

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง : กรณีศึกษา Nursing Care of Severe Postpartum Hemorrhage with Hypovolemic shock : case study

(Received: December 6,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 24,2023)

อภिरดา ธานบุญแก้ว¹
Aphirada thaboonkaew¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ระดับรุนแรงโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ในผู้คลอดที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยและผลการติดตามผู้คลอดหลังการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ เปรียบเทียบประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิวิทยา การรักษา อาการ อาการแสดง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา:ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีสาเหตุที่แตกต่างกันแต่มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดรายที่ 1หญิงไทยตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ในระยะที่1ของการคลอดทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดสูติแพทย์เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ระหว่างรอผ่าตัด ให้น้ำแร่แตก หลังจากนั้นประมาณ1นาที่ ผู้คลอดมีอาการชักเกร็งทั้งตัวหมดสติ หลังชัก ผู้คลอดรู้สึกตัวดี และตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมดสูติแพทย์ช่วยคลอดปกติ ทารกคลอดน้ำหนัก 2,795 กรัม APGAR Score0,4,5 หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี ประมาณการสูญเสียเลือด รวม1,300มิลลิตร ร่วมกับเกิดภาวะช็อก สูติแพทย์ใส่บอลูนเพื่อหยุดเลือดและ ส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่ายได้รับการรักษาหยุดเลือดโดยการตัดมดลูก พบภาวะแทรกซ้อนคือภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดผู้คลอดเสียชีวิต รายที่ 2 หญิงไทยตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 มีภาวะเสี่ยง คือเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะอ้วน แรกรับการขยายของปากมดลูกเปิดหมดคลอดปกติทารกน้ำหนัก3,555กรัม APGAR Score 9-10-10หลังทารกคลอดรกไม่ลอกตัว แพทย์ได้ทำการล้วงรกในห้องผ่าตัด สูญเสียเลือดทั้งหมด 1,100 มิลลิตรร่วมกับเกิดภาวะช็อก ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด ผู้คลอดปลอดภัยขอทำหมันและจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้คลอดทั้ง2รายได้รับการรักษาหลักที่เหมือนกันคือได้รับสารน้ำ เลือด ยา ร่วมกับการคลึงมดลูกและเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด.และมีความแตกต่างกันคือในรายแรกแพทย์ใส่บอลูนช่วยในการหยุดเลือดรายที่2 โดยการล้วงรก

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง , การพยาบาลภาวะช็อกจากการตกเลือด,ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด

ABSTRACT

This study was case study aimed to study in nursing care hypovolemic shock form Early severe postpartum hemorrhage by using 2 comparative case studies. who admitted at labor room in Kosumphisai hospital. And The result after refer to the host hospital. Data were collected from in patient medical records. comparative were use pregnancy history , Risk factor, pathology, treatment ,signs and symptoms ,nursing diagnosis, and nursing outcomes .

The Result :Both case there are difference in cause but Same nursing problems : Hemorrhagic shock after deliveries .The1st. Case was the Thai pregnant gravidity2nd. in the1Stage of labor Found: Fetal distress. obstetrician set cesarean section Emergency in during : Spontaneous membrane rupture after 1 minute about, parturient seizure Symptoms Unconscious. and the later have good conscious. Per vaginal Examination found cervical Fully dilate. The Doctor performs Normal Delivery new born weight2,795 grams APGAR Score0,4,5 after placenta Delivery Uterine Atony Estimate 1,300ml.bloodloss with hypovolemic shock .The doctors Stop bleeding using Condom uterine Balloon Tamponade and Referral to the host Hospital, post to treatment Stop bleeding by hysterectomy , and Found Complication Disseminated Intravascular Coagulation the parturient died.The2nd. case was the Thai pregnant gravidity 4th. with a High risk was diabetes and Obesity. on admission Cervical fully dilate , normal Deliveries newborn weight 3,555grams. APGAR Score 9-10-10 After birth was retained of placenta ,obstetrician to do manual removal of placenta in the operative room , total 1,100ml blood loss With hypovolemic shock ,parturient safety, tubal resection was done and discharge. Both of case have the same therapy : IV fluid, Blood component, drug, uterine massage and closed

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

monitoring. Differences Condom balloon Uterine tamponade Replacement for stop bleeding in The 1st case and the 2nd case was placenta removal.

