

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อค

เลียม กันโต

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและเป็นสาเหตุการตายที่พบได้บ่อยที่สุด สาเหตุอาจเกิดจากกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี การตกค้างของเนื้อเยื่อรกในโพรงมดลูก การบาดเจ็บต่อช่องทางคลอดและความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หลักสำคัญในการดูแลรักษาคือ หาสาเหตุแล้วให้การดูแลรักษาตามสาเหตุร่วมกับการให้สารน้ำและเลือดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วและเพียงพอ เตรียมห้องผ่าตัดและทีมในการผ่าตัดให้พร้อมไว้เสมอ

กรณีศึกษาเป็นหญิงไทยวัย 40 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 5 ไม่เคยแท้งบุตร อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสิงห์บุรีด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว ระยะที่ 1-2 ของการคลอด ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด เพิ่มความสุขสบาย เฝ้าระวังภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และให้การดูแลตามแนวทางเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Active management of third stage of labor :AMTSL) คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,710 กรัม Apgar score ที่ 1, 5 นาที = 9,10 ระหว่างการทำคลอดรก พบว่ารกติดแน่น มีเลือดออก 550 ซีซี ระดับความเข้มข้นของเลือด 27.6 เปอร์เซ็นต์ ได้ให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการให้ออกซิเจน เพิ่มการให้สารน้ำ ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตาม Protocol ให้เลือดทดแทน หลังคลอดรก 20 นาที มีเลือดออกเพิ่มอีก 550 ซีซี ขณะเย็บแผล มีเลือดไหลซึมออกตลอดอีก 400 ซีซี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะช็อครุนแรง ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างต่อเนื่อง (70/55-84/47 มิลลิเมตรปรอท) และจำเป็นต้องให้ยาเพิ่มระดับความดันโลหิต (Dopamine) ไม่สามารถหยุดเลือดได้แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดมดลูก(Total Hysterectomy) เพื่อหยุดเลือดด่วน ระหว่างผ่าตัด เสียเลือดอีก 500 ซีซี รวมทั้งสิ้น 2,000 ซีซี หลังผ่าตัดจึงได้รับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนัก 2 วัน ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค แผลผ่าตัดแห้งดี เลือดออกทางช่องคลอดปกติ ย้ายดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด สามารถดูแลบุตรและไม่มีปัญหาการให้นมบุตร รวมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้คลอดปลอดภัย จึงต้องมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอด เริ่มจากการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การเฝ้าระวังอาการเตือนของการตกเลือดหลังคลอด ให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือด หลังคลอด เตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา รวมทั้งการช่วยแพทย์ทำหัตถการต่าง ๆ จนถึงการเตรียมผ่าตัดในกรณีฉุกเฉิน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมมารดาหลังคลอด ให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะตกเลือดหลังคลอด, ภาวะช็อค

Abstract: Nursing care of postpartum hemorrhage with shock: Case study

Maternity who has postpartum hemorrhage as an obstetric complication is the most common causes of death. The causes of postpartum hemorrhage are poor uterine muscle contraction, residual placental tissue in the uterine cavity, injury to the vagina and blood clotting disorders. The principles of nursing care are finding the cause, providing nursing care according to the cause, infusion therapy immediately, always ready for the operating room and the surgical team.

