

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่งคลอด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การพัฒนาระบบป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

เสนอโดย

นางสาวเรณู สมใจเดียว

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว(ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.218)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่งคลอด
2. ระยะเวลาดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 21 ตุลาคม 2552 ถึง วันที่ 24 ตุลาคม 2552)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ภาวะน้ำคร่ำน้อย

น้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) หมายถึง ภาวะตั้งครรภ์ที่มีปริมาณน้ำคร่ำน้อยกว่า 400 มิลลิลิตร โดยพบอุบัติการณ์ตั้งแต่ร้อยละ 0.5-8 ของการตั้งครรภ์ โดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง นอกจากนี้หากใช้เกณฑ์การวัดโพรงน้ำคร่ำที่ลึกที่สุดในน้อยกว่า 2 เซนติเมตร จะพบอุบัติการณ์ร้อยละ 3 ของการตั้งครรภ์ แต่ถ้าใช้เกณฑ์การวัดดัชนีน้ำคร่ำน้อยกว่า 5 เซนติเมตร จะมีอุบัติการณ์ร้อยละ 8 ของการตั้งครรภ์

สาเหตุของภาวะน้ำคร่ำน้อย

1. ความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด ความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกที่พบเป็นสาเหตุของภาวะน้ำคร่ำน้อย คือ ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ มารดาที่มีความผิดปกติของเส้นเลือด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มักจะมีความผิดปกติของเส้นเลือดในรกทำให้เลือดไปสู่ทารกน้อยลง เลือดถูกส่งไปเลี้ยงที่สมองแทนและไปสู่ไตน้อยลง ทำให้ปัสสาวะน้อยลงและทำให้น้ำคร่ำน้อยในที่สุด
3. ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ถ้าหากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์เกิดขึ้นในไตรมาสที่สอง จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยมีอัตราทารกตายปริกำเนิดร้อยละ 60
4. ภาวะน้ำคร่ำน้อยจากการใช้ยา ยาที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อยมี 2 กลุ่ม คือ prostaglandin synthetase inhibitor และยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor
5. ครรภ์เกินกำหนด โดยทั่วไปภาวะน้ำคร่ำน้อยจะพบอัตราทุพพลภาพและอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น ในมารดาที่มีอายุครรภ์เกิน 41 สัปดาห์และมีน้ำคร่ำน้อยร่วมด้วย

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำคร่ำน้อย

1. ปอดของทารกหยุดการเจริญเติบโต เนื่องจากมีการกดต่อผนังทรวงอก ขัดขวางการขยายตัวของปอดและผนังทรวงอก ขาดน้ำที่จะหายใจเข้าไปในทางเดินหายใจหรือเกิดจากความผิดปกติของปอดเอง
2. ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ โดยเฉพาะกรณีรกเสื่อมลง ทารกขาดออกซิเจน เลือดเลี้ยงไตลดลง
3. เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดและทุพพลภาพ โดยพบว่าภาวะน้ำคร่ำน้อยที่พบตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ จะสัมพันธ์กับทารกพิการร้อยละ 15-25 จะมีผลเสียตามมาจากการกดเบียดทารกในครรภ์ (Potter's syndrome) คือ ปอดแฟบ หน้าตาผิดปกติ จมูกแบน คางเล็ก แขนขาผิดปกติ เช่น หดเกร็ง ข้อสะโพกเคลื่อน ภาวะปอดแฟบมักจะทำให้ทารกเสียชีวิตแรกคลอด
4. ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด สายสะดือถูกกดทับระหว่างตัวทารกกับผนังมดลูกเมื่อมดลูกมีการหดตัว ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ช้า (fetal heart rate deceleration) เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ คะแนนเอพการ์ของทารกแรกเกิดต่ำเพิ่มอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การวินิจฉัย

1. การตรวจวินิจฉัยทางคลินิก เช่น ตรวจพบน้ำหนักมารดาไม่ขึ้น พบขนาดมดลูกเล็กกว่าอายุครรภ์ คลำได้ส่วนของทารกชัดเจนขึ้น เป็นต้น

2. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งปัจจุบันสูติแพทย์มักใช้เป็นเครื่องมือในการยืนยันการวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำน้อย ดังนี้

2.1 การคะเนด้วยสายตา วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายแต่มีข้อเสียที่ต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญและไม่มีค่าเป็นตัวเลขที่ใช้ในการตรวจติดตามในระยะยาว

2.2 การประเมินเชิงกึ่งปริมาณ ได้แก่

2.2.1 การวัดโพรงน้ำคร่ำที่ลึกที่สุดในแนวตั้ง เกณฑ์ที่นิยมใช้ในการวินิจฉัยเมื่อวัดได้น้อยกว่า 1 หรือ 2 เซนติเมตร

2.2.2 การวัดดัชนีน้ำคร่ำ เกณฑ์ที่ใช้คือน้อยกว่า 5 เซนติเมตร

การดูแลรักษา

1. การซักประวัติโรคต่างๆ ของมารดา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไต ประวัติการใช้ยา เพื่อหาสาเหตุของภาวะน้ำคร่ำน้อย และตรวจหาความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกในครรภ์

