



การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing role incaring maternal at primary postpartum hemorrhage: Study 2 cases.

ชุลีพันธ์ ไชยพันธ์, พยบ. *
Chuleepan chaiyapan, RN.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ (Primary postpartum hemorrhage) กรณีผู้คลอด 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลบางพลี

วิธีการศึกษาเป็นกรณีศึกษาผู้คลอด 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบางพลีโดยศึกษาประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31 ปี G3P2A0L2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,355 กรัมใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตรนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 20 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วัน ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ทารกเป็นเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,250 กรัมทารกศีรษะليبไม่มีกระโหลกศีรษะใช้วิธี Active management มีเลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตรรกคลอดมีเลือดออกทันที 800 มิลลิลิตร รวมเป็น 1,000 มิลลิลิตรนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน

สรุปผล : การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษาผู้คลอด 2 ราย มีความแตกต่างในข้อมูลส่วนบุคคล การให้การพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ สามารถช่วยให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญและต้องมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ (Primary postpartum hemorrhage), การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด

ABSTRACT

Background : Postpartum hemorrhage is one of the most common obstetric complications and the most common cause of maternal mortality across the world.

Objective : To study the nursing care for two patients with primary postpartum hemorrhage receiving treatment at the delivery room, Bangplee Hospital.

Methods : This study was a case study of 2 mothers, selected based on a purposive sampling. The inclusion criteria were those with primary postpartum hemorrhage receiving treatment at the delivery room, Bangplee Hospital. Medical history, risk factors, and medical treatment of the participants were studied. Nursing diagnosis was conducted based on Orem's general theory of nursing.

Results :

Case 1 was the 31-year Thai pregnant woman (G3P2A0L2) with a gestation of 41 weeks and 6 days with labor pain, no premature rupture of membrane, no vaginal bleeding, and hypertension complication. A weight of the female newborn was 3,355 grams using active management of labor. The amount of bleeding before placenta expulsion was 500 ml. The bleeding level after labor was normal. The case's uterus was poorly contracted, losing 1,300 ml of blood. Hospitalization period was two days.

Case 2 was the 20-year Thai pregnant woman (G2P1A0L1) with a gestation of 38 weeks and two days with no labor pain, no premature rupture of membrane, and no vaginal bleeding. A weight of the male newborn was 2,250 grams with abnormally small head. The amount of bleeding before placenta expulsion was 200 ml and the amount of bleeding once placenta expulsion was 800 ml, totaling 1,000 ml. Hospitalization period was three days.

Conclusion : nursing care of two pregnant women experiencing primary postpartum hemorrhage was different, depending on personal data. Providing immediate nursing care could prevent both mothers and babies from postpartum complications. Therefore, it is necessary for nurses to have knowledge, expertise and standard nursing practices to provide effective nursing care.

Keywords : primary postpartum hemorrhage , nursing care for mothers with postpartum hemorrhage.

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด³ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียชีวิต โดยเฉพาสมองส่วนไฮโปทา

ลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ ภาวะตกเลือดหลังคลอดปฐมภูมิหมายถึงภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการคลอดบุตรไม่ว่าจะเป็นการคลอดทางช่องคลอดหรือการผ่าตัดคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดทุติยภูมิ หมายถึง ภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นระหว่าง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด



การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด พบถึงร้อยละ 27.1 (WHO) โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) Tone คือมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

Tone คือ สาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งพบได้มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ซึ่งเป็นสาเหตุของ PPH ที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณ 80% ของทั้งหมด หรือประมาณ 1:20 ของการคลอด⁴ นอกจากนี้พบว่า ในหญิงตั้งครรภ์บางรายมีสาเหตุร่วมกันได้หลายประการโดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยาเทอรูทาซินในช่วงเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี⁵

