

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝดที่คลอดทางช่องคลอด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด

เสนอโดย

นางสาวอนงค์นาฏ แก้วเมืองกลาง  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 845)  
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล  
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
สำนักงานแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝดที่คลอดทางช่องคลอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม 2561)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ครรภ์แฝด (multifetal pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดทารกในครรภ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป เช่น แผลคู่ (twins) แผลสาม (triplets) แผลสี่ (quadruplets) เป็นต้น

ชนิดของการตั้งครรภ์แฝด แบ่งเป็น 2 ชนิด (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

1. แผลไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) คือ การตั้งครรภ์แฝดเกิดจากการปฏิสนธิของไข่ 1 ใบ กับอสุจิ 1 ตัว จากนั้นเกิดการแบ่งตัวออกเป็น 2 ตัวอ่อน การตั้งครรภ์แฝดชนิดนี้ยังสามารถแบ่งออกเป็นประเภทย่อย ๆ หลายประเภท ขึ้นอยู่กับลักษณะของเยื่อหุ้มรกด้านแม่ที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของการแบ่งตัวได้แก่

1.1 การแบ่งตัวที่เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 0 - 4 หลังการปฏิสนธิทำให้เกิดการแบ่งตัวของเยื่อหุ้มรกด้านแม่ (chorion) และเยื่อหุ้มรกด้านลูก (amnion) รวมทั้งตัวอ่อน (embryo) ทำให้เกิดครรภ์แฝดประเภท dichorion-diamnion twins (DCDA) เช่นเดียวกับในแฝดคนละใบ (dizygotic twins) ลักษณะรกและถุงน้ำคร่ำแยกจากกัน

1.2 การแบ่งตัวที่เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 4 - 8 หลังการปฏิสนธิจะไม่พบการแบ่งตัวของเยื่อหุ้มรกด้านแม่ แต่จะมีการแบ่งตัวของเยื่อหุ้มรกด้านลูกและตัวอ่อน ทำให้เกิดครรภ์แฝดประเภท monochorion - diamnion twins (MCDA) สภาพรกรมมีลักษณะใช้รกร่วมกัน แต่ถุงน้ำคร่ำแยกเป็นคนละถุง

1.3 การแบ่งตัวขึ้นภายหลังวันที่ 8 ของการปฏิสนธิ จะไม่พบการแบ่งตัวของเยื่อหุ้มรกด้านแม่ และเยื่อหุ้มรกด้านลูก เหลือเพียงการแบ่งตัวของตัวอ่อนเท่านั้น ทำให้เกิดครรภ์แฝดประเภท monochorion-monoamnion twins (MCMA) ลักษณะใช้รกร่วมกัน และอยู่ในถุงน้ำคร่ำเดียวกัน

1.4 การแบ่งตัวภายหลังวันที่ 12 ของการปฏิสนธิจะพบการแบ่งตัวที่ไม่สมบูรณ์ของตัวอ่อนทำให้เกิดครรภ์แฝดประเภท monochorion-monoamnion conjoined twins

2. แผลไข่คนละใบ (dizygotic twins) เกิดการปฏิสนธิของไข่ 2 ใบกับอสุจิ 2 ตัวในการตั้งครรภ์เดียวกัน อุบัติการณ์ของครรภ์แฝดชนิดนี้ มีความแตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ พันธุกรรม อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ รวมทั้งการได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ครรภ์แฝดที่เกิดขึ้นนี้จะมีลักษณะของเยื่อหุ้มรกด้านแม่เป็นแบบ dichorion-diamnion twins เท่านั้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์แฝด

1. เชื้อชาติ อุบัติการณ์การตั้งครรภ์แฝดจะแตกต่างกันตามเชื้อชาติ โดยประชากรผิวดำมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝดได้มากกว่าประชากรผิวขาวและชาวเอเชีย

2. พันธุกรรม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมของมารดามีมากกว่าบิดา โดยเฉพาะครรภ์แฝดที่เกิดจากไข่ 2 ใบ

3. อายุของมารดาและจำนวนการตั้งครรภ์ มารดาที่มีอายุมาก และการตั้งครรภ์หลัง มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝดได้มากกว่ามารดาตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย

4. การรักษาภาวะมีบุตรยาก การได้รับยากระตุ้นการตกไข่

5. เพื่อรักษาภาวะมีบุตรยาก เช่น การใช้ฮอร์โมนที่ควบคุมระบบสืบพันธุ์ จะทำให้เกิดการตกไข่ครั้งละหลาย ๆ ใบ ทำให้มีโอกาสดังกล่าวได้ และการใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ โดยการทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization : IVF) มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดได้มากกว่าแฝดสอง

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด (ธีระ ทองสง, 2559; ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, 2559)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ทั่วไป

