



การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก Nursing care for ectopic pregnancy with shock

สุวารีย์ สีจาง*

Suwaree Seejang

(Received: October 10, 2023; Revised: October 25, 2023; Accepted: November 6, 2023)

บทคัดย่อ

ความสำคัญของปัญหา: การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก และเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้วภายนอกโพรงมดลูกบริเวณที่พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกบ่อยที่สุดคือ บริเวณท่อนำไข่ (fallopian tube) ในการวินิจฉัยแยกโรคควรนึกถึงภาวะนี้เสมอ เมื่อตรวจสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอาการปวดท้องน้อยหรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เนื่องจากเป็นภาวะอันตรายที่เป็นสาเหตุการตายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการตกเลือดในช่องท้องและมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และการดูแลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก

รูปแบบการศึกษา: เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักวิชาการและนำผลการศึกษาไปใช้

ผลการศึกษา: สตรีไทย อายุ 28 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติทำหมันเมื่อปี พ.ศ. 2563 ส่งตรวจ Urine Pregnancy test (UPT) ผล Positive และตรวจอัลตราซาวด์ พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณท่อนำไข่ข้างขวาแตก มีภาวะช็อก และได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเร่งด่วน หลังผ่าตัดฟื้นตัว รู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆรวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุป: สตรีตั้งครรภ์ มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ตำแหน่งท่อนำไข่ข้างขวา ส่วนที่เป็น Fiambrial part และได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเร่งด่วน โดยสตรีตั้งครรภ์ ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญเป็นพิเศษ ในการประเมินอาการ การประสานงานในทีม ให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง รวดเร็วตามกระบวนการพยาบาลได้มาตรฐาน สตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล ตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะช็อก



Abstract

Importance of the problem: Ectopic pregnancy is the most common cause of death and pregnancy in the first trimester and is a complication of pregnancy. It is caused by the implantation of a fertilized egg outside the uterine cavity. The area where ectopic pregnancy is most common is the fallopian tube area (fallopian tube). In differential diagnosis, this condition should always be kept in mind. When examining women of reproductive age who have lower abdominal pain or abnormal vaginal bleeding This is because it is a dangerous condition that causes the death of pregnant women with intra-abdominal bleeding and has a negative effect on future pregnancies.

Purpose: To study the nursing process and care for women with ectopic pregnancy and shock.

Method of study: This involves analyzing and comparing case studies with academic principles and applying the results of the studies.

Results: A Thai woman, 28 years old, 3rd time pregnant, experienced dizziness, abdominal pain, nausea, vomiting, and loose diarrhea 1 day before coming to the hospital. History of sterilization in 2020, sent for Urine Pregnancy test (UPT), positive results, and ultrasound examination. An ectopic pregnancy was found with a ruptured right fallopian tube. She was in shock and had to undergo emergency surgery. After surgery, he recovered well, felt good, and did not have any complications, including a 3-day hospital stay.

Conclusion: The pregnant woman had an ectopic pregnancy in the right fallopian tube, the fimbrial part, and had emergency surgery. by pregnant women Be prepared before surgery to prevent complications, so nurses need to have knowledge. Special Skills To assess symptoms Team coordination Provide effective and correct nursing care Fast according to standardized nursing processes Women with ectopic pregnancies are safe, without complications.

Keywords: Nursing Care, Ectopic pregnancy, Shock



บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูกร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ นอกจากนั้น อาจพบได้ที่รังไข่ ปากมดลูก และในช่องท้อง อุบัติการณ์พบประมาณร้อยละ 0.5-0.75 หรือประมาณ 1:125 ถึง 1:200 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย เกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์¹ อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในระยะแรก อาจไม่พบอาการใดๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้เกิดการแตกของท่อนำไข่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้อง อาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อคจากการเสียเลือดขึ้นได้ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อยตลอดเวลา ในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก อาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม² การรักษามี 2 วิธี ได้แก่ วิธีการผ่าตัด และวิธีการไม่ผ่าตัด การวินิจฉัยอย่างถูกต้องรวดเร็วจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายจากการตกเลือดภายในช่องท้องได้ ดังนั้นการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก จำเป็นต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะแรกเริ่ม คือพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ให้พ้นจากภาวะวิกฤต พร้อมทั้งการวางแผนการพยาบาลในระยะต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ มีสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวของตนเองได้อย่างปกติสุข³

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลอ่างทอง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดและผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางด้านนรีเวช จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่ผ่านมามีอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกร้อยละ 3.57, 4.76 และ 3.12 ตามลำดับ แม้ว่าอุบัติการณ์จะมีน้อยแต่จากผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษาของสถานพยาบาล ปัญหาการตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค จึงควรได้รับการศึกษา ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลอ่างทอง ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกเพื่อให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอในการดูแลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก ให้พ้นจากภาวะวิกฤต พร้อมทั้งการวางแผนการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการดูแลนับตั้งแต่การชักประวัติ การเฝ้าระวังภาวะช็อค การบรรเทาความเจ็บปวด เตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน ดูแลภายหลังการผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และการดูแลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค
2. เพื่อศึกษาความรู้สตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค



วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อค ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 1 ราย
2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังกรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลอ่างทอง โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด พร้อมทั้งประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ
3. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำราทางด้านวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะช็อค พยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล
4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาล ตามหลักกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุม
7. สรุปกรณีศึกษา นำผลปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พัฒนางานต่อไป

พยาธิสภาพ การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) เป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตมากกว่าจากการตั้งครรภ์และการคลอด โอกาสที่จะตั้งครรภ์และคลอดบุตรมีชีวิตในครรภ์ต่อมาสั้นลง ดังนั้น การให้การวินิจฉัยในระยะแรก จะทำให้การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ลดลง และรักษาความสามารถในการมีบุตรไว้ได้ดีขึ้น

การตั้งครรภ์นอกมดลูก หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูก ร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ บางครั้งจึงเรียกว่าการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ (tubal pregnancy) นอกจากนั้น อาจพบได้ที่รังไข่ ปากมดลูก และในช่องท้อง⁴

อุบัติการณ์ การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในครั้งแรกของการตั้งครรภ์ ที่พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของการตั้งครรภ์⁵

สาเหตุ

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังต่อไปนี้^{5, 4}

1. ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติการผ่าตัดที่ท่อนำไข่ การตั้งครรภ์หลังการทำหมัน ประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้รับ Diethylstilbestrol (DES) ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์มารดา การใส่ห่วงคุมกำเนิด
2. ปัจจัยที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ การตั้งครรภ์จากการใช้ยาหรือวิทยาการช่วยการเจริญพันธุ์ อังเชิงกรานอักเสบ เคยแท้งมาก่อน อายุมากกว่า 40 ปี และมีคู่นอนหลายคน
3. ปัจจัยที่มีความเสี่ยงน้อย ได้แก่ การผ่าตัดในอังเชิงกราน สุกบุนหรี มีเพศสัมพันธ์อายุน้อยกว่า 18 ปี การสวนล้างช่องคลอด การใช้ยาคุมกำเนิดที่มีเฉพาะ progestin



อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังนี้^{6, 4}

1. ปวดท้องและอุ้งเชิงกราน อาการปวดเฉียบพลันและปวดแบบเสียดแทงบริเวณท้องน้อยสัมพันธ์กับการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หากเลือดที่ออกไปกระจายเคืองต่อกระบังลม จะมีอาการเจ็บหน้าอกและร้าวไปที่หัวไหล่ได้
2. ประจำเดือนผิดปกติ ส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการมักมีประวัติขาดประจำเดือน การตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะให้ผลบวก (positive pregnancy test) ร่วมกับมีเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอด (spotting) หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด บางครั้งทำให้สับสนกับประจำเดือนปกติ ส่วนใหญ่เลือดที่ออกมาเป็นเลือดเก่าๆ ปริมาณเล็กน้อย อาจออกเป็นครั้งคราวหรือออกติดต่อกันก็ได้
3. กดเจ็บที่ท้องและอุ้งเชิงกราน (abdominal and pelvic tenderness) จะมีการกดเจ็บที่หน้าท้องหรือขณะที่ตรวจทางช่องคลอด โดยเฉพาะเมื่อเคลื่อนไหวปากมดลูก ซึ่งพบอาการนี้ในผู้ป่วย 3 ใน 4 ที่การตั้งครรภ์นอกมดลูกแตก
4. การเปลี่ยนแปลงที่มดลูกในช่วง 3 เดือนแรก มดลูกมีการเปลี่ยนแปลงเหมือนการตั้งครรภ์ปกติ เนื่องจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเทอโรน
5. ความดันโลหิตต่ำและซีจางจากปริมาณเลือดลดลง เมื่อมีการแตกของท่อนำไข่ ก่อนครรภ์นอกมดลูกแตกสัญญาณชีพจะปกติ แต่การตอบสนองแรกของการแตกนั้นสัญญาณชีพอาจไม่เปลี่ยนแปลง หรือจะมีการตอบสนองของระบบประสาท vasovagal คือ ความดันโลหิตเพิ่มเล็กน้อย ร่วมกับมีหัวใจเต้นช้าลง แต่ถ้ายังมีเลือดออกต่อไปเรื่อยๆ ความดันโลหิตจะต่ำลงร่วมกับชีพจรเร็วขึ้น

