โรงพยาบาล

วารสาร ชัยนาทนเรนทร

JAINAD NARENDRA HOSPITAL JOURNAL

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อก

ศุภภิดา เฟื่องชูนุต*

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดา ภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 27.1 และพบได้ร้อยละ 23.1 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดายังคงสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเป้าหมายของประเทศไทยกำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2562 – 2566 พบอัตราการตายของมารดาหลังคลอดทั่วประเทศ คิดเป็น 17.48, 20.29, 34.68, 25.86 และ 21.40 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือการฉีกขาดของช่องทางคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้

สถานการณ์ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 มีผู้มารับบริการคลอด จำนวน 1,251, 1,342 และ 1,174 ราย เกิดอัตราการตกเลือดหลังคลอดพบร้อยละ 1.84, 1.64 และ 1.28 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่มีการสูญเสียเลือดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด มีความเสี่ยงสูง และมีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยผลกระทบสำหรับหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเสียเลือด ต้องตัดมดลูกแบบฉุกเฉินหรืออาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนทารกมีโอกาสต้องช่วยหายใจและมีโอกาสขาดออกซิเจนได้มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage : PPH) หมายถึง การเสียเลือดจากกระบวนการคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดทางช่องคลอด และมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือระดับความเข้มข้นของเลือดแดงลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง หมายถึง การคลอดทารกโดยผ่านผนังหน้าท้อง และผนังมดลูกโดยจะกระทำเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ และทารกมีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม

การตกเลือดหลังคลอดแบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด คือ

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดหลังคลอด 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด

สาเหตุภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมีสาเหตุที่สำคัญ 4 อย่าง ได้แก่

1. การหดรัดตัวที่ไม่ดีของมดลูก (Tone) เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อยที่สุด

2. การเหลือค้างของส่วนการตั้งครรภ์ (Tissue) เช่น รกไม่ลอกตัว หรือรกค้าง

3. การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) เช่น การฉีกขาดของช่องทางคลอด ปากมดลูก มดลูกแตก เป็นต้น

4. ความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) เช่น ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ หรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น

ชนิดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มี 3 ชนิด คือ

1. Low segment Cesarean section เป็นการผ่าที่มดลูกส่วนล่างจำแบกเป็น

   1.1 Low transverse Cesarean section ได้แก่การผ่าตัดมดลูกส่วนล่างตามแนวขวาง

   1.2 Low ventical Cesarean section ได้แก่การผ่าตัดมดลูกส่วนล่างตามแนวตั้ง

2. Classical Cesarean section เป็นวิธีผ่าตัดตามแนวตั้งที่มดลูกตอนบน

3. Porro's Cesarean section who Cesarean hysterectomy คือ การผ่าตัดคลอดเสร็จแล้วตัดมดลูกออกพร้อมกันอาจทำแบบ low transverse หรือclassical ก็ได้ ในกรณีที่ตัดเอามดลูกออกไปเรียกว่า subtotal hysterectomy แต่ถ้าตัดปากมดลูก เรียกว่า total hysterectomy

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังนี้

1. มีประวัติการตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการผ่าตัดคลอดมาก่อน

2. ภาวะที่ศีรษะทารกมีขนาดใหญ่กว่าอุ้งเชิงกราน ซึ่งส่วนใหญ่มักจะวินิจฉัยได้ในช่วงที่มีการเจ็บครรภ์คลอดแล้ว

3. ทารกในครรภ์มีส่วนนำที่ไม่ใช่ศีรษะ เช่น ท่าก้น หรือท่าขวาง เป็นต้น

4. มีเนื้องอกในอุ้งเชิงกรานที่ขัดขวางการคลอดทางช่องคลอด เช่น เนื้องอกรังไข่ เนื้องอกมดลูก เป็นต้น

5. แพทย์ได้มีการชักนำให้เกิดการคลอดแล้ว แต่ล้มเหลว มารดาคลอดเองไม่ได้

6. มีรกเกาะต่ำ นั่นคือเกาะที่ด้านล่างของมดลูกใกล้กับหรือชิดหรือปิดปากมดลูก

7. ข้อบ่งชี้ที่เกิดจากทารก เช่น ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (Fetal distress)

