

การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่: กรณีศึกษา 2 ราย

ณัฐชานันท์ พงศ์สุวรรณเขต รพ.ม.*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: โรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ เป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดตามหลังภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาล่าช้า หากก้อนฝีหนองแตกถือเป็นภาวะฉุกเฉิน เพราะจะทำให้การติดเชื้อลุกลามสู่อุ้งเชิงกรานและช่องท้อง เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมาที่อาจรุนแรงจนเสียชีวิต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 พบข้อวินิจฉัยพยาบาล 8 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน 3) มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน 4) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 5) ปวดแผลผ่าตัด 6) การติดเชื้อแผลผ่าตัดและแผลแยก 7) เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และ 8) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบข้อวินิจฉัยพยาบาล 4 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุช่องท้องและท่อนำไข่ รังไข่ด้านขวา 2) ปวดท้องด้านล่างขวา 3) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 4) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง ถึงแม้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เหมือนกันแต่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีความรุนแรงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า เพราะมีการแตกของก้อนฝีหนองที่รังไข่ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและยาปฏิชีวนะ จึงมีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 25 วันซึ่งนานกว่ารายที่ 2 ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีการแตกของก้อนฝีหนอง ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ รวมระยะรวมเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

ข้อเสนอแนะ: นำผลการศึกษาไปใช้จัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและเฝ้าระวังติดตามอาการผิดปกติ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่, อุ้งเชิงกรานอักเสบ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Patients with Tubo-Ovarian Abscess: Two Case Studies

Natchanan Pongsuwankhet M.P.A.*

Abstract

Background and rationale: Tubo-ovarian abscess is a serious complication that can arise from untreated or delayed pelvic inflammatory disease. If the abscess ruptures, it becomes a medical emergency, leading to the spread of infection to the pelvis and abdomen, potentially resulting in a bloodstream infection that can be severe and life-threatening.

Objective: To examine and compare the application of the nursing process in the care of patients with tubo-ovarian abscesses

Methods: This study involved two patients diagnosed with tubo-ovarian abscess, admitted to Khon Kaen Hospital. The nursing process was utilized as the primary framework for care, with Gordon's 11 Functional Health Patterns applied as the conceptual framework for health assessment.

Results: Case Study 1 identified 8 nursing diagnoses: 1) septicemia, 2) risk of hypoxia, 3) acute renal failure, 4) electrolyte imbalance, 5) surgical wound pain, 6) surgical wound infection and dehiscence, 7) risk of fluctuating blood sugar levels, and 8) lack of self-care knowledge. Case Study 2 identified 4 nursing diagnoses: 1) pelvic, peritoneal, and fallopian tube infection (right ovary), 2) right lower abdominal pain, 3) electrolyte imbalance, and 4) lack of self-care knowledge. Although both cases had the same condition, the severity of illness differed. Case Study 1 had more severe septicemia due to ruptured abscess. This case was treated with surgery and antibiotics, resulting in a hospitalization period of 25 days. In contrast, Case Study 2 did not experience ruptured abscess and received only antibiotic treatment, leading to a shorter hospital stay of 6 days.

Recommendations: The findings of this study should be used to develop nursing practice guidelines for monitoring abnormal symptoms in patients with tubo-ovarian abscess. These guidelines can also serve as a framework for enhancing registered nurses' competencies in the care of patients with pelvic inflammatory disease and related complications.

Keywords: Nursing care, tubo-ovarian abscess, pelvic inflammatory disease

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ (Tubo - ovarian abscess: TOA) เป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดตามหลังภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ (Pelvic inflammatory disease: PID) ที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาล่าช้า^{1,2} เกิดจากการติดเชื้อจุลินทรีย์หลายชนิดทางเพศสัมพันธ์ เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ Escherichia coli, Bacteroides

