

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับ
การผ่าตัดซ้ำ: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Postpartum Mothers Who Have Hemorrhagic Shock after Cesarean Section
with Relaparotomy: Two-Case Study

สิริพรรณ ปัทมพันธ์, พย.บ.*

Siripan Pathumphan, RN.

ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นภาวะแทรกซ้อนวิกฤตทางสูติกรรมที่สำคัญ เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะสำคัญของมารดาหลังคลอด ส่งผลให้มารดาต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขสาเหตุของการตกเลือดและป้องกันการเสียชีวิต บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับการผ่าตัดซ้ำ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการตกเลือด จากอาการและอาการแสดง เมื่อพบสัญญาณเตือน สามารถคาดการณ์ความรุนแรงล่วงหน้าและจัดการแก้ไขปัญหาทันทีที่ให้การพยาบาลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะดังกล่าว และได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคมอย่างเหมาะสมกับธรรมชาติของกรณีศึกษาแต่ละราย จุดมุ่งหมายเพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย

คำสำคัญ : ภาวะช็อก, การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การผ่าตัดซ้ำ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Abstract

Hemorrhagic shock after cesarean section is an important complication of obstetric crisis. It is one of the causes of death, loss of vital organs of the mother after childbirth. As a result, the mother had to undergo Relaparotomy surgery to correct the cause of the bleeding and prevent death. The purpose of this article is to present a case study of a postpartum mother who had hemorrhagic shock after a cesarean section combined with re-exploration surgery and the role of nurses in caring for mothers after cesarean section Using the nursing process in terms of risk factor assessment monitoring for hemorrhagic shock from signs and symptoms. When a warning sign is found, able to predict violence in advance and manage problems in a timely manner and provide quick and effective nursing assistance. As a result, patients are safe and will not be harmed by the aforementioned condition and receive psychosocial care appropriate to the nature of each case study. The aim is for the best patient care outcomes.

Keywords: shock, cesarean section, hemorrhagic shock, relaparotomy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในแต่ละปีมีการตายที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตรจำนวนมาก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 223 ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิต 100,000 คน ซึ่งภูมิภาคเอเชียใต้มีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 138 รายต่อการเกิด มีชีพ 100,000 คน เกือบร้อยละ 9 ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมด เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้¹ หนึ่งในสาเหตุสำคัญ คือ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก ในแต่ละปี ผู้หญิงประมาณ 14 ล้านคนประสบปัญหาตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้มารดาเสียชีวิตประมาณ 70,000 รายทั่วโลก แม้ว่าจะรอดชีวิต แต่มักจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อควบคุมการตกเลือด และอาจทำให้ระบบสืบพันธุ์พิการตลอดชีวิต² การตกเลือดหลังคลอดพบมีการตกเลือดหลังคลอดอุบัติการณ์สูงในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง นำไปสู่ภาวะช็อก สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการผ่าคลอดในสถานพยาบาลของรัฐ ในปัจจุบันยังอยู่ในเกณฑ์สูงประมาณร้อยละ 30-50 และยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และ ในปี พ.ศ. 2566 การผ่าตัดคลอดในเขตสุขภาพที่ 11 สูงถึงอัตราร้อยละ 48.18³ ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาไทยระหว่างปีงบประมาณ 2565 กับ 2566 พบว่า ร้อยละ 43 มารดาตายจากสาเหตุทางตรง หากพิจารณาเฉพาะสาเหตุทางตรงจะพบว่าเกิดจากการตกเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22⁴

ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นภาวะแทรกซ้อนวิกฤตทางสูติกรรมที่สำคัญ เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะสำคัญของมารดาหลังคลอด ส่งผลให้มารดาได้รับการผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขสาเหตุของการตกเลือดและป้องกันการเสียชีวิต และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section)(C/S) เป็นหัตถการที่พบบ่อยที่สุดในแผนกสูติศาสตร์ แม้ว่าการผ่าตัดจะมีความเสี่ยงต่ำ แต่ก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก การติดเชื้อที่บาดแผล และการบาดเจ็บเกี่ยวกับอวัยวะภายใน จากการศึกษาพบว่าอัตราภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดหลายเท่า^{5,6} และในบางครั้งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ อาจทำให้ต้องถูกผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำ (relaparotomy) การผ่าตัดซ้ำหลังจากผ่าตัดคลอด เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ ความเสี่ยงของการให้เลือด การรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และเพิ่มระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล⁷ เช่นเดียวกับความเสี่ยงในการดมยาสลบซ้ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพกาย อารมณ์ และจิตใจของ แม่ นอกจากนี้ยังอาจส่งผลเสียต่อการสร้างสายสัมพันธ์ (bonding) และการให้นมลูกด้วย จากการศึกษาของ ไนซัต อาฟดับ และคณะ⁸ เรื่อง อุบัติการณ์ของผู้ป่วยสูติ-นรีเวชวิทยา ที่ถูกผ่าตัดซ้ำเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบมีการผ่าตัดทั้งหมด 21,276 ครั้ง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ในช่วง 4 ปีนี้ มีผู้ป่วย 33 ราย กลับไปผ่าตัดโดยไม่คาดคิด ทำให้พบอุบัติการณ์

ของการผ่าตัดซ้ำร้อยละ 0.15 ส่วนใหญ่กลับมาทำซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดสำหรับการผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำ คือการเกิดภาวะตกเลือดในช่องท้อง^{9,10} และการผ่าตัดคลอดส่วนล่าง (lower segment caesarean section) เป็นการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด 11 ราย (ร้อยละ 33.3)⁸

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารก มีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอด หรือปริมาณเลือดจำนวนมากว่า 1,000 มิลลิลิตร เมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะทำให้เสียเลือด เกิดภาวะช็อก ภาวะตกเลือดหลังคลอดมีเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก เช่น ภาวะที่มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมากหลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด จนทำให้มารดามีอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการวิงเวียน หน้ามืด เป็นลม และ/หรือมีอาการแสดงของปริมาณเลือดในร่างกายต่ำลง (hypovolemia) เกิดภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดลง ปริมาณปัสสาวะลดลง¹¹ จะแตกต่างจาก ภาวะเลือดออกในช่องท้อง (internal bleeding) ซึ่งมีข้อจำกัดในการประเมินปริมาณเลือด เนื่องจาก เลือดที่ออกมาในช่องคลอดจะมีปริมาณไม่มาก แต่จะสังเกตได้จาก อาการและอาการแสดง ได้แก่ บริเวณใบหน้า ปลายมือ ปลายเท้าของมารดาซีดลง ปวดท้องมากขึ้น ตรวจร่างกาย มีอาการหน้าท้องตึงแข็ง (guarding) และอาจมีอาการปวดร้าวไปบริเวณหัวไหล่ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีภาวะช็อก ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ลดลงจากก่อนคลอดมากกว่าร้อยละ 10 แพทย์มักวินิจฉัยร่วมกับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง (transabdominal ultrasound, TAS) การดูแลอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดทางช่องท้องมีความสำคัญอย่างยิ่ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 81.81 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ เช่น ฮีโมโกลบินลดลง (>2 กรัม/ลิตร) และ ร้อยละ 75.75 พบว่าชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ สิ่งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความสำคัญของการดูแลหลังการผ่าตัดตั้งแต่แรก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดในช่องท้อง มักจะแสดงอาการดังกล่าวชัดเจน จึงต้องติดตามอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง¹²

