

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ปัทมา ยิ้มพงศ์

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อมารดาและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน เปรียบเทียบมารดาที่เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด 2 ราย รายที่ 1 มารดาตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดก่อนนำแนวปฏิบัติมาใช้ รายที่ 2 มารดาตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดหลังนำแนวปฏิบัติมาใช้

ผลการศึกษาพบว่า รายที่ 1 ผ่าตัดคลอดเนื่องจากทารกทำกัน หลังผ่าตัดคลอด 135 นาที เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสูญเสียเลือด 2,500 มิลลิลิตร จากมดลูกหดตัวไม่ดี ต้องผ่าตัดซ้ำเพื่อตัดมดลูกออกทั้งหมด นอนโรงพยาบาล 5 วัน ค่าใช้จ่าย 48,160 บาท รายที่ 2 ทำผ่าตัดคลอดเนื่องจากศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน หลังการผ่าตัดคลอด 15 นาที เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สูญเสียเลือด 1,350 มิลลิลิตร จากมดลูกหดตัวไม่ดี แก้ไขได้โดยให้ยาและเลือด นอนโรงพยาบาล 4 วัน ค่าใช้จ่าย 17,320 บาท

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การนำแนวปฏิบัติ คือ แบบประเมินมารดาหลังผ่าตัดคลอดตามหลัก 4Ts การใช้ Early warning signs ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบเทพกาวประเมินการสูญเสียเลือดโดยการชั่งน้ำหนัก และสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลทำให้ประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็ว มารดาหลังผ่าตัดคลอดปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา

คำสำคัญ : “ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การพยาบาล”

* ปัทมา ยิ้มพงศ์ aomeel@gmail.com โทรศัพท์ 0991493400

Nursing care of mothers with postpartum hemorrhage after cesarean section : Comparative case studies

Patama Yimpong¹

Abstract

Postpartum hemorrhage is an obstetric emergency that is the leading cause of maternal death worldwide. It affects mothers and families both physically and mentally.

This study was a retrospective study of medical records. Comparison of 2 mothers who experienced post-cesarean hemorrhage. Case 1: Mother experienced post-cesarean hemorrhage before implementing the guidelines. Case 2: Mother experienced post-cesarean hemorrhage after implementing the guidelines. The results of the study found that case 1 had a cesarean section due to the baby's breech position. 135 minutes after the cesarean section, postpartum hemorrhage occurred, losing 2,500 milliliters of blood due to poor uterine contractions. Had to repeat surgery to remove the entire uterus. Stayed in the hospital for 5 days, cost 48,160 baht. The second case had a cesarean section because the baby's head was not proportional to the pelvis. 15 minutes after the cesarean section, postpartum hemorrhage occurred, losing 1,350 milliliters of blood due to poor uterine contractions. Can be fixed by giving medicine and blood, staying in hospital for 4 days, cost 17,320 baht.

Studies show that The implementation of guidelines is a post-cesarean maternal assessment form based on the 4Ts principles, using early warning signs, using adult diapers with adhesive tape to assess blood loss by weighing. and the professional competencies of nurses enable rapid assessment of postpartum hemorrhage. Mothers after cesarean section are safe and reduce maternal death rates.

Keywords: "Postpartum hemorrhage, Nursing care"

¹ Nurse, Singburi Hospital

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ของมารดาทั่วโลก โดยสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีมารดาที่พบว่าเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดประมาณ 14 ล้านรายและเสียชีวิตประมาณ 70000 ราย¹ ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดนี้ส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกาย พบว่าอาจเกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การเกิดไตวายเฉียบพลัน การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด ซึ่งผลกระทบต่อดังกล่าวส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลบุตร นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดภาวะซีดเรื้อรัง มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้²

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด³ แบ่งตามระยะเวลาของการคลอดออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early or Primary PPH) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2) การตกเลือดหลัง คลอดระยะหลัง (Late or Secondary PPH) หมายถึง การตกเลือดหลัง 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอด เป็นเกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือด หลังคลอดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับ รุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป⁴

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและ พบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4Ts) ได้แก่ 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางการคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือ รกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการ แข็งตัวของเลือด⁵

จากรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 พบว่าการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ของมารดาไทย แต่เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 1 ของมารดาหลังคลอด โดยมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 20 ส่วนในเขตสุขภาพที่ 4 อัตราตายของมารดาสูงถึงร้อยละ 28.9 ซึ่งตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข อัตราส่วนการตายมารดาไทยน้อยกว่าร้อยละ 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน⁶

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ให้บริการด้านสูติ-นรีเวชกรรมทั้งในรายที่ปกติและที่มีภาวะแทรกซ้อน สถิติการคลอดในปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 จำนวน 999, 927, 925 รายตามลำดับ และการผ่าตัดทางหน้าท้องในปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 ร้อยละ 59.37, 55.16, 63.35

