



เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
: กรณีศึกษา 2 ราย

ไพรัตน์ สว่างเมฆ
โรงพยาบาลวชิรбарมี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of mothers giving birth with early postpartum hemorrhage
: 2 case studies

ไพรัตน์ สว่างเมฆ พย.บ.

โรงพยาบาลวชิรбарารมี

Pairat Swangmek B.N.

Wachirabaramee hospital

บทคัดย่อ

ที่มา : ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดที่พบบ่อย โดยมีสาเหตุหลักคือการหดตัวของมดลูกไม่ดี พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ มีความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ต้องมีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เพื่อให้มารดาและทารกหลังคลอดได้รับความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่คลอดในโรงพยาบาลวชิรбарารมี

วิธีการศึกษา : ศึกษาเปรียบเทียบมารดาคลอดบุตรทางช่องคลอด 2 ราย ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยเปรียบเทียบประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล โดยใช้เวชระเบียน ประเมินแบบแผนสุขภาพ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ในการศึกษา ระยะเวลาการศึกษา มารดาคลอดบุตรรายที่ 1 เดือน ธันวาคม 2564 รายที่ 2 เดือน เมษายน 2566

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 32 ปี G3P2A0L2 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 2 วัน มีอาการเจ็บครรภ์คลอด คลอดทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 4,020 กรัม ปริมาณเลือดหลังคลอด 800 มิลลิลิตร ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยอายุ 16 ปี G1P0A0L0 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 6 วัน เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดินทางออกทางช่องคลอด คลอดทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,925 กรัม ปริมาณเลือดหลังคลอด 1,125 มิลลิลิตร ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุปผล : การพยาบาลมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กรณีศึกษา 2 ราย อายุ จำนวน ครั้งการตั้งครรภ์และการคลอด ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดต่างกัน แต่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเหมือนกัน การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลในแต่ละระยะของการคลอดอย่างทันทั่วทั้งที่ และมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง สามารถช่วยให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัย และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

คำสำคัญ : ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

Abstract

Background : Early postpartum hemorrhage It is a common cause of maternal death after childbirth. The main cause is poor uterine contractions. The caring nurse needs to have knowledge Have the ability to assess risk factors for postpartum hemorrhage. Nursing skills are required to care for mothers suffering from early postpartum hemorrhage. To ensure the safety of mothers and babies after birth.

Objective : To study and compare nursing care for mothers giving birth with early postpartum hemorrhage. who gave birth in Wachirabaramee Hospital

Methods : Comparative study of 2 mothers who gave birth vaginally with early postpartum hemorrhage. By comparing pregnancy history, risk factors, and medical treatment. using medical records Assess the health plan Interviews with patients and families in the study, study period The mother gave birth to the 1st child in December 2021, the 2nd child in April 2023.

Results : Case study 1: Thai woman, age 32 years, G3P2A0L2, gestational age 40 weeks 2 days, has symptoms of labor pains. Giving birth to a female baby Birth weight 4,020 grams, postpartum blood volume 800 milliliters, length of hospital stay 3 days, Case study 2, 16 year old Thai woman G1P0A0L0, gestational age 39 weeks 6 days, labor pains. There is water traveling out of the vagina. Giving birth to a female baby Birth weight 2,925 grams, blood volume after birth 1,125 milliliters, duration of hospital stay 3 days.

Conclusion : Nursing care of mothers giving birth with early postpartum hemorrhage. Case study of 2 cases. Age, number of pregnancies and births. Risk factors that affect postpartum complications are different. But there was also postpartum hemorrhage in the first period. Applying the nursing process to provide timely care at each stage of birth. And there is a plan for continuing care. Can help mothers and babies be safe. It can also prevent severe complications from postpartum hemorrhage.

KEYWORDS : Early postpartum hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด เป็นสาเหตุ 1 ใน 3 ที่พบได้บ่อยของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ระบุว่า การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 25 โดยคะเนว่าน่าจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คน ในทุกๆ 4 นาที ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอด ในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน

24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สำหรับในประเทศไทยจากการรายงานสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2561 มีอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดเท่ากับ 17.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ⁽¹⁾ ภาวะตกเลือดในมารดาในระยะหลังคลอด จึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ของงานอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน⁽²⁾

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรจากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัย จากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด และจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด ภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะได้แก่ 1. ภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที (Primary or early or immediate Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2. การตกเลือดหลังคลอดภายหลัง (Secondary or late or delayed Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดหลังจากคลอด 24 ชั่วโมงจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด^(3,4) อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดชนิด Early Postpartum Hemorrhage มีรายงานพบการตกเลือดประมาณร้อยละ 1 ถึง 5 ของการคลอด ลักษณะทางคลินิกของผู้ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยปกติหลังคลอดรกจะมีเลือดซึมแค่เล็กน้อย แต่ไหลออกเรื่อยๆ มีการตอบสนองของความดันโลหิตต่อการตกเลือด ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นในช่วงแรก ต่อมาจึงต่ำลงในขณะที่อัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้น ชีพจรเร็วขึ้นและเบาลง ความดันโลหิตลดต่ำเรื่อยๆ ร่วมกับความรู้สึกตัวของผู้คลอดอาจเริ่มเปลี่ยนแปลง การสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจน ในระยะหลังคลอดถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทูพพลภาพและเสียชีวิตได้ การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจเช่น ผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด ส่วนสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T)⁽⁴⁾ ได้แก่ 1) การหดตัวของมดลูก (Tone) ซึ่งพบได้มากที่สุด เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) การฉีกขาดของช่องคลอดปากมดลูกและฝีเย็บ (Trauma) เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือดหลังคลอด 3) รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (Tissue) การค้างของรกเยื่อหุ้มรกหรือชิ้นส่วนของรกภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) 4) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) คือสาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) การมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ⁽⁴⁾

โรงพยาบาลวชิรบำรุงมี พบการตกเลือดหลังคลอด ปี 2561 - 2565 คิดเป็น ร้อยละ 6.25, 12.00, 6.89, 10.34, 16.67 และ 10.87 ตามลำดับ โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.71 ของการตกเลือดหลังคลอด เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine atony) การฉีกขาดของช่องคลอด (Tear of Birth Canal) ร้อยละ 3.57 และจากสาเหตุรกค้าง (Retained Placenta) ร้อยละ 10.71 จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีแนวโน้มสูงขึ้น ถึงแม้ยังไม่มี การสูญเสียชีวิตของมารดา แต่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง มีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นด้วย ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำผลงานวิชาการกรณีศึกษาเปรียบเทียบเรื่อง การพยาบาลมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรกขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยต่อมารดาและทารกหลังคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่คลอดในโรงพยาบาลวชิรธรรม

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบมารดาคลอดบุตรทางช่องคลอด 2 ราย โดยเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลมารดาคลอดบุตรในโรงพยาบาลวชิรธรรม ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกกรณีศึกษามารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 2 ราย โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือเป็นมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลวชิรธรรม และมีการเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร รายที่ 1 มารดาคลอดบุตร เดือน ธันวาคม 2564 และรายที่ 2 มารดาคลอดบุตร เดือน เมษายน 2566 เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอดที่พบมาก มีค่าเกินเป้าหมายร้อยละ 5
3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กระบวนการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาและวางแผนการพยาบาล
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด แบบแผนสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้คลอดแรกรับ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วางแผนให้การดูแลผู้คลอด ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาคลอดบุตร วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของมารดาคลอดบุตรที่มีการเปลี่ยนแปลง
6. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษามารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปผลการศึกษา สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 32 ปี ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ผ่านการคลอดปกติทางช่องคลอด 2 ครั้ง Last child อายุ 1 ปี (G3P2A0L2) อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 2 วัน ฝากครรภ์