8. การติดเชื้อที่ช่องคลอดของมารดา เช่น โรคเริมที่อวัยวะเพศ หรือโรคหูดหงอนไก่ เป็นต้น

9. ถุงน้ำคร่ำอักเสบ เกิดจากถุงน้ำคร่ำรั่วเป็นระยะเวลายาวนาน

10. การใช้อุปกรณ์ช่วยคลอดล้มเหลว เช่น ใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ

ข้อบ่งชี้กรณีผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ดังนี้

1. ภาวะพิษแห่งครรภ์ในระยะรุนแรงหรือมีภาวะชักจากภาวะพิษแห่งครรภ์

2. สายสะดือย้อย (Umbilical cord prolapse)

3. ภาวะเครียดของทารกในครรภ์

4. ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด

5. ภาวะตกเลือดก่อนคลอดอย่างรุนแรงโดยเฉพาะในรายที่มีภาวะรกต่ำ

6. มดลูกแตก (Uterine rupture)

อาการและอาการแสดงของการตกเลือด แบ่งระดับการเสียเลือดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระยะทดแทนได้ (compensation) ปริมาณการสูญเสียเลือด 500-1,000 มิลลิลิตร ปริมาณเลือด 10-15 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตค่าบน (Systolic) >90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร < 90 ครั้ง/นาที อาการและอาการแสดงปกติ

ระดับที่ 2 ระยะเริ่มต้น (mild) ปริมาณการสูญเสียเลือด 1,000 - 1,500 มิลลิลิตร ปริมาณเลือด 15 - 25 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตค่าบน (Systolic) 80 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 - 100 ครั้ง/นาที มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่ออก หัวใจเต้นเร็ว

ระดับที่ 3 ระยะรุนแรงปานกลาง (moderate) ปริมาณการสูญเสียเลือด 1,500 - 2,000 มิลลิลิตร ปริมาณเลือด 25 - 35 เปอร์เซ็นต์ ความตันโลหิตค่าบน (Systolic) 70 - 80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 120 ครั้ง/นาที มีอาการกระสับกระส่าย หน้าซีด ปัสสาวะออกน้อย

ระยะที่ 4 ระยะรุนแรงมาก (severe) ปริมาณการสูญเสียเลือด >2,000 ปริมาณเลือด >35 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตค่าบน (Systolic) <70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร >120 ครั้ง/นาที มีอาการหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่มีปัสสาวะออกเลย

การดูแลรักษา โดยใช้กระบวนการ TIME ดังนี้

1. การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ (Team) สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะ ทั้งทางด้านทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค (Non – technical skills) และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดี

2. การเตรียมช่วยชีวิตขั้นต้น (Initial resuscitation and investigation) ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ได้แก่การนวดมดลูก ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag 10 ลิตร/นาที ให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างรวดเร็วด้วยเข็มขนาดใหญ่อย่างน้อย 2 เส้น เจาะเลือดเพื่อจองเลือด และส่งตรวจ PPH blood test ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการไหลเวียนเลือด

3. การให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Medication treatment) ยาที่มีใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Oxytocin, Methylergonovine, Tranexamic acid, Misoprostol และ Sulprostone

4. การหยุดเลือด (End of bleeding) หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกไม่ได้ผลจำเป็นต้องหยุดเลือดด้วยกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ การใช้บอลลูน การผ่าตัดเย็บมดลูกด้วยวิธี B-Lynch การผ่าตัดผูกหลอดเลือดของมดลูก และการตัดมดลูก

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอด

พยาบาลต้องประเมินสภาพมารดาและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการติดตามสัญญาณชีพ การจัดการกับความเจ็บปวด อาการข้างเคียงของยา ประเมินและดูแลแผลผ่าตัด ให้มารดาพยายามพลิกตะแคงตัวซึ่งจะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวป้องกันการเกิดพังผืดรัดลำไส้ และลดอาการท้องอืด วันแรกหลังผ่าตัดให้ลุกนั่งบนเตียง โดยไขเตียงให้ศีรษะสูง 45 องศา ปลายเท้าสูง 10 - 15 องศา วันที่ 2 หลังผ่าตัดให้ลุกนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ยืนและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง วันที่ 3 หลังผ่าตัดเริ่มให้ผู้ป่วยเดินรอบ ๆ เตียง หลังจากผู้ป่วยแข็งแรงอนุญาตให้เดินไปห้องน้ำได้เอง แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับอาหาร การพักผ่อน การรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ที่สำคัญที่สุดก็คือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน มารดาจะต้องดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำในระยะเวลา 7 วัน หลังการผ่าตัด รับประทานยาตามแพทย์สั่ง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดบวมแดง อักเสบ มีเลือดหรือหนองซึมจากแผลผ่าตัด และการมาตรวจตามนัด

การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด

1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น ซีด กระสับกระส่าย มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก ให้รายงานแพทย์ พร้อมหาทีมการพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มโดยด่วน และจัดให้ทีมคลึงมดลูกตลอดเวลา

2. ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

3. ดูแลให้สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด ด้วยเข็มขนาดใหญ่อย่างน้อย 2 เส้น ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เช่น Oxytocin, Methylergometrine, Misoprostal 4 เม็ดเหน็บทางทวารหนัก

4. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง และประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก

5. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก พร้อมประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและการเสียเลือด เพื่อประเมินภาวะช็อก

6. ดูแลจัดให้นอนหงายราบ เพื่อให้เลือดจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น เลือดจะไปเลี้ยงสมองและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ได้ง่าย

7. ถ้ามีเลือดออกเนื่องจากมีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ต้องรายงานแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการขูดมดลูกไว้ให้พร้อม และดูแลอาการอย่างใกล้ชิด ขณะแพทย์ทำการขูดมดลูกและหลังขูดมดลูก

8. ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดเนื่องจากการอีกขาดของช่องทางคลอดร่วมด้วย ให้เย็บแผลที่ฉีกขาดเพื่อให้เลือดหยุดไหล

9. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม สำหรับการหยุดเลือดด้วย Condom balloon tamponade

10. รายที่ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับเลือด เช่น อาการแพ้ หนาวสั่น เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

11. ประเมินผลค่าความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือดตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

12. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการเสียเลือดและการขาดน้ำ

13. ดูแลความสุขสบายทั่วไป ให้ความอบอุ่น และป้องกันการเสียความร้อนของร่างกาย

14. ดูแลทางด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือ แจ้งมารดา และญาติให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษา

15. งดอาหารและน้ำทางปาก เตรียมความพร้อมกรณีจำเป็นต้องได้รับการดมยาสลบเพื่อการผ่าตัดมดลูก

กรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 36 ปี $G_2P_1A_0L_1$ GA 37^{+5} wks. (EDC 3 พ.ย. 2565) ฝากครรภ์คลินิกแพทย์และโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 4 ครั้ง อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ให้ประวัติว่าวันนี้มาตรวจครรภ์ตามกำหนดนัด พบมีอาการท้องแข็ง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 18 ตุลาคม 2565 เวลา 11.58 น. มีอาการเจ็บครรภ์เป็นพัก ๆ ตรวจครรภ์พบ HF 38 cms. ศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้ง/นาที Estimate fetal weight

3,300 gms. สัญญาณชีพปกติ แพทย์ทำ Lt cesarean section with Tubal sterilization with Hayman suture under spinal block ทารกเกิดเวลา 15.24 น. เพศหญิง Apgar score 9,10,10 น้ำหนัก 2,890 กรัม ขณะผ่าตัดพบมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รกเกาะแน่น สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 1,000 มิลลิลิตร ได้รับยา Cytotec 4 tab เหน็บทวาร, Methergin 1 amp (v), Nalador 500 mg (v) drip in NSS 100 ml, Transamine 1 gm (v) พบ ชีพจร 122 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท Load NSS 1000 ml, ทำ Uterine Temponade ระยะเวลาผ่าตัด 41 นาที หลังผ่าตัดย้าย ICU ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่มีเลือดซึม มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัยครึ่งแผ่น ให้ 5%D/N/2 1,0000 มิลลิลิตร ผสม Oxytocin 40 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, Retained folley's cath ไว้ ติดตามความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ถ้าลดลงมากกว่าเท่ากับ 3% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาที่เหมาะสม พบความเข้มข้นของเลือด 27 % ให้ LPRC 1 ยูนิต ติดตามความเข้มข้นของเลือดพบ 33 % หลังการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน แพทย์จำหน่ายนัด Follow up 1 สัปดาห์ ดูแผลผ่าตัดหน้าท้อง และ 6 สัปดาห์ ตรวจหลังคลอด รวมระยะเวลารับการรักษาภายในโรงพยาบาล 3 วัน

