



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง

รชาดา ตูลารักษ์ พย.บ.

งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ่อไร่

E-mail:Racha2465@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ระยะก่อนคลอด ผู้คลอด G3P2A0L2 GA 39+1 wks by U/S last 2 ปี ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลบ่อไร่ เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GDMA1 มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด มีน้ำเดิน ตรวจภายในประเมินการเปิดของปากมดลูกเปิด 2 cm ความบางของปากมดลูก 50 % ถุงน้ำคร่ำแตก (Membrane rupture) สีขาวขุ่น ส่วนน้ำเป็นสีโรซาระดับของส่วนน้ำ -1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 130 ครั้ง/นาที การหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ Interval 5 นาที Duration 30 วินาที Severity 2+ Pain score 6 คะแนน วัดสัญญาณชีพ BT= 36.9 องศาเซลเซียส PR= 76 ครั้ง/นาที, RR= 18 ครั้ง/นาที, BP= 120/82 มิลลิเมตรปรอท เจาะ DTX = 145 mg/dl ตรวจความเข้มข้นของเลือดปลายนิ้ว 36 % ไม่พบโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ รายงานแพทย์เข้าตรวจเยี่ยม ประเมินการหดตัวของมดลูก และความก้าวหน้าของการคลอด EFM category I , U/S SVF FH+ estimate fetal weight 4392 gm ปรีกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายพิจารณาให้ส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย สาเหตุที่ต้องส่งต่อเนื่องจากทารกตัวโต ระหว่างเตรียมการส่งต่อ ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ถี่เพิ่มมากขึ้น ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 6 เซนติเมตร ปรีกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายอีกครั้ง ให้รอคลอดที่โรงพยาบาลบ่อไร่

ระยะคลอด ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น Interval 2 นาที Duration 55 วินาที วินาที Severity 2+ Pain score 10 คะแนน ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด (Cervical dilatation) 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก(Effacement) 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่พบถุงน้ำคร่ำ (Membrane rupture) ระดับส่วนน้ำ (station) คะแนนความเจ็บปวด 10 คะแนน อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้ง/นาที ย้ายเข้าห้องคลอด เชียร์เบ่ง Episiotomy สีระงกค่อนข้างใหญ่ ตามทีมช่วยคลอด แพทย์และพยาบาลรับเด็ก ช่วยคลอดโดยวิธี Mc. Robert's maneuver ทารกคลอดเวลา 19.44 น. เพศชาย อวัยวะครบปกติ น้ำหนักทารก 3,735 กรัม Apgar Score นาทีที่ 1 เท่ากับ 10 5 นาทีเท่ากับ 10 และนาทีที่ 10 เท่ากับ 10 อัตราการเต้นหัวใจ 140 ครั้ง/นาที ระหว่างรอสัญญาณการลอกตัวของรกมีเลือดออก 200 มิลลิลิตรโดยใช้ถุงตวงเลือด เปิดเส้น 0.9% Sodium chloride load 500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเพิ่มอีก 1 เส้น Retain foley's cath หลังทารกคลอด 30 นาที รกและเยื่อหุ้มรกยังไม่คลอด ติดแน่น รกไม่ลอกตัว แพทย์ประเมินและทำหัตถการล้วงรก รกคลอดเวลา 20.25 น. ตรวจรกและเยื่อหุ้มรกครบ แพทย์ U/S ซ้ำหลังทำหัตถการล้วงรกไม่พบเศษรกในโพรงมดลูก เลือดออกทางช่องคลอดรวม 800 มิลลิลิตรตรวจความเข้มข้นของเลือดปลายนิ้วลดลง 33 % วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 109/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ รวมเวลาในการคลอด ระยะที่ 1=3 ชั่วโมง ระยะที่ 2= 29 นาที ระยะที่ 3= 41 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการคลอด 4 ชั่วโมง 10 นาที

ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้คลอดรู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลีย ใบหน้าซีด คู่อดิโรย ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีอาการหน้ามืดวัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 119/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออก 40 มิลลิลิตร ปัสสาวะสีเหลืองใส 300 มิลลิลิตร เจาะ DTX = 97 mg/dl ได้รับสารน้ำ 5% Dextrose in 1/2 normal saline 1000 มิลลิลิตร + syntocinon 20 ยูนิต หดทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจความเข้มข้นของเลือดปลายนิ้ว 33 % ย้ายผู้คลอดไปเตียงหลังคลอด เวลา 21.45 น.

ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 52 ครั้ง/นาที DTX 88 mg/dl ย้ายไปหลังคลอดพร้อมมารดา

ติดตามเยี่ยมหลังคลอด วันที่ 20 กันยายน 2564 ไม่มีภาวะตกเลือดซ้ำ ตรวจความเข้มข้นของเลือด 28 % ให้ PRC 1 unit หลังได้รับเลือดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ความเข้มข้นหลังได้เลือด 30 % มารดาช่วยเหลือตัวเองได้ดี นอนหลับดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 23 กันยายน 2567 รวมนอนพักในโรงพยาบาล 4 วัน รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 ชั่วโมง 45 นาที

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลก นอกจากนี้การตกเลือดหลังคลอดยังส่งผลเสียต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก อัตราการได้รับเลือด ส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอด โดยส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอดมักเกิดขึ้นภายในการคลอดทันทีหรือใน 1-2 ชม.แรกหลังคลอด เนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะ ตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดรัดตัว และคลายตัวเป็นระยะ สลับกันเพื่อบีบรัดหลอดเลือด เป็นการป้องกันการไหลของเลือดจากโพรงมดลูก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ, การศึกษา, ประวัติโรคประจำตัว/การเจ็บป่วยก่อนตั้งครรภ์, ประวัติการผ่าตัดมดลูกหรือการผ่าตัดคลอด, และปัจจัยด้านสูติกรรม ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์, วิธีการคลอดหรือการช่วยคลอด, ช่องทางคลอดฝึกขาด, รกค้าง, การคลอดยาวนาน, นอกจากนี้ยังพบ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในระดับรุนแรงอีกปัจจัยหนึ่งคือ ทักษะการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดของผู้ดูแล มีการนำแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการปฏิบัติตามระบบการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของทีมรักษา เกิดภาวะตกเลือด, การตัดมดลูกหลังคลอดลดลง และไม่มีผู้คลอดเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด (เพิ่มศักดิ์ สุขเมขศรี ,2565)

จากสถิติผู้คลอดที่มารับบริการคลอดในงานห้องคลอดโรงพยาบาลบ่อไร่ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5.56 (5 ราย), 1.16 (1 ราย), 4.49 (4 ราย) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดีร้อยละ 50 (5 ราย), การคลอดระยะที่ 1 ยาวนานร้อยละ 30 (3 ราย) และภาวะรกค้างร้อยละ 20 (2 ราย) ตามลำดับ ดังนั้นการหดรัดตัวไม่ดีของมดลูกจึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดทั้งหมด (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2560) การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบัน คือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็วโดยให้ Oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขณะคลอดไหลหน้าทารก หรือฉีดเพิ่มในสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ภายหลังทารกคลอดทันที เพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี ทำคลอดเร็วได้โดยเร็ว และป้องกันการตกเลือดในระยะแรก

