การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา

ละเมียด เกษสุวงษ์*

บทคัดย่อ

มดลูกหย่อนเป็นโรคที่พบในโรคทางนรีเวช ปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอดได้รับความนิยม เพราะให้ผลที่ดีกว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง และการผ่าตัดมดลูกผ่านผนังหน้าท้อง ในเรื่องของความปลอดภัย และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปีมาด้วยอาการ 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล สังเกตว่ามีก้อนยื่นมาทางช่องคลอด ไม่มีเลือดออกผิดปกติ ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ ไม่มีอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบาก 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปพบแพทย์สูตินรีเวชที่คลีนิค เพื่อขอคำแนะนำและการรักษา แพทย์นัดให้มาผ่าตัดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช พบปัญหาหลักของผู้ป่วยคือเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง มีความเสี่ยงในการผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาทางการพยาบาลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจึงใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วม ได้รับการเตรียมผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ได้รับการประเมินจากวิสัญญีแพทย์ก่อนผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, มดลูกหย่อน, ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

บทนำ

มดลูกหย่อน (Prolapsed Uterus) คือภาวะที่มดลูกหย่อนหรือเลื่อนหลุดลงต่ำมาอยู่ที่ช่องคลอด[1] โดยปกติแล้วมดลูกซึ่งเป็นอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิงมีตำแหน่งอยู่ภายในอุ้งเชิงกราน มีรูปร่างคล้ายลูกแพร์กลับด้าน มีกล้ามเนื้อที่ห้อยอยู่ระหว่างกระดูกก้นกบกับกระดูกหัวหน่าวทำหน้าที่ยึดมดลูก กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ มีเอ็นและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดมดลูกให้อยู่ในอุ้งเชิงกราน หากเนื้อเยื่อดังกล่าวไม่แข็งแรงหรือถูกทำลาย จะส่งผลให้มดลูกหย่อนลงไปที่ช่องคลอด ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่เกิดภาวะมดลูกหย่อนมักมีอวัยวะอื่นภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนลงมาด้วย สามารถพบได้ในสตรีทุกอายุ ข้อมูลจากการศึกษา Women’s Health Initiative (WHI) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 50-79 ปี มีอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนโดยรวมร้อยละ 41 แบ่งออกเป็น cystocele ร้อยละ 34 rectocele ร้อยละ 19 และมดลูกหย่อนร้อยละ 14 พบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมีการยื่นย้อย (prolapse) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 แห่ง การศึกษาในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าอยู่ระหว่าง 20-59 ปี พบว่าอัตราการมีอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนโดยรวมร้อยละ 31 อย่างไรก็ดี การยื่นย้อยลงมาถึงปากช่องคลอดมีเพียงแค่ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยทั้งหมด[2] ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาพบว่าตลอดช่วงอายุของสตรีจนถึง 80-85 ปี มีร้อยละ 11-19 ที่เคยได้รับการผ่าตัดแก้ไขอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน หรืออาการปัสสาวะเล็ด และในจำนวนนี้ร้อยละ 30 จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขภาวะยื่นย้อย[3,4] ในอนาคตจะมีผู้ป่วยที่ต้องการรักษาเกี่ยวกับพื้นอุ้งเชิงกรานผิดปกติเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 45[5] สาเหตุจากอายุมาก การคลอดบุตร วัยทอง น้ำหนักตัวมาก มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ผ่าตัดที่อุ้งเชิงกราน และยกของหนัก[6] อาการได้แก่รู้สึกหน่วงที่อุ้งเชิงกราน มีเนื้อเยื่อโผล่ออกมาจากช่องคลอด เลือดออกจากช่องคลอด มีตกขาวมากขึ้น มีปัญหาเกี่ยวกับการปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะอักเสบหลายครั้ง ท้องผูก ปวดหลังส่วนล่าง เดินไม่สะดวก การวินิจฉัยโรคโดยการตรวจอุ้งเชิงกราน การตรวจอื่น ๆ เช่น อัลตราซาวด์

