

การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน

Postpartum Hemorrhage: Significance of Nurse's Roles in Prevention

ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

E-mail: tippawan.i@rsu.ac.th

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด พบถึงร้อยละ 27.1 (WHO, 2014) โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบบ่อยที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่ามีมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก (WHO, 2012) เข้ารับการรักษาใน ICU โดยไม่ได้วางแผน ทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น (Lim, 2012) เป็นต้น บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลมารดาในระยะหลังคลอด หรือพยาบาลผู้สนใจได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติและบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอด และนำแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เพื่อการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด บทบาทพยาบาลในการป้องกัน มารดาหลังคลอด

ABSTRACT

Postpartum Hemorrhage is a common cause of obstetric complications and the world's leading cause of maternal mortality, with 27.1% (WHO, 2014). 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 (WHO, 2012), increase rate of unplanned ICU, blood or blood components transfusion's rate and rate of hysterectomy (Lim, 2012) etc. This article focuses on postpartum hemorrhage, prevention and treatment practice guidelines and the role of nurses in preventing postpartum hemorrhage. The article aims for the nurses who care for the mothers in postpartum period or those nurses who are interested in refreshing their knowledge and applying the postpartum nursing practice guidelines to their practice setting for improving the quality of postpartum nursing care.

KEYWORDS: Postpartum Hemorrhage, The Significance of Nurse's Roles in Prevention, Mothers in Postpartum Period

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งพบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการตายของมารดา 140 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (WHO, 2014) จากสถิติปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ 23.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาในระหว่างปี 2003-2009 ทั่วโลกพบว่า มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางสูติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ ภาวะเลือดออก ความดันโลหิตสูงและการติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็น ร้อยละ 27.1 14.0 และ 10.7 ตามลำดับ โดยมารดาทั่วโลกและในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 19.7 ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วพบ ร้อยละ 8.0 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบร้อยละ 23.1 (Say et al., 2014) จากผลการศึกษาสาเหตุการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดของประเทศไทยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 ปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่าส่วนใหญ่มาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และรองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1-3 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post-traumatic stress disorder) ร้อยละ 3 (Carroll et al., 2016) ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่า การตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีผลเสียต่อการตั้งครภ์และการคลอดในครั้งต่อไปคือ มีโอกาสเกิด

การตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ (Tort et al., 2015)

ความหมาย

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด (WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทูพพลภาพ และเสียชีวิตได้

ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (WHO, 2009; Murray & McKinney, 2014)

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

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) จะหมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด

ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000

มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Perry et al, 2010; Su, 2012; Murray & McKinney, 2014) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนี้

1. **Tone** คือ สาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งพบได้มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด (Su, 2012; Lim, 2012) เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยาเทอโรบูทาไลน์ในช่วงเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติหรือกล้ามเนื้อมดลูกล้าจากการยืดขยายในระยะคลอดเป็นเวลานานภายหลังจากคลอดทารก จึงทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลตรงที่รกเคยเกาะหดตัวไม่ดีส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุด เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 1 ครั้ง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 1.65-3.03 เท่า (Briley et al, 2014; Michelet et al., 2015) มารดาที่มีการคลอดระยะที่ 2 ยาวนานกว่าปกติ มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 4.67

เท่า และมารดาที่มีการใช้ยาเทอโรบูทาไลน์ในช่วงเจ็บครรภ์คลอด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 4.11 เท่า (Satapontteera et al., 2012) มารดาที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Oxytocin) ในระยะรอคลอดนานเกิน 8 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น (Naoko et al., 2013)

ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) น้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) และรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placenta) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ชีวิตได้โดยทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากการติดเชื้อของน้ำคร่ำทำให้กล้ามเนื้อมดลูกได้รับอันตรายเกิดการอักเสบติดเชื้อไปด้วย ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี ภาวะครรภ์เป็นพิษ ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจากการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการพบโปรตีนในปัสสาวะ (Preeclampsia) มักจะใช้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ในการป้องกันอาการชักจากความดันโลหิตสูง ซึ่งยามีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวจึงมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจึงมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ส่วนรกเกาะต่ำมีผลทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้จากตำแหน่งการเกาะของรกอยู่ที่ส่วนล่างของมดลูก (Lower segment) ซึ่งตามปกติในขณะที่มดลูกหดตัวกล้ามเนื้อมดลูกบริเวณส่วนล่างจะหดตัวได้ไม่ดีเท่ามดลูกส่วนบน (Upper segment) เพราะเป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อมดลูกบางและไม่แข็งแรงจึงมีโอกาสเกิดการตกเลือดได้ ส่วนการเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากในขณะตั้งครรภ์หรือระยะรอคลอดจากการที่มีแผลตำแหน่งที่รกเคยเกาะในขณะเดียวกันยังมีทารกอยู่ในครรภ์ มดลูกจึงไม่สามารถจะหดตัวเพื่อให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณรอยแผลหดตัวและหยุดเลือดได้ เลือดจึงไหลไม่หยุดเกิดการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดได้ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีรกเกาะต่ำ มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 31.76 เท่า และมารดาที่มีรกลอกตัวก่อนกำหนด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 7.59 เท่า (Satapontteera et al., 2012)

2. Trauma คือ สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (Tear cervix) ช่องคลอด (Tear vaginal) แผลฝีเย็บ (Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (Hematoma) เป็นต้น (Perry et al., 2010; Mattson & Smith, 2011; Su, 2012; Murray & McKinney, 2014) เป็นสาเหตุอันดับสองของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยพบได้ร้อยละ 20 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดแล้วตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) ทารกมีส่วนนำที่ไม่ใช่ศีรษะ (Fetal malpresentation) การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Forceps or vacuum) การตัดแผลฝีเย็บ (Episiotomy, especially mediolateral) การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or precipitate of labor) และการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) (Su, 2012) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นมีผลทำให้ช่องทางคลอดได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากช่องทางคลอดเกิดการยืดขยายมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังอาจเกิดขึ้นได้จากการคลอดเฉียบพลันที่ผู้ทำคลอดทำการช่วยคลอดไม่ครบขั้นตอน เช่น ไม่ได้ save perineum เป็นต้น ทำให้ช่องทางคลอดเกิดการฉีกขาดลึก เส้นเลือดได้รับการบาดเจ็บ และเสียเลือดปริมาณมากจนเกิดตกเลือดหลังคลอดได้ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2.54 เท่า (Tort et al., 2015) มารดาที่ได้รับการช่วยคลอดหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น ใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ ในการช่วยคลอด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2.63-2.93 เท่า (Tort et al., 2015; Briley et al., 2014)

3. Tissue คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกตกค้างภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ที่พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติทั้งหมด (Mattson & Smith, 2011; Su, 2012) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรกติดหรือรกค้าง ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Mid trimester delivery) การติดเชื้อของรกและน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis and accessory placental lobes) การเคยผ่าตัดเนื้องอกมดลูกมาก่อน การเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมารดาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไป

ไป (Su, 2012) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับรกผิดปกติเป็นปัจจัยที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีรกค้าง มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดถึง 21.3 เท่า (Briley et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะรกฝังแน่นเป็นสาเหตุให้เกิดรกค้างและตกเลือดหลังคลอดจนต้องตัดมดลูกหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 38 (ACOG, 2012)

4. Thrombin คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้ประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) (Su, 2012) ได้รับยาเสตีรอยด์เพื่อรักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ (Briley et al., 2014) มีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น hemophilia, thalassemia (สร้อย, 2557) โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซีดรุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการแก้ไข มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 6.65 เท่า (Tort et al., 2015) มารดาที่ได้รับยาเสตีรอยด์ เพื่อรักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2 เท่า (Briley et al., 2014) ส่วนมารดาที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดมีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดสูงถึง 82.0 เท่า

แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความสำคัญในทุกๆระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะคลอด ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ให้ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอด โดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) มีรายละเอียดที่สำคัญ คือ ให้อายุกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตั้งแต่ระยะที่ 2 ของการคลอดกับมารดาทุกราย โดยใช้ oxytocin 10 ยูนิทให้ทางน้ำเกลือ หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน กรณีที่ไม่สามารถใช้ oxytocin ได้ ให้ใช้อายุกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามความเหมาะสมได้แก่ ergometrine/

methylergometrine หรือใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกร่วมกันระหว่าง oxytocin กับ ergometrine หรือใช้ misoprostol ชนิดรับประทาน (600 µg) ในหน่วยงานที่ไม่มีทักษะหรือไม่มีความชำนาญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ oxytocin และไม่มี oxytocin ใช้หน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ที่ชำนาญในการทำคลอดปกติทางช่องคลอด ให้ใช้วิธีการทำคลอดแบบ controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอดทำให้เสียเลือดลดลง คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด แต่ไม่แนะนำให้คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ได้รับ oxytocin ทางหลอดเลือดดำหลังคลอด เนื่องจากอาจทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้าเกินไปและไม่ช่วยป้องกันการตกเลือด ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดแก่มารดาทุกราย เพื่อเฝ้าระวังการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยงาน The Florida Perinatal Quality Collaborative (FPQC)/ACOG Obstetric Hemorrhage Initiative (OHI) ซึ่งร่วมมือกันภายใต้ The Florida Department of Health (2015) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันและรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยในการปฏิบัติทางการแพทย์มีคุณภาพยิ่งขึ้น ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. มีแนวปฏิบัติทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะเลือดออกทางสูติกรรมที่เป็นมาตรฐาน
2. มีการพัฒนาคู่มือหรือแนวทาง ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน
3. มีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างหน่วยงานกับคลังเลือด เพื่อให้การเข้าถึงการใช้เลือดอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะตกเลือด
4. หน่วยงานมั่นใจได้ว่าจะสามารถเข้าถึงยาที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดได้โดยเร็วเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น
5. มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด พร้อมทั้งมีการชี้แนะถึงข้อบกพร่องของสมาชิกในทีมเพื่อการพัฒนา (debriefs)
6. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะคลอด เพื่อพัฒนาเป็นคำสั่งการรักษา (Order standing) ที่จำเป็นสำหรับกรณีเสี่ยง เช่น

เจาะเลือดเพื่อจองเลือด และจัดเตรียมอัตรากำลังในการดูแลให้เหมาะสม

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

8. ทำการประเมินการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ระยะคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และในหน่วยงานหลังคลอด โดยใช้เทคนิคการวัดปริมาตรที่เที่ยงตรง เช่น การตวง การชั่งน้ำหนัก ในหน่วยงานหลังคลอด

9. สร้างวัฒนธรรมของการบอกเล่าหรือการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือประเด็นสำคัญในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ควรต้องพัฒนา เพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานเกิดความคุ้นเคยและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลมารดาหลังคลอดตลอดเวลา

นอกจากนี้มหาวิทยาลัยแห่งรัฐยูทาห์ ประเทศสหรัฐอเมริกา (The University of Utah) ได้ทำการรวบรวมและสรุปแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage key element of bundle) เป็น 4 Rs (Einerson et al., 2016) ดังนี้

1. Recognition and Prevention คือ การรับรู้และการป้องกัน หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดและทำการป้องกัน ซึ่งกิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดจากการซักประวัติ และป้องกันด้วย AMTSL ในระยะคลอด โดยทำในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย

1.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk Assessment) ต้องทำตั้งแต่ระยะก่อนคลอด เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลแรกรับในห้องคลอดเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและเตรียมความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พิเศษขึ้นระหว่างการคลอดและระยะหลังคลอดเพื่อเตรียมการดูแล เช่น การเตรียมเลือด เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการเตรียมบุคลากรในการดูแล เป็นต้น

1.2 การป้องกัน (Prevention) หมายถึง ป้องกันการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดด้วย Universal AMTSL โดยใช้กับผู้คลอดทุกคน ทั้งคลอดเองทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด มีหลักสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ให้อาหารกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหรือไม่เกิน

