

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การลดภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรก

เสนอโดย

นางประภาศรี ชนาคุณ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 483)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2550 – วันที่ 9 เมษายน 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ
คำจำกัดความ

Postpartum hemorrhage : PPH หมายถึง การเสียเลือดจากระบบการคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร สำหรับการคลอดทางช่องคลอด หรือ มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร สำหรับการผ่าตัดคลอด

Early PPH หมายถึง การตกเลือดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

Late PPH หมายถึง การตกเลือดในช่วงหลัง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด
สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อย ได้แก่

- Uterine atony
- Laceration of birth passages
- Retained placenta or pieces of placenta
- Abnormal placenta adherence
- Uterine rupture, uterine inversion
- Bleeding disorders

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด มีหลายประการ เช่น

1. uterine over distension เช่น ครรภ์แฝด , polyhydramnios, macrosomic fetus ภาวะต่างๆเหล่านี้ ทำให้มดลูกมีการขยายตัวอย่างมาก และหดตัวได้ไม่ดีหลังคลอด ทำให้เกิด uterine atony และการตกเลือดตามมาได้

2. prolonged labour มีผลทำให้เกิด uterine atony หลังคลอดได้

3. infection คือ chorioamnionitis มีผลทำให้เกิด uterine atony และการติดเชื้อที่รุนแรง(sepsis) มีผลต่อระบบการห้ามเลือดของร่างกาย ทำให้เกิด thrombocytopenia หรือ coagulopathy ทำให้มีเลือดออกอย่างมากหลังคลอดได้

4. ใ้ได้รับ tocolytic agents เช่น terbutaline, MgSO₄, halothane ทำให้เกิด uterine atony หลังคลอด

5. ประวัติ PPH ในครรภ์ก่อน ผู้คลอดกลุ่มนี้มีโอกาสเกิด PPH ซ้ำได้อีกประมาณร้อยละ 10 (มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2548 : 196)

6. antepartum hemorrhage เช่น placenta previa, placenta abruption ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

7. obstetric procedures เช่น การทำ forceps extraction, vacuum extraction, การทำ cephalic version อาจจะทำให้เกิดการฉีกขาดของ birth passages หรือรุนแรงถึงขั้น uterine rupture ทำให้มีการตกเลือดอย่างมากได้

8. multiparity มีการศึกษาว่า หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 เป็นต้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะ uterine atony เพิ่มจากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 1.9 (มานี ปิยะอนันต์ และคณะ , 2548 : 197)

อาการและอาการแสดงของร่างกายจากการเสียเลือด

ปริมาณการเสียเลือด	อาการและอาการแสดง
เสียเลือดร้อยละ 10 – 15	จะเกิด mild tachycardia , postural hypertension เริ่มมี constriction ของหลอดเลือดต่างๆ ที่เลี้ยงบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อ ผู้คลอดจะมีอาการซีด ตัวเย็นและอาการอ่อนล้า
เสียเลือดร้อยละ 15 – 30	ผู้คลอดมีอาการอ่อนเพลีย กระจายน้ำ จะเริ่มมีการตกลงของ Systolic blood pressure เล็กน้อย ตรวจพบมี tachycardia มีการ shunt เลือดจาก GI tract และ kidney ทำให้เริ่มมี Oliguria
เสียเลือดร้อยละ 30 – 40	Compensatory mechanism เริ่มไม่สามารถคงระดับความดันปกติไว้ได้ ทำให้เกิด hypotension อย่างชัดเจน Systolic blood pressure อาจตกลงไปถึง 60 – 80 มิลลิเมตรปรอท จะเริ่มมี tissue hypoxia และ metabolic acidosis เกิดขึ้น ผู้คลอดอาจมีอาการ confusion, restless และเริ่มตรวจพบ EKG change
เสียเลือดมากกว่าร้อยละ 40	ความดันเลือดตกลงอย่างมากอาจลงไปถึง 40 – 60 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดเริ่มมี air hunger, EKG change, anuria ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข มักจะเสียชีวิตในที่สุด

(มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2548 : 197)

