

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา
Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with Hypovolemic shock : case study

พิรุฬห์ สิทธิพล*
Phirun Sittipron*

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลก ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลผู้ดูแลในห้องคลอดจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและมีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย โดยเปรียบเทียบประวัติการตั้งครรภ์ปัจจัยเสี่ยง และกระบวนการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวระยะเวลาการศึกษา ผู้คลอดรายที่ 1 เดือนตุลาคม 2561 และผู้คลอดรายที่ 2 เดือนพฤษภาคม 2562

ผลการศึกษา: ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และมีความแตกต่างในประเด็นสาเหตุ ความรุนแรงของภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งความยากของการปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้คลอดรายที่ 1 อายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 5 วัน มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ มาด้วยอาการปวดท้องและทารกไม่ดิ้น ตรวจพบทารกเสียชีวิตในครรภ์ไม่พบภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดคลอดทางช่องคลอดทารกเกิดไว้ชีพน้ำหนัก 2,150 กรัม หลังคลอดตรวจพบ มีก้อนเลือดที่หลังรกและมดลูกหดตัวไม่ดีจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด มีการเสียเลือดรวม 1,200 มิลลิลิตร พบภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และพบปัญหาทางด้านจิตใจจากการสูญเสียทารกในครรภ์ ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 อายุ 37 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 1 วัน มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์และมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ทารกคลอดน้ำหนัก 3,760 กรัม หลังคลอด พบว่า มีรกค้างทำให้มีเลือดออกมากทันที จำนวน 400 มิลลิลิตร จึงได้รับการทำหัตถการล้างรกมีการเสียเลือดรวม 1,100 มิลลิลิตร โดยผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาหลักที่เหมือนกัน คือ ได้รับสารน้ำเลือด ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการนวดคลึงมดลูกและการเฝาระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

บทสรุป: ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุที่แตกต่างกัน พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมิน การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงต่อการเสียเลือดตั้งแต่แรกเริ่ม การร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขภาวะช็อกที่เหมาะสมและทันเวลา ควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลลดอัตราการตายผู้คลอดและทารกในครรภ์

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การพยาบาลภาวะช็อกจากการตกเลือด

ABSTRACT

Postpartum hemorrhages is the most common cause of obstetric complications and leading cause of maternal mortality. There are many causes of postpartum hemorrhage, so the nurses who care for the mothers in labor room should have risk assessment skill and nursing skill to prevent postpartum hemorrhage, complication of maternal and fetal in utero.

Objective: To study about nursing for the patients with postpartum hemorrhagic shock by using 2 comparative case studies.

Methods: 2 comparative case study of mother that had vaginal deliveries with postpartum hemorrhage and hypovolemic shock in pregnancy history, risk factor, and nursing process by using medical record, interview patient and family. Case 1st studied in October 2018 and case 2nd studied in May 2019.

Result: Both case studies have the same nursing problems: Hemorrhagic shock after delivery, and there are differences in cause, The severity of the shock and the complications that arise, including the difficulty of nursing practice. The 1st Case was the 34 year olds, gravidity 3rd, a gestation of 37 weeks and 5 days, gestation hypertension in pregnancy. On admission with labour pain and no fetal movement. The assessment found death fetus in utero and without abruptio placenta. Vaginal delivery, still birth weight 2,150 grams. After birth was found blood clot at posterior of placenta and uterine atony from abruptio placenta. Estimate 1200 ml blood loss, found complication: Disseminated Intravascular Coagulation, continuous care in ICU. The 2nd case was the 37 year olds, gravidity 2nd with a gestation of 39 weeks and 1 day, Iron deficiency anemia during pregnancy. On admission with labour pain and mucous bleeding was shown per vaginal. New born weight 3760 grams. After birth was found retained placenta with 400ml active bleeding. There are have to do manual removal of placenta, total 1100ml blood loss. Both of case have the same therapy : IV fluid, Blood component, labor augmentation drug, uterine massage and closed monitoring.

Conclusion: Postpartum hemorrhage with Hypovolemic shock are difference complication and cause. Therefore the nurses should have competence in assessment, the diagnosis of risk factor on admission, joining a multidisciplinary team in time appropriate correction of shock conditions, and using evidence-based nursing practice to provide efficient nursing care for pregnant women with postpartum hemorrhage. These will be decrease the rate of maternal dead and fetal mortality.

Keywords: Postpartum hemorrhage, Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with Hypovolemic shock

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดทันทีปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร หรือมากกว่าหลังจากการคลอดใน ระยะที่ 3 เสร็จสิ้น การตกเลือดหลังคลอดอย่าง รุนแรงมีการสูญเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร² มีผลทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ถึงแม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมเป็นสาเหตุ สำคัญของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ประมาณการณ์ว่าจะมีมารดา 661,000 รายที่ เสียชีวิตทั่วโลกเนื่องจากภาวะตกเลือดในแต่ละปี¹

