

การป้องกันการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์

First Two Hours Postpartum Hemorrhage Prevention: Midwives' Role

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2557

Volume 37 No.2 (April-June) 2014

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ศศ.ค.*

Soiy Anusorntheerakul Ph.D.*

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดระยะแรก เป็นการสูญเสียเลือดจากการคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เลือดที่ออกเพิ่มใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ไม่ควรเกิน 80 มิลลิลิตร และ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดไม่ควรเกิน 160 มิลลิลิตร การตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รองลงมาเป็นการฉีกขาดของช่องทางการคลอด รกหรือชิ้นส่วนของรกค้าง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตามลำดับ การป้องกันการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ต้องเฝ้าระวังตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การทำคลอดทารกและรกที่ ถูกวิธี การนวดมดลูกหลังคลอดทันทีและนวดทุก 15 นาที จนมดลูกแข็งตัวดี นาน 5-10 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก และ สอนให้มารดาหลังคลอดและญาตินวดมดลูกเองได้ โดยการนวดผ่านทางหน้าท้อง

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก บทบาทผดุงครรภ์

Abstract

Early vaginal postpartum hemorrhage (PPH) is defined as blood loss of 500 ml. or more during the first 24 hours after delivery, which mostly occurs within 2 hours after birth. Blood loss in the first 2 hours should not exceed 80 ml. and 160 ml. for the first 24 hours. Major causes of PPH for the first 2 hours are uterine atony; laceration of cervix, vagina, or perineum; retained placental fragments, and abnormal of coagulation. Prevention of PPH for the first 2 hours can be managed during pregnancy, intrapartum and postpartum period by screening for risk factors, applying proper childbirth and placental delivery technique, performing immediate uterine massage after birth and every 15 minutes until the fundus is firmly contracted, which takes approximately 5-10 minutes. Also, postpartum women and their relatives should be instructed to massage the uterus to decrease uterine bleeding.

keywords: postpartum hemorrhage, early postpartum hemorrhage, midwives' role

บทนำ

การตายของมารดาเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บ่ง บอถึงมาตรฐานและคุณภาพการบริการ ตลอดจนภาวะ สุขภาพของมารดาและทารก¹สาเหตุการตายของมารดาที่

สำคัญคือ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 25 ของมารดาที่ตายทั้งหมด² องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมาย ที่ชัดเจนที่จะลดอัตราการตายของมารดาจากการตกเลือด ให้ลดลงจากเดิมถึงร้อยละ 75²

* รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาวะสุขภาพมารดาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551-2553 พบอัตราการตกเลือดที่เป็นสาเหตุการตายของมารดา คิดเป็น 11.3, 10.8 และ 10.2 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ¹ ในปี พ.ศ. 2553-2555 พบอัตราตายของมารดาคิดเป็นร้อยละ 10.2, 8.9 และ 17.6 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งอัตราการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด³ ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลทางสูติกรรม ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาลด้านบริการคลอดโดยกำหนดการตกเลือดหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งด้านสุขภาพมารดาและทารก โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดเป็นศูนย์⁴ แสดงให้เห็นว่า อัตราการตกเลือดของประเทศไทย สูงกว่าเกณฑ์กำหนดตัวชี้วัดของสำนักงานการพยาบาล กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากการคลอดทางช่องคลอดพบได้ร้อยละ 10.84 มารดาในเขตเมือง พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดได้ร้อยละ 4.58 ส่วนมารดาในเขตชนบทพบได้มากขึ้นถึงร้อยละ 13.14⁵ และ 1 ใน 4 ของมารดาหลังคลอดที่ตาย ตายเนื่องจากการตกเลือดหลังคลอดตกชั้นสูงสุด⁶ และการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด⁷ ดังนั้น หลังคลอดทารกจึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญทางสุขภาพของมารดา เป็นช่วงสำคัญที่สุดในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

หลังคลอดมดลูกจะหดตัวทันที ซึ่งเป็นกลไกธรรมชาติของร่างกายที่จะทำให้เลือดหยุดไหล เนื่องจากภายหลังที่รกหลุดตัว บริเวณที่รกเคยเกาะจะมีเลือดออก เพราะเกิดการแยกตัวของรกจากผนังมดลูก ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก มดลูกจะหดตัวกลับสู่สภาวะปกติเพื่อบีบรัดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก⁸ เป็นกลไกบีบรัดเส้นเลือดตามธรรมชาติเพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกมากกว่าปกติ ดังนั้น หากมดลูกหด

