

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

Nursing care of a postpartum woman who has hemorrhage within 2 hours after birth.

สาริกา จันทรโสภา*

Sarika Janso*

บทคัดย่อ

บทนำ : การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติกรรม และส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือใน 1 - 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอดเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และภาวะโลหิตจางในขณะคลอด ในรายที่มีโลหิตจางอย่างรุนแรงอยู่ก่อนการเสียเลือดเพียง 200 ถึง 250 มิลลิลิตร อาจทำให้เสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะโลหิตจางและตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดจำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา : ศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบในการศึกษา

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้คลอดตั้งครรภ์อายุมาก ตั้งครรภ์หลายครั้ง และมีความเข้มข้นของเลือดน้อย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และพบปัญหาทางการพยาบาล คือ เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยเหมือนกัน และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเหมือนกันจากมดลูกหดตัว แต่มีปัจจัยเสริมต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 ที่มีรกค้างแตกต่างจากกรณีศึกษารายที่ 2 มีการคลอดเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสริม ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายเกิดมดลูกหดตัวน้อยลงหลังรกคลอด นอกจากนั้นข้อวินิจฉัยการพยาบาลคล้ายคลึงและแตกต่างตามบริบทของแต่ละบุคคล และเมื่อคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล

คำสำคัญ : ตกเลือด, ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

Abstract

Background : Postpartum hemorrhage is a major obstetric complication, and it most often occurs immediately after birth or in the first 1-2 hours after birth. Postpartum hemorrhage is caused by other factors, including increased blood volume during pregnancy and anemia during delivery. In patients with severe anemia, blood loss of only 200 to 250 ml can cause death.

Objective : To study and compare the use of community nursing processes for two postpartum hemorrhages.

Methods : The study focused on the nursing care of two postpartum women who experienced hemorrhage within the first two hours after birth. Data was collected from medical records, interviews with patients and relatives, and observation. Content analysis is used to set nursing diagnoses, plan nursing actions, and evaluate nursing outcomes using Gordon's health model concept as a framework for study.

Results : Both case studies were of advanced maternal age, multiple pregnancies, and anemia. Both case studies had their health assessed according to Gordon's health plan and found a nursing problem, namely the risk of oxygen depletion in the fetus due to less oxygen reaching the uterus as well, and postpartum hemorrhage occurring as well due to uterine contractions. But there are different additional factors. Case study number 1 had a retained placenta, which is different from case study number 2, which had a precipitate labor as an additional factor. After the delivery of the placenta, the uterus contracted less in both case studies. In addition, there are nursing diagnoses that are similar and different according to the context of each individual. The nursing process addresses postpartum hemorrhage during childbirth.

Keywords : hemorrhage, 2 hours after birth.

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติกรรม และส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือใน 1 - 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด นอกจากนี้มีปัจจัยอื่นๆ ประกอบ ได้แก่ ปริมาณความเข้มข้นของเลือดของหญิงขณะไม่ตั้งครรภ์ ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และภาวะโลหิตจางในขณะคลอด ในรายที่มีโลหิตจางอย่างรุนแรงอยู่ก่อนการเสียเลือดเพียง 200 ถึง 250 มิลลิลิตร อาจทำให้เสียชีวิตได้ จากสถิติองค์การอนามัยโลกระบุว่าการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึง ร้อยละ 25 ในประเทศไทยพบมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด ปี 2563 - 2564 เท่ากับ ร้อยละ 4.8 และ 3.9 ตามลำดับ⁽¹⁾ จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลตราชู ระหว่างปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.43, 1.85 และ 2.02 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีภาวะรกค้าง จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นและเกินกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1 ของโรงพยาบาล แม้ยังไม่มีการสูญเสียชีวิตของมารดา แต่มีอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรงและจำเป็นต้องรักษาจนอาจต้องผ่าตัดมดลูก ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องทำให้เกิดความเสียหายและเสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องคลอดที่ต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ นับตั้งแต่ทักษะการประเมิน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด ทักษะการพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การพยาบาลมารดาก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด อย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในทุกระยะ

การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดผ่านทางช่องคลอดภายหลังทารกคลอด ในปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร หรือ ร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวของมารดา จากกระบวนการคลอดปกติหรือมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 จากก่อนคลอด และจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด⁽³⁾ การบอกระดับความรุนแรงใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป การตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ⁽⁴⁾ ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังระยะ 24 ชั่วโมงไปแล้ว จนถึง 6 สัปดาห์ ภายหลังคลอดจะมีอาการน้ำคาวปลาจะมีสีแดงปนเลือด มีเลือดออกทางช่องคลอด มักเกิดอาการภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอด ถ้ามีการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูกจะมีน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น กดเจ็บบริเวณมดลูก หรือมีไข้ร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดจาก

การคืนสู่ปกติของบริเวณที่รกเคยเกาะล่าช้าผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการตกค้างของเนื้อเยื่อรก บางส่วนในโพรงมดลูก แล้วเกิดเนื้อตาย หรือกลายเป็นติ่งเนื้อของรก เมื่อมีการหลุดลอกออกจากกล้ามเนื้อมดลูกจึงเกิดเลือดไหลออก ซึ่งมักเป็นเลือดสดๆ หรือมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อโพรงมดลูก

สาเหตุการตกเลือด ได้แก่ มดลูกหดรั้งตัวไม่ดี หรือไม่หดรั้งตัว (Uterine atony) การฉีกขาดของปากมดลูกและช่องคลอด ได้แก่ ปากมดลูกฉีกขาด ช่องคลอดมีการฉีกขาด การตัดฝีเย็บไม่ถูกต้องวิธีและมดลูกมีความบางมากกว่าปกติ ตกเลือดจากตำแหน่งรกเกาะในขนาดใหญ่และหรือมีเศษรกค้างหรือความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือดทั่วร่างกาย⁽⁵⁾ โดยมีอาการและอาการแสดงคือ เลือดออกจากช่องคลอด เลือดที่ออกอาจไหลรินเรื่อยๆ ออกมาให้เห็นภายนอก มดลูกไม่หดตัว ลอยตัวสูงเหนือระดับสะดือ อาการแสดงของผู้ที่เสียเลือด ได้แก่ ซีด ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น กระหายน้ำ ถ้าอาการมากขึ้นจะหายใจช้าลง หาว ถ้าอาการรุนแรงจะมีอาการช็อก ความรู้สึกตัวลดลงและตายได้⁽⁶⁾ การวินิจฉัย ต้องซักประวัติ เพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการซักประวัติการมีเลือดออกผิดปกติ มีภาวะโลหิตจาง ประวัติโรคเลือด ครรภ์แฝด แผลน้ำ ทารกตัวโต การคลอดยาก การแท้ง การขูดมดลูก การผ่าตัดมดลูก การตกเลือดในครรภ์ก่อนคลอดคะเนปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดภายหลังทารกคลอด สังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด ตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติในการแข็งตัวเป็นลิ้มของเลือด⁽⁷⁾ และตรวจหาภาวะโลหิตจางผู้ที่มีภาวะตกเลือดจะได้รับการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การนวดมดลูก ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำอย่าง

