

ชีแฮน ซินโดรม (Sheehan's Syndrome) กับการตกเลือดหลังคลอด

Sheehan's Syndrome and Postpartum Hemorrhage

รังสิณี พูลเพิ่ม^{*1} พัชรินทร์ จันทรอาสา²

Rungsinee Poonperm^{*1} Patcharin Janasa²

¹วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

¹The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand 10400

²โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

²Phramongkutklao Hospital, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

ในระยะคลอดและหลังคลอดอาจจะมีเหตุการณ์ไม่คาดคิดที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียเลือดเป็นจำนวนมากเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าทีมแพทย์และพยาบาลจะสามารถช่วยให้รอดชีวิตจากการเสียเลือดเป็นจำนวนมากได้แต่ก็ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่มีใครต้องการให้เกิดขึ้นสามารถเกิดตามมาภายหลังได้ ภาวะนั้นได้แก่ ชีแฮน ซินโดรม (Sheehan Syndrome) ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นเพศหญิง ถ้าเมื่อเกิดมีอาการแล้ว การรักษาจะต้องได้รับฮอร์โมนทดแทนไปอย่างยาวนาน การป้องกันการเสียเลือดจำนวนมากจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพื่อไม่ให้สตรีเกิดภาวะดังกล่าว บทความนี้นำเสนอแนวทางการประเมินความเสี่ยง การรักษาและการพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการตายของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะชีแฮนซินโดรม

คำสำคัญ : ชีแฮน ซินโดรม การตกเลือดหลังคลอด

Abstracts

Unexpected massive blood loss may occur to pregnant women during intrapartum and postpartum period. Although medical team can save their lives, they may later have unwanted complications. That is Sheehan's syndrome. The most important effects of this complication is changes in female characteristics. When Sheehan's syndrome is diagnosed, the treatment is lifelong replacement of the hormones that are found to be deficient. Therefore preventing them from massive blood loss is the best protocol. This article presents risk assessment, medical treatment and nursing protocol to prevent pregnant women from massive blood loss in order to lower the incidence rate of Postpartum hemorrhage and Sheehan's syndrome.

Keyword : Sheehan's syndrome, Postpartum hemorrhage

ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ แต่ก็อาจจะมีอันตรายที่ ไม่คาดคิดเกิดขึ้นได้ ซึ่งได้แก่ การตกเลือด ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์เป็นอย่างมากแต่การตกเลือดจากคลอดบุตรก็ยังเป็นสาเหตุการตายของมารดา ปัจจุบันอัตราการตายของมารดาจากการ ตกเลือดในประเทศที่กำลังพัฒนาประมาณ 1:1,000¹

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Early Postpartum Hemorrhage) หมายถึงการเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการคลอดทารก โดยมีปริมาณการเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไปภายหลังการคลอดปกติ หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ภายหลังการผ่าตัดคลอด หรือมีระดับฮีมาโทคริตลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 ของระดับฮีมาโทคริตก่อนคลอด¹

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) พบได้หลายสาเหตุ เช่น เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine Atony) มดลูกฉีกขาด (Uterine rupture) ปากมดลูกฉีกขาด (Cervical Tear) เย็บแผลไม่ถึงกันแผลทำให้เกิดก้อนเลือด (hematoma) เศษรกค้าง (retained placenta) หรือมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ซึ่งสาเหตุที่พบว่าทำให้เกิดการตกเลือดมากที่สุด ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี¹ องค์การอนามัยโลก แบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่เป็นอันตรายร่างกายสามารถปรับตัวได้ : ปริมาณเลือดออก 500-1,000 มิลลิลิตร

ระดับที่ 2 รุนแรงน้อย : ปริมาณเลือดออก 1,001 - 1,500 มิลลิลิตร

ระดับที่ 3 รุนแรงปานกลาง : ปริมาณเลือดออก 1,501 - 2,000 มิลลิลิตร

ระดับที่ 4 รุนแรงมาก : ปริมาณเลือดออก 2,001 - 3,000 มิลลิลิตร

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ เพื่อเตรียมการและป้องกันการเสียเลือดเมื่อคลอดบุตร ได้แก่ มีปริมาณน้ำเลือด (plasma volume) เพิ่มขึ้นร้อยละ 45-50 มีเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นร้อยละ 33 และมีการสร้างปัจจัยที่ช่วยการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น² และเมื่อคลอดทารกและรกแล้วมดลูกจะมีการหดรัดตัวเป็นระยะๆ ทำให้เส้นเลือดหดรัดตัวเลือดจะไหลออกมาน้อยทำให้ไม่เกิดการตกเลือด²

ชีแฮน ซินโดรม (Sheehan's Syndrome) เป็นภาวะต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ขาดเลือดไปเลี้ยง (pituitary necrosis) ที่เกิดจากการเสียเลือดในปริมาณมากอย่างเฉียบพลันในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและ/

หรือระยะหลังคลอดพบได้ประมาณ 5.1 รายต่อสตรีคลอดบุตร 100,000 ราย³ ผู้ที่ค้นพบคือ ศาสตราจารย์ฮาร์ลอร์ด ลีมมิ่ง ชีแฮน (Harold Leeming Sheehan) พยาธิแพทย์ชาวอังกฤษ อาจารย์ภาควิชาพยาธิวิทยาของมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูล ในปี ค.ศ.1946-1965 เขาได้เขียนงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะการทำงานของต่อมใต้สมองลดลงของหญิงหลังคลอด (postpartum hypopituitarism) ซึ่งปัจจุบันนี้รู้จักกันในชื่อ Sheehan's syndrome

กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Sheehan's Syndrome^{2,3,4} ได้แก่

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด หรือระยะหลังคลอดอย่างรุนแรง เช่น คลอดบุตรตัวโต ตั้งครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะมดลูกแตก ภาวะรกติดแน่น รกลอกตัวก่อนกำหนด และได้รับการรักษาหรือทดแทนสารน้ำและเลือดไม่ทันทั่วทั้ง ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ เลือดไปเลี้ยงสมองและต่อมใต้สมองไม่เพียงพอเฉียบพลัน

2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น ขาดวิตามินเค มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) หรือมีภาวะที่น้ำคร่ำอุดหลอดเลือด (Amniotic fluid embolism) หรือมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติทั้งร่างกาย (Disseminated intravascular coagulopathy หรือ DIC) ซึ่งเมื่อมีเลือดออกแล้วเลือดไม่แข็งตัว เลือดจะหยุดยาก ทำให้เกิดการเสียเลือดจำนวนมาก

3. สตรีที่เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย จะทำให้เส้นเลือดและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายตีบแคบ แข็งตัว เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการขาดเลือดที่ต่อมใต้สมองได้

อาการและอาการแสดงของภาวะ Sheehan's Syndrome จะพบในสตรีที่มีประวัติเสียเลือดมากในระยะคลอดหรือหลังคลอด จะเริ่มพบอาการต่างๆ ภายหลังคลอดเป็นเดือนหรือเป็นปีเฉลี่ย 5 ปี⁴ อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนที่สร้างฮอร์โมนชนิดใดเสียไปหรือได้รับผลกระทบจากการขาดเลือด⁴ ได้แก่

1. ไม่มีน้ำนมไหลหลังคลอด การไม่มีน้ำนมเลี้ยงบุตรเป็นอาการที่พบบ่อยและมักเป็นอาการแรกที่พบสาเหตุเกิดจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าไม่สามารถสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) ในการผลิตน้ำนม ทำให้ไม่มีน้ำนมเลี้ยงบุตร

2. ไม่มีประจำเดือนหลังคลอด สาเหตุเกิดจากต่อมใต้สมองไม่สามารถผลิตฮอร์โมนที่จะไปกระตุ้นรังไข่ให้สร้างฮอร์โมนเพศหญิงได้ ทำให้สูญเสียความเป็นเพศหญิงและความสวยงามของเพศหญิง มักพบว่าผิวหนังไม่ละเอียดอ่อนนุ่มเหมือนเดิม เต้านมเหี่ยวแห้ง อารมณ์ทางเพศเปลี่ยนไปและมีช่องคลอดแห้ง

3. พุดช้ำ คิดช้ำ เชื่องซึม เดี๋ยวช้ำ กินจุ อ้วน ผมหงอก มีฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ สาเหตุของการขาดไทรอยด์ฮอร์โมนเกิดจากต่อมใต้สมองไม่สามารถสร้างฮอร์โมนไปควบคุมการสร้างฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ได้

4. มีการเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากการทำงานต่อมหมวกไตผิดปกติ ทำให้การรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติไปซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

5. มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย

การรักษาภาวะ Sheehan's syndrome

เมื่อพบตามอาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น อาจต้องมีการตรวจพิเศษ หรือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา การตรวจหาฮอร์โมนต่างๆ การตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หากพบว่าต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ขาดเลือดไปเลี้ยง (pituitary necrosis) จำเป็นต้องรักษาด้วยการให้ฮอร์โมนสังเคราะห์ทดแทนไปตลอดชีวิตตามฮอร์โมนที่ขาดหายไป^{3,4}

ฉะนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการเสียเลือดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการมีภาวะเลือดออกแต่เนิ่นๆ และการตัดสินใจให้เลือดโดยเร็วที่สุดของแพทย์ถ้ามีภาวะตกเลือดเกิดขึ้น จะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดและภาวะ Sheehan's syndrome ตามมาได้

แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด

ภาวะตกเลือดเฉียบพลันในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิด จำเป็นต้องมีแนวทางป้องกัน เช่น การสังเกตอาการเตือนแรกเริ่มที่เรียกว่า early warning signs และรีบให้การรักษาก่อนที่จะเกิดการตกเลือดมากขึ้น รวมทั้งการให้เลือดทดแทนที่ทันท่วงทีก่อนที่ร่างกายจะสูญเสียเลือดมากเกินไป จนทำให้สมองและต่อม

พิทูอิทารีขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งนี้ต้องมีการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์

การคัดกรองภาวะเสี่ยงสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียเลือด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะชืดจะเพิ่มความเสี่ยงหรือเพิ่มความเสี่ยงรุนแรงถ้ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันเกิดขึ้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นเลือดน้อยย่อมสามารถทนต่อการเสียเลือดได้น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของเลือดมากกว่าและยังมีความเสี่ยงในการได้รับเลือดหรือองค์ประกอบของเลือดเพิ่มขึ้นอีกด้วย¹ ดังนั้นการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์เพื่อรักษาหรือแก้ไขภาวะชืด (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33 หรือมีค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร) ให้ดีขึ้นก่อนที่สตรีตั้งครรภ์จะเข้าสู่ระยะคลอด โดยแนะนำให้ยาธาตุเหล็กเสริม 6-7 มิลลิกรัมต่อวัน และแนะนำให้รับประทานอาหารเพิ่ม มากขึ้นจากก่อนตั้งครรภ์อีก 300 กิโลแคลอรีต่อวัน นอกจากนี้สตรีที่มีภาวะรกเกาะต่ำ สตรีที่เคยคลอดโดยการผ่าตัดคลอด การตั้งครรภ์แฝด สตรีที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ การมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ฯลฯ ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะอาจเกิดภาวะตกเลือดเฉียบพลันได้ จำเป็นต้องให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสูติแพทย์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา⁵ ที่สรุปว่าการลดความเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอดควรเฝ้าระวังและให้การดูแลเป็นพิเศษในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อมดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องคลอด หรือมีประวัติความผิดปกติของรกและระบบการแข็งตัวของเลือดโดยสูติแพทย์และทีมพยาบาล

