

5.7 การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labour)

โดย อาจารย์กฤษณา โขติชื่น

วัตถุประสงค์ หลังจบบทเรียนนี้ นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตสังคมในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ถูกต้อง
2. อธิบายการประเมินสภาพผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ถูกต้อง
3. อธิบายขั้นตอนการทำคลอดปกติได้ถูกต้อง
4. วางแผนการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ถูกต้อง
5. ตระหนักถึงความสำคัญของการให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร มีคุณธรรม จริยธรรมและ

จรรยาบรรณวิชาชีพ

หัวข้อสอน

- 1.การประเมินสภาวะผู้คลอด (อาการแสดงเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด)
- 2.การทำคลอด
 - 2.1 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์
 - 2.2 การเตรียมตัวของผู้ทำคลอด
 - 2.3 การเตรียมผู้คลอดทางด้านร่างกายและจิตใจ
 - 2.4 การตัดฝีเย็บ
 - 2.5 การทำคลอดศีรษะและลำตัวทารก

5.7 การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labour)

โดย อาจารย์กฤษณา โขติชื่น

ระยะที่2ของการคลอด (second stage of labour) เริ่มตั้งแต่ ปากมดลูกเปิดหมด (เปิด 10 เซนติเมตร) จนกระทั่งทารกคลอด ครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมงไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง บางท่านยังได้แบ่งระยะที่2 ของการคลอด เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะพัก (latent หรือ resting phase) เป็นระยะที่มีแรงเบ่ง หรือแรงเบ่งน้อย การหดตัวของมดลูกลดลงคล้ายกับการหดตัวของมดลูกเมื่อปากมดลูกเปิด 8-9 เซนติเมตร ระยะก้าวหน้า (active phase) หรือระยะเคลื่อนต่ำ มารดามีแรงเบ่งมากขึ้น เนื่องจากส่วนนำกดกล้ำเนื้อเชิงกราน ทำให้เกิด Ferguson reflex โดยจะเบ่ง3-5 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก โดยเบ่งนาน ครั้งละ 4-6 วินาที และระยะเปลี่ยนผ่าน (transition) เมื่อเห็นส่วนนำของทารก การหดตัวของมดลูกอาจมากขึ้นหรือลดลงก็ได้ เป็นระยะสั้นๆก่อนทารกคลอด ในระยะที่2 ของการคลอด พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตสังคม การประเมินสภาพผู้คลอด การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และการทำคลอดปกติ เพื่อให้การคลอดดำเนินไปด้วยดี ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตสังคมในระยะที่ 2 ของการคลอด

1.การหดตัวของมดลูก

การหดตัวของมดลูก เริ่มตั้งแต่ระยะที่1ของการคลอด เกิดการทำงานประสานกันของมดลูกส่วนบน และส่วนล่าง เรียกว่า depolarization กระตุ้นให้มดลูกหดตัวแบบ involuntary (ในผู้ป่วย paraplegia จึงมีการหดตัวที่ปกติแต่จะไม่เจ็บ) ในระยะที่2 มดลูกจะหดตัวถี่ นานและรุนแรงมากขึ้น คือ หดตัวนาน 60-90 วินาที ทุก2-3นาที ถ้าการหดตัวไม่ดี จะทำให้ระยะที่2 ของการคลอดล่าช้า หรือ หดตัวถี่เกินไปเสี่ยงต่อมดลูกแตก หรือทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ ต้องประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างน้อยทุก 5 นาทีหรือภายหลัง

มดลูกหดตัวแล้วทุกครั้ง เพื่อให้การช่วยเหลือกันทั่วทั้ง การหดตัวของมดลูกส่วนบน(Upper uterine segment) หรือ Active จะเป็นลักษณะ Brachystasis คือลักษณะเซลล์หดสั้นลงและมีความหนาเพิ่มขึ้น ส่วนการหดตัวของมดลูกส่วนล่าง (Lower uterine segment) หรือ Passiveจะมีลักษณะ Mecystasis คือลักษณะเซลล์ยาวขึ้น และมีความบางเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการดึงรั้งขึ้นระหว่างกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและส่วนล่าง

เมื่อการคลอดดำเนินไป จะเห็นวงแหวนแยกระหว่างกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนกับกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่าง เรียกว่า Physiologic retraction ring (Bandl's ring) เป็นภาวะปกติ แตกต่างจาก Pathologic retraction ring ที่มดลูกหดตัวรุนแรงมากจนทำให้ส่วน Lower uterine segment มีความบางมาก เป็นสัญญาณอันตรายนำไปสู่มดลูกแตกได้ Passive เช่น ราย CPD ช่องเชิงกรานแคบ ทารกคลอดไม่ได้ (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ,2011) การเร่งคลอดด้วย oxytocin drip ในระยะเบ่งคลอด จึงต้องให้ความระมัดระวังเรื่อง การประเมนการหดตัวของมดลูก มักพบอาการแสดงก่อนเกิดภาวะ Pathologic retraction ring คือระดับความรุนแรงการหดตัวของมดลูก (Intensity or severity) จะเป็นแบบไม่คลาย (tetanic contraction หรือ +++++) duration นานกว่า 1 นาที ระยะพักน้อยหรือหดตัวตลอด ไม่มีพักเลย ควรประเมนภาวะ Bladder full ร่วมด้วย เพื่อแยกออกจาก Pathologic retraction ring

2.การหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม

แรงเบ่งของมารดา (maternal force) เป็น Secondary power จะเกิดขึ้นในระยะที่ 2 ของการคลอด เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (Intra abdominal pressure) ทำให้ความดันในช่องท้องและแรงดันภายในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้นถึง3เท่าของแรงจากการหดตัวของมดลูก มีผลช่วยผลักดันให้ทารกเคลื่อนผ่านหนทางคลอดออกมาได้ ถ้ามารดาไม่มีแรงเบ่งหรือแรงเบ่งไม่ดีจะทำให้การเคลื่อนตัวของส่วนนำล่าช้าหรือหยุดชะงักได้

3.การเปิดขยายปากมดลูก

ในระยะใกล้คลอด ปากมดลูกจะมีสภาพเหมาะแก่การคลอดคือ มีความนุ่มมากขึ้นและหดสั้นเข้า จากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) โปรเจสเตอโรน (Progesterone) และ โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ปากมดลูกอาจเปิดขยายเล็กน้อยจากการหดตัวของมดลูกแบบ Braxton Hicks contraction หรือ False labor pain ทำให้ปากมดลูกดึงรั้งขึ้นข้างบน เมื่อเข้าสู่ระยะที่1 การคลอด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและส่วนล่าง ทำให้เกิดการดึงรั้งให้มดลูกส่วนล่างยืดยาว รวมทั้งเนื้อเยื่อปากมดลูกบริเวณ internal os จะถูกดึงรั้งขึ้นจนส่วนของ cervical mucosa กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของมดลูกส่วนล่าง โดยที่ส่วนของ external os ยังไม่เปลี่ยนแปลง ขณะที่มดลูกส่วนล่างถูกยืดขยายจะ