โรงพยาบาลตะกั่วป่า เป็นโรงพยาบาล ทัวไปขนาดเล็ก (M1) มีผู้มารับบริการคลอดในปี 2559 - 2562 จำนวน 1,328, 1,104, 1,137 และ 1,045 รายตามลำดับโดยมีผู้คลอดทางช่อง คลอด ร้อยละ 58.20, 61.95, 53.91 และ 59.52 ตามลำดับ เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่อง คลอด ร้อยละ 2.84, 3.36, 3.58 และ 4.66 เกิดภาวะซ็อกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 13.63, 13.04, 9.09 และ 13.79 ในปี 2559-2562 ตามลำดับร่วมกับ พบอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตหลังคลอดจากภาวะ ตกเลือดหลังคลอดหลังผ่าตัดคลอดใน ปี 2562 จำนวน 1ราย (รายงานสถิติผู้คลอดโรงพยาบาล ตะกั่วป่าจังหวัดพังงาประจำปี 2562) สาเหตุของ ภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1. การหดตัวของมดลูกไม่ ดี 2. การฉีกขาดของช่องทางคลอด 3.การมีเศษ รก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4.ความผิดปกติของ การแข็งตัวของเลือด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัย เสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า²

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มี ภาวะซ็อกจากการตกเลือดหลังคลอด โดย เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษารณีศึกษาเปรียบเทียบ ผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะซ็อกจากการตก เลือดหลังคลอด 2 กรณี โดยเปรียบเทียบประวัติ การตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง และกระบวนการ พยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ระยะเวลาการศึกษาผู้คลอดรายที่ 1 เดือน ตุลาคม 2561 และผู้คลอดรายที่ 2 เดือน พฤษภาคม

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอม ด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษา 2 กรณี นี้ไม่มีการละเมิดสิทธิของ ผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา เป็นความลับ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1: ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 34 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์และ เด็กไม่ตื่นประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้คลอดครรภ์ที่ 3 (G3P2A0L0) อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 5 วัน ยืนยันด้วยการตรวจด้วยคลื่นแสง ความถี่สูงขณะตั้งครรภ์ได้ 11 สัปดาห์ ฝากครรภ์ สม่าเสมอได้คุณภาพที่คลินิกเอกชน ขณะอายุ ครรภ์ 36⁺2 สัปดาห์ได้รับการวินิจฉัย Gastational hypertension นอนพักดูอาการที่ ห้องคลอดนาน 2 วัน จำหน่ายกลับบ้านภายหลัง จำหน่ายจากโรงพยาบาลนาน 16 ชั่วโมง ผู้ป่วย กลับมาด้วยอาการเจ็บครรภ์และเด็กไม่ตื่นก่อน มาโรงพยาบาล 30 นาที

อาการแรกเริ่ม: รู้สึกตัว มีอาการหน้า ชืด วิงเวียน ปวดท้องมาก ระดับยอดมดลูก ¾ มากกว่าสะดือ วัดความสูงของยอดมดลูกได้ 32

เซนติเมตร ปวดท้องมาก ท้องแข็งตึง มดลูกหด
รัดตัวรุนแรง Interval 1 นาที 30 วินาที
Duration 50 วินาที ประเมินความปวด NRS 10
คะแนน คลำลักษณะทารกทางหน้าท้องไม่ชัด
ส่วนน้ำเป็นสีรชะประมาณค่าน้ำหนักทารก
3,000 กรัม ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ไม่พบ
เสียงหัวใจทารกในครรภ์ ได้รับการตรวจซ้ำด้วย
คลื่นเสียงความถี่สูงโดยสูติแพทย์วินิจฉัยเป็น
ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และไม่พบการลอกตัวของ
รกในครั้งแรกที่ตรวจ ประเมินการเปิดขยายของ
ปากมดลูกพบว่าปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร
ความบางของปากมดลูก 70% ผนังยังไม่แตก
ระดับส่วนน้ำ -2 วางแผนให้คลอดทางช่องคลอด
โดยเจาะถุงน้ำและให้ยาเพิ่มการหดตัวของ
มดลูกเพื่อเร่งคลอด สัญญาณชีพแรกรับ ความดัน
โลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง
ต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย
36.9 องศาเซลเซียส

การดูแลรักษาและการคลอด: วางแผน
ให้คลอดเองทางช่องคลอด โดยเจาะถุงน้ำและให้
ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกเพื่อเร่งคลอด
ขณะรอคลอดผู้คลอดปวดท้องมากตลอดเวลา
Interval 1 นาที 30 วินาที Duration 50 วินาที
ประเมินความปวด NRS 10 คะแนน ลักษณะ
น้ำคร่ำหลังเจาะถุงน้ำมีสีแดงจางๆ ประเมินค่า
ความเข้มข้นของเลือดค่า Hct 34.1% Platelet
173000 cells/ul ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้
เวลา 3 ชั่วโมง 10 นาที ปากมดลูกเปิดหมดแบ่ง
คลอด ทารกคลอดเพศหญิง ตัวซีด ไม่หายใจ
หัวใจไม่เต้น Apgar Score 0 คะแนน น้ำหนัก
2,150 กรัม ตัวยาว 49 เซนติเมตร หลังทารก
คลอดนาน 7 นาที รกคลอดและมีเลือดไหลทันที
จำนวน 800 มิลลิลิตร ตรวจรกพบมีรอยก้อน
เลือด รวมเลือดหลังรก 200 มิลลิลิตร มดลูกนิ่ม
หดตัวไม่ดีและมีเลือดออกเรื่อยๆ ช่วยนวดคลึง
มดลูก ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกประเมิน
ค่าความเข้มข้นของเลือดค่า Hct 20.5%

