

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก : กรณีศึกษา
Nursing care for a patient with ectopic pregnancy : Case Study

สมจิตร เอียดเกลี้ยง*
Somchit Eadklieng*

บทคัดย่อ

บทนำ : การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว นอกโพรงมดลูกและเจริญเป็นตัวอ่อน ถือเป็นโรคทางนรีเวชที่มีความเสี่ยงสูง หากได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา : ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งได้รับการรักษาที่แตกต่างกันคือได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนและการดูแลของพยาบาลที่แตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการแตกของถุงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวล เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา Methotrexate ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดในช่องท้อง ชีตจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ไม่สุขสบายจากปวดแผล ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวล กรณีศึกษาทั้งสองรายมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติ เฝาระวังอาการเปลี่ยนแปลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจกให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติ

คำสำคัญ : การพยาบาล ตั้งครรภ์นอกมดลูก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

Abstract

Background : An ectopic pregnancy occurs when a fertilized egg implants outside the uterus and develops into an embryo. It is considered a high-risk gynecological disease. Delaying diagnosis and treatment could lead to the patient's death.

Objective : To study and compare the use of nursing procedures for two patients with ectopic pregnancies.

Methods : Study of nursing care for two patients with ectopic pregnancies. Data were collected from medical records and interviews with patients and relatives. together with observation Content analysis Set nursing diagnoses, plan nursing actions, and evaluate nursing outcomes.

Results : Both case studies involved patients with ectopic pregnancies. They receive distinct treatments, specifically medication and surgery. This leads to distinct complications and necessitates different nursing care approaches. The first case study reported experiencing discomfort due to stomach pain. The rupture of the gestational sac poses a risk of shock. Patients and relatives are stressed and concerned. There is a risk of side effects from methotrexate. The second case study revealed that the patient was at risk of shock due to blood loss in the abdominal cavity, paleness due to blood loss during surgery, discomfort from wound pain, and stress and concern from patients and relatives. Both case studies improved after the crisis. Watch out for changes in symptoms and no complications after providing nursing care; the patient's symptoms improved, and they passed the crisis.

Keywords : Nursing, Ectopic pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว (fertilized ovum) นอกโพรงมดลูกและเจริญเป็นตัวอ่อน ถือเป็นโรคทางนรีเวชที่มีความเสี่ยงสูง หากได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีอุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค โดยเฉลี่ยพบระหว่าง 1:64 ถึง 1:222 หรือ 4.5 ถึง 15.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ข้อมูลระหว่างปี 1997 - 2002 ขององค์การอนามัยโลก พบว่าอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4.9 และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก ร้อยละ 26 และ ร้อยละ 93 ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุจากการตกเลือด⁽¹⁾ ภาวะนี้สาเหตุ ร้อยละ 10 ของการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึง ร้อยละ 75 ของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก⁽²⁾ ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้น 5 เท่า จากปี ค.ศ. 1970 ถึง 1989 เนื่องจากการตื่นตัวในการสืบค้น การพัฒนาเทคโนโลยีที่ดีขึ้น การคุมกำเนิดที่ป้องกันการตั้งครรภ์ปกติ เช่น ห่วงอนามัยการทำหมันที่ล้มเหลว เทคโนโลยีช่วยเหลือผู้มีบุตรยากการเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการทำแท้ง จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลตรังในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก 78, 63 และ 85 ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เข้ามารับการรักษาจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยยา

กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดท่อนำไข่ตั้งครรภ์หลังทำหมัน เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ตั้งครรภ์ขณะใส่ห่วงคุมกำเนิด โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการ 3 อย่าง คือ เลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ ปวดท้อง และขาดประจำเดือน อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อย⁽⁴⁾

อาจหายไปหรือปวดอยู่ตลอดเวลาในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก ทำให้มีการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงทีก็อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ การรักษามีทั้งแบบไม่ผ่าตัดและวิธีการผ่าตัด⁽⁵⁾ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้นอาจอันตรายถึงชีวิตได้

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดบริเวณท่อนำไข่ 3 ส่วน โดยส่วนที่พบบ่อยที่สุด คือ ampulla (ร้อยละ 75 - 80) รองลงมา คือ ส่วน isthmic (ร้อยละ 12), fimbria end (ร้อยละ 5) และ interstitial (ร้อยละ 2 - 3)⁽⁵⁾

