

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา Cytotec ที่คลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน 2568 เวลา 19.30 น.
ถึงวันที่ 7 เมษายน 2568 เวลา 12.25 น.
รวมระยะเวลาดูแล 16 ชั่วโมง 55 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน บนหน้า

การชักนำการคลอด (Labor Induction) เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในสูตินรีเวชศาสตร์ โดยหมายถึงการใช้วิธีการต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้การคลอดเริ่มต้นขึ้นก่อนที่จะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ กระบวนการนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจที่รอบคอบจากทีมแพทย์ เนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ สาเหตุที่จำเป็นต้องชักนำการคลอดมีหลากหลาย ตั้งแต่เหตุผลทางการแพทย์ที่เร่งด่วน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะน้ำคร่ำน้อย การติดเชื้อในโพรงครรภ์ หรือความผิดปกติของทารกในครรภ์ ไปจนถึงการตัดสินใจเลือกชักนำเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการคลอด วิธีการชักนำการคลอดในปัจจุบันมีทั้งการใช้ยา เช่น ออกซิโทซิน หรือโพรสตาแกลนดิน และวิธีการทางกายภาพ เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ หรือการกระตุ้นห้วงนมเพื่อกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนตามธรรมชาติ แม้ว่าการชักนำการคลอดจะเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แต่ก็ยังคงมีข้อพิจารณาสำคัญหลายประการ ทั้งในด้านความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเพิ่มความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกที่รุนแรงกว่าปกติ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการที่การชักนำอาจไม่ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความพร้อมของมารดาในแง่จิตใจและร่างกาย ตลอดจนการให้ข้อมูลและการได้รับความยินยอมที่ชัดเจนก่อนดำเนินการ การทำความเข้าใจในหลักการ ข้อบ่งชี้ และข้อควรระวังเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในสาขาสูตินรีเวชศาสตร์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

การใช้ยา Cytotec ในการชักนำการคลอด ได้รับการใช้อย่างแพร่หลายในสูตินรีเวชศาสตร์ สำหรับการชักนำการคลอดทำให้ปากมดลูกนิ่ม และป้องกันหรือรักษาการตกเลือดหลังคลอด แม้ว่า Cytotec จะมีประสิทธิภาพในการชักนำการคลอดแต่การใช้นี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆรวมถึงการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลจะต้องมีการประเมินติดตามอาการการหดตัวของมดลูกหลังได้รับยาอาจเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและไม่สามารถคาดเดาได้ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีการประเมินติดตาม การหดตัวของมดลูก (uterine contraction) เสียงหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound) อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะ การหดตัวของมดลูกมากเกินไป (Uterine hyperstimulation) ที่อาจเป็นอันตรายต่อมารดาและทารก และผู้คลอดแต่ละคนมีความไวต่อยาแตกต่างกัน ต้องเตรียมความพร้อมตลอดเวลาในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินและต้องติดตามอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และไข้

การชักนำการคลอดเพิ่มความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดประมาณ 1.5 - 1.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การคลอดตามธรรมชาติ อัตราการเกิดการตกเลือดหลังคลอดในปัจจุบันพบได้สูงถึง 30% ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมากจากในอดีต เนื่องจากเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวมากเกินไปในระยะคลอดจนเกิดการอ่อนล้าหมดแรงในการหดตัวในระยะหลังคลอด (World Health Organization , 2022)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อบทหน้า(ต่อ)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage : PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่คุกคามชีวิตมารดาและยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ภาวะนี้หมายถึง การสูญเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด รกค้างและความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด โดยการตรวจพบและรักษาอย่างทันท่วงที เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา (World Health Organization , 2022)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2564 - 2566) พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2.8 -3.2 ของการคลอดทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาอันดับหนึ่งในประเทศ คิดเป็นร้อยละ 23.7 ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมด จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดในประเทศไทยลดลงจาก 2.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 รายในปี พ.ศ. 2564 เป็น 1.8 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 รายในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการจัดการภาวะนี้อย่างไรก็ตาม ยังพบความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท โดยพื้นที่ห่างไกลมีอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและการเสียชีวิตของมารดาสูงกว่า (อนามัยมารดาและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย, 2567)

จากสถิติของหน่วยงานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2565 , 2566 และ 2567 พบผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไป จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.31 , 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.94 และ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.29 ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2565 , 2566 และ 2567 จากจำนวนผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังกล่าวข้างต้น พบผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 , 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.8 ตามลำดับ จากสถานการณ์การเสียชีวิตดังกล่าว เพื่อป้องกันการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว ลดการเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลให้มีประสิทธิภาพ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568)

ความหมายของโรค

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่คุกคามชีวิตมารดา เป็นการสูญเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมงหลังการคลอดทางช่องคลอด สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความที่สอดคล้องกันว่าเป็นการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไปร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง (hypovolemia) ไม่ว่าจะเป็นการคลอดด้วยวิธีใดก็ตาม ภาวะตกเลือดหลังคลอดสามารถแบ่งเป็น 2 ชนิดตามระยะเวลาที่เกิด ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (primary or early PPH) ซึ่งเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และภาวะตกเลือดหลังคลอดช้า (secondary or late PPH) ซึ่ง เกิดหลังจาก 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพของโรค

การตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง จะทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง เกิดภาวะ hypovolemia จะมีผลกระทบต่อการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้การขับปัสสาวะลดลงหากขาดเลือดไปเลี้ยงไตเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะไตล้มเหลวได้ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดหรือสารน้ำ เช่น blood group incompatibility ปอดบวม น้ำ เป็นต้น ถ้าช็อกนานๆจะทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายขาดออกซิเจน โดยเฉพาะที่สมอง ทำให้ต่อม Pituitary gland ส่วนหน้าขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะเหล่านั้นเสียไป หรือทำงานน้อยลง ฮอรโมนต่าง ๆ ก็จะลดน้อยลง จะมีอาการของการทำงานของต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์และการทำงานของต่อมเพศลดต่ำลง ทำให้ เกิดกลุ่มอาการนี้เรียกว่า Sheehan's syndrome ซึ่งมีลักษณะคือ น้ำนมไม่ไหล เต้านมมีขนาดเล็กลง ไม่มีขนบริเวณอวัยวะเพศและรักแร้ อวัยวะสืบพันธุ์ฝ่อ อาจไม่มีประจำเดือนเลย ดังนั้นมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดเป็นจำนวนมากแล้วมีผลกระทบต่อการสร้างน้ำนมลดน้อยลง เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาหลังคลอดทำให้ล้มเหลวในการกรณีที่มีการตกเลือดจากการฉีกขาดของหนทางคลอด และมีการฉีกขาดใกล้บริเวณบริเวณท่อปัสสาวะ ทำให้ท่อปัสสาวะบวม มารดาหลังคลอดอาจถ่ายปัสสาวะลำบากหรือถ่ายปัสสาวะไม่ได้ และเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็มอาจขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้เสี่ยงต่อการตกเลือดซ้ำได้ การเสียเลือดจำนวนมากและเป็นระยะยาวนาน เกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย ส่งผลกระทบ ต่อกลไกการต่อต้านเชื้อโรค ทำให้มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย การที่มารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนอาจต้องใช้เวลาในการพักฟื้นนานกว่าปกติ ย่อมมีผลให้ไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็น มารดาหรือสร้างความผูกพันกับบุตรได้ทันทีหลังคลอด ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุตรในระยะหลังคลอดล่าช้ากว่าสตรีที่มีการคลอดปกติ กรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการตกเลือดได้ ต้องได้รับการผ่าตัดมดลูก ทำให้มีการสูญเสียอวัยวะสำคัญของความเป็นหญิง เกิดความรู้สึกต่อภาพลักษณ์และคุณค่าของตนเอง ไปในทางลบ (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

สาเหตุของโรค

1. มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine Atony) มดลูกหดตัวไม่ดีเป็นสาเหตุหลักของภาวะตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 70-80 ของกรณีตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด ในภาวะปกติ เส้นใยกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวเพื่อบีบรัดหลอดเลือดในมดลูก โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ตำแหน่งรกเกาะ ซึ่งมีเส้นผ่านศูนย์กลางขนาดใหญ่ถึง 0.5-0.8 มิลลิเมตร การที่มดลูกหดตัวไม่ดีทำให้หลอดเลือดเหล่านี้ยังคงเปิดอยู่ ส่งผลให้เกิดการตกเลือดอย่างรุนแรง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหดตัวไม่ดีของมดลูกมีหลายประการ ได้แก่ มดลูกขยายตัวมากเกินไปจากการตั้งครรภ์แฝด ทารกตัวโต หรือภาวะน้ำคร่ำมาก การใช้ยากระตุ้นการคลอดเป็นเวลานาน การคลอดเร็วหรือล่าช้า รกเกาะต่ำ และการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ นอกจากนี้ การศึกษาทางพยาธิวิทยาระดับโมเลกุลพบว่า การแสดงออกของตัวรับออกซิโตซินที่ลดลงและการทำงานผิดปกติของแคลเซียมในเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก (calcium dysregulation) มีส่วนสำคัญในการเกิดภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

2. รกค้าง (Retained Placental Tissue) รกค้างเป็นสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดประมาณร้อยละ 10 พยาธิสภาพเกิดจากการที่รกหรือเศษรกรังค้างติดอยู่ในโพรงมดลูก ทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ เนื้อเยื่อรกค้างยังกระตุ้นการหลั่งสารที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ส่งผลให้เกิดการตกเลือดต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สาเหตุของโรค(ต่อ)

พยาธิสภาพที่สำคัญของรกค้ำงมักเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการเกาะติดของรกซึ่งแบ่งตามความรุนแรงได้เป็น รกเกาะลึก รกฝังลึก รกทะลุ ความผิดปกติเหล่านี้นำไปสู่การแยกตัวของรกที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดรุนแรง (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

3. การบาดเจ็บของทางคลอด (Birth Canal Trauma) การฉีกขาดของช่องทางคลอดพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของกรณีตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด โดยอาจเกิดที่ปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ หรือในกรณีที่รุนแรงอาจมีการฉีกขาดของมดลูก ความรุนแรงของการฉีกขาดสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือด โดยที่การฉีกขาด ระดับ 3 และ 4 ที่ลุกลามไปถึงกล้ามเนื้อหูดทวารหนักและเยื่อบุทวารหนักมักทำให้เกิดการตกเลือดมาก เนื่องจากบริเวณดังกล่าวมีเส้นเลือดมาก พยาธิสภาพของการฉีกขาดมักเกี่ยวข้องกับการขยายตัวของช่องทางคลอดที่รวดเร็วเกินไป หรือการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด การฉีกขาดของปากมดลูกมักเกิดจากการคลอดในระยะที่ปากมดลูกยังเปิดไม่เต็มที่ ส่วนการฉีกขาดของมดลูกมักพบในมารดาที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน โดยแผลเป็นที่มดลูกเป็นจุดอ่อนที่อาจฉีกขาดได้ง่ายระหว่างการคลอด การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่าในกรณีที่มีการฉีกขาดของมดลูก จะพบการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างคอลลาเจน และอีลาสติน ในเนื้อเยื่อมดลูก ทำให้ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของผนังมดลูกลดลง (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

4. ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Coagulopathy) ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดพบได้ประมาณร้อยละ 1-5 ของกรณีตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด แต่มักเป็นสาเหตุของการตกเลือดที่รุนแรงและควบคุมได้ยาก ความผิดปกตินี้อาจเป็นความผิดปกติที่มีมาแต่กำเนิด เช่น Hemophilia หรือ Von Willebrand Disease หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC) จากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด ในระดับเซลล์และโมเลกุล ภาวะ DIC เกิดจากการกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้เกิดการใช้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือด จำนวนมากจนเกิดภาวะขาดแคลน การมีลิ่มเลือดขนาดเล็กจำนวนมากในหลอดเลือดฝอยทั่วร่างกายยังกระตุ้นระบบสลายลิ่มเลือด ทำให้เกิดการสลายไฟบรินมากขึ้น ผลสุดท้ายคือผู้ป่วยมีทั้งภาวะหลอดเลือดอุดตันจากลิ่มเลือด และภาวะเลือดออกง่ายในเวลาเดียวกัน (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

อาการและอาการแสดง

1. เสียเลือดทางช่องคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะเลือดสดที่ออกต่อเนื่องหรือเป็นก้อนใหญ่
2. มดลูกนิ่ม ไม่หดตัว (uterine atony) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดถึง 70-80%
3. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หัวใจเต้นเร็ว (มากกว่า 110 ครั้งต่อนาที) และความดันโลหิตลดลง
4. ผิวหนังซีด เย็น และชื้น
5. หายใจเร็ว (มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที)
6. ปริมาณปัสสาวะลดลง (น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง(ต่อ)

7. เปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย สับสน หรือซึม

8. ในกรณีรุนแรงอาจ พบภาวะdisseminated intravascular coagulation (DIC) ซึ่งแสดงออกโดยมีเลือดออกจากหลายตำแหน่ง (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

การวินิจฉัยโรค

1. การประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสีย

- การประเมินด้วยสายตา เป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไปแต่จะประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง 30-50% โดยเฉพาะในกรณีที่มีการสูญเสียเลือดมาก

