บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ชบ ๐๐๓๓/๖๗๔๕ **วันที่** ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสทักท้วงเป็นเวลา ๓๐ วัน และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ จำนวน ๑ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นางสาวสมฤดี สุขอุดม)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวนพวรรณ คูธนบดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายปราชญา อุ่นเพชรวรากร)
รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวนพวรรณ คูธนบดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๔๘๖๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๔๘๖๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะฉุกเฉิน				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะฉุกเฉิน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2566 ถึงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2566 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1 ชั่วโมง 52 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรค (คันธารัตน์ หลวงฟอง, 2566; ธีระ ทองสง, 2564)

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นภายนอกโพรงมดลูก เกิดจากการที่ไข่ซึ่งถูกผสมแล้วไปฝังตัวและเจริญเป็นตัวอ่อนในตำแหน่งอื่นที่นอกเหนือไปจากภายในโพรงมดลูกปกติ เช่น มีการฝังตัวที่ท่อนำไข่ ปากมดลูก รังไข่ ภายในช่องท้อง หรือใน Rudimentary horn ของ Anomalous uterus เป็นต้น พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1-2 ของการตั้งครรภ์ โดย นำไปสู่การเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 2.7 ดังนั้นการตั้งครรภ์นอกมดลูกจึงเป็นภาวะสำคัญและฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม

ประเภทของการตั้งครรภ์นอกมดลูกแบ่งตามตำแหน่งการฝังตัว คือ ตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่บริเวณ ampullar มากกว่าร้อยละ 70, บริเวณ isthmus ร้อยละ 12, บริเวณ fimbria ร้อยละ 11, รังไข่ ร้อยละ 3, Cornue ร้อยละ 2-3, ในช่องท้อง ร้อยละ 1, ปากมดลูก น้อยกว่าร้อยละ 1 และ Cesarean scar น้อยกว่าร้อยละ 1 โดยการตั้งครรภ์อาจจะดำเนินไปได้หลายรูปแบบ คือ ท่อนำไข่แตก ฝ่อไปเอง หรือแท้งออกไปทาง fimbria (tubal abortion) แต่มีบางรายที่แท้งแล้วแต่รกยังทำงานอยู่และไปฝังตัวต่อที่อื่น

พยาธิสภาพของโรค (ธีระ ทองสง, 2564)

เมื่อฝังตัวแล้ว conceptus ส่วนใหญ่จะเจริญอยู่ในรูของท่อนำไข่ บางส่วนจะบุกรุกชั้นเยื่อบุ Lamina propria และ Muscularis จนถึง Serosa ได้ การตั้งครรภ์อาจดำเนินไปได้หลายรูปแบบ เช่น ฝ่อไปเอง ท่อนำไข่แตก แท้งออกไปทาง Fimbria (Tubal abortion) ซึ่งพบได้กว่าครึ่งหนึ่งของรายที่มีอาการหรือแท้งแล้วฝังตัวใหม่กลายเป็น Secondary abdominal pregnancy

มดลูกของผู้ตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจจะมีขนาดใหญ่ขึ้น อ่อนนุ่ม เนื่องจากมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนและเลือดเลี้ยงมากขึ้น มี Decidual reaction ที่เยื่อบุโพรงมดลูกได้ ส่วน Decidua อาจหลุดออกมาเป็นชิ้น (Decidual cast) ซึ่งเมื่อนำไปลอยน้ำจะมีลักษณะคล้ายขนนก พบได้ร้อยละ 5-10

เยื่อบุโพรงมดลูกอาจเปลี่ยนเป็นลักษณะ Arias-Stella reaction ซึ่งเซลล์ของต่อมโตขึ้น ติดสีเข้ม มีการแบ่งตัว Pleomorphism มี Vacuole ในไซโตพลาสม์ ขาด Polarity และไม่เห็น lumen ของต่อม เพราะเซลล์มี Hypertrophy เชื่อว่าเกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมนมากเกินไป แต่ไม่ใช่ลักษณะจำเพาะของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

สาเหตุของโรค (ธาริณี ลำลึก, 2564).

1) ท่อนำไข่มีลักษณะผิดรูป ทำให้ตัวอ่อนไม่สามารถเคลื่อนที่ไปฝังตัวในโพรงมดลูกได้ ท่อนำไข่ผิดรูปร่างมักเกิดจากสาเหตุ ดังนี้

1.1) อุ้งเชิงกรานอักเสบจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้มีพังผืดบริเวณท่อนำไข่

1.2) มีรอยแผลและพังผืดจากการผ่าตัด

1.3) เคยมีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน

1.4) การทำหมันหรือการแก้หมันหญิง

2) เกิดจากการใช้ยาและฮอร์โมน

3) เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมนในกระบวนการตั้งครรภ์

4) คุณแม่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ทำให้มีความเสี่ยงที่อวัยวะในระบบสืบพันธุ์อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือทำงานด้อยประสิทธิภาพลง

