



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้คลอดไหล่ยาก ที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อก

นิตยา กลิ่นกล้า พย.บ.

งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

Email : nit4363@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงกัมพูชา สื่อสารภาษาไทยได้พอควร อายุ 24 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 5 วัน รับไว้ในความดูแล วันที่ 29 เมษายน 2565 เวลา 08.30 น. เจ็บครรภ์คลอด มดลูกหดรัดตัว Interval 3 นาที 30 วินาที Duration 40 วินาที Severity⁺ คะแนนระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 3 คะแนน ตรวจทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 25 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำยังอยู่ มีส่วนนำเป็นศีรษะ การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ระดับ -2 Bishop score 2 คะแนน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ความเข้มข้นของเลือด 35 เปอร์เซ็นต์ ตรวจ Electronic Fetal Monitoring (EFM) ผลตรวจ Category I แพทย์ตรวจ อัลตราซาวด์ คัดคะแนนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,656 กรัม งดน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 50 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำยังอยู่ มีส่วนนำเป็นศีรษะ การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ระดับ 0 เข้าสู่ระยะ Active phase ใช้กราฟการดูแลคลอด มดลูกหดรัดตัว Interval 3 นาที 50 วินาที Duration 50 วินาที Severity⁺⁺ คะแนนระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 5 คะแนน สีหน้าไม่สดชื่น มีร้องครางเป็นพักๆ หน้าเขียวขมวด อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ผักเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย ผู้คลอดปฏิบัติตามได้ ตรวจทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 50 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำยังอยู่ มีส่วนนำเป็นศีรษะ การเคลื่อนต่ำของส่วนนำระดับ 0 Bishop score 7 คะแนน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย จุดกราฟการดูแลการคลอดอยู่ระหว่างเส้น Alert line และ Action line รายงานแพทย์ แพทย์วางแผนการรักษา ชักนำการคลอด โดยการเจาะผนังคร่ำแรงคลอด น้ำคร่ำมีลักษณะขาวขุ่น ปริมาณ 20 มิลลิลิตร อัตราการเต้นของหัวใจทารก หลังเจาะน้ำคร่ำ 170 ครั้งต่อนาที แนะนำการนอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปยังรกสะดวกขึ้น ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก 158 ครั้งต่อนาที ตรวจทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 90 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำยังอยู่ มีส่วนนำเป็นศีรษะ การเคลื่อนต่ำของส่วนนำระดับ +1 Bishop score 11 คะแนน แพทย์มีคำสั่งการรักษาเพิ่ม ให้รับประทาน Misoprostol 100 มิลลิกรัม เพื่อชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด หลังรับประทานยา ผู้คลอดไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน เวลา 16.00 น.ปากมดลูกเปิดหมด เบ่งคลอด เวลา 16.15 น. ศีรษะทารกโผล่พ้นช่องคลอดแต่ติดไหล่ แฉ่งแพทย์และทีม จัดท่า McRoberts maneuver ร่วมกับ suprapubic pressure และช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่ ทารกคลอดเวลา 16.30 น.เพศหญิง น้ำหนัก 3,965 กรัม ติดไหล่ 15 นาที แรกเกิดตัวอ่อนปวกเปียก ไม่ร้อง ไม่หายใจ สีผิวเขียวทั่วตัว APGAR score ที่ 1 นาที เท่ากับ 0 คะแนน ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก ร่วมกับกดหน้าอก 2 นาที ใส่ท่อช่วยหายใจ APGAR score ที่ 5 นาที เท่ากับ 7 คะแนน และที่ 10 นาที เท่ากับ 7 คะแนน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือด 92 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้สารน้ำ 5%D/N/5 500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ อัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้คลอดได้รับยา Oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อต้นแขน เมื่อทารกผ่านช่องทางคลอด เวลา 16.35 น.ขณะรอรกคลอดมีเลือดออก 200 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือด 34 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 109/52 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้น



ของซีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที เปลี่ยนสารน้ำ NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตรา 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รกคลอดเวลา 16.45 น. น้ำหนักรก 750 กรัม ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนึ่ม คลึงมดลูกต่อเนื่อง ผู้คลอดเวียนศีรษะ ใจสั่น มือและเท้าเย็น ความดันโลหิต 90/56 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของซีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 600 มิลลิลิตร เปิด NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตรา 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อีก 1 เส้น ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที จัดทำนอนราบศีรษะต่ำไม่หนุนหมอน เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกขึ้น ตรวจช่องทางคลอด แผลฝีเย็บถึงกล้ามเนื้อหูรูด เย็บแผลด้วยไหมละลาย Pack top gauze ในช่องคลอด เพื่อหยุดเลือดจากแผล ระดับความเข้มข้นของเลือด 22 เปอร์เซนต์ ความดันโลหิต 111/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของซีพจร 148 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้สารน้ำ จำนวน 3,000 มิลลิลิตร ครบแล้วให้ปรับอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทั้ง 2 เส้น ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 750 มิลลิลิตร ผู้คลอดใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส 200 มิลลิลิตร ผู้คลอดเวียนศีรษะและใจสั่นลดลง ความดันโลหิต 118/58 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของซีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปรึกษาสูติแพทย์ให้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมรับไว้ในโรงพยาบาล 1 วัน รวมรับไว้ดูแล 10 ชั่วโมง 20 นาที

บทนำ

จากรายงานแบบ meta-analysis ปีค.ศ. 2016 (Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG., 2016) ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ 1,190 คน ช่วงอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์สงสัยว่าทารกจะตัวใหญ่ คือ ค่ะเนน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (suspected fetal macrosomia) ทั้งกลุ่มที่เป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน ผลของการคลอดไหล่ยากจากทารกตัวใหญ่ ทารกได้รับบาดเจ็บ, ภาวะขาดออกซิเจน มารดาช่องทางคลอดฉีกขาด ,ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