ตามลำดับ พบมารดาที่ผ่าตัดคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 ร้อยละ 1.10, 1.61 และ 1.08 ตามลำดับ⁷ สาเหตุส่วนใหญ่ภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากการหดตัวไม่ดีของมดลูก การฉีกขาดของช่องทางคลอดหรืออวัยวะข้างเคียงของการผ่าตัด เป็นต้น และถ้าได้รับการแก้ไขล่าช้าอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ช็อค ภาวะโลหิตจางรุนแรง Sheehan's Syndrome และอาจทำให้มารดาเสียชีวิตหลังคลอดได้⁸ จะเห็นได้ว่าภาวะตกเลือดส่งผลต่อมารดาหลังคลอดทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทารกและครอบครัว

ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ตอบสนองต่อนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และเกิดความคุ้มค่าของระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติในการใช้แบบประเมินมารดาหลังผ่าตัดคลอดตามหลัก 4Ts อย่างต่อเนื่องและการใช้ Early warning signs ร่วมกับการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบเทพกาวยช่วยในการประเมินการสูญเสียโลหิตของมารดาอย่างเที่ยงตรงโดยการชั่งน้ำหนัก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ย้อนหลังจากเวชระเบียนมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด กรณีศึกษาที่ 1 เป็นมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดก่อนนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ กรณีศึกษาที่ 2 เป็นมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดหลังนำแนวทางปฏิบัติมาใช้โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลในระยะก่อนคลอด 2) การพยาบาลในระยะคลอด 3) การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดคลอด 4) การพยาบาลในระยะเตรียมจำหน่าย

ผลการศึกษา

รายที่ 1 หญิงไทยอายุ 26 ปี G1P0 ผ่ากรครรภ์คุณภาพ ปฏิเสธโรคประจำตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอดเนื่องจากทารกอยู่ในท่าก้นรับใหม่ที่ห้องคลอด วันที่ 25 เมษายน 2564 ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ สัญญาณชีพแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ใน เกณฑ์ปกติ ไม่มีน้ำเดิน ทารกท่าก้น FHS 140 /min วันที่ 26 เมษายน 2564 .ส่งมารดาไปห้องผ่าตัดทำ Cesarean Section with Spinal Block ระหว่างการผ่าตัดมารดามีปัญหาเรื่องความดันโลหิตต่ำ BP 95/64 mmHg P 78 /min RR18/mi ได้รับ Norepinephrine 16 µg IV ทารกเกิดเพศหญิงเกิดเวลา 09.50 น. Apgar Score 10-10-10 คะแนน น้ำหนัก 3,190 กรัม EBL500ml. ระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้นมดลูกหดตัวดีไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด P 88 /min RR 18/min BP 118/62 mmHg ส่งมารดากลับบ้านหผู้ป่วยพิเศษเวลา 11.15 น. มารดารู้สึกตัวดี ยังซาซาทั้ง 2 ข้าง แผลผ่าตัดหน้า

ห้อง transverse line มดลูกหดตัวดีไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด Pain Score 0 ได้รับ 0.9% NSS 1000 ml. + Syntocinon 20 unit IV drip 120 ml./hr. คาสายสวนปัสสาวะไว้มีปัสสาวะสีเหลืองใส 10 ml. สัญญาณชีพแรกเริ่ม T 36.5 °C P 69 /min RR 20/min BP 127/68 mmHg มารดาได้รับการประเมินสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ระหว่าง BP 122/76 -132/82 mmHg P 78-82 /min RR 18-20 /min ความสูงของมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม 700 ml. จากการประเมินด้วยสายตา ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 200 ml. รายงานแพทย์และปฏิบัติตาม Standing Order for PPH โดยการให้ LRS 100 ml. IV fluid load ให้ Syntocinon 5 unit IV stat. และเพิ่ม Syntocinon อีก 10 unit ใน IVF ขวดที่ 2 13.40 น. ให้ Methergin 0.2 mg IV 13.45 น. BP 142/87 mmHg P 87 /min RR 20 / min 14.00 น. ให้ Transamine 50 mg IV BP 133/84 mmHg P 98 /min RR 20 / min คลึงมดลูกล้างเลือดได้ 900 ml. รายงานแพทย์ซ้ำ ให้ 5%/D/ NSS/2 1000 ml. + Syntocinon 40 unit IV drip free flow, Methergin 0.2 mg IV และ Transamine อีก 50 mg IV คลึงมดลูกล้างเลือดได้อีก 100 ml. BP 136/80 mmHg P 100 /min RR 20 /min แพทย์อธิบายแนวทางการรักษาครอบครัว Set OR for Total Hysterectomy เนื่องจากมีมดลูกยังหดตัวไม่ดี หลังออกจากห้องผ่าตัด ได้รับการดูแลด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก 21 ชั่วโมงสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ สังเกตอาการต่อ 8 ชั่วโมงจึงย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 25 เมษายน 2564 พร้อมทหารรวมอยู่โรงพยาบาล 5 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษา 48,160 บาท

