

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือด ขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง: กรณีศึกษา

จารุณีย์ เพ็งสุข

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

บทคัดย่อ

วิธีการเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือดเป็นทางเลือกในการรักษาอันดับถัดไปจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว หลังคลอด หลังจากการรักษาด้วยยาล้มเหลวก่อนที่จะพิจารณาทำการตัดมดลูก พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัด สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการศึกษา ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ไม่ฝากครรภ์มีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล ปวดเบ่ง แพทย์วางแผนการคลอดแบบธรรมชาติหลังจากเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ครั้ง การคลอดไม่ก้าวหน้า แพทย์ช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศล้มเหลว จึงส่งเข้าห้องผ่าตัดทำผ่าตัดแบบเร่งด่วน ผู้ป่วยหลังคลอดทารกมดลูกไม่หดรัดตัว มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที รักษา ด้วยยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดีขึ้น แพทย์จึงใช้วิธีการเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือดแบบ B-lynch sutures เพื่อลดภาวะตกเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทในการ จัดเตรียมห้องผ่าตัดแบบฉุกเฉิน จัดกำลังคน ช่วยแพทย์ในการผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อมใช้ ประเมินการเสียเลือดขณะผ่าตัด ประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมภาวะการตกเลือดได้จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัยและจากการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายใน 5 วัน ส่วนบุตรรักษาต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตจนแข็งแรงและมารดาได้รับกลับบ้านหลังคลอด 15 วัน

คำสำคัญ: การเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือด, ผ่าตัดคลอด, ตกเลือดหลังคลอด

Abstract: Nursing care for uterine compression sutures during cesarean section: case study.

Jarunee Pengsuk

Register nurse, Angthong hospital

Uterine compression sutures are the treatment of uterine atony during a cesarean section, in case of failure medical management of uterine atony before hysterectomy. These treatment are effective method to prevent more serious complication. Perioperative nurse is part of the surgical team, who and attention to operative procedures provided assistance quickly and accurately to reduce severe complication that may occur. This case study of a patient who was 34 weeks of pregnancy, had labour pain and uterine contraction before coming to the hospital. The doctor suggested vaginal birth after 2 times of cesarean

section deliveries. Vacuum extraction was done during the second stage of labour because of failed to progress induction, emergency cesarean section was done. After child birth, the patient had early postpartum hemorrhage occur because of the uterine atony. Initial management with uterine massage and uterotonic drug. These methods were unsuccessful so surgery procedure such as B-lynch sutures had been done for stop postpartum hemorrhage.

The rule of perioperative nurse prepared operating room for emergency surgery, planned manpower for surgery, helped with surgical procedure under the supervision of surgeons, selected and prepared instruments and supplies for the operation, accurately assess of blood loss during surgery, coordinated with multidisciplinary team to care patient during and after surgery. Patient was discharged from hospital 5th after surgery. Her child was admitted to ICU for continuing treatment and was discharged within 15 days.

Keywords: Uterine compression sutures, cesarean section, postpartum hemorrhage.

บทนำ

อุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดพบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า มารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ครั้งของการคลอดในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด⁽¹⁾ ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก ประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 มีอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 17.1 :100,000 ครั้งของการเกิดมีชีพและเป็นการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ 22.5⁽²⁾ มดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก⁽¹⁾ โรงพยาบาลอ่างทอง มีผู้คลอดทั้งหมด ปีพ.ศ.2560-2562 จำนวน 4,439 ราย ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 1,952 ราย อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 4.4, 2.8 และ 2.26 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 2) ผู้ป่วยตกเลือดร้ายแรงหลังผ่าตัดคลอดจนต้องทำผ่าตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิตจำนวน 4, 2 และ 0 ราย ตามลำดับ

การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัวด้วยการผ่าตัด

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด⁽³⁾ ควรเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมตั้งแต่มีการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร แม้ว่าจะยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หลักการดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดควรใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น สูตินรีแพทย์ พยาบาล วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ต้องมีการแจ้งผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจเหตุการณ์และระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นเสมอ มีวิธีการผ่าตัดหลายวิธี เพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ไม่ตอบสนองต่อยา⁽¹⁾ ได้แก่ วิธีการเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือด (Uterine compression sutures) เย็บผูกเส้นเลือด(Uterine artery หรือ Utero-ovarian artery หรือ Internal iliac artery) การตัดมดลูก (Subtotal หรือ Total hysterectomy) การจะเลือกใช้วิธีผ่าตัดแบบใดพิจารณาโดยประเมินสภาวะผู้ป่วย ความพร้อมของเลือดและส่วนประกอบของเลือด

