

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะสายสะดือข้อย่อย
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia)
ในทารกแรกเกิดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เสนอโดย

นางสาวประภัสสร โกฏโสม
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 111)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะสายสะดือข้อย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 15 พฤษภาคม 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

สายสะดือข้อย (prolapsed cord) หมายถึง ภาวะที่สายสะดือลงมาอยู่ข้างๆ ส่วนนำของทารกหรืออยู่ต่ำกว่าส่วนนำของทารกในครรภ์ อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะที่ถุงน้ำคร่ำแตกหรือไม่แตกก็ได้

ลักษณะสายสะดือข้อยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. สายสะดือข้อยลงมาต่ำกว่าปกติ อยู่ข้างๆ ส่วนนำของทารก (occult prolapsed cord) สายสะดือส่วนนี้จะถูกกดทับกับช่องทางคลอดได้เมื่อตัวทารกเคลื่อนต่ำลงหรือมดลูกหดตัวโดยที่ถุงน้ำคร่ำอาจจะแตกหรือไม่แตกก็ได้

2. สายสะดือข้อยลงมาต่ำกว่าส่วนนำของทารกและถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (forelying cord หรือ funic presentation หรือ cord presentation)

3. สายสะดือข้อยลงมาต่ำกว่าส่วนนำของทารกในครรภ์มักจะผ่านปากมดลูกออกมาอยู่ในช่องคลอดหรือบางรายอาจจะออกมานอกช่องคลอด เมื่อถุงน้ำคร่ำแตก (complete or overt prolapsed cord)

อุบัติการณ์

สถิติของอุบัติการณ์ของสายสะดือข้อยนั้นมีความแตกต่างกันไป ในการศึกษาส่วนใหญ่ พบได้ร้อยละ 0.14 ถึง 0.62 ของการคลอดทั้งหมด ในครรภ์หลังพบบ่อยมากกว่าครรภ์แรก โดยพบอัตราการตายของทารกขาดออกซิเจนจากสายสะดือถูกส่วนนำกดได้ร้อยละ 10.7-16.8 จากภาวะดังกล่าว พบว่าระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคจนถึงคลอดนานเกินกว่า 30 นาที จะพบอัตราการตายของทารกประมาณร้อยละ 50 แต่ถ้าระยะเวลาสั้นกว่า 30 นาที อัตราการตายของทารกจะลดลงเหลือร้อยละ 15

ปัจจัยเสี่ยง

1. ทารกท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง ท่าผสม (compound) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสายสะดือข้อย มีรายงานว่าพบสายสะดือข้อยในท่าผิดปกติมากกว่าท่าศีรษะ 14 เท่า

2. ทารกคลอดก่อนกำหนด มีขนาดเล็ก ทำให้มีช่องว่างเหลือที่ช่องเชิงกราน (pelvic inlet) ทำให้สายสะดือข้อยได้มากขึ้น หรือทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age)

3. ในกรณีตั้งครรภ์แฝด มดลูกและผนังหน้าท้องขยายมากกว่าปกติ ทารกแฝดมักมีขนาดเล็กและทารกแฝดคนที่สองมีโอกาสเกิดภาวะสายสะดือข้อยเพิ่มขึ้น 5 เท่า

4. ตั้งครรภ์แฝดน้ำ การที่มีน้ำคร่ำมากกว่าปกติทารกเคลื่อนไหวได้มาก ส่วนนำอาจจะลอยเหนือทางเข้าช่องเชิงกราน เมื่อถุงน้ำคร่ำแตกอาจทำให้สายสะดือข้อยได้

5. ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดหรือถูกเจาะก่อนที่ส่วนนำของทารกลงไปในช่วงเชิงกรานทำให้ส่วนนำของทารกลอยอยู่เหนือทางเข้าเชิงกราน
6. มีความผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะเด็กไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานของมารดาทำให้ส่วนนำไม่กระชับกับช่องคลอดทำให้ส่วนนำของทารกลอยอยู่เหนือทางเข้าเชิงกราน
7. ทารกที่มีรูปร่างผิดปกติ ทำให้ส่วนนำของทารกไม่สามารถลงมาในช่องเชิงกรานได้
8. รกเกาะต่ำทำให้สายสะดืออยู่ใกล้กับปากมดลูก โดยเฉพาะรกเกาะต่ำชนิด รกเกาะอยู่บริเวณส่วนล่างของมดลูก (low implantation) และสายสะดือยังต่อที่ขอบล่างของรกด้วย
9. สายสะดือยาวกว่าปกติ ยาวเกิน 35 เซนติเมตรขึ้นไป โดยเฉพาะถ้ายาวเกินกว่า 75 เซนติเมตร ยังมีโอกาสจะทำให้สายสะดือพลัดต่ำได้ง่าย สายสะดือที่สั้นมีโอกาสเกิด occult prolapsed cord ได้
10. กรณีที่มารดาตั้งครรภ์หลายครั้ง (multiple pregnancy) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกและผนังหน้าท้องหย่อนทำให้เกิดท่าผิดปกติได้ง่าย
11. เกิดจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ เช่น การหมุนกลับท่าทารกภายใน

การวินิจฉัย

ภาวะสายสะดือข้อยอกทำให้ทารกอยู่ในภาวะวิกฤติ การวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วจะทำให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ซึ่งทำได้โดย