การวินิจฉัย การวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้โดย⁷

1. การซักประวัติ ประวัติที่ควรซักคือ ประวัติประจำเดือน การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ประวัติการมีบุตรยาก การคุมกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงและอาการในปัจจุบัน Classical clinical triad คือ อาการปวดท้อง ขาดประจำเดือน และมีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งมีปริมาณน้อยหรือ spotting อาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด อาการปวดท้องไม่มีลักษณะจำเพาะ อาจปวดข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง อาจมีอาการปวดร้าว มักเกิดในช่วง 6-8 สัปดาห์ หลังขาดประจำเดือน อาการปวดเริ่มด้วยอาการปวดบิดและระบุตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ต่อมาจะมีอาการปวดแบบเฉียบพลันเมื่อมีการแตกท่อนำไข่ บางรายอาจมีอาการของการตั้งครรภ์ระยะแรก เช่น คลื่นไส้ หน้าอกคัด เหนื่อยง่าย ปวดท้องน้อย และเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์⁵
2. การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน การตรวจหน้าท้อง มีการกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง อาจมีอาการกดปล่อยแล้วเจ็บ (rebound tenderness) หรือไม่ก็ได้ ในรายที่ยังไม่มีการแตกของท่อนำไข่ อาจมีอาการตรวจพบที่ไม่จำเพาะเจาะจง การตรวจภายใน พบอาการแสดงของการตั้งครรภ์ เมื่อโยกมดลูกอาจมีการเจ็บบริเวณท้องน้อย (cervical motion tenderness) ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ใช้บริการที่มีการแตกของท่อนำไข่ แต่อาจไม่พบถ้ายังไม่มีการแตก



3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 หลังจากมีเลือดออกจากการแตกของครรภ์นอกมดลูก เพื่อรักษาปริมาณเลือดให้เท่าเดิม จะทำให้เกิด hemodilution แต่ใช้เวลานาน ดังนั้นเริ่มต้นอาจพบเพียง hemoglobin และ Hematocrit ลดลงเล็กน้อย ส่วน Leukocytosis ก็พบได้ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใช้บริการ $wbc > 30,000 /\mu L$

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

3.3 Serum progesterone เพื่อประเมินการมีชีวิตของตัวอ่อนของทารกในครรภ์ ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ปกติ serum progesterone จะมากกว่า 25 ng/ml ถ้าน้อยกว่า 25 ng/ml แสดงว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการแท้งที่เกิดขึ้นเอง ถ้าน้อยกว่า 5 ng/ml แสดงว่าตัวอ่อนของทารกในครรภ์ตาย

3.4 Transvaginal sonography (TVS) การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงทางช่องคลอด พบว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่าการตรวจทางหน้าท้อง

3.5 การทำ Culdocentesis เพื่อตรวจหา hemoperitoneum โดยใช้ tenaculum จับมดลูกยกไปด้านหน้า เข้าหา pubic symphysis และใช้เข็มยาวเบอร์ 16 หรือ 18 เจาะไปที่ posterior fornix เข้าไปใน cul-de-sac แล้วดูดเลือดออกมา หากพบว่าเป็นเลือดเก่า หรือเมื่อตั้งทิ้งไว้แล้วเลือดไม่แข็งตัวเป็นก้อน แสดงว่าเป็นเลือดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การวินิจฉัยแยกโรค วินิจฉัยแยกโรคกับภาวะต่างๆ ได้ดังนี้ 1) ปีกมดลูกอักเสบ อังเชิงกรานอักเสบแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง 2) แท้งคุกคาม แท้งไม่ครบสมบูรณ์ 3) การแตกของถุงน้ำรังไข่ 4) การบิดขั้วของถุงน้ำรังไข่ 5) ไข่ตึงอักเสบ และ 6) ลำไส้อักเสบ

การรักษา การรักษาภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายวิธี ตั้งแต่รักษาด้วยการผ่าตัดอาการ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการผ่าตัด การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรุนแรงของพยาธิสภาพ สัญญาณชีพของผู้ใช้บริการ ความต้องการการมีบุตรในอนาคต รวมถึงข้อบ่งชี้และข้อบ่งห้ามของการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้คือ¹

1. การผ่าตัดสังเกตอาการ เป็นรายที่ clinical stable ไม่มีอาการ ขนาดก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ระดับ β -hCG ไม่เกิน 1,000 mIU/mL ซึ่งพบวาร์้อยละ 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 การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่พบได้ก่อนจะมีการแตกของท่อ นำไข่ ทำได้มากขึ้น จึงเริ่มมีการใช้ยาเข้ามาทดแทนการผ่าตัด โดยพบว่า การให้ methotrexate (MTX) เป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งชนิดต่างๆ MTX เป็น folic acid antagonist ทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ dihydrofolate reductase ส่งผลให้มีการยับยั้งการสร้างกรดอะมิโนขึ้นใหม่ ซึ่งจำเป็นต่อขบวนการสังเคราะห์ดีเอ็นเอและการเจริญเติบโตของเซลล์ trophoblast สามารถเลือกใช้ใช้ในกรณีที่มีระดับ β -hCG ไม่เกิน 5,000 mIU/mL ร่วมกับสัญญาณชีพของผู้ใช้บริการปกติ ขนาดก่อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกน้อยกว่า 3.5 เซนติเมตรก่อนยังไม่แตก ไม่พบการเต้นของหัวใจ