2. การใส่สารน้ำเข้าไปในถุงน้ำคร่ำ เช่น การใส่น้ำเกลือเข้าไปในโพรงมดลูกที่มีน้ำคร่ำน้อย อาจมีบทบาทในขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการกดทับสายสะดือ

การเร่งคลอด

การเร่งคลอด (induction of labor) คือ การทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์หรือทารกมีน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัม

เกณฑ์พิจารณาก่อนการเร่งคลอด

1. อายุครรภ์ มดลูกจะตอบสนองได้ดีขึ้นเมื่ออายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น

2. ความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิด หากไม่พร้อมอาจพิจารณาส่งมารดาต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมหรือในกรณีที่โรคไม่รุนแรงอาจพิจารณาให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปโดยตรวจติดตามสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด

3. สุขภาพของทารกในครรภ์ และควรตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด อาจพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหากทารกในครรภ์ไม่สามารถทนต่อความเครียดจากการขาดออกซิเจนในระหว่างการเจ็บครรภ์ได้

4. สภาพของปากมดลูกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการบอกโอกาสสำเร็จของการเร่งคลอด โดยทั่วไป นิยมใช้วิธีของบิชอป หากได้คะแนนบิชอปตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่าปากมดลูกพร้อม

วิธีการในการเร่งคลอด

1. การเร่งคลอดโดยการผ่าตัด (surgical methods)

1.1 การเลาะถุงน้ำคร่ำ มารดาที่ได้รับการเลาะถุงน้ำคร่ำจะเข้าสู่กระบวนการคลอดภายใน 72 ชั่วโมง ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเลาะถุงน้ำคร่ำ คือเมื่ออายุครรภ์ครบ 40 สัปดาห์เต็ม

1.2 การเจาะถุงน้ำคร่ำ ประโยชน์ที่สำคัญ คือ การได้เห็นสีและปริมาณของน้ำคร่ำ ซึ่งช่วยบอกถึงสุขภาพของทารกในครรภ์

2. การเร่งคลอดโดยการช้ยา (medical methods)

2.1 ออกซิโทซิน การใช้ออกซิโทซินกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้ปากมดลูกเปิดขยายและส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมา แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ มดลูกหดตัวรุนแรงเกินไป ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ภาวะน้ำเกิน

2.2 พรอสตาแกลนดินแบบเม็ดและเจล การใช้พรอสตาแกลนดินแบบเม็ดสำหรับเหน็บช่องคลอดหรือแบบเจลสำหรับใส่ในปากมดลูกเพื่อปรับสภาพปากมดลูกให้มีความพร้อมก่อนการเร่งคลอด โดยพิจารณาใช้ในมารดาที่มีข้อบ่งชี้ในการเร่งคลอดแต่ปากมดลูกไม่พร้อม คะแนนบิชอปน้อยกว่า 4 คะแนน

2.3 ไมโสพรอสตอล เป็นยาที่ใช้รักษาโรกระเพาะอาหารอักเสบหรือแผลในกระเพาะอาหาร แต่ไมโสพรอสตอลมีฤทธิ์ทำให้มดลูกหดตัว จึงมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในทางสูติศาสตร์

3. การเร่งคลอดโดยใช้หลายวิธีร่วมกันเป็นการเร่งคลอดโดยใช้หลายวิธีร่วมกันจะประสบผลสำเร็จได้สูงขึ้น การเจาะถุงน้ำคร่ำร่วมกับการให้สารละลายออกซิโทซินเป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดพบว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่าการเจาะถุงน้ำคร่ำอย่างเดียวหรือการให้ออกซิโทซินอย่างเดียว

หลักการพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่งคลอด

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่งคลอดมีความสำคัญเนื่องจากกระยะคลอดเป็นระยะที่อันตรายมากที่สุด ในมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยสูติแพทย์จะทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการเร่งคลอด พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการให้การดูแลเพื่อให้มารดาและทารกสามารถผ่านการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นการพยาบาลมารดาและทารกในครรภ์ในระยะนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ลดความวิตกกังวลของมารดาเนื่องจากมีภาวะน้ำคร่ำน้อย
2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเร่งคลอดและให้การคลอดสามารถดำเนินไปตามปกติ
3. ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์
4. บรรเทาอาการเจ็บครรภ์ของมารดา

การพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจ

1. สร้างสัมพันธภาพ อธิบายให้ทราบและเข้าใจวิธีการทำ ข้อบ่งชี้และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามและระบายความรู้สึก เพื่อมารดาให้ความวิตกกังวล

2. เตรียมสภาพมารดาให้พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ในกรณีต้องทำหัตถการทางสูติศาสตร์ ได้แก่

- 2.1 งดอาหารและน้ำดื่ม เพื่อการเร่งคลอดและเริ่มเข้าสู่ระยะเร่ง (active phase) ของการคลอด
- 2.2 สวนอุจจาระและกระตุ้นให้ปัสสาวะ
- 2.3 ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

