

**การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อก
จากการตกเลือดหลังคลอด : รายงานผู้ป่วย
Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with
Hypovolemic shock : case study**

รุ่งทิพย์ พฤกษ์วัน พย.บ.

โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลบางมูลนาก ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2566 โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในด้านการพยาบาลจำนวน 1 ราย โดยศึกษาข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ได้มีการวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการทางการพยาบาล จำแนกตามระยะการคลอดเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

รายงานผู้ป่วย : ผู้คลอดอายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด การวินิจฉัยเบื้องต้น post term pregnancy with labour pain with non-reassuring fetal heart rate การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Cesarean Section due to non-reassuring fetal heart rate with Post Partum hemorrhage (uterine atony) ทารกน้ำหนัก 3,380 กรัม วัน นอนโรงพยาบาล 5 วัน ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาล 6 ปัญหาได้แก่ 1. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด 2. เสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด 3. เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 4. ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock 5. มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด และ 6. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะช็อกจากการตกเลือด การพยาบาล

Abstract

The objective of this study was to provide nursing care for birthing women with shock caused by postpartum hemorrhage. The patients who receive services at Bang Mun Nak Hospital's maternity nursing work during February - August 2023 by selecting 1 patient with complex nursing issues. Analyzed by patient problems.

Case report: A 38-year-old birth attendant, 3rd pregnancy, 41 weeks gestation, presented with labor pains. The preliminary diagnosis was post-term pregnancy with labor pain with non-reassuring fetal heart rate. The final diagnosis was Cesarean Section due to non-reassurance of fetal heart rate with postpartum hemorrhage (uterine atony). The baby weighs 3,380 grams,

5 days of hospital stay, refer to the nurses of the subdistrict health promotion hospital for follow-up and visit at home.

Results: This case study found 6 nursing problems; 1. The mother was not well due to labor pains 2. Risk of bleeding in the postpartum period 3. Postpartum hemorrhage occurred 4. The patient had a hypovolemic shock. In the postpartum period 5. She was tired from blood loss 6. Risk of infection in the reproductive system.

Keyword : Postpartum Hemorrhage, Hypovolemic Shock, Nursing Care

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนาและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด⁽¹⁾ ในกลุ่มประเทศที่ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮาราในทวีปแอฟริกา มีอัตราการตายของมารดาสูงที่สุด และหนึ่งในสี่ของการตายเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดหรือเกือบร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽²⁾ และในประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ พ.ศ. 2558 - 2562 เท่ากับ 24.6, 26.6, 21.8, 19.9 และ 19.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ตามลำดับ⁽³⁾ โดยสาเหตุการตายของมารดา ปีงบประมาณ 2562 พบว่ามารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 58 สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 34 และไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ร้อยละ 9 ซึ่งสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ที่พบมากที่สุด คือการตกเลือดหลังคลอด รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง การฆ่าตัวตาย และภาวะน้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด⁽³⁾

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารก มีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอดหรือปริมาณเลือดจำนวนมากว่า 1,000 มิลลิลิตรเมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือการเสียเลือดหลังทารกคลอดเกินร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลง มากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด⁽⁴⁾ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้นจะทำให้เสียเลือดเกิดภาวะช็อก ในบางรายต้องผ่าตัดมดลูกออกเป็นการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์

ได้อีก และส่งผลต่อภาพลักษณ์สตรีและในรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้และยังส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁵⁾ ผลทางด้านจิตใจ โดยมีรายงานพบว่ามารดาหลังคลอดบุตรอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้จากภาวะชืดและส่งผลต่อการปรับตัวในบทบาทของมารดาเกิดความกลัวและวิตกกังวล⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระยะเวลาอนินในโรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มตามมา โดยส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอดมักจะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะ ตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดตัวและคลายตัวเป็นระยะสลับกัน เพื่อปิดรัดหลอดเลือดเป็นการป้องกันการไหลของเลือดออกจากโพรงมดลูก⁽⁷⁾ ดังนั้นการหดตัวไม่ดีของมดลูกจึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด

การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันคือการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labor (AMTSL) โดยให้ Oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขณะคลอดไหล่หน้าทารกหรือฉีดเพิ่มในสารน้ำทางหลอดเลือดดำภายหลังทารกคลอดทันทีเพื่อให้มดลูกหดตัวดี ทำคลอดรกได้โดยเร็ว และป้องกันการตกเลือดในระยะแรก⁽⁸⁾ จากสถิติห้องคลอด โรงพยาบาลบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในปี 2563 - 2566 เท่ากับ

ร้อยละ 4.06, 3.62, 3.44 และ 4.10 ตามลำดับ (ที่มา: ข้อมูลจากผู้คลอดที่โรงพยาบาลบางมูลนาก สิงหาคม 2566) สาเหตุหลักเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี, ช่องคลอดฉีกขาด รกค้าง และอื่นๆ แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดในห้องคลอดจะอยู่ในเกณฑ์ชีวิตของศูนย์อนามัยที่ 3 คือไม่เกินร้อยละ 5 และไม่มีมารดาเสียชีวิตแต่มารดาตกเลือดหลังคลอดบางรายมีอาการรุนแรง ต้องได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ต้องตัดมดลูกและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องแก้ไข ตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานของการพยาบาลในโรงพยาบาลตามที สำนักรพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลทางสูติกรรม ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล บริการคลอด โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเนื่องจากรกค้างหรือมดลูกหดตัวไม่ดีการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่สามารถ ป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยการให้การดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด และวินิจฉัยภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ทันท่วงทีจะช่วยลด การเจ็บป่วยและการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้⁽⁵⁾

ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่ง ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป

ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป

ระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป การตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่⁽⁹⁾

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมง หลังคลอด จะมีอาการ ใจสั่น ชีตลง ซีพจรเบาและเร็ว ความดันเลือดต่ำ ซ็อก มีการขาดออกซิเจน เกิดภาวะ

อวัยวะล้มเหลว ได้แก่ ไตวาย หัวใจวาย มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด บทบาทของการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

- ในรายที่ได้รับยากระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ อาจให้ oxytocin ต่อภายหลังการคลอด อย่างน้อย 2 ชั่วโมง

- ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก ทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด

- สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ชั่งผ้าอนามัยและ บันทึกลง ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบอาการผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตาม ประเมินและบันทึก ทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด

- ดูแลให้หญิงหลังคลอดได้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังระยะ 24 ชั่วโมงไปแล้ว จนถึง 6 สัปดาห์ ภายหลัง คลอด จะมีอาการน้ำคาวปลาจะมี สีแดงปนเลือด มีเลือดออกทางช่องคลอด มักเกิดอาการภายใน 3 สัปดาห์ หลังคลอด ถ้ามีการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูกจะมีน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น กดเจ็บบริเวณมดลูก หรือมีไข้ ร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดจากการคืนสู่ปกติของบริเวณที่รกเคยเกาะล่าช้าผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการตกค้างของเนื้อเยื่อรกบางส่วนในโพรงมดลูก แล้วเกิดเนื้องอก หรือกลายเป็นติ่งเนื้อของรก เมื่อมีการหลุดลอก ออกจากกล้ามเนื้อมดลูกจึงเกิดเลือดไหลออก ซึ่งมักเป็นเลือดสดๆ หรือมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อโพรง มดลูก โดยการรักษา ได้แก่

• รายที่มีเศษรก หรือมีก้อนเลือดค้างอยู่ภายในมดลูก ให้ Oxytocin แล้วทำการขูดมดลูก

• รายที่มีการติดเชื้อภายในโพรงมดลูก ให้ยาช่วยให้มดลูกหดตัว ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ

- รายที่มีเลือดออกจากบริเวณแผลภายในช่องคลอด ทำความสะอาดและเย็บแผลให้เลือดหยุดร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ⁽⁹⁾