การรักษา

1. การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือการฝึกขมิบช่องคลอด[7] ดังนี้ปล่อยกล้ามเนื้อท้อง ก้น และขาตามสบาย ไม่เกร็ง ขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ได้แก่ ท่อปัสสาวะ ช่องคลอด และช่องทวารหนักค้างไว้ 5 วินาที และผ่อนกล้ามเนื้อ 5 วินาที หากไม่ถนัด เริ่มจากขมิบค้างไว้ 2 วินาที และผ่อนกล้ามเนื้อ 3 วินาทีก่อน ทำวันละ 3 รอบ รอบละ 10 ครั้ง
2. การใส่อุปกรณ์พยุงอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ใช้สอดเข้าไปในช่องคลอดได้พอดีเพื่อพยุงมดลูก
3. การผ่าตัด เป็นหัตถการทางนรีเวชที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติของสูตินรีแพทย์ทั่วโลก ทำได้หลายวิธี ได้แก่
   3.1 การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (transabdominal hysterectomy; TAH)
   3.2 การผ่าตัดทางช่องคลอด (transvaginal hysterectomy; TVH)
   3.3 การผ่าตัดแบบส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (total laparoscopic hysterectomy; TLH)

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดแบบส่องกล้องถือเป็นการผ่าตัดที่มีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อย ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลช่วงหลังผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน[8]

การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องมีข้อดีคือสามารถมองเห็นอวัยวะต่างๆและพยาธิสภาพภายในอุ้งเชิงกรานได้โดยตรงและสามารถที่จะผ่าตัดหรือเลาะพังผืดในช่องท้องได้ด้วยอย่างไรก็ตามการผ่าตัดส่องกล้องจำเป็นต้องใช้

อุปกรณ์ที่ทันสมัย ชุดเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงสูง รวมทั้งทักษะการผ่าตัดที่ดี วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องจะสัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานขึ้นและการเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อน[9] นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด[10]

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีข้อดีเหนือกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องอย่างชัดเจนในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลำไส้ไม่บีบตัว ไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัด หรือการติดเชื้อของแผลผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดมดลูกเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ[11] ดังนั้นการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจึงเป็นทางเลือกในการผ่าตัด ในกรณีที่สามารถผ่าตัดทางช่องคลอดได้

3.4 การรีแพร์ (Repair)[12] คือการผ่าตัดตกแต่งกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อที่หย่อนยานภายในช่องคลอดให้กระชับขึ้น เพื่อให้ขนาดหรือเส้นผ่าศูนย์กลางของช่องคลอดเล็กลงและเกิดการหดรัดที่ดีกว่าเดิมโดยเป็นการผ่าตัดตลอดแนวความลึกของช่องคลอด รวมถึงการผ่าตัดตกแต่งเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณปากช่องคลอดด้วย

4. ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ผู้ป่วยภาวะมดลูกหย่อนอาจรับการรักษาด้วยยาฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือยาเหน็บช่องคลอด เพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนใช้รักษาเฉพาะผู้ป่วยวัยหมดระดูบางรายเท่านั้น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป โดยพบว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90[13] มีเพียงร้อยละ 59 ที่ได้รับการรักษา และมีเพียงร้อยละ 34 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และโรคไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคต่างๆโดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบได้บ่อยทั้งชายและหญิงจะพบมากในผู้ที่มีประวัติทางกรรมพันธุ์ อ้วน ชอบกินอาหารพวกไขมันมากๆ ไม่ชอบออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดง ตรวจพบขณะมาตรวจสุขภาพ หรือมาพบแพทย์ด้วยโรคอื่น[14] ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปอย่างมาก ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการผ่าตัด พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงในระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี ขนาด 680 เตียงมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนรีเวชปี 2563, ปี 2564, ปี 2565 และปี 2566 จำนวน 9 ราย, 10 ราย, 9 ราย และ 10 รายตามลำดับ[15] การได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการจัดการที่ดีทางด้านการพยาบาล การให้คำปรึกษา แนะนำ วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถแก้ไขภาวะที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด และเย็บซ่อมแซมช่องคลอด เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอดในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยการวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วม

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช วันที่ มกราคม พ.ศ. 2566

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินแบบแผน สุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผล สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ อาชีพค้าขาย ที่อยู่อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี รูปร่างท้วม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 147 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 23.15 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่างกายทั่วไปสะอาด ไม่มีรอยโรค

อาการสำคัญ มีก้อนยื่นออกมาทางช่องคลอด 2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยสังเกตว่ามีก้อนยื่นมาทางช่องคลอดไม่มีเลือดออกผิดปกติ ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ไม่มีอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบาก 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปพบแพทย์สูตินรีเวชที่คลีนิค เพื่อขอคำแนะนำและการรักษาแพทย์นัดให้มาผ่าตัดที่โรงพยาบาล วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2566

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 5 ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ไม่มีประวัติการขาดยา

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ไม่มีอาการเขียวที่ปากและปลายมือปลายเท้า ชีพจร 64 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 140/92 มิลลิเมตรปรอท เสียงการเต้นของหัวใจปกติ

อวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ : ผนังช่องคลอดด้านหน้าและหลังหย่อนโผล่พ้นปากช่องคลอด ไม่มีแผล ปากมดลูกยื่นโผล่พ้นออกมาจากปากช่องคลอด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: การตรวจทางปัสสาวะพบ Leucocyte 2^{+} และ WBC 10-20 Cells/HPF แสดงถึงมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด: ปกติ

การวินิจฉัยโรค: Procidentia uteri

การผ่าตัด: ผ่าตัด Vaginal hysterectomy with AP repair

การรักษาของแพทย์:

แพทย์ทำการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอดร่วมกับการผ่าตัดตกแต่งผนังช่องคลอดด้านหน้า ด้านหลังและฝีเย็บ (Vaginal hysterectomy with Anterior colporrhaphy and Posterior colpoperineorrhaphy)

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดตึงแผลผ่าตัด ได้รับยาฉีดแก้ปวดตามแผนการรักษา และยาปฏิชีวนะ อาการปวดแผลทุเลาลง อุณหภูมิ 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-82 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/84-145/90 มิลลิลิตรปรอท ร่างกายทั่วไปปกติ ไม่ซีด ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระได้ ปัสสาวะในถุงมีสีเหลืองใส ออกดี หลังผ่าตัด 5 วัน เอาสายสวนปัสสาวะออกได้ เดินไปปัสสาวะได้เอง แผลผ่าตัดตึง ไม่บวม ไม่มี Discharge ออกทางช่องคลอด ขยับตัวลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ดี รับประทานอาหารได้ดี ยาที่ได้รับ Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดเวลาปวด ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง, Amoxycillin 500 มิลลิกรัม 2 เม็ดก่อนอาหาร วันละ 2 ครั้ง, Air-X 1 เม็ดหลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง, Atorvastatin 40 มิลลิกรัม 1/2 เม็ดก่อนนอน, Atenolol 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง, Nifedipine 20 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจติดตามอาการ ที่ OPD นรีเวช 4 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล สรุปวันนอนในโรงพยาบาลรวม 6 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด vaginal hysterectomy และได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal block anesthesia), เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดอาการปวดศีรษะเรื้อรังหลังผ่าตัด ควบคุมโรคร่วมได้ การไหลเวียนโลหิตและปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินร่างกายตามแบบฟอร์มการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล[16] และซักถามเกี่ยวกับประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร่วมกับประวัติการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินปัญหาการดูแลตนเองและความสี่ยงจากการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกจากโรคประจำตัว

2. ติดตามและรายงานผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ รวมทั้งการเตรียมเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด[17] ตามแผนการรักษา ให้สูติ-นรีแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ เมื่อพบความผิดปกติที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหาก่อนผ่าตัด

3. ประเมินสัญญาณชีพและความปวด ทุก 4 ชั่วโมง[18] เพื่อติดตามความดันโลหิตสูงและให้การพยาบาลเพื่อควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้

4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา Atorvastatin 40 มิลลิกรัม 1/2 เม็ดและ Diazepam 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด เวลา 20.00 น. วันก่อนผ่าตัด และยา Atenolol 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด Nifedipine 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด เวลา 07.00 น. วันผ่าตัด เพื่อควบคุมไขมันและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถรับการรักษาได้

5. เตรียมความสะอาดของร่างกายเฉพาะที่ ได้แก่ การโกนขนบริเวณหน้าท้องส่วนล่างและอวัยวะเพศ เย็นวันก่อนผ่าตัด สวนล้างช่องคลอด และสวนอุจจาระ เย็นและเช้าวันผผ่าตัด เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่ผิวหนัง

6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและอาการถ่ายเท เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนได้รับการผ่าตัด

7. บอกการงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดภายหลัง เวลา 24.00 น. และประเมินติดตามการงดน้ำ

และอาหารของผู้ป่วย เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการอาเจียนและสำลักเศษอาหารขณะผ่าตัด

8. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เวลา 06.00 น. วันผ่าตัด เพื่อควบคุมประสิทธิภาพของการไหลเวียนโลหิต

9. ตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN, AN ของผู้ป่วย การถอดของมีค่า และเครื่องประดับ ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เพื่อให้ได้รับการรักษาถูกคน และไม่เกิดอันตรายจากโลหะขณะผ่าตัด