สำหรับในประเทศไทย ไม่มีการศึกษาเรื่อง การป้องกันการคลอดไหล่ยากกว่าควรผ่าท้องทำคลอดในเกณฑ์ น้ำหนักทารกเท่าใด แนะนำให้แพทย์พิจารณาเป็นรายๆ โดยเฉพาะรายที่สงสัยทารกตัวใหญ่ มารดาอ้วนเชิงกรานแคบ หรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนการกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดในรายที่สงสัยทารกตัวใหญ่ ไม่แนะนำให้ทำในรายที่อายุครรภ์น้อยกว่า 39 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามการป้องกันการคลอดไหล่ยากไม่สามารถทำได้ทุกราย เนื่องจากการทำนาย การเกิดการคลอดไหล่ยากไม่แม่นยำเพียงพอ

จากข้อมูลการคลอดโรงพยาบาลแหลมฉบัง ทารกน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม ปี 2565 จำนวน 5 ราย พบผู้คลอดไหล่ยาก 1 ราย ช่วยคลอดด้วยการตัด Episiotomy 2 ข้างให้กว้างขึ้น ทำ McRoberts maneuver (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017) ร่วมกับ suprapubic pressure ทารกแรกเกิด น้ำหนัก 3,965 กรัม พบภาวะพร่องออกซิเจน ส่วนมารดาช่องทางคลอดฉีกขาดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก (โรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2565)

การคลอดไหล่ยากหรือภาวะติดไหล่ (Shoulder dystocia)

การคลอดไหล่ยากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 0.6-1.4 ของการคลอดทางช่องคลอด อุบัติการณ์ของการคลอดไหล่ยากมีความแตกต่างกันมาก ในแต่ละรายงานอยู่ในช่วงร้อยละ 0.19-16 ขึ้นกับคำจำกัดความและการวินิจฉัย เมื่อเกิดการคลอดไหล่ยากจะต้องมีการช่วยคลอดอย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกที่เกิดจากการขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

การวินิจฉัยการคลอดไหล่ยาก

การวินิจฉัยว่าเป็นการคลอดไหล่ยาก เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ ในการทำคลอดไหล่ด้วยการดึงศีรษะทารกกลางตามปกติและจำเป็นต้องใช้กระบวนการช่วยคลอดไหล่เพิ่มขึ้น (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017) มีระยะเวลา นานกว่า 60 วินาทีหลังศีรษะทารกคลอดถึงคลอดลำตัว

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก (Committee on Practice B-O., 2017)

เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ ควรปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ทำคลอดมีความจำเป็นต้องมีสติ และไม่ตระหนกเกินความจำเป็น
2. ร้องขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล ที่อยู่บริเวณนั้น และถ้าประเมินว่าการช่วยคลอดกระทำไต่ยาก

พิจารณาแจ้งวิสัญญีและกุมารแพทย์ล่วงหน้า

3. ในกรณีที่ยังไม่ได้ตัดแผลฝีเย็บ ควรทำการฉีดยาชาแล้วตัดฝีเย็บ หรือถ้าแผลฝีเย็บที่ตัดไว้ยังไม่กว้างพอพิจารณาตัดฝีเย็บเพิ่ม

4. ดูดเมือกหรือสารคัดหลั่งในปากและจมูกทารกให้โล่ง

5. ถ้ายังมีปัสสาวะค้างอยู่ ให้สวนปัสสาวะทิ้ง ลองดึงศีรษะทารกกลางอีกครั้งพร้อม ๆ กับให้มารดาเบ่ง ห้ามให้ช่วยดันยอดมดลูกอย่าง เด็ดขาดเพราะจะทำให้ไหล่หน้าเข้าไปติดมากขึ้นและอาจเกิดมดลูกแตกได้

6. ทำการช่วยคลอดไหล่ยาก ด้วยวิธี McRoberts maneuver ร่วมกับ suprapubic pressure เริ่มจากการปลดขาของผู้คลอดออกจากที่ตรึง ยกขึ้นแล้วงอเข้าพับเข้ากับทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นการทำให้เกิด hyperflexion และ abduction ของข้อสะโพกมารดา ทำให้ส่วนของ symphysis pubis หมุนมาทางด้านศีรษะ ร่วมกับเกิด flattening ของ lumbar lordosis ทำให้ไหล่หน้าเกิดความคล่องตัวมากขึ้นและหลุดออกมาจาก pubic symphysis ได้ ซึ่งการทำ McRoberts maneuver มักปฏิบัติร่วมกับการกดบริเวณหัวเหน่า (suprapubic pressure) โดยจังหวะในการกดควรเป็นจังหวะเดียวกันกับการที่ผู้ทำคลอดค่อย ๆ ดึงทารกออกมา และเป็นช่วงที่ขาของมารดาทั้งสองข้างถูกยกขึ้นจนเข้าชิดกับส่วนหน้าอก

จากหลักฐานการศึกษาพบว่าถ้าทำการช่วยคลอดด้วยวิธี McRoberts maneuver ร่วมกับการกดบริเวณหัวเหน่าอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถทำการคลอดไหล่ทารกได้สำเร็จเกือบร้อยละ 90 (Chauhan SP, Laye MR, Lutgendorf M, McBurney JW, Keiser SD, Magann EF, 2014) ดังแสดงในรูป



รูป : การช่วยคลอดด้วยวิธี McRoberts maneuver โดยการงอเข้าทั้งสองข้างของสตรีตั้งครรภ์ให้ชิดหน้าอกร่วมกับทำ suprapubic pressure และดึงศีรษะทารกออกมาในจังหวะประสานกัน (ที่มา: ดัดแปลงจาก Vaginal Delivery. In: F. Gary Cunningham, Kenneth J Leveno, Steven L Bloom, Catherine Y Spong, Jodi S Dashe, Barbara L Hoffman, et al, editors. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw Hill; 2014. p. 536-57.)



