

การพยาบาลมารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา

Nursing Care of the high risk postpartum mother with surgical site infection after cesarean section : case study.

(Received: January 17,2024 ; Revised: January 25,2024 ; Accepted: February 3,2024)

อรอนงค์ โสมพลกรัง¹

Onanong Somponkrang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดและพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในมารดาครรภ์เสี่ยงสูง ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยคัดเลือกผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรังขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล รวบรวมจากเวชระเบียน วิเคราะห์จากการร่วมบทวนเคสกับสหสาขาวิชาชีพทีมการดูแลรักษาผู้ป่วย ปรีกษาแพทย์ด้วยเรื่อง แนวทางการรักษาต่างๆ วิเคราะห์ตามกรอบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากแพทย์ประเมินว่าปากมดลูกไม่พร้อมในการชักนำการคลอด ระยะรอผ่าตัดคลอด ระยะผ่าตัดคลอด และระยะหลังผ่าตัดคลอด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก หลังจำหน่ายกลับบ้านได้ 13 วัน ผู้คลอดรายนี้กลับมา Re-Admitted ด้วยอาการแผลผ่าตัดคลอดบวมแดง แยก และมีหนองออกจากแผล ได้รับการรักษาโดยการเปิดปากแผล เพื่อล้างแผลและเปิดทำแผลวันละ 1 ครั้ง ให้ยาฆ่าเชื้อต่อเนื่องเป็นเวลา 6 วัน แผลจึงแห้งดี แพทย์ทำการ Re-suture และจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด , ภาวะแทรกซ้อนในมารดาครรภ์เสี่ยงสูง

Abstract

The purpose of case study was to study guidelines for caring of postpartum mother with a surgical site infection and develop a surveillance system for surgical site infection in high risk pregnancy who under go cesarean section. This is a common complication and one of the high risk factors for surgical site infection. By selecting postpartum mother who had diabetes and chronic hypertension during pregnancy along with preterm premature rupture of membrane. Data were collected by interviewing patients and caregivers, collected from medical records, and analyzed by jointly reviewing cases with interprofessional patient care team. Consult doctor about various treatment options, Analyzed according to Gordon's health plan framework and practice nursing. Using the 5 - steps nursing process together with Orem's theory of self-care.

The result of the study found that this patient was treated by cesarean section because the doctor assessed that cervix was not ready to induce labour. The waiting period for pre - operation , intra operation and post operation no complication were found for both mother and baby. 13 days after being discharge, this patient return to Re - Admitted with symptoms of infection wound , swollen, the skin around wound was red , separated , and pus coming out of the wound. She was treated by opening the wound to debridement it and wet dressing once a day. Give antibiotics continuously for 6 days. So the wound become good. The doctor performs a re-suture and can be discharged home. No complication were found during care in hospital.

Keywords : Surgical site infection , High - risk pregnancy complications

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

บทนำ

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ โดยอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ กระบวนการผ่าตัด (ทั้งการเตรียมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด) และ สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด รวมถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง³

สำหรับในประเทศไทยมีการรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายการศึกษา ดังเช่น การศึกษาในโรงพยาบาล 10 แห่ง เมื่อปี ค.ศ. 2004 – 2005 มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 1.4 พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 0.9 นอกจากนี้ยังพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังขึ้นกับดัชนีความเสี่ยงของการติดเชื้อ โดยผู้ป่วยที่มีดัชนีความเสี่ยงปานกลาง (NNIH risk index=2) จะพบการติดเชื้อได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีความเสี่ยงน้อย (NNIH risk index=1) และผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยง (NNIH risk index=0) ตามลำดับ⁵

จากข้อมูลรายงานการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ปี 2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.17 ปี 2565 พบ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.55 และปี 2566 พบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.99 เนื่องจากการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วย และโรงพยาบาล เนื่องจากการรักษาการติดเชื้อแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมา Re- admitted และต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น โดยเป็นค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อ การล้างทำความสะอาดแผล และการผ่าตัดซ้ำ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติ คือ สูญเสียเวลาในการประกอบอาชีพ รวมทั้งอาจส่งผล

กระทบต่อชื่อเสียงและความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลด้วย หากรุนแรงอาจก่อให้เกิดความพิการถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นทีมการรักษาพยาบาลจึงควรมีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อลดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในผู้ป่วยลงตามนโยบายด้านความปลอดภัยในผู้ป่วย safety in surgery