ครั้งแรกอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวชิรธรรมมี จำนวน 11 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์ ผลเลือดผิดปกติ ค่าHematocrit ครั้งที่ 2 31 % (ต่ำกว่าค่าปกติ 33 %) Blood group “O” Rh positive ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก 2 เข็ม รับประทานในโรงพยาบาล วันที่ 22 ธันวาคม 2564 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง อาการแรกได้รับรูปร่างครรภ์ปกติ ระดับยอดมดลูก $\frac{3}{4}$ มากกว่าสะดือ วัดความสูงของยอดมดลูกได้ 36 เซนติเมตร ท้องแข็งตึงเป็นพักๆ มดลูกหดรัดตัว Duration 35 วินาที Interval 3 นาที ประเมินความปวด Pain score 6 คะแนน ส่วนน้าเป็นสีรุ้ง ประเมินค่าน้ำหนักทารก โดยใช้สูตรของ Johnson’s Formula เท่ากับ 3,875 กรัม เสี่ยงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 146 ครั้งต่อนาที ตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย Electronic Fetal Monitoring ผลปกติ ครั้งที่ตรวจประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกพบว่า ปากมดลูกเปิด 6 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80 % ส่วนน้าอยู่ระดับ 0 ถุงน้าคร่ำยังไม่แตก เด็กตื่นดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 64 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์ 13 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร Bishop’s score 11 คะแนน (Position of cervix : Anterior, Consistency of cervix : Soft, Effacement of cervix : 51-80%, Dilatation of cervix : > 5 cm., Fetal station : +1,0) Intra partum High risk score 35 คะแนน (ประวัติค่าHematocrit < 33% , GA > 40 สัปดาห์ ตรวจพบค่าHematocrit แรกเริ่ม < 33%, คาดค่น้ำหนักทารก > 3,500 กรัม) ตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ค่าHematocrit 31 %, Urine albumin negative, Urine sugar negative รายงานแพทย์รับทราบตามแนวทางการรายงาน ISBAR แพทย์วางแผนการดูแลให้คลอดเองทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลวชิรธรรมมี ให้ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าการคลอดเป็นระยะโดยใช้ Partograph ความก้าวหน้าการคลอดอยู่ในเกณฑ์ดี กราฟตกเส้น Alert line 1 ครั้ง ในชั่วโมงที่ 2 หลังจากรับไว้ ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 4 ชั่วโมง 10 นาที ปากมดลูกเปิดหมดจึงช่วยคลอดตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 6 นาที คลอดทารกเพศหญิง APGAR’s Score 9, 10, 10 คะแนน น้ำหนัก 4,020 กรัม ตัวยาว 51 เซนติเมตร เส้นรอบศีรษะ 35 เซนติเมตร ระยะที่ 3 ของการคลอดใช้เวลา 6 นาทีในการช่วยคลอดรก รวมระยะเวลาของการคลอด 4 ชั่วโมง 22 นาที สัญญาณชีพหลังจากรกคลอด ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ใช้หลักการทำ Active Management ดูแลให้ Oxytocin 10 units เข้ากล้ามเนื้อหลังทารกคลอด รกและเยื่อหุ้มรกปกติ คลอดครบ น้ำหนัก 955 กรัม ไม่มีแผลมีเย็บ ประเมินปริมาณเลือดในถุงรองเลือดหลังคลอดทารกและหลังคลอดรก ประเมินปริมาณเลือดจากวัสดุซับเลือดรวม จำนวน 300 มิลลิลิตร จึงเริ่มการดูแลรักษาตาม Standard order for Postpartum Hemorrhage ให้ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร + Oxytocin 20 units 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัดสัญญาณชีพหลังรกคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และก่อนย้ายออกจากห้องคลอดอีก 1 ครั้ง โดยความดันโลหิตอยู่ในช่วง 117/72 - 122/86 มิลลิเมตรปรอท ย้ายออกไปสังเกตอาการที่ห้องหลังคลอดพร้อมทารก หลังคลอด 2 ชั่วโมง อาการมารดาและทารกปกติ เมื่อหลังคลอด 4 ชั่วโมงมีอาการหนาวสั่น ใจคอไม่มีดี วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 107/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.8 องศาเซลเซียส มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน มดลูก

หดรัดตัวไม่ดี ตรวจภายในพร้อมคลึงมดลูกและกดไล่ก้อนเลือด พบมีเลือดและก้อนเลือดไหลออกมาจำนวน 200 มิลลิลิตร รวมเป็นปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอดทั้งหมด 500 มิลลิลิตร เจาะเลือดประเมินค่า Hematocrit 25% รายงานแพทย์ ให้เข้า line postpartum hemorrhage และ packed tampon ในช่องทางคลอดไว้ และเจาะเลือดประเมินค่า Hematocrit ทุก 4 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนขนาดการให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก โดยให้เป็น 0.9 %NSS 100 มิลลิลิตร ผสมกับ Oxytocin 10 units 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้จำนวน 4 ขวด 4 ชั่วโมงต่อมา ใจคอไม่ดี หน้ามืด ปวดท้องมากขึ้น ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส off tampon ที่ packed ไว้ ตรวจภายในกดไล่ก้อนเลือดได้อีกจำนวน 300 มิลลิลิตร Hematocrit 23 % วัดสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 93/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์รับทราบให้เปิดเส้นเลือด 2 เส้น load iv fluid 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร Keep ความดันโลหิตให้มากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท เจาะ Lab CBC, Platelet count, PTT, INR เตรียมขอเลือด pack red cell 2 units หลังจาก load iv fluid 1,000 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 110/70 – 112/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 - 92 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที รวมปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอด จำนวน 800 มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัย Postpartum Hemorrhage จากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี Uterine atony มีภาวะโลหิตจางหลังจากตกเลือดหลังคลอด ค่าHematocrit น้อยกว่า 25% รักษาโดยการให้ pack red cell (Blood group “O” Rh positive) จำนวน 2 units และให้ยาบำรุงเลือดเพิ่ม หลังจากได้รับเลือดค่าHematocrit เพิ่มขึ้นเป็น 25% หลังคลอดมีปริมาณการหลังของน้ำนมออกน้อย แพทย์จึงเพิ่มยากระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้รับประทาน และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีการวางแผนครอบครัวด้วยการฉีดยาคุมกำเนิดหลังคลอด นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลวชิรбарมี วันที่ 31 มกราคม 2565 นัดฉีดวัคซีนเข็มแรก วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565 และนัดนัดติดตามอาการภาวะโลหิตจาง 45 วัน วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 รวมระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 16 ปี ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งแรก (G1P0A0L0) อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 6 วัน ผ่าครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ที่รพ.สต.และโรงพยาบาลวชิรбарมี จำนวน 8 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือด DCIP positive, Blood group “O” Rh positive ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบ 3 เข็มไม่เกิน 10 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 1 เมษายน 2566 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินทางไหลออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง อาการแรกรับรูปร่างครรภ์ปกติ ระดับยอดมดลูก ¾ มากกว่าสะดือ วัดความสูงของยอดมดลูกได้ 29 เซนติเมตร ปวดท้อง ท้องแข็งตึงเป็นพักๆ มดลูกหดรัดตัว Duration 40 วินาที Interval 3 นาที ประเมินความปวด Pain score 6 คะแนน ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ประเมินค่าน้ำหนักทารก โดยใช้สูตรของ Johnson’s Formula เท่ากับ 2,790 กรัม ใช้สูตรของ Dare’s Formula ประเมินค่าน้ำหนักทารก 2,842 กิโลกรัม เสียงอัตรการการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 146 ครั้ง/นาที ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย Electronic Fetal Monitoring ผลปกติ ครั้งแรกที่ตรวจประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกพบว่า ปากมดลูกเปิด 6 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80 % ระดับส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ไม่เห็นลักษณะสีน้ำคร่ำ เด็กดิ้นดี สัญญาณชีพแรกรับ

ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 56 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์ 10 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร คะแนน Bishop's score 11 คะแนน (Position of cervix : Anterior, Consistency of cervix : Soft, Effacement of cervix : 51-80%, Dilatation of cervix : > 5 cm., Fetal station : +1, 0) High risk score 10 คะแนน (ครรภ์แรก, อายุมารดาน้อยกว่า 17 ปี) ตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ค่า Hematocrit 38 %, Urine albumin negative, Urine sugar negative รายงานแพทย์รับทราบตามแนวทางการรายงาน ISBAR วางแผนการดูแลให้คลอดเองทางช่องคลอด ให้ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ประเมินความก้าวหน้าการคลอดเป็นระยะโดยใช้ Partograph ความก้าวหน้าการคลอดอยู่ในเกณฑ์ดี กราฟตกเส้น Alert line เล็กน้อย รายงานแพทย์รับทราบ ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 3 ชั่วโมง 40 นาที ปากมดลูกเปิดหมดช่วยคลอดตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 15 นาที คลอดทารกเพศหญิง APGAR's Score 9, 10, 10 คะแนน น้ำหนัก 2,925 กรัม ลำตัวยาว 51 เซนติเมตร เส้นรอบศีรษะ 31 เซนติเมตร ระยะที่ 3 ของการคลอดรกคลอดใช้เวลา 10 นาที รวมระยะเวลาของการคลอด 4 ชั่วโมง 5 นาที สัญญาณชีพหลังรกคลอด ความดันโลหิต 115/75 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจรกและเยื่อหุ้มรกปกติคลอดครบ น้ำหนัก 705 กรัม ปริมาณเลือดหลังรกคลอดในถุงรองเลือดและวัสดุซับเลือดรวม 125 มิลลิลิตร สังเกตอาการในห้องคลอดและย้ายออกไปห้องหลังคลอดพร้อมทารก 2 ชั่วโมงหลังคลอดอาการมารดาและทารกปกติ 4 ชั่วโมงหลังคลอดมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ความดันโลหิต 96/48 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในพร้อมมดลูกไก่อนเลือด พบมีเลือดและก้อนเลือดไหลออกจำนวน 500 มิลลิลิตร แพทย์ตรวจเย็บอาการ ตรวจภายในและกดไล่ก้อนเลือดอีก มีก้อนเลือดและเลือดไหลออกอีกจำนวน 500 มิลลิลิตร รวมปริมาณเลือดหลังคลอด จำนวน 1,125 มิลลิลิตร วัตถุประสงค์คลอด ความดันโลหิต 94/48 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ช่วยนวดคลึงมดลูก แพทย์ให้ใช้แนวทางการดูแล postpartum hemorrhage ดูแลให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Methergin 1 amp IM, 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร + Oxytocin 10 units ให้ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 4 ขวด, Cytotec 3 tabs. Oral, load 0.9%NSS iv 500 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร+Transamine iv drip in 15 นาที ประเมินค่าความเข้มข้นของเลือด 27% แพทย์ให้การวินิจฉัย มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สาเหตุจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ภายหลังให้การดูแลมดลูกหดรัดตัวดี มีการเจาะเลือดประเมินความเข้มข้นของเลือดทุก 6-8 ชั่วโมง ค่าความเข้มข้นของเลือดอยู่ในระดับ 26-28 % จึงรักษาด้วยการให้ยาบำรุงเลือดรับประทานเพิ่ม หลังคลอดมีปริมาณการหลังของน้ำนมออกน้อยแพทย์จึงเพิ่มยากระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้รับประทาน และก่อนจำหน่ายกลับบ้านวางแผนครอบครัวโดยการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด นัดตรวจแผลฝีเย็บ 10 วัน วันที่ 10 เมษายน 2566 นัดติดตามอาการและตรวจ CBC 28 วัน วันที่ 2 พฤษภาคม 2566 นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่รพ.สต.หนองขาว วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 รวมเวลาดอนพักรักษา 3 วัน

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเหมือนกัน ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงของประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดแตกต่างกัน ซึ่งในกรณีศึกษาที่ 1

ผ่านการคลอดหลายครั้ง และระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดเร็วทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี กรณีศึกษาที่ 2 ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 17 ปี และระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดเร็ว เมื่อรับมารดาคลอดบุตรทั้ง 2 ราย เข้าไว้ในโรงพยาบาลได้ใช้กระบวนการทาง การพยาบาลในการดูแลประกอบด้วย ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาคลอดบุตร วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการตั้งแต่วินิจฉัยการพยาบาล ระยะเวลาคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ให้การช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 11 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 13 ข้อ ในระยะแรกรับกรณีศึกษาที่ 1 มี 2 ข้อ กรณีศึกษาที่ 2 มี 3 ข้อ เหมือนกัน 2 ข้อ คือ ส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดเนื่องจากอยู่ในระยะการคลอด Active phase และ มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัวถี่และรุนแรง ต่างกัน 1 ข้อ คือรายที่ 2 วิดกกังวลเกี่ยวกับการคลอด เนื่องจากยังไม่เคยผ่านการคลอด ในรอคลอด/ระยะคลอด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 ข้อเหมือนกัน คือ มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัวถี่และรุนแรงและเสี่ยงต่อการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอดล่าช้ายาวนาน ในระยะหลังคลอด กรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 8 ข้อ มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน 7 ข้อ คือมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีภาวะโลหิตจางจากการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อระบบอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (Bonding & Attachment) ไม่มีประสิทธิภาพ น้ำนมไหลออกน้อยอาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก และไม่มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนครอบครัวหลังคลอดที่ถูกต้อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลต่างกัน คือ มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจในการให้นมและเลี้ยงดูบุตร สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ มาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

การพยาบาลระยะแรกรับ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>1 : ส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด เนื่องจากอยู่ในระยะการคลอด Active phase</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : เมื่อมดลูกหดตัว ผู้คลอดบอกว่า“ปวด”</p> <p>O : ทำหน้านิ้วคิ้วขมวด กลั้นหายใจ กระสับกระส่าย</p> <p>มดลูกหดตัว Duration 35 วินาที Interval 3 นาที</p> <p>ความรุนแรงระดับ 2+ Pain score 6 คะแนน</p> <p>Cervix dilated 6 cm., Effacement 80%,</p> <p>Station 0, Position cervix anterior,</p> <p>Presentation Vertex, Membrane Intact,</p> <p>Bishop score 11 คะแนน, เด็กดีนดี</p>	<p>1 : ส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด เนื่องจากอยู่ในระยะการคลอด Active phase</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : เมื่อมดลูกหดตัว ผู้คลอดบอกว่า“ปวด”</p> <p>O : ทำหน้านิ้วคิ้วขมวด กลั้นหายใจ กระสับกระส่าย</p> <p>มดลูกหดตัว Duration 40 วินาทีInterval 3 นาที</p> <p>ความรุนแรงระดับ 2+ Pain score 6 คะแนน</p> <p>Cervix dilated 6 cm., Effacement 80%,</p> <p>Station 0, Position cervix anterior, Presentation</p> <p>Vertex, Membrane rupture, Amniotic fluid clear, Normal smell , Bishop score 11 คะแนน</p>