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการด้านสูติกรรมทั้งในรายที่ปกติและรายที่มีภาวะแทรกซ้อน จากสถิติการคลอดปีพ.ศ. 2564- 2566 มีผู้มาคลอด 2,694 - 3,429 คน และตึกสูติกรรมหลังคลอดรับดูแลมารดาการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในปีพ.ศ. 2564 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 43.85, 52.7 และ 51.8 ตามลำดับสำหรับปัญหาการตกเลือดหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมพบ ร้อยละ 4, 4.4 และ 2.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร้อยละ 80 สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี การฉีกขาดของอวัยวะข้างเคียงจากการผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คือ ภาวะซ็อก ร้อยละ 2.5, 5.5 และ 0.9 และพบอัตราการตัดมดลูก (hysterectomy) 2.54, 2.02 และ 6.59 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น¹³

บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษา มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ 2 ราย สะท้อนบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการเฝ้าระวังและประสานงานการจัดการการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และมีความปลอดภัยต่อชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซ็อกจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร่วมกับการผ่าตัดซ้ำ ในมารดาหลังคลอด 2 ราย

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา มารดาหลังคลอด 2 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซ็อกจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร่วมกับการผ่าตัดซ้ำ ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม หลังคลอด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปี พ.ศ. 2565-2566 โดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย งานวิชาการที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์เปรียบเทียบ ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาล การดูแลตามกระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 มิติ คือ ร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลภาวะสุขภาพตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มารดาหลังคลอด ที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ผู้ศึกษาได้รับอนุญาตการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาโดยการขอความยินยอมด้วยวาจา ทั้งนี้ได้มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมถึงการไม่ละเมิดสิทธิของมารดาหลังคลอด และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัว

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทย อายุ 29 ปี G3P2A0L1 ตั้งครรภ์บุตรคนก่อนหน้า 1 ปี 11 เดือน อายุครรภ์ (gestational age: GA) 36+5 สัปดาห์ มีประวัติการผ่าคลอดในท้องที่ผ่านมา (previous C/S) และท้องนี้เป็นการตั้งครรภ์แฝด (twins pregnancy)

กรณีศึกษาที่ 2

หญิงไทยอายุ 32 ปี G4P3A0L3 ตั้งครรภ์บุตรคนก่อน 4 ปี GA 37 +6 สัปดาห์ previous C/S และมีพังผืดในช่องท้องหนา (severe adhesion)

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วยของกรณีศึกษาที่ 1 และ 2

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ข้อมูลพื้นฐาน	หญิงไทย อายุ 29 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา อิสลาม สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ค้าขาย จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนา จังหวัด ภูเก็ต	หญิงไทย อายุ 32 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ แม่บ้านโรงพยาบาล จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภูมิลำเนา จังหวัด ภูเก็ต
อาการสำคัญ	มีน้ำเดินก่อนมารพ 40 นาที	แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอด
ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	- G3P2A0L2 อายุครรภ์36สัปดาห์5 วัน กำหนดคลอด 15ธันวาคม 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรก ที่อายุครรภ์12 สัปดาห์ และฝากครรภ์สม่ำเสมอได้คุณภาพ แพทย์วินิจฉัย ตั้งครรภ์แฝดชนิดใช้รกร่วมกันแต่ถุงน้ำคร่ำแยกกัน (Monochorionic Diamnionic,MCDA) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ เลือด กรุ๊ป โอ Rh +	- G4P3A0L3 อายุครรภ์37สัปดาห์6 วัน กำหนดคลอด 8 พฤศจิกายน 2565 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 7 สัปดาห์ และฝากครรภ์สม่ำเสมอได้คุณภาพ ตรวจร่างกายพบ Severe adhesion ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ เลือด กรุ๊ป โอ Rh +
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต	เคยคลอดบุตร 2 คน ครรภ์แรก ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจาก มีความแตกต่างของขนาดศีรษะทารกและอุ้งเชิงกราน ทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ Cephalopelvic disproportion (CPD) ทารกเพศหญิง ครบกําหนด น้ำหนัก 3,400 กรัม แข็งแรงดี บุตรคนสุดท้ายอายุ 1 ปี 11 เดือน previous Cesarean section ทารกเพศหญิง ครบกําหนด น้ำหนัก 2,800 กรัม แข็งแรงดี	เคยคลอดบุตร 3 คน ครรภ์ที่ 1 และ 2 คลอดทางช่องคลอดทารกครบกำหนด น้ำหนัก 3,300 กรัมและ 2800กรัม แข็งแรงดี หลังคลอดครรภ์ 2 มารดามีอาการตกเลือดในระยะหลังคลอด 10 วัน เนื่องจากกินยาขับน้ำคาวปลา ได้เลือด 2 ถัง บุตรคนสุดท้าย อายุ 4 ปี ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจาก CPD ทารกครบกำหนด น้ำหนัก 3,200 กรัม แข็งแรงดี

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ประวัติการเจ็บป่วย ของบุคคลใน ครอบครัว	บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง	บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง
ประวัติการแพ้ยา สารเคมี อาหาร และสารเสพติด	ปฏิเสธ การแพ้ยา สารเคมี อาหารและ สารเสพติด	แพ้ยา Morphine
อาการแรกพบที่ ห้องคลอด	วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 เวลา 00.40 น มารดามีน้ำเดิน 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีมูกเลือด ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ตรวจ ครรภ์ วัดความสูงของยอดมดลูกได้ = 43 เซนติเมตร(ซม.) , ระดับยอดมดลูก 3/4 มากกว่า ระดับสะดือ ตรวจภายในช่องคลอด : ปากมดลูก ยังไม่เปิด , ความบางของปาก มดลูก 0% ,ระดับส่วนน้ำ -2 ฟังเสียงหัวใจ ทารก 150/146 ครั้ง/นาที คัดคะเน น้ำหนัก ทารก2,400/2,600 กรัม สัญญาณ ชีพปกติชีพจร 114 ครั้งต่อนาที ความดัน โลหิต 125/74 มิลลิเมตรปรอท(มม.ปรอท) อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส (°C) ให้น้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ดำ Ringer Lactate Solution 1000 มล. ด้วยเข็ม เบอร์ 18 อัตราการไหล120 มล.ต่อนาที เวลา 2.00น มีน้ำเดินชุ่มผ้าถุง แพทย์ สั่ง ผ่าตัด Cesarean section ทารก แฝดพี่เกิด เวลา 2.47 น. เพศชาย Apgar score 9-9-10 น้ำหนัก 2,790 กรัม ,ทารก แฝดน้อง เกิด เวลา 2.49 น. เพศชาย Apgar score 9-9-10 น้ำหนัก 2,770 กรัม เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 600 มล ย้ายมารดา	วันที่ 24 ตุลาคม 2565 เวลา 06.40 น มา ผ่าคลอดตามแพทย์นัด เนื่องเคยผ่าตัดคลอด และทารกทำกัน ทารกดีไม่มีอาการเจ็บ ครรภ์, ไม่มีน้ำเดิน ตรวจครรภ์ วัดความสูง ของยอดมดลูกได้ = 35 ซม.ระดับยอดมดลูก 3/4 มากกว่า ระดับสะดือ ไม่ได้ตรวจภายใน ช่องคลอด , ฟังเสียงหัวใจทารก 142 ครั้ง/ นาที คัดคะเนน้ำหนัก ทารก 3,400 กรัม แพทย์ให้น้ำและอาหาร ให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ Ringer Lactate Solution 1000 มล ด้วยเข็ม เบอร์ 18 อัตราการไหล 120 มล.ต่อนาที Cesarean section with TR under General Anesthesia ทารก เกิดเวลา 10.02 น. เพศชาย Apgar score 9-10-10 น้ำหนัก 3,500 กรัม สูญเสียเลือด จากการผ่าตัด 900 มล พบมี Severe adhesion ระหว่างผนังมดลูกด้านบน กับ ผนังช่องท้อง ย้ายมารดาไปสังเกตอาการที่ ห้องพักรฟื้น 35 นาที สัญญาณชีพ ปกติ