กระตุ้นให้หลัง oxytocin เพิ่มขึ้น มีผลให้มดลูกหดตัวเพิ่มขึ้นเป็นวงจรเรียกว่า Ferguson reflex ทำให้ปากมดลูกบางและเปิดขยาย การเปิดขยายและความบางของปากมดลูก นอกจากอาศัยแรงดันจากการหดตัวของมดลูกแล้ว แรงดันของถุงน้ำคร่ำ และแรงดันจากส่วนนำมากด จะช่วยให้ ปากมดลูกบางตัวและเปิดขยายมากขึ้น ปกติการเปิดขยายปากมดลูก 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์แรก และ 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์หลัง จนเข้าสู่ระยะที่ 2 การคลอด คือ ปากมดลูกเปิดหมด หรือเปิดขยาย 10 เซนติเมตร เรียกว่า cervix fully dilatation ซึ่งเส้นผ่านศูนย์กลางของปากมดลูก 10 เซนติเมตร สามารถทำให้ส่วนที่กว้างที่สุดของส่วนนำของทารกในท่า vertex คือ biparietal diameter (BPD) ซึ่งมีค่าประมาณ 9-10 เซนติเมตรในทารกอายุครรภ์ครบกำหนด สามารถผ่านปากมดลูกออกมาได้ (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2011) ส่วนความบางของปากมดลูก จะหดสั้นและบางขึ้นตามลำดับจนกระทั่งคล้ำไม่พบขอบของปากมดลูก โดยเทียบจากความยาวหรือหนาของปากมดลูกที่ปกติยาว/หนา 2 เซนติเมตร ถ้าหดสั้น/หนา 1 เซนติเมตร ความบางเท่ากับร้อยละ 50 ถ้าหดสั้น/หนา 0.5 เซนติเมตร ความบางเท่ากับร้อยละ 75 ซึ่งในระยะ cervix fully dilatation มักคล้ำไม่พบขอบของปากมดลูกเรียกว่า ความบางร้อยละ 100

4. การเคลื่อนต่ำส่วนนำ

การเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกสามารถบอกความก้าวหน้าของการคลอดได้ว่า ส่วนนำทารกเคลื่อนต่ำลงมามากน้อยเพียงใด โดยใช้การอ้างอิงจากระดับของ Ischial spine เป็นหลัก ซึ่งเป็นปุ่มกระดูกที่อยู่ทางด้านข้างของกระดูกเชิงกราน ซึ่งสามารถคล้ำได้จากการตรวจภายใน ปกติแล้วจะถือว่าที่ระดับของ ischial spine นี้คือ station 0 ถ้าพบว่าส่วนนำของทารกอยู่สูงกว่าระดับของ ischial spine ขึ้นไปอีก 1 เซนติเมตร เป็น station -1 แต่ถ้าส่วนนำอยู่สูงขึ้นไป 2 เซนติเมตรจะถือเป็น station -2 เป็นต้น ในทางกลับกันถ้าส่วนนำของทารกต่ำกว่าระดับ ischial spine ลงมา 1 เซนติเมตร จะเรียกว่า Station +1 ถ้าต่ำลงมาประมาณ 2 เซนติเมตร จะเรียกว่า station +2 การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ จะเด่นชัดเมื่อปากมดลูกเปิดใกล้หมด คือ 8 เซนติเมตรขึ้นไป ในครรภ์แรก เคลื่อนต่ำไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร/ชั่วโมง และไม่น้อยกว่า 2 เซนติเมตร/ชั่วโมงในครรภ์หลัง ถ้าการเคลื่อนต่ำหยุดชะงักนานกว่า 1 ชั่วโมง อาจเกิดความผิดปกติสัดส่วนทารกกับเชิงกรานมารดา ในระยะที่ 2 ของการคลอด ลักษณะฝีเย็บจะมีลักษณะโป่ง นูน ซึ่งเกิดจากการที่ทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมาถ่างขยายช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงของทารกในระยะนี้ ทารกจะอยู่ในลักษณะก้มมากขึ้น และเคลื่อนผ่านช่องเชิงกรานลงมาตามกลไกการคลอด ขณะเบ่งคลอด ปากช่องคลอดจะเปิดอ้าออก เห็นผมเด็กและรูทวารหนักถ่างขยาย แต่จะผลุบกลับเข้าไปเมื่อหยุดเบ่ง เรียกว่า Head seen ถ้าส่วนกว้างที่สุดของศีรษะทารกคือ Biparietal plane เคลื่อนลงต่ำลงมาผ่านพื้นปากช่องคลอดและไม่ผลุบกลับ เมื่อผู้คลอดหยุดเบ่ง เรียกว่า head crown ซึ่งเป็นระยะที่ศีรษะใกล้คลอด

ฝึบ โปงนูน บางใส ขณะผู้คลอดเบ่งคลอด ผู้ทำคลอด ควรเตรียมตัดฝึบในระยนี้เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝึบก่อนคลอด

5.อาการแสดงว่าใกล้คลอด

ในระยใกล้คลอด จะมีสารคัดหลั่งออกจากช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น บางครั้งมีเลือดสดๆออกทางช่องคลอด เนื่องจากการหลุดของ Mucous plug ที่จุกอยู่บริเวณปากมดลูกในช่วงตั้งครรภ์ เรียกว่า Show หรือ Bloody show (อดิวิทูท กมฺพาศ, 2546) ผู้คลอดจะปวดเบ่ง หรือบ่นว่าอยากเบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดรัดตัว รู้สึกปวดถ่วงบริเวณทวารหนักคล้ายอยากถ่ายอุจจาระเนื่องจากศีรษะทารกกดลงมากับอึ่งเชิงกรานและฝึบ(head compression) ขณะเบ่งจะเห็นฝึบโปงนูน บางใส บางรายจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในระยนี้อัตราการเต้นของหัวใจทารกจะช้าลงได้ แต่ควรจะกลับมาอยู่ในอัตราปกติก่อนจะเริ่มมีการหดรัดตัวของมดลูกในครั้งถัดไป

6.ระบบการไหลเวียนโลหิต

เนื่องจาขณะเบ่งคลอด ต้องใช้พลังงานมาก การเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที(cardiac output) เพิ่มขึ้นร้อยละ30-50 แต่ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจแต่ละครั้ง (stroke volume) ไม่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรอาจเพิ่มขึ้นถึง 90 ครั้ง/นาที ผู้คลอดที่สุขภาพดี จะปรับตัวได้ ถ้าเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จะทำให้โรครุนแรงยิ่งขึ้น

7.ระบบขับถ่าย

การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ จะเปียดกระเพาะปัสสาวะไปด้านหน้า มีผลต่อระบบขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็ม (full bladder) จะเห็นลอนโปงนูนที่ท้องน้อย ควรสวนปัสสาวะในระยก่อนคลอด ในระยปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดจะมีความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ รายที่มีอุจจาระคั่งค้าง มักมีอุจจาระออกมาให้เห็นขณะเบ่งคลอด โดยเฉพาะรายที่ได้รับการสวนอุจจาระตั้งแต่แรกรับ อาจถ่ายอุจจาระไม่หมดภายหลังสวน ดังนั้นก่อนทำคลอด จำเป็นต้องทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้ดี โดยเฉพาะบริเวณที่จะตัดฝึบเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด

8.การเผาผลาญสารอาหาร

การเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น อุณหภูมิจึงเพิ่มขึ้น ทำให้มีเหงื่อออกมาก จากการหายใจทางปากทำให้ริมฝีปากและคอแห้ง ควรดูแลเรื่องความสะอาดร่างกาย อาจให้บ้วนปากด้วยน้ำบ่อยๆ ปกติจะให้ดื่มน้ำและอาหารตั้งแต่ระย Active phase ก่อนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

9.ระบบทางเดินอาหาร

การเคลื่อนไหวและการดูดซึมอาหารของระบบทางเดินอาหารลดน้อยลง

10. การรับความรู้สึก (ความเจ็บปวด)

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้คลอดสามารถรับรู้ ความปวดโดยผ่านทางไขสันหลัง (Spinal cord) และส่งสัญญาณความปวดไปที่สมอง จึงทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ความปวด

ในระยะที่ 1 ของการคลอด การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแต่ละครั้งจะทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปที่มดลูกลดลง จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนชั่วคราว และเกิดอาการเจ็บครรภ์ตามมา นอกจากนี้การยืดขยายของปากมดลูกและการหดตัวของมดลูกบริเวณส่วนล่าง (Lower uterine segment) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวด โดยการเปิดขยายของปากมดลูกจะส่งสัญญาณความปวด ไปยังเส้นใยประสาทบริเวณท้องน้อย (Hypo gastric plexus) เข้าสู่เส้นประสาทไขสันหลัง T10 – T12 และ L1 นอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งยังเกิดจากแรงดึงรั้งต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานได้แก่ เอ็น รั้งไข่ ท่อนำไข่ กระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะเพศ ซึ่งความปวดที่เกิดจากแรงดึงรั้งนี้สามารถส่งผ่านความปวดไปยังบริเวณหลังและหน้าขา ทำให้ผู้คลอด มักปวดหลัง และหน้าขาทั้งสองข้างมาก โดยเฉพาะเมื่อส่วนหน้าเคลื่อนลงต่ำลงมาก ไกลจะคลอด แรงดันจากศีรษะทารกจะทำให้ผู้คลอด เกิดความรู้สึกตึงหรือชาบริเวณฝีเย็บ การตัดฝีเย็บช่วงนี้จึงไม่จำเป็นต้องฉีดยาชาก็ได้

ในระยะที่ 2 ของการคลอด ลักษณะความเจ็บปวด จะเกิดที่บริเวณหลังส่วน sacrum บางครั้งปวดที่ขา ด้านหลัง ระยะเบ่งจะรู้สึกปวดที่ฝีเย็บ ขณะที่ศีรษะทารกลงไปช่องคลอดจะกดทับกล้ามเนื้อของพื้นเชิงกราน ความเจ็บปวดจะมีมากที่สุดที่ผิวหนังของปากช่องทางคลอด และฝีเย็บ เนื่องจาก อวัยวะทั้ง 2 นี้ได้รับทั้ง motor และ sensory nerve , motor pathway จาก sacral nerve 2-3-4 (S2 S3 S4) โดยผ่านทาง pudendal nerve และ perineal branch ส่วน sensory pathway มาจาก terminal branches ของ ilioinguinal และ genito - femoral nerves การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดในระยะแรกของการเบ่งควรจะช่วยนวดบริเวณ sacrum ให้กำลังใจผู้คลอดว่า การคลอดใกล้จะสิ้นสุดลงแล้ว พร้อมทั้งซักซ้อมวิธีการเบ่งคลอด

ความปวดจะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดเช่น ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว ขณะเดียวกันความวิตกกังวลและความปวดจากการที่มดลูกหดตัวถี่ขึ้น จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจในการตอบสนองต่อการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ร่วมกับภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ นอกจากนี้ความปวดจะส่งผลให้เกิดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความปวดในการคลอดเพิ่มขึ้น โดยที่ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve system) ถูกกระตุ้นทำให้มีการหลั่งฮอโมนแคทีโคลามีน (catecholamines) จากต่อมหมวกไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว การหดตัวของมดลูกลดลง เป็นผลให้เกิดความก้าวหน้าในการคลอดล่าช้า นอกจากนี้ ความปวดยังส่งผลกระทบต่อทารก เช่น เมื่อมดลูกหดตัว แต่ละครั้งผู้คลอดเกิดความปวด ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve system) ถูกกระตุ้น ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกหดตัว ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกลดลง ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปสู่ทารกในครรภ์ไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ทารกในครรภ์ เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ภาวะเลือดของทารกเป็นกรด (Fetal metabolic acidosis) (ัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี ,2560) วิธีการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะที่1-2 ของการคลอด มารดาควรได้รับการฝึกการหายใจมาตั้งแต่ฝากครรภ์ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด โดยมีวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลาย

ความเจ็บปวด 4 วิธี ได้แก่

วิธีที่ 1 การหายใจแบบช้า (ปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร) เริ่มต้นด้วยการหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง ต่อด้วยการหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ (พร้อมกับนับในใจ 1 2 3 4) ผ่อนการหายใจออกทางปากช้า ๆ (พร้อมกับนับในใจ 1 2 3 4 5) ทำเช่นเดียวกันนี้ในอัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้ง/นาที ปิดท้ายด้วยการหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง

วิธีที่ 2 การหายใจแบบ ตื้น เร็ว เบา (ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร) เริ่มต้นหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง ตามด้วยขณะมดลูกเริ่มหดตัว ให้หายใจแบบช้าก่อน (ตามวิธีที่ 1) เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่แล้วจึงเปลี่ยนเป็นการหายใจแบบตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ ไปเรื่อย ๆ (คล้าย ๆ กับการหายใจเวลาเหนื่อยมาก ๆ คือหายใจ ถึงแค่ระดับคอ แล้วหายใจออก ทางปากถี่ๆ) จนรู้สึกว่ามีมดลูกคลายตัว จึงกลับไปหายใจแบบช้าอีกครั้ง ปิดท้ายด้วยการหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง

วิธีที่ 3 การหายใจแบบตื้นเร็วและเป่าออก (ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร) เริ่มต้นหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง ตามด้วยการหายใจทางปากแบบตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ 4 ครั้ง . แล้วเป่าลมออก 1 ครั้ง เมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง

วิธีที่ 4 การหายใจเพื่อเบ่งคลอด (ปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร) หายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นลมหายใจ ปิดปากแน่น คางจรดหน้าอกพร้อมทั้งเบ่งลมไปทางช่องคลอด แล้วหายใจออกทางปาก หลังจากนั้นหายใจเข้าช้าเช่นเดิมอีก ทำทั้งหมดประมาณ 3-4 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้ง เมื่อหยุดเบ่งให้อ้าปากหายใจเข้าออกทางปากตื้น ๆ เร็ว ๆ

11.การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม

ในระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและความกลัวมากขึ้น จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้คลอดมีความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เช่น กลัวเจ็บ กลัวได้รับบาดเจ็บจากการคลอด กลัวการฉีกขาดของช่องคลอด กลัวตนเองจะได้รับอันตรายหรือเสียชีวิต กลัวคลอดเองไม่ได้ กลัวการผ่าตัด และมีความกลัวเกี่ยวกับทารก เช่น กลัวพิการ หรือเสียชีวิต ผลกระทบของความกลัว ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า วิตกกังวลมากขึ้น บางรายเป็นมากจนส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่าง มารดา ทารกและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด ผลกระทบของความกลัวระยะคลอดต่อทารก ทำให้ผู้คลอดหลังฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว ทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่รกน้อยลงทำให้ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน ระดับความกลัวของผู้คลอดแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นกับความก้าวหน้าของการคลอดในขณะคลอดและเบ่งคลอด การรับรู้สถานการณ์อันตรายหรือภาวะคุกคามทางด้านร่างกายและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ในขณะนั้น ทำให้ผู้คลอดบางรายมี

