

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี B-Lynch suture เพื่อลดภาวะตกเลือด ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา

นันทนิตย์ โยตะสี
ศุภณัฏฐ์ นามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) ระหว่างการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีขณะทำผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย การทำ B-lynch suture เป็นหัตถการที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดีขณะผ่าตัดคลอด สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การตัดมดลูกและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ กรณีศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 37⁺¹ สัปดาห์ ไม่มีน้ำเดิน มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ แพทย์วางแผนการคลอดทางช่องคลอดแบบธรรมชาติ แต่ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอดหลังได้รับยาเร่งคลอดเป็นเวลานาน (13 ชั่วโมง) สูติแพทย์จึงตัดสินใจดำเนินการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน หลังคลอดทารกผู้ป่วยเกิดภาวะมดลูกไม่หดตัว และได้รับการรักษาด้วยยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกแล้วแต่ไม่ดีขึ้น แพทย์จึงทำการเย็บมดลูกแบบ B-lynch suture เพื่อหยุดเลือดและป้องกันภาวะตกเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมห้องผ่าตัด และเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อให้สูติแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงสามารถช่วยทำ B-lynch suture ได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และมีบทบาทในการประเมินการเสียเลือดขณะผ่าตัด ร่วมกับทีมวิสัญญีพยาบาล จึงทำให้การผ่าตัดสำเร็จ และผู้ป่วยสามารถผ่านภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมบุตรได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาลทั้งสิ้นเป็นเวลา 4 วัน

คำสำคัญ: B-lynch suture, ผ่าตัดคลอด, ตกเลือดหลังคลอด

Nursing care of patients who received B-lynch suture at the time of cesarean section to reduce post-partum hemorrhage : Case study

Nanthanit Yotasee

Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Abstract

Postpartum Hemorrhage during Cesarean section due to uterine atony is a common Perioperative complication. B-lynch suture is noted as useful procedure that can reduce incident of hysterectomy, severe complication, and mortality. This case study was pregnant woman with 2ndgravida, 37 weeks gestation. She came to hospital due to labor pain without rupture of membrane. Obstetrician decided to provide normal vaginal delivery, but the patient had non-progress of labor after received uterotonic drugs for several hours. Therefore, obstetrician changed mode of delivery to emergency Cesarean section. After baby was delivered, patient had uterine atony condition. She was given multiple uterotonic drugs, but her uterus was still in hypotonic state. Then Obstetrician used B-lynch suture to stop bleeding and prevent postpartum hemorrhage.

Scrub nurses have important role to prepare operating room and operating equipment. For easy and quickly use. Therefore, obstetrician can promptly operate. Moreover, scrub nurse could correctly and sufficiently assist in B-lynch operation and estimate blood loss with anesthetic nurse. Effective scrub nurses and team may contribute to successful operation and no-complication critical patient. In this patient she had not any complication and were safely discharge with her baby after 4 days hospital stay.

Keywords: B-lynch suture, cesarean section, postpartum hemorrhage

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการสูญเสียเลือดจากกระบวนการคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ทางช่องคลอด และมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าตัดทางหน้าท้อง หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นเลือดแดงลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอด (early หรือ immediate หรือ primary Postpartum hemorrhage) ⁽¹⁾

อุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดพบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า มารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ครั้งของการคลอดในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก⁽²⁾ ประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 จะพบว่ามีมารดาตายทั้งสิ้น 121 คน และ ในจำนวนนี้ 26 คน ตายจากสาเหตุตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 21.5 ซึ่งสูงกว่าปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2563 มีมารดาตายจากสาเหตุตกเลือด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0)⁽³⁾ ในกรณีที่ควบคุมการเสียเลือดจากมดลูกไม่หมดได้จากการผ่าตัดคลอดไม่ได้ แพทย์อาจพิจารณาวิธีการผ่าตัดเย็บมดลูกเพื่อหยุดเลือด หัตถการที่มีรายงานการทำบ่อยที่สุดคือ B-Lynch suture เพื่อลดการตกเลือดและตัดมดลูก⁽⁶⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปี พ.ศ.2562 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 979 ราย ตกเลือดหลังคลอด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ปีพ.ศ.2563 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 829 ราย ตกเลือดหลังคลอด 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.72 และปี พ.ศ.2564 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 863 ราย ตกเลือดหลังคลอด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.82 แม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จะมีความพยายามในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ยังคงพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์บางรายเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 พอสรุปได้ว่า ในปี พ.ศ.2562, 2563, 2564 มีภาวะหดรัดตัวของมดลูกหดรัดตัวไม่ดีรักษาด้วยวิธีเหน็บยาเพิ่มการช่วยการหดรัดตัวของมดลูก 197, 231, 238 ราย ตามลำดับ และในปี 2562, 2563, 2564 ผู้ป่วยมดลูกหดรัดตัวไม่ดีรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธี B-Lynch suture จำนวน 47, 43 และ 26 รายตามลำดับ⁽⁷⁾ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องมีความรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอด สามารถเตรียมทำผ่าตัดผู้ป่วยกรณีเร่งด่วน จัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เตรียมให้พร้อมใช้ตลอดเวลาพร้อมค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ประเมินปริมาณการเสียเลือดจากภาวะตกเลือด ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในขณะผ่าตัด การประเมินเลือดออกทางแผลผ่าตัดและทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด จากเหตุผลที่กล่าวมาการช่วยผ่าตัด B-Lynch suture จะช่วยป้องกันการเสียเลือดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวช่วยลดภาวะการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้⁽⁷⁾ จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการช่วยทำผ่าตัดด้วยวิธี B-Lynch suture เพื่อลดภาวะตกเลือดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี และใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ทั้งก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งการประยุกต์ใช้ในหน่วยงานสามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขให้การพยาบาล ผู้ป่วยขณะผ่าตัดที่มีภาวะตกเลือดและ

มดลูกไม่หดตัวได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดการบาดเจ็บและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่จะนำไปสู่การทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการช่วยให้โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และการฟ้องร้องได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษา และทบทวนกระบวนการพยาบาล การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธี B- lynch suture จากภาวะมดลูกไม่หดตัว ทั้งขณะผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด
2. เพื่อเป็นแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดในภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกไม่หดตัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลหรือแนวทางประกอบการวางแผนการพยาบาล และเอกสารเพิ่มพูนความรู้สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลจบใหม่ นักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดด้วยวิธี B-lynch suture ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยในการทำ B-lynch suture ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะการพยาบาลให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษาโรค
3. เพื่อเป็นกรณีศึกษาให้กับพยาบาลช่วยแพทย์ผ่าตัด และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ในการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะมดลูกไม่หดตัวและทำ B-lynch suture ทำให้ลดการตกเลือดและการตัดมดลูก

