



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอสิยา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเฮอร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินตามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปราณี ปานเฉ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางปุณยนุช ฉิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพุด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เห่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเดชาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศารัตน์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ภัสร์ บัวศรีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางฉัตรรัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางสาว...

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศสินี สุทธิวัฒน์ธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักษณ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักษมีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๗, ๖

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒๙	นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลปากเกร็ด</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้คลอด</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลปากเกร็ด</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้คลอด</u>		
		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล	๖๐๔๑	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	๖๐๔๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน จากการสำลักซีเทา”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด”				๗๕
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนจากการสำลักขี้เทา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 15 กุมภาพันธ์ 2566 – 8 กันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature Rupture of Membranes: PROM)
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (PROM) หมายถึง ภาวะที่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะมีอาการเจ็บครรภ์ ในทางปฏิบัติมักแบ่งเป็น preterm PROM (PPROM) และ term PROM โดยยึดที่อายุครรภ์ก่อนและหลัง 37 สัปดาห์ น้ำคร่ำเป็นเสมือนเกราะป้องกันให้กับทารก ทั้งป้องกันการติดเชื้อและช่วยลดแรงกระทำจากการหดตัวของมดลูกที่ตกลงสู่ตัวทารก ดังนั้นเมื่อถุงน้ำคร่ำแตกก่อนที่จะเข้าสู่ระยะคลอด จึงก่อให้เกิดผลกระทบตามมาในหลายลักษณะต่อทั้งมารดาและทารก ทั้งนี้หากมารดาที่เข้าสู่ระยะคลอดร่วมกับการมีถุงน้ำคร่ำแตกมาก่อนการเจ็บครรภ์ นานกว่า 18 ชั่วโมงจะเรียกว่า prolonged PROM

3.1.1 สาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริม สาเหตุที่แท้จริงของการเกิด PROM ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การอักเสบหรือติดเชื้อในโพรงมดลูก ถุงน้ำคร่ำ ปากมดลูก หรือช่องคลอด รวมถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่ทำให้มดลูกมีการหดตัวมากขึ้น
- 2) การมีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน โดยเฉพาะในรายที่มี PPROM ในครรภ์ก่อน
- 3) ภาวะที่มดลูกมีความตึงตัวมากกว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เป็นต้น
- 4) มีประวัติการสูบบุหรี่ เสริมธาตุตำ หรือขาดวิตามินซี
- 5) ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เช่น การเจาะตรวจน้ำคร่ำ การเจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ หรือการตัดชิ้นเนื้อรกเพื่อวิเคราะห์รกของทารกในครรภ์ การตัดปากมดลูก (conization) และการเย็บผูกปากมดลูก (cervical cerclage)
- 6) รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ หรือมีการบาดเจ็บ/ฉีกขาดที่ปากมดลูก
- 7) ส่วนนำของทารกผิดปกติ (malpresentation) เช่น ทารกท่าก้น หรือทารกท่าขวาง

3.1.2 พยาธิสภาพ ลักษณะของถุงน้ำคร่ำตามปกติ ประกอบด้วยเยื่อหุ้มทารกจำนวน 2 ชั้น ได้แก่ ชั้น chorion เป็นชั้นที่ติดกับมารดา และชั้นที่ติดกับด้านลูกเรียกว่า ชั้น amnion ซึ่งจะมีความบางและทนต่อแรงดึงมากกว่าชั้น chorion สำหรับสาเหตุของการแตกของถุงน้ำคร่ำ ปัจจุบันเชื่อว่ามาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของกลไกเกี่ยวกับสารคอลลาเจนภายในชั้นของถุงน้ำ นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับกลไกเกี่ยวกับการสร้าง Prostaglandin และกลไกของระบบ Antimicrobial เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้น

3.1.3 อาการและอาการแสดง สตรีตั้งครรภ์จะให้ประวัติว่ามาโรงพยาบาลด้วยอาการมีน้ำใสไหลออกจากช่องคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ บางรายอาจมีน้ำออกมากจนชุ่มเสื้อผ้าที่ใส่อยู่ บางรายอาจไม่พบน้ำคร่ำแต่รู้สึกว่ามีน้ำคร่ำไหลซึมออกมาจากช่องคลอดตลอดเวลา

3.1.4 ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมารดาทารก ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้นมีผลกระทบทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าทารกนั้นมีอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอด ได้แก่ การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) สามารถพบได้ร้อยละ 15-25 อุบัติการณ์จะเพิ่ม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สูงขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มี preterm PROM เช่นเดียวกับการติดเชื้อในระยะหลังคลอด (ACOG, 2020) อีกทั้งการแตกของถุงน้ำคร่ำ จะทำให้มดลูกมีขนาดลดลงจนส่งผลให้เกิดการดึงรั้งของผนังมดลูก และรกตรงตำแหน่งที่รกเกาะทำให้รกหลุดตัวก่อนกำหนดได้ และอาจส่งผลให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นได้เช่นกันนอกจากนี้ ภาวะ PROM ยังส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้หลายประการ เช่น ภาวะสายสะดือพลัดต่ำ (prolapsed cord) โดยเฉพาะเมื่อทารกมีอายุครรภ์น้อยและส่วนน้ำยังไม่ได้เคลื่อนเข้ามาในช่องเชิงกราน ภาวะการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการเสียชีวิตของทารกหลังคลอดที่มากขึ้น การมีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Fetal distress) ชะงักคลอดและระยะคลอด อย่างไรก็ตาม เมื่อถุงน้ำคร่ำมีการแตกเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) ส่งผลให้การพัฒนาระกและกล้ามเนื้อมีความผิดปกติ รวมเรียกว่ากลุ่มอาการพอตเตอร์ (Potter syndrome) หรือภาวะเกิดต่อเนื่องจากน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios sequences) เนื่องจากกระดูกและกล้ามเนื้อตามร่างกาย มีการพัฒนาอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 แต่การแตกของถุงน้ำคร่ำทำให้ทารกถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการที่มีปริมาณน้ำคร่ำลดลงทำให้เกิดการผิดรูปของร่างกายต่าง ๆ ได้ และโดยเฉพาะเมื่อระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตกจนถึงระยะเวลาคลอดจะสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติ

3.1.5 การประเมินและการวินิจฉัย

- 1) การซักประวัติ จากอาการและอาการแสดง พบว่า มีน้ำไหลออกจากช่องคลอด โดยพยาบาลควรสอบถามเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก ลักษณะ และจำนวนของน้ำคร่ำที่ออกมา
- 2) การสังเกตการปรากฏของน้ำคร่ำ ด้วยวิธีการต่อไปนี้
 - พบเส้นผ่าผู้คลอดที่ใส่มาเปียก หรือมีคราบน้ำปรากฏอยู่
 - ตรวจโดยใช้ sterile speculum exam หรือใช้วิธีกดยอดมดลูก แล้วพบว่า มีน้ำขังอยู่ในแอ่งใต้ช่องคลอด (posterior fornix) รวมถึงวิธีให้ผู้คลอดไอหรือเบ่งลงข้างล่างเบา ๆ อาจพบมีน้ำคร่ำไหลออกจากปากมดลูกเป็นจังหวะร่วมกับการไอเรียกว่าการตรวจ cough test
- 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Fern test Nitrazine paper test , Nile Blue Sulfate Test, ตรวจด้วยอุปกรณ์สำเร็จรูป เช่น AmniSure, Amnitest หรือการตรวจโดยใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งอาจจะมีประโยชน์ในกรณีที่ตรวจพบว่าน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) ร่วมกับการตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและไม่มีภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ก็สามารถสันนิษฐานได้ว่าอาจมีภาวะน้ำเดินเกิดขึ้นจริง

