

การป้องกันและการดูแลการตกเลือดระยะแรกหลังคลอด:**บทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์****Prevention and care of primary postpartum hemorrhage:****The key roles of nurse-midwifery**

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2561

Volume 41 No.2 (April-June) 2018

ชารดาห์ พันธุชิน พยม.*

Choonradaa Phanttchin MSN.*

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกโดยมากกว่าร้อยละ 90 ของมารดาอาจเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสาเหตุหลักนี้สามารถป้องกันและแก้ไขด้วยการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในระยะคลอดและหลังคลอด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลปัจจุบันผ่านการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการดูแลภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด

คำสำคัญ: การป้องกันและการดูแล การตกเลือดระยะแรกหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์

Abstract

Postpartum hemorrhage is a leading cause of all maternal deaths worldwide and more than 90% of mothers might die within the first 24 hours of hemorrhage after delivery. This can be prevented and managed by effective skilled care, particularly in intrapartum and postpartum period. This paper aims to present updates on prevention and management guidelines of primary postpartum hemorrhage by related literature reviewing.

keywords: prevention and care, primary postpartum hemorrhage, nurse-midwifery

บทนำ

“เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพข้อที่ 3 (The Sustainable Development Goal on health- SDG 3) ว่าด้วยเรื่องส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนโดยในส่วนของข้อย่อยข้อแรก คือ การลดอัตราการตายมารดาระหว่างคลอดทั่วโลกภายในปี ค.ศ. 2030 หรือ พ. ศ. 2573...”

ข้อความที่กล่าวมาเป็นคำประกาศนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ถือว่าเรามีสุขภาวะด้าน

อนามัยการเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรอย่างปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสตรีทุกคน¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาทั่วโลกจากการคลอด² ซึ่งพบว่าสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิตของมารดาจากการคลอดเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage- PPH) แบบรุนแรง และมีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดในการคลอดทั่วโลกกว่า 1 แสนรายต่อปี³

*Lecturer, Department of Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การสูญเสียเลือดของมารดาใน 24 ชม. มากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด (vaginal delivery) มากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด (cesarean delivery) หรือการสูญเสียเลือดที่ทำให้เฮโมโกลบิน (Hemoglobin) ลดลงตั้งแต่ 10 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป⁴ อย่างไรก็ตามการประมาณการจำนวนเลือดที่ออกอาจมีความคลาดเคลื่อน ต้องอาศัยการประเมินร่วมกับอาการแสดงของมารดาหลังคลอดเป็นสำคัญ คือ อาการซีด อ่อนเพลียมาก ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก สับสน เป็นลม หรือมีอาการแสดงของภาวะช็อกจากปริมาตรเลือดลดลง (hypovolemic shock) ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 110 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic) ต่ำกว่า 90 mmHg ปัสสาวะออกน้อย ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดดำ (oxygen saturation) ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์⁵⁻⁶ เมื่อมีอาการ/อาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอดแล้ว หากไม่ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม มารดาอาจเสียชีวิตได้ภายใน 2 ชั่วโมง พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน เฝ้าระวัง การวินิจฉัยและการจัดการดูแลที่รวดเร็ว อย่างไรก็ตาม มีรายงานวิจัยว่าแม้จะมีการดูแลใกล้ชิดเป็นอย่างดีแล้วก็ยังมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้สูงถึงร้อยละ 3 สำหรับการคลอดทางช่องคลอด⁷

สำหรับการแบ่งชนิดของภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามช่วงเวลาที่เกิดปัญหาเป็น 2 ชนิด คือ 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอดชนิดปฐมภูมิ (primary PPH) เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกซึ่งมักเกิดในช่วง 5-6 ชั่วโมงแรก อาจเนื่องจากปัญหามดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) มีการฉีกขาดของอวัยวะในช่องคลอด มีรกค้าง และ 2) ภาวะตกเลือดหลังคลอดชนิดทุติยภูมิ (secondary PPH) เกิดเมื่อหลัง 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งมักมีสาเหตุจากรกตกค้าง^{3,8-9} สำหรับระดับความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็น 1) ภาวะตกเลือดระดับเล็กน้อย (Mild PPH)

หมายถึงภาวะตกเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร ขึ้นไป 2) ภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง (severe PPH) หมายถึงภาวะตกเลือด 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมากกว่าร้อยละ 25 ของปริมาณเลือดในร่างกาย และ 3) ภาวะตกเลือดระดับรุนแรงมาก (very severe PPH) หมายถึงภาวะตกเลือด 2,500 มิลลิลิตร ขึ้นไป ซึ่งทั้งสองระดับหลังนี้ต้องการการรักษายาอย่างเร่งด่วน¹⁰

เมื่อมารดามีปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอด มีผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาวได้ อาทิ ซีดเรื้อรัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีอาการหน้ามืดเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกแรกเกิด รวมถึงสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวอื่น ๆ มีปัญหาการปรับตัวและการแสดงบทบาทของมารดา ทำให้เกิดความรู้สึกผิด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด นอกจากนี้ในมารดาที่มีภาวะตกเลือดรุนแรง อาจพบกลุ่มอาการชีแฮน (sheehan syndrome) หรือพบภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจขาดเลือด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้⁷

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อยมี 4 ประการ คือ 4 ย. หรือ 4 T. ดังนี้ 1) ยึดตัวของมดลูก 2) เยื่อช่องทางคลอดฉีกขาด 3) เยื่อเนื้อตกค้าง 4) ยางเลือดไม่แข็งตัว

1) ยึดตัวของมดลูกหรือปัญหาการหดตัวของมดลูก (tone): ภาวะมดลูกยึดตัวหดตัวไม่ดี (uterine atony) เป็นปัจจัยจากการที่มดลูกยึดตัวเกินความจุเฉลี่ย อาจเกิดจากการตั้งครรภ์หลายครั้ง (มากกว่า 4 ครั้ง) ภาวะน้ำคร่ำมาก (hydramnios) เคยมีประวัติภาวะตกเลือดหลังคลอดมาก่อน มดลูกมีการยืดขยายมากจากทารกตัวโต ครรภ์แฝด การคลอดยาวนาน ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พบได้มากที่สุด สำหรับแนวทางการรักษา

ด้วยยา คือ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Oxytocin 10 Unit IM หรือ 20 Unit) ผสมในสารละลาย 1 ลิตร อัตรา 250 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ทั้งนี้หากจำเป็นอาจให้ได้สูงถึง 500 มิลลิลิตรใน 10 นาที โดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สวนคาสายสวนปัสสาวะ และนวดมดลูก (bimanual compression) และพบว่า มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia) มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ไขสันหลังบริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดورا (epidural anesthesia) ถึง 8.15 เท่า¹¹

2) เชื้อช่องทางคลอดฉีกขาดหรือปัญหาบาดเจ็บของช่องทางคลอดและภาวะมดลูกแตก (trauma): การตัดฝีเย็บเพิ่มอัตราการสูญเสียเลือดและอาจนำไปสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูด (sphincter tears) นอกจากนี้ การคลอดเร็วเฉียบพลันอาจทำให้เกิดแผล การตัดฝีเย็บ การบาดเจ็บจากการมีเลือดคั่งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (hematoma) นำมาซึ่งการมีเลือดออกเพิ่มขึ้น หรือทำให้เกิดความปวดมาก จะต้องนำเลือดที่คั่งออกและต้องเย็บซ่อมแผลใหม่

นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะมดลูกปลิ้น (inversion of uterus) แต่พบได้น้อยประมาณร้อยละ 0.05¹² สามารถแก้ไขโดยใช้มือดันมดลูกกลับเข้าที่ด้วยวิธีจอห์นสัน (Johnson method) ร่วมกับการใช้ยาระงับความรู้สึก หากไม่สำเร็จต้องใช้การผ่าตัดช่วย ส่วนการตกเลือดจากมดลูกแตกนั้น ส่วนใหญ่พบในมารดาคลอดทางช่องคลอดที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน ซึ่งต้องแก้ไขโดยการผ่าตัด¹³