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 ราย ในห้องผ่าตัด โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรคและปัญหาที่พบบ่อยขณะทำผ่าตัดคลอด
2. ทำบันทึกข้อความขออนุญาตใช้ข้อมูลจากระบบเวชระเบียน Electronic Hos XP เอกสารเวชระเบียน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
3. จัดทำโครงร่างวิจัย ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบแนะนำ
4. แก้ไขโครงร่างวิจัย และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษา พิจารณา
5. รวบรวมเอกสารข้อมูลจากเวชระเบียนเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอดแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
6. ศึกษาจากเอกสารวิชาการและตำรา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ปรีกษาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
7. นำข้อมูลที่ได้นำมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

8. ปรีกษาทีมแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อวางแผนการดูแลรักษาตามกระบวนการพยาบาลในการช่วยทำหัตถการขณะทำการผ่าตัด

9. ศึกษาค้นคว้าและทบทวนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดในกรณีที่มีมดลูกไม่หดตัวและได้ทำ B-Lynch suture จากหนังสือ บทความ/วารสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

10. ตรวจสอบโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง

11. แก้ไข และเผยแพร่ผลงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา

• ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ วันที่รับไว้ในห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564 หลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมบุตร ช่วงระยะเวลาที่นอนรพ. ตั้งแต่วันที่ 8-11 พฤศจิกายน 2564 รวมเวลานอน รพ. 4 วัน วันแรกของประจำเดือนรอบสุดท้าย (Last Menstrual Period : LMP) วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2564 วันครบกำหนดคลอดที่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ (Estimate Delivery Confinement : EDC) วันที่ 28 พฤศจิกายน 2564

อาการสำคัญ (chief complain):

G2P1A0L1 อายุครรภ์ที่ฝากครั้งแรก 9 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จำนวน 9 ครั้ง ครรภ์แรกคลอดปกติทางช่องคลอด ขณะนี้ผู้ป่วยอายุครรภ์ 37⁺¹สัปดาห์ แพทย์นัดมาเพื่อคลอดปกติทางช่องคลอด เจ็บครรภ์นานๆครั้งตรวจที่คลินิกแพทย์ตรวจปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาทีแรกใช้เวลา 8.30 นาฬิกา มีเจ็บครรภ์นานๆครั้ง ลูกดิ้นดี ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 80 ระดับส่วนน้ำ -2 อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นหัวใจทารกสม่ำเสมอ คาดคะเนน้ำหนักในครรภ์ 3,000 ทารก Left Occiput Anterior (LOA) แรกรับอุณหภูมिर่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/85 มิลลิเมตรปรอท ตรวจทางหน้าท้อง ระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

Pre Diagnosis Pregnancy G2P1A0L1 37⁺¹ wks in Labour

Pre Operative Diagnosis Non Progress of Labour

Post Operative Diagnosis Non Progress of Labour c⁻ Uterine Atony

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน:

เจ็บครรภ์นานๆครั้ง ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ลูกดีนดี แพทย์นัดมาเร่งคลอด 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

อาการสภาพแรกเริ่ม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีปวดท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ลูกดีนดี ท้องไม่แข็ง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีแพ้ยา แพ้อาหาร ไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครรภ์แรก คลอดปกติทางช่องคลอด มีประวัติคลอดท้องแรกตกเลือดหลังคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มี

• การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพทั่วไป

สภาพผู้คลอดแรกเริ่มมาด้วยรถเข็นนั่ง รูปร่างท้วม ผิวสองสี น้ำหนัก 82.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร สีหน้าวิตกกังวล

สัญญาณชีพแรกเริ่ม

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/85 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายตามระบบ

- ศีรษะ ใบหน้าลำคอ: ศีรษะรูปทรงปกติผิวยาวสีดำ ใบหน้าสมมาตรกันทั้งสอง ไม่เคยประสบอุบัติเหตุลำคอไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

- ตา: อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม เปลือกตาไม่ซีด หนังตาไม่ตก ไม่มีตาโปน รูม่านตาเท่ากันและมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง

- หู: ลักษณะใบหูปกติการได้ยิน ชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไหลออกจากรูหู

- จมูก: ลักษณะจมูกปกติ การรับกลิ่นปกติ

- ช่องปาก: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อช่องปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติ ฟันไม่ผุ

- ปอด: ปกติไม่มีเสียง Crepitation

- หัวใจ: จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ 82 ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียง Murmur

- เต้านม: เต้านมทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน หัวนมปกติไม่บวมหรือบอด ไม่มีก้อนกดเจ็บ ไม่มีอาการอักเสบบริเวณเต้านมและต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งสอง

- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก: ลักษณะปกติ ไม่มีแผล ไม่มีน้ำหรือมูกไหลออกจากช่องคลอด

- กล้ามเนื้อและกระดูก: ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ การอักเสบบริเวณเต้านมและต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งสอง

- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก: ลักษณะปกติ ไม่มีแผล ไม่มีน้ำหรือมูกไหลออกจากช่องคลอด

- กล้ามเนื้อและกระดูก: ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

การตรวจครรภ์

ระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกท่าศีรษะลง อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจนดี คะเนน้ำหนักรกในครรภ์ประมาณ 3,000 กรัม ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ มดลูกหดตัวความถี่ของการหดตัว 2 นาที ระยะของการหดตัวนาน 35 วินาที

การตรวจทางช่องคลอด

Dilatation 2 cm Effacement 80 % Station -2 Membrane MI

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล

LAB 1 Hematocrit : 32.8% VDRL : Non reactive Anti HIV วันที่ 2 พฤษภาคม 2564 negative HBsAg : negative

LAB 2 Hematocrit : 34 % VDRL : Non reactive Anti HIV วันที่ 18 ตุลาคม 2564 negative HBsAg : negative

Hematocrit แรกรับ 36 % Non reactive Anti HIV negative Thalassemia : Hb typing of DCIP negative Blood group B RH positive

