

การพยาบาลผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว: กรณีศึกษา Nursing care of Postpartum Hemorrhagic due to Uterine atony : case study

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 8,2024 ; Accepted: March 9,2024)

เพ็ญจันทร์ ธรรมเกษร¹

Penchan Thammakason¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว กรณีศึกษา 2 รายเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกผู้คลอดที่มีตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วย และจากญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงลาว อายุ 32 ปี G₂P₁A₀L₁ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ by ultrasound เจ็บครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง เจ็บครรภ์คลอดทุก 5 นาที นาน 1 นาที มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี ทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,200 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร 1 ชั่วโมงหลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,000 มิลลิลิตร รวม 1,500 มิลลิลิตร นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 24 ปี G₁P₀A₀L₀ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ท้องป็นแข็ง ครั้งละน้อยกว่า 2 นาที ไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับมีน้ำเดิน คลอดทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 4,050 กรัม ใช้วิธี Active management มีเลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร รกคลอดมีเลือดออกทันที 500 มิลลิลิตร หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ปากมดลูกฉีกขาด เสียเลือดรวมเป็น 1,000 มิลลิลิตร นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว

ABSTRACT

This study was case study aimed to study and compare nursing care for postpartum hemorrhage caused by uterine contractions. Two case studies, purposively selected. We selected birth recipients who had postpartum hemorrhage due to uterine contractions. 2 patients receiving treatment at Kalasin Hospital. Data were collected from patient medical records, from patients, and from relatives. Determine nursing diagnosis using Gordon's 11 health model concepts. Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate nursing results.

Results: Case study 1: Lao woman giving birth, age 32 years, G₂P₁A₀L₁, gestational age 39 weeks by ultrasound, labor pains 2 hours before coming to the hospital, labor pains every 5 minutes for 1 minute, mucus bleeding from the vagina, no water, child struggling. Good, the baby is a girl. Birth weight 3,200 grams, using active management method, bleeding before birth of placenta 500 ml. 1 hour after normal birth, uterine contractions were poor, blood loss 1,000 ml., total 1,500 ml. stayed in hospital for 3 days. Case study 2: A 24-year-old Thai woman giving birth, G₁P₀A₀L₀, with a gestational age of 39 weeks, 4 days, and 4 hours before coming to the hospital. Her stomach was hard, lasting less than 2 minutes at a time, irregularly, along with water passing through. Giving birth to a female baby Birth weight was 4,050 grams. Using Active Management, there was 500 ml. of bleeding before the placenta was born. The placenta bleeds immediately 500 ml. After normal birth, there was poor uterine contraction. Cervical tear lost a total of 1,000 milliliters of blood and was hospitalized for 2 days.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Keywords: postpartum hemorrhage Uterine atony
บทนำ

การตกเลือดในสุติกรรมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและอันตรายที่สุดของการคลอดบุตร การตกเลือดหลังคลอด (PPH) หมายถึง การสูญเสียเลือดผ่านทางช่องคลอดโดยประมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ขึ้นไป หรือการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดโดยประมาณมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก คือ เลือดออกที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในขณะที่การตกเลือดหลังคลอดระยะที่สองมีลักษณะเป็นเลือดออกที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด¹

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5-10 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบมากที่สุดคือ ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว (Uterine atony) ซึ่งพบมากถึง 70% ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด สำหรับสถิติการตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2564-2566 พบร้อยละ 1.01, 0.96, และ 1.24 ตามลำดับ²

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage : PPH) เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้บ่อยที่สุดของผู้ป่วยสุติกรรม แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการหรือยาใหม่ๆ มาใช้เพื่อลดปัญหาการตกเลือดหลังคลอด อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงสาเหตุ การป้องกันและการดูแลที่เหมาะสมจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดลดลง ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดทุกคนจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือป้องกัน และลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของการตกเลือดหลังคลอดและให้ผู้คลอดปลอดภัย ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemic ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดรวมการเสียเลือดช่วงที่เจ็บครรภ์คลอดด้วย (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-

