

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ตกเลือด

พเยาว์ บุญกี พย.บ.*

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดา ดังนั้น การให้การพยาบาลมารดาในระยะระลอกคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการเตรียมจำหน่ายที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาปลอดภัยและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยศึกษาผู้คลอดที่รับบริการคลอดในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงเดือนพฤษภาคม 2560 และเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด และศึกษากรณีศึกษาโดยการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้คลอด การสัมภาษณ์ผู้คลอดและญาติ และการสังเกต วิเคราะห์การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษา 2 รายด้วยกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดที่มีอาการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้กลับมาประกอบอาชีพได้ตามปกติ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา พยาบาลต้องสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด มีรกและเศษเยื่อหุ้มรกค้าง พยาบาลที่มีทักษะการประเมินและการตัดสินใจที่ดีจะช่วยมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดได้อย่างทัน่วงที่

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด การพยาบาล

วันที่รับบทความ 29 ตุลาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 มกราคม 2564 วันตอบรับบทความ 2 กุมภาพันธ์ 2564

*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ Email: Yao.b06@hotmail.com

Nursing care for mother with postpartum hemorrhage

Payao Boontee B.N.S.*

Abstract

Postpartum hemorrhage is a complication of labor and a major cause of maternal mortality. Therefore, standard and effective nursing care of pregnant women in the stage of antenatal care, labor, postpartum, and discharge preparation will help mothers safe and live a normal life. The objective of this article is to study and analyze nursing care for mothers with postpartum hemorrhage. Two cases of mothers with postpartum hemorrhage were studied during May 2017 and October 2017. These mothers had received at Chalerm Phrakiat Hospital, Burirum Province, Thailand. Knowledge of postpartum hemorrhage was studied. Data of case studies were collected from patient's record, interview mothers and caregivers, and observation. Analysis of nursing care for these two mothers with postpartum hemorrhage was conducted in accordance with nursing process: Health assessment using 11 Gordon's functional health pattern, nursing diagnosis, nursing intervention, and evaluation. The findings revealed that that two mothers with postpartum hemorrhage passed through the crisis and returned to work normally. The study recommended that nurses have to gain ability to assess signs and symptoms of postpartum hemorrhage, which primary causes were uterine atony, laceration of the genital tract, and retained placenta or placental segments. Nurses who have good assessment skills and decision making will be able to assist mothers with postpartum hemorrhage timely and ensure their safety.

keywords: postpartum hemorrhage; nursing care

Received 29 September 2020 Revised 29 January 2021 Accepted 2 February 2021

*Director of Nursing, Chalerm Phra Kiat Hospital, Burirum Province, Thailand, Corresponding author, Email:Yao.b06@hotmail.com

บทนำ

ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดา ในระหว่างการคลอดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในมารดา คือภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมากภาวะหนึ่งและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ น้ำคร่ำอุดหลอดเลือดปอด เป็นต้น ภาวะเหล่านี้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้คลอดและครอบครัว ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองในการรักษาพยาบาลและเป็นภาระของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ หากสถานบริการสุขภาพสามารถให้การดูแลผู้คลอดได้อย่างมีมาตรฐาน จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนต่างๆของมารดาทาร์กลดลง ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอด ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอดซึ่งในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่า มีมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่นภาวะช็อก¹ ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดา ส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่า การตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาวและมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ และการคลอดในครั้งต่อไปคือมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage: PPH) หมายถึง การเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรภายหลังการคลอดปกติ และหากมีการเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร เรียกว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรง สำหรับการผ่าตัดคลอดจะให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อมีการเสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร² ในการคลอดตามปกติภายหลังรกคลอดผนังมดลูกโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัวซึ่งมีหลอดเลือดปลายเปิดเป็นจำนวนมาก

จะถูกบีบรัดตัวและเลือดหยุดไหล ทั้งนี้เพราะอาศัยเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกซึ่งประสานล้อมรอบหลอดเลือดรวมทั้งขบวนการแข็งตัวของลิ่มเลือดแต่ในกรณีที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหรือมีสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูกจะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีหรือในกรณีที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของลิ่มเลือดหรือมีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดหรือมดลูกจะทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงหลังคลอดได้³