fragilis, Bacteroides species, Peptococcus, Peptococcus และ Aerobic streptococci³ เชื้อแบคทีเรียจากบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่างจะเคลื่อนตัวขึ้นมาสร้างก้อนเนื้ออักเสบที่บริเวณท่อนำไข่ รังไข่ และอวัยวะอุ้งเชิงกรานอื่นๆ ที่อยู่ติดกัน⁴ อุบัติการณ์ของฝีท่อนำไข่ (TOA) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบันพบได้ประมาณร้อยละ 30 ของภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ (PID) ปัจจัยเสี่ยงของ TOA นั้นคล้ายคลึงกับ PID ได้แก่ อายุเจริญพันธุ์ การใส่ห่วงอนามัย การมีคู่นอนหลายคน และประวัติการเป็นโรค PID มาก่อน ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่เป็น TOA จะมีลักษณะคล้ายกับ PID แต่การตรวจร่างกายอาจคลำพบก้อนบริเวณ Adnexa⁵ อาการทั่วไปของ TOA ได้แก่ ปวดท้อง พบก้อนเนื้อในอุ้งเชิงกราน ไข้หนาวสั่น ตกขาว อาการคลื่นไส้ อาจจะมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด และอาจพบถ่ายเหลวได้ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายที่มี TOA พบว่า WBC ในเลือดมักจะสูงขึ้น การเกิด TOA อาจทำให้เกิดความสับสนกับสาเหตุอื่นๆ ได้หลายประการ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ นิ่วในท่อไต กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือไส้เลื่อนที่อุดตัน เป็นต้น

การรักษา TOA ที่ล่าช้าอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ อาจมีอาการปวดอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง และมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูงกว่าทั่วไป นอกจากนี้ยังพบการบิดของกายวิภาคเชิงกราน ภาวะมีบุตรยากและ PID ที่เกิดขึ้นซ้ำได้ จากการทบทวนกรรมพบว่า ผู้ป่วย TOA ส่วนใหญ่สามารถรักษาด้วยการให้ยา

ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำที่เป็นกลุ่ม Board spectrum เพื่อครอบคลุมเชื้อก่อโรค โดยที่ไม่ต้องผ่าตัด อัตราการตอบสนองของการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอยู่ที่ประมาณ 70% ผู้ป่วยหลังจากได้รับยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ 48-72 ชั่วโมง จะให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยที่มี Hemodynamically stable และไม่มี Signs of ruptured TOA โดยพบว่าขนาดของก้อนฝีหนองที่ ≥ 7 เซนติเมตร⁶ และภาวะการอักเสบของเยื่อช่องท้องน้อยเป็นตัวแปรสำคัญในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีอาการแย่ลง จึงต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในกรณีที่มีการแตกของก้อนฝีหนอง (Ruptured TOA) ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการรั่วไหลของหนองสู่เยื่อช่องท้อง มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบแบบกระจาย ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอาจถึงขั้นเสียชีวิต ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อลดปริมาณหนองออกโดยด่วน การแตกของก้อนฝีหนองมีอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วย TOA ทั้งหมด⁷ เมื่อตรวจร่างกายจะพบ Rebound tenderness ที่บริเวณหน้าท้อง อาจมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เช่น Hypotension, Tachycardia, Tachypnea และมี Septic shock ตามมา ผู้ป่วย TOA และมี Systemic sepsis ร่วมด้วยจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 5 - 10%⁸

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2562 - 2566 พบผู้ป่วย PID ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 351, 304, 338, 370, และ 423 รายตามลำดับ และพบผู้ป่วย TOA จำนวน 52, 68, 74, 95, และ 72 รายตามลำดับ⁹ จะเห็นว่า อัตราผู้ป่วย TOA ที่พบเฉลี่ยร้อยละ 20 พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟู จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดเวลานอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

วิธีดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. อายุ	36 ปี	46 ปี
2. เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
3. การคุมกำเนิด	ไม่ได้คุมกำเนิด	ไม่ได้คุมกำเนิด
4. ประวัติการตั้งครรภ์	G1P1001 บุตรคนสุดท้ายอายุ 7 ปี LMP 29 มี.ค. 67	ไม่เคยตั้งครรภ์ LMP 29 เม.ย.67
5. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดทั่วๆ ท้องแล้วย้ายมาปวดท้องด้านล่างขวา ร่วมกับมีไข้ และท้องเสีย	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านล่างขวา และมีไข้
6. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	- 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วๆ ท้องแล้วย้ายมาปวดท้องด้านล่างขวา มีไข้ อาเจียนท้องเสีย ถ่ายเหลว ไม่มีตกขาวผิดปกติ ไปพบแพทย์ที่ รพช. ได้ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น - ผลตรวจร่างกาย พบ มีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 40.1 องศาเซลเซียส, Tender RLQ, Guarding RLQ, Bowel ileus แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น Acute appendicitis Set OR emergency for Open Appendectomy ในระหว่างผ่าตัดได้ Consult สูติ-นรีแพทย์ด้วย - Operation 10/4/67: Open appendectomy with aspirate pus 100 ml from pelvis - การวินิจฉัย: Ruptured right TOA	- 1 สัปดาห์ก่อนมาผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง หน่วงๆ Pain score 8/10 มีตกขาวสีน้ำตาล ไม่มีกลิ่น 1 วันก่อนมาผู้ป่วยมีไข้ ปวดท้องด้านล่างขวามากขึ้น อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง - ผลตรวจร่างกาย พบ Tender both adnexa with rebound tenderness TAS: Rt. hypoechoic with thick wall with septation at Rt. adnexa, Rt. adnexal mass $\varnothing$ 3.6x6.6 CT lower abdomen: Rt. TOA มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส ส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด การวินิจฉัยแรกรับ การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย การผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย การรักษา วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่าย ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผลการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	หลังการผ่าตัด ส่งเข้ารักษาที่ ICU วิสัญญี ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 1 วัน อาการดีขึ้นได้ย้ายเข้าดูแลต่อที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม	
7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	Left TOA รักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่อวันที่ 10 -17 ก.ย. 2566 U/D: DMT2, Morbid obesity น้ำหนัก 115 kg., OSA, Asthma, DM, DLP รักษาที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง	U/D: Asthma
8. เจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มี	ยาย เป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
9. ประวัติการแพ้ยา	ไม่มี	ไม่มี
10. การผ่าตัด	ผ่าตัดคลอด เนื่องจากภาวะอ้วน	ไม่มี
11. การวินิจฉัยแรกรับ	Acute appendicitis	Rt. TOA with sepsis with pelvic peritonitis with intramural uteri
12. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Ruptured right TOA with left TOA	Rt. TOA with sepsis with pelvic peritonitis
13. การผ่าตัด	Appendectomy, aspirated pus 100 ml from pelvis	ไม่ได้รับการผ่าตัด
14. ผลการตรวจร่างกาย	- Level of conscious: Good conscious - HEENT: Pale conjunctiva - Lung: Clear both lung - Abdomen: Tender at RLQ, Guarding RLQ - Heart: Regular - ผ่าตัดพบ Right hydrosalpinx Ø 4x3 cm Right ovary Ø 3x3 cm Pelvic pus 100 ml with pus oozing from Rt. fallopian tube, Mild inflamed appendicitis - ผล Ultrasound pelvis วันที่ 17 เมษายน 2567 พบ Lt. hypoechoic mass Ø 8.1x7.7, Lt. TOA และ วันที่ 20 เมษายน 2567 พบ Wound dehiscence with pus per wound	- Level of conscious: Good conscious - HEENT: Pink conjunctiva - Lung: Clear both lung - Abdomen: Tender both adnexa with rebound positive - Heart: Regular - PV: MIUB: Normal, Vagina: No lesion - Cervix: Old blood per os, os close, no lesion, Uterus: enlarge - Adnexa: Tender both adnexa with rebound tenderness - TAS: Uterus Ø 5.2 x 9.05 cm Rt.hypoechoic with thick wall with septation at Rt.adnexa, Rt.adnexal mass Ø 3.6x6.6 - CT lower abdomen: Rt. TOA
15. การรักษา	ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและยาปฏิชีวนะ	ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ
16. วันที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล	9 เมษายน 2567	5 พฤษภาคม 2567

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
17. วันที่จำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	4 พฤษภาคม 2567	11 พฤษภาคม 2567
18. ระยะเวลานอน โรงพยาบาล	25 วัน	6 วัน

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ มาด้วยอาการปวดท้อง และมีไข้ แต่กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจพบมีไข้สูง 40.1 องศาเซลเซียส ได้รับการวินิจฉัยและรับเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบฉุกเฉิน ในห้องผ่าตัดพบว่า มีการแตกของก้อนฝีหนองที่ท่อนำไข่ด้านขวา ได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัดและยาฆ่าเชื้อ และเนื่องจากผู้ป่วยอ้วนมีน้ำหนักมาก 115 kg มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดจึงได้ย้ายเข้า ICU วิกฤติ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เมื่ออาการดีขึ้นจึงไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จากการตรวจร่างกายสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของ

ท่อนำไข่และรังไข่ขวา ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อ กรณีศึกษาที่ 1 เคยได้รับการรักษาด้วยโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ด้านซ้ายเมื่อปี 2566 และครั้งนี้เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคแต่เป็นทางด้านขวา หลังผ่าตัด 10 วัน พบว่า มีแผลแยกและมีหนอง ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 25 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลานอนโรงพยาบาล 6 วัน

1.2 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count, CBC) การตรวจทางเคมีในเลือด (Blood chemistry) การเพาะเชื้อหนอง (Pus culture) ผลการตรวจรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษา 2 ราย

