

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด (Nursing care in Postpartum hemorrhage)

วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์*

lrbangbuathong@hotmail.com

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบหนึ่งในสี่ของมารดาทั่วโลกและเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทยรายได้น้อย (WHO, 2012) จากรายงานแนวโน้มอัตราการตายของมารดาในปี พ.ศ. 2552-2556 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดา เป็น 8.9-22.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (WHO, 2014) จากการนำแนวทางปฏิบัติเรื่องการดูแลหญิงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาใช้ ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะชดในสตรีตั้งครรภ์ และในระหว่างรอคลอดมีการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงจะมีแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งมีการให้การดูแลแบบ AMTSL : 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

ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดา ในระหว่างการคลอดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ไทย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในมารดา คือ ภาวะ ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมากภาวะ หนึ่งและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดา ส่วนสาเหตุอื่นๆได้แก่ การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ น้ำคร่ำอุดหลอดเลือดปอด เป็นต้น ภาวะเหล่านี้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้คลอด และครอบครัว ทำให้เกิดความสับสนเปลืองในการรักษา พยาบาลและเป็นภาระของครอบครัว สังคม และ เศรษฐกิจของประเทศ หากสถานบริการสุขภาพ สามารถให้การดูแลผู้คลอดได้อย่างมีมาตรฐานจะทำให้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆของมารดาทางลดลง

ดังนั้น การนำแนวทางปฏิบัติเรื่องการดูแล หญิงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาใช้ ตั้งแต่ ในระยะฝากครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรองและแก้ไข ภาวะซีดในสตรีตั้งครรภ์ และในระหว่างรอคลอดมีการ ประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงจะมีแนวทางในการดูแลที่ เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอด รวมทั้งมีการให้การดูแลแบบ AMTSL : Active management of third stage of labor (WHO, 2012) ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแล ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่เหมาะสมและมีผล

ทำให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดและการมีภาวะ แทรกซ้อนต่างๆจากการตกเลือดหลังคลอดลดลง

เนื้อหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage : PPH) หมายถึง การเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร ภายหลังการคลอดปกติและหากมีการ เสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร เรียกภาวะตกเลือด หลังคลอดรุนแรง สำหรับการผ่าตัดคลอด จะให้การ วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดเมื่อมีการเสียเลือด จากการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร (ตริภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

การจำแนกชนิดของภาวะการตกเลือด หลังคลอด (Classification of PPH) โดยแบ่งได้เป็น 2 แบบ ตามระยะเวลาของการเกิดตกเลือดหลังคลอด (ตริภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

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

1.1 Tone : uterine tone ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก

1.2 Trauma : genital tract trauma การบาดเจ็บที่ช่องทางคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์

1.3 Tissue : placental tissue การ เหลือค้างของผลผลิตจากการตั้งครรภ์ เช่น รก ทารก เป็นต้น

1.4 Thrombin : abnormal thrombin clotting time ความผิดปกติของเกร็ดเลือดและระบบ การแข็งตัวของเลือด

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

1. มีก้อนเลือด หรือเศษรกค้างอยู่ภายใน โพรงมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด มักเกิด ภายหลังคลอดประมาณ 1 – 2 สัปดาห์

2. ภาวะติดเชื้อมดลูกในโพรงมดลูก ผู้ป่วย มักมีอาการของการติดเชื้อให้เห็น เช่น มีไข้ น้ำ คาวปลา มีกลิ่นเหม็น ปวดท้องน้อย มดลูกไม่เข้าอุ้ง

3. เลือดออกจากแผลภายในช่องคลอด มักเกิดจากการติดเชื้อบริเวณแผลภายในช่องคลอด

การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด ภายหลังคลอดทันที

ระยะก่อนตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดและมีบุตร เพียงพอแล้ว สมควรที่จะได้รับการทำหมัน

