



therapeutic abortion โดยให้ยา oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 30-40 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง เพื่อให้มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ และให้ยาแก้ปวด morphine 4 มิลลิกรัมเจือจางทางหลอดเลือดดำ ซ้ำๆ ทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยา มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ยา Metoclopramide (plasil) 10 มิลลิกรัม เตรียมเครื่องมือทำคลอดและช่วยการแทงให้พร้อม เตรียมยาเพื่อให้มดลูกหดตัว เตรียมหัตถการเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังแทง เวลา 07.55 น. Abortion ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 435 กรัม รกออกพร้อม ทารก หลังรกออกมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นเลือดสดและก้อนเลือดรวม 1,630 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ อัตราการเต้นชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/40 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % การไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refill) 2 วินาที มดลูกไม่แข็งตัว ดูแลให้สารน้ำ acetar lode 500 มิลลิลิตร ให้ยา oxytocin 30 ยูนิต ผสมใน NSS 1,000 มิลลิลิตร free flow ยา methergine 0.2 มิลลิกรัม ทุก 15 นาที 2 ครั้ง ยา oxytocin 10 ยูนิตทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ยา Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก ยา nalador 500 มิลลิกรัม ผสมใน NSS 1,000 มิลลิลิตร free flow ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างต่อเนื่อง ช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่ condom balloon ระหว่างนั้นติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที หลังให้การพยาบาล 30 นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย มีการเสียเลือดรวม 2,820 มิลลิลิตร อัตราการเต้นชีพจร 84-92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/78-137/97 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99-100 % หลังการแทง วันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย 50 มิลลิลิตร สีแดงจาง รับประทานอาหารได้ ดูแลให้ทำกิจกรรมต่างๆบนเตียง ให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตใจจากการ แท้งบุตร อุณหภูมิ 36.7-37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 74-88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/70-125/96 มิลลิเมตรปรอท หลังการแทงวันที่ 5 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจติดตามที่โรงพยาบาลตราด 8 สัปดาห์ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 วัน

บทนำ

การแท้งพบอุบัติการณ์ได้สูงถึงร้อยละ 30 ของการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยประมาณสองในสามนั้นจะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่รู้ตัวและไม่มีอาการของการแท้ง แต่ในบางครั้งการแท้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ (จปรัฐ ปรีชาพานิช,2560) ภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการตกเลือดมากจนต้องให้เลือด ช็อกจากการเสียเลือด ติดเชื้อบาดทะยัก ติดเชื้อในกระแสเลือด ช็อกจากการติดเชื้อ ปากมดลูกฉีกขาด มดลูกทะลุ ลำไส้ฉีกขาดหรือทะลุ อังเชิงกรานอักเสบ เยื่อบุผนังของท่อน อักเสบ ไตวาย หัวใจวาย ต่อมมดลูกและอาการอื่นๆจากการทำแท้งหรือการแท้งเอง โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ช็อกจากการเสียเลือดและภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด ร้อยละ 41.5 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย,2563) สำหรับประเทศไทยอัตราตายมารดาจำแนกตามกลุ่มสาเหตุ ปี 2563-2565 พบ สาเหตุมารดาตายจากท้องแล้วแท้ง ร้อยละ 1.9 ,1.9 และ2.1 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2565) จากข้อมูลโรงพยาบาลตราดพบมีผู้ป่วยแท้ง ในปี 2564-2566 จำนวน 168,127และ 165 ตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด,2566) การแท้งและภาวะแทรกซ้อน เป็น 1 ใน10 ของมิตอนามัยเจริญพันธุ์ พยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง เช่น ภาวะตกเลือดก่อนและหลังแท้ง ภาวะ Disseminated intravascular coagulation (DIC)จากการเสียเลือด รวมถึงการพยาบาลภายหลังแท้ง เพื่อลดผลกระทบในระยะยาว และควรมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ในกรณีไม่พร้อม มีบุตรและการแท้งที่ปลอดภัย (ปิยะนุช ชูโต,2563)

นิยามการแท้ง (abortion, miscarriage หรือ early pregnancy loss)

หมายถึง กระบวนการที่นำไปสู่การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่อยู่ภายในมดลูก ทั้งที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous abortion) หรือมีการชักนำ (induced abortion) โดยที่ทารกนั้นไม่สามารถที่จะได้รับการดูแลต่อจนมีชีวิตรอดได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดให้การแท้งนั้น เป็นการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม ส่วนในประเทศไทยนั้นได้กำหนดว่าเป็นการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 800 กรัม เนื่องจากทางการแพทย์ยังไม่สามารถดูแลทารกที่อายุครรภ์หรือขนาดที่เล็กกว่านี้ให้มีชีวิตรอดได้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566) การแท้งที่เกิดขึ้นเองนั้น มากกว่าร้อยละ 80 เกิดใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ เมื่อมีสาเหตุใด ๆ ที่ทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ จะมีการหลุดลอกตัวของรกทำให้มีเลือดออก สาเหตุของการแท้งมากกว่าร้อยละ 50 ของการแท้งเองเกิดจากสาเหตุทางด้านทารก ประมาณครึ่งหนึ่งพบว่าทารกมีความผิดปกติของโครโมโซมแบบ aneuploidy ทำให้ทารกไม่สามารถเจริญต่อไปได้จึงฝ่อไปเหลือแค่ถุงน้ำคร่ำ (bighted ovum) ส่วนสาเหตุจากมารดาเกิดจากการติดเชื้อโรคของมารดา ภาวะทุพโภชนาการที่ผิดปกติ การใช้สารเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์และกาแพขณะตั้งครรภ์ การผ่าตัดและอุบัติเหตุ เป็นต้น (จปรัฐ ปรีชาพานิช, 2560)

การทำแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic abortion)

เป็นการยุติการตั้งครรภ์ (Termination of pregnancy) ที่กระทำโดยแพทย์ ซึ่งตามประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 มาตรา 305 ระบุว่า จะทำให้เกิดการแท้งได้ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ไม่ว่าจะบ่งชี้ของมารดาหรือทารก และกรณีที่ตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืน การทำแท้งในช่วงอายุครรภ์น้อยจะทำได้ง่ายและมีความเสี่ยงต่ำกว่า (จปรัฐ ปรีชาพานิช, 2560 และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

