

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อหน้าไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

Nursing care of women with ectopic pregnancy who have ruptured fallopian tubes and are in shock and acute respiratory failure: a case study.

(Received: December 29,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

ดารณี ศิลปราชะ¹
Daranee Sillaparaya¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อหน้าไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ วันที่ 6 มีนาคม 2566 ด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษา: การตรวจการตั้งครรภ์ ผล Positive ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ free fluid in caldesac แพทย์วินิจฉัย ตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ระดับความเข้มข้นของเลือด 23% ได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy with Right Salpingectomy หลังผ่าตัดได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ มีภาวะซีด ให้สารน้ำ เลือดตามแผนการรักษา บริหารยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกจนปลอดภัย ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล และเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บาดแผล ให้การบำบัดความปวดและดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี ไม่พบการติดเชื้อ มีอาการดีขึ้นตามลำดับถอดท่อหายใจออกได้หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก จำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 11 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย

คำสำคัญ: การพยาบาล, ตั้งครรภ์นอกมดลูก, ภาวะช็อก, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of women with ectopic pregnancy who have ruptured fallopian tubes and are in shock and acute respiratory failure. Case study of a Thai female patient, 25 years old, admitted to Banmi Hospital on 6, March, 2023, with pain in the right lower abdomen and having vaginal bleeding before coming to the hospital for 1 day

Results: From pregnancy test. This result shown positive, Ultrasound test results found free fluid in caldesac. Doctor diagnosed that the patient had an ectopic pregnancy. The patient was shocked and had blood concentration level of 23% and then received Exploratory laparotomy with Right Salpingectomy. Postoperatively, the patient was intubated. The patient had a risk of shock again and anemic. Then patient was received fluids and blood according to the treatment plan. The nurse administers medication to correct the shock until the patient is safe. The patient had wound pain and risk of wound infection. The patient had no infection and the patient's symptoms gradually improved. The patient's breathing tube was removed after surgery for 1 day. The patient had no complications from shock. The patient was discharged on 11 March 2023, Total of hospital treatment of 5 days. No complications of patient were found after discharge.

Keywords: nursing, ectopic pregnancy, shock, acute respiratory failure

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยและเป็นภาวะฉุกเฉินทาง นรีเวช ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของสตรีมีครรภ์ การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากกรณีไข่ถูกผสมแล้วฝังตัวนอกโพรงมดลูก ประมาณร้อยละ 95 พบการฝังตัวที่ท่อนำไข่ (Tubal pregnancy) และอาจพบที่รังไข่หรือในช่องท้องก็ได้ โดยที่สาเหตุที่ทำให้เกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติของท่อนำไข่ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การสูบบุหรี่ การใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ ความผิดปกติของตัวอ่อนเอง ผู้ที่เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกจะมีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์นอกมดลูกในครรภ์ต่อไป เนื่องจากอาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะไม่มีอาการบ่งบอกชัดเจน บางรายไม่มีประวัติขาดประจำเดือน ไม่มีอาการแสดงของการตั้งครรภ์จึงไม่มาพบแพทย์ ซึ่งการวินิจฉัยประกอบด้วย การซักประวัติ อาการแสดง อาการที่ช่วยในการวินิจฉัยที่สำคัญ คือ ปวดท้องน้อยเฉียบพลัน เลือดออกกะปริบกะปรอย ประวัติขาดประจำเดือน สัมพันธ์กับอาการปวดท้อง การตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ เมื่อผลเป็นบวก จะตรวจเลือดหาระดับ Beta HCG หากระดับ Beta HCG ในซีรัมสูงกว่า 1,500-2,500 มิลลียูนิต/มิลลิเมตร และตรวจไม่พบการตั้งครรภ์ในมดลูก น่าจะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก การตรวจอัลตราซาวด์หน้าท้องและทางช่องคลอด จะมีการเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก Cal de sac โป่งตึง โดยการรักษามีทั้งแบบประคับประคอง โดยการใช้ยา กรณีที่ก้อนมีขนาดเล็ก และการผ่าตัดกรณีก้อนใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร เนื่องจากบริเวณที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีผนังที่บางและไม่มีเนื้อเยื่อหุ้มเหมือนในโพรงมดลูก ทำให้เกิดการฉีกขาด เป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ขึ้นได้ และหลังผ่าตัด อาจมีโอกาสดังกล่าวภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด

จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในแผนกสูติรีเวชกรรม พบอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 11, 17 และ 13 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวถือว่ามียาจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในจำนวนนี้มีภาวะช็อก 2, 2 และ 5 ราย และในปี 2564 มีเสียชีวิตจำนวน 1 ราย หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากความสำคัญดังกล่าวพยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในทุกระยะ ประเมินภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญที่ต้องดูแลใกล้ชิดนับตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ซึ่งกรณีศึกษารายนี้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การซักประวัติ การเฝ้าระวังภาวะช็อก การบรรเทาความเจ็บปวด เตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน ดูแลภายหลังการผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทำงานโรงงาน ที่อยู่ขณะเจ็บป่วยอยู่ จังหวัดลพบุรี

อาการสำคัญ

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสระโบสถ์ ด้วยปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอด ไปตรวจที่โรงพยาบาลสระโบสถ์ ตรวจการตั้งครรภ์ ผล Positive admit เพื่อสังเกตอาการ ผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น ชีพจร 140-150 ครั้ง/นาที Load IV 0.9%



NSS 1000 ml then 100 ml refer มาโรงพยาบาล
บ้านหมี่

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

การวินิจฉัย

Rupture right tubal pregnancy

ผลการตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง

พบ free fluid in caldesac and blood
intra abdominal

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 22,780 cell/cu.m.m, Neutrophil
92%, Lymphocyte 8%, Hct 23%

Na 131.2 mmol/L, K 3.78 mmol/L, Cl
100.6 mmol/L, CO₂ 20.9 mmol/L, BS 86
mg/dl, BUN 15 mg/dl, Cr 0.57 mg/dl, PT
10.5 sec, INR 1.20, PTT 22.2 sec

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะไปตรวจรักษา
ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ หรือคลินิกที่รับผู้ป่วย
ประกันสังคม การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยปัจจุบันรับรู้
ว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก ไม่สุขสบายจากอาการปวด
ท้อง ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร ปฏิเสธการ
ดื่มสุรา บุหรี่ และสารเสพติดทุกชนิด

แบบแผนที่ 2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ อาหาร

รับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาทุกวัน
รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ยกเว้นเนื้อวัว ชอบ
รับประทานอาหารรสจืด ดื่มน้ำประปาที่ผ่านเครื่อง
กรองน้ำที่บ้าน วันละ 6-7 แก้ว ไม่เคยมีปัญหา
เกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน และการย่อยที่ผิดปกติ
น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อุณหภูมิ
ร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ให้สารน้ำทางหลอดเลือด
ดำชนิด 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง
ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะ
แสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ ผู้ป่วยปวด

บริเวณเอวซ้ายไปเชิงกรานด้านขวา ปัสสาวะออกได้
เองสีเหลืองใสมีเลือดปน

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจกรรมและการออก กำลังกาย

ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ
ส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ไม่เคยออกกำลังกายแบบมีแบบ
แผน

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา
21.00-05.30 น. ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคย
ใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวันในวันหยุด
บางครั้ง 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลหลับได้
เป็นพักๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

มีความฉลาดจดจำดี การรับรู้ด้านการ
มองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การ
สัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัต มโนทัศน์

คิดว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้อาจเกิดจากแท้ง
บุตร แต่เมื่อตรวจพบที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกทำ
ให้รู้สึกแย่ และวิตกกังวล

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน บิดา
มารดาสามีตัวเอง สัมพันธภาพในครอบครัว มี
สัมพันธภาพดี มีการทะเลาะกันบ้างเล็กน้อย ชยัน
ทำงาน

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญ พันธ์

ไม่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติไม่
เคยมีปัญหาเรื่องตกขาว เลือดออกผิดปกติ ประจำเดือน
มาตรงกำหนดทุกเดือน เดือนละ 3-5 วัน

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียด และความทนต่อความเครียด

มีสื่อน้ำวิตกกังวล เครียดเมื่อมีอาการปวด
ท้อง แต่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และสามารถเผชิญกับ
ความเจ็บปวดได้เหมาะสม

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม

มีการแสดงออกหรือมีพฤติกรรมเกี่ยวกับความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต โดยนำพวงมาลัยมาคล้องหัวเตียง และใช้เหรียญซื้อเตียง

สรุปอาการ

ระยะวิกฤติก่อนการผ่าตัด รับเข้าแผนกสูตินรีเวช และวางแผนการทำผ่าตัด เร่งด่วน ประเมินสัญญาณชีพพบ ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 95-97% ผล Hct ลดลงเหลือ 23 ได้รับสารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะช็อก และได้รับการทำผ่าตัด Explore laparotomy with right salpingectomy อย่างเร่งด่วน ซึ่งพบมี hemoperitoneum และสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด จำนวน 2,000 มิลลิลิตร

ระยะหลังผ่าตัด On ET-tube with Ventilator P-SIMV, RR 11/min, PS 10 cmH₂O, CPAP 5 cmH₂O, FiO₂ 0.4 try wean และ off ET-tube ได้ใน 24 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ย้ายมาที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวช มีภาวะช็อก Hct 21% ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยปวดแผลหลังผ่าตัดระดับรุนแรง ประเมิน Pain score ด้วย Numeric scale ได้ 10/10 ภายหลังได้รับยาแก้ปวด (Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง) อาการปวดบรรเทาลง ได้รับการพยาบาลบรรเทาความไม่สุขสบายจากภาวะ ไข้จากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน แผลติดเชื้อ

ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง แผลผ่าตัดทางหน้าท้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการปวดแผลลดลง อาการท้องอืดลดลง ผู้ป่วยบอกว่าตนเองรู้สึกเสียใจ ไม่เข้าใจว่าทำไมตนเองจึงมีการตั้งครรภ์นอกมดลูก และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังออกจากโรงพยาบาล และเสียใจที่จะ

มีบุตรยากขึ้น ได้ให้การพยาบาลลดความวิตกกังวลสภาพจิตใจดีขึ้น จำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 11 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกจากมีเลือดออกในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยข้างขวามาก บ่นหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม

O: ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

O: กตเจ้ามากบริเวณท้องน้อย และมีเลือดออกทางช่องคลอด

O: ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) = 23%

O: ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ free fluid in caldesac

O: ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการเหงื่อออก หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เพื่อประเมินภาวะช็อก

2. ดูแลให้น้ำเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยให้ O₂ Cannular 5 LPM วัด O₂ saturation ได้ 94% เปลี่ยนเป็น O₂ mask with reservoir bag 10 ลิตร/นาที

3. สังเกตอาการช็อค โดยสังเกตจากเปลือกตา ด้านล่าง อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ เพื่อประเมินภาวะการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดภาวะช็อก

5. ติดตามผล serial Hct ตามแผนการรักษา ผล Hct 23% รายงานแพทย์ ให้ PRC 2



unit iv drip in 3 hr. สังเกตอาการผิดปกติขณะให้
เลือด ได้แก่ ผื่น ลมพิษ คัน แน่นหน้าอก

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
ได้แก่ 0.9%NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr
เพื่อชดเชยการเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย
สังเกตภาวะน้ำเกิน

7. สังเกตอาการปวดท้องที่มากขึ้น อาการ
หน้าท้องแข็งตึง เพื่อประเมินความรุนแรงของการ
ตกเลือด และการติดเชื้อในช่องท้อง

8. งดอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันการสำลัก
อาหารเข้าไปในหลอดลมขณะดมยาทำผ่าตัด

9. เตรียมทำผ่าตัด เพื่อรักษาและป้องกันการ
การแตกของปีกมดลูก ซึ่งจะทำให้เกิดการตกเลือด
ในช่องท้อง มีภาวะช็อก

10. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินจำนวน
ปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก
ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง
รายงานแพทย์ทราบทันที

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ได้ตอบรู้อย่าง มีอาการ
กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น บ่นปวดท้องมาก
หน้าท้องกดเจ็บ แข็งตึง ยังมีเลือดสดออกทางช่อง
คลอดกะปริดกะปรอย

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 70-84
ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
90/58-100/60 มิลลิเมตรปรอท

3. ปัสสาวะออก 30-40 ซีซี/ชั่วโมง

4. หลังให้เลือด ผล Hct 29 %

5. มีแผนการผ่าตัดด่วนเพื่อแก้ไขสาเหตุ
ของช็อก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายปวดท้อง
เนื่องจากการแตกของท่อนำไข่

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยข้างขวามาก

O: ผู้ป่วยมีอาการนอนบิดตัวไปมาบนเตียง
บ่อย ๆ สีหน้าไม่สุขสบาย หน้าหน้าคิ้วขมวด

O: ประเมินระดับความปวด (Pain score)

9 คะแนน

O: ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/
นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain
score) ลักษณะตำแหน่งที่เจ็บปวด และความ
รุนแรงของความเจ็บปวดเป็นระยะ ๆ

2. จัดให้นอน Fowler's position เพื่อให้
กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ลดอาการปวดท้อง

3. ให้ออกซิเจน สอนเทคนิคการผ่อนคลาย
เบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ ยาว

ๆ

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จำกัดผู้เยี่ยม
เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

5. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Pain score
เพื่อประเมินสภาพอาการ และความรุนแรงของอาการ
ปวด

6. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
Pethidine 25 mg im stat และสังเกตอาการ
ข้างเคียงได้แก่ ผื่นคัน หายใจไม่อึด แน่นหน้าอก

7. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พลอบโยนให้
กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรู้สึก
ปลอดภัย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบ่นปวดท้องลดลง

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย นอนหลับได้
เป็นพักๆ

3. อาการปวดท้องทุเลา Pain score 6-7
คะแนน บริเวณหน้าท้องยังกดเจ็บ แข็งตึง

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 70-84
ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
90/58-100/60 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อใน
ช่องท้องเนื่องจากการแตกของท่อนำไข่

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยข้างขวา

O: ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ free fluid in caldesac R/O Rupture ectopic pregnancy

O: วัดอุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที

O: WBC 22,780 cell/cu.m.m, Neutrophil 92%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ มีไข้ กดเจ็บที่หน้าท้อง ท้องแข็ง ตึง ถ่ายเหลว ท้องเสีย

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และชีพจร

3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 gm iv OD และสังเกตอาการแพ้ยา ได้แก่ ผื่นคัน ลมพิษ เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก

4. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) เพื่อติดตามการติดเชื้อ

การประเมินผล

1. ไม่พบระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน กระสับกระส่าย สับสน

2. กดเจ็บที่หน้าท้อง ท้องแข็งตึง

3. อุณหภูมิ 36.9-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที

4. WBC 7,200 cell/cu.m.m, Neutrophil 70%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลจากขาดความรู้ ความเข้าใจก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยถามว่าทำไมต้องผ่าตัด

O: ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล

2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอก

มดลูกเพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำและเลือด การงดอาหารและน้ำ

4. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย

2. เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 2,000 ซีซี

O: ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ในห้องผ่าตัด 24% ได้รับเลือด PRC 1 unit ระหว่างผ่าตัด

O: ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/59 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อกหลังผ่าตัด

2. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr และ PRC 1 unit เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด

3. เพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายโดยดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที



4. สังเกตอาการ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม มีเลือดออกทางช่องคลอด

5. เจาะเลือดตรวจ Hct ภายหลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด

6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค จำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที

7. ดูแลให้ยา Dopamine (1:1) iv drip 5 µd/min ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ บวมใบหน้าริมฝีปากแน่นหน้าอก

การประเมินผล

1. หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน
2. ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ หน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออก 40-50 ซีซี/ชั่วโมง
4. แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด เลือดออกทางช่องคลอดปกติ
5. Hct ภายหลังเลือดหมด 33%
6. สัญญาณชีพ ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/58-120/64 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียว ขมวด

O: ประเมินระดับความปวด (Pain score) = 8 คะแนน

O: ชีพจร 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดแผลลดลง
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่น้ำท่วมคิ้ว ขมวด นอนหลับพักผ่อนได้
3. ระดับความปวด (Pain score) 4-5 คะแนน

4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น

2. สอบถามถึงความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บปวด

3. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุย เพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง

4. แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกายและให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล

5. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension)

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยม
ขณะผู้ป่วยหลับ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกทุเลาปวดแผล ขณะ
เคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด
2. ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้
ปวดมี early ambulation มากขึ้น ลูกนั่งข้างเตียง
และเดินไปเข้าห้องน้ำได้
3. Pain score 3-4 คะแนน
4. ชีพจร 88-90 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/90-124/88 มิลลิเมตร
ปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงติดเชื้อที่แผล
ผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการ
ผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบ่นครั่นเนื้อ ครั่นตัว
O: มีแผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้อง ความ
ยาว 12 เซนติเมตร
O: ระยะการผ่าตัดนาน 1 ชั่วโมง 30 นาที
O: อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.7 องศา
เซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอย
บวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ
มี
หนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุก
ครั้ง
3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำ
แผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS
เช็ดบริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้าน
นอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผล
เช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล
4. สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้ง
ที่ทำแผล

5. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล
ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของ
ถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่ม
เชื้อโรคสู่บาดแผล

6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมิน
ภาวะติดเชื้อที่แผล

7. ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา คือ
Ceftriaxone 2 gm iv OD และสังเกตอาการ
ข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความ
สะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ฟัน
และ ผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การประเมินผล

1. ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี discharge
ซึม
2. แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้
อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ
3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.2 องศา
เซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 วิดกกังวลเกี่ยวกับโรค
และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะมีบุตรได้อีก
หรือไม่
O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินทำให้การ
รับข้อมูลยังไม่ละเอียด
O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้ว
ขมวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามสาเหตุความวิตกกังวลกับ
ผู้ป่วยและญาติ กลัวการมีบุตรไม่ได้
อีก
2. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคคร่าว ๆ
แจ้งผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ได้อีก เพราะตัดท่อนำไข่
ข้างขวา ยังเหลือท่อนำไข่ข้างซ้าย
3. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้ซักถาม
ข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ

4. อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องต่างๆ ดังนี้

4.1 การทำความสะอาดแผลหน้าท้องให้ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

4.2 เมื่อมีอาการแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ท้องอืด ให้ลุกเดินบ่อย ๆ อาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าอาการยังอยู่เกิน 1 สัปดาห์ หรือมีอาการเพิ่มขึ้นต้องรีบมาพบแพทย์

4.3 การอาบน้ำ อาบได้ภายหลังการตัดไหมแล้ว เวลาอาบน้ำให้น้ำหรือดักอาบ ไม่ควรแช่ในแม่น้ำ ลำคลอง หรือในอ่างอาบน้ำ

4.4 การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่และล้างน้ำ และล้างน้ำสะอาดและซับให้แห้ง หลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ

4.5 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงและเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ผักสด ผลไม้สด อาหารจำพวกหมักดอง อาหารรสจัด บุหรี่ และสุรา

4.6 การพักผ่อน ให้หยุดพัก 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทำงานเบา ๆ ไม่ยกของหนักหรือทำงานหนักเกินไป