- การชั่งน้ำหนักวัสดุที่ซับเลือด วิธีนี้มีความแม่นยำมากกว่า โดยการชั่งน้ำหนักผ้าและวัสดุที่ซับเลือดแล้วหักกลบน้ำหนักเริ่มต้น

- การใช้ถุงรองรับเลือด เป็นอุปกรณ์ที่ออกแบบมาเฉพาะเพื่อวัดปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประเมิน

2. การประเมินทางคลินิก

- มดลูกที่ไม่หดตัว มักนิ่มและขยายใหญ่กว่าปกติ เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดถึง 70-80%

- การตรวจช่องทางคลอด เพื่อประเมินการฉีกขาดของช่องทางคลอด ปากมดลูก หรือฝีเย็บ

- การประเมินสัญญาณชีพ ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเลือดมากอาจมี ชีพจรเร็ว มากกว่า 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ การหายใจเร็ว มากกว่า 22 ครั้งต่อนาที

- ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Complete Blood Count (CBC) ระดับ Hemoglobin และ hematocrit ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว (> 10% จากค่าก่อนคลอด) บ่งชี้ถึงการสูญเสียเลือดอย่างมาก

- การตรวจการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ PT, PTT, INR และระดับFibrinogen โดยระดับ Fibrinogen ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นตัวทำนายการตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง

- Blood gas analysis เพื่อประเมินภาวะกรดในเลือดและระดับ Lactate ซึ่งช่วยบ่งชี้ความรุนแรงของภาวะช็อก

4. การตรวจด้วยภาพทางการแพทย์

- อัลตราซาวด์ (Ultrasound) ช่วยในการประเมินการค้างของเศษรก เนื้องอกมดลูก การฉีกขาดของมดลูก หรือเลือดออกในช่องท้อง

- การตรวจด้วยเครื่อง CT scan หรือ MRI ใช้ในกรณีที่สงสัยการฉีกขาดของมดลูกหรือมีเลือดออกในช่องท้องที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยอัลตราซาวด์ (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การรักษา

การแก้ไขสาเหตุตามหลัก 4Ts

1. Tone (ความตึงตัวของมดลูก) นวดคลึงมดลูก (Uterine massage) เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin 10-40 ยูนิต ในสารละลาย NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ,
Methylergometrine 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (ห้ามให้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง), Prostaglandin F2 alpha
(Carboprost) 0.25 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สามารถให้ซ้ำได้ทุก 15-90 นาที (ไม่เกิน 8 ครั้ง), Misoprostol
600-1,000 ไมโครกรัม ทางทวารหนักหรือใต้ลิ้น, การทำ Bimanual compression เพื่อกดมดลูกให้หดตัว,
การใส่บอลูนภายในโพรงมดลูก, (Intrauterine balloon tamponade) เช่น Bakri balloon

2. Trauma (การบาดเจ็บของทางคลอด)

- ตรวจหาและเย็บซ่อมแซมรอยฉีกขาด บริเวณช่องคลอด ปากมดลูก หรือฝีเย็บ
- การผูกเส้นเลือด (Uterine artery ligation) ในกรณีที่มีการฉีกขาดของเส้นเลือดมดลูก
- การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมการฉีกขาด ของมดลูก (Uterine rupture) หากจำเป็น

3. Tissue (เนื้อเยื่อตกค้าง)

ตรวจสอบความครบถ้วนของรกและเยื่อหุ้มทารก การล้วงรกหรือเศษรกตกค้าง (Manual removal of placenta)
การขูดมดลูก (Curettage) เพื่อนำเนื้อเยื่อตกค้างออก โดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศหรือเครื่องมือขูดมดลูก

4. Thrombin (ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด)

ให้ผลิตภัณฑ์เลือดตามแนวทาง Massive transfusion protocol : Packed red cells (PRC), Fresh frozen
plasma (FFP), Platelet concentrate, Cryoprecipitate ให้ยาต้าน fibrinolysis เช่น Tranexamic acid 1 กรัม
ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 3 ชั่วโมงหลังการคลอด

การพยาบาล

ระยะรอคลอด

1. การประเมินก่อนให้ยา Cytotec (Misoprostol) เพื่อกระตุ้นการคลอด

1.1 การประเมินมารดา

- 1.1.1 ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา prostaglandin
- 1.1.2 ประเมินอายุครรภ์และความพร้อมของปากมดลูก (Bishop Score)
- 1.1.3 ตรวจสอบประวัติการผ่าตัดมดลูก หรือแผลเป็นที่มดลูก
- 1.1.4 วัดสัญญาณชีพ (ความดัน อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ)

1.2 การประเมินทารก

- 1.2.1 ประเมินการเคลื่อนไหวของทารก
- 1.2.2 ตรวจสอบปริมาณน้ำคร่ำ
- 1.2.3 ประเมินตำแหน่งและน้ำหนักโดยประมาณของทารก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ) การพยาบาล(ต่อ)

ระยะรอคอย

2. การพยาบาลขณะให้ยาการ फैาระวังอย่างใกล้ชิด

- 2.1 การตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาทีในช่วงแรก จากนั้นทุกชั่วโมง
- 2.2 บันทึกเวลาให้ยา ขนาดยา ความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดตัว
- 2.3 การตรวจสอบการเต้นหัวใจทารก फैาระวังการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ
- 2.4 ให้ผู้ป่วยในท่าที่สะดวกและปลอดภัย
- 2.5 เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ
- 2.6 เตรียมยา tocolytic (เช่น terbutaline) ไว้สำหรับใช้กรณีเกิด hyperstimulation
- 2.7 เตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
- 2.8 การ फैาระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น Uterine hyperstimulation ความเสี่ยงต่อการหดตัวของมดลูกมากเกินไป คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไข้ หนาวสั่น การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต

ของมดลูกมากเกินไป คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไข้ หนาวสั่น การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต

3. สัญญาณเตือนภัยที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

- 3.1 การหดตัวของมดลูกผิดปกติมากเกินไป
- 3.2 การเปลี่ยนแปลงของการเต้นหัวใจทารกผิดปกติ
- 3.3 เลือดออกมากผิดปกติ
- 3.4 ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง
- 3.5 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรงผิดปกติ

4. การให้การพยาบาลเชิงสนับสนุน

4.1 การจัดการความเจ็บปวดและการสนับสนุนทางจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น สอนเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย ให้การนวดเบาๆ หรือการประคบร้อน-เย็นตามความเหมาะสม ประเมินความต้องการยาแก้ปวดและประสานงานกับแพทย์ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการรับฟังความวิตกกังวลและให้คำปรึกษา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและให้การบันทึกและเอกสาร (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

