

นิพนธ์ต้นฉบับ

## การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด Nursing Care of Ectopic Pregnancy with Hypovolemic Shock

Received: June 13, 2021

Revised: Mar. 7, 2022

Accepted: Apr. 17, 2022

Published: Aug. 25, 2022

เพ็ญศรี ละออ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครนายก

Pensri La-or

Nursing department, Nakhon Nayok Hospital

### บทคัดย่อ

ภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวช เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดของการตั้งครรภ์ไตรมาสแรก ความถูกต้องแม่นยำของการประเมินภาวะช็อกที่ห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้การรักษายาบาลทันเวลา วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การวินิจฉัย การพยาบาลและผลลัพธ์ในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด

**กรณีศึกษา:** หญิงไทย 38 ปี (G<sub>4</sub>P<sub>2</sub>, GA 8 weeks) มาโรงพยาบาลด้วยปวดท้องน้อย ถ่ายเหลว หน้ามืด ผลการประเมินสัญญาณชีพที่ห้องฉุกเฉินพบภาวะช็อก ได้รับการแก้ไขโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 ชั่วโมงต่อมาปวดท้องน้อยมากขึ้น ท้องอืดเกร็ง ผลตรวจปัสสาวะและอัลตราซาวด์พบมีการตั้งครรภ์และมีของเหลวในช่องท้อง วินิจฉัยเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีท่อนำไข่แตกและภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้รับการผ่าตัดท่อนำไข่และรังไข่ขวาออกอย่างเร่งด่วน รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 4 วัน ปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องท้อง ปวดแผลผ่าตัดและความวิตกกังวลที่สูญเสียบุตร

**สรุป** การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด มีความสำคัญและซับซ้อนในทางการพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงจะทำให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและหายจากโรคในเวลาที่เหมาะสม เพื่อนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** ตั้งครรภ์นอกมดลูก, ช็อกจากการเสียเลือด

**Corresponding author:** เพ็ญศรี ละออ Email: pensri.laor@gmail.com

Original article

Abstract

*Received: June 13,2021*

*Revised: Mar. 7,2022*

*Accepted: Apr. 17,2022*

*Published: Aug. 25,2022*

A hypovolemic shock in ectopic pregnancy is an Obstetrics and Gynecology emergency that has been most of the maternal mortality in the first trimester. The accuracy and rapid assessment of hypovolemic shock in the emergency room play a significant role in treatment. This study aimed to study the prognosis, the nursing diagnosis, treatments, and outcome of the ectopic pregnancy patient with hypovolemic shock.

Case study: A 38-year-old Thai woman, (G<sub>4</sub>P<sub>2</sub>, GA 8 weeks) suffering from lower abdominal pain, diarrhea, and fainting was transferred to the emergency room. The vital signs of the patient showed a hypovolemic shock, occurs immediate resuscitation with intravenous fluid. Five hours later, the patient suffered from severe lower abdominal pain and abdominal guarding. The diagnosis of ectopic pregnancy with a ruptured fallopian tube with hypovolemic shock was confirmed according to urine exam and ultrasound. The patient had been emergency surgery to operate the ectopic pregnancy. The patient was fully recovered in the hospital for 4 days. The hypovolemic shock caused by heavy blood loss from ruptured ectopic pregnancy wound pain, and stress were significant problems in the patient.

Conclusion: The nursing care of ectopic pregnancy with hypovolemic shock was significant and complicated condition in nursing. Patient need to be holistically and continuously cared from a multidisciplinary team to provide care for patients safe from the crisis and quickly recover in an appropriate time that can be a guideline to develop the quality of nursing with effectiveness.

**Keywords:** Ectopic Pregnancy, Hypovolemic Shock

**Corresponding author:** Pensri La-or Email: pensri.laor@gmail.com

## บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไข่ถูกผสมแล้วไปฝังตัวเป็นตัวอ่อนนอกโพรงมดลูก เช่น บริเวณท่อนำไข่พบร้อยละ 93-97 โดยส่วนที่พบบ่อยคือ บริเวณ Ampulla ร้อยละ 75 รองลงมาคือ ส่วน Isthmus ร้อยละ 13 fimbriae ร้อยละ 12 และร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดบริเวณอื่น เช่น ฝังไข่ปากมดลูกและในช่องท้อง (Meena, Bairwa & Sharma, 2020) พบว่าเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่พบในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Sanmee, 2014) สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติการผ่าตัดท่อนำไข่ ตั้งครรภ์หลังทำหมัน ตั้งครรภ์นอกมดลูก ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ตั้งครรภ์ขณะใส่ห่วง และได้รับยา Diethylstilbestrol ขณะอยู่ในครรภ์ (Thongsong, Srisomboon, Jareankaun, & Chintakanun, 2016) สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงปานกลางได้แก่ ภาวะมีบุตรยาก มีคู่นอนหลายคน ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นได้แก่ เคยผ่าตัดอุ้งเชิงกราน สูบบุหรี่ สวมล้างช่องคลอด และมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปี (Sanmee, 2014) โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการ 3 อย่าง คือ ปวดท้อง ขาดประจำเดือน และเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ อาการแสดงที่พบได้แก่ กดเจ็บที่ปีกมดลูกและเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก คลำได้ก้อนที่ปีกมดลูก อาจตรวจพบมดลูกมีขนาดโตได้ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ กรณีที่มีการแตกของถุงการตั้งครรภ์จะทำให้เลือดออกในช่องท้องจนมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ นับเป็นการเจ็บป่วยภาวะเฉียบพลันที่คุกคามชีวิต จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ไม่มีอาการที่บ่งจำเพาะอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์เมื่ออาการเป็นมากแล้ว จึงเกิดความล่าช้าในการรักษา

