

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Postpartum Hemorrhage : 2 case studies.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

กุลณา จรรยากรณ์¹
Kullana Chanyakorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอด 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 มารดาหญิงไทย อายุ 32 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 22 ก.พ. 2566 ด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 มารดาหญิงไทย อายุ 26 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 25 มิ.ย. 2566 เวลา 18.00 น. อาการสำคัญ มีน้ำเดิน เจ็บครรภ์คลอดก่อนมารพ. 1 ชั่วโมง 30 นาที

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 25 ก.พ. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดีอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 10.4 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 58 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ส่งต่อข้อมูลคลินิกเพื่อเข้ารับ การบำบัดยาเสพติด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูดนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 28 มิ.ย. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดีอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลทำความสะอาดแผลทำหมัน แผลไม่มี Discharge ซีม Pain score 5 มารดาบอกปวดพอน ไม่ขอยาแก้ปวด ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 11.1 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 51 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมบุตร นัดตัดไหมแผลทำหมัน 7 วัน นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูด นมแม่อย่างน้อย 6 เดือน

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด การพยาบาล

Abstract

This study was case study with the objective of studying nursing care for women with postpartum hemorrhage. By comparing two birth cases, case study 1, a 32-year-old Thai female mother came to the hospital on February 22, 2023 with the main symptom being labor pains. It happened 2 hours before coming to the hospital. Case 2: A 26-year-old Thai female mother came to the hospital on June 25, 2023 at 6:00 p.m. The main symptoms were water leaking, labor pains before coming to the hospital. 1 hour 30 minutes.

The results of the study found that in Case Study 1 on February 25, 2023, the mother felt good after giving birth, not tired, and not dizzy. Vital signs are within normal limits. The infant had blood drawn to assess jaundice. The jaundice value was 10.4 milligrams. The baby's blood concentration was 58 percent. The doctor allowed him to go home with the baby. Make an appointment for mothers to be examined 6 weeks after giving birth. Refer information to the clinic for drug treatment. Recommend postpartum behavior and encourage the baby to breastfeed for at least 6 months. Case Study 2, June 28, 2023, the mother felt fine after giving birth, not tired, not dizzy. Vital signs are within normal limits. Take care of cleaning the sterilization wound. The wound has no discharge, pain score of 5. The mother said the pain was tolerable. Don't ask for painkillers. The infant had blood drawn to assess jaundice. The jaundice value was 11.1 milligrams. The baby's blood concentration was 51 percent. The doctor had a treatment plan and allowed him to go home with the baby. Make an appointment to have the sterilization stitches cut within 7 days. Make an appointment for the mother to check after giving birth at 6 weeks. Recommend postpartum behavior and encourage the child to breastfeed for at least 6 months.

keywords: postpartum hemorrhage; nursing care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน จ.ขอนแก่น

บทนำ

การเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ข้อมูลการตายของมารดา(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2565)¹ พบอัตราส่วนการตายมารดาปี 2565 เท่ากับ 25.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มารดาตายจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 41.08 จากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 42.64 และไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ร้อยละ 16.28 หากพิจารณาเฉพาะสาเหตุทางตรงจะพบว่าเกิดจากการตกเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.45 ตามแนวคิดของ WHO (2012)² สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกไม่หดตัว (uterine atony) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (genital tract laceration) ภาวะรกค้าง (retained placental tissue) หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (maternal bleeding disorders) ซึ่งมดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

จากสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ห้องคลอดโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น³ มีผู้คลอดทั้งหมด 65 ราย, 75 ราย ,70 ราย ตามลำดับ มีจำนวนมารดาตกเลือดหลังคลอด 1 ราย 0 รายและ 2 ราย โดยคิดเป็น ร้อยละ 1.42 ,0 และ3.92 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปัญหาอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และการตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้มารดาเสียชีวิต ดังนั้น การให้การพยาบาลมารดาในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการเตรียมจำหน่ายที่ได้

มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงสนใจกรณีศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยการศึกษาและเก็บรวบรวมผู้คลอดที่รับบริการคลอดในโรงพยาบาลพระยีน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 และเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวางแผนตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วย แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งให้การพยาบาลทั้งทางด้านกาย จิต สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้การบริการพยาบาลในหน่วยงานมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