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 38 ปี สถานภาพคู่ ประกอบอาชีพ ค้าขาย นับถือศาสนาพุทธ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์ ครรภ์นี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 (G3P2A0L2) อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ ยืนยันด้วยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงตอนขณะตั้งครรภ์ได้ 10 สัปดาห์ การฝากครรภ์สม่ำเสมอตามเกณฑ์ รวม 11 ครั้ง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 62 กิโลกรัม น้ำหนักขณะคลอด 76 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ขณะฝากครรภ์ไม่พบภาวะผิดปกติไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด ผลเลือดขณะฝากครรภ์ Lab ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) 36%, 36 %, ตรวจเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ, HIV ผลปกติ, กรุ๊ปเลือด O⁺ ได้รับวัคซีนบาดทะยักครบไม่เกิน 10 ปี ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน, ครรภ์แรกคลอดทางช่องคลอด ปี 2549 เพศหญิงน้ำหนัก 3,310 กรัม, ครรภ์สองคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ปี 2561 เพศหญิง น้ำหนัก 3,430 กรัม

อาการแรกรับ

รับไว้นอนในโรงพยาบาลวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 09.54 นาฬิกา โดยให้ประวัติ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์คลอด อายุครรภ์เกินกำหนด คลอด วัดความสูงของมดลูกได้ 34 เซนติเมตรเหนือหัวหน้า, มดลูกหดรัดตัว interval 4 นาที duration 30 วินาที severity +1 ตรวจหน้าท้องทารกอยู่ในท่า Longitudinal lie, Vertex presentation, Fetal Heart Sound อยู่ใน ช่วง 128-148 ครั้งต่อนาที ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย electronic fetal monitoring พบผลเป็น non reassuring fetal heart rate (category 2) ตรวจภายในพบว่า cervix no dilate วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 131/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส

การดูแลรักษาก่อนคลอด

แพทย์ตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) estimate fetal weight 3,786 กรัม, amniotic fluid 9.4 , Vertex แพทย์วินิจฉัย Post term pregnancy with labour pain with non reassuring fetal heart rate แพทย์ set cesarean section เตรียมร่างกายผู้คลอด ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, on o2 mask with bag 10 lpm ส่วนปัสสาวะคาสาย, เจาะเลือดส่งตรวจ CBC ความเข้มข้นของเลือดปกติ (Hct = 34%) เตรียม group match ของเลือดไว้ group O จำนวน 2 ยูนิต ประสานห้องผ่าตัดส่งข้อมูลผู้คลอดในการผ่าตัดคลอดและเตรียมยาป้องกันการตกเลือด ได้แก่ Oxytocin (Syntocinon®) ขนาดยา 10 ยูนิตต่อ 1 มิลลิตร Methylergometrine (Methergin®) ขนาดยา 0.2 มิลลิกรัมต่อ 1 มิลลิตร Misoprostol (Cytotec®) ขนาดยา 200 ไมโครกรัมต่อเม็ด, Nalador 500 microgram รายงานกุมารแพทย์ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ในการเตรียมความพร้อมรับเด็กที่ห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพก่อนส่งผู้คลอดไปห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 131/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที Fetal Heart Sound อยู่ใน ช่วง 138-146 ครั้งต่อนาที ส่งผู้คลอดโดยรถนอนเข้าห้องผ่าตัดเวลา 13.30 นาฬิกา

การดูแลขณะผ่าตัดคลอด

เวลา 13.45 นาฬิกา แรกรับ case Post term with non-reassuring fetal heart rate, Set cesarean section emergency with tubal resection under GA with ETT แรกรับผู้ป่วย รู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 129/66 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที Spo2 100 % เวลา 14.10 นาฬิกา เริ่มดมยา GA c ETT ให้ยา induction propofol 160 mg, succinyl 100 mg , Nimbox 6 mg , ใส่ ETT No.7.0 depth 21 cm 1 attempt Lv I Start Operation ให้ Oxytocin (Syntocinon®) 5 unit iv ทารก เพศหญิง คลอดเวลา 14.23 นาฬิกา น้ำหนัก 3,380 กรัม , Apgar score ที่ 1 นาที = 8 คะแนนหัก สนิมกับการเคลื่อนไหว Apgar score ที่ 5 นาที และ 10 นาที = 10 คะแนน on 0.9% NSS+ Oxytocin (Syntocinon®) 30 unit iv drip 120