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกโรคจำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์เมื่อพบเป็นบวก จะตรวจเลือดหาระดับ betaHCG โดยจะพบระดับในระดับที่สูงกว่า 1,500-2,000 มิลลิยูนิต/มิลลิลิตร จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีขั้นตอนหลายขั้นตอน และระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจพอสมควร ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาที่ทำให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกล่าช้าและผิดพลาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกต้องได้รับการรักษาทันที การรักษานั้นจะประกอบด้วยการใช้ยา methotrexate ในกรณีถุงการตั้งครรภ์มีขนาดเล็กกว่า 5 เซนติเมตร เมื่อถุงการตั้งครรภ์ มีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร หรือมีการแตกทำให้มีเลือดออกในช่องท้อง จึงต้องได้รับการผ่าตัด (Ali, Ali, & Soomar, 2019) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลสิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องได้รับการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ถูกต้องแม่นยำที่ห้องฉุกเฉิน หากการวินิจฉัยโรคล่าช้าหรือผิดพลาด จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องท้องเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะช็อกจากร่างกายเสียเลือดจำนวนมาก เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ จะส่งผลให้อวัยวะอื่นล้มเหลวตามมา (Boonmak, & Jongsomchai, 2016) การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลาสอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ จะช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การตายของหญิงตั้งครรภ์ ประมาณร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ali, Ali, & Soomar, 2019)

โรงพยาบาลนครนายก เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้การดูแลบุคคลที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย จากข้อมูลสถิติ ปี 2560-2562 พบมีหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เข้ามารับการรักษา จำนวน 33, 17 และ 23 ราย ตามลำดับ และพบว่ามีภาวะช็อกจากการเสียเลือดเนื่องจากถุงการตั้งครรภ์แตก จำนวน 14, 9 และ 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 42, 52 และ 53 ตามลำดับ (Information-and-services Nakhon Nayok Hospital, 2019) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตคุกคามชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน โดยการ

ประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือดมีความสำคัญเป็นอย่างมาก หากได้รับการวินิจฉัยถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้นจะส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดเนื่องจากถุงการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่แตก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลต่อไป

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 38 ปี (G<sub>4</sub>P<sub>2</sub>, อายุครรภ์ 8 สัปดาห์) สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทำงานโรงงาน ที่อยู่ขณะเจ็บป่วยอยู่ในจังหวัดนครนายก มาด้วยอาการปวดท้องน้อย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง หน้ามืด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

**ระยะวิกฤติแรกเริ่ม** (25-26 กุมภาพันธ์ 2563) แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการปวดท้องน้อย แน่นอึดอัด หน้ามืด หายใจไม่สะดวก สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต (BP) 88/55 มิลลิเมตรปรอท (mmHg.) อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ (RR) 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) 98% ได้รับการวินิจฉัยโรคคือ อาหารเป็นพิษ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแรงด่วน และรับไว้รักษาที่แผนกอายุรกรรม 5 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยมากขึ้น ท้องอืดตึง เกร็ง ผลตรวจปัสสาวะพบการตั้งครรภ์ ผลตรวจอัลตราซาวด์หน้าท้องพบมีของเหลวในช่องท้อง แพทย์วินิจฉัยเป็น Rupture right ectopic pregnancy with hypovolemic shock

**ระยะวิกฤติก่อนการผ่าตัด** (26 กุมภาพันธ์ 2563) ย้ายผู้ป่วยไปแผนกสูติรีเวช และวางแผนการทำผ่าตัดแรงด่วน ประเมินสัญญาณชีพพบ BP 70/55- 40/33 mmHg., HR 108-120 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, SpO<sub>2</sub> 95-97% ผล Hct. ลดลงเหลือ 15%, Hb 4.1 mmg/dL ได้รับสารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with right salpingo-oophorectomy อย่างเร่งด่วน ซึ่งพบมี hemoperitoneum และสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด จำนวน 2,500 มิลลิลิตร

**ระยะหลังผ่าตัด** (26-27 กุมภาพันธ์ 2563) หลังผ่าตัดมีภาวะช็อค Hct 26% ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบค่า SpO<sub>2</sub> 92-93% ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ผู้ป่วยปวดแผลหลังผ่าตัดระดับรุนแรง ประเมิน Pain score ด้วย Numeric scale ได้ 9/10 ภายหลังได้รับยาแก้ปวด (Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง) อาการปวดบรรเทาลง ได้รับการพยาบาลบรรเทาความไม่สุขสบายจากภาวะไข้จากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน

**ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง** (28-29 กุมภาพันธ์ 2563) แผลผ่าตัดทางหน้าท้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการปวดแผลลดลง อาการท้องอืดลดลง ผู้ป่วยบอกว่าตนเองรู้สึกเสียใจ ไม่เข้าใจว่าทำไมตนเองจึงมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกอีกทั้งๆ เคยได้รับการผ่าตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้างแล้ว และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากออกจากโรงพยาบาล

## ประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วย G<sub>2</sub>P<sub>4</sub>A<sub>0</sub>L<sub>2</sub> (อายุครรภ์ 8 สัปดาห์) ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2562 บุตรคนที่ 2 อายุ 11 ปี เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกและทำผ่าตัดท่อนำไข่ข้างซ้ายเมื่อ 2 ปีที่แล้ว และกินยาคุมกำเนิดตั้งแต่ปี 2561 ปฏิเสธการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. รูปร่างทั่วไป : สมส่วน น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร
  2. สัญญาณชีพ : แรกที่ห้องฉุกเฉิน พบ BP 88/55 mmHg. HR 78 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย (BT) 36.2 องศาเซลเซียส ค่า SpO<sub>2</sub> 98%
  3. ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ บอกอาการและตำแหน่งความเจ็บปวดได้ มีอาการกระสับกระส่ายเล็กน้อย
  4. ผิวหนัง : ผิวดำแดง ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีแผล มีเหื่อออกบริเวณผิวหนังเล็กน้อย ผิวกายเย็นขึ้น บริเวณเล็บและมือซีด
  5. ศีรษะและใบหน้า : ผมนีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน มองเห็นปกติ เปลือกตาซีดทั้ง 2 ข้าง ใบหูจุก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ ริมฝีปากซีดเล็กน้อย
  6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมอ RR. 18 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ
  7. หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ HR 70 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง
  8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องโป่งตึงเล็กน้อย ท้องอืด กดเจ็บทั่วท้อง ไม่สามารถคลำหน้าท้องได้ มีคลื่นไส้ไม่อาเจียน ไม่มีถ่ายอุจจาระขณะอยู่โรงพยาบาล
  9. กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ
  10. ระบบทางเดินปัสสาวะ : ไม่มีปัสสาวะออก กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง
  11. ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติไม่คัดตึง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากหัวนม อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติตรวจ ไม่พบเลือดออกทางช่องคลอด
  12. สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวลไม่สุขสบาย คิ้วขมวด กังวลเรื่องการรักษาตามเกี่ยวกับการผ่าตัด
- ผลการตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง** (26 กุมภาพันธ์ 2563) พบ free fluid and blood intra abdominal\*

**ผลเอกซเรย์ปอด** (28 กุมภาพันธ์ 2563) มี mild congestion compare to the previous

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| รายการสิ่งส่งตรวจ      | ผลการตรวจ          |                                                                           |                                 |
|------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|                        | 25 กุมภาพันธ์ 2563 | 26 กุมภาพันธ์ 2563                                                        | ค่าปกติ                         |
| <b>CBC</b>             |                    |                                                                           |                                 |
| White Blood Cell (WBC) | 25.6               | 19.5                                                                      | 4 - 10×10 <sup>3</sup> cells/ul |
| Hemoglobin (Hb)        | 9.1                | 5.2 (6.00 น.)<br>4.1 (13.00 น.)                                           | 12 - 16 g/dl                    |
| Hematocrit (Hct)       | 26                 | 22 (6.00 น.)<br>15 (13.00 น.)<br>26 (20.00 น.)<br>30 (6.00น./27 กพ. 2563) | 33 - 45 %                       |
| Platelet count (PLT)   | 230                | 214                                                                       | 140 - 400×10 <sup>3</sup>       |

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

| รายการสิ่งส่งตรวจ              | ผลการตรวจ          |                    |                            |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|
|                                | 25 กุมภาพันธ์ 2563 | 26 กุมภาพันธ์ 2563 | 25 กุมภาพันธ์ 2563         |
| <b>Blood chemistry</b>         |                    |                    |                            |
| BUN                            | 12                 |                    | 5 - 25 mg/dL               |
| Creatinine                     | 0.71               | 0.63               | 0.5 - 1.0 mg/dL            |
| eGFR                           | 108                | 114                | > 90 mL/min/m <sup>2</sup> |
| Sodium (Na <sup>+</sup> )      | 138.5              |                    | 135 - 150 mmol/L           |
| Potassium (K <sup>+</sup> )    | 4.04               |                    | 3.5 - 5.5 mmol/L           |
| Chloride (Cl)                  | 100.4              |                    | 95 - 110 mmol/L            |
| Bicarbonate (CO <sub>2</sub> ) | 22.5               |                    | 22 - 35 mmol/L             |
| Urine preg test                |                    | positive           | negative                   |
| <b>U/A</b>                     |                    |                    |                            |
| WBC                            |                    | 2-3                | 0- 5 cell 2HPF             |
| RBC                            |                    | 0                  | 0 - 5 cell 2HPF            |

