

Nursing Care for Ectopic Pregnancy with Shock (A case study)

Jantana Prasarnsiwamai, BN.S.
Nursing Department, Sisaket hospital.

Abstract

Back ground : Ectopic pregnancy with shock is a crisis condition causing patients suffered from hypoxia due to the failure of blood circulation. The complications of blood circulation failure include respiration failure, hypoxia, hypotension, and acute renal failure. Those complications may be the causal of death in patients. Therefore, it is very important for nurses to be able to perform patients' assessment at the very early state of shock. Consequently, patients can be treated in timely manner.

Objective : The purposes of this report were to study the prognosis, health problems, treatments, and patient outcomes. It is expected that knowledge gained from this report will provide resource of nursing practice guideline (NPG) for nurses to care for patients diagnosed from ectopic pregnancy with shock.

Sample and setting : The purposive sampling method was used to select 1 patient diagnosed from ectopic pregnancy with shock. The patient was recruited from Gynaecology unit at Sisaket hospital.

Study design : The retrospective data collection was employed. Data were gathered from the patient's medical record between January 2, 2009 and January 6, 2009.

Results : A married Thai woman aged 18 with a report of absence of 1 month period of menstrual was referred to Sisaket hospital from community hospital with lower abdominal pain, faint, alteration of conscious and shock. At Sisaket hospital, shock was worsening progressive. 0.9% Normal Saline Solution and Haemaccel were given intravenous. Later on, the patient's clinical improved enough to tolerate the operation. Right partial salpingectomy was performed and found hemoperitoneal 2,000 ml. ultimately; the patient's conditions were dramatically recovered. In summary, the patient's health problems were : 1) actual : hypovolemic shock (deficient fluid volume) due to massive blood loss in the abdomen secondary to ectopic pregnancy, 2) actual : ineffective tissue perfusion related to progression of shock with decreased red blood cell to transport oxygen to tissues, 3) risk for : fluid and electrolyte imbalance, 4) actual : anxiety related to feelings that illness was worsening and is potentially life threatening (patient and significant others), 5) actual : pain secondary to tissue injury, 6) actual : anemia due to massive blood loss, and 7) actual : alter in comfort due to abdominal distension secondary to the operation received. Nursing care had been closely provided based on patient's conditions to correct the shock. Finally, Patient was safe from shock and those mentioned health problems.

Conclusion : In order to provide nursing care for correcting shock, nurses must have knowledge of characteristics of shock and initiate nursing care plan to provide cares and observe patients closely.

Keywords : Ectopic pregnancy, Nursing care for ectopic pregnancy, Shock.

การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะซีออก (กรณีศึกษา)

จันทนา ประสารศิริวิทย์, พย.บ.
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะซีออก เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเนื่องจากมีผลทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดล้มเหลวร่างกายเกิดภาวะบวมพร่อง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว, ขาดออกซิเจน, ความดันโลหิตลดลง, ไตวายเฉียบพลันซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การประเมินภาวะซีออกได้ตั้งแต่เริ่มต้น มีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะซีออก การรักษาพยาบาลและผลของการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยและนำผลการศึกษามาใช้ประกอบ เป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกและมีภาวะซีออกในรายต่อไป

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษาโดยคัดเลือกจากผู้ป่วย แบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกซีออก ที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นรายกรณีทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 2 มกราคม 2552 - 6 มกราคม 2552

ผลการศึกษา : หญิงไทยคู่อายุ 18 ปี ขาดประจำเดือน 1 เดือน มีอาการปวดท้องน้อย เป็นลมหมดสติ มีภาวะซีออก ได้รับการแก้ไขภาวะซีออกจากโรงพยาบาลชุมชนแล้วส่งต่อมาโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยยังมีภาวะซีออกปรับเพิ่มสายน้ำจาก 0.9% NSS เพิ่ม Haemacel และต่อมาอาการดีขึ้น ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จนอาการดีขึ้น ปัญหาสุขภาพคือ มีภาวะซีออก เนื่องจากมีการเสียเลือดภายในช่องท้อง จากการตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการสูญเสียปริมาณเม็ดเลือดแดง ซึ่งทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย, เสี่ยงต่อภาวะขาดความสมดุลของสารน้ำ และ Electrolyte ผู้ป่วยและญาติมีความกังวล เนื่องจากอาการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิต ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด มีภาวะโลหิตจางจากการสูญเสียเลือด ไม่สุขสบายจากแน่นอึดอัดท้องซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขภาวะซีออก ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีออกและภาวะแทรกซ้อน

สรุป : การวางแผนการพยาบาล ด้วยความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของโรคและติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทำให้สามารถติดตามภาวะซีออกและแก้ไขทันเวลาที่ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีออกและภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์นอกมดลูก, การพยาบาลตั้งครรภ์นอกมดลูก, ซีออก

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) จัดได้ว่าเป็นภาวะอันตรายที่มีความสำคัญทางสูติศาสตร์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา อุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูก 1 : 100 ของการตั้งครรภ์¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งใน 10 ของหญิงตั้งครรภ์² และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากปัจจัยหลายประการ เช่น การทำแท้ง³, การติดเชื้ออุ้งเชิงกราน⁴, การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ โดยเฉพาะห่วงคุมกำเนิด^{5,6}, ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด⁷, การผ่าตัดรักษาผู้ที่มีบุตรยาก และการทำเด็กหลอดแก้ว เป็นต้น^{8,9} จากสถิติของผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2551-2552 มีผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกเข้ารับการรักษา 104 ราย ร้อยละ 45 มาด้วยอาการช็อก และนับเป็นผู้ป่วยวิกฤตอันดับ 1 ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน¹⁰ ซึ่งการประเมินภาวะช็อกได้ตั้งแต่เริ่มต้น มีความสำคัญเป็นอย่างมาก โรงพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลประชากรอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยแก้ไขภาวะช็อกและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน^{11,13} ในบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของการตั้งครรภ์นอกมดลูก ในกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อก เพื่อเป็นประสบการณ์ความรู้ประกอบการศึกษาและเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกต่อไป^{11,12,13}

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรคในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก และผลการรักษาพยาบาลในกรณีศึกษา

2. เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างใช้ประกอบองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกรายต่อไป

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกช็อกขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการศึกษาประวัติ การดำเนินของโรคปัญหาสุขภาพและการรักษาพยาบาลย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

ผลการศึกษกรณีตัวอย่าง

ประวัติการเจ็บป่วย เป็นหญิงไทย อายุ 18 ปี ภูมิลำเนา อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ มีประวัติขาดประจำเดือน 1 เดือน ปวดท้องน้อย เป็นลมหมดสติ ไปโรงพยาบาลชุมชนแรกรับ ซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย BP 50/30 mmHg ซีฟจร 102 ครั้ง/นาที Hct 29% ให้ 5% D/NSS load และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

การตรวจร่างกาย

รู้สึกตัวดี, ซีด, อ่อนเพลีย ตัวเย็น ฝ่ามือฝ่าเท้าเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 ซีฟจรเบาเร็ว 108 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเบา 80/60 mm/g แรกรับ Hct 10% Abdominal garding, rebound + ve tender lower abdominal both side

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะซีด

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		CBC	LFT	
2 ม.ค. 52	- รู้สึกตัวดี ชีตแห้งออก ตัวเย็นหน้าท้องโป่งตุง กตเจ็บปวด ท้อง BP80/60 mmHg pulse 108 ครั้ง/min เม - บิดสภาวะออกดีเหลืองเข้ม 200cc	WBC 1100 cell/cumm. HGB 2.94 Hct 8.67% Neutrophil 76% Lymphocyte 15% Platelet 121,000 cell/cumm BUN 3 mg/dl Cre 0.1 mg/dl Electrolyte Na 151 mmol/l K 1.8 mmol/l Cl 130 mmol/l co2 29 mmol/l	TP 5.8 gm/dl Glob 2.8 gm/dl Alb 3.0 gm/dl TBIL 0.5 mg/dl DBIL 0.0 mg/dl I BIL 0.05 mg/dl AST 25 u/L ALT 35 u/L ALP 44 u/L	Retain cath on O2 5 L/min. 0.9/NSS 1000 cc iv drip 80 cc/hr Haemaccel 500 cc iv 80 cc/hr G/M ของ WB 4 Unit ส่ง u/s emergency Set OR Explorlab พญ Hemoperitonium 2000cc ทำ Right Partial Salphingectomy 22.30 น. ให้ 5 % N/2 1,000cc 40 d/min ของ PRC 2 unit Ampicillin 1 gm iv ทุก 6 ชม.
3 ม.ค. 52	รู้สึกตัวปวดแผลผ่าตัดท้องอืด เคาะท้องโป่งตุงเล็กน้อย ปัสสาวะสีเหลืองใส 1,000cc เริ่มมี Early Ambulate bowel sound - ve BP 100/70 mm/Hg 14.00 น. มีไข้ 38	VDRl - ve HIV - ve Hct 29%	Electrolyte Na 139 mmol/l K 4.5 mmol/l Cl 107 mmol/l CO2 24 mmol/l	5% D $\frac{1}{2}$ 2,000cc. 30 d/min E.Kcl 30cc O ทุก 4 ชม.
4 ม.ค. 53	ท้องอืดเล็กน้อย ปวดแผลเล็กน้อย Ambulate ดี bowel sound + ve ลูกนั่งข้างเตียงได้ BP 100/60 mg ไม่ไข้ T 37			5% D $\frac{1}{2}$ 1000cc 30 d/min Soft diet เข้าเตียง Off Ampicillin iv Amoxycillin 500 mg 2 cap bid