Platelet 126000 cell/ul และตรวจความแข็ง
ตัวของเลือด PT 29.5 seconds PTT 64.5
seconds PTT ratio 2.53 รักษาโดยให้เลือด
PRC จำนวน 4 ยูนิต และ FFP จำนวน 1,000
มิลลิลิตร ทดแทนใน 2 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ
1 เส้น และสารน้ำ 0.9%NSS ขนาด 1,000
มิลลิลิตร ให้หมดภายใน 30 นาที ทางหลอดเลือด
ดำอีก 1 เส้น หลังจากนั้นลดเป็นอัตราการ
ไหล 150 มิลลิลิตรต่อนาที หลังรกคลอดผู้คลอด
ยังมีอาการวิงเวียน ตาลาย หนาวสั่น ยังมีเลือด
ไหลทางช่องคลอดออกเรื่อยๆ รวมเสียเลือดจาก
การคลอด 1,200 มิลลิลิตร ความดันโลหิต
106/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที
หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.9 องศา
เซลเซียส ระดับออกซิเจนในเลือด 97% คาสาย
สวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม 100
มิลลิลิตร/ 2 ชั่วโมง แพทย์ให้การวินิจฉัยมารดา
มีภาวะช็อกจากการตกเลือดจากสาเหตุรกลอกตัว
ก่อนกำหนดทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์
อีก 5 ชั่วโมง หลังคลอดค่าความเข้มข้นของเลือด
Hct 12.1% Platelet 99000 cell/ul ค่าการ
แข็งตัวของเลือด PT 28 seconds PTT 52.2
seconds PTT ratio 2.05 ประเมินฟังเสียงลม
ปอดพบเสียง crepitation ปรีกษาอายุรแพทย์สั่ง
ให้ยา Dopamine 1:1 อัตรา 15 มิลลิลิตรต่อ
นาที และย้ายผู้คลอดเข้ารับการดูแลที่หอ
ผู้ป่วยหนัก หลังได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนัก
1 วันอาการทั่วไปคงที่ ค่าการแข็งตัวของเลือด
PT 11.6 seconds PTT 27.6 seconds PTT
ratio 1.08 ค่าความเข้มข้นของเลือด Hct 18.2%
Platelet 47000 cell/ul สัญญาณชีพความดัน
โลหิต 122/76 - 134/ 90 มิลลิเมตรปรอท
ชีพจร 90-114 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อ
นาที อุณหภูมิกาย 37.0 -38.2 องศาเซลเซียส
ผู้คลอดมีภาวะเสียเลือดทำให้กลไกการเสียเลือด
ผิดปกติร่วมกับไม่มีสูติแพทย์ในโรงพยาบาลจึงส่ง
ต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพังกานาน 5 วัน

หลังจำหน่าย ดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด ดูแลภาวะเครียดนอนไม่หลับจากการสูญเสียบุตรและสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นรวมทั้งภาวะทางเศรษฐกิจโดยทีมสหวิชาชีพจนครบ 1 ปี

กรณีศึกษาที่ 2: ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 37 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ประจำการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (G2P1) last 15 ปี อายุครรภ์ 39⁺¹ สัปดาห์รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 29 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการอาการเจ็บครรภ์และมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด อาการแรกเริ่ม อายุครรภ์ครบกำหนด วัดความสูงของมดลูก 38 เซนติเมตร เนื้อห้วหน้า หัวเจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 5 -7 นาที Duration 40 วินาที เด็กดีันดีตรวจทางหน้าท้องทารกท่า Longitudinal lie Vertex presentation Fetal Heart Sound 140 ครั้งต่อนาที ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย NST ผลปกติอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในพบมีมูกเลือดที่ช่องคลอดพบว่าปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบาง 50% MI ระดับส่วนน้ำ -2 แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy with Labour pain สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส วางแผนให้คลอดทางช่องคลอด

ระยะคลอด ใช้กราฟดูแลการคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด มดลูกหดรัดตัวดีสม่ำเสมอ ใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดนาน 7 ชั่วโมง หลังปากมดลูกเปิดหมดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดเบ่งคลอดได้ดีใช้เวลาในการเบ่งนาน 26 นาที ทารกคลอดเพศหญิง น้ำหนัก 3,760 กรัม Apgar Score ที่ 1 นาที

8 คะแนน หักสีผิวและร้อง หลังทารกคลอดให้ผู้คลอดโอบกอดและดุนมบนเตียงคลอดการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยการให้ยา Oxytocin ขนาด 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อผู้คลอดร่วมกับการหนีบสายสะดือทารก หลังจากนั้นพบว่ารกเกาะแน่นและมีเลือดออกทันทีทันใด จำนวน 200 มิลลิลิตร ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-84 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS ขนาด 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ 18 อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อนาที หลังจากนั้นอีก 10 นาที ต่อมา มีเลือดออกเพิ่มอีก 200 มิลลิลิตร ได้มีการเตรียมเพื่อทำหัตถการล้วงรกในห้องคลอดโดยสูติแพทย์รกคลอดครบสมบูรณ์หลังรกคลอดมีเลือดออกแบบทันทีจำนวน 700 มิลลิลิตร รวมการเสียเลือด 1,100 มิลลิลิตรและใช้เวลาในระยะที่ 3 ของการคลอดนาน 36 นาที สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 74/44 -95/57 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส แพทย์วินิจฉัย Abnormal labour with Retained placenta with PPH and Hypovolemic shock หลังรกคลอดมดลูกนึ่มทำการห้ามเลือดแบบ uterine massage และให้ยาเพิ่มการหดรัดของมดลูกทางหลอดเลือดดำและชนิดเหน็บทางทวารหนัก ให้เลือดเม็ดเลือดแดงทางหลอดเลือดดำเพิ่ม 1 เส้น และเพิ่มอัตราการไหลของสารน้ำเป็น 150 มิลลิลิตรต่อนาที รวมระยะเวลาการคลอดทุกระยะ 8 ชั่วโมง 2 นาที ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่หลังคลอดได้รับเลือดเม็ดเลือดแดงรวม 6 ยูนิต ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนจำหน่าย 35% สามารถจำหน่ายได้ภายใน 3 วันหลังคลอด

