MKHJ
วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURANAL

Journal homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกร่วมกับมีภาวะช็อกชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for Mothers after caesarean section with early postpartum hemorrhage with severe hypovolemic shock : 2 case study

ชุติมา อันเนตร์

Chutima Aunnet

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

Bachelor of Nursing Science, Postpartum ward Maharasakham Hospital ,44000

Corresponding Author: *E-mail: sugusdongnoy@gmail.com

(Received: 30 September 2023 Revised: 30 November 2023 Accepted: 6 December 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกร่วมกับภาวะช็อกชนิดรุนแรง 2 กรณีศึกษา ในมารดาที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามปี พ.ศ. 2564-2566

รูปแบบและวิธีวิจัย : การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์แฝดเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์แรก มีอาการเจ็บครรภ์คลอดและตรวจพบภาวะซีด ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน หลังผ่าตัดพบมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและมีเลือดออกทางช่องคลอดทันทีเมื่อแรกรับที่หอผู้ป่วย ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ยังพบมดลูกไม่หดรัดตัวและมีเลือดออกทางช่องคลอดจนเกิดภาวะช็อก จึงทำการผ่าตัดซ้ำโดยการตัดมดลูกท่อนำไข่และปีกมดลูกด้านขวาออก สูญเสียเลือดประมาณ 2,800 มิลลิลิตร ให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมบทบาทมารดาและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ผู้ป่วยปลอดภัย รวมระยะเวลารักษา 5 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์แรก นัดผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร่วมกับการทำหมัน ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉิน หลังผ่าตัดแรกรับที่หอผู้ป่วยพบมดลูกหดรัดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย มีอาการปวดแผลรุนแรง ระดับความปวด 7 คะแนน ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดและลดความปวด ระดับความปวดลดลงเหลือ 5 คะแนน 4 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยเวียนศีรษะ หน้ามืดเหงื่อออก ตัวเย็น พบท้องอืด มดลูกไม่หดรัดตัว เลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ให้การพยาบาลขณะเกิดภาวะช็อก ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ตรวจพบมีเลือดออกในช่องท้อง มีการผ่าตัดซ้ำ 2 ครั้ง ครั้งแรกมีการตัดมดลูก ท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก ครั้งที่ 2 ทำการผูกเย็บเส้นเลือดแดงที่มดลูก เนื่องจากมีการฉีกขาด สูญเสียเลือดประมาณ 4,900 มิลลิลิตร ให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารก

และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว พิทักษ์สิทธิค่ารักษาสิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยปลอดภัย รวมเวลารักษาตัว 6 วัน

สรุปผลการศึกษา : การดูแลมารดาหลังคลอดพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อพบสัญญาณเตือนสามารถคาดการณ์ความรุนแรงล่วงหน้าและตัดสินใจรายงานแพทย์ได้ทันเวลา และเมื่อเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉินสามารถให้การพยาบาลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ : การผ่าตัดคลอด, การตกเลือดหลังคลอด, ภาวะช็อก

ABSTRACT

Objective : This study was to compare nursing care for mothers after cesarean delivery who have postpartum hemorrhage combined with severe shock between 2 case studies in mothers admitted to the obstetrics ward, MahaSarakham Hospital during 2021-2023.

Methods : Collection of information from the patient's medical record, Interview patients and relatives analyze data by comparing according to Gordon's health pattern, pathology, signs and symptoms and nursing outcomes.

Results : Patient case 1 was second pregnancy with twin and labor pain and anemia. Have a history of having a cesarean section in the first pregnancy This birth was performed by emergency cesarean section. After the cesarean section, it was found that the uterine atony. Vaginal bleeding leading to shock treated with medication and repeat surgery by hysterectomy. Total blood loss is approx. 2,800 ml. Nursing cares were to prevent shock and decrease anxiety.Total treatment period was 5 days. Patient case 2, was pregnant for the second time and had a history of having had a cesarean section in her first pregnancy. Make an appointment for abdominal childbirth surgery together with sterilization. After surgery, it was found that there was bleeding in the abdominal cavity, Hypovolemic shock. treated with medication and repeated surgery 2 times, the first operation was hysterectomy with bilateral salpingectomy , the second operation the Hypogastic uterine artery were ligated. The cause of postpartum hemorrhage is a tear in the lower uterus. Total blood loss is approx. 4,900 ml. Nursing cares were to prevent shock and decrease anxiety. Total treatment period is 6 days.

Conclusion : Nurses must have knowledge, skills, and ability to make decisions to quickly and efficiently provide assistance to postpartum mothers in the critical period. To keep mothers safe and no complications.