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาภาวะตั้งครภ์นอกมดลูกที่มีภาวะซีด (ต่อ)

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		CBC	LFT	
5 ม.ค. 52	ช่วยเหลืองตนเองได้ดี แผลผ่าตัดแห้งดี ท้องไม่อืด ผายลมได้ เดินรอบ ๆ เตียงได้ ยังไม่ขับถ่าย v/s ดี BP 100/60 mmHg			Sinocort 2 tab O hs
6 ม.ค. 52	ช่วยเหลืองตนเองได้ดีแผลผ่าตัดแห้งดีท้องไม่อืด ไม่ปวดแผล V/S ปกติ T36.8 p84 ครั้ง/นาที BP 100/60 mmHg R22 ครั้ง/นาที			D/C จำหน่าย กลับบ้าน Amoxicillin 500 mg 2 cap O bid /20 cap Cal c 1x3 pc O /60 tab Paracetamol 500 mg 2 tab O prn/20 tab

การวินิจฉัยและแผนการพยาบาล

การวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือดในช่วงท้องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การพยาบาล ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS Haemaccel, และให้ WB ตามแผนการรักษาให้ออกซิเจน 5 ลิตร/นาที รายงานแพทย์ให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทันที และได้รับเลือด WB 2 unit PRC 1 unit ประเมินสัญญาณชีพจรหลังผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนปกติ หลังจากนั้น ทุก 4 ชั่วโมง เจาะ HCT หลัง เลือดหมดบันทึกปริมาณสารน้ำ (Intake/out put) ถ้าปริมาณน้อยกว่า 30cc ต่อชั่วโมง รายงานแพทย์

ผลการพยาบาล รู้สึกตัวดีขึ้น ไม่มีภาวะช็อกหลังผ่าตัด BP 100/60 mmHg - 110/70mmHg อัตราชีพจร 84 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของเลือดดีขึ้น หลังเลือดหมด 29% ปลายมือปลายเท้าอุ่น ปริมาณปัสสาวะ 2,000cc ใน 8 ชั่วโมง

การวินิจฉัยที่ 2 เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ใช้ออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากสูญเสียปริมาณเม็ดเลือดแดงซึ่งทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

การพยาบาล ประเมินสภาวะการหายใจ และจดบันทึกทุก 15 นาที 30 นาที 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง ตามลำดับ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 5 ลิตร/นาที และดูแลสายออกซิเจนไม่ให้พับหักงอ สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัวและสังเกตอาการที่เกิดขึ้นจากการอุดตันระบบทางเดินหายใจ เช่น การระคายเคืองเยื่อเยื่อ ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า เขียวคล้ำ การขยายของทรวงอกไม่ดีให้รีบ แก้ไขและรายงานแพทย์^{11,13}

ผลการพยาบาล ระดับการรับรู้ดี ไม่กระสับกระส่าย การสื่อสารรู้เรื่อง หายใจปกติ 20-22 ครั้ง/นาที ชีพจรเต้นแรง เร็วสม่ำเสมอ 84 - 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70 mmHg ผิวหนังอุ่นขึ้นสีชมพู

การวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะขาดสมดุลของสารน้ำ และ Electrolyte ในร่างกาย