รายที่ 2 หญิงไทยอายุ 26 ปี G1P0 ฝากครรภ์คุณภาพ ปฏิเสธโรคประจำตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอดเนื่องจากศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน รับใหม่ที่ห้องคลอด วันที่ 27 ธันวาคม 2564 ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ สัญญาณชีพแรกเริ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกท่า ROA FHS 146 /min วันที่ 28 ธันวาคม 2564 ส่งมารดาไปห้องผ่าตัด T 37 °C P 90 /min RR 18/min BP 104/71 mmHg ทำ Cesarean Section with Spinal Block ทารกเพศหญิงเกิดเวลา 14.30 น. Apgar Score 10-10-10 คะแนน น้ำหนัก 2,800 กรัม EBL 500 ml. ระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้น มดลูกหดตัวดีไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แต่มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตต่ำ BP 98/43 mmHg P 97 /min RR 18/min ได้รับ Norepinephrine 4 µg IV push หลังติดตามอาการในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพเริ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งมารดากลับบ้านหอผู้ป่วยพิเศษเวลา 15.00 น. มารดารู้สึกตัวดี ยังซาซาทั้ง 2 ข้างแผลผ่าตัดหน้าห้อง transverse line มดลูกหดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด Pain Score 0 ได้ 0.9% NSS 1000 ml. + Syntocinon 20 unit IV drip 120 ml./hr. คาสายสวนปัสสาวะไว้มีปัสสาวะสีเหลืองใส 100 ml. สัญญาณชีพแรกเริ่ม T 36.6 °C P 90 /min RR 20/min BP 95/46 mmHg มารดาได้รับการดูแลตาม

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และได้รับการประเมินตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น โดยใช้หลัก 4Ts การประเมิน Early Warning Signs 15.15 น. สังเกตพบมีเลือดออกทางช่องคลอดในผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบเทปกาว นำไปชั่งน้ำหนักได้ 300 gm. มดลูกหดรัดตัวไม่ดี 15.18 น. ปฏิบัติตาม Standing Order for PPH C โดยการให้ LRS 120 ml. ml/hr. Methergin 0.2 mg IV BP 98/52 mmHg P 86/min RR 20/min 15.45 น. รายงานแพทย์ ให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม 16.00 น. มดลูกหดรัดตัวไม่ดี เลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม 100 ml. ได้รับการดูแลตามมาตรฐานจนสามารถแก้ไขภาวะตกเลือดได้ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 31 ธันวาคม 2564 พร้อมทารกรวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษา 17,320 บาท

1. การพยาบาลในระยะก่อนคลอด (ระยะเตรียมการผ่าตัด)

เป้าหมายของการพยาบาล ในระยะนี้ คือ ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาในระยะก่อนคลอด

หัวข้อ	รายที่ 1	รายที่ 2
วันที่รับไว้ในการดูแล	25 เมษายน 2564 เวลา 07.55 น.	27 ธันวาคม 2564 เวลา 10.17 น.
อาการสำคัญ	แพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอด	แพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอด
อายุ	26 ปี	20 ปี
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	G1P0 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ Dx. Breech presentation ฝากครรภ์ครบและสม่ำเสมอ TT ครบ 2 ครั้ง	G1P0 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ Dx. Cephalopelvic disproportion ฝากครรภ์ครบและสม่ำเสมอ TT ครบ 2 ครั้ง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการแพ้อาหาร สารเคมีและการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
การตรวจร่างกายตามระบบ	HEEN : conjunctiva clear no lesion no pale, sclera white, pupils 2.5 mm react to light both eyes, Goodvisual acuity. LN : Not palpable Heart : Normal Heart sound	HEEN : conjunctiva clear no lesion no pale, sclera white, pupils 2.5 mm react to light both eyes, Goodvisual acuity. LN : Not palpable Heart : Normal Heart sound

หัวข้อ	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2
	Lung : Normal breath sound Abdomen : High of fundus 3/4 เหนือระดับสะดือ Neuro : E ₄ V ₅ M ₆ pupil 2.5 mm. pupils 2.5 mm react to light both eyes	Lung : Normal breath sound Abdomen : High of fundus 3/4 เหนือระดับสะดือ Neuro : E ₄ V ₅ M ₆ pupil 2.5 mm. pupils 2.5 mm react to light both eyes
ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ แรกเริ่ม	CBC: WBC 11.16 x 10 ³ /ul Hematocrit 36.5%, Hb 11.9 gm/dl, Platelet count 212,000cells/ul Covid-19 Not Detected HBsAg Negative VDRL Non Reactive HIV Negative Blood Group A Rh Positive CXR Normal	CBC: WBC 10.11 x 10 ³ /ul Hematocrit 35.6%, Hb 11.6 gm/dl, Platelet count 213,000cells/ul Covid-19 Not Detected HBsAg Negative VDRL Non Reactive HIV Negative Blood Group A Rh Positive CXR Normal
อาการแรกเริ่ม	อายุครรภ์ 38 wks. HF ¾ > ระดับสะดือ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ No PV T 36.6 °C RR 20 /min P 88 /min BP 120/60 mmHg ทารกท่า Breech presentation FHS 138/min Estimate Fetal Weight 2720 gm Non Stress Test Reactive	อายุครรภ์ 37 wks. HF ¾ > ระดับสะดือ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ No PV T 36.3° C RR 20 /min P 104/min BP 110/68 mmHg ทารกท่า ROA FHS 142 /min Estimate Fetal Weight 2760 gm Non Stress Test Reactive
น้ำหนักที่ฝากครรภ์ครั้งแรก	78 กิโลกรัม	53 กิโลกรัม
น้ำหนักแรกเริ่มหญิงตั้งครรภ์	92 กิโลกรัม	62 กิโลกรัม
น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้น	14 กิโลกรัม	9 กิโลกรัม
ความหวังมารดาครอบครัว	มารดาและทารกปลอดภัย	มารดาและทารกปลอดภัย