ระยะคลอด การป้องกันการเกิดการเสียเลือดจำนวนมาก มีดังนี้

1. การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเสียเลือด ได้แก่ ชืด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน รกเกาะต่ำ เคยผ่าตัดคลอด (previous cesarean section), ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pregnancy Induce Hypertension), ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมาก (Hyperthyroidism), ทารกตัวโต หรือทำผิดปกติ เป็นต้น ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงสูงดังกล่าวต้องให้การดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างใกล้ชิดและการวางแผนการคลอดให้เหมาะสมโดย สูติแพทย์และทีมพยาบาลห้องคลอด

2. การวัดปริมาณการเสียเลือดในระยะคลอด ที่ใกล้เคียงกับปริมาณเลือดที่ออกมากที่สุด

จากการศึกษาวิจัยของภาควิชาสูติศาสตร์
นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล¹ พบว่า
การประเมินปริมาณการเสียเลือดภายหลังคลอดด้วยสายตา
จะประเมินปริมาณการเสียเลือดได้ต่ำกว่าความเป็นจริง
โดยเฉพาะเมื่อมีการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรขึ้นไป
การประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตามีความผิดพลาด
ในการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงสูงถึงร้อยละ 65.40
จึงได้จัดทำแผ่นรองได้กั้นและถุงวัดปริมาตรขึ้น และเมื่อ
ปี พ.ศ. 2558 ทีมวิจัยพบว่าการวัดปริมาณการเสียเลือดภาย
หลังการคลอดปกติด้วยแผ่นรองกันพร้อมถุงวัดปริมาตรเลือด
ทำให้พบว่าอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน
เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 4.30-10.70 ปัญหาที่พบบ่อยคือ
การประเมินจำนวนเลือดที่ออกไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้
การให้เลือดทดแทนล่าช้า ปัจจุบันจึงมีการแนะนำให้ใช้แผ่นรอง
กันพร้อมถุงวัดปริมาตรเลือดวางที่เตียงคลอดเพื่อวัดปริมาตร
การเสียเลือดในระยะคลอดได้ใกล้เคียงกับปริมาณเลือดที่ออก
มามากที่สุด¹

3. การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการตกเลือด
จากมดลูกหดตัวไม่ดี ควรประกอบด้วย¹

3.1 มีทีมการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การรักษา
ภาวะตกเลือดจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม มีการฝึกฝน
อย่างสม่ำเสมอ มีการแบ่งหน้าที่การดูแลอย่างชัดเจนและ
เป็นระบบ ได้แก่ หัวหน้าทีม (clear leader) ผู้ปฏิบัติ
(clear followers) การสื่อสารของหัวหน้าทีมที่ชัดเจน
(clear communication) และ การทวนคำสั่งการรักษาของ
ผู้ปฏิบัติ (closed loop communication) จะทำให้การรักษา
รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ต้องมีการบันทึกการรักษา
พยาบาลอย่างละเอียดครบถ้วนด้วย

3.2 การประเมิน การช่วยฟื้นคืนชีพ และ
การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ

3.2.1 การประเมินความรุนแรงของภาวะ
ตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยหัวหน้าทีม
โดยประเมินปริมาณและความรุนแรงของการเสียเลือดจาก
สัญญาณชีพ คือ ชีพจรและความดันโลหิต และความรู้สึกตัว

3.2.2 ผู้ปฏิบัติ นวตมดลูกเพื่อกระตุ้น
การหดตัว

3.2.3 การเปิดเส้นเลือดดำ อย่างน้อย
2 ตำแหน่งเพื่อให้สารน้ำ ให้เลือดหรือองค์ประกอบของเลือด

3.2.4 การให้ยาเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดร
ตัวดี

3.2.5 การให้ออกซิเจนเพื่อรักษาระดับ
ออกซิเจนในร่างกาย

3.2.6 การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมิน
ระบบการไหลเวียนโลหิตไปที่ไต การทำงานของไต

3.2.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
การตรวจเม็ดเลือด (Complete Blood Count), การตรวจการ
ทำงานของตับ (Liver Function test), การตรวจการทำงานของไต
(Renal function Test), การตรวจการแข็งตัวของเลือด
(Coagulogram) และ การประเมินการแข็งตัวของเลือด
(Clot observation : นำเลือด 5 mL ใส่หลอดแก้วทดลองตั้งทิ้ง
ไว้ 10 นาที ถ้าระบบการแข็งตัวของเลือดปกติ จะมีการจับตัว
เป็นลิ่มของเลือดในหลอดทดลอง)¹

3.3 การบริหารยา เพื่อให้เลือดหยุดอย่างรวดเร็ว
ก่อนที่จะเกิดภาวะช็อก ควรให้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น Oxytocin,
Methergin, Cytotec, Nalador