พฤติกรรมแสดงออกในทางก้าวร้าว เช่น ร้องเอะอะโวยวาย ตำคำหยาบ ตีนกั้ว ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด ปิดมือผู้ทำคลอดขณะทำคลอดหรือเย็บแผล

การพยาบาลผู้คลอดในระยะที่2ของการคลอด

1.การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดระยะที่2

ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด ได้แก่ รูปร่างและขนาดของหนทางคลอด ลักษณะและขนาดของทารกในครรภ์ แรงในการคลอด ท่าของผู้คลอด ภาวะจิตใจ (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล,2559) บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดในระยะที่2 ได้แก่

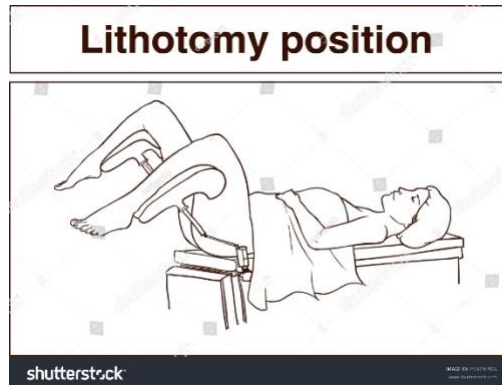
1.การแนะนำวิธีเบ่งที่ถูกต้อง

ระยะเวลาตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดถึงทารกคลอด เฉลี่ยระยะเวลาเบ่งคลอด ไม่ควรเกิน2ชั่วโมง ในครรภ์แรกและไม่เกิน1ชั่วโมงในครรภ์หลัง ในระยะนี้ควรสอนวิธีเบ่งที่ถูกต้อง คือ เบ่งขณะเจ็บครรภ์และมดลูกมีการหดตัวโดยเริ่มจาก สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ กลั้นหายใจ(Close glottis) แล้วเบ่ง(สูด-กลั้น-เบ่ง) โดยให้ลมเบ่งไปที่ก้น เหมือนเบ่งถ่ายอุจจาระ เบ่งให้ได้อย่างน้อย2-3 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก1 ครั้ง ข้อควรระวัง การกลั้นหายใจขณะเบ่ง ไม่ควรนานเกิน 6 วินาทีต่อการเบ่ง1ครั้ง เพราะอาจเกิด valsalva maneuver คือความดันโลหิตลดต่ำลง หัวใจเต้นเร็วขึ้นและมีการหดตัวของเส้นเลือด เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน เมื่อผู้คลอดหยุดเบ่งความดันโลหิตจะพุ่งสูงขึ้น หัวใจเต้นช้าลง ถ้ามีพยาธิสภาพที่หัวใจ หัวใจอาจทำงานชดเชยไม่ได้ ทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติและเกิดหัวใจหยุดเต้น (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ ,2555) การเบ่งจะได้ผลดีขึ้น ทีมพยาบาลจะต้องช่วยเชียร์เบ่งคลอดไปตามจังหวะ สูด-กลั้น-เบ่ง ไม่ควรเบ่งคลอดเร็วเกินไป ก่อนปากมดลูกเปิดหมด จะส่งผลให้ปากมดลูกบวม การเปิดขยายของปากมดลูกช้า ทำให้การดำเนินการคลอดช้าลง ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการสอนวิธีเบ่งคลอด สามารถทำได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ จากงานวิจัย ได้มีการสอน วิธีเบ่งคลอดตามธรรมชาติในช่วงมดลูกหดตัว และเมื่อมดลูกคลายตัวให้ควบคุมลมหายใจ เบื้องต้นของโยคะ โดยครั้งแรกสอนเมื่ออายุครรภ์ 30-32สัปดาห์ และสอนครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สอนนานครั้งละประมาณ 45 นาที โดยให้ชม วีดิทัศน์ ประกอบการสอน และแจกแผ่นพับ วิธีปฏิบัติการควบคุมลมหายใจเบื้องต้นของโยคะเพื่อนำกลับไปฝึกที่บ้าน เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด จะได้รับ การทบทวนการควบคุมลมหายใจเบื้องต้นของโยคะอีกครั้ง กรณีที่ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 7 เซนติเมตร และในระยะที่ 2 ของการคลอด ให้เบ่งคลอดตามธรรมชาติในช่วงมดลูกหดตัว และเมื่อมดลูกคลายตัวให้ควบคุมลมหายใจเบื้องต้นของโยคะ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่สอนวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ อย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดลดลง และลดความเหนื่อยล้าหลังคลอด 2 ชั่วโมง (วันฉภา สุขขิง,2561)

2.การจัดทำนอนขณะเบ่งคลอด

การจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่า ศีรษะสูงพบว่ามีความสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกที่แรงขึ้นและ

สม่ำเสมอ และทำให้ระยะเวลาของการคลอดน้อยลง ท่าเบ่งคลอดที่นิยมคือ ท่านอนหงาย ขาวางพาดบนขาหยั่ง (lithotomy) ควรให้ศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศาเพื่อให้การเบ่งมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม หากให้ผู้คลอดพาดขาหยั่ง นานเกิน 1 ชั่วโมง จะทำให้เลือดมาคั่งบริเวณอุ้งเชิงกรานมากขึ้น เนื่องจากเลือดไหลไปยังส่วนปลายได้ยาก และอาจนำไปสู่ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) ภายหลังคลอดได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ ผู้คลอดพาดขาหยั่งนานเกินไปในรายที่ผู้คลอดมีเส้นเลือดขดมาก ไม่ควรจัดให้อยู่ในท่านี้



3.การดูแลความสุขสบาย

การพยาบาลทั่วไปและการช่วยเหลือ ในระยะนี้ผู้คลอดจะต้องใช้พลังงานอย่างมากในการเบ่งคลอดจะมีเหงื่อออกมากบริเวณมือ ใบหน้า และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ควรดูแลทำความสะอาดร่างกายโดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดที่ใบหน้าและร่างกายเพื่อความสุขสบาย การผ่อนคลายความเจ็บปวด ระยะนี้ผู้คลอดจะปวดบริเวณหลัง ก้น กบ ปากช่องคลอด ควรบรรเทาปวดด้วยการนวดที่บริเวณหลังและก้นกบ

4.การดูแลกระเพาะปัสสาวะ

ควรดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ถ้าถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้ อาจต้องสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนนำ การลอกตัวของรกและการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

5.การดูแลสภาพจิตใจ

การดูแลเกี่ยวกับภาวะจิตใจของผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด ควรได้รับการเตรียมด้านจิตใจตั้งแต่มารดาฝากครรภ์ที่ ANC และระยะที่ 1 ของการคลอดโดยอธิบายกระบวนการคลอดคร่าวๆ ให้ผู้คลอดเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และระยะเบ่งคลอดควรให้กำลังใจ บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ และแผนการดูแลถ้าการดำเนินการคลอดล่าช้า หรือผิดปกติ

6.การดูแลให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ

ดูแลการได้รับสารน้ำและอาหาร ในระยะนี้ผู้คลอดจะกระหายน้ำ ปากคอแห้งจากการสูญเสียพลังงานที่ใช้ในการเบ่งคลอด และการงดน้ำและอาหารตั้งแต่วะยะที่ 1 ของการคลอด หรือระยะ active phase จึงต้องดูแลการให้สารน้ำให้เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ บางรายอาจมีคลื่นไส้ อาเจียนให้ระวังเรื่องการสำลัก

7.ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ

โดยแนะนำผู้คลอดให้พยายามพักผ่อนเต็มที่ในระยะที่มดลูกคลายตัวให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อสงวนกำลังไว้เบ่งได้เต็มที่

8.การประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและสถานะของทารกในครรภ์

ระยะที่2ของการคลอด จะประเมินความก้าวหน้าของการคลอดจาก แรงการหดตัวของมดลูก แรงเบ่งของผู้คลอดและการเคลื่อนลงต่ำของส่วนนำ และระยะเวลาที่ใช้ในการเบ่งคลอด ครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมงไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อประเมินหาสาเหตุและวางแผนการรักษา เช่น ให้ยา oxytocin กรณีการหดตัวของมดลูกไม่ดี หรือวินิจฉัยภาวะ CPD

ประเมินสถานะของทารกในครรภ์ (Fetal condition)โดยฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (FHS) อย่างน้อยทุก5-15 นาที ขณะมดลูกคลายตัวหรือผู้คลอดหยุดเบ่ง ปกติอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง120-160 ครั้ง/นาที ระยะเบ่งคลอด อาจพบหัวใจเต้นช้าหรือมีภาวะ early deceleration พบได้ร้อยละ 90 ของการคลอด เนื่องจากศีรษะเคลื่อนลงต่ำ กดกับพื้นเชิงกราน ฝั้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เนื่องจากอัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้นในระยะนี้ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นเล็กน้อย รายที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นในระยะก่อนคลอด ต้องระวังเป็นพิเศษ

2.การช่วยคลอดปกติ

2.1.การเตรียมอุปกรณ์ทำคลอด

ควรเตรียมอุปกรณ์ไว้ล่วงหน้าเพื่อให้รับคลอดได้ทันเวลา การจัดอุปกรณ์ จะแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล บางแห่งจะจัดเมื่อใกล้คลอด (ปากมดลูกเปิดหมด) บางแห่งจะจัดเตรียมไว้ กรณีฉุกเฉินอย่างน้อย 1 set แต่เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำคลอด จะคล้ายๆกัน ประกอบด้วย

- 1.คีมคีบสำลี(Sponge forceps) สำหรับคีบสำลีทำความสะอาดอวัยวะเพศ1
- 2.กรรไกรตัดฝีเย็บ 1 อัน ตัดสายสะดือ1 อัน และตัดไหม 1 อัน
- 3.แคลมป์หนีบสายสะดือ (cord clamp) 2 อัน สำหรับคล้องด้วยยางรัด cord 1 อัน
- 4.forceps ไม่มีเขี้ยว สำหรับเกี่ยวยางรัดสายสะดือ (บางแห่งใช้ Artery ตัวเล็กๆ เกี่ยวยางรัด cord)
- 5.ถ้วยเล็ก 2 ใบ ใบแรกใส่สำลี 2ก้อนสำหรับเช็ดทำความสะอาดทารก (เช็ดด้วยน้ำยา normal saline) ใบที่2 ใส่สำลี 1 ก้อนสำหรับเช็ดสะดือทารก (เช็ดด้วย ทิงเจอร์ไอโอดีน(Tr.iodine2.5.%)
- 6.ถ้วยใหญ่ ใส่สำลีก้อนใหญ่ 8-10 ก้อนสำหรับทำความสะอาดหน้าขาและอวัยวะสืบพันธุ์ (บางแห่งมากกว่า 10 ก้อน เพื่อไว้สำหรับล้างแผลฝีเย็บ ก่อนเย็บแผล)
- 7.ขามใบใหญ่ 1 ใบ สำหรับใส่รก
- 8.ลูกสูบยางแดง 1 อัน สำหรับดูดมูกในปากและจมูก
- 9.ผ้าก๊อซ และ ผ้าควบคุมฝีเย็บหรือผ้าสำหรับ Safe perineum 1 ผืน (บางแห่ง จะเตรียม tampon

หรือผ้าก๊อซที่พับเป็นก้อนสี่เหลี่ยมผืนผ้าด้วยด้ายยาวๆ ไว้สำหรับอุดห้ามเลือดหรือ packing ในช่องคลอด ถ้ามีเลือดออกมากๆ

10. ผ้าปูทำคลอด ประกอบด้วย ผ้าสี่เหลี่ยมสำหรับรับทารก (ส่วนใหญ่ผ้าผืนนี้จะคลุม set คลอดไว้ เมื่อมีคลอด จะนำไปวางใต้ radiant warmer ให้อบอุ่น ก่อนนำมารับเด็ก) ผ้ารองใต้กันเมื่อทำคลอด ผ้าคลุมหน้าห้อง ผ้ารองใต้กันเมื่อเย็บแผล และผ้าที่ตัดเย็บเป็นถุงเท้ายาวสำหรับใส่ขาผู้คลอดทั้ง 2 ข้าง

11. ถุงพลาสติกกรองเลือด ที่มีขีดปริมาตร เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออก หรือ blood loss

12. อุปกรณ์สำหรับเย็บแผลฝีเย็บ ประกอบด้วย

- needle holder สำหรับจับเข็มเย็บ

- forceps มีเขี้ยว 1 อันสำหรับจับเนื้อ และไม่มีเขี้ยว 1 อันสำหรับจับเข็มเย็บแผล ป้องกันเข็มแทงมือ

ผู้ทำคลอด

- กระจกฉีดยา (syringe 10 ซีซี) เข็มเบอร์ 18 สำหรับฉีดยาชา (2% xylocain) เข็มเบอร์ 23 สำหรับฉีดยาชาเข้ากล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ

- ไหมเย็บแผลชนิดติดเข็มโคง (chromic cat gut)





2.2 การเตรียมสิ่งแวดล้อม

ควรปรับอุณหภูมิในห้องคลอดให้เหมาะสม ไม่เย็นจนเกินไป (อุณหภูมิที่เหมาะสม คือ 26-28 องศา) เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำส่วนใหญ่จะปิดเครื่องปรับอากาศทันทีภายหลังศีรษะทารกคลอดออกมาและจัดเตรียมโคมไฟ ให้มีแสงสว่างเพียงพอ และ เตรียมถังใส่ขยะติดเชื้อและถังใส่ผ้าเปื้อนเลือด

2.3 การเตรียมรับทารก

เปิดเครื่อง radiant warmer ก่อนคลอดอย่างน้อย 15 นาทีตั้งอุณหภูมิที่ mode manual 36.5 องศา เซนเซียส วางผ้ารับเด็กใต้ radiant warmer เพื่อความอบอุ่น



2.4 การเตรียมผู้คลอด

การจัดท่าผู้คลอด ส่วนใหญ่คือท่านอนหงาย ขาวางพาดบนขาหยั่ง (lithotomy) ควรจัดในเวลาที่เหมาะสมไม่เร็วเกินไป เพราะผู้คลอดจะปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและมีอาการชา ตะคริว ทำให้การไหลเวียนเลือดส่วนปลายไม่ดี เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำตามมาภายหลังได้ สำหรับเตียงที่ใช้ทำคลอด จะมี 2 ท่อน ท่อนบนกับท่อนล่าง สามารถแยกจากกันได้ บางแห่งจะแยกท่อนล่างออก ผู้ทำคลอดจะยืนอยู่ตรงกลางระหว่างขาผู้คลอด เมื่อทารกคลอด จะอุ้มทารกวางพาดบนหน้าท้องผู้คลอดแต่โรงพยาบาลบางแห่งจะไม่แยกเตียงท่อนล่าง เพื่อความสะดวกในการช่วยเหลือทารก และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากทารกหลุดมือ

2.5 การเตรียมผู้ทำคลอด (วิธีล้างมือ ใส่เสื้อกาวน์และใส่ถุงมือ)

เมื่อผู้คลอดมีลมเบ่ง การเปิดขยายของปากมดลูก 10 ซม.ส่วนนำลงต่ำ ขณะเบ่งเห็นผมของทารก ผู้ทำคลอดเตรียมตัวให้พร้อมโดยสวมหมวก ใส่ mask ใส่ faceshield ใส่เอี๊ยมพลาสติกกันเปื้อน ใส่รองเท้าบูท ทำความสะอาดมือถึงข้อศอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช็ดมือ ใส่เสื้อกาวน์ สวมถุงมือ ด้วยหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ

2.6 ขั้นตอนการช่วยคลอดทารก

ในระยะที่2ของการคลอด เป็นช่วงเบ่งคลอด ศีรษะทารกพร้อมที่จะคลอดภายหลังจากทารกผ่านกลไกการคลอดตั้งแต่Engagement, Descent and Flexion และเกิดการหมุนภายในหรือ Internal rotation โดยเอาท้ายทอยหมุนไปทางด้านหน้าเพื่อให้รอยต่อแสมกลาง (sagittal suture) อยู่ในแนวหน้า-หลังของช่องออกเชิงกราน ระยะนี้เมื่อผู้คลอดเบ่ง จะเห็นฝีเย็บโป่ง นูน ซึ่งเกิดจากการที่ทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมาถ่างขยายให้ปากช่องคลอดเปิดอ้าออก เห็นผมเด็กและรูทวารหนักถ่างขยาย แต่จะผลุบกลับเข้าไปเมื่อหยุดเบ่ง เรียกว่า Head seen ช่วงนี้ผู้ทำคลอดจะเตรียมทำคลอด โดย

1.ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้คลอดโดยใช้คีมคีบสำลี (Sponge forceps) ที่ใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ ทำความสะอาดดังนี้

ก๊อนที่1 พอกจากบริเวณหัวเหน่าขึ้นไปทางด้านท้อง

ก๊อนที่2 พอกหน้าขาด้านใกล้ตัวตั้งแต่โคนขาไปถึง2/3ของขาท่อนบนและแก้มกัน

ก๊อนที่3 พอกหน้าขาด้านไกลตัวตั้งแต่โคนขาไปถึง2/3ของขาท่อนบนและแก้มกัน

ก๊อนที่4 พอกแคมใหญ่และแคมเล็กด้านใกล้ตัวจากข้างบนลงมาข้างล่าง (ใช้กลับด้านสำลี)

ก๊อนที่5 พอกแคมใหญ่และแคมเล็กด้านไกลตัวจากข้างบนลงมาข้างล่าง(ใช้กลับด้านสำลี)

ก๊อนที่6 พอกบริเวณตรงกลางจากคลิตอริสลงไปจนถึงรอบรูทวารหนัก

ก๊อนที่7 เช็ดที่รอบทวารหนักซ้ำอีกครั้ง

2.ผู้ทำคลอด ให้สวมปลอกขาถึงโคนขาทั้ง2ข้างโดยสอดมือเข้าใต้ผ้าที่พับตลบกลับด้านโคนขา สวมปลอกขาด้านใกล้ตัวของผู้ทำคลอดก่อน จากนั้นสวมถุงเท้าด้านไกลตัวเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเสื้อกาวน์ขณะปูผ้ารองกัน ปูผ้ารองกันโดยพับชายผ้าด้านบนเข้ามาประมาณ 1ใน4 ส่วน หงายมือทั้งสองข้างสอดเข้าใต้ผ้าที่พับลง เพื่อป้องกันถุงมือโดนกันผู้คลอด และผู้คลอดควรมองหน้าท้องถึงหัวเหน่า โดยเอาด้านสันไว้ที่ยอดมดลูกเพื่อผู้คลอดเอามือมาโดนผ้าสะอาดด้านบน จะได้ตลบผ้าด้านในได้ (ตามรูป) หลังจากนั้น ผู้ทำคลอดจัดเรียงอุปกรณ์ทำคลอดตามลำดับการใช้งาน (ตามรูป) ขณะที่ผู้คลอดเบ่ง จนส่วนกว้างที่สุดของศีรษะทารกคือ Biparietal plane เคลื่อนลงต่ำลงมา ผ่านพื้นปากช่องคลอดและไม่ผลุบกลับ เรียกว่า head crown ฝีเย็บ โป่งนูน บางใส ผู้ทำคลอดควรเตรียมตัดฝีเย็บ เพื่อขยายช่องทางออกให้เหมาะสมกับส่วนนำ ลดอันตรายต่อการมีเลือดออกในสมองจากการที่ศีรษะทารกกดกับบริเวณปากช่องคลอดเป็นเวลานานและลดอันตรายที่อาจเกิดการฉีกขาดของฝีเย็บ ก่อนตัดฝีเย็บควรทำความสะอาดตรงตำแหน่งที่จะตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ อาจฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วย xylocain 1%หรือ2%

ก่อนตัดให้ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือข้างที่ไม่ถนัดสอดเข้าไปในช่องคลอดให้นิ้วอยู่ระหว่างฝีเย็บและศีรษะทารก เพื่อป้องกันปลายกรรไกรตัดถูกส่วนของศีรษะทารก พยายามเฉียงตรงบริเวณที่มีเส้นเลือดเพราะจะทำให้เสียเลือดมาก วิธีการตัดฝีเย็บที่นิยมมี2แบบ คือ

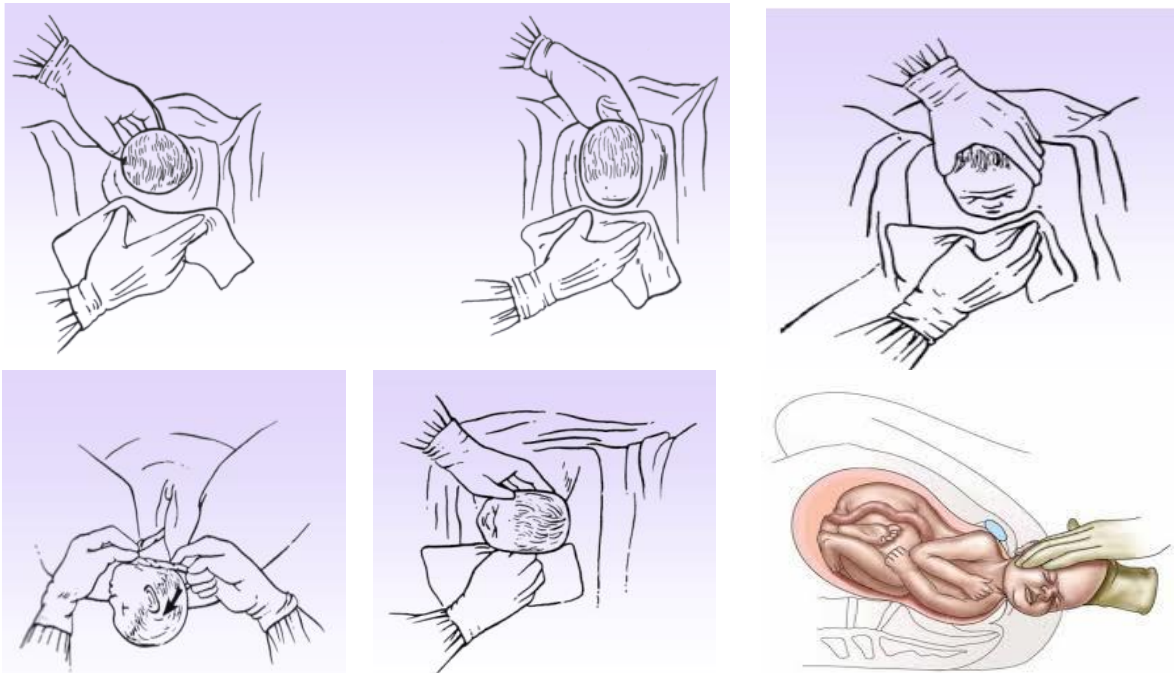
1.ตัดตามแนวกลางฝีเย็บ(median episiotomy) โดยตัดจาก fourchetteลงไปตรงๆยาว 2.5-3 เซนติเมตร

2.ตัดแบบเฉียง(medio lateral episiotomy) โดยตัดจาก fourchette เป็นแนวเฉียงประมาณ 45 องศา ยาวประมาณ 2-2.5 เซนติเมตร มี2แบบคือตัดเฉียงไปด้านซ้าย เรียก left medio lateral episiotomy และตัดเฉียงไปทางขวา เรียก right medio lateral episiotomy (ตามรูป)

ภายหลังตัดฝีเย็บ ถ้าผู้คลอดหยุดเบ่ง ควร stop bleedingที่แผลฝีเย็บโดยนำผ้าก๊อซ กดไว้ เพื่อไม่ให้เลือดออกมาก ช่วงนี้ทีมควรช่วยเชียร์เบ่งคลอด ให้กำลังใจ กลไกการคลอดต่อจากนี้คือการเกิด Extension ผู้ทำคลอดช่วยทำคลอดศีรษะโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือข้างที่ไม่ถนัดกดบริเวณใต้ท้ายทอยของศีรษะทารกไว้เพื่อไม่ให้เงยศีรษะเร็วเกินกว่ากำหนด หรือให้ทารกเอาส่วนที่เล็กที่สุด คือ เส้นผ่าศูนย์กลาง SOB ผ่านช่องคลอดออกมา ก่อน เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดเพิ่มขึ้น แล้วตามด้วยเส้นผ่าศูนย์กลาง OF และ OMตามลำดับ ส่วนมือข้างที่ถนัดถือผ้าสำหรับควบคุมฝีเย็บ หรือผ้า safe perineum (บางโรงพยาบาลจะทำเป็นผ้า top gauze ขึ้นหนาๆ) รวบเนื้อและผิวหนังบริเวณฝีเย็บไว้และยันเพื่อให้ศีรษะทารกเงยขึ้น เมื่อเส้นผ่าศูนย์กลาง SOB ของส่วนนำผ่านออกมาแล้ว มือข้างที่ไม่ถนัดให้เปลี่ยนจากที่กดบริเวณใต้ท้ายทอยมาโกยศีรษะบริเวณเหนือฝีเย็บให้เงยขึ้นเมื่อศีรษะทารกผ่านพ้นช่องคลอด ให้ทิ้งผ้า safe perineum ลงถังขยะ แนะนำให้ผู้คลอดหยุดเบ่ง อ้าปาก หายใจทางปากยาวๆและลึกๆเพื่อควบคุมไม่ให้เบ่งก่อนที่ทางเดินหายใจของทารกจะได้รับการช่วยเหลือ เพราะการสำลักน้ำคร่ำเข้าปอดจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะน้ำคร่ำที่มีขี้เทาปน ผู้ทำคลอดเช็คตาทารกทั้ง2ข้างด้วยสำลีชุบน้ำยา normal saline กลไกการคลอดต่อจากนี้คือ Restitution , external rotation และexpulsion ในขั้นตอน Restitution ไหล่จะมีการหมุนภายในตามกลไกการคลอด เพื่อให้ความกว้างของไหล่มาอยู่ในแนวหน้า-หลังของช่องออก พร้อมๆกับการหมุนของศีรษะภายนอกโดยปกติทารกจะหมุนเองตามธรรมชาติ แต่ทารกที่มีน้ำหนักมาก ผู้ทำคลอดต้องช่วยหมุนศีรษะทารก โดยจะหมุนมาข้างหน้า ในทิศทางตามเข็มนาฬิกา45องศา (กรณีท่าLOA) และทวนเข็มนาฬิกา45องศา (กรณีท่าROA) ตามการหมุนภายในของไหล่เพื่อให้ตั้งฉากกันระหว่างศีรษะกับไหล่ ผู้ทำคลอดclear air way ทางเดินหายใจทารกโดยดูมูกในปาก จมูกและลำคอเด็กด้วยลูกสูบยาง ตรวจดูว่าสายสะดือพันคอหรือไม่ ถ้าพันคอรอบเดียว ไม่แน่นมาก ให้จับสายสะดือผ่านพ้นศีรษะทารก ถ้าพันคอสองรอบ ให้ artery 2 ตัว clamp cord ใช้กรรไกรตัดสายสะดือแยกจากกัน เพื่อไม่ให้รัดคอทารก (ตามรูป) กลไกการคลอดต่อไป คือ external rotation ผู้ทำคลอดจะต้องช่วยหมุน โดยหมุนศีรษะทารกตามเข็มนาฬิกาต่อไปอีก45 องศา จะทำให้ศีรษะทารกอยู่ในแนวขวาง โดยท้ายทอยอยู่ทางซ้ายของผู้คลอด หรือท่า LOT (ท่า LOAในระยะก่อนคลอด) ในทางกลับกัน ผู้ทำคลอดหมุนศีรษะทารกทวนเข็มนาฬิกาต่อไปอีก45 องศา จะทำ

ให้ศีรษะทารกอยู่ในแนวขวาง โดยทำหอยอยู่ทางขวาของผู้คลอด หรือท่า ROT (ท่า ROA ในระยะก่อนคลอด) ช่วงนี้ไหล่หน้าทารกจะลงมายันได้รอยต่อกระดูกหัวเหน่า ตามกลไก expulsion (ภายหลังศีรษะคลอดหรือก่อนไหล่หน้าคลอด ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น circulate จะเตรียมยา syntocinon 10 unit เพื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่หัวไหล่ของมารดา เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด) ผู้ทำคลอดจะช่วยทำคลอดไหล่และลำตัวทารก และตัดสายสะดือ โดย

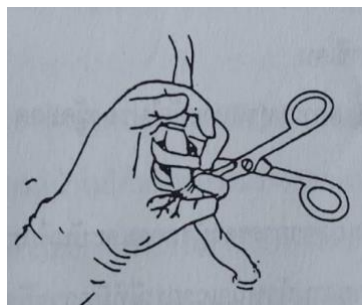
1. ช่วยคลอดไหล่ โดยใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างจับบริเวณขมับทั้ง 2 ข้างของทารกไว้ แล้วโน้มศีรษะทารกลงข้างล่าง ตามทิศทางของช่องเชิงกรานอย่างนุ่มนวล เพราะถ้าออกแรงมากเกินไปอาจทำให้ brachial nerve ได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อ sternomastoid และทำให้ทารกคอเอียง (congenital torticollis) ได้ในภายหลัง เมื่อไหล่บนเคลื่อนลงมา จนเห็นซอกรักแร้ ให้ช่วยคลอดไหล่ล่างโดยโน้มศีรษะทารกขึ้นประมาณ 45 องศา กับแนวดิ่ง ขณะโน้มขึ้นให้สังเกตบริเวณฝีเย็บด้วยอาจมีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นได้ อย่านำให้ผู้คลอดแบ่ง



2. ช่วยคลอดลำตัว แขนและขา เมื่อไหล่ทั้งสองข้างคลอดแล้ว ผู้ทำคลอดเปลี่ยนมือที่จับบริเวณขมับทารก ด้านบนมารองรับลำตัวแทน แล้วลูบไปตามสีข้างลำตัวจนจับขาทั้งสองข้าง นิ้วที่เหลือรวบข้อเท้าไว้ วางทารกไว้ตามขวางโดยด้านหลังเข้าหาช่องคลอด จับตะแคงหน้า ดูปมูกในปาก จมูกอีกครั้ง และกระตุ้นให้ทารกร้อง โดยเช็ดตัวให้แห้ง

3. การตัดสายสะดือทารก ใช้ cord clamp ตัวแรกที่คล้องด้วยยางรัดสายสะดือ คีบที่สายสะดือห่างจากหน้าท้องทารกประมาณ 2 เซนติเมตร โดยอย่าให้ปลาย cord clamp ยื่นไปมาก จะทำให้เกี่ยวยางรัด cord ไม่ได้ ตัวที่ 2 คีบห่างจาก cord clamp ตัวแรกประมาณ 3 เซนติเมตรโดยให้รัดสายสะดือก่อน clamp ตัวที่ 2 วางสายสะดือบนนิ้วกลางและนิ้วนางของมือข้างที่ไม่ถนัด ส่วนนิ้วชี้และนิ้วก้อยให้วางทับบนสายสะดือ สอดสำลีสับ

Tr.iodine 2.5% ไว้ได้สายสะดือตรงตำแหน่งที่จะตัด มือที่ถนัดถือกรรไกรตัด cord โดยหันปลายกรรไกร เข้าหาอุ้งมือพร้อมกำมือไว้ขณะตัด เพื่อมิให้ตัดเอานิ้วมือทารกที่เคลื่อนไหวไปมา ควรตัดให้ห่างจาก cord clamp ตัวแรก 1 เซนติเมตร เมื่อตัดเสร็จให้วางสายสะดือด้านที่มี cord clamp ตัวที่ 2 วางพาดบนหน้าท้อง จากนั้นวางสายสะดือที่มี cord clamp ตัวแรก บนมือข้างที่ไม่ถนัด แล้วมือข้างที่ถนัดจับ forceps ไม่มีเข็มหรือ Artery clamp เกี่ยว ย่างรัด cord ไปบนสายสะดือ ปลด cord clamp บีบสายสะดือเพื่อตรวจสอบว่ามีเลือดออกมาหรือไม่ พร้อมกับเช็ดทำความสะอาดสายสะดืออีกครั้งด้วยสำลีชุบ Tr.iodine 2.5% ยกทารกให้ผู้คลอดดูหน้าและเพศ และผู้ทำคลอดยืนยันเพศอีกครั้ง ก่อนส่งทารกให้กับผู้รับเด็ก เพื่อดูแลต่อไป



2.7 การทำคลอดรกและการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ

ภายหลังทารกคลอด จะเข้าสู่ระยะที่ 3 ของการคลอด คือ ตั้งแต่ ทารกคลอดถึงรกคลอด ใช้เวลาไม่ควรเกิน 30 นาที ก่อนทำคลอดรก จะต้องประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกว่ารกลอกตัวก่อน คือ uterine sign cord sign และ vulva sign เมื่อทำคลอดรกเสร็จ ผู้ทำคลอดจะทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อีกครั้ง ก่อนปูผ้ารองกันพื้นใหม่ และทำการเย็บแผลฝีเย็บ (รายละเอียดในการพยาบาลมารดาในระยะที่ 3 ของการคลอด) เป็นอันสิ้นสุดกระบวนการทำคลอดปกติ

คลิปวิดีโอประกอบการสอน

https://www.youtube.com/watch?v=ZDP_ewMDxCo

(Patient Education Animation ; Labour and Vaginal birth ของ Nucleus Media)

<https://youtu.be/jFdXx35VR-o>

(Amazing Normal Labour & Vaginal birth ของ 7 active studio)

<https://youtu.be/r9o5ZjRkyZE> (คณะพยาบาลศาสตร์ ม.รังสิต)

<https://www.youtube.com/watch?v=oSlbZVDtkTg&t=5s>

(วิธีการหายใจเตรียมตัวเบ่งคลอด รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1 กรุงเทพ)

<https://youtu.be/3nZaUlKicCE>

(สาธิตการทำคลอดปกติ ของ สาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ สภากาชาดไทย)

บรรณานุกรม

เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2011). การคลอดปกติทางช่องคลอด. ออนไลน์สืบค้นจาก

<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index>.

ธัญญารัตน์ กุลณีจิตต์เมธี.(2560).ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. สมาคมสถาบัน
อุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช

พิริยา ศุภศรี.(2535). การพยาบาลในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 1 .ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ เขตห้วยขวาง กรุงเทพ.

ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล.(2016).ความก้าวหน้าของการคลอดกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ . Journal of The
Royal Thai Army Nurses . 17(2) ; 2.

มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2555). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข .การ
พยาบาลสูติศาสตร์เล่ม2 .พิมพ์ครั้งที่10; บริษัท ยูทธรินทร์ การพิมพ์ .กรุงเทพ.

วันฉภา สุขยิ่ง และคณะ.(2561). ผลของการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติร่วมกับการควบคุมลมหายใจเบื้องต้นของ
โยคะต่อ ระยะเวลา ในระยะที่ 2 ของการคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอดในหญิงครรภ์แรก. วารสาร
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 10 (1) .

อติวุธ กุมุทมาศ. (2546). ตำราสูติศาสตร์การตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. พิมพ์ครั้งที่1 หน้า 258 . กุมาร;
6(2) หน้า 159-160.

