



การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for ectopic pregnancy: Case study 2 case

นุชจรินทร์ ทองโรจน์, พยบ.*
Nucharin Thongroj , RN

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชที่มีความเสี่ยงสูงในสตรีวัยเจริญพันธุ์ หากเกิดการแตกของท่อ นำไข่จะทำให้เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดในช่องท้อง อาจทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ จึงต้องมีการดูแลและสังเกตอาการโดยพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา : เป็นกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2562 โดยศึกษาจากประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติจากเวชระเบียน ใช้แบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทย วัยเจริญพันธุ์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 แท้ง 1 ครั้ง มีอาการปวดท้องน้อยมา 30 นาที ตรวจอัลตราซาวด์ พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณ ท่อนำไข่ข้างขวาแตก มีภาวะช็อก และได้รับการผ่าตัดด่วน หลังผ่าตัดฟื้นตัว รู้สึกดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน กรณีศึกษาที่ 2 เป็นหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 หลังคลอดบุตรคนที่ 2 ได้ทำหมัน มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยด้านซ้ายมา 1 สัปดาห์ ร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอด ส่งตรวจ Urine Pregnancy test (UPT) พบว่า ผลตรวจเป็นบวก (Positive) ตรวจอัลตราซาวด์พบก่อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณท่อนำไข่ข้างซ้ายยังไม่แตก และได้รับการเตรียมผ่าตัดเป็นอย่างดี หลังผ่าตัดรู้สึกดี ได้รับการดูแลและให้การพยาบาลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุป : หญิงตั้งครรภ์ 2 ราย มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ตำแหน่งท่อนำไข่ส่วนที่เป็น Ampulla part ซึ่งรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเร่งด่วนและรายที่ 2 ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญเป็นพิเศษ ในการประเมินอาการ การประสานงานในทีม ให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง รวดเร็วตามกระบวนการพยาบาลได้มาตรฐาน

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์นอกมดลูก, การพยาบาลการตั้งครรภ์นอกมดลูก, กรณีศึกษา

ABSTRACT

Background : Ectopic pregnancy is an emergency high risk condition in reproductive aged women. A ruptured tubal ectopic pregnancy with excessive blood lost resulted in patient shock and maternal death. Clinical observation and proper care are needed. Nurses are healthcare professional who closely care for patients have to competence in providing care compliance with nursing standard.

Objective : To study nursing care for two patients with ectopic pregnancy compliance with nursing standard.

Methods : The purposive sampling method was used to select two patients admitted in Mahasarakham hospital in fiscal year 2019. Patient's history from the patients, relatives, and patient records. Nursing diagnosis was list using Gordon's 11 functional health patterns. And nursing care was performed base on five steps of nursing process.

Results : The first case study was a Thai reproductive aged woman, gravida 2, para 0, abortion 1, reported severe dysmenorrhea 30 minutes before admission. The ultrasonography showed ruptured ectopic pregnancy at right fallopian tube with shock. In order to treat shock and emergency surgery was performed. After surgery there were no complications after treatment for shock and care. The hospital stay for this patient were three days. The second case study was a Thai reproductive aged woman, gravida 3, have had tubal ligation after 2nd birth. The patient reported left lower quadrant abdominal pain with vaginal bleeding 1 week before admission. Her urine pregnancy test showed positive result. Ultrasonography showed a non-rupture left tubal ectopic pregnancy. The patient was well prepared for surgery. After surgery, the patient wakes up from anesthesia with full consciousness. She received post-operative nursing care and no complications were found. The patient stays in the hospital for three days.

Conclusion : Two case studies, both have been diagnosed with tubal ectopic pregnancy at the ampulla part and received surgery. The first patient has been diagnosed with ruptured ectopic pregnancy with shock and need emergency surgery. The second patient have a non-rupture ectopic pregnancy. This patient received pre-operative preparations. Nurses who care for patients, specific nursing competencies needed to provided effective, accurate, systematic and prompt nursing care for patient base on nursing process, nursing standard and continuity of care including knowledge, health assessment skill, and collaborative skill.

