

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with Hypovolemic shock :
Case Study of 2 Cases

วิภาดา วงษ์อินตา พย.

โรงพยาบาลชุมแพ

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดบุตรทางช่องคลอด และมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าคลอดทางหน้าท้อง เป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดา มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดาและครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาวและมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปคือมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ ดังนั้น การให้การพยาบาลมารดาในระยะรอคลอดระยะคลอด ระยะหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้คลอดปลอดภัยและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินงาน: ศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย โดยเปรียบเทียบประวัติ การตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง และกระบวนการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้คลอดและครอบครัวระยะเวลาการศึกษา ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เดือนเมษายน-มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา: ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และมีความแตกต่างในประเด็นสาเหตุ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความยากของการปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้คลอดรายที่ 1 อายุ 39 ปี ผ่านการคลอดมาหลายครั้ง มีภาวะเสี่ยงตั้งแต่ระยะรอคลอด และในระยะหลังคลอดพบว่ามีการตกเลือดหลังคลอด ส่งอัลตราซาวด์พบว่า มีเศษรกค้างจึงส่งชุดมดลูก รายที่ 2 ประเมินผู้คลอดก่อนย้ายไปหอผู้ป่วย ผู้คลอดมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น ทั้ง 2 ราย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ชีพจรเร็วความดันโลหิตต่ำลง ความเข้มข้นของเลือดลดลง ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินและรักษาอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ได้รับการรักษาหลักที่เหมือนกัน คือ ได้รับสารน้ำ เลือด ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการนวดคลึงมดลูกและการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขหลังการรักษาผู้คลอดปลอดภัย สามารถย้ายผู้คลอดไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยได้

สรุป: การตกเลือดหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุที่ต่างกันเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมิน การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงต่อการเสียเลือดตั้งแต่แรกเริ่ม การร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและทันเวลา นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลเพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลลดอัตราการตายผู้คลอดได้

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด, ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด, กระบวนการพยาบาล

Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with Hypovolemic shock : Case Study of 2 Cases

Wipada Wong-inta, RN
ChumPhae Hospital

ABSTRACT

Background: Postpartum hemorrhage is characterized by the loss of more than 500 milliliters of blood during vaginal delivery and more than 1,000 milliliters during a cesarean section. It is a serious complication of childbirth and a significant cause of maternal mortality. This condition not only has physical implications but also profoundly affects the mental well-being of the mother and her family. Furthermore, it has been observed that postpartum hemorrhage can lead to long-term consequences, including anemia, which can have adverse effects on future pregnancies and deliveries. There is an increased risk of experiencing postpartum hemorrhage in subsequent pregnancies. Therefore, providing standardized and efficient maternal care during the antenatal, intrapartum, and postpartum periods is crucial to ensure the safety and well-being of mothers and enable them to lead healthy lives.

Objective: The aim of this research is to study the nursing care of postpartum patients who have experienced hypovolemic shock following childbirth. This will be accomplished through a comparative analysis of two case studies.

Method: This study involved a comparative analysis of two cases of postpartum patients who had experienced hypovolemic shock. The research compared their pregnancy histories, risk factors, and nursing procedures. Data were collected using various tools, including medical records, interviews with the patients and their families, and a study period that encompassed the months of April to June in the year 2023 for both cases.

Results: Both of the postpartum patients encountered similar nursing care issues, namely postpartum hemorrhage. However, there were differences in the underlying causes and the severity of complications that ensued. Case 1, a 39-year-old patient with a history of multiple pregnancies, was at risk from the antenatal period. Postpartum, she experienced postpartum hemorrhage. An ultrasound revealed retained placental tissue, prompting manual removal. Case 2 involved an assessment of the patient before transferring her to the patient ward. The patient

experienced symptoms such as dizziness, cold sweats, and altered vital signs, including an increased heart rate, decreased blood pressure, and reduced blood oxygen levels. Both patients suffered from hypovolemic shock and received urgent and expedited assessment and treatment. Both received similar primary treatments, including intravenous fluids, blood transfusions, uterotonic medications, uterine massage, and close monitoring of vital signs. Nursing care issues were resolved after ensuring the safety of the patients, and they were subsequently transferred to the patient ward for further care.

Conclusion: Postpartum hemorrhage with varying causes and severity is a significant risk. Nurses must possess the competency to assess and identify risk factors for bleeding from the very beginning. Collaborative interdisciplinary teamwork is essential to address issues promptly and appropriately. Implementing nursing procedures efficiently is crucial for the effective care of postpartum patients with hemorrhagic shock, which can ultimately contribute to reducing maternal mortality rates.

Keywords : Postpartum Hemorrhage, Hypovolemic shock, Nursing Care.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) โดยจากสมาคมสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2560 คือการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดบุตรทางช่องคลอดและมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าคลอดทางหน้าท้อง (Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, 2560) ภาวะตกเลือดหลังคลอดนี้เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในการเสียชีวิตของมารดา และยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตของมารดาเกือบ 1 ใน 4 ทั่วโลก (พัชรียา นิวัฒน์ภูมินทร์. 2560) การเสียชีวิตส่วนใหญ่ที่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดจะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ/สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมี 4 ประการ ได้แก่ ภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี/ไม่หดรัดตัว (Tone: uterine atony) ภาวะรกค้าง (Tissue: retained placenta) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma: genital tract trauma) และภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (Thrombin: maternal bleeding disorder) อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด จะมีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอดทันทีหรืออาจค้างอยู่ภายใน มีบางครั้งที่มีมดลูกคลายตัวจะเห็นเลือดค่อย ๆ ไหลออกมา กรณีที่มีเศษรกค้างอาจเกิดขึ้นทันทีหรือจนกระทั่งวันที่ 6-10 หลังคลอดจะมีเลือดออกมา คลำหน้าท้องพบว่ามดลูกอยู่สูงขึ้นอาจถึงระดับสะดือ มีอาการเจ็บปวดหรือแรงกดอย่างรุนแรง ผู้คลอดจะมีอาการของการเสียเลือดมาก ซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลงต่ำลง ใจสั่น ตัวเย็น อ่อนเพลีย หาวเพราะเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง สับสน ซ็อกไม่รู้สีกตัวและอาจเสียชีวิตได้ ถ้ามีการตกเลือดระยะหลัง อาจพบว่าน้ำคาวปลา มีสีแดงเข้มขึ้น สวนใหญ่มักเป็นระยะที่ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด มดลูกมีขนาดโต ปากมดลูกยังไม่ปิดเนื่องจากมีชิ้นรกหรือก้อนเลือดจุกอยู่ ผู้คลอดเสียเลือดมากและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