รัดตัวไม่ดี จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การหดตัวของมดลูกไม่ดีจะทำให้เกิดอุบัติเหตุการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกสูงขึ้น และอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่รุนแรงเกิดภาวะช็อกถึงร้อยละ 3⁹ ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ¹⁰ ทำให้ไตวายเฉียบพลัน หัวใจขาดเลือด การหายใจล้มเหลว หัวใจวาย เลือดไม่แข็งตัว และเสียชีวิตในที่สุด¹¹ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่ควบคุมไม่ได้อาจจำเป็นต้องตัดมดลูกเพื่อให้เลือดหยุด¹²

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (early postpartum hemorrhage) เป็นการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดภายหลังทารกและรกคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือความเข้มข้นของเลือด (hemotocrit) ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 หลังการคลอด หรือเมื่อจำเป็นต้องให้เลือดทดแทนใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด^{13,14} หรือสูญเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา¹⁵

โดยทั่วไป การคลอดปกติปริมาณเลือดที่ออก 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ไม่ควรเกิน 50 มิลลิลิตร ชั่วโมงที่ 2 ไม่ควรเกิน 30 มิลลิลิตร ดังนั้น 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดไม่ควรเกิน 80 มิลลิลิตร¹⁶ และ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดไม่ควรเกิน 160 มิลลิลิตร¹⁷

การประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ในปัจจุบันส่วนใหญ่ประเมินด้วยสายตา ซึ่งการประเมินด้วยสายตาจะได้ปริมาณเลือดที่ออกน้อยกว่าความเป็นจริงประมาณร้อยละ 30-50^{13, 18} ส่งผลให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ล่าช้าไม่ทันการณ์ ทำให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิต ดังนั้น การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทันที จึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและลดอัตราการตายของมารดาหลังคลอด ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายและลดจำนวนวันในการนอนในโรงพยาบาลด้วย

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้นจะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยมีสาเหตุหลัก ๆ 4 ประการ หรือมีสาเหตุจาก 4 T¹² ดังนี้

1. การหดตัวของมดลูก (tone) การหดตัวของมดลูกไม่ดี (uterine atony) ภายหลังการตกเลือด ทำให้มีการสูญเสียเลือดมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้ถึงร้อยละ 70¹² และร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด¹⁹ เลือดที่ออกจากโพรงมดลูกหลังคลอดเกิดจากการลอกตัวของรก กลไกของร่างกายที่จะหยุดเลือดคือการหดตัวของมดลูก เพื่อให้เส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกและบริเวณที่รกลอกตัวถูกบีบ เพื่อให้เลือดหยุดไหล สาเหตุและปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่

1.1 การยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมากเกินไป จากการตั้งครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต²⁰ ภายหลังคลอดกล้ามเนื้อมดลูกจึงหดตัวไม่ดี ทำให้กระบวนการควบคุมการไหลออกของเลือดล้มเหลว

1.2 การคลอดเร็วผิดปกติ (precipitate labor) กระบวนการคลอดที่สั้นสุดเร็วภายใน 2-3 ชั่วโมงตลอดการคลอด²⁰ ทำให้มดลูกหดตัวเร็วเกินไป ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรง และหดตัวได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ

1.3 การคลอดยาวนาน (prolonged labor) กระบวนการคลอดที่นานเกิน 24 ชั่วโมง กล้ามเนื้อมดลูกจะทำงานนาน มีการหดตัวนาน ทำให้เกิดการเผาผลาญ glycogen มาก หลังคลอดกล้ามเนื้อมดลูกจึงขาด glycogen ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรงและหดตัวได้ไม่ดี²¹

1.4 การคลอดบุตรมาแล้วหลายครั้ง (multiparity) หรือคลอดบุตรมาแล้วมากกว่า 5 ครั้ง ขึ้นไป จะทำให้ผนังมดลูกบาง กล้ามเนื้อมดลูกไม่แข็งแรง หลังคลอดมดลูกจึงหดตัวไม่ดี มารดาที่ผ่านการคลอดมาหลายครั้ง จึงมีโอกาสตกเลือดหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 76²²

