



ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ : การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่สามของการคลอด

ศศิธร เจริญภูมิพงศ์ * วท.ม. (พัฒนาสุขภาพ)

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ในระยะที่ 3 ของการคลอด หรือระยะรกคลอด กล้ามเนื้อมดลูกจะหดตัวเพื่อให้รกคลอด ปริมาณเลือดที่ออกจากรอยแผลของผนังมดลูกตำแหน่งที่รกเกาะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่รกลอกตัวช้าหรือเร็ว ถ้าเลือดออกมากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีสาเหตุสำคัญของการเกิดการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ 1) มดลูกไม่หดตัว 2) มีเนื้อเยื่อค้างในมดลูก 3) มีการบาดเจ็บจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ 4) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และ 5) มีมดลูกปลิ้น ผลจากการตกเลือดหลังคลอดจำนวนมากนำไปสู่ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ภาวะล้มเหลวของอวัยวะ รวมทั้งไตวายและกล้ามเนื้อหัวใจตาย การจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระยะของการคลอดจะช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

คำสำคัญ : การตกเลือดหลังคลอด ระยะที่สามของการคลอด การจัดการดูแล

* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและทารกแรกเกิด วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย



CRITICAL CARE IN OBSTETRICS : PREVENTION POSTPARTUM HEMORRHAGE IN THE THIRD STAGE OF LABOR

Sasithorn Charoenwoodhipong MSc., (Heath development)

Abstract

Postpartum hemorrhage is an important cause of maternal deaths worldwide, especially in developing countries. The third stage of labor or placental stage, the uterus contracts to deliver the placenta. The volume of blood lost from placental site depends on time of placental separation. The major causes of excessive bleeding are: 1) Uterine atony, 2) retained placenta 3) laceration or hematoma 4) clotting disorder, and 5) uterine inversion. Consequences of uncontrolled hemorrhage are hypovolemic shock and associated organs failure including renal failure, and myocardial infarction. Effectively nursing management every stage of labor using evidence base practice can prevent postpartum hemorrhage.

Keywords : Postpartum hemorrhage, the Third Stage of Labor, nursing management

* Nursing Instructor, Pediatric and midwifery nursing department, The Thai Red Cross College of Nursing

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอดที่ไม่ได้มีการจัดการดูแลที่ดีนำไปสู่ภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพได้จากการศึกษาพบว่า การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาอันดับที่สองรองจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia/eclampsia)¹ องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในปี ค.ศ. 1995 มีสตรีเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดถึงเกือบ 515,000 ราย² ส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตเหล่านี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์เข้าไม่ถึงการดูแลที่ปลอดภัย มากกว่าครึ่งหนึ่งของมารดาที่เสียชีวิตเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงของการคลอด และส่วนใหญ่มาจากการเสียเลือดอย่างมาก³ และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีสตรีที่ตกเลือดเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ถึงปีละประมาณ 14 ล้านคน อย่างน้อย 128,000 คนตกเลือดจนเสียชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการพัฒนาด้านสาธารณสุขของแต่ละประเทศ⁴ นอกจากนี้ถึงมารดาจะรอดชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) สตรีเหล่านี้อาจจะมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงและทุกข์ทรมานกับปัญหาสุขภาพที่ตามมาเช่น มีภาวะอ่อนเพลีย ไม่สามารถให้นมบุตรได้ และอาจมีการทำงานของต่อมไธสมอลดลง (Sheehan syndrome)^{4,5}

ในประเทศไทย จากสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กปี พ.ศ. 2544-2546 ของกรมอนามัยพบว่า สาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่ปี 2544-2546 เป็นการตกเลือดเนื่องจากการตั้งครรภ์ และการคลอดสูงเป็น อันดับแรกมาโดยตลอดเหมือนกันคือร้อยละ 42.11, 33.96, และ 27.78 ในปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ รองลงมา

ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ⁶ ดังนั้นการนำวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการดูแลในแหล่งที่ขาดแคลนทรัพยากรโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา⁷

คำจำกัดความของการตกเลือดหลังคลอด (Definition of postpartum hemorrhage)

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage หรือ PPH) หมายถึงการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด การตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้น ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะเฉียบพลัน (Acute postpartum hemorrhage) และการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดที่เกิดขึ้น ภายหลังคลอดหลัง 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยทั่วไปให้ถือว่า เมื่อใดก็ตามที่มีการสูญเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเป็นการเสียเลือดผิดปกติ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกในระยะนี้ยังไม่มีเอกสารยืนยัน อย่างไรก็ตามการกะประมาณเลือดออกที่ถือว่าผิดปกติว่าเป็นเลือดที่ออกมากกว่าการออกเป็นหยด (Light spotting) ของน้ำคาวปลา ภายหลังสัปดาห์แรกไปแล้ว การประเมินการเสียเลือดในทางปฏิบัติมีความคลาดเคลื่อนได้มาก วิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ACOG) จึงได้แนะนำให้ใช้คำจำกัดความ PPH ว่า คือภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่ทำให้ระดับฮีมาโตคริตลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 10% เมื่อเทียบกับก่อนคลอดหรือจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน^{8,9}

การตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ภายหลังสิ้นสุด

ระยะที่ 3 ของการคลอดนั้นเป็นการไม่สมเหตุผล เนื่องจากถ้าตัวมดลูกบีบตัวแล้ว จะมีสตรีที่คลอดทางช่องคลอดมากกว่าครึ่งหนึ่งที่เสียเลือดปริมาณนั้น การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดทางช่องคลอดไม่ใช่เรื่องผิดปกติ ฟริตชาร์ดและเพื่อนพบว่าร้อยละ 5 ของการคลอดทางช่องคลอดเสียเลือดถึง 1,000 มิลลิลิตร การสังเกตประเมินเลือดที่ออกด้วยตาเปล่ามักจะเป็นเพียงครึ่งหนึ่งของเลือดที่ออกจริง⁸ โดยทั่วไปสตรีตั้งครรภ์ปกติจะมีปริมาณเลือดเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 30 ถึง 60 เท่ากับปริมาตร 1,500-2,000 มิลลิลิตร (ดังตารางที่ 1)⁸ สตรีตั้งครรภ์ปกติสามารถทนต่อ

การเสียเลือดระหว่างการคลอดได้เท่ากับปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ โดยไม่มีผลทำให้ค่าฮีมาโตคริตลดลงภายหลังคลอด ด้วยเหตุนี้ถ้ามีการเสียเลือดไปในระหว่างการคลอดน้อยกว่าปริมาณที่มีการเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ จะทำให้ค่าของค่าฮีมาโตคริตหลังคลอดไม่เปลี่ยนแปลงและอาจเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อใดก็ตามที่ค่าฮีมาโตคริตที่วัดหลังคลอดได้ต่ำกว่าเมื่อแรกรับเพื่อคลอด สามารถประมาณการเสียเลือดไปเท่ากับผลรวมของปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์รวมกับอีก 500 สำหรับทุกๆ 3 volumes % ของค่าฮีมาโตคริตที่ลดลง ดังตารางที่ 1⁸

ตารางที่ 1 การคำนวณปริมาณเลือดของมารดา (Maternal total blood volume = TBV)

TBV ขณะไม่มีการตั้งครรภ์ (Nonpregnant TBV)

$$\{[\text{ความสูง (นิ้ว)} \times 50] + [\text{น้ำหนัก (ปอนด์)} \times 25]\} / 2 = \text{TBV (ml)}$$

TBV ขณะตั้งครรภ์ (Pregnant TBV)

บวกด้วย 50% ของค่าขณะไม่มีการตั้งครรภ์

ข้อสังเกต ในการตั้งครรภ์ปกติปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มีความแตกต่างกัน กล่าวคือมีการเพิ่มขึ้นระหว่าง 30%-60% จากก่อนการตั้งครรภ์ และเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ ในราย severe preeclampsia หรือ eclampsia จะมีการเพิ่มขึ้นน้อยกว่า แต่จะเพิ่มขึ้นมากกว่าในรายที่เป็นครรภ์แฝด ในรายที่มีการตกเลือดรุนแรง

การตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็นระยะต่างๆดังนี้
1. การตกเลือดเฉียบพลันหลังคลอด (Acute postpartum hemorrhage)

สาเหตุสำคัญที่พบว่าเป็นต้นเหตุของการตกเลือดเฉียบพลันหลังคลอดได้แก่ การฉีกขาดของช่องทางคลอด มดลูกไม่หดตัว และมีการค้างตัวของรก และความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของ

เลือด ดังนั้นการตรวจดูอย่างละเอียดและเป็นระบบตั้งแต่ปากมดลูก ช่องคลอด แคม และฝีเย็บจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการคลอดทุกราย แม้ว่าขณะทำคลอดจะไม่มีอาการเสียเลือดอย่างรุนแรงก็ตาม การฉีกขาดของปากมดลูกและช่องคลอดจากการคลอดยาก (Dysfunctional labor) เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยที่สุด ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว พยาบาลควรเฝ้า

ระวังการคลอดและบันทึกการหดตัวของมดลูกตั้งแต่ระยะแรกของการคลอดจนถึงการคลอดระยะที่สาม การคลอดรกเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะมดลูกไม่หดตัว การตรวจดูและเย็บซ่อมให้เรียบร้อยก่อนย้ายผู้คลอดออกจากห้องคลอด⁸

2. การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Delayed postpartum hemorrhage)

การตกเลือดภายหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีสาเหตุเดียวกับการตกเลือดระยะเฉียบพลันสำหรับการตกเลือดระยะหลัง (Delayed PPH) พบมากในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด โดยเฉพาะ 7 วันแรก พบมากในมารดาครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง และมักจะเกิดร่วมกับการมีเศษรกค้าง ทำให้มดลูกเข้าอู่ไม่ดี มักช่วยเหลือแก้ไขด้วยการขูดมดลูก⁸

ความหมายของระยะที่สามของการคลอด (Definition of third stage of labor)

ระยะที่ 3 ของการคลอดหรือระยะรก คือช่วงเวลาตั้งแต่ทารกคลอดจนกระทั่งรกคลอด ระยะนี้กล้ามเนื้อมดลูกจะหดตัว และรกเริ่มแยกตัวออกจากผนังมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่รกลอกตัวช้าหรือเร็ว โดยทั่วไประยะนี้ใช้เวลาระหว่าง 5 ถึง 15 นาที ถ้านานมากกว่านี้ (นานมากกว่า 30 นาที) ถือว่ามีความผิดปกติ หรือมีการคลอดในระยะที่ 3 ยาวนาน (Prolonged third stage of labor) มากกว่า 60 นาที แม้ว่าช่วงระยะเวลาที่แท้จริงของระยะนี้ที่ไม่มีภาวะตกเลือดจะยังไม่ชัดเจนก็ตาม อาจถือได้ว่าระยะที่สามของการคลอดนี้เป็นระยะที่อันตรายที่สุดเนื่องจากผู้คลอดเสี่ยงต่อการตกเลือด การมีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดถือเป็นภาวะปกติ ในรายที่มีเลือดออกมากกว่าปกติพบได้ร้อยละ 2 ถึง 10 ของ

การคลอดทั้งหมด แต่มีเพียงร้อยละ 1 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มีเลือดออกรุนแรง⁷

ปัจจัยทางสูติศาสตร์ที่ชักนำไปสู่การตกเลือดหลังคลอด

ปัจจัยทางสูติศาสตร์ที่ชักนำไปสู่การตกเลือดหลังคลอดมีหลายปัจจัย ในประเทศที่พัฒนาแล้วการที่มารดาที่อายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีการตกเลือดในขณะคลอดสูง¹⁰ มารดาที่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index) มากจำเป็นต้องมีการผ่าท้องคลอด (Cesarean section) มากขึ้น มีโอกาสเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอดได้มากกว่ามารดาที่มีดัชนีมวลกายปกติ¹¹ สาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดที่ควรคำนึงถึง ประกอบด้วยสาเหตุ 5 T ได้แก่ 1) Tone: เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ 2) Tissue: มีเนื้อเยื่อค้างในมดลูก เช่น รกเกาะค้าง 3) Trauma: มีการบาดเจ็บจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ 4) Thrombosis: การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และ 5) Traction: มีมดลูกปลิ้น (uterine inversion)^{8, 12, 13} โดยมีรายละเอียดดังนี้

การคลอดโดยการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การคลอดด้วยคีมหรือเครื่องสุญญากาศ ทั้งการคลอดด้วยคีมและการผ่าท้องคลอด สามารถเป็นผลให้มีการเสียเลือดอย่างมาก เนื่องจากมีรอยแผลจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านเนื้อเยื่อชั้นต่างๆ และการตัดฝีเย็บที่กว้างและลึกเพื่อการทำหัตถการ หรือมีการฉีกขาดเพิ่มของช่องทางคลอดจากการทำหัตถการ ตลอดจนการทำหัตถการอื่นๆ ในขณะที่เกิดการคลอดยืดเยื้อยาวนานช่วงระยะที่ 2 ของการคลอด (Prolonged second stage of labor) นอกจากนี้ปัจจัยต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการตกเลือดระยะก่อนคลอด (Ante partum hemorrhage) เช่น รกเกาะต่ำ (low lying placenta / placenta previa)

รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placentae) มีมดลูกปลิ้น (uterine inversion) ล้วนเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอด^{7,10}

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระยะที่สามของการคลอด (Risk factors complicated third stage) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ ได้แก่ รกฝังตัวลึก (Placenta accreta / percreta) ในรายที่มีประวัติผ่าท้องคลอด (Previous caesarean section) หรือมีประวัติรกค้างในครรภ์ก่อน (Previous retained placenta) มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด (Pre-existing clotting disorders) ในรายตั้งครรภ์แฝด (Multiple pregnancy) มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) การคลอดที่มีการชอกช้ำเช่นการคลอดยากในรายติดไหล่ (Traumatic birth, e.g. shoulder dystocia) ภาวะพิษสวาทไปหรือได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในระหว่างการคลอด^{12, 13}