รวดเร็วด้วยเข็มขนาดใหญ่ เจาะเลือดเพื่อจ้องเลือดใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินพลังไหลเวียนเลือดให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันยาในการรักษา ได้แก่ Oxytocin, Methylergonovine, Tranexamic acid, Misoprostol, Sulprostone หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่ได้ผล จำเป็นต้องหยุดเลือดด้วยกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ การใช้บอลูน การผ่าตัดด้วยวิธี B-Lynch การผ่าตัดผูกหลอดเลือดของมดลูก และการตัดมดลูก⁽⁷⁾ นอกจากนี้การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรั้งตัวที่ไม่ใช่ยา (Non-medical interventions for management of PPH) ได้แก่ นวดคลึงมดลูก (Uterine massage) การกดมดลูก (Bimanual uterine compression) การกดมดลูกอาจจะใช้ชั่วคราวระหว่างที่รอการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือส่งต่อผู้ป่วย การใส่ Intrauterine balloon/ condom tamponade⁽⁸⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hemorrhagic shock) ภาวะติดเชื้อหลังคลอด (Puerperal infection) อันตรายจากการรักษา (Hazard of therapy) เนื้อเยื่อของต่อมใต้สมองส่วนหน้าตาย (Post birth anterior pituitary necrosis or Sheehan syndrome) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก⁽³⁾ นอกจากจะมีความรุนแรงอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย เช่น เกิดภาวะช็อก เกิดภาวะซีฮานซินโดรม (Sheehan's syndrome) การเสียเลือดทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้า มีผลให้ความรู้สึกตัวและความนึกคิดลดลง ซึ่งจะทำให้ไม่มีน้ำนมหลังคลอด ไม่มีประจำเดือน เต้านมเล็กลง ขนที่รักแร้และหัวหน่าวร่วง ต่อมไทรอยด์และต่อมหมวกไต ส่วนนอกทำงานบกพร่อง ปัสสาวะน้อยลง การตกเลือด

ที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด⁽⁴⁾ ผู้คลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น ส่วนใหญ่จะมักมีความกลัววิตกกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง บางรายกลัวการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นเพราะตัวผู้คลอดมีการสูญเสียเลือดอยู่แล้ว และยังคงถูกเจาะเลือดบ่อยๆ ทำให้เกิดความไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมานต่อมารดาและญาติ ด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้คลอดเกิดการตกเลือดหลังคลอดจะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ต้องรับการรักษาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิต สังคมและครอบครัว และเศรษฐกิจ นอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและสถานบริการเนื่องจากเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพและมาตรฐานการดูแลการคลอดของสถานพยาบาลนั้นๆ ด้วยการป้องกันและการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อดังกล่าวได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

เลือกผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 2 ราย จากนั้นศึกษาจากประวัติผู้คลอด เครื่องมือที่ใช้ในกรณีศึกษา คือ การวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบตามทฤษฎีการประเมินสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา โดยการประเมินปัญหา ความต้องการ จากนั้นให้การพยาบาล ฝ้าระวังและติดตาม

อาการผิดปกติที่เสี่ยงหรือคุกคามต่อชีวิต หรือบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการคลอด หรือเกิดจากการใช้ยาต่างๆ อย่างต่อเนื่องทั้งระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทยอายุ 40 ปี รับใหม่ด้วยวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 มาฝากครรภ์ตามนัด และมีอาการเจ็บครรภ์ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 มีบุตร 3 คน อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 ครั้ง มีประวัติตั้งครรภ์นี้เป็นครั้งที่ 5 คลอดบุตรมาแล้ว 4 คน ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ 6 วัน

แรกรับ : ตรวจร่างกายสัญญาณ อุณหภูมิ 36.8°C ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/79 มิลลิเมตรปรอท ตรวจครรภ์ ยอดมดลูกสูง 26 cms. ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ 2,170 กรัม เสียงหัวใจเด็ก 150 bpm ตรวจภายในประเมินปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 0 เปอร์เซ็นต์ membrane intact ระดับส่วนน้ำ -2 ประเมินความเสี่ยงแรกรับ พบว่าตั้งครรภ์อายุมาก ได้รับยา ASA เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เป็น High risk รายงานแพทย์ ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 22% กรณีศึกษาเริ่มเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น Interval 4 นาที Duration 40 วินาที ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แพทย์ให้คลอดได้ (go on labor) แพทย์พิจารณาให้ PRC

1 unit หลังให้เลือดมาก ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 27% ผู้คลอดปากมดลูกเปิดหมดใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที คลอดทารกเพศชายน้ำหนัก 2,830 กรัม Apgar score 8, 9, 10 คะแนน รวมระยะเวลา ระยะที่ 2 ของการคลอด 43 นาที ผ่านไป 30 นาที มีเลือดออกทางช่องคลอด 400 ซีซี รกค้าง รายงานแพทย์ล้วงรก เมื่อรกคลอด ตรวจความดันโลหิตหลังรกคลอด 97/57 มิลลิเมตรปรอท รวมระยะที่ 3 ของการคลอด 43 นาที รกคลอดครบน้ำหนักรก 700 กรัม มดลูกนิ่ม และมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม 200 ซีซี รายงานแพทย์ให้ Methergine 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำทันที ให้ NSS 500 ml Load ทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นให้อัตรา 80 ml/hr. Syntocinon 40-unit ผสม NaCl 1000 ml ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 ml/hr. และใส่สายสวนปัสสาวะ (retain foley's cath) แพทย์ให้ PRC 1-unit ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 35.4 %.

การพยาบาล

1. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ประเมินและเตรียมเพื่อหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เช่น มดลูกขนาดใหญ่ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหดตัวไม่ดีของมดลูกหลังคลอด เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน มีภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด มีภาวะ severe preeclampsia หรือ HELLP syndrome ได้รับการชักนำการคลอด ได้รับ oxytocin นาน ระยะคลอดยาวนาน หรือคลอดเร็ว ตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะซีด⁽¹⁰⁾ ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้น้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเตรียมเลือดไว้อย่างน้อย 2 ยูนิตร่วมกับการตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือด

2. เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยจากภาวะซีด ต้องฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ แนะนำผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ประเมินการกำซาบของเนื้อเยื่อมดลูกและรก ได้แก่ การทำ NST หรือ CST ให้ oxygen mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด ทำให้มารดาและทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ⁽¹¹⁾ พบอัตราการเต้นของทารกในครรภ์อยู่ในช่วง 132 - 150 ครั้ง/นาที

ตรวจภายในปากมดลูกเปิดหมด รวมระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 เท่ากับ 30 นาที ย้ายกรณีศึกษาเข้าห้องคลอด คลอดทารกเพศชาย รวมระยะเวลาระยะที่ 2 ของการคลอด 43 นาที ฝ้าระว่างภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากผู้คลอดคลอดเร็ว (Precipitate labour)

3. มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจาก รกค้าง มีเลือดออกจากช่องคลอด 200 ซีซี รายงานแพทย์ล้วงรก หลังรกคลอดครบ ความดันโลหิต 164/81 มิลลิเมตรปรอท รกหนัก 740 กรัม รวมระยะที่ 3 ของการคลอด 43 นาที มดลูกกลมแข็งดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม 200 ซีซี ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเป็น High risk ทำ Active management ให้สารน้ำ NaCl 1000 ml ผสม Syntocinon 40 unit ทางหลอดเลือดดำ 120 ml/hr. ต่อมากรณีศึกษา บ่นเวียนศีรษะ จัดนอนราบศีรษะต่ำ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 119/56 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ครั้ง/นาที มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม 600 ซีซี ตรวจประเมินสาเหตุการตกเลือดตามสาเหตุ 4T (Tone, Tissue, Thrombin, Trauma) พบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี (Tone)⁽¹²⁾

4. เสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ให้การพยาบาลแก้ไขภาวะตกเลือดทันที โดยนวดมดลูก (uterine massage)⁽¹²⁾ รายงานแพทย์ให้ NaCl 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ loading 300 ml จากนั้นให้อัตรา 100 ml/hr. Methergine 0.2 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ บันทึกรปริมาณเลือดทุก 5 - 15 นาที จอเลือด PRC 1 units เจาะ Hct. stat = 26.3% ยังมีเลือดไหลซึมตลอด ตรวจสอบช่องทางคลอดอีกครั้ง ไม่พบการฉีกขาด ใส่สายสวนปัสสาวะ แพทย์ให้ Methergine 0.2 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ ประเมินการสูญเสียเลือด (Blood loss) รวม 1000 ซีซี

