

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจาก Uterine Atony

กิตติมา เตชะวันสกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทนำ

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5-10 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบมากที่สุด คือ Uterine Atony ซึ่งพบมากถึง 70% ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด สำหรับสถิติของผู้คลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี 2560 พบร้อยละ 71.4 ของผู้คลอดทั้งหมดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอดมีผลกระทบ 3 ประการ คือ ภาวะสุขภาพของมารดา การเลี้ยงดูทารกในระยะหลังคลอด ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับทารกหลังคลอด ดังนั้น การเฝ้าระวังก่อนที่จะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้ว สิ่งสำคัญลำดับต่อไป คือ การดูแลช่วยเหลือให้ผู้คลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ดังนั้น ผู้ดูแลผู้คลอดทุกคนจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือ ป้องกัน และลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของการตกเลือดหลังคลอดและให้ผู้คลอดปลอดภัย

การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Prevention of Postpartum hemorrhage)

เป็นที่ยอมรับกันแล้วในปัจจุบันว่า Active Management of 3rd Stage of Labour (AMTSL) เป็นกระบวนการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุด เนื่องจากมีหลักฐานยืนยันว่า กระบวนการนี้สามารถลดได้ทั้งปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอดและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย

1. การบริหารยา Uterotonic drugs เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

เป็นขั้นตอนแรกของ AMTSL แนะนำให้บริหารยาเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารกหรือเมื่อคลอดรกแล้วก็ได้ สำหรับยาที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

1.1 Oxytocin (Syntocinon)

การบริหารยา : 10 unit IM เมื่อคลอดไหล่หน้าหรือเมื่อคลอดทารก 10-40 units per liter IV drip rate 100-150 cc/hr

1.2 Ergometrine of Methylergometrine (Methergin)

การบริหารยา : 0.2 mg IV or IM

1.3 Prostaglandin E1 : Misoprostol (Cytotec®)

การบริหารยา : 400 -600 microgram (mcg) PO หรือ sublingual

2. Controlled cord traction เพื่อลดระยะเวลาของระยะที่ 3 ของการคลอด

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดอันเนื่องจากการหดตัวไม่ดีของมดลูก (Management of Atonic Postpartum Hemorrhage (APPH))

หลักการสำคัญในการดูแลภาวะ APPH คือ การดูแลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้น 4 ประเด็นสำคัญที่ต้องทำไปพร้อม ๆ กันอย่างทันท่วงที ได้แก่

1. การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Communication)

การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องจัดว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากเมื่อเกิด APPH เนื่องจากภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็วและทันท่วงทีโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ พบว่า การสื่อสารเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้การรักษภาวะตกเลือดหลังคลอด ปัญหาของการสื่อสารและประสานงานที่สำคัญ เช่น ไม่สามารถตามหรือปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์หรือมีอาวุโสกว่าได้ ทีมไม่สามารถ

ประสานงานกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาขาอื่นได้อย่างทันที่ว่าการไม่ส่งต่อข้อมูลการรักษาระหว่างแพทย์ในทีมเดียวกัน ไม่สามารถจัดหาเลือดหรือองค์ประกอบของเลือดได้เนื่องจากขาดความตระหนักของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ทั้งนี้ การติดต่อสื่อสารต้องรวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเพื่อบอกเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและแผนการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตด้วย

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานและการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ รวมทั้งระบบไหลเวียนของผู้ป่วย (Investigation and Monitoring)

วัตถุประสงค์ของประเด็นนี้ ได้แก่ การตรวจเลือดเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันประกอบไปด้วย CBC with plateted count, Clotting screen ได้แก่ prothrombin time, thrombin time, partial thromboplastin time และ fibrinogen assay รวมทั้ง fibrin degradation products เป็นต้น การจ้องและเตรียมเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดให้พร้อมใช้ก็เป็นขั้นตอนการเฝ้าระวังที่สำคัญเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ การบันทึกและเฝ้าระวังเกี่ยวกับเลือด, องค์ประกอบของเลือดและสารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วยก็มีความสำคัญต่อการตัดสินใจของทีมแพทย์ผู้ดูแลในการพิจารณาการให้เลือดหรือสารน้ำทดแทนขณะให้การรักษารวมทั้งการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและติดตามระบบการไหลเวียนของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินการดำเนินโรคและการตอบสนองต่อการรักษา สำหรับการทำให้ Central line นั้น จัดว่าเป็น invasive monitoring ที่นอกจากจะสามารถวัด central venous pressure ได้แล้ว ยังสามารถเป็นช่องทางที่จะได้เลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการอีกด้วย อย่างไรก็ตาม แนะนำให้ทำหัตถการนี้เมื่อผู้ป่วยมีระบบไหลเวียนไม่คงที่จากภาวะตกเลือดหลังคลอดและจำเป็นต้องมีแพทย์ที่มีความชำนาญในการทำด้วย

3. การช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อทดแทนเม็ดเลือดแดงและออกซิเจนในกระแสเลือด รวมทั้งองค์ประกอบของเลือดที่สูญเสียไป (Resuscitation) รวมทั้งการรักษาระดับออกซิเจนในกระแสเลือดเป็นหลักที่สำคัญที่สุดในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องคิดไว้ในใจเสมอคือ “ปริมาณเลือดที่ประเมินด้วยตาเปล่ามักจะน้อยกว่าความเป็นจริงเสมอ” ดังนั้นการให้เลือดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เมื่อมีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยไม่จำเป็นต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงเป็นสิ่งทีทีมแพทย์ควรกระทำมากที่สุดเมื่อพบและให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด และชนิดของเลือดที่เหมาะสมที่สุดในภาวะนี้ได้แก่ Packed red cell ขณะที่การทดแทนส่วนประกอบของเลือด

อื่น ๆ หรือยาบางอย่าง ควรปรึกษาอายุรแพทย์โรคเลือดหรือแพทย์เวชศาสตร์ธนาการเลือดร่วมด้วย”

ทั้งนี้ เป้าหมายหลักของการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดคือการรักษาระดับของค่าต่าง ๆ ภายในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

4. การหยุดสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด (Arresting of bleeding causes) ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ภาวะหดตัวของมดลูกไม่ดี ซึ่งมีขั้นตอนที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่

1. Mechanical intervention ประกอบด้วย การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อระบายปัสสาวะทั้งหมดออกไป เนื่องจากภาวะ full bladder สามารถขัดขวางการหดตัวของมดลูกและสาเหตุให้เกิดการหดตัวที่ไม่ดีของมดลูกได้ร่วมกับการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกด้วยการทำ bimanual uterine compression เพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูกให้ดีขึ้น แนะนำให้ทำขั้นตอนนี้เป็นลำดับแรกร่วมกับ Medical intervention หลังเมื่อให้การวินิจฉัย APPH

2. Medical intervention การให้ยาเพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูกเป็นขั้นตอนสำคัญอันดับแรกที่จะแนะนำให้ทำเมื่อเกิด APPH เนื่องจากการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกสามารถลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดที่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. Surgical intervention เมื่อการทำ Mechanical และ Medical intervention ไม่ประสบความสำเร็จ การรักษาด้วยกระบวนการผ่าตัดจะเข้ามามีบทบาทในการรักษา APPH ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าหากบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการผ่าตัดจะสามารถเริ่มดำเนินการได้ภายใน 10-15 นาที ภายหลังการวินิจฉัย APPH โดยมีหลายวิธีการเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ Balloon tamponade, Hemistatic suturing, Ligation of internal iliac artery and its branches และ Uterine artery embolization วิธีการเหล่านี้ล้วนมีประโยชน์ช่วยลดอัตราการตัดมดลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม แนะนำให้ฝึกฝนและใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งให้ชำนาญและหากไม่สามารถแก้ไขภาวะ APPH ได้ให้ทำการตัดมดลูกโดยทันที

กรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง ตั้งครรภ์ที่ 4 (G4P3A0L3) ผ่านการคลอดบุตรปกติ 3 ครั้ง ผ่ากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 12 ครั้ง ครบตามเกณฑ์ ผลเลือดปกติ Hct. ครั้งที่ 1 = 36.2% ครั้งที่ 2 = 33.3% Blood group O เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า หน่วยงานห้องคลอดในวันที่ 19 กรกฎาคม

2560 เวลา 01.47 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์และมีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด คณะอายุรกรรมตาม LMP 17 ตุลาคม 2559 EDC 24 กรกฎาคม 2560 (39+2 wks) ขนาดมดลูก ¾ เหนือระดับสะดือ เสียงหัวใจทารก 140 ครั้ง/นาที เจ็บครรภ์เป็นพัก ๆ Interval 5 นาที Duration 35 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 cms 80% station 0 ยังพบถุงน้ำคร่ำ เนื่องจากผู้คลอดเป็นครรภ์ที่ 4 มีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้ จึง On RLS 1000 mL IV drip ไว้ 80 mL/hr เฝ้าระวังการเจ็บครรภ์และฟังเสียงหัวใจทารกทุก ½-1 ชม. พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์ เวลา 02.30 น. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้น Interval 2-3 นาที Duration 40-50 วินาที เสียงหัวใจทารก 130-140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 cms 100% MI station = 0 ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำได้ลักษณะน้ำคร่ำปกติให้ผู้คลอดนอนพักและสังเกตความก้าวหน้าของการคลอด ทุก 1/2 - 1 ชม. จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดเวลา 04.30 น. เตรียมพร้อมสำหรับการช่วยคลอดปกติ ทารกคลอดเวลา 04.42 น. (19 กรกฎาคม 2560) เพศชาย น้ำหนัก 3,230 กรัม ตรวจร่างกายทารกปกติ Apgar score นาทีที่ 1, 5, 10 ได้ 9, 10, 10 ตามลำดับ หลังจากทารกคลอดแล้ว 8 นาที รกจึงคลอดพร้อมกับมีเลือดออกทางช่องคลอด ประมาณ 500 ซีซี. วัดได้จากการใช้ถุงรองเลือดหลังทารกคลอดให้ Syntocinon 10 ยูนิท IM และเมื่อรกคลอดให้ RLS 1000 mL + Synto 20 ยูนิท IV drip 120 mL/hr เพิ่มอีก พบว่า มดลูกหดรัดตัวไม่ดีรายงานแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้คลอด ให้ Cytotec 3 tabâ stat คลึงมดลูกเพื่อให้มดลูกแข็งตัวพร้อมทั้งสวน Urine เฝ้าระวังอาการผู้คลอดอย่างใกล้ชิด 2 ชั่วโมงหลังคลอด มดลูกหดรัดตัวดี ผู้คลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย Hct. 33.5% ความดันโลหิต 130/70 mmHg ซีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ดูแลทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ สวนปัสสาวะได้ 100 mL สีเหลืองเข้ม ย้ายผู้คลอดไปพักที่แผนกหลังคลอด ให้การพยาบาลและให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้คลอดได้รับการผ่าตัดทำหมันหญิง ในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560 หลังผ่าตัด แผลปกติดี ไม่มีเลือดซึม มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาไหลดี สีแดง ออกน้อยลง ไม่มีกลิ่นเหม็น แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่แยก น้ำนมไหลดี สามารถเลี้ยงดูทารกได้เอง ในระหว่างรับผู้คลอดไว้ในความดูแล พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 13 ปัญหา ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ของการคลอด

1. ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ถี่ เข้าสู่ Active phase ในระยะที่ 1 ของการคลอด

ระยะที่ 2 ของการคลอด

2. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ เข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด

ระยะที่ 3 ของการคลอด

3. ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

4. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด

ระยะหลังคลอด

5. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด

6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและเจ็บแผลฝีเย็บ

7. ผู้คลอดขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทำหมันหญิงและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหมัน

8. เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด

ทารกแรกเกิด

9. ทารกแรกคลอดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากการหายใจยังไม่มีประสิทธิภาพ

10. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypothermia เนื่องจากการสูญเสียความร้อนของร่างกาย

11. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากทารกมีภูมิคุ้มกันต่ำ

12. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกได้ง่าย เนื่องจากมีสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดต่ำ

13. ทารกมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากยังไม่สามารถดูแลตนเองได้

ผู้ศึกษาได้วางแผนการพยาบาลและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้กับมารดาและทารก ซึ่งทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แพทย์ได้อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2560 รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้คลอดและสามีก่อนกลับบ้าน แนะนำให้ไปเปิดแผลทำหมันที่สถานีนานามัยใกล้บ้าน และนัดมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ในวันที่ 29 สิงหาคม 2560 ส่วนทารกนัดตรวจสุขภาพเมื่ออายุ 1 เดือน ในวันที่ 15 สิงหาคม 2560 และส่งต่อให้สถานีนานามัยใกล้บ้านดูแลอย่างต่อเนื่อง

การติดตามผู้คลอดในวันที่แพทย์นัด ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น แผลทำหมันติดดี แผล perineum แห้งดี ไม่มีน้ำคาวปลาออกแล้ว มดลูกหดรัดตัวดี น้ำนมไหลดี สามารถให้บุตรดูดนมได้อย่างเพียงพอ ส่วนทารกแข็งแรงดี น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น คุณนมแม่อย่างเดียว แนะนำมารดาในการสังเกตพัฒนาการทารกตามคู่มือการประเมินพัฒนาการ มารดาเข้าใจดีรับจะนำไปปฏิบัติ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้คลอดรายนี้ พบว่า ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดเนื่องมาจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี และเป็นครรภ์ที่ 4 ซึ่งอาจมีความ

เสี่ยงต่อ PPH จากการประจวบร่วมกับสูติแพทย์ได้มีการปรับการให้ Syntocinon ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดภาวะ PPH ดังนี้ เพิ่มการให้ Syntocinon 20 ยูนิท ใน IV fluid 1,000 mL IV drip 120 mL/hr และประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ถ้ามดลูกยังหดตัวไม่ดีให้เพิ่ม rate IV + Syntocinon เป็น 150 mL/hr (max 250 mL/hr) ยกเว้นมารดาหลังคลอดที่มี underlying เช่น โรคหัวใจ และให้ต่อเนื่องไปจนถึง 6 ชม. หลังคลอด (เริ่มให้ทุกรายที่คลอด NL ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560) และมีการใช้ถุงรองเลือดหลังเด็กคลอด เพื่อช่วยในการประเมินจำนวน blood loss ทางช่องคลอดได้อย่างละเอียดขึ้น ทำให้สามารถยับยั้งไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่มีการสูญเสียเลือด 300 mL ขึ้นไปได้ถึง 82.6% แนวทางในการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัยจากภาวะการตกเลือดหลังคลอดมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การวินิจฉัยภาวะตกเลือดได้อย่างรวดเร็ว และให้การรักษาทันทีตั้งแต่แรกก่อนที่จะเกิดภาวะ PPH เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะสามารถลดความรุนแรงของภาวะ PPH ได้ ต้องรับหาสาเหตุและให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว

2. ความพร้อมของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งในด้านความรู้ ความชำนาญ สามารถประเมินและวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว ให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ควรจัดให้มีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ

3. ความพร้อมของทีมการรักษาพยาบาล การประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด คลังเลือด กุมารเวช เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

4. การให้ความรู้แก่ผู้คลอดทั้งในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด อาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล การดูแลบุตรให้ผู้คลอดเกิดความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเกิดความมั่นใจ

5. มีการพัฒนาการดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง คือ

5.1 จัดทำ Flow Chart เพื่อเฝ้าระวังและลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

5.2 จัดทำถุงตวงเลือดเพื่อใช้ในผู้คลอดทุกราย ช่วยให้การประเมิน Blood loss แม่นยำขึ้น และเผยแพร่วิธีทำถุงตวงเลือดเพื่อใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม

5.3 จัดทำหมอนรองหลังพลังความร้อน เพื่อช่วยลดอาการปวดหลังขณะเจ็บครรภ์คลอด

5.4 สอนผู้คลอดในเรื่องการลูบท้อง ควบคู่กับการฟังดนตรีเพื่อลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์

สรุป

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลต้องสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก รวมทั้งสามารถค้นหาสาเหตุของการตกเลือดที่แท้จริง พยาบาลที่มีประสบการณ์ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอดจะสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้คลอดให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วทั้ง นอกจากนี้ การตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่พยาบาล การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดระบบบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังคลอด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล การดูแลทารกหลังคลอด จะทำให้มารดาสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้มารดามีร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2558). คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ .
- ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ. (2555). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก.
- นันทพร แสงศิริพันธ์. (2558). การพยาบาลในระยะคลอด : แนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประสงค์ ตันมหาสมุทร และคณะ. (2554). สูตินรีเวชทันยุค ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ. ลีฟวิง จำกัด.
- พฐ ตันทไพโรจน์. (2558). OB & GYN update & practical XI. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญกลตา ทองประเสริฐ. (2557). ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่ : พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- มาลี เอื้ออำนวย. (2555). การพยาบาลทารกแรกเกิด. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิทยา ธิฐาพันธ์. (2555). วิกฤตในเวชปฏิบัติปริกำเนิด. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ. ลีฟวิง จำกัด.
- วิทยา ธิฐาพันธ์. (2554). เวชศาสตร์ปริกำเนิด. กรุงเทพฯ : บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด.
- วิโรจน์ ไววนิชกิจ. (2557). หลักการวินิจฉัยและจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์สำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2556). สูติศาสตร์ระยะคลอด. สงขลา : บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). การพยาบาลสูติศาสตร์ ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : วี.พรินท์.
- Keneth J. LEVENO. (2014). Williams OBSTETRICS. New York Chicago. Medical Publishing Division.
- Sir Sabaratram Arulkumaran. (2016). Best Practice in Labour and Delivery st1 Cambridge.