ระหว่างตั้งครรภ์

1. ประเมินและเตรียมสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย เพื่อหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เช่น มดลูกขนาดใหญ่ เช่น ครรภ์แฝด ทารกตัวโต ครรภ์ แฝดน้ำ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหดตัวไม่ดีของมดลูก ภายหลังคลอด เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เคยตกเลือด ภายหลังคลอดมาก่อน มีภาวะรกเกาะต่ำ หรือ รกลอกตัว ก่อนกำหนด มีภาวะ severe preeclampsia หรือ

HELLP syndrome ได้รับการชักนำการคลอด ได้รับ oxytocin นาน ระยะคลอดยาวนาน หรือ คลอดเร็ว เกินไป มีภาวะติดเชื้อมดลูกในอุ้งน้ำคร่ำ คลอดโดยใช้ หัตถการช่วยคลอด

2. ตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะซีดในสตรี ตั้งครรภ์ ถ้าพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะซีดให้หาสาเหตุ และรักษาภาวะดังกล่าวให้ดีขึ้น เช่น แนะนำให้กิน อาหารที่มีประโยชน์และเสริมวิตามินธาตุเหล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง

3. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ควรได้รับการ ให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง การเตรียมตัวคลอด เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ อาจเกิดขึ้น

ระหว่างคลอด

1. ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการตกเลือด ภายหลังคลอด ให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ และเตรียมเลือดไว้อย่างน้อย 2 ยูนิต ร่วมกับการตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือด

2. มีการใช้ Pathograph เพื่อติดตามการ เจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดที่เนิ่น นาน มีการพิจารณาให้ยากระตุ้นการคลอดโดยแพทย์ อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) ตามข้อ บังชี้ รวมทั้งฟังเสียงหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ สังเกต เลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด

3. ทำสูติศาสตร์หัตถการเมื่อมีข้อบ่งชี้ชัดเจน

4. การบริหารยา Uterotonic drugs เป็น ขั้นตอนแรกของ AMTSL : Active management of third stage of labor (WHO, 2012) แนะนำให้ บริหารยาเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารกหรือเมื่อคลอด ทารกแล้ว ยาที่ใช้บ่อยมี 3 กลุ่ม ได้แก่

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



- Ergometrine or Methylergometrine (Methergine®) 0.2 mg. IM

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

5. ควรทำคลอดรกให้ถูกวิธีในระยะเวลาที่สั้นที่สุด และทำการตรวจรกทุกครั้งว่าครบหรือไม่

6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาสลบประเภท Halothane

7. ตรวจสอบแผลฝีเย็บ ช่องทางคลอด และปากมดลูกทุกครั้งภายหลังรกคลอด

ระยะหลังคลอด

ในกรณีที่ให้ Oxytocin หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อทารกคลอดแล้วควรให้ต่ออย่างน้อย 1 – 2 ชั่วโมง และภายหลังคลอดควรเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ตรวจการหดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บ ปริมาณเลือดที่ออก และดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง และบันทึกสัญญาณชีพทุก 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 (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

มีรายละเอียดที่สำคัญคือ

1. การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตั้งแต่วินาทีที่ 2 ของการคลอดกับมารดาทุกรายโดยใช้ Oxytocin 10 ยูนิต ให้ทางน้ำเกลือ หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน กรณีที่ไม่สามารถให้ Oxytocin ได้ ให้ใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามความเหมาะสม ได้แก่ Methylergometrine (Methergine®), misoprostol (Cytotec®)

2. การทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอดทำให้เสียเลือดลดลง

3. การนวดคลึงมดลูกด้วยมือทันทีหลังรกคลอด ประเมินการแข็งตัวของมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงภายหลังคลอด (ตริภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

1. การวัดปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ภายหลังทารกคลอดรวมทั้งที่ซึมผ้าถุง ผ้ารองกัน หรือไหลนองพื้น แล้วมากกว่า 500 มิลลิลิตร

2. อาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น มีอาการช็อก

3. ตรวจการหดตัวของมดลูก โดยใช้มือคลำหน้าท้อง

4. ตรวจดูการฉีกขาดของช่องคลอดและปากมดลูก

5. ตรวจดูรกที่อาจจะค้างอยู่ โดยตรวจรกอย่างละเอียด และใช้มือตรวจในโพรงมดลูก

6. ตรวจเลือด เพื่อหาสาเหตุจากความผิดปกติในกลไกการแข็งตัวของเลือด

การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

พยาบาลต้องตระหนักและสังเกตเป็นระยะ ๆ กิจกรรมการป้องกัน ได้แก่ การป้องกันขณะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้

- ตรวจหาความเข้มข้นเลือดขณะตั้งครรภ์
- การดูแลรักษาภาวะโลหิตจาง
- การประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อการเฝ้าระวัง และเตรียมการช่วยเหลือให้พร้อม
- ระมัดระวังในการทำคลอดที่ถูกต้องวิธี

- รายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดไว้ก่อนคลอด
- ถ้าพบว่ามียารกลอตตัวสมบูรณ์ให้ทำคลอดรกทันที ไม่ปล่อยทิ้งไว้เพราะเลือดจะออกมาก หลังทำคลอดรก ต้องคลึงมดลูกให้แข็งตัว หลังทารกคลอด ฉีดยาช่วยให้มดลูกหดตัวทันทีทุกราย
- ไม่คลึงนวดมดลูกก่อนรกคลอด เพราะจะทำให้มดลูกหดตัวรบกวนการลอกของรก และปากมดลูกหดเกร็งทำให้รกคลอดไม่ได้
- ดูแลผู้คลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ให้ถูกต้อง โดยเฉพาะการหดตัวของมดลูก สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอด และการมีกระเพาะปัสสาวะเต็มซึ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- ถ้าคาดว่าจะมีการตกเลือดให้เตรียมยาสารน้ำ และอุปกรณ์กู้ชีวิตไว้ให้พร้อมใช้งานได้ทันที
- รายที่มีประวัติทารกตายในครรภ์นานๆ มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ควรตรวจระดับไฟบริโนเจน และจางเลือด

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

หลักสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ค้นหาสาเหตุ เพื่อป้องกันและ ขจัดสาเหตุ
2. ค้นหาการในระยะเริ่มแรก
3. เตรียมสารน้ำ ยาที่จำเป็นและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม
4. ให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว นิ่มนวล คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นความปลอดภัยของผู้คลอดและความสุขสบายทั้งทางกายและทางใจ

การพยาบาลขณะตกเลือดหลังคลอด

- สังเกตและบันทึกปริมาณสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก ทุก 15 นาที

- จัดให้นอนในท่าที่สบาย คลึงมดลูกให้แข็งตัว
- ดูแลการให้สารน้ำและยาช่วยการหดตัวของมดลูกอย่างสมเหตุผล (RDU)
- ถ้าความดันโลหิตต่ำ ให้ผู้คลอดนอนราบ ไม่ต้องใช้หมอนหนุนศีรษะ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ
- ให้ออกซิเจน
- ดูแลความสุขสบายทั่วไป
- ให้การประคับประคองจิตใจ ลดความกลัวและวิตกกังวล อธิบายให้เข้าใจกิจกรรมการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เพื่อเกิดความมั่นใจลดความวิตกกังวล

การพยาบาลการตกเลือดหลังคลอดทันที

แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. การดูแลการตกเลือดก่อนรกคลอด

สาเหตุอาจมีได้หลายประการ ดังนั้น ต้องทำคลอดรกโดย

 - 1.1 ตรวจดูว่ารกลอกตัวสมบูรณ์แล้วหรือไม่ ถ้าลอกตัวสมบูรณ์แล้วรีบทำคลอดรกทันที
 - 1.2 สอนปัสสาวะ เพื่อให้การหดตัวของมดลูกดีขึ้น คาสายสวนปัสสาวะไว้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อวัดปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา
 - 1.3 ตรวจวัดสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก ทุก 15 นาที
 - 1.4 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ NSS หรือ ARI 1,000 มิลลิลิตร ร่วมกับ Oxytocin 10 – 20 ยูนิต โดยเร็ว พร้อมทั้งเจาะเลือดมารดาเพื่อตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือด และขอเลือดเตรียมไว้อย่างน้อย 2 ยูนิต
 - 1.5 ให้ Methergin® 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางกล้ามเนื้อ (ยกเว้นในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูง)



