

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

ทัศนีย์พร คำดี
ศูนยอนามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียง อาจพบได้ในหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา เช่น การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาทำให้เลือดออกมาก รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาหลายวันถึงสัปดาห์กว่าจะสำเร็จ การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้หัตถการ ทำให้เสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บของปากมดลูก มดลูกทะลุ หรือ มีชิ้นส่วนการตั้งครรภ์ตกค้าง เป็นสาเหตุของการตกเลือด ส่งผลให้มารดาเสียชีวิตได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา ให้ได้รับความปลอดภัยและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

จากการศึกษา มารดา อายุ 38 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 21 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก ผลเจาะน้ำคร่ำพบทารกมีภาวะดาวน์ซินโดรม (Trisomy 21) มารดาแจ้งความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ แพทย์จึงนัดมายุติการตั้งครรภ์ ด้วยการให้ยา misoprostol อมใต้ลิ้น หลังได้ยา 24 ชั่วโมง มารดาแท้งบุตรเป็นเพศชาย น้ำหนัก 580 กรัม หลังแท้งบุตร 2 ชั่วโมง มารดามีอาการปวดหน่วงที่ท้องน้อย พยาบาลดูแลคลั่งมดลูก พบก้อนเลือดออกจากช่องคลอด 3 - 4 ก้อน แพทย์ตรวจภายใน อัลตราซาวด์ พบมีรกค้าง มารดาได้รับการทำหัตถการขูดมดลูก มารดาสูญเสียเลือดประมาณ 700 มิลลิลิตร ทำให้เกิดภาวะ Hemorrhagic shock หลังทำหัตถการขูดมดลูก มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดลดลง อาการดีขึ้น จนสามารถกลับบ้านได้ หลังเข้ารับการรักษารวมระยะเวลา 3 วัน

การพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย การป้องกันอันตรายจากการเสียเลือดหลังยุติการตั้งครรภ์โดยการประเมินและติดตามอาการ การให้เลือดหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ การส่งเสริมให้มดลูกหดตัวได้ดี การป้องกันการติดเชื้อในมดลูก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา meperidine การลดความวิตกกังวลจากการสูญเสียบุตร รวมถึงการเตรียมตัวจำหน่ายมารดา

กรณีศึกษารายนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันท่วงที ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องอยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ พยาบาลควรมีความรู้และทักษะในเรื่องการประเมิน Early warning signs การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะ Hypovolemic shock การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังแท้ง มีการวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีและครบถ้วน สามารถรายงานแพทย์ได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงทีส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือด, การยุติการตั้งครรภ์, การยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา.

Abstract

Complications and side effects may occur in pregnant women, who have received therapeutic termination. Medical termination of pregnancy may lead to severe bleeding for several days up to a week until the pregnancy is finally terminated. Operative termination of pregnancy is one of the likely causes of injury to the cervix, perforation of the uterus or the retention of residual fragments that can be the cause of severe hemorrhage resulting in maternal death. The purpose of this study was to explore and analyze the nursing process in order to set up a guideline for the care of mothers with severe postabortion hemorrhage combined with shock so that the safety and surveillance to prevent serious complications would be improved.

The subject of this study was a 38-year-old primigravida with 21 weeks gestation. The amniocentesis revealed that the baby had Down syndrome (Trisomy 21). The mother decided to terminate the pregnancy. The doctor made an appointment to admit her to the hospital for termination of the pregnancy by administering sublingual misoprostol. 24 hours after drug administration, the mother miscarried a male fetus weighing 580 grams. 2 hours after the abortion, the mother had suprapubic pain. The nurse found 3-4 clots of blood from the vagina after providing uterine massage. The result of a pelvic examination and ultrasound showed that there were retained pieces of placenta, then a curettage procedure was performed on the patient. Estimation of blood loss was 700 ml. The mother had hemorrhagic shock caused by severe bleeding. After the curettage, the uterus contracted well, Vaginal bleeding had decreased and her symptoms had improved. The patient could be discharged after 3 days of hospitalization.

The important elements of nursing care include preventing the complications from postabortion hemorrhage through symptom assessment and close monitoring, blood transfusion and intravenous fluid, promoting the uterus to contract well, preventing of uterine infection, preventing the complications from exposure to meperidine, reducing the anxiety of pregnancy loss and preparation for maternal discharge.

This case study dealt specifically with an emergency and a critical obstetrics crisis that required accurate and timely assistance. The nurse is a key person and plays a significant role to timely assess the signs and symptoms. Nurses should have the knowledge and the skills to assess early warning signs, take care of patients with postabortion hemorrhage and hemorrhagic shock, monitor for post-abortion complications, planning and providing timely and complete nursing care, appropriately report to the doctor, who will provide timely treatment resulting in patients being safe from complications.