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
CBC		9 เม.ย. 2567	20 เม.ย. 2567	5 พ.ค. 2567	8 พ.ค. 2567
	WBC 4.5-10.0 $10^3/\mu\text{L}$	23.0	24.2	20.9	10.7
	Hemoglobin 13-18 g/dL	10.0	8.4	11.6	9.7
	Hematocrit 40-50%	32.2	27.6	35.0	28.6
	Platelet 140-400 $10^3/\mu\text{L}$	275	588	364	355
	Neutrophil 43.7-70.9%	94.6	82.0	87.9	76.1
BLOOD		9 เม.ย. 2567	11 เม.ย. 2567	5 พ.ค. 2567	8 พ.ค. 2567
CHEMISTRY	BUN 5.8-19.1 mg/l	20	13	9	8
	Creatinine 0.51-0.95 mg/l	1.14	0.93	0.86	0.82
	eGFR ≥ 90	62	79	81	86
	Sodium 130-147 mmol/l	137	138	135	140
	Potassium 3.4-4.7 mmol/l	3.11	2.95	3.38	3.31
	Chloride 96-107 mmol/l	110	105	102	106
	CO ₂ 20.6-28.3 mmol/l	11.9	17.1	21.7	20.9
	Phosphorus 2.5-4.6 ml/dl	-	1.8	-	-

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
4.การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม	- หลังผ่าตัด Day 0-4 ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องคอยช่วยเหลือกิจกรรมเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด Pain score 5-10 คะแนน แต่หลังผ่าตัด Day 4 ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมได้มากขึ้น Ambulate ได้ดี	- หลังเข้ารับการรักษา Day 1-2 ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เนื่องจากปวดท้อง Pain score 6-8 คะแนน ต้องคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมบ้าง Day 3 ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้มากขึ้น จนถึงวันจำหน่าย
5. การฝึกพ่นและการ นอนหลับ	- ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 1-2 เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด มีไข้สูง เมื่อเข้าสู่วันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยเริ่มนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น	- ผู้ป่วยนอนหลับได้ไม่เต็มที่เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและมีไข้ ได้รับยาลดปวดและเปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่ไข้ลดลง จึงนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
6. การรับรู้สติปัญญา และความน่าเชื่อถือ	- ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร บอกความต้องการของตนเอง มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อแพทย์แผนปัจจุบัน	- ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร บอกความต้องการของตนเอง มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อแพทย์แผนปัจจุบัน
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	- ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคก่อนไข้หนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ที่ ร.พ.ศรีนครินทร์ แต่ไม่คิดว่าจะกลับมาเป็นซ้ำอีก ผู้ป่วยยอมรับโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์	- ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองติดเชื้อที่ท่อนำไข่และรังไข่ รู้สึกเป็นกังวลแต่ยอมรับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดี
8. บทบาทและความ สัมพันธ์ภายใน ครอบครัว	- ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว อาศัยอยู่กับมารดาและลูก ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมารดา มาดูแลที่หอผู้ป่วย	- ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นภรรยา ไม่มีบุตร ความสัมพันธ์ในครอบครัว ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามีมาดูแลที่หอผู้ป่วย
9. เพศและการเจริญ พันธุ์	- ผู้ป่วยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ตั้งครรภ์และคลอดบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง ประจำเดือนมาอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน	- ผู้ป่วยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีประจำเดือนมาอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน ไม่มีบุตร
10. การเผชิญความ เครียดและความทนต่อ ความเครียด	- ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและกังวล เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง ประกอบกับมีโรคประจำตัว และต้องเข้ารับการผ่าตัด นอนรักษาในโรงพยาบาลนาน	- ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเนื่องจากต้องเข้ารับการแบบฉุกเฉิน สามีมาดูแลเฝ้าไข้ที่หอผู้ป่วยช่วยให้สบายใจขึ้น
11. คุณค่าและความ เชื่อ	- ผู้ป่วยเป็นสมาชิกที่ดีในครอบครัว ความเชื่อมั่นในด้านสุขภาพ คือการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และเชื่อมั่นว่าต้องหายจากโรค	- เป็นสมาชิกที่ดีในครอบครัว ความเชื่อมั่นในด้านสุขภาพ คือการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและกังวล หลังผ่าตัดช่วงแรกช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาปวดแผลผ่าตัด Pain score 5-10 คะแนน

และไข้สูงท้องอืดเล็กน้อย วันที่ 3-8 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลว 7-14 ครั้ง/วัน หลังผ่าตัด 10 วันแผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ กรณีศึกที่ 2 มีไข้สูงเช่นกัน ต้องงด