2564) เกือบหนึ่งในสามของการผ่าตัดทำคลอดจะมีการเสียเลือดมากกว่า 1000 มิลลิลิตร การประมาณการเสียเลือดทางคลินิกมักจะน้อยกว่าการเสียเลือดจริงประมาณครึ่งหนึ่ง³ พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยคาดว่าจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 4 นาที ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอดในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก⁴ ประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 มีอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 39.18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนและสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 12.9⁵

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในการทำให้มารดาเสียชีวิตเช่นเดียวกับรายงานขององค์การอนามัยโลก ข้อมูลจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราการได้รับเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และอัตราการตัดมดลูกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรงระดับสูง ในกลุ่มงานผู้คลอด ถือว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นกลุ่มโรคสำคัญ เป็นความท้าทาย และประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้คลอดได้เข้าถึงและเข้ารับบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตามความเหมาะสม มีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ โดยการดูแลที่ยึดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง และการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา การเลี้ยงดูทารกในระยะหลังคลอด และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับทารกหลังคลอด ดังนั้น การเฝ้าระวังก่อนที่จะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้ว สิ่ง

สำคัญลำดับต่อไป คือ การดูแลช่วยเหลือให้ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดตัว

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดตัว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน กันยายน 2565 - มกราคม 2566 จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วย และจากญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบ แผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้คลอดหญิงลาว อายุ 32 ปี G₂P₁A₀L₁ 39 สัปดาห์ by ultrasound หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 10 กันยายน 2565 เวลา 18.10 น. ไม่ได้ฝากครรภ์ ส่วนสูง 152 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 25.97 กิโลกรัม/เมตร² แรกรับเวลา 18.00 น. ให้ประวัติเริ่มเจ็บครรภ์ เวลา 16.00 น. ไม่มีน้ำเดิน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/68 มิลลิเมตรปรอท Hct 30.5 Vol% ตรวจภายในแรกรับ ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร คลอดปกติ เวลา 18.13 น. ไม่มีแผลฝีเย็บ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,200 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500

มิลลิเมตร เวลา 19.00 น. หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,000 มิลลิเมตร รวม 1,500 มิลลิเมตร Hct stat 24 vol% รายงานแพทย์เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิเมตรผสม Oxytocin 20 unit rate 60 cc/hr. Retain Foley's catheter จอง PRC 2 Units คล้ามดลูกไม่กลมแข็งขนาดคลึงมดลูกให้ อัตราการเต้นของชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ให้ Cytotec 4 tabs ทางทวารหนัก คลึงขนาดมดลูกให้แข็งตัวลักษณะเป็นก้อนกลมไม่พบเลือดออกเพิ่มเติมตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ร่วมกับประเมินอาการผู้คลอดไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 86-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/86 -120/70 มิลลิเมตรปรอท ตรวจอัลตราซาวด์ไม่พบเศษรกค้างได้รับ PRC 1 unit ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ย้ายไปแผนกหลังคลอดโดยรถนอนพร้อมพยาบาล เวลา 20.30 น. การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น labour pain การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Spontaneous delivery with postpartum hemorrhage with uterine atony วันที่จำหน่าย วันที่ 13 กันยายน 2565 เวลา 11.00 น.รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 24 ปี G₁P₀A₀L₀ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วันฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล จำนวน 10 ครั้ง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ส่วนสูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 31.24 กิโลกรัม/เมตร² รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 1 มกราคม 2566 เวลา 00.56 น. ให้ประวัติ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ท้องบวมแข็งครั้งละน้อยกว่า 2 นาที ไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับมีน้ำเดินเวลา 20.00 น. มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท HF 32 cm. FHS 150 ครั้งต่อนาที PV cx 3 cm, 100%



-2, l=4 นาที D =50 วินาที MR ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที เวลา 03.40 น. PV 10 cm. eff. 100% station +1 คลอดปกติตัดฝีเย็บด้านขวา ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 4,050 กรัม Apgar score 9,10,10 มีเลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิตร รกคลอดมีเลือดออกทันที 500 มิลลิตร หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือดรวมเป็น 1,000 มิลลิตร ตรวจพบปากมดลูกฉีกขาดที่ตำแหน่ง 9 นาฬิกา เย็บซ่อมแซมปากมดลูก คล้ามดลูกไม่หดตัว ให้ Cytotec 4 tabs ทางทวารหนัก ช่วยคลี่คลายมดลูก อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตร

ปรอท ได้รับ Methergin 0.2 mg. IV, Acetar 1,000 ml iv load Retain Foley's catheter ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80- 110/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที Hct stat 25 vol% ให้ PRC 1 U ย้ายไปดูแลที่แผนกหลังคลอดโดยรณอนพร้อมพยาบาล เวลา 06.00 น.วันที่จำหน่าย วันที่ 3 มกราคม 2566 เวลา 14.00 น.รวมจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 2 วัน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้คลอดหญิงลาว อายุ 32 ปี G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ by ultrasound ไม่ได้ฝากครรภ์ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Spontaneous delivery with postpartum hemorrhage with uterine atony 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอดทุก 5 นาที นาน 1 นาที มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ถึงห้องคลอด ปากมดลูกเปิด 10 cms. หลังคลอดทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,200 กรัม มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือดรวม 1,500 มิลลิตร ได้ PRC 1 unit จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่า เสียเลือดรวม 1,500 มิลลิตร ถือว่าเป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach: Tone, Trauma, Tissue, Thrombin" พบว่าผู้ป่วยรายนี้สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดน่าจะเกิดจากความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก (Tone)	ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 24 ปี G ₁ P ₀ A ₀ L ₀ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วันฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล จำนวน 10 ครั้ง การวินิจฉัยเบื้องต้น Spontaneous delivery with postpartum hemorrhage with uterine atony with cervical tear 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ท้องป็นแข็ง ร่วมกับมีน้ำเดิน หลังคลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 4,050 กรัม มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี ร่วมกับการฉีกขาดของปากมดลูก เสียเลือด 1,000 มิลลิตร ได้ PRC 1 unitจากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ เสียเลือดรวม 1,000 มิลลิตร เป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach: Tone, Trauma, Tissue, Thrombin" พบว่าผู้ป่วยรายนี้สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดน่าจะเกิดจากความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก (Tone) ร่วมกับการฉีกขาดของปากมดลูก (Trauma)

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากร่างกายสูญเสียเลือดและ	1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี ควรวัดที่ยอดมดลูกทันที โดยวางมือเหนือหัวเหน่า อีกมือข้างวางที่ยอดมดลูกวัดคลี่ที่ยอดมดลูกเบาๆ ด้วยปลายนิ้วจนกว่าจะแข็ง	1.บันทึกสัญญาณชีพ ทุก15นาทีจนกว่าปกติคงที่ภายหลังคลอด จากนั้นบันทึกทุก 1 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 2. เปิดเส้นเลือดอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
น้ำออกจากร่างกาย	2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการ	18 ให้สารน้ำเป็น Acetar 1,000 cc. Load และจงเลือด 2 unit
	<p>ขีดขวางการหดตัว</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวพร้อมบันทึก ทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอด และประเมินการฉีกขาดของช่องคลอดบริเวณแผลฝีเย็บ</p> <p>5. เปิดเส้นเลือดดำอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์ 18 ให้สารน้ำเป็น Acetar 1,000 cc. Load และจงเลือด 2 unit</p> <p>6. จัดทำนอนราบและให้ , mask with bag 10 lit/min</p> <p>7. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>8. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 units ในสารน้ำ 5%DN/2 1,000cc. IV. Rate 120cc./hr.</p> <p>9. ดูแลให้ได้รับยา Cytotec 4 tabs. per rectum</p> <p>10. ดูแลให้ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin, Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนักมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ค่าความเข้มข้นของเลือดภายหลังได้รับเลือดเท่ากับ 30 vol % ซีพจร อยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต ค่า MAP > 65 mmHg</p>	<p>3. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 5%DN/2 1,000cc. IV. Rate 120cc./hr.</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ป้องกันไม่ให้เกิดการขีดขวางการหดตัวของมดลูกสังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอด ประเมินการฉีกขาดของปากมดลูก</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับยา Cytotec 4 tabs. per rectum</p> <p>7. บันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์</p> <p>8. ดูแลให้ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin, Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนักมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ค่าความเข้มข้นของเลือดภายหลังได้รับเลือดเท่ากับ 32 vol % เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครั้งผืน สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ</p>
2. มารดา มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีและมีกรีกขาดของปากมดลูก	<p>1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชั้นรับรายงานแพทย์ พร้อมหาทีมการพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มโดยด่วน และจัดให้ทีมคลีนมดลูกตลอดเวลา พร้อมวางกระเป๋าน้ำแข็งบนหน้าท้อง</p> <p>2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและขนาดคลีนมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็งหลังจากนั้นขนาดคลีนทุก 15 นาที</p> <p>3. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ</p> <p>3.1 Methergin 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำครั้งที่ 2</p> <p>เพิ่ม Oxytocin 10 Unit ใน 5%D/N/2 1000 ซีซี</p> <p>3.2 Oxytocin 10 Unit ใน Acetar 1,000 ซีซี ต่อจากขวดเดิม</p> <p>3.3 ให้ Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก</p> <p>4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก และการเสียเลือดเพื่อประเมินภาวะ Shock เช่น ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง เหงื่อออกตัวเย็น</p>	<p>1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชั้นรับรายงานแพทย์</p> <p>2. ตรวจการหดตัวของมดลูกและขนาดคลีนมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็ง ขนาดคลีนทุก 15 นาที</p> <p>3. ประเมินการฉีกขาดของปากมดลูก เย็บซ่อมแซม ในจุดที่มีเลือดออก แล้วเย็บซ่อมแซมช่องทางคลอดส่วนอื่น</p> <p>4. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ</p> <p>4.1 Methergin 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำครั้งที่ 2 เพิ่ม Oxytocin 10 Unit ใน 5%D/N/2 800 ซีซี</p> <p>4.2 Oxytocin 10 Unit ใน Acetar 1,000 ซีซี ต่อจากขวดเดิม</p> <p>4.3 Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก</p> <p>5. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก และการเสียเลือดเพื่อ</p> <p>6. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนคาสายปัสสาวะไว้</p>



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>5. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนคาสายปัสสาวะไว้</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับ Acetar 1,000 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ ที่แขนข้างขวา</p> <p>7. ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือด พร้อมขอเลือดด่วน 2 Unit</p> <p>8. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทน คือ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาและประเมินอาการผิดปกติหลังให้เลือด</p> <p>9. ประเมินติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u> มดลูกหดตัวแข็งดี ไม่นุ่ม คล้ำได้ชัดเจน</p>	<p>7. ดูแลให้ได้รับ Acetar 1,000 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ ที่แขนอีกข้าง</p> <p>8. ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือด พร้อมขอเลือดด่วน 2 Unit</p> <p>9. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทน คือ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาและประเมินอาการผิดปกติหลังให้เลือด</p> <p>10. ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที</p> <p>11. ประเมินติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u> มีแผลฉีกขาดของ</p>
	<p>เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครั้งฝืนสัญญาณชีพปกติ ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง</p>	<p>ปากมดลูก เย็บซ่อมแซมไม่มีเลือดออกเพิ่ม มดลูกหดตัวแข็งดี ไม่นุ่มคล้ำได้ชัดเจน เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครั้งฝืน สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 100ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง</p>
<p>3. มารดาวิตกกังวลกลัวอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบโยนและให้กำลังใจ</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอดอธิบายให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาพยาบาล พร้อมกับเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจและให้กำลังใจมารดา</p> <p>5. คอยให้กำลังใจมารดาด้วยการอยู่เป็นเพื่อน และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเป็นกันเอง</p> <p>6. อนุญาตให้ญาติและสามีเข้าเยี่ยมได้ในระยะรอคลอดและหลังคลอด 2 ชั่วโมง</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u> มารดาคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พุดคุยเป็นกันเอง</p>	<p>1. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้มารดาหลังคลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลและรวมถึงการให้เข้ามาเยี่ยมดูอาการมารดา</p> <p>3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดและญาติ พร้อมทั้งปลอบโยนและให้กำลังใจ</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด</p> <p>5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอดและญาติ</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u> มารดามีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พุดคุยเป็นกันเอง ไม่สอบถามซ้ำไปมา</p>
<p>4. โอกาสฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้ากว่าปกติเนื่องจากสูญเสียเลือดปริมาณมาก</p>	<p>1. ดูแลที่หอผู้ป่วยหนักระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>2. ให้ออมน้ำแข็งระยะแรกและค่อยๆจิบน้ำหวาน และให้อาหารตามแผนการรักษาเมื่ออาการคงที่</p> <p>3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ</p> <p>4. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>5. ประเมินอาการขาดน้ำเช่น ปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย</p> <p>6. ดูแลให้นอนพักมากๆลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วยให้</p>	<p>1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามินเกลือแร่ เหล็ก สูงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป</p> <p>2. สอนให้มารดาหลังคลอดสามารถสังเกตสิ่งผิดปกติ เช่น จำนวน สี ปริมาณ ลักษณะและกลิ่นของเลือดที่ออกทางช่องคลอด การมีไข้ ปวดมดลูก ความสูงของยอดมดลูก และอาการแสดงอื่นๆ ของการตกเลือด</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	น้อยที่สุด การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดสดชื่น พักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้	3. สอนมารดาให้รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไปเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนมากๆและเมื่อกลับบ้าน ควรได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ การประเมินผลการพยาบาล มารดาคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามมารดาเข้าใจเหตุผลและสามารถ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
5. ส่งเสริมสัมพันธภาพ ระหว่างมารดาและ ทารก	1. การกระตุ้นให้ทารกได้ดูดนมมารดาทันทีในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 2. ดูแลช่วยมารดาให้ทารกดูดนม โดยวิธี Skin to skin contact ด้วยเสื้ออุนภายในใจเสริมสายใยรัก 3. ให้คำแนะนำมารดาในการสร้างความสัมพันธ์กับทารก 4. สนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา สามี และทารก การประเมินผลการพยาบาล มารดาให้ทารกดูดนม พุดคุย ประสานสายตากับทารกขณะเย็บแผลฝีเย็บ และหลัง คลอด	1. ส่งเสริมให้มารดาเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ 2. ให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ 3. แนะนำท่าอุ้มลูกที่เหมาะสมการนำลูกเข้าเต้าเพื่อให้ดูดนม อย่างถูกวิธี 4. สอนสาธิตและช่วยเหลือมารดาขณะให้นมบุตร 5. ให้กำลังใจ และช่วยเหลือจนมารดาสามารถให้นมบุตรได้ อย่างมั่นใจ 6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและ โภชนาการขณะให้นม บุตร การประเมินผลการพยาบาล มารดาอุ้มทารกดูดนม พุดคุย ประสานสายตากับทารก