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
	ไปหอผู้ป่วยพิเศษ สูติกรรม และทารกแฝด ย้ายไปหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเนื่องจากคลอด ก่อนกำหนด และหายใจมี Retraction	
การวินิจฉัยโรคครั้ง แรก และการผ่าตัด	G3P2A0L2 last 1 ปี 11เดือน GA 36+5 wks with Previous cesarean section with Twins pregnancy (MCDA) with PROM โดยการใช้ยาระงับความรู้สึกทางไข สันหลัง (Spinal block)	G4P3A0L3 Last 4 ปี GA37+6 wk with Previous cesarean section with Breech presentation with Tubal Resection โดยการใช้ยาระงับความรู้สึก แบบทั่วไป (General Anesthesia) Finding Severe adhesion between anterior uterine wall with peritoneum

สาเหตุการตกเลือดและปัจจัยเสี่ยง

กรณีศึกษา 2 รายนี้ มีสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด จากการฉีกขาดของมดลูกและเส้นเลือด
ที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด โดยพบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ การผ่าตัดคลอดซ้ำ
ทั้งสองราย โดยรายที่ 1 มดลูกมีการขยายตัวมากกว่าปกติ จากการตั้งครรภ์แฝด¹⁴ ในขณะที่รายที่ 2 เคยมีประวัติ
การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดในครรภ์ที่ผ่านมาร่วมกับการมีพังผืดหนา ทำให้การผ่าตัดคลอดต้องมีการผ่าตัดเลาะ
พังผืดเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อโดยรอบมากขึ้น¹⁵ ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบสาเหตุของการตกเลือด
และปัจจัยเสี่ยงของกรณีศึกษาทั้งสองราย และการวิเคราะห์เปรียบเทียบในเชิงวิชาการ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด และปัจจัยเสี่ยง

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
Tear lower branch of Lt Uterine artery to Lt pelvic side wall มีปัจจัยเสี่ยง คือ 1.การตั้งครรภ์และการคลอด ตั้งแต่ 2ครั้งขึ้นไป ¹⁴ 2. เคยผ่านการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง 2 ครั้ง ¹⁴	Tear Rt lower uterine segment มีปัจจัยเสี่ยง ¹⁴ คือ 1.การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 2. มีประวัติตกเลือดในระยะหลังคลอด (Late postpartum haemorrhage) ในการคลอดครรภ์ที่ 2 3. พังผืดยึดเกาะหนาระหว่างผนังมดลูก	การวิเคราะห์ สาเหตุของภาวะตกเลือด หลังคลอด ของ กรณีศึกษาที่1 และ 2 โดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach: Tone,Trauma, Tissue, Thrombin ¹⁶ พบว่า สาเหตุการตก เลือดหลังคลอดเกิดจาก การเกิดการ ฉีกขาดของมดลูก และเส้นเลือด (Trauma)

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
3. เป็นครรภ์แฝด ซึ่งมีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่าปกติ หลังคลอดกล้ามเนื้อ มดลูกจึงหดตัวได้ไม่ดีพบได้ร้อยละ 60 ¹⁴	ด้านหน้ากับผนังช่องท้อง จากการศึกษาพบว่าพังผืดหลังการผ่าตัดเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดภายหลังการผ่าตัดช่องท้องและกระดุกเชิงกราน และรายงานระบุว่าเกิดกับผู้หญิงมากถึง 90% ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและการยึดเกาะของช่องท้องระหว่างการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในช่องท้อง ¹⁵	ปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญของกรณีศึกษาที่ 1 คือมีโอกาสเกิดภาวะ มดลูกอ่อนล้า หดตัวไม่มีจากภาวะครรภ์แฝด ส่วนปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญของกรณีศึกษาที่ 2 คือ เคยมีประวัติตกเลือด และ พังผืดยึดเกาะหนาระหว่างผนังมดลูกด้านหน้ากับผนังช่องท้อง