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) (เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี ,2565) ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังคลอดทารก มีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอด หรือปริมาณเลือดจำนวนมากว่า 1,000 มิลลิลิตร เมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือร้อยละ1ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นเลือดแดงลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดอย่างไรก็ตาม การประเมินปริมาณเลือดที่ออก ส่วนใหญ่มักจะประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงครึ่งหนึ่ง ดังนั้นจึงดูอาการทางคลินิกร่วมด้วย ถ้าหากมารดาหลังคลอดมีอาการเสียเลือดโดยที่ไม่ได้รับการรักษา ก็อาจจะทำให้เกิดอาการช็อค ซ็อกและเสียชีวิตในที่สุด

พยาธิสภาพ

ตามธรรมชาติภายหลังรกคลอด มดลูกหดตัวโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัวซึ่งมีหลอดเลือดปลายเปิดเป็นจำนวนมากจะถูกบีบรัดตัวทำให้เลือดหยุดไหล โดยเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกจะประสานล้อมรอบหลอดเลือดและเกิดการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ ภายหลังการลอกตัวของรก ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) จะลดลง ร่วมกับระดับฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว และหลอดเลือดบริเวณที่มีการฉีกขาดของรกจะถูกบีบทำให้การไหลของเลือดลดลง ร่วมกับกระบวนการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดหยุดไหล ดังนั้น หากกล้ามเนื้อมดลูกมีความผิดปกติหรือมีสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูกจะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี หรือในกรณีที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของลิ้มเลือด หรือมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดหรือมดลูกจะทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงหลังคลอดได้ นอกจากนี้ เมื่อเกิดภาวะตกเลือด และมี การสูญเสียเลือดในปริมาณมาก จะส่งผลให้เซลล์ในร่างกายขาดออกซิเจน ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) มีผลต่อฮอร์โมนที่สำคัญในระยะหลังคลอด หากได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ซ็อก ทุพพลภาพจนถึงการเสียชีวิตได้ ชนิดของการตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่

1.การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง(Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ24 ชั่วโมงจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็น เกณฑ์ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 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

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก(เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี ,2565)

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อย มี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่

1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony)

2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract)

3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง

4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนี้

- 1. Tone** คือ ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดเป็นร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี(Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด(Twin) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต(Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป(Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน(Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า(Prolonged of labor) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดีเนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติหรือกล้ามเนื้อมดลูก
- 2. Trauma** คือ สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องคลอด เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก(Tear cervix) ช่องคลอด(Tear vaginal) แผลฝีเย็บ(Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอด(Hematoma) เป็นต้น เป็นสาเหตุอันดับสองของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก
- 3. Tissue** คือ สาเหตุที่เกี่ยวกับรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกตกค้างภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติ
- 4. Thrombin** คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ(Defects in coagulation) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด(Massive antepartum or PPH) การติดเชื้อ(Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์(Severe preeclampsia)

การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอาศัยข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆเพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีดังนี้

1. การซักประวัติ การซักประวัติควรครอบคลุมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งในปัจจุบันและในอดีต โรคประจำตัว เช่น โลหิตจาง โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ประวัติเกี่ยวกับการมีเลือดออกทางช่องคลอด และประเมินว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหรือไม่ ดังนั้นพยาบาลควรซักถามประวัติ รายละเอียดในแต่ละประเด็น ดังนี้

1.1 อายุครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ การขาดประจำเดือน(Last Menstrual Period : LMP) การ เคลื่อนไหวของทารกครั้งแรก(Quickening) ร่วมกับการตรวจทางหน้าท้องเพื่อระดับของยอดมดลูกเพื่อ คำนวณหาอายุครรภ์ที่แน่นอน

1.2 อาการระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับการมีเลือดออกทางช่องคลอดในการ ตั้งครรภ์ครั้งนี้

1.3 ซักประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ได้แก่ ประวัติการแท้ง การขูดมดลูก การได้รับ การล้างรกในครรภ์ก่อน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติคลอดยาก จำนวนเลือดที่ออกระหว่างการคลอด

1.3.1 โรคประจำตัว ได้แก่ ความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด ไม่ว่าจะเป็นการที่เลือดออกแล้วหยุดยาก การมีเลือดออกง่ายและภาวะโลหิตจาง เป็นต้น

1.3.2 ประวัติเกี่ยวกับการมีเลือดออกทางช่องคลอด ได้แก่ ระยะเวลาของการมีเลือดออก ความรุนแรงของการมีเลือดออก ลักษณะสีของเลือดที่ออกมา

1.3.3 การดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะอาชีพที่ทำอยู่ กิจกรรมในแต่ละวัน การได้รับอุบัติเหตุ ต่างๆ อาจมีผลกระทบให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

1.3.4 ภาวะจิตสังคมต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ความคาดหวังต่อการตั้งครรภ์และการคลอด อาจมีผลนำไปสู่สาเหตุของปัญหาและแนวทางในการให้การดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายทั่วไปโดยพยาบาลควรสังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด ดังนี้

2.1 การตรวจสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ชีพจรเบาและเร็ว หายใจหอบ และความดันโลหิตต่ำ

2.2 การตรวจอาการและอาการแสดงของการตกเลือด ได้แก่ ภาวะซีด มือเท้าเย็นขึ้น เหงื่อ ออกใจ สั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น

2.3 ถ้ามีอาการช็อก โดยเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มาก และไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณเลือดที่เสียไป แสดงว่าอาจมีเลือดออกในช่องท้อง ควรนึกถึงภาวะมดลูกแตก การตรวจร่างกายเฉพาะที่ เพื่อหาสาเหตุของการมีเลือดออกมาก ดังต่อไปนี้ การตรวจขนาดของมดลูก การหดตัวของมดลูก การฉีกขาดของช่องคลอดและปากมดลูก ตรวจรกที่คลอดออกมาอีกครั้งว่าครบหรือไม่

2.4 การประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด โดยประเมินจำนวนเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร และมีการไหลอย่างรวดเร็ว การประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดที่ไม่แม่นยำอาจทำให้การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกล่าช้า

2.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบทาบของพยาบาลนั้นเป็นผู้ให้ความร่วมมือในการเตรียมและการเก็บส่งตรวจ รวมทั้งติดตามผลการตรวจต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวินิจฉัย โดยการตรวจหาหมู่เลือดและจัดเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย ตรวจสอบการแข็งตัวของเลือดเนื่องจากการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เสียเลือดมากๆหรือผู้ที่ได้รับการให้เลือดเป็นจำนวนมาก

