



## บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ Nurse-Midwives' Roles in Preventing Primary Postpartum Haemorrhage

ปาริฉัตร อารยะจารุ<sup>1\*</sup>, รัศมี ศรีนนท์<sup>2</sup>, จิราภรณ์ อนุชา<sup>3</sup>  
Parichat Arayajaru, Rassamee Srinon, Chiraporn Anucha  
Corresponding author: Email: parichat@bcnr.ac.th

(Received: November 16, 2022; Revised: December 14, 2022; Accepted: December 26, 2022)

### บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่มีคุกคามต่อชีวิตหญิงหลังคลอด ที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นของหญิงหลังคลอดในประเทศไทย ตามธรรมชาติของการคลอด หญิงหลังคลอดทุกรายมีการสูญเสียเลือดตามปกติจากการคลอดปริมาณหนึ่ง แต่ในหญิงหลังคลอดบางราย เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้มีการสูญเสียเลือดปริมาณมากจนเป็นอันตรายต่อชีวิต

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาที่สามารถป้องกัน ดูแลรักษาได้ ด้วยการบริหารจัดการตามบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ ประเมินความเสี่ยง 4Ts และความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์และทีมสุขภาพ ในการป้องกันวินิจฉัยและบริหารจัดการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระความรู้ที่เป็นปัจจุบันจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ บทบาทการดูแลและบริการที่มาตรฐานของพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดต่อหญิงหลังคลอด

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์, การตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ, การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

<sup>1,2,3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Registered nurse (Senior Professional Level), Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Health



## Abstract

Postpartum Haemorrhage is an important obstetric emergency due to it is a common life-threatening complication that commonly found as a top rank of the causes of death among postpartum women in Thailand. Although the nature of childbirth in every postpartum woman has a certain amount of blood loss from normal childbirth but there are still several postpartum women having a serious life-threatening blood loss during postpartum.

Postpartum haemorrhage is a preventable and a treatable issue by complying with the nurse's role management, assessment with 4Ts, and healthcare providers' teamwork to promptly prevention, diagnosis, and management. This academic article aims to present a current knowledge from a literature review relating to recommendations for the prevention of primary postpartum haemorrhage. Moreover, concerning to the nurse-midwives' roles to enhance the benefits for those postpartum women who under the midwives' services to receive a standard of care to meet the highly benefit for postpartum women.

**Keywords:** Nurse-midwives' roles, Primary postpartum haemorrhage, Preventing postpartum haemorrhage

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Haemorrhage, PPH) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่มีความสำคัญ และเป็นภาวะที่พบได้เป็นประจำและเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต จากสถิติการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วโลก ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 56 จากจำนวน 183 ประเทศ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาอันดับหนึ่งคือ การเสียเลือดจากการคลอด คิดเป็นร้อยละ 34.86 (Bureau of Reproductive Health, 2019; World Health Organisation, 2019)

อันตรายจากการตกเลือดในระยะคลอด สามารถส่งผลเสียกับสุขภาพทั้งระยะสั้น และระยะยาวได้ เช่น การช็อคจากการสูญเสียเลือด (Hypovolemic shock) จนถึงเสียชีวิตได้ (McLintock, 2020; Phanttchin, 2018; Sarakarn & Charoensri, 2020) และยังส่งผลกระทบต่อระยะยาว เช่น ภาวะซีแฮน ซินโดรม (Sheehan's Syndrome) ในมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะที่ต่อมใต้สมองพิทูอิทารีส่วนหน้าขาดเลือดไปเลี้ยงได้ เกิดความผิดปกติของกลไกการทำงานของร่างกายและกระทบต่อการใช้ชีวิตในระยะยาวได้ (Poonperm & Janasa, 2018) ซึ่งภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สามารถป้องกันได้ (Tongsong, 2021)

ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การทบทวนความรู้ และการสร้างความตระหนักที่ต่อปัญหาการตกเลือดหลังคลอดคือ การสร้างความเข้าใจว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะที่ป้องกันได้ด้วยการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การวินิจฉัยอย่างทันทั่วทั้งที่ และการดูแลที่ประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพกับพยาบาลผดุงครรภ์ สูติแพทย์และผู้ดูแลสุขภาพ (Sarakarn & Charoensri, 2020; Sasunee, 2022) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ นำเสนอข้อมูลความรู้ที่เป็นปัจจุบันจากการทบทวน



วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเสนอแนะแนวทางในการประเมินและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดต่อหญิงหลังคลอดที่อยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลผดุงครรภ์ให้ได้รับบริการที่มาตรฐานและปลอดภัยจากการคลอด

### ค่านิยมภาวะตกเลือดหลังคลอด

ปัจจุบันมีการนิยามภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ตามค่านิยมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, 2018) ซึ่งเป็นที่ได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยได้นิยามไว้ดังนี้คือ การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือด 500 มิลลิลิตรหรือมากกว่า ภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังการเกิด ซึ่งค่านิยมของ WHO อาจจะเป็นค่านิยมที่สั้นและกว้าง เพื่อเหตุผลในการรวบรวมข้อมูล ทำสถิติในภาพรวมของระดับโลก จึงไม่ได้ให้รายละเอียดที่มากนัก (Titapant & Lertbunnaphong, 2021) หรือมีการเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร แต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการวินิจฉัยความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Haematocrit) ที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากการคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อคจากการเลือดเลือด (Sannil, 2021; Word Health Organisation, 2018) ซึ่งในประเทศยังมีการใช้นิยามที่เฉพาะเจาะจงลงไปรายละเอียด ตามบริบทในการดูแลและความสามารถในการรักษา ได้แก่ นิยามโดย Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (Carrillo & Chandharan, 2014; Titapant & Lertbunnaphong, 2021) ดังนี้

1. การตกเลือดหลังคลอดระยะปฐมภูมิ/ ระยะแรก (Primary Postpartum Haemorrhage, Early Postpartum Haemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดจากช่องทางคลอด 500 มิลลิลิตรหรือมากกว่า ภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังการเกิดของทารก โดยมักเกิดภายหลังคลอดทันที จึงอาจเรียกภาวะนี้ว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Immediate PPH) (Titapant & Lertbunnaphong, 2021) สามารถแบ่งเป็นระดับความรุนแรงการตกเลือดหลังคลอดระยะปฐมภูมิดังนี้

1.1 Minor PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงของปัญหาน้อย คือ มีการเสียเลือดระหว่าง 500-1,000 มิลลิลิตร

1.2 Major PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงของปัญหามาก คือ มีการเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร โดยแบ่งออกเป็น

1.2.1 Moderate PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง คือ มีการเสียเลือดระหว่าง 1,001-2,000 มิลลิลิตร

1.2.2 Severe PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงระดับสูง คือ มีการเสียเลือดมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร

2. การตกเลือดหลังคลอดระยะทุติยภูมิ/ระยะหลัง (Secondary Postpartum Haemorrhage, Late Postpartum Haemorrhage) หมายถึง การมีเลือดออกลักษณะผิดปกติ หรือมีปริมาณมากกว่าปกติ จากช่องทางคลอดในช่วงเวลาระหว่าง 24 ชั่วโมง จนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด



เมื่อมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้ว ส่งผลเสียกับสุขภาพทั้งระยะสั้น เช่น การช็อคจากการสูญเสียเลือด (Hypovolemic shock) จะมีอาการซีด ชีพจรเบาเร็ว หัวใจเต้นเร็วกว่า 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) ต่ำกว่า 90 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดดำ (Oxygen saturation) ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ เหงื่อออก สับสน หนาวสั่น ซึ่งหากไม่ได้รับความช่วยเหลือที่ทันที่ ท้องหลังคลอดอาจเสียชีวิตได้ (McLintock, 2020; Phanttchin, 2018; Sarakarn & Charoensri, 2020) และส่งผลกระทบต่อระยะยาว เช่น ภาวะซีแฮน ซินโดรม (Sheehan's Syndrome) ในมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะที่ต่อมใต้สมองพิทูอิตารีส่วนหน้าขาดเลือดไปเลี้ยง (anterior pituitary necrosis) เนื่องจากเหตุการเสียเลือดปริมาณมาก ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายอย่างรุนแรงเช่น การไม่มีน้ำนมไหล ไม่มีน้ำนมเลี้ยงบุตร ที่เกิดจากต่อมใต้สมองไม่สามารถสร้างฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) ได้ รวมทั้งยังมีภาวะไม่มีประจำเดือนหลังคลอด ช่องคลอดแห้ง เสียสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Poonperm & Janasa, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเสนอแนะแนวทางในการประเมินและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ ตามบทบาทพยาบาลดังนี้

### บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะปฐมภูมิ

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดระยะปฐมภูมิ ประกอบด้วยบทบาทการเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติจากการตกเลือดหลังคลอด บทบาทการหาสาเหตุและประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด บทบาทตามมาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนี้

#### 1. บทบาทการเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติจากการตกเลือดหลังคลอด

การเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้ด้วยหลัก 4C ที่มีองค์ประกอบและทักษะสำคัญที่จำเป็นของทีมดูแลผู้ป่วยในภาวะตกเลือดหลังคลอด (Titapant & Lertbunnaphong, 2016) ได้แก่

##### 1.1 การกำหนดหัวหน้าทีมที่ชัดเจน (clarify leadership)

การดูแลรักษาผู้คลอดที่มีภาวะวิกฤติต้องมีการกำหนดหัวหน้าทีมที่ชัดเจน และจะต้องมีเพียงคนเดียวเท่านั้น เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการส่งการรักษา หัวหน้าทีมสามารถเป็นได้ทั้งสูติแพทย์หรือพยาบาลซึ่งมีประสบการณ์มากพอในการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (Titapant & Lertbunnaphong, 2016)

##### 1.2 การกำหนดผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ตามที่ชัดเจน (clarify followers)

การมีทีมผู้ปฏิบัติงานที่ดีและรู้หน้าที่ความรับผิดชอบของตน ซึ่งทีมผู้ปฏิบัติงานควรมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน (Titapant & Lertbunnaphong, 2016) และมีการซักซ้อมสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างทันที่ และมีประสิทธิภาพเมื่อภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น (Sarakarn & Charoensri, 2020)

##### 1.3 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (clear communication)

การสื่อสารในภาวะวิกฤติที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นลำดับ ตามมาตรฐาน เช่น ชนิด ขนาดและวิธีการบริหารยาที่ต้องการ (Titapant & Lertbunnaphong, 2016) นอกจากนี้พยาบาลควรมีทักษะรอบด้านทางปัญญา ทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Non-technical skills) เพื่อเป็นการเสริมให้การใช้ทักษะทางเทคนิคการพยาบาล (Technical skills) เกิดขึ้นได้อย่างสำเร็จอย่างปลอดภัยมีประสิทธิภาพ (Titapant & Lertbunnaphong, 2021) ในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด



ซึ่งจำเป็นต้องฝึกฝนเรียนรู้ร่วมกับทักษะทางเทคนิคจนเกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (Sarakarn & Charoensri, 2020) ได้แก่

1.3.1 ทักษะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) ประกอบด้วย ทักษะการทำงานเป็นทีม (Team working) ทักษะการสื่อสาร (Communication) และทักษะการเป็นผู้นำ (Leadership) ที่แสดงออกในการรับผิดชอบหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

1.3.2 ทักษะทางปัญญาผ่านการรับรู้และเรียนรู้ (Cognitive skills) ประกอบด้วย ความตระหนักในสถานการณ์ (Situation awareness) ความสามารถในการตัดสินใจ (Decision making) และความสามารถในการจัดการงานที่จำเป็นต้องทำ (Task management)

1.3.3 ทักษะการสื่อสารเพื่อแก้ภาวะวิกฤติ เทคนิคการสื่อสารในภาวะวิกฤติมีหลายรูปแบบที่มีการนำมาใช้ในทีมดูแลสุขภาพ ซึ่งเทคนิคต่างๆควรได้รับการฝึกฝนจนชำนาญ ผู้ส่งสารและผู้รับสารเข้าใจเนื้อความไปในทิศทางเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น SBAR มักใช้ในการสื่อสารในสถานการณ์ที่ยังไม่ทราบสาเหตุของปัญหาแน่ชัด โดยรายงาน S=Situation รายงานสถานการณ์ความรุนแรง B=Background รายงานสถานการณ์ว่ามีความเป็นมาอย่างไร A=Assessment รายงานการประเมินสถานการณ์วิกฤตินั้น R= Recommendation พิจารณาว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างไร (Keawkongthum, 2020)

#### 1.4 การทวนคำสั่งการรักษา (closed loop communication)

เมื่อมีการสื่อสารในภาวะวิกฤติตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลแล้ว ผู้ปฏิบัติงานต้องมีการทวนคำสั่งการรักษา (closed loop communication) (Titapant & Lertbunnaphong, 2016) ให้หัวหน้าทีมรับทราบอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน ตามแผนการรักษาที่ได้รับทุกครั้ง เป็นต้น

### 2. บทบาทการหาสาเหตุและประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

#### 2.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่พบบ่อย 4 ประการ คือ 4Ts (Tone, Tissue, Trauma, Thrombin) ได้แก่

1. มดลูกหดตัวไม่ดี (Tone) เป็นสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อยที่สุด การเกิด ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การที่มดลูกยืดขยายมากเกินไป ทารกตัวโต ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ มดลูกหมดแรงบีบจากการคลอดยาวนาน หรือมดลูกไม่หดตัวจากการได้รับยา การชักนำการคลอดยาดมสลบ (Srisuphandit, 2021; Titapant & Lertbunnaphong, 2021)

2. การมีเนื้อเยื่อตกค้าง (Tissue) ทั้งจากเศษเนื้อเยื่อถุงน้ำคร่ำ เยื่อหุ้มทารก เศษรกที่ค้างบางส่วน หรือจาก Retained placenta (Lawrie et al., 2019) ควรมีการตรวจรกให้สมบูรณ์อย่างละเอียด และบันทึกรายงานผลการตรวจหลังรกคลอด

3. การบาดเจ็บจากการคลอด (Trauma) การบาดเจ็บของช่องทางคลอดได้แก่ การบาดเจ็บที่ช่องทางคลอด Genital tract Trauma การตัดฝีเย็บ การฉีกขาดของฝีเย็บ การคลอดโดยใช้คีมหรือ เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การเกิดมดลูกแตก Uterine rupture มดลูกแตกซึ่งอาจ



มีสาเหตุส่งเสริม เช่น มีแผลเป็นที่มดลูกการตั้งครรภ์หลายครั้ง การกระตุ้นมดลูกมากเกินไป และการเกิดมดลูกปลิ้น (uterine inversion) เป็นต้น

4. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) ในมารดาที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ Defects in coagulation (McLintock, 2020) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติที่อาจเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติแต่กำเนิดน้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือดปอด การตกค้างของทารกที่เสียชีวิตในครรภ์เป็นเวลานาน เป็นต้น

## 2.2 การประเมินปริมาตรการสูญเสียเลือด

วิธีการประเมินการสูญเสียเลือด สามารถทำได้จากการประเมินปริมาตรจากถุงตวงเลือด (Blood collection drape) อีกวิธีหนึ่งคือการประเมินจากการชั่งน้ำหนักผ้ารองคลอด ผ้าถุง ผ้าซับเลือดหลังคลอด แต่เนื่องจากอาจมีน้ำหนักของน้ำคร่ำปนอยู่ ทำให้ประเมินไม่ชัดเจนวิธีนี้จึงไม่เป็นที่นิยม (Phanttchin, 2018; Titapant & Lertbunnaphong, 2021)

วิธีการใช้ถุงตวงเลือด สามารถทำได้โดยใช้ถุงตวงเลือดพลาสติกสะอาดปราศจากเชื้อ สอดเข้าใต้กันหญิงผู้คลอด ภายหลังทารกคลอดแล้วและก่อนทำการคลอดรก ทำให้สามารถวัดปริมาณการเสียเลือด ภายหลังการคลอดได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด (Titapant & Lertbunnaphong, 2016)

## 2.3 การประเมินจากอาการแสดงของสัญญาณชีพ

อาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงอาการจนกว่าจะเสียเลือดเกินร้อยละ 15 ดังนั้นการประเมินอาการแสดงเบื้องต้นในภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันที่สำคัญคือ การประเมินชีพจร (pulse) และความดันโลหิต (blood pressure) ควรพิจารณาให้เลือดเมื่อเห็นว่ามีเลือดออกปริมาณมากหลังคลอดรกจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เช่น วิงเวียน หน้ามืด เป็นลม ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว หรือปัสสาวะน้อยลง (Tongsong, 2021) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 อาการแสดงของสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

ร้อยละของการเสียเลือด	ปริมาตรเลือด (มิลลิลิตร)	ความดันโลหิต	อาการหรืออาการแสดง
10 – 15	500 – 1,000	ปกติ	ใจสั่น มึนศีรษะ ชีพจรเร็ว
15 – 25	1,000 – 1,500	ต่ำเล็กน้อย	อ่อนเพลีย เหงื่อออก ชีพจรเร็ว
25 – 35	1,500 – 2,000	70 – 80 mmHg	กระสับกระส่าย สับสน ซีด ปัสสาวะออกน้อย
35 – 45	2,000 – 3,000	50 – 70 mmHg	ซีม หายใจเร็วตื่น ปัสสาวะไม่ออก หหมดสติ