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจำเป็นต้องอาศัยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเสมอ จะไม่สามารถวินิจฉัยจากเพียงการซักประวัติและตรวจร่างกายเท่านั้น โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) เป็นการตรวจที่สำคัญที่สุด ถ้าเห็นการตั้งครรภ์อยู่ในหรือนอกโพรงมดลูกก็สามารถวินิจฉัยได้เลยโดยไม่ต้องตรวจเพิ่มเติมอีก แต่ถ้าไม่เห็นถุงการตั้งครรภ์ต้องอาศัยการตรวจ beta-human chorionic gonadotropin (3-hCG) ร่วมด้วยนอกจากนี้ จะใช้การตรวจ β -hCG ในเลือด เมื่อ β -hCG >1,500 มิลลิยูนิต ต่อมิลลิลิตร (mIU/mL) จะต้องเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกเมื่อตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด หรือ β -hCG >6500 มิลลิยูนิต ต่อมิลลิลิตร จะต้องเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกเมื่อตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง ถ้าไม่เห็นแสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก (นิยมตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดมากกว่า เพราะสามารถ

ให้การวินิจฉัยได้เร็วกว่า) การขูดมดลูก (dilatation and curettage) เพื่อนำเนื้อที่ได้ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าพบ villi แสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก แต่ถ้าไม่พบแสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกซึ่งต้องทำการรักษาต่อไป การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน (laparoscopy) เป็นวิธีมาตรฐานหลัก (gold standard) ในการวินิจฉัย การตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื่องจากเข้าไปมองเห็นพยาธิสภาพโดยตรง แต่เป็นวิธีที่รุกราน (invasive) และมีโอกาสที่จะตรวจไม่พบความผิดปกติได้เนื่องจากก้อนมีขนาดเล็ก และอาจเป็นการตั้งครรภ์ตรงตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่ท่อ นำไข่ได้ ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้ในการวินิจฉัย⁽⁶⁾

การรักษา มีทั้งหลายรูปแบบ^(5,6) ได้แก่

1) การรักษาแบบประคับประคองและสังเกตอาการ ซึ่งจะได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกว่ามีเลือดออกในช่องท้อง มีค่า β -hCG < 1,000 มิลลิวินิต ต่อ มิลลิลิตร เมื่อติดตาม β -hCG แล้วค่าลดลงมากกว่า ร้อยละ 50 ในเวลา 7 วัน

2) การรักษาด้วยยา ปัจจุบันใช้ methotrexate ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยยาออกฤทธิ์เป็น folic acid antagonist ไปยับยั้ง dihydrofolate reductase ยับยั้งขบวนการสร้าง DNA จึงมีประสิทธิภาพ ในการต้านการเจริญของ trophoblast อัตราสำเร็จของการรักษาด้วยยา คือ ขนาดก้อนไม่ควรมีขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร การเต้นของหัวใจทารก ถ้าเต้นอยู่จะมีโอกาสล้มเหลวสูง ระดับ B-hCG ไม่ควรเกิน 5,000 - 10,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร (ยิ่งค่าน้อยโอกาสสำเร็จยิ่งสูง คือ ถ้า β -hCG < 1,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จ ร้อยละ 98, 1,000 - 4,999 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จ ร้อยละ 92, 5,000 - 10,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จ ร้อยละ 87 และถ้า > 15,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จเหลือเพียง ร้อยละ 68) ในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง บ่งบอก

