

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด และใส่ Condom balloon tamponade
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 2 ธันวาคม 2565 - วันที่ 5 ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) พบได้ร้อยละ 2-8 ในสตรีตั้งครรภ์ เป็นกลุ่มอาการสำคัญทางสูติศาสตร์ที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะอ้วน อายุมาก 35 ปีขึ้นไป มีประวัติความเจ็บป่วยทางอายุรกรรมร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เบาหวาน เป็นต้น การดำเนินโรคใช้เวลานานก่อนที่จะแสดงอาการ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอาการแสดงตามสาเหตุ และความรุนแรงของโรค⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีอาการบวม มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ทำให้ การไหลเวียนเลือดในมดลูกลดลง เส้นเลือดที่สมองแตกเกิดภาวะรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิตในประเทศพัฒนาแล้วพบสตรีตั้งครรภ์ เสียชีวิตจากภาวะที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงร้อยละ 16 นอกจากการเสียชีวิตยังพบสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย และยังมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้า ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้มีการเพิ่มอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงขึ้น⁽²⁾ รายงานขององค์การอนามัยโลกใน 29 ประเทศ ในแถบเอเชียพบอุบัติการณ์โดยรวมร้อยละ 2.73 โดยมีอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) และ ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) ร้อยละ 2.16, 0.28 และ 0.29 ตามลำดับ และ ประเทศไทยพบร้อยละ 2.22, 0.13 และ 0.36 ตามลำดับ⁽³⁾ สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบแน่ชัด การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสม และทันเวลา จะช่วยลด ความรุนแรงของโรคได้ การป้องกันภาวะชั้ที่สำคัญคือ การให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ต้องระมัดระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ซึ่งจะมีผลให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ง่าย

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage : PPH) เป็นหนึ่งสาเหตุการตายของหญิงตั้งครรภ์สูงสุดสามอันดับแรกทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาและยังไม่พัฒนา มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1 ถึง 5 ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย ภาวะขาดแคลนบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำคลอด เลือด ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นอย่างพอเพียง หรือขั้นตอนการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾

ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง และภาวะตกเลือดหลังคลอดนับเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา การให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดและใส่ condom balloon tamponade เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอด ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ในการประเมินปัจจัยเสี่ยง มีการประเมิน และประเมินซ้ำได้รวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) : ความหมายของโรค⁽²⁾

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) หมายถึง กลุ่มอาการ (syndrome) ของความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และภาวะความดันโลหิตสูงคงอยู่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งแต่เดิมมักใช้เป็นเกณฑ์

ขั้นต่ำในการวินิจฉัยภาวะนี้ ปัจจุบันกรณีตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้วินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การตรวจพบ ความดันโลหิตสูงร่วมกับเกณฑ์การทำงานผิดปกติของอวัยวะสำคัญ (end-organ dysfunction) อย่างน้อย 1 อย่าง

เกณฑ์การวินิจฉัย preeclampsia⁽²⁾

1. เกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงให้ใช้เกณฑ์เดิม
2. เกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ให้ใช้วิธีตรวจวัดโดยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเป็นหลัก แต่กรณีที่ต้องการผลเร็วให้ใช้การตรวจ urine protein/creatinine ratio แทนได้ ส่วนการตรวจด้วย urine dipstick มีความคลาดเคลื่อนสูง ไม่ควรใช้ ยกเว้นไม่สามารถตรวจด้วยสองวิธีได้
3. ยกเลิกเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงโดยใช้เกณฑ์ proteinuria มากกว่า 5 กรัม ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง รวมทั้งยกเลิกเกณฑ์ ทารกโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction)

เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะ Preeclampsia ในอดีตมักแบ่งความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการน้อยเป็น mild preeclampsia และที่มีอาการรุนแรงเป็น severe preeclampsia ซึ่ง preeclampsia เป็น dynamic process ที่มีแนวโน้มมีอาการรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ได้มีการปรับการใช้คำศัพท์ใหม่ให้เหมาะสมตามข้อมูล หลักฐานการตรวจพบในคลินิก ได้เป็น ครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) และ ครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features)⁽²⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe features ของ preeclampsia คือ มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้⁽²⁾

1. ความดันโลหิตสูง โดย systolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท วัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมงภายหลังการนอนพัก (bedrest)
2. เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อไมโครลิตร (thrombocytopenia)
3. การทำงานของตับผิดปกติ (impaired liver function) คือมีค่า serum transaminase เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เท่าของค่าปกติ หรือปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา หรือไตล้นป้ออย่างรุนแรง และอาการปวดไม่หายไป (severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช่อุบัติเหตุจากการวินิจฉัยอื่น
4. การทำงานของไตผิดปกติ (renal insufficiency) โดยค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ เพิ่มขึ้น 2 เท่าของค่า serum creatinine เดิม โดยไม่มีโรคไตอื่น
5. น้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
6. อาการทางสมองหรือทางสายตา (cerebral or visual disturbance) ที่เกิดขึ้นใหม่

