

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

- 1.เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อค
- 2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 14 มกราคม 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 5 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมายของโรค

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) คือการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการที่ไข่ซึ่งถูกผสมแล้ว ไปฝังตัวและเจริญเป็นตัวอ่อนในตำแหน่งอื่นที่นอกเหนือไปจากภายในโพรงมดลูกปกติ เช่น มีการฝังตัวที่ท่อนำไข่ ปากมดลูกรังไข่ ภายในช่องท้องหรือใน rudimentary hom ของ anomalous uterus เป็นต้น (พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ,2560)

พยาธิสภาพ

ไข่ซึ่งถูกผสมแล้วจะฝังตัว ลงบนชั้นโคลัมน์นาร์(columnar) หรืออินเตอร์โคลัมน์นาร์ (intercolumnar) โดยฝังตัวลงระหว่างเยื่อบุท่อนำไข่ เมื่อมีการเจริญเติบโตของตัวอ่อนในท่อนำไข่ โโทรโพลลาส (trophoblast) จะหยั่งรากลึกลงไปในเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียงและกล้ามเนื้อของท่อนำไข่ จะทำให้มีเลือดออกในท่อนำไข่ ท่อนำไข่จะบวมโตและมีการยึดของ serosa ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดท้อง เมื่อท่อนำไข่แตกจะมีการตกเลือดในช่องท้อง และอาจทำให้เกิดอาการช็อคได้ มดลูกของผู้ตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจจะมีขนาดใหญ่ขึ้น อ่อนนุ่ม เนื่องจากมีการตอบสนองต่อฮอร์โมน และเลือดเลี้ยงมากขึ้น มี decidual reaction ที่เยื่อบุโพรงมดลูกได้ ส่วน decidua อาจหลุดออกมาเป็นชิ้น (decidual cast) ซึ่งเมื่อนำไปลอยน้ำจะมีลักษณะคล้ายขนนก พบได้ร้อยละ 5-10 (ธีระ ทองสง,2559)

สาเหตุ

1. ท่อนำไข่มีลักษณะผิดปกติ ทำให้ตัวอ่อนไม่สามารถเคลื่อนที่ไปฝังตัวในโพรงมดลูกได้ ท่อนำไข่ผิดปกติ
2. เกิดจากการใช้ยาและฮอร์โมน
3. เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมนในกระบวนการตั้งครรภ์
4. คุณแม่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ทำให้มีความเสี่ยงที่อวัยวะในระบบสืบพันธุ์อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือทำงานด้อยประสิทธิภาพลง (สมศรี พิทักษ์กจรณกร และชาติชัย ศรีสมบัติ,2560)

อาการและอาการแสดง

1. กดก่อนบริเวณท้องน้อย พบได้ร้อยละ 80-95 ลักษณะการปวดจะรู้สึกเหมือนถูกเข็มแทง (shape pain) หรือปวดแบบบิดๆ (colicky pain) อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน อาจปวดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั่วๆไปก็ได้ อาการนี้จะนำมาก่อนการแตกของไข่ ในรายที่มีเลือดออกภายในช่องท้องอาจมีอาการปวดร้าว (refer pain) ไปที่หัวไหล่หรือบริเวณคอ ในรายที่แตกแล้วจะ มีอาการเจ็บเมื่อกดแล้วปล่อย (rebound tenderness)

2. ขาดประจำเดือน และมีคลื่นไส้อาเจียน

3. มีเลือดออกกะปริบกะปรอยเป็นช่วงๆ หรือออกเรื่อยๆพบได้ประมาณร้อยละ 75

4. อาการเป็นลมหรือช็อค พบได้ประมาณร้อยละ 33 ส่วนใหญ่เกิดภายหลังที่ท่อนำไข่แตก อาจมีภาวะ hypovolemic shock เป็นผลให้สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตตก pulse pressure แคบชีพจรเร็ว เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด หน้ามืดเป็นลม ร้อยละ 48.8 พบว่า กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก และเจ็บขณะโยกปากมดลูก ในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องอาจพบมี orthostatic hypotension คัสดีแซก (cul-de-sac) โป่งและกดเจ็บในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง

5. เลือดออกในช่องท้อง ถ้ามีจำนวนมาก อาจระคายเคืองต่อกระบังลม ทำให้มีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ประวัติประจำเดือน การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ประวัติการมีบุตรยาก การคุมกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงและอาการปัจจุบัน เช่น อาการปวดท้อง ขาดประจำเดือน มีเลือดออกทางช่องคลอด

2. การตรวจร่างกาย

2.1 การตรวจทางหน้าท้อง

- ในรายที่ท้องนำไขยังไม่แตก อาจกดเจ็บบริเวณท้องน้อยโดยเฉพาะข้างที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก (localized tenderness)

- รายที่ท้องนำไขแตกแล้วมักมีอาการอาการท้องอืด เคาะหน้าได้เสียงทึบ (dullness) มีการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องเมื่อถูกกด (guarding) รู้สึกเจ็บเมื่อผู้ตรวจเอามือกดแรงๆแล้วปล่อย

2.2 การตรวจภายใน

- อาการแสดงของการตั้งครรภ์ เช่น ปากมดลูกเป็นสีคล้ำ ปากมดลูกนุ่ม

- เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก (excitation pain) พบร้อยละ 50

- Cul-de-sac โป่งและกดเจ็บโดยเฉพาะเลือดที่ออกทางช่องคลอด

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ ร้อยละ 90 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ผลเป็นบวก และควรได้รับการตรวจทุกราย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้อย่างรวดเร็ว

3.2 การตรวจเลือด (CBC) อาจพบว่ามีการลดลงของ hematocrit และ hemoglobin ซึ่งจะค่อยๆลดลงตามสัดส่วนของปริมาณเลือดที่ออกภายในช่องท้อง แต่ถ้าค่าเม็ดเลือดขาว (WBC) มากกว่า 20,000 cells/uL บ่งถึงว่าน่าจะมีภาวะการติดเชื้อมากกว่าการตั้งนอคมดลูก

3.3 การตรวจเลือดหาระดับฮอร์โมน serum Beta-hCG

3.4 Uterine curettage ถ้าระดับ serum Beta-hCG ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่เป็นการตั้งครรภ์ที่เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูง

4. การตรวจด้วยอัลตราซาวน์ (ultrasonography) ตรวจพบตัวอ่อนอยู่นอกโพรงมดลูก

5. การตรวจด้วยกล้องส่องทางหน้าท้อง (Laparoscopy) ใช้ในกรณีที่ระดับ serum Beta-hCG มากกว่า discriminating zone (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ และคณะ, 2560)

การรักษา (ธีระ ทองสง, 2559)

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด

2. การรักษาด้วยยา การให้ methotrexate มี 2 วิธีหลักคือ แบบครั้งเดียว (single dose) หรือแบบหลายครั้ง (multidose)

3. รักษาด้วยการผ่าตัด มี 2 แบบ ดังนี้

1. การผ่าตัดแบบ radical คือ การผ่าตัดเอาบริเวณที่มีพยาธิสภาพออก

1.1 การผ่าตัดเอาท่อนำไข่ออก (salpingectomy) เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและใช้เวลาน้อย เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สภาพไม่ดี เช่น เสียเลือดมากหรือมีภาวะช็อก เป็นต้น

1.2 Cornual resection เป็นการผ่าตัดที่ตัดเอาส่วนของท่อนำไข่ ที่ลึกเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูกด้วย แต่ไม่เกิน 1/3 ของส่วน interstitial เพื่อลดโอกาสการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปบริเวณ tubal stump

2. การผ่าตัดแบบ conservative คือ วิธีการผ่าตัด ที่พยายามเก็บอวัยวะส่วนที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกไว้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

1. การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1.1 ด้านร่างกาย ดูแลความสะอาดร่างกาย เตรียมผลการตรวจเลือดและผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เตรียมทั้งการงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดพร้อมทั้งดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา ติดตามความเข้มข้นของเลือดและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดภายในช่องท้อง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

1.2 ด้านจิตสังคมโดยสอบถามความรู้สึกความวิตกกังวลและความกลัวต่อการผ่าตัดของผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรคแนวทางการรักษาและการพยาบาลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจรวมทั้งสนใจฟังปัญหา ตอบข้อซักถาม และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติและครอบครัว พร้อมทั้งให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. การพยาบาลหลังผ่าตัด

2.1 ด้านร่างกายเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดโดยประเมินอาการทั่วไป และสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดซัด พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ ส่งเสริมให้มีการหายใจเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายมีการไหลเวียนเลือด และการกำจัดของเสียที่ดี ให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และภาวะ hypovolemic shock หรือภาวะตกเลือด ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น ความเข้มข้นของเลือด บันทึกสารน้ำเข้าและออก ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและการติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ และความสุขสบายทั่วไป อีกทั้งให้คำแนะนำโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองโดยขยับแขนขาบนเตียง (ambulate) เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

2.2 ด้านจิตสังคม สร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งตอบข้อซักถามต่างๆ เพื่อคลายความวิตกกังวล พุดให้กำลังใจ ให้ข้อมูลด้านอาการและอาการแสดงและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบเป็นระยะหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงรบบทราบ ถึงเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย และคำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดและการตัดไหม การพักผ่อน การทำงาน การงดร่วมเพศ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด การคุมกำเนิดประมาณ 2-4 เดือนและการมาตรวจตามนัด

ภาวะช็อก

ความหมายของภาวะช็อก คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนล้มเหลว ทำให้เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เซลล์ขาดออกซิเจน และอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว ปัจจัยที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต สามารถแสดงผลได้จากความสัมพันธ์ (เอกรินทร์ ภูมิเชฐ, 2556)

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก (นภา ศิริวัฒนากุล, 2559)

ดังนี้ คือ

1. ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) แบ่งเป็น 1) ความดันโลหิต systolic น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท 2) มีการลดลงของความดันโลหิต systolic มากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท จากความดันโลหิตเดิมของผู้ป่วย
2. ระบบไต เมื่อเกิดภาวะช็อกไตจะเป็นอวัยวะที่ตอบสนองเร็วที่สุด โดยระบบไหลเวียนเลือดมาที่ไตลดลง (renal blood flow) ทำให้ท่อไตขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน (acute tubular necrosis: ATN) จึงทำให้อัตราการกรองและปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง (Oliguria)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ภาวะช็อก (ต่อ)

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก (ต่อ)

3. ระดับความรู้สึกตัว ภาวะช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ซึ่งโดยปกติร่างกายจะมีกลไกอัตโนมัติเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ทำให้ระยะแรกสมองจะไม่ได้รับผลกระทบ แต่ถ้าภาวะช็อกยังดำเนินต่อไปผู้ป่วยจะมีอาการระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย สับสน จนสุดท้ายผู้ป่วยจะเริ่มซึมและเข้าสู่ภาวะหมดสติได้

4. ผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีผิวหนังเย็น (cool) ซึ่งเกิดจากการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย

5. ภาวะความเป็นกรด-ด่างของร่างกาย: มีการเพิ่มขึ้นของ lactate ในกระแสเลือด จากกลไกของ anaerobic metabolism และการขับ lactate ออกจากร่างกายที่ลดลงจากการทำงานของตับและไตที่แย่ง

ชนิดของภาวะช็อก (Classification of shock)

1. ช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (Hypovolemic shock)

2. ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock)

3. ช็อกจากการกระจายเลือด (Distributive shock)

การวินิจฉัย

จะต้องมีอาการทางคลินิก อย่างน้อย 2 อาการ

1. อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส

2. อัตราการเต้นของชีพจรมากกว่า 90 ครั้ง/นาที

3. อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาทีหรือ PaCO₂ น้อยกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท จากภาวะ hyperventilation

4. เม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 4,000/ลบ.มม. หรือมากกว่า 12,000/ลบ.มม. หรือมี immature polymorphonuclear leukocytes มากกว่า 10%

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก

1. การดูแลระบบหายใจ โดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และการให้ O₂ (Oxygen Administration) ผู้ป่วยช็อกต้องให้ high-flow oxygen เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยให้ non-rebreather mask 12-15 ลิตร/นาที หากในผู้ป่วยที่มีอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที ต้องช่วยให้ Hyperventilate ด้วย Ambubag ในอัตรา 20 ครั้งต่อนาทีรวมถึงการจัดท่า (Positioning) ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะต่ำ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น