\*การทำ Emergency Ultrasound ที่ใช้เครื่อง Portable Ultrasound ทำข้างเตียงผู้ป่วย โดยสูตินรีแพทย์ทำเองและอ่านผลเองว่าพบ free fluid and blood intra-abdominal

## สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา ดังนี้

### ระยะวิกฤตแรกเริ่ม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะการไหลเวียนเลือดล้มเหลว เนื่องจากปริมาตรเลือดออก จากหัวใจลดลง ทำให้ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ

**ข้อมูลสนับสนุน** สัญญาณชีพ BP 88/55 mmHg., HR 78 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที เปลือกตาซีด

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตต่ำและการไหลเวียนเลือดล้มเหลว

**เกณฑ์การประเมินผล** สัญญาณชีพ BP ≥ 90/60 mmHg., HR 60-80 ครั้ง/นาที, RR 16-20 ครั้ง/นาที ระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill time < 3 วินาที จำนวนปัสสาวะ ≥ 30 mL/hr

### กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดเส้นด้วย IV. Catheter ขนาดใหญ่ 2 เส้น (No. 18-20) ดูแลบริหารสารน้ำโดยให้ 0.9% NSS 300 มิลลิลิตร iv. ใน 15 นาที และต่อด้วย 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำ เช่น เสมหะเป็นฟองหรือมีสารละลายน้ำออกนอกเส้นเลือด

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 10-15-30 นาที และ 1 ชั่วโมง ตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ติดตามค่าความดันโลหิต ตามภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ประเมินความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย ชี้อ่อน

3. จัดทำนอนราบในกรณีที่ BP < 90/60 mmHg. เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด

4. สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเย็น สีผิวหนังคล้ำ ประเมิน capillary refill time

5. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 mL/Kg/hr (30 mL/hr) รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อ

**การประเมินผล** ภายหลังได้รับสารน้ำ สัญญาณชีพ BP 90/60-110/90 mmHg., HR 80-90 ครั้ง/นาที, RR 18-20 ครั้ง/นาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น, capillary refill time 2 วินาที จำนวนปัสสาวะ  $\geq 30$  mL/hr

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ปวดท้องน้อยรุนแรง เนื่องจากมีเลือดออกในช่องท้องจากการแตกของถุงตั้งครรภ์และท่อนำไข่

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีระดับ Pain Score ประเมินตาม Numeric Scale เท่ากับ 9/10 สีหน้าแสดงคิ้วขมวด บ่นปวดแน่นท้อง มือกุมท้องตลอดเวลา ท้องอืด ตรวจพบมี guarding, tenderness

**วัตถุประสงค์** เพื่อบรรเทาความปวดของผู้ป่วย

**เกณฑ์การประเมินผล** ภายหลังได้รับยาระดับความปวดลดลง Pain Score น้อยกว่า 7/10

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยสบาย จัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมเหมาะสมกับการพักผ่อน ลดการรบกวนจากสิ่งกระตุ้น

2. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา (Buscopan 1 amp. iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง) และติดตามอาการหลังให้ยา

3. เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และตรวจประเมินหาสาเหตุการปวดท้องเพิ่มเติม ติดตามผลการตรวจต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการ

4. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ

**การประเมินผล** ระดับความปวดลดลงหลังได้รับยา Pain Score 7/10

**ระยะวิกฤตก่อนการผ่าตัด**

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hemorrhagic hypovolemic shock) เนื่องจากมีเลือดออกในช่องท้องเนื่องจากท่อนำไข่แตกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก

**ข้อมูลสนับสนุน** สัญญาณชีพ BP 70/55-40/33 mmHg., HR 108-120 ครั้ง/นาที, RR 18-20 ครั้ง/นาที หายใจไม่สะดวก SpO<sub>2</sub> 95-97% ผู้ป่วยท้องอืดแน่นท้อง ตรวจพบมี guarding, tenderness หน้าซีด เปลือกตาซีด ผล Hct. ลดลงเหลือ 15 %, Hb 5.2 g/dL ปัสสาวะออกคาสายสวนปัสสาวะ ผลอัลตราซาวด์ พบ free fluid and blood intra abdominal

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด

**เกณฑ์การประเมินผล** สัญญาณชีพ BP  $\geq 90/60$  mmHg., HR. 60-80 ครั้ง/นาที, RR. 16-20 ครั้ง/นาที, SpO<sub>2</sub> > 95% ระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่าย capillary refill time < 3 วินาที จำนวนปัสสาวะ  $\geq 30$  mL/hr

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลบริหารสารน้ำตามแผนการรักษา โดยให้ LRI. 300 mL iv. ใน 15 นาที และต่อด้วย 100 mL/hr, เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เสมหะเป็นฟองหรือมีสารละลายน้ำออกนอกเส้นเลือด