พยาธิสภาพ⁽²⁾

พยาธิสภาพหลักของภาวะครรภ์เป็นพิษอยู่ที่รก โดยการฝังตัวผิดปกติของรก และเกิดความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนจากลักษณะเนื้อเยื่อผิว ไปเป็นลักษณะเนื้อเยื่อโพรงหลอดเลือด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะในทุกระบบของมารดาและทารกในครรภ์ดังนี้

- 1) Renal system
- 2) Cardiopulmonary
- 3) Hematologic and coagulation system
- 4) Hepatic system
- 5) Neurological system
- 6) Visual system
- 7) placenta and uterus

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง⁽²⁾

ปัจจุบันสาเหตุที่แท้จริงของภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบแน่ชัด สำหรับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ดังนี้ 1) สตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน (nulliparity) 2) ประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษใน

ครรภ์ก่อนมี ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7 เท่า 3) ผ่านการคลอดบุตรคนก่อนมานานอย่างน้อย 10 ปี 4) สตรีอายุมากกว่าตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป 5) ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 kg/m^2 ขึ้นไป หรือ อ้วน (obesity) 6) การตั้งครรภ์แฝด (multiple pregnancy) ครรภ์แฝดสามเสี่ยงมากกว่าครรภ์แฝดสอง 7) ประวัติพันธุกรรมครรภ์เป็นพิษในครอบครัวโดยเฉพาะมารดา พี่สาว น้องสาว 8) ประวัติความเจ็บป่วยทางอายุรกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน 9) ความผิดปกติทางสูติกรรม เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว ครรภ์แฝด การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก 10) ภาวะโภชนาการบกพร่อง ขาดวิตามินซี

อาการและอาการแสดงของภาวะ preeclampsia และ eclampsia⁽²⁾

1. ภาวะ Preeclampsia กลุ่มอาการสำคัญของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ได้แก่ ปวดศีรษะส่วนหน้า (frontal headache) การมองเห็นผิดปกติ (visual disturbance) และปวดใต้ชายโครงขวา หรือ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ (epigastric pain) ซึ่งลักษณะความรุนแรงพิจารณาจากอาการ อาการแสดงหรือการตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ ต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป

อาการแสดง 1) Systolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg หรือ Diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg 2) น้ำท่วมปอด 3) Eclampsia คือมีอาการชักแบบชักทั้งตัว 4) เลือดออกในสมอง 5) ตาบอด

อาการ 1) อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะอย่างรุนแรง สายตาพร่ามัว มีจุดบอดในลานสายตา (scotomata) ซีมลงหรือหมดสติ 2) อาการปวดใต้ชายโครงขวาหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่เนื่องจากการยืดขยายหรือการแตกของเยื่อหุ้มตับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1) ภาวะไตวาย serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1.1 mg/dL หรือ ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมงภายหลังจากได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 2) การทำงานของตับผิดปกติระดับเอนไซม์ AST และ/หรือ ALT สูงกว่า 70 IU/L หรือมากกว่า 2 เท่าของค่าเดิม 3) เกล็ดเลือดต่ำมี platelet count $< 100,000$ ต่อไมโครกรัม 4) ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) 5) HELLP syndrome ภาวะ HELLP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนหรือ เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ 5.1) Hemolysis (H) คือ การแตกหรือการสลายของเม็ดเลือดแดง วินิจฉัยจากระดับ serum lactate dehydrogenase (LDH) $> 600 \text{ IU}$ และ/หรือ มี schistocytes ใน peripheral blood smear และ/ หรือ serum bilirubin $> 1.2 \text{ mg/DL}$ 5.2) Elevated liver enzymes (EL) คือการเพิ่มของเอนไซม์ตับ วินิจฉัย จากค่า serum AST สูงกว่า 70 หรือ ALT สูงกว่า 50 IU/L 5.3) Low platelet (LP) คือ เกล็ดเลือดต่ำ คือ platelet count $< 100,000$ ต่อไมโครลิตร

2. ภาวะ Eclampsia ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หมายถึง ภาวะชักแบบ generalized convulsion หรือ grandma seizures ที่มีลักษณะเป็นการชักเกร็ง-ชักกระตุก (tonic-clonic) ที่เกิดขึ้นใน preeclampsia หรือ gestation hypertension อุบัติการณ์ของการชักเกิดขึ้นได้ในทุกระยะ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และ ระยะ $48 - 72$ ชั่วโมงหลังคลอด

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ⁽³⁾

1. ประเมินสภาพแรกรับ ประกอบด้วยการซักประวัติ การประเมินสภาวะร่างกาย

2. ให้การดูแลมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด และวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีระบบ โดยปฏิบัติการพยาบาลเท่าที่จำเป็นในระยะเวลาเดียวกัน เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้พักผ่อน ช่วยลดความดันโลหิต และป้องกันการเกิดอาการชัก

3. เฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังคลอดทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะในระยะ $24-48$ ชั่วโมง หลังคลอด ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ รีเฟล็กซ์ ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้า

และออกจาก ร่างกาย ซึ่งมีสายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่เลวลง

4. ประเมินอาการแสดงนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามองเห็นภาพซ้อนหรือเบลอ จุกเสียดยอดอก หรือใต้ชายโครงขวา จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์

5. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชักตามแผนการรักษา ยาที่นิยมใช้คือ Magnesium sulfate ($MgSO_4$) ให้ต่อ ภายหลังจากคลอดแล้วอีก 24 ชั่วโมง โดยปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

5.1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผล ขั้นตอนการให้ยาและอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้ เช่น อาการร้อนวูบวาบบริเวณที่ฉีด และรู้สึกร้อนวูบวาบตามตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่สะดวก

5.2. ประเมินภาวะผิดปกติขณะให้ยา โดยประเมินทุก 1 ชั่วโมง อาการผิดปกติ ดังนี้

- อัตราการหายใจ น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที เนื่องจากการหายใจถูกกด

- ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย

- ประเมิน Deep tendon reflex ลดลงหรือไม่มีความตันทนต่อตอกเคาะต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เพราะยาทำให้หลอดเลือดขยาย และ หัวใจจะต้องทำงานหนักมาก ในขณะที่ยาออกฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อหัวใจทำให้แรงกระตุ้นที่มายัง SA node ช้าลงและ การส่งแรงกระตุ้นไปยังจุดอื่นๆในหัวใจช้าลง

- เตรียมยา antidote คือ 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตร (1 กรัม) ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3 – 5 นาที ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรงเพราะเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดจากยา $MgSO_4$ ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อลาย

- ดูแลไม่ให้สายน้ำเกลือหลุดออกจากเส้นเลือด ไม่มีอาการปวด บวม แดงร้อนและน้ำเกลือไหลเข้าเส้นเลือดดำถูกต้องตามแผนการรักษา

6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ออกซิเจน ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ยาระงับชัก และเตรียมความพร้อมของทีมช่วยคืนชีพ

7. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา

8. การติดตามหลังคลอด ควรนัดมาตรวจหลังคลอด 2 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์เพื่อตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ ตลอดจนแนะนำวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage [PPH])⁽³⁾

ภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ ภาวะซึ่งมีการเสียเลือดหลังการคลอด ตั้งแต่ 1,000 ซีซี ขึ้นไป รวมถึงการเสีย เลือดช่วงที่เจ็บครรภ์คลอดด้วย หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการ หรืออาการแสดงของสภาวะเสียเลือดมาก (hypovolemia) เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่คำนึงถึงวิธีการคลอด ทางใด อย่างไรก็ตามการคลอดทางช่องคลอดเมื่อมีการประเมินแล้วว่าเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซีให้ถือว่าผิดปกติ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น⁽³⁾

1. **Early/primary PPH** การตกเลือดหลังคลอดภายในเวลา 24 ชั่วโมง หลังการคลอดระยะที่ 3 จำแนกสาเหตุ ของ PPH ตามสาเหตุได้โดยใช้หลักการจำ 4T ได้แก่

Tone : หมายถึง ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดถึง 80% ของภาวะการตกเลือด early PPH

Trauma : หมายถึง การบาดเจ็บหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับทางช่องคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ พบเป็นสาเหตุรองลงมาของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด

Tissue : หมายถึง การหลีกค้ำของผลผลิตจากการตั้งครรภ์ เช่น บางส่วนของรก เยื่อหุ้มรก เป็นต้น

Thrombin : หมายถึง ความผิดปกติของเกร็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือด บางคนแยก 4T + 1 โดย 1 สุดท้ายคือ traction จนเกิดมดลูกปลิ้น (uterine inversion)

2. Late/secondary PPH การตกเลือดหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์ไม่นับ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดระยะที่ 3 สาเหตุจาก subinvolution of placental site, การหลีกค้ำของผลผลิตจากการตั้งครรภ์ เช่น รก, มดลูกติดเนื้อ

อาการและอาการแสดง⁽⁴⁾ อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับสาเหตุ ปริมาณ และระยะเวลาในการเสียเลือด สุขภาพของมารดาหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งมีอาการแสดงดังนี้ 1) มีเลือดออกทางช่องคลอด 2) มดลูกหดตัวไม่ดี 3) ลักษณะน้ำคาวปลา 4) อาการปวดท้องน้อย

พยาธิสรีรภาพ⁽⁴⁾

การตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง จะทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง เกิดภาวะ hypovolemia จะมี ผลกระทบต่อการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้การขับปัสสาวะลดลง หากขาดเลือดเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะไตล้มเหลวได้ (renal shutdown) หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดหรือสารน้ำ เช่น ปอดบวมน้ำ ถ้าช็อกนานๆ จะทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายขาดออกซิเจนโดยเฉพาะที่สมอง ทำให้ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะเหล่านั้นเสียไป หรือทำงานน้อยลง ฮอริโมนต่างๆ ก็จะลดน้อยลง การทำงานของ ต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์และการทำงานของต่อมเพศลดต่ำลง รวมถึงมีผลกระทบต่อการสร้างน้ำนมน้อยลง ทำให้ ล้มเหลวในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาหลังคลอด การเสียเลือดจำนวนมากและเป็นเวลานานเกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย ส่งผลกระทบต่อกลไกการต่อต้านเชื้อโรค ทำให้มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย กรณีที่ไม่สามารถยับยั้ง การตกเลือดได้ ต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกทำให้มีการสูญเสียอวัยวะสำคัญของความเป็นหญิง เกิดความรู้สึกต่อ ภาพลักษณ์ของตนเอง