Keywords : Ectopic pregnancy, Nursing care for Ectopic pregnancy, Case study



บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูก ร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ นอกจากนั้นอาจพบได้ที่รังไข่ ปากมดลูก และในช่องท้อง อุบัติการณ์ พบประมาณร้อยละ 0.5-0.75 หรือประมาณ 1 : 125 ถึง 1 : 200 ของการคลอดทั้งหมด^{1,9} และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย เกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ 1 อากรและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในระยะแรกอาจไม่พบอาการใดๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินการต่อไปทำให้เกิดการแตกของถุงการตั้งครรภ์นอกมดลูกจนเกิดภาวะช็อก ถือเป็นโรคทางนรีเวชที่มีความเสี่ยงสูง อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อย อาจหายไปหรือปวดอยู่ตลอดเวลา ในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก ทำให้มีการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม^{1,8,9} การรักษาที่มีทั้งแบบไม่ผ่าตัดและวิธีการผ่าตัด^{1,12} อย่างไรก็ตามต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและถูกต้องย่อมลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายจากการแตกเลือดภายในช่องท้องได้^{1,9,10} ดังนั้นการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกจะต้องประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนและการไม่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำโดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรม สิทธิภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ให้การบริการดูแลรักษาหญิงที่มีปัญหาทางด้านนรีเวชวิทยา

ทั้งนอกเขตและในเขตความรับผิดชอบ จากสถิติพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในปี 2560-2562 เป็นจำนวน 190 ราย เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนมากเป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน พบว่าได้รับการวินิจฉัยล่าช้า 3 ราย⁷ ถึงแม้ว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและไม่มีการเสียชีวิตก็ตาม แต่มีผลทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกและครอบครัวลดลง จากการทบทวนพบว่า ยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เป็นแนวทางเดียวกันในระดับจังหวัด ดังนั้นเพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพนั้น ย่อมขึ้นกับความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ³ จึงจำเป็นต้องเพิ่มพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ที่ทันสมัย มีทักษะด้านการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพมีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงส่งผลทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกตามมาตรฐานทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีารตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในระหว่างปีงบประมาณ 2561-2562 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2) แบบบันทึกการสัมภาษณ์ญาติ 3) แบบบันทึกการสังเกตผู้ป่วยและญาติ 4) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 5) แบบบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ¹¹ แบบแผนของกอร์ดอนในการค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละราย นำมา

วิเคราะห์แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมการป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสุขภาพและใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยวัย 24 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ครรภ์แรกแท้งขณะอายุครรภ์ประมาณ 2 เดือนประจำเดือนครั้งสุดท้าย 10 พฤษภาคม 2562 คุณแม่เกิดแบบธรรมชาติมาโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการปวดท้องน้อย ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ส่งตรวจ Urine Pregnancy test (UPT) พบว่า ผลตรวจเป็นบวก (Positive) ส่งตรวจอัลตราซาวด์ พบว่า มีของเหลวอยู่ในช่องท้องและเป็น rupture ectopic pregnancy โรงพยาบาลชุมชนจึงส่งตัวมาที่โรงพยาบาลมหาสารคามวันที่ 22 กรกฎาคม 2562 เวลา 15.42 น. ถึงห้องฉุกเฉินมีอาการกระสับกระส่าย ซีด (Hct=20%) ปวดเกร็งหน้าท้อง (guarding) ความดันโลหิตต่ำ 84/58mmHg ชีพจรเร็ว 120ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ผลการตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำ พบมีของเหลวอยู่ในช่องท้องเป็นจำนวนมากบริเวณท้องนำไขข้างขวาแตกและมีภาวะช็อก (Rupture Rt. Tubal pregnancy with hypovolemic shock) ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก แพทย์ทำการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องตัดท้องนำไขข้างขวาออก ((Exploratory Laparotomy with Right salpingectomy with lysis adhesion) ขณะผ่าตัดเสียเลือด 3,000 cc ใช้เวลาผ่าตัด 55 นาที สัญญาณชีพขณะผ่าตัดอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรช่วง 98-100 ครั้ง/นาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิต 90/58- 100-60 mmHg หลังผ่าตัดตื่นดี แผลไม่ซึม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรช่วง 98-100ครั้ง/นาที หายใจช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วง 90/58-100/60mmHg ย้ายมาที่หอผู้ป่วยนรีเวช รู้สึกตัวดี หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ไม่มีภาวะช็อก ไม่ซึม ไม่ไข้ แผลไม่ซึม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิช่วง 36.6-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจรช่วง

90-102 ครั้ง/นาที หายใจช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วง 100/58-111/62 mmHg ท้องไม่อืด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านรวมเวลารักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นเวลา 3 วันนัดติดตามผลหลังจากโรงพยาบาล 1 เดือน

