

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1.เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดร่วมกับการทำ Condom balloon tamponade

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม 2565 - 30 พฤษภาคม 2565 รวมระยะเวลาการดูแล 3 วัน
ระยะเวลาดูแลในห้องคลอด รวม 11 ชั่วโมง 50 นาที

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการตาย คาดการณ์ว่าประมาณร้อยละ 93 ของมารดาที่เสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้⁽⁴⁾ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา พบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 รายต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบเพียง 16 รายต่อการเกิดมีชีพแสนราย เอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการตายของมารดา 140 รายต่อการเกิดมีชีพแสนราย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2565 อัตราตายของมารดาทั่วประเทศ 20.29, 34.68 และ 25.86 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย และพบว่าสาเหตุหลักของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 20, 24 และ 19 ตามลำดับ⁽²⁾

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ Tone คือมดลูกหดตัวไม่ดี Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ Thrombin คือ ความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด สาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าและไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้⁽³⁾ หรือ 4T+1 โดยเพิ่ม Traction คือ การเกิดมดลูกปลิ้น (Uterine inversion)⁽⁴⁾ จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในระหว่างปี 2563 - 2565 พบผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด คิดเป็น ร้อยละ 3.21, 2.80 และ 3.17 ตามลำดับ โดยสาเหตุการตกเลือดอันดับหนึ่งคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี จำนวน 82 ราย คิดเป็น ร้อยละ 85.42 อันดับสองคือรกหรือชิ้นส่วนของรกค้าง จำนวน 10 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10.42 และอันดับที่สามคือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25⁽⁵⁾

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินที่วิกฤต และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่จะส่งผลกระทบต่อและเป็นอันตรายต่อผู้คลอด พยาบาลผู้ดูแลผู้คลอด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน และมีการประเมินซ้ำ ถ้าการประเมินไม่มีประสิทธิภาพ ล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้คลอดเสียชีวิตได้ ดังนั้น ความพร้อมและประสิทธิภาพของการดูแลผู้คลอดเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญของทีมงานห้องคลอด ด้านบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอด ได้เห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอดร่วมกับการทำ condom balloon tamponade

ความหมายของโรค

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage : PPH) หมายถึงการเสียเลือดทันทีมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด หรือระดับ hematocrit ลดลงมากกว่า 10% ของระดับ hematocrit ก่อนคลอด⁽¹³⁾

พยาธิสภาพ

สาเหตุของการตกเลือด และแนวทางการประเมินการตกเลือดหลังคลอดใช้หลัก 4T เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด⁽¹²⁾

1. Tone การหดตัวของมดลูก (Uterine atony) โดยอาจเกิดจากภาวะรกเกาะต่ำ มดลูกขนาดใหญ่ เช่นครรภ์ทารก ตัวโต ครรภ์แฝดน้ำเคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน
2. Tissue การตรวจรก (Placental tissue) เช่น รกหรือเศษรกค้าง รกติดแน่น (Placenta accreta)
3. Trauma การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Genital tract trauma) ปัจจัยเสี่ยง เช่น ผ่าตัดคลอด การตัดแผลฝีเย็บ คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม
4. Thrombosis การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Abnormal thrombin clotting time) โดยพบได้ในมารดาที่มีภาวะ preeclampsia รกลอกตัวก่อนกำหนด มีประวัติหรือโรคประจำตัวเกี่ยวกับ bleeding disorder

การประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด

โดยประเมินจากสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของมารดา ร่วมกับประเมินจากปริมาณเลือดที่ออก

ตารางแสดงการประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด(ดัดแปลงมาจากclassification severity of shock)⁽¹³⁾

ระดับการเสียเลือด				
	ระยะทดแทนได้ (compensation)	ระยะเริ่มต้น (mild)	ระยะรุนแรงปานกลาง (moderate)	ระยะรุนแรงมาก (severe)
ปริมาณเลือดที่เสีย (ซีซี)	500-1000	1000-1500	1500-2000	> 2000
เปอร์เซ็นต์ blood volume	10-15%	15-25%	25-35%	> 35%
ความดันโลหิต ค่าบน (Systolic) (มิลลิเมตรปรอท)	> 90	80-90	70-80	<70
ชีพจร (ต่อนาที)	<90	90-100	100-120	> 120
อาการและอาการแสดง	ปกติ	เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว	กระสับกระส่าย หน้าซีด ปัสสาวะออกน้อย	หมดสติ ไม่รู้สีกตัว ไม่มีปัสสาวะออก เลย

มีการนำเครื่องมือเพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกหรือดัชนีการช็อก (Shock Index : SI) มาใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอด คำนวณจากอัตราการเต้นของหัวใจหารด้วยค่าของความดันเลือดซิสโตลิก ซึ่งมีค่าปกติ 0.7-0.9 หากค่า SI > 0.9 แสดงว่าผู้คลอดมีอัตราการเสียชีวิตสูง⁽¹⁴⁾

การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อาศัยข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีดังนี้

1. การซักประวัติ การซักประวัติควรครอบคลุมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งในปัจจุบันและในอดีต โรคประจำตัว เช่น โลหิตจาง โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้นประวัติเกี่ยวกับการมีเลือดออกทางช่องคลอด หาสเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดและประเมินว่าผู้ป่วยมี

ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหรือไม่ รวมถึงความคาดหวังต่อการตั้งครรภ์และการคลอดตลอดจนสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย ดังนั้นพยาบาลควรซักถามประวัติ รายละเอียดในแต่ละประเด็น ดังนี้

1.1) อายุครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ การขาดประจำเดือน(Last Menstual Period : LMP) การเคลื่อนไหวของทารกครั้งแรก(Quickening) ร่วมกับการตรวจทางหน้าท้องเพื่อระดับของยอดมดลูกเพื่อคำนวณหาอายุครรภ์ที่แน่นอน

1.2) อาการระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับการมีเลือดออกทางช่องคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งนี้

1.3) ซักประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ได้แก่ ประวัติการแท้ง การขูดมดลูก การได้รับการล้างรกในครรภ์ก่อน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติคลอดยาก จำนวนเลือดที่ออกระหว่างการคลอด รวมถึงลักษณะน้ำคาวปลาที่ออกมาภายหลังจากการคลอด ประวัติการผ่าตัดคลอด เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดตามมา

1.3.1 โรคประจำตัว ได้แก่ ความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด ไม่ว่าจะเป็นการที่เลือดออกแล้วหยุดยาก การมีเลือดออกง่ายและภาวะโลหิตจาง เป็นต้น

1.3.2 ประวัติเกี่ยวกับการมีเลือดออกทางช่องคลอด ได้แก่ ระยะเวลาของการมีเลือดออก ความรุนแรงของการมีเลือดออก ลักษณะสีของเลือดที่ออกมา ความสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก การมีชิ้นส่วนต่างๆออกมาทางช่องคลอดร่วมกับการมีเลือดออกเนื่องจากมีเศษรกหรือเยื่อหุ้มเด็กค้างอยู่ในช่องคลอด

1.3.3 การดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะอาชีพที่ทำอยู่ กิจกรรมในแต่ละวัน การได้รับอุบัติเหตุต่างๆ อาจมีผลกระทบให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

1.3.4 ภาวะจิตสังคมต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ความคาดหวังต่อการตั้งครรภ์และการคลอด อาจมีผลนำไปสู่สาเหตุของปัญหาและแนวทางในการให้การดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซักประวัติถึงสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อค้นหาบุคคลที่เป็นแหล่งพึ่งพาให้การช่วยเหลือและซักประวัติประสบการณ์ในการคลอดที่ผ่านมาว่ามีผลทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ในครั้งนี้

2. การตรวจร่างกายการตรวจร่างกายทั่วไปโดยพยาบาลควรสังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด ดังนี้

2.1) การตรวจสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ชีพจรเบาและเร็ว หายใจหอบ และความดันโลหิตต่ำ

2.2) การตรวจอาการและอาการแสดงของการตกเลือด ได้แก่ ภาวะซีด มือเท้าเย็นชื้น เหงื่อออก ใจสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น

2.3) ถ้ามีอาการช็อก โดยเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มาก และไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณเลือดที่เสียไป แสดงว่าอาจมีเลือดออกในช่องท้อง ควรนึกถึงภาวะมดลูกแตก การตรวจร่างกายเฉพาะที่ เพื่อหาสาเหตุของการมีเลือดออกมาก ดังต่อไปนี้