2. การให้สารน้ำ สารน้ำที่นิยมให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก มี 2 ชนิด ได้แก่

2.1 Isotonic/ Crystalloid solution ตัวอย่างสารน้ำในกลุ่มนี้ ได้แก่ 0.9% Normal Saline, Ringer's lactate solution, Ringer's acetate solution, 5%D/NSS/2, 5%DW

2.2 Colloid solution ที่นิยมใช้ในภาวะช็อกมี 4 ชนิดคือ Gelatin, Starch, Dextran, 25% Albumin

2.3 เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ pack red cell, Fresh frozen plasma และ platelete

(เอกรินทร์ ภูมิเชษฐ, 2556)

3. การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต (Inotropic drug, vasopressors drug) หลังจากให้สารน้ำแล้วแต่ hemodynamic ของผู้ป่วยยังไม่คงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ยาที่มีเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและยาเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค (ต่อ)

4. การให้ยาปฏิชีวนะ
5. ใส่เครื่อง Intra-aortic balloon pump (IABP)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เป็นระยะทุก 5-10 นาที
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ปราศจากสิ่งอุดตัน ช่วยให้ได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงไม่ควรต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท
3. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อและควบคุมเชื้อโรค
4. ดูแลทางการไหลเวียนของเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนและการให้ยาต่างๆทางหลอดเลือดดำอย่างครบถ้วน
5. ดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลว
6. ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ใช้ยา Cloxacillin, Ciprofloxacin, Gentamycin, Levophed, omeprazole, Domperidone, paracetamol

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อ นำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อค

ข้อมูลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ อายุ 35 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

สถานะภาพ สมรส การศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ครู โรงเรียนเอกชน

แหล่งที่มาของข้อมูล ประวัติการรักษา การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐประเทศ

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 6 มกราคม 2566 เวลา 14.00 น.

วันที่รับไว้ดูแล 10 มกราคม 2566 เวลา 13.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 14 มกราคม 2566 เวลา 10.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 14 มกราคม 2566 เวลา 10.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 8 วัน

รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 5 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ท้องอืด ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง 2 ชั่วโมงก่อน

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

4 วันก่อน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐประเทศที่หอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช ด้วยอาการมีก้อนที่รูทวารหนัก กดเจ็บ แพทย์วินิจฉัยริดสีดวงทวาร ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Hemorrhoidectomy ระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี แผลบริเวณที่ผ่าตัด Hemorrhoidectomy ไม่บวมแดง ไม่ปวดแผลผ่าตัด แพทย์วางแผนจำหน่ายหลังอาการดีขึ้น (วันที่ 10 มกราคม 2566)

2 ชั่วโมงก่อน มีอาการอ่อนเพลีย หน้าท้องโป่งตึง ท้องอืด ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวใดๆ

ประวัติการผ่าตัด: ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรเมื่อ 5 ปีก่อน

ผ่าตัด Hemorrhoidectomy เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว: ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรมของคนในครอบครัว

ประวัติการตั้งครรภ์: ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ประมาณ 5 สัปดาห์ ตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ผลพบว่าตั้งครรภ์ ยังไม่ได้ฝากครรภ์ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 2 ธันวาคม 2555 ผู้ป่วยไม่ได้คุมกำเนิด ครรภ์แรกผ่าตัดคลอด

ปัจจุบันบุตรอายุ 5 ปี สุขภาพแข็งแรงดี

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124 อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 93-94 %

ลักษณะทั่วไป: ผิวหนังและเล็บ: ไม่มีอาการบวมบริเวณผิวหนัง มีแผลบริเวณรูทวารหนัก

ตา: เปลือกตา 2 ข้างซีด

ทรวงอกและปอด: รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที CXR ปกติ Lung: Clear , Normal breath sound

หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต: อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/66 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ช่องท้อง: หน้าท้องโป่งตึง กดเจ็บทั่วท้อง Ultrasound Free fluid cul de sac มีภาวะท้องอืด แน่นท้อง มีเสียง bowel sound

ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีชักเกร็ง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	10 ม.ค. 66 (13.58 น.)	การแปลผล	10 ม.ค.66 (20.08)	การแปลผล
WBC	4000-10000	35520 cell/uL	สูงกว่าปกติ	35320 cell/uL	สูงกว่าปกติ
RBC	4-6	1.0 cell/uL	ต่ำกว่าปกติ	1.58 cell/uL	ต่ำกว่าปกติ
Hb	12.0-18.0	3.1 %	ต่ำกว่าปกติ	4.7 g/dl	ต่ำกว่าปกติ
Hct	37.0-54.0	9 %	ต่ำกว่าปกติ	14 %	ต่ำกว่าปกติ
Plt	140000-400000	324000 cell/uL	ปกติ	271000 cell/uL	ปกติ
Band form	0	0 %		0 %	
Neutrophil	40-54	78 %	สูงกว่าปกติ	75 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20-45	14 %	ต่ำกว่าปกติ	14 %	ต่ำกว่าปกติ
Mono	2-10	8 %	ปกติ	9 %	ปกติ
Eos	0-6	0 %	ปกติ	0 %	
MCV	80-100	92.4 fl	ปกติ	87 7 fl	ปกติ
MCH	27-31	30.8 pg	ปกติ	29.9 pg	ปกติ
MCHC	32-35	33.4 g/dl	ต่ำกว่าปกติ	34.0 g/dl	ต่ำกว่าปกติ
RDW	11.5-14.5	13.4 %	ปกติ	15.3 %	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC (ต่อ)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	10 ม.ค.66 (23.27 น.)	การแปลผล	11 ม.ค.66 (09.06 น.)	การแปลผล
WBC	4000-10000	10790 cell/uL	สูงกว่าปกติ	22410 cell/uL	สูงกว่าปกติ
RBC	4-6	0.82 cell/uL	ต่ำกว่าปกติ	3.2 cell/uL	ปกติ
Hb	12.0-18.0	2.4 %	ต่ำกว่าปกติ	9.8 %	ต่ำกว่าปกติ
Hct	37.0-54.0	7 %	ต่ำกว่าปกติ	28 %	ต่ำกว่าปกติ
Plt	140000-400000	92000 cell/uL	ต่ำกว่าปกติ	1888000 cell/uL	ปกติ
Band form	0	0		0	
Neutrophil	40-54	83 %	สูงกว่าปกติ	90 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20-45	11 %	ต่ำกว่าปกติ	6 %	ต่ำกว่าปกติ
Mono	2-10	4 %	ปกติ	3 %	ปกติ
Eos	0-6	0 %	ปกติ	0	ปกติ
MCV	80-100	88.8 fl	ปกติ	88.8 fl	ปกติ
MCH	27-31	29.8 pg	ปกติ	30.6 pg	ปกติ
MCHC	32-35	33.6 g/dl	ต่ำกว่าปกติ	34.5 g/dl	ต่ำกว่าปกติ
RDW	11.5-14.5	14.8 %	สูงกว่าปกติ	14.8 %	สูงกว่าปกติ

