

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก

ศรีพรรณธ ภาวรัตน์

โรงพยาบาลหนองเสือ

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของมารดาประเทศไทย โดยอัตราการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพปี 2565 พบว่าเท่ากับ 27.6 สาเหตุการเสียชีวิตทางตรงส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 18 จากสถิติโรงพยาบาลหนองเสือพบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 4.41, 4.76 และ 6.06 ตามลำดับ และยังพบว่าในปี 2566 ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดเกิดภาวะช็อกถึงร้อยละ 3.03 จึงจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

รูปแบบการศึกษา: เป็นกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อกที่เข้ารับบริการใน เดือนกันยายน 2566 จำนวน 1 ราย ทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์อายุ 29 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองเสือ 3 ครั้งไม่ครบเกณฑ์ ผลเลือด ANC ปกติ Hct 36% ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตรได้รับการทำคลอดปกติตามมาตรฐาน ทารกเพศหญิง Apgar score นาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 10, 10, 10 คะแนนตามลำดับ น้ำหนัก 2,650 กรัม หลังไหล่น้ำทารกคลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก หลังรกคลอดมดลูกไม่หดตัว เลือดไหลอย่างรวดเร็วร่วมกับตรวจพบมีการฉีกขาดของปากมดลูกส่วนล่างรวมปริมาณการสูญเสียเลือด 1,200 มิลลิลิตรและเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือด ความดันโลหิต 81/53 มม.ปรอท ให้การพยาบาลโดยการนวดมดลูก ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ให้สารน้ำ crystalloid รวม 2,000 มิลลิลิตร และให้ LPRC 2 ยูนิต ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อก สามารถจำหน่ายพร้อมทารกหลังจากนอนโรงพยาบาล 3 วัน

สรุป: จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดให้ครอบคลุมหลัก 4 T ให้การพยาบาลและรักษาตามสาเหตุอย่างรวดเร็ว ตลอดจนทีมช่วยเหลือในภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลาการเกิดภาวะช็อกที่ยาวนาน ซึ่งพยาบาลห้องคลอดเป็นหนึ่งในทีมที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการประเมินเฝ้าระวัง และดูแลให้ผู้คลอดและทารกมีความปลอดภัยตลอดการคลอด

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด, ภาวะช็อก, การพยาบาล

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) เป็น ภาวะที่มีเลือดออกตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดคลอดหรือมีระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของก่อนคลอด (กรมการแพทย์, 2560) โดยสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุดได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดีพบได้ร้อยละ 70 รองลงมาคือการบาดเจ็บจากการคลอดพบได้ร้อยละ 20 รกเยื่อหุ้มทารกและก้อนเลือดค้างในช่องคลอดพบร้อยละ 10 และจากความผิดปกติของกระบวนการแข็งตัวของเลือดพบร้อยละ 1 (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563, วิทยา ธิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2563)

จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี 2020 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตทั่วโลก 211 รายต่อแสนการเกิดมีชีพ อยู่ในทวีปเอเชีย 152 รายต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยมีสาเหตุจาก direct obstetric causes ตัวอย่างเช่น postpartum hemorrhage, pregnancy induced hypertension (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) สำหรับประเทศไทยจากอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพปี 2564, 2565 และ 2566 เท่ากับ 39.8, 27.6 และ 21.0 ตามลำดับ สาเหตุการเสียชีวิตทางตรงส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 18 สอดคล้องกับสถิติของเขตสุขภาพที่ 4 ที่พบอัตราการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพปี 2564, 2565 และ 2566 เท่ากับ 70.1, 35.6 และ 29.4 ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาไทยเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2565-2566 มีผลมาจาก obstetric hemorrhage เท่ากับร้อยละ 18.18 (MCH board เขตสุขภาพที่ 4, 2567) ซึ่งผลของภาวะตกเลือดหลังคลอดทำให้สูญเสียเลือดจำนวนมาก ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้อาจนำไปสู่ภาวะช็อก เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ น้อยลงเกิดการทํางานของอวัยวะที่สำคัญล้มเหลว เช่น ไตวาย เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว ส่งผลให้หญิงหลังคลอดต้องรับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้นหรืออันตรายถึงเสียชีวิต (Carroll, 2016) นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้ญาติและครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของหญิงหลังคลอดด้วยเช่นกัน

จากสถิติโรงพยาบาลหนองเสือพบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 4.41, 4.76 และ 6.06 ตามลำดับ ไม่มีมารดาเสียชีวิตหรือต้องส่งต่อด้วยภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลหนองเสือส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกไม่หดตัว รกไม่คลอดหรือมีเศษรกค้างและปากมดลูกหรือช่องทางคลอดฉีกขาดคิดเป็นร้อยละ 60, 30 และ 10 ตามลำดับ และในปี 2566 พบมีมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมภาวะช็กร้อยละ 3.03 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายกำหนดร้อยละ 2 (โรงพยาบาลหนองเสือ, 2566) การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ผ่านมาระยะที่โรงพยาบาลหนองเสือได้ปฏิบัติตามแนวทางของ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดปทุมธานีซึ่งเป็นแนวเดียวกันทั้งเครือข่าย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์โดยใช้ระบบ One province One labour room เพื่อขอคำปรึกษาสูติแพทย์และส่งต่อผู้คลอดที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะที่สามารถคาดการณ์ได้จากการประเมินผู้คลอดในระยะแรกรับไว้ในห้องคลอด แต่ยังมีปัจจัยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่น คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลหรือภาวะคลอดเร็ว ประกอบกับโรงพยาบาลหนองเสือเป็น