1.5 ได้รับยาระงับปวดและยาสงบมาก และนานเกินไป ทำให้มดลูกคลายตัวยาวนานถึงหลังคลอด¹⁹ ส่งผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกไม่มีประสิทธิภาพในการหยุดเลือดหรือควบคุมเลือดที่ออก

1.6 ประวัติการหดตัวของมดลูกไม่ดี หรือมีประวัติการตกเลือดในการคลอดครั้งก่อน ซึ่งจะพบได้ในมารดาที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกก่อนคลอด ภายหลังคลอดหากหยุดยาเร็วเกินไปจะทำให้มดลูกคลายตัว²⁰ และหดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด

1.7 ความผิดปกติของมดลูก เช่น การติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) การติดเชื้อของมดลูก เคยผ่าตัดมดลูก มดลูกมีรูปร่างผิดปกติ มีเนื้องอกในมดลูก รกเกาะต่ำซึ่งเป็นบริเวณที่มีกล้ามเนื้อมดลูกบาง ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอด²⁰

1.8 มารดาที่อายุมากกว่า 35 ปี มารดาที่อ้วนมาก ส่วนใหญ่จะไม่มีแรงเบ่งในระยะคลอดทำให้เกิดการคลอดยาวนาน หลังคลอดมดลูกจึงอ่อนล้าและหดตัวไม่ดี²⁰

2. การฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูก และฝีเย็บ (trauma) เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบได้ถึงร้อยละ 20¹² รองจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งอาจเกิดจากการคลอดเร็ว การคลอดยาก การคลอดติดไหล่ ทารกตัวโต หรือการทำสูติศาสตร์หัตถการ ซึ่งพบได้บ่อยในรายที่ใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือเครื่องดูดสุญญากาศ (forceps/vacuum extraction)²³ นอกจากนั้น การตัดฝีเย็บเร็วเกินไปและมีการคลอดยาวนาน จะทำให้การสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น การตัดฝีเย็บแบบ midline episiotomy มีโอกาสฉีกขาดต่อถึงทวารและเสียชีวิตได้เพิ่มขึ้น²⁴

3. รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (tissue) การที่มีรกหรือชิ้นส่วนของรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก เป็นสาเหตุให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ถึงร้อยละ 10¹² เนื่องจากชิ้นส่วนของรกที่ค้างจะไปขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี การเกิดชิ้นส่วนของรกค้างหลังทำคลอดรก มีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมได้ ดังนี้

3.1 ทำคลอดไม่ถูกวิธี เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการประเมินการลอกตัวของรกที่สมบูรณ์ ทำให้รบกวนกระบวนการลอกตัวของรก เกิดรกลอกตัวไม่สมบูรณ์ การดึงสายสะดือหรือเยื่อหุ้มรกเร็วและแรงเกินไป ทำให้มีชิ้นส่วนของรกขาดและติดค้างในโพรงมดลูก

3.2 รกเกาะผิดปกติ เช่น รกเกาะฝังลึกกับผนังกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้รกลอกตัวยากและใช้เวลานาน ทำให้เกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี และมีเศษรกติดค้างได้ มักพบในมารดาที่มีประวัติการขูดมดลูกก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ รกเกาะผิดปกติจะพบในรายที่มีรกขนาดใหญ่หรือมีรกน้อย ที่ทำให้รกบางส่วนติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก

4. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (thrombin) เป็นสาเหตุของการตกเลือดที่พบได้น้อยเพียงร้อยละ 1¹² สาเหตุจากเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น ภาวะ DIC (disseminated intravascular coagulation) ทำให้มีลิ่มเลือดกระจายไปทั่วร่างกาย¹³ ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือมีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น hemophilia, thalassemia

ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอด

ผลกระทบทางด้านร่างกาย หลังคลอดปกติที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ร่างกายจะสูญเสียเลือดในปริมาณที่น้อย ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจะไม่เกิน 80 มิลลิลิตร¹⁶ หากมีการสูญเสียเลือดมากในระยะแรกมารดาจะมีอาการใจสั่น มึนงง ชีพจรเร็ว เหงื่อออก อ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำ เมื่อมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากจะทำให้มารดามีภาวะช็อกหากมีการช็อกอยู่นานและเลือดออกมาก จะทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ลดน้อยลงหรือเกิดการลิ่มเหลวทำให้เกิดภาวะไตวาย หัวใจล้มเหลว ทำให้เลือดไม่แข็งตัว และเสียชีวิต²⁵

ผลกระทบทางด้านจิตใจ การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่รุนแรง จะทำให้มารดารู้สึกกลัวและวิตกกังวลกลัวอันตรายที่อาจจะเกิดกับตนเอง กลัวการสูญเสียเลือดที่อาจจะเพิ่มขึ้น กลัวควบคุมการสูญเสียเลือดไม่ได้ นอกจากนั้น การตกเลือดหลังคลอดแม้จะเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด อาจทำให้มารดาต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ถูกแยกจากครอบครัว ไม่แน่ใจกับอาการและการรักษา สูญเสียรายได้และค่าใช้จ่าย ความคาดหวังต่อการมีบุตรครั้งต่อไปเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มารดาวิตกกังวลและเครียดมากขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้²⁶

บทบาทของคฤภรในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่สำคัญ คือ การป้องกันการหดตัวไม่ดีของมดลูก ซึ่งต้องเริ่มเฝ้าระวังตั้งแต่วินาทีตั้งแต่การตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้น คฤภรจึงควรมีความรู้และทักษะในการประเมินและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะต่างๆ ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดควรเริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันและให้การดูแลที่เหมาะสม โดยควรตรวจเลือดเพื่อหาระดับความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ลักษณะของเม็ดเลือดแดง ได้แก่ OF และ DCIP หาก OF และ DCIP ให้ผลบวก ควรทำการตรวจคัดกรอง thalassemia ต่อไป เพื่อหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์²⁷ ที่เป็นสาเหตุของการตกเลือดด้วย นอกจากนั้น ควรประเมินและค้นหาสาเหตุอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย เช่น ประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน เคยมีภาวะรกเกาะต่ำ ตั้งครรภ์แฝด ทารกตัวโต ครรภ์แฝดน้ำ²⁰ ซึ่งบางปัจจัยสามารถแก้ไขได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ ควรได้รับการแก้ไขในระยะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด โดยการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น อาการและอาการ

แสดงที่บ่งบอกถึงอันตราย²⁷ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการคลอด

ระยะที่ 1 ของการคลอด มารดาที่ได้รับยาแก้ปวด ยาระงับการหดตัวของมดลูกต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะมารดาที่ได้รับยาเหล่านี้ในปริมาณที่มากเกินไป หรือคาดคะเนการคลอดคลาดเคลื่อน จะมีผลทำให้มดลูกคลายตัว มดลูกหดตัวไม่ดีในระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอด ทำให้มารดามีโอกาสตกเลือดหลังคลอดได้

ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด โดยใช้ partograph เพื่อประเมินการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะมดลูกอ่อนล้าหลังคลอด (uterine atony) จากการคลอดยาวนาน²⁸

ติดตามฟังเสียงหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ ซึ่งหากพบว่าเสียงหัวใจทารกผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นล่าช้า หรือเต้นไม่เป็นจังหวะ อาจเกิดจากการหดตัวของมดลูกผิดปกติ มดลูกหดตัวรุนแรง ซึ่งมีผลให้มดลูกอ่อนล้าหลังคลอด

ระยะที่ 2 ของการคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอด เป็นระยะที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การป้องกันในระยะนี้ทำได้ โดยใช้เทคนิคการช่วยคลอดที่ถูกต้อง ห้ามดันหรือกดยอดมดลูกในขณะที่มารดาเบ่งคลอด เพราะอาจทำให้มดลูกแตกและเป็นสาเหตุของการตกเลือดได้

แนะนำให้มารดาเบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด เพื่อป้องกันปากมดลูกบวม ซึ่งจะทำให้การคลอดล่าช้า หรือปากมดลูกฉีกขาด และสูญเสียเลือดมาก

ตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็นเท่านั้น ไม่ควรตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร (routine) หากมีความจำเป็นต้องตัดฝีเย็บควรตัดฝีเย็บเมื่อปากช่องคลอดบางเต็มที่ เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณปากช่องคลอดถูกตัดขาดน้อยที่สุด และการคลอดสิ้นสุดเร็วหลังการตัดฝีเย็บ เพื่อป้องกันการตกเลือดจากฝีเย็บออกมาก

ให้ยา oxytocin เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังคลอดให้ล้นหน้าของทารก เพื่อลด

อุบัติการณ์และปัญหาจากการหดตัวของมดลูกไม่ดีหลังคลอด² ช่วยให้มดลูกหดตัวดีขึ้น สามารถลดความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ถึงร้อยละ 60²

หนีบและตัดสายสะดืออย่างรวดเร็วหลังทารกคลอด เพื่อกระตุ้นให้รกหลุดตัวเร็วขึ้น เนื่องจากกลไกเลือดออกหลังรก (retroplacenta hemorrhage) ที่จะช่วยผลักดันให้รกหลุดตัวเร็วขึ้น

ระยะที่ 3 ของการคลอด เป็นระยะของการทำคลอดรกหรือระยะการลอกตัวของรก การป้องกันการตกเลือดในระยะนี้ โดยก่อนทำคลอดรก ต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่ารกลอกตัวสมบูรณ์แล้วทำคลอดรกที่ถูกวิธี ห้ามบีบกดหรือนวดมดลูกอย่างรุนแรง เพราะอาจทำให้อกหลุดตัวผิดปกติและอาจเกิดรกค้างได้²⁸

ทำคลอดรกด้วยวิธีการควบคุมการดึงสายสะดือ (controlled cord traction) เพื่อให้รกหลุดตัวและหลุดออกจากช่องคลอดได้เร็วขึ้น^{1,12}

คลึงมดลูกหลังรกคลอดทันที เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังคลอด องค์การอนามัยโลกได้กำหนดมาตรฐานการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือด โดยกำหนดให้นวดมดลูกผ่านทางหน้าท้องมารดาหลังคลอดทันทีที่รกคลอด นวดนาน 5-10 นาที² หรือนวดจนกว่ามดลูกจะหดตัวหรือแข็งตัว²⁸ และดันยอดมดลูกเพื่อไล่เลือด ก้อนเลือด เศษรก และเยื่อหุ้มเด็กที่เหลือค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกให้หมด เพื่อให้มดลูกหดตัวได้ดี¹²

หลังรกคลอดตรวจรกและเยื่อหุ้มรกโดยละเอียด และแน่ใจว่าไม่มีชิ้นส่วนของรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ซึ่งอาจทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี และตกเลือดหลังคลอด จากนั้นคลึงมดลูกจนมดลูกแข็งตัว³⁰

ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นระยะที่ทารกและเยื่อหุ้มทารกควรหลุดออกหมดแล้ว การมีชิ้นส่วนของรกและเยื่อหุ้มทารกตกค้าง เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเป็นสาเหตุของการตกเลือดที่สำคัญ ดังนั้น หลังรกและเยื่อหุ้มคลอดต้องนวดมดลูกทันที โดยนวดบริเวณยอดมดลูก ขณะนวดให้สังเกตปริมาณเลือดที่ออก และนวดให้แน่ใจว่ามดลูก

หดตัวแล้วจึงหยุด และนวดซ้ำทุก ๆ 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด³⁰

ตรวจดูแผลบริเวณฝีเย็บภายหลังรกคลอด เพื่อตรวจดูการฉีกขาดของช่องคลอด และเย็บซ่อมแซม โดยเร็วอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดโดยไม่จำเป็น³⁰

ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ถ้ามารดาปัสสาวะเองไม่ได้ให้สวนปัสสาวะทิ้ง เพราะกระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก¹⁷

ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แต่ยังไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษหรืออย่างใกล้ชิด เพื่อติดตามความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือและรักษาได้ทันที

เจาะเลือดตรวจหาระดับ hematocrit เพื่อประเมินความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง ถ้าลดลงมากกว่าร้อยละ 10 แสดงว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะ shock จากการเสียเลือด³¹ หรือสูญเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวผู้คลอด ควรรายงานแพทย์และเตรียมการให้เลือดทดแทน¹⁵

