เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก:กรณีศึกษา

ชีวิน สุขกล่ำ
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก:กรณีศึกษา

Nursing Care of Mother with Primary Postpartum Hemorrhage : Case Study

ชีวิน สุขกล่ำ พย.บ.
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง
ChewinSukklum
Phoprathapchang Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา:การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่เป็นสาเหตุการตายของมารดามากที่สุด การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดที่ได้มาตรฐานช่วยให้มารดาผ่านพ้นการคลอดอย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์ :เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และนำผลไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนางานการพยาบาลผู้คลอดอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

วิธีศึกษา :ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ราย จากข้อมูลประเมินสภาพและบันทึกทางการพยาบาลนำมาวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลและสังเคราะห์ผลเพื่อนำสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ผลการศึกษา : ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยรายที่ 1 ตกเลือดในระยะที่ 2 ก่อนรกคลอด รายที่ 2 ตกเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด ทั้ง 2 ราย มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ซึ่งมีความแตกต่างกันในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด การแก้ไขภาวะช็อกเป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างเร่งด่วน ทันเวลา ช่วยให้มารดาพ้นภาวะช็อกและฟื้นสภาพเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างปลอดภัย

สรุปผล : พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงได้ถูกต้อง รวดเร็ว และตัดสินใจที่ดีในการช่วยแพทย์แก้ไขภาวะช็อก ส่งผลให้ผู้คลอดผ่านพ้นการคลอดที่มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ :การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

Introduction: Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the most serious complications of childbirth and remains the leading cause of maternal mortality. Adherence to evidence-based nursing care standards during the antenatal, intrapartum, and postpartum periods plays a vital role in ensuring safe maternal outcomes.

Objective: To analyze nursing problems and interventions in cases of postpartum mhemorrhage, with the aim of applying findings to improve the quality of maternity nursing care in accordance with clinical practice standards.

Methods: This case study examined nursing interventions for two postpartum patients who experienced PPH. Data were collected from patient assessments and nursing records. The nursing process was analyzed and the outcomes synthesized to inform quality improvement in maternal nursing care.

Results: Both patients developed PPH due to uterine atony, resulting in hypovolemic shock. In Case 1, hemorrhage occurred during the second stage of labor before placental expulsion, while in Case 2, bleeding occurred during the third stage. Despite differences in the underlying risk factors, both cases required rapid identification and emergency management following established clinical guidelines. Timely intervention prevented further deterioration, enabling both patients to recover safely.

Conclusion: Delivery room nurses play a crucial role in early detection and prevention of PPH by accurately identifying risk factors, responding promptly, and collaborating effectively with physicians. Their actions significantly enhance the safety and outcomes of mothers undergoing high-risk deliveries.

Keywords: Maternity Nursing, Postpartum Hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) หมายถึงการเสียเลือดหลังการคลอดทารกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร จากการคลอดปกติทางช่องคลอด หรือปริมาณมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดภาวะตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอดทันทีภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการตกเลือดหลังคลอดหลังจากคลอด 24 ชั่วโมงจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก มีรายงานประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) การหดรัดตัวของมดลูก (Tone) พบมากที่สุด เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) การฉีกขาดของช่องทางคลอดปา<u>กมดลูก</u>และฝีเย็บ (Trauma) เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือดหลังคลอด 3) รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (Tissue) ภายในโพรงลดมูก (Retained products of conception) 4) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) คือการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defect in coagulation) (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ,2563) การสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลต่อเซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจน และในระยะหลังคลอดหากได้รับการรักษาล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan’s syndrome โลหิตจางรุนแรง ที่สำคัญคือ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่อาจทำให้เสียชีวิตหรือ

ทุพพลภาพ จากการที่ต้องผ่าตัดมดลูกจากการเสียเลือดมาก ส่วนระยะต่อมาภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด ในด้านระบบบริการส่งผลให้มารดาได้รับการรักษาเพิ่มเติมต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีภาวะซีดหลังคลอดและได้รับเลือดหรือการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมีศักยภาพสูงกว่า ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและเพิ่มภาระงานการดูแลเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาระหว่างการคลอดยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยโดยมีรายงานภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในมารดาคือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาอันดับหนึ่ง กล่าวคือ ปี 2564-2566 ประเทศไทยมีอัตราส่วนการตายของมารดาไทยเท่ากับ 34.68, 25.81และ 21.24 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 12.97, 9.30และ 11.21 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ (กรมอนามัย,2567) จะเห็นว่าแม้อัตราส่วนการตายของมารดาไทยมีแนวโน้มลดลงแต่ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังชะลอตัว ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีมาตรการขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อลดปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วย การจัดบริการให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ การพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในห้องคลอดและการลดอัตราตายภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ทั้งนี้กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการคืออัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (กรมอนามัย,2567) สำหรับเขตสุขภาพที่ 3 จากข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานปี 2566-2567 รายงานอัตราส่วนการตายของมารดาเท่ากับ 47.4และ 45.1 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สูงเป็นลำดับหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งสาเหตุการตายลำดับแรก ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดอันเนื่องมาจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในการนี้มีข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงพัฒนาตามมาตรการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์และกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด (สำนักเขตสุขภาพที่ 3,2567) สำหรับจังหวัดพิจิตรรายงานการตายมารดาในปี 2566-2567 จำนวน 1และ1 ราย แต่อัตราการตกเลือดหลังคลอดปี 2564-2566 เท่ากับ 2.57, 1.56และ 2.4 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน พบว่าสิ่งที่สะท้อนความไม่สำเร็จคือ ความล่าช้าในระบบบริหารจัดการและความไม่พร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม การตายส่วนใหญ่จากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ความพร้อมของคลังเลือด ทักษะบุคลากร และระบบส่งต่อ จากผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรประกาศมาตรการเร่งด่วนในปี 2568 เพื่อลดการตายของมารดาจากการตกเลือดขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยให้ดำเนินงานตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวแล้ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร,2567) ในส่วนข้อมูลการตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการในโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ปี 2565-2567 พบว่า ยังชะลอตัว ร้อยละ 5.26, 5.56, 5.13 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) ร้อยละ 83.71 รกค้าง (Retained placenta) ร้อยละ 11.72 และการฉีกขาดของช่องคลอด (Tear of birth canel) ร้อยละ 4.57 แม้จะไม่มีรายงานการตายของมารดาระยะหลังคลอด แต่จากการตระหนักถึงคุณภาพการดูแลมารดาระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยมองว่าความรู้และทักษะทางการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดการป้องกันตกเลือดหลังคลอด และการพยาบาลมารดาก่อนคลอด ระยะคลอดและหลังคลอดอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดให้ผ่านการคลอดได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการนำเสนอผลสำเร็จของการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 24 ชั่วโมงแรก เพื่อให้ทีมพยาบาลห้องคลอด พยาบาลบรรจุใหม่และพยาบาลจากหน่วยงานอื่นที่หมุนเวียนมาทำงานในห้องคลอด มีแนวทางการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีปัญหาสุขภาพยุ่งยาก ซับซ้อน 2 ราย รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ผลตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา มีการทบทวนความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์และวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นประเมินผลทางการพยาบาลและสังเคราะห์บทเรียนเปรียบเทียบผลลัพธ์ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อสรุปและรายงานผลการศึกษา