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนคลอด การคลอด มีความก้าวหน้าตามเกณฑ์ปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การหดรัดตัวมดลูก Interval 2-3 นาที Duration 50-60 วินาที 2. ปากมดลูกเปิดหมด, ผู้คลอดบอกมีลมเบ่ง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ การแนะนำตัวพยาบาลผู้ให้บริการ แพทย์ผู้ดูแล การแนะนำสถานที่ การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2. ประเมินสภาพผู้คลอดและทารกพร้อมแจ้งผลการประเมินที่พบ 3. อธิบายให้ทราบถึงลักษณะการเจ็บครรภ์คลอดว่าเป็นอาการปกติแสดงว่าเข้าสู่ระยะคลอด 4. อธิบายกลไกการเปิดขยายของปากมดลูก, อธิบายขั้นตอนการรักษาร่างๆ 5. สอนการหายใจเพื่อบรรเทาอาการปวด/ การน้บลูก ดิ้น/การเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี 6. ประเมินลักษณะสีและจำนวนของน้ำคร่ำ 7. Record FHS / Uterine Contraction <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุด เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว Duration 40-50 วินาที Interval 2-3 นาที 2. ระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 10 นาที ปากมดลูกจึงเปิดหมด 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนคลอด การคลอด มีความก้าวหน้าตามเกณฑ์ปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การหดรัดตัวมดลูก Interval 2-3 นาที Duration 50-60 วินาที 2. ผู้คลอดบอกมีลมเบ่ง, ปากมดลูกเปิดหมด <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ การแนะนำตัวพยาบาลผู้ให้บริการ แพทย์ผู้ดูแล การแนะนำสถานที่ การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2. ประเมินสภาพผู้คลอดและทารกพร้อมแจ้งผลการประเมินที่พบ 3. อธิบายให้ทราบถึงลักษณะการเจ็บครรภ์คลอดว่าเป็นอาการปกติแสดงว่าเข้าสู่ระยะคลอด 4. อธิบายกลไกการเปิดขยายของปากมดลูก, อธิบายขั้นตอนการรักษาร่างๆ 5. สอนการหายใจเพื่อบรรเทาอาการปวด/ การน้บลูก ดิ้น/การเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี 6. ประเมินลักษณะสีและจำนวนของน้ำคร่ำ 7. Record FHS / Uterine Contraction <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุด เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว Duration 45-50 วินาที Interval 3-5 นาที 2. ระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 40 นาที ปากมดลูกจึงเปิดหมด
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด เนื่องจากอยู่ในระยะการคลอด Active phase พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลเมื่อการคลอดเข้าสู่ระยะ Active phase เหมือนกัน ทั้งสองรายมีความก้าวหน้าของการคลอดระยะที่ 1 อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างเร็ว ระยะเวลาที่ใช้ใกล้เคียงกัน ซึ่งการเปิดขยายของปากมดลูกที่เร็วอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดได้</p>	

การพยาบาลระยะรอคลอด

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
<p>2. มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดรัศตัวถี่และรุนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : เมื่อมดลูกหดรัศตัว บอกว่า “ปวด”</p> <p>O : ทำหน้านิ้วคิ้วขมวด กระสับกระส่าย</p> <p>มดลูกหดรัศตัว Duration 35 วินาที Interval 3 นาที</p> <p>ความรุนแรงระดับ 2+ Pain score 6</p> <p>Cervix dilated 6 cm., Effacement 80%, Station 0, Membrane Intact</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> เมื่อมดลูกหดรัศตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยการใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย อาการกระสับกระส่ายน้อยลง ผู้คลอดเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เมื่อมดลูกคลายตัว <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบาย ทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด ประเมินความเจ็บปวดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยสังเกตจากสิ่งต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> ซักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวด สังเกตและบันทึกพฤติกรรม การแสดงสีหน้า และการเคลื่อนไหว เช่น ขมวดคิ้ว กำมือแน่น ปิดตัวไปมา สังเกตและบันทึกพฤติกรรม เกี่ยวกับการออกเสียงและการพูด เช่น เสียงร้อง ครวญคราง ร้องกรี๊ด 	<p>2. มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดรัศตัวถี่และรุนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : เมื่อมดลูกหดรัศตัว บอกว่า “ปวด”</p> <p>O : ทำหน้านิ้วคิ้วขมวด กลั้นหายใจ กระสับกระส่าย</p> <p>มดลูกหดรัศตัว Duration 35 วินาที Interval 3 นาที</p> <p>ความรุนแรงระดับ 2+ Pain score 6</p> <p>Cervix dilated 6 cm., Effacement 80%, Station 0, Membrane rupture</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> เมื่อมดลูกหดรัศตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยการใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย อาการกระสับกระส่ายน้อยลง ผู้คลอดเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เมื่อมดลูกคลายตัว <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบาย ทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด ประเมินความเจ็บปวดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยสังเกตจากสิ่งต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> ซักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวด สังเกตและบันทึกพฤติกรรม การแสดงสีหน้า และการเคลื่อนไหว เช่น ขมวดคิ้ว กำมือแน่น ปิดตัวไปมา สังเกตและบันทึกพฤติกรรม เกี่ยวกับการออกเสียงและการพูด เช่น เสียงร้อง ครวญคราง ร้องกรี๊ด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>เสียงสูดปาก เสียงพูดบ่นถึงความเจ็บปวด หรือเสียงร้องขอความช่วยเหลือ</p> <p>2.4 สังเกตหรือบันทึกพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว</p> <p>2.5 สังเกตและบันทึก การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที</p> <p>2.6 ตรวจสอบบันทึกความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที</p> <p>2.7 ตรวจสอบบันทึก เกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และอัตราการความก้าวหน้าของการคลอด</p> <p>2.8 ตรวจสอบบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมดลูกหดรัดตัวถี่</p> <p>3. จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสม เพื่อให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด</p> <p>4. ควบคุมระครองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจ แก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่</p> <p>5. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยดูแลและช่วยเหลือ ให้ผู้คลอดรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดบ่อยๆ เช็ดตัวด้วยน้ำเย็น เปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และจัดสภาพแวดล้อมให้ สะอาดและสงบ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดลดความเครียด ทำให้สุขสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดีขึ้น</p> <p>6. ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่นการหายใจ ก่อนฝึกต้องเตรียมสภาพแวดล้อม และเตรียมผู้คลอดให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ฝึกมีท่าทางสงบ เป็นกันเองกับผู้คลอด โดยใช้เทคนิคดังนี้</p> <p>6.1 เทคนิคการหายใจ</p>	<p>เสียงสูดปาก เสียงพูดบ่นถึงความเจ็บปวด หรือเสียงร้องขอความช่วยเหลือ</p> <p>2.4 สังเกตหรือบันทึกพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว</p> <p>2.5 สังเกตและบันทึก การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที</p> <p>2.6 ตรวจสอบบันทึกความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที</p> <p>2.7 ตรวจสอบบันทึก เกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และอัตราการความก้าวหน้าของการคลอด</p> <p>2.8 ตรวจสอบบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมดลูกหดรัดตัวถี่</p> <p>3. จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสม เพื่อให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด</p> <p>4. ควบคุมระครองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจ แก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่</p> <p>5. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยดูแลและช่วยเหลือ ให้ผู้คลอดรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดบ่อยๆ เช็ดตัวด้วยน้ำเย็น เปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และจัดสภาพแวดล้อมให้ สะอาดและสงบ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดลดความเครียด ทำให้สุขสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดีขึ้น</p> <p>6. ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่นการหายใจ ก่อนฝึกต้องเตรียมสภาพแวดล้อม และเตรียมผู้คลอดให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ฝึกมีท่าทางสงบ เป็นกันเองกับผู้คลอด โดยใช้เทคนิคดังนี้</p> <p>6.1 เทคนิคการหายใจ</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>- ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย มีหมอนรองรับตามข้อต่อต่างๆ เฟงมองที่จุดใดจุดหนึ่งขณะที่มดลูกเริ่มมีการหดตัว หายใจเข้าลึกๆทางจมูกช้าๆและผ่อนคลายใจออกทางปาก ช้าๆ เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ เปลี่ยนเป็นหายใจแบบตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ ไปเรื่อยๆ จนรู้สึกวามดลูกคลายตัวแล้วจึงกลับหายใจแบบซ้ำอีก</p> <p>6.2 การกระตุ้นผิวหนัง โดยการลูบ การนวด การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวดทำได้หลายวิธีเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลูบหน้าท้อง เมื่อมดลูกหดตัวให้ผู้คลอดใช้อุ้งมือทั้งสองข้าง ลูบหรือนวดเบาๆ หายใจเข้าและจากยอคมดลูกผ่านมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่มีการหายใจออกโดยเริ่มจากบริเวณหัวเหน่าขึ้นไปหายอคมดลูกในขณะ - การนวดหลัง ให้ผู้คลอดนอนตะแคงพยาบาลนวดลึกๆ เป็นวงกลม ที่บริเวณกระดูกก้นกบขณะมดลูกหดตัว หรืออาจนวดเป็นรูปเลขแปดโดยผู้นวดกำมือและกางนิ้วหัวแม่มือออก วางด้านฝ่ามือลงบริเวณล่างสุดของหลังก้นน้ำหนักมือค่อนข้างแรงจนเป็นรูปเลขแปดวงเล็กแล้วค่อย ๆ เบาแรงกด เมื่อวนมือเป็นรูปเลขแปดวงใหญ่ขึ้น หรืออาจแนะนำให้ผู้คลอดนวดด้วยตนเองแล้วนวดเองด้วยการหงายหลังมือข้างหนึ่งโดยก้นน้ำหนักมือลง บริเวณส่วนล่างของหลังเพื่อที่จะให้แรงกดมากขึ้นใช้นิ้วหัวแม่มือแตะยึดส่วนล่างสุดของ กระดูกสันหลังอนึ่งทั้งสี่ก้นน้ำหนักลงที่นิ้วทั้งสี่แล้วถูไปตามขวาง <p>7. อธิบายให้สามีของผู้คลอดทราบว่า ผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มดลูกมีการหดตัวที่ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยจึงมีเสียงร้องครวญครางบ้าง สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้แสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด เพราะท่าทีของบุคคลในครอบครัว เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของ</p>	<p>- ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย มีหมอนรองรับตามข้อต่อต่างๆ เฟงมองที่จุดใดจุดหนึ่งขณะที่มดลูกเริ่มมีการหดตัว หายใจเข้าลึกๆทางจมูกช้าๆและผ่อนคลายใจออกทางปาก ช้าๆ เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ เปลี่ยนเป็นหายใจแบบตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ ไปเรื่อยๆ จนรู้สึกวามดลูกคลายตัวแล้วจึงกลับหายใจแบบซ้ำอีก</p> <p>6.2 การกระตุ้นผิวหนัง โดยการลูบ การนวด การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวดทำได้หลายวิธีเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลูบหน้าท้อง เมื่อมดลูกหดตัวให้ผู้คลอดใช้อุ้งมือทั้งสองข้าง ลูบหรือนวดเบาๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวเหน่าขึ้นไปหายอคมดลูกในขณะหายใจเข้าและจากยอคมดลูกผ่านมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่มีการหายใจออก - การนวดหลัง ให้ผู้คลอดนอนตะแคงพยาบาลนวดลึกๆ เป็นวงกลม ที่บริเวณกระดูกก้นกบขณะมดลูกหดตัว หรืออาจนวดเป็นรูปเลขแปดโดยผู้นวดกำมือและกางนิ้วหัวแม่มือออก วางด้านฝ่ามือลงบริเวณล่างสุดของหลังก้นน้ำหนักมือค่อนข้างแรงจนเป็นรูปเลขแปดวงเล็กแล้วค่อย ๆ เบาแรงกด เมื่อวนมือเป็นรูปเลขแปดวงใหญ่ขึ้น หรืออาจแนะนำให้ผู้คลอดนวดด้วยตนเองแล้วนวดเองด้วยการหงายหลังมือข้างหนึ่งโดยก้นน้ำหนักมือลง บริเวณส่วนล่างของหลังเพื่อที่จะให้แรงกดมากขึ้นใช้นิ้วหัวแม่มือแตะยึดส่วนล่างสุดของ กระดูกสันหลังอนึ่งทั้งสี่ก้นน้ำหนักลงที่นิ้วทั้งสี่แล้วถูไปตามขวาง <p>7. อธิบายให้สามีของผู้คลอดทราบว่า ผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มดลูกมีการหดตัวที่ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยจึงมีเสียงร้องครวญครางบ้าง สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้แสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด เพราะท่าทีของบุคคลในครอบครัว เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของ</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ผู้คลอดมาก ทำที่ที่ไม่เหมาะสมจะร้าวอารมณ์ ให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น และอธิบาย ให้สามีและญาติทราบมีสภาพผู้คลอดและควรปฏิบัติ ตนอย่างไร</p> <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น 2. จากการสังเกตพบว่าขณะมดลูกมีการหดตัว ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้ อย่างเหมาะสม และสามารถใช้เทคนิคการหายใจและ ผ่อนคลายได้ถูกต้องเกือบทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว การเจ็บครรภ์คลอดยังคงอยู่ เนื่องจากมีความก้าวหน้า ของกระบวนการคลอดเพื่อเข้าสู่ระยะคลอดบุตร 	<p>ผู้คลอดมาก ทำที่ที่ไม่เหมาะสมจะร้าวอารมณ์ ให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น และอธิบาย ให้สามีและญาติทราบมีสภาพผู้คลอดและควรปฏิบัติ ตนอย่างไร</p> <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส 2. จากการสังเกตพบว่าขณะมดลูกมีการหดตัว ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้ อย่างเหมาะสม และสามารถใช้เทคนิคการหายใจและ ผ่อนคลายได้ถูกต้องเกือบทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว การเจ็บครรภ์คลอดยังคงอยู่ เนื่องจากมีความก้าวหน้า ของกระบวนการคลอดเพื่อเข้าสู่ระยะคลอดบุตร
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัวถี่และรุนแรง กิจกรรมให้การ พยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการปวดจากการคลอด เป็นกิจกรรมที่เป็นมาตรฐาน กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย จึงได้รับการพยาบาลที่เหมือนกัน แต่ผลการประเมินพบว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี pain score ลดลงเพียง 1-2 คะแนน และลดลงเป็นบางครั้งต้องการให้ญาติอยู่ด้วยตลอดเวลา</p>	