Keywords: Severe Postpartum hemorrhage, Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with Shock, Disseminated Intravascular Coagulation

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดทันทีที่ปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร หรือมากกว่าหลังจากการคลอดในระยะที่ 3 เสร็จสิ้นการตกเลือดหลังคลอดเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักทางสูติกรรมที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020, WHO) พบการตายมารดาทั่วโลก 211 ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิตแสนคน ประเทศไทยพบอัตราตายของมารดาทั่วประเทศปี 2564-2566 พบ 36.9, 25.9 และ 15.8 (ข้อมูลปี 2566 ในระยะ 6 เดือนแรก) ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ตามลำดับในเขตสุขภาพที่ 7 รายงานปี 2564-2566 พบอัตราตายของมารดา 34.3, 19.76 และ 8.1 (ข้อมูลปี 2566 ในระยะ 6 เดือนแรก) ต่อการเกิดมีชีพแสนรายตาย (DOH Dashboard ศูนย์อนามัยที่ 7, 2566) ซึ่งค่าเป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสน การเกิดมีชีพ ในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 7 มีมารดาเสียชีวิต 6 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุจากการตกเลือด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ ในปี 2566 ระยะ 6 เดือนแรก มีมารดาเสียชีวิต 1 ราย จากสาเหตุ PPH form uterine atony and Coagulopathy อย่างไรก็ตามการลดลงของสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือดก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามมาตรการคือ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา”

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิมีผู้มารับบริการคลอดในปี 2564-2566 มีหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 182, 218, 209 ราย ตามลำดับโดยมีผู้คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 99.45,

84.10 และ 82.12 ตามลำดับมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) ร้อยละ 2.28 (7 ราย), 2.74 (5 ราย), 3.34 (7 ราย) ตามลำดับเกิดภาวะช็อกได้รับการส่งต่อด่วนระบบ fast track 3 ราย ร้อยละ 0, 40, 14.2 ตามลำดับร่วมกับพบอุบัติการณ์ผู้คลอดเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดหลังการส่งต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในปี 2565 จำนวน 1 ราย สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบใน 3 ปีที่ผ่านมาทั้งหมด 17 ราย ที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1. ภาวะรกค้าง (รกไม่ลอกตัว) ร้อยละ 41.17 2. การหดตัวของมดลูกไม่ดี ร้อยละ 29.41 3. การฉีกขาดของช่องทางคลอด ร้อยละ 23.52 และ 4. ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 5.88

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดระยะแรกหลังคลอดระดับรุนแรง 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่งานห้องคลอดโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและผลการติดตามผู้คลอด ผลการทบทวนมารดาตาย ระยะเวลาการศึกษาผู้คลอดรายที่ 1 เดือน เมษายน 2565 และผู้คลอดรายที่ 2 เดือน กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้จาก เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวโดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพอาการอาการแสดงการรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษา2รายได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาโดยขอความยินยอมด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากรณีศึกษา2กรณีนี้ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นความลับ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ26ปีตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์38 สัปดาห์มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 30นาทีก่อนตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ผลปกติ คือ ระดับ Hemoglobin 14.2 gm/dlระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) เท่ากับ 40 vol%, WBC 136,000 cell platelet 121,000 cell MCV88.9 /fl VDRL = Nonreactive ,HBsAg= negative, Anti HIV= negative, blood group B, Rh Positive ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (Quadruple test) พบมีความเสี่ยงสูง แพทย์ส่งตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคามและได้เจาะน้ำคร่ำส่งตรวจผลปกติ อาการแรกเริ่ม:ผู้คลอดรู้สึกตัวดีมีอาการเจ็บครรภ์ห่างๆ ตรวจครรภ์ พบระดับยอดมดลูกสูง ๓/๔ มากกว่าระดับสะดือ คณะน้าหนักทารกด้วยวิธีการวัดด้วยสายวัดทางหน้าท้องได้ 3,136 กรัม วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/82 มิลลิเมตรปรอทประเมินค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 % ตรวจภายในประเมนพบปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 % ผนังน้ำคร่ำยังคงอยู่ ส่วนนำของศีรษะทารก อยู่ระดับระดับ 0 มีมูกเลือดประมาณ 5 มิลลิลิตร ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องบันทึกการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (electronic fetal monitoring: EFM) เป็นเวลา 15 นาที ในระยะแรกผลปกติ (category I) อัตราการเต้นของหัวใจทารกเฉลี่ย 150 ครั้งต่อนาที ระยะเวลาเจ็บครรภ์ (Duration)