ผลการศึกษา/รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 28 ปี เข้ารับบริการวันที่ 16 มิถุนายน 2566 เวลา 16.57 น. ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 (G3P2A0L2) อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 6 วัน จากการอัลตราซาวน์ผ่านการคลอดปกติ 2 ครั้ง last child อายุ 3 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลเอกชน 4 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ผลตรวจเลือดระหว่างตั้งครรภ์พบความผิดปกติ คือ Hct ครั้งที่ 2=32% ต่ำกว่าค่าปกติ OF Positive ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม แรกรับมีอาการเจ็บครรภ์ pain score 6มีมูกเลือดออกจากช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง สัญญาณชีพ BP 122/88 mmHg, T 36.7°C, P 106/min, R 20/min น้ำหนัก 69 กก. น้ำหนักเพิ่มจากเดิม 15 กก. สูง 165 ซม. ตรวจร่างกาย ท้องแข็งตึงเป็นพักๆ (Strong intensity) ทารกท่า ROA, FHS 137/min ผลตรวจ NST ปกติ ทารกดิ้นดี การหดรัดตัวของมดลูก Interval 7 นาที Duration 35 วินาที Bishop score 7 คะแนน ผลตรวจอัลตราซาวน์ : Vertex, Estimated fetal weight 4,100 gm±500 gm, Amniotic fluid index 10.92, placenta no previa ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 ซม. Effacement 25%, station-1, MI ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood gr 0, Hct 32%, Urine albumin negative, Urine sugar negative การประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จากปัจจัยเสี่ยง Estimated fetal weight >4,000 gm, BMI 25.37 ภาวะอ้วนระดับ 1 และ Hct 32% พบว่าความเสี่ยงระดับปานกลาง แพทย์วินิจฉัยTerm pregnancy with labor pain with fetal macrosomiaและได้ปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลพิจิตร แนะนำแนวทางการดูแลให้คลอดเองทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โดยเฝ้าคลอดและติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงตามแนวปฏิบัติการป้องกันตกเลือดหลังคลอดอย่างเข้มงวดพร้อมทั้งเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเลือดเพื่อให้การช่วยเหลือระยะเร่งด่วน การรักษาให้ 0.9% NaCl 1,000 ml iv 80 ml/hrจองเลือด PRC 1 ยูนิต มีการประเมินความก้าวหน้าการคลอดโดยใช้ partograph ความก้าวหน้าการคลอดอยู่ในเกณฑ์ดี กราฟตกเส้น Alert line 1 ครั้ง ในชั่วโมงที่ 5 หลังรับไว้รายงานแพทย์ให้ 0.9% NaCl 1,000 ml + syntocinon 10 **ū**iv drip 100 ml/hr จากการติดตามเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 7 ชั่วโมง 48 นาที ปากมดลูกเปิดหมดและช่วยคลอดตามมาตรฐานระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 10 นาที คลอดทารกเพศหญิง APGAR Score 9, 10, 10 น้ำหนัก 4,010 กรัม ตัวยาว 50 ซม. เส้นรอบศีรษะ 38 ซม. ขณะเตรียมทำคลอดรก Estimated blood loss 300 ml ผู้คลอดบอกใจคอไม่ดี BP 90/60 mmHg, P 70/min, R 20/min รายงานแพทย์ให้การรักษาด้วยการให้สารน้ำ0.9% NaCl 1,000 ml iv loading ทางหลอดเลือดดำแขนซ้าย และให้สารน้ำ0.9% NaCl 1,000 ml iv100 ml/hr ทางหลอดเลือดดำแขนขวา ให้ 0.9% NaCl 100 ml+Transamine 1 gm iv drip in 15 minต่อมาช่วยคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ใช้เวลา 10 นาที รกคลอดครบ ลักษณะปกติ น้ำหนัก 900 กรัม รวมระยะเวลาของการคลอด 8 ชั่วโมง 8 นาที หลังรกคลอด BP 110/60 mmHg, P 72/min, R 20/min, O_2sat 94% มดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ทำการตรวจและเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ Rt.ML episiotomy ช่วยคลึงมดลูกและไล่ก้อนเลือดพบมีเลือดและก้อนเลือดออกมา 200 มล. packed tampon ในช่องคลอดไว้ประเมินปริมาณเลือดในถุงรองรับและจากวัสดุซับเลือด รวม 500 มล. แพทย์ให้การรักษาNSS 1,000 ml + Oxytocin 20 **ū** iv drip 80 ml/hrหลังสารน้ำที่ loading หมด, PRC 1 **ū** iv drip in 4 hr, O_2 cannular 3