ว่ามีการแตกของก้อน มีการทำงานของตับและไตผิดปกติ มีความผิดปกติทางเม็ดเลือด ไม่สามารถมาตรวจติดตามการรักษาได้ถือเป็นข้อห้ามในการใช้ methotrexate ทั้งสิ้น ดังนั้นก่อนเริ่มยาต้องทำการตรวจเลือดดูระดับ β -hCG, CBC (ต้องมี WBC > 2,000 เซลล์ ต่อ ลูกบาศก์ มิลลิเมตร (cells/mm³) และ platelet > 100,000 cells/mm), BUN, creatinine, liver function test และ Rh (กรณี Rh- ควรให้ Anti-D ด้วย) 3) การรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดทางหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง สำหรับกรณีการตั้งครรภ์ที่ท่อ นำไข่ มีวิธีการผ่าตัด คือ การผ่าตัดแบบ salpingectomy เป็นการผ่าตัดที่เก็บท่อ นำไข่ไว้เพื่อการตั้งครรภ์ในอนาคต (conservative surgery) โดยจะกรีดเปิดท่อ นำไข่ บริเวณด้าน antemesosalpinx ยาวประมาณ 1 - 1.5 เซนติเมตร จากนั้นทำการคีบเอาชิ้นเนื้อการตั้งครรภ์ออก แล้วทำการห้ามเลือดด้วยจี้ไฟฟ้า ปล่อยแผลไว้ให้หายเองโดยไม่ต้องเย็บปิด และการผ่าตัดแบบ salpingectomy เป็นการตัดท่อ นำไข่ข้างที่เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกออก จะทำในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำในท่อ นำไข่ข้างเดิมและท่อ นำไข่ที่มีความเสียหายรุนแรงมีอาการเลือดออกอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ salpingectomy จะมีโอกาสเกิดการหลงเหลือเนื้อเยื่อการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องรับการตรวจติดตาม β -hCG ทุกสัปดาห์จนกว่าจะไม่พบ (โดยส่วนใหญ่จะหายไป ใน 20 วัน)

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะวิกฤตที่ปรากฏอาการแสดงที่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตจากการตกเลือดภายในช่องท้องได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นรักษาด้วยการผ่าตัด นับได้ว่าเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากลักษณะของโรคและการรักษาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและ

ครอบครัว ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและอธิบายความจำเป็นในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ และต้องมีความชำนาญในการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สังเกตการตอบสนองของผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามระบบ เน้นความสำคัญอยู่ที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มที่อาการยังไม่แน่ชัด ต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะการดำเนินของโรคอาจนำไปสู่ภาวะที่มีการแตกของถุงที่อยู่นอกมดลูกได้ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนและการไม่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำ โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมสิทธิภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกผู้ศึกษาในฐานะเป็นผู้นำด้านการพยาบาล จึงสนใจศึกษาในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้พัฒนาแนวทางในการพยาบาลครรภ์นอกมดลูกให้มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยแก่

ผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ส่งผลให้ ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกโรคที่ต้องการศึกษา และขอรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เลขที่ ID023206-2567 ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล จากตำราทางการแพทย์ ตำราทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก และขอแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล และวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนทางการพยาบาล จากนั้นศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วย 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล จากการซักประวัติผู้ป่วย ตามแบบแผนสุขภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและครบถ้วน นำแผนการพยาบาลมาใช้กับกรณีศึกษา ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ปรับปรุงแก้ไข การปฏิบัติงานการพยาบาล และสรุปผลการศึกษาคณะศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 31 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวา ทะลุหลัง 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (วันที่ 17 พฤษภาคม 2567) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ให้ประวัติปวดท้องน้อยด้านขวาทะลุหลัง ไม่มีไข้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

ประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 4 เมษายน 2567 เป็นระยะเวลา 4 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ 2 ปีก่อน เคยผ่านการคลอด 2 ครั้ง โดยการผ่าตัดคลอด ร่วมกับการทำหมันในการตั้งครรภ์ที่ 2 ตรวจร่างกาย E4V5M6 ความดันโลหิต 127/86 mmHg ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct 37.3%, Plt 355,000 per cu.mm, WBC 10, 150/cu.mm, BUN = 10 mg/dl, Cr = 0.6 mg/dl, K = 3.8 mmol/l, Na = 138 mmol/l, Cl = 103 mmol/l CO₂ = 23 mmol/l β -hCG 1827.31 mIU/mL ผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบ minimal fluid in RLQ No intrauterine sac could identified 4.5 x 4.7 x 4.3 cm hypoechoic lesion right laterally to uterus วินิจฉัยว่าเป็นตั้งครรภ์นอกมดลูก อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ แพทย์พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาล

แรกวันที่แผนกนรีเวช ให้ผู้ป่วยนอนพัก ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml rate 120 ml/hr. เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ให้งดน้ำงดอาหาร เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมง ติดตาม β -hCG ใน 48 ชั่วโมง วันที่ 2 ของการรักษา ผู้ป่วยปวดท้องลดลง แพทย์ให้ยาเมโทเทรกเซท (Methotrexate) 135 mg ทาง

