

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล

สุพารัตน์ ชูรส, พย.ม.

Prevention Of Postpartum Hemorrhage: Nurse's Roles

Abstract

Postpartum Hemorrhage is a common cause of obstetric complications and the world's leading cause of maternal mortality. The most common cause of bleeding is uterine atony, followed by perineal lacerations and retained or adherent placenta. It is imperative that the nurses, who care for the mothers during postpartum period, are competent to assess the risk factors for postpartum hemorrhage. The competent nurse can effectively manage the patient to prevent postpartum hemorrhage and severe complications such as hypovolemic shock, increase rate of unplanned ICU, blood or blood components transfusion's rate and rate of hysterectomy. This article focuses on postpartum hemorrhage, prevention and the role of nurses in preventing postpartum hemorrhage. The article aims for the nurses refreshing their knowledge, applying the postpartum nursing practice guidelines to their practice setting and the role of nurses in preventing postpartum hemorrhage.

Key words : Prevention Of Postpartum Hemorrhage, Nurse's Roles, Mothers in Postpartum Period

Sutharat Churos, M.S.
Borommara Mahachulalongkornrajavidyalaya college
of Nursing
Chonburi Province

วารสารวิชาการแพทย์ ;33

เขต 11 2562
Reg Med J 2019

: 181 - 192

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองมาเป็นการฉีกขาดของช่องทางคลอด รกหรือชิ้นส่วนของรกค้าง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตามลำดับ พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่ามีมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU โดยไม่ได้วางแผน ทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น เป็นต้น บทความการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การนำแบบประเมินการดูแลมารดาหลังคลอดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน และบทบาทของพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

คำรหัส : การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด, บทบาทพยาบาล, มารดาหลังคลอด

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกพบถึงร้อยละ 27.1¹ ในแต่ละวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 23.1² ส่วนในประเทศไทยพบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากการตกเลือดหลังคลอด และรองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคั่งในโพรงอก³ การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งทางกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการตกเลือดในระยะ 3 - 6 เดือนได้แก่ การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 1 - 3 เดือน หลังคลอดร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลันร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post-traumatic stress disorder) ร้อยละ 3⁴ ซึ่งปัญหาสุขภาพของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิด

ภาวะไตวายในระยะยาว และมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้⁵

ความหมาย

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารก มี จำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร เมื่อคลอดทางช่องคลอด หรือปริมาณเลือดจำนวนมากว่า 1,000 มิลลิลิตร เมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด^{1,6} อย่างไรก็ตาม การประเมินปริมาณเลือดที่ออก ส่วนใหญ่มักประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงประมาณครึ่งหนึ่ง ดังนั้นจึงควรดูอาการทางคลินิกร่วมด้วย ถ้าหากมารดาหลังคลอดยังมีอาการเสียเลือด โดยที่ไม่ได้รับการรักษา ก็อาจทำให้เกิดอาการช็อค และเสียชีวิตในที่สุด

ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่ ⁷

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไปและระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่

1. การหดตัวของมดลูก (Tone) ที่พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด⁶ เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีซึ่งสามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝด (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยาเทรพาทาลีนในช่วงเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติหรือกล้ามเนื้อมดลูกจากการยืดขยายในระยะคลอดเป็นเวลานานภายหลังการคลอดทารก จึงทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลตรงที่รก

เคยเกาะหดตัวไม่ดีส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุด เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 1 ครั้ง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 1.65-3.03 เท่า⁹⁻¹⁰ มารดาที่มีการคลอดระยะที่ 2 ยาวนานกว่าปกติ มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 4.67 เท่า และมารดาที่มีการใช้ยาเทรพาทาลีนในช่วงเจ็บครรภ์คลอด มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 1.11 เท่า⁶ มารดาที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Oxytocin) ในระยะคลอดนานเกิน 8 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น

ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) น้ำคร่ำในช่อง (Chorioamnionitis) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) และรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placentae) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อป้องกันการแทรกซ้อนที่รุนแรงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่มารดาและทารกได้ เนื่องจากการติดเชื้อของน้ำคร่ำทำให้กล้ามเนื้อมดลูกได้รับอันตรายเกิดการอักเสบติดเชื้อไปด้วยส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี ภาวะครรภ์เป็นพิษ ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจากการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการพบโปรตีนในปัสสาวะ (Preeclampsia) มักจะใช้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ในการป้องกันการชักจากความดันโลหิตสูง ซึ่งยามีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวจึงมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจึงมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ส่วนรกเกาะต่ำมีผลทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้จากตำแหน่งการเกาะของรกอยู่ที่ส่วนล่างของมดลูก (Lower segment) ซึ่งตามปกติในขณะที่มดลูกหดตัวกล้ามเนื้อมดลูกบริเวณส่วนล่างจะหดตัวได้ไม่ดีเท่ามดลูกส่วนบน (Upper segment) เพราะเป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อมดลูกบางและไม่แข็งแรงจึงมีโอกาสเกิดการตกเลือดได้ ส่วนการเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนด จะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากในขณะตั้ง

ครรภ์หรือระยะคลอดจากการที่มีแผลตำแหน่งที่รกเกาะในขณะเดียวกันยังมีทารกอยู่ในครรภ์ มดลูกจึงไม่สามารถหดตัวเพื่อให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณรอยแผลหดตัวและหยุดเลือดได้ เลือดจึงไหลไม่หยุดเกิด การตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดได้ จากการ ศึกษาพบว่ามารดาที่มีรกเกาะต่ำ มีโอกาสเกิดตกเลือด หลังคลอด 31.76 เท่า และมารดาที่มีรกลอกตัวก่อน กำหนด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 7.59 เท่า⁶

2. การฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูก และ ฝีเย็บ (Trauma) เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือด หลังคลอดพบได้ถึงร้อยละ 20 รองจากสาเหตุมดลูก หดตัวไม่ดีซึ่งอาจเกิดจากการคลอดเร็ว การคลอดยาก การคลอดติดไหล่ ทารกตัวโตหรือการทำสูติศาสตร์ หัตถการซึ่งพบได้บ่อยในรายที่ใช้คีมช่วยคลอดหรือ เครื่องดูดสุญญากาศ (forceps/vacuum extraction) นอกจากนี้การตัดฝีเย็บเร็วเกินไปและมีการคลอดยาวนานจะทำให้การสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น การตัดฝีเย็บแบบ midline episiotomy มีโอกาสฉีกขาดต่อถึงทวารและเย็บ เลือดได้เพิ่มขึ้น

3. รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (Tissue) รกค้าง ของรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรก ค้างในโพรงมดลูก (Retained products of conception) เป็นสาเหตุที่ พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติทั้งหมด¹² มีสาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมได้ดังนี้

3.1 รกค้างไม่ถูกวิธีเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการประเมินการลอกตัวของรกที่สมบูรณ์ ทำให้รกลอกไม่ครบจนการลอกตัวของรก เกิดรกลอก ตัวไม่สมบูรณ์ การฉีกขาดหรือฉีกขาดเร็วเกินไปก่อนที่ รกจะลอกตัวสมบูรณ์ การดึงสายสะดือหรือเยื่อหุ้มรก เร็วและแรงเกินไป ทำให้มีชิ้นส่วนของรกขาดและติด ค้างในโพรงมดลูก

3.2 รกเกาะผิดปกติ เช่น รกเกาะฝังลึกกับ ผนังกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้รกลอกตัวยากและใช้เวลานาน เกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูก หดตัวไม่ดีและมีเศษรกติดค้างได้ มักพบในมารดา

ที่มีประวัติการขูดมดลูกก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ รกเกาะผิดปกติจะพบในรายที่มีรกขนาดใหญ่หรือมี รกน้อยที่ทำให้รกบาง ส่วนติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก

4. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 1 เกิดจาก การมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตก เลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ครรภ์ดันโลหิตสูงขณะ ตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกลอกตัวก่อน กำหนด (Placental abruption) รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือมีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น hemophilia, thalassemia¹⁰ โดยพบว่ามารดาที่มี รกเกาะต่ำหรือรกเกาะฝังลึกตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการ รักษาทางสูติศาสตร์ มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 6.65 เท่า⁵ มารดา ที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือมีโรคเลือด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2 เท่า⁹ ส่วนมารดาที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดมีโอกาสเกิดตกเลือด หลังคลอดสูงถึง 82.0 เท่า

แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือด หลังคลอด

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความ สำคัญในทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะ คลอด ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก¹ ให้ ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดย เร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) คือ ให้ยากระตุ้นการหดตัวของ มดลูกตั้งแต่ระยะที่ 2 ของการคลอดกับมารดาทุกราย โดยใช้ oxytocin 10 หน่วย ให้ทางน้ำเกลือ หรือฉีดเข้า กล้ามเนื้อต้นแขน กรณีที่ไม่สามารถใช้ oxytocin ได้ให้ ใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้แก่ ergometrine/ methylethylergometrine หรือใช้ยากระตุ้นการหดตัวของ

มดลูกร่วมกันระหว่าง oxytocin กับ ergometrine หรือใช้ misoprostol ชนิดรับประทาน (600 µg) ในหน่วยงานที่ไม่มีทักษะหรือไม่มีความชำนาญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ oxytocin และไม่มี oxytocin ใช้การทำคลอดปกติทางช่องคลอด ให้ใช้วิธีการทำคลอดรอกแบบ controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอด ทำให้เสียเลือดลดลง คลื่นมดลูกทันทีหลังรอกคลอด แต่ไม่แนะนำให้คลื่นมดลูกอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ได้รับ oxytocin ทางหลอดเลือดดำหลังคลอด เนื่องจากอาจทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้าเกินไปและไม่ช่วยป้องกันการตกเลือด ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดแก่มารดาทุกราย เพื่อเฝ้าระวังการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยงาน The Florida Perinatal Quality Collaborative (FPQC)/ ACOG Obstetric Hemorrhage Initiative (OHI) ซึ่งร่วมมือกันภายใต้ The Florida Department of Health (2015) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันและรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับภาวะเลือดออกทางสูติกรรมที่เป็นมาตรฐาน
2. มีการพัฒนาคู่มือหรือแนวปฏิบัติขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน
3. มีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างหน่วยงานกับคลังเลือด เพื่อการเข้าถึงการใช้เลือดเป็นไปอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะตกเลือด
4. หน่วยงานมั่นใจได้ว่าสามารถเข้าถึงยาที่ใช้ในการรักษาระดับตกเลือดได้โดยเร็วเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน
5. มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด พร้อมทั้งมีการชี้แนะถึงข้อบกพร่องของสมาชิกในทีมเพื่อการพัฒนา (debriefs)
6. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะแรกรับเข้ารับรักษาใน

โรงพยาบาล และระยะคลอด เพื่อพัฒนาเป็นคำสั่งการรักษา (Order standing) ที่จำเป็นสำหรับกรณีเสี่ยง เช่น เจาะเลือดเพื่อจองเลือด และจัดเตรียมอัตรากำลังในการดูแลให้เหมาะสม

7. ใช้วิธีการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอด โดยเร็ว (Active Management of Third Stage of Labor: AMTSL) ในระยะคลอด

8. ทำการประเมินการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ระยะคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และในหน่วยงานหลังคลอด โดยใช้การวัดปริมาตรที่เที่ยงตรง เช่น การใช้ถุงตวงเลือด ที่วางบนเตียง ในหน่วยงานหลังคลอด

9. ส่งเสริมวัฒนธรรมของการบอกเล่าหรือการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือประเด็นสำคัญในการดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดที่ควรต้องพัฒนาเพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานเกิดความคุ้นเคยและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลมารดาหลังคลอดตลอดเวลา

นอกจากนี้มหาวิทยาลัยแห่งรัฐยูทาห์ ประเทศสหรัฐอเมริกา (The University of Utah) ได้ทำการรวบรวม และสรุปแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage key element of bundle) เป็น 4 Rs¹⁴ ดังนี้

1. Recognition and Prevention คือ การรับรู้และการป้องกัน หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดและทำการป้องกัน ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จากการซักประวัติ และป้องกันด้วย AMTSL ในระยะคลอด โดยทำในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย

1.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk Assessment) ต้องทำตั้งแต่ระยะก่อนคลอด เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลแรกรับในห้องคลอดเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและเตรียมความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พิเศษขึ้น ระหว่างการคลอดและระยะหลังคลอดเพื่อเตรียมการดูแล เช่น การเตรียมเลือด เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน รวม

ถึงการเตรียมบุคลากรในการดูแล เป็นต้น

1.2 การป้องกัน (Prevention) หมายถึง ป้องกันการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดด้วย Universal AMTSL โดยใช้กับผู้คลอดทุกราย ทั้งคลอดเองทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด มีหลักสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหรือไม่เกิน 1 นาที หลังทารกคลอด 2) ทำคลอดรอกด้วยวิธี controlled cord traction และ 3) คลึงมดลูกทันทีหลังรอกคลอด

