

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะช็อก

รัตยา โปธิผลิ , พย.บ.

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีความสำคัญ และพบได้บ่อย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ภาวะตกเลือดหลังคลอดทำให้มารดาต้องได้รับการรักษาหรือได้รับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพื่อหยุดการเสียเลือด มีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ มารดาที่เสียเลือดมากจนเข้าสู่ภาวะช็อก จะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวและเสียชีวิตได้ มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะมีการเสียเลือดมากกว่าการคลอดปกติและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มสูงขึ้น การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ การประเมินความเสี่ยงและการช่วยฟื้นคืนสภาพเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะช็อก

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดสำหรับพยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาล

รูปแบบการศึกษา : เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักวิชาการและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา : มารดาอายุ 24 ปี ครรภ์ที่ 2(G₂P₀₋₀₋₁₋₀) อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 2 วัน ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจาก Fail induction หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง มีภาวะช็อก ได้รับการแก้ไขภาวะช็อกและหาสาเหตุภาวะตกเลือดพบ Intra-abdominal bleeding แพทย์รักษาโดยการ exploratory laparotomy with remove blood clot with B-lynch จากการศึกษาพบว่ามีกระบวนการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดและแก้ไขภาวะช็อกจนพ้นภาวะภาวะวิกฤต ดังนี้ 1) การประเมินภาวะตกเลือดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบสัญญาณเตือนล่วงหน้า (Early warning signs) ได้แก่ อาการปวดท้องที่ผิดปกติ ท้องอืด การเสียเลือดจากแผลผ่าตัดร่วมกับอาการอาการแสดงและสัญญาณชีพ 2) การช่วยฟื้นคืนสภาพจากภาวะตกเลือดและภาวะช็อก 3) การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือด 4) การเตรียมความพร้อมสำหรับการทำหัตถการหรือการผ่าตัดเพื่อหยุดการเสียเลือด 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัดคลอด 6) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาลที่ได้รับและการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งกระบวนการพยาบาลทั้งหมดนี้ต้องใช้สมรรถนะ ประสบการณ์ การเตรียมความพร้อมที่ดีและการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว โดยทีมที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีทักษะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและให้การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างทันเวลาและเหมาะสม รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพมารดาหลังผ่านพ้นวิกฤตไปแล้ว ให้สุขภาพกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว

คำสำคัญ : มารดาหลังผ่าตัดคลอด ภาวะตกเลือด ภาวะช็อก

บทนำ

อุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) ประเทศไทยมีอัตราการตายมารดา ปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 19.98, 23.10 และ 39.18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ และสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 22.1, 21.6 และ 12.9 ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากข้อมูลของโรงพยาบาลตราด ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0.66, 0.73 และ 0.38 ตามลำดับ สถิติการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นพบร้อยละ 46.5, 46.7 และ 45 ตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด.รายงานการคลอด ปีงบประมาณ 2562-2564) ภาวะตกเลือดหลังคลอด มีผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและอาจต้องรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดด้วยเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพื่อหยุดการเสียเลือด การเสียเลือดมากและเข้าสู่ภาวะช็อกทำให้อวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลวและเสียชีวิตได้ บางรายที่เสียเลือดรุนแรงส่งผลให้ต่อมใต้สมองขาดเลือด เกิดภาวะ Sheehan's Syndrome สูญเสียความเป็นเพศหญิงและความสวยงามของเพศหญิง ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ มีผลต่อการดำเนินชีวิต (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560 และรังสิณี พูลเพิ่มและพัชรินทร์ จันทร์อาสา, 2561)

สิ่งที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด คือการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบสัญญาณเตือนล่วงหน้า (Early warning signs) ในทุกระยะของการคลอด โดยเฉพาะในมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด อย่างไรก็ตาม มีมารดาจำนวนมาก (2 ใน 3) ที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยที่ไม่มีความเสี่ยงใดๆมาก่อน (ธีระ ทองสงและสุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2564 และวิทยา ธิฐาพันธ์, 2563) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมตลอดเวลาเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้ทันเวลาและเหมาะสม มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของมารดา พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดจำเป็นต้องมีสมรรถนะการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ในบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวช จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการเรื่องการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะช็อก เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลมารดาหลังคลอดได้ใช้ในการดูแลมารดาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะช็อก
2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดสำหรับพยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษา มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะช็อก จำนวน 1 ราย โดยเลือกมารดาที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวช โรงพยาบาลตราด รวบรวมข้อมูลต่างๆ ของมารดา เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรม อาการสำคัญ การรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายที่หอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวช ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการและปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง นำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

พยาธิสภาพ การรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage : PPH) หมายถึงภาวะที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด รวมการเสียเลือดช่วงที่เจ็บครรภ์คลอดด้วย (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) เกือบหนึ่งในสามของการผ่าตัดคลอดจะมีการเสียเลือดมากกว่า 1000 มิลลิลิตร การประมาณการเสียเลือดทางคลินิกมักจะน้อยกว่าการเสียเลือดจริงประมาณครึ่งหนึ่ง (ธีระ ทองสง และสุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2564)

การประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด

การประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดมี 2 ประการคือ 1)ปริมาณการสูญเสียเลือด 2)สัญญาณชีพร่วมกับอาการและอาการแสดง การประเมินการเสียเลือดต้องมีความแม่นยำน่าเชื่อถือและรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วที่สุด จึงจะป้องกันและลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2563)และ (ลัทธิพร พัฒนาการ, 2560) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) คือการที่มีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์ต่างๆในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล ซึ่งเป็นความยากในการประเมินผู้ป่วยสุติกรรมที่ร่างกายแข็งแรงและสามารถปรับตัวต่อการเสียเลือดได้มากกว่าร้อยละ 30 ดังนั้น การใช้ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจจึงไม่เพียงพอในการวินิจฉัยภาวะช็อก (พลพันธ์ บุญมาก และโฉมพิลาศ จงสมชัย, 2559)

ตารางที่ 1 ความรุนแรงของการเสียเลือด สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด

เลือดที่สูญเสีย		ความดันโลหิต (systolic) (มิลลิเมตรปรอท)	ชีพจร (ครั้งต่อนาที)	อาการและ อาการแสดง	ระดับของภาวะช็อก
ปริมาณ	ร้อยละ				
500-1000	10-15	ปกติ	ปกติ	ใจสั่น เวียนศีรษะ	ปรับตัวได้
1000-1500	15-30	ลดลงเล็กน้อย	> 100	อ่อนเพลีย เหงื่อออก	เล็กน้อย
1500-2000	30-40	70-80	> 120	กระสับกระส่าย ซีดลง ปัสสาวะออกน้อย	ปานกลาง
2000-3000	> 40	50-70	> 140	หมดสติ หายใจลำบาก ไม่มีปัสสาวะ	รุนแรง

ที่มา : วิทยา ธิฐาพันธ์. (2563)

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

ควรเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมตั้งแต่มีการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร แม้ว่าจะยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หากเกิดการเสียเลือดมากจนเกิดความดันโลหิตต่ำจะทำให้หมดลูกไม่ตอบสนองต่อ uterotonic drug และทำให้เลือดไม่แข็งตัวตามมา ซึ่งจะทำให้การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น

การช่วยฟื้นคืนสภาพ (Resuscitation) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

1. ขอความช่วยเหลือจากสูติแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์ วิชาสูติแพทย์
2. ประเมินทางเดินหายใจ การหายใจและระบบการไหลเวียนของโลหิต
3. ให้ออกซิเจนทาง face mask 10-15 ลิตร/นาที
4. ให้ความอบอุ่น
5. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ
6. ให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น โดยใช้เข็มเบอร์ใหญ่ เช่น เบอร์ 16-18
7. ส่งเลือดเพื่อตรวจ complete blood count, coagulogram, fibrinogen, urea, electrolytes, liver function test และ crossmatch PRC และส่วนประกอบอื่น ๆ ของเลือด
8. ระหว่างที่รอเลือด ให้สารน้ำ warmed crystalloid เข้าหลอดเลือดดำ 2-3 ลิตร ในอัตราเร็ว
9. ให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบอื่น ๆ ของเลือด ตามข้อบ่งชี้
10. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่

การหาสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด

ให้ทำไปพร้อมกับการช่วยฟื้นคืนสภาพโดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach และให้การรักษาตามสาเหตุที่พบพึงระวังว่าในบางรายอาจจะมีหลายสาเหตุประกอบกันได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 สาเหตุที่พบบ่อยของภาวะตกเลือดหลังคลอดตาม 4 T's approach

พยาธิสภาพ	สาเหตุ	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
Tone	Atonic uterus	70
Trauma	Lacerations, hematomas, uterine inversion, rupture	20
Tissue	Retained tissue, invasive placenta	10
Thrombin	Coagulopathies	1

ที่มา : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564)

การมีเลือดออกหรือก้อนเลือดคั่งหลังต่อเย็บช่องท้อง

Retroperitoneal hemorrhage หรือ hematoma เป็นเลือดที่ออกหรือคั่งอยู่ในบริเวณหลังต่อเย็บช่องท้อง (retroperitoneal space) ซึ่งอยู่เหนือต่อ levator ani muscle ขึ้นไป จัดเป็นภาวะที่รุนแรงและอาจทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีเลือดออกอย่างต่อเนื่องหรือมีก้อนเลือดคั่งที่ใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดจากการมีเลือดออกขยายขึ้นไปด้านบนจากการฉีกขาดของช่องคลอดส่วนบนและปากมดลูกหรือจาก paravaginal hematoma หรือการเกิดการบาดเจ็บต่อแขนงของ hypogastric artery ในอุ้งเชิงกรานจากการทำหัตถการช่วยคลอด (instrumented vaginal delivery) การฉีกขาดของ uterine artery ระหว่างการผ่าตัดคลอดหรือมดลูกแตก เป็นต้น (กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, 2563) กรณีผ่าตัดคลอดควรสงสัย intra-peritoneal หรือ retroperitoneal hematoma ในรายที่มีชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำลงโดยไม่สัมพันธ์กับปริมาณเลือดออกที่เห็นภายนอก