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นหญิงไทยวัย 30 ปี ครรภ์ที่ 3 บุตรคนที่ 2 อายุ 2 ปี หลังคลอดบุตรคนที่ 2 ได้ทำหมันประจำเดือนครั้งสุดท้าย 8 กรกฎาคม 2562 มาโรงพยาบาลชุมชนด้วยปวดหน่วงท้องน้อยด้านซ้ายมา 1 สัปดาห์ ร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอด ได้ยาแก้ปวดท้องและยาขับลมมารับประทานที่บ้าน อาการปวดท้องไม่ทุเลา 1 วันก่อนมาปวดท้องน้อยด้านซ้ายมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาลมหาสารคาม แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูกข้างซ้าย และเจ็บขณะโยกปากมดลูก สัญญาณชีพแรกรับปกติชัดเจนดี อุณหภูมิช่วง 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจรช่วง 80-90 ครั้ง/นาที หายใจช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วง 100/62-112/74 mmHg ส่งตรวจ Urine Pregnancy test (UPT) พบผลตรวจเป็นบวก (Positive) ตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณท้องนำไขข้างซ้ายยังไม่แตกได้วางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับการผ่าตัดเป็นอย่างดี ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพการดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษาหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการพยาบาลจนเข้าใจ และยินยอมผ่าตัดได้รับการผ่าตัด ตัดท้องนำไขและรังไข่ข้างซ้ายและตัดท้องนำไขข้างขวาออก(Left salpigo-0ophorectomy with Right Salpingectomy)ใช้เวลาผ่าตัด 30 นาที เสียเลือดจากการผ่าตัด 50 cc หลังผ่าตัดตื่นดีรู้สึกตัวดี ได้รับการดูแลและให้การพยาบาลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ รวมระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน นัดติดตามผลหลังจากโรงพยาบาล 1 เดือน

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	รู้สึกปวดท้องมาก อ่อนเพลีย มีอาการวิงเวียนศีรษะหน้ามืดจะเป็นลม ซีดช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่รับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ต้องการให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป	เป็นโรคกระเพาะอาหาร มีเลือดออกทางช่องเล็กน้อยเป็นสีดำคล้ำแต่บางครั้งก็หายไป ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านรับรู้ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก และมีสีหน้ากังวลเมื่อรับรู้ว่าจะได้รับการผ่าตัด
2.โภชนาการและการเผา ผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารได้ทุกชนิดรสจัดและไม่ตรงเวลา	รับประทานอาหารตรงเวลาและมีประโยชน์
3.การขับถ่าย	ขับถ่ายปกติ	ขับถ่ายปกติ
4.กิจวัตรประจำวันและการ ออกกำลังกาย	ออกกำลังกายโดยการเดิน ยืดแขน ขา	ไม่ได้ออกกำลังกาย
5.การพักผ่อนนอนหลับ	เข้านอนประมาณ 4-5 ทุ่ม ตั้งแต่เช้า	เข้านอนประมาณ 3-4 ทุ่ม ตั้งแต่เช้า
6.สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกสับสน บอกว่ามีอาการอ่อนเพลียมาก รู้สึกวิงเวียน	จดจำได้ มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองได้
7.การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์นอกมดลูก สีหน้ากังวลเพราะเคยแท้งบุตร	รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์นอกมดลูกหลังจากแพทย์ให้ข้อมูล
8.บทบาทและสัมพันธภาพ ในครอบครัว	มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวอยู่กับสามี	มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวอยู่กับสามีและบุตร
9.เพศและการเจริญพันธุ์	ปกติ	ปกติ
10.การปรับตัวและการ เผชิญความเครียด	สิ่งที่วิตกกังวลมากคือการแท้งบุตรเพราะตนเองและสามีต้องการบุตรมาก	มีความกังวลเมื่อรับรู้ว่าจะต้องผ่าตัดแต่ก็ยอมรับและสามารถปรับตัว
11.ความเชื่อ	สิ่งที่มีค่าที่สุดบิดามารดาสามีเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	เชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสุติวิสัย เชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เรื่องบาป-บุญ

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้ง 2 ราย ซึ่งสาเหตุและมีปัจจัยของการเกิดโรค อาการและ/อาการแสดงเหมือนกันหรือบางครั้งอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ต้องใช้การตรวจวินิจฉัยแยกโรคและความแม่นยำเพื่อให้

ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง โดยในกรณีศึกษารายที่ 1 ต้องการมีบุตร ส่วนรายที่ 2 มีบุตรเพียงพอ และทำหมันแล้ว หลังจากนั้นเกิดการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ซึ่งทั้ง 2 รายมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. สาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดโรค การตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงดังนี้		
1. การเกิดพังผืด(Adhesion)รอบท่อนำไข่และการตีตันที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อหลังคลอดและหลังแท้งเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ ใส่ดัดอีกเสบเพิ่มความเสี่ยอย่างน้อย 3 เท่า ^{1,10}	- ผ่าตัดเข้าไปพบพังผืด(Adhesion)บริเวณท่อนำไข่ข้างขวา	-
2. การผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานเช่นการผ่าตัดท่อนำไข่ การทำหมัน ด้วยวิธี bipolar ประวัติแท้งเพิ่มความเสี่ยงอย่างน้อย 3 เท่า ^{1,10}	-จากประวัติเคยเป็นไส้ติ่งอักเสบ ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อ 2 ปีที่แล้ว - เคยแท้งบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งแรก	- เคยผ่าตัดทำหมันหลังคลอดมานาน 2 ปีหลังคลอดบุตรคนที่ 2ซึ่งคลอดเองปกติที่โรงพยาบาลชุมชน
2.อาการ/อาการแสดง อาการที่พบมากที่สุดคือ	ปวดท้องน้อยมากมา 30 นาที	ปวดหน่วงท้องน้อยด้านซ้ายมา 1 สัปดาห์ร่วมกับมีเลือด
1. กดเจ็บบริเวณหน้าท้องน้อย (ร้อยละ 80-95) มีrebound) ลักษณะการปวดจะรู้สึกเหมือนถูกเข็มแทง(shape pain) หรือปวดแบบบิดๆ (colicky pain) อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน อาจปวดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั่วๆไปก็ได้อาการนี้จะนำมาก่อนการแตกของไข่ในรายที่มีเลือดออกภายในช่องท้องอาจมีอาการปวดร้าว (refer pain) ไปที่หัวไหล่หรือบริเวณคอในรายที่แตกแล้วจะมีอาการ rebound tenderness	อาการปวดร้าว(refer pain)ไปที่หัวไหล่ด้านขวา กดเจ็บบริเวณหน้าท้องน้อยด้านขวา ลักษณะแข็งตึง มีtenderness lower Quadrant and guarding	ออกทางช่องคลอดกระปริดกระปรอยเป็นมา 1 สัปดาห์ ตรวจหน้าท้องท้องน้อย ข้างซ้ายกดเจ็บปานกลาง (mild tender)



ตารางต่อ ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. ขาดประจำเดือนและมีคลื่นไส้อาเจียน	-ขาดประจำเดือนประมาณ 2 เดือน	-ขาดประจำเดือนประมาณ 2 เดือน
3. มีเลือดออกกระปริดกระปรอยเป็นช่วงๆ หรือออกเรื่อยๆ พบได้ประมาณ 75%	(LMP 22 ก.ค. 62)	(LMP 10 เม.ย. 62)
4. อาการเป็นลมหรือช็อกพบได้ประมาณ 33% ส่วนใหญ่เกิดภายหลังที่ท้องนำไข่แตก อาจมีภาวะ hypovolemic shock เป็นผลให้ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตตก Pulse pressure แคบ ชีพจรเร็ว เหงื่อออก ตัวเย็นซีด หน้ามืด เป็นลมกดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก (ร้อยละ 48.8) และเจ็บขณะโยกปากมดลูก (ร้อยละ 48.8) ในกรณีที่มียืดออกในช่องท้องอาจพบมี orthostatic hypotension Cui-de-sac โป่งและกดเจ็บในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง ^{1,9,10}	มีอาการกระสับกระส่ายเหงื่อออก ตัวเย็น ซีด (Hct=20%) มีภาวะhypovolemic shock สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิตต่ำ 84/58mmHg ชีพจรเบาเร็ว 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที	-สัญญาณชีพแรกเริ่มปกติ อุณหภูมิช่วง 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจรช่วง 80-90 ครั้ง/นาที หายใจช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วง 100/62-112/74 mmHg. Hct=30%) ไม่มีภาวะhypovolemic shock
3. การวินิจฉัย	Rupture Right Tubal pregnancy with hypovolemic shock. Anemia due to blood loss	Left Tubal pregnancy
1. ประวัติอาการและอาการแสดง	ปวดท้องน้อยมากมา 30 นาที อาการปวดร้าว(refer pain)ไปที่หัวไหล่ด้านขวา	ปวดหน่วงท้องน้อยด้านซ้าย มา 1 สัปดาห์ร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอดกระปริดกระปรอย 1 สัปดาห์
2. การตรวจทางหน้าท้อง		
2.1 ในรายที่ท้องนำไข่ยังไม่แตกอาจกดเจ็บบริเวณท้องน้อยโดยเฉพาะข้างที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก(localized tenderness)	-กดเจ็บบริเวณหน้าท้องน้อยด้านขวา ลักษณะแข็งตึง มี tenderness lower	-ตรวจหน้าท้อง กดเจ็บท้องน้อยข้างซ้าย ปานกลาง (mild tender)
2.2 รายที่ท้องนำไข่แตกแล้วมักมีอาการท้องอืดเคาะหน้าท้องได้เสียงทึบ(dullness)มีการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องเมื่อถูกกด รู้สึกเจ็บเมื่อผู้ตรวจเอามือกดแรงๆ แล้วปล่อย ^{1,10}	Quadrant and guarding	