การประเมินผล: ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ 7 ชั่วโมง ร่างกายสะอาด แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาล ไม่สวมใส่ชุดชั้นในและเครื่องประดับ งดน้ำและอาหาร ได้รับ 5% D/NSS/2 1000 ml vein 1000 cc/hr บริเวณแขนซ้าย ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เวลา 13.00 น. สัญญาณชีพก่อนไปห้องผ่าตัด T 36.9 ℃, P 84 ครั้ง/นาทีม, R 20, BP 138/82 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด สอบถามข้อมูลซ้ำๆ สีหน้าแสดงความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม คลายความวิตกกังวลลง และบอกการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกผ่อนคลายรู้สึกอยากที่จะสนทนาและพูดคุยด้วยความไว้วางใจ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาต่าง ๆ ด้วยท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

3. แนะนำญาติให้อยู่เป็นเพื่อนหรือให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและรู้สึกโดดเดียว

4. ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดการได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลัง[19]และภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

5. อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

6. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ดังนี้

6.1 แนะนำให้นอนราบ ห้ามนั่งหรือนอนศีรษะสูง 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันน้ำไขสันหลังรั่วและเกิดอาการปวดศีรษะเรื้อรัง

6.2 สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันติดเชื้อที่ปอดและปอดแฟบ

6.3 สอนการเคลื่อนไหวหลังจากอาการชาหมดไป เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย และป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

6.4 สอนการบริหารกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกราน (Kegel exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด และควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

6.5 แนะนำการทำความสะอาดอวัยวะเพศจากด้านหน้าไปด้านหลังและซับให้แห้งทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและภายในอวัยวะสืบพันธ์

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล และสามารถบอกปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง 9 ใน 12 ข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเสียเลือดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับการผ่าตัด vaginal hysterectomy

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่พบอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ แผลผ่าตัดที่อวัยวะเพศและช่องคลอดไม่มีเลือดหรือมีเล็กน้อย ท้องไม่โป่งตึง กดไม่เจ็บ ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น อาการคล้ายจะเป็นลม Hct. 32-36 %, ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ความดันโลหิต 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ หลังจากประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ24 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามภาวะเสียเลือด หากมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท มีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด หายใจหอบเหนื่อย ให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

2. ประเมินและติดตามภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัด[21] ได้แก่ การสังเกตการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดที่ฝีเย็บ และช่องคลอด อาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้อง ท้องโป่งตึง กดเจ็บ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น เยื่อบุตาซีด และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 sat) ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าหากพบอาการดังกล่าว เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจและการให้ออกซิเจน เพื่อพร้อมช่วยเหลือได้ทันที และรายงานแพทย์ทราบทันที

3. สังเกตและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามการทำงานของไต ควรมีปริมาณไม่น้อยกว่า 25 ซีซี/ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่าเกณฑ์ให้รายงานแพทย์

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนน้ำและเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด

การประเมินผล: ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดและช่องคลอด ท้องไม่โป่งตึง ไม่ปวดท้อง ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีเลือดปน ปัสสาวะออก 30-50 มิลิลิตร/ชั่วโมง ความดันโลหิต 124/82 –140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-82 ครั้ง/นาที, การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง, เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 5 ปี, ความดันโลหิต 138/82-140/92 มิลลิเมตรปรอท, Hct. 36%, อายุ 67 ปี, BMI 23.15 กิโลกรัม/ตารางเมตร

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะซ้อนจากยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

เกณฑ์การประเมินผล: ความดันโลหิต 90-130/60-90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 80-120 ครั้ง/นาที การหายใจ 14 - 22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 ml/hr ไม่พบอาการปวดศีรษะเรื้อรัง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้นอนราบ 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการรั่วของน้ำไขสันหลัง และการเคลื่อนต่ำของสมอง

2. ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว ระดับอาการชาบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง และสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ หลังจากประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หากมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท มีเหงื่อออก ตัวเย็น หายใจช้า ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินและติดตามภาวะการไหลเวียนล้มเหลว หากพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือและการรักษาที่เหมาะสม

3. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระดับอาการชาของขาทั้งสองข้าง เพื่อประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยาระงับความรู้สึกและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อรักษาสมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต

การประเมินผล: หลังผ่าตัดรู้สึกตัว ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ระดับอาการชาขาทั้ง 2 ข้าง ลดลงและหมดไปหลังออกจาหห้องผ่าตัด 6 ชั่วโมง ขยับขาทั้ง 2 ข้างได้ปกติ ปัสสาวะออก 30-50 มิลิลิตร/ชั่วโมง ความดันโลหิต 124/82 – 140/90 mmHg ชีพจร 70-82 ครั้ง/นาที, การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกาลดลงจากยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง**,** ชาขา 2 ข้าง ขยับขาเคลื่อนไหวขาได้น้อย ใน 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ไม่ค่อยเคลื่อนไหวบนเตียงตามคำแนะนำ อายุ 67 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 5 ปี