จากรายงานแนวโน้มอัตราการตายของมารดา ในปี พ.ศ. 2552-2565 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดา 8.9-22.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย⁴ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปี พ.ศ.2558-2560 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 3.92, 5.71 และ 3.57 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศคือร้อยละ 5 และเป้าหมายที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติกำหนดไว้คือร้อยละ 5

จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอด ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้คลอดให้ปลอดภัย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากกรณีศึกษาผู้คลอดที่รับบริการคลอดในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 รายที่เข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาล

เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2560 และเดือน ตุลาคม 2560

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้คลอดและญาติ และการสังเกตอาการและอาการแสดง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบในประเด็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้วยแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง และการรักษา หลังจากนั้นผู้ศึกษานำข้อมูลมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด หลังคลอดโดยใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1

ศึกษาตั้งแต่วันที่ 9-12 พฤษภาคม 2560 กรณีศึกษาเป็นผู้คลอดอายุ 24 ปีสัญชาติไทยเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมงมีอาการเจ็บครรภ์ หน้าท้องแข็ง ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด

ประวัติการตั้งครรภ์ มารดาครรภ์ที่ 3 ยังไม่มีบุตร เคยแท้ง 2 ครั้ง อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 3 วัน ผากครรภ์ที่คลินิกในจังหวัดสมุทรปราการ ผากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ผากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ฉีดวัคซีนบาดทะยักครบ 3 ครั้ง ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการไม่พบความเสี่ยงในการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย ค่าฮีโมโกลบินและค่าฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงเล็กน้อย ปริมาณเม็ดเลือดแดงปกติ ปริมาตรของเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular volume หรือ MCV) ต่ำเล็กน้อย ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular hemoglobin concentration หรือ MCHC) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณเกล็ดเลือดปกติ ประวัติการตั้งครรภ์ที่แล้วมา ครรภ์แรกแท้งเมื่อ ปี พ.ศ. 2558 อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ ไม่ได้ขูดมดลูก ครรภ์ที่ 2 แท้งเมื่อปี พ.ศ.2559 อายุครรภ์

16 สัปดาห์ได้รับการขูดมดลูก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อ ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ

การประเมินสภาพร่างกายลักษณะทั่วไป ผิวดำแดง รู้สึกตัว ศีรษะมีรูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูนผิดปกติ ผมดำยาวประบ่าไม่มีบาดแผลหรือผื่น ใบหน้ามีรูปร่างปกติไม่บวม คิ้วดำตาเปลือกตาไม่ซีด รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต กระดูกไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทรวงอกมีรูปร่างปกติและเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง หัวใจเต้นสม่ำเสมอปกติ ไม่มีเสียงฟู่ของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ตรวจหน้าท้องพบระดับของยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ไม่มีตับม้ามโต ท่อน้ำนมไม่มีการคั่ง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อปกติ ไม่มีอาการคอแข็ง กำลังกล้ามเนื้อระดับ 3 คะแนน ผิวหนังแห้ง ไม่มีตุ่มหรือผื่น ไม่มีบาดแผล

ประเมินสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 75 ศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -1 ลูกน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที หดรัดตัวนาน 30 วินาที ระดับความแรงของการหดรัดตัว 2+ ผลการคณน้ำหนักทารก 3,000 กรัม ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 130-150 ครั้งต่อนาที ทารกตื่นดีรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 เวลา 20.20 น. มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที นาน 30 วินาที ความเจ็บปวดระดับ 5 เวลา 23.40 น.