ที่รุนแรงเช่น ภาวะช็อก (WHO, 2012) หรือมี ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาเช่น respiratory distress syndrome, shock, disseminated intravascular coagulation, acute renal failure, loss fertility, Sheehan syndrome ได้ (Iamchareon T., 2017) นอกจากนี้ ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาวและมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปคือมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหาและแก้ไขสาเหตุที่นำมาสู่ภาวะตกเลือดสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี หรือมดลูกไม่หดรัดตัว โดยการป้องกันภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ทำได้โดยการให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก โดยยาที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ oxytocin หรือ carbetocin ยาที่พิจารณาใช้เป็นลำดับถัดมาเพื่อการรักษาภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดีคือ ยาในกลุ่ม ergot (พัชรียา นิวัฒน์ภูมิพนม, 2562)

จากรายงานแนวโน้มอัตราการตายของมารดา ในปีพ.ศ. 2552-2565 ประเทศไทยพบอัตราการตาย ของมารดา 8.9-22.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (WHO; 2014) โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปีพ.ศ.2563-2565 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 23.7 และ 31 ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ, 2565) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของประเทศคือร้อยละ ไม่เกิน 5 และเป้าหมายที่โรงพยาบาลชุมแพกำหนดไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 5 แต่ไม่พบการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอด ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้คลอดให้ปลอดภัย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 39 ปี น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI=24.24 (อ้วน) วุฒิการศึกษา ป.2 อาชีพ รับจ้าง ผู้คลอดครรภ์ที่ 6 (G6P4A1L4) LMP 1 กรกฎาคม 2565 EDC 8 เมษายน 2566 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 2 วัน (by U/S) ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน 10 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในขณะตั้งครรภ์ครรภ์ก่อนคลอดปกติ เคยขูดมดลูกจากการแท้งลูกคนแรกเมื่อ 22 ปีก่อน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะตั้งครรภ์ Hct43.6/39.3% Hb 14.5 gm/dl BL.gr:O, Rh:+ Hb typing:E triat, VDRL:NR, Hbs:-AntiHIV:-, DCIP:+ MCV 92.7, MCH 30.1 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้คลอดมาฝากครรภ์ตามนัด วันที่ 3 เมษายน 2566 เวลา 09.00 น. แรกรับรู้สีกตัวดี ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกท้องแข็งเป็นพัก ๆ ตั้งแต่ 7.00 น. เตรียมตัวจะไปฝากครรภ์ตามนัด ปวดท้องไม่มาก pain score 1 คะแนน ระดับยอดมดลูก ¾ มากกว่าสะดือ มดลูกหดรัดตัวห่าง ๆ Interval 6 นาที Duration 30 วินาที severity 1+ FHS 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกขยาย 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50% ผนังมดลูกยังไม่แตก ทารกท่า Longitudinal lie Vertex Presentation ระดับส่วนนำ 0 แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy ให้ Admit ห้องคลอด สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 123/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ใช้กราฟในการดูแลการคลอด ระยะที่ 1 ของการคลอด (Latent phase) ลำช้า จากเวลา 07.00 น. ถึง 13.50 น. พบว่าปากมดลูกขยายเท่าเดิม 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50% มดลูกหดรัดตัวห่าง ๆ Interval 6 นาที Duration 30

วินาที severity+ เวลา 14.00 น. แพทย์สั่งการรักษา Augmentation ให้ syntocinon 10 unit ผสมใน RLS 1,000 ml iv drip 10 ml/hr. titrate untill 60 ml/hr. ญาติมีความกังวลทำไมรอคลอดนาน สอบถามอาการเกี่ยวกับผู้คลอด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าเริ่มให้ยาเร่งให้คลอดทางหลอดเลือดดำผู้คลอดจะเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เวลา 14.20 น. ปากมดลูกขยายเพิ่มขึ้นเป็น 5 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80 % Interval 4 นาที Duration 30 วินาที severity1+ FHS 146 ครั้ง/นาที ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ ผู้คลอดเข้าสู่ active phase ให้ผู้คลอดดื่มน้ำตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง ฟัง FHS ทุก 30 นาที ตรวจปากมดลูกทุก 2 ชั่วโมง เวลา 16.20 น. ปากมดลูกขยาย 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 % ถุงน้ำคร่ำแตกเอง FHS 152 ครั้ง/นาที Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 30 วินาที severity2+ ปริมาณ IV fluid ที่ได้รับแล้ว 50 ml. วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 122/79 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ย้ายเข้าห้องคลอด คลอดปกติ (normal labour c old tear) เวลา 17.16 น. ทารกเพศชาย Apgar score 9,9,10 น้ำหนัก 3,355 กรัม ทำคลอดรกปกติ total blood loss 300 ml. ย้ายผู้คลอดนอนพักบนเตียงดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดง/แนวทางการรักษา/ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