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. "ตอนนี้ปวดท้องมากเลยหมอ"
2. ผู้คลอดแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด ดิ้นไปมา
3. Pain score 10 คะแนน
4. มดลูกหดรัดตัวแรง ทุก 5 นาที นาน 30 วินาที Cx. dilate 1 cm Eff 25% Station -2 MI

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบาย สามารถเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะมดลูกหดรัดตัว มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์
2. สามารถผ่อนคลายความเจ็บครรภ์ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด
2. ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง
3. จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี
4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่
5. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อุณหภูมิพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี

6. แนะนำการลดความเจ็บครรภ์คลอดโดยการกำหนดสติ (Mindfulness) โดยให้หายใจเข้าและออกลึก ๆ 3-5 ครั้ง รับรู้ความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างที่ชัดที่สุดแล้วหายใจต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ

7. กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือบริเวณกลางกระดูกก้น หลัง ต้นขา และหน้าท้อง

8. ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดของผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล

9. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินความรุนของการเจ็บครรภ์คลอด

การประเมินผล

1. ขณะมดลูกหดรัดตัวสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม ไม่ร้องและดิ้นไปมา

2. สามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องระยะคลอด

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. เสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด 900 มิลลิลิตร และมีเลือดออกทางช่องคลอด 100 มิลลิลิตร รวมปริมาณเสียเลือดทั้งหมด 1,000 มิลลิลิตร

2. ความดันโลหิต 70/40 - 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 120 ครั้ง อัตราการหายใจ 18 – 24 ครั้งต่อนาที

3. มดลูกไม่ค่อยกลมแข็ง อยู่เหนือระดับสะดือ

4. ได้รับยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin ทางหลอดเลือดดำ และ Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

2. มดลูกหดรัดตัวกลมแข็ง อยู่ระดับสะดือ

3. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

4. ความเข้มข้นของเลือด (Hct) ≥ 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที × 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที × 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง จนมีอาการปกติ หลังจากนั้นบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

2. คลึงมดลูกจนหดรัดตัวกลมแข็ง และกดไล่ก้อนเลือดที่อาจค้างในมดลูกเพราะการที่มดลูกหดรัดตัวดีทำให้ไม่เสียเลือดเพิ่มมากขึ้น และการกดไล่ก้อนเลือดที่ออกจากโพรงมดลูกหดรัดตัวดีขึ้น

และสังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูกต่อไปอีกทุก 15 นาที ในหนึ่งชั่วโมงเพื่อประเมินการทำหน้าที่ของมดลูกว่าเข้าสู่สภาวะปกติหรือไม่

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/N/2 1,0000 มิลลิลิตร ผสม Oxytocin 40 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

4. ใส่สายสวนปัสสาวะคาสายเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 120 มิลลิลิตร ต่อ 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์

5. สังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยสังเกตจากการชุ่มผ้าอนามัย ทั้งนี้เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือด

6. เจาะเลือดดูความเข้มข้นของเลือด ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินค่าปริมาณเม็ดเลือดแดง อัดแน่น ถ้าลดลงมากกว่าเท่ากับ 3% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาที่เหมาะสม

7. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด

การประเมินผล

1. หลังได้รับยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin และ Cytotec จากนั้นมดลูกหดรัดตัวกลมแข็งระดับสะคือ

2. ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 104/87 – 120/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 - 24 ครั้งต่อนาที

3. ปัสสาวะออก 700 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

4. ความเข้มข้นหลังเลือดหมด 1 ยูนิต 33 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : มารดาเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 70/40 - 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 120 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่าย