การจัดการในป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มสุภาพควรประเมินปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นและเฝ้าระวังให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะฝากท้องจนถึงในระยะคลอด โดยเฉพาะที่มสุภาพ ได้แก่ สูติแพทย์ และพยาบาลจะต้องเตรียมรับการตกเลือดหลังครรภ์ที่อาจจะเกิดขึ้น การวางแผนการคลอดอย่างรอบคอบเป็นสิ่งสำคัญ โดยให้คลอดในสถาบันที่มีความพร้อมทั้งทรัพยากรบุคคล มีการตรวจวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการ และมีเครื่องมือที่พร้อมในการวินิจฉัยที่ทันสมัย และมีเลือดสำรองอย่างเพียงพอ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่^{8, 12}

1. การตรวจนับเม็ดเลือดเพื่อประเมินภาวะซีด ค่าเกล็ดเลือด การประเมินแข็งตัวของเลือด เช่น PT PTT INR รวมทั้งการตรวจกลุ่มเลือดและเตรียมสำรองเลือดไว้

2. การตรวจค่าอิเล็กโทรลัยต่างๆ ที่สำคัญเพื่อประเมินภาวะ hypocalcemia, hypokalemia, และ hypomagnesemia

3. การประเมินการทำงานของไต โดยตรวจ BUN/Creatinine ในช่วงที่เริ่มมีภาวะช็อก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายหลังการช็อก

สรีรวิทยาของระยะที่ 3 ของการคลอด (The physiology of the third stage of labor)

เมื่อครรภ์ใกล้ครบกำหนดมีเลือดไหลผ่าน intervillous space ประมาณ 600 มล./นาที เมื่อมีการลอกตัวของรกจึงมีการลอกตัวทั้งเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำที่นำเลือดเข้าและออกจากรก โดยทั่วไปการห้ามเลือดหรือทำให้เลือดหยุดไหลที่ไม่ใช่การผูกเส้นเลือด ต้องอาศัยการหดตัวของเส้นเลือดและการกอดตัวของลิ้มเลือด ณ ตำแหน่งที่รกเคยเกาะ การห้ามเลือดอาศัยการหดตัว (contraction and retraction) ของกล้ามเนื้อมดลูกเพื่อบีบรัดเส้นเลือดใหญ่ให้ตีบ การมีเศษรกหรือก้อนเลือดค้างค้างในโพรงมดลูกจะเป็นตัวขัดขวางประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก ทำให้การห้ามเลือดไม่มีประสิทธิภาพ การตกเลือดจนเสียชีวิตจะเกิดในรายที่มดลูกหดตัวไม่ดี (hypotonic) แม้กลไกการแข็งตัวของเลือดจะปกติก็ตาม นอกจากนี้ในมารดาที่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด (maternal coagulopathies) และมดลูกหดตัวไม่ดี การเสียเลือดจะรุนแรงถึงเสียชีวิตได้⁸

ลักษณะทางคลินิกของการตกเลือดหลังคลอดและการดูแล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) จะเกิดขึ้นทุกระยะตั้งแต่หลังคลอดจนถึงหลังรกคลอดหรือทั้งสองกรณี ภายหลังกคลอดทันทีมักไม่ค่อยมีเลือดออกอย่างมาก เลือดจะค่อยๆ ออกจนจัดเป็นระดับปาน

กลาง แต่การมีเลือดออกอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเป็น การเสียเลือดอย่างรุนแรง ผลของการตกเลือดขึ้นอยู่กับ ปริมาณเลือดที่มีก่อนตั้งครรภ์ ปริมาณเลือดที่ ออกและภาวะช็อคที่เกิดขึ้น ในรายที่มีความดันโลหิต ปกติอาจตอบสนองต่อการเสียเลือดระยะแรกด้วยการ มีความดันโลหิตสูง ยิ่งกว่านั้นในรายที่มีภาวะความ ดันโลหิตสูงอาจถูกตีความว่ามีความดันโลหิตปกติ ทั่วๆ ที่กำลังอยู่ในภาวะความดันโลหิตต่ำจากปริมาณ เลือดลดลง (Hypovolemia) ทำให้มีการวินิจฉัย ที่ผิดพลาดและอาจให้การดูแลที่ไม่ถูกต้อง ในสตรี ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง (Severe preeclampsia) หรือ Eclampsia จะมีการเพิ่มขึ้นของ ปริมาณเลือดน้อยกว่าคือ เพียงร้อยละ 10 ดังนั้น เมื่อมีการเสียเลือดในสตรีกลุ่มนี้ จึงต้องให้ความดูแล อย่างเร่งด่วนโดยให้ได้สารน้ำ และโลหิตทดแทน¹³