การพยาบาลระยะคลอด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>3. เสี่ยงต่อการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอดล่าช้า ยาวนาน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : เมื่อมดลูกหดตัว บอกว่า “มีลมแบ่ง” O : ทำหน้านิ้วคิ้วขมวด มดลูกหดตัว Duration 50 วินาที Interval 2 นาที ความรุนแรง ระดับ 3+ Pain score 8 Cervix fully dilated Membrane rupture</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้คลอดไม่เกิดภาวะคลอดในระยะที่สองยาวนาน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ มารดาทารกปลอดภัย</p>	<p>3. เสี่ยงต่อการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอดล่าช้า ยาวนาน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : เมื่อมดลูกหดตัว บอกว่า “กลั้นไม่ไหว” O : ทำหน้านิ้วคิ้วขมวด มดลูกหดตัว Duration 50 วินาที Interval 3 นาที ความรุนแรง ระดับ 3+ Pain score 8 Cervix fully dilated Membrane rupture</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้คลอดไม่เกิดภาวะคลอดในระยะที่สองยาวนาน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ มารดาทารกปลอดภัย</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด การเบ่งคลอดที่ถูกต้องและแนวทางการช่วยเหลือของแพทย์ เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจให้ความร่วมมือในการให้การช่วยเหลือ และเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ 3. Monitor NST ขณะคลอด Record FHS 4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 3-5 ลิตร/นาที 5. จัดมารดาให้อยู่ในท่าเตรียมคลอด Scrub perineum ดูแลระเพาะปัสสาวะให้วางอยู่เสมอ 6. ดูแลความสบายแก่ผู้คลอด ผู้คลอดมักรู้สึกร้อนและเหงื่อออกมาก เมื่อหยุดเบ่งให้ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดตามใบหน้า คอและแขน ช่วยนวดบริเวณต้นขาให้เพื่อป้องกันอาการตะคริว และปวดเมื่อย ให้ผู้คลอดพักผ่อนให้เต็มที่ช่วงมดลูกคลายตัว 7. ประเมินแรงเบ่ง โดยใช้การประเมินลักษณะการเบ่งของผู้คลอดว่าถูกต้องหรือไม่ การคลอดก้าวหน้าดีหรือไม่ 8. กรณีผู้คลอดเบ่งไม่ถูกวิธี อธิบายจุดบกพร่องให้ผู้คลอดทราบพร้อมทั้งสอนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้จนกระทั่งสามารถทำได้ถูกต้อง 9. ผู้คลอดที่เจ็บครรภ์มาก ดิ้นไปมา ไม่ยอมเบ่ง หรือเบ่งไม่ถูกวิธี พยาบาลต้องเห็นใจเข้าใจความรู้สึก ของผู้คลอด อธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บปวดให้ผู้คลอดเข้าใจ โดยใช้คำอธิบายสั้นๆ เข้าง่าย การ ดิ้นไปมาและไม่เบ่งให้ถูกวิธีจะทำให้เสียแรงและคลอดล่าช้า แต่ถ้าตั้งใจเบ่งไม่ดิ้นจะทำให้บรรเทาปวด และการคลอดเร็วขึ้น 10. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 15 นาที ดูแลให้มดลูกมีการหดรัดตัวเป็นไปตามปกติเพราะถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดีก็จะทำให้แรงเบ่งน้อยด้วยจับ 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด การเบ่งคลอดที่ถูกต้องและแนวทางการช่วยเหลือของแพทย์ เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจให้ความร่วมมือในการให้การช่วยเหลือ และเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ 3. Monitor NST ขณะคลอด Record FHS 4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 3-5 ลิตร/นาที 5. จัดมารดาให้อยู่ในท่าเตรียมคลอด Scrub perineum ดูแลระเพาะปัสสาวะให้วางอยู่เสมอ 6. ดูแลความสบายแก่ผู้คลอด ผู้คลอดมักรู้สึกร้อนและเหงื่อออกมาก เมื่อหยุดเบ่งให้ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดตามใบหน้า คอและแขน ช่วยนวดบริเวณต้นขาให้เพื่อป้องกันอาการตะคริว และปวดเมื่อย ให้ผู้คลอดพักผ่อนให้เต็มที่ช่วงมดลูกคลายตัว 7. ประเมินแรงเบ่ง โดยใช้การประเมินลักษณะการเบ่งของผู้คลอดว่าถูกต้องหรือไม่ การคลอดก้าวหน้าดีไหม 8. กรณีผู้คลอดเบ่งไม่ถูกวิธี อธิบายจุดบกพร่องให้ผู้คลอดทราบพร้อมทั้งสอนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้จนกระทั่งสามารถทำได้ถูกต้อง 9. ผู้คลอดที่เจ็บครรภ์มาก ดิ้นไปมา ไม่ยอมเบ่ง หรือเบ่งไม่ถูกวิธี พยาบาลต้องเห็นใจเข้าใจความรู้สึก ของผู้คลอด อธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บปวดให้ผู้คลอดเข้าใจ โดยใช้คำอธิบายสั้นๆ เข้าง่าย การ ดิ้นไปมาและไม่เบ่งให้ถูกวิธีจะทำให้เสียแรงและคลอดล่าช้า แต่ถ้าตั้งใจเบ่งไม่ดิ้นจะทำให้บรรเทาปวด และการคลอดเร็วขึ้น 10. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 15 นาที ดูแลให้มดลูกมีการหดรัดตัวเป็นไปตามปกติเพราะถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดีก็จะทำให้แรงเบ่งน้อยด้วยจับ Uterine Contraction ทุก 15- 30 นาที ขณะคลอด