การตรวจวัดการแข็งตัวของเลือด (Coagulation Test : PT,APTT และ TT)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	10 ม.ค. 66 (13.58 น.)	การแปลผล	10 ม.ค.66 (20.08 น.)	การแปลผล
APTT	24.8-38.3	18.4 sec	ต่ำกว่าปกติ	36.7 sec	ปกติ
PT	10-14	11.7 sec	ปกติ	22.1 sec	สูงกว่าปกติ
INR		1.05	ปกติ	1.98	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

การตรวจการทำงานของไต Renal function Test : BUN,Creatinin) ผลการตรวจแร่ธาตุและสารละลายในร่างกาย (Electrolytes)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	10 ม.ค. 66 (13.58 น.)	การแปลผล
Na	136-145	133 mg/dl	สูงกว่าปกติ
K	3.4-4.5	4.2 mg/dl	ต่ำกว่าปกติ
Cl	98-107	103 mg/dl	ปกติ
Co2	22-29	18 m /dl	ต่ำกว่าปกติ
Ion Gap		16 mg/dl	
Calcium	0.97- 1.17,F0.51-0	1.33 mg/dl	ต่ำกว่าปกติ
Magnesium	1.6-2.6	3.2 mg/dl	สูงกว่าปกติ
Phosphorus	2.5-4.5	3.5 mg/dl	ปกติ
BUN	6-20	41.6 mg/dl	สูงกว่าปกติ
eGFR		51.83	ปกติ
Creatinine	0.97- 1.17,F0.51-0	1.33	ต่ำกว่าปกติ

ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis :UA)และผลตรวจการตั้งครรภ์ Urine Pregnancy test : UPT

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	10 ม.ค.66 (13.58 น.)	การแปลผล
UPT	Negative	Positive	ผิดปกติ
Color		Yellow	
Turbidity	Clear	Clear	ปกติ
Specific gravity	1.005-1.030	1.015	ปกติ
pH	5 0-8.0	5.0	ปกติ
WBC	0-5	0-1 cell/HP	ปกติ
RBC	0-2	0-1 cell/HP	ปกติ
Epi.Sq	0-2	0-1 cell/HP	ปกติ
Crystal	ไม่พบ	Uric Acid10-20	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ผลการเพาะเชื้อก่อโรคในเลือด (Hemoculture) วันที่ 10 มกราคม 2566

- No Growth After 5 Day (ไม่พบเชื้อก่อโรค)

ผลชิ้นเนื้อก่อเชื้อโรค (pathological) วันที่ 10 มกราคม 2566

-ไม่พบความรุนแรงของชิ้นเนื้อที่ก่อให้เกิดมะเร็ง

การวินิจฉัยของแพทย์

การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อ นำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อค (Ectopic rupture with hypovolemic shock)

การผ่าตัด Salpingectomy หมายความว่า การตัดท่อนำไข่ ซึ่งคือการผ่าตัดเพื่อตัดท่อนำไข่ (Fallopian tube) หนึ่งข้างหรือทั้งสองข้าง อาจทำเพื่อรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือรักษาหรือป้องกันโรคมะเร็ง หรือแม้แต่เพื่อการคุมกำเนิด ในวันที่ 10 มกราคม 2566

การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia :GA) เป็นวิธีที่ใช้เพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับปราศจากความกังวลและความกลัว ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดได้ด้วยการให้ยาระงับความรู้สึก มีการสูดดมยาสลบเข้าทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย วันที่ 10 มกราคม 2566

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล วันที่ 10 มกราคม 2566

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย หน้าบวมโต ท้องอืด ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง ดูแลวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 % ดูแลให้ O₂ cannular 3 LPM ดูแลเจาะค่าความเข้มข้นของเลือดทางปลายนิ้ว 11 % ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ WBC = 35520 cell/uL RBC=1.0 cell/uL Hb =3.1 % Hct=9 % UPT Positive แก๊ซภาวะช็อค โดยการให้สารน้ำ หลอดเลือดดำ ชนิด 0.9 NSS 1000 ml ในอัตราเร็ว load หลังจากนั้นให้ในอัตราเร็ว 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลให้ PRC flew flow 1 ยูนิต then 1 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง รวมได้ PRC 2 ยูนิต ติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าความเข้มข้นของเลือด 14 % แพทย์ทำการอัลตราซาวด์ พบ fluid blood intra-abdominal ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์วินิจฉัยว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อ นำไปพร้อมกับมีภาวะช็อค (Ectopic rupture with hypovolemic shock) สั่งทำการผ่าตัดเร่งด่วน เพื่อตัดท่อนำไข่ ดูแลเตรียมร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัด งดน้ำงดอาหารทางปาก ดูแลใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 200 มิลลิลิตร ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที สัญญาณชีพ อัตราชีพจร 112-118 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 22-26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/43-124/46 มิลลิเมตรปรอท อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อทำ Explore lap laparotomy Left salpingectomy เวลา 20.30 น. ใช้การระงับความรู้สึกทั่วไปโดยวิธีการดมยาสลับระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia :GA) และใส่ท่อหลอดลมคอ ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด total blood loss 4,000 มิลลิลิตร ได้รับ PRC 3 ยูนิต FFP 1 ยูนิต ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 113 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % On O₂ cannular 3 LPM ก่อนออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยหายใจดี ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % แพทย์เอาท่อหลอดลมคอออก สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม รวมเวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง

รับผู้ป่วยหลังผ่าตัด Left salpingectomy เวลา 23.45 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าอ่อนเพลีย พูดคุยรู้เรื่อง แจ่มใสให้ผู้ป่วยทราบว่าได้รับการผ่าตัดเรียบร้อย และแนะนำนอนพักที่เตียง พลิกตะแคงตัวได้ตามปกติ ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นเป็นทุก 1 ชั่วโมงสัญญาณชีพ อัตราชีพจร 112-118 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 22-26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/43-140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5% D/N2 1000 ml ในอัตราเร็ว 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แผลผ่าตัดที่หน้าท้องปิดผ้าปิดแผลไว้ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดและทางช่องคลอด ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย มีปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สีเหลืองใส บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง บันทึกสารน้ำเข้า 2,500 มิลลิลิตร และน้ำออก 1,900 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ้วคิ้วขมวด บ่นปวดแผลผ่าตัด pain score 8 คะแนน ดูแลให้ Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันทีหรือเมื่อมีอาการปวดทุก 8 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด pain score 5 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 10 มกราคม 2566 (ต่อ)

ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว 24 % ดูแลให้ PRC 2 ยูนิต push then PRC 1 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง หลังเลือดหมดค่าความเข้มข้นของเลือด 30 % รวมได้รับเลือดทั้งหมด PRC 8 ยูนิต ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง

วันที่ 11 มกราคม 2566

ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการพบ ความเข้มข้นของเลือด 28 % ดูแลให้ให้จิบน้ำเข้า และเริ่มให้รับประทานอาหารเหลวตอนเย็น ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวลุกนั่งบนเตียงได้ ไม่มีเวียนศีรษะ หยุดให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำและถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองภายใน 8 ชั่วโมง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ปวดแผลผ่าตัด pain score 5 คะแนน แนะนำให้ใช้มือประคองบริเวณแผลผ่าตัดเวลาลุกนั่งหรือไอ ดูแลให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังให้การพยาบาลอาการปวดแผลทุเลาลดลง อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 82-104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 117/66-146/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % ติดตามความเข้มข้นของเลือดทางปลายนิ้วอยู่ในช่วง 28-30% ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้น โดยให้นั่งบนเตียงและลุกเดินข้างเตียง พบผู้ป่วยมีอาการท้องอืด กระตุ้นผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ให้ยาลดอาการท้องอืด Air-X 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยผายลมและเรอ ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ฟังเสียงลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหวอาการท้องอืดลดลง

วันที่ 12 มกราคม 2566

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนมื้อเช้า ท้องอืดลดลง แผลผ่าตัดแห้งดี ลุกเดินได้ดีขึ้น ไม่มีเวียนศีรษะ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย pain score 4 คะแนน อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 ครั้งต่อนาที ค่าดันความโลหิตอยู่ในช่วง 110/62-140/88 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 %

วันที่ 13 มกราคม 2566

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ลุกเดินได้ดี ไม่มีเวียนศีรษะ แผลผ่าตัดแห้งดี สะอาดไม่มีเลือดซึมผ้าปิดแผล ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2 คะแนน ค่าสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 78-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 126/82-148/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ความเข้มข้นของเลือดทางปลายนิ้วอยู่ในช่วง 29-30%

วันที่ 14 มกราคม 2566

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีเวียนศีรษะ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ปวดแผลอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 134/82-135/90 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดทางปลายนิ้ว 28 % แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลได้แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาด ห้ามแผลโดนน้ำ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อ นม ไข่ แนะนำรับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง มีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์ และนัดตรวจเพื่อประเมินสุขภาพหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจคำแนะนำ รวมถึงฟังผลขึ้นเนื้อ 3 สัปดาห์ ในวันที่ 31 มกราคม 2566 เวลา 8.00 น. ที่ห้องผู้ป่วยนอก รวมเวลาเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 5 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดในช่องท้อง
2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก
2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค
3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง
4. ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด
5. ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืด เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลงจากการปวดแผลผ่าตัด
6. ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี สถานภาพสมรส เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2566 ตั้งครรภ์ประมาณ 5 สัปดาห์ยังไม่ได้ฝากครรภ์ G2P1A0L1 ได้รับการผ่าตัด Hemorrhoidectomy ในวันที่วันที่ 7 มกราคม 2566 แพทย์วางแผนจำหน่ายในวันที่ 10 มกราคม 2566 2 ชั่วโมงก่อน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย หน้าท้องโป่งตึง ท้องอืด ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง ทำการวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 % ดูแลให้ O2 cannular 3 LPM ผลตรวจอัลตราซาวด์ พบ fluid blood intra-abdominal ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด Urine pregnancy test ผล Positive ค่าความเข้มข้นของเลือด 9% แพทย์วินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อ นำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก (Ectopic rupture with hypovolemic shock) แก้ไขภาวะช็อก โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 NSS 1000 ml load ต่อมาให้ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลให้ PRC free flow 1 ยูนิต หลังจากนั้น เปลี่ยนเป็น 1 ยูนิต ใน 1 ชั่วโมง ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบความเข้มข้นของเลือด 14% ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อทำ Explore lap laparotomy Left salpingectomy รวมระยะเวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด เสียเลือดทั้งหมด 4,000 มิลลิลิตร ได้รับเลือดชนิด PRC 3 ยูนิต และ FFP 1 ยูนิต ก่อนออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพในห้องผ่าตัด อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 98-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 113/57-123/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 %

หลังผ่าตัด Left salpingectomy ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าอ่อนเพลีย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในช่วง 100-116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22-26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 124/76-133/68 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5 %D/N/2 1,000 มิลลิลิตรในอัตราเร็ว 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้วพบความเข้มข้นของเลือด 24 % ดูแลให้ PRC 2 ยูนิต push หลังจากนั้นให้ PRC 1 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง ติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือด 30% ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 %บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง มีปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกสารน้ำเข้า 2,500 มิลลิลิตร และน้ำออก 1,900 มิลลิลิตร สังเกตเลือดที่ออกทางแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเปื้อนผ้าปิดแผลและทางช่องคลอด ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบายหน้านิ้วคิ้วขมวด บ่นปวดแผลหลังผ่าตัด pain score 8 คะแนน ได้รับยาบรรเทาปวดคือยา Pethidine 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเวลาปวดทุก 8 ชั่วโมง หลังได้รับยาผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง pain score 5 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะคือยา Cefazolin 1 กรัม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง

หลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 11 มกราคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ค่าความเข้มข้นของเลือด อยู่ในช่วง 30-31% อาการอ่อนเพลียดีขึ้น อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 126/66

มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % ดูแลเอาสายน้ำเกลือและถอดสายปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เองภายใน 8 ชั่วโมง กระตุ้นลูกนั่งเดิน ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด กระตุ้นผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ให้ยาลดอาการท้องอืด Air-X 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยผายลมลมและเรอ ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ฟังเสียงลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหวอาการท้องอืดลดลง แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การควบคุมความเจ็บปวดกระตุ้นการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การฝึกการหายใจ การไอ แนะนำทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเพื่อป้องกันการติดเชื้อใหม่ ขณะที่ร่างกายอ่อนเพลีย และผลจากการผ่าตัดภายในช่องท้องยังไม่หายสนิทเพียงพอต่อการต้านเชื้อโรค ให้เริ่มจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อน ตามลำดับ

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นมากขึ้น ไม่มีเวียนศีรษะผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบ ค่าความเข้มข้นของเลือด 28% WBC 22410 cell/uL ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 14 มกราคม 2566 ค่าสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % แนะนำการปฏิบัติเมื่อเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดระวังไม่ให้เปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล ขณะไอหรือจามให้ใช้ผ้ามือ หรือผ้าห่านุ่ม กดประคองแผลได้ หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ ห้ามทำงานหนัก หรือยกของหนัก อย่างน้อย 2 เดือน สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ บริเวณแผลผ่าตัดมีอาการปวด บวมแดง ร้อน การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ รวมทั้งผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อไม่ให้ท้องผูก และการมาตรวจหลังผ่าตัดตามแพทย์นัดรวมระยะที่รับไว้ในความดูแล 4 วัน นัดมาติดตามผลการรักษาอีก 3 สัปดาห์ ในวันที่ 31 มกราคม 2566 ให้ยารับประทานที่บ้าน ได้แก่ Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานเวลาปวดหรือมีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง รวมระยะในการดูแลทั้งหมด 5 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและสูติแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานด้านการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย นำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยท้องนอกมดลูกแตกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด ผู้ป่วยมีความปลอดภัยขณะได้รับการรักษาตามแผนการรักษา
2. เพื่อให้แนวในการให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยท้องนอกมดลูกแตกร่วมกับมีภาวะซ็อก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการสอนการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดภาวะตั้งครรถ์นอกรมดลูกทุกราย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีการแตกของท้องนำไข่ร่วมกับมีภาวะซ็อก จำนวน 1 ราย รับผิดชอบดูแล ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 14 มกราคม 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีการแตกของท้องนำไข่ร่วมกับมีภาวะซ็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีการแตกของท้องนำไข่ร่วมกับมีภาวะซ็อก
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลหญิงตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีการแตกของท้องนำไข่ร่วมกับมีภาวะซ็อกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
3. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Hemorrhoidectomy ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้ผู้ศึกษาคิดว่าเกิดจากการเสียเลือดจากทาง Hemorrhoidectomy จึงทำให้วินิจฉัยอาการของผู้ป่วยได้ล่าช้า จนทำให้ผู้ป่วยมีภาวะตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีการแตกของท้องนำไข่ร่วมกับมีภาวะซ็อกเกิดขึ้น ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีการแตกของท้องนำไข่ร่วมกับมีภาวะซ็อก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ต้องให้การดูแลและให้การพยาบาลเฉพาะเจาะจงอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน หากพยาบาลขาดความรู้ ทักษะ ในการประเมินผู้ป่วยอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัด Hemorrhoidectomy มีอาการอ่อนเพลีย ท้องอืด ซึ่งอาการคล้ายคลึงกับอาการมีภาวะตั้งครรถ์นอกรมดลูก ทำให้วินิจฉัยอาการผู้ป่วยล่าช้า
2. การให้การพยาบาลส่วนใหญ่เน้นไปที่การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Hemorrhoidectomy ทำให้ขาดการพยาบาลในส่วนหญิงตั้งครรถ์

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีการแตกของท้องนำไข่ร่วมกับมีภาวะซ็อก การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดที่มีภาวะตั้งครรถ์นอกรมดลูกที่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อหน้าไข่ร่วมกับมีภาวะซีด โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ clinical practice guideline โดยกำหนดแผนการดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่รับใหม่ การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ

3. ควรให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกรายอย่างครอบคลุมในทุกระบบ ทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ ดังนั้นควรมีการประเมินอาการผู้ป่วยให้ละเอียดถี่ถ้วน โดยการซักถาม สังเกต ติดตามอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในทุกระบบของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บป่วย พยาบาลผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

10. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวนภาพร พิมพรรณ ผู้เสนอมีส่วนคิดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นภาพร พิมพรรณ
(นางสาวนภาพร พิมพรรณ)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๒๖ / ๖ / ๖๖
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.นางสาวนภาพร พิมพรรณ	นภาพร พิมพรรณ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... *ล.ร. ๓*

(นางนราพร ลานน้ำเที่ยง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

วันที่ *๒๖* / *๗* / *๖๖*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... *น.น*

(นางสมพร ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

วันที่ *๑๙* / *๑๓* / *๖๖*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... *ด.ร.*

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

วันที่ *๒๐* / *๑๑* / *๖๖*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... *อ.*

(นายธราพงษ์ กัปกโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

วันที่ *๔* / *๑๑* / *๖๖*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง นวัตกรรมมุ่งแก้แฉงลดนมคัต