อาการและอาการแสดง การดำเนินโรค

จากกรณีศึกษามารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย มีระยะเวลาของการเกิดภาวะซ็อก อาการและอาการแสดง การดำเนินโรคตามลำดับเหตุการณ์ นำเสนอในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่3 ข้อมูลทางคลินิก ตามลำดับเหตุการณ์ เชื่อมโยงกับพยาธิสภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
22/11/66 เวลา 4.20 น(หลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง) รับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัด มารดารู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดคลอด ไม่มีเลือดซึม มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอด เปื้อนผ้าอนามัยครึ่งผืน ให้ 5%D/N/2 1,000 มล. ผสม syntocinon 20 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มล./ชม , คาสายสวนปัสสาวะไว้ ได้ปัสสาวะ 360 มล. จากห้องผ่าตัด สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C ชีพจร 104-118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 61/42 – 78/45 มม.ปรอท On O2 cannular 3 ลิตร/นาที SpO2 100% รายงานแพทย์ให้ load 0.9 NSS 500 มล. ใน 1 ชม. สังเกตอาการต่อ มารดา รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น แผลผ่าตัดคลอด แห้ง ไม่มีเลือดซึม อุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C ชีพจร104-120ครั้ง/นาที	24/10/65 เวลา 11.30 น รับย้ายจากห้องผ่าตัด มารดา รู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลียเล็กน้อย ความดันโลหิต 112/74 มม.ปรอท, ชีพจร 106ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C แผลผ่าตัดคลอด แห้งดี ไม่มีเลือดซึม Pain score =4 , Normal bleeding per vagina ได้รับ 5%D/N/2 1,000 มล. vein drip 120 มล./ชม. Retained foley's catheter ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส Routine V/S Post-op care สัญญาณชีพ ปกติ มารดาให้บุตรดูนมได้ เวลา 18.00 น (หลังผ่าตัด 7 ชม) ความดันโลหิต 98/64 มม.ปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที , อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที , อุณหภูมิร่างกาย 36.9 °C รู้สึกตัวดี ใบหน้าดูอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีใจสัน เหงื่อออกตัวเย็น เวลา 21.00 น มารดาบ่นปวดท้อง ปวดแผลผ่าตัด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 69/42- 78/45 มม.ปรอท รายงานแพทย์ ให้ load 0.9 NSS 300 มล.ใน 1ชม. ส่ง Lab CBC มารดาเวียนศีรษะเล็กน้อย ชีพจร 118ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 60/40 มม.ปรอท รายงานแพทย์ ให้ย้ายมารดา มาดูแลต่อที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น แผล c/s แห่ง ไม่มีเลือดซึม. ให้สารน้ำ 0.9% NSS 300 มล. คู่กับ 5% D/N/2 1000มล. ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มล/ชม ความดันโลหิต 70/43-82/54 มม.ปรอท ชีพจร 102-130 ครั้งต่อ นาที , คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกน้อย คาสายแพทย์ตรวจช่องคลอด มีก้อนเลือดออก 20 มล. ให้ load 0.9%NSS 500 มล. ใน 30 นาที ผล Hct = 24.1% (เดิม 38.2% ลดลง>10%) ให้ PRC 2 unit ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 4 ชม. ฉีด Methergin 1 Amp vein Stat ให้ PRC 2 Unit ความดันโลหิต 77-78/48-53 มม.ปรอท, อัตราการหายใจ 20ครั้งต่อนาที, ชีพจร 116-120 ครั้งต่อนาที On O2 cannular 3L/min Spo2 100% รายงานแพทย์ซ้ำ มารดารู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย แขนขาอุ่น ท้องนุ่ม ไม่มี Guarding เจาะ lab CBC, BUN, Cr, PT, PTT, INR, LFT, Electrolyte ,G/M PRC 4 units, FFP 1000 มล., Plt Conc 10 units แพทย์ เหน็บ Cytotec 4 เม็ด ทางทวารหนัก load 0.9% NSS 500 มล. Free flow ให้ Methergin 1 amp และ Transamine 1 gm ทางหลอดเลือดดำ ทันที ผล Hct 23.8 % แพทย์ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง (transabdominal ultrasound, TAS) พบ Fluid วินิจฉัย มี Internal bleeding ในช่อง	และปวดสะบักหลัง Pain Score = 9 รายงานแพทย์ ให้ และปวดสะบักหลัง Pain Score = 9 รายงานแพทย์ ให้ fentanyl 30 mcg อาการปวดไม่ดีขึ้น ท้องอืดมากขึ้น ใบหน้าดูซีด flush perinium เปลี่ยนผ้าอนามัย normal bleed per Vg , ปัสสาวะ ออกน้อย 66 มล./3ชม. ความดันโลหิต104/75 มม.ปรอท ชีพจร 166-170 ครั้งต่อ นาที Spo2 97% อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อ นาที รายงานแพทย์ มีorder ให้ load 0.9% NSS 300 มล. then rate 40 มล./ชม. คู่กับ 5% D/N/2 1000 มล. ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล80 มล/ชม เจาะ lab CBC, BUN, Cr, PT, PTT, INR, LFT, Electrolyte หลัง load 0.9%NSS ความดันโลหิต111/67 มม.ปรอท , อัตราการหายใจ 20-26ครั้งต่อ นาที ชีพจร146-166ครั้งต่อ นาที เวลา21.20น มารดาใบหน้าซีด ปวดท้องมากขึ้น ท้องตึงแข็ง มี Guarding รายงานแพทย์ แพทย์มาดูอาการ ชีพจร 160-170 ครั้ง/นาที แฉก ผล Hct=26.1 %(เดิม40% ลดลงถึง 35 %) แพทย์ ให้ load 0.9% NSS 500มล. และให้ PRC 1 u ทางหลอดเลือดดำ ใน 3 ชม. ตรวจ. Bed side U/S ช่องท้อง พบ Free fluid at posterior to uterus and hepatorenal pouch วินิจฉัย ว่า มี ภาวะเลือดออกในช่องท้อง (Intraabdominal bleeding) แพทย์สั่ง set OR emergency มารดาและสามีมีสีหน้าวิตกกังวลและชักถาม ภาวะตกเลือด แพทย์อธิบาย เหตุผลความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดทำให้มารดาและสามีทราบ พยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาและสามีให้พุดคุยซักถามเรื่องที่กังวลใจ ดูแลให้กำลังใจ มารดาและสามีรับทราบข้อมูลเข้าใจ สัญญาณชีพก่อนไปห้องผ่าตัด ความดันโลหิต115/73 มม.ปรอท อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อ นาที, ชีพจร 180 ครั้งต่อ นาที อุณหภูมิร่างกาย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ห้อง Set OR for Relaparotomy with TAH with BS มารดา และสามีมีสีหน้าวิตกกังวลและชักถาม ภาวะตกเลือด แพทย์อธิบาย เหตุผลความจำเป็นผ่าตัดซ้ำให้มารดาและสามี ทราบ สัญญาณชีพก่อนไปห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 94/58 มม.ปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 °C Post Op Dx Tear lower branch of Lt Uterine artery with PPH 3,600 มล. (มีเลือดออก ในช่องท้อง 2,000 มล.) ใน OR ได้ PRC 3 units ,FFP 600 มล. สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2,100 มล.หลังผ่าตัด เวลา 15.50 น ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม มารดา รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย พอกร แผลหน้าท้องไม่มี เลือดซึม Pain Scare 4-5 คะแนน งดน้ำและอาหาร ความดันโลหิต 105/59 มม.ปรอท ,ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20ครั้งต่อนาที ,O2Sat=100% ,อุณหภูมิร่างกาย 37.3 °C Hct 26.% Platelet 78,000 Cell/mm³ (เดิม 156,000Cell/mm³) 5% D/N/2 1,000.มล.xIII Sig iv drip 80 มล./ชม.ตรวจ CBC+PT,PTT ,INR, Bun, Cr,E'lyte Ca, PO4,Mg,Alb, G/M PRC 5 unit On O2 Mask with bag 10 ลิตร/นาที Keep Spo2≥94% Keep urine out put ≥100 มล./4 ชม.ดูแลให้ Plt conc 10 unit iv free flow และ PRC 1 unit iv drip in 4hr Chest X-ray(ผลปกติ) ส่ง CBC ดูแลให้ Cefazolin sig 1 gm x4 iv ทุก6 ชม. ผล CBC หลัง Relaparotomy วันที่ 23 /11/66 Hct 29.1% Platelet 142,000 Cell/mm³ ให้เริ่ม จิบน้ำ เข้า Liquid diet เทียง Soft diet เย็น ให้ PRC 2 unit iv drip ใน4 ชม.- Off IV หลังเลือดหมด , Off foley's cath กระตุ้น มารดาให้ Early ambulation ป้องกันภาวะท้องอืด	37.2°C ทำผ่าตัด Relaparotomy with clot removal with repair uterine wall with ligation omentum under GA เจอ Active bleeding at right lower uterine segment from previous adhesion deep to myomentrium layer , minimal bleeding from omentum , hemoperitoneum 1,800 มล. PPH 2,000 มล. ได้ PRC 3 unit ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,250 มล. ปัสสาวะออก 60 มล. ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชม.30 นาที ความดันโลหิต 120/70 มม.ปรอท ชีพจร 12 ครั้งต่อนาที SpO2 100 % 25/10/2565 เวลา 1.15 น. รับย้าย มารดากลับจากห้องผ่าตัด มารดา รู้สึกตัวดี on 0.9% NSS1000 มล. vein อัตรา 60 มล/ชม คู่กับ 5% D/N/2 1000 มล vein 60 มล/ชม มารดาพลิกกลับได้ ให้ Cefazolin sig 1 gm ทุก 6hr 4 dose ความดันโลหิต 133/68 มม. ปรอท ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที Spo2=99% อุณหภูมิร่างกาย 36.7 °C ดูแลให้ยาแก้ปวดFantanyl 30 mcg iv เวลาปวดทุก 2 ชม. Retained foley's cath Keep urine output ≥60มล./2 ชม. เจาะ lab CBC, BUN, PT, PTT, INR, Electrolyte ปัสสาวะออก 400 มล Total Intake =4775 มล รวมปัสสาวะออก 841 มล + Blood loss 900+ 2000 มล = 2900 มล Total output = 3741 มล ในวันที่2 CXR เจอ Cephalization¹⁷ (มีความเด่นชัดของหลอดเลือดบริเวณขั้วปอด แสดงถึงการมีภาวะน้ำเกิน) ฟังเสียงปอดพบ minimal crepitation both lower lobe เกิดภาวะ น้ำเกิน volume overload แพทย์ให้ Lasix 40mg iv stat เริ่มให้จิบน้ำ เข้า Liquid diet เทียง เย็น Keep urine out put ≥100ml/8 hr Serial Hct q 6 hr if drop≥3 Notify