c.c/hrs ขณะผ่าตัดมดลูกบีบตัวไม่ดี แพทย์ผ่าตัดเพิ่มให้ฉีดยา Methylergometrine (Methergin®) 0.2 mg iv slow push วัดสัญญาณชีพ ก่อนให้ยาความดันโลหิต 110/55 mmHg ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ระหว่างผ่าตัดสัญญาณชีพคงที่ ความโลหิต ค่าตัวบน 100-140 / ค่าตัวล่าง 50-80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 80 - 100 ครั้งต่อนาที Spo2 98-100 % ไม่มี Complication ให้ Onsia 8 mg iv for prophylaxis ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แจ้งแพทย์ผ่าตัด Estimate Blood Loss 1000 c.c ให้การรักษาเห็น Misoprostol (Cytotec®) 5 tab rectal รับประทานยาที่ใช้ Propofol 160 mg IV , Succinyl 100 mg IV, Nimbex 7 mg IV ,Fentanyl 100 mcg IV Fluid 5% DN/2 250 cc, NSS 300 c.c NSS + Oxytocin (Syntocinon®) 30 unit 200 c.c Total 750 c.c ปัสสาวะออก 100 c.c intraoperative reverse Atropine 1.2 mg + Neostigmine 2.5 mg iv หลังผ่าตัดผู้ป่วยตื่นลืมตา หายใจสม่ำเสมอ Tidal volume ดี ทำตามสั่งได้ Off ETT ได้ ระยะเวลาดมยาสลบ 55 นาที ย้ายประเมินอาการต่อที่ห้องพักรักษาอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยตื่นลืมตา หายใจสม่ำเสมอ On O2 mask c bag 10 LPM ความดันโลหิต 126/65 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที SpO2 100% ประเมินระดับความเจ็บปวด 10 คะแนน ฉีด MO 5 mg IV ผู้ป่วยมี Shivering Keep warm + ให้ pethidine 25 mg iv ระหว่างที่อยู่ห้องพักรักษาอาการ สัญญาณชีพคงที่ หายใจดี try off O2 mask SpO2 99-100% หลังให้ยา ไม่มี Shivering No N/V แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม อาการปวดลดลง ประเมินระดับการปวด 6 คะแนน ส่งอาการของผู้คลอดให้พยาบาลห้องคลอดดูแลต่อหลังผ่าตัดคลอด

การดูแลหลังผ่าตัด

เวลา 15.50 นาฬิกา รับกลับจากห้องผ่าตัด ผู้คลอดรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม คาสายสวนไว้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม 100 ซีซี on 0.9% NSS+ Oxytocin (Syntocinon®) 30 unit iv drip 80 c.c/hrs วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO2 98 %, On O2 mask c bag 10 LPM มีการประเมินผู้คลอดและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เวลา 16.30 นาฬิกา พบว่า

สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำอยู่ในช่วง 87/59 - 104/70 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรเร็วในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที SpO2 99-100% ผู้คลอดรู้สึกตัวตามตอบชัดเจน ประเมินแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ประเมินช่องคลอดมีเลือดที่ผ้าอนามัยชุ่ม 2 ผืนและเปื้อนผ้าถุง ผ้าปูเตียง ปริมาณเลือดที่ออกประมาณ 250 ซีซี แพทย์ใส่ speculum พบก้อนเลือดและเลือด แพทย์ล้างเลือดออกได้ปริมาณ 250 ซีซี แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยากระตุ้นการบีบตัวของมดลูก Methergin 0.2 mg iv, Nalador 500 microgram ผสม NSS 250 c.c drip iv ใน 30 นาที, Transamine 1 gm ผสม NSS 100 c.c drip iv ใน 10 นาที และให้ทุก 8 ชั่วโมง , Vit K 10 mg iv เจาะเลือดส่งตรวจ BUN, Cr, Electrolyte , PT, PTT, INR, Lactate, Hemoculture , Hemoglobin Typing CBC ความเข้มข้นของเลือดลดลงต่ำกว่าปกติ (Hct = 25 %) ให้เลือด Pack red cell 2 unit ประเมิน Hct หลังการให้เลือดครบ 1 ชั่วโมง = 31 % บันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมงให้ > 35 ซีซี ช่วงแรกปัสสาวะออกน้อย ปริมาณประมาณ 20-30 ซีซีต่อ 1 ชั่วโมง แพทย์ให้เพิ่มปริมาณ IV load และทำ ultrasound หลังจากผู้คลอดได้รับการดูแล แก่ภาวะซ็อก ผู้คลอดอ่อนเพลีย รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70-144/62 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที, หายใจ 24 ครั้งต่อนาที SpO2 99% อุนหภูมิกาย 39.4 องศาเซลเซียส แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ ฉีด ceftriaxone 2 gm iv drip OD ประเมินช่องคลอด มีเลือดออกปริมาณ 20 ซีซี ปัสสาวะออก 50-80 ซีซี รับประทานสารน้ำและเลือดที่ได้รับ 5,167 ซีซี ปริมาณเลือดที่ออกและปัสสาวะ 2,155 ซีซี วินิจฉัย cesarean section due to non reassuring fetal heart rate with post partum hemorrhage (uterine atony)

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด: รู้สึกตัวดี ไม่มีใจสั่น ไม่เหนื่อย เลือดออกเปื้อนผ้าอนามัย เล็กน้อย ไม่ชุ่ม on 0.9% NSS 1000 ml +syntocinon 40 unit iv drip 80 ml /hrs และ on 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 120 c.c/hrs แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม คาสายสวนไว้ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกประมาณ 50-100 ซีซี ต่อชั่วโมง เริ่มให้กินน้ำ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/65-



126/83 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 84-90 ครั้งต่อนาที, หายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที SpO2 99 % อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส เจาะ CBC ความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 26 % ให้เลือด Pack red cell 2 unit ประเมิน Hct หลังการให้เลือดครบ 1 ชั่วโมง = 28 % แพทย์ให้เลือด Pack red cell อีก 1 unit, Transamine 1 gm ผสม NSS 100 c.c drip iv ใน 10 นาที และให้ทุก 8 ชั่วโมง, cytotec 4 tab rectal, แพทย์ส่งเอกซเรย์ CXR ผลปกติ สรุปปริมาณสารน้ำและเลือดที่ได้รับ 4,617 ซีซี ปริมาณเลือดที่ออกและปัสสาวะ 2,135 ซีซี

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด : ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้คนเดียว อ่อนเพลียมาก ไม่มีใจสัน ไม่เหนื่อย เลือดออกเปื้อนผ้าอนามัย 1 ผืนไม่ชุ่ม นานมยังไม่ไหล กระตุ้นบุตรดูนมจากเต้า สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/62-126/64 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 86-98 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที SpO2 99 % อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส เริ่มรับประทานอาหารอ่อน on 0.9 % NSS 1000 ml +syntocinon 40 unit iv drip 40 ml /hrs, CBC ความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 28 % มีอาการท้องอืด คลื่นไส้ ยังไม่ถ่ายอุจจาระ Abdomen soft mind tender แพทย์ให้ฉีด Plasil 10 mg iv stat, lactulose 30 ml oral stat กระตุ้นให้ ambulate, IV fluid เดิมถ้าหมดให้ OFF ได้ on lock ไว้ ฉีดยา ceftriaxone 2 gm iv drip, OFF สายสวนปัสสาวะพร้อม OFF IV fluid กระตุ้นบุตรดูนมจากเต้า นานมเริ่มไหล สรุปปริมาณสารน้ำและน้ำดื่มที่ได้รับ 3,125 ซีซี ปริมาณปัสสาวะ 2,940 ซีซี

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด : ลูกเดินซ่างๆ เตียงและเข้าห้องน้ำ ปัสสาวะได้เอง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด เจ็บตึงแผลเล็กน้อย normal lochia วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 103/62-126/64 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 86-98 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที SpO2 99% อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส รับประทานอาหารอ่อนได้ ทูเลอาการท้องอืด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน กระตุ้นบุตรดูนมจากเต้า นานมไหลดีขึ้น CBC ความเข้มข้นของเลือด (Hct=29%), ติดตามผล Hemoculture = no growth on lock ไว้ฉีดยา ceftriaxone 2 gm iv

drip, มี lactulose 30 ml oral และ มะขามแขก 2 เม็ด ก่อนนอน สรุปปริมาณน้ำที่ดื่ม 2,425 ซีซี ปริมาณปัสสาวะ 1,850 ซีซี

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด: ช่วยเหลือตัวเองได้ เจ็บตึงแผลเล็กน้อย เปิดแผลแปะด้วยแผ่นเทปใส แผลติดแห้งดี รับประทานอาหารอ่อนได้ ทูเลอาการท้องอืด ถ่ายอุจจาระแล้ว นานมไหลดี บุตรดูนมมารดาได้ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/78 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดตรวจแผลผ่าตัด 1 สัปดาห์ และนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte รวมวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน

การตรวจแผลผ่าตัดหลังคลอด 7 วัน แผลแห้งติดดี น้ำคาวปลาปกติ นานมไหลดี

การติดตามหลังผ่าตัดคลอด 2 สัปดาห์

วันที่ 14 มีนาคม 2566 ที่โรงพยาบาล:ผล CBC ความเข้มข้นของเลือดปกติ (Hct = 41%) BUN 10 Cr 0.79 แผลผ่าตัดติดดี นานมไหลดี

การติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์

วันที่ 5 เมษายน 2566 : ผล Pap Smearปกติ น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีก้อนลิ่มเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีกลิ่นเหม็นที่ปกติ

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

Post term pregnancy with labour pain with non reassuring fetal heart rate

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

cesarean section due to non reassuring fetal heart rate with Post Partum hemorrhage (uterine atony)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน และการพยาบาล

จากกรณีศึกษาข้อมูลและการวิเคราะห์ ปัญหาของผู้ป่วย ได้มีการวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการ

ทางการพยาบาล (Nursing Process) จำแนกตามระยะการคลอดเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนคลอด 2. ระยะคลอด และ 3. ระยะหลังคลอด ดังนี้

1. ระยะก่อนคลอด :

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 :

มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอทุก 4 นาทีนาน 30 วินาที ความรุนแรงที่ 1+

การพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายให้ทราบถึงกลไกการเจ็บครรภ์คลอด

2. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง

3. บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ประเมินความรุนแรงของการปวด พร้อมทั้งอธิบายสาเหตุ

4. พุดคุยให้กำลังใจเบี่ยงเบนอาการปวดโดยกระตุ้นการพูดถึงสุขภาพทารกในครรภ์และอยู่กับผู้คลอด

5. ดูแลให้นอนพักบนเตียง นอนตะแคงซ้าย-ขวา หรืออยู่ในท่านั่งเดินเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกได้ดี และกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการผ่อนคลาย

การประเมินผล :

ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รู้สึกผ่อนคลาย นอนพักได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 :

เสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

หญิงคลอดอายุมาก (38 ปี) , ประวัติคลอดทางช่องคลอดทารกน้ำหนักเกิน 3,000 กรัม ในครรภ์แรกและครรภ์ที่สอง และอายุครรภ์เกินกำหนดคลอด

การพยาบาล :

1. เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่นเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 จองเลือดไว้ล่วงหน้า PRC 2 unit ประสานงาน

เตรียมทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแล

2. ใช้กราฟดูแลการคลอดป้องกันการคลอดยาวนาน

3. ประเมินสัญญาณชีพตลอด 2 ชั่วโมง

4. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด

5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง

6. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด

การประเมินผล :

ผู้คลอดมี labour pain with non reassuring fetal heart rate , Set cesarean section emergency

2. ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 :

เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

Blood Loss ในห้องผ่าตัด 1,000 ซีซี ที่ห้องหลังคลอด 500ซีซี รวม 1,500 ซีซี,ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 34% เหลือ 25 %