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์ กรณีฉุกเฉินต้องมีการส่งตัวเพื่อรับการรักษา ต้องใช้เวลาในการเดินทางถึงโรงพยาบาลปทุมธานี 1 ชั่วโมง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลห้องคลอด ต้องมีบทบาทในการบริหารจัดการทีมให้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อกจำนวน 1 ราย โดยมีการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนกระทั่งจำหน่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดรายอื่นที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือมีภาวะช็อกร่วมด้วย ให้เกิดความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งผู้คลอดและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อกจำนวน 1 ราย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การรักษา ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาล
2. ศึกษาค้นคว้าเรื่องภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อกจากหนังสือ เอกสารวิชาการ ขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา หาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับข้อมูลประวัติอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีและแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาการของแพทย์
4. ประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในการประเมินภาวะสุขภาพ
5. ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย
6. ประเมินผล สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษา ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นและแผนการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อเป็นการทบทวนการดูแลผู้ป่วย
7. เขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไข

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) หมายถึงภาวะที่มีเลือดออกตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดคลอด หรือมีระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของก่อนคลอด (กรมการแพทย์, 2560)

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม หรือ 4 T (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563, วิทยา ธิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2563) มีดังนี้
 1) Tone: เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุที่สำคัญและพบบ่อยที่สุด พบได้ประมาณร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด
 2) Tissue: เกิดปัญหาของรก เยื่อหุ้มทารก และก้อน

เลือด (blood clot) ที่ขัดขวางการอุดตันหรือปิดของหลอดเลือดตามดลูก ทำให้เลือดไหลไม่หยุด พบได้ประมาณร้อยละ 10 3) Trauma: เกิดจากการบาดเจ็บจากการคลอด (birth injury) ทำให้มีการเสียเลือดมาก พบได้ประมาณร้อยละ 20 4)Thrombin: เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการแข็งตัวของเลือด (coagulopathy) พบได้ประมาณร้อยละ 1

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและกำลังอยู่ในความสนใจของผู้ให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมดังนี้ ประวัติครรภ์หลัง (ตั้งแต่ครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป) โรคเบาหวานประเภทที่ 2 ขณะตั้งครรภ์ (Type II diabetes mellitus in pregnancy), BMI>30, เคยมีประวัติตกเลือดหลังคลอดมาก่อน และการชักนำการคลอด (วิทยา ธิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2563)

การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด มีสิ่งที่จะต้องประเมินที่สำคัญ 2 เรื่องดังนี้ (วิทยา ธิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2563)

1. การสูญเสียเลือดต้องประเมิน 2 ประการ คือ 1)ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (volume of blood loss) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาและพยากรณ์โรค จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินอย่างถูกต้อง โดยใช้ถุงตวงปริมาณเลือดตั้งแต่หลังทารกคลอด ซึ่งมีความแม่นยำมากกว่าการคาดคะเนด้วยตา เพื่อประเมินปริมาตรเลือดที่สูญเสียภายหลังคลอดทางช่องคลอด 2)ความเร็วของการสูญเสียเลือด (speed of blood loss) ซึ่งภายหลังการคลอดทารกจะมีการสูญเสียเลือดเสมอในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน แต่ประเด็นที่สำคัญคือพยาบาลต้องใช้ความชำนาญและประสบการณ์ในการสังเกตด้วยตาถึงความเร็วของเลือดที่ไหลออกจากช่องคลอดของผู้คลอดแต่ละราย เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

2. ประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด สามารถประเมินได้จากสัญญาณชีพพร้อมกับอาการและอาการแสดงจะมีความสอดคล้องไปกับความรุนแรงของการสูญเสียเลือด ยิ่งสูญเสียเลือดมากการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงก็จะรุนแรงตามไปด้วย ในผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำและไม่มีโรคประจำตัวจะมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรุนแรงของการสูญเสียเลือดกับสัญญาณชีพพร้อมกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง

เลือดที่สูญเสีย		ความดันโลหิต (Systolic) (มม.ปรอท)	ชีพจร (ครั้ง/นาที)	อาการและ อาการแสดง	ระดับของ ภาวะช็อก
ปริมาตร	ร้อยละ				
500-1000	10-15	ปกติ	ปกติ	ใจสั่น เวียนศีรษะ	ปรับตัวได้
1000-1500	15-30	ลดลงเล็กน้อย	>100	อ่อนเพลีย เหงื่อออก	เล็กน้อย
1500-2000	30-40	70-80	>120	กระสับกระส่าย ซีดลง ปัสสาวะออกน้อย	ปานกลาง
2000-3000	>40	50-70	>140	หมดสติ หายใจลำบาก ไม่มีปัสสาวะ	รุนแรง

การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถช่วยให้พบหญิงตั้งครรภ์ที่จะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 60-85 (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) เมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง 4 T ควรพิจารณาให้คลอดในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม และการป้องกันภาวะตกเลือดหลัง

คลอดที่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีในระยะที่ 3 ของการคลอดแนะนำให้ปฏิบัติดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563, วิทยา ธิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2563)

1. ให้ uterotonic drug ทุกราย เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด การเลือกสูตรยาดังตารางที่ 2
2. ทำ controlled cord traction (strong recommendation) ในกรณีที่มีผู้ได้รับการอบรม
3. ทำ Late cord clamping (1-3 นาทีหลังคลอด) ทุกราย ไปพร้อมกับการดูแลทารกคลอดตามปกติ (strong recommendation) ยกเว้นทารกมี asphyxia และต้อง resuscitate ทันที
4. หลังคลอดให้ประเมินการหดตัวของมดลูกโดยคลำผ่านหน้าท้องทันที เพื่อวินิจฉัยมดลูกไม่หดตัว (strong recommendation)