ผู้คลอดปวดเบ่งปากมดลูกเปิดหมด ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดพยาบาลทำคลอดโดยตัดฝีเย็บให้ช่องคลอดกว้างมากขึ้น จากนั้นทำคลอดผู้คลอดคลอดปกติเวลา 00.10น. เพศชายน้ำหนัก 2,560 กรัม อวัยวะครบรูปร่างปกติ สภาพทารกแรกคลอดหายใจได้เอง ร้องเสียงดังแขนขาขยับได้ดี ทารกผิวสีชมพู ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย คะแนนตัวบ่งชี้สุขภาพทารก (APGAR Scores) นาทีที่ 1, 5 และ 10 ได้ 9 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน), 10 คะแนน และ 10 คะแนน ตามลำดับ เวลา 00.40 น. ทำคลอดรก รกไม่คลอด แจ้งแพทย์ใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจดูการลอกตัวของรกวัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 118/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที สังเกตอาการ 10 นาที รกยังไม่คลอด และมีเลือดออก 300 มิลลิลิตร แพทย์จึงส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลนางรอง สูติแพทย์โรงพยาบาลนางรองรักษาโดยการล้วงรก เวลา 01.40 น. ประเมินการหดตัวของมดลูกพบการหดตัวของมดลูกไม่ถี่ มดลูกนึ่มต้องคลึงอยู่นานจึงจะกลมแข็งให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูกพร้อมกดมดลูกส่วนล่าง ผู้คลอดเสียเลือดหลังล้วงรก 1,000 มิลลิลิตร รวมเสียเลือด 1,300 มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษาคือ ออกซิโตซิน (Oxytocin) ขนาด 20 ยูนิตเพิ่มในสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำปริมาณ 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยด 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังรกคลอดสวนปัสสาวะทิ้งเพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกได้ปัสสาวะ 100 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที เวลา 02.45 น. สูติแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยาเมทเทอร์จิน (methergin) ขนาด 0.2 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อกระตุ้นการบีบตัวของมดลูก วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีใน 1

ชั่วโมงแรกหลังคลอดจำนวน 4 ครั้ง และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอดจำนวน 2 ครั้ง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110 - 132 มิลลิเมตรปรอท และให้ยาไซโตเทค (cytotec) ขนาด 100 ไมโครกรัมจำนวน 5 เม็ด เห็นบทบาททารก ยามีผลทำให้มีไข้หนาวสั่นได้จึงแนะนำอาการข้างเคียงของยาให้ผู้คลอดทราบ หลังให้ยาผู้คลอดมีอาการหนาวสั่นเล็กน้อย ให้การพยาบาลโดยให้ความอบอุ่นผู้คลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก มดลูกหดตัวดีไม่มีมดลูกกลมแข็ง ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย เวลา 03.00 น. ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ร้อยละ 36 รายงานสูติแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ตรวจความเข้มข้นเลือดอีกครั้งเวลา 04.00น. ตรวจซ้ำได้ร้อยละ 25 (ค่าปกติ 33-44%) สูติแพทย์มีคำสั่งให้เลือด 2 ยูนิต

ประเมินอาการผู้คลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อเตรียมย้ายออกจากห้องคลอดผู้คลอดรู้สึกตัวดีอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ วัดความดันโลหิต 117/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่ามดลูกหดตัวดีลักษณะกลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะไม่พบการป่องตึงของกระเพาะปัสสาวะ ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 50 มิลลิลิตร คลึงมดลูกกดไล่เลือดที่คั่งค้างในโพรงมดลูกออกทางช่องคลอดไม่พบก้อนเลือดคั่ง และทำความสะอาดช่องคลอด ตรวจแผลฝีเย็บไม่บวมปวดแผลฝีเย็บและมดลูกคะแนนความเจ็บปวดระดับ 2 จึงย้ายมารดาและทารกไปยังหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โดยรอนอน ประสานงานส่งต่ออาการและปัญหาของผู้คลอดให้พยาบาลหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมทราบ และเฝ้าระวังต่อไป

วันที่ 10-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด 2 ครั้ง มารดามีสีหน้าสดชื่นปวดมดลูกประเมินความเจ็บปวดเท่ากับ 1 คะแนน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด น้ำคาวปลาสีแดงออกชุ่ม