2. ความเข้มข้นของเลือด 27%

3. มีเลือดออกทางช่องคลอด 100 มิลลิลิตร เสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด 900 มิลลิลิตร รวมปริมาณเสียเลือดทั้งหมด 1,000 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพความดันโลหิต 120/30 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 - 100 ครั้งต่อนาที

2. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

4. ความเข้มข้นของเลือด (Hct) > 28 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที และบันทึกในแบบฟอร์ม เพื่อประเมินอาการ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะช็อก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

2. ดูแลให้งดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิด

3. ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้ออกซิเจนเพียงพอ

4. ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อก ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 120 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์

5. ให้สารน้ำ 0.9%NSS 10000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ load 1000 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสม Oxytocin 40 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้เลือดชนิด PRC 1 ยูนิต ตามแผนการรักษา และดูแลให้มีภาวะสมดุลของสารน้ำและเลือด สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด

การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 104/87 - 120/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 - 120 ครั้งต่อนาที เต้นแรงสม่ำเสมอ

2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ชัดเจน ไม่กระสับกระส่าย

3. ปัสสาวะออก 700 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

4. ความเข้มข้นหลังเลือดหมด 1 ยูนิต 33 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : เนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลีย เปลือกตาซีด

2. ระดับออกซิเจนในเลือด 95 %

3. ความเข้มข้นของเลือด 27 %

4. เสียเลือดทั้งหมด 1,000 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย เพลีย

2. ไม่มีเลือดออกในช่องท้อง และทางช่องคลอด

3. ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 98 - 100 %

4. ความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า 28 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและซักถามอาการผู้ป่วย เช่น เหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซีด

2. ดูแลให้ออกซิเจน canula อัตรา 3 ลิตรต่อนาทีเพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้ออกซิเจนเพียงพอ

3. ให้ LPRC 1 ยูนิต ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนสู่เซลล์ร่างกาย

4. ประเมินระดับออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง

5. เจาะตรวจความเข้มข้นของเลือดทางปลายนิ้วหลังให้เลือด และติดตามผลเพื่อประเมินภาวะซีด

6. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน อย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม

7. ดูแลให้เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการหน้ามืด เป็นลม

8. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เพราะเหล็กเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินในการสร้างเม็ดเลือดแดง

9. ดูแลให้รับยา ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น เพื่อช่วยให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดง

10. สังเกตแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรือไม่ ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด แนะนำญาติเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 ชั่วโมง

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สามารถพลิกตะแคงตัวบนเตียงได้

2. ท้องไม่อืด แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึมเปื้อนผ้าปิดแผล ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

3. ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 98 - 100 %

4. ความเข้มข้นของเลือดทางปลายนิ้วหลังเลือดหมด 1 ยูนิต เท่ากับ 33 % เปลือกตาล่างสีชมพู

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : มารดาปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลหน้าท้อง

2. สีหน้าไม่สุขสบาย ประเมินระดับความปวด = 6

3. มารดานอนนิ่งบนเตียงท่าเดียวไม่ขยับตัว

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปวดแผลลดลง ระดับความปวดลดลง = 1 - 3

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นแจ่มใส และนอนพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทางและใช้การบอกระดับความปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือและเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด

2. แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และเมื่อรู้สึกตัวดี จัดให้นอนท่าศีรษะสูง ชันเข่า เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยให้อาการปวดทุเลาลดลง

3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากเพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจที่การควบคุมหายใจเข้าออก กรณี pain score น้อยกว่า 5

4. แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว และแนะนำให้เคลื่อนไหวช้า ๆ ใช้มือประคองแลขณะลุกานั่งหรือเดิน เพื่ออดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด

5. ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลงได้

6. ในระยะที่ผู้ป่วยยังงดน้ำและอาหาร และมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก ให้ยาแก้ปวดตามอาการ คือ Tramadol 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง ส่วนในระยะที่แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้แล้ว และยังมีอาการปวดแผลอยู่ ดูแลให้ได้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาซึ่งทำให้อาการปวดลดลง

7. พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยผ่อนคลายช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นแจ่มใสและไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด หลังได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

2. ระดับความปวดลดลง pain score = 3 นอนพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : มารดามีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง
2. เสียเลือดขณะผ่าตัด 1,000 มิลลิลิตร
3. มีภาวะซีด ได้รับเลือด PRC 1 ยูนิต
4. CBC WBC 17,000 cell/cu.mm