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2560)

ขณะตั้งครรภ์จะมีปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้นกว่าปกติร้อยละ 30 – 60 หรือประมาณ 1 ถึง 2 ลิตร เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเสียเลือดขณะคลอดและหลังคลอด ถ้ามีการเสียเลือดในปริมาณไม่มากส่วนใหญ่สตรีสามารถปรับตัวได้ ซึ่งอาการทางคลินิกของการเสียเลือดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่สูญเสียไป ระยะเวลาของการสูญเสียเลือด ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้คลอด ในรายที่รุนแรงมากมดลูกจะอ่อนปวกเปียก หากมีการเสียเลือดมากก็อาจทำให้เกิด อาการและอาการแสดงของการเสียเลือดได้ ได้แก่ อาการซีด กระสับกระส่าย กระหายน้ำ เพราะปริมาณเลือดไหลเวียนลดลงต่อไปจะหายใจช้าลงมีอาการหนาวสั่นเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงมี เลือดออกมากต่อไปอาจทำให้ช็อก หมดสติ หรือเสียชีวิตได้

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การรักษาตามอาการของผู้ป่วยเสียเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

1.1 การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะ ทั้งทางด้าน

Non technical skills และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดี

1.2 การเตรียมช่วยชีวิตขั้นต้น(Initial resuscitation and investigation) ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การนวดมดลูก ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก (mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที ให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างรวดเร็วด้วยเข็ม ขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เส้น และแนะนำให้เจาะเลือดเพื่อจ้องเลือดและส่งตรวจ แนะนำให้ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินพลังไหลเวียนเลือด

1.3 ให้สารน้ำชดเชยอย่างเพียงพอ ให้เลือดเปิดหลอดเลือดดำเพิ่มอีกหนึ่งเส้นเพื่อให้น้ำเกลือ โดยแทงด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ เช่น เข็มเบอร์ 18 เป็นอย่างน้อย

1.4 แก้ไขภาวะช็อกและประคับประคองอาการ เช่น ให้ออกซิเจน แก้ไขสมดุลเกลือแร่ของร่างกาย (electrolyte) ให้ยาปฏิชีวนะในรายที่เสี่ยงติดเชื้อ ควบคุมปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก



การรักษาตามสาเหตุ

1.1 การตกเลือดก่อนรกคลอด

- สวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันการขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- ให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น Oxytocin
- ถ้ารกไม่คลอดภายใน 30 นาที หรือมีเลือดออกมาก ให้ล้วงรกภายใต้การระงับความรู้สึก ตรวจรกอย่างละเอียด ถ้ามีเศษรกค้างอาจใช้วิธีขูดมดลูก และถ้าเลือดยังออกไม่หยุดอาจต้องตัดสินใจตัดมดลูก

1.2 การตกเลือดภายหลังรกคลอด

- วางกระเป๋าน้ำแข็ง(cold pack) และคลึงให้มดลูกหดตัวดี
- ให้สวนปัสสาวะออกให้หมดหรือคาสายสวนไว้เพื่อดูปริมาณปัสสาวะ
- ให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกเช่น Oxytocin หรือ methergin
- ตรวจการฉีกขาดของช่องคลอด และเย็บซ่อมแซม
- ตรวจหาค่าฮีมาโทคริตและความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ถ้าผิดปกติให้แก้ไขโดยเตรียมพร้อมให้เลือดถ้าเลือดยังออกอยู่อาจพิจารณา ให้อาการกลุ่ม Prostaglandins และอาจช่วยห้ามเลือดด้วยวิธี bimanual uterine compression ถ้ายังไม่ได้ผลและมดลูกยังหดตัวไม่ดีให้พิจารณาตัดมดลูก
- การทำIntrauterine tamponade/ Condom Balloon tamponade

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560; สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2560 และ ปทุมมา กังวานตระกูล, 2562)

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดควรครอบคลุมเกี่ยวกับการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ขณะที่มีการตกเลือดหลังคลอด การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด คือ

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้เพราะสาเหตุส่วนใหญ่ป้องกันได้

1.1 ระยะตั้งครรภ์

- ค้นหาปัจจัยเสี่ยง
- แก้ไขปัญหาความเข้มข้นของเลือด

1.2 ระยะก่อนคลอด

- ซักประวัติอย่างละเอียด เพื่อหาความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือด
- ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือด และให้การแก้ไขป้องกัน เช่นภาวะโลหิตจางมีการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์

1.3 ระยะคลอด

- ดูแลไม่ให้เกิดการคลอดยาวนาน ทำคลอดในระยะที่2และ3 อย่างถูกต้องเหมาะสม ตรวจรกและการฉีกขาด ของช่องคลอดอย่างละเอียด รวมถึงการหลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการอย่างยาก
- หลีกเลี่ยงหรือช่วยปรับลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยง
- เตรียมพร้อมเป็นพิเศษในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง
- ในมารดาที่มีความดันโลหิตสูง ควรดื่มน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือด ตรวจหาความเข้มข้นของเลือดหรือปริมาณเลือดของผู้คลอด
- ดูแลแบบ Active Management of Third Stage of Labor (AMTSL)

