ๑๓๘ mEq/L</p> <p>Potassium ๔.๖๖ mEq/L</p> <p>Chloride ๑๐๓ mEq/L</p> <p>Bicarbonate ๒๘ mEq/L</p> <p>BUN ๘ mg/dl</p> <p>Creatinin ๐.๖๓ mg/dl</p> <p>GFR ๑๐๒.๘ mg/dl</p> <p>Globulin ๒.๙ u/l</p> <p>SGOT ๒๑ u/LSGPT ๒๑ u/l</p> <p>PTT ๒๕.๘ seconds</p> <p>PT ๑๐.๙ seconds</p> <p>aPTT ratio ๐.๗๕ seconds</p> <p>INR ๐.๙๗ seconds</p> <p>ผลตรวจห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>CBC</p> <p>WBC ๕๓๒๐ cells/ml</p> <p>Hb ๘.๘ gm/dl Hct ๒๘.๕ %</p> <p>Platelet ๓๓๓,๐๐๐ cell/ml</p> <p>Electrolyte</p> <p>Sodium ๑๓๗ mEq/L</p> <p>Potassium ๔.๑๙ mEq/L</p> <p>Chloride ๑๐๖ mEq/L</p> <p>Bicarbonate ๒๗ mEq/L</p> <p>BUN ๑๒ mg/dl</p> <p>Creatinin ๐.๖๑ mg/dl</p> <p>GFR ๑๐๘ mg/dl</p> <p>Globulin ๒.๔ u/l</p> <p>SGOT ๒๔ u/LSGPT ๒๒ u/l</p> <p>PTT ๓๖.๔ seconds</p> <p>PT ๑๑.๓ seconds</p> <p>aPTT ratio ๑.๐๙ seconds</p> <p>INR ๑.๐๓ seconds</p> <p>ผู้ป่วยมีภาวะซีด</p> <p>ผลตรวจห้องปฏิบัติการอื่นๆปกติ</p>
ระยะเวลาการผ่าตัด	<p>๑๗๐ นาที วิธีนี้แพทย์จะทำการผ่าตัดโดยการใช้อุปกรณ์มือพิเศษร่วมกับจอร์บภาพ โดยไม่ต้องเปิดหน้าท้องให้เป็นแผลกว้าง โดยเจาะช่องที่ผนังหน้าท้องบริเวณสะดือกว้างประมาณ ๑ เซนติเมตร และเจาะผนังหน้าท้องขนาดรูละ ๐.๕ เซนติเมตร ๔ แผล เพื่อสอดเครื่องมือพิเศษเข้าไปในช่องท้อง เนื่องจากการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดในพื้นที่จำกัดร่วมกับเป็นระยะ learning curve ทำให้การผ่าตัดยาวนาน</p>	<p>๖๕ นาที ใช้ระยะเวลาน้อยกว่าการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก เนื่องจากแพทย์ผ่าตัดมีความชำนาญและการผ่าตัดเปิดหน้าท้องมีการลงแผลแบบ Low tranverse เพื่อให้สามารถมองเห็นความผิดปกติอื่นๆได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น</p>

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ กรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก	กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
จำนวนการเสียเลือด	๑๐๐ มิลลิลิตร	๑๑๐๐ มิลลิลิตร
ขนาดบาดแผล	แผลมีขนาดเล็ก ประมาณ ๐.๕-๑ ซม. จำนวน ๔ แผล	แผลมีขนาดยาว ๑๕ เซนติเมตร
ค่าใช้จ่าย	๔๗,๐๗๒ บาท	๑๖,๖๖๘ บาท
จำนวนวันนอน	๓ วัน	๖ วัน