Keywords : cesarean section, postpartum hemorrhage, shock

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอดหมายถึงการเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดหรือการเสียเลือดจนทำให้เกิดอาการหรืออาการแสดงของสารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอ[1] ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกโดยในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง 230 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน[2,3] สำหรับประเทศไทยในปีงบประมาณ 2565 พบอัตราการตายมารดาเท่ากับ 25.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565 พบอัตราการตายมารดาเท่ากับ 19.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน พบสาเหตุการตายร้อยละ 50 จากภาวะตกเลือดหลังคลอดและเป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกทั้งหมด ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้[4] ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบหลายด้าน ด้านร่างกายเกิดภาวะซีด ภาวะช็อกจนต้องตัดมดลูกมีผลต่อการดำเนินชีวิตและลักษณะความเป็นหญิงของมารดาในอนาคต[5] ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 13 มีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตร้อยละ 3 ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด ด้านเศรษฐกิจมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษาทั้งในส่วนของมารดาครอบครัวและโรงพยาบาลอาจเกิดความไม่พึงพอใจเกิดการร้องเรียนได้[6,7]

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่มีการสูญเสียเลือดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด[8] มีความเสี่ยงสูงและมีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยผลกระทบสำหรับหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเสียเลือดต้องตัดมดลูกแบบฉุกเฉินหรืออาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนทารกมีโอกาสต้องช่วยหายใจและมีโอกาสขาดออกซิเจนได้มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด[9] ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย[10] โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิให้บริการด้านสูติกรรมทั้งในรายปกติและรายที่มีภาวะแทรกซ้อน มีสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในปี 2563-2565 ร้อยละ 48, 51 และ 54 ตามลำดับ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรส่วนใหญ่นอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม จากสถิติของหน่วยงานพบปัญหาการตกเลือดในปี 2563-2565 ร้อยละ 1.47, 1.84 และ 1.18 ตามลำดับ ซึ่งพบในกลุ่มผ่าตัดคลอดบุตรมากกว่าคลอดทางช่องคลอด ในมารดาที่มีภาวะตกเลือดเกิดภาวะช็อกชนิดรุนแรงร้อยละ 39.13, 30.7 และ 24.32 ตามลำดับ มีอุบัติการณ์การตัดมดลูกทุกปีและเสียชีวิต 1 ราย[11]

จะเห็นได้ว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกร่วมกับภาวะช็อกชนิดรุนแรง เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลหลังคลอดในการดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกร่วมกับภาวะช็อกชนิดรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย

รูปแบบและวิธีวิจัย

กรณีศึกษาผู้คลอด 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564-2566 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพฤติกรรม การ

สังเกตการปฏิบัติทางการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตลอดจนการวางแผนจำหน่าย

ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 30 ปี G2P1A0L1 last 2 ปี GA 38+3 wks with Previous C/S with Twins pregnancy ปฏิเสธโรคประจำตัว ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ครั้งที่ 2 มีภาวะซีด Hct= 25.5 vol% วันที่ 1 เวลา 01.30 น.รับใหม่ที่ห้องคลอด ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมา 2 ชั่วโมง ตรวจครรภ์แรกรับ HF 3/4 เหนือระดับสะดือ FHS 140,136 bpm ตรวจ ultrasound for estimate fetal weight 2,400 กรัมและ 2,300 กรัม PV : cervical not dilatation V/S ปกติ ผล CBC พบภาวะซีด Hct 27.8 vol% ได้ PRC 1 unit iv drip ผ่าตัดเวลา 13.00 น.สูติแพทย์ทำ Cesarean section under spinal block ทารกแฝดพี่เกิดเวลา 13.27 น. เพศหญิง น้ำหนัก 2,690 กรัม Apgar score 9-10-10 ทารกแฝดน้องเกิดเวลา 13.28 น. เพศหญิง น้ำหนัก 2,730 กรัม Apgar score 9-10-10 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัด รวมปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด 500 มิลลิลิตร ระยะเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง เวลา 14.30 น.หลังผ่าตัดย้ายกลับหอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดคลอดไม่มีเลือดซึม มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัยครึ่งผืน ให้ 5%D/N/2 1,000 ml add syntocinon 20 unit iv drip rate 100 ml/hr Hct แรกรับ 28 vol% ให้ PRC 1 unit iv drip, Retained foley‘s catheter urine 600 มิลลิลิตร V/S T= 36.6 ° c P=92 bpm RR= 20 pbm BP= 142/58 mmHg วัดซ้ำ BP= 121/76 mmHg MAP 84 pain score 2 เวลา 16.10 น.พบว่ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี เลือดออกทางช่องคลอด 500 มิลลิลิตร V/S T= 36. °c P=98 bpm RR = 20 bpm BP=122/74 mmHg load 0.9 NaCl 500 ml และadd syntocinon เพิ่ม 20 unit ใน5%D/N/2 ขวดเดิมรวมเป็น syntocinon 40 unit เวลา 17.10 น.ย้ายผู้ป่วยมาที่หอผู้ป่วยสูติกรรม ผู้ป่วยรู้ตัวดีท่าทางอ่อนเพลียเหงื่อออก แผลผ่าตัดคลอดไม่มีเลือดซึม มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ตรวจพบมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม 600 มิลลิลิตร V/S T= 36.8 ° c P=110-130 bpm RR= 22 bpm BP= 81/54 mmHg urine output 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ให้ load 0.9 NaCl 500 ml ให้ cytotec (200 µg) 4 tabs rectal supository , 5%D/W 100 ml add nalador 500 µg iv drip in 1 hour , methergin 0.2 mg iv push และ PRC 1 unit iv drip หลังจากนั้นมดลูกหดรัดตัวดี V/S ปกติ เวลา 20.00 น.แผลผ่าตัดมีเลือดซึมประมาณ 200 มิลลิลิตร ให้ Methergin 0.2 mg iv push PRC 1 unit iv push เวลา23.00 น.ส่งผ่าตัด for re- exploratory laparotomy for TAH with right Salpingo-Oophorectomy รวมสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 มิลลิลิตร ระยะเวลาผ่าตัด 1ชั่วโมง 25 นาที หลังผ่าตัดมีปัญหาไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้จึงย้าย ICU วันที่ 2-3 ขณะรับการรักษาที่ ICU มีภาวะ Thrombocytopenia และ Coacgulopathy แผลผ่าตัดคลอดมีเลือดซึมประมาณ 400 มิลลิลิตร ทำ packing adrenaline with cold packและมีภาวะ volume overload และ electrolyte imbalanceวันที่4-5 ย้ายกลับหอผู้ป่วยสูติกรรมไม่พบปัญหาการตกเลือดหลังคลอดซ้ำ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สรุปสูญเสียเลือดจากการคลอดประมาณ 2,800 มิลลิลิตร ได้รับ PRC 11 unit, FFP 2 unit, Platelet concentrate 30 unit รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยอายุ 31 ปี G2P1A0L1 last 8 ปี GA 37 +6 wks with Previous C/S มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืดมา 3 ปี ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ วันที่ 1 เวลา 13.14 น.รับใหม่ที่ห้องคลอด แพทย์นัดผ่าตัดคลอดตรวจครรภ์แรกรับ HF 3/4 เหนือระดับ

สะดือ FHS 148 bpm EFW by tape 3,924 กรัม V/S ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัดปกติ วันที่ 2 เวลา 12.00 น. สูติแพทย์ทำ Cesarean section with Tubal sterilization under spinal block ทารกเกิดเวลา 13.37 น. เพศชาย Apgar score 9-10-10 น้ำหนัก 3,570 กรัม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดสูญเสียเลือดประมาณ 400 มิลลิลิตร รวมเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง เวลา 13.40 น.หอผู้ป่วยสูติกรรมรับย้ายจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดคลอดไม่มีเลือดซึม มดลูกหดรัดตัวดีมีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัยครึ่งผืน ให้ 5%D/N/2 1,000 ml add syntocinon 20 unit iv drip rate 100 ml/hr Hct 34 vol% retained foley ‘s catheter urine output 600 มิลลิลิตร V/S ปกติ pain score 5 เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้น pain score 7 ให้ Ketolac 30 mg iv push หลังให้ยาpain score 5 V/S ปกติ เวลา 20.00 น.ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด กดเจ็บบริเวณท้องpain score 8 มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัยหนึ่งผืน urine output 50 มิลลิลิตรใน 4 ชม.V/S T= 36.6 ° c P=102 bpm RR= 20 bpm BP= 87/52 mmHg MAP 59 Hct 32 vol% รายงานแพทย์ให้ load 0.9 NaCl 1,000 ml และ Gelofucin 500 ml iv drip,Transamine 1 gm iv push, PRC 1 unit iv drip สูติแพทย์ตรวจ TAS พบ Fast positive at Hepatorenal pouch ส่งผ่าตัดซ้ำครั้งที่ 1 for re-exploratory laparotomy Uterine atony และพบจุดเลือดออกที่ Lower uterus ไม่สามารถเย็บได้เนื่องจากมดลูกบางมาก จึงทำ TAH with Bilateral Salpingectomy สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 4,000 มิลลิลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัดมีปัญหาไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้จึงย้าย ICU วันที่ 3-5 เวลา 08.00 น.ขณะรักษาที่ ICU พบ Jackson drain มีเลือดสีแดงเข้มออกประมาณ 750 มิลลิลิตร V/S ปกติ Hct 18.8 vol% ส่งผ่าตัดซ้ำครั้งที่ 2 for re-exploratory laparotomy with Hypogastic uterine artery ligation ให้ยา NOVO 0.7 mg iv push สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดประมาณ 200 มิลลิลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง หลังผ่าตัดย้ายกลับ ICU ขณะรักษาที่ ICU มีภาวะvolume overload, thrombocytopenia และelectrolyte imbalance วันที่ 5 ย้ายมาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมไม่พบปัญหาการตกเลือดหลังคลอดซ้ำได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องสรุปสูญเสียเลือดทั้งหมด 4,900 มิลลิลิตรได้รับ PRC 12 unit, FFP8 unit, Plateletconcentrate 22 unit รวมระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกร่วมกับมีภาวะช็อกชนิดรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษา พบว่า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[12]