Keywords: postabortion hemorrhage, termination of pregnancy, therapeutic termination

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ต่อมารดาและทารก ได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว แพทย์ผู้ให้การดูแลสามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่การตั้งครรภ์ระยะไตรมาสแรก เช่น การตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ และต้องการยุติการตั้งครรภ์ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ได้เร็วขึ้น ปัจจุบันการยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้ง เพื่อการรักษา (termination of pregnancy หรือ therapeutic abortion) สามารถกระทำได้โดยถูกกฎหมายตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 305 คือ กระทำได้เมื่อหญิงตั้งครรภ์นั้นยินยอม แพทย์ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายและเป็นการทำแท้งด้วยความจำเป็นด้านสุขภาพของหญิง การยุติการตั้งครรภ์ จึงเป็นทางเลือกที่คู่สมรสส่วนมากจะพอใจต่อทางเลือกนี้ เพราะไม่ต้องทนกับความทุกข์ทรมานจากการตั้งครรภ์และการสูญเสียในอนาคต¹ ถึงแม้ว่า การยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา มีการพัฒนาให้มีความปลอดภัยมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดให้การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทำได้ด้วย การดูดเนื้อรกออกจากโพรงมดลูก (Manual Vacuum Aspiration, MVA) และ การใช้ยายุติการตั้งครรภ์ Mifepristone และ Misoprostol สำหรับประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทยได้แนะนำวิธีการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา เป็นวิธีแรกที่เหมาะสมเลือกใช้ เนื่องจากปลอดภัยและสะดวก แต่อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือผลกระทบต่อผู้รับบริการได้ เช่น การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา อาจทำให้เลือดออกมาก รวมทั้งอาจต้องใช้ระยะเวลาหลายวัน อาจถึงสัปดาห์กว่าจะสำเร็จ การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้หัตถการ อาจทำให้เสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บของปากมดลูก มดลูกทะลุ หรือ มีชิ้นส่วนตกค้างได้ ซึ่งนอกจากอาจจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ และ สังคม โดยพบว่า สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์นั้นจะมีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าหมดหวัง ไม่แน่ใจ สับสน สงสัย รู้สึกอายน โทษตัวเอง โกรธกลัวและรู้สึกวิตกกังวล สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์บางรายอาจมีปัญหาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส รวมทั้งมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนและบุคคลในครอบครัว²

สำหรับสถิติของมารดาแท้งบุตรที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปี พ.ศ. 2562, พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งหมด 38, 27, 35 รายตามลำดับจากสถิติ ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีมารดาที่มายุติการตั้งครรภ์ มีภาวะ Fetal abnormally (trisomy21) หลังยุติการตั้งครรภ์ พบว่า มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อก 1 ราย ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังแท้งเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด-มีการประเมินปริมาณเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประเมินเลือดที่สูญเสียได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงแต่ยังพบอุบัติการณ์ จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การป้องกันการตกเลือดหลังแท้ง เป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาอย่างยิ่ง ฉะนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ให้ปลอดภัย

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อการรักษา เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลมารดาที่มายุติการตั้งครรภ์ ให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษากรณีศึกษา

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลมารดาที่มี ภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา ให้ได้รับความปลอดภัย และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ขอบเขตการศึกษา

1. ศึกษาและให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา จำนวน 1 ราย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปี พ.ศ.2564
2. ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 – วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล จำนวน 1 ราย
2. ยื่นเรื่องขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำกรณีศึกษาและขอยืมเวชระเบียน Electronic HosXP เอกสารเวชระเบียน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
3. จัดทำโครงร่างวิจัย ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญ / ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบแนะนำ
4. ส่งโครงร่างการศึกษา เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 12/2565 วันที่ 25 กรกฎาคม 2565
5. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกพบ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
6. ศึกษาจากตำรา ปรัชญาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
7. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ แผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
7. สรุปผลการศึกษา วิจัยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ รวบรวมจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา
8. ตรวจสอบโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง
9. แก่ไข และเผยแพร่ผลงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อการรักษา

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อการรักษา

3. เพื่อนำความรู้มาปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. เพื่อเป็นเอกสารเพิ่มพูนความรู้แก่พยาบาลจบใหม่ นักศึกษาพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะตกเลือด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารกหรือแท้งบุตร จำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอด หรือปริมาณเลือดจำนวนมากว่า 1,000 มิลลิลิตร เมื่อคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องรวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด³

การยุติการตั้งครรภ์ (termination of pregnancy) หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนถึงระยะที่ทารกจะสามารถเลี้ยงรอดได้⁴

การยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา (therapeutic abortion) หมายถึง การทำแท้งเพื่อการรักษาเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์² กรณีที่กฎหมายอนุญาตให้ทำได้ตามมาตรา 301, 302 และ 305⁵

มาตรา 301 หญิงทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่น ทำให้ตนแท้งลูก ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน สาม ปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 302 ผู้ใดทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นยินยอม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 100,000 บาท(หนึ่งแสนบาทถ้วน) หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 305 ถ้ากระทำความผิดในมาตราดังกล่าว 301 และมาตรา 302 นั้นเป็นการกระทำของนายแพทย์ จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น ผู้กระทำไม่มีความผิด

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

เชื้อชาติ ไทย **สัญชาติ** ไทย **ศาสนา** พุทธ **อาชีพ** แม่บ้าน อายุ 38 ปี

ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2564 - วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2564

การวินิจฉัยครั้งแรก Pregnancy G 1 P0 21 wks. With Fetal abnormally (trisomy 21)

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Pregnancy G 1 P0 21 wks. With Fetal abnormally (trisomy 21) with hemorrhagic shock with post therapeutic abortion

การผ่าตัด การขูดมดลูก (Dilation And Curettage หรือ D&C) วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2564