ตารางที่ ๒ แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กรณีศึกษา ๒ ราย		
แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
๑. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลตนเอง	มีอาการปวดแน่นท้อง ท้องโตขึ้น ผลอัลตราซาวด์พบ Myoma Uteri ขนาด ๕.๕x๖.๕ ซม.	ปวดท้องน้อยเป็นๆหายๆ ปัสสาวะบ่อย ผลอัลตราซาวด์พบ Myoma Uteri ๗.๕x๕.๓ ซม.
๒. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ ๓ มื้อ ครบ ๕ หมู่ บางมื้อ BMI ๒๖ มีภาวะอ้วน	รับประทานอาหารได้ปกติทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย BMI ๒๐
๓. การขยับถ่ายของเสีย	ปัสสาวะบ่อย ช่วง ๒-๓ เดือนที่ผ่านมาเริ่มมีอาการท้องผูก จึงได้มาพบแพทย์เพื่อปรึกษาปัญหา	ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนมามาก ๖-๘ แผ่น/วัน นาน ๑๐-๑๕ วัน/เดือน ขยับถ่ายปกติจึงมาพบแพทย์ และได้รับการแนะนำให้ทำการผ่าตัด
๔. การออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย
๕. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนวันละ ๖-๘ ชั่วโมง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย	นอนวันละ ๖-๗ ชั่วโมง วิดกเล็กน้อยช่วงก่อนผ่าตัด
๖. สติปัญญาและการรับรู้	มองเห็น ได้กลิ่น รับรส สัมผัสปกติ	มองเห็น ได้กลิ่น รับรส สัมผัสปกติ
๗. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง
๘. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	สมรส ครอบครัวดูแลดี มีญาติมาตรวจด้วยทุกครั้ง	สมรส ครอบครัวดูแลดี มีญาติมาตรวจด้วยทุกครั้ง
๙. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ไม่พบความผิดปกติใดๆ	ไม่พบความผิดปกติใดๆ
๑๐. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	เผชิญความไม่สุขสบายทางกายได้ ไม่รู้สึกรำคาญ ท้อแท้	วิตกกังวลเล็กน้อย
๑๑. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธกราบ ไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อมั่นในตนเองและแพทย์ผ่าตัด ไม่มีกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา ๒ ราย กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก และ กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่านตัดแบบเปิดหน้าท้อง			
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ	
		กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>๑.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด</p>	<p>๑. สร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จัก ชื่อ สกุล และตัวผู้ป่วย</p> <p>๒. ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และ พร้อมให้การช่วยเหลือ</p> <p>๓. ประเมินความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยสนใจรับฟังปัญหา กระตุ้นให้ระบายสิ่งที่ยังวิตกกังวล ชักถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการผ่าตัด แผนการรักษาและขั้นตอนการผ่าตัด</p> <p>๔. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การบริหารการหายใจ การทำสมาธิ การสวดมนต์</p> <p>๕. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด</p> <p>๖. บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลแก่ทีมห้องผ่าตัด</p>	<p>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดว่าประสบความสำเร็จหรือไม่ เพราะถ้าการผ่าตัดผ่านกล้องไม่สำเร็จ ต้องเปลี่ยนมาผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ได้อธิบายให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจว่าแพทย์ ผู้ผ่าตัดเป็นแพทย์เฉพาะทางด้าน การผ่าตัดผ่านกล้อง โดยเฉพาะ และการตัดสินใจให้ผู้ป่วยเลือกการผ่าตัดผ่านกล้องได้นั้น แพทย์ได้พิจารณาข้อมูลผู้ป่วย รอยโรค ประวัติการผ่าตัดแล้วว่าสามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้</p>	<p>ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัดว่าขึ้นเนื้อจะเป็นเนื้อร้ายหรือเนื้อดี ได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะโรค เพื่อลดความวิตกกังวล ว่าเนื้องอกมดลูก มีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งสร้างที่รังไข่ พบมากในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๒๐-๕๐ปี เนื้องอกจะฝ่อตัวเล็กลงเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนแต่ของผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมดลูกที่โตไปกดทับระบบปัสสาวะ และเสียเลือดมากจนเริ่มซีด</p>