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว

ยา/ขนาดและวิธีใช้	การออกฤทธิ์	ข้อห้ามใช้	ผลข้างเคียง
Oxytocin (Syntocinon®) Dose: 10 unit Route: IM or Slow push IV	•IM : เริ่มออกฤทธิ์ 3-7 นาที นาน 1 ชั่วโมง •IV : ออกฤทธิ์ทันที ความเข้มข้นสูงสุด 30 นาที	แพ้ยา	•คลื่นไส้ อาเจียน •ถ้าให้นานจะมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ •ความดันโลหิตต่ำในกรณีฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
Misoprostol (Cytotec®) Dose: 400-600 µg Route: Oral	•ดูดซึมภายใน 9-15 นาทีหลังรับประทาน •ค่าครึ่งชีวิต 20-40 นาที	แพ้ยา	คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ
Carbetocin (Duratocin®) Dose: 100 µg Route: IM or Slow push IV	•IM : ออกฤทธิ์ทำให้มดลูกหดตัว นาน 11 นาที แล้วหดเป็นจังหวะๆ นาน 120 นาที •IV : ออกฤทธิ์ภายใน 2 นาที แล้วหดเป็นจังหวะๆ นาน 60 นาที	แพ้ยา	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ คั่น
Methylergometrine (Methergine®) Dose: 0.2 mg Route: IM or Slow push IV	•IM: ออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาที นาน 3 ชั่วโมง •IV : ออกฤทธิ์ภายใน 1 นาที นาน 45 นาที แล้วหดเป็นจังหวะๆ นาน 3 ชั่วโมง	•ความดันโลหิตสูง •ครรภ์เป็นพิษ •โรคหัวใจและหลอดเลือด	คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ โดยสมาชิกในทีมต้องมีการสื่อสารที่ดี และให้การช่วยเหลือขั้นต้นเมื่อพบภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563, วิทยา ธิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2563) ดังนี้

1. การช่วยเหลือขั้นต้น (Initial resuscitation and investigation) เมื่อพบแนวโน้มของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดควรปฏิบัติดังนี้ 1)การนวดคลึงมดลูก มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัว 2)ให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจน 3)ใส่สายสวน

ปัสสาวะ ประเมินปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย 4) เปิดหลอดเลือดดำอย่างน้อย 2 เส้น โดยเข็มเบอร์ 16-18 เพื่อให้สารน้ำ crystalloid อย่างรวดเร็ว

กรณีเกิดภาวะตกเลือดที่รุนแรงเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต 2) ส่งเลือดตรวจ complete blood count, renal and liver function, electrolytes coagulogram ไว้เป็นพื้นฐานสำหรับการติดตามผลเลือด แต่ต้องระลึกเสมอว่าผลเลือดขณะสูญเสียเลือด โดยเฉพาะผลความเข้มข้นของเลือดจะไม่สะท้อนความรุนแรงของการเสียเลือด แนะนำให้ประเมินจากสัญญาณชีพและระบบไหลเวียนเลือดเช่นเดียวกับผู้ป่วยเสียเลือดจากอุบัติเหตุ

2. การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว โดยสามารถให้การดูแลรักษาทั้งแบบที่ไม่ใช้ยา แบบที่ใช้ยาและการรักษาด้วยการผ่าตัดดังนี้

2.1 การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวแบบใช้ยา โดยประเทศไทยมียาที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่ ยาลำดับแรก ได้แก่ Oxytocin, Methylergometrine และ Tranexamic acid (สามารถให้ได้ทุกรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่ว่าเกิดจากสาเหตุใด และให้เร็วที่สุด ภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด ขนาดที่ให้ 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ไม่เร็วกว่า 10 นาที ถ้ายังมีเลือดออกอยู่หลังใช้ครั้งแรกไปแล้ว 30 นาที หรือมีเลือดออกใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง สามารถให้ซ้ำได้อีก 1 กรัม) ยาลำดับที่สอง ได้แก่ Misoprostol และ Sulprostone

2.2 การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวแบบที่ไม่ใช้ยา ได้แก่

2.1.1 การนวดคลึงมดลูก (Uterine massage) โดยทำทันทีที่วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือการกดมดลูก (Bimanual uterine compression) ระหว่างรอรักษาด้วยวิธีอื่นหรือส่งต่อผู้ป่วย

2.1.2 การใส่บอลลูนเข้าไปอัดในมดลูก (ballon tamponade) เป็นวิธีที่สามารถลดการตัดมดลูก และลดการสูญเสียเลือดได้เป็นอย่างดี โดยปัจจุบันแบ่งเป็น 2 รูปแบบได้แก่ บอลลูนสำเร็จรูป และบอลลูนประดิษฐ์จากถุงยางอนามัย

2.3 การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวโดยการผ่าตัดเมื่อให้ยาหรือการใส่บอลลูนอัดไปในมดลูกไม่ได้ผล

3. การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้าง โดยต้องมีการตรวจรกว่าครบหรือไม่ แต่รกที่มีลักษณะครบก็อาจมีรกน้อย (succenturiate lobe) ค้างในโพรงมดลูกได้ ซึ่งสามารถวินิจฉัยด้วยการตรวจอัลตราซาวด์และรักษาด้วยการขูดมดลูก

4. การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากช่องทางคลอดฉีกขาด ตั้งแต่ปากมดลูก ผนังช่องคลอด อวัยวะเพศภายนอกและมีเย็บว่าเป็นสาเหตุของการตกเลือดหรือไม่ ถ้าพบให้รีบเย็บซ่อมแซมทันที

บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ดูแลผู้คลอดและมารดาหลังคลอด มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะพยาบาลห้องคลอดที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดดังนี้ (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560, ศิริพร ฉายาทับ, 2560)

1. บทบาทการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกรับและระยะคลอด

- การชักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด โรคประจำตัว เช่น โรคโลหิตจาง (ความเข้มข้นของเลือด < 30%) โรคที่เกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และติดตามปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น หญิงตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) น้อยกว่า 33%
- ประเมินการแข็งตัวของมดลูกในระยะรอคลอด เพื่อเฝ้าระวังในรายที่การหดตัวของมดลูกผิดปกติ โดยเฉพาะรายที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก หากพบมดลูกหดตัวต่ำกว่า 2 นาทีและบีบรัดตัวนานเกิน 90 วินาทีต้องรีบหยุดยาทันทีรายงานแพทย์และให้สารน้ำที่ไม่มียา ให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูก หากเสียงหัวใจทารกน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาทีให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที ติดตามเสียงหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกต่อเนื่องจนกลับมาเป็นปกติ
- ในระยะรอคลอดสำหรับผู้คลอดที่เคยคลอดบุตรมาหลายครั้ง, ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม, ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกมาเป็นระยะเวลาสั้น และทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ต้องได้รับการดูแลประเมินมดลูกแตกคุกคามอย่างใกล้ชิด จากอาการปวดท้องรุนแรง คลำระดับมดลูกไม่ได้ มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก และตรวจสัญญาณชีพพบความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาและเร็ว
- ทำ Active management of third stage of Labour โดยให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีตั้งแต่ทารกคลอด (มั่นใจว่าไม่ใช่ครรภ์แฝด) การทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction ด้วยการจับสายสะดือใกล้ฝีเย็บด้วย clamp ให้ตึงเล็กน้อย รอมดลูกหดตัวแล้วดึงสายสะดือลงอย่างนุ่มนวล ขณะที่อีกมือวางเหนือกระดูกหัวหน้า คอยดันมดลูกไม่ให้เคลื่อนตามลงมา (counteraction) โดยขณะดึงสายสะดืออาจให้มารดาเบ่งร่วมด้วย และการนวดมดลูกภายหลังคลอด

2. บทบาทการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลังคลอด

- คำนวณปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดใช้ถุงตวงเลือดตั้งแต่หลังทารกคลอดทันทีเพื่อรองรับเลือดขณะรกลอกตัว หากมีแนวโน้มมากกว่า 300 มิลลิลิตร ต้องหาสาเหตุทันที
- ตรวจร่างกายดูอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ อาการเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น และสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
- ตรวจหาสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดตามสาเหตุหลัก 4 T ได้แก่ 1)Tone ดูการหดตัวของมดลูกว่าดีหรือไม่ ถ้าหลังใส่สายสวนปัสสาวะแล้วมดลูกหดตัวดีแสดงว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากสาเหตุอื่น 2)Trauma ตรวจการฉีกขาดของช่องคลอดทั้งหมด 3)Tissue ตรวจรูกอีกครั้งว่าครบหรือไม่หรือมีรูกน้อย ถ้าหาทั้ง 3 สาเหตุแรกแล้วยังไม่พบให้พิจารณาตรวจสอบ 4)Thrombin ดูการแข็งตัวของเลือด
- หากพบว่ามีอาการแสดงของภาวะช็อก ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำ ให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที ใส่สายสวนปัสสาวะติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด Isotonic solution เพิ่มอีก 1 เส้น เเจาะเลือดส่ง CBC, PT, PTT, INR และจางเลือด Pack red cell 2 ยูนิต
- ถ้ามีอาการช็อกโดยเลือดออกจากช่องคลอดไม่มาก แสดงว่าอาจมีเลือดออกในช่องท้อง

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Theory)

การนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก ต้องคำนึงถึงแนวคิดเรื่อง ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล (Basic conditioning factors) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) และทฤษฎีระบบพยาบาล (The Theory of Nursing System) (Orem, 2001) นำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลและประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้คลอด ว่าตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้หรือไม่ หากพบว่ามี ความบกพร่องในการดูแลตนเอง จะนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนให้การพยาบาล โดยพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ในการเลือกระบบพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือให้เหมาะสม ทั้งระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system) เมื่อผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ เช่น หมดสติ อยู่ในภาวะช็อกรุนแรง ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system) เมื่อผู้คลอดต้องกำจัดการเคลื่อนไหวตามการรักษาของแพทย์ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก เช่น อ่อนเพลียมาก และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) มุ่งให้ความรู้หรือกระตุ้นให้ผู้คลอดปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การให้นมบุตร การวางแผนคุมกำเนิด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองได้

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้คลอดหญิงไทยอายุ 29 ปี G3P2A0L2Last 4 ปี อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน ผากครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองเสือ 3 ครั้งไม่ครบเกณฑ์ ผากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ผลเลือด VDRL: Non-Reactive, HBsAg: Negative, HIV: Non-Reactive, Hct 36 % ส่วนสูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 59 กิโลกรัม เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 7.00 น. ด้วยอาการสำคัญ คือเจ็บครรภ์มีมูกเลือด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นๆ แรกรับอุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/77 มม.ปรอท ตรวจร่างกายระดับยอดมดลูก 30 เซนติเมตร เหนือขอบกระดูกเชิงกราน ทารกท่า LOA ฟังเสียงหัวใจทารก 139 ครั้งต่อนาที ส่วนนำเข้าสู่อุ้งเชิงกราน เจ็บครรภ์ถี่ Interval 1 นาที 50 วินาที Duration 60 วินาที Severity 2+ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ มีส่วนนำเป็นศีรษะ ระดับของส่วนนำ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ Pain score 10 ผู้คลอดอยากเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอดรวมระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 3 ชั่วโมง ผู้คลอดเบ่งได้ดีคลอดทารกเพศหญิง Apgar score นาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 10, 10, 10 คะแนนตามลำดับ น้ำหนัก 2,650 กรัม หลังไหลหน้าทารกคลอดให้ Oxytocin 40 unit in LRS 1,000 ml IV drip 50 ml/hr. ผู้คลอดความดันโลหิต 110/67 มม.ปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดรวม 25 นาที หลังรกคลอดโดยวิธี controlled cord traction รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบลักษณะปกติ ใช้เวลาในระยะที่ 3 ของการคลอดรวม 9 นาที และพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีเลือดไหลจากช่องคลอดอย่างรวดเร็ว ประเมินจากถุงตวงเลือดได้ 500 ml รายงานแพทย์และเรียกทีมช่วยเหลือ ทำการช่วยเหลือขั้นต้นทันทีโดยนวดคลึงมดลูกปรับเพิ่ม Oxytocin 40 unit in LRS 1000 ml IV drip 120 ml/hr ให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตร/

นาที ให้ Methergin 0.2 mg IM และเปิดเส้นที่ 2 ด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้ Acetar 1000 ml IV Loading 1000 ml ส่วนปัสสาวะได้ 50 มิลลิลิตรและค้ำสายปัสสาวะไว้ เจาะเลือด Hct ได้ 30% และ group match Pack red cell 2 unit ต่อมาตรวจพบการฉีกขาดของปากมดลูกส่วนล่าง ประเมินปริมาณเลือดในอุ้งตวงเลือดรวม 900 มิลลิลิตร แพทย์เย็บซ่อมแซมปากมดลูก ขณะช่วยแพทย์เย็บซ่อมแซมพบมดลูกหดตัวดีแต่เกิดภาวะช็อก มารดาหลังคลอดใจสั่น สังเกตมีเหงื่อออก ความดันโลหิต 81/53 มม.ปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที SpO2 100% แพทย์ให้ Loading LRS 1,000 ml IV และหลังเย็บปากมดลูกเสร็จ Vaginal packing ไว้ รวมปริมาณการเสียเลือด 1,200 มิลลิลิตร ผล Hct 29 % ให้ LPRC group B Rh positive 2 unit ไม่มีอาการแทรกซ้อนขณะได้รับเลือด หลังเย็บแผลฝีเย็บเสร็จหญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีใจสั่นและเหงื่อออกตัวเย็น มดลูกหดตัวดี ความดันโลหิต 100/67-102/71 มม.ปรอท อัตราการการเต้นของหัวใจ 84-89 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO2 98% ปัสสาวะรวม 600 มิลลิลิตร หลังนำ Vaginal packing ออกไม่มี Active bleeding สามารถย้ายไปสังเกตอาการต่อที่ตึกผู้ป่วยในพร้อมบุตรได้ จากการติดตามเยี่ยมหลังคลอดวันที่ 5-6 กันยายน 2566 มารดาหลังคลอดเวียนศีรษะและอ่อนเพลียเล็กน้อย มดลูกหดตัวดี ไม่มี active bleeding น้ำคาวปลาสีแดงเข้มเป็นฝอยนาน 3-4 ฝืน ต่อวัน ผลการติดตาม Hct เท่ากับ 33% ความดันโลหิต 99/67-107/72 มม.ปรอท ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที นานนมเริ่มไหล กระตุ้นและช่วยเหลือในการให้นมได้และสามารถให้นมบุตรถูกวิธี ทารกดูนมได้ ไม่สำรอก ขับถ่ายปกติ สัญญาณชีพปกติ ให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน และการทำหมัน แต่มารดาหลังคลอดวางแผนมีครอบครัวใหม่เนื่องจากสามีเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ 3 เดือน จึงวางแผนคุมกำเนิดด้วยวิธีฉีดยาคุมกำเนิดทุก 3 เดือน และวันที่ 6 กันยายน 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดตรวจ 6 สัปดาห์หลังคลอด รวมระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และผู้ศึกษาได้ส่งต่อข้อมูลมารดาหลังคลอดรายนี้เข้าระบบ Smart COC เพื่อติดตามเยี่ยมหลังคลอดและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด ผลการเยี่ยมบ้านโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล พบว่ามารดาหลังคลอดสดชื่น นานนมไหลดี ให้นมบุตรได้ มดลูกหดตัวดีระดับ 3 นิ้วเหนือขอบกระดูกเชิงกราน น้ำคาวปลาสีแดงจาง เปลี่ยนฝอยวันละ 1-2 ฝืน แผลฝีเย็บไม่บวมแดง วันที่ 16 ตุลาคม 2566 มารดาหลังคลอดมาตรวจติดตามอาการหลังคลอด 6 สัปดาห์พบว่าแข็งแรงดี นานนมไหลดี ให้นมบุตรด้วยตนเองไม่ใช้นมผสมและวางแผนให้นมบุตรอย่างเดียวต่อไปอีก 6 เดือน มดลูกเข้าอู่แล้ว น้ำคาวปลาหมดแล้ว แผลฝีเย็บดีดี ฉีดยาคุมกำเนิด 1 เข็ม และนัดมาฉีดยาคุมกำเนิดทุก 3 เดือน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะรอคอยถึงระยะจำหน่ายมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกรัดตัวดี

ข้อมูลสนับสนุน

S :- ผู้คลอดบอกว่า “เจ็บบ่อยมาก”

O :- เจ็บครรภ์ถี่ Interval 1 นาที 50 วินาที Duration 60 วินาที Severity 2+ FHS 139 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์: ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล: FHS อยู่ในช่วง 120-160 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูกและติดตามเครื่องติดตามเสียงหัวใจทารก (Nonstress test) ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 15 นาทีและเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดฟังเสียงหัวใจทารกต่อเนื่อง
2. จัดทำผู้คลอดหายใจหอบหืดสูงเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี
3. ให้สารน้ำ LRS 1000 ml IV drip 80 ml/hr เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูก
4. เจาะถุงน้ำคร่ำในขณะมดลูกคลายตัว สังเกตสีและปริมาณน้ำคร่ำ และฟังเสียงหัวใจทารกทันทีเพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารก
5. สอนการหายใจอย่างถูกวิธีเพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
6. จัดเตรียม Radiant warmer และอุปกรณ์พื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้งาน
7. ติดตามอุณหภูมิห้องคลอดให้ ≥ 26 องศาเซลเซียสเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกแรกเกิด
8. รายงานแพทย์และตามทีมช่วยเหลือเพื่อเตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือทารก
9. สอนการเบ่งคลอดถูกวิธีและให้กำลังใจเมื่อมารดาเบ่งได้ถูกต้องเพื่อส่งเสริมการคลอด

การประเมินผลการพยาบาล: FHS 122-142 ครั้ง/นาที และย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดได้รับการเจาะถุงน้ำเวลา 7.22 น. สีนํ้าคร่ำสีขาวใส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการคลอดเร็ว

ข้อมูลสนับสนุน

S :- ผู้คลอดบอกว่า “อยากเบ่ง”

O :- G3P2AL2 และระยะเวลาตั้งแต่เจ็บครรภ์ถึงปากมดลูกเปิดหมดรวม 3 ชั่วโมง

- ขณะเบ่งคลอด Interval 2 นาที-2 นาที 5 วินาที Duration 55-65 วินาที Severity 2+

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียเลือดทางช่องคลอดไม่เกิน 500 มิลลิลิตร
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการเกิดภาวะตกเลือด อย่างต่อเนื่องและเมื่อพบ รายงานแพทย์ทันที
2. ตัดฝีเย็บและ save perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดเพิ่มเติมของแผลฝีเย็บและช่องทางการคลอด
3. ทำคลอดทารกตามมาตรฐาน หลังทารกคลอดไหลหน้าให้ Oxytocin 40 unit in LRS 1000 ml IV drip 50 ml/hr ทันที เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี
4. ทำคลอดรกด้วยวิธี control cord traction อย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการเสียเลือดและตรวจรกและเยื่อหุ้มรกว่าครบหรือไม่
5. ประเมินการสูญเสียเลือดทุก 5 นาที โดยการกำหนด Early warning sign Early treatment โดยใช้สเกล 300 มิลลิลิตร ถ้าพบประเมินหาสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามหลัก 4 T
6. หลังรกคลอดสอนผู้คลอดให้คลึงมดลูก และประเมินการแข็งตัวของมดลูกทุก 5 นาที

7. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที และสังเกตอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น

8. ประเมินการสูญเสียเลือดจากถุงตวงเลือดและวัสดุซับเลือด เพื่อคำนวณปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมด

การประเมินผลการพยาบาล: หลังรกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ มดลูกไม่หดรัดตัว สังเกตพบเลือดออกจากช่องคลอดอย่างรวดเร็วทันที่รวม 500 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 103/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 63 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที สรุปได้ว่าผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S :- มารดาหลังคลอดบอกว่า “รู้สึกเวียนศีรษะ ใจสั่น”

O :- มดลูกไม่หดรัดตัวหลังรกคลอดและเลือดจากช่องคลอดอย่างรวดเร็วรวมปริมาณ 1,200 มิลลิลิตร

- มีแผลฉีกขาดที่ปากมดลูก

- มารดาหลังคลอดมีเหงื่อออก ความดันโลหิต 81/53 มม.ปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที SpO₂ 100%

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
3. จำนวนปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์และเรียกทีมช่วยเหลือในภาวะตกเลือด เพื่อปฏิบัติตามแผนช่วยเหลือ
2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน เพื่อให้เลือดไหลเวียนกลับหัวใจได้สะดวก
3. คลึงมดลูกตลอดเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว
4. ดูแลปรับ Oxytocin 40 unit in LRS 1000 ml IV จาก 50 ml/hr เพิ่มเป็น 120 ml/hr และให้ยา Methylergometrine (Methergin) 0.2 mg IM เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก
5. เปิดเส้นเลือดอีก 1 เส้นด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้สารน้ำ Acetar 1000 ml IV Loading 1,000 ml ต่อด้วย LRS 1,000 cc. IV Loading รวม 2,000 cc. เพื่อทดแทนปริมาณเลือดที่สูญเสีย
6. ดูแลให้ Oxygen Mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจน
7. ประเมินปริมาณเลือดในถุงตวงเลือด และสังเกตความเร็วของการไหลของเลือดตลอดเวลา เพื่อติดตามการสูญเสียเลือดอย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที
8. ประเมินหาสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามหลัก 4 T เพิ่มเติมเนื่องจากหลังมดลูกหดรัดตัวดีแต่ยังมีเลือดไหลซึมจากช่องคลอด พบการฉีกขาดของปากมดลูก รายงานแพทย์และแพทย์เย็บซ่อมแซม
9. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ซีด เหงื่อออก ใจสั่น ทุก 15 นาที
10. สอนปัสสาวะประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกใน 1 ชั่วโมง ควรีปริมาณ > 30cc./hrs. เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย

11. ติดตามผลเจาะเลือด Hct ทุก 6 ชั่วโมง และเตรียม Pack red cell 2 unit สำหรับกรณีต้องให้เลือดทดแทนจากภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อผล Hct 29% แพทย์พิจารณาให้ LPRC group B Rh positive รวม 2 unit และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด เช่น เหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก มีผื่นคัน หนาวสั่น
12. ประเมินผลข้างเคียงของการให้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin ในปริมาณสูงและต่อเนื่องได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ
13. ให้ข้อมูลมารดาหลังคลอดและญาติถึงภาวะที่เกิดขึ้นและแผนการดูแลรักษาที่ได้รับเป็นระยะๆ เพื่อรับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล: หลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำรวม 2,000 cc. ด้วย LRS 1,000 ml IV drip 120 ml/hr ได้รับ LPRC group B Rh positive รวม 2 unit มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจากรู้สึกตัวดี ไม่เวียนศีรษะ ความดันโลหิต 99/61-102/71 มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 71-89 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการได้รับเลือด ไม่มีผลข้างเคียงของการได้รับ oxytocin ปริมาณปัสสาวะออกหลังใส่สวนปัสสาวะ 4 ชั่วโมงรวม 600 มิลลิลิตร (เฉลี่ย 150 มิลลิลิตร/ชั่วโมง) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** อ่อนเพลียเนื่องจากการเสียเลือดหลังคลอดปริมาณมาก

ข้อมูลสนับสนุน

S :- “ รู้สึกเวียนศีรษะเป็นบางครั้ง ”

O :- รวมปริมาณเลือดที่ออกในระยะคลอดปริมาณ 1,200 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์: เพื่อให้อาการอ่อนเพลียลดลงและป้องกันอันตรายพลัดตกหกล้มจากอาการอ่อนเพลีย

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาหลังคลอดสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. มารดาหลังคลอดไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด พลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายสาเหตุการเวียนศีรษะและแนะนำแนวทางป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การลุกเปลี่ยนท่านั่งช้า ๆ
2. ประเมินอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น แนะนำให้มารดาของมารดาหลังคลอดที่อยู่เฝ้าช่วยระมัดระวังอาการผิดปกติ
3. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของมารดาหลังคลอด เช่น การให้นมบุตร เดินเข้าห้องน้ำ และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมช่วยเหลือกิจกรรม
4. สนับสนุนให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ช่วยเพิ่มเม็ดเลือดแดง เช่น ไข่แดง ตับ นม ถั่วต่างๆ
5. สนับสนุนให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนของระบบเลือด
6. ดูแลให้รับประทาน Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารตามแผนการรักษาเพื่อช่วยเพิ่มเม็ดเลือดแดง
7. วัดและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง
8. สนับสนุนและช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้นมบุตรด้วยหลัก 3 ดูด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อยและดูดถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน
9. แนะนำการพักผ่อนที่เพียงพอ โดยเฉพาะขณะลูกนอนหลับเพื่อให้ร่างกายได้รับการฟื้นฟูและพักผ่อน

10. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องพักรักษาหลังคลอดให้ปลอดภัย เช่น ยกราวกันเตียงขึ้น จัดไม่มีสิ่งกีดขวางรอบเตียง และติดป้ายแจ้งระวังอุบัติเหตุบริเวณหัวเตียง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

การประเมินผลการพยาบาล: มารดาหลังคลอดสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่เวียนศีรษะ หน้ามืดหรือใจสั่น และญาติสามารถสังเกตอาการผิดปกติของหญิงหลังคลอดได้ และมีส่วนในการช่วยเหลือกิจกรรมได้ เช่น การอาบน้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากรดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

S : - มารดาและน้องสาวมารดาหลังคลอดถามว่า “คนไข้จะต้องถูกตัดมดลูกเลยรึป่าว”

O : - สีหน้ามารดาและน้องสาววิตกกังวล ขมวดคิ้วขณะพูดคุย

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ครอบครัวมารดาหลังคลอดคลายความวิตกกังวลและสามารถช่วยดูแลได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ญาติช่วยเหลือกิจกรรมมารดาหลังคลอดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจอาการปัจจุบันและแผนการพยาบาลและการรักษาที่มารดาหลังคลอดได้รับ
2. ดูแลให้การพยาบาลด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม เป็นมิตร พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล
3. เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก ซักถามถึงข้อสงสัย โดยรับฟังด้วยความตั้งใจ
4. สนับสนุนให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่กำหนด และมีญาติเฝ้ามารดาหลังคลอดเพื่อรับทราบ

ข้อมูลและการดูแลที่ได้รับ และช่วยเหลือกิจกรรมของมารดาหลังคลอด

การประเมินผลการพยาบาล: ญาติของมารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลและบอกว่าจะอยู่เฝ้าไข้ช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการทำกิจกรรมและช่วยเหลือทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บและแผลที่ปากมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

S : - มารดาหลังคลอด “เจ็บแผลเวลาเปลี่ยนท่านั่งและตอนเข้าห้องน้ำ”

O : - มีแผลฝีเย็บและแผลฉีกขาดที่ปากมดลูกส่วน posterior

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บและแผลที่ปากมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลฝีเย็บไม่บวม แดงร้อน แผลดีดีและน้ำคาวปลาปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการทำความสะอาดแผลฝีเย็บอย่างถูกวิธีโดยเช็ดจากหัวหน้าลงไปหาทวารหนักทุกครั้งเมื่ออาบน้ำหรือหลังจากขับถ่าย และการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง ไม่ปล่อยให้หมักหมมเพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค

2. แนะนำให้ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังทำความสะอาดฝีเย็บ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

3. สอนการสังเกตอาการผิดปกติของแผลฝีเย็บ เช่น บวมแดง ร้อน และความผิดปกติของน้ำคาวปลา เช่น มีกลิ่นเหม็น ปริมาณไม่ลดลง หากพบหลังออกจากโรงพยาบาลสามารถกลับมาที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลได้ทันที

4. แนะนำการบริหารฝีเย็บด้วยการขมิบช่องคลอดทุกวันเพื่อกระตุ้นให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณฝีเย็บ

5. ประเมินอาการและอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อ ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน

6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายเพื่อติดตามภาวะติดเชื้อ

7. ดูแลและแนะนำให้รับประทานยาปฏิชีวนะ Amoxy (500 mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวันและเย็น ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบ 5 วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บและแผลปากช่องคลอด

8. ส่งเสริมการรับประทานอาหารสดใหม่ สะอาดและครบ 5 หมู่ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

ประเมินผลการพยาบาล: มารดาหลังคลอดสีหน้าแจ่มใส เจ็บแผลฝีเย็บลดลง แผลฝีเย็บแห้งสะอาดและเริ่มติด ไม่บวมแดงหรือร้อน น้ำคาวปลาสีแดงจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกายปกติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 29 ปี G3P2A0L2Last 4 ปี อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองเสือ 3 ครั้งไม่ครบเกณฑ์ ผลเลือด ANC ปกติ Hct 36% มีอาการเจ็บครรภ์มีมูกเลือด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปากมดลูกเปิดหมดพร้อมเบ่งคลอด จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้คลอดรายนี้ พบปัญหาการพยาบาลในระยะก่อนคลอด ได้แก่ ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกรัดตัวถี่ ระยะคลอด ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการคลอดเร็ว และระยะหลังคลอด ได้แก่ มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด อ่อนเพลียเนื่องจากการเสียเลือดหลังคลอดปริมาณมาก ครอบครัวยังเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากหญิงหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บและแผลที่ปากมดลูก ภายหลังการวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลพบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อก สามารถกลับบ้านได้พร้อมบุตรหลังจากนอนโรงพยาบาลรวม 3 วัน และส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ smart COC จากการติดตามเยี่ยมหลังคลอด 6 สัปดาห์พบว่า มารดาหลังคลอดแข็งแรง น่านมไหลดี ให้นมบุตรด้วยตนเองไม่ใช้นมผสมและวางแผนให้นมบุตรอย่างต่อเนื่องต่อไปอีก 6 เดือน มดลูกเข้าอู่แล้ว น้ำคาวปลาหมดแล้ว แผลฝีเย็บติดดี ฉีดยาคุมกำเนิด 1 เข็ม และนัดมาฉีดยาคุมกำเนิดทุก 3 เดือน

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็กรายนี้ ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ที่อธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด จากการศึกษาพบว่าผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองขึ้น จำเป็นต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาลเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขความบกพร่องของการดูแลตนเองด้วยวิธีการกระทำ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. เสนอปรับปรุงการทบทวนการดูแลรักษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้คลอด พยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พยาบาลผู้ป่วยใน เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์
2. ควรจัดทำแผนการฝึกซ้อมทักษะของทีมช่วยเหลือในภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้คลอด พยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและพยาบาลผู้ป่วยใน อย่างสม่ำเสมอปีละ 1-2 ครั้ง
3. กระตุ้นทีมประเมินสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามหลัก 4 T เพื่อใช้ในการประเมินสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดได้ครอบคลุมนำไปสู่การดูแลรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา
4. เสนอแผนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้คลอดให้ศึกษาต่อในหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน
5. เสนอแผนการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะฉุกเฉิน/วิกฤตไปโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีศักยภาพสูงและอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงได้แก่ โรงพยาบาลธัญบุรี เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลรวดเร็วและทันท่วงที่

อ้างอิง

- กรมการแพทย์ (2560). *คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน 2558* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กระทรวงสาธารณสุข. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(2), 146-157.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย. (2563, 20 มีนาคม). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทยเรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด RTCOG Clinic Practice Guideline Prevent and Management of Postpartum Hemorrhage*.
<http://www.rtcog.or.th/pho/cpg/OB-63-020.pdf>
- โรงพยาบาลหนองเสือ. (2566). *รายงานข้อมูลการคลอด โรงพยาบาลหนองเสือประจำปี 2566*. มปท วิทยา ธิฐาพันธ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2563). *ภาวะตกเลือดหลังคลอด*. บริษัทพี.เอลีสฟิงจำกัด. ศิริพร ฉายาทับ. (2560, 28 กันยายน). *การจัดการเพื่อป้องกันภาวะซ็อกที่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์*. NPRU-Online Journal and Research.
<https://publication.npru.ac.th/jspui/handle/123456789/373>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2565, 18 ตุลาคม). *ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปีงบประมาณ 2563*.
<https://hp.anamai.moph.go.th>
- Caroll, M., Daly, D. and Begley, C.M. (2016). The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systemic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16(1), 261.
- MCH board เขตสุขภาพที่ 4. (2567). เอกสารประกอบการประชุม MCH board เขตสุขภาพที่ 4 วันที่ 24 มกราคม 2567. มปท
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th Eds). St. Mosby, Inc.