อาการสำคัญ มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่เคยแท้ง ผลเจาะน้ำคร่ำ พบ Trisomy 21 แพทย์นัดมายุติการตั้งครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มารดา Pregnancy G1P0 21 wks. ฝากครรภ์ที่คลินิก ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ด้วย Nifty Pro ที่คลินิก พบความเสี่ยง สูง แพทย์แนะนำเจาะน้ำคร่ำ วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2564 ผลเจาะน้ำคร่ำ พบทารก มีภาวะดาวน์ซินโดรม (Trisomy 21) แพทย์อธิบายเกี่ยวกับโรค ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน มารดาได้รับฟังแจ้งความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ วันนี้แพทย์จึงนัดมายุติการตั้งครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมี โรคประจำตัว เป็นพาหะธาลัสซีเมีย ปฏิเสธแพ้ยา - แพ้อาหาร ไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดา เป็นเบาหวาน ความดัน บิดาเป็นไทรอยด์

ประวัติ การฝากครรภ์/การคลอด(ทางสูติ)

มารดา G1P0A0L0 LMP 12 มีนาคม พ.ศ. 2564 EDC 19 ธันวาคม พ.ศ. 2564 GA 21 wks.ฝากครรภ์ ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 7 สัปดาห์ ที่คลินิก ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ มีโรคประจำตัวเป็น พาหะธาลัสซีเมีย สามีตรวจธาลัสซีเมีย ผลปกติ ผล Lab ครั้งที่ 1 ผลการตรวจเชื้อ HIV ไม่พบเชื้อ ผลการตรวจ ไวรัสตับอักเสบบี ไม่พบเชื้อ ผลการตรวจซิฟิลิส ไม่พบเชื้อ

การตรวจร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป: สภาพมารดาแรกรับมาด้วยรถเข็นนั่ง รูปร่างท้วม ผิวสองสี น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร สีหน้าวิตกกังวล

สัญญาณชีพแรกรับ: วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 97/63 มิลลิเมตรปรอท

ศีรษะ/ใบหน้าลำคอ: ศีรษะรูปทรงปกติผิวยาวสีดำ ใบหน้าสมมาตรกันทั้งสอง ลำคอไม่มีก้อนต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ตา: อยู่ในแนวปกติหนังตาไม่ตกไม่บวม เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง

หู: ลักษณะใบหูปกติ การได้ยิน ชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไหลออกจากรูหู

จมูก: ลักษณะจมูกปกติ การรับกลิ่นปกติ

ช่องปาก: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อบุช่องปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติ ฟันไม่ผุ

ปอด: ปกติ ไม่มีเสียงเสมหะ (Crepitation)

หัวใจ: จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ 72 ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียงฟู่ (Murmur)

เต้านม: เต้านมทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน ไม่มีหัวนมบวมหรือบอดไม่มีก้อนกดเจ็บ ไม่มีการอักเสบ บริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลือง บริเวณรักแร้ทั้งสอง

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก: ลักษณะปกติ ไม่มีแผล มีตกขาวเล็กน้อย

กล้ามเนื้อและกระดูก: ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

ความผิดปกติอื่นๆ: ไม่มี

อาการและ อาการแสดง

วันที่ 11 สิงหาคม 2564

เวลา 10.25 น. มารดาหญิงไทย รับใหม่จาก OPD มาด้วย Pregnancy G1P0 21 wks. ฝากครรภ์ที่คลินิก ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วย Nifty Pro ที่คลินิก พบความเสี่ยงสูง แพทย์แนะนำเจาะน้ำคร่ำ วันที่ 27 ก.ค.พ.ศ. 2564 ผลเจาะน้ำคร่ำ พบทารกมีภาวะดาวน์ซินโดรม (Trisomy 21) แพทย์อธิบายเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน มารดาแจ้งความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ วันนี้แพทย์จึงนัดมายุติการตั้งครรภ์ มารดาปฏิเสธแพทย์ โรคประจำตัวเป็นพาหะธาลัสซีเมียแรกรับที่หอผู้ป่วยสามัญ รู้สึกตัวดี สีหน้าดูกังวลเล็กน้อย ไม่มีเลือดออก ไม่ปวดท้องแพทย์ ให้สารน้ำ 5%D/N/2 1000 ml vein drip 80 ml/hr. Swab PCR/Rapid covid-19, เจาะเลือดตรวจ CBC ให้บริหารยา misoprostol 3 tab อม ทุก 12 ชม. บริหารยา amitriptyline (10 มก.) 2 เม็ดหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น บริหารยา Fluoxetine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า ในวันนี้มารดามีปวดท้องเล็กน้อย เจ็บครรภ์นานๆ ครั้ง Interval มากกว่า 10 นาที ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 97/63 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 12 สิงหาคม 2564

เวลา 8.00 น. มารดา รู้สึกตัวดี ปวดท้องเล็กน้อย pain score 2 คะแนน แพทย์ มาตรวจเย็บมอาการให้บริหารยา misoprostol 3 tab อมห่างกัน ทุก 12 ชม. และให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 vein drip 80 ml/hr. x 4 ขวด ถ้าเจ็บท้องให้ย้าย ห้องคลอด หลังจากอมยาไปผู้ป่วยเริ่มปวดท้องมากขึ้น Interval 7 นาที Duration 15 วินาที

เวลา 9.00 น. มารดา เจ็บท้องมากขึ้น Interval 3 นาที Duration 30 วินาที ตรวจภายในเปิด 8-9 เซนติเมตร ดูแลย้ายห้องคลอดวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ย้ายห้องคลอด เวลา 9.05 น.