ทารก การให้ยา methotrexate ต้องเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และตรวจติดตามระดับ β -hCG จนกว่าจะกลับคืนสู่ระดับปกติ การรักษาด้วยยา methotrexate มีความปลอดภัยสูง อาจมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผม่วรง กดการทำงานของไขกระดูก ปากอักเสบ ปอดอักเสบ พังผืดที่ปอด ตับแข็ง ไตวาย และแผลที่กระเพาะอาหาร อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องอืด มีแผลที่ปากและคาลำดับสูงขึ้น² (อิสริณทร์ ธนบุญวัฒน์, 2560) ข้อบ่งห้ามในการใช้ MTX ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ 1) มีลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีการแตกของก้อนการตั้งครรภ์ เช่น ตรวจพบเลือดออกในช่องท้องหรือมีของเหลวคั่งอยู่ใน cul de sac 2) ตรวจพบการเต้นของหัวใจของทารก 3) ค่า beta-hCG ในซีรัม มากกว่า 5,000-10,000 mIU/mL 4) ก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร จากการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด 5) มีการทำงานของตับและไตผิดปกติ 6) ผู้ให้บริการไม่สามารถมาตรวจติดตามการรักษาได้

ก่อนที่จะให้ยา MTX ควรมีการตรวจคัดกรองหาความเข้มข้นของเลือด นับเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว การทำงานของตับ ไต และถ่ายภาพรังสีทรวงอก เนื่องจากในรายที่มีพยาธิสภาพภายในปอดจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด interstitial pneumonitis ได้ โดยทั่วไปใช้เวลาในการรักษา 2-3 สัปดาห์ แต่มีบางรายต้องใช้เวลาถึง 6-8 สัปดาห์ ในกรณีที่ระดับ β -hCG ตั้งต้นสูง วิธีการบริหารยามี 2 แบบ คือให้ครั้งเดียวและการให้ยาแบบหลายครั้ง หลังจากให้การรักษแล้วควรติดตามระดับ β -hCG ทุกสัปดาห์จนกว่าจะเป็นผลลบ

3. การผ่าตัด ทำในกรณีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีอื่น หรือมีการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือมีภาวะเลือดออกในช่องท้อง วิธีการผ่าตัดมีหลายอย่าง เช่น 1) Salpingectomy เป็นการผ่าตัดเอาท่อนำไข่ออก 2) Salpingotomy เป็นการผ่าตัดด้าน antemesentric เพื่อเอาชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์ออกและเย็บปิด หากไม่เย็บปิดเรียกว่า Salpingostomy 3) Segmental resection and reanastomosis เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่บางส่วน เพื่อนำมาเชื่อมต่อใหม่หรือเพื่อต่อวันหลัง วิธีนี้ยุ่งยากกว่าและผู้ให้บริการต้องทนการผ่าตัดนาน

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังนี้คือ¹

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ ตามสภาพของหญิงตั้งครรภ์
2. ประเมินอาการแสดงถึงการเสียเลือดภายใน (internal hemorrhage) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สีผิว และปวดท้องมากขึ้น
3. เจาะเลือด ตรวจหาหมู่เลือด เฮโมโกลบิน ฮีมาโทคริต และเตรียมเลือด
4. ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ
5. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออก แต่จากพยาธิสภาพเมื่อมีการแตกของท่อนำไข่ เลือดที่ออกจะมีบางส่วนที่ขังอยู่ภายในอุ้งเชิงกรานโดยที่ไม่สามารถผ่านออกทางช่องคลอดได้ ดังนั้นถึงแม้จะประเมินแล้วพบว่าปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มากหญิงตั้งครรภ์อาจมีภาวะช็อกได้โดยประเมินพบจากค่าความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น เป็นลมหน้ามืดได้



6. ในรายที่เกิดภาวะช็อก ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะช็อก ดังนี้ 1) รายงานแพทย์ทราบ 2) ให้นอนราบและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย 3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตราที่เร็วขึ้น 4) ให้ออกซิเจน nasal cannula จำนวน 4-5 ลิตรต่อนาที

7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ 1) แนะนำวิธีการดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด 2) พักผ่อนให้เพียงพอ สามารถทำงานบ้านได้ในระยะหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ และทำงานตามปกติได้ในระยะหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ 3) แนะนำการคุมกำเนิดประมาณ 2-4 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำ 4) หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจมีการแนะนำให้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการเคลื่อนที่ของ trophoblast

8. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที เช่น มีไข้ ปวดท้อง เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ

9. หญิงตั้งครรภ์และสามีควรได้รับการพูดคุยและอภิปรายถึงความรู้สึกของการสูญเสียการตั้งครรภ์ หรือการสูญเสียก่อนนำไปข้างหนึ่ง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจรู้สึกขาดความมั่นใจในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้