การประเมินภาวะแทรกซ้อน

เมื่อช่วยคลอดทารกออกมาได้และให้การช่วยกู้ชีพแล้ว ต้องตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดเพื่อ ประเมินอันตรายจากการคลอด เช่น กระดูก clavicle หัก กระดูกแขนหัก การบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) หรืออันตรายต่อระบบประสาทและสมอง สำหรับมารดาต้องสำรวจช่องทางคลอด ประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น มดลูกแตก มดลูกไม่หดรัดตัว

การบันทึกเวชระเบียน

การบันทึกเวชระเบียนเมื่อเกิดการคลอดไหล่ยากมีความสำคัญมาก เพราะอาจจะเกิดการฟ้องร้องตามมา โดยเฉพาะรายที่เกิดอันตรายต่อทารกชั้นรุนแรง หัวข้อที่ควรบันทึกมีดังนี้

1. การประเมินน้ำหนักทารกก่อนคลอด
2. การประเมินขนาดอุ้งเชิงกรานก่อนคลอดหรือ augmentation
3. ความก้าวหน้าของการคลอดทั้งระยะ active และระยะที่ 2
4. ท่าทารกและการหมุนของศีรษะทารกในระยะที่ 2
5. เวลาที่ศีรษะทารกคลอดและเวลาที่ทารกคลอดออก มาทั้งตัว
6. มีการตัดแผลฝีเย็บหรือไม่แบบใด
7. ชนิดของยาชาหรือยาสลบ
8. บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดไหล่ยาก
9. ความแรงและระยะเวลาที่ใช้ดึงไหล่
10. ลำดับและเวลาของแต่ละวิธีที่ใช้คลอดติดไหล่
11. ควรบันทึกว่าไม่ได้ทำ fundal pressure หลังคลอดศีรษะทารกแล้ว
12. ระบุให้ชัดเจนว่าไหล่ที่ติดคือข้างใด
13. สภาพและการบาดเจ็บของทารกหลังคลอด
14. การให้คำปรึกษาแนะนำต่าง ๆ แก่มารดาและญาติ พร้อมทั้งให้ลงนามรับทราบ

การพยาบาลผู้คลอดไหล่ยาก

ระยะตั้งครรภ์ :

- การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก
- การตรวจครรภ์ เช่น ขนาดหน้าท้องที่ไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ การคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิด
- การให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้เป็น แนวทางในการตัดสินใจ

วางแผนการเตรียมคลอดที่เหมาะสม

- การบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ระยะคลอด : การพยาบาลแรกรับ

- ประเมินผู้คลอดด้วยการตรวจครรภ์ ตรวจประเมินลักษณะเชิงกราน และช่องทางคลอด โดยเฉพาะช่องทางเข้าเชิงกราน (pelvic inlet) ช่องเชิงกรานส่วนล่าง (mid-pelvis/ pelvic cavity) และช่องทางออก เชิงกราน (pelvic outlet)
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ความเสี่ยง แนวทางการรักษาพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นใน

ระยะคลอด

- ควรให้ผู้คลอดและครอบครัวลงนามรับทราบข้อมูลด้วย

ระยะคลอด : การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด

- ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ กราฟความก้าวหน้าของการคลอด (partograph)



- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และ แนวทางการรักษาพยาบาล ให้ผู้คลอดและครอบครัวรับทราบเป็นระยะ ๆ

ระยะคลอด : การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก

- ให้การช่วยเหลือในภาวะเร่งด่วนฉุกเฉินแก่มารดา และเตรียมให้การกู้ชีพทารกแรกเกิด รวมทั้งให้การบริหารจัดการที่เหมาะสม เพื่อป้องกันหรือลดอันตรายที่ อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกแรกเกิด

- ให้ข้อมูลที่เหมาะสมและถูกต้องกับผู้คลอดและครอบครัว พร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาล และแนวทางการปฏิบัติตัว ที่กระชับ ชัดเจน และเข้าใจง่าย

- บันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน เพื่อผู้คลอดจะได้รับการรักษาพยาบาล ที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ระยะหลังคลอดด้านร่างกาย

- เฝ้าระวังและบันทึกสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ระดับยอ دمดลูก ภาวะเพาะปัสสาวะ ปริมาณเลือดที่ออกจากโพรงมดลูก แผลฝีเย็บและช่องทางคลอด

- เฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อที่โพรงมดลูก ช่องทางคลอด และแผลฝีเย็บ

ระยะหลังคลอดด้านจิตใจ

- อธิบายและให้ข้อมูลถึงอาการปัจจุบัน แนวทางการพยาบาลที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

- เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติได้ ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย

- ให้กำลังใจ คำแนะนำในการดูแลตนเองระยะหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิดให้แก่ผู้คลอดและญาติ

ระยะหลังคลอด : ด้านทารกแรกเกิด

- ประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และให้การช่วยเหลือทันที

- ตรวจร่างกายทารกแรกเกิดว่ามีส่วนใดบาดเจ็บหรือไม่ โดยเฉพาะบริเวณไหล่ และควรย้ายทารกไปยังแผนกทารกแรกเกิด

- ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจน การติดเชื้อ และการบาดเจ็บจากการคลอด

- เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดได้ เพื่อเป็นการส่งเสริม สัมพันธภาพ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย

ภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Post Partum Hemorrhage, PPH) หมายถึง การเสียเลือดทันทีมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังจากการคลอดครรภ์เดี่ยวทางการคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดหรือระดับความเข้มข้นของเลือดลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์, 2562) การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ (ศุภาวดี แถวเพ็ญ, 2560)

1. ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก (Tone) ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน หรือการคลอดเร็วเกินไป กล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต การคลอดบุตรหลายครั้ง โดยเฉพาะมากกว่า 5 ครั้ง การคลอดยาก หรือ การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด การมีเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด

2. การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (tear cervix) ผนังช่องคลอด (tear vaginal wall) แผลฝีเย็บ (tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (hematoma)



เป็นต้น ซึ่งพบได้รองลงมาจากมดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่ การทำคลอดและการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ในขณะที่ปากมดลูกเปิดไม่หมด การคลอดเฉียบพลัน (precipitate labor) การตัดฝีเย็บที่ไม่ถูกวิธี

3. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรก ตกค้างภายในโพรงมดลูก (Tissue) ได้แก่ การมีรกค้างอยู่ในโพรงมดลูกจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มีเลือดออกมาก การมีเยื่อหุ้มรกหรือชิ้นส่วนของรกค้างเกิดจากการคลอดรกผิดวิธี ความผิดปกติของรก I placenta succenturiate, spurium placenta and placenta accrete

4. สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) พบได้ประมาณร้อยละ 1 ได้แก่ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ในกรณีที่มีการเสียเลือดปริมาณมากในระยะก่อนหรือหลังคลอด โรคเลือดต่าง ๆ ได้แก่ โรคเลือดที่เกิดจากการขาดเกล็ดเลือด หรือเกล็ดเลือดไม่เพียงพอ เช่น aplastic anemia เป็นต้น

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง ได้แก่ การติดเชื้อมดลูก การมีเศษรก หรือเยื่อหุ้มทารก ค้างในโพรงมดลูก มดลูกเข้าอู่ช้า (subinvolution)

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด พบได้ดังนี้ (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2561)

1. มีเลือดออกจากช่องคลอด ซึ่งลักษณะแตกต่างกันตามสาเหตุ

1.1 การหดตัวของมดลูกไม่ดี เลือดที่ออกจะเป็นสีคล้ำและมีลิ่มเลือดปน อาจมีปริมาณมากหรือออกมาปริมาณปกติแต่ออกเป็นเวลานาน อาจมีก้อนเลือดปน และเลือดมีสีค่อนข้างคล้ำ

1.2 การฉีกขาดของช่องทางคลอด เลือดที่ออกจะเป็นสีแดงสด หากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยเลือดจะไหลซึมออกมาเรื่อย ๆ และหากมีการฉีกขาดหลอดเลือดแดงฝอย เลือดจะพุ่งแรงตามจังหวะของชีพจร

1.3 การมีเศษรูกค้าง ถ้าเศษรูกขนาดใหญ่จะเกิดการตกเลือดทันทีจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่ถ้าเศษรูกขนาดเล็กจะเกิดการตกเลือดในช่วง 10 วันหลังคลอด ซึ่งเลือดเป็นสีแดงคล้ำ

1.4 การมีเลือดคั่งใต้ผิวหนัง ผิวหนังมีอาการบวมแดงออกสีม่วงคล้ำ เจ็บปวดอย่างรุนแรง อาจมีอาการ ถ่ายปัสสาวะลำบาก เพราะมีแรงกดบนท่อปัสสาวะหรือช่องรูเปิดปัสสาวะ

2. มดลูกหดตัวไม่ดี โดยจะคลำพบมดลูกอยู่สูงกว่าระดับสะดือ เมื่อคลึงมดลูกจะมีก้อนเลือดและเลือดสดจำนวนมากออกทางช่องคลอด ร่วมกับมีอาการแสดงของการตกเลือด เช่น หน้าซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย การประเมินและการรักษาขั้นต้น และ การรักษาตามสาเหตุ ดังนี้ (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2561)

1. การประเมินและการรักษาขั้นต้น

1.1 ประเมินสัญญาณชีพ และ อาการแสดงของภาวะตกเลือด

1.2 การประเมินหาสาเหตุ ได้แก่ ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก ตรวจรก เศษรูกค้าง การบาดเจ็บของช่องทางคลอด และการแข็งตัวของเลือด

1.3 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือด

1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) การแข็งตัวของเลือด (coagulogram) หมู่เลือด และจางเลือด

1.5 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อวัดปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา

2. การดูแลรักษาตามสาเหตุหลัก

2.1 การหดตัวของมดลูกไม่ดี ดูแลขนาดคลึงมดลูกให้กลมแข็ง และให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูก โดยแนะนำ Syntocinon เป็นอันดับแรก หรือMethergin และใช้ม็อกดทิมมดลูก ทำโดยกำมือข้างหนึ่งกดคลึงมดลูกทางหน้าท้อง ให้มดลูกอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง ซึ่งบริเวณที่รกเกาะจะถูกกดอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง ทำให้เลือดไหลน้อยลง



- 2.2 การบาดเจ็บช่องทางคลอด เย็บซ่อมแซมตำแหน่งที่ฉีกขาด ใช้ผ้าก๊อชกดอัดบริเวณรอยเย็บให้แน่น และควรเอาออกเมื่อครบ 24 ชั่วโมง
- 2.3 รักษาค้างหรือมีเศษรักษาค้าง รักษาโดยการล้างรก หรือขูดมดลูกในกรณีรกไม่ครบ
- 2.4 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ดูแลให้ออกซ์ประกอบของเลือดทดแทน และ ปรึกษาอายุรแพทย์

ภาวะช็อก (วิลาวัลย์ อุดมการณ์เกษตร, 2562)

ภาวะช็อก หมายถึง ภาวะที่เกิดจากระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลวทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ซึ่งการที่มีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง ร่างกายจะมีกลไกการปรับตัวให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว ปัสสาวะออกน้อย และปลายมือปลายเท้าเย็น หากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง เมื่อออกซิเจนไม่เพียงพอต่อการสร้างพลังงาน ภาวะนี้ร่างกายจะปรับชดเชยโครงสร้างพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดจากกรดแลคติก เกิดการอักเสบทั่วร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ผิดปกติไปจากเดิม

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก (วิลาวัลย์ อุดมการณ์เกษตร, 2562)

อาการแสดงที่บ่งบอกว่ามีภาวะช็อกเกิดขึ้น เป็นอาการแสดงของระบบไหลเวียนเลือดบกพร่องทำให้การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อของระบบต่างๆ ผิดปกติร่วมกับการตรวจพบว่ามี ความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ซึม หหมดสติ การทำงานของสมองล้มเหลว เซลล์สมองตาย

