

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด (Nursing care in Postpartum hemorrhage)

วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์*

lrbangbuathong@hotmail.com

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบหนึ่งในสี่ของมารดาทั่วโลกและเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทยรายได้ต่ำ (WHO, 2012) จากรายงานแนวโน้มอัตราตายของมารดาในปี พ.ศ. 2552-2556 ประเทศไทยพบอัตราตายของมารดา เป็น 8.9-22.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (WHO, 2014) จากการนำแนวทางปฏิบัติเรื่องการดูแลหญิงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาใช้ ตั้งแต่ในระยะผ่าครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะซีดในสตรีตั้งครรภ์ และในระหว่างรอคลอดมีการประเมินคันหน้าปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงจะมีแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมทั้งมีการให้การดูแลแบบ AMTS : Active management of third stage of labor (WHO, 2012) มาปรับใช้ในระยะเวลา 7 เดือน พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเพียง 0.25 % ไม่พบการตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะ shock.

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด ภาวะ shock จากการตกเลือด

Abstract

Postpartum hemorrhage is a major problem because of the danger to pregnant women. PPH it is associated not only with nearly one quarter of all maternal deaths globally but is also the leading cause of maternal mortality in most low-income countries. (WHO, 2012) From the maternal mortality trend report, Thailand's maternal mortality rate is 8.9-22.2 per 100,000 live births. (WHO, 2014) The study indicated that by implementing the guidelines care to prevent postpartum hemorrhage. Since the antenatal care (ANC) with screening and

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง

correction of pallor in pregnant women. During pregnancy, the risk factors for postpartum hemorrhage are evaluated. In high risk pregnancy case, appropriate care is provided to prevent postpartum hemorrhage. Including provided care AMTSL : Active management of third stage of labor (WHO, 2012) Adjusted for 7 months, the rate of postpartum hemorrhage was only 0.25%. No postpartum hemorrhage with shock.

Keyword: Postpartum hemorrhage , postpartum hemorrhage with shock

บทนำ

ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาในระหว่างการคลอดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในมารดา คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมากภาวะหนึ่งและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดา ส่วนสาเหตุอื่นๆได้แก่ การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ น้ำคร่ำอุดหลอดเลือดปอด เป็นต้น ภาวะเหล่านี้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้คลอด และครอบครัว ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองในการรักษาพยาบาลและเป็นภาระของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทย หากสถานบริการสุขภาพสามารถให้การดูแลผู้คลอดได้อย่างมีมาตรฐานจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนต่างๆของมารดาทางกลดลง

ดังนั้น การนำแนวทางปฏิบัติเรื่องการดูแลหญิงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาใช้ ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะซึ่งในสตรีตั้งครรภ์ และในระหว่างรอคลอดมีการประเมินคันหน้าปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงจะมีแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมทั้งมีการให้การดูแลแบบ AMTSL : Active management of third stage of labor (WHO, 2012) ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่เหมาะสมและมีผล

ทำให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดและการมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการตกเลือดหลังคลอดลดลง

เนื้อหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage : PPH) หมายถึง การเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร ภายหลังการคลอดปกติและหากมีการเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร เรียกว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรง สำหรับการผ่าตัดคลอด จะทำการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดเมื่อมีการเสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร (ตรีกพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

การจำแนกชนิดของการตกเลือดหลังคลอด (Classification of PPH) โดยแบ่งได้เป็น 2 แบบ ตามระยะเวลาของการเกิดตกเลือดหลังคลอด (ตรีกพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

1. Primary or early postpartum hemorrhage (การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก) คือ การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอด สาเหตุ ได้แก่ 4T's

1.1 Tone : uterine tone ความผิดปกติของการหดรัดตัวของมดลูก

1.2 Trauma : genital tract trauma การบาดเจ็บที่ช่องทางคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์



1.3 **Tissue** : placental tissue การเหลือค้างของผลผลิตจากการตั้งครรภ์ เช่น รก ทารก เป็นต้น

1.4 **Thrombin** : abnormal thrombin clotting time ความผิดปกติของเกร็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือด

2. Secondary or Late postpartum hemorrhage (การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง) คือ การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง จนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด สาเหตุได้แก่

1. มีก้อนเลือด หรือเศษรากค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด มักเกิดภายในหลังคลอดประมาณ 1 – 2 สัปดาห์

2. ภาวะติดเชื้อภายในโพรงมดลูก ผู้ป่วยมักมีอาการของการติดเชื้อให้เห็น เช่น มีไข้ น้ำคาว plasma มีกลิ่นเหม็น ปวดท้องน้อย มดลูกไม่เข้าอู่

3. เลือดออกจากแผลภายในช่องคลอด มักเกิดจากการติดเชื้อบริเวณแผลภายในช่องคลอด

การพยายามเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทันที

ระยะก่อนตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่มีประวัติติดเลือดหลังคลอดและมีบุตรเพียงพ่อแล้ว สมควรที่จะได้รับการทำหมัน

ระหว่างตั้งครรภ์

1. ประเมินและเตรียมสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายเพื่อหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เช่น มดลูกขนาดใหญ่ เช่น ครรภ์แฝด ทารกตัวโต ครรภ์แฝดน้ำ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหดรัดตัวไม่ดีของมดลูกหลังคลอด เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน มีภาวะรकເກະตໍ່າ หรือ รถลอกตัวก่อนกำหนด มีภาวะ severe preeclampsia หรือ

HELLP syndrome ให้รับการขักนำการคลอด ให้รับ oxytocin นาน ระยะคลอดยาวนาน หรือ คลอดเร็วเกินไป มีภาวะติดเชื้อในถุงน้ำครรภ์ คลอดโดยการใช้หัตถการช่วยคลอด

2. ตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะซีดในสตรีตั้งครรภ์ ถ้าพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะซีดให้หาสาเหตุและรักษาภาวะตั้งกล่าวให้ดีขึ้น เช่น แนะนำให้กินอาหารที่มีประโยชน์และเสริมวิตามินธาตุเหล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง

3. หันยิงตั้งครรภ์และครอบครัว ควรได้รับการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง การเตรียมตัวคลอด เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

ระหว่างคลอด

1. ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ dn'a และอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเตรียมเลือดไว้อย่างน้อย 2 ยูนิต ร่วมกับการตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือด

2. มีการใช้ Pathograph เพื่อติดตามการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดที่เนื่องจากภาวะตันการคลอดโดยแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) ตามข้อบ่งชี้ รวมทั้งฟังเสียงหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ สังเกตเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด

3. ทำสูติศาสตร์หัตถการเมื่อมีข้อบ่งชี้ด้วย

4. การบริหารยา Uterotonic drugs เป็นขั้นตอนแรกของ AMTS : Active management of third stage of labor (WHO, 2012) แนะนำให้บริหารยาเมื่อคลอดไห่หน้าของทารกหรือเมื่อคลอดทารกแล้ว ยาที่ใช้บ่อยมี 3 กลุ่ม ได้แก่

- ให้ Oxytocin[®] 10 unit IM หรือ 10-20 unit per litre IV drip at 100-150 cc/hr

- Ergometrine or Melthylergometrine (Methergine[®]) 0.2 mg. IM

- ProstaglandinE1: (Cytotec[®]) 400 – 600 microgram สอดช่องคลอด

5. การทำคลอดรกให้ถูกวิธีในระยะเวลาที่สั้นที่สุด และทำการตรวจทุกครั้งว่าครรภหรือไม่

6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาสลบประเภท Halothane

7. ตรวจสอบแผลฟีเย็บ ช่องทางคลอด และปากมดลูกทุกครั้งภายหลังคลอด

ระยะหลังคลอด

ในกรณีที่ให้ Oxytocin หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อทราบคลอดแล้วควรให้ต่ออย่างน้อย 1 – 2 ชั่วโมง และภายหลังคลอดควรเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ตรวจการหดรัดตัวของมดลูก แผลฟีเย็บปริมาณเลือดที่ออก และดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที อีก 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะปกติ

ให้การดูแลแบบ AMTSL:Active management of third stage of labor (WHO, 2012)

เพื่อลดเวลาของระยะที่ 3 ของการคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ, 2560)

มีรายละเอียดที่สำคัญคือ

1. การให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตั้งแต่ระยะที่ 2 ของการคลอดกับการดาบทุกรายโดยใช้ Oxytocin 10 ยูนิต ให้ทางน้ำเงือก หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน กรณีที่ไม่สามารถให้ Oxytocin ได้ ให้ใช้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามความเหมาะสมได้แก่ Melthylergometrine (Methergine[®]), misoprostol (Cytotec[®])

2. การทำคลอดรักด้วยวิธี controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอดทำให้เสียเลือดลดลง

3. การนวดคลึงมดลูกด้วยมือทันทีหลังคลอด ประเมินการแข็งตัวของมดลูกทุก 15 นาที จนครรภ 2 ชั่วโมงภายหลังคลอด (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

1. การวัดปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดภายในหลังการคลอดรวมทั้งที่ซึมผ้าถุง ผ้ารองกัน หรือไหلنองพื้น แล้วมากกว่า 500 มิลลิลิตร

2. อาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่ออออกตัวเย็น ใจสั่น มีอาการซื้อกอก

3. ตรวจการหดรัดตัวของมดลูก โดยใช้มือคลำหน้าท้อง

4. ตรวจดูการฉีกขาดของช่องคลอดและปากมดลูก

5. ตรวจดูรกรที่อาจจะค้างอยู่ โดยตรวจรกรอย่างละเอียด และใช้มือตรวจในโพรงมดลูก

6. ตรวจเลือด เพื่อหาสาเหตุจากความผิดปกติในกลไกการแข็งตัวของเลือด

การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

พยาบาลต้องตระหนักและสังเกตเป็นระยะ ๆ กิจกรรมการป้องกัน ได้แก่ การป้องกันขณะตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้

- ตรวจหาความเบ็มข้นเลือดขณะตั้งครรภ์
- การดูแลรักษาภาวะโลหิตจาง
- การประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อการเฝ้าระวังและเตรียมการช่วยเหลือให้พร้อม
- ระมัดระวังในการทำคลอดที่ถูกวิธี



- รายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดได้ไว้ก่อนคลอด
- ถ้าพบว่ามีกลอกตัวสมบูรณ์ให้ทำการหดตัวทันที ไม่ปล่อยทิ้งไว้ เพราะเลือดจะออกมาก หลังทำการหดตัว ต้องคลึงมดลูกให้เข็งตัว หลังทำการหดตัว ฉีดยาช่วยให้มดลูกหดรัดตัวทันทีทุกราย
- ไม่คลึงนวดมดลูกก่อนรากคลอด เพราะจะทำให้มดลูกหดรัดตัวรบกวนการลอกของราก และปากมดลูกหดเกร็งทำให้รากคลอดไม่ได้
- ดูแลผู้คลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดให้ถูกต้อง โดยเฉพาะการหดตัวของมดลูก สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอด และการมีกระแส排ปัสสาวะ เต็มซึ่งชัดข้างการหดรัดตัวของมดลูก
- ถ้าคาดว่าจะมีการตกเลือดให้เตรียมยาสารน้ำ และอุปกรณ์ชีวิตไว้ให้พร้อมใช้งานได้ทันที
- รายที่มีประวัติหารกตายในครรภ์นาน ๆ มีภาวะรากกลอกตัวก่อนกำหนด ควรตรวจระดับไฟบริโนเจน และจองเลือด

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

หลักสำคัญ 4 ประการ คือ

1. คันหาสาเหตุ เพื่อป้องกันและ จัดสาเหตุ
2. คันหาอาการในระยะเริ่มแรก
3. เตรียมสารน้ำ ยาที่จำเป็น และอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม
4. ให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว นิ่มนวล คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการพยาบาลโดยเน้นความปลอดภัยของผู้คลอดและความสุขสบาย ทั้งทางกายและทางใจ