10. อธิบายเกี่ยวกับโอกาสของการปฏิสนธิ ซึ่งทฤษฎีการตกไข่จะมีโอกาสปฏิสนธิเพียงร้อยละ 50 เนื่องจากไข่จะตกสลับข้างกันทุกเดือน ดังนั้นหากเกิดการตกไข่ในรังไข่ข้างที่ถูกตัดก่อนนำไปแล้ว การปฏิสนธิจะไม่เกิดขึ้นในข้างนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม การทดลองในหนูทดลองพบว่า แม้มีการตกไข่ด้านขวา แต่ไข่สามารถเดินทางในอุ้งเชิงกรานข้ามไปเข้าท่อหน้าไข่ด้านซ้ายได้ และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำให้มีบุตรยากหรือการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำ มีโอกาสเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนั้น โอกาสของการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปยังคงมีอยู่ตามปกติ

11. หากตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ควรมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์

ภาวะช็อก^{8,9} หมายถึง ภาวะที่เกิดจากระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลวทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ซึ่งการที่มีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง ร่างกายจะมีกลไกการปรับตัวโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว ปัสสาวะออกน้อยและปลายมือปลายเท้าเย็น หากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง เมื่อออกซิเจนไม่เพียงพอต่อการสร้างพลังงาน ร่างกายจะปรับชดเชย โดยสร้างพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดจากกรดแลคติก เกิดการอักเสบทั่วร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติไปจากเดิม

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก^{8,9}

อาการแสดงที่บ่งบอกว่ามีภาวะช็อกเกิดขึ้น เป็นอาการแสดงของระบบไหลเวียนเลือดบกพร่องทำให้การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อของระบบต่าง ๆ ผิดปกติร่วมกับการตรวจพบว่ามี ความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วย กระสับกระส่าย ซึม หหมดสติ การทำงานของสมองล้มเหลว เซลล์สมองตาย

หลักการรักษาโดยทั่วไปของภาวะช็อก^{8,9}

1. การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เป็นการส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน
2. การให้สารละลาย เลือด และส่วนประกอบของเลือดทดแทนทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกควรได้รับสารน้ำทดแทนเพื่อแก้ไขความดันโลหิตต่ำ และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ซึ่งการให้สารน้ำ



เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยช็อกทุกราย แต่ต้องระมัดระวังการทำให้ผู้ป่วยภาวะช็อกที่มีสาเหตุจากหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียปริมาตรเลือดออกจากร่างกาย

3. การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

4. การรักษาด้วยยา เป็นการแก้ไขเรื่องของการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งยาแต่ละชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน การเลือกใช้ยาชนิดใดขึ้นอยู่กับพยาธิสรีรวิทยาของช็อกแต่ละชนิด

5. การแก้ไขสาเหตุของช็อกและรักษาปัจจัยที่มีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก^{8,9}

เมื่อผู้ป่วยมีภาวะช็อกจะต้องรีบให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว หากล่าช้าอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาและยากที่จะฟื้นฟูสู่สภาพปกติได้ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกปฏิบัติ ดังนี้

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที เป็นเวลา 30 นาที ทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่

2. จัดให้ออนศีระต่ำหรือนอนราบเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมอง

3. เพิ่มอัตราการไหลของสารน้ำหรือเลือดให้เร็วขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณของระบบไหลเวียนโลหิตให้มากขึ้น

4. ให้ออกซิเจน cannula ในอัตรา 4-5 ลิตรต่อนาที วัดปริมาณออกซิเจนในเลือดหากน้อยกว่า 95% ให้เป็น mask c bag ในอัตรา 8-10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนทดแทนการขาดออกซิเจนจากจำนวนเลือดที่ไหลเวียนน้อยลง

5. ห่มผ้าให้ผู้ป่วยเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น

6. ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างรีบด่วนและถูกต้องตามหลักการให้ยา

7. จดบันทึกจำนวนสารน้ำหรือเลือดที่ร่างกายได้รับและประเมินจำนวนเลือดที่ออกเป็นระยะ ๆ

8. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตรวจและลงบันทึกจำนวนปัสสาวะทุกชั่วโมง

9. ดูแลการหายใจและทางเดินหายใจไม่ให้เกิดการอุดตันจากเสมหะหรือสิ่งที่อาเจียนออกมา

10. ติดตามผลการตรวจเลือดเป็นระยะ ๆ ได้แก่ ค่าความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด

11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยมักจะไม่รู้สึกร่างกาย พยาบาลควรดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ยกראวกันเตียงไว้เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง

12. เตรียมเครื่องมือสำหรับกู้ชีพ ช่วยหายใจ ทำ cut down/central line ไว้ให้พร้อมใช้

13. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติถึงภาวะวิกฤตและแผนการรักษาเป็นระยะเพื่อลดภาวะวิตกกังวล

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : สตรีตั้งครรภ์ ชาวไทย อายุ 28 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ รับจ้าง นับถือ ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ : ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีเสมหะ รักษาคลินิก ได้ยามารับประทาน 1 วัน ก่อนมา หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว รับประทานยาลดกรดกระเพาะอาหาร และดื่ม ORS อาการไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล



ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด : G3P2A0L2 last 2 ปี LMP 10 กันยายน 2565 อายุครรภ์ 3⁺⁶ ครรภ์แรก คลอดปกติ ครรภ์ที่สองผ่าคลอดบุตรและทำหมัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและโรคร้ายแรง เคยผ่าตัดคลอดและทำหมัน เมื่อปี พ.ศ. 2563 ไม่มีประวัติแพ้ยา อาหารและสารเคมี

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล: วันที่ 7 ตุลาคม 2565

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ: Rupture ectopic pregnancy

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย: Ruptured right tubal pregnancy with hypovolemic shock

การผ่าตัด: Bilateral salpingectomy

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

สตรีตั้งครรภ์ชาวไทย อายุ 28 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง วันที่ 7 ตุลาคม 2565 เวลา 01.15 น. ด้วยประวัติการเจ็บป่วย คือ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีเสมหะ รักษาคลินิก ได้ยามารับประทาน 1 วัน ก่อนมา หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว รับประทานยาลดกรดในกระเพาะอาหาร และดื่ม ORS อาการไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วย กระสับกระส่าย ดูซีด เวียนศีรษะ คล้ายเป็นลม ปวดท้องน้อยมาก ท้องอืด กดเจ็บทั่วท้อง G3P2Ab0L1 last 2 ปี LMP 10 กันยายน 2565 ผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบ free fluid at cul-de-sac and blood intra-abdominal ตรวจภายในไม่พบเลือด เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก สัญญาณชีพผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/72 mmHg ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine pregnancy test ผล Positive Hb 7.4 g/dl Hct 22 % WBC 10,100 /cumm Platelet 310,000/cumm แพทย์วินิจฉัยว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก ร่วมกับมีภาวะ Obstetric shock จากท่อหน้าไขแตก ต้องผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อตัดท่อหน้าไขออก ซึ่งปัญหาสำคัญคือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะช็อก ต้องได้รับการแก้ปัญหาเรื่องช็อก โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ และเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเสียเลือด ร่วมกับเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ในสตรีรายนี้มีการให้ Ringer's lactate 1,000 ml. iv load 2,000 ml. then iv drip 100 ml./hr ร่วมกับการให้เลือดหยุดทางหลอดเลือดดำ 2 unit ขณะรอเข้าห้องผ่าตัด ให้ oxygen cannula 5 lit/min ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที อธิบายแผนการรักษาให้สตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกและญาติรับทราบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด ส่งสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกไปห้องผ่าตัดเพื่อทำ Explore lap รวมเวลา ในการผ่าตัด 45 นาที หลังผ่าตัด Bilateral salpingectomy ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าอ่อนเพลีย total blood loss 2,500 ml. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/80 mmHg Oxygen sat 100 % Intake /Output สมดุล แผลผ่าตัดไม่มี Bleeding ซึม ไม่มีท้องอืด ปวดแผลผ่าตัด ให้ Pethidine 25 mg (iv) ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังผ่าตัดวันที่ 1 ยังมีปัญหาเรื่องซีด Hct 25 % ให้เลือดเพิ่มอีก 1 unit หลังจากนั้น Hct เพิ่มขึ้นเป็น 30% อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวมฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้



ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพต่อไป รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน นัดตัดไหม และตรวจติดตามอาการ วันที่ 17 ตุลาคม 2565 แผลแห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นัดฟังผลชิ้นเนื้อวันที่ 17 ตุลาคม 2565 ผลชิ้นเนื้อปกติ ซึ่งสรุปผลการศึกษา และวิเคราะห์การรักษา การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะซ็อก ตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ดังนี้

การพยาบาลระยะวิกฤต

ปัญหาที่ 1 มีภาวะซ็อกเนื่องจากเสียเลือดในช่องท้องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน: ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/72 มิลลิเมตรปรอท ดูซึม กระสับกระส่าย ท้องอืด มี Guarding ,Tenderness เปลือกตาซีด หน้าซีด Hct = 22 % อัลตราซาวด์ พบ free fluid and blood intra-abdominal Retained foley's catheter urine ออกคาสาย

เป้าหมาย: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซ็อก

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที) ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะซ็อก ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที และบันทึกในแบบฟอร์ม เพื่อประเมินอาการ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะซ็อก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Ringer's lactate 1,000 ml. iv load 2,000 ml. then iv drip 100 ml/hr ร่วมกับการให้เลือดทดทางหลอดเลือดดำ 2 unit ตามแผนการรักษา และดูแลให้มีภาวะสมดุลของ สารน้ำและเลือด สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด
3. ดูแลให้อาหารและน้ำทางปากทุกชนิดเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายในการผ่าตัด และป้องกันการสำลักอาหารไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะผ่าตัด
4. ให้ออกซิเจน cannula 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้ออกซิเจนเพียงพอ
5. ใส่สายสวนปัสสาวะประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินความรุนแรง ของภาวะซ็อก ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ ชั่วโมง รายงานแพทย์

การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/80 mmHg Oxygen sat 100 % ผู้ป่วยรู้สึกตัว ตู้อ่อนเพลีย ทานตอบรู้อเรื่อง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อไม่ออก ตัวไม่เย็น ปัสสาวะออกมากกว่า 100 ซีซี/ ชั่วโมง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติสับสนวิตกกังวลเมื่อรู้ว่า ตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าทำไม ต้องผ่าตัดไม่มีวิธีรักษาอื่น ๆ ไข้ไหม

เป้าหมาย: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล: สิ้นหน้คลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษา



กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและซักถามผู้ป่วยและญาติเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล
2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก เพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมบริเวณผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำ และการให้เลือด
4. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล: ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลายขึ้น

การพยาบาลระยะกึ่งวิกฤต

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

ข้อมูลสนับสนุน: Hct ขณะผ่าตัด 24 % ขณะผ่าตัดมี blood loss 2,500 ml. ชีพจร 100 ครั้ง /นาที่ ความดันโลหิตขณะผ่าตัด 110/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือด = 100 %

เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก ไม่มีการเสียเลือดเพิ่มหลังจากการผ่าตัด ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพปกติ และคงที่ เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด
2. ให้สารน้ำ และเลือด และดูแลให้ได้สารน้ำ และเลือดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด
3. ดูแลให้ออกซิเจน Canular 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
4. สังเกตอาการเพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ท้องอืด สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด เลือดออกที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
5. เจาะเลือดตรวจ Hct หลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะช็อค

การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-130/80 mmHg หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที Oxygen sat 100 % ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออก หรือตัวเย็น ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด ระดับออกซิเจนในเลือด 99-100 %

ปัญหาที่ 4 มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค



ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยคู่อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง 2,500 ml. ระดับออกซิเจนในเลือด 94 % Hct ก่อนผ่าตัด 22 %

เป้าหมาย: เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย และอ่อนเพลีย ไม่มีเลือดออกในช่องท้อง และทางช่องคลอดเพิ่ม ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 95-100 % Hct เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 3 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและซักถามอาการผู้ป่วย เช่น หอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซีด
2. ดูแลให้ออกซิเจน cannula 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ดูแลให้ PRC 2 unit ก่อนผ่าตัด และ 1 unit หลังผ่าตัด ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนสู่เซลล์ร่างกาย
4. ดูแลให้รับประทานยาบำรุงเลือด เพื่อช่วยให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดง
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เพราะธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินในการสร้างเม็ดเลือดแดง
6. ประเมินระดับออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง
7. เจาะ Hct หลังให้เลือดหมด และติดตามผลเพื่อประเมินภาวะซีด
8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม
9. แนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากหน้ามืด เป็นลม

การประเมินผล: ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีเลือดออกในช่องท้องและทางช่องคลอด ระดับออกซิเจนในเลือด 100 % Hct หลังให้เลือด 30%

การพยาบาลระยะกึ่งวิกฤต

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด ประเมินระดับความปวด = 8 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที คิวขมวด สีหน้าไม่สุขสบาย

เป้าหมาย: ผู้ป่วยทุเลापวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ระดับความปวดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีคิวขมวด นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและสอบถาม ระดับความปวดด้วย numeric pain scale ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวด ถ้า pain score มากกว่า 5 ดูแลให้ยา pethidine 25 mg (iv) ตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมิน Sedation score รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กัดการหายใจ ง่วงนอน และอาจเกิดการแพ้โดยมีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง



2. วัดสัญญาณชีพและบันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเป็นข้อมูลการจัดการความปวด

3. แนะนำเทคนิค Breathing exercise โดยหายใจลึก ๆ ยาว ๆ หรือพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ กรณี pain score น้อยกว่า 5

4. จัดท่านอน Fowler position หรือท่านอนที่ผู้ป่วยสุขสบาย

การประเมินผล: ผู้ป่วยบอกอาการปวดลดลง pain score = 3-4 ความดันโลหิต 102/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีคิ้วขมวด นอนหลับพักได้

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง S/P Explore –lap with Bilateral salpingectomy

ผู้ป่วยและญาติถามว่าต้องดูแลแผลอย่างไรบ้าง

เป้าหมาย: แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล: แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน หรือ discharge ออกจากแผล

ผู้ป่วยไม่มีไข้ ชีพจร ปกติ ไม่มี signs การติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยและอาการที่อาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้น ลักษณะแผลผ่าตัด เช่นลักษณะ แผลปวด บวม แดง และร้อน

2. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามภาวะไข้

3. ประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกายสังเกตสิ่งผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัดเช่นรอยแดงหนองปนและเลือด ที่ ออกจากแผล

4. แนะนำห้ามแกะเกาแผลห้ามเปิดแผลเองระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ

5. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยวิธีปราศจากเชื้อ ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic Technique

การประเมินผล: แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน หรือ discharge ซึม สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.2-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 64-96 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าถ้ากลับบ้านแล้วต้องทำอะไรบ้าง