ความพร้อมของทีมที่รักษา ทักษะและความชำนาญของแพทย์ ความต้องการมีบุตร ควรเริ่มต้นจากการรักษาแบบอนุรักษ์ภาวะเจริญพันธุ์ (Conservative approaches) หากทำแล้วไม่ได้ผล จึงใช้การรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น เย็บผูกมดลูก หากยังไม่ได้ ผลควรเย็บผูกเส้นเลือด หากทำวิธีดังกล่าวแล้วยังไม่ประสบผลสำเร็จและผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายควรทำการตัดมดลูกทันที อาจเป็นผ่าตัดมดลูกส่วนบนออก (Subtotal hysterectomy) หรือการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออก (Total hysterectomy)⁽³⁾ และเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยหาสาเหตุให้เร็วที่สุดและรักษาให้ทันการณ์ซึ่งปัญหามักจะเกิดในช่วงแรกหลังคลอด ไม่ควรปล่อยจนเกิดความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือดมากเพราะจะยิ่งทำให้มดลูกไม่ตอบสนองต่อยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกและทำให้เลือดไม่แข็งตัวตามมา ซึ่งจะทำให้การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น

วิธีการผ่าตัดเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือดหัตถการที่มีรายงานการบำบัดที่ดีที่สุดคือ B-Lynch suture⁽³⁾ เมื่อการรักษาด้วยการกดมดลูก (Bimanual uterine compression) และการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่สามารถหยุดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ การทำหัตถการ B-lynch sutures เป็นทางเลือกลำดับถัดไปที่ควรพิจารณาเพื่อควบคุมการตกเลือดหลังคลอด⁽⁴⁾ ก่อนการตัดสินใจตัดมดลูกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่ยังต้องการมีบุตรอยู่ทั้งนี้การจะเลือกใช้วิธีใดก่อนหรือหลังขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด B-Lynch sutures จะสามารถลดการตัดมดลูกในรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรงได้มากถึงร้อยละ 81⁽³⁾ จากสถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลอ่างทองพบว่า ตั้งแต่ปี 2560-2562 จำนวนผู้ป่วยทำผ่าตัดคลอดและได้รับการผ่าตัด B-Lynch sutures เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 5, 6 และ 13 รายตามลำดับ เกิดภาวะตกเลือดรุนแรงได้รับการผ่าตัดมดลูก 1 ราย ในปี 2560

จากการผ่าตัด B-Lynch sutures เป็นการผ่าตัดแนวทางหนึ่งในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัวในขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง⁽⁵⁾ ตามแนวทางการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดพยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องมีความรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสามารถเตรียมทำผ่าตัดผู้ป่วยกรณีเร่งด่วน จัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เตรียมให้พร้อมใช้ตลอดเวลา ร่วมค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ประเมินปริมาณการเสียเลือดจากภาวะตกเลือด ประสานงานกับหน่วย งานภายนอกกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในขณะผ่าตัด การประเมินเลือดออกทางแผลผ่าตัดและทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด B-Lynch sutures จากมดลูกไม่หดตัวในขณะผ่าตัดคลอดเพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัด B-lynch sutures ได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งการประยุกต์ ใช้ในหน่วยงาน สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและมีภาวะตกเลือดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดการบาดเจ็บและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่จะนำไปสู่การทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการช่วยให้โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายและการฟ้องร้องได้อีกด้วย

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย: หญิงไทย อายุ 24 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ รับจ้าง มีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง

อาการสำคัญ: เจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลอ่างทอง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์ มีน้ำเดินสีใส ออกทางช่องคลอดครึ่งชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด: ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ไม่เคยฝากครรภ์เคยผ่าตัดคลอด 2 ครั้ง ปีพ.ศ.2550 และ 2557 ไม่เคยแท้งบุตร

การฝากครรภ์และการคลอด: วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายผู้ป่วยจำไม่ได้ เนื่องจากได้รับการฉีดยาคุมกำเนิด ประจำเดือนมาไม่ปกติ

การวินิจฉัยโรคแรก: Previous cesarean section in labour

การประเมินสภาพมารดาแรก: วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 เวลา 18.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์อยากเบ่งคลอด ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์จากการคะเนขนาดของมดลูก 36 สัปดาห์ จากการคะเนอายุครรภ์โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) 34 สัปดาห์ มารดาน้ำหนัก 105.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ผลการตรวจครรภ์ปกติผลการตรวจปัสสาวะ Albumin และ Sugar negative ผลการตรวจ VDRL, HIV, HbsAg negative ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count g: CBC) ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit: Hct) 35 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48) ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) 11.7 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 12.5-16.5) เม็ดเลือดขาว (White Blood Cells: WBC) 1,400 เซลล์ต่อไมโครลิตร (ค่าปกติ 5,000-10,000) เกล็ดเลือด 370,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร (ค่าปกติ 140,000-400,000) หมู่เลือด Rh+ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 156 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความบาง 90 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำคร่ำแตกเจ็บท้องเริ่มปวดเบ่ง แพทย์รักษาโดยให้สารน้ำ NSS ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง งดน้ำและอาหาร วางแผนการคลอดแบบธรรมชาติ หลังเคยผ่าคลอดมาแล้ว (Vaginal Birth after Cesarean: VBAC) เวลา 19.50 น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตรความบาง 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ +2 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 136 ครั้งต่อนาที เบ่งคลอด 1 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าหมดแรง ในการเบ่งคลอด เวลา 21.00 น. แพทย์ช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) ศีรษะทารกเริ่มเคลื่อนต่ำลงมาตามแรงดึง แพทย์ตัดบริเวณฝีเย็บเพื่อขยายปากช่องคลอด (Episiotomy) และให้ Oxytocin 10 ยูนิต ใน 5 % Dextrose in NSS ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 21.30 น. ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด แพทย์เปลี่ยนวิธีเป็นผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผ่าตัดแบบเร่งด่วนพบบทรวงอกคลอดเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้สารน้ำ LRS หยดทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รวมได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมด 1,700 มิลลิลิตร