เวลา 9.18 น. มารดาแท้งบุตร เป็น เพศชาย น้ำหนัก 580 gm. ตัวยาว 27 เซนติเมตร มารดาหลังแท้ง มดลูกหดตัวดี แพทย์ตรวจ รกครบ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/63 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 10.30 น. รับย้ายมารดาจากห้องคลอด แรกรับรู้รู้สึกตัวดี สีหน้ากังวล ปวดท้อง Pain score 4 คะแนน มดลูกหดตัวดี ดูแลให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 + oxytocin 20 unit vein drip 100 ml/hr. x 3 ขวด ตามแผนการรักษาวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 11.15 น. มารดาบ่นปวดท้องมาก ปวดหน่วงที่ท้องน้อย ดูแลคลั่งมดลูก พบก้อนเลือดออกเป็นก้อนเล็กๆ 3-4 ก้อนใหญ่ เสียเลือดประมาณ 200 มิลลิลิตร รายงานแพทย์

เวลา 12.00 น. แพทย์ตรวจเย็บมดลูก ตรวจภายใน พบก้อนเลือด อัลตราซาวด์พบมีรกค้าง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท สังเกตอาการมารดามีเลือดไหลซึมตลอด เสียเลือดเพิ่มอีก 200 มิลลิลิตร รวมเสียเลือดที่หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 400 มิลลิลิตร แพทย์ให้ย้ายห้องคลอดเพื่ออัลตราซาวด์ซ้ำ และทำหัตถการขูดมดลูก

เวลา 12.35 น. ขณะเคลื่อนย้ายไปห้องคลอดมารดา บ่นวิงเวียน หน้ามืด วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 76/50 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml Load, Retain Foley Cath, เจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 30 %, ดูแลย้ายห้องคลอด โดยรอนอน

เวลา 12.40 น. แกรับที่ห้องคลอดมารดารู้สึกตัว วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที BP 93/58 มิลลิเมตรปรอท อัลตราซาวด์ พบรกค้าง แพทย์ทำหัตถการขูดมดลูก Under meperidine/valium meperidine 1 amp vein Valium 1 amp vein Voluven 1,000 u vein push เจาะ Lab CBC Coagulocyte ให้ยา Methergine vein push x 2 misoprostol 5 tab เหน็บทวารดูแลให้ PRC 2 unit ให้เลย FFP 3 unit ให้เลย 2 unit ให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml+ Oxytocin 20 unit vein drip 100 ml/hr. เจาะ Hct หลังเลือดหมด 4 hr. keep $\geq$ 30 NPO Retain Foley Cath Augmentin 1.2 gm vein ทุก 8 ชม. สังเกตเลือดออกทางช่องคลอด มารดารู้ตัวดีขึ้น อาการวิงเวียนลดลง แพทย์ให้ย้ายกลับ หอผู้ป่วยได้ วัดสัญญาณชีพก่อนย้าย อุณหภูมิกาย 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/64 มิลลิเมตรปรอท รวมเสียเลือดที่ห้องคลอด 300 มิลลิลิตร

เวลา 18.00 น. รับย้ายมารดาจากห้องคลอดหลังขูดมดลูก แกรับรู้สึกตัวดี ไม่ปวดท้อง แขนขวา On สารน้ำเป็น Acetate ringer 1,000 ml+ oxytocin 20 unit vein drip ที่แขนซ้าย On PRC 1 unit ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ urine สีเหลืองใส วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/77 มิลลิเมตรปรอท รวมสูญเสียเลือดทั้งหมด 700 มิลลิลิตร

วันที่ 13 สิงหาคม 2564

เวลา 8.00 น. มารดารู้สึกตัวดี สีสหน้าดู สุขสบายขึ้น ไม่ปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นฝอยน้อย 1 ฝอย ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ แพทย์ตรวจเย็บมดลูก มีคำสั่งให้ถอดสายสวนปัสสาวะ ดูแลถอดสายสวนปัสสาวะ ติดตามการปัสสาวะพบว่าผู้ป่วยปัสสาวะได้ ไม่มีแสบขัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/62 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 15.00 น.มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดท้อง ขับถ่าย ปัสสาวะได้ปกติ เลือดออกทางช่องคลอดเป็นฝอยน้อย เล็กน้อย ประมาณครึ่งแผ่น วันนี้แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวช 2 สัปดาห์ มียากลับไปรับประทานที่บ้านต่อไปนี้ 1) Amitriptyline รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น 2) ยา Fluoxetine รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า 3) ยา Parodel รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า - เย็น 4) ยา paracetamol รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เมื่อปวดหรือมีไข้ ห่างกัน ทุก 4 - 6 ชม. จำนวน 20 tab 5) ยา Triferdine รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน จำนวน 60 tab 6) ยา FF รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น จำนวน 120 tab 7) ยา Doxycycline รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร วันละ 2 ครั้ง เข้า - เย็น จำนวน 14 tab พร้อมทั้งแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ วัดสัญญาณชีพ ก่อนกลับ อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/76 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S: “มารดาบอกว่า วิงเวียนศีรษะหน้ามืด”

O: เหงื่อออกตัวเย็น ชีต

O: วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 76/50 มิลลิเมตรปรอท

O: ความเข้มข้นของเลือด จากเดิม 38 % เหลือ 30% จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทั้งหมด 700 มิลลิลิตร