น้ำอาหารอีกครั้ง เปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่ ไข้จึงลดลง
ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำโดยไม่ต้องผ่าตัด ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ การ
ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำมา
วิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล แบ่งตาม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะดูแล	กรณีศึกษา1	กรณีศึกษา2
ระยะ วิกฤต	1. มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการแตก ของก้อนฝีที่ท่อนำไข่ด้านขวา หนองรั่วไหลสู่ช่อง กราม เยื่อช่องท้องและติดเชื้อลุกลามเข้าสู่ กระแสเลือด 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หลัง ผ่าตัดเนื่องจาก Morbid obesity และมีภาวะ Obstructive sleep apnea 3. มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน 4. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว 5. ปวดแผลผ่าตัด	1. มีภาวะติดเชื้อในช่องเชิงกราน เยื่อช่องท้องและท่อนำไข่ รั่วไหลสู่ด้านขวา 2. ปวดท้องด้านล่างขวา
ระยะดูแล ต่อเนื่อง	6. แผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ Escherichia coli 7. เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 8. ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง	3. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียน และถ่ายเหลว 4. ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง

3. การพยาบาลและการประเมินผล

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ระบุในตารางที่
4 นำมาสู่การวางแผนการพยาบาล โดยเรียงลำดับ
ความสำคัญและแยกตามระยะการพยาบาล โดยนำเสนอ
ใน 4 ประเด็นดังนี้ 1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2)
เป้าหมายการพยาบาล 3) การพยาบาลที่สำคัญ และ 4)
การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

3.1 การพยาบาลระยะวิกฤต

3.1.1 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เนื่องจากการแตกของก้อนฝีที่ท่อนำไข่ด้านขวาหนอง
รั่วไหลสู่ช่องเชิงกราน เยื่อช่องท้องและติดเชื้อลุกลาม
เข้าสู่กระแสเลือด (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมาย

Pain score 6-8 คะแนน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความเชื่อมั่น
ในด้านสุขภาพ คือ การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

ระยะการพยาบาล 2 ระยะ สรุปและเปรียบเทียบข้อ
วินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย รายละเอียด
ดังตารางที่ 4

การพยาบาล คือ ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การ
พยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4
ชั่วโมง ประเมินภาวะไข้ 2) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตาม
แผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์เมื่อ
พบค่าผิดปกติ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า
ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV OD และ Metronidazole
500 mg IV q 8 hr (1 วัน) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีไข้สูง
อุณหภูมิร่างกาย 38.4 - 39 องศาเซลเซียส ผลการตรวจ
WBC สูง = 23.0 (ปกติ $10^3/UL$) ได้เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อ
เป็น Clindamycin 900 mg IV q 8 hr และ Gentamicin
240 mg IV OD (1 วัน) แต่ก็ยังมีไข้ จึงได้เปลี่ยนยา

ปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 gm IV q 6 hr อีก 1 วัน เมื่อผลตรวจเพาะเชื้อ Pus C/S พบเชื้อ Escherichia coli ซึ่งเชื้อดื้อยา Tazocin และผู้ป่วยยังมีไข้สูงบางช่วง จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ กลับมาเป็น Clindamycin 900 mg IV q 8 hr และ Gentamicin 240 mg IV OD x 5 วัน หลังการผ่าตัด พบมีปัญหายังมีไข้ (Persist low grade fever) ได้จึงส่งปรึกษาอายุรแพทย์ ให้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะอีกครั้ง เป็น Metronidazole 500 mg IV q 8 hr, Ceftazidime 2 gm IV q 8 hr อีก 4 วันหลังผ่าตัด 10 วัน ผลผ่าตัดแยกส่งหนองตรวจเพาะเชื้อ เมื่อผลตรวจ Pus C/S ที่ส่งจากแผลผ่าตัดที่แยก พบเชื้อ Escherichia coli ซึ่ง Sensitivity ต่อ Meropenem จึงได้เปลี่ยนเป็น Meropenem 1 gm IV q 8 hr 4 วัน แล้วเปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2 gm IV q 8 hr 4 วัน จนถึงวันที่เย็บปิดแผลผ่าตัด

3.1.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หลังผ่าตัดเนื่องจาก Morbid obesity และมีภาวะ obstructive sleep apnea (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมายการพยาบาลคือ เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ตั้งค่าและติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 2) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3) เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoxia 4) ติดตามสัญญาณชีพ SpO₂, ABG ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจเมื่อพร้อม 5) ดูแลให้ยาพ่นเข้าลำคอ Seretide Evo haler วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น 6) ใส่สายยางให้อาหารเปิดจุของสาย และ Decompression ลมออก และ 7) กระตุ้น Ambulation การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าหลังผ่าตัด ใส่ ET-tube with respirator setting PCV mode 1 วัน ก็สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