การพยาบาล ตรวจบันทึกสัญญาณชีพจรทุก 15-30 นาทีจนกระทั่งสัญญาณชีพจรที่ จึงตรวจทุก 2-4 ชม. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ ตามแนวทางรักษาของแพทย์ ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งให้ได้รับออกซิเจน

เพียงพอ ประเมินภาวะคั่งน้ำที่ปอด คือ การฟังปอด ประเมินภาวะ Uremic Encephalopathy, ประเมินภาวะขาดน้ำ ประเมินภาวะความไม่สมดุลของน้ำ และ Electrolyte ติดตามดู BUN, Cre Electrolyte^{11,13}

การประเมิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่สับสน หายใจปกติ 20-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 84-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70 mmHg ผิวหนังอุ่นดี, ไม่แห้งเสียงปอดไม่มี Crepitation, ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน Bun 3 mg% Cre 0.1 mg% Na 151 mmol/L k 1.8 mmol/L Cl 130 mmol/L CO₂ 29 mmol/L

การวินิจฉัยที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน เกรงว่าจะถึงแก่ชีวิตกลัวการผ่าตัด และไม่ปลอดภัย

การพยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและความสำคัญที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดช่วยเหลือด่วน เปิดโอกาสให้ซักถามระบายความกังวลให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนทำกิจกรรม การพยาบาลให้การดูแลใกล้ชิด

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นมาก ผู้ป่วยและญาติ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี และให้กำลังใจผู้ป่วยดี

การวินิจฉัยที่ 5 ผู้ป่วยมีความกังวลใจจากการปวดแผลผ่าตัด

การพยาบาล มีการติดตามประเมินความปวด Pain score ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมบันทึก ให้ยาบรรเทาอาการเจ็บปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยยึดหลักการให้ยาแก้ปวด จะต้องให้ยาก่อนเกิดอาการรุนแรง เพื่อให้การออกฤทธิ์ของยาสามารถระงับอาการปวดได้และใช้วิธีการอื่น ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยในภาวะเจ็บปวด เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การถนอมหลัง แขนขา การสูดหายใจเข้าออกลึก ๆ, การจินตนาการเชิงบวก, การฟังเพลง และการทำสมาธิเป็นต้น^{14,15}

การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น อาการเจ็บปวดลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาโดยปลอดภัย

การวินิจฉัยที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางจากการสูญเสียเลือด

การพยาบาล สังเกตปริมาณลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด ประเมินภาวะซีด เช่น เวียนศีรษะ,

หายใจตื่น ตืดตาม ตรวจดูค่า ซีมาโตคริต หากพบว่า น้อยกว่า 20 % ต้องรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้เลือด ทางหลอดเลือดดำดูแลและแนะนำรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ตับ สัตว์ เครื่องในสัตว์ ถั่วต่าง ๆ พักทอง ส้ม กล้วยน้ำหว่า มะละกอ ฯลฯ ดูแล ให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา¹²

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับเลือดทางหลอดเลือดดำ 3 ยูนิต ซีมาโตคริต หลังให้เลือดวัดได้ 29% ผู้ป่วย สดชื่น แจ่มใสขึ้น ไม่มีอาการวิงเวียน

การวินิจฉัยที่ 7 ไม่สุขสบายจากอาการแน่น อึดอัดท้อง

การพยาบาล ประเมินอาการท้องอืด กระตุ้นให้มี Early Ambulation ระยะแรกพลิกตะแคงตัว, ต่อมาลุกนั่ง บนเตียง, ลุกนั่งข้างเตียง เดินรอบ ๆ เตียงและเดินบริเวณ หอผู้ป่วย Observe bowel sound ดูแลติดตาม ประเมิน pain score ดูแลให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา หรือเทคนิค การผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย สามารถ Ambulation ได้ ดูแลเบิกร่างให้ดื่ม และยาขับลมตามแผนการรักษา ของแพทย์ ใช้ทฤษฎี Empowerment กล่าวชื่นชมให้กำลังใจ เมื่อปฏิบัติได้ดี^{14,15}

การประเมินผล วันที่ 1 หลังผ่าตัดมีภาวะท้องอืด ปานกลาง ท้องโป่งตึงเล็กน้อย bowel sound - ve วันที่ 2 ท้องอืด เล็กน้อย bowel sound - ve วันที่ 3 ไม่มีภาวะ ท้องอืดสุขสบาย bowel sound + ve Active