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สรุป สูญเสียเลือดจากการคลอดประมาณ 4,200 มล. ได้รับ PRC 8 units FFP 4 units Platelet concentrate 10 units ดูแลให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ประเมินการรับรู้ของมารดาเรื่องการตัดมดลูก วางแผนจำหน่าย แนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลแผลผ่าตัด ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำปั๊มน้ำนมไปให้บุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เสริมสร้าง empowerment ให้มารดารวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 4 วัน	Chest X-ray ผลปกติ Off iv กระตุ้นมารดาให้ Early ambulation ป้องกันภาวะท้องอืด ให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อน ในวันที่ 4 เกิด ภาวะ electrolyte imbalance (Potassium 3.4 mmol/L จากเดิม 4.8 mmol/L) ดูแลให้ E.Kcl 30 มล. รับประทานทันที อีก 1 dose หลัง 6 ชม. ผล Hct 26.7% ดูแลให้ PRC 1 unit iv ติดตามผล Hct 28 % สรุป สูญเสียเลือดจากการคลอดประมาณ 2,900 มล. ได้รับ PRC 6 units ไม่พบปัญหาการตกเลือดหลังคลอดซ้ำ ดูแลให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประเมินการรับรู้ของมารดาเรื่องการทำหมัน วางแผนจำหน่าย แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เสริมสร้าง empowerment ให้มารดา รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 5 วัน

วิเคราะห์เปรียบเทียบ

จากข้อมูลมารดาหลังคลอดกรณีศึกษา 2 รายนี้ พบอาการตกเลือด ภายใน 1- 10 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด มีการรักษาที่เหมือนกัน โดย การให้สารน้ำทดแทน และการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด และการผ่าตัดซ้ำ กรณีศึกษาที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ชัดเจน ภายใน 1 ชม หลังผ่าตัด แต่ อาการแสดงไม่ชัดเจน ไม่ปวดท้อง ไม่มี guarding ได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกกลุ่ม uterotonic drug ได้แก่ oxytocin, methergin, misoprostol (Cytotec) และ Tranexamic acid (Transamin) ช่วยป้องกันการละลายลิ่มเลือด หลังจากใช้ยาไม่ได้ผล และตรวจเจอเลือดออกในช่องท้อง จึงผ่าตัดซ้ำเพื่อหยุดเลือดโดยการตัดมดลูกและท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก สูญเสียเลือดจำนวนมาก และได้รับ PRC 8 Unit, FFP 4 Unit , Plt conc 10 Unit หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง พังผืดยึดติดหนา และ มีอาการ,อาการแสดงของภาวะตกเลือดในช่องท้องที่ชัดเจนมากกว่า คือปวดท้องรุนแรง จึงได้รับการตรวจวินิจฉัย และ ผ่าตัดได้เร็วกว่า แต่มีอาการแสดงช้ากว่า (7 ชม) พบการฉีกขาดของผนังมดลูกด้านล่าง สามารถเย็บซ่อมแซมได้ สูญเสียเลือดน้อยกว่า และได้รับ PRC 6 Unit แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะน้ำเกิน และ ภาวะโป๊สซีมต่ำ ได้รับการรักษาโดยให้ยาขับปัสสาวะ

และ โปตัสเซียมชดเชย และนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนให้การพยาบาล ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 มิติ คือ ร่างกาย จิต และจิตวิญญาณ สังคม เน้นการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแล ภาวะสุขภาพตนเอง¹⁸ สามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแต่ละด้านดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านร่างกาย

- 1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2.มารดามีภาวะHypovolemic shock จากการตกเลือดหลังคลอด
- 3.มารดามีภาวะน้ำเกิน (กรณีศึกษาที่2)
- 4.มารดามี ภาวะelectrolyte imbalance (กรณีศึกษาที่2)
- 5.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัด
- 6.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
7. มารดามีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตสังคม

1. มารดามีความวิตกกังวล เครียด เกี่ยวกับอันตรายจากภาวะตกเลือดและต้องผ่าตัดซ้ำ และ บุตรที่คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจ ในพยาธิสภาพ การรักษาพยาบาล และแนวทางในการปฏิบัติตัว
2. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกล่าช้าเนื่องจากมีภาวะตกเลือดและบุตรที่คลอดก่อนกำหนด
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแปรปรวนทางจิตภายหลังคลอด เนื่องจากไม่สามารถ ปรับตัวกับความเครียดจากภาวะตกเลือด การตัดมดลูกและการดูแลบุตรแฝดคลอดก่อนกำหนดได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

- 1.มารดาและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการถูกตัดมดลูก ที่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม
- 2.มารดาวิตกกังวลเรื่องความสามารถในการดูแลบุตร เมื่อกลับบ้าน

โดยจะกล่าวถึงข้อวินิจฉัยในแต่ละด้านเฉพาะประเด็นที่สำคัญ รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลในตารางที่4 ดังนี้