3.1.6 การรักษา แนวทางการรักษาภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ทารกและสภาวะของทารกในครรภ์ (fetal well being) ดังนี้

- 1) ยืนยันการแตกของถุงน้ำคร่ำว่ามีการแตกจริง จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ
- 2) หากพบภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด หรือ ทารกมีภาวะคับขัน (Fetal distress) จากภาวะสายสะดือถูกกด ดูแลให้คลอดอย่างรีบด่วนโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์
- 3) ประเมินตรวจหาอายุครรภ์ที่แน่นอน และหากทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนรีบด่วน ให้พิจารณารูปแบบการคลอดโดยคำนึงถึงอายุครรภ์ดังนี้
 - ถ้าอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ พิจารณาปล่อยคลอดร่วมกับได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Group B streptococcus

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ถ้าอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ แนะนำปถ่ายคลอดร่วมกับได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Group B streptococcus

- ถ้าอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 24-33 สัปดาห์ ตรวจสอบภาวะ Lung maturity พบว่าปอดยังเจริญไม่เต็มที่ ให้การดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์ โดยใน 48 ชั่วโมงแรกให้ ampicillin 2 กรัม ร่วมกับการรับประทาน erythromycin 500 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง และ ampicillin 500 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง นาน 5 วัน เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาทางเดินหายใจแก่ทารก พิจารณาการให้ยากกลุ่ม corticosteroid 1 course เพื่อช่วยการทำงานของปอด แต่ไม่แนะนำยายับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolytics) และดูแลให้ผู้คลอดได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์

- ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ ทารกอาจเสี่ยงรอดยาก สามารถให้ผู้คลอดตัดสินใจเลือกการยุติการตั้งครรภ์ หรือรักษาแบบประคับประคองไปก่อน โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาถึงข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธี (ธีระ ทองสง, 2564; ปิยะภรณ์, 2565; The American College of Obstetrics and Gynecologists: ACOG, 2020)

3.1.7 การพยาบาล แนวทางในการให้การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ประกอบด้วย

1) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เริ่มต้นจากการประเมินและคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ในครรภ์ที่ผ่านมา หรือการมีภาวะคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้หากพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด PROM ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ดังนี้

- 1.1 อธิบาย สาเหตุ ผลกระทบของการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
- 1.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นให้เพิ่มอาหารที่มีโปรตีน และวิตามินซีสูง
- 1.3 หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ยกของหนัก ยืนหรือเดินติดต่อกันนาน ๆ หรือการออกกำลังกายหักโหม
- 1.4 หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ เช่น การไปในที่ชุมชน รักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์
- 1.5 งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนแรก และ 3 เดือนสุดท้าย รวมทั้งแนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีถุงน้ำคร่ำแตก โดยเฉพาะการมีน้ำไหลออกจากช่องคลอดผิดปกติ และให้มาโรงพยาบาลทันที

1.6 แนะนำให้มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง รวมทั้งสังเกตการดิ้นของทารก

2) การพยาบาลเมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ได้แก่

- 2.1 ให้นอนพักบนเตียงเพื่อลดการไหลของน้ำคร่ำ
- 2.2 ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง รวมถึงประเมินลักษณะสี กลิ่น และปริมาณของน้ำคร่ำ

2.3 เฝ้าระวังการติดเชื้อในโพรงมดลูก เช่น มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับอาการกดเจ็บที่มดลูก อัตราการเต้นของหัวใจผู้คลอดและทารกในครรภ์ผิดปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2.4 ประเมินเสียงหัวใจทารกทุก 4 ชั่วโมง แนะนำให้ผู้คลอดบันทึกและสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ รวมถึงประเมิน NST หรือ EFM เป็นระยะในรายที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อดูแลแบบประคับประคอง

2.5 ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เน้นการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล รวมถึงการดูแลให้ใส่ผ้าอนามัย และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งเมื่อชุ่มหรือทุก 4 ชั่วโมง

2.6 หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น

2.7 ดูแลการได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เช่น ยากลุ่ม Glucocorticoids, Tocolytics, Oxytocin, หรือยาปฏิชีวนะ

2.8 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

2.9 เตรียมผู้คลอดให้พร้อมต่อการคลอดทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากจำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ควรมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะสายสะดือพลัดต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด

3) ในกรณีที่น้ำคร่ำหยุดไหลและมีแผนการรักษาให้กลับบ้าน ควรแนะนำผู้คลอดในประเด็นดังต่อไปนี้

3.1 ประคับประคองให้ยืดอายุครรภ์ให้ครบกำหนด โดยการพักผ่อนอย่างเพียงพอ งดการทำงานหนัก การออกกำลังกายหักโหม การมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

3.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นให้เพิ่มอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง

3.3 สังเกตการดิ้นของทารก บันทึกจำนวนครั้งของการดิ้นของทารก

3.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์จากหน้าไปหลัง

3.5 สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น การมีน้ำคร่ำไหลออกมาอีก น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น มีไข้ มดลูกหดตัวถี่ ทารกดิ้นลดลง

3.6 เน้นย้ำการมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (ปิยะนุช ชูโต, 2562; ปิยะภรณ์, 2565)

3.2 ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Fetal distress) ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (fetal distress) หรือทารกในครรภ์มีภาวะคับขัน คือ ภาวะที่บ่งบอกว่าทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ บางครั้งอาจหมายถึง ภาวะที่ไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยของทารก (non-reassuring) หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว อาจทำให้ทารกเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, และศศิกันต์ กาละ, 2562)

3.2.1 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มาจาก

2 สาเหตุหลัก ได้แก่ ภาวะที่สายสะดือถูกกดขณะมดลูกมีการหดตัว จึงทำให้ทารกขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมักพบในรายที่น้ำคร่ำน้อย หรือการมีสายสะดือพลัดต่ำ นอกจากนี้ ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนอาจมีสาเหตุมาจากภาวะที่การไหลเวียนเลือดไปสู่รกไม่เพียงพอ ได้แก่ การที่มารดามีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกหดตัวรุนแรง ตกเลือดก่อนคลอด เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ หรือแม้แต่วะรกเสื่อมสภาพจากการตั้งครรภ์เกินกำหนด

3.2.2 พยาธิสภาพ จากการที่สายสะดือถูกกดทับ จะทำให้เลือดไหลเวียนสู่ร่างกายทารก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

น้อยลงโดยเฉพาะเลือดที่ไปยังเซลล์สมอง และหัวใจ ทำให้ทารกมีการตอบสนองในช่วงแรกโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ แต่เมื่อเกิดภาวะขาดออกซิเจนเป็นระยะเวลานาน ทารกจะมีการเผาผลาญอาหารแบบไม่ใช้ออกซิเจนเกิดขึ้น ทำให้มีภาวะกรดคั่งในร่างกาย หัวใจจะถูกกระตุ้นให้เต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัว และแรงดันเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งหากได้รับการแก้ไขที่ล่าช้า หรือไม่ได้รับการแก้ไข หัวใจทารกจะเต้นช้าลง อย่างไรก็ตามภาวะขาดออกซิเจนจะทำให้หูดทวารหนักของทารกในครรภ์คลายตัว จึงทำให้มีการตรวจพบขี้เทาปนในน้ำคร่ำ และหากยังมีภาวะขาดออกซิเจนดำเนินอยู่ต่อไป ก็จะส่งผลให้หัวใจทารกหยุดเต้น และเสียชีวิตในที่สุด