5. วิดกกังวลเนื่องจากเลือดออกมาก อธิบายแผนการรักษา แผนการช่วยเหลือของทีมแพทย์ พยาบาลให้มารดาทราบ สร้างความมั่นใจและบอกเล่าข้อมูลที่เป็นจริงอย่างต่อเนื่องและทุกครั้งที่มีการตรวจ มีการเปลี่ยนแปลงของอาการหรือภาวะสุขภาพบอกเหตุผลกิจกรรมการดูแลต่างๆ เปิดโอกาสให้พูดคุย ซักถาม พร้อมอธิบายให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและทารก เพื่อให้มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา⁽¹¹⁾ เตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อส่งต่อแผนกหลังคลอด

6. อ่อนเพลียเนื่องจากการเสียเลือด ดูแลให้นอนพักเพื่อให้พักผ่อนได้เต็มที่ จัดสิ่งแวดล้อมลดแสงและเสียงที่รบกวน ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลและแนะนำการรักษาทำความสะอาดร่างกาย เพื่อให้รู้สึกสดชื่นขึ้น ให้ดื่มน้ำหวาน สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 121/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้ง/นาที

อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวดีขึ้นอยู่ในระดับสะดือ กรณีศึกษาไม่มีอาการปวดมดลูก ดูแลคลึงมดลูกให้กลมแข็ง

7. ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการวางแผนครอบครัว อธิบายถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป การเกิดการตกเลือดในครรภ์นี้ แนะนำวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับผู้คลอด

ย้ายไปดูแลอาการต่อที่ตึกหลังคลอด ส่งต่อเรื่องเสียงตกเลือดภายใน 8 ชั่วโมงแรกคลอด ติดตามอาการของมารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น เปื้อนผ้าอนามัย 3 - 4 แผ่นต่อวัน แผลไม่บวม ไม่มีภาวะตกเลือดซ้ำ สัญญาณชีพปกติ มารดาให้นมบุตรได้ดี น้ำนมเพียงพอและมารดา ต้องการคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยวิธีทำหมัน ก่อนกลับบ้านทารกแข็งแรง จำหน่ายทารกกลับบ้านพร้อมมารดา รวมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

หญิงไทยอายุ 40 ปี รับใหม่ด้วยวันที่ 11 ธันวาคม 2566 รับต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยมีน้ำไหลออกจากช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 มีบุตร 3 คน อายุครรภ์ 35 ฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ครั้ง ฝากครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์

แรกรับ : ตรวจร่างกายสัญญาณอุณหภูมิ 37.3⁰C ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/60 มิลลิเมตรปรอท ตรวจครรภ์ ยอดมดลูกสูง 26 cms. ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ 2,170 กรัม เสียงหัวใจเด็ก 150 bpm ตรวจภายในประเมินปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 25 เปอร์เซ็นต์ membrane leak ระดับ

ส่วนนำ -2 ประเมินความเสี่ยงแรกจับ พบว่า ตั้งครรภ์อายุมาก ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 34% มีประวัติได้รับเลือด 2 unit จากโรงพยาบาลชุมชน เมื่อ 3 วันก่อนเนื่องจากความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 22% กรณีศึกษาเริ่มเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น Interval 4 นาที Duration 40 วินาที ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แพทย์ให้คลอดได้ (go on labor) ต่อมาผู้คลอดปากมดลูกเปิดหมดใช้เวลา 2 ชั่วโมง 2 นาที คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,220 กรัม Apgar score 8, 9, 10 คะแนน รวมระยะเวลาระยะที่ 2 ของการคลอด 12 นาที เมื่อรกคลอด ความดันโลหิตหลังรกคลอด 102/65 มิลลิเมตรปรอท รวมระยะที่ 3 ของการคลอด 4 นาที รกคลอดครบ น้ำหนักรก 600 กรัม มดลูกนิ่ม และมีเลือดออกทางช่องคลอด 500 ซีซี รายงานแพทย์ให้ Methergine 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำทันที ให้ NSS 500ml Load ทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นให้อัตรา 80 ml/hr. Tranexamic acid 1 g ผสมใน NaCl 100 ml ทางหลอดเลือดดำใน 10 นาที Syntocinon 40-unit ผสม NaCl 1000 ml ทางหลอดเลือดดำใน อัตรา 120 ml/hr. และใส่สายสวนปัสสาวะ (retain foley' s cath)

