

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับการตัดมดลูก : กรณีศึกษา

นิธินันท์ ถาวรชาติ, พบ.*

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่น ที่ตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต ผลต่อการศึกษาเล่าเรียน และผลต่อจิตใจ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะเกิดความเสียดังกล่าวสุขภาพ สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุเป็นผู้ใหญ่กว่า⁽¹⁾ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ร่างกายอยู่ในช่วงที่กำลังพัฒนาและเปลี่ยนแปลง เมื่อเกิดการตั้งครรภ์การเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายจะหยุดชะงักลง ส่งผลให้ร่างกายขาดสมดุล มดลูกขยายตัวไม่เต็มที่ ทำให้พื้นที่จำกัด กระดูกเชิงกรานพัฒนาไม่เต็มที่ ช่องทางผ่านสำหรับทารกจะแคบกว่าปกติ^(2,3) ระยะตั้งครรภ์จะมีปัญหาการไปฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอดพบปัญหาเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน ไม่มี ความก้าวหน้าทางการคลอด การคลอดยากหรือคลอดไม่ได้ ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน^(4,5) ระยะหลังคลอดเกิดภาวะมดลูกล้า การหดตัวของมดลูกไม่ดี เกิดการตกเลือดหลังคลอด และนำไปสู่การตัดมดลูกในที่สุด⁽⁶⁾

ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้ศึกษาการพยาบาลมารดาวัยรุ่นตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับการตัดมดลูก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งศึกษาการดำเนินโรค อุบัติการณ์ สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม

ผลการศึกษา: พบว่ากรณีศึกษามีการผิสดส่วนระหว่างหัวเด็กกับช่องเชิงกราน เกิดระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนาน และตรวจพบขี้เทาในน้ำคร่ำมีสีเขียว ชัน เหนียว ชุ่ม ปริมาณมากในระยะเจ็บครรภ์คลอด ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน เกิดปัญหามดลูกล้า มดลูกไม่หดตัวทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดจนต้องได้รับการตัดมดลูก เพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic Shock ซึ่งมีแนวโน้มอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต กรณีศึกษามีความปลอดภัยจากการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ พร้อมทั้งได้กลับบ้านทั้งมารดาและทารกในที่สุด

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาวัยรุ่น, ตกเลือดหลังคลอด, ตัดมดลูก

*ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยภูมิ



Nursing for Teenmom Postpartum hemorrhage due to Hysterectomy: Case study

Nitinun Tawonchat, RN*

Abstract

The number of teenage pregnancies is increasing each year. And affect on health, lifestyle, education and mind. Teenage pregnancy are high risk than adult pregnant. Especially teenage under the age of 18 the body is in its developing and changing phase. When pregnant Growth and bodily changes are interrupted. Resulting in the body imbalance uterus not fully explain causing confined space, the pelvis does not fully developed The passageway is narrower cephalopelvic disproportion. During pregnant, there will be problems with late antenatal care or not antenatal care. Complications during pregnancy, prolonged labour, non progress of labour, dystocia or obstructed labour, will be operative obstetrics and operative emergency. In postpartum period uterine inertia, uterine atony, Postpartum hemorrhage and hysterectomy. The researchers realized the importance of the problem and therefore studied nursing mothers of postpartum hemorrhage adolescent mother who underwent a hysterectomy. The objective is to develop guideline for nursing patients with emergency caesarean section in the preoperative, surgical and postoperative stages. Including studying disease progress, incidence, cause, signs and symptoms and rehabilitation for safety and holistic care.

In accordance with this case study, the occurrence teenmom. Cephalo-pelvic disproportion, prolonged labour, Fetus thick meconium stained and unplan operative emergency. In postpartum period uterine atony postpartum hemorrhage and hysterectomy. From the decision of the Obstetrician and the provision of important information which complex treatment. Communicating with patient and parent for prevent hypovolemic shock to prevent maternal mortality and maternal deaths. This case study are therefore safe from surgery. No complications able to perform daily activities until able to discharge both mother and baby.

Keyword: Nursing for Teenmom, Postpartum hemorrhage, Hysterectomy, Hypovolemic Shock

*Operating Room Chaiyaphum Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน เกิดจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษาหรืออนามัยการเจริญพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย การตั้งครรภ์และคลอดในแต่ละปีของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี มีจำนวนสูงถึง 16 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 11 ของการคลอดสำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็น 47.9, 44.8 และ 42.59 ตามลำดับ⁽⁷⁾ ปี พ.ศ. 2560-2562 จังหวัดชัยภูมิ มีมารดาวัยรุ่น จำนวน 1,704 ราย 1,581 รายและ 1,185 ราย ตามลำดับ โรงพยาบาลชัยภูมิพบว่ามีมารดาวัยรุ่น จำนวน 554 ราย 478 รายและ 394 ราย⁽⁸⁾ ซึ่งมารดาวัยรุ่นบางคนที่ร่างกายมีการเติบโตไม่เต็มที่ ไม่พร้อมสำหรับการคลอด เกิดภาวะผิสดัดส่วนของศีรษะทาบกับช่องเชิงกราน ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าหรือบางรายอาจต้องได้รับการช่วยคลอดด้วยหัตถการเครื่องดูดสุญญากาศ หรือการผ่าตัดคลอด บางรายเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องได้รับการรักษาภาวะวิกฤต

ฉุกเฉิน หากการรักษาด้วยยาและหัตถการยังไม่สามารถแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ จำเป็นต้องได้รับการตัดมดลูก เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต ซึ่งการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน และใช้เวลานาน รวมถึงใช้ทีมงานที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน นอกจากนี้ยังได้นำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด นำไปสู่การรวบรวมข้อมูล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการรบกวน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ

จากสถิติมารดาหลังคลอดตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2560-2562 มีจำนวน 19, 20 และ 31 รายตามลำดับ⁽⁹⁾ คิดเป็นร้อยละ 1.21, 0.95 และ 1.55 ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักมาจากมดลูกฉ่ำ หดรัดตัวไม่ดี ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะช็อก ต้องได้รับเลือดทดแทน และมีความรุนแรงต้องตัดมดลูกจำนวน 5, 1 และ 7 รายตามลำดับ ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้ศึกษาเรื่องการพยาบาลมารดาวัยรุ่นตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับการตัดมดลูก เพื่อใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้ได้มาตรฐาน ทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น สามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และทำให้มีการวางแผนการพยาบาลได้ดีขึ้น ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ในการประเมินภาวะแทรกซ้อน และการพยากรณ์โรคได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม พร้อมทั้งปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลในทีมสุขภาพได้นำ

ความรู้ และแนวทางไปปฏิบัติเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ และเพื่อเพิ่มความซื่อสัตย์และความสามารถ ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงได้เลือกศึกษากรณีศึกษารายนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลและการพยาบาลผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดรายอื่นๆ ให้แก่บุคลากรที่สนใจต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาวัยรุ่นตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับการตัดมดลูก ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค อุบัติการณ์สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

กรณีศึกษา

หญิงไทย สถานภาพ คู่ อายุ 17 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ ในปกครอง จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภูมิลำเนา ต.แก้งสนาม อ.แก้งสนาม จ.นครราชสีมา

HN 000824806 AN 620022369

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 23 มิถุนายน 2562 เวลา 16.52 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 28 มิถุนายน 2562 เวลา 12.00 น.