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่ามีการตั้งครรภ์เสี่ยง ฝากครรภ์ครบคุณภาพ หลังคลอดรับรู้ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดและได้รับการตัดมดลูก	รับรู้มีสุขภาพไม่แข็งแรงเป็นหอบหืดและมีการตั้งครรภ์เสี่ยง ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ หลังคลอดรับรู้ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดและได้รับการตัดมดลูก
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานตรงเวลา ไม่ชอบรับประทานผักมีภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์ผลการตรวจทาลัสซีเมียปกติ	รับประทานไม่ตรงเวลาชอบอาหารรสจัด หลังผ่าตัดหลังคลอดมี Electrolyte imbalanceและมีภาวะท้องอืด

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	หลังคลอดมี Electrolyte imbalanceและมีภาวะท้องอืด	
3. การขับถ่าย	มีการขับถ่ายอุจาระปัสสาวะปกติ ขณะมีภาวะตกเลือดใส่สายสวนปัสสาวะและถอดออกเมื่อปลอดภัย สามารถปัสสาวะได้เองไม่มีท้องผูก	มีการขับถ่ายอุจาระปัสสาวะปกติขณะมีภาวะตกเลือดใส่สายสวนปัสสาวะและถอดออกเมื่อปลอดภัย สามารถปัสสาวะได้เองไม่มีท้องผูก
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย หลังคลอดได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน	มีรูปแบบการออกกำลังกายหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	พักผ่อนนอนหลับเพียงพอ หลังคลอดนอนพักผ่อนไม่เพียงพอจากภาวะเจ็บป่วยและการเลี้ยงดูบุตร	พักผ่อนนอนหลับเพียงพอหลังคลอดนอนพักผ่อนไม่เพียงพอจากภาวะเจ็บป่วยและการเลี้ยงดูบุตร
6. สติปัญญาและการรับรู้	จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 สามารถสื่อสารได้ดีตัดสินใจได้ดี	จบการศึกษาระดับ ปวส.สายตาสั้นต้องสวมแว่นสามารถสื่อสารได้ดีตัดสินใจได้ดี
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	มีความพึงพอใจในรูปร่างตนเอง หลังคลอดรู้สึกมีกังวลเนื่องจากได้รับการตัดมดลูก	มีความพึงพอใจในรูปร่างตนเองหลังคลอดรู้สึกกังวลเนื่องจากได้รับการตัดมดลูก
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ครอบครัวขยายรักใคร่กันดี หลังคลอดกลัวทำหน้าที่ภรยาและมารดาได้ไม่เต็มที่	ครอบครัวขยายรักใคร่กันดี หลังคลอดกลัวทำหน้าที่ภรยาและมารดาได้ไม่เต็มที่
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ปกติ	ปกติ
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	เป็นคนอารมณ์ดี จะมีสามีเป็นที่ปรึกษา กังวลเรื่องความเจ็บป่วย	เป็นคนใจเย็นจะมีมารดาและสามีเป็นที่ปรึกษา กังวลเรื่องความเจ็บป่วย
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบุญกรรมว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเหตุสุดวิสัย	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบุญกรรมว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเหตุสุดวิสัย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์การคลอดและการเจ็บป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	เจ็บครรภ์คลอด	แพทย์นัดผ่าตัดคลอดบุตร
ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	G2P1A0L1 last 2 ปี GA 38+3wks with P/S with Twins pregnancy ANC ครั้งแรก GA 7 wks ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระยะฝากครรภ์พบมีภาวะซีด	G2P1A0L1 last 8 ปี GA 37+6wks with P/S ANC ครั้งแรก GA 14 wks ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต	G1 term pregnancy Cesarean section due to Fetal distressทารกเพศหญิง น้ำหนักเกิด 2,800 กรัม สุขภาพแข็งแรงดี	G1 term pregnancy Cesarean section due to CPD ทารกเพศชาย น้ำหนักเกิด 4,100 กรัม สุขภาพแข็งแรงดี
ประวัติการแพ้ยาสารเคมีและ อาหารและสารเสพติด	แพ้อาหารทะเล ปฏิเสธการแพ้ยาสารเคมีอาหารสารเสพติด	แพ้กุ้งทุกชนิด ปฏิเสธการแพ้ยาสารเคมีอาหารสารเสพติด
อาการแรกรับ	เจ็บครรภ์คลอด ตรวจครรภ์ HF 3/4 เหนือระดับสะดือ FHS 140,136 bpmU/S EFW 2,400 กรัมและ 2,300 กรัม PV cervical not dilatation	แพทย์นัดผ่าตัดคลอดบุตร ตรวจครรภ์ HF 3/4 เหนือระดับสะดือ FHS 148 bpm วัดเทป EFW 3,924 กรัม ไม่ได้ตรวจ PV
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว	บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง	บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	G2P1A0L1 last 2 ปี GA 38+3 wks with Previous cesarean section with Twins pregnancy	G2P1A0L1 last 8 ปี GA 37+6 wks with Previous cesarean section
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Post cesarean section with Uterine atony with PPH with Hypovolemic shock	Post cesarean section with Uterine atony with Rebleeding at lower uterine segment with PPH with Hypovolemic shock