2.เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กระบวนการพยาบาล

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ แผนในประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|--|---|
| <p>มารดาหญิงไทย อายุ 32 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพแม่บ้าน สามี อาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว รายได้ 10,000บาทต่อเดือน ภูมิลำเนา ตำบล พระยีน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดขอนแก่น บุคคล ในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคติดต่อและโรคทางพันธุกรรม มาโรงพยาบาลวันที่ 22 ก.พ. 2566 ด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์ G2 P1 A0 L1 GA 37 สัปดาห์ 5 วัน by U/S กำหนด LMP จำไม่ได้ EDC 10 มีนาคม 2566 ผ่าครรภ์ 4 ครั้ง ไม่คุณภาพ ไม่เคยแท้งบุตร ผ่าครรภ์ครั้งแรกผ่าซ้า เมื่ออายุครรภ์ 28⁺2 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลพระยีน ขณะผ่าครรภ์ไม่ได้ฉีด Tetanus toxoid เนื่องจากเคยได้รับครบ 3 เข็มแล้ว เมื่อตั้งครรภ์ครั้งก่อน(ไม่เกิน 10ปี)ก่อนตั้งครรภ์คุมกำเนิดโดยกินยาคุมกำเนิด บุตรคนสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์มีอายุ 6 ปี ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน คลอดปกติที่โรงพยาบาลพระยีน ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด</p> <p>จากสมุดฝากครรภ์ครั้งนี้ผลการตรวจทางจากสมุดฝากครรภ์ครั้งนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti - HIV = Negative, HBsAg = Negative, VDRL = Nonreactive, Hct = 31% ซึ่งในการฝากครรภ์ครั้งแรกตรวจพบมีภาวะโลหิตจาง ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate 1x3 ๑pc ไปรับประทานที่บ้าน 2 เดือน เจาะเลือดครั้งที่ 2 พบความเข้มข้นของเลือด (Hct) เพิ่มขึ้นเป็น 33 %</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ ปฏิเสธการผ่าตัด หญิงตั้งครรภ์และสามีเคยเป็นผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่คลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาลพระยีน มีการเสพยาก่อนมา 10 วัน</p> <p>มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ เวลา 20.00 น. การประเมินสภาพร่างกายลักษณะทั่วไป ผิวดำแดง รู้สึกตัว สับสนมีรูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูน ผิดปกติ ผมด้ายยาวประป่าไม่มีบาดแผลหรือผื่น ผิวหนังมีคราบเหลืองโคลมาบริเวณข้อพับต่างๆ ผมยวแตกปลายไม่สะอาด เล็บยาวสกปรกมีคราบดำในซอกเล็บ ใบหน้ามีรูปร่างปกติไม่บวม คิ้วตกดำ เปลือกตาไม่ซีด รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง ต่อมไทรอยด์ ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต กระดูกไม่ผิดปกติ เคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทรวงอกมีรูปร่างปกติ และเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง หัวใจเต้นสม่ำเสมอปกติ ไม่มีเสียงฟู่ของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาทีตรวจหน้าท้องพบระดับของยอดมดลูก 3/4 เหนือ ระดับสะดือ ไม่มีตบม้ามโต เท้าบวม ไม่มีกตมูม ระบบประสาทและกล้ามเนื้อปกติ ไม่มีอาการคอแข็ง ผิวหนังแห้ง ไม่มีตุ่ม</p> | <p>มารดาหญิงไทย อายุ 26 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพรับจ้าง สามีอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว รายได้ 15,000บาทต่อเดือน ภูมิลำเนา ตำบลพระบุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดขอนแก่น บุคคล ในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคติดต่อและโรคทางพันธุกรรม มาโรงพยาบาลวันที่ 25 มิ.ย. 2566 เวลา 18.00 น. อาการสำคัญ มีน้ำเดิน เจ็บครรภ์คลอดก่อนมารพ. 1 ชั่วโมง 30 นาที</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์ G3 P2 A0 L2 ตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้ฝากครรภ์ LMP 16 ตุลาคม 2565 EDC 23 กรกฎาคม 2566 GA 36⁺2 wks by date ก่อนตั้งครรภ์คุมกำเนิดโดยฉีดยาคุมกำเนิด บุตรคนสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์มีอายุ 2 ปี ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน คลอดปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด น้ำหนัก 62 กิโลกรัม สูง 168 เซนติเมตร BMI 21.96 ผล lab แรกรับ Hct 31 vol% VDRL NR HBsag negative Anti HIV negative UA = WBC 3-5</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ ปฏิเสธการผ่าตัด</p> <p>การประเมินสภาพร่างกายลักษณะทั่วไป รู้สึกตัว สับสนมีรูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูน ผิดปกติ ผมด้ายยาวประป่าไม่มีบาดแผลหรือผื่น ใบหน้ามีรูปร่างปกติไม่บวม คิ้วตกดำ เปลือกตาไม่ซีด รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง ต่อมไทรอยด์ ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต กระดูกไม่ผิดปกติ เคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทรวงอกมีรูปร่างปกติและเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง หัวใจเต้นสม่ำเสมอปกติ ไม่มีเสียงฟู่ของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาทีตรวจหน้าท้องพบระดับของยอดมดลูก 3/4 เหนือ ระดับสะดือ ไม่มีตบม้ามโต เท้าบวม ไม่มีกตมูม ระบบประสาทและกล้ามเนื้อปกติ ไม่มีอาการคอแข็ง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับวันที่ 25 มิ.ย. 2566 เวลา 18.00 น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/75 มิลลิเมตรปรอท ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 25 สรีระเป็นส่วนนำระดับส่วนนำ -2 ฤงน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดตัวทุก 3 นาที หดตัวนาน 30 วินาที ระดับความแรงของการหดตัว 2+ ,HF 28 cms ผลการคณน้ำหนักทารก 2557 กรัม ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 130-150 ครั้งต่อนาที NST ผล reactive ทารกตื่นดี รับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด 25 มิ.ย. 2566 เวลา 18.00 น. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Labour progress note และ WHO partograph ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน</p> |

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|--|
| <p>แรกรับเวลา 20.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี ชั่งน้ำหนัก 48 กิโลกรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 7 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 cm. ดัชนีมวลกาย (BMI) 20.4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/90 มิลลิเมตรปรอท ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 75 สีระจะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดตัวทุก 3 นาที หดตัวนาน 30 วินาที ระดับความแรงของการหดตัว 2+ NST ผล reactive ผลการคณน้ำหนักทารก 2700 กรัม ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 130-150 ครั้งต่อนาที ทารกตื่นดี มดลูกหดตัวทุก 3 นาทีนาน 30 วินาที ความเจ็บปวดระดับ 5 เวลา ตรวจ Urine Amphetamine ผลเป็นลบ ,Hct Stat 32 vol% ให้การดูแลขณะรอคลอด อธิบายผลการตรวจและแนวทางการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ ประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดของการ์ดอน พบว่าแบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ รับรู้การตั้งครรภ์แต่ยังไม่เสพยา เสพยาแอมเฟตามีนชนิดกินมาประมาณ 5 ปี</p> <p>เวลา 22.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอด เจาะถุงน้ำคร่ำ ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่น ไม่มีสี ดูแลท่าคลอดปกติ (Normal labor c RML Episiotomy) โดยใช้วิธี Active Management of Third Stage of Labour เมื่อวันที่ 22 ก.พ. 2566 เวลา 23.13 น. ทารกแรกคลอดเพศชาย รูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 2690 กรัม ตัวยาว 50 cm. หลังทารกคลอดไหล่หน้า ฉีด Oxytocin 10 unit IM ทารกประเมิน APGAR SCORE 9-10-10 เวลา 23.45 น. ทำคลอดรก รกไม่คลอด รายงานแพทย์ ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจดูการลอกตัวของรกวัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 106/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที สังเกตอาการ 10 นาที รกยังไม่คลอด แพทย์จึงทำการล้วงรก เวลา 00.30น. น้ำหนักรก 660 gm. cordยาว 45 cm U/S พบว่าไม่มีเศษรกค้างในโพรงมดลูก ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 600ml หลังล้วงรก ผู้คลอดเสียเลือด 300 มิลลิลิตร รวมเสียเลือด 900 มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษา คือ RLS 1000 ml +Oxytocin 20 unit IV 120 ml/hr. เจาะHct stat = 34 Vol% (ก่อนคลอด Hct 30Vol%) เจาะ Hct ซ้ำพุงนี้เช้า หลังให้ยา มดลูกหดตัวดี วัดสัญญาณชีพชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 4 ครั้ง และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอดจำนวน 2 ครั้ง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 109/68 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 - 88 ครั้งต่อนาที เฝาระวังการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) อย่างใกล้ชิด suture แผลเสร็จเวลา 01.00น.</p> | <p>Uterine contraction และเสียงหัวใจทารก ทุก 1 ชั่วโมง มีการเปิดขยายของปากมดลูก เพิ่มขึ้นทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>เวลา 23.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอด ถุงน้ำคร่ำแตก ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่น ไม่มีสี ดูแลท่าคลอดปกติ (Normal labor c LML Episiotomy) โดยใช้วิธี Active Management of Third Stage of Labour ทารกคลอดวันที่ 26 มิ.ย. 2566 เวลา เวลา 00.16 น. ทารกเพศชาย รูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 2950 กรัม ตัวยาว 50 cm. ประเมิน APGAR SCORE 9-10-10 หลังทารกคลอดไหล่หน้า ฉีด Oxytocin 10 unit IM เวลา 00.21 น. ทำคลอดรก รกคลอดครบ รกปกติ หลังรกคลอด วัดสัญญาณชีพ ความดัน โลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที เวลา 00.40 น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบการหดตัวของมดลูกไม่ดี มดลูกนี้มต้องคลึงอยู่นานจึงจะกลมแข็ง ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูกพร้อมกดมดลูกส่วนล่าง ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 500 ml มารดามีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษา คือ ดูแลให้ Oxytocin 20 unit เพิ่มในสารน้ำ RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยุด 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Hct stat 33 vol% สวนปัสสาวะทิ้งเพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกได้ 150 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 4 ครั้ง และ ทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอดจำนวน 2 ครั้ง ความดัน โลหิตอยู่ในช่วง 110 - 132 มิลลิเมตร หลังให้ยา มดลูกหดตัวดี เฝาระวังการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) อย่างใกล้ชิด suture แผลเสร็จเวลา 01.30น.</p> <p>ประเมินอาการผู้คลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/72 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มี bleeding per vagina เพิ่ม พบว่ามดลูกหดตัวดีลักษณะกลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะ ไม่พบการปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะ ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ประมาณ 50 มิลลิลิตร คลึงมดลูกกดไล่เลือดที่คั่งค้าง ในโพรงมดลูกออกทางช่องคลอดไม่พบก้อนเลือดคั่ง และทำความสะอาดช่องคลอด ตรวจแผลฝีเย็บไม่บวมปวดแผลฝีเย็บและมดลูกกะแนนความเจ็บปวดระดับ 3</p> <p>วันที่ 26 มิ.ย. 2566 Hct 29 Vol% มดลูกหดตัวดี รู้สึกตัวดีอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 78- 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 112/70 - 124/80 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100 % น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra เป็นก้อนผ้าอนามัย 1/2 ผืน มารดามีน้ำหนัก</p> |