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที

2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนองมีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มี Discharge ซึม

3. แนะนำผู้ป่วยดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผลและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผล มีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้

4. แนะนำรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล เช่น เนื้อ นม ไข่ ผักและผลไม้ต่าง ๆ

5. แนะนำญาติในการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยเพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค

6. ดูแลให้ผู้ป่วยให้รับยาปฏิชีวนะ คือ Cefazolin 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง

7. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC

การประเมินผล

ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ซึม อุณภูมิอยู่ในช่วง 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 - 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/87 - 120/76 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : มารดาขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอด

2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและการเลี้ยงดูบุตร

2. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้น

3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแหล่งสนับสนุนของครอบครัว

2. ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่นการขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย ลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่ประจำ การพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมเสี่ยง และความเชื่อต่าง ๆ

3. สอบถามสาเหตุและสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อความเข้าใจและให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาลมากขึ้น

4. เปิดโอกาลให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม พูดถึงสิ่งที่ไม่สบายใจ พร้อมทั้งให้กำลังใจ

5. อธิบายผู้ป่วยเข้าใจถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอาบน้ำเช็ดตา เช็ดสะดือทารก การรับประทานยาและอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ แนะอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับทราบเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและการเลี้ยงดูบุตร

2. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องโรคมากขึ้น

3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อก โดยใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลที่ดูแลต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะความชำนาญ การคัดกรองการประเมินอาการการให้การพยาบาลเบื้องต้น การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ จนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน การพยาบาล

แบบต่อเนื่ององค์รวมทั้งการฟื้นฟู ร่างกาย จิตใจ หลังจากที่ผู้ป่วยพันภาวะวิกฤติ การให้คำแนะนำเพื่อให้มารดาและญาติมีความรู้ความเข้าใจเพื่อให้มารดาและครอบครัวสามารถดูแลตนเองให้อย่างมีคุณภาพต่อไป และการประสานส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ใกล้บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมผ่านระบบ Thai COC จากการกรณีศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงของมารดาที่มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด เช่น มารดาที่เป็นเบาหวาน มารดาครรภ์แฝด มารดาที่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน เป็นต้น

2. จัดระบบการให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้มารดาได้รับการประเมิน เฝ้าระวัง และดูแลอย่างใกล้ชิด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอัตราการเสียชีวิต

3. พยาบาลผู้ปฏิบัติควรมีการศึกษาและทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาทักษะ ความรู้ในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา

4. มีการเตรียมทีมการพยาบาลช่วยเหลือฉุกเฉิน การเรียกอัตราเสริม

5. มีการเตรียมความพร้อมของยาและอุปกรณ์ช่วยหยุดเลือด

6. มีระบบการประสานงานที่ดีและส่งต่ออย่างรวดเร็ว

7. การส่งต่อข้อมูลการรักษากลับไปยัง รพ. สต. ใกล้บ้านในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 8

ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์. (2562). การรักษาการตกเลือดหลังคลอด ใน: เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพบูลย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์, บรรณาธิการ. บูรณาการการดูแลเพื่อสุขภาพทารกบริกำเนิดที่ดีขึ้น. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.

ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2562) .ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน. ใน : วิทยา ถิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์และ กนกวรุณ วัฒนนิรันดร์, บรรณาธิการ. ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอดบทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 6(3) : หน้า 146 - 145

นันทพร แสนศิริพันธุ์ และฉวี เบาทรวง. (2561). การพยาบาลและผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคดติ้งแอน เซอร์วิส.

พเยาว์ บุญที. (2564). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ตกเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 44(2) : หน้า 1 – 10

ลัลธพร พัฒนาวิจารณ์. (2560). การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน : วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม, บุญศรี จันทร์รัชชกุล, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ต้องตา นันทโกมล, ปัทมา พรหมสนธิ, มาลี เกื้อนพกุล ,จินดามาศ โกสลชื่นวิจิตร. บรรณาธิการ. ร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.

สมทรง บุตรตะ. (2563). การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(3) หน้า : 185 - 197