

ผลงานวิชาการฉบับเต็ม (Full Paper)

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

โดย

นางพรทิพย์ จีพิมาย

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 47070 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโนนสูง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองมาเป็นการฉีกขาดของช่องทางคลอด รกหรือชิ้นส่วนของรกค้าง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตามลำดับพยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่ามามีมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU โดยไม่ได้วางแผน ทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น เป็นต้น

ผู้ขอรับการประเมินปฏิบัติงานที่ห้องคลอดโรงพยาบาลโนนสูง สนใจศึกษามารดาคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือน สิงหาคม 2565 จำนวน 2 ราย เพื่อวิเคราะห์การพยาบาลโดย จากการบันทึกเวชระเบียน การสัมภาษณ์มารดาคลอดและญาติ และการสังเกต วิเคราะห์การพยาบาลมารดาคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การนำแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน และทบทวนบทบาทของพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ผู้ขอรับการประเมินขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ สนับสนุนให้เอกสารวิชาการชุดนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

พรทิพย์ จีพิมาย

31 สิงหาคม 2566

## สารบัญ

หัวข้อ	เลขหน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทคัดย่อ	1
บทนำ	2
ความหมายของการตกเลือดหลังคลอด	3
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด	3
แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด	5
บทบาทของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดระยะหลังคลอด	6
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ	9
กรณีศึกษารายที่ 1	9
กรณีศึกษารายที่ 2	15
การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย	22
สรุปผลการศึกษา	35
วิจารณ์	36
ข้อเสนอแนะ	36
บทสรุป	37
บรรณานุกรม	38
เอกสารแนบ	39

## การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

พรทิพย์ จีพิมาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

### บทคัดย่อ

**ความเป็นมาและความสำคัญ :** ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดและเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของมารดา ดังนั้นการให้การพยาบาลมารดาในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการเตรียมจำหน่ายที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

**วิธีดำเนินการ :** เป็นการศึกษามารดาคลอดที่รับบริการในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2565 จำนวน 2 ราย โดยการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การสังเกตผู้คลอดและญาติ วิเคราะห์การพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาล โดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์

**ผลการศึกษา :** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเหมือนกัน แตกต่างกันที่สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 มีการคลอดติดไหล่นานของทารก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ทำให้มีการสูญเสียเลือดมาก และทารกแรกเกิดมีภาวะ Severe birth asphyxia กรณีศึกษารายที่ 2 ภายหลังคลอดทารก รกเกาะติดแน่น ค้าง นานกว่า 1 ชั่วโมง หลังทำการหัตถการทำคลอดตรกมีการสูญเสียเลือด การพยาบาลอย่างเร่งด่วนรวดเร็ว สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

**ข้อเสนอแนะ :** ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ด้านทักษะการประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลมารดาคลอด ควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราเสียชีวิตของมารดาคลอดในโรงพยาบาลโนนสูง และในอนาคตควรมีการศึกษาวิจัยการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดเพิ่มเติม อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ :** ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด

## บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อน ของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการ ตายของมารดาทั่วโลกพบถึงร้อยละ 27.11 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 23.12 (WHO, 2014) ส่วนในประเทศไทย พบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากภาวะตกเลือด หลังคลอด และรองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1-3 เดือน หลังคลอดร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลันร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post traumatic stress disorder) ร้อยละ 34 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งปัญหาสุขภาพของมารดา ส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีโอกาสเกิดการตก เลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้

การให้การพยาบาลมารดาในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการเตรียมจำหน่ายที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาปลอดภัยและดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ผู้ขอรับการประเมินปฏิบัติงานที่ห้องคลอดสนใจศึกษามารดาคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อวิเคราะห์การพยาบาลโดยศึกษาจากมารดาคลอดที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือน สิงหาคม 2565 จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด ศึกษากรณีศึกษาจากการบันทึกเวชระเบียน การสัมภาษณ์มารดาคลอดและญาติ และการสังเกต วิเคราะห์การพยาบาลมารดาคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยกระบวนการพยาบาล ได้แก่การประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผน 11 แบบแผนของกอร์ดอน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดที่มีอาการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้กลับมาสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา พยาบาลต้องสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด มีรกและเศษเยื่อหุ้มรกค้าง พยาบาลที่มีทักษะการประเมินและการตัดสินใจที่ดีจะช่วยมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดได้อย่างทันที่

## การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage)

### ความหมาย

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดทันทีมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือปริมาณเลือดจำนวนมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร เมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

### ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การ ตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด
2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะหลัง 24 ชั่วโมงจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอด เป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือสูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไปและระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือสูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป

### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่

1. การหดตัวของมดลูก (Tone) ซึ่งพบได้ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Over distention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยาเทอร์บูทาลินในช่วงเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติหรือกล้ามเนื้อมดลูกล่าจากการยืดขยายในระยะคลอดเป็นเวลานานภายหลังจากคลอดทารก จึงทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลตรงที่รกเคยเกาะหดตัวไม่ดี ส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุดเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ (Pre eclampsia) น้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) และรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placenta) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ชีวิตได้ เนื่องจากการติดเชื้อของน้ำคร่ำทำให้กล้ามเนื้อมดลูกได้รับอันตรายเกิดการอักเสบติดเชื้อไปด้วย ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี ภาวะครรภ์เป็นพิษ ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจากการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการพบโปรตีนในปัสสาวะ (Pre eclampsia) มักจะใช้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO<sub>4</sub>) ในการป้องกันอาการชักจากความดันโลหิตสูง ซึ่งยาเม็ดฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวจึงมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจึงมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ส่วนรกเกาะต่ำมีผลทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้จากตำแหน่งการเกาะของรกอยู่ที่ส่วนล่างของมดลูก (Lower segment) ซึ่งตามปกติ ในขณะที่มดลูกหดตัว กล้ามเนื้อมดลูกบริเวณส่วนล่างจะหดตัวได้ไม่ดีเท่ามดลูกส่วนบน (Upper segment) เพราะเป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อมดลูกบางและไม่แข็งแรงจึงมีโอกาสเกิดการตกเลือดได้ส่วนการเกิด

รกลอกตัวก่อนกำหนดจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากในขณะตั้งครรภ์หรือระยะรอคลอดจากการที่มีแผลตำแหน่งที่รกเคยเกาะ ในขณะเดียวกันยังมีทารกอยู่ในครรภ์ มดลูกจึงไม่สามารถหดตัวเพื่อให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณรอยแผลหลุดตัวและหยุดเลือดได้เลือดจึงไหลไม่หยุดเกิดการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดได้

2. การฉีกขาดของช่องคลอดปากมดลูกและฝีเย็บ (Trauma) เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือดหลังคลอดพบได้ถึงร้อยละ 20 รองจากสาเหตุมดลูกหดตัว ซึ่งอาจเกิดจากการคลอดเร็ว การคลอดยาก การคลอดติดไหล่ ทารกตัวโตหรือการทำสูติศาสตร์หัตถการ ซึ่งพบได้บ่อย ในรายที่ไขศิมช่วยคลอดหรือเครื่องดูดสุญญากาศ (forceps/vacuum extraction) นอกจากนั้นการตัดฝีเย็บเร็วเกินไปและมีการคลอดยาวนานจะทำให้การสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น การตัดฝีเย็บแบบ midline episiotomy มีโอกาสฉีกขาดต่อถึงทวารและเสียเลือดได้เพิ่มขึ้น

3. รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (Tissue) การค้างของรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติทั้งหมด มีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมได้ดังนี้

3.1 ทำคลอดไม่ถูกวิธีเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการประเมินการลอกตัวของรกที่สมบูรณ์ ทำให้รบกวนกระบวนการลอกตัวของรกเกิดรกลอกตัวไม่สมบูรณ์ การนวดหรือดันมดลูกเร็วเกินไปก่อนที่รกจะลอกตัวสมบูรณ์ การดึงสายสะดือหรือเยื่อหุ้มรกเร็วและแรงเกินไปทำให้ชิ้นส่วนของรกขาดและติดค้างในโพรงมดลูก

3.2 รกเกาะผิดปกติ เช่น รกเกาะฝังลึกกับผนังกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้รกลอกตัวยากและใช้เวลานาน เกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีและมีเศษรกติดค้างได้ มักพบในมารดาที่มีประวัติการขูดมดลูกก่อนการตั้งครรภ์นอก จากนั้นรกเกาะผิดปกติจะพบในรายที่มีรกขนาดใหญ่หรือมีรกน้อยที่ทำให้รกบางส่วนติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก

4. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe pre eclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในขณะตั้งครรภ์มีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น hemophilia, thalassemia

#### ภาวะแทรกซ้อน

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อน ของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกพบถึงร้อยละ 27.11 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 23.12 ส่วนในประเทศไทยพบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และรองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในระยะ 1-3 เดือน หลังคลอดร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลันร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post-traumatic stress disorder) ร้อยละ 34 ซึ่งปัญหาสุขภาพของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดซ้ำ

## แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (ตรีภพ เลิศบรรณพงศ์, 2560)

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มีความสำคัญในทุกๆระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะคลอด ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกให้ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) คือ ให้อายการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตั้งแต่ระยะที่ 2 ของการคลอดกับมารดาทุกราย โดยใช้ oxytocin 10 ยูนิต ให้ทางน้ำเกลือหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน กรณีที่ไม่สามารถใช้ oxytocin ได้ให้ ให้อายการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้แก่ ergometrine/ methylergometrine หรือให้อายการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกร่วมกันระหว่าง oxytocin กับ ergometrine หรือใช้ misoprostol ชนิดรับประทาน (600 mg) ในหน่วยงานที่ไม่มีทักษะหรือไม่มีความชำนาญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ oxytocin และไม่มี oxytocin ใช้การทำคลอดปกติทางช่องคลอด ให้ใช้วิธีการทำคลอดรก แบบ controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอด ทำให้เสียเลือดลดลง คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด แต่ไม่แนะนำให้คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ได้รับ oxytocin ทางหลอดเลือดดำหลังคลอด เนื่องจากอาจทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้าเกินไปและไม่ช่วยป้องกันการตกเลือด ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดแก่มารดาทุกราย เพื่อเฝ้าระวังการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติ แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage key element of bundle) เป็น 4 R ดังนี้

1. Recognition and Prevention คือ การรับรู้และการป้องกัน หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดและทำการป้องกัน ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จากการซักประวัติและป้องกันด้วย AMTSL ในระยะคลอด โดยทำในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย

1.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk Assessment) ต้องทำตั้งแต่ระยะก่อนคลอด เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลแรกรับในห้องคลอดเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและเตรียมความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พิเศษขึ้น ระหว่างการคลอดและระยะหลังคลอดเพื่อเตรียมการดูแล เช่น การเตรียมเลือด เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการเตรียมบุคลากรในการดูแล เป็นต้น

1.2 การป้องกัน (Prevention) หมายถึง ป้องกันการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดด้วย Universal AMTSL โดยใช้กับผู้คลอดทุกราย ทั้งคลอดเองทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด มีหลักสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1.2.1 ให้อายการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหรือไม่เกิน 1 นาที หลังทารกคลอด

1.2.2 ทำคลอดรก ด้วยวิธี controlled cord traction

1.2.3 คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด

2. Readiness คือ การเตรียมความพร้อม หมายถึง การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการธนาคารเลือด ห้องคลอด หน่วยหลังคลอด ซึ่งหน่วยงานต้องเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน ได้แก่ บุคลากร (Simulation/team drills) ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด (Hemorrhage cart/kits) รายละเอียด ดังนี้

2.1 ธนาคารเลือด ควรให้มีการขอใช้เลือด แบบเร่งด่วนได้ (Access to transfusion in a hurry) โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติในการให้เลือดแบบเร่งด่วน (Massive Transfusion Protocol: MTP) กำหนดแนวปฏิบัติในการให้เลือดกรณีฉุกเฉิน (Emergency Release Transfusion Protocol : ERT)

2.2 ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด (Hemorrhage cart/kits) ควรจัดให้เข้าถึงได้ง่าย ใช้สะดวก และทุกคนเห็นความสำคัญของการใช้ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด

3. Response คือ การตอบสนอง หมายถึง การปฏิบัติการดูแลรักษาเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอด



ได้อย่างรวดเร็ว (Rapid response team) และมีระบบที่ชัดเจน (Check list) ซึ่งต้องฝึกปฏิบัติทักษะในการช่วยเหลือดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ

### 3.1 Rapid response team คือ การระดมความช่วยเหลือ (Mobilize additional help)

กำหนดบทบาทของพยาบาลและแพทย์อย่างชัดเจนใช้ใบรายการตรวจสอบ (Checklist) กำหนดระยะเวลา (Timeout) ของขั้นตอนต่างๆ อย่างชัดเจนโดยใช้อักษร ย่อเพื่อให้จำง่าย คือ ELBOW (Etiology, Labs, Blood bank, Other help, What's Next) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว (Practice)