3.1.3 มีภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากผล BUN, Cr สูง, eGFR ต่ำกว่าปกติ เป้าหมายการพยาบาลคือ ปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลัน ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะการติดเชื้อ

ในกระแสเลือด 2) ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา Acetar 1,000 ml IV drip 120 ml/hr, RLS 1,000 ml IV drip 120 ml/hr. และ NSS 1,000 ml IV drip 100 ml/hr 3) รักษาสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และ 4) ติดตามค่าการทำงานของไต การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษา 1 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำติดต่อกัน 5 วัน มีสมดุลปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย จดบันทึกติดต่อกันหลังผ่าตัด 6 วัน ค่าการทำงานของไตกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติ

3.1.4 มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานเยื่อหุ้มช่องท้องและท่อนำไข่ รังไข่ด้านขวา (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2) เป้าหมายการพยาบาล คือ ก้อนฝีที่ท่อนำไข่ด้านขวาไม่แตก ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการไข้ 2) ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เริ่มให้ยาฆ่าเชื้อ Clindamycin 900 mg IV q 8 hr และ Gentamicin 240 mg IV OD ให้ 2 วัน ยังมีไข้เป็นพักๆ อุณหภูมิ 38.7-39.3 องศาเซลเซียส เปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่เป็น Tazobactam 4.5 gm IV q 6 hr ในวันที่ 3 ที่เข้ารับการรักษและเพิ่มยาฆ่าเชื้อ Metronidazole 500 mg IV q 8 hr ในวันที่ 4 ให้ต่ออีก 3 วัน และเปลี่ยนเป็นยารับประทาน 3) สังเกต Abdominal signs เช่น อาการปวดท้องมากขึ้น มีหน้าท้องเกร็ง (Guarding) หรือไม่ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 มีปัญหาไข้ไม่ลงหลังได้รับยาปฏิชีวนะ มีไข้เป็นพักๆ จึงให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารไว้ก่อน และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ ไข้ลดลงตอบสนองต่อการรักษา อาการปวดลดลง

3.1.5 มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว (กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย) กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสต่ำ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ เป้าหมายการพยาบาล คือ มีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ **กรณีศึกษาที่ 1** ให้การพยาบาล ดังนี้ 1) ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนตามแผนการรักษา คือ Acetar 1,000 ml IV drip 120

ml/hr + KCL 20 mEq IV drip 120 ml/hr. 0.9%NSS 1,000 ml + K₂PO₄ 60 mEq 100 ml/hr 2) ให้ ORS จิบ บ่อยๆ 3) เฝ้าระวังอาการข้างเคียงและติดตามผลการตรวจ ค่าเกลือแร่ 4) ให้ยา Plasil 10 mg IV q 8 hr 5) ส่ง อุจจาระตรวจและติดตามผล และ 6) บันทึกสารน้ำเข้า ออกจากร่างกาย **กรณีศึกษาที่ 2** ให้การพยาบาล ดังนี้ 1) ดูแลให้ยาบรรเทาปวดทดแทนเกลือแร่ตามแผนการรักษา Elixir KCL 30 ml x 2 dose 2) เฝ้าระวังอาการ ข้างเคียงติดตามผลการตรวจค่าเกลือแร่ 3) ให้ยา Plasil 10 mg IV q 8 hr และ 4) บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ได้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนทางหลอดเลือดดำ กรณีศึกษาที่ 2 ได้ยาบรรเทาปวดทดแทนเกลือแร่ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีระดับเกลือแร่ในร่างกายกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่พบผลข้างเคียง

3.1.6 ปวดแผลผ่าตัด (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมายการพยาบาล คือ อาการปวด แผลลดลง หรือไม่ปวดแผล มีระดับ Pain score < 4 การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง 2) จัดทำนอนศีรษะสูงท้องห้อยน เน้นนาเทคนิค การหายใจบรรเทาปวด 3) ให้ยาลดปวด กรณีศึกษาที่ 1 ช่วงแรกหลังผ่าตัดได้ยาลดปวด เป็น Fentanyl 50 µg IV prn q 1 hr ซึ่งยานี้มีฤทธิ์กดการหายใจน้อยกว่า MO และ เปลี่ยนมาให้ MO 3 mg IV prn q 4 hr จากนั้นเปลี่ยนมา ให้ยาบรรเทา Paracetamol (500) 1 tab Prn q 4-6 hr การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษา ที่ 1 มีอาการปวดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ ลูกทำกิจวัตร ประจำวันได้