3. ประเมินปัจจัยต่างๆ ที่ใช้พิจารณาความสำเร็จของการเร่งคลอดจากการซักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดที่ผ่านมาและลักษณะของครรภ์ปัจจุบัน การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์และตรวจภายใน ประเมินสภาพมดลูก

4. ระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด จะต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ได้แก่

4.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ในครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเพิ่มขึ้น

4.2 ติดตามสภาพของทารกในครรภ์โดยดูได้จาก

4.2.1 บันทึกการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะๆ อย่างใกล้ชิด ในรายที่มีความเสี่ยงสูงควรจะใช้เครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์ (electronic fetal heart rate monitor) ตลอดเวลา

4.2.2 ตรวจสอบสภาพความเป็นกรด-ด่างจากเลือดที่เจาะจากหนังศีรษะทารกในครรภ์เป็นระยะในกรณีที่พบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ช้าลงหลังมดลูกมีการหดตัว (late deceleration)

4.2.3 การถ่ายซีทีสแกนเพื่อนอกมาน้ำคร่ำ ซึ่งสามารถตรวจได้ในระหว่างการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ

4.3 บันทึกการหดตัวของมดลูกให้มดลูกมีการหดตัวทุก 2-3 นาที นาน 40-60 วินาที

4.4 ติดตามความก้าวหน้าการคลอดโดยพิจารณาจากกราฟแสดงความก้าวหน้าของการคลอด

5. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินงาน

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การที่ปริมาณน้ำคร่ำน้อยอาจเกิดจากความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดหรือจากการที่มารดาได้รับยา ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดทารกหยุดการเจริญเติบโต เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดและทุพพลภาพ จากการกดเบียดทารกในครรภ์ (Potter's syndrome) ภาวะปอดแฟบซึ่งมักจะทำให้ทารกเสียชีวิตแรกคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด สายสะดือถูกกดทับระหว่างตัวทารกกับผนังมดลูกเมื่อมดลูกมีการหดตัว ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ช้า เกิดภาวะทารกขาดออกซิเจน เพิ่มอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยส่วนใหญ่จะได้รับการเร่งคลอด ซึ่งมารดาเองย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวมถึงการรักษาที่จะได้รับ พยาบาลห้องคลอดมีส่วนสำคัญในการดูแลมารดาที่มาคลอด การให้การพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ในระหว่างการคลอด รวมทั้งการดูแลมารดาทางด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลห้องคลอดต้องตระหนักถึง เพื่อให้มารดาสามารถคลอดได้อย่างเหมาะสม มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่งคลอดจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่งคลอด โดยพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาที่พบได้ในห้องคลอด โดยกรณีศึกษาเป็นมารดาตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดและตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบดัชนีน้ำคร่ำ 3.64 เซนติเมตร แพทย์จึงรับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 21 ตุลาคม 2552 ถึง 24 ตุลาคม 2552 เลขที่ภายนอก

โรงพยาบาล 49758-52 เลขที่ภายในโรงพยาบาล 19854-52 ขณะอยู่ในห้องคลอดได้รับสารละลายเร่งคลอด ติดตามสภาวะทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ดูแลบรรเทาความเจ็บปวด รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการปฏิบัติตัว ผู้คลอดสามารถคลอดได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก ขณะให้การดูแลพบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 11 ปัญหา ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป

3. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงเป็นผลงาน
4. ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ก่อนพิมพ์และหลังพิมพ์
5. นำเสนอตามลำดับต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ปฏิบัติร้อยละ 100

สรุปกรณีศึกษา

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 21 ตุลาคม 2552 เวลา 12.45 น.

สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล ผู้คลอดนอนอยู่บนเตียง ไม่เจ็บครรภ์ มีสีหน้าнівกลัวขมวดวิตกกังวลต่อภาวะน้ำคร่ำน้อยและกลัวทารกในครรภ์จะเป็นอันตราย จากการตรวจทางหน้าท้องคลำยอดมดลูกอยู่ในระดับลิ้นปี่ คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 3,200 กรัม อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 138 ครั้งต่อนาที มดลูกไม่มีการหดตัว การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/50 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ไม่มีความบางของปากมดลูก ระดับส่วนนำ -3 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ สูติแพทย์ทำหัตถการเจาะถุงน้ำคร่ำและให้สารละลาย LRS 1,000 มิลลิเมตรและให้ออกซิเจนทางจมูก แก่มารดาปริมาณ 5 ลิตรต่อนาที วางแผนเร่งคลอดในวันที่ 22 ตุลาคม 2552

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 10.00 น.

