

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลัน หลังได้รับการยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์

สินวน บุญนาค, พย.บ*

Received: 16 พ.ย.66

Revised: 21 ธ.ค.66

Accepted: 31 ธ.ค.66

บทคัดย่อ

การยุติการตั้งครกเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดให้การยุติการตั้งครกที่ปลอดภัยทำได้โดยวิธีการใช้ยาและวิธีการทางศัลยกรรม สำหรับวิธีการยุติการตั้งครกทางศัลยกรรมนี้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสอดใส่เครื่องมือทางการแพทย์เข้าไปในโพรงมดลูกซึ่งอาจส่งผลให้มดลูกทะลุ การติดเชื้อและรุนแรงจนเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนและระบบเผาผลาญทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกายทำงานผิดปกติรุนแรงจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับการยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี 1 ราย โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ แล้วนำมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุกิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงอายุ 21 ปี หลังได้รับการยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนมดลูกทะลุจากการทำหัตถการเพื่อยุติการตั้งครกเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงเข้าสู่ภาวะช็อกและมีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมด้วยได้รับการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลันและรายงานแพทย์ให้การรักษาและการพยาบาลด้วยความรวดเร็วสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 5 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับการยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางสาธารณสุข ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการพยาบาลด้วยความรวดเร็วเพื่อลดและป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

คำสำคัญ: การตั้งครกไม่พึงประสงค์, การยุติการตั้งครก, ภาวะช็อก, ภาวะไตวายเฉียบพลัน

*กลุ่มงานการพยาบาล, โรงพยาบาลสิงห์บุรี, Email: boonnak2538@gmail.com

Nursing Care for Patients with Septic Shock and Acute Kidney Injury after Termination of Unwanted Pregnancy

Seenual Boonnak, B.N.S.*

Abstract

Termination of pregnancy is another option for women with unwanted pregnancies According to the World Health Organization, requires termination of pregnancy can be achieved through medical or surgical procedures. The surgical procedures, however, may cause complications, especially the perforate of uterus, caused by the insertion of medical devices into the uterine cavity. Infection and severe septic shock can cause circulatory and metabolic dysfunction and mal function of organs which may cause death. This study investigated a patient in Singburi Hospital. The patient had septic shock and acute kidney failure after her unwanted pregnancy was terminated. Data were collected from an observation of her personal information, symptoms, medical history. a symptoms, sings, and personal information. Data on her physical and mental conditions as well as social and economic status were also collected. Then, data were analyzed for determining nursing diagnoses and activities.

The results revealed that this 21-year-old patient had uterine perforation after her unwanted pregnancy was terminated through the surgical procedures. She was also found to have septic shock and acute kidney injury. The patient received medical treatment in the hospital for a total of 5 days.

Nursing care for patients with septic shock and acute kidney injury after termination of unwanted pregnancy is considered important. The patient needs prompt treatment and nursing care to reduce and prevent more serious complications.

Keyword: Unwanted pregnancy, Termination of pregnancy, Shock, Acute kidney injury

* Nursing work group, Singburi Hospital

บทนำ

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Unwanted Pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยสตรีที่ตั้งครรภ์นั้น ไม่ต้องการให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นและยังไม่พร้อมที่จะรับบทบาทของการเป็นมารดาอันเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ กันสามารถเกิดได้กับกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มสตรีทั่วไป¹ ปัจจุบันมีการแก้ไขกฎหมาย การทำแท้งมาตรา 301 และ 305 โดยระบุเหตุยกเว้นให้ทำแท้งโดยไม่มีควมผิด ดังนี้ 1) ปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ 2) มีครรภ์เนื่องจากกระทำความผิดอาญาเกี่ยวกับเพศ 3) มีความเสี่ยงที่ทารกคลอดจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง 4) อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ยืนยันที่จะทำแท้ง 5) อายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ยืนยันที่จะทำแท้งโดยตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด² ดังนั้น การยุติการตั้งครรภ์จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัจจุบันการยุติการตั้งครรภ์ มีการพัฒนาให้มีความปลอดภัยมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดให้การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทำได้โดย^{1,2,3}

1. การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา (Medical abortion) คือการใช้สารที่ออกฤทธิ์ทางเภสัชกรรมเพื่อทำให้เกิดการแท้ง ซึ่งมี 2 ชนิดด้วยกัน คือ

1.1 การใช้สารต่อต้านฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ได้แก่ Mifepristone 200 mg x 1 เม็ด ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้ตัวอ่อนไม่สามารถฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกได้ ยาได้ผลดี ในการยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน หรือ 9 สัปดาห์ (นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย) และสามารถนำมาใช้สำหรับการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ได้

1.2 การใช้ยาในกลุ่มพอสตา-แกลนดิน ได้แก่ Misoprostol (200µg) หรือ Cytotec® x 4 เม็ด เป็นยาที่เดิมใช้รักษาโรคกระเพาะอาหาร โดยมีผลข้างเคียง ทำให้ปากมดลูกบางและมดลูกบีบตัว ปัจจุบันองค์การอาหารและยาของประเทศไทยประกาศเป็นยาควบคุมพิเศษ ให้ใช้โดยแพทย์ในโรงพยาบาลเท่านั้น การใช้ยา 2 ตัวนี้ร่วมกันโดยการกินยา Mifepristone (200mg) 1 เม็ดแล้วตามด้วย Misoprostol (200µg) 4 เม็ด ภายใน 24-48 ชั่วโมงให้หลังโดยการอมใต้ลิ้น (Sublingual) หรือเหน็บทางช่องคลอดแต่การอมใต้ลิ้นจะให้ประสิทธิภาพดีกว่า

2 การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีทางศัลยกรรม (Surgical abortion) คือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ดูดเนื้อรก ออกจากโพรงมดลูกด้วยเครื่องสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration [MVA]) โดยใช้หลอดพลาสติกขนาดต่าง ๆ ประกอบกับกระบอกสูญญากาศเมื่อแพทย์สอดหลอดพลาสติกเข้าไปในโพรงมดลูกสามารถดูดขึ้นเนื้อออกจากโพรงมดลูกได้ซึ่งสามารถทำให้เกิดการแท้งสมบูรณ์

การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะพบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้น้อยกว่าการทำแท้งที่

ไม่ปลอดภัย เช่น การซื้อยาปลอมทางอินเทอร์เน็ต หรือการรับบริการกับผู้ที่ให้บริการที่ไม่ใช่แพทย์ ด้วยวิธีการที่ไม่ปลอดภัย² แต่ถึงแม้จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยแต่สถานบริการจำเป็นต้องมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่^{3,4}

- 1) ทำแท้งไม่สำเร็จ ไม่สามารถขับเอาเนื้อเยื่อของครรภ์ออกมาจากมดลูกได้หมด
- 2) มีอาการตกเลือดหรือเลือดออกมาก
- 3) เกิดภาวะติดเชื้อ
- 4) มดลูกทะลุจากการใส่เครื่องมือทางการแพทย์เข้าไปในโพรงมดลูก

สถิติของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่มาขอรับบริการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีในปีงบประมาณ พ.ศ.2564, พ.ศ.2565, พ.ศ.2566 มีจำนวนทั้งหมด 639, 714, 919 ราย ตามลำดับ⁵ จากสถิติ พ.ศ.2564 และพ.ศ.2565 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ในปีพ.ศ.2566 พบหญิงที่มาขอรับบริการยุติการตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อน 6 ราย (คิดเป็น 0.65%) ได้แก่ ตกเลือด 4 ราย ซึ่งทางโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังแท้งบุตร แพทย์และพยาบาลที่ให้บริการสามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็วและวางแผนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถช่วยสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นที่รุนแรงขึ้น มีการติดเชื้อไม่รุนแรงจำนวน 1 ราย และมีการติดเชื้อรุนแรงร่วมกับมีภาวะช็อกและภาวะไตวายเฉียบพลันจำนวน 1 ราย

