

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดโดยการคลอดปกติ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือหย่อน (prolapsed cord)

เสนอโดย

นางสาวรุ่งนภา นามสง่า

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 188)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดโดยการคลอดปกติ
2. ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 13 กันยายน 2554 ถึงวันที่ 16 กันยายน 2554)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความหมายของการตั้งครรภ์แฝด

การตั้งครรภ์แฝด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วภายในโพรงมดลูก และเป็นผลให้เกิดตัวอ่อนมากกว่า 1 ตัว ซึ่งอาจเป็นแฝดสอง (twins) แฝดสาม (triplets) แฝดสี่ (quadruplets) และแฝดห้า (quintuplets) เป็นต้น

การตั้งครรภ์แฝด เกิดจากการปฏิสนธิของไข่กับอสุจิ ซึ่งมีปฏิสนธิจากไข่ 1 ใบกับอสุจิ 1 ตัว จากนั้นเกิดการแบ่งตัวออกก่อนวันที่ 3 หลังการปฏิสนธิ ซึ่งเป็นระยะ two-cell stage หรือระยะก่อนการพัฒนาเป็น inner cell mass โดยอาจพัฒนาไปเป็นแบบมีรก 1 อัน ถุงน้ำคร่ำ 1 อัน , รก 2 อัน ถุงน้ำคร่ำ 2 อัน และสายสะดือ 2 อันได้ โดยพบว่าทารกเป็นเพศเดียวกัน เรียกแฝดลักษณะนี้ว่า Identical (monozogotic) twins

สำหรับการตั้งครรภ์แฝดจากไข่หลายใบนั้น เกิดจากการปฏิสนธิของไข่ 2 ใบกับเชื้ออสุจิ 2 ตัว จึงเสมือนพี่น้องกัน อาศัยอยู่ในมดลูกเดียวกัน ในเวลาใกล้เคียงกัน จึงพบว่ามีรก 2 อัน ถุงน้ำคร่ำ 2 อัน สายสะดือ 2 อัน ซึ่งอาจเป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศกันก็ได้ เรียกแฝดชนิดนี้ว่า Fraternal (Dizygotic, non identical) twins ดังนั้นหากมีการตั้งครรภ์แฝดเป็นการตั้งครรภ์ที่มีอัตราเสี่ยงสูง

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดการตั้งครรภ์แฝด

ครรภ์แฝดมีแนวโน้มพบมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ดังนี้

1. อายุจากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุ 35-39 ปีขึ้นไป มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดถึงร้อยละ 30
2. ยากระตุ้นการตกไข่ ได้แก่ gonadotrophin กระตุ้นไข่ตกได้ครั้งละหลายๆใบ ทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดได้มากขึ้น
3. การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรยาก เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization :IVF) พบว่าสามารถตั้งครรภ์แฝดได้ไม่น้อยกว่าแฝดสอง
4. เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำมีโอกาสตั้งครรภ์แฝดมากกว่าคนผิวขาว
5. ระดับการศึกษา พบว่าหญิงที่มีการศึกษาสูง มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดสูงเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุเท่ากันแต่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
6. การถ่ายทอดทางพันธุกรรมของฝ่ายมารดา โดยเฉพาะแฝดที่เกิดจากไข่ 2 ใบ (dizygotic twins) ซึ่งเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมทางฝ่ายมารดาแบบ autosomal recessive ส่วนประวัติครรภ์แฝดทางฝ่ายบิดามี

อิทธิพลน้อยกว่าการตั้งครรภ์แฝดในลูกหลาน ส่วนการตั้งครรภ์แฝดไข่ ใบเดียว (monozygotic twins) จะมีลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกันกับหมู่เลือด

7. การตั้งครรภ์ภายหลังการหยุดรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดทันที มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดดังนี้ คือ

ผลต่อมารดา

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. การแท้งบุตร | 2. ความดันโลหิตสูงในมารดา |
| 3. ภาวะเลือดจางในมารดา | 4. การตกเลือดในระยะไตรมาสที่สาม |
| 5. การตกเลือดหลังคลอด | 6. ภาวะครรภ์แฝดน้ำ |
| 7. การคลอดยาวนาน | |

ผลต่อทารก

1. ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย จากการคลอดก่อนกำหนดหรือการเจริญเติบโตช้าในครรภ์
2. ความพิการแต่กำเนิด
3. ทารก 1 คนเสียชีวิตในครรภ์
4. ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
5. ความผิดปกติของสายสะดือ
6. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
7. ทำและส่วนนำของทารกผิดปกติ

8. feto-fetal hemorrhage (twin to twin transfusion syndrome) การเชื่อมต่อกันของเส้นเลือดทารกแฝด (vascular anastomosis) มักเกิดในรกที่มีเยื่อหุ้มเด็กชั้น chorion 1 ถุง โดยอาจเป็นการเชื่อมต่อกันระหว่างเส้นเลือดแดงด้วยกัน (artery to artery) เส้นเลือดดำด้วยกัน (vein to vein) หรือ เส้นเลือดแดงกับเส้นเลือดดำ (artery to vein)