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเป็นกรณีศึกษาการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะปฐมภูมิ (primary postpartum hemorrhage) กรณีผู้ป่วย 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลบางพลีที่ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดภาวะช็อก และการสูญเสีย สามารถปฏิบัติตนเลี้ยงดูทารกและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอีกทั้งเป็น

แนวทางการพัฒนาการให้การพยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลบางพลีต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิโรงพยาบาลบางพลี โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31 ปี G3P2A0L2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตรรับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 5 ตุลาคม 2560 เวลา 08.45น. เคยฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 4 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 27.1 ให้ประวัติเริ่มเจ็บครรภ์ เวลา 07.00น. ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด แรกรับเวลา 08.45น. ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อ นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้งต่อนาที Hct 42.3% ขณะคลอดความดันโลหิตสูง 166/107 มิลลิเมตรปรอทตรวจปัสสาวะพบ Alb+2 ได้รับ magnesium ขณะปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร เวลาคลอด 12.51 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,355 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร จอง PRC และรายงานสูติแพทย์ตรวจเยี่ยม ทำ Control cord traction รกเกาะติดแน่น ตรวจเนื้อรกและเยื่อหุ้มเนื้อรกครบขนาดคลึงมดลูกคลำมดลูกไม่กลมแข็ง มีเลือดออกเพิ่ม 300 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอทอัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อ นาที อัตราการเต้นของชีพจร 118 ครั้งต่อนาที หลังรกคลอดได้รับ Methergin 0.2 mg. IV, Retain foley's cath , off MgSO4 คลำมดลูกไม่หดตัว มีเลือดออกเพิ่ม 500 มิลลิลิตร ให้ Cytotec 4 tab.ทางทวารหนัก คลึงนมมดลูก แข็งตัวลักษณะเป็นก้อนกลมไม่พบเลือดออกเพิ่ม ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ร่วมกับประเมิน

อาการผู้ป่วย ไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ความดันโลหิต 108/76 – 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ตรวจอัลตราซาวด์ไม่พบเศษรกค้าง ได้รับ PRC 1 unit ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยเสียงดังชัดเจน ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ย้ายไปแผนกหลังคลอดโดยรถพร้อมนอนพยาบาล เวลา 15.00 น. การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น labour pain การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Normal labour with postpartum hemorrhage วันที่จำหน่าย วันที่ 7 ตุลาคม 2560 เวลา 13.00 น. รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 2 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 20 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วัน ผ่าคลอดที่คลินิก จำนวน 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ผู้คลอดมีปัญหาทางครอบครัว แพทย์ที่ผ่าคลอดอัลตราซาวด์ พบทารกมีความผิดปกติแนะนำให้มาพบสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกครั้ง แต่ผู้คลอดไม่มาโรงพยาบาล ไม่มีผลเลือดจากการผ่าคลอด ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 27.3 ให้ประวัติ มีน้ำเดินเวลา 4.30 น. ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด แรกรับเวลา 05.00 น. ความดันโลหิต 120/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที HF32 cm. FHS160 ครั้งต่อนาที PV cx3 cm, 80%-2, MR amniotic fluid clear, Pain scale 0

คะแนน NST Nonreassuring I=2 นาที D =45 วินาที Alb= neg /sugar=neg, อัลตราซาวด์ที่ห้องคลอดยืนยันทารกไม่มีกระดูกสันหลัง NPO ให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 ml. IV rate 100 ml./hr. , ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการ ปกติ เวลา 06.00 น. PV 9 cm. eff. 90% station 0 MR, เวลา 06.15 น. PV 10 cm. eff. 100% station +1 MR, เวลา 06.16 น. คลอดปกติ ไม่มีแผลฝีเย็บ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,550 กรัม Apgar score 5,8,8 พบทารกศีรษะไม่มีกระดูกสันหลัง มีเลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตร เวลา 6.21 น. รกคลอดมีเลือดออกทันที 800 มิลลิลิตร รวม 1000 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 105/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ได้รับ Methaglin 0.2 mg. IV , LRS1000ml iv load Retain foley's cath , on oxygen mask with bag 10 lit/min ไม่มีอาการ เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 120/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้ PRC 1U ย้ายไปดูแลที่แผนกหลังคลอดโดยรถนอนพร้อมพยาบาล เวลา 8.40 น. วันที่จำหน่าย วันที่ 30 ตุลาคม 2560 เวลา 13.00 น. รวมจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 3 วัน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้



ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลพื้นฐาน	หญิงไทยอายุ 31 ปี G3P2A0L2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน จন্มมัธยมศึกษาปีที่ 3 เข้ารับฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ติดตาม 4 ครั้ง การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น labour pain การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Normal labour with postpartum hemorrhage 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมดลูกหดตัวดี 5 ชั่วโมง 45 นาที หลังคลอดมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตรหลังคลอดทารกเพศหญิงน้ำหนักตัว 3,355 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 800 cc. มิลลิลิตร หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือดเพิ่ม 800 มิลลิลิตร	หญิงไทยอายุ 20 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วัน จন্มมัธยมศึกษาปีที่ 6 ขณะตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ที่คลินิก 1 ครั้งที่คลินิกเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น premature rupture of membranes with polyhydramnios with anencephaly การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Normal labour with postpartum hemorrhage 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำเดินไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด มดลูกหดตัวดี 1 ชั่วโมง 15 นาที เบ่งคลอดทารกเพศชายน้ำหนัก 2,550 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตร หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1000 มิลลิลิตรเปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร ปฏิเสธโรคประจำตัวไม่เคยรับการผ่าตัด เคยคลอดบุตร 1 คนเมื่อ 2 ปี ก่อน ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนในโรงพยาบาล
การเจ็บป่วย	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับ การผ่าตัด เคยคลอดบุตร 2 คน คนสุดท้ายเมื่อ 8 ปีก่อนไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนในโรงพยาบาล	

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีของโอเล็ม สามารถรายงานปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อ

วินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยผู้คลอด กรณีศึกษาที่ 1 และกรณีที่ 2 รับไว้ในโรงพยาบาลบางพลีดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
1. มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากร่างกายสูญเสียเลือดและน้ำออกจากร่างกาย	1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี ควรวัดที่ยอดมดลูกทันที โดยวางมือเหนือ หัวหน่าว อีกมือข้างวางที่ยอดมดลูก วัดคลึงที่ยอดมดลูกเบาๆ ด้วยปลายนิ้วจนกว่าจะแข็ง 2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวพร้อมบันทึก ทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอดรก ตลอดจนประเมินการฉีกขาดของช่องคลอดบริเวณแผลฝีเย็บและเย็บแผลอย่างรวดเร็ว 5. เปิดเส้นเลือดดำอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์ 18 ให้สารน้ำเป็น LRS 1000 cc. Load และจางเลือด 1 unit 6. จัดทำนอนราบและให้ O₂ mask with bag 10 lit/min 7. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 8. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 units ในสารน้ำ 5%DN/2 1000cc. IV. Rate 120cc./hr. 9. ดูแลให้ได้รับยา Cytotec 4 tab. per rectum. 10. ฝ้าติดตามอัตราการหายใจ, deep tendon reflex และ urine output ทุก 4 ชั่วโมง หากมีอาการแสดงของการเป็นพิษจาก magnesium ให้พิจารณาหยุดยา 11. เตรียมทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ช่วย ให้พร้อมช่วยเหลือ 12. เตรียมเครื่องอัลตราซาวด์	1. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีจนกว่าปกติคงที่ภายหลังคลอด จากนั้นบันทึกทุก 1 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 2. เปิดเส้นเลือดอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์ 18 ให้สารน้ำเป็น LRS 1000 cc. Load และจางเลือด 1 unit 3. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 5%DN/2 1000cc. IV. Rate 120cc./hr. 4. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอดรก ตลอดจนประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด บริเวณแผลฝีเย็บ 6. จัดทำนอนราบและให้ O₂ mask with bag lit/min. 7. บันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ 8. ดูแลให้ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก 9. อธิบายอาการที่เกิดขึ้นให้กำลังใจ อธิบายแผนดูแลรักษา ทำกิจกรรมพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการดูแลรักษา



ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
2. สี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง	13. off magnesium ตามแผนการรักษา 14. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit (257 มิลลิตร) ทางหลอดเลือดดำและติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก 1. ประเมินอาการและอาการแสดง ที่ช็อกนำก่อน เกิดการช็อกได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่หรือบริเวณชายโครงขวา เพื่อจะได้เตรียมการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก ๆ 15 นาที เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ จนกว่าสัญญาณชีพจะปกติจึงปรับเป็นทุก 1 ชม. จนคลอดและติดตามความรุนแรงของโรค 3. ประเมิน Deep tendon reflex (patellar reflex) ทุก 4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค 4. ดูแลการให้ยากันชัก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา magnesium โดยการตรวจพบว่า อัตราการหายใจต้องมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อชั่วโมงและเนื่องจากการให้ magnesium สามารถทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องเตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 มิลลิตรเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ภายใน 10 นาทีซึ่งเป็นยาต้านฤทธิ์ของ magnesium ไว้เสมอและติดตาม magnesium level ให้อยู่ในช่วง 4.8 - 8.4 mg./dl. 5. ติดตามประเมินมารดาภายหลังได้รับยากันชัก 6. ดูแลให้มารดาได้รับออกซิเจน mask with bag และจัดท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อเพิ่ม Uteroplacental blood flow 7. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อประเมินน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย และประเมินการทำงานของไต ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 25 มิลลิตรต่อชั่วโมง	10. คลื่นมดลูกจนหดตัวเป็นก้อนกลมแข็ง และกดไล่ก่อนเลือดที่อาจค้างในมดลูกทุก 15 นาที 11. ประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง

ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
	8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากแสง เสียงหรือสิ่งใดๆ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ ได้พักผ่อนมากที่สุด 9. บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยอยู่ เป็นเพื่อน สัมผัสให้กำลังใจ และเป็นโค้ช แก่มารดาโดยการแนะนำและฝึกควบคุมการหายใจ การนวด ผ่อนคลาย การลูบหน้าท้อง 10. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้ เช่น ออกซิเจน พร้อมทั้งยาที่ ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว 11. ประเมินการหดตัวของมดลูก ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และให้ข้อมูลความก้าวหน้าแก่ผู้คลอด 12. ประเมินและเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด Monitor EFM และประเมิน หากพบว่ามีความผิดปกติ ของเสียงหัวใจทารกต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรีบรายงานสูติแพทย์	
3. ผู้คลอด และญาติเกิด ความวิตกกังวล จากภาวะตก เลือดหลังคลอด	1. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้มารดาหลังคลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลและรวมถึงการให้เข้ามาเยี่ยมดูอาการมารดาหลังตกเลือด 3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดและญาติ พร้อมทั้งปลอบโยนและให้กำลังใจ 4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอดและญาติ 6. ให้มารดาได้โอบกอด ให้บุตรดูนม เมื่ออาการคงที่	1. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้มารดาหลังคลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลและรวมถึงการให้เข้ามาเยี่ยมดูอาการมารดาหลังตกเลือด 3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดและญาติ พร้อมทั้งปลอบโยนและให้กำลังใจ 4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอดและญาติ 6. แนะนำดำเนินการเรื่องฉาปนกิจทารก



ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
4. มีโอกาสเกิดภาวะ แทรกซ้อนเนื่องจากได้ รับยาป้องกันการชัก	- อธิบายเหตุผลและการให้ยา อาการร้อน บริเวณที่ฉีดและร้อนวูบวาบทั่วทั้งตัว - ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำ โดยให้ 10% Magnesium sulfate (MgSO_4) 5 gm. (5 amps.) IV. Push slowly in 10 min. then add 50%MgSO_4 20 gm.(20 amps.) in 5%DN/2 1,000 ml. IV. Drip rate 50 ml./hr. LRS 1,000 ml. IV. Drip rate 50 ml.hr. - บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตร ต่อ ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 4 hr.ให้หยุดยา - ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าหายไปให้หยุดยา - เตรียม 10% Calcium gluconateไว้ให้พร้อมใช้ เนื่องจาก 10% Calcium gluconate เป็น antidote ของ MgSO_4 - เช็ดตัว เพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบตาม ร่างกาย - เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อที่จะ ให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว - ติดตามระดับผล MgSO_4 ในเลือด ให้อยู่ในช่วง 4.8 - 8.4 mg/dl. - อธิบายอาการที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยรับทราบรวม ถึงสัญญาณเข้ามาเยี่ยมอาการและปรึกษาแนวทาง การดูแลขั้นต่อไป	

ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
5. โอกาส ฟื้นฟูสภาพ ร่างกายได้ช้า กว่าปกติเนื่อง จากสูญเสียเลือด ปริมาณมาก	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดโดยเลือก อาหารที่มีโปรตีน วิตามินเกลือแร่ เหล็ก สูงเพื่อ ซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป 2. สอนให้มารดาหลังคลอดสามารถสังเกตสิ่งผิด ปกติ เช่น จำนวน สี ปริมาณ ลักษณะและกลิ่นของ เลือดที่ออกจากช่องคลอด การมีไข้ ปวดมดลูก ความ สูงของยอดมดลูก และอาการแสดงอื่นๆ ของการตก เลือด 3. สอนมารดาให้รักษาความสะอาดของอวัยวะ สืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนมากๆ และเมื่อกลับบ้านควรได้พักผ่อนอย่างเต็ม	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่ เสียเลือดโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ เหล็ก สูงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสีย ไป 2. สอนให้มารดาหลังคลอดสามารถ สังเกตสิ่งผิดปกติ เช่น จำนวน สี ปริมาณ ลักษณะและกลิ่นของเลือดที่ออกจากช่อง คลอด การมีไข้ ปวดมดลูก ความสูงของยอด มดลูก และอาการแสดงอื่นๆ ของการตก เลือด 3. สอนมารดาให้รักษาความสะอาดของ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาด ของร่างกายทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มารดาได้พัก ผ่อนมากๆ และเมื่อกลับบ้านควรได้พักผ่อน อย่างเต็ม



สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31 ปีอายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตร รับไว้ในโรงพยาบาลเคศผาครุฑที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 4 ครั้งแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติให้ประวัติเริ่มเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกจากช่องคลอด แรกรับเวลา 08.58 น. ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้งต่อนาทีขณะรอคลอดความดันโลหิตสูง 166/107 มิลลิเมตรปรอท ตรวจปัสสาวะพบ Alb+2 ได้รับ magnesium ขณะปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร หลังคลอดทารกเพศหญิงน้ำหนักตัวแรกคลอด 3,355 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร จอง PRC และรายงานสูติแพทย์ตรวจเยี่ยม ทำ Control cord traction รกเกาะติดแน่น ตรวจเนื้อรกและเยื่อหุ้มเนื้อรกครบขนาดคลั่งมดลูกคลำมดลูกไม่กลมแข็ง มีเลือดออกเพิ่ม 300 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอทอัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 118 ครั้ง ต่อนาทีหลังรกคลอดได้รับ Methergin 0.2 mg. IV, Retain foley's cath , off MgSO₄ คลำมดลูกไม่หดรัดตัว มีเลือดออกเพิ่ม 500 มิลลิลิตร ให้ Cytotec 4 tab. ทางทวารหนัก คลั่งขนาดมดลูกแข็งตัวลักษณะเป็นก้อนกลมไม่พบเลือดออกเพิ่มตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ร่วมกับประเมินอาการป่วย ไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ความดันโลหิต 108/76 -130/80 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาทีอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ผลการตรวจอัลตราซาวด์ ไม่พบเศษรกค้าง ได้รับ PRC 1 unit ไม่มีอาการแพ้สารประกอบของเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยเสียงดังชัดเจน ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย จึงย้ายไปแผนกหลังคลอด มีการเฝ้าติดตามอาการที่แผนกหลังคลอดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการอ่อนเพลีย มดลูกกลมแข็ง พบน้ำคาวปลาปกติ ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร

100 ครั้งต่อนาที วันที่จำหน่าย ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส Hct 30% น้ำนมไหลดี น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีการอักเสบติดเชื้อของแผลฝีเย็บ รวมนอนพักในโรงพยาบาลจำนวน 2 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 20 ปีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วันฝากครรภ์ที่คลินิก จำนวน 1 ครั้งเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ผู้คลอดมีปัญหาทางครอบครัว แพทย์ที่ฝากครรภ์อัลตราซาวด์ พบทารกมีความผิดปกติแนะนำให้มาพบสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกครั้งแต่ผู้คลอดไม่มาโรงพยาบาล ไม่มีผลเลือดจากการฝากครรภ์ให้ประวัติ มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกจากช่องคลอด ความดันโลหิต 120/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที HF 32 cmFHS160bpm/min PV cx 3 cm,80%-2,MR amniotic clear, Painscale 0 คะแนน NST Nonreassuring I=2 นาที D = 45 Alb= neg /sugar=neg, NPO ให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 ml. IV rate 100 ml/hr. มดลูกหดรัดตัวดี 1 ชั่วโมง 45 นาที ปากมดลูกเปิดหมดคลอดปกติไม่มีแผลฝีเย็บ ทารกเพศชายน้ำหนัก 2,550 กรัม Apgar score 5,8,8 พบทารกศีรษะเล็กไม่มีกระโหลกศีรษะ ผู้คลอดมีเลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตร รกคลอดมีเลือดออกทันที 800 มิลลิลิตร รวม 1000 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 105/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ได้รับ Methergin 0.2 mg. IV , LRS1000ml iv load Retain foley's cath ,on oxygen mask with bag 10 lit/min ไม่มีอาการ เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อยประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 105/62 -120/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้ PRC 1U ไม่มีอาการแพ้สาร ประกอบของเลือด ย้ายไปดูแลที่แผนกหลังคลอดโดยรพนอนพร้อมพยาบาล มีการเฝ้าติดตามอาการที่แผนกหลังคลอด วันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการอ่อนเพลีย มดลูกกลมแข็ง พบน้ำคาวปลาปกติ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิ

37.1 องค์าเซลเซียส ปัสสาวะมีลักษณะสีเหลืองใส น้ำนมยังไม่ไหล สีหน้าเรียบเฉยพูดคุยเป็นบางครั้ง off oxygen mask, off foley 'cath วันที่ 2 ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ มดลูกกลมแข็งตัวดี ผล Hct 29.7% สีหน้าสดชื่นขึ้นเป็นลำดับผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ขับถ่ายได้ดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ มดลูกกลมแข็ง น้ำคาวปลาปกติ น้ำนมไม่ไหล สีหน้าสดชื่นเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน รวมนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, UNICEF, 2014. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nation Population Division : Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.
2. กรมอนามัยสำนักส่งเสริมสุขภาพ. การตายมารดาไทย (Maternal Mortality). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
3. ตรีภพเลิศบรรณพงษ์และคณะ.ภาวะตกเลือดหลังคลอดปฐมภูมิ . กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิง ; 2556.
4. สันต์ธีรติยะระ. Surgical management of uterine atony. Retrieved 2019, from <http://www.med.cmu.ac.th>
5. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ; 2012.
6. ทิพวรรณเอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด. กรุงเทพฯ,สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ; 2550.