

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
เรื่อง โครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินความปวดของแม่หลังคลอด

เสนอโดย

นางอนุตรา แก้วคอนรี

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.365)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (19 มิถุนายน 2549 – 22 มิถุนายน 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความหมายของภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดภายหลังทารกคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตรหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือการเสียเลือดหลังทารกคลอดเกินร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก หมายถึง การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง หมายถึง การตกเลือดหลังคลอดตลอด 24 ชั่วโมงไปแล้วจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่ที่พบบ่อยระหว่าง 7 -14 วันหลังคลอด

อุบัติการณ์

การตกเลือดหลังคลอดโดยทั่วไปพบประมาณร้อยละ 5- 10 ของการคลอดทั้งหมด(กำหนด จากตุรจินดา และคณะ,2530:281)และเกือบทั้งหมดจะเป็นการตกเลือดที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ส่วนการตกเลือดภายหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบได้ประมาณร้อยละ 0.1(กำหนด จากตุรจินดาและคณะ, 2530:281)

พยาธิสรีรภาพของภาวะตกเลือดหลังคลอด

ตามธรรมชาติภายหลังรกคลอด ผนังมดลูกโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัว ซึ่งมีหลอดเลือดปลายเปิดเป็นจำนวนมากจะถูกบีบรัดตัวและเลือดหยุดไหล ทั้งนี้เพราะอาศัยเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งประสานล้อมรอบหลอดเลือด รวมทั้งขบวนการแข็งตัวของลิ่มเลือด แต่ในกรณีที่มีความผิดปกติกล้ามเนื้อมดลูกหรือมีสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูกจะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี หรือในกรณีที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของลิ่มเลือด หรือมีการฉีกขาดของหลอดเลือดหรือมดลูกจะทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงหลังคลอดได้ สรุปรุมีสาเหตุแบ่งเป็น 5 ประการใหญ่คือ

1. มดลูกหดตัวไม่ดี
2. การฉีกขาดของช่องทางการคลอด
3. การตกเลือดจากตำแหน่งที่รกเกาะ
4. การมีรกหรือเศษรกค้างภายในโพรงมดลูก
5. ความผิดปกติในกลไกการแข็งตัวเป็นลิ่มของเลือด

อาการและอาการแสดง

1. มีเลือดออก ซึ่งเลือดที่ออกมานี้อาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอด หรือคั่งค้างอยู่ภายในช่องทางคลอดก็ได้ ในรายที่มีเลือดออกมากให้เห็นอาจมีลักษณะไหลพุ่งหรือไหลซึม ส่วนเลือดที่ขังอยู่ในโพรงมดลูกหรือช่องคลอด มักจะไม่ไหลออกมาให้เห็น แต่เมื่อกระตุ้นมดลูกให้แข็งและกดไล่ก็จะมีเลือดไหลออกมา
2. มีอาการของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด ซิพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น รู้สึกกระหายน้ำ ระยะแรกจะหายใจเร็วต่อไปก็หายใจช้าลง มีอาการหนาว เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงอาจช็อก ไม่รู้สึกตัว และอาจตายได้
3. คล้ามคลุกอาจพบว่าอยู่เหนือระดับสะดือหรือมีขนาดใหญ่กว่าปกติ เนื่องจากมีเลือดขังอยู่ภายในในรายที่รุนแรงมาก มดลูกจะอ่อนปวกเปียก

อันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด

1. การเสียเลือดถ้าไม่หยุด ก็จะเป็นอันตรายถึงชีวิต
2. การเสียเลือดหลังคลอดมากๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอ่อนแอเป็นโรคโลหิตจาง และมีความต้านทานต่อการติดเชื้อน้อย ทำให้มีการอักเสบเกิดขึ้นได้ง่าย และเป็นภัยต่อสุขภาพของร่างกาย
3. ผลในระยะยาวของการตกเลือดหลังคลอดคือ อาจทำให้เซลล์ของต่อมใต้สมองตาย และเป็นผลทำให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่ออื่นๆ เกิดความบกพร่องขึ้นได้ จะทำให้มีอาการไม่มีน้ำนมหลังคลอด เต้านมเหี่ยว ระดูขาด และขนของอวัยวะเพศร่วง