ตารางต่อ ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. การตรวจภายใน		
3.1 อาการแสดงของการตั้งครรภ์เช่นปากมดลูกเป็นสีคล้ำ ปากมดลูกนุ่ม	-ไม่ได้ตรวจภายใน ตรวจอัลตราซาวด์	-ตรวจภายในปากมดลูกเป็นสีคล้ำ นุ่มเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก
3.2 เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก (excitation pain) พบ ร้อยละ50	พบมี free fluid in cul-de-sac พบ hematoma at peritoneum	(excitation pain)
3.3 cul-de-sac โป่งและกดเจ็บโดยเฉพาะเลือดที่ออกทางช่องท้อง	-ตรวจการตั้งครรภ์ในปัสสาวะ (urine pregnancy test) ได้	-ตรวจการตั้งครรภ์ในปัสสาวะ (urine pregnancy test) ได้
3.4 คลำได้ก้อนนุ่มๆ กดเจ็บด้านที่มีพยาธิสภาพ	ผลบวก	ผลบวก
4. การตรวจการตั้งครรภ์ในปัสสาวะ ร้อยละ 90 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ผลเป็นบวก และ ควรได้รับการตรวจการตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้อย่างรวดเร็ว		
5. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงอาจพบ gestational sac โพรงมดลูกได้ตั้งแต่ 4 สัปดาห์ หลังจากการขาดประจำเดือน ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยวินิจฉัยสามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ ร้อยละ 82.9 ^{1,8,10}	-ตรวจอัลตราซาวด์ พบมี free fluid in cul-de-sac พบhematoma at peritoneum	-ตรวจอัลตราซาวด์พบถุงการตั้งครรภ์มี free fluid in cul-de-sacComplex mass at Lt. fallopian tube เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 4 เซนติเมตร
6. การตรวจหาความเข้มข้นของเลือดพบค่า hematocrit และhemoglobin จะค่อยๆลดลงตามสัดส่วนของปริมาณเลือดที่ออกภายในช่องท้อง	-ตรวจหาความเข้มข้นของเลือด พบค่า Hct ลดลง ก่อนส่งตัวมา 27% ถึงห้องตรวจ	-ตรวจหาความเข้มข้นของเลือดพบค่า Hctไม่ลดลง แรกรับHct=35%
7. การตรวจหาระดับ β -hCGในเลือด (serum β -hCG)สามารถตรวจได้เร็วที่สุดภายหลังปฏิสนธิ 5 วัน แต่การตรวจดังกล่าวไม่สามารถตรวจได้ทั่วไปจึงไม่เป็นที่นิยมในกรณีฉุกเฉินซึ่งในการตรวจ β -hCGในครรภ์ปกติจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 48 ชั่วโมง ^{1,8,10} ดังนั้นควรติดตามผล β -hCGเป็นระยะโดยวัด 2 ครั้งห่างกัน 48 ชั่วโมง	ฉุกเฉินเหลือHct=20%	ขณะรับไว้รักษาHct=35%
8. culdocentesis ปัจจุบันไม่นิยมแล้ว ¹	ไม่ได้เจาะculdocentesis	ไม่ได้เจาะculdocentesis
9. Laparoscopy พบว่าได้ผลแน่นอนที่สุด มีโอกาสผิดพลาดได้เพียง 2-5%. ^{1,8,10}	ไม่ได้ทำLaparoscopy	ไม่ได้ทำLaparoscopy



