เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : กรณีศึกษา

สุทธิดา อัษฎาธานนท์

โรงพยาบาลสามง่าม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : กรณีศึกษา

(Nursing care for mothers who have early postpartum hemorrhage)

สุทธิดา อัษฎาธานนท์
โรงพยาบาลสามง่าม
Sutthida Asadatanont
Sam Ngam Hospital

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลก ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลผู้ดูแลในห้องคลอดจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและมีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อก 2 ราย ที่รับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้คลอดทางช่องคลอดจากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย โดยเปรียบเทียบพยาธิสภาพ การรักษาและกระบวนการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เวชระเบียนของผู้คลอด

ผลการศึกษา: ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และเกิดสาเหตุเดียวกัน ได้แก่ รกและเยื่อหุ้มรกค้างและรกไม่คลอด แต่ช่วงเวลาที่เกิดภาวะช็อกแตกต่างกัน โดยผู้คลอดรายที่ 1 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังคลอดรกไม่พบภาวะผิดปกติ จนกระทั่ง 2 ชั่วโมง 54 นาที พบว่ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดรวมทั้งหมดหลังคลอด 800 มิลลิลิตร ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 อายุครรภ์ครบกำหนดคลอด แต่หลังคลอดพบว่ารกไม่สามารถคลอดเองได้ ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี เป็นสาเหตุที่ทำให้ตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งหมด 1,200 มิลลิลิตร โดยผู้คลอดทั้ง 2 รายได้รับการรักษาหลักที่เหมือนกัน คือ ได้รับสารน้ำ เลือด ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก ร่วมกับการนวดคลึงมดลูก การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด รวมถึงการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมกว่าอย่างปลอดภัย

บทสรุป: ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมิน มีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลภาวะตกเลือดควบคู่กับการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแก้ไขภาวะช็อกที่เหมาะสมทันเวลา ได้รับการดูแลส่งต่อที่รวดเร็ว สามารถช่วยให้ผู้คลอดพ้นภาวะวิกฤต ปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

คำสำคัญ : ตกเลือดหลังคลอด

ABSTRACT

Background: Postpartum hemorrhages is the most common cause of obstetric complications and leading cause of maternal mortality. There are many causes of postpartum hemorrhage, so the nurses who care for the mothers in labor room should have risk assessment skill and nursing skill to prevent postpartum hemorrhage, complication of maternal and fetal in utero.

Objective: The purpose of this case study was to study the nursing care of 2 postpartum hemorrhages and shock patients who came to the labour room. Sam Ngam Hospital Phichit

Methods: 2 comparative case study of mother that had vaginal deliveries with postpartum hemorrhage and hypovolemic shock in pathology ,treatment and nursing process by using medical record, interview patient and family

Result: Both births had the same nursing problem, namely shock from postpartum hemorrhage. And the cause is the same, including the placenta and placental membranes remaining and the placenta not being born, but the time of shock is different. The first birth patient had premature labor pains. After giving birth, the placenta was not abnormal. Until 2 hours and 54 minutes, it was found that the uterus was not contracting well. There was a total of 800 milliliters of vaginal bleeding after giving birth. The second person gave birth at full term. But after giving birth, it was found that the placenta was unable to deliver on its own. causing the uterus to contract badly It was the cause of postpartum hemorrhage, totaling 1,200 ml. Both births received the same main treatment, which was fluids, blood, and drugs to increase uterine contractions. together with uterine massage Close monitoring of vital signs Including safe transfer to a medical facility that is better equipped.

Conclusion: Postpartum hemorrhage with Hypovolemic shock is a complication that can cause death. Nurses need to have competency in assessment. Have nursing skills Along with using guidelines for caring for postpartum hemorrhage. Effective care for postpartum hemorrhage and timely correct the appropriate shock. Receive care and delivery quickly Can help give birth safely out of critical situations, reducing the occurrence of serious complications.