2. ดูแลให้เลือด PRC. 1 unit iv. free flow และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 10-15-30 นาที และ 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต หัวใจเต้นผิดจังหวะ การหายใจที่ผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัว เช่น กระสับกระส่าย ซึมลง

4. จัดทำนอนราบในระยะที่ BP < 90/60 mmHg. เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด

5. สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเย็น สีผิวหนังคล้ำ ประเมิน capillary refill time

6. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 mL/Kg/hr (30 mL/hr) รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อ

7. ฝ้าระวังอาการเลือดออกทางช่องคลอด โดยการสังเกต สี และปริมาณเลือด

8. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อส่งผ่าตัดเร่งด่วน ในด้านร่างกายโดยงดน้ำงดอาหารทางปาก ด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เตรียมด้านเอกสารผู้ป่วย ประสานงานห้องผ่าตัดและห้องธนาคารเลือด

**การประเมินผล** ความรู้สึกตัวดี (E4M6V5) สัญญาณชีพ BP 90/60-100/60 mmHg., HR 100-110 ครั้ง/นาที, RR. 20 ครั้ง/นาที, SpO<sub>2</sub> 96-97% ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่าย capillary refill time 2 วินาที จำนวนปัสสาวะ  $\geq$  30 mL/hr

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการทำผ่าตัด เนื่องจากขาดความเข้าใจ เหตุผลที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน

**ข้อมูลสนับสนุน** สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้ามืด คีวขมวด ผู้ป่วยบอกเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินกลัวจะได้รับอันตรายถึงชีวิต

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และมั่นใจในการรักษาพยาบาล

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยแสดงสีหน้าความวิตกกังวลลดลง ญาติสีหน้าแจ่มใส

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจร่วมมือในการรักษา

2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการดำเนินของโรค แผนการรักษาพยาบาลและความสำคัญที่ต้องผ่าตัด

3. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะสาขาที่รับผิดชอบในการเจ็บป่วยครั้งนี้

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การตรวจเลือด การเตรียมผิวหนัง บริเวณที่จะทำผ่าตัด การใส่สายปัสสาวะคว่ำไว้ ถอดเครื่องประดับหรือฟันปลอมออกก่อนไปห้องผ่าตัดพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการจำเป็น

5. อธิบายผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด พร้อมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด

**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าหน้าคลายความวิตกกังวลลดลงเล็กน้อย ญาติสีหน้าแจ่มใส

## ระยะหลังการผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะซีดจากการเสียเลือด และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกจากการทำผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (GA) และในระหว่างการผ่าตัด พบ estimate blood loss and hemoperitoneum จำนวน 2,500 ml., SpO<sub>2</sub> 92-93% ขณะที่ได้รับออกซิเจน cannular ปลายมือปลายเท้าเย็น

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

**เกณฑ์การประเมินผล** สัญญาณชีพ BP> 90/60 mmHg., HR 60-80 ครั้ง/นาที, RR 16-20 ครั้ง/นาที, หายใจสม่ำเสมอ, SpO<sub>2</sub> >95% รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าแดง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนหัวสูง (ยกเว้นมีข้อห้าม) เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และปรับเปลี่ยนเป็นออกซิเจนชนิด mask with bag เมื่อประเมินค่า SpO<sub>2</sub> แล้วพบว่าน้อยกว่า 95%
3. ประเมินลักษณะการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามค่า SpO<sub>2</sub>
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และเมื่อพบอาการผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจนรายงานแพทย์ทันที
5. เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน พบผิดปกติรายงานแพทย์ ได้แก่ กระสับกระส่าย ผุดผดผื่น หายใจไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วขึ้น

**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว (E4M6V5) BP 100/70-120/80 mmHg., HR 80-90 ครั้ง/นาที, RR 18-20 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ, SpO<sub>2</sub> 98-99% ปลายมือปลายเท้าดี

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** อาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

**ข้อมูลสนับสนุน** ระหว่างการผ่าตัดพบ estimate blood loss and hemoperitoneum จำนวน 2,500 ml. ได้รับ PRC 3 unit, FFP 1,000 ml. ในระหว่างผ่าตัด ค่าผล INR เท่ากับ 1.38

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดซ้ำ

**เกณฑ์การประเมินผล** ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BP>90/60 mmHg., HR 60-80 ครั้ง/นาที, RR 16-20 ครั้ง/นาที, SpO<sub>2</sub> >95% ไม่มีอาการเลือดออกในช่องท้อง แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ค่า Hct. มากกว่า 30%

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำและเลือด
2. เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกในช่องท้องซ้ำ เลือดออกทางช่องคลอด และเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง
3. ติดตามผลค่า Hct. หลังการให้เลือด

4. เฝ้ารวังและบันทึกสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 2-4 ชั่วโมง พบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไปสู่ภาวะช็อกรายงานแพทย์ทันที