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาภาวะเสี่ยงตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมาฝากครรภ์ ขณะเจ็บครรภ์คลอด ขณะคลอด และหลังคลอด การป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงจากการตกเลือด ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมส่วนที่ไม่สมบูรณ์ให้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ทันทีที่ และมีแบบแผนที่ดีมีคุณภาพ^{6,9}

ผลสำเร็จของการให้การรักษาพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจากทีมแพทย์และพยาบาลตั้งแต่แรกรับโดยการประเมินสภาพทั่วไป และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด⁸ การรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูอาการผู้คลอดอย่างรวดเร็ว การเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยคลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้พร้อมใช้ รวมทั้งการเตรียมทีมพยาบาลดูแลผู้คลอดหากเกิดภาวะฉุกเฉิน⁷

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติ-ศาสตร์: ภาวะตกเลือดหลังคลอด. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
2. เวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สรุปรายงานคลอดปีงบประมาณ 2564-2566. กาฬสินธุ์ กลุ่มงานผู้คลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566.
3. ธีระ ทองสง. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: พีบีบุ๊ค; 2555.



4. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, อัตราส่วนการตายมารดาไทย. (2564) สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021>
6. พิรุฬห์ สิทธิพล. (2020), การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด:กรณีศึกษา. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 277-292.
7. Alemu, F. M., Fuchs, M. C., Martin Vitale, T., & Abdalla Mohamed Salih, M. (2019). Severe maternal morbidity (near-miss) and its correlates in the world's newest nation: South
8. Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill
9. .Jensen, S. (2019). *Nursing health assessment: a best practice approach*. Edition 3.Philadelphia: Wolters Kluwer Health.