2.หลักการและเหตุผล

หลังจากการคลอดบุตร มารดาจะมีการปรับเปลี่ยนของฮอร์โมน ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณเต้านมมากขึ้น ในวันที่ 2-5 หลังคลอดเต้านมจะสร้างน้ำนมมากขึ้น ทำให้เกิดการบวมและ มีน้ำนมมาคั่งจำนวนมาก เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น แข็งตึง เจ็บ และร้อน บริเวณลานห้วงมดิงแข็ง น้ำนมไหลออกไม่ค่อยดีและห้วงมดิงรั้งให้หดสั้น ทำให้ลูกอมห้วงมดิงได้ลำบาก บางครั้งอาจมีไข้ แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง อาการเต้านมคักคักมักจะเป็นทั้ง 2 ข้างและหากมีน้ำนมคักอยู่ในเต้านมนาน จะส่งผลให้หยุดการสร้างน้ำนมชั่วคราว จนกว่าจะมีการระบายน้ำนมออกไป ซึ่งมีแนวทางรักษา ให้ลูกดูดนมบ่อยขึ้นทั้งกลางวันและกลางคืน อาจทุก 2 -3 ชั่วโมงหรือเร็วกว่านั้นได้หากลูกต้องการ โดยไม่จำกัดระยะเวลาการดูดนมของลูก การประคบอุ่นนวดรอบเต้านมก่อนให้นมลูก โดยใช้เวลาในการประคบประมาณ 5 -10 นาที ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดอาการคักคักเต้านมและกระตุ้นการสร้างการหลั่งของน้ำนม ให้น้ำนมมา เร็วขึ้น และมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆเพียงพอสำหรับลูก (คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก. โรงพิมพ์ครองช่าง; 2561.) มารดาหลังคลอดส่วนมากจะพบว่ามีอาการคักคักเต้านม บางรายมีการอักเสบและบวมแดง ส่งผลให้น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่สามารถให้นมบุตรในปริมาณที่เพียงพอ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา การคักคักของเต้านม ท่อน้ำอุดตัน น้ำนมไหลน้อย และเต้านมอักเสบ ด้านทารกด้านบุคลากร และการสนับสนุนทางสังคม (ศศิกานต์ กาละ, 2561) โดยพบว่าปัญหาการคักคักคักของเต้านมเป็นสาเหตุที่สำคัญ และพบบ่อยในมารดาที่หยุดการให้นมบุตร สำหรับในประเทศไทยจากรายงานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบปัญหาการคักคักของเต้านมในมารดาหลังคลอดร้อยละ 60-70 จากปัญหาดังกล่าวทำให้มารดาหลังคลอดหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (กฤษณา ปิงวงศ์ กรรณิการ์ และคณะ, 2563)

งานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลอรัญประเทศ ในปี 2564-2566 มีมารดาหลังคลอด จำนวน 649 ราย, 549 ราย และ 497 ราย (ข้อมูลเวชเบียนประจำหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลอรัญประเทศ, 2566) อุบัติการณ์การเกิดภาวะเต้านมคักคักคักที่ต้องนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่าเป็น 2,0,0 รายตามลำดับ ซึ่งปัญหาเต้านมคักคักคักส่งผลกระทบให้มารดาหลังคลอดมีภาวะไม่สุขสบายทางด้านร่างกายคือ มีอาการปวด บวมแดง บางรายอาจมีไข้ ส่งผลให้น้ำนมออกน้อย ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ในหน่วยงานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ได้ให้การพยาบาล โดยการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้หลัก 4 ด คือ ดูดเร็ว โดยให้ลูกดูดภายใน 30 นาทีหลังคลอด ดูดถูกวิธี คือ ปากลูกอมลึกให้ถึงลานนม สังเกตได้จากปากลูกจะบาน คางลูกแนบหน้าอกแม่ ดึงจมูกชิดหรือเกือบชิดหน้าอกแม่ ดูดบ่อยทุก 2 - 3 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วและเพียงพอกับความต้องการของทารก และดูดเกลี้ยงเต้า แต่พบว่ามารดาหลังคลอดบางรายมีปริมาณน้ำนมมา มาก ทารกดูดไม่เกลี้ยงเต้าหรือมารดาให้นมลูกไม่ถูกวิธี ส่งผลให้น้ำนมระบายออกไม่หมดเท่าที่ควร ทำให้เกิดเกิดท่อน้ำนมตัน และให้มีการหยุดสร้างน้ำนมหรือมีปริมาณน้ำนมออกน้อยในเวลาต่อมา จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าความร้อนจะส่งผลต่อระบบไหลเวียน โดยความร้อนจะทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบน้อยๆ จากการหลั่ง Histamine และ Prostaglandins อีกทั้งความร้อนยังกระตุ้นให้เกิดการนำสัญญาณของใยประสาทใหญ่ ซึ่งมีผลในการยับยั้งสัญญาณประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดที่ทำโดยใยประสาทเล็ก ซึ่งทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวและเกิดการไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น (พยอม สุวรรณ, 2563; สาธิตา ตรีสัตยตระกูล, 2560) จากผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้อาการปวดลดลง อีกทั้งในหน่วยงานยังขาดนวัตกรรมที่ช่วยในการลดอาการคักคักคักเต้านม ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำนวัตกรรมมุ่งแก้แฉงลดนมคัต นวัตกรรมมุ่งแก้แฉงประคบเต้านมเพื่อลดอาการเต้านมคักคักคัก โดยการนำแก้แฉงมาใช้ในประคบอุ่น ก่อนใช้นำมาอบในไมโครเวฟที่อุณหภูมิ

250 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 1-2 นาที แล้วนำมาประคบบริเวณเต้านม ซึ่งถั่วแดงมีปริมาณน้ำอยู่ในเมล็ดสูง เมื่อให้ความร้อนถั่วแดงจะเก็บความร้อนได้นาน 20-30 นาที โดยความร้อนที่เหมาะสม ในการประคบเต้านม อุณหภูมิ 43-46 องศาเซลเซียส การประคบอุ่นที่เต้านม ต้องทดสอบความร้อน ที่ท้องแขนก่อนประคบทุกครั้ง เพื่อไม่ให้อุณหภูมิร้อนจนเกินไป ถั่วแดงนี้สามารถนำกลับมาใช้ได้หลายๆ ครั้งโดยไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ความร้อนจากถั่วแดงช่วยลดอาการเต้านมคัด บวม แข็ง ลดอาการอักเสบของเต้านมในมารดาหลังคลอด และลดอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลมารดาหลังคลอด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ และ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