3) เชื้อเนื้อตกค้างหรือปัญหาพลาซมัลลิ่งในการตรวจรก (tissue): ระยะเวลาเฉลี่ยของการคลอดรกคือ 4-8 นาที และยิ่งการคลอดรกใช้เวลานานก็ยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยความเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 เท่าหากใช้เวลามากกว่า 10 นาที ในการ คลอดรก การเกิดรกค้าง (Retained

placenta) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 3 ในการคลอดทางช่องคลอด¹⁴⁻¹⁵ สำหรับแนวการรักษาโดยการใช้ยาอาจแก้ไขเบื้องต้นโดยการฉีด Oxytocin 20 unit ผสมใน 0.9%NSS ปริมาณ 20 มิลลิลิตร เข้าหลอดเลือดดำ¹⁴

4) ยางเลือดไม่แข็งตัวหรือปัญหาการแข็งตัวของเลือด (Thrombin-Bleeding disorders): ควรตรวจหาความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากความผิดปกติของธรมบิณ (Thrombocytopenia Hemophilia) หรือ ในมารดาที่มีภาวะ HELLP Syndrome ซึ่งมีปัญหาเม็ดเลือดแดงแตกง่ายทำให้เอนไซม์ในตับสูงขึ้นและมีเกล็ดเลือดต่ำ ปัญหาความผิดปกติทางสุขภาพมารดาต่าง ๆ เหล่านี้ต้องได้รับการแก้ไขก่อนคลอด

อย่างไรก็ดี ภาวะตกเลือดหลังคลอดสามารถพบได้ในมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ มาก่อน ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังเพื่อป้องกันปัญหายันตรายจากภาวะนี้ในมารดาทุกราย^{12,16} ซึ่งจากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานทางวิชาการของการป้องกันปัญหาภาวะตกเลือดในการคลอดมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1953 หรือ พ.ศ. 2496 (รูปที่ 1)

การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถวินิจฉัยได้จากปริมาณเลือดที่สูญเสียมากกว่าปกติหลัง

ระยะที่ 3 ของการคลอดโดยมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาแล้ว 4 ประการ คือ ปัญหาการหดตัวของมดลูก ปัญหาการบาดเจ็บของช่องทางคลอดและภาวะมดลูกแตก ปัญหาการตรวจรกและปัญหาด้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีหน้าที่บทบาทสำคัญ คือ การป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และสามารถประเมินได้ว่ามารดาหลังคลอดรายใด เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และเฝ้าระวังติดตามเพื่อประเมินค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่อาจทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้ว

เมื่อพบอาการหรืออาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถช่วยเหลือหรือรายงานแพทย์ได้ทันที โดยสรุปปัจจัยเสี่ยงและอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ 1) มดลูกหดตัวไม่ดี พบร้อยละ 70 2) เนื้อเยื่อ

ฉีกขาด เลือดคั่ง มดลูกแตก พบร้อยละ 20 3) รก/เนื้อเยื่อตกค้าง พบร้อยละ 10 4) เลือดไม่แข็งตัว พบร้อยละ 1 ซึ่ง WHO ได้เสนอการปฏิบัติที่สำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด AMTSL ดังนี้

ตารางที่ 1 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่สามของการคลอด (AMTSL)¹⁷

การปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะของ WHO
ทำคลอดรก (Controlled cord traction- CCT)	ถ้าผู้ทำคลอดที่ได้รับการอบรมและมีความเชี่ยวชาญในการทำ CCT จึงควรทำ CCT ในผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด (weak recommendation, high-quality evidence) แต่หากผู้ทำคลอดไม่มีความเชี่ยวชาญในการทำ CCT ไม่แนะนำให้ทำ CCT (strong recommendation, moderate-quality evidence)
การหนีบสายสะดือ (Cord clamping)	ทำ cord clamping (ใน 1 ถึง 3 นาที) เสนอให้ทำในการคลอดทุกราย ในขณะเดียวกับที่มีการดูแลทารกแรกเกิด (strong recommendation, moderate-quality evidence) ถ้าทำ cord clamping (น้อยกว่า 1 นาที) ไม่ควรทำ ยกเว้นในรายที่ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน และต้องเคลื่อนย้ายเพื่อชีวิตทารก (strong recommendation, moderate-quality evidence)
การนวดมดลูก (Uterine massage)	ไม่แนะนำให้นวดมดลูกอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในรายที่ได้รับออกซิโทซิน (weak recommendation, low-quality evidence) ต้องประเมินการหดตัวของมดลูกก่อนเพื่อคัดกรองถึงปัญหาภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ในผู้คลอดทุกราย
ยา Oxytocin	แนะนำให้ใช้ Oxytocin (10 Unit, IV/IM) ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
ยา Ergometrine	ในสถานบริการที่ไม่มี Oxytocin แนะนำให้ใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ที่เป็นยาแนะนำสำรอง (Second line drug of choice) ได้แก่ Ergometrine, methylergometrine หรือยาที่มีส่วนผสมระหว่าง Oxytocin และ Ergometrine
ยา Mesoprostol	ในสถานบริการที่ไม่มี Oxytocin และไม่มีทรัพยากรเพียงพอในการฉีดยา แนะนำให้ใช้ Mesoprostol (600 µg.) ทางปาก

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกัน และดูแลการตกเลือดระยะแรกหลังคลอด

การป้องกันและการดูแลภาวะตกเลือดระยะแรกหลังคลอด ผ่านกรณีตัวอย่าง ดังนี้

กรณีตัวอย่าง มารดาอายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ มีประวัติครรภ์แรกแท้งเองเมื่ออายุครรภ์ 3 เดือน ได้รับการชุดมดลูก ครรภ์ที่ 2 คลอดเองครบกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,600 กรัม หลังคลอดได้รับการล้างรกและมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้รับเลือดทดแทน 1 Unit ครรภ์นี้ตรวจพบ

ว่าเป็นเบาหวานในระหว่างการตั้งครรภ์ ได้รับการควบคุมอาหาร และมีภาวะซีด ค่าความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง (Hct.) ตรวจเมื่อแรกรับที่ห้องคลอด 27 volume % คาดคenne น้ำหนักทารก 3,300 กรัม ขณะที่ปากมดลูกเปิด 5 ซม. พบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี แพทย์ให้เร่งคลอด ด้วยยา Oxytocin หลังได้รับยาความก้าวหน้าของการคลอดปกติ ได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ เนื่องจากมารดาอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรงเบ่ง ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 3,500 กรัม มารดาได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก oxytocin 10 Unit ทางหลอดเลือด

เลือดดำ และทำคลอดรก ด้วยวิธี CCT รกคลอดครบ ลักษณะปกติ ความดันโลหิตหลังรกคลอด 114/86 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 400 ซีซี แพทย์ให้เพิ่มยา oxytocin 10 Unit ดูแลสวนปัสสาวะทิ้ง 150 ซีซี คลึงมดลูกพร้อมวางกระเป๋าน้ำแข็งบนหน้าท้อง มดลูกหดตัวดีขึ้น ตรวจแผลฝีเย็บ Median episiotomy มีการฉีกขาดเพิ่มจากการตัดลิกระดับที่ 3 หลังเย็บแผลไม่มีเลือดออก แผลบวมเล็กน้อย ครบ 1 ชั่วโมงหลังคลอด ตรวจพบมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มอีก 300 ซีซี มดลูกนุ่ม ชีพจร 106 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88 / 60 มิลลิเมตรปรอท ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 24 volume %

จากกรณีตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาร่วมต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งในที่นี้ผู้เขียนขอเสนอบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันดูแลแก้ไขสภาวะการตกเลือดหลังคลอด กล่าวคือ

1. การดูแลระยะที่ 1 ของการคลอด

การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จากประวัติเคยมีภาวะคลอดทารกน้ำหนัก 3,600 กรัม เคยได้รับการล้างรกและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน ครรภ์ปัจจุบันมีภาวะแทรกซ้อนคือเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ และมีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอด 27 volume % คัดประมาณน้ำหนักทารกแรกเกิด 3,300 กรัม ระหว่างรอกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี ได้รับ oxytocin ในการเร่งคลอด