1. การตรวจภายใน เป็นการวินิจฉัยภาวะสายสะดือข้อยอกที่ดีที่สุด โดยคลำพบสายสะดือในช่องคลอดในรายที่ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว หรือคลำได้สายสะดือต่ำกว่าส่วนนำของทารกในรายที่ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก การคลำชีพจรของสายสะดืออาจพบแรงเป็นจังหวะ เบาไม่เป็นจังหวะหรือคลำไม่ได้เลย ถ้าสายสะดือข้อยอกพ้นจากปากช่องคลอดออกมาก็จะเห็นได้ชัดเจน การคลำชีพจรของสายสะดือหรือความเย็นจากภายนอก อาจทำให้หลอดเลือดสายสะดือหดตัวได้ แม้เสียงหัวใจทารกจะปกติก็พบได้เสมอว่าเด็กทำกันมีสายสะดือข้อยอกมาระหว่างขาทั้งสองข้าง โอกาสถูกกดจึงน้อยลง ทำให้เสียงหัวใจทารกยังคงปกติอยู่ในระยะเริ่มแรกของการเกิดภาวะนี้ และแม้ว่าจะคลำไม่พบก็ควรปฏิบัติเช่นเดียวกับในรายที่เจาะถุงน้ำคร่ำ คือฟังเสียงหัวใจทารกต่อไปอีกอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

2. การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ในรายที่เป็น occult prolapsed cord หรือ forelying cord สามารถวินิจฉัยได้จากการเปลี่ยนแปลงของเสียงหัวใจทารกจากการขาดออกซิเจน โดยจะพบว่าเสียงหัวใจทารกเต้นช้าลงในขณะที่มีการหดตัวของมดลูก หรือเมื่อกดส่วนนำของทารก หรือกดยอดมดลูกลงถ้าบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ (external fetal monitor : EFM) ก็จะพบรูปแบบอัตราการเต้นของหัวใจทารก (fetal heart rate pattern) ลดลงอย่างเฉียบพลัน (variable deceleration) และมีอัตราการเต้นของหัวใจช้า (fetal bradycardia) ได้แล้วแต่ความรุนแรงของการถูกกด

3. การตรวจหาค้นเสียดความถี่สูงในรายที่เป็น occult prolapsed cord หรือ forelying cord โดยเฉพาะในครรภ์ที่มีท่าทารกผิดปกติ

4. มองเห็นสายสะดือโผล่ออกมาภายนอกช่องคลอด ซึ่งเป็นการวินิจฉัยที่ล่าช้าที่สุด ทารกมักมีอาการขาดออกซิเจนร่วมด้วย

ภาวะแทรกซ้อน

1. อันตรายต่อมารดา สายสะดือข้อยอกมักไม่มีผลต่อมารดาหรือระยะเวลาการคลอดโดยตรง แต่วิธีการช่วยเหลือเพื่อให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิต อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาได้

2. อันตรายต่อทารก สายสะดือข้อยอกก่อให้เกิดภาวะวิกฤติต่อทารก ผู้ทำคลอดจะต้องรีบให้การช่วยเหลือโดยเร็วที่สุดภายใน 5 นาที เพราะทารกจะเสียชีวิตได้ง่ายมากจากการขาดออกซิเจน เนื่องจากสายสะดือถูกกดทับกับช่องทางคลอดโดยส่วนนำของทารก

การรักษา

การทำคลอดเกือบทุกรายใช้วิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างรวดเร็วเป็นวิธีที่ดีที่สุด ยกเว้นกรณีที่ทารกเสียชีวิตหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด ส่วนในรายที่ปากมดลูกเปิดหมด ส่วนนำระดับต่ำพอและสามารถทำคลอดได้ทันทีจึงใช้วิธีทำคลอดด้วยวิธีดังนี้

1. ใช้คีมช่วยคลอด ถ้าปากมดลูกเปิดหมดและศีรษะทารกลงมาต่ำพอสมควร ไม่มีภาวะผิสดัดส่วนของส่วนนำของทารกกับช่องเชิงกราน

2. ช่วยคลอดท่าก้น ในกรณีที่เป็นการท่าก้น และปากมดลูกเปิดหมดไม่มีภาวะผิสดัดส่วนของส่วนนำของทารกกับช่องเชิงกราน ผู้ทำคลอดควรจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์คลอดท่าก้นมาพอสมควร

3. กลับเด็กในโพรงมดลูก (internal version) ทำได้ในกรณีที่ปากมดลูกเปิดหมดทารก อยู่ในท่าขวาง ไม่มีภาวะผิสดัดส่วนของทารกกับช่องเชิงกราน ต้องวางยาสลบ วิธีนี้อันตรายมากต่อทั้งมารดาและทารก โดยเฉพาะในรายที่ถุงน้ำคร่ำแตกมานานแล้ว หรือผู้ทำคลอดไม่ชำนาญพอ

4. ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ในรายที่ตั้งครรภ์หลัง ปากมดลูกเปิดเกือบหมดแล้ว และทารกเป็นท่าศีรษะที่ไม่มีภาวะผิสดัดส่วนของทารกกับช่องเชิงกรานมารดา ได้ผลดีพอควร ช่วยลดอัตราการตายของทารก จึงอาจเหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องล่าช้า

5. การคลอดทางช่องคลอด ในรายที่ตั้งครรภ์หลังปากมดลูกเปิด 7-8 เซนติเมตรขึ้นไปเป็น forelying cord ท่าของทารกปกติมีความก้าวหน้าของการคลอดเร็ว ทารกไม่มีภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น (fetal distress) ก็พยายามไม่ให้ถุงน้ำคร่ำแตก อาจจะรอเพื่อให้คลอดเองทางช่องคลอด หรือทารกมีความผิดปกติหรือเสียชีวิต ยกเว้นกรณีที่มีการผิสดัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกราน

6. ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ถ้าปากมดลูกเปิดไม่หมดหรือมีภาวะผิสดักส่วนของทารกกับช่องเชิงกราน

การพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้คลอดและทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตัวของสายสะดือ
2. ในกรณีที่ตรวจพบมีการข้อยของสายสะดือที่ช่วยป้องกันส่วนนำไม่ให้ลงมากดสายสะดือ โดยให้ยกกันสูง แล้วสอดมือเข้าไปในช่องคลอดคั่นส่วนนำไว้ไม่ให้เคลื่อนลงมากดสายสะดือ ให้ออกซิเจนทางจมูกแก่มารดาเพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่งตึง เชื่อว่าจะช่วยดันให้ส่วนนำของทารกสูงขึ้นไปจนพ้นช่องเชิงกรานและลดแรงกดบนสายสะดือทารก
3. เตรียมการคลอดฉุกเฉินหรือเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และรายงานแพทย์ทันที
4. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงเมื่อถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์สม่ำเสมอ ตรวจภายในด้วยความนุ่มนวลระมัดระวังไม่ให้ถุงน้ำคร่ำแตก
5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและคลายความวิตกกังวล
6. ประเมินสภาพจิตใจมารดาหลังคลอด ในกรณีที่สูญเสียบุตร และให้การดูแลด้านจิตใจ ประคับประคองจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมครอบครัวให้การสนับสนุนด้านจิตใจร่วมด้วย

หลักการดูแลคือ ทำให้ส่วนนำของทารกกดสายสะดือน้อยลงและทำคลอดทารกอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อมารดา

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ภาวะสายสะดือข้อย เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ ภาวะนี้พบได้น้อยจากสถิติพบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 0.14 และ 0.62 ของการคลอดทั้งหมด แต่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ ทำให้ทารกเสียชีวิตขณะคลอดจากการที่ส่วนนำกดสายสะดือ ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เกิดสมองพิการ เป็นเหตุให้เกิดการทุพพลภาพของทารกได้ นับว่าเป็นภาวะวิกฤติที่สำคัญที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ จากกรณีศึกษาผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ 3 วัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คือ เจ็บครรภ์ 10 ชั่วโมง และมีน้ำเดิน 27 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้คลอดมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ยับยั้งการคลอดโดยให้ 50% magnesium sulfate ($MgSO_4$) พร้อมให้ยา dexamethasone เพื่อส่งเสริมการสร้างสารลดแรงดึงผิวปอด และได้รับยาปฏิชีวนะเนื่องจากพบการติดเชื้อในร่างกาย 5 ชั่วโมงต่อมาไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะสายสะดือข้อย ทารกมีภาวะ fetal distress จัดทำผู้คลอดให้ออนสิริษะต่ำและใช้หมอนรองกันให้สูงสอดนิ้วมือไว้ในช่องคลอดแล้วคั่นส่วนนำของทารกไว้เพื่อไม่ให้เคลื่อนลงมากดสายสะดือ ให้ออกซิเจนแก่ผู้คลอดทางหน้าอก ใส่สายสวนปัสสาวะและใส่น้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ

เพื่อช่วยดันส่วนนำช่วยลดแรงกดสายสะดือ แพทย์ยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทันที ทารกคลอดน้ำหนัก 1,920 กรัม Apgar Score ในนาทีที่ 1 เท่ากับ 6 คะแนน ให้การช่วยฟื้นคืนชีพทารก และในนาทีที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน ส่งทารกไปหออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อสังเกตอาการเนื่องจากมีน้ำหนักตัวน้อย ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังคลอดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องแห้งดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ส่วนทารกต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่หออภิบาลทารกแรกเกิดเนื่องจากน้ำหนักน้อย

5. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ผู้คลอดหญิงไทยคู่ อายุ 21 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ผู้คลอดครรภ์แรกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกลางจำนวน 5 ครั้ง อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ 3 วัน ครบกำหนดคลอดวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เวลา 14.00 นาฬิกา ผู้คลอดมีอาการน้ำเดิน มาโรงพยาบาล วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เวลา 17.00 นาฬิกา ด้วยอาการเจ็บครรภ์ เวลา 07.00 นาฬิกา แรกวันที่ห้องคลอด อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงแนวทางการรักษา ตลอดจนการช่วยเหลือที่กำลังทำอยู่ และแจ้งให้ทราบว่าต้องได้รับการตรวจภายในเพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจ และให้ความร่วมมือ จัดทำผู้คลอดให้อยู่ในท่าที่ชันเข่าทั้งสองข้าง ตรวจภายในโดยใช้วิธี Aseptic technic เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการตรวจประเมิน พบปากมดลูกเปิดขยาย 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80 เปอร์เซ็นต์ ส่วนนำเคลื่อนเข้าสู่อุ้งเชิงกรานระดับ 0 พบถุงน้ำคร่ำแตก ไม่เห็นน้ำตาม ทารกอาจมีภาวะน้ำคร่ำน้อยจากน้ำเดินนานหรือภาวะ fetal distress จาก thick macronium stain จึงแนะนำให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียงเพื่อป้องกันภาวะสายสะดือข้อยึด และอธิบายภาวะของโรคและผลกระทบต่อทารกให้มารดาทราบเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อคลายความวิตกกังวล หลังให้การพยาบาลมารดายังมีสีหน้าวิตกกังวล จึงรับไว้เป็นผู้ป่วยที่ห้องคลอด เลขที่ภายนอก 47405/52 เลขที่ภายใน 5804/53 แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดี อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/60 มิลลิเมตรปรอท มีอาการเจ็บครรภ์ปานกลาง ประเมินความเจ็บปวดระดับ 5 อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงกลไกการคลอดการเจ็บครรภ์เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจ และยอมรับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น แนะนำเทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด กล่าวคำชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำ ช่วยนวดหลังบริเวณบั้นเอวเพื่อให้ผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวด นำผ้าขนหนูชุบน้ำเช็ดแห้งตาม ใบหน้า ลำคอ แขน หลังให้การพยาบาลผู้คลอดสุขสบายขึ้น สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้ ผู้คลอดน้ำหนัก 67.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 157.3 เซนติเมตร ตรวจทางหน้าท้องระดับมดลูก 2/4 เหนือระดับสะดือ คลำได้หลังทารกอยู่ทางด้านซ้าย อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ ค่าน้ำหนักทารกประมาณ 1,970 กรัม แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมาโรงพยาบาล

(preterm with premature rupture of membrane : PPROM) ผู้คลอดมีความกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และเป็นห่วงทารกในครรภ์ ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจ อธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้คลอด พูดคุยให้กำลังใจ หลังได้รับคำอธิบาย ผู้คลอดมีความกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษามีความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวในขณะรอคลอด และการคลอดทารกก่อนกำหนด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี เชื้อซิฟิลิส และเชื้อไวรัสเอชไอวี ปกติ ผลการตรวจเคมีวิทยาพบ sugar 121 mg/dl (60-110 mg/dl) แพทย์พิจารณาให้สารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ผู้คลอดดื่มน้ำคอกอาหาร ให้การพยาบาลโดยสังเกตอาการเหงื่อออก ใจสั่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นลมหมดสติ หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลการตรวจโลหิตวิทยาพบ Hb 9.7 GRAMS/DL (12-16 GRAMS/DL) Hct 29.2 % (37-47 %) เฝาระวังผู้คลอดอาจมีภาวะตกเลือดหลังคลอด WBC 29,500 THSD/CUMM (5,000-10,000 THSD/CUMM แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ คือ ampicillin 2 กรัมฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ยารับประทานที่ได้รับคือ eurofer รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น และ erythromycin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอนให้การพยาบาลโดยดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และติดตามอาการแพ้ยา ผู้คลอดไม่มีอาการแพ้ยา ให้การพยาบาล เฝาระวังการติดเชื้อ โดยประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสีกลิ่นของน้ำคร่ำ เพื่อประเมินการติดเชื้อ อัตราการเต้นของหัวใจทารก ตรวจภายในเมื่อจำเป็น หลังได้รับยาปฏิชีวนะ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 97/46 มิลลิเมตรปรอท ติดเครื่องติดตามสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที พบมดลูกหดรัดตัวทุก 7 นาที นาน 45 วินาที ความแรง 3+ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที ให้การพยาบาลโดยตรวจภายในเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงแผนการรักษาและแผนการพยาบาล วิธีการให้ยา การออกฤทธิ์ของยาเพื่อผู้คลอดให้ความร่วมมือในการรักษาและทำให้การตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไป แพทย์ให้ยาขับยั้งการคลอดโดยให้ 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ อัตราหยด 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้การพยาบาลโดยอธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา MgSO₄ ได้แก่ อาการร้อนทั่วตัว คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้า หายใจช้าลง หน้าแดง ปวดศีรษะ ไม่มีแรง เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำ ไม่รู้สึกตัว ประเมินความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ปฏิกริยาโต้ตอบต่อสิ่งกระตุ้น (deep tendon reflex: DTR) ใส่สายสวนปัสสาวะ (retain Foley 's cath) เพื่อประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เตรียมยา 10% calcium gluconate ให้พร้อมใช้ถ้าผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา MgSO₄ หลังผู้คลอดได้รับยาไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากยา MgSO₄ อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในระดับ 94/46-112/76 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง DTR 2+ มดลูกหดรัดตัวห่างออกมากกว่า 10 นาที นาน 35 วินาที