นาน 30 วินาที ระยะห่าง (Interval) ทุก 2 นาที ระดับความแรงของการหดตัวของมดลูก (Severity) 1+ รายงานแพทย์เวรรับทราบแพทย์จึงวางแผนการคลอดทางช่องคลอด ผู้คลอดเจ็บครรภ์ (Duration) นาน 30 วินาที ระยะห่าง (Interval) ทุก 2 นาที ระดับความแรงของการหดตัวของมดลูก (Severity) 1+ ขณะ on Electronic fetal Monitoringหลัง30นาที พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง58 - 100ครั้งต่อนาที ซึ่งหมายถึงทารกในครรภ์มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน รายงานสูติแพทย์รับทราบให้สารน้ำ 5% DN/2 1,000ml iv.drip120ml/hr.ให้ออกซิเจนแบบหน้ากาก10 ลิตร/นาที่นอนตะแคงซ้ายตรวจภายในช่องคลอด พบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% หลังตรวจภายใน เจ็บครรภ์ ถี่ขึ้น แรงขึ้น ผนังน้ำคร่ำแตกเองลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่พบสายสะดืออยู่ย้อย ดูแลโดยให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ออกซิเจนทางหน้ากากความเข้มข้น 10 ลิตรต่อนาที และตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์สูติแพทย์วางแผนการคลอดโดยผ่าตัดคลอด หลังจากผนังน้ำคร่ำประมาณ1นาที ผู้คลอดมีอาการ ชักทั้งตัว มือเท้าเกร็ง หดสติเป็นระยะเวลา30 วินาที ใบหน้าเขียว นานประมาณ 2-3 นาที กระตุ่นโดยการเขย่าตัว ปลุกให้ตื่น ผู้คลอดลืมตาถามตอบรู้เรื่อง จำเหตุการณ์ไม่ได้ รายงานสูติแพทย์และตามทีมช่วยเหลือ หลังชักเกร็ง ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้คลอดโดยใช้ Glasgow coma score : เต็ม15คะแนนรูม่านตาขนาด 3มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/72มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร (pulse oximeter) เท่ากับ 96-98% แพทย์เวรประเมินอาการด้วยเครื่องตรวจจับคลื่นเสียงความถี่สูง(Ultrasound)พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์110-120ครั้ง/นาทีเสียง แฝวเบา ไม่ชัดเจน สูติแพทย์ให้เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉินตรวจคลื่นหัวใจผู้คลอดผลปกติ แพทย์แจ้งอาการให้มารดาและญาติรับทราบ ส่ง CBC.จางเลือด

ประสานงานห้องผ่าตัดประเมินค่าน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้ว 126 mg% Hct.40 Vol% Hb.14.2 g/dl WBC.13,600 Cell. Platelet 121,000Cell/V.อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลงอยู่ในช่วง 60 - 100 ครั้งต่อนาที แพทย์เวรแจ้งญาติเรื่องผู้คลอดมีอาการชักและหัวใจของทารกในครรภ์เต้นค่อนข้างช้าและเบา จะต้องทำการผ่าตัดคลอดหลังคลอดทารกมีแนวโน้มได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติรับทราบเวลา ก่อนเข้าห้องผ่าตัดสูติแพทย์ประเมินอาการ ผู้คลอดปวดเบ่ง ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมด สูติแพทย์พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ย้ายมารดาเข้าห้องคลอด ใช้เวลาเบ่ง10นาทีให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกคือ Oxytocin 10Unit ที่กล้ามเนื้อต้นแขนขวาทารกคลอดปกติเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,795 กรัม APGAR Score 0 , 4 , 5 คะแนน แพทย์ช่วยชีวิตโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ป้อนหัวใจทารก ดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา และส่งทารกไปดูแลต่อที่ทารกวิกฤติ (newborn intensive care unit: NICU) โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งทารกได้เสียชีวิตในเวลาต่อมา

กรณีศึกษาที่ 2:ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31ปี G4P3A0L3อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วันมาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมงมีภาวะเสี่ยง คือ ครรภ์ที่ 4 เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดพึ่งอินซูลิน และมีภาวะอ้วน การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ คือ Hemoglobin 13.2gm./dlระดับความเข้มข้นของเลือด Hct.40vol%, WBC.14,100Cell Platelet251,000cell VDRL: Nonreactive ,HBsAg :negative, Anti HIV: negative, blood group O, Rh Positive ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ผลปกติ

รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์ถี่ สม่่าเสมอท้องแข็งตึงและรุนแรง Interval 1 นาที30 วินาที duration 60 วินาทีระดับความรุนแรง2+ระดับยอดมดลูกสูง3/4 มากกว่าระดับสะดือเด็กท่า LOAอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 112-120 ครั้งต่อนาที คาคะเน น้ำหนักทารกโดยการวัดเทพทางหน้าท้องได้ 3,400

กรัมวัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/88 มิลลิเมตรปรอทค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 %ตรวจประเมินภายในแรกรับ พบว่าปากมดลูกเปิดขยายหมด ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DN/2 1,000 ml. iv drip 120 ml/hr.คลอดปกติทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,555 กรัม APGAR.Score 9 ,10 , 10ให้ยาOxytocin ขนาด 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อผู้คลอดหลังคลอดให้เหล่าน้ำ ใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดนาน 8 ชั่วโมง ระยะที่ 2 ของการคลอด ใช้เวลาในการเบ่ง 15 นาที ให้ผู้คลอดโอบกอดทารกและให้ทารกดูนมมารดาบนเตียงคลอดหลังทารกคลอด30นาทีพบว่ารกไม่ลอกตัว เกาะแน่นและมีเลือดออก จำนวน200 มิลลิลิตร รายงานแพทย์เวรเจาะตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง Hct. stat 40 vol% มดลูกไม่หดตัว คลำที่บริเวณท้องน้อยพบมดลูกนุ่ม มีเลือดออกเพิ่มอีก 300 มิลลิลิตร สูญเสียเลือดรวม500 มิลลิลิตรแพทย์เวรตรวจเย็บอาการ และทำคลอดรอกแบบ control cord traction แต่ไม่สามารถคลอดรอกได้สำเร็จให้สารน้ำ ARI1,000 ml. iv drip 120 ml/hr.แพทย์เวรปรึกษาสูติแพทย์ ส่งตรวจ CBC,จางGM PRC 2 Unit สูติแพทย์ให้ผู้คลอดไปห้องผ่าตัดเพื่อล้างรก(Remove Placenta)สูติแพทย์ใช้เวลาล้างรก10นาที ระยะที่3 ของการคลอด 1 ชั่วโมง 45 นาทีหลังล้างรกสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด600มิลลิลิตรเกิดภาวะช็อกความดันโลหิตอยู่ในช่วง80-88 /46 -55 มิลลิเมตรปรอท อัตราเต้นของชีพจรชีพจร 112-118ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ24-28ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียสค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 %มีภาวะ hypovolemic shock แพทย์ให้ Acetar1,000 ml. IV. loading ให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด levophed 4 ไมโครกรัม IV.2 dose, Epinephrine 6 mg IV stat, 5% DN/2 1,000 ml.+ syntocinon20 unit iv drip 120 ml/hr.ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว 169 mg%รวมสูญเสียเลือดทั้งหมด 1,100 มิลลิลิตร กลับจากห้อง