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดส่วนลึก ได้แก่ ขาบวม ปวดขา เจ็บตึงตามแนวหลอดเลือด แดงร้อนที่ขาหรือสีผิวเปลี่ยนไปเส้นเลือดที่ขาโป่งพองขึ้น ไม่เกิดลิ่มเลือดไปอุดตันที่ปอด ได้แก่ อาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว หน้ามืดเป็นลม

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนราบและช่วยพลิกตัวแคงตัวผู้ป่วยใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต

2. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกชาขาลดลงหรือไม่มีชาขาแล้ว กระตุ้นให้เคลื่อนไหวขาทั้ง 2 ข้าง บริหารกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้าง โดยให้กระดกขาเท้า เกร็งกล้ามเนื้อน่อง ชันเข่าและเหยียดขาตรงสลับกันไปมา ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือด

3. หลัง 8 ชั่วโมงกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง หรือเดินรอบเตียงเพื่อเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือด

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ (deep breathing exercise) โดยหายใจเข้าให้ท้องพองขึ้นแล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ต่อเนื่องประมาณ 10-15 ครั้ง เพื่อให้ปอดขยายตัว และเพิ่มปริมาณออกซิเจน

5. สังเกตลักษณะการหายใจ อาการเหนื่อย เจ็บหน้าออก ภาวะพร่องออกซิเจน และวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ ประเมินทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามภาวะลิ่มเลือดไปอุดตันที่ปอด ถ้าพบความผิดปกติให้ออกซิเจน เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ และ รายงานแพทย์ทันที

6. สังเกตอาการบวม ปวด แดง ร้อน สีผิวบริเวณขา ทั้ง 2 ข้าง เพื่อประเมินและติดตามภาวะเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดส่วนลึก ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์

การประเมินผล: ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดส่วนลึกและที่ปอด หายใจปกติ ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ขาทั้ง 2 ข้างไม่บวม สีผิวไม่เปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหวได้ปกติ ความดันโลหิต123/64-143/85 mmHg, PR 70-84 ครั้ง/นาที, RR 16-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดในช่องคลอดและฝีเย็บมีอาการปวดตึงแผลมาก,ระดับpain scale = 6, 140/90 mmHg ปวดมากเวลาขยับตัวและสายปัสสาวะตึง

วัตถุประสงค์: อาการปวดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: ระดับ pain scale <3, ไม่แสดงอาการหน้านิ่วคิ้วขมวด นอนหลับพักผ่อนได้ 7-8 ชั่วโมง/คืน ไม่มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ช่วยเหลือตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความปวด ด้วย PQRST และสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ระดับความปวด

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมของอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและมีส่วยร่วมในการจัดการความปวด ถ้ามีอาการปวดให้แจ้งพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามระดับความปวด[18]

3. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนราบ ช่วยพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง และตรึงสายปัสสาวะ เพื่อลดการกระทบกระเทือนบาดแผลผ่าตัด

4. ตรวจสอบตำแหน่งสายสวนปัสสาวะอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ตึงเกินไปทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์และสายสวนปัสสาวะเพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่แผลผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธ์ ป้องกันการติดเชื้อที่แผลซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมความปวด

5. ประเมินสภาพบริเวณแผลผ่าตัด มีเลือดออก บวมตึงมากเกินไปหรือไม่

ประเมินผล: หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง ปวดแผล ระดับความปวด 6 คะแนน อาการปวดทุเลาลง pain scale = 2 นอนหลับพักผ่อนได้ ปัสสาวะไหลได้ดี สีปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเสียเลือดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับการผ่าตัด vaginal hysterectomy, เสียเลือดในห้องผ่าตัด 100 ml, เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 5 ปี, BP 138/82-140/92 mmHg, Hct. 36%, อายุ 67 ปี, BMI 23.15 kg/m^2

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่พบอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ แผลผ่าตัดที่อวัยวะเพศและช่องคลอดไม่มีเลือดหรือมีเล็กน้อย ท้องไม่โป่งตึง กดไม่เจ็บ ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น อาการคล้ายจะเป็นลม Hct. 32-36 %, ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง BP 120/80-140/90 mmHg, P 60-90 mmHg, R 16-20 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามภาวะเสียเลือด

2. ประเมินและติดตามภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัด ได้แก่ การสังเกตการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดที่ฝีเย็บ และช่องคลอด อาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้อง ท้องโป่งตึง กดเจ็บ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น เยื่อบุตาซีด และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน

3. แนะนำให้ผู้ป่วยใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตการเสียเลือด

4. สังเกตและบันทึกลักษณะจำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามการทำงานของไต ควรมีปริมาณไม่น้อยกว่า 25 ซีซี

5. ดูแลดื่มน้ำวันละ 2000-2500 ml เพื่อทดแทนน้ำและเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด

6. แนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ เพื่อป้องกันการถ่ายอุจจาระลำบากซึ่งอาจส่งผลให้แผลผ่าตัดฉีกขาดและเกิดภาวะเลือดออก

การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดและช่องคลอด ท้องไม่โป่งตึง ไม่ปวดท้อง ปัสสาวะสีเหลืองไม่มีเลือดปน ปัสสาวะออก 30-50 มิลิลิตร/ชั่วโมง BP 130/82 – 140/90 mmHg PR 70-82 ครั้ง/นาที, RR 18-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลและภายในอุ้งเชิงกรานเนื่องจากมีแผลเปิดสู่ภายนอก

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดในช่องคลอดและฝีเย็บ และคาสายสวนปัสสาวะ ผล UA พบ Leucocyte 2^{+} และ WBC 10-20 Cells/HPF, อายุ 67 ปี

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและในอุ้งเชิงกราน

เกณฑ์การประเมินผล: บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการบวมแดง ไม่มีอาการปวดแผลและปวดท้องน้อย ไม่มีหนองไหลซึมจากแผลผ่าตัดและช่องคลอด, T 36.0-37.4 ^{o}C, P 60-90 ครั้ง/นาที R 18-22 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล:

1. แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์จากข้างหน้าไปข้างหลังอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์ทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่ผิวหนัง

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย และให้การพยาบาลตามระดับอุณหภูมิกาย[21] และค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ

3. สังเกตแผลผ่าตัด และการอักเสบติดเชื้อภายในอุ้งเชิงกราน เพื่อประเมินและติดตามการติดเชื้อของแผลผ่าตัด [20,22]

4. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้พับงอหรือถูกกดทับ แขวนถุงในระดับที่ต่ำกว่าร่างกาย เพื่อกำจัดเชื้อโรคและลดการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในน้ำปัสสาวะ

5. แนะนำให้รับประทานอาหารโปรตีนและวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

6. ดูแลให้ได้รับ ยา Ampicillin 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคในร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อ และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา Ampicillin เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ประเมินผล: แผลผ่าตัดไม่บวมแดง มีสิ่งคัดหลั่งสีแดงจางๆ ออกเล็กน้อยในวันที่ 1-2 หลังการผ่าตัด ปัสสาวะไหลดีสีปกติ จำนวนปกติ ไม่มีไข้หลังผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ

ประเมินผล: แผลผ่าตัดไม่บวมแดง มีสิ่งคัดหลั่งสีแดงจางๆ ออกเล็กน้อยในวันที่ 1-2 หลังการผ่าตัด ปัสสาวะสีเหลืองใส จำนวน 1000-1200 มล./วัน T36.8-37.2 °C, P 70-82 ครั้งต่อนาที, R 18-22 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจากยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาลของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 และ 4 เหมือนการวางแผนการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะเนื่องจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดในช่องคลอดและฝีเย็บ และคาสายสวนปัสสาวะ 5 วัน

วัตถุประสงค์: การขับถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยให้นอนหงานตั้งชันเข่า เกร็งกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน 5-10วินาที ผ่อนคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน 3 วินาที ทำวันละ 10-15 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะ
2. ฝึกกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะขณะใส่คาสายสวน โดยหักสายสวนปัสสาวะ 2 ชั่วโมง และปล่อยน้ำปัสสาวะออกจนหมดประมาณ 5 นาที และทำเช่นนี้ 2 วันก่อนถอดสายสวนปัสสาวะออก เพื่อให้ฝึกกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ
3. หลังถอดสายสวนปัสสาวะออก วัดปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ 2 ครั้ง ถ้าออกน้อยกว่า 50 ml แพทย์ให้กลับบ้านได้ ถ้าปัสสาวะค้างมากกว่า 50 ml. ให้ใส่คาสายสวนปัสสาวะ และฝึกกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อ 1-2 วัน
4. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2500-3000 มิลลิลิตร เพื่อขับเชื้อโรคออกมาทางน้ำปัสสาวะ