อาการแสดงของ PPH ที่เด่นชัดคือการมี เลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก เนื่องจากมดลูก หดตัวไม่ดี และมีการตกเลือดคั่งค้างในโพรงมดลูก เพิ่มขึ้น เมื่อมีการทำคลอดรกแล้วจะมีการตกเลือด คั่งค้างในโพรงมดลูกมากขึ้น จะเกิดอาการช็อคจาก การสูญเสียเลือด (hypovolemic shock) ถ้ามดลูกมี

การหดตัวไม่ดีและไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจมีภาวะลัมเหลวของอวัยวะสำคัญ เช่น ไตวายและกล้ามเนื้อหัวใจตาย^{8, 13}

การจัดการดูแลในการคลอดระยะที่สาม ควร เฝ้าระวังและสังเกตขนาดและการหดตัวของมดลูก และเฝ้าสังเกตการณ์คลอดของรก และควรคลึง บริเวณยอดมดลูกให้มีการหดตัวให้มีประสิทธิภาพ ส่วนการจัดการดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควร คลึงมดลูกและตรวจยอดมดลูกให้ถูกต้อง เนื่องจาก ถ้าไม่มีการคลึงมดลูกและจัดทำนอนหลังคลอดให้ ถูกต้อง อาจมีเลือดคั่งค้างในโพรงมดลูกและมีการ ตกเลือดได้¹³

นอกจากนี้พยาบาลควรสังเกตภาวะตกเลือด จากสาเหตุของการบาดเจ็บบริเวณช่องคลอด หรือ บริเวณด้านหลังของผนังช่องคลอด รวมทั้งถ้าตก เลือดจากการผ่าตัดหน้าท้องอาจพบเลือดออก บริเวณช่องท้องซึ่งอาจพบการตกเลือดเป็นลักษณะ ก้อนเลือด (hematomas) ได้ การเฝ้าระวังอาการ แสดงภาวะความดันโลหิตต่ำจากปริมาณเลือดลดลง (Hypovolemia) ดังตารางที่ 2¹³

ตารางที่ 2 แสดงอาการและอาการแสดงของการตกเลือด¹³

จำนวนการสูญเสียเลือด	Blood Pressure (systolic)	Symptoms and Signs	Degree of Shock
500-1000 mL (10-15%)	ปกติ	Palpitations, tachycardia, dizziness	Compensated
1000-1500 mL (15-25%)	ต่ำเล็กน้อย (80-100 mm Hg)	Weakness, tachycardia, sweating	Mild
1500-2000 mL (25-35%)	ต่ำปานกลาง (70-80 mm Hg)	Restlessness, pallor, oliguria	Moderate
2000-3000 mL (35-50%)	ต่ำมาก (50-70 mm Hg)	Collapse, air hunger, anuria	Severe

การจัดการดูแลในระยะที่สามของการคลอด

แนวปฏิบัติในการดูแลระยะที่ 3 ของการคลอด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดนี้ได้วิเคราะห์จากแนวปฏิบัติของ Royal College of Midwives practice guideline : Evidence-based guidelines for midwifery-led care in labor¹⁵ โดยให้ความหมายของการดูแลในระยะที่สามของการคลอดจากการวิเคราะห์โดยใช้เมตา (meta-analyses) ดังนี้¹⁶

1. การจัดการแบบเร่งด่วน (Active management) ประกอบด้วยการให้ prophylactic oxytocin รับประทานและตัดสายสะดือ และดึงสายสะดือไว้ให้ตึง (Controlled cord traction)

2. การจัดการด้านสรีรวิทยา (Physiological management) ในกรณีที่มีการคลอดตามปกติ ไม่มีการให้ prophylactic oxytocin หรือไม่รับประทานและตัดสายสะดือ และดึงสายสะดือไว้ให้ตึง (Controlled cord traction) ภายหลังรกลอกตัวแล้ว

3. การจัดการแบบข้ามขั้นตอน (Piecemeal approaches) เป็นการจัดการที่ผสมผสานระหว่าง active and physiological เช่น การให้ยา และไม่รับประทานและตัดสายสะดือ และดึงสายสะดือไว้ให้ตึง (Controlled cord traction)

ขั้นตอนของ Active management¹⁵

เป็นชุดของขั้นตอนที่กระทำในระยะที่ 3 ของการคลอดเพื่อช่วยให้รกคลอดเร็วขึ้นโดยการเพิ่มการหดตัวของมดลูกและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว องค์ประกอบของ Active management มีขั้นตอนการปฏิบัติ (steps) ดังนี้

1. ให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูก (Utero-

tonic) ภายใน 1 นาทีภายหลังทารกคลอด โดยมีหลักการให้ยา Oxytocin⁸ ดังนี้

1) ภายหลังจากการทารกคลอดแล้วให้คลำดูว่ามีทารกอีกคนหรือไม่ ถ้าไม่มีให้ oxytocin 10 หน่วยเข้ากล้ามเนื้อภายใน 1 นาที