เป้าหมายการพยาบาล

มารดาปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hypovolemic shock

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
- 2.สัญญาณชีพ ชีพจร อยู่ระหว่าง 60 - 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 90/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท
- 3.จำนวนปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตร ต่อ ชั่วโมง ผลการตรวจ ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ไม่ต่ำกว่า 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็นเพราะเป็นการประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะชีพจร ถ้า

มากกว่า 100 ครั้ง/นาที และ ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอทแสดงถึงภาวะช็อกเพื่อจะได้ช่วยเหลือได้ทันที่

2) ดูแลให้น้ำเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยให้ Oxygen Cannular 5 LPM วัด Oxygen saturation ได้ 94 % เปลี่ยนเป็น Oxygen mask with reservoir bag 10 LPM

3) ดูแลให้เลือด PRC 2-unit drip FFP 2 unit ตามแผนการรักษาเพราะการให้เลือดจะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจน ฝักระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด เช่น อาการมีไข้ หนาวสั่น

4) ดูแลให้ Voluven 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือด (blood volume expander) โดยใช้ชุดเซกการสูญเสียเลือดในผู้มารดาที่มีความดันโลหิตตกอย่างฉับพลัน

5) จัดท่านอนศีรษะต่ำเพราะช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับสู่สมอง หัวใจได้สะดวก

6) วัดปริมาตรการสูญเสียเลือดทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือดเพื่อดูปริมาณเลือดที่สูญเสียเพื่อช่วยเหลือได้ทันที่

7) บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง เพราะถ้าจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชม. เข้าสู่ภาวะช็อก

8) ติดตามผล Lab ตรวจความเข้มข้นของเลือด เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย

9) ฝักระวังอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิด ย้ายผู้ป่วยใกล้ Nurse station

10) สังเกตอาการช็อค โดยสังเกตจากเปลือกตาล่าง อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ เพื่อประเมินภาวะ การเสียเลือดอย่างรวดเร็วถ้าพบอาการรายงานแพทย์

การประเมินผล

หลังการให้การพยาบาลมารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปลอดภัยจากภาวะภาวะ Hypovolemic shock ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก ไม่แพ้เลือด สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/64 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะ ออกดี 100 มิลลิลิตร/ชม. Intake 2,000 มิลลิลิตร Output 1,800 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือด ได้ เท่ากับ 33 %

ข้อวินิจฉัยที่ 2 มีภาวะตกเลือดหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S: “มารดาบอกว่าวิงเวียนศีรษะหน้ามืด เหมือนจะวูบ”

O: มารดา เปลือกตา ดูซีด มีเหงื่อออก ตัวเย็น มดลูกหดตัวไม่ดี

O: ความเข้มข้นของเลือด จากเดิม 38 % เหลือ 30%

O: สูญเสียเลือดทางช่องคลอด ห้องคลอด 300 มิลลิลิตร หอผู้ป่วยสามัญ 400 มิลลิลิตร รวม สูญเสียเลือดทางช่องคลอด ทั้งหมด 700 มิลลิลิตร

○: วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 76/50 มิลลิเมตรปรอท

เป้าหมายการพยาบาล

มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

- 1.มดลูกหดตัวดี
- 2.Normal bleeding
- 3.สัญญาณชีพ ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
- 4.ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
- 5.ผลการตรวจ ความเข้มข้นของเลือด ไม่ต่ำกว่า 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที X 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมงจนปกติ หลังจากนั้น วัดทุก 4 ชั่วโมง
- 2) ประเมินการหดตัวของมดลูก ดูคลั่งมดลูก และวางกระเป๋าน้ำแข็ง กรณีมดลูกหดตัวไม่ดี สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดทุก 2 ชั่วโมง ใส่ผ้าอนามัย (ผ้าอนามัย 1 ผืน=ปริมาณเลือด 50 ซีซี)
- 3) ดูแลให้ยา Oxytocin vein drip และ Methergine 1-amp ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ มดลูกหดตัวดี
- 4) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาของ แพทย์พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำและเลือด
- 5) แนะนำมารดาและญาติสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ ได้แก่ หน้ามืด เหงื่อออก ตัว เย็น แขนหน้าอกเหนียว อ่อนเพลีย มีเลือดออกมาก
- 6) อธิบายสาเหตุ แนวทางการพยาบาลแก่มารดาและญาติให้รับทราบ เปิดโอกาสพูดคุยซักถาม ปัญหา กับแพทย์เจ้าของไข้
- 7) บันทึกและติดตาม ปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง
- 8) ติดตามผลการตรวจ ความเข้มข้นของเลือด ถ้าน้อยกว่า 30 % รายงานแพทย์

การประเมินผล

หลังให้การพยาบาล มารดาปลอดภัย จากภาวะตกเลือดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/77 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะ ไหล Flow ดีออก 80 มิลลิลิตร/ชม.Intake 2,000 มิลลิลิตร Output 1,800 มิลลิลิตร ผลความเข้มข้นของเลือด เท่ากับ 33 %

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา meperidine

ข้อมูลสนับสนุน

S: “มารดาบอกว่ามีอาการ มึนๆ หลังฉีดยา”

O: มารดาได้รับยา meperidine 1 amp vein

เป้าหมายการพยาบาล

มารดาปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา meperidine

เกณฑ์การประเมิน

มารดาไม่มีอาการ แขนงอ หายใจไม่สะดวก เหงื่อออก ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18 - 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท pupil 2 min RTR both eyes