3.2.3 อาการและอาการแสดง ประกอบด้วย

1) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ แสดงถึงการขาดออกซิเจน (late deceleration และ variable deceleration) มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 160 ครั้ง/นาที นอกจากนี้ อาจพบว่าทารกในครรภ์มีการเคลื่อนไหวลดลง โดยสตรีตั้งครรภ์อาจรับรู้ได้ว่าทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง

2) มีภาวะขี้เทาปนในน้ำคร่ำในระดับเล็กน้อยมีสีเขียวปนเหลืองจางๆ (thin meconium หรือ mild meconium stained) หรือมีขี้เทาปนสีเขียวน้ำ (thick meconium stained)

3) เลือดทารกมีภาวะเป็นกรด สามารถตรวจด้วยวิธีการกระตุ้นระบบประสาท ชิมพาดิติกของทารก (digital scalp stimulation) หรือวิธีเจาะเลือดจากศีรษะทารกโดยตรง (fetal scalp pH) ทั้งนี้ภาวะเลือดเป็นกรดไม่จำเป็นต้องพบร่วมกับภาวะทารกขาดออกซิเจนเสมอไป แต่หากพบภาวะเลือดเป็นกรดแสดงว่าทารกอยู่ในภาวะอันตราย

3.2.4 ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมารดาทารก ผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายสตรีตั้งครรภ์จากภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนอาจมีน้อย ยกเว้นในกรณีที่มีการคลอดฉุกเฉินเกิดขึ้น แต่ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจของมารดา ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน อาจส่งผลให้ทารกพิการรุนแรง หรือเสียชีวิตปริกำเนิดได้

3.2.5 การประเมินและการวินิจฉัย การประเมินหรือวินิจฉัยภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน สามารถประเมินได้จาก การตรวจพบขี้เทาปนในน้ำคร่ำ ความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ หรือการตรวจพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติจากการใช้เครื่องตรวจบันทึกการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทางหน้าท้อง (non stress test: NST และ EFM) พบตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงความไม่ปลอดภัยของทารกในครรภ์ (เช่น non-reactive, late deceleration, variable deceleration, prolong deceleration หรือ bradycardia ที่ไม่มี variability เป็นต้น) รวมทั้งการตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น ตรวจเลือดจากศีรษะทารก พบเลือดเป็นกรด

3.2.6 การรักษา การรักษาภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนมี 3 แนวทาง ดังนี้

1) การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การจัดให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคง ซึ่งการนอนตะแคงซ้ายจะช่วยส่งเสริมให้มีการไหลเวียนเลือดของมารดาไปยังทารกในครรภ์มากขึ้น การให้ออกซิเจนทางหน้าอก การหยุดให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) ในรายที่ให้อยู่ การพิจารณาให้ยาลดการหดตัวของมดลูก (tocolysis) ในรายที่มดลูกหดตัวรุนแรงหรือระหว่างรอผ่าตัดคลอด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ และการตรวจภายในเพื่อค้นหาภาวะสายสะดือย้อย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2) การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ แก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำของสตรีตั้งครรภ์ เปลี่ยนท่านอนของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำให้มีรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติให้ยาเพื่อให้มดลูกคลายตัว (เช่น terbutaline 0.25 มิลลิกรัม ชื่นใต้ผิวหนัง) การแก้ไขภาวะตกเลือดก่อนคลอด รวมถึงการควบคุมภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

3) เตรียมช่วยเหลือโดยการผ่าตัดคลอด โดยผู้คลอดที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ควรได้รับการดูแลให้คลอดอย่างรวดเร็วภายใน 30 นาที (สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, และศศิกันต์ กาละ, 2562; ธีระ ทองสง, 2564)

3.2.7 การพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดต่อการเกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เพื่อให้มารดาได้รับการวินิจฉัยภาวะความผิดปกติอย่างทันท่วงที โดยแนวทางการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้

1) ชักประวัติภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ การหดตัวผิดปกติของมดลูก น้ำคร่ำมีซีเทาปน ครรภ์เกินกำหนด

2) การตรวจร่างกายและการสังเกตความผิดปกติในขณะคลอด ได้แก่ การหดตัวของมดลูกลักษณะของน้ำคร่ำ อัตราการเต้นของหัวใจทารก สายสะดือย้อย หรือภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ฮอร์โมนเอสทริโอล (estriol) ในปัสสาวะ เพื่อดูการทำงานของรก หรือผลการตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น

4) ผลกระทบทางด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวลต่อสุขภาพทารกในครรภ์

นอกจากนี้ หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์/ผู้คลอดที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ประกอบด้วย

1) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มีหลักการดังนี้

1.1 แนวทางการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ควรมีการซักประวัติและประเมินภาวะเสี่ยงของทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ครรภ์เกินกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ให้คำแนะนำแก่มารดา เพื่อสังเกตและนับการดิ้นของทารกในครรภ์ การสังเกตความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่า บวม น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด น้ำคร่ำมีซีเทาปน มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือทารกดิ้นน้อยลง ให้รีบมาโรงพยาบาล รวมถึงการมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

1.2 แนวทางการพยาบาลในระยะคลอด ประกอบด้วย การดูแลให้นอนพักผ่อนเพียงพอ ในกรณีมีถุงน้ำคร่ำแตกแต่ส่วนน้ำยังไม่กระชပ်ช่องเชิงกราน ซึ่งหากมีการตรวจภายในควรประเมินภาวะสายสะดือพลัดต่ำร่วมด้วย การจัดท่านอนศีรษะสูงและดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารกด้วย on EFM อย่างต่อเนื่อง การประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้กราฟการคลอด หากผิดปกติดูแลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อ่านและแปลผลกราฟติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ หากพบลักษณะที่บ่งชี้ว่าทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน ต้องรีบให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว

2) การพยาบาลเมื่อทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน มีหลักการพยาบาล ดังนี้

2.1 จัดให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงรกและทารกได้ดีขึ้น

2.2 ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 8-10 ลิตร/นาที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- 2.3 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
- 2.4 หยุดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
- 2.5 เตรียมพร้อมสำหรับการช่วยทำหัตถการ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2.6 เตรียมอุปกรณ์ช่วยกู้ชีพทารกให้พร้อม และพร้อมรายงานกุมารแพทย์เพื่อ

ช่วยเหลือทารก

2.7 ให้ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ ญาติและครอบครัว เพื่อดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ (ปิยะนุช ขุโธ, 2562; สุนันทา ยังวนิเชษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, และศศิกานต์ กาละ, 2562)

3.3 ภาวะสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิด (Meconium Aspiration Syndrome: MAS) ภาวะสำลักขี้เทา คือ การสำลักเอาขี้เทาที่อยู่ในน้ำคร่ำเข้าปอดในทารกแรกเกิด ปกติในทารกอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ทรวงอกจะเริ่มมีการเคลื่อนไหวดีขึ้น และไม่สม่ำเสมอ เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ การเคลื่อนไหวของทรวงอกจะมีความสม่ำเสมอมากขึ้น ประมาณ 40-60 ครั้งต่อนาที การเคลื่อนไหวของทรวงอกส่งผลให้มีการไหลเวียนของเหลวในหลอดลมปอด (tracheobronchial tree) และของเหลวเคลื่อนจากถุงลมปอดไปยังน้ำคร่ำได้ ในภาวะปกติจะไม่มีน้ำคร่ำไหลเข้าสู่ปอดทารก แต่หากทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนจะกระตุ้นให้ทารกมีการหายใจจนทำให้น้ำคร่ำเคลื่อนที่ย้อนเข้าสู่ปอดทารกได้ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ เช่น ครรภ์เกินกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดยาวนาน หรือทารกน้ำหนักน้อย