ผ่าอนามัย 1 ผื่นมดลูกเป็นก้อนแข็งกลมปัสสาวะได้เองมี
อาการคัดตึงเต้านมเล็กน้อยน้ำนมเริ่มไหลซึมๆ แนะนำ
วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือดูดนมเร็ว ดูนมบ่อย
และดูดให้ถูกวิธี ทารกดูนมได้ไม่มีการตัวเหลือง
ขับถ่ายปกติ วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 แพทย์
อนุญาตให้กลับบ้านได้นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ศึกษาตั้งแต่วันที่ 7-12 ตุลาคม 2560 กรณี
ศึกษาเป็นผู้คลอดอายุ 24 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติ
ไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน ฐานะปานกลาง
ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 มาโรงพยาบาล
ด้วยอาการเจ็บครรภ์มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดและ
ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง

ประวัติการตั้งครรภ์ มารดาครรภ์ที่ 2 บุตร
มีชีวิต 1 คน ไม่เคยแท้ง อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 1 วัน
ฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เมื่ออายุ
ครรภ์ 10 สัปดาห์ ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด
ในช่วงฝากครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง
ตามเกณฑ์ฉีดวัคซีนบาดทะยักครบ 3 ครั้ง ผลตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการไม่พบความเสี่ยงในการมีบุตรเป็นโรค
ธาลัสซีเมีย ค่าฮีโมโกลบินและค่าฮีมาโตคริตอยู่ใน
เกณฑ์ปกติ ปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง (15,480 เซลล์
ต่อไมโครลิตร) ปริมาณเม็ดเลือดแดงปกติ ปริมาตร
ของเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular volume หรือ
MCV) ปกติ ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือด
แดง (mean corpuscular hemoglobin concentration
หรือ MCHC) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณเกล็ดเลือด
ปกติ ประวัติการตั้งครรภ์ที่แล้วมา ครรภ์แรกคลอด
ครบกำหนดเมื่อปี พ.ศ. 2558 คลอดปกติ ทารก
เพศชาย แข็งแรงดี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกาย
แข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อ
ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร
และไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ

การประเมินสุขภาพร่างกายลักษณะทั่วไป
ผิวตาดำแดง รูสึกตัว ตีระหะ:รูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูน

ผิดปกติ ผมน้ำตาลไม่มีบาดแผลหรือผื่น ใบหน้ามีรูปร่าง
ปกติ เท้าบวม +1 ทั้ง 2 ข้าง เปลือกตาไม่ซีด รูม่านตา
ขนาด 3 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง คอ
และไหล่ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ต่อมนทรวงอกไม่โต
ต่อมน้ำเหลืองไม่โต กระดูกไม่ผิดปกติ เคลื่อนไหวร่างกาย
ได้ปกติ รูปร่างของทรวงอกปกติ ทรวงอกเคลื่อนไหว
สัมพันธ์กับการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากัน
ทั้งสองข้าง หัวใจเต้นสม่ำเสมอปกติ ไม่มีเสียงการเต้นที่
ผิดปกติ (murmur) อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อ
นาที ตั้งครรภ์ข้อมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ไม่มี
ตับม้ามโต ไม่มีเท้าบวม ไม่มีกดบวม ระบบประสาทและ
กล้ามเนื้อ ปกติ ไม่มีอาการ คอแข็ง (stiff neck) กำลัง
กล้ามเนื้อระดับ 3 คะแนน ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีตุ่มหรือ
ผื่น ไม่มีบาดแผล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.9
องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้งต่อ
นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
128/72 มิลลิเมตรปรอท ตรวจภายในปากมดลูกเปิด
2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์
ตีระหะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -1 และมีน้ำคร่ำไหล
มดลูกหดตัวทุก 3 นาที หดตัวนาน 40 วินาที ระดับ
ความแรงของการหดตัวระดับ 2+