อาการและอาการแสดง (คันธารัตน์ หลวงฟอง, 2566; ธีระ ทองสง, 2564)

ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกจะพบอาการและอาการแสดง ดังนี้

1) ในระยะแรกของการตั้งครรภ์มักไม่พบอาการผิดปกติ ครรภ์ที่ท่อนำไข่มักจะแตกหรือมีอาการเร็ว โดยเฉพาะที่ Isthmus

2) มีอาการปวดท้องน้อย ซึ่งอาจเป็นตั้งแต่ก่อนที่จะมีการแตกของครรภ์นอกมดลูก มักปวดบิด อาจเป็นข้างเดียว สองข้าง หรือทั่ว ๆ ท้องน้อย หรือในบางครั้งอาจปวดด้านตรงข้ามกับที่เป็นก็ได้ ในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง อาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ ซึ่งเป็น referred pain จากการที่เลือดไประคายเคืองกะบังลม

3) บางรายพบเลือดออกทางช่องคลอด เลือดที่ออกมักมีจำนวนน้อย ลักษณะเป็นเลือดเก่าและออกกะปริบกะปรอย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ตัวอ่อนยังมีชีวิตอยู่อาจไม่มีเลือดออก อาจพบชิ้นเนื้อ (Decidual cast) ออกทางช่องคลอดด้วย ซึ่งอาจทำให้สับสนกับการตั้งครรภ์ในมดลูก และมีภาวะแท้ง

4) การขาดระดู และอาจพบมีอาการแพ้ท้องร่วมด้วย บ่อยครั้งพบว่าผู้ป่วยไม่รู้ว่าตนขาดระดู แต่เมื่อซักประวัติประจำเดือนโดยละเอียด จะพบว่ารอบเดือนครั้งสุดท้ายมาน้อยกว่าปกติ หรือมาล่าช้ากว่าที่ควรเป็น เนื่องจากเลือดที่ออกเป็นเลือดออกผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นระดู

5) อาการหน้ามืด เป็นลม พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย

6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีไข้ แต่มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีอุณหภูมิกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส

7) กดเจ็บบริเวณหน้าท้องพบ ในรายที่มีเลือดออกในช่องท้องมักมี Rebound tenderness จาก Peritoneal irritation ร่วมกับอาจมี orthostatic hypotension และชีพจรเร็ว หากเสียเลือดมาก ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ แรงชีพจร (Pulse pressure) แคบ และชีพจรเร็วและเบา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ส่วนใหญ่ของการตายจากครรภ์นอกมดลูกเกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล หรือช็อกมาแล้ว

9) การตรวจภายในอาจพบอาการแสดงของการตั้งครรภ์ เช่น ปากมดลูกมีสีคล้ำ มดลูกนุ่ม แต่อาจไม่พบก็ได้โดยเฉพาะในรายที่มีการเสียเลือดมากจนซีด เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก cul-de-sac โป่งและกดเจ็บ ในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง ส่วนใหญ่มดลูกยังมีขนาดปกติ คลำได้ก้อนที่ปีกมดลูกด้านใดด้านหนึ่งและกดเจ็บ

10) Alder sign ผู้ป่วยจะมีอาการกดเจ็บที่เดิม (fixed abdominal tenderness) ในขณะที่เปลี่ยนท่าไปต่าง ๆ แต่อาการแสดงนี้พบได้น้อย

11) การพยากรณ์โรคจะดีในรายที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ อัตราการตั้งครรภ์โดยเฉลี่ยภายหลังการตั้งครรภ์นอกมดลูกประมาณร้อยละ 60 แต่อาจเป็นครรภ์นอกมดลูกได้สูงถึง 1 ใน 4

การวินิจฉัยโรค (ธีระ ทองสง, 2564)

หลักสำคัญในการวินิจฉัย คือ ต้องนึกถึงโรคนี้เสมอในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกรายที่มีอาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่ร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอด

การตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่มีอาการที่จำเพาะ แต่มีอาการหลาย ๆ อย่างร่วมกัน กลุ่มอาการทางคลินิกที่พบร่วมได้บ่อย (Classic triad) คือ การขาดระดู มีอาการปวดท้องน้อย และมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอาการปวดท้องหรือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดควรได้รับการทดสอบการตั้งครรภ์ทุกรายแม้ว่าจะคุมกำเนิดอยู่ นอกจากนี้อาจมีอาการอื่นที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการหน้ามืดเป็นลม ปวดหลัง ปวดไหล่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร โดยมีอาการแสดง ได้แก่ สัญญาณชีพผิดปกติ หากมีเลือดออกมากจะพบชีพจรเต้นเบาเร็วและความดันโลหิตต่ำ อาการกดเจ็บบริเวณหน้าท้องและในรายที่ครรภ์