กล้ามเนื้อ งดน้ำและอาหารระหว่างมื้อ เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 35 - 37% หลังให้ยาติดตาม β -hCG ในวันที่ 4 และ 7 วันที่ 4 ของการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีเลือดออก มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย Hct อยู่ระหว่าง 32 - 33% ได้ β -hCG 481 mIU/ml วันที่ 5 ของการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด ขณะลุกนั่งมีอาการเวียนศีรษะ ติดตาม Hct ทุก 8 ชั่วโมง Hct อยู่ระหว่าง 32 - 33% วันที่ 7 ของการรักษา β -hCG 114.35 mIU/ml ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วย คือ เสี่ยงต่อภาวะข้อคจากท่อน้ำไข้แตก ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวล เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา Methotrexate ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงไม่มีภาวะแทรกซ้อนซ้ำ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และนัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

ตารางที่ 1 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>1. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการแตกของถุงตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน ตรวจอัลตราซาวนด์ พบ minimal fluid in RLQ No intrauterine sac could identified 4.5 x 4.7 x 4.3 cm hypoechoic lesion right laterally to uterus สัญญาณชีพ ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ประเมินอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง2. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา3. ประเมินระดับความปวดและภาวะช็อค4. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC electrolyte5. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95% <p>การประเมินผล กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เกิดภาวะช็อก ความดันโลหิต 83/50 - 128/70 mmHg, ชีพจร 100 - 110 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที, Oxygen sat 96 - 97 % ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่าย capillary refill time 2 วินาที</p>
<p>2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษา ข้อมูลสนับสนุน สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้าหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกกลัวจะตั้งครรภ์ไม่ได้</p> <p>เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none">1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและซักถามผู้ป่วยและญาติเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติบอกความรู้สึก และความวิตกกังวล2. ให้ข้อมูลเรื่องการรักษาและพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมพร้อมเพื่อผ่าตัดฉุกเฉิน การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำ และการให้เลือด <p>การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงยอมรับแผนการรักษา</p>
<p>3. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา Methotrexate ข้อมูลสนับสนุน ได้รับยาเมโธเทรกเซท</p> <p>เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยา</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ดูแลบริหารยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังติดตามผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไป เช่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ คลื่นไส้ ปวดท้อง ปวดศีรษะ วิงเวียน รู้สึกเหนื่อยล้า ตาพร่ามัว เป็นต้น2. เฝ้าระวังอาการแพ้ยา เช่น มีผื่นคัน หายใจลำบาก มีอาการบวมที่ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น ลำคอ รู้สึกแสบร้อนที่ดวงตา หรือมีอาการแพ้ที่ผิวหนังอย่างรุนแรง ปวดตามผิวหนัง มีผื่นแดงหรือมวงกระจายตามร่างกาย โดยเฉพาะใบหน้าและช่วงบนของลำตัว ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลพุพองหรือฉีกขาดได้3. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ4. ตรวจติดตามระดับ serum hCG <p>การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ หลังจากนั้นไม่มีอาการใด</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>4. ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกปวดท้อง สีหน้าคิ้วขมวด Pain Score เท่ากับ 9/10 คะแนน เป้าหมาย ผู้ป่วยอาการปวดลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบายลดสิ่งกระตุ้นจัดบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน 2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain Score ด้วย Numeric Scale 3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาและประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดซ้ำ 4. แนะนำและสอนการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุ่มท้องเพื่อลดการ กระทบกระเทือนแผล 5. แนะนำการใช้เทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจาก อาการปวด <p><u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษาสีหน้าแจ่มใส อาการปวดแผลทุเลาลง Pain Score ลดลง</p>
<p>5. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน หลังจากกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน มีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามพยาบาลบ่อยครั้งเรื่อง การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน หลังจากกลับบ้าน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัว ได้อย่างถูกต้อง 3. แนะนำ เรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้น แนะนำการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษา 4. นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ 5. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออก ปวดท้องเพิ่มขึ้นให้รีบมา โรงพยาบาล <p><u>ประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติรับฟัง สามารถบอกการปฏิบัติตนเมื่อ กลับไปอยู่บ้านได้</p>