3.2 ใบรายการตรวจสอบ (Checklist) ประกอบด้วย ข้อมูลที่ทันสมัย มีการกำหนดบทบาท ระดมความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอน การทำหน้าที่ที่ชัดเจน มีการคิดและค้นหาสาเหตุของการตกเลือดเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่รวดเร็ว นอกจากนี้ยังต้องมีขั้นตอนการทบทวนและสรุปหลังเหตุการณ์ระหว่างบุคลากรในทีม ผู้ป่วยและครอบครัว (Debrief) รวมถึงการบันทึกที่ถูกต้อง

4. Reporting and Learning คือ การรายงานและการเรียนรู้ หมายถึงการสร้างวัฒนธรรมของการเห็นความสำคัญของข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยและมีการ ส่งเสริมกัน ทำสรุปหลังเกิดเหตุการณ์ ทบทวนเหตุการณ์ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยไม่กล่าวโทษตัวบุคคล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในทีม ติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ของการทบทวน พยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามแนวปฏิบัติที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลในหน่วยหลังคลอด เป็นผู้ดูแลมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งในระยะแรกและระยะหลัง

### บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดระยะหลังคลอด (สุภานัน ชัยราช, 2560)

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรมตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะคลอดและหลังคลอดซึ่งการตกเลือดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง (Late postpartum hemorrhage) อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูก หดรัศตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และ ทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดการตกเลือด

หลังคลอดในระยะต่างๆ

#### 1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด

การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาข้อมูล ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยงต่างๆ และให้การดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องต่อไป การใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah ซึ่งมีการแบ่งระดับของความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอด ออกเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) โดยประเมิน 2 ระยะ คือ ระยะแรกรับ และระยะคลอด ดังนี้

1.1 การประเมินในระยะแรกรับ ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ เคยผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอด (Prior uterine surgery or CS) ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) เคยคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง (>4 prior births) เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน (Prior OB hemorrhage) มีก้อนเนื้ออกมดลูกขนาดใหญ่ (Large myomas) ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (EFW >4000 g) อ้วนมาก (BMI >40) มีภาวะซีด (Hematocrit <30%) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกฝังแน่น (Accreta/percreta) เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 (Platelet count <70K) มี

เลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Known coagulopathy) มีปัจจัยเสี่ยง ระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (>2 medium risk factors)

1.2 การประเมินในระยะคลอด ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) รับประทานกระตุ้นการหดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง (Prolonged oxytocin >24 hr.) ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (Prolonged 2nd stage) รับประทานแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (>2 medium risk factors) การประเมินสภาพมารดา หลังคลอดโดยใช้อักษรย่อ B-BUBBLE ได้แก่

1.2.1 Black ground and Body condition คือ การตรวจสอบประวัติการคลอด เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะคลอด เช่น ระยะการคลอดที่ 1, 2 หรือ 3 ยาวนาน การคลอดเฉียบพลัน (Precipitated labor) การมีรกค้าง เป็นต้น และการตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อดูระดับความรู้สึกรู้ตัว ดูภาวะช็อค ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยวัดสัญญาณชีพตั้งแต่หลังรกคลอดทันทีและติดตาม ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2-4 และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1.2.2 Breast and Lactation คือ การประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนมเพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูนมมารดาโดยเร็วและดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซินช่วยให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

1.2.3 Uterus คือ การประเมินระดับยอดมดลูก และการหดตัวของมดลูก โดยพยาบาลต้องประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก 1-4 ชั่วโมง รวมถึงวัดยอดมดลูกและบันทึกระดับการลดลงของยอดมดลูก ซึ่งการบันทึกระดับยอดมดลูกควรทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินการเข้าอู่ของมดลูก และเป็นการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

1.2.4 Bladder คือ การประเมินกระเพาะปัสสาวะ ค้นหา Bladder full ความรู้สึกปวดปัสสาวะและการขับถ่ายปัสสาวะหลังคลอด โดยพยาบาลจะต้องกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะเองภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็มและขัดขวางการหดตัวของมดลูก

1.2.5 Bleeding or Lochia คือ ประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดหรือน้ำคาวปลาที่ออกจากช่องคลอดในระยะแรกให้มารดาใส่ผ้าอนามัย เพื่อประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด และทำการบันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมง แรกบันทึกทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะ 4 ชั่วโมง หลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1.2.6 Episiotomy คือ การประเมินบริเวณช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ พยาบาลต้องตรวจดูลักษณะของแผลฝีเย็บเมื่อแรกรับ และตรวจความผิดปกติทุกๆ 8 ชั่วโมง โดยใช้ REEDA Scale ในการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย Redness คือ แผลมีลักษณะแดงอักเสบหรือไม่ Edema คือ แผลมีลักษณะบวมหรือไม่ Ecchymosis คือ แผลมีรอยช้ำหรือจ้ำเลือดหรือไม่ Discharge คือ แผลมีเลือด น้ำเหลืองหรือหนองซึมออกมาหรือไม่ และ Approximate คือ แผลฝีเย็บขอบเรียบชิดติดกันดีหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่สัมพันธ์กับแผลฝีเย็บ ซึ่งคะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง แผลฝีเย็บปกติดี คะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึงแผลฝีเย็บมีความผิดปกติระดับรุนแรงมากขึ้น

2. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีโดยใช้ทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอด ในระยะแรกรับซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดตัวของ

มดลูก (Uterine contraction) ระดับยอดมดลูก (Fundal height) อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการปัสสาวะ (Urine void) เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แล้วนำมาจัดระดับความรุนแรง ของความเสี่ยงเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลให้การดูแลมารดาหลังคลอดและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง บทบาทของพยาบาลในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด นอกจากทักษะการประเมินสภาพมารดา หลังคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ แพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพมารดาในระยะหลังคลอดอีกด้วย

2.1 การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง เมื่อพยาบาล ประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง (Moderate risk) ควรให้การดูแลโดย

2.1.1 บันทึกสัญญาณชีพ

2.1.2 ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอด มดลูกทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมง แรกหลังรับย้าย จากห้องคลอด

2.1.3 สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ชั่งผ้าอนามัยและบันทึก ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอดหากไม่พบอาการผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2.1.4 ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหดยด 100-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด

2.1.5 ประเมินกระเพาะปัสสาวะ และกระตุ้นมารดา ให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง

2.1.6 นำทารกมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็วในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ นมแม่เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

2.1.7 ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอใน ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด

2.2 การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยง ต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง เมื่อพยาบาลประเมิน มารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (High risk) พยาบาลต้องให้การดูแล เบื้องต้นตามแนวทางการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้ทันที ดังนี้

2.2.1 จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแล ใกล้ชิด

2.2.2 ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้าย จากห้องคลอด

2.2.3 ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก ทุก 15 นาที

2.2.4 ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็มและกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับ จากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดา หากพบว่าไม่มีกระเพาะปัสสาวะเต็มและมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

2.2.5 ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ในอัตราหดยด 120-140 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

2.2.6 หากพบว่ามีเลือดออกทาง ช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด

ใจสั้น เหนือออก มือเท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้ รายงานแพทย์และตามทีมในการช่วยเหลือ แก้ปัญหาทันที

2.2.7 หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านนอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ใส่สายสวน ปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic solution เพิ่มอีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจองเลือด Pack red cells 2 unit

2.2.8 ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่า เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บหรือสาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป

หลังจากพยาบาลได้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดให้ผ่านช่วงเวลาวิกฤตไปได้แล้วนั้น พยาบาลหลังคลอดยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังตกเลือด โดยการให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะซีดหลังการตกเลือดเป็นต้น ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด ภาวะซีดหลังการตกเลือดและการปฏิบัติตัวที่สำคัญหลังการตกเลือด เช่น การสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสาธิตและสอนวิธีการคลึงมดลูก วัตถุประสงค์มดลูก การสังเกตน้ำคาวปลา การสังเกตแผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยการใช้กระจกส่อง แผลฝีเย็บและทำการประเมินความรู้และทักษะของมารดาก่อนกลับบ้าน เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเอง ในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และนัดตรวจติดตามหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์

## กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

### กรณีศึกษารายที่ 1

มารดาตั้งครรภ์อายุ 35 ปี HN 000061108 AN 650004953 ภูมิลำเนา อยู่บ้านเลขที่ 44 หมู่ 1 ตำบลดอนชมพู อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนสูง วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 22.30 น.

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 22.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13.30 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาลโนนสูง 3 วัน รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 3 วัน

### ประวัติการเจ็บป่วย

#### อาการสำคัญ (Chief complaint)

G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>A<sub>1</sub>L<sub>1</sub> GA 39<sup>+1</sup> สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอด 1 ชั่วโมง มีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง

#### ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present illness)

มารดาตั้งครรภ์ G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>A<sub>1</sub>L<sub>1</sub> GA 39<sup>+1</sup> สัปดาห์ By ultrasound LMP วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 EDC วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2565 By ultrasound

7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มารดาตั้งครรภ์ มีอาการท้องป็นแข็ง มีน้ำเดินไหลออกทางช่องคลอด เปื้อนผ้าถุง 1 ชั่วโมงก่อนมาเริ่มเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด ท้องป็นแข็งมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลโนนสูง

#### ประวัติการฝากครรภ์

มารดาตั้งครรภ์ที่ 3 คุมกำเนิดโดยใช้วิธีกินยาคุมกำเนิด ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 19<sup>+0</sup> สัปดาห์ ครบตามเกณฑ์ 10 ครั้ง ที่โรงพยาบาลโนนสูง ขณะตั้งครรภ์มีอาการแพ้ท้องเล็กน้อย น้อยๆ ใน 3 เดือนแรกได้รับ ภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยักครบ 2 เข็ม และวัคซีนป้องกันไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ ผลตรวจเลือดตามประวัติฝากครรภ์

VDRDL : Non reactive, HBsAg : negative, Anti HIV : Negative, Hematocrit 39/39% เมื่ออายุครรภ์ 30<sup>+3</sup> สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ 100 gm OGTT ผลปกติ blood gr. B, Rh<sup>+</sup> ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาไข่ขาวและน้ำตาลปกติ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 23.50 กก./ตรม. น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 11 กิโลกรัม ปัจจุบันหนัก 75 กิโลกรัม BMI 27.54 กก./ตรม. ยาที่ได้รับขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ Triferdine 1x1 ◦ pc OD, Vitamin B6 (50) 1x1 ◦ hs

#### ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

ประวัติการมีประจำเดือน มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 14 ปี มาสม่ำเสมอ 28-30 วัน นานครั้งละ 3-5 วัน ปวดท้องระหว่างมีประจำเดือนเป็นบางครั้ง ลักษณะเลือดเหมือนประจำเดือนปกติ

ประวัติการคุมกำเนิด ก่อนการตั้งครรภ์ คุมกำเนิดโดยวิธีการกินยาคุมกำเนิด

ประวัติการคลอดและการแท้ง มารดาครรภ์ที่ 3 เคยแท้ง 1 ครั้งไม่เคยขูดมดลูก เคยตั้งครรภ์และคลอดปกติในท้องแรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน บุตรชายอายุ 14 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

#### ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

ปฏิเสธคนในครอบครัวเป็นโรคทางพันธุกรรม ทุกคนในครอบครัวแข็งแรงดี สามีแข็งแรงดี ไม่มีประวัติการสัมผัสโรคติดต่อ ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงหรือโรคติดต่อใดๆมาก่อน ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ไม่เคยแพ้ยาหรือสารใดๆ

#### การประเมินตามแบบสุขภาพ (Function health pattern) 11 แบบตามกรอบแนวคิดของของกอร์ดอน แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

มารดารับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ฝากครรภ์คุณภาพครบ 10 ครั้ง ยาที่ได้รับ ได้แก่ Triferdine 1x1 ◦ pc OD, Vitamin B6 (50) 1x1 ◦ hs เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรักษาที่โรงพยาบาล โนนสูงใน ระหว่างเจ็บครรภ์คลอดมารดาครั้งนี้ให้ความร่วมมือในการรักษา

#### แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตรดัชนีมวลกาย 27.54 กก./ตรม. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ เข้า กลางวัน เย็น ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร ดื่มนมวันละ 1 แก้ว (200 มิลลิลิตร/แก้ว) ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ไม่มีปัญหาในการกลืน ความอยากอาหารลดลงในช่วง 3 เดือนแรก การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักปกติ ไม่มีบาดแผลในทางเดินอาหาร ลักษณะผิวหนังปกติ

#### แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย กระบวนการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย

การขับถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ในเวลาเช้า มีท้องผูกบ้างนานๆ ครั้ง ลักษณะอุจจาระปกติ ปัสสาวะบ่อย ลักษณะสีเหลืองใส

#### แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ขณะตั้งครรภ์ยังทำงานจนคลอด

#### แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

การพักผ่อนเพียงพอ เข้านอนเวลาประมาณ 22.00 น. ตื่นนอนเวลาประมาณ 06.00 น. ไม่มีปัญหาเรื่องการนอน

#### แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้ในสิ่งเร้าต่างๆผู้ปวยมีการรับรู้ที่ดี การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ปกติ ความจำปกติ ไม่มีหลงลืม การได้ยินปกติ ไม่มีปัญหาสายตา

#### แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

รับรู้ตนเองปกติ ไม่ได้กังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่อ้วนขึ้น มีความวิตกกังวลระหว่างการคลอด และมี

ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี

#### แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นแม่บ้าน อยู่กับครอบครัวตัวเองและสามี การแสดงออกของบทบาทเหมาะสม สัมพันธภาพกับญาติพี่น้องเหมาะสม ในครอบครัวช่วยเหลือซึ่งกันและกันดี เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาครอบครัวและช่วยกันแก้ไข มีการวางแผนในการเลี้ยงดูบุตรโดยให้มารดาของหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ช่วยเลี้ยง

#### แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

หญิงตั้งครรภ์ไม่มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับสามี ไม่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ตั้งครรภ์

#### แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

มารดาตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัวและสามีได้ตลอด มีการปรับตัวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี

#### แบบแผนที่ 11 ด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ ค่านิยมและความเชื่อ

การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ/ดูแลขณะเจ็บป่วยคือสามี การตัดสินใจในเรื่องสำคัญๆจะให้สามีเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดด้านการเจ็บป่วย วิธีแก้ไขคือการระบายให้ผู้อื่นฟัง นับถือศาสนาพุทธ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจขณะป่วยคือครอบครัว สามี และมารดาของมารดาตั้งครรภ์

**การตรวจครรภ์และการตรวจร่างกายตามระบบ** วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 22.30 น.

**สภาพทั่วไป** มารดาตั้งครรภ์ รูปร่างท้วม ผิวดำแดง มาโดยรถนอน สีหน้าท่าทางแสดงความวิตกกังวล น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/101 มิลลิเมตรปรอท (แขนซ้าย)

#### การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

General Appearance : Thai female, pregnancy, good consciousness

HEEN : Not pale, no jaundice, not injected pharynx and tonsils

HEART : Apex at 5<sup>th</sup> ICS MCL, regular, normal S1 S2, no murmur

LUNG : Clear, equal breath sound

BREAST : Normal, no mass or abnormal discharge

Abdomen : Height of the fundus from bikini line >3/4 umbilical 36 cms.

FHS 136/min, Large part : left presentation : vertex, head engagement

EXTREMITIES : No pitting edema

PV : Cervix dilate 7 cms, effacement 80%, membrane rupture, clear, Station 0, presentation vertex

OTHER : Uterine contraction interval 3 min, duration 40 sec

**การวินิจฉัยโรคขั้นต้น** Premature rupture of membranes c<sup>-</sup> Labour pain c<sup>-</sup> R/O Pregnancy

Induced Hypertension (PIH)

**การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย** Spontaneous vertex delivery c<sup>-</sup> postpartum hemorrhage

## การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH, Postpartum hemorrhage) หมายถึง :</b> การเสียเลือดภายหลังทารกคลอดมากกว่า 500 ml ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 ml ในกรณีที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : การตกเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมงแรก</li> <li>2. การตกเลือดระยะหลัง : การตกเลือดหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้วจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งพบได้บ่อยระหว่าง 7-14 วันหลังคลอด</li> </ol>	<p>มารดาคลอดปกติ Normal labour with LML episiotomy ภายหลังคลอด มีการเสียเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมง ประมาณ 600 ml</p>
<p><b>สาเหตุ :</b> เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด การฉีกขาดของหลอดเลือดและมดลูก รกหรือเศษรกค้างในโพรงมดลูก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มดลูกปลิ้น การคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง</p>	<p>สาเหตุจากการฉีกขาดของหลอดเลือดและมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony)</p>
<p><b>อาการและอาการแสดง :</b> มีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอดทันทีหรืออาจขังอยู่ภายในมีบางครั้งที่มีมดลูกคลายตัวจะเห็นเลือดค่อยๆ ไหลออกมา กรณีที่มีเศษรกค้างอาจเกิดขึ้นทันทีหรือกระทั่งวันที่ 6-10 หลังคลอดจะมีเลือดออกมา คลำหน้าท้องพบว่ามดลูกอยู่สูงขึ้นอาจถึงระดับสะดือ ผู้คลอดจะมีอาการของการเสียเลือดมาก ซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง ใจสั่น ตัวเย็น อ่อนเพลีย หาวเพราะเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง สับสน ซ็อก ไม่รู้สึกตัว และอาจเสียชีวิตได้ ถ้ามีการตกเลือดระยะหลังอาจพบว่าน้ำคาวปลา มีสีแดงเข้มขึ้น ส่วนใหญ่มักเป็นระยะที่ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด มดลูกมีขนาดโต ปากมดลูกยังไม่ปิดเนื่องจากมีชิ้นรกหรือก้อนเลือดจุกอยู่</p>	<p>Case นี้เป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก หลังคลอด blood loss 300 ml และมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) มีเลือดออกเพิ่มอีกประมาณ 300 ml รวมทั้งหมดประมาณ 600 ml เจาะ Hct หลังคลอด 2 ชั่วโมง เท่ากับ 38% และเจาะในวันที่ 3 ของการคลอด Hct ลดลงเหลือ 33% และมารดามีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย</p>
<p><b>การรักษา :</b> ระยะแรก ซึ่งเป็นการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอดและเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดแต่ละราย เช่น ภาวะเบาหวาน ประวัติตกเลือดครรภ์ก่อน</li> <li>2. เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดเตรียมให้สารน้ำ เตรียมเลือดให้พร้อม</li> <li>3. เฝ้ารอวังไม่ให้มดลูกมีการหดตัวถี่ ที่อาจเกิดจากการให้ยา Oxytocin</li> </ol>	<p>หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอดและเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความเสี่ยงพบเป็น case high risk คือ R/O PIH</li> <li>2. เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase ได้ NPO และให้สารน้ำ 5% DN/2 1000 ml iv drip 80 cc/hr มีการประสานเรื่องเลือดกับห้องปฏิบัติการไว้</li> </ol>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>4. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การทำหัตถการต่างๆ การใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง</p> <p>5. กระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหลังรกคลอด ตรวจรกโดยละเอียด และเย็บแผลทันที</p> <p>6. ประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะทุก 15-30 นาที</p> <p><b>ระยะหลัง</b> เป็นการดูแลภาวะตกเลือดตามสาเหตุ</p> <p>1. มดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่ การคลึงมดลูก การให้ยากระตุ้นมดลูก การบีบผนังมดลูก การผ่าตัด</p> <p>2. การฉีกขาดของหนทางคลอดและมดลูก ทำการเย็บซ่อมแซม การเจาะเลือดออกในรายที่มีการคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังหรือการตัดมดลูก</p> <p>3. การฉีกขาดของหนทางคลอดและมดลูก ทำการเย็บซ่อมแซม การเจาะเลือดออกในรายที่มีการคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังหรือการตัดมดลูก</p> <p>4. รกหรือเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ทำการล้างรกหรือขูดมดลูก</p> <p>5. มดลูกปลิ้น พลิกมดลูกเข้าไปอยู่สภาพปกติ หรือการผ่าตัด</p>	<p>3. เมื่อมดลูกเปิดหมด Add syntocinon 10 u<sup>-</sup> ใน iv เดิม ปรับ rate drip 100 cc/hr</p> <p>ระยะหลัง ดูแลตามสาเหตุ</p> <p>1. การฉีกขาดของหนทางคลอด ทำการเย็บซ่อมแซมด้วย catgut ทันที</p> <p>2. ทารกคลอดศีรษะแล้วมีภาวะ Dystocia ติดนาน 2 นาที ทำคลอดโดยวิธี McRoberts maneuver หลังคลอดทารก APGAR นาที ที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 1, 2 และ 7 คะแนน ทารก On ETT tube ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา</p> <p>3. พบหลังรกคลอดมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี Add syntocinon 10 u<sup>-</sup> เพิ่มอีกใน iv เดิมและนวดคลึงมดลูกเป็นระยะๆ และประเมินการหดตัว</p> <p>4. ทำคลอดรกโดยวิธี Controlled cord traction ตรวจรก complete ไม่มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างในโพรงมดลูก</p>

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

VDRL : Non reactive, HBsAg : negative, Anti HIV : Negative, Hematocrit 39%, blood gr. B, Rh<sup>+</sup>, DICP negative, MCV 85 fl, Urine albumin negative, Urine sugar negative  
 2 ส.ค. 2565, Hematocrit 39%, 3 ส.ค. 2565 = 38%, 4 ส.ค. 2565 = 34%, 5 ส.ค. 2565 = 33%  
 Urine albumin negative sugar negative, Rapid SARS CoV-2 antigen assay negative, Bun cr 9/0.56 mg/dl, eGFR 121.19 mL/min/1.73m<sup>2</sup>, LFT normal, Electrolyte K<sup>+</sup> 3.28 mEq/L, Cl<sup>-</sup> 100 mEq/L, Na<sup>+</sup> 131.9 mEq/L, Co<sub>2</sub> 19.2 mEq/l ผลอยู่เกณฑ์ต่ำกว่าปกติ, INR 11.35 sec, INR 0.95 sec ผลปกติ, ติดเครื่อง electronic fetal monitoring ผล NST variability deceleration FHR 120-160/min

#### การดำเนินของโรคและแผนการรักษาของแพทย์

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
2 ส.ค. 2565 เวลา 22.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CBC with plt UA PT INR LFT BUN Cr</li> <li>- observe FHS, Uterine contraction q 1 hr</li> <li>- Non stress test, Electronic Fetal Monitoring</li> <li>- Retain foley catheter</li> <li>- 10% MgSO<sub>4</sub> 4 mg + 5% DW 100 ml iv drip 15 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pre eclampsia</li> <li>- NPO เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase</li> </ul>



วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
3 ส.ค. 2565 เวลา 00.25 น. ศีรษะ เด็กคลอดมีภาวะ Dystocia ตัดนาน 2 นาที เวลา 00.27 น. หลังคลอดทารก APGAR นาที ที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 1, 2 และ 7 คะแนน on ETT tube refer บุตร ไปโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา	- 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 100 cc/hr - Add Syntocinon 10 unit iv ใน iv เดิมหลังรกคลอด - 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr - at 06.00 น. ให้ ปรับลด 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv drip 80 cc/hr - Hct q 8 hr if drop $\geq$ 3% notify - observe vagina bleeding - จอง PRC 1 unit	
3 ส.ค. 2565 เวลา 00.50 น. หลังรกคลอด	- iv หมด off, on Heplock - Hct เข้า if drop $\geq$ 3% หรือ $<$ 30% notify	Regular diet - triferdine 1x1 $\odot$ pc - ferrous fumarate 1x2 $\odot$ pc - paracetamol (500) 1 tab $\odot$ prn
4 ส.ค. 2565 Hct 34%	- Hct เข้า if drop $\geq$ 3% หรือ $<$ 30% notify	
5 ส.ค. 2565 Hct 33%	D/C	

#### สรุปอาการและอาการแสดงของมารดา

มารดาคลอดเป็นหญิงไทยอายุ 35 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 last 14 ปี G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>A<sub>1</sub>L<sub>1</sub> GA 39<sup>+1</sup> สัปดาห์ By ultrasound LMP วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 EDC วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2565 By ultrasound, Estimated fetal weight 3,200 กรัม

**อาการแรกรับ :** รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 22.30 น. โดยให้ประวัติว่า 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดินไหลออกทางช่องคลอดเป็นน้ำใสๆ **ระยะที่ 1 ของการคลอด** 1 ชั่วโมงก่อนมาเริ่มเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด ท้องบั้นแข็งมากขึ้น อายุครรภ์ครบกำหนดวัดความสูงของมดลูก 36 เซนติเมตรเหนือหัวหน้า เจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 3 นาที Duration 40 วินาที เด็กตื่นดี ตรวจทางหน้าท้องทารกท่า Longitudinal lie Vertex presentation, Fetal Heart Sound 136 ครั้งต่อนาที ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย NST ผลปกติ ตรวจภายในพบมีมูกเลือดทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกขยาย 7 เซนติเมตร ความบาง 80% membrane rupture, clear, Station 0, presentation vertex สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/101 มิลลิเมตรปรอท ประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct 39 %, platelet 292,000 cell/mm<sup>3</sup> แพทย์วินิจฉัย Premature

rupture of membranes c<sup>-</sup> Labour pain c<sup>-</sup> R/O Pregnancy Induced Hypertension (PIH) ให้ Retained foley catheter และ W/U lab Preeclampsia, Monitor EFM

