

พบว่าผู้คลอด 2 รายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติและสามารถกลับบ้านไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งกระบวนการ ทั้งหมดนี้ต้องอาศัยความพร้อม การปฏิบัติ การที่รวดเร็ว โดยทีมที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยลดผลกระทบต่องานชีวิตและสุขภาพ

Abstract

Postpartum hemorrhage is the most common birth complication and the leading cause of maternal mortality worldwide. Therefore, nurses caring for mothers in the postpartum period must be knowledgeable and competent in assessing risk factors for postpartum hemorrhage to prevent hemorrhage in the postpartum period. The purpose of this research was to study the nursing care of mothers with postpartum hemorrhage after abdominal cesarean section. Two mothers were compared risk factors, symptoms, signs, medical treatment, nursing diagnoses and nursing outcomes.

The results showed that the 1st case was 35 years old, the first pregnancy was GDMA1, the gestational age was 37+6 weeks, the first pregnancy had premature rupture of membrane, no labor pain, the active phase had no progression and needed to terminate the pregnancy by cesarean section. The 2nd case of years old, the first pregnancy, gestational age of 33+4 weeks, had twin pregnancy and preterm labor. At the period of treatment, the labor progress so rapidly then the doctor decided to terminate the pregnancy by caesarean section. From the study, it was found that both mothers had a late postpartum hemorrhage due to poor contraction of the uterus. There were different risk factors, and the first case had a shock. Both cases had guidelines for caring as follows: assess risk factors for postpartum hemorrhage, evaluate the leading symptoms of postpartum hemorrhage when blood loss occurred, assess uterine contractions, vital signs, signs & symptoms and maintain intravenous fluid, blood and blood components and add uterine stimulant drugs according to the doctor's treatment plan rapidly, including explaining the pathology and medical treatment to prepare the postpartum mother for procedures and medical treatment to stop bleeding and alleviate anxiety, using the concept of nursing process to provide nursing care. The results of the study showed that two mothers with late-stage postpartum hemorrhage were safe from the crisis and able to return home to live normally. All this process requires readiness and fast action with the effective team to safe postpartum mothers and minimizing the impact on life and health.

จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 มีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตร้อยละ 3 ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวและรัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก [7,8]

ถึงแม้ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายหลังอาจพบได้น้อยกว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที แต่ในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่ามีมารดาหลังคลอดภายหลัง เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU โดยไม่ได้วางแผนทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น⁹ เป็นต้น การประเมินปริมาณเลือดที่ออกส่วนใหญ่มักประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นจึงควรคู่อการทางคลินิกไปด้วย ถ้าหากมารดาหลังคลอดยังมีอาการเสียเลือด โดยที่ไม่ได้รับการรักษาที่อาจจะทำให้เกิดอาการช็อค ช็อก และเสียชีวิตในที่สุด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด ในการรวบรวมและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่

ตกเลือดหลังคลอด นำแผนการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติจริงกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง จำนวน 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม 120 เตียง ชั้น 5 โรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพฤติกรรม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตลอดจนการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 35 ปี ครรภ์แรก GA 37+6 wks. with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM มาด้วยอาการ 1 ชม. ก่อนมา มีน้ำเดิน ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์ ฝากครรภ์ 10 ครั้ง ที่คลินิกฝากครรภ์ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ ตรวจครรภ์ HF= 3/4 above