• อาการและอาการแสดง

G2P1A0L1 อายุครรภ์ที่ฝากครั้งแรก 9 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 จำนวน 9 ครั้ง ครรภ์แรกคลอดปกติทางช่องคลอด ขณะนี้ผู้ป่วยอายุครรภ์ 37⁺1 สัปดาห์ แพทย์นัดมาเพื่อคลอดปกติทางช่องคลอด

รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 ผู้ป่วยมีเจ็บครรภ์นานๆครั้งตรวจที่คลินิกแพทย์ตรวจปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จากการคาดคะเนอายุครรภ์โดยใช้ Ultrasound 37 สัปดาห์ ผู้ป่วยน้ำหนัก 82.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร ผลตรวจครรภ์ปกติตรวจ Albumin และ sugar negative ผลการตรวจ VDRL, HIV, HBsAg negative ความสมบูรณ์ของ เม็ดเลือด (Complete blood count : CBC) ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit : Hct) 36 เปอร์เซนต์ (ค่าปกติ 36-48) ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin : Hb) 13.3 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 12.5-16.5) เม็ดเลือดขาว (White Blood cells) 7,840 เซลล์ต่อไมโครลิตร (ค่าปกติ 5,000-10,000) เกล็ดเลือด 259,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร ค่าปกติ (100,000-440,000) หมู่เลือด B Rh⁺ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้งต่อนาที ปากมดลูกเปิด (Dilatation) 2 เซนติเมตร ความบางปากมดลูกร้อยละ 80 (Effacement 80%) ศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ (Station) -2 ถุงน้ำคร่ำ (Membrane) ความดันโลหิต (BP) 136/85 มิลลิเมตรปรอท อายุครรภ์ที่ฝากครั้งแรก 9 สัปดาห์ ฝากครรภ์ 9 ครั้ง วันนี้แพทย์นัดมาคลอดปกติทางช่องคลอด เจ็บครรภ์นานๆครั้ง อายุครรภ์ 37⁺1 สัปดาห์ ถุงน้ำแตกโดยวิธีเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy rupture of the membrane: ARM) เวลา 09.00 นาฬิกา ลักษณะน้ำคร่ำใส (Clear) และเวลา 18.20 นาฬิกา มีเจ็บครรภ์ได้ยา pethidine 50 มิลลิกรัม ให้สารน้ำ 5% DN/2 ปริมาณ 1,000 มิลลิตร ผสมยา syntocinon ปริมาณ 10 ยูนิต หยดต่อเนื่องในอัตรา 30 หยดต่อนาที ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารตั้งแต่วเวลา

09.00 นาฬิกา เวลา 21.00 นาฬิกา ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้ง (Interval) 2 นาที ระยะเวลากการหดตัวของมดลูก (Duration) 35 วินาที ปากมดลูกเปิด(Cervical dilatation) 4 เซนติเมตร ความบางปากมดลูกร้อยละ 80 (Effacement 80% : EFF) ศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ(station) -2 membrane rupture: MR

เวลา 22.00 นาฬิกา แพทย์เยี่ยมดูอาการไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด แพทย์ SET C/S Indication Unprogress of Labour ทารกเอาหัวลง Left Occiput Anterior (LOA) ทารกเกิดเวลา 22.31 นาฬิกา เพศหญิง น้ำหนัก 3,370 กรัม ความยาว 52 เซนติเมตร อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงมีค่า 97 เปอร์เซนต์ อัตราการเต้นของชีพจร 152 ครั้งต่อนาที การหายใจ 50 ครั้งต่อนาที ผลการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar score) นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 (หักสี) นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 ทารกตัวแดงดี แข็งแรงดี หายใจปกติ

ขณะผ่าตัดคลอด มดลูกหดตัวไม่ดี ได้ยา Syntocinon เวลา 22.32 นาฬิกา และ Methergine 0.2 มิลลิกรัม (mg) เวลา 22.32 นาฬิกา ต่อมาเวลา 22.45 นาฬิกา ได้ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการให้ออกซิเจน เพิ่มการให้สารน้ำ ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยังมีภาวะ Uterine Atony แพทย์จึงพิจารณาทำ B-Lynch suture เพื่อหยุดเลือด หลังผ่าตัด Blood loss = 800 มิลลิลิตร ให้ Voluven 500 ml IV drip Cytotec 5 เม็ด เหน็บทวารหนัก

วันที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2564 หลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมบุตร ช่วงระยะเวลาที่นอน ร.พ. ตั้งแต่วันที่ 8-11 พฤศจิกายน 2564 รวมเวลานอน ร.พ. 4 วัน

แผนการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

การประเมินสภาพผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเนื่องจากเป็นกรณีผ่าตัดชนิดรีบด่วนที่ไม่ได้เตรียมการล่วงหน้า พยาบาลห้องผ่าตัดจึงเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หน้าห้องผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : มีความเสี่ยงต่อการไม่พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ทำการผ่าตัดแบบเร่งด่วนเนื่องจากผู้ป่วยหลังเจาะถุงน้ำและได้ยาเร่งคลอดเป็นเวลา 13 ชั่วโมง และได้ยา Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือด Sedative 18.20 น.และ เวลา 22.00 น. ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอดแพทย์ Set C/S Non Progress of Labor

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

เตรียมผ่าตัดถูกคน ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เอกสารครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถาม ชื่อ-นามสกุล ให้ตรงกับป้ายชื่อมือแฟ้มประวัติและชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา รวมทั้งสอบถามชนิดของการผ่าตัด พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย (Identification form) การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนหรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักและอาเจียนเศษอาหารเข้าปอดขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ประวัติการแพ้ยาอาหาร และสารเคมีโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การสูบบุหรี่และโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องพยาธิสภาพหัวใจและปอด ถ้ามีต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที

2. ตรวจสอบสิ่งต่างๆที่ติดมากับผู้ป่วย ได้แก่ ฟันปลอมชนิดถอดได้ เลนส์สัมผัส แว่นตา เครื่องช่วยฟัง พร้อมทั้งบันทึกและส่งคืนผู้ป่วยให้ครบถ้วน การเตรียมผิวหนังในบริเวณที่ผ่าตัด ด้วยการโกนขนตั้งแต่บริเวณหน้าท้อง อวัยวะเพศ เพื่อลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และบันทึกสัญญาณชีพ ถ้าพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที เช่น ชี้อ่อน เหนื่อย และความดันโลหิตสูง เตรียมความพร้อมของโลหิตสำรองไว้ใช้ กรณีเสียเลือดมาก

