



การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแตกของเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ : กรณีศึกษา

สุชาดา ศรีหาพล พย.บ.*

บทคัดย่อ

ภาวะที่มีการแตกของเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ที่มีอุบัติการณ์ต่ำ แต่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก กรณีศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแตกของเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาระยะพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการทบทวนเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง ระหว่างวันที่ 8 เมษายน-16 พฤษภาคม 2563 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มาด้วยอาการปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง 5 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล โดยไม่มีอาการท้องปั้งแข็ง หรืออาการน้ำเดิน ผล ultrasound พบ pelvic mass ขนาด 7x7 ซม. ร่วมกับ Fetal distress แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 8 เมษายน 2563 และส่งผ่าตัด Caesarean Section with B-lynch procedure พบ hematoma at Lt. adnexa anterior cul-de-sac with blood clot 1,000 cc. จึงใส่ swab เพื่อห้ามเลือด และทำผ่าตัด Re-explored laparotomy with off swab วันที่ 10 เมษายน 2563 ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยหนักคัดลอกกรรมระหว่างวันที่ 8-11 เมษายน 2563 ย้ายมาหอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน จำหน่ายทุเลาวันที่ 16 เมษายน 2563 การวินิจฉัยสุดท้าย Rupture Endometrioma รายงานผลชิ้นเนื้อวันที่ 16 พฤษภาคม 2563 พบว่าเป็น Ovarian cyst กรณีศึกษานี้ ผู้ศึกษาพบว่าการประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของพฤติกรรม 4 ด้านของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาท และด้านการพึ่งพาอาศัย สามารถนำไปตั้งเป้าหมายและการวางแผนการพยาบาลให้มีความครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคมอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรม การปรับตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมกับระยะก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด และก่อนกลับบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่, ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์, การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ



Nursing Care for Pregnancy Patient with Rupture Endometriosis : Case Study

Suchada Srihapon (Nursing and Midwifery)*

Abstract

Rupture endometriosis during pregnancy is a complication with low incidence but results are life-threatening for both mother and child. This case study aims to study the nursing process for pregnancy patient with rupture endometriosis based on Roy-s adaptation theory. It is a retrospective descriptive study design. Data has been collected by the interviewed patient and relative and reviewed medical records from April 8th - May 16th, 2020. Results: a 27-year-old pregnant female (G1 P0) who presents at 36 weeks of gestation complaining of acute severe lower abdominal pain with no other associated symptoms such as contraction or membrane leak 5 minutes prior to admission. Ultrasound showed pelvic mass 7x7 centimeters with fetal distress. So, she was admitted and got the Caesarean section with B-lynch procedure due to fetal distress on April 8th, 2020. Hematoma at Lt. adnexa anterior cul-de-sac with blood clot 1,000 cc. was seen intraoperatively and packed swabs for stop bleeding then re-operation for re-explored laparotomy with off swabs on April 10th, 2020. The patient has been treated the complications after surgery in the surgical intensive care unit from April 8th - 11th, 2020, and transferred to the postpartum ward in order to continue treatment and preparation for discharge. The patient has been discharged on April 16th, 2020. The last diagnosis was Rupture Endometrioma and pathological diagnosis which reported on May 16th, 2020 was an Ovarian cyst. In this case study, I found that the assessment of stimuli that influence the adaptive behavior in 4 modes of patient and relative include physiological, self-concept, role function, and interdependence modes. Able to set goals and nursing plans overall holistic body, mind, and society. Including promoting behavior in adjusting the patient to be suitable for the preoperative period, after surgery period, and before discharge effectively.

Keywords : Endometriosis, Complication during pregnancy, Nursing care

* Registered Nursing-Professional Level, Department of Nursing, Chaiyaphum Hospital

บทนำ

เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) หมายถึง ภาวะที่เยื่อบุโพรงมดลูกไปเจริญนอกโพรงมดลูก ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง⁽¹⁾ บริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ บริเวณเยื่อบุช่องเชิงกราน เรียกว่า Pelvic endometriosis เยื่อบุโพรงมดลูกไปตกที่ผิวของรังไข่มีการเจริญเติบโตของเซลล์ที่อบุโพรงมดลูกต้นผิวรังไข่เข้าไปด้านใน เมื่อมีเลือดออกในแต่ละรอบเดือนจะมีการสะสมของเลือดจนกระทั่งเป็นถุงน้ำรังไข่ เรียกว่า Endometriotic cyst หรือ endometriomas และเยื่อบุโพรงมดลูกฝังลึกที่บริเวณ rectovaginal septum⁽²⁾ สาเหตุการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้แก่ มีประวัติได้รับเอสโตรเจนเป็นระยะเวลาาน รอบประจำเดือนน้อยกว่า 27 วัน ประจำเดือนมามากมีการอุดตันทางออกของประจำเดือน ได้รับสาร DES (diethylstilbestrol) ขณะตั้งครรภ์⁽³⁾ ทำให้มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง ปวดประจำเดือนมาก และมีบุตรยาก⁽⁴⁾ ดังนั้นการเกิดภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในหญิงตั้งครรภ์จึงมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Maggiore และคณะ⁽¹⁾ พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีความชุกการเกิดเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่บริเวณรังไข่ ร้อยละ 30-40⁽⁵⁾ ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์จะพบว่าความชุกการเกิดเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่และกลายเป็นถุงน้ำเท่ากับร้อยละ 0.5-1.2 โดยพบว่าเกิดขึ้นที่บริเวณ corpus luteum หรือ adnexa⁽⁶⁾ จากการศึกษาของ Ueda และคณะ พบว่าระหว่างการตั้งครรภ์ ร้อยละ 52 ถุงน้ำจะมีขนาดลดลง ร้อยละ 28 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และร้อยละ 20 มีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกที่เจริญผิดที่นั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบ decidualization เกิดเป็นฝีหรือแตกได้⁽⁷⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการตกเลือดในอุ้งเชิงกราน (Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy) ร้อยละ 52-55.9 พบว่า สาเหตุสำคัญ

เกิดจากภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่^(8,9) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.8 แสดงอาการในช่วงไตรมาสที่ 3 โดยพบว่า ร้อยละ 94.9 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน⁽⁹⁾ ส่งผลให้เกิดภาวะความเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก รกเกาะต่ำ fetal distress ทารกคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดก่อนคลอด และหลังคลอดได้⁽⁹⁻¹¹⁾ ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก

ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ระหว่างการตั้งครรภ์ ต้องมีการปรับตัวด้านร่างกายที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะคุกคามต่อชีวิต ด้านบทบาทที่มีการเปลี่ยนแปลงจากบุคคลที่แข็งแรงเป็นผู้ป่วย และเป็นมารดา และด้านการพึ่งพาระหว่างกันกับบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นิพนธ์ ในฐานะพยาบาลหออผู้ป่วยหลังคลอด จึงเห็นความสำคัญของการนำทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy's adaptation model)⁽¹²⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น⁽¹³⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแตกของเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแตกของเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน
2. ใช้เป็นแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการแตกของเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในระหว่างการตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการ

การศึกษาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 8 เมษายน - 16 พฤษภาคม 2563 มีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อศึกษาข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูล
2. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
3. ศึกษาความรู้เรื่องโรคและทฤษฎีทางการพยาบาลจากเอกสารวิชาการและงานวิจัย
4. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดทำกระบวนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน
5. สรุปผลการศึกษาและเผยแพร่ผลการศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 27 ปี $G_1 P_0 A_0 L_0$ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มาโดยพลอนอน ผู้ให้ประวัติคือผู้ป่วยและสามี สถานภาพสมรส สัญชาติไทย อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลชัยภูมิ ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2563 เวลา 20.35 น. จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตวันที่ 16 เมษายน 2563 ระยะวันนอนโรงพยาบาล 8 วัน

อาการสำคัญ : ปวดท้องน้อยเฉียบพลัน ปวดตลอดเวลาและปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ 5 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : 5 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน ปวดตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีอาการท้องป็นแข็ง ไม่มีน้ำเดิน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด : $G_1 P_0 A_0 L_0$ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ (โดยการ ultrasound) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ รับการตรวจตามนัด ทุกครั้งจำนวน 14 ครั้ง EDC 3 พฤษภาคม 2563 ผลการตรวจเลือดปกติ หมู่เลือด O Rh เป็นลบ ได้รับการฉีด Tetanus Toxoid 2 ครั้ง

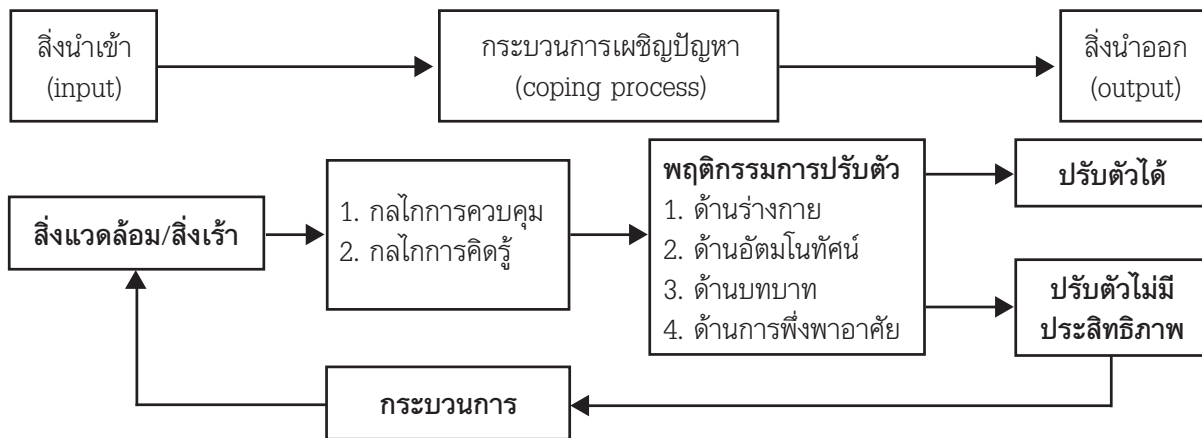
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เคยมีประวัติ Hyperthyroidism รับการรักษาที่โรงพยาบาลแพทย์แจ้งว่ารักษาหายแล้ว จำระยะเวลาไม่ได้ ไม่มีประวัติได้รับการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก วันที่ 8 เมษายน 2563 = **Fetal distress**

การวินิจฉัยโรคสุดท้าย วันที่ 16 เมษายน 2563 = **Rupture Endometrioma**

รอยอธิบายระบบการปรับตัวของบุคคลว่าบุคคลเป็นเหมือนระบบการปรับตัวที่มีความเป็นองค์รวม (holistic adaptive system) และเป็นระบบเปิด ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการเผชิญปัญหา (coping process) สิ่งนำออก (output) และกระบวนการป้อนกลับ (feedback process) แต่ละส่วนทำงานสัมพันธ์กัน โดยเมื่อสิ่งเร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในผ่านเข้าสู่ระบบการปรับตัว จะกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา 2 กลไก ได้แก่ กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรม การปรับตัวออกมา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ดังตารางที่ 1 ผลลัพธ์การปรับตัวมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การปรับตัวได้ และการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ดังภาพที่ 1

กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ที่มา : ดัดแปลงจาก The Roy's Adaptation Model (Roy, 2008)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา Rupture Endometrioma มี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอน ที่ 1 การประเมินพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ของผู้ป่วย ขั้นตอน ที่ 2 การประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพล ต่อการปรับตัว ขั้นตอน ที่ 3 การระบุปัญหาและจัด ลำดับความสำคัญของปัญหา โดยปัญหาที่คุกคาม ต่อชีวิตต้องมีความสำคัญอันดับที่หนึ่ง ขั้นตอน ที่ 4 การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล ขั้นตอน ที่ 5 ปฏิบัติการพยาบาลโดยจัดการกับสิ่งเร้าที่เป็น สาเหตุของการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอน ที่ 6 การประเมินผลการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยระยะ ก่อนผ่าตัด

1.1 การประเมินพฤติกรรมปรับตัว พบว่า

- ด้านร่างกาย : ผู้ป่วย G₁P₀A₀L₀GA 36 wk. มีอาการปวดท้องน้อยมาก pain scale = 8 คะแนน, v/s T. 36.6 °C. P. 92/min. R. 20/min. B.P. 159/117 mm.Hg., P.V. os closed, FHS. 108-116/min. ต่อมา FHS drop 85-116/min. ต่อเนื่องนานกว่า 5 นาที

- ด้านอัตมโนทัศน์ : คิดว่าตนเองและ ลูกอาการหนักมาก เมื่อสังเกตจากปฏิกิริยาของหมอ และพยาบาลที่อยู่รอบข้าง

- ด้านบทบาทหน้าที่ : ไม่รู้ว่าจะต้องแสดง บทบาทหน้าที่การเป็นผู้ป่วยอย่างไรเพื่อให้ตนเองและ ลูกปลอดภัย

- ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน : รู้สึก ว่าเหว เพราะไม่มีใครอธิบายอะไรให้ฟัง แต่เข้าใจดีว่า ทุกคนกำลังพยายามช่วยเหลือตนเองและลูก

1.2 การประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อ การปรับตัว ได้แก่ ผล ultrasound แรกได้รับพบ Pelvic mass ขนาด 7x7 cm. at Lt. pelvic cavity

1.3 การระบุปัญหาและจัดลำดับความ สำคัญของปัญหา ได้แก่

- เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากมี rupture of pelvic mass

- ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ Birth asphyxia เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดและภาวะ Fetal distress

- ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวด ท้องน้อย

- มีความวิตกกังวลต่อความปลอดภัย ของทารกในครรภ์และตนเอง เนื่องจากเกิดอาการ ปวดท้องน้อยกะทันหันและยังไม่ครบกำหนดคลอด

1.4 การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะ Birth asphyxia อาการปวดท้องทุเลาลง และความวิตกกังวลลดลง

1.5 ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย

- การติดเครื่อง Electronic fetal monitoring (EFM) ที่หน้าท้องเพื่อติดตาม FHS

- ดูแลให้ได้รับ Intrauterine Resuscitation (IUR) จัดนอนตะแคงซ้าย ตามแผนการรักษาของแพทย์

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

- ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดท้องและคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์

- แพทย์และพยาบาลร่วมกัน อธิบายแผนการรักษาพยาบาลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและทารกในครรภ์ระหว่างการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และให้ปรึกษาหารือกันว่าจะตัดสินใจรับหรือปฏิเสธการรักษา

- ประสานงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี และทีมกุมารเวชกรรมรับทารกแรกคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

- เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด งดอาหารและน้ำ เตรียมความสะอาดของผิวหนัง ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือดส่งตรวจห้องปฏิบัติการและขอ PRC 2 unit

- ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 21.50 น. พร้อมกับทำ IUR ขณะนำส่ง

1.6 การประเมินผลการพยาบาลวันที่ 8 เมษายน

- เวลา 21.55 น. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Caesarean Section with B-lynch procedure หลังพบ hematoma at Lt. adnexa anterior cul-de-sac with blood clot 1,000 cc. แพทย์จึง

pack swab for stop bleeding 2 ชิ้น estimated blood lost 3,000 cc. ได้ PRC 2 unit ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา

- Post-operative diagnosis : Rupture Endometrioma Hct. 29% HR 138/min. regular B.P. 132/102 mm.Hg. ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

- ทารกเพศชาย คลอดเวลา 22.05 น. น้ำหนัก 2,180 กรัม Apgar score 1, 8, 8 คะแนน PPV 3 นาที on E.T tube with CPAP O₂ saturation 85-93% ย้ายไป NICU

2. กระบวนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

2.1 การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวพบว่า

- ด้านร่างกาย : กลับจาก O.R. ย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้ on E.T. tube with ventilator O₂ saturation 100% no cyanosis, Hct. 29% urine output 11 cc./4 hr. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม no bleeding per vagina ปวดแผลผ่าตัด pain score 8 คะแนน HR 138/min. B.P. 132/102 mm.Hg.

วันที่ 9 เมษายน 2563 ผู้ป่วยเริ่มมีไข้สูง 39.0 °C.

วันที่ 10 เมษายน 2563 Set OR for Reexplored laparotomy with off swab with stop bleeding เวลา 13.32 น. กลับจากห้องผ่าตัด เวลา 14.25 น. Hct. 26%

วันที่ 12 เมษายน 2563 ผลการตรวจ Electrolyte พบ Na 134 mEq/L K 3.0 mEq/L Cl 102 mEq/L CO₂ 19.5 mmol/L CBC พบ WBC 20.7 K/ul Neutrophil 87% Lymphocyte 6% Hct. 32.9% Plt. count 194 K/ul

- ด้านอัตมโนทัศน์ : ความรู้สึกว่ามีภาวะคุกคามชีวิตเนื่องจากต้องใส่เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา

- ด้านบทบาทหน้าที่ : ไม่ทราบการปฏิบัติตัวในบทบาทผู้ป่วยและบทบาทความเป็นแม่

- ด้านการพึงพาระหว่างกัน : ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการกับผู้อื่นได้ เนื่องจากใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ

2.2 การประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว ได้แก่ ผู้ป่วย Rupture Endometrioma หลังการผ่าตัด Caesarean Section with B-lynch procedure และ Re-explored laparotomy with off swab

2.3 การระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้แก่

- มีภาวะ Acute post hemorrhagic anemia เนื่องจากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดและมดลูกไม่หดตัว (Uterine atony)

- มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

- เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค

- เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและใส่สายสวนปัสสาวะ

- มีความวิตกกังวลต่ออาการเจ็บป่วยและไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรับทราบความต้องการของตนเองได้และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ

2.4 การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค ร่างกายปรับตัวรักษาภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายได้ ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ อาการปวดแผลทุเลาลง และความวิตกกังวลลดลง

2.5 ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย

- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำรวมทั้งเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ในระยะแรกที่มีภาวะช็อค ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit FFP 4 unit และ load NSS 500 ml. ลดเหลือ 60 cc./hr. ต่อด้วย 5% D/N/2 1000 cc. + Syntocinon (R) (Oxytocin) 30 unit i.v. drip 60 cc./hr. และ Tranexamin (R) (Tranexamic Acid) 2 amp. i.v. ทุก 6 hr. สังเกตเลือดออกจากแผลผ่าตัด เลือดออกทางช่องคลอดเป็นต้น

- การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ การดูดเสมหะทุก 2 ชั่วโมง การปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ การฝึกให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเอง การหย่าเครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อหลอดลมคอเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม การติดตามค่า O₂ saturation และสังเกตภาวะ cyanosis

- การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การล้างแผล การดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การจำกัดผู้เยี่ยม การติดตามสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง

- การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 5% D/NSS 1,000 cc. + KCl 40 mEq/L i.v. 80 cc./hr. ติดตามภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น จัดบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เจาะเลือดและติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

- การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หัดลูกนั่งตลอดจนเดินเข้าห้องน้ำด้วยตนเอง เมื่อร่างกายมีความพร้อม

- การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ได้แก่ การจัดกระดานรอง กระดาษและปากกาให้ผู้ป่วยใช้เขียนเพื่อสื่อสารความต้องการของตนเองให้พยาบาลและญาติทราบ การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนการพยาบาล และตอบข้อสงสัยต่าง ๆ แจ่มอาการ การดูแลรักษาของบุตรให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะ

- การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ได้แก่ ให้การพยาบาลด้วยความมีเมตตา แจ้งผู้ป่วยก่อนพลิกตะแคงตัว ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามประเมินอาการปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2.6 การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 12 เมษายน 2563 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง off E.T. tube on O₂ mask with bag 10 lit./min. หายใจปกติ ไม่มี cyanosis แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม Hct. 32% K 3.3 mEq/L สัญญาณชีพปกติ ย้ายหอผู้ป่วยหลังคลอด

3. กระบวนการพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

3.1 การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวพบว่า

- ด้านร่างกาย : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลูกช่วยเหลือตัวเองได้ off O₂ วันที่ 13 เมษายน 2563 การหายใจปกติ no cyanosis เริ่มจิบน้ำ และเปลี่ยนมารับประทานอาหารอ่อนได้ มีอาการท้องอืดเล็กน้อย แผลผ่าตัดแห้งดี ถอดสายสวนปัสสาวะสามารถปัสสาวะได้เอง แสบขัดเล็กน้อย สีปัสสาวะใส มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ วันที่ 14 เมษายน 2563 มีอาการเต้านมคัดตึง ปวดเต้านม pain scale 7 คะแนน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้

- ด้านอัตมโนทัศน์ : ผู้ป่วยไม่รู้ว่า จะดูแลแผลผ่าตัดอย่างไรเมื่อกลับไปบ้าน และกลัวว่าตนเองจะเลี้ยงลูกไม่เป็น จะทำให้เลี้ยงไม่ได้

- ด้านบทบาทหน้าที่ : เนื่องจากเป็นครั้งแรกและคลอดก่อนกำหนด ลูกอยู่ใน NICU ผู้ป่วยไม่เคยเห็นลูกและไม่เคยเลี้ยงลูก ผู้ป่วยจึงขาดความรู้และความมั่นใจในการแสดงบทบาทของแม่

- ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน : ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี ไม่มีญาติผู้ใหญ่อยู่ด้วย สามีต้องออกไปทำงาน ผู้ป่วยจึงต้องเลี้ยงลูกเองตามลำพัง

3.2 การประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการเลี้ยงดูบุตร

3.3 การระบุปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้แก่

- ไม่สุขสบายเนื่องจากเต้านมคัดตึง

- วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอด อาการของบุตร และการเลี้ยงดูบุตร

3.4 การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและลูกหลังกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

3.5 ปฏิบัติการพยาบาล

- การพยาบาลมารดาที่มีอาการเต้านมคัดตึง ได้แก่ การประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่น การนวดและบีบน้ำนมออกอย่างถูกวิธีทุก 3 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

- การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านตามหลัก D METHOD ประกอบด้วย

Diagnosis : ประเมินการรับรู้และอธิบายเกี่ยวกับโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา และข้อควรระวังที่จะต้องสังเกตตนเองหลังการผ่าตัด

Medication : ประเมินการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ได้รับกลับบ้านอย่างถูกต้อง



Equipment : ผู้ป่วยจะได้รับอุปกรณ์ล้างแผล ก่อนกลับบ้าน สาธิตการล้างแผลผ่าตัดอย่างถูกวิธี และให้ญาติสาธิตย้อนกลับจนกระทั่งถูกต้อง

Treatment : ประเมินการรับรู้และแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น และปริมาณมากกว่าปกติ เต้านมคัดตึง ปวดบวมแดงร้อน รอบแผลผ่าตัดบวมแดง มีหนอง เป็นต้น

Health : ประเมินการรับรู้และให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนหลังคลอด เช่น การรักษาความสะอาด ร่างกายและแผลผ่าตัด รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-12 แก้ว การออกกำลังกายหลังคลอด เป็นต้น และการเลี้ยงดูบุตร ได้แก่ การดูแลทารกประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ ส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ภูมิคุ้มกัน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การรักษาต่อเนื่องอาการผิดปกติของบุตรที่ต้องมาก่อนนัด และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามเมื่อมีปัญหา Outpatient and referral : นัดตัดไหม ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน วันที่ 18 เมษายน 2563 นัดฟังผลชิ้นเนื้อ ห้องตรวจจรีเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ วันที่ 16 พฤษภาคม 2563

Diet : ประเมินการรับรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ตามวัฒนธรรมของผู้ป่วยและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

3.6 การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง จำหน่าย วันที่ 16 เมษายน 2563

สรุปและอภิปราย

หญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Rupture Endometrioma จากกรณีศึกษาดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ โรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในหญิงตั้งครรภ์เป็นความผิดปกติที่มีอุบัติการณ์ต่ำมาก

จากการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลชัยภูมิ 5 ปีย้อนหลัง ไม่พบการรับผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวไว้รักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Ueda Y และคณะ⁽⁷⁾ พบ 5 ราย/3,558 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของหญิงตั้งครรภ์ในระยะเวลาที่ทำการศึกษาย้อนหลัง 6 ปีระหว่างปี ค.ศ. 1996-2001 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.52 ในช่วง 6 ปีต่อมา และส่วนใหญ่จะพบบริเวณ corpus luteum หรือ adnexa⁽⁶⁻⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้พบที่บริเวณ Lt. adnexa anterior cul-de-sac และมีการแตกของถุงน้ำในช่วงไตรมาสที่ 3 ทำให้ผู้ป่วย มาด้วยอาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁸⁻⁹⁾ จากพยาธิสภาพดังกล่าวส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะ Fetal distress และผู้ป่วยเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ^(1,9,10)

การพยาบาลผู้ป่วยโดยประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ในการประเมินพฤติกรรม การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน และประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว ช่วยทำให้การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการพยาบาลมีความครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคมอย่างเป็นองค์รวม สามารถส่งเสริมการปรับตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากมี rupture of pelvic mass, ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ Birth asphyxia เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดและภาวะ Fetal distress ก่อนคลอด, ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง และมีความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์และความปลอดภัยของตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะ Acute post hemorrhagic anemia เนื่องจากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด และมดลูกไม่หดรัดตัว (Uterine atony), มีภาวะ



เสียชีวิตของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย, ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด, เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาตออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีด, เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและใส่สายสวนปัสสาวะ, มีความวิตกกังวลต่ออาการเจ็บป่วยและไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรับทราบความต้องการของตนเองได้ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนกลับบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเต้านมคัดตึง และมีวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากขาดความรู้

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากความชุกของการเกิดเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่สูงขึ้นและมักไม่มีอาการแสดง จนกระทั่งมีการแตกของถุงน้ำดังเช่นในรายกรณีศึกษาที่ พบถุงน้ำขนาด 7x7 ซม. โดยที่ไม่เคยทราบมาก่อน นอกจากนั้นยังมีโอกาสเกิดซ้ำได้ จากการศึกษาของ Lara V. Maul และคณะ ติดตามผู้ป่วย ovarian endometriomas หลังผ่าตัดเฉลี่ย 12.9 ปี พบว่ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 23.9 โดยมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ อาการปวดก่อนการผ่าตัด ปวดประจำเดือน ถุงน้ำมีขนาดใหญ่กว่า 8 ซม. อายุต่ำกว่า 25 ปี และมีการแตกของถุงน้ำก่อนการผ่าตัด⁽¹⁷⁾ ดังนั้น จึงควรเพิ่มขั้นตอนการตรวจ Ultrasound ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเพื่อคัดกรองโรคและให้การรักษาก่อนที่จะเกิดการแตกของถุงน้ำเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะที่คุกคามต่อชีวิตมารดาและทารกในครรภ์ ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทำให้มารดาและทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.นลินพร ไต้ชัยภูมิ ที่กรุณาให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ ตรวจสอบข้อมูลเชิงวิชาการ และขอขอบคุณผู้ป่วยที่อนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลเพื่อเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Maggiore ULR, Ferrero S, Mangili G, Bergamini A, Inversetti A, Giorgione V, et al. (2016). **A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes.** Human Reproduction Update, 22(1):70-103.
2. ประนอม บุพศิริ. (2010). **ก๊าวตันโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่.** Srinagarind Med Journal, 25(Suppl):19-23.
3. Bulun SE. (2009). **Endometriosis.** New England Journal of Medicine, 360(3):268-79.
4. Giudice LC. (2010). Clinical Practice. **Endometriosis.** N Engl J Med, 362(25): 2389-98.
5. Sanchez AM, Viganò P, Somigliana E, Panina-Bordignon P, Vercellini P, et al. (2014). **The distinguishing cellular and molecular features of the endometriotic ovarian cyst: from pathophysiology to the potential endometrioma-mediated damage to the ovary.** Hum Reprod Update, 20(2):217-30.



6. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. (2006). **Adnexal masses in pregnancy: How often are they malignant?**. *Gynecologic Oncology*, 101(2):315-21.
7. Ueda Y, Enomoto T, Miyatake T, Fujita M, Yamamoto R, Kanagawa T. et al. (2010). **A retrospective analysis of ovarian endometriosis during pregnancy.** *Fertility and Sterility*, 94(1):78-84.
8. Brosens IA, Fusi L, Brosens JJ. (2009). **Endometriosis is a risk factor for spontaneous hemoperitoneum during pregnancy.** *Fertility and Sterility*, 92(4): 1243-5.
9. Lier M CI, Malik RF, Ket JCF, Lambalk CB, Brosens IA, Mijatovic V. (2017). **Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) and endometriosis - A systematic review of the recent literature.** *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 219:57-65.
10. Petresin J, Wolf J, Emir S, Müller A, Boosz AS. (2016). **Endometriosis-associated Maternal Pregnancy Complications - Case Report and Literature Review.** *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 76(8):902-5.
11. Saraswat L, Ayansina D, Cooper K, Bhattacharya S, Miligkos D, Home A, et al. (2017). **Pregnancy outcomes in women with endometriosis: a national record linkage study.** *BJOG*, 124(3), 444-52.
12. Roy SC. (2009). **The Roy adaptation model (3rd ed.)**. Upper Saddle River, N.J. : Pearson.
13. อรพันธ์ หาญยุทธ. (2557). **กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้.** *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 15(3):137-43.
14. ศรีธัญญา แสงมณี, มณี อภานันท์กุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). **กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน.** *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 18(1):119-33.
15. Ursavaş FE, Karayurt Ö, İŞeri Ö. (2014). **Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer.** *J Breast Health*, 10(3):134-40.
16. Jennings K M. (2017). **The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa.** *ANS Adv Nurs Sci*, 40(4):370-83.
17. Maul LV, Morrision JE, Schollmeyer T, Alkatout I, Mettler L. (2014). **Surgical Therapy of Ovarian Endometrioma: Recurrence and Pregnancy Rates.** *Journal of The Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*, 18(3):e2014.00223.