2. Readiness คือ การเตรียมความพร้อม หมายถึง การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการธนาคารเลือด ห้องคลอด หน่วยหลังคลอด ซึ่งหน่วยงานต้องเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน ได้แก่ บุคลากร (Simulation/team drills) ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด (Hemorrhage cart/kits) รายละเอียด ดังนี้

2.1 ธนาคารเลือด ควรให้มีการขอใช้เลือดแบบเร่งด่วนได้ (Access to transfusion in a hurry) โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติในการให้เลือดแบบเร่งด่วน (Massive Transfusion Protocol: MTP) และแนวปฏิบัติในการให้เลือดกรณีฉุกเฉิน Emergency Release Transfusion Protocol (ERT)

2.2 ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด (Hemorrhage cart/kits) ควรตั้งให้เข้าถึงได้ง่าย ใช้สะดวก และทุกคนเห็นความสำคัญในการใช้ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด

3. Rapid response คือ การตอบสนอง หมายถึง การปฏิบัติดูแลรักษาเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้เร็ว (Rapid response team) และมีระบบที่ชัดเจน (Checklist) ซึ่งต้องฝึกปฏิบัติทักษะในการช่วยเหลือดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ

3.1 Rapid response team คือ การระดมความช่วยเหลือ (Mobilize additional help) กำหนดบทบาทของพยาบาลและแพทย์อย่างชัดเจน ใช้ใบรายการตรวจสอบ (Checklist) กำหนดระยะเวลา

(Timeout) ของขั้นตอนต่างๆ อย่างชัดเจนโดยใช้อักษรย่อเพื่อให้จำง่าย คือ ELBOW (Etiology, Labs, Blood bank, Other help, What's Next) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ต้องรวดเร็ว (Practice)

3.2 ใบรายการตรวจสอบ (Checklist) ประกอบด้วย ข้อมูลที่ทันสมัย มีการกำหนดบทบาทระดมความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน มีการคิดและค้นหาสาเหตุของการตกเลือดเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและแก้ไขอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังต้องมีขั้นตอนการทบทวนและสรุปหลังเหตุการณ์ระหว่างบุคลากรในทีม ผู้ป่วยและครอบครัว (Debrief) รวมถึงการบันทึกที่ถูกต้อง

4. Reporting and Learning คือ การรายงานและการเรียนรู้ ซึ่งหมายถึง การสร้างวัฒนธรรมของการเห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยและมีการส่งเวรกัน ทบทวนหลังเกิดเหตุการณ์ ทบทวนเหตุการณ์ที่ผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยไม่กล่าวโทษตัวบุคคล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในทีม และติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ของการทบทวน

พยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามแนวปฏิบัติที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลในหน่วยหลังคลอดเป็นผู้ดูแลมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งในระยะแรกและระยะหลัง

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดระยะหลังคลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง (Late postpartum hemorrhage) อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเป็น

สิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะต่างๆ

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด

การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยงต่างๆ และให้การดูแลแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างถูกต้องต่อไป การใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah¹⁵ ซึ่งมีการแบ่งระดับของความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) โดยประเมิน 2 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม และระยะคลอด ดังนี้

1.1 การประเมินในระยะแรกเริ่ม ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ เคยผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอด (Prior uterine surgery or CS) ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) เคยคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง (>4 prior births) เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน (Prior OB hemorrhage) มีก้อนเนื้อออกมดลูกขนาดใหญ่ (Large myomas) ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (EFW >4000) อ้วนมาก (BMI >40) มีภาวะซีด (Hemoglobin <100%) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ ภาวะเกาะต่ำ (Placenta previa) รกฝังแน่น (Accreta/percreta) เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 (Platelet count <70K) มีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างรุนแรง (Active bleeding) มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Known coagulopathy) มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (>2 medium risk factors)

1.2 การประเมินในระยะคลอด

ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorionitis) ได้รับความกระตุ้นการหดตัวของ มดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง (Prolonged oxytocin >24 hr.) ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน

(Prolonged 2nd stage) ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (>2 medium risk factors) การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้อักษรย่อ B-BUBBLE¹⁶ ได้แก่