การแท้งจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์และมี ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption or abruptio placentae) หมายถึงรกที่เกาะตำแหน่งปกติลอกตัวก่อนที่ทารกจะคลอดออกมา พบประมาณร้อยละ 1 ของการตั้งครรภ์ พบมากที่สุดในช่วงอายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์ และเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 10 ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของรกลอกตัวก่อนกำหนด 2 ใน 3 เป็นชนิดที่มีระดับรุนแรงมาก (Severe) เป็นชนิดที่ไม่พบเลือดออกทางช่องคลอดหรือพบแบบรุนแรง (concealed) มดลูกหดเกร็งอย่างมาก มีภาวะช็อก มีภาวะ hypofibrinogenemia หรือ coagulopathy และทารกเสียชีวิต เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกอย่างมาก จึงจัดเป็นภาวะเร่งด่วนทางสูติศาสตร์ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก สาเหตุของรกลอกตัวก่อนกำหนดนั้นยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของเส้นเลือด เช่นการหดรัดตัว (vasospasm) ของเส้นเลือด, Poor trophoblastic invasion, Inadequate remodeling of uterine circulation นอกจากนี้อาจเกิดตามหลัง Sheering force จาก abdominal trauma หรือ Acute decompression of uterus ทำให้เลือดออกระหว่างชั้น decidua และ placenta ดังนั้นหากกระบวนการนี้ดำเนินต่อไปจะทำให้เกิดภาวะ fetal hypoxia และ fetal death ในที่สุด เช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่จะทำให้เสียเลือดและมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดจนเสียชีวิตได้ (รักษัชนกข์ บุญเปี่ยมและสุชยา ลีวรรณ, 2563)

Disseminated intravascular coagulation (DIC)

สาเหตุ DIC มักเกิดตามหลังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ สาเหตุสำคัญของ DIC ในหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด โดยพบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยรกลอกตัวก่อนกำหนด และนับเป็นสาเหตุทางสูติกรรมที่ทำให้เกิด DIC บ่อยที่สุด ความรุนแรงของโรคขึ้นกับปริมาณการลอกตัว และการลอกตัวแบบ concealed จะรุนแรงกว่าแบบ revealed ในรายที่คลอดได้เร็วภาวะ DIC มักจะไม่เกิดขึ้น ในภาวะที่รกลอกตัวก่อนกำหนดมีการปล่อย tissue factor (ซึ่งมีปริมาณมากในเซลล์ trophoblast) เข้าสู่กระแสเลือดมารดา ส่งผลให้เกิด DIC โดย tissue factor กระตุ้น factor X ให้เป็น factor Xa ซึ่งนำไปสู่การสร้าง thrombin และ fibrin clot ปริมาณมากในที่สุด

การดูแลรักษา สิ่งแรกที่ต้องคำนึงในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มี coagulopathy คือการเปลี่ยนแปลงของระบบ hemostasis ของร่างกายอันเนื่องมาจากการผ่าตัด, การสูญเสียเลือด, การบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ ภาวะช็อก ภาวะการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายล้มเหลว หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น ภาวะเลือดเป็นกรด ความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ การลดลงของอุณหภูมิกาย เป็นต้น หากพบว่ามีภาวะผิดปกติดังกล่าวให้แก้ไขก่อนหลักสำคัญในการดูแลรักษาคือ

1. แก้ไขสาเหตุของ DIC เช่น ยุติการตั้งครรภ์ในรายรกลอกตัวก่อนกำหนด และทารกตายในครรภ์ แก้ไขการตกเลือด ให้ยาปฏิชีวนะในรายติดเชื้อรุนแรง
2. การดูแลทั่วไป ได้แก่ แก้ไขภาวะช็อก ภาวะเป็นกรด การเสียเลือด ให้ออกซิเจน ควบคุมปริมาณน้ำที่ได้รับ และขับออก พิจารณาให้องค์ประกอบเลือด เช่น packed red cells, fibrinogen cryoprecipitate หรือ fresh frozen plasma (FFP) และ เกล็ดเลือด ในกรณีที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อป้องกันการมีเลือดออกมาก ในรายรุนแรง ต้องให้ยาเพิ่มความดันเลือดช่วยการทำงานของไต และติดตามการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรค ถ้าจำเป็นต้องผ่าตัดคลอด ต้องเตรียมองค์ประกอบเลือดดังกล่าวให้พร้อมในห้องผ่าตัด แม้ว่าการผ่าตัดคลอดควรเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมแต่อาจพิจารณาทำโดยด่วนในรายที่ระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี (hemodynamic instability) และเลือดยังคงออกต่อเนื่อง การตัดมดลูกอาจจำเป็นในบางราย
3. รักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมา ได้แก่ ไตล้มเหลว ปอดบวม น้ำ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น (ธีระ ทองสงและชนินทร์ วนาภิรักษ์,2564)

การพยาบาลผู้ป่วยแท้งที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดร่วมกับภาวะ DIC

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดไม่ว่าจะเกิดในระยะใดของการตั้งครรภ์ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและครบถ้วนเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะจากภาวะช็อกจากการตกเลือด และ Disseminated intravascular coagulation (DIC) พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง รวมถึงการพยาบาลภายหลังแท้ง เพื่อลดผลกระทบในระยะยาว(ปทุมมา กังวานตระกูล,2562และเปรมฤทัย หล้าป้อง,2564และสุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ และคณะ,2562)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด ภาวะช็อกจากการเสียเลือด ทั้งก่อนแท้งและหลังแท้ง
2. เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะ DIC
3. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด
2. เปิดเส้นเลือดโดยเข็มเบอร์ 18 เพิ่มอีก 1 เส้น และดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ
3. ดูแลให้ยา transamine (tranexamic acid) เพื่อช่วยการแข็งตัวของเลือด
4. ดูแลให้ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ Packed red cells (PRC) , Fresh frozen plasma (FFP), Single donor platelet (SDP), Cryoprecipitate ตามแผนการรักษา โดย Packed red cells 1 ยูนิต ควรให้หมดภายใน 2-4 ชั่วโมง Fresh frozen plasma และ Cryoprecipitate หลังการละลายที่ธนาคารเลือดแล้วต้องให้ผู้ป่วยทันทีเมื่ออยู่ที่อุณหภูมิห้องเพื่อรักษา coagulation factors สำหรับ Single donor platelet เปลี่ยนชุดให้โลหิตทุกๆ ยูนิต (ณิชา ไพรัตน์,2564 และศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย ,2566)

5. สังเกตปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือด ได้แก่ อาการผื่นคันตามตัว คลื่นไส้ ริมฝีปากและลิ้นบวม หายใจหอบเหนื่อย (respiratory distress) หลอดลมตีบตัว (bronchospasm)
6. ดูแลให้ยา Chlorpheniramine และยา Dexamethasone กรณีแพทย์มีแผนการรักษาโดยการให้ยาก่อนให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด เพื่อลดอาการข้างเคียงของการได้รับเลือด
7. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที หรือออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ตามอาการผู้ป่วย
8. ดูแลร่างกายให้อบอุ่น สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเย็น ซึ่งแสดงว่าเกิดลิ่มเลือดเป็นเหตุให้การไหลเวียนของเลือดลดลง ทำให้แขนและขาขาดออกซิเจน รวมไปถึงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย
9. สังเกตอาการแสดงภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ได้แก่ เลือดออกในปากหรือจมูก เกิดเลือดออกเป็นจุดขนาดเล็กในชั้นผิวหนังหรือเยื่อ (Petechiae) หรือเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย
10. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ประเมินปัสสาวะที่ออก ปริมาณและสี เพื่อประเมินการทำงานของไต
11. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกรณีต้องทำหัตถการ เพื่อลดการเสียเลือดหรือต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต
12. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม ประสานห้องผู้ป่วยหนักและห้องผ่าตัด กรณีสภาวะของผู้ป่วยสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้
13. ประสานธนาคารเลือดเพื่อให้ทราบว่ามีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติที่ต้องใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด เป็นจำนวนมาก
14. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะการแข็งตัวของเลือด ปริมาณเกล็ดเลือด และประเมินภาวะช็อค

การพยาบาลกรณีมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด

1. รายงานสูติแพทย์และตามทีมช่วยฟื้นคืนชีพ
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนกว่าจะพ้นภาวะช็อก จากนั้นทุก 15 นาที ในช่วง 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาที ในช่วง 1 ชั่วโมงต่อมา และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการคงที่
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัว จัดให้นอนราบศีรษะต่ำ
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ
5. ดูแลยาที่ช่วยให้หมดลิ่มหลอดเลือด เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและสังเกตอาการข้างเคียงของยา
6. ประเมินการเสียเลือดทางช่องคลอด โดยการใช้ถุงตวงเลือดและการชั่งอย่างละเอียด

การพยาบาลด้านจิตใจและการจัดการความเจ็บปวด

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของทารกตายคลอด (stillbirth) คือ การตายของทารกก่อนคลอด โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ หรือมีการกำหนดอายุครรภ์ที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ถึง 28 สัปดาห์ ถ้าคลอดอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์จะเรียกว่าการแท้งบุตร การเกิดภาวะทารกตายในครรภ์หรือการตายคลอด เป็นข่าวร้ายอย่างมากของมารดาและครอบครัวและข่าวร้ายนี้จะก่อให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจแก่มารดาและครอบครัว ซึ่งในแต่ละรายจะมีความซับซ้อนและแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะเกิดระยะซึมเศร้า (depression) ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังทารกตายคลอด ระยะนี้อาจมีอาการเศร้าเสียใจและซึมเศร้า มีอาการร้องไห้เสียใจจากการสูญเสียบุตร ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของมารดาแต่ละคน (พรศิริ พันธสี, 2564 และภิญญารัตน์ อัสตงพงพนา, 2560)

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ
2. จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับฟังการแจ้งข่าวทารกเสียชีวิต ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค ความเสี่ยงและแนวทางการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง



3. ภายหลังจากที่แพทย์แจ้งข่าวร้าย ควรให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสอยู่ร่วมกันตามลำพังสักพัก จนเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมที่จะรับฟังและตัดสินใจต่อได้
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามเพิ่มเติม ภายหลังจากทราบข่าวร้ายจากแพทย์ รับฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจและช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจผู้ป่วยให้ผ่านการแห่งไปได้ด้วยดี
5. เมื่อผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพื่อ therapeutic abortion ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา
6. สอนเทคนิคการหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจจากการหดตัวของมดลูก เพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวด
7. ให้ข้อมูลความเจ็บปวดจะลดลงและความเจ็บปวดจะหายไปเมื่อการแห่งสิ้นสุดลง
8. แจ้งข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะๆ
9. ประเมินความวิตกกังวลและการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังแท้ง
10. ให้ข้อมูลสามีและครอบครัว ให้เข้าใจว่าผู้ป่วยหลังแท้งมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังแท้งเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย

การพยาบาลหลังยุติการตั้งครรภ์

1. ติดตามสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังการแท้ง และอาการแสดงจากการกดเจ็บมดลูก
2. ประเมินลักษณะของ Bleeding per vagina สี กลิ่นและปริมาณของน้ำคาวปลาที่ออกมา
3. อธิบายการเปลี่ยนแปลงของลักษณะน้ำคาวปลาให้ผู้ป่วยเข้าใจ เช่นเดียวกับการคลอด
4. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ การเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่นขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
6. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนสูง เพื่อให้ร่างกายมีภูมิต้านทานโรค
7. ให้ยาบำรุงเลือด และคำแนะนำเรื่องหลังได้รับยาจะมีอุจจาระสีดำ
8. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับบ้าน สังเกตอาการภาวะ Sheehan's syndrome จากเสียเลือดมากในการแท้งอาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้า มีผลให้ความรู้สึกตัวและความนึกคิดลดลง เหนื่อยง่ายหรือล้าง่าย ทนต่อความเย็นไม่ค่อยได้ ไม่มีประจำเดือน เต้านมเล็กลง ขนที่รักแร้และหัวเหน่าร่วง