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|--|--|
| <p>ประเมินอาการผู้คลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่มี bleeding per vaginalเพิ่ม รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ วัดความดันโลหิต 117/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที พบวามตลกหดรีดตัวดีลักษณะกลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะไม่พบการโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะ ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ประมาณ 50 มิลลิลิตร คลึงมดลูกกดไล่เลือดที่คั่งค้าง ในโพรงมดลูกออกทางช่องคลอดไม่พบก้อนเลือดคั่ง และทำความสะอาดช่องคลอด ตรวจแผลฝีเย็บไม่บวม ปวดแผลฝีเย็บและมดลูกคะแนนความเจ็บปวดระดับ 3</p> <p>วันที่ 23 ก.พ. 2566 Hct 27 vol% มดลูกหดรีดตัวดี รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 69 - 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 104/70 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100 % น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra เปื้อนผ้าอนามัย 1/2 ผืน เนื่องจากมารดามีประวัติเสพยาเสพติดชนิดยาบ้า ซึ่งมีผลทำให้ทารกเสี่ยงต่ออาการถอนยาเสพติดในระยะแรกเกิดได้ จึงต้องเฝ้าระวังและประเมินอาการถอนยาของทารกอย่างใกล้ชิด แพทย์ให้งดนมมารดาไว้ก่อน และตรวจ Urine Amphetamine ของมารดาและทารก ซึ่งผลตรวจเป็นลบ จึงให้นมบุตรได้ มารดามีหัวนมปกติ มีน้ำนมเหลือง (colostrum) สามารถดูดแลบุตรได้ รวมถึงคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลทารก เช่นการอาบน้ำ เช็ดตา และเช็ดสะดือ การกระตุ้นดูดนมจากเต้าทุก 2-3 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติ</p> <p>วันที่ 24 ก.พ. 2566 Hct 26 Vol มารดาหลังคลอด รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 - 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอ่อนเพลีย ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 2 คะแนน มดลูกหดรีดตัวดีกลมแข็งระดับต่ำกว่า สะดือ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) เปื้อนผ้าอนามัย 1/2 ผืน เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมออกดี</p> <p>วันที่ 25 ก.พ. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 10.4 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 58 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ส่งต่อข้อมูลคลินิกเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูดนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>สรุปผลการศึกษา: ผู้คลอดรายที่ 1 ตั้งครรภ์ที่ 2 (G2 P1-1-0-1) GA 37 สัปดาห์ 5 วัน ฝากครรภ์ 4 ครั้ง มีภาวะซีด</p> | <p>ปกติ มีน้ำนมเหลือง (colostrum) สามารถดูดแลบุตรได้ รวมถึงคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลทารก เช่นการอาบน้ำ เช็ดตา และเช็ดสะดือ การกระตุ้นดูดนมจากเต้าทุก 2-3 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติ ต้องการทำหมัน แพทย์ Set TR พรุ้งนี้ เวลา 14.00 น.</p> <p>วันที่ 27 มิ.ย. 2566 Hct 28 Vol% มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 - 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอ่อนเพลีย ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 3 คะแนน มดลูกหดรีดตัวดีกลมแข็งระดับต่ำกว่า สะดือ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) เปื้อนผ้าอนามัย 1/2 ผืน เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมออกดี ส่งห้องผ่าตัดเพื่อทำหมัน หลังกลับจากห้องผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม</p> <p>วันที่ 28 มิ.ย. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลทำความสะอาดแผลทำหมัน แผลไม่มี Discharge ซึม Pain score 5 มารดาบอกปวดพอน ไม่ขอยาแก้ปวด ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 11.1 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 51 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดตัดไหมแผลทำหมัน 7 วัน นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูดนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>สรุปผลการศึกษา: ผู้คลอดรายที่ 2 มารดา G3 P2 A0 L2 ตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้ฝากครรภ์ GA 36⁺² wks by date บุตรคนสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์มีอายุ 2 ปี เจ็บครรภ์คลอดก่อนมารดา 1 ชั่วโมง 30 นาที แรกรับวันที่ 25 มิ.ย. 2566 เวลา 18.00 น. ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 25 ศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -2 96 ผล lab แรกรับ Hct 31 vol% VDRL NR HBsag negative เวลา 23.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกกบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอดคลอดปกติ (Normal labor c LML Episiotomy) วันที่ 26 มิ.ย. 2566 เวลา เวลา 00.16 น. ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2950 กรัม ตัวยาว 50 cm. ประเมิน APGAR SCORE 9-10-10 รกคลอดครบ รกปกติ หลังรกคลอด พบการหดรีดตัวของมดลูกไม่ดี มดลูกนิมตต้องคลึงอยู่นานจึงจะกลมแข็ง ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูกพร้อมมดลูกส่วนล่าง ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 500 ml มารดามีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษาคือ ดูแลให้ Oxytocin 20 unit เพิ่มในสารน้ำ RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยุด 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Hct stat 33 vol% ประเมินอาการผู้คลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่มี bleeding per vagina เพิ่ม พบวามตลกหดรีดตัวดีลักษณะ</p> |

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|--|
| <p>ขณะฝากครรภ์ Hct = 31% ได้รับยาบำรุงเลือด Ferous Sulfate ไปรับประทานที่บ้าน 2 เดือน เจาะเลือดครั้งที่ 2 พบความเข้มข้นของเลือด(Hct) เพิ่มขึ้นเป็น 33 % มีประวัติใช้สารเสพติด มีการเสพยาก่อนมาโรงพยาบาล 10 วัน มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ เวลา 20.00 น. ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 75 ศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที หดรัดตัวนาน30 วินาที ตรวจUrine Amphetamine ผลเป็นลบ ,Hct Stat 32 vol% เวลา 22.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกกบ่งจึงย้ายเข้าห้อง คลอดปกติ (Normal labor c RML Episiotomy) เวลา 23.13 น. ทารกแรกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2690 กรัม ตัวยาว 50 cm. ทำคลอดรก รกไม่คลอด รายงานแพทย์ แพทย์จึงทำการล้วงรก หลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด รวมเสียเลือด 900 มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษาคือ RLS 1000 ml +Oxytocin 20 unit IV 120 ml/hr. เจาะHct stat = 34 Vol% (ก่อนคลอด Hct 32 Vol%) วันที่ 23-25 ก.พ. 2566 Hct 27 vol% หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดี รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra ผื่น เนื่องจากมารดามีประวัติเสพยาเสพติดชนิดยาบ้า ซึ่งมีผลทำให้ทารกเสี่ยงต่ออาการถอนยาเสพติดในระยะแรกเกิดได้ จึงต้องเฝ้าระวังและประเมินอาการถอนยาของมารดาและทารกอย่างใกล้ชิด ผลการตรวจ Urine Amphetamine มารดาและทารก ผลเป็นลบ จึงให้นมบุตรได้ มารดามีหัวนมปกติ สามารถดูแลบุตรได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 10.4 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 58 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ส่งต่อข้อมูลคลินิกเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p> | <p>กลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ คลึงมดลูกกดไล่เลือดที่ค้างค้าง วันที่ 26 มิ.ย. 2566 Hct 29 Vol% มดลูกหดรัดตัวดี รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ ต้องการทำหมันแพทย์ Set TR วันที่ 27 มิ.ย. 2566 Hct 28 Vol% มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra มารดามีหัวนมปกติ สามารถดูแลบุตรได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพปกติ ทำหมันหลังคลอด ผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม วันที่ 28 มิ.ย. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 11.1 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 51 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดตัดไหมแผลทำหมัน 7 วัน นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p> |

อภิปรายผล

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และมีความแตกต่างในประเด็นความเสี่ยง โดยผู้คลอดรายที่ 1 มีประวัติเสพยาเสพติดขณะตั้งครรภ์ มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด และทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนได้⁴ ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 ขาดความตระหนักในการมาฝากครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งนี้จึงไม่ได้ฝากครรภ์

ไม่ได้รับการดูแลรักษาภาวะโลหิตจาง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ควรดูแลตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์⁷ ได้แก่ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด การดูแลเรื่องภาวะซีด การติดตามความเข้มข้นของเลือด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดโดยเน้นการดูแลการคลอดระยะที่ 3 (Active management the third stage of labour) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือด ได้แก่

การดำเนินการจัดทำและแก้ไขเพิ่มเติม CPG⁶ การดำเนินการจัดทำแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การอบรมความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ ควรมีการซ้อมทบทวนภาวะตกเลือดหลังคลอด ปีละ 1 ครั้งเช่นเดียวกับการซ้อมช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินภาวะเสี่ยง การวางแผนและเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แนวทาง early warning signs มีทักษะการแก้ไขภาวะช็อกอย่างรวดเร็วและเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะการสื่อสารประสานงานกับทีม จะทำให้สามารถป้องกันและลดความรุนแรงภาวะตกเลือดหลังคลอดได้⁵

ข้อเสนอแนะ

1. มารดาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดตกเลือดหลังคลอด เช่น มีภาวะโลหิตจาง มีประวัติใช้สารเสพติด ต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อ

ประเมินการตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งตัวมารดาและบุตร พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่สำคัญจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญสามารถคาดการณ์และวางแผนแก้ไขล่วงหน้าประสานส่งต่อ ในทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม จึงจะสามารถช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

2. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ดูแล ต้องช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาเลิกเสพยา โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ให้มองเห็นโทษและพิษภัยจากการเสพยา และให้มารดาเห็นคุณค่าในตัวเอง และอนาคตของบุตร โดยยึดกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการวางแผนให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้มารดาเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลการตายมารดาปี 2565 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2022>
2. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartumhaemorrhage. Italy: WHO; 2012
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระยี่น. (2565). สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยี่น ประจำปี 2563 -2565. โรงพยาบาลพระยี่น
4. สินี แจ่มกระจ่าง (2565) . กรณีศึกษา: การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด. Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2565
5. พิรุฬห์ สิทธิพล (2563) .การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษาวารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม .ปีที่ 4 ฉบับที่ 8 : เมษายน - กันยายน 2563
6. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร ฤกษ์เจริญ, ศศิกันต์ กาละ (2562) การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ เล่ม 2 . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. สุภาวดี แถมเพี้ย.(2550).“การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน” ในศรีเกียรติ์ อนันต์ สวัสดิ์.บรรณาธิการ.การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม3.พิมพ์ครั้งที่7.นนทบุรี:บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด
8. นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
9. สุภาพ ไทยแท้. (2556). การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์ (2561) การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ปีที่19 ฉบับที่ 36