นอกมดลูกแตกแล้วหรือแท้งออกมาอาจมีอาการแสดงของ Peritoneal irritation เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือหายไป เมื่อตรวจภายในจะพบว่า โดยส่วนใหญ่มดลูกจะมีขนาดปกติแต่บางรายอาจโตเล็กน้อย เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก คลำได้ก้อนบริเวณปีกมดลูกและกดเจ็บ

1) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal Ultrasonography: TVS) ถือเป็นทางเลือกแรกในการตรวจเพื่อช่วยวินิจฉัย โดยสามารถให้การวินิจฉัยได้ทันทีเมื่อเห็นถุงการตั้งครรภ์ร่วมกับ yolk sac หรือเห็นตัวอ่อน (embryonic pole) บริเวณปีกมดลูก แต่โดยส่วนมากแล้วมักเห็นเพียงก้อนที่ปีกมดลูก (complex adnexal mass) แต่อย่างไรก็ตามควรวินิจฉัยแยกกับโรคอื่น เช่น Para tubal cyst, corpus luteal cyst, hydrosalpinx, endometrioma, ovarian neoplasm หรือ pedunculated fibroid และการเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกร่วมด้วยอาจจะไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นการตั้งครรภ์ในมดลูกได้ เนื่องจากอาจจะเป็น Pseudo gestational sac ซึ่งไม่ใช่ถุงการตั้งครรภ์จริง ใช้ในการช่วยประเมินปริมาณเลือดที่ออกในช่องท้อง (Hemoperitoneum) ได้ หากไม่พบหลักฐานการตั้งครรภ์ทั้งในและนอกโพรงมดลูกจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจะเรียกภาวะนี้ว่า “Pregnancy of Unknown Location” ซึ่งอาจจะเกิดจากภาวะใดภาวะหนึ่ง ได้แก่ การตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกแต่ตัวอ่อนไม่สามารถเจริญต่อได้ (failed IUP) การแท้งครบ การตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกแต่อายุครรภ์ยังน้อย หรือการตั้งครรภ์นอกมดลูก

2) การตรวจวัดระดับ Serum Human Chorionic Gonadotropin (hCG) ช่วยในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับประวัติ อาการ และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง มักใช้เมื่อไม่สามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

2.1) Single hCG level ใช้ร่วมกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยการตรวจวัดระดับ serum hCG ของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับที่ควรเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก (intrauterine gestational sac) จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (TVS) แล้วหรือไม่ ซึ่งระดับ serum hCG ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้นี้เรียกว่า discriminatory zone ถ้าระดับ hCG สูงถึงเกณฑ์แต่ยังตรวจไม่พบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกแสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ

2.2) Serial hCG level ช่วยในการประเมินว่าเป็นการตั้งครรภ์ปกติหรือไม่ โดยการตรวจวัดระดับการเปลี่ยนแปลงของ serum hCG ใน 48 ชั่วโมงหรือ 1 สัปดาห์ ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ปกติจะมีการเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติจะมีการเพิ่มขึ้นไม่ถึงเกณฑ์หรือลดลงขึ้นอยู่กับภาวะการตั้งครรภ์ว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติแบบใด

อย่างไรก็ตามเกณฑ์การตรวจวัดระดับ serum hCG ดังกล่าวยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อมูลจากการศึกษาที่แนวเวชปฏิบัตินั้น ๆ อ้างอิง

3) การตรวจอื่น ๆ

3.1) การตรวจวัดระดับ Serum Progesterone มักจะเจาะตรวจในกรณีที่ระดับ serum hCG และผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้ ในการตั้งครรภ์ปกติ (viable intrauterine pregnancy) ระดับ serum progesterone จะสูงกว่า 25 ng/mL แต่ถ้าระดับต่ำกว่า 5 ng/mL จะเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์นอกมดลูกส่วนใหญ่จะมีระดับ serum progesterone อยู่ระหว่าง 5-25 ng/mL ทำให้ มีคุณค่าทางคลินิกน้อย

3.2) การเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อจากโพรงมดลูก (Endometrial sampling) เลือกทำในรายที่ยืนยันแล้วว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ แต่ไม่ทราบว่าเป็นการตั้งครรภ์ในหรือนอกมดลูกจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด โดยการนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการเก็บตัวอย่างจากโพรงมดลูกมาตรวจดูว่ามี chorionic villi หรือไม่ด้วยการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาหรือการนำมาลอยในน้ำเกลือแล้วเห็นลักษณะเป็น frond-like

appearance หากยังไม่สามารถยืนยันได้แนะนำให้ตรวจติดดูระดับ serum hCG ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ในมดลูก หลังจากการขูดมดลูกแล้วค่าจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 ภายใน 24 ชั่วโมง

3.3) การเจาะเพื่อตรวจดูเลือดที่ออกในช่องท้อง (Culdocentesis) เป็นการเจาะบริเวณ cul-de-sac ผ่านทางช่องคลอด ใช้วินิจฉัยภาวะเลือดออกในช่องท้อง แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าเลือดมาจากไหน ทำให้ปัจจุบันการทำ culdocentesis มีบทบาทน้อย