ส่งเข้าห้องผ่าตัดเวลา 21.40 น. รับผู้ป่วยเข้าผ่าตัดแบบเร่งด่วน วิสัญญีแพทย์ระงับความรู้สึกโดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia : GA) ฉีดยา Ampicillin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนเริ่มผ่าตัด ทำการตรวจสอบและประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด เปิดช่องท้อง

แบบแนวขวาง พบพังผืด (Adhesions) ภายในช่องท้องเกาะพังผืดทารกตลอด เวลา 21.57 น. เพศชาย แรกคลอดมีอาการตัวเขียว (Cyanosis) แขนขาอืดเล็กน้อยหายใจ ช้า ไม่สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 Sat) 68-80 เปอร์เซ็นต์ ทำ Positive Pressure Ventilation (PPV) 2 รอบ การประเมินสภาวะทารกหลังคลอด (APGAR score) 4, 7 และ 9 ในนาทีที่ 1, 5 และ 10 นาที ส่งทารกเข้ารับการรักษาต่อที่ห้องอภิบาลทารกแรกเกิดโดยใช้ตู้ควบคุมอุณหภูมิของทารก (Transport incubator) ร่วมกับกล่องตุนออกซิเจน (Oxygen head box) ทารกน้ำหนัก 2,645 กรัม หลังคลอดตรกให้ยา Oxytocin 10 ยูนิต ผสม 5 % Dextrose in NSS/2 10 มิลลิลิตร ฉีดทางหลอดเลือดดำช้า ๆ และให้ยา Oxytocin 10 ยูนิต ใน 5 % Dextrose in NSS/2 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บริเวณลงมดผ่าตัดที่มดลูกมีแผลฉีกขาด เข้าสู่ปากมดลูกแพทย์เย็บซ่อมและเย็บปิดมดลูกหลังจากนั้นยังพบว่ามดลูกไม่หดรัดตัว จัดเตรียมผ้าซับเลือด (swabs) ชุบน้ำอุ่นคลุมมดลูกแล้วทำการนวดคลึงมดลูก 10 นาที ไม่ดีขึ้น ประเมินการเสียเลือด 1,200 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที เจาะเลือด Hct 27 เปอร์เซ็นต์ ให้เลือดเม็ดเลือดแดง (Packed red cells, PRC) 1 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ 200 มิลลิลิตร ใน 4 ชั่วโมงมดลูกยังคงไม่หดรัดตัววางแผน เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ เพิ่มตามแนวทางการรักษา ภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที จัดกำลังคนเพิ่มกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแพทย์ทำผ่าตัด B-lynch sutures หลังจากนั้นมดลูกแข็งขึ้นเลือด ออกจากบาดแผลผ่าตัดลดลง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 102/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที ทำหมัน ตรวจสอบจำนวนเครื่องมือ อุปกรณ์ ก่อนปิดแผลผ่าตัด ทางช่องท้องและจัดทำผู้ป่วยขึ้นขาหยั่งทำการเย็บแผล Episiotomy

สรุปการผ่าตัด Cesarean Section, Tubal resection, B-lynch sutures, Lysis adhesion, Suture Episiotomy เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,500 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/58-126/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86-100 ครั้งต่อนาที O_2 Sat 99-100 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะ 170 มิลลิลิตร เวลาในการผ่าตัด 21.50-23.30 น. รวมเวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที

เวลา 23.35 น. หลังผ่าตัดเข้าห้องพักฟื้นผู้ป่วยรู้สึก ตัวเรียกลืมตา ผิวหนังซีดให้ออกซิเจน ไม่คลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม นวดคลึงมดลูก ได้รับยา Oxytocin และ PRC ต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา Oxytocin และการให้ PRC มีเลือดออกทางช่องคลอด 50 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 102/65-131/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84-112 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที O_2 Sat 100 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะ 170 มิลลิลิตร เวลา 24.00 น. ผู้ป่วยเริ่มปวดแผลผ่าตัด คะแนนความเจ็บปวด (Pain score) เท่ากับ 3 คะแนน พักผ่อนได้ มดลูกแข็งอยู่ในระดับสะดือ รวมเวลาอยู่ในห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง 25 นาที