เวลา 19.16 น. 2 ชั่วโมงหลังคลอดเตรียมย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ตรวจพบว่าผู้คลอดมีเลือดออกมากชุ่มผ้าอนามัย ผู้คลอดบอกเวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวเย็น สังเกตเห็นมีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอด มดลูกไม่แข็งตัว ล้วง Blood clot ให้ได้ 300 ml. ทำ bimanual uterine compression มดลูกหดตัวดี แต่ยังมี active bleed รายงาน สูติแพทย์ให้ syntocinon 10 unit im ให้เติม syntocinon 10 unit เพิ่มใน iv fluid เดิม drip rate 40 ml/hr. methergin 1 amp iv stat ให้ RLS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr, O₂ mask with bag 10 LPM ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 104/72 -124/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104-112 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน (ผลการตรวจ PT, PTT, INR ปกติ ผลCBC : WBC 19,060Cells/uL ,Neutrophil 85.0% Hct 32%) และจองเลือด Pack red cells 2 unit, cytotec 4 tab. reatal suppository stat. 0.9%NSS 1,000 ml. iv drip 50 ml/hr transamin 1 gm iv stat then 500 mg q 6 hr., Hct 30% ให้เลือด PRC 1 unit iv in 4 hr. methergin 0.2 mg iv หลังจาก syntocinon ขวดที่ 1 หมด ให้ RLS 1,000 ml + syntocinon 40 unit iv drip 120 ml/hr มดลูกหดตัวดี แต่ยังมี active bleed รายงานแพทย์ ทำU/S พบเศษเยื่อหุ้มรก แพทย์ set D&C ผู้คลอดยังดื่มน้ำตามอยู่ ให้ valium 1 amp iv, pethidine 25 mg iv Load NSS 600 ml iv retained foley's catheter Record I/O หลัง D&C total blood loss 800 ml. ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 109/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 100% ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น พูดคุยเข้าใจ ทำทางอ่อนเพลียบอกว่า“เหนื่อยเพลียจ้งนอนได้ไหม” ให้นอนพักบนเตียง อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงสาเหตุของการตกเลือดและการรักษา แนะนำให้ทำหมันเพราะการคลอดครั้งต่อไปมีโอกาสจะตกเลือดได้อีก ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดและการหดตัวของมดลูก เปิด pad ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ไม่มี Active bleed มดลูกหดตัวดีดูแลให้ยา ceftriaxone 2 gm iv stat then OD, metronidazole 500 mg iv stat then q 8 hr ปัสสาวะออก 120 ml. ดูแลย้ายผู้คลอดและทารกไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เวลา 21.10 น. สัญญาณชีพก่อนย้าย ความดันโลหิต 105/73 มิลลิเมตรปรอท

ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส O₂ sat 100% ส่งต่อข้อมูลผู้คลอดให้พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 30 ปี น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร BMI=27.94 (อ้วน) วุฒิการศึกษา ปวส.อาชีพ พนักงานเย็บผ้า ผู้คลอดครรภ์ที่ 2 (G2P1A0L1) LMP 16 กรกฎาคม 2565 EDC 23 เมษายน 2566 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 3 วัน (by U/S) ฝากครรภ์จำนวน 9 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ก่อนคลอดปกติ ชั่วโม่ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะตั้งครรภ์ Hct36/37% Hb 12.5 gm/dl Bl.gr., O, Rh:+ Hb typing: E trait, VDRL:NR, Hbs:-Anti HIV:-, DCIP:+, MCV 77.7, MCH 26.2 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง อาการแรกเริ่มมดลูกหดตัว Interval 5 นาที Duration 30 วินาที เด็กดิ้นดีตรวจทางหน้าท้องทารกท่า Longitudinal lie Vertex Presentation FHS 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80% MI ระดับส่วนน้ำ 0 แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy with Labour pain ให้ Admit ห้องคลอด สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 118/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ใช้กราฟในการดูแลการคลอด ระยะที่ 1 เวลา 06.20 น. ผู้คลอดอยู่ในระยะ active phase ปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80% MI ระดับส่วนน้ำ 0 Interval 5 นาที Duration 30 วินาที FHS 140 ครั้ง/นาที ขณะรอคลอด 1 ชั่วโมง มีน้ำเดิน มดลูกแข็งตัวถี่ขึ้น Interval 3-4 นาที Duration 30-35 วินาที severity 2+ เวลา 09.25 น. แพทย์สั่งการรักษา ส่งเสริมการคลอด(augmentation) โดยให้ syntocinon 10 unit im monitor FHS ทุก 30 นาที ทำ IUR FHS 132-140 ครั้ง/นาที เวลา 10.10 น.ปากมดลูกขยาย 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ให้น้ำค้ำตัวเอง FHS 136 ครั้ง/นาที Interval 2 นาที Duration 30 วินาที severity 2+ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 121/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด คลอดปกติ (normal labour c RML episiotomy) เวลา 10.25 น. เพศหญิง Apgar score 9,9,10 น้ำหนัก 3,070 กรัม ทำคลอดรอกปกติ total blood loss 200 ml. ย้ายผู้คลอดนอนพักบนเตียงดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดง/แนวทางการรักษา/ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

เวลา 12.20 น. ชั่วโม่งหลังคลอดเตรียมย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ผู้ป่วยบอกเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว เหงื่อออก ตัวเย็น ตรวจพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี มี active bleed ล้าง blood clot ได้ประมาณ 650 ml. วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 85/44 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์สั่งการรักษาให้เปิดเส้น 2 เส้น ให้ RLS 1,000 ml Load 300 ml. then iv drip 60 ml/hr. , methergin 1 amp iv RLS 1,000 ml + syntocinon 40 unit iv drip 120 ml/hr ให้ cytotec 4 tab. reatal suppository stat. transamin 1 gm iv ทำ bimanual uterine compression retained foley's catheter ได้น้ำปัสสาวะ 200 ml. คลื่นมดลูกให้ เจาะ Hct ได้ 35% จากเดิม 37% เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน ผลการตรวจ ปกติทุกรายการ เฝ้ารวังอาการอย่างใกล้ชิด เปิด pad ทุก 30 นาที วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 107/78-127/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 84-86

ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส เวลา 13.00 น. ประเมินอาการผู้คลอดรู้สึกตัวดี ดูปื้นเพลีย สีหน้าอิดโรย ผู้คลอดบอก “เหนื่อยมากค่ะคุณหมอ” สอบถามไม่มีตาพร่ามัว ให้นอนพักบนเตียง มดลูกหดตัวดีกลมแข็ง ไม่มี active bleed แพทย์ให้ off foley's catheter และให้ย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วย สูตินรีเวชกรรมได้ และจากการที่ผู้คลอดมีแผลในโพรงมดลูก มีแผลฝีเย็บและได้รับการสวนปัสสาวะ ทำให้ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ แนะนำให้ผู้คลอดสังเกตอาการติดเชื้อได้แก่ มีไข้ ปวดท้อง ปวดแผลฝีเย็บ เป็นต้น ผู้คลอดปวดแผลฝีเย็บไม่มาก pain score 2 คะแนน และเมื่อไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะแนะนำให้ผู้คลอดดูแลรักษาความสะอาดร่างกายเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อย ๆ ไม่กลั้นปัสสาวะ จากการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อกร่วมด้วย แนะนำให้ผู้คลอดทำหมันเพราะการคลอดในครั้งต่อไปอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้อีก ดูแลย้ายผู้คลอดและทารกไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เวลา 13.00 น. สัญญาณชีพก่อนย้าย ความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส O₂ sat 100% ส่งต่อข้อมูลผู้คลอดให้พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