ตารางต่อ ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. การรักษา 1.การเฝ้าสังเกตอาการ (observation)บางรายอาจฝ่อหายไปได้เอง เฝ้าสังเกตอาการดังนี้ 1.1 ระดับserum β-hCG ลดต่ำลงเรื่อยๆ 1.2 ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 1.3 ขนาดก้อนครรภ์นอกมดลูกไม่เกิน1เซนติเมตร 1.4 ไม่มีอาการแสดงของท่อนำไข่แตก (Tubal Rupture) 2. การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาด้วยการฉีดยา methotrexate เข้าไปทำลายก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้เสื่อมสลายไปหรือฝ่อไปเหลือท่อนำไข่ที่มีสภาพปกติมากที่สุดได้ผลดีในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ ก่อนยังไม่แตก ขนาดก้อนของการตั้งครรภ์ไม่เกิน 4 เซนติเมตรตรวจไม่พบการเต้นของหัวใจทารก และระดับserum β-hCG15,000 mIU/ml น้อย^{1, 10} 3. การรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ 3.1Salpingostomyวิธีการผ่าตัดโดยการกรีดแผลให้มีความยาวประมาณ 1-1.5cms.แล้วคีบเอาส่วนของครรภ์ออก จากนั้นหยุดเลือดโดยใช้ไฟฟ้าจี้และปล่อยให้มีการสมานแผลเอง ไม่ต้องเย็บแผล เป็นการผ่าตัดแบบดั้งเดิมเพื่อเก็บอวัยวะส่วนที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกไว้ในรายที่มีบุตรยาก ผู้ป่วยสามารถมีบุตรได้ในกรณีที่ไม่เสียเลือดมากและไม่มีภาวะช็อกขณะผ่าตัด การผ่าตัดวิธีนี้เมื่อมีก้อนขนาดน้อยกว่า 2cms. และฝังตัวใกล้กับส่วนปลายของท่อนำไข่ 3.2 Salpingotomy เป็นการผ่าตัดที่ทำทุกขั้นตอนเช่นเดียวกับ Salpingostomy แต่เย็บปิดแผลบริเวณท่อนำไข่	1.การรักษาด้วยการผ่าตัด แบบฉีกเอ็น(Right Salpingectomy with lysis adhesion) ผ่าเข้าไปพบท่อนำไข่ข้างขวา ส่วนampulla part ฉีกขาด มี hematoma at peritoneum ประมาณ 3,000 ccมีพังผืดบริเวณ uterus และ Cul de sacส่วนท่อนำไข่ข้างซ้าย ยามีพังผืดระหว่างรังไข่ติดลำไส้ ได้ตัดท่อนำไข่ข้างขวาออก และ เลาะส่วนที่เป็นพังผืดออกจากกัน	1.เฝ้าสังเกตอาการ (observation)หลังตรวจอัลตราซาวด์พบถุงการตั้งครรภ์ มี free fluid in cul-de-sac Complex mass at Lt. fallopian tubeเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ4x4เซนติเมตรท่อนำไข่แตกยังไม่แตก ตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct)ไม่ลดลง แรกรับ Hct=35% ขณะรับไว้รักษา Hct=35% การผ่าตัด รอเตรียมพร้อมการผ่าตัดตามมาตรฐาน และได้รับการผ่าตัด Left. salpingo-Oophorectomy with Right salpingectomy ตัดท่อนำไข่และรังไข่ออกข้างซ้ายและตัดท่อนำไข่ข้างขวาออก

ตารางต่อ ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3.3 Salpingectomy เป็นการผ่าตัดเอาท่อนำไข่ข้างที่มีพยาธิสภาพออกมักทำในรายที่ท่อนำไข้อยู่ในสภาพที่ถูกทำลายมากหรือควบคุมการเสียเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้วและต้องการทำหมัน	-ยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriazone 2 mg iv OD Methonidazole 500 mg iv ทุก 8 hr.จนครบ 24 ชม.	-ให้ ยาปฏิชีวนะ ก่อนผ่าตัด Cefazoline 1gms ก่อน ผ่าตัด 30 นาที แบบ Antibiotic Prophylaxis หลังผ่าตัดไม่ได้ ให้ยาปฏิชีวนะ
3.4 Salpingo-oophorectomy การผ่าตัดที่เอาท่อนำไข่ข้างที่มีการตั้งครรภ์ออกพร้อมท่อนำไข่ นิยมทำใน tube-ovarian pregnancy ที่ไม่สามารถแยกรังไข่จากท่อนำไข่ได้ การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมครอบคลุมและการผ่าตัดในกรณีที่มีการแตกของท่อนำไข่ ซึ่งพื้นฐานที่ควรให้คือยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อก่อโรคในช่องท้อง ^{1,10,12}		