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีผู้ป่วย 2 รายดังรายละเอียดต่อไปนี้
ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลพื้นฐาน	หญิงไทยอายุ 34 ปี วุฒิการศึกษา อนุปริญญาอาชีพครู	หญิงไทยอายุ 37 ปี วุฒิการศึกษา ประถมศึกษาอาชีพทำสวนยางพารา
ประวัติการตั้งครรภ์	G ₃ P ₂ A ₀ L ₂ อายุครรภ์ 37 ⁺⁵ สัปดาห์ฝากครรภ์ที่คลินิกขณะอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ฝากครรภ์รวม 7 ครั้ง ขณะตั้งครรภ์ 36 ⁺² สัปดาห์ตรวจพบความดันโลหิตสูง 152/93 มิลลิเมตรปรอทได้รับการวินิจฉัย Gastation hypertension	G ₂ P ₁ A ₀ L ₂ อายุครรภ์ 39 ⁺¹ สัปดาห์ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 5 สัปดาห์ ฝากครรภ์รวม 6 ครั้ง มีภาวะซีดขณะฝากครรภ์ Hct 33%
ประวัติการเจ็บป่วยและการคลอด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด เคยคลอดบุตร 2 คนคนสุดท้ายอายุ 5 ปี ปัจจุบันบุตรแข็งแรง	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด เคยคลอดบุตร 1 คนอายุ 15 ปี ปัจจุบันบุตรแข็งแรง
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด	1. มีภาวะ Gastation hypertension ขณะตั้งครรภ์ได้ยาลดความดันโลหิตควบคุมอาการไว้ 2. ได้รับยา Oxytocin ขณะรอกคลอด	1. ซีด Hct 30.6% 2. ทารกตัวโต
อาการแรกเริ่ม	เจ็บครรภ์และเด็กไม่ตื่นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที อาการแรกเริ่ม : รู้สึกตัว มีอาการหน้าซีดวิงเวียน ปวดท้องมาก ระดับยอดมดลูก ¾ มากกว่าสะดือปวดท้องมาก ท้องแข็งตึง มดลูกหดตัวรุนแรง Interval 1 นาที 30 วินาที Duration 50 วินาที ประเมินความปวด NRS 10 คะแนน ตรวจ ไม่พบเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ได้รับการตรวจซ้ำด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโดยสูติแพทย์ให้การวินิจฉัยทารกเสียชีวิตในครรภ์ และไม่พบการลอกตัวของรก ประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกพบว่าปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 70% ผนังยังไม่แตก ระดับส่วนนำ -2	เจ็บครรภ์และมีมูกเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง อาการแรกเริ่ม อายุครรภ์ครบกำหนดเจ็บครรภ์มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 5-7 นาที Duration 40 วินาที เด็กตื่นดีตรวจทางหน้าท้องทารกท่า Longitudinal lie Vertex Presentation Fetal Heart Sound 140 ครั้งต่อนาที ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย NST ผลปกติ ตรวจภายในพบมูกเลือดที่ช่องคลอดพบว่าปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบาง 50% MI ระดับส่วนนำ -2 แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy with Labour pain

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส	สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น	Labour pain with DFIU	Labour pain
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Abnormal labourAbruptioplacentawith DFIU with PPH with Hypovolemic shock	G2P2 Abnormal labour with Retained placenta with PPH with Hypovolemic shock

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
ระยะแรกเริ่ม / ระยะรอคลอด	มดลูกมีการหดตัวถี่และรุนแรง Interval 1 นาที 30 วินาที Duration 50 วินาที ประเมินความปวด 10 คะแนน	มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอทุก 5 นาที นาน 40 วินาที
1. ผู้คลอดมีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด	1. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดตัวตัวของมดลูกทุก 30 นาที 2. ตรวจภายในดูการเปิดขยาย ความบางของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 1 ชั่วโมง 3. บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ 4. ประเมินความรุนแรงของการปวดพร้อมทั้งอธิบายสาเหตุ 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที 6. จัดทำการบรรเทาปวดโดยการปรับให้นอนตะแคงช่วยนวดบริเวณหลังและก้นกบ 7. พุดคุยให้กำลังใจและอยู่กับผู้คลอดตลอดเวลาและเปิดโอกาสให้สามีอยู่	1. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดตัวตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง 2. ตรวจภายในดูการเปิดขยาย ความบางของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 2 ชั่วโมง 3. บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง 5. ประเมินความรุนแรงของการปวดพร้อมทั้งอธิบายสาเหตุ 6. จัดทำการบรรเทาปวดโดยการปรับให้ท่านั่งแบบผีเสื้อของมณีเวช ช่วยนวดบริเวณหลังและก้นกบ 7. พุดคุยให้กำลังใจเบี่ยงเบนอาการปวดโดยกระตุ้นการพูดถึงสุขภาพทารกในครรภ์และอยู่กับ ผู้คลอดตลอดเวลา