วิเคราะห์กรณีศึกษาและการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเหมือนกันปัจจัยเสี่ยงของประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เคยแท้ง 1 ครั้งและได้รับการขูดมดลูกทำให้เกิดเศษรกค้าง ผ่านการคลอดหลายครั้งและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะรอคลอดทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี กรณีศึกษาที่ 2 ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะก่อนคลอดเมื่อรับผู้คลอดทั้ง 2 ราย เข้าไว้ในโรงพยาบาลได้ใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการดูแลประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับ ระยะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ให้การช่วยเหลือ ดูแลอย่างรวดเร็วตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ กรณีศึกษาที่ 2 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 4 ข้อ แตกต่างกันในระยะรอคลอดคือ กรณีศึกษาที่ 1 มี 2 ข้อ กรณีศึกษาที่ 2 มี 1 ข้อ ในระยะคลอดไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะหลังคลอดพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ข้อเท่ากัน เหมือนกัน 1 ข้อ คือข้อ 3 ผู้คลอดอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือด แตกต่างกัน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 มีสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดต่างกัน ข้อ 2 รายที่ 1 เกิดภาวะติดเชื้อ แต่รายที่ 2 มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลได้เป็น 2 ระยะคือ ระยะรอคลอดและระยะหลังคลอด ตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

การพยาบาลระยะรอคอย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1. ผู้คลอดมีความไม่ สุขสบายเนื่องจากอาการ เจ็บครรภ์คลอด ข้อมูลสนับสนุน S: เมื่อมดลูกหดรัดตัว ผู้คลอดบอกว่า “เจ็บ” ทำเสียง “จู้ ๆ ” O: เมื่อมดลูกหดรัดตัว หน้านิ้วชี้ขมวดบิดตัวไป มา Interval 4 นาที Duration 30 วินาที เพิ่มขึ้นในระยะใกล้คลอด Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 30 วินาที severity2+ วัตถุประสงค์ ผู้คลอดสามารถเผชิญกับ การเจ็บครรภ์ได้ตลอด ระยะที่ 1 ของการคลอดได้ เหมาะสม	1. ผู้คลอดมีความไม่ สุขสบายเนื่องจากอาการ เจ็บครรภ์คลอด ข้อมูลสนับสนุน S: เมื่อมดลูกหดรัดตัว ผู้คลอดบอกว่า “เจ็บ” ทำเสียง “จู้ ๆ ” O: เมื่อมดลูกหดรัดตัว หน้านิ้วชี้ขมวดบิดตัวไป มา Interval 5 นาที Duration 30 วินาที เพิ่มมากขึ้นใน ระยะใกล้คลอด Interval 2 นาที Duration 30 วินาที severity2+ วัตถุประสงค์ ผู้คลอดสามารถเผชิญกับ การเจ็บครรภ์ได้ตลอดระยะ ที่ 1 ของการคลอดได้ เหมาะสม	กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการ พยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึก ปลอดภัยในการคลอด 2. ชักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวด สังเกตและ บันทึกพฤติกรรม การแสดงสีหน้า และการ เคลื่อนไหว เช่น ขมวดคิ้ว กำมือแน่น บิดตัวไปมา เสียงร้องครวญคราง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว 3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4.ตรวจและบันทึกความถี่ ความแรงและระยะเวลา ของการหดรัดตัวของมดลูกทุก30 นาที 5. ตรวจและบันทึก เกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และ อัตราการก้าวหน้าของการคลอด 6. ตรวจและบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก ทุก30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก อาจ เปลี่ยนแปลงได้เมื่อมดลูกหดรัดตัวถี่ 7. จัดทำนอนให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มากที่สุด โดยให้นอนตะแคงซ้าย ใช้หมอนรองรับ ตามข้อต่าง ๆ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย	1. เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย	8. ประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดให้กำลังใจผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นอกเห็นใจในความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวด
2. ผู้คลอดหน้านิวคิ่วหมดวิตตัวไปมาน้อยลง เข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้เมื่อมดลูกคลายตัว	2. ผู้คลอดหน้านิวคิ่วหมดวิตตัวไปมาน้อยลง เข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้เมื่อมดลูกคลายตัว	9. ให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยดูแลและช่วยเหลือให้ผู้คลอดรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดบ่อย ๆ เช็ดตัวด้วยน้ำเย็น เปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อและจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดและสงบ เพื่อ ช่วยให้ผู้คลอดลดความเครียด ทำให้สุขสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดีขึ้น
		10. ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยการฝึกเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย โดยใช้เทคนิคดังนี้
		10.1 เทคนิคการหายใจ ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายมีหมอนรองรับตามข้อต่อต่าง ๆ เพ่งมองที่จุดใดจุดหนึ่งขณะที่มดลูกเริ่มมีการหดตัว หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ และผ่อนลมหายใจออกจากปาก ช้า ๆ เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ เปลี่ยนเป็นหายใจแบบ ตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ ไปเรื่อย ๆ จนรู้สึกวามดลูกคลายตัวแล้วจึงกลับหายใจแบบช้าอีก
		10.2 การกระตุ้นผิวหนัง โดยการลูบ นวด การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวดทำได้หลายวิธี เช่น - การลูบหน้าท้อง เมื่อมดลูกหดตัวให้ผู้คลอดใช้อุ้งมือทั้งสองข้าง ลูบหรือนวดเบา ๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวเหน่าขึ้นไปหาออดมดลูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล
	ในขณะที่หายใจเข้าและจากยอดมดลูกผ่านมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่มีการหายใจออก - การนวดหลัง ให้ผู้คลอดนอนตะแคง พยาบาลนวดลึก ๆ เป็นวงกลมที่บริเวณกระดูกสันอกขณะมดลูกหดตัว หรืออาจนวดเป็นรูปเลขแปด โดยผู้คลอดกำมือและกางนิ้วหัวแม่มือออก วางด้านฝ่ามือลงบริเวณล่างสุดของหลังกดน้ำหนักมือค่อนข้างแรงจนเป็นรูปเลขแปดวงเล็กแล้วค่อย ๆ เบาแรงกด เมื่อวนมือเป็นรูปเลขแปดวงใหญ่ขึ้น หรืออาจแนะนำให้ผู้คลอดนวดด้วยตนเองด้วยการหายใจหลังมือข้างหนึ่งโดยกดน้ำหนักมือลงบริเวณส่วนล่างของหลังเพื่อที่จะให้แรงกดมากขึ้นใช้ นิ้วหัวแม่มือแตะยึดส่วนล่างสุดของกระดูกสันหลังจนนิ้วทั้งสี่กดน้ำหนักลงที่นิ้วทั้งสี่แล้วถูไปตามขวาง ประเมินผลการพยาบาล 1.จากการสังเกตพบว่าขณะมดลูกมีการหดตัว ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เหมาะสมและสามารถใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลายได้ถูกต้องเกือบทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว 2.หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใสขึ้น อาการปวดตัวไปมาน้อยลง แต่อาการเจ็บครรภ์คลอดยังคงอยู่
2. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอดเนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดยาวนานในระยะที่ 1 (กรณีศึกษาที่ 1) ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำตนเองให้ผู้คลอดและญาติรู้จักก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอดโดยการพูดคุยเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่สุภาพชัดเจนเข้าใจง่ายให้ ความสนใจและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็ม ใจใช้การสัมผัส เช่น ปีบมือ แตะไหล่ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความอบอุ่นใจมั่นใจ