3.3.1 พยาธิสภาพ ทารกในครรภ์ที่มีภาวะขาดออกซิเจน จะกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และหดรูดทวารหนักคลายตัว ส่งผลให้มีขี้เทาขับออกมาปนในน้ำคร่ำ และทารกสูดสำลักขี้เทานี้เข้าสู่ทางเดินหายใจ หากสำลักก่อนขี้เทาที่มีขนาดใหญ่จะมีผลอุดตันหลอดลมใหญ่ หากสำลักก่อนขี้เทาขนาดเล็ก ขี้เทาจะกระจายไปอุดท่อลมเล็ก ๆ เกิดเป็นการอุดตันอย่างสมบูรณ์ และอากาศถูกกักอยู่ในถุงลม ทำให้บริเวณนั้นเกิดภาวะถุงลมพอง (hyperinflation) ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ (pneumothorax) หรือ ภาวะมีอากาศในเนื้อเยื่อเมดิแอสติเนียม (pneumomediastinum) ได้ ต่อมาทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากสารเคมี (chemical pneumonitis) การแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมปอดและหลอดเลือดฝอยเสียไป เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำลง คาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น เลือดเป็นกรด และแรงดันเลือดในปอดสูงขึ้น ภาวะนี้ทำให้เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) ความรุนแรงของภาวะ MAS ขึ้นกับปริมาณและขนาดก่อนขี้เทาที่สำลักเข้าสู่ทางเดินหายใจ

3.3.2 แนวทางการจัดการทารกแรกเกิดที่มีภาวะขี้เทาปนในน้ำคร่ำ การเตรียมทีมสำหรับการช่วยเหลือทารกแรกเกิด การจัดเตรียมอุปกรณ์และบุคลากรที่สามารถใส่ท่อหลอดลม (endotracheal tube) ได้ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการป้องกันการสำลักขี้เทาของทารกแรกเกิด ในอดีตแนวทางการจัดการทารกแรกเกิดกรณีมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำนั้น ไม่แนะนำให้ใช้ลูกสูบยางดูดสิ่งคัดหลั่งออกจากปากและจมูกระหว่างที่ศีรษะทารกคลอดและก่อนที่ไหล่คลอด แต่เมื่อทารกคลอดออกมาทั้งตัวแล้วให้ใส่ท่อหลอดลมเพื่อดูดขี้เทาออกในทารกแรกเกิดทุกราย แต่ในปัจจุบันแนวทางการจัดการถูกเปลี่ยนเป็น ให้มีการประเมินลักษณะของทารกแรกเกิดก่อนว่ามีลักษณะอย่างไร หากทารกแรกเกิดหายใจช้าหรือไม่หายใจ กำลังแขนขาอ่อนแอ อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที แนะนำให้ใส่ท่อหลอดลม ดูดสิ่งคัดหลั่งออกจากตำแหน่งใต้ glottis แต่ถ้าทารกแรกเกิดร้องดี (vigorous) กำลังแขนขาดี และมีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ไม่จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมเพื่อดูดขี้เทาออก เนื่องจากอาจจะทำให้เส้นเสียงบาดเจ็บได้ แนะนำให้ใช้ลูกสูบยางหรือสายดูดเสมหะดูดออกจากปากและจมูกก็เพียงพอ (ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล,

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2558) นอกจากนี้ ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุดสัณฐานศีรษะและทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะซีเทาปนน้ำคร่ำ เพื่อลดการเกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูง โดย อนุญญา สาริพร (2564) ยังพบว่า การใช้แนวปฏิบัติสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุดสัณฐานศีรษะ (ระยะเวลาการเฝ้าระวัง 72 ชั่วโมง) และทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะซีเทาปนน้ำคร่ำ ประกอบด้วย 1) สังเกตอาการหายใจและเฝ้าระวังอาการหายใจหอบมากขึ้น 2) ติดตาม O_2 saturation keep ไม่ต่ำกว่า 95% และติดตาม O_2 sat ที่มือขวา (Preductal site) และขาขวา (Post ductal site) โดยต้องมีค่าแตกต่างกันไม่เกิน 3% 3) ติดตาม SBP Keep $SBP \geq 65$ mmHg, $MAP \geq 45$ mmHg รวมถึงอุณหภูมิกาย keep $BT 36.8 - 37.2$ °C 4) จดรบกวน และติดป้ายจดรบกวนทารก หรือใช้ผ้าคลุมตู้อบลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม 6) ให้นมทาง OG จนกว่า $RR < 60$ ครั้ง/นาที หรืออาการคงที่ 7) NPO และควบคุม Total Volume Fluid ที่ 65 cc/kg/day และ 8) รายงานแพทย์ทันที ถ้าพบอาการหายใจหอบ ≥ 80 ครั้ง/นาที, มี labile saturation, O_2 saturation Pre > Post 3% ขึ้นไป, และไม่ได้ค่า O_2 saturation ตามเกณฑ์ สามารถลดการเกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูง รวมทั้งลดความรุนแรง และแนวโน้มในการลดอัตราการตายลงได้ 0.73 เท่า ($p=0.604$), 0.72 เท่า ($p=0.587$) และ 0.25 เท่า ($p=0.200$) ตามลำดับ (อนุญญา สาริพร, 2564)

3.3.3 การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสัณฐานศีรษะ การรักษาพยาบาล กรณีลักษณะน้ำคร่ำข้นเหนียวสีเขียวเข้ม (thick meconium) หรือเมื่อเจาะถุงน้ำคร่ำแล้วไม่มีน้ำคร่ำ ต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง และตามกุมารแพทย์มาดูแลทารกแรกเกิด เตรียมอุปกรณ์ในการดูดเสมหะและเครื่องมือในการใส่ท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์ที่ให้ออกซิเจนให้พร้อมใช้ ข้อเสนอแนะในการดูแลขณะคลอด สำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะสัณฐานศีรษะ มีดังนี้

1. ไม่แนะนำให้ใช้ลูกยางดูดน้ำคร่ำบริเวณ nasopharynx และ oropharynx ในขณะศีรษะทารกเกิดทุกรายที่พบซีเทาในน้ำคร่ำ แต่ให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป ทั้งนี้ให้ใช้ลูกยางดูดน้ำคร่ำบริเวณทางเดินหายใจส่วนบน ในทารกแรกเกิดที่พบซีเทาใน oropharynx เท่านั้น

2. กรณีทารกอาการไม่ดี คือ มีลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป ได้แก่ หายใจไม่ดี ความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี และอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ให้ดูดน้ำคร่ำโดยใช้ laryngoscope และ endotracheal tube และให้ทำการดูดน้ำคร่ำบริเวณที่อยู่ใต้ต่อช่องสายเสียง (glottis)

3. กรณีทารก active ดี แต่ตรวจพบว่า มีซีเทาปริมาณมาก ให้สังเกตอาการและการหายใจอย่างใกล้ชิดใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังเกิด หลังจากนั้นให้สังเกตอาการทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 12 ชั่วโมง

4. กรณีพบ thin meconium stained และทารก active ดี ให้สังเกตอาการ และการหายใจอย่างใกล้ชิดใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังเกิด หลังจากนั้นให้กุมารแพทย์ประเมินอีกครั้งหนึ่ง

5. ไม่แนะนำให้ทำ amnioinfusion เนื่องจากพบว่า ไม่ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดการสัณฐานศีรษะเข้าปอด แต่พบว่าได้ประโยชน์เฉพาะในกรณีที่ทารกมี repetitive variable decelerations โดยไม่คำนึงถึงสีของน้ำคร่ำ (ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2558; ปิยะนุช ชูโต, 2562).