2.3.1) การตรวจขนาดของมดลูก การลดระดับของยอดมดลูกในระยะหลังคลอด โดยทั่วไประดับของยอดมดลูกจะลดลงเรื่อยๆ หากไม่ลดลงอาจมีปัญหาของการหดตัวของมดลูกไม่ดี อันก่อนการตกเลือดหลังคลอดได้

2.3.2) การหดตัวของมดลูก ถ้ายังหดตัวไม่ดีหลังสวนปัสสาวะแล้วแสดงว่า การตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี หากมดลูกหดตัวดีแล้วแต่ยังมีเลือดออกอยู่ แสดงว่าเลือดออกจากสาเหตุอื่น

2.3.3) ตรวจการฉีกขาดของช่องทางคลอดและปากมดลูก โดยใช้เครื่องมือ (Speculum examination) เพื่อวินิจฉัยสาเหตุของการมีเลือดออก ซึ่งอาจมีเลือดออกจากหนทางคลอด เช่น ปากมดลูก ช่องทางคลอด เป็นต้น สังเกตลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด การเปิดขยายของปากมดลูก ขณะตรวจ ถ้าพบชิ้นส่วนของรกหรือเยื่อหุ้มเด็กค้างอยู่ที่ปากมดลูกจะต้องคีบออกและบันทึกไว้

2.3.4) ตรวจรกที่คลอดออกมาอีกครั้งว่าครบหรือไม่ ในกรณีที่รกลอกช้าควรนึกถึงภาวะรกเกาะติดลึกผิดปกติเมื่อล้วงรกและตรวจชิ้นส่วนของรกที่คลอดออกมาแล้วพบว่ารกออกมาไม่หมด แสดงว่าน่าจะมีรกค้างอยู่ในโพรงมดลูกรวมทั้งควรตรวจว่าลักษณะรกผิดปกติหรือไม่

2.4) การประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด โดยประเมินจำนวนเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร และมีการไหลอย่างรวดเร็ว การประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดที่ไม่แม่นยำ อาจทำให้การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกล่าช้า นอกจากนี้มีารดาหลังคลอดแต่ละรายมีสภาพร่างกายที่แตกต่างกันบางรายสามารถทนต่อการเสียเลือดปริมาณ 500 มิลลิลิตรได้ดี แต่ในขณะที่บางรายแม้เสียเลือดแม้เพียงเล็กน้อยกลับมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสวลงและไม่คงที่ ซึ่งการคาดคะเนปริมาณเลือดโดยทั่วไปใช้วิธีการคาดคะเนด้วยสายตา วิธีการดังกล่าวทำให้การประเมินแตกต่างกัน นอกจากนี้การเสียเลือดทางสูติกรรมบางครั้งเป็นชนิดไม่ปรากฏให้เห็น (Concealed type) เช่น เลือดค้างในโพรงมดลูก ซึ่งอาจค้างได้มากถึง 1,000 มิลลิลิตร ทำให้ประเมินเลือดที่เสียไปได้น้อยกว่าความเป็นจริงอาจส่งผลทำให้เริ่มการรักษาต่างๆช้าหรือน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เป็นต้น ในทางปฏิบัติทั่วไปจะคาดคะเนปริมาณเลือดจากการคลอดผ่านทางช่องคลอด 200 - 300 มิลลิลิตร ซึ่งในการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการพบว่าการคาดคะเนการเสียเลือด 150 มิลลิลิตร อาจหมายถึงการเสียเลือดที่แท้จริง 150 - 300 มิลลิลิตร อีกทั้งมีแนวโน้มในการคาดคะเนการเสียเลือดที่ต่ำกว่า

ความเป็นจริงสูงขึ้นเมื่อวัดปริมาณเลือดได้ 301 – 500 มิลลิลิตร 33 จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการวัดปริมาณการเสียเลือด เพื่อให้เกิดความแม่นยำของการประมาณการสูญเสียเลือดจากการตกเลือดทางสูติกรรมโดยใช้ถุงตวงเลือด ซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้รวดเร็วขึ้น และสามารถให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ซึ่งช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาหลังคลอดได้

2.5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ บทบาทของพยาบาลนั้นเป็นผู้ให้ความร่วมมือในการเตรียมและการเก็บส่งตรวจ รวมทั้งติดตามผลการตรวจต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวินิจฉัย โดยการตรวจหาหมู่เลือดและเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย ซึ่งในรายที่มีการเสียเลือดมากอย่างเฉียบพลัน ค่าฮีมาโตคริต และฮีโมโกลบินจะยังไม่เปลี่ยนแปลงทันที ตรวจหาความสมดุลของพลังงานในหลอดเลือดเนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจเกิดภาวะไม่สมดุลของพลังงานหลอดเลือดได้ ถ้าตรวจทุกอย่างข้างต้นแล้ว พบว่าปกติให้ตรวจสอบการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากภาวะการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เสียเลือดมากๆ หรือผู้ที่ได้รับการให้เลือดเป็นจำนวนมากๆ

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ขณะตั้งครรภ์สตรีจะมีปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้นกว่าปกติร้อยละ 30 – 60 หรือประมาณ 1 ถึง 2 ลิตร เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเสียเลือดขณะคลอดและหลังคลอด ถ้ามีการเสียเลือดในปริมาณไม่มากส่วนใหญ่สตรีสามารถปรับตัวได้ ซึ่งอาการทางคลินิกของการเสียเลือดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่สูญเสียไประยะเวลาของการสูญเสียเลือด ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้คลอด เช่น บางรายอาจมีโลหิตจางอยู่ก่อนแล้ว ถ้ามีการเสียเลือดในปริมาณที่มากนักก็อาจทำให้เพิ่มความรุนแรงของอาการได้ เป็นต้น โดยเลือดที่ออกมานี้อาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอดหรือคั่งค้างอยู่ในช่องทางคลอด ในรายที่มีเลือดออกมาให้เห็นอาจมีลักษณะไหลพุ่งหรือไหลซึม ส่วนเลือดที่ขังอยู่ในโพรงมดลูกหรือช่องคลอดมักจะไม่ใช่ไหลออกมาให้เห็น เมื่อกระตุ้นมดลูกให้แข็งและกดไล่ก็จะมีเลือดไหลออกมา หรืออาจคลำพบมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือหรือมีขนาดใหญ่กว่าปกติเนื่องจากมีเลือดขังอยู่ภายใน ในรายที่รุนแรงมากมดลูกจะอ่อนปวกเปียก หากมีการเสียเลือดมากก็อาจทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดได้ ได้แก่ อาการซีด กระสับกระส่าย กระจายน้ำ เพราะปริมาณเลือดไหลเวียนลดลง ต่อไปจะหายใจช้าลง มีอาการหนาวสั่น เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงมีเลือดออกมากต่อไปอาจทำให้ช็อก หมดสติ หรือเสียชีวิตได้

ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก นอกจากจะมีความรุนแรงอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียด

1. ด้านร่างกาย

1.1) เกิดภาวะช็อก มือเท้าแขนขาเย็นซีด และชื้นด้วยเหงื่อเย็นๆ เพราะมีเลือดไปเลี้ยงผิวหนังน้อยอ่อนเพลีย อาจเป็นลมหมดสติได้ และอาจเกิดภาวะซีดและการติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย

1.2) เกิดภาวะซีชานซินโดรม (Sheehan 's syndrome) การเสียเลือดมากๆ อาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้า มีผลให้ความรู้สึกตัวและความนึกคิดลดลง ซึ่งจะทำให้ไม่มีน้ำนมหลังคลอด ไม่มีประจำเดือน เต้านมเล็กลง ขนที่รักแร้และหัวเหน่าร่วง ต่อมไทรอยด์และต่อมหมวกไตส่วนนอกทำงานบกพร่อง ปัสสาวะน้อยลง เพราะไตได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง อย่างไรก็ตามพยากรณ์ของภาวะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดและส่วนใหญ่ของสตรีที่ตกเลือดหลังคลอดรุนแรงก็ไม่เกิดภาวะนี้ จึงพบได้น้อยประมาณ 1:10,000 ของการคลอด

1.3) การตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก กรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็วหรือดูแลรักษาไม่ทั่วถึงที่อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