3.1.7 ปวดท้องด้านข้างขวา (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2) เป้าหมายการพยาบาลคือ อาการปวดท้องลดลง หรือไม่ปวด Pain score < 4 การพยาบาล ที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง 2) บรรเทาความปวด เช่น จัดทำนอนศีรษะสูงท้องห้อยน เน้นนาเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด ให้ยาลดปวด MO 3 mg IV และให้เป็นยาบรรเทา Paracetamol (500 mg) 1 tab prn q 4-6 hr การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า อาการปวดทุเลาลง นอนหลับพักผ่อนได้

สามารถลุกทำกิจวัตรประจำวันได้ในวันที่ 5 ของการรักษา Pain score = 0

3.2 การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

3.2.1 แผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ

Escherichia coli มีหนองซึมออกจากแผล
(พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1)

เป้าหมายการพยาบาล คือ แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ สามารถเย็บปิดแผลได้ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทำแผลวัน ละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ด้วย NSS, Providine, Hydrogenperoxide และเปลี่ยนแผลเมื่อซึม 2) แนะนำ ผู้ป่วยดูแลไม่ให้แผลโดนน้ำ 3) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตาม แผนการรักษา 4) ดูแลให้ได้รับสารอาหารจัดและเบาหวาน เพียงพอ 5) เจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดโดย เจาะจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) และดูแลให้ยา ควบคุมเบาหวานตามแผนการรักษา 6) ติดตามผลตรวจ การเพาะเชื้อ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า แผลแห้ง ไซ้ลดลง วันที่ 30/4/67 เย็บปิดแผลและสังเกต อาการต่ออีก 4 วัน แผลแห้งดี จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัด F/U ตัดไหม ที่ OPD นรีเวชหลังเย็บแผลปิด 10 วัน

3.2.2 เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลใน เลือดต่ำหรือสูง (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมายการ พยาบาล คือ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การ พยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) เฝ้าระวังอาการและอาการ แสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 2) ให้สารน้ำ อาหารจัดและเบาหวานตามแผนการรักษา 3) ตรวจและ ติดตามค่า DTX ก่อนอาหาร ให้อยู่ในระดับ 80 - 200 mg% ตามแผนการรักษา และ 4) ดูแลให้ยารักษา เบาหวาน Metformin (500 mg) 1/2 tab pc เข้า เฝ้า ระวังอาการข้างเคียงของยา การประเมินผลลัพธ์ทางการ พยาบาล พบว่า ค่า DTX อยู่ระหว่าง 150 -158 mg% แพทย์พิจารณาเพิ่มยาเพิ่มปริมาณยา Metformin (500 mg) เป็น 1 tab pc เข้า หลังจากเพิ่มปริมาณยา ผลระดับ น้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 88 -144 mg%

3.2.3 ภาวะพร่องความรู้ในการดูแล ตัวเอง (พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย) เป้าหมายการ พยาบาล คือ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถปฏิบัติดูแล

ตัวเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้านและกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมที่จะทำให้กลับมาเป็นซ้ำอีกและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 2) ให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD และ 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีความเข้าใจและสามารถดูแลตัวเอง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ดี หลังเย็บแผลปิด 10 วัน แพทย์นัดติดตามการรักษาและตัดไหมที่ห้องตรวจนรีเวชกรรม พร้อมทั้งให้ติดตามอาการและรักษาโรค DM, HT, DLP, OSA และ Asthma ต่อเนื่องที่ ร.พ.ใกล้บ้าน แนะนำเรื่องการรักษาโรคอ้วน ด้วยการผ่าตัดกระเพาะ (Sleeve gastrectomy) ผู้ป่วยสนใจ รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 25 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและสามารถดูแลตัวเอง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ดี รวมอยู่รักษาในโรงพยาบาล 6 วัน นัดติดตามการรักษาที่ห้องตรวจนรีเวชกรรม หลังจำหน่าย 10 วัน ได้ยาปฏิชีวนะ Metronidazole และ Levofloxacin ชนิดรับประทานไปรับประทานต่อที่บ้าน

สรุปผลการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ ตามการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญและแยกตามระยะการพยาบาลได้ดังนี้ การพยาบาลในระยะวิกฤตกรณีศึกษาที่ 1 มีดังนี้ 1) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการแตกของก้อนฝีที่ท่อนำไข่นำไปด้านขวาหนองรั่วไหลสู่ช่องเชิงกราน เยื่อบุช่องท้องและติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หลังผ่าตัดเนื่องจาก Morbid obesity และมีภาวะ Obstructive sleep apnea 3) มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน 4) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว 5) ปวดแผลผ่าตัดสำหรับกรณีศึกษาที่ 2 มีดังนี้ 1) มีภาวะติดเชื้อในช่องเชิง

กราน เยื่อบุช่องท้องและท่อนำไข่ รังไข่ด้านขวา 2) ปวดท้องด้านล่างขวา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 1 พบข้อวินิจฉัยพยาบาลดังนี้ 1) แผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ Escherichia coli 2) เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 3) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 มีดังนี้ 1) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว 2) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 3 ข้อ คือ มีภาวะติดเชื้อในช่องเชิงกราน เยื่อบุช่องท้องและกระเพาะเลือด มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง

การอภิปรายผลการศึกษา สตรีที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ (TOA) มีโอกาสกลับมาเกิดซ้ำได้อีก ดังเช่นกรณีศึกษาที่ 1 ที่เคยรักษาโรคนี้เมื่อปีที่แล้ว การให้ความรู้และแนะนำให้ผู้หญิงทุกคนเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการอักเสบในช่องเชิงกราน หลีกเลี่ยงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากพบความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง ทันทีทั้งนี้และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาการและอาการแสดงของโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ (TOA) มีคล้ายคลึงกับโรคอื่นๆ อีกหลายโรค อาจทำให้เกิดความสับสนในการวินิจฉัยแยกโรคได้ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ นิ้วในท่อน้ำไต กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือไส้เลื่อนที่อุดกั้น ทำให้เกิดวินิจฉัยคลาดเคลื่อนและการรักษาที่ล่าช้า อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงเวลาอนรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 ที่ Admit เข้ารักษาในศัลยกรรม เพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ แต่ภายหลังในห้องผ่าตัดเปิดแผลแล้วพบว่ามีอาการแตกของก้อนฝีหนองที่ปีกมดลูกด้านขวา (Ruptured Rt.TOA) ต้องปรับแผนรักษาใหม่

แม้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะเป็นโรคเดียวกัน แต่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีความรุนแรงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า เพราะมีการแตกของก้อนฝีหนองที่รังไข่ทำให้มีการรั่วไหลของหนองสู่

เยื่อช่องท้อง ประกอบกับมีโรคประจำตัวหลายอย่างทำให้มีภูมิคุ้มกันต่ำเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีการปรับเปลี่ยนใช้ยาปฏิชีวนะหลายชนิดในการรักษา รวมทั้งพบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานานในการรักษา จนกว่าแผลจะดีขึ้นและเย็บปิดได้ ส่วนในกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคก่อนมีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ด้านขวา ที่ไม่มีการแตกของก่อนมีหนอง และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ทำให้ลดเวลาอนโรยบาลรวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคก่อนมีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่
2. ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคก่อนมีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

เอกสารอ้างอิง

1. Atibhoom T, Jaruwan S. Pelvic Inflammatory Disease: PID [Internet]. [cited 2024 Dec 16]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/50322/>
2. Tubo-Ovarian Abscess (TOA) [Internet]. Yale Medicine. [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://www.yalemedicine.org/clinical-keywords/tubo-ovarian-abscess>

3. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis.* 1983 Sep 1;5(5):876–84.
4. Munro K, Gharaibeh A, Nagabushanam S, Martin C. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. *Obstet Gynaecol.* 2018;20(1):11–9.
5. Sordia-Hernández LH, Serrano Castro LG, Sordia-Piñeyro MO, Morales Martinez A, Sepulveda Orozco MC, Guerrero-Gonzalez G. Comparative study of the clinical features of patients with a tubo-ovarian abscess and patients with severe pelvic inflammatory disease. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;132(1):17–9.
6. Suwit J. Factors associated with conservative treatment failure in patients with tubo-ovarian abscess. *J Med Siriraj Buriram.* 2010;25(3):279–92.
7. Powers K, Lazarou G, Greston WM, Mikhail M. Rupture of a tubo-ovarian abscess into the anterior abdominal wall: a case report. *J Reprod Med.* 2007;52(3):235–7.
8. Landers DV, Sweet RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1985 Apr 15;151(8):1098–110.
9. Information Group in Khon Kaen Hospital. SMA patient statistic in Khon Kaen Hospital. 2019–2023.