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>Uterine Contraction ทุก 15– 30 นาที ขณะคลอด</p> <p>11. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และสภาพทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ ถ้าผู้คลอดหมดแรงหรือเบ่งเป็นเวลานานแล้ว แต่การคลอดไม่ก้าวหน้า เบ่งได้นาน 30 นาที รายงานแพทย์พร้อมกับเตรียมการช่วยเหลือ</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอด ใช้เวลาในการเบ่งคลอดเพียง 6 นาที สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 4,020 กรัม รูปร่างปกติ APGAR's score 9-10-10 คะแนน รกคลอดครบ เสียเลือดจากการคลอด 300 ml. สัญญาณชีพ P 80 ครั้งต่อนาที R 20 ครั้งต่อนาที BP 120/40 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>11. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และสภาพทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ ถ้าผู้คลอดหมดแรงหรือเบ่งเป็นเวลานานแล้ว แต่การคลอดไม่ก้าวหน้า เบ่งได้นาน 30 นาที รายงานแพทย์พร้อมกับเตรียมการช่วยเหลือ</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอด ใช้เวลาในการเบ่งคลอด 15 นาที สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,925 กรัม รูปร่างปกติ APGAR's score 9-10-10 คะแนน รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ มารดา หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน เสียเลือดจากการคลอด 125 ml. สัญญาณชีพ P 94 ครั้งต่อนาที R 2 ครั้งต่อนาที BP 115/75 มิลลิเมตรปรอท</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเสี่ยงต่อการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอดล่าช้ายาวนาน พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้ระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอด น้อยกว่ามาตรฐานโดย กรณีศึกษารายที่ 1 ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 4 ชั่วโมง 10 นาที ปากมดลูกเปิดหมดจึงช่วยคลอดตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 6 นาที ระยะที่ 3 ของการคลอด ใช้เวลา 6 นาทีในการช่วยคลอดรวมระยะเวลาของการคลอด 4 ชั่วโมง 22 นาที ใช้เวลาเพียง 6 นาที และกรณีศึกษารายที่ 2 ระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 3 ชั่วโมง 40 นาที ปากมดลูกเปิดหมดช่วยคลอดตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 15 นาที เซนติเมตร ระยะที่ 3 ของการคลอดรวมใช้เวลา 10 นาที รวมระยะเวลาของการคลอด 4 ชั่วโมง 5 นาที ทารกปกติทั้งสองราย แต่กรณีศึกษารายที่ 1 น้ำหนักทารกมากกว่า 4,000 กรัม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด</p>	

การพยาบาลระยะหลังคลอด

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>4. มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : บอกว่า “ใจคอไม่ดี”</p> <p>O : เสียเลือดจากการคลอด หลังคลอด 2 ชั่วโมง 2 ผืน ไหลเปื้อนผ้าถุง ปริมาณเลือดเพิ่มอีก 500 มิลลิตร รวมเป็น 800 มิลลิตร มดลูกไม่ค่อยแข็งตัว</p>	<p>4. มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : บอกว่า “ใจสั่น เวียนศีรษะ”</p> <p>O : เสียเลือดจากการคลอด หลังคลอด 2 ชั่วโมง 125 มิลลิตร หลังคลอด 4 ชั่วโมง เพิ่มอีก 1,000 มิลลิตร รวมเป็น 1,125 มิลลิตร สัญญาณชีพ</p>