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด	Uterine atony	Uterine atony และ Rebleeding at lower uterine segment	กรณีศึกษาทั้ง 2 มีสาเหตุของการตกเลือดเหมือนกันคือ Uterine atony ซึ่งทั้งสองรายมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตรในครรภ์แรก ปัจจัยเสียง Previous C/S ทำให้มดลูกส่วนล่างแข็งตัวได้ไม่ดีเนื่องจากมีรอยแผลเดิม และบางรายอาจเกิดมดลูกแตกได้ ส่วนกรณีศึกษา 1 มีปัจจัยเสี่ยง Twins pregnancy ซึ่งมีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่าปกติ หลังคลอดกล้ามเนื้อมดลูกจึงหดรัดตัวได้ไม่ดีพบได้ร้อยละ 60 [13] และมี

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ภาวะชีดขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้ผู้ป่วยทนต่อการเสียเลือดได้น้อย แม้มีการสูญเสียเลือดปริมาณน้อยกว่า[13]
อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด	ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะเหงื่อออก ตัวเย็น มีเลือดออกไหลออกทางช่องคลอดเรื่อยๆ เป็นระยะๆประมาณ 500 และ 600 มิลลิลิตร Pain score = 1-2 V/S T= 36.6 ° c PR= 130 bpm RR= 22 bpm BP /53 mmHg MAP 51	ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็นปวดท้องมากกดเจ็บ ท้องอืด pain score = 7 V/ST=36.8 ° c PR= 102 bpm RR= 22 bpm BP 87/52 mmHg MAP 59	กรณีศึกษาทั้ง 2 มีอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอดที่สังเกตได้ชัดเจน จากสีหน้า ท่าทาง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ส่วนลักษณะของเลือดที่ออกมีความแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีเลือดออกทางช่องคลอดเรื่อยๆ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เลือดออกภายในช่องท้องมีอาการปวดลึกๆในท้องตั้งแต่แรกรับแม้จะยังมีอาการชาขาจากการใช้ยาชาเฉพาะที่และการปวดเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆแม้จะได้รับยาฉีดแก้ปวดก็ตาม
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ	ก่อนผ่าตัด CBC : Hb 8.8 mg/dl Hct 27.8% WBC 5,270 Cell/mm3 Platelet 229,000 Cell/mm3 ขณะตกเลือด CBC : Hb 12.1 mg/dl Hct 37.7 % WBC13,020 Cell/mm3 Platelet 74,000 Cell/mm3 PT 25 sec PTT 80 sec	ก่อนผ่าตัด CBC : Hb 11.9 mg/dl Hct 36.7% WBC 8,710 Cell/mm3 Platelet 243,000 Cell/mm3 ขณะตกเลือด CBC : Hb 8.7 mg/dl Hct 25.3% WBC17,400 Cell/mm3 Platelet 196,000 Cell/mm3 PT 14.1 sec PTT 28.9 sec INR 1.2	จากการศึกษาพบว่าก่อนผ่าตัดกรณีศึกษาที่ 1 พบค่า Hb , Hct ต่ำกว่ากรณีศึกษาที่ 2 เนื่องจากการตั้งครรภ์แฝดมีการเพิ่มปริมาณเลือดมากกว่าครรภ์เดี่ยว แต่การเพิ่มเม็ดเลือดแดงมีเพียงร้อยละ 30 [13] ได้รับเลือดก่อนผ่าตัด ขณะเกิดภาวะตกเลือด Hb,Hct จึงยังไม่ลดลง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีเลือดออกในช่องท้องปริมาณมากกว่า Hb,Hct ลดลงชัดเจน เมื่อกรณีศึกษาทั้งสองเกิดการสูญเสียเลือดระดับรุนแรง เซลล์มีการปรับตัวโดยไม่ใช้ออกซิเจนเกิดการรั่วของเกลือแร่ออกจากเซลล์ พบค่า Mg ต่ำกว่าปกติได้ และการเสียเลือดปริมาณมากเกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว ค่า Platelet count, PT, PTT, INR ของกรณีศึกษาทั้งสองผิดปกติ นอกจากนี้พบว่ากรณีศึกษาที่ 2 มี