แผนกผู้ป่วยหลังคลอด เฝ้าระวังภาวะ PPH โดย⁽³⁾

1. ประเมินปริมาณการเสียเลือด โดยประเมินสีและปริมาณน้ำคาวปลาทุก 2-4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง แจ้งมารดาว่าใน 1 ชั่วโมง เลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน และเลือดที่ออกมาเป็นก้อนเลือดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ (1 ผืน ของผ้าอนามัยจะได้ประมาณ 80 ซีซี)

2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยบันทึก ทุก 4 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง

3. อาการและอาการแสดงของการเสียเลือด เช่น ใจสั่น หน้ามืดเวลาลุกขึ้น อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันต่ำ ความรู้สึกตัว โดยสอบถามอาการจากมารดาและจากการตรวจร่างกายทุกๆ 2 - 4 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง ให้คำแนะนำแก่สตรีคลอดบุตรว่าถ้ามีอาการของการเสียเลือด เช่น ลุกขึ้นแล้วหน้ามืดหรือปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดปริมาณมากให้แจ้งเจ้าหน้าที่

การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด⁽³⁾ ปริมาณการเสียเลือด > 1,000 มิลลิลิตร หรือประเมินสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 15 หรือชีพจร > 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต < 90/60 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด < 95% หรือเลือด ออกเพิ่มขึ้นในช่วงพักฟื้นหลังคลอด ต้องรีบเข้าดูแลรักษาทันที 1) การประเมินความรุนแรง 2) การดูแลรักษาเบื้องต้น 3) ตรวจหาสาเหตุของ PPH 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Double condom intrauterine balloon tamponade⁽⁵⁾

การแพ็คในโพรงมดลูกให้แน่น (Tamponade) คือ หัตถการที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว ในรายที่รักษาด้วยยาล้มเหลว หรือใช้เพื่อหยุดเลือดขณะรอผ่าตัด โดยเฉพาะรอเพื่อการส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่พร้อมมากกว่า มีการศึกษาพบว่าถึงแม้ว่าการใช้ balloon tamponade จะไม่ประสบความสำเร็จแต่การแพ็คในโพรงมดลูกให้แน่นจะช่วยลดปริมาณเลือดที่ออกและเป็นการยืดเวลาเพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไปในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด และใส่ Condom balloon tamponade

กรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 22 ปี ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วัน ไม่มีโรคประจำตัว รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยมีอาการปวดศีรษะ จุกเสียดแน่นท้อง มีความดันโลหิตสูง 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยยา 50% MgSO₄ 4 กรัม ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ และ ต่อด้วย 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และแพทย์ส่งตัวมาทำการรักษาต่อ แกร็บที่ห้องคลอด มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว มีจุกเสียดแน่นท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/94 มิลลิเมตรปรอท Urine Albumin 3+ เท้าบวมทั้ง 2 ข้างกดบวม ระดับ 2+ อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 142 ครั้งต่อนาที แพทย์ทำการรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คลอดเวลา 11.33 น. (2 ธ.ค. 65) ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,140 กรัม APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 9, ที่ 5 และ 10 นาทีเท่ากับ 10 สัญญาณชีพระหว่างการทำผ่าตัด ชีพจร 60 - 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 - 170/100 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลลิลิตร รวมระยะเวลาผ่าตัด 30 นาที ย้ายมารดาหลังผ่าตัดคลอดไปสังเกตอาการที่ห้องพักรฟื้น เมื่อครบ 1 ชั่วโมง มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายไปพักรฟื้นที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมต่อ และทารกย้ายไปห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย จากมีภาวะหายใจเร็ว และมี mild retraction แกร็บที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เวลา 13.00 น. (2 ธ.ค. 65) มารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block) ยังมีอาการขาบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน ประเมินอาการนำของการชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจ Deep tendon reflex 2+ มดลูกหดตัวดีกลมแข็ง อยู่ระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม เท้าบวมกดบวมทั้ง 2 ข้าง ระดับ 2+ มีเลือดออกทางช่องคลอด สีแดง เปื้อนผ้าอนามัย 1/4 ผืน ไม่มีก้อนเลือดปน ประเมินระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 3 คะแนน สัญญาณชีพแกร็บย้าย อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 58 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้นอนราบหนุนหมอนตะแคงตัวได้จนครบ 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ดื่มน้ำและอาหารทุกชนิดต่อ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีปัสสาวะสีเหลืองใสออกในถุง จำนวน 400 มิลลิลิตร ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ oxytocin 40 ยูนิต ผสมในสารน้ำชนิด LRS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เหลือ 400 มิลลิลิตร ต่อเส้นคู่ drip ยาป้องกันภาวะชักด้วยยา 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมในสารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1.5 กรัมต่อชั่วโมง) เหลือ 300 มิลลิลิตร หยดผ่านเข้าเครื่องควบคุมการ

ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ให้จนครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด จึงหยุดยา พร้อมทั้งสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาป้องกันการชัก (MgSO₄) ได้แก่ การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ หรือ Absent reflex ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง ถ้าพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ทันที ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด จึงหยุดยา เวลา 14.30 น. (2 ธ.ค. 65) หลังรับย้าย 1 ชั่วโมง 30 นาที มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวน 660 มิลลิลิตร สีแดง ชุ่มเต็มผ้าอนามัย และเป็นก้อนเลือด มดลูกหดตัวไม่ดี ระดับความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 31 เปอร์เซนต์ สัญญาณชีพ ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ รายงานแพทย์รับทราบ ให้ยาหยุดการไหลของเลือด Transamin 1,000 มิลลิกรัมจำนวน 1 โด๊สทันที ทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นให้ยา Transamin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา 15.00 น. (2 ธ.ค. 65) หลังรับย้ายได้ 2 ชั่วโมง มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มอีก จำนวน 100 มิลลิลิตร มดลูกหดตัวไม่ดี สัญญาณชีพ ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์โทรมาตรวจเยี่ยมอาการทางโทรศัพท์ ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Methergin 0.2 มิลลิกรัม จำนวน 1 โด๊สทันที ทางหลอดเลือดดำ และให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนักทันที ให้ออกซิเจนทางจมูก (nasal cannular) ในอัตรา 3 ลิตรต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) 99 - 100% ส่งตรวจภาวะการแข็งตัวของเลือด (lab coagulation) และ CBC ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา 16.00 น. (2 ธ.ค. 65) หลังรับย้ายได้ 3 ชั่วโมง มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มอีกจำนวน 300 มิลลิลิตร มดลูกหดตัวไม่ดี สัญญาณชีพ ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Duratocin 100 ไมโครกรัม จำนวน 1 โด๊สทันที ทางหลอดเลือดดำ และ ใส่ condom balloon tamponade คาไว้ โดยใส่ NSS ไว้ใน condom 300 มิลลิลิตร และ ใส่ gauze ไว้ในช่องคลอด 3 ชั้น ระหว่างใส่ condom balloon tamponade มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มอีก 100 มิลลิลิตร รวมจำนวนเสียเลือดทั้งหมด 1,560 มิลลิลิตร ให้ตรวจดูระดับความเข้มข้นของเลือดทุก 4 ชั่วโมง ถ้าลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เปอร์เซนต์ ให้รายงานแพทย์ทราบ รายงานผลตรวจ Mg level เท่ากับ 3.98 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์รับทราบ ให้สังเกตอาการมารดาหลังผ่าตัดคลอดต่อ ไม่ปรับเพิ่มอัตราการไหลของยาป้องกันการชัก หลังได้รับสารน้ำ ยา และการทำ condom balloon tamponade มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม เลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัย ¼ ผืน สัญญาณชีพ ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) 99 - 100 % ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ระดับความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 31 เปอร์เซนต์ สังเกตอาการต่อตามแนวทางการเฝ้าระวัง เวลา 02.00 น. (3 ธ.ค. 65) ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือดตามแผนการรักษา เท่ากับ 27 เปอร์เซนต์ แพทย์รับทราบให้ เลือด Packed Red Cells (PRC) กรุ๊ปโอ อาร์เอช บวก จำนวน 1 ยูนิท ทางหลอดเลือดดำ ใน 4 ชั่วโมง และให้ติดตามระดับความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมด 3 ชั่วโมง ผลความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 30 เปอร์เซนต์ มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม เลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัย ¼ ผืน ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) 99 % หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1 (3 ธ.ค. 65) มารดาหลังผ่าตัดคลอด

มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และ
 จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หลังให้ยาป้องกันภาวะชัก (MgSO₄) ครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด หยุดให้ยา และสารน้ำ
 ทางหลอดเลือดดำ เริ่มให้จิบน้ำได้ ถอดสายสวนปัสสาวะออก สามารถปัสสาวะเองได้ไม่มีแสบขัด
 แพทย์ถอด condom balloon tamponade และ gauze ทางช่องคลอดออก หลังถอดมีเลือดออกทาง
 ช่องคลอดเล็กน้อย มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการปวด
 ศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ น้านมยังไม่ไหล เต้านมไม่คัดตึง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย
 37.2 - 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 - 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
 140/80 - 150/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (O₂ sat) อยู่ระหว่าง 98 - 100 %
 หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2 (4 ธ.ค. 65) มารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ลูกนั่งได้ตบเบาๆ
 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ รับประทานอาหารเหลว และข้าวต้มได้ ไม่มีอาการ
 ท้องอืด ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 3 คะแนน แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม
 มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดง ไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน
 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 - 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ
 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท มีน้ำนมเหลือง (colostrum) ไหลซึม
 เต้านมคัดตึงเล็กน้อย มารดามีความวิตกกังวลเรื่องลูก เพราะลูกแยกป่วยจากหายใจเร็ว อยู่ที่ห้องผู้ป่วย
 ทารกแรกเกิดป่วย และกลัวลูกไม่มีน้ำนมดื่ม ลงไปดูอาการลูกที่ห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและ
 ปีบ้นนมให้ลูก หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3 (5 ธ.ค. 65) มารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี รับประทานอาหาร
 ธรรมดาได้ ท้องไม่อืด ลงเดินช่วยเหลือตัวได้ดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มดลูกหด
 รัทตัวดี กลมแข็งระดับต่ำกว่าสะดือ 1 นิ้ว น้ำคาวปลาสีแดงจาง ไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัย
 ครึ่งผืน แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม เปิดทำความสะอาดแผล ไม่มีบวมแดง ลักษณะแผลดีดี ปิดพลาสติกกันน้ำไว้
 ให้ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย pain score เท่ากับ 3 อุณหภูมิร่างกาย 36.8 - 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร
 64 - 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท
 เต้านมคัดตึงเล็กน้อย น้านมไหล 1 ดาว มารดาหลังผ่าตัดคลอดอาการทั่วไปปกติ แพทย์อนุญาตให้
 กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด การมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และการมา
 ตรวจตามนัด นัดมารดาหลังผ่าตัดคลอดตรวจติดตามอาการทั้งหมด 3 ครั้ง คือ การเปิดแผลผ่าตัดเมื่อครบ 7
 วันหลังผ่า (9 ธันวาคม 2565), การนัดวัดความดันโลหิตซ้ำเมื่อครบ 2 สัปดาห์หลังคลอด (16 ธันวาคม 2565),
 การมาตรวจหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด (16 มกราคม 2566) รวมทั้งแนะนำให้มาเยี่ยมดูบุตร
 รวมวันที่อยู่ในความดูแล 4 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากมารดาหลังคลอดรายนี้
 เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ร่วมกับมีภาวะตก
 เลือดหลังคลอด ถ้าไม่ได้รับการค้นหาปัญหา การประเมินและการประเมินซ้ำ การแก้ไขดูแลให้การพยาบาลที่
 ถูกต้องและรวดเร็วแล้ว การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะชัก เกิดกลุ่มอาการที่มีการ
 ทำงานของตับผิดปกติและเสียเลือดมาก อาจทำให้มารดาหลังคลอดต้องตัดมดลูกและเสียชีวิตได้
2. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการ
 เจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้ในการประเมินที่ถูกต้อง
 แม่นยำ ครอบคลุมและรวดเร็ว เนื่องจากเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเสี่ยงสูง เพื่อนำ
 ข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มี

การประเมินซ้ำให้ได้ข้อมูลที่ต้องมาวางแผนกับทีมแพทย์ และครอบครัว

3. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ศึกษาจากตำราที่เกี่ยวกับ การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง และภาวะตกเลือดหลังคลอด

4. ปรีกษาแพทย์ สูติ-นรีแพทย์ ที่ดูแลผู้รักษา พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

5. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

6. จัดทำเป็นเอกสารตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์ผลงานวิชาการ

7. เผยแพร่ผลงานใน Open Access สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด และใส่ Condom balloon tamponade ให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด และใส่ Condom balloon tamponade จำนวน 1 ราย รับผิดชอบดูแลตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2565 เวลา 13.00 น. ถึงวันที่ 5 ธันวาคม 2565 เวลา 12.00 น. รวมวันที่รับผิดชอบดูแล 4 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

มารดาหลังผ่าตัดคลอด เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับ ภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด และใส่ Condom balloon tamponade มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ทำให้มารดาหลังคลอด ปลอดภัยไม่เกิดภาวะช้ำจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ไม่เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ มารดาหลังคลอด และครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล ได้รับการดูแลทางด้านจิตใจเพื่อคลายความเครียด และวิตกกังวล มีระบบการส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับ ภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด และใส่ Condom balloon tamponade

2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ

3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับ ภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ในการประเมินพยาบาลต้องสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว ต้องมีการประเมินความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการรักษาทันเวลาที่ ป้องกันการเกิดภาวะช็อก ภาวะช้ำ และอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น หากพยาบาลไม่มีความรู้ ทักษะความชำนาญ อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ในกรณีศึกษานี้มารดาหลังคลอดต้องติดตามการประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าอาการจะคงที่ แล้วประเมินทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด หากอาการคงที่ ต้องประเมินทุก

4 ชั่วโมงต่อเนื่องจนกว่าจะได้กลับบ้าน ร่วมกับการประเมินอาการแสดงนำของการชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา อาการแสดงของภาวะ Magnesium toxicity ได้แก่ การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ หรือ Absent reflex ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง

2. มารดาหลังคลอดได้รับยาป้องกันการชัก คือ Magnesium sulfate ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก คือ Methergin, Cytotec และ Duratocin ได้รับเลือด Packed Red Cells (PRC) จากมีภาวะช็อค ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงพยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง และ บริหารการให้เลือด

3. มารดาหลังคลอดมีการใส่ Condom balloon tamponade เพื่อให้เลือดหยุด พยาบาลยังขาดความชำนาญประสบการณ์ในการช่วยแพทย์ทำหัตถการ

8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. มารดาหลังคลอดคลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อมีภาวะตกเลือดจึงทำให้การคลึงมดลูกต้องทำด้วยความนุ่มนวล และเพิ่มความระมัดระวัง

2. มารดาหลังคลอดได้รับยา $MgSO_4$ ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวอาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดซ้ำได้ จำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

3. การประเมินมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับ มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ต้องใช้ความชำนาญในการประเมินอาการ หากพยาบาลมีประสบการณ์น้อย อาจประเมินไม่ได้ และมีการคาดการณ์อาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นไม่ได้ ต้องอาศัยผู้ชำนาญในการประเมิน เช่น แพทย์เฉพาะทางสูติ พยาบาลเฉพาะทางการผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติ หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์

9.ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม ฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง และทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อให้ทีมมีความพร้อมในการดูแลมารดาหลังคลอดได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาศมรรถนะพยาบาลที่ให้การดูแลมารดาหลังคลอด โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติ

3. ควรมีแนวทางในการปฏิบัติและการพยาบาลในการทำหัตถการ การใส่ Condom balloon tamponade ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล

10.การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ใน Open Access สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว วันที่ 31 ตุลาคม 2566 โดยสามารถสืบค้นได้จาก <http://www.sko.moph.go.th/research/>

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางศิริพร บัวสะอาด ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ศิริพร บัวสะอาด.....

(นางศิริพร บัวสะอาด)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

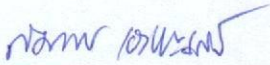
(วันที่).....26 / ธันวาคม / 2566.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางศิริพร บัวสะอาด	ศิริพร บัวสะอาด

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางสมพร เสงประเสริฐ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

(วันที่) 27 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ต่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 28 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒๘ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... 

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวชกรรม

2.หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดสามารถแก้ไขปัญหาสาเหตุของโรคได้ และการผ่าตัดเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วย และทุกข์ทรมานจากโรคของมดลูกและรังไข่ การผ่าตัดทางนรีเวชวิทยาที่พบมากที่สุด คือการผ่าตัดทาง หน้าท้อง เช่น การผ่าตัดเอามดลูกออกทางหน้าท้องเพียงอย่างเดียว และหรือเอารังไข่ออกด้วย จะเห็นว่าการผ่าตัด จะมีประโยชน์ในการรักษาแต่ก็มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วย กรณีที่แพทย์ใช้วิธีการผ่าตัดมดลูกและหรือรังไข่ออกทางหน้าท้องในขณะที่ผ่าตัดแพทย์ต้องได้รับการใส่ผ้าซับลีแอด หรือ swab pack กดบริเวณลำไส้เพื่อไม่ให้มีการรบกวนการผ่าตัด รวมถึงจะมีการจับต้องลำไส้ขณะมีการผ่าตัด อีกทั้งการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) เป็นระยะเวลาอันยาวนานขณะผ่าตัด ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวลดลงจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ผลกระทบที่ตามมาคือเกิดอาการท้องอืด ซึ่งอาการท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นอาการที่ พบบ่อยเกิดขึ้นใน 24 – 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทางหน้าท้องมีอาการท้องอืด ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สุขสบาย แน่นอึดอัด ท้อง ต้องได้รับการใส่สายระบายทางกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดมีความทุกข์ทรมาน เครียด นอนไม่หลับ ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้าลงนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องใช้จ่ายช่วยรักษาอาการท้องอืดทำให้เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล⁽¹⁾

การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด (Early postoperative ambulation) หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถลุกลงจากเตียง และเดินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้ภายใน 24 – 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด⁽²⁾

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ให้บริการการพยาบาลดูแลมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอด มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคทางนรีเวชทุกช่วงอายุ สถิติผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ปี 2564 – 2566 มีผู้มารับบริการนอน โรงพยาบาล จำนวน 2,752 ราย, 3,475 ราย, และ 3,814 ราย ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดทางนรีเวช จำนวน 116 ราย, 189 ราย, และ 215 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดภายหลังผ่าตัด จำนวน 0 ราย, 0 ราย, และ 0 ราย ตามลำดับ⁽³⁾ จากการทบทวนการดูแลหลังผ่าตัดพบว่าในทางปฏิบัติการส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการดูแลอย่างมีแบบแผน เป็นเพียงการให้คำแนะนำโดยทั่วไป ขาดรูปแบบที่เป็นระบบชัดเจนไม่เป็นขั้นตอน เช่น การระบุกิจกรรมที่ชัดเจน การกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผลลัพธ์ ส่งผลให้การพยาบาลขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีการประเมินความพร้อมในการลุกเดิน รวมถึงผู้ป่วยเองขาดแรงจูงใจในการลุกเดิน

ผู้ขอประเมินในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม จึงมองเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดทางนรีเวช ในการปฏิบัติงานการพยาบาลและเพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล ดังนั้นผู้ขอประเมินจึงมีแนวคิดพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด โดยการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดจะช่วยให้กระเพาะอาหาร และลำไส้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น ส่งเสริม การทำหน้าที่ของปอด และระบบทางเดินปัสสาวะ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต โดยลดการตีบของหลอดเลือดดำ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตป้องกันภาวะหลอดเลือดดำ และ ปอดอุดตัน อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และป้องกันการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อซึ่งจะทำให้ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นลง และลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัดเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24 – 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพราะนอกจากจะช่วยให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายกลับมาทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ยังช่วยลดระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้เร็วหรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับ⁽²⁾