2. ด้านจิตสังคมและครอบครัว ผู้คลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น ส่วนใหญ่จะมีภาวะมีความกลัววิตกกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง การปรับตัวและการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น บางรายกลัวการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นเพราะตัวผู้คลอดมีการสูญเสียเลือดอยู่แล้ว และยังคงถูกเจาะเลือดบ่อยๆ ทำให้เกิดความไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมานต่อมารดาและญาติ อาจนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจต่อการรักษาจนนำไปสู่การฟ้องร้องได้

3. ด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้คลอดเกิดการตกเลือดหลังคลอดจะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ต้องรับการรักษาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะส่งผลกระทบต่อต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและครอบครัว และเศรษฐกิจ นอกจากนั้นแล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและสถานบริการเนื่องจากเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพและมาตรฐานการดูแลการคลอดของสถานพยาบาลนั้นๆ ด้วย

การป้องกันและการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะไม่ทำให้เกิดผลกระทบดังกล่าวได้ (รายงานบททวนวรรณกรรม เรื่อง การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก)

แนวทางปฏิบัติที่สำคัญ

1. การป้องกันภาวะซีดในระยะฝากครรภ์
 - 1.1 เพื่อให้มารดาทนต่อการเสียเลือดได้มากขึ้น
2. การวินิจฉัยปริมาณการเสียเลือดภายหลังคลอดอย่างแม่นยำ ด้วยการใช้สูตรวัดปริมาณการเสียเลือดภายหลังคลอด
 - 2.1. เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและได้รับการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว
3. การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานในประเด็นต่อไปนี้
 - 3.1. การจัดการกระบวนการดูแลรักษาของทีมที่มีประสิทธิภาพ
 - 3.2. การดูแลเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่
 - 3.2.1. การนวดมดลูก
 - 3.2.2. การเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำ ยา หรือเลือด และองค์ประกอบ ของเลือด
 - 3.2.3. การให้ออกซิเจน
 - 3.2.4. การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ
 - 3.3. การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างถูกต้อง ตามมาตรฐาน
 - 3.4. การทำหัตถการหยุดเลือด เช่น การใส่บอลลูน หรือ การผ่าตัดเพื่อหยุดเลือด (ถ้าทำได้)
4. มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จัดให้มีการส่งต่ออย่างรวดเร็วเมื่อเกิดความล้มเหลวจากการให้ยา และมีการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนการดูแลรักษา

1. การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ (Team) สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะ ทั้งทางด้าน Non-technical skills และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดี
2. การเตรียมช่วยชีวิตขั้นต้น (Initial resuscitation and investigation) ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การนวดมดลูก ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก (mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที ให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างรวดเร็วด้วยเข็ม ขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เส้น และแนะนำให้เจาะเลือดเพื่อจ้องเลือดและส่งตรวจ PPH blood test แนะนำให้ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินพลังไหลเวียนเลือด
3. การให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Medication treatment) ยาที่มีใช้ใน ปัจจุบัน ได้แก่ Oxytocin , Methylergonovine , Tranexamic acid , Misoprostol
4. การหยุดเลือด (End of bleeding) หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่ได้ผล จำเป็นต้องหยุดเลือดด้วยกระบวนการ ได้แก่ การใช้บอลลู่น การผ่าตัดด้วยวิธี B-Lynch การผ่าตัดผูกหลอดเลือดของมดลูก และการตัดมดลูก

การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

แนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ⁽¹⁶⁾

ระยะแรกรับ

1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและให้ความระวังหรือตื่นตัว เช่น ครรภ์แฝด ทารกตัวโตมาก เคยผ่าตัดคลอดมาก่อนตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) เคยคลอดทาง ช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง (>4 prior births) เคยมีประวัติ เลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน (Prior OB hemorrhage) มีก้อนเนื้ออกมดลูกขนาดใหญ่ (Large myomas) ทารก น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (EFW >4000 g) อ้วนมาก (BMI >40) มีภาวะซีด (Hematocrit) น้อยกว่า 33 เปอร์เซ็นต์ เลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำในราย preeclampsia รุนแรงเป็นต้น
2. แก้ไขปัญหาต้นทุนเม็ดเลือดต่ำ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงยิ่งขึ้นเมื่อมีการเสียเลือด เช่น แก้ไขภาวะซีดจากสาเหตุต่าง ๆ หรือ แก้ไขปัญหาเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำเป็นต้น

ระยะคลอด

1. หลีกเลี่ยงหรือรักษาปัจจัยเสี่ยง เช่น คลอดยาวนาน ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorionitis) การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้รับยากระตุ้นการหดตัวของ มดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง (Prolonged oxytocin >24 hr.) ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (Prolonged 2nd stage) ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding)
2. เตรียมพร้อมเป็นพิเศษในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง (ทีมแพทย์ ธนาการเลือด)
3. เปิดเส้นเลือดสำหรับน้ำเกลือพร้อมไว้ (เช่น ขนาดเข็มเบอร์ 18)

ระยะที่สามของการคลอด

1. ให้ oxytocin หลังคลอดไหล่หน้า (หรือภายใน 1 นาที หลังทารกคลอด) 10 ยูนิต ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular injection :IM) หรือหยดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous injection: IV) 100-150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ในน้ำเกลือ 10-20 ยูนิตต่อลิตร และให้ต่อในช่วงหลังคลอด 1-2 ชั่วโมง

2. Controlled cord traction: clamp สายสะดือใกล้ฝีเย็บโดยใช้ sponge forceps วางมืออีกข้างเหนือกระดูกหัวหน้า และ stabilize มดลูกโดยดันมดลูกไม่ให้เคลื่อนลงมา คงสายสะดือให้ตึงเล็กน้อย รอนมดลูกหดตัวดีแล้วดึงสายสะดือลงอย่างนุ่มนวล แบบ counteraction (เช่น Brant-Andrews maneuver) เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น พยายามให้มารดาเบ่งขณะดึงด้วย ถ้ารกไม่เคลื่อนตามขณะดึง 30-40 วินาที ให้หยุดไว้ก่อน รอทำใหม่ในการหดตัวครั้งต่อไป

3. ตรวจรกให้สมบูรณ์

4. นวดมดลูกหลังคลอดตรงตามความเหมาะสม ตรวจคลำมดลูกเช็การแข็งตัวทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกและนวดซ้ำตามความจำเป็น แต่ไม่แนะนำให้คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่องใน กรณีที่ได้รับ oxytocin ทางหลอดเลือดดำ หลังคลอด เนื่องจากอาจทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้าเกินไปและไม่ช่วยป้องกันการตกเลือด

5. เช็ช่องทางคลอด (ถ้าใช้หัตถการช่วย ให้เช็คปากมดลูกด้วย)

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยใช้กระบวนการ TIME ⁽¹⁵⁾

1. การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ (Team) สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะทั้งทางด้าน Non-technical skills และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดี

2. การเตรียมช่วยชีวิตขั้นต้น (Initial resuscitation and investigation) ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็วได้แก่ การนวดมดลูก ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก (mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที ให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างรวดเร็วด้วยเข็มขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เส้น และแนะนำให้เจาะเลือดเพื่อจองเลือดและส่งตรวจ PPH blood test แนะนำให้ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินพลังไหลเวียนเลือด

3. การให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Medication treatment) ยาที่มีใช้ใน ปัจจุบัน ได้แก่ Oxytocin , Methylergonovine , Tranexamic acid , Misoprostol , Sulprostone

4. การหยุดเลือด (End of bleeding) หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่ได้ผล จำเป็นต้องหยุดเลือด ด้วยกระบวนการทำหัตถการ ได้แก่ การทำบอลลูน การผ่าตัดด้วยวิธี B-Lynch การผ่าตัดผูกหลอดเลือดของมดลูก และการตัดมดลูก

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ⁽¹²⁾

1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูก และประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น ซีด กระสับกระส่าย มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก รีบรายงานแพทย์ พร้อมหาทีมการพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มเติมโดยด่วน และจัดให้ทีมคลึงมดลูกตลอดเวลา

2. ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก (mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

3. ดูแลให้สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด ด้วยเข็มขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เส้น ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เช่น Oxytocin Methylergometrine Misoprostol 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก

4. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างและประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก

5. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก หรือบ่อยกว่านี้ พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก และการเสียเลือด เพื่อประเมินภาวะช็อก
6. ดูแลจัดให้นอนหงายราบ เพื่อให้เลือดจากส่วนต่างๆของร่างกายไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น เลือดจะไปเลี้ยงสมองและอวัยวะส่วนต่างๆได้ง่าย
7. ถ้ามีเลือดออก เนื่องจากมีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ต้องรายงานแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการขูดมดลูกไว้ให้พร้อม และดูแลอาการอย่างใกล้ชิด ขณะแพทย์ทำการขูดมดลูก และภายหลังขูดมดลูกแล้ว
8. ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด เนื่องจากการฉีกขาดของช่องคลอดร่วมด้วย เย็บแผลที่ฉีกขาด เพื่อให้เลือดหยุด
9. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม สำหรับการหยุดเลือดด้วยวิธีการทำ condom balloon tamponade
10. รายที่ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการได้รับเลือด เช่น อากาศแพ้ หนาวสั่น เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่
11. ประเมินผลค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) หลังให้เลือดตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
12. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการเสียเลือดและการขาดน้ำ
13. ดูแลความสะอาดสบายทุกๆ ไป ให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย
14. ดูแลทางด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือ แจ้งผู้คลอดและญาติให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษา
15. งดอาหารและน้ำทางปาก เตรียมความพร้อมกรณีจำเป็นต้องได้รับการดมยาสลบเพื่อการผ่าตัดมดลูก การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว ที่ไม่ใช่ยา (Non-medical interventions for management of PPH)
 1. นวดคลึงมดลูก (Uterine massage) แนะนำให้ทำการนวดคลึงมดลูกทันทีที่วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด
 2. การกดมดลูก (Bimanual uterine compression) การกดมดลูกอาจจะใช้ชั่วคราวระหว่างที่รอการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือ ส่งต่อผู้ป่วย ในรายที่คลอดทางช่องคลอด วิธีการกดมดลูก ทำโดยนวดคลึง มดลูกให้แข็งแล้วใส่กำปั้นมือเข้าในช่องคลอดกดที่ผนังด้านหน้าของมดลูก อีกมือกดผนังด้านหลังของมดลูกจากทางหน้าท้อง
 3. การใส่ Intrauterine balloon/condom tamponade ในกรณีที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากระตุ้นการหดตัวของ มดลูกหรือไม่มียา การใส่ intrauterine balloon/condom tamponade อาจจะใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี เพื่อ ลดการเสียเลือดระหว่างรอการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย

4. Uterine artery embolization แนะนำให้ทำ uterine artery embolization ในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีสาเหตุจากมดลูกไม่หดตัวในกรณีที่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ไม่ได้ผลและอยู่ในสถานที่ที่สามารถทำได้

การทำ condom balloon tamponade

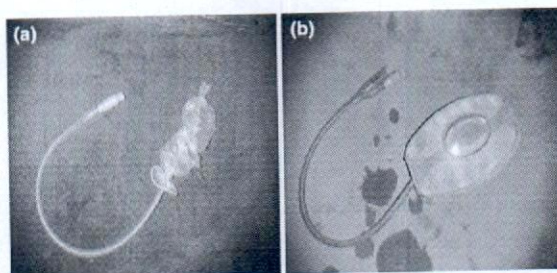
การทำCondom balloon tamponade เป็นการใส่สายสวนปัสสาวะที่ปลายผูกปลายด้วยcondom และใส่น้ำเกลือเพื่อให้ไปกดตำแหน่งที่เลือดออก ช่วยห้ามเลือด ลดการให้เลือด ลดอุบัติการณ์การผ่าตัด พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ มีความชำนาญสูง มีการเตรียมอุปกรณ์ มีการตรวจเช็คให้พร้อมใช้เสมอ

สิ่งที่สำคัญคือการค้นหาสาเหตุของการตกเลือด ถ้าตกเลือดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดหรือปากมดลูกและมดลูกแตก การทำ Condom balloon tamponade ก็จะไม่ได้ผล⁽¹¹⁾

จะพิจารณาทำในกรณีที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก สามารถทำได้รวดเร็ว ใช้ได้ผลดีกับการตกเลือดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี รกเกาะแน่น เศษรกที่ค้างไม่สามารถเอาออกได้หมด เป็นการใส่สายสวนปัสสาวะที่ปลายผูกปลายด้วยถุงยางอนามัย (condom) และใส่น้ำเกลือเข้าไป เพื่อไปกดบริเวณผนังมดลูกและบริเวณตำแหน่งที่เลือดออก ช่วยห้ามเลือด ลดการให้เลือด ลดอุบัติการณ์การผ่าตัด

ขั้นตอนการทำหัตถการ Condom balloon tamponade⁽¹¹⁾

1. นำ condom 2 อันมาซ้อนกันใช้ปลายสายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) เป็นตัวดันจากด้านใน condom
2. รูด condom ตัวในออกจนสุด แล้วค่อยรูด condom ตัวนอกออก
3. ถอยปลาย Foley catheter ออกจาก condom 1-2 เซ็นติเมตร
4. นำไหม (silk) เบอร์ 0 ผูก condom ให้ติดกับ Foley catheter โดยเว้นระยะห่างจากปลาย condom 5-7 เซ็นติเมตร
5. วิธีการผูก ผูก 1 ครั้ง อ้อมซ้าย-ขวา ผูกอีก 1 ครั้ง อ้อมซ้าย-ขวา ผูกอีก 1 ครั้ง แล้วจึงผูกเงื่อนตาย ตัดปลายสายให้เหลือ 1-2 เซ็นติเมตร
6. นำไหมเบอร์ 0 อีกเส้นมาผูกเหมือนกัน โดยเว้นระยะห่างจากปมแรก 1-2 เซ็นติเมตร
7. เท Sterile water ลงในขามรูปไต ทำการตรวจสอบโดยใช้ Irrigated Syringe ดูด Sterile water ประมาณ 20 -30 มิลลิลิตร
8. ยก Foley catheter ขึ้น เพื่อสังเกตการรั่ว และการเลื่อนหลุดของ condom balloon



การใส่ Condom balloon tamponade

1. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าชันขาหยั่ง (Lithotomy)
2. ก่อนใส่ condom balloon ให้ทำการล้างลิ่มเลือด (blood clot) ที่อยู่ในโพรงมดลูกออกมาให้หมด
3. ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือด้านที่ถนัดคิปลาย condom balloon โดยนิ้วมือที่เหลือประคองสาย Foley catheter ไว้
4. ในขณะที่ใส่ condom balloon เข้าไปในโพรงมดลูก มืออีกข้างช่วยกดยอดมดลูกเพื่อให้ ปากมดลูก (cervical os) ลงมาอยู่ใกล้ปากช่องคลอด
5. ใส่ condom balloon เข้าไปทาง cervical os จนแน่ใจว่า condom ทั้งหมดอยู่ในโพรงมดลูก
6. ยื่นปลาย Foley catheter ให้ผู้ช่วยทำ การเติม Sterile water โดยใช้ Irrigated Syringe โดยมือข้างที่ถนัด จับไม่ให้ condom balloon เลื่อนหลุดออกจากโพรงมดลูก
7. ใช้มืออีกข้างช่วยบีบสาย Foley catheter ไว้ทุกครั้งที่ผู้ช่วยไปดูด Sterile water เพื่อมาเติมใน condom balloon จน condom balloon โป่งตึงคลา cervical os
8. นำ Top หรือ Tampon แพ็ค เข้าไปในช่องคลอด เพื่อให้ดันแทนนิ้วมือไม่ให้ condom balloon หลุดออกจากโพรงมดลูก โดยจะใช้ Top หรือ Tampon ประมาณ 1-3 ชิ้น หรือ ก๊อซ (Gauze) 5-15 ชิ้น
9. เมื่อแพ็คเสร็จให้ใช้มือดันวัสดุที่ใช้แพ็คไว้ก่อน เพื่อให้แน่ใจว่า condom balloon ยังอยู่ในโพรงมดลูก
10. ให้ผู้ช่วยเติม Sterile water ต่อจนเลือดหยุดไหลโดยทั่วไปจะเติม Sterile water 500-700 มิลลิลิตร
11. เมื่อได้ Sterile water ที่ต้องการ หรือเลือดหยุดไหล ให้หนีบที่ปลาย Foley catheter และใช้มือดัน ไว้ก่อน 5-15 นาทีเพื่อให้แน่ใจว่าเลือดหยุดไหล
12. แพ็ค Top หรือ Tampon หรือ Gauze ในช่องคลอดเต็มจนแน่น เพื่อให้มั่นใจว่า condom balloon ไม่เลื่อนหลุด
13. นำ silk หรือยางมาผูกที่ปลาย Foley catheter เพื่อไม่ให้น้ำไหลออกมา