1.1 การแท้งบุตร (abortion) การตั้งครรภ์แฝดทำให้เกิดการแท้งบุตรได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติทางโครโมโซม หรือทารกมีความพิการแต่กำเนิด

1.2 การคลอดก่อนกำหนด (preterm labour) พบว่าการตั้งครรภ์แฝดจะมีโอกาสดังกล่าวมากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว เนื่องจากการยืดขยายของมดลูกที่มากกว่าปกติ

1.3 ภาวะซีด (anemia) มารดาตั้งครรภ์แฝดมีโอกาสเกิดภาวะซีดได้มากกว่ามารดาตั้งครรภ์เดี่ยว

1.4 น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย (low birth weight) การตั้งครรภ์แฝดมีโอกาสทำให้มารดาคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว ยิ่งจำนวนทารกในครรภ์มีมากเท่าใด ยิ่งส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักลดลงยิ่งขึ้น

1.5 ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension : PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และอาการมักรุนแรงกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว ส่งผลกระทบให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้าจากการไหลเวียนเลือดที่รกไม่มีประสิทธิภาพ

1.6 มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากกว่ามารดาตั้งครรภ์เดี่ยว เนื่องจากการยืดขยายของมดลูกมากขึ้น

1.7 มารดามีโอกาสผ่าตัดคลอดสูงขึ้น เกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ส่วนนำของทารกเป็นท่าก้น ท่าขวาง หรือส่วนนำของทารกขัดกัน ส่งผลให้ส่วนนำของทารกงออยู่เชิงกรานไม่ได้

1.8 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดเฉพาะการตั้งครรภ์แฝด

2.1 การพันกันของสายสะดือ (cord entanglement) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตสูง ซึ่งเป็นภาวะที่ทารกแฝดอยู่ในถุงน้ำคร่ำเดียวกัน จึงทำให้เกิดการพันกันของสายสะดือได้

2.2 ทารกแฝดไม่มีหัวใจ (twin reversed-arterial-perfusion sequence : TRAP) ครรภ์แฝดชนิดนี้ จะตรวจพบทารกปกติคนหนึ่ง และทารกอีกคนมีโครงสร้างร่างกายมีลักษณะผิดปกติ ไม่มีหัวใจ กะโหลกศีรษะ ทรวงอก และระบบการไหลเวียนเลือดไม่ผ่านรกมีทิศทางไหลเข้าสู่ร่างกาย ทำให้หัวใจทารกที่ปกติ ต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต้องสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายพร้อม ๆ กัน จึงทำให้ทารกปกติเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด

2.3 ทารกแฝดมีการถ่ายเทเลือดระหว่างกัน (twin-twin transfusion syndrome : TTTS) เป็นภาวะเชื่อมกันของหลอดเลือด เกิดการถ่ายเทเลือดจากทารกคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดที่ไม่สมดุล

2.4 ทารกแฝดมีน้ำหนักตัวแตกต่างกันมาก (discordant twins) เป็นภาวะที่น้ำหนักของทารกแต่ละคนแตกต่างกัน เกิดจากหลอดเลือดที่รกมีการเชื่อมติดกัน ตำแหน่งการเกาะของรก ขนาดของรก ทำให้การไหลเวียนเลือดของทารกแฝดไม่สมดุล จึงมีน้ำหนักตัวที่แตกต่างกันได้

2.5 ทารกแฝดที่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเชื่อมต่อกัน หรือแฝดสยาม (conjoined twins) เป็นภาวะที่ทารกแฝดมีอวัยวะเชื่อมต่อกัน มีหลายชนิดขึ้นอยู่กับส่วนของอวัยวะที่เชื่อมต่อกัน ครรภ์แฝดชนิดนี้ แนะนำให้ผ่าตัดคลอดเท่านั้น

2.6 ทารกแฝดคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตในครรภ์ พบว่าทารกแฝดที่เป็นเพศเดียวกันมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าทารกแฝดคนละเพศ สำหรับทารกแฝดที่รอดชีวิตนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ ส่วนทารกแฝดที่เสียชีวิตมักจะเสื่อมสลายไปหมด จะไม่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของทารกแฝดที่รอดชีวิต แต่ถ้าการเสียชีวิตดังกล่าวเกิดขึ้นภายหลังไตรมาสแรก มักจะส่งผลต่อทารกแฝดที่รอดชีวิต โดยเฉพาะส่งผลกระทบต่อระบบสมองและประสาท

การวินิจฉัยครรภ์แฝด (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560)

1. การซักประวัติ เพื่อค้นหาความเสี่ยงของมารดาที่มีโอกาสตั้งครรภ์แฝด เช่น เชื้อชาติ อายุ จำนวน การตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์แฝด ในครอบครัว และประวัติการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้มีบุตรยาก เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์พบขนาดของมดลูกโตกว่าขนาดของอายุครรภ์ การตรวจครรภ์ด้วยวิธีการวัดความสูงของยอดมดลูก พบว่ามีขนาดมากกว่าอายุครรภ์จริง 5 เซนติเมตรขึ้นไป คลำพบศีรษะ 2 ตำแหน่ง คลำ large parts ของทารกได้มากกว่า 3 ตำแหน่ง หรือคลำ small parts ได้หลายตำแหน่ง ตรวจพบตำแหน่งการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 2 ตำแหน่ง มีอัตราแตกต่างกันมากกว่า 10 ครั้งต่อนาที และไม่สัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจมารดา

3. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) โดยใช้ตรวจยืนยันการวินิจฉัย คู่อำนาจทารกในครรภ์ ตำแหน่งของรก การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

สามารถแยกประเภทของเชื้อหุ้มรกด้านแม่ในครรภ์แฝดได้ โดยตรวจพบทารกแฝดคนละเพศ ชนิดของรก และถุงน้ำคร่ำ

4. การตรวจทางรังสีวิทยา สามารถช่วยในการวินิจฉัยครรภ์แฝดได้เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 18 สัปดาห์ขึ้นไป

การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝด (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560; อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2555)

การดูแลในระยะก่อนคลอด

1. มารดาตั้งครรภ์แฝดควรได้รับอาหารที่มีประโยชน์ คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและปริมาณพลังงานควรได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว ประมาณวันละ 300 กิโลแคลอรีต่อวัน และต้องการธาตุเหล็กเสริมวันละประมาณ 60-100 มิลลิกรัมต่อวัน รวมทั้งกรดโฟลิกเสริมเพิ่ม 1 มิลลิกรัมต่อวัน

2. การติดตามการเจริญเติบโตของทารกเป็นระยะ ๆ โดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยเฉพาะการตรวจปริมาณน้ำคร่ำ ซึ่งถ้าพบว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) เป็นการสะท้อนถึงการทำงานของรกลดลง

3. การพักผ่อนมารดาตั้งครรภ์ ให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ในการนอนพักควรให้นอนท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้มากขึ้นและควรรงคการทำงานหนัก เพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้คลอดก่อนกำหนดได้

4. ให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าปกติ ติดตามป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะมีน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนกำหนด จะให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อของทารกในครรภ์ หรือดูแลให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอดทารกในครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ

การดูแลในระยะคลอด

1. ประเมินอายุครรภ์มารดาขณะมาคลอด รายที่คลอดก่อนกำหนดหรือรายที่อายุครรภ์ครบกำหนด เพื่อวางแผนการรักษา

2. ประเมินมารดาว่าเข้าสู่ระยะของการเจ็บครรภ์ โดยการตรวจร่างกาย การตรวจภายใน ประเมินการหดตัวของมดลูกทางหน้าท้องมีการหดตัวสม่ำเสมอ

3. มีการติดตามทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์ (electronic fetal monitoring) ไว้ตลอดเวลา

4. ประเมินส่วนนำ ท้าของทารกแต่ละคนด้วยการตรวจร่างกาย ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และตรวจภายหลังการคลอดทารกแฝดคนแรกไปแล้ว เพื่อดูท่าและตำแหน่งของทารกแฝดคนที่เหลือ

5. ดูแลให้สารละลายที่เหมาะสมแก่มารดาขณะคลอด ถ้ามารดาตกเลือดหลังคลอด สามารถให้สารละลายได้อย่างรวดเร็ว เตรียมเลือด และองค์ประกอบของเลือดไว้พร้อมใช้ตลอดระยะเวลาที่ดูแลมารดา

6. เตรียมพื้นที่สำหรับการดูแลมารดาครรภ์แฝดอย่างเพียงพอ ทั้งบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กรณีครรภ์แฝดคลอดก่อนกำหนดหรือทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ต้องมีกุมารแพทย์ช่วยในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพทารกได้อย่างรวดเร็ว

การดูแลในระยะหลังคลอด

1. ดูแลความสบายทั่วไปและสิ่งแวดล้อมมารดาหลังคลอด
  2. ประเมินปริมาณและลักษณะเลือดที่ออกทางช่องคลอดออกมากกว่าปกติ (active bleeding)
  3. ดูแลถึงมดลูกให้ได้ก้อนกลมแข็ง และแนะนำให้มารดาถึงมดลูกบ่อย ๆ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกมีการยืดขยายมากในครรภ์แฝด
  4. ดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่างเสมอ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
  5. แนะนำมารดาเรื่องการดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บและอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด
  6. ดูแลการให้นมบุตรและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งมีโอกาสเกิดได้มากกว่ามารดาตั้งครรภ์เดี่ยว
  7. แนะนำมารดาหลังคลอดเรื่องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน
- เภสัชวิทยา (ปราณี ฐิติไพเราะ, 2559)

เดกซามิทาโซน (dexamethasone) เป็นยาที่ใช้เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ กลไกการออกฤทธิ์ กระตุ้น pneumocyte type II ให้มีการสร้างและปล่อยสาร surfactant ช่วยเพิ่มปริมาตรและแลกเปลี่ยนก๊าซของเซลล์เยื่อปอด การบริหารยาเดกซามิทาโซน 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง การพยาบาล ติดตามและบันทึกความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ

ออกซิโทซิน (oxytocin) เป็นยาช่วยกระตุ้นทำให้มดลูกเกิดการบีบรัดตัว ทำให้การคลอดเป็นไปได้เร็วขึ้น หลังคลอดช่วยรักษาภาวะตกเลือด โดยยาจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งการฉีดยาออกซิโทซินเข้ากล้ามเนื้อ 10 ยูนิต หลังการคลอด หรือเจือจางออกซิโทซิน 10 - 40 ยูนิต ในสารละลายที่ปราศจากเชื้อ 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยให้ในอัตราที่แพทย์กำหนด เพื่อให้มดลูกหดตัว หยุดภาวะเลือดออกหลังคลอด ผลข้างเคียงของยาออกซิโทซิน ทำให้มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน หลังให้ยาออกซิโทซิน การพยาบาล วัตถุประสงค์ยาทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 1 ครั้ง กระทั่งสัญญาณชีพปกติ ให้วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติดังกล่าว หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ รับทราบ เพื่อให้ยาแก้ท้องเสีย แก้อาเจียน และดูแลการให้ยาตามแผนการรักษา

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การตั้งครรภ์แฝดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ เช่น การกระตุ้นไข่ การทำเด็กหลอดแก้ว เป็นต้น ทำให้อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตได้ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ จากสถิติมารดาตั้งครรภ์แฝด ของห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2560 พบ 30 ราย ต่อจำนวนผู้คลอด 3,459 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.87 ปี พ.ศ. 2561 พบ 15 ราย ต่อจำนวนผู้คลอด 3,530 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.42 และปี พ.ศ. 2562 พบ 22 ราย ต่อจำนวนผู้คลอด 3,054 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.72 (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2560-2562) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์

##### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝดที่คลอดทางช่องคลอด โดยพิจารณาจากอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น

2. รวบรวมข้อมูล และสถิติมารดาที่ตั้งครรภ์แฝดและคลอดทางช่องคลอด ของห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2560 - 2562

3. เลือกกรณีศึกษาการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝดที่คลอดทางช่องคลอด โดยกรณีศึกษาเป็นผู้คลอดอายุ 25 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน เลขที่ภายนอก 20050/61 เลขที่ภายใน 7343/61 มาโรงพยาบาลวันที่ 13 พฤษภาคม 2561 ด้วยอาการเจ็บครรภ์ และมีน้ำคร่ำไหลออกทางช่องคลอด ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่ามารดาตั้งครรภ์แฝด ผู้คลอดสามารถคลอดทารกทั้งสองได้ทางช่องคลอด ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด เนื่องจากอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด เปิดโอกาสให้ได้ซักถาม ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้คลอด ถึงความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดีให้การพยาบาลตามแผนการรักษาผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดสามารถเลี้ยงทารกได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน

4. ค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลประวัติของกรณีศึกษา ศึกษาเอกสารวิชาการ ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และทบทวนจากตำราต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลมารดาตั้งครรภ์แฝด

5. นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาและวิเคราะห์ วิจัยนัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. รวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาเฉพาะราย นำมาเรียบเรียงเป็นผลงาน ตรวจสอบความถูกต้อง และปรึกษา นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้คลอดอายุ 25 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 ครรภ์แรกคลอดครบกำหนด วันครบกำหนดคลอด วันที่ 4 มิถุนายน 2561 มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน ฝากครรภ์ที่คลินิก คลองเตยจำนวน 8 ครั้ง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จำนวน 2 ครั้ง ผู้คลอดฝากครรภ์สม่ำเสมอรวม 10 ครั้ง เริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ วันที่ 23 เมษายน 2561 ทำการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่าตั้งครรภ์แฝด สภาพถุงน้ำคร่ำแยกเป็นคนละถุง (mono chorion - diamnion) ทารกในครรภ์คนที่ 1 น้ำหนักตัวประมาณ 2,338 กรัม ทารกในครรภ์คนที่ 2 น้ำหนักตัวประมาณ 2,058 กรัม ทารกมีส่วนนำเป็นศีรษะทั้ง 2 คน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซีฟิลิส (VDRL) ไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และโรคเอดส์ (HIV) ปกติ ในขณะที่ตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้คลอดมาโรงพยาบาลวันที่ 13 พฤษภาคม 2561 เวลา 06.25 นาฬิกา ด้วยอาการเจ็บครรภ์ และมีน้ำคร่ำออกทางช่องคลอดเวลา 05.00 นาฬิกา แรกรับตรวจร่างกาย พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 85 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/92 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางหน้าท้อง พบว่าระดับยอดมดลูกอยู่เท่าระดับลิ้นปี่ ขนาดของมดลูกใหญ่กว่าอายุครรภ์ ( $3/4 > 0$ ) บันทึกการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ได้ 2 ตำแหน่ง ด้านซ้ายต่ำกว่าระดับสะดือ มีอัตราการเต้นของหัวใจ 146 ครั้งต่อนาที และด้านขวาต่ำกว่าระดับสะดือ มีอัตราการเต้นของหัวใจ 138 ครั้งต่อนาที คาคะเน้น้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 5,000 กรัม มดลูกมีการหดตัวทุก 3 นาที นาน 45 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว +2 ประเมินระดับความเจ็บปวด (visual analog scale) 8 คะแนน ผลการตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ทารกคนที่ 1 ส่วนนำเป็นศีรษะ ระดับส่วนนำ +1 ถุงน้ำคร่ำแตก ลักษณะของน้ำคร่ำใส ประเมินทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจสถานะทารกในครรภ์ พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกคนที่ 1 ได้ 148 ครั้งต่อนาที และทารกคนที่ 2 ได้ 136 ครั้งต่อนาที มีการหดตัวของมดลูกทุก 3 นาที นาน 50 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว +2 อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ความก้าวหน้าของการคลอด กระบวนการคลอด และแผนการรักษาให้ผู้คลอด และครอบครัวทราบ ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด เนื่องจากตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด กลัวทารกในครรภ์ไม่ปลอดภัย เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถาม ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้คลอด ถึงความปลอดภัยของตนเอง และทารกในครรภ์ ผู้คลอดรับทราบแผนการรักษา และคลายความวิตกกังวลลง สูติแพทย์ทำการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำทั้ง 2 คน จึงพิจารณาให้ผู้คลอด คลอดทางช่องคลอด เวลา 06.35 นาฬิกา ให้สารละลาย LRS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 06.40 นาฬิกา ให้ยาเดกซาเมทาโซน 6 มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อเพื่อกระตุ้นปอดทารก เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด เวลา 06.43 นาฬิกา ให้ยาฆ่าเชื้อแอมพิซิลลิน 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระหว่างการคลอด หลังได้ยาติดตามและเฝ้าระวังอาการ



แพทย์ ผู้คลอด ไม่มีผื่นคันขึ้นตามผิวหนัง ไม่พบอาการคลื่นไส้และอาเจียน ความดันโลหิต 131/82 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา เตรียมอุปกรณ์และบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดทั้ง 2 คน เพื่อให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดได้ทันที ผู้คลอด กระสับกระส่าย ปวดท้อง และอยากเบ่ง แนะนำการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี ดูแลผู้คลอดได้รับความสุขสบาย อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจในการเบ่งคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก มดลูกหดตัวทุก 2 นาที 30 วินาที นาน 45 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว +2 ผู้คลอดรู้สึกเจ็บมากขณะมดลูกมีการหดตัว สอนการหายใจที่ถูกต้องโดยการหายใจเข้าลึก ๆ ยาว ๆ แล้วหายใจออกทางปากช้า ๆ เมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจปกติ จัดทำอนศირะสูง เพื่อช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดให้ไปเลี้ยงมดลูกมากขึ้น ทารกคนที่ 1 คลอดทางช่องคลอด เวลา 7.32 นาฬิกา ทารกเพศชาย คุदनน้ำคร่ำออกจากปากและจมูกทารกด้วยลูกสูบยางแดง เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำเข้าภายในปอด และกระตุ้นให้ทารกแรกเกิดร้องทันที คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน (หักคะแนนสีผิว 1 คะแนน) นาທີที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน และนาທີที่ 10 เท่ากับ 10 คะแนน ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 2,580 กรัม อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้งต่อนาที ทารกหายใจ 50 ครั้งต่อนาที ระดับความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 95 อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี หลังทารกคนที่ 1 คลอด แพทย์ทำการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อประเมินตำแหน่งทารกในครรภ์อีกคน ตรวจทางช่องคลอดพบศีรษะทารกคนที่ 2 ลงมาในช่องเชิงกราน ระดับส่วนน้ำ +1 เวลา 07.40 นาฬิกา จึงทำหัตถการเจาะถุงน้ำคร่ำทารกคนที่ 2 ลักษณะน้ำคร่ำใส ประเมินการเต้นของหัวใจทารก มีอัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที มดลูกมีการหดตัว 2 นาที 30 วินาที นาน 50 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว +2 สอนวิธีการหายใจ และการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี ทารกคนที่ 2 คลอดเวลา 07.42 นาฬิกา ทารกเพศชาย คุदनน้ำคร่ำออกจากปาก และจมูกทารกด้วยลูกสูบยางแดง เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำเข้าภายในปอด ผลการประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน (หักคะแนนสีผิว 1 คะแนน) นาທີที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน และนาທີที่ 10 เท่ากับ 10 คะแนน ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 2,740 กรัม อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้งต่อนาที หายใจ 52 ครั้งต่อนาที ระดับความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 95 อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี รกคลอดเวลา 07.47 นาฬิกา สภาพรกมีลักษณะถุงน้ำคร่ำแยกเป็นคนละถุง น้ำหนักรก 1,000 กรัม ความดันโลหิตหลังรกคลอดเท่ากับ 135/72 มิลลิเมตรปรอท หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากมีการยืดขยายมาก ให้การพยาบาลโดยการนวดคลึงมดลูก และวางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณยอดมดลูก ดูแลให้ผู้คลอดได้รับยาออกซิโทซิน 10 ยูนิท ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ เวลา 07.42 นาฬิกา ผสมยาออกซิโทซิน 10 ยูนิท ในสารละลาย LRS 900 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ แนะนำผู้คลอดดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บ ประเมินการหดตัวของมดลูกซ้ำเวลา 08.10 นาฬิกา พบว่า มดลูกยังหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด

ประมาณ 220 มิลลิลิตร รายงานสูติแพทย์ให้ผสมยาออกซิโทซินเป็น 30 ยูนิต ในสารละลาย LRS 800 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ติดตามการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกให้มีลักษณะกลมแข็ง พร้อมทั้งสอนและแนะนำให้ผู้คลอดคลึงมดลูกด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด นำทารกให้มารดาโอบกอดและกระตุ้นคุณแม่มารดานาน 15 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารก และเป็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา จากนั้นนำทารกส่งหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ประเมินผู้คลอดหลังคลอด มดลูกมีการหดตัวดี ปริมาณการเสียเลือดทั้งหมด 380 มิลลิลิตร ดูแลให้ผู้คลอดได้พักผ่อนหลังคลอดในห้องคลอด 2 ชั่วโมง ประเมินความดันโลหิต 132/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที ย้ายมารดาไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เวลา 09.45 นาฬิกา

ตรวจเยี่ยมผู้คลอดหลังคลอดวันที่ 14 พฤษภาคม 2561 เวลา 10.20 นาฬิกา มดลูกหดตัวดี อยู่ระดับเดียวกับสะดือ น้ำคาวปลาปริมาณน้อยลง รายงานสูติแพทย์หยุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เวลา 11.30 นาฬิกา ไม่มีกลิ่นเหม็น แผลฝีเย็บไม่บวม แดง ทารกอยู่กับผู้คลอดทั้งสองคนคุณแม่มารดาได้ดี น้านมเริ่มไหล ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พูดคุยซักถามถึงปัญหาและให้กำลังใจในการเลี้ยงบุตรสองคนพร้อมกัน หลังจากพูดคุยและให้คำแนะนำ ผู้คลอดมีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้นมีความมั่นใจในการดูแลบุตรเยี่ยมครั้งสุดท้ายวันที่ 17 พฤษภาคม 2561 มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาปริมาณน้อยลง แผลฝีเย็บแห้งดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทารกคุณแม่มารดาได้ดี แนะนำการบีบเก็บน้านมให้ทารก ผู้คลอดวางแผนคุมกำเนิดโดยวิธีฉีดยาคุมกำเนิด แพทย์อนุญาตให้ผู้คลอดกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 5 วัน

## 7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์แฝด โดยการคลอดปกติ ขณะรับมารดาไว้ในความดูแล พบปัญหา มารดาไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากมดลูกมีการหดตัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดครรภ์แฝด ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกมีการยืดขยายมากกว่าปกติ มารดาและทารกสามารถผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากการคลอด มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังคลอด ก่อนกลับบ้านได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลแผลฝีเย็บ และวิธีการคุมกำเนิด มารดาเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นัดตรวจหลังคลอด 1 เดือน

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 พยาบาลประจำห้องคลอดมีแนวทางในการดูแลผู้คลอดตั้งครรภ์แฝดในระยะคลอด และนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

8.2 พยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้คลอดตั้งครรภ์แฝดในระยะคลอดเพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น