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Labor pain

การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด Caesarean section with Postpartum Hemorrhage with Subtotal Hysterectomy

การผ่าตัด

1. Caesarean section (24 มิถุนายน 2562 เวลา 11.35 น.)

2. Subtotal Hysterectomy (24 มิถุนายน 2562 เวลา 14.40 น.)

อาการสำคัญที่มีโรงพยาบาล เจ็บครรภ์ 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

G₁P₀A₀L₀ อายุครรภ์ 38⁵ สัปดาห์ (จาก ultrasound) วันที่ 23 มิถุนายน 2562 เวลา 06.00 น. มีอาการเจ็บครรภ์ ท้องป็นเป็นพักๆ ประมาณ 3 ครั้ง/ชั่วโมง ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไปโรงพยาบาลแก้งสนามนาง แพทย์ตรวจทางช่องคลอดพบปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร แพทย์ให้นอนสังเกตอาการ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้น ประมาณ 5 ครั้ง/ชั่วโมง จึงขอมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิ

แรกรับที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ เวลา 17.30 น. วันที่ 23 มิถุนายน 2562 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และอาการนำที่ต้องมาโรงพยาบาลได้ มีสีหน้าเจ็บปวด ผู้ป่วยท้องป็นเป็นพักๆ มีอาการเจ็บครรภ์คลอด Pain Score 10/10 สัญญาชีพแรก รับ T 37.2 °C PR 104/min RR 20/min BP 116/67 mmHg ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ผลการตรวจครรภ์ High of fundus 30 cms เต็มท่า ROA Presentation Vertex FHS 120 /min ชัดเจนดี Contractions Interval 3 min Duration 45 sec PV Cervix dilatation 4 cms Effacement 75 % Membrane impact Station 0 Estimate body weight 3,000 gms ตรวจ Albumin ในปีสภาวะ

ได้ผล negative ตรวจ Sugar ในปัสสาวะได้ผล negative แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดคลอด ในวันที่ 24 มิถุนายน 2562 เวลา 11.35 น. เนื่องจากการผิด สัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา การคลอดเนิ่นนานในระยะที่ 1 ของการคลอด และตรวจพบขี้เทาในน้ำคร่ำมีสีเขียว ชัน เหนียว ขุ่น ปริมาณมากในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่างๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดามารดา ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีบุคคลใดในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง มีพี่ชาย 1 คน สุขภาพแข็งแรง

ประวัติการมีประจำเดือน เริ่ม มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 11 ปี โดยปกติประจำเดือนมาสม่ำเสมอปวดประจำเดือน เป็นบางครั้งในวันแรก มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันจึงตั้งครรภ์

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่อ อายุ 16 ปี จำนวนคู่่นอน 1 คน ไม่ได้คุมกำเนิด

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด G₁P₀A₀L₀อายุครรภ์ 38⁺₅ สัปดาห์ (จาก ultrasound) ครรภ์นี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 20⁺₅ สัปดาห์ (จาก ultrasound) กำหนดคลอด 20 กรกฎาคม 2562 ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งจำนวน 8 ครั้ง

ผลการตรวจร่างกาย (23 มิถุนายน 2562)

ลักษณะทั่วไปหญิงไทย อายุ 17 ปี ผมน้ำตาลอ่อน เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น สะอาด สีหน้าท่าทางวิตกกังวล อ่อนเพลีย น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 54 กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบัน 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร Body Mass Index=23.4 m²/kg (รูปร่างปกติ) สัญญาณชีพแรกจับ T 37.2 °C PR 104/min RR 20/min BP 116/67 mmHg

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. CBC พบความผิดปกติ คือ WBC 18.6 k/ul (3.35-9.57) (23 มิถุนายน 2562) มากกว่าเกณฑ์ปกติ อาจเกิดจากความเครียดหรือมีการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย⁽¹⁰⁾

2. Hct 27.7-25.8% (23 มิถุนายน 2562) ค่า Hct ต่ำจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

การรักษาของแพทย์

1. RLS 1,000 ml iv drip 100 ml/h NPO 5%D/N/2+syntocinon 10 ml/h (23-24 มิถุนายน 2562)

2. Set OR for C/S due to CPD cytotec 4 tabs rectal suppo Nalador 500 mg iv drip in 1 h Methergin 1 amp iv ทุก 15 minx 5 dose cold pack with uterine massage ให้ PRC 1 unit, Cefazolin 1 g iv with จิบน้ำ 18.00 น. Hct พุ่งขึ้น (24 มิถุนายน 2562)

3. PRC 1 unit Liquid เข้า Soft diet เทียง iv หมด 3 ขวด off พร้อม Foley's catheter ย้ายหลังคลอด (25 มิถุนายน 2562)

4. D/C Paracetamol (500 mg) 1 tab p.r.n.
ทุก 6 h, Triferdine 150 1 tab OD, pc., CaCO₃ (1
gm) 1 tab h.s.

การวางแผนการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. วิตกกังวล
เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน
และหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective: บอกว่าไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ
ตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอดบุตร

Objective: สีหน้ากังวล บอกว่าเป็นการ
ผ่าตัดครั้งแรก

วัตถุประสงค์

1. คลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับการ
การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอด
2. มีความพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดทั้ง
ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสบาย
ใจขึ้น มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนก่อนและ
หลังผ่าตัดคลอดบุตรได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าไปพูดคุย
ซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่ทำ
ให้ไม่สบายใจและรับฟังอย่างตั้งใจ
2. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยจาก
สีหน้าท่าทางและคำบอกเล่า
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่วิตกกังวลพร้อม
ทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาจนเข้าใจ ให้