1.6 ทำคลอดรกโดยวิธี Controlled cord traction ถ้ารกไม่คลอดให้ล้วงรก

1.7 ภายหลังรกคลอดแล้ว ให้สำรวจภายในโพรงมดลูกอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีเศษรกค้างอยู่และมดลูกไม่ทะลุ แล้วจึงตรวจดูว่ารกคลอดครบหรือไม่ และในระหว่างนี้ต้องคลึงมดลูกให้แข็งตัวตลอดเวลา

2. การดูแลการตกเลือดภายหลังรกคลอด

2.1 ตรวจดูการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี และมีเลือดไหลออกมาตลอดเวลา โดยพบว่ามีทั้งน้ำเลือดและก้อนเลือด สาเหตุของการตกเลือดในกรณีนี้ น่าจะเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ให้ปฏิบัติดังนี้

- 1). คลึงมดลูกให้หดตัวตลอดเวลา
- 2). สวนปัสสาวะออกให้หมด และคาสายปัสสาวะไว้
- 3). ให้ NSS หรือ ARI 1,000 มิลลิกรัม ซึ่งมี Oxytocin 10 – 20 ยูนิตผสมอยู่ หยดเข้าทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว และขอเลือดเตรียมไว้ 2 – 4 ยูนิต
- 4). ให้ Methergin® 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางกล้ามเนื้อ
- 5). วางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณหน้าท้อง และคลึงให้มดลูกหดตัวตลอดเวลา

2.2 ตรวจดูการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้ามดลูกหดตัวดีแล้ว แต่ยังมีเลือดไหลออกเรื่อย ๆ และมีสีค่อนข้างแดงสด ให้ใช้เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอดให้เห็นภายในช่องคลอด และปากมดลูก ตรวจหารอยฉีกขาด ให้เย็บรอยฉีกขาดเหล่านั้น โดยใช้ไหมละลาย การเย็บปากมดลูกต้องระวังไม่เย็บมากเกินไปเพราะอาจเกิดการปิดของรูปากมดลูกตามมา ภายหลังได้หลังจากที่มดลูกเข้าอู่ตามปกติแล้ว

2.3 กรณีทำตามข้อที่ 2.1 , 2.2 แล้ว เลือดยังออกเรื่อย ๆ ให้ตรวจภายในโพรงมดลูกภายใต้การดมยาสลบ โดยงดเว้นการใช้ฮาโลเทน เพื่อค้นหา ก้อนเลือดหรือเศษรกตกค้างอยู่หรือไม่ ถ้ามีพยายาม ล้วงออกให้หมด และถ้าพบว่ามดลูกมีรอยฉีกขาดหรือทะลุให้รีบผ่าตัดเปิดช่องท้องทันที

2.4 กรณีที่ทำตามข้อ 2.1 , 2.2 , 2.3 แล้วเลือดยังออกเรื่อย ๆ ให้การรักษาดังนี้

- 1). ตรวจเลือดหา Venous clotting time, Clot retraction time และ Clot lysis โดยเฉพาะในกรณีที่เลือดออกเป็นสีน้ำตาลไม่แข็งตัวเป็นก้อน ถ้าพบว่า Venous clotting time เกิน 15 นาที หรือมี Clot lysis เกิดขึ้นภายในเวลา 1 – 2 ชั่วโมง แสดงว่าเกิดภาวะไฟบริโนเจนในเลือดต่ำ แก้ไขโดยให้พลาสมาสด หรือพลาสมาสดแช่แข็ง หรือ Cryoprecipitate
- 2). ทำ Bimanual compression โดยสอดกำมือขวาเข้าไปในช่องคลอด กดบริเวณ Anterior fornix และใช้มือซ้ายคลึงมดลูกบริเวณหน้าท้อง กดและบีบผนังมดลูกให้เข้าหากันร่วมกับการคลึงมดลูกให้หดตัวตลอดเวลา ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีขึ้นไป