ผ่าตัดเวลาผู้คลอด อาการอ่อนเพลีย ซีด หนาวสั่น มือเท้าเย็น บอกรู้สึกง่วงนอน ไม่มีแรง เสียงแหบ คอแห้ง พูดคุยได้พอรู้เรื่อง ดูแลห่มผ้า2ผืน และ ให้เครื่องเป่าลมร้อน อบอุ่นร่างกายประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 104/54 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาทีหายใจ 24 ครั้งต่อนาที มดลูก หดรัดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดปริมาณปกติชุ่มผ้าอนามัยใส่สายปัสสาวะคาไว้ปริมาณ150มิลลิลิตรสีเหลืองเข้ม ประเมินค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว Hct.33 vol.% ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว 126 mg% ในวันต่อมาแพทย์เตรียมทำหัตถ์สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 104/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 106 ครั้งต่อนาทีหายใจ 24 ครั้งต่อนาทีอุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ผลตรวจCBC: พบว่า Hb.8.2g/dl Hct.25 vol% ,platelet237,000 cell/ul.White blood cell.14,630 cell/ulมารดาซิด อ่อนเพลีย เปลือกตาซิด เลือดออกทางช่องคลอด ลดลง แพทย์เวรตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง(Ultrasound)ไม่พบเศษ

รกค้าง ให้Pack red cellGroup O 1 Unitขณะให้เลือดไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับจากทำหัตถ์ มดลูกหดรัดตัวดี เจาะตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงทุก 8 ชั่วโมง หลังให้เลือด1 Unitประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct 27 vol%ในวันที่3หลังคลอดน้ำคาวปลาสีแดงปริมาณลดลงแผลฝีเย็บปกติ น้ำนมเริ่มมา แผลทำหัตถ์ไม่ซึบ ให้ความรู้มารดาหลังคลอดและญาติในโรงเรียนพ่อแม่ประเมินความรู้สามารถตอบคำถาม และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ดูแลทารกได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล3วัน นัดติดตามเยี่ยมหลังคลอด8วันที่คลินิกนมแม่ ตัดไหมให้แผลทำหัตถ์ดีดีฝีเย็บดีดี น้ำนมมาเพียงพอ น้ำคาวปลาจางลง ลดลง ประเมินความเข้มข้นของเลือดHct 31vol% นัดตรวจหลังคลอด6สัปดาห์ ที่แผนกวางแผนครอบครัว ประเมินความเข้มข้นของเลือดHct 35vol% ตรวจระดับน้ำตาล Fasting blood Sugar:90 mg% ตรวจ75 Gm OGTT:125 mg% ผลปกติ มารดาหลังคลอดสดชื่นดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

การวินิจฉัยโรค	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	G2P1A0L1 GA.38 weeks with Labor pain	G4P3A0L3 GA.38 weeks with Labor pain with GDMA.2with Obesity
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	G2P2A0L2 With Normal labor With Severe post partum Hemorrhage Form Disseminated Intravascular Coagulopathy with hypovolemic shock R/O Amniotic fluid Embolism	G4P4A0L4 With Normal labor With Retain placenta with Severe post partum Hemorrhage with tubal resection

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

กรณีศึกษาทั้ง2ราย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ผากระรกก่อน12สัปดาห์ครบ5คุณภาพมีความพร้อมที่จะมีบุตร กรณีศึกษาที่2มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับการรักษาด้วยการฉีด Insulin และมีภาวะอ้วน MBI.36.44กิโลกรัมต่อตารางเมตร ทั้งเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่4ซึ่งการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นบุตรที่เกิดกับสามีคนใหม่ผู้คลอดไม่ทราบว่าการตั้งครรภ์ที่4จะเกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไร ซึ่งจากการคลอดที่ผ่านมา3 ครั้ง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆขณะคลอดและหลัง

คลอด บุตรทุกคนคลอดปกติสุขภาพแรงส่วน สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษาที่ 1.จากข้อมูลพื้นฐานไม่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดรายที่2จากข้อมูลพื้นฐานมีปัจจัยเสี่ยงคือ อายุ31ปีและตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 เมื่อการตั้งครรภ์ในอายุที่มากขึ้นเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดรกเกาะแน่นโดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่อายุ20ปีขึ้นไป(ยุทธพงศ์ วีรวรรณ ตรีภูม และคณะ. สติ ศาสตร์ ฉุกเฉิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2559) กรณีศึกษาที่1ระยะรอ

คลอทดบป้งจ้ยที่เป้นสาเหตุการตกลีอดหลังคลอด โดยสันนิษฐานว่าหลังงุ่นน้ำแตกเกิดภาวะน้ำคร่ำพลัดเข้าไปในกระแสดเลือดมารดา(กรณีศึกษารายนี้ไม่ได้ผ่าตัดชั้นสูตรวินิจัยการเสียชีวิต) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำเล็กๆในปอดกระตุ้นให้เกิดการหดรั้วตัวของหลอดเลือดในปอดอย่างรวดเร็วคล้ายปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรง ทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของ

ระบบไหลเวียนโลหิตเกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวไม่สามารถหยุดเลือดได้จึงทำให้เกิดภาวะตกลีอดระดับรุนแรง ส่วนกรณีศึกษาที่2 ผู้คลอดครรภ์ที่ 4 มีภาวะรกไม่ลอกตัวหลังทารกคลอด30นาที่ ได้รับหัตการล้างรก ซึ่งภาวะรกไม่ลอกตัวทำให้เกิดการขัดขวางการหดรั้วตัวของมดลูกทำให้มดลูกหดรั้วตัวไม่ดี จึงเกิดการตกลีอดหลังคลอด

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกลีอดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
หลังรกกคลอดมดลูกหดรั้วตัวไม่ดี มดลูกนุ่มมีเลือดออกตลอด ซีพจรเบาเร็ว เบื่ออกตาซีด แขนและปลายมือ ปลายเท้าเย็น รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง มีอาการอาเจียนเป็นสีน้ำตาลประมาณ 200 มิลลิลิตร มีจ้ำเลือดตามแขนและบริเวณหลังมือที่แทงเข็มเจาะเลือดตรวจและให้สารน้ำหลังได้รับยาพบว่ามดลูกยังหดรั้วตัวไม่ดี มีเลือดไหลซึมตลอดเวลา ประเมินปัสสาวะที่ออกเป็นสีแดงเข้ม10มิลลิลิตรรวมสูญเสียเลือด1,300 มิลลิลิตรBT.36.2 องศาเซลเซียส BP.86/58mmHg.PR.=122-148ครั้ง/นาที่ RR.20-30ครั้ง/นาที่ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด93-97% -Intake 2,850 mL/Output1,310mL	หลังทารกคลอด30นาที่พบว่ารกไม่ลอกตัว เกาะแน่นและมีเลือดออกจำนวน500มิลลิลิตร มดลูกนุ่มไม่หดรั้วตัวหลังล้างรกสูญเสียเลือดเพิ่ม600มิลลิลิตร ผู้คลอดอ่อนเพลีย ใจสั่นเล็กน้อยซีพจรเบาเร็ว รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องมีอาการโบน้าซีด เบื่ออกตาซีดหนาวสั่น พูดคุยพอรู้เรื่อง ปัสสาวะที่ออกมาเป็นสีเหลืองเข้ม300มิลลิลิตรรวมสูญเสียเลือด1,100 มิลลิลิตร BT.35.6°C BP.88/46mmhg.PR.=118-124ครั้ง/นาที่ RR.20-24 ครั้ง/นาที่ ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด95-98% -Intake 2,200mL/Output1,200mL

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะ Hypovolemic shock ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60มิลลิเมตรปรอท กรณีศึกษาที่1 มีปัสสาวะออกน้อยกว่า30มิลลิลิตร/ชั่วโมงและมีเลือดไหลซึมออกทางช่องคลอดตลอดเวลา แม้จะให้การพยาบาลนวดคลึงมดลูก จากการสังเกตเลือดที่ไหลออกมาไม่มี blood clot ร่วมกับอาเจียนคล้ายเลือด(coffee ground) เป็นอธิบายได้ว่ากลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้เลือดออกตาม

ร่างกาย มีการสูญเสียเลือด น้ำและ อิเลคโตรไลต์ เกิดภาวะช็อก หลังได้รับสารน้ำ2,000มิลลิลิตรความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสู่ภาวะปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะช็อกหลังทำหัตการล้างรก ได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจและยากระตุ้นการหดรั้วตัวของมดลูกสามารถหยุดเลือดได้ ผู้คลอดทั้ง2รายนี้ มีอาการและอาการแสดงที่ใกล้เคียงกันในระดับการสูญเสียเลือดที่ใกล้เคียงกันคือโบน้าซีด เบื่ออกตาซีด หนาว ใจสั่น แขนและปลายมือปลายเท้าเย็น