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>มารดาและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>รายที่ 1 มีสีหน้ากังวล อ้วนมากหลังผ่าจะเจ็บไหม G1P0 GA 38 wks. อายุ 26 ปี น้ำหนัก 92 Kg Set C/S due to Breech presentation</p> <p>รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์บอกกลัวการผ่าตัด G1P0 GA 37 wks. อายุ 20 ปี น้ำหนัก 62 Kg Set C/S due to Cephalopelvic Disproportion</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อให้มารดาและครอบครัวคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.มารดาและครอบครัวคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าแจ่มใส มารดานอนหลับพักผ่อนได้</p> <p>2.มารดาเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.สร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหาของมารดา เปิดโอกาสให้มารดาได้สอบถาม</p> <p>2.ให้ข้อมูลต่างๆ เช่น แพทย์เจ้าของไข้ สิทธิการรักษา แจ้งวัน เวลาที่มารดาต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>3.ประเมินระดับความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัว</p> <p>4.เซ็นหนังสือแสดงความยินยอมให้ทำการรักษา</p> <p>5.เตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้องและฝีเย็บ</p> <p>6.ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดร่างกายในเช้าวันผ่าตัด การฝึกการหายใจ การมี Early Ambulation</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย</p> <p>1.ด้านจิตใจ โดยการให้ข้อมูลต่างๆ เช่น แพทย์เจ้าของไข้ สิทธิการรักษา การรับฟังปัญหาและให้คำแนะนำ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวคลายความวิตกกังวล นอนหลับพักผ่อนได้ดีในคืนก่อนวันผ่าตัด</p> <p>2.ด้านร่างกาย</p> <p>2.1 โดยการเจาะเลือดติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น CXR, CBC, Blood Group, การจางเลือด PRC อย่างน้อย 1 U สำรองไว้กรณีฉุกเฉิน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ผล CXR ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2.2 .การทำ NST (Non Stress Test) เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ผล NST ปกติ ทั้ง 2 ราย แจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งของมารดาและทารกให้มาดาทราบ</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ และร่างกายพร้อมทั้งการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เข้าใจถึงการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัด แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันในด้านอายุ และน้ำหนักตัว ก่อนตั้งครรภ์และก่อนคลอดโดยหญิงตั้งครรภ์กรณีศึกษาที่ 1 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 14 Kg กรณีศึกษาที่ 2 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 9 Kg</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
7. ประเมินสัญญาณชีพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 8. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันที เช่น อาการเจ็บครรภ์ ทารกดิ้นน้อยลง หรือมีน้ำใสๆ คล้ายปัสสาวะออกทางช่องคลอด 9. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ NPO ให้ Acetar 1000 ml v drip 120 ml/hr. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินสัญญาณชีพ	

2. การพยาบาลในระยะคลอด (ระยะผ่าตัดและระยะการดูแลต่อเนื่องในห้องพักรักษา)

เป้าหมายของการพยาบาล ในระยะนี้ คือ ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและทารกคลอดปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษาในระยะคลอด (ระยะผ่าตัดและระยะการดูแลต่อเนื่องในห้องพักรักษา)

หัวข้อ	รายที่ 1	รายที่ 2
ระยะเวลาในการได้รับยาสลบ	49 นาที	57 นาที
ระยะเวลาในการผ่าตัด	19 นาที	16 นาที
น้ำหนักทารก	3,190 กรัม	2,800 กรัม
การทำคลอดรก	Controlled Cord Traction	Modified Crede' Maneuver
ระยะเวลาการอยู่ในห้องพักรักษา	60 นาที	60 นาที
ปัญหาที่พบในระหว่างการผ่าตัด	BP drop (BP 95/45 mmHg)	ไม่พบ
ปัญหาที่พบในระหว่างอยู่ในห้องพักรักษา	ไม่พบ	BP drop (BP 98/43 mmHg)
จำนวนการเสียเลือดในระยะการผ่าตัด	500 ml.	500 ml.
การหดตัวของมดลูกหลังการผ่าตัด	มดลูกหดตัวดี	มดลูกหดตัวดี
การรักษาที่ได้รับระหว่างการผ่าตัดและขณะอยู่ในห้องพักรักษา	Oxytocin 1.4 units Norepinephrine 16 mcg IV 0.9 % NSS 1000 ml + Syntocinon 20 units IV drip 120 ml/hr.	Oxytocin 0.84 units Norepinephrine 4 mcg IV 0.9 % NSS 1000 ml + Syntocinon 20 units IV drip 120 ml/hr.
จำนวนสารน้ำที่ได้รับระหว่างการผ่าตัด	900 ml.	1900 ml.
จำนวนปัสสาวะระหว่างการผ่าตัด	75 ml.	100 ml.