3). กรณีตกเลือดหลังคลอดทันที จากการหดตัวของมดลูกไม่ดี และทำตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว เลือดยังไม่หยุด ควรพิจารณาฉีด Prostaglandin ได้แก่ Sulprostone (Nalador®) ในขนาด 0.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ อาจฉีดซ้ำทุก 10 – 15 นาที ได้ไม่เกิน 6 ครั้ง

ถ้าทำตามข้อ 2.1 ถึง 2.4 แล้วยังคงมีเลือดออกอยู่เรื่อย ๆ ถ้าอายุมากหรือมีบุตรเพียงพอแล้วให้ตัดมดลูกออก กรณีอายุน้อยและยังต้องการมีบุตรอีก ให้ทำการผ่าตัดช่วย เช่น ผูกหลอดเลือด

การพยาบาลการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง

1. รายที่มีเศษรก หรือก้อนเลือดค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก ให้ Oxytocin แล้วทำการซูดมดลูกด้วยความระมัดระวัง

2. รายที่มีการติดเชื้อมดลูก พิจารณาให้ Methergin® เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวดี ร่วมกับยาปฏิชีวนะ

3. รายที่มีเลือดออกจากบริเวณแผลในช่องคลอด ให้ทำความสะอาดและเย็บแผลให้เลือดหยุด ถ้าเนื้อเยื่อบริเวณแผลยุบมาก เย็บแล้วเลือดไม่หยุด อาจต้องกดไว้ หรือใส่ Vaginal packing ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ

การรักษาด้วยยา

1. Oxytocin (Syntocinon®)

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

2. Ergot alkaloids (Methergine®)

Methylergonovine 0.2 มิลลิลิตรต่อมิลลิลิตร เป็น ergot alkaloids ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (ห้ามให้ทางหลอดเลือดดำ) ให้ซ้ำได้ทุก 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 เน้นทางทวารหนักครั้งเดียว อาการข้างเคียง อาจทำให้มีไข้ ไข้หนาวสั่น ห้ามใช้ยาตัวนี้ร่วมกับ Nalador เนื่องจากอาจทำให้เกิด Arrhythmia

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

4. Sulprostone (Nalador®)

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

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

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



การพยาบาลเมื่อมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Haemorrhage shock)

เมื่อพบผู้คลอดมีปัญหาการตกเลือดและช็อก ต้องให้การพยาบาลอย่างรีบด่วน พร้อมทั้งรายงาน แพทย์ทันที และขณะเดียวกันจะต้องรีบตามพยาบาล จากจุดอื่นมาช่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้การ พยาบาลไปพร้อม ๆ กัน ตามหัวข้อต่อไปนี้

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

2. จัดท่านอนให้เหมาะสม ให้ผู้คลอดนอนราบ ไม่ต้องใช้หมอนหนุนศีรษะ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ ห่มผ้าให้ความอบอุ่น เพื่อ บรรเทาอาการหนาวสั่น และช่วยให้การไหลเวียนของ เลือดดีขึ้น

3. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีต ประเมินการตอบสนองของร่างกาย รายที่ไม่รู้สึกตัว ดูให้ทางเดินหายใจโล่ง เช่น การดูดเสมหะ กรณี หายใจลำบากมีอาการขาดออกซิเจน ให้ออกซิเจน

4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนมีอาการปกติ หลังจากนั้น บันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และให้การช่วยเหลือได้ทันที

5. ใส่สายสวนคาปัสสภาวะ เพื่อให้กระเพาะ ปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก และ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อก ปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และบันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับ เพื่อ ประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย ป้องกันภาวะ ได้รับสารน้ำเกิน