การรักษา

ทำได้จากการป้องกัน เพื่อช่วยให้มีการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ทำได้ดังนี้

ระยะก่อนคลอด

1. ซักประวัติอย่างละเอียด เพื่อหาความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือด
2. ตรวจร่างกายหาภาวะโลหิตจาง รวมทั้งแก้ไขให้ธาตุเหล็กเสริมในผู้มาฝากครรภ์ทุกราย

ระยะคลอดและหลังคลอด

1. ในรายที่มีความเสี่ยงสูงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไว้ จองเลือดให้พร้อม
2. ระวังไม่ให้เกิดการคลอดยาวนาน หรือให้ยากล่อมประสาทมากเกินไป หรือเพิ่มความเสี่ยงอื่นๆ
3. ทำคลอดในระยะที่ 2 และ 3 อย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. หลีกเลี่ยงการคลอดโดยทำหัตถการ
5. ตรวจรกและช่องทางคลอดอย่างละเอียด
6. ให้ยากระตุ้นช่วยการหดตัวของมดลูกอย่างเหมาะสม
7. ในรายที่กระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอด อาจให้ oxytocin ต่อภายหลังจากที่คลอดครบแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

8. หลีกเลียงการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ether , halothane เพราะจะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี (กำแพง จาตุรจินดาและคณะ,2530:282)

การรักษาผู้ป่วยตกเลือดแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ต้องทำไปพร้อมกันเสมอ

1. การรักษาตามอาการ

- ให้เลือดและสารน้ำชดเชยอย่างเพียงพอ
- แก้ไขภาวะช็อกและปรับระดับประคอง

2. การรักษาตามสาเหตุ

- รกยังไม่คลอด ถ้ามีการคั่งของปีศาจทำให้ส่วนปีศาจขยับ
- มดลูกหดตัวไม่ดี ให้ยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
- รกไม่ลอกตัวภายใน 30 นาที ให้ยาระงับความรู้สึกและทำการล้วงรก
- มีการฉีกขาดของช่องคลอด เย็บซ่อมแซม
- ถ้าเลือดยังออกอยู่ มีเศษรกค้าง ให้ขูดมดลูก ถ้าขูดมดลูกแล้วยังมีเลือดออก ต้องนำไปผ่าตัดเปิดช่องท้องทันที
- ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี แม้จะแก้ไขตั้งข้างต้นแล้ว พิจารณาให้ยา
 - Prostaglandins
 - อาจห้ามเลือดด้วยวิธี bimanual uterine compression
 - ถ้าปฏิบัติดังกล่าวยังไม่ได้ผล ต้องพิจารณาตัดมดลูก

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดจากภาวะความเจ็บป่วยมาเป็นภาวะการตั้งครรภ์และการคลอด

2. กรอบแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวิชาชีพการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สาระสำคัญของเรื่อง

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอย่างหนึ่งทางสูติกรรมเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ พบว่าร้อยละ 8 ของมารดาหลังคลอดจะมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอด (Bobak and Jensen,1993:279) ซึ่งใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก พยาบาลซึ่งมีหน้าที่ดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การดูแลรักษา ข้อวินิจฉัยและหลักการพยาบาล เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายและช่วยลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของมารดาและทารก

กรณีศึกษา

มารดาหลังคลอดหญิงไทยอายุ 15 ปี สถานภาพสมรสคู่อาชีพแม่บ้าน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนนทบุรี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อ
ไม่มีโรคทางกรรมพันธุ์ ไม่มีประวัติแพ้ยา สารเคมีหรืออาหารชนิดใด

ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเมื่อวันที่
6 มีนาคม 2549 ขณะอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ น้ำหนัก 54.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร วัดความดัน
โลหิตได้ 104/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับยอดมดลูก 1/3 เหนือรอยกระดูกหัวหน้า วันแรกของการมี
ประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่ 16 กันยายน 2548 วันครบกำหนดคลอดวันที่ 23 มิถุนายน 2549 การตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการพบว่าไม่มีการติดเชื้อทาง กามโรค โรคเอดส์ และไวรัสตับอักเสบบี ค่าความเข้มข้นของ
เลือด 34.3 % (Hct) กลุ่มเลือด AB , Rh positive หลังจากนั้นได้มารับการตรวจครรภ์ทั้งหมด 6 ครั้ง

วันที่ 19 มิถุนายน 2549 มาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครรภ์ตามที่แพทย์นัดที่ห้องฝากครรภ์พบ
ปากมดลูกเปิดประมาณ 1 เซนติเมตร เริ่มอาการเจ็บครรภ์ทุก 10 นาที 1-2 ครั้ง เจ็บนานครั้งละ 1 นาที แต่ไม่
มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด เด็กคินดี อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 2 วัน แพทย์จึงรับไว้เป็นผู้ป่วยในตึกคลอด
เวลา 11.30 นาฬิกา HN 10826-49 , AN 13437-49 แรกรับผู้คลอดที่ห้องคลอด สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย
36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/70
มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัว 64.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 2 วัน ประเมิน
สุขภาพทารกในครรภ์โดยฟังเสียงหัวใจทารกได้ 140 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1
เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกบาง 75 เปอร์เซ็นต์ ส่วนนำเป็นศีรษะของทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกรานระดับ 0
ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดตัวทุก 5-8 นาที นานครั้งละ 60 วินาที ได้รับการรักษาโดยให้ 5%D/N/2
1,000 มิลลิลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 30 หยดต่อนาที และงดน้ำงดอาหารหลังรับประทาน
อาหารมื้อเย็น

วันที่ 20 มิถุนายน 2549 เวลา 01.00 นาฬิกา ผู้คลอดมีอาการเจ็บมากเนื่องจากมดลูกหดตัว ได้รับการ
ยาบรรเทาปวด Pethidine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเวลา 07.30 นาฬิกาได้รับ
การรักษาโดยให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตรผสมกับ Syntocinon 10 ยูนิตหยอดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา
100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แทนสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร จนกระทั่งเวลา 08.28 นาฬิกา คลอดทารก
เพศหญิง น้ำหนัก 3,350 กรัม ลำตัวยาว 51 เซนติเมตร รอบหัว 32 เซนติเมตร รอบอก 34 เซนติเมตร เกณฑ์
การให้คะแนนทารกแรกเกิดที่ 1 นาที และ 5 นาทีแรก 10 , 10 ตามลำดับ ไม่พบการบาดเจ็บใดๆ ลักษณะ
ทารกทั่วไปแข็งแรงดี รกคลอดปกติเวลา 08.41 นาฬิกา รกครบหนัก 750 กรัม แผลฝีเย็บตัดเฉียงด้านขวา
ความลึกระดับ 2 เย็บด้วยไหมละลาย ประเมินปริมาณเลือดที่ออกขณะคลอดประมาณ 200 มิลลิลิตร ได้รับ

การฉีดยา Methergin 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเวลา 08.44 นาฬิกา และให้สารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตรผสมกับ Syntocinon 10 ยูนิตหยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพหลังคลอดอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98 / 67 มิลลิเมตรปรอท