umbilicus vertex presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที่ estimate fetal weight 3,000 grams. PV = cervical dilatation 2 cm. effacement 50% station -1, Membrane leak= clear แพทย์พิจารณาให้คลอด Cytotec 1/8 vaginal sp. และให้ RLS 1000 ml + synto 10 unit rate 20 ml/hr. titrate until good contraction พบว่าระยะ Active phase ไม่มีความก้าวหน้า แพทย์พิจารณา set OR fast track for C/S due to CPD estimate blood loss 500 ml. ได้ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,850 กรัม apgar score 9, 10, 10 ทารกย้ายตามมารดาหลังคลอด มารดามดลูกหดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina หลังคลอด 48 ชม. มารดามีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ มีเลือดออกทางช่องคลอดสีแดงสด ชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืนใน 1 ชั่วโมง และ ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ในชั่วโมงที่ 2 ปริมาณเลือดออกรวมประมาณ 400-500 ซีซี มีใจสัน แขนหน้าอก หายใจไม่อิ่ม สัญญาณชีพ T= 36.5 °c, PR = 140 ครั้ง/นาที่, RR = 22 ครั้ง/นาที่ BP = 96/81-92/57 mmHg, Hct = 35 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 41 vol%) แพทย์พิจารณาให้ Load RLS 500 ml then RLS 1000 ml rate 40 ml/hr และ RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 80 ml/hr. ultrasound bed side ไม่พบเศษรกค้าง PV พบ blood clot ประมาณ 50 ซี ซี หลังให้ น้ำเกลือ และยากระตุ้น มดลูกหดตัวดี แต่ยังมีอาการใจสัน แขนหน้าอกเล็กน้อย จึงส่งปรึกษา cardio med ให้การรักษา Adenosine 6 mg. iv stat, Monitor EKG, Trop T at 0, 3 hr. พบว่าปกติ และมี electrolyte imbalance แพทย์จึงให้ E.

KCL 30 ml ทุก 3 hr. และ 50% MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml iv drip in 4 hr. x 3 day แพทย์วินิจฉัย Cesarean section due to CPD with late postpartum hemorrhage due to uterine atony with hypovolemic shock with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน

กรณีที่ 2 หญิงไทยอายุ 28 ปี ครรภ์แรก GA 33+4 wks. with twin DCDA with preterm labour มาด้วยอาการ 2 ชม. ก่อนมามีน้ำเดิน ร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดไม่สม่ำเสมอ ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ที่โรงพยาบาล ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ ตรวจครรภ์ HF = 2/4 above umbilicus vertex/breech presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที่ estimate fetal weight 2100/1,600 grams. Uterine contraction = duration 40 sec. Interval 10 min. PV = cervical dilatation os close, effacement 0% station -2, Membrane rupture= clear แพทย์ให้ยับยั้งการคลอดด้วย nifedipine ทุก 4 ชั่วโมง พบมีภาวะเจ็บครรภ์คลอด PV = cervical dilatation 7 cm., effacement 100% station +1, Membrane rupture= clear แพทย์พิจารณา set OR fast track for C/S due to twin (breech, Vertex) ได้ทารกแฝด 1 เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,000 กรัม apgar score 8, 9, 9 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ ทารกแฝด 2 เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,340 กรัม apgar score 7, 6, 10 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ มีภาวะ postpartum

hemorrhage due to uterine atony estimate blood loss 1,000 ml. ได้ cytotec 4 tab rectal suppo ในห้องผ่าตัด หลังคลอดมารดาคลุกหดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina 6 วันหลังคลอด มารดาไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดสีแดงสดมาก ชุ่มผ้าอนามัย ประมาณ 200 ซีซี ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียน สัญญาณชีพ T=36.7 °c, PR = 78 ครั้ง/นาที, RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 114/68-106/62 mmHg, Hct = 32 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 33 vol%) แพทย์พิจารณาให้ RLS