กำลังใจ พุดคุยให้ความเป็นกันเองสร้างความ
มั่นใจ

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบข้อ
ปฏิบัติของโรงพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล
เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและคลายความกังวล

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
ก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมร่างกายทั่วไป เช่น การ
ดูแลทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน ผม เล็บ
เสื้อผ้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การ
พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ อธิบายเกี่ยวกับโรค
และการผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบ โดยการสอนข้าง
เตียง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยคลาย
ความวิตกกังวล มีความรู้การปฏิบัติตนก่อนและ
หลังผ่าตัดคลอด มีความพร้อมที่จะผ่าตัด

สรุป: ปัญหานี้เกิดขึ้นและได้รับการแก้ไข
หมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงต่อการได้รับ
ข้อร้องเรียนหรือการฟ้องร้อง เนื่องจากแพทย์
พิจารณาการรักษาโดยการตัดมดลูกในการผ่าตัด
ครั้งที่ 2 เพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด และ
เป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective: ผู้ป่วยถามว่า “ตัดมดลูก คือ
อะไร”

Objective: แพทย์ให้ข้อมูลอาการปัจจุบัน
ของผู้ป่วยและแผนการรักษาต่อในอนาคต แก่
ผู้ป่วยและญาติ (บิดา มารดา และสามี) เพื่อให้
รับทราบข้อมูลการรักษาและให้ความยินยอมใน
การช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน



: หลังผ่าตัดคลอดมีภาวะมดลูกล้า และมดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด 1,000 ml และมีเลือดออกทางช่องคลอดเรื่อยๆ ไม่สามารถหยุดเลือดได้ แพทย์พิจารณาตัดมดลูกเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาที่พบได้บ่อย⁽⁵⁾

วัตถุประสงค์

1. คลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการตัดมดลูก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูล และให้ความร่วมมือ ยินยอม เพื่อเป็นการรักษาชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เร่งด่วน
3. เพื่อป้องกันการได้รับข้อร้องเรียนหรือฟ้องร้องโรงพยาบาลในภายหลัง

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจ ยินยอมให้ความร่วมมือ เช่น ยินยอมรับการตัดมดลูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดยุติให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความเชื่อมั่น ไว้ใจในทีมแพทย์และทีมพยาบาล
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดมดลูก เนื่องจากหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะมดลูกล้าและมดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด 1,000 ml และมีเลือดออกทางช่องคลอดเรื่อยๆ ไม่สามารถหยุดเลือดได้ แพทย์พิจารณาตัดมดลูกเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจากตัดมดลูก ในการตัดมดลูกเป็นการตัด

เฉพาะส่วนของตัวมดลูก แต่ยังเหลือส่วนของปากมดลูกและปีกมดลูกอยู่ ฉะนั้นผู้ป่วยยังมีการสร้างฮอร์โมนเพศจากรังไข่เหมือนเดิม ไม่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ แต่จะไม่มีประจำเดือน และจะต้องมาตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ เนื่องจากยังมีปากมดลูกอยู่ ซึ่งในสตรีทุกคนมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการตัดมดลูก รับทราบข้อมูลและให้ความยินยอมในการรักษาของแพทย์ โดยลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษาและการผ่าตัด

สรุป: ปัญหานี้ไม่เกิดขึ้น แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: หลังการผ่าตัด Cesarean section ผู้ป่วยมีภาวะ uterine atony มีเลือดออกทางช่องคลอด ประมาณ 1,200 ml

: ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้งในเวลาไล่เลี่ยกัน การผ่าตัดครั้งที่ 1 ผ่าตัด Cesarean section ใช้เวลา 25 นาที เสียเลือดในขณะที่ผ่าตัด 400 ml และการผ่าตัดครั้งที่ 2 ผ่าตัด Hysterectomy ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เสียเลือดในขณะที่ผ่าตัด 1,000 ml

: Hct ลดลงจาก 27.7% เหลือ 25.8% (23 มิถุนายน 2562)

วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากภาวะช็อก



เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว เลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Vital signs ปกติ คือ T 36.5 - 37.4 °C, Pulse rate 60-100/min, Rest rate 16-24/min, BP 100/60 - 130/80 mmHg.

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของ CBC ค่าปกติของ Hct >30 %

4. แผลผ่าตัดไม่มี Bleed ซึม

5. ปัสสาวะออกอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง

6. Pulse oximeter Saturation \geq 90 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและให้การช่วยเหลือได้ทันที

2. สังเกต ประเมินและบันทึกอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกได้แก่ อาการเหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด และเพื่อประเมินภาวะช็อก

3. จัดทำอนอนให้ศีรษะราบหนุนหมอน เพื่อให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก

4. ดูแลเรื่องการหายใจ เพื่อสังเกตภาวะหายใจล้มเหลว

5. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้น้ำและเกลือแร่ทดแทนส่วนที่

สูญเสียออกจากร่างกายเพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

6. สังเกตอาการตกเลือดภายในช่องท้อง เพื่อป้องกันภาวะช็อก

7. ดูแลให้ PRC 1 unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยควบคุมอัตราการไหลที่กำหนดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงเลือดพร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด เช่น มีผื่นคัน หนาวสั่น แน่นหน้าอก ถ้าพบต้องหยุดให้ทันที และรายงานแพทย์ให้ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ

8. ติดตามภาวะวิกฤตจากภาวะช็อค ผลการตรวจเลือด Hematocrit ถ้า < 30% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาที่เหมาะสม

9. ประเมินและบันทึกความสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย

10. ดูแลให้ปัสสาวะไหลทางสายยางสะดวกไม่อุดตัน รวมทั้งประเมินสี ปริมาณ ลักษณะที่ออก เพื่อประเมินภาวะช็อก และการได้รับสารน้ำที่เพียงพอ

การประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก รู้สึกตัวดี สื่อความหมายรู้เรื่อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T 36.5-37 °C Pulse rate 70-104/min สม่ำเสมอ Rest rate 18-20/min หายใจสม่ำเสมอ BP 114/65-134/69 mmHg ปัสสาวะออกประมาณ 100 ml/h Pulse Oximeter Saturation 99-100 %

สรุป: ปัญหาไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก แต่ยังคงได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงที่จะได้รับความไม่ปลอดภัยจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Caesarean section และ ผ่าตัด Subtotal Hysterectomy ซึ่งได้รับการผ่าตัด 2 ครั้งและเป็น การผ่าตัดใหญ่ทั้ง 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดการ Contaminate ในขณะผ่าตัด ไม่มีสิ่งของตกค้าง ภายในร่างกายผู้ป่วย ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการใช้ เครื่องมือ/อุปกรณ์หรือจี้ไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยสลับแพทย์ในการ ทำผ่าตัดต้องมีทักษะ มีความอดทน มีไหวพริบ ละเอียดรอบครอบ และมีความสามารถชำนาญพิเศษ มีความรู้ทางกายวิภาคและสรีรวิทยา เป็นอย่างดี

2. พยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัด จะต้องทราบระยะต่างๆ ของการผ่าตัด เพื่อ สามารถเตรียมส่งเครื่องมือได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็ว สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด ใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ⁽¹¹⁾

3. เมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการผ่าตัดแล้ว พยาบาลส่งเครื่องมือทำการล้างมือ สวมเสื้อกาวน์ สวมถุงมือ ตามเทคนิคปราศจากเชื้อ เพื่อเตรียมจัด และส่งเครื่องมือผ่าตัด เรียงตามลำดับการใช้ ก่อนหลัง ตรวจสอบผ้าซับโลหิต (swab/Gauze) เครื่องมือ เข็ม ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ ก่อน

เริ่มทำผ่าตัด บันทึกไว้บนกระดาน ร่วมกับ พยาบาลรอบนอกและจดบันทึกไว้ ก่อนผู้ป่วยเข้า ห้องผ่าตัดทำการ “Sign-in” โดยตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ไบอินยอมการผ่าตัด แพทย์ที่ผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ แพทย์ผ่าตัด Brief ร่วมกับวิสัญญี พยาบาล และพยาบาล ถึง โรค การผ่าตัด ตำแหน่ง การจัดทำ การคาดคะเนการเสียเลือด การจอง ICU การคาดคะเนปัญหาต่างๆ เพื่อเตรียมการช่วยเหลือ จากนั้นพยาบาลประกาศ “Time-out” โดย ขานชื่อ-สกุลผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งการผ่าตัด หัตถการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย (ถ้ามี) ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ชื่อแพทย์ที่ผ่าตัด ชื่อวิสัญญี แพทย์⁽¹¹⁾

4. เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด 2 คนร่วมกันตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ ผ่าตัด gauze ผ้าซับเลือด พยาบาลประกาศ คำว่า “Sign-out” ก่อนปิดแผล พยาบาลจะต้อง ตรวจสอบยืนยันการวินิจฉัยโรค หัตถการผ่าตัด การเสียเลือดขณะผ่าตัด แจ้งแพทย์เกี่ยวกับ เครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัดทั้งหมด swab/Gauze เข็ม และอื่นๆ ที่นำขึ้นไปใช้ ภาวะที่ต้องระวังเป็นพิเศษระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด การคาดคะเนปริมาณการเสียเลือด เครื่องมือที่ใช้เพิ่มเติมในการผ่าตัด เป็นการช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง และส่งเครื่องมือ ผ่าตัดอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และภาวะ ซึ่งควรเฝ้าระวังหลังผ่าตัด ซึ่งจะต้องส่งต่อให้ทีม ซึ่งจะทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เช็ดทำความสะอาดแผลปิดแผลผ่าตัด สังเกต Discharge ดูแลความสะอาดของร่างกาย เปลี่ยนเอาผ้าเปียก ออก ห่มผ้าให้ความอบอุ่นป้องกันภาวะอุณหภูมิ

กายน่า ย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นด้วยความระมัดระวังป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้⁽¹¹⁾

การประเมินผล: การผ่าตัดครั้งที่ 1 ใช้เวลา 25 นาที เสียเลือดในขณะผ่าตัด 400 ml การผ่าตัดครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เสียเลือดในขณะผ่าตัด 1,000 ml ไม่เกิดการ Contaminate ในขณะผ่าตัด ไม่มีสิ่งของตกค้างภายในร่างกายผู้ป่วย ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์หรือจี้ไฟฟ้าตลอดการผ่าตัด

สรุป: ปัญหานี้ไม่เกิดขึ้น แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือดและเส้นประสาทจากการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ในขณะทำการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือด อาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่ดีพอ

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือด และเส้นประสาทจากการผ่าตัดจากการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมิน ปลอดภัย ไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือดและเส้นประสาท

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม สายรัดเพื่อป้องกันตกเตียง เจลนุ่มสำหรับรองรับศีรษะ หลัง บั้นเอว เพื่อป้องกันการกดทับของกล้ามเนื้อและเส้นประสาท ปุ่มกระดูก

2. จัดทำให้เหมาะสม ที่แพทย์มองเห็นบริเวณที่ผ่าตัดได้สะดวก ทีมผ่าตัด และวิสัญญีสามารถทำงานได้สะดวก และมีที่สังเกตผู้ป่วยง่าย เช่น สังเกตสีหน้า มือ การวัดสัญญาณชีพ

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

4. การรัดแขน ขา เพื่อป้องกันการตกเตียง ต้องระวังการอุดกั้นการไหลเวียนโลหิต ไม่รัดแน่นมากหรือหลวมเกินไป มีผ้ารองก่อนรัดทุกครั้ง

5. หนุนบริเวณคอ ได้รักรแล้ว แขนด้านล่าง จัดให้อยู่ใน Arm board แขนด้านบนจัดให้อยู่ใน Arm rest และใช้ผ้ารองบริเวณข้อมือ แขนกางไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท Brachial plexus, Supra Scapular และ Cervical sympathetic

6. เฝ้าระวังการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าขณะผ่าตัดให้ทำงานเป็นปกติ หลังผ่าตัดประเมินอาการและอาการแสดงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เช่น รอยแดง รอยนูน หรือรอยไหม้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยขณะผ่าตัด ไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือดและเส้นประสาทจากการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

สรุป: ปัญหานี้ไม่เกิดขึ้นและได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเนื่องจากการเป็นการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยมีบาดแผลจากการผ่าตัด Caesarean section (25 นาที) และผ่าตัด Subtotal Hysterectomy (1 ชั่วโมง) ซึ่งได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง

: เป็นการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลานาน

: ผิวหนังเป็นแหล่งที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคในขณะที่ทำการผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน ไม่มี Discharge ซึม

2. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายปกติอยู่ในช่วง 36.5-37.5 °C