**การประเมินผล** สัญญาณชีพ BP 90/60 -110/90 mmHg., HR. 80-90 ครั้ง/นาที, RR. 18-20 ครั้ง/นาที, SpO<sub>2</sub> 97-98% ไม่พบเลือดออกในช่องท้อง และทางแผลผ่าตัดหน้าท้องหรือทางช่องคลอด ภายหลังได้รับ PRC 1 unit iv. ต่อเนื่องอีก พบผล Hct. เพิ่มขึ้นเป็น 26-29 และ 30% ตามลำดับ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ปวดแผลระดับรุนแรง เนื่องจากเนื้อเยื่อร่างกายและเส้นประสาทในช่องท้อง ได้รับบาดเจ็บจากการได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกปวดแผล สีหน้าคิ้วขมวด Pain Score เท่ากับ 9/10

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมินผล** สีหน้าแสดงความปวดลดลง Pain Score น้อยกว่า 7/10

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบาย ลดสิ่งกระตุ้นจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน
2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain Score ด้วย Numeric Scale
3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา (Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง) เมื่อระดับ Pain Score มากกว่า 7/10 เฝ้ารวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดซ้ำ เมื่อ Pain Score มากกว่า 4/10 ดูแลให้ได้รับยารับประทาน (paracetamol 500 mg. 1 tab ทุก 6 ชั่วโมง) เมื่อผู้ป่วยรับประทานได้

4. แนะนำและสอนการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุมแผล หรือใช้ผ้ารัดหน้าท้องพยุงไว้เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล

5. แนะนำการใช้เทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจากอาการปวด

**การประเมินผล** สีหน้าแจ่มใส อาการปวดแผลทุเลาลง Pain Score ลดลง โดยวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด Pain Score 6/10 , 5/10 และ 4/10 ตามลำดับ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ไม่สุขสบายจากภาวะไข้สูง เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดหน้าท้อง

**ข้อมูลสนับสนุน** อุณหภูมิกาย 38.4-39.2 องศาเซลเซียส (หลังผ่าตัดวันที่ 2) ผู้ป่วยตัวร้อนจัด ปากแห้ง หน้าแดง มีเหงื่อออกชุ่มตัวและเสื้อผ้า

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความไม่สุขสบายจากภาวะไข้สูง

**เกณฑ์การประเมินผล** อุณหภูมิกายลดลงอยู่ระหว่าง 36.8-37.5 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการตัวร้อน หน้าแดง ปากแห้ง ไม่มีเหงื่อออกชุ่มตัวหรือเสื้อผ้า

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแล เช็ดตัวลดไข้ เพื่อเพิ่มการระบายความร้อนจากร่างกาย
2. ดูแลให้ยาลดไข้ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เมื่ออุณหภูมิกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิซ้ำหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที และติดตามทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอื่นร่วมด้วย เช่น ผิวน้ำแข็งคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเย็นคล้ำ

4. ดูแลความสะอาดร่างกาย ใส่เสื้อผ้าหลวมโปร่ง ไม่เปียกชื้น
5. วาง Cold pack บริเวณหน้าผาก (ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น) เพื่อช่วยระบายความร้อน
6. ดูแลให้พักผ่อน ลดกิจกรรมเพื่อให้ร่างกายลดการใช้พลังงานลง และจัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท

ได้สะดวก สงบ

**การประเมินผล** อุณหภูมิกายลดลงอยู่ระหว่าง 37.2 -37.4 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการตัวร้อน หน้าแดง ปากแห้ง ไม่มีเหงื่อออกชุ่มตัว

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากสูญเสียเลือด และได้รับเลือด และส่วนประกอบของเลือดระหว่างการผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารตั้งแต่เข้ารับการรักษามาถึงระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 และเสียเลือดถึงระหว่างการผ่าตัด จำนวน 2,500 ml. ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัดพบหายใจเหนื่อย SpO<sub>2</sub> 92-93% ผลเอกซเรย์ปอดมี mild congestion compare to the previous

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำ

**เกณฑ์การประเมินผล** ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกมีความสมดุล ผลทางห้องปฏิบัติการที่แสดงค่าการทำงานของไตปกติ (ค่า Cr. 0.5-1.0 mg/dL, eGFR > 90 ml/min/m<sup>2</sup>) ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษา (หลังการผ่าตัดได้รับสารน้ำ 5%DN/2 iv. 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง จำนวน 3,000 มิลลิลิตร และเลือด PRC 1 unit iv.)
2. บันทึกและประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก ทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้น ทุก 8 ชั่วโมง หากพบผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อ
3. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน ได้แก่ ฟังเสียงหายใจ ติดตามผลการตรวจทางรังสี (เอกซเรย์ปอด) พร้อมรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
4. ติดตามค่าผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ (Cr, GFR) ที่เป็นค่าแสดงการทำงานของไต