3. ตรวจสอบหนังสือแสดงเจตนา ขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ และการระบุความรู้สึก (Consent form) ให้ตรงกับชนิดของการผ่าตัด ซึ่งต้องมีลงนามอย่างถูกต้องครบถ้วนจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม แพทย์ผู้ให้ข้อมูลหรือพยาน

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ได้รับการระบุตัวผู้ป่วยอย่างน้อยจาก 2 แหล่งที่มา พร้อมทั้งมีการบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด (Identification form) ผู้ป่วยได้งดน้ำงดอาหารตั้งแต่วันที่ 09.00 นาฬิกา ก่อนผ่าตัด 13 ชั่วโมง(เกณฑ์ 8 ชั่วโมง) ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร สารเคมีหรือยาปฏิชีวนะ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผิวหนังก่อนมาห้องผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ แรกรับ BT 36.6 เซลเซียส P 82 ครั้งต่อนาที R 20 ครั้งต่อนาที BP 136/85 mmHg ก่อนเข้าห้องผ่าตัด สำรองโลหิต Packed red cell จำนวน 1 ยูนิต สำหรับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว และผลทางห้องปฏิบัติการ Hematocrit 36% หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระบุความรู้สึก (Consent form) มีความสมบูรณ์ มีการบันทึกประวัติการแพ้ยาอาหาร และสารเคมี รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การสูบบุหรี่ และโรคประจำตัวลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด ในส่วนระยะการผ่าตัด (Perioperative Nursing Document) อย่างถูกต้องครบถ้วน

สรุป ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : มีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่ได้เตรียมตัวมาเพื่อรับการผ่าตัด ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมใจมาผ่าตัดตั้งใจจะคลอดแบบธรรมชาติ และกลัวเพราะไม่เคยได้รับการผ่าตัดและไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไร สิ้นหวังวิตกกังวลขณะพูดคุย

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ผ่อนคลายและปลอดภัยในระหว่างรอผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สิ้นหัวใจแจ่มใสขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดนำผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดเข้าไปแนะนำตนเองและทักทายผู้ป่วยด้วยถ้อยคำสุภาพ

2. ถามชื่อ นามสกุล โรค และชนิดของการผ่าตัด สภาพความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง กรณีผู้รับบริการรายนี้ งดน้ำงดอาหารเวลา 09.00 นาฬิกา เข้ารับการผ่าตัดเวลา 22.00 นาฬิกา เตรียมทำความสะอาดร่างกายบริเวณหน้าท้องเพื่อเตรียมผ่าตัด และใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยตอบ และตรวจสอบชื่อให้ตรงกับป้ายข้อมือ แบบบันทึกเวชระเบียน และตารางการผ่าตัด

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยวัดชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต แล้วบันทึกลงในเวชระเบียน

4. ยินเป็นเพื่อนและสัมผัสมือผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด สถานที่พักของญาติ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด และการพักสังเกตอาการหลังทำการผ่าตัด โดยใช้คำพูดที่สั้นง่ายต่อการเข้าใจของผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่อ่อนโยนเป็นมิตรน้ำเสียงนุ่มนวล

5. ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลา และสนทนากับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำสุภาพและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ชักถามความไม่สุขสบายต่างๆ อาการปวดมดลูกหดรัดตัว อาการวิงเวียนศีรษะ และความรู้สึกไม่สุขสบายให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้ตลอดเวลา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสิ้นหัวใจแจ่มใสขึ้น ท่าทางผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยสามารถตอบคำถามสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติแรกวันที่ห้องผ่าตัด คือ ความดันโลหิต 129/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 91 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส
สรุป ผู้ป่วยคลายกังวลหลังได้รับความรู้พื้นฐานดีขึ้น ทำทางผ่านคลาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก เนื่องจากการเสียเลือดขณะทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีภาวะมดลูกไม่หดตัว
2. จำนวนเลือดที่ออกจากการผ่าตัดทั้งหมด 800 มิลลิลิตร
3. ค่าความดันโลหิต 149/82 มิลลิเมตรปรอทเหลือ 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 ถึง 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที
2. ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่มีอาการซีดเย็นหรือเขียวคล้ำ
3. คลำชีพจรส่วนปลายมือปลายเท้าได้ชัดเจน
4. ออกซิเจนอยู่ในช่วง 98-99% จับจากปลายนิ้ว
5. สีเล็บและเยื่อบุตาไม่ซีด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามชีพจรและความดันโลหิตทุก 15 นาทีและสังเกตลักษณะชีพจรเบาเร็ว ชีพจรไม่สม่ำเสมอ ชีพจรเต้นน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตแตกต่างจากครั้งก่อนชัดเจน หรือลดต่ำลงเรื่อยๆ ทุกครั้งที่สังเกต ถ้าพบสิ่งผิดปกติเหล่านี้รายงานแพทย์
2. ประเมินการเสียเลือดของผู้ป่วย โดยสังเกตจำนวนของผ้าซับเลือด และสังเกตปริมาณเลือดโดยรอบบริเวณที่ผ่าตัด
3. ช่วยแพทย์ทำ B-lynch suture ส่งเครื่องมือให้ถูกต้อง รวดเร็วช่วยแพทย์ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น มีการวางแผนเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดจำนวนเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัดหรือตัดมดลูกจากมดลูกไม่หดตัว
4. ให้ PRC ตามแผนการรักษาถ้ามีการตกเลือดหลังคลอด
5. ประเมินสายปัสสาวะ ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก
6. จัดเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพและทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้งประสานงาน ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล

หลังคลอดมดลูกไม่หดตัว เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที 550 มิลลิลิตร นวตมดลูก 10 นาที ไม่สามารถหยุดเลือดได้ แพทย์ทำ B-lynch suture ให้ยา Oxytocin ตรวจวัดสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/70 ถึง 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที รวมเสียเลือดทั้งหมด 800 มิลลิลิตร ปลายมือปลายเท้าอุ่นไม่ซีดเย็นหรือเขียวซ้ำ สามารถ คลำชีพจรปลายมือปลายเท้าได้ชัดเจน เยื่อบุตา และสีเล็บมือเล็บเท้าไม่ซีด