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว อธิบายอาการไม่พึงประสงค์ ให้มารดาทราบก่อนได้รับยาทุกครั้ง
2) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที X 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมงจนปกติ เฝ้าระวังติดตามผลการใช้ยา อัตราการหายใจ, ความดันโลหิต, ชีพจร, ระดับความเจ็บปวด ระดับความง่วงซึม ถ้าความดันโลหิต น้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์

3) การบริหารยา

3.1 ตรวจสอบขนาด และความแรงของยาที่เตรียมให้ตรงกับคำสั่งแพทย์

3.2 ระหว่างให้ยามารดาควรอยู่ในท่านอน

3.3 ตรวจสอบวิธีการให้ยาเพราะสามารถให้ได้ทั้ง IM, SC, IV, IV infusion

3.4 การให้ยาทางหลอดเลือดต้องเจือจางให้มีความเข้มข้นน้อยกว่า 10 mg/ml และฉีดช้าๆ

นานประมาณ 5 นาที

4) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาดังนี้ เช่น หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ กตการหายใจ ผลข้างเคียงอื่นๆ ใจสั่น มึนงง สับสน เพ้อคลั่ง ผื่น คัน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง สั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการให้รายงานแพทย์

5) แจ้งแพทย์ทันทีเมื่อผู้ป่วยมี prolonged sedation สั่น กล้ามเนื้อกระตุก หรือชัก

การประเมินผล

หลังให้การพยาบาลมารดา รู้สึกตัวดี ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา meperidine ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา meperidine สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/77 มิลลิเมตรปรอท pupil 2 min RTR both eyes

ข้อวินิจฉัยที่ 4 มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน

S: “มารดาบอก ว่าไม่ค่อยสบายตัว ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดศีรษะ”

O: จากการสังเกตมารดาหน้าแดง ตัวร้อน

O: วัดไข้ด้วยปรอทวัดไข้ทางรักแร้ มีไข้ 38.1 องศาเซลเซียส

เป้าหมายการพยาบาล ไข้ลดลง มารดาสุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้หรือไข้ลดลงหลังทำ Tepid Sponge
2. ไม่มีอาการหนาวสั่น ครั่นเนื้อครั่นตัว
3. อุณหภูมิวัดทางรักแร้ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($36.5 - 37.5^{\circ}\text{C}$)

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินไข้โดยวัดและจดบันทึกอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง ด้วยการวัดอุณหภูมิทางรักแร้นาน 3 - 5 นาที ลงบันทึกไว้ เพื่อติดตามไข้ และให้การช่วยเหลือต่อไป

2) เช็ดตัวลดไข้โดยวิธีที่ถูกต้องดังนี้

2.1 เช็ดตัวลดไข้โดยใช้น้ำเย็นธรรมดาการเช็ดตัวนาน 15 - 30 นาทีซึ่งวิธีนี้เป็นการทำให้ความร้อนสูญเสียจากร่างกายได้สะดวกและรวดเร็วโดยวิธีอาศัยตัวกลาง (Conduction) ซึ่งจะลดไข้ได้เร็วขึ้นเพราะน้ำระเหยออกจากผิวหนังจะนำความร้อนออกจากร่างกายด้วย ในขณะที่ใช้ผ้าชุบน้ำวางลงบนผิวหนังของผู้ป่วย

2.2 ขณะทำการเช็ดตัวใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดๆวางบริเวณซอกคอรักแร้ ข้อพับหน้าอก เพื่อให้ บริเวณนี้ได้สัมผัสกับน้ำมากที่สุด จะช่วยนำความร้อนออกจาก ร่างกายได้มาก

2.3 หลังเช็ดตัวนาน 30 นาที วัดอุณหภูมิใหม่และบันทึกในฟอร์มปรอท ปรอท เพื่อติดตามผล

3) ดูแลให้มารดาพักผ่อนในสิ่งแวดล้อม ที่สงบเงียบ เพื่อเป็นการลดกิจกรรมของร่างกายจะทำให้การเผาผลาญลดน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดความร้อนที่ผลิตขึ้นในร่างกายได้

4) ไม่ห่มผ้าหนาเกินไป เพื่อให้ความร้อนระบายออกจากร่างกายได้

5) หลังเช็ดตัวลดไข้ถ้าไข้ไม่ลง ดูแลให้รับประทานยาพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด เพื่อลดไข้ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

หลังให้การพยาบาลมารดาสุขสบายขึ้น ไข้ลดลง อุณหภูมิ 36.5°C องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยที่ 5 มีโอกาสฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้ากว่าปกติ เนื่องจากสูญเสียเลือดปริมาณมาก

ข้อมูลสนับสนุน

S: “มารดาบอกว่ากลับบ้านไปคงไปทำงานไม่ไหว อาจต้องพักก่อน ให้แข็งแรงกว่านี้ก่อน”

O: มารดาอ่อนเพลีย

O: มารดาสูญเสียเลือด 700 ml ร่างกาย มีภาวะ Hypovolemic shock

เป้าหมายการพยาบาล มารดาสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับมาปกติได้

เกณฑ์การประเมิน

มารดาสามารถตอบคำถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังสูญเสียเลือดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามินเกลือแร่ เหล็ก สูงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป

2) แนะนำให้มารดานอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน

3) แนะนำการดื่มน้ำ อย่างน้อย วันละ 8 - 10 แก้ว ต่อวัน

4) แนะนำการรับประทานยาบำรุงโลหิตที่แพทย์ให้สม่ำเสมอ

5) สอนให้มารดาสามารถสังเกตสิ่งผิดปกติ เช่น อาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ เลือดที่ออกทางช่องคลอด มีไข้ ปวดมดลูก ควรมาพบแพทย์

6) แนะนำงานการทำงานหนักเมื่อกลับบ้านควรได้พักผ่อนอย่างเต็มที่เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การประเมินผล มารดาสามารถตอบคำถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังสูญเสียเลือด เช่นการรับประทานยา อาหาร รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

ข้อวินิจฉัยที่ 6 มารดาและญาติเกิดความวิตกกังวลจากการสูญเสียบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาบอกว่า “ปล่อยท้องมา 6 ปี กว่าที่จะท้อง พอรู้ว่าลูกเป็นดาวน์ซินโดรม เสียใจมาก”

S: ญาติ(สามี)ของผู้ป่วยบอก “เราสองคนอยากมีลูกมาก”

O: มารดาสีหน้าวิตกกังวล ร้องไห้ ตลอดเวลาที่พูด

O: ญาติ(สามี) สีหน้ากังวล น้ำตาคลอ

เป้าหมายการพยาบาล มารดาและญาติคลายความกังวล

เกณฑ์การประเมิน มารดาและญาติสีหน้าคลายกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1) แนะนำตัวสร้างสัมพันธ์ภาพกับมารดาและญาติ

2) อธิบายเกี่ยวกับอาการการพยาบาลเพื่อให้มารดาและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการ

รักษาพยาบาล

3) เปิดโอกาสให้มารดาและญาติ ชักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล รวมถึงการให้เข้ามาเยี่ยมดูอาการของมารดา

4) เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดาและญาติ พร้อมทั้งปลอบโยนและให้กำลังใจ

5) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดา

6) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาและญาติ

7) เปิดโอกาสพูดคุยซักถามปัญหาข้อสงสัยกับแพทย์เจ้าของไข้

8) แนะนำดำเนินการเรื่องฉาบบนกิจทางการให้กับมารดาและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการ

ประเมินผล หลังให้การพยาบาลมารดาและญาติที่หน้าคล้ายกังวล หยุดร้งให้ ขอรับบุตรไปทำพิธีทางศาสนาตามประเพณี

สรุปผลการศึกษา

มารดาตั้งครรภ์อายุ 38 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 21 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก ผลเจาะน้ำคร่ำพบทารกมีภาวะดาวน์ซินโดรม (Trisomy 21) มารดาแจ้งความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ แพทย์จึงนัดมายุติการตั้งครรภ์ด้วยการให้ยา misoprostol อมใต้ลิ้น หลังได้ยา 24 ชั่วโมง มารดาแท้งบุตรเป็นเพศชาย น้ำหนัก 580 กรัม หลังแท้งบุตร 2 ชั่วโมง มารดามีอาการปวดหน่วงที่ท้องน้อย พยาบาลดูแลคลึงมดลูก พบก้อนเลือดออกจากช่องคลอด 3 - 4 ก้อน แพทย์ตรวจภายใน อัลตราซาวด์ พบมีรกค้าง มารดาได้รับการทำหัตถการขูดมดลูก มารดาสูญเสียเลือด ประมาณ 700 มิลลิลิตร ทำให้เกิดภาวะ Hemorrhagic shock ได้รับเลือด PRC จำนวน 2 unit FFP 2 unit ได้รับ Voluven จำนวน 1,000 มิลลิลิตร รวมทั้งยาและสารน้ำอื่นๆตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังการรักษามารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดลดลง อาการดีขึ้น ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติ จนสามารถกลับบ้านได้หลังเข้ารับการรักษารวมระยะเวลา 3 วัน การพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย การป้องกันอันตรายจากการเสียเลือดหลังยุติการตั้งครรภ์โดยการประเมินและติดตามอาการ การให้เลือดหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ การส่งเสริมให้มดลูกหดตัวได้ดี การป้องกันการติดเชื้อในมดลูก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา meperidine การลดความวิตกกังวลจากการสูญเสียบุตร รวมถึงการเตรียมตัวจำหน่ายมารดา

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา มารดาอายุ 38 ปี G1P0 อายุครรภ์ 21 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก ผลเจาะน้ำคร่ำพบทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม (Trisomy 21) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่พบว่า ผู้หญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิด ความผิดปกติของโครโมโซมโดยเฉพาะการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม เพิ่มสูงมากขึ้นตามอัตราส่วนดังนี้คือ มารดาอายุ 25 ปี มีโอกาสที่ลูกจะเป็นดาวน์ซินโดรม 1 ใน 1,340 คน มารดาอายุ 30 ปี มีโอกาสที่ลูกจะเป็นดาวน์ซินโดรม 1 ใน 940 คนมารดาอายุ 35 ปี มีโอกาสที่ลูกจะเป็นดาวน์ซินโดรม 1 ใน 353 คนมารดาอายุ 38 ปี มีโอกาสที่ลูกจะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม 1 ใน 148 คน คนมารดาอายุ 40 ปี มีโอกาสที่ลูกจะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม 1 ใน 85 คน¹⁰ ซึ่งตามกฎหมาย

สามารถยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้งเพื่อการรักษาได้ โดยการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยควรทำในอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ หากมากกว่า 12 สัปดาห์ ต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและรับบริการในโรงพยาบาล กรณีอายุครรภ์ที่มากกว่า 22 - 24 สัปดาห์ไม่ควรยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพผู้หญิง⁶

แต่เนื่องจากรายนี้มีภาวะมีบุตรยาก มีบุตรคนแรก ยังไม่สามารถทำใจยอมรับได้ เมื่ออายุครรภ์ 21 สัปดาห์ จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ทำให้เด็กตัวโตขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ เกิดภาวะตกเลือดหลังแท้ง ส่งผลให้เกิดภาวะ hypovolemic shock ตามมา ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ทำแท้ง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันที เป็นอันตรายที่เกิดขึ้นขณะ ทำแท้ง หรือเกิดภายใน 3 ชั่วโมงหลังทำแท้งมีการตกเลือด มดลูกทะลุ ปากมดลูกฉีกขาด อันตรายจากยาชา และยาสลบ ภาวะเลือดไม่แข็งตัว ทำให้ตกเลือดมาก ภาวะโซเดียมคั่งในเลือด ภาวะเป็นพิษจากสารน้ำ และหลอดเลือดอุดตันจากฟองอากาศ อุดตันจากลิ่มเลือด หรืออุดตันจากน้ำคร่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวถึงทั้งหมดนี้ อาจจะมี ความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการทำแท้ง 3 ชั่วโมงไปจนถึง 28 วัน ได้แก่ ภาวะแท้งไม่ครบหรือแท้งค้าง และการอักเสบติดเชื้อ พบเกือบทุกราย รายที่อักเสบรุนแรงอาจจะถูกตัดมดลูกทิ้ง แม้ผู้ป่วยจะยังอายุเพียง 15-16 ปีก็ตาม รายที่รุนแรงกว่านั้นอาจจะถึงแก่กรรมก่อนตัดมดลูก หรือแม้แต่ตัดมดลูกออกแล้ว ก็ช่วยชีวิตไม่ได้⁵ สำหรับแผนการรักษาและการให้การพยาบาลหญิงรายนี้ถือว่าเป็นไปตามมาตรฐานและทฤษฎีที่ได้ทำการศึกษา มาตราปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ซึ่งทั้งนี้จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องอยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการพยาบาลมีความรู้และทักษะในเรื่องการประเมิน Early warning signs การดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังแท้ง มีการวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีและครบถ้วน สามารถรายงานแพทย์ได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที ส่งผลให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลควรจัดสถานที่ ที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัวและเงียบสงบ แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มายุติการตั้งครรภ์ เพื่อการรักษา เพื่อคลายความวิตกกังวล
2. โรงพยาบาลควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่ให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือด หลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา โดยการจำลองสถานการณ์จริงเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ปรับปรุงแนวทางในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกหลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา ให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งนิเทศติดตามการใช้แนวทางในการดูแล

3. จัดมุมวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่และผู้สนใจได้เข้ามาศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าการจัดการตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลมาก การพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นควรมีการศึกษาหรือพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา สำหรับช่วยให้มารดาที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์สามารถปรับตัว ยอมรับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อลดความรู้สึกทางด้านลบ รวมทั้งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุทธิรักษ์ นภาพันท์, สมหวัง แก้วสุฟอง.การศึกษาวิเคราะห์เชิงจริยศาสตร์เรื่องการยุติการตั้งครรภ์ตามหลังการวินิจฉัยก่อนคลอด.JBS วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา. 2559;7(2): 43
2. สุภาภรณ์ กวัดแกว่ง, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, วรณา พาหุพัฒนกร, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา. วารสารสภาการพยาบาล. 2557;29(1): 5,56
3. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน.สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร. 2560;6(2): 147-54.
4. วีร โสมินทุ. การยุติการตั้งครรภ์ มุมมองของบุคลากรทางการศึกษา. วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร. 2559;7(1): 249.
5. จรยพร เหมรังษี. กฎหมายการทำแท้งกับจริยธรรมในสังคมไทย.วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ.2564;6(11): 485-6.
6. แนวทางการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต].RSATHAI:กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565].
เข้าถึงได้จาก:<https://rsathai.org/contents/305/>.
7. รกค้าง (Retain placenta).[อินเทอร์เน็ต]. google; [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565].
เข้าถึงได้จาก:<https://google.it/diagram/W55xoUZs6jdhb5TQ/t/-retained-placenta>.
8. รัชณี ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ใหญ่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะช็อก และอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ. เอกสารประกอบการสอนวิชา 9553304; [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565].เข้าถึงได้จาก:
<https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/>.

9. ช็อก.[อินเทอร์เน็ต]. POBPAD; [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565].
เข้าถึงได้จาก : <https://www.pobpad.com/>.
10. กลุ่มอาการดาวน์ [อินเทอร์เน็ต]. สารานุกรมเสรี; [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565].
เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org/wiki/>.
11. ปันดดา ประเดิมดี. การตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม รู้ก่อนเพื่อเตรียมพร้อมในการดูแล.
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566].
เข้าถึงได้จาก: <https://www.bkh.co.th/down-syndrome/>
12. การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound, Ultrasonogram หรือ Sonography). [อินเทอร์เน็ต].
เมดไทย.ปรับปรุงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2020 (เวลา 16:47 น.)
[เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://medthai.com/>.