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา ๒ ราย กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก และ กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง(ต่อ)			
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ	
		กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๒. มีโอกาสงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ	<p>๑. ทบทวนความรู้ในการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในห้องผ่าตัดกับทีมห้องผ่าตัด</p> <p>๒. เตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับทีมพยาบาลห้องผ่าตัดในเรื่องเครื่องมือพิเศษต่างๆที่ต้องใช้กับผู้ป่วย</p> <p>๓. ส่งอบแก๊สอุปกรณ์และตรวจสอบ วัน เดือน ปี ที่หมดอายุของอุปกรณ์ให้เรียบร้อยพร้อมใช้งาน</p> <p>๔. ทดสอบการใช้งานอุปกรณ์พิเศษต่างๆ เช่น จอภาพเลนส์กล้อง</p>	<p>การผ่าตัดผ่านกล้องที่ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษ ต่างจากการผ่าตัดทั่วไป ต้องมีการเตรียมและทดสอบความพร้อมใช้ของเครื่องกำเนิดแสง จอภาพ เลนส์กล้อง เครื่องจี้สำหรับการผ่าตัดผ่านกล้อง ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและรับบริการวิสัญญีเสมอ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีปัญหาสามารถผ่าตัดส่องกล้องได้</p>	<p>มีการเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ แต่เนื่องด้วยเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง กรณีที่เครื่องมือมีปัญหาการใช้งาน สามารถหาเครื่องมือผ่าตัดแผนกอื่นทดแทนได้ ถ้าแผนกอื่นมีการใช้เครื่องมืออาจทำให้มีผลต่อการงดหรือเลื่อนผ่าตัดได้ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีปัญหาใดๆสามารถผ่าตัดได้ตามกำหนด</p>
๓. มีโอกาสเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด	<p>๑. ติดตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๒. แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมของเลือดก่อนผ่าตัด</p> <p>๓. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา</p>	<p>ผู้ป่วยผล CBCปกติ การผ่าตัดส่องกล้องทำให้มีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ๑๐๐ ซีซี</p>	<p>ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hb ๘.๘ gm/dl Hct ๒๘.๕ % และเป็นการผ่าตัดใหญ่แบบเปิดหน้าท้อง ดูแลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำ ๑ยูนิต ตามแผนการรักษาแพทย์ ผล Hct ๓๒.๔% จึงเข้ารับการผ่าตัดตามนัดหมาย</p>

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา ๒ ราย กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก และ กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่านตัดแบบเปิดหน้าท้อง(ต่อ)			
ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ	
		กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>การพยาบาลระยะ ผ่าตัด</p> <p>๑.เสี่ยงต่อการ บาดเจ็บจากการจัด ท่าผ่าตัด</p>	<p>ท่า Lithotomy position</p> <p>๑. จัดท่านอนหงายราบให้กัน ชิดขอบเตียงมากที่สุด</p> <p>๒. ติดตั้งขาหยั่งทั้งสองข้างให้ ระดับความสูงและกางออก เท่ากันทั้งสองข้าง บิดยึดให้ แน่นเพื่อป้องกันการหลุด</p> <p>๓. ยกขาทั้งสองข้างของผู้ป่วย ขึ้นพร้อมกันโดยให้ต้นขาทำ มุม ๙๐ องศา กับท้องก่อนโดย ต้องใช้เจ้าหน้าที่ ๒ คน ในการ ยกขาไม่ควรเกิน ๔๕ องศา</p> <p>๔. หลังผ่าตัดเสร็จ ยกขาทั้ง สองข้างลงพร้อมกันอย่าง ช้าๆ โดยค่อยๆ ประคองที่ข้อ เข่าและข้อสะโพก</p> <p>ท่า Supine position</p> <p>๑. จัดท่านอนให้แนวกระดูก สันหลัง คอ ออก เอว อยู่ใน แนวเดียวกัน</p> <p>๒. กางแขนบนที่รองแขนโดย ไม่เกิน ๙๐ องศา</p> <p>๓. ขาทั้งสองข้างวางแยกจาก กันเล็กน้อย อย่างไม่วางทับ ซ้อนกัน</p>	<p>การจัดท่าในผู้ป่วยผ่าตัด ส่องกล้องแผลเล็ก ใช้การ จัดท่าแบบ Lithotomy Position ผู้ป่วยไม่มีการ ได้รับบาดเจ็บใดๆจากการ จัดท่าผ่าตัด</p>	<p>การจัดท่าในผู้ป่วยผ่าตัดเปิด หน้าท้อง จัดท่าแบบนอน หงาย (Supine position) ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บจาก การจัดท่า</p>