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ในประเด็นสำคัญ และกิจกรรมทางการพยาบาล การประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลการประเมิน
ด้านร่างกาย 1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ข้อมูลสนับสนุน -previous cesarean section (กรณีศึกษา 1,2) - Twin pregnancy (กรณีศึกษา 1) -มีประวัติ PPH และ Severe Adhesion (กรณีศึกษา 1,2) วัตถุประสงค์ - เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะช็อก เกณฑ์การประเมิน 1. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มม.ปรอท อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ 2. เยื่อบุตาไม่ซีด ผิวหนังไม่เย็นไม่ซีด 3. มดลูกหดรัดตัวกลมแข็ง อยู่ระดับสะดือ 4. ความเข้มข้นเลือด $\geq$ ร้อยละ 30	1. จัดให้มารดาอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ 2. ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด 3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ 4. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด ปวดท้องมาก 5. ประเมินการแข็งตัวของมดลูก 6. สังเกตเลือดที่ซึมออกจากผ้าปิดแผลผ่าตัด 7. ประเมินสี ปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina)ชุ่มผ้าอนามัยมากกว่า1ผืนต่อ1 ชั่วโมงใน2 ชั่วโมงแรกหรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ผืนใน 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์ 8. ดูแลให้ สารน้ำ 5%DN/2 1,000 มล.+ syntocinon 20 unit vein drip 120 มล./hr 9. เจาะ Hct stat ติดตามผลการตรวจ Hct ทุก12 ชม. Keep Hct > 30 % 10. สังเกตและบันทึกปริมาณสีของปัสสาวะ 11. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก8ชั่วโมง 12.เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจาก	กรณีศึกษาที่1 - สัญญาณชีพ(หลังผ่าตัด 1 ชม) ชีพจร 104-118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 61/42 – 78/45 มม.ปรอท - ผล Hct = 24.1% (เดิม 38.2% ลดลง>10%) -ตรวจ TAS เจอ เลือดออกในช่องท้อง กรณีศึกษาที่2 - สัญญาณชีพ (หลังผ่าตัด 7 ชม) ความดันโลหิต 98/64 มม.ปรอท ชีพจร 114 ครั้งต่อนาที , อัตราการหายใจ 22ครั้งต่อนาที อ่อนเพลีย 21.00น มารดาบ่นปวดท้อง ปวดแผลผ่าตัดและปวดสะบักหลัง ชีพจร 166-170 ครั้งต่อนาที Spo2 97% อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ใบหน้าซีด - ตรวจหน้าท้อง แข็งตึง มี Guarding ปัสสาวะออกน้อย 66 มล./3ชม. -ตรวจ TAS เจอ เลือดออกใน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลการประเมิน
2.มีภาวะช็อกเนื่องจากมีการสูญเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน 1. ชีพจร >100 ครั้ง/นาที 2.ความดันโลหิต < 90/60 มม.ปรอท (กรณีศึกษา 1,2) 3.Hct ลดลงกว่าก่อนตกเลือดร้อยละ10 (กรณีศึกษา 1,2) 4. ตรวจ TAS เจอ เลือดออกในช่องท้อง (กรณีศึกษา 1,2) 5.มีอาการซีด,ปวดท้อง ท้องแข็งตึง (กรณีศึกษา 2) 6.ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มล./ชม. (กรณีศึกษา 2) วัตถุประสงค์ -เพื่อให้มารดาหลังคลอด	การเสียเลือด(Hypovolemic shock) รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ -หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก -ชีพจรเบาเร็วกว่า 100 หรือน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท - หลังให้ยาแก้ปวด ความปวด 7คะแนนขึ้นไป - มดลูกหดรัดตัวไม่ดี - ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มล.ต่อชั่วโมง 1.รายงานแพทย์และตามทีมช่วย 2. การประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด - การวัดสัญญาณชีพ/ระดับความรู้สึกตัว ทุก5 นาที ในช่วงที่มีอาการสูญเสียเลือดทันทีทันใด วัดทุก 15 นาทีหลังจากได้รับสารน้ำทดแทนและความดันโลหิตเฉลี่ย> 65 มม.ปรอท จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจากนั้นวัดทุก 30 นาทีจนระดับความดันโลหิตปกติ คงที่ วัดเป็นทุก 1 ชั่วโมง กรณีความดันโลหิตเฉลี่ย< 65 mmHg ปฏิบัติแพทย์ - ตรวจปริมาณปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง กรณีปัสสาวะ<25 มล./ชม. ปฏิบัติแพทย์ - ประเมินเลือดออกทางช่องคลอด ทุก 1 ชั่วโมง โดยการชั่งน้ำหนัก ผ้าอนามัย ผ้าซับที่เปื้อนเลือด 3. ดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา --Load 0.9 NSS 700 500 มล. ใน 30 นาที	ช่องท้อง กรณีศึกษาที่1 -มารดามีภาวะช็อก หลังได้รับสารน้ำ,เลือด ยา และผ่าตัดซ้ำ แพทย์วินิจฉัย PPH with Hypovolemic shock with internal abdominal bleeding (Tear lower branch of Lt Uterine artery) -Relaparotomy with clot removal with TAH with BS (Total Hysterectomy with Bilateral Salpingectomy) สูญเสียเลือดรวม 4,200 มิลลิลิตร Hct 29.1. % Platelet 142,000 Cell/mm3 สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลการประเมิน
ปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะช็อก เกณฑ์การประเมิน 1. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ 2. เยื่อบุตาไม่ซีด ผิวหนังไม่เย็นไม่ซีด 3. มดลูกหดรัดตัวกลมแข็ง อยู่ระดับสะดือ 4. ความเข้มข้นเลือด $\geq$ ร้อยละ 30	4. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา -PRC, Platelet concentrate, FFP -เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อย แน่น กรณีสัมผัส หยุดให้เลือดและปรึกษาแพทย์ 5. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้แก่ oxytocin, misoprostol, methergin (กรณีศึกษาที่ 1) 6. ดูแลให้ยาห้ามเลือด Tranexamic Acid (กรณีศึกษาที่ 1) 7. เจาะเลือดส่งตรวจ ติดตามและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า CBC, BUN Cr ,LFT PT/PTT แก่แพทย์ 8. สังเกตอาการซีดจากสีผิวหนังสีเล็บเยื่อบุตา 9. ตรวจสอบระดับย้อมมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก 10. สังเกตและบันทึกเลือดซึมผ้าปิดแผล 11. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ OR, Anesthesia, Lab, ICU, CPR team 12. เตรียมรถ CPR ,เครื่อง Ultrasound 13. ให้ O₂ mask with bag 10 lit/min และติดตามปริมาณออกซิเจนในเลือด 15. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกายทุก 1 ชั่วโมง เพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 16 .เตรียมผู้ป่วยส่งผ่าตัดวางแผนทำ Relaparotomy 17.ส่งผ่าตัดภายใน 15 นาที	ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้งต่อนาทีและความดันโลหิต 100/60-120/900 มล.ปรอท ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม กรณีศึกษาที่ 2 - มารดามีภาวะช็อก หลังได้รับสารน้ำ,เลือด และผ่าตัดซ้ำ ทำผ่าตัด Relaparotomy with clot removal with repair uterine wall with ligation omentum under

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลการประเมิน
3.มารดามีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹⁹ ข้อมูลสนับสนุน 1.มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีอุปสรรคในการเริ่มให้นมแม่เนื่องจากมีภาวะตกเลือด และช่วยเหลือตัวเองได้ช้ากว่า (กรณีศึกษาที่1,2) 2 มารดาครรภ์แฝดและมีภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกต้องอยู่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด น้ำนมยังไม่ไหล (กรณีศึกษาที่1) วัตถุประสงค์ 1 เพื่อให้มารดาปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2. มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ เกณฑ์การประเมินผล 1.มารดาทราบการให้นมแม่ที่ถูกต้องวิธี 2.มารดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 3มารดาสามารถปั๊มนมเก็บได้ถูกต้องวิธี	1.สร้างสัมพันธภาพกับมารดา พุดคุยให้กำลังใจ ลดความกังวลเรื่องบุตรที่อาจจะเริ่มให้นมแม่ได้ช้ากว่าทารกทั่วไป เนื่องจากมารดายังมีภาวะตกเลือด 2 ประเมินเต้านม หัวนมและการไหลของน้ำนม ชักถามประสบการณ์การให้นมแม่ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ของมารดา โดยการให้กำลังใจมารดา 3.สอนและทบทวนวิธีการอุ้มให้นมแม่ที่ถูกต้องวิธี 4.แนะนำประโยชน์และความสำคัญของการปั๊มนมให้บุตรในบุตรคลอดก่อนกำหนด 5.สอนและสาธิตการปั๊มนมเก็บที่ถูกต้องวิธี 6. ประสานงานกับแผนกแพทย์แผนไทยมา นวดประคบเต้านม เพื่อช่วยให้น้ำนมมาเร็วขึ้น²⁰ 7.แนะนำช่องทางขอคำปรึกษากรณี เมื่อจำหน่ายออกจาก รพ สามารถขอคำปรึกษาที่คลินิกนมแม่ 8.นัดติดตามให้น้ำบุตรมาคลินิกนมแม่เมื่อบุตรก่อนกำหนดแข็งแรง สามารถจำหน่ายจาก รพ ได้ เพื่อสอนการให้นมแม่ในทารกแฝด 9.สนับสนุนให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือมารดา ในภาระงานต่างๆ เมื่อกลับบ้าน จะช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวในการเลี้ยงดูบุตรก่อนหน้า และบุตรที่เพิ่งคลอดได้ง่ายขึ้น ลดความเครียดของมารดา ช่วยให้น้ำนมไหลดีขึ้น 10.การเตรียมความพร้อมมารดาในการดูแล	กรณีศึกษาที่1 -มารดาทราบความสำคัญของการปั๊มนมเก็บให้บุตร และสามารถปั๊มนมเก็บได้ถูกต้องวิธี - มารดามีสีหน้าผ่อนคลาย และมีความมั่นใจในการปั๊มนมแม่เมื่อได้รับกำลังใจ กรณีศึกษาที่2 -ประเมินการไหลของน้ำนมพบมีน้ำนมไหลซึม เมื่อปั๊บบที่ลานนม มารดาสามารถให้นมแม่ได้ถูกต้องวิธีในวันที่2 หลังผ่าตัดคลอด โดยเริ่มให้นมในท่านอน เมื่อช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น สามารถให้นมแม่ได้ถูกต้องวิธี เนื่องจากเคยมีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ -มารดากล่าวว่าตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้ถึง 6 เดือน และต่อเนื่องจนถึง 2ปี ตามหลักศาสนาอิสลาม²³