1) Black ground and Body coloration คือ การตรวจสอบประวัติการคลอด เพื่อบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงในระยะคลอด เช่น ระยะการคลอดที่ 1, 2 หรือ 3 ยาวนาน การคลอดเฉียบพลัน (Precipitated labor) การมีรกค้าง เป็นต้น และทำการตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อประเมินความรู้สึกร่วมด้วย การวัดปริมาณและบันทึกสัญญาณชีพโดยวัดสัญญาณชีพตั้งแต่หลังรกคลอดทันที และติดตามทุก 15 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 - 4 และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2) Breast and Lactation คือ การประเมินสถานะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนม เพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนมมารดาโดยเร็วและดูบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซินช่วยให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

3) Uterus คือ การประเมินระดับยอคมดลูกและการหดตัวของมดลูก โดยพยาบาลต้องประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก 1 - 4 ชั่วโมง รวมถึงวัดยอคมดลูกและบันทึกการลดลงของยอคมดลูก ซึ่งการบันทึกระดับยอคมดลูกควรทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินการเข้าสู่ของมดลูก และเป็นการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

4) Bladder คือ การประเมินภาวะปัสสาวะคั่ง Bladder full ความรู้สึกปวดปัสสาวะและการขับถ่ายปัสสาวะหลังคลอด โดยพยาบาลจะต้องกระตุ้น

ให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะเองภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะปัสสาวะเต็มและขัดขวางการหดตัวของมดลูก

5) Bleeding or Lochia คือ ประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดหรือน้ำขาวปลาที่ออกจากช่องคลอดในระยะแรกนับให้มารดาใส่ผ้าอนามัย เพื่อประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด และทำการบันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

6) Episiotomy คือ การประเมินบริเวณช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ พยาบาลต้องตรวจดูลักษณะของแผลฝีเย็บเมื่อแรกนับ และตรวจความผิดปกติทุกๆ 8 ชั่วโมง โดยใช้ REEDA Scale ในการประเมินซึ่งประกอบด้วย Redness คือ แผลมีลักษณะแดงอักเสบหรือไม่, Edema คือ แผลมีลักษณะบวมหรือไม่, Ecchymosis คือ แผลมีรอยช้ำหรือจ้ำเลือดหรือไม่, Discharge คือ แผลมีเลือด น้ำเหลืองหรือหนองซึมออกมาหรือไม่ และ Approximate คือ แผลฝีเย็บขอบเรียบชิดติดกันดีหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่สัมพันธ์กับแผลฝีเย็บ ซึ่งคะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง แผลฝีเย็บปกติดี คะแนนที่เพิ่มขึ้นหมายถึงแผลฝีเย็บมีความผิดปกติ ระดับรุนแรงมากขึ้น

2. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

การประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและการดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันที่ซึ่งได้แก่ลักษณะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดในระยะแรกนับ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับยอดมดลูก (Fundal height) อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการปัสสาวะ (Urine void) เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แล้วนำมาจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลให้การดูแลมารดาหลังคลอดและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸⁻¹⁹ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดนอกจากนี้ยังเป็นการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแล้วพยาบาลยังต้องให้ความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือแพทย์ในกรณีฉุกเฉินและฟื้นฟูสภาพมารดาในระยะหลังคลอดด้วย

2.1 การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง

เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง (Moderate risk) ควรให้การดูแลโดยติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการตกเลือดอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ดังนี้ 1) บันทึกสัญญาณชีพ 2) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูกทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด 3) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ซึ่งผ้าอนามัยและบันทึกทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบอาการผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 4) ให้สารน้ำที่มียากกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยด 100-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด 5) ประเมินภาวะปัสสาวะ และกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง 6) นำทารกมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็วในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก 7) ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2.2 การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง

เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (High risk) พยาบาลต้องให้การดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้ทันที ดังนี้ 1) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับแคว้นเตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด 2) ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด 3) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอคมดลูกทุก 15 นาที 4) ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็มและกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4 - 6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดา หากพบว่ามีการกระเพาะปัสสาวะเต็มและมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง 5) ให้สารน้ำที่มียากกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ในอัตราหดยด 120 - 140 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 6) หากพบว่ามีการตกเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก มือเท้าเย็น หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์และตามที่ในกรณีช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที 7) หากพบว่ามีการช็อกของ hypovolemic shock ให้จัดท่ามารดาศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน Mask with bag 8 - 10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำ isotonic solution เพิ่มอีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจองเลือด Pack red cells 2 ยูนิต 8) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บหรือสาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป²⁰ หลังจากพยาบาลได้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดให้

ผ่านช่วงเวลาวิกฤตไปได้แล้วนั้น พยาบาลหลังคลอดยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังตกเลือด โดยการให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะซีดหลังการตกเลือด เป็นต้น ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะซีดหลังคลอด ภาวะซีดหลังการตกเลือด และภาวะผิดปกติที่สำคัญหลังการตกเลือด เช่น การสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสังเกตและสอนวิธีการคลึงมดลูก วัดระดับยอคมดลูก การสังเกตน้ำคาวปลา การสังเกตแผลฝีเย็บ เป็นต้นเองโดยการให้กระจกส่องแผลฝีเย็บ และให้การประเมินความรู้และทักษะของมารดาก่อนการกลับบ้านเพื่อให้มั่นใจได้ว่ามารดาหลังคลอดมีความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และนัดตรวจติดตามการตกเลือดในระยะ 4-6 สัปดาห์

บทสรุป

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts นอกจากนี้ในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอดที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอด และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น และสอนให้ทราบถึงอาการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่

ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการแพทย์ามาใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควรมีความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล หรือสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014.
2. Say, L., Chou, D., Gemmell, A., Tunçalp, Ö., Moller, A., Daniels, J., et al. Global causes of maternal death: WHO systematic analysis. The Lancet Global Health;2014.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557.
4. Carroll, M., Daly, D. and Begley, C.M. The prevalence of women's emotional

- and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy and Child birth;2016.
5. Tort, J., Rozenberg, P., Traoré, M., Fournier, P. and Dumont, A. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross sectional epidemiological survey. BMC Pregnancy Childbirth;2015.
 6. Satapornkera, P., Arj-On, S. and Anukul, C. Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012; 20(1): 21-8.
 7. Murray, S.S. and McKinney, E.S. Pain management during childbirth. In Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. United States of America : Saunders Elsevier; 2014.
 8. Devendra, B.N., Seema, K.B. and Kammappa, K.A. Episiotomy wound haematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS) 2015;14(9): 8- 11.
 9. Briley, A., Seed, P.T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., et al. Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum hemorrhage (PPH) and progression

- to severe PPH: a prospective observational study. An international Journal of Obstetrics and Gynaecology; 2014.
10. Michelet, D. ,Ricbourg, A. , Rossignol, M.,Schurando, P. and Barranger, E. Emergency hysterectomy for lifethreatening postpartumhemorrhage: Risk factors and psychological impact. Gynecologic Obstetric and Fertilities;2015.
11. Naoko, M., Yaeko, K., Hiromi, E. and Shigeko,H.Literature review of risk factors and preventive interventions for post partum hemorrhage. Journal of Japan Academy of Midwifery2013; 27(1): 415
12. Mattson, S. and Smith, J.E. Postpartum complication. In Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing. (Chicago: United States of America, Saunders Elsevier;2011.
13. สร้อย อนุสรณ์ธิวัตรกุล. การป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดในหอผู้ป่วยแม่และทารกแรกหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ 2557;37(2): 155-62.
14. Florida Perinatal Quality Collaborative. Florida Obstetric Hemorrhage Initiative Toolkit: A Quality Improvement Initiative for Obstetric Hemorrhage Management; 2015.
15. Lalonde, A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010;117(2): 108-18.
16. Pillitteri, A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childrearing Family. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams &Wilkins;2014.
17. Perry, E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L. and Winson, D. Postpartum complications. In Maternal and Nursing Care. 4th ed. Canada: Mosby Elsevier;2010.
18. ณฐนนทศิริมณี ปิยะพันธ์ โสมศรีแพง, สุพางค์ วัฒน พาดกลาง และจิรพร จักรกูดดา. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกนนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(2):37-46.
19. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาดา วิกวานนท์ และอารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ 2559;3(3):127-41.
20. โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร: Standing order for management PPH.เอกสารคำสั่งการรักษา และบันทึกความก้าวหน้าการรักษาของแพทย์;2559 : เลขที่เอกสาร MR-FO1/Obstetric6.

RETRACTED ARTICLE