## 9. ความยุ่งยากปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 การทำคลอดผู้คลอดครรภ์แฝดในรายที่คลอดทางช่องคลอด บุคลากรควรมีทักษะและประสบการณ์ การดูแลทำคลอดครรภ์แฝด เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยในการคลอด

9.2 การเตรียมพื้นที่สำหรับการดูแลมารดาครรภ์แฝดไม่เพียงพอ ทั้งบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ในครรภ์แฝดคลอดก่อนกำหนดหรือทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ต้องมีการเตรียมความพร้อมของรถช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับทารก เพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพทารกได้อย่างรวดเร็ว

9.3 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา โดยการนำทารกทั้ง 2 คน มากระตุ้นดูนมมารดาภายใน 30 นาที หลังคลอดมารดาหลังคลอดยังอ่อนเพลีย ต้องใช้พยาบาลในการช่วยกระตุ้นดูนมมารดาทั้ง 2 คน

## 10. ข้อเสนอแนะ

มารดาตั้งครรภ์แฝดพบได้น้อยกว่ามารดาตั้งครรภ์เดี่ยว ส่วนใหญ่มารดาที่ตั้งครรภ์แฝดแพทย์จะนัดมาเพื่อผ่าตัดคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ในรายที่จำเป็นต้องคลอดทางช่องคลอด พยาบาลควรได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลมารดาตั้งครรภ์แฝดขณะคลอด โดยการสร้างสถานการณ์จำลอง การทำคลอดครรภ์แฝดในหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การดูแลมารดาและทารกได้รับความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังจากกลับบ้าน โดยประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....คุณพิกัด.....แก้วเมืองกลาง.....

(นางสาวอนงค์นาฏ แก้วเมืองกลาง)

ผู้ขอรับการประเมิน

๐๒ กย. ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....นิศยา.....

(นางนิศยา ศักดิ์สุภา)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

๐๒ กย. ๒๕๖๔

(ลงชื่อ).....เกรียงไกร.....

(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์)

ตำแหน่งผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

๐๒ กย. ๒๕๖๔

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 13 พ.ค. 2561 ถึงวันที่ 17 พ.ค. 2561

คือ นายสุกิจ ศรีทิพย์วรรณ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

## เอกสารอ้างอิง

- ตรีภพ เติศบรรณพงษ์. (2560). ครรภ์แฝด (Multifetal pregnancy). ใน ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ และ ตรีภพ เติศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์* (น.201-210). กรุงเทพฯ : พี.เอ.อีฟวิ่ง.
- ธีระ ทองสง. (2559). ภาวะแทรกซ้อนจำเพาะของครรภ์แฝด (Unique complications of multifetal pregnancy). ใน วิบูลย์ เรืองชัยนิคม, บุญศรี จันทร์รัชชกุล, สมศรี พิทักษ์กิจธกร, ปัทมา พรหมสนธิ, มาลี เกื้อนพกุล และ ภิญญารัตน์ อัสดงพงพนา (บรรณาธิการ), *การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (น.117-122). กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. (2559). การบริหารครรภ์แฝด (Multifetal gestation management). เพิ่มศักดิ์ สุขเมษศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และ ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์ (บรรณาธิการ), *การบริหารปริกำเนิดจากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ* (น. 141 -147). กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ปราณี ฐิติไพเราะ. (2559). *คู่มือยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: เอ็นพี เพรส ลิมิตพาร์ทเนอร์ชิพ.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2560-2562). สถิติการคลอดครรภ์แฝด. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2555). การตั้งครรภ์แฝด (Multifetal pregnancy). ใน วรพงศ์ ภู่งศ์, (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (น.131-143). กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวอนงค์นาฏ แก้วเมืองกลาง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 845) สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด

### หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ (episiotomy infection) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังคลอด ทำให้แผลฝีเย็บแยกออกจากกันส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น โดยอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดทั่วโลกพบได้ประมาณร้อยละ 0.1 - 23.7 สำหรับในประเทศไทยพบการติดเชื้อแผลฝีเย็บร้อยละ 0.2 - 3.96 (นุชนารถ เขียวนุกูล, สิ้นจัย เขื่อนเพชร, วรณวรา ตันกุลรัตน์, และพรนภา เอี่ยมลออ, 2562) โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อแผลฝีเย็บมากขึ้น ได้แก่ ภาวะเสียเลือดปริมาณมาก ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกที่ยาวนาน การซ่อมแซมฝีเย็บเป็นเวลายาวนาน การใช้สูติศาสตร์หัตถการต่าง ๆ เช่น การทำคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ เป็นต้น

ห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีสถิติการคลอดปี 2560 - 2562 พบอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บเป็นร้อยละ 0.79, 1.09, และ 0.26 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2560-2562) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น และยังเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.2 จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องนำมาพัฒนาเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดค่าใช้จ่ายและเวลาดำเนินการในโรงพยาบาล รวมทั้งสร้างความพึงพอใจให้กับผู้คลอดที่มารับบริการ