ระยะคลอด

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะวิกฤต ได้แก่ กระสับกระส่าย อาเจียน ท้องเดิน ไข้สูง ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หากพบให้รายงานแพทย์ทันที

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้คลอดให้ถี่ขึ้นเป็นทุก 10 นาที หากพบว่าชีพจร มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที เป็นอาการแสดงว่าผู้คลอดอาจมีภาวะหัวใจวาย จึงต้องรายงาน แพทย์ทันที พร้อมกับให้ออกซิเจนแก่มารดาในอัตรา 10 ลิตรต่อนาที

3. ฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ โดยใช้ Fetal Monitoring เพื่อประเมินสถานะของทารกในครรภ์ และฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ทุก 5 นาที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ) การพยาบาล (ต่อ)

ระยะคลอด

4. ให้ผู้คลอดเบ่งให้น้อยที่สุดเพราะการเบ่งทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น แพทย์อาจช่วยคลอดโดยการทำสูติศาสตร์หัตถการ
5. ทำคลอดโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคไปสู่ตัวผู้คลอดและทารก
6. ให้ยา Syntocinon 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อผู้คลอดหลังทารกคลอดไหล่หน้าตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
7. ทำคลอดทารกและรกอย่างถูกต้องตามเทคนิค เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดและการตกค้างของเศษรก ซึ่งอาจทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้
8. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังจากคลอดแล้วประเมินการหดตัวของมดลูก
9. เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พร้อมรายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการและอาการแสดงของการตกเลือดเพื่อทำการช่วยเหลือได้ทันที

ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

1. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
 - 1.1 ประเมินความเสี่ยงค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด จัดเตรียมอุปกรณ์และทีมให้พร้อมในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง
 - 1.2 การจัดการระยะที่สามของการคลอดอย่างเหมาะสม
 - 1.2.1 Active management of the third stage of labor (AMTSL)
 - 1.2.2 ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) หลังทารกคลอด
 - 1.2.3 นวดมดลูกหลังรกคลอด
2. การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอด
 - 2.1 การขอความช่วยเหลือ เรียกทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน แจ้งแพทย์ ประเมินสถานการณ์อย่างรวดเร็ว
 - 2.2 การประเมินและแก้ไขภาวะช็อก
 - 2.2.1 จัดท่าผู้ป่วยให้ศีรษะต่ำ เท้าสูง
 - 2.2.2 ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก (mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที
 - 2.2.3 เปิดเส้นเลือดขนาดใหญ่อย่างน้อย 2 เส้น
 - 2.2.4 เก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจ CBC, coagulation studies, blood grouping และ cross-matching
 - 2.2.5 ให้สารน้ำทดแทนอย่างรวดเร็ว (warmed crystalloid หรือ colloid solution)
 - 2.2.6 เตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือดสำหรับการให้ทดแทน
 - 2.3 การจัดการตามสาเหตุ
 - 2.3.1 กรณีมดลูกหดตัวไม่ดี (Atony)
 - 2.3.2 นวดคลึงมดลูก (uterine massage) อย่างต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ) การพยาบาล (ต่อ)

ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

2.3.3 ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น oxytocin, methylergometrine, prostaglandin F2 alpha (Carboprost)

2.3.4 ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

2.3.5 เตรียมผู้ป่วยสำหรับการทำหัตถการเพิ่มเติมหากจำเป็น เช่น bimanual compression, aortic compression, balloon tamponade

2.3.6 กรณีมีการบาดเจ็บ (Trauma) ช่วยแพทย์ในการตรวจหาและซ่อมแซมรอยฉีกขาดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเย็บซ่อมเตรียมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดหากจำเป็น

2.3.7 กรณีเนื้อเยื่อค้าง (Tissue) ช่วยแพทย์ในการตรวจช่องทางคลอดและโพรงมดลูกเตรียมอุปกรณ์สำหรับการขูดมดลูก (curettage) หรือการล้างรกรกกรณีมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) บริหารส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา (เช่น fresh frozen plasma, platelets, cryoprecipitate) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด

3. การพยาบาลต่อเนื่อง

3.1 การเฝ้าระวังอาการ

3.1.1 ตรวจสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่

3.1.2 ประเมินปริมาณเลือดที่ออกอย่างต่อเนื่อง

3.1.3 ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15-30 นาที

3.1.4 ติดตามปริมาณปัสสาวะ (อย่างน้อย 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง)

3.1.5 ประเมินระดับความรู้สึกตัว

3.2 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.2.1 ป้องกันการติดเชื้อโดยการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

3.2.2 ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันโดยการกระตุ้นการเคลื่อนไหวเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้

3.2.3 ดูแลความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

3.2.4 ให้ยาแก้ปวดตามความเหมาะสม

3.3 การให้ความรู้และการสนับสนุนทางจิตใจ

3.3.1 อธิบายสถานการณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

3.3.2 ให้การสนับสนุนทางจิตใจ ลดความวิตกกังวล

3.3.3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเหมาะสม

4. การวางแผนจำหน่าย

4.1 แนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง

4.2 ให้ยาบำรุงเลือดและวิตามิน

4.3 นัดติดตามอาการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา Cytotec ที่คลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอดหญิงไทยคู่ อายุ 22 ปี น้ำหนัก 73 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้างทั่วไป ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ครรภ์นี้เป็นครั้งที่ 2 ครรภ์แรกแท้ง ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 6 เมษายน 2568 เวลา 19.30 น.

วันที่รับไว้ดูแล 6 เมษายน 2568 เวลา 19.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 9 เมษายน 2568 เวลา 12.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล 7 เมษายน 2568 เวลา 12.25 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 16 ชั่วโมง 55 นาที

แหล่งที่มาของข้อมูล ประวัติการฝากครรภ์ การสัมภาษณ์จากผู้รับบริการ และเวชระเบียนผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีท้องป็นแข็ง 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

G₂P₀A₁L₀ อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 4 วัน นับจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีท้องป็นแข็ง

ประวัติตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ผู้คลอดอายุ 22 ปี G₂P₀A₁L₀ อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 1 วัน นับจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย ฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 3 วัน ฝากครรภ์ทั้งหมด 6 ครั้ง ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti HIV = Negative, HBsAg = Negative, VDRL = Non reactive, Blood group = B, Rh typing = Positive, OF = Positive, DCIP = Positive, Hematocrit 36 เปอร์เซ็นต์ ไม่พบประวัติการตรวจ Hb typing, Quadruple Test = Negative, ครรภ์นี้ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเนื่องจากเคยได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม น้อยกว่า 10 ปี

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 6 เมษายน 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 1)

แรกรับที่ห้องคลอด เวลา 19.30 น. มาด้วยมีอาการท้องป็นแข็ง ไม่เจ็บครรภ์ pain score 0 คะแนน ตรวจภายในส่วนนำเป็นศีรษะ ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนนำ -1 ฤงน้ำคร่ำไม่แตก Severity 0 วัดขนาดยอedmดลูก 33 เซนติเมตร on EFM monitor Category I (ปกติ) การหดตัวของมดลูก interval = 3 นาที Duration = 40 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะ ไม่พบโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ ประเมิน bishop score 4 คะแนน (ปากมดลูกไม่พร้อมสำหรับการชักนำการคลอด)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ รายงานสูติแพทย์ รับทราบ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อรอคลอด

เวลา 19.40 น. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC แพทย์ให้นอนสังเกตอาการเจ็บครรภ์ ให้นั่งดื่มน้ำดื่มน้ำชาหลังเที่ยงคืนและประเมินปากมดลูกซ้ำ วันที่ 7 เมษายน 2568

เวลา 20.45 น. แพทย์ตรวจเย็บมดลูก อัตราส่วนประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ทารกน้ำหนัก 3,200 กรัม

เวลา 24.00 น. ให้ผู้คลอดดื่มน้ำดื่มน้ำชา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ผลปกติ Hematocrit 39% รายงานสูติแพทย์รับทราบไม่มีแผนการรักษาเพิ่มเติม

วันที่ 7 เมษายน 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 2)

เวลา 05.30 น. ผู้คลอดมีน้ำเดินตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 25 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำแตก ลักษณะสีใส ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ระดับส่วนน้ำ -1 Severity + (ระดับน้อย) ตรวจ Nitrazine test positive pH = 8.5 on EFM monitor Category I (ปกติ) การหดตัวของมดลูก interval = 2-3 นาที Duration = 30 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 146 ครั้งต่อนาที Pian score 0 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/73 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

เวลา 06.45 น. แพทย์ตรวจเย็บมดลูก พิจารณาให้ยาชักนำการคลอด โดยให้ Cytotec 1/8 tab อดได้ลิ้น และให้ผู้คลอดดื่มน้ำดื่มน้ำชา ผู้คลอดมีสีหน้ากังวลเนื่องจากไม่เคยผ่านการคลอดและไม่เคยได้รับยาชักนำการคลอดมาก่อน อธิบายแผนการรักษาเนื่องจาก ปากมดลูกไม่พร้อมสำหรับการชักนำการคลอด จึงจำเป็นต้องได้รับยา Cytotec 1/8 tab อดได้ลิ้น เพื่อช่วยให้ปากมดลูกพร้อมสำหรับการคลอด

เวลา 06.55 น. ให้ Cytotec 1/8 tab อดได้ลิ้น หลังจากให้ยาแพทย์ให้ประเมินภายในปากมดลูกซ้ำอีก 6 ชั่วโมง

เวลา 09.00 น. หลัง ให้ Cytotec 1/8 tab อดได้ลิ้น 2 ชั่วโมง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 70 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำแตก ลักษณะสีใส ไม่มีกลิ่นเหม็น ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ระดับส่วนน้ำ -1 Severity + (ระดับน้อย) on EFM monitor Category I (ปกติ) การหดตัวของมดลูก interval = 2-3 นาที Duration = 40 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 152 ครั้งต่อนาที วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/73 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์ Pian score 8 คะแนนนอนพักบนเตียงได้ แนะนำการบรรเทาอาการเจ็บปวดโดยการลูบหน้าท้องและการหายใจแบบ (slow deep chest breathing) ในระยะปากมดลูก เปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร โดยหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ นับ 1-4 แล้วหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 ผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้ Pian score 8 คะแนน แนะนำนอนพักบนเตียง แนะนำอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลอธิบายถึงความก้าวหน้าของการคลอดให้ผู้คลอดรับทราบ

ระยะคลอด

เวลา 09.50 น. ผู้คลอดแจ้งว่าเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น รู้สึกมีลมเบ่ง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ผนังคร่ำแตก ลักษณะสีใส ไม่มีกลิ่นเหม็น ส่วนน้ำเป็น สีขุ่น ระดับส่วนน้ำ +2 Severity ++ (ระดับปานกลาง) Pian score = 10 คะแนน on EFM monitor Category I (ปกติ)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

การหดรัดตัวของมดลูก interval = 3 นาที Duration = 45 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144 ครั้งต่อนาที ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด อธิบายถึงความก้าวหน้าของการคลอด ให้ผู้คลอดและญาติรับทราบ จัดผู้คลอดนอนท่า lithotomy ยกหัวเตียงศีรษะสูง เพื่อให้ผู้คลอดจะได้หายใจได้สะดวกขณะที่มดลูกหดรัดตัว ดูแลทำความสะอาด แนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง เชียร์เบ่งคลอด ขณะที่มดลูกหดรัดตัว พุดให้กำลังใจ เช็ดใบหน้าและลำคอด้วยผ้าเย็น ขณะเบ่งคลอด เมื่อมดลูกหดรัดตัว ผู้คลอดทำหน้าวิตกกังวล กลืนหายใจ กระสับกระส่าย บอกว่า เจ็บครรภ์มากขึ้น ประเมินและบันทึกอัตราการเต้นหัวใจของทารกและประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ด้วย EFM monitor แผลผล Category II (ไม่ปกติ) อ่านผลได้เป็น Early deceleration (การชะลอตัวในช่วงต้น เกิดจากการที่ศีรษะของทารกถูกกดทับระหว่างการหดตัวของมดลูก) การหดรัดตัวของมดลูก interval = 2 นาที Duration = 60 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 100 -150 ครั้งต่อนาที ให้ Oxygen mask with bag 10 มิลลิลิตรต่อนาที ให้ LRS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

เวลา 10.13 น. คลอดปกติ ทารก เพศชาย น้ำหนัก 3,790 กรัม APGAR score 1 นาที = 8 คะแนน 5 นาที = 10 คะแนน 10 นาที = 10 คะแนน ให้การดูแลภายใต้ Radial warmer แรกคลอดทารก Active ดี Skin mild blue หายใจสม่ำเสมอ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 152 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ได้รับยา Vitamin K1 0.5 มิลลิลิตร ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นขาข้างขวา และ Engerix B 0.5 มิลลิลิตร ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นขาข้างซ้าย ป้ายตาด้วย Terramycin ophthalmic ointment ทั้ง 2 ข้าง ดูแลให้ผู้คลอดได้ Oxytocin 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนหลังทารกคลอดไหล่หน้า

ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง

เวลา 10.15 น. ประเมินการลอกตัวของรก หลังมีอาการแสดงการลอกตัวของรก ทำคลอดรกด้วยวิธี Cord control traction รกคลอดครบ ลักษณะรกปกติ ไม่พบเนื้องอกและแคลเซียมเกาะบริเวณรก น้ำหนักรก 600 กรัม ซึ่งหนักสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารก สายสะดือยาว 50 เซนติเมตร ชีดริม 5 เซนติเมตรห่างริม 14 เซนติเมตร หลังรกคลอดมีเลือดออกจากช่องคลอดปริมาณ 700 มิลลิลิตร มดลูกไม่หดรัดตัว ผู้คลอดรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ประเมินแผลฝีเย็บมีแผล right medio lateral episiotomy (การตัดฝีเย็บเฉียงออก 45 องศาทางด้านขวา) เย็บฝีเย็บด้วยเทคนิค continuous และ interrupted สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำ Oxytocin 30 ยูนิต ผสม 5%DN/2 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และคลึงมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

เวลา 10.20 น. คลึงมดลูก ดูแลให้ Methergine 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหน้ามืด ไม่เวียนศีรษะ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

เวลา 10.30 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย คลื่นมดลูก มดลูกเริ่มกลมแข็งหลังรกคลอด จนถึงเย็บแผลเสร็จ มีเลือดออกจากช่องคลอดปริมาณ 1000 มิลลิลิตร ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณ 20 มิลลิลิตร

เวลา 10.35 น. คลื่นมดลูก ดูแลให้ Methergin 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหน้ามืด ไม่เวียนศีรษะ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย รายงานแพทย์รับทราบ ให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, PT, PTT ตรวจ Hematocrit หลังคลอดทันที ได้ 42% ประสานงานกับห้องเลือดเพื่อจองเลือด PRC 2 ยูนิต และ FFP 4 ยูนิต ดูแลให้ผู้คลอดดื่มน้ำดื่มน้ำนม มดลูกเริ่มกลมแข็ง ไม่มีเลือดออกจากทางช่องคลอดเพิ่ม

เวลา 10.50 น. คลื่นมดลูกดูแลให้ transamin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย รายงานแพทย์รับทราบ ดูแลให้ผู้คลอดพักผ่อน มดลูกเริ่มกลมแข็ง ไม่มีเลือดออกจากทางช่องคลอดเพิ่มดูแลให้ดื่มน้ำ เช็ดหน้า เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อและผ้าถุงใหม่ ใส่ผ้าอนามัยเพื่อ ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ดูแลให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียง แนะนำคลื่นมดลูก แนะนำ อาการผิดปกติเช่นถ้ามีเลือดออกเยาะจากช่องคลอด มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะให้แจ้งพยาบาลทันที ประเมินการหดตัวของมดลูกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดติดตามสัญญาณชีพหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง

เวลา 12.15 น. สังเกตอาการผู้คลอดครบ 2 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหน้ามืด ไม่เวียนศีรษะ ให้คำแนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ แนะนำอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาล ปัสสาวะสีเหลืองใส 100 มิลลิลิตร แนะนำให้ดื่มน้ำเพคสัมพันธ์ 6 สัปดาห์จนกว่าจะมาตรวจหลังคลอด ผู้คลอดรับทราบประเมิน Blood clot และซังผ้าอนามัยได้ 30 มิลลิลิตร รวมปริมาณเลือดทั้งหมด 1,030 มิลลิลิตร มดลูกหดตัวดีกลมแข็ง อยู่ระดับสะดือ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วย สูติ - นรีเวชกรรม รวมระยะเวลาของการดูแลในห้องคลอด 16 ชั่วโมง 55 นาที

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด

1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับได้รับยาชักนำการคลอดเนื่องจากไม่เคยได้รับมาก่อน
2. มีโอกาสเกิดมดลูกหดตัวมากเกินไปเนื่องจากให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด

1. ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเนื่องจากศีรษะทารกถูกกดทับขณะเคลื่อนลง อู้งเชิงกรานขณะคลอด
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากการมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น ในระยะของการคลอด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยพยาบาลระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

1. ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก
2. อ่อนเพลียเนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและตกเลือดหลังคลอด

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

- 4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย
- 4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการคลอด ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา และสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้คลอด พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- 4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงแนวคิดทางการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้คลอด
- 4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
- 4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
- 4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่ายก่อนย้ายผู้คลอดออกจากห้องคลอด
- 4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้คลอดและญาติก่อนจำหน่าย
- 4.2.8 เรียบเรียงผลงาน เขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา Cytotec ที่คลอดทางช่องคลอด และมีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา Cytotec ที่คลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดจำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน 2568 เวลา 19.30 น. ถึง วันที่ 7 เมษายน 2568 เวลา 12.25 น.รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 16 ชั่วโมง 55 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มีอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และไม่มีโรคแทรกซ้อน ระหว่างการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ญาติรับทราบข้อมูล เกี่ยวกับสถานะของโรค แผนการรักษาของแพทย์ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา Cytotec ที่คลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อเพิ่มสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา Cytotec ที่คลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลที่ต้องดูแลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดจะต้องมีความรู้ ความชำนาญในการประเมิน ได้แก่ ก่อนการให้ยา เช่น ข้อห้ามในการให้ยา ได้แก่ มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดคลอด อายุครรภ์และการประเมินความพร้อมของปากมดลูก (bishop score) มีการติดตามขณะให้ยา วัดความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิร่างกาย ทุก 15-30 นาที ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound) และประเมินการหดตัวของมดลูก (uterine contraction) ทั้งความถี่ ความแรงและระยะเวลา การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การหดตัวของมดลูกมากเกินไป (ปกติ interval 2-3 นาที Duration 40-60 วินาที) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ (ปกติ 110-160 ครั้งต่อนาที) อาการปวดท้องรุนแรงผิดปกติ มีเลือดออกมากผิดปกติ การติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และการหดตัวของมดลูก การเฝ้าระวัง ภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และ ทุก 30 นาที 2 ครั้ง การติดตามอาการข้างเคียงของยา มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ใช้และต้องเตรียมความพร้อมตลอดเวลาในการช่วยเหลือ และการผ่าตัดฉุกเฉิน

การให้ยา Cytotec ในการชักนำการคลอด ผู้คลอดแต่ละคนมีความไวต่อยาแตกต่างกัน หากพยาบาลขาดความรู้ ประสบการณ์ อาจประเมินล่าช้า และจะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รวมถึงตกเลือดหลังคลอดหรืออาจเสียชีวิตได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา Cytotec พยาบาลต้องมีการประเมินการหดตัวของมดลูก หลังได้รับยา และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15-30 นาทีในช่วงแรก เพื่อป้องกันการเกิดการหดตัวของมดลูกมากเกินไป (Uterine hyperstimulation) และภาวะทารกในครรภ์เครียด (fetal distress) ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและไม่สามารถคาดเดาได้ประกอบกับสถานการณ์ในห้องคลอด อาจมีหญิงตั้งครรภ์มามาก และได้รับการชักนำการคลอดหลายคน อัตรากำลังไม่เพียงพอ การใช้ electronic fetal heart rate monitoring (EFM) แบบต่อเนื่อง จะช่วยในการประเมินได้รวดเร็วขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะการพยาบาลผู้คลอดที่มีโรคร่วม มีการประเมินอาการ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ด้วยการประเมินสัญญาณชีพ ให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา ตลอดจนการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ

9.2 ควรมีการฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ และการชักซ้อมสถานการณ์จำลองสำหรับทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยให้สถานพยาบาลสามารถพัฒนาระบบและแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และใช้ electronic fetal heart rate monitoring (EFM) แบบต่อเนื่องแบบต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่ได้เผยแพร่

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวนิโลบล ชอบบุญ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....นิโลบล ชอบบุญ.....