รับย้ายมารดาหลังคลอดจากห้องคลอดวันที่ 20 มิถุนายน 2549 เวลา 10.30 นาฬิกา มาโดยรถนอน รู้สึกตัวดี ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 30 มิลลิลิตร ประเมินการหดตัวของมดลูกอยู่ระดับสะดือกลมแข็ง ประเมินการกั่งค้างของปัสสาวะไม่มี แผลฝีเย็บบวมและปวดเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 101/69 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำเป็น 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสม Syntocinon 10 ยูนิต หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ ให้ยารับประทานหลังคลอดดังนี้ amoxicillin (500 มิลลิกรัม) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 capsule หลังอาหารเช้าและเย็น, ferrous sulphate วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น และ Paracetamol (500 มิลลิกรัม) ครั้งละ 2 เม็ด ให้รับประทานเวลาปวดและมีไข้ รับประทานห่างกันได้ทุก 4-6 ชั่วโมง บุตรย้ายลงมาพร้อมมารดา ประเมินการไหลของน้ำนมและเต้านม หัวนมและเต้านมปกติ น้ำนมเริ่มไหลแต่ขังน้อย พยาบาลห้องทารกแรกเกิด นำบุตรไปตรวจร่างกายและฉีดวัคซีน ในระหว่างที่อยู่ในความดูแลหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ให้การพยาบาลโดยบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 2 ชั่วโมง จนกระทั่งสัญญาณชีพสม่ำเสมอ พร้อมทั้งประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด การกั่งค้างของปัสสาวะ สังเกตอาการชีพจรเบาเร็ว ใจสั่น เหงื่อออกและระดับความรู้สึกตัว แนะนำและสาธิตวิธีการคลึงมดลูกให้มารดาหลังคลอดได้ปฏิบัติเอง ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา โดยในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังคลอดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 95/60 – 101/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรสม่ำเสมอประมาณ 86 – 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที เวลา 12.30 นาฬิกา ดูแลมารดาหลังคลอดเข้าห้องน้ำปัสสาวะออกดีได้ประมาณ 600 มิลลิลิตร จนกระทั่งเวลา 13.30 นาฬิกา ประเมินการหดตัวของมดลูกไม่ค่อยดี ต้องคลึงอยู่นานจึงจะแข็ง ไม่พบการกั่งค้างของปัสสาวะ มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 100 มิลลิลิตร รู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพได้ ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/66 มิลลิเมตรปรอท จึงรายงานให้แพทย์ทราบเวลา 13.45 นาฬิกา แพทย์ตรวจภายในมีเลือดออกประมาณ 300 มิลลิลิตร มดลูกหดตัวไม่ดีเนื่องจากระยะเวลาในการคลอดยาวนาน ไม่พบการฉีกขาดของช่องทางการคลอด และการกั่งค้างของปัสสาวะ มีการเสียเลือดจากการคลอดโดยรวมประมาณ 700 มิลลิลิตร แพทย์จึงวินิจฉัยว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงให้มารดาหลังคลอดดื่มน้ำและอาหารทางปาก เปลี่ยนสารน้ำเป็น RLS 1,000 มิลลิลิตรผสม Syntocinon 10 ยูนิต หยดเข้าในหลอดเลือดดำโดยปล่อยให้หมด 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที หลังจากนั้นให้ RLS 1,000 มิลลิลิตรผสม Syntocinon 10 ยูนิต อีก

1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ฟีตยา Methergin 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ในระหว่างนี้ให้การพยาบาลโดยบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยการคลึงมดลูก ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาอย่างใกล้ชิด ดูแลใส่สายสวนคาปีสสาวะ เพื่อป้องกันการคั่งค้างของปัสสาวะ และประเมินสารน้ำเข้าออก เจาะเลือดเพื่อจาง PRC 3 ยูนิต ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินค่าความเข้มข้นของเลือด การแข็งตัวของเลือด ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากากในอัตรา 10 ลิตรต่อนาที เพื่อประเมินภาวะช็อคและเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อมารดาหลังคลอดเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดมาก ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ Hb 10.6 g/dl , Hct 31.4 % , platelet count 160,000 cells/cu.mm. , PT 11.1 sec , PTT 28.8 sec , (PT-control) 12.9 sec , (PTT-control) 33.5 sec , INR 0.87 หลังจากนั้นประเมินการหดตัวของมดลูกกลมแข็งดีขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 1 แผ่นผ้าอนามัยต่อชั่วโมง บันทึกปัสสาวะออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกสัญญาณชีพสม่ำเสมอ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรประมาณ 78-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 101/63 – 119/80 มิลลิเมตรปรอท รายงานให้แพทย์ทราบให้ปรับอัตราการหยดของสารน้ำ RLS 1,000 มิลลิลิตรผสม Syntocinon 10 ยูนิต เป็น 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และสังเกตอาการต่อไม่ต้องให้เลือด วันที่ 21 มิถุนายน 2549 เวลา 08.00 นาฬิกา แพทย์ให้เจาะเลือดประเมินภาวะช็อคซ้ำได้ผล Hb 9.6 g/dl , Hct 28.3 % รายงานให้แพทย์ทราบ บันทึกสัญญาณชีพสม่ำเสมอ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.4-36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 95/60- 104/69 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวกลมแข็ง ผ้าอนามัยชุ่มเลือดน้อยกว่า 1 แผ่นต่อชั่วโมง แพทย์มีความเห็นว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะช็อคเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องให้เลือดทดแทน จึงให้ยกเลิกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การบันทึกสารน้ำเข้าออก เอาสายสวนคาปีสสาวะออกได้ และให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ มารดาหลังคลอดหน้าตาสดชื่นขึ้น ลูกเข้าห้องน้ำปัสสาวะเองได้ดี แต่ยังมีอาการเวียนศีรษะถ้ายืนนานๆ ดูแลให้มารดาหลังคลอดได้พักผ่อน และรับประทานอาหารตามเวลา ช่วยเหลือเวลาลูกเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเป็นลมหกล้ม ฝากบุตรเลี้ยงไว้ที่ห้องทารกแรกเกิด นำนมไหลน้อย แนะนำการกระตุ้นบิบนวดเต้านมด้วยตนเองบ่อยๆ

วันที่ 22 มิถุนายน 2549 มารดาหลังคลอดสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ พยาบาลห้องทารกแรกเกิดนำบุตรมาคืน ดูแลสอนวิธีการให้นมบุตรและการดูแลบุตรเช่น การดูแลความสะอาดอาบน้ำทารก การห่อตัว เป็นต้น หลังจากการตรวจเยี่ยมอาการ มารดา และบุตรอยู่ในภาวะปกติแล้วแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตรได้ โดยได้รับยา amoxicillin, ferrous sulphate, Paracetamol ขนาดเดิมไปรับประทานต่อที่บ้าน แนะนำให้มาติดตามตรวจหลังคลอด 1 เดือน นัดตรวจหลังคลอดในวันที่ 20 กรกฎาคม 2549 รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น แผลฝีเย็บ

อีกเสบวมแดง แยก เป็น ไตแข็ง มีไข่ น้ำขาวปลาออกมากผิดปกติหรือมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น ให้หมายเลขโทรศัพท์ปรึกษาถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับมารดาและบุตร สามารถโทรศัพท์ติดต่อปรึกษาพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ญาติมารับมารดาหลังคลอดและบุตรกลับบ้าน เวลา 14.00 นาฬิกา โดยรวมระยะเวลาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก เป็นเวลา 4 วัน และเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง พบว่าปัญหาการตกเลือดหลังคลอดและปวดแผลฝีเย็บได้รับการแก้ไข โดยมารดาหลังคลอดและบุตรมีอาการทั่วไปอยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัยจากการคลอด มารดาหลังคลอดคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและมารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์
2. เพิ่มคุณภาพการให้บริการและเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก
3. ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกพบว่ามีมารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือดมากถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและเฝ้าระวังไม่เพียงพอ อาจทำให้มารดาหลังคลอดได้รับอันตรายจากการช็อก เนื่องจากมารดาหลังคลอดมีภาวะการหดตัวของมดลูกไม่ดีซึ่งเกิดจากระยะเวลาการคลอดยาวนาน การดูแลพยาบาลเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดโดยการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดเป็นระยะๆ การดูแลการให้ยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ แนะนำวิธีการคลึงมดลูกในมารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติเองได้ ประสานงานและรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อพบมีการหดตัวของ

มดลูกไม่ดีและมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก ดูแลให้สารน้ำทดแทนและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
เจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะซีดและการแข็งตัวของเลือด จ้องเลือดและเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้
พร้อมใช้ เมื่อเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและให้
ความร่วมมือในการช่วยเหลือ เฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อกโดยประเมินความรู้สึกตัว อาการชีพจรเบาเร็ว
ใจสั่น เหงื่อออก วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 พร้อมทั้ง
ประเมินการหดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกเป็นระยะๆ

ปัญหาที่สำคัญรองลงมาคือปัญหาทางด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดและญาติจะวิตกกังวลเกี่ยวกับ
ภาวะการตกเลือดหลังคลอดจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการผิดปกติ พุดลอบโยนและให้กำลังใจ
เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษา เปิดโอกาสให้พบแพทย์เพื่อสอบถามข้อสงสัย

10. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามประเมินสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการใช้แนวทางการรักษามารดาหลัง
คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการรักษาอย่างมีระบบและเป็นไปในแนวทาง
เดียวกัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*อนนตรา แก้วดอนรี*.....

(นางอนนตรา แก้วดอนรี)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....16 กุมภาพันธ์ 2552.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....


(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
 และวชิรพยาบาล

วันที่.....16 กุมภาพันธ์ 2552.....

ลงชื่อ.....


(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
 และวชิรพยาบาล

วันที่.....16 กุมภาพันธ์ 2552.....

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางอนุตรา แก้วดอนรี

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.365) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์

เรื่อง โครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินความปวดของแผลหลังคลอด

หลักการและเหตุผล

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมาน ซึ่งความเจ็บปวดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกวัยและทุกบริเวณของร่างกายมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆมากมายทั้งทางด้านสังคม จิตใจ และวิญญาณ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานเกือบทุกระบบของร่างกาย และถ้าไม่ได้รับการบำบัดที่ดีพอแล้วจะทำให้มารดาหลังคลอดเสียบุคลิกภาพ เป็นคนโกรธง่าย อารมณ์หงุดหงิดตลอดเวลา นอนไม่หลับซึ่งมารดาหลังคลอดเกือบทุกรายก็ต้องพบกับความเจ็บปวดของแผลที่เกิดจากการคลอดบุตร หรือจากการทำหมัน เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลซึ่งถือเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญและมีโอกาสดูแลมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิดในการประเมินความเจ็บปวดของแผลจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปวดของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดทำให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิต ทำกิจวัตรประจำวันและดูแลบุตรได้อย่างมีความสุข จึงได้ทำโครงการนี้ขึ้นมาเพื่อสร้างความเข้าใจและมีการบันทึกเป็นหลักฐานในการประเมินความปวดของแผลในมารดาหลังคลอดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับความปวดต่อไปตามแผนการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. มารดาหลังคลอดสามารถบอกระดับความปวดของแผลด้วยตนเองได้
2. เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการประเมินความปวดของแผลในมารดาหลังคลอด
3. เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการบันทึกระดับความปวดแผลหลังคลอด

เป้าหมาย

มารดาหลังคลอดทุกรายที่ผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีแผลฝีเย็บ ผ่าตัดคลอดรวมทั้งมารดาหลังคลอดที่ทำหมันหลังคลอด

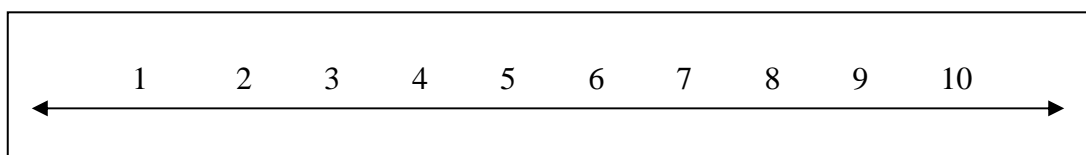
กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

มารดาหลังคลอดเกือบทุกคนต้องพบกับความเจ็บปวดของแผล ซึ่งเกิดจากการคลอดที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว(individual or subjective)ไม่สามารถวัดออกมาเป็น

รูปธรรมเหมือนอาการไข้ ดังนั้นการประเมินจึงค่อนข้างซับซ้อนและมีหลากหลายวิธี พบว่าปัญหาการระงับความปวดของมารดาหลังคลอดยังไม่ดีพอ เนื่องจากพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินความปวด บิโอส(Burokas,1985)ได้กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวดที่เหมาะสม และประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับความปวด ตลอดจนการให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องมีผลต่อการประเมินและการตัดสินใจในการให้การรักษาพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำเครื่องมือวัดความปวดมาใช้ในการประเมินความปวดร่วมกับการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะทำให้การระงับปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาทำความเข้าใจและสรุปเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินระดับความปวดของแผลในมารดาหลังคลอด โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความปวดแบบถามเป็นตัวเลข 0–10 Numerical Rating Scale (NRS) หรือ Verbal numerical rating scale (VNS) เป็นการวัดระดับความปวดโดยใช้แบบฟอร์มและใช้คำถามแล้วให้มารดาหลังคลอดดูและตอบเป็นคะแนน โดยการอธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบว่า ถ้าให้คะแนน 0 แสดงว่าไม่มีความปวดเลย คะแนนที่มากขึ้นแสดงว่าปวดมากขึ้น จนถึงคะแนน 10 ซึ่งเป็นคะแนนที่ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ ท่านคิดว่าท่านจะให้คะแนนปวดของท่านขณะนี้กี่คะแนน



2. จัดทำเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินระดับความปวดของแผลในมารดาหลังคลอด
3. สื่อสารความหมาย ให้ความรู้ และวางแผนร่วมกับมารดาหลังคลอดในการประเมินระดับความปวดแผลด้วยตนเองเมื่อมารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี
4. พยาบาลวิชาชีพประเมินระดับความปวดของแผลในมารดาหลังคลอดทุกรายที่มีแผลโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดของแผลเดียวกัน
5. บันทึกผลการประเมินระดับความปวดของแผลทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลในบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและพิจารณาความถี่ในการประเมินระดับความปวดของแผลดังนี้
 - 5.1. การพิจารณาความถี่ในการประเมินระดับความปวดของแผลก่อนให้การดูแลรักษา ดังนี้

ระดับความปวด	Verbal numerical rating scale (VNS)	ความถี่ในการประเมิน
เล็กน้อย	0-3	อย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง
ปานกลาง	4-6	ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมสัญญาณชีพ
รุนแรง	7-10	ทุกครั้งที่มีอาการ

5.2 . การติดตามประเมินระดับความปวดของแผลหลังให้การดูแลรักษามีดังนี้

5.2.1 ประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้ยาบรรเทาปวด 1-2 ชั่วโมง

5.2.2 ประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้ยา ฉีด 30 – 60 นาที

5.2.3 ประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้การพยาบาลบรรเทาความปวดไม่ใช้ยาทุก 2-4 ชั่วโมง

5.2.4 กรณีมารดาหลังคลอดกลับให้ประเมินระดับความปวดซ้ำเมื่อผู้ป่วยตื่น

6. สื่อสารข้อมูลที่ได้จากการประเมินระดับความปวดแผลของมารดาหลังคลอดกับทีมพยาบาลที่ดูแล
 เปรียบเทียบไปอย่างต่อเนื่อง

7. ประเมินผลการใช้เครื่องมือวัดระดับความปวด(pain score) จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนของมารดา
 หลังคลอดในหอผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละเดือนจำนวนร้อยละ 5 ที่มีการบันทึกระดับความปวดแผลของมารดา
 หลังคลอดโดยใช้ pain score

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการประเมินระดับความปวดแผลในมารดาหลังคลอดเป็นไปอย่าง
 ต่อเนื่องในแนวทางเดียวกัน

2. บุคลากรให้ความสำคัญในการใช้เครื่องมือวัดระดับความปวดแผล(pain score)

3. ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการบันทึกระดับความปวดอย่างชัดเจนและเป็นไปอย่างต่อเนื่องใน
 แนวทางเดียวกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ทีมพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัดคลอด และแผลผ่าตัดทำหมันหลังคลอด
 มีอัตราการใช้เครื่องมือวัดระดับความปวดแผล(pain score)ของมารดาหลังคลอดร้อยละ 100

ลงชื่อ *อนนตรา แก้วดอนรี*

(นางอนนตรา แก้วดอนรี)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....16 กุมภาพันธ์ 2552.....