Keywords : Postpartum hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลกสำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2562-2566 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 25.22,17.8,13,16 และ14[(1)]ตามลำดับ และจากข้อมูลของโรงพยาบาลสามง่ามในปี พ.ศ. 2562-2565 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.75,7.14,3.23 และ 3.57[(2)] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี สิ่งที่สำคัญคือการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ แรกรับไว้ในห้องคลอด และในทุกระยะของการคลอด เพื่อการวางแผนการดูแลผู้คลอดที่มีมาตรฐาน

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ เป็นช่วงวิกฤตของผู้คลอด หากการดูแลรักษาไม่มีประสิทธิภาพผู้คลอดอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นความพร้อมและประสิทธิภาพของการดูแลเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสมรรถนะสำคัญของทีมในห้องคลอด ในด้านบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอด ได้เห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นการเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจำนวน 2 ราย เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาลสามง่ามต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้คลอดรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 24 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลสามง่าม วันที่ 5 มิถุนายน 2565 เวลา 11.00 น. อาการสำคัญ เจ็บครรภ์คลอดและน้ำเดินทางไหลชุ่มผ้า 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์ $G_2P_1A_0L_1$ อายุครรภ์ 34^{+5} สัปดาห์ กำหนดอายุครรภ์จากการอัลตราซาวด์ ฝากครรภ์ที่ รพ.สต.วังลูกช้าง 1 ครั้งและ รพ.สามง่าม 6 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 6^{+2} สัปดาห์ ตรวจพบความดันโลหิตสูง ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษา ที่รพ.พิจิตร ได้รับยา Hydralazine 25 mg ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 เวลาหลังอาหาร และให้กลับมาฝากครรภ์ต่อที่ รพ.สามง่าม ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มกระตุ้น 1 เข็ม ผลเลือด Anti HIV ,VDRL ,HbsAg negative, Hematocrit stat 38 % ผล Urine albumin ,sugar negative ตรวจร่างกายแรกรับน้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีจุกแน่นหน้าอก ไม่บวม ไม่มีตาพร่ามัว ตรวจหน้าท้อง HF ¾ >สะดือ (วัดความสูงของมดลูกได้ 34 เซนติเมตร) FHS 132 ครั้ง/นาที มดลูกมีการหดรัดตัว Interval 2 นาที 15 วินาที, Duration 35 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส แรกรับผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ ปวดอยากเบ่ง ย้ายเข้าห้องคลอดได้รับ 0.9% NSS 1000 ml IV drip 80 cc/hrs. เวลา 11.08 น.คลอด N/D with Lt ML Episiotomy ดูแลให้ยา Oxytocin 10 unit IM หลังทารกคลอดภายใน 1 นาที รกคลอดเวลา 11.21 น. ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที Blood loss ในถุงรองเลือด 350 ml ผู้คลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย บุตรเพศชาย น้ำหนัก 2,770 กรัม APGAR score 9-10-10 หลังรกคลอดประมาณ 2 ชั่วโมง 54 นาที ผู้คลอดมีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน พบมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์เวรเวลา 14.20 น.ดูแลให้

Oxytocin 20 units in 0.9% NSS 600 ml IV drip 80 cc/hrs. ผล Hematocrit 28.7% เวลา15.15น.ผู้คลอดรู้สึกตัวดี มีเวียนศีรษะ และใจสั่นเล็กน้อย ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 100 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวไม่ค่อยดี ต้องคลึงมดลูกให้ตลอด มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 10 LPM ,Oxytocin 80 units in 0.9 % NSS 1,000 ml IV 120 cc/hrs Tranexamic acid 1 gram IV drip, Methylergonovine 1 amp IV , Consult สูติแพทย์ รพ.พิจิตร ให้อัลตราซาวด์เพื่อประเมินภาวะรกค้าง ผลตรวจพบเศษเยื่อรกค้างเป็นบางส่วน เวลา16.00 น.ส่งต่อรพ.พิจิตรด้วย Postpartum hemorrhage with R/O Retained Placenta Total Blood loss ในถุงรองเลือด 800 ml