1000 ml + synto 20 unit rate 120 ml/hr., cytotec 4 tap rectal suppo., Methergin 0.2 mg iv และ ultrasound bed side พบ blood clots ประมาณ 2 cm. แพทย์จึง manual vacuum aspiration (MVA) ได้ blood cot ประมาณ 50 ซีซี แพทย์วินิจฉัย Cesarean section due to twin (vertex/breech) with preterm with early postpartum hemorrhage due to uterine atony with late postpartum hemorrhage due to retained blood clots รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 9 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	1 ชม. ก่อนมามีน้ำเดิน ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์	2 ชม. ก่อนมามีน้ำเดิน ร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดไม่สม่ำเสมอ
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	Primigravida GA37 ⁺⁶ wks. with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM	Primigravida GA33 ⁺⁴ wks. with twin DCDA with preterm labour with PPROM
ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	ครรภ์แรก GA37+6 wks. LMP 4 พ.ค. 64 EDC 10 ก.พ. 65 ฝากครรภ์ 10 ครั้ง ที่คลินิกฝากครรภ์ ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ ปกติ ยกเว้นการตรวจเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบ 50 gm GST =260 mg/dl, OGTT = 94, 255, 194, 172 mg/dl แพทย์วินิจฉัย GDMA1	ครรภ์แรก GA33+4 wks. LMP จำไม่ได้ EDC 15 มี.ค. 65 ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ที่โรงพยาบาล ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ ปกติ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วย ของบุคคลในครอบครัว	บุคคลในครอบครัว สุขภาพแข็งแรง	บุคคลในครอบครัว สุขภาพแข็งแรง
ประวัติการแพ้ยา สารเคมี อาหาร และสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยาสารเคมี แพ้อาหาร และการใช้สารเสพติด	แพ้ยา sulfa มีอาการผื่นขึ้น ตามลำตัว ปฏิเสธการแพ้อาหาร และการใช้สารเคมี
อาการแรกเริ่ม	รับใหม่วันที่ 28 มกราคม 2565 เวลา 23.30 น. ไม่มีอาการ เจ็บครรภ์ ตรวจครรภ์ HF= 3/4 above umbilicus vertex presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที estimate fetal weight 3,000 grams. PV = cervical dilatation 2 cm. effacement 50% station -1, Membrane leak= clear	รับใหม่วันที่ 29 มกราคม 2565 เวลา 05.00น. มีอาการเจ็บครรภ์ ตรวจครรภ์ HF= 2/4 above umbilicus vertex/breech presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที estimate fetal weight 2100/1,600 grams. Uterine contraction= duration 40 sec. Interval 10 min. PV = cervical dilatation os close, effacement 0% station - 2, Membrane rupture= clear
ประวัติการคลอด	คลอด C/S with CPD วันที่ 28 มกราคม 2565 เวลา 14.57 น. Estimate blood loss 500 ml. ได้ทารกเพศ ชาย น้ำหนักแรก เกิด 2,850 กรัม apgar score 9, 10, 10 ทารกย้ายตามมารดา หลังค ลอกมารดามดลูกหดรัดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina	คลอด C/S with twin (vertex/ breech) with preterm with post- partum hemorrhage due to uter- ine atony วันที่ 29 มกราคม 2565 เวลา 11.21 น. Estimate blood loss 1,000 ml. ได้ cytoec 4 tab rectal suppo ในห้องผ่าตัด มารดา มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina ได้ทารก แฝด 1 เพศ ชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,000 กรัม apgar score 8, 9, 9 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดวิกฤติ ทารกแฝด 2 เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,340 กรัม apgar score 7, 6, 10 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดวิกฤติ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรค ครั้งสุดท้าย	Primigravida GA37+6 wks. Cesarean section due to CPD with late postpartum hemorrhage due to uterine atony with hypovolemic shock with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM	Primigravida GA33+4 wks. Cesarean section due to twin (vertex/breech) with preterm with early postpartum hemorrhage due to uterine atony with late postpartum hemorrhage due to retained blood clots
สาเหตุของการตกเลือด หลังคลอด	สาเหตุเกิดจาก มดลูกหดตัว ไม่ดี (uterine atony) บ้างก็เสี่ยง คือ มีภาวะเจ็บครรภ์ในระยะ Active phase ยาวนาน และได้รับ ยากระตุ้นการหดตัวของ มดลูก ดังนี้ Cytotec 1/8 และ synto 10 unit	สาเหตุเกิดจาก ก้อนเลือดค้าง (Retained blood clots) บ้างก็ เสี่ยง คือ มีการตั้งครรภ์ twin ชนิด DCDA โดยมีรก ก้อนน้ำคร่ำ และเยื่อหุ้มทารกแยกจากกัน และมีประวัติการตกเลือดหลัง คลอดที่ห้องผ่าตัด
อาการและอาการแสดง ของการตกเลือด หลังคลอด	หลังคลอด 48 ชม. มารดามี อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ มี blood loss 400-500 ซีซี มีใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม สัญญาณชีพ T=36.5 °c, PR= 140 ครั้ง/นาที, RR= 22 ครั้ง/นาที BP= 96/81-92/57 mmHg, Hct = 35 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 41 vol%)	6 วันหลังคลอดมารดามีเลือด ออกทางช่องคลอดสีแดงสดมาก ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ไม่มีอาการ ปวดท้อง มีอาการวิงเวียน สัญญาณชีพ T=36.7 °c, PR= 78 ครั้ง/นาที, RR= 20 ครั้ง/นาที BP= 114/68-106/62 mmHg, Hct = 32 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 33 vol%)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษาภาวะ ตกเลือดหลังคลอด	- Hct stat - Blood for CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'Lyte, G/M - Load RLS 500 ml then RLS 1000 ml v 40 ml/hr	- Hct stat - Blood for CBC, PT, PTT, INR, AST, ALT, G/M PRC 4 U, FFP 4 U. - RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 120 ml/hr.