- 1.4 ระยะเวลาหลังคลอด
 - ในรายที่ให้ Oxytocin เมื่อทารกคลอดแล้วควรให้ต่อไปอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
 - ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ควรดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะเป็นระยะที่เกิดการตกเลือดได้มากที่สุด โดย สังเกตการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกมาทางช่องคลอดอาการและอาการแสดงของการเสีย เลือด และวัดสัญญาณชีพทุก15-30 นาที
 - ดูแลภาวะเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการกระตุ้นให้ขับถ่ายปัสสาวะ ระวังไม่ให้ภาวะเพาะปัสสาวะเต็ม ซึ่งจะขัดขวางการหดตัวของมดลูกและทำให้เกิดเลือดหลังคลอดได้
 - แนะนำมารดาหลังคลอดให้ตรวจดูการหดตัวของมดลูก หากมดลูกนุ่มต้องสอนวิธีคลึงมดลูกจนกระทั่ง มดลูกหดตัวแข็งจึงหยุดคลึงแต่ต้องระวังไม่ต้องคลึงตลอดเวลา
 - ตรวจการบวมเลือดของอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด ปกติบริเวณบวมเลือดจะแข็งเวลาสัมผัสจะรู้สึกเจ็บปวดมากการป้องกันการบวมเลือดโดยวางกระเป๋าน้ำแข็งที่ฝีเย็บในชั่วโมงแรกหลังคลอด
 - กระตุ้นให้บุตรดูดนมมารดาโดยเร็วหลังคลอดเพื่อกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินช่วยให้มดลูกหดตัวดี
- 2.การพยาบาลขณะที่มีการตกเลือดหลังคลอด เพื่อปลอดภัยจากภาวะช็อก ดังนี้
 - 2.1 ประเมินความรู้สึกตัว
 - 2.2 การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะ ทั้งทางด้าน Non technical skills และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดี
 - 2.3 บันทึกชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตทุก 15 นาที เป็นเวลา1ชั่วโมง ทุก 30 นาที จนกว่าจะอยู่ใน ระดับปกติ
 - 2.4 งดน้ำและอาหารทางปาก
 - 2.5 จัดให้อนหงายราบ ไม่หนุนหมอน อาจให้อนตะแคงเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
 - 2.6 ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที ดูแลให้ความอบอุ่น
 - 2.7 ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
 - 2.8 บันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดใส่สายสวนปัสสาวะประเมินน้ำเข้า-ออก เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกและภาวะขาดน้ำ ตลอดจนการทำหน้าที่ของไต ในกรณีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดอย่างรุนแรงและเกิดภาวะช็อก ควรบันทึกปัสสาวะทุก1 ชั่วโมง จนถ่ายปัสสาวะได้ปกติซึ่งไม่ควรน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
 - 2.9ให้สารน้ำหรือให้เลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเปิดเส้น 2 เส้นทางด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ เช่นเข็มเบอร์ 18 เป็นอย่างน้อย
 - 3.0 ส่งตรวจCBC ,PT ,PTT,INR ,BUN ,Cr ,LFT เพื่อประเมินอาการเสียเลือด
 - 3.1 และควรสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากให้เลือด เช่น มีอาการแพ้ หนาวสั่น เป็นต้น
 - 3.2 ช่วยแพทย์ค้นหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดและแก้ไขสาเหตุ
3. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด ดังนี้
 - 3.1 ดูแลมารดาหลังคลอดให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และสงบ
 - 3.2 ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีคุณค่าสูง เพิ่มโปรตีน วิตามิน และธาตุเหล็ก
 - 3.3 ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป รวมทั้งอวัยวะสืบพันธุ์และสังเกตลักษณะน้ำคาวปลา
 - 3.4 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
 - 3.5 การมาตรวจหลังคลอดและเว้นระยะการมีบุตร1-2 ปี

ภาวะรกติด(Placenta Accreta) (พเยาว์ บุญที ,2564)

ภาวะรกติด หมายถึง ภาวะผิดปกติที่รกเกาะติดกับผนังโพรงมดลูก เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ

1. Placenta Accreta หมายถึง รกเกาะแน่นถึงผนังชั้นแบซอลิส (basalis)
2. Placenta Increta หมายถึง รกเกาะแน่นถึงผนังกล้ามเนื้อมดลูก
3. Placenta Percreta หมายถึง รกเกาะแน่นถึงผนังช่องท้อง และพบมากขึ้นในกลุ่มที่เคยได้รับการทำคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องมาก่อน

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะ รกติด

1. ภาวะรกเกาะต่ำ หรือที่เรียกว่า Placenta Previa โดยจากสถิติพบว่า Placenta Accreta พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีรกเกาะต่ำ ในกรณีที่ไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ จะพบภาวะ Placenta Accreta ได้น้อยมาก
2. การผ่าท้องคลอดทางหน้าท้อง หรือที่เรียกว่า Caesarean Sections
3. มารดาที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป
4. รกเกาะที่ตำแหน่งภายในโพรงมดลูกที่เป็นแผลเป็นจากการขูดมดลูก หรือในรายที่เคยผ่าตัดโพรงมดลูกมาก่อน เป็นต้น

ภาวะรกค้าง (Retained placenta) (พเยาว์ บุญที ,2564)

รกค้าง หมายถึง ภาวะที่รกหรือชิ้นส่วนของรกไม่คลอดออกมาหลังทารกคลอดภายใน 30 นาที (ส่วนใหญ่จะสิ้นสุดใน 5-10 นาที ภายหลังทารกคลอด แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที)

สาเหตุ

1. รกลอกตัวไม่สมบูรณ์ การที่รกลอกตัวจากผนังมดลูกเพียงบางส่วนจะมีเลือดออกจากบริเวณนั้น อีกส่วนหนึ่งของรกที่ยังไม่ลอกตัวจะทำให้การหดตัวของมดลูกและการคลายตัวไม่ดี จะมีเลือดไหลออกมาเรื่อยๆจนกว่ารกลอกตัวหมดและคลอดออกมา
2. รกอาจลอกตัวอย่างสมบูรณ์ แต่คลอดไม่ได้เพราะมดลูกหดตัวผิดปกติ เกิดวงแหวนเนื่องจากวิธีการในระหว่างการคลอดของรกไม่ถูกต้อง มีการหดเกร็งของใยกล้ามเนื้อที่เรียงตัวเป็นวงกลมตรงระดับphysiological retraction ring หรือตรงปากมดลูก (internal os) ทำให้รกคลอดไม่ได้
3. การฝังตัวของรกผิดปกติ รกอาจฝังตัวลึกหรือฝังในตำแหน่งที่การหดตัวของมดลูกไม่ดี เช่น บริเวณมดลูกส่วนล่าง ปากมดลูก
4. รกผิดปกติอาจมีเนื้อตาย (infarct) มากหรือรกบาง และแผ่ขยายเกาะผนังมดลูกบริเวณกว้าง

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การลอกตัวของรกไม่ดี(พเยาว์ บุญที ,2564)

1. มีแผลเป็น (scar) ของมดลูก เช่น รายที่มีประวัติผ่าตัดคลอดเอาทารกออกทางหน้าท้องหรือเคยตัดเนื้องอกหรือขูดมดลูก
2. มีการอักเสบของเยื่อในมดลูก (endometritis)

พยาธิสภาพ

หลังจาทารกคลอด มดลูกจะมีการบีบตัว และขับรกที่ลอกตัวแล้วให้ออกมาจากโพรงมดลูกภายใน 30 นาทีและโดยทั่วไปใช้เวลา 5-15 นาที กรณีที่มดลูกหดตัวผิดปกติ ทำให้ปากมดลูกหดเกร็ง รกที่ลอกตัวแล้วจะค้างอยู่ในโพรงมดลูก แต่ในกรณีที่รกไม่ลอกตัว จากความผิดปกติของรก หรือการฝังตัวลึก รกจะเกาะอยู่กับผนังมดลูก ทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวได้ตามปกติ เลือดจะออกมากขึ้นเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจช็อกจากเสียเลือดแต่ในรายที่เศษรกค้างอยู่หลายวัน จะส่งผลให้มดลูกไม่เข้าอุ้งน้ำควาลากกลับไปเป็นสีเข้มและมีกลิ่นเหม็น จากการติดเชื้อหลังคลอดได้