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะคลอด (ระยะผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้น)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>1.มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก (Spinal Block)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>รายที่ 1 มี BP drop ในระยะผ่าตัดคลอด</p> <p>BP 95/45 mmHg</p> <p>รายที่ 2 มี BP drop ในห้องพักฟื้น</p> <p>BP 98/43 mmHg</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>1.เพื่อให้มารดามีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ระดับความดันโลหิต 120/70-140/90 mmHg</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องโดยวิสัญญีพยาบาล รวมทั้งบันทึกใบแบบบันทึกของวิสัญญี</p> <p>2.การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์/การ Record I/O</p> <p>3.การให้ยา Norepinephrine ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์</p>	<p>มารดาทั้ง 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังร่วมกับมอร์ฟีน รายที่ 1 มี BP drop ในระยะผ่าตัดคลอด ได้รับการรักษาโดย Oxytocin 1.4 units, Norepinephrine 16 mcg IV 0.9 % NSS 1000 ml + Syntocinon 20 units IV drip 120 ml/hr สังเกตอาการต่อในห้องพักฟื้น RR 20 /min P 88 /min BP 118/62 mmHg จึงส่งกลับหอผู้ป่วย</p> <p>รายที่ 2 มี BP drop ในห้องพักฟื้น ได้รับการแก้ไขโดยการให้ยา Oxytocin 0.84 units Norepinephrine 4 mcg IV, 0.9 % NSS 1000 ml + Syntocinon 20 units IV drip 120 ml/Hr. สัญญาณชีพ RR 20 /min P 98 /min BP 105/53 mmHg จึงส่งกลับหอผู้ป่วย</p>

3.การพยาบาลในระยะหลังคลอด

เป้าหมายของการพยาบาล ในระยะนี้ คือ ประเมินมารดาหลังคลอดให้ได้อย่างรวดเร็วว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือไม่ และรายงานแพทย์เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบกรณีศึกษาในระยะหลังคลอด

หัวข้อ	รายที่ 1	รายที่ 2
จำนวนการเสียเลือดหลังการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> - 300 ml. (แรกรับที่หอผู้ป่วย) - 700 ml. (หลังรับไว้ 2 ชม. 15 นาที) - 900 ml. (หลังรับไว้ 2 ชม. 45 นาที) - 100 ml. (หลังรับไว้ 3 ชม.) <p>รวมเสียเลือดทั้งหมด 2500 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 300 ml. (แรกรับที่หอผู้ป่วย) - 300 ml. (หลังรับไว้ 15 นาที) - 250 ml. (หลังรับไว้ 25 นาที) <p>รวมเสียเลือดทั้งหมด 1350 ml.</p>