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี สถานภาพสมรส คู่เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ รับจ้าง รับ refer จากโรงพยาบาลชุมชน วันที่ 13 กรกฎาคม 2566 เวลา 20.15 น. ด้วยอาการ มีน้ำเดินและเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประวัติการตั้งครรภ์ G2P1A0L1 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีภาวะแทรกซ้อนคือ chronic hypertension on methyldopa (250) 2 tab oral bid pc และ ASA (81) 2 tab oral OD , GDM A₂ on NPH 6 unit sc hs , Preterm Premature rupture of membrane , Obesity ได้รับ Dexamethasone 6 mg iv และ Ampicillin 2 gm iv จากโรงพยาบาลชุมชน ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเทพรัตนฯ เนื่องจากเกินศักยภาพในการรักษา แรกรับที่ห้องคลอด V/S BT 37.4 °C PR 110 /min RR 20 /min BP 140/83 mmHg SpO₂ 96 % weight 70 kgs DTX แรกรับ 97 mg% Height 149 cms BMI 31.83 kg/m² Cx dilatation 2 cms Effacement 50 % Station-2 Membrane Spontaneous Rupture Uterine contraction Interval 8 นาที Duration 20 วินาที FHS 150 /min ผล EFM category I แพทย์ประเมินว่าปากมดลูกไม่

พร้อมสำหรับการชักนำการคลอด จึงทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เวลา 23.28 น. ประมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 cc ใช้เวลาในการผ่าตัด 39 นาที หลังจากผ่าตัดคลอด แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซึ่ม หน้าท้องไม่มี guarding น้ำคาวปลาปกติ มีไข้ BT 37.8°C – 38.2°C 3 dose PR 100-110 /min RR 20-24 /min BP อยู่ระหว่าง 110/70 – 140/90 mmHg SpO₂ 97-99 % ท้องไม่เียด หลังคลอดสายสวนปัสสาวะสามารถปัสสาวะได้เองปกติ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 16 กรกฎาคม 2566 นัดติดตามอาการ ตรวจหลังคลอดวันที่ 26 กรกฎาคม 2566 มาตรวจตามนัดพบว่า แผลแยกและมี discharge ซึ่ม แพทย์ให้ทำแผลที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทุกวัน ยังมีน้ำสีขุ่นปนเลือดซึมจากแผลทุกวัน วันที่ 3 สิงหาคม 2566 มีน้ำสีขุ่นปนเลือดซึมออกมาจากแผลมากขึ้นจนชุ่มผ้าปิดแผล โรงพยาบาลชุมชนจึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ฯ Re-Admitted วันที่ 3 สิงหาคม 2566 แพทย์วินิจฉัย แผลผ่าตัดติดเชื้อ (Surgical wound infection) แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการปวดแผลระดับ 3 แผลมีน้ำสีขุ่นปนเลือดซึมชุ่มผ้าปิดแผลเปิดแผลพบว่าเป็นรูลึกประมาณ 1.5 ซม. แพทย์เปิดปากแผล ความยาวประมาณ 3 ซม. ทำ wet dressing วันละ 1 ครั้ง และให้ยาฆ่าเชื้อ ceftriaxone 2 gm OD และ metronidazole 500 Mg ทุก 8 ชั่วโมง ทำ Debridement with resuture วันที่ 8 สิงหาคม 2566 หลังจาก Re-suture แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึ่ม จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 9 สิงหาคม 2566

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 13 กรกฎาคม 2566

WBC 11.57 X 10³ /uL RBC4.94X10⁶/uL
HCT 42.3 % MCV 85.7 fl
MCH 29.8 pg MCHC 34.8 g/dl
Platelet count 128 X 10³ /ul
Neutrophil 82.6 % Lymphocyte 14.3 % Monocyte 1.7 %
Eosinophil 1.3 %
DTX 97 mg%

วันที่ 7 สิงหาคม 2566

WBC 4.37 X 10³ /uL RBC4.13X10⁶/uL
HCT 34.8 % MCV 84.2 fl
MCH 28.1 pg MCHC 33.4 g/dl
Platelet count 311 X 10³ /ul DTX 145 mg%
Neutrophil 44.3 % Lymphocyte 41 % Monocyte 10.9 %
Eosinophil 3.4 %

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)

Surgical wound infection

การผ่าตัดและการทำหัตถการ

1. cesarean section วันที่ 13 ก.ค 2566
2. Debridement & Re-suture วันที่ 8 ส.ค 66

การรักษาด้วยยา

- Ceftriaxone 2 gm IV OD
- Metronidazole 500 Mg IV ทุก 8 hr.
- Paracetamol (500) 1 tab oral ทุก 4-6 hr
- Aldomet (250) 2x2 oral ac.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรม การพยาบาล

จากการประเมินอาการและอาการแสดง ที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายในแต่ละระยะของการรักษาพยาบาลกรณีศึกษาเรื่องนี้ ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรม การพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะรอคลอด 1. มารดาและทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกเป็นระยะเวลานาน เป้าหมาย มารดาและทารกไม่มีการแสดงของการติดเชื้อ	1. สังเกตลักษณะสี กลิ่น และปริมาณของน้ำคร่ำ เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ 2. ตรวจร่างกายและตรวจทางทวารหนัก (ถ้าไม่จำเป็น) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ (อุณหภูมิ $\geq 38^{\circ}\text{C}$) ชีพจรเต้นเร็ว ($\geq 100/\text{min}$) 4. ประเมินเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อของทารก 5. ประเมินผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาว 6. ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7.ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันรักษาการติดเชื้อตามแผนการรักษา การประเมินผล หลังให้การพยาบาล ไม่พบอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อทั้งมารดาและทารก
2. ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บครรภ์เนื่องจาก การหดตัวของมดลูก เป้าหมาย มารดาสามารถเผชิญความ เจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม	1.อธิบายสาเหตุ กลไกการทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก 2.ดูแลจัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสมเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ มากที่สุด 3.จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย 4.ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้าด้วยผ้าชุบน้ำเย็น 5. สอนเทคนิคการควบคุมความเจ็บปวด ด้วยตนเอง ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การรบกวน ท้อง 6.พูดปลอบโยน อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดและให้กำลังใจ การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม ระดับ pain score 3 คะแนน
3.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด เป้าหมาย ทารกในครรภ์ปลอดภัย ไม่ได้รับ อันตรายขณะรอกคลอดและระยะคลอด	1.จัดทำมารดาอนตะแคง เพื่อส่งเสริมให้เลือดไหลไปเลี้ยงรกมากขึ้นและลดการกด บริเวณปากมดลูก 2.ทำ Electro fetal monitoring (EFM) แกรับเพื่อประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ 3.ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการผิดปกติขณะรอกคลอด 4.ดูแลการได้รับยา dexamethasone เพื่อส่งเสริมความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ ตามแผนการรักษา 5.ประเมินสัญญาณชีพมารดา และการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ ทุก 30 นาที 6.รายงานกุมารแพทย์และทีมพยาบาลดูแลทารกวิกฤติเพื่อเตรียมทีมและอุปกรณ์ช่วยชีวิต รับทารกในห้องผ่าตัด การประเมินผล ขณะรอกคลอด ไม่พบอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ ผลอ่าน EFM category I (ปกติ) เสียงหัวใจทารก 140 -150 ครั้ง/นาที
4.มีโอกาสดเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงหรือ น้ำตาลในเลือดต่ำ (hypo - hyperglycemia) จากภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ เป้าหมาย มารดามีระดับน้ำตาลในเลือด ปกติ	1.สังเกตและติดตามอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ชีพจร และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3.ติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเป็นระยะตั้งแต่ แรกรับ และก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด 4.ประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที ขณะรอส่งห้องผ่าตัด การประเมินผล มารดาไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ระดับน้ำตาล จากปลายนิ้ว 97 mg%
ระยะคลอด 5.มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยา ระงับความรู้สึก เป้าหมาย มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะ ได้รับยาระงับความรู้สึก	1.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย 2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และประเมินความยาก-ง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ 3.ติดเครื่อง monitor สัญญาณชีพและวัดระดับออกซิเจนในเลือดตลอดการผ่าตัด 4.Keep warm ผู้ป่วย ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ 5.จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler's position) ในกรณีที่ยังไม่รู้สึกรู้สีก่อน ราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 6.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 7.เมื่อตื่นดี กระตุ้นให้หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ไอ ขับเสมหะ หรือช่วยดูดเสมหะเพื่อลด การคั่งค้างของเสมหะป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ 8.ดูแลระบบไหลเวียน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 9.ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากผลของยาระงับความรู้สึก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล หลังให้การพยาบาล ไม่พบอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก
ระยะหลังคลอด 6.ปวดแผลผ่าตัดระดับรุนแรงเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง เป้าหมาย อาการปวดแผลทุเลาลง	1. ประเมินระดับความปวดของแผลผ่าตัด และดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 3. จัดให้อนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน 4. กระตุ้นการหายใจแบบพ่นคลาย (deep breathing exercise) 5. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ การประเมินผล อาการปวดทุเลาลงหลังได้รับยาบรรเทาอาการปวด pain score ลดลงจาก 8 คะแนน เหลือ 4 คะแนน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้
7. มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกมีการยืดขยายมากขณะตั้งครรภ์ เป้าหมาย ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 – 30 นาที ตามมาตรฐานจนสัญญาณชีพสม่ำเสมอ 2. ประเมินปริมาณเลือดออก (น้ำคาวปลา) หลังผ่าตัด 3. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดซึมผ้าปิดแผล 4. ตรวจการหดตัวของมดลูก 5. ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 6. สังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า – ออกจากร่างกาย การประเมินผล หลังให้การพยาบาลไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด
8. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ช่องท้องจากการผ่าตัดร่วมกับมีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วน เป้าหมาย แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ	ระยะก่อนผ่าตัด 1. หลีกเลี่ยงการขจัดขนบริเวณที่จะทำการผ่าตัด 2. ดูแลความสะอาดร่างกาย เช็ดตัวบนเตียง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ไม่สามารถอาบน้ำก่อนผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามแนวทางปฏิบัติได้ 3. ติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนผ่าตัดคลอด หากมากกว่า 200 mg% รายงานแพทย์เพื่อแก้ไข 4. เตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัดโดยฟอกทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ chlorhexidine gluconate ที่ละลายใน alcohol 5. ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ภายใน 120 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด ขณะผ่าตัด 1. ทีมการพยาบาลห้องผ่าตัดฟอกมือโดยใช้น้ำและสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ (alcohol-based handrub) ก่อนสวมถุงมือปราศจากเชื้อตามแนวทางปฏิบัติ 2. วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่อเนื่อง ดูแลไม่ให้ต่ำกว่า 80% 3. ดูแลความอบอุ่นของร่างกายขณะผ่าตัด 4. ปิดประตูห้องผ่าตัด งดการสัญจรในห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น 5. ควบคุมอุณหภูมิและความชื้นภายในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัด 1. สังเกตปริมาณเลือดที่ซึมผ้าปิดแผล ไม่เปิดแผลผ่าตัดก่อน ชั่วโมง 2. สังเกตลักษณะผิดปกติของแผลผ่าตัด ได้แก่ ลักษณะ บวม แดง ร้อน ปวด 3. ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 4. วัดอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการไข้ การประเมินผล ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังจำหน่ายกลับบ้าน 13 วัน
9. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง	1. วัดความดันโลหิตทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้และบรรยากาศรอบข้างที่เอื้อต่อการพักผ่อน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	3.ขอความร่วมมือจากญาติในการเข้าเยี่ยมเพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย 4.วางแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ ปฏิบัติการพยาบาลเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน 5.สังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกเสียดยอดอก หรือได้ขายโครง 6.ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Aldomet (250 mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เข้าและเย็น การประเมินผล คุมพบอาการแสดงนำของการชักและไม่พบอาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 - 150/80 mmHg
10.มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหลังจำหน่ายกลับบ้าน เป้าหมาย แผลผ่าตัดตอบสนองต่อการดูแลรักษาในทางที่ดีขึ้น อาการติดเชื้อลดลง	1.ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 2.สังเกตลักษณะของแผล ผิวหนังรอบแผล สีและปริมาณของ discharge ที่ออกจากแผล 3.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน 4.ดูแลด้านโภชนาการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 200 mg% 5.ส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลและดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย 6.ดูแลไม่ให้ผ้าปิดพันรัดแผลแน่นเกินไป เพื่อป้องกันการขัดขวางการไหลเวียนเลือดแดง 7.จัดให้อยู่ในท่าที่สบาย และการได้รับยาลดอาการปวดแผล 8.ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น 9.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที การประเมินผล หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 5 วัน แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์ทำการ Re-suture อาการปกติ กลับบ้านได้ในวันที่ 9 สิงหาคม 2566 โทรติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน แผลไม่มี discharge ชิม ไม่มีอาการปวดแผล มาตรวจตามนัดวันที่ 18 สิงหาคม 2566 ตัดไหมได้ แผลแห้งและดีดี
11.มีภาวะด้านมดคั่งเนื่องจากท้องตกการให้มบุตร เป้าหมาย ลดอาการคั่งคั่งด้านม	1.อธิบายเหตุผลที่ต้องงดให้มบุตรเนื่องจากได้รับยาปฏิชีวนะ metronidazole ที่สามารถขับผ่านทางน้ำนมได้ 2.ช่วยนวดเต้านม และสอนวิธีการนวดเต้านม 3.ช่วยประคบด้วยความร้อนและความเย็น 4.แนะนำการบีบน้ำนมทิ้ง 5.ดูแลให้ใส่เสื้อชั้นในที่เหมาะสม 6.ให้รับประทานยา Paracetamol (500mg) ทุก 4-6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด การประเมินผล อาการคั่งคั่งด้านมลดลง เต้านมนิ่มขึ้นสามารถบีบน้ำนมออกทั้งได้ ไม่มีอาการปวดเต้านม
12.มีความวิตกกังวลต่ออาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความกังวล 2.อธิบายถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น สาเหตุ และแผนการรักษา 3.ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย 4.บอกถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของแผล ทุกวันขณะทำแผลให้ผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย มีรอยยิ้มหลังจากแจ้งถึงลักษณะของแผลหลังได้รับการล้างแผลและเย็บแผลใหม่
13.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดซ้ำจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองต่อเรื่องที่บ้าน	1.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M = Medicine แนะนำการให้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด E = Environment แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเรียบร้อย T = Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา H = Health แนะนำการป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อซ้ำ เน้นการดูแลแผลผ่าตัด สังเกตผ้าปิดแผลทุกวันถ้ามีเลือดหรือหนองซึมให้รีบไปพบแพทย์ ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ห้ามแกะหรือเกาแผล O = Out patient การมาตรวจตามกำหนดนัด หรือมาก่อนกำหนดนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
	D = Diet แนะนำเรื่องโภชนาการ รับประทานอาหารโปรตีนสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารรสเค็ม และลดอาหาร/เครื่องดื่ม ที่มีรสหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามข้อสงสัย การประเมินผล ผู้ป่วยรับทราบคำแนะนำในการปฏิบัติตัว จากการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย ผู้ป่วยมาตรวจตามกำหนดนัด หลังตัดไหมที่แผลผ่าตัด แผลผ่าตัดติดดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนด้านสูตรอื่น ๆ

อภิปรายผล

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมการรักษาพยาบาลในทุกจุดที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน¹ จากการทบทวนกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายนี้ นอกจากมีความเสี่ยงสูงทางด้านสูตรที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยขณะตั้งครรภ์และการคลอด ต่อทั้งมารดาและทารกแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสูงด้วย คือ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคอ้วน และมีภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ ดังนั้นนอกจากการดูแลเพื่อเฝ้าระวังทางด้านสูตรแล้ว ยังต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนด้านอื่นด้วยอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม สาเหตุของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย⁵ เช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระยะเวลาการให้ยา Antibiotic ที่เหมาะสม ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การไหล

ของอากาศในห้องผ่าตัด การรักษาอุณหภูมิร่างกายในขณะผ่าตัด การละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อในห้องผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นต้น⁶ ซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวัง ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการต่อยอดในการสร้างเครื่องมือเพื่อช่วยในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เพื่อให้มีความสะดวกในการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังตามปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้รับบริการแต่ละราย
2. เพิ่มช่องทางในการติดตามข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านแล้วเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มมากขึ้น^{6,9}

เอกสารอ้างอิง

1. กัณธร มาลาธรรม และ ยงค์ รุ่งเรือง. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2660.
2. อีระ ทองสง. ตำราสูติศาสตร์ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชเชียงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: 2564.
3. นงเยาว์ เกษตรภิบาล. ความปลอดภัยในการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โชตนาพรินท์; 2561.
4. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัทยุทธินทรการพิมพ์จำกัด; 2548.
5. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวินิจัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
6. สมาคมควบคุมการติดเชื้อเอเซียแปซิฟิก (APASIC). แนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: <https://apsic-apac.org/wp-content/uploads/2019/02/APASIC-SSI-THAI-VERSION-JAN-2019.pdf>.

- 7.สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ และคณะ. การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก:
https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web.pdf
- 8.สุนันทา อรุณพงษ์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและคลอดก่อนกำหนดจากภาวะทารกเครียด ภาควิชาการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก:
<http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOHS/30052023.pdf>
- 9.สุวรรณชัย วัฒนาอังเจริญชัย และอภิชาติ วชิรพันธ์. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563