กรณีศึกษารายที่ 2

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 36 ปี อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยมากมา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2567) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ให้ประวัติปวดท้องน้อยด้านซ้าย ลักษณะบีบไม่ร้าวไปส่วนไหน ประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 25 มกราคม 2567 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เคยตั้งครรภ์ 3 ครั้ง คลอดปกติ คุมกำเนิดแบบใช้ฮอร์โมนโดยยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ตรวจร่างกาย E4V5M6 ความดันโลหิต 112/73 mmHg ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct 37%, Plt 251,000 per cu.mm, WBC 10,500/cu.mm, BUN = 10 mg/dl, Cr = 0.57 mg/dl, K = 3.7 mmol/L, Na = 137 mmol/L, Cl = 102 mmol/L, Co2 = 21 mmol/L ผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบมีของเหลวและเลือดในช่องท้อง สูตินรีเวชกรรมวินิจฉัยว่าเป็นตั้งครรภ์นอกมดลูกขณะนอนพักที่หอผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้นและมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ต้องรับการผ่าตัดเร่งด่วนโดยตัดท่อนำไข่และรังไข่ข้างซ้ายออก Rupture pregnancy with hypovolemic shock ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1000 ml IV rate 150 ml/hr. งดน้ำและอาหาร เฝ้ารอสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ให้เตรียม PRC 2 unit Cefazoline 2 gm ทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด ผ่าตัดด้วย explore lap with TR ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general Anesthesia with E.T tube) เวลา ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 20 นาที

ประมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัด 1,850 ml ให้ PRC 2 unit, ให้สารน้ำ 0.9 NSS 1,800 ml, Urine ออก 100 ml หลังผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ห้องฟักฟื้นเพื่อสังเกตอาการ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยตื่นดี หายใจสะดวกดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 118/64 mmHg ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที Oxygen Sat 99% ให้ oxygen mask 6 lit /min ปวดแผลผ่าตัดมาก Pain Score 10 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด MO 4 mg ทางหลอดเลือดดำ อาการปวดทุเลา ส่งกลับหอผู้ป่วย ผู้ป่วยตื่นดี ไม่ปวดแผลมาก หลังผ่าตัดวันที่ 1 Hct 32%, หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มลุกนั่งและเดินได้เล็กน้อย ปวดแผลผ่าตัดพอทนและผล วันที่ 5 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน นัดฟังผล Patho วันที่ 13 มีนาคม 2567 และผู้ป่วยมาตามนัด ผล pathological diagnosis : Fallopian tube left resection : tubal pregnancy with rupture

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วย คือ มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องท้อง ชีตจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ไม่สุขสบายจากปวดแผล ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติเฝ้ารออาการเปลี่ยนแปลงไม่มีภาวะแทรกซ้อนซ้ำอีกผู้ป่วยได้รับการพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวมสามารถฟื้นฟูร่างกายจิตใจได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน จากการติดตามหลังการจำหน่าย พบแผลผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hemorrhagic hypovolemic shock)</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> มีเลือดออกในช่องท้องเนื่องจากท่อน้ำไขแตกจากการตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 104/70 - 112/73 mmHg, ชีพจร 90 - 116 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 28 ครั้ง/นาที</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้าน้ำคิ้วขมวดผู้ป่วยบอกเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินกลัวจะได้รับอันตรายถึงชีวิต</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. งดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตสีและปริมาณของปัสสาวะซึ่งปัสสาวะควรออกมากกว่า 30 cc/hr. 5. ประเมินระดับความปวดและภาวะซีด 6. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC electrolyte 7. ให้ออกซิเจน mask with bag 6 ลิตรต่อนาที 8. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95 % <p><u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษาไม่เกิดภาวะช็อก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 112/73 - 128/70 mmHg, ชีพจร 90 - 100 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที, Oxygen sat 96 - 97 % ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่าย capillary refill time 2 วินาที การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก เพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมบริเวณผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหารการให้สารน้ำ และการให้เลือด 2. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติการ <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงยอมรับแผนการรักษา</p>
<p>2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีดจากการเสียเลือดและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> มีภาวะซีดค่า Hct = 32% เสียเลือดจากการผ่าตัด 1,850 ml.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำนอนหัวสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 6 lit/min 3. ประเมินลักษณะการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามค่า SpO2 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และเมื่อพบอาการผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจนรายงานแพทย์ทันที