9. รกลอกตัวก่อนกำหนด
10. การซัดเกี่ยวกันของแฝด (locked twins)

การวินิจฉัย

แนวทางการวินิจฉัยประกอบไปด้วย

1. การซักประวัติ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์แฝด ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ได้รับยากระตุ้นการตกไข่ มีการใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรยาก มีประวัติครรภ์แฝดในครอบครัว ตลอดจนมีประวัติการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลว่า มดลูกมีขนาดโตเร็วมาก และทารกดิ้นมากกว่าปกติ ตำแหน่งของการดิ้นพบตลอดทั่วท้อง

2. การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์

2.1 การตรวจร่างกาย อาจพบว่ามีความดันโลหิตสูง บวม ชีต มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ โดยพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 0.5 กิโลกรัม/สัปดาห์

2.2 การตรวจครรภ์

2.2.1 ขนาดของมดลูกโตกว่าระยะประจำเดือนที่ขาด โดยพบมากกว่าประมาณ 4 เซนติเมตร และพบเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป หน้าท้องค่อนข้างกลมหรือกว้างออก อาจมองเห็นทารกเคลื่อนไหวเป็นบริเวณกว้าง

2.2.2 การคลำ คลำพบศีรษะ 2 แห่ง คลำได้ large parts ของทารกมากกว่า 3 แห่ง หรือคลำได้ small parts หลายๆ แห่งในมดลูก ในรายที่มีครรภ์แฝดน้ำร่วมด้วย อาจคลำส่วนต่างๆของทารกได้ยาก

2.2.3 การฟัง ฟังเสียงหัวใจทารกในเวลาเดียวกันได้ 2 แห่ง และมีอัตราแตกต่างกันมากกว่า 10 ครั้ง/นาที และไม่สัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจของหญิงตั้งครรภ์

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3.1 การตรวจเลือด พบ HCG หรือ alpha-fetoprotein สูงขึ้นผิดปกติ hematocrit hemoglobin และจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงปานกลาง เนื่องจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อาจพบ glucose intolerance สูงขึ้น

2.3.2 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง(ultrasound) อาจตรวจพบครรภ์แฝดได้ก่อนอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ โดยสามารถใช้ตรวจยืนยันการวินิจฉัย คู่อวัยวะและท่าของทารกในครรภ์ ชนิดของรกและเยื่อหุ้ม ตำแหน่งของรก ตรวจดูความพิการของทารก ตลอดจนใช้ตรวจติดตามการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์

2.3.3 การถ่ายภาพเอกซเรย์ จะตรวจในรายที่สงสัยว่าเป็นครรภ์แฝด จะถ่ายภาพเอกซเรย์เมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ขึ้นไป ปัจจุบันไม่นิยมใช้กันแล้วเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้

การรักษา

การตั้งครรภ์แฝดเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การที่จะลดอันตรายและการเสียชีวิตของทารกต้องมีขั้นตอนในการดูแลรักษาของแพทย์มีดังต่อไปนี้

1. ระยะตั้งครรภ์

1.1 อาหาร หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับอาหารที่มีประโยชน์ให้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน และปริมาณ พลังงานควรได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยวอีก 300 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนให้มากขึ้น งดการสูบบุหรี่หรือการได้รับสิ่งเสพติด เพื่อลดปัจจัยที่จะกระตุ้นให้คลอดก่อนกำหนด

1.2 ให้ยาบำรุงจำพวกวิตามินและธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์แฝดได้รับสารอาหารครบถ้วน ป้องกันภาวะซีดและภาวะการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์โดยให้ Folate วันละ 1 มก.

1.3 ให้หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนอย่างเต็มที่ ในการนอนพักควรรอนในท่านอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้มากขึ้น ควรงดการทำงานหนัก เพราะการทำงานหนักเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คลอดก่อนกำหนดได้ โดยทั่วไปการนอนพักในโรงพยาบาล ทำได้ก็ต่อเมื่อมีการหดตัวของมดลูกมากขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกจึงจะให้ยู่โรงพยาบาล

1.4 ให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่พบ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าปกติ ติดตามป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ กรณีมีน้ำเดินก่อนกำหนด จะให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์และทารก หรือดูแลให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอดของทารกให้มีประสิทธิภาพ

1.5 การติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงการทำ Non – Stress Test เมื่ออายุครรภ์ 30-34 สัปดาห์ขึ้นไป ถ้าผลพบ reactive NSTแสดงถึงภาวะสุขภาพดีของทารกในครรภ์ โดยอาจทำ NST ทุกๆ 3-7 วันจนถึงครบกำหนดคลอด ในรายที่ผล NST ได้ non-reactive ควรทำ biophysical profile ไม่ควรทำ contraction stress test เพราะจะกระตุ้นให้คลอดก่อนกำหนดได้

2. ระยะคลอด

2.1 ประเมินอายุครรภ์ในขณะนั้นเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญต่อการวางแผนการรักษา