วันที่ 8 ตุลาคม 2560 แพทย์ได้ชักนำการ
คลอดโดยการเจาะถุงน้ำเร่งคลอดเวลา 09.00 น.
น้ำคร่ำมีลักษณะใส ให้อาหารเร่งคลอดเวลา 09.15 น.
โดยให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิกรัม ผสมออกซิโตซิน
10 ยูนิต หยดเข้าหลอดเลือดดำผู้คลอดเริ่มมีอาการ
เจ็บครรภ์ถี่สม่ำเสมอทุก 3-4 นาทีที่ความรุนแรงระดับ
+3 ระยะเวลาในการหดตัวของมดลูก 40-45 วินาที
เสียงหัวใจสม่ำเสมออยู่ในช่วง 130-150 ครั้งต่อ
นาที จากนั้นเวลา 12.45 น. ปากมดลูกเปิดหมดและ
ช่วยทำคลอดวิธีธรรมชาติทารกเกิดเวลา 13.08 น.
เพศชายน้ำหนัก 2,630 กรัม ลำตัวยาว 50 เซนติเมตร
สภาพทั่วไปแข็งแรง คะแนนตัวบ่งชี้สุขภาพทารกใน
นาที่ที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 9, 9 และ 10 ตามลำดับ
รกคลอดเองเวลา 13.10 น. ตรวจรก พบว่า รกคลอด
ไม่ครบ มีเศษเยื่อหุ้มรกขาดหาย ตรวจช่องทางคลอด

แผลฝีเย็บ มีฉีกขาดเพิ่มระดับ 2 แพทย์ได้ทำการรักษา โดยขูดมดลูกและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ หลังคลอด มดลูกหดตัวไม่ดีมีเลือดออก 500 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้อ็อกซีโตซิน 10 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ และเมทเทอร์ยีน 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำและสวนปัสสาวะ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) รวมเสียเลือดจากการคลอดทั้งสิ้น 500 มิลลิลิตร ให้การพยาบาลหลังคลอดโดยตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ประเมินการหดตัวของมดลูก เค้นก้อนเลือด ตรวจดูกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ประเมินแผลฝีเย็บและเลือดที่ออกทางช่องคลอด จนอยู่ในขั้นที่ปลอดภัย 2 ชั่วโมง หลังคลอด ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ตรวจดูความเข้มข้นของเลือดได้ร้อยละ 33 จึงย้ายผู้คลอดไปที่เตียงหลังคลอดเวลา 15.10 น. วันที่ 9 ตุลาคม 2560 ได้ตรวจความเข้มข้นของเลือดซ้ำได้ร้อยละ 29 แพทย์ให้เลือด 1 ยูนิต เยี่ยมหลังคลอดครั้งที่ 1 ประเมินแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา ประเมินอาการปวด ความดันโลหิต 112/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำคาวปลาสีแดงไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่มีเลือดคั่ง วันที่ 10 ตุลาคม 2560 เวลา 02.00 น. ผู้คลอดมีไข้สูงอุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส เวลา 09.00 น. เยี่ยมหลังคลอด ประเมินแผลฝีเย็บระดับมดลูก สีและกลิ่นน้ำคาวปลา พบว่าน้ำคาวปลามีสีแดงคล้ำ มีกลิ่นเหม็น มีไข้ 39.1 องศาเซลเซียส แผลฝีเย็บปกติไม่มีเลือดคั่ง แพทย์ตรวจเลือดพบมีภาวะติดเชื้อ แพทย์ให้ยาฆ่าเชื้อ amoxicillin (500 mg) รับประทานครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น วันที่ 11 ตุลาคม 2560 เยี่ยมหลังคลอด มีสีหน้าเหนื่อย

เพลีย มีไข้ ตรวจแผลฝีเย็บไม่มีเลือดคั่ง น้ำคาวปลายังมีกลิ่นเหม็น สีแดงจางสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที เต้านมยังไม่คัดตึงแต่เริ่มบีบให้ลูกดูดนมได้ ทารกมีสุขภาพแข็งแรง วันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เวลา 09.00 น. เยี่ยมหลังคลอดแพทย์อนุญาตให้ผู้คลอดและบุตรกลับไปพัก ที่บ้านได้และนัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

วิเคราะห์กรณีศึกษาและการพยาบาล

กรณีศึกษา มารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย เป็นมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเหมือนกันแต่มีความรุนแรงต่างกัน ตามปัจจัยเสี่ยงของประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด เนื่องจากมารดา รายที่ 1 เคยแท้ง 2 ครั้งและได้รับการขูดมดลูก ทำให้มารดาเกิดภาวะรกค้างและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญมากกว่า เมื่อรับผู้คลอดทั้ง 2 ราย เข้าไว้ในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติได้ใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการดูแลประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่แรกได้รับคลอด คลอด หลังคลอด โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้คลอดที่มีปัญหาตกเลือดหลังคลอดต้องประเมินผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดและให้การช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งขณะที่ผู้คลอดถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลนางรองได้มีการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้คลอด พบว่าผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในระยะตกเลือดหลังคลอดที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรก/เศษรกค้าง

กิจกรรมการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญ และอ้างอิงหลักฐาน

1. เรียกทีมช่วยเหลือ

2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนมี อาการปกติหลังจากนั้นบันทึกทุก 4 ชั่วโมง สังเกตระดับ ความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อ ออก ตัวเย็น ชีต เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกาย ต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบการไหลเวียนเลือด

3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและคลึง มดลูกจนหดตัวกลมแข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่อาจ ค้างอยู่ในมดลูกซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกหดตัว ไม่ดี⁵ และสังเกตการหดตัวของมดลูกต่อไปอีก ทุก 15 นาที

4. ตรวจการฉีกขาดของช่องทางคลอด ตรวจ ความสมบูรณ์ของรกซ้ำ รวมทั้งสังเกตลักษณะและ จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยสังเกตจากการชุ่ม ผ่าอนามัย

ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวง เลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชั้น

5. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% Normal Saline Solution (NSS) ปริมาณ 1,000 ซีซี อัตราการหยด free flow และ 5% dextrose in N/2 1,000 ซีซีที่ผสมยา อ็อกซีโตซิน 20 ยูนิต อัตราการหยด 120 ซีซีต่อชั่วโมง เมทเทอร์ยีน 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ Cytotec 5 เม็ดเหน็บทวารหนักตามแผนการ รักษา

6. จัดทำให้ผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้าและ ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตร ต่อนาที

7. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยใส่สาย สวนปัสสาวะคาไว้เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของ มดลูก และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดู การทำงานของไตถ้าเกิดภาวะช็อคปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง⁶

8. ให้เลือดตามแผนการรักษาเพื่อช่วยเพิ่ม ปริมาณเม็ดเลือดแดง

9. เจาะเลือดดูค่าฮีมาโตคริตตามแผนการ รักษา

10. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความ มั่นใจในการดูแลรักษา

การประเมินผลการพยาบาล

หลังจากตกเลือด 2 ชั่วโมง มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 50 ซีซี ความดัน โลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของ ชีพจร 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที มารดาหลังคลอดรายที่ 2 มดลูกหดตัวดีมีเลือด ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 อ่อนเพลีย เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้อ่อนพักโดยจัดกิจกรรมพยาบาล ให้พร้อมในเวลาเดียวกันเพื่อรบกวนมารดาหลังคลอด ให้น้อยที่สุด จัดสิ่งแวดล้อมให้อ่อนอำนวยต่อการ พักผ่อนโดยลดแสงและเสียงที่รบกวนผู้ป่วย

2. ดูแลให้ดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3. ดูแลและแนะนำการรักษาความสะอาด ร่างกายเพื่อให้รู้สึกสดชื่นขึ้น

การประเมินผลการพยาบาล

มารดาหลังคลอดทั้ง 2 รายนอนหลับพักผ่อน ได้ดี มีสีหน้าสดชื่นขึ้น และสามารถอุ้มลูกดูนมได้ หลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อ ภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก จากการขูดมดลูกและมีการเสียเลือดมาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามประเมินและสังเกตลักษณะแผล ฝิเย็บจำนวน สี ลักษณะ และกลิ่นของน้ำคาวปลาทุกวัน

2. แนะนำและสอนผู้ป่วยให้ดูแลตัวเองใน เรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะการ

ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกวันละ 2 ครั้ง
เช้า-เย็น

3. วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
4. วัดระดับยอดมดลูกและลงบันทึกทุกวัน
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการ

รักษา

การประเมินผลการพยาบาล

มารดาหลังคลอดทั้ง 2 รายแผลฝีเย็บไม่มี
บวมแดง น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น และไม่มีไข้
หลังคลอด

สรุป

มารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย เป็นมารดาที่มี
ภาวะตกเลือดหลังคลอดเหมือนกันแต่มีความรุนแรง
ต่างกัน ตามปัจจัยเสี่ยงของประวัติการตั้งครรภ์และ
การคลอด มารดารายที่ 1 เคยแท้ง 2 ครั้งและได้รับ
การขูดมดลูก มารดารายที่ 2 ได้รับยาเร่งคลอดและ
เจาะถุงน้ำก่อนคลอด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะรกค้าง
และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะ
ที่สำคัญมากกว่า จากการประเมินมารดาหลังคลอดทั้ง
2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันคือ มีภาวะ
ตกเลือดหลังคลอดจากรก/เศษรกค้าง มีภาวะ
อ่อนเพลียเนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและ
สูญเสียเลือด และเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอด
เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกจากการขูดมดลูกและ
มีการเสียเลือดมาก การพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย การป้องกันอันตรายจากการเสียเลือดหลังคลอด
โดยการประเมินและติดตามอาการ การให้เลือดหรือ
สารละลายทางหลอดเลือดดำ การส่งเสริมให้มดลูกหดร
รัดตัวได้ดีหลังคลอด และการป้องกันการติดเชื้อใน
มดลูก หลังให้การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด
ทั้ง 2 รายไม่มีอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด
และไม่มีภาวะติดเชื้อในมดลูกหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรพยาบาลควรได้รับการอบรมความรู้
ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด
หลังคลอด โรงพยาบาลควรมีการป้องกันการฟ้องร้อง
ร้องเรียน เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการด้านข้อร้องเรียน
การเจรจาไกล่เกลี่ย และผลักดันให้มีการดูแลผู้คลอด
อย่างเป็นระบบ รวมทั้งเป็นต้นแบบแก่โรงพยาบาล
ชุมชนในเครือข่ายซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุง แก้ไข
เพิ่มเติมส่วนที่ไม่สมบูรณ์ให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง
และเหมาะสม เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานได้มีแนวทาง
ในการดูแลเพื่อการรักษาพยาบาลผู้คลอดได้ถูกต้อง
เหมาะสม ทันทีทันที่ และมีแบบแผนที่ดีมีคุณภาพ
ผลสำเร็จของการให้การรักษาพยาบาลคือ ผู้คลอดได้รับ
การช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจากทีม
แพทย์และพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม^{5,6} โดยการประเมิน
สภาพทั่วไป และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด การ
รายงานแพทย์เพื่อให้มาดูอาการ ผู้คลอดอย่างรวดเร็ว
การเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ
ผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วย
คลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและ
ทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้พร้อมใช้รวมทั้งส่งต่อ
ผู้คลอดไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงการเตรียมตัว
จำหน่ายมารดาหลังคลอดร่วมกับการส่งต่อข้อมูล
สู่ทีมสุขภาพในชุมชนด้วย

References

1. World Health Organization. WHO recom-
mendations for the prevention and treatment of
postpartum hemorrhage. Italy: WHO; 2012
2. Wanitchapongpun P, Ratsameecharoen K,
Lertbannaphong T, editors. Modern textbook of
obstetrics. Bangkok: Department of obstetrics and
gynecology, Faculty of medicine, Siriraj hospital;
2017. (in Thai)

3. Thaewpia S. Obstetrics nursing volume 3. Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Nontaburi: Yudharindth Printing; 2005. (in Thai)
4. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, and the United Nation Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Switzerland: WHO; 2014
5. Iamchareon T. Postpartum hemorrhage: Significance of nurse's roles in prevention. APHEIT Journal 2017; 6(2): 146-57.
6. Ratanapitak W. Nursing care in postpartum hemorrhage. Journal of Nursing, Siam University 2018; 19(36): 101-12. (in Thai)