S: ญาติสอบถามเกี่ยวกับการคลอด บ่อยครั้ง “นาง..คลอดยังครับ” O: ญาติมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล :ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดนาน ตั้งแต่ 07.00 น.- 13.50 น. (ระยะ Latent phase ครรภ์หลังเฉลี่ย 5.30 ชั่วโมง ไม่เกิน14 ชั่วโมง) ความวิตกกังวล	3. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอดอย่างคร่าว ๆ การคลอด มี 4 ระยะ คือ 3.1 ระยะที่ 1 ของการคลอดเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิด หมด 10 เซนติเมตร ในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมง ระยะนี้ แบ่งย่อย เป็น 2 ระยะคือ ก.ระยะปากมดลูกเปิดช้าคือ ตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนกระทั่งปาก มดลูกเปิด 3 เซนติเมตรระยะนี้มดลูกจะมีการหดตัวนาน ๆ ครั้ง มี ความเจ็บปวดไม่มาก ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตัวได้ตามปกติ ข.ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล
วัตถุประสงค์ 1. ให้ผู้คลอด และญาติคลาย2. ผู้ คลอดสามารถผ่านพ้นกระบวนการ คลอดภายในเวลาที่กำหนด เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่น ขึ้น 2. ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นการ คลอดระยะที่ 1 ภายในเวลา 4 - 12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง	ประมาณ 7 ชั่วโมง มดลูกจะรัดตัวถี่ขึ้น นานขึ้นและแรงขึ้น จะมีการ เจ็บครรภ์มากขึ้น แต่จะมีระยะพักให้ทนต่อความเจ็บปวดได้ ผู้คลอดควร นอนพักคนเดียว 3.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด หรือระยะเบ่ง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด หมดจนถึงเด็กคลอดครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง 3.3 ระยะที่ 3 ของการคลอด หรือระยะรกคลอด เริ่มตั้งแต่เด็กคลอด จนถึงรกคลอด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 3.4 ระยะที่ 4 ของการคลอด หรือ ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดเริ่มตั้งแต่ รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ร่างกายเริ่มปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติ 4. ดูแลให้ syntocinon 10 unit ผสมใน RLS 1,000 ml iv drip 10 ml/hr. titrate untill 60 ml/hr.ตามแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุดในวันที่ 3 เมษายน 2566 เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ ระยะ Active phase อย่างรวดเร็วหลังได้รับการ augmentation 1. ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น 2. ระยะที่ 1 ของการคลอด ภายในเวลา 4 - 12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง

การพยาบาลในระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1. ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี/มีเศษรกค้าง ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้คลอดบอก เคยแท้ง และได้รับการขูดมดลูก : ผู้คลอดบอกมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด O: มีเลือดออกทางช่องคลอด 800 มิลลิลิตร : สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 109/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 100% ตัวเย็น : ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกขณะรอคลอด syntocinon 10 unit ผสมใน RLS 1,000 ml iv drip 10 ml/hr. titrate untill 60 ml/hr. : ผู้คลอด G6P4A1L4 ผ่านการคลอดทางช่องคลอด 4 ครั้ง	1. ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้คลอดบอกมีอาการเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว O: มดลูกไม่แข็งตัว มีเลือดออกทางช่องคลอด 650 มิลลิลิตร : ผู้ป่วยดูซีด อ่อนเพลีย Hct 35% (ขณะตั้งครรภ์ Hct 36/37%) : สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 85/44 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 100% ผู้คลอดมีเหงื่อออก ตัวเย็น : ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกขณะรอคลอด syntocinon 10 unit im เลือดลดลง 2. ปลอดภัยจากภาวะช็อก	กิจกรรมการพยาบาล 1. เรียกทีมพยาบาลช่วยเหลือมอบหมายหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้คลอด 2. ใส่ก้อนเลือดหรือลิ่มเลือด เศษรกที่ค้างในโพรงมดลูกออกเพื่อลดสิ่งกีดขวางการหดรัดตัวของมดลูก สังเกตปริมาณ ลักษณะเลือดที่ออกจากช่องคลอด 3. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและขนาดคลั่งมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็ง หลังจากนั้นวัดคลั่งทุก 15 นาที 4. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 5. จัดท่าผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้า พร้อมหมัดผ้าให้ความอบอุ่น 6. ให้ O₂ mask with bag 10 ลิตร/นาที 7. สอนปัสสาวะคาสายไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างเป็นการลดสิ่งขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก ประเมินปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายหากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์เพื่อการแก้ไข
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	พยาบาล
วัตถุประสงค์ 1. อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดลดลง 2. ปลอดภัยจากภาวะช็อก เกณฑ์การประเมินผล 1. มดลูกหดรัดตัวดี แข็ง ลอยระดับสะดือ 2. ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดลดลง ไม่พบลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่	วัตถุประสงค์ 1. อาการและอาการแสดงของภาวะตก เกณฑ์การประเมินผล 1. มดลูกหดรัดตัวดี แข็ง ลอยระดับสะดือ 2. ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดลดลง ไม่พบลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่ 3. ค่า Hct ไม่ลดลง 4. สีหน้าและเยื่อบุตาไม่ซีด 5. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 - 139/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที	8. ติดตามและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่แพทย์ ได้แก่ ค่า Hct CBC, PT, PTT, INR 9. ให้สารน้ำ เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไป <u>กรณีศึกษาที่ 1</u> RLS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr, 0.9%NSS 1,000 ml. iv drip 50 ml/hr, Load NSS 600 ml iv <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> RLS 1,000 ml. Load 300 ml. then iv drip 100 ml/hr. 10. ให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก <u>กรณีศึกษาที่ 1</u> - syntocinon 10 unit im - เติม syntocinon 10 unit เพิ่มใน iv fluid เติม (ใน RLS 1,000 ml) iv drip 40 ml/hr. หมดแล้ว ต่อด้วยให้ RLS 1,000 ml + syntocinon 40 unit iv drip 120 ml/hr - methergin 1 amp iv stat - cytotec 4 tab. reatal suppository <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> - methergin 1 amp iv - RLS 1,000 ml + syntocinon 40 unit iv drip 120 ml/hr -cytotec 4 tab.reatal suppository stat