LPM, เจาะ Hct ทุก 4 ชม. แพทย์วินิจฉัย Postpartum hemorrhage จากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี โดยติดตามเฝ้าระวังภาวะช็อกอย่างต่อเนื่องด้วยการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และก่อนย้ายออกจากห้องคลอด 1 ครั้ง พบว่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-120/70 mmHg, P 70-84/min, R 20/min, O_2sat 94-95%เวลา 01.05 น. ครบ 2 ชั่วโมง หลังคลอด BP 124/72 mmHg P 84/min, R 20/min มดลูกหดรัดตัวดี มารดารู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย หัวนมปกติ น้ำนมยังไม่ไหล ปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ pain score 6 แผลฝีเย็บมีเลือดซึมผ้าอนามัยเล็กน้อย ย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วยในเวลา 01.30 น. จากการติดตามพบว่า ผู้คลอดอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีเลือดออกเพิ่ม การวินิจฉัยโรคสุดท้าย Normal Delivery with Postpartum Hemorrhage due to uterine atony นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน นัดติดตามแผลหลังคลอด 7 วัน นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ เพื่อวางแผนฉีดยาคุมกำเนิดและติดตามภาวะโลหิตจางหลังคลอด

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 40 ปี เข้ารับบริการวันที่ 9 มิถุนายน 2567 เวลา 05.15 น. ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 (G4P2A1L2) อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 1 วัน (LMP 15/9/66 EDC 22/6/67) ผ่านการคลอดปกติ 2 ครั้ง last child อายุ 11 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งใหญ่ 6 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ผลตรวจเลือดระหว่างตั้งครรภ์พบความผิดปกติคือ Hct ครั้งที่ 2=30% ต่ำกว่าค่าปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 1 เข็ม ผู้คลอดอาการเจ็บครรภ์มีน้ำเดิน 1 ชั่วโมงก่อนมา ลักษณะน้ำคร่ำสีขาวใสแรกรับสัญญาณชีพ BP 120/76 mmHg, T 36.9°C, P 94/min, R 20/min นน. 77 กก. สูง 160 ซม. น้ำหนักเพิ่มจากเดิม 15 กก. มีอาการเจ็บครรภ์ pain score 8ตรวจร่างกาย รูปร่างครรภ์ปกติ ระดับยอดมดลูก ¾เหนือระดับสะดือ วัดความสูงยอดมดลูก 38 ซม. ศีรษะเป็นส่วนนำ ท้องแข็งเป็นพักๆ (Strong intensity) ทารกท่า ROA, FHS 144/min ตรวจ NST ปกติ ทารกดิ้นดี การหดรัดตัวของมดลูก Interval 2 นาที Duration 50 วินาที ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 5 ซม. Effacement 50%, Station-2, MR ประเมิน Bishop score 8 คะแนน การประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จากปัจจัยเสี่ยงมารดาครรภ์ที่ 4, BMI 30.07 ภาวะอ้วนระดับ 2 และ Hct 30% พบว่าความเสี่ยงระดับปานกลาง แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy with labor pain การรักษา ให้สารน้ำ0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 80 ml/hr ส่งตรวจ Fern test Positiveส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการHct 32%, Urine albumin negative, Urine sugar negative แพทย์ปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลพิจิตร แนะนำแนวทางการดูแลด้วยการคลอดเองทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โดยให้เฝ้าคลอดและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตามแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งตรวจ CBC และจองเลือด PRC 1 ยูนิตประเมินความก้าวหน้าการคลอดโดยใช้ partograph ความก้าวหน้าการคลอดอยู่ในเกณฑ์ดี กราฟตกเส้น Alert line 1 ครั้ง ในชั่วโมงที่ 2 หลังรับไว้ ผลตรวจ CBCผลตรวจที่ผิดปกติคือWBC 11,900 cell/mm^3 รายงานแพทย์รับทราบติดตามเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 3 ชั่วโมง 40 นาที (cervix fully dilate)ทำคลอดตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 45 นาที คลอดทารกเพศชาย APGAR score 9, 10, 10 น้ำหนัก 3,200 กรัม ตัวยาว 51 ซม. เส้นรอบศีรษะ 35 ซม. ให้ยาฉีด syntocinon 10 mg imแก่มารดาระยะที่ 3 ของการคลอด 6 นาที ทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede Maneuver รกคลอดครบ ลักษณะปกติน้ำหนัก 750 กรัม เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ Rt.Mlepisiotomy ปริมาณเลือดในถุงรองรับและวัสดุซับเลือด 125 มล. รวมระยะเวลาของการคลอด 4 ชั่วโมง 31 นาที 4 นาทีต่อมาขณะคลึงมดลูกและไล่ก้อนเลือด เพื่อเตรียมใส่ผ้าอนามัยให้ผู้ป่วยพบว่า มีเลือดและก้อนเลือดออกจากช่องคลอด 500 มล. ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น หน้ามืด BP 99/53 mmHg, P 85/min, R 20/min, O_2sat 92% มดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำ0.9% NaCl 1,000 ml iv loading ทางหลอดเลือดดำอีกเส้นหนึ่ง และ 0.9% NaCl 800 ml + syntocinon 20 ยูนิตiv drip 100 ml/hr, Serial Hctทุก 4 ชั่วโมง, PRC1ยูนิต iv drip in 4 hr, onO_2cannular 3 LPMแพทย์วินิจฉัย Postpartum hemorrhage จากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ได้ติดตามเฝ้าระวังภาวะช็อกอย่างต่อเนื่องด้วยการ

วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด 1 ครั้ง พบว่า ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-110/70 mm.Hg, P 85-98/min, R 20/min, O_2sat 97% ผู้ป่วยใจคอดี ไม่มีอาการหน้ามืดใจสั่น รายงานแพทย์ให้ย้ายไปพักรักษาที่หอผู้ป่วยใน จากการติดตามหลังคลอด 8 ชั่วโมง ยังมีเลือดออกจากช่องคลอดเปลี่ยนผ้าอนามัย 5 ผืน Hctat 10.00, 18.00, 02.00 น. =28, 28, 30%ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ pain score 5 ได้ยาParacetamol 500 mg⊙บรรเทาอาการปวด เวลา 22.00 น. และ 02.00 น. อาการทุเลา แผนการรักษายังคงให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 100 ml/hrเพิ่มยาหดรัดตัวของมดลูกmethergin 1 amp imและ 0.9% NaCl 100 ml+Transamine 1 gm iv drip in 15 min ใส่สายสวนคาปัสสาวะจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด สัญญาณชีพเข้าสู่ภาวะปกติ BP 100/60-110/70 mmHg, T 36.7-37.4°C, P 80-90/min, R 20/min, O_2sat 98-99% แผลฝีเย็บไม่บวม มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีเลือดออกผิดปกติ แพทย์สั่งการรักษาหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแผนการรักษาปรับตามแบบแผนการดูแลหลังคลอดปกติ วันต่อมาให้นำลูกดูดนมมารดาพบว่า น้ำนมไหลดี การวินิจฉัยโรคสุดท้าย Normal Delivery with Postpartum Hemorrhage due to uterine atony การวางแผนจำหน่ายโดยนัดตรวจประเมินแผลฝีเย็บ 10 วันหลังคลอด นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์และวางแผนครอบครัวด้วยยาฝังคุมกำเนิดและประเมินภาวะโลหิตจางหลังคลอด รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

จากข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย จะเห็นว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดเหมือนกัน แต่ปัจจัยเสี่ยงจากประวัติการตั้งครรภ์และพยาธิสภาพการคลอดแตกต่างกัน กล่าวคือ กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่า ทารกตัวโต (EFW>4,000 กรัม) มารดามีภาวะอ้วน (BMI 25.37 ระหว่างคลอดน้ำหนักเพิ่ม 15 กก.) Hct 32% ต่ำกว่าค่าปกติ และ OF positive ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า มารดาตั้งครรภ์ที่ 4 มีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์จริง มีภาวะอ้วน (BMI 30.01 ระหว่างคลอดน้ำหนักเพิ่ม 15 กก.) Hct 30% การวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะสุขภาพพื้นฐาน การประเมินแบบแผนสุขภาพ และการพยาบาลขณะรับบริการในห้องคลอดสรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลภาวะสุขภาพพื้นฐานของกรณีศึกษา 2 ราย

ภาวะสุขภาพพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	หญิงไทย อายุ 28 ปี อาชีพค้าขาย	หญิงไทย อายุ 40 ปี อาชีพรับจ้าง
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การประเมินแรกรับ	ตั้งครรภ์3ครั้ง (G3P2AOL2)อายุครรภ์38 สัปดาห์ last child 3 ปี ทารกในครรภ์ตัวโต EFW>4,000 กรัม จากอัลตราซาวน์มีภาวะอ้วนระดับ 1 BMI 25.37 Hct 32% ต่ำกว่าค่าปกติ OF positive 2 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์ มีมูกเลือดแรกรับ HF 39 ซม. ¾ เหนือระดับสะดือ ทารกท่า ROA,FHS 137/min, Interval 7 นาที Duration 35 วินาที Strong intensity, NSTปกติ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด4ซม. Effacement 25%,station-1, MI,Bishop score 7ผลอัลตราซาวน์: Vertex, EFW 4,100 gm ±500 gm, AFI 10.92 placenta no previa	ตั้งครรภ์4ครั้ง(G4P2A1L2)อายุครรภ์38สัปดาห์ last child 11ปี แท้งบุตรครรภ์ที่ 3 ไม่ขูดมดลูก ครรภ์ที่ 4 มีน้ำเดิน 1 ชั่วโมงก่อนมา มีภาวะอ้วนระดับ 2 BMI 30.07 Hct 30% ต่ำกว่าค่าปกติ 1 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์ มีน้ำเดินสีใสแรกรับ HF 38ซม. ¾ เหนือระดับสะดือ ทารกท่า ROA, FHS 144/min, Interval 2นาที Duration 50วินาที Strong intensity, NST ปกติ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 5 ซม. Effacement 50%, station-2, MI,Bishop score 8 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ภาวะสุขภาพพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การคลอดและภาวะตกเลือดหลังคลอด	สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Term pregnancy with labor pain with Fetal macrosomia ความก้าวหน้าของการคลอดอยู่ในเกณฑ์ดีกราฟตกเส้น Alert line 1 ครั้งในชั่วโมงที่ 5หลังรับไว้ รายงานแพทย์ให้ add syntocinon 10 ū ใน IV drip 100 ml/hrการติดตามระยะที่ 1 ของการคลอด 7 ชั่วโมง 48 นาที ปากมดลูกเปิดหมด ช่วยคลอดตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 ของการคลอด 10 นาที ขณะจะเข้าสู่ระยะที่ 3 มีActivebleeding จากช่องคลอด 300ml. มดลูกหดรัดตัวไม่ดี BP 90/60 mmHg, P 70/min, R 20/min รายงานแพทย์ให้สารน้ำ0.9% NaCl 1000 mlIV loadingให้ 0.9% NaCl 100 ml+Transamin 1 gm iv drip in 15 นาที เมื่อได้ยาครบให้ PRC 1 ūiv drip in 4 hr, หลังสารน้ำ0.9% NaCl 1000 ml IV loading ครบให้ NSS 1,000 ml+ Oxytocin 20 ū iv drip 80 ml/hr O2 cannular 3 LPM, คลึงมดลูก และติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนระยะที่ 3 ของการคลอดใช้เวลา 10 นาที ทำคลอดรกด้วยวิธี controlledcord traction รกคลอดครบลักษณะปกติ น้ำหนัก 900 กรัม เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ Rt.ML episiotomy ปริมาณสูญเสียเลือดทั้งหมด 500 มล. รวมระยะเวลาของการคลอด 8 ชั่วโมง 8 นาที	Term pregnancy with labor pain with PROM ความก้าวหน้าของการคลอดอยู่ในเกณฑ์ดีกราฟตกเส้น Alert line1 ครั้งในชั่วโมงที่ 2 หลังรับไว้ รายงานแพทย์และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ go on labor ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 3 ชั่วโมง 40 นาที ปากมดลูกเปิดหมดช่วยคลอดตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 ของการคลอด 45 นาที ให้ยาฉีด syntocinon 10 mg im แก่มารดาระยะที่ 3 ของการคลอด 6 นาที ทำคลอดรกวิธี Modified Crede Maneuver รกคลอดครบลักษณะปกติ น้ำหนัก 750 กรัม เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ Rt. Ml. episiotomy ปริมาณเลือดในถุงรองรับและวัสดุซับเลือด 125 มล. รวมระยะเวลาของการคลอด 4 ชั่วโมง 31 นาที 4 นาทีต่อมาขณะคลึงมดลูกเตรียมใส่ผ้าอนามัย มีเลือดและก้อนเลือดออกจากช่องคลอด 500 มล. ผู้คลอดมีอาการหน้ามืดใจสั่น BP 99/53 mmHg, P 85/min, R 20/min, O_2sat 92% มดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml loading และ 0.9% NaCl 800 ml + syntocinon 20 ยูนิต iv drip 100 ml/hr serial Hct ทุก 4 ชั่วโมงให้ PRC 1 ยูนิตiv drip in 4 hr, onO2cannular 3 LPM, คลึงมดลูกเฝ้าระวังอาการปลี่ยนแปลงและสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะสุขภาพพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ทารก	เพศหญิง APGAR Score 9, 10, 10 น้ำหนัก 4,010 กรัม ตัวยาว 50 ซม. เส้นรอบศีรษะ 38 ซม.	ทารกเพศชาย APGAR Score 9,10,10 น้ำหนัก 3,200 กรัม ตัวยาว 51 ซม. เส้นรอบศีรษะ 35 ซม.
การวินิจฉัยโรคสุดท้าย	Normal Delivery with Postpartum Hemorrhage due to uterine atony	Normal Delivery with Postpartum Hemorrhage due to uterine atony
การดูแลต่อเนื่อง	หลังคลอด 2 ชั่วโมง ติดตามเฝ้าระวังภาวะช็อกด้วยการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ก่อนย้ายจากห้องคลอด 1 ครั้ง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด เมื่อผู้คลอดมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงย้ายผู้คลอดไปพักรักษาที่หอผู้ป่วยใน	หลังคลอด 2 ชั่วโมง ติดตามเฝ้าระวังภาวะช็อกด้วยการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ก่อนย้ายจากห้องคลอด 1 ครั้ง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด เมื่อผู้คลอดมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงย้ายผู้คลอดไปพักรักษาที่หอผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนเปรียบเทียบในกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเอง	รู้ว่าตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอด มีอาการเจ็บครรภ์ท้องแข็ง มีมูกเลือดก่อนมาโรงพยาบาล การดูแลตนเองตามคำแนะนำ	รู้ว่าตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอด มีอาการเจ็บครรภ์ท้องแข็ง น้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล การดูแลตนเองตามคำแนะนำ	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ มีอาการเจ็บครรภ์คลอด มีการดูแลตนเองตามคำแนะนำ
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารรสจัดทานอาหารตรงเวลา	รับประทานอาหารรสจัดทานอาหารตรงเวลา	กรณีศึกษา2รายชอบอาหารรสจัดทานอาหารตรงเวลา
3. การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ถ่ายปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ถ่ายปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีแบบแผนการขับถ่ายปกติ
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ไม่ค่อยออกกำลังกายงานที่ทำค้าขายร้านชำ มีการเดินและเคลื่อนไหวทั้งวัน	ไม่ค่อยออกกำลังกายทำงานรับจ้างร้านเสริมสวย มีการเดินและเคลื่อนไหวทั้งวัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่ออกกำลังกาย แต่มีการออกแรงจากลักษณะงานที่ทำ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาในการนอน	นอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาในการนอน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแบบแผนการพักผ่อนปกติ
6. การรับรู้และสติปัญญา	รับรู้ดี อ่านออกเขียนได้ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	รับรู้ดี อ่านออกเขียนได้ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	กรณีศึกษาทั้ง 2 มีการรับรู้และสติปัญญาดี

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
7. การรับรู้ตัวเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์และมีความเสี่ยงภาวะตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุทารกตัวโตและมีระดับความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าปกติ โดยมีความเชื่อมั่นในแผนการรักษาและการดูแลของทีมพยาบาล	รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์และมีความเสี่ยงภาวะตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุตั้งครรภ์ 4 ครั้ง และมีระดับความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าปกติ โดยมีความเชื่อมั่นในบริการของโรงพยาบาล	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รับรู้ความเสี่ยงของตนเองที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอดและหลังคลอดจากการที่พยาบาลแจ้งข้อมูล ซึ่งเป็นไปตามแนวปฏิบัติ การพยาบาล
8. บทบาทและสัมพันธ-ภาพในครอบครัว	ครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับมารดาของสามีผู้คลอดมีบทบาทสมาชิกในครอบครัว สมาชิก 5 คน ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี	ครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับบิดามารดา ผู้คลอดมีบทบาทสมาชิกในครอบครัว สมาชิก 7 คน ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัวดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ช่วงตั้งครรภ์งดมีเพศสัมพันธ์ หลังคลอดวางแผนคุมกำเนิด	ช่วงตั้งครรภ์งดมีเพศสัมพันธ์ หลังคลอดวางแผนคุมกำเนิด	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายช่วงตั้งครรภ์งดมีเพศสัมพันธ์ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ขณะมาฝากครรภ์ หลังคลอดมีการวางแผนคุมกำเนิด
10. การปรับตัวและความทนต่อความเครียด	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด กลัวคลอดเองไม่ได้จากทารกตัวโต	มีความวิตกกังวลกลัวคลอดติดขัด เนื่องจากการคลอดครั้งหลังผ่านมา 11 ปี	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด จากการรับรู้ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องการอยู่ไฟตามความเชื่อแบบดั้งเดิมและเชื่อมั่นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องการอยู่ไฟตามความเชื่อแบบดั้งเดิมและเชื่อมั่นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีความแตกต่างในด้านความเชื่อและการนับถือศาสนา โดยเห็นคุณค่าของการปฏิบัติหลังคลอดแบบดั้งเดิม ซึ่ง ไม่กระทบต่อแผนการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาลในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะรอคลอด 1. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์	1. สร้างสัมพันธภาพและให้ความมั่นใจผู้คลอด ด้วยบริการที่นุ่มนวลและท่าทางเป็นมิตร 2. ให้ข้อมูลผู้คลอดทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ แผนการดูแลรักษาและสอนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน : ผู้คลอดรายที่ 1 ทารกในครรภ์ตัวโต ผู้คลอดรายที่ 2 ตั้งครรภ์ที่ 4 ผ่านการคลอดครั้งสุดท้าย 11 ปี **วัตถุประสงค์ :** เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีสีหน้าท่าทางผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถาม ระบายความรู้ต่างๆ รับฟังด้วยความสนใจและตั้งใจตอบคำถามด้วยความชัดเจน พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ **การประเมินผล :** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีท่าทางผ่อนคลาย สีหน้าไม่เครียด และปรับตัวกับแผนการพยาบาล และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
2. ผู้คลอดมีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด **ข้อมูลสนับสนุน** : ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีอาการหน้านิ่วคิ้วขมวด บอกอาการว่าเจ็บครรภ์ Pain score 6และ 8 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้ผู้คลอด **เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม พักได้	1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก ½-1 ชั่วโมง 2. ตรวจภายในดูการเปิดขยาย ความบางของมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 2 ชั่วโมง แจ้งผู้คลอดถึงความก้าวหน้าของการคลอด 3. ประเมินความรุนแรงของความปวดและอธิบายสาเหตุให้ผู้คลอดเข้าใจ 4. บรรเทาปวดโดยจัดท่าให้นอนตะแคง ช่วยนวดหลังและก้นกบ 5. พูดคุยให้กำลังใจอยู่กับผู้คลอด รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก 6. ดูแลความสุขสบาย ความสะอาดร่างกายจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และถ่ายเทอากาศดี **การประเมินผล :** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ปฏิบัติตัวขณะรอคลอดได้เหมาะสม และพักได้
3. เสี่ยงต่อภาวะภาวะตกเลือดหลังคลอด **ข้อมูลสนับสนุน :** จากการประเมินความเสี่ยงผู้คลอดรายที่ 1 ทารกในครรภ์ตัวโต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ OF positive, Hct 32% ผู้คลอดรายที่ 2 ครรภ์ที่ 4 มีภาวะอ้วน และ Hct 30% **วัตถุประสงค์ :** เพื่อเตรียมความพร้อมให้ความช่วยเหลือหากเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด **เกณฑ์การประเมินผล :**การคลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือด เฝ้าระวังการหดรัดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที 2. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ ถ้าเกิดการตกเลือด ได้แก่ เปิดเส้นให้สารน้ำ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในภาวะฉุกเฉิน ประสานห้องเลือดให้เตรียมสำรองเลือดและเตรียมทีมดูแลช่วยเหลือ 3. ใช้ partograph ในการเฝ้าคลอด กรณีตกเส้น Alertlineรายงานแพทย์ทันที 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที-1 ชั่วโมง 5. วางแผนการรักษาร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยรายงานเคสและความก้าวหน้าการคลอดให้สูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายรับทราบในระบบเครือข่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อจากการมีน้ำเดินออกจากช่องคลอด **ข้อมูลสนับสนุน :**ผู้คลอดรายที่ 2 มีน้ำเดินออกจากช่องคลอดFerntest positiveผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า WBC 11,900 cell/mm3สูงกว่าค่าปกติ **วัตถุประสงค์ :** เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก **เกณฑ์การประเมินผล :**อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5°C อัตราการเต้นหัวใจทารก 120-160 ครั้ง/นาที	1. บันทึกเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก สีของน้ำคร่ำ คาดคะเนจำนวน เพื่อเป็นข้อมูลในการรักษาและการพยาบาล 2. ดูแลให้การตรวจวินิจฉัยด้วย Fern test ด้วยการใช้หลักปราศจากเชื้อทุกขั้นตอน 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ถ้าอุณหภูมิร่างกาย >37.5°Cรายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม 4. ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ถ้า <120 > 160 ครั้ง/นาที หรือจังหวะไม่สม่ำเสมอรายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลให้ผู้คลอดใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมิน จำนวน สี ลักษณะของน้ำคร่ำที่ออกมา บันทึกผล ถ้ามีกลิ่นเหม็น หรือขี้เทาปะปน รายงานแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือเร่งด่วน 6. ดูแลความสะอาดทั่วไปและบริเวณอวัยวะเพศ เปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่เปียกชุ่ม และหลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น ยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด **การประเมินผล** :อุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.4^{0} C อัตราการเต้นหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 146-152 ครั้ง/นาที
5. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้คลอดทั้ง 2 รายถามว่ามีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งถี่จะเบ่งคลอดตอนนอนรอคลอดเลยได้ไหม **วัตถุประสงค์ :** ส่งเสริมให้ผู้คลอดเบ่งคลอดได้อย่างถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล :** ปฏิบัติตัวขณะรอคลอดและเบ่งคลอดได้ถูกต้อง	1. แนะนำการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด นอนพักตะแคงด้านซ้าย สอนวการหายใจที่ถูกวิธี 2. อธิบายแผนการรักษาและผลการตรวจครรภ์ให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ 3. อธิบายกลไกการคลอดให้ทราบเพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอดและสอนการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี เปิดโอกาสให้ซักถาม พูดคุยให้กำลังใจ **การประเมินผล :** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย รับฟังคำแนะนำ ปฏิบัติตัวขณะรอคลอดได้ถูกต้อง หายใจถูกต้อง ไม่เบ่งก่อนปากมดลูกเปิดหมด
ระยะคลอด 1. ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด **ข้อมูลสนับสนุน** : **ผู้คลอดรายที่ 1** ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดีก่อนรกคลอด EBL 300 มล. มีอาการใจคอไม่ดี BP 90/60mmHg, P 70/min, R 20/min หลังเย็บแผลฝีเย็บ ไล่ก้อนเลือดมีเลือดและก้อนเลือดออก EBL 200 มล. **ผู้คลอดรายที่ 2** ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี โดยมี	1. เรียกทีมช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที 2. ประเมินปริมาณการเสียเลือดจากถุงตวงเลือดและวัสดุรับเลือด รายงานแพทย์ 3. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทุก 15 นาที 4. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที 5. ประเมินเพื่อหาสาเหตุการเสียเลือด ได้แก่ การฉีกขาดของช่องทางคลอด ความสมบูรณ์ของรก และแก้ไขปัญหาร่วมกับแพทย์ 6. ให้สารน้ำ/ยา/เลือดตามแผนการรักษาอย่างเร่งด่วน ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที สังเกตอาการข้างเคียงจากยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เลือดออกหลังเย็บแผลฝีเย็บ EBL500ml. มีอาการหน้ามืดใจสั่น BP 99/53 mm.Hg, P 85/min, RR 20/min **วัตถุประสงค์** : ผู้คลอดได้รับการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล** :ผู้คลอดได้รับการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างปลอดภัย มีระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	7. ประเมินภาวะช็อก เช่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออกตัวเย็น สังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดจากการชุ่มของผ้าอนามัย การประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การวัดสัญญาณชีพ/ระดับรู้สึกตัว โดยประเมินทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนอาการปกติ ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin 20 unit ผสมใน 0.9% NaCl 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 100 ml/hr ผู้คลอดรายที่ 1 ได้ให้ยา Transamin 1 gm ทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้สารน้ำทดแทน loading ตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. ดูแลสวนคาปัสสาวะ ประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 30 นาที-1 ชั่วโมง 9. ตรวจความเข้มข้นของเลือด พร้อมขอเลือดจากห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ-สกุล ผู้คลอด กรุ๊ปเลือด ปริมาณและชนิดของเลือดให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนให้เลือด 10. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือด คือ PRC 1 ยูนิต iv drip in 4 hr. ตามแผนการรักษาขณะให้เลือดประเมินสัญญาณชีพและอาการผิดปกติทุก 15 นาที หยุดให้เลือดทันทีถ้ามีอาการผิดปกติและรายงานแพทย์ 11. ให้ออกซิเจน O_2cannular 3 LPM ตามแผนการรักษาและติดตาม O_2sat ทุก 1 ชั่วโมง **การประเมินผล :** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะ hypovolemic shock ได้รับการแก้ไข ได้สารน้ำยาและ PRC ตามแผนการรักษาและติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดมีระดับความรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 110/70-120/70 mmHg, P 70-84/min, R 20/min, O_2sat 94-95% ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 2 ชั่วโมง ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้ง ก่อนย้ายจากห้องคลอด 1 ครั้ง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกดี ปริมาณเลือดจากผ้าอนามัยชุ่มเลือด 1 ผืน สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวดี จึงย้ายไปหอผู้ป่วย
ระยะหลังคลอด 1. มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด **ข้อมูลสนับสนุน :**ท่าทางอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ขณะเปลี่ยนท่าและมีการสูญเสียพลังงานขณะคลอดและเสียเลือด **วัตถุประสงค์ :** เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ **เกณฑ์การประเมินผล :** มารดาหลังคลอดพักได้ไม่เกิดอุบัติเหตุ	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน 4. จัดสภาพแวดล้อมให้พักผ่อน ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 5. ดูแลให้รับประทานอาหารที่พลังงานสูง เช่น นม ไข่ โปรตีนจากถั่ว **การประเมินผล :** หลังคลอด 2 ชั่วโมง มารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย อาการดีขึ้นตามลำดับ สัญญาณชีพปกติ จากการติดตามหลังคลอด 24 ชั่วโมง สภาพร่างกายฟื้นตัว ทำกิจวัตรประจำวันได้ รับประทานอาหารได้ พักได้ ไม่เกิดอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีแผลฝีเย็บ Rt.ML episiotomy บอกอาการปวดมดลูก pain score 5ลุกนั่งลำบาก **วัตถุประสงค์ :**เพื่อบรรเทาอาการปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ **เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้คลอดอาการปวดแผลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น พักได้	1. ประเมินอาการและอาการแสดงความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอด 2. อธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เพราะมดลูกหดรัดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ 3. แนะนำท่านอนที่สบายและจัดให้นอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้องจะช่วยให้น้ำคาวปลาไหลสะดวกลดอาการปวดมดลูก และให้บริหารกล้ามเนื้อเชิงกรานโดยการขมิบช่องคลอดจะช่วยให้เลือดไหลเวียนดี 4. แนะนำ การเปลี่ยนท่านั่ง-นอน ให้เคลื่อนไหวช้าๆ 5. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา paracetamal 500mg 1 tab per oral prn q4-6 hrเพื่อบรรเทาอาการปวด 6. คลึงมดลูกด้วยความนุ่มนวล เพื่อไล่ก้อนเลือดในโพรงมดลูก **การประเมินผล** : มารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย อาการปวดมดลูกและแผลลดลง pain score 3สีหน้าสดชื่น พักได้