สูติแพทย์ตรวจทางช่องคลอดเวลา 09.00 น. ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ไม่มีความบางของปากมดลูก ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140 ครั้งต่อนาที มีคำสั่งการรักษาให้ออกซิโทซิน 10 ยูนิตผสมในสารละลาย 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิเมตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เวลา 09.05 น. เริ่มอัตรา 10 มิลลิยูนิตต่อชั่วโมง หลังจากนั้นปรับอัตราการไหลของสารละลายเร่งคลอดเพิ่มครั้งละ 10 มิลลิยูนิตต่อชั่วโมงทุก 30 นาทีจนมดลูกหดตัวทุก 2-3 นาที นาน 40-60 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวระดับ +2 เวลา 11.30 น. มดลูกหดตัวทุก 2 นาที 55 วินาที นาน 40 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวระดับ +2 มารดาเริ่มเจ็บครรภ์มากขึ้น ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140 – 152 ครั้งต่อนาที เวลา 15.35 น. สูติแพทย์เจาะถุงน้ำคร่ำ ลักษณะใส ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 50 ส่วนนำอยู่ระดับ -1 ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์โดยเครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

140 – 152 ครั้งต่อนาที เวลา 18.00 น. ตรวจทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 75 ส่วนน้ำอยู่ระดับ 0 ให้เพทรีดีน 50 มิลลิกรัมผสมกับน้ำกลั่น 10 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ ซ้ำๆ เวลา 19.00 น. มารดาบอกว่า อายากเบ่ง ตรวจทางช่องคลอดพบปากมดลูกเปิดหมด ระดับส่วนน้ำ +1 มารดาคลอดเองทางช่องคลอดเวลา 19.55 น. ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 3,200 กรัม คะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาทีได้ 10 คะแนนและ 5 นาทีได้ 10 คะแนน มารดาหลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี เพิ่มอัตราหยดของออกซิโทซินเป็น 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยาเมเทอร์จิน 0.2 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ เวลา 20.01 น. เลือดออกจากช่องคลอด 350 มิลลิลิตร นอนสังเกตอาการที่ห้องคลอดเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ระหว่างนั้นนำทารกนำมาดูคนมารดาเพื่อเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารกและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วจึงย้ายมารดาพร้อมทารกไปที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดเวลา 22.00 น.

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 23 ตุลาคม 2552 เวลา 09.00 น.

มารดานั่งให้นมทารกอยู่บนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้ดี รู้สึกตัวดี ได้รับยาออกซิโทซิน 10 ยูนิตผสมในสารละลาย 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท แผลฝีเย็บไม่บวมแดงหรือมีหนองไหล มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลา มีสีจางและมีปริมาณลดลง มารดาขี้รู้สึกเจ็บบริเวณแผลฝีเย็บ เจ็บมากขึ้นเมื่อขยับตัวและยังมีอาการปวดมดลูก เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการให้นมและการเลี้ยงดูทารก มารดาสามารถตอบได้อย่างถูกต้องเนื่องจากเคยคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง

การเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 24 ตุลาคม 2552 เวลา 10.00 น.

มารดาหลังคลอดวันที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี กำลังให้นมทารก มารดาขี้ยิ้มแย้มแจ่มใส บอกว่าทารกดูคนมได้ดี นานนมไหลดี มีปริมาณเพียงพอสำหรับเลี้ยงทารก ไม่มีอาการคัดตึงเต้านม ไม่ปวดแผลฝีเย็บแล้ว น้ำคาวปลาปริมาณลดลงและสีจางลง ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีอาการแน่นท้อง ถ่ายอุจจาระปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท มารดาบอกว่าแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดตรวจหลังคลอดอีก 1 เดือน

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในมารดาครั้งนี้ตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอดมีดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารก ในครรภ์จากภาวะน้ำคร่ำน้อย

ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ ใช้น้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล อ่อนโยน ขณะพุดมอสงบตาและสัมผัสมารดา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลมารดาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งคลอดและย้ายไปที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้จะดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง อีกทั้งอธิบายให้มารดาเข้าใจว่า จะมีทีมการรักษาพยาบาลทั้งสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด รวมทั้งพยาบาลทารกแรกเกิดที่จะให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อให้มารดามั่นใจในความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 21 ตุลาคม 2552 เวลา 16.00 น.

ปัญหาที่ 2 ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนจากภาวะน้ำคร่ำน้อย

ให้การพยาบาลโดยใช้เครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์ ให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตรต่อนาทีแก่มารดา จัดท่านอนตะแคงซ้ายศีรษะสูง 60 องศา ใช้หมอนหนุนท้อง ให้สารละลาย LRS 1,000 มิลลิลิตร เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูกและรกเพื่อเพิ่มออกซิเจนให้ทารกในครรภ์ ประเมินและบันทึกอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15-30 นาที เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้งาน

สรุป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 19.50 น.

ปัญหาที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเร่งคลอด เช่น มดลูกมีการหดตัวแบบไม่คลาย มดลูกแตก ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

ให้การพยาบาลโดยควบคุมอัตราการหยดของยาให้เหมาะสม โดยดูแลให้มดลูกมีการหดตัวทุก 2-3 นาที หดตัวแต่ละครั้งนาน 40-60 วินาที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะมดลูกหดตัวถี่เกินไป ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ สังเกตอาการผิดปกติของมารดาที่แสดงว่า มดลูกแตก ได้แก่ อาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย แน่นหน้าอก ซีด เหงื่อออกมาก ตัวเย็น

สรุป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 19.50 น.

ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายจากมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น

ระหว่างดูแลได้อธิบายให้มารดาทราบว่าอาการเจ็บครรภ์เป็นธรรมชาติของการคลอด เพื่อให้มารดาเข้าใจและยอมรับได้ นอกจากนี้ยังดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อน ปลอบโยน ให้กำลังใจเพื่อให้มารดา รู้สึกอบอุ่นใจ ทั้งยังสนับสนุนและให้การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวโดยแนะนำการหายใจที่ถูกต้อง ใช้ความร้อนประคบและกดนวดบริเวณที่ปวด รวมทั้งจัดทำที่รู้สึกสุขสบาย

สรุป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 19.00 น.

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวดเพทิดีน เช่น หายใจช้าลง พลัดตกจากเตียงคลอด เป็นต้น

ก่อนให้ยาระงับปวด อธิบายให้มารดาทราบผลข้างเคียงและการปฏิบัติตน ขณะให้ยาระงับปวดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ และสังเกตอาการของมารดา ยกไม้กั้นเตียงขึ้นหลังให้ยาเพื่อป้องกันมารดาพลัดตกเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ประเมินอัตราการหายใจของมารดาทุก 30 นาที

สรุป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 20.00 น.

ปัญหาที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการคลอดล่าช้าในระยะที่ 2 ของการคลอด

ให้การพยาบาลโดยประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที และดูแลให้ได้รับออกซิโทซิน ตามแผนการรักษา เพื่อให้มดลูกหดตัวอย่างเหมาะสม แนะนำวิธีการเบ่งที่มีประสิทธิภาพ จัดท่าของมารดาเป็นท่านั่ง แยกขา กู้เข่า บนเตียงและโน้มตัวมาด้านหน้า เพื่อให้เชิงกรานขยายมากขึ้น ประเมินการเบ่ง ให้กำลังใจเมื่อมารดาสามารถเบ่งได้ถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งดูแลความสุขสบายทั่วไปของมารดา

สรุป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 20.00 น.

ปัญหาที่ 7 ทารกแรกเกิดมีโอกาขาดออกซิเจนแรกคลอดจากมารดาได้รับยาระงับปวดเพทิดีน

ให้การพยาบาลโดยเตรียมอุปกรณ์สำหรับฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดและยา Narcan 0.4 มิลลิกรัม ให้พร้อมใช้งานก่อนที่ทารกจะคลอด ขณะทำคลอดรีบดูดน้ำคร่ำและมูกออกจากปากและจมูกด้วยลูกสูบยางแดงให้มากที่สุดก่อนที่ทารกจะร้องเพื่อป้องกันการสูดสำลักซีเทาเข้าไปในปอดหลังจากทารกคลอดออกมา จัดให้ทารกนอนในท่าศีรษะต่ำ 30 องศา เพื่อให้ น้ำคร่ำและมูกไหลออกมาได้สะดวก ให้ออกซิเจนปริมาณ 5 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ สังเกตการหายใจของทารก เช่น หายใจเร็ว หอบ เป็นต้น

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 20.20 น.

ปัญหาที่ 8 มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ให้การพยาบาลโดยคลึงมดลูกและวางกระเป๋าน้ำแข็งที่บริเวณหน้าท้องเพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดีขึ้น ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง เย็บซ่อมแซมฝีเย็บอย่างรวดเร็ว เพิ่มอัตราการหยดของออกซิโทซิน และให้ยาแอมเทอร์จิน 0.2 มิลลิกรัม เพื่อกระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัว สอบถามอาการผู้คลอดเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด ใจสั่น ประเมินการสูญเสียเลือดโดยรองผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พร้อมทั้งบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 22.00 น.

ปัญหาที่ 9 มีโอกาสเกิดสัมพันธภาพไม่ดีระหว่างมารดาและทารกเนื่องจากมารดาอ่อนเพลียและง่วงนอน

ให้การพยาบาลโดยในระยะคลอดเปิดโอกาสให้มารดาได้มีโอกาสเห็นและสัมผัสทารก ในระยะหลังคลอด เมื่อมารดาไม่มีอาการเหนื่อยแล้ว นำทารกที่ไม่ได้ห่อหุ้มด้วยผ้า มาวางข้างตัวมารดาเพื่อเปิดโอกาสให้มารดาได้สัมผัส โอบกอดและสำรวจร่างกายทารก เนื่องจากในระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาไวต่อความรู้สึกที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ จากนั้นกระตุ้นให้ทารกได้ดูดนมมารดาทันที เพื่อให้เกิดความผูกพันทางจิตใจระหว่างมารดาและทารก

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เวลา 21.00 น.

ปัญหาที่ 10 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและเจ็บแผลฝีเย็บ

ให้การพยาบาลโดยตรวจสอบการหดตัวของมดลูกว่ามีอาการหดตัวรุนแรงมากกว่าปกติหรือไม่ และแผลฝีเย็บบวมแดงหรือมีเลือดคั่งหรือไม่ถ้าพบอาการผิดปกติแจ้งกับพยาบาลหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด แนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงด้วยท่าศีรษะสูง 30-45 องศาหรือนอนตะแคงเพื่อลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง แนะนำวิธีการผ่อนคลายใจออกซำๆ ถ้าปวดมากให้ขอยาบรรเทาปวด พาราเซตามอลกับพยาบาลหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 24 ตุลาคม 2552 เวลา 10.00 น.