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: เป็นผลมาจากเชื้อแบคทีเรียชนิดต่าง ๆ เข้าสู่กระแสเลือดและสร้างพิษที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้อและเซลล์ของแบคทีเรียเกิดการแตกตัว จะมีการหลั่งสาร Lipopolysaccharide หรือ endotoxin ซึ่งอยู่ในผนังเซลล์ของแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือดและไปกระตุ้น การทำหน้าที่ของ Macrophages ในการหลั่ง inflammatory cytokines ได้แก่ TNF - α และ IL-1 ซึ่งเป็นสารอันตราย (Mediator toxin) ต่อร่างกายและเป็นปัจจัยสำคัญของการทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้ออาจเกิดได้จากโรค เช่น โรคปอดบวม เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบจากการติดเชื้อที่ผิวหนัง (Cellulitis) การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย สำหรับการแท้งทั้งจากทำแท้งเองหรือการยุติการตั้งครรภ์โดยการใช้อาหรือการทำหัตถการอาจเกิดการฉีกขาดของปากมดลูก มดลูกทะลุ มีการตกค้างของชิ้นเนื้อในโพรงมดลูกทำให้เกิดการแท้งติดเชื้อและอาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยช็อกและเสียชีวิตได้

ระบบไต: ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวกับความเครียด (stress hormone) ออกมา ได้แก่ นอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) และวาโซเพรสซิน (vasopressin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้หลอดเลือดที่ไตหดตัว ส่งผลให้ไตได้รับเลือดลดลง ร่วมกับการกระตุ้นการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรน (renin-angiotensin aldosterone system) ทำให้การดูดกลับน้ำบริเวณท่อไตมากขึ้น ส่งผลให้ปัสสาวะออกลดลงหาก Stress hormone ถูกหลั่งออกมาอย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลให้ไตได้รับเลือดลดลงมากขึ้น ทำให้ไตขาดเลือดและเกิดการบาดเจ็บที่ไต เกิดการสูญเสียโครงสร้างของเซลล์โดยเฉพาะเซลล์บุหลอดฝอยของไต (tubular cell) ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันขึ้น (acute kidney injury)^{6,7,8,9}

จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นถือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่รุนแรงและวิกฤตและพบเคสได้น้อยในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (ปีพ.ศ. 2564, พ.ศ. 2565, พ.ศ. 2566) พบเพียง 1 ราย ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติงานอยู่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมมีความสนใจศึกษาเรื่องนี้ด้วยการทำกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลันหลังจากได้รับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและเป็นความรู้แก่ผู้อื่นที่จะได้เห็นถึงสถานการณ์นี้ เพื่อนำไปใช้เมื่อพบปัญหา เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรง และอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลันหลังจากได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, การยุติการตั้งครรภ์, ภาวะช็อก, ภาวะไตวายเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า Septic abortion with acute kidney injury, suspected rupture uterus จำนวน 1 ราย
2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลันหลังจากได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ 1 ราย ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ
3. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำราทางด้านวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์การยุติการตั้งครรภ์ ภาวะช็อก ภาวะไตวายเฉียบพลัน

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์และปรัการพยาบาลผู้รักษา
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุม
7. สรุปกรณีศึกษา เผยแพร่ และนำผลปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พัฒนางานต่อไป ระยะเวลาดำเนินการศึกษา วันที่ 5 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2566

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 21 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาตรีประจำตัว ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อและโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธการแพ้ยา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี วันที่ 27 กันยายน 2566 เวลา 15.00 น. โดยการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ให้ประวัติว่าเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2566 ได้รับการตรวจ Ultrasound อายุครรภ์ 8⁺3 สัปดาห์ ได้รับยาเพื่อหยุดการตั้งครรภ์ โดยการรับประทานและอมใต้ลิ้นและนัดติดตามผล (Follow up) วันที่ 22 กันยายน 2566 แพทย์ทำ Ultrasound ซ้ำ พบว่าเป็น Incomplete abortion (การแท้งที่ไม่สมบูรณ์) จึงทำ MVA (Manual Vacuum Aspiration) เป็น OPD Case แล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หลังจากทำ MVA เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอด ใช้ผ้าอนามัย 1-2 ผืน/วัน (ไม่เต็ม) มีไข้เป็น ๆ หาย ๆ 2 วันก่อนมีอาการปวดท้องมากขึ้น มีน้ำสีเหลืองออกทางช่องคลอด มีไข้รับประทานยา Paracetamol (500 mg) 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้นจึงไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ทำ Ultrasound พบมี free fluid cal de sac (มีน้ำหรือของเหลวในอุ้งเชิงกราน) ส่งตรวจ Film Acute abdomen (วินิจฉัยทางรังสีวิทยาในช่องท้อง): ผล not seen free air under diaphragm (ไม่พบอากาศใต้กระบังลม) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: WBC 23,840/uL, Hct 34.3%, Ptt 336,000 cell/mm³, BUN: 47mg/dL, Cr: 2.7mg/dL, EGFR 23.64 mL/min/1.73m², Electrolyte: Na⁺ 139.6 mmol/L, K⁺ 4.14 mmol/L, Cl 99.5 mmol/L, CO₂ 18 mmol/L อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 152 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 75/51 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนวินิจฉัยเบื้องต้น Abdominal pain post curettage with septic shock with acute kidney injury ให้ การรักษา 0.9%NSS 2000 cc iv load, ฉีดยา ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ แล้วส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี Admit ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เวลา 16.15 น.