ผู้คลอดรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 31 ปี วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลสามง่าม 13 มิถุนายน 2565 เวลา 05.30 น.
อาการสำคัญ เจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการตั้งครรภ์ $G_2P_1A_0L_1$อายุครรภ์ 39^{+0} สัปดาห์ จากประจำเดือนครั้งสุดท้าย ฝากครรภ์ที่ รพ.นพรัตน์ราชธานี 3 ครั้ง,รพ.พิจิตร 2 ครั้ง และ รพ.สามง่าม 3 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 12^{+0} สัปดาห์ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มกระตุ้น 1 เข็ม ผลเลือด Anti-HIV , VDRL, HbsAg negative Hematocrit stat 35% ผล Urine albumin , sugar negative ตรวจร่างกายแรกรับน้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ตรวจหน้าท้อง HF ¾ >สะดือ (วัดความสูงของมดลูกได้ 37 เซนติเมตร) FHS 150 ครั้ง/นาที มดลูกมีการหดรัดตัว Interval 4 นาที Duration 35 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกไม่เปิด ระดับส่วนนำ-2 สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 133/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส เวลา 06.00 น.ถุงน้ำคร่ำแตกเอง น้ำคร่ำสีใส FHS 152 ครั้ง/นาที ,ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50% ระดับส่วนนำ-1 เวลา 06.30 น.ปวดอยากเบ่ง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ย้ายเข้าห้องคลอด ดูแลให้ 0.9 % NSS 1000 ml IV 80 cc/hrs คลอดปกติเวลา 06.37น. ไม่มีแผลฉีกขาดจากการคลอด ดูแลให้ Oxytocin 10unit IM หลังคลอดภายใน 1 นาที บุตรเพศหญิง น้ำหนัก 3,645 กรัม APGAR score 9-10-10 หลังทารกคลอด 20 นาที รกไม่คลอด ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี Blood loss ในถุงรองเลือด 300 ml ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที สวนปัสสาวะได้ Urine สีเหลืองใส 200 ml รายงานแพทย์ ดูแลให้ Oxytocin 20 unit in 0.9%NSS 1000 ml IV 80 cc/hrs. เวลา 07.03 น.ผู้คลอดรู้สึกตัวดี มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ดูแลให้ออกซิเจน canular 3 LPM ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 ml IV 120cc/hrs อีกเส้นแขนขวา Hematocrit stat 32% ,G/M จอง PRC 1unit เวลา 07.08 น. ประเมินการลอกตัวของรก รกยังไม่คลอดติดแน่น ยังมีเลือดออกตลอด Blood loss ในถุงรองเลือด 500 ml ความดันโลหิต 128/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที Consult สูติแพทย์ รพ.พิจิตร ให้ส่งต่อรพ.พิจิตร ดูแล Vaginal packing ก่อนนำส่งและดูแลให้ Tranexamic acid 1 gram IV drip ระหว่างการประสานการส่งต่อ ความดันโลหิต 78/58-85/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย ใบหน้าซีด ดูแลปรับ rate 0.9% NSS 1000 ml IV (แขนขวา) Free flow ,ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 10 LPM เวลา 08.15 น.นำส่งรพ.พิจิตร Total Blood loss ในถุงรองเลือด 1,200 ml ก่อนส่งต่อความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ตารางแสดงการเปรียบเทียบผู้คลอด 2 ราย