สรุป

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดปกติทางช่องคลอด โดยรายที่ 1 ตกเลือดระยะที่ 2 ของการคลอดก่อนรกคลอด ส่วนรายที่ 2 ตกเลือดระยะที่สามหลังคลอดรกออกมาแล้ว ผู้คลอด 2 ราย มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด สาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี และมีความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยรายที่ 1 พบว่าทารกในครรภ์ตัวโต มารดามีภาวะอ้วนระดับ 1 (BMI 25.37) ผลตรวจเลือดมีความเปราะบางของเม็ดเลือด (OF positive) ปริมาตรเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ (Hct 32%) และมีการคลอดเร็วกว่าปกติ (ระยะที่สองของการคลอด 10 นาที) ส่วนรายที่ 2 พบว่าผู้คลอดครรภ์ที่ 4 มีน้ำเดินก่อนมา 1 ชั่วโมง มีภาวะอ้วนระดับ 2 (BMI 30.07) ปริมาตรเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ (Hct 30%) และมีการคลอดเนิ่นนานกว่าปกติ (ระยะที่ 2 ของการคลอด 45 นาที) การแก้ไขภาวะช็อกเป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดประกอบด้วย การให้สารน้ำและสารประกอบของเลือด ทดแทนการสูญเสียเลือด การให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวมดลูก ซึ่งการพยาบาลเป็นการช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขภาวะช็อกด้วยการบริหารยาและให้สารน้ำเลือดทดแทนตลอดจนการเฝ้าระวังติดตามอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากช็อก ผลของการพยาบาลพบว่า ผู้คลอดพ้นภาวะช็อกและฟื้นสภาพเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างปลอดภัย

อภิปรายผล

กรณีศึกษา 2 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกหลังคลอด (Primary postpartum hemorrhage) เมื่อวิเคราะห์ตามสาเหตุหลัก 4T พบว่าเกิดจากสาเหตุเดียวกันคือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี แต่ระยะเวลาของการตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญในรายที่ 1 คือ ทารกในครรภ์ตัวโต รายที่ 2 ครรภ์ที่ 4 และระยะคลอดล่าช้า ปัญหานี้ตรงตามความรู้โรคที่อธิบายว่า ปัจจัยเสี่ยงทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีที่คาดการณ์ได้ คือ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากจากทารกตัวโต การตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป การคลอดล่าช้า เป็นต้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่น น้ำคร่ำติดเชื้อดังที่ปรากฏในกรณีศึกษาที่ 2 แม้แพทย์ไม่วินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำติดเชื้อแต่มีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์จริง 1 ชั่วโมงและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ เม็ดเลือดขาวสูงกว่าค่าปกติ (WBC 11,900 cell/mm^3) แสดงถึงมีการติดเชื้อในร่างกาย ภาวะนี้จากการศึกษาความรู้โรคอธิบายว่า การติดเชื้อของน้ำคร่ำทำให้กล้ามเนื้อมดลูกได้รับอันตรายเกิดการอักเสบติดเชื้อไปด้วย ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ,2563) สำหรับการพยาบาลในภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า พยาบาลมีส่วนสำคัญในการ

ช่วยเหลือทั้งระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเมื่อประเมินและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่าระดับปานกลาง จึงติดตามดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างเคร่งครัด ไม่ว่าการติดตามสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก ระดับยอดมดลูก การสังเกตเลือดที่ออกในระยะคลอด การประเมินกระเพาะปัสสาวะ ตลอดจนการบริหารสารน้ำ ยา และองค์ประกอบของเลือดในขณะภาวะช็อก ซึ่งในระยะเร่งด่วนมีการตัดสินใจที่ดีในการประสานขอความช่วยเหลือจากทีมพยาบาลในหน่วยงานข้างเคียง และการสื่อสารกับแพทย์ในพื้นที่และโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยการใช้หลัก SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) จึงจะเห็นว่าการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดที่เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทักษะการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงแล้วพยาบาลมีบทบาทในการช่วยแพทย์ด้านการรักษาในทุกระยะการคลอดอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ควรสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในทีมพยาบาลผู้คลอด และฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอด ตามหลัก Active Management of Third Stage of Labor (ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย,2563)อย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาและทารกแรกคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2567). *รายงานผลการดำเนินงาน.* สืบค้นจาก https://dashboard.anamai.moph.go.th> ระบบสารสนเทศงานส่งเสริมสุขภาพ_ตัวชี้วัด.

กองอนามัยมารดาและทารก. กรมอนามัย. (2567). *สถานการณ์และผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2567*. สืบค้นจาก https://hp.anamai.moph.go.th>OPDC2567_IDC3-5_01.pdf.

กองอนามัยมารดาและทารก. กรมอนามัย. (2567). *มาตรการขับเคลื่อนการดำเนินงานตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาไทย.*.สืบค้นจาก https://hp.anamai.moph.go.th/th/opdc-2567-mihd

เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2020*). ภาวะตกเลือดหลังคลอด.* ใน Emergency in OB&GYN. (อินเตอร์เน็ต) สืบค้นจาก https//w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33365

ชเนทร์ วนาภิรักษ์. (2017). *ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์.* สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th > สูติศาสตร์.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2020). *การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด.* สืบค้นจาก https://www.rtcog.or.th>OB-63-020.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2024*). รายงานผลการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 3 ครั้งที่ 1/66.* สืบค้นจาก https://spbo3.moph.go.th/ket/?page_id=22138

สำนักเขตสุขภาพที่ 3. (2024). *สรุปผลการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 3 สาขาส่งเสริมการเกิด รอบที่ 1/2567* สืบค้นจาก https://spbo3.moph.go.th/ket/?p=25607