การถอด Condom balloon tamponade

1. จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่า Lithotomy
2. ใช้กรรไกรตัดไหมหรือยางที่ผูกปลาย Foley catheter ออก
3. ปล่อน้ำ จาก condom balloon ไหลออกจนหมด
4. ใช้มือคีบ Top หรือ Tampon หรือ Gauge ที่แพ็คไว้จนหมด
5. ใช้นิ้วมือ หรือ Forcep จับส่วนของ condom ที่ไหลออกมาจาก cervical os แล้วจึงดึง condom balloon ออกจากโพรงมดลูก พร้อมสาย Foley catheter
6. กดยอดมดลูกให้สังเกตการมีเลือดไหลและตรวจภายในเพื่อให้แน่ใจว่า ไม่มีวัสดุเหลืออยู่ในช่องคลอด

ภาวะรกค้าง (Retained placenta)

ภาวะรกค้าง เป็นภาวะที่อันตรายเนื่องจากรกฝังตัวลึกกว่าปกติ พบประมาณร้อยละ 0.04 ของการคลอด และสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) placenta accrete (รกฝังอยู่แคผิวๆ ของกล้ามเนื้อมดลูก) 2) placenta increta (รกฝังตัวเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก) 3) placenta percreta (รกฝังตัวตลอดความหนาของกล้ามเนื้อมดลูกหรือทะลุออกมานอกมดลูก) โดยภาวะ placenta accrete พบได้ร้อยละ 2-5 ในรายที่มีภาวะ placenta⁽⁸⁾ และพบได้ร้อยละ 20-50 ในรายที่มีภาวะ placenta previa with previous cesarean section⁽⁹⁾ ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบได้มากขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากภาวะเหล่านี้พบได้ประมาณร้อยละ 3 และประมาณร้อยละ 85 จำเป็นต้องรักษาด้วยการตัดมดลูก⁽¹⁰⁾ การมีรกค้าง หรือเศษรกค้าง จะทำให้เกิดการตกเลือดในระยะแรกได้ เพราะรกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มีเลือดออกในปริมาณมาก⁽⁶⁾

ความหมาย

รกค้าง หมายถึง ภาวะที่รก หรือชิ้นส่วนของรกไม่คลอดภายใน 30 นาที หลังทารกคลอด (โดยทั่วไปทั้งในครรภ์แรก และครรภ์หลังรกจะมีการลอกตัวประมาณ 15-30 นาที)⁽¹⁷⁾

สาเหตุ

ภาวะรกค้างมีสาเหตุ 3 ประการ ดังนี้

1. ขาดกลไกการลอกตัวของรก (รกไม่ลอกตัว หรือลอกตัวบางส่วน) ซึ่งเกิดได้ทั้งกรณีที่รกปกติ และรกผิดปกติ

1.1 รกปกติ แต่มดลูกไม่หดตัว อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ สตรีมีอาการอ่อนเพลีย การคลอดล่าช้า และสาเหตุที่พบบ่อย คือ ภาวะเยื่อหุ้มตัวรกหนา ทำให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ อาจเกิดจาก มารดาได้รับยาาระงับปวดหรือยาสลบมากเกินไป รกเกาะที่บริเวณคอร์นุ (cornu) หรือที่มดลูกส่วนล่าง กล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวมีกำลังการหดตัวไม่เท่าส่วนคอร์ปัส (corpus) และส่วนของยอดมดลูก (fundus) ทำให้เกิดภาวะรกค้างตามมา

1.2 รกผิดปกติ แม้มดลูกหดตัวดี แต่รกไม่สามารถลอกตัวได้ เนื่องจากรกเกาะลึก (placenta accreta) หรือรกมีความผิดปกติ ได้แก่ มีรkn้อย แบบที่มีเส้นเลือดเชื่อมต่อกัน หรือไม่มีเส้นเลือดเชื่อมต่อกัน (placenta succenturiata or placenta spurium) รกเกาะลึก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดรกค้าง จำแนก

ลักษณะของรกเกาะลึกได้ 3 แบบ ดังนี้

1) รกมีการฝังตัวไปตลอดชั้นของเยื่อมดลูก แต่ไม่ผ่านลงไปในพื้นที่กล้ามเนื้อมดลูก (placenta accrete)

2) รกจะฝังตัวผ่านไปยังชั้นกล้ามเนื้อมดลูก (placenta increta)

3) รกฝังลึกลงไปตลอดชั้นกล้ามเนื้อมดลูกจนทะลุผนังมดลูก (placenta percreta) เป็นชนิดที่อันตรายมากที่สุด

2. ขาดกลไกของการขับดันให้รกออกมานอกโพรงมดลูก

2.1 รกลอกตัวแล้ว แต่ผ่านออกมาจากโพรงมดลูกส่วนบนได้ มักมีสาเหตุจากการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิด constriction ring และ cervical cramp

2.2 รกลอกตัวแล้ว และผ่านโพรงมดลูกออกมาอยู่ในช่องคลอดแล้ว แต่ไม่ผ่านออกมาภายนอก อันเนื่องมาจากผู้คลอดไม่เบ่งเพื่อขับไล่ออกตามธรรมชาติ หรือผู้ทำคลอดไม่ผลักให้รกออกมาจากช่องทางคลอด

3. สาเหตุส่งเสริม ได้แก่

3.1 การผ่าตัดคลอด/การผ่าท้องคลอด: เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้รกค้างในครรภ์ได้ เนื่องจากรอยแผลผ่าตัดที่โพรงมดลูกอาจเป็นบริเวณที่เยื่อโพรงมดลูกบาง ทำให้รกที่เกาะบริเวณนี้เกาะลึกเกินไป อาจลงลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อมดลูก (ปกติรกจะเกาะในผนังมดลูกชั้นเยื่อโพรงมดลูก) ทำให้รกลอกยากหรือรกลอกไม่สมบูรณ์จนมีเศษรกค้างได้

3.2 การแท้งที่ได้รับการขูดมดลูก: โดยยังได้รับการขูดหลายครั้งยิ่งเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้ รกติดแน่นและค้างในครรภ์ต่อไป เพราะการขูดมดลูกทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางมาก รกจึงเกาะเข้าไปถึงชั้นกล้ามเนื้อมดลูก รกเกาะแน่นผิดปกติ (Placenta adherence) ทำให้รกบางส่วนเกาะ ลึกและติดแน่นผิดปกติ

3.3 การแท้งติดเชื้อ: ทำให้มีการอักเสบในโพรงมดลูก/เยื่อโพรงมดลูกอักเสบ (Endometritis) ทำให้เนื้อเยื่อรกเปื่อยยุ่ยฉีกขาดง่าย รกไม่คลอดออกมาทั้งอัน

3.4 การออกแรงดึงรกมากเกินไปในขณะที่รกยังไม่ลอกตัว อาจทำให้รกบางส่วนขาดค้างอยู่ในโพรงมดลูก

3.5 ประวัติการมีภาวะรกค้างในครรภ์ก่อน ความผิดปกติของตัวรกเองจากสาเหตุต่างๆ เช่น มีการติดเชื้อที่รกหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิดของรก

พยาธิสภาพ

หลังจากทารกคลอด มดลูกจะมีการบีบตัว และขับรกที่ลอกตัวแล้วให้ออกมาจากโพรงมดลูกภายใน 30 นาที และโดยทั่วไปใช้เวลา 5-15 นาที กรณีที่มดลูกหดตัวผิดปกติ ทำให้ปากมดลูกหดเกร็ง รกที่ลอกตัวแล้วจะค้างอยู่ในโพรงมดลูก แต่ในกรณีที่รกไม่ลอกตัวจากความผิดปกติของรก หรือการฝังตัวลึก รกจะเกาะอยู่กับผนังมดลูก ทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวได้ตามปกติ เลือดจะออกมากขึ้นเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจช็อกจากการเสียเลือด แต่ในรายที่เศษรกค้างอยู่หลายวัน จะส่งผลให้มดลูกไม่เข้าอู่ น้ำคาวปลาตกกลับไปมีสีเข้ม และมีกลิ่นเหม็น จากการติดเชื้อหลังคลอดได้