หัวข้อ	รายที่ 1	รายที่ 2
การหดรัศตัวของมดลูก	แรกรับที่หอผู้ป่วย มดลูกหดรัศตัวดี ระดับยอดมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือ หลังจากนั้น 135 นาที มดลูกหดรัศตัวไม่ดี ระดับยอดมดลูกอยู่เหนือสะดือ	แรกรับที่หอผู้ป่วย มดลูกหดรัศตัวดี หลังจากนั้น 15 นาที พบว่า มดลูกหดรัศตัวไม่ดี ระดับยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ
ระยะเวลาที่ประเมินว่าตกเลือดหลังคลอด	135 นาที	15 นาที
สารน้ำที่ได้รับที่หอผู้ป่วย	-0.9 % NSS 1000 ml+ Syntocinon 20 units IV drip 120 ml./hr.(จากOR) -LRS 1000 ml. IV drip free flow -Add Syntocinon ใน 0.9 % NSS IV drip อีก 10 units รวมเป็น 30 unit - 5% D/N/2 1000 ml + Syntocinon 40 units IV drip free flow	-0.9 % NSS 1000 ml + Syntocinon 20 units IV drip 120 ml./hr. (จาก OR) -Acetar 1000 ml. IV drip free flow -LRS 1000 ml. IV drip free flow -5% D/N/2 1000 ml+ Syntocinon 40 units IV drip 160 ml./hr.
ยาที่ได้รับที่หอผู้ป่วย	Syntocinon 5 units V stat. Syntocinon 10 units M stat. Methergin 0.2 mg V stat.x 2 dose Transamine 500 mg V stat x 2dose	Syntocinon 5 units V stat. Syntocinon 10 units M stat. Methergin 0.2 mg V stat. x 2 dose
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังมีภาวะตกเลือด	หลังตกเลือด(26/04/64) Hematocrit 27.6 %, Hb 9 gm/dl, PT 11.7 sec, PTT 26.70 sec, INR 1.06, BUN 9 mg/dl., Cr. 0.5 mg/dl. (27/04/64)Hematocrit 31 %,Hb 10.3 gm/dl, PT 11 sec, PTT 25.10 sec, INR 1, BUN 6 mg/dl., Cr. 0.3	หลังตกเลือด (28/12/64) Hematocrit 23.8 %,Hb 7.8 gm/dl, PT 13.90sec, PTT 34.90 sec, INR 1.25, BUN 6 mg/dl., Cr. 0.3 mg/dl. (29/12/64) Hematocrit 36 %, Hb 11.8 gm/dl, PT 10.6 sec, PTT 28.90 sec, INR 0.96
เลือด/ส่วนประกอบของเลือดที่ได้รับ	FFP 1 unit IV drip x 5 units LPRC 1 unit IV drip x 6 units	FFP 1 unit IV drip x 2 units LPRC 1 unit IV drip x 2 units
สาเหตุการตกเลือด	Uterine Atony	Uterine Atony
ผลลัพธ์การแก้ไข	ได้รับการตัดมดลูกออกทั้งหมด (Total hysterectomy) และปลอดภัย แต่ไม่สามารถตั้งครรภได้อีก	ได้รับการแก้ไขภาวะตกเลือดที่หอผู้ป่วย และมารดาปลอดภัย สามารถตั้งครรภได้อีก

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>1. มารดามีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>รายที่ 1 จำนวนการเสียเลือดทั้งหมด 2500 ml. ความเข้มข้นของเลือดก่อนผ่าตัดคลอด Hb. 11.9 gm/dl หลังผ่าตัดคลอดเมื่อเกิดการตกเลือด Hb. 10.3 gm/dl</p> <p>รายที่ 2 จำนวนการเสียเลือดทั้งหมด 2500 ml ความเข้มข้นของเลือดก่อนผ่าตัดคลอด Hb. 11.6 gm/dl หลังผ่าตัดคลอดเมื่อเกิดการตกเลือด Hb. 7.8 gm/dl</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อให้มารดาได้รับประเมินและการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Shock</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Shock</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ดูแลให้ O2 Canular 3 LPM 2.ประเมินตามหลัก 4Ts ซ้ำ และวัดคลั่งมดลูกไล่เลือด 3.ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว 4.ในรายที่ 1 ใช้ผ้าอนามัยแบบห่วงรองรับเลือดที่ออกจากช่องคลอด ทำให้มีเลือดบางส่วนล้นออกจากผ้าอนามัย และคาดคะเนปริมาณเลือดด้วยสายตา รายที่ 2 ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบเทพการรองรับเลือดที่ออกจากช่องคลอด แล้วนำไปชั่งน้ำหนัก สามารถประเมินการสูญเสียเลือดได้เที่ยงตรงและรวดเร็ว 5.ดูแลให้ LRS 1000 ml. IV drip free flow 6.ปฏิบัติตาม Standing Order for PPH 7.แจ้งแนวทางการดูแลรักษาต่อครอบครัว 8.ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 9.รายที่ 1 ส่งห้องผ่าตัดด่วนและใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก รายที่ 2 ย้ายลงหอผู้ป่วยสามัญ 	<p>รายที่ 1 ยังไม่ได้้นำแนวปฏิบัติมาใช้ร่วมกับยังไม่ มีแบบประเมินตามหลัก 4Ts มารดาไม่ได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนตามหลัก 4Ts ส่วนปริมาณเลือดที่ออกก็เป็นการคาดคะเนจากสายตาซึ่งเป็นไปตามทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลซึ่งมีแตกต่างกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการประเมินล่าช้า ใช้เวลาถึง 135 นาที หลังจากมารดาสูญเสียโลหิต 2,500 ml. ส่งผลให้ มารดาได้รับการปฏิบัติตาม Standing Order for PPH ล่าช้า ทำให้มารดาต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยทำ Total hysterectomy ได้รับเลือดส่วนประกอบของเลือด 11 units. หลังออกจากห้องผ่าตัดได้รับการดูแลด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก จำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง และมารดาไม่สามารถตั้งครรถ์ได้อีก</p> <p>รายที่ 2 ได้นำแบบประเมินมารดาหลังผ่าตัดคลอดตามหลัก 4Ts อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง การใช้ Early warning signs ร่วมกับการประเมินการสูญเสียโลหิตของมารดาโดยการชั่งน้ำหนักจากผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบเทพการ มารดาได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนตามแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น รวดเร็ว หลังรับเข้าหอผู้ป่วย 15 นาที พบมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1350 ml มารดาได้รับการปฏิบัติตาม Standing Order for PPH ทันที ได้รับเลือดส่วนประกอบของเลือด 4 units มารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการดูแลน้อย และมารดาสามารถตั้งครรถ์ได้อีก</p>

4. การพยาบาลในระยะเตรียมจำหน่าย

เป้าหมายของการพยาบาล ในระยะนี้ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความรู้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งมีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบกรณีศึกษาในระยะเตรียมจำหน่าย

หัวข้อ	รายที่ 1	รายที่ 2
อาการมารดาก่อนจำหน่าย	มารดาช่วยเหลือตนเองได้ดีแผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี ทำแผลปิด Tegaderm ไว้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ นมมารดาเพียงพอ LATCH Score 9 คะแนน เข้าเต้าได้ทั้งทำนอนและทำนั่ง	มารดาช่วยเหลือตนเองได้ดีแผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี ทำแผลปิด Tegaderm ไว้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ นมมารดาเพียงพอ LATCH Score 10คะแนน เข้าเต้าได้ทั้งทำนอนและทำนั่ง
ค่าใช้จ่าย	48,160	17,320
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	5 วัน	4 วัน
ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด (EPDS) 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน	9 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า	9 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า
ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอด (แบบสอบถาม)คะแนนเต็ม 20 คะแนน	16 คะแนน	18 คะแนน
ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (แบบสอบถาม)คะแนนเต็ม 15 คะแนน	12 คะแนน	13 คะแนน

4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะเตรียมจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>มารดาและครอบครัวมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>รายที่ 1 เป็นครรภ์แรก มารดาคงเลือดหลังคลอด มารดาได้รับการผ่าตัดเข้า เข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทารกถูกแยกจากมารดาไปเลี้ยงในหอทารกแรกเกิด นมมารดาออกน้อย LATCH Score 9 คะแนน สอบถามเรื่องการดูแลแผลและการดูแลทารก</p> <p>รายที่ 2 ครรภ์แรก มารดาคงเลือดหลังคลอด ทารกไม่ได้ถูกแยกจากมารดา นมมารดาไหลดีกว่ากรณีศึกษาที่ 1 LATCH Score</p>	<p>รายที่ 1 ครรภ์แรก ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดได้ 16 คะแนน ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 12 คะแนน ทารกถูกแยกจากมารดาไปฝากเลี้ยงที่หอกุมารเวชกรรม ไม่ได้รับการกระตุ้นตามหลัก 3 ด. ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี นมมารดาไหลน้อย มารดาได้รับการผ่าตัดเข้าเจ็บตึงแผล ทารกมีภาวะสับสนระหว่างหัวนมยางกับหัวนม</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>10 คะแนน สอบถามเรื่องการนำควาปลา การดูแลทารก</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>1.เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลตนเองและบุตรได้</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>มารดามีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลตนเองและบุตรและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>แนะนำมารดาในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ 7 วันหลังผ่าตัดสามารถเอา Tegaderm ออกได้ ไม่ต้องตัดไหม 2.การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง งดการดื่ม ชา กาแฟ 3.ควรดื่มน้ำเพียงพอ จงกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอดแล้ว 4. การบริหารร่างกายหลังคลอด สามารถทำได้ในท่าที่ไม่หนักมาก เพื่อให้หน้าควาปลาไหลดีทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้นไม่ควรยกของหนัก 5.การมาตรวจหลังคลอด 5-6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อตรวจภายใน ตรวจมะเร็งปากมดลูก และวางแผนครอบครัวตามความเหมาะสม 6.การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีเลือดสดๆ ออกจากช่องคลอด น้ำควาปลามีกลิ่นเหม็นเน่า ปัสสาวะแสบขัด มีไข้ แผลผ่าตัดหน้าท้องมีปวด บวม แดง ร้อน 7.การดูแลทารก การสังเกตอาการผิดปกติ การพาทารกมารับวัคซีนตามกำหนด และประเมินพัฒนาการตามคู่มือ PDMS 8.การให้นมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และการบีบเก็บน้ำนม 	<p>แม่ซึ่งต้องมาแก้ไขภาวะดังกล่าวต่อ</p> <p>รายที่ 2 ครรภ์แรก ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดได้ 18 คะแนน ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 13 คะแนน ทารกอยู่กับมารดาได้รับการกระตุ้นตามหลัก 3 ด. ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี นมมารดาไหลดีที่สามารถเข้าเต้าได้เร็วกว่ารายที่ 1</p> <p>แบบสอบถามในข้อที่ผู้ป่วยตอบไม่ถูกต้องให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมทั้งให้ Scan QR Code เพื่อนำไปศึกษาต่อบ้าน</p> <p>QA Code การปฏิบัติตนหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> 

วิจารณ์กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดี(Uterine atony; Tone) ซึ่งพบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด⁹ โดยปัจจัยเสี่ยงที่คาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป การตั้งครรภ์แฝดหรือแฝดน้ำ ทารกตัวโต การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกนานและการคลอดล่าช้า ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ น้ำคร่ำติดเชื้อ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด¹⁰ แต่ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ทำการผ่าตัดคลอด ยังไม่พบปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวในกรณีศึกษารายที่ 1 พบว่ามารดามีน้ำหนักตัวมาก น้ำหนักตัวทารกมาก เป็นปัจจัย