อาการและอาการแสดง

1. ไม่มีอาการแสดงของรกลอกตัวหรือมีเล็กน้อย
2. มดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอด
3. มีบางส่วนของ cotyledons หรือผนังถุงน้ำคร่ำขาดหายซึ่งตรวจพบภายหลังรกคลอดออก
4. อาการของผู้คลอด ได้แก่ กระสับกระส่ายชีพจรเบาเร็ว ตัวเย็นซีด เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งเป็นอาการของภาวะช็อก

การล้วงรก(manual removal of placental) (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรง. ,2561)

การล้วงรก (manual removal of placental) เป็นการช่วยเหลือผู้คลอดในระยะที่3 อย่างเร่งด่วนวิธีการทำคลอดรกโดยการที่แพทย์สวมถุงมือยางทางการแพทย์สอดมือเข้าทางช่องคลอดและปากมดลูกเพื่อเซาะล้วงเอารกและเยื่อหุ้มทารกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออก

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกค้าง

ภาวะรกค้างเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดีและเกิดภาวะตกเลือดหลังจากคลอดทารก หากผู้คลอดไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วอาจนำไปสู่ภาวะช็อกและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต นอกจากนี้การขูดมดลูก หรือล้วงรก ยังส่งผลให้มารดาเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดได้

1. ชักประวัติเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะรกค้าง เพื่อวางแผนป้องกันการเกิดภาวะรกค้างและเตรียมการช่วยเหลือในระยะการคลอดรกอย่างเหมาะสม
2. ช่วยเหลือการคลอดรกที่ลอกแล้วแต่ค้างอยู่ในช่องคลอดโดยตรวจดูอาการแสดง (signs)ของรกที่ลอกตัวสมบูรณ์ ถ้ามีอาการแสดงว่ารอกลอกแล้ว แต่ขาดกลไกธรรมชาติที่จะให้รกคลอดออกมาเองได้แก่แรงเบ่งหรือขาดการช่วยเหลือการคลอดรก ดังนั้น เพียงแต่ช่วยเหลือการคลอดรกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างถูกวิธี รกจะคลอดมาโดยง่าย
3. ช่วยเหลือการคลอดรกที่ยังค้างอยู่ในโพรงมดลูก เมื่อตรวจแล้วไม่มีอาการแสดงของรกลอกตัวสมบูรณ์ให้ปฏิบัติดังนี้
 - 3.1 ตรวจการหดตัวของมดลูก ถ้าไม่มีการหดตัว หรือหดตัวไม่แข็งเต็มที่ ควรสวนปัสสาวะเพราะการมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี เป็นเหตุให้รกไม่อาจลอกตัวได้สมบูรณ์ กรณีที่สวนปัสสาวะแล้วมดลูกยังหดตัวไม่ดีขึ้น ควรใช้ฝ่ามือคลึงเบาๆที่ยอดมดลูกเพื่อเป็นการกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น
 - 3.2 ถ้าปฏิบัติตามในข้อ 3.1 แล้วรกยังไม่คลอดออกมาในเวลาอันสมควรอาจเกิดจากรกลอกตัวแล้วแต่ไม่ผ่านโพรงมดลูกออกมาได้หรือรกลอกตัวเองไม่ได้ตามธรรมชาติให้ผู้ทำคลอดสอดนิ้วมือเข้าไปในช่องคลอด เพื่อตรวจสอบสภาพของปากมดลูกว่ามีการหดเกร็งของปากมดลูก (cervical cramp)จนขัดขวางการเคลื่อนต่ำของรก การสอดนิ้วเข้าไปในช่องคลอดต้องทำด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำด้วยความนุ่มนวลเพราะอาจก่อให้เกิดความเจ็บแก่ผู้คลอดได้
 - 3.3 ลองทำคลอดโดยวิธีดึงสายสะดือ (Contral cord traction) ซึ่งรกคลอดได้ในกรณีที่รกลอกตัวแล้ว แต่ปากมดลูกหดเกร็งหรือปากมดลูกบีบรัดรกเอาไว้ รกจะถูกดึงให้ผ่านส่วนที่บีบรัดไว้ออกมาได้แต่ถ้าลองดึงดูแล้วรกยังติดอยู่ ห้ามดึงต่อไปด้วยกำลังแรง เพราะสายสะดืออาจขาดหรือมดลูกปลิ้นหรือมีเศษรกขาดค้างอยู่ในโพรงมดลูกได้
4. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ช่วยคลอดรกโดยการล้วงรก



การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการล้วงรก

1. สอนปัสสาวะให้เพื่อช่วยทำให้มดลูกหดรัดตัวดีและรกลอกตัวเร็วขึ้น
2. บอกให้ผู้คลอดทราบว่าจะมีการล้วงรก พร้อมทั้งบอกเหตุผลและวิธีการทำให้ทราบ
3. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
5. ประเมินปริมาณเลือดที่ออก และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในระยะเพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดก่อนและหลังการทำหัตถการล้วงรก
6. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา
7. ตรวจสอบและเย็บหุ้มรกที่ออกมาและตรวจช่องทางคลอดอย่างละเอียด
8. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะที่ผิดปกติของน้ำคาวปลาที่แสดงว่าอาจมีการติดเชื้อและเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
9. แนะนำการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
10. ประเมินสุขภาพจิตใจของผู้คลอดและให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามเพราะอาจมีความวิตกกังวลต่อการทำหัตถการล้วงรกและสุขภาพหลังทำหัตถการล้วงรก

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| วันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล | วันที่ 19 กันยายน 2564 เวลา 17.00 น. |
| วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล | วันที่ 23 กันยายน 2564 เวลา 21.45 น. |
| รวมจำนวนวันที่รับไว้ในความดูแล | 4 ชั่วโมง 45 นาที |

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก น้ำหนัก 104 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร (BMI 41) ผิวหนังอุ่น วัตถุประสงค์ วิดอุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ผิวสีดําแดง ไม่มีผื่นหรือจุดจําเลือด ไม่มีโรคผิวหนัง