แรกรับที่หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวชกรรม ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ปวดท้องมาก pain scale 8 ท้องส่วน อุนหภูมิ ร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 89/56 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 89% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: WBC 20,730/ul, Hct 30%, plt 337,000 cells/ul, BUN: 41 mg/dl, Cr 1.90mg/dl, EGFR 37ml/min/1.73m², Electrolyte: Na⁺135 mmol/L, K⁺ 3.9 mmol/L, Cl⁻105mmol/L, TCO₂ 17mmol/L, H/C: ผล ไม่พบเชื้อหลังเพาะเชื้อ 5 วัน, LFT: total protein 5.9 gm/dl, Albumin 3.0 gm/dl, SGOT 12 U/L, SGPT 69 U/L, PT: 16.20 sec, PTT: 32.50 sec, INR 1.48 UA: Protein - trace, RBC 2-3 cell/H ตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ แพทย์ทำ Ultrasound: ผล empty uterus R/O peritonitis (มดลูกว่างเปล่า สงสัยเยื่อช่องท้องอักเสบ) แพทย์ Set Operation room for Exploratory laparotomy (เตรียมห้อง ผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง) ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 18.15 น. ผลการผ่าตัดพบว่ามีบางส่วนของลำไส้เล็กมาติดกับมดลูก คาดว่ามดลูกน่าจะทะลุแต่ไม่เห็นรูทะลุท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้างบวมแต่ไม่มีหนอง ใส่ติ่งดูเหมือนมีการอักเสบ มีหนองในช่องท้อง 400 cc แพทย์ทำผ่าตัด Exploratory laparotomy for drainage with appendectomy (การผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อการระบาย (หนอง) และผ่าตัดไส้ติ่ง) เสียเลือดขณะทำผ่าตัด 20 cc หลังออกจากห้อง ผ่าตัดย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจเวลา 19.30 น.

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยแรกรับ Septic abortion with acute kidney injury, suspected rupture uterus

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Intraabdominal abscess, Uterine perforate with septic shock with acute kidney injury

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะช็อกการขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน BP 89/56 mmHg, P 128 ครั้ง/นาที, R 26 ครั้ง/นาที, SPO₂ 89% ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหนื่อย นอนราบไม่ได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว หลายระบบ (Multiple organ failure)/ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (Disseminated intravascular coagulation (DIC))

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต >90/60 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด >95% ไม่มีอาการหายใจเร็วเบาตื่น เหนื่อย ปริมาณปัสสาวะ (urine - output) >30 cc/hr ไม่มีอาการช็อค หรือเขียวปลายมือปลายเท้า ไม่ซึมหรือระดับการรับรู้ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน 10 ลิตร/นาที ตามแผน การรักษา เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. ประเมินสภาพทั่วไป สัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ความดันโลหิต >90/60 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกัน อย่างน้อย 2 ครั้ง จึงประเมิน ทุก 30 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง
3. ประเมินทางระบบประสาท (Neurological signs) ได้แก่ การลืมตา, การสื่อสาร, การเคลื่อนไหว ประเมินภาวะอวัยวะภายใน ทำงานผิดปกติ (Organ dysfunction) เช่น ความดันโลหิตตก เจ็บแน่น หน้าอก หายใจไม่สะดวก และภาวะเลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย (poor tissue perfusion) เช่น ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว เพื่อให้าระวังไม่ให้เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ failure)
4. ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc ทางหลอดเลือดดำ 120 cc/hr ตามแผนการรักษา ประเมินภาวะน้ำเกินหลัง load IV จากเสี่ยงการหายใจ ลักษณะและอัตราการหายใจถ้ามีรายงานแพทย์
5. บันทึกปริมาณปัสสาวะ (urine output) ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออก < 30 cc/hr รายงานแพทย์
6. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ Clindamycin (600mg) ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr ถ้าพบค่าผิดปกติรายงานแพทย์