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
<p>สัญญาณชีพ T 37.8 องศาเซลเซียส P 116 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที BP 107/72 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดได้รับการแก้ไขดูแลรักษาพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด 2. ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะช็อก <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มดลูกหดรัดตัวดีแข็ง 2. ปริมาณเลือดที่ออก จากช่องคลอดลดลง ไม่พบลิ่มเลือดหรือก้อน เลือดขนาดใหญ่ออกทางช่องคลอด 3. สีหน้าและเยื่อบุตาซีดเล็กน้อย 4. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติความดัน โลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 -139/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เรียกทีมช่วยเหลือ รายงานแพทย์รับทราบ 2. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงรองเลือด และประเมินเลือดในวัสดุซับเลือดทุกชิ้น 3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องคลึงมดลูกให้แข็งตัวอยู่ตลอดเวลา พร้อมกับการไล่ ก้อนเลือดในโพรงมดลูกออกให้หมดและใช้มือตรวจในโพรงมดลูก ประเมินแผลฝีเย็บ ตรวจสอบว่ามีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้างหรือไม่ 5. จัดทำผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้า พร้อมห่มผ้าเพื่อรักษาความอบอุ่นร่างกาย 6. ให้ออกซิเจนชนิด cannula 3-5 ลิตรต่อนาที 7. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง 8. ดูแลให้การรักษาภาวะตกเลือดตามแนวทาง Standard order ของโรงพยาบาล 	<p>T 37 องศาเซลเซียส P 84 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 107/71 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดได้รับการแก้ไขดูแลรักษาพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด 2. ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะช็อก <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มดลูกหดรัดตัวดีแข็ง 2. ปริมาณเลือดที่ออก จากช่องคลอดลดลง ไม่พบลิ่มเลือดหรือก้อน เลือดขนาดใหญ่ออกทางช่องคลอด 3. สีหน้าและเยื่อบุตาไม่ซีด 4. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติความดัน โลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 -139/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เรียกทีมช่วยเหลือ รายงานแพทย์รับทราบ 2. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงรองเลือด และประเมินเลือดในวัสดุซับเลือดทุกชิ้น 3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องคลึงมดลูกให้แข็งตัวอยู่ตลอดเวลา พร้อมกับการไล่ ก้อนเลือดในโพรงมดลูกออกให้หมดและใช้มือตรวจในโพรงมดลูก ประเมินแผลฝีเย็บ ตรวจสอบว่ามีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้างหรือไม่ 5. จัดทำผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้า พร้อมห่มผ้าเพื่อรักษาความอบอุ่นร่างกาย 6. ให้ออกซิเจนชนิด cannula 3-5 ลิตรต่อนาที 7. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง 8. ดูแลให้การรักษาภาวะตกเลือดตามแนวทาง Standard order ของโรงพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>- ดูแลให้ 0.9%NSS 1,000 ml. + Oxytocin 20 units 100 ml./hr.</p> <p>- ดูแลให้ Methergin 1 amp. IM</p> <p>- ดูแลให้ 0.9%NSS 100 ml.+Oxytocin 10 units 100 ml./hr. x 4 ขวด</p> <p>- ดูแลให้ 0.9%NSS 1,000 ml vein load 1,000 ml. then 100 ml./hr.</p> <p>- เจาะ Lab CBC, Plt., PT, INR, Hct.ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>- ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุดที่ห้องหลังคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มดลูกหดตัวดีแข็งลดยระดับสะดือ 2. ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดลดลง ไม่พบลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่ออกจากช่องคลอดเพิ่ม 3. กรณีศึกษาที่ 1 ค่า Hematocrit ลดลงจาก 31% ในขณะที่ ตั้งครรภ์เหลือ 25 % เยื่อปูดาคีต 4. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 93/63 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5-37.8 องศาเซลเซียส O₂ sat 99% 	<p>- ดูแลให้ 0.9%NSS 100 ml. + Oxytocin 10 units 100 ml./hr. x 4 ขวด</p> <p>- ดูแลให้ Methergin 1 amp. IM</p> <p>- ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml load vein 500 ml. then 100 ml./hr.</p> <p>- Cytotec 3 tabs oral</p> <p>- Transamine 1 gm. + 0.9%NSS 100 ml. Vein drip in 15 min</p> <p>- เจาะ Lab CBC, Plt., PT, INR, Hct.ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>- ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มดลูกหดตัวดีแข็งลดยระดับสะดือ 2. ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดลดลง ไม่พบลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่ออกจากช่องคลอดเพิ่ม 3. กรณีศึกษาที่ 2 ค่า Hematocrit ลดลงจาก 38% ในขณะที่ ตั้งครรภ์เหลือ 27 % เยื่อปูดาคีตเล็กน้อย 4. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 96/48 - 116/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส O₂ sat 100%
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1 การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกให้ Oxytocin ซึ่งเป็น 1st line drug ของโรงพยาบาล เข้ากล้ามเนื้อหลังจากทารกคลอด เมื่อพบว่าปริมาณการสูญเสียเลือดมากขึ้นถึง 300 มิลลิลิตร จึงเพิ่มขนาดยา Oxytocin ให้ทางหลอดเลือดดำ หลังคลอด 4 ชั่วโมงปริมาณเลือดออกมากขึ้น รวมปริมาณเลือดทั้งหมดจำนวน 800 มิลลิลิตร แพทย์จึงให้การรักษาดตาม line postpartum hemorrhage ให้ยา Methergin ซึ่งเป็น 2nd line drug ทางกล้ามเนื้อ และเพิ่มขนาดยา Oxytocin ให้ทางหลอดเลือดดำขึ้นอีก มีภาวะความดันโลหิตต่ำจากภาวะ Hypovolemic shock จึงเพิ่มปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกน้อยจึงได้เพียง Oxytocin เข้ากล้ามเนื้อ หลังทารกคลอดเท่านั้น 4 ชั่วโมงหลังคลอดมีเลือดออกเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งหมด 1,125 มิลลิลิตร มีภาวะ Hypovolemic shock ความดันโลหิตต่ำ จึงให้การรักษาดด้วยการให้สารน้ำทดแทนจำนวนมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งให้ทั้ง 1st line drug, 2nd line drug, 3rd line drug และ 4th line drug</p>	

บทสรุป

การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก อย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด การศึกษากรณีศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 กรณีศึกษานี้ ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติครอบครัวจากแฟ้มข้อมูลผู้คลอด และใช้เครื่องมือ 11 แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้คลอด ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ เชื่อมโยงกันระหว่างพยาธิสรีรวิทยาของผู้คลอดและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แล้วนำไปวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด โดยใช้แบบประเมิน Intra partum high risk score ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ทำให้สามารถผ่านระยะคลอด คลอดปกติทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน MEOWS score ช่วยให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้การดูแลรักษาทำได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลาที่เกิดภาวะวิกฤต ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาที่กำหนดเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลจากการทบทวนการดูแล ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลทำได้อย่างอิสระภายใต้มาตรฐาน รวมทั้งการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะตกเลือดหลังคลอด การประเมินใช้แบบประเมิน ทั้งแบบประเมินหลังคลอด 12 B , Latch score, Breast Feed Observation form ช่วยรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของมารดาหลังคลอดและทารกได้อย่างครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมจิตวิญญาณ

ปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

1. ความก้าวหน้าของการคลอดที่รวดเร็วกว่ามาตรฐาน เวลาที่ใช้ในการคลอดแต่ละระยะสั้น จึงมีผลต่อการให้การพยาบาลมารดาคลอดบุตรในแต่ละระยะไม่ได้ครบถ้วนตามมาตรฐาน
2. อัตรากำลังทางการพยาบาลของบุคลากรที่มีทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล แก่ผู้คลอด มีจำนวนจำกัดในแต่ละวัน การปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตแต่ละระยะต้องใช้อัตรากำลังจากหน่วยงานการพยาบาลอื่น แต่เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วบุคลากรทางการพยาบาลผู้คลอดต้องปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง อีกทั้งยังต้องใช้เวลาในการบันทึกรายละเอียดของเวชระเบียนผู้คลอดตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพให้สมบูรณ์ จึงส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2 ราย มารดาคลอดบุตรรายที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ผ่านการคลอดปกติ 2 ครั้ง จำนวนบุตรมีชีวิต 2 คน อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 2 วัน มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดินไหลออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดได้แก่ ประวัติค่า Hematocrit

