

การพยาบาลมารดาป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับภาวะ Thrombocytosis

นางรัตนา กรองทอง

หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลหาราชนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับแรก ๆ ทางสูติศาสตร์ จากการศึกษการเสียชีวิตของมารดาไทยปี พ.ศ. 2556 พบอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาเท่ากับ 31.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน โดยพบสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุทางตรง (Direct cause) สูงถึงร้อยละ 56.6 และจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 43.4 ซึ่งสาเหตุอันดับที่ 1 ของการเสียชีวิตมาจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 30.4 จากการรายงานสถานการณ์ใน PCT สูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในปี 2557 – 2559 พบ Maternal mortality rate เท่ากับ 12.26, 26.30, 42.10 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ตามลำดับ และสาเหตุการเสียชีวิตของมารดานั้นมาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.51, 1.62 และ 0 ตามลำดับ ข้อมูลการรายงานของหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ตั้งแต่ปี 2557-2559 ภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้น ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 คิดเป็นร้อยละ 0.20, 0.10 และ 0.21 ตามลำดับ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นทุกปี เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลมารดาหลังคลอดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ ทักษะ รวมถึงการใช้ Early Warning Sign ในการรายงานแพทย์โดยเร็ว เนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสถานการณ์ที่ต้องมีความรวดเร็วแข่งกับเวลา รวมถึงการมอบหมายให้พยาบาลที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดแต่ละราย และการประเมินปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกที่เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับการใช้ระบบที่มดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤตในการรายงานเมื่อพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดนั้นอยู่ในภาวะวิกฤต จะทำให้สามารถลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ดังเช่น กรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรและมีภาวะช็อกจากการตกเลือด เพื่อใช้เป็นแนวทาง

ในการพัฒนาและวางแผนการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดให้มีประสิทธิภาพและลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายถึงชีวิต โดยการศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย วิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์ นำข้อมูลต่าง ๆ มาวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกด้านแบบองค์รวม ส่งผลให้มารดากรณีศึกษารายนี้ปลอดภัยผ่านภาวะวิกฤตไปได้ด้วยดีจนกระทั่งสามารถดูแลตนเองได้ และปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และแพทย์พิจารณาอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 9 วัน

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มล. หลังการผ่าตัดคลอด การคะเนปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องใช้ทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง อาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือปริมาณ 1,000 มล.

ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ น้ำหนักมารดา โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ผลของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ที่แล้ว รวมทั้งสาเหตุที่ทำให้เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ประวัติการตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน มดลูกหดตัวไม่ดีในครรภ์ก่อน การคลอดเร็ว การคลอดยาวนาน การคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เช่น Forceps Delivery, Vacuum Extraction หรือได้รับการ Induction การผ่าตัดคลอดบุตรในครรภ์ก่อน ทารกตัวโต น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม เคยได้รับการล้วงรกหรือได้รับการขูดมดลูก ประวัติการเจ็บป่วยใน

อดีตและปัจจุบัน เช่น เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รกลอกตัวก่อนกำหนด มี DFIU มีภาวะติดเชื้อมดลูก น้ำคร่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น เกล็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่ายผิดปกติ รวมทั้งส่วนนำที่ผิดปกติ เช่น ท่อน้ำ ท่อน้ำไขขาว

หลักการในการหาสาเหตุ คือ 4T ประกอบด้วย

1. Tone หมายถึง ความผิดปกติในการหดตัวของมดลูก เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดประมาณ 70% ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด
2. Trauma หมายถึง การบาดเจ็บหรืออันตรายที่เกิดกับช่องคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ พบเป็นสาเหตุที่พบบ่อยประมาณ 20% ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด
3. Tissue หมายถึง การเหลือค้างของผลผลิตจากการตั้งครรภ์ เช่น รก ทารกในครรภ์ เป็นต้น พบได้ประมาณ 10% ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด
4. Thrombin หมายถึง ความผิดปกติของเกล็ดเลือด และระบบการแข็งตัวของเลือด พบเป็นสาเหตุประมาณ 1% ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด

อาการและอาการแสดง: ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกและปริมาณเลือดในร่างกาย

ปริมาณเลือดที่ออก	ความดันโลหิตค่าบน	อาการและอาการแสดง	ระดับของการช็อก
500-1,000 มิลลิลิตร (ร้อยละ 10-50 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย)	ปกติ	ใจสั่น วิงเวียน และหัวใจเต้นเร็ว	ยังชดเชยได้
1,000-1,500 มิลลิลิตร (ร้อยละ 15-25 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย)	ลดลงเล็กน้อย (80-100 มิลลิเมตรปรอท)	ไม่มีแรง เหงื่อออก และหัวใจเต้นเร็ว	น้อย
1,500-2,000 มิลลิลิตร (ร้อยละ 25-35 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย)	ลดลงปานกลาง (70-80 มิลลิเมตรปรอท)	กระสับกระส่าย ซีด และปัสสาวะน้อย	ปานกลาง
2,000-3,000 มิลลิลิตร (ร้อยละ 35-45 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย)	ลดลงมาก (50-70 มิลลิเมตรปรอท)	ระบบไหลเวียนโลหิต และหายใจล้มเหลว ไม่มีปัสสาวะ	รุนแรง

แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ค้นหาความเสี่ยง หลีกเลี่ยงหรือรักษาปัจจัยเสี่ยง และให้การระวังเป็นพิเศษ แก้ไขปัญหาภาวะช็อกก่อนคลอด เจาะเลือดส่ง CBC, Cross math เปิดเส้นเลือดสำหรับน้ำเกลือพร้อมไว้ (ขนาดเข็มเบอร์ 18 เป็นอย่างน้อย) เตรียมทีม สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ธารณาการเลือด หรือส่งตัวเพื่อคลอดในสถานที่ที่เหมาะสม ปัจจุบัน

สูติแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับว่าการดูแลระยะที่ 3 ด้วยวิธี Active management ซึ่งประกอบด้วย การตัดสายสะดืออย่างรวดเร็ว การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และการทำคลอดรกโดยดึงสายสะดือส่วนที่เหลืออย่างระมัดระวัง จะช่วยลดการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง

ภาวะนี้มักไม่ทำให้ถึงชีวิต แต่กรณีมีเลือดออกมาก ควรให้การรักษาเบื้องต้นโดยให้น้ำเกลือ หรือให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ ควรให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น Oxytocin หรือ Methylergonovine ถ้าเลือดยังไม่หยุดอาจพิจารณาให้ยากลุ่ม Prostaglandines คล้ายกับยาที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สำหรับการรักษาขั้นต่อไปให้การรักษาตามสาเหตุ ดังนี้

1. ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในกรณีที่สงสัยการอักเสบติดเชื้อในโพรงมดลูก
2. การขูดมดลูกในกรณีมีรกค้าง ควรระมัดระวังเพราะมดลูกอาจทะลุได้ง่าย พบได้ร้อยละ 3 และอาจเสียเลือดมาก ควรมีการเตรียมเลือดให้เพียงพอ

3. กรณีเลือดออกไม่หยุด อาจต้องทำการผ่าตัดผูกหลอดเลือดมดลูก (Uterine artery ligation) หรือผูกหลอดเลือด Internal artery หรือตัดมดลูกออก
Thrombocytosis คือ ภาวะที่มีเกล็ดเลือดมากกว่า $400 \times 10^9/L$ ร่วมกับโรคอื่น ๆ พบได้ทั้งเป็น Physiologic และ Pathologic จำนวนเกล็ดเลือดที่เพิ่มขึ้นที่พบใน Myeloproliferative disorders มักจะ

เรียกว่า Thrombocythemia หรือ Primary thrombocytosis ส่วน Reactive หรือ Secondary thrombocytosis ใช้เรียกเมื่อมีภาวะเกล็ดเลือดสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ โดยทั่วไป Thrombocytosis นิยมใช้หมายถึงกลุ่มนี้