ตารางที่ 2 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>5. เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนพบผิดปกติรายงานแพทย์ได้แก่ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หายใจไม่สม่ำเสมอความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วขึ้น</p> <p><u>การประเมินผล</u> ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกายปกติ ทั้ง 2 กรณีศึกษา</p>
<p>3. ภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> มีภาวะช็อคค่า Hct = -32 %</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค</p>	<p>1. ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำและเลือด</p> <p>2. เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกในช่องท้องซ้ำเลือดออกทางช่องคลอด และเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง</p> <p>3. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 2 - 4 ชั่วโมง</p> <p>พบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกตินำไปสู่ภาวะช็อครายงานแพทย์ทันที</p> <p><u>การประเมินผล</u> สัญญาณชีพปกติ ไม่พบเลือดออกในช่องท้องและทางแผลผ่าตัดหน้าท้องได้รับ PRC 2 unit พบผล Hct. เพิ่มขึ้น Hct = 34%</p>
<p>4. ปวดแผลระดับรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อร่างกายและเส้นประสาทในช่องท้องได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วยบอกปวดแผลสีหน้าคิ้วขมวด Pain Score เท่ากับ 9/10 คะแนน</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยอาการปวดลดลง</p>	<p>1. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบายลดสิ่งกระตุ้นจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน</p> <p>2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain Score ด้วย Numeric Scale</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เมื่อระดับ Pain Score มากกว่า 7/10 คะแนน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดซ้ำเมื่อ Pain Score มากกว่า 4/10 คะแนน ดูแลให้ได้รับยาบรรเทา (paracetamol 500 mg. 1 tab ทุก 6 ชั่วโมง) เมื่อผู้ป่วยรับประทานได้</p> <p>4. แนะนำและสอนการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุ่มแผลหรือใช้ผ้ารัดหน้าท้องพยุงไว้เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล</p> <p>5. แนะนำการใช้เทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจากอาการปวด</p> <p><u>ประเมินผล</u> กรณีศึกษาสีหน้าแจ่มใส ได้รับการระงับปวดด้วย Morphine 4 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ไม่เกิดอาการข้างเคียงหลังได้รับยา อาการปวดแผลทุเลาลง Pain Score ลดลง โดยวันที่ 1 - 3 หลังผ่าตัด Pain Score 6/10, 5/10 และ 4/10 คะแนน ตามลำดับ</p>

ตารางที่ 2 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>6. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน มีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามพยาบาลบ่อยครั้ง</p> <p>เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปบ้าน</p>	<p>1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>2. อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อซ่อมแซม ส่วนที่สึกหรอ ได้แก่ ข้าว เนื้อ สัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้</p> <p>แนะนำ เรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้น แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา จนครบการวางแผนครอบครัว และการงดมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด</p> <p><u>ประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติรับฟัง สามารถบอกการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้</p>

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบและวิเคราะห์กรณีศึกษา 2 ราย

รายการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สาเหตุ	เคยผ่าตัดทำหมัน	ไม่ทราบสาเหตุ
อาการ	อาการปวดท้องด้านขวาทะลุหลัง	อาการปวดท้องน้อยมาก
การวินิจฉัย	ตรวจอัลตราซาวด์และ β -hCG วินิจฉัย Ectopic pregnancy	ตรวจอัลตราซาวด์ วินิจฉัย Rupture pregnancy with hypovolemic shock
การรักษา	รักษาด้วยยา methotrexate	รักษาด้วยการผ่าตัด

วิจารณ์

การดูแลกรณีศึกษาทั้งสองราย พบว่ามีแผนการพยาบาลที่แตกต่างกันเล็กน้อยเนื่องจากการรักษาที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีถูกการตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกแต่มีข้อบ่งชี้ที่สามารถให้ยาเพื่อการรักษาได้ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะ

ถูกตั้งครุภัณฑ์แตกและมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด การดูแลเพื่อแก้ไขภาวะช็อคจึงมีความสำคัญไปด้วย ต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงจนผู้ป่วยปลอดภัยถึงแม้กรณีศึกษาทั้งสองรายจะมีความเหมือนกันในเรื่องของการสิ้นสุดความต้องการการตั้งครุภัณฑ์แล้ว