Case study: A 40-year-old Thai woman, 5th pregnancy, never had an abortion, 39 weeks pregnant, admitted to Singburi Hospital with labor pain 3 hours before coming to the hospital, reject congenital disease. The 1st – 3rd phase of labor provides pain relief, increase comfort, monitoring of perinatal asphyxia and nursing care according to the guidelines to prevent postpartum hemorrhage (active management of third stage of labor: AMTSL), normal delivery, male baby weight 3,710 grams, Apgar score at 1, 5 minutes = 9,10. During placental delivery found that the placenta accrete, blood lost 550 cc, the blood concentration of 27.6 percent, providing nursing care according to the standard of postpartum hemorrhage prevention. By providing oxygen increase water intake The drug stimulates the contractions of the uterus, according to the protocol to give blood for replacement after the placenta delivery for 20 minutes, with an additional 550 cc of bleeding. While suture with bleeding throughout 400 cc, resulting in patients with severe shock. Blood pressure levels continuously decrease (70 / 55-84 / 47 mm Hg) and need medication to increase blood pressure (Dopamine). The bleeding cannot stopped, doctors considered hysterectomy (Total Hysterectomy) to stop bleeding immediately. The operation had 500 cc of blood lost, Total blood lost was 2,000 cc. After the surgery moved to the intensive care unit for 2 days. The patient was safe from shock. The wound was dry. Normal vaginal bleeding and moved to the postpartum ward. Able to take care of children and without breastfeeding problems Total duration of hospitalization was 4 days.

The role of nurse in delivery room was an important in keeping the delivery safe. Must have the knowledge and ability to take care of the delivery at all stages of the birth beginning with the assessment of the risk of postpartum hemorrhage, observe for warning symptoms of postpartum hemorrhage. Providing nursing care according to the guidelines for preventing postpartum hemorrhage, prepare a team, equipment, tools, medicine, including helping physicians to perform various procedures until surgical preparation in case of emergency. After the crisis, there is still an important role in preparing the postpartum mothers to be able to take care of themselves and children correctly. Which will result in achieving the goal of the child to be safe and mother

Keywords: Nursing care of labor, Postpartum hemorrhage, Shock

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา พบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 289 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว พบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบ 140 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย¹ จากสถิติปีพ.ศ. 2557 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ 23.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย² จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาในระหว่างปี 2003-2009 ทั่วโลก พบว่ามารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางสูติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ ภาวะเลือดออก ความดันโลหิตสูงและการติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็น ร้อยละ 27.1 14.0 และ 10.7 ตามลำดับ³ โดยมารดาทั่วโลกและในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 19.7 ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ และฟินแลนด์ พบว่าในระหว่างปี 10-20 ปี ที่ผ่านมาอัตราการเกิดภาวะตกเลือดไม่ลดลงและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีกด้วย⁴ จากการศึกษาสาเหตุการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดของประเทศไทยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 ปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่จากภาวะตกเลือดหลังคลอด และรองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด²

โดยส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอดมักเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะ ตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดตัวและคลายตัวเป็นระยะสลับกันเพื่อขับรกหลุดเลือด เป็นการป้องกันการไหลของเลือดออกจากโพรงมดลูก⁵ ถ้าการหดตัวของมดลูกไม่ดี จึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด⁶ ผลของการตกเลือดที่จะเกิดแก่ผู้คลอดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปริมาณเลือดของผู้ป่วยขณะไม่ตั้งครรภ์ ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ และภาวะโลหิตจางในขณะคลอด ในรายที่มีโลหิตจางอย่างรุนแรงอยู่ก่อน การเสียเลือดเพียง 200 ถึง 250 มิลลิลิตรอาจทำให้เสียชีวิตได้ การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันคือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็วโดยให้ Oxytocin 10 unit ฉีดกล้ามเนื้อขณะคลอดไหลหน้าทารก หรือฉีดเพิ่มในสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ภายหลังทารกคลอดทันทีเพื่อให้มดลูกหดตัวดี ทำคลอดรกได้โดยเร็วและป้องกันการตกเลือดในระยะแรก (AMTSL)⁷

เนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการกระบวนการดูแลผู้มารับบริการคลอดของหน่วยงานห้องคลอดจากการทบทวนของหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า ปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอดในปีงบประมาณ 2560-2562 มีมารดาตกเลือดหลังคลอด 11 ราย, 14 ราย และ 13 ราย ตามลำดับ⁸ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี รองลงมา คือ การฉีกขาดของช่องคลอด และรบกวนการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องคลอด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ นับตั้งแต่ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด ทักษะการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การพยาบาลมารดาก่อนคลอดขณะคลอด และหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในทุกระยะ⁹

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 40 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นั้บถือศาสนา พุทธ
ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพ รับจ้าง
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 10 พฤศจิกายน 2561 เวลา 08.37 น.
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 14 พฤศจิกายน 2561 เวลา 12.00 น.