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
จากช่องคลอด 3. ค่า Hct ไม่ลดลง 4. สีหน้าและเยื่อบุตาไม่ซีด 5. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 -139/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที 6. ไม่มีอาการของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย 7. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิตร/ชั่วโมง	6. ไม่มีอาการของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย 7. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิตร/ชั่วโมง	-cytotec 4 tab. reatal suppository stat 11. ให้ยา transamin 1 gm iv stat then 500 mg q 6 hr., เพื่อช่วยให้เลือดแข็งตัวตามแผนการรักษา 12. ให้เลือด PRC 1 unit iv in 4 hr. เพื่อระงับอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก กรณีที่พบหยุดให้เลือด (กรณีศึกษาที่ 1) 13. ช่วยแพทย์ทำหัตถการชุดมดลูก(กรณีศึกษาที่ 1) 14. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการวิงเวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม อาการเหงื่อออก ตัวเย็น ประเมินผลการพยาบาล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุดที่ห้องคลอดก่อนย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม 1. มดลูกหดตัวดี แข็งลวยระดับสะดือ 2. ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดลดลง ไม่พบลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่ออกจากช่องคลอด 3. กรณีศึกษาที่ 1: เลือดยังไม่หมดจึงไม่ได้เจาะ Hct. กรณีศึกษาที่ 2 : ค่า Hct ลดลงเล็กน้อย 37% ในขณะตั้งครรภ์ลดเหลือ 35 % จึงไม่ได้ให้เลือด 4. สีหน้าและเยื่อบุตาไม่ซีด 5. สัญญาณชีพ กรณีศึกษาที่ 1 : ความดันโลหิต 105/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส O₂ sat 100% กรณีศึกษาที่ 2 : ความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส O₂ sat 100% 6. ผู้คลอดไม่มีอาการของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		7.ปริมาณปัสสาวะออก กรณีศึกษาที่ 1 จำนวน 120 มิลลิลิตร กรณีศึกษาที่ 2 จำนวน 200 มิลลิลิตร กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการแก้ไขปัญหาคือเลือดหลังคลอดและภาวะช็อกตั้งแต่เวลา 19.16-21.10 น.รวมระยะเวลา 1.54 ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการแก้ไขปัญหาคือเลือดหลังคลอดและภาวะช็อกตั้งแต่เวลา 12.20- 3.30 น. รวมระยะเวลา 1.10 นาที
2. ผู้คลอดมีภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก/ชุดมดลูก /เสียเลือดมากและการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ข้อมูลสนับสนุน S:- O: ผังเยื่อมดลูกบริเวณที่รกหลุดเป็นแผลได้รับการชุดมดลูก : เสียเลือดหลังคลอด 800 มิลลิลิตร : อุณหภูมิกาย 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 105/73	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก/เสียเลือดมาก/การใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้และมีแผลฝีเย็บ ข้อมูลสนับสนุน S:- O: ผังเยื่อมดลูกบริเวณที่รกหลุดลอกเป็นแผลได้รับการตัดและเย็บแผล ฝีเย็บ : เสียเลือดหลังคลอด 650 มิลลิลิตร:ใส่สายสวนปัสสาวะ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงขณะอยู่ห้องคลอด เช็ดตัวให้เพื่อให้ผู้คลอดสบาย 2. สอนและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไป เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อรู้สึกชุ่ม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 3. สอนผู้คลอดให้สามารถประเมิน สังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด เช่น จำนวน สี ปริมาณลักษณะและกลิ่นของน้ำคาวปลา อาการมีไข้ ปวดมดลูก 4. แนะนำให้ผู้คลอดนอนคว่ำ ลูกจากเตียงโดยเร็วหลังจากพ้นระยะอันตราย เพื่อช่วยขับน้ำคาวปลา 5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ 0.9%NSS 1,000 ml iv drip 50 ml/hr (กรณีศึกษาที่ 1), RLS 1,000 ml iv drip 60 ml/hr (กรณีศึกษาที่ 2) 6. ให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm iv stat then OD,

มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที :ใส่คาสายสวนปัสสาวะ WBC 19,060Cells/uL ,Neutrophil 85.0% วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากการติดเชื้อ เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.1-37.1 องศาเซลเซียส การหายใจ 16-20ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 mmHg. 2.WBC< 10,000cells/cu.mm, Neutrophil< 80% 3. สีสันสภาวะเหลืองใส ไม่ช้ำ ไม่มีตะกอน 4. น้ำคาวปลาสีแดงจางลงเรื่อยๆ ไม่มีกลิ่นเหม็น	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยคลอดติดเชื้อ เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.1-37.1 องศาเซลเซียส การหายใจ 16- 20ครั้ง/ นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 mmHg. 2. แผลฝีเย็บไม่บวม ปวด 3. สีปัสสาวะเหลืองใส ไม่ช้ำ ไม่มีตะกอน 4. น้ำคาวปลาสีแดงจางลงเรื่อยๆ ไม่มีกลิ่นเหม็น	metronidazole 500 mg iv stat then q 8 hr ตามแผนการรักษา(กรณีศึกษาที่ 1) 7. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักปลอดเชื้อ จัดเตรียมเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดให้เพียงพอกับความต้องการเพื่อความสะอาด 8. จัดสิ่งแวดล้อม เตียนนอน ผ้าปู โต๊ะข้างเตียงให้สะอาด จัดผู้คลอดให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทเพื่อลดความหมักหมม ช่วยให้ร่างกายสดชื่นและเพิ่มความแข็งแรงขึ้น 9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้คลอดที่เสียเลือดมากโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามินเกลือแร่ ธาตุเหล็กสูง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป 10. ดูแลถอดสายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษาเพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อ ประเมินผลการพยาบาล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขระยะเริ่มต้นซึ่งต้องมีการติดตามการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมต่อไป(หอผู้ป่วยหลังคลอด) 1. สัญญาณชีพก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม กรณีศึกษาที่ 1 ความดันโลหิต 105/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส กรณีศึกษาที่ 2 ความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส 2. กรณีศึกษาที่ 1 ไม่ได้ตรวจ CBC ซ้ำ กรณีศึกษาที่ 2 ปวดแผลฝีเย็บไม่มาก pain score 2 คะแนน 3. สีปัสสาวะเหลืองใส ไม่ช้ำ ไม่มีตะกอน 4. น้ำคาวปลาสีแดงจางลงเรื่อยๆ ไม่มีกลิ่นเหม็น
--	---	--

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
3. ผู้คลอดอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือด ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้คลอดบอกว่า “เหนื่อย เพลียจัง นอนได้ไหม” O: ทำทางอ่อนเพลีย วัตถุประสงค์ ผู้คลอดอ่อนเพลียลดลงพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมินผล 1. สีหน้าสดชื่นขึ้น 2. อ่อนเพลียลดลง	3. ผู้คลอดอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือด ข้อมูลสนับสนุน S ผู้คลอดบอก “เหนื่อยมากค่ะคุณหมอ” O: ทำทางดูอ่อนเพลีย สีหน้าอิดโรย วัตถุประสงค์ ผู้คลอดอ่อนเพลียลดลงพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมินผล 1. สีหน้าสดชื่นขึ้น 2. อ่อนเพลียลดลง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง 2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ <u>กรณีศึกษาที่ 1</u> RLS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr ,0.9%NSS 1,000 ml. iv drip 50 ml/hr, Load NSS 600 ml iv <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> RLS1,000 ml. Load300 ml. then iv drip 100 ml/hr. 3. ช่วยเหลือการทำกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อม 4. ประเมินอาการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย 5. ดูแลให้อ่อนเพลียมาก ๆ ลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด 6. ช่วยเหลือในการให้นมบุตรและช่วยดูแลทารกเพื่อให้ผู้คลอดได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ 7. แจ้งให้ผู้คลอดทราบเรื่องการย้ายไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมเมื่อพ้นระยะอันตรายผู้คลอดจะได้ไปพักผ่อนอย่างเต็มที่ในช่วงเวลาที่ยาวนานขึ้น ร่างกายจะได้สดชื่นมีกำลังขึ้น 8. เมื่อพ้นระยะอันตรายแนะนำให้ผู้คลอดดื่มน้ำหวานได้เพื่อให้ร่างกายมีกำลังขึ้น ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดยังคงอ่อนเพลีย สีหน้าสดชื่นขึ้น ต้องการพักผ่อน ได้แจ้งให้ผู้คลอดทราบเรื่องย้ายไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมเมื่อพ้นระยะอันตรายผู้คลอดจะได้ไปพักผ่อนอย่างเต็มที่ในช่วงเวลาที่ นานส่งผู้คลอดไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมอย่างปลอดภัย

อภิปรายผล

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยลักษณะที่ต่างกัน รายที่ 1 มาฝากครรภ์ตามนัด รายที่ 2 มาด้วยเจ็บครรภ์คลอด ทั้ง 2 ราย ครบกำหนดคลอด แพทย์ให้ Admit ห้องคลอด ไม่พบอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติขณะแรกเริ่ม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะอ้วน (รายที่ 1 BMI=24.24, รายที่ 2 BMI=27.94) ในการคลอดทางช่องคลอด สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้สูงกว่าสตรีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ประมาณ 2 เท่า (สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, 2559)

กรณีศึกษาที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง เคยคลอดทางช่องคลอดหลายครั้งซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดระดับปานกลาง (medium risk factor) (วันรัฐ พจนา, เกศกัญญา ไชยวงศา, ภัทรา สมโชค, 2564) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพารัตน์ ชูรส (2562) ที่พบว่ามารดาที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 1 ครั้ง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 1.65-3.03 เท่า มีประวัติการแท้งที่ได้รับการขูดมดลูก การขูดมดลูกมักพบว่าผนังมดลูกเปราะบาง รกจึงเกาะเข้าไปถึงชั้นกล้ามเนื้อมดลูก รกเกาะแน่นผิดปกติ (Placenta adherence) ทำให้รกบางส่วนเกาะลึกและติดแน่นผิดปกติ และการผ่านการคลอดหลายครั้งจะทำให้เกิดพังผืดแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อมดลูกทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ กรณีศึกษาที่ 2 ค่า Hct, Hb ปกติ แต่ก่อนมาทางซีด (Hct36/37% Hb12.55gm/dl) และปริมาตรเฉลี่ยของเซลล์เม็ดเลือดแดง (MCV) ได้ 77.7% (ค่าปกติ 80 - 97.6) ฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (MCH) 26.2 (ค่าปกติ 26.7 - 33.7) ซึ่งภาวะซีดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (วันรัฐ พจนา, เกศกัญญา ไชยวงศา, ภัทรา สมโชค, 2564)

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ซึ่งการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การคลอดล่าช้า ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติหรือกล้ามเนื้อมดลูกล้าจากการยืดขยายในระยะคลอดเป็นเวลานานซึ่งการคลอดในครรภ์หลังใช้เวลา 4-12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง (สายพิน พงขรา, 2563) ภายหลังจากคลอดทารก จึงทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลตรงที่รกเคยเกาะหดตัวไม่ดีส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุด เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ (ประนอม บุพศิริ, 2562)