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
ช็อกจากการตกเลือด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
	เคียงข้างให้กำลังใจเนื่องจากสูญเสียบุตร ผลการตรวจพบทารกเสียชีวิตในครรภ์ แต่ผู้คลอดยังมีความหวังว่าทารกรอด ชีวิต	ขณะตั้งครรภ์มีภาวะซีดผู้คลอดกังวลว่า ทารกจะไม่ปลอดภัย
2. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์	1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าที่เป็นมิตร 2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง 3. รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก 4. เปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลาคอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจ	1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าที่เป็นมิตร 2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง 3. รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก 4. เปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลาคอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจ
3. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	มดลูกหดรัศตัวรุนแรงตลอดเวลาและมีการใช้ยา Oxytocin เพื่อเร่งคลอดร่วมด้วย 1. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 2. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่นเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้สารละลายไวก่อนคลอด จองเลือดไว้ล่วงหน้า PRC 4 ยูนิต ประสานงานเตรียมทีมที่ดูแล 3. ใช้กราฟดูแลการคลอดป้องกันการคลอดยาวนาน 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที 5. ดูแลให้ยา oxytocin ตามมาตรฐานการให้ยาของหน่วยงาน 6. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด	มดลูกขยายมากเนื่องจากทารกโตมีภาวะซีด 1. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 2. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่นเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้สารละลายไวก่อนคลอด จองเลือดไว้ล่วงหน้า PRC 2 ยูนิต ประสานงานเตรียมทีมที่ดูแล 3. ใช้กราฟดูแลการคลอดป้องกันการคลอดยาวนาน 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง 5. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
ช็อกจากการตกเลือด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
ระยะคลอด 1. มีภาวะตกเลือด หลังคลอด	<p>ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุรกลอกตัว ก่อนกำหนดและมดลูกหดตัวไม่ดี</p> <ol style="list-style-type: none"> เรียกทีมช่วยเหลือ ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น ประเมินการหดตัวของมดลูกและ นวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจน มดลูกกลมแข็งหลังจากนั้นนวดคลึงทุก 15 นาที ประเมินสัญญาณชีพและระดับความ รู้สึกตัวทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการ เปลี่ยนแปลง จัดทำผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้า พร้อมให้ความอบอุ่น ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที สวนคาปัสสาวะไว้ ให้สารน้ำทดแทนชนิด 0.9%NSS 1000มิลลิลิตร เร็วๆในเบื้องต้นหลังจาก นั้น อัตรา 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงแล้ว พิจารณาลดลงตามสภาพผู้คลอด ให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ทดแทน PRC FFP ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin 40 unit ผสมใน 5%D/2 500 มิลลิลิตร อัตรา 125 มิลลิลิตรต่อ ชั่วโมง Cytotec 5 เม็ดเหน็บทวารหนัก ประเมินติดตามค่าความเข้มข้นของ เลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดเป็น ระยะ ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้าง ความมั่นใจในการดูแลรักษา 	<p>ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุรกค้างและ ทำหัตถการล้วงรก</p> <ol style="list-style-type: none"> เรียกทีมช่วยเหลือ ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุง ตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น ประเมินการหดตัวของมดลูกและ นวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจน มดลูกกลมแข็งหลังจากนั้นนวดคลึงทุก 15 นาที ประเมินสัญญาณชีพและระดับ ความรู้สึกตัวทุก 15 นาทีเพื่อประเมิน อาการเปลี่ยนแปลง ตรวจการฉีกขาดของช่องทางคลอด และตรวจความสมบูรณ์ของรกซ้ำ จัดทำผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้า พร้อมห่มผ้า ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10ลิตรต่อนาที สวนคาปัสสาวะ ให้สารน้ำทดแทนชนิด 0.9%NSS 1000มิลลิลิตรเร็วๆในเบื้องต้นหลังจาก นั้น อัตรา 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงแล้ว พิจารณาลดลงตามสภาพผู้คลอด ให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ทดแทน PRC FFP ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin 40 unit ผสมใน 5%D/2 500 มิลลิลิตร อัตรา 125 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Cytotec 5 เม็ดเหน็บทวารหนัก ประเมินติดตามค่าความเข้มข้นของ เลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดเป็น ระยะ

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
ช็อกจากการตกเลือด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
2. ผู้คลอดมีภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด	<p>ผู้คลอดยังมีอาการหน้าซีด วิงเวียน ตาลาย หนาวสั่น เสียเลือดรวม 1,200 มิลลิลิตร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด <ul style="list-style-type: none"> - การวัดสัญญาณชีพ/ระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 นาที ในช่วงที่มีอาการสูญเสียเลือดทันทีทันใด วัดทุกเป็นทุก 15 นาที หลังจากได้รับสารน้ำทดแทนและความดันโลหิตเฉลี่ย > 65 mmHg จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจากนั้นวัดทุก 30 นาทีจนระดับความดันโลหิตปกติ คงที่ วัดเป็นทุก 1 ชั่วโมง กรณีความดันโลหิตเฉลี่ย < 65 mmHg ปฏิบัติการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจปริมาณปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง กรณีปัสสาวะ < 25 มล/ชม ปฏิบัติการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินเลือดออกทางช่องคลอด ทุก 1 ชั่วโมง โดยการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัย ผ้าซับที่เปื้อนเลือด 2. ดูแลให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อย แน่น กรณีที่พบ หยุดให้เลือดและปรึกษาแพทย์ 4. ดูแลให้ Dopamine 100 mg ผสมใน 0.9NSS 100 ml อัตราไหล 15 mg/hr เฝ้าระวังภาวะการร่วออกนอกเส้นเลือด และปรับลดอัตราการไหลเมื่อความดันโลหิตเฉลี่ย > 65 mmHg จนหยุดให้ 	<ol style="list-style-type: none"> 12. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษา <p>ผู้คลอดยังมีอาการหน้าซีด วิงเวียน ตาลาย เสียเลือดรวม 1,100 มิลลิลิตร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด <ul style="list-style-type: none"> - การวัดสัญญาณชีพ/ระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 นาที ในช่วงที่มีอาการสูญเสียเลือดทันทีทันใด วัดทุกเป็นทุก 15 นาที หลังจากได้รับสารน้ำทดแทนและความดันโลหิตเฉลี่ย > 65 mmHg จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจากนั้นวัดทุก 30 นาทีจนระดับความดันโลหิตปกติ คงที่ วัดเป็นทุก 1 ชั่วโมง กรณีความดันโลหิตเฉลี่ย < 65 mmHg ปฏิบัติการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจปริมาณปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง กรณีปัสสาวะ < 25 มล/ชม ปฏิบัติการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินเลือดออกทางช่องคลอด ทุก 1 ชั่วโมง โดยการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัย ผ้าซับที่เปื้อนเลือด 2. ดูแลให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อย แน่น กรณีที่พบ หยุดให้เลือดและปรึกษาแพทย์ 4. ติดตามและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ค่า HCT/PTT แก่แพทย์

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
ช็อกจากการตกเลือด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>3. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากเลือดออกมาก</p>	<p>5. ติดตามและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าHcT BUN Cr LFT PT/PTT แก่แพทย์</p> <p>สีหน้าวิตกกังวลมาก บอกว่ากลัวเสียชีวิตจากการคลอด และทารกในครรภ์เสียชีวิต</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบโยนและให้กำลังใจ</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอด</p>	<p>สีหน้าวิตกกังวล บอกว่ากลัวมากจะดูแลตนเองและบุตรไม่ได้</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบโยนและให้กำลังใจ</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอด</p> <p>5. ให้ผู้คลอดได้โอบกอด สัมผัสทารกช่วยเหลือนำทารกเข้าเต้าเริ่มดูดนมเพื่อสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูกเมื่ออาการผู้คลอดคงที่</p>
<p>ระยะหลังคลอด</p> <p>1. มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด</p>	<p>หลังคลอดบอกเหนื่อยเพลียมาก ไม่มีแรง สีหน้าอิดโรย</p> <p>1. ดูแลที่หอผู้ป่วยหนักระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>2. ให้อมน้ำแข็งในระยะแรกและค่อยๆ จิบน้ำหวานเมื่ออาการคงที่</p> <p>3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ</p> <p>4. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>5. ประเมินอาการขาดน้ำเช่นปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย</p> <p>6. ดูแลให้อ่อนพริ้วมากๆลดกิจกรรมที่</p>	<p>หลังคลอดบอกเหนื่อยเพลียมาก ไม่มีแรง</p> <p>1. ให้ดื่มน้ำหวาน 1 แก้วหลังคลอดและดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนในระยะแรกจนอาการคงที่จึงปรับลักษณะอาหารของมารดาหลังคลอด</p> <p>2. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>3. ดูแลให้อ่อนพริ้ว ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>4. ช่วยเหลือการทำกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นการขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอนามัย</p> <p>5. ช่วยเหลือในการให้นมบุตรและช่วย</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
ช็อกจากการตกเลือด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
	<p>รับกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด</p>	<p>ดูแลทารกให้เพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่</p>
<p>2. ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการวางแผนครอบครัว</p>	<p>บอกว่าอยากมีบุตรทดแทนที่เสียไปแต่ไม่รู้ว่าจะต้องเว้นระยะนานเท่าไร ประกอบกับตนเชื่อว่าศาสนาที่ตนนับถือไม่ให้ทำหมันหลังคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูลชนิดการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพทางสังคมของผู้คลอดไม่ขัดต่อความเชื่อส่วนบุคคลและแนะนำการเว้นช่วงของการมีบุตรที่เหมาะสม 2. แนะนำการฝากครรภ์คุณภาพในการตั้งครรถ์ครั้งต่อไปและการบันทึกภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในครรภ์นี้ เพื่อการดูแลที่เหมาะสมในการตั้งครรถ์ครั้งต่อไป 3. มีการนัดการดูแลต่อเนื่องหลังคลอดเพื่อการวางแผนครอบครัว 	<p>มารดาหลังคลอดและครอบครัวกลัวว่าการลี้ยงรกแล้วไม่สามารถตั้งครรถ์ได้อีกจึงไม่ต้องคุมกำเนิด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูล พยาธิสภาพ ปัญหา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว 2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ตนไม่เข้าใจด้วยท่าที่เป็นมิตร 3. ให้ข้อมูลชนิดการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพทางสังคมของผู้คลอดไม่ขัดต่อความเชื่อส่วนบุคคลและแนะนำการเว้นช่วงของการมีบุตรที่เหมาะสม 4. มีการนัดการดูแลต่อเนื่องหลังคลอดเพื่อการวางแผนครอบครัว
<p>3. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด</p>	<p>มีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรกและมีการเสียเลือดมาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2. ประเมินสัญญาณชีพที่บ่งบอกการติดเชื้อเช่น ปวดท้อง มีไข้ ชีพจรเบาเร็ว 3. สอนมารดาหลังคลอดสามารถประเมิน สังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด เช่น จำนวน สี ปริมาณลักษณะและกลิ่นของน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด อาการมีไข้ ปวดมดลูก ความสูงของยอดมดลูกและอาการแสดงของการตกเลือด 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดมากโดยเลือกอาหารที่มี 	<p>มีแผลในโพรงมดลูกจากการลี้ยงรกและมีการเสียเลือดมาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอกและความสะอาดของร่างกาย ทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2. สอนมารดาหลังคลอดสามารถประเมิน สังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด เช่น จำนวน สี ปริมาณลักษณะและกลิ่นของ น้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด อาการมี ไข้ ปวดมดลูก ความสูงของยอดมดลูก และอาการแสดงของการตกเลือด 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่ เสียเลือดมากโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามินเกลือแร่ ธาตุเหล็กสูง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
ช็อกจากการตกเลือด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
4. มีภาวะเครียดจากการสูญเสียบุตร	<p>โปรตีน วิตามินเกลือแร่ ธาตุเหล็กสูง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป</p> <p>5. แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินภายหลังจำหน่าย</p> <p>ทารกเสียชีวิตในครรภ์ก่อนคลอด</p> <p>1. เปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่ใกล้ชิดมารดาหลังคลอดเพื่อให้กำลังใจ</p> <p>2. อธิบายให้ทุกคนในครอบครัวได้ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ทารกเสียชีวิต</p> <p>3. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดและครอบครัวได้เล่าระบายความรู้สึก ความคิด ความเชื่อและความต้องการพยาบาลรับฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจ ในความคิดและความรู้สึกดังกล่าว</p> <p>4. อนุญาตให้มารดาหลังคลอดและครอบครัวจัดพิธีทางศาสนาตามความเชื่อเกี่ยวกับการเสียชีวิตของทารก เพื่อเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจ และลดความรู้สึกผิดของสตรีและครอบครัวได้</p> <p>5. ให้ความช่วยเหลือภายหลังจำหน่าย โดยประสานงานกับทีมจิตเวชและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>4. แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินภายหลังจำหน่าย</p>