| | |
|---------------------------|--|
| ศีรษะและใบหน้า | ศีรษะและใบหน้า สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง รูปร่างสัณฐานปกติ ไม่พบก้อนเนื้อและรอยโรค |
| ผมและหนังศีรษะ | ผมสีดำ ผมดก ไม่มีผมหงอกขาว ศีรษะแห้ง ไม่พบรอยโรค |
| ตา | ไม่มีตาโปน ไม่มีอาการบวม เยื่อบุตาไม่ซีด ตาขาวไม่เหลือง ไม่มีรอยแดง รูม่านตามีขนาดประมาณ 2 mm การตอบสนองได้ดีของตาทั้งสองข้าง ไม่มีต้อเนื้อ |
| หู | ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก ไม่มีรอยโรค ช่องหูทั้ง 2 ข้างปกติ ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ เยื่อแก้วหูอยู่ในสภาพปกติไม่เสื่อม การได้ยินปกติ |
| จมูก | รูปร่างสัณฐานภายนอกปกติ เยื่อบุจมูกมีสีชมพู |
| ปาก | เยื่อบุช่องปากเป็นสีชมพู ไม่มีฟันผุ ปากไม่ซีด ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลาง |
| คอ | ไม่มีคอติดแข็ง หลอดลมอยู่ในแนวกลาง มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ / ไม่มีหลอดเลือดดำคอโป่งพอง |
| ระบบผิวหนัง | ผิวชุ่มชื้น ไม่มีแผล ไม่มีภาวะตัวเหลือง |
| ต่อมน้ำเหลือง | คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณ คอ หู รักแร้ หรือขาหนีบ กดไม่เจ็บ |
| หน้าอกและระบบทางเดินหายใจ | ทรวงอกปกติ ไม่บอด ไม่บวม ยาว 1 เซนติเมตร การเคาะปอดมีเสียงโปร่ง เสียงหายใจปกติ ไม่มีมีเสียงกรอบแกรบ ไม่มีเสียงหวีด อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้ง/นาที |



ระบบหัวใจและการไหลเวียน ตรวจไม่พบเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง จังหวะการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที
 สม่่าเสมอ ความดันโลหิต 110/73 mmHg ไม่มีเสียงผิดปกติ จับชีพจรบริเวณข้อมือและ
 ข้อเท้า สม่่าเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดบริเวณผิวหนัง บริเวณแขนขาไม่บวม

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ระบบทางเดินอาหาร รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ แนวกระดูกสันหลังไม่คด ไม่มีร่องรอยของกระดูกหัก กระดูกทุกข้อเคลื่อนไหวได้
 ทุกทิศทาง ไม่มีข้ออักเสบหรือบวม

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะปกติไม่มีแผล มีน้ำใสๆออกทางช่องคลอดสีขาวขุ่น

ระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด เคาะบริเวณด้านหลังตำแหน่งของไต 2 ข้าง ไม่เจ็บ

ตรวจครรภ์ ระดับยอคมดลูก 3/4เหนือสะดือ HE ทำ ROA FHS 144 ครั้งต่อนาที การหดตัวของ
 มดลูก Interval 5 นาที Duration 30 วินาที severity 2+

การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 2 cm ความบางของปากมดลูก 50 % ผนังน้ำคร่ำแตก
 (Membrane rupture) สีขาวขุ่น ระดับของส่วนน้ำ -1

ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/
 นาที ความดันโลหิต 110/73 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจพิเศษ

ผลการตรวจ Complete Blood count (CBC) วันที่ 19 กันยายน 2564 หลังคลอด

| CBC | ค่าปกติ | ผลการตรวจ | การแปลผล |
|------------------|-----------------------|-----------------|-------------|
| WBC Count | 4,240-11,080 cells/uL | 11,070 cells/uL | ปกติ |
| RBC Count | 3.95-5.29 cells/uL | 2.7 cells/uL | ต่ำกว่าปกติ |
| Hemoglobin(Hb) | 13-18 g/dl | 8 g/dl | ต่ำกว่าปกติ |
| Hematocrit (Hct) | 39-54 % | 28% | ต่ำกว่าปกติ |
| Platelet Count) | 140,000-400,000 | 221,000 | ปกติ |
| Neutrophil | 48.1-71.4 % | 70 % | ปกติ |
| Lymphocyte | 21.0-43.0% | 22 | ปกติ |

วิเคราะห์และแปลผล มีค่าผิดปกติ ค่า RBC Count, Hemoglobin(Hb), Hematocrit (Hct) ต่ำกว่าปกติ เนื่องจากผู้คลอดรายนี้มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเสียเลือด 800 มิลลิลิตร จึงทำให้ความเข้มข้นของเลือดลดลง

ผลการตรวจ Coagulation วันที่ 19 กันยายน 2564 หลังคลอด

| Coagulation | ค่าปกติ | ผลการตรวจ | การแปลผล |
|-----------------------|------------------|-------------|-----------------|
| Prothrombin time (PT) | 10.4-12.9 วินาที | 10.7 วินาที | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| INR | 0.90-1.12 | 0.9 | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วันที่ 19 กันยายน 2564 หลังคลอด

| เวลา | ค่าปกติ | ผลการตรวจ | การแปลผล |
|----------|------------|-----------|-----------------|
| 16.30 น. | 70-100 mg% | 145 mg% | สูงกว่าปกติ |
| 21.45 น. | 70-100 mg% | 97 mg% | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |

วิเคราะห์และแปลผล ค่าน้ำตาลในเลือดในช่วงแรกสูงกว่าปกติ เนื่องจากผู้คลอดมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GDMA1



ผลการตรวจ วันที่19 กันยายน 2564 หลังคลอด

| สิ่งที่ตรวจ | ค่าปกติ | ผลการตรวจ (หลังคลอด) | การแปลผล |
|-----------------------|--|----------------------|-----------------|
| Renal Function | | | |
| BUN | 8-20 mg/dl | 13.7 mg/dl | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| Creatinine | 0.55-1.02 mg/dl | 0.88 mg/dl | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| Liver Function | | | |
| SGOT (AST) | < 35 IU/L | 30.3 IU/L | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| SGPT (ALT) | < 35 IU/L | 29.6 IU/L | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| Electrolyte | | | |
| Sodium | 134-145 mmol/L | 141 mmol/L | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| Potassium | 3.5-5.0 mmol/L | 3.7 mmol/L | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| Chloride | 101-111 mmol/L | 104 mmol/L | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| Magnesium | (ทั่วไป 1.8-2.4mg/dl) 4.8-8.4 mg/dl | 5.3 mg/dl | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |

การตรวจอัลตราซาวด์

| วันที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
|------------|--|
| 19/9/2564 | SVF FH+ EFW 3660 gm placenta anterior upper AFI decrease |

การตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์ Electronic Fetal Monitoring (EFM)

| วันที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
|------------|---|
| 19/9/2564 | EFM cat I, FHR baseline 140 bpm UC I 7' , D 30", S+ |

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Spontaneous Vertex Delivery with Postpartum Hemorrhage with Retained placenta

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกมีการหดตัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดระยะที่สองของการคลอดยาวนานเนื่องจากผู้คลอดแบ่งไม่ถูกวิธี และทารกตัวโต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 4 มีภาวะรกก้าง เนื่องจากรกเกาะแน่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 5 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกก้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอดถึง 2 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 6 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 7 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกมีการหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดบอกรปวดท้องมาก
2. มดลูกหดตัว Interval 5 นาที Duration 30 วินาที Severity 2+
3. คะแนนความเจ็บปวด 6 คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดมีการปรับตัวต่อความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เมื่อมีการหดตัวของมดลูก ผู้คลอดปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ได้ถูกต้อง
2. คะแนนความเจ็บปวดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยให้กำลังใจ และสัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้เกิดความอบอุ่น เกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้
2. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ในอัตราเฉลี่ย 6 -9 ครั้ง/นาที
3. สอนการลูบท้องเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์และเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการลูบเบาๆ ขึ้นลงช้าๆ หรือลูบเป็นเลข 8 ขณะนอนตะแคง
4. ช่วยบีบนิ้วบริเวณหลัง กระดุกกันบและหน้าขาให้อย่างเบามือเพื่อบรรเทา อาการปวด และเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจและมั่นใจว่าจะผ่านความเจ็บปวดนี้ไปได้ด้วยดี
5. ดูแลความสบายต่างๆไป เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก เสื้อผ้า และเครื่องนอนสะอาดไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสบายและรู้สึกสดชื่นขึ้น
6. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของการหดตัวของมดลูก

การประเมินผล

ผู้คลอดปฏิบัติตามคำแนะนำ กระสับกระส่ายน้อยลง เมื่อมดลูกหดตัว ผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ใช้เทคนิคการหายใจได้ถูกต้อง pain score = 6

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิดกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีสีหน้ากังวล สอบถามอาการของตนเองและทารกในครรภ์บ่อย

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดสีหน้าคลายความวิตกกังวล และคลายความตึงเครียดลง
2. ให้ความร่วมมือในการประเมินตรวจความก้าวหน้าของการคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับผู้คลอด พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือ ทำให้ผู้คลอดมั่นใจในการดูแลและรู้สึกปลอดภัย โดยใช้คำพูดที่ ชัดเจน เข้าใจง่าย และตั้งใจฟัง ผู้คลอด
2. อธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบถึงภาวะของโรค ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และทวน สอบ ความเข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ให้ผู้คลอดสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เพื่อให้เกิด ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ทบทวนกลไกการคลอดคร่าวๆ อธิบายว่าขั้นตอนการคลอดเป็นเช่นเดียวกับการคลอดในครรภ์ก่อนๆ เพื่อสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้คลอด
4. แนะนำให้ทราบเกี่ยวกับสถานที่ เครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็น การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด เพื่อให้เกิด ความคุ้นเคยและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
5. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พุดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ดูแลความสบายทั่วไปเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น
6. แจ้งข้อมูลการตรวจประเมินอาการผู้คลอดและทารกในครรภ์ ภายหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ผู้ คลอดได้ รับทราบข้อมูล และผ่อนคลายความตึงเครียด
7. จัดโอกาสให้สามีและญาติสนิทเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้คลอด
8. เคารพสิทธิและคำนึงถึงฐานะความเป็นบุคคล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ไม่เปิดเผยร่างกายขณะให้การพยาบาล
9. ประเมินความวิตกกังวลและความต้องการของผู้คลอดเพื่อสนองความต้องการได้ถูกต้อง เช่นการให้ ความรู้และข้อมูลตามที่ต้องการอย่างเหมาะสม

การประเมินผล

1. ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล หลังจากพุดคุยและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใกล้ชิด
2. ผู้คลอด บอกข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์กับสามีและญาติที่เข้ามาเยี่ยมได้ ให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดระยะที่สองของการคลอดยาวนาน เนื่องจากผู้คลอดแบ่งไม่ ถูกวิธี และทารกตัวโต

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาแบ่งไม่ถูกวิธี แบ่งขึ้นหน้า หนีบขาขณะแบ่งคลอด
2. แบ่งแล้วส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำ
3. แพทย์ estimate fetal weight 4392 gm

วัตถุประสงค์

มารดาและทารกคลอดปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดแบ่งได้ถูกวิธี ให้ความร่วมมือดี ไม่นั่งไปมา
2. ขณะแบ่งส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมาระยะที่สองของการคลอดไม่เกิน 60 นาที
3. ทารกแรกเกิด Apgar score >7

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้คลอดเบ่งอย่างถูกวิธี คือ เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้ผู้คลอดสูดลมหายใจเข้าทางจมูก และลมหายใจออกทางปากหนึ่งครั้ง เพื่อหายใจล้างปอด จากนั้นสูดหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่ และแล้วกลั้นหายใจไว้ ยกศีรษะขึ้นจนคางจรดหน้าอกเบ่งลงก้นให้เต็มที่นานประมาณ 6 – 10 วินาที และสูดหายใจเข้าใหม่ เบ่งซ้ำอีกถ้ามดลูกยังหดตัวแข็งอยู่ เมื่อมดลูกคลายตัวให้หยุดเบ่งเพื่อให้มีแรงในการผลักดันทารกให้คลอดออกมาได้ดี
2. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ดูแลให้กระเพาะว่างโดยการสวนปัสสาวะเพื่อไม่ให้ไปขวางการหดตัวของมดลูก
3. ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring บันทึก FHR ทุก 5 นาที และรายงานแพทย์หาก FHR <110 ครั้งต่อนาทีหรือ FHR > 160 ครั้งต่อนาที
4. กล่าวคำชมเชย และพูดให้กำลังใจผู้คลอดเมื่อเบ่งได้ถูกวิธี เนื่องจากจะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความกระตือรือร้น และมีกำลังใจในการเบ่งมากขึ้น
5. สังเกตการเคลื่อนไหวของส่วนนำของเด็กขณะมารดาเบ่ง และแจ้งให้ผู้คลอดทราบ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
6. ประสานทีมและเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
7. เมื่อศีรษะทารกคลอด แพทย์และทีมพยาบาลช่วยคลอดไหล่โดยวิธี Mc. Robert's maneuver

การประเมินผล

ผู้คลอดเบ่งได้ถูกวิธี เบ่งแล้วหน้าไม่แดง ขณะเบ่งส่วนนำของทารกเคลื่อนตัวลงมา ระยะที่สองของการคลอด 29 นาที ทารกแรกเกิด Apgar score 1 นาที = 10

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะรกค้าง เนื่องจากรกเกาะแน่น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทำ cord test สายสะดือยังเคลื่อนตาม ไม่มีการลอกตัว ผ่านไป 30 นาที รกยังไม่คลอด ตัดแน่น
2. แพทย์ทำหัตถการล้วงรก

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะรกค้างและการทำหัตถการล้วงรก เช่น PPH ,มดลูกปลิ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. รกคลอดครบ ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกตกค้างอยู่ในโพรงมดลูก
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเหตุผลความจำเป็นที่แพทย์ต้องทำหัตถการล้วงรก และการปฏิบัติตัวขณะที่แพทย์ทำหัตถการล้วงรก เพื่อให้ผู้คลอดผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพเป็นระยะๆ ทุก 5 นาที ขณะทำหัตถการล้วงรก หลังรกคลอด ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมง แรกและทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมงต่อไปจนอาการคงที่
3. เตรียมพร้อมให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ โดยการเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ไว้ 2 เส้น
4. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจสอบสายสวนปัสสาวะที่คาไว้ ไม่ให้หักพับงอ
5. ช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการล้วงรก
6. คลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวทันที หลังรกคลอด