2) ควรให้ oxytocin เพราะยาจะออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาทีภายหลังการฉีด มีผลข้างเคียงน้อย และสามารถให้กับผู้คลอดทุกราย แต่ถ้าไม่มีควรให้ ergometrine 0.2 mg. เข้ากล้ามเนื้อ ยกเว้นในราย Pre-eclampsia, Eclampsia หรือความดันโลหิตสูง เนื่องจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการชัก

2. รับประทานและตัดสายสะดือโดยเร็ว และดึงสายสะดือพอดึงร่วมกับการผลัดมดลูกขึ้นผ่านทางหน้าท้อง (Controlled cord traction) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) หนีบสายสะดือให้ชิดกับฝีเย็บด้วย sponge forceps จับไว้ด้วยมือข้างหนึ่ง

2) วางมืออีกข้างหนึ่งบนหน้าท้องเหนือหัวเหน่าผลัดมดลูกขึ้นข้างบนในทิศทางที่ต้านกับการดึงสายสะดือ เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น

3) ดึงสายสะดือเบาๆ รอให้มดลูกบีบตัว 2-3 นาที

4) เมื่อมดลูกแข็งเป็นก้อนกลม หรือสายสะดือเลื่อนยาวขึ้นให้ค่อยๆ ดึงสายสะดือลงมาเบาๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้รกคลอด อย่ารอให้เกิด gush of blood จึงค่อยดึง

5) ถ้ารกไม่เคลื่อนภายใน 30-40 วินาทีที่ดึงสายสะดืออยู่ (Controlled cord traction) ให้หยุดดึงทันที ให้จับประคองไว้เบาๆ เท่านั้นรอให้มดลูกหดตัวอีกครั้ง รอการหดตัวของมดลูกรอบถัดไปจึงค่อยทำ Controlled cord traction ซ้ำ

*ห้ามดึงสายสะดือโดยไม่มีการผลัดมดลูกขึ้นไปร่วม



ด้วยอย่างเด็ดขาด เพราะอาจทำให้เกิดมดลูกปลิ้นได้

3. การคลอดของรกอาจทำให้เยื่อหุ้มรกที่มีลักษณะบางฉีกขาดจึงควรทำคลอดเยื่อหุ้มรกด้วยความนุ่มนวลโดยการประคองรกไว้ในอุ้งมือทั้งสองแล้วค่อยๆ หมุนเนื้อรกไปเพื่อให้เยื่อหุ้มรกพันกันเองออกมาโดยไม่มีเศษฉีกขาดค้างค้ำอยู่ภายใน ค่อยๆ ดึงออกมาช้าๆ จนกระทั่งคลอดออกมาทั้งหมด โดยมีข้อควรระมัดระวังดังนี้

1) ถ้ามีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มรก ให้ลองตรวจสอบบริเวณปากมดลูกและช่องคลอดส่วนบนโดยการสวมถุงมือยาวที่ปราศจากเชื้อ และใช้ sponge forceps คีบออกมา

2) ตรวจดูรกและเยื่อหุ้มรกอย่างละเอียดว่าคลอดออกมาครบหรือไม่ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มรูกค้างอยู่

3) ถ้ามดลูกปลิ้นให้รีบรายงานแพทย์

4) ถ้าดึงสายสะดือรุนแรงจนสายสะดือขาดให้ทำการล้วงรกทันที

4. คลึงยอดมดลูกทันทีทางหน้าท้องจนกว่ามดลูกจะแข็ง โดยมีวิธีการคลึงมดลูก ดังนี้

1) คลึงยอดมดลูกให้เป็นก้อนกลมแข็งทันที โดยคลึงผ่านทางผนังหน้าท้อง

2) คลึงยอดมดลูกซ้ำทุก 15 นาทีภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3) ต้องมั่นใจว่าเมื่อหยุดคลึงมดลูกแล้วมดลูกจะมีความตึงตัวไม่คลายตัวหรือนุ่ม

5. ตรวจสอบการฉีกขาด ตรวจสอบผู้คลอดอย่างละเอียดว่าไม่มีการฉีกขาดที่ปากมดลูก หรือช่องคลอด ถ้าพบก็เย็บซ่อมให้เรียบร้อย รวมทั้งเย็บซ่อมแผลฝีเย็บด้วย

6. การจัดการกับมดลูกปลิ้นเอาด้านในออกมาเป็นผลมาจากการทำคลอดรกไม่ถูกวิธี ควรรีบแก้ไข

ให้มดลูกกลับไปอยู่ในสภาพเดิม พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขมดลูกปลิ้นอย่างเร่งด่วน เพราะถ้าปล่อยเวลาให้เนิ่นนานไปจะเกิดรอยคอดเป็นวงแหวนรอบบริเวณที่ปลิ้นออกนั้นพร้อมกับเลือดมาคั่งจนแข็งทำให้ยากต่อการทำกลับเข้าไปในสภาพเดิม ควรรายงานแพทย์โดยด่วน เพื่อให้การช่วยเหลือดังนี้^{17, 18}

1) ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เช่น NSS หรือ Ringer lactate solution เพื่อป้องกันการเกิด Hypovolemic shock

2) ให้ยาบรรเทาปวดและ prophylactic antibiotics

3) ทำความสะอาดมดลูกส่วนที่ปลิ้นให้ทั่วด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ (Antiseptic solution)

4) ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นที่สะอาดปราศจากเชื้อดันมดลูกกลับขึ้นไป โดยการสวมถุงมือยาวปราศจากเชื้อรวบมดลูกด้วยผ้าดันมดลูกขึ้นไปทางสะดือให้กลับไปยังในตำแหน่งปกติ อีกมือหนึ่งที่อยู่ข้างบนช่วยประคองมดลูก ถ้าพบว่ายังมีเศษรกบางส่วนค้างค้ำอยู่ให้ทำการล้วงรกภายหลังจากดันมดลูกกลับเข้าที่แล้ว ที่สำคัญก็คือ มดลูกส่วนที่ปลิ้นออกมาออกสุด (ส่วนที่อยู่ใกล้ปากมดลูกที่สุด) ต้องถูกผลักกลับเข้าไปก่อน

5) ถ้าการแก้ไขข้างต้นทำไม่สำเร็จ ให้กระทำภายใต้การดมยาสลบ (general anesthesia) โดยใช้ Halothane เนื่องจากเป็นยาที่ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวง่ายต่อการกลับมดลูกขึ้นไป แต่ถ้ายังคงไม่สำเร็จอีกให้เตรียมส่งห้องผ่าตัด *ห้ามให้ oxytocic drug จนกว่ามดลูกปลิ้นจะได้รับการแก้ไขแล้ว

6) การดูแลภายหลังการแก้ไขมดลูกปลิ้นและการตกเลือด¹⁸

6.1) ดูแลการหายใจและให้ออกซิเจน เช่น Oxygen with Mask เพื่อเพิ่มการระบายอากาศ และออกซิเจนให้ร่างกาย

6.2) ดูแลให้ oxytocin 20 units in 1000 ml fluids (NSS หรือ Ringer's lactate) 10 หยดใน 1 นาที ทางเส้นเลือดดำตามแผนการรักษา

6.3) ฝ้าระวังสัญญาณชีพ และสังเกตภาวะเลือดออก อย่างน้อยทุก 30 นาที -1 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดออกมากให้เพิ่มอัตราการให้สารละลายทางหลอดเลือด โดยประเมินความสมดุลของสารน้ำจากปริมาณสารน้ำเข้าและปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง ถ้ามีเลือดออกมากกว่า 500 ซีซี ควรรายงานแพทย์

6.4) ประเมินการหดตัวของมดลูก อย่างน้อยทุก 15, 30 นาที และ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามดลูกไม่หดตัวให้ Ergometrine 0.2 mg. ตามแผนการรักษา

6.5) ประเมินความปวด และดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

บทบาทของผดุงครรภ์ในระยะที่สามของการคลอด (The midwife's role in the third stage of labor)

ระยะที่สามของการคลอดเป็นระยะที่มีโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้คลอดมากที่สุดระยะหนึ่ง บทบาทของผดุงครรภ์หรือพยาบาลในระยะนี้ คือเฝ้าให้การคลอดของรกให้เป็นไปตามธรรมชาติ มีการเตรียมการเป็นอย่างดีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ปฏิบัติการระหว่างการคลอดให้สอดคล้องกับธรรมชาติของการคลอด หลีกเลี่ยงการกระทำที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย และสังเกตดูแลด้วยความรอบคอบ กระตือรือร้น มีการใช้แนวทางปฏิบัติจากหลักฐาน

เชิงประจักษ์ และลงมือปฏิบัติให้สอดคล้องกับการคลอดตามธรรมชาติ โดยมีหลักการดังนี้¹⁵

1. ผดุงครรภ์จะต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือ ทั้ง active และ physiologic management รวมทั้งการจัดการแบบผสมผสานตามแนวทางปฏิบัติของสภาวิชาชีพ ผดุงครรภ์ต้องมีความชัดเจนในสมรรถนะของพยาบาลผดุงครรภ์ในภาวะวิกฤต เช่น การจัดการดูแลอุปกรณ์ต่างๆ ในการกู้ฟื้นคืนชีพทางหัวใจ (Cardio pulmonary resuscitation) เช่น ยาและสารน้ำต่างๆ ในการกู้ชีพ และเพิ่มความดันโลหิต การเตรียมเลือดส่งตรวจ และติดตามผลตรวจเลือด การเตรียมเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดให้พร้อมในกรณีที่มารดามีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด หรือมีปัญหาด้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อเตรียมพร้อมให้มั่นใจในการดูแลมารดาในระยะคลอดอย่างปลอดภัย⁸

2. Physiologic management พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมให้มีการคลอดธรรมชาติในผู้คลอดปกติที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการตกเลือดหลังคลอด ควรระมัดระวังเฝ้าคลอดและทำคลอดด้วยความปลอดภัยโดยใช้หลักการคลอดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่กระทำการใดก็ตามที่ขัดขวางไม่ให้มดลูกสามารถทำงานตามธรรมชาติ เช่นการให้ syntocinon การให้ยาบรรเทาปวดในปริมาณมาก การทำ epidural block หรือการรับหนึบและตัดสายสะดือ

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เนื่องจากสภาพแวดล้อมในการคลอดเป็นสิ่งที่ผู้คลอดไม่คุ้นเคย ย่อมก่อให้เกิดความเครียด อุณหภูมิห้องคลอดจึงไม่ควรหนาวจนเกินไป พยาบาลควรให้การดูแลด้วยความอบอุ่นเป็นมิตร อนุญาตให้ครอบครัวเฝ้าในระยะใกล้คลอด เพราะระยะใกล้คลอดมารดาจะมีความเครียดได้ง่าย ความเครียดในระยะคลอด

จะกระตุ้นให้มีการหลังแตรีนาลินและสารแคทที-คอรามีน ทำให้มีอาการอ่อนล้าและใช้เวลาในการคลอดนานและเสี่ยงต่อการตกเลือด ดังนั้นการคลอดที่โรงพยาบาลระยะที่สามของการคลอดควรใช้ Active management¹⁸

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์เป็นสิ่งที่คาดเดาล่วงหน้าหรือป้องกันได้ถ้ามีการประเมินและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยทีมสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมารดาในระยะตั้งครรภ์ การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด การติดตามเฝ้าคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะที่สามของการคลอดจนกระทั่งหลังคลอดโดยใช้แนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จะป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผดุงครรภ์ควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการทำคลอดแบบธรรมชาติและควรมีความระมัดระวัง ในการให้ยาช่วยในการหดตัวของมดลูกในการป้องกันการตกเลือดโดยปฏิบัติตามได้พระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

1. Minino AM, Heron MP, Murphy SL, Kochanek KD, et al. National vital statistic reports: deaths 2004. US Department of Health and Human Services and the Center for Disease Control and Prevention; August 21, 2007.
2. WHO. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of an in-depth review analysis and estimation strategy [statement]. Geneva: WHO; 2001.
3. Li. XF, et al. The postpartum period: the key to maternal mortality. International Journal of Gynecology and Obstetrics.1996; 54: 1-10.
4. AbouZahr C. Antepartum and Postpartum Haemorrhage. In: Murry CJL Lopez AD. eds. Health Dimensions of Sex and Reproduction Boston: Harvard University Press ; 1998. p.120.
5. WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva: WHO; 2000.
6. กองบรรณาธิการ. รายงานพิเศษ : สุขภาพแม่และเด็กไทย คือหัวใจของครอบครัวและสังคม. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2548; 28(2): 1.
7. Smith JR, Brennan BG. Management of the third stage of labor. in eMedicine obstetrics and gynecology; 2010 [cited 2010 April 14]; Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/275304-overview>
8. Yiadom AB, Carusi D. Pregnancy, Postpartum Hemorrhage in eMedicine obstetrics and gynecology; 2010 [cited 2010 April 20]; Available from <http://emedicine.medscape.com/article/796785-print>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2006; 108(4): 1039-47.



10. Birth Statistics. Review of the registrar general on births and patterns of family building in England and Wales, 2006. London: Office for National Statistics; 2007.
11. Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, McLeod NL. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstet Gynecol* 2005; 106(6): 1357-64.
12. Daltveit AK, Tollanes MC, Pihlstrom H, Irgens LM. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2008; 111 (6): 1327-34.
13. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 4th ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics; 1997.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2006; 108(4): 1039-47.
15. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, the Royal College of Midwives, the Royal College of General Practitioners, and the National Childbirth Trust. Jokinen M. Practice and standards development adviser at the RCM; 2010 [cited 2008 May 14]; Available from: <http://www.rcm.org.uk/college/standards-and-practice/practice-guidelines/>
16. Gyte G. Evaluation of the meta-analyses on the effects on both mother and baby, of the various components of 'active' management of the third stage of labour. *Midwifery*. 1994; 10: 183-199.
17. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
18. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2000; 14(1): 1-18.

๒๐๑๐ ๑๓ ๒๑ ๒๐๑๐ ๑๓ ๒๑ ๒๐๑๐