## 3. บทบาทตามมาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

จะเห็นว่าสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อยคือ ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ซึ่งการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนและมีแนวทางแนะนำจากองค์กรทางสูติศาสตร์มากมายที่เป็นที่ยอมรับคือ การทำ Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) (Srisuphandit, 2021)



คำแนะนำขององค์กรหลักทางสูติศาสตร์ ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่นิยมนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติในประเทศไทย ได้แก่ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) and the International Confederation of Midwives (ICM) (Begum et al., 2022) และจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, WHO) (Lawrie et al., 2019; World Health Organisation, 2018) ดังตาราง 2

ตาราง 2 สรุปข้อแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะปฐมภูมิ

ข้อรายการ	FIGO & ICM	WHO	ข้อเสนอแนะ
1. การทำ Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL)	แนะนำให้ทำ AMTSL	แนะนำให้ทำ AMTSL	ทำได้ตาม Guideline ของแต่ละโรงพยาบาล
2. ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก Uterotonic drug	oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือ oxytocin 5 unit ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ	oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ	ทำได้ตาม Guideline ของแต่ละโรงพยาบาล
3. การทำคลอดรกด้วยวิธีพยางดึงรั้งสายสะดือ (Controlled cord traction)	ทำในกรณีที่มีผู้ชำนาญ	ทำทุกรายในกรณีผ่าตัดคลอด แต่การคลอดทางช่องคลอดให้ทำในกรณีที่มีผู้ชำนาญเท่านั้น	พิจารณาตามเงื่อนไข ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564
4. การยืดเวลาเริ่ม clamp สายสะดือทารกออกไป (delay cord clamping)	ไม่กล่าวถึง	แนะนำให้ทำ	early cord clamping คือ ภายใน 1 นาที หลังทารกคลอด เพื่อช่วยลดการเสียเลือดของมารดา แต่ปัจจุบันพบว่า delay cord clamping จะเป็นผลดีต่อทารกมากกว่า
5. การนวดมดลูกภายหลังรกคลอด (Uterine massage)	เริ่มทำตั้งแต่หลังรกคลอด	แนะนำให้ทำเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูกตามปกติ	เป็นประโยชน์ทั้งการเริ่มทำทันที และเพื่อการประเมินการหดตัวของมดลูกในกรณีที่ได้รับยา Oxytocin แล้ว

จากตาราง 2 การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จะเน้นที่การจัดการดูแลในด้านการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อย และสามารถจัดการได้ ซึ่งการดูแลการตกเลือดหลังคลอด จากมดลูกหดตัวไม่ตื้นั้น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนและมีแนวทางแนะนำจากองค์กรทางสูติศาสตร์มากมาย ที่เป็นที่ยอมรับ คือ การทำ Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) (Srisuphandit, 2021) การทำ AMTSL ประกอบด้วย

1. การให้ยาส่งเสริมการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (Prophylactic uterotonic agent) การให้ uterotonic agent เพื่อป้องกันการตกเลือดเป็นส่วนสำคัญที่สุดและควรให้แก่สตรีตั้งครรภ์ทุกราย โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมคือให้ยาภายในเวลา 1 นาทีหลังจากทารกคลอด ซึ่งในทางปฏิบัติมักให้ขณะที่ไหลหน้าของทารกคลอดแล้ว เพื่อมั่นใจว่าไม่มีภาวะคลอดติดไหล่เกิดขึ้นยาที่แนะนำให้ใช้คือ oxytocin เพราะมี



ประสิทธิภาพสูงและผลข้างเคียงน้อย รวมทั้งเก็บรักษาได้ง่าย โดยขนาดยาที่ให้อาจเป็นการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 10 ยูนิท หรือการผสม 10-40 ยูนิท ในน้ำเกลือ (LRS หรือ 0.9% NSS) 1,000 มิลลิลิตร หยดต่อเนื่องเข้าทางหลอดเลือดดำด้วยอัตรา 100-150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และสามารถให้ต่อเนื่องไปได้ประมาณ 2 ชั่วโมงหลังคลอด หรือจนกว่าน้ำเกลือหมด ในกรณีที่ไม่มียา oxytocin อาจพิจารณาใช้ยาอื่นได้เช่นกัน เช่น กลุ่ม ergot alkaloid เช่น methyl ergonovine 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แต่ควรระมัดระวังเรื่องผลข้างเคียงและข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยความดันเลือดสูงหรือมีปัญหาโรคหัวใจ (Srisuphandit, 2021)