มารดาหลังคลอดแต่ละรายมีปริมาณน้ำนมมากน้อยไม่เท่ากัน พบว่ามารดาบางรายมีปริมาณน้ำนมมา มากตั้งแต่วันแรกที่คลอด การที่ทารกดูดนมไม่เกลี้ยงเต้านมหรือขาดการกระตุ้นดูดนมบ่อย รวมถึงมารดาให้ ทารกดูดไม่ถูกวิธี ทำให้น้ำนมระบายออกไม่หมด ส่งผลให้มีการคัดตึง ปวด บวมแดงบริเวณเต้านม ส่วนมากจะ พบอาการเต้านมคัดทั้ง 2 ข้าง มีผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น มีไข้ ปวด บวมแดง เต้านมจะร้อน ผิวแดง เป็นมัน เจ็บลานนมจนทารกไม่สามารถดูดนมไม่ได้ น้ำนมไหลไม่สะดวก บางรายน้ำนมไม่ไหลจนต้องหยุดให้ นมบุตร เปลี่ยนมาให้นมผสมสิ้นเปลืองเงินไปกับค่าใช้จ่ายมากขึ้น หากหน่วยงานไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จะส่งผลให้ทารกขาดการเลี้ยงดูด้วยนมมารดา ซึ่งน้ำนมมารดาเป็นแหล่งอาหารที่มี ประโยชน์ มีสารอาหารส่งเสริมพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยเหลือโอกาส ให้เด็กเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ดี มีจริยธรรม อุดม อุดกัลลีน และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้อื่น (www.supermomtown.com , 10 มี.ค. 2562) ดังนั้นพยาบาลหลังคลอดจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการ ให้การพยาบาลที่ครอบคลุม เพื่อป้องกันและลดปัญหาต่างๆ

การศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับอาการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอด สาเหตุการเกิดอาการ เต้านมคัดตึง พบว่า มีการให้การพยาบาลเบื้องต้น โดยการให้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นจัดประคบเต้านม และการนวด เต้านม กระตุ้นบุตรดูดนม ทุก 2-3 ชั่วโมง หรือตามความต้องการของบุตร ช่วยให้อาการดังกล่าวดีขึ้น แต่ พบว่าไม่สะดวก มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ และมารดาหลังคลอดไม่รู้สึกลสบายตัว ทำให้มารดาหลังคลอด ส่วนมากก็จะไม่ปฏิบัติ และจะแก้ไขปัญหาโดยการหยุดให้นมบุตรเปลี่ยนให้ลูกน้อยดื่มนมผงแทน โดยในหอ ผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ยังไม่มีอุปกรณ์ที่ช่วยลดอาการคัดตึงเต้านม ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการเลี้ยง บุตรด้วยนมมารดา และภาวะความสุขสบายทางด้านร่างกายของหลังคลอด การที่มีอุปกรณ์ที่เพียงพอและ เหมาะสม ถูกต้องตามหลักมาตรฐานการพยาบาลโดยให้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความ พร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการ ดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับ การดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง (Hanucharornkul, 2001; Orem et al.,2001) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบใน หน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล สนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการ พยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง มีการนำกระบวนการ ทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลมารดาหลังคลอด โดยเริ่มจากการประเมินความรู้ การสังเกต การซักถาม พูดคุย ค้นหาข้อมูลต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุม ทั้งองค์รวม และนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดทำ นวัตกรรมถั่วแดงลดนมคัด หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมถั่วแดงลดนมคัดขึ้น โดยใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบ ทำเป็นทรงโดนัทเพื่อให้อากาศระบายของหน้าอก มาบรรจุกถั่วแดงที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปปรุงแต่งแล้วเย็บให้สนิท ในการทำนวัตกรรมขึ้นจะใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าลินิน โดยจะหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าที่มีใยสังเคราะห์เป็นส่วนผสม เพราะ ใยสังเคราะห์อาจจะละลายในขณะที่ให้ความร้อน ถั่วแดงมีปริมาณน้ำอยู่ในเมล็ดสูง เมื่อให้ความร้อนถั่วแดงจะ เก็บความร้อนได้นาน 20-30 นาที อีกทั้งยังมีกลิ่นหอม ทำให้ปลอดภัยในการนำมาใช้กับส่วนต่างๆของร่างกาย

โดยก่อนนำมาใช้น้ำอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที นำมาประคบ
ด้านมารดาหลังคลอดที่คัดตึงเต้านมเป็นเวลา 15-30 นาที โดยสามารถนำอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที นำมาประคบ
โดยมุ่งหวังว่ามารดาที่ได้ใช้นวัตกรรมอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที นำมาประคบ
ทางด้านการร่างกายและจิตใจ สามารถให้นมบุตรได้อย่างถูกต้อง การมีน้ำนมเพียงพอต่อทารก และบุคลากร
ทางการพยาบาลที่ได้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิด
คุณภาพการพยาบาลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้งานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช มีนวัตกรรมอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที นำมาประคบ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ในงานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช นำนวัตกรรมอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที นำมาประคบ
มารดาหลังคลอดที่มีอาการเต้านมคัดตึง บวมแดง อักเสบ
3. เพื่อลดอุบัติการณ์อาการเต้านมคัดตึง อักเสบ บวม แดง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน กรกฎาคม 2566 – ตุลาคม 2566

กลุ่มเป้าหมาย

1. มารดาหลังคลอดในงานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ในงานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำนวัตกรรมอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที
4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำนวัตกรรมอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที และ
ทดลองใช้ในหน่วยงาน
5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มารดาหลังคลอดที่มีอาการคัดตึงเต้านม ได้รับการประคบอุ่นด้วย นวัตกรรมอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที ทุกราย
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในงานสูติ-นรีเวช มีความพึงพอใจจากการใช้นวัตกรรมอุณหภูมิ 250 องศา เวลา 2 นาที
คัดกับมารดาหลังคลอดที่มีอาการเต้านมคัดตึง
3. มารดาหลังคลอดมีอาการเต้านมคัดตึงลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. งานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช มีนวัตกรรมถุงถั่วแดงลดนมคัด จำนวน 3 ใบ
2. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคนในงานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช มีการใช้นวัตกรรมถุงถั่วแดงลดนมคัดกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเต้านมคัดตั้งทุกราย ร้อยละ 100
3. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลต่อการใช้นวัตกรรมถุงถั่วแดงลดนมคัด มากกว่าร้อยละ 90
4. อุบัติการณ์การเกิดเต้านมอักเสบในมารดาหลังคลอด เท่ากับ 0 ราย

(ลงชื่อ)..... นภาพร พิมพรรณ

(นางสาวนภาพร พิมพรรณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... ๒๖ / ๕.๖. / ๒๕.....

ผู้ขอประเมิน