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ให้การดูแลตั้งแต่ วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 เวลา 15.13 น. ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.00 น.
รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 วัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง pain score = 10 ท้องแข็งตลอดเวลา ไม่พบเลือดออกทางช่องคลอด อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 80 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/86 มิลลิเมตรปรอท



| สิ่งที่ส่งตรวจ | ค่าที่ตรวจพบ | | | | | ค่าปกติ | การแปลผล |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------------|----------------|
| | 9 ก.ค.66 (14.30น.) ER | 9 ก.ค.66 (18.00น.) | 9 ก.ค.66 (22.30น.) | 10 ก.ค.66 (06.30น.) | 10 ก.ค.66 (12.40น.) | | |
| Complete Blood Count (CBC) | | | | | | | |
| WBC | 25.2 | 21.6 | 15.5 | 21.4 | 14.4 | 4.6-10.6 10 ³ /μl | สูงกว่าปกติมาก |
| RBC | 4.34 | 4.10 | 2.83 | 3.20 | 2.92 | 4.0-5.2 10 ⁶ /μl | ต่ำกว่าปกติ |
| Hemoglobin | 11.3 | 10.7 | 7.6 | 8.8 | 8.0 | 12.0-14.3 g/dl | ต่ำกว่าปกติ |
| Hematocrit | 34.1 | 32.4 | 22.5 | 26.2 | 23.6 | 36.0-47.7 % | ต่ำกว่าปกติ |
| MCV | 78.4 | 78.9 | 79.4 | 82.1 | 80.8 | 80.0-97.8 fl | ปกติ |
| MCHC | 33.1 | 33.1 | 26.8 | 27.6 | 27.3 | 31.3-34.0 g/dl | ปกติ |
| Platelet | 87 | 55 | 51 | 35 | 36 | 140-400 cell/μl | ต่ำกว่าปกติมาก |
| Neutrophil | 89.2 | 96.0 | 91.9 | 94 | 88.5 | 43.7-70.9 % | สูงกว่าปกติมาก |
| Lymphocyte | 5.0 | 2.0 | 4.1 | 3.0 | 5.3 | 20.1-44.5 % | ต่ำกว่าปกติมาก |
| Monocyte | 5.4 | 2 | 3.7 | 3.0 | 6.1 | 3.1-9.8 % | ปกติ |
| Eosinophil | 0.2 | 0 | 0 | 0 | 0.1 | 0.7-9.2 % | ปกติ |
| Coagulation | | | | | | | |
| PT | - | >165 | 18.3 | 14.3 | 13.2 | 10.9-13.2 sec | สูงกว่าปกติ |
| INR | - | คำนวณไม่ได้ | 1.551 | 1.200 | 1.104 | 0.8-1.1 | สูงกว่าปกติ |
| APTT | - | > 245 | 37.5 | 31.8 | 25.3 | 23.1-30.2 sec | สูงกว่าปกติ |

การวิเคราะห์ผล

ผู้ป่วยมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและมีการเสียเลือด เกิดภาวะ stress เมื่อร่างกายมีภาวะ stress จะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมน cortisol ไปกระตุ้นให้มีการสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้ภาวะที่รกลอกตัวก่อนกำหนด มีการปล่อย tissue factor (ซึ่งมีปริมาณมากในเซลล์ trophoblast) เข้าสู่กระแสเลือดมารดา ส่งผลให้เกิด DIC โดย tissue factor กระตุ้น factor X ให้เป็น factor Xa ซึ่งนำไปสู่การสร้าง thrombin และ fibrin clot ปริมาณมาก (ธีระ ทองสงและชนินทร์ วนาภิรักษ์, 2564) และเมื่อผู้ป่วยมีการเสียเลือดเป็นระยะเวลานานร่างกายจะมีการกระตุ้นให้ระบบการการแข็งตัวของเลือดทำงานมากผิดปกติจนทำให้มีการทำลายปัจจัยการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือด (consumptive coagulopathy) จึงตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำและระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดนานกว่าปกติ



| สิ่งที่ส่งตรวจ | ค่าที่ตรวจพบ | | | ค่าปกติ | การแปลผล |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------|-------------|
| | 12 ก.ค.66 (06.30น.) | 13 ก.ค.66 (06.30น.) | 15 ก.ค.66 (06.30น.) | | |
| Complete Blood Count (CBC) | | | | | |
| WBC | 7.0 | 5.7 | 7.3 | 4.6-10.6 10 ³ /μl | ปกติ |
| RBC | 2.65 | 2.82 | 3.19 | 4.0-5.2 10 ⁶ /μl | ต่ำกว่าปกติ |
| Hemoglobin | 7.3 | 7.9 | 8.9 | 12.0-14.3 g/dl | ต่ำกว่าปกติ |
| Hematocrit | 21.4 | 22.9 | 26.5 | 36.0-47.7 % | ต่ำกว่าปกติ |
| MCV | 80.9 | 81.2 | 83.1 | 80.0-97.8 fl | ปกติ |
| MCHC | 27.5 | 28.0 | 27.9 | 31.3-34.0 g/dl | ปกติ |
| Platelet | 44 | 60 | 105 | 140-400 cell/μl | ต่ำกว่าปกติ |
| Neutrophil | 80.3 | 74 | 66.9 | 43.7-70.9 % | ปกติ |
| Lymphocyte | 9.1 | 19.0 | 19.0 | 20.1-44.5 % | ปกติ |
| Monocyte | 8.0 | 6.0 | 4.8 | 3.1-9.8 % | ปกติ |
| Eosinophil | 2.3 | 1.0 | 0.3 | 0.7-9.2 % | ปกติ |
| Coagulation | | | | | |
| PT | 11.0 | - | - | 10.9-13.2 sec | ปกติ |
| INR | 0.913 | - | - | 0.8-1.1 | ปกติ |
| APTT | 26.5 | - | - | 23.1-30.2 sec | ปกติ |

การวิเคราะห์ผล

ผู้ป่วยหลังการแท้งได้รับการดูแลรักษาเพื่อหยุดการเสียเลือด ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ Packed red cells (PRC) 7 ยูนิต , Fresh frozen plasma (FFP) 6 ยูนิต , Single donor platelet (SDP) 3 ยูนิต และ Cryoprecipitate 6 ยูนิต (120 มิลลิลิตร) ทำให้การทำงานของร่างกายส่วนใหญ่กลับเข้าสู่ภาวะปกติ โดยทั่วไปร่างกายจะสามารถสร้างเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดให้อยู่ในภาวะปกติได้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ - 1 เดือน (ณชชา ไพรัตน์,2564 และศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย,2566)

| สิ่งที่ส่งตรวจ | ค่าที่ตรวจพบ | | | ค่าปกติ | การแปลผล |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------|---------------------|
| | 9 ก.ค.66 (18.00น.) | 10 ก.ค.66 (06.30น.) | 10 ก.ค.66 (12.40น.) | | |
| Renal Function | | | | | |
| BuN | 5.8 | - | 12.5 | 8-20 mg/dl | ปกติ |
| Creatinine | 0.65 | - | 0.73 | 0.55-1.02 mg/dl | ปกติ |
| e GFRF | 125.54 | - | 116.46 | 90-120 ml/min | ปกติ |
| Liver Function | | | | | |
| SGOT (AST) | 23.0 | - | 30.7 | < 35 U/L | ปกติ |
| SGPT (ALT) | 8.6 | - | 11.2 | < 35 U/L | ปกติ |
| Electrolyte | | | | | |
| Sodium | 135.5 | 136.5 | 138.1 | 134-145 mmol/L | ปกติ |
| Potassium | 3.42 | 4.21 | 3.88 | 3.5-5.0 mmol/L | ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย |
| Chloride | 108.0 | 108.0 | 109.0 | 101-111 mmol/L | ปกติ |
| CO ₂ | 18.1 | 18.9 | 22.2 | 21-31 mmol/L | ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย |

การวิเคราะห์ผล

ผู้ป่วยมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดมีการเสียเลือดและมีภาวะ DIC ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดที่ทำให้เส้นเลือดอุดตัน ลดการไหลเวียนของเลือดและอุดตันไม่ให้เลือดไปหล่อเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าระบบการทำงานของไตและตับยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทำให้ภาวะ DIC ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการทำงานของไต ตับ ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามยังมีภาวะ Electrolyte ต่ำเล็กน้อยได้แก่ Potassium และ CO₂ เกิดจากร่างกายมีการสูญเสียเลือดและน้ำ ซึ่งหลังได้รับเลือดและสารน้ำอย่างเพียงพอก็กลับสู่ภาวะปกติ

ตรวจอัลตราซาวด์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2566

คำนวณอายุครรภ์ 22 สัปดาห์ ทารกเสียชีวิต คะเนาะน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 426 กรัม พบ mark retro placenta blood clot

การวินิจฉัยโรค (Final Diagnosis)

Abruptio placenta with therapeutic abortion with Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) with anemia due to massive blood loss

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

1. มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Disseminated intravascular coagulation : DIC) จากรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดมากหลังแท้ง มดลูกไม่หดตัว เนื่องจากมีเลือดออกก่อนแท้งจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
3. ไม่สุขสบายจากปวดท้องและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค
4. มีอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด
5. มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก oxytocin (syntocinon) / methylergometrine (methergine) / misoprostol (Cytotec) / Sulprostone(Nalador)
6. มีโอกาสติดเชื้อในโพรงมดลูก หลังการแท้ง
7. พร่องความรู้ในการวางแผน การตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลแต่ละข้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Disseminated intravascular coagulation : DIC) จากรกลอกตัวก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน (วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 เวลา 18.00 น.)

1. platelet = 55 cell/ μ l (ค่าปกติ 140-400 cell/ μ l) (ลดลงจากเดิม 87 cell/ μ l)
2. PT > 165 sec (ค่าปกติ 10.9-13.2 sec) APTT > 245 sec (ค่าปกติ 23.1-30.2 sec)
INR คำนวณไม่ได้ (ค่าปกติ 0.8-1.1)
3. ตรวจอัลตราซาวด์ พบ mark retro placenta blood clot
4. ความเข้มข้นของเลือด 32.4 % (ลดลงจากเดิม 34.1 %)

วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไข /ลดการเกิด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น ไตล้มเหลว ปอดบวม น้ำ หัวใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/70 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.7 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะตัวเย็นเกิน (Hypothermia)
3. อัตราการเต้นชีพจรอยู่ระหว่าง 60 - 120 ครั้ง/นาที
4. อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation
5. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 – 100 %
6. ผลทางห้องปฏิบัติการ platelet 140-400 cell/ μ l หรือไม่ลดลง PT 10.9-13.2 sec APTT 23.1- 30.2 sec INR 0.8-1.1 ความเข้มข้นของเลือด > 25 % หรือไม่ลดลง
7. ปริมาณปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
8. ไม่เกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 30 นาที
2. เปิดเส้นเลือดโดยเข็มเบอร์ 18 เพิ่มอีก 1 เส้น และดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ได้แก่ NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ
3. ดูแลให้ยา transamine (tranexamic acid) 1000 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และยา vitamin K 10 มิลลิกรัม ผสมใน NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที
4. ดูแลให้ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด Packed red cells (PRC) 1 ยูนิต, Fresh frozen plasma (FFP) 3 ยูนิต , Single donor platelet (SDP) 2 ยูนิต, Cryoprecipitate 6 ยูนิต (120 มิลลิลิตร) และสังเกตปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือด ได้แก่ อาการผื่นคันตามตัว คลื่นไส้ ริมฝีปากและลิ้นบวม หายใจหอบเหนื่อย (respiratory distress) หลอดลมตีบตัว (bronchospasm)
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที
6. ดูแลร่างกายให้อบอุ่น สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเย็น ซึ่งแสดงว่าเกิดลิ่มเลือดเป็นเหตุให้การไหลเวียนของเลือดลดลง ทำให้แขนและขาออกซิเจน รวมไปถึงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย
7. สังเกตอาการแสดงภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ได้แก่ เลือดออกในปากหรือจมูก เกิดเลือดออกเป็นจุดขนาดเล็กในชั้นผิวหนังหรือเยื่อ (Petechiae) หรือเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย
8. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ประเมินปัสสาวะที่ออก ปริมาณและสี เพื่อประเมินการทำงานของไต

9. จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับฟังข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของโรค ความเสี่ยงและแนวทางการรักษา จากแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง

10. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกรณีต้องทำหัตถการเพื่อลดการเสียเลือดหรือต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิต

11. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม ประสานห้องผู้ป่วยหนักและห้องผ่าตัดกรณีสถานะของผู้ป่วยสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้

12. ประสานธนาคารเลือดเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติที่ต้องใช้เลือดและ ส่วนประกอบของเลือด เป็นจำนวนมาก

13. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะการแข็งตัวของเลือด ปริมาณเกล็ดเลือด และประเมินภาวะซีด

การประเมินผล

วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 เวลา 22.30 น. อุณหภูมิกาย 36.8-37.4 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะตัวเย็น อัตราการเต้นชีพจร 66-82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/74-138/95 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98-100 % มีปัสสาวะออกสีเหลืองใส 300 มิลลิลิตร ไม่มีอาการปลายมือปลายเท้าเย็น ไม่มีอาการแสดงภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ขณะให้เลือดและ