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	INR 2 หลัง Re- exploratory laparotomy Hb 4 mg/dl Hct 11 % WBC 5,660 Cell/mm3 Platelet 42,000 Cell/mm3 PT 12.9 sec PTT 29.5 sec INR 1 Mg 1.6 mg/dl	หลัง Re-exploratory laparotomyครั้ง 1 Hb 7.3 mg/dl Hct 21.8 % WBC9,560 Cell/mm3 Platelet 91,000 Cell/mm3 PT 13 sec PTT 36 sec INR 1.1 Mg 1.4 mg/dl ก่อน Re-exploratory laparotomyครั้ง 2 Hb 6.4 mg/dl Hct 18.8 % WBC 12,300 Cell/mm3 Platelet 140,000 Cell/mm3 PT 12.6 sec PTT 31.6 sec INR 1 Mg 2.1 mg/dl	WBC สูงกว่าเนื่องจากมีการผ่าตัดซ้ำ 2 ครั้งซึ่งทำให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บมากกว่า
การรักษาภาวะตกเลือด	1.การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9 NaCl 2.การให้ยากลุ่ม uterotronic drug ได้แก่ oxytocin, methergin, misoprostol,	1.การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9 NaCl, Gelofusin 2.การให้ยากลุ่ม uterotronic drug ได้แก่ oxytocin, methergin,	กรณีศึกษาทั้งสองมีการรักษาที่เหมือนกัน โดยเริ่มต้นจากการให้สารน้ำทดแทน การรักษาตามสาเหตุ Uterine atony โดยการให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด แต่พบว่ากรณีศึกษาที่ 2 มี Rebleeding จากมดลูกส่วนล่างและการสูญเสียเลือดที่รุนแรงแม้ตัด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			มดลูกออกแล้วยังไม่สามารถหยุดเลือดได้
	sulprostone 3.การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ PRC, FFP, Platelet concentrate 4.การผ่าตัดทำ Exploratory Laparotomy for TAH with right Salpingo-Oophorectomy	misoprostol sulprostone 3.การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ PRC, FFP, Platelet concentrate 4.การผ่าตัดทำ Exploratory Laparotomy for TAH with Bilateral Salpingectomy with Hypogastic artery uterine ligation	จนเกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวและมีการผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำครั้งที่ 2 จึงได้รับยา NOVO 7 ที่ประกอบด้วยสารทำให้เลือดแข็งตัว สามารถหยุดเลือดได้และผู้ป่วยปลอดภัย

จาการการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลได้เป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนตกเลือดระยะตกเลือดระยะฟื้นฟู

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	1.ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 4 ครั้งทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะ stable 3. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติเช่นหน้ามืดใจสั่นเหงื่อออกตัวเย็น ซีด ปวดท้องมาก 4. ประเมินการแข็งตัวของมดลูก	ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 4 ครั้งทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะ stable 3. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซีด ปวดท้องมาก 4. ประเมินการแข็งตัวของมดลูก