การประเมินผล ไม่พบอาการและอาการแสดงของการเกิด ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ failure) หรือภาวะ เลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (DIC) อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 108 - 122 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/51, 107/66 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 - 98% ปัสสาวะออก 100 cc/hr

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน BUN: 47 mg/dl, Cr: 2.7 mg/dl, eGFR 23.64 ml/min/1.73m²

วัตถุประสงค์การพยาบาล มีของเสียคั่ง ในกระแสเลือดลดลง ไม่เกิดอันตรายจากของเสียคั่งในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะออก น้อย หายใจหอบเหนื่อย BUN, Cr, eGFR อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทั่วไป สัญญาณชีพสังเกตอาการของภาวะ ยูเรียคั่ง (Uremia) ได้แก่ อ่อนเพลีย อาเจียน นอนไม่หลับ ชักหมดสติ เพื่อประเมินความรุนแรงของการคั่งของเสียในกระแสเลือดเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

2. บันทึกน้ำเข้า-ออกร่างกาย (Record intake output) เพื่อประเมินสมดุลน้ำเข้าและออก

3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Cr, eGFR เพื่อประเมินการทำงานของไต เพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

การประเมินผล มีอาการของเสียคั่งในกระแสเลือดลดลง ได้แก่ ปัสสาวะออกมากขึ้น ไม่อาเจียน ไม่มีอาการชักหมดสติ อ่อนเพลียน้อยลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นเรื่อย ๆ จนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในวันที่ 29 ก.ย.2566 (BUN: 14mg/dl, Cr 0.7mg/dl, EGFR 124ml/min/1.73m²)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยหายใจหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 89/56 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 89%

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะเขียวคล้ำ (cyanosis), สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าซีดหรือเขียวคล้ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจสั้นตื้นหรือหายใจลำบาก อัตราการหายใจ เหนื่อยออก หัวใจเต้นเร็ว ปีกจมูกบาน หน้าอกบุ๋ม
2. ดูแลให้ออกซิเจนเพียงพอ mask with bag 10 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา
3. ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$
4. ดูแลและทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ไม่ไปดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดีขึ้น

การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 108-122 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/51, 107/66 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96-98% ไม่มีภาวะเขียวคล้ำ (cyanosis) ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดำเนินของโรค

ข้อมูลสนับสนุน จากการซักประวัติญาติ (มารดาผู้ป่วย) บอกว่าไม่ทราบมาก่อนว่าผู้ป่วยตั้งครภ์และมารับบริการยุติการตั้งครรภ์ ญาติสอบถามอาการจากพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้ตลอด ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลมากขึ้นเนื่องจากทราบ

แนวทางการรักษาว่าต้องมีการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Exploratory laparotomy)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความกังวล ชักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยลดลงให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ
2. อธิบายเกี่ยวกับอาการการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล
3. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยกับแพทย์เจ้าของไข้
4. พุดคุยปลอบโยนและให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าที เป็นมิตรกับผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ชักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยลดลง สีหน้าผ่อนคลาย

การติดตามเยี่ยมระยะวิกฤต ณ หอผู้ป่วยหนัก (ICU)