3.4 ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)

3.1.1 ความหมาย ชนิด/ประเภท ผลกระทบ และอุบัติการณ์: การให้ความหมายของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) มีความหลากหลาย (วิลัยรักษ์ บุษบรรณ, 2566; ธีระทองสง, 2566; World Health Organization, 2023) องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย Birth Asphyxia

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ว่าหมายถึง ภาวะขาดอากาศหายใจ หรือเป็นความล้มเหลวในการหายใจของทารกตั้งแต่แรกเกิด (WHO, 2023) ภาวะ Fetal Distress และ Birth Asphyxia เป็นภาวะที่บ่งบอกถึงสถานการณ์ของทารกที่ขาดออกซิเจน และอยู่ในภาวะอันตราย โดยคำว่า fetal distress สื่อถึงการขาดออกซิเจนหรืออยู่ในภาวะคับขันช่วงก่อนคลอด ส่วน birth asphyxia นิยมใช้กับทารกแรกคลอด แต่ทั้งสองคำมีความหมายกว้าง คลุมเครือ และมีความผิดพลาดในการวินิจฉัยมาก ปัจจุบันจึงพบการใช้คำว่า non-reassuring fetal status แทน fetal distress และ Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) แทนคำว่า Birth Asphyxia (ธีระ ทองสง, 2566) สำหรับประเทศไทย Birth Asphyxia หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วย เลือดขาดออกซิเจน (Hypoxemia) การบวมไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercapnia) และภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) จากการระบายอากาศที่ปอด (Ventilation) และ Pulmonary perfusion ไม่เพียงพอหรือไม่มีเลยภายหลังคลอดหลาย ๆ นาที ส่งผลให้เซลล์หรืออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทารกแรกเกิดมีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ สูญเสียการทำหน้าที่ และตายในที่สุด ภาวะ birth asphyxia ประเมินจากค่าคะแนน Apgar score แรกเกิดที่ 1 หรือ 5 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับได้แก่ ระดับรุนแรง (Severe) คือ คะแนนแอฟการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ส่วนระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง (Mild or moderate) คือ คะแนนแอฟการน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 คะแนน (วิไลรักษ์ บุชบรรณ, 2566; ธีระ ทองสง, 2564) ในแต่ละปีพบจำนวนทารกเสียชีวิตจากภาวะ Birth Asphyxia ราว 900,000 รายทั่วโลก และ Birth Asphyxia ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มทารกแรกเกิดมากเป็นอันดับ 1 อีกด้วย (WHO, 2023; Wimuttigisol, S., 2023)

อุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia เป็นดัชนีชี้วัดมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญของไทย โดยกรมอนามัยมีการตั้งเป้าหมายไว้ที่ไม่ให้เกิน 25 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ และมีความพยายามที่จะลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia ให้ได้ทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2559; กรมอนามัย, 2566) ข้อมูลจากระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข พบว่าแนวโน้มของอัตราการเกิด Birth Asphyxia ของไทยมีแนวโน้มคงที่มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ถึงปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 1.66, 1.64, 1.56, 1.65, และ 1.65 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เมื่อดูข้อมูลเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 พบอัตราอุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia ร้อยละ 1.46 และเมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดนนทบุรี มีอัตราอุบัติการณ์เกิดมากเป็นอันดับ 3 รองลงมาจาก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดลพบุรี คิดเป็นร้อยละ 2.18, 2.01, และ 1.60 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2566) นอกจากนี้ โรงพยาบาลปากเกร็ด มีแนวโน้มของอุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia ระหว่างปีงบประมาณ 2561 ถึง 2565 เพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2565 มีสูงถึงร้อยละ 3.73 ของอัตราการเกิดมีชีพ 1,000 คน (โรงพยาบาลปากเกร็ด, 2566) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และสูงกว่าอัตราอุบัติการณ์ในระดับเขตอีกด้วย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนการคลอด และปัญหาสุขภาพมารดาทารก งานห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด

รายการ	ปีงบ61 n(%)	ปีงบ62 n(%)	ปีงบ63 n(%)	ปีงบ64 n(%)	ปีงบ65 n(%)
การคลอดปกติรายปี (คน)	592 (69.48)	492 (66.57)	509 (65.51)	464 (60.26)	388 (58.17)
การคลอดผิดปกติรายปี (F/E, V/E, C/S) (คน)	260 (30.52)	248 (33.43)	268 (34.49)	306 (39.74)	279 (41.83)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การเกิด PPH จากยอดคลอดรายปี (คน)	5	7	9		
	11 (1.29) (0.68)	(0.90)	14 (1.82) (1.35)		
ทารกที่มี APGAR 1 นาที ≤ 7 (คน)	6 (0.71)	12 (1.63)	1 (0.13)	17 (2.21)	26 (3.88)
ทารกที่มี APGAR 5 นาที ≤ 7 (คน)	2 (0.23)	3 (0.41)	0 (0)	5 (0.65)	1 (0.14)
ทารกเกิดมีชีพทั้งหมดรายปี (คน)	851	736	776	768	670

ที่มา: รายงานสถิติการคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด ปีงบประมาณ 2561 – 2565

3.1.2 สาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริม: ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ส่วนใหญ่มีสาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด ขณะคลอด ถึงหลังคลอดดังนี้

1) **ปัจจัยเสี่ยงก่อนคลอด (antepartum risk factors)** ได้แก่ การคลอดครรภ์แรก การมีภาวะไข้ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ภาวะตกเลือดก่อนคลอด และภาวะซีด

2) **ปัจจัยเสี่ยงขณะคลอด (intrapartum risk factors)** ได้แก่ การที่ทารกมีส่วนนำผิดปกติ การเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน มารดามีไข้ ภาวะน้ำคร่ำมีสีเทาปน ถู้น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การเร่งคลอด ภาวะสายสะดือพลัดต่ำ มดลูกแตก ระบบหัวใจและหลอดเลือดมารดาล้มเหลว ทารกเสียชีวิตจากภาวะ vasa previa และการพบความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของ Fetal heart rate ขณะคลอด จาก category I ไปเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ Category III, Tachycardia with recurrent decelerations, หรือ Persistent minimal variability with recurrent decelerations