< 33% , GA > 40 สัปดาห์ ตรวจพบค่า Hematocrit แรกรับ < 33% , คาคะเนน้ำหนักทารก > 3,500 กรัม แพทย์วางแผนให้คลอดปกติทางช่องคลอด คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 4,020 กรัม ทารกปกติ แต่มารดาหลังคลอดบุตรมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดี มารดาคลอดบุตรรายที่ 2 เป็นหญิงไทย อายุ 16 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 6 วัน มีอาการเจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดินทางออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดได้แก่ครรภ์แรก อายุมารดาน้อยกว่า 17 ปี ดูแลให้คลอดปกติทางช่องคลอด คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,925 กรัม ทารกปกติ แต่มารดาหลังคลอดบุตรมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดี มารดาคลอดบุตรทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายกัน ดังนี้ ระยะก่อนคลอด (รับใหม่) มีปัญหาทางการพยาบาล 3 ปัญหา ได้แก่ 1. ส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดเนื่องจากอยู่ในระยะการคลอด Active phase 2. มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัวถี่และรุนแรง 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตร ระยะรอคลอด/ระยะคลอด มีปัญหาทางการพยาบาล 3 ปัญหา ได้แก่ 1. มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัวถี่และรุนแรง 2. เสี่ยงต่อการคลอดระยะที่ 2 ทารกคลอด ล่าช้ายาวนาน ระยะหลังคลอด มีปัญหาทางการพยาบาล 3 ปัญหา ได้แก่ 1. มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2. มีภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 3. มีภาวะโลหิตจางจากการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 4. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอดและแผลฝีเย็บ 5. การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (Bonding & Attachment) ไม่มีประสิทธิภาพ 6. มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจในการให้นมและเลี้ยงดูบุตร 7. น้่านมไหลออกน้อย อาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก 8. ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนครอบครัวหลังคลอดที่ถูกต้อง ปัญหาทางการพยาบาลที่ต่างกัน 2 ข้อ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด (แรกรับ) รายที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด เนื่องจากยังไม่เคยผ่านการคลอด ระยะหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจในการให้นมและเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากรายที่ 1 G1POA0L0 มารดาคลอดบุตรทั้ง 2 ราย มีภาวะตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่างกัน มารดาหลังคลอดรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดหลายปัจจัย ทั้งภาวะโลหิตจางก่อนคลอด ระยะเวลาคลอดบุตรระยะที่ 2 น้อยกว่า 10 นาที คลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม การป้องกันการตกเลือดในกรณีศึกษา โดยการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การทำคลอดรกด้วยวิธีการ Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) การแก้ไขเมื่อมีภาวะตกเลือด โรงพยาบาลศิริราชมีเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรม อัตรากำลังในการบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กมีจำนวนจำกัด ดังนั้นเพื่อช่วยลดระยะเวลาการให้การรักษายาบาลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม จึงมีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น Standard Order เพื่อป้องกันและรักษาภาวะ Postpartum hemorrhage ที่กำหนดเป็นแนวปฏิบัติภายในโรงพยาบาลศิริราชมีโดยพยาบาลผู้ให้การดูแลสามารถปฏิบัติการรักษายาบาลได้ทันทีทั้งการให้ยาและสารน้ำ อย่างรวดเร็วก่อนที่จะรายงานแพทย์ หากพบอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงทำให้แก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำการป้องกันและจัดการภาวะตกเลือด ขององค์การอนามัยโลก และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกให้

Oxytocin ซึ่งเป็น 1st line drug ของโรงพยาบาล เข้ากล้ามเนื้อหลังจากทารกคลอด เมื่อพบว่าปริมาณการสูญเสียเลือดมากขึ้นถึง 300 มิลลิลิตร จึงเพิ่มขนาดยา Oxytocin ให้ทางหลอดเลือดดำ หลังคลอด 4 ชั่วโมง ปริมาณเลือดออกมากขึ้น รวมปริมาณเลือดทั้งหมด จำนวน 800 มิลลิลิตร แพทย์จึงให้การรักษาตาม line postpartum hemorrhage ให้ยา Methergin ซึ่งเป็น 2nd line drug ทางกล้ามเนื้อ และเพิ่มขนาดยา Oxytocin ให้ทางหลอดเลือดดำขึ้นอีก มีภาวะความดันโลหิตต่ำจากภาวะ Hypovolemic shock จึงเพิ่มปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน และมีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด คือมีภาวะโลหิตจางค่า Hematocrit ต่ำกว่า 25% จึงต้องให้เลือดทดแทนและให้ยาบำรุงเลือดรับประทานเพิ่ม ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยมีปัจจัยเสี่ยงตั้งครั้งแรก อายุน้อยกว่า 17 ปี การคลอดเร็วกว่าปกติสำหรับการตั้งครั้งแรกและคลอดบุตรครั้งแรก มีปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกน้อยจึงได้เพียง Oxytocin เข้ากล้ามเนื้อหลังทารกคลอดเท่านั้น 4 ชั่วโมงหลังคลอดมีเลือดออกเพิ่มมากขึ้นรวมทั้ง 1,125 มิลลิลิตร มีภาวะ Hypovolemic shock ความดันโลหิตต่ำ จึงให้การรักษาด้วยการให้สารน้ำทดแทนจำนวนมากว่ามารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งให้ทั้ง 1st line drug, 2nd line drug, 3rd line drug และ 4th line drug นอกจากนี้ยังมีภาวะโลหิตจางหลังคลอด ค่า Hematocrit ต่ำกว่า 30% แต่ไม่น้อยกว่า 25% ตามแนวทางยังไม่ต้องให้เลือดทดแทน จึงให้เพียงยาบำรุงเลือดรับประทานเท่านั้น

กรณีศึกษามารดาคลอดบุตรทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ การพยาบาลระยะคลอดตั้งแต่แรกรับจนถึงการคลอดเสร็จสิ้น มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ระยะเวลาการพยาบาลขณะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นในชั่วโมงหลังคลอดและความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ทำให้เกิดภาวะ Hypovolemic shock ใกล้เคียงกัน ระยะเวลาการพยาบาลขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่ามารดาคลอดบุตรที่คลอดปกติแล้วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด จาก 2 วันเป็น 3 วัน ปัญหาการพยาบาลที่แตกต่างกันในประเด็นการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครั้งแรกและการคลอด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงภาวะโลหิตจางซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติตามแนวทางการประเมินการเสียเลือดจากการคลอดอย่างเคร่งครัด จะช่วยให้การประเมินการเสียเลือดจากการคลอดตรงกับความเป็นจริงทำให้การรักษามารดาหลังคลอดที่ตกเลือดครอบคลุม อีกทั้งการปฏิบัติตามแนวทาง Standard order เพื่อป้องกันและดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ทันเวลา

2. ในการดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลหรือสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดมีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน รวมถึงให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทันท่วงที การเตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้

อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด หรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ให้น่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงหรือมีอันตรายแก่ชีวิตได้

3. การพัฒนาสมรรถนะ การทบทวนแนวทางปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลมารดาคลอดบุตร และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการป้องกันและจัดการภาวะตกเลือดทุกระยะของการคลอด

4. การจัดเตรียมชุดเครื่องมือ อุปกรณ์และยาที่ใช้ในการดูแลเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดให้พร้อมใช้ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดได้รับการช่วยเหลือ แก้อาการอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2563. โครงการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย พ .ศ.2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่มีดี RTCOG Clinical Practice Guigeline. Prevention and Management of Atonic Postpartum Hemorrhage. ใน รัตยา โพธิณลิ การพยาบาลผู้คลอดที่มี ภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อก .Trat Hospital Plublication 30 พฤศจิกายน 2563.
4. เพ็ญกลดา ทองประเสริฐ. ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . 2557; 27-41.
5. กรมการแพทย์. คู่มือเวชปฏิบัติ การคลอดมาตรฐาน 2558. พิมพ์ครั้งที่ 7. 2560 ; 20-30
6. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. 2557. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด : บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 37(2): 155-162.
7. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ).2560).การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), 6(2), 146-157.
8. สุพารัตน์ ชูรส. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2562.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	นายไพรัตน์ สว่างเมฆ
วัน เดือน ปีเกิด	24 มิถุนายน พ.ศ. 2513
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	66 หมู่ 8 ต. ไผ่ขวาง อ. เมือง จ. พิจิตร 66000
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลวชิรбарมี อ.วชิรбарมี จ.พิจิตร 66140
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2541 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์(ต่อเนื่อง) พ.ศ. 2547 การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) พ.ศ. 2553 การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการควบคุมโรคติดต่อ และการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