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ เวลา 02.00 น. ส่งผู้ป่วยไปพักนอนที่ตึกสูติกรรม ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 15.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 121/77-135/96 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82-96 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวกลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ให้ยา Oxytocin ต่อเนื่องให้เลือดหมด 1 ยูนิต ผลเลือด Hct 28 เปอร์เซ็นต์ ให้ PRC ต่อ 1 ยูนิต ตามแผนการรักษา งดน้ำและอาหารปวดแผลผ่าตัด คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5 คะแนนฉีด Pethidine เข้าหลอดเลือดดำ พักผ่อนได้ ให้เลือดครบ 2 ยูนิต ผลเลือด Hct 32 เปอร์เซ็นต์ มีเลือดและน้ำคาวปลาออกทางช่องคลอดสีแดงจางเป็นอนาหาร

ติดด้านบนเล็กน้อย ปัสสาวะ 400 มิลลิลิตร ไหลสะดวกดีสีเหลืองใส ให้ยา Oxytocin จนครบ 24 ชั่วโมง หลังคลอดแนะนำการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดโดยเริ่มจากการลุกนั่งบนเตียง การแกว่งเท้ารอบเตียง การลุกยืนข้างเตียง การเดินรอบเตียงเป็นระยะเวลาสั้น ๆ และกลับมาอนพักผ่อนบนเตียงแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2-5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 109/65-122/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-104 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ท้องไม่อืด ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย น้ำคาวปลาออกปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็นสีแดงจาง เต้านมไม่คัดตึง สามารถช่วยเหลือตัวเองและลุกเดินรอบเตียงได้ อาการทั่วไปปกติดี แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย สูตินรีเวชกรรม รวมเวลาดอนโรงพยาบาล 6 วัน ส่วนบุตรรักษาต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต จำหน่ายหลังคลอด 15 วัน แข็งแรงดี

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย: Cephalopelvic disproportion (CPD) with Previous cesarean section in labour with early postpartum hemorrhage.

แผนการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

การประเมินสภาพผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเนื่องจากเป็นกรณีผ่าตัดชนิดรีบด่วนที่ไม่ได้เตรียมการล่วงหน้า พยาบาลห้องผ่าตัดจึงเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หน้าห้องผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: มีภาวะเสี่ยงต่อการไม่พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ทำผ่าตัดแบบเร่งด่วน ผู้ป่วยเบ่งคลอด 1 ชั่วโมง 35 นาที และทำคลอด โดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศล้มเหลว

เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: เตรียมผ่าตัดถูกคน ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เอกสารครบถ้วน
กิจกรรมการพยาบาล:

1. สอบถามชื่อ-นามสกุล ให้ตรงกับป้ายข้อมือแฟ้มประวัติและชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา รวมทั้งสอบถามผู้ป่วยถึงชนิดของการผ่าตัด พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดและหัตถการในห้องผ่าตัด (Identification form) การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนหรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักและอาเจียนเศษอาหารเข้าปอดขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ถ้ามีต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การสูบบุหรี่และโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของหัวใจและปอด

2. ตรวจสอบสิ่งต่าง ๆ ที่ติดมากับผู้ป่วย ได้แก่ ฟันปลอมชนิดถอดได้ เลนส์สัมผัส แว่นตา เครื่องช่วยฟังพร้อมทั้งบันทึกและส่งคืนผู้ป่วยให้ครบถ้วน การเตรียมผิวหนังในบริเวณที่จะทำผ่าตัดด้วยการโกนขนตั้งแต่บริเวณใต้ราวนมทั้งสองข้าง จนกระทั่งถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง เพื่อลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และบันทึกสัญญาณชีพถ้าพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ และความดันโลหิตสูง ความพร้อมของโลหิตสำรองไว้ใช้กรณีที่เสียเลือดมาก

3. ตรวจสอบหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก (Consent form) ให้ตรงกับชนิดของการผ่าตัด ซึ่งจะต้องมีการลงนามอย่างถูกต้องครบถ้วนจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม แพทย์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและพยาน

ประเมินผล :

ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวผู้ป่วยอย่างน้อยจาก 2 แหล่งที่มา พร้อมทั้งมีการบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดและหัตถการในห้องผ่าตัด (Identification form) ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหาร ก่อนผ่าตัด 3 ชั่วโมง 20 นาที (เกณฑ์ 8 ชั่วโมง) ไม่มีประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ เคยผ่าตัดตลอดปี พ.ศ.2550 และ 2557 ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่พบของมีค่าหรือสิ่งต่าง ๆ ที่ติดมากับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด ก่อนมาห้องผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที สารองโลหิต Packed red cell จำนวน 2 unit สำหรับการผ่าตัดเรียบร้อยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า มีภาวะซีดเล็กน้อย Platelet count อยู่ในระดับปกติ ดังนี้ Hematocrit 35 เปอร์เซ็นต์, Hemoglobin 11.7 กรัมต่อเดซิลิตร, Platelet count 370,000 (cell/cumm) หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก (Consent form) มีความสมบูรณ์ มีการบันทึก ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด ในส่วนระยะก่อนผ่าตัด (Perioperative Nursing Document) อย่างถูกต้องครบถ้วน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน: ต้องผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องแบบแรงดัน สิ้นน้ำวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและสามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ของความเจ็บป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยการทักทายโดยใช้คำพูดที่สุภาพ เหมาะสม สั้น ๆ ง่ายต่อการเข้าใจและใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจรวมทั้งมีการแนะนำตนเองและบุคลากรในทีมผ่าตัด อธิบายข้อสงสัยและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจและซักถามข้อสงสัยต่างๆที่เกี่ยวกับการผ่าตัด⁽⁶⁾

2. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด (Position) วิธีดมยาสลบ การดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้

3. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลและไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น รวมทั้งช่วยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้ความเคารพในฐานะความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด

แผนการพยาบาลในระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน: มีปัจจัยเสี่ยงต่อมดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอด⁽⁷⁻⁸⁾ ผู้ป่วยอ้วน น้ำหนัก 105.7 กิโลกรัม BMI 41 ให้น้ำคร่ำแตก 3 ชั่วโมง เบ่งคลอด 1 ชั่วโมง 35 นาที ก่อนผ่าตัด เคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง ได้รับการทำ Episiotomy จากห้องคลอด

เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันซิสโตลิกไม่สูงเกินกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-120 ครั้งต่อนาที การหายใจ 28-30 ครั้งต่อนาที, จำนวนเลือดออกหลังทารกคลอด ไม่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ตรวจสอบผลการตรวจเลือด CBC และ Coagulation ก่อนผ่าตัด และการจ้องเลือดคือ PRC 2 ยูนิต ให้พร้อมใช้ได้อย่างทันที่
2. หลังทารกคลอดให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์รวมทั้งบันทึกปริมาณของสารน้ำที่ผู้ป่วยและปริมาณปัสสาวะ
3. ประเมินสัญญาณชีพและจำนวนการสูญเสียโลหิต โดยดูปริมาณของโลหิตในขวดของเครื่องดูดสุญญากาศ (Suction) พร้อมทั้งจดบันทึกจำนวนเลือดที่ออก รายงานแพทย์ตลอดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
4. ประเมินการหดตัวของมดลูก ถ้าพบมดลูกไม่หดตัว ใช้ผ้าซับเลือด (Swab) ชุบน้ำอุ่นคลุมมดลูกแล้วทำการนวดคลึงมดลูก เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังคลอด เป็นเวลา 5-10 นาที⁽³⁾
5. เตรียมเครื่องมือ ไหมเย็บแผลแบบไหมละลาย เบอร์ 1 เข็มกว้าง 70 มิลลิเมตร ความยาว 90 เซนติเมตร พร้อมใช้ในกรณีให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและการนวดคลึงมดลูกแล้วไม่ได้ผล แพทย์อาจใช้การผ่าตัดเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือดแบบ B-lynch sutures เพิ่มเติม
6. ถ้าการผ่าตัด B-lynch sutures ไม่สามารถรักษาอาการตกเลือดหลังคลอดได้เกิดภาวะตกเลือดรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์ อาจต้องรักษาโดยวิธีตัดมดลูกเพื่อหยุดภาวะตกเลือด รักษาชีวิตผู้ป่วย วางแผนจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดมดลูก จัดกำลังคนให้เพียงพอ ประสานงานภายในและภายนอกห้องผ่าตัด
7. ให้เลือด PRC ตามแผนการรักษา ถ้ามีการตกเลือดหลังคลอด
8. ประเมินสายสวนปัสสาวะ ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะเพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก
9. จัดเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพและทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้งประสานงาน ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือจากภายนอกในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล : หลังคลอดมดลูกไม่หดตัวเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที จำนวน 1,200 มิลลิลิตร นวดมดลูก 10 นาที ไม่สามารถหยุดภาวะตกเลือดได้ แพทย์ทำ B-lynch sutures ให้ยา Oxytocin และ PRC ตามแผนการรักษา สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/58 - 126/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92-100 ครั้งต่อนาที O₂Sat 100 เปอร์เซ็นต์ รวมเสียเลือดทั้งหมด 1,500 มิลลิลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บจากการจัดทำ การเคลื่อนย้าย การรับส่ง

ข้อมูลสนับสนุน: น้ำหนักกายผู้ป่วย 105.7 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (BMI) 41 มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง แผล Episiotomy ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสายสวนปัสสาวะ

เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายเข้าออกจากห้องผ่าตัดและจากการจัดทำ ทำหัตถการและผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำ การเคลื่อนย้าย การรับส่งขณะทำผ่าตัด หรือทำหัตถการ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. เตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้พร้อม ได้แก่ แผ่นรองสำหรับช่วยเคลื่อนย้าย (Pat slide) ไม่ให้ส่วนแขนหรือขาของผู้ป่วยยื่นออกมานอกเปลนอน

2. การเข็นเปลนอนให้ศีรษะของผู้ป่วยอยู่ด้านคนเข็นและไม่เข็นเปลนอนเร็วเกินไปโดยเฉพาะทางโค้ง สังเกตอาการของผู้ป่วยตลอดการเคลื่อนย้าย

3. จัดทำนอนผ่าตัดระมัดระวังแขน หรือขาผู้ป่วยตกเตียง ใช้ที่รัดขาผู้ป่วย แขนทั้งสองข้างวางไว้ที่วางแขนรัดด้วยผ้า

4. จัดทำผู้ป่วยในการเย็บแผล Episiotomy และล้างลิ้นเลือดทางช่องคลอด รัดเข้าให้แน่นระวังการร่วนหล่นจากขาห้อย ใช้ผ้ารองใต้ขาเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาท

การประเมินผล: ส่วนแขนและขาของผู้ป่วยไม่ยื่นออกมานอกเปลนอนและผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายหรือร่วนหล่นจากเตียงขณะทำผ่าตัดหรือทำหัตถการที่อธิบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่มีการดึงรั้งขณะเคลื่อนย้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยผ่าตัดแบบเร่งด่วน งดน้ำและอาหาร 3 ชั่วโมง 20 นาที (ไม่ครบ 8 ชั่วโมง) ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ

เป้าหมายการพยาบาล: ป้องกันการสำลักอาหารและน้ำเข้าปอด ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีการสำลักอาหารในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน O₂Sat 100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล:

1. หลังใส่ท่อช่วยหายใจ สังเกตการขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงปอด และฟังเสียงการเต้นของหัวใจ ถ้าพบมีความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินสัญญาณชีพและดูแลเครื่องดมยาสลบให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินความอิ่มตัวออกซิเจนในกระแสเลือดทุก 5 นาที ตรวจข้อต่อต่าง ๆ ของอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของข้อต่อต่าง ๆ ของอุปกรณ์ดมยาสลบ

3. สังเกตสีของผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ ได้แก่ สีคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า และจดบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดซึ่งต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์หรือ

มีค่าเท่ากับค่าที่ประเมิน ได้ก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินภาวะของการพร่องออกซิเจนในผู้ป่วย ถ้ามีความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นต้องรายงานแพทย์ทันที

4. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายหันใบหน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่งเพื่อให้น้ำลาย เสมหะ หรืออาเจียนไหลออกจากปากได้ ไม่สำลักเข้าไปในหลอดลม พร้อมทั้งแหงนคิระและยกคางขึ้นข้างบนเพื่อป้องกันไม่ให้ลิ้นหรือ epiglottis ตกไปปิดช่องคอและเตรียมเครื่องดูดสุญญากาศให้พร้อมใช้ ถ้าผู้ป่วยมีเสมหะหรือน้ำลายออกมาก ต้องใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

5. เตรียมอุปกรณ์การช่วยหายใจ เช่น ถุงช่วยให้ฟื้นคืนชีพ (Ambu bag) ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือเจาะคอและยาที่จำเป็นต้องใช้ในการฉีดยาในให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ตลอดเวลา

การประเมินผล: หลังวิสัญญีให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่มีการสำลักอาหารในขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน $O_2\text{Sat}$ 100 เปอร์เซ็นต์ เลือดที่ออกจากแผลมีสีแดงสด สีผิว เล็บมือ และเล็บเท้าไม่มีสีคล้ำระดับความรู้สึกอยู่ในเกณฑ์ที่ผ่าตัดได้ปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน: เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ร่วมกับมารดาเบ่งคลอดรวมเวลา 1 ชั่วโมง 35 นาที จึงเปลี่ยนเป็นวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เป้าหมายการพยาบาล: ทารกปลอดภัยจากการขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล: ทารกหายใจได้เอง ผิวหนังแดง ร้องเสียงดัง อัตราการเต้นของหัวใจ 120-160 ครั้งต่อนาที $O_2\text{Sat}$ 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล:

1. เตรียมลูกยางแดง รถรับเด็ก (Radian warm) รวมทั้งเครื่องมือสำหรับช่วยทารกแรกเกิดฉีดยาให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที ก่อนการผ่าตัดและระยะผ่าตัด

2. ให้ออกซิเจนแก่มารดา Nasal cannula 3 - 5 ลิตรต่อนาที

3. เตรียมความพร้อมในการรักษาความอบอุ่นร่างกายทารกแรกเกิดก่อนคลอดปิดเครื่องปรับอากาศในห้องผ่าตัดเมื่อทารกคลอด

4. ดูแลเรื่องความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนให้แก่ทารก (Warmth) เช็ดตัวทารกโดยเฉพาะศีรษะให้แห้ง วางทารกใต้เครื่องรังสีความร้อน (Radiant warmer) ห่อตัวด้วยผ้าที่อุ่น ประเมิน APGAR score และช่วยเหลือทารกตามอาการ

การประเมินผล: ทารกเพศชาย แรกคลอดทารกมีอาการตัวเขียว (Cyanosis) แขนขาอืดเล็กน้อย หายใจช้า ไม่สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที ค่า $O_2\text{Sat}$ 68-80 เปอร์เซ็นต์ APGAR score 4 ทำ Positive Pressure Ventilation (PPV) 2 รอบ นาทีที่ 5 และ 10 APGAR score 7 และ 9 $O_2\text{Sat}$ 90 เปอร์เซ็นต์ นำทารกส่งเข้ารับการรักษาคือห้องอภิบาลทารกแรกเกิดทารกน้ำหนัก 2,645 กรัม

แผนการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดมดลูกไม่หดรัดตัวได้รับการผ่าตัด B-lynch sutures เพิ่ม เสียเลือดขณะผ่าตัด 1,500 มิลลิลิตร Hct 27 เปอร์เซ็นต์

เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดปลอดภัยจากการภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล:

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติดังนี้ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที มดลูกแข็งตัวดีมีเลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม, Hct มากกว่าหรือเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์, O₂Sat 95-100 เปอร์เซ็นต์, ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ผิวหนังของผู้ป่วยไม่ซีดและเย็น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อ ประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด
2. วัดสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคือทุก 15 นาที 1-2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จนสัญญาณชีพคงที่จึงวัดทุก 30 นาทีนาน 1 ชั่วโมง จากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลงเหงื่อออกหรือบ่อยกว่านี้ตามความจำเป็นเพื่อประเมินภาวะช็อกสังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ
3. ให้สารน้ำ ยา และ PRC1 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาพร้อมทั้งบันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของการให้ยาและ PRC
4. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูกและระดับยอคมดลูก ปริมาณและลักษณะเลือดที่ออกทางช่องคลอด บันทึกปริมาณเลือดที่ออกทุก 15 นาที
5. ให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula 3-5 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoxia
6. ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
7. ถ้าพบอาการช็อกได้แก่เยื่อตาซีด ผิวหนังซีด เย็น กระสับกระส่าย หหมดสติ ม่านตาขยาย ชีพจร มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท⁽⁹⁾ จัดเตรียมอุปกรณ์และทีมแพทย์พยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งเตรียมห้องผ่าตัดกรณีที่ต้องทำผ่าตัดเพิ่มถ้าเลือดไม่หยุดไหล
8. ดูแลความสบายตัว ทั่ว ๆ ไป ให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ไม่มีภาวะช็อก ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดไม่เปลี่ยนแปลง ส่งกลับหอผู้ป่วย รวมทั้งส่งต่อการผ่าตัดและอาการผู้ป่วยให้ตกทราบเพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

การประเมินผล: หลังได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin มดลูกแข็งอยู่ในระดับสะดือมีเลือดและน้ำคาวปลาปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม หลังให้เลือด PRC 2 ยูนิต Hct 27 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 92/58 -131/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 -112 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที O₂Sat 100 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง แผลในโพรงมดลูก แผล Episiotomy, ใช้เวลาผ่าตัดนาน (1 ชั่วโมง 40 นาที) เสียเลือดขณะผ่าตัด 1500 มิลลิลิตร, น้ำหนักผู้ป่วย 105.5 กิโลกรัม

เป้าหมายการพยาบาล: ไม่มีภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้อง แผลผ่าตัดที่ฝีเย็บ และแผลผ่าตัดในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติดังนี้ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที, ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ได้แก่ แผลผ่าตัดบวมแดง มีสารคัดหลั่ง (discharge) ซึม น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ปฏิบัติการพยาบาลตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัดและยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด
2. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอดเช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผล ผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น
4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ รวมทั้งแนะนำ การทำความสะอาดแผลที่ฝึบอย่างถูกวิธี โดยล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่มเพื่อลดสิ่งหมักหมม และขจัดน้ำคาวปลา ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ควรแจ้งพยาบาล ให้ทราบทันที
5. ให้อา Ampicillin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง และหลังจากนั้นให้อา Ampicillin 1 กรัม ตามแผนการรักษาหลังผ่าตัด

การประเมินผล: มารดาหลังคลอด ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 109/65-122/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-104 ครั้งต่อนาที หายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9: ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดคลอดบริเวณหน้าท้องและแผล Episiotomy, มดลูกได้รับการผ่าตัด B-lynch sutures

เป้าหมายการพยาบาล: บรรเทาการเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่บ่นปวดแผล ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระหว่าง 0-3 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินคะแนนความเจ็บปวดทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นทุก ๆ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้งและทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง
2. แนวทางให้ยาแก้ปวด เมื่อเริ่มปวดแผลผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ถ้าคะแนนความเจ็บปวดมากกว่า 3 ให้ Pethidine 25 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อปวดทุก 3-4 ชั่วโมง และภายหลัง 24 ชั่วโมงถัดไป ถ้าคะแนนความเจ็บปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ให้ยารับประทานแก้ปวด Paracetamol และยา Brufen ตามแผนการรักษา

3. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler's position และช่วยเหลือผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวให้นอนในท่าที่สบาย
4. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องพักรักษาให้เรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทได้ดี ไม่มีเสียงดังรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอ

การประเมินผล: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดได้รับยา Pethidine 25 มิลลิกรัม 1 ครั้ง ในช่วงหลังผ่าตัด 1 วันแรก ระดับค่าของคะแนนความเจ็บปวดลดลงจาก 5 คะแนน เป็น 0 คะแนน หลังจากนั้นได้รับยา Brufen และ Paracetamol ตามแผนการรักษา คะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระหว่าง 0-3 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสามารถนอนหลับได้อย่างน้อย 6 ชั่วโมง สิ้นสุดสัปดาห์

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่หนึ่ง พยาบาลห้องผ่าตัดติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสูติกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลูกนั่งบนเตียงได้ อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ไม่เวียนศีรษะไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า หรือบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในเรื่องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ลูกนั่งลงจากเตียงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หากประเมินแล้วไม่มีความเสี่ยง⁽¹⁰⁾ แผลผ่าตัดและแผลที่ฝีเย็บ ไม่มีเลือดซึม ปวดแผล pain score เท่ากับ 5 คะแนน ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและช่องคลอด แผลเย็บด้วยไหมละลายไม่ต้องตัดไหมและแผลที่หน้าท้องปิดแผลแบบไม่ต้องเปิดทำแผล รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ถ้ามีอาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้แก่ แผลบวม ปวดแผลมาก มีหนองไหลออกมาจากแผล มีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด และเมื่อกลับบ้าน สามารถอาบน้ำได้เนื่องจากปิด พลาสเตอร์แบบกันน้ำ

วิจารณ์

พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัด มีความพร้อมที่จะผ่าตัดได้ตลอดเวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้จะต้องอยู่ในสภาพดีสามารถใช้งานได้และมีปริมาณเพียงพอที่จะทำผ่าตัด ทั้งผ่าตัดปกติและผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถคลอดปกติได้ มีความเสี่ยงทั้งมารดา และทารก ต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบเร่งด่วน มีปัจจัยเสี่ยงที่จะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถจัดเตรียมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ มีการวางแผนการล่วงหน้าในการเฝ้าระวัง การตกเลือดหลังคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด คือ รักษาด้วยยา เตรียม เครื่องมืออุปกรณ์ในการผ่าตัด ไหมเย็บ ในการทำผ่าตัด B-Lynch sutures การผ่าตัดมดลูก อุปกรณ์พื้นคินซีฟ เป็นลำดับต่อเนื่อง ร่วมกับการดูแลรักษาแบบสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 24 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 ไม่ได้ฝากครรภ์ เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ครั้ง คาคะเนอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ น้ำเดิน เจ็บท้อง ปวดเบ่งคลอด แพทย์วางแผนให้คลอดแบบธรรมชาติ ผู้ป่วยไม่มีแรงเบ่งใช้เครื่องมือสูดอากาศช่วยคลอด ไม่มีความก้าวหน้าจึงทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่งเข้าห้องผ่าตัดแบบเร่งด่วน หลังทารกคลอด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที รักษาด้วยยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกแล้วไม่ดีขึ้น จึงทำผ่าตัดเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือดแบบ B-lynch sutures หลังทำภาวะตกเลือดหลังคลอดดีขึ้น มดลูกแข็งอยู่ในระดับสะดือ สัญญาณชีพปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด รวมเสียเลือด 1,500 มิลลิลิตร รวมเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน ส่วนทารกเพศชาย แรกเกิด APGAR Score ที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 4, 7 และ 9 น้ำหนัก 2,645 กรัม เข้าดูแลต่อในหอผู้ป่วยหนักทารก รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจนแข็งแรงดี 15 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rtcog.or.th/home/wpcontent/uploads/2017/04/OB_019.pdf.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้ จาก:http://planning.anamai.moph.go.th/download/D Strategic/2562/ Committee /Committee62_Data2-050362.pdf.
3. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>.
4. Metha Songthamwat. Uterine flexion suture: modified B-Lynch uterine compression suture for the treatment of uterine. International Journal of Women's Health 2018; 10: 487–492.
5. ภาณุพงศ์ เจริญดำรงทรัพย์. B- lynch suturing in uterine atony during caesarean section. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2558; 29(2):189–193.
6. จารุณี ตั้งใจรักการดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเย็บผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2561;3(1):1-6.
7. รุ่งเพชร สุษะเวช, ชูทิศ กี่สกุล, วิชัย อธิชัยกุลชล, ภัทราภรณ์ สอนคำมี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.วารสารวิสัญญีสาร 2558; 41(2):53-63.
8. รุ่งเพชร สุษะเวช, ชูทิศ กี่สกุล, วิชัย อธิชัยกุลชล, ภัทราภรณ์ สอนคำมี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.วารสารวิสัญญีสาร 2558; 41(2):53-63.
9. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ.ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา.เชียงใหม่:ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
10. นัทธมน วุฒานนท์. การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม.เชียงใหม่:นันทพันธ์พรินต์; 2554.