



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการดูแล ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage)	ทบทวนโดย : (นางสาวณัฐพัชร วิเศษสิงห์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
จัดทำโดย : หอผู้ป่วยการพยาบาลผู้คลอด	อนุมัติโดย : (นางสาวสุวดี พลเทพ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ที่มาของเอกสาร ☐ ความเสี่ยงสูง (High Risk) ☐ ค่าใช้จ่ายสูง (High Cost) ☐ ปริมาณสูง (High Volume) ☐ กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้มีแนวทางในการค้นหาทารกที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และมีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2. เพื่อให้มีแนวทางในการรักษาผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3. เพื่อให้มีแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การวินิจฉัยหาสาเหตุ และการรักษาผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว 4. ลดอัตราการตายและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชม. แรกหลังคลอด	
นโยบาย เพื่อความปลอดภัยและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน	
ขอบเขต เพื่อใช้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในห้องคลอดและหลังคลอดที่โรงพยาบาลบ่อพลอย	
คำจำกัดความ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage : PPH) หมายถึงการเสียเลือดทันทีมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดธรรมชาติผ่านทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด (cesarean section) หรือระดับ hematocrit ลดลงมากกว่า 10% ของระดับ hematocrit ก่อนคลอด	
แบ่งออกเป็น 1. Early PPH : การตกเลือดหลังการคลอดภายในเวลา 24 ชั่วโมง หลังการคลอดระยะที่3. 2. Late PPH : การตกเลือดหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์ ไม่นับ 24 ชั่วโมงแรกหลังการคลอดระยะที่3	
สภาพปัญหา ค้นหาทารกที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพื่อวางแผนการดูแลรักษา ป้องกัน หรือการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดให้ได้การวินิจฉัยโดยรวดเร็ว ตลอดจนเป็นแนวทางให้แพทย์สามารถหาสาเหตุและให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที สิ่งที่เราคาดว่าจะได้รับคือ จะช่วยลดการตกเลือดหลังคลอด ลดการให้เลือด และลดการตายของมารดาจากการตกเลือด	



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

วิธีปฏิบัติ

1. การประเมินเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (PPH)

(Initial) แผนกฝากครรภ์

Assessment	Intervention	Evaluation
การประเมินเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง -ซักประวัติเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อ PPH เช่น: • โรคอ้วน (BMI > 30) • คลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง • ประวัติตกเลือด/รกค้าง/ผ่าตัด มดลูก • ทารกตัวโต ตั้งครรภ์แฝด น้ำคร่ำมาก เป็นต้น - ตรวจ Hct., Platelet, Coagulopathy - การซักประวัติการคลอดในอดีตและพฤติกรรมระหว่างการคลอด • มีประวัติการคลอดยาวนาน • มีประวัติการคลอดเฉียบพลัน • เคยทำหัตถการทางสูติศาสตร์ เช่น • Manual removal of placenta • การใช้เครื่องมือช่วยคลอด (V/E: F/E) การประเมินภาวะโลหิตจางและการแข็งตัวของเลือด • ค่า Hematocrit (Hct.) ต่ำกว่า 30% • เกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/mm³ • ประวัติหรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Coagulopathy) เช่น DIC	ดำเนินการซักประวัติเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดPPHอย่างเป็นระบบ -ซักประวัติทางสูติกรรม เช่น • โรคอ้วน (BMI > 30) • เคยคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง (Grand multiparity) • ประวัติตกเลือดหลังคลอด หรือรกค้าง หรือการผ่าตัดมดลูก • ทารกตัวโต (Macrosomia), การตั้งครรภ์แฝด, น้ำคร่ำมาก (Polyhydramnios) -ซักประวัติการคลอดครั้งก่อนหรือปัจจุบัน เช่น • คลอดยาวนาน (Prolonged labor) • คลอดเฉียบพลัน (Precipitated labor) • เคยทำหัตถการสูติศาสตร์ เช่น Manual removal of placenta, การใช้เครื่องมือช่วยคลอด (V/E, F/E) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโลหิตจางและการแข็งตัวของเลือด • ตรวจค่า Hematocrit (Hct.)	ประเมินความครบถ้วนของการซักประวัติ - มีการซักประวัติทางสูติกรรมอย่างครอบคลุม ได้แก่ โรคอ้วน (BMI > 30), การคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง, ประวัติตกเลือดหลังคลอด, การผ่าตัดมดลูก, ภาวะทารกตัวโต, การตั้งครรภ์แฝด และน้ำคร่ำมาก - ซักประวัติการคลอดครั้งก่อนหรือปัจจุบันอย่างละเอียด เช่น คลอดยาวนาน คลอดเฉียบพลัน หรือเคยทำหัตถการสูติกรรม (Manual removal of placenta, V/E, F/E) ประเมินความครบถ้วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - มีการส่งตรวจ Hct, Platelet count และพิจารณา PT, aPTT, INR ตามข้อบ่งชี้ เพื่อประเมินภาวะโลหิตจางและการแข็งตัวของเลือดอย่างเป็นระบบ - ประเมินว่ามีการรวบรวมข้อมูลจากประวัติและผลตรวจอย่างครบถ้วนเพื่อนำมาจัดกลุ่มความเสี่ยง (ต่ำ / ปานกลาง / สูง) อย่างถูกต้องและทันเวลา - มีการบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงไว้ในเวชระเบียนอย่างชัดเจน และแจ้งทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเตรียมแผนการดูแลล่วงหน้า