การวางแผนจำหน่าย การใช้กระบวนการในการ ดูแลผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีทางการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีของกอร์ดอน ตามแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การกำหนดข้อวินิจฉัยกับการพยาบาลและการจัดกิจกรรม การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตวิญญาณ จิตสังคม¹⁶ ตลอดจนวางแผน จำหน่ายโดยใช้หลัก D-method

บทสรุป วิจัย และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยตั้งครรรณอกมดลูก ทุกรายมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะเครียดความตื่นเต้นวิตกกังวล ไม่ทราบว่าจะต้องพบอะไรในห้องผ่าตัด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องดูแลแก้ไขปัญหามุ่งเน้นให้ครอบคลุม ทั้งระยะก่อนผ่าตัด, ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจน แผนฟื้นฟูสภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลโดย สหสาขา วิชาชีพ เช่น แพทย์, พยาบาล ER, พยาบาลวิสัญญี, พยาบาลห้องผ่าตัด, พยาบาลหอผู้ป่วย, เกสเซอร์ นัก โภชนาการ และนักจิตวิทยา ตลอดจน จัดระบบติดตาม ดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้านและนัดติดตามผลการรักษา

ภาวะตั้งครรรณอกมดลูก นับเป็นภาวะวิกฤตหาก ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่ และให้การพยาบาล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อาจคุกคามถึงชีวิตผู้ป่วย ดังนั้น การ พยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วย มีชีวิตอยู่รอด ดังนั้น พยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลแรก ที่ต้องพบ ผู้ป่วย ต้องมีความสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้น และปฏิบัติด้วยความ รวดเร็วถูกต้อง ตลอดจนสามารถประสานงานให้การดูแล รักษาพยาบาล ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จนผู้ป่วยหายเป็นปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษา ขอขอบคุณ ดร.จันทร์ทิรา เจียรไนย ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณ คุณวิไลวรรณ เสาร์ทอง ที่ช่วยค้นหาเอกสารตำรา ขอขอบคุณ คุณเอื้อมพร ธรรมวิจิตรกุล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ให้คำแนะนำ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาย วีระสุต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

1. Goldner TE. Lawson Hw, Xia Z, et al. Surveillance for ectopic Pregnancy United State, 1970 - 1989. MMWR (Morb Moral Wkey Rep CDC Surviellance Summary) 1993; 42 : 73-85.
2. Dorfman SF. Deaths from ectopic pregnancy, United States, 1979 to 1980. Obstet Gynecol 1983; 62 : 334-8.
3. Levin AA, Schoenbaum SC, Stubblefield PG, Zimicki S, Monson RR, RyanKJ. Ectopic pregnancy and prior induced abortion. Am J Public Health 1982; 72 : 253-6.
4. Westrom L, Bengtsson LP, Mardh PA. Incidence, trends and risks of ectopic pregnancy in a population of women. Br Med J 1981; 282 : 15-8.
5. Sivin I. Alternative estimates of ectopic pregnancy risks during contraception. Am J Obstet Gynecol 1991; 165 : 70.
6. Tatum HJ, Schmid FH. Contraceptive and sterilization practices and extra uterine pregnancy : a realistic perspective. Fertil Steril 1977; 28 : 407-21.
7. Ory HW. The women's health study : ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices of the developing tubal ectopic pregnancy. Fertil Steril 1980; 34 : 169-71.
8. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France, with special focus on infectious factors. Am J Epidemiol 1991; 133 : 839-49
9. Corson SL. Batzer FR. Ectopic pregnancy : a review of the etiologic factors. J Reprod Med 1986; 31 : 78-85.
10. สถิติประจำเดือนและประจำปี ของกลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ. 2551-2552.
11. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, ชวนพิศ ทำทอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต, ขอนแก่น : สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
12. สภาการพยาบาล. แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก. กรุงเทพฯ : สภา; 2550.
13. Leuies, S.M., Callier I. C and Heikemper, MM. Medical - Surgical nursing - Assessment and management of Clinical Problem. 4th ed. Missoeeri : Mosby Year Book; 1996.
14. สุนันทา ศรีวิวัฒน์. ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความปวด ภาวะท้องอืด และการพักผ่อนหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2538.
15. อิงอร พงศ์พุทธชาติ. การเสริมแรงเพื่อการฟื้นสภาพ ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
16. วิพร เสานารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 14. ขอนแก่น : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.