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผลตรวจทางพยาธิวิทยาที่สำคัญผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือด
หลังคลอด

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ผลlab.โรงพยาบาลชุมชน CBC:Hb:14.2 gm/dl Hct: 40 vol% WBC:13600 Cell Platelet : 121,000 Cell PTT:24.4 Second PT13.1 Second INR:1.15 SGOT:93 U/L ALP :280 U/L ผลlab. โรงพยาบาลแม่ข่าย Hct: 18 vol% Platelet:Count:145,000 cell PT:non Coagulation INR: non Coagulation PTT: 67.7 วินาที	แรกรับ :Hb:13.2 g/dl Hct.:40.10 Vol.% Dtx: 96 mg% ผลlab.หลังเกิดภาวะตกเลือด Hb : 8.2 g/dl Hct.:25% WBC:146,300 Cell Platelet :237,000 Cell ผลlab.หลังให้เลือดPRC.1Unit Hct.:27 Vol% FBS :92 mg/dl หลังคลอด 8 วัน Hct : 31 vol% หลังคลอด 6 สัปดาห์ Hct: 35 vol% FBS:90 mg/dl 75gmOGTT:125mg/dl	กรณีศึกษาทั้ง2ราย ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงจากก่อนคลอดมากกว่า10% ในกรณีศึกษาที่1ลดลงเหลือ18 vol% หรือลดลงร้อยละ 55กรณีศึกษาที่1 ที่พบว่ามีภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง ค่าPT,INR : non Coagulation PTT67.7วินาที แพทย์วินิจฉัยภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation: DIC) เป็นภาวะที่ระบบการแข็งตัวของเลือดถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นภาวะผิดปกติทั่วร่างกายซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นเส้นเลือดที่ปอดในระยะที่1ของการคลอดส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงเหลือ 25 vol.% หรือ ลดลงร้อยละ37.5 และผลการติดตามตรวจเบาหวานชนิดที่2 Fasting Blood Sugar และ ผลการตรวจน้ำตาล75 gm OGTT พบว่าปกติ

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
-Oxytocin10 unit IM.หลังคลอดไหล่หน้า -0.9NSS. 1000ml + Oxytocin 20 unit iv drip 120ml/hr. - Methergine 0.2mg IV.Stat #1 -U/S no retain Piece of Placenta -CBC PT PTT INR BUN Creatinine E'lyte LFT -ARI 1000 ml.iv loading # 1 -G/M for PRC 2 Unit - Retain foley's catheter -cytotec 4 tabs. Rectal suppo. -Vaginal Packing by Vaseline Gauze Bandage - Methergine 0.2mg IV.Stat #2 -condom Uterine balloon tamponade -transamin 1,000 mg. iv stat -ARI 1000 ml.iv loading # 2 -consult สูติแพทย์ -PRC.Group O.1 unit vein drip Free Flow -Bimanual compression -refer รพ.แม่ข่าย	-Synto10 unit IM.หลังคลอดไหล่หน้า CBC -G/M for PRC 2 Unit -retain foley's catheter -set OR for remove Placenta -NPO. -Acetar100ml. vein Loading -Levophed8 µg. (2 mL.) IV.push#1 -Levophed 8 µg. (2 mL.) IV.push #2 -Epinephrine 6mg. IV.push -5%DN/2 1000ml + Oxytocin 20 unit iv drip 120ml/hr. -U/S no retain Piece of Placenta -PRC.groupB.1 unit vein drip 120 ml/hr.	กรณีศึกษาที่1การรักษาภาวะช็อกตกเลือดหลังคลอดแพทย์ให้การรักษาระหว่างให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว (Loading)ภายหลังให้สารน้ำ2,000 มิลลิลิตรความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสู่ภาวะปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่2 หลังให้สารน้ำความดันโลหิตยังต่ำ แพทย์จึงให้ยาช่วยในการบีบตัวของหัวใจโดยให้Levophed8 µg. (2 mL.) IV.push# 2dose ,Ephinephrine 6 mg. IV.pushส่วนยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก กรณีศึกษาที่1ใช้ยาหลายชนิดมากกว่ากรณีศึกษาที่2เนื่องจากมดลูกไม่หดตัวและเลือดไหลไม่หยุด รวมทั้งการรักษาโดยใช้ Vaseline Gauze bandageม้วนเป็นก้อนเข้าไปอุดในโพรงมดลูกแต่ไม่สามารถหยุดเลือดได้และจึงเปลี่ยนใส่บอลลูนเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อหยุดเลือด แต่ยังมีเลือดซึมตลอด จึงได้ทำการนวดมดลูกแบบกดทับมดลูก(Bimanual compression)ระหว่างการส่งต่อ ส่วนการให้เลือดทดแทน ทั้ง 2รายได้รับ เลือดชนิด Pack red cell รายละเอียด1 Unit