3.4) การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน (Laparoscopy) ช่วยในการวินิจฉัยครรภ์นอกมดลูกได้ แต่เป็นหัตถการที่ค่อนข้างลุกล้ำ และอาจวินิจฉัยผิดพลาดได้ร้อยละ 3-4 ในผู้ป่วยที่มีถุงการตั้งครรภ์มีขนาดเล็กมาก มีพังผืดในอุ้งเชิงกรานมาก หรือมีท่อนำไข่ผิดปกติอยู่เดิม

การวินิจฉัยควรคำนึงถึงความเข้ากันได้ของอาการและอาการแสดงแยกจากโรคต่าง ๆ ดังนี้

- ปีกมดลูกอักเสบ อุ้งเชิงกรานอักเสบแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง
- แท้งคุกคาม แท้งไม่ครบสมบูรณ์
- การแตกของถุงน้ำรังไข่
- การบิดขั้วของถุงน้ำรังไข่
- ไส้ติ่งอักเสบ
- ลำไส้อักเสบ

การรักษา (คันธารัตน์ หลวงฟอง, 2566; ธีระ ทองสง, 2564)

วิธีการรักษามีอยู่ 3 แนวทางหลัก ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการเฝ้าสังเกต โดยการเลือกวิธีการรักษาให้พิจารณาจากลักษณะทางคลินิก ตำแหน่งของครรภ์นอกมดลูก และทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

1) การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้ในการรักษาครรภ์นอกมดลูก คือ methotrexate เป็นยากลุ่ม folic acid antagonist ออกฤทธิ์โดยการขัดขวางการสร้าง DNA และ RNA โดยการยับยั้งเอนไซม์ dihydrofolate reductase โอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาสูงถึงร้อยละ 78-96 ทั้งนี้ยาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ได้แก่ การอักเสบของเยื่อบุทางเดินอาหาร เลือดออกกะปริบกะปรอยทางช่องคลอด ภาวะตับอักเสบ ผมร่วง หรือเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ทั้งนี้ความรุนแรงของผลข้างเคียงขึ้นอยู่กับขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา ก่อนที่จะเริ่มให้ยาควรพิจารณาถึงข้อห้ามและข้อควรระวัง ดังนี้

- ข้อบ่งห้ามโดยสมบูรณ์ (Absolute contraindications)

มีการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกร่วมด้วย มีแผลในกระเพาะอาหาร ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การทำงานของตับผิดปกติ มีภาวะซีด เม็ดเลือดขาวหรือเกล็ดเลือดต่ำ การทำงานของไตผิดปกติ ให้นมบุตร มีประวัติแพ้ methotrexate มีการแตกของท่อนำไข่ เป็นโรคปอดที่อาการยังไม่สงบ สัญญาณชีพไม่ปกติ ไม่สามารถมารับการตรวจติดตามได้

- ข้อบ่งห้ามโดยอนุโลม (Relative contraindications)

ตรวจพบการเต้นของหัวใจของตัวอ่อน ระดับ serum hCG ตั้งต้นสูงเกิน 5,000 mIU/mL (พบว่ามีโอกาสที่การรักษาจะไม่ประสบความสำเร็จสูง) หรือเมื่อทำการตรวจติดตามที่ 48 ชั่วโมงแล้วพบว่าเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 50 ขนาดก้อนที่ท่อนำไข่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเกิน 4 เซนติเมตร ปฏิเสธการเติมเลือดหรือองค์ประกอบของเลือด

โดยการบริหารยามีทั้งหมด 3 วิธี คือ

1.1) Single dose regimen มีข้อดีคือบริหารยาง่าย มีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก และไม่ต้องติดตามบ่อยครั้งมากเท่าวิธีการอื่น เหมาะสำหรับครรภ์นอกมดลูกที่ระดับ serum hCG ค่อนข้างต่ำ แต่อาจจะต้องให้ยาเพิ่มเติม

1.2) Multidose regimen มีประสิทธิภาพในการรักษาสูงแต่การบริหารจัดการยากกว่า เหมาะสำหรับการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีระดับ serum hCG ค่อนข้างสูง

1.3) Two-dose regimen ประสิทธิภาพสูงกว่า single dose regimen และมีผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการบริหารยาแบบ multidose regimen

2) การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgical treatment) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในการรักษา คือ สัญญาณชีพผิดปกติ มีข้อห้ามต่อการรักษาด้วยยา หรือมีโอกาสที่ไม่ประสบความสำเร็จจากการรักษาด้วยยาสูง โดยแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับลักษณะทางคลินิก อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัด

2.1) การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopy) การผ่าตัดผ่านกล้องมีข้อดี คือ แผลขนาดเล็ก ฟื้นตัวเร็ว และมีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Laparotomy) อย่างไรก็ตามแนะนำให้ทำการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและต้องการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว เป็นครรภ์นอกมดลูกชนิด abdominal pregnancy มีพังผืดในช่องท้องมาก หรือคาดว่าจะทำการผ่าตัดผ่านกล้องได้ยาก

2.2) การผ่าตัดเชิงอนุรักษ์ (Salpingostomy) พิจารณาทำในกรณีที่ท่อนำไข่ข้างที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกยังไม่แตกหรือมีลักษณะปกติ หรือท่อนำไข่ด้านตรงข้ามผิดปกติหรือถูกเคยถูกตัดแต่ผู้ป่วยยังต้องการคงภาวะการเจริญพันธุ์ การรักษาด้วยการผ่าตัดเชิงอนุรักษ์มีโอกาสเกิด persistent ectopic pregnancy ได้ประมาณร้อยละ 8 พบได้บ่อยถ้าระดับ serum hCG ตั้งต้นสูง อายุครรภ์น้อย และขนาดก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกน้อยกว่า 2 เซนติเมตร ดังนั้นจึงควรตรวจติดตามระดับ serum hCG ทุกสัปดาห์จนวัดไม่ได้ การตัดท่อนำไข่ออก (salpingectomy) ควรพิจารณาทำในกรณีที่ท่อนำไข่แตกหรือถูกทำลายรุนแรง ควบคุมการเสียเลือดไม่ได้ หรือมีบุตรเพียงพอแล้ว

3) การเฝ้าสังเกต (Expectant management)

มักพิจารณาเป็นทางเลือกในการรักษากรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ ระดับ serum hCG ตั้งต้นต่ำและเมื่อตรวจติดตามพบว่ามีค่าคงที่หรือลดลง ทั้งนี้ควรเลือกรักษาในผู้ป่วยที่สามารถมาตรวจติดตามได้และยอมรับโอกาสในการเกิด ruptured ectopic pregnancy ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดในทันที

การพยาบาล (สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ และคณะ, 2562)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังนี้

1) ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะตามสภาพของหญิงตั้งครรภ์

2) ประเมินอาการแสดงถึงการเสียเลือดภายใน (internal hemorrhage) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สีผิว และปวดท้องมากขึ้น

3) เจาะเลือด ตรวจหาหมู่เลือด เฮโมโกลบิน ฮีมาโทคริต และเตรียมเลือด

4) ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ

5) ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออก แต่จากพยาธิสภาพเมื่อมีการแตกของท่อนำไข่ เลือดที่ออกจะมีบางส่วนที่ขังอยู่ภายในอุ้งเชิงกรานโดยที่ไม่สามารถผ่านออกทางช่องคลอดได้ ดังนั้นถึงแม้จะประเมินแล้วพบว่ามีปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มาก หญิงตั้งครรภ์อาจมีภาวะช็อกได้โดยประเมินพบจากค่าความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น เป็นลมหน้ามืดได้

6) ในรายที่เกิดภาวะช็อก ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะช็อก ดังนี้

6.1) รายงานแพทย์ทราบ

6.2) ให้นอนราบและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

6.3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตราที่เร็วขึ้น

6.4) ให้ออกซิเจน nasal cannula จำนวน 4-5 ลิตรต่อนาที

7) ให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

7.1) สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและซักถามหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกและญาติเพื่อเปิดโอกาสให้บอกความรู้สึกและบอกความวิตกกังวล

7.2) ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วนและสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกเพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรคและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

7.3) อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมบริเวณผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำและการให้เลือด

7.4) ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัดและการดูแล ที่จะได้รับเพื่อลดความกังวลและแก่หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกและญาติ

8) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่

8.1) แนะนำวิธีการดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด

8.2) พักผ่อนให้เพียงพอ สามารถทำงานบ้านได้ในระยะหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์และทำงานตามปกติได้ในระยะหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

8.3) แนะนำการคุมกำเนิดประมาณ 2-4 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำ

8.4) หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจมีการแนะนำให้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการเหลือค้างของ trophoblast

9) แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที เช่น มีไข้ ปวดท้อง เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ

10) หญิงตั้งครรภ์และสามีควรได้รับการพูดคุยและอภิปรายถึงความรู้สึกของการสูญเสียการตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจรู้สึกขาดความมั่นใจในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้

11) อธิบายเกี่ยวกับโอกาสของการปฏิสนธิ ซึ่งทฤษฎีการตกไข่จะมีโอกาสปฏิสนธิเพียงร้อยละ 50 เนื่องจากไข่จะตกสลับข้างกันทุกเดือน ดังนั้นหากเกิดการตกไข่ในรังไข่ข้างที่ถูกตัดท่อนำไข่ไปแล้ว การปฏิสนธิจะไม่เกิดขึ้นในข้างนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม การทดลองในหนูทดลอง พบว่าไข่ยังสามารถเดินทางในอุ้งเชิงกรานข้ามไปเข้าท่อนำไข่ด้านซ้ายได้ และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำให้มีบุตรยากหรือการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำมีโอกาสเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนั้น โอกาสของการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปยังคงมีอยู่ตามปกติ

12) หากตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ควรมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยยา methotrexate มี 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมให้ยา

1.1) ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงผู้ใช้บริการ

1.2) เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พร้อม ได้แก่ CBC, blood type, Rh antibody status, ทดสอบการทำงานของตับและไต, ระดับ β-hCG (<5,000 mIU/mL), TVS เพื่อยืนยันขนาดของตัวอ่อนและการทำงานของหัวใจตัวอ่อน

1.3) ให้ยา methotrexate 50 mg/m2 IM. ตามแผนการรักษา

1.4) ให้ Rh_0 (D) immunoglobulin (ขนาด 50 mcg. แต่ไม่ควรเกิน 300 mcg.) IM. ตามแผนการรักษาในกรณีที่ผู้ใช้บริการมี Rh-negative

2) ระยะให้ยา ให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว ดังนี้คือ

2.1) อธิบายว่าอาจจะเกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น แก๊สในกระเพาะอาหาร เยื่อบุในช่องปากอักเสบและตาแดง เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อย ผลข้างเคียงที่พบน้อย คือ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ ผื่นแดงบนผิวหนัง ผมร่วง ลำไส้อักเสบ พบค่าตับสูง และการกดไขกระดูก

2.2) งดรับประทาน folic acid

2.3) หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

2.4) หลีกเลี่ยงการโดนแสงแดด

2.5) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก

2.6) หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ การสวนล้างช่องคลอด และการใส่ผ้าอนามัยแบบสอด

2.7) แจ้งพยาบาลทันทีถ้ามีอาการปวดท้องมาก ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าท่อนำไข่อาจจะแตก

3) ระยะติดตามการรักษา

3.1) ให้มาตรวจตามนัดทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามระดับ β-hCG จนกระทั่ง β-hCG น้อยกว่า 15 mIU/mL

3.2) ถ้าระดับ β-hCG ไม่ลดลง อาจต้องให้ methotrexate ต่อ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

หญิงตั้งครรภ์ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อายุ 31 ปี อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแหลมฉบัง เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2566 เวลา 10.28 น. ด้วยอาการปวดท้องน้อย ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับรู้สึกตัวดี ประเมินความปวด 7 คะแนน ใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น หน้าซีด ปลายมือปลายเท้าซีด ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 67 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/65 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจการตั้งครรภ์เป็นบวก ซักประวัติพบตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 ประวัติการคลอด คลอดปกติ 1 ครั้ง แท้ง 1 ครั้ง ได้รับการขูดมดลูก มีประวัติตั้งครรภ์นอกมดลูก 1 ครั้ง และทำผ่าตัดปีกมดลูกด้านซ้าย เมื่อปี 2560 แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินอัลตร้าซาวน์ทางหน้าท้อง พบการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic) ให้ Acetar ทางหลอดเลือดดำ 2,000 มิลลิลิตร ผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น ประเมินความปวด 8 คะแนน เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตโลหิต 94/75 มิลลิเมตรปรอท ให้ Acetar 2,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ให้หมดภายใน 30 นาที รายงานสูติแพทย์ สูติแพทย์การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (TVS) พบ Rupture Ectopic Pregnancy และเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เซ็นใบยินยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, PTT และ β-hCG ตรวจ Hematocrit ซ้ำ เวลา 11.50 น. ผล 23.0 เปอร์เซ็นต์ เตรียมเลือดชนิด Pack Red Cells (PRC) จำนวน 6 ยูนิต

และ Fresh Frozen Plasma (FFP) จำนวน 4 ยูนิต ให้เลือดชนิด PRC จำนวน 2 ยูนิต ให้งดน้ำงดอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะในเวลา 1 ชั่วโมง ได้ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 10 มิลลิลิตร ประสานห้องผ่าตัด ให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด และเซ็นใบยินยอมผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 74/55 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ส่งเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.20 น. ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia: GA) ติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง วันที่ 20 กันยายน 2566 เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ประเมินความปวดได้ 4 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย อยู่ระหว่าง 36.5-36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตที่อยู่ในช่วง 102/65-110/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 98-100 เปอร์เซ็นต์ Hematocrit 35 เปอร์เซ็นต์ รับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษา และคลายความวิตกกังวลลง วันที่ 21 กันยายน 2566 เวลา 12.00 น. แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลวันที่ 19 กันยายน 2566 ตั้งแต่เวลา 10.28 น. ถึงเวลา 12.20 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 1 ชั่วโมง 52 นาที และรวมระยะเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะฉุกเฉิน

2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

3) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

6) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

7) เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

1) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะฉุกเฉิน

2) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะฉุกเฉิน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ วันที่ 19 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 19 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 1 ชั่วโมง 52 นาที

เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากการเสียเลือดมาก ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ทันเวลาและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและการผ่าตัด ได้รับความรู้ มีทักษะการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกมีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับภาวะต่าง ๆ ได้แก่ ปีกมดลูกอักเสบ อุ้งเชิงกรานอักเสบแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง แท้งคุกคาม แท้งไม่ครบสมบูรณ์ การแตกของถุงน้ำรังไข่ การบิดขั้วของถุงน้ำรังไข่ ไส้ติ่งอักเสบและลำไส้อักเสบ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการสังเกตในกลุ่มผู้ป่วยหญิงเจริญพันธุ์และการซักประวัติ โดยเฉพาะรอบของระดู เนื่องจากผู้ป่วยมักเข้าใจว่าเลือดที่ออกน้อยกว่าปกติหรือช้ากว่าปกตินั้นเป็นระดู ซึ่งความเข้าใจผิดนี้มักทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาล่าช้า บางรายอาจมาเมื่อมีภาวะช็อกแล้ว

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรงพยาบาลไม่มีสูติแพทย์ปฏิบัติงานในลักษณะเวรผลัด การตรวจรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินฯจึงเป็นแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินตรวจรักษาแก้ไขภาวะวิกฤตในเบื้องต้น และปรึกษาสูติแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในลักษณะเวรรอเรียก (On Call) ให้การวินิจฉัยต่อไป โดยการวินิจฉัยนั้นจะต้องอาศัยการตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อให้คำวินิจฉัยได้แม่นยำ ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาล่าช้า

9. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพต้องมีทักษะในการซักประวัติผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก สามารถประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic Shock และให้การพยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดอย่างทันที และการสูญเสียการตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล เกิดการยอมรับในกระบวนการรักษาและการสูญเสีย

10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวนพวรรณ คูธนบดี สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....นพวรรณ คูธนบดี..... ผู้ขอประเมิน
(นางสาวนพวรรณ คูธนบดี)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ 8 กรกฎาคม 2567

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....
(นางกาญจนา สำเลิศรัมย์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ลงชื่อ .....
(นางขนบเนตร แสงประสิทธิ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รักษาการหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง
วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ลงชื่อ .....
(นายราเมศร์ อำไพพิศ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง
วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ลงชื่อ .....
(นายอภิรัต กตัญญุตานนท์)
ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
วันที่ ..... เดือน ส.ค. พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

---

1. เรื่อง แนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

2. หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ประมาณร้อยละ 6 ของการตั้งครรภ์ ในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์การเกิดตั้งครรภ์นอกมดลูกประมาณร้อยละ 1.3 ของการคลอด (ปริญญา ราชกิจ, 2561) สาเหตุที่ทำให้เกิดยังไม่ทราบแน่ชัด และไม่มีอาการที่จำเพาะ แต่พบปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติของท่อนำไข่ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การสูบบุหรี่ การใช้เทคโนโลยีเจริญพันธุ์ หรือความผิดปกติของตัวอ่อนเอง สวนล้างช่องคลอด และมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปี ผู้ที่เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกจะมีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์นอกมดลูกในครรภ์ต่อไป กรณีพบก่อนขนาดเล็ก อาจทำการรักษาด้วยวิธีประคับประคอง คือ การเฝ้าสังเกตและให้ยา กรณีพบก้อนขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และในรายที่ครรภ์นอกมดลูกแตก (Rupture Ectopic Pregnancy) จะมีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ (Hypovolemic Shock) จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อแก้ไขภาวะช็อกอย่างเร่งด่วน โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการ 3 อย่าง คือ ปวดท้อง ขาดประจำเดือน และเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ อาการแสดงที่พบได้แก่ กดเจ็บที่ปีกมดลูกและเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก คลำได้ก้อนที่ปีกมดลูก อาจตรวจพบมดลูกมีขนาดโตได้ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ กรณีที่มีการแตกของถุงการตั้งครรภ์จะทำให้เลือดออกในช่องท้องจนมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ นับเป็นการเจ็บป่วยภาวะเฉียบพลันที่คุกคามชีวิตจะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ไม่มีอาการที่จำเพาะชัดเจน ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์เมื่ออาการเป็นมากแล้วจึงเกิดความล่าช้าในการรักษา (เพ็ญศรี ละออ, 2565)

จากสถิติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแหลมฉบัง ปีงบประมาณ 2564 ถึงปีงบประมาณ 2566 พบหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกเข้ารับบริการ จำนวน 62, 68 และ 65 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินจำนวน 15, 20 และ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.86, 29.41 และ 26.15 ตามลำดับ จากการศึกษาระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกเข้ามารับบริการเริ่มตั้งแต่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจนผู้ป่วยถูกส่งถึงห้องผ่าตัดจะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที โดยการเตรียมผ่าตัดควรเตรียมอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกได้รับการรักษาอย่างปลอดภัยและส่งถึงห้องผ่าตัดได้ทันเวลา จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติงานของหน่วยงานพบว่าไม่มีแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ชัดเจน มีการให้ความรู้และคำแนะนำตามพื้นฐานความรู้และเทคนิคของพยาบาลแต่ละท่าน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจจัดทำแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกได้รับการเตรียมผ่าตัดที่รวดเร็วและส่งถึงห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย

3. บทวิเคราะห์ แนวความคิด ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) คือ ไข่ถูกผสมแล้วไปฝังเป็นตัวอ่อนเจริญเติบโตนอกโพรงมดลูก เมื่อตัวอ่อนเจริญเติบโต อวัยวะไม่สามารถขยายตัวรองรับขนาดของตัวอ่อนที่ใหญ่ขึ้นได้ โดยส่วนมากพบที่ท่อนำไข่ ร้อยละ 95 นอกนั้นอาจเกิดที่รังไข่ ปากมดลูก และในช่องท้อง ปัจจัยเสี่ยง คือ ผู้ป่วยมีประวัติแท้ง เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก มีประวัติทำหมัน ผ่าตัดแก้หมัน รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด และมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ ปวดท้องน้อย ขาดประจำเดือน มีเลือดออกทางช่องคลอด กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก เจ็บขณะโยกปากมดลูก ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ (ธีระ ทองสง, 2564) มีการเสียเลือดในช่องท้องจำนวนมาก บางรายเกิดภาวะ Hypovolemic shock สัญญาณชีพไม่คงที่ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ จำเป็นต้องมีทักษะในการสังเกตและประเมินภาวะคุกคามของชีวิตได้อย่างรวดเร็ว โดยคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามความเร่งด่วนตาม MOPH ED. Triage ของกระทรวงสาธารณสุข สื่อสารระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อวางแผนให้การรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย ให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล ใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิต เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตได้อย่างทันท่วงที ตลอดจนให้การพยาบาลก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติงานของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ พบว่ายังไม่มีแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เป็นรูปธรรม มีการให้ความรู้และคำแนะนำตามพื้นฐานความรู้และเทคนิคของพยาบาลแต่ละท่าน ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกขึ้น โดยใช้มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Medical Service) เพื่อให้มีการเตรียมผ่าตัดที่ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น คงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ และเป็นการเพิ่มผลลัพธ์ทางบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วัตถุประสงค์

1) เพื่อจัดทำแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

2) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกได้รับการเตรียมผ่าตัดที่รวดเร็วและปลอดภัย

ระยะเวลาดำเนินงาน 1 มิถุนายน 2567 – 31 พฤศจิกายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ทบทวนปัญหาและศึกษากระบวนการ การดูแลรักษา และปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดตั้งครรภ์นอกมดลูก

2) ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์นอกมดลูก

3) รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็นปัญหาที่พบในการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

4) จัดทำแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

5) นำเสนอแนวคิดการจัดทำโครงการ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก กับหัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

6) เสนอแนวทาง ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

7) เตรียมเอกสารแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

8) นำแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน และประเมินผล

9) สรุปผลการใช้แนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกสำหรับพยาบาลไปใช้ในแนวทางเดียวกัน

4.2 หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกได้รับการเตรียมผ่าตัดและส่งได้รับผ่าตัดทันเวลา

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้แนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร้อยละ 100

5.2 หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกได้รับการเตรียมผ่าตัดและส่งได้รับผ่าตัดภายใน 60 นาที ร้อยละ 100

ลงชื่อ .....นางสาวพวรรณ คูธนบดี..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวนพวรรณ คูธนบดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่.....8 กรกฎาคม 2567.....

เอกสารอ้างอิง

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกในภาวะฉุกเฉิน

คันธารัตน์ หลวงฟอง. (2566). Ectopic Pregnancy: การตั้งครรภ์นอกมดลูก. https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/50305/.

ธาริณี ลำลึก. (2564). คุณแม่ควรระวัง การตั้งครรภ์นอกมดลูก. https://www.phyathai.com/th/article/3604 -คุณแม่ควรระวัง_การตั้ง.

ธีระ ทองสง. (2564). Ectopic Pegnancy ครรภ์นอกมดลูก. https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/news-3/34185/.

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, และเบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2562). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2. https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำราการพยาบาลมารดา%20ทารก%20และการผดุงครรภ์2เล่ม1.pdf.

แนวทางเตรียมผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

ธีระ ทองสง. (2564). Ectopic Pegnancy ครรภ์นอกมดลูก. https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/news-3/34185/.

ปริญญา ราชกิจ. (2561). การตั้งครรภ์นอกมดลูก ในโรงพยาบาลลำปลายมาศ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 32(1), 33-42. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/118136/90646

เพ็ญศรี ละออ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2). 172-186. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/issue/view/17546