วันที่ 28 กันยายน 2566 เวลา 9.45 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ ใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ผู้ป่วยดื่มน้ำอาหาร On 5%D/N/2 1000 cc iv drip 120 cc/hr แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม Radivac drain (ท่อระบาย) มี content ออก 180 cc สีแดงจาง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะทางสายสวนปัสสาวะไหลดีสีเหลืองใส ยังไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เนื่องจากผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อยและเหนื่อยมากขึ้นเวลามีกิจกรรม อัตราการหายใจ 28-36 ครั้ง/นาที ความเข้มข้น ของออกซิเจนในเลือด 87-92% จึงใส่เครื่องช่วยหายใจต่อ มี ภาวะซีดผล CBC: HCT 23.6% แพทย์ให้ PRC 2 ยูนิ ต ผลการติดตามดีขึ้น (CBC: WBC ลดลงจาก 20,730 /ul เหลือ 11,360 /ul, Neutrophils ลดลงจาก 95% เหลือ 88.9%, Lymphocyte เพิ่มขึ้นจากเดิม 4.2% เป็น 8.4%), ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) ดีขึ้น (BUN ลดลงจากเดิม 41 mg/dl เหลือ 23 mg/dl, Cr ลดลงจาก 1.90 mg/dl เหลือ 0.90 mg/dl, EGFR เพิ่มขึ้นจากเดิม 37 ml/min/1.73m² เป็น 92 ml/min/1.73m²) อุณหภูมิร่างกาย 38.4-39 องศาเซลเซียส ชีพจร 94-108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/62 - 108/73 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100%

การติดตามเย็บระยะกึ่งวิกฤต ณ หอผู้ป่วยหนัก (ICU)

วันที่ 29 กันยายน 2566 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ On O₂ cannula 3 L/m รักษาระดับความเข้มข้นของออกซิเจน ในเลือด $\geq 95\%$ On 5% D/N/2 1000 cc iv drip 100 cc/hr แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม radivac drain (ท่อระบาย) มี content ออก 60 cc สีแดงจาง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ผลการติดตามเชื้อดีขึ้น (CBC: WBC ลดลงจาก 11,360 /ul เหลือ 11,060/ul, Neutrophils ลดลงจาก 88.9% เหลือ 77.6%, Lymphocyte เพิ่มขึ้นจากเดิม 8.4% เป็น 15.5%), ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) ผลปกติ (BUN 14 mg/dl, Cr 0.70 mg/dl, EGFR 124 ml/min/1.73m²) อุณหภูมิร่างกาย 36.5-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 72-98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/68-118/78 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยหายใจปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98-100% ย้ายกลับหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม

การดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้นหลังออกจากหอผู้ป่วยหนัก (ICU)

วันที่ 29 กันยายน 2566 เวลา 18.45 น. รับย้ายผู้ป่วยกลับจากหอผู้ป่วยหนัก (ICU) แกร็บรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เหนื่อย On O₂ canular 3 L/m แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม Radivac drain มี content ออก 60 cc ปวดแผลผ่าตัดระดับ 4, On 5% D/N/2 1000 cc iv drip 100 cc/hr คาสายสวนปัสสาวะไว้ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยหายใจปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ดูแลให้รับประทาน อาหารเหลว ดูแลให้ยา Paracetamol (500mg) 1 เม็ด ทางปากตามอาการ ทุก 4-6 ชั่วโมง, Tramol (50mg) 1 เม็ด ทางปาก 3 เวลาหลังอาหาร, Air-X 1 เม็ด ทางปาก 3 เวลาหลังอาหาร, Clindamycin 600 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

วันที่ 30 กันยายน 2566 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจเองไม่ต้องใช้ออกซิเจนไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96-98% ปวดแผลระดับ 3-4 แผลผ่าตัดไม่ซึม ท้องไม่อืด อุณหภูมิร่างกาย 36.8-38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 94/58 - 109/86 มิลลิเมตรปรอท หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแต่ยังคาเข็ม (On heparine lock) วัณฉีดยา ถอดสายสวนปัสสาวะออกสามารถปัสสาวะออกได้เองตามปกติ Radivac drain มี content ออก 90 cc สีน้ำตาลอ่อน ดูแลให้รับยาแก้ปวดลดไข้ตามอาการ ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยสดชื่นดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ปวดแผลระดับ 2-3 หายใจปกติไม่มีเหนื่อยหอบ ถอดสาย radivac drain

(ท่อระบาย) ออก แผลแห้งดีไม่ซึม อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/56-106/76 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: WBC 13,240/ul, Neutrophils 74.3%, Lymphocyte 17.3%, Hct 37.8%, plt 402,000 cells/ul, UA: urobilinogen 2+, Blood 2+, RBC 3-5