**การดูแลรักษาและการคลอด :** แพทย์เวรปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ขณะรอคลอด ปวดท้องตลอดเวลา ประเมินคะแนนความเจ็บปวด 10 คะแนน ปากมดลูกเปิดหมด Monitor EFM ไว้ตลอด การคลอด NST ผล variability deceleration FHS 120-160/min วางแผนให้คลอดเองทางช่องคลอด เตรียม อุปกรณ์ รถ Emergency ให้พร้อมใช้งาน รายงานแพทย์รอร์เด็ก มารดา on 5% dn/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr ดูแลให้ O<sub>2</sub> canular 5 L/M รวมระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที ใช้กราฟ ดูแลติดตามการคลอด มดลูกหดตัวดีสม่ำเสมอ เมื่อปากมดลูกเปิดหมด แพทย์ให้ยาเร่งคลอดโดยให้ add syntocinon 10 unit ใน iv เดิม ปรับ rate iv 100 cc/hr เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ย้ายเข้าห้องคลอด **ระยะที่ 2 ของการคลอด** มารดาคลอด Normal labour with LML episiotomy มีอาการเหนื่อยเพลีย ไม่มีแรงเบ่ง มดลูกหดตัวห่างขึ้น Interval 3 นาที Duration 40-45 วินาที FHS 120/min คลอดศีรษะก่อน มีภาวะ Shoulder Dystocia 2 นาที แพทย์ทำคลอดโดยวิธี McRoberts maneuver ระยะเวลาเบ่งคลอดนาน 1 ชั่วโมง 12 นาที ทารกคลอดเพศชายน้ำหนัก 3,670 กรัม ตัวยาว 50 เซนติเมตร Apgar Score ที่ 1 นาที 1 คะแนน ทำ PPV 1 cycle และกระตุ้นทารก ประเมิน Apgar Score ที่ 2 นาที 2 คะแนน ทำ PPV 1 cycle กระตุ้นทารกต่อ O<sub>2</sub> sat 82% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจเฮือกๆ แพทย์วินิจฉัย Severe birth asphyxia พิจารณา on ETT Tube และ CPR ปรึกษากุมารแพทย์เพื่อส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประเมิน Apgar Score ที่ 5 นาที 2 คะแนน ประเมิน Apgar Score ที่ 10 นาที 7 คะแนน ให้ on 10% DW 500 ml iv drip 10 ml/hr ก่อนส่งต่อ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/50 มิลลิเมตรปรอท MAP 60 มิลลิเมตรปรอท Hct 60%, DTX 91 mg% **ระยะที่ 3 ของการคลอด** วิธีการทำคลอดรกโดย Manual removal แบบ Controlled cord traction รกคลอดครบ รกหนัก 750 กรัม cord ยาว 48 เซนติเมตร ชิดริม 6 เซนติเมตร ห่างริม 9 เซนติเมตร blood loss 300 ml มดลูกหดตัวดีไม่มี Active bleed เพิ่มอีก 300 ml รวม Estimate blood loss 600 ml ให้ 5% DN/2 1000 ml iv drip 100 cc/hr สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct 38% **ระยะที่ 3 ของการคลอด** ใช้เวลา 23 นาที ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอีกเส้นเป็น 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr และปรับลด iv เดิม 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv drip 80 cc/hr จองเลือด PRC 1 unit ติดตามความเข้มข้นของเลือด มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ที่หลังคลอด ไม่ได้รับเลือด ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด ก่อนจำหน่าย 33% ปวดแผลฝีเย็บลดลง ปัสสาวะสะดวก เต้านมคัดตึง มีภาวะเครียด นอนไม่หลับจากการที่บุตรได้รับการส่งไปรักษาต่อ สภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีทีมสหวิชาชีพพร้อมให้คำปรึกษา ดูแลร่วมกัน อาการดีขึ้นตัดสินใจฝังยาคุม และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ภายใน 3 วันหลังคลอด

## กรณีศึกษาครั้งที่ 2

### ข้อมูลทั่วไป

มารดาตั้งครรภ์อายุ 20 ปี HN 000148077 AN 650004937 ภูมิลำเนา อยู่บ้านเลขที่ 361/34 หมู่ 2 ตำบลใหม่ อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนสูง วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 17.00 น.  
วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 17.00 น. วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 14.00 น. รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน รับไว้ในความดูแล 3 วัน

## ประวัติการเจ็บป่วย

### อาการสำคัญ (Chief complaint)

G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>L<sub>1</sub> GA 39<sup>+3</sup> สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมง

### ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present illness)

มารดาตั้งครรภ์ G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>A<sub>1</sub>L<sub>1</sub> last 2 ปี GA 39<sup>+3</sup> สัปดาห์ By ultrasound LMP จำไม่ได้ EDC วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2565 By ultrasound

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มารดาตั้งครรภ์ มีอาการท้องป็นแข็ง เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด ท้องป็นแข็งมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลโนนสูง

### ประวัติการฝากครรภ์

มารดาตั้งครรภ์ที่ 2 หลังคลอดบุตรคนแรก คุณแม่กำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิด ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6<sup>+0</sup> สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 13 ครั้ง ที่โรงพยาบาลโนนสูง ได้รับภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยักครบ 2 เข็ม และวัคซีนป้องกันไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ ผลตรวจเลือดตามประวัติฝากครรภ์ VDRL : Non reactive HBsAg : negative, Anti HIV : Negative, Hematocrit 38/35% เมื่ออายุครรภ์ 16<sup>+3</sup> สัปดาห์ ได้รับการคัดกรอง Down's ผลปกติ เมื่ออายุครรภ์ 28<sup>+3</sup> สัปดาห์ ป่วยเป็นโรคโควิด 19 รักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง ไม่มีอาการผิดปกติ เมื่ออายุครรภ์ 30<sup>+3</sup> สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ 100 gm OGTT ผลปกติ blood gr. B, Rh<sup>+</sup> ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาไข่ขาวและน้ำตาลปกติ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 25.24 กก./ตรม. น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 19 กิโลกรัม ปัจจุบันหนัก 83 กิโลกรัม BMI 33.24 กก./ตรม. ยาที่ได้รับขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ Triferdine 1x1  $\odot$  pc OD, Vitamin B6 (50) 1x1  $\odot$  hs

### ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

ประวัติการมีประจำเดือน มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 13 ปี มาสม่ำเสมอ 28-30 วัน นานครั้งละ 3-5 วัน ปวดท้องระหว่างมีประจำเดือนเป็นบางครั้ง ลักษณะเลือดเหมือนประจำเดือนปกติ

ประวัติการคุมกำเนิด ก่อนการตั้งครรภ์ คุมกำเนิดโดยวิธีการฉีดยาคุมกำเนิด

ประวัติการคลอดและการแท้ง มารดาครรภ์ที่ 2 ไม่เคยแท้ง ไม่เคยขูดมดลูก เคยตั้งครรภ์และคลอดปกติในท้องแรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน บุตรชายอายุ 2 ขวบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

### ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

ปฏิเสธคนในครอบครัวเป็นโรคทางพันธุกรรม ทุกคนในครอบครัวแข็งแรงดี สามีสัมผัสแรงดี ไม่มีประวัติการสัมผัสโรคติดต่อ ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงหรือโรคติดต่อใดๆมาก่อน ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ไม่เคยแพ้ยาหรือสารใดๆ

### การประเมินตามแบบสุขภาพ (Function health pattern) 11 แบบตามกรอบแนวคิดของของกอร์ดอน แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

มารดารับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ฝากครรภ์คุณภาพครบ 13 ครั้ง ยาที่ได้รับ ได้แก่ Triferdine 1x1  $\odot$  pc OD, Vitamin B6 (50) 1x1  $\odot$  hs เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง เมื่ออายุครรภ์ 28<sup>+3</sup> สัปดาห์ ป่วยเป็นโรคโควิด 19 รักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง ไม่มีอาการผิดปกติ ระหว่างเจ็บครรภ์คลอดมารักษาครั้งนี้ให้ความร่วมมือในการรักษา

### แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

น้ำหนัก 83 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตรดัชนีมวลกาย 33.24 กก./ตรม. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ดื่มนมวันละ 1 แก้ว ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ความอยากอาหารลดลงในช่วง 3 เดือนแรก ไม่มีปัญหาในการกินและการเผาผลาญ

### แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย กระบวนการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย

การขับถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ในเวลาเช้า มีท้องผูกบ้างนานๆ ครั้ง ลักษณะอุจจาระปกติ ปัสสาวะบ่อย ลักษณะสีเหลืองใส

### แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ขณะตั้งครรภ์ยังทำงานจนคลอด

### แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

การพักผ่อนเพียงพอ เข้านอนเวลาประมาณ 22.00 น. ตื่นนอนเวลาประมาณ 06.00 น. ไม่มีปัญหาเรื่องการนอน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ

### แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้ในสิ่งเร้าต่างๆ ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ปกติ ความจำปกติ ไม่มีหลงลืม การได้ยินปกติ ไม่มีปัญหาสายตา

### แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

รับรู้ตนเองปกติ ไม่ได้กังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่อ้วนขึ้น มีความวิตกกังวลระหว่างการคลอด และมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี

### แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

อยู่กับครอบครัวตัวเองและสามี การแสดงออกของบทบาทเหมาะสม สัมพันธภาพกับญาติพี่น้องเหมาะสม ในครอบครัวช่วยเหลือซึ่งกันและกันดี เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาครอบครัว และช่วยกันแก้ไข มีการวางแผนในการเลี้ยงดูบุตร เป็นแม่บ้าน เลี้ยงลูกเอง

### แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

หญิงตั้งครรภ์ไม่มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับสามี ไม่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ตั้งครรภ์

### แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

มารดาตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัวและสามีได้ตลอด มีการปรับตัวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี

### แบบแผนที่ 11 ด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ ค่านิยมและความเชื่อ

การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ/ดูแลขณะเจ็บป่วยคือสามี การตัดสินใจในเรื่องสำคัญๆ จะให้สามีเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดด้านการเจ็บป่วย วิธีแก้ไขคือการระบายให้ผู้ฟัง นับถือศาสนาพุทธ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจขณะป่วยคือครอบครัว สามี และมารดาของตนเอง

**การตรวจครรภ์และการตรวจร่างกายตามระบบ** วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 17.30 น.  
**สภาพทั่วไป** มารดาตั้งครรภ์ รูปร่างท้วม ผิวดำแดง มาโดยรถนั่ง สีหน้าท่าทางแสดงความวิตกกังวล น้ำหนัก 83 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท (แขนซ้าย)

### การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

General Appearance : Thai female, pregnancy, good consciousness

HEEN : Not pale, no jaundice, not injected pharynx and tonsils  
 HEART : Apex at 5<sup>th</sup> ICS MCL, regular, normal S1 S2, no murmur  
 LUNG : Clear, equal breath sound  
 BREAST : Normal, no mass or abnormal discharge  
 Abdomen : Height of the fundus from bikini line >3/4 umbilical 32 cms.

FHS 148/min, Large part : right presentation : vertex, head engagement  
 EXTREMITIES : No pitting edema  
 PV : Cervix dilate 1 cm, effacement 25%, membrane intact, station -2  
 presentation vertex Estimated fetal weight 3,100 gms  
 OTHER : Uterine contraction interval 5 min, duration 35 sec

การวินิจฉัยโรคขั้นต้น Term pregnancy Labour pain

การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย Spontaneous vertex delivery c<sup>-</sup> postpartum hemorrhage

การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH, Postpartum hemorrhage) หมายถึง :</b> การเสียเลือดภายหลังทารกคลอดมากกว่า 500 ml ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 ml ในกรณีที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : การตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก</li> <li>2. การตกเลือดระยะหลัง : การตกเลือดหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้วจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งพบได้บ่อยระหว่าง 7-14 วันหลังคลอด</li> </ol>	<p>มารดาคลอดปกติ Normal labour with RML episiotomy ภายหลังคลอด มีการเสียเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมง ประมาณ 700 ml</p>
<p><b>สาเหตุ :</b> เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด การฉีกขาดของหลอดเลือดและมดลูก รกหรือเศษรกค้างในโพรงมดลูก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มดลูกปลิ้น การคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง</p>	<p>สาเหตุจากรกค้างหลังคลอดนาน 1 ชั่วโมง</p>
<p><b>อาการและอาการแสดง :</b> มีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอดทันทีหรืออาจขังอยู่ภายในมีบางครั้งที่มีมดลูกคลายตัวจะเห็นเลือดค่อยๆ ไหลออกมา กรณีที่มีเศษรกค้างอาจเกิดขึ้นทันทีหรือกระทั่งวันที่ 6-10 หลังคลอดจะมีเลือดออกมา คลำหน้าท้องพบว่ามดลูกอยู่สูงขึ้นอาจถึงระดับสะดือ มีอาการเจ็บปวดหรือแรงกดอย่างรุนแรงผู้คลอดจะมีอาการของการเสียเลือดมาก ซีด ซึ่พจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง ใจสั่น ตัวเย็น อ่อนเพลีย หาวเพราะเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง สับสน ซ็อก ไม่รู้สึกตัวและอาจเสียชีวิตได้ ถ้ามีการตกเลือดระยะหลังอาจพบว่ามีน้ำคาวปลา มีสีแดงเข้มขึ้น ส่วนใหญ่มักเป็นระยะที่ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด มดลูกมีขนาดโต ปากมดลูกยังไม่ปิดเนื่องจากมีชิ้นรกหรือก้อนเลือดจุกอยู่</p>	<p>ภายหลังคลอด Estimate blood loss 700 ml มี active bleed ภายหลังรกคลอด เจาะ Hct stat 36% หลังคลอด 2 ชั่วโมง และลดลงในวันที่ 3 ของการคลอดเหลือ Hct 30% มารดาเหนื่อยอ่อนเพลีย</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>การรักษา : ระยะแรก</b> ซึ่งเป็นการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอดและเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดแต่ละราย เช่น ภาวะเบาหวาน ประวัติตกเลือดครรภ์ก่อน</li> <li>2. เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดเตรียมให้สารน้ำ เตรียมเลือดให้พร้อม</li> <li>3. เฝ้าระวังไม่ให้เกิดมดลูกมีการหดตัวถี่ ที่อาจเกิดจากการให้ยา Oxytocin</li> <li>4. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การทำหัตถการต่างๆ การใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง</li> <li>5. กระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหลังรกคลอด ตรวจรกโดยละเอียด และเย็บแผลทันที</li> <li>6. ประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะทุก 15-30 นาที</li> </ol> <p><b>ระยะหลัง</b> เป็นการดูแลภาวะตกเลือดตามสาเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่ การคลึงมดลูก การให้ยากระตุ้นมดลูก การบีบผนังมดลูก การผ่าตัด</li> <li>2. การฉีกขาดของหนทางคลอดและมดลูก ทำการเย็บซ่อมแซม การเจาะเลือดออกในรายที่มีการคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังหรือการตัดมดลูก</li> <li>3. การฉีกขาดของหนทางคลอดและมดลูก ทำการเย็บซ่อมแซม การเจาะเลือดออกในรายที่มีการคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังหรือการตัดมดลูก</li> <li>4. รกหรือเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ทำการล้างรกหรือขูดมดลูก</li> <li>5. มดลูกปลิ้น พลิกมดลูกเข้าไปอยู่สภาพปกติ หรือการผ่าตัด</li> </ol>	<p>มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความเสี่ยง Low risk</li> <li>2. ได้รับ 5% DN/2 1000 ml iv drip 80 cc/hr เมื่อเข้าสู่ active phase</li> <li>3. หลังคลอดทารก ให้ Add syntocinon 10 u<sup>-</sup> ใน iv เดิม ปรับ rate drip 100 cc/hr และเมื่อรกค้างให้ on 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr</li> <li>4. จองเลือด PRC 1 Unit</li> </ol> <p>ระยะหลัง ดูแลตามสาเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฉีกขาดของหนทางคลอด ทำการเย็บซ่อมแซมด้วย catsut ทันที ไม่มี bleed</li> <li>2. ทารกคลอดแล้ว รกค้างนาน 1 ชั่วโมง ทำคลอดรกปกติ ไม่มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในโพรงมดลูก</li> <li>3. ได้รับเลือด PRC 1 Unit drip in 4 hr</li> <li>4. หลังได้เลือด ให้ on 0.9% NSS 1000 ml iv drip 60 cc/hr</li> </ol>

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

VDRL : Non reactive, HBsAg : negative, Anti HIV : Negative, Hct 38/35%, blood gr. B, Rh<sup>+</sup>, DICP negative, MCV 88 fl, Urine albumin negative, Urine sugar negative  
 2 ส.ค. 2565, Hct 40%, 3 ส.ค. 2565 = 36%,31% (9.30) 4 ส.ค. 2565 = 32%, 5 ส.ค. 2565 = 30%  
 Urine albumin negative sugar negative, Rapid SARS CoV-2 antigen assay negative

#### การดำเนินของโรคและแผนการรักษาของแพทย์

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
2 ส.ค. 2565 เวลา 17.00 น.	- rapid test - observe FHS, Uterine contraction q 1 hr - Hct stat 40%	Labour pain - NPO เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
	- เมื่อเข้าสู่ active phase NPO - 5% DN/2 1000 ml iv drip 80 cc/hr	
3 ส.ค. 2565 เวลา 00.03 น. คลอดเด็ก เวลา 01.23 น. รक्त้างหลังคลอด นาน 1 ชั่วโมง	- 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 100 cc/hr - 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr - at 06.00 น. ให้ ปรับลด 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 80 cc/hr - Hct q 2 hr + เข้า if drop $\geq$ 3% notify - observe vagina bleeding - จอง PRC 1 unit	Regular diet - triferdine 1x1 $\odot$ pc - ferrous fumarate 1x2 $\odot$ pc - paracetamal (500) 1 tab $\odot$ prn
3 ส.ค. 2565 เวลา 10.30 น. รक्त้างหลังคลอด นาน 1 ชั่วโมง 14.00 น.	- iv เดิมหมด off, - G/M for PRC 1 unit iv in 4 hr - Hct หลังเลือดหมด then q 4 hr if drop $\geq$ 3% หรือ $<$ 30% notify - หลังเลือดหมดให้ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 60 cc/hr - TAS	
4 ส.ค. 2565 Hct 32%	- Hct เข้า if drop $\geq$ 3% หรือ $<$ 30% notify	
5 ส.ค. 2565	- CBC D/C นัดตรวจหลังคลอด 7 วัน	

### สรุปอาการและอาการแสดงของมารดา

มารดาคลอดเป็นหญิงไทยอายุ 20 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 last 2 ปี G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>L<sub>1</sub> GA 39<sup>+3</sup> สัปดาห์ By ultrasound LMP จำไม่ได้ EDC วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2565 By ultrasound Estimated fetal weight 3,100 กรัม

**อาการแรกรับ : ระยะที่ 1 ของการคลอด** รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 17.30 น. โดยให้ประวัติว่า 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอด อายุครรภ์ครบกำหนด วัดความสูงของมดลูก 32 เซนติเมตรเหนือหัวหน้า เจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 5 นาที Duration 35 วินาที เด็กดี ดี ตรวจทางหน้าท้องทารกท่า Right Occiput Anterior, Longitudinal lie Vertex presentation, Fetal Heart Sound 148 ครั้งต่อนาที ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย NST ผลปกติ ตรวจภายในพบมีมูกเลือดทางช่องคลอดพบว่า ปากมดลูกขยาย 1 เซนติเมตร ความบาง 25% membrane intact, Station -2 presentation vertex สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct 40%, platelet 265,000 cell/mm<sup>3</sup> แพทย์วินิจฉัยัย Term pregnancy labour pain วางแผนให้คลอดทางช่องคลอด

**การดูแลรักษาและการคลอด** : ขณะรอคลอด ปวดท้องตลอดเวลา มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น Interval 2-3 นาที Duration 40-50 วินาที ประเมินคะแนนความเจ็บปวด 10 คะแนน ปากมดลูกเปิดหมด Monitor EFM ไว้ตลอดการคลอด NST ผลปกติ FHS 140-160/min เตรียมอุปกรณ์ รถ Emergency ให้พร้อมใช้งาน รายงาน

แพทย์ให้ 5% DN/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr รวมระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 9 ชั่วโมง 50 นาที ใช้ Pathography ติดตามการเจ็บครรภ์คลอด มดลูกหดตัวดีสม่ำเสมอ เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ย้ายเข้าห้องคลอด **ระยะที่ 2 ของการคลอด** มารดาคลอด Normal labour with RML episiotomy มดลูกหดตัวดี Interval 3 นาที Duration 40-45 วินาที FHS 148-150/min ระยะเวลาเบ่งคลอดนาน 13 นาที ทารกคลอดเพศชายน้ำหนัก 3,340 กรัม ตัวยาว 51 เซนติเมตร รอบศีรษะ 32.3 เซนติเมตร Apgar Score ที่ 1 นาที 9 คะแนน หักสีผิว กระตุ้นทารก ประเมิน Apgar Score ที่ 2 นาที 10 คะแนน กระตุ้นทารกให้ร้องเสียงดัง ตัวแดงดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที หายใจ 46 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99% ให้มารดาโอบกอดและให้ทารกดูคนมบนเตียงคลอด **ระยะที่ 3 ของการคลอด** ให้การดูแลแบบ Active management of third stat of labour ให้ Syntocinon 10 unit ใน iv เดิม คือ DN/2 1000 ml drip 100 cc/hr หลังจากนั้นพบว่า รกเกาะแน่นและมีเลือดออก 300 ml ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/72 มิลลิเมตรปรอท รกค้ำนาน 1 ชั่วโมงหลังทารกคลอด วิธีการทำคลอดรกโดย manual removal แบบ controlled cord traction รกคลอดครบ รกหนัก 800 กรัม cord ยาว 48 เซนติเมตร ชีดริม 5 เซนติเมตร หางริม 9 เซนติเมตร Estimate blood loss 700 ml มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct 35%, ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอีกเส้นเป็น 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr และปรับลด iv เดิม 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 80 cc/hr จองเลือด PRC 1 unit **ระยะที่ 3 ของการคลอดใช้เวลา** 1 ชั่วโมง 3 นาที ติดตามความเข้มข้นของเลือด อีก 2 ชั่วโมง Hct 35% แพทย์วินิจฉัย Post partum hemorrhage มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลที่ห้องคลอดครบ 2 ชั่วโมง ย้ายไปฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่หลังคลอด หลังคลอด 6 ชั่วโมง Hct 31% รักษาโดยการให้เลือด PRC จำนวน 1 unit ใน 4 ชั่วโมง หลังให้เลือด ให้ NSS 1000 ml iv drip 60 cc/hr บันทึกน้ำเข้าและน้ำออกสมดุล ปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม 200 ml/hr หลังคลอด 1 วัน อาการทั่วไปคงที่ ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด Hct 30%, plt 265,000 cell/mm<sup>3</sup> Wbc 14,900 cell/uL, Neutrophil 73.3% ปวดแผลฝีเย็บลดลง ปัสสาวะสะดวกดี เต้านมคัดตึง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-110 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท อาการดีขึ้นตัดสินใจฝังยาคุม และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ภายใน 3 วัน หลังคลอด



การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้  
 ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<b>ข้อมูลทั่วไป</b> หญิงไทยอายุ 35 ปี วุฒิการศึกษา ม. 6 อาชีพแม่บ้าน	หญิงไทยอายุ 20 ปี วุฒิการศึกษา ม. 6 อาชีพ แม่บ้านและค้าขาย	มีการศึกษาและมีรายได้ มีเวลาเลี้ยงดูตัวเองและบุตรได้
<b>ประวัติการตั้งครรภ์</b> คลอดครรภ์ที่ 3 (G <sub>3</sub> P <sub>1</sub> A <sub>1</sub> L <sub>1</sub> ) last 14 ปีอายุครรภ์ 39 <sup>+1</sup> สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ได้ 19 สัปดาห์ฝากครรภ์สม่ำเสมอ 10 ครั้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 11 กิโลกรัม ปัจจุบันหนัก 75 กิโลกรัม BMI 27.54 กก./ตรม. ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด เคยแท้ง 1 ครั้ง ไม่เคยคุมดลูก เคยคลอดบุตร 1 คน อายุ 14 ปี ปัจจุบันบุตรแข็งแรง	คลอดครรภ์ที่ 2 (G <sub>2</sub> P <sub>1</sub> A <sub>0</sub> L <sub>1</sub> ) last 2 ปี อายุครรภ์ 39 <sup>+3</sup> สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ได้ 16 สัปดาห์ฝากครรภ์ 13 ครั้งน้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 19 กิโลกรัม ปัจจุบันหนัก 83 กิโลกรัม BMI 33.24 กก./ตรม. ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด ไม่เคยแท้ง เคยคลอดบุตร 1 คน อายุ 2 ปี ปัจจุบันบุตรแข็งแรง	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่านการแท้งบุตรและเคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด น้ำหนักที่เพิ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 7-11.5 กิโลกรัม แต่มีน้ำหนักเพิ่มกว่าเกณฑ์ เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
<b>พยาธิสภาพ</b> <b>อาการและอาการแสดง</b> หญิงไทยอายุ 35 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 last 14 ปี G <sub>3</sub> P <sub>1</sub> A <sub>1</sub> L <sub>1</sub> GA 39 <sup>+1</sup> สัปดาห์ 7 ชั่วโมงก่อนมา มีน้ำเดินไหลออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าถุง 1 ชั่วโมงก่อนมาเริ่มเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด ท้องป็นแข็ง แรก รับพบความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย Premature rupture of membranes c <sup>-</sup> Labour pain c <sup>-</sup> R/O pregnancy Induced Hypertension (PIH) วางแผนให้คลอดเองทางช่องคลอด เนื่องจาก fully dilate ทารกคลอดศีรษะก่อน มีภาวะ shoulder dystocia เพศชายน้ำหนัก 3,670 กรัม ตัวยาว 50 เซนติเมตร Apgar Score ที่ 1 นาที 1 คะแนน ทำ PPV 1 cycle และกระตุ้นทารก ประเมิน Apgar ที่ 2 นาที 2 คะแนน	หญิงไทยอายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 last 2 ปี G <sub>2</sub> P <sub>1</sub> A <sub>0</sub> L <sub>1</sub> GA 39 <sup>+3</sup> สัปดาห์ 3 ชั่วโมงก่อนมา เริ่มเจ็บครรภ์คลอด ทารกคลอดปกติ เพศชายน้ำหนัก 3,340 กรัม หลังคลอด รกค้าง นานกว่า 1 ชั่วโมง หลังทำหัตถการทำคลอดรกมีการเสียเลือดรวม 700 ml	<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุ trauma มีภาวะ shoulder dystocia 2 นาทีทำให้ช่องทางคลอดได้รับบาดเจ็บและมีปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างคือความดันโลหิตสูงสงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างรอคลอด หลังรกคลอดมี Active bleed และมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับแรกของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยพบร้อยละ 70 ของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (uterine atony) <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ตกเลือดหลังคลอดอาจจาก 2 สาเหตุ T1 คือ tissue รกเกาะแน่นติดค้างนานกว่า 1 ชั่วโมง ปัจจัยเสี่ยงจากรกค้างจะทำให้มีโอกาสตกเลือด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ทำ PPV 1 cycle กระตุ้นทารก O<sub>2</sub> sat 82% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ เอือกๆ แพทย์วินิจฉัย Severe birth asphyxia พิจารณา on ETT และ CPR ปรีกษากุมาร แพทย์เพื่อส่งต่อโรงพยาบาล มหाराชนครราชสีมา หลังรก คลอด เสียเลือดรวม 600 ml หลังรกคลอดมี Active bleed และมดลูกหดรััดตัวไม่ดี (uterine atony) เสียเลือด รวม 600 ml</p>		<p>หลังคลอดถึง 21.3 เท่าและ T2 คือ tone เนื่องจาก มารดาใช้เวลาทั้ง 3 ระยะยาวนานรวม 11 ชั่วโมง และมารดาเคยผ่านการคลอด มาแล้ว 1 ครั้ง ทำให้กล้ามเนื้อ มดลูกยืดขยายมากกว่าปกติ กล้ามเนื้อมดลูก้าจากการยืด ขยายในระยะคลอดยาวนาน ทำให้ การหดกลับของมดลูกไม่ดีดังเดิม อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตก เลือดได้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564 สุภานัน ชัยราช, 2560)</p>
<p><b>สัญญาณชีพแรกจับ</b> อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/101 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยง คือความดันโลหิตสูงอาจเกิดภาวะ ครรภ์เป็นพิษระหว่างรอคลอด เสี่ยงต่อภาวะชักขณะคลอด</p>
<p><b>การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น</b> Premature rupture of membranes with Labour pain with R/O Pregnancy Induced Hypertension (PIH)</p>	<p>Term pregnancy labour pain</p>	<p>ประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และป้องกันการเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอดระยะแรกโดยการทำให้ Active management of third of labour (WHO, 2014)</p>
<p><b>การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย</b> Spontaneous vertex delivery with RML episiotomy with suture all catgut with postpartum hemorrhage</p>	<p>Spontaneous vertex delivery with RML episiotomy with suture all catgut with postpartum hemorrhage</p>	<p>มีภาวะตกเลือดหลังคลอดแต่ไม่มี ภาวะ Hypovolemic Shock จาก ภาวะตกเลือดหลังคลอดเหมือนกัน</p>
<p><b>การรักษา</b> <b>ระยะรอคลอด</b> - ให้สารน้ำทดแทน 5% DN/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr - เตรียมเลือดและส่วนประกอบ ของเลือด</p>	<p><b>ระยะรอคลอด</b> - ให้สารน้ำทดแทน 5% DN/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr - เตรียมเลือดและส่วนประกอบของ เลือด</p>	<p><b>ระยะรอคลอด</b> กรณีศึกษารายที่ 1 มีความเสี่ยงต่อ การเสียเลือดและทารกในครรภ์ อาจได้รับอันตรายควรได้รับการ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p>

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	การวิเคราะห์
<p>- เตรียมยา 10 MgSO<sub>4</sub>% 4 gm ป้องกันการชักและเตรียมยา 10 % Calcium gluconate ซึ่งเป็นยากระตุ้นฤทธิ์ของ MgSO<sub>4</sub> ไว้เสมอตามแผนการรักษาของแพทย์แต่ยังไม่ได้ให้เนื่องจากปากมดลูกเปิดหมดจึงย้ายคลอด</p> <p><b>ระยะหลังคลอด</b></p> <p>- 5% DN/2 1000 ml + syntocinon 20 unit rate iv 80 cc/hr</p> <p>- 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr</p> <p>- triferdine 1x1 ◉ pc</p> <p>- ferrous fumarate 1x2 ◉ pc</p> <p>- paracetamol (500) 1 tap ◉ prn for pain</p>	<p><b>ระยะหลังคลอด</b></p> <p>- 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 100 cc/hr</p> <p>- 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr</p> <p>- at 06.00 น. ให้ ปรับลด 5% DN/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 80 cc/hr</p> <p>- PRC 1 Unit drip in 4 hr</p> <p>- หลังได้เลือด ให้ 0.9% nss 1000 ml iv drip 60 cc/hr</p> <p>- triferdine 1x1 ◉ pc</p> <p>- ferrous fumarate 1x2 ◉ pc</p> <p>- paracetamol (500) 1 tap ◉ prn for pain</p>	<p>เนื่องจากพบว่าทารกมีเริ่มมีภาวะ fetal distress และปากมดลูกเปิดหมด การให้คลอดทางช่องคลอดเป็นการยุติการตั้งครรภ์ได้โดยเร็ว (รักษัชนกม บัญเปี่ยม, 2563) ทั้ง 2 รายใช้ Partograph ในการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอด และ On EFM (Electric Fetal monitor) เพื่อเฝ้าระวังการเต้นผิดปกติของหัวใจทารกในครรภ์ (วารสารณ พันธ์ศรี, 2564) ผู้คลอดมีความก้าวหน้าทางการคลอดอย่างรวดเร็ว</p> <p><b>ระยะหลังคลอด</b></p> <p>ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) และการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเนียบพลันด้วยกระบวนการ TIME (ตรีภพ เลิศบรรณพงศ์, 2560) อย่างไรก็ตามแม่ผู้คลอดทั้ง 2 รายได้รับการดูแลเพื่อป้องกัน รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือและแก้ไขเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแต่ยังเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด การให้การพยาบาลในภาวะวิกฤติอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตปลอดภัยทั้งมารดาและทารก</p>

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์
<p><b>ปัญหาทางการพยาบาล</b></p> <p><b>ระยะรอคลอก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอก</li> <li>2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์</li> <li>3. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอกเนื่องจากมดลูกหดตัวรุนแรงตลอดเวลา</li> <li>4. มารดาตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอกและความปลอดภัยของทารกในครรภ์</li> </ol> <p><b>ระยะคลอก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอก เนื่องจากมีน้ำเด็กหล่อแห้ง และมีการให้ยาเร่งคลอก oxytocin</li> <li>6. มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอก</li> <li>7. มีความวิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากเลือดออกมากและอาการของบุตรที่ refer โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา</li> </ol> <p><b>ระยะหลังคลอก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. อ่อนเพลียเนื่องจากการเสียพลังงานและสูญเสียเลือด</li> <li>9. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอกเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรกและแผลฝีเย็บ</li> <li>10. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอก</li> </ol>	<p><b>ระยะรอคลอก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอก</li> <li>2. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอกเนื่องจากมดลูกหดตัวรุนแรงตลอดเวลา</li> <li>3. มารดาตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอกและความปลอดภัยของทารกในครรภ์</li> </ol> <p><b>ระยะคลอก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอก เนื่องจากมีน้ำเด็กหล่อแห้ง และมีการให้ยาเร่งคลอก oxytocin</li> <li>5. มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอก</li> <li>6. มีความวิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากเลือดออกมาก</li> </ol> <p><b>ระยะหลังคลอก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. อ่อนเพลียเนื่องจากการเสียพลังงานและสูญเสียเลือด</li> <li>8. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด</li> <li>9. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอกเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรกและแผลฝีเย็บ</li> <li>10. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอก</li> </ol>	<p>จากประวัติ อาการและอาการแสดง และแนวทางการรักษาทั้ง 2 ราย สามารถกำหนดปัญหาทางการพยาบาลและนำมาวางแผนตามกระบวนการพยาบาล (ตรีภพ เลิศบรรณพงศ์, 2560) ผู้คลอกทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัญหาเพิ่มในระยะรอคลอกคือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทารกคลอกศีรษะก่อน มีภาวะ Shoulder dystocia มี Severe birth asphyxia (รักษิชนกข์ บุญเปี่ยม, 2563) Apgar Score ที่ 1 นาที 1 คะแนนทำ PPV 1 cycle และกระตุ้นทารกประเมิน Apgar Score ที่ 2 นาที 2 คะแนน ทำ PPV 1 cycle กระตุ้นทารกต่อ O<sub>2</sub> sat 82% แพทย์พิจารณา on ETT และ CPR ปรึกษากุมารแพทย์เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหารกเกาะแน่นติดค้างนานกว่า 1 ชั่วโมง ทำให้มีการสูญเสียเลือด Hct ลดลงจาก 40%, เหลือ 31% ได้รับ PRC 1 Unit มีปัญหาเพิ่มในระยะหลังคลอกคือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด (สุภานัน ชัยราช, 2560)</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
<p><b>ระยะรอคลอด</b></p> <p>1. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. ประเมินความเจ็บปวดและลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด</p> <p>3. อธิบายให้ทราบถึงกลไกการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้มารดายอมรับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น</p> <p>4. ดูแลให้นอนพักบนเตียง นอนตะแคงซ้าย ขวาหรืออยู่ในท่านั่ง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกได้ดีและกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการผ่อนคลาย</p> <p>5. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจและประเมินว่ามารดาปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อให้มารดาผ่อนคลาย บรรเทาความเจ็บปวด</p> <p>6. ช่วยนวดบั้นเอว ดูแลความสุขสบายทั่วไป แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย</p> <p>7. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ โดยรับฟังมารดาระบายความรู้สึกด้วยความสนใจ</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. ประเมินความเจ็บปวดและลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด</p> <p>3. อธิบายให้ทราบถึงกลไกการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้มารดายอมรับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น</p> <p>4. ดูแลให้นอนพักบนเตียง นอนตะแคงซ้าย ขวาหรืออยู่ในท่านั่ง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกได้ดีและกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการผ่อนคลาย</p> <p>5. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจและประเมินว่ามารดาปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อให้มารดาผ่อนคลาย บรรเทาความเจ็บปวด</p> <p>6. ช่วยนวดบั้นเอว ดูแลความสุขสบายทั่วไป แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย</p> <p>7. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ โดยรับฟังมารดาระบายความรู้สึกด้วยความสนใจ</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น Interval 2 นาที Duration 45 วินาที พักได้ตามการหดรัดตัวของมดลูก ร้องอยากเบ่ง ตรวจภายใน พบปากมดลูกเปิดหมด station+2 ย้ายคลอดระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น Interval 3 นาที Duration 40 วินาที พักได้ตามการหดรัดตัวของมดลูก ร้องอยากเบ่ง ตรวจภายใน พบปากมดลูกเปิดหมด station+2 ย้ายคลอดระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 9 ชั่วโมง 50 นาที</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
<p>2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์</p>	<p>1. ประเมินอาการและอาการแสดงที่ชั้กนำก่อนเกิดอาการชั้ก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เพื่อเตรียมช่วยเหลือ 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุกๆ 15 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะปกติ 3. เตรียมยา 10MgSO<sub>4</sub>% 4 gm ป้องกันการชั้ก และเตรียมยา 10% Calcium gluconate ซึ่งเป็นยากระตุ้นฤทธิ์ของ MgSO<sub>4</sub> ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ให้น้ำและอาหาร 5. ดูแลให้ 5% DN/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. เตรียมรถ Emergency พร้อมทั้งยาที่ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อช่วยเหลือ 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของการเกิดภาวะ HELLP 8. Monitor EFM เพื่อประเมินสภาวะเด็กตลอดการคลอด 9. ดูแลให้ Retained foley catheter ไว้</p>	<p>-</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีอาการแสดงหรือภาวะนั้นนำสู่ภาวะชั้ก ความดันโลหิต 148/90-155/101 mmHg แพทย์ได้ปรึกษาศูติแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปากมดลูกเปิดหมด Monitor EFM ไว้ตลอดการคลอด NST ผล variability FHS 120-160/min เตรียมรถ emergency ให้พร้อมใช้งาน รายงานแพทย์รื้อรับเด็ก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LFT normal, Electrolyte K<sup>+</sup> 3.28 mEq/L, Cl<sup>+</sup> 100 mEq/L, Na<sup>+</sup> 131.9 mEq/L, Co<sub>2</sub> 19.2 mEq/L ผลอยู่เกณฑ์ต่ำกว่าปกติ, INR 11.35 sec, INR 0.95 sec ผลปกติ วางแผนให้คลอดเองทางช่องคลอด</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
3. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวรุนแรงตลอดเวลา	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด ฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง</li> <li>เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่น เปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้สารละลาย 5% DN/2 1000 ml iv 80 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ไว้ก่อนคลอด</li> <li>จองเลือด PRC 1 unit ประสานงานเตรียมทีมที่ดูแล</li> <li>ใช้ Pathography ดูแลการคลอด เพื่อป้องกันการคลอดยาวนาน เมื่อผิดปกติรายงานแพทย์</li> <li>ประเมินสัญญาณชีพ 15-30 นาที</li> <li>ดูแลให้ยา oxytocin ได้แก่ 5% DN/2 1000 ml + syntocinon 10 unit rate iv 100 cc/hr เมื่อปากมดลูกเปิดหมดตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>ให้ข้อมูลถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้อง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด ฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง</li> <li>เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่น เปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้สารละลาย 5% DN/2 1000 ml iv 80 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ไว้ก่อนคลอด เมื่อเข้าสู่ active phase</li> <li>ใช้ Pathography ดูแลการคลอด เพื่อป้องกันการคลอดยาวนาน เมื่อผิดปกติรายงานแพทย์</li> <li>ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที</li> <li>ให้ข้อมูลถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้อง</li> </ol>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเหนื่อยเพลีย มดลูกหดรัดตัวห่างขึ้น Interval 3 นาที Duration 40-45 วินาที FHS 120-160 /min ปัสสาวะออก 200 ml Hct 30% ปัญหานี้ยังคงมี ต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น Interval 2-3 นาที Duration 40 วินาที พักได้ตามการหดรัดตัวของมดลูก ตรวจภายใน พบปากมดลูกเปิดหมด station+2 ย้ายคลอด ระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 9 ชั่วโมง 50 นาที ปัญหานี้ยังคงมีต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง</p>