ปัญหาที่ 11 มารดาและสามีขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหมันและการคุมกำเนิด

ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพ สอบถามความต้องการมีบุตร อธิบายถึงวิธีการทำหมันและการคุมกำเนิด รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี เปิดโอกาสให้มารดาและสามีได้ซักถามและให้เวลาในการตัดสินใจเลือก

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมวันที่ 24 ตุลาคม 2552 เวลา 10.00 น.

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่งคลอด รวมถึงศึกษา ติดตามและ ประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะเวลา 4 วัน ทำการเยี่ยมและประเมินสภาพผู้คลอดตั้งแต่แรกรับไว้ใน โรงพยาบาล ดูแลระหว่างคลอด ติดตามเยี่ยมภายหลังคลอดรวมทั้งหมด 4 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาล ทั้งหมด 11 ปัญหา ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไป มารดาและทารกสามารถผ่านกระบวนการคลอดได้ อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากการคลอด สตรีแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 2 หลังคลอด ซึ่งก่อนกลับบ้านได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังคลอด ตลอดจนการคุมกำเนิดวิธี ต่างๆ มารดาเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและได้รับการเร่ง คลอดได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อผู้คลอดและญาติมีความพึงพอใจในการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. การเตรียมตัวก่อนคลอด ในมารดาครั้งนี้ไม่ได้เตรียมตัวเนื่องจากมาฝากครรภ์ตามนัดและเมื่อสูติ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้มารดามีความวิตกกังวลอย่างมาก
2. การติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์โดยเครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ในช่วงเวลาที่มารดามีความเจ็บปวดนั้นทำได้ยากเนื่องจากมารดาจะกระสับกระส่ายมาก

10. ข้อเสนอแนะ

1. หญิงตั้งครรภ์ ควรมาฝากครรภ์ตั้งแต่แรกเริ่มตั้งครรภ์และมาตรวจตามกำหนดที่แพทย์แนะนำ ถ้า แพทย์ตรวจพบว่ามารดา มีภาวะน้ำคร่ำน้อย แพทย์จะวางแผนดูแลและช่วยคลอดได้อย่างเหมาะสม อัตราการ ตายของทารกจะลดลงได้มาก
2. พยาบาล จะต้องคำนึงอยู่เสมอว่า การดูแลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยที่ได้รับการเร่งคลอดนี้ต้อง รับผิดชอบ 2 ชีวิตคือ มารดาและทารกในครรภ์ ให้ได้รับความปลอดภัย ในทุกระยะของการคลอด พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาที่อยู่ในระยะคลอด รู้เทคนิคต่างๆ ใน การดูแลเป็นอย่างดี มีความสามารถและมีความชำนาญในเทคนิคการทำคลอด การประเมินสภาพทารกแรก เกิดและการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เตรียมพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มี ความสามารถในการค้นหาความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของมารดาตั้งครรภ์ที่อยู่ในระยะคลอด ซึ่งเป็นระยะที่ยาวนานเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของแต่ละบุคคล มีสัมพันธภาพที่ดี เข้าใจถึงความ วิตกกังวลของมารดาที่มีต่อทารกในครรภ์ มีความเห็นอกเห็นใจมารดา
3. สูติแพทย์ สามารถวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำน้อยได้รวดเร็วและแม่นยำ รวมทั้งวางแผนการคลอดที่ เหมาะสม ทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับมารดาและทารกได้

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ นางสาวเรณู สมใจเตียบ
 (นางสาวเรณู สมใจเตียบ)
 ผู้ขอรับการประเมิน
๒ / ส.ค. / ๒๕๕๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ นางสาวนิลาวรรณ มัชชาอนนท์
 (นางสาวนิลาวรรณ มัชชาอนนท์)
 รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล
 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
๒ / ส.ค. / ๒๕๕๕

ลงชื่อ นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์
 (นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
๒ / ส.ค. / ๒๕๕๕

เอกสารอ้างอิง

- บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ. “ภาวะน้ำคร่ำน้อย”. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์และคณะ. **สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.** 2548.กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์, 352-7.
- ประสงค์ ต้นมหาสมุทรและบุญเลิศ วิริยะภาค. “การชักนำการคลอด”. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล, บรรณาธิการ. **ตำราสูติศาสตร์.** 2548. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง, 92-103.
- วิทยา ถิฐาพันธ์. “การใช้เส้นกราฟการคลอดขององค์การอนามัยโลกในการดูแลการคลอด”. ในวิทยา ถิฐาพันธ์, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ปริกำเนิด ข้อถกเถียงในเวชปฏิบัติปริกำเนิด.** 2552. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น, 3-20.
- ศักนัน มะโนทัย. “การชักนำการคลอดและการเร่งคลอด”. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์และคณะ, บรรณาธิการ. **สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.** 2548.กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์, 185-91.
- สุกัญญา ปรีศัญญากุลและนันทพร แสนศิริพันธ์. **การพยาบาลสตรีในระยะคลอด.** เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- อภิธาน พวงศรีเจริญและธาริณี ล้าลึก. “การชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด”. ใน ชิตินันท์ ตันสถิตและประพนธ์ จารุยาวงศ์. **การดูแลภาวะวิกฤติ ขณะเจ็บครรภ์คลอด.** 2552.กรุงเทพฯ: ธนาเพลส, 1-7.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวเรณู สมใจเดียว

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.218) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
เรื่อง การพัฒนาระบบป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาที่สำคัญและคิดเป็นร้อยละ 25 ของสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกและเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ซึ่งพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี การตกเลือดหลังคลอดมีผลทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ถึงแม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดที่รุนแรงได้ ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีอุบัติการณ์ของภาวะการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ปี พ.ศ.2550-2553 ร้อยละ 3

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามหลังภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ภาวะช็อก ภาวะซิด และอาการอ่อนเพลียซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลบุตร ภาวะซิดหลังคลอดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น หากจำเป็นต้องให้เลือดทดแทนซึ่งก็เพิ่มภาวะเสี่ยงจากการให้เลือดด้วย มารดาที่มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดรุนแรง อาจเกิดภาวะต่อมไธรมองส่วนหน้าขาดเลือดไปเลี้ยง และส่งผลกระทบต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไตและรังไข่ลดลงหรือสูญเสียหน้าที่ไป โดยทำให้เกิดกลุ่มอาการชีแฮน (Sheehan's syndrome) ซึ่งมีลักษณะดังนี้ น้ำนมไม่ไหล เต้านมมีขนาดเล็กลง ไม่มีขนบริเวณอวัยวะเพศและรักแร้ อวัยวะสืบพันธุ์ฝ่อ ไม่มีประจำเดือน เกิดภาวะต่อมไทรอยด์ให้ฮอร์โมนน้อยกว่าปกติ อ่อนเพลีย ขาดความสนใจ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญคือ การศึกษาถึงสาเหตุ การประเมินภาวะเสี่ยง การเฝ้าระวังและการป้องกัน การค้นหาและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบคอบ และการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรกและให้การช่วยเหลือเพื่อหยุดการสูญเสียเลือดโดยเร็วและเหมาะสม จะช่วยป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกได้

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

เป้าหมาย

1. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก
2. เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก หมายถึง การเสียเลือดจากช่องทางคลอดภายหลังทารกคลอด ปริมาณตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือ การเสียเลือดย้อยละ 1 ของน้ำหนักร่างกายขึ้นไป ซึ่งการตกเลือดจะเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังทารกคลอด ซึ่งรวมทั้งการตกเลือดในการคลอดระยะที่ 3 (third stage hemorrhage) ก่อนรกคลอด

อุบัติการณ์

ประมาณร้อยละ 5-8 ของการคลอด โดยเกือบทั้งหมดพบว่าเป็นการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกและมีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 1 ที่เป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะหลังของการคลอด

สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ใช้แนวทาง 4T เพื่อค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตกเลือด ได้แก่

1. ความผิดปกติในการหดตัวของมดลูก (Tone) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 70 มักเกิดจากภาวะมดลูกไม่หดตัว เนื่องจากกลไกการหยุดเลือด ขณะเกิดการหลุดลอกของรกต้องอาศัยการหดตัวของมดลูก อาจเป็นสาเหตุเดียวหรือร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด หรือรกค้าง ปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นได้แก่ ครรภ์แฝด ทารกตัวโต ครรภ์แฝดน้ำ การคลอดที่ยาวนาน

2. การบาดเจ็บหรืออันตรายที่เกิดกับช่องทางคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ (Trauma) เนื่องจากมีแผลฉีกขาดตามช่องทางคลอด (genital laceration) และก้อนเลือด (hematoma) ที่เกิดตามหลังการคลอด สาเหตุมาจากการคลอดทารกที่มีขนาดใหญ่ การตัดฝีเย็บเร็วเกินไป การใช้หัตถการช่วยคลอด

3. การเหลือค้างของผลผลิตจากการตั้งครรภ์ (Tissue) รกหรือบางส่วนของรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก การลอกตัวของรกช้าหรือรกค้าง เนื่องจากมีพยาธิกำเนิดจากการหลุดลอกตัวของรก โดยปกติระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ทารกคลอดจนกระทั่งรกคลอดประมาณ 8-9 นาที ถ้าเวลานานขึ้นจะเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอด

4. ความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) ภาวะเลือดออกผิดปกติโรคเลือด ที่อาจทำให้การแข็งตัวของเลือดเกิดขึ้นช้ามากหรือไม่แข็งตัวเลย เช่น ในกรณีที่มีไฟบริโนเจนน้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งมักเป็นปัญหาแทรกซ้อนจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือเด็กตายในครรภ์ หรือภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุดคือการทำ active management of the third stage of labor (AMTSL) จากการศึกษาสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 68 หลักในการปฏิบัติประกอบด้วย

1. การบริหารยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เป็นขั้นตอนแรกของการทำ AMTSL แนะนำให้บริหารยาเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารกหรือเมื่อคลอดรก โดยการให้ออกซิโทซิน 10 ยูนิตเข้า

ทางกล้ามเนื้อ หรือ ออกซิโทซิน 5 ยูนิตเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ หรือให้ออกซิโทซิน 10-20 ยูนิตผสมในสารละลาย 1,000 มิลลิลิตรเข้าทางหลอดเลือดดำอัตราหยด 100-150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง นอกจากนี้อาจให้ Ergometrine 0.2 มิลลิกรัมเข้าทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยเพิ่มทั้งความรุนแรงและความถี่ของการหดตัวแต่มีผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง รกค้าง

2. การทำคลอดแบบ controlled cord traction มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ ภายหลังจากคลอดทารกแล้ว ทำการ clamp สายสะดือ ตำแหน่งที่ใกล้ต่อปากช่องคลอด ใช้มือข้างหนึ่งจับไว้ วางมืออีกข้างหนึ่งไว้บริเวณเหนือต่อกระดูกหัวหน่าว เพื่อที่จะออกแรงต้านกับแรงดึงของมืออีกข้างหนึ่ง จึงมือที่ตรึงสายสะดือเอาไว้ เมื่อมีการหดตัวของมดลูกให้ดึงสายสะดือในแนวตั้งลงอย่างนุ่มนวล พร้อมกับอีกมือหนึ่งออกแรงต้าน หลังจากทำแล้ว 30-40 วินาที หากไม่มีการเคลื่อนต่ำลงมาให้หยุดทำแล้วตรึงสายสะดือเอาไว้ เมื่อมีการหดตัวของมดลูกจึงเริ่มทำใหม่จนรกคลอดออกมา ทำการตรวจอย่างละเอียดเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีส่วนของรกขาดหายไป

3. การนวดคลึงมดลูกภายหลังการคลอด ทำการคลึงมดลูกบริเวณยอดมดลูกผ่านทางหน้าท้องทันทีจนมดลูกมีการหดตัวดี ตรวจสอบการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาทีและทำการนวดคลึงมดลูกซ้ำหากตรวจพบว่ามีอาการหดตัวไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ขั้นตอนในการดำเนินงานและวิธีปฏิบัติงาน

1. เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบป้องกันและดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยทบทวนการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทุกราย
2. ปรับปรุงและแก้ไขแนวทางในการป้องกันและดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกให้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญครบถ้วนโดย
 - 2.1 คำนึงมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากประวัติการคลอดและการฝากครรภ์
 - 2.2 การใช้เส้นกราฟการคลอดขององค์การอนามัยโลก (partograph) มาใช้ในการดูแลมารดาคลอด เพื่อป้องกันภาวะการคลอดยาวนาน
 - 2.3 ในระยะที่ 3 ของการคลอด เน้นการทำ active management of the third stage of labour คือ เมื่อทารกคลอดฉีดออกซิโทซิน 10 ยูนิตเข้าทางกล้ามเนื้อทันที และถ้ามารดามีการให้สารละลายเร่งคลอดอยู่ก่อนให้เพิ่มอัตราหยดเป็น 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง นาน 30 นาที หลังจากนั้นลดอัตราหยดเหลือ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง clamp และตัดสายสะดือทารกภายในเวลาไม่เกิน 3 นาที หลังทารกคลอด ทำคลอดแบบ controlled cord traction และคลึงมดลูกทันทีภายหลังรกคลอด หากมดลูกยังหดตัวไม่ดี อาจฉีดยาเมเทอร์จิน 0.2 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำในมารดาที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง
 - 2.4 ใช้แบบประเมินสภาวะมารดาหลังคลอดเพื่อเฝ้าระวังภาวะการตกเลือดหลังคลอด

3. จัดประชุมบุคคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลมารดาที่คลอดและการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกเพื่อให้การดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการทำคลอดรกแบบControlled cord traction

4. นำแนวทางที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ
5. เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินผลการดำเนินงานทุกเดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก
2. พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและดูแลมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางในการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและนำมาประยุกต์ใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกไม่เกินร้อยละ 2 ของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด
2. อัตรามารดาที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกร้อยละ 0

(ลงชื่อ).....นางสาวเรณู สมใจเตียบ

(นางสาวเรณู สมใจเตียบ)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๕ ส.ค. ๒๕๕๕

เอกสารอ้างอิง

- วิทยา ธิฐาพันธ์. “การใช้เส้นกราฟการคลอดขององค์การอนามัยโลกในการดูแลการคลอด”. ในวิทยา ธิฐาพันธ์, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ปริกำเนิด ข้อถกเถียงในเวชปฏิบัติปริกำเนิด**. 2552. กรุงเทพฯ:ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น, 3-20.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. “การตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน”. ในวิทยา ธิฐาพันธ์, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ปริกำเนิด ข้อถกเถียงในเวชปฏิบัติปริกำเนิด**. 2552. กรุงเทพฯ:ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น, 31-48.
- Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. **Active vs expectant management of the third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial**. Lancet 1998;351:693-99.