การประเมินผล ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทุกวัน หลังน้ำสายปัสสาวะออก ปัสสาวะได้ไม่มีอาการแสบขัด ครั้งที่ 1 มีน้ำปัสสาวะค้าง 30 ml ครั้งที่ 2 ไม่มีน้ำปัสสาวะค้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยปวดศีรษะบ่อยๆ ปวดตุบๆ ปวดมากบริเวณหน้าผากและหัวคิ้ว, มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง, BMI 23.15 kg/m^2

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การประเมินผล: BP อยู่ในเกณฑ์ปกติ Systolic 140-90 mmHg, Diastolic 90- 60 mmHg, BMI 22.5 kg/m^2

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา

2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ตรวจพบและร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง นำมาวิเคราะห์สาเหตุและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลและควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือด

3.ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอันตรายของโรคความดันโลหิตสูงโรคไขมันในเลือดสูง พร้อมทั้งชี้ให้เห็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือด

4.ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรุงอาหารที่เหมาะกับสุขภาพเป็นประเภทต้ม นึ่ง ย่าง อบ และแนะนำการรับประทานอาหาร 3 มื้อ/วัน ครบ 5 หมู่ และใช้หลัก 3 เพิ่มคือการเพิ่มการบริโภคปลา ผักและเต้าหู้ 3 งด คือ งดน้ำหวานหรือของหวาน งดของทอดหรือของมัน และงด ของเค็ม และ 3 ลด คือ ลดการบริโภคแป้ง ข้าว และผลไม้รสหวาน เพื่อควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือด[14,23]

5.แนะนำการออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว แกว่งแขน 30-45 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียน เพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของหลอดเลือด และเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน

6.แนะนำให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Atenolol (50) 1 tab oral OD และ Nifedipine (20) 1 tab oral OD ยาลดไขมันในเลือด Atorvastatin (40) ½ tab HS ตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาสมเหตุผล ไม่เพิ่มหรือลดยาด้วยตนเอง และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ ใจสั่น ถ้ามีอาการให้แจ้งแพทย์เพื่อปรับการรักษา

การประเมินผล: BP 118/76-130/85 mmHg ผู้ป่วยบอกเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงได้ถูกต้อง และจะปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารตามคำแนะนำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน “จะทำงานได้เมื่อไร”

วัตถุประสงค์: ความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: สีหน้าคลายความวิตกกังวล บอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างน้อย 6 ใน 9 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล: ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ดังนี้

1.ทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธ์หลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเพื่องป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการติดเชื้อภายในในอุ้งเชิงกราน

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่ควรอาบน้ำในลักษณะการลงแช่ในน้ำเป็นเวลา 6 สัปดาห์เพื่อป้องกันเชื้อโรคอาจเข้าสู่โพรงช่องคลอด ทำให้แผลเกิดการติดเชื้อหรือติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

3. รับประทานข้าวกล้อง ธัญพืช ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำ เพื่อป้องกันท้องผูก และหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาะอย่างรุนแรง เพราะอาจทำให้แผลแยกได้ การเช็ดความสะอาดจากช่องคลอดไปทางทวารหนัก ไม่เช็ดย้อนกลับ เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ และซับให้แห้งหลังเสร็จกิจกรรม

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าได้รับการผ่าตัดแบบไม่ต้องตัดไหม แผลเย็บด้วยไหมละลาย ผู้ป่วยสามารถทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่มากเกินไป หรือยกของหนัก 6 สัปดาห์

5.สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการบวมแดงร้อน ปวดแผลมากขึ้น หรือมีของเหลวลักษณะขุ่นคล้ายหนอง มีกลิ่นเหม็นออกทางช่องคลอด ปวดท้องน้อยมาก มีไข้ ถ้าพบอาการให้รีบกลับมาพบแพทย์ทันที

6. แนะนำให้ผู้ป่วยงดมีเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 6 สัปดาห์เพื่องป้องกันการติดเชื้อ

7. แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด

8.แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ครบรวมทั้งยาลดความดันโลหิตสูงและยาลดไขมันในเลือด ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

9. ให้โทรศัพท์ตามเบอร์โทรที่พยาบาลให้ไว้ เพื่อปรึกษาปัญหา และรับคำแนะนำที่ถูกต้อง