**ตารางที่ 2** การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ ตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
4. มารดาตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและความปลอดภัยของทารกในครรภ์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าที่เป็นมิตร</li> <li>2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง</li> <li>3. รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก</li> <li>4. เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลา ช่วยเหลือและให้กำลังใจ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าที่เป็นมิตร</li> <li>2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง</li> <li>3. รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก</li> <li>4. เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลา ช่วยเหลือและให้กำลังใจ</li> </ol>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 มารดาคลอด มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือและสามารถดูแลตนเองได้ตลอดระยะเวลาคลอด</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 มารดาคลอด มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือ และสามารถดูแลตนเองได้ตลอดระยะเวลาคลอด</p>
<b>ระยะคลอด</b> 5. ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด เนื่องจากมีน้ำเด็กหล่อแห้งและมีการให้ยาเร่งคลอด oxytocin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลและวิธีการใช้ยาเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตัว</li> <li>2. จัดทำให้นอนพักบนเตียง แนะนำตะแคงซ้าย ห้ามลุกเดินจากเตียง</li> <li>3. ติดเครื่อง external fetal monitoring เพื่อประเมินสถานะของทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูก</li> <li>4. เตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอด เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพ ยาที่จำเป็นสำหรับทารก</li> <li>5. เตรียมผู้คลอดและผู้ช่วยทำคลอดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลและวิธีการใช้ยาเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตัว</li> <li>2. จัดทำให้นอนพักบนเตียง แนะนำตะแคงซ้าย ห้ามลุกเดินจากเตียง</li> <li>3. ติดเครื่อง external fetal monitoring เพื่อประเมินสถานะของทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูก</li> <li>4. เตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอด เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพ ยาที่จำเป็นสำหรับทารก</li> <li>5. เตรียมผู้คลอดและผู้ช่วยทำคลอดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ</li> </ol>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 ทารกคลอดศีรษะก่อน มีภาวะ Shoulder dystocia 2 นาทีแพทย์ทำคลอดโดยวิธี McRobert maneuver ระยะเวลาเบ่งคลอดนาน 1 ชั่วโมง 12 นาที ทารกคลอดเพศชายน้ำหนัก 3,670 กรัม ตัวยาว 50 เซนติเมตร Apgar Score ที่ 1 นาที 1 คะแนน ทำ PPV 1 cycle และกระตุ้นทารก ประเมิน Apgar Score ที่ 2 นาที 2 คะแนน ทำ PPV 1 cycle กระตุ้นทารกต่อ O<sub>2</sub> sat 82% สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที</p>



ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
	<p>6. เมื่อทารกคลอดให้การช่วยเหลือทารกแรกคลอดโดย ลดความสูญเสียความร้อนจากร่างกายโดยการเช็ดตัวให้แห้ง และวางตัวทารกอยู่ใต้ radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูกออกให้หมด ประเมินการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และสีผิว Apgar Score ที่ 1 นาที 1 คะแนน ทำ PPV 1 cycle และ กระตุ้นทารก ประเมิน Apgar Score ที่ 2 นาที 2 คะแนน ทำ PPV 1 cycle กระตุ้นทารกต่อ แพทย์พิจารณา on ETT และ CPR ปรีกษากุมารแพทย์เพื่อส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา</p> <p>7. ดูแล ให้ on 10% DW 500 ml iv drip 10 ml/hr ตามแผนการรักษา</p>	<p>6. เมื่อทารกคลอดให้การช่วยเหลือทารกแรกคลอดโดย ลดความสูญเสียความร้อนจากร่างกายโดยการเช็ดตัวให้แห้ง และวางตัวทารกอยู่ใต้ radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูกออกให้หมด ประเมินการหายใจ ประเมิน Apgar Score ที่ 1, 5 และ 10 นาที</p> <p>7. เมื่อทารกร้องเสียงดัง หายใจดี หัวใจเต้นปกติ จึงติดป้ายข้อมือ ห่อผ้า นำทารกไปให้มารดา ทดลองให้ดูดนมมารดา</p>	<p>หายใจเฮือกๆ แพทย์วินิจฉัย Severe birth asphyxia พิจารณา on ETT และ CPR ปรีกษา กุมารแพทย์เพื่อส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประเมิน Apgar Score ที่ 5 นาที 2 คะแนน ประเมิน Apgar Score ที่ 10 นาที 7 คะแนน ให้ on 10% DW 500 ml iv drip 10 ml/hr ก่อนส่งต่อ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/50 มิลลิเมตรปรอท MAP 60 มิลลิเมตรปรอท Hct 60%, DTX 91 mg% ขณะนำส่งทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 ทารกคลอดเพศชายน้ำหนัก 3,340 กรัม ตัวยาว 51 เซนติเมตร รอบศีรษะ 32.3 เซนติเมตร Apgar Score 9, 10 และ 10 คะแนน หักสี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที หายใจ 46 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99% ให้ทารกดูดนมมารดา</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
6. มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด	<p>1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น</p> <p>2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่อาจ ค้างอยู่ในมดลูกซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี จากนั้นนวดคลึงทุก 15 นาที</p> <p>3. เรียกทีมช่วยเหลือ</p> <p>4. ค้นหาสาเหตุ 4 T รายนี้จาก trauma ทารกมีภาวะ Shoulder dystocia 2 นาที แก้ไขโดยการ ประเมินบริเวณช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ รีบเย็บซ่อมแซมแผลด้วยcatgut 2/0 เพื่อ stop bleed</p> <p>5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที หลังจากนั้นบันทึกทุก 2 ชั่วโมงสังเกตระดับการรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ</p> <p>6. จัดทำนอนให้นอนราบไม่ต้องใช้หมอนหนุนเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอห่มผ้าให้เพื่อให้ความอบอุ่น และช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น</p> <p>7. สวนปัสสาวะคว่ำไว้</p>	<p>1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น</p> <p>2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่อาจ ค้างอยู่ในมดลูกซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี จากนั้นนวดคลึงทุก 15 นาที</p> <p>3. เรียกทีมช่วยเหลือ</p> <p>4. ค้นหาสาเหตุ 4 T รายนี้จาก tissue หลังทารกคลอด รกเกาะแน่นค้าง แก้ไขโดยทำคลอดรกแบบ controll cord traction</p> <p>5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที หลังจากนั้นบันทึกทุก 2 ชั่วโมงสังเกตระดับการรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ</p> <p>6. จัดทำนอนให้นอนราบไม่ต้องใช้หมอนหนุนเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอห่มผ้าให้เพื่อให้ความอบอุ่น และช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น</p> <p>7. ดูแลกระเพาะให้ว่างเพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุ trauma มีภาวะ Shoulder dystocia 2 นาที ทำให้ช่องทางคลอดได้รับบาดเจ็บปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างคือสงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างรอคลอด มีภาวะการหดตัวไม่ดี (uterine atony) blood loss 600 ml หลังตกเลือด 2 ชั่วโมง มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 50 ml สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct stat 38% ก่อนจำหน่าย Hct stat 33%</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 ตกเลือดหลังคลอดออกจาก 2 สาเหตุ T1 คือ tissue รกเกาะแน่นติดค้างนาน 1 ชั่วโมง T2 คือ tone เนื่องจาก มารดาใช้ระยะเวลาทั้ง 3 ระยะเวลา ยาวนาน รวม 11 ชั่วโมง และมารดาเคยผ่านการคลอดมาแล้ว 1 ครั้งอาจทำให้เกิดการตกเลือดได้</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
	<p>8. ให้ยาเพื่อห้ามตกเลือด รััดตัว add syntocinon 20 unit ใน iv เดิม ปรับ rate iv 100 cc/hr และ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอีกเส้นเป็น 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr</p> <p>9. ติดตาม ผลการตรวจ Hct q 4 hr if drop <math>\geq</math> 3% หรือ <math>&lt;</math> 30% notify</p> <p>10. จองเลือด PRC 1 unit</p> <p>11. ให้คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ประคับประคองให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>8. ให้ add syntocinon 10 unit ใน iv เดิม ปรับ rate iv 80 cc/hr และ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอีกเส้นเป็น 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr</p> <p>9. ติดตาม ผลการตรวจ Hct q 4 hr if drop <math>\geq</math> 3% หรือ <math>&lt;</math> 30% notify</p> <p>10. จองเลือด PRC 1 unit ได้แล้วให้ใน 4 hr</p> <p>11. ให้คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ประคับประคองให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>Estimate blood loss 700 ml หลังตกเลือด 2 ชั่วโมง มดลูกหดรััดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มเติม ประมาณ 50 ml Hct stat 35% ก่อนจำหน่าย Hct stat 32% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-110 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท</p>
<p>7. มีความวิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากเลือดออกมาก</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง</p> <p>3. รับฟังและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัว เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลา</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง</p> <p>3. รับฟังและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัว เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลา</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล</p> <p>5. ให้มารดาได้โอบกอดสัมผัสทารกแรกเกิด</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 มารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือ และสามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังไม่ค่อยหลับเนื่องจากบุตรส่งต่อไปที่อื่น</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 มารดาคลอด มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือ และสามารถดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
<p><b>ระยะหลังคลอด</b></p> <p>8. อ่อนเพลียเนื่องจากการเสียพลังงานและสูญเสียเลือด</p>	<p>1. ดูแลให้นอนพักมากๆ ระวังระดับอุณหภูมิต่ำ</p> <p>2. ดูแลให้จิบน้ำเย็นในระยะเวลาแรกและค่อยๆ จิบ น้ำหวานเมื่ออาการคงที่</p> <p>ดูแลให้ดื่มนมอุ่นๆ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr อย่างเพียงพอ</p> <p>4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง</p> <p>5. ประเมินอาการขาดน้ำเช่น อาการปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย</p> <p>6. ดูแลให้นอนพักมากๆ ลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด</p>	<p>1. ดูแลให้นอนพักมากๆ ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>2. ดูแลให้จิบน้ำเย็นในระยะเวลาแรกและค่อยๆ จิบ น้ำหวานเมื่ออาการคงที่</p> <p>ดูแลให้ดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 40 cc/hr อย่างเพียงพอ</p> <p>4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง</p> <p>5. ประเมินอาการขาดน้ำเช่น อาการปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย</p> <p>6. ดูแลให้นอนพักมากๆ ลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด และช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น การขับถ่ายอุจจาระ การเปลี่ยนผ้าอนามัย</p> <p>7. ช่วยเหลือในการให้นมบุตรและให้ญาติช่วยดูแลทารกเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนเต็มที่</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 77-88 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท สีหน้ายังดูดีโรย ปัสสาวะออก 250 ml/hr ไม่มีอาการปากแห้ง มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่หลังคลอด ไม่ได้รับเลือด ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด ก่อนจำหน่าย Hct 33%</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-110 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท สีหน้ายังดูดีโรย มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่หลังคลอด ได้รับเลือด PRC 1 unit ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด ก่อนจำหน่าย Hct 32%</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล	อภิปรายผล
<p>9. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรกและแผลฝีเย็บ</p>	<p>1. ติดตามประเมินและสังเกตลักษณะแผลฝีเย็บ จำนวน สี ลักษณะ และกลิ่นของน้ำคาวปลาทุกวัน โดยใส่ผ้าอนามัยไว้</p> <p>2. แนะนำและสอนให้ดูแลตัวเองในเรื่องการรักษาความสะอาดโดยเฉพาะการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกวันละ 2 ครั้ง</p> <p>3. วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>4. วัดระดับยอตมดลูกและลงบันทึกทุกวัน</p>	<p>1. ติดตามประเมินและสังเกตลักษณะแผลฝีเย็บ จำนวนสี ลักษณะและกลิ่นของคาวปลาทุกวัน โดยใส่ผ้าอนามัยไว้</p> <p>2. แนะนำและสอนให้ดูแลตัวเองในเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกวันละ 2 ครั้ง</p> <p>3. วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>4. วัดระดับยอตมดลูกและลงบันทึกทุกวัน</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แผลฝีเย็บไม่มีบวมแดง น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นและไม่ใช้หลังคลอด</p>
<p>11. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด</p>	<p>1. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติซักถามปัญหาต่างๆ ได้</p> <p>2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดในเรื่องต่างๆ</p> <p><u>คำแนะนำสำหรับมารดา</u></p> <p>1. การพักผ่อนให้เพียงพอ</p> <p>2. การบริหารร่างกาย เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ชั่งคลอดเพื่อให้กล้ามเนื้อกระชับ</p> <p>3. การรักษาความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง</p> <p>4. การมาตรวจหลังคลอดตามนัด</p> <p>5. อาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาโรงพยาบาล</p>	<p>1. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติซักถามปัญหาต่างๆ ได้</p> <p>2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดในเรื่องต่างๆ</p> <p><u>คำแนะนำสำหรับมารดา</u></p> <p>1. การพักผ่อนให้เพียงพอ</p> <p>2. การบริหารร่างกาย เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ชั่งคลอดเพื่อให้กล้ามเนื้อกระชับ</p> <p>3. การรักษาความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง</p> <p>4. การมาตรวจหลังคลอดตามนัด</p> <p>5. อาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาโรงพยาบาล</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้าใจ ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p>

## สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 35 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 last 14 ปี G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>A<sub>1</sub>L<sub>1</sub> GA 39<sup>+1</sup> สัปดาห์ 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดินไหลออกทางช่องคลอดเป็นอนฝ้าถุง 1 ชั่วโมงก่อนมาเริ่มเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด ท้องบั้นแข็ง แรกได้รับพบ ความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย Premature rupture of membranes c<sup>-</sup> Labour pain c<sup>-</sup> R/O Pregnancy Induced Hypertension (PIH) วางแผนให้คลอดเองทางช่องคลอด เนื่องจาก fully dilate ทารกคลอดศีรษะก่อน มีภาวะ Shoulder dystocia เพศชายน้ำหนัก 3,670 กรัม ตัวยาว 50 เซนติเมตร Apgar Score ที่ 1 นาที 1 คะแนน ทำ PPV 1 cycle และกระตุ้นทารก ประเมิน Apgar Score ที่ 2 นาที 2 คะแนน ทำ PPV 1 cycle กระตุ้นทารกต่อ O<sub>2</sub> sat 82% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ซีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจเฮือกๆ แพทย์วินิจฉัย Severe birth asphyxia พิจารณา on ETT และ CPR ปรึกษากุมารแพทย์เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) และมี Active bleed เสียเลือดรวม 600 ml

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 last 2 ปี G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>L<sub>1</sub> GA 39<sup>+3</sup> สัปดาห์ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอด ทารกคลอดปกติ เพศชายน้ำหนัก 3,340 กรัม หลังคลอดรกค้ำนานกว่า 1 ชั่วโมง หลังทำหัตถการทำคลอดรกรมีการเสียเลือดรวม 700 ml

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายกันดังนี้ 1. ระยะก่อนคลอด 3 ปัญหา ได้แก่ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด 2) มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวรุนแรงตลอดเวลา 3) มารดาตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ 2. ระยะคลอด 3 ปัญหา ได้แก่ 1) ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด เนื่องจากมีน้ำเด็กหล่อแห้ง และมีการให้ยาเร่งคลอด oxytocin 2) มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด 3) มีความวิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากเลือดออกมาก 3. ระยะหลังคลอด 3 ปัญหา ได้แก่ 1) อ่อนเพลียเนื่องจากการเสียพลังงานและสูญเสียเลือด 2) มีโอกาสติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรกและแผลฝีเย็บ 3) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด

กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัญหาเพิ่มในระยะรอคลอดคือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาเพิ่มในระยะหลังคลอดคือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

กรณีศึกษารายที่ 1 ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุ trauma มีภาวะ Shoulder dystocia 2 นาที ทำให้ช่องทางคลอดได้รับบาดเจ็บและมีปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างคือความดันโลหิตสูงสงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างรอคลอดและหลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ทำให้สูญเสียเลือดปริมาณมากในขณะหลังรกคลอด เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการตกเลือดในระยะแรกโดยพบได้ร้อยละ 70 ของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกไม่ดี

กรณีศึกษารายที่ 2 ตกเลือดหลังคลอดอาจจาก 2 สาเหตุ T1 คือ tissue รกเกาะแน่นติดค้ำนานกว่า 1 ชั่วโมง ปัจจัยเสี่ยงจากรกค้ำทำให้มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดถึง 21.3 เท่าและ T2 คือ tone เนื่องจากมารดาใช้ระยะเวลาทั้ง 3 ระยะ ยาวนาน รวม 11 ชั่วโมง และมารดาเคยผ่านการคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติ กล้ามเนื้อมดลูกล้าจากการยืดขยายในระยะคลอดยาวนาน ทำให้การหดกลับของมดลูกไม่ดีดังเดิม อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตกเลือดได้

## วิจารณ์

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ มีการตกเลือดหลังคลอด และมีความแตกต่างในประเด็นสาเหตุของการเกิด และปัจจัยต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวมทั้งความยากของการปฏิบัติการพยาบาลจากการวิเคราะห์ข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อปัญหาการตกเลือดและภาวะแทรกซ้อน คือภาวะโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์มีผลทำให้เกิดความผิดปกติเกิดขึ้นในหลายระบบ เช่น เกิดความผิดปกติของการทำงานของรกและหลอดเลือดของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งส่งผลให้รกลอกตัวก่อนกำหนด และเป็นสาเหตุให้ทารกตายในครรภ์ได้ สำหรับทารก ตัวโตทำให้กล้ามเนื้อดลูกมีภาวะล้า เป็นปัจจัยให้เกิดภาวะตกเลือดรุนแรงมากยิ่งขึ้นจากมดลูกหดตัวไม่ดี นอกจากนี้การคลอดติดไหล่บนานของทารกในผู้คลอดกรณีศึกษา รายที่ 1 และทารกเกิด Severe birth asphyxia ในช่วงเดียวกันกับกรณีศึกษา รายที่ 2 คลอด ทำให้ทำคลอดรกช้า จากการบริหารจัดการอัตรากำลังในเวร ไม่ปฏิบัติตามแนวทางกรณีคลอดภาวะฉุกเฉิน ทบทวนแนวทางการบริหารอัตรากำลัง กรณีมีคลอดฉุกเฉิน ปรับ First call ให้ตามพยาบาลงานหลังคลอด และ Second call ตามพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาช่วย และตามหน่วยงานอื่นมาแทนตามความเหมาะสม การร่วมมือกันของทีมสาขาวิชาชีพในการแก้ไขภาวะวิกฤติที่ถูกต้องและทันเวลา ควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลลดอัตราเสียชีวิตของมารดาและทารก

## ข้อเสนอแนะ

การตกเลือดหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุที่แตกต่างกัน พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมินโดยใช้ (Function health pattern) 11 แบบตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน ด้านปฏิบัติการพยาบาล เตรียมความพร้อมการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงต่อการเสียเลือดตั้งแต่แรกเริ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการแก้ไขภาวะตกเลือดที่ถูกต้องและทันเวลา โดยใช้ความรู้และทักษะการป้องกันการตกเลือดในระยะแรก Active management of third of labour ควบคู่กับการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์การพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาล เพื่อให้มีประสิทธิภาพ

ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ด้านทักษะการประเมินการดูแลรักษาพยาบาลมารดาคลอด ควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราเสียชีวิตของมารดาคลอดในโรงพยาบาลโนนสูง และในอนาคตควรมีการศึกษาวิจัยการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดเพิ่มเติม อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## บทสรุป

ในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานห้องคลอด จึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันและดูแลการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ ระยะเวลาก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แนวทางการประเมินเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอดและหลังคลอด พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลหรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นนอกจากนี้ยังต้องให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แผนการรักษาของแพทย์ การให้การพยาบาลในระยะต่างๆ อย่างชัดเจน เป็นระยะๆ พร้อมให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างผู้คลอด สามีและญาติในภาวะวิกฤติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมและป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการคลอดได้



## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข* ISSN 0857-3093.
- กฤษณา สารบรรณ และคณะ. (2565). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด* หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย Y2022-14.
- ตรีภพ เลิศบรรณงษ์. (2560). *ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics*. ภาควิชาการพยาบาล สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560, เมษายน-มิถุนายน). การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 6(2), หน้า 146-157.
- นิตยา สีนสุกใส. (2560). ภาวะตกเลือดหลังคลอด : บทบาทพยาบาล. ใน เพิ่มศักดิ์ สุเมขศรี (บรรณาธิการ), *ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริหารบริการเนต 4.0*. (หน้า 91-96). กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- มังกร ประพันธ์วัฒน์. (2560). *เกสัชวิทยาเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก : ตระกูลไทย.
- วิทยาลัยกองทัพบก. (2560). *คู่มือการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : อรุณ.
- สุทาร์ตน์ ชูรส. (2562, มกราคม-มีนาคม). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทของพยาบาล *วารสารวิชาการแพทย์เขต11*, 33(1), หน้า 181-192.
- สุภานัน ชัยราช. (2560). *Nursing role : Saving Mothers from Massive Management in Postpartum Hemorrhage*. ในรัตยา โพธิ์ผลิ การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และมีภาวะช็อก. Trat Hospital Publication 30 พฤศจิกายน 2563.
- สมพร เสงประเสริฐ. (2562, กันยายน-ธันวาคม). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(3), หน้า 75-93.
- World Health Organization. Beyond the Numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer [Internet]. 2014 [citted 2023 January 30]. Available from <http://www.who.int/publications/2004/9241591838.pdf>.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2019). *การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning)*. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2565, จาก <http://www.issuu.com/sarinrut-sriprasong/docs/nursing-planing>.

**เอกสารแนบ**  
**ยาที่ใช้ในผู้ป่วย**

ยาที่ใช้ในผู้ป่วย	การพยาบาลกรณีศึกษา
<p>1. Methylergometrine maleate ( Ergotyl, Metrine ) ประเภท Oxytocin</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลให้ได้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>2. ประเมินสัญญาณชีพ</li> <li>3. ประเมินการหดตัวของมดลูก</li> <li>4. สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ชาปลายมือปลายเท้าเย็น เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย</li> </ol>
<p>2. Paracetamol ประเภท ระวังปวดและลดไข้</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>2. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการแพ้ยา เช่น มีไข้ ผื่นขึ้นตามตัว หายใจเสียงบวม เยื่อหูเป็นแผล สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องผูก ถ้าเกิดพิษอย่างเฉียบพลัน จะทำให้อ่อนเพลีย ชาปลายมือปลายเท้า เหงื่อออกมาก ใจสั่น เพ้อคลั่ง ชัก ต่อมาอุณหภูมิร่างกายจะต่ำ ซ็อก และหมดสติได้</li> </ol>
<p>4. ferrous fumarate สำหรับป้องกันและรักษาผู้ป่วยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์หรือเป็น Iron supplement ในหญิงตั้งครรภ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>2. สังเกตข้างเคียงได้แก่ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อุจจาระเป็นสีดำ แสบร้อนยอดอก ท้องเสีย มีคราบที่ฟัน หรือปัสสาวะเปลี่ยนสี</li> </ol>
<p>5. triferdine ประเภท ยาเม็ดเสริมสารอาหารสำคัญ ไอโอดีน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>2. ประเมินและเฝ้าระวัง ความดันโลหิต &gt;140/90 mmHg</li> <li>3. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการบวม ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่นหน้าอก ความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ</li> <li>4. ประเมินภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนต่ำได้แก่ ความคิดเฉื่อยชา ง่วงนอน อ่อนเพลีย กินน้อยและน้ำหนักเพิ่ม ผมหงอก หนาวสั่น</li> <li>5. สังเกตอาการแพ้ยา เช่น มีผื่นคันขึ้นตามผิวหนัง หายใจลำบาก</li> </ol>