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลการประเมิน
	ทราบเกิดก่อนกำหนด ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการ(1) การสอนให้ความรู้ และฝึกทักษะ(2) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และ (3) การดูแลต่อเนื่อง เช่น การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน²¹	
ด้านจิตสังคม 4.มารดาและญาติมีความวิตกกังวล อันตรายจากภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของตนเองและเกี่ยวกับอาการของบุตรที่คลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน 1. มารดาและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและซักถามแผนการรักษา 2.มารดาบอกว่ากลัวเสียชีวิตและซักถามอาการของบุตร วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาหลังคลอดและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการตกเลือด เกณฑ์การประเมินผล 1. มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล 2. มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตก	1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและญาติด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลและเหตุผลที่อาจจะต้องได้รับการตัดมดลูก เพื่อให้มารดาและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 3. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัววิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบโยนและให้กำลังใจ 4. อธิบายมารดาหลังคลอดและญาติให้รับทราบอาการของบุตร และการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด (กรณีศึกษาที่1) 5.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 6. แนะนำทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 7.แนะนำข้อมูลการเข้าเยี่ยมและซักถามอาการบุตร จากกุมารแพทย์ (กรณีศึกษาที่1) 8.สนับสนุนบทบาทของสามีในการเลี้ยงดูบุตร โดยเปิดโอกาสให้สามีเข้ามาช่วยดูแลบุตร เช่น ช่วยอาบน้ำบุตร,ทำความสะอาดหลังการ	(กรณีศึกษาที่1,2) 1.มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตกเลือด,แนวทางการรักษาของตนเองและบุตร 2.มารดาและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล 3.สามีช่วยเหลือมารดาในการดูแลบุตรช่วงที่มารดาอยู่โรงพยาบาลวิกฤตและอ่อนเพลียจากการผ่าตัด (กรณีศึกษาที่1)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลการประเมิน
เลือด,แนวทางการรักษาของ ตนเองและบุตร	ซับถ่าย พร้อมทั้ง ให้กำลังใจ กล่าวชมเชยสามี (กรณีศึกษาที่1)	
ด้านจิตวิญญาณ 5.มารดาและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการถูกตัดมดลูก ที่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม ²² ข้อมูลสนับสนุน -มารดานับถือศาสนาอิสลาม ที่สอนว่าการคุมกำเนิดทุกรูป ผิดหลักคำสอน -ขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องการคุมกำเนิด วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาและญาติเข้าใจความจำเป็นในการคุมกำเนิด เกณฑ์การประเมินผล 1. มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล 2. มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการคุมกำเนิด	1.ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอด ²¹ 2.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 3.เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัย ประเมินความรู้,ความเชื่อของมารดาในเรื่องการคุมกำเนิด 4.แพทย์อธิบายความจำเป็นในการตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิตของมารดาเนื่องพบการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงบริเวณมดลูกด้านล่างที่ทำให้เสียเลือดรุนแรงและเฉียบพลัน 5.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง2ปีตามหลักศาสนาอิสลาม	1.มารดาและญาติเข้าใจความจำเป็นในการตัดมดลูก และไม่รู้สึกรังเกียจ เนื่องจากการคุมกำเนิดสามารถอนุมัติเฉพาะรายบุคคล เมื่อมีเหตุจำเป็น เช่นหากบุคคลใดเห็นว่าการรักษาของตนจะเสี่ยงชีวิตหรือเป็นอันตรายตามความเห็นของแพทย์ตามหลักวิชาการ ²³ 2.มารดาและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย 3.มารดากล่าวว่าตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้ถึง 6 เดือน และต่อเนื่องจนถึง 2ปีตามหลักศาสนาอิสลาม ²²

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัย ด้านร่างกาย

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมี ภาวะตกเลือด ชนิด Early PPH ซึ่งเกิดภายใน 1-7 ชั่วโมงหลังคลอด ร่วมกับมีภาวะตกเลือด และ ภาวะ Hypovolemic shock มีข้อมูลสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ คือ ชีพจร > 140 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต < 90/60 มม.ปรอท จำนวนปัสสาวะ < 25 มล/ชม ส่วนอาการและอาการแสดง กรณีศึกษาที่1 อาการไม่ชัดเจน ไม่ซีด ปวดท้องไม่มาก ไม่มี Guarding แต่กรณีศึกษาที่2 มีอาการชัดเจนกว่า คือ ซีด ปวดท้องมาก ท้องแข็งตึง มี Guarding และการปวดเพิ่มความรุนแรงขึ้น, และกรณีศึกษาทั้ง 2 มีเลือดที่

ออกทางช่องคลอดไม่มาก ซึ่งไม่สัมพันธ์ กับ อาการแสดง จึงได้รับการตรวจTAS พบ ภาวะเลือดออกในช่องท้อง การพยาบาลที่สำคัญเหมือนกัน คือ มารดาหลังคลอดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนการเสียเลือดและภาวะช็อก การพยาบาลเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีข้อจำกัดเรื่องอุปสรรคของการให้นมแม่ที่ต่างกันคือ กรณีที่ 1ทารกแฝด ที่คลอดก่อนกำหนดที่ต้องแยกการดูแลที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ให้การพยาบาลเรื่องการเตรียมความพร้อม มารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกแฝด กรณีที่2 มารดามีภาวะช็อกหลังผ่าตัดคลอด ความอ่อนเพลีย ความปวด เป็นข้อจำกัดในการดูแลตัวเองและดูแลทารก รวมทั้งความสามารถการให้นมลูก พยาบาล หลังคลอดจึงต้องเข้าใจ ให้กำลังใจ มารดา รวมทั้ง ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือมารดา เพื่อให้มารดา สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อไป

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ

แม้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะมีประสบการณ์เรื่องการผ่าตัดคลอดมาแล้ว แต่ภาวะตกเลือดและต้องผ่าตัดซ้ำ เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ส่งผลผลกระทบหลายด้าน ด้านจิตใจ ทำให้มารดามีความวิตกกังวล เครียด ความทุกข์ทรมานทางร่างกายที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อ ความเชื่อมั่น คุณภาพชีวิต คุณค่าการรับบทบาทการเป็น มารดา ผลกระทบต่อจิตวิญญาณของความเป็นบุคคล ด้านสังคมพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลบุตร รวมทั้งถูกแยกจากบุตรในช่วงภาวะวิกฤต ทำให้ทารกไม่สามารถ ดูนมแม่ได้ทันที ส่งผลต่อสายสัมพันธ์ของมารดาและการเริ่มต้นให้ทารกดูนมมารดา ในการดูแลมารดาหลัง ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจึงต้องคำนึงถึงมิติความเป็นองค์รวมของบุคคล¹⁹