สรุป ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด เนื่องจากได้รับการป้องกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากมดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอด
2. มีประวัติ ตกเลือดหลังคลอดครั้งแรก
3. เจาะถุงน้ำเวลา 09.00 นาฬิกา ระยะในการรอกคลอดนานและเจ็บครรภ์คลอด เวลา 09.00 นาฬิกา ปากมดลูกเปิด (Cervix dilate = 2 cm) Effacement 80 Station -2 Membrane MI 21.00 นาฬิกา มดลูกหดตัว (uterine contraction) ระยะเวลากการหดตัวของมดลูก (Duration = 35 วินาที) มีระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้ง (interval = 2 นาที) ปากมดลูกเปิด (Cervix dilate = 4 cm) ความบางของปากมดลูกร้อยละ 80 ระดับศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -2 เวลา 22.00 นาฬิกา ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด แพทย์ SET C/S Non Progress of labour เข้าห้องผ่าตัดแบบเร่งด่วน และได้ยาเร่งคลอดแล้วไม่คลอดเป็นเวลานาน (Prolong labour)
4. น้ำหนักผู้ป่วย 82.5 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (BMI) 29.4 กิโลกรัม/เมตร²

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะซีด (Hct = 33%)

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันซิสโตลิกไม่สูงเกินกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-120 ครั้งต่อนาที การหายใจ 28-30 ครั้งต่อนาที
2. จำนวนเลือดออกหลังคลอด ไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบผลการตรวจเลือด CBC และ Coagulation ก่อนผ่าตัดและจ้องเลือด PRC 1 ยูนิต ให้พร้อมใช้ได้อย่างทันที่
2. หลังทารกคลอดให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin และสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์รวมทั้งบันทึกปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปริมาณปัสสาวะ

3. ประเมินสัญญาณชีพและจำนวนการสูญเสียโลหิต โดยดูปริมาณของโลหิตในขวดของเครื่องดูดสุญญากาศ (Suction) พร้อมทั้งจดบันทึกเลือดที่ออก รายงานแพทย์ตลอดเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง
4. ประเมินการหดตัวของมดลูก ถ้าพบมดลูกไม่หดตัว ใช้ผ้าซับเลือด (Swab) ชุบน้ำคลุมมดลูก แล้วทำการนวดคลึงมดลูก เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นระยะเวลา 5-10 นาที⁽⁶⁾
5. เตรียมเครื่องมือ ไหมเย็บแบบไหมละลาย Chronic catgut no 1 50 mm พร้อมใช้ ในกรณีให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและการนวดมดลูกแล้วไม่ได้ผล แพทย์อาจใช้การผ่าตัดมดลูกเพื่อหยุดเลือดแบบ B-lynch sutures เพิ่มเติม
6. ถ้าการผ่าตัด B-lynch sutures ไม่สามารถรักษาอาการตกเลือดหลังคลอดได้ เกิดภาวะตกเลือดรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจต้องรักษาโดยวิธีตัดมดลูกเพื่อหยุดภาวะตกเลือดเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ วางแผนจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดมดลูก จัดกำลังคนให้เพียงพอประสานงานในและภายนอกห้องผ่าตัด
7. ให้ PRC ตามแผนการรักษาถ้ามีการตกเลือดหลังคลอด
8. ประเมินสายสวนปัสสาวะ ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก
9. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพและทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้งประสานงาน ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือจากภายนอกในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล

หลังคลอดมดลูกไม่หดตัวเกิดภาวะตกเลือดทันทีจำนวน 550 มิลลิลิตร นวดมดลูก 10 นาที ยา Syntocinon เวลา 22.32 นาฬิกา และ Methergin 0.2 มิลลิกรัม เวลา 22.32 นาฬิกา และ 22.45 นาฬิกา ได้ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการให้ออกซิเจน เพิ่มการให้สารน้ำ ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก หลังจากได้ยายังมีภาวะ Uterine Atony แพทย์จึงพิจารณาทำ B-Lynch suture เพื่อหยุดเลือด หลังผ่าตัดเสียเลือด (Blood loss)=800 มิลลิลิตร ให้ Voluven 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ Cytotec 5 เม็ด เหน็บทวารหนัก ป้องกันภาวะมดลูกไม่หดตัวและตกเลือดตรวจวัดสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 ถึง 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที O₂Sat 100 เปอร์เซ็นต์ รวมเสียเลือดทั้งหมด 800 มิลลิลิตร

สรุป ปัญหาได้รับการแก้ไขขณะผ่าตัดจากการไม่หดตัวของมดลูก ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายและไม่ได้ตัดมดลูกหรือตกเลือดเพิ่ม แต่ต้องได้รับการรักษาและเฝ้าดูและวังต่อที่ตึกเพื่อป้องกันการตกเลือดต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง
2. ผู้ป่วยบ่นว่าปวดแผลขมดคิ้วเอามือจับบริเวณแผลผ่าตัด
3. ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดระดับ 6

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น และบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสมากขึ้น
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยลง ให้คะแนนปวดระดับ 3
3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการปวดเกิดจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัด ซึ่งอาการจะทุเลาลงในวันที่ 3-4 วันหลังผ่าตัด

2. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยให้ระดับความปวด (Pain Score : PS) คะแนน 0-10 (0 = ไม่ปวดเลย, 10 ปวดมากที่สุด) และสังเกตจากสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย และการซักถามพูดคุย ถ้าผู้ป่วยบอกเป็นตัวเลขไม่ได้ ให้ใช้คำบรรยายระดับความปวดเป็น 5 ระดับแทนได้ คือ ไม่ปวดเลย ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด ถ้าผู้ป่วยบอกว่าปวดมาก ให้ถือระดับความปวดเป็น $PS \geq 7$ และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ประเมินปริมาณเลือดซึมจากแผลผ่าตัดและการหดตัวของมดลูก

4. ดูแลให้ผู้ปวยนอนพักและจัดท่าให้ศีรษะสูง 45 องศา งอเข่า 30 องศา ปลายเท้าห้อยต่ำ

5. วิทยาลัยดูแลให้ยาแก้ปวด Pethidine 30 mg ทางหลอดเลือดดำในห้องพักรักษา

6. แนะนำการไออย่างถูกวิธี คือ ให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าไปในปอดลึกๆ กลั้นหายใจและไอออกมาพร้อมกับหายใจออก เพื่อลดความเจ็บปวด

7. แนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวอริยาบถช้าๆ เมื่อจะลุกนั่งให้ตะแคงตัวมาด้านหนึ่งก่อน จึงจะใช้แขนพยุงตัวลุกขึ้นนั่ง เพราะการเคลื่อนไหวช้าๆ เป็นการป้องกันการกระแทกกระเทือนต่อบาดแผล และการเปลี่ยนท่านั่งด้วยวิธีการดังกล่าวเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งมีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อของบาดแผล อาจทำให้เพิ่มความเจ็บปวดขึ้นมาได้

การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส
2. คะแนนความปวดทุเลาลงเหลือระดับ 5
3. สามารถนอนหลับได้เป็นระยะ

สรุป ปัญหาปวดแผลผ่าตัดได้รับการแก้ไขบางส่วน ต้องได้รับการดูแลต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เนื่องจากได้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน:

ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกชนิดระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล:

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

เกณฑ์การประเมินผล:

1. การหายใจสม่ำเสมอ ลักษณะการหายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจปกติประมาณ 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียงแทรก และอัตราการเต้นของชีพจรปกติ ประมาณ 70-90 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง 90-100 เปอร์เซ็นต์
2. ฟังปอดได้ยินเสียงชัดเจน ไม่มีเสียงกรอบแกรบ (Crepitation)
3. สีผิว ริมฝีปาก เยื่อบุตา เล็บมือเล็บเท้า ไม่มีสีคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสังเกตปัญหาการหายใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
2. จัดท่านอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยให้นอนหงาย ใช้หมอนหนุนใต้ไหล่ เอียงหน้าไปด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักเสมหะน้ำลายที่มีมากให้ไหลออกมาเองได้
3. ติดตามการวัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงและ 2 ชั่วโมง จนคงที่และวัดทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินคุณลักษณะอัตราการหายใจ ถ้าพบมีอาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง (Stridor) ให้รีบรายงานแพทย์ทันที
4. สังเกตอาการและอาการแสดงที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น สีผิว ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า มีการเปลี่ยนสีคล้ำลง ทรวงอกขยายตัวไม่เต็มที่ การหายใจเข้าช้าลง และหายใจตื้น ระยะเวลาการหายใจเข้าและออกยาวนานกว่าปกติ รายงานแพทย์ทราบทันที
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจ โดยหายใจเข้าและออกลึกๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดในปอด
6. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากที่มีความชุ่มชื้นในอัตราประมาณ 3-5 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด และช่วยขับก๊าซที่ใช้ดมยาสลบออกจากร่างกาย
7. ดูดเสมหะออกจากปากและลำคอให้หมด เมื่อผู้ป่วยมีเสียงหายใจผิดปกติ

การประเมินผล:

1. อัตราการหายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงมีค่า 90-100 เปอร์เซ็นต์
2. ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างชัดเจน สะดวกดี ไม่มีเสมหะ
3. สีผิว ริมฝีปาก เยื่อบุตา เล็บมือเล็บเท้า ปกติ

สรุป ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เนื่องจากได้รับการป้องกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : มีโอกาสติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัด แผลในโพรงมดลูก
2. น้ำหนัก 82.5 กิโลกรัม

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้อง และแผลผ่าตัดในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอัตราการหายใจปกติประมาณ 16-20 ครั้งต่อนาที และอัตราการเต้นของชีพจรปกติ ประมาณ 70-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 ถึง 120/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดบวมแดง มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึม น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ปฏิบัติการพยาบาลตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัดและยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด
2. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอดเช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผล ผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น
4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไม่ให้แผลถูกน้ำไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสดูติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ รวมทั้งแนะนำการสังเกต น้ำคาวปลาผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที
5. ให้ยา Augmentin 1.2 gm ทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง และหลังจากนั้นให้ Augmentin 1.2 gm ตามแผนการรักษาหลังผ่าตัด

การประเมินผล

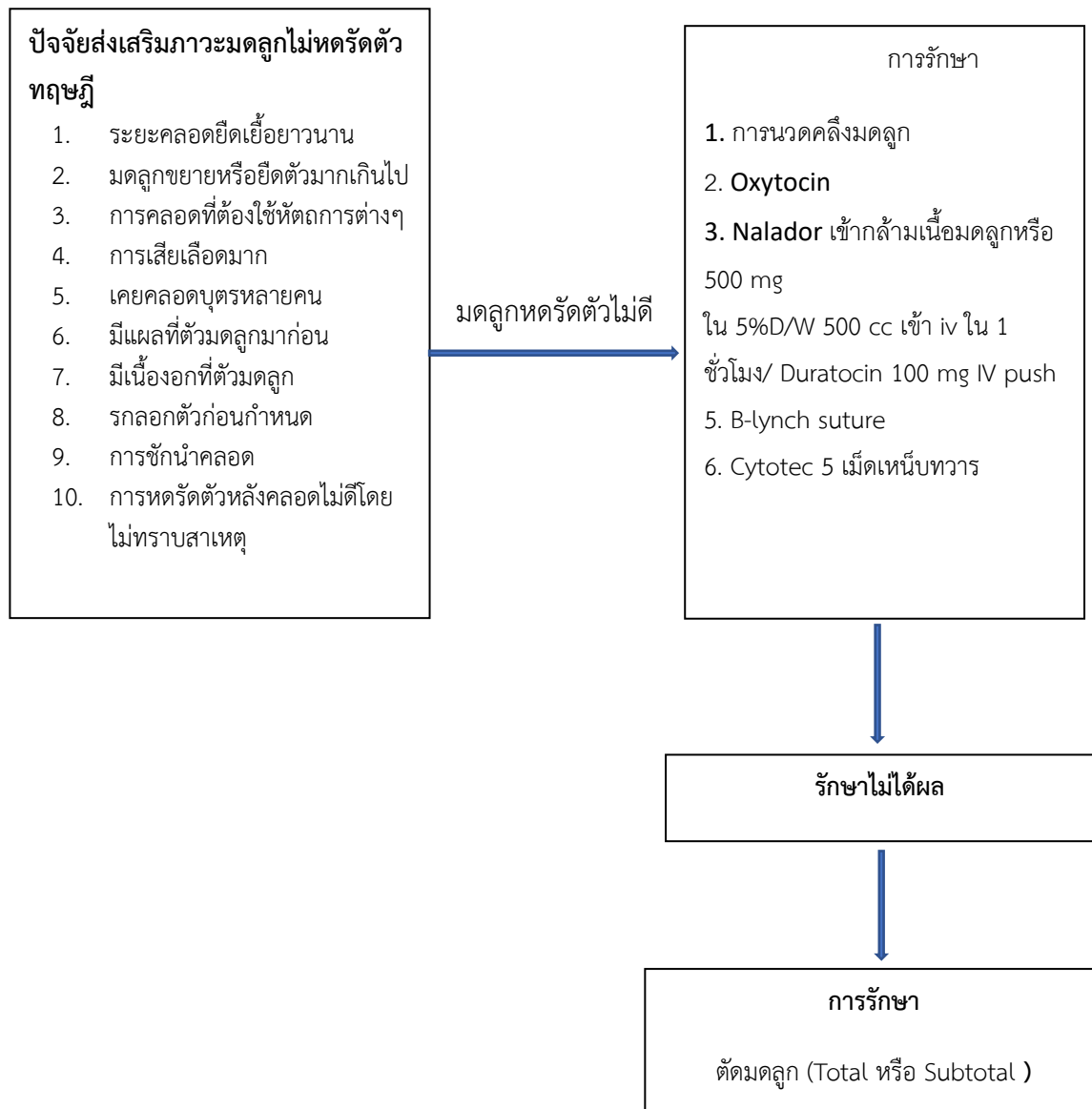
มารดาหลังคลอด ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจปกติประมาณ 16-20 ครั้งต่อนาที และอัตราการเต้นของชีพจรปกติ ประมาณ 70-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 ถึง 120/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด

สรุป ไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด

สรุปกรณีศึกษา:

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 27 ปี ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 37⁺¹ สัปดาห์ เจ็บครรภ์นานๆครั้ง ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร แพทย์ให้นอนพักในโรงพยาบาลเพื่อเร่งคลอด (ครรภ์แรก ผู้ป่วยคลอดปกติทางช่องคลอด) แรก รับเวลา 08.30 นาฬิกา ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 80 ระดับส่วนน้ำ - 2 เวลา 22.00 นาฬิกา ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้งของมดลูก (interval) 2 นาที ระยะเวลาการหดตัวของมดลูก (Duration) 35 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกระดับ ปานกลาง (++) พบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 80 ระดับส่วนน้ำ - 2 ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด หลังจากได้ยา Drip Synto ในหลอดเลือดดำ มีเจ็บครรภ์นานๆครั้ง รวมระยะเวลาในการเร่งคลอดเป็นเวลา 13 ชั่วโมง ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด แพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระหว่างผ่าตัดตรวจพบว่า ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเสียเลือดประมาณ 500 มิลลิลิตร และมดลูกไม่หดตัว แพทย์จึงพิจารณาทำ B-Lynch suture เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดและป้องกันภาวะซ็อกที่อาจเกิดขึ้นตามมา ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโดยการเตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ รวมทั้งเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดของพยาบาลห้องผ่าตัด สรุปการผ่าตัด หลังทำ B-lynch suture เสียเลือดเพิ่ม 300 มิลลิลิตร รวมทั้งหมดที่อยู่ในห้องผ่าตัด 800 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/58-126/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 - 100 ครั้งต่อนาที O₂ Sat 99 - 100 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะ 250 มิลลิลิตร เวลาในการผ่าตัด 22.27 - 23.05 นาฬิกา รวมเวลา 38 นาที หลังผ่าตัดเข้าห้องพักฟื้นผู้ป่วยรู้สึกตัว เรียกลืมตา ผิวหนังซีด ให้ออกซิเจน ไม่คลื่นไส้ อาเจียน มีปวดแผล แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม นวดคลึงมดลูก ได้รับยา Methergin 0.2 mg จำนวน 2 dose Duratocin 100 mg IV Push Cytotec 5 เม็ด เหน็บทวาร และยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ตึกหลังคลอด พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิดต่อไป

แนวทางการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องผ่าตัด^(7,10)



วิจารณ์กรณีศึกษา

กรณีผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ 2 และมีประวัติตกเลือดครรภ์ก่อน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดและมดลูกหดตัวไม่ดี และผู้ป่วยที่เคยตั้งครรภ์มาก่อนที่ไม่ใช่ท้องแรกมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน เพราะมดลูกเคยมีการยืดขยายตัว ทำให้การหดตัวไม่ดี ยิ่งหลังการคลอดหลายๆครั้ง มดลูกมีการยืดขยายหลายๆครั้งจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการคลอดที่เนิ่นนาน ผู้ป่วยมาตั้งแต่ 08.30 นาฬิกา ผู้ป่วยได้รับการผ่าคลอดเวลา 22.00 นาฬิกา ผู้ป่วยมีการคลอดลำบาก ล่าช้า (Prolong labour) ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี

การได้ยาเร่งคลอด ผู้ป่วยได้สารน้ำและยาเร่งคลอด เวลา 09.00 นาฬิกา และยา Pethidine 50 mg ทางหลอดเลือดดำ ยาระงับความปวดทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหย่อนและล่าช้า ก่อให้เกิดการหดตัวของมดลูกไม่ดี

การขยายตัวของมดลูก เช่น ครรภ์แฝด ทารกในครรภ์ตัวโต ทำให้มดลูกขยายตัวมากเกินไป ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี⁽¹⁻³⁾