วันที่ 2 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ปวดแผลระดับ 2 รับประทานอาหารได้ท้องไม่อืด ไม่มีสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดแห้งดีแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้ไปทำแผลที่อนามัยใกล้บ้าน ทุกวันและนัดมาตัดไหมวันศุกร์ที่ 6 ตุลาคม 2566 ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน Clindamycin (300mg) 1 เม็ด ทางปาก 3 เวลา หลังอาหาร/15 เม็ด, Paracetamol (500mg) 1 เม็ด ทางปาก ตามอาการ ทุก 4-6 ชั่วโมง/20 เม็ด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะพักฟื้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย จากการผ่าตัด และมีการติดเชื้อในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน มีแผลผ่าตัด Exploratory laparotomy บริเวณหน้าท้อง ผลการผ่าพบมีหนองในช่องท้อง 400 cc มีไข้ 37.7-38.2 องศาเซลเซียส, ผล CBC: WBC 20,730/ul, Neutrophils 95%, Lymphocyte 4.2 %

วัตถุประสงค์ แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสังเกตลักษณะบาดแผล มีปวด บวม แดง ร้อนหรือไม่
2. ทำแผลโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้โดนน้ำ ไม่แกะเกาแผล
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
4. ดูแลให้รับยาฆ่าเชื้อ Clindamycin 600 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผล CBC: WBC 13,240/ul, Neutrophils 74.3%, Lymphocyte 17.3% (วันที่ 1 ตุลาคม 2566)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอก “รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวเหมือนจะมีไข้” อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ ไข้ลดลง มารดาสุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (36.5-37.4 องศาเซลเซียส)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินไข้โดยการวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามไข้
2. เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) โดยใช้ผ้าเย็นธรรมดา เช็ดตัวนาน 15-20 นาที ซึ่งวิธีนี้เป็นการทำให้ความร้อนสูญเสียไปจากร่างกายได้สะดวกและรวดเร็วโดยวิธีอาศัยตัวกลาง (Conduction) ซึ่งจะลดไข้ได้เร็วขึ้นเพราะน้ำระเหยออกจากผิวหนังจำความร้อนจากร่างกายด้วย ขณะทำการเช็ดตัวใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาด ๆ วางบริเวณซอกคอ รักแร้ ข้อพับหน้าอกหน้าอก เพื่อจะช่วยนำความร้อนจากร่างกาย

3. วัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวเสร็จแล้วนาน 30 นาที

4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนในสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบเพื่อลดกิจกรรมของร่างกายจะทำให้การเผาผลาญน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดความร้อนที่ผลิตขึ้นในร่างกายได้

5. หลังเช็ดตัวถ้าไข้ยังไม่ลง ดูแลให้รับประทานยา Paracetamol (500mg) 1 เม็ด ทางปาก เพื่อลดไข้ตามแผนการรักษา

การประเมินผล หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยดูสุขสบายขึ้น ไข้ลง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ขาดความรู้การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสอบถาม “กลับบ้านไปจะอาบน้ำได้ตอนไหน กินอะไรได้บ้าง” ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครั้งแรก ยังไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตัวเอง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถบอกการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องอย่างน้อย 5 ข้อ จาก 7 ข้อ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล ให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้านตามหลัก D - METHOD

D = Disease คำแนะนำเกี่ยวกับโรคการรักษาการผ่าตัด ที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

M = Medication คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานที่บ้านวิธีใช้วิธีเก็บรักษาการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการแก้ไขเบื้องต้น

E = Environment การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

T = Treatment ให้คำแนะนำการรักษาพยาบาลที่ต้องทำเมื่อกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำแผลผ่าตัด การตัดไหม การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค

H = Health ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการยกของหนัก เป็นต้น

O = Out patient referral แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น

D = Diet แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและส่งเสริมการหายของแผล

การประเมินผล: ผู้ป่วยรับฟังเข้าใจสามารถบอกการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ถูกต้อง 6 ข้อจาก 7 ข้อ