เสียงหนึ่งที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด⁴ รวมทั้งได้รับการทำคลอดด้วยวิธี Controlled cord traction ซึ่งอาจมีภาวะรกฝังตัวแน่นกว่าปกติเกิดความชอกช้ำของผนังมดลูกหรือการฉีกขาดของหลอดเลือดเล็กๆ ในมดลูก หรือชิ้นส่วนของรกค้างในโพรงมดลูกได้¹¹

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 มารดาอายุน้อยแม้จะทำคลอดด้วยวิธี Modified Crede' Maneuver อาจมีเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างในโพรงมดลูกทำให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกหรือการหดตัวของมดลูกไม่ดีโดยไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic atony)

ในด้านการพยาบาลพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอด การดูแลในห้องพักฟื้นเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลหลังผ่าตัดแต่พบว่ามดลูกลอยตัวเหนือระดับสะดือ .คาดคะเนด้วยสายตาปริมาณเลือดที่ออกจากการคาดคะเน เมื่อเวลาผ่านไป 135 นาที จึงทำการคลึงมดลูกและล้างได้เลือดได้รวม 1500 ml.จึงรายงานแพทย์และเริ่มใช้ Standing order for PPH จึงเริ่มให้การรักษาด้วยยา ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดแต่ยังมีเลือดออกตลอด แพทย์อธิบายครอบครัวและพิจารณาการรักษาโดยการตัดมดลูก ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 หลังออกจากห้องพักฟื้นมาที่หอผู้ป่วยมารดาได้รับการประเมินตามแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินตามหลัก 4Ts ฝ้าระวัง Early warning signs ร่วมกับประเมินการสูญเสียโลหิตของมารดาโดยการใส่ผ้าอ้อมแบบเทปกาวและนำไปชั่ง พบมีเลือดออกทางช่องคลอด 300 ml. คลึงมดลูกตามแนวทางปฏิบัติ 15 นาที มีเลือดออกทางช่องคลอดอีก 300 ml. รวม 1100 ml. จึงปฏิบัติตาม Standing order for PPH รายงานแพทย์ จะเห็นว่ากรณีศึกษาที่ 2 มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถประเมินและสังเกตอาการได้อย่างรวดเร็วก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติสามารถบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้ทันที่ ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

1.ในระยะก่อนคลอด มารดาควรได้รับการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและทำการแก้ไข กรณีมีโรคร่วมควรมีการ Consult แพทย์แต่ละสาขา

2.ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด ควรปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการดูแลอย่างเคร่งครัด

3.หัวหน้าหน่วยงานควรมีการฝึกทีมการพยาบาลในหน่วยงานให้เตรียมพร้อมและตอบสนองในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดและเมื่อพบมารดาหลังคลอดที่มดลูกไม่แข็งตัวหรือระดับยอดมดลูกลอยตัวระดับสะดือและไม่พบเลือดออกทางช่องคลอดพยาบาลผู้ดูแลควรตระหนักว่าอาจมีเลือดออกอยู่ภายในมดลูกได้ จึงควรมีการคลึงมดลูกและทำการตรวจทางช่องคลอด ร่วมกับการติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Early warning signs ส่วนการประเมินปริมาณเลือดที่ออกควรมีการประเมินให้เที่ยงตรง เนื่องจากมีผลต่อการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด และความรวดเร็วในการแก้ไข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Postpartum Hemorrhage. [Internet]. 2023. [cited 2023 Oct 20]. Available from: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage).
2. Kelly C. Wormer; Radia T. Jamil & Suzanne B. Bryant. Acute Postpartum Hemorrhage. [Internet]. 2023. [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK499988/>.
3. World Health Organization. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. [Internet]. 2021. [cited 2023 Oct 30]. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/ qcg/publications>.
4. พงษ์ส จันทรประภาพ. การผ่าตัดคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนรุนแรง. ใน: บุรยา พัฒนจินดากุล, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2566. หน้า 41-50.
5. ปาริฉัตร อารยะจารุ, รัศมี ศรีนนท์, จิราภรณ์ อนุชา. บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ, บรรณาธิการ. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565;3:71-80.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการตายของมารดาหลังคลอด[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/download?id=106310&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=30671.
7. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรีประจำปี 2564-2566. โรงพยาบาลสิงห์บุรี; 2566.
8. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 16. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณ์; 2562.
9. Michel. A.B. Overview of postpartum hemorrhage. (2023) [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage>.
10. Collins.R., French. L. Uterine Atony. [Internet]. 2022. [cited 2023 Nov 14]. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-72487-0_22
11. ญัฐกานต์ รุ่งตรานนท์. ความผิดปกติของรก.[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/19385/>.