3.4 การทำหัตถการหรือผ่าตัดเพื่อหยุดเลือด
ก่อนที่จะเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดล้มเหลว ซึ่งมักเกิดขึ้น
เมื่อมีการเสียเลือดอย่างมาก ได้แก่ การใส่บอลูนเพื่อหยุดเลือด
ในโพรงมดลูก (balloon tamponade) การผ่าตัดด้วยเทคนิค
B-lynch การผูกหลอดเลือดมดลูก (uterine arteries ligation)
การอุดหลอดเลือดด้วยวิธีทางรังสี (uterine arteries emboli-
zation) และการตัดมดลูก (hysterectomy)

3.5 แนวทางการให้เลือดทดแทน

การเสียเลือดปริมาณมาก (massive blood loss)
คือการเสียเลือดมากกว่าปริมาตรเลือดทั้งหมดที่มีอยู่ในร่างกาย
หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของน้ำหนักตัว (ideal body weight)
ภายใน 24 ชั่วโมง หรือการเสียเลือดอย่างรวดเร็วมากกว่าครึ่ง
หนึ่งของเลือดทั้งหมดภายในเวลา 3 ชั่วโมง⁶

ทีมรักษาพยาบาลต้องหาสาเหตุให้ได้เร็วที่สุด
เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้องและทำให้เลือดที่ไหลหยุดอย่าง
รวดเร็วที่สุด และการตัดสินใจให้เลือดและสารน้ำทดแทน
(transfusion support) อย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ก่อนที่
จะเกิดการเสียเลือดเป็นจำนวนมาก (massive blood loss)⁶
ซึ่งอาจไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้นต้องมีความร่วม
มือจากทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ทีมธนาคารเลือด และการสื่อสาร
ที่ดี เพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือด

การทำนายภาวะเสียเลือดรุนแรงจะใช้ค่าไฟบริโนเจน เนื่องจากสตริตั้งครรภ์ในภาวะปกติจะมีไฟบริโนเจน 400-500 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าระดับไฟบริโนเจนต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะมีค่าทำนายผลบวกของภาวะเสียเลือดรุนแรง (positive predictive value of severe hemorrhage) ถึงร้อยละ 100⁶

ปัจจุบันการช่วยเหลือมารดาที่มีเลือดออกในปริมาณมากด้วยเกณฑ์วิธีในการให้เลือดปริมาณมาก

(ตารางที่ 1) โดยใช้หลักการควบคุมความเสียหาย (damage control) ด้วยการช่วยห้ามเลือด (hemostasis resuscitation) จะทำให้ลดการให้สารละลายประเภตนํ้าเกลือ (crystalloid) ร่วมกับการให้ผลิตภัณฑ์เลือด (blood product) ลงได้ สำหรับการให้ผลิตภัณฑ์เลือดใช้อัตราส่วนของเลือดดังนี้ เม็ดเลือดแดง (red cells) ต่อ พลาสมา (Fresh Frozen

Plasma : FFP) ต่อ เกล็ดเลือด (Platelet) ในอัตราส่วน 1:1:1 เพื่อให้เกิดการเจือจางของปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด (clotting factor dilution) น้อยที่สุด และ ลดการมีของเหลวนอกเส้นเลือด (third space) และพบว่า การให้เลือดแบบนี้มีอัตราตายจากการเสียเลือดลดลง และทำให้เลือดหยุดไหลได้มากกว่า การให้เลือดแบบ เม็ดเลือดแดง (red cells) ต่อ พลาสมา (FFP) ต่อ เกล็ดเลือด ในอัตราส่วน 2:1:16 พบว่าการให้เลือดแบบ เม็ดเลือดแดง (red cells) ต่อ พลาสมา (FFP) ต่อ เกล็ดเลือด ในอัตราส่วน 1:1:1 จะทำให้มีการเพิ่มปริมาณเกล็ดเลือด 5,000-10,000 ลบ.มม. เพิ่มไฟบริโนเจนประมาณ 10 มก/ดล⁶ และควรแก้ไขภาวะกรด (acidosis) และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ร่วมด้วย

เกณฑ์วิธีในการให้เลือด ในปริมาณมาก มีดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์วิธีในการให้เลือดในปริมาณมาก

1. คาดการณ์ว่ามีเลือดออกในปริมาณมาก (massive hemorrhage) และต้องให้เลือดทดแทนร้อยละ 5 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย ภายใน 2 ชั่วโมง
2. เลือดยังคงออกมามาก แม้ให้เม็ดเลือดแดง (packed red cell) ไปแล้ว 4 หน่วยภายใน 1-2 ชั่วโมง
3. ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และมีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที โดยที่ยังควบคุมภาวะเลือดออกยังไม่ได้

หลักการให้เลือดทดแทนปฏิบัติดังนี้⁶

- รอบที่ 1 เม็ดเลือดแดง (packed red cell) 6 units, FFP 6 units, เกล็ดเลือด (Platelet) 6 units, (1 adult dose) และ cryoprecipitate 10 units
- รอบที่ 2 packed red cell 6 units, FFP 6 units, Platelet 6 units, (1 adult dose) และ cryoprecipitate 10 units เพื่อเพิ่ม ไฟบริโนเจน ให้อยู่ระดับ 150-200 มก.ดล.
- รอบที่ 3 ให้ Antifibrinolytic-tranexamic acid 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 10 นาที เพื่อลดการสลายลิ่มเลือด
- รอบที่ 4 packed red cell 6 units, FFP 6 units, Platelet 6 units, (1 adult dose) และ ถ้ายังควบคุมเลือดออกไม่ได้ ให้กลับไป เริ่มรอบที่ 1 อีก

ถึงแม้จะมีการเตรียมการรักษา มีหลักเกณฑ์วิธีการ ให้เลือดเมื่อมีการตกเลือดแล้วก็ตาม รายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2558 ยังพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของสตรีตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของสตรีตั้งครรภ์เช่นกัน⁶ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นมาตรการที่สำคัญของการรักษาพยาบาล

ในระยะคลอดและหลังคลอด เพื่อลดอัตราการตายของมารดา และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน Sheehan's syndrome

ระยะหลังคลอด

พยาบาลควรมีการประเมินมารดาและทารก หลังคลอด มีมาตรการป้องกันการตกเลือดและมีการประเมินมารดาเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันหรือแก้ไขภาวะที่อาจเกิดการตกเลือดขึ้น ได้แก่ การคลึงมดลูกทุก 15 นาที การวาง

กระป๋องน้ำแข็ง (ice pack) บนยอดมดลูก การกระตุ้นให้ปัสสาวะ รวมทั้งการประเมินเลือดที่ออกจากช่องคลอดทุก 10-15 นาที ประเมินแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัดและประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดออกมาก แต่ถ้าพบว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้รีบรายงานแพทย์และทีมโดยเร็ว เพื่อแก้ไขสาเหตุและรักษาได้ทันเวลา

แนวทางการปฏิบัติพยาบาล

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยพยาบาลห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอดร่วมกับอาจารย์พยาบาลภาควิชาการ

พยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือด ดังนี้

1. แนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องคลอดในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด¹⁰

1.1 ประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่แรกรับ (Admission) โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงสตรีตั้งครรภ์เมื่อแรกรับเข้าห้องคลอด (ตารางที่ 2) ซึ่งแปลมาจาก RCOG Green-top Guideline No.52⁷

ตารางที่ 2 ตารางประเมินความเสี่ยงสตรีตั้งครรภ์เมื่อแรกรับเข้าห้องคลอด*

No	Risk factors for PPH	Four T's	Approximate odds ratio for PPH (99% CI)	Score	Yes/No
1	Suspected or proven placental abruption	Thrombin	13	2	
2	Known placenta previa	Tone	12	2	
3	Multiple pregnancy	Tone	5	1	
4	Pre-eclampsia/gestational hypertension	Thrombin	4	1	
5	Previous PPH	Tone	3	1	
6	Obesity (BMI >35)	Tone	2	1	
7	Anemia (<9 g/dl)	Tone	2	1	
8	Delivery by emergency caesarean section	Trauma	4	1	
9	Delivery by elective caesarean section	Trauma	2	1	
10	Induction of labour	Tone	2	1	
11	Retained placenta	Tissue	5	1	
12	Operative vaginal delivery	Trauma	2	1	
13	Prolonged labour (> 12 hours)	Tone	2	1	
14	Big baby (> 4 kg)	Tone/trauma	2	1	
15	Pyrexia in labour	Thrombin	2	1	
16	Age (> 40 years, not multiparous)	Tone	1.4	1	
Total score					

* ที่มา RCOG Green-top Guideline No.52⁷

ซึ่งแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน < 5 มีระดับความเสี่ยงต่ำ (Low risk)

คะแนน 5-10 มีระดับความเสี่ยงปานกลาง (Moderate)

คะแนน >10 มีระดับความเสี่ยงสูง (High risk)

เมื่อประเมินระดับความเสี่ยงแล้ว พยาบาลกับทีมสูติแพทย์ ร่วมกันวางแผนในการเฝ้าระวังการเกิดการตกเลือด และวางแผนการเตรียมพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามาคลอด ดังนี้^{9,10}

1.1.1 รับ-ส่งเวร โดยรายงานคะแนน ความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่นอนรอคลอดที่มีความเสี่ยงสูงทุกราย

1.1.2 มีการประชุมก่อนทำงาน (Pre conference) เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมพยาบาล เพื่อดูแล เตรียมอุปกรณ์และยาที่จำเป็นให้พร้อมสำหรับการรักษาภาวะ ตกเลือดหลังคลอด

โดยกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ในเรื่องการหด รั้วตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (tone) ให้เตรียมยากระตุ้นการหด รั้วตัวของมดลูก (uterotonic drug) ให้พร้อมก่อนการคลอด

กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ในเรื่องการฉีกขาด ของช่องทางการคลอด (trauma) ให้รีบประเมิน ปากมดลูกและ ช่องทางการคลอดหลังการคลอดทันที

กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางถึงมาก (Moderate - high risk) (score ≥ 5) ให้เฝ้าติดตามมารดาอย่างใกล้ชิด ในระยะหลังคลอดทันทีเพื่อประเมิน ฝ้าระวัง และให้การรักษาทันทีหากเกิดการตกเลือดหลังคลอด

1.1.3 ประสานงานกับทีมสูติแพทย์ เพื่อวางแผนการป้องกันในรายที่มีความเสี่ยงสูงและแก้ไขสาเหตุที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ และวางแผนการดูแลรักษาเมื่อเกิด ภาวะตกเลือดหลังคลอดขึ้น

1.2 ในระยะคลอด มีการเฝ้าติดตามผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ถ้ามี ระยะเวลาเจ็บครรภ์ที่เนิ่นนาน (Prolonged labor) ควรรายงาน แพทย์และดูแลอย่างใกล้ชิด⁹ และการประเมินการตกเลือด ในระยะคลอดในห้องคลอดใช้ถุงรองเลือด (Collector bag)¹ หลังคลอดเมื่อเย็บแผล ผ่าเย็บเรียบร้อยแล้ว ใช้การคาดคะเน จากผ้าอนามัยที่ชุ่มเลือด คิด 1 แผ่น เท่ากับเลือด 50 มิลลิลิตร ถ้าผ้าอนามัยชุ่มเลือดมากกว่า 1 แผ่น/ชั่วโมง ถือว่ามีภาวะตก เลือดหลังคลอด¹⁰

1.3 ประเมินภาวะวิกฤตของมารดาหลังคลอด โดยใช้ Modified early obstetrics warning score : MEOWS (ตารางที่ 3) โดยเริ่มประเมินครั้งแรกหลังจากระยะที่ 3 ของการ คลอด เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงที่สำคัญอาการที่กำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤติ และให้ได้ รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ คะแนนที่ได้จากการประเมิน MEOWS ให้ปฏิบัติตามแนวทาง การฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการปรึกษาทีมสุขภาพ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 Modified early warning obstetrics score system : MEOWS**

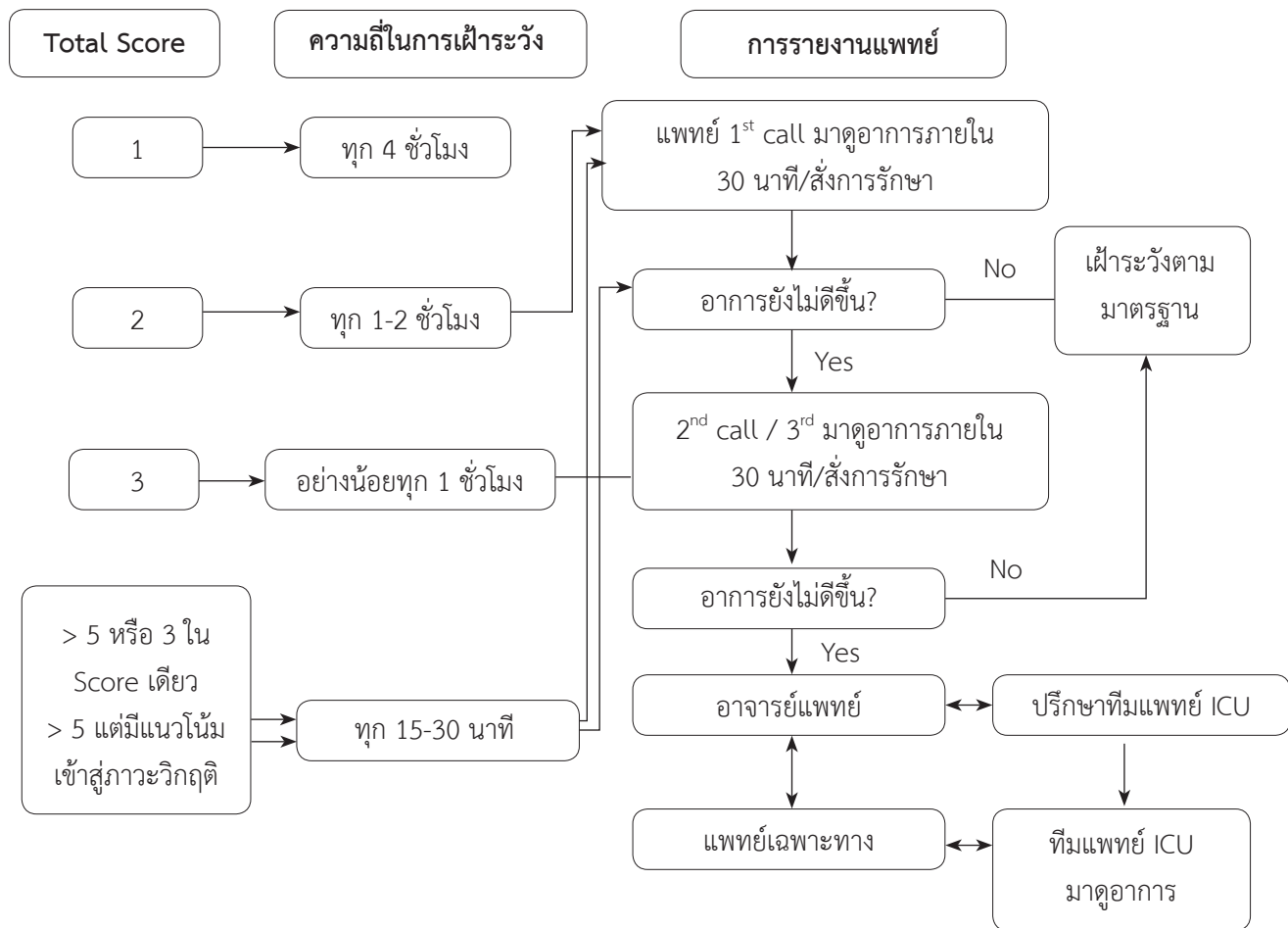
Score	3	2	1	0	1	2	3
ระดับความรู้สึกรู้ตัว		ง่วงวายนอนหลับ		รู้สึกตัวดี	ตอบสนอง	ตอบสนองต่อ	ไม่ตอบสนอง
				ต่อเสียง	ความเจ็บปวด		
T (°C)		< 35	35-36	36-37.5	37.6-37.9	38.0-39.0	> 39
Pulse/ HR (ครั้ง/นาที)		40-50	51-60	61-100	101-119	120-139	≥ 140
RR (ครั้ง/นาที)	< 9			9-20	21-24	25-29	≥ 30
Systolic BP (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-140	141-160		≥ 160
Diastolic BP (mmHg)	< 50			50-90	91-99	100-109	≥ 110
Oxygen sat (ขณะให้ O ₂) < 90 %		91-94%		95-100%			
Urine Output	< 10/ชม.	< 30/ชม.					

** ปรับปรุงจาก Emma Baines and N S Kanagasundaram⁸

ตารางที่ 4 แนวทางการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการปรึกษาทีมสุขภาพ¹⁰

แนวทางการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการปรึกษาทีมสุขภาพ

ประเมินผู้ป่วยทุกราย ให้คะแนนในข้อต่างๆ รวมคะแนน และเฝ้าระวัง หรือปรึกษาสุขภาพตามผังด้านล่าง

** ปรับปรุงจาก Emma Baines and N S Kanagasundaram⁸

1.4 การพยาบาลระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด

1.4.1 ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs)

ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 4 ชม.
จนอยู่ในช่วงเกณฑ์ปกติ (stable)

1.4.2 ช่วยคลึงมดลูกที่หน้าท้องทุก 15 นาที

อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการคลึงมดลูกและสอนให้มารดาคลึงมดลูกเป็นระยะๆ จนมดลูกแข็ง ประเมินมดลูกมารดาทุก 15 นาที หรือถ้านั้นถ้ามีเลือด ออกมาก

1.4.3 ดูแลวางกระเป๋าน้ำแข็ง (ice pack)

ที่หน้าท้องบริเวณมดลูก

1.4.4 ดูแลปรับการให้สารน้ำทางเส้นเลือด

ดำที่ผสมยา oxytocin ให้เหมาะสม หากยังพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี ถ้ามีเลือดออก (active bleeding) ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา Methergin 0.2 mg 1 amp IV หรือ IM หรือ

ใส่ยา oxytocin เพิ่มในสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ หรือให้ยาอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์

1.4.5 สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจาก

ช่องคลอดทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) ถ้ามากกว่า 1 แผ่นผ้าอนามัย/ชั่วโมง ถือว่ามีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์และรีบให้การแก้ไขช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ในกรณีถ้ามีอาการตกเลือดและมีอาการช็อค (Hypovolemic Shock) ได้แก่ ซีด, เหงื่อออก, ใจสั่น, ตัวเย็น, ชีพจรเบาเร็ว และความดันโลหิตต่ำลง น้อยกว่า 90/60 mmHg ให้ประเมิน MEOWS ร่วมกับปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการปรึกษาทีมสุขภาพ (ตารางที่ 3 และ 4) และให้การดูแลตามข้อ 3 แนวทางการดูแลเมื่อมีภาวะตกเลือดเกิดขึ้น

1.4.6 ประเมินลักษณะการมีเลือดคั่งที่แผลฝีเย็บ (Hematoma) ทุก 15 นาที ถ้าพบให้รายงานแพทย์ อาจทำการเย็บแผลฝีเย็บใหม่ (Resuture)

1.4.7 ดูแลให้ปัสสาวะดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ถ้าเกิดการตกเลือดให้ Retain Foley's catheter และบันทึก urine output ทุก 4 ชม.

1.4.8 ประเมินค่าฮีมาโตคริต (HCT) และติดตามซ้ำทุก 4-6 ชม. หากพบ HCT < 30% รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้เลือด (Blood transfusion) และประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก (Shock) ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (stable)

1.4.9 ก่อนย้ายมารดาไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลห้องคลอดควรประเมินมารดาอย่างละเอียดและมีการส่งเวรให้พยาบาลหลังคลอดเกี่ยวกับมารดาอย่างละเอียดโดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตกเลือดและให้คำแนะนำแก่มารดาถึงอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ เช่น เลือดออกมาก ใจสั่น หน้ามืด รู้สึกจะเป็นลม เป็นต้น

2. แนวทางการปฏิบัติของพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอดในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

2.1 ในการส่งต่อมารดาไปที่หอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลห้องคลอดควรส่งรายละเอียดข้อมูลความเสี่ยง การรักษาพยาบาลและอาการปัจจุบันให้พยาบาลหลังคลอดทราบโดยละเอียด เพื่อให้พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอดวางแผนในการรับย้ายมารดา

2.2 เมื่อมารดาถึงหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลประเมินความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดและเฝ้าระวัง โดยถ้ามีอาการและอาการแสดงต่อไปนี้ รีบรายงานแพทย์ หาสาเหตุและแก้ไขโดยเร็วที่สุด

1. มดลูกหดตัวไม่ดี มดลูกนิ่ม (Poor Uterine Contraction)

2. น้ำคาวปลาสีแดงสด ออกชุ่มมากกว่า 1 แผ่นผ้าอนามัย/ชั่วโมง

3. แผลฝีเย็บบวมคล้ำ มีอาการปวดแผลฝีเย็บมาก

4. แผลผ่าตัดมีเลือดออก (active bleeding) หรือมีหน้าท้องโป่งตึง, ท้องอืด, กระสับกระส่าย

5. จำนวนปัสสาวะที่ออกมา (Urine output) น้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง หรือ ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้ม มีเลือดปน

6. มีภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder)

7. VPC < 30 Vol % หรือลดลง > 3 vol%

8. สัญญาณชีพ (Vital signs) ความดันโลหิต (Blood Pressure: BP) น้อยกว่า 90/60 mmHg ชีพจรเบาเร็ว มากกว่า 100 ครั้ง/นาที