การพยาบาลขณะตกเลือดหลังคลอด

- สังเกตและบันทึกรายงานสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก ทุก 15 นาที

- จัดให้นอนในท่าที่สบาย คลึงมดลูกให้เข็งตัว
 - ดูแลการให้สารน้ำและยาช่วยการหดตัวของมดลูกอย่างสมเหตุผล (RDU)
 - ถ้าความดันโลหิตต่ำ ให้ผู้คลอดนอนราบไม่ต้องใช้หมอนหนุนศีรษะ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ
 - ให้ออกซิเจน
 - ดูแลความสุขสบายทั่วไป
 - ให้การประคับประคองจิตใจ ลดความกลัว และวิตกกังวล อธิบายให้เข้าใจกิจกรรมการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เพื่อเกิดความมั่นใจลดความวิตกกังวล

การพยาบาลการตกเลือดหลังคลอดทันที

- แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่
 1. การดูแลการตกเลือดก่อนรากคลอด สาเหตุอาจมีได้หลายประการ ดังนั้น ต้องทำการหดตัวทันที
 - 1.1 ตรวจดูว่ารากกลอกตัวสมบูรณ์แล้วหรือไม่ ถ้ากลอกตัวสมบูรณ์แล้วรีบทำการหดตัวทันที
 - 1.2 สรุปปัสสาวะ เพื่อให้การหดตัวของมดลูกดีขึ้น คาสายสวนปัสสาวะไว้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อวัดปริมาณของปัสสาวะที่ออกมานาที
 - 1.3 ตรวจวัดสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก ทุก 15 นาที
 - 1.4 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ NSS หรือ ARI 1,000 มิลลิลิตร ร่วมกับ Oxytocin 10 – 20 ยูนิต โดยเร็ว พร้อมทั้งเจาะเลือดมารดา เพื่อตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือด และขอเลือดเตรียมไว้อย่างน้อย 2 ยูนิต
 - 1.5 ให้ Methergin® 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางกล้ามเนื้อ (ยกเว้นในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูง)

1.6 ทำคลอดรากโดยวิธี Controlled cord traction ถ้ารากไม่คลอดให้ล้วงราก

1.7 ภายหลังรากคลอดแล้ว ให้สำรวจภายในโพรงมดลูกอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีเศษรากค้างอยู่และมดลูกไม่หลุด แล้วจึงตรวจดูว่ารากคลอดครบหรือไม่ และในระหว่างนี้ต้องคลึงมดลูกให้แข็งตัวตลอดเวลา

2. การดูแลการตกเลือดภายหลังรากคลอด

2.1 ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี และมีเลือดไหลออกมากตลอดเวลา โดยพบว่ามีทั้งน้ำเลือดและก้อนเลือด สาเหตุของการตกเลือดในกรณีนี้จะเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้ปฏิบัติตามนี้

1). คลึงมดลูกให้หดรัดตัวตลอดเวลา

2). สวนปัสสาวะออกให้หมด และค้างปัสสาวะไว้

3). ให้ NSS หรือ ARI 1,000 มิลลิลิตร ซึ่งมี Oxytocin 10 – 20 ยูนิตผสมอยู่ หยดเข้าทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว และขอเลือดเตรียมไว้ 2 – 4 ยูนิต

4). ให้ Methergin[®] 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางกล้ามเนื้อ

5). วางกระเพาะน้ำแข็งบริเวณหน้าท้อง และคลึงให้มดลูกหดรัดตลอดเวลา

2.2 ตรวจดูการฉีกขาดของช่องทางคลอดถ้ามดลูกหดรัดตัวดีแล้ว แต่ยังมีเลือดไหลออกเรื่อยๆ และมีสีค่อนข้างแดงสด ให้ใช้เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอดให้เห็นภายในช่องคลอด และปากมดลูกตรวจหารอยฉีกขาด ให้เย็บรอยฉีกขาดเหล่านั้น โดยใช้ไหมละลาย การเย็บปากมดลูกต้องระวังไม่เย็บมากเกินไป เพราะอาจเกิดการปิดช่องรูปปากมดลูกตามมา ภายนอกได้หลังจากที่มดลูกเข้าอุ่นตามปกติแล้ว

2.3 กรณีทำตามข้อที่ 2.1 , 2.2 แล้วเลือดยังออกเรื่อยๆ ให้ตรวจภายในโพรงมดลูกภายใต้การดมยาสลบ โดยดูเว้นการใช้ยาโลเทน เพื่อคันหาก้อนเลือดหรือเศษรากตกค้างอยู่หรือไม่ ถ้ามีพิษามล้วงออกให้หมด และถ้าพบว่ามดลูกมีรอยฉีกขาดหรือหลุดให้รีบผ่าตัดเปิดช่องท้องทันที

2.4 กรณีที่ทำตามข้อ 2.1 , 2.2 , 2.3 แล้วเลือดยังออกเรื่อยๆ ให้การรักษาดังนี้

1). ตรวจเลือดหา Venous clotting time, Clot retraction time และ Clot lysis โดยเฉพาะในกรณีที่เลือดออกเป็นสีน้ำเงินแล้วไม่แข็งตัวเป็นก้อน ถ้าพบว่า Venous clotting time เกิน 15 นาที หรือมี Clot lysis เกิดขึ้นภายในเวลา 1 – 2 ชั่วโมง แสดงว่าเกิดภาวะไฟบริโนเจนในเลือดตัว แก้ไขโดยให้พลาสมาสด หรือพลาasmaสดแช่แข็ง หรือ Cryoprecipitate

2). ทำ Bimanual compression โดยสองมือขว่าเข้าไปในช่องคลอด กดบริเวณ Anterior fornix และใช้มือซ้ายคลึงมดลูกบริเวณหน้าท้อง กดและบีบผนังมดลูกให้เข้าหากันร่วมกับการคลึงมดลูกให้หดรัดตัวตลอดเวลา ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีขึ้นไป

3). กรณีตกเลือดหลังคลอดทันทีจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี และทำตามขั้นตอนดังกล่าวแล้วเลือดยังไม่หยุด ควรพิจารณาฉีด Prostaglandin ได้แก่ Sulprostone (Nalador[®]) ในขนาด 0.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ อาจฉีดซ้ำทุก 10 – 15 นาที ได้ไม่เกิน 6 ครั้ง

ถ้าทำตามข้อ 2.1 ถึง 2.4 แล้วยังคงมีเลือดออกอยู่เรื่อยๆ ถ้าอายุมากหรือมีบุตรเพียงพ่อแล้วให้ตัดมดลูกออก กรณีอายุน้อยและยังต้องการมีบุตรอีกให้ทำการผ่าตัดช่วย เช่น ผู้หญิงคลอดเลือด



การพยาบาลการตกลงคลอดระยะหลัง

1. รายที่มีเศษรกร หรือก้อนเลือดค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก ให้ Oxytocin แล้วทำการขูดมดลูกด้วยความระมัดระวัง
2. รายที่มีการติดเชื้อในโพรงมดลูก พิจารณาให้ Methergin® เพื่อช่วยให้มดลูกหดรัดตัวดี ร่วมกับยาปฏิชีวนะ
3. รายที่มีเลือดออกจากบริเวณแผลในช่องคลอด ให้ทำความสะอาดและเย็บแผลให้เลือดหยุดถ้าเนื้อเยื่อบริเวณแผลยุ่มมาก เย็บแล้วเลือดไม่หยุดอาจต้องกดไว้ หรือใส่ Vaginal packing ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ

การรักษาด้วยยา

1. Oxytocin (Syntocinon®)

Oxytocin 10 ยูนิต/มล. ใช้เป็นยาตัวแรก เพราะอาการข้างเคียงน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับยาตัวอื่น ๆ Oxytocin อาจให้เดย์ดีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ คือ 10 – 40 ยูนิต ต่อ 1000 มิลลิลิตร ปรับอัตราตามการหดรัดตัวของมดลูก ต่อเนื่องด้วยอัตราเร็ว 100-150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา แต่มีผลข้างเคียงของยาในด้าน antidiuretic effect ทำให้มีน้ำเกินในร่างกาย ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งจะต้องรักษา

2. Ergot alkaloids (Methergine®)

Methylergonovine 0.2 มิลลิกรัมต่อ มิลลิลิตร เป็น ergot alkaloids ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (ห้ามให้ทางหลอดเลือดดำ) ให้ช้าๆ ได้ทุก 2 ชั่วโมง (max 5 amp/day) ข้อบ่งห้ามของการใช้ยาคือ ห้ามให้ในผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูง มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากอาจเกิดปัญหาความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. Prostaglandins

Misoprostol (Cytotec®) เป็น synthetic prostaglandin E1 analogue (100 หรือ 200 ไมโครกรัม/เม็ด) ขนาดยาที่ใช้ คือ 800-1000 ไมโครกรัม เหน็บทางทวารหนักครั้งเดียว อาการข้างเคียง อาจทำให้มีไข้ ไข้ หนาวสัน ห้ามใช้ยาตัวนี้ร่วมกับ Nalador เนื่องจากอาจทำให้เกิด Arrhythmia

Prostaglandin E2 (Prostin E2®) เป็น naturally occurring oxytocin ประกอบด้วย dinoprostone 20 มิลลิกรัม ซึ่งอาจจะให้โดยการสอดทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก อาการข้างเคียง คือ ทำให้มีไข้

4. Sulprostone (Nalador®)

Sulprostone 500 ไมโครกรัมต่อ มิลลิลิตร ขนาดที่ใช้ คือ 500 ไมโครกรัม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมงต่อเนื่องด้วยอัตรา 100 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง (สูงสุด 1500 ไมโครกรัมต่อ 24 ชั่วโมง) ห้ามฉีดโดยไม่มีการเจือจางก่อน

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกลงคลอด

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1. ภาวะซื้อกจากการเสียเลือด (Haemorrhagic shock)
2. ภาวะติดเชื้อหลังคลอด (Puerperal infection)
3. อันตรายจากการรักษา (Hazard of therapy)
4. เนื้อเยื่อของต่อมใต้สมองส่วนหน้าตาก (Postbirth anterior pituitary necrosis or Sheehan syndrome)

การพยาบาลเมื่อมีภาวะช็อกจากการเลือดออก (Haemorrhage shock)

เมื่อพบผู้คลอดมีปัญหาการตกเลือดและช็อกต้องให้การพยาบาลอย่างรีบด่วน พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทันที และขณะเดียวกันจะต้องรีบตามพยาบาลจากจุดอื่นมาช่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลไปพร้อม ๆ กัน ตามหัวข้อต่อไปนี้

- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ RLS 1,000 มิลลิลิตร ปรับหยดของชุดให้สารน้ำ ให้ไหลเต็มที่ (Free flow) หากหมดต่อด้วย RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

- จัดท่านอนให้เหมาะสม ให้ผู้คลอดนอนราบ ไม่ต้องใช้หมอนหนุนศีรษะ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ ห่มผ้าให้ความอบอุ่น เพื่อบรรเทาอาการหนาวสั่น และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น

- สังเกตระดับความรู้สึกตัวและการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อออก ตัวเย็น ซึ่ดประเมินการตอบสนองของร่างกาย รายที่ไม่รู้สึกตัวดูให้ทางเดินหายใจโล่ง เช่น การดูดเสมหะ กรณีหายใจลำบากมีอาการขาดออกซิเจน ให้ออกซิเจน

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนมีอาการปกติ หลังจากนั้น บันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และให้การช่วยเหลือได้ทันที

- ใส่สายสวนค่าปัสสาวะ เพื่อให้ทราบเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อก ปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และบันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับ เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย ป้องกันภาวะได้รับสารน้ำเกิน

- ค้นหาสาเหตุของการมีเลือดออกและรีบแก้ไขตามสาเหตุนั้น ๆ

- สังเกตลักษณะ สี และจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด

- ดูแลให้ได้รับเลือด (PRC ประกอบด้วยเซลล์เม็ดเลือดแดง ซึ่งแยกส่วนของพลาสมาออก) ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณของเม็ดเลือดแดง ระมัดระวังไม่ให้เลือดผิดกลุ่ม และสังเกตอาการแทรกซ้อนระหว่างการได้รับเลือด

- ให้การพยาบาลประคับประคองตามอาการ เมื่อผู้คลอดพ้นภาวะตกเลือดและช็อก

- ให้คำแนะนำเสริมสร้างกำลังใจ ประคับประคองให้สามารถเผชิญความเครียดและสามารถปรับตัวในการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาลเมื่อมีภาวะติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum infection)

ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ทำให้มีภาวะชีด โลหิตจาง มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย กิจกรรมการพยาบาลได้แก่

- การให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ สุขวิทยาส่วนบุคคล

- การทำคลอดที่ถูกวิธีและเทคนิคที่ถูกต้อง

- ประเมินอาการของการติดเชื้อ คือ การมีไข้หลังคลอด อุณหภูมิสูง 38 องศาเซลเซียส หรือสูงกว่าติดต่อกัน 2 วัน ในช่วง 10 วันแรก ไม่นับ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

- ตรวจดูแลแพลฟีเย็บ ว่ามีอาการบวมเลือดแพลฟีเย็บบวม แดง ร้อน มีหนอง กดเจ็บรอบ ๆ แพลปูดมากขณะถ่ายปัสสาวะหรือไม่

5. ตรวจดูลักษณะของน้ำคาวปลา ว่ามีกลิ่นเหม็น น้ำคาวปลาไม่เปลี่ยนสี มีสีน้ำตาลแดง หรือเป็นหนอง

6. มีอาการปวดท้องรุนแรง กัดเจ็บ หน้าท้องแข็งตึง 摸คลุกมีขันดัดใหญ่

7. อาการไข้สูง อ่อนเพลีย หน้าสั้น หายใจเร็ว อาเจียน เปื่อยอาหาร

8. อุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส แต่ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต

9. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา

10. ทำแผลระบายหนอง รายที่มีแผลอักเสบ

11. ดูแลแก้ไขอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด มีไข้ การส่งเสริมการให้เหลืองน้ำคาวปลาโดย จัดให้นอนท่า Fowler's position เป็นต้น

การพยาบาลเมื่อเกิดอันตรายที่เกิดจากผลของการรักษา (Hazards of therapy)

กิจกรรมการพยาบาลสามารถสรุปได้ตามกลุ่มอาการดังนี้

Fluid overlord มีอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก การพยาบาลคือลดจำนวนหยดของสารน้ำที่กำลังให้อุ่นและรายงานแพทย์

Shock lung มีอาการหายใจชาตื้น หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เลือบมือเล็บเท้าเขียว หายใจเสียงดัง การพยาบาลคือรีบรายงานแพทย์ ควบคุม Ventilator ระหว่าง 50 – 70 มิลลิเมตรปรอท

Oxygen toxicity มีอาการล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ซัก การพยาบาลคือรายงานแพทย์ ระวังอันตรายจากการซัก

การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อของต่อมใต้สมองส่วนหน้าตาก (Postbirth anterior pituitary necrosis, Sheehan syndrome)

หมายถึง การมีเนื้อเยื่อของต่อมใต้สมอง (Pituitary) ส่วนหน้าตากเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน เนื่องจากปริมาณเลือดในร่างกายต่ำ (Hypovolumia) และผลจากเลือดไม่แข็งตัวทั่ว.rangkay (DIC) ทำให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนของต่อมต่าง ๆ ที่ถูกควบคุมโดย Anterior pituitary เช่น ไตรอยด์ฮอร์โมน ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต และการทำงานของต่อมเพศทำให้สตรีผู้นั้นมี Sex characteristic เปลี่ยนไป คือ เต้านมจะเหี่ยวเล็กลง ไม่มีน้ำนมเลี้ยงบุตร ขนที่รักแร้และหัวหน่าจะร่วงหลุดไปและไม่ออกอกรมาอีก ovarian dysfunction ไม่มีประจำเดือน แก่เร็วเนื่องจากฮอร์โมนหุ่นหงิดง่าย เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพ

การพยาบาลที่สำคัญคือ การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านตามหลัก M-E-T-H-O-D

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment/Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่

T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการ ตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

H Health การส่งเสริม พื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลักเลี้ยงหรือองค์อาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

พยาบาลต้องช่วยให้มารดาตั้งครรภ์ลับมาดำเนินชีวิตให้ได้ตามปกติมากที่สุด โดยการพยาบาลแก่ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และพื้นฟูเพื่อให้อวัยวะต่างๆ สามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องกระทำการร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการวางแผนร่วมกันแก้ไข

การพื้นฟูทางด้านจิตใจ เป็นการปรับสภาพจิตใจมารดาตั้งครรภ์ที่ผ่านการช่วยพื้นคืนชีฟให้ดีขึ้นโดยบุคคลที่ผ่านภาวะวิกฤตมาอาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ประกอบกับในมารดาตั้งครรภ์บางรายสูญเสียบุตร และมากไปกว่านั้นการดาษดรยาต้องตัดมดลูกทิ้ง ไม่สามารถมีบุตรได้อีกตลอดชีวิต พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะให้การพยาบาลทางด้านจิตใจมารดาและครอบครัว

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผลสำเร็จของการให้การรักษาพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจากทีมแพทย์และพยาบาลตั้งแต่แรกรับโดยการประเมินสภาพทั่วไป และการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด การรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูอาการผู้คลอดอย่างรวดเร็ว การเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยคลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้พร้อมใช้ รวมทั้งการเตรียมรถพยาบาลในการส่งต่อผู้คลอดหากเกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์

การให้ความรู้แก่ผู้คลอดและญาติ เกี่ยวกับโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะการตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้ผู้คลอดและญาติมีความตระหนักรถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และมารับการตรวจรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลทันท่วงที เมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง สามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองและสามารถปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดภาวะผิดปกติขึ้นได้ เมื่อผู้คลอดได้ทราบถึงอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นว่า ผลจากการตั้งครรภ์ครั้งนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ตนเองและทารกในครรภ์ ก็ทำให้ผู้คลอดและญาติเกิดความวิตกกังวลว่าผู้คลอดและทารกในครรภ์จะเป็นอันตรายจากผลของภาวะแทรกซ้อนนี้ พยาบาลประจำห้องคลอดเป็นผู้ที่จะต้องดูแลผู้คลอด จะต้องคำนึงถึงการดูแลสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนสิงแวดล้อมและครอบครัวผู้คลอด



ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผิดปกตินั้น แผนการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้คลอดและญาติเกิดความมั่นใจไว้วางใจในการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด

การพยาบาลควรเป็นลักษณะเชิงป้องกันการเกิดเหตุการณ์ ได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ ได้แก่ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด การดูแลเรื่องภาวะชีด การติดตามความเข้มข้นของเลือด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดโดยเน้นการดูแลการคลอดระยะที่ 3 (Active management in the third stage of labour) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือด ได้แก่ การดำเนินการจัดทำและแก้ไขเพิ่มเติม CPG การดำเนินการจัดทำแนวทาง

การกำหนดผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การอบรมความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ การป้องกันการฟ้องร้อง ร้องเรียน ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการด้านข้อร้องเรียน ด้านการเจราไกล์เกลี่ย และผลักดันให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและเป็นต้นแบบแก่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาภาวะเสี่ยงตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมาฝากครรภ์ ขณะเจ็บครรภ์ คลอด ขณะคลอด และหลังคลอด การป้องกันการเกิดภาวะช็อก จากการตกเลือด ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมส่วนที่ไม่สมบูรณ์ให้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ทันท่วงที และมีแบบแผนที่ดี มีคุณภาพ



บรรณานุกรม

ตรีกพ เลิศบรรณพงษ์. 2560. ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics.

กรุงเทพฯ : ภาควิชาการ พยาบาล สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัย มหิดล.

ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. 2560. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 6(2): 146-157.

World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Italy: WHO; 2012

WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank and the United Nation Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Switzerland: WHO; 2014.