ส่วนประกอบของเลือดเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยมีอาการผื่นคันตามตัว คลื่นไส้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ platelet = 51 cell/ μ l PT 18.3 sec APTT 37.5 sec INR 1.551 Hct 22.5 % วันที่ 10

กรกฎาคม 2566 อุณหภูมิกาย 37.2-40.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 84-92 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต113/78-137/97 มิลลิเมตรปรอทความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99-100 % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ platelet = 36 cell/ μ l PT 13.2 sec APTT 25.3 sec INR 1.104 Hct 23.6

% วันที่15 กรกฎาคม 2566 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ platelet = 105 cell/ μ l Hct 26.5 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดมากหลังแท้ง มดลูกไม่หดตัว

และเนื่องจากมีเลือดออกก่อนแท้งจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน (วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 เวลา 07.55)

1. ความดันโลหิต 70/40 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 106 ครั้ง/นาที

2. ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ

3. หลังแท้งมดลูกไม่หดตัว

4. มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนแท้ง 1,190 มิลลิลิตร หลังแท้งมีเลือดออกทางช่องคลอด 1630 มิลลิตร

5. ความเข้มข้นของเลือดลดลงเหลือ 23.6 % (เดิม 26.2 %)

วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขภาวะช็อกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด ได้แก่ หัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน และลดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/70 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นชีพจรไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 – 100 %
4. การไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refill) ไม่เกิน 3 วินาที
5. ผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด ใจสั่น มดลูกหดตัวดี
6. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานสูติแพทย์และตามทีมช่วยฟื้นคืนชีพ
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนกว่าจะฟื้นภาวะช็อก จากนั้นทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรกและทุก 30 นาที ในชั่วโมงต่อมา และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการคงที่
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัว จัดทำนอนราบศีรษะต่ำ
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ได้แก่ acetar lode 500 มิลลิลิตร Free flow
5. ดูแลให้ยา oxytocin 30 ยูนิต ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร free flow ทางหลอดเลือดดำ ยา methergine 0.2 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำทุก 15 นาที 2 ครั้ง ยา oxytocin 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ซ้ำๆ ยา Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก และยา nalador 500 มิลลิกรัม ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร free flow ทางหลอดเลือดดำ เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและสังเกตอาการข้างเคียงของยา
6. ดูแลให้ได้รับเลือด Packed red cells (PRC) 2 ยูนิต, Fresh frozen plasma (FFP) 1 ยูนิต, Single donor platelet (SDP) 1 ยูนิต และสังเกตปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือด
7. ช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่ intrauterine double condom balloon tamponade ใส่ น้ำปราศจากเชื้อ 300 มิลลิลิตร
8. ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ดูแลให้ความอบอุ่น
9. ประเมินการเสียเลือดทางช่องคลอด โดยการใช้ถุงตวงเลือดและการชั่งอย่างละเอียด
10. ประเมินปัสสาวะที่ออก ปริมาณและสี เพื่อประเมินการทำงานของไต
11. สังเกตอาการแสดงภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ได้แก่ เลือดออกในปากหรือจมูก เกิดเลือดออกเป็นจุดขนาดเล็กในชั้นผิวหนังหรือเยื่อๆ (Petechiae)
12. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะช็อค การแข็งตัวของเลือดและปริมาณเกล็ดเลือด

การประเมินผล

หลังให้การพยาบาล 30 นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อัตราการเต้นชีพจร 84-92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/78-137/97 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99-100 % การไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refill) 2 วินาที แพทย์ off condom balloon หลังจากใส่ไว้ 2 ชั่วโมง มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตร สีใสปนแดงจางๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 23.6 % platelet = 36 cell/ μ l (วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 เวลา 12.40)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายจากปวดท้องและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีสีหน้าวิตกกังวล และมีอาการปวดท้องมาก pain score = 10 มีภาวะ tetanic contraction
2. ผู้ป่วยทราบว่ามีความแสบและทารกเสียชีวิตในครรภ์ มีปฏิกริยานิ่งเงียบ
3. ผู้ป่วยถามว่าเมื่อไหร่จะหายปวดท้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเพื่อคลายความเจ็บปวด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับข่าวร้าย และเข้าใจการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในแนวทางการดูแลรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล pain score < 5
2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูล มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ โดยการแนะนำตนเองก่อนให้การพยาบาล ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย
2. จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับฟังการแจ้งข่าวทารกเสียชีวิต ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค ความเสี่ยงและแนวทางการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง
3. ภายหลังจากที่แพทย์แจ้งข่าวร้ายได้จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสอยู่ร่วมกันตามลำพัง
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามเพิ่มเติม ภายหลังจากทราบข่าวร้ายจากแพทย์รับฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจและช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจผู้ป่วยให้ผ่านการแห่งไปได้ด้วยดี
5. ดูแลให้ยา bricanyl ½ amp ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เพื่อคลายการหดตัวของมดลูก และให้ยา pethidine 50 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
6. ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพื่อ therapeutic abortion ดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 4 มิลลิกรัม เจือจางทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
7. แจ้งข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะๆ
8. ประเมินความวิตกกังวลและการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังแท้ง
9. ให้ข้อมูลสามีและครอบครัว ให้เข้าใจว่าผู้ป่วยหลังแท้งมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังแท้งเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย
10. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับบ้าน สังเกตอาการภาวะ Sheehan's syndrome จากเสียเลือดมากในการแท้งอาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้า มีผลให้ความรู้สึกริวและอารมณ์คิดลดลง เหนื่อยง่ายหรือล้าง่าย ทนต่อความเย็นไม่ค่อยได้ ไม่มีประจำเดือน เต้านมเล็กลง ขนที่รักแร้และหัวหน่าวร่วง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น คลายความวิตกกังวล มีการพูดคุยน้อยและตอบคำถาม ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ยังมีอาการปวดท้อง pain score = 5 หลังได้รับยา morphine 4 มิลลิกรัม เจือจางทางหลอดเลือดดำ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนดูแลให้ยา Metoclopramide (plasil) 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังการแท้งมีอาการปวดถ่วงเล็กน้อย pain score = 2 สีหน้าแจ่มใสขึ้น ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอนหลับได้

