



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก

นงลักษณ์ ทรัพย์ธรรณี *

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากไข่ที่ผสมกับอสุจิแล้วเจริญเป็นตัวอ่อนไปฝังตัวในตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากภายในโพรงมดลูก เช่น การฝังตัวที่ท่อ นำไข่ เป็นตำแหน่งที่พบบ่อยกว่าร้อยละ 90 ส่วนบริเวณอื่น ได้แก่ ปากมดลูก รังไข่ แผลผ่าตัดคลอดหรือภายในช่องท้อง มักพบได้ร้อยละ 1 - 3 การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติรีเวชที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด ของการตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรก เนื่องจากการเสียเลือดจากการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ruptured ectopic pregnancy) อุบัติการณ์พบประมาณร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังนี้

1. ปวดท้องและอุ้งเชิงกราน อาการปวดเฉียบพลันและปวดแบบเสียดแทงบริเวณท้องน้อยสัมพันธ์กับการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. ประจำเดือนผิดปกติ ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการมักมีประวัติขาดประจำเดือน การตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ ให้ผลบวก (Positive pregnancy test) ร่วมกับมีเลือดออกกะปริบกะปรอยทางช่องคลอด (spotting) หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด
3. กดเจ็บที่บริเวณท้องและอุ้งเชิงกราน (abdominal and pelvic tenderness) จะมีการกดเจ็บที่หน้าท้อง หรือขณะที่ตรวจทางช่องคลอด
4. การเปลี่ยนแปลงที่มดลูกในช่วง 3 เดือนแรกมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงเหมือนการตั้งครรภ์ปกติ เนื่องจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเทอโรน
5. ความดันโลหิตต่ำและช็อกจากปริมาณเลือดลดลงเมื่อมีการแตกของท่อ นำไข่

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้โดย

1. การซักประวัติ ประวัติที่ควรซัก คือ ประวัติประจำเดือน การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ประวัติการมีบุตรยาก การคุมกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงและอาการปัจจุบัน Classical clinical triad คือ อาการปวดท้องขาดประจำเดือน และมีเลือดออกทางช่องคลอด อาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด

2. การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน การตรวจหน้าท้อง มีการกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง อาจมีอาการกดปล่อยแล้วเจ็บ (Rebound tenderness) หรือไม่ได้ การตรวจภายใน เมื่อโยกมดลูก อาจมีการเจ็บบริเวณท้องน้อย (Cervical motion tenderness) ซึ่งพบบ่อยกว่าร้อยละ 75 ที่มีการแตกของท่อไข่ แต่อาจไม่พบถ้ายังไม่มีการแตก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 หลังจากมีเลือดออกจากการแตกของครรภ์นอกมดลูก เพื่อรักษาปริมาณเลือดให้เท่าเดิม จะทำให้เกิด Hemodilution แต่ใช้เวลานาน ดังนั้นเริ่มต้นอาจพบเพียง Hemoglobin และ Hematocrit ลดลงเล็กน้อย ส่วน Leukocytosis ก็พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใช้บริการ $WBC > 30,000 /\mu L$

3.2 β -Human chorionic gonadotropin (β - hCG) ให้ผลบวก

3.3 Serum progesterone ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ปกติ serum progesterone จะมากกว่า 25 ng/ml ถ้าน้อยกว่า 25 ng/ml แสดงว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก

3.4 Transvaginal sonography (TVS) การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงทางช่องคลอด พบว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่าการตรวจทางหน้าท้อง

3.5 การทำ Culdocentesis เพื่อตรวจหา Hemoperitoneum

การรักษา

การรักษาภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายวิธี ตั้งแต่รักษาด้วยการผ่าตัดโดยการเย็บแผล และการรักษาด้วยการผ่าตัด

1. การผ่าตัดเย็บแผล เป็นรายที่ clinical stable ไม่มีอาการ ขนาดก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ระดับ β - hCG ไม่เกิน 1,000 mIU/mL ซึ่งพบว่าร้อยละ 88 อาการจะดีขึ้นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับ β - hCG น้อยกว่า 200 mIU/mL แต่ต้องมาตรวจติดตาม β - hCG เป็นระยะ เช่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยระดับ β - hCG ควรลดลงมากกว่า 50% ในแต่ละสัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่พบได้ก่อนจะมีการแตกของท่อไข่ พบว่าการให้ methotrexate (MTX) เป็น folic acid antagonist ทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ Dihydrofolate reductase ส่งผลให้มีการยับยั้งการสร้างกรดอะมิโนขึ้นใหม่ สามารถเลือกใช้ในกรณีที่ระดับ β - hCG

ไม่เกิน 5,000 mIU/mL ร่วมกับสัญญาณชีพปกติ ขนาดก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกน้อยกว่า 3.5 เซนติเมตร ก้อนยังไม่แตก ไม่พบการเต้นของหัวใจทารก และตรวจติดตามระดับ β - hCG จนกว่าจะกลับคืนสู่ระดับปกติ

3. การผ่าตัด ทำในกรณีที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีอื่น หรือมีการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือมีภาวะเลือดออกในช่องท้อง วิธีการผ่าตัดมีหลายอย่าง เช่น

3.1 Salpingectomy เป็นการผ่าตัดเอาท่อนำไข่ออก

3.2 Salpingotomy เป็นการผ่าตัดด้าน antemesenteric เพื่อเอาชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์ออก และเย็บปิด หากไม่เย็บปิดเรียกว่า Salpingostomy

3.3 Segmental resection and reanastomosis เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่บางส่วน เพื่อนำมาเชื่อมต่อใหม่หรือเพื่อต่อวันหลัง วิธีนี้ยุ่งยากกว่าและผู้ใช้บริการต้องทนการผ่าตัดนาน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ รับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

รับ Refer โรงพยาบาลชุมชน ปวดท้อง ถ่ายเหลว เป็นลมหมดสติ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 ชั่วโมงก่อนปวดท้อง ถ่ายเหลว เป็นลมหมดสติ ญาตินำตัวส่ง โรงพยาบาลชุมชน และ Refer มารักษาต่อ โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

G₃P₂A₀L₂ Last child 6 ปี LMP 17 ธันวาคม 2565 ตรวจการตั้งครรภ์เอง พบว่ามีการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกและครรภ์ที่สอง คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยา อาหารและสารเคมีใดๆ

รับไว้ในโรงพยาบาล 13 กุมภาพันธ์ 2566

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ R/O Rupture ectopic pregnancy with Hypovolemic shock

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Ruptured left tubal pregnancy with Hypovolemic shock

การผ่าตัด Bilateral total salpingectomy

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 04.18 น. ด้วยประวัติ 5 ชั่วโมงก่อนปวดท้อง ถ่ายเหลว เป็นลมหมดสติ

ญาตินำตัวส่งโรงพยาบาลชุมชน แรกได้รับผู้ป่วยกระสับกระส่าย ปวดท้องน้อยมาก คล้ายเป็นลม กดเจ็บทั่วท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดและ Refer มารักษาต่อโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร G₃P₂A₀L₂ Last child 6 ปี LMP 17 ธันวาคม 2565 ตรวจการตั้งครรภ์เองพบมีการตั้งครรภ์ ผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบ Free fluid behind uterus สัญญาณชีพผู้ป่วย อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 60/40 mmHg ส่งตรวจ Urine pregnancy test ผล Positive แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ร่วมกับมีภาวะ Hypovolemic shock และได้ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อทำการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ซึ่งปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะช็อก ต้องได้รับการแก้ปัญหาเรื่องช็อก โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ และเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเสียเลือดร่วมกับเตรียมความพร้อม เพื่อการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ในผู้ป่วยรายนี้มีการให้ 0.9% NSS 1,000 ml (v) load 2,000 ml. then (v) drip 100 ml/hr. Retained foley's cath urine ออก 10 ml. ก่อนส่งตัวมารักษา

ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินอาการแรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 mmHg Hct. 26% ให้ oxygen cannula 5 lit/min แพทย์ Set OR for Explore Lap Emergency ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เพื่อทำ Explore lap ระหว่างการผ่าตัด ได้รับ PRC 2 unit (v) drip รวมเวลาในการผ่าตัด 46 นาที

หลังการผ่าตัด Bilateral total salpingectomy ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลียเล็กน้อย Total blood loss 2,000 ml. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/47 mmHg Oxygen sat 100 % On PRC unit ที่ 2 มาจากห้องผ่าตัด Hct. at ward 25 % แผลผ่าตัดไม่มี Bleeding ซึม ไม่มีท้องอืด ปวดแผลผ่าตัด ให้ Ketorolac 30 mg (v) ทุก 8 ชม. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 0.9 % NSS 1,000 ml. (v) drip 100 ml./hrs. Retained foley's cath keep urine out put > 100 ml/4 hrs. จดน้ำและอาหาร ความดันโลหิตต่ำ ได้ Levophed 8 mg + 5%D/W 500 ml (4:250) (v) drip 10 ml/hr titate ทีละ 3-5 ml/hrs. keep BP \geq 90/60 mmHg MAP \geq 68 HR \geq 120 จิบน้ำได้เพียง Intake Output สมดุล

หลังผ่าตัด วันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องเล็กน้อย ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ หยุดการให้ Levophed ติดตามระดับความเข้มข้นเลือด ทุก 12 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 28 – 29 % รับประทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด ถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง

หลังผ่าตัด วันที่ 2 ผู้ป่วยอาการทั่วไปดีขึ้น ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวมฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

หลังผ่าตัด วันที่ 3 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน นัดมาติดตามดูแลแผลผ่าตัดหน้าท้อง หลังครบ 7 วัน แผลแห้งดี นัดฟังผลชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผลชิ้นเนื้อปกติ และ นัดตรวจติดตามอาการไม่พบภาวะแทรกซ้อน

สรุปปัญหาและการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดในช่องท้องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ชีพจร 108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 mmHg คิวซิม กระสับกระส่าย
2. ท้องอืด มี Guarding, Tenderness
3. เปลือกตาซีด หน้าซีด Hct. = 26 %
4. อัลตราซาวด์ พบ Free fluid behind uterus
5. Retained foley's catheter urine ออก 10 ml.

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 120/80 mmHg ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
2. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที และบันทึกในแบบฟอร์ม เพื่อประเมินอาการ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะช็อก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ On 0.9% NSS 1000 ml (v) load 2,000 ml then (v) drip 100 ml/hr. ตามแผนการรักษาและดูแลให้มีภาวะสมดุลของสารน้ำและเลือด
3. ดูแลให้อาหารและน้ำทางปากทุกชนิดเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายในการผ่าตัด และป้องกันการสำลักอาหาร ไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะผ่าตัด

4. ให้ออกซิเจน cannula 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้ออกซิเจนเพียงพอ
5. ใส่สายสวนปัสสาวะประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อก ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ ชั่วโมง รายงานแพทย์

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 mmHg Oxygen sat 100 %
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัว คู่อ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อไม่ออก ตัวไม่เย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 100 ซีซี/ ชั่วโมง

สรุปปัญหาและการพยาบาลหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

ข้อมูลสนับสนุน

1. Hct. At ward 25 %
2. ขณะผ่าตัดมี blood loss 2,000 ml.
3. ชีพจร 102 ครั้ง /นาที ความดันโลหิต ขณะผ่าตัด 100/47 mmHg
4. ระดับออกซิเจนในเลือด = 100 %

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 120/80 mmHg ชีพจร 70 - 100 ครั้ง/นาที หายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที
2. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ และคงที่ เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด
2. ดูแลให้ได้สารน้ำ และเลือดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนสมมูลของสารน้ำในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด
3. ดูแลให้ออกซิเจน Canular 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
4. สังเกตอาการเพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ท้องอืด สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด เลือดออกที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
5. เจาะเลือดตรวจ Hct. หลังกลับจากห้องผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะช็อค

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 72 - 88 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 100/50 - 126/81 mmHg หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที Oxygen sat 100 %
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออก หรือตัวเย็น
3. ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด
4. ระดับออกซิเจนในเลือด 99 - 100 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค

ข้อมูลสนับสนุน

1. เปลือกตาล่างซีด
2. ขณะผ่าตัดเสียเลือด 2,000 ml.
3. Hct. ก่อนผ่าตัด 26 % หลังการผ่าตัด 25 %