อาการและอาการแสดง

1. ไม่มีอาการแสดงของรกลอกตัวหรือมีเล็กน้อย
2. มดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอด
3. มีบางส่วนของคอตทิลีตอน (cotyledons) หรือผนังถุงน้ำคร่ำ (membranes) ขาดหายซึ่งตรวจพบภายหลังรกคลอดออกมาแล้ว
4. อาการของผู้คลอด ได้แก่ กระสับกระส่าย ซีพจรเบาเร็ว ตัวเย็นซีด เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งเป็นอาการของภาวะช็อก

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ผลกระทบที่สำคัญต่อมารดา ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากรกค้างและมดลูกหดตัวไม่ดีอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกจากรกค้าง และการฉีกขาด เสี่ยงต่อการถูกตัดมดลูก (hysterectomy) หากรกฝังตัวลึก ซึ่งส่งผลทำให้ไม่มีโอกาสตั้งครรภ์ หรือไม่สามารถมีลูกได้อีก หากจำเป็นต้องตัดมดลูก

ผลกระทบต่อทารก อาจทำให้สัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดาและทารกล่าช้า เนื่องจากมารดาต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากภาวะรกค้าง และอ่อนเพลียมากกว่าปกติ และอาจส่งผลต่อปริมาณน้ำนมไหลเข้า ทารกจึงได้รับน้ำนมจากมารดาล่าช้า

การฉีกขาด

การฉีกขาด (manual removal of placenta) เป็นการช่วยเหลือผู้คลอดในระยะที่ 3 อย่างเร่งด่วน วิธีการทำคลอดรกโดยการที่แพทย์สวมถุงมืออย่างทางการแพทย์สอดมือเข้าทางช่องคลอดและปากมดลูกเพื่อเข้ฉีกเอารก และเยื่อหุ้มทารกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออก⁽¹⁸⁾

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกค้าง⁽¹⁷⁾

ภาวะรกค้าง เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดภาวะตกเลือดหลังจากคลอดทารก หากผู้คลอดไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วอาจนำไปสู่ภาวะช็อก และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต นอกจากนี้การขูดมดลูก หรือฉีกขาด ยังส่งผลให้มารดาเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดได้

1. ชักประวัติเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะรกค้าง เพื่อวางแผนป้องกันการเกิดภาวะรกค้าง และเตรียมการช่วยเหลือในระยะการคลอดรกอย่างเหมาะสม
2. ช่วยเหลือการคลอดรกที่ลอกแล้วแต่ค้างอยู่ในช่องคลอด โดยตรวจดูอาการแสดง (signs) ของรกที่ลอกตัวสมบูรณ์ ถ้ามีอาการแสดงว่ารกลอกตัวแล้ว แต่ขาดกลไกธรรมชาติที่จะให้รกคลอดออกมาเอง ได้แก่ แแรงเบ่งหรือขาดการช่วยเหลือการคลอดรก ดังนั้น เพียงแต่ช่วยเหลือการคลอดรกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างถูกวิธี รกจะคลอดออกมาโดยง่าย

3. ช่วยเหลือการคลอดรกที่ยังค้างอยู่ในโพรงมดลูก เมื่อตรวจแล้วไม่มีอาการแสดงของรกลอกตัวสมบูรณ์ ให้ปฏิบัติตามลำดับดังนี้

3.1 ตรวจการหดตัวของมดลูก ถ้าไม่มีการหดตัว หรือหดตัวไม่แข็งเต็มที่ ควรสวนปัสสาวะ เพราะการมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะทำให้มดลูกหดตัวได้ไม่ดี เป็นเหตุให้รกไม่อาจลอกตัวได้ สมบูรณ์กรณีที่สวนปัสสาวะแล้วมดลูกยังหดตัวไม่ดีขึ้น ควรใช้ฝ่ามือคลึงเบาๆ ที่ยอดมดลูก เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น แต่ห้ามคลึงด้วยความรุนแรงเพราะมดลูกอาจเกิดการหดตัวผิดปกติ

3.2 ถ้าปฏิบัติในข้อ 3.1 แล้ว รกยังไม่คลอดออกมาในเวลาอันสมควรอาจเกิดจากรกลอกตัวแล้วแต่ไม่อาจผ่านโพรงมดลูกออกมาได้หรือ รกลอกตัวเองไม่ได้ตามธรรมชาติให้ผู้ทำคลอดสอดนิ้วมือเข้าไปในช่องคลอด เพื่อตรวจดูสภาพของปากมดลูกว่ามีการหดเกร็งของปากมดลูก (cervical cramp) จนขัดขวางการเคลื่อนตัวของรก การสอดนิ้วมือเข้าไปในช่องคลอดต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และทำด้วยความนุ่มนวล เพราะอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้คลอดได้

3.3 ลองทำคลอดรกโดยวิธีดึงสายสะดือ (control cord traction) ซึ่งรกจะคลอดได้ในกรณีที่รกลอกตัวแล้ว แต่ปากมดลูกหดเกร็ง หรือปากมดลูกบีบรัดรกเอาไว้ รกจะถูกดึงให้ผ่านส่วนที่บีบรัดไว้ออกมาได้ แต่ถ้าลองดึงดูแล้วรกยังติดอยู่ ห้ามดึงต่อไปด้วยกำลังแรง เพราะสายสะดืออาจขาดหรือมดลูกปลิ้น หรือมีเศษรกขาดค้างอยู่ในโพรงมดลูกได้

4. รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาช่วยคลอดรกโดยการล้วงรก
การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการล้วงรก

1. สวนปัสสาวะให้เพื่อช่วยทำให้มดลูกหดตัวดีและรกลอกตัวเร็วขึ้น
2. บอกให้ผู้คลอดทราบว่าจะมีการล้วงรก พร้อมทั้งบอกเหตุผล และวิธีการทำ ให้ทราบ
3. เตรียมพร้อมวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล
4. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา
5. จ้องเลือดตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออก และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังการตกเลือด
8. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา
9. ตรวจสภาพรกที่ออกมาและตรวจช่องคลอดอย่างละเอียด พร้อมทั้งแนะนำการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
10. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะที่ผิดปกติของน้ำคาวปลาที่แสดงว่าอาจมีการติดเชื้อ และเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
11. ประเมินและดูแลสภาพจิตใจของผู้คลอด เพราะอาจมีความวิตกกังวลต่อการล้วงรก การดมยาสลบ และภาวะสุขภาพหลังการล้วงรก

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1สรุปสาระสำคัญ

ผู้คลอด หญิงไทยอายุ 23 ปี รับไว้ในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วันที่ 27 พฤษภาคม 2565 เวลา 09.30 น. ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (G2P1-0-0-1) อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 2 วัน นับจากการทำอัลตราซาวด์

มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัย เจ็บครรภ์คลอด (Labor pain) แรกเริ่มผู้คลอดเจ็บครรภ์ ตรวจภายในประเมินการเปิดของปากมดลูก ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 60 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำยังไม่แตก ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ระดับของส่วนน้ำ -1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที การหดตัวของมดลูก Interval 4 นาที Duration 30 วินาที Severity 1+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/71 มิลลิเมตรปรอท EFM category I ความเข้มข้นของเลือดแรกเริ่ม 36 เปอร์เซ็นต์

เวลา 17.05 น ผู้คลอดเจ็บครรภ์ การหดตัวของมดลูก Interval 4 นาที 35 วินาที Duration 30 วินาที Severity 1+ ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 60 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำยังไม่แตก ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ระดับของส่วนน้ำ -1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาให้ยาส่งเสริมการคลอด (Augmentation of labor) ให้ oxytocin 10 unit ในสารน้ำ 5 % NSS/2 ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปรับอัตราการไหลของสารน้ำเพื่อให้การหดตัวของมดลูกดีขึ้น Interval 2-3 นาที Duration 40-60 วินาที

เวลา 18.00 น ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น การหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที 1 Duration 60 วินาที Severity 2+ ให้ยาส่งเสริมการคลอด อัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 60 เปอร์เซ็นต์ ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ระดับของส่วนน้ำ -1 ผนังคร่ำแตกเอง ลักษณะน้ำคร่ำสีใส อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที

เวลา 19.15 น ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นสม่่าเสมอ Interval 2 นาที Duration 50 วินาที Severity 2+ Pain score 10 คะแนน ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ระดับของส่วนน้ำ +2 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 154 ครั้งต่อนาที ย้ายเข้าห้องคลอด ขณะแบ่งคลอดอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 108 ครั้งต่อนาที ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที คลอดปกติ ทารกคลอดเวลา 19.20 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,060 กรัม APGAR score นาทีที่ 1=9 นาทีที่ 5=10 และนาทีที่ 10=10 ทารกแรกเกิดปกติ ขณะคลอดไหล่ทารก ดูแลให้ยา oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หลังทารกคลอด 30 นาที รกและเยื่อหุ้มรกยังไม่คลอด ตัดแน่น รายงานสูติแพทย์มาประเมินและทำหัตถการล้างรก รกคลอด เวลา 20.20 น. รกคลอดครบ หลังรกคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอด 700 มิลลิลิตร มารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/67 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวไม่ดี ไม่กลมแข็ง หลังตกเลือด ค่าความเข้มข้นของเลือดเจาะปลายนิ้ว 38 เปอร์เซ็นต์ เวลา 20.30 น. ความดันโลหิต 136/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด คลื่นมดลูกมดลูกไม่กลมแข็ง ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำเพิ่ม Acetar load 500 มิลลิลิตร ดูแลให้ยา Methylergometrine 0.2 มิลลิกรัม

ทางหลอดเลือดดำ และ oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 5 % NSS/2 ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อ ชั่วโมง ประเมินที่เลือดที่ออกทางช่องคลอด ยังพบว่ามีเลือดซึมออกเรื่อยๆ จำนวน 100 มิลลิลิตร ผู้คลอดเสีย เลือดทางช่องคลอดรวม 800 มิลลิลิตร เวลา 20.40 น. แพทย์พิจารณาทำหัตถการ condom balloon tamponade เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก ใส่น้ำเข้าไป 200 มิลลิลิตร pack tampon 2 ชั้น มดลูกหดตัวดี กลมแข็งอยู่ระดับสะดือ ไม่พบว่าเลือดออกทางช่องคลอดอีก ความดันโลหิต 133/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด ใจ สั่น ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำเพิ่ม 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ Transamine 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลา 20.50 น. ส่งเลือด ตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ความเข้มข้นของเลือด 34 เปอร์เซ็นต์ WBC 8630 cell/ml. และ ตรวจดูการแข็งตัวของเลือดค่า PT 11.4 วินาที และ INR 1.01 วินาที อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ได้รับเลือด ใสสายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสค้างสาย หลังคลอด 2 ชั่วโมง อุณหภูมิของร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดอ่อนเพลีย มดลูกหดตัวดี ไม่พบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะสีเหลืองใส 100 มิลลิลิตร ไม่มีการเลื่อนหลุดของ condom balloon tamponade ปริมาณเลือดที่ออกในห้องคลอด จำนวน 800 มิลลิลิตร แผลฝีเย็บไม่บวม ย้ายไปหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เวลา 21.20 น. รวมระยะเวลาในการดูแลในห้องคลอด 11 ชั่วโมง 50 นาที และทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 52 ครั้งต่อนาที หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ย้ายไปหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมพร้อมมารดา วันที่ 28 พฤษภาคม 2565 เวลา 09.00น. ไม่มีภาวะตกเลือดซ้ำ มดลูกกลมแข็งอยู่ระดับสะดือ แพทย์พิจารณาให้ off condom balloon tamponade นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาทั้งหมด 3 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 30 พฤษภาคม 2565 นัดมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการหลังคลอด

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1.ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
- 2.เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
- 3.ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
- 4.ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
- 5.ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและสูติแพทย์ผู้รักษา
- 6.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
- 7.วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
- 8.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
- 9.สรุปกรณีศึกษา วิจัย และให้ข้อเสนอแนะ
- 10.จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง เผยแพร่ผลงานในวารสาร Open access สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

4.3. เป้าหมายของงาน

- 1.เพื่อให้มีการพัฒนางานในการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด
- 2.เพื่อเป็นการนำนวัตกรรมเข้ามาใช้ร่วมกับการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการให้การพยาบาล
- 3.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว
- 4.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสะดวกและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
- 5.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีการเรียนรู้ร่วมกันและทำงานเป็นทีม

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้คลอดที่คลอดปกติทางช่องคลอด ที่มีภาวะรกค้าง ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดและการหัตถการโดยการทำcondom balloon temponade จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 09.30 น. ถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 21.20 น.รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 11 ชั่วโมง 50 นาที และย้ายไปหผู้ป่วยสูติ- นรีเวชกรรม

5.2ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้คลอดมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาล
2. ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ทันทีทันทีปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดภาวะทุพพลภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้องเหมาะสม และทันเวลาที่

2. มีการนำนวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางานการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต

3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การทำ condom balloon temponade เป็นการทำการหัตถการที่ต้องมีความรู้ ความสามารถ มีความชำนาญสูง มีการเตรียมอุปกรณ์ มีการตรวจเช็คให้พร้อมใช้เสมอ และที่สำคัญจะต้องประเมินสาเหตุของการตกเลือดให้ได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด ถ้าตกเลือดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดหรือปากมดลูกและมดลูกแตก การทำ condom balloon temponade ก็จะไม่ได้ผล

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การทำ condom balloon temponade เป็นการทำการหัตถการที่ต้องมีความรู้ ความสามารถ มีความชำนาญสูง

2. อุปกรณ์ ต้องพร้อมใช้เสมอ

3. จะต้องประเมินการตกเลือดให้ได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด ถ้าตกเลือดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดหรือปากมดลูก แล้วทำ condom balloon temponade ก็จะไม่ได้ผล ทำให้เสียเวลากับการทำทำ Condom Balloon Temponade

4. เทคนิค และวิธีการทำ condom balloon temponade

5. ไม่ได้ทำบ่อย ก็จะไม่มีความชำนาญ

6. ในการทำ condom balloon temponade ต้องมีผู้ช่วยในการฉีดยาเข้าไป พร้อมทั้งต้องลงบันทึกปริมาณน้ำเข้าไปในบันทึกทางการพยาบาล

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการระบุตำแหน่ง หน้าที่ของพยาบาลให้ชัดเจน ว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินจะได้รวดเร็ว ทันเวลาที่ รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย

2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ

3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละราย

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานในวารสาร OPEN ACCESS สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว www.sko.moph.go.th
โดยใช้รหัสการเผยแพร่ที่ 28/9/2566 เผยแพร่: 28 กันยายน 2566. 1-18.

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวแสงนภา พรไทย ผู้เสนอมีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางสาวแสงนภา พรไทย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 22 / สิงหาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวแสงนภา พรไทย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางสาวสุตารัตน์ ภูจำนงค์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

(วันที่) 25 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

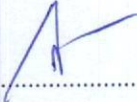
(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปริดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 26 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 27 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ) 

(นายธราพงษ์ กิปโก)

(..... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว)

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1.เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

2.หลักการและเหตุผล

การตายของหญิงตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายของหญิงตั้งครรภ์ (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน และถูกใช้เป็นตัวชี้วัด ที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก การตายของหญิงตั้งครรภ์เป็นเครื่องชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญของโลก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลก ในอีก 15 ปี ข้างหน้าต้องลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573 ประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราการตายหญิงตั้งครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตายหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ ปี 2558 จนถึงปัจจุบันพบว่าอัตราการตายหญิงตั้งครรภ์ไทยมีแนวโน้มลด ⁽¹⁾

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2020 พบการตายหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก 211 รายต่อการเกิดที่มีชีวิต 100,000 คน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 152 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกเซียโร (SEARO) พบว่าประเทศไทย สามารถลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอันดับ2 (37 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน) รองจากประเทศศรีลังกา (36 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ตาย MDSR system กรมอนามัย พบว่าอัตราการตายหญิงตั้งครรภ์ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อ เทียบกับปีที่ผ่านมา ในปี 2564-2566 คิดเป็นอัตราการตายมารดาไทย เท่ากับ 34.68, 25.86 และ 18.82 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ตามลำดับ เมื่อจำแนกสาเหตุการตายตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางสูติกรรมได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด, โรคหัวใจและหลอดเลือด (ได้แก่ myocardial infarction, aortic dissection, และmyocarditis), ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอด (Amniotic fluid embolism syndrome), ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis), โรคปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate pneumonitis), โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism), ภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับมีการชัก (eclampsia) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา(iatrogenic cause) ที่สำคัญได้แก่ภาวะระดับยาแมกนีเซียมสูงเกินขนาด(hypermagnesemia), และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic complication) จากที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของสาเหตุการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ และยังพบว่าสาเหตุการตายจากสาเหตุ

2.หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2565 พบการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึง 57 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรค NCD และการติดเชื้อโควิด 19

จากข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 – 2566 พบอัตราตายของหญิงตั้งครรภ์ มีจำนวน 1, 4 และ 3 ราย คิดเป็นอัตราส่วน เท่ากับ 43.57, 173.61 และ 123 ต่อการเกิดที่มีชีวิต 100,000 คน ตามลำดับ ⁽⁴⁾ สาเหตุการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจ ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นปอด และภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับมีการชัก ⁽⁴⁾ หญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบันมักมีความเสี่ยงที่สูงขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เราต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการช่วยชีวิตขั้นสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และเป็นภาวะที่ค่อนข้างท้าทายความสามารถของผู้ดูแลเนื่องจากมีข้อแตกต่างบางอย่างที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษที่ต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น การดูแลทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลควรมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เพื่อที่จะดูแลได้อย่างถูกต้อง

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากกระบวนการจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการ

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่พบได้น้อยแต่เป็นภาวะที่รุนแรงมีอัตราตายของหญิงตั้งครรภ์และทารกสูงได้มากถึงร้อยละ 40 ถึง 80 สาเหตุที่พบบ่อยคือภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดในปอด ภาวะโรคเดิมของผู้ป่วย เช่น โรคหัวใจ และสาเหตุจากการระงับความรู้สึก เป็นต้น การช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ เป็นประเด็นที่ยากเพราะ สรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์หลายประการที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มขึ้น ต้องการออกซิเจนสูงขึ้น เลือดไปที่ไตมากขึ้น ความจุปอดลดลง มดลูกที่ใหญ่ไปกดเบียดหลอดเลือดแดงและดำใหญ่ภายในช่องท้อง ทำให้การช่วยฟื้นคืนชีพในกลุ่มนี้มีความแตกต่างจากการช่วยฟื้นคืนชีพบุคคลทั่วไป สิ่งที่ควรคำนึงเป็นพิเศษในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะหัวใจหยุดเต้นคือการช่วยฟื้นคืนชีพ(Cardiopulmonary Resuscitation:CPR) ที่มีประสิทธิภาพ และลดการกดบริเวณเส้นเลือดแดง aorta และเส้นเลือดดำ inferior vena cava โดยการดันมดลูกไปทางด้านซ้าย (left uterine displacement) ของหญิงตั้งครรภ์ อย่างต่อเนื่องตลอดการ CPR เพื่อลดภาวะ aortocaval compression วิธีการดันมดลูก ประกอบไปด้วย 2 วิธีดังแสดงในภาพที่ 1 และ 2 ⁽³⁾

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ) แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)



แผนภาพที่ 1: One-handed technique



แผนภาพที่ 2: Two-handed technique

การช่วยฟื้นคืนชีพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์สหสาขา ได้แก่ สูติแพทย์ วิกฤติแพทย์ กุมารแพทย์และทีม บุคลากรทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและทารก ในครรภ์อย่างเร่งด่วน สิ่งสำคัญคือ การป้องกัน หายสาเหตุ และพยายามแก้ไขสาเหตุ ร่วมกับการช่วยฟื้นคืนชีพ อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางปฏิบัติของ American Heart Association ปี ค.ศ. 2015 นอกจากนี้การ ผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้อง (PMCD: PeriMortem Cesarean Delivery) ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ หัวใจหยุดเต้นภายใน 4 นาที โดยให้ทารกคลอดภายใน 5 นาที โดยการผ่าตัดนี้พบว่าทำให้มีอัตราการรอดชีวิต ของหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นร้อยละ 31.7⁽³⁾ ทำให้ลดการกดทับของหลอดเลือดใหญ่ในช่องท้อง เพิ่มเลือดไหลเวียน กลับเข้าสู่หัวใจ ลดการใช้ออกซิเจน ของร่างกายและเพิ่มความยืดหยุ่นของปอดทำให้ ขยายตัวได้ดีขึ้น และยัง เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดความทุพพลภาพของทารกที่เกิดมา

จากข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2563 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจาก ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอด แพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่ห้องคลอด ทารกคลอดปลอดภัย มารดาเสียชีวิต⁽⁵⁾

ปัญหาพบว่าในกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมีความล่าช้า มีแนวทางปฏิบัติที่ ยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการระบุตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่นอกหน่วยงานที่จะมาช่วยทีม ในการช่วยฟื้นคืนชีพว่าใครต้องทำอะไรบ้าง ขาดความชำนาญ เมื่อเกิดเหตุการณ์ มีความตกใจ ตื่นเต้น และ ยังไม่เคยมีการจัดทำอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดคลอดฉุกเฉินนอกห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้วมาก่อน ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะลดปัญหาดังที่กล่าวมา คือการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

มาใช้วางระบบบริหารกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกระบวนการดูแลรักษาเดิมควรได้รับการพัฒนา และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และความปลอดภัยของผู้รับบริการ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างานห้องคลอด ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์โดยการจัดทำแนวทาง วิธีปฏิบัติ และจัดทำ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินสามารถนำมาปฏิบัติได้ทันท่วงที รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) โดยใช้แนวคิด PDCA หรือวงจรเดมมิง (Deming Cycle) ของ Dr. Edwards W. Deming มาใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้⁽⁶⁾

1. Plan (วางแผน)
 - 1.1 มีการทบทวนอุบัติการณ์
 - 1.2 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
 - 1.3 นำเสนอปัญหาเข้าที่ประชุม และวิเคราะห์หาปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวางแผนจัดทำแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
2. Do (ปฏิบัติตามแผน)
 - 2.1 ปรึกษาทีมสูติแพทย์ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และอุปกรณ์ที่จำเป็นในกาผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
 - 2.2 ดำเนินการจัดแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่ปลอดภัย
3. Check (ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน)
 - 3.1 หัวหน้ามอบหมายให้พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบทำคลอดเป็นผู้ดูแล และตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ทุกเวรทุกวัน
 - 3.2 ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจขั้นตอน ว่ามีแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
 - 3.3 มีการนำแนวทางปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่จัดทำขึ้นมาทดลองใช้ในการซ้อมการช่วยฟื้นคืนชีพในมารดาและทารกในหน่วยงาน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

3.4 เก็บข้อมูลทุกครั้งที่มีการซ่อม วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุง และพัฒนาให้ถูกต้อง เหมาะสมกับการใช้งานจริง

4. Act (ปรับปรุงแก้ไข)

4.1 ดำเนินการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (WI) เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น มี Flow chart และการจัด set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ ในหน่วยงานห้องคลอด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2. เพื่อให้มีอุปกรณ์ในการทำผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ขณะหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะที่อาจถึงแก่ชีวิต

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567- กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นทุกราย ในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ในหน่วยงานห้องคลอด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนอุบัติการณ์
2. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
3. นำเสนอปัญหาเข้าที่ประชุม และวิเคราะห์หาปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวางแผนจัดทำแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

4. ปรึกษามุมสุขภาพ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อจัดทำรูปแบบ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในกาผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

5. ดำเนินการจัดแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่ปลอดภัย

6. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้รับรู้และเข้าใจขั้นตอน และแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

7. มีการนำแนวทางปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินมาทดลองใช้ในการซ้อมการช่วยฟื้นคืนชีพในมารดาและทารกในหน่วยงาน

8. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค นำมาพัฒนา และปรับปรุงแก้ไข

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. งานห้องคลอด มีแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น
2. มี set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
3. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในงานห้องคลอด มีซักซ้อมการใช้แนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นทุกคน มีความเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
4. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในงานห้องคลอด มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น
5. ความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. งานห้องคลอด มีแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น
2. มีการจัดทำ set อุปกรณ์ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน 1 set
3. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในงานห้องคลอด มีซักซ้อมการใช้แนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นทุกคน และสามารถปฏิบัติได้ 100 เปอร์เซ็นต์
4. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้นโยบายในการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 100 เปอร์เซ็นต์
5. ความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 100 เปอร์เซ็นต์

(ลงชื่อ).....

(นางสาวแสงนภา พรไทย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 22 / สิงหาคม / 2566.....

ผู้ขอประเมิน