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา ๒ ราย กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก และ กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่านตัดแบบเปิดหน้าท้อง(ต่อ)			
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ	
		กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๒.เสี่ยงต่อการกดทับบริเวณ Common peroneal nerve/Obturator nerve จากการจัดท่าผ่าตัด	๑.ใช้ขาหยั่งแบบBoot stirrups ๒.ปรับStirrups ให้มุมระหว่างลำตัวและข้อสะโพก อยู่ที่ ๑๗๐องศา เพื่อป้องกันการงอมากเกินไป ๓.มุมกางของข้อสะโพก(Hip Abduction) มุมระหว่างต้นขาด้านในทั้งสองข้างควรอยู่ที่ ๙๐องศาหรือน้อยกว่า	ผู้ป่วยไม่มีการกดทับบริเวณ Common peroneal nerve /Obturator nerve	ผู้ป่วยไม่มีการกดทับบริเวณ Common peroneal nerve /Obturator nerve
๓.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Venous thromboembolism:VTE จากการจัดท่าขาหยั่ง	๑.จัดท่าขาหยั่งให้มุมงอของข้อเข่าอยู่ใน๙๐-๑๒๐องศา ๒.ให้ผู้ป่วยใช้Pneumatic Cuff หลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจ ๓.ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะโป่งพองจนไปกดเส้นเลือดดำในอุ้งเชิงกราน	การจัดท่าขาหยั่งลดการเกิด Venous thromboembolism:VTE และหลังผ่าตัดผู้ป่วยใช้ pneumatic cuff ทันที	จัดท่า Supine Position ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ
๔.เสี่ยงต่อการเพิ่ม Cardiac output	๑.ยกขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยขึ้นพร้อมกันโดยให้ต้นขาทำมุม๙๐องศากับท้องก่อนโดยต้องใช้เจ้าหน้าที่๒คนในการยกขาไม่ควรเกิน๔๕องศา	เจ้าหน้าที่ยกขาผู้ป่วยขึ้นขาหยั่งพร้อมกันทั้งสองคน ผู้ป่วยไม่มีการเพิ่มของ Cardiac output	จัดท่า Supine Position ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา ๒ ราย กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก และ กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่านตัดแบบเปิดหน้าท้อง(ต่อ)			
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ	
		กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๕. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด	<p>๑. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด ๓๐ นาที</p> <p>๒. ทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ให้ถูกต้องตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ</p> <p>๓. สวมเสื้อกราว์นและเปิด Set sterile ตามขั้นตอนตามหลักการ Standard precaution</p> <p>๔. ดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ ในระหว่างผ่าตัดให้ปราศจากเชื้อตลอดเวลา</p>	<p>การผ่าตัดผ่านกล้อง ที่ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษ ความหลากหลายของอุปกรณ์ ต้องใช้ความรู้ความชำนาญ เทคนิคการช่วย และส่งเครื่องมือเฉพาะทาง การตรวจสอบความปราศจากเชื้อของเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัดผ่านกล้อง ก่อนใช้งานก่อนทุกครั้ง ช่วยแพทย์ผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดด้วยความระมัดระวังการปนเปื้อนเชื้อโรค ด้วยอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องมีความซับซ้อนยุ่งยากกว่าเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัด</p>	<p>ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct ๒๘.๕% หลังให้เลือด ๑ยูนิต Hct ๓๒.๔ % เป็นการผ่าตัดใหญ่แบบเปิดช่องท้อง พยาบาลช่วยแพทย์ผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัด</p>

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา ๒ ราย กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก และ กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่านตัดแบบเปิดหน้าท้อง(ต่อ)			
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ	
		กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด</p> <p>๑. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด</p>	<p>๑. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ pneumatic cuff หลังการผ่าตัดต่อเนื่อง ๖ ชั่วโมง</p> <p>๒. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งเดินให้เร็วที่สุด</p> <p>๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มความหนืดของเลือดซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น</p> <p>๔. แนะนำให้นอนยกขาสูง เพื่อเพิ่มการไหลกลับของเลือด</p> <p>๕. แนะนำการบริหารข้อเท้า</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p>
<p>๒. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p>	<p>๑. ให้การพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล</p> <p>๒. จัดท่านอน Fowler's position</p> <p>๓. ประเมินอาการปวดและส่งต่อข้อมูลกับวิสัญญีพยาบาล เพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา</p> <p>๔. ตรวจสอบแผลผ่าตัด สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์ต่างๆไม่ให้ดิ่งรั้ง</p>	<p>ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย Pain score ๓ คะแนน</p>	<p>ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด Pain Score ๘ คะแนน ได้รับ Morphine ๓ มิลลิกรัม หลังได้รับยา Pain score = ๓ คะแนน</p>