ประเมินผล: ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 7 ใน 9 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาเคสนี้เป็นผู้สูงอายุมีภาวะมดลูกหย่อน ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย แพทย์ทำรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดเป็นการผ่าตัดเอามดลูกออกจากร่างกายโดยไม่มีแผลภายนอกร่างกาย[25] เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากและมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งความเจ็บปวดน้อยฟื้นตัวได้เร็วและการติดเชื้อหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดใหญ่ สรุปผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการผ่าตัดเป็นไปอย่างเรียบร้อย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ไม่มีอาการปวดแผล สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้เร็ว ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังผ่าตัด พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และมีประสบการณ์ที่จะประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่อาจเข้าสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และขณะผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลต้องให้ความรู้ ทักษะและการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วม พบว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง มีความเสี่ยงในการผ่าตัดซึ่งพบปัญหาสำคัญที่พบได้แก่ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ขาดความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องได้รับการจัดการเรื่องความปวดเฉียบพลัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติมากที่สุด การพยาบาลต้องมีความเฉพาะเจาะจง การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมายที่กำหนด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการควรที่จะมีการจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วมให้เป็นปัจจุบันและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อใช้ในโรงพยาบาล

2. ควรมีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้กับพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีโรคร่วม เพื่อความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระยุทธ เต็มธนะกิจไพศาล. ภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (PELVIC ORGAN PROLAPSE). สำนักพิมพ์ : ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.

2. Krissi H, Aviram A, Eitan R, From A, Wiznitzer A, Peled Y. Risk factors for recurrence after Le Fort colpocleisis for severe pelvic organ prolapsed in elderly women. Int J Surg2015;20:75-9.

3. Moen M, Walter A, Harmanli O, Cornella J, Nihira M, Gala R, et al. Considerations to improve the evidence-based use of vaginal hysterectomy in benign gynecology. Obstetric Gynecol. 2014; 124: 585–8.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. Obstetric Gynecol. 2019; 134(5): e126–e142.

5. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 1496-501.

6. พัทยา เฮงรัศมี. อวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน. ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พฤหัส จันทร์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์; บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค OB-GYN in practice 2013. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บ.เอ.ลีฟวิ่ง; 2556. หน้า 177-195.

7. ธีระ ทองสง และคณะ. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บุ๊คส์ เซนเตอร์; 2559.

8. Matteson KA, Butts SF. Committee Opinion No 701: Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. Obstet Gynecol. 2017; 129(6): 155-9.

9. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time. Lancet. 1995; 345(8941): 36-41.

10. Fuzayel AB, Bhadra B, Choudhury N, Shyam DJ. Total laparoscopic hysterectomy versus non descent vaginal hysterectomy: An observational study. Internation Journal of Recent Trends in Science And Technology. 2017; 24(2): 40-3.

11. Pratt JH, Daikoku NH. Obesity and vaginal hysterectomy. J Reprod Med. 1990; 35(10): 945-9.

12. ชัยเลิศ พงษ์นริศร. การผ่าตัดรีแพร์หรือซ่อมเสริมผนังช่องคลอดด้านหลังและฝีเย็บ. คณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.

13. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

14. นันทกร ทองแตง. ภาวะไขมันผิดปกติในเลือด.ใน: นิธิพัฒน์ เจียรกุล,บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพ ภาพพิมพ์; 2556.

15. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี. รายงานสถิติงานเวชระเบียน; 2566.

16. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร; 2557.

17. บุษบา สมใจวงษ์. เอกสารประกอบการสอนวิชา 261 221 การพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ 1 เรื่องการพยาบาลผู้ใหญ่

ที่ได้รับการผ่าตัด. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยข่อนแก่น; 2559.

18. วรนุช ฤทธิธรรม และสมพร ชินโนรส. ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วารสารเกื้อการุนย์, 2556: 19: 75-87.
19. อรลักษณ์ รอดอนันต์และคณะ. วิสัญญีบริบาลทันยุค. กรุงเทพฯ: บริษัท ลักกี้สตาร์ มีเดีย จำกัด; 2560.
20. ยุวดี วัฒนานนท์. การปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ตำราคณะพยาบาล ม.มหิดล; 2560.
21. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพ: เอ็นพีเพรส; 2566.
22. วิจิตรา กุสุมภ์, สุลี ทองวิเชียร. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : กรณีศึกษา. นนทบุรี: พีเคเค พริ้นติ้ง; 2564.
23. จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลดงนอก และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
24. เลลานี ไพฑูรย์พงษ์. Urinary Tract Infection. ใน ปณิสินี ลวสุต และคณะ (บรรณาธิการ) Internal medicine core content for medical students. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
25. กิตติ ตู้จินดา. การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy). ใน: ความรู้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลพญาไท.[บทความออนไลน์]. 2556. เข้าถึงได้ที่ URL: http://www.phyathai.com/medicalarticledetail/1/11/160/th# [สืบค้น 29 ธันวาคม 2566].