

# การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่มีลักษณะรุนแรง ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

สมพร เสงประเสริฐ\*

## บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ มีความเสี่ยงสูงที่รุนแรง พบได้บ่อย ถ้าไม่ได้รับการรักษา การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก จากการศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง และมีภาวะตกเลือดหลังคลอด มารดาได้รับยาป้องกันการชัก คือแมกนีเซียมซัลเฟต ยาลดความดันโลหิต ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

พยาบาลผู้ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดจะต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะความชำนาญ ด้วยการประเมินที่รวดเร็วนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล และจากการมีการประเมินผลที่ครบถ้วน รวมถึงมีการประเมินซ้ำ จึงทำให้พบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่เกิดภาวะชัก สามารถควบคุมเลือดให้หยุดไหล มดลูกหดตัวดี ไม่มีภาวะซ็อก มารดาหลังคลอดให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดูแลตนเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติมาได้อย่างปลอดภัย สามารถจำหน่ายมารดากลับบ้านได้ใน 4 วันหลังคลอด ซึ่งหากพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอดขาดความรู้ความสามารถ ขาดทักษะความชำนาญ ขาดการประเมินที่รวดเร็วก็อาจนำไปสู่การเกิดการตัดมดลูกหลังคลอดได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

Email: spbbb@hotmail.co.th

# Nursing care for mothers after caesarean section due to preeclampsia with severe features with postpartum hemorrhage

Somporn Hengprasert\*

## Abstract

This article aims to present case study of nursing care for mothers after caesarean section due to preeclampsia with severe features with postpartum hemorrhage, preeclampsia is a significantly pregnancy complication that is usually found. There was a high risk of seizures. If not treated The progression of the disease will be more severe. And was a major cause that results in increased morbidity rates. and deaths for both mother and infants. The study of this postpartum mothers found that the complication during the second pregnancy at 33 weeks is preeclampsia with severe features and postpartum hemorrhage. The postpartum mothers received an anti-seizure medication which is the magnesium sulfate, antihypertensive, uterotonic agents, and blood components.

The nurses who care for the mothers during the postpartum period must use knowledge and competence, skill with rapid assessment leads to a nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation. From having a comprehensive evaluation Including reassessments Therefore, it was found that blood pressure can be controlled. The uterine contraction was normal, there was no seizures, and also postpartum hemorrhage with shock. Due to the operation of the postpartum mothers and self-care which helped the postpartum mothers to pass the crisis safely, the patient came back home in four days postpartum, which if the nurses who take care of postpartum mothers lack of knowledge and competence lack of skill and lack of rapid assessment can lead to postpartum hysterectomy.

**Keywords:** Nursing, Preeclampsia with severe features, Postpartum hemorrhage

\*Professional Nurse, Sakaeo crown prince hospital

E-mail: spbbb@hotmail.co.th

## บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (hypertensive disorder of pregnancy) โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง โดยทั่วโลกมีอุบัติการณ์ร้อยละ 5–10 ของการตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก (Wang et al., 2021) ในประเทศพัฒนาแล้วพบสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตจากภาวะที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงร้อยละ 16 นอกจากการเสียชีวิตยังพบสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย เป็นต้น รายงานขององค์การอนามัยโลกใน 29 ประเทศในแถบเอเชีย พบอุบัติการณ์โดยรวมร้อยละ 2.73 โดยมีอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) และภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) ร้อยละ 2.16, 0.28 และ 0.29 ตามลำดับ และประเทศไทยพบร้อยละ 2.22, 0.13 และ 0.36 ตามลำดับ (นงลักษณ์ เฉลิมสุข และฉวี เบาทรวง, 2562, น. 73)

ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) หมายถึง กลุ่มอาการ (syndrome) ของความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรก ในขณะที่ตั้งครรภ์หลังอายุ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และภาวะความดันโลหิตสูงคงอยู่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด ปัจจุบัน กรณีตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้วินิจฉัยใช้เกณฑ์การตรวจพบความดันโลหิตสูงร่วมกับเกณฑ์การทำงานผิดปกติของอวัยวะสำคัญ (end-organ dysfunction) อย่างน้อย 1 อย่าง (นงลักษณ์ เฉลิมสุข และฉวี เบาทรวง, 2562, น. 74) ครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) หมายถึง ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีภาวะชักร่วมด้วย โดยหาสาเหตุของการชักไม่ได้ ทั้งนี้การชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ลมบ้าหมู (นงลักษณ์ เฉลิมสุข และฉวี เบาทรวง, 2562, น. 75) ในอดีตแบ่งความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการน้อยเป็น mild preeclampsia และที่มีอาการรุนแรงเป็น severe preeclampsia ซึ่ง preeclampsia เป็น dynamic process ที่มีแนวโน้มมีอาการรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันได้มีการปรับการใช้คำศัพท์ใหม่เป็นครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) และ ครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) (นงลักษณ์ เฉลิมสุข และฉวี เบาทรวง, 2562, น. 77) สาเหตุการเกิดยังไม่แน่ชัด แต่เป็นที่ยอมรับว่าพยาธิกำเนิดอยู่ที่รก แบ่งการดำเนินของโรคออกเป็น 2 ระยะ (two-stage disorders) ระยะแรก คือมีความผิดปกติของการฝังตัวของรก (abnormal placentation) ไม่แสดงอาการทางคลินิก เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ ระยะที่สอง เกิดครั้งหลังของการตั้งครรภ์ คือมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อบุโพรงหลอดเลือด (endothelial dysfunction) อาการทางคลินิกที่แสดงให้เห็น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ และอาการตามระบบต่างๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทั้งสองระยะเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน ไม่สามารถแยกส่วนออกจากกันได้อย่างชัดเจน (ปัญญา สนั่นพานิชกุล, 2558, น. 365)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage : PPH) เป็นหนึ่งสาเหตุการตายของหญิงตั้งครรภ์สูงสุดสามอันดับแรกทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและยังไม่พัฒนา มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1 ถึง 5 ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย ภาวะขาดแคลนบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำคลอด เลือด ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างพอเพียง หรือขั้นตอนการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่ป้องกันได้ (เพิ่มศักดิ์ สุขเมษศรี, 2565, น. 21)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง ภาวะซึ่งมีการเสียเลือดหลังการคลอด ตั้งแต่ 1,000 ซีซี ขึ้นไป รวมการเสียเลือดช่วงที่เจ็บครรภ์คลอดด้วย หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการ หรืออาการแสดงของภาวะเสียเลือดมาก (hypovolemia) เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่คำนึงถึงวิธีการคลอดทางใด (เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, 2565, น. 21) อย่างไรก็ตามการคลอดทางช่องคลอดเมื่อประเมนมีการประเมนแล้วว่าเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซี ให้ถือว่าผิดปกติ ปัญหาของการประเมนปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดอย่างถูกต้อง เป็นสิ่งที่ทำได้ยากและส่วนใหญ่มักประเมนต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดภายหลังคลอดล่าช้าและไม่ทันท่วงที บุคลากรทางการแพทย์ควรจะวินิจฉัยว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่แรกโดยเร็ว เพราะถ้ารอให้เกิดอาการหรืออาการแสดงของภาวะการเสียเลือดมาก (hypovolemia) เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อาจเสียเลือดไปมากกว่า 1,500 ซีซี (25% ของเลือดทั้งหมดของร่างกาย) ภาวะตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 1) Early/primary PPH : การตกเลือดหลังการคลอดภายในเวลา 24 ชั่วโมง หลังการคลอดระยะที่ 3 2) Last/secondary PPH : การตกเลือดหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์ไม่นับ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดระยะที่ 3 (เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, 2565, น. 21) สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) Tone คือ การหดตัวของมดลูก 2) Tissue คือ การเหลือของส่วนการตั้งครรภ์ 3) Trauma คือ การบาดเจ็บของช่องคลอด และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2562, น. 23) หรือบางคนแยก 4T+1 โดย 1 สุดท้ายคือ Traction จนเกิดมดลูกปลิ้น (uterine inversion) (เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, 2565, น. 22)

จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2563-2565 มีผู้คลอดจำนวน 2,543 ราย, 2,281 ราย และ 2,285 รายตามลำดับ โดยมีผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (ภาวะครรภ์เป็นพิษ) จำนวน 104 ราย, 118 ราย, และ 98 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.09, 5.17 และ 4.29 ตามลำดับ และ ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 46 ราย, 37 ราย และ 41 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.81, 1.62 และ 1.79 ตามลำดับ (สถิติข้อมูลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด, 2565) ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง และภาวะตกเลือดหลังคลอดนับเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอด ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญ ในการประเมนปัจจัยเสี่ยง มีการประเมน และประเมนซ้ำได้รวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล

## ผลการศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** หญิงไทย อายุ 31 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ รับจ้าง จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภูมิลำเนา จังหวัด สระแก้ว