กิจกรรมการพยาบาล

1. บุคลากรในทีมผ่าตัดปฏิบัติตามกฎระเบียบของแผนกการพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละห้อง โดยยึดหลักเทคนิคการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยจำกัดจำนวนบุคลากรเข้าห้องผ่าตัด ไม่เดินเข้าออกบ่อยๆ และไม่สะบัดผ้า เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง⁽¹¹⁾

2. เครื่องมือและวัสดุการแพทย์ต้องมี Indicator ที่แสดงว่าผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ และตรวจสอบสภาพความเรียบร้อยถูกต้องก่อนนำมาใช้ เช่น ผ้าห่อต้องอยู่ในสภาพเรียบร้อยมี sterile tape บอกรวันหมดอายุและมี sterillage อยู่ในเกณฑ์ Accept⁽¹¹⁾

3. การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด โดยพยาบาลช่วยรอบนอกจะเป็นผู้ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยา Povidone iodine scrub ทำความสะอาดผิวหนังตั้งแต่ระดับราวนมลงมาหน้าท้อง สะโพกและต้นขาทั้ง 2 ข้างที่จะทำการผ่าตัด ใช้เวลาฟอกนาน 3-5 นาที แล้วใช้ผ้าปลอดเชื้อซับฟองโดยเริ่มซับจากบริเวณผ่าตัดไปยังบริเวณรอบ ๆ จากนั้นทาด้วยน้ำยา Povidone iodine solution และใช้ผ้าปลอดเชื้อปูบริเวณที่จะ

ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคบริเวณรอบนอกมาสู่บริเวณที่จะทำผ่าตัด⁽¹¹⁾

4. เมื่อทำผ่าตัดเสร็จปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่ปราศจากเชื้อ โดยให้เหมาะสมกับขนาดของแผลผ่าตัด

การประเมินผล: ผู้ป่วยผิวหนังบริเวณผ่าตัดสะอาด แผลผ่าตัดสะอาด ตกแต่งเรียบร้อย อุณหภูมิกายในช่วง 36.5-37.5 °C ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อของแผลผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

สรุป: ปัญหาไม่เกิดขึ้น แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ในเวลาใกล้เคียงกัน และการผ่าตัดใช้เวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด Caesarean section = 25 นาที เสียเลือดในขณะที่ผ่าตัด 400 ml และเวลาที่ผ่าตัด Subtotal Hysterectomy = 1 ชั่วโมง เสียเลือดในขณะที่ผ่าตัด 1,000 ml เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกจะมีผลทำให้กลไกการปรับอุณหภูมิของร่างกายถูกขัดขวาง มีผลต่อการรับรู้อุณหภูมิของผู้ป่วย ทำให้ไม่รู้สึกรู้หนาว จึงไม่ได้รับการป้องกันการเกิดอุณหภูมิกายต่ำ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเต้นของหัวใจผิดปกติ การทำงานของเกล็ดเลือดเสียหายที่ ทำให้เสียเลือดระหว่างผ่าตัดเพิ่มขึ้น กลไกการแลกเปลี่ยนแก๊สที่ถูกลดลง มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.3-37.5 °C ไม่เกิดอาการหนาวสั่น ตัวเย็น เล็บเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตียงผ้าตัดไม่ให้เปียกชื้น ใช้เบาะไฟฟ้าปูรองบนเตียง เพื่อปรับเพิ่มอุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัด
2. พอกผิวหนังไม่ให้น้ำขัง ใช้สารน้ำที่อุ่นในการทำผ้าตัด
3. ประเมินและเฝ้าระวังอุณหภูมิกายของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. เฝ้าระวังการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
5. ใช้ผ้าห่มที่อบในตู้อบคลุมร่างกาย เพื่อเพิ่มความอบอุ่นเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ หลังผ่าตัดมีอุณหภูมิกายปกติ 37.7°C

สรุป: ปัญหาไม่เกิดขึ้น แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. เสี่ยงต่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก ได้รับการดมยาสลบ ชนิด General anesthesia ขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ได้รับการดมยาสลบชนิด General anesthesia เพื่อผ่าตัด Cesarean section และการผ่าตัดครั้งที่ 2 ผ่าตัด Hysterectomy

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจได้เองปกติ สม่ำเสมอ
2. ฟังเสียงปอดปกติ มีการขยายของปอดทั้งสองข้างเท่ากัน
3. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่สับสน ปลายมือปลายเท้าแดงดี
4. ผลจับออกซิเจนปลายนิ้ว (Pulse Oximeter Saturation) 95-100%
5. สัญญาณชีพ T 36.5-37° C Pulse 80-100/min Rest 16-20/min BP 100/60-130/80 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงประมาณ 30-40 องศา เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้มากขึ้น ทำให้เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งผลให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น
2. ประเมินสภาพการหายใจ เฝ้าติดตามและบันทึกลักษณะการหายใจทุก 1-2 ชั่วโมง หรือตามสภาพความจำเป็น เช่น การฟังเสียงหายใจ สังเกตการขยายของทรวงอก สังเกตความสามารถในการหายใจของผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน
3. วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยพร้อมๆ กัน เช่น การวัดสัญญาณชีพ การทำความสะอาดร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจตลอดลมคอต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร ตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ

6. ดูแลเสมหะโดยใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ ถูกเทคนิค ด้วยความนุ่มนวลในช่องปาก จนถึงตำแหน่งเหนือกระเปาะบ่อยครั้งเท่าที่จำเป็น เพื่อลดอุบัติการณ์เกิดการสำลักของเหลวเหนือกระเปาะท่อ และในท่อหลอดลมทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีเสมหะ หรือได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ

7. ประเมินและสังเกตอาการพร่องออกซิเจน คือ ระดับความรู้สึกตัว สับสน กระสับกระส่าย สีผิว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว Pulse Oximeter Saturation น้อยกว่า 90% รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือ หรือพิจารณาให้ออกซิเจน

การประเมินผล: ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20/min ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ มีการขยายของปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัวดี Pulse Oximeter Saturation 99-100% สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T 36.5-37 °C Pulse rate 70-104/min สม่าเสมอ Rest rate 18-20/min หายใจสม่ำเสมอ BP 114/65-134/69 mmHg

สรุป: ปัญหานี้ไม่เกิดขึ้น แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลังผ่าตัดทันทีและขณะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ระวังความรู้สึกแบบ General anesthesia ในการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอวัยวะแขนขาของผู้ป่วยยื่นออกนอกเปลขณะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด
2. ไม่เกิดการบาดเจ็บในขณะเคลื่อนย้าย
3. ท่อระบายหรือสายต่างๆ ที่ออกมาจากร่างกายไม่มีการดึงรั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย เช่น เปลนอนที่ปรับท่านอนได้ O₂ mask with bag
2. การย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังเปลนอน หลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยยังมีการชา และอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยย้ายไม่ต่ำกว่า 4 คน คือ ประคองศีรษะ ลำตัวสองข้างและปลายเท้าของผู้ป่วย จากนั้นต้องยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้งสองข้างดูแลแขน ขา ผู้ป่วยไม่ให้ยื่นออกนอกเปลนอน สังเกตอาการของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เคลื่อนย้าย

3. ส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในระยะผ่าตัดให้พยาบาลห้องพักรับทราบเกี่ยวกับโรคและชนิดของการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และการพยาบาลที่ต้องดูแลพิเศษ

การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย สายต่างๆที่ออกมาจากร่างกายไม่มีการดึงรั้งหรือหักงอ

สรุป: ปัญหานี้ไม่เกิดขึ้น แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยใส่คาสายสวน
ปัสสาวะ วันที่ 24-26 มิถุนายน 2562

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายปกติอยู่ในช่วง
36.5-37.5 °C

2. ระบบระบายปัสสาวะอยู่ในระบบปิด
สายสวนปัสสาวะไม่หัก พับงอ ถูกกดทับ หรือคั้ง
รั้ง อยู่สูงกว่าพื้นประมาณ 15 เซนติเมตร

3. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงบ่ง
บอกการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มี
อาการปวด แสบ ร้อน ที่อวัยวะสืบพันธุ์ ปัสสาวะ
สีขุ่น มีกลิ่นเหม็น มีตะกอน ปวดท้องน้อย
ปวดหัวหน้า

2. ดูแลให้ชุดสวนปัสสาวะอยู่ในระบบ
ปิด หมั่นตรวจสอบบริเวณ จุดเชื่อมต่อของสาย
สวนปัสสาวะ ท่อระบาย และถุงรองรับปัสสาวะ
ไม่ให้เคลื่อนหลุด ระวังไม่ให้สายบิด หัก พับ งอ
ผู้ป่วยไม่นอนทับสายระบายปัสสาวะ

3. ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10
แก้ว

4. สังเกตปริมาณ ลักษณะ สี ของปัสสาวะ
หากมีปริมาณน้อย มีตะกอน ขุ่น สีผิดปกติ
รายงานแพทย์

5. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
ภายนอกด้วยน้ำและสบู่ วันละ 2 ครั้ง และ ทุกครั้ง
ที่ถ่ายอุจจาระ แนะนำไม่ให้โรยแป้งบริเวณอวัยวะ

สืบพันธุ์ภายนอก เพราะแป้งจะไปจับกับเมือกที่
ออกมา ทำให้เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค

6. ดูแลให้สายระบายปัสสาวะ และถุง
รองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ
ไม่วางถุงรองรับปัสสาวะบนพื้น เทปัสสาวะออก
จากถุงรองรับปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อมี
ปัสสาวะในถุงรองรับปัสสาวะประมาณ ¼ ของ
ความจุ ถุงขณะเทปัสสาวะทิ้งต้องระวังไม่ให้
ปลายท่อสัมผัสสิ่งอื่นใด ก่อนและหลังเทปัสสาวะ
จากถุงรองรับปัสสาวะให้เช็ดปลายท่อด้วย
alcohol 70% และปิดท่อนั้นที่

7. ปิดพลาสติกในตำแหน่งที่ถูกต้อง
ดูแลไม่ให้พลาสติกเลื่อนหลุด และไม่คั้งรั้ง

8. หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณรอยต่อของ
สาย และบริเวณใกล้ทางเปิดของท่อปัสสาวะ

9. สังเกตการรั่วซึมของปัสสาวะ หากมี
ปัสสาวะรั่วซึมออกมาจากทางเปิดท่อปัสสาวะ ให้
ตรวจสอบ และแก้ไขตามสาเหตุ

การประเมินผล: ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายปกติ
อยู่ในช่วง 36.5-37.5° C ระบบระบายปัสสาวะอยู่
ในระบบปิด สายสวนปัสสาวะไม่หัก พับ งอ ถูก
กดทับ หรือคั้งรั้ง ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มี
ตะกอน

สรุป: ปัญหาไม่เกิดขึ้นแต่ได้รับการเฝ้า
ระวังอย่างต่อเนื่อง

**ระยะหลังผ่าตัด**

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ไม่เคยผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์: มีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล: ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการหายใจเข้าเต็มท่อย่างช้า ๆ และการหายใจออกยาว ๆ เพื่อการกระตุ้นให้ปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเอาสิ่งที่ยึดค้างข้างในทางเดินหายใจออกมา

3. แนะนำการเคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวเร็วขึ้น ป้องกันอาการท้องอืด

4. แนะนำการดูแลแผล โดยไม่ให้แผลถูกน้ำ ห้ามเปิด และเกาแผล สังเกต ลักษณะแผล ผ่าตัดว่ามีเลือดหรือสารคัดหลังซึมหรือไม่

5. แนะนำให้พักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

การประเมินผล: สามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดตามคำแนะนำได้ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวและเริ่มลุกนั่งได้ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

สรุป: ปัญหาไม่เกิดขึ้น แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยและญาติสอบถามการปฏิบัติตัว “กลับบ้านต้องปฏิบัติอย่างไร”

Objective data: ผู้ป่วยและญาติซักถามซ้ำๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน

1. มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
2. ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ และความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน

2. ให้ข้อมูลที่ละเอียดๆ พร้อมประเมินความเข้าใจ เพื่อป้องกันการลืมข้อมูลความรู้

3. แจกเอกสารการปฏิบัติตัวหลังคลอด เปิดวิดีโอ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอาบน้ำทารก แนะนำแหล่งให้ความรู้ แหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัว และมีแหล่งความรู้

4. ประเมินความรู้โดยการถามกลับ เพื่อทวนสอบความรู้ความเข้าใจ

5. นัดติดตามอาการและตัดไหม 1 กรกฎาคม 2562 นัดตรวจหลังคลอด 5 สิงหาคม 2562

6. คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ดังนี้คือ

6.1 การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ตามที่มีในท้องถิ่น เช่น เนื้อ หมู ไก่ ปลา ผัก และผลไม้ตามฤดูกาลต่าง ๆ อย่างถูกต้อง

6.2 รับประทานยาตามแพทย์สั่ง

6.3 งดประเภทอาหารหมักดอง รสเผ็ดจัด งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ น้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม

6.4 รับประทานอาหารประเภทโปรตีนและวิตามินซีสูงที่ส่งเสริมการหายของแผล เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ส้ม มะละกอ เป็นต้น

6.5 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว อย่าปล่อยให้ร่างกายขาดน้ำจนรู้สึกกระหาย ควรดื่มน้ำก่อนการให้นมลูกทุกครั้ง หากต้องการดื่มน้ำหวานควรเลือกดื่มน้ำผลไม้แทน

6.6 รักษาความสะอาดของร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

6.7 แนะนำอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ หรือ เหนือออกตัวเย็น หายใจไม่สะดวก ซีพจรเต้นเร็ว มีเลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติ มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะผิดปกติ แผลผ่าตัดมีเลือดหรือหนองซึม พลาสเตอร์ปิดแผลลอกออก มีน้ำเข้า ให้รีบมาพบแพทย์

6.8 พักผ่อนให้เพียงพอ 6-8 ชั่วโมง ต่อวัน

6.9 ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

การประเมิน: ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทุกข้อ

สรุป: ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

แผนการจำหน่าย

ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ได้ใช้รูปแบบ D-METHOD ดังนี้

1. การวินิจฉัย/โรค (Diagnosis/Disease) อธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดและการตัดมดลูก โดยการตัดมดลูกเป็นชนิด Subtotal hysterectomy คือการผ่าตัดนำมดลูกออกแต่เหลือส่วนของปากมดลูกไว้ ไม่ได้ตัดท่อนำไข่และไม่ได้ตัดปีกมดลูก ผู้ป่วยไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก รวมถึงไม่มีประจำเดือน แต่ยังมีฮอร์โมนเพศที่ผลิตจากรังไข่ และต้องตรวจหามะเร็งปากมดลูก

2. ยาที่ได้รับ รับประทาน ต่อที่บ้าน (Medication) ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ⁽¹³⁾ ชื่อ ยา ฤทธิ์ของยาประโยชน์ของยา วิธีใช้ ขนาด ปริมาณ ระยะเวลา ข้อควรระวัง ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- Paracetamol (500 mg) ครั้งละ 1 เม็ด เวลาปวดหรือมีไข้ โดยรับประทานห่างกัน 6 ชั่วโมง

- Triferdine 150 ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า วิตามินบำรุงร่างกาย

- CaCO₃ (1 gm) ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน บำรุงร่างกาย

3. การจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการทำงานที่เหมาะสม (Environment & Economic) การทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้าน หลีกเลี่ยงอยู่บริเวณที่แออัด มลภาวะที่ไม่ดี การทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้กับทารกต้องสะอาด

4. การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (Treatment) อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นของการรักษา เหตุผลและความจำเป็นในการ

ตรวจวัดสัญญาณชีพ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5. การดูแลสุขภาพ (Health) แนะนำการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

6. การมาตรวจตามแพทย์นัด (Out-patient referral) แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามวันและเวลาที่แพทย์นัด คือ วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 นัดตรวจหลังคลอด 5 สิงหาคม 2562

7. อาหารที่รับประทาน (Diet) สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ อาหารหลัก 5 หมู่ เน้นอาหารส่งเสริมการไหลของน้ำนม เช่น แกงเลียง แกงหัวปลี น้ำขิง ห้ามรับประทานยาสมุนไพรเพิ่มน้ำนม ยากระชับสกัดส่วน เนื่องจากเสี่ยงต่อการแพ้ยา เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ รวมถึงยาจะถูกขับออกทางน้ำนมทำให้บุตรได้รับยาด้วย ซึ่งเป็นผลเสียต่อบุตร

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วย มารดา วัยรุ่น หญิงไทย HN 000824806 รับไว้ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลชัยภูมิ เจ็บครรภ์เป็นเวลา 10 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจครรภ์ High of fundus 30 cms เด็กท่า ROA Presentation Vertex FHS 120/min ชัดเจนดี Contractions Interval 5 min Duration 40 sec ตรวจภายใน Cervix dilatation 4 cms Effacement 75 % Membrane Impact Station 0 ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด ออกทางช่องคลอด สังเกตความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Partograph เข้าระยะ Active phase Cervix dilatation 5 cms เป็นเวลา 15 ชั่วโมง มีการฝัดสกัดส่วนระหว่าง

ศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา การคลอดเนิ่นนาน ในระยะที่ 1 ของการคลอด ทารกในครรภ์มีภาวะ Thick meconium stain แพทย์ให้ Set OR for C/S หลังผ่าตัดคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกล้าและมดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด ประมาณ 1,200 ml แพทย์ให้ cytotec 4 tabs เหน็บทางช่องคลอด ให้ on 5%D/N/2 1000 ml+ syntocinon 40 unit ใ้หย่า Nalador 500 mg iv drip in 1 h ทิ้ง cold pack with uterine massage เพื่อให้เส้นเลือดฝอยหดตัว และทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง ลดความเจ็บปวด และกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ให้เลือดและผลิตภัณฑ์ ของเลือด ได้แก่ PRC 4 unit, FFP 4 unit และ Platelet 10 unit แต่ยังมีภาวะ uterine atony และมีเลือดออกทางช่องคลอดตลอดเวลา แพทย์ได้แจ้งข้อมูลของผู้ป่วยแก่ญาติ เกี่ยวกับอาการภาวะวิกฤตขณะผ่าตัด และแผนการรักษาต่อ แพทย์จึงพิจารณาตัดมดลูก เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการตกเลือดเนื่องจากมดลูกล้าและมีเลือดออกทางช่องคลอดตลอดเวลา ไม่สามารถหยุดการไหลของเลือดทางช่องคลอดได้ และย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนัก SICU ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง หายใจไม่เหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ท้องอ่อนนุ่ม Retained foley 's cath ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีภาวะตกเลือดภายในช่องท้อง ภาวะเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์ให้ย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ เรียนรู้การปฏิบัติตัวหลังคลอด และการดูแลบุตร รวมถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 28 มิถุนายน 2562 ได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้าน ได้แก่ Paracetamol (500 mg) 1 tab p.r.n. ทุก 6 h,



Triferdine 150 1 tab OD, pc., CaCO₃ (1 gm) 1 tab h.s. พร้อมทั้งนัดติดตามดูอาการ และตัดไหมในวันที่ 1 กรกฎาคม 2562

วิจารณ์

การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนานเป็นภาวะที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอด ที่มีอันตรายต่อมารดาและทารกสูง ระยะเวลาในการคลอดไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง ถ้าใช้เวลานานกว่า 12 ชั่วโมงต้องคำนึงและระวังอันตรายที่อาจจะเกิดจากการคลอด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีอันตรายและสำคัญ ผู้ป่วยเป็นมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก เมื่อเจ็บครรภ์คลอด และมีการคลอดเนิ่นนาน สังเกตได้จากการบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด โดยใช้ Partograph เมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร อยู่ในระยะ Active phase อัตราการเปิดขยายของปากมดลูกควรจะอย่างน้อย 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยมีความก้าวหน้าของการคลอดที่ผิดปกติ ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตรเป็นเวลานานถึง 15 ชั่วโมง ซึ่งก่อนที่การคลอดจะเนิ่นนานไปจนถึงเวลา 15 ชั่วโมง เมื่อสังเกตจาก Partograph แล้วพบว่าไม่มี ความก้าวหน้าในการคลอด สูติแพทย์ควรต้องตัดสินใจทำการดูแลรักษาที่จำเป็น ไม่ควรรอให้คลอดปกติทางช่องคลอด และทารกในครรภ์เกิดภาวะสำลักน้ำคร่ำ จึงได้รับการผ่าตัดคลอด และเนื่องจากการคลอดจะเนิ่นนานจึงส่งผลให้เกิดภาวะมดลูกล้า และมดลูกหดตัวไม่ดี เกิดการตกเลือดหลังคลอด การใช้ยาและสูติศาสตร์หัตถการต่างๆ เพื่อหยุดการไหลของเลือดจากมดลูกล้าจึงไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการตกเลือดหลังคลอด ในมารดาวัยรุ่นนับว่า

เป็นการสูญเสียทางสุติกรรมเนื่องจากทำให้สูญเสียอวัยวะ และไม่สามารถมีบุตรได้อีก ดังนั้น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะต้องวางแผนและกระทำร่วมกันเป็นทีม เพื่อช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันภาวะทุพพลภาพ หรือการสูญเสียทั้งต่อร่างกายและต่อจิตใจ และต่อชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านโดยปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ดูแลผู้คลอดต้องพัฒนาศักยภาพให้มียอดความรู้และทักษะ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะที่ 1 ของการคลอด โดยเฉลี่ยไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง เมื่อพบว่าความก้าวหน้าของการคลอดไม่ดี หรือไม่มี ความก้าวหน้าของการคลอด ควรปรึกษาสูติแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาต่อไป
2. พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยเมื่อถึงภาวะอันตราย หรือภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ให้แพทย์ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และเพื่อให้การรักษาอย่างทันทั่วถึง เพื่อให้เห็นความสำคัญของข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วย และมีการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยไม่กล่าวโทษตัวบุคคล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในทีม และติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ของการทบทวนพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการป้องกันการตกเลือดก่อนคลอดและการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดก่อนคลอดและการตกเลือดหลังคลอด การป้องกันตกเลือดหลังคลอดทั้งใน



ระยะแรกและระยะหลัง หรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลด ความรุนแรงไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนจากการตก เลือดที่รุนแรง หรือมีอันตรายแก่ชีวิตได้

บรรณานุกรม

1. เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน: พิมพ์ วงศ์ศิริเดช, เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, พงนิษฐ์ ผดุงเกียรติวัฒนา, ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์, [บรรณาธิการ]. (2556). **เวชศาสตร์ปริกำเนิด ทันยุค**. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชัน.
2. วรพงศ์ ภู่งศ์. การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น. ใน: สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน, เขื่อน ต้นนิรันดร, [บรรณาธิการ]. (2558). **เวชปฏิบัติทางสูติ ศาสตร์-นรีเวชวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. เขื่อน ต้นนิรันดร. การตรวจพบซีเทอในน้ำคร่ำ ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ใน: สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน, เขื่อน ต้นนิรันดร, [บรรณาธิการ]. (2558). **เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. โคมพิลาศ จงสมชัย. (2557). ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage, PPH). ใน: การประชุมวิชาการ ประจำปี 2557 เรื่อง การจัดการทางการผดุงครรภ์ร่วมสมัย วันที่ 18-19 ธันวาคม 2557 ณ ห้องมงกุฎเพชร โรงแรม โฆมะ จ. ขอนแก่น. ขอนแก่น : สาขาวิชาการ ผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. ศรีภพ เลิศบรรณพงษ์. ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน. ใน: วิทยา จูธำพันธ์, นิสารัตน์ พิทักษ์วัชระ, พงนิษฐ์ ผดุงเกียรติวัฒนา, [บรรณาธิการ]. (2555). **เวชศาสตร์ปริกำเนิด Crises in Perinatal Practice**. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชัน.
6. สุตัญญา อัมรัมย์. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์, นวี เบาทรวง, [บรรณาธิการ]. (2555). **การพยาบาลผดุงครรภ์เล่ม 3**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานสถิติ อัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปีต่อจำนวนประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก : <http://doc.anamai.moph.go.th/index>. [วันที่ค้นข้อมูล 11 กันยายน 2562]
8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2562). รายงานสถิติมารดาวัยรุ่นโรงพยาบาลชัยภูมิ. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก <http://bps.moph.go.th/new/HDC.pdf>. [วันที่ค้นข้อมูล 11 กันยายน 2562]
9. โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2563). สถิติมารดาตกเลือดหลังคลอด. ชัยภูมิ : หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ.
10. ชวนพิศ วงศ์สามัญ, กุลลาเผชญ โสคบารุง. (2558). การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 21. ขอนแก่น: ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



11. สมพร ชินโนรส. (2559). การพยาบาลทาง
ศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไร่ไทย
เพรส; 2559.
12. จุติมา จำนงเลิศ, วรรัตน์ บุญผดุง, วราลักษณ์
บุญชัย, นุชนาถ ฤทธิสนธิ, นุสรรา พานสัมฤทธิ
และณัทธรา โพธิโยธิน. (2555). **อุบัติเหตุและ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอุณหภูมิกาย
ต่ำขณะผ่าตัด.** วารสารสมาคมผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 5(2):19-30.
13. นภัตสร กุมาร. (2557). **คู่มือการใช้ยา.**
สมุทรปราการ: ณัฐอักษรพับลิชชิง.