6. ค้นหาสาเหตุของการมีเลือดออกและรีบ แก้ไขตามสาเหตุนั้น ๆ

7. สังเกตลักษณะ สี และจำนวนเลือดที่ออก ทางช่องคลอด

8. ดูแลให้ได้รับเลือด (PRC ประกอบด้วย เซลล์เม็ดเลือดแดง ซึ่งแยกส่วนของพลาสมาออก) ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณของเม็ดเลือดแดง ระวังระดับไม่ให้เกิดผิตกกลุ่ม และสังเกตอาการแทรกซ้อนระหว่างการได้รับเลือด

9. ให้การพยาบาลประคับประคองตามอาการ เมื่อผู้คลอดพ้นภาวะตกเลือดและช็อก

10. ให้คำแนะนำเสริมสร้างกำลังใจ ประคับ ประคองให้สามารถเผชิญความเครียดและสามารถปรับตัวในการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาลเมื่อมีภาวะติดเชื้อหลังคลอด (Puerperal infection)

ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ทำให้มีภาวะซีด โลหิตจาง มีผลทำให้ ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อหลัง คลอดได้ง่าย กิจกรรมการพยาบาลได้แก่

1. การให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ สุขวิทยาส่วนบุคคล

2. การทำคลอดที่ถูกวิธีและเทคนิคที่ถูกต้อง

3. ประเมินอาการของการติดเชื้อ คือ การมี ใช้หลังคลอด อุณหภูมิสูง 38 องศาเซลเซียส หรือ สูงกว่าติดต่อกัน 2 วัน ในช่วง 10 วันแรก ไม่นับ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

4. ตรวจดูแผลแผลฝีเย็บ ว่ามีอาการบวมเลือด แผลฝีเย็บบวม แดง ร้อน มีหนอง กดเจ็บรอบ ๆ แผล บวมมากขณะถ่ายปัสสาวะหรือไม่

5. ตรวจดูลักษณะของน้ำคาวปลา ว่ามีกลิ่นเหม็น น้ำคาวปลาไม่เปลี่ยนสี มีสีน้ำตาลแดง หรือเป็นหนอง

6. มีอาการปวดท้องรุนแรง กดเจ็บ หน้าท้องแข็งตึง มดลูกมีขนาดใหญ่

7. อาการไข้สูง อ่อนเพลีย หนาวสั่น หายใจเร็ว อาเจียน เบื่ออาหาร

8. อุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส แต่ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต

9. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา

10. ทำแผลระบายหนอง รายที่มีแผลอักเสบ

11. ดูแลแก้ไขอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด มีไข้ การส่งเสริมการไหลของน้ำคาวปลา โดย จัดให่นอนท่า Fowler's position เป็นต้น

การพยาบาลเมื่อเกิดอันตรายที่เกิดจากผลของการรักษา (Hazards of therapy)

กิจกรรมการพยาบาลสามารถสรุปได้ตามกลุ่มอาการดังนี้

Fluid overlord มีอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก การพยาบาลคือ ลดจำนวนหยดของสารน้ำที่กำลังให้อยู่และรายงานแพทย์

Shock lung มีอาการหายใจช้าตื้น หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เล็บมือ เล็บเท้าเขียว หายใจเสียงดัง การพยาบาลคือ รีบรายงานแพทย์ ควบคุม Ventilator ระหว่าง 50 – 70 มิลลิเมตรปรอท

Oxygen toxicity มีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก ชัก การพยาบาลคือ รายงานแพทย์ ระงับอันตรายจากการชัก

การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อของต่อมใต้สมองส่วนหน้าตาย (Postbirth anterior pituitary necrosis, Sheehan syndrome)