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

- ตรวจจำนวนเกร็ดเลือด (Platelet count)
 - ประเมินภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Coagulopathy) เช่น PT, aPTT, INR หากมีข้อบ่งชี้
- รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและผลตรวจเพื่อจัดระดับความเสี่ยง**
- จัดกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง หรือสูง เพื่อการวางแผนดูแลเฉพาะราย
- บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน และแจ้งทีมสหสาขาวิชาชีพ**
- เพื่อเตรียมความพร้อมล่วงหน้าสำหรับการคลอดและวางแผนการจัดการ PPH
- ให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและแนวทางการดูแล**
- การพบแพทย์ตามนัด
การควบคุมน้ำหนัก
และการวางแผนการคลอดในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม

-หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและแนวทางการดูแล เช่น การพบแพทย์ตามนัด การควบคุมน้ำหนัก และการเลือกสถานพยาบาลที่มีความพร้อมสำหรับการคลอด



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

ห้องคลอด (LR)

Assessment	Intervention	Evaluation
1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ทุกราย พบให้รายงานแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด 2. เตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะ active 3. การดูแลใน Third stage โดยวิธี Active management เพื่อป้องกัน PPH 4. ตรวจดูครวว่าครบหรือไม่ ถ้าไม่ครบให้รายงานแพทย์ทันที 5. ตรวจสอบช่องทางคลอดว่ามีการฉีกขาดหรือไม่ และเย็บซ่อมทันที	- รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ - เตรียมเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน เช่น Oxytocin, Methergin - ติดตามอาการต่อเนื่อง - ใน Third stage โดยวิธี Active management เพื่อป้องกัน PPH ให้ Oxytocin ทันทีที่ไหล่หน้าคลอด โดยให้ Oxytocin 10 units IM หรือ Oxytocin 10 หรือ 20 units ใน 1000 ml drip 100-150 ml/hr ทำคลอดวิธี Control cord traction (กรณีผู้ทำได้รับการฝึกปฏิบัติมาเป็นอย่างดี) โดยคลำมดลูกเบาๆ ดูว่ามดลูกบีบรัดตัวเมื่อมดลูกบีบรัดตัวดี ดึงสายสะดือเบาๆ ขณะที่โยยมดลูกขึ้น โดยดันขึ้นจากบริเวณหัวหน้า เมื่อรกคลอดแล้วให้คลำยอดมดลูกว่ามดลูกบีบรัดตัวดีหรือไม่ นวดคลึงมดลูกเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 60 วินาที หลังรกคลอด นวดมดลูกทางหน้าท้องให้มดลูกหดตัวดีและทำการนวดทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก หากพบว่ามดลูกบีบรัดตัวไม่ดีและไม่มีข้อห้ามให้ฉีด methylergometrine maleate (methergin 1 amp 0.2 mg) IM - โดยใช้ถุงรองรับเลือดทั้งหมดที่ออกในระยะหลังคลอดรูกซึ่งมี scale บอปริมาณเลือดที่ออกในขณะที่เย็บแผล และหลังจากเย็บแผลเสร็จนำเลือดไปชั่งน้ำหนักเพื่อเปรียบเทียบปริมาณ	- มดลูกหดตัวดี - รกคลอดครบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดได้ - สังเกตการหดตัวของมดลูกภายหลังให้ Oxytocin 10 units IM หรือ Oxytocin 10-20 units ในน้ำเกลือ 1000 ml drip 100-150 ml/hr - มดลูกหดตัวดี ไม่บวมอ่อนนุ่ม - ปริมาณเลือดออกหลังคลอดลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 500 ml หลังคลอดทางช่องคลอด) - ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาเช่น ความดันต่ำ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นผิดปกติ - ตรวจสอบปริมาณเลือดในถุงรองรับขณะที่เย็บแผล โดยเปรียบเทียบค่าจาก scale กับน้ำหนักเลือดที่ชั่งได้หลังเย็บเสร็จ



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

เลือดจาก scale กับน้ำหนัก (1 กรัม = 1 มิลลิเมตร) หลังเย็บแผลเสร็จใช้ผ้าอนามัยรองรับเลือดที่ออกและตรวจปริมาณเลือดที่ออกจากผ้าอนามัยทุก 30 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก แจ้งมารดาว่าใน 1 ชั่วโมงเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน และเลือดที่ออกมาเป็นก้อนเลือดให้แจ้งเจ้าหน้าที่

- ฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยบันทึก BP และ Pulse ทุก 15 นาทีเป็นเวลา 1 ชม. ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง
- อาการและอาการแสดงของการขาดเลือด เช่น ใจสั่น หน้ามืด อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันต่ำ ความรู้สึกตัว โดยสอบถามอาการจากมารดาและจากการตรวจร่างกายทุก 15 นาทีเป็นเวลา 1 ชม. ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามารดามีอาการของการขาดเลือดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

(1 กรัม = 1 มิลลิเมตร)

- ผลการเปรียบเทียบมีความสอดคล้องกัน

ช่วยให้สามารถประเมินปริมาณเลือดออกได้แม่นยำ

- ใช้ผ้าอนามัยรองรับเลือดต่อเนื่องหลังเย็บแผล

และตรวจปริมาณเลือดที่เปียกชุ่มทุก 30 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก

- หากพบว่ามีเลือดออกชุ่ม 1 ผืนใน 1 ชั่วโมง หรือมีลิ่มเลือด

ให้มีการบันทึกและรายงานเจ้าหน้าที่ทันทีตามแนวทาง



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

หลังคลอด

Assessment	Intervention	Evaluation
เฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH)	- ประเมินปริมาณการเสียเลือด โดย ประเมินสีและปริมาณน้ำคาวปลาทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง แจ้งมารดาว่าใน 1 ชั่วโมง เลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน และเลือดที่ออกมาเป็นก้อนเลือดให้ แจ้งเจ้าหน้าที่ (1 ผืนของผ้าอนามัยจะ ได้ประมาณ 50 ซีซี) - เฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยบันทึก BP และ Pulse ทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง - อาการและอาการแสดงของการขาดเลือด เช่น ใจสั่น หน้ามืด อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันต่ำ ความรู้สึกตัว โดยสอบถาม อาการจากมารดาและจากการตรวจร่างกายทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง ถ้า มารดามีอาการของการขาดเลือดให้ แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที	- ปริมาณน้ำคาวปลาที่ประเมินทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก และทุก 8 ชั่วโมงหลังจากนั้นมารดาเข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะและ ปริมาณน้ำคาวปลาและสามารถแจ้งพ พยาบาลได้หากพบความผิดปกติ เช่น เลือดออกชุ่มผ้าอนามัยภายใน 1 ชั่วโมง หรือมีลักษณะเป็นก้อนเลือด - สัญญาณชีพ (BP และ Pulse) ที่บันทึกทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก และทุก 8 ชั่วโมงหลังจากนั้นอยู่ในเกณฑ์ ปกติและไม่แสดงอาการของภาวะช็อก หรือการไหลเวียนเลือดผิดปกติหาก มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ พยาบาลสามารถประเมินและรายงาน แพทย์เพื่อพิจารณาแนวทางการรักษา ได้อย่างทันท่วงทีมารดาสามารถสังเกต ตนเองและแจ้งเจ้าหน้าที่หาก มีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

ปริมาณการเสียเลือด > 500 มิลลิลิตรในการคลอดทางช่องคลอด หรือ > 1,000 มิลลิลิตรในการผ่าตัดคลอด หรือประเมินสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 15 หรือ ชีพจร ≥ 110 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต $\leq 85/45$ มิลลิเมตรปรอท, ออกซิเจนในเลือด < 95% หรือ เลือดออกเพิ่มขึ้นในช่วงพักฟื้นหลังคลอด

Assessment	Intervention	Evaluation
การประเมินความรุนแรง 1. ประเมินความรุนแรงจากสัญญาณชีพ 2. ประเมินปริมาณการเสียเลือด ชั่งผ้าเปื้อกเลือด คำนวณและจดบันทึก ปริมาณการเสียเสียเลือด 5 – 15 นาที 3. อาการและอาการแสดงของการขาดเลือด เช่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น	การดูแลรักษาเบื้องต้น 1. การให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดในรูป isotonic fluid เช่น NSS, LRS ด้วยเข็มเบอร์ 18 ในอัตรา 3 ต่อ 1 ของปริมาณการเสียเลือด 2. ให้ oxygen เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดที่ >95% 3. retained Foley's catheter 4. วัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด และระดับการรู้ตัวของผู้ป่วยทุก 5 นาที 5. ปริมาณปัสสาวะ (อย่างน้อย 30 – 60 มล./ชม.) 6. รักษาอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้อบอุ่น 7. ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามข้อบ่งชี้	การประเมินความรุนแรงจากสัญญาณชีพ - สัญญาณชีพของผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดอย่างต่อเนื่องและสามารถระบุความรุนแรงของภาวะตกเลือดได้ชัดเจน การประเมินปริมาณการเสียเลือด - การบันทึกปริมาณเลือดถูกต้อง และใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาได้อย่างแม่นยำ การสังเกตอาการแสดงของการขาดเลือด - อาการเช่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด อ่อนเพลีย - สารน้ำชนิด isotonic fluid เช่น NSS, LRS ถูกให้ผ่านเข็มเบอร์ 18 - มีการให้ออกซิเจนทาง nasal cannula หรือ face mask อย่างเหมาะสม เพื่อรักษาระดับ O ₂ sat $\geq 95\%$ - ระดับออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย - ปริมาณปัสสาวะ $\geq 30-60$ มล./ชม. - สัญญาณชีพ, O ₂ sat, ระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 นาทีอย่างเคร่งครัดในระยะวิกฤต - ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้อบอุ่น เช่น ใช้ผ้าห่ม หรืออุณหภูมิห้องที่เหมาะสม



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

Assessment	Intervention	Evaluation
	ตรวจหาสาเหตุของ PPH 1.ตรวจการหดตัวของมดลูก รูปร่างของมดลูก การปลิ้นของมดลูก 2.ตรวจแผลฉีกขาดของช่องคลอดและปากมดลูกโดยใช้เครื่องถ่างขยายช่องคลอด 3.ตรวจรก เยื่อหุ้มรกและการลอกตัวของรก 4.สังเกตเลือดที่ออกมาว่ามีการแข็งตัวหรือไม่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1.CBC / Platelets 2.PT / PTT 3.Cross match PRC 2 u 4.ถ้าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ให้ตรวจ fibrinogen, D-dimer, blood smear เพิ่มเติม 5.รักษาตามสาเหตุ	การตรวจการหดตัวของมดลูก ประเมินได้ว่ามดลูกมีการหดตัวไม่เพียงพอ (uterine atony) สามารถระบุขนาดแผลฉีกขาดที่เป็นสาเหตุของเลือดออกได้ และให้การซ่อมแซมทันที สามารถระบุได้ว่ารกและเยื่อหุ้มรกครบหรือมีส่วนตกค้าง หากพบรกค้าง (retained placenta) สามารถดำเนินการนำรกออกอย่างเหมาะสม การตรวจ CBC และ Platelets ทำให้สามารถประเมินปริมาณเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดได้ ช่วยประเมินระดับความรุนแรงของการเสียเลือดการตรวจ PT / PTT ช่วยประเมินภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติที่อาจเป็นสาเหตุร่วมของการตกเลือดการ crossmatch PRC 2 ยูนิต ทำให้สามารถเตรียมเลือดไว้ใช้กรณีต้องให้เลือดฉุกเฉิน หากพบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การตรวจ Fibrinogen, D-dimer และ blood smear เพิ่มเติม จะช่วยยืนยันภาวะ DIC หรือภาวะผิดปกติทางโลหิตวิทยาอื่นๆ การรักษาเฉพาะตามสาเหตุที่พบ ช่วยลดความรุนแรงของ PPH และลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

Assessment	Intervention	Evaluation
-มดลูกหดตัวไม่ดี (Tone)	กระตุ้นการหดตัวของมดลูก โดย 1. การนวดมดลูก 2. ใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก โดยแนะนำ oxytocin เป็นลำดับแรก และ/หรือ methylergonovine ประเมินการตอบสนองโดยเร็ว (ภายใน 10 – 20 นาที) ถ้าไม่ได้ผลอาจให้ยากลุ่มพ羅斯ตาแกลนดินส์ เช่น sulprostone และ/หรือ misoprostol (หลังให้พ羅斯ตาแกลนดินส์ 30 นาทีแล้วไม่ดีขึ้นควรพิจารณาว่าล้มเหลว) 2.1.ให้ oxytocin 10-40 ยูนิต ในสารน้ำ NSS or RLS 1,000 ml หยดเข้าหลอดเลือด ต่อเนื่องด้วยอัตราเร็ว100-150 ซี.ซี.ต่อชม. 2.2ให้ methergin 0.2 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าไม่ตอบสนองเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่น ถ้าตอบสนองดีให้ซ้ำได้อีกทุก 2 – 4 ชั่วโมง 3.3ให้ prostaglandins - Sulprostone (nalador®) ขนาด 500 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ซ้ำได้ทุก 10-15 นาที หรือ ขนาด 500 ug ผสมกับน้ำเกลือ 250 ml. หยดเข้าหลอดเลือดดำใน ½-1 ชั่วโมง	สังเกตลักษณะการหดตัวของมดลูกว่ามีความแข็งแรงตัว สม่ำเสมอ และอยู่ในระดับที่สามารถหยุดยั้งการเสียเลือดได้หรือไม่ - ตรวจสอบมดลูกว่ามีลักษณะกลมแข็ง และอยู่ในระดับสะดือหรือต่ำกว่า ไม่มีก้อนเลือดคั่งในโพรงมดลูก - ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดภายหลังการกระตุ้น 2.ประเมินสัญญาณชีพภายหลังการให้ยา - วัดความดันโลหิต ชีพจร และ การหายใจทุก 5 – 15 นาที หลัง ให้ยา โดยเฉพาะหลังให้ oxytocin หรือ methylergonovine - สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หัวใจเต้น เร็ว หรือความดันโลหิตสูง - เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงจาก methergin หรือภาวะหดตัวมากเกินไปจาก prostaglandins - ติดตามผลหลังให้ยาแต่ละตัวตามแนวทาง โดยบันทึกวันเวลา ขนาดยา และผลที่เกิดขึ้น



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

-รกค้ำ (Tissue)	- Misoprostol (cytotec®) ขนาด 800-1000 ug เน้นทางทวารหนัก ให้ซ้ำได้ 3 ครั้ง ทุก 20 นาที 3. ทำ bimanual uterine compression โดยใช้มือหนึ่งวางอยู่ทางหน้าท้อง โดยพยอคมดลูกมาทาง pubic symphysis ให้มากดกับมือที่อยู่ในช่องคลอด ประเมินความจำเป็นในการล้วงรก เช่น รกไม่ลอกตัวเองภายใน 30 นาที หลังคลอดหรือมีภาวะเลือดออกมาก -ล้วงรกและสำรวจภายในโพรงมดลูก ภายใต้การดมยาสลบ - ชูดมดลูก	ประเมินผลของการทำ bimanual uterine compression - สังเกตว่าปริมาณเลือดลดลงทันทีหลังทำการกด - ประเมินความแข็งแรงตัวของมดลูกภายหลังทำการกด - สังเกตการตอบสนองของร่างกาย ระหว่างและหลังการล้วงรกปริมาณเลือดที่ออกลดลง มดลูกหดตัวดีขึ้น - ติดตามสัญญาณชีพหลังการทำหัตถการทุก 5 – 15 นาที ในช่วงแรก - เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการเสียเลือด บันทึกผลการล้วงรก: มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มรกค้ำหรือไม่ / พบความผิดปกติในโพรงมดลูกหรือไม่
-ช่องทางคลอดฉีกขาด (Truama)	เย็บซ่อมรอยฉีกขาด -ประเมินระดับความรุนแรงของรอยฉีกขาด (Degree I-IV) โดยใช้เครื่องถ่างขยายช่องคลอด-ประเมินสัญญาณชีพ และภาวะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ช็อกจากการเสียเลือด	- บริเวณแผลไม่บวมแดงหรือมี hematoma ได้แผล -ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดลดลงหลังเย็บซ่อม -ไม่มีสัญญาณของเลือดออกต่อเนื่องหรือภาวะตกเลือด



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

-การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ / เลือด
ไม่แข็งตัว(Thrombin)

การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง

1. เฝ้ารอวัง -uterine contraction
-vaginal bleeding
-vital signs
-urine output

ประเมินอาการและอาการแสดงของ
ภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออก
ไม่หยุดแม้มักกดหรือเย็บแผลแล้ว
-ส่งตรวจ CBC, PT, aPTT, INR,
Fibrinogen
-แจ้งแพทย์ทันทีเมื่อสงสัยภาวะเลือด
ไม่แข็งตัว

เฝ้ารอวังการ **หดตัวของมดลูก**
(Uterine contraction) ทุก 15-30
นาทีในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด-
ตรวจสอบ **ปริมาณเลือดออกทางช่อง**
คลอด (Vaginal bleeding) อย่าง
ใกล้ชิด โดยใช้อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักหรือ
ถ่วงรองรับเลือดร่วมกับประเมิน
ผ้าอนามัย-วัด **สัญญาณชีพ (Vital**
signs) ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร
การหายใจ และอุณหภูมิ ตาม
แนวทาง:-ทุก 15 นาที × 4 ครั้ง-ทุก
30 นาที × 2 ครั้ง-ทุก 1 ชั่วโมง × 2
ครั้ง หรือจนกว่าจะคงที่-ติดตาม
ปริมาณปัสสาวะ (Urine output)
ทุกชั่วโมง หากน้อยกว่า 30 ml/hr ถือ
ว่าเสี่ยงต่อภาวะไตวายหรือ shock

ปริมาณเลือดออกจากช่องคลอดลดลง
หรือหยุดลงหลังได้รับการรักษา
-แผลเย็บหรือบริเวณที่เลือดออกมีการ
ห้ามเลือดได้ดี ไม่มีเลือดซึมหรือไหลซ้ำ
-ไม่มีอาการเลือดออกที่อวัยวะอื่น ๆ
เช่น จุดเลือดออกตามผิวหนัง เหงือก
หรือปัสสาวะปนเลือด
-ไม่พบ hematoma ใหม่ หรือเลือดคั่ง
ในช่องคลอดหรืออวัยวะภายใน

-มดลูกมีการหดตัวดีเมื่อคลำทาง
หน้าท้อง มีลักษณะแข็ง กลม และไม่
สูงกว่าระดับสะดือ
-การนวดมดลูกทุก 15-30 นาทีในช่วง
2 ชั่วโมงแรกช่วยให้มดลูกคงการหด
ตัวได้ดี
-ไม่พบภาวะ uterine atony หรืออ่อน
นุ่มของมดลูกในช่วงการเฝ้ารอวัง
-หากมดลูกอ่อนนุ่ม มีการดำเนินการ
นวดเพิ่มหรือให้ยาหดมดลูก และ
ติดตามการตอบสนอง
-สัญญาณชีพ (BP, PR, RR, T) คงที่
ตลอดการเฝ้ารอวัง
-ปริมาณปัสสาวะ ≥ 30 ml/hr แสดง
ถึง perfusion ใต้ที่ดี และไม่เข้าสู่
ภาวะ hypovolemic shock