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บหลังคลอด
2. เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลแผลฝีเย็บได้ถูกต้อง

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แผลฝีเย็บ (episiotomy) ถือเป็นหัตถการที่ทำบ่อยที่สุดหัตถการหนึ่งทางสูติศาสตร์ เป็นการตัดส่วนที่อยู่ระหว่างช่องคลอดกับรูทวารหนัก เพื่อช่วยขยายช่องคลอดให้กว้างขึ้นในช่วงที่มีการเบ่งคลอด เพื่อช่วยให้ทารกสามารถคลอดออกมาได้ง่ายขึ้น (ศนิตรา อนุวุฒิณาวิน และ วิทยา ธิฐาพันธ์, 2560) จุดประสงค์หลักของการตัดฝีเย็บ เพื่อเพิ่มความกว้างของช่องทางการคลอด ลดระยะเวลาในการคลอด ป้องกันการฉีกขาดเองของฝีเย็บ และง่ายต่อการซ่อมแซม การหายของบาดแผลดีขึ้น ช่วยป้องกันความเสียหายต่อกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และ

ยังช่วยลดการเกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ การติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บจากการเกิดบาดแผลทำให้สูญเสียผิวหนังปกคลุมร่างกายบางส่วน และยังเป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ แม้ว่าแผลฝีเย็บได้รับการซ่อมแซมเรียบร้อย ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากแผลฝีเย็บอยู่ใกล้รูเปิดทวารหนัก และรูเปิดปัสสาวะ ทำให้เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค และฝีเย็บอักเสบได้ ผู้คลอดควรมีความรู้และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เมื่อมีแผลฝีเย็บทางช่องคลอด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (orem, 2001) เป็นแนวคิดในการสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน และคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง (พารุณี วงษ์ศรี และทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2561) สามารถนำมาใช้ในการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเมื่อมีแผลฝีเย็บหลังคลอด แก่มารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ และเป็นแนวทางในการดูแลให้การพยาบาลในแนวทางเดียวกัน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ

1. จัดตั้งทีมเพื่อการพัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด
2. รวบรวมข้อมูลสถิติมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อแผลฝีเย็บของห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2560 - 2562
3. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา งานวิจัย อินเทอร์เน็ต เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด
4. ประชุมร่วมกับทีมในหน่วยงาน และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์สูติกรรม 1 คน และหัวหน้าตึกห้องคลอด เพื่อจัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้กับมารดาหลังคลอด
5. จัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด ด้วยสื่อการสอนในรูปแบบวิดีโอ บรรยายประกอบภาพในการดูแล และปฏิบัติตัวเมื่อมีแผลฝีเย็บหลังคลอด และแบบประเมินความรู้ความเข้าใจของมารดาภายหลังการดูวิดีโอ
6. นำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอดในรูปแบบวิดีโอ มาทดลองใช้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2 สัปดาห์ โดยมีแบบประเมินความรู้ความเข้าใจภายหลังการดูวิดีโอ
7. นำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอดในรูปแบบวิดีโอ มาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความครอบคลุม
8. นำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บทุกรายในห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
9. จัดประชุมบุคลากรในหน่วยงานห้องคลอด เพื่อชี้แจงการใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด
10. ประเมินผลภายหลังการปฏิบัติ ในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอดให้มีคุณภาพในการดูแลมารดาหลังคลอดต่อไป

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. มารดาได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ
2. พยาบาลประจำห้องคลอด มีแนวทางในการดูแลมารดาที่มีแผลฝีเย็บ
3. มารดาหลังคลอดมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลแผลฝีเย็บได้ถูกต้อง

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

1. อัตราการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 0.2
2. มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจการดูแล และปฏิบัติตัวเมื่อมีแผลฝีเย็บหลังคลอดถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....นางกัญญา แก้วเมืองกลาง.....

(นางสาวอนงค์นาถ แก้วเมืองกลาง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... ๐๒ ก.ย. ๒๕๖๔ .....

## เอกสารอ้างอิง

- นุชนารถ เขียวนุกูล, สิ้นจัย เขื่อนเพชร, วรณวรา ตัณกุลรัตน์ และ พรนภา เอี่ยมลออ. (2562). ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(4), 144 - 150.
- พารุณี วงษ์ศรี และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเริ่มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 209 - 219.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2560-2562). สถิติการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- ศนิตรา อนุวัฒน์าวิน และ วิทยา ธิฐาพันธ์. (2560). การตัดฝีเย็บและการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ (Episiotomy and perineorrhaphy). ใน ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ และ ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์* (น.375-383). กรุงเทพฯ: พี.เอ.อีฟวิ่ง.