7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือด
8. ตรวจรกและเยื่อหุ้มรกอย่างละเอียด
9. ดูแลให้สารน้ำ 5% Dextrose in 1/2 normal saline 1000 มิลลิลิตร + syntocinon 20 ยูนิต เพิ่มอัตราเป็น 180 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเพื่อช่วยในการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผล

แพทย์ทำหัตถการล้วงรก รกออกมาครบ ไม่มีเศษรกค้างและเยื่อหุ้มรกตกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ไม่พบภาวะมดลูกปลิ้น ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกค้าง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดเสียเลือดหลังล้วงรก 800 มิลลิลิตร
2. หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้วงรก

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ หัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดไม่มีอาการช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด
2. ความดันโลหิต $\geq 90/60$ mm.Hg. P = < 100 /min ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95 เปอร์เซ็นต์
3. มดลูกหดตัวดี ระดับยอดมดลูกไม่เกินระดับสะดือ
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์และตามทีมช่วยแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนอาการคงที่ และทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมงต่อมา จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก
3. ดูแลให้ผู้คลอดนอนหงายราบ เพื่อช่วยให้เลือดออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกายไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น เลือดจะได้ไปเลี้ยงสมองและอวัยวะต่างๆ ได้ง่าย
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที ดูแลให้ความอบอุ่น
5. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งวัสดุที่ซับเลือดรวมกัน
6. ตรวจดูการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูกเบาๆ นาน 60 วินาทีหลังรกคลอด
7. ตรวจหาสาเหตุอื่นๆ นอกจากมดลูกหดตัวไม่ดี ที่อาจทำให้ตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ แผลฉีกขาดของช่องทางคลอด มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มรกในมดลูก
8. ดูแลให้ 5% Dextrose in 1/2 normal saline 1000 มิลลิลิตร + syntocinon 20 ยูนิต หยอดทางหลอดเลือดดำปรับเพิ่มอัตราเป็น 180 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
9. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต
10. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมและแจ้งให้ญาติทราบ กรณีต้องทำหัตถการเพื่อลดการเสียเลือดหรือต้องผ่าตัดมดลูกฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิตผู้คลอด

การประเมินผล

ผู้คลอดไม่มีอาการ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด มดลูกหดตัวดีระดับข้อมดลูกอยู่ระดับสะดือ ประเมินสัญญาณชีพ PR = 100 ครั้ง/นาที RR= 20 ครั้ง/นาที , BP= 109/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ Intake =600 ml ,Output=500 ml

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะหลังคลอดถึง 2 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 6 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีประวัติเสียเลือดหลังคลอดและทำหัตถการล้างรกรวม 800 มิลลิลิตร
2. ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 36% เหลือ 33%

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ≤ 100 ครั้ง/นาที ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100 เปอร์เซ็นต์
2. มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนแข็ง ระดับข้อมดลูกไม่เกินระดับสะดือ
3. เลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่เกิน 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หรือชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน
4. ความเข้มข้นของเลือด ≥ 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ เหงื่อออก หน้ามืด ใจสั่น มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก
2. ประเมินสัญญาณชีพ ถ้าพบว่าชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลง เป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งว่ามีอาการเสียเลือดปริมาณมากเพิ่มขึ้น
3. ประเมินการหดตัวของมดลูก ดูแลคลึงมดลูกและแนะนำการคลึงมดลูกที่ถูกวิธีแก่ผู้คลอด
4. ดูแลให้ดื่มน้ำและได้รับ 5% Dextrose in $\frac{1}{2}$ normal saline 1000 มิลลิลิตร + syntocinon 20 ยูนิต หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
5. บันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินผล

มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอด 40 มิลลิลิตรตรวจความเข้มข้นของเลือดปลายนิ้ว 33 % ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะออก 300 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 7 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

มารดามีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ DTX ก่อนคลอด 145 mg/dl

วัตถุประสงค์

มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ปลอดภัยจากอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น



2. อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 120-160 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95 เปอร์เซ็นต์
3. ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 40 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดทารกแรกเกิดทันที และทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมงต่อไปจนอาการคงที่
3. ตรวจสอบค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
4. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น มีอาการผิดปกติรับรายงานแพทย์โดยทันที
5. ดูแลให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ โดยเริ่มให้นมแม่โดยเร็วภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด และให้ต่อเนื่องกันตามความต้องการของทารก ทุก 2-3 ชั่วโมง
6. ควบคุมอุณหภูมิห้องและดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารก

การประเมินผล

ทารกแรกเกิดร้องเสียงดัง ดูนมมารดาได้ดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ไม่เกิดแทรกซ้อนใดๆ อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 52 ครั้ง/นาที หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือด 88 mg/dl

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล รวมทั้งบุคลากรที่สนใจในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง
2. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาคุณภาพงานของบุคลากรทางการพยาบาล

ผลสำเร็จของงาน

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้างจำนวน 1 ราย ให้การดูแลตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน 2564 เวลา 17.00 น ถึงวันที่ 19 กันยายน 2564 เวลา 21.45 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล 4 ชั่วโมง 45 นาที

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้คลอดได้รับการดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ และในแต่ละระยะ ของการคลอด เฝ้ารอติดตามอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค ประเมินอาการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง และได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้



เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน*. กลุ่มงานพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2558). บทที่ 4 การพยาบาลทารกในครรภ์ที่มีภาวะค้ำขั้น. ใน รวีวรรณ จันทน์เม้น (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด*. (น. 83-90). พิรินทร์.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด. บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน Postpartum Hemorrhage : Significance of Nurse,s Roles in Prevention. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ*, 6(2), 146-157.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง. (2561). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์*. สตรีที่มี ภาวะแทรกซ้อน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์.
- บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวช, ณีฐพร จันทน์แสนโรจน์ และชุตินา เทียนชัยทัศน์. (2561). การศึกษาปัจจัยส่งผล การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(1), 39-47.
- ปทุมมา กังวานตระกูล. (2562). เรียนรู้จากความผิดพลาดสู่แนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ. (บ.ก.), *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ แห่งอนาคต*. (น.81-90) . ธนาเพรส
- เพียว บุญที. (2564). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ตกเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 1-10.
- เพ็ญศักดิ์ สุขเมขศรี. (2565). ความคลาดเคลื่อนในการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน เพ็ญศักดิ์ สุขเมขศรี, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ, และอรพินธ์ เจริญผล (บรรณาธิการ), *วิถีปฏิบัติรูปแบบ ปัจจุบันในการดูแลปริกำเนิด*. (น. 21-29). ธนาเพรส
- สุสันหา ยิ้มแย้ม. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรี ที่มีภาวะแทรกซ้อน*. สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์