(นางสาวนิโลบล ชอบบุญ) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 30 / กันยายน / 2568

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนิโลบล ขอบบุญ	นิโลบล ขอบบุญ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวแสงนภา พรไทย)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้คลอด)

หัวหน้างานห้องคลอด

(วันที่) 3 / ตุลาคม / 2568

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 19 / ตุลาคม / 2568

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 14 / พ.ย. 2568

(ลงชื่อ).....

(นายพัลลภ ยอดศิริจินดา)

ตำแหน่ง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 17 / พ.ย. 2568

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบป้องกันการสลับติดป้ายข้อเท้าทารกแรกเกิด

2. หลักการและเหตุผล

การระบุตัวตนทารกแรกเกิด (Newborn identification) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายภายในประเทศ รวมถึงเป็นมาตรฐานความปลอดภัยผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด การสลับติดป้ายข้อเท้าทารกแรกเกิดถือเป็นการละเลยต่อหน้าที่ความรับผิดชอบและเป็นความผิดพลาดที่ไม่ควรเกิดในระบบสุขภาพตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ประเทศไทย การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะในกลุ่มทารกแรกเกิดที่เป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อความผิดพลาดในการระบุตัวตน ซึ่งการระบุตัวตนที่ถูกต้องเป็นรากฐานของการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยโดยเฉพาะกลุ่มทารกแรกเกิดอาจส่งผลกระทบ ได้แก่

1. ความเสี่ยงต่อการสับเปลี่ยนทารก (Risk of Infant Mix-up) การสลับติดป้ายข้อเท้าสร้างความเสี่ยงโดยตรงต่อการสับเปลี่ยนทารก ทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดเนื่องจากไม่สามารถพูดได้ มีรูปร่างหน้าตาคล้ายคลึงกัน และมีการตั้งชื่อที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจส่งผลให้ทารกได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ผู้ปกครองได้รับทารกที่ไม่ใช่ลูกของตน และอาจเกิดปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมที่ร้ายแรง

2. การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานสากล The Joint Commission ได้กำหนด National Patient Safety Goal (NPSG.01.01.01) ที่ระบุว่าสถานพยาบาลต้องใช้ตัวระบุ ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 วิธี ก่อนให้การดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับทารกแรกเกิดที่ต้องมีระบบระบุตัวคนที่แตกต่างและชัดเจน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562

3. ผลกระทบต่อความไว้วางใจของผู้ปกครองการสลับติดป้ายข้อเท้าส่งผลให้ผู้ปกครองสูญเสียความเชื่อมั่นต่อระบบการดูแลอาจเกิดความวิตกกังวลและความไม่มั่นใจในคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล

4. ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมเหตุการณ์ดังกล่าวอาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายการสูญเสียชื่อเสียงของสถานพยาบาลและการสูญเสียใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

5. การละเมิดหลักการดูแลที่ปลอดภัย (Safe Care Principles) การไม่ติดป้ายข้อเท้าขัดต่อหลักการ "First, Do No Harm" และหลักการความปลอดภัยผู้ป่วย 6 ประการ ได้แก่ ความ ปลอดภัย (Safety), ประสิทธิภาพ (Effectiveness), การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered), ความทันเวลา (Timeliness), ประสิทธิภาพ (Efficiency) และความเป็นธรรม (Equity)

งานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จะได้รับป้ายข้อเท้าทารกที่มี ชื่อ นามสกุลของมารดา จากห้องบัตรและนำมาติดไว้ที่เวชระเบียนทารก เมื่อทารกคลอด พยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่รับทารกแรกเกิดจะนำป้ายข้อเท้า ที่อยู่ในเวชระเบียนทารก ไปให้ผู้คลอดตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อตรวจสอบชื่อ นามสกุล ถูกต้องแล้วจึงนำไปติดที่ข้อเท้าซ้ายของทารกแรกเกิดที่ปลายเตียงคลอดให้ผู้คลอดได้

2. หลักการและเหตุผล(ต่อ)

เห็นว่าการผูกป้ายชื่อเท้าแล้วในปี พ.ศ.2567 พบอุบัติการณ์เกิดการลืมหิดป้ายชื่อเท้าทารกแรกเกิด 1 ราย เนื่องจากป้ายชื่อเท้าทารกอยู่ที่เวชระเบียนทารก เมื่อทารกคลอด คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะพร่องออกซิเจน (birth asphyxia) จึงรับนำทารกมาให้การพยาบาลและย้ายทารกไปที่ตึกกุมารเวชกรรม ทำให้ลืมหิดป้ายชื่อเท้าทารก โดยทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีมาตรฐานสำคัญ 9 ข้อ มีข้อที่สำคัญคือการระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด นั่นคือ การไม่เกิดอุบัติการณ์เกิดการระบุตัวทารกแรกเกิดผิดและระบุตัวทารกแรกเกิดโดยการผูกป้ายชื่อเท้าทารกแรกเกิดทุกราย ถือเป็นเป้าหมายสูงสุด ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรควรวางแผนทางปฏิบัติหรือกำหนดนโยบาย เรื่องการระบุตัวทารกแรกเกิดให้ชัดเจน ถูกต้อง โดยจัดเป็นประเด็นสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคนที่ต้องตรวจสอบและระบุตัวทารกแรกเกิดให้ถูกต้อง

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและการพัฒนาระบบป้องกันการลืมหิดป้ายชื่อเท้าทารกแรกเกิด โดยนำป้ายชื่อเท้าทารกแรกเกิด มาติดไว้ที่ข้อมือมารดา เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการตรวจสอบ การระบุตัวผู้คลอดและทารกแรกเกิด ว่าถูกต้องกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผนการรักษาต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) เป็นส่วนสำคัญในการจัดการระบบการบริการให้มีคุณภาพ ถือเป็นส่วนหนึ่งในโครงสร้างของ Patient safety goal ซึ่งในการประชุม HA national forum ครั้งที่ 9 เมื่อปี พ.ศ. 2551 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้ปรับโครงสร้างของ Patient safety goal (PSG) โดยเพิ่ม แนวคิด SIMPLE โดยมีเป้าหมายให้รองรับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยและส่งเสริมให้นำไปปฏิบัติจริง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561) หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้นำนโยบายของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยใช้แนวคิด Patient safety goal และแนวคิด SIMPLE มาปฏิบัติเพื่อพัฒนากระบวนการคุณภาพในการให้บริการหน่วยงานห้องคลอดโดยเน้นในกระบวนการของ Patient Care Processes คือ Patient Identification (การระบุตัวผู้ป่วย) โดยมุ่งเน้น การติดป้ายปลายเตียง การติดป้ายข้อมือแก่ผู้คลอดและทารกแรกเกิดทุกรายที่มารับบริการ และนอนโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราเสี่ยงและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย จากสถิติของงานห้องคลอด ในปี พ.ศ.2567 พบอุบัติการณ์เกิดการลืมหิดป้ายชื่อเท้าทารกแรกเกิด 1 ราย จากสถิติพบว่า มีจำนวนทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น ภาระงานมาก ทำให้พยาบาลละเลยผูกป้ายชื่อเท้าทารก ตามแนวทาง Patient Care Processes (ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2567) ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติการณ์เกิดการลืมหิดป้ายชื่อเท้าทารกเพิ่มมากขึ้นได้เช่นกัน จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากเดิมจะได้รับป้ายชื่อเท้าทารกที่มี ชื่อ นามสกุลของมารดา จากห้องบัตรและนำมาติดไว้ที่เวชระเบียนทารกเมื่อทารกคลอด พยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่รับทารกแรกเกิดจะนำป้ายชื่อเท้าที่อยู่ในเวชระเบียนทารก ไปให้ผู้คลอดตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อตรวจสอบชื่อ นามสกุล ถูกต้องแล้วจึงนำไปติดที่ข้อเท้าซ้ายของทารกแรกเกิดที่ปลายเตียงคลอด เมื่อเกิดอุบัติการณ์เกิดการลืมหิดป้ายชื่อเท้าทารก ทำให้สหวิชาชีพขาดความเชื่อมั่น มารดาและญาติของทารกแรกเกิดไม่พึงพอใจและอาจเกิดข้อร้องเรียนในบริการขึ้นได้ ดังนั้น ผู้เสนอผลงาน จึงเล็งเห็นความสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการระบุตัวทารกแรกเกิดและให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้ตระหนักถึงความสำคัญของการ Identify เพื่อแก้ไขปรับปรุง ให้ลดอัตราความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้คลอดและทารกแรกเกิด และให้การพยาบาล การรักษามีคุณภาพนอกจากนี้ยังเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลตามแนวทางของPatient safety goal ต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA)

P : plan คือ การวางแผนงานจากวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดขึ้น มีการทบทวนปฏิบัติการ ศึกษาค้นคว้าจากตำรางานวิจัยต่างๆ นำเสนอปัญหาเข้าที่ประชุม และวิเคราะห์หาปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวางแผน จัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหา

D : do คือ การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงานที่ได้กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

C : check คือ การตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของแผน ว่ามีปัญหาคืออะไรเกิดขึ้นบ้าง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแผนงานในขั้นตอนใด

A : act คือ การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหา หรือถ้าไม่มีปัญหาใดๆ ก็ยอมรับแนวการปฏิบัติตาม แผนงานที่ได้ผลสำเร็จ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานต่อไป เมื่อได้วางแผน นำไปปฏิบัติ ระหว่างการปฏิบัติก็ ดำเนินการตรวจสอบพบปัญหาที่ทำการแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้เกิดผลงานที่น่าไปใช้ได้

จึงได้พัฒนารูปแบบป้ายสัมพันธ์แม่ลูก โดยนำป้ายข้อเท้าทารกแรกเกิดจากเดิมติดที่เข่าเขย่งทารก เปลี่ยนมาติดไว้ที่ข้อมือมารดา เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการตรวจสอบ การระบุตัวผู้คลอดและทารกแรกเกิดว่าถูกต้องกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผนการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. การพัฒนาระบบป้องกันการสืมนิยัตป้ายข้อเท้าทารกแรกเกิด
2. เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ การไม่ระบุตัวตนทารกแรกเกิด
3. เพื่อไม่ให้เกิดข้อร้องเรียน การไม่ระบุตัวตนทารกแรกเกิด

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน กุมภาพันธ์ 2568 – กันยายน 2568

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ทุกคนในงานห้องคลอด
2. ทารกแรกเกิดทุกรายในงานห้องคลอด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปฐกษัตริ์หัวหน้างานห้องคลอด เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำรูปแบบการเตรียมป้ายข้อมือทารกแรกเกิดในห้องคลอด

3.1 เตรียมสายรัดข้อมือที่สามารถใส่ป้ายข้อมือทารกได้

3.2 นำป้ายข้อมือทารก (ป้ายสีขาวสแกนจากห้องบัตร) ให้มารดาทวนสอบความถูกต้องของป้ายชื่อก่อนที่จะนำไปใส่ในสายรัดข้อมือ และรัดที่ข้อมือมารดาไว้

3.3 เมื่อทารกคลอดนำ ป้ายสีขาวสแกนจากห้องบัตร ออกจากสายรัดข้อมือมารดา ให้มารดาทวนสอบความถูกต้องของป้ายชื่ออีกครั้ง ก่อนผูกข้อเท้าซ้ายของทารก ให้มารดาเห็นที่ปลายเตียง พร้อมแจ้งมารดาได้รับทราบ

4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำพัฒนารูปแบบป้ายข้อมือทารกแรกเกิดในห้องคลอดและทดลองใช้ในหน่วยงาน

5. นำไปใช้ในหน่วยงาน

6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ไม่พบอุบัติการณ์การระบุดัวทารกแรกเกิดผิด
- 2.ไม่พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการระบุดัวทารกแรกเกิดผิด
- 3.พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ทุกคนในงานห้องคลอดมีความพึงพอใจจากการใช้งานรูปป้ายข้อ่มือทารกแรกเกิด

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.อุบัติการณ์การระบุดัวทารกแรกเกิดผิดราย เท่ากับ 0 ครั้ง
- 2.ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการระบุดัวทารกแรกเกิดผิด เท่ากับ 0 ครั้ง
- 3.พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ทุกคนในงานห้องคลอด พึงพอใจจากการใช้งานรูปป้ายข้อ่มือทารกแรกเกิด ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) นิลบล ขอบบุญ

(นางสาวนิลบล ขอบบุญ) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 30 / กันยายน / 2568