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษาภาวะ ตกเลือดหลังคลอด	- RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 80 ml/hr. - Ultrasound Bed side - Retained foley cath - consult cardio med - Adenosine 6 mg. iv stat - Monitor EKG - Trop T at 0, 3 hr. - EKCL 30 ml ทุก 3 hr. - 50% MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml iv drip in 4 hr. x 3 day	- cytotec 4 tap rectal suppo. - Ultrasound Bed side - Retained foley cath - Methergine 0.2 mg iv - MVA + tissue patho - Pethidine 25 mg. iv - valium 10 mg. iv - transamin 500 mg. iv q 6 hr. x 4 dose

จากการประเมินภาวะสุขภาพตาม
แบบแผนทาง ด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของ
กอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลได้ ดังนี้

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 2
1. มีภาวะช็อก เนื่องจาก ร่างกายสูญเสีย เลือดและน้ำ ออกจากร่างกาย จากการตกเลือด หลังคลอด	1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนกว่าจะ stable เพื่อประเมิน ความรุนแรงของการเสียเลือด 2. สังเกตอาการซีดโดยดูลักษณะ ของสีผิวหน้า สีเล็บ เยื่อตา 3. สังเกตและบันทึกปริมาณ เลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 นาที x 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที x 1 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 8 ชั่วโมงและ ทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง 4. เตรียมเครื่อง Ultrasound 5. ดูแลการ ได้สารน้ำเข้าสู่ ร่างกาย ดังนี้ - RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 80 ml/hr. - Load RLS 500 ml then RLS 1000 ml v 40 ml/hr.	1. มีโอกาส เกิดภาวะช็อก เนื่องจากร่างกาย สูญเสียเลือด และน้ำออกจาก ร่างกายจาก การตกเลือด หลังคลอด	1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่คืนตัวที่ ยอดมดลูกทันที 2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคา สายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะ ว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการ หดตัวของมดลูก 3. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับ ความรู้สึกตัว พร้อมบันทึก ทุก 15 นาทีเพื่อประเมินอากาศเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอด 5. ดูแลการ ได้สารน้ำเข้าสู่ร่างกาย ดังนี้ - RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 120 ml/hr.