ความแรง 1+ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที และให้ยาส่งเสริมการสร้างสารลดแรงดึงผิวปอด dexamethasone 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ให้การพยาบาลโดยดูแลให้ได้รับยา dexamethasone ตามแผนการรักษา เนื่องจาก dexamethasone เป็นยากลุ่มสเตียรอยด์ (steroid) พิษในระยะสั้น อาจทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย หลังได้รับยาผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงทารกลดลง ให้การพยาบาลโดยดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงรกมากขึ้น ติดตามเครื่องติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที ประสานงานบุคลากรและเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ซึ่งประกอบด้วย กุมารแพทย์ สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลหออภิบาลทารกแรกเกิด หลังให้การพยาบาลอัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอและทีมบุคลากรพร้อมให้การดูแลผู้คลอดและทารก ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะสายสะดือข้อยอก ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวังสิ่งผิดปกติที่ออกทางช่องคลอด เช่น สายสะดือข้อยอก สีของน้ำคร่ำที่ผิดปกติ อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงความสำคัญในการจำกัดกิจกรรมบนเตียง ภายหลังให้การพยาบาลมดลูกหดตัวทุก 7 นาที นาน 45 วินาที ความแรง 3+ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที เวลา 22.00 นาฬิกา พบอัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลง 80-100 ครั้งต่อนาที ขณะมดลูกหดตัว ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ส่วนน้ำระดับ 0 พบสายสะดือข้อยอกออกมาภายในช่องคลอด ให้การพยาบาลโดยจัดท่าผู้คลอดให้นอนศีรษะต่ำและใช้หมอนรองก้นให้สูง สอดนิ้วมือไว้ในช่องคลอดแล้วดันส่วนนำของทารกไว้เพื่อไม่ให้เคลื่อนลงมาสายสะดือให้ออกซิเจนชนิดหน้ากามีถุง (mask with bag) จำนวน 10 ลิตรต่อนาที แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทันที หยุดให้ยา 50% MgSO₄ อธิบายให้ผู้คลอดทราบเหตุผลในการช่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด และอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ หลังให้คำแนะนำผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มารดาคลายความวิตกกังวลลง ยอมรับ การผ่าตัด และให้ความร่วมมือดี เตรียมร่างกายผู้คลอดโดยทำความสะอาดบริเวณหน้าท้อง เตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เพื่อให้การช่วยเหลือผู้คลอดและทารกต่อไป ส่งผู้คลอดไปห้องผ่าตัดเวลา 22.15 นาฬิกา โดยใช้มือดันส่วนนำซึ่งจะกดสายสะดือตั้งแต่ เมื่อตรวจพบสายสะดือข้อยอกไปจนส่งผู้คลอดเข้าห้องผ่าตัด โดยไม่ดันสายสะดือที่โผล่ออกมาให้กลับเข้าไป เนื่องจากอาจทำให้สายสะดือบิดหรือพับงอ ทำให้สายสะดือถูกกดแรงขึ้น แพทย์ผ่าตัด C/S under GA with ET ทารกคลอดเวลา 22.39 นาฬิกา ทารกเพศชาย น้ำหนัก 1,920 กรัม แรกเกิดปลายมือปลายเท้าเขียว ร้องเสียงดัง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจไม่สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที ให้การช่วยเหลือทารกโดยทำ tactile stimulation จัดท่าทารกให้นอนหงาย คออยู่ในท่าตรง suctioning ด้วยลูกสูบยางแดง เช็ดตัวทารกให้แห้ง และให้ออกซิเจน flow คะแนน Apgar Score ในนาทีที่ 1 เท่ากับ 6 คะแนน และในนาทีที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน active ดี ส่งทารกไปหออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อสังเกตอาการต่อไป รกคลอดครบเวลา 22.41นาฬิกา น้ำหนักรก 300 กรัม ลักษณะปกติ ผู้คลอดเสียเลือดขณะผ่าตัดคลอดบุตรจำนวน 400 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผู้คลอดรู้สึกตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 116/67-119/71

มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 94-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัวดี ไม่มีเลือดออกจากแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณมากกว่า 50 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ผู้คลอดพักพื้นที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เวลา 16.00 นาฬิกา ติดตามผู้คลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด พบผู้คลอดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด จัดให้ผู้คลอดนอนท่าศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ช่วยลดอาการตึงบริเวณแผลผ่าตัดและบรรเทาอาการปวดแผล สอนและสาธิตวิธีการประคบแผลผ่าตัดหน้าท้อง สอนการไอ เพื่อลดการกระเทือนแผล วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เวลา 12.00 นาฬิกา ผู้คลอดมีเต้านมคัดตึง สาธิตและแนะนำวิธีการประคบร้อนสลับกับความเย็นและนวดเต้านม ผู้คลอดปฏิบัติได้ดี อาการคัดตึงเต้านมลดลง ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่อยู่หออภิบาลทารกแรกเกิด ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกตึงเครียด ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร โดยแนะนำญาติให้พามารดาไปที่หออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อให้นมบุตร สนับสนุนให้มารดากระตุ้นทารกคุณนมเร็ว คุณนมบ่อย สาธิตทำให้นมบุตรโดยนึ่งให้ตัวตรงในท่าสบายที่สุด นำทารกคุณนมถูกวิธี และแนะนำให้มารดาได้ซักถามอาการของบุตรกับพยาบาลและกุมารแพทย์ พร้อมส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูล หลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรมารดามีความวิตกกังวลลดลง วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 นาฬิกา มารดาหลังคลอดมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการคลอด ได้อธิบายเกี่ยวกับการใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประสานงานพยาบาลหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ในการส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ พร้อมอธิบายเรื่องสิทธิการรักษาของบุตร และติดต่อญาติเรื่องค่าใช้จ่าย ญาติได้ชำระค่าใช้จ่ายเมื่อมารดาจำหน่าย เมื่อแพทย์อนุญาตให้มารดากลับไปพักพื้นที่บ้านได้ให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามปกติในระยะหลังคลอด การปฏิบัติตัวหลังคลอดได้แก่ การรักษาความสะอาดบริเวณช่องคลอด การดูแลแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำงาน การวางแผนครอบครัว และการสังเกตอาการผิดปกติที่จะต้องมาโรงพยาบาล สวมเสื้อยกทรงที่มีขนาดกระชับทรวดทรง ไม่กดทับหัวนม ไม่ให้ขีดหรือถูหัวนมมาก เพื่อป้องกันผิวหนังที่เต้านมแห้งและบอบช้ำ ให้มารดามาให้นมบุตรขณะที่บุตรอยู่โรงพยาบาล โดยก่อนให้นมทารกควรล้างมือให้สะอาด ทำความสะอาดหัวนมด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ทำคุณนมที่เหมาะสมเป็นทำนึ่งหรือทำนอน ท่าสบายที่สุด เพื่อช่วยการหลั่งน้ำนมและวิธีการบีบเก็บน้ำนมเมื่ออยู่บ้าน แพทย์อนุญาตให้มารดากลับบ้านวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เวลา 13.30 นาฬิกา รวมพักรักษาตัวในผดรงพยาบาล 5 วัน และแพทย์นัดตรวจดูแลแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 18 พฤษภาคม 2553 นัดตรวจหลังคลอด วันที่ 14 มิถุนายน 2553

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้คลอดอายุ 21 ปี ครรภ์แรก มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีน้ำเดิน แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะPPROM แพทย์ยังการคลอดไม่สำเร็จเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะสายสะดือข้อย ทารกมีภาวะ fetal distress ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก แพทย์ยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีการผ่าตัด C/S under GA with ET จัดทำผู้คลอดให้นอนศีรษะต่ำและใช้หมอนรองก้นให้สูง สอดนิ้วมือไว้ในช่องคลอด

แล้วดันส่วนนำของทารกไว้เพื่อไม่ให้เคลื่อนลงมาคสาบสะคือ ไปจนส่งผู้คลอดเข้าห้องผ่าตัดโดยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกมีภาวะ birth asphyxia แรกเกิดให้การช่วยฟื้นคืนชีพ ทารกส่งหออภิบาลทารกแรกเกิดเนื่องจากน้ำหนักน้อย ทารกปลอดภัยจากการขาดออกซิเจน และปลอดภัยจากการช่วยคลอด หลังคลอดมารดาอยู่โรงพยาบาล 5 วันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ สามารถกลับบ้านได้ ส่วนทารกต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่หออภิบาลทารกแรกเกิดเนื่องจากน้ำหนักน้อย

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพงานของตนเอง
- 8.2 เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดที่มีภาวะสาบสะคือข้อย
- 8.3 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะสาบสะคือข้อย เป็นการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น
- 8.4 เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะสาบสะคือข้อย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาที่สำคัญคือ โครงสร้างของอาคารห้องคลอดอยู่ชั้น 7 ห้องผ่าตัดอยู่ชั้น 5 ผู้คลอดมีภาวะสาบสะคือข้อย ต้องให้ออกซิเจน จัดท่าของมารดาให้ส่วนศีรษะอยู่ต่ำและใช้หมอนรองก้นให้สูง สอดมือเข้าไปในช่องคลอดแล้วดันส่วนนำของทารกไม่ให้ลงมาคสาบสะคือ โดยพยาบาลต้องสอดมือเข้าไปในช่องคลอดนั่งบนเปลนอนไปตั้งแต่ผู้คลอดย้ายออกจากห้องคลอด เข้าลิฟท์ จนส่งผู้คลอดเข้าห้องผ่าตัด ทำให้ผู้คลอดและทารกอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการติดเชื้อเนื่องจากโอกาสปนเปื้อนระหว่างการเคลื่อนย้าย อุบัติเหตุจากการทำงาน มีผลกระทบต่อจิตใจผู้คลอดคือ สูญเสียภาพลักษณ์ เงินอายุ เนื่องจากถูกเปิดเผยร่างกาย ทารกมีภาวะ fetal distress ทำให้สูญเสียบุคลากรในการเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกเนื่องจากต้องรอห้องผ่าตัดเตรียมผู้คลอดในการผ่าตัดพร้อมจึงสามารถนำมือออกจากช่องคลอดได้ จึงสามารถเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก ทำให้การช่วยเหลือทารกล่าช้า

10. ข้อเสนอแนะ

มีห้องผ่าตัดอยู่ในห้องคลอด แต่ไม่สามารถใช้งานได้ เสนอหัวหน้าหน่วยงานจัดสรรบุคลากรจัดทีมทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องคลอดเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้คลอด ลดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้คลอด ลดการเปิดเผยผู้คลอดเนื่องจากการเคลื่อนย้ายภายในหน่วยงานสามารถใช้พื้นที่ภายในหน่วยงานให้คุ้มค่า

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ประภัสสร โกฎิสม.....

(นางสาวประภัสสร โกฎิสม)

ผู้จอร์รับการประเมิน

วันที่ ๑๕ / สิงหาคม / ๒๕๕๕

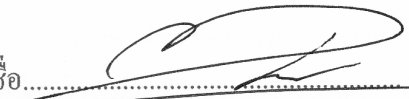
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....สมปอง ก่อมขาว.....