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า มารดาทั้ง 2 ราย พบอาการตกเลือด ภายใน 1- 10 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด มีการรักษา ที่เหมือนกัน โดย การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด การให้สารน้ำทดแทน และการให้เลือดและส่วนประกอบ ของเลือด และการผ่าตัดซ้ำ

กรณีศึกษาที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยง ตั้งครรภ์แฝด มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ชัดเจน ภายใน 1ชม หลังผ่าตัด แต่ อาการแสดงไม่ชัดเจน ไม่ปวดท้อง ไม่มีGuarding ได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก กลุ่มuterotonic ได้แก่ oxytocin ,methergin, misoprostol (Cytotec) และ Tranexamic acid (Transamin) ช่วยป้องกันการละลาย ลิ่มเลือด หลังจากใช้ยาไม่ได้ผล และตรวจเจอเลือดออกในช่องท้อง จึงผ่าตัดซ้ำเพื่อหยุดเลือดโดยการตัดมดลูกและ ท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก สูญเสียเลือดจำนวนมากว่า และได้รับ PRC 8 Unit, FFP 4 Unit , Plt conc 10 Unit หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง พังผืดยึดติดหนา และ มีอาการ,อาการแสดงของภาวะตกเลือดในช่องท้องที่ชัดเจน มากกว่า คือปวดท้องรุนแรง จึงได้รับการตรวจวินิจฉัย และ ผ่าตัดได้เร็วกว่า แต่มีอาการแสดงช้ากว่า (7 ชม) พบ

การฝึกขาดของผนังมดลูกด้านล่าง สามารถเย็บซ่อมแซมได้ สูญเสียเลือดน้อยกว่า และได้รับ PRC 6 Unit แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะน้ำเกิน และ ภาวะโป๊สเทียมต่ำ ได้รับการรักษาโดยให้ยาขับปัสสาวะ และ โป๊สเทียมชดเชย จากข้อมูลทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงผลกระทบหลายด้านที่มารดาต้องเผชิญหลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย: ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากการผ่าตัด ต้องพักฟื้น ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ
2. ด้านจิตใจ: ความวิตกกังวล เครียด ขาดความมั่นใจ คุณภาพชีวิตลดลง อาจส่งผลกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา
3. ด้านจิตวิญญาณ: ผลกระทบต่อความรู้สึกภายในของตนเอง ในฐานะบุคคลหนึ่ง
4. ด้านสังคม: ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลบุตร ถูกแยกจากบุตรในช่วงวิกฤต ส่งผลต่อสายสัมพันธ์และการเริ่มต้นให้นมบุตร

การดูแลที่สำคัญของพยาบาลคือการป้องกันการตกเลือดและการช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อเกิดภาวะช็อก สะท้อนให้เห็นบทบาทของพยาบาลในด้านการประสานงานเพื่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดอย่างชัดเจน พยาบาลในหน่วยงานสูติกรรมจึงเป็นบุคคลสำคัญเพราะอยู่ใกล้ซิดมารดาตลอดเวลา ต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาหลังคลอด ทั้งในระยะเฝ้าระวัง ระยะตกเลือดและระยะพักฟื้น รวมทั้ง ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม เพื่อให้การดูแลเป็นแบบองค์รวมและตอบสนองความต้องการได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจะช่วยให้มารดาฟื้นตัวและปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้ดี เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติคลินิกทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดที่เป็นมาตรฐาน และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของแพทย์
2. พัฒนา Early warning signs ของภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ครอบคลุมในกลุ่มผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมอยู่เสมอรวม ทั้งความรู้ความสามารถ ทักษะการพยาบาล อยู่ตลอด รวมทั้งการประเมินความเสี่ยง การแก้ไขปัญหากรณีผู้ป่วยมีอาการทรุดลง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานกรณีศึกษาฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือจาก ทีมฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยเฉพาะอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ในการแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไข ให้ข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Data Platform SDG Target 3.1 Maternal mortality ratio (per 100,000 live births) 2020. Geneva: WHO; 2020.
2. World Health Organization. WHO postpartum hemorrhage (PPH) summit (2022) [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2022 [cited 2023 Jan 28]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/who-postpartum-haemorrhage-\(pph\)-summit](https://www.who.int/publications/m/item/who-postpartum-haemorrhage-(pph)-summit)
3. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการผ่าตัดคลอด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6
4. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/download?id=106310&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=30671
5. Landon MB. Cesarean delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JH, editors. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2007. p. 486-521.
6. Rubin GL, Peterson HB, Robert RW, McCarthy BJ, Terry JS. Maternal death after cesarean section in Georgia. Am J Obstet Gynecol. 1981;139(6):681-5.
7. Raagab AE, Mesbah YH, Brakat RI, Zayed AA, Alsaammani MA. Re-laparotomy after cesarean section: risk, indications and management options. Med Arch. 2014;68(1):41-3.
8. Aftab N, Faraz S, Fahad AA, Koratkar R, Omer A. The Incidence of obstetrics and gynecology cases returning to operation theater due to postoperative complications in a tertiary care hospital. Dubai Med J. 2023;6(3):195-200.
9. Srivastava P, Qureshi S, Singh U. Relaparotomy: review of indications and outcome in tertiary care hospital. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2016;5(2):520-4.
10. Kumari A, Vidyarthi A. An analysis of relaparotomy in operative obstetrics. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2020;9(5):1813-20.
11. สุสัณหา ยิ้มแย้ม. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน: นันทพร สานสิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่:

- สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2560. หน้า 321-32.
12. Koukoubanis K, Bibasi V, Thomakos N. The fundamental role of postoperative critical care in gynecologic oncology surgery: a brief report. *Iran J Colorectal Res.* 2020;8(2):97-100.
 13. ภาระงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. รายงานข้อมูลตัวชี้วัด. ภูเก็ต: โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต; 2567.
 14. Sebghati M, Chandharan E. An update on the risk factors for and management of obstetric hemorrhage. *Women's Health.* 2017;13(2):34-40.
 15. Saban A, Shoham-Vardi I, Yohay D, Weintraub AY. Peritoneal adhesions during cesarean delivery are an independent risk factor for peri-partum hemorrhagic complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;251:188-93.
 16. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2553;6(2):146-57.
 17. คณะกรรมการฝ่ายวิชาการภาควิชาวิสัญญีวิทยา. แนวทางปฏิบัติเรื่อง: แนวทางเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเอกซเรย์ปอดก่อนการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
 18. ศมนันท์ สุขสม. ประสบการณ์การพยาบาลแบบองค์รวมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ม.ค. 3]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2553/1612/8/243243_ch2.pdf
 19. จันทรปภัสร เครือแก้ว. ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
 20. สุพรรณ จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน. ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;15(38):605-18.
 21. Wangruangsatid R, Rangsiyanon J, Rungchay A, Dumminsek P, Saisuwan W. แนวทางการเตรียมความพร้อมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. *J Res Nurs Midwifery Health Sci.* 2019;39(1):66-78.
 22. ส่วนนุรน้อย โต้ะกูปาฮา. ทศนคติต่อการคุมกำเนิดของสตรีมุสลิมในอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.