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้จากการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น โดยประเมินทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และสังคม พบว่ามีปัญหาที่ต้องดูแลจึงได้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องท้อง เนื่องจากมีการแตกของท่อน้ำไข้พบในกรณีศึกษารายที่1	1. ประเมินอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. จดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ\ สังเกตสีและปริมาณของปัสสาวะซึ่งปัสสาวะควรออกมากกว่า 30 cc/hr. 5. ประเมินระดับความปวดและภาวะช็อค 6. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC electrolyte Hct, Hb. 7. ให้ออกซิเจน mask with bag 6 ลิตรต่อนาที 8. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95 %
2) วิดกกังวลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดพบในกรณีศึกษารายที่ 2	1. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก 2. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วย 3. ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และลงนามยินยอมโดยให้ญาติ มีส่วนร่วม
3) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกพบในกรณีศึกษารายที่1และ2	1. ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหากซึมลง ปลุกไม่ตื่นให้รายงานแพทย์ทันที 2. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที 3. ประเมินภาวะการขาดออกซิเจน เช่นหายใจตื้น เหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว 4. เมื่อผู้ป่วยตื่นดีกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ(deep breathing exercise) และไอ อย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามสภาพที่เหมาะสม
4) ปวดแผลระดับรุนแรงเนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดทางหน้าท้องพบในกรณีศึกษา รายที่ 1,2	1. ประเมินระดับความปวดของแผลผ่าตัด (level of pain score) และดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 3. จัดให้นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน 4. กระตุ้นการหายใจแบบผ่อนคลาย (deep breathing exercise) 5. จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ตารางต่อ ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก จากการเสียเลือดหลังผ่าตัดในช่วง 24 ชั่วโมงแรก พบในกรณีศึกษา รายที่ 1,2	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด
6) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากมีคลื่นไส้ อาเจียน พบในกรณีศึกษา รายที่ 1	1. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา ประเมินความเพียงพอของสารน้ำ 2. จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler, s position) เพื่อป้องกันการสำลัก 3. จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ 4. รายงานแพทย์เพื่อให้ยาแก้อาเจียน สังเกตอาการหลังให้ยา
7) มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด พบในกรณีศึกษา รายที่ 1,2	1. ประเมินแผลผ่าตัด สังเกตอาการผิดปกติของแผล โดยการใช้หลัก REEDA(R=redness,แดง, E=edema,บวม ,Ecchymosis=ลักษณะช้ำเลือด, D=discharge,มีหนองไหลออกจากแผลหรือไม่,A=approximate,ลักษณะขอบแผลเสมอกันหรือไม่) 2. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามภาวะติดเชื้อ 3. แนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลแผลผ่าตัด 4. ดูแลความสะอาดร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการหายของแผล
8) ท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง พบในกรณีศึกษา รายที่ 1	1. ประเมินการทำงานของลำไส้โดยการฟัง Bowell sound ทั้ง 4 quadrants หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 2. สังเกตและประเมินท้องอืดหลังผ่าตัด เช่น แน่นท้อง ท้องแข็งตึง 3. อธิบายสาเหตุของภาวะท้องอืด 4. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วตามสภาพที่เหมาะสม 5. Step diet เมื่อ Bowell sound positive 6. แนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ย่อยง่ายและมีกากใยสูง 7. รายงานแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้นเพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา
9) เสรีจากอาการจากการสูญเสียตั่งครุฑและตั่งครุฑนอกมดลูกพบในกรณีศึกษา รายที่ 1	1. สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวเอง ยิ้มทักทาย สัมผัสแบบนุ่มนวล เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ 2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ 3. อธิบายให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของการตั่งครุฑนอกมดลูก 4. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจ 5. ประเมินอารมณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน



ตารางต่อ ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
10) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านโดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D model พบในกรณีศึกษา รายที่ 1,2	1.D=Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2. M = Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด 3. E=Environment คือช่วง 1-2 สัปดาห์แรกให้เดินไปมาระยะใกล้ๆ ค่อยๆ เพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อยๆ ควรออกกำลังกายเบาๆ ไม่ทำงานหนัก เป็นต้น 4.T=Treatment คือการดูแลหลังแผล ตัดไหมในวันที่ 7 หลังการผ่าตัด แล้วถ้าแผลไม่แยก สามารถอาบน้ำแบบใช้ฝักบัวหรือใช้ขันตักอาบน้ำ 4.2 อาการปวด ถ้าปวดแผลให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4.3 การดูแลช่องคลอด รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ควรทำความสะอาดทุกครั้งหลังอุจจาระ ปัสสาวะและขับให้แห้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อไม่เหน็บยาหรือสวนล้างช่องคลอด 4.4 งดการมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการติดเชื้อ 4.5 ภาวะเร่งด่วนที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง ปวดท้อง และมีสิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอดมีกลิ่นเหม็น - เลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติใช้ผ้าอนามัยเกิน 3 – 4 ผืนต่อวัน - แผลผ่าตัดแยก เปียกน้ำ ปวดมาก มีเลือดหรือหนองซึม ขอบแผลบวมแดงให้รีบมาพบแพทย์ทันที - ปัสสาวะไม่ออก และปัสสาวะบ่อยวันละหลายครั้ง 5. H Health การวางแผนครอบครัว การดูแลตนเองการบริหารร่างกายที่เหมาะสมและวิธีการผ่อนคลายความเครียด 6. O: Out patient การมาตรวจตามนัด จากสถานพยาบาลใกล้บ้านเช่นการตัดไหมและเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน 7. D=Diet แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และมีกากใยสูงเพื่อป้องกันอาการท้องผูก

สรุปและวิจารณ์

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้ง 2 ราย ซึ่งในกรณีผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะช็อกจากการแตกของพ่อน้ำไข่และต้องการมีบุตรอยากตั้งครรภ์อีก ส่วนรายที่ 2 ประวัติเคยทำหมันจากนั้นเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกขึ้น ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญเป็นพิเศษ ในการประเมินอาการ การประสานงานในทีม ให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง รวดเร็วตาม กระบวนการพยาบาลได้มาตรฐานตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะที่ได้มาให้เป็นแนวทาง

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ ทองสม, จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอฬารรัตน์ชัย. นรีเวชวิทยาฉบับสอบบอร์ด. (พิมพ์ครั้งที่3) กรุงเทพฯ: พีบี ฟอเรนซิกเซนเตอร์, 2551.
2. นันทนาธนาโนวรรณ. ตำราพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง, 2553.
3. บุญใจ ศรีสถิตยนากรณ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยู แอน ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2550.
4. ปริญญา ราชกิจ. การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาล ลำปลายมาศ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ -สุรินทร์-บุรีรัมย์, 2560 ; 32 (1): 33-42.
5. สุวิทย์ บุญยะชีวิน และ เยื่อนตันดินรินทร์. เวชปฏิบัติทางสูตินรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ: โอ เอส. พรินต์ติ้งเฮาส์, 2555.
6. สมศรี พัทธกิจกรณกร และคณะ. ตำรานรีเวชวิทยา. นนทบุรี, บียอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์; 2551.
7. หอผู้ป่วยนรีเวช. รายงานตัวชี้วัดประจำปี 2560-2562. โรงพยาบาลมหาสารคาม (สำเนาเอกสาร).

8. Walker JJ. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2017; 43 (1): 76-86.
9. Stovall TG, Kellerman AL, Ling FW, Buster JE. Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. Ann Emerg Med, 1990; 19: 1098-103.
10. Stovall TG. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In :Berek JS, Rinehart RD, Hilard PJ, eds. Novak's gynecology. 13th ed. Novak's Philadelphia: Lippincott William &Wilkins; 2002 : 507-42.
11. Tuomivaara L, Kauppila A, Puolakka J. Ectopic pregnancy an analysis of the etiology, diagnosis and treatment in 552 cases. Arch Gynecology ; 1986 : 135-47.
12. Victon P Sepilian, Michel E Rivlin. Ectopic pregnancy. Retrieved January, 2011. From : [Http://emedicine. meds cap. com/ article/. 923](http://emedicine.meds cap. com/ article/. 923)