สรุปผลการศึกษา

ผู้คลอดรายที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 5 วัน มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีอาการปวดท้องและเด็กไม่ดิ้นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ตรวจพบทารกเสียชีวิตในครรภ์ให้คลอดทางช่องคลอดทารกคลอดเพศหญิงตัวซิด

ไม่หายใจ หัวใจไม่เต้น น้ำหนัก 2,150 กรัม มีภาวะตกเลือดจากรกลอกตัวก่อนกำหนด ผู้คลอดรายที่ 2 เป็นหญิงไทยอายุ 37 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 1 วัน มีอาการเจ็บครรภ์และมีมูกเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง คลอดทางช่องคลอด ทารก

คลอดเพศหญิงน้ำหนัก 3,760 กรัม หลังทารกคลอดมีภาวะรกค้างร่วมกับมีภาวะเลือดออกมาก ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายกันดังนี้ ระยะก่อนคลอด 3 ปัญหา ได้แก่ 1. ผู้คลอดมีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด 2. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์ 3. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะคลอด 3 ปัญหา ได้แก่ 1. ตกเลือดหลังคลอด 2. ผู้คลอดมีภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด 3. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากเลือดออกมาก ระยะหลังคลอด 3 ปัญหา ได้แก่ 1. มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด 2. ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการวางแผนครอบครัว 3. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด ผู้คลอดรายที่ 1 มีปัญหาที่เพิ่มขึ้นคือ มีภาวะเครียดจากการสูญเสียบุตร

ผู้คลอดรายที่ 1 มีภาวะตกเลือดจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดซึ่งภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ การเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากในขณะตั้งครรภ์หรือระยะรอคลอดจากการที่มีแผลตำแหน่งที่รกเคยเกาะในขณะเดียวกันยังมีทารกอยู่ในครรภ์ มดลูกจึงไม่สามารถจะหดตัวเพื่อให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณรอยแผลหดตัวและหยุดเลือดได้ เลือดจึงไหลไม่หยุดเกิดการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดได้มารดาที่มีรกลอกตัวก่อนกำหนด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 7.59 เท่า³ ผู้คลอดรายที่ 2 มีภาวะตกเลือดจากรกค้าง ซึ่งสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรกหรือชิ้นส่วนของรกตกค้างภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้ ร้อยละ 14.4 ของการคลอดปกติทั้งหมด³ การป้องกันการตกเลือดใน

กรณีศึกษาโดยการประเมินภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด การทำคลอดรด้วยวิธีการ Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) การแก้ไขเมื่อมีภาวะตกเลือด โดยการให้ทีมที่มีสูติแพทย์เป็นหัวหน้าทีม การให้สารน้ำเลือด การให้ยาหดตัวของมดลูก การแก้ไขสาเหตุ เช่น การล้วงรก ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำการป้องกันและจัดการภาวะตกเลือดขององค์การอนามัยโลก ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งสหราชอาณาจักร ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁴⁻⁷