วิธีการนวดมดลูกหลังคลอด

วิธีการนวดมดลูกหลังคลอดมี 2 แบบ คือ การนวดมดลูกภายนอกผ่านหน้าท้องของมารดา (external bimanual compression) และวิธีการนวดมดลูกแบบกดภายในร่วมด้วย (internal bimanual compression) ซึ่งจะใช้ในกรณีที่วิธีแรกแล้วเลือดไม่หยุดไหล สำหรับบทบาทผดุงครรภ์นั้นจะใช้นวดมดลูกภายนอก โดยเริ่มจากการสัมผัสมดลูกผ่านทางหน้าท้องของมารดาหลังคลอดก่อน ควรนวดมดลูกทันทีหลังรกคลอด โดยต้องแน่ใจว่าชิ้นส่วนของรกหลุดออกทางช่องคลอดหมดแล้ว และประเมินกระเพาะปัสสาวะก่อน ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มจะต้องให้มารดาถ่ายปัสสาวะออกให้หมดก่อน ถ้าถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้ให้สวนทิ้ง

ใช้มือข้างหนึ่งกดบริเวณมดลูกส่วนล่าง (lower uterine segment) เพื่อดันมดลูกขึ้นทางผนังหน้าท้อง ขณะเดียวกันใช้มืออีกข้างหนึ่งนวดมดลูก จนมดลูกแข็งตัว ระดับความแข็งของมดลูกประมาณลูกเทนนิส^{17, 29}

ถ้าเลือดยังไม่หยุด ควรวางมือข้างหนึ่งบริเวณยอดมดลูก และมืออีกข้างหนึ่งวางเหนือกระดูกหัวหน่าว (symphysis pubis) ให้ยอดมดลูกอยู่ระหว่างกลางของอุ้งมือทั้ง 2 ข้าง แล้วทำการนวดมดลูกต่อไปจนกว่ามดลูกจะแข็งตัว³²

ควรนวดมดลูกนาน 5-10 นาที² และนวดซ้ำทุก ๆ 15 นาที จนกว่ามดลูกจะแข็งตัว จนครบ 2 ชั่วโมง³⁰ หลังนวดทุกครั้งต้องมั่นใจว่ามดลูกหดตัวดี และเลือดหยุดไหล

สรุป

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพมารดาและทารก ผดุงครรภ์เป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะผดุงครรภ์เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดมากที่สุด การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด จึงเป็นบทบาทสำคัญของผดุงครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะการประเมินความผิดปกติของมดลูก ลักษณะการหดตัวของมดลูก ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดอันดับแรกเกิดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี การนวดมดลูกหลังรกคลอดทันทีจึงเป็นการพยาบาลที่สำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การนวดมดลูกต้องนวดจนกว่ามดลูกจะแข็งตัว ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที และนวดต่อไปเรื่อย ๆ ทุก ๆ 15 นาที จบครบ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พร้อมทั้งสอนมารดาหลังคลอดและญาติให้นวดมดลูกเอง เนื่องจากการนวดมดลูกโดยการนวดผ่านทางหน้าท้องเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Health Promotion, Ministry of Public Health. Statistic of maternal mortality in Thailand. Retrieved March 2, 2013. Available from <http://ph.anamai.moph.go.th/main.php?Filename=index>. (in Thai).
2. World Health Organization [WHO]. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Retrieved July 31, 2012. Available from <http://whglibdoc.who.int/publication/2009/9789241-eng.pdf>.
3. Bureau of Policy and strategy. Statistic of public health. Bangkok: Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
4. Jermviattkul P. Standard of obstetrical nursing service. Cited in Jermviattkul P, Nittayangoon S, Wongsuwunnasiri S, & Wongchareon S. Editors. Nursing standard in hospital. 2nd ed. Nonthaburi: Printing Press of the War Veterans Organization of Thailand; 2008. (in Thai).
5. Chun-ngam P. Prevention postpartum hemorrhage with misoprostol and oxytocin. Journal of Udonthani Hospital 2012; 20: 53-61. (in Thai).
6. Mousa HA, & Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum hemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 1, 1-25.
7. Pillitteri A. Maternal & child health nursing care of the childbearing & childbearing family. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Murray SS, McKinney ES. Foundation of maternal-newborn nursing. 4th eds. USA: Saunders Elsevier; 2006.
9. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, & Morrison JC. The length of third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. Am Coll Obstet Gynecol 2005; 105: 209-93.
10. Basis JM, Eskes M, Pel M, Bonse GJ, & Bleker OP. Postpartum hemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. Eur J Obstet Gyn R B 2004; 115: 166-72.
11. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, & Wenstrom KD. Williams obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2001.
12. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Int J Am Fam Phys 2007; 75: 875-82.
13. Khunpradit S. Postpartum hemorrhage. Cited in Ratanasiri T, Suntharasaj T, & Suthunvoravuth S. Obstetric emergency. 2nd ed. Bangkok: Pimdee; 2013. (in Thai).
14. Smith JR. Postpartum hemorrhage. Retrieved July 31, 2012. Available from <http://www.emedicine.com/med/topic3568.htm>. 2011.
15. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada [SCOG]. Prevention and management of postpartum hemorrhage: SOGC clinical practice guidelines NO.88. Retrieved July 31, 2012. Available from <http://www.sogc.org/guidelines/public/88E-CPGApril2000>.
16. McKinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal child nursing. 2th ed. USA: Elsevier Saunders; 2005.
17. Parisunyakul S, Sansiripun N. Nursing care in stage of labor. 2nd ed. Chiangmai: Nantapun Printing; 2010. (in Thai).
18. Bucklaud SS, Homer CS. Estimating blood loss after birth: using simulated clinical examples. Women Health 2007; 20 (2): 85-88.
19. Lim PS. Uterine atony: management strategies. Retrieved January 8, 2012, Available from: <http://cdn.intechopen.com/pdfs/32726/Intech-Uterine-atony-management-strategies.pdf>.

20. Breathnach F, Geary M. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tamponade, Elsevier INC 2008; 33(2): 82-6.
21. Cheng YW, Delaney SS, Hopkins IM, Caughey AB. The association between the length of first stage of labor, mode of delivery and perinatal outcomes in women undergoing induction of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201: 1-7.
22. Zaman B, Sher - Uz - Zaman M, Badar S, Tarig M. Risk factors for primary postpartum hemorrhage. *Prof Med J* 2007; 14 (3): 378-81.
23. Ladewing PA, Lodon ML, Davidson MR. Contemporary maternal - newborn nursing care. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
24. Hakan A, Omer L, Tapisiz GT, FiliZ A. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. *Eur J Obstet Gyn R B* 2005; 121: 46-50.
25. Lertbunnaphong T. Acute postpartum hemorrhage. Cited in Thirapun W. Editor. Perinatal medicine: controversies in perinatal medicine. Bangkok: Union Creative; 2009. (in Thai).
26. Cara DL. A mixed method study on the peripartum experience and postpartum effects of emergency hysterectomy due to postpartum hemorrhage. Doctoral Dissertation University of South Florida, Florida; 2011.
27. Chungsomchai C. Postpartum hemorrhage. *Srinagarind Medical Journal* 2010; 25 (suppl): 151-158. (in Thai).
28. Wanitpongpan P. Postpartum hemorrhage. Cited in Piya-anant M, Vantanasiri C, & Sunsaneevithayakul P. Editors. *Obstetric*. Bangkok: P.A.living; 2005. (in Thai).
29. Marshall M, Buffington S, Back D, & Clark A. A life saving skills manual for midwives. 4th ed. Washington DC: American College of Nurse-Midwife; 2008.
30. International Federation of Gynecology (FIGO). 2012. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource setting. *Int J Gynec Obstet* 2012; 117: 108-18.
31. Royal College of Obstetereicians and Gynaecologists [RCOG]. Prevention and management of postpartum heamorrhage: green-top guideline No.52. May 2009. Retrieved July 31, 2012. Available from <http://www.cadepap.th>CDG 17 pdf.
32. Andretta P, Perosky J, & Johnson TRB. Two provider technique for bimanual uterine compression to control postpartum hemorrhage. *JMWH* 2012; 57: 371-5.