3) **ปัจจัยเสี่ยงทารกหลังคลอด (infant/postnatal factors)** ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (เอกชัย โควาวีสารัช และคณะ, 2558)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาในปัจจุบันหลายฉบับ ยังมีความสอดคล้องกับผลการศึกษารวบรวมสาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริมการเกิด Birth Asphyxia โดยรศ.นพ.เอกชัย โควาวีสารัช และคณะ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ การฝากครรภ์ที่ไม่ได้คุณภาพ (ริสรา ไชยวรรณ., 2023) โรคหรือความเจ็บป่วยของมารดา เช่น ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ธาลัสซีเมีย (ริสรา ไชยวรรณ., 2023; Rattanaprom, P., Ratinthorn, A., Sindhu, S., & Viwatwongkasem, C., 2023) และภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Panna, S, 2020) การคลอดก่อนกำหนดหรือเกินกำหนด (Saksangawong, S., & Rattanamongkolgul, S., 2019, ริสรา ไชยวรรณ., 2023; Rattanaprom, P., Ratinthorn, A., Sindhu, S., & Viwatwongkasem, C., 2023) ภาวะมีไข้หรือทารกอยู่ในภาวะคับขันตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (Saksangawong, S., & Rattanamongkolgul, S., 2019; Panna, S, 2020; Rattanaprom, P., Ratinthorn, A., Sindhu, S., & Viwatwongkasem, C., 2023) การใช้วิธีคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Rattanaprom, P., Ratinthorn, A., Sindhu, S., & Viwatwongkasem, C., 2023; ริสรา ไชยวรรณ., 2023)

3.1.3 พยาธิสภาพ: พยาธิสภาพของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด มีลักษณะสำคัญ

4 ประการ ได้แก่ 1) การไหลเวียนของเลือดทางสายสะดือขัดข้อง 2) ไม่มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนทางรก 3) ออกซิเจนหรือสารอาหารจากมารดาผ่านรกมายังทารกไม่เพียงพอ และ 4) ปอดของทารกขยายยังไม่เต็มที่ และการไหลเวียนของเลือดไม่เปลี่ยนเป็นแบบทารกหลังคลอดปกติ แต่ยังคงเป็นการไหลเวียนแบบทารกในครรภ์ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2562) ส่งผลให้ร่างกายทารกแรกเกิดมีภาวะเลือดขาดออกซิเจน มีการคั่งของระดับคาร์บอนไดออกไซด์ จนทำให้เกิดสภาวะของเลือดเป็นกรด (ธีระ ทองสง และคณะ, 2564) นอกจากนี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนองาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ในภาวะที่เลือดขาดออกซิเจน ยังส่งผลต่อศูนย์ควบคุมระบบไหลเวียนเลือด กระตุ้นระบบพาราซิมพาเทติก ผ่านเส้นประสาทเวกัส ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าลงได้ (Rainaldi & Periman, 2016)

3.1.4 การประเมินและการวินิจฉัย: การวินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สามารถวินิจฉัยได้จากประวัติ อาการและอาการแสดง รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่น ๆ ดังนี้

1) ประวัติ มารดาที่มีประวัติการตั้งครรภ์ที่ทำให้เกิดความพร่องของการแลกเปลี่ยนสารระหว่างทารกและรกแบบเรื้อรัง และเฉียบพลัน เช่น การตั้งครรภ์เกินกำหนด หรือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ สายสะดือพันคอ สายสะดือปลัดขี้ มารดาที่มีประวัติการไหลเวียนเลือดของมารดาหรือรกลดลง หรือภาวะพร่องออกซิเจนในมารดาในระยะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำ มดลูกหดตัวตลอดเวลา โรคหัวใจ โรคปอด รวมถึงมารดาที่มีประวัติได้รับยาาระงับความเจ็บปวดระหว่างคลอด

2) อาการและอาการแสดง อาการแสดงทางคลินิกหลายอย่างที่สนับสนุนการวินิจฉัยภาวะ Birth Asphyxia ได้แก่ Apgar scores ต่ำ, เลือดในสายสะดือเป็นกรด, ชักแรกคลอด และมีพยาธิสภาพของสมอง (ธีระ ทองสง, 2564) ทั้งนี้ ACOG มีข้อเสนอแนะว่าลักษณะหรือเหตุการณ์ช่วงระยะคลอดที่นำไปสู่ภาวะ Birth Asphyxia จะต้องประกอบด้วย อาการแสดงผิดปกติของทารกแรกคลอดที่เกิดเหตุการณ์ ในช่วงเวลาเจ็บครรภ์ และการคลอด ได้แก่ ทารกในครรภ์คืบน้อยลงหรือทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที (bradycardia) หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที (tachycardia) อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดต่ำลงขณะมดลูกหดตัว มีรูปแบบ FHR tracing's ส่อไปในทางเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ดังกล่าวในช่วงเวลานั้น ๆ ก่อนคลอดหรือระยะคลอด ตรวจลักษณะทารกแรกคลอด พบ Apgar score ที่ 5 และ 10 นาที หลังคลอด < 5 คะแนน มีภาวะเป็นกรดของเลือดในสายสะดือ (pH <7.0 และ/หรือ base deficit >12 mmol/L) สมองมีรอยโรคเฉียบพลันจากหลักฐานทาง neuroimaging MRI หรือ MRS ที่เข้าได้กับ Birth Asphyxia ระยะคลอด หรืออวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (University of California San Francisco, 2020)

อย่างไรก็ตาม อาการและอาการแสดงจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะ asphyxia แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. Mild birth asphyxia ประเมินพบว่า Apgar score 7 คะแนน ทารกมีการหายใจสั้น ๆ หรือไม่สม่ำเสมอ ระยะ apnea สั้น (<30 วินาที) ทารกพยายามจะหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที สีผิวทารกจะคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว(cyanosis) การดึงตัวของกล้ามเนื้อดี หรืออ่อนแรงบ้าง reflex ต่าง ๆ ดี ชีพจรของสายสะดือแรงดี มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน

2. Moderate birth asphyxia ประเมินพบว่า Apgar score อยู่ในช่วง 4-6 คะแนน ทารกกลุ่มนี้มีการขาดออกซิเจนและเลือดมีภาวะความเป็นกรดมากกว่า หรือถูกกดจากยามากกว่า mild asphyxia ทารกมีภาวะตัวเขียว (cyanosis) ทั้งตัว ความสามารถในการหายใจอ่อนมาก ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออ่อนมาก reflex irritability น้อย และอัตราเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที เป็นภาวะที่แสดงว่าทารกจำเป็นต้องได้รับการช่วยหายใจอย่างเร่งด่วน แม้ว่าทารกจะแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการหายใจเข้า (inspiration effort) บ้าง

3. Severe birth asphyxia ประเมินพบว่า Apgar score อยู่ในช่วง 0-3 คะแนน ทารกกลุ่มนี้ขาดออกซิเจนอย่างมาก เลือดมีความเป็นกรดสูง ทารกมีลักษณะเขียวคล้ำอย่างมาก ไม่มีความสามารถในการหายใจ หรือมีการหายใจเฮือก (gaspings) ไม่มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อตัวอ่อนปวกเปียก (limp) ไม่มี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

reflex irritability หัวใจเต้นช้ามาก หรือไม่เต้น (ปิยะนุช ชูโต, 2562).