อาการสำคัญ

เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 5 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลเลือดปกติ ได้รับวัคซีนป้องกัน
บาดทะยักครบ 3 เข็ม 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์คลอด น้ำเดิน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ

G₅P₄A₀L₄ GA 39 wks with Labor pain

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Postpartum hemorrhage with Hypovolumic shock

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับใหม่จากห้องฉุกเฉินวันที่ 10 พฤศจิกายน 2561 ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน 3 ชั่วโมง
ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติตั้งครรภ์ครั้งที่ 5 ไม่เคยแท้งบุตร อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ผลเลือดปกติ Hct
ก่อนคลอด 30.9% แรกรับประเมินความเสี่ยงก่อนคลอด พบว่า เป็นการตั้งครรภ์ผู้สูงอายุ ผู้คลอดอายุ
40 ปี ผ่านการตั้งครรภ์ 5 ครั้ง เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา 08.40 น. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
Syntocinon 10 units in 5% D/N/2 1000 ml iv drip ระหว่างผ่าคลอด พบ การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์
164 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจนแก่ผู้คลอด จัดท่านอนตะแคงซ้าย on NST monitor ไม่เกิดภาวะ Fetal
distress FHS อยู่ในช่วง 140-158 ครั้ง/นาที ปากมดลูกเปิดหมดเวลา 16.25 น. คลอดปกติเวลา 16.28 น.
เป็นทารกเพศชาย Apgar score 9,10 คะแนน ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย Active ดี ระยะที่ 3
ทำคลอดรกด้วยวิธี Control cord traction พบว่ารกฝังตัวแน่นกว่าปกติ รกคลอดครบปกติและมีเลือดออก
ทางช่องคลอด 550 ซีซี ดูแลแก้ไขภาวะตกเลือดทันที รายงานแพทย์ ปฏิบัติตามมาตรฐานโดยให้ออกซิเจน
Mask with bag 10 LPM เปิดเส้นให้สารน้ำ Acetar 1000 ml + Syntocinon 40 unit คู่กับ LRS 1000
ml + Syntocinon 40 iv drip 100 ml/hr ให้ Methergin 1 amp iv ทุก 15 นาที 2 ครั้ง จองเลือด PRC
2 units FFP 2 units เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr,
Electrolyte,LFT) เตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ช่วยเหลือ PPH Box และรถ Emergency
ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแลให้ Cytotec 4 tab rectal stat และ Voluven 500 ml iv drip in 30 นาที Vit K₁ 1 amp
iv stat มีเลือดออกเพิ่มอีก 550 ml ไล่ blood clot ได้ 200 ซีซี ให้ Nalador 1 amp +5%D/W
100 ml/hr iv drip ตรวจพบระดับความดันโลหิตลดลง 70/55 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยากระตุ้น
ความดันโลหิต Dopamine (1:1) iv drip 60 ml/hr หลังให้ยา ความดันโลหิตลดลง 80/47-90/56 มิลลิเมตรปรอท
แพทย์พิจารณาหยุดเลือดด้วยการทำผ่าตัด Total Hysterectomy เตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน อธิบาย
ผู้คลอดและญาติเกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การรักษาที่ให้ซึ่งไม่สามารถหยุดการเสียเลือดได้