2. การดูแลระยะที่ 2 ของการคลอด

การป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นในระยะที่ 2 ของการคลอด เนื่องจากมารดามีภาวะเหนื่อยล้า ไม่มีแรงเบ่ง จึงได้รับการช่วยคลอดด้วยตัวเครื่องดูดสุญญากาศ มีข้อมูลจาก Cochrane review โดย Johanson และ Menon ยืนยันว่าหากจำเป็นต้องใช้หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด การใช้เครื่องดูด

สุญญากาศ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อช่องทางคลอด น้อยกว่าการช่วยคลอดด้วยเครื่องมืออย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ และจากข้อมูลของ Cochrane review โดย Carroli และ Belizan พบว่าการหลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บ จะทำให้เสียเลือดน้อยกว่าการตัดฝีเย็บโดยเฉลี่ย 58 มิลลิลิตร¹⁹ แต่ในมารดารายนี้ มีการใช้หัตถการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ จึงมีความจำเป็นต้องตัดฝีเย็บ Median episiotomy และพบว่ามีการฉีกขาดของแผลลิกระดับที่ 3

3. การดูแลระยะที่ 3 ของการคลอด

การปฏิบัติการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยสมาพันธ์นานาชาติด้านการผดุงครรภ์และสหพันธ์นานาชาติด้านนรีเวชและสูติกรรม (ICM & FIGO)^{1,2,9,17} ได้ขยายความในการให้แนวทางในการปฏิบัติการจัดการทันทีในระยะที่ 3 ของการคลอด (AMTSL) เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และบูรณาการกับข้อสรุปของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกจัดตั้ง (the Guideline Development Group- GDG) ซึ่งสามารถสรุปเป็นขั้นตอนซึ่งเป็นบทบาทที่ทำงานร่วมกันของพยาบาลผดุงครรภ์และสูติแพทย์²⁰⁻²⁴ คือ

3.1 หญิงหลังคลอด ในระยะที่ 3 ของการคลอดทุกราย ทุกวิธีคลอดต้องได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด โดยให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกภายใน 1 นาทีหลังทารกคลอดด้วยยา Oxytocin (10 Unit, IV / IM)

3.2 ถ้าไม่สามารถให้ Oxytocin ทางหลอดเลือดดำ (IV) และหากเลือดยังคงออกอยู่ ควรให้ยาฉีด Ergometrine หรือ Oxytocin-ergometrine หรือ ยา พร็อสตาแกลนดิน (Misoprostol 800 ไมโครกรัม) อมใต้ลิ้น

3.3 ให้น้ำเกลือ (IV) ชนิด Isotonic crystalloids เช่น Lactated Ringer's (LR), Normal saline solution (NSS), 5% Dextrose in water (D5W) เพื่อช่วยชีวิตมารดาหลังคลอดที่พบภาวะตกเลือด

หลังคลอด

3.4 ให้ยา **Tranexamic acid** เพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ถ้าใช้ยา Oxytocin หรือยาชนิดอื่นแล้วไม่สามารถหยุดการตกเลือดได้ เลือดที่ออกมาอาจเกิดจากการบาดเจ็บของช่องทางคลอดและภาวะมดลูกแตก (Trauma)

3.5 ให้ทำคลอดรกโดยวิธีการล้วงรก (CCT) แต่หากในหน่วยบริการที่ไม่มีบุคลากรผ่านการฝึกอบรมด้านนี้ไม่ควรทำและนัดคลึงมดลูกทันทีที่รกคลอด ตามด้วยตรวจการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงและคลึงมดลูกตามความจำเป็น²⁰

3.6 ให้ยืดเวลาการหนีบและตัดสายสะดือออกไปเนื่องจากมีรายงานวิจัยที่ระบุว่า การยืดเวลาหนีบและตัดสายสะดือออกไปประมาณ 60 วินาทีจะเป็นประโยชน์กับทารกที่ทำให้ได้รับเหล็กสะสมเพิ่มขึ้นและลดการเกิดโลหิตจาง^{17,21-22} ยกเว้นว่าพบทารกขาดออกซิเจน และต้องรีบช่วยชีวิตทารก