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัวด้วยการผ่าตัด

มีการใช้วิธีการผ่าตัดหลายวิธีเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ไม่ตอบสนองต่อยา ซึ่งประกอบด้วย compression sutures B-lynch, เย็บผูกเส้นเลือด uterine artery, การตัดมดลูก (subtotal หรือ total hysterectomy) และการอัดผ้าก๊อชในช่องท้อง (abdominal packing) ส่วนการจะเลือกใช้วิธีผ่าตัดแบบใด พิจารณาโดยประเมินสภาวะผู้ป่วย ความพร้อมของเลือดและส่วนประกอบของเลือด ความพร้อมของทีมที่รักษา ทักษะและความชำนาญของแพทย์ ความต้องการมีบุตร

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

การประเมินความเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบสัญญาณเตือนล่วงหน้า (Early warning signs) ประกอบด้วย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงในทุกกระยะของการคลอดเพื่อค้นหาสัญญาณเตือนล่วงหน้าก่อนการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด การประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็วจะป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มาก การแบ่งระดับของความเสี่ยงออกเป็น 2 ระดับ คือ ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และความเสี่ยงสูง (High risk) ที่ได้จากการประเมินปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอด (สุภานัน ชัยราช, 2563) ดังนี้

1. ระยะแรกได้รับ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางที่อาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ ได้แก่ ประวัติผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอด ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) ประวัติคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน มีก้อนเนื้อออกมดลูกขนาดใหญ่ ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (EFW >4000 g) อ้วนมาก (BMI >40) มีภาวะซีด (Hematocrit < 33 %) ส่วนปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ Placenta

previa มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (เกล็ดเลือด < 100,000 cell) หากมีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (> 2 medium risk factors) หรือมีปัจจัยเสี่ยงระดับสูง 1 ปัจจัย เป็นความเสี่ยงสูง

2. ในระยะคลอด ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorionitis) รับประทานยากระตุ้นการหดตัวของ มดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง (Prolonged Oxytocin >24 hr.) ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (Prolonged 2nd stage) รับประทานยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) ส่วนปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีภาวะ HELLP syndrome หากมีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (>2 medium risk factors) หรือมีปัจจัยเสี่ยงระดับสูง 1 ปัจจัย เป็นความเสี่ยงสูง

3. ในระยะหลังคลอด หลังรับย้ายจากห้องคลอด โดยมีการประเมินซ้ำ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับยอดมดลูก (Fundal height) อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการปัสสาวะ (Urine void) เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆ นำมาจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560) และ (สุพารัตน์ ชูรส, 2562)

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง (Moderate risk) ให้การดูแลโดยติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง มีดังนี้

- 1) บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมง จนครบระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 2) ประเมินการหดตัวของมดลูกและ ระดับยอดมดลูกทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก
- 3) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลมีเย็บจากผ้าอนามัย ซั่งผ้าอนามัยและบันทึกทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หากไม่พบอาการผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง จนครบระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 4) ดูแลให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาจนครบ 12-18 ชั่วโมง หลังคลอด
- 5) ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็มและกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดาหากพบว่ามีการกระเพาะปัสสาวะเต็มและมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง
- 6) นำอาหารมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็วใน รายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ เพื่อช่วยกระตุ้นการ หดตัวของมดลูก
- 7) ดูแลให้รับน้ำ อาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (High risk) ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลางและเพิ่มการดูแล ดังนี้

- 1) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับแคนเตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด
- 2) ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาทีในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด
- 3) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูกทุก 15 นาที
- 4) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลมีเย็บ ซั่งผ้าอนามัยและบันทึกทุก 30 นาที ในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรก

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอด (จารุณีย์ เพ็งสุข, 2563)

- 1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาทีใน 1 ชั่วโมงที่ 2 หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ สังเกตอาการเสียเลือดมาก เช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เหงื่อออก
- 2) ประเมินแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมบริเวณกอซที่ปิดแผลหรือไม่
- 3) ประเมินอาการปวดแผล อาการท้องอืด ท้องแข็งเกร็ง
- 4) ประเมิน ปริมาณ สี ของปัสสาวะ จากสายสวนปัสสาวะ

บทบาทพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนสภาพภาวะตกเลือดหลังคลอด (สุภานัน ชัยราช, 2560)

เมื่อพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) หรือหลังผ่าตัดคลอดมี อาการปวดท้องมาก ท้องแข็งเกร็ง ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก มือ-เท้าเย็น ดังนี้

- 1) หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์และตามทีมในการช่วยเหลือทันที เพื่อการแก้ไขภาวะช็อกก่อน
- 2) ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 นาที
- 3) หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำและให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง
- 3) เปิดเส้น ให้สารน้ำชนิด isotonic Solution เพิ่มอีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย ให้อัตราเริ่มต้นที่ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาและปรับตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
- 4) ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย (keep warm)
- 5) เเจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจองเลือด Pack red cells 2-4 ยูนิต
- 6) ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก
- 7) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือด หากพบว่าเกิดจากการที่มดลูกหดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกทางหน้าท้อง เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก หรือสาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป เตรียมเครื่องอัลตราซาวด์ให้พร้อมเพื่อตรวจหาสาเหตุของการเสียเลือด
- 8) ประสานงานในการให้ข้อมูลกับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องผ่าตัด, ไอซียู ในกรณีที่มีการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 9) ทีมที่ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล ควรมีการแบ่งหน้าที่การให้ข้อมูลเรื่องโรคและการรักษาพยาบาล แก่ญาติและผู้ป่วยทันทีที่พร้อม เพื่อให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและระดับความรุนแรง โดยผู้ให้ข้อมูลควรมีท่าทีที่สงบ มั่นคง ใช้วาจาที่นุ่มนวล แสดงออกถึงความจริงใจ และให้ความเชื่อมั่นในทีมการรักษาพยาบาล ความพยายามในการ ช่วยเหลือ ดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด
- 10) บันทึกข้อมูลเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนชัดเจน

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 24 ปี วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เวลา 07.45 น.

ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (G₂P₀₋₀₋₁₋₀) อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 2 วัน นับจากการอัลตราซาวด์ แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาล เพื่อเร่งคลอด ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด ทารกในครรภ์คันที้ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้ง/นาที มี อาการเจ็บครรภ์นานๆครั้ง การหดตัวของมดลูก Interval มากกว่า 5 นาที Duration 30 วินาที Severity 1+ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 50 % ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ ระดับของส่วนน้ำ -1 ได้รับความ เร่งคลอด oxytocin 10 ยูนิต ผสมใน 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาเร่งคลอด นาน 4 ชั่วโมง ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด แพทย์จึง Set OR for caesarean section due to Fail induction ส่งไปห้องผ่าตัดเวลา 11.15 น. ในการทำผ่าตัดคลอดได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ขณะ ผ่าตัดคลอดเสียเลือด 500 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดสังเกตอาการในห้องพักฟื้น มดลูกหดตัวไม่ดี ได้รับยา nalador 50 ไมโครกรัม ผสมใน 0.9 % NSS 500 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ทารกเกิดเวลา 11.53 น. เพศชาย น้ำหนัก 3265 กรัม APGAR score นาทีที่ 1= 9 นาทีที่ 5= 10 และ นาทีที่ 10 = 10 ส่งทารกจากห้องผ่าตัดไปดูแลต่อที่หอ ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เนื่องจาก หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน อัตราการหายใจ 90 ครั้ง/นาที

หลังผ่าตัดคลอด รับไว้ในความดูแลที่หอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวช วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เวลา 12.40 น.

มารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดคลอดแนว Pfannenstiel แผลปิดด้วยพลาสติกกันน้ำ ไม่มีเลือดซึม หน้าท้องไม่แข็งเกร็ง มีอาการปวด pain score = 2 มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอ้อมอนามัย



เล็กน้อย ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสปริมาณ 50 มิลลิลิตร อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/66 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 % ได้รับออกซิเจน cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที ดูแลให้งดน้ำงดอาหาร ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร ผสม oxytocin 20 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ และดูแลให้ยา nalador 50 ไมโครกรัม ผสมใน 0.9 % NSS 500 มิลลิลิตร ดูแลให้นอนราบ 8 ชั่วโมง และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด

หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง มารดามีอาการท้องอืด แผลไม่มีเลือดซึม หน้าท้องแข็งเกร็ง มีอาการปวดท้องด้านซ้าย pain score = 5 มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอ้อมอนามัย 50 มิลลิลิตร มีอาการ ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด อัตราการเต้นชีพจร 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/57 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% ความเข้มข้นของเลือด 29 % (เดิม 35.4 %) รายงานแพทย์ ดูแลให้สารน้ำทดแทน load 0.9 % NSS 300 มิลลิลิตร และให้เลือดชนิด packed red cell 1 ยูนิต ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที และประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที หลังให้การพยาบาล 20 นาที ความดันโลหิต 98/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย แพทย์ตรวจอัลตราซาวด์พบ Intra-abdominal bleeding Set OR for exploratory laparotomy เตรียมมารดาให้พร้อมไปห้องผ่าตัดประสานจองเลือดชนิด packed red cells และ fresh frozen plasma ก่อนไปห้องผ่าตัดรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 106/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 % มารดาได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2 โดยได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด ท่อวางกาย พบ Intra-abdominal bleeding 1000 มิลลิลิตร แพทย์ remove blood clot with suture stop bleeding with B-lynch with Jackson drainage มารดาหลังผ่าตัด exploratory laparotomy รู้สึกตัว อ่อนเพลียแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม on Jackson drainage มี discharge สีแดงเข้ม 50 มิลลิลิตร มีอาการปวด pain score = 2 มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสปริมาณ 40 มิลลิลิตร มีไข้ อุณหภูมิกาย 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/42 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 % ได้รับออกซิเจน cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ยา oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5% D/NSS 1000 มิลลิลิตร และให้ยา transamin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลให้ยา ceftriaxone และดูแลให้ยา metronidazole มารดางดน้ำงดอาหาร มีอาการท้องอืด ดูแลให้ยา omeprazole เพื่อลดการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร มารดามีภาวะช็อคความเข้มข้นของเลือดหลัง ผ่าตัด 24.7 % ดูแลให้เลือด packed red cells 2 ยูนิต และ fresh frozen plasma 2 ยูนิต ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับเลือด มีภาวะ Potassium ในเลือด 3.36 mmol/L ดูแลให้ยา KCl (Potassium Chloride) มารดาและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของมารดาและทารกที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา มารดาและญาติเข้าใจดี หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง อุณหภูมิกาย 38.2-38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 76-88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/42-102/67 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98-100 % มารดาหลังผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัด exploratory laparotomy วันที่ 1 รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม on Jackson drainage มี discharge สีแดงจาง 190 มิลลิลิตร มีอาการอาการท้องอืด จุกแน่นและปวดแผล pain score = 5 ดูแลลดอาการปวดให้ยา Paracetamol รับประทาน ปรับหัวเตียงสูงเล็กน้อย ให้มารดา Early ambulation บนเตียง ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้จิบน้ำและรับประทานอาหารเหลวมีอู้อย่างน้อย ดูแลให้ยาเพื่อลดอาการท้องอืดจุกแน่นและลดการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/61 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % ดูแลให้ยาเพื่อห้ามมดลูกหดรัดตัว ป้องกันการตกเลือด