จากการวิเคราะห์ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการตกเลือด ได้แก่ 1) กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) 2) การมีเศษรกค้าง 3) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ทั้ง 2 ราย มีการเสียเลือดระดับเล็กน้อย (Mild PPH) มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้ผู้คลอดทนต่อการเสียเลือดได้น้อย ความรุนแรงของภาวะตกเลือดรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะช็อก การรักษาที่ผู้คลอด 2 รายได้รับเหมือนกันคือ 1) ให้สารน้ำชดเชยอย่างเพียงพอ 2) ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก syntocinon, methergin, cytotec 3) ให้ยา transamin ยับยั้งการสลายตัวของลิ่มเลือด 4) สวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ป้องกันการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 5) ตรวจหาค่าความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด 6) ช่วยห้ามเลือดด้วยวิธี bimanual uterine compression ส่วนการรักษาที่ต่างกันคือรายที่ 1 ได้รับการขูดมดลูก ได้ PRC 1 unit และได้ยาปฏิชีวนะเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะติดเชื้อ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ กรณีศึกษาที่ 2 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 4 ข้อ แตกต่างกันในระยะรอคลอดคือ กรณีศึกษาที่ 1 มี 2 ข้อ กรณีศึกษาที่ 2 มี 1 ข้อ ในระยะคลอดไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะ

หลังคลอดพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ข้อเท่ากัน เหมือนกัน 1 ข้อคือข้อ 3 ผู้คลอดอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือด แตกต่างกัน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 มีสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดต่างกัน ข้อ 2 รายที่ 1 เกิดภาวะติดเชื้อ แต่รายที่ 2 มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากอาการและอาการแสดงเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้เฝ้าระวังอย่างและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินการไหลของเลือดโดยเปิดดูผ้าอนามัยทุก 30 นาที ให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา รายงานอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาทำให้ผู้คลอดปลอดภัย

สรุป

ผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นความเสี่ยงที่รุนแรงและนำไปสู่ความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้ ถ้าผู้ที่ให้การดูแลขาดความตระหนัก หรือความไม่พร้อมของการให้บริการ และการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน บทบาทของพยาบาลห้องคลอด เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรม มีการเฝ้าระวังตั้งแต่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นหลังคลอด 2 ชั่วโมงในห้องคลอด (Early postpartum hemorrhage) การดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง และเมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องสามารถจัดการภาวะตกเลือดทุกระยะของการคลอดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และ ทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดอย่างเหมาะสม ไม่ล่าช้าเพราะอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด ทบทวนหรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทุกปีหรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศหรือระดับนานาชาติเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจว่ามีการจัดการในการดูแลรักษาผู้คลอดได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่ทันสมัยและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย
2. จัดกิจกรรมทบทวนทุกครั้งที่มีผู้คลอดตกเลือด เป็นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการประเมินและการพยาบาลผู้คลอดตกเลือด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น มีการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติมีการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิต เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ กรณีผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้คลอดดี จะเป็นการเสริมพลัง หากผลลัพธ์ในการดูแลรักษาไม่ดี จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุและกระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในการเฝ้าระวังกระบวนการดูแลผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- 1 กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ. (2563-2565). ขอนแก่น: โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- 2 ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2562). ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน. ใน วิทยา ถิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์และกนกวรรณ วัฒนินันต์. (บรรณาธิการ), *ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม*. (น19-40). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด
- 3 ธัญญรัตน์ กุลณีจิตต์เมธี. (2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(2), 158-165
- 4 ประนอม บุญศิริ. (2562). สูติรีเวชทันยุค 2562: จากทฤษฎีสู่สภาพจริง. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวช วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 5 ปารัตน์ วุฒิเจริญวงศ์. (2563). ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองวัวซอ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(1), 43-51.
- 6 เพียว บุญที. (2564). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ตกเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 1-10.
- 7 พชรียา นิวัฒน์ภูมิทร์. (2562). การใช้ยาเพิ่มการหดตัวของ มดลูกในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วิสัยทัศน์สาร*, 45:124-31.
- 8 พิรุฬห์ สิทธิพล. (2562). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8), 277-291.
- 9 เพ็ญกลดา ทองประเสริฐ. (2557). ตำราภาวะฉุกเฉินทางสูติ – นรีเวช. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 10 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด RTCOG. สืบค้น 17 กันยายน 2566 จาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-Of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>
- 11 วันรัฐ พงนา, เกศกัญญา ไชยวงศา และ ภัทรา สมโชค. (2564). การพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโดยการจัดการความรู้ โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. *วารสารวิจัยและระบบสุขภาพ*, 14(2), 182-194.
- 12 สมทรง บุตรตะ. (2563). การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(3), 185-198.
- 13 สุทาร์ตน์ ชูรส. (2562). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 33(1), 181-192.

- 14 สุนันทา ยั่งวนิชเศรษฐ. (2559). ภาวะน้ำหนักรเกินและอ้วน: ผลกระทบต่อสุขภาพสตรี และการพยาบาล. *Songkla Med J*, 35(1), 75-82.
- 15 สายพิณ พงษ์ธา. (2563). การคลอด. สืบค้น 17 กันยายน 2566 จาก <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-262>
- 16 Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. (2017). Practice Bulletin No. 183: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017;130:e168-86
- 17 Fyfe EM, Thompson JMD, Anderson NH, Groom KM, McCowan LM. Maternal obesity and postpartum hemorrhage after vaginal and caesarean delivery among nulliparous women at term: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:112.
- 18 lamchareon T. Postpartum hemorrhage: Significance of nurse's roles in prevention. *APHEIT Journal* 2017; 6(2): 146-57.
- 19 Wanitchapongpun P, Ratsameecharoen K, Lertbannaphong T, editors. Modern textbook of obstetrics. Bangkok: Department of obstetric and Gynecology, Faculty of medicine, Siriraj hospital; 2017. (in Thai)
- 20 World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *Italy: WHO*; 2012
- 21 World Health Organization, UNICEF, UNFPA, and the United Nation Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. *Switzerland: WHO*; 2014