ด้วยการอภิปรายผลตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
1.ระยะวิกฤต	ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บครรภ์ ผู้คลอดรายที่ 1 มีภาวะเศษรกค้างเป็นบางส่วน มีผลทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ผู้คลอดรายที่ 2 มีภาวะรกไม่คลอดและมดลูกหดรัดตัวไม่ดีซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด[3]กล่าวคือสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะรกค้างและเศษรกค้าง ทำให้เกิดภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดีร่วมด้วย โดย -ผู้คลอดรายที่ 1 หลังรกคลอด ไม่พบภาวะผิดปกติ ต่อมา 2 ชั่วโมง 54 นาที มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย1ผืน มดลูกหดรัดตัวไม่ดีจากนั้น เวียนศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิต90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร100ครั้ง/นาที มีเลือดออก 800 ml. ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 38% เหลือ 28.7% ตรวจอัลตราซาวด์พบเศษเยื่อรกค้างเป็นบางส่วน -ผู้คลอดรายที่ 2 หลังทารกคลอด แล้วรกไม่คลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น มีเลือดออก 1,200 ml ความดันโลหิต 78/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 35% เหลือ 25% จากการประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากสัญญาณชีพร่วมกับอาการ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
			อาการแสดงและปริมาณเลือดที่ออก พบว่าผู้คลอดทั้ง 2รายมีภาวะช็อก จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น โดยผู้คลอดรายที่ 1 มีระดับของภาวะช็อกระยะเริ่มต้น ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 ระยะปานกลาง[4]
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้คลอดรายที่ 1 คลอดปกติ หลังรกคลอด ประมาณ 2 ชั่วโมง 54 นาที พบมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด อัลตราซาวด์พบว่ามีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้างบางส่วน จึงเป็นสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด -ผู้คลอดมีระดับรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดระยะเริ่มต้น (mild) -ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 38% เหลือ 28.7% -ผู้คลอดเสียเลือดหลังคลอดรวม 800 ml.	ผู้คลอดรายที่ 2 คลอดปกติ หลังทารกคลอด พบว่ารกไม่คลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด วินิจฉัยว่าเป็นภาวะ Retained placenta -ผู้คลอดรายที่ 2 ระดับความรุนแรงระยะ (Moderate) -ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 35% เหลือ 25% -ผู้คลอดเสียเลือดหลังคลอดรวม 1,200ml.	ผู้คลอดรายที่ 1 มีภาวะเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้างบางส่วน ผู้คลอดรายที่ 2 รกทั้งอันยังไม่ลอกตัว ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สาเหตุเกิดจากมีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง และรกไม่คลอด /คลอดไม่ครบ (retained placental tissue) มีผลทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี[3] ซึ่งผู้คลอดทั้ง 2 ราย เป็น Early postpartum hemorrhage การตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นภายในเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยสาเหตุหลัก คือ Uterine atony ซึ่งพบได้ถึง 80% ของ Early postpartum hemorrhage[5]
3.การรักษา	**ระยะก่อนคลอด** -งดน้ำและอาหาร -ให้สารน้ำทดแทน 0.9%NSS 1000 ml มิลลิลิตร	**ระยะก่อนคลอด** -งดน้ำและอาหาร -ให้สารน้ำทดแทน 0.9%NSS 1000 ml มิลลิลิตร	**ระยะก่อนคลอด** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนคลอด ซึ่งในระยะนี้ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้คลอดมีความก้าวหน้าของการคลอด จึงคลอดทางช่องคลอดอย่างปลอดภัย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
	ระยะหลังคลอด -Oxytocin 10 unit IM หลังทารกคลอดภายใน 1 นาที -Vaginal packing -serial hematocrit stat และทุก 6 ชั่วโมง -ให้ Oxytocin 80 units in 0.9%NSS 1,000 ml IV 120 cc/hr -ตรวจ CBC -Tranexamic acid 1 gram IV drip -Methylergonovine 1amp IV -mask with bag 10 LPM -consult สูติแพทย์ รพ.พิจิตร -อัลตราซาวด์ประเมินรกค้าง -ส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตร	**ระยะหลังคลอด** -Oxytocin 10 unit IM หลังทารกคลอดภายใน 1 นาที -Add Oxytocin 20 units in 0.9%NSS เดิม 600 ml IV 80 cc/hrs -ให้สารน้ำทดแทนเพิ่มอีก 1 เส้นที่แขนขวา 0.9%NSS 1000ml IV -mask with bag 10 LPM -consult สูติแพทย์ รพ.พิจิตร -ตรวจ CBC,G/M ขอ PRC 1 ยูนิต -Tranexamic acid 1 gramIV drip -Vaginal packing -ส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตร	**ระยะหลังคลอด** ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด[3,6]และการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีด้วยกระบวนการ TIME[6,7] อย่างไรก็ตามแม้ผู้คลอดทั้ง 2 รายได้รับการดูแลเพื่อป้องกัน รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือและแก้ไขเมื่อเกิดภาวะตกเลือดแต่ยังเกิดภาวะวิกฤตจากการตกเลือดและมีภาวะช็อกต้องได้รับการแก้ไข โดยผู้คลอดรายที่ 1 ให้สารน้ำ และยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก และตรวจอัลตราซาวด์เพื่อหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดว่ามีเศษรก/เยื่อหุ้มรกค้างหรือไม่และส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมและศักยภาพสูงกว่า ผู้คลอดรายที่ 2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่ม ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก และส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมและศักยภาพสูงกว่าเช่นกัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
4.ปัญหาทางการพยาบาล	**ระยะก่อนคลอด** 1.มีโอกาสเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด 2.ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์ **ระยะคลอด** 3.ทารกมีโอกาสเกิด Birth Asphyxia จากการคลอดก่อนกำหนด **ระยะหลังคลอด** 4.ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	**ระยะก่อนคลอด** 1.ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด 2.ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์ **ระยะคลอด** 3.ทารกมีโอกาสเกิด Birth Asphyxia จากการคลอด **ระยะหลังคลอด** 4.ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย สามารถกำหนดปัญหาทางการพยาบาลและนำมาวางแผนตามกระบวนการพยาบาล โดยในระยะก่อนคลอดผู้คลอดทั้ง 2 รายเข้ารับการรักษาในรพ.ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด แต่ผู้คลอดรายที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยที่อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ทำให้เสี่ยงต่อการคลอดกำหนด แต่เนื่องจากแรกรับตรวจพบว่าปากมดลูกเปิดหมด จึงเป็นต้องเตรียมทีม เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับรับทารกในระยะคลอด ผู้คลอดรายที่ 1คลอดก่อนกำหนด แต่ทารกไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia ในระยะหลังคลอด ผู้คลอดทั้ง 2 รายเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อก ผู้คลอดรายที่ 1 มีระดับรุนแรงของภาวะช็อกระยะเริ่มต้น (mild) ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 ระดับความรุนแรงระยะ (Moderate)[4]
5.การพยาบาลตามปัญหาสำคัญระยะก่อนคลอด 5.1 มีโอกาสเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด	**การพยาบาล** 1.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและสุขภาพทารกในครรภ์แรกรับ 2.เตรียมทีม เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับรับทารก		ผู้คลอดรายที่ 1 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีอายุครรภ์ 34^{+5} สัปดาห์ ตรวจภายในแรกรับพบว่าปากมดลูกเปิดหมด ให้การพยาบาลเบื้องต้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ,งดน้ำและอาหาร เตรียมทีม เครื่องมือสำหรับรับทารกผลการคลอดทารกคลอดทางช่องคลอดได้ปกติ ไม่มีภาวะ Birth Asphyxia น้ำหนักแรกคลอด 2,700 กรัม APGAR score 9-10-10