1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น

2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและขนาดคลั่งมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็งตลอดเวลา หลัง จากนั้นขนาดคลั่งทุก15 นาที

3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที เพื่อการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

4. จัดทำผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้าพร้อมห่มผ้าดูแลให้ร่างกายอบอุ่น

5. ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที

6. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง

7. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอก กรณีที่พบภาวะผิดปกติ หยุดให้เลือดและปรึกษาแพทย์ทันที

8. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการรักษา

**การประเมินผล :**

ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดตัว (uterine atony) ให้เลือด Pack red cell ทั้งหมด 5 unit ได้ประเมิน Hct เพิ่มขึ้น 31 % หลังให้เลือด 2 unit แรก และเพิ่มเป็น 28% หลังให้เลือด unit ที่ 3,4 และหลังให้เลือด unit ที่ 5 Hct เพิ่มขึ้น 29%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 :

ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากเสียเลือดเป็นจำนวนมาก

ข้อมูลสนับสนุน :

สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำ อยู่ในช่วง 87/59-104/70 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรเร็วในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที ปริมาณ Blood Loss รวม 1,500 ซีซี

การพยาบาล :

1. การประเมินอาการและอาการ เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
2. การวัดสัญญาณชีพ/ระดับรู๊สึกตัว ทุก 5 นาที ในช่วงที่มีอาการสูญเสียเลือดทันทีทันใด วัดทุก 15 นาที หลังจากได้รับสารน้ำทดแทนและความดันโลหิตเฉลี่ย >65 mmHg จนอาการคงที่พ้นระยะช็อกและถ้าคงที่วัดจนครบ 2 ชม.หลังคลอด ต่อจากนั้นวัดทุก 30 นาที จนระดับความดันโลหิตปกติคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมงกรณีความดันโลหิตเฉลี่ย > 65 mmHg ปรีกษาแพทย์
3. ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงกรณีปัสสาวะ <35 มล/ชม ปรีกษาแพทย์
4. ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดทุก 1 ชั่วโมง โดยการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยผ้าซับที่เปื้อนเลือด
5. การดูแลให้ยาและสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา : on 0.9% NSS 1000 ml +syntocinon 30 unit iv drip 80 ml /hrs และ on 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 120 c.c/hrs

การประเมินผล :

ปริมาณปัสสาวะช่วงแรกออกน้อย ปริมาณประมาณ 20-30 ซีซีต่อ 1 ชั่วโมง แพทย์ให้เพิ่มปริมาณ IV load และ ทำ ultrasound หลังจากผู้คลอดได้รับการดูแล

แก้ภาวะช็อก ผู้คลอดอ่อนเพลีย รู๊สึกตัวดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70-144/62 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที, หายใจ 24 ครั้งต่อนาที SpO2 99% อุณหภูมิกาย 39.4 องศาเซลเซียส ปัสสาวะออก 50-80 ซีซี

3. ะยะหลังคลอด :**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 :**

มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง อ่อนเพลียมาก, Blood Loss รวม 1,500 ซีซี และความเข้มข้นของเลือด (Hct) =28%

การพยาบาล :

1. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง
2. ดูแลให้นอนพัก ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
3. ช่วยเหลือการทำกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การ ขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอนามัย
4. ช่วยเหลือในการให้นมบุตร และช่วยดูแลทารก ให้เพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

การประเมินผล :

ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้มีมีอาการหน้ามืด ใจสั่น ดูแลให้นมบุตรได้เองความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 29% ก่อนจำหน่ายและ และติดตามหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ ผลความเข้มข้นของเลือดปกติ (Hct=41%)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 :

มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ หลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

มีแผลในโพรงมดลูกและมีการเสียเลือดมาก

การพยาบาล :

1. สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2. สอนมารดาหลังคลอดสามารถประเมินสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด เช่น จำนวนสี ปริมาณลักษณะ และกลิ่นของน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด อาการมีไข้ปวดมดลูก ความสูงของยอดมดลูกและอาการแสดงของการตกเลือด

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดมากโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ ธาตุเหล็กสูงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป

4. งดการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด 6 สัปดาห์จนถึงวันนัดตรวจหลังคลอด

การประเมินผล :

แผลผ่าตัดดี น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีก้อนลิ่มเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีกลิ่นเหม็นที่ปกติ

สรุป

ผู้คลอดอายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 (G3P2A0L2) อายุครรภ์ 41 สัปดาห์มีอาการเจ็บครรภ์คลอด อายุครรภ์เกินกำหนดคลอด การวินิจฉัยเบื้องต้น Post term pregnancy with labour pain with non reassuring fetal heart rate แพทย์ set cesarean section ทารกคลอดน้ำหนัก 3,380 กรัม ผู้คลอดมีภาวะช็อกและตกเลือดหลังคลอด โดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพความดันโลหิตต่ำ อยู่ในช่วง 87/59-104/70 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรเร็ว ในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที SpO₂ 99-100% ผู้คลอดรู้สึกตัว غامตอบชัดเจน ประเมินแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ประเมินช่องคลอดมีเลือดที่ผ้าอนามัยชุ่ม 2 ผืนและเปื้อนผ้าถุง ผ้าปูเตียง ปริมาณเลือดที่ออกประมาณ 250 ซีซี แพทย์ใส่ speculum พบก้อนเลือดและเลือด แพทย์ล้างเลือดออกได้ปริมาณ 250 ซีซี ผู้คลอดได้รับการดูแลภาวะช็อกและการตกเลือดหลังคลอดจนฟื้นชีวิตอันตราย มีสัญญาณชีพปกติให้การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Cesarean section due to non reassuring fetal heart rate with Post Partum Haemorrhage (uterine atony) ผู้คลอดมีปัญหาทางการพยาบาล 6 ปัญหา ได้แก่ ระยะเวลาก่อนคลอด 1. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด, 2. เสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด ระยะคลอด พบปัญหา 3. เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 4. ผู้ป่วย

มีภาวะ Hypovolemic shock ส่วนระยะหลังคลอด พบปัญหา 5. มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด และ 6. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์

วิจารณ์

ผู้กรณีศึกษานี้มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและช็อกในระยะแรกของการคลอด (Primary or early postpartum hemorrhage) ซึ่งการตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด⁽⁴⁾ ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิตรขึ้นไป⁽⁹⁾ จากการศึกษาการพยาบาลจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อปัญหาการตกเลือดและภาวะแทรกซ้อน คือ อายุหญิงคลอด ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดทางช่องคลอด ร่วมกับน้ำหนักทารกเกิน 3,000 กรัมในครรภ์แรกและครรภ์ที่สอง ส่งผลให้การบีบตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดไม่ดี การศึกษาชี้ให้เห็นว่าอาการตกเลือดหลังคลอดแม้ไม่สามารถกำจัดภาวะนี้ออกไปจากหญิงตั้งครรภ์ให้หมดสิ้นได้ แต่สามารถป้องกันไม่ให้โรคหรืออาการรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ โดยการป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกในรายที่มีภาวะเสี่ยงให้การวินิจฉัยปัญหา ดูแลรักษาที่ถูกต้อง และทันท่วงทีช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น พยาบาลผู้ให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย ดูแลรักษา และสามารถ นำความรู้ที่นำมาประกอบกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015;2015.
2. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.B., Daniels, J., et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health 2014; 2(6):323-333.

3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. วิเคราะห์สถานการณ์แม่ตาย ปีงบประมาณ 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://hp.anamai.moph.go.th/eWtadmin/ewt/hp/ewt_dl_link.php?nid
4. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloging-in-publication Data; 2014.
5. World Health Organization. Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. Geneva; 2013.
6. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16(1):1-11.
7. Murray SS, McKinney ES. Pain management during childbirth In Foundation of Maternal Newborn and Women's Health Nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier 2014;278-82.
8. Devendra, B.N., Seema, K.B. and Kammappa, K.A. Episiotomy wound hematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in the postpartum period. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS) 2015;14(9):8- 11.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2566; 16 สิงหาคม 2566.