1. ปัจจัยด้านรักษา ได้แก่

1.1. วิธีการผ่าตัด การผ่าตัดแบบ minimal invasive หรือการผ่าตัดเล็กเป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดใหญ่ ส่งผลตอบสนองต่อการอักเสบน้อยกว่า ร่างกายจึงตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่า ทำให้ความสามารถในการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเล็กเกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

1.2. ขนาดของแผลผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัดมีผลต่อความสามารถในการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดขนาดเล็กจะมีความสามารถในการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ที่มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่

2.1. อาการปวด โดยทั่วไปในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผล ซึ่งจะรบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังผ่าตัดล่าช้า เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่ง และการขึ้นหรือลงจากเตียงจะกระตุ้นอาการปวดเพิ่มขึ้นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องด้วยแรงพอควร ทำให้มีการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กในการส่งสัญญาณประสาทเข้าสู่สมอง ส่งผลให้มีอาการปวดเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการปวด

2.2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านอาเจียน ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการง่วงซึม ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความพร้อมในการลุกเดินจากเตียง

3. ปัจจัยด้านระบบหรือแนวทางการทำงาน ได้แก่

3.1. หอผู้ป่วยขาดแนวทางการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดที่ชัดเจน

3.2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมีมากขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำกัด

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ที่ผ้ามายังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดทางนรีเวชอย่างมีแบบแผน เป็นเพียงการให้คำแนะนำโดยทั่วไป ขาดรูปแบบที่เป็นระบบชัดเจน ไม่เป็นขั้นตอน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

เช่น การระบุกิจกรรมที่ชัดเจน การกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผลลัพธ์ ส่งผลให้พยาบาลขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีการประเมินความพร้อมในการลุกเดิน รวมถึงผู้ป่วยเองขาดแรงจูงใจในการลุกเดิน และประกอบกับปัจจุบันความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมีมากขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำกัด อีกทั้งพยาบาลต้องใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่บทบาทของพยาบาลโดยตรง เช่น การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ การเขียนบันทึก รายงานต่างๆ ที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พยาบาลมีระยะเวลาในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชลดลง ในขณะที่กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดนั้น เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์ ในการปฏิบัติงานการพยาบาล และเพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล ดังนั้นผู้ขอประเมินในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จึงมีแนวคิดพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม

แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำ รูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ผู้ขอประเมินใช้แนวคิดเรื่องแนวทางการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด⁽²⁾ โดยอ้างอิงตามมาตรฐานของ North Carolina Baptist Hospital Department of Nursing Policy and Procedure Bulletin⁽²⁾ ได้เสนอแนวทางการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดดังนี้

- 1) ประเมินความพร้อมในการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะต้องมีสัญญาณชีพคงที่ รับประทานอาหาร น้ำดื่ม เวลามาตรฐานที่ และจำบุคคลได้ มีภาวะจิตใจกลับสู่สภาพก่อนผ่าตัด สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สามารถดูแลสายระบายต่างๆ ได้อย่างปลอดภัย อาจมีสิ่งคัดหลั่งจากแผลเพียงเล็กน้อย แขนและขามีการไหลเวียนโลหิตที่ดี อาจมีอาการเวียนศีรษะหรือหายใจสั้นลงเพียงเล็กน้อย ภายหลังการลุกนั่งเป็นเวลา 10 นาที
- 2) ประเมินข้อจำกัดในการลุกเดินจากเตียง
- 3) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการลุกเดินจากเตียงหลังผ่าตัด ควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายและลุกเดินจากเตียงโดยเร็วโดยปฏิบัติตามแนวทางที่มาตรฐานได้เสนอไว้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีความรู้เรื่องการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดทางนรีเวช และสามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช ตามแนวทางการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดทางนรีเวชได้

3. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดทางนรีเวช

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับบริการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำราวิชาการ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ทบทวนปัญหา และข้อบกพร่องในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดทางนรีเวช
3. ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
4. จัดทำรูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม
5. ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลวิชาชีพให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำรูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช และตอบแบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงภายหลังการผ่าตัดทางนรีเวช และประเมินผลลัพธ์ดำเนินการทดลองใช้ในหน่วยงาน
6. ดำเนินการทดลองใช้ในหน่วยงาน และกำกับติดตามการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช
7. รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชจากปัญหาและอุปสรรคที่พบ
8. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ได้รับการสนับสนุนเสริมพลังในการแสดงบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดทางนรีเวช มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น
2. การส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดทางนรีเวช ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เป็นระบบ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดทางนรีเวช
4. ผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชกรรม และญาติผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจ

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีรูปแบบการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 1 รูปแบบ
2. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมมีความรู้ ในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ภายหลังผ่าตัดทางนรีเวช ผลการ Post test มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
3. การเกิดอาการท้องอืดภายหลังผ่าตัดทางนรีเวชเท่ากับ 0 ราย

(ลงชื่อ)ศิริพร บัวสะอาด.....

(นางศิริพร บัวสะอาด)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 26 / ธันวาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน