ความก้าวหน้าของการคลอดกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Progression of Labour : The Midwifery Roles

ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล* Pairin Sukontrakoon*
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ราชเทวี กรุงเทพ, ประเทศไทย (10400)*
Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewe, Bangkok, Thailand (10400)*

บทคัดย่อ

การคลอดบุตรเป็นประสบการณ์หนึ่งที่มีความสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว หากการคลอดบุตรมีระยะเวลายาวนานย่อมจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้คลอด นอกจากนี้ผู้คลอดในครรภ์แรกหรือในผู้คลอดครรภ์หลังต่างก็มีระยะเวลาในการคลอดที่แตกต่างกัน โดยในผู้คลอดครรภ์แรกมักมีระยะเวลาในการคลอดนานกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ย่นระยะเวลาของการคลอดให้สิ้นสุดลงอย่างมีคุณภาพและมีความปลอดภัย ซึ่งจะรวมถึงการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การหาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการคลอด และการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตลอดกระบวนการคลอด ได้แก่ การส่งเสริมให้ทารกในครรภ์มีการเคลื่อนต่ำพร้อมกับส่งเสริมให้มดลูกมีการหดรัดตัวที่ดีจะช่วยให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด และลดภาวะแทรกซ้อนหรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกแรกเกิดลงได้

คำสำคัญ : ความก้าวหน้าของการคลอด, บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Abstracted

Giving birth is an important experience for pregnancy women and their families. During a prolonged labour, this could impact on both physical and psychological status. Moreover, the pregnant with nulliparous or multiparous have their own stages of labour. The former takes a longer duration of each stage than those of the latter. Therefore, most midwives have to carry on the major role play promoting the progressing of shorten the first stage of labour with a good quality and safety. These include: evaluating of progression of labour, finding factors that affect to labour process, and planning suitable nursing cares throughout the ongoing process. For example, the promotion of fetal descent passing along with a good uterine contraction will enhance the progression of labour and reduce some complications or poor outcomes that may occur to mother as well as newborn.

Keywords : Progression of labour, Midwifery roles

Corresponding Author : *E-mail : pairin.suk@mahidol.ac.th

1-6 AW-□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 1 8/15/59 BE 9:24 AM

บทนำ

การคลอดบุตรนับเป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญและส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ซึ่งการคลอดโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ไม่ว่าจะเป็นผู้คลอดเอง ญาติและบุคลากรผู้ดูแล หากมีภาวะคลอดยากหรือการคลอดล่าช้าเกิดขึ้น นอกจากผู้คลอดต้องทนกับอาการปวดจากการเจ็บครรภ์นานขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า มีโอกาสติดเชื้อและตกเลือดหลังคลอดได้มากกว่าผู้ที่มีการดำเนินการคลอดตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ผู้คลอดที่ใช้เวลารอคลอดมากกว่า 12 ชั่วโมง จะมีระดับโปตัสเซียม ครีตินินและยูเรียในเลือดสูง ระดับคาร์โบไฮเดรตในเลือดต่ำ เกิดอุบัติการณ์ของคีโตนยูเรียและทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนมากกว่าผู้คลอดที่ใช้เวลารอคลอดน้อยกว่า 12 ชั่วโมง[1] ดังนั้นการคลอดที่ใช้เวลาดำเนินไปตามปกติย่อมลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาและลดความทุกข์ทรมานของผู้คลอดลงได้ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญและเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้คลอดจึงมีบทบาทในการส่งเสริมความก้าวหน้าในทุกระยะของการคลอด และช่วยให้การคลอดดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด

การดำเนินการคลอดในผู้คลอดแต่ละคนจะมีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนี้

1) รูปร่างและขนาดของหนทางคลอด กระดูกเชิงกรานของผู้คลอดที่มีขนาดกว้างพอจะทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนผ่านไปได้ ผู้คลอดที่มีรูปร่างเล็ก ตัวเตี้ย มักมีขนาดของเชิงกรานเล็กตามรูปร่าง หรือในรายที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่บริเวณอุ้งเชิงกรานอาจทำให้แนวกระดูกผิดรูปร่างซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการคลอด ตลอดจนการมีก้อนเนื้องอกขวางในอุ้งเชิงกราน ความไม่ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเชิงกราน ความผิดปกติของช่องคลอดและปากมดลูก เหล่านี้มีผลต่อการคลอดทั้งสิ้น

2) ลักษณะและขนาดของทารกในครรภ์ ทารกในครรภ์ที่มีขนาดใหญ่จากน้ำหนักมาก หรือจากที่ทารกมีความผิดปกติของร่างกายทำให้บางส่วนใหญ่ผิดปกติ ย่อมเคลื่อนผ่านหนทางคลอดของมารดาได้ยาก ขณะเดียวกันทารกในครรภ์ที่มีขนาดเล็ก หรืออายุครรภ์ไม่ครบกำหนดการดำเนินการคลอดมักจะเร็วกว่าปกติ นอกจากนี้ลักษณะของทารกในครรภ์ที่อยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าหน้า ท่าศีรษะที่ท้ายทอยทารกอยู่ด้านหลังของเชิงกรานมารดา เป็นต้น ท่าทารกเหล่านี้เป็นท่าที่ไม่เหมาะต่อการคลอดส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้าได้ ทารกที่ท่าปกติควรเป็นท่าศีรษะและก้มหน้าท้ายทอยอยู่ด้านบน ท่านี้จะทำให้การเคลื่อนต่ำเป็นไปได้ง่าย

3) แรงในการคลอด การหดรัดตัวของมดลูกเป็นแรงสำคัญที่ทำให้การคลอดมีความก้าวหน้าซึ่งแรงนี้อยู่นอกเหนือการควบคุมของจิตใจ โดยปกติในระยะคลอดมดลูกจะหดรัดตัวสม่ำเสมอเมื่อการคลอดดำเนินต่อไปมดลูกจะหดรัดตัวถี่ขึ้น แรงและนานขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนจะสั้นและมีความหนามากกว่าเดิม ขณะที่กล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างจะยืดออกและบางทำให้พื้นที่ในโพรงมดลูกส่วนบนลดลงผลักดันให้ทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำ และปากมดลูกมีความบางและเปิดขยายออก การหดรัดตัวของมดลูกที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้การคลอดมีความก้าวหน้า ซึ่งความแรงประมาณ 30 - 50 มิลลิเมตรปรอทจึงจะทำให้ปากมดลูกเปิดขยาย[2] เมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ต้องมีแรงเบ่งจากผู้คลอดร่วมด้วยจึงจะทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนผ่านออกมาได้

4) ท่าของผู้คลอด การจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูงจะช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของทารก ในครรภ์ และทำให้มดลูกหดรัดตัวได้ดีขึ้น ช่วยลดระยะเวลาในการรอคลอด ลดการกดทับเส้นเลือดที่อยู่ด้านหลัง ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูกกับรก มีการศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกที่อยู่ในช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) พบว่าการจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูงขณะรอคลอด จะมีค่าเฉลี่ยของเวลาในการรอคลอดช่วงดังกล่าวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 2 ชั่วโมง[3]

5) ภาวะจิตใจ ผู้คลอดที่กลัวมาก ๆ หรือมีความเหนื่อยล้า เป็นสาเหตุให้ adrenal medulla หลั่ง catecholamines[4] ทำให้หลอดเลือดตีบ เป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลงกว่าเดิม การหดรัดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพลดลง ระยะเวลาในการรอคลอดจึงเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ที่กลัวการคลอดจะใช้เวลาในการคลอดมากกว่าผู้ที่ไม่กลัวการคลอด[5] ความกลัวทำให้ผู้คลอดรับรู้ถึงอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดมีการสลายพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ส่งผลให้มีการคั่งของกรดแลคติคเกิดเป็นความเหนื่อยล้า แรงที่จะใช้ในการเบ่งจึงมีน้อยลง มีการศึกษาพบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด[6] เมื่อมีการรับรู้ในอาการเจ็บครรภ์มากขึ้นและมีความอดทนลดลง จะไปเพิ่มความวิตกกังวลและความเครียด

1-6 AW-□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 2 8/15/59 BE 9:24 AM

การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

การจะทราบว่าผู้คลอดแต่ละคนมีการดำเนินการคลอดเป็นอย่างไร ควรที่จะต้องมีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะและบันทึกเพื่อนำมาใช้ในการปรับแผนการดูแล ซึ่งพบว่าประโยชน์ของการบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดลงในกราฟการคลอด (partogram) จะช่วยลดจำนวนผู้คลอดที่มีการคลอดล่าช้า ลดการใช้ยากระตุ้น การตกเลือดหลังคลอด การแตกของมดลูก การติดเชื้อหลังคลอด อัตราการเจ็บป่วยและการตายของทารกปริกำเนิดลงได้[7] ในการประเมินนี้จะแยกพิจารณาสำหรับผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลัง เนื่องจากผู้คลอดครรภ์แรกมักจะใช้เวลาในการคลอดมากกว่าครรภ์หลัง โดยระยะที่ 1 ของการคลอดช่วงปากมดลูกเปิด 0 - 3 เซนติเมตร (latent phase) ครรภ์แรกจะใช้เวลาได้ถึง 9 ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 5 - 6 ชั่วโมง ช่วงปากมดลูกเปิด 4 - 7 เซนติเมตร (active phase) ครรภ์แรกอาจใช้เวลาถึง 6 ชั่วโมง หรือเปิดเฉลี่ย 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาได้จนถึง 4 ชั่วโมง หรือเปิดเฉลี่ย 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และในช่วงปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร (transitional phase) ครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 30 นาที ส่วนระยะที่ 2 ของการคลอดครรภ์แรกจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 30 นาที[8] ซึ่งการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ควรประเมินเกี่ยวกับ

1) การหดรัดตัวของมดลูก จะมีจุดเริ่มจากบริเวณ cornue แล้วแผ่กระจายไปยังมดลูกส่วนล่างซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 วินาที หากประเมินโดยใช้มือวางที่ยอดมดลูกจะรับรู้การหดรัดตัวของมดลูกได้เมื่อแรงภายในโพรงมดลูกมีมากกว่า 10 - 20 มิลลิเมตรปรอท[9] พยาบาลควรประเมินทั้งความถี่ ความแรง และความนานในการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งช่วง latent ควรประเมินทุก 30 - 60 นาที ช่วง active ควรประเมินทุก 15 - 30 นาที และช่วง transitional ควรประเมินทุก 15 นาที โดยปกติช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) จะมีความถี่ในการหดรัดตัวของมดลูกประมาณ 2 - 5 ครั้งใน 10 นาที ความนาน 60 - 90 วินาที[2]

2) การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกโดยการตรวจทางช่องคลอด จะประเมินทั้งการเปิดขยายและความบางของปากมดลูก ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกในผู้คลอดครรภ์แรกจะมีความบางก่อนการเปิดขยาย ส่วนครรภ์หลังความบางและการเปิดขยายมักเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกัน การตรวจทางช่องคลอดนี้ควรวางแผนการตรวจให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละรายและควรมีข้อบ่งชี้ในการตรวจ ซึ่งการตรวจทุก 2 ชั่วโมงกับการตรวจทุก 4 ชั่วโมง มีผลต่อผู้คลอดไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาการคลอด การผ่าตัดคลอด การใช้เครื่องมือช่วยคลอด การใช้ยาทางไขสันหลังเพื่อลดปวด และการใช้ยากระตุ้นคลอด[10] การตรวจบ่อยเกินความจำเป็นจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกไม่สุขสบายและเพิ่มโอกาสของการติดเชื้อ พยาบาลจึงอาจสังเกตจากพฤติกรรมของผู้คลอด การหดรัดตัวของมดลูก ตำแหน่งของอาการปวด การเลื่อนตำแหน่งของเสียงหัวใจทารกในครรภ์ อาการและอาการแสดงที่อาจเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด เช่น มีมูกเลือดออกมาก ผู้คลอดอยากเบ่ง บริเวณฝีเย็บและทวารหนักขยายออก เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการตรวจทางช่องคลอด

3) การเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก เมื่อการคลอดมีความก้าวหน้า ส่วนนำทารกควรมีการเคลื่อนต่ำมากขึ้น ซึ่งประเมินได้จากการตรวจครรภ์และการตรวจทางช่องคลอด ในการตรวจทางช่องคลอดมีการศึกษาพบว่าเวลาของการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกในครรภ์ในแต่ละระดับเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.1 - 1.6 ชั่วโมง ซึ่งครรภ์แรกการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกจากระดับ -2 ไป -1 อาจใช้เวลาถึง 12.5 ชั่วโมง และครรภ์หลังอาจใช้เวลาถึง 9.5 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ในครรภ์แรกเมื่อปากมดลูกเปิด 6 เซนติเมตร ระดับส่วนนำจะเท่ากับ 0 และในครรภ์หลังระดับส่วนนำเท่ากับ -1[11] นอกจากนี้เมื่อตรวจทางช่องคลอดพยาบาลควรประเมินท่าของทารกในครรภ์ร่วมด้วย โดยประเมินได้จากแนวรอยต่อแสกกลางกับขม่อมของทารก ปกติศีรษะทารกจะมีการเคลื่อนต่ำและหมุนให้ท้ายทอยมาอยู่ทางด้านหน้าของเชิงกรานมารดาตามกลไกการคลอด ซึ่งหากท่าทารกผิดปกติ ศีรษะทารกจะเคลื่อนต่ำได้ช้า และอาจตรวจพบศีรษะบวมน้ำ (caput succedaneum) หรือพบการเกยกันของกะโหลกศีรษะทารก (molding) มากขึ้น

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

การดูแลให้มดลูกหดรัดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ และการส่งเสริมให้ส่วนนำทารกมีการเคลื่อนต่ำจะช่วยให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดได้ พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด

1) ดูแลปรับเปลี่ยนท่า ควรดูแลให้ผู้คลอดอยู่ในท่า

1-6 AW-□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 3 8/15/59 BE 9:24 AM

ที่ทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนลงต่ำตามแรงโน้มถ่วงของโลกได้ง่าย ได้แก่ ท่านั่ง ท่ายืน นอนศีรษะสูง หรือการเดินในรายที่ไม่มีข้อห้าม นอกจากนี้การจัดท่าศีรษะสูงยังส่งเสริมการเกิด Ferguson's reflex จากการที่ส่วนนำทารกกดที่ปลายประสาทบริเวณปากมดลูกทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปยังไฮโปธาลามัสเป็นผลให้ต่อมใต้สมองส่วนหลังหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งจะช่วยเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกทั้งความถี่และความแรง สำหรับในท่านอนตะแคงจะเพิ่มความแรงในการหดรัดตัวของมดลูก แต่ความถี่ในการหดรัดตัวของมดลูกนั้นลดลง[9, 10] การเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ทุก 30 นาที จะช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อจากแรงกด ควรหลีกเลี่ยงท่านอนหงายเพราะจะทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดไม่ดี เลือดที่จะไปเลี้ยงมดลูกลดลง มีผลให้ประสิทธิภาพการหดรัดตัวของมดลูกลดลงด้วย

2) ดูแลในการขับถ่ายปัสสาวะเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากเมื่อส่วนนำทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกรานมารดาจะไปเบียดกระเพาะปัสสาวะ หากกระเพาะปัสสาวะมีน้ำปัสสาวะมากจะทำให้ส่วนนำทารกเคลื่อนต่ำได้ช้า ฉะนั้นจึงควรประเมินกระเพาะปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง และดูแลให้ขับถ่าย อาจจำเป็นต้องสวนปัสสาวะให้ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มและผู้คลอดไม่สามารถปัสสาวะเองได้

3) ดูแลทางด้านโภชนาการ เพื่อให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารที่เพียงพอเป็นการป้องกันการเกิดอาการอ่อนล้าของผู้คลอด และสารอาหารที่ได้รับยังเป็นพลังงานช่วยในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกอีกด้วย ในช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เป็นช่วงที่มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้นทำให้พลังงานถูกใช้ไปประมาณ 700 - 1,100 แคลอรี่ต่อชั่วโมง[11, 12] สำหรับผู้คลอดที่เจ็บครรภ์ไม่มากหรือปากมดลูกเปิดน้อย (latent phase) การให้รับประทานอาหารจำพวกน้ำผลไม้ น้ำหวาน ชา เจลลี่ ไอศกรีม โยเกิร์ต จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่นและช่วยป้องกันภาวะความเป็นกรดในร่างกายมากไป (ketosis) ระยะนี้ไม่จำเป็นต้องจำกัดปริมาณน้ำดื่ม แต่ควรลดลงเมื่อการคลอดมีความก้าวหน้า[13] อย่างไรก็ตาม ในช่วงปากมดลูกเปิดน้อยนี้อาจให้รับประทานอาหารได้เนื่องจากพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้คลอดที่ได้รับอาหารปกติทางปากกับผู้ที่ได้รับอาหารประเภทที่เป็นน้ำ ทั้งในด้านการรักษา การอาเจียนและผลของการคลอด แต่ก็พบว่าทำให้ระยะเวลาในการคลอดเพิ่มขึ้น[14] ส่วนในรายที่เสี่ยงต่อการสูดสำลักเมื่อต้องดมยาสลบควรงดน้ำและอาหารทางปาก และหากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้คลอดที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตรา 250 ซีซีต่อชั่วโมง มีการหดรัดตัวของมดลูกดีกว่าและเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตรา 150 ซีซีต่อชั่วโมง และผู้คลอดที่ไม่ได้รับสารน้ำในช่วงรอคลอด[15]

4) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย ช่วยลดอาการเหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้น โดยลดปัจจัยที่มารบกวน เช่น แสงสว่าง เสียง กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ปรับอุณหภูมิให้พอเหมาะ อาจใช้ผ้าห่มหรือพัดลมช่วย ตลอดจนดูแลในช่องปากให้สะอาดและชุ่มชื้น ถ้าไม่มีข้อห้ามอาจให้อาบน้ำได้เพื่อให้รู้สึกสดชื่น

5) ดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด จะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกสงบ ผ่อนคลายจากอาการเจ็บครรภ์ส่งผลให้มีการหลั่งสารเอ็นโดร์ฟิน ผู้คลอดจะรู้สึกตื่นตัวและสนใจสิ่งต่าง ๆ ซึ่งหากผู้คลอดมีความกลัวหรือเจ็บครรภ์มากจะทำให้มีการหลั่งของอะดรีนาลีนสูงขึ้นส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้าได้ พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อลดอาการเจ็บครรภ์ด้วยวิธีต่าง ๆ โดยเฉพาะวิธีที่ไม่ต้องใช้ยา ได้แก่ การนวดสัมผัสจะทำให้เกิดการหลั่งสารเอ็นโดร์ฟินซึ่งช่วยลดการส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาทกับการรับรู้อาการปวดลงได้[16] การใช้ความร้อนหรือความเย็นประคบจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย ซึ่งการศึกษาโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นอุณหภูมิ 40 - 45 องศาเซลเซียส วางที่ยอดมดลูกถึงหัวเหน่าของผู้คลอดที่อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วอย่างต่อเนื่อง สามารถบรรเทาอาการเจ็บครรภ์และช่วยลดระยะเวลาการคลอดให้สั้นลง[17] การแนะนำเทคนิคการหายใจและกระตุ้นให้ผู้คลอดปฏิบัติในแต่ละช่วงของการคลอดเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาบรรเทาปวดโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำในช่วงต้นของการเจ็บครรภ์จะทำให้ระยะเวลาการรอคลอดนานขึ้น[18]

6) ดูแลทางด้านจิตใจ พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามหรือระบายความรู้สึก ในช่วงต้น (latent phase) ผู้คลอดยังเจ็บครรภ์ไม่มากมักสนใจซักถามและรับฟังสิ่งต่าง ๆ ได้ดี จึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด แผนการดูแล ตลอดจนคำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะวิธีการลดอาการเจ็บครรภ์ ซึ่งเมื่อผู้คลอดอยู่ในช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) จะเจ็บครรภ์มากขึ้นมักพูดน้อยลง และในช่วงท้ายอาจร้องเอะอะควบคุมตนเองไม่ได้

1-6 AW-□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 4 8/15/59 BE 9:24 AM

พยาบาลจึงควรให้การดูแลด้วยความใส่ใจอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้คลอด และช่วยให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้แรงสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ร่างกายและด้านข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้คลอดจากผู้ดูแลนั้นมีส่วนช่วยให้ผู้คลอดมีระยะเวลาในการคลอดน้อยลง[19]

ระยะที่ 2 ของการคลอด

1) แนะนำวิธีการเบ่งให้ผู้คลอด โดยควรเบ่งขณะที่มีการหดรัดตัวของมดลูก พยาบาลจึงต้องประเมินการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อจะได้กระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่ง การเบ่งนั้นจะไปเพิ่มแรงดันภายในท้องและจะกดไปยังมดลูกทุกด้านเพื่อเพิ่มแรงขับออกมา วิธีการเบ่งโดยกลั้นหายใจและเบ่งนาน ๆ กับการเบ่งโดยไม่กลั้นหายใจและเบ่งแบบสั้น ๆ นั้นพบว่าในระยะที่ 2 ของการคลอดแตกต่างกันเล็กน้อย แต่การเบ่งแบบกลั้นหายใจจะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะพร่องออกซิเจนในทารก ทำให้มารดาอ่อนล้าและมีการฉีกขาดของฝีเย็บ[20]

2) การจัดท่าเบ่งคลอด การจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูงพบว่ามีความสัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูกที่แรงขึ้นและสม่ำเสมอ และทำให้ระยะเวลาของการคลอดน้อยลง นอกจากนี้การเบ่งในท่านั่งยอง ๆ จะช่วยเพิ่มการเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์และเพิ่มความกว้างของกระดูกเชิงกราน โดยทำให้ช่องออกของเชิงกรานเพิ่มขึ้น 28% ซึ่งจะเพิ่มในแนวขวางประมาณ 1 เซนติเมตร แนวหน้าหลังเพิ่มประมาณ 0.5 - 2 เซนติเมตร[9] การศึกษาเปรียบเทียบพบว่าในผู้คลอดครรภ์แรกที่เบ่งแบบธรรมชาติร่วมกับท่านั่งยองบนเบาะนั่งรองคลอดใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เบ่งลงก้นแบบกลั้นหายใจ โดยอยู่ในท่านอนหงาย[21]

สำหรับการจัดท่าให้เบ่งโดยการพาดขาหยั่ง (lithotomy) ควรให้ศีรษะสูงประมาณ 30 - 60 องศา เพื่อให้การเบ่งมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม หากให้ผู้คลอดพาดขาหยั่งนานเกิน 1 ชั่วโมง จะทำให้เลือดมาคั่งบริเวณอุ้งเชิงกรานมากขึ้น เนื่องจากเลือดไหลไปยังส่วนปลายได้ยาก และอาจนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบหลังคลอดได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ผู้คลอดพาดขาหยั่งนาน[22] ในรายที่ผู้คลอดมีเส้นเลือดขอดมากไม่ควรจัดให้อยู่ในท่านี้[18]

3) ดูแลให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย ขณะเบ่งผู้คลอดมักใช้พลังงานในการเบ่งค่อนข้างมากเกิดการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกร้อนและมีเหงื่อออก พยาบาลจึงควรใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดขณะพักเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสบายตัวขึ้น

บทสรุป

การคลอดเป็นภาวะหนึ่งที่ส่งผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรดูแลให้ผู้คลอดผ่านภาวะนี้ไปได้ด้วยเวลาที่เหมาะสมและมีความปลอดภัย โดยดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะที่ 1 ของการคลอดจนสิ้นสุดกระบวนการของการคลอด ซึ่งการดูแลส่งเสริมให้ทารกในครรภ์มีการเคลื่อนต่ำ การทำให้มดลูกมีการหดรัดตัวที่ดี และการเพิ่มประสิทธิภาพในการเบ่งจะช่วยให้การดำเนินการคลอดของผู้คลอดมีความก้าวหน้า ลดภาวะการคลอดล่าช้าและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมา

References

1. Ekanem EI, Umoiyoho A, Inyang-Out A. Study of electrolyte changes in patients with prolonged labour in Ikot Ekpene, a rural community in Niger Delta Region of Nigeria. ISRN Obstetrics and Gynecology 2012; Vol. 2012, Article ID 430265, 6 pages, doi : 10.5402/2012/430265
2. Simkin P, Ancheta R. The labor progress handbook. 2nd ed. Malden : Blackwell; 2005.
3. Kumud, Rana AK, Chopra S. Effect of upright position on the duration of first stage of labour among nulliparous mothers. Nursing and Midwifery Research Journal [Internet]. 2013 [cited 2015 May 13]; 9 : 10-20. Available from : http://www.medind.nic.in/nad/t13/i1/nadt13i1p10.pdf
4. Gilbert ES. Manual of high risk pregnancy and delivery. 5th ed. St. Louis : Mosby Elsevier; 2011.
5. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour : a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2012 [cited 2015 May 13]; 119: 1238-46. Available from: http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.0000/j.1471-0528.2012.03433.x/full

1-6 AW-□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 5 8/15/59 BE 9:24 AM

6. Neumpadcha C, Anusornteerakul S, Ungpansattawong S. The relationships between fear of childbirth, labour pain and postpartum fatique. Journal of Nursing Science & Health 2011; 34 : 56-64. (in Thai)
7. Javed I, Bhutta S, Shoaib T. Role of partogram in preventing prolonged labour. J Pak Med Assoc 2007; 57 : 408-11.
8. Budin W. Labor and childbirth. In : Orshan S A, editor. Maternity, newborn, and women's health nursing: comprehensive care across the lifespan. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 583-627.
9. Blackburn ST. Maternal, fetal, & neonatal physiology : a clinical perspective. 3rd ed. St. Louis : Saunders Elsevier; 2007.
10. World Health Organization. WHO recommendation for augmentation of labour. [Internet]. 2014 [cited 2015 June 12]. Available from : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf
11. Graseck A, Tuuli M, Roehl K, Odibo A, Macones G, Cahill A. Fetal descent in labor. Obstet Gynecol 2014; 123 : 521-6.
12. Howie L, Rankin J. The onset of labour. In : Stables D, Rankin J, editors. Physiology in childbearing with anatomy and related biosciences. 3rd ed. Edinburge : Bailliere Tindall Elsevier; 2010. p. 487-95.
13. McCormick C. Active first stage of labour. In : Fraser DM, Cooper MA, editors. Myles textbook for Midwives. 15th ed. Edinburgh : Churchill Livingstone Elsevier; 2009. p. 477-91.
14. Parsons M, Bidewell J, Nagy S. Natural eating behavior in latent labor and Its effect on outcomes in active labor. J Midwifery Womens Health 2006; 51. doi : 10.1016/j.jmwh.2005.08.015
15. Rezk A, Razek MA, Karem MA, Eid N. Does hydration shorten the duration of labour ?. Med J Cairo Univ 2010; 78 : 13-7.
16. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing. 3rd ed. Philladelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
17. Poonperm R, Rawangko U, Doundee K. Effect of warm compression on anterior abdominal wall to reduce labor pain and duration of active phase of labor among primiparous mothers. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013; 14 : 67-76. (in Thai)
18. Varney H, Kriebs JM, Gegor CL. Varney's midwifery. 4th ed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2004.
19. Safarzadeh A, Beigi M, Salehian T, Khojasteh F, Burayri TT, Navabirigi SD, et al. Effect of doula support on labour pain and outcomes in primiparous woman in Zahedan, Southeastern Iran : a randomized controlled trial. J Pain Relief [Internet]. 2012 [cited 2015 June 12]; 1(5). Available from : http://dx.doi.org/10.4172/2167-0846.1000112
20. Martin CJH. Effect of valsalva manoeuver on maternal and fetal wellbeing. BJM [Internet]. 2009 [cited 2015 May 13]; 17 : 279-85. Available from : http://www.researchgate.net/ publication/272326388
21. Chaitikul S, Yusamran C, Serisathien Y, Ratinthorn A, Seeboonruang S. Effect of spontaneous pushing from squatting position on an innovative birthing seat on duration of the second stage of labor in primiparous parturients. J Nurs Sci 2012; 30 : 7-14. (in Thai)
22. Pillitteri A. Maternal and child health nursing : care of the childbearing and childrearing family. 7th ed. Philadelphia : Lippincott; 2014.

1-6 AW-□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 6 8/15/59 BE 9:24 AM