(นางสาวสมปอง ก่อมขาว)

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

วันที่ 15 ส.ค. 2554

ลงชื่อ..........

(นายชูวิทย์ ประดิษฐบาทุกา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง

วันที่ 15 ส.ค. 2554 /

หมายเหตุ: ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ระดับ ที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานในช่วง

วันที่ 10 พฤษภาคม 2552 ถึง วันที่ 15 พฤษภาคม 2553 คือนาย พิชญา นาควิษระ

ปัจจุบันได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวประภัสสร โกฏโสม**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพค. 111) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์
เรื่อง แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะ Hypothermia ของทารกแรกเกิดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

หลักการและเหตุผล

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำพบได้บ่อยในทารกแรกเกิด เมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้ทารกอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น อาการเริ่มแรกของการติดเชื้อ(Sepsis) เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะหายใจลำบาก (Apnea) หากไม่ได้รับการรักษาเฝ้าระวังทารกอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นงานห้องคลอดได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จากการเก็บสถิติภาวะhypothermia ของทารกแรกเกิดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของห้องคลอดโรงพยาบาลกลางพบว่าในปีงบประมาณพ.ศ.2551 ทารกมีภาวะhypothermia ภายหลังคลอดทางหน้าท้องทั้งหมด 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.04 ปีงบประมาณพ.ศ. 2552 ทารกมีภาวะ hypothermia ภายหลังคลอดทางหน้าท้องทั้งหมด 48 ราย คิดเป็นร้อยละ2.82 และ ปีงบประมาณพ.ศ. 2553 ทารกมีภาวะ hypothermia ภายหลังคลอดทางหน้าท้องทั้งหมด 34 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.04 สาเหตุมาจากทารกคลอดก่อนกำหนด พื้นที่ผิวกายน้อย ศูนย์ควบคุมความร้อน ซึ่งอยู่ที่ Hypothalamus ในทารกแรกเกิดยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะเมื่อทารกมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างมาก และโครงสร้างของอาคารที่ต้องเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดจากห้องผ่าตัดชั้น 5 มาห้องคลอดชั้น 7 ทำให้ร่างกายทารกสูญเสียความร้อนได้มาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารก และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมายคือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

พยาบาลห้องคลอดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดทารกมากที่สุด จึงมีส่วนสำคัญในการให้ความช่วยเหลือและดูแลทารก ให้การพยาบาลตั้งแต่ทารกคลอดทางหน้าท้อง และเคลื่อนย้ายทารกจากห้องผ่าตัดชั้น 5 มาห้องคลอดชั้น 7 จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะ hypothermia ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต ตามเป้าหมายที่สำคัญของหน่วยงาน นั่นคือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะ hypothermia ของทารกแรกเกิดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อป้องกันการ เกิดภาวะ hypothermia ในทารกแรกเกิดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะ hypothermia ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดโรค และอัตราการตายในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น สาเหตุหลักของการเกิดภาวะ hypothermia ได้แก่

1. การระเหย (evaporation) คือ การสูญเสียความร้อนที่ผ่านความชื้น เกิดจากการปล่อยให้ทารกที่เปียกน้ำคร่ำ น้ำหรือเลือด สารคัดหลั่งต่าง ๆ แห้งระเหยเอง
2. การแผ่รังสีความร้อน (radiatio) คือการสูญเสียความร้อนของทารกไปยังวัตถุที่เย็นกว่า โดยวัตถุทั้งสองไม่กระทบกัน เช่นทารกกับผนังห้อง ทารกกับเครื่องมือที่อยู่ใกล้
3. การพาความร้อน (convection) คือการสูญเสียความร้อนให้แก่อากาศล้อมรอบที่เย็นกว่าหรือจากการที่ลมที่มีอุณหภูมิต่ำกว่าพัดพาความร้อนไปจากผิว เช่น ออกซิเจนที่พ่นบริเวณใบหน้า
4. การนำความร้อน (conduction) คือการสูญเสียความร้อนเนื่องจากร่างกายทารกมีการสัมผัสโดยตรงกับพื้นผิววัตถุที่เย็นกว่า เช่น ทารกกับที่นอน เครื่องซังน้ำหนัก