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 4 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับ Packed red cells (PRC) 7 ยูนิต , Fresh frozen plasma (FFP) 6 ยูนิต , Single donor platelet (SDP) 3 ยูนิต และ Cryoprecipitate 6 ยูนิต (120 มิลลิลิตร)
2. ผู้ป่วยมีอาการผื่นคันตามตัว คลื่นไส้ หลังได้รับ PRC ยูนิตที่ 2 และ FFP ยูนิตที่ 4

วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ให้ผู้ป่วยสามารถรับเลือดและส่วนประกอบของเลือดต่อไปตามแผนการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ circular overload ที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ , Hemolytic Reaction

ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก ที่มีผลต่อการทำงานของไตทำให้ปัสสาวะออกน้อย หรือ ไม่ออกเลยเกิดภาวะไตวาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/70 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นชีพจรอยู่ระหว่าง 60 - 120 ครั้ง/นาที
3. อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย (respiratory distress) หลอดลมตีบตัว (bronchospasm)
4. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 – 100 %
5. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเหตุผลและขั้นตอนการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดรวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการผื่นคันตามตัว คลื่นไส้ ริมฝีปากและลิ้นบวม หายใจหอบเหนื่อย (respiratory distress) หลอดลมตีบตัว (bronchospasm)
2. ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษา โดย Packed red cells 1 ยูนิต ให้หมดภายใน 2-4 ชั่วโมง Fresh frozen plasma และ Cryoprecipitate หลังการละลายที่ธนาคารเลือดแล้วต้องให้ผู้ป่วยทันทีเมื่ออยู่ที่อุณหภูมิห้องเพื่อรักษา coagulation factors สำหรับ Single donor platelet เปลี่ยนชุดให้โลหิตทุกๆ ยูนิต
3. วัดความดันโลหิต ทุก 1 ชั่วโมง หากความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทันที
4. ดูแลให้ยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัม และยา Dexamethasone 80 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดอาการข้างเคียงของการได้รับเลือด
5. ประเมินอาการไม่พึงประสงค์หลังให้ยาลดอาการข้างเคียงของการได้รับเลือด
6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

ได้รับยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัม และยา Dexamethasone 80 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 9 และ 10 กรกฎาคม 2566 ความดันโลหิต 113/78-137/97 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 84-92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99-100 % ปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตร สีใสปนแดงจางๆ วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ได้รับยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัม ก่อนให้เลือด ขณะได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด มีอาการคันเล็กน้อย ไม่พบอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือหลอดลมตีบ



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก oxytocin (syntocinon) / methylergometrine (methergine) / misoprostol (Cytotec) /Sulprostone (Nalador)

ข้อมูลสนับสนุน

หลังการแทงผู้ป่วยได้รับ 1)ยา oxytocin 30 ยูนิต ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร free flow 2)ยา methergine 0.2 มิลลิกรัม 3)ยา oxytocin 10 ยูนิต 4)ยา Cytotec 4 เม็ด 5)ยา nalador 500 มิลลิกรัม ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร free flow

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา syntocinon/methergine/Cytotec/Nalador

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/70 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.7 องศาเซลเซียส
3. อัตราการเต้นของชีพจร อยู่ระหว่าง 60 - 120 ครั้ง/นาที
4. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 – 100 %
5. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (oxytocin/ Nalador) ความดันโลหิตสูง (methergine) หนาวสั่น ไข้

ปวดศีรษะ(Cytotec)

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเหตุผลและขั้นตอนการให้ยารวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ขณะได้รับยาอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือหลังได้รับยาอาจมีอาการหนาวสั่น ไข้ ปวดศีรษะ
2. ดูแลให้ยาเพื่อให้มดลูกหดตัวดี ดังนี้
 - ยา oxytocin 30 ยูนิต ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร free flow ทางหลอดเลือดดำ
 - ยา methergine 0.2 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำทุก 15 นาที 2 ครั้ง
 - ยา oxytocin 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ
 - ยา Cytotec 4 เม็ด หนีบทางทวารหนัก
 - ยา nalador 500 มิลลิกรัม ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร free flow ทางหลอดเลือดดำ
3. วัดความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจร ทุก 30 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง
 - หากความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 หรือสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ
 - ความดัน diastolic ต่ำกว่า 60 หรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
 - หากหัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที หรือหัวใจเต้นผิดปกติ รีบรายงานแพทย์ทันที
4. ประเมินอุณหภูมิกายทุก 1 ชั่วโมง หากมีไข้ เช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
5. สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ
6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย ความดันโลหิต 113/78-137/97 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 84-92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99-100 % หลังให้ยา Cytotec ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิกาย 38.4-40 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ ให้ยา paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสติดเชื้อในโพรงมดลูก หลังการแท้ง ข้อมูลสนับสนุน

1. มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด 17 ชั่วโมง ก่อนการแท้ง
2. ได้รับการทำหัตถการ intrauterine double condom balloon tamponade
3. มีแผลในโพรงมดลูก มีเลือดและน้ำคาวปลาไหลทางช่องคลอด
4. มีภาวะซีด Hct 23.6 % (วันที่ 10 กรกฎาคม 2566)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมิน

1. bleeding per vagina สีจาง ลงเรื่อย ๆ ปริมาณลดลง ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. อุณหภูมิร่างกายไม่สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส
3. ไม่มีอาการปวดมดลูก
4. Hct > 25 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังการแท้ง และอาการแสดงจากการกดเจ็บมดลูก
2. ประเมินลักษณะของ Bleeding per vagina สี กลิ่นและปริมาณของน้ำคาวปลาที่ออกมา
3. อธิบายการเปลี่ยนแปลงของลักษณะน้ำคาวปลาให้ผู้ป่วยเข้าใจ เช่นเดียวกับการคลอด
4. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ceftriaxone 2 กรัม ผสม NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และให้ยา metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่นขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
6. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC ตามแผนการรักษา และสังเกตปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือด
7. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนสูง เพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรค
8. ให้ยาบำรุงเลือด Ferrous fumarate 2 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น Folic acid 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า และคำแนะนำจะมีอาการดีขึ้น