ตารางที่ 5การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอด
ที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เกิดภาวะขาดออกซิเจนทั้งมารดาและทารกเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดเลือดที่ปอดมารดาขณะคลอดมีอาการชักเกร็งทั้งตัวหมดสติประมาณ30วินาทีใบหน้าเขียว2-3นาที 1.ประเมินอาการ ปลุก เรียกชื่อ กระตุ้นผู้คลอด ด้วยการเขย่าที่ไหล่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2.รายงานแพทย์เวรทันที 3.เรียกทีมพยาบาลช่วยเหลือ 4.จัดทำผู้คลอดนอนราบ และตะแคงศีรษะเพื่อป้องกันลิ้นตก ใส่ mouth gag ป้องกันการกัดลิ้น 5.ดูแลให้ออกซิเจนMask with bag 10 ลิตรต่อนาที 6.ประเมินสัญญาณชีพทุก5นาทีจนกระทั่งStableและวัดระดับความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดง 7.ใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) 8.ใช้เครื่องตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์(EFM.) 8.ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง 9.ดูแลให้5%DN/21000ml.vein drip 120ml/hr. 10.แจ้งผู้คลอดและญาติ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ที่จะเตรียมผ่าตัดคลอด	เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกไม่ลอกตัวหลังทารกคลอด30 นาทีรกไม่คลอด 1.รายงานแพทย์เวร 2.งดการคลึงมดลูก 3.retain foley s catheter 4.ให้งดน้ำงดอาหาร 5.ประเมินการสูญเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดและชั่งน้ำหนักผ้าซับที่เปื้อนเลือด 6.เปิดเส้นด้วยเข็ม เบอร์18 ให้สารน้ำอีกข้างสารน้ำ Acetar1,000 มิลลิตรFree flow 7.เจาะเลือดตรวจCBCจอง G./M. 8.ประเมินสัญญาณชีพ,ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดง 9.ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10ลิตร/นาที 10.เตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยแพทย์ทำหัตถการล้วงรก 11.เตรียมเอกสารให้ผู้คลอดเซ็นยินยอมทำหัตถการล้วงรก 12.แจ้งญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอธิบายแผนการรักษาโดยกาล้วงรก ซึ่งมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการให้การพยาบาลก่อนตกเลือดในกรณีศึกษาทั้ง2รายมีความแตกต่างกันเนื่องจากสาเหตุแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่1 หลังเกิดภาวะชักและหมดสติชั่วคราว รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องสัญญาณชีพปกติ ประเมิน Glasgow Coma Score เต็ม15คะแนน รูม่านตาขนาด3มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ยังต้องเฝ้าระวังเกิดภาวะชัก

ซ้ำ ในกรณีศึกษาที่ 2 หลังทารกคลอด รกไม่ลอกตัวเกิดภาวะรक्त้าง ต้องเตรียมจองเลือด เจาะเลือดตรวจทางพยาธิวิทยา ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ดูแลให้สารน้ำเพื่อป้องกันภาวะช็อกกรณีเกิดการตกเลือดหลังคลอดและอธิบายถึงเหตุผลที่ต้องล้วงรกในห้องผ่าตัดด้วยการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว รวมทั้งเซ็นเอกสารยินยอมการทำหัตถการล้วงรก

ตารางที่ 6 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุนและกิจกรรมการพยาบาลระยะเกิดภาวะช็อก
จากการตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
-สูญเสียเลือด1,300มิลลิตรBP.88/59MMHgPR.128/minRR22/min 1.เรียกทีมช่วยเหลือ 2.ให้ออกซิเจนชนิด mask with bagปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที 3.ดูแลให้สารน้ำ ARI 1,000 mL vein Loading 4.ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น 5.วัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาทีจนกว่าจะ stable เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด 6.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ ชีพจรเบาเร็ว>100ครั้ง/นาทีหรือ <60ครั้ง/นาทีความดันโลหิตต่ำกว่า90/60มิลลิเมตรปรอท 7.ประเมินอาการและอาการแสดงได้แก่ ความรู้สึกตัว เยื่อตาซีดตัวเย็น และปลายเล็บซีดเขียว อย่างใกล้ชิด 8.ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วKeep>95% 9.เจาะเลือดส่งตรวจ CBC จอ G/M PRC.2 Unit Bun. Cr.Electrolyte LFT. PT.PTT.INR.พร้อมขอผลด่วน 10.ดูแลให้ ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 0.9NSS1,000 มิลลิตร+Oxytocin 20 unit rate 120 มิลลิตรต่อชั่วโมงให้ Methergin 1 amp IV Transamin1 gm. IV และ Cytotec 4 tab เหน็บทางทวารหนัก ตามแผนการรักษา 11. ช่วยแพทย์ทำ Vagina packing 12.ช่วยแพทย์ทำ condom Uterine Balloon tamponade 13. ใส่สายสวนคาปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะเพื่อการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิตรต่อชั่วโมงรายงานแพทย์ 14. ประเมินการหดตัวของมดลูกและประเมินประสิทธิภาพของ condom Balloon tamponade 15. เจาะเลือดที่ปลายนิ้วดูความเข้มข้นของเลือด (Hct) ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น 16. ให้เลือด Pack red cell group B.1unit vein drip free flowผ้าระวางอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอก	-สูญเสียเลือด1,100มิลลิตร BP.88/59MMHgPR.128/minRR22/min 1.เรียกทีมช่วยเหลือ 2.ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที 3.ดูแลให้สารน้ำ ARI.1,000 mL vein Loading 4.ดูแลให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจLevophed 8 µg.(2 mL.) IV.push #2 -Epinephrine 6mg. IV .push 5.ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก5%DN/2 1000ml + Oxytocin 20 unit iv drip 120ml/hr. 6. เจาะเลือด CBC.จอ G/M 7.ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ผ้าซับเลือดทุกชิ้น 8.ประเมินอาการและอาการแสดงได้แก่ ความรู้สึกตัว เยื่อตาซีด ตัวเย็น และปลายเล็บซีดเขียว อย่างใกล้ชิด 9.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ ชีพจรเบาเร็ว>100ครั้ง/นาทีหรือ <60ครั้ง/นาทีความดันโลหิตต่ำกว่า90/60มิลลิเมตรปรอท 10.ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (O2saturation)Keep>95% 11. ใส่สายสวนคาปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณ เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิตรต่อชั่วโมงรายงานแพทย์ 12. จัดทำผ้าคลุมนอนราบตะแคงหน้าพร้อมหมอนหนุน และให้เครื่องอบอุ่นร่างกาย โดยเครื่องเป่าลมร้อน 13. เจาะเลือดที่ปลายนิ้วดูความเข้มข้นของเลือด (Hct) ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น 14. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษา

การอภิปรายผล

การพยาบาลในงานสูติกรรมการจัดการในสถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินที่ต้องช่วยชีวิตทั้งมารดาและทารกทั้ง2 ชีวิตในเวลาเดียวกันบุคคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องมีสมรรถนะ มีความรอบรู้ รวดเร็ว แม่นยำ ในการใช้ทักษะการทางพยาบาล ประสพการณ์ เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดามาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด การศึกษากรณีศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลัง

คลอดระดับรุนแรงทั้ง2 กรณีศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติทั่วไปจากผู้ป่วยและญาติ จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย รายงานผลการทบทวนมารดาตาย จากโรงพยาบาลแม่ข่ายและใช้เครื่องมือ11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน¹(Gordon's Functional Health Pattern) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกันระหว่างพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำไปวางแผนการพยาบาลปฏิบัติการ

พยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในกรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดปลอดภัยได้กลับบ้านผู้คลอดและญาติมีความพึงพอใจในการให้บริการ^{2,3} กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความรุนแรงที่เกิดจากภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถหยุดเลือดได้สามิผู้คลอดได้สูญเสียภรรยาและบุตรได้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจรวมทั้งญาติผู้คลอด ที่ต้องใช้เวลาและยากที่จะทำใจยอมรับได้

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินการเสียเลือดควรปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดเพื่อให้การประเมินการเสียเลือดตรงกับความเป็นจริง ในการส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลแม่ข่ายได้เตรียมรับผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดระดับรุนแรง
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมอยู่เสมอ รวมทั้งความรู้ความสามารถ ทักษะการพยาบาล อยู่ตลอดเวลา รวมทั้งการประเมินความเสี่ยง การแก้ไขปัญหากรณีผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ขณะส่งต่อเพื่อให้เกิดความชำนาญในการจัดการภาวะตกเลือดทุกระยะการคลอด

3. การใช้ทักษะในการสื่อสาร (SBAR)ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในภาวะฉุกเฉินวิกฤติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่รวดเร็วจะสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ทันทั่วทั้ง
4. ควรให้ความสำคัญกับการให้ความอบอุ่นร่างกายผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
5. ควรมีระบบ Emergency Response เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการตามทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินในห้องคลอด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานกรณีศึกษานี้ได้สำเร็จลุล่วงโดยการให้ความช่วยเหลือจากทีมการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโกสุมพิสัย หัวหน้าตึกสูติกรรม หลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม สูติแพทย์จากโรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่มาช่วยราชการโรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้เสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะแก้ไขและตรวจสอบ รวมทั้งพยาบาลประจำงานห้องคลอด ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดตลอดการจัดทำกรณีศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ สุชาดา วิภาวาท และอารี กิ่งเล็ก. (2559) การพัฒนาแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ใน ห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือ ข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้. 3(3):127-141.
2. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ(2564).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและแก้ไข ภาวะตกเลือดในระยะ-24ชั่วโมงแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น .การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ app.gs.KKU.ac.th
3. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ยามบรมราชกุมารี, 6(2), 146-157.
4. พิรุฬห์ สิทธิพล .(2563)การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด.วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565)วิเคราะห์สถานการณ์แม่ตาย. <https://hp.anamai.moph.go.th>
6. Satapomteera,P.<Arj-Ong, S. and ASwagul,O. Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012; 20(1):21-8
7. word health Organization(2014).Trands in Maternal mortality 1990 to 2013 : Estimatesby WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division Geneva: World Health Organization.