**แหล่งที่มาของข้อมูล** มารดาหลังคลอด สามี และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 22 มีนาคม 2565 เวลา 20.30 น. วันที่รับไว้ดูแล 24 มีนาคม 2565 เวลา 08.10 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 27 มีนาคม 2565 เวลา 13.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 5 วัน รวมวันที่รับไว้ดูแล 4 วัน

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บครรภ์ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว 2 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มารดามีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว จึงมาพบแพทย์ และให้นอนโรงพยาบาล ด้วยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Preterm with severe preeclampsia) มารดาตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว แรกรับที่ห้องคลอด วันที่ 22 มีนาคม 2565 เวลา 20.30 น. มาด้วยเจ็บครรภ์ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว สัญญาณชีพแรกรับ ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 192/127 มิลลิเมตรปรอท Urine Albumin 3+ แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา 50% MgSO<sub>4</sub> 4 กรัม ผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ให้หมดภายใน 30 นาทีและต่อยด้วย 50% MgSO<sub>4</sub> 20 กรัม ผสมใน NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1gm/hr.) โดยควบคุมการไหลด้วย infusion pump ให้ยา Dexamethasone 6 มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง ทั้งหมด 4 ครั้ง หลังได้รับยาตามแผนการรักษาความดันโลหิตยังสูงอยู่อีก 30 นาที ต่อมาได้ยาลดความดันโลหิตเป็น labetalol 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังได้ยา 1 ชั่วโมงความดันโลหิตลดลง ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ส่งตรวจระดับแมกนีเซียมในกระแสเลือดอยู่ที่ 4.11 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์รับทราบและให้นอนสังเกตอาการ หลังนอนรักษาตัวในห้องคลอดได้ 1 วัน มารดายังคงมีความดันโลหิตสูงอยู่แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เตรียมผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดโดยให้ 0.9 %NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะ (ไปห้องผ่าตัด) พร้อมกับมารดาเป็น cefazolin 2 กรัม ก่อนไปห้องผ่าตัด มารดารู้สึกตัวดี ทารกตื่นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก 132-142 ครั้งต่อนาที วันที่ 23 มีนาคม 2565 ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 15.00 น. ที่ห้องผ่าตัดเวลา 15.27 น. แพทย์ระงับความรู้สึกโดยทำ Spinal block มารดาผ่าตัดคลอดเวลา 15.31 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,750 กรัม คะแนนแอสการ์ (APGAR Score) ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8, ที่ 5 นาทีเท่ากับ 9 และที่ 10 นาทีเท่ากับ 9 มารดามีสัญญาณชีพปกติระหว่างการผ่าตัด ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 - 180/110 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 300 มิลลิลิตร ระยะเวลาผ่าตัดนาน 40 นาที ย้ายมารดาไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น เมื่อครบ 1 ชั่วโมง มารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายมารดาไปหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม และทารกย้ายไปห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตจากคลอดก่อนกำหนด และหายใจมี Retraction

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติโรคติดต่อร้ายแรงใดๆ ไม่เคยแพ้ยา

### ประวัติการมีประจำเดือน

เริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 13 ปี มาสม่ำเสมอทุกเดือน นานครั้งละ 5 วัน ขณะมีประจำเดือนจะปวดท้องน้อยและรับประทานยาแก้ปวดท้องในวันแรกที่มีประจำเดือนทุกครั้ง

### ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

ครรภ์แรก คลอดก่อนกำหนดโดยคลอดปกติทางช่องคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,130 กรัม ปัจจุบันบุตรอายุ 14 ปี สุขภาพแข็งแรงดี

## ประวัติการฝากครรภ์

วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 มีประจำเดือนทั้งหมด 4 วัน คาดคะเนกำหนดคลอดวันที่ 7 พฤษภาคม 2565 การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 15 สัปดาห์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 5 ครั้ง น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-150/100 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรกผลเลือด VDRL, HIV, HbsAg ปกติ ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 37 เปอร์เซ็นต์ หมู่เลือดกรุ๊ป Rh+

## สรุปอาการและอาการแสดงร่วมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 23 มีนาคม 2565 เวลา 17.00 น. แรกครรภ์ที่ห่อผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม รับย้ายมารดาหลังผ่าตัดจากห้องผ่าตัด สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 3 คะแนน ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ขาบวมกดบวมทั้ง 2 ข้าง DTR 2+ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเปื้อนผ้าก๊อซ ปัสสาวะคาสายไหลสะดวกดี เป็นสีเหลือง ออก 300 มิลลิลิตร ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 146/82-150/90 มิลลิเมตรปรอท วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอด ดูแลตวงปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าออกปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ ประเมินอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่และอาการชักอย่างต่อเนื่อง ถ้าพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที ดูแลให้นอนราบต่อจนครบ 6 ชั่วโมง ครบนอนราบเวลา 21.31 น. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ยา oxytocin 30 ยูนิต ผสมใน LRS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อเส้นคู่ drip 50% MgSO<sub>4</sub> 20 กรัม ผสมใน 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมการหยุดโดยใช้ infusion pump ให้ครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ Cefazolin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และดูแลให้ยาบรรเทาปวด Tramal 30 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งติดตามอาการข้างเคียงของยา มารดาไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือคันตามร่างกาย

วันที่ 23 มีนาคม 2565 เวลา 18.45 น. หลังรับย้าย 1 ชั่วโมง 45 นาที มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวน 950 มิลลิลิตร สีแดง ชุ่มเต็มผ้าอนามัย และเป็นก้อนเลือด รวมจำนวนเลือดออกทั้งหมด 1,250 มิลลิลิตร ระดับความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 34% ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์รับทราบ และมาตรวจเยี่ยมอาการมารดาที่ห่อผู้ป่วยเวลา 19.00 น. ให้ปรับเพิ่มอัตราการไหล LRS 1,000 มิลลิลิตร ผสมยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก oxytocin 30 ยูนิต เป็น 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ load 0.9%NSS 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ให้ยาหยุดการไหลของเลือด Transamin 1,000 มิลลิกรัมจำนวน 1 โดสทันที ทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนักทันที ให้เลือด (PRC) กรุ๊ปบี อาร์เอชบวกจำนวน 1 ยูนิต ใน 4 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนทางจมูก (nasal cannular) ในอัตรา 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (O<sub>2</sub> Saturation) 99-100 % ให้ส่งตรวจภาวะการแข็งตัวของเลือด

(lab coagulation) LFT Mg level และ CBC แพทย์ทำอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องพบมีก้อนเลือดภายในมดลูก และมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มอีก 50 มิลลิลิตร รวมจำนวนเสียเลือดทั้งหมด 1,300 มิลลิลิตร แพทย์ให้รับสารน้ำใหม่เป็น LRS 1,000 มิลลิลิตร ผสม oxytocin 60 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Transamin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง หลังได้รับสารน้ำยา และส่วนประกอบของเลือด มดลูกหดตัวดีกลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม เลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัย ¼ ผืน ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ( $O_2$  Saturation) ได้ 99-100 %

**วันที่ 24 มีนาคม 2565 หลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก** เวลา 02.00 น. รายงานผลตรวจหาระดับแมกนีเซียม (Mg level) = 4.69 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 33 เปอร์เซ็นต์ แพทย์รับทราบให้สังเกตอาการต่อ เวลา 02.15 น. ปวดแผลผ่าตัด คะแนนระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 7 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด Tramal 30 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้น 30 นาทีหลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลง ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 4 คะแนน และเวลา 06.30 น. ปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 7 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด Tramal 30 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้น 30 นาทีหลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลง ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 4 คะแนน มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ชีพจรอยู่ระหว่าง 82-94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตสูงเท่ากับ 166/106 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้รับประทานยาลดความดันโลหิต Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดทันที หลังรับประทานยา 30 นาที ความดันโลหิตลดลงเหลือ 150/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ( $O_2$  saturation) อยู่ระหว่าง 99-100 % ตรวจหาระดับแมกนีเซียม (Mg level) = 4.69 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร DTR ที่ข้าง 2 ข้าง 2+ ปัสสาวะคาสายเป็นสีเหลือง ออก 1,000 มิลลิลิตร มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัยครึ่งผืน ดูแลให้ 50%  $MgSO_4$  20 กรัม ผสมใน 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และ LRS 1,000 มิลลิลิตร ผสม oxytocin 60 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ครบเวลา 15.31 น. จากนั้นได้หยุดยา  $MgSO_4$  หลังหยุดยา ยังคงเฝ้าระวังอาการนำชักอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่พบอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว และไม่มี จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเองได้ไม่มีแสบขัด

**วันที่ 25 มีนาคม 2565 มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2** รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ลูกนั่งได้ ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว เริ่มจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลว และข้าวต้มได้ ไม่มีอาการท้องอืด ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 3 คะแนน แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดงไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน ชีพจร 88-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตยังสูงอยู่ระหว่าง 150/100-160/100 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้รับประทานยาลดความดันโลหิต Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร ให้ยาบำรุงเลือด FBC 1 tab 2 เวลาหลังอาหาร, Triferdine 1 tab 1 เวลาหลังอาหาร, ให้ยาบรรเทาอาการปวด Paracetamol 1 tab เวลามีอาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง, Tramal 1 tab 2 เวลาหลังอาหาร มารดาหลังผ่าตัดคลอด มีน้ำนมเหลือง (colostrum) ไหลซึม เต้านมไม่คัดตึง หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเองได้ไม่มีแสบขัด มารดามีความวิตกกังวลเรื่องลูกเพราะลูกคลอดก่อนกำหนดและ ตัวเล็ก กลัวไม่มีน้ำนมดื่ม

**วันที่ 26 มีนาคม 2565 มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3** รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ลูกนั่งได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีอาการนำซึก ไม่มีปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ได้รับประทานข้าวต้ม และรับประทานยาหลังอาหาร ท้องไม่อืด ความดันโลหิตยังสูงอยู่ระหว่าง 160/100-170/130 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์รับทราบให้รับประทานยาลดความดันโลหิต Amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานทันที หลังได้ยา 30 นาที ความดันโลหิตลดลงเหลือ 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็งอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือ 1 FB แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 3 คะแนน น้ำคาวปลาสีแดงไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัย ครั้งฝืน มารดามีน้ำนมไหลซึม ลงไปคู่อารการทารกที่ห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติและปั๊มน้ำนมให้ลูก แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ พยาบาลวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดโดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอาบน้ำทารก อาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัดของมารดาและทารก และ แนะนำมารดาหลังคลอดหากต้องการติดต่อขอความช่วยเหลือให้ติดต่อที่เบอร์โทร 094-8086619 ตึกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว หรือเมื่อฉุกเฉินให้โทร 1669 หรือ ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมหาเจริญ ที่อยู่ใกล้บ้าน และส่งเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai COC เพื่อให้ชุมชนได้ดูแลต่อเนื่อง หลังการให้ความรู้มารดาหลังคลอดรับทราบและเข้าใจดี หลังการให้ความรู้มารดาหลังผ่าตัดคลอดรับทราบและเข้าใจดี

**วันที่ 27 มีนาคม 2565 มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 4** รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ช่วยเหลือตัวได้ดี ไม่มีอาการนำซึก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 140/80-150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย pain score 3 แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ทำความสะอาดแผล แผลไม่มีบวมแดง ลักษณะแผลดีดี ปิดพลาสติกกันน้ำไว้ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครั้งฝืน เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมไหล 1 ดาว ปั๊มน้ำนมไปให้ทารกที่ห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ มารดาหลังคลอดอาการทั่วไปปกติแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ และมีนัดตรวจติดตามอาการเน้นย้ำกับมารดาและญาติเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด ประสานงานกับห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ เพื่อนัดหมายการเยี่ยมบุตรอย่างต่อเนื่อง

#### **สภาพมารดาก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (12.00 น.)**

รู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ท้องไม่อืด ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2 มีนัดมารดาหลังคลอดตรวจติดตามอาการทั้งหมด 3 ครั้ง คือการเปิดแผลผ่าตัดเมื่อครบ 7 วัน การนัดวัดความดันโลหิตซ้ำเมื่อครบ 2 สัปดาห์ หลังคลอด และการมาตรวจหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด **พร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน** เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ การดูแลแผลผ่าตัด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว การตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวหลังคลอด

#### **สรุปรายงานอาการทารกแรกเกิด**

ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,750 กรัม แรกเกิดร้องและหายใจทันที อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที คะแนนแอสการ์ (APGAR Score) ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8, ที่ 5 นาทีเท่ากับ 9 และที่ 10 นาทีเท่ากับ 9 จากนั้น ย้ายทารกไปนอนรักษาที่ห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โดยมารดาไปเยี่ยมอาการของทารกเป็นระยะๆ



## กระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะชัก เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดามีความดันโลหิตสูง 150/100-192/127 มิลลิเมตรปรอท
2. ผลการตรวจปัสสาวะพบ Albumin 3+
3. Deep tendon reflex 2+ บริเวณหัวเข่า

### วัตถุประสงค์

เพื่อไม่ให้เกิดภาวะชัก

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อเข้ากระดูก
2. ความดันโลหิต น้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท
3. Deep tendon reflex 2+บริเวณหัวเข่า

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่นำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา มี Deep tendon reflex บริเวณหัวเข่า เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป
3. ดูแลให้ยาป้องกันการชักตามแผนการรักษา คือให้สารน้ำชนิด 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสมยา 50% MgSO<sub>4</sub> 20 กรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หยดผ่านเข้าเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (infusion pump) และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยาป้องกันการชักเช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง Deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ติดตามระดับความเข้มข้นของ MgSO<sub>4</sub> ในเลือดโดยต้องอยู่ในระดับ 4.8-8.4 mEq/L
4. ดูแลให้รับประทานยาลดความดัน hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด เวลา 10.30 น. (วันที่ 24 มีนาคม 2565) และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตหลังให้ยา 30 นาที และให้ยา amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด เวลา 07.00 น. (วันที่ 26 มีนาคม 2565)
5. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณ น้ำปัสสาวะทุก ชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย
6. เตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 กรัม ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ประมาณ 3-5 นาที ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดจากยา MgSO<sub>4</sub> ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อลาย
7. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง ไม่ปล่อยให้ย้อยตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียงต้องยกไม้กั้นเตียง ทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง
8. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่ เม็ดเลือดแดงแตกง่ายทำให้เกิดภาวะซีด ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ตัวเหลือง และเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

#### การประเมินผล

หลังจากได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO<sub>4</sub>) ยาลดความดันโลหิต hydralazine และ amlodipine ตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 140/90-160/100 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการนำก่อนชักได้แก่ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ Deep tendon reflex 2+ บริเวณหัวเข่า และจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มารดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

#### ข้อมูลสนับสนุน:

1. มารดาหลังคลอดได้รับยา MgSO<sub>4</sub>
2. ชีพจร 104 ครั้ง/นาที
3. Total blood loss หลังคลอด 1,300 มิลลิลิตร
4. มดลูกไม่ค่อยกกลมแข็ง อยู่เหนือระดับสะดือ
5. ได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin ทางหลอดเลือดดำ และ Cytotec 4 เม็ด หนีบทางทวารหนัก

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะช็อก

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
2. เยื่อบุตาไม่ซีด ผิวหนังไม่เย็นซีด
3. มดลูกหดตัวกลมแข็ง อยู่ระดับสะดือ
4. ความเข้มข้นเลือด  $\geq 30\%$

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้มารดาหลังคลอดนอนพัก ลดการใช้พลังงาน และแนะนำให้งดอาหาร และงดน้ำทางปาก
2. สังเกตระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด
3. ตรวจนับชีพจร และวัดความดันโลหิตทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อก
4. ให้ออกซิเจนทางจมูก Nasal cannula 3-5 ลิตรต่อนาที
5. ประเมินดูสาเหตุของการตกเลือด ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และระดับยอ دمมดลูก
6. ให้อาหารเพิ่มการหดตัวของมดลูก คือ Oxytocin 60 ยูนิท ผสมใน LRS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และยา Cytotec 4 เม็ด หนีบทางทวารหนัก ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Prostaglandins รักษาภาวะมดลูกไม่หดตัว ผลข้างเคียงทำให้มีไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียนและถ่ายเหลวได้
7. ดูแลให้ยา transamin 1,000 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำทันที เวลา 19.00 น. (วันที่ 23 มีนาคม 2565) และให้ต่อด้วย transamin 500 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
8. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่

9. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา (PRC) กรุ๊ปบี อาร์เอชบวก 1 ยูนิตในเวลา 4 ชั่วโมงให้เวลา 20.00 น. (วันที่ 23 มีนาคม 2565) และเฝ้าระวังสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด

10. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ดูการทำงานของไตถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออก น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

11. ดูแลความสุขสบายทั่วๆ ไป ให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย

#### การประเมินผล

หลังได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin, Cytotec 4 เม็ด เห็นบททวารหนัก และได้ PRC 1 ยูนิต จากนั้น มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ความเข้มข้นของเลือด 33 % ซีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 140/90-160/100 มิลลิเมตร

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อมีภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (magnesium toxicity)

#### ข้อมูลสนับสนุน

มารดาหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO<sub>4</sub>) เพื่อป้องกันการชัก

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ จากการได้รับยาแมกนีเซียม

#### เกณฑ์การประเมิน:

1. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. Deep tendon reflex หายไป
4. ระดับ MgSO<sub>4</sub> ในเลือดอยู่ระหว่าง 4.8 ถึง 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้ยาและอาการข้างเคียงขณะให้ยา ได้แก่ ร้อนตามตัว มีเหงื่อออกมาก อาการร้อนตามปลายมือปลายเท้า และหน้าแดง เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด รวมทั้งอาจมีคลื่นไส้อาเจียน

2. ควบคุมให้ได้ปริมาณยา 50% MgSO<sub>4</sub> 20 กรัม ผสมใน 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ควบคุมการหยุดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษา

3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือภาวะ Magnesium toxicity ดังนี้

- นับอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ต้องไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที

- ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์

- ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ รายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และทำให้เสียชีวิตได้ และเนื่องจากยาแมกนีเซียมซัลเฟต เกือบทั้งหมดขับออกทางไตถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือดโอกาสเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษมีมากขึ้น

4. สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ในเลือดสูงมากเกินไป ได้แก่ อาการอ่อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก Deep tendon reflex ลดลง

5. เตรียมออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อม หากมารดาหยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น

#### การประเมินผล

หลังได้รับยาMgSO<sub>4</sub> นาน 30 นาที ตรวจ Deep tendon reflex 3+ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา Deep tendon reflex 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก 180 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามระดับ MgSO<sub>4</sub> ในเลือดได้ 3.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

#### ข้อมูลสนับสนุน

มารดาผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ
3. ผิวนุ่มชื้น เล็บมือเล็บเท้าไม่เขียว

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยเรียกชื่อ นามสกุล เพื่อดูระดับความรู้สึกตัวของมารดา
2. จัดทำให้อนราบหนุนหมอน ตะแคงตัวได้ 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการปวดศีรษะและเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดจะบรรเทาเมื่อนอนราบ และรุนแรงขึ้นเมื่อนั่งหรือยืน ถ้ามีภาวะขาดน้ำในระดับรุนแรงหลังผ่าตัดคลอด จะทำให้มีการปวดศีรษะมากขึ้น ดูแลให้มารดาได้รับจำนวนสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิต ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ติดต่อกัน 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก
4. สังเกตและบันทึกอาการของการขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เล็บมือและเล็บเท้าเขียว

#### การประเมินผล:

ไม่มีความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ รู้สึกตัวดี ผิวนุ่มชื้น เล็บมือเล็บเท้าไม่เขียว

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. บ่นปวดแผลผ่าตัด ไม่กล้าขยับร่างกาย
2. สีหน้าไม่สุขสบาย ระดับคะแนนความปวด (Pain score) 7 คะแนน

#### วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง

## เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาปวดแผลลดลง หรือคะแนนความปวด (Pain score)  $\leq 3$  คะแนน
2. มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทางการหายใจสามารถใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว
2. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจ เข้า ออก
4. ให้การพยาบาลแก่มารดา ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลง
5. ดูแลให้ยาแก้ปวด tramal 30 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 02.15 น. และเวลา 06.30 น.

## การประเมินผล

มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับคะแนนความปวดลดลง (Pain score) 3 คะแนน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** มารดาหลังคลอดมีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

## ข้อมูลสนับสนุน:

1. มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูก จากการลอกตัวของรก
2. มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 1,300 มิลลิลิตร ความเข้มข้นเลือด 33%

## วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในโพรงมดลูก

## เกณฑ์การประเมิน:

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส และอัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที
2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัด
3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด

## การประเมินผล:

มารดาหลังคลอด อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/80-150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86-90 ครั้งต่อ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวล เนื่องจากบุตรมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย

## ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาหลังคลอดมีสีหน้าวิตกกังวล เรื่องทารกมีน้ำหนักตัวน้อย
2. ทารกน้ำหนักตัวน้อย 1,750 กรัม และแยกนอนที่ห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาหลังคลอดคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักของบุตร

## เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาหลังคลอดมีน้ำหนักคลายความวิตกกังวล

2. มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตร ตอบคำถามย้อนกลับได้เกี่ยวกับอาการของบุตร สาเหตุที่ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย และการดูแลทารก ที่มีน้ำหนักตัวน้อย

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอด มีท่าทางเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถาม

2. อธิบายมารดาหลังคลอดและญาติให้รับทราบอาการของบุตร และการดูแลทารก ที่มีน้ำหนักตัวน้อย

## การประเมินผล

มารดาหลังคลอดมีน้ำหนักคลายความวิตกกังวลลง มีความรู้ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้

## สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 22-27 มีนาคม 2565 ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ไม่จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 192/127 มิลลิเมตรปรอท Urine Albumin 3+ แรกเริ่มแพทย์วินิจฉัยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จากการรวบรวมข้อมูลพบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ 1) มีโอกาสเกิดภาวะช็อกในระยะก่อนคลอด เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง 2) มีโอกาสช็อกในระยะหลังคลอด มีโอกาสเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด 3) มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก 4) มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5) มีความวิตกกังวล เนื่องจากบุตรมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย รวมวันที่อยู่ในความดูแล 4 วัน รวมวันที่นอนโรงพยาบาล 5 วัน

จากการศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดรายนี้พบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ ได้รับยาป้องกันการชักคือ แมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งถ้าปล่อยให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป อาการของโรค จะรุนแรงขึ้น แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงทำให้มารดาผ่าตัดคลอดและทารกผ่านระยะคลอดไปได้อย่างปลอดภัย และภาวะตกเลือดหลังคลอดก็เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลหลังคลอด ซึ่งหากพยาบาลผู้ดูแลหลังคลอดไม่มีทักษะ ความชำนาญในการดูแลมารดาหลังคลอดก็อาจทำให้ประเมินอาการไม่ได้ หากอาการรุนแรงขึ้นมารดาหลังคลอดอาจเกิดภาวะช็อกและอาจทำให้ต้องตัดมดลูกได้ ซึ่งการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลด้านสุขภาพซึ่งหมายถึง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ให้การดูแลรักษามารดาผ่าตัดคลอดอย่างรวดเร็วใกล้ชิด และมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงตัวมารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติ ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤตมาได้อย่างปลอดภัย

**การเยี่ยมบ้าน :** เยี่ยมครั้งที่ 1 (30 มีนาคม 2565) เยี่ยมครั้งที่ 2 (6 เมษายน 2565) เป็นการเยี่ยมที่โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพราะมารดาผ่าตัดคลอดยังนอนเฝ้าลูกอยู่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

## ข้อเสนอแนะ

1. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) อาจเกิดภาวะชักหลังคลอดจะทำให้มารดาเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอด จำเป็นต้องมีความรู้ โดยเฉพาะในเรื่องการประเมิน เช่น อาการนำของภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากยาป้องกัน ชัก และยาลดความดันโลหิต และทักษะในการชักประวัติ ค้นหาปัญหา ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยในการวางแผนและให้การพยาบาล ประเมินซ้ำ เพื่อป้องกันและการรักษาโรค ได้อย่างทันท่วงที

2. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด อาจทำให้มารดามีอันตรายแก่ชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาล ผู้ดูแลมารดาหลังคลอดควรมีความรู้ ทักษะ ประสพการณ์ในการประเมิน และมีการตัดสินใจที่รวดเร็ว ถูกต้อง ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดได้อย่างรวดเร็ว จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ป้องกันการเกิดภาวะช็อกได้

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงานอยู่เสมอ พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หรือนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้เพื่อพัฒนาการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถจะช่วยเหลือมารดาหลังคลอดได้ทันท่วงที

4. พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งประเด็นรายการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่ในการเฝ้าระวังที่จะช่วย Alert หรือ Warning ให้ตระหนักและเร่งรีบรายงานแพทย์

## เอกสารอ้างอิง

ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2562). ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน. ในวิทยา ธิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, และกนกวรรณ วัฒนนิรันตร์ (บรรณาธิการ), ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 3 แก้ไขปรับปรุง). (น. 19-39). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

นงลักษณ์ เฉลิมสุข, และฉวี เบาทรวง. (2562). การพยาบาลสูงขณะตั้งครรภ์. ใน บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บรรณาธิการ), การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน (น. 73-99). โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้งแอนเซอร์วิส.

ปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2558). ความเข้าใจและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน.วารสาร การศึกษาการแพทย์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32(4), 364-376. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/download>

เพิ่มศักดิ์ สุขเมขศรี. (2565). ความคลาดเคลื่อนในการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน เพิ่มศักดิ์ สุขเมขศรี, โสภภาพรณ เงินฉ่ำ, และอรพินธ์ เจริญผล (บรรณาธิการ), วิธีปฏิบัติรูปแบบ ปัจจุบันในการดูแลปริกำเนิด พิมพ์ครั้งที่ 1. (น. 21-29). กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.

สถิติข้อมูลผู้คลอด. (2565) กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

Wang, W.; Xie, X.; Yuan, T.; Wang, Y.; Zhao, F.; Zhou, Z.; Zhang, H. (2021). Epidemiological trends of maternal hypertensive disorders of pregnancy at the global, regional, and national levels: a population-based study. BMC Pregnancy Childbirth, 21, 364.