การวินิจฉัย ทำได้โดย

- ประวัติ ประเมินปัจจัยเสี่ยงว่าผู้คลอดแต่ละรายมีโอกาสตกเลือดเนื่องจากสาเหตุใด
- การตรวจร่างกาย โดยการคลำบริเวณ fundus เพื่อดูว่ามดลูกหดตัวดีหรือไม่ ถ้าพบว่าหดตัวดีแล้วแต่ยังมีเลือดออกในปริมาณมากอยู่ แสดงว่า อาจมีเลือดออกจากจุดอื่นๆ เช่น รอยฉีกขาดของ birth passage
- การตรวจภายในโดยใช้ AP – retractor แต่อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ตรวจบริเวณแผลฝีเย็บซึ่งอาจมีการฉีกขาดได้มาก โดยเฉพาะในรายที่มีการทำสูติศาสตร์หัตถการ ตรวจดูบริเวณปากมดลูกโดยใช้ sponge forceps ช่วยจับปากมดลูก จากกระบวนการคลอดตามธรรมชาติครั้งหนึ่ง

ของผู้คลอด มักจะมีการฝึกขนาดของปากมดลูกร่วมด้วย แต่มักเป็นรอยฝึกขนาดขนาดเล็ก คือ น้อยกว่า 2 เซนติเมตรและมักไม่ทำให้เกิดเลือดออกรุนแรง แต่บางครั้งอาจมีรอยฝึกขนาดขนาดใหญ่หรือเป็นจุดที่มีเส้นเลือดแดงผ่าน ทำให้มีเลือดออกปริมาณมากได้

4. การตรวจรก ให้นำหน้าของรกที่ได้สัดส่วนตามปกติกับน้ำหนักทารกหรือไม่ สัดส่วนที่น้อยกว่าปกติอาจแสดงว่ามีบางส่วนของรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ต้องดูลักษณะของเนื้อรกว่าครบหรือไม่หรือมีลักษณะของรกน้อย (succenturate placenta) หรือไม่ ซึ่งรกชนิดนี้มักจะมีส่วนของเนื้อรกตกค้างอยู่ในโพรงมดลูกทำให้เกิด uterine atony ได้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ผู้คลอดเป็นหญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 40 ปี อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนาจังหวัด กรุงเทพมหานคร ตั้งครรภ์ที่ 4 ฝากครรภ์โรงพยาบาล 11 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ในครรภ์ก่อน กำหนดคลอด 4 เมษายน พ.ศ. 2550 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยแพทย์นัดมาเร่งคลอด ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์ แพทย์รับไว้ที่ห้องคลอด เมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2550 เวลา 11.30 นาฬิกา HN : 32132/47 AN : 3985/50

แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดีพูดคุยได้ไม่สับสน อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/85 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 70.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ตรวจหน้าท้องพบระดับมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ คลำได้หลังทารกด้านซ้าย ส่วนนำทารกคือศีรษะ และเคลื่อนสู่ช่องเชิงกรานแล้ว ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ได้ 150 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบาง 25 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนนำ -1

จากการตรวจร่างกายโดยทั่วไปไม่พบความผิดปกติใด ๆ ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรมต่าง ๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อซิฟิลิส และเชื้อไวรัส เอชไอวี ให้ผลเป็นลบ ผลการตรวจโลหิตวิทยา พบฮีโมโกลบิน 12.4 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 37 เปอร์เซ็นต์ เกล็ดเลือด 381,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับเม็ดเลือดขาวในเลือด 7,100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ผู้คลอดรายนี้ได้รับการเร่งการคลอด เวลา 12.00 นาฬิกา โดยให้ 5% D/N/2 1,000 มิลลิกรัม ผสมออกซิโตซิน (Oxytocin) จำนวน 5 ยูนิต หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 9 หยดต่อนาที หลังได้รับการเร่งคลอดให้การพยาบาลโดย ประเมินการหดตัวของมดลูก และเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30 นาที และดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง โดยกระตุ้นให้ผู้คลอดปัสสาวะเมื่อสังเกตพบกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี ส่งเสริมเกิดความก้าวหน้าของการคลอด และประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ จากนั้น 5 ชั่วโมงต่อมา ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ทุก 2-3 นาที

ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ความบาง 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ -1 เสียงหัวใจทารกสม่ำเสมอ 130 – 140 ครั้งต่อนาที ผู้คลอดไม่สุขสบาย สีหน้าแสดงความเจ็บปวด ประเมินระดับความปวดได้ 7 คะแนน ซึ่งเป็นระดับความปวดที่มาก ให้การพยาบาลโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงสาเหตุของอาการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้น จากการได้รับทราบข้อมูลและคำอธิบาย ช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น พร้อมทั้งแนะนำเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาปวด จัดท่านอนให้รู้สึกสุขสบาย โดยให้นอนศีรษะสูง 45 องศา และนอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไหลไปเลี้ยงรกได้มากขึ้น ผู้คลอดยังมีอาการกระสับกระส่ายพักไม่ได้ เนื่องจากมดลูกหดตัวถี่และแรง จึงรายงานแพทย์ แพทย์พิจารณาให้ยาบรรเทาปวด Pethidine 50 มิลลิกรัมและ Phenergan 50 มิลลิกรัมฉีดเข้าหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งเกิดอาการข้างเคียงของยา เพราะยาอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และกดศูนย์หายใจได้ ได้ให้การพยาบาลโดยบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้งและประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมให้ผู้คลอดได้รับการพักผ่อน โดยดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า จัดที่นอนให้เรียบเตียง ระวังระวังไม่ให้มีเสียงดังรบกวน ช่วยนวดบริเวณหลังและต้นขา ให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียง และยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ผู้คลอดหลับพักได้เป็นครั้งคราว หลังได้รับยาบรรเทาปวด ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในระดับปกติ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจผู้คลอด 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวด เวลา 17.45 นาฬิกา ปากมดลูกเปิดหมด ถุงน้ำคร่ำแตกเอง น้ำคร่ำมีลักษณะใส คลอดโดยวิธีธรรมชาติ เวลา 17.55 นาฬิกา ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,205 กรัม ลำตัวยาว 50 เซนติเมตร สภาพทั่วไปแข็งแรงดี Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 9 และ 10 คะแนนตามลำดับ รกคลอดเองเวลา 17.58 นาฬิกา น้ำหนักรก 600 กรัม ตรวจสภาพรก เชื้อหุ้มทารกและสายสะดือพบว่าครบและมีลักษณะปกติ หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี จึงรายงานแพทย์ และให้การพยาบาลโดยคลึงมดลูกและวางกระเป๋าน้ำแข็ง เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี พบว่ายังมีเลือดไหลซึมออกทางช่องคลอดตลอดเวลา ผู้คลอดมีสีหน้าซีด อัตราการเต้นของชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/56 มิลลิเมตรปรอท คะแนนการเสียเลือดได้ 550 มิลลิลิตร รายงานอาการผู้คลอดให้แพทย์ทราบ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้การรักษาโดยให้ฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเข้าทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ เมทเธอจิน (Methergin) 0.2 มิลลิกรัม และให้ Haemaccel 500 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ แพทย์พิจารณาให้ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อประเมินการทำงานของไต และให้สังเกตอาการผู้คลอดอย่างใกล้ชิดที่ห้องคลอดต่ออีก 2 ชั่วโมง

2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้คลอดมีระดับความรู้สึกตัวดี อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวดี ไม่มีเลือดออกเพิ่ม แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มีเลือดออกจากแผล ปัสสาวะสีเหลืองใส ออกปริมาณมากกว่า 30

มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล ประเมินระดับความวิตกกังวลได้ในระดับปานกลาง เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นการตกเลือดหลังคลอดครั้งแรก เนื่องจากครรภ์ก่อนผู้คลอดคลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ให้การพยาบาลโดยอธิบายถึงสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดให้ทราบเบื้องต้น พูดคุยด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยพร้อมรับฟังอย่างเข้าใจ จนกระทั่งผู้คลอดคลายความกังวลลง และได้ย้ายผู้คลอดไปพักฟื้นที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด เวลา 19.50 นาฬิกา

หลังคลอดผู้คลอดได้รับการรักษาโดยให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสม ออกซิโตซิน (Oxytocin) จำนวน 10 ยูนิต หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ และได้รับการตรวจความเข้มข้นของเลือดซ้ำในวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2550 พบฮีมาโตคริต 27 เปอร์เซนต์ แพทย์ให้การรักษาโดยให้โลหิต (Pack red cell) 1 ยูนิตและให้ยาบำรุงเลือดเฟอโรบิคัล (Fero-b-cal) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้ากลางวัน และเย็น ยาแก้ปวดพาราเซตามอล (Paracetamol) ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด เวลาปวด และยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้ากลางวัน เย็นและก่อนนอน ภายหลังผู้คลอดแข็งแรง แพทย์ได้ทำหมันหลังคลอดให้ตามความประสงค์ของผู้คลอด หลังทำหมันแผลหมันแห้งดี แผลฝีเย็บแห้งดี น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ นานนมไหลดี สามารถให้นมบุตรได้ ทารกสุขภาพแข็งแรง แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้คลอดและบุตรกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2550 เวลา 12.00 นาฬิกา ผู้คลอดได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน และนัดตรวจหลังคลอดอีกครั้งในวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2550

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษา กรณีศึกษาผู้คลอดเฉพาะรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดครั้งนี้พบว่าสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ในผู้คลอดรายนี้เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี จากการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้คือ การตั้งครรภ์หลัง (Multiparity) จึงได้เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่วินาทีที่ผู้คลอดไว้ดูแล ให้การเฝ้าระวังขณะรอคลอด โดยประเมินการหดตัวของมดลูก และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ พร้อมติดตามความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด ผู้คลอดรายนี้มีความก้าวหน้าของการคลอดปกติ ภายหลังคลอดได้เฝ้าระวังในระยะที่สามของการคลอด โดยให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มดลูกหดตัวดี ได้แก่ การช่วยคลึงมดลูกหลังรกคลอดและวางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณหน้าท้อง ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยการ

สวนปัสสาวะ และรายงานแพทย์อย่างเร่งด่วนเมื่อพบผู้คลอดตกเลือด ให้ยากระตุ้น การหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา จนมดลูกหดตัวดี สังเกตอาการผู้คลอดอย่างใกล้ชิดจน ผู้คลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ ภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด หรือได้รับการตัดมดลูก หลังได้รับการดูแลจนกระทั่งปลอดภัย ผู้คลอดสามารถกลับบ้านพร้อมบุตรได้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาล ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

8.2 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

8.3 เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาคุณภาพงานของบุคลากรทางการพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การประเมินการเสียเลือดหลังคลอด อาจเกิดปัญหาอุปสรรคได้จากปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้

9.1 การตรวจเลือดจากเตียงคลอดและผ้าซับเลือดมักจะได้ค่าที่มากกว่าความเป็นจริง เนื่องจากรวมเอาน้ำคร่ำ น้ำปัสสาวะและน้ำยาทำความสะอาดต่างๆเข้าไปด้วย และไม่สะดวกในการปฏิบัติ

9.2 การประมาณการเสียเลือดด้วยตาเปล่า มักจะประเมินได้เพียงครึ่งเดียวของปริมาณเลือดที่เสียไปจริง นอกจากนี้การเสียเลือดบางครั้งเป็นการเสียเลือดที่อยู่ภายใน ไม่สามารถเห็นจากภายนอกได้ทั้งหมด เช่น มีเลือดค้างอยู่ในโพรงมดลูก ซึ่งอาจค้างอยู่ได้ถึง 1,000 มิลลิลิตร ทำให้ประเมินปริมาณเลือดที่เสียไปได้น้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าสังเกตอาการ และอาการแสดงทางร่างกายอย่างใกล้ชิด เช่น ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะที่ขับออกจากร่างกาย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของการเสียเลือดได้ การส่งเสริมให้เกิดการหดตัวของมดลูก โดยการคลึงมดลูก และกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกให้หมดจะสามารถป้องกันการตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดได้

10. ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลในการประเมินและให้การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยมีการประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดได้อย่างแม่นยำ รวมทั้งการตอบสนองที่ไวและตื่นตัวเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทันที่ และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงและยากเกินแก้ไขได้ โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะที่ออก เนื่องจากอัตราการสร้างน้ำปัสสาวะจะบ่งบอกถึงปริมาณ Renal perfusion การประเมินอาการและอาการแสดง ของร่างกายจากการเสียเลือดย่อมสามารถบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของการเสียเลือดได้เป็นอย่างดี

2. มีการประสานงานผู้กักตักไปยังที่ตักสุติกรรมหลังคลอด รวมทั้งติดตามเยี่ยมและดูแลผู้กักตัก
เมื่อกลับบ้าน โดยส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... *นางสาว ชนาท*

(นางประภาศรี ชนาท)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ *16 สิงหาคม 2552*

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *วิไล*

(นางวิไล วิทนะโชติ)

หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

(ตำแหน่ง) โรงพยาบาลกลาง

วันที่ *24 ส.ค. 2552*

ลงชื่อ..... *Oranna*

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

(ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง)

วันที่ *24 ส.ค. 2552*

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ :
ธนาพรส จำกัด, 2550.

เทียมสร ทองสวัสดิ์. การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

มานี ปิยะอนันต์ และคณะ . ตำราสูติศาสตร์, กรุงเทพฯ ฯ : พี.เอ.ลีฟวิ้ง, 2548.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางประภาศรี ธนาคุณ

เพื่อประเมินการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว ด้านการพยาบาล
(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 483) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์
เรื่อง การลดภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

หลักการและเหตุผล

ภาวะ postpartum hemorrhage : PPH หรือ การตกเลือดหลังคลอด ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้คลอดทางสูติศาสตร์ เนื่องจากก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพผู้คลอดซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งภาวะ postpartum hemorrhage พบได้ประมาณร้อยละ 2 – 11 ของการคลอดทั้งหมด ส่วนการตกเลือดหลังคลอดขั้นรุนแรง (life – threatening PPH) พบได้ประมาณ 1 : 1,000 ของการคลอด และภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุให้ผู้คลอดเสียชีวิตประมาณ 125,000 คนต่อปีทั่วโลก หรือประมาณร้อยละ 11 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2548 : 196) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่พยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้คลอด และมีการตอบสนองที่ไวหากผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดขึ้น และให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต

อุบัติการณ์

จากสถิติห้องคลอดโรงพยาบาลกลาง ในปีพ.ศ. 2550 พบว่า ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด 1,414 ราย พบมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรก 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.69 ทางผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรก

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 75 -80 โดยมีสาเหตุชักนำต่างๆได้แก่ การขยายของมดลูกอย่างมาก ในขณะที่ตั้งครรภ์ ในการตั้งครรภ์แฝด แผลน้ำ หรือทารกในครรภ์ตัวโต การคลอดยาก การให้ออกซิโตซิน (oxytocin) กระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอด การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะ hyperstimulation (การหดตัวของมดลูกที่รุนแรงมากกว่าปกติ) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะ uterine atony จากการรอกคลอดที่ยาวนาน ภายหลังคลอดเมื่อ

พบว่าผู้คลอดตกเลือดแล้ววิเคราะห์สาเหตุและให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

การพยาบาลที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง คือ การพยาบาลด้านจิตสังคม เนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรม เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้คลอดเป็นอย่างมาก และมีผลทำให้เกิดความสูญเสียจากค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตัวผู้คลอดและญาติย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องโรคและให้ข้อมูลต่างๆ กับผู้คลอดและญาติอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล เพื่อให้ผู้คลอดและญาติคลายความวิตกกังวลและมีความเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้อง

วิธีการเพื่อพัฒนาและปรับปรุง

1. ทบทวนสถิติอัตราการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกของห้องคลอดโรงพยาบาลกลาง ที่ผ่านมาพบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.69
2. วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นปัญหาหลักของการตกเลือดหลังคลอด พบว่า เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี
3. ทบทวนกระบวนการดูแลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอด และปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสูติรีเวชกรรม ดังต่อไปนี้
 - 3.1 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความเข้มข้นของเลือด และหมู่เลือดในผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง และผู้คลอดที่เริ่มเข้าสู่ระยะเร่งของการคลอด (active phase)
 - 3.2 ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ออกซิโทซิน(Oxytocin) 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในกรณีที่ยังไม่ให้สารน้ำ
 - 3.3 ภายหลังรกคลอดถ้ามีเลือดออกมากให้ฉีดเมทเธอจิน (Methergin) 0.2 มิลลิกรัม (กรณีความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท)
 - 3.4 คลึงมดลูกและกดไล่เลือดที่ค้างในโพรงมดลูกออก เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น
 - 3.5 วางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณหน้าท้อง เพื่อกระตุ้นให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและมดลูกหดตัวดีขึ้น
 - 3.6 สวนปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
 - 3.7 ประเมินภาวะตกเลือด โดยการสังเกตปริมาณและสีของเลือดที่ออกทางช่องคลอด
 - 3.8 เฝ้าระวังการคลอดในระยะที่ 3 อย่างใกล้ชิด หากพบว่ามีเลือดออกมากกว่าปกติ ให้ขอความช่วยเหลือจากทีมซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่ายได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ คนงาน เพื่อให้การดูแลผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที

4. เมื่อพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดขึ้น ให้ทบทวนสาเหตุและศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อไป

5. ประสานงานตึกหลังคลอดเพื่อให้การดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รับการดูแลอย่างถูกต้องทันทั้งที่
2. ลดความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์และนำไปสู่เป้าหมายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่าร้อยละ 1.5 ต่อการคลอดทางช่องคลอด

นางชื่อ..... *Sriroong* *นาง*.....
 (นางประภาศรี หนาคุณ)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 วันที่..... *14* *สิงหาคม* *2562*.....

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ :
ธนาพรส จำกัด, 2550.

เทียมศร ทองสวัสดิ์. การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

มานี ปิยะอนันต์ และคณะ . ตำราสูติศาสตร์, กรุงเทพฯ ฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2548.

อรรณพ ใจสำราญ และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ. OB & GYN : UPDATE & PRACTICAL IV. กรุงเทพฯ ฯ :
คอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด, 2549.