2.2 ประเมินว่าเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์หรือไม่ โดยอาศัยการตรวจร่างกาย การคลำมดลูกทางหน้าท้องว่ามีการหดตัวสม่ำเสมอหรือไม่

2.3 การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้พร้อมใช้

2.4 ในกรณีคลอดก่อนกำหนด แพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกัน group B Streptococcus neonatal infection

2.5 ในกรณีคลอดก่อนกำหนดพิจารณาให้ยาสเตียรอยด์ (corticosteroid) เพื่อช่วยเร่งการเจริญพัฒนาของปอดทารกในครรภ์

2.6 การเฝ้าติดตามการดำเนินการคลอด เฝ้าดูทั้งมารดาและทารกในครรภ์ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการคลอดอย่างใกล้ชิด ฟังเสียงหัวใจทารกบ่อยๆหรือmonitor อัตราการเต้นหัวใจทารก

2.7 กรณีตั้งครรภ์เกินกำหนดหรือมารดามีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยการชักนำการคลอด หรือการผ่าตัดคลอดขึ้นอยู่กับส่วนนำของทารกทั้งคู่

การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝด

1.อธิบายภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ในทารกครรภ์แฝดและแผนการรักษาแก่มารดา สามี และครอบครัวผู้ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการพยาบาล

2.แนะนำให้มารดาดื่มน้ำและอาหาร หากไม่สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ จะได้ผ่าตัดทำผ่าตัดคลอดได้ทันที

3. จัดทำห้มารดาอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกและบริเวณรกมากขึ้นเพื่อป้องกันทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้
4. อธิบายมารดาให้เข้าใจแผนการรักษาพยาบาลที่จะต้องลดหรือหลีกเลี่ยงการใช้าระงับปวดในการคลอดเพราะ จะมีผลกดศูนย์การหายใจของทารก
5. แนะนำให้หายใจเข้าลึกๆยาวๆแล้วหายใจออกทางปากช้าๆ เมื่อมดลูกเริ่มหดตัว และเมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจธรรมดา
6. ประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง Fetal monitorถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
7. จัดเตรียมความพร้อมโดยให้การคลอดดำเนินไปโดยมารดาและทารกได้รับความปลอดภัย โดยเตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพทารกคลอดจนกุมารแพทย์ให้พร้อมตลอดเวลา

เภสัชวิทยา

ออกซิโทซิน (oxytocin)

ช่วยเร่งคลอด ช่วยห้มดลูกหดตัว กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก ทำให้เกิดแรงเบ่งในการคลอด ควบคุมไม่ให้เกิดตกเลือดหลังรกคลอด ให้การพยาบาลโดยประเมินลักษณะการหดตัวของมดลูก ความถี่ห่าง รวมทั้งจังหวะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ เปรียบเทียบระหว่างก่อนให้ยา และหลังให้ยาเป็นระยะๆ ทุก 30 นาที เพื่อจะให้การพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เมื่อเกิดอาการผิดปกติ

เมเทอร์จิน (methergin)

เป็นยาป้องกันและรักษาการตกเลือดหลังคลอด ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นมดลูกให้หดตัว รวมทั้งกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด เนื่องจากยานี้มีอากาไรไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ ง่วงซึม และทางระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ ใจสั่น เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง ภายหลังให้ยาควรติดตามดูความเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และการหดตัวของมดลูก อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การตั้งครรภ์แฝดเป็นการตั้งครรภ์ที่มีอัตราเสี่ยงสูงเป็นปัญหาฉุกเฉินทางสูติกรรมที่สำคัญก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยเฉพาะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตต่อทารกแรกเกิดได้สูงกว่าตั้งครรภ์เดี่ยวเนื่องจากการดูแลมารดาตั้งครรภ์แฝดต้องดูแลรับผิดชอบชีวิตถึง 3 ชีวิตให้ได้รับความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

กรณีศึกษา มารดาอายุ 21 ปี ตั้งครรภ์แรก เลขที่ภายนอก 40877/54 มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน มารดามาโรงพยาบาลเวลา 18.55 น. วันที่ 13 กันยายน 2554 อาการสำคัญที่นำมา มารดามีอาการเจ็บครรภ์เวลา 16.00 น. และจากผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (วันที่ 4 กันยายน 2554) พบว่ามีทารกในครรภ์ 2 คน และมีส่วนนำเป็นศีรษะทั้ง 2 คน จากการตรวจทางหน้าท้อง พบว่าระดับยอดมดลูกอยู่

เท่าระดับลิ้นปี่ ขนาดมดลูกใหญ่กว่าอายุครรภ์ ($3/4 > 0$)บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกได้ 2 ตำแหน่งคือ ตำแหน่งด้านซ้ายต่ำกว่าระดับสะดือมีอัตราการเต้น 142 ครั้งต่อนาที และด้านขวาต่ำกว่าระดับสะดือมีอัตราการเต้น 155 ครั้งต่อนาที คัดคะแนนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 4,300 กรัม ประเมินมารดาแรกตรวจทางช่องคลอดพบว่า ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 100 ส่วนหน้าเป็นศีรษะ ระดับส่วนหน้า 0 พบถุงน้ำยังอยู่ สัญญาณชีพแรกรับของมารดา อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีโรคแทรกซ้อน ให้การพยาบาลโดยการประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที มดลูกหดตัวทุก 4 นาที นาน 35 วินาที ความแรงของการหดตัว +2 ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก 140 - 160 ครั้งต่อนาที รายงานสูติแพทย์ให้สารน้ำด้วยการให้สารละลาย LRS 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเมื่อเวลา 19.35 น. ต่อมาเวลา 20.45 น.มารดาเริ่มเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มีอาการกระสับกระส่ายตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 100 ระดับส่วนหน้า +1 จึงทำหัตถการเจาะถุงน้ำคร่ำลักษณะของน้ำคร่ำใส เวลา 20.50 น.ผสมออกซิโทซิน 10 ยูนิท ในสารละลาย LRS ที่เหลือ 750 มิลลิลิตร เวลา 21.00 น.มารดามีมูกเลือดและเจ็บครรภ์มากขึ้น ตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ระดับส่วนหน้า +1 แนะนำการเบ่งคลอดและท่าเบ่งคลอดที่ถูกต้อง และดูแลความสบายของร่างกายโดยการเช็ดหน้าและเปิดพัดลม เตรียมเครื่องมือทำคลอดและอุปกรณ์รับเด็ก มารดาคลอดทางช่องคลอด ทารกคนแรกคลอดเวลา 21.23 น. เพศชาย เช็ดทำความสะอาดทารก กระตุ้นให้ร้อง ดูดนมในปากและจมูก ให้มารดาดูเพศ อ่านป้ายชื่อมือชื่อเท้า และนำไปผูกชื่อมือชื่อเท้าทารก ฉีดวิตามินเคที่ต้นขาเพื่อป้องกันโรคเลือดออกในทารกแรกเกิด และนำไปชั่งน้ำหนัก น้ำหนัก 2,350 กรัม คะแนนการประเมินสภาพทารกได้ 10,10 และ 10 คะแนน โดยนาทิตี่ 1 = 10 คะแนน นาทิตี่ 5=10คะแนน และนาทิตี่ 10 =10 คะแนน สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี เวลา 21.25 น.ทำหัตถการเจาะถุงน้ำคร่ำทารกคนที่ 2 ลักษณะน้ำคร่ำใส ทารกคนที่ 2คลอดเวลา 21.28 น. เพศชาย เช็ดทำความสะอาดทารก กระตุ้นให้ร้อง ดูดนมในปากและจมูก ให้มารดาดูเพศ อ่านป้ายชื่อมือชื่อเท้า และนำไปผูกชื่อมือชื่อเท้าทารก ฉีดวิตามินเคที่ต้นขาเพื่อป้องกันโรคเลือดออกในทารกแรกเกิด และนำไปชั่งน้ำหนัก น้ำหนัก 2,910 กรัม คะแนนการประเมินสภาพทารกได้ 10,10 และ 10 คะแนน โดยนาทิตี่ 1=10 คะแนน นาทิตี่ 5=10 คะแนน และนาทิตี่ 10=10 คะแนน สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี รกคลอดเวลา 21.32 น. มารดาหลังคลอดพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 400 มิลลิลิตร รายงานสูติแพทย์ดูแลให้มารดาได้รับยา Methergin 0.2 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ภายหลังกดลูกหดตัวดี ให้มารดานอนพักหลังคลอดในห้องคลอด 2 ชั่วโมง และย้ายไปแผนกสูติกรรมหลังคลอด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 16 กันยายน 2554 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

ขั้นตอนดำเนินการ

1. รับมารดาจากห้องอุบัติเหตุ มารดาอายุ 21 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน มารดามาโรงพยาบาลเวลา 18.55 น. วันที่ 13 กันยายน 2554 อาการสำคัญที่นำมา มารดามีอาการเจ็บครรภ์ เวลา 16.00 น. และจากผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2554 พบว่ามีทารกในครรภ์ 2 คน และมีส่วนน่าเป็นศีรษะทั้ง 2 คน

2. แกร็บที่ห้องคลอด ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 100 ส่วนน่าเป็นศีรษะระดับ 0 พบถุงน้ำคร่ำยังอยู่บันทึกสัญญาณชีพของมารดาแกร็บปกติ ดัดเครื่องประเมินสถานะทารกในครรภ์เพื่อบันทึกอัตราการเต้นหัวใจของทารกทั้ง 2 คน และบันทึกการหดตัวของมดลูก ให้ยาเร่งคลอดและเจาะถุงน้ำตามแผนการรักษา ฝ้าติดตามการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 10-15 นาที ช่วยเหลือมารดาบรรเทาความเจ็บปวดโดยการประคบร้อนและนวดบั้นเอว จัดท่านอนตะแคงศีรษะสูง 30-60 องศา เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายให้มารดา

3. เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับทำคลอดปกติ มารดาคลอดปกติทางช่องคลอดทารกคนแรกคลอดเวลา 21.23 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,350 กรัม สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี ทารกคนที่ 2 คลอดเวลา 21.28 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,910 กรัม สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี รกคลอดเวลา 21.32 น. มารดาหลังคลอดพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 400 มิลลิลิตร ผู้คลอดได้รับการพยาบาลโดยประคบน้ำแข็งที่หน้าท้อง คลึงมดลูก ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำ บันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังคลอด 2 ชั่วโมง มารดาไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม สัญญาณชีพปกติจึงย้ายมารดาไปแผนกสูติกรรมหลังคลอด

4. ติดตามเยี่ยมหลังคลอด มารดาแข็งแรงดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ไม่มีการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทารกทั้งสองคนดูนมได้ดี ให้คำแนะนำมารดาเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ แนะนำเรื่องโภชนาการสำหรับมารดาหลังคลอดและให้นมบุตรแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดตรวจหลังคลอด 1 เดือน รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

มารดาอายุ 21 ปี ตั้งครรภ์แรก HN 40877/54 AN 17210/54 วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันที่ 28 ธันวาคม 2553 คาดคะเนการคลอด (EDC) วันที่ 5 ตุลาคม 2554 ฝากครรภ์ที่คลินิกรวม 9 ครั้ง ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ อาการทั่วไปปกติดีในขณะตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน แกร็บมารดาจากห้องอุบัติเหตุเวลา 18.55 น. วันที่ 13 กันยายน 2554 อาการสำคัญที่นำมา มารดามีอาการเจ็บครรภ์เวลา 16.00 น. ของวันที่ 13 กันยายน 2554 และจาก

ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงที่ห้องฝากครรภ์โรงพยาบาล เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2554 พบว่ามีจำนวนทารกในครรภ์ 2 คน และมีส่วนน่าเป็นศิระะทั้ง 2 คน แรกรับที่ห้องคลอดจากการตรวจทางหน้าท้อง พบว่าระดับยอดมดลูกอยู่เท่าระดับลิ้นปี่ ขนาดมดลูกใหญ่กว่าอายุครรภ์ ($3/4 > \textcircled{c}$) บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจได้ 2 ตำแหน่งคือ ตำแหน่งด้านซ้ายต่ำกว่าระดับสะดือมีอัตราการเต้น 142 ครั้งต่อนาที และด้านขวาต่ำกว่าระดับสะดือมีอัตราการเต้น 155 ครั้งต่อนาที คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 4,300 กรัม ผลการตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 100 ส่วนน่าเป็นศิระะ ระดับ 0 พบถุงน้ำคร่ำยังอยู่ สัญญาณชีพแรกรับของมารดา อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีโรคแทรกซ้อน จึงรับมารดาไว้ในห้องคลอด ให้การดูแลโดยการแนะนำตนเองเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ สร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ชักถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ความก้าวหน้าของการคลอด กระบวนการคลอด และแผนการรักษาให้มารดาทราบ ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อตลอดระยะเวลาดูแลจนกระทั่งคลอด เวลา 19.35 น.รายงานสูติแพทย์ให้สารน้ำ LRS 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินสภาวะทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140 - 160 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ บันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว ให้การพยาบาลโดยอธิบายให้มารดาทราบว่า การเจ็บครรภ์เกิดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติ เพื่อขับทารกในครรภ์ออกจากมดลูก โดยมดลูกจะหดตัวเป็นระยะ ๆ มารดาจะรู้สึกเจ็บมากขณะมดลูกมีการหดตัว และรู้สึกเจ็บน้อยลงเมื่อมดลูกคลายตัว แนะนำการหายใจที่ถูกต้องโดยหายใจเข้าลึกๆยาวๆแล้วหายใจออกทางปากช้าๆ เมื่อมดลูกเริ่มหดตัว และเมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจธรรมดา ช่วยเหลือโดยการประคบร้อน และการนวด โดยกำมือแล้วใช้สันมือนวดบริเวณบั้นเอวและจัดท่านั่งคร่อมเตียง ภายหลังมารดาเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มดลูกหดตัวทุก 2-3 นาที นาน 40-50 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว +2 สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทารกในครรภ์ โดยการฟังอัตราการเต้นหัวใจทารกเต็มนาที ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูก จัดท่าที่ช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดให้ไปเลี้ยงมดลูกมากขึ้น ในท่านอนศิระะสูง นอนตะแคงซ้าย เวลา 20.45 น. มารดามีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น กระสับกระส่าย ตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 100 ระดับส่วนน่า +1 จึงทำการหัตถการเจาะถุงน้ำคร่ำ ลักษณะของน้ำคร่ำใส เวลา 20.50 น. ผสมออกซิโทซิน 10 ยูนิตในสารละลาย LRS ที่เหลือ 750 มิลลิลิตรตามแผนการรักษา ในระหว่างนี้มารดาอยากเบ่งคลอด ตรวจพบปากมดลูกเปิดหมดเวลา 21.00 น.แนะนำให้มารดาเบ่งคลอด ดูแลความสุขสบายของมารดาโดยการเช็ดหน้าและเปิดพัดลม เตรียมเครื่องมือทำคลอดและอุปกรณ์รับเด็ก มารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ทารกคนแรกคลอดเวลา

21.23 น. ทารกเพศชาย เช็ดทำความสะอาดทารก กระตุ้นให้ร้อง ดูคเสมอในปากและจมูก ให้มารดาดูเพศ อ่านป้ายข้อมือข้อเท้า และนำไปผูกข้อมือข้อเท้าทารก ถัดวิตามินเคที่ต้นขาเพื่อป้องกันโรคเลือดออกในทารกแรกเกิด และนำไปชั่งน้ำหนัก น้ำหนัก 2,350 กรัม คะแนนการประเมินสภาพทารกได้ 10,10 และ 10 คะแนน โดยนาทิตี่ 1 ให้ 10 คะแนน นาทิตี่ 5 ให้ 10 คะแนน และนาทิตี่ 10 ให้ 10 สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี อุณหภูมิร่างกายทารก 36.5 องศาเซลเซียส เวลา 21.25 น. ทำหัตถการเจาะถุงน้ำคร่ำทารกคนที่ 2 ลักษณะน้ำคร่ำใส ทารกคนที่ 2 คลอดเวลา 21.28 น. เพศชายเช็ดทำความสะอาดทารก กระตุ้นให้ร้อง ดูคเสมอในปากและจมูก ให้มารดาดูเพศ อ่านป้ายข้อมือข้อเท้า และนำไปผูกข้อมือข้อเท้าทารก ถัดวิตามินเคที่ต้นขาเพื่อป้องกันโรคเลือดออกในทารกแรกเกิด และนำไปชั่งน้ำหนัก น้ำหนัก 2,910 กรัม คะแนนการประเมินสภาพทารกได้ 10,10 และ 10 คะแนน โดยนาทิตี่ 1 ให้ 10 คะแนน นาทิตี่ 5 ให้ 10 คะแนน และนาทิตี่ 10 ให้ 10 สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี อุณหภูมิร่างกายทารก 37.5 องศาเซลเซียส นำทารกมาดูดน้ำคร่ำออกจากปากและจมูก เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำเข้าภายในปอด หลังจากนั้นนำทารกไปให้การพยาบาลทารกแรกเกิด รกคลอดเวลา 21.32 น. สภาพรกปกติ ความดันโลหิต 133/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที ภายหลักรกคลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีลักษณะนุ่มและลอยเหนือระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นสีคล้ำ ประมาณการสูญเสียเลือด 400 มิลลิลิตร มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูกจนหดรัดตัวกลมแข็ง และกดไล่ลิ่มเลือดที่อาจค้างอยู่ในโพรงมดลูก รายงานสูติแพทย์ให้การรักษายาให้ยามเทอร์จิน (Methergin) 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำติดตามสังเกตการหดรัดตัวของมดลูก และเลือดที่ออกจากช่องคลอด สังเกตบริเวณหน้าท้องว่ามีปัสสาวะคั่งค้างหรือไม่ (bladder full) ไม่มีปัสสาวะคั่ง เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บด้วยความรวดเร็ว ใส่ผ้าอนามัยให้มารดาเพื่อสังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด ดูแลความสุขสบาย ให้มารดาได้พักผ่อน นำทารกให้มารดาโอบกอดและกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา และนำทารกทั้ง 2 คนส่งแผนกทารกแรกเกิดเวลา 22.30 น. สัญญาณชีพของมารดาทุก 30 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายประเมินซ้ำมารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดี ลักษณะกลมแข็งและอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 50 มิลลิลิตร สัญญาณชีพปกติ ก่อนย้ายไปแผนกสูติกรรมหลังคลอดเวลา 23.35 น. ความดันโลหิต 136/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 65 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทารกคนนี้ได้ดี ไม่มีอาการตัวเหลือง สูติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 16 กันยายน 2554 และนัดตรวจหลังคลอดในวันที่ 23 กันยายน 2554 ให้คำแนะนำมารดาก่อนกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดโดยการคลอดปกติ มารดาไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว อธิบายถึงความสัมพันธ์ของการเจ็บครรภ์คลอดที่ถี่ขึ้นเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวกับ

การเปิดขยายของปากมดลูก แนะนำการหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ลูบหน้าท้อง จัดให้มารดาอยู่ในท่าที่เหมาะสม ดูแลช่วยเหลือโดยการนวดและประคบร้อน เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดรัดตัว จนกระทั่งคลอด มารดาและทารกผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากการคลอด สตรีแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 3 หลังคลอดก่อนกลับบ้านให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ตลอดจนการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ มารดาเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1. มีแนวทางในการพัฒนาการบริการของหน่วยงาน
- 8.2. เพิ่มคุณภาพการบริการทางการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝดในระยะคลอด

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ในมารดารายนี้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากตั้งครรภ์แฝด อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ความก้าวหน้าของการคลอด กระบวนการคลอด และแผนการรักษาให้มารดาทราบ อธิบายเหตุผลของการปฏิบัติพยาบาลทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และให้การพยาบาลมารดาด้วยความรวดเร็ว นุ่มนวล และมั่นใจ สร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดาถึงความปลอดภัยของตนเองและทารกแฝดในครรภ์

10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางการนิเทศน์พยาบาลใหม่เรื่องการดูแลมารดาตั้งครรภ์แฝด เทคนิคการทำคลอด รวมถึงการประเมินสภาพทารกแรกเกิดและการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดเตรียมความพร้อมที่จะช่วยเหลือขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... *พรอศมา วัฒนเสฐา*

(นางสาวรุ่งนภา นามสง่า)

ผู้ขอรับการประเมิน
14 ต.ค. 2557

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความที่เป็นจริงทุกประการ
(ลงชื่อ)..... *นิลาวรรณ มัชยาอานนท์*

(นางสาวนิลาวรรณ มัชยาอานนท์)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
14 ต.ค. 2557

(ลงชื่อ)..... *สมชาย จึงมีโชค*

(นายสมชาย จึงมีโชค)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
14 ต.ค. 2557

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวรุ่งนภา นามสง่า

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 188) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์
เรื่อง แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือหย่อน (prolapsed cord)

หลักการและเหตุผล

ภาวะสายสะดือหย่อน เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่พบไม่บ่อย แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดทพพลภาพต่อทารก การเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะทพพลภาพต่อมารดาและทารกได้ พบอุบัติการณ์ 3 ปีซ้อนหลังของแผนกห้องคลอด รพ.เจริญกรุงประชารักษ์โดยเฉลี่ยร้อยละ 0.086 ของการคลอดทั้งหมด

สายสะดือหย่อนมักเกิดร่วมกับการแตกของถุงน้ำคร่ำ หลังจากถุงน้ำคร่ำแตกแล้วทารกจะเคลื่อนต่ำลงในอุ้งเชิงกรานและกดทับสายสะดือ ทำให้เลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงทารกลดลงหรือหายไป และทารกต้องคลอดโดยทันที ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้ทักษะในการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือหย่อน ก็จะช่วยให้มารดาและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและคลอดอย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยจากภาวะสายสะดือหย่อน
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะสายสะดือหย่อนกับมารดาและทารกในระยะคลอด
3. เพื่อติดตามสถานะของทารกในครรภ์ ช่วยให้ทารกคลอดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia
4. เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลมารดาและทารกได้อย่างปลอดภัยจากภาวะสายสะดือหย่อน
5. เพื่อให้พยาบาลประจำห้องคลอดมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือหย่อน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

สายสะดือย้อย หมายถึง ภาวะที่มีสายสะดือเคลื่อนต่ำ หรือย้อยลงในช่องเชิงกราน จนมาอยู่ข้างๆหรือต่ำกว่าส่วนนำ หรือ โผล่ออกมาภายนอกช่องคลอด เป็นภาวะวิกฤตต่อทารกในครรภ์ เพราะทารกจะเสียชีวิตจากการที่สายสะดือถูกส่วนนำกดทับกับขอบของช่องทางคลอดทำให้ทารกขาดออกซิเจน ถึงแม้ว่าภาวะสายสะดือย้อยไม่ทำให้ระยะเวลาการคลอดผิดปกติ ไม่เกิดอันตรายทางด้านร่างกายต่อมารดา แต่จะเกิดผลเสียทางด้านจิตใจถ้าทารกในครรภ์เสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญ ในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะสายสะดือย้อย โดยให้การพยาบาลที่ถูกต้องตามแนวทางการปฏิบัติ ให้นุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยได้อย่างทันท่วงที และปลอดภัย

กรอบการวิเคราะห์ พบว่าในส่วนของกรมมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่ผู้นำสามารถนำมาสร้างแรงจูงใจ และขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากร เป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้มีแรงจูงใจในการทำงาน ลักษณะเป็นกระบวนการที่จะทำให้นุคลากร มีสิทธิ์มีเสียงในการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับงานของตนเอง บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอาจมีความผูกพันในการทำงาน ยิ่งกว่านั้นการเข้าไปมีส่วนร่วมทำให้นุคลากรเกิดทัศนคติต่อการบริหารงานขององค์กรดีขึ้น ส่งผลให้บุคลากรเกิดความพอใจในการทำงานและมีแรงใจ ที่จะมุ่งสู่ความสำเร็จในชีวิตการทำงาน ตลอดจนทำให้นุคลากรได้รับการยอมรับ มีความรับผิดชอบ และเกิดความนับถือตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรส่งผลให้เขามีความชัดเจนในความคิดหวังมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะทำให้นุคลากรเกิดความเข้าใจการทำงาน และการบริหารงานในองค์กรได้ดียิ่งขึ้นอีก ทั้งจะเชื่อมโยงไปสู่ความเข้าใจในการทำงาน กับระบบรางวัลได้ดีขึ้น ให้ความสำคัญกับสวัสดิการของบุคลากร เพิ่มค่าจ้างให้สูงขึ้น ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน และส่งเสริมขวัญและกำลังใจให้ดีขึ้น เช่นเมื่อมีแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย ที่จัดทำขึ้นภายในหน่วยงาน ก่อนจะนำมาใช้ควรมีการประชุมในหน่วยงาน ให้นุคลากรมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น โดยผลลัพธ์ที่ได้คือ ให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัยจากภาวะสายสะดือย้อย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. นำเสนอหลักการและเหตุผลในการจัดทำแบบประเมินการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือย้อย และขออนุญาตหัวหน้าห้องคลอด
2. ประชุมสมาชิกห้องคลอดเพื่อขอความร่วมมือในการจัดทำ
3. ศึกษา หาข้อมูล การเกิดภาวะสายสะดือย้อย
4. จัดทำแบบประเมิน โดยมีเนื้อหาในการประเมินดังต่อไปนี้
 - 4.1 ทารกส่วนนำเป็นก้น (breech presentation)
 - 4.2 ทารกท่าขวางหรือท่าเฉียง (transverse,oblique and unstable lie)

- 4.3 มารดาที่มีเชิงกรานแคบ ทำให้ศีรษะทารกไม่สามารถผ่านลงมาในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะในรายที่ส่วนนำของทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกราน
- 4.4 การตั้งครรภ์ที่มีทารกหลายคนในครรภ์ (multiple pregnancy) เกิดจากส่วนนำไม่พอดีกับโพรงมดลูกส่วนล่าง
- 4.5 การคลอดก่อนกำหนด (ต่ำกว่า 37 สัปดาห์) ทำให้ส่วนนำของทารกไม่พอดีกับช่องเชิงกราน
- 4.6 ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
- 4.7 ความพิการแต่กำเนิด (fetal congenital anomalies)
- 4.8 ภาวะน้ำคร่ำมาก (polyhydramnios) การมีปริมาณน้ำคร่ำมากเกินไป จนส่วนนำไม่พอดีกับโพรงมดลูกส่วนล่าง
- 4.9 ส่วนนำทารกยังไม่เข้าอุ้งเชิงกราน (unengaged presenting part)
- 4.10 ภาวะรกเกาะต่ำ (low lying placenta) โดยเฉพาะรกเกาะต่ำชนิด placenta previa marginalis
- 4.11 การเจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membranes) ซึ่งมักเกิดภาวะสายสะดือย้อยขณะทำหัตถการ
- 4.12 การตรวจภายในหลังจากถุงน้ำคร่ำแตก
- 4.13 การหมุนเปลี่ยนท่าทารกจากส่วนนำเป็นก้นเป็นท่าศีรษะทางหน้าท้อง (external cephalic version)
- 4.14 การหมุนเปลี่ยนท่าทารกให้มีส่วนนำเป็นก้นทางช่องคลอด (internal podalic version)
5. แนะนำบุคลากรในห้องคลอดให้ทราบถึงเรื่องการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือย้อย และทดลองใช้แบบประเมินร่วมกัน
6. ประเมินผลภายหลังทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไขแบบประเมิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้

1. พยาบาลประจำห้องคลอดมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย
2. มารดาและทารกได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และได้รับความปลอดภัยจากภาวะสายสะดือย้อย
3. ทารกได้รับการคลอดอย่างปลอดภัย และไม่เกิดภาวะ Birth Ashyxia

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่มีภาวะสายสะดือย้อยลดลงเป็น 0

ภาคผนวก

แบบประเมินมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือย้อย

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี..HN.....AN.....

ลำดับที่	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป			
1.	ทารกส่วนนำเป็นก้น (breech presentation)		
2.	ทารกท่าขวางหรือท่าเฉียง (transverse ,oblique and unstable lie)		
3.	มารดาที่มีเชิงกรานแคบ		
4.	การตั้งครรภ์ที่มีทารกหลายคนในครรภ์ (multiple pregnancy)		
5.	การคลอดก่อนกำหนด (ต่ำกว่า 37 สัปดาห์)		
6.	ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม		
7.	ความพิการแต่กำเนิด (fetal congenital anomalies)		
8.	ภาวะน้ำคร่ำมาก (polyhydramnios)		
9.	ส่วนนำทารกยังไม่เข้าอุ้งเชิงกราน		
10.	ภาวะรกเกาะต่ำ (low lying placenta)		
ปัจจัยเสี่ยงจากการทำหัตถการ			
1.	การเจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membranes)		
2.	การตรวจภายในหลังถุงน้ำคร่ำแตก		
3.	การหมุนเปลี่ยนท่าทารกจากส่วนนำเป็นก้นเป็นท่าศีรษะทางหน้าท้อง (external cephalic version)		
4.	การหมุนเปลี่ยนท่าทารกให้มีส่วนนำเป็นก้นทางช่องคลอด (internal podalic version)		

ผู้ประเมิน.....

ทดลองใช้