การประเมินผล

หลังการแท้งวันที่ 1 วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 มดลูกหดตัวดี ไม่มีอาการปวดท้อง น้ำคาวปลาปริมาณ 50 มิลลิลิตร สีแดงจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีไข้ วันที่ 12-15 กรกฎาคม 2566 ไม่มีอาการปวดท้อง มีน้ำคาวปลาเล็กน้อย อุณหภูมิ 36.7-37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 74-88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/70-125/96 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อครบตามแผนการรักษาและไม่พบอาการข้างเคียงของยา Hct 26.5 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 พร่องความรู้ในการวางแผน การตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีประวัติสูบบุหรี่มา 7 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่วันละ 10-20 มวน
2. ครรภ์แรกคลอดก่อนกำหนด เมื่อ 3 ปีที่แล้ว
3. ครรภ์นี้ครรภ์ที่ 2 เกิดภาวะแท้งจากรกลอกตัวก่อนกำหนด
4. ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการวางแผน การตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

1. สามารถบอกความเสี่ยง/ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแท้งและการคลอดก่อนกำหนด
2. สามารถวางแผนการตั้งครรภ์และเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการและการวางแผนการมีบุตรของครอบครัว
2. อธิบายสาเหตุของการแท้งของครรภ์นี้ เกิดจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งการสูบบุหรี่หรือขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแท้ง และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน
3. แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่และหากเลิกบุหรี่ด้วยตนเองไม่สำเร็จ แนะนำให้มารับบริการที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลตราดเพื่อรับการปรึกษาได้ทุกวัน เวลาราชการ
4. บอกวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร หากต้องการเว้นระยะมีบุตร ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ได้แก่ การฝังยาคุมกำเนิด ใส่ห่วงอนามัย และวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว หากต้องการเว้นระยะมีบุตร 1-3 ปี ได้แก่ การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิดและใส่ห่วงยางอนามัย

การประเมินผล

จากการทวนสอบผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่า การดูแลสุขภาพของมารดามีผลต่อทารกในครรภ์ และการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแท้งและการคลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการมีบุตรคนต่อไปอีก 1-2 ปี จึงเลือกวิธีฉีดยาคุมกำเนิด

การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นเอกสารวิชาการ นำไปใช้เป็นคู่มือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแท้งที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและมีภาวะ DIC หรือมีภาวะตกเลือดหลังการแท้ง สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยแท้งที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยแท้งที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดร่วมกับภาวะ DIC จำนวน 1 ราย

รับไว้ในความดูแล วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 เวลา 15.13 น. และจำหน่ายจากการดูแล วันที่ 15 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยแท้งได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะ Disseminated intravascular coagulation (DIC) ตั้งแต่รับไว้ในความดูแล โดยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ติดตามสัญญาณชีพและอาการแสดง ดูแลให้สารน้ำ ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แม้จะเกิดภาวะช็อกจากตกเลือดหลังการแท้ง แต่จากที่มีการเตรียมความพร้อมของทีมและเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ทำให้สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การดูแลอย่างองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยหลังการแท้ง กลับมาอยู่ในภาวะใกล้เคียงปกติ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้



เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565).สถิติสาธารณสุข 2565 Public Health Statistics A.D.2022.สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstastic65.pdf>
- จปรัฐ ปรีชาพานิช.(2560).การแท้ง (Abortion)ในกิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ (บ.ก.),ตำราานรีเวชวิทยา ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4 (น.57-68).กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
- ณิชา ไพรัตน์.(2564).ผลิตภัณฑ์โลหิตและส่วนประกอบโลหิต.งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 สืบค้นจาก <https://www.hospital.tu.ac.th/bloodbanktu/blog/blog-08/>
- ธีระ ทองสงและชนนินทร์ วนาภิรักษ์.(2564).โรคทางโลหิตวิทยาในสตรีตั้งครรภ์ Hematologic Disease in Pregnancy. ใน ธีระ ทองสง (บ.ก.), Obstetrics สูติศาสตร์ (น.427-444).กรุงเทพฯ : บริษัทลักษมีรุ่ง จำกัด
- ปทุมมา กังวานตระกูล.(2562).เรียนรู้จากความผิดพลาดสู่แนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ. (บ.ก.),เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ แห่งอนาคต(น.81-90).กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด
- ปิยะนุช ชูโต.(2563).การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด.เชียงใหม่ : ร้าน เอ็น.ที.พี.ปรินต์ติ้ง (NPT Printing)
- เปรมฤทัย หล้าป้อง.(2564).การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกลอกตัวก่อนกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด: กรณีศึกษา Nursing Care of Pregnant Women Experiencing Antepartum Hemorrhage from Abruptio Placenta with Caesarean Section : Case study ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สืบค้นจาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20221129210031_44/20221129212922_178.pdf
- พรศิริ พันธสี.(2564).กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.พิมพ์ครั้งที่ 26. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร
- ภิญญารัตน์ อัสตงพงพนา.(2560).การพยาบาลมารดาที่ทารกตายคลอด : Nursing Care of Women with Stillbirth.ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ. (บ.ก.),เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์แห่งอนาคต MFM Beyond 2020 (น. 113-120).กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด
- รักษัษณภค์ บุญเปี่ยมและสุชญา ลือวรรณ.(18 พฤศจิกายน 2563).รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) สูติศาสตร์ล้านนา สืบค้นจาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/6618/>
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2566).แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการทำแท้ง RTCOG Clinical Practice Guideline Induced Abortionสืบค้นจาก https://www.rtcog.or.th/files/1687830531_202b237fd7ad5bdafb0c.pdf
- โรงพยาบาลตราด.รายงานผู้ป่วยนรีเวช ปีงบประมาณ 2564-2566.ตราด : โรงพยาบาลตราด
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย.(2566).คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต Guidelines on Hemovigilance.กรุงเทพฯ:บริษัท อุดมศึกษา จำกัด



สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, เบญญาภา ธิติมาพงษ์.(2562). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2(เล่ม 1) Midwifery and Maternal Newborn Nursing 2. คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สืบค้นจาก https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำรา การพยาบาลมารดา%20ทารก%20และการผดุงครรภ์2เล่ม1.pdf

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.(2563). รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2563 ABORTION SURVEILLANCE REPORT, THAILAND 2020. สืบค้นจาก https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/m_magazine/35435/3041/file_download/f6a7b0dc6871510d3218fa2466956e4f.pdf

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.(2564) คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม (Standard of Practice for Comprehensive Safe Abortion Care) ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202111/m_magazine/35441/2594/file_download/70cac4a49039e2e01505b4ea3cb855b3.pdf