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่น ๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง (arterial blood gas) จะพบความผิดปกติหลายประการ ได้แก่ PaCO_2 สูง PaO_2 ต่ำ ค่า pH, HCO_3^- ต่ำ และมี base deficit จำนวนมาก (pH <7.0 และ/หรือ base deficit >12 mmol/L) ทั้งนี้อาจตรวจพบระดับของน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 30 mg% ค่าระดับแคลเซียมในเลือดต่ำกว่า 8 mg% และค่าของโปแตสเซียมในเลือดสูงร่วมด้วย (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2562) นอกจากนี้การตรวจสมองจะพบว่ามีรอยโรคเฉียบพลันจากหลักฐานทาง neuroimaging MRI หรือ MRS ที่เข้าได้กับ Birth Asphyxia ระยะคลอด ซึ่งผลการตรวจ MRI/MRS ในช่วง 24-96 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และช่วงวันที่ 2 – 10 จะเป็นช่วงที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการใช้ประเมินการบาดเจ็บของสมองในทารกแรกคลอด (ธีระ ทองสง และคณะ, 2564; University of California San Francisco, 2020)

3.1.5 ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก Birth Asphyxia ส่งผลต่ออวัยวะทารกแรกเกิดเกือบทุกระบบ-แต่ที่เห็นชัดมากที่สุดก็คือ ระบบประสาทกลาง ระบบการหายใจและหัวใจ โดยทารกมีความรุนแรงของ asphyxia มากพอ จะมีผลกระทบต่อสมองทำให้เกิด hypoxic-ischemic encephalopathy แบบเล็กน้อย (lethargy, irritability) หรือเป็นมาก คือ มีอาการชักหรือ coma เป็นต้น ทารกที่คลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยมากอาจมีอาการหยุดหายใจ หรือภาวะ intraventricular hemorrhage ได้ง่าย ผลกระทบจากการเกิด Birth Asphyxia ต่อระบบการหายใจและระบบหัวใจ พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีการขาดออกซิเจนมาก ๆ ทำให้เกิดภาวะ respiratory distress syndrome แต่สำหรับทารกครบกำหนดที่มีภาวะ asphyxia ร่วมกับภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักซีเทอ อาจพบ persistent fetal circulation ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดของปอดตีบตัว ทำให้ทารกมีลักษณะเหมือนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอาการเขียว นอกจากนี้ Birth Asphyxia ยังอาจมีผลให้เกิดภาวะหัวใจวาย หรือหัวใจเต้นผิดปกติได้อีกด้วย

3.1.6 การรักษา: การรักษาภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เริ่มต้นได้ตั้งแต่วัยก่อนคลอด โดยจัดให้มีการदानอนตะแคงซ้าย และดูแลให้ออกซิเจนเสริมในระยะรอคอย หากภาวะขาดออกซิเจนมีระดับความรุนแรงมาก ให้พิจารณาใช้วิธีการคลอดฉุกเฉินหรือการผ่าตัดคลอด ทั้งนี้การรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด ประกอบด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด การดูดของเหลวออกจากทางเดินหายใจในกรณีพบว่าทารกมีภาวะหายใจลำบากจากภาวะสูดสำลักซีเทอ และอาจมีการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนของทารก นอกจากนี้ ภายหลังจากดูแลแก้ไขความผิดปกติในทารกในแล้ว ทารกต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการดังต่อไปนี้

1 สังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ช่วยควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ รวมถึงการให้ออกซิเจน และตรวจติดตามอาการ/อาการแสดงของสัญญาณชีพตลอดเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย หรือมีอาการขาดออกซิเจนรุนแรง

2 จัดน้ำและอาหารทางปาก โดยให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน จนกว่าทารกจะมีอาการดีขึ้น ถ้ามีปัสสาวะน้อยอาจพิจารณาให้ fluid load ก่อนเปลี่ยนแผนการรักษาได้

3 ตรวจหาอิเล็กโทรไลต์ ในกรณีที่ทารกมีอาการหายใจลำบาก ควรมีการวิเคราะห์ค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง เพื่อการแก้ไขภาวะผิดปกติอย่างทันท่วงที

4 หลัง 12 ชั่วโมง ให้ระงับการชัก ถ้ามีการชักให้รีบรักษาอาการชักทันที เพื่อป้องกันไม่ให้มี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การชักช้า เป็นผลทำให้สมองมีการขาดออกซิเจนมากขึ้น ในรายที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงทารกควรได้รับยาป้องกันอาการชักก่อนที่จะมีอาการ

5 ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา (Nwadike, R. V., 2020)

3.1.7 การป้องกัน การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอาจเป็นเรื่องยาก เนื่องจากภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างกะทันหัน และไม่มีสัญญาณการเตือนล่วงหน้าชัดเจน ดังนั้นการประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลและติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกอย่างเหมาะสมทั้งก่อนและหลังการเกิดความผิดปกติจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพที่ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ควรประกอบด้วย การดูแลตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เพื่อการเฝ้าระวังและการวินิจฉัยโรคอย่างทันท่วงที
- 2) การเตรียมพร้อมและฝึกทักษะพยาบาลผดุงครรภ์ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ และทักษะการดูแลมารดาทารกเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ทั้งในระยะรอคอด และระยะคลอด เช่น ความรู้/ทักษะการอ่านและแปลผลการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ การทำคลอดอย่างถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐาน หรือการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
- 3) จัดเตรียม และตรวจสอบอุปกรณ์/เครื่องใช้/ยา สำหรับการดูแลและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดให้ครบถ้วน ถูกต้อง และพร้อมใช้งานอยู่เสมอ
- 4) ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) ดูแลรักษาและควบคุมอุณหภูมิของร่างกายทารกแรกเกิดให้เป็นปกติอยู่เสมอ (Nwadike, R. V., 2020)

3.1.8 การพยาบาล ทารกแรกเกิดที่มีภาวะ Birth Asphyxia ต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น และสามารถหายใจเองได้ ดังนั้นการรายงานแพทย์ทันทีที่สามารถประเมินได้ว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจน รวมถึงการเตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีความพร้อมอยู่เสมอ ทั้งนี้การช่วยฟื้นคืนชีพทารกอาจแตกต่างกันไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยพยาบาลผดุงครรภ์สามารถช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดได้ ดังนี้

1. ขั้นแรกในการกู้ชีพ (initial steps in resuscitation) เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น ควรทำด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว ตามขั้นตอนดังนี้

1.1 เช็ดศีรษะและตัวทารกให้แห้ง โดยทำภายใต้ radiant warmer เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน และนำผ้าที่เปียกแล้วออกจากตัวทารก

1.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยวางทารกในท่าศีรษะต่ำกว่าลำตัว เงยหน้าเล็กน้อย ดูดเมือกและน้ำคร่ำออกจากปากและจมูก ด้วยลูกยางแดง (Syringe Ball) ถ้าพบว่ามี thick meconium ให้ดูดขี้เทาออกจากปาก โดยใช้สายยาง หรือ endotracheal intubation

1.3 กระตุ้นการหายใจ ด้วยการใช้นิ้วมือตี หรือตีฝ่าเท้าทารก หรือใช้มือลูบบริเวณแผ่นหลัง (back rubbing) หรือทรวงอกเบาๆ โดยให้กระตุ้นการหายใจภายหลังจากเช็ดตัวและดูดเมือก-น้ำคร่ำในปากและจมูกเรียบร้อยแล้ว ถ้าทารกมีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า (peripheral cyanosis) ควรดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารกโดยไม่จำเป็นต้องให้ออกซิเจน หากทารกยังไม่หายใจควรทำ positive pressure ventilation (PPV) โดยใช้ bag & mask ถ้าทารกเริ่มหายใจให้กระตุ้นต่อด้วยการลูบบริเวณลำตัวเบา ๆ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

(gentle rubbing) จากนั้นประเมินการเต้นของหัวใจและสีผิว ถ้าการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หากพบทารกมีสีปากเขียว (central cyanosis) ให้แก้ไขโดยการให้ออกซิเจนแก่ทารกทางหน้ากากในปริมาณ 5 – 10 ลิตรต่อนาที ในกรณีที่มารดาได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม narcotic analgesic (Pethidine หรือ Morphine) ภายใน 4 ชั่วโมงก่อนคลอด ให้ Naloxone (Narcan) เพื่อแก้ฤทธิ์ของยาดังกล่าว ถ้าให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามลำดับแล้ว ทารกยังมีการขาดออกซิเจนหรือไม่หายใจ จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือด้วยการทำ PPV นวดหัวใจ ใส่ท่อหลอดลมคอ และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป

1.4 สังเกตการหายใจของทารกอย่างน้อย 30 นาที ในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด และอาจประเมินอาการอื่น ๆ ที่แสดงถึงภาวะขาดออกซิเจนร่วมด้วย เช่น ความรู้สึกตัว การตอบสนองของรูม่านตา เสียงร้องทารก ลักษณะความโป่งตึงของขม่อม หรืออาการชัก

2. การทำ positive pressure ventilation (PPV) จัดให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย คอเหยียดเล็กน้อย วาง mask ให้คลุมจมูก ปาก และคางทารก โดยบีบ bag ประมาณ 40 ครั้งต่อนาที ขณะทำให้สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกทารกไปด้วย เพื่อให้แน่ใจว่าทำ PPV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจาก PPV นาน 15-30 วินาที ควรประเมินการเต้นของหัวใจทารกด้วย ถ้าต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที และยังไม่หายใจให้ทำ PPV ต่อไป และช่วยเหลือขึ้นต่อไปด้วยการนวดหัวใจ

3. การนวดหัวใจ (chest compression) ให้ทำเมื่อประเมินพบว่า ขณะทำ PPV อัตราการเต้นของหัวใจทารกต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรืออยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที โดยทำไปพร้อม ๆ กับการทำ PPV ในสัดส่วน 3:1 วิธีการนวดหัวใจทารกอาจใช้เทคนิค two finger technique หรือ two thumb technique ก็ได้ โดยให้กดกระดูก sternum เป็นระยะ ๆ ด้วยอัตรา 120 ครั้งต่อนาที เมื่อนวดหัวใจ ไปพร้อมกับการทำ PPV ประมาณ 15-30 วินาที หยุดทำ PPV 6 วินาที เพื่อให้ผู้ช่วยฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารก ถ้าพบว่ากว่า 80 ครั้ง/ นาที ให้นวดหัวใจต่อ ถ้ามากกว่า 80 ครั้ง/นาที หยุดนวดหัวใจ แต่ให้ทำ PPV ต่อไปจนอัตราการเต้นของหัวใจทารกมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที

4. การใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal intubation) ให้เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ได้แก่ laryngoscope, blades, ET tube ขนาดตามน้ำหนักทารก (ขนาด 2.5, 3.0, 3.5, และ 4 สำหรับทารก น้ำหนักต่ำกว่า 1,000, 1,000-2,000, 2,000-3,500 และมากกว่า 3,500 กรัมตามลำดับ) อุปกรณ์ suction, adhesive tape, กรรไกร resuscitation bag & mask และ oxygen tubing ในกรณีที่ทำ PPV ผ่าน mask อาการขาดออกซิเจน และการหายใจของทารกไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องช่วยเหลือทารกโดยทำ PPV ผ่าน endotracheal tube (ET tube) การใส่ท่อหลอดลมคอ มักใช้ในทารกที่มีอาการขาดออกซิเจน อย่างรุนแรง (severe asphyxia) ทารกที่จำเป็นต้องได้รับยา epinephrine หรือ adrenaline ช่วยในการกู้ชีพ หรือในกรณีที่ทารกต้องได้รับการช่วยหายใจต่อหลังจากการกู้ชีพ

5. การให้ยา เตรียมยา adrenalin และ sodium bicarbonate ให้พร้อมใช้ หากสนองต่อการทำ PPV ด้วย 100% ออกซิเจน และนวดหัวใจไปประมาณ 30 วินาที ให้ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ คือ adrenaline (ความเข้มข้น 1:10,000 ขนาด ลิตร/กิโลกรัม) ทาง ET tube หรือทาง umbilical vein และถ้าพบว่า ทารกมีภาวะ metabolic acidosis ควรให้ยา 7.5% sodium bicarbonate ขนาด 2 mEq/ กิโลกรัม ทาง umbilical vein (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2562; ปิยะนุช ชูโต, 2562).

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์มีผลกระทบทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าทารกนั้นมีอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอด ได้แก่ การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) การติดเชื้อในระยะหลังคลอด (ACOG, 2020) อีกทั้งการแตกของถุงน้ำคร่ำจะทำให้มดลูกมีขนาดลดลงจนส่งผลให้เกิดการดึงรั้งของผนังมดลูก และรกตรงตำแหน่งที่รกเกาะทำให้รกหลุดตัวก่อนกำหนดได้ และอาจส่งผลให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน นอกจากนี้ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ยังส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้หลายประการ เช่น ภาวะสายสะดือพลัดต่ำ (prolapsed cord) ภาวะการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการเสียชีวิตของทารกหลังคลอดที่มากขึ้น การมีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Fetal distress) ภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios)

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์สูง เลือดมีภาวะเป็นกรด ส่งผลให้อวัยวะสำคัญมีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ สูญเสียการหายใจหน้าที่จนเกิดความพิการทางสมองและเสียชีวิตในที่สุด ภาวะ Birth Asphyxia ประเมินจากค่าคะแนน Apgar score แรกเกิดที่ 1 และ 5 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ซึ่งในแต่ละปีพบทารกเสียชีวิตจากภาวะนี้ราว 900,000 รายทั่วโลก และ Birth Asphyxia ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มทารกแรกเกิดมากเป็นอันดับ 1 อีกด้วย นอกจากนี้ ทารกในครรภ์ที่มีภาวะขาดออกซิเจน จะกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ทารกทารกหนักคลอดตัว ส่งผลให้มีซีเทาขับออกมาปนในน้ำคร่ำ และทารกสูดสำลักซีเทา (Meconium Aspiration Syndrome: MAS) จนอาจส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) ตามมา ถึงแม้ว่ากรมอนามัยจะตั้งเป้าหมายอุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia ไว้ที่ไม่เกิน 25 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ แต่ผลการวิเคราะห์สถิติรายงานห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ดปีงบประมาณ 2563, 2564, 2565 พบอุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia 1.29, 22.14, 38.81 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข อุตบัติการณ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) เปรียบเสมือนภาพสะท้อนมาตรฐานการดูแลที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และสำลักซีเทา

4.2 วัตถุประสงค์

1. ให้การพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะสำลักซีเทา โดยทดลองใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารก
2. สร้าง/พัฒนาระบบการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยพยาบาลผดุงครรภ์งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด โดยคาดว่าจะสามารถลดอัตราอุบัติการณ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด ให้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

4.3 เป้าหมายของงาน

ให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนจากการสำลักซีเทาโดยทดลองใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารก เพื่อให้ผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.4 สรุปสาระสำคัญ

สรุปกรณีศึกษา

ประวัติผู้คลอดครรภ์แรก เพศหญิง G1P0 อายุ 33 ปี อาชีพ รับจ้าง ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่ ผ่าครรภ์ที่คลินิก จำนวน 11 ครั้ง การผ่าครรภ์ครั้งแรกวันที่ 9 ต.ค. 65 อายุครรภ์ 16+3 wks by LMP, 18+1 wks by U/S, pre-pregnancy BMI 23.86 kg/m² ผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคซิฟิลิส และการตรวจหาโรคเอดส์ ไม่พบเชื้อ ซีดเล็กน้อย Het 32%, ตลอดการตั้งครรภ์น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 19 กิโลกรัม ปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา/แพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดใด ๆ แต่ให้ประวