

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ

Nursing Care of Pregnant Women Experiencing Antepartum Hemorrhage from Placenta Previa

บุญมี ภูदानงัว* ปร.ด.

Boonmee Phoodaangau, Ph.D.

บทคัดย่อ

รกเกาะต่ำ เป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การตกเลือดก่อนคลอด อันทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราการตายของมารดา และอัตราการตายปริกำเนิดสูงขึ้น จึงเป็นภาวะเสี่ยงสูงที่คุกคามต่อชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด อย่างไรก็ตาม อันตรายจากภาวะรกเกาะต่ำสามารถป้องกันได้ หากพยาบาลผดุงครรภ์และสตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ และได้รับการดูแลที่เหมาะสมทันเวลาที่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และอธิบายเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ เพื่อเป็นความรู้ทั่วไปสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นประโยชน์สำหรับนิสิต นักศึกษา และผู้ที่สนใจ ตลอดจนเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อสามารถให้การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: ภาวะรกเกาะต่ำ สตรีตั้งครรภ์ การพยาบาล

Abstract

Placenta previa is a critical obstetrical emergency encompasses antepartum hemorrhage. Placenta previa can increase preterm birth rate, maternal mortality rate and perinatal mortality rate. Placenta previa is a potentially life threatening condition for both the baby and the mother and this condition can occur during

pregnancy, labor and/or post-delivery. However, the risks of placenta previa can be prevented if midwives and pregnant women have the knowledge in regard to placenta previa. The aim of this article is to explain and provide general knowledge for pregnant women with placenta previa to encourage the ability of self-care, health professionals, students and individuals with interest in placenta previa, and how to provide quality and effective care for pregnant women experiencing placenta previa.

Keywords: Placenta previa, pregnant women, nursing care

บทนำ

รกเกาะต่ำ (placenta previa) เป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การตกเลือดก่อนคลอด (antepartum hemorrhage) อันทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราการตายของมารดา และอัตราการตายปริกำเนิดสูงขึ้น (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555; Cunningham, Leveno, Bloom, Hault, Rouse & Spong, 2010; Katz, 2001; Zlatnik, Cheng, Norton, Thiet & Caughey, 2007) รวมทั้งเป็นข้อบ่งชี้สำคัญของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พบบ่อย (สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555) ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น ในมุมมองด้านการแพทย์และการพยาบาลจึงกำหนดให้รกเกาะต่ำเป็นภาวะเสี่ยงสูงที่คุกคามต่อชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ

การมีภาวะรกเกาะต่ำนี้ สตรีตั้งครรภ์จะทราบก็ต่อเมื่อแพทย์ได้ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นอาการนำสำคัญให้มาพบแพทย์ และเป็นสาเหตุให้สตรีตั้งครรภ์อาจจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวและเตรียมใจมาก่อน (Katz, 2001) ที่สำคัญ เลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก (Usta, Hobeika, Abu Musa, Gabriel & Nassar, 2005) หรือจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน หรือจนกระทั่งคลอดเพื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวทารกในครรภ์เสียชีวิต มีภาวะเครียดทางจิตใจที่ต้องแยกจากครอบครัว ห่วงภาระหน้าที่เมื่อต้องหยุดงาน รวมทั้งมีความเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และใช้ชีวิตด้วยความระมัดระวัง เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ทั้งการหดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด และการจำกัดกิจกรรมโดยพยายามพักผ่อนให้นานที่สุดอดทนรอเพื่อยื้ออายุครรภ์ให้ครบกำหนดหรือทารกสามารถมีชีวิตรอดและปลอดภัย จึงเป็นประสบการณ์ที่อยู่ด้วยความเครียดและภาวะกดดันทางอารมณ์ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ รายได้ การปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ ความต้องการทางเพศ และสัมพันธภาพกับสามีและสมาชิกในครอบครัวที่อาจลดลง เนื่องจากกังวลต่อภาวะเลือดที่ออกและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เป็นต้น (ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, 2555; บุญมี ภูฐานันท์, เกื้อพันธ์ กลั่นการดี และราไฟ เกตุจิระโชติ, 2558; Katz, 2001)

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์มีความปลอดภัยทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ ตลอดจนตระหนักต่อประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญการมีเลือดออก

ก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว อันจะช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พยาบาลผดุงครรภ์ควรอธิบายเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวให้เข้าใจ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และอธิบายเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ ได้แก่ นิยาม สาเหตุและพยาธิสภาพ อุบัติการณ์ การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ แนวทางการรักษา และหลักการพยาบาล เพื่อเป็นความรู้ทั่วไปสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นประโยชน์สำหรับนิสิต นักศึกษา และผู้ที่สนใจ ตลอดจนเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อสามารถให้การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำได้อย่างมีคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

ภาวะรกเกาะต่ำ

รกเกาะต่ำ หมายถึง ภาวะที่รกเกาะต่ำกว่าปกติ โดยเกาะลงมาถึงบริเวณส่วนล่างของผนังมดลูก (lower uterine segment) ซึ่งรกอาจเกาะใกล้ หรือคลุมปากมดลูกด้านใน (internal os) เพียงบางส่วนหรือทั้งหมด แบ่งได้ 4 ชนิด หรือระดับ (degree) ตามตำแหน่งการเกาะของรกกับปากมดลูกด้านใน และความรุนแรง ดังนี้ (เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล, เมธา ทรงธรรมวัฒน์ และภิเสก ลุมพิทานนท์, 2558; จริญญา ศรีสว่าง, 2555; ถวัลย์ รัตนศิริ, 2555; บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, 2549; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555; สุวิทย์ ศุภภิญโญพงศ์, 2544)

1. รกเกาะอยู่ต่ำ (low-lying placenta or placenta previa type 1) หมายถึง รกที่ฝังตัวบริเวณส่วนล่างของมดลูก ซึ่งขอบของรกกยังไม่ถึงปากมดลูกด้านใน แต่อยู่ใกล้ชิดมาก อาจเรียกว่า lateral placenta previa หรือรกเกาะที่มดลูกส่วนล่าง โดยเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ ขอบล่างของรกอยู่ห่างจากปากมดลูกด้านในไม่เกิน 2 เซนติเมตร หากเกาะเกิน 2 เซนติเมตร ถือว่าเป็นรกเกาะในตำแหน่งปกติ

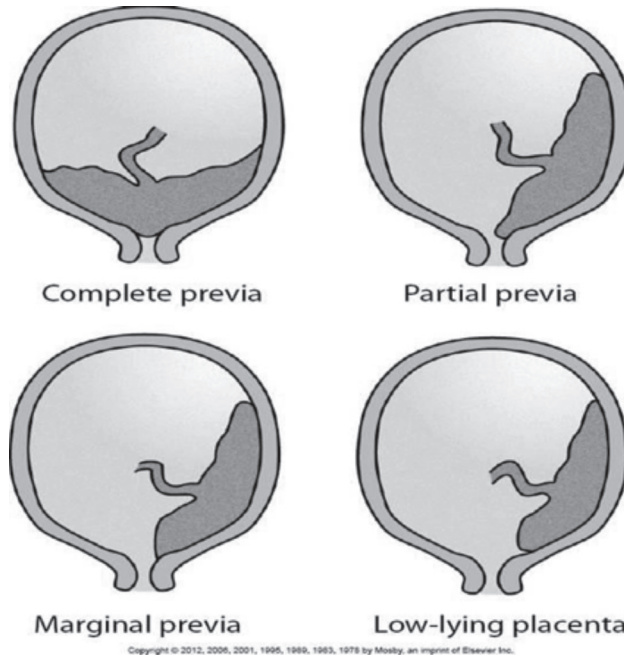
2. รกเกาะติดขอบ (marginal placenta previa

or placenta previa type 2) หมายถึง รกเกาะต่ำชนิดที่ขอบรกเกาะที่ขอบของปากมดลูกด้านในพอดี

3. รกเกาะต่ำบางส่วน (partial placenta previa or placenta previa type 3) หมายถึง รกเกาะต่ำที่ขอบรกคลุมปากมดลูกด้านในเพียงบางส่วน

4. รกเกาะต่ำอย่างสมบูรณ์ (total placenta previa or placenta previa type 4 or major previa) หมายถึง รกเกาะต่ำที่ขอบรกคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด

ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ชนิดของรกเกาะต่ำ

ที่มา: <http://pixgood.com/placenta-previa.html>

สาเหตุและพยาธิสภาพ

สาเหตุและพยาธิสภาพอธิบายได้ดังนี้

สาเหตุ การเกิดรกเกาะต่ำ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับตำแหน่งของการฝังตัวของไข่ที่ได้รับการผสมแล้วใกล้กับปากมดลูกด้านใน (สุวิทย์ ศุภภิญโญพงศ์, 2544) อาจเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงบริเวณส่วนบนของมดลูก (upper uterine segment) น้อยลง หรือมีก้อนเนื้อที่บริเวณส่วนบน หรือการเจริญที่ผิดปกติของเยื่อมดลูก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการอักเสบหรือมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของเยื่อมดลูก (เทียมศรทองสวัสดิ์, 2548)

โดยพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านมารดา ด้านทารก และด้านรก คือ ด้านมารดา ได้แก่ มีประวัติ

ของภาวะรกเกาะต่ำในครรภ์ก่อน จะมีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำสูงขึ้นในครรภ์ต่อมาร้อยละ 4-8 อายุมากกว่า 35 ปี พบ 1 : 100 หรือร้อยละ 0.01 หากอายุ 40 ปี โอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำเพิ่มขึ้นเป็น 1 : 50 หรือร้อยละ 0.5 จำนวนครั้งของการคลอด ยิ่งมากยิ่งมีโอกาสสูงขึ้น หากคลอดมากกว่า 5 ครั้ง มีโอกาสพบภาวะนี้ถึงร้อยละ 5 มีผลเป็นบริเวณผนังมดลูก เช่น เคยขูดมดลูก ผ่าตัดมดลูก หรือเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยพบว่า ในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำถึงร้อยละ 1.9 และหากเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3 ครั้ง มีโอกาสเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 4.1 และเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่ 4 ครั้ง ขึ้นไป มีโอกาสเกิดรกเกาะต่ำสูงถึงร้อยละ 10 หรือโพรงมดลูกมีรูปร่าง

ผิดปกติ เช่น มีพังผืดหรือมีเนื้องอกในโพรงมดลูก และมดลูกมีการอักเสบ เป็นต้น (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555; สุวิทย์ ศุภภิญโญพงศ์, 2544; Cunningham et al., 2010; Rosenberg, Pariente, Sergienko, Wiznitzer & Sheiner, 2011) รวมถึงสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องใช้วิธีการรักษาภาวะมีบุตรยาก (infertility treatments) มีโอกาสเกิดรกเกาะต่ำประมาณ 2 เท่า (Rosenberg et al., 2011) ในสตรีตั้งครรภ์ที่รกมีขนาดใหญ่อาจเกิดจากครรภ์แฝด ภาวะทารกบวมน้ำ (hydrops fetalis) หรือจากความผิดปกติของรกเอง เช่น มีรกน้อย (succenturiate lobe) หรือรกมีลักษณะเป็นแผ่นกว้างใหญ่ และบางกว่าปกติ (placenta membranacea) และอาจแผ่กว้างลงมาถึงผนังมดลูกส่วนล่าง ซึ่งการศึกษาของ Ananth, Demissie, Smulian and Vintzileous (2003) พบว่า โดยปกติจะพบอุบัติการณ์รกเกาะต่ำได้ 2.8 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 1,000 คน แต่จะพบอุบัติการณ์รกเกาะต่ำได้ถึง 3.9 ต่อหญิงตั้งครรภ์แฝด 1,000 คน และมีโอกาสพบมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มาก (มากกว่า 20 มวนต่อวัน) ซึ่งเพิ่มอุบัติการณ์เป็นสองเท่า เนื่องจากก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (carbon monoxide) ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) จึงกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวให้รกมีขนาดใหญ่ขึ้น (compensatory placenta hypertrophy) คือ รกโตมากผิดปกติ เพื่อชดเชยภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย เส้นเลือดฝ่อ หรือสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดประเภทโคเคน (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555; นิमितเดช ไกรชนะ, 2548; ปราชญาวดี ยมานันตกุล, 2554; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555; สุวิทย์ ศุภภิญโญพงศ์, 2544; อนุวัฒน์ สุวัฒน์วิบูลย์ และประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล, 2551; Aliyu et al., 2011; Cunningham et al., 2010) และปัจจัยเสี่ยงด้านทารก เช่น ทารกมีภาวะซีดจากธาลัสซีเมีย และภาวะเลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน (blood type incompatibility) เป็นต้น ทำให้รกมีขนาดใหญ่และอาจแผ่ขยายไปเกาะถึงด้านล่างของมดลูกเพื่อพยายามเพิ่มออกซิเจนไปยังทารกในครรภ์ (จริยาพร ศรีสว่าง, 2555; ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555)

พยาธิสภาพ สตรีตั้งครรภ์ที่มีรกเกาะต่ำมักเผชิญกับภาวะเลือดออกก่อนคลอดในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ โดยเลือดที่ออกทางช่องคลอดเกิดจากในช่วง

ท้ายของการตั้งครรภ์นั้นผนังมดลูกส่วนล่างจะยืดออกและบางตัวลง ปากมดลูกอาจเริ่มมีการเปิดขยาย ทำให้มีการแยกตัวหรือลอกตัวบริเวณขอบรกจึงมีเลือดออกทางช่องคลอดให้ปรากฏ อาการเลือดออกมักไม่มีอาการแสดงอื่นๆ บอกนมาล่วงหน้า เลือดมักมีสีแดงสด อาจมีปริมาณน้อยหรือมากก็ได้ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีรกเกาะต่ำชนิดสมบูรณ์ (total placenta previa) มักมีอาการเลือดออกเร็วกว่ารกเกาะต่ำบางส่วน และรกเกาะติดขอบ (partial and marginal placenta previa) เลือดที่ออกในครั้งแรกมักไม่รุนแรง แต่ในครั้งต่อไป ปริมาณมักจะมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกและผนังมดลูกส่วนล่างเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าปริมาณเลือดที่ออกไม่สัมพันธ์กับชนิดของรกเกาะต่ำ (สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555) และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เลือดจะหยุดยากเนื่องจากการหดตัวของผนังมดลูกส่วนล่างไม่ดี จึงไม่สามารถกดหลอดเลือดที่ฉีกขาดให้หยุดไหลได้ (จริยาพร ศรีสว่าง, 2555)

อุบัติการณ์

ภาวะรกเกาะต่ำ พบอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละประเทศ และในแต่ละสถาบัน เนื่องจากคำจำกัดความของรกเกาะต่ำ และวิธีการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาแบบวิเคราะห์เชิงอนุมาณของ Cresswell, Ronsmans, Calvert and Filippi (2013) พบมีอุบัติการณ์ 5.2 : 1,000 ของการตั้งครรภ์ โดยพบรายงานอุบัติการณ์สูงที่สุดในประเทศกลุ่มอาเซียนประมาณ 12.2 : 1,000 ของการตั้งครรภ์ และพบอุบัติการณ์ต่ำในรายงานการศึกษาจากกลุ่มประเทศยุโรป (Europe) อเมริกาเหนือ (North America) และแอฟริกาใต้ (sub-saharan Africa) คือ 3.6, 2.9 และ 2.7 : 1,000 ของการตั้งครรภ์ตามลำดับ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2003 พบอุบัติการณ์ 1 : 300 ของการคลอดทั้งหมด (Martin et al., 2005 อ้างถึงใน Cunningham et al., 2010) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำในโรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร้อยละ 1.00 ของการคลอด (สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำ มีดังนี้

1. **อาการและอาการแสดง** การตกเลือดที่เกิดจากภาวะรกเกาะต่ำจะเป็นในลักษณะออกๆ หยุดๆ หรืออาจไหลตลอดเวลา เลือดอาจไหลพุ่งออกมา หรือออกมาน้อยมาก โดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า อาจเกิดเวลาใดก็ได้ แม้กระทั่งขณะนอนหลับ แต่ในกรณีที่เป็นรกเกาะอยู่ต่ำ (low – lying placenta previa) อาจไม่มีเลือดออกจนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2548) อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ เลือดออกทางช่องคลอด โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย (painless vaginal bleeding) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 70 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ แต่อีกร้อยละ 20 พบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับการหดตัวของมดลูก ซึ่งอาจเกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากเลือดที่ออกทางช่องคลอดมักเกิดในช่วงปลายไตรมาสที่สองหรือในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เพราะเริ่มมีการบางตัวของผนังมดลูกส่วนล่าง โดยอายุครรภ์ที่เริ่มมีอาการเลือดออกครั้งแรกประมาณ 28- 30 สัปดาห์ การตรวจครรภ์พบมดลูกนุ่มกดไม่เจ็บ คลำส่วนของทารกได้ ฟังเสียงหัวใจทารกได้ และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ นอกจากนี้ภาวะรกเกาะต่ำอาจทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสอยู่ในท่าผิดปกติ โดยประมาณร้อยละ 35 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำจะพบส่วนนำของทารกผิดปกติ เช่น ส่วนนำเป็นก้น (breech presentation) ทารกอยู่แนวขวาง (transverse lie) แนวเฉียง (oblique lie) เป็นต้น ในกรณีศีรษะเป็นส่วนนำ (cephalic presentation) จะตรวจพบศีรษะลอยอยู่สูง ไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน การตรวจเปลือกตา พบภาวะซีดสัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด เมื่อตรวจเลือดจะพบความเข้มข้นของเลือดลดลง (จริยาพร ศรีสว่าง, 2555; ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555; ปราชญาวดี ยมานันตกุล, 2554; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555)

2. **การหาตำแหน่งของรกโดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง หรือการตรวจด้วยภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging [MRI])** การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงสามารถตรวจพบตำแหน่งที่รกเกาะบริเวณส่วนล่างของมดลูกที่ให้ผลแม่นยำสูง อีกทั้งสามารถทำได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย ตลอดจนสามารถ

ตรวจอายุครรภ์ ความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้อีกด้วย ในปัจจุบันการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยรกเกาะต่ำ เนื่องจากให้ความแม่นยำในการวินิจฉัยประมาณร้อยละ 96 – 98 (Cunningham et al., 2010) ทั้งนี้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านทางช่องคลอด (transvaginal sonography [TVS]) ให้ผลแม่นยำกว่าการตรวจผ่านทางหน้าท้อง (transabdominal sonography [TAS]) (ปราชญาวดี ยมานันตกุล, 2554) โดยเฉพาะในกรณีที่สงสัยว่าเป็นรกเกาะต่ำชนิดรกเกาะอยู่ต่ำ (low – lying placenta previa) หรือรกเกาะติดขอบ (marginal placenta previa) และในกรณีที่รกเกาะด้านหลังของมดลูก อย่างไรก็ตาม การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านทางช่องคลอดควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญ และทำในกรณีตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องไม่ชัดเจน โดยใส่หัวตรวจ (probe) เข้าไปในช่องคลอดลึกไม่เกิน 3 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้หัวตรวจไปสัมผัสกับปากมดลูก หรือตอนล่างของมดลูก ซึ่งจะกระตุ้นให้มีเลือดออกทางช่องคลอดได้ (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555)

อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำชนิดต่างๆ จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงนั้น หากเป็นชนิดรกเกาะต่ำอย่างสมบูรณ์ การวินิจฉัยมักไม่ยาก และให้ความแม่นยำสูง แต่สำหรับชนิดรกเกาะต่ำบางส่วนและชนิดเกาะติดขอบ หากรูปปากมดลูกยังไม่เปิดขยาย การวินิจฉัยแยกรกเกาะต่ำทั้ง 2 ชนิดนี้ค่อนข้างยาก บางครั้งแพทย์จึงวินิจฉัยรวมเป็นรกเกาะต่ำไม่สมบูรณ์ (incomplete placenta previa) (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555) นอกจากนี้ชนิดของรกเกาะต่ำอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับการเปิดขยายของปากมดลูกในขณะที่ตรวจ เช่น ภาวะรกเกาะต่ำอย่างสมบูรณ์ที่พบในขณะที่ปากมดลูกปิด อาจกลายเป็นรกเกาะต่ำบางส่วนได้เมื่อปากมดลูกเปิดขยายมากขึ้น หรือรกเกาะต่ำชนิดติดขอบอาจกลายเป็นชนิดรกเกาะอยู่ต่ำ หรือรกเกาะต่ำบางส่วนได้ ขณะเดียวกันรกเกาะชนิดอยู่ต่ำ อาจกลายเป็นรกเกาะติดขอบ หรือรกเกาะต่ำบางส่วนได้ หากปากมดลูกด้านใน (internal os) เปิด หรือมีการหดตัวและดึงรั้งของมดลูกมากขึ้น ดังนั้น บางครั้งการวินิจฉัยชนิดของภาวะรกเกาะต่ำจึงไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ชนิดของภาวะรกเกาะต่ำ

สามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น หรือมีการเปิดขยายของปากมดลูกด้านใน (internal os) และการหดตัวของมดลูก (สุพัตรา ศิริโชคติยะกุล, 2555) โดยปกติแพทย์จะตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินตำแหน่งลักษณะของรก และระยะห่างของขอบรกจากปากมดลูกด้านใน เมื่อสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สอง ช่วงอายุครรภ์ประมาณ 18-20 สัปดาห์ และแพทย์จะตรวจวินิจฉัยยืนยันตำแหน่งการเกาะของรกอีกครั้งในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ประมาณ 32-36 สัปดาห์ (เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล และคณะ, 2558) เพื่อให้การวินิจฉัยที่แม่นยำและวางแผนในการคลอด หากขอบรกห่างจากปากมดลูกด้านในมากกว่า 2 เซนติเมตร แพทย์อาจให้ลองคลอดทางช่องคลอดได้ (trial of vaginal delivery) โดยพิจารณาร่วมกับอาการทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด และสุขภาพของมารดาและทารก เป็นต้น (บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, 2549; สุพัตรา ศิริโชคติยะกุล, 2555; Oppenheimer, 2007)

นอกจากนี้ มีรายงานพบว่า การหาตำแหน่งของรก โดยการตรวจด้วยภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) มีความแม่นยำเช่นกัน แต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถนำมาแทนที่การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง แต่การตรวจด้วยภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าอาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึก (placenta accrete) (สุพัตรา ศิริโชคติยะกุล, 2555)

3. การตรวจภายในในสภาวะที่พร้อมจะทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ทันที (double set-up) โดยแพทย์จะใช้นิ้วตรวจภายในทางช่องคลอดเพื่อวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำ และต้องทำในท้องผ่าตัดที่มีการเตรียมพร้อมทั้งผู้คลอด และทีมผ่าตัด ตลอดจนมีการเตรียมเลือดไว้เพื่อพร้อมที่จะช่วยเหลือทั้งการคลอดทางช่องคลอดหรือทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ทันทีในกรณีที่มีเลือดออกมากผิดปกติ เนื่องจากการตรวจภายในจะกระทบกระเทือนทำให้เลือดออกมากขึ้น แม้เป็นวิธีที่สามารถวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำได้แน่นอน แต่ปัจจุบันไม่นิยมใช้ เนื่องจากยุ่งยาก และมีวิธีอื่นที่ได้ผลดีกว่า ไม่มีอันตราย และมีความแม่นยำสูงกว่า เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ถวัลย์วงศ์รัตนสิริ, 2555; ปราชญาวดี ยมนานันตกุล, 2554)

ทั้งนี้ ภาวะรกเกาะต่ำจะมีอุบัติการณ์ลดลงเรื่อยๆ

เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงอายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ อาจพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 30 แต่เมื่อตรวจติดตามซ้ำในช่วงใกล้คลอดจะพบว่าร้อยละ 90-95 ภาวะรกเกาะต่ำจะหายไป เนื่องจากขนาดมดลูกขยายใหญ่ขึ้น ทำให้ตำแหน่งที่รกเกาะเคลื่อนขึ้นไปด้านบนเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น จึงใช้คำว่า รกเคลื่อนตัว (placenta migration) (สุพัตรา ศิริโชคติยะกุล, 2555) อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงถือเป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบัน และการวินิจฉัยที่รวดเร็วและแม่นยำจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ

รกเกาะต่ำ เป็นสาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอด ในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ หรือเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์เป็นต้นไป (late antepartum hemorrhage) ที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาและทารก โดยมีภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัว ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อมารดา ทั้งต่อด้านร่างกาย และจิตสังคม ได้แก่ การเสียเลือดมากในระยะก่อนคลอด เนื่องจากมีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งเป็นลักษณะเป็นๆ หายๆ หรือต่อเนื่องยาวนาน โดยเลือดที่ออกอาจหายไปตัวเองจากระบวนการแข็งตัวของเลือด และออกได้อีก หากได้รับการกระตุ้น หรือการกระทบกระเทือน เช่น จากการหดตัวของมดลูก การตรวจภายใน การมีเพศสัมพันธ์ หรืออุบัติเหตุ ซึ่งการมีเลือดออกมากหรือเรื้อรังอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะซีด อ่อนเพลีย ความเข้มข้นของเลือดต่ำ สำหรับในระยะคลอด กรณีคลอดทางช่องคลอด สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสียเลือดมาก เนื่องจากปากมดลูกจะฉีกขาดง่ายและมีเลือดออกมาก อีกทั้งระยะก่อนรกคลอด รกอาจลอกตัวได้ไม่สมบูรณ์ หรือล่าช้าเนื่องจากมดลูกส่วนล่างหดตัวไม่ดี ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอดได้ ถ้าเสียเลือดปริมาณมากอาจเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด (ปราชญาวดี ยมนานันตกุล, 2554) และเสียชีวิตได้ รวมถึงมีโอกาสสูงในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและ/หรือตัดมดลูก กรณีมีการตกเลือดอย่างรุนแรง รวมถึงมารดาหลังคลอดอาจติดเชื้อได้

ง่าย เนื่องจากผลที่เกิดจากการหลุดลอกของรกอยู่ใกล้กับช่องคลอด และเนื่องจากความทรุดโทรมของร่างกายจากการเสียเลือดปริมาณมาก มีภาวะซีด ร่างกายจึงมีความต้านทานต่ำ รวมถึงอาจเกิดอันตรายจากการมีลมเข้าในหลอดเลือดที่ฉีกขาด และไปอุดตันในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (air embolism) ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2548) และอาจเกิดภาวะรกเกาะลิ้นร่วมด้วย (placenta accreta/increta/percreta) โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันอัตราการตายของมารดา (maternal mortality) ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 เนื่องจากมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ปลอดภัยและการรักษาอย่างใกล้ชิด (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555) นอกจากนี้ มีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555)

อนึ่ง การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ยาวนาน ก่อปรกกับการจำกัดกิจกรรมของสตรีตั้งครรภ์ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือด (thromboembolism) (บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, 2549) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์มักมีความกลัว และความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น กลัวว่าตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายทั้งจากการมีเลือดออกผิดปกติ หรือเสียชีวิต กลัวการคลอดก่อนกำหนดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารก กลัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เช่น การทำหัตถการต่าง ๆ กลัวการคลอดฉุกเฉิน และรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองด้อยลง จึงเป็นความรู้สึกเครียดและภาวะกดดันทางอารมณ์ (ปราชญาวดี ยมนันทกุล, 2554; บุญมี ภูตานัง และคณะ, 2558)

2. ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อทารก

เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีการสูญเสียเลือดปริมาณมาก หรือเรื้อรัง ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนปริมาณน้อย อาจมีภาวะซีด ภาวะพร่องออกซิเจน การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด มีคะแนนแอฟการ์เมื่อแรกคลอดน้อย (APGAR score) ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต หรือเสียชีวิตในครรภ์ หรือเสียชีวิตแรกเกิดได้ (ปราชญาวดี ยมนันทกุล, 2554; Lam, Wong, Chow & Ho, 2000)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ด้วยเลือดที่ออก

ทางช่องคลอดมีลักษณะเป็นๆ หายๆ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกกลัว และวิตกกังวลทั้งต่อสุขภาพตนเอง และทารกในครรภ์ นอกจากนี้ ยังอาจส่งผลกระทบต่อ ความกลัวและวิตกกังวลของผู้ที่กำลังจะเป็นบิดา (สุชาติา รัชชกุล และชมพูนุช โสภกาจารย์, 2544) และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์ สามี บุตร และ/หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ดังเช่น การทำพบบาทและหน้าที่ของภรรยา มารดา หรือสามี ความต้องการทางเพศ และการทำกิจกรรมร่วมกันที่อาจลดลง เนื่องจากกังวลต่อภาวะเลือดที่ออก และการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เป็นต้น นอกจากนี้ อาจกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ และรายได้ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องพักผ่อนให้มากที่สุดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ลดการกระทบกระเทือนบริเวณมดลูกและช่องคลอด ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์บางรายจำเป็นต้องหยุดงานเป็นเวลานาน หรือลาออกจากงาน ซึ่งทำให้ต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงมีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว

แนวทางการรักษา

การพยากรณ์โรคของภาวะรกเกาะต่ำ ขึ้นอยู่กับชนิดหรือระดับความรุนแรงของภาวะรกเกาะต่ำ ปริมาณเลือดที่ออก อายุครรภ์ สภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และการได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วทันที่ โดยแพทย์จะประเมินอายุครรภ์ และพิจารณาปรับระดับการตั้งครรภ์ไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อประเมินความรุนแรง และดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ภาวะรกเกาะต่ำก่อให้เกิดปัญหา 2 ประการที่คุกคามต่อชีวิตของมารดาและทารก คือ การตกเลือด และการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น แนวทางการรักษาของแพทย์ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา 2 ประการที่คุกคามต่อชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์คลอดออกมาเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอดมากที่สุด หรือพยายามให้การตั้งครรภ์นั้นดำเนินไปจนอายุครรภ์ถึง 34 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้ (จริยาพร ศรีสว่าง, 2555; เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2548; ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, 2555; เนติ เตชไกรชนะ, 2548; สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, 2555; อนุวัฒน์ สุตันฉวีบูลย์ และประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล, 2551)

1. การรักษาแบบเฝ้ารอ หรือแบบประคับประคอง (expectant management) ใช้ในกรณีที่การตั้งครรภ์ยังไม่ครบกำหนด และเลือดออกไม่มาก โดยให้นอนพักและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด รักษาตามอาการ เช่น ให้เลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่ฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 30 ถ้าเลือดหยุดแล้วและทารกในครรภ์ปกติให้กลับไปพักผ่อนและดูแลตนเองต่อที่บ้าน ในกรณีที่อาจจะมีการคลอดก่อนกำหนดในระยะเวลาอันใกล้ โดยเฉพาะก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ แพทย์อาจให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) เพื่อช่วยเร่งการเจริญเต็มที่ของปอดทารกในครรภ์ และกรณีมีอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วย แพทย์อาจพิจารณาให้ยาช่วยยับยั้งการหดตัวของมดลูก งดการตรวจภายในทางช่องคลอดและทางทวารหนัก รวมทั้งงดการสวนอุจจาระ การใช้ยาละลาย และการสวนล้างช่องคลอด

2. การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ (termination of pregnancy) ใช้ในกรณีที่มเลือดออกมากจนอาจเป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารกในครรภ์ หรือเมื่ออายุครรภ์

ครบกำหนดคือ ตั้งแต่ 37 สัปดาห์เป็นต้นไป ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าวิธีการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกรณีรกเกาะต่ำคือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยเฉพาะรกเกาะต่ำชนิดขอบรกคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่านั้น อย่างไรก็ตาม มีบางสถาบันที่พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดได้ในกรณีที่เป็นรกเกาะต่ำชนิดรกเกาะอยู่ต่ำ (low - lying placenta previa) โดยสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ รกต้องเกาะอยู่ด้านหน้าของผนังมดลูกเนื่องจากไม่ขัดขวางช่องทางคลอด มีเลือดออกเพียงเล็กน้อย สภาวะของสตรีตั้งครรภ์และทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความก้าวหน้าของการคลอดดี ทารกอยู่ในท่าปกติ และศีรษะทารกต้องเข้าสู่เชิงกรานแล้วเท่านั้น แต่ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากการตกเลือดอย่างใกล้ชิด และในกรณีทารกในครรภ์เสียชีวิต มีความพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงหรือทารกในครรภ์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ แพทย์จะพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ซึ่งสรุปแนวทางการรักษาได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปแนวทางการรักษา

เงื่อนไข	แนวทางการรักษา
1. อายุครรภ์น้อย ปริมาณเลือดออกน้อย และสภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ปกติ	- การรักษาแบบเฝ้ารอ หรือแบบประคับประคอง - กรณีอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ แพทย์อาจพิจารณาให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เพื่อช่วยเร่งการเจริญเต็มที่ของปอดทารกในครรภ์ - กรณีอายุครรภ์ยังน้อย แต่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วย แพทย์อาจพิจารณาให้ยาช่วยยับยั้งการหดตัวของมดลูก
2. อายุครรภ์ครบกำหนด หรือปอดทารกในครรภ์เจริญเต็มที่ (อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นต้นไป)	- สิ้นสุดการตั้งครรภ์
3. ปริมาณเลือดออกมากจนอาจเป็นอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์	- สิ้นสุดการตั้งครรภ์
4. สภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ไม่ปกติ อาจเป็นอันตราย โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์	- สิ้นสุดการตั้งครรภ์

หลักการพยาบาล

การพยาบาลมีเป้าหมายหลัก คือ ให้สตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (ปราชญ์วดี ยมนันทกุล, 2554) โดยสตรีตั้งครรภ์เสียเลือดน้อยที่สุด ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปริมาตรเลือดน้อย (hypovolemia) ภาวะช็อค และพยายามยืดเวลาของการตั้งครรภ์ต่อไปเพื่อให้ทารกสามารถมีชีวิตรอดอยู่ได้ ตลอดจนให้สตรีตั้งครรภ์และญาติเข้าใจถึงอาการ การกลับคืนสู่สภาพปกติ และความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รวมถึงการให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว (เทียมศรทองสวัสดิ์, 2548) หลักการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีรกเกาะต่ำ มีดังนี้ (จริยาพร ศรีสว่าง, 2555; ปราชญ์วดี ยมนันทกุล, 2554)

1. อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทราบ และเข้าใจถึงภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาลที่จะได้รับและความจำเป็นจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกว่าเลือดจะหยุด หรือจนกว่าอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด ซึ่งอาจใช้ระยะเวลานานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น โอกาสคลอดก่อนกำหนด โอกาสตกเลือด โอกาสได้รับเลือด และหรือโอกาสที่จะต้องตัดมดลูกกรณีตกเลือดรุนแรง ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันอันตราย

2. ประเมินอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เช่น อาการและอาการแสดงของภาวะช็อค การประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะ การบันทึกปริมาณสารน้ำ และการหดตัวของมดลูก

3. จัดให้นอนพักบนเตียงเพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพราะการหดตัวของมดลูกทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น ควรมีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ควรนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดดำเวนาคาวา (inferior vena cava) และควรแนะนำให้มีการขยับเขยื้อนขาบ้าง รวมถึงอาจใช้ร่วมกับผ้ายึดพันขา เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือด

4. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยคาดคะเนจากเลือดที่ชุ่มผ้าอนามัย หรือการชั่งน้ำหนัก 1 กรัม เท่ากับปริมาณเลือด 1 ซีซี. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและเปลี่ยนผ้าอนามัย

อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อสกปรก ถ้าพบเลือดออกมากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา

5. ให้งดน้ำและอาหารทางปาก ดูแลให้ได้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพราะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจต้องช่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และเพื่อให้ได้สารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

6. งดการตรวจภายในทางช่องคลอดและทางทวารหนัก เพราะจะกระตุ้นให้รกมีการฉีกขาดมากขึ้น ทำให้เลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น และเกิดอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมทั้งงดการสวนล้างช่องคลอด การใช้ยาระบาย และงดการสวนอุจจาระในระยะก่อนคลอด

7. เจาะเลือดส่งตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือดทั้ง ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต การนับเม็ดเลือดทุกชนิด การนับเกล็ดเลือด กลุ่มเลือด และอื่น ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเตรียมเลือดไว้เพื่อทดแทนในกรณีสตรีตั้งครรภ์มีการสูญเสียเลือดปริมาณมาก

8. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound [FHS]) ทุก 1 ชั่วโมง ระวังไม่ต้องกดและคลำหน้าท้องมาก เพราะอาจกระตุ้นให้มดลูกหดตัว ทำให้รกฉีกขาดมากขึ้น ถ้าพบเสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาป้องกันการเกิดภาวะเครียด (fetal distress) ซึ่งทารกในครรภ์อาจขาดออกซิเจนได้

9. ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เช่น ช่วยทำความสะอาดของร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดกิจกรรมบางอย่างที่รบกวนสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดความสบายและสามารถพักผ่อนได้ รวมถึงการให้สามี ญาติ หรือครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการดูแล

10. รับฟังสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์พูดคุยด้วยท่าทีที่สนใจ เป็นกันเอง ปลอดภัย ปลอดภัย และมีความมั่นใจ ตอบข้อซักถามด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว

การพยาบาลในกรณีที่มีเลือดออกมาก ประกอบด้วย

1. ให้นอนพักบนเตียงแบบสมบูรณ์ (absolute bed rest) เพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจนของร่างกาย

เนื่องจากเสียเลือดปริมาณมาก เลือดและออกซิเจนในร่างกายลดลง

2. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม เช่น ช่วยทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะบนเตียงหรือข้างเตียง จนกว่าอาการจะทุเลาลง จึงให้สตรีตั้งครุฑลุกเดินเข้าห้องน้ำ และช่วยเหลือตนเอง

3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะปกติ และไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา ให้โรงพยาบาลเพื่อแก้ภาวะช็อค เช่น จัดให้ออกซิเจนทางสายลมหายใจ ไม่ให้หุนหมอน เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองดี ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจน เจาะและส่งจ้องเลือด ตามแผนการรักษา

4. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที จนกระทั่งพบว่าปริมาณเลือดที่ออกลดลง ไม่มีการไหลอย่างรวดเร็ว คาดคะเนจากเลือดที่ชุ่มผ้าอนามัย หรือการชั่งน้ำหนัก 1 กรัมเท่ากับปริมาณเลือด 1 ซีซี.

5. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที เพื่อประเมินการเกิดภาวะเครียด (fetal distress) ถ้าพบผิดปกติจัดให้ออกซิเจน ติดตามเสียงหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องฟังเสียงหัวใจอย่างต่อเนื่อง (electronic fetal heart rate monitoring) และรายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้เกิดการรักษา

6. เตรียมผ้าตัดคลอดทางหน้าท้องไว้ให้พร้อมตลอดเวลา

7. เตรียมอุปกรณ์และบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งของสตรีตั้งครุฑ และทารกแรกเกิดให้พร้อม เพื่อสามารถช่วยชีวิตมารดาและทารกได้ทันที เพราะมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด และทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนและการหายใจถูกกดได้

การพยาบาลในกรณีที่สตรีตั้งครุฑมีอาการดีขึ้น และแพทย์ให้กลับบ้าน แม้แพทย์จะให้สตรีตั้งครุฑสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ แต่สิ่งที่สตรีตั้งครุฑรู้สึก คือ กลัวว่าเหตุการณ์จะเป็นซ้ำอีก กลัวมีเลือดออกทางช่องคลอดอีกครั้ง กังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ กังวลเกี่ยวกับการคลอด และกลัวการคลอดฉุกเฉินจึงระแวงและคอยสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง (บุญมี ภู่อานันท์

และคณะ, 2558) ดังนั้น การได้รับข้อมูลและคำแนะนำตลอดจนการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจากโรงพยาบาลและบุคคลใกล้ชิดจึงเป็นปัจจัยสนับสนุนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องของสตรีตั้งครุฑ ทั้งนี้ ข้อมูลและคำแนะนำที่สำคัญ มีดังนี้

1. การพักผ่อนและจำกัดกิจกรรม สตรีตั้งครุฑควรหยุดงานและนอนพักให้มากที่สุด นอนพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8-10 ชั่วโมง งดเว้นการทำงานหนักและการยกของหนัก และงดเว้นการเดินทางไกลเพราะอาจกระทบกระเทือนทำให้เลือดออกซ้ำได้

2. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน และธาตุเหล็กเพื่อทดแทนการเสียเลือดของร่างกายและป้องกันภาวะช็อค

3. การนับการดิ้นของทารกในครรภ์โดยนับในช่วงพักผ่อนหลังรับประทานอาหารนาน 1 ชั่วโมง ซึ่งทารกจะดิ้นไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ให้นับ 3 ครั้งหลังอาหารในแต่ละวัน ถ้ารวมแล้วทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง แสดงว่ามีภาวะผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์

4. การดูแลจิตใจ โดยการทำให้จิตใจให้เข้มแข็ง ผ่อนคลาย ไม่เครียด หรือวิตกกังวลมากเกินไป เพราะความวิตกกังวลและความเครียดอาจทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก และกระตุ้นให้เลือดออกทางช่องคลอดซ้ำอีก

5. การงดการมีเพศสัมพันธ์และการกระตุ้นเต้านม เพราะอาจกระตุ้นให้มดลูกหดตัว เกิดเลือดออกซ้ำได้

6. การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากการตั้งครุฑและการมีภาวะรกเกาะต่ำ เช่น การเจ็บครรภ์คลอดมีน้ำคร่ำหรือเลือดออกทางช่องคลอด ทารกไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลง ให้รีบมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาทันที

7. การเตรียมพร้อมทุกสถานการณ์ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ และการเดินทางไปโรงพยาบาล เช่น การคลอดในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและศัลยกรรมสูง การเตรียมตัวกรณีผ้าตัดคลอดทางหน้าท้อง สิ่งของเครื่องใช้ เอกสาร และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของโรงพยาบาลและบุคคลใกล้ชิดกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินเพื่อสามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เร็วที่สุด ตลอดจนควรมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ

8. การฝากครรภ์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำ

การพยาบาลในระยะหลังคลอด

รกเกาะต่ำ เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างหดตัวไม่ดี หลอดเลือดจึงปิดไม่สนิท (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2555) ดังนั้นพยาบาลจึงควรเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมความสุขสบาย และให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ดังนี้

1. ประเมินชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต การหดตัวของมดลูก และเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ จากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นอุณหภูมिर่างกายประเมินทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะตกเลือดและภาวะติดเชื้อหลังคลอด ถ้าพบอาการและอาการแสดงผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา

2. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น ออกซิโตซิน (oxytocin) ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้อมดลูกหดตัวดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

3. วัดระดับความสูงของยอดมดลูกวันละ 1 ครั้ง (ยกเว้นมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) ซึ่งปกติมดลูกจะลดลงวันละ 1/2 - 1 นิ้ว ถ้ามดลูกไม่ลดขนาดลง อาจแสดงถึงการติดเชื้อที่ตัวมดลูก

4. สังเกตลักษณะ สี และปริมาณของน้ำคาวปลา (lochia) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ ถ้าพบน้ำคาวปลามีสีปริมาณ และกลิ่นผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา

5. ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประเมินภาวะชืด และปริมาณเลือดที่ออก ทั้งจากบริเวณตำแหน่งผ้าปิดแผลทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด (bleeding per vagina) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภายหลังจากผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง เช่น อาการปวด บวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่ง เป็นต้น

6. ช่วยเหลือให้มีการปรับตัวในระยะหลังคลอดอย่างเหมาะสม ช่วยเหลือในการดูแลบุตรเพื่อลดความเครียด และความวิตกกังวล และส่งเสริมการพักผ่อนให้เพียงพอ

7. ดูแลและแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน และธาตุเหล็ก เพื่อทดแทนการเสียเลือดของร่างกาย และดื่มน้ำให้

เพียงพออย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน

8. แนะนำการรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป และการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทุกครั้งหลังการขับถ่าย รวมถึงการเปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อชุ่มหรือทุก 3-4 ชั่วโมง

9. ให้ข้อมูลสำหรับการตั้งครรรค์ครั้งต่อไป โดยมารดาหลังคลอดที่เผชิญกับการมีเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ จะมีความกลัวต่อการเกิดภาวะรกเกาะต่ำซ้ำอีกครั้งในการตั้งครรรค์ครั้งต่อไป (บุญมี ภูด่านจิว และคณะ, 2558) ดังนั้น ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการเว้นระยะการมีบุตรอย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อให้ผนังมดลูกมีความเหมาะสมในการฝังตัวของไข่ที่ได้รับการปฏิสนธิแล้วมากขึ้น การตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรรค์ เช่น ภาวะชืด และมดลูก รวมถึงการให้กำลังใจ และให้ตระหนักต่อการมาฝากครรรค์ทันทีเมื่อทราบที่ตั้งครรรค์ และการมาฝากครรรค์ตามนัด สำหรับมารดาที่มีบุตรเพียงพอแล้ว ควรคุมกำเนิดอย่างถาวร

สรุป

สตรีตั้งครรรค์ และพยาบาลผดุงครรรค์ควรตระหนักต่ออันตรายของภาวะรกเกาะต่ำ กรณีสตรีตั้งครรรค์มีเลือดออกก่อนคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บครรรค์ร่วมด้วย พยาบาลผดุงครรรค์ควรรีบประเมินหาสาเหตุและระลึกรถึงภาวะรกเกาะต่ำร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีตั้งครรรค์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกเกาะต่ำ ทั้งนี้ พยาบาลผดุงครรรค์ เป็นผู้ที่มบทบาทสำคัญในการคัดกรองทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจพิเศษอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และการให้การพยาบาลทั้งในระยะตั้งครรรค์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำแก่สตรีตั้งครรรค์และครอบครัวเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม การลดความเครียด ตลอดจนการเตรียมตัวคลอดกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรรค์ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดต่อมารดาและทารกในครรรค์ เช่น การตกเลือด และการคลอดก่อนกำหนด สำหรับสตรีตั้งครรรค์ ควรใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรรค์ นอกจากนั้น

สมาชิกในครอบครัวควรให้การช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก และเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับสถานการณ์ และสามารถปรับตัวต่อพัฒนาการของการเป็นมารดาได้

เอกสารอ้างอิง

เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล เมธา ทรงธรรมวัฒน์ และภิกษุภุมพิกานนท์. (2558). ภาวะตกเลือดก่อนคลอด. ใน ชำนาญ เกียรติพิรุณ รัตนา คำวิลัยศักดิ์ และยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล (บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา* (หน้า 9-20). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

จริยาพร ศรีสว่าง. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดในระยะตั้งครรภ์. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 1-24). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ตั้ง.

ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ ฐิติมา สุนทรสัง และสมศักดิ์ สุกข์คุ้มรพี (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 51-74). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2548). *การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิมิต เตชไกรชนะ. (2548). รกเกาะต่ำ และ vasa previa. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์ บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ ศักนัน มะโนทัย สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 383-396). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.

บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ. (2549). ภาวะรกเกาะต่ำ. ใน สมชัย นิรุตติศาสตร์ และคณะ (บรรณาธิการ), *แนวทางเวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา* (หน้า 9-17). กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล.

บุญมี ภูด่านจิว เกื้อพันธ์ กลั่นการดี และรำไพ เกตุจิระโชติ.

(2558). *ประสบการณ์ชีวิตของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ*. รายงานการวิจัย. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ปราชญาวดี ยมานันตกุล. (2554). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด. ในมณีภรณ์ โสมานุสรณ์ ดวงหทัย ศรีสุจจริต ปราชญาวดี ยมานันตกุล ปราณี แสตกง และวัจมาย สุขวนวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์* (หน้า 139-162). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.

สุชาดา รัชชกุล และชมพูนุช โสภากาญจีย์. (2544). *ความวิตกกังวลของผู้ที่กำลังจะเป็นพ่อแม่ในระหว่างการตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง*. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ใน ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 5)* (หน้า 237-253). กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง.

สุสันหา ยิ้มแย้ม. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 295-316). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ตั้ง.

อนุวัฒน์ สุตินชวิบูลย์ และประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล. (2551). ภาวะเลือดออกก่อนการคลอด. ใน มานี ปิยะอนันต์ ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 236-246). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิง.

Aliyu, M. H. et al. (2011). Association between tobacco use in pregnancy and placenta-asociation syndromes: A population-based study. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 283(4), 729-734.

Ananth, C. V., Demissie, K., Smulian, J. C., & Vintzileos, A. M. (2003) Placenta previa in singleton and twin births in the United

- States, 1989 through 1998: A comparison of risk factor profiles and associated conditions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188(1), 275-281.
- Cresswell, J. A., Ronsmans, C., Calvert, C., & Filippi, V. (2013). Prevalence of placenta praevia by world region: A systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine and International Health*, 18(6), 712-724.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hault, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams obstetrics*. (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lam, C. M., Wong, S. F., Chow, K. M., & Ho, L. C. (2000). Women with placenta praevia and antepartum haemorrhage have a worse outcome than those who do not bleed before delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(1), 27-31.
- Katz, A. (2001). Waiting for something to happen: Hospitalization with placenta praevia. *Birth*, 28(3), 186-191.
- Oppenheimer, L. (2007). Diagnosis and management of placenta praevia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(3), 261-266.
- Rosenberg, T., Pariente, G., Sergienko, R., Wiznitzer, A., & Sheiner, E. (2011). Critical analysis of risk factors and outcome of placenta praevia. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 284(1), 47-51.
- Usta, I. M., Hobeika, E. M., Abu Musa, A. A., Gabriel, G. E., & Nassar, A. H. (2005). Placenta praevia-accreta: Risk factors and complications. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 193(3), 1045-1049.
- Zlatnik, M. G., Cheng, Y. W., Norton, M. E., Thiet, M., & Caughey, A. B. (2007). Placenta praevia and the risk of preterm delivery. *The Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine*, 20(10), 719-723.