การพยาบาล

1. วิตกกังวลเนื่องจากการคลอด กรณีศึกษามีการคลอดก่อนกำหนด จึงอธิบายเกี่ยวกับการคลอด การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และแผนการรักษาของแพทย์
2. เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจนของทารก ในครรภ์เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยจากภาวะซีด ต้องเฝ้าระวังติดตามสุขภาพลูกในครรภ์ โดยตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์จากการบินที่กด้วย electronic fetal heart rate monitoring (EFM) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที

และตรวจความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2 - 4 ชั่วโมง

3. เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดตัว แนะนำในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ช่วยนวดบรรเทาปวด แนะนำการหายใจเพื่อลดปวด

ตรวจภายในปากมดลูกเปิดหมด ย้ายกรณีศึกษาเข้าห้องคลอด แนะนำการเบ่งคลอด ที่ถูกต้องในการเบ่งแต่ละครั้ง หลังจากนั้นคลอดทารก เมื่อรกคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอด 500 ซีซี

4. มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวน้อย ตรวจประเมินสาเหตุการตกเลือดตามสาเหตุ 4T (Tone, Tissue, Thrombin, Trauma) พบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี (Tone) สังเกตอาการทุก 15 นาที⁽⁸⁾ ดูแลให้ NaCl 1000 ml ผสม Syntocinon 40 unit ทางหลอดเลือดดำ 120 ml/hr. เย็บแผลฝีเย็บเรียบร้อย คลึงมดลูกพบมดลูกไม่แข็งตัว มีเลือดไหลรินจากช่องคลอด ปริมาณเลือดออกเพิ่ม 300 ซีซี เป็น 500 ซีซี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 131/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้การพยาบาลแก้ไขภาวะตกเลือดทันที โดยจัดนอนราบศีรษะต่ำ ให้นวดมดลูก (uterine massage)⁽⁹⁾ รายงานแพทย์ให้ Methergine 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำทันที ให้ NaCl 500 ml Load ทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นให้อัตรา 80 ml/hr. Tranexamic acid 1 g ผสมใน NaCl 100 ml ทางหลอดเลือดดำ ใน 10 นาที และใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณเลือดทุก 5 - 15 นาที จองเลือด PRC 1 units เจาะ Hct. stat = 30% จากนั้นเจาะทุก 4 ชั่วโมง หลังให้ยามดลูกหดตัวดีขึ้น ประเมิน Blood loss สังเกตอาการต่อจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

5. เสี่ยงต่อการตกเลือดซ้ำเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี แนะนำคลึงมดลูก วัดสัญญาณชีพ พบความดันโลหิต 138/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร

114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งอยู่ในระดับสะดือ ไม่ปวดมดลูก ไม่พบ Hematoma ตรวจภายใน ไม่พบความผิดปกติ มีเลือดออกเพิ่มอีก 50 ซีซี รวมสูญเสียเลือด (blood loss) เท่ากับ 550 ซีซี

6. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลัง ตกเลือดหลังคลอด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด แก่กรณีศึกษา สังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ดูแคลั่งมดลูกให้กลมแข็ง ย้ายไปดูแลอาการต่อที่

ตึกหลังคลอด ส่งต่อเรื่องเสี่ยงตกเลือดภายใน 8 ชั่วโมงแรกคลอด

เยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น เบื่อนผ้าอนามัย 3 - 4 แผ่นต่อวัน แผลไม่บวม แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนกลับบ้านทารก แข็งแรงดี หายใจปกติ 60 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส รวมระยะเวลาการนอนรักษา ในโรงพยาบาลของมารดา จำนวน 3 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordons กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ กรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล

11 แบบแผนสุขภาพของ Gordons	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ	- ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการวางแผนครอบครัว	- พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว หลังตกเลือดหลังคลอด
แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ	- เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจนของทารก ในครรภ์เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยง มดลูกน้อยจากภาวะซีด	- เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยจากภาวะซีด
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	- มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด - มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีภาวะคลอดเฉียบพลัน	- เสี่ยงต่อการคลอดล่าช้า เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี - เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	- มารดาเสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด - อาการอ่อนเพลียเนื่องจากการสูญเสียเลือด	- เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี - เสี่ยงต่อการตกเลือดซ้ำ เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี
	- วิดกกังวลเนื่องจากเลือดออกมาก	- วิดกกังวลเนื่องจากการคลอด

จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยการใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน ของ Gordons พบว่า กรณีศึกษาทั้งสองรายมี ภาวะช็อค เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยเหมือนกัน และเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอดเหมือนกันจาก มดลูกหดตัว แต่มีปัจจัยเสริมต่างกัน คือ กรณี ศึกษารายที่ 1 ที่มีภาวะรกค้าง แตกต่างจากกรณี ศึกษารายที่ 2 มีการคลอดเฉียบพลัน เป็นปัจจัยเสริม ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายเกิดมดลูกหดตัวน้อยลง หลังรกคลอด นอกจากนั้นมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล คล้ายคลึงและแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละบุคคล

ทั้งนี้ในการพยาบาลกรณีศึกษาทั้งสอง ราย ซึ่งเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ต้องประเมิน สัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูก และ ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อค ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น ชีต กระสับกระส่าย มีเลือดออกทาง ช่องคลอดปริมาณมากรีบรายงานแพทย์ พร้อมหาทีม การพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มเติมโดยด่วนและจัดให้คลัง มดลูกตลอดเวลาให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ดูแลให้ สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด ด้วยเข็ม ขนาดใหญ่ ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้เพื่อให้ กระเพาะปัสสาวะว่างและประเมินปริมาณ ปัสสาวะที่ออก ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก หรือบ่อยกว่านี้ พร้อมประเมิน การหดตัวของมดลูก และการเสียเลือด เพื่อ ประเมินภาวะ Shock ดูแลจัดให้นอนหงายราบ เพื่อให้เลือดจากส่วนต่างๆ ของร่างกายไหลกลับเข้าสู่ หัวใจได้มากขึ้น เลือดจะไปเลี้ยงสมองและอวัยวะ ส่วนต่างๆ ได้ง่าย ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด⁽¹²⁾ เนื่องจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดร่วมด้วย เย็บแผลที่ฉีกขาดเพื่อให้เลือดหยุดประเมินผลค่า hematocrit หลังให้เลือดตามแผนการรักษา และ

ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึก ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายตลอด 24 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการเสียเลือด และการขาดน้ำ และดูแลทางด้านจิตใจ โดยอยู่ เป็นเพื่อนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแล ช่วยเหลือ แจ้งผู้คลอดและญาติให้เข้าใจเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น ระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษา⁽¹¹⁾

ซึ่งการดูแลกรณีศึกษามีความยุ่งยากใน การดูแล คือ กรณีศึกษารายที่ 2 ผากครรภ์ล่าช้า และมีภาวะช็อค การดูแลเพื่อแก้ไขภาวะช็อคจึงล่าช้า ตามไปด้วย เป็นปัจจัยที่ทำให้ตกเลือดหลังคลอด จึงให้การดูแลโดยให้เลือดตามแผนการรักษา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนการคลอด และ ทีมได้รายงานแพทย์และประชุมเพื่อวางแผนและ ให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง โดยการ กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในทีมในการ ป้องกันและดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด จนทำให้สามารถปฏิบัติการได้ ถูกต้องและรวดเร็ว จนผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะ ช็อคจากภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ กรณีศึกษาทั้งสองรายตั้งครรภ์หลายครั้งและมี อายุมาก มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ สามีทำงานคนเดียว เพื่อเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้วางแผนครอบครัว เนื่องจากคิดว่าอายุมากไม่น่าจะตั้งครรภ์แล้ว จึงต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจในทำหมัน ในกรณีศึกษาทั้งสองรายถึงแม้จะมีการเฝ้าระวัง การตกเลือดเมื่อพบปริมาณเลือดที่ 300 มิลลิเมตร แล้วก็ตาม แต่ยังพบภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ แต่ในการดูแลกรณีศึกษาทั้งสองรายในช่วงของ การเสียเลือดที่ปริมาณเกิน 500 มิลลิเมตร สามารถ ให้การช่วยเหลือจนผู้คลอดไม่เกิดภาวะ shock ไม่ เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะตกเลือดจน ผู้คลอดปลอดภัย ทั้งนี้ตั้งแต่แรกเริ่มมีการประเมิน สภาพทั่วไปและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด

ในระหว่างรอคลอดมีการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงจะมีแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูอาการผู้คลอดอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการให้การดูแลแบบ AMTSL : Active management of third stage of labor การเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยคลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้พร้อมใช้ ทำให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะตกเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. การบริหารงาน หัวหน้าแผนกควรมีการสะท้อนการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับปรุงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึง ทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นทิศทางเดียวกัน

2. การปฏิบัติการพยาบาล

- 2.1 พยาบาลประจำห้องคลอดต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และการเตรียมช่วยเหลือเพื่อให้ผู้คลอดพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤต

- 2.2 จัดทบทวนและฝึกทักษะการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแก่พยาบาลเป็นประจำ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือของทีมสุขภาพ

- 2.3 พยาบาลต้องมีความไวในการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะความเข้มข้นของเลือดน้อย ต้องมีการเตรียมผู้คลอดในกรณีเกิดการตกเลือดหลังคลอด เช่น การให้สารน้ำ การนวดมดลูก รวมถึงการเตรียมเลือดในกรณีที่ต้องให้เลือด

- 2.4 พยาบาลห้องคลอด ต้องมีไหวพริบและความไวในการตัดสินใจ รวมถึงความพร้อมของทีมผู้ให้การช่วยเหลือ ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉิน เนื่องจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤติทางสูติกรรม สามารถเกิดอันตรายต่อมารดาอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

3. ด้านสิ่งสนับสนุนการพยาบาล ควรมีการจัดทำแผนพับให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด รวมถึงจัดเตรียม ยา สารน้ำ ให้อยู่ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการหยิบใช้งาน และมีพร้อมใช้ตลอดเวลา

4. การให้ข้อมูลแก่มารดาหลังคลอด ต้องให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการตกเลือดระยะหลัง รวมถึงการวางแผนครอบครัวและเลือกวิธีคุมกำเนิด

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง. สถิติห้องคลอด โรงพยาบาลตรัง; 2566.
3. นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: บริษัทสมาร์ทโฮลดิ้ง แอนด์ เซอร์วิซ; 2561.

4. ตริภพ เลิศบรรณพงษ์. ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
5. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2560; 6(2): 57-146.
6. พลพันธ์ บุญมาก และโฉมพิลาศ จงสมชัย. การดูแลผู้ป่วยสุติกรรมที่มีภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(3): 50-343.
7. อีระ ทองสง. สูติศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 5). พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
8. ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่มีดีคณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558. ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562 - 2564; 2565. (ออนไลน์). แหล่งข้อมูล: www.samroiyodhospital.go.th/files/Qr_code/OB-019.pdf
9. ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อินยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2560; 33(2): 34-121.
10. นางลักษณ์ คำสวัสดิ์. การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามกรอบแนวคิดการรวบรวมข้อมูลของกอร์ดอน. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2557.
11. ปิยะนุช ชูโต และคณะ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
12. ศิลธรรม เทียงแท้. การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(1): 52-64.