การป้องกันการเกิดภาวะ hypothermia ของทารกแรกเกิดทุกรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลกลางเริ่มตั้งแต่ในระยะหลังทารกคลอดทางหน้าท้อง โดยต้องมีการรักษาอุณหภูมิกายทารก (keep warm) ที่ดีคือการเช็ดตัวทารกอย่างรวดเร็ว ไม่ปล่อยให้ตัวทารกเปียกชื้นนานๆ ผ้าที่ใช้กับเด็กและผ้าขนหนูต้องไม่เปียกชื้นและอุ่น ห้องคลอดและห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิห้อง 25 องศาเซลเซียส ภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นทารก (radiant warmer) ต้องอุ่น ไม่มีลมพัดผ่าน ในระยะเคลื่อนย้ายทารกจากห้องผ่าตัดชั้น 5 มาห้องคลอดชั้น 7 ในห้องคลอด ผ้าห่อตัวทารกต้องอุ่นพอ ที่นอนที่ผิวทารกสัมผัสมีความอุ่น และเมื่อประเมินได้ว่าทารกมีภาวะ hypothermia เป้าหมายในการดูแลคือ การป้องกันไม่ให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นต้องให้การพยาบาลภายใต้ radiant warmer ตลอดเพื่อให้ทารกได้รับความอบอุ่นตลอดเวลา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์การเกิดภาวะ hypothermia ของทารกแรกเกิดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ผ่านมา พบสาเหตุดังนี้
 - 1.1 อุณหภูมิห้องผ่าตัดมีความเย็น
 - 1.2 ผ้าที่ใช้กับเด็กและผ้าขนหนูเปียกชื้นและเย็น
 - 1.3 ผ้าห่อตัวเด็กไม่อุ่นพอ
 - 1.4 การเช็ดตัวเด็กช้าหรือปล่อยให้ตัวทารกเปียกชื้น
 - 1.5 อุปกรณ์ เครื่องมือ ผนังห้องเย็น
 - 1.6 อากาศล้อมรอบเย็น มีลมพัดผ่าน
 - 1.7 ทารกสัมผัสกับผิววัตถุที่เย็น เช่นที่นอน เครื่องซังน้ำหนัก

2. นำสาเหตุและสภาพปัญหาต่างๆมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขโดยเสนอแนวคิดต่อหัวหน้าจัดทำอุปกรณ์และแนวทางป้องกันภาวะ hypothermia

2.1 จัดทำผ้า swab และผ้าสำหรับวางรับทารกหลังคลอดทางหน้าท้องจำนวนอย่างละ 2 ผืนผ้า รับผิดชอบแรกให้ทิ้งหลังจากที่เช็ดตัวเด็กแล้วเพราะจะมีความเปียกชื้นและนำเด็กวางบนผ้าผืนที่ 2 ใหม่ภายใต้เครื่อง radiant warmer

2.2 จัดทำนวัตกรรมชุดห่มที่แห้งและจัดหาเครื่องอุ่นผ้า โดยนำชุดรับทารกแรกเกิดที่ผ้าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ผ้าสีเหลือง 2 ผืน สำหรับรับทารก และด้วยใส่เชือกผูกสายสะดือ 1 เส้น สาลี 2 ก้อน ใส่ povidine solution ผ้า swab 2 ผืน และผ้าขนหนูห่อตัวทารก 1 ผืน ใส่ไว้ในเครื่องอุ่นผ้า พร้อมชาร์ตกระแสไฟฟ้าชุดห่มที่แห้งก่อนไปรับทารกแรกเกิดที่ผ้าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ประมาณ 30 นาที โดยมีการตั้งอุณหภูมิชุดห่มที่แห้งที่ 35 องศาเซลเซียส และสูงสุดที่ 37 องศาเซลเซียส

2.3 นำชุดรับทารกแรกเกิดที่ผ้าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและผ้าขนหนูห่อตัวทารก 1 ผืน ใส่ไว้ในชุดห่มที่แห้งที่ชาร์ตแล้ว เดินทางจากห้องคลอดชั้น 7 ไปห้องผ่าตัดชั้น 5

2.4 นำชุดรับทารกแรกเกิดที่ผ้าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและผ้าขนหนูห่อตัวทารก 1 ผืน ใส่ไว้ในเครื่อง radiant warmer ก่อนทารกคลอด และนำชุดห่มที่แห้งที่ชาร์ตไฟฟ้าที่ห้องผ่าตัดต่อ

2.5 ปรับเปลี่ยนตำแหน่งเครื่อง radiant warmer ไม่ให้มีลมพัดผ่าน

2.6 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดให้ปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อเห็นส่วนนำของทารกออกมา

2.7 รับทารกแรกเกิดที่ผ้าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องด้วยผ้าสีเหลืองผืนที่ 1 และวางทารกไว้ในเครื่อง radiant warmer เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน

2.8 ดูแลทารกโดยเช็ดใบหน้า ศีรษะ และลำตัวให้แห้งโดยเร็วด้วยผ้า swab ทิ้งผ้าสีเหลืองผืนที่ 1 ที่เปียกชื้นนั้นไป และให้การดูแลตามขั้นตอนการรับทารกที่ผ้าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.9 ให้ความอบอุ่นโดยการห่อตัวทารกด้วยผ้าสีเหลืองผืนที่ 2 และผ้าขนหนูห่อตัวทารกเป็นชั้นที่ 2 นำทารกที่ห่อตัวเรียบร้อยแล้วไว้ในชุดห่มที่แห้งขณะเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดจากห้องผ่าตัดชั้น 5 มายังห้องคลอดชั้น 7 โดยใช้เวลา 30 นาที (ตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงห้องคลอด)

2.10 นำทารกออกจากชุดห่มที่แห้ง และนำไปไว้ในเครื่อง radiant warmer วัตถุประสงค์ทางทารกด้วยปรอททันที และให้การพยาบาลใต้เครื่อง radiant warmer จนกระทั่งนำทารกส่งมารดาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด หรือหออภิบาลทารกแรกเกิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ลดอัตราการเกิดภาวะ hypothermia ในทารกที่ผ้าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดภาวะ hypothermia ในทารกแรกเกิดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่เกินร้อยละ 5

ลงชื่อ.....*ประภัสสร โกฎโตม*.....

(นางสาวประภัสสร โกฎโตม)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*๑๕* / *สิงหาคม* / *๒๕๕๕*.....