หลังคลอด มดลูกหดรั้วตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ใสสายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ดูแลให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา ยังคงมีภาวะซีดความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือด 28.0 % ดูแลให้ packed red cells 1 ยูนิต ดูแลให้ KCl elixir 30 ml รับประทาน เพื่อแก้ไขภาวะ Potassium ในเลือดต่ำ หลังผ่าตัดวันที่ 2 มารดาอ่อนเพลียเล็กน้อย ความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือด 29.5 % ภาวะ Potassium ในเลือดปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 3-4 ช่วยเหลือตัวเองได้ หยุดให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการอาการท้องอืด ให้รับประทานอาหารอ่อน ถอดสายสวนปัสสาวะออก เดินไปห้องน้ำปัสสาวะเองได้ ดูแลให้รับประทานยาบำรุงเลือด ความเข้มข้นของเลือด 32.0 % หลังผ่าตัดวันที่ 5-7 มารดาช่วยเหลือตัวเองได้ดี ดูแลให้รับประทานอาหารธรรมดา off Jackson drainage เปิดแผลและตัดไหม หลังผ่าตัดวันที่ 8 มารดาช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 9 ธันวาคม 2565 และนัดตรวจติดตามหลังคลอดที่โรงพยาบาลตราด วันที่ 23 ธันวาคม 2564 รวมระยะเวลา นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 9 วัน

ผลการศึกษา กรณีศึกษา มีความเสี่ยงปานกลางต่อการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากหลังผ่าตัดขณะสังเกตอาการในห้องพักฟื้น มดลูกหดรั้วตัวไม่ดี เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะซีด จาก uterine artery bleeding ร่วมกับมดลูกหดรั้วตัวไม่ดีหลังคลอด ทั้งนี้จากการประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดแบบสัญญาณเตือนล่วงหน้า (Early warning signs) วางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และการเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ ทำให้แก้ไขภาวะซีดได้รวดเร็ว ตลอดจนการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้มารดาได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จนพ้นภาวะภาวะวิกฤต

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎี ด้วยการอภิปรายผล ตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
1. ระยะวิกฤต	มารดามีภาวะซีดจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด	มารดาหลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง มีอาการท้องอืด แผลไม่มีเลือดซึม หน้าท้องแข็งเกร็ง มีอาการปวดท้องด้านซ้าย pain score = 5 มีอาการ ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด อัตราการเต้นชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/57 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของเลือด 29 % (จากเดิม 35.4 %) แพทย์ตรวจอัลตราซาวด์พบ Intra-abdominal bleeding มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นการมีเลือดออกร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของภาวะ hypovolemia (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) มีการเสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด 500 มิลลิตรและเสียเลือด 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอดเพิ่มอีก 1000 มิลลิตร ความรุนแรงของการเสียเลือด สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง พบว่ามีระดับของภาวะซีดเล็กน้อย (วิทยา ถิฐาพันธ์, 2563)