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษา ๒ ราย กรณีศึกษารายที่ ๑ ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก และ กรณีศึกษารายที่ ๒ ผ่านตัดแบบเปิดหน้าท้อง(ต่อ)			
ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ	
		กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๓.ขาดความรู้ใน การปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัด	๑.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ดูแลแผลผ่าตัด ห้ามให้แผล เปียกน้ำ ๒.อาการปวดแผล อาจพบ ในช่วงสัปดาห์แรกของการ ผ่าตัดและสามารถลดปวด ด้วยยาแก้ปวด ๓.ห้ามยกของหนักและห้าม ขับรถประมาณ ๑๐-๑๔ วัน หลังผ่าตัด ๔.งดการมีเพศสัมพันธ์หลัง ผ่าตัด ๖-๘ สัปดาห์ ๕.มาตรวจตามนัด หากมี อาการผิดปกติ เช่น แผล อักเสบ บวมแดง ไข้	ผู้ป่วยวิตกกังวลเล็กน้อย เกี่ยวกับเรื่องการทำ กิจวัตรประจำวัน หลังให้ คำแนะนำผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวล สีหน้าสด ชื่นมากขึ้น	ผู้ป่วยวิตกกังวลเล็กน้อย เรื่องการดูแลแผลหลัง ผ่าตัด หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยรับทราบถ้ามีอาการ ผิดปกติจะไปสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

บทสรุป

ผลการศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกแบบเปิดหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก พบว่า

๑. จากประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งสองรายคล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดแน่นท้อง ปัสสาวะบ่อย ผลอัลตราซาวนด์พบเนื้องอกมดลูกขนาดใกล้เคียงกัน แพทย์วินิจฉัยเป็น Myoma uteri เข้ารับการผ่าตัดมดลูกโดยผู้ป่วยรายที่ ๑ เป็นการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก ผู้ป่วยรายที่ ๒ เป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ประวัติการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีภาวะชืดต้องได้รับเลือดก่อนผ่าตัด และในระยะผ่าตัดพบว่ามีเลือดออก ๑๑๐๐ มิลลิลิตร ต้องได้รับเลือดเพิ่มอีก ๑ unit ด้านระยะเวลาผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยรายที่ ๑ ใช้ระยะเวลา ๑๗๐ นาที และผู้ป่วยรายที่ ๒ ใช้ระยะเวลาผ่าตัด ๖๕ นาที เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ ๑ เป็นการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กต้องใช้ทักษะความชำนาญของแพทย์ผ่าตัดและการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อนต้องทำผ่าตัดในที่แคบ ประกอบกับการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กทำให้ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดที่นาน ด้านขนาดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องมีขนาดใหญ่กว้าง การผ่าตัดแบบผ่านกล้องแผลเล็กทำให้มีระดับการปวดที่รุนแรงกว่า ด้านวันนอนโรงพยาบาล มีจำนวนวันนอน ๖ วัน ในขณะที่ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กมีจำนวนวันนอน ๓ วัน สำหรับในส่วนค่าใช้จ่ายนั้น พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเนื่องจากมีการใช้เครื่องมือพิเศษในการผ่าตัดแต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กมากกว่า