วิจารณ์

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และมีความแตกต่างในประเด็นสาเหตุ ความรุนแรงของภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งความยากของการปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้คลอดรายที่ 1 อายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 5 วัน มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ มาด้วยอาการปวดท้องและทารกไม่ดิ้น ตรวจพบทารกเสียชีวิตในครรภ์ไม่พบภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด คลอดทางช่องคลอดทารกเกิดไร้ชีพ น้ำหนัก 2,150 กรัม หลังคลอดตรวจพบ มีก้อนเลือดที่หลังรกและมดลูกหดตัวไม่ดีจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด มีการเสียเลือดรวม 1,200 มิลลิลิตร พบภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และพบปัญหาทางด้านจิตใจจากการสูญเสียทารกในครรภ์ ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 อายุ 37 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 1 วัน มีภาวะช็อคขณะตั้งครรภ์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์และมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ทารกคลอดน้ำหนัก 3,760 กรัม หลังคลอด พบว่ามีรกค้าง ทำให้มีเลือดออกมากทันที จำนวน 400

มิลลิลิตร จึงได้รับการทำหัตถการล้างรกมีการเสียเลือดรวม 1,100 มิลลิลิตร โดยผู้คลอดทั้ง 2 รายได้รับการรักษาหลักที่เหมือนกัน คือ ได้รับสารน้ำเลือด ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการนวดคลึงมดลูกและการเฝ้ารอวังสัณญาณซีพอย่างใกล้ชิด

จากการวิเคราะห์ข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อปัญหาการตกเลือดและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ มีผลทำให้เกิดความผิดปกติเกิดขึ้นในหลายระบบ เช่น เกิดความผิดปกติของการทำงานของรกและหลอดเลือดของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งส่งผลให้รกลอกตัวก่อนกำหนดและเป็นสาเหตุให้ทารกตายในครรภ์ได้ สำหรับมีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้ผู้คลอดทนต่อการเสียเลือดได้น้อยความรุนแรงของภาวะตกเลือดรุนแรงมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้การสูญเสียบุตรในผู้คลอดรายที่ 1 ได้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจ ทำให้มารดา รู้สึกถึงความสูญเสีย ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตไม่สามารถแสดงบทบาทความเป็นมารดาได้ ในผู้คลอดรายนี้ระยะหลังคลอดมีครอบครัวและสังคมคอยช่วยเหลือ ประคับประคองให้กำลังใจจนสามารถผ่านพ้นวิกฤติไปได้กลับมาประกอบอาชีพได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปฏิบัติตามแนวทางการประเมินการเสียเลือดอย่างเคร่งครัด เพื่อให้การประเมินการเสียเลือดตรงกับความ เป็นจริง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้
2. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้คลอด เพื่อให้เกิดความชำนาญในการป้องกันและจัดการภาวะตกเลือดทุกระยะการคลอด

3. การใช้ทักษะในการสื่อสาร (SBAR) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในภาวะวิกฤติ เพราะจะทำให้ผู้คลอดได้รับการดูแล รักษาล่าช้า อาจส่งผลกระทบต่อร้ายแรงถึงแก่ชีวิตได้

4. ควรให้ความสำคัญกับการให้ความอบอุ่นร่างกายผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานกรณีศึกษาฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือจากทีมการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตะกั่วป่าที่เสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขและตรวจสอบ รวมทั้งพยาบาลประจำงานห้องคลอด ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอด ตลอดจนการจัดทำกรณีศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Lale Say, Doris Chou, Alison Gemmill, ÖzgeTunçalp, Ann-Beth Moller, Jane Daniels, A Metin Gülmezoglu, Marleen Temmerman, LeontineAlkema. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis .Lancet. 2014 may 2; 6: E323-333. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
2. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด. วารสารวิชาการสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิย 2562]; 7(2): [12] แหล่งข้อมูลจาก URLhttp://apheit.bu.ac.th/journal/science-july2560/15_17_%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%81%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%AB%E0%B8%A5

- E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94_proof1_formatted.pdf
3. Satapornteera, P., Arj-Ong, S. and Aswakul, O. Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012; 20(1): 21-8.
 4. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. [online] 2012[cited 2019 jun 13];[48 screen], Available from: URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf;jsessionid=ADECEF1592D6CDAF8F671C5A9BBDF962?sequence=1
 5. The Women's Health Committee. Mangement of Postpartum haemorrhage (PPH).[online] 2017 [cited 2019 jun 13]; [17 screen], Available from: URL https://ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOGMEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guide lines/Clinical-Obstetrics/Management-of-Postpartum-Haemorrhage-(C-Obst-43)-Review-July-2017.pdf?ext=.pdf
 6. Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt B J, Riris S, Thomson AJ. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. BJOG [serial online] 2016 december [cited 2019 jun 13]; 124: e106-e149. Available from: URL <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14178>
 7. ศรีภพ เลิศบรรณพงษ์. การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันจากมดลูกหดตัวไม่ดี ด้วยกระบวนการ TIME. ใน: วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์(ไทย) กรุงเทพฯ: ธนาเพรส ; 2561.
 8. นวภรณ์ ออรุ่งโรจน์. Hypertensive Disorders in Pregnancy ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์(ไทย) กรุงเทพฯ: ธนาเพรส ; 2561.
 9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 8: 2557.