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 2
	6. Hct stat then 7. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'Lyte, G/M 8. ดูแลให้ได้รับ O2 mask with bag 10 liter/min และ monitor O2 sat 9. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง 10. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้ กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 11. รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบอาการดังนี้ -ชีพจรเบาเร็ว >100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg - หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน -มีอาการของเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก - มดลูกหดตัวไม่ดี - ปริมาณเลือดซุ่มฝ่ออนามัยมากกว่า 1 ฟัน/1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ฟัน ใน 4 ชั่วโมง <u>ประเมินผลหลังให้การพยาบาล</u> ผู้ป่วยมีการหดตัวของมดลูกดี มีเลือดออกทางช่องคลอด ประมาณ 50 ซีซีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที		6. จัดทำนอนราบและให้ O2 mask with bag 10 lite/min 7. ดูแลให้ได้รับยา Methergine 0.2 mg. ตามแผนการรักษา 8. เตรียมเครื่อง Ultrasound 9. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'Lyte, G/M 10. ดูแลช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ MVA 11. ประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะเพื่อการเปลี่ยนแปลง 12. รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบอาการดังนี้ -ชีพจรเบาเร็ว >100 หรือ < 60 ครั้ง/นาทีความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg - หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน -มีอาการของเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก - มดลูกหดตัวไม่ดี - ปริมาณเลือดซุ่มฝ่ออนามัยมากกว่า 1 ฟัน/1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ฟัน ใน 4 ชั่วโมง <u>ประเมินผลหลังให้การพยาบาล</u> ผู้ป่วยมีการหดตัวของมดลูกดีมีเลือดออกทางช่องคลอดซุ่มฝ่ออนามัย 1 ฟัน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 118/75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 2
มีภาวะเสีสมดุล ของอิเล็กโตรไลต์ จากการตกเลือด หลังคลอด ข้อมูล สนับสนุน K = 3.24 mmol/l Mg = 1.27 mg/dl	1. สังเกตอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด 2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ระวังอุบัติเหตุ 4. แนะนำญาติให้จัดหา ผลไม้ที่มีโปตัสเซียม แมกนีเซียมสูง ให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น กล้วย อุ่น 5. บันทึกสารน้ำเข้าออก 6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของ แพทย์ - EKCL 30 ml ทุก 3 hr. - 50% MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml iv drip in 4 hr. x 3 day 7. ติดตามผลอิเล็กโตรไลต์ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ sinus tachycardia 1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม รายงานแพทย์เมื่อมีอาการ 2. ติดตามประเมินผล ชีพจรและผล EKG 3. ดูแลให้ได้รับยา Adenosine 6 mg. iv stat 4. ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียงเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 5. ติดตามผลอิเล็กโตรไลต์ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจประเมินผลหลังให้การพยาบาลหลังได้รับการดูแลแก้ไขภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ พบว่าผลทั้งสองอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยมีค่า K = 4.3 mmol/l ค่า Mg = 2.12 mg/dl และผล EKG ไม่มีsinus tachycardia	มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้แรงดูดสุญญากาศนำชิ้นส่วนออกจากโพรงมดลูก (manual vacuum aspiration (MVA)) 1. ประเมินสภาพและสังเกตปริมาณของเลือดที่ออกจากช่องคลอด และอาการชีวิต 2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ระวังอุบัติเหตุ 4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ดังนี้ - transamin 500 mg. iv q 6 hr. x 4 dose <u>ประเมินผลหลังให้การพยาบาล</u> หลังให้การดูแลรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด และไม่พบภาวะติดเชื้อทางช่องคลอด	

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 2
ทางการพยาบาล		ทางการพยาบาล	
ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล จากภาวะตกเลือดหลังคลอด และต้องได้รับการรักษา	- อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพ และการรักษาพยาบาล - เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถาม ปัญหา รับฟังด้วยความตั้งใจ - แนะนำทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจในการรักษา ที่มีประสิทธิภาพ - อธิบายเรื่องสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย ในการรักษาประเมินผล หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนไว้ว่าจะตัดสินใจผ่าตัดตั้งแต่แรกใน ครรภ์ต่อไป ค่าคะแนน ST- 5 ก่อนทำกิจกรรมได้ 5 คะแนน หลังทำกิจกรรมได้ 3 คะแนน	ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล จากภาวะตกเลือดหลังคลอดและต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น - อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพและ แนวทางการรักษาพยาบาล - เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถาม ปัญหา รับฟังด้วยความตั้งใจ - แนะนำทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล - อธิบายเรื่องสิทธิการรักษาและ ค่าใช้จ่าย ในการรักษา	
		ประเมินผลหลังให้การพยาบาล	
		ผู้ป่วยบอกว่า ตอนแรกกังวลเรื่อง ตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะเกิดภาวะนี้ขึ้น อีกมากน้อยแค่ไหน แต่หลังจากได้ ฟังคำอธิบายทำให้สบายใจขึ้นและ จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ค่าคะแนน ST- 5 ก่อนทำกิจกรรมได้ 5 คะแนน หลังทำกิจกรรมได้ 3 คะแนน	

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะหลังทั้ง 2 กรณี มีความรุนแรงของภาวะ ตกเลือดแตกต่างกัน การให้การพยาบาลจึง แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาถึง ปัจจัยเสี่ยงสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาและการทำ หัตถการ อธิบายได้ว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มี ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลังร่วมกับ มีภาวะ hypovolemic shock จากมดลูกหด รัดตัวไม่ดี จากความเสี่ยงมีภาวะเจ็บครรภ์ ในระยะ Active phase ยาวนาน และได้รับ ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกขณะ รอคอยทำให้กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรง ซึ่งในรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยากระตุ้น