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	5. สังเกตเลือดที่ซึมออกจากผ้าปิดแผลผ่าตัด 6. ประเมินสีปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด 7. ดูแลให้สารน้ำและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา 8. เจาะ Hct stat ติดตามผลการตรวจ Hct ทุก12 ชม. Keep Hct > 30 Vol% 9. สังเกตและบันทึกปริมาณสีของปัสสาวะ 10. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก8ชั่วโมง 11.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ -หน้าซีดใจสั่นเหงื่อออกตัวเย็นสับสนแน่นท้องท้องอืดปวดท้องมาก -ชีพจรเบาเร็วมากกว่า 100 หรือน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60มิลลิเมตรปรอท - หลังให้ยาแก้ปวด ความปวด 7คะแนนขึ้นไป - มดลูกหดรัดตัวไม่ดี - มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยมากกว่า1ผืนต่อ1 ชั่วโมงใน2 ชั่วโมงแรกหรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ผืนใน 4 ชั่วโมง -ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	5. สังเกตเลือดที่ซึมออกจากผ้าปิดแผลผ่าตัด 6. ประเมินสี ปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด 7. ดูแลให้สารน้ำและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา 8. เจาะ Hct stat ติดตามผลการตรวจ Hctทุก12 ชม. Keep Hct> 30 Vol% 9. สังเกตและบันทึก ปริมาณ สีของปัสสาวะ 10. บันทึกปริมาณน้ำ ที่เข้าและออกจากร่างกายทุก8ชั่วโมง 11. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ -หน้าซีดใจสั่นเหงื่อออกตัวเย็นสับสนแน่นท้องท้องอืดปวดท้องมาก - ชีพจรเบาเร็ว มากกว่า100 หรือน้อยกว่า60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60มิลลิเมตรปรอท - หลังให้ยาแก้ปวด ความปวด 7 คะแนนขึ้นไป - มดลูกหดรัดตัวไม่ดี - มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืนต่อ 1 ชั่วโมงใน 2 ชั่วโมงแรกหรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ผืนใน 4 ชั่วโมง - ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
2. มีภาวะช็อกเนื่องจากมีการสูญเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด	1.รายงานแพทย์และตามทีมช่วย 2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 10-15 นาทีจนกว่าจนกว่าจะ stable 3. สังเกตอาการซีดจากสีผิวหนังสีเล็บเยื่อบุตา	1. รายงานแพทย์และตามทีมช่วย 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 10-15 นาทีจนกว่าจนกว่าจะ stable 3. สังเกตอาการซีดจากสีผิวหนังสีเล็บเยื่อบุตา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	4. ตรวจดูระดับยอดมดลูกเพื่อประเมินการหดรัดตัวของมดลูก 5. สังเกตและบันทึกเลือดซึมผ้าปิดแผล 6. สังเกตสีและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 7. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่OR, Anesthesia, Lab, ICU, CPR team 8. เตรียมรถCPR เครื่องUltrasound 9. ดูแลการได้รับยาสารน้ำได้แก่ 0.9 NaCl 10.ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกได้แก่ oxytocin, methergin, misoprostol, sulprostone 11. จองเลือด PRC 4 unit , FFP 4 unit Platelet concentrate 10 unit 12. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC,BUN, creatinine, electrolyte, PT, PTT, INR ,Blood chemistry 13. ให้ O2 mask with bag 10 lit/min และติดตามปริมาณออกซิเจนในเลือด 14.บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกายทุก 1 ชั่วโมง 15 .เตรียมผู้ป่วยส่งผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำ	4. ตรวจดูระดับยอดมดลูกเพื่อประเมินการหดรัดตัวของมดลูก 5. สังเกตและบันทึกเลือดซึมผ้าปิดแผล 6. สังเกตสีและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 7. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ OR, Anesthesia, Lab, ICU, CPR team 8. เตรียมรถCPR เครื่องUltrasound 9. ดูแลการได้รับยาสารน้ำ 0.9 NaCl, Gelofusin 10. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกได้แก่ oxytocin, methergin, misoprostol, sulprostone 11. ดูแลให้ยาแก้ปวด Ketoleccและยาห้ามเลือด Tranexamic Acid 12. จองเลือด PRC4 unit,FFP 4 unit Platelet concentrate 10unit 13. เจาะเลือดส่งตรวจCBC,BUN, creatinine, electrolyte, PT, PTT, INR ,Blood chemistry 14. ให้ O2 mask with bag 10 lit/min และติดตามปริมาณออกซิเจนในเลือด 15.บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกายทุก 1 ชั่วโมง 16. เตรียมผู้ป่วยส่งผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำ
3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวจะได้รับอันตรายจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำเนื่องจากขาด	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยท่าทีเป็นมิตร 2. อธิบายพยาธิสภาพแผนการรักษาพยาบาล และเหตุผลที่อาจจะต้องได้รับการตัดมดลูก 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ซักถามปัญหา รับฟังด้วยความเต็มใจ	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยท่าทีเป็นมิตร 2. อธิบายพยาธิสภาพแผนการรักษาพยาบาลและเหตุผลที่อาจจะต้องได้รับการตัดมดลูก 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ซักถามปัญหา รับฟังด้วยความเต็มใจ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา	4. ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 6. แนะนำทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ	4. ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 6. แนะนำทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 มีปัจจัยเสี่ยงคือเคยผ่าตัดในครรภ์แรกซึ่งจะมีผลทำให้มดลูกส่วนล่างแข็งตัวได้ไม่ดีเนื่องจากมีรอยแผลผ่าตัดเดิมและเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกจึงมีโอกาสเกิดการตกเลือดได้สูง[9] กรณีศึกษา 1 Twins pregnancy เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดีพบได้ร้อยละ 60 เนื่องจากมีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่าปกติ หลังคลอดกล้ามเนื้อมดลูกจึงหดรัดตัวได้ไม่ดี[12] นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดภาวะตกเลือด แม้มีการสูญเสียเลือดปริมาณน้อยแต่ผู้ป่วยทนต่อการเสียเลือดได้น้อยเช่นกัน[14] จากการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah[15] พบว่ากรณีศึกษาที 1 ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูงส่วนกรณีที่ 2 ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง ส่วนการพยาบาลทั้งสองกลุ่มให้การพยาบาลเหมือนกัน มีความแตกต่างกันเพียงระยะเวลาความถี่ของการประเมิน กรณีศึกษาที่ 2 มีปริมาณการสูญเสียเลือดมากกว่าเนื่องจากมดลูกไม่หดรัดตัวและพบจุดเลือดออกอยู่ที่มดลูกส่วนล่าง ซึ่งมีการศึกษาการรักษาโดยทำ Cho’s compression suture[16] แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 มดลูกบางมากจึงไม่สามารถเย็บซ่อมได้ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดที่ยาวนานจะเกิดภาวะช็อกตามมาการดูแลที่สำคัญของพยาบาลคือการป้องกันการตกเลือดและการช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อเกิดภาวะช็อกพยาบาลในหน่วยงานสูติกรรมเป็นบุคคลสำคัญเพราะอยู่ใกล้ชิดมารดาตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาหลังคลอดทั้งในระยะเฝ้าระวังระยะตกเลือดและระยะพักฟื้นต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องให้ครอบคลุมทุกระยะของการตั้งครรภ์และการคลอดเชื่อมโยงกับเครือข่ายสุขภาพทั้งจังหวัด