๒. ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดพบว่า

๒.๑ ระยะก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเหมือนกัน ปัญหาที่แตกต่างคือ ผู้ป่วยรายที่ ๒ ผ่าตัดหน้าท้องแผลเปิด มีภาวะช็อคเด็มาก่อนผ่าตัดเนื่องจากก้อนเนื้ออกดันเข้าไปในโพรงมดลูกและเยื่อโพรงมดลูกขยายตัวทำให้มีประจำเดือนมากผิดปกติจนเกิดภาวะช็อคจำเป็นต้องให้เลือดก่อนผ่าตัด ส่วนด้านการเตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือพบว่า การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีความจำเป็นต้องใช้ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความรู้ความชำนาญในการเตรียมเครื่องมือมากกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดทางหน้าท้อง

๒.๒ ระยะผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีปัญหาและความต้องการเหมือนกัน คือ เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน/ผิดตำแหน่ง เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อระหว่างผ่าตัด เสี่ยงต่อการมีเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วย ส่วนปัญหาและความต้องการที่แตกต่างคือ เสี่ยงต่ออันตรายจากการเสียเลือดพบว่าในผู้ป่วยรายที่ ๒ ผ่าตัดแผลเปิดทางหน้าท้อง สูญเสียเลือด ๑๑๐๐ มิลลิลิตร เนื่องจากผู้ป่วยมีพังผืดจำนวนมากทำให้มีการยึดติดกันระหว่าง Lower uterine segment กับ bladder ทำให้ยากต่อการผ่าตัด ทำให้มีปัญหาของเลือดออกมากตามมา

๒.๓ ระยะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาและความต้องการเหมือนกัน คือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดหน้าท้องปวดในระดับรุนแรง ๘ คะแนน ได้รับยาแก้ปวด Morphine ๕ mg ในขณะที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยวิธีผ่านกล้องแผลเล็ก ระดับความเจ็บปวด Pain score ๓ คะแนน ผู้ป่วยทั้งสองขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในส่วนของการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวของการผ่าตัดทั้งวิธีไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนปัญหาที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดผ่านกล้องมีอาการปวดไหล่เล็กน้อย

จากการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแผลเล็กและผ่าตัดหน้าท้อง การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องพบว่าข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้องเมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดมดลูกหน้าท้อง คือแผลผ่าตัดผ่านกล้องจะมีขนาดเล็กเพียง ๐.๕-๑ เซนติเมตร ทำให้ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดน้อยกว่า ลดการเสียเลือดจากการผ่าตัด ใช้เวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดไม่นาน ลดอาการแทรกซ้อนต่างๆจากแผลผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น แผลแยก แผลเป็นหนอง และที่สำคัญสามารถกลับไปสู่วิถีประจำวันตามปกติได้ในระยะเวลาอันสั้น

ข้อเสนอแนะ

๑. พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแผลเล็กเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
๒. พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีการเก็บข้อมูลปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแผลเล็กเพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกัน

เอกสารอ้างอิง

- Anne Zimmermann, David Bernuit, Christoph Gerlinger, Matthias Schaefers, and Katharina Geppert. *Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of ๒๑,๗๔๖ women*. BMC Womens Health. ๒๐๑๒:๑๒:๖.
- Jinda Aurairat. (๒๐๑๓). *Gynecological Nursing*. (๓rd edition). Bangkok: Boonsiri printing.
- Prasert Triwijitsilp. (๒๐๑๖). *Tumors and cervicle cancer*. (๓rd edition). Bangkok: OS printing Hous.
- ชัยยศ ธีรผกาวงศ์. (๒๐๑๒). *เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก*. สืบค้น ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๗. จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=๘๗๘>
- โชคสกุล บุณยะวิโรจ. *เนื้องอกกับมดลูก อวัยวะสำคัญที่ผู้หญิงไม่ควรมองข้าม*. สืบค้น ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗. จาก <https://www.phyathai.com/th/article/๑๘๕๖/>
- ปวีณา พังสุวรรณ, อุบล แสงอนันต์. (๒๕๖๐). *แนวทางการดูแลรักษาเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกโดยไม่ตัดมดลูก*. สืบค้น ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗. จาก <https://www.w.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/topicreview/๕๖๓๐/>
- ยศกร พรเกษมศาสตร์, มนัสวี มะโนปัญญา. (๒๕๖๖). *การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (Laparoscopic hysterectomy)*. สืบค้น ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗. จาก <https://www.w.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/๕๐๘๖๘/>