เป้าหมาย: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อหลังจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายได้ถูกต้องอย่างน้อย 80%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

2. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด และแหล่งสนับสนุนของครอบครัว



3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การตัดไหม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์ ควรดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด หรือก่อนการมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันเลือดออกและการติดเชื้อทางช่องคลอด การทำจิตใจให้เบิกบานแจ่มใส ไม่เครียด

4. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ปวดท้องมาก แผลอักเสบบวมแดง หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด และการมาตรวจตามนัด

การประเมินผล: ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายได้ถูกต้องทุกข้อ

สรุปและวิจารณ์

กรณีศึกษารายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากตกเลือด โดยมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดท้อง หน้าซีด ซึ่งมีสาเหตุจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางรีเวช ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ภาวะช็อกจะดำเนินต่อไปจน prolong shock ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ น้อยลง จนมีภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือภาวะ multiple organ failure ตามมา การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะช็อกถือเป็นบทบาทที่สำคัญของทีมผู้ดูแล พยาบาลได้แสดงบทบาทที่สำคัญ คือ ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ดูแลให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างเคร่งครัดเพื่อรักษา hemodynamic ของหลอดเลือดไว้ ร่วมกับประเมินการทำหน้าที่ของไต เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับการผ่าตัดด่วน เพื่อแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด จึงถือเป็น emergency case ที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ เช่น เตรียมร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อม เกิดการสูดสำลักในระหว่างระงับความรู้สึก รวมถึงการเตรียมเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พร้อม เป็นต้น ซึ่งการเตรียมความพร้อมที่ไม่สมบูรณ์ จะส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการผ่าตัดจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น พยาบาลจึงวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทันที โดยเริ่มงดน้ำ และอาหารจนกว่าจะผ่าตัด ให้สารน้ำและจองเลือดให้เพียงพอ ตรวจความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ ประสานห้องผ่าตัดและวิสัญญีเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ติดตามให้ได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วนก่อนผ่าตัด ประสานธนาคารเลือดเพื่อเตรียม PRC จำนวน 4 unit ไว้ให้พร้อมใช้ รวมถึงนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ในเวลาที่กำหนด ไม่พบความล่าช้าในกระบวนการผ่าตัด และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจเป็นปัญหาที่ผู้ดูแล จะมองข้ามไม่ได้เนื่องจากสตรีรายนี้ได้ทำหมันเมื่อสองปีก่อน อาจทำให้สามีและครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้ พยาบาลจึงวางแผนดูแลด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค อาการของโรค แนวทางการดูแลรักษา เหตุผลของกิจกรรมการดูแล โดยให้ข้อมูลในทุกกระบวนการดูแลร่วมกับ mental support เป็นระยะ ๆ ประการที่สำคัญ เรื่องการแนะนำเรื่องการดูแลตนเองต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และคลายความวิตกกังวลลงได้



ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งตครรณอกมตลुकที่มีภาวะซ็อกให้สามารถผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว โดยพัฒนาเป็นระบบ Fast tract จากห้องฉุกเฉินไปห้องผ่าตัดโดยไม่ต้องผ่านหอผู้ป่วยนรีเวช ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาโดยการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ทันเวลา
2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซ็อกจากการตั้งตครรณอกมตลुक โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ clinical practice guideline โดยกำหนดแผนการดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่รับใหม่ การดูแลระยะวิกฤติ ระยะกึ่งวิกฤติ และระยะฟื้นฟู รวมถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ
3. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสตรีตั้งตครรณอกมตลुकที่มีภาวะซ็อก ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- 1 ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด. บริษัทวี.พรินท์ (1991) จำกัด; 2558.
- 2 อีสรินทร์ ธนบุญวัฒน์. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก. ในประสงค์ ตันมหาสมุทร, พงษ์ส จันทรประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์, สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, ตรีภาพเลิศบรรณพงษ์, และคณะ (บรรณาธิการ), *สูติรีเวชทัศน์ยุค* (หน้า309-323). บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560.
- 3 Kirk, E. Tubal ectopic pregnancy and pregnancy of unknown location. In R. G. Farquharson, & M. D. Stephenson (Eds.), *Early pregnancy*. (2nd ed.). (pp 179-186). Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
- 4 Rochester, V. W. Gestational complications. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans*. (3rd ed.). (pp 147-222). Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
- 5 Cashion K. Hemorrhagic disorders. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 669-686). St. Louis: Elsevier; 2016.
- 6 Ricci, S. S., Kyle, T, & Carman, S. *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
- 7 สุนันทา ยั่งวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, และ ศศิกานต์ กาละ. การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 2). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562
- 8 วัลลภา คุณทรงเกียรติ. ภาวะช็อกและการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ศรีศิลป์การพิมพ์; 2559.
- 9 วิลาวลัย อุตมการณ์เกษตร. การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะช็อก *Nursing Care of Persons with Shock*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยรังสิต; 2562.