4.7 ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดื่มน้ำมาก ๆ ปัสสาวะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ ไม่กลั้นปัสสาวะ รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกรีบมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลอักเสบ มีเลือดซึม ประจำเดือนมามากเกินไป 1 สัปดาห์ มีไข้ ปัสสาวะลำบาก มีเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย

4.8 อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ แผลผ่าตัดบวมแดง มีไข้

4.9 การมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อตรวจเช็ควาท่อนไขข้างที่เหลือยังดีอยู่หรือไม่ เพื่อวางแผนคุมกำเนิดหรือตั้งครรภ์ใหม่ต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวต่อที่บ้านมากขึ้น

อภิปรายผล

การตั้งครรภ์นอกมดลูกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์จากการเสียเลือดในช่องท้อง จึงเป็นภาวะวิกฤตที่ต้อง การดูแลรักษาพยาบาลเร่งด่วนและมีความยุ่งยากซับซ้อนพบข้อผิดพลาดได้บ่อยจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ไม่มีอาการเฉพาะ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงหรือไม่ขึ้นกับการคัดกรอง การประเมินอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการ จะทำให้วินิจฉัยแยกโรคได้รวดเร็ว โดยพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญของ ทีมที่พบและประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤตจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินสภาพวิเคราะห์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นและ ให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการประสานงานกับทีมการดูแล การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟู สภาพได้เหมาะสม⁴

การดูแลผู้ป่วยในระยะช็อก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤต ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันที ส่งผลให้ไตวายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ การพยาบาลที่สำคัญแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาตร และสารน้ำ เม็ดเลือดแดง ให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอด้วยการให้ออกซิเจนติดตามสัญญาณชีพ การทำงานของไตอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกและส่งเข้าห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ภายหลังผ่าตัดยังคงเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ ให้นยา กระตุ้น dopamine ซึ่งถือเป็นยา high alert drug พยาบาลต้องมีความรู้ในบริหารยา ประเมินความผิดปกติจากการได้รับยา เช่น การควบคุมยาโดยให้ได้ตามแผนรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ ปรับระดับยาจนผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะช็อก²

การดูแลด้านจิตใจภายหลังหลังตัดปีกมดลูกข้างขวาออก ต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ รับฟังและเปิดโอกาสให้พูดถึงการมีครรภ์ครั้งต่อไป เพื่อจะได้ทราบและประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลที่ทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้เนื่องจากไม่ได้ตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก เมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้นก็จะมีผลทำให้ส่วนที่ทารกฝังตัวอยู่แตก และทารกเสียชีวิตได้ ยังเหลือปีกมดลูกอีกหนึ่งข้างสามารถตั้งครรภ์ได้อีก แต่ต้องมีการตรวจปีกมดลูกข้างที่เหลือก่อน อายุยังน้อยมีโอกาสตั้งครรภ์ใหม่ได้ โดยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในระหว่างตั้งครรภ์ครั้งใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชกรรม ในการ ประเมิน การวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาที่มีความเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤติ การดูแลต่อเนื่องและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPg) ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ (CPG) ของการ ตั้งครรภ์นอกมดลูก
3. พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะการใช้เครื่องมือประเมิน early warning signs ภาวะช็อก เพื่อเฝ้าระวังและ รายงานแพทย์ได้รวดเร็วเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. อีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, อรวี ฉันทกานันท์. (2559). ครรภ์นอกมดลูก. ในอีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา ฉบับบอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 4.ลักษมีรุ่งจำกัด.
2. นุชจรินทร์ ทองโรจน์. (2563). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 128-141.
3. ปริญญาราชกิจ. (2560). การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาล ลำปางลายมาศ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ - สุรินทร์-บุรีรัมย์, 32 (1), 33-42
4. เพ็ญศรี ละอ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 172-186.
5. วิทยา ถิฐาพันธ์. (2559). ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. บริษัท พี.เอ.ลิวอิง จำกัด.
6. Walker JJ. (2017). Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 43(1), 76-86.