เหตุผลการผ่าตัดมดลูกออก ผู้คลอดและญาติเข้าใจยินยอมผ่าตัด ระหว่างรอเข้าห้องผ่าตัดให้เลือด PRC 2 units FFP 2 units Monitor NIBP เฝ้าระวังภาวะ DIC ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว ส่งเข้าห้องผ่าตัดเวลา 18.05 น. และย้ายดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก หลังผ่าตัดติดตามเยี่ยม รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ แผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลฝีเย็บไม่ซึม เลือดออกทางช่องคลอดปกติ รวมได้เลือดในระหว่างที่ดูแล PRC 9 units FFP 5 units ความดันโลหิตเข้าสู่ภาวะปกติ (110/68 - 128/94 มิลลิเมตรปรอท) หลังผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค ย้ายดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด สามารถดูแลบุตรและไม่มีปัญหาการให้นมบุตร จำหน่ายผู้ป่วยได้วันที่ 14 พฤศจิกายน 2561 รวมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

การพยาบาล

ระยะก่อนคลอด

ปัญหาที่ 1 ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. PV Cx.dilate 6 cms effacement 90% station -1 MI
2. การหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที Duration 40 วินาที Severity 2+
3. ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ 5% D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 units iv drip
4. FHS 164 ครั้ง/นาที 1 ครั้ง 2 วินาที
5. FHS 146 - 148 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

1. ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ มดลูกหดตัวแบบไม่คลาย มดลูกแตก น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด
2. ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contraction (มดลูกหดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนานมากกว่า 90 วินาที) และวงแหวนแบนเดิล (Bandlet ring)
3. มดลูกหดตัว Interval 2-3 mins. Duration 40-60 secs.
4. FHS อยู่ในช่วง 120-160 ครั้ง/นาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ
5. ไม่มี Meconium ในน้ำคร่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา คือ 5% D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 units iv drip 80 ml/hr. ภายหลังเติมยาลงในน้ำเกลือให้เขย่าน้ำเกลือจนกระจายทั่ว เขียนป้ายติดให้ชัดเจน เขียนจำนวนที่เติมในน้ำเกลือที่เหลือและเวลาให้ชัดเจน นำน้ำเกลือเข้าเครื่องควบคุมหยดเพื่อให้ได้ตามขนาดของแผนการรักษา

2. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาและหลังให้ยา

3. ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับเปียดเส้นเลือด inferior venecava เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดี ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ และให้ออกซิเจนทาง Canular 5 LPM
4. อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้ยาให้ผู้คลอดเข้าใจ ความเสี่ยงจากการได้รับยา และแนะนำผู้คลอดไม่ให้ปรับน้ำเกลือเอง
5. ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษา โดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูก ไม่ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ให้หยุดเข้าหลอดเลือดดำ ตรวจสอบอุปกรณ์ควบคุมการให้ยา เริ่มให้ยา 1 -2 มิลลิยูนิตต่อนาที (2-3 หยด ต่อนาทีถ้าผสมยา 10 ยูนิต ในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร)
6. ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา ฝ้าดูการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา หากปกติต่อไปประเมินทุก 30 นาทีและทุกครั้งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที
7. ปรับจำนวนหยดของยาทุก ๆ 15-30 โดยเพิ่มครั้งละ 1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที จนกระทั่งมดลูกหดตัวดีคือ 40-60 วินาที ระยะห่าง 2-3 นาทีและมีความแรงระดับดี
8. Monitor NST และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๆ 30 นาที เนื่องจากมดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น เลือดที่ไปยังรกอาจลดน้อยลงมาก
9. สอนผู้คลอดให้สังเกตเด็กดิ้น ว่ามีการดิ้นมากขึ้นหรือน้อยลงภายหลังการหดตัวของมดลูกซึ่งปกติจะดิ้น 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง
10. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนานเกิน 90 วินาที เสียงหัวใจทารกผิดปกติให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที และรายงานถ้าไม่ดีขึ้น
11. เมื่อมีน้ำเดินประเมินสีน้ำหล่อทารกว่ามี meconium ปนมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของทารก

การประเมินผล

ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contraction และวงแหวนแบนเดิล มดลูกหดตัว Interval 2-3 mins. Duration 50-60 secs.FHS อยู่ในช่วง 140-158 ครั้ง/นาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอดีน้ำคร่ำใสปกติ

ปัญหาที่ 2 ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. “ตอนนี้ปวดท้องมากเลยหมอ”
2. ผู้คลอดแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด ดิ้นไปมา
3. Pain score 10 คะแนน
4. มดลูกหดตัวแรง ทุก 2-3 นาที นาน 45-60 วินาที intensity +2Cx.dilate 9cms. Eff 90%

Station 0 MI

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบาย สามารถเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะมดลูกหดตัว มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์
2. สามารถผ่อนคลายความเจ็บครรภ์ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด
2. ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง
3. จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี
4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่
5. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อุดหนุนมีพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี
6. แนะนำการลดความเจ็บครรภ์คลอดโดยการกำหนดสติ (Mindfulness) โดยให้หายใจเข้าและออกลึก ๆ 3-5 ครั้ง รับรู้ความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างที่ซัดที่สุดแล้วหายใจต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ
7. กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือบริเวณกลางกระดูกสันหลัง ต้นขา และหน้าท้อง
8. ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดของผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล
9. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอด

การประเมินผล

ขณะมดลูกหดตัวสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม ไม่ร้องและดิ้นไปมา สามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ระยะคลอด

ปัญหาที่ 1 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Birth Asphyxia

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็น High risk case เป็นการตั้งครรภ์ที่ 5 และเคยผ่านคลอดมาแล้ว 4 ครั้ง
2. หลังได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกมารดามีอาการปวดท้องรุนแรงขึ้น
3. Interval 3นาที Duration 45-50วินาที Intensity 3+
4. FHS อยู่ในช่วง 140-158 ครั้ง/นาที On NST Monitor พบ FHS 164 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง Active ดี APGAR Score นาทีที่ 1,5 = 10
2. หายใจได้เองสม่ำเสมอ การหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100-160 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที ขณะแบ่งพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจ 156-164 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจน Mask 8-10 LPM และรายงานแพทย์ทราบ
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตทารกให้พร้อมตลอดเวลา และรายงานกุมารแพทย์ ประสานหน่วยทารกป่วย เตรียมรับ และช่วยเหลือ
3. เมื่อคลอดศีรษะ ดูดเสมหะที่ปากและจมูกให้หมด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ เมื่อทารกคลอดทั้งตัว เอียงหน้าดูดเสมหะที่ปากและจมูกซ้ำ เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง
4. เปิดเครื่องให้ความอบอุ่นทารกบนรถพยาบาลทารกเตรียมไว้ และให้การพยาบาลทารกบนรถ
5. ประเมิน APGAR Score ที่นาทีที่ 1 และ 5 นาที และให้การรักษาตามมาตรฐานการดูแล การหายใจทารกแรกเกิด

การประเมินผล

ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง Active ดี APGAR ที่ 1 นาที = 9 หักคะแนนสีผิว 1 คะแนน เนื่องจากปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย และ 5 นาที = 10 สีผิวแดงดี หายใจได้เองสม่ำเสมอ การหายใจ 48-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 140-150 ครั้ง/นาที

ระยะหลังคลอด

ปัญหาที่ 1 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและซ็อก เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทำคลอดรุกรายก รกฝังติดแน่น เสียเลือดหลังคลอด 550 ซีซี
2. มดลูกหดตัวไม่ดี 20 นาทีต่อมาหลังคลอดรก มีเลือดสีแดงสดทางช่องคลอดออก 550 ซีซี และไล่ blood clot มีเลือดออกอีก 200 ซีซี และยังมีเลือดไหลออกอีก 200 ซีซี รวมทั้งสิ้น 1500 ซีซี เยื่อปูดาคิด
3. ชีพจรเต้นเบาเร็ว 128 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/55 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและซ็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติชีพจร 60- 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีอาการแสดงของซ็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เหงื่อออกมาก
3. Hct > 30% หรือ Hb > 10 กรัม%
3. ไม่เกิดภาวะ DIC
4. ค่า PT = 10.7-12.7 sec PTT = 23.3-30.9 sec INR < 2.0
SGOT = 0-32 U/LSGPT = 0-31 U/L
BUN = 5-25 mg/dl Creatinine = 0.7-1.3 mg/dl
platelet= 140-400 x 10³ /ul
5. ไม่ต้องตัดมดลูก ไม่เสียชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. คลึงมดลูกทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงด้วยตนเอง
2. ตรวจสอบแผล ตรวจหาการมีกษาดของช่องทางคลอดและช่องแฉกแผล ตรวจดู
ภาวะเศษสภาวะให้ว่างโดยการสวนปัสสาวะทิ้ง
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 นาที
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติเพื่อประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด
5. ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
6. หลังคลอด Add syntocinon 5 unit in 5% D/NSS/21000 ml iv drip 100 ml/hr.
และ Syntocinon 5 unit iv stat หลังรกคลอดและให้ยา Methergin 1 amp iv stat
7. ดูแลให้ Acetar 1000 ml + Syntocinon 40 unit ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
ของแพทย์และเปิดเส้นอีก 1 เส้นให้ LRS 1000 ml + Syntocinon 40 iv drip 100 ml/hr. หลังจาก
มีเลือดออกเพิ่มอีก 550 ml รายงานแพทย์และเตรียมของเลือด PRC 2 units FFP 2 units เตรียมความ
พร้อมของทีมและอุปกรณ์ช่วยเหลือ PPH Box และรถ Emergency
8. ดูแลให้ Cytotec 4 tab rectal stat และ Voluven 500 ml iv drip in 30 นาที หลังจากมีเลือดออก
เพิ่มอีก 550 ml และ Vit K₁ 1 amp iv stat
9. ดูแลให้ Nalador 1 amp +5% D/W 100 ml/hr. iv drip หลังจากความดันโลหิตเริ่มต่ำ
10. ดูแลให้ PRC 2units ตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด
11. ตรวจพบระดับความดันโลหิตลดลง 70/55 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
Dopamine (1:1) iv drip 60 ml/hr.
12. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte,LFT)
เพื่อประเมินภาวะ DIC
13. ให้ออกซิเจนการตกเลือดหลังคลอด แผนการรักษาของแพทย์ แก่ผู้คลอดและสามีเป็นระยะ ๆ
และเหตุผลที่แพทย์พิจารณาผ่าตัดมดลูกเพื่อหยุดเลือด

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ เสียเลือดจากการคลอด 1500ซีซี สัญญาณชีพ ชีพจร 110-124 ครั้ง/นาที
การหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/76 -110/85 มิลลิเมตรปรอท ไม่เกิดภาวะ DIC
ผลการตรวจเลือด PT = 19.4 sec PTT = 35.9 sec INR = 1.8 SGOT = 11 U/L SGPT = 5 U/L BUN = 7
mg/dl Creatinine = 0.70 mg/dl platelet= 269 × 10³/ul Hct 21.1% หยุดเลือดด้วยการผ่าตัดมดลูก
เสียเลือดจากการผ่าตัด 500 ซีซี รวมเป็น2000ซีซี ภายหลังผ่าตัดปลอดภัยจากภาวะช็อค ได้รับเลือด
ทั้งหมด PRC 9 units FFP 5 units

ปัญหาที่ 2 สามีและญาติวิตกกังวล กลัวมารดาหลังคลอดเสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. “ทำไมต้องผ่าตัด ไม่ผ่าได้ไหม” “ทำไมเสียเลือดเยอะ”
2. สามีและญาติสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด
3. มารดาหลังคลอดต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์

1. สามีและญาติมีความเข้าใจเรื่องพยาธิสภาพการตกเลือดหลังคลอด และแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. สามีและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามีและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย
2. สามีและญาติเข้าใจเหตุผลของการผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลด้วยท่าที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอด ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะช็อค การรักษาพยาบาลที่ให้ไปแล้ว สาเหตุของการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และอันตรายถึงกับเสียชีวิต
4. อธิบายให้สามีและญาติอย่างชัดเจน ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และให้กำลังใจพร้อมทั้งให้ช่องทางการติดต่อกับพยาบาลเมื่อเกิดข้อสงสัย ความวิตกกังวลหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
5. เปิดโอกาสให้สามีและญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล หรือช่วยทำกิจกรรมบางอย่างให้กับผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

การประเมินผล

สามีและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลายเข้าใจเหตุผลของการผ่าตัด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

วิจารณ์

ภาวะฝังตัวแน่นผิดปกติ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการเสียเลือดออกจากเยื่อมดลูกที่รกเกาะเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ สำหรับกรณีศึกษารายนี้ เป็นผู้คลอดที่มีอายุ 40 ปี ผ่านการคลอดมาแล้วถึง 5 ครั้ง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการฝังตัวแน่นกว่าปกติของการคลอด การศึกษา¹⁰ ที่พบว่า อัตราการเกิดรกฝังตัวแน่นผิดปกติสัมพันธ์กับอายุของผู้คลอด และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เมื่อคลอดทารกแล้วยังพบการหดตัวของมดลูกไม่ดี จึงทำให้ผู้คลอดรายนี้เกิดภาวะตกเลือดอย่างรุนแรงเสียเลือดเป็นจำนวน 1500 ซีซี ถึงแม้พยาบาลห้องคลอดจะมีการประเมินอาการเตือนของภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรวดเร็ว มีการรายงานแพทย์อย่างทันท่วงที ให้การดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (AMTSL) มีการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทั้ง 4 ตัวแล้วยังไม่สามารถหยุดการไหลของเลือดได้ มารดาหลังคลอดมีภาวะช็อค ต้องให้ยาควบคุมความดันโลหิต (Dopamine) อาการยังไม่สามารถควบคุมได้ แพทย์จึงทำการผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) พยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการทำคลอดที่ปลอดภัย มีการประเมินอาการเตือนของตกเลือดหลังคลอดและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายอย่างรวดเร็ว การรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะช็อค การบริหารยาความเสี่ยงสูง การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ ยา เลือด และประสานงานกับทีมทำการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยจากภาวะอันตรายต่อชีวิต

สรุป

ในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานห้องคลอด จึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แนวทางการประเมินเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012)⁷ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลหรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังต้องให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แผนการรักษาของแพทย์ การให้การพยาบาลในระยะต่าง ๆ อย่างชัดเจน เป็นระยะ ๆ พร้อมให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างผู้คลอด สามีและญาติในภาวะวิกฤติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการคลอดได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. SDG3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. Geneva: WHO; 2015.
2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. Prata N, Bell S, Weidert K. Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. Int J Womens Health; 2013; 13(5):737-52.
4. Azar M, Jennifer A H , Lily L. et al. Trends in postpartum hemorrhage from 2000 to 2009: a population-based study. BMC Pregnancy & Childbirth; 2012; 12: 108.
5. ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญและ ดร.ณิ ยอตร์รัก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย; 2559; 9(2): 173-199.
6. Murray SS, McKinney ES. Pain management during childbirth. In: Foundation of Maternal-newborn and women's health nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2014: 278-82.
7. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Italy: WHO; 2012.

8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลสิงห์บุรี หน่วยงานห้องคลอด. รายงานประจำปี 2562. สิงห์บุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรี ; 2562.
9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 2560; 6(2): 146-157.
10. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO; 2009.
11. Combs CA, Murphy EL, Laros RK, Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol; 2012;77:69-76.