แต่แพทย์พิจารณาในเรื่องการรักษาที่แตกต่างกัน จากอาการที่แตกต่างกันโดยกรณีศึกษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเคยทำหมันและไม่มีเลือดออก ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ซึ่งตั้งครรภ์หลายครั้งและมีอายุมาก มีปัญหาเรื่อง เศรษฐฐานะ ไม่ได้วางแผนครอบครัว เนื่องจากคิดว่า อายุมากไม่น่าจะตั้งครรภ์แล้ว จึงต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นในการรักษาและแพทย์พิจารณาผ่าตัด เนื่องจากมีการแตกของถุงตั้งครรภ์และเพื่อการ ทำหมันด้วย ในกรณีศึกษาทั้งสองรายจำเป็นต้อง เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการแตกของถุงตั้งครรภ์ด้วย ถึงแม้จะมีการเฝ้าระวังแล้วแต่พบปริมาณเลือดที่ กรณีศึกษาที่ 2 จำนวน 1800 มิลลิเมตร แต่ยังไม่พบ ภาวะช็อคได้ จากการดูแลการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะ shock ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เมื่อเกิดภาวะวิกฤตสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและ ลดอันตราย

จะเห็นว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็น ภาวะวิกฤตหากเกิดการแตกของถุงตั้งครรภ์ นำไปสู่ ภาวะช็อคได้ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการ ตรวจเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ ยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ จะเห็นได้ว่าการ วินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายขั้นตอน⁽⁸⁾ ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาที่ทำให้การวินิจฉัย การตั้งครรภ์นอกมดลูกล่าช้าและผิดพลาดได้ง่าย เพราะเมื่อมีการแตกของถุงตั้งครรภ์จะทำให้มี เลือดออกในช่องท้อง ต้องได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้นอาจอันตรายถึงชีวิตได้⁽⁶⁾ พยาบาลมีบทบาทในการใช้กระบวนการพยาบาล แก้ปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้อง เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเมื่อเกิดภาวะวิกฤตสามารถ

แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วทำให้ ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอันตราย ดังนั้นพยาบาลต้อง มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยและมีทักษะ ทางคลินิก (clinical skill) ทั้งความรู้เรื่องของพยาธิ สรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้น โรคประจำตัวผู้ป่วยรวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นได้จากการได้รับยาหรือการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารงาน เสนอแผนการ ปรับปรุงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการประชุม ปรึกษาทางการพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง รวมถึงทบทวนแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกให้แก่บุคลากร ทางด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็น ทิศทางเดียวกัน

2. การปฏิบัติการพยาบาล

2.1 จัดทบทวนแผนการพยาบาลและ ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกแก่ พยาบาลเป็นประจำ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและ มีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ ของทีมสุขภาพ

2.2 พยาบาลต้องมีความไวในการ ประเมินความเสี่ยงต่อการแตกของถุงที่อยู่บริเวณ นอกมดลูก โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยังไม่แน่ชัด ต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะการ ดำเนินของโรคอาจนำไปสู่ภาวะที่มีการแตกของ ถุงท้องนอกมดลูกได้

2.3 พยาบาลนรีเวชต้องมีไหวพริบ และความไวในการตัดสินใจ รวมถึงความพร้อมของ ทีมผู้ให้การช่วยเหลือ ความพร้อมของเครื่องมือและ อุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉิน เพราะ การตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

3. ด้านสิ่งสนับสนุนการพยาบาล ควรมีการจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์นอกมดลูกในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงจัดเตรียมยาสารน้ำ ให้อยู่ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการหยิบใช้งาน และมีพร้อมใช้ตลอดเวลา

4. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว ตลอดจนส่งเสริมความตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Vicken P Sepilian, Michel E Rivlin. Ectopic Pregnancy. Retrieved January 7, 2014 from <http://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview#aw2aab6b2b5>
2. Ali, S.K., Ali, A.A., &Soomar, S.M. Diagnosis and management of ectopic pregnancy - A Basic view through literature. Critical Care Obstetrics and Gynecology 2019; 5 (2) Retrieved from DOI: 10.21767/2471-9803.1000174
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง. สถิติหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลตรัง. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2566.
4. ตรึงภพ เลิศบรรณพงษ์. ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
5. นุชจรินทร์ ทองโรจน์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 2563; 17(2): 41-128.
6. มรุต ญาณารณพ, พจนีย์ ผดุงเกียรติวิวัฒนา และ พงศพร มณีรัตน์. นรีเวชวิทยาคลินิก เล่ม 1. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี; 2566.
7. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ และคณะ. ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
8. เพ็ญศรี ละออ. การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565; 5(2): 83-172.