เป้าหมาย เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีเลือดออกในช่องท้อง และทางช่องคลอดเพิ่ม
2. ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 95-100 %
3. Hct. เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 3 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและซักถามอาการผู้ป่วย เช่น หอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อค
2. ดูแลให้ออกซิเจน cannula 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ให้ PRC 1 unit เพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนสู่เซลล์ร่างกาย
4. ดูแลให้รับประทานยาบำรุงเลือด เพื่อช่วยให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดง
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เพราะธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินในการสร้างเม็ดเลือดแดง
6. ประเมินระดับออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง
7. เฝ้า CBC หลังให้เลือดหมด และติดตามผล เพื่อประเมินภาวะช็อค
8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม

การประเมินผล

1. ไม่มีเลือดออกในช่องท้องและทางช่องคลอด
2. ระดับออกซิเจนในเลือด 100 %

3. Hct. หลังให้เลือด 28 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด ประเมิน Pain score = 8
2. คีว้ขมวด สีหน้าไม่สบาย

เป้าหมาย ผู้ป่วยทุเลापวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3
2. ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีคีว้ขมวด นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและสอบถาม ระดับความปวดด้วย numeric pain scale ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวด ถ้า pain score มากกว่า 5 ดูแลให้ยา ให้ Ketorolac 30 mg (v) และประเมิน Sedation score รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ทดการหายใจ ชั่วขณะ และอาจเกิดการแพ้โดยมีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง

2. วัดสัญญาณชีพและบันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเป็นข้อมูลการจัดการความปวด
3. แนะนำเทคนิค Breathing exercise หรือพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
4. จัดท่านอน Fowler's position หรือท่านอนที่ผู้ป่วยสบาย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดแผลลดลง pain score = 2
2. ความดันโลหิต 115/67 mmHg ชีพจร 75 ครั้ง/นาที
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีคีว้ขมวด นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง S/P Bilateral total salpingectomy
2. ผู้ป่วยและญาติถามว่าต้องดูแลแผลอย่างไรบ้าง

เป้าหมาย แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน หรือ discharge ออกจากแผล
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้ ชีพจร ปกติ ไม่มี signs การติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยและอาการที่อาจมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อ ลักษณะแผลผ่าตัด เช่นลักษณะแผลปวด บวม แดง ร้อน และ discharge ที่ออกจากแผล
2. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามภาวะไข้
3. Day 2 เปิดทำความสะอาดแผลผ่าตัด ด้วยวิธีปราศจากเชื้อ ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic Technique และปิดแผ่นกันน้ำ
4. แนะนำห้ามแกะเกาแผลห้ามเปิดแผลเอง, การไอ - จาม ทุกครั้งควรใช้มือประคองบริเวณ แผลผ่าตัดหน้าท้องทุกครั้ง ควรตะแคงตัวทุกครั้งที่เปลี่ยนอริยาบถ

การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน หรือ discharge ซึม
 2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37 - 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-102 ครั้ง/นาที
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าถ้ากลับบ้านแล้วต้องทำอะไรบ้าง
เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อหลังจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายได้ถูกต้องอย่างน้อย 80 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิต ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด และแหล่งสนับสนุนของครอบครัว
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การเปิดแผล ผ่าตัดตามกำหนดนัด การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด หรือก่อนการมาตรวจตามนัด
3. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ปวดท้องมาก แผลอักเสบ บวมแดง หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด และการมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายได้ถูกต้องทุกข้อ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยจัดทำแนวทาง การดูแลผู้ป่วยแบบ clinical practice guideline โดยกำหนดแผนการดูแลให้ครอบคลุม เพื่อควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ

2. ในกระบวนการดูแลมารดาที่มาฝากครรภ์ ควรเพิ่มข้อมูลให้มารดาสังเกตอาการผิดปกติ ของตนเองที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือด จากการตั้งครรภ์ นอกมดลูกเพื่อให้มารดาได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะช็อก

บรรณานุกรม

กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจภิบาล, อรรถพล ใจชื่น, ชันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์, บรรณาธิการ. (2560). ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2558). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.

ชันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์. (2560). ตำรานรีเวชวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, ธีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร คู่ประเสริฐ, สายพิน พงษ์ธา. (2559). นรีเวชวิทยา(ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : พี บี ฟอเรอ บুক เซนเตอร์.

เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2557). ภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.

อิสรินทร์ ธนบุญวัฒน์. (2560). สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.