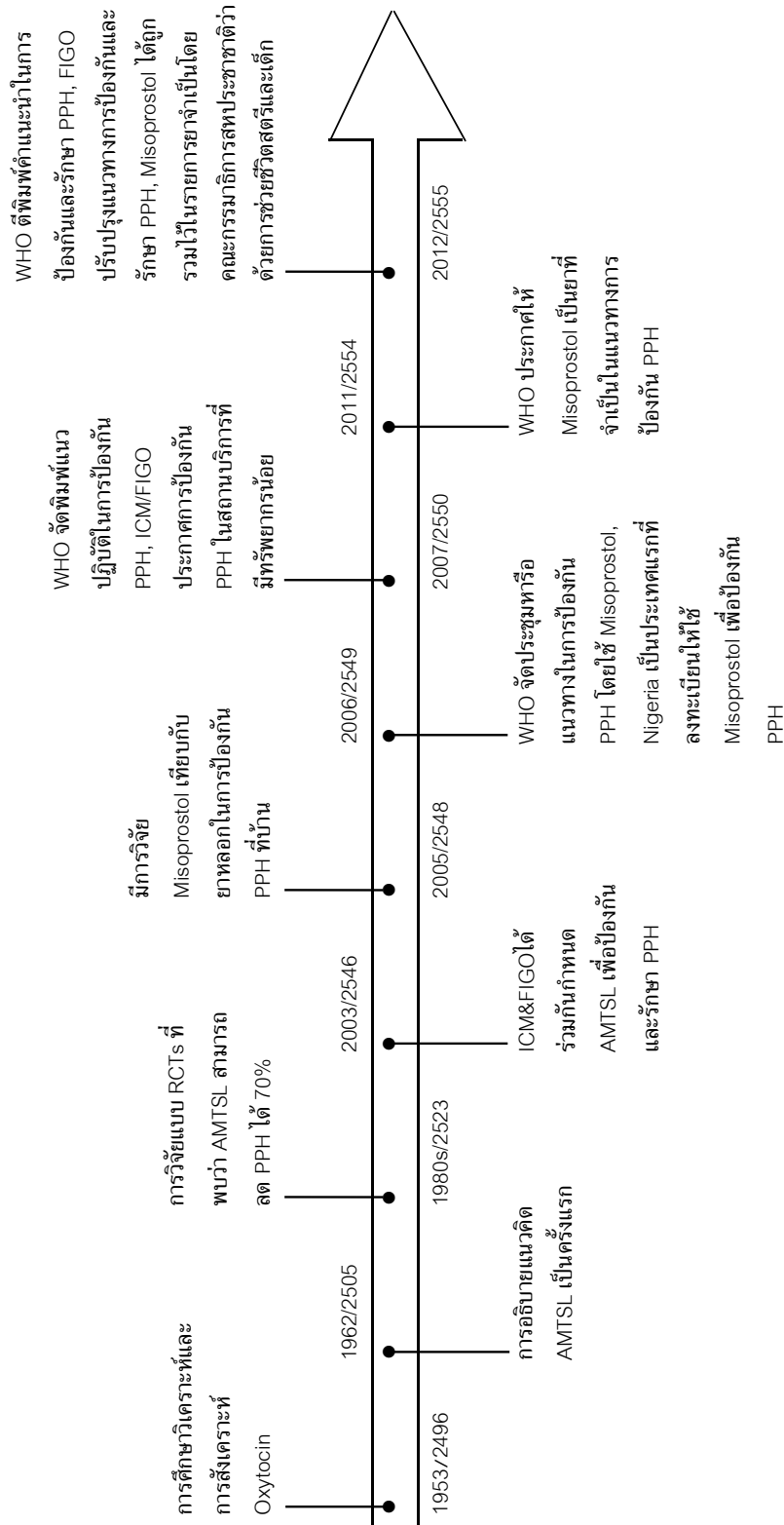
3.7 สำหรับหน่วยบริการสุขภาพที่ไม่สามารถฉีดยา Oxytocin ได้ ต้องฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกชนิดอื่น เช่น Ergometrine / Methyl-ergometrine หรือยาฉีดที่เป็นส่วนประกอบของ Oxytocin และ Ergometrine หรือ ต้องให้ยากิน Misoprostol (600 ไมโครกรัม)

3.8 มารดาหลังคลอดทุกราย ต้องได้รับการประเมินการหดตัวของมดลูก

3.9 หากยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกที่ให้ไปแล้วไม่ได้ผล หรือไม่สามารถให้ยาได้ แพทย์อาจใช้วิธีการใส่บอลูนเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine balloon tamponade) ในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

สรุป

ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Primary postpartum hemorrhage) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ดูแลผู้รับบริการที่ใกล้ชิดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดจนถึงหลังคลอด จึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ หากพยาบาลผดุงครรภ์มีความรู้และไวต่อการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด จะทำให้วางแผนการพยาบาลเพื่อการป้องกันการตกเลือด และประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่มีการศึกษาวิจัยมาแล้วว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการลดการเสียเลือดได้อย่างถูกต้องและทันทั่วทั้ง ก็จะทำให้ผู้คลอดปลอดภัย ถึงแม้ว่าผู้คลอดจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดขึ้นแล้ว ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว ไม่ทำให้เกิดภาวะสูญเสียเลือดที่รุนแรงตามมา ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาได้

รูปที่ 1 แสดงช่วงเวลาของการค้นพบยาป้องกันหรือรักษาและแนวปฏิบัติตามหลักฐานทางวิชาการเพื่อลดก้นตราบจากภาวะตกเลือดของมารดาในการคลอด¹⁷

References

1. World Health Organization. Defining competent maternal and newborn health professionals. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Joint statement management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. The Hague: ICM; London: FIGO; 2003.
3. Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival [Internet]. WHO and UNICEF, 2012. [cited 2017 February 10]. Available from: <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-Complete.pdf>.
4. Prata N, Gerdtz C. Measurement of postpartum blood loss. *BMJ* 2010; 340: c555.
5. Pathfinder International. Prevention, recognition, and management of postpartum hemorrhage: Participant's Guide. Watertown, MA; 2010.
6. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Marrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 290-3.
7. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician* 2007; 75: 875-82.
8. Stafford I, Dildy GA, Clark SL, Belfort MA. Visually estimated and calculated blood loss in vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 519.e1.
9. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. France: World Health Organization, 2009.
10. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Primary postpartum hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Retrieved July 29, 2018; from www.health.qld.gov.au/qcg, 2012.
11. Weeks AD, Mirembe FM. The retained placenta – new insights into an old problem. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 102: 109-10.
12. Bais JM, Eskes M, Pel M, Bonsel GL, Bleker OP. Postpartum haemorrhage in a nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on standard (> or = 500 mL) and severe (> or = 1000 mL) postpartum haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 115:166-72.
13. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000; Issue 2. Art. No.: CD000007.
14. Habek D, Hrgovic Z, Ivanidevic M, Delmis J. Treatment of a retained placenta with intraumbilical oxytocin injection. *Zentralbl Gynakol* 2001; Jul;123(7):415-7.
15. Fahy K, Hastie C, Bisits A, et al. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labor for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. *Women and Birth* 2010; 23:146-152.
16. Stafford I, Dildy GA, Clark SL, Belfort MA. Visually estimated and calculated blood loss in

- vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:519.e1.
17. Prata N. Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. *International Journal of Women's Health* 2013; 5: 737-52.
 18. Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 2. Art. No: CD000224. DOI: 10.1002/14651858.CD0000224.
 19. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 3. Art. No: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
 20. The Hague and London. Management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage (joint statement). The Hague and London: International Confederation of Midwives and International Federation of Gynaecology and Obstetrics; 2003.
 21. van Rhee PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. *BMJ* 2006; 333: 954-8.
 22. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(4):CD003248.
 23. Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomized controlled trial. *Lancet* 2006; 367:1997-2004.
 24. Prata N. Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. *International Journal of Women's Health*. 2013; 5: 737-52.