พยาธิกำเนิดการสร้างเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นมาจากสาเหตุภาวะขาดเหล็ก เลือดออก ซีดมาก ๆ มะเร็ง หรือภาวะอักเสบเรื้อรังต่าง ๆ ภาวะ Thrombocytosis ทำให้อายุเกล็ดเลือดเหล่านี้ปกติหรือสั้นกว่าปกติ เกล็ดเลือดที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก ๆ อาจมี Coagulant activity ผิดปกติ ขัดขวางกลไกการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้มีเลือดออกผิดปกติได้เช่นกัน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 35 ปี ครรภ์แรก ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ ระหว่างฝากครรภ์ตรวจพบผลเลือดผิดปกติ มีภาวะเกล็ดเลือดสูงผิดปกติ Platelet 886,000 (5 พ.ย. 2558) ตรวจเพิ่มเติมพบผล JAK2V617F Mutation negative (17 ต.ค. 2558) ได้รับการวินิจฉัยเป็น Pregnancy with thrombocytosis DDx Reactive from pregnancy or Myeloproliferative neoplasia smeg Essential thrombocythemia ส่งปรึกษาแพทย์ระบบโลหิตวิทยา และได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว และแนะนำให้ตรวจไขกระดูกเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม ผู้ป่วยขาดการตรวจตามนัด ต่อมาอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีน้ำเดินชุ่มผ้าอ้อม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระรัตน ตามสิทธิประกันสังคม จากการซักประวัติพบเป็นโรค Pregnancy with thrombocytosis จึงส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีมหา แพทย์รับการรักษาไว้ที่ห้องคลอด แรกรับเจ็บครรภ์คลอด ปากมดลูกเปิด 5 cm Membrane rupture , Effacement 80% และพบภาวะ Fetal distress อีก 4 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยคลอด Vacuum Extraction เวลา 16.12 น. (29 มี.ค. 2559) ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,680 กรัม APGAR score นาทีที่ 1 ได้ 8 คะแนน และนาทีที่ 5 ได้ 10 คะแนน ตรวจร่างกายภายนอกปกติ ต่อมาอีก 10 นาที ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน จึงย้ายทารกไปที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 ส่วนผู้ป่วยหลังคลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีเหนื่อยหอบ มดลูกหดตัวดี ปวดแผลฝีเย็บ ระดับความปวด 3 คะแนน เลือดออกทางช่องคลอดปกติ EBL 400 ซีซี. หลังคลอด 2 ชั่วโมง ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวดี น้ำคาวสีแดงปกติ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ปวดแผลฝีเย็บ ระดับความปวด 3 คะแนน ต่อมาอีก 2 ชั่วโมง พบผู้ป่วยบน

ปวดแผลฝีเย็บมากระดับ 10 คะแนน รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น ลูกนั่งไม่ได้ และเข้ากระดุนให้ปัสสาวะหลังคลอดแต่ปัสสาวะไม่ออก ซีฟจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/80 mmHg รายงานแพทย์ แพทย์ตรวจภายในพบ Hematoma both site ที่ช่องคลอดข้างซ้ายประมาณ 5 cms, ข้างขวาประมาณ 6 cms สรุปปัญหาทางการพยาบาลหลังคลอด ตั้งแต่แรกรับถึง 2 ชั่วโมง ก่อนส่งไปห้องผ่าตัด 1) อาจเกิดภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากเสียเลือดมาก 2) เกิดภาวะ Hematoma หลังคลอด 3) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บมาก

ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อทำ Evacuation hematoma ขณะทำหัตถการ ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic shock เลือดออกทางช่องคลอดมาก มดลูกหดตัวไม่ดี ซีด Hct 26% ขณะทำ Evacuation มีเลือดออกทางช่องคลอดตลอดเวลา BP drop 60/40 mmHg HR 120/min O₂ Sat 86% ได้ให้เลือด PRC 7 U, FFP 4 U, LPPC 5 U แพทย์จึงพิจารณาทำ Sub TAHEBL 7,500 cc หลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยเข้า I.C.U. เนื่องจากอาการผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต มีอาการเปลี่ยนแปลงยังไม่คงที่ On Respirator สรุปปัญหาหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก จนกระทั่งย้ายออกจาก I.C.U. มีดังนี้ 1) เกิดภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากเสียเลือดในระยะหลังคลอด 2) เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดร่วมกับมดลูกหดตัวไม่ดี 3) เกิดภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ 4) เสี่ยงต่อภาวะ Pulmonary edema จากการได้รับสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดจำนวนมาก 5) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 6) สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกล่าช้าเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด 7) ผู้ป่วยวิตกกังวล เครียดเนื่องจากไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ 8) ครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต

ผู้ป่วยอยู่ใน I.C.U. รวม 5 วัน อาการทุเลาขึ้น Off Tube off IV ย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ไม่พบจ้ำเลือดตามร่างกายที่ได้รับมีผลต่อทารก แนะนำระงับการหลังน้ำนม ขาดความมั่นใจในบทบาทการเป็นมารดา วิตกกังวลเรื่องโรคที่ตนเป็นอยู่ และกังวลเรื่องการดูแลทารกรวมทั้งการปฏิบัติตัวหลังคลอด เนื่องจากไม่มีประสบการณ์มาก่อน ได้ให้การพยาบาลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเป็นในแต่ละวัน จนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ประเมินอาการก่อนกลับบ้านผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีไข้ ไม่ปวดแผล น้ำนมไหลปกติ ไม่คัดตึง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ซึม และมารดาเข้าใจโรคที่ตนเป็นอยู่ มี

ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลบุตร การรับประทานยา รวมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ที่สำคัญเน้นการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ตั้งแต่หลังคลอดได้ 5 วัน จนกระทั่งกลับบ้าน มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การดำเนินการของโรค และการรักษาของผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยพร้อมความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลบุตร 3) ผู้ป่วยพร้อมความรู้เรื่องการระงับน้ำนม 4) ส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา 5) ส่งเสริมการดูแลตนเอง ป้องกันอุบัติเหตุ ระวังเลือดออกง่าย 6) การมาตรวจตามนัด และเน้นอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตสามีมารับกลับบ้านพร้อมทารก รวมอยู่โรงพยาบาล 9 วัน

บทสรุปวิเคราะห์วิจารณ์

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุกรณีนี้ควรเริ่มตั้งแต่ ANC ซึ่งจากประวัติการตั้งครรภ์ผู้ป่วยพบผลเลือดผิดปกติ มีภาวะเกล็ดเลือดสูงผิดปกติ ได้รับการวินิจฉัยเป็น Pregnancy with thrombocytosis จัดอยู่ในกลุ่มตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งมีทีมที่ประกอบไปด้วย สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ โลหิตวิทยา ทีมพยาบาล ทีมห้องผ่าตัด ที่มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะที่เชี่ยวชาญในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ถูกต้อง รวดเร็ว มีการสื่อสารระหว่างทีมที่มีประสิทธิภาพ ชัดเจน ถูกต้องแม่นยำ เน้นประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ให้ทีมที่ดูแลต่อเนื่องรับทราบ ส่วนการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ช่วยลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว ทันท่วงทีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยแพทย์เจ้าของไข้ รวมทั้งแสดงให้เห็นว่าทีมบุคลากรได้ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างเต็มกำลังความสามารถ มีน้ำใจช่วยเหลืออย่างจริงใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุดและส่งผลดีต่อองค์กรในเรื่องภาพลักษณ์ คุณภาพบริการ ลดข้อร้องเรียนได้

ข้อเสนอแนะ

ทบทวนระบบการส่งปรึกษาต่างหน่วยงาน นอกเวลาราชการ กรณีพบผู้ป่วยมีภาวะผิดปกติของเกล็ดเลือดเสี่ยงต่อการตกเลือดสูงก่อนคลอด ให้ใช้ระบบ Consultด่วน โดยการโทรศัพท์ประสานแพทย์เวรอายุรกรรมได้ตลอดเวลา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยใน

การวางแผนดูแลในระยะคลอด หลังคลอด ร่วมกับสูติแพทย์ ส่งผลให้ทราบและเลือกใช้วิธีการคลอดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดที่ดีที่สุดสำหรับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และที่สำคัญที่สุดในบทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดใน 24 ชั่วโมง ต้องมีความรู้ ความสามารถเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวมทั้งมีความตระหนักในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หรือเกิดความรุนแรงน้อยที่สุด ดังนั้น พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมอบรมเสริมความรู้ทางด้านสูติกรรม อายุรกรรม รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตทุกปีอย่างต่อเนื่องแก่บุคลากรทางการพยาบาลให้ครบ 100% และมีการนิเทศติดตามการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- คมสันดี สุวรรณฤกษ์ และ เคนศักดิ์ พงศ์โรจน์เฝ้า.(2554). *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์*. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
- ถวัลย์ วงศ์รัตนศิริ และ คณะ.(2553). *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี .
- ทิพวรรณ เลียบสีอรรถกุล. (2557). *แนวคิด หลักฐาน และการปฏิบัติ : ความปลอดภัยของการตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- ประภาพร สู่ประเสริฐ.(2553). *ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม*. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มงคล เบญจาทิบาล และ คณะ.(2552). *สูตินรีเวชทันยุค*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- วรวงศ์ ภูพงศ์. (2555). *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์*. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
- วิจิตรา กุสุมภ์.(2553). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร.(2554). *นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และ คณะ. (2550). *ตำราโลหิตวิทยา-การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- Luxner, Karia L. (2555). *การวางแผนการพยาบาลมารดาและทารก (Delmar's Maternal-Nursing Care Plans)*. กรุงเทพฯ: เซนเจกเลนนิ่ง (ประเทศไทย).