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
5.2 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด		**การพยาบาล** 1.ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดรัดตัวของมดลูกทุก 2 ชั่วโมง 2.ตรวจภายในดูการเปิดขยาย ความบางของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 2 ชั่วโมง 3.ประเมินความรุนแรงของการปวดพร้อมทั้งอธิบายสาเหตุ 4.บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ 5.ประเมินสัญญาณชีพ 6.จัดท่าบรรเทาปวดโดยการปรับให้นอนตะแคงซ้ายช่วยนวดบริเวณหลังและก้นกบ 7.พูดคุยให้กำลังใจและอยู่กับผู้คลอดตลอดเวลา	ผู้คลอดรายที่ 1 ตรวจภายในแรกรับพบว่าปากมดลูกเปิดหมด ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและสุขภาพทารกในครรภ์แรกรับ เข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดรายที่ 2 ได้รับการประเมินความเจ็บปวด การหดรัดตัวของมดลูกและตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอด สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ผู้คลอดทั้ง 2 รายสามารถเบ่งคลอดได้ถูกวิธี ใช้ระยะเวลาในการคลอดเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด
5.3 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์	**การพยาบาล** 1.พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าทีเป็นมิตร 2.อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง	**การพยาบาล** 1.พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าทีเป็นมิตร 2.อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาเพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง	ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวลในระยะคลอด ผู้คลอดรายที่ 1 จะมีความวิตกกังวลมากกว่าเนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้แจ้งผลการดำเนินการรักษาเป็นระยะ ๆ ให้ให้การดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาทำให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวลลดลง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
	3.รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก 4.เปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลา คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจ	3.รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก 4.เปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลา คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจ	ผู้คลอดรายที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์ท้อง 2 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด จะมีความมั่นใจในการคลอด และมีความวิตกกังวลน้อยกว่า
ระยะคลอด 5.4 -ทารกรายที่ 1 มีโอกาสเกิด Birth Asphyxia จากการคลอดก่อนกำหนด -ทารกรายที่ 2 มีโอกาสเกิด Birth Asphyxia จากการคลอด	**การพยาบาล** 1.ขณะเบ่งคลอดให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM 2.ประเมินอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ทุกครั้งหลังมดลูกคลายตัว 3.รายงานแพทย์และเตรียมทีมรับทารก 4.ประเมินอาการและสภาพทารกแรกเกิด	**การพยาบาล** 1.ประเมินอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ทุกครั้งหลังมดลูกคลายตัว 2.รายงานแพทย์และเตรียมทีมรับทารก 3.ประเมินอาการและสภาพทารกแรกเกิด	ทารกรายที่ 1 ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจ 138 ครั้ง/นาที APGAR score นาทีที่ 1=9 (หักสีผิว) ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 96% ทารกรายที่ 2 ตัวแดงดี ร้องเสียงดังดี เคลื่อนไหวแขนขาได้ตามปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้ง/นาที APGAR score นาทีที่ 1=9 (หักสีผิว) ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 95% ทารกทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อไปโรงพยาบาลพิจิตรพร้อมมารดา
ระยะหลังคลอด 5.5มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุเศษเยื่อหุ้มรกค้างและมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **การพยาบาล** 1.เตรียมทีม 2.ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงรองเลือด 3.ประเมินหาสาเหตุเลือดที่ออก	ตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุรกค้างและมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **การพยาบาล** 1.เตรียมทีม 2.ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงรองเลือด 3.ประเมินการลอกตัวของรก	ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด โดยสาเหตุเกิดจากรกและเศษรกค้าง /รกไม่คลอด[3,6] ผู้คลอดรายที่ 1 หลังรกคลอด ไม่พบภาวะผิดปกติ ต่อมา 2 ชั่วโมง 54 นาที มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย1ผืน มดลูกหดรัดตัวไม่ดีจากนั้น เวียนศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิต90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร100ครั้ง/นาที มีเลือดออก 800 ml. ต้องเพิ่มยาเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกให้ออกซิเจน mask with