2. การทำคลอดรกด้วยวิธีพุงดึงรั้งสายสะดือ (Controlled cord traction) ในกรณีที่ทำคลอดไม่เชี่ยวชาญในหัตถการดังกล่าว ต้องระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำคลอดรกไม่ถูกวิธี เช่น มดลูกปลิ้น เป็นต้น และเมื่อรกคลอดแล้วควรทำการตรวจรกอย่างละเอียดทันที เพื่อค้นหาภาวะชิ้นส่วนของรกค้างในโพรงมดลูกและแก้ไขได้โดยเร็ว (Begley et al., 2019; Güngördük et al., 2018)

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ตามประกาศข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2564 หน้า 36 กล่าวว่าให้พยาบาลผดุงครรภ์ “ทำคลอดรก และเยื่อหุ้มทารกโดยใช้วิธี Modified Credé Maneuver การตรวจรกและเยื่อหุ้มรก ในรายที่รกค้างถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาให้ทำคลอดรก ด้วยวิธีพุงดึงรั้งสายสะดือ (Controlled cord traction) ถ้ารกไม่คลอดให้ส่งต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทันที” ซึ่งพยาบาลบางส่วนที่ได้รับการฝึกฝนอย่างชำนาญ ในการทำคลอดรกด้วยวิธีพุงดึงรั้งสายสะดือ มีความจำเป็นควรคำนึงถึงข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ประกาศเป็นปัจจุบัน และหากมีความจำเป็นต้องทำ ควรทำเฉพาะในรายที่รกค้างถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาให้ทำคลอดรก ซึ่งในกรณีถ้ารกไม่คลอด พยาบาลสามารถรายงานและส่งต่อแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีความพร้อมกว่า เพื่อความปลอดภัยของผู้คลอดและผู้ปฏิบัติการพยาบาล

3. การยืดเวลาเริ่ม clamp สายสะดือทารกออกไป (delay cord clamping) ในอดีตมีคำแนะนำให้ทำการ clamp สายสะดือทารกโดยเร็ว (early cord clamping) คือภายใน 1 นาทีหลังทารกคลอด เพื่อช่วยลดการเสียเลือดของมารดา แต่ปัจจุบันพบว่าการยืดเวลาเริ่ม clamp สายสะดือทารกออกไป โดยเริ่ม clamp หลังจาก 1 นาทีที่ทารกคลอด จะเป็นผลดีต่อทารกมากกว่า ดังนั้นในกรณีที่ทารกคลอดครบกำหนดและสภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ต้องการการกักซีพีทีที่ซับซ้อน จึงแนะนำให้ delay cord clamping มากกว่า (Srisuphandit, 2021) จากการศึกษาของ Bayer & Gephart, (2016) ที่ทำการยืดเวลาเริ่ม clamp สายสะดือทารกออกไป โดยเริ่ม clamp หลังจาก 1 นาทีที่ทารกคลอด พบว่า สามารถลดการเกิดโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (iron-deficiency anemia) ในขวบปีแรกของทารกได้ และสามารถลดอุบัติการณ์เลือดออกในโพรงสมองในเด็กแรกเกิด (intraventricular hemorrhage) ได้

4. การนวดมดลูกภายหลังรกคลอด (Uterine massage) ภายหลังรกคลอดครบ ให้ทำการนวดมดลูกเป็นระยะเพื่อให้แข็งตัว และคลำมดลูกเพื่อตรวจสอบการแข็งตัวทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก และนวดซ้ำตามความจำเป็น (Sarakarn & Charoensri, 2020) การศึกษาผลของการนวดมดลูกภายหลังรกคลอดนั้น ยังมีผู้ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบเป็นจำนวนน้อย โดยเฉพาะเปรียบเทียบประสิทธิภาพการนวดมดลูกหลังรกคลอด ต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดนั้นเป็นอย่างไร แต่มีการศึกษาหนึ่งของ Erkaya et. al., (2021) ที่ให้แนวทางการนวดมดลูกหลังคลอดรก ตามคำแนะนำของ International Federation of Gynecology and



Obstetrics (FIGO) and the International Confederation of Midwives (ICM) พบว่า หญิงหลังคลอด กลุ่มที่ได้รับการนวดมดลูก ทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก มีการสูญเสียเลือดหลังคลอด (blood loss) น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดมดลูกหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### บทสรุป

การสร้างความรู้ความเข้าใจว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะที่ป้องกันได้ ซึ่งการป้องกันที่ดีนั้น เป็นผลมาจาก การมีความรู้ความเข้าใจ การเห็นความสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยง และปฏิบัติตามแผนการดูแลที่เป็นมาตรฐานการพยาบาลผดุงครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ด้วยการดูแลวินิจฉัย ความเสี่ยง การประเมินและค้นหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดอย่างทันที่ และการดูแลที่ประสานกัน อย่างมีประสิทธิภาพกับพยาบาลผดุงครรภ์ สูติแพทย์และผู้ดูแลสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้หญิงหลังคลอดปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงคุกคามอันตรายต่อชีวิตได้

### References

- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane database of systematic reviews*.
- Begum, F., Beyeza, J., Burke, T., Evans, C., Hanson, C., Lalonde, A., West, F. (2022). FIGO and the International Confederation of Midwives endorse WHO guidelines on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 158(Suppl 1), 6.
- Bureau of Reproductive Health. (2019). *Bureau of Reproductive Health. Annual report 2019*. . Nonthaburi: Ministry of Public Health
- Carillo, A. P., & Chandrachan, E. (2014). Postpartum haemorrhage and haematological management. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 24(10), 291-295.
- Güngördük, K., Olgaç, Y., Gülseren, V., & Kocaer, M. (2018). Active management of the third stage of labor: A brief overview of key issues. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 15(3), 188-199.
- Keawkongthum, W. (2020). Effectiveness of Using Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing in Early Postpartum Hemorrhage in Phatthalung Hospital. *Journal of Health Science, Thaksin University*, 2(3), 37-47.
- Lawrie, T. A., Rogozinska, E., Sobiesuo, P., Vogel, J. P., Ternent, L., & Oladapo, O. T. (2019). A systematic review of the cost-effectiveness of uterotonic agents for the prevention of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 146(1), 56-64.
- McLintock, C. (2020). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: focus on hematological aspects of management. *Hematology 2014, the American Society of Hematology Education Program Book*, 2020(1), 542-546.



- Phanttchin, C. (2018). Prevention and care of primary postpartum hemorrhage: The key roles of nurse-midwifery. *Journal of Nursing Science & Health*, 41(2), 134-142.
- Poonperm, R., & Janasa, P. (2018). Sheehan's Syndrome and Postpartum Hemorrhage. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 37-46.
- Sannil, J. (2021). The Developed Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPNG) to prevent early postpartum hemorrhage (PPH) in 24 hr. In the Numchok special ward. *Nakhornphanom Hospital Journal.*, 8(3), 1-13.
- Sarakarn, W., & Charoensri, P. (2020). Nurses' Perceptions toward the Prevention of Early Postpartum Hemorrhage: Sunpasitthiprasong Hospital Context. *Journal of Health Science Boromrajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 1(4), 62-76.
- Sasunee, T. (2022). Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Photharam Hospital, Ratchaburi Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 7(2), 45-56.
- Srisuphandit, K. (2021). Prevention. In V. Titapant & T. Lertbunnaphong (Eds.), *An Illustrated Textbook: Postpartum Hemorrhage*. P.A.Living Ltd., Bangkok.
- Tongsong, T. (2021). *Obstetrics 6*. Maternal-Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. Luxsameerung Ltd., Bangkok.
- Titapant, V., & Lertbunnaphong, T. (2016). *An Illustrated Textbook: Obstetric Crisis*. P.A.Living Ltd. Bangkok.
- Titapant, V., & Lertbunnaphong, T. (2021). *An Illustrated Textbook: Postpartum Hemorrhage*. P.A.Living Ltd. Bangkok.
- World Health Organisation. (2018). *WHO recommendations Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage: Web annex 7: Choice of uterotonic agents*.
- World Health Organisation. (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary*.
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalik, K. Y. (2021). Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery. *Health Care for Women International*, 1-17.
- Bayer, K., & Gephart, S. (2016). Delayed Umbilical Cord Clamping in the 21st Century. *Advances in Neonatal Care*, 16(1), 68-73.
- p Khiri Khan: Ministry of Public Health. (in Thai)