หมายถึง การมีเนื้อเยื่อของต่อมใต้สมอง (Pituitary) ส่วนหน้าตายเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน เนื่องจากปริมาณเลือดในร่างกายต่ำ (Hypovolemia) และผลจากเลือดไม่แข็งตัวทั่วร่างกาย (DIC) ทำให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนของต่อมต่าง ๆ ที่ถูกควบคุมโดย Anterior pituitary เช่น ไทรอยด์ฮอร์โมน ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต และการทำงานของต่อมเพศทำให้สตรีผู้นั้นมี Sex characteristic เปลี่ยนไป คือ เต้านมจะเหี่ยวเล็กลง ไม่มีน้ำนมเลี้ยงบุตร ขนที่รักแร้และหัวหน่าวจะร่วงหลุดไปและไม่งอกออกมาอีก อวัยวะเพศภายนอกจะลีบเล็ก ไม่มีประจำเดือน แก่เร็ว เหนื่อยง่าย อารมณ์หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

บทบาทของการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพ

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

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment/Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่



T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

H Health การส่งเสริม ฟันฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

พยาบาลต้องช่วยให้มารดาตั้งครรถ์กลับมาดำเนินชีวิตให้ได้ตามปกติมากที่สุด โดยการพยายามแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และฟื้นฟูเพื่อให้อวัยวะต่างๆสามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องกระทำร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการวางแผนร่วมกันแก้ไข

การฟื้นฟูทางด้านจิตใจ เป็นการปรับสภาพจิตใจมารดาตั้งครรถ์ที่ผ่านการช่วยฟื้นคืนชีพให้ดีขึ้น โดยบุคคลที่ผ่านภาวะวิกฤติมาอาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ประกอบกับในมารดาตั้งครรถ์บางรายสูญเสียบุตร และมากไปกว่านั้นมารดาบางรายต้องตัดมดลูกทิ้ง ไม่สามารถมีบุตรได้อีกตลอดชีวิต พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะให้การพยาบาลทางด้านจิตใจมารดาและครอบครัว

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผลสำเร็จของการให้การรักษายาบาลเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจากทีมแพทย์และพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่มโดยการประเมินสภาพทั่วไป และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด การรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลอาการผู้คลอดอย่างรวดเร็ว การเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยคลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้พร้อมใช้ รวมทั้งการเตรียมรพยาบาลในการส่งต่อผู้คลอดหากเกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์

การให้ความรู้แก่ผู้คลอดและญาติ เกี่ยวกับโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะการตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในขณะที่ตั้งครรถ์ จะทำให้ผู้คลอดและญาติมีความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และมารับการตรวจรักษายาบาลที่โรงพยาบาลทันที เมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง สามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองและสามารถปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดภาวะผิดปกติขึ้นได้ เมื่อผู้คลอดได้ทราบถึงอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นว่า ผลจากการตั้งครรถ์ครั้งนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ตนเองและทารกในครรภ์ ก็ทำให้ผู้คลอดและญาติเกิดความวิตกกังวลว่าผู้คลอดและทารกในครรภ์จะเป็นอันตรายจากผลของภาวะแทรกซ้อนนี้ พยาบาลประจำห้องคลอดเป็นผู้ที่จะต้องดูแลผู้คลอดจะต้องคำนึงถึงการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและครอบครัวผู้คลอด

ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผิดปกตินั้น แผนการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้คลอดและญาติเกิดความมั่นใจไว้วางใจในการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด

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

การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การอบรมความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ การป้องกันการฟ้องร้อง ร้องเรียน ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการด้านข้อร้องเรียน ด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย และผลักดันให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและเป็นต้นแบบแก่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาภาวะเสี่ยงตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมาฝากครรภ์ ขณะเจ็บครรภ์คลอด ขณะคลอด และหลังคลอด การป้องกันการเกิดภาวะช็อค จากการตกเลือด ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมส่วนที่ไม่สมบูรณ์ให้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ทันทีที่ และมีแบบแผนที่ดี มีคุณภาพ





บรรณานุกรม

ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. 2560. ตำราสูติศาสตร์
Modern textbook of obstetrics.
กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาล
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา : คณะแพทย-
ศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัย
มหิดล.

ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. 2560. การตกเลือดหลัง
คลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการ
ป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษา
เอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม
ราชกุมารี. 6(2): 146-157.

World Health Organization. WHO
recommendations for the preven-
tion 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.