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
	4.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็ง หลังจากนั้นนวดคลึงทุก 15 นาที 5.ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาทีเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 6.จัดท่าผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้าพร้อมให้ความอบอุ่น 7.ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag 10 LPM 8.ให้ยาเพิ่มกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin 80 unit ในสารน้ำ 9.ประเมินติดตามผล Hematocrit 10.ตรวจอัลตราซาวด์ประเมินภาวะรกค้าง 11.ดูแลทางด้านจิตใจให้กำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลรักษา 12.เตรียมผู้คลอดให้พร้อมและแจ้งให้ญาติทราบ กรณีส่งต่อไปรักษาต่อที่รพ.พิจิตร	4.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก 5.ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาทีเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 6.จัดท่าผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้าพร้อมให้ความอบอุ่น 7.ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag 10 LPM 8.ให้ยาเพิ่มกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 9.ดูแลให้สารน้ำเพิ่มที่แขนขวา 10.ประเมินติดตามผล Hematocrit 11.ดูแลทางด้านจิตใจให้กำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลรักษา 12.เตรียมผู้คลอดให้พร้อมและแจ้งให้ญาติทราบ กรณีส่งต่อไปรักษาต่อที่รพ.พิจิตร	bag 10 LPMความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 38% เหลือ 28.7% ตรวจอัลตราซาวด์พบเศษเยื่อรกค้างเป็นบางส่วน และประสานส่งต่อรพ.พิจิตรทันที ผู้คลอดรายที่ 2 หลังทารกคลอด แล้วรกไม่คลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ให้ออกซิเจน มีเลือดออก 1,200 ml ความดันโลหิต 78/58 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 116ครั้ง/นาทีต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่มอีกเส้น และให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPMความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 35% เหลือ 25%จึงประสานส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตรทันที

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
6.ติดตามผลการรักษาส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตร	รับ case จาก รพ.สามง่ามวันที่ 5 มิถุนายน 2565 วินิจฉัยโรค PPH due to Retained placental withperineorrhaphy with D&C with CHT การรักษาที่ได้รับ - ขูดมดลูกนำเศษเยื่อหุ้มรกออก - รักษาที่ รพ.พิจิตร 2 วัน จำหน่าย 7 มิถุนายน 2565	รับ case จาก รพ.สามง่ามวันที่ 13 มิถุนายน 2565 วินิจฉัยโรค PPH due to Retained placenta with hypovolemic shock S/P Manual removal of placenta การรักษาที่ได้รับ - ล้วงรก - รักษาที่ รพ.พิจิตร 2 วัน จำหน่าย 15 มิถุนายน 2565	ผู้คลอดรายที่ 1 ได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ แก้ไขสาเหตุด้วยการขูดมดลูกและผู้คลอดรายที่ 2 ช่วยด้วยการล้วงรก ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำตามแนวทางป้องกันและจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด[3,6] ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีภาวะการตกเลือดรุนแรง ส่งผลให้มีภาวะซีด จึงได้รับเลือดคนละ 1 Unit และได้รับการแก้ไขภาวะช็อคทันเวลา จนกระทั่งผู้คลอดได้รับความปลอดภัย ทั้ง 2 ราย รับการรักษาที่ รพ.พิจิตร 2 วัน อาการทั่วไปปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี น้ำคาวปลาสีแดงจางลง ไม่ปวดมดลูก น้ำนมเริ่มไหลดี จึงจำหน่ายออกจาก รพ. นัดติดตามตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ พร้อมติดตามผล Hematocrit

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และเกิดสาเหตุเดียวกัน ได้แก่ รกและเยื่อหุ้มรกค้างและรกไม่คลอดแต่ช่วงเวลาที่เกิดภาวะช็อกแตกต่างกัน ความรุนแรงของภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งความยากของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละราย ผู้คลอดรายที่ 1 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยอายุครรภ์ 34^{+5} สัปดาห์ และตรวจพบปากมดลูกเปิดหมดทำให้ไม่สามารถระงับการคลอดได้ตามแผนการรักษา จำเป็นต้องมีทีมที่พร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที และช่วยฟื้นคืนชีพทารกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Birth Asphyxia และในระยะหลังคลอด หลังคลอดรกไม่พบภาวะผิดปกติ จนกระทั่ง 2 ชั่วโมง 54 นาที พบว่ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดรวมทั้งหมดหลังคลอด 800 มิลลิลิตร จนวินิจฉัยได้ว่าพบภาวะเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง โดยได้จากการตรวจอัลตราซาวด์ ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 อายุครรภ์ครบกำหนดคลอด แต่หลังคลอดพบว่ารกไม่สามารถคลอดเองได้ ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี เป็นสาเหตุที่ทำให้ตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งหมด 1,200 มิลลิลิตร ต้องให้การดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะช็อกได้รับการรักษาโดยการเตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ รวมทั้งการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมสูงกว่าได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างทันท่วงที โดยทีมบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้คลอดพ้นภาวะวิกฤตปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอด 2 ราย พบปัญหาการตกเลือดจากรกและเศษรกไม่คลอดเป็นสาเหตุทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี นอกจากต้องมีระบบการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้ว ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้คลอดในด้านความรู้ทางวิชาการ มีการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้คลอดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะวิกฤต เพื่อให้เกิดความชำนาญในการดูแลและจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด และควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกับทีม มีการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด

สรุป

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะวิกฤตในห้องคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดในหน่วยงานห้องคลอด จำเป็นต้องมีทักษะ ความรู้ความสามารถ ในหลักการดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยใช้กระบวนการ TIME [6,7]

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. งานเฝ้าระวังกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก-อัตราส่วนการตายมารดา [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ เมษายน 2565].เข้าถึงได้จาก: http:/hp.anamai.moph.go.th/th
2. โรงพยาบาลสามง่าม. รายงานการคลอด. พิจิตร: งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามง่าม; 2562-2565
3. รศ.พญ.เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ.ภาวะตกเลือดหลังคลอด [อินเตอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;[เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2565].เข้าถึงได้จาก https//w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33365/
4. ลัลธพร พัฒนาวิจารย์. การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน: วิบูลย์ เรืองชัยนิคม,บรรณาธิการ. ร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ:บริษัทยูเนียน ครีเอชัน จำกัด; 2560
5. ญาดา ทองอยู่. Surgical Management of Post partum hemorrhage [อินเตอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/4097/
6. นพ.นิรทร ศรีสุโข. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์. พิจิตร: งานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 2566.
7. ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีด้วยกระบวนการ TIME. ใน: วิบูลย์ เรืองชัยนิคม,บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์4.0 เพื่อสุขภาพที่ดีครอบครัวไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด; 2561.