สรุปกรณีศึกษา

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์โดยการทำหัตถการหลังจากรณีการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่สำเร็จมีโอกาสเกิดมดลูกทะลุจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปในโพรงมดลูก ถึงแม้จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยแต่เมื่อเกิดขึ้นก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงจนเกิดภาวะช็อกและภาวะไตวายเฉียบพลัน มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤต รวมถึง การจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือให้ครบถ้วนและพร้อมใช้งานได้ทันที มีการประสานงานที่รวดเร็ว ครอบคลุมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยในการรักษาพยาบาลรวดเร็วทันทั่วทั้ง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตลง นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อซ้ำ สอนให้ผู้ป่วยรู้จักอาการแสดงที่ผิดปกติที่แสดงถึงภาวะติดเชื้อ และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถอยู่ตลอดเวลา เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. กรณีศึกษารายนี้มีอาการผิดปกติตั้งแต่หลังทำหัตถการเพื่อยุติการตั้งครรภ์แล้วแต่ไม่ได้กลับมาพบแพทย์ได้แต่รับประทานเองตามอาการ จนมีอาการแยลงจึงมาตรวจรักษาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพควรตระหนัก และให้ความสำคัญกับการให้ความรู้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง มีการทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจ ว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. พยาบาลผู้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ควรมีการประเมินผลลัพธ์การดูแลเพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งในการให้บริการ สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาลให้สูงขึ้นและครอบคลุมแบบองค์รวม

3. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางสูติศาสตร์ เพื่อพัฒนาการให้บริการที่รวดเร็ว แม่นยำ ถูกต้องเหมาะสมเป็นการลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและมีภาวะไตวายเฉียบพลันหลังยุติการตั้งครรภ์ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

2. เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของการทำงานเป็นทีมการประสานงานที่ดี การให้ความร่วมมือของสหวิชาชีพ เป็นการพัฒนามาตรฐานการรักษายาบาลให้สูงขึ้น

3. เพื่อเป็นเอกสารเพิ่มพูนความรู้ แก่พยาบาลจบใหม่นักศึกษาพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เอกสารอ้างอิง

1. เบญญาภา ธิติมาพงษ์. การพยาบาลสตรีที่มีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. ใน: สุนันทา ยังวานิชเศรษฐ, วรรณกษิเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, บรรณาธิการ. พยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เล่ม 1. สงขลา: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564. หน้า 50-64.
2. กำแหง จาตุรจินดา. ท้องไม่พร้อม: แท้งที่ปลอดภัยมุมมองทางกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ. ใน: เพิ่มศักดิ์ สุขเมทศรี, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ, อรพินธ์ เจริญผล, บรรณาธิการ. เสริมพลังการดูแลปรีกำเนิดในยุคใหม่. กรุงเทพฯ:ยูเนียนครีเอชั่น. 2564. หน้า 261-70.
3. กรมอนามัย. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: เฉลิมภา; 2562
4. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพพ.ศ. 2565-2567. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการทำแท้ง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rtcog.or.th/files/1687830531_202b237.pdf
5. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสิงห์บุรี. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรีประจำปี 2564-2566. โรงพยาบาลสิงห์บุรี; 2566.
6. รัชณี ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ใหญ่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7873/การพยาบาลผู้ป่วยช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ.pdf>.
7. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง) [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ayhosp.go.th>
8. Okamoto K, Tamura T, Sawatsubashi Y. Sepsis and disseminated intravascular coagulation. Intensive Care 2016, [cite 2023 Oct 10] Retrieved from: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40560-016-0149-0>
9. Russell JA, Rush B, Boyd J. Pathophysiology of Septic Shock. Crit Care Clin 2018;34(1):43-61. PMID:29149941.
10. ปรีชา ชำรงไพโรจน์. การใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสมในภาวะ เซพซิส. ใน: ธีรวิวัฒน์ เลิศพัฒนารักษ์, มณฑิรา มณีรัตนพร, สุรัตน์ ทองอยู่ และนัฐพล ฤทธิทัยมัย, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล; 2562. หน้า 81-90.
11. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการยุติการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/medical-abortion/>
12. สถิติและสถานการณ์การแท้งในประเทศไทย. (ม.ป.ป.). ข้อมูลและสถิติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.womenhealth.or.th/home-facts-abortion.html>.
13. Sarkar M, Niranjana N, Banyal PK. Mechanisms of hypoxemia. Lung India 2017;34(1):47-60. PMID:28144061