การหดตัวของมดลูก คือ syntocinon แต่ยังมี อาการของภาวะ hypovolemic shock คือใจเต้น แน่นหน้าอกเล็กน้อย และผล electrolyte imbalance ทำให้ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบทความของจิราวัฒน์ วิณาลัยนากุล[10] เรื่องภาวะผิดปกติที่ พบบ่อยในระหว่างการคลอด:การนำไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลโดยได้เขียนไว้ว่า ผู้คลอดที่มีการคลอดยาวนานในช่วงที่ปากมดลูก เปิดขยายเร็ว (prolong active phase) มักจะมีความเสี่ยงสูงในการชักนำการคลอด การคลอดทางช่องคลอดโดยใช้สูติศาสตร์ หัตถการ ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ ภาวะ ตกเลือดหลังคลอด และการประเมินสภาพ

ทารกแรกเกิดมีค่าคะแนนต่ำ[11] และในกรณีศึกษา รายที่ 2 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีและมีการตกเลือดหลังคลอดระยะหลังจากการค้ำของ blood clots จากความเสี่ยงตั้งครรภ์แฝด ชนิด DCDA โดยมีรก ถุงน้ำคร่ำ และเยื่อหุ้มทารก แยกจากกัน ทำให้มีผลที่มดลูกเพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งรายนี้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก คือ syntocinon, cytotec และ methergine ร่วมกับได้รับหัตถการ manual vacuum aspiration ทำให้ได้รับการรักษาและนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร เสงประเสริฐ[12] ที่ได้ทำการศึกษามารดาตั้งครรภ์ที่ 3 ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ได้รับยาป้องกันการชัก คือ แมกนีเซียมซัลเฟต ยาลดความดันโลหิต ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะเร่งด่วนที่สำคัญทั้งในระยะแรกและระยะหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือดในระยะหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกและยังอาจเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงเวลาของการพักฟื้นในหอผู้ป่วยจนกลับบ้าน ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดีในช่วงระยะเวลานี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่ามารดา

หลังคลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะตกเลือด หลังคลอดระยะหลัง จากการที่มดลูกหดตัวไม่ดี และมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ซึ่งการช่วยเหลือและแก้ไขได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ทั้งในเรื่องของการประเมินอาการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ รวมถึงการอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการรักษาพยาบาล เพื่อคลายความกังวล ทำให้มารดาหลังคลอด 2 รายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลังปลอดภัยจากภาวะวิกฤติและสามารถกลับบ้านไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ต้องอาศัยความพร้อม การปฏิบัติ การที่รวดเร็ว โดยทีมที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยลดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานหลังคลอดควรมีแบบประเมินความเสี่ยงภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยเฝ้าระวังในรายที่มีความเสี่ยงตกเลือด
2. ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงาน ในการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีรูปแบบการให้คำแนะนำกับมารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
3. ควรจัดระบบ emergency respond team เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและทันทั่วทั้งทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2014). WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data.
2. กรมอนามัย-กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติการตายและสาเหตุการตายของมารดาทั่วประเทศไทย.<http://dashboard.anamai.moph.go.th>.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. นนทบุรี.
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2564). อัตราส่วนการตายมารดาไทย. <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1409>.
5. ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. <http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-ofPostpartum-Hemorrhage.pdf>.
6. Florida Perinatal Quality Collaborative. (2015). Florida Obstetric Hemorrhage Initiative Toolkit: A Quality Improvement Initiative for Obstetric Hemorrhage Management.
7. Carroll, M., Daly, D. and Begley, C.M. (2016). The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartumhemorrhage: asystematicreview. BMC Pregnancy and Childbirth,16(1), 261.
8. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 33(2), 121-133.
9. Lim, P.S. (2012). Uterine Atony: Management Strategies. www.intechopen.com.
10. จีราวัฒน์ วิณาลัยกุล.(2561).ภาวะผิดปกติที่พบบ่อยในระหว่างการคลอด:การนำไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาล.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม,19(37),135-147.
11. Abraham, W. & Berhan, Y. (2014).Predictors of labor abnormalities in university hospital : unmatched case control study. BMC Pregnancy and Childbirth. 14(256): 1-11. Retrieved March 19, 2018, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/256>
12. สมพร เสงประเสริฐ.(2563).กรณีศึกษา:การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และตั้งครรภ์แฝด ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี,2(3),75-93.