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

1. รายงานแพทย์และตามทีมในการช่วยเหลือ
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที เป็นเวลา 30 นาที ทุก 15 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมง และทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ ประเมินการหดตัวของมดลูก และประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็นหน้ามืด ใจสั่น ซีด กระสับกระส่าย มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก ควรรายงานแพทย์ พร้อมหาทีมการพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มเติมโดยด่วน
3. ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาทีเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน
4. ดูแลให้สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือดด้วยเข็มขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เส้น ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เช่น Oxytocin, Methylergometrine, Misoprostol 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก
5. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างและประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก
6. ดูแลจัดให้อ่อนหงายราบ เพื่อให้เลือดจากส่วนต่างๆ ของร่างกายไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น เลือดจะไปเลี้ยงสมอง และอวัยวะส่วนต่างๆ ได้ง่าย
7. ถ้ามีเลือดออก เนื่องจากมีเศษรักษาค้างอยู่ในโพรงมดลูก ควรรายงานแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการขูดมดลูกไว้ให้พร้อม และดูแลอาการอย่างใกล้ชิด ขณะแพทย์ทำการขูดมดลูก และภายหลังขูดมดลูกแล้ว และถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด เนื่องจากมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดร่วมด้วย เย็บแผลที่ฉีกขาดเพื่อให้เลือดหยุดและเฝ้ารอภาวะช็อก
8. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม สำหรับการหยุดเลือดด้วย Condom balloon tamponade
9. ประเมินผลค่า Hematocrit ตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในรายที่ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับเลือด เช่น อาการแพ้ หนาวสั่น เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่
10. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการเสียเลือดและการขาดน้ำ
11. งดอาหารและน้ำทางปาก เตรียมความพร้อมกรณีจำเป็นต้องได้รับการดมยาสลบเพื่อการผ่าตัดมดลูก



12. ดูแลให้ได้รับยา เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์
13. เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพ การช่วยเหลือฉุกเฉิน
14. ดูแลความสบายสบายต่างๆ ไปให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย
15. ดูแลทางด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือ แจ้งผู้คลอดและญาติให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษา
16. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติรับทราบถึงภาวะตกเลือดและแผนการรักษา

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่ 29 เมษายน 2565 เวลา 08.30 น.ถึงวันที่ 29 เมษายน 2565 เวลา 18.50 น. รวม 10 ชั่วโมง 20 นาที

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ลักษณะทั่วไป : รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย สื่อสารภาษาไทยได้พอควร รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 64.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index :BMI) 19.78 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 50 กิโลกรัม) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 14.2 กิโลกรัม

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจครรภ์ : ระดับยอดมดลูก ¾ มากกว่าระดับสะดือ Interval 3 นาที 30 วินาที Duration 40 วินาที Severity⁺ ทารกท่า OL Position มีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 154 ครั้งต่อนาที

การตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 25 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำยังอยู่ มีส่วนนำเป็นศีรษะ การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ระดับ -2 มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย

ระบบศีรษะใบหน้าและลำคอ

รูปร่างของศีรษะ : ขนาดปกติ กลม เรียบ ไม่มีบาดแผล ไม่มีอาการปวดศีรษะ

ผม : ผมยาว สะอาด

ตา : มองเห็นชัดเจนดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีตาพร่ามัว เยื่อบุตาไม่ซีด

รูม่านตา : รูปร่างกลม ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง

หู : รูปร่างใบหูปกติ ไม่มีการอักเสบ การได้ยินปกติ

จมูก : รูปร่างปกติ ได้สัดส่วน การได้รับกลิ่นดี

ปาก : ริมฝีปากซีดเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล ลักษณะขากรรไกรปกติ ไม่มีฟันผุ

คอ : บริเวณลำคอปกติ คล้ำไม่พบก้อน คอไม่โต

ระบบผิวหนัง : ผิวดำแดงไม่พบอาการบวมกดบุ๋ม ไม่พบผื่น ไม่พบบาดแผล ไม่พบรอยฟกช้ำหรือเลือด

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ (murmur) ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการใจสั่น อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท

ระบบทางเดินหายใจ : ขนาดทรวงอกทั้งสองข้างมีรูปร่างปกติสมมาตรกัน การเคลื่อนไหวของทรวงอก 2 ข้างเท่ากัน ไม่มีเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก ฟังปอดพบเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ระบบทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด คล้ำไม่พบตับและม้าม ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่พบ bowel sound ระดับยอดมดลูก ¾ มากกว่าระดับสะดือ

ระบบต่อมไร้ท่อ : คล้ำไม่พบต่อมไทรอยด์โต กดไม่เจ็บ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยได้พอสมควร รับรู้ต่อเวลา สถานที่ และบุคคลได้ดี ไม่มีอาการชักเกร็ง

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : แนวกระดูกสันหลังตรงปกติ มีความแข็งแรง กล้ามเนื้อแขน ขา เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรง



ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบขับถ่าย : ปัสสาวะไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลือง กระเพาะไม่เต็มยังไม่ขับถ่ายอุจจาระ
เต้านม และ อวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมขนาดเหมาะสมกับร่างกาย ขนาดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หัวนมยาว 0.7 เซนติเมตร
ลานหัวนมนุ่มดี บีบน้ำนมไหลซึมๆ ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติตามลักษณะของเพศหญิง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

วัน เดือน ปี เวลา	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
28 เม.ย.65 20.30 น.	ก่อนคลอด Urine Albumin ,Sugar HCT	Negative 35 %	Negative 36 - 54 %	ปกติ ปกติ
29 เม.ย.65 16.35 น.	หลังคลอด HCT	34 %	36 - 54 %	ผิดปกติ
17.00 น.	HCT	22 %	36 - 54 %	ผิดปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผู้คลอดมีปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดจำนวน 600 มิลลิลิตร ส่งผลให้ความเข้มข้นของเลือดลดลง

การตรวจพิเศษ

วัน เดือน ปี เวลา	การตรวจพิเศษ ก่อนคลอด	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
28 เม.ย.65 20.30 น.	Electronic Fetal Monitoring	Category I	Category I	ปกติ
29 เม.ย.65 08.30 น.	Ultrasound ทารกในครรภ์	3,656 กรัม	2,500-4,000 กรัม	ปกติ

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Shoulder dystocia with Post Partum Hemorrhage due to third degree perineum tear with Shock

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนคลอด

1. ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการชักนำการคลอด
3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด เนื่องจากการคลอดระยะที่ 1 ยาวนาน

ระยะคลอด

4. ผู้คลอดมีภาวะคลอดไหล่ยาก
5. ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดเนื่องจากภาวะคลอดไหล่ยาก
6. มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

ระยะหลังคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

7. ผู้คลอดและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทารก



รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแต่ละข้อ

ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 1 : ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เมื่อมดลูกหดรัดตัว ร้องครางเป็นพักๆ หน้ามืดวิงเวียน
2. มดลูกหดรัดตัว Interval 3 นาที Duration 50 วินาที Severity⁺⁺
3. คะแนนระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 5 คะแนน

วัตถุประสงค์

สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. เมื่อมดลูกหดรัดตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยการใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย
2. ให้ความร่วมมือในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอดอย่างคร่าวๆ ว่า ระยะนี้ ปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ยชั่วโมงละ 1 เซนติเมตร มดลูกจะรัดตัวถี่ขึ้น นานขึ้นและแรงขึ้น แต่จะมีระยะที่มดลูกคลายตัว ความเจ็บปวดลดลง คือช่วงที่ผู้คลอดสามารถพักได้
2. ประเมินความเจ็บปวดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด จากการซักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวด เช่น ขมวดคิ้ว บิดตัวไปมา ร้องครวญคราง เสียงพูดบ่นถึงความเจ็บปวด
3. ประเมินและบันทึกความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที
4. บันทึก เกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และอัตราการความก้าวหน้าของการคลอด
5. ตรวจสอบและบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมดลูกหดรัดตัวถี่
6. พุดคุยให้กำลังใจและอยู่ใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ญาติอยู่ดูแล
7. ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยการฝึกเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย
 - 7.1 เทคนิคการหายใจ : ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย มีหมอนรองรับตามข้อต่อต่างๆ เพ่งมองที่จุดใดจุดหนึ่งขณะที่มดลูกเริ่มมีการหดรัดตัว หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกซ้ายๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก ซ้ายๆ เมื่อมดลูกหดรัดตัวเต็มที่ เปลี่ยนเป็นหายใจแบบตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ ไปเรื่อยๆ จนรู้สึกว่ามีมดลูกคลายตัวแล้วจึงกลับหายใจแบบซ้ำอีก
 - 7.2 เทคนิคการผ่อนคลาย :
 - 7.2.1 การกระตุ้นผิวหนัง โดยการลูบหน้าท้อง เมื่อมดลูกหดรัดตัวให้ผู้คลอดใช้อุ้งมือทั้งสองข้าง ลูบหรือนวดเบาๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวเข่าขึ้นไปหายอดมดลูก ในขณะที่หายใจเข้าและจากยอดมดลูกผ่านมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่มีการหายใจออก
 - 7.2.2 การนวดหลัง ให้ผู้คลอดนอนตะแคง สอนญาตินวดลึกๆ เป็นวงกลม ที่บริเวณกระดูกสันหลังขณะมดลูกหดรัดตัว ร่วมกับแนะนำให้ผู้คลอดนวดด้วยตนเอง โดยการหงายหลังมือข้างหนึ่งโดยกดน้ำหนักมือลงบริเวณส่วนล่างของหลังเพื่อที่จะให้แรงกดมากขึ้นใช้นิ้วหัวแม่มือแตะยึดส่วนล่างสุดของกระดูกสันหลังอนึ่งนิ้วทั้งสองนิ้วกดน้ำหนักลง



ที่นิ้วทั้งสี่แล้วดูไปตามขวาง

8. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว

การประเมินผล

ขณะมดลูกมีการหดตัว ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม และสามารถใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลายได้ถูกต้อง เกือบทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว ให้ความร่วมมือในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการชักนำการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังเจาะถุงน้ำแรงคลอด อัตราการเต้นของหัวใจทารก 170 ครั้งต่อนาที
2. หลังรับประทาน Misoprostol 100 มิลลิกรัม เพื่อชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด มดลูกหดตัว Interval 1 นาที

30 วินาที Duration 50 วินาที Severity⁺⁺

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะ tetanic contraction
2. เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัว Interval 2-3 นาที Duration 40-60 วินาที
2. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 110-160 ครั้งต่อนาที
3. ลักษณะน้ำคร่ำเหลือง สีขาวขุ่น
4. EFM Category I

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้มารดานอนตะแคงซ้าย เพื่อไม่ให้มีการกดทับเส้นเลือด Inferior vena cava ทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกขึ้น
2. ให้ออกซิเจนชนิด Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที แก่มารดาซึ่งจะไปเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด ทำให้มารดาและทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารก การดิ้นของทารกทุก 15-30 นาที โดยใช้ EFM
4. ตรวจสอบและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที หากพบว่า Interval < 2 นาที หรือ Duration > 60 วินาที รายงานแพทย์
5. เตรียมผู้คลอดและข้อมูลให้พร้อมส่งต่อการรักษา ในกรณีฉุกเฉิน

การประเมินผล

มดลูกหดตัว Interval 2 นาที 40 วินาที Duration 50 วินาที Severity⁺⁺ เจาะถุงน้ำแรงคลอด ลักษณะน้ำคร่ำสีขุ่น อัตราการเต้นของหัวใจทารกขณะให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที 158 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด เนื่องจากการคลอดระยะที่ 1 ยาวนาน



ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดครั้งแรก สอบถามเกี่ยวกับกระบวนการคลอดบ่อยครั้ง
2. ญาติมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อยครั้ง
3. ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดนาน 20 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้คลอด และญาติคลายความวิตกกังวล
2. ผู้คลอดและญาติได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้คลอดและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และแผนการรักษาของแพทย์ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด เมื่อเจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมง รวมทั้งอธิบายแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดและญาติเกิดความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด
2. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติซักถามข้อข้องใจต่างๆ และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
3. ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดแก่ผู้คลอดและญาติเป็นระยะๆ
4. ให้สามีเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม เพื่อเป็นกำลังใจ

การประเมินผล

ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกระบวนการคลอด แผนการรักษาของแพทย์ และทวนสอบได้ถูกต้อง

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้คลอดมีภาวะคลอดไหล่ยาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ศีรษะทารกคลอดออกมาแล้ว แต่ติดอยู่กับปากช่องคลอดไม่สามารถคลอดได้นานเกิน 1 นาที
2. น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,965 กรัม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ศีรษะและลำตัวทารกพ้นช่องทางคลอด
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดไหล่ยากของผู้คลอดและทารก เช่น ตกเลือดหลังคลอด ทารกขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ไม่ได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรง
2. ผู้คลอดไม่มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด > 3th degree ไม่มีตกเลือดหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ร้องขอความช่วยเหลือจากทีม ตามที่กำหนดบทบาทไว้ (ห้องคลอด โรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2564)
2. สวนปัสสาวะทิ้ง
3. ฉีดยาชาแล้วตัดฝีเย็บเพิ่มเพื่อให้ช่องทางคลอดกว้างมากขึ้น
4. ใช้ลูกยางแดงดูดมูกหรือสารคัดหลั่งในปากและจมูกทารกออกให้หมด
5. ลองดึงศีรษะทารกกลางอีกครั้งพร้อมๆ กับให้มารดาเบ่ง



6. ช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่ยาก โดยจัดทำ McRoberts maneuver ยกขามารดาทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้ววางช่วงสะโพกขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง ร่วมกับทำ Suprapubic pressure โดยใช้กำปั้นกด ลงบริเวณเหนือหัวเหน่า ตรงๆ พร้อมๆ กับแพทย์ดึงศีรษะทารกกลงล่างเพื่อให้ไหล่หน้าคลอด

7. ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ และเย็บซ่อมแซมฝีเย็บด้วยไหมละลาย Pack top gauze ในช่องคลอด เพื่อหยุดเลือดจากแผล

8. หลังเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ สังเกตเลือดที่ออก ก้อนเลือดที่คั่งอยู่ใต้แผลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดที่รุนแรง

9. ประเมิน APGAR score ที่นาที 1, 5, 10 และตรวจร่างกายทารกประเมินการบาดเจ็บ

10. บันทึกการคลอดโดยละเอียด ได้แก่

10.1 ระยะเวลาของการคลอดในแต่ละระยะ

10.2 ชนิดการตัดฝีเย็บ

10.3 บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดไหล่ยาก

10.4 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด พร้อมเวลาที่เกิดแต่ละเหตุการณ์

10.5 ขั้นตอนการช่วยเหลือภาวะคลอดไหล่ยากแต่ละวิธีอย่างละเอียด

10.6 ระยะเวลา และยาที่มารดาและทารกแรกเกิดได้รับ

10.7 การแจ้งข้อมูลภาวะคลอดไหล่ยากและการช่วยเหลือให้กับผู้คลอด และครอบครัว

การประเมินผล

ทารกสามารถคลอดทางช่องคลอดได้หลังศีรษะคอด 15 นาที ทารก APGAR score ที่ 1 นาที เท่ากับ 0 ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกร่วมกับกดหน้าอก แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจร่างกาย แขนอ่อนแรงทั้ง 2 ข้างและ ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้คลอดมีการฉีกขาดของช่องคลอดถึงกล้ามเนื้อหูรูด เสียเลือดจากการคลอด 600 มิลลิลิตร ร่วมกับภาวะช็อก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดเนื่องจากภาวะคลอดไหล่ยาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. คลอดติดไหล่ นาน 15 นาที
2. ตัวอ่อนปกเปียก ไม่ร้องไม่หายใจ สีผิวเขียวทั่วตัว
3. APGAR score ที่ 1 นาที เท่ากับ 0 คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน และเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ริมฝีปากแดง ปลายมือ-ปลายเท้าแดง
2. มีอัตราการหายใจ 40-60 ครั้งต่อนาที
3. อัตราการเต้นของหัวใจ 120-160 ครั้งต่อนาที
4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100 เปอร์เซ็นต์
5. หลังช่วยฟื้นคืนชีพ APGAR score ที่ 5 นาที มากกว่า 7 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. นอนใต้ Radiant warmer เช็ดตัวให้แห้ง
2. จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา โดยใช้ผ้าหนุนไหล่หนาประมาณ 1-2 เซนติเมตร เพื่อให้ทางเดินหายใจตรง และช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น



3. ประเมินสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา
4. ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกร่วมกับกดหน้าอก 2 นาที
5. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 4 ลึก 8 เซนติเมตรต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมแรงดัน (Neo puff)
6. ดูแลให้สารน้ำ 5%D/N/5 500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ อัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมด้วยเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ
7. ดูแลใส่สายยางให้อาหารทางปาก และเปิดปลายสายเพื่อระบายลมออกจากกระเพาะอาหาร
8. ประเมินการเคลื่อนไหวแขนขา ลักษณะการหายใจ ลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอก การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ สนิม สัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด
9. ประสานการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

การประเมินผล

ทารกหลังช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน रिมีฝีปากแดงดี ปลายมือปลายเท้าแดงดี APGAR score ที่ 5 นาที มากกว่า 7 คะแนน อัตราการหายใจ 40–60 ครั้งต่อนาทีตาม Neo puff อัตราการเต้นของหัวใจ 120–160 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96–99 เปอร์เซ็นต์ ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ระหว่างเคลื่อนย้ายใช้เครื่อง Neo puff ทารกเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัย

วินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 6 : มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 90/56 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาทีอัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
2. ผู้คลอดมีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น มือและเท้าเย็น
3. มดลูกนิ่ม
4. แผลฝีเย็บฉีกขาดถึงกล้ามเนื้อหูรูด
5. มีเลือดจากช่องคลอด 600 มิลลิลิตร
6. ระดับความเข้มข้นเลือดลดลงจาก 34 เปอร์เซ็นต์ เป็น 22 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดไม่มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น
2. มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็ง
3. แผลฝีเย็บไม่มีเลือดซึม
4. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
5. ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 60–100 ครั้งต่อนาที
6. ปัสสาวะออก มากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
7. ความเข้มข้นเลือด \geq 30 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที เป็นเวลา 30 นาที ทุก 15 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมง และทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่
2. จัดท่านอนราบศีรษะต่ำไม่หนุนหมอน เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก
3. ให้ออกซิเจนชนิด Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ



4. ดูแลให้สารน้ำ NSS 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว จำนวน 2 เส้น จำนวน 3,000 มิลลิลิตร ครบแล้วให้ปรับอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ให้งดน้ำและอาหารทางปาก
6. ตรวจสอบช่องทางคลอด แผลฝีเย็บถึงกล้ามเนื้อ เย็บแผลด้วยไหมละลาย Pack top gauze ในช่องคลอด เพื่อหยุดเลือดจากแผล
7. ประเมินการหดตัวของมดลูก ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด และประเมินปริมาณสารน้ำ เข้า-ออก ในร่างกาย
8. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต
9. เจาะเลือดเพื่อดูความเข้มข้นของเลือด (HCT) ,เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ CBC ,BUN, Creatinine ,Electrolyte ,PT ,PTT, INR , และ เพื่อ Group match ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
10. ปฏิบัติการแพทย์ให้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ก่อนส่งต่อ เริ่มยา cloxacillin 2 grams in NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือด

การประเมินผล

ผู้คลอดเวียนศีรษะและใจสั่นลดลง ก่อนส่งต่อมดลูกหดตัวดีขึ้น แผลฝีเย็บไม่เป็น Hematoma เสียเลือดเพิ่ม 150 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 118/58 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกสีเหลือง 200 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือด 22 เปอร์เซ็นต์

ติดตามการรักษา ผู้คลอดมดลูกหดตัวดี ปริมาณการเสียเลือดเพิ่ม 100 มิลลิลิตร ได้ Packed red cells (PRC) จำนวน 2 ยูนิต ระดับความเข้มข้นของเลือด 30 เปอร์เซ็นต์

ระยะหลังคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : ผู้คลอดและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทารก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
2. ผู้คลอดและญาติสีหน้าแสดงความกังวล มองทารกตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้คลอดและญาติคลายความวิตกกังวล
2. ผู้คลอดและญาติได้รับทราบข้อมูลของทารกและแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้คลอดและญาติได้รับทราบข้อมูลของทารก และแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติทราบเกี่ยวกับอาการ สุขภาพของทารกและความจำเป็นของการรักษาพยาบาล พร้อมเหตุผลตามความเหมาะสม และประโยชน์ของเครื่องมือที่ใช้กับทารก
2. เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามปัญหาต่างๆ หรือระบายความรู้สึก ตอบคำถาม ข้อสงสัยและร่วมสนทนา เพื่อเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลพร้อมทั้งแสดงท่าทีที่จริงใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นมิตร
3. ให้กำลังใจและให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างเต็มที่และเต็มความสามารถ
4. แนะนำช่องทางการติดตามเยี่ยมทารก



การประเมินผล

ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับทารก แผนการรักษาของแพทย์ และช่องทางการติดตามดูแลทารก

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของหน่วยงานในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้คลอด ที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะช็อก
2. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้คลอดไหล่ยาก ที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อก จำนวน 1 ราย วันที่รับไว้ดูแล 29 เมษายน 2565 เวลา 08.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 29 เมษายน 2565 เวลา 18.50 น.

รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 10 ชั่วโมง 20 นาที

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ ผู้คลอดมีภาวะคลอดไหล่ยาก ส่งผลให้ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดและช็อก จากการเตรียมความพร้อมของทีม เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ การเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ แก้ไขภาวะช็อกจากการตกเลือดและช่วยฟื้นคืนชีพทารก รวมทั้งดูแลส่งต่อผู้คลอดและทารกไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ทั้งมารดาและทารก



เอกสารอ้างอิง

- ณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (2562). การรักษาการตกเลือดหลังคลอด. ในเพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (บรรณาธิการ), *บูรณาการการดูแลเพื่อสุขภาพทารกปรีกำเนิดที่ดีขึ้น*. (น.59-68). ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*. สืบค้นจาก https://apheit.bu.ac.th/journal/Science-july-2560/15_17_การตกเลือดหลังคลอด_proof1_formatted.pdf.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางการคลอดไหล่ยาก*. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2566 จาก : <https://www.rtcog.or.th.com>.
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2565). *สถิติการคลอด*. ตราด. โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- วิลาวลัย อุดมการณ์เกษตร. (2562). *การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะช็อก Nursing Care of Persons with shock*. : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยรังสิต.
- ศุภาวดี แถวเพ็ญ. (2560). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน, ในศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 15) หน้า 510-526. ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- สุสันหา ยิ้มแย้ม. (2561). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด, ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ & ฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 321- 332), สมาร์ทโคตติง แอนด์ เซอร์วิส.
- ห้องคลอด โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2564). *PPH Team*. ตราด. โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 178, May 2017. *Obstet Gynecol* 2017;129:e123-33.
- Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD000938.
- Chauhan SP, Laye MR, Lutgendorf M, McBurney JW, Keiser SD, Magann EF, et al. A multicenter assessment of 1,177 cases of shoulder dystocia: lessons learned. *Am J Perinatol*. 014;31(5): 401-6.
- Committee on Practice B-O. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):e123-e33.
- Vaginal Delivery. In: F. Gary Cunningham, Kenneth J Leveno, Steven L Bloom, Catherine Y Spong, Jodi S Dashe, Barbara L Hoffman, et al, editors. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw Hill; 2014. p. 536-57.