ในกรณีถ้ามีอาการตกเลือดและมีอาการช็อก (Hypovolemic Shock) ได้แก่ ซีด, เหงื่อออก, ใจสั่น ตัวเย็น, ชีพจรเบาเร็ว และความดันโลหิตต่ำลงน้อยกว่า 90/60 mmHg ให้ประเมิน MEOWS ร่วมกับปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษาที่มสุขภาพ (ตารางที่ 3 และ 4) และให้การดูแลตามข้อ 3 ที่จะกล่าวต่อไป

3. แนวทางการดูแลเมื่อมีภาวะตกเลือดเกิดขึ้น¹⁰ (คลอดปกติเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซี ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเสียเลือดมากกว่า 1,000 ซีซี)

3.1 เรียกทีมในการดูแลโดยเร็ว ประเมินตามตารางที่ 3 และ 4

3.2 ประเมินอาการและอาการแสดงมารดาหาสาเหตุของการตกเลือด ประเมินปริมาณเลือดที่ออก

3.3 คลึงมดลูก วางกระเป๋าน้ำแข็ง (ice pack) ล้างก้อนเลือดในช่องคลอด

3.4 เปิดเส้นเลือดดำใหญ่ 2 ข้าง (เข็มเบอร์ 18) ให้สารน้ำชนิด crystalloid (LRS หรือ 0.9% Normal Saline Solution) ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก (facemask), ใส่สายสวนปัสสาวะ (Retain Foley's catheter)

3.5 ให้ยาเพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวดีตามแผนการรักษาของแพทย์ อันดับแรก (First line) ได้แก่ Oxytocin, Methergine (ประเมินความดันโลหิตก่อนให้ ถ้าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มากกว่า 140 ไม่ให้ยา) อันดับสอง (Second line) ได้แก่ Cytotec หรือ Nalador

3.6 ส่งตรวจทางห้องทดลอง ได้แก่ CBC, Cross Match, Renal and Liver Function Test, Metabolic, Clot observation test

3.7 เตรียมผลิตภัณฑ์ของเลือดและให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยประสานกับแพทย์และธนาคารเลือด โดยใช้หลักเกณฑ์วิธีการให้เลือดทดแทน (ตารางที่ 1)

3.8 ถ้ายังหยุดเลือดไม่ได้ ส่งเข้าห้องผ่าตัด ช่วยแพทย์ในการหยุดเลือดให้เร็วที่สุด เช่น การใส่บอลูน (Balloon tamponade), การผ่าตัดด้วยเทคนิค B-lynch การผูกหลอดเลือดมดลูก (uterine arteries ligation), การตัดมดลูก (Hysterectomy) เป็นต้น ตามแผนการรักษาของแพทย์ และช่วยประสานงานในทีมสุขภาพและจัดบันทึกการรักษาและให้การพยาบาลตลอดระยะเวลาการช่วยเหลือมารดา

3.9 เมื่อหยุดเลือดได้แล้วส่งมารดาไปห้องหอผู้ป่วยอาการหนัก ตามแผนการรักษาของแพทย์

สรุป Sheehan's syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือดจำนวนมากอย่างเฉียบพลันในระยะคลอดและหลังคลอด ถึงแม้ว่าจะพบอุบัติการณ์ค่อนข้างน้อย แต่ถ้าเกิดการตกเลือดแล้วรีบรักษาแก้ไขได้ทันท่วงที ภาวะ Sheehan's syndrome ก็จะเกิดขึ้นน้อยลง ฉะนั้นการป้องกันการตกเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะลดอัตราการตายของมารดาและอัตราการเกิดภาวะ Sheehan's syndrome พยาบาลห้องคลอดและหลังคลอดจึงมีบทบาทสำคัญมากในการประเมินอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นสัญญาณเตือน (early warning signs) หรือประเมินความเสี่ยงไว้ทุกระยะตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะคลอดและหลังคลอดทารก จะทำให้เกิดการป้องกันและรักษาได้ทันท่วงที นอกจากนี้การประสานงานกับบุคลากรทางแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบในการรักษาพยาบาล หากมารดามีภาวะตกเลือดเกิดขึ้นจะช่วยทำให้มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Sheehan's syndrome ตามมาได้

References

1. Lertbunnaphong T. Recommendation for Development of Management Plan of Atonic Postpartum Hemorrhage. OB-GYN in Practice. Bangkok: P.A. Living Limited, 2017.
2. Thongsong T. (editor). Obstetrics. Pathum Thani : PB FORBOOK, 2012.
3. Sarina Schrager. Sheehan Syndrome: A Rare Complication of Postpartum Hemorrhage. JABFP. 2001;14 : 389-391.
4. Cunningham GF, Leveno JK, Blom LS, Spong YC, Dashe SJ. Hoffman LB. Casey MB, Sheffield SJ. Sheehan syndrome. Williams Obstetrics. 24th edition New york : McGRAW-HILL, 2014.
5. Satapornteera P et.al. Factors Associated with Early Postpartum 21 Hemorrhage of Singleton Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2012;20 : 21-28.
6. Permpikul P. Massive Transfusion Protocol for Immediate Postpartum Hemorrhage. OB-GYN in Practice. Bangkok : P.A. Living Limited, 2017.
7. Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG. 2016;124:e106-e149.
8. Emma Baines & N S Kanagasundaram. Early Warning Scores. British Medical Journal. 2008;16: 294-336.
9. Chiyaraj S. Nursing role: Emergency management in postpartum hemorrhage. 7th Conference of Thai Society of Maternal and Fetal Medicine, 2016:15-38.
10. Janarsa P. Clinical Guideline for PPH in Labor & Delivery Room, Phramongkutklao Hospital, 2016.