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
<p>2. พยาธิสภาพ อาการและอาการ แสดง</p>	<p>มารดาครรภ์ที่ 2 (G₂P₀₋₀₋₁₋₀) อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 2 วัน ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจาก Fail induction</p> <p>ขณะผ่าตัดคลอดเสียเลือด 500 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดสังเกตอาการในห้องพักฟื้น มดลูกหดรัดตัวไม่ดี หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อก ร่วมกับมีอาการท้องอืด แผลไม่มีเลือดซึม หน้าท้องแข็งเกร็ง มีอาการปวดท้อง ความเข้มข้นของเลือด 29 %</p> <p>(จากเดิม 35.4 %) สาเหตุพบ Intra-abdominal bleeding จาก uterine artery bleeding ร่วมกับมดลูกหดรัดตัวไม่ดีหลังผ่าตัดคลอด</p>	<p>จากการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่ามารดารายนี้มีความเสี่ยงปานกลางต่อการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง 2 ปัจจัย ได้แก่ จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีหลังผ่าตัดและจากการผ่าตัดมดลูก (สุกานัน ชัยราช, 2563)</p> <p>มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะช็อก จากการประเมินการเสียเลือด มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ความเข้มข้นของเลือดลดลง แต่ไม่มีเลือดออกให้เห็น สอดคล้องกับอาการ intra-peritoneal ที่มีซีพจรเร็วและความดันโลหิตตก โดยไม่สัมพันธ์กับปริมาณเลือดออกที่เห็นภายนอก (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย , 2564) เป็นการมีเลือดออกหรือก่อนเลือดคั่งหลังต่อเยื่อช่องท้องที่เกิดจากการฉีกขาดของ uterine artery ระหว่างการผ่าตัด (กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, 2563)</p>
<p>3. การรักษา</p>	<p>1. แก้ไขภาวะช็อก</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกลักษณะชีพทุก 5 นาที - ให้ออกซิเจน - ให้ความอบอุ่น - เปิดเส้นเลือด 2 เส้นโดยเข็มเบอร์ 18 และให้สารน้ำทดแทน - ให้ packed red cells 1 ยูนิต - ให้อยา oxytocin และยา nalador - ประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ - ส่งเลือดเพื่อตรวจ CBC ,LFT, coag, fibrinogen, urea, electrolytes, - อัลตราซาวนด์หาสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด - เตรียมมารดาผ่าตัดเปิดหน้าท้องฉุกเฉิน <p>2. รักษาสาเหตุของการเสียเลือด</p> <p>โดยการ exploratory laparotomy with remove blood clot with suture stop bleeding at Lt angle of uterine incision with B-lynch</p>	<p>มารดาได้รับการแก้ไขภาวะช็อก ตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)</p> <p>การพิจารณาการรักษาเพื่อหยุดการเสียเลือด โดยโรงพยาบาลมีความพร้อมของเลือดและส่วนประกอบของเลือด มีความพร้อมของทีมห้องผ่าตัด ร่วมกับประเมินสภาวะของมารดารายนี้ยังต้องการมีบุตร แพทย์จึงใช้วิธีรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด suture stop bleeding uterine artery with compression sutures B-lynch สอดคล้องกับแนวทางการการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวด้วยการผ่าตัด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย , 2564)</p>



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
4. ปัญหา ทางการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด 2. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดซ้ำ หลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการระงับความรู้สึก ชนิดฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง และชนิดทั่วร่างกาย 4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของมารดา และอาการของบุตรเนื่องจากต้องแยกทารกไปส่งแก่ทารกที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 	<p>การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล จากการรวบรวมประวัติ อาการและอาการแสดงของมารดาขณะรับไว้ในความดูแลที่หอผู้ป่วย และนำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที เพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต คือ มารดามีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557) และให้การพยาบาลองค์รวม เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ปัญหาความวิตกกังวล ไม่สุขสบายจากการปวดแผล การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ มีภาวะช็อค มีโอกาสเกิดการตกเลือดซ้ำ โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก มีโอกาสติดเชื้อ และการให้ข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมารดา ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามที่กองการพยาบาลกำหนด (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)</p>
5. การพยาบาลตามปัญหาสำคัญ 5.1 มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานสูติแพทย์ 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนกว่าจะพ้นภาวะช็อก 3. ให้ออกซิเจน cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที 4. ห่มผ้าให้ความอบอุ่น 5. เปิดเส้นเลือด 2 เส้นโดยเข็มเบอร์ 18 และให้สารน้ำทดแทน 6. ให้ packed red cells 1 ยูนิต จองเลือดและส่วนประกอบของเลือด 7. ให้อา ยา oxytocin และยา nalador เพื่อให้มดลูกหดตัวดี 8. ประเมินปัสสาวะที่ออก ปริมาณและสี เพื่อประเมินการทำงานของไต 9. ตรวจดูการหดตัวของมดลูก และประเมินอาการมีเลือดออกในช่องท้อง 10. เตรียมเครื่องมือช่วยแพทย์หาสาเหตุของการตกเลือด 11. เตรียมมารดาผ่าตัดเปิดหน้าท้องฉุกเฉิน 	<p>เมื่อมารดามีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด หลังได้รับการพยาบาล 20 นาที ก็พ้นภาวะช็อก ความดันโลหิต 98/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ได้รับการพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งส่งห้องผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของการเสียเลือด ความดันโลหิต 106/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 % แสดงให้เห็นว่า มารดาได้รับการพยาบาลทันเวลาและเหมาะสม ทำให้แก้ไขภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว (รังสิณี พูลเพิ่มและพัชรินทร์ จันทร์อาสา, 2561) และ (จิภาวรรณรัตนพิทักษ์, 2561)</p>



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
5.2 มีโอกาสเกิด ภาวะตกเลือดซ้ำ หลังผ่าตัด เปิดช่องท้อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในช่วง 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ในช่วง 1 ชั่วโมงต่อมา และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ 2. ประเมินและสังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด 3. สังเกตอาการปวดท้อง หน้าท้องแข็งเกร็ง อาการท้องอืดผิดปกติ 4. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด หรือน้ำคาวปลา ทั้ง สีและปริมาณ 5. ดูแลไม่ให้สาย Jackson drainage หักพับงอ และประเมินเลือดที่ออก 6. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูกเบาๆ และดูแลให้ได้รับยาช่วยให้มดลูกหดตัวดี ตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด และสังเกตอาการข้างเคียงของการได้รับเลือด เช่น ผื่น หนาวสั่น 8. ดูแลให้ยา transamin ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง 9. สังเกตอาการข้างเคียงของยา Cytotec ที่ได้รับเหน็บทางทวารหนักในห้องผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น ไข้ ปวดศีรษะ 10. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ในระยะที่งดน้ำงดอาหาร 11. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะซีดและปริมาณเกล็ดเลือด 	<p>มารดาได้รับการผ่าตัดซ้ำหลังผ่าตัดคลอด เพื่อหยุดการเสียเลือด exploratory laparotomy remove blood clot with suture stop bleeding with B-lynch หลังผ่าตัดยังคงมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดซ้ำ ต้องได้รับการพยาบาลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด (จารุณี เพ็งสุข, 2563)</p> <p>จากการประเมินผลการพยาบาล มารดาปลอดภัย ไม่มีภาวะตกเลือดซ้ำ</p>
5.3 มีโอกาสเกิด ภาวะ แทรกซ้อน จากการได้รับการ ระงับความรู้สึก - ชนิดฉีดยา เข้าไขสันหลัง และชนิดทั่ว ร่างกาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ใน ชั่วโมงที่ 2 หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ 2. ให้รับออกซิเจน cannula อัตรา 3 ลิตร/นาที่ 3. ในขณะที่มารดายังไม่รู้สึกตัวตื่นเต็มที่ จัดให้นอนตะแคงหรือนอนหงายหันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้น และการสำลัก 	<p>มารดาได้รับการระงับความรู้สึก 2 ครั้ง ครั้งแรกได้รับการระงับความรู้สึกชนิดฉีดยาเข้าไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด และเวลา 3 ชั่วโมง ต่อมาได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดหยุดเลือด ทำให้มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการระงับความรู้สึกมากขึ้น การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูให้สุขภาพกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว (จารุณี เพ็งสุข, 2563)</p>



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	<p>4. ดูแลให้นอนราบ 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการรั่วของน้ำไขสันหลัง หรือเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ</p> <p>5. สังเกตอาการข้างเคียงของยาาระงับความรู้สึก อาการปวดศีรษะรุนแรง ขาอ่อนแรงหรือไม่ สามารถขยับขาได้ อาการคลื่นไส้อาเจียน หรือ ผื่นคัน</p> <p>6. เมื่อมารดารู้สึกตัวดี แนะนำให้ พลิกตะแคงตัวเอง ซึ่งจะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ลดอาการท้องอืด</p> <p>7. หลังครบนอนราบ ไขเดียวให้ศีรษะสูง 45 องศา ปลายเท้าสูงเล็กน้อย</p> <p>8. ดูแลให้ยา เพื่อลดอาการท้องอืดตามแผนการรักษา</p> <p>9. ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะภายหลังการเอาสายสวนปัสสาวะออก</p>	<p>จากการประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการระงับความรู้สึก Early ambulation บนเตียงได้ หลังผ่าตัดวันที่ 3 มารดาเดินไปห้องน้ำปัสสาวะได้เอง ภายหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะออก</p>
<p>5.4 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของมารดา และอาการของบุตร เนื่องจากต้องแยกทารกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา โดยการแนะนำตนเองก่อนให้การพยาบาล ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย</p> <p>2. อธิบายให้มารดาและครอบครัวทราบถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การรักษาพยาบาลผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอด การดูแลสุขภาพของตนเอง</p> <p>3. อธิบายให้มารดาและครอบครัวทราบถึงอาการของทารก ที่จำเป็นต้องได้รับดูแลอย่างใกล้ชิด ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด รวมทั้งให้ข้อมูลและช่องทางการติดตามอาการทารก</p> <p>4. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดูแลให้ยังคงมีน้ำนมในปริมาณพอเพียงเมื่อแม่ และลูกต้องแยกจากกัน โดยให้ครอบครัว มีส่วนร่วม</p> <p>5. แสดงท่าที่เป็นกันเอง ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ซักถามข้อข้องใจ รับฟังและพร้อมที่จะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ</p> <p>6. ประเมินความวิตกกังวลและการนอนหลับพักผ่อน ของมารดา</p>	<p>การเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดและมีภาวะซีด ทำให้ต้องได้รับการพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อแก้ไขภาวะซีดและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดซ้ำ กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน เพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพของมารดา อย่างไรก็ตาม หลังจากพยาบาลได้ให้การดูแลมารดาผ่านพ้นวิกฤตไปแล้ว ควรให้ข้อมูลเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลแก่มารดาและครอบครัวทันทีที่พร้อม เพื่อให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและระดับความรุนแรง (สุภานัน ชัยราช, 2560)</p> <p>บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลจิตใจและฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังตกเลือด โดยการประเมินความรู้ความเข้าใจ การให้กำลังใจและส่งเสริมให้มีทักษะในการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง จะสร้างความมั่นใจให้มารดาและช่วยลดความวิตกกังวล (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560) , (วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์, 2561) และ(สุภารัตน์ ชูรส, 2562)</p>



สรุปและข้อเสนอแนะ จากการศึกษาพบว่า มีกระบวนการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด และแก้ไขภาวะช็อก ดังนี้ 1) การประเมินภาวะตกเลือดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบสัญญาณเตือนล่วงหน้า (Early warning signs) ได้แก่ อาการปวดท้องที่ผิดปกติ ท้องอืด การเสียเลือดจากแผลผ่าตัดร่วมกับอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ 2) การช่วยฟื้นคืนสภาพจากภาวะตกเลือดและภาวะช็อก 3) การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือด 4) การเตรียมความพร้อมสำหรับการทำหัตถการหรือการผ่าตัดเพื่อหยุดการเสียเลือด 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัดคลอด 6) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาลที่ได้รับและการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง และทารก ซึ่งกระบวนการพยาบาลทั้งหมดนี้ต้องใช้สมรรถนะ ประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมที่ดีและการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว โดยทีมที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีทักษะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและให้การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างทันเวลาและเหมาะสม รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังผ่านพ้นวิกฤตไปแล้ว ให้สุขภาพกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ.กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด
- กิตติศักดิ์ เจริญขวัญ.(2563).ภาวะตกเลือดหลังคลอดปฐมภูมิจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด(Primary Postpartum Hemorrhage Resulting from Genital Tract Laceration).ใน วิทยา ธิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์.(บ.ก.),ภาวะตกเลือดหลังคลอด POSTPARTUM HEMORRHAGE (21-28). กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
- จารุณีย์ เฟื่องสุข.(2563).การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือดขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง:กรณีศึกษา.โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ; 29(2)111-124
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.(2560).การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน Postpartum Hemorrhage : Significance of Nurse's Roles in Prevention.สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ ; 6(2),146-157.
- ธีระ ทองสงและสุพัตรา ศิริโชติยะกุล.(2564).การตกเลือดหลังคลอด Postpartum Hemorrhage : PPH. ใน ธีระ ทองสง (บ.ก.), Obstetrics สูติศาสตร์ (น.285-300).กรุงเทพฯ : บริษัทลักษมีรุ่ง จำกัด
- พลพันธ์ บุญมากและโฉมพิลาศ จงสมชัย.(2559).การดูแลผู้ป่วยสุติกรรมที่มีภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง Management of Massive Hemorrhage in Obstetric Patient.ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(3), 343-350.
- รังสิณี พูลเพิ่มและพัชรินทร์ จันท์อาสา.(2561).ชีแฮน ซินโดม (Sheehan ,s Syndrome) กับการตกเลือดหลังคลอด Sheehan ,s Syndrome and Postpartum Hemorrhage.วารสารพยาบาลทหารบก; 19(2).37-46
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2564). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด RCOG Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage วันที่อนุมัติต้นฉบับ 20 มีนาคม 2563.สืบค้นจาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>



โรงพยาบาลตราด.รายงานการคลอด ปังบประมาณ 2562-2564.ตราด : โรงพยาบาลตราด

ลัทธิพร พัฒนาการ.(2560).การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ. (บ.ก.),ร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารกในครรภ์(น.7-12).กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชัน จำกัด

วิทยา ถิฐาพันธ์.(2563).การวินิจฉัย (Diagnosis).ใน วิทยา ถิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์.(บ.ก.),ภาวะตกเลือดหลังคลอด POSTPARTUM HEMORRHAGE (21-28).กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด

วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์.(2561).การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด(Nursing care in Postpartum hemorrhage).วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ; 19(36).101-112

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2018>

สุทาร์ตัน ชูรส.(2562).การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทพยาบาล.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11; 33(1).181-192

สุภานัน ชัยราช.(2560).Nursing role : Saving Mothers from Massive Management in Postpartum Hemorrhage. ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ. (บ.ก.),ร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารกในครรภ์(น. 13-28).กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชัน จำกัด

สุภานัน ชัยราช.(2563).กรณีศึกษาวิเคราะห์ภาวะตกเลือดรุนแรง : บทบาทพยาบาล.ใน เพิ่มศักดิ์ สุขเมขศรี และคณะ.(บ.ก.),วิถีใหม่ในการดูแลปริกำเนิด New Normal in Perinatal Care (น.219-226). กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชัน จำกัด

อรนันท์ หาญยุทธ.(2557).กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ Nursing Process and Implications .วารสารพยาบาลทหารบก ; 15(3).137-143