2. พัฒนา Warning signsของภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ครอบคลุมในกลุ่มผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เอกสารอ้างอิง

1. ACOG Practice Bulletin No. 76: Postpartum Hemorrhage: Obstetrics & Gynecology. 2006;108(4):1039–48.
2. World Health Organization.WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. [Internet]. 2021[cited 2023 Oct 20]. Available from: https://www.eatright.org/

3. World Health Organization.UNICEF,UNFPA,and mo1.Jaiborisuttikul S, Suppasri P, Tachasuksri T. Factors influencing elective cesarean section intention among.2021;96(9):1021-25
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20กันยายน 2566] เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-opload.
5. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมง.วารสารประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ. 2565;22(3):2-12
6. Carroll, M., Daly, D. and Begley, C.M. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: asystematicreview. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16(1):261
7. นันทพร แสนศิริพันธ์และฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:สมาร์ทโคดติ้งแอน เซอร์วิส;2561.
8. สาวิกา ใจบริสุทธิกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;40(1):53-62.
9 . ถิรนัน สาสุนีย์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(2):45-56.
10. นิติพร อยู่แก้ว. อัตราผ่าคลอดตามระบบร้อยสัน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(3):262-271.
11. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมหาสารคาม.สถิติหอผู้ป่วยสูติกรรม ปี 2560-2566.มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม;2566
12. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ;2560.
13 สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ และเบญญาภา ธิติมาพงษ์. การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์. สงขลา:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2562.
14. บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะ.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า . วารสารวิทยาลัยพระจอมเกล้า. 2561;1(1):39-46.
15. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ.การตกเลือดหลังคลอด.วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพราชสุดา สยามบรมราชกุมารี.2560;6(2):146-157.
16. วันชัย จันทราพิทักษ์, สาวิตรี สุวิกรม, วีรพล เขมะรังสรรค์, นิพันธ์, บุญยัง และเรณู วัฒนเหลืองอรุณ. ความสัมพันธ์ระหว่างการฉีกขาดของปากมดลูกภาวะเลือดออกจากมดลูกส่วนล่างและทำหัตถการกดมดลูกส่วนล่างผ่านทางหน้าท้องในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดปฐมภูมิ. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2564;17(2):10-21.