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

2. ติดตามภาวะการขาดหรือเกินของ สารน้ำในร่างกาย การทำงานของไต และความเข้มข้นของเลือด และ PT, PTT	-ประเมิน ภาวะขาดหรือเกินสารน้ำ จากอาการทางคลินิก เช่น บวม ปัสสาวะน้อย หรือเสียงรางปอด-เฝ้ารวัง การทำงานของไต โดยตรวจ Urine Output, BUN, Creatinine- ตรวจติดตาม ความเข้มข้นของเลือด (Hct, Hb) เพื่อประเมินความรุนแรง ของภาวะตกเลือด-ตรวจติดตาม PT, PTT, INR, Fibrinogen เพื่อเฝ้าระวัง ภาวะ DIC หรือเลือดแข็งตัวผิดปกติ	-ไม่พบอาการแสดงของ ภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะ น้อย หรือความดันโลหิตต่ำ -ไม่มีอาการของ ภาวะเกินน้ำ เช่น บวมทั่วไป เสียงรางในปอด หรือหายใจ ลำบาก-ปริมาณปัสสาวะ (Urine Output) ≥ 30 ml/hr แสดงว่าการ ไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไตเพียงพอ -ติดตามค่าเลือดซ้ำหลังการให้เลือด -ค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ ปกติ หรือดีขึ้นหลังให้การรักษา
3. ให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมกว้าง	-ให้ ยาปฏิชีวนะ broad-spectrum ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อ ป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะในรายที่ ลักรงก ขุดมดลูก หรือแผลฉีกขาด -ประเมินอาการข้างเคียงจากยา เช่น ผื่น คลื่นไส้ ท้องเสีย หรือสัญญาณของ anaphylaxis -ติดตามผล CBC และอุณหภูมิร่างกาย เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา	-ผู้ป่วยได้รับ ยาปฏิชีวนะ broad- spectrum ครบถ้วนตามคำสั่งแพทย์ -ไม่มีอาการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังการ ลักรงก ขุดมดลูก หรือเย็บแผลฉีกขาด -ไม่พบอาการข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย -ผล CBC แสดงค่า WBC อยู่ในเกณฑ์ ปกติหรือมีแนวโน้มลดลงหลังการให้ยา
4. การติดตามภาวะ Sheehan's syndrome ในผู้คลอด	-เฝ้าระวังอาการที่บ่งชี้ภาวะต่อมใต้ สมองทำงานผิดปกติ ได้แก่: -ไม่มีน้ำนมไหล (lactation failure) -เหนื่อย อ่อนเพลียมากผิดปกติ -ความดันต่ำเรื้อรัง-น้ำหนักลดหรือ ประจำเดือนไม่มา	-ประเมินการไหลของน้ำนมภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังคลอด -สังเกตอาการ เหนื่อย อ่อนเพลียมาก ผิดปกติ แม้พักผ่อนเพียงพอ หรือหลัง พ้นภาวะเสียเลือดเฉียบพลันเฝ้าระวัง -ความดันโลหิตต่ำเรื้อรัง (hypotension) โดยตรวจวัดความ ดันเป็นระยะ



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568

เอกสารอ้างอิง

- 1.คณะแพทย์กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. (2561). *Clinical practice guidelines: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด (PPH)*. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา.
- 2.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ: การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (RTCOG Clinical Practice Guideline: Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage) (เอกสารหมายเลข OB 63-020). คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ.
- 3.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2553, 16 กรกฎาคม). *แนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด*. Department of Obstetrics. <https://w1.med.cmu.ac.th/clinical-practice-guidelines>



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568



โรงพยาบาลบ่อพลอย
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2561
แก้ไขครั้งที่ 1
วันที่แก้ไข 30 มิถุนายน 2568