**การประเมินผล** จำนวนสารน้ำเข้า-ออกมีความสมดุล ค่า Cr. 0.63 mg/dL, eGFR 114 ml/min/m<sup>2</sup> (28 กุมภาพันธ์ 2563) ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** ไม่สุขสบายจากอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกแน่นท้อง ท้องอืด รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนออกเป็นน้ำลาย ไม่ผายลม ฟังเสียงลำไส้พบ bowel sound 2 ครั้ง/นาที่

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** บรรเทาอาการไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมินผล** ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดลดลง ฟังเสียงลำไส้พบ bowel sound 10 ครั้ง/นาที่

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง เช่น อาการท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง อาการคลื่นไส้ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก เป็นต้น
2. จัดท่านอนหัวสูง (fowler position) เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดอาการท้องอืด
3. สอบถามและประเมินความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการท้องอืด รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง หายใจไม่สะดวก พร้อมฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะ
4. กระตุ้นและดูแลให้ผู้ป่วยมี early ambulation แนะนำการพลิกเปลี่ยนท่านอน ลูกนั่งข้างเตียง หลังผ่าตัดวันที่ 1 และเดินรอบเตียงหลังผ่าตัดวันที่ 2 ตามลำดับ เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวเป็นปกติ
5. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยวันที่ 3 หลังผ่าตัดเริ่มดื่มน้ำ อาหารเหลว และอาหารอ่อน ตามลำดับ

**การประเมินผล** ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดลดลง และวันที่ 3 หลังผ่าตัดไม่มีอาการท้องอืด ฟังเสียงลำไส้พบ bowel sound positive

### ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยเศร้าโศกเนื่องจากสูญเสียการตั้งครรภ์ และการถูกตัดท่อนำไข่และรังไข่ข้างขวาออก

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเสียใจ สับสนว่าทำไมจึงเกิดเหตุการณ์นี้กับตนเอง เพราะสูญเสียท่อนำไข่ด้านซ้ายจากการผ่าตัดเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาแล้ว ร้องไห้เมื่อรับทราบข้อมูลหลังการผ่าตัดตนเองสูญเสียท่อนำไข่และรังไข่ข้างขวาก็เนื่องจากการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยคลายความเศร้าโศกลง

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเสียใจลดลง มีสีหน้าสดชื่น ไม่พบการร้องไห้หรือมีน้ำตาซึมเมื่อกล่าวถึงการเจ็บป่วยของตนเอง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สอบถามความรู้สึกต่อเหตุการณ์ความสูญเสียที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ พร้อมทั้งประเมินปฏิกิริยาผู้ป่วยว่ามีการเศร้าโศกจากการสูญเสียอยู่ในระยะใด
2. เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการตั้งครรภ์ ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการเจ็บป่วย และวางแผนการรักษาร่วมกัน แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีกเพราะตัดท่อนำไข่ไปแล้วทั้งสองข้าง
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความสงบโดยไม่ต้องสนับสนุนหรือแสดงความเห็นด้วยกับคำพูด หรือแสดงความขัดแย้งกับคำพูดของผู้ป่วย
4. ให้กำลังใจด้วยการสัมผัส และพูดคุยเพื่อให้ยอมรับการสูญเสีย และสามารถดำรงชีวิตเพื่อทำหน้าที่ความเป็นแม่ที่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีบุตรอีก 2 คนที่ต้องรับผิดชอบดูแล

**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ความเศร้าโศกลดลง ไม่ร้องไห้หรือมีน้ำตาซึมเมื่อกล่าวถึงการเจ็บป่วยของตนเอง และบอกว่ามีความเข้าใจเรื่องโรคมามากขึ้นตลอดจนยอมรับว่าจะไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12** วิดกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

**ข้อมูลสนับสนุน** มีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามพยาบาลบ่อยครั้ง เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ลดความวิตกกังวล โดยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

**เกณฑ์การประเมินผล** มีสีหน้าสดชื่น หลังจากที่มีความรู้ เข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ในด้านความสามารถดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ประกอบด้วย

Diagnosis ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจโรค ไม่สามารถมีลูกได้

Medication ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างละเอียด

Environment/Economic แนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และเศรษฐกิจ

Treatment การดูแลแผลผ่าตัด เนื่องจากมีแผลบริเวณหน้าท้อง ลักษณะเป็นแผลแห้งไม่ปิดพลาสเตอร์กันน้ำ ให้ระมัดระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ

Health การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือแผลติดเชื้อ และเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะหลังผ่าตัดจึงมีข้อห้ามเกี่ยวกับการยกของหนักเกิน 2 กิโลกรัมหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ และการขับถ่ายเป็นระยะเวลา 1-2 เดือน รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ 6-8 สัปดาห์

Outpatient การมาตรวจตามนัด เพื่อตัดไหมที่แผลผ่าตัดหน้าท้องและฟังผลขึ้นเนื้อ หากพบมีอาการผิดปกติ เช่น แผลอักเสบ บวมแดง ใช้สูง มีเลือดออกจำนวนมากหรือหนองออกจากช่องคลอด ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

Diet การเลือกรับประทานที่มีประโยชน์ ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการรับประทานอาหาร

**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น หลังจากที่มีความรู้เข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน แจ้งพยาบาลว่าจะมาพบแพทย์ตามนัด

### สรุปกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเหลว แพทย์วินิจฉัยแรกรับว่าอาหารเป็นพิษ รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม ต่อมาผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น ท้องอืดตึงเกร็ง ผลการตรวจปัสสาวะพบมีการตั้งครรภ์ ผลการตรวจอัลตราซาวด์พบมีของเหลวและเลือดในช่องท้อง ปรีक्षा แพทย์ทางสูติรีเวชกรรมวินิจฉัยว่าเป็นตั้งครรภ์นอกมดลูกและมีภาวะช็อกจากท่อหน้าไขแตก ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน โดยตัดท่อหน้าไขและรังไข่ข้างขวาออก ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยคือ มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องท้อง ปวดแผลผ่าตัด และความวิตกกังวล มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจนหลังการผ่าตัด ชีตจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ปวดแผลและไม่สุขสบายจากมีไข้ ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติ เฝาระวังอาการเปลี่ยนแปลงไม่มีภาวะแทรกซ้อนซ้ำอีก ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวม สามารถฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ ได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน จากการติดตามหลังการจำหน่าย พบแผลผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลขึ้นเนื้อปกติ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นการศึกษานี้

ครอบคลุมทั้งในระยะวิกฤติแรกเริ่ม ระยะวิกฤติก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและฟื้นฟูสภาพ และวางแผนการจำหน่ายดูแลต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

## สรุป

การตั้งครุณนอกมดลูกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของหญิงตั้งครุณจากการเสียเลือดในช่องท้อง จึงเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องการดูแลรักษาพยาบาลเร่งด่วนและมีความยุ่งยากซับซ้อน พบข้อผิดพลาดได้บ่อยจากการตั้งครุณนอกมดลูกที่ไม่มีอาการเฉพาะ ผู้ป่วยจะมีการรุนแรงหรือไม่ขึ้นกับการคัดกรอง การประเมินอาการและการแสดงอาการตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการจะทำให้วินิจฉัยแยกโรคได้รวดเร็ว โดยพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญของทีมที่พบและประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤติ จึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินสภาพ วิเคราะห์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการประสานงานกับทีมการดูแล การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสม

## ข้อเสนอแนะ

การตั้งครุณนอกมดลูกอาจเกิดได้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกราย หากการประเมินอาการและวินิจฉัยล่าช้า ส่งผลให้การดูแลรักษาพยาบาลล่าช้าออกไป ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากภาวะช็อกจากการเสียเลือด จึงมีข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครุณนอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ดังนี้

### ด้านบริหาร

1. ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชกรรม ในการประเมิน การวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาที่มีความเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤติ การดูแลต่อเนื่องและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
2. ส่งเสริมการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะ เช่น การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อก เพื่อการประเมินคัดกรอง เพื่อให้การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคได้รวดเร็ว นำไปสู่ได้รับการรักษาพยาบาลได้ทันเวลา

### ด้านบริการ

1. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ (CPG) ของการตั้งครุณนอกมดลูก
2. พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะการใช้เครื่องมือประเมิน early warning signs ภาวะช็อกเพื่อเฝ้าระวังและรายงานแพทย์ได้รวดเร็วเหมาะสม

### ด้านวิชาการ

1. การจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูก พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินอาการผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ การวิเคราะห์ปัญหา รายงานอาการผิดปกติที่ต้องได้รับการจัดการที่รวดเร็วทันทั่วถึง รวมถึงการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยในการดูแลผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูก ศึกษาจากรายงานการวิจัยหรือเอกสารวิชาการที่ทันสมัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## References

- Ali, S.K., Ali, A.A., & Soomar, S.M. (2019). Diagnosis and management of ectopic pregnancy-A basic view through literature. *Critical Care Obstetrics and Gynecology*, 5(2). Retrieved from DOI: 10.21767/2471-9803.1000174.
- Boonmak, P., & Jongsomchai, C. (2016). Management of massive hemorrhage in obstetric patient. *Srinakarin Med Journal*, 31(3): 343-351. In Thai
- Information-and-services Nakhon Nayok Hospital. (2019). *Annual report*. Nakhon Nayok Hospital.
- Meena, N., Bairwa, R., & Sharma, S. (2020). Study of ectopic pregnancy in a tertiary care centre. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 9(1): 212-215. Retrieved from DOI: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/7564>.
- Sanmee, A. (2014). "Ectopic Pregnancy. In: *Thongpraseart, F.*" Obstetric & gynecologic emergencies. editors. 2<sup>ed</sup>. (pp.100-109). Changmai : Pongsawas.
- Thongsong, T., Srisomboon, J., Jareankaun, K., & Chintakanun, A. (2016). "Ectopic pregnancy. In: Thongsong, T. editors. *Gynecology*. 4<sup>th</sup>". (pp 268-278). Bangkok: Lucksameerung.