1 นาทีก่อนคลอด 2) ทำคลอดด้วยวิธี controlled cord traction และ 3) คลึงมดลูกทันทีหลังคลอด

2. Readiness คือ การเตรียมความพร้อม หมายถึง การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการ ธนาคารเลือด ห้องคลอด หน่วยหลังคลอด ซึ่งหน่วยงานต้องเตรียมพร้อมในทุกๆด้าน ได้แก่ บุคลากร (Simulation/team drills) ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด (Hemorrhage cart/kits) โดยมีรายละเอียดสำคัญ ดังนี้

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

2.2 ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด (Hemorrhage cart/kits) ควรจัดให้เข้าถึงได้ง่าย ใช้สะดวก และทุกคนเห็นความสำคัญของการใช้ชุดเครื่องมือหรือรถตกเลือด โดยรถตกเลือดประกอบด้วย

2.2.1 ใบรายการตรวจสอบ (Hemorrhage checklist)

2.2.2 ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Uterotonics)

2.2.3 อุปกรณ์สำหรับการทำการหยุดเลือดในโพรงมดลูก (Intrauterine balloon)

2.2.4 อุปกรณ์สำหรับการให้สารน้ำเลือด ทางหลอดเลือดดำ (Supplies for phlebotomy, fluids, transfusion)

2.2.5 ตู้เย็น (Fridge)

2.2.6 คำแนะนำการใช้ยา ขนาดยา ข้อห้ามต่างๆ และเบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Instructions, doses, contraindications, contact)

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

3.1 Rapid response team ประกอบด้วยสาระสำคัญขั้นแรกคือ การระดมความช่วยเหลือ (Mobilize additional help) กำหนดบทบาทของพยาบาลและแพทย์อย่างชัดเจน ใช้ใบรายการตรวจสอบ (Checklist) กำหนดระยะเวลา (Timeout) ของขั้นตอนต่างๆ อย่างชัดเจนโดยใช้อักษรย่อเพื่อให้จำง่าย คือ ELBOW (Etiology, Labs, Blood bank, Other help, What's Next) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว (Practice)

3.2 ใบรายการตรวจสอบ (Checklist) ประกอบด้วยข้อมูลที่ทันสมัย มีการกำหนดบทบาท ระดมความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการทำงานหน้าที่ที่ชัดเจน มีการคิดและค้นหาสาเหตุของการตกเลือดเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่รวดเร็วนอกจากนี้ยังต้องมีขั้นตอนการทบทวนและสรุปหลังเหตุการณ์ระหว่างบุคลากรในทีม ผู้ป่วยและครอบครัว (Debrief) รวมถึงการบันทึกที่ถูกต้อง

4. Reporting and Learning คือ การรายงานและการเรียนรู้ หมายถึง การสร้างวัฒนธรรมของการเห็นความสำคัญของข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยและมีการส่งเวรกัน ทำสรุปหลังเกิดเหตุการณ์ ทบทวนเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยไม่กล่าวโทษตัวบุคคล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในทีม และติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ของการทบทวน

พยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดตามแนวปฏิบัติที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลในหน่วยหลังคลอดเป็นผู้ดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดทั้งในระยะแรกและระยะหลัง

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดในระยะหลังคลอด

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งในระยะแรกและระยะหลังเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง (Late postpartum hemorrhage) อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลเพื่อ

ป้องกันตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด และ 2) ทักษะการพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะต่างๆ

1. การพยาบาลในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด

การประเมินสภาพมารดาหลังคลอด เป็นทักษะสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลต้องสามารถดำเนินการได้ เพื่อค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยงต่างๆ และให้การดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องต่อไป พยาบาลต้องมีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของมารดาหลังคลอด เช่น การใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah (Einerson, et al., 2016) ซึ่งมีการแบ่งระดับของความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) พยาบาลต้องดำเนินการประเมิน 2 ระยะ คือ ระยะแรกรับ และระยะคลอด ดังนี้

1.1 การประเมินในระยะแรกรับ

ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ เคยผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอด (Prior uterine surgery or CS) ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) เคยคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง (>4 prior births) เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน (Prior OB hemorrhage) มีก้อนเนื้ออกมดลูกขนาดใหญ่ (Large myomas) ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (EFW >4000 g) อ้วนมาก (BMI >40) มีภาวะซีด (Hematocrit <30%) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกฝังแน่น (Accreta/percreta) เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 (Platelet count <70K) มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Known coagulopathy) มีปัจจัยเสี่ยง

ระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (>2 medium risk factors)

1.2 การประเมินในระยะคลอด

ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorionitis) ได้รับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง (Prolonged oxytocin >24 hr.) ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (Prolonged 2nd stage) ได้รับความเมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป (>2 medium risk factors)

เพื่อให้การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในมารดาหลังคลอด มีแนวทางที่ชัดเจนและจดจำได้ง่าย ผู้เขียนเห็นว่าควรจะใช้หลักการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้อักษรย่อ B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) ได้แก่ Black ground and Body condition, Breast and Lactation, Uterus, Bladder, Bleeding or Lochia, and Episiotomy ดังนี้

1) Black ground and Body condition

คือ การตรวจสอบประวัติการคลอด เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะคลอด เช่น ระยะการคลอดที่ 1 2 หรือ 3 ยาวนาน การคลอดเฉียบพลัน (Precipitated labor) การมีรกค้าง เป็นต้น และการตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อดูระดับความรู้สึกตัว ดูภาวะซีด ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยวัดสัญญาณชีพตั้งแต่หลังรกคลอดทันที และติดตามทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2-4 และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2) Breast and Lactation

คือ การประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนม เพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูตนมมารดาโดยเร็วและดูบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอโมนออกซิโทซินช่วยให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

3) Uterus

คือ การประเมินระดับยอedmดลูก และการหดตัวของมดลูก โดยพยาบาลต้องประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก 1-4 ชั่วโมง รวมถึงวัดยอedmดลูก

และบันทึกระดับการลดลงของยอดมดลูก ซึ่งการบันทึกระดับยอดมดลูกควรทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินการเข้าอู่ของมดลูก และเป็น การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

4) **Bladder** คือ การประเมินกระเพาะปัสสาวะ ค้นหา Bladder full ความรู้สึกปวดปัสสาวะและการ ขับถ่ายปัสสาวะหลังคลอด โดยพยาบาลจะต้องกระตุ้นให้ มารดาหลังคลอดปัสสาวะเองภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็มและขัดขวางการหดรั ดตัวของมดลูก

5) **Bleeding or Lochia** คือ ประเมินลักษณะ และปริมาณของเลือดหรือน้ำคาวปลาที่ออกจากช่อง คลอด ในระยะแรกให้มารดาใส่ผ้าอนามัยเพื่อ ประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกจากช่อง คลอด และทำการบันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมง แรก บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด

6) **Episiotomy** คือ การประเมินบริเวณ ช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ พยาบาลต้องตรวจดู ลักษณะของแผลฝีเย็บเมื่อแรกรับ และตรวจความ ผิดปกติทุกๆ 8 ชั่วโมง โดยใช้ REEDA Scale ในการ ประเมิน ซึ่งประกอบด้วย Redness คือ แผลมีลักษณะ แดงอักเสบหรือไม่ Edema คือ แผลมีลักษณะบวม หรือไม่ Ecchymosis คือ แผลมีรอยช้ำหรือจ้ำเลือด หรือไม่ Discharge คือ แผลมีเลือด น้ำเหลืองหรือหนอง ซึมออกมาหรือไม่ และ Approximate คือ แผลฝีเย็บ ขอบเรียบชิดติดกันดีหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุการตก เลือดหลังคลอดที่สัมพันธ์กับแผลฝีเย็บ ซึ่งคะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง แผลฝีเย็บปกติดี คะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึงแผลฝีเย็บมีความผิดปกติ ระดับรุนแรงมากขึ้น (Devendra et al., 2015)

2. การพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือด หลังคลอด

ตามคำแนะนำการดูแลมารดาหลังคลอดของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) มีสาระสำคัญ เกี่ยวกับการประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาปัญหา ที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

โดยใช้ทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดใน ระยะแรกรับ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับ ยอดมดลูก (Fundal height) อุณหภูมิร่างกาย อัตรา การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการปัสสาวะ (Urine void) เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แล้วควร นำมาจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงเพื่อให้การ พยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหลัง คลอดของผู้เขียนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือด หลังคลอด พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนว ปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลให้ การดูแลมารดาหลังคลอดและป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ณัฐนนท์ และคณะ, 2557; ลัดดาวัลย์ และคณะ, 2559) ซึ่งบทบาทของ พยาบาลในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด นอกจากทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเพื่อ ค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือแพทย์ ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพมารดาในระยะหลังคลอด อีกด้วย

2.1 การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดา ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในระดับ ปานกลาง

เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและ พบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปาน กลาง (Moderate risk) ควรให้การดูแลโดยติดตาม ความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ของการมีเลือดอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ดังนี้ 1) บันทึก สัญญาณชีพ 2) ประเมินการหดตัวของมดลูกและ ระดับยอดมดลูกทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลัง รับย้ายจากห้องคลอด 3) สังเกตเลือดที่ออกทางช่อง คลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ซังผ้าอนามัยและ บันทึก ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบอาการผิดปกติใน ระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 4) ให้สารน้ำที่

มียากกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหดยด 100-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด 5) ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง 6) นำทารกมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็วในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก 7) ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2.2 การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในระดับสูง

เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (High risk) พยาบาลต้องให้การดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลป้องกันตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้ทันที ดังนี้ 1) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด 2) ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด 3) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอตมดลูกทุก 15 นาที 4) ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็มและกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดา หากพบว่ามีการกระเพาะปัสสาวะเต็มและมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง 5) ให้สารน้ำที่มียากกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ในอัตราหดยด 120-140 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 6) หากพบว่ามีการเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์และตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที 7) หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic solution เพิ่มอีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจ้องเลือด

Pack red cells 2 ยูนิต 8) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บ หรือสาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป (หอผู้ป่วยสูติกรรม รพ.นพรัตนราชธานี, 2557)

หลังจากพยาบาลได้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดให้ผ่านช่วงเวลาริวกฤตไปได้แล้วนั้น พยาบาลหลังคลอดยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังตกเลือด โดยการให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะซีดหลังการตกเลือด เป็นต้น ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด ภาวะซีดหลังการตกเลือด และการปฏิบัติตัวที่สำคัญหลังการตกเลือด เช่น การสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสาธิตและสอนวิธีการคลึงมดลูก วัดระดับยอตมดลูก การสังเกตน้ำคาวปลา การสังเกตแผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยการใช้กระจกส่องแผลฝีเย็บ และทำการประเมินความรู้และทักษะของมารดา ก่อนกลับบ้าน เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และนัดตรวจติดตามหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์

บทสรุป

ในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานสูติกรรมจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah (Einerson et al., 2016) และใช้แนวทาง B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) ในการประเมินเพื่อหาคอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด นอกจากนี้ในการดูแลฟื้นฟู

สภาพมารดาหลังคลอด ที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอด และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น โดยการสอนให้มารดาหลังคลอดและญาตินัดคลั่งมดลูกเองอย่างถูกวิธี วัดระดับยอดมดลูกด้วยตนเองอย่างถูกต้อง สังเกตลักษณะและปริมาณของน้ำคาวปลาให้เป็น ให้มารดาหลังคลอดสังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บโดยใช้กระจกส่องดูแผลฝีเย็บทุกวัน เพื่อให้มารดาเห็นตำแหน่ง ลักษณะของแผลฝีเย็บและประเมินความผิดปกติต่างๆได้ด้วยตนเอง และรู้จักอาการแสดงที่ผิดปกติที่แสดงถึงการตกเลือดในระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล หรือสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานที่ดีต่อไป รวมถึงให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทันทีที่เตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดตกเลือดหลังคลอด หรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงหรือมีอันตรายแก่ชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนัก

นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ณัฐนนท์ ศิริมาศ ปยรัตน์ โสมศรีแพง สุพางคพรรณ พาดกลาง และจิรพร จักขุจินดา. 2557. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาล สกลนคร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 32(2): 37-46.

ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย สุชาติ วิภาวกันต์ และอารี กิ่งเล็ก. 2559. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน ห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือ ข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้*. 3(3): 127-141.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. 2557. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 37(2): 155-162.

หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. 2557. *Standing order for management PPH*. เอกสารคำสั่งการรักษา และบันทึกความก้าวหน้าการรักษาของแพทย์: เลขที่เอกสาร MR-FO 1/Obstetric6.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012. *Placenta accreta. Committee of Obstetric Practice*. Retrieved November 22, 2015 from <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Placenta-Accreta>.

Briley, A., Seed, P. T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., et al. 2014. 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*. 121(7): 876-888.

- Carroll, M., Daly, D. and Begley, C.M. 2016. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 16(1): 261.
- Devendra, B.N., Seema, K.B. and Kammappa, K.A. 2015. Episiotomy wound haematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)**. 14(9): 8-11. Retrieved January 10, 2017 from <https://pdfs.semanticscholar.org/a917/4267b87f65a039ea80fc0ae4773e43ad5d02.pdf>.
- Einerson, B.D., Baksh, L., Fisher, J.A., Sullivan, A. and Clark, E. A. S. 2016. **Postpartum hemorrhage implementing your bundle**. University of Utah. Retrieved November 1, 2016 from: <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-didactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf>.
- Florida Perinatal Quality Collaborative. 2015. **Florida Obstetric Hemorrhage Initiative Toolkit: A Quality Improvement Initiative for Obstetric Hemorrhage Management**.
- Lalonde, A. 2012. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. 117(2): 108-118.
- Lim, P.S. 2012. **Uterine Atony: Management Strategies**. Retrieved November 15, 2015 from www.intechopen.com.
- Mattson, S. and Smith, J.E. 2011. **Postpartum complication**. In **Core Curriculum for Maternal- Newborn Nursing**. (4thed.). United States of America: Saunders Elsevier.
- Michelet, D. , Ricbourg, A. , Rossignol, M. , Schurando, P. and Barranger, E. 2015. Emergency hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. **Gynecologic Obstetric and Fertilities**. 43(12): 773-779.
- Murray, S. S. and McKinney, E. S. 2014. Pain management during childbirth. In **Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing**. 6th ed., (pp. 278-282). United States of America : Saunders Elsevier.
- Naoko, M., Yaeko, K., Hiromi, E. and Shigeko, H. 2013. Literature review of risk factors and preventive interventions for postpartum hemorrhage. **Journal of Japan Academy of Midwifery**. 27(1): 4-15. Retrieved November 12, 2015 from <http://web.b.ebscohost.com/abstract>.
- Perry, E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L. and Winson, D. 2010. Postpartum complications. In **Maternal Child Nursing Care**. 4th ed. (pp. 576-585). Canada: Mosby Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). **Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childrearing Family**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. 2012. **Primary postpartum hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline**. Retrieved June 26, 2016 from www.health.qld.gov.au/qcg.
- Satapornteera, P., Arj-Ong, S. and Aswakul, O. 2012. Factors Associated with Early

- Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. **Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 20(1): 21-28.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.B., Daniels, J., et al. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**. 2(6): e323-33.
- Su, C.W. 2012. **Postpartum hemorrhage**. Retrieved November 20, 2015 from primarycare.theclinics.com.
- Tort, J., Rozenberg, P., Traoré, M., Fournier, P. and Dumont, A. 2015. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. **BMC Pregnancy Childbirth**. 15(235): 1-9.
- World Health Organization. 2009. **WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta**. France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. 2012. **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage**. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization, UNICEF. 2014. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division**: Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.