เมื่อพบภาวะเสี่ยงดังที่กล่าวมา การได้รับการเฝ้าระวัง การดูแลอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยที่ล้มเหลวในการรักษาด้วยยาจะต้องได้รับการดูแลร่วมกันเป็นทีม (สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ทีมห้องผ่าตัด ทีมห้องคลอด ธนาคารเลือด และหอผู้ป่วยหนัก) ร่วมกับการดูแลรักษารักษาเบื้องต้นที่ต้องทำ เช่น การเปิดเส้นเลือดให้สารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือด ให้ออกซิเจน ตรวจติดตามสัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะ เป็นต้น หัตถการที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัวนั้นมีอยู่หลายวิธี โดยการเลือกใช้แต่ละวิธีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเช่น ความพร้อมของสถานพยาบาล ประสบการณ์และความชำนาญของแพทย์ ความรุนแรงของการการตกเลือดหลังคลอด สภาวะผู้ป่วย และความต้องการในการมีบุตร ซึ่งโดยทั่วไปแล้วแพทย์จะเลือกหัตถการที่สามารถอนุรักษ์ภาวะเจริญพันธุ์ของผู้ป่วยก่อนเป็นอันดับแรก และวิธีทำได้ง่าย รวดเร็ว ปลอดภัย กระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ในอนาคตค่อนข้างน้อย แต่หากภาวะตกเลือดรุนแรงมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์ การรักษาโดยการตัดมดลูกเพื่อหยุดภาวะตกเลือดก็เป็นสิ่งที่ต้องทำต่อไปเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ในกรณีศึกษานี้แพทย์เลือกทำวิธี B-Lynch suture หลังคลอดทารกและหลังให้ยาไม่ได้ผล สอดคล้องกับทฤษฎีและวรรณกรรมที่บทวนแนวทางการรักษาของแพทย์ในระหว่างผ่าตัด⁽⁹⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุพงศ์ เจริญดำรงทรัพย์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาแบบย้อนหลังตั้งแต่ เมษายน 2556 ถึง พฤษภาคม 2557 ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด 7,500 ราย และมีการผ่าท้องคลอด 3,375 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 โดยผู้ทำการศึกษาได้ผ่าท้องคลอด 600 ราย คิดเป็นร้อยละ 17 และได้ทำการเย็บมดลูก B-Lynch 50 รายคิดเป็นร้อยละ 8.3 เพื่อป้องกันการตกเลือดจากภาวะมดลูกไม่หดตัวในขณะผ่าตัดคลอด ผลการศึกษาพบว่าใน 47 รายจาก 50 ราย สามารถป้องกันการตกเลือดจากภาวะมดลูกไม่หดตัวในขณะผ่าตัดคลอด มีเพียง 3 รายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดย 2 รายมีภาวะของรกเกาะต่ำ อีก 1 รายมีภาวะชกจากครรภ์เป็นพิษร่วมด้วย มีการให้เลือดและใช้ยา Methergin Nalador และ Cytotec ในการรักษาไปด้วย ไม่มีการผ่าตัดใหม่และตัดมดลูกจากภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด จะเห็นได้ว่าวิธีการเย็บมดลูก B-Lynch ปลอดภัย ได้ผลดี ทำง่าย และสามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในภาวะมดลูก

ไม่หมดรัดตัวขณะที่ผ่าท้องคลอด ฉะนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ผ่าตัดคลอดปลอดภัย ซึ่งต้องมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ผ่าตัดคลอดทุกระยะของการผ่าตัดคลอด เริ่มจากการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบว่ามีการตกเลือดมากหลังผ่าตัดคลอด ให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ถ้ายังมีการตกเลือดอย่างต่อเนื่อง ประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รายงานแพทย์ทราบ พร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และไหมเย็บ ที่ใช้ในการทำ B-Lynch sutures ให้พร้อมใช้ จนสามารถควบคุมภาวะการตกเลือดได้ เมื่อพ้นภาวะวิกฤตินั้นแล้วพยาบาลห้องผ่าตัดยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้สามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

จะเห็นได้ว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะที่ป้องกันได้ แต่หากเกิดขึ้นแล้วการดูแลรักษาต้องอาศัยทีมงาน ผู้มีประสบการณ์ผ่านการฝึกฝนและปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง แพทย์ผู้ดูแลต้องตัดสินใจสั่งการรักษาได้อย่างรวดเร็วและสอดคล้องกับสถานการณ์ โดยไม่ควรปล่อยให้เกิดความล่าช้า เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าว แม้เพียงเสี้ยววินาทีก็มีคุณค่าเป็นอย่างมาก และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจถึงชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.1 ส่งเสริมและสนับสนุนทางวิชาการและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการทำผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยที่มดลูกหดตัวไม่ดีและทำ B-lynch suture ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่กลับมาตัดมดลูก รวมทั้งสนับสนุนเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้เพียงพอและพร้อมใช้เพื่อสามารถทำการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

1.2 บุคลากรในทีมผ่าตัดทุกคน โดยเฉพาะสูติแพทย์และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ควรมีโอกาสศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานภายนอก เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ทันสมัย และประสบการณ์ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของทีมการผ่าตัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 เพื่อให้การผ่าตัดรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เกิดประโยชน์ในการบริการแก่ผู้ป่วยมากที่สุด

1.3 หน่วยงานต้องมีระบบสนับสนุนเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด Compression sutures แบบ B-Lynch ให้เพียงพอและพร้อมใช้ เพื่อให้สามารถทำการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ให้การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 จากกรณีศึกษา บทบาทของพยาบาลในห้องผ่าตัดคือการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็วจนปลอดภัย ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้มีความเชี่ยวชาญการช่วยแพทย์ทำผ่าตัด B-lynch suture จึงจำเป็นต้องรู้หลักเทคนิคในการช่วยแพทย์ จึงจะสามารถทำ B-lynch suture ได้อย่างมีประสิทธิภาพจากกรณีศึกษานี้ทำให้มองเห็นภาพได้ดียิ่งขึ้น

2.2 บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งคือ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย ให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เกิดความมั่นใจ เพื่อประเมินสภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย แล้วนำมาวางแผนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.3 พัฒนาระบบการประสานงาน การสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัดและหอผู้ป่วยใน ให้สะดวกรวดเร็ว เพื่อลดระยะเวลาในการรอผ่าตัดไม่เกิน 15 นาที

2.4 บุคลากรในทีมผ่าตัดทุกคน ควรมีทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์ เพื่อลดความวิตกกังวลได้ พุดคุยอธิบายกระบวนการรักษา การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย น้ำเสียงที่อ่อนโยน

เอกสารอ้างอิง

1. จีรนนท์ แสงนิล. พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ใน 24 ชั่วโมงแรก ในหอผู้ป่วยพิเศษน้ำไขค. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2564;8(3):2-4.
2. จารุณีย์ เฟื่องสุข. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บมดลูกขณะผ่าตัดทางหน้าท้อง. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29(2):116-122.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://anamai.moph./manuals-of-official/209081>.
4. Anderson, J. M, Etches. Prevention and management of postpartum hemorrhage. International Journal of American Family Physician. 2007;75(6):875-882.
5. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Geneva, Switzerland: World Health organization 2012.
6. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรั้งตัวไม่ดี. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2562.
7. ศูนย์อนามัยที่ 5. ฝ่ายการพยาบาล. งานห้องผ่าตัดและวิสัญญีและกลุ่มงานชันสูตร. สถิติงานห้องผ่าตัดและวิสัญญี ปี 2564 ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5; 2564.
8. สขยา ลีอรรณ. การตรวจอัลตราซาวด์กายวิภาคปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานสตรี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/%8Aultrasound-of-pelvic-anatomy/>
9. Berek, J, S and Novak, E. Berek & Novak's. Gynecology Philadelphia. Wolters Kluwer Health 2012.
10. สันต์ธีร์ ดิยะระ, จตุพล ศรีสมบุรณ์. Surgical management of uterine atony [อินเทอร์เน็ต] 2017 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/advisor>.