

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด เนื่องจากรกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์ร่วมกับมดลูกหดตัวไม่ดี : กรณีศึกษา

ณัฐนันท์ ประภาศิลป์

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 25 ปี ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36+ 6 สัปดาห์ การวินิจฉัยเบื้องต้น รกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์ และได้รับการผ่าตัดคลอดครรภ์ก่อน มีประวัติเลือดออกมา 2 ครั้ง สูติแพทย์นัดผ่าตัด cesarean section เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 700 cc. ทารกเพศชาย APGAR 9,10 น้ำหนัก 2910 กรัม หลังผ่าตัด cesarean section ผู้ป่วยเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะ DIC ร่วมด้วย ปัญหาทางการพยาบาลที่พบคือ เสี่ยงต่อการตกเลือดก่อนคลอด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี เกิดภาวะ shock & DIC ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยาแล้วไม่ดีขึ้น แพทย์จึงรักษาด้วยการตัดมดลูก หลังผ่าตัดย้ายเข้า ICU ปัญหาทางการพยาบาลหลังการผ่าตัดมดลูก คือ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การย้ายเข้า ICU, โรคและอาการ, แผนการรักษา อาจเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่สุขสบายจากมีอาการท้องอืดเนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง หลังได้รับการผ่าตัด ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญ ทักษะ และกระบวนการทางการพยาบาลจนผู้ป่วยปลอดภัยทั้งมารดาและทารก สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 5 วัน นัดตรวจหลังคลอดอีก 5 สัปดาห์ จากการติดตาม มารดาและทารกแข็งแรง สมบูรณ์ดี มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด, รกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์, ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด, , มดลูกหดตัวไม่ดี

Abstract: Nursing care of postpartum hemorrhage and Disseminated Intravascular Coagulation after cesarean section, due to Placenta previa totalis with uterine atony: Case study.

Pregnant women 25 years of age, G2P1, GA 36+6 weeks of the initial diagnosis; placenta previa totalis and previous cesarean section. A history of bleeding 2 times, Obstetrician was appointment for cesarean section and blood loss during surgery, 700 cc., Male infant, weighing 2910 grams, APGAR 9,10 . Post-operative cesarean section postpartum hemorrhage in patients with DIC. Nursing problems found are risk of Antepartum Hemorrhage, at risk of complications from spinal anesthesia, Post-partum hemorrhage due to placenta previa totalis and uterine atony, shock & DIC, and patients treated medication did not improve. The obstetrician then treated with hysterectomy

(TAH) and after surgery to move into the ICU. The nursing problem after hysterectomy are the risk of hypoxia due to anemia after hemorrhage, complications of blood transfusion and blood composition, the patient is not comfortable with surgical wounds, patients and relatives are concerned about moving into the ICU and disease symptoms and treatment planning, risk of urinary tract infection and uncomfortable abdominal distension is due to the reduced bowel function after surgery. The study has provided the hospital with the knowledge, expertise and skills in the nursing process and the safe delivery of both mother and baby and discharged, including 5 days in hospital, postpartum examination, and 5 weeks of follow-up. Healthy babies, good mothers, breastfeeding.

Keyword: PPH, Placenta previa totalis, DIC, Uterine atony

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้น ของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด (WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012)¹ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัส และต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมน สำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และ เสียชีวิตได้²

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการตายของมารดาในสูติกรรมซึ่งสามารถป้องกันได้³ จากสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2559- 2561 มีผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.76, 0.92 และ 1.15 ตามลำดับ อัตราการตัดมดลูกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0.13, 0.10 และ 0.08 ตามลำดับ พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันการตกเลือดในระยะหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด และ 2) ทักษะการพยาบาล เมื่อเกิดตกเลือดหลังคลอด^{4,5} เพื่อให้การพยาบาล มารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะต่างๆ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามเดิมให้มากที่สุด

กรณีศึกษา

ประวัติผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทยคู่ อายุ 25 ปี น้ำหนัก 80 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 6 มิถุนายน 2562

ทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 7 มิถุนายน 2562 และตัดมดลูกในวันเดียวกัน

วันที่ออกจากโรงพยาบาล 11 มิถุนายน 2562 รวมเวลา 5 วัน

อาการสำคัญ : มีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยมา 1 วัน แพทย์นัดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 2 placenta previa totalis อายุครรภ์ 36+ 6 สัปดาห์ มีประวัติเลือดออกมา 2 ครั้ง แพทย์วางแผนการรักษาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อ 2 ปี ไม่พบปัญหาหลังผ่าตัด

การตรวจร่างกายแรกรับ

ความดันโลหิต = 113/63 mmHg. ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 80 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Hb= 11.0 gm%, Hct = 33.5%, Plt = 344×10^3 /ul, Pt = 11.0 sec, PTT = 26.9 sec, INR = 1.0

การวินิจฉัย : Placenta previa totalis

แผนการรักษา : ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การพยาบาลกรณีศึกษา

ปัญหาที่1 เสี่ยงต่อการตกเลือดก่อนคลอด

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกมีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดมา 1 วัน

O: - ผล ultrasound อ่านว่า placenta previa totalis

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการตกเลือดก่อนคลอด

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนด

การพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบและเข้าใจถึงภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาลที่จะได้รับและความจำเป็นจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. จัดให้นอนพักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพราะการหดตัวของมดลูกทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น และนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดดำเวนาคาวา (inferior vena cava)

3. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยคาดคะเนจากเลือดที่ชุ่มผ้าอนามัย หรือการชั่งน้ำหนัก 1 กรัม เท่ากับปริมาณเลือด 1 ซีซี. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อสกปรก ถ้าพบเลือดออกมากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา

4. ดูแลให้ Dexamethasone 6 mg. IM ตามการรักษาของแพทย์

5. ให้น้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืน ดูแลให้ได้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

6. งดการตรวจภายในทางช่องคลอดและทางทวารหนัก

7. เจาะเลือดส่งตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือดทั้ง ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต การนับเม็ดเลือดทุกชนิด การนับเกล็ดเลือด กลุ่มเลือด และอื่น ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเตรียมเลือดไว้ใช้ในการผ่าตัด 2 unit และเปิดเส้นให้ IV ด้วย IV cath No.18

8. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound [FHS]) ทุก 1 ชั่วโมง ระวังไม่ต้องกดและคลำหน้าท้องมาก เพราะอาจกระตุ้นให้มดลูกหดตัว ทำให้รกฉีกขาดมากขึ้น ถ้าพบเสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาป้องกันการเกิดภาวะเครียด (fetal distress) ซึ่งทารกในครรภ์อาจขาดออกซิเจนได้

9. ดูแลให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เช่น ช่วยทำความสะอาดของร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดกิจกรรมบางอย่างที่รบกวนเพื่อให้เกิดความสบายและสามารถพักผ่อนได้ รวมถึงการให้สามี ญาติ หรือครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล

10. รับฟังสิ่งที่ผู้คลอดพูดคุยด้วยท่าทีที่สนใจเป็นกันเอง ปลอบโยน ให้เกิดกำลังใจ และความมั่นใจ ตอบข้อซักถามด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว

11. Retain Foley catheter เข้าวันผ่าตัด ตามการรักษา

การประเมินผล

ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนคลอด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนด

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกขาทั้งสองข้างยังชาอยู่ ยกขาไม่ขึ้น

O: - ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และได้รับ morphine 0.2 mg. เมื่อเวลา 9.45 น. ทางช่องไขสันหลัง ซึ่งจะมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เกณฑ์การประเมิน

อัตราการหายใจมากกว่า 10 ครั้ง/นาที

การพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ปวยนอนราบ หนุนหมอนได้ พลิกตะแคงตัวได้ จนถึงเวลา 16.00 น
2. Record อัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง จนถึง 10.00 น วันรุ่งขึ้น
3. ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดให้ tramol 50 mg. IV prn q 6 hr.
4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการคันมากให้ CPM 10 mg. IV prn q 4 hr.
5. ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ plasil 10 mg.+ NSS เป็น 10 ml. IV ซ้ำๆ prn q 6 hr.
6. ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที รายงานวิสัญญีที่ 2506 และให้ออกซิเจน mask 6 lit/min และให้ narcan 0.4mg + water 10 ml. IV ครั้งละ 2-3 ml. ทุก 2-3 นาทีจนกว่าอัตราการหายใจจะมากกว่า 10 ครั้ง/นาที
7. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นภายหลังให้การพยาบาลป้องกันการตกเตียง

การประเมินผล

ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงจนถึง 16.00 น. อัตราการหายใจระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 3 เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าถุงจำนวนมาก
 - บ่นอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม มือและเท้าเย็น เหงื่อออก
 O: - ขณะคลึงมดลูก กดไล่ลิ้นเลือดพบก้อนเลือดขนาดโต จำนวน 4 ก้อน ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากช่องคลอดประมาณ 500 cc. รวมเสียเลือดทั้งหมด 1000 cc.
 - Hb=9.2 gm% Hct=28.0%, สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/60 mmHg. ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที, ตรวจร่างกายพบเยื่อบุตาเหลือง และริมฝีปาก ซีด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มดลูกหดตัวดี

เกณฑ์การประเมิน

1. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 cc/hr.
2. มดลูกหดตัว กลม แข็ง
3. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 – 120/80 mmHg ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที. ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น

การพยาบาล

1. คลึงมดลูกจนหดตัว กลม แข็ง และกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี เมื่อมดลูกหดตัวดีขึ้น ให้สังเกตการหดตัวของมดลูกต่อไปอีกทุก 15 นาที
2. สังเกตลักษณะ จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือด
3. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก และบันทึกปริมาณปัสสาวะไว้ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อค ปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 cc/hr.
4. ดูแลให้ได้รับยา Transamine 2 amp.IV q 4 hr, ยาหดตัวมดลูก Methergin, Syntocinon และสารน้ำตามการรักษาของแพทย์
5. เจาะ Hct.ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะซีด
6. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit ตามแผนการรักษา ช่วยเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดง
7. สังเกตอาการท้องอืดเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการมีเลือดออกภายในไม่หยุด
8. สังเกต ระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลง ในระบบการไหลเวียนเลือด
8. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนอาการปกติ และบันทึกต่อทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และให้การช่วยเหลือได้ทันที

9. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา ระวังระดับโพแทสเซียมไม่ให้ผิดปกติ และสังเกตอาการแทรกซ้อนระหว่างการได้รับเลือด

10. อธิบายแนวทางการรักษา ความจำเป็นที่ต้องตัดมดลูก แก่ผู้ป่วยและญาติ

11. Set OR for hysterectomy due to uterine atony และ จ้อง ICU post op

12. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พร้อม monitor โดยมีพยาบาลนำส่งด้วย และประสานงานกับทีมวิสัญญีเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ และอาการปัจจุบัน

การประเมินผล

ความดันโลหิตระหว่างผ่าตัด อยู่ระหว่าง 90/60 mmHg. – 130/90 mmHg. ชีพจร 60-130 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด TAH ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1100 ml. ได้รับ FFP = 410 ml., PRC = 620 ml., Colloid = 100 ml., Crystalloid = 1200 ml. ปัสสาวะออก = 100 ml. หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น และย้ายเข้า ICU ตามแผนการรักษา

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน S: - เวียนศีรษะ มือ เท้า เย็น

O: - เสียเลือดก่อนผ่าตัด TAH 1500 ml. ระหว่าง TAH 1100 ml ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb= 6.0 gm%, Hct= 17.3%, Plt. = 69×10^3 /ul, PT = 14.5 sec, PTT = 31.5 sec, INR = 1.4

- สัญญาณชีพแรกเข้าที่ ICU ความดันโลหิต = 96/69 mmHg., ชีพจร = 90 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่ายสับสน หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น

2. ไม่มีอาการ cyanosis บริเวณริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า

3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต = 100/60 – 120/80 mmHg ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น หรือค่าใกล้เคียงปกติ

การพยาบาล

1. On oxygen cannula 2 lit/min และ Keep warm ให้ผู้ป่วย

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจน และจัดให้อยู่ใน Fowler's position เพื่อให้ปอดสามารถขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา และสังเกตผลข้างเคียงขณะให้เลือด เช่น มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีไข้ หนาวสั่น

4. ดูแลให้ได้รับยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ตามแผนการรักษา คือ Omeprazole 40 mg. IV q 12 hr.

5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น ไม่มีอาการ cyanosis บริเวณริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า
6. ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง หรือประเมินตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Hct, Hb

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น
2. ไม่มีอาการ cyanosis บริเวณริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า
3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต = 90/60 – 120/80 mmHg. ชีจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น Hb= 8.1 gm%, Hct= 23%, Plt. = 76×10^3 /ul, PT = 13.7 sec, PTT = 30.5 sec, INR = 1.27

ปัญหาที่ 6 เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบ่นคันบริเวณราวม

O: - พบผื่นนูนขึ้นบริเวณราวมหลังให้ FFP unit ที่ 4

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/80 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจปกติ 18 – 20 ครั้ง/นาที
2. ผื่นยุบลง

การพยาบาล

1. Record vital signs ทุก 15 นาทีขณะให้เลือด
2. รายงานแพทย์ ให้ CPM 1 amp IV ตามการรักษาของแพทย์
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของการแพ้เลือด เช่น ผื่นนูนแดง คันตามตัว หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
4. เมื่อมีอาการดังกล่าว หยุดให้เลือดและเจาะเลือดผู้ป่วย 10 ml. พร้อมถุงเลือดที่เหลือ ส่งธนาคารเลือด
5. ถ้ามี C-line วัด CVP อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ถ้าสูงกว่า 15 หรือต่ำกว่า 8 cmH₂O รายงานแพทย์ทราบ
6. สังเกตอาการ และอาการแสดง ว่าเป็นมากขึ้นหรือไม่ เพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/80 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจปกติ 18 – 20 ครั้ง/นาที
2. ผื่นยุบลง

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

- ข้อมูลสนับสนุน** S: - ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด บอก Pain score 6
O: - มีสีหน้าเจ็บปวด คิ้วขมวด นอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมิน

Pain score 1-3 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/80 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที นอนหลับได้

การพยาบาล

1. ดูแลจัดทำที่สุขสบาย โดยให้นอน Fowler's position
2. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เบามือ
3. พุดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย
4. ประเมิน และบันทึก Pain Score หลังผ่าตัดทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว
5. ให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg.IV ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา
6. จัดสิ่งแวดล้อม ให้สะอาด และเงียบสงบ

การประเมินผล

ความปวดลดลง Pain Score = 3 คะแนน สีหน้าแจ่มใส แผลผ่าตัดไม่บวม ไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/90 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจปกติ 18 – 20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การย้ายเข้า ICU, โรคและอาการ, แผนการรักษา

- ข้อมูลสนับสนุน** S: - ผู้ป่วยและญาติสอบถามสาเหตุที่เข้า ICU
O: - ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น

การพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ถึงเหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU
2. แนะนำกฎ ระเบียบ เวลาเยี่ยม สถานที่
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ประสานกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ

5. ปลอดภัยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาและตอบข้อสงสัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์

ปัญหาที่ 9 อาจเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

- ข้อมูลสนับสนุน S: - บ่นแสบท่อปัสสาวะเวลาขับตัว / เดิน
O: - ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะและมีเลือดออกทางช่องคลอดตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณมากกว่า 30 cc/hr.

การพยาบาล

1. Perineum care ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ
2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ cefazolin ตามการรักษาของแพทย์
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอ
4. สังเกตลักษณะสีกลิ่นและจำนวนของปัสสาวะ ถ้าพบว่ามีผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
5. สังเกตอาการ อาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น หรือเป็นหนอง

การประเมินผล

ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณมากกว่า 30 cc/hr.

ปัญหาที่ 10 ไม่สุขสบายจากมีอาการท้องอืดเนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลงหลังได้รับการผ่าตัด

- ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกรู้สึกท้องอืด แน่นท้อง หายใจไม่สะดวก
O: - ท้องแข็งตึง bowel sound ลดลง

วัตถุประสงค์

อาการท้องอืดทุเลาลง ลำไส้ทำงานได้เป็นปกติ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ท้องไม่อืด

การพยาบาล :

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยในการทำงานของลำไส้ดีขึ้น
2. ให้ยาขับลม air-X ตามแผนการรักษา
3. ประเมินอาการท้องอืดจากการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ การเรอ การผายลม และการ

ขับถ่ายที่ผิดปกติ

4. แนะนำการรับประทานอาหารโดยเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน งดนมและอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น เมื่อลำไส้ทำงานดีขึ้น

การประเมินผล : ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ท้องไม่อืด

วิจารณ์

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุหลักของการตายและการเจ็บป่วยของมารดา สาเหตุที่พบบ่อยคือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ส่วนใหญ่ของมดลูกหดรัดตัวไม่ดีสามารถรักษาได้ด้วยยา แต่อาจมีความจำเป็นต้องตัดมดลูกฉุกเฉิน การเตรียมพร้อมที่ดีจะช่วยลดการเจ็บป่วยและการตายของมารดา การประเมินการเสียเลือด, Hematocrit และ Coagulation mechanism มีความสำคัญ เพื่อที่จะให้การพยาบาลและให้เลือดอย่างเหมาะสม เพียงพอและทันที่ ในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานสูติ-นรีเวชกรรม จึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด ที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอดและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้นโดยการสอนให้มารดาหลังคลอดและญาติ รู้จักอาการแสดงที่ผิดปกติที่แสดงถึงการตกเลือดในระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกรับผิดชอบในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลหรือสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานที่ดีต่อไป รวมทั้งเตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดตกเลือดหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ทำให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงหรือมีอันตรายแก่ชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Carroll, M., Daly, D. and Begley, C.M.. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016.16(1): 261.
2. Briley, A., Seed, P.T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., et al. Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum hemorrhage (PPH) and progression to severe PPH: a prospective observational study. *An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014. 121(7): 876–888.

3. Michelet, D. , Ricbourg, A. , Rossignol, M. ,Schurando, P. and Barranger, E. .Emergency hysterectomy for lifethreatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. *Gynecologic Obstetric and Fertilities*. 2015. 43(12): 773-779.
4. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557. 37(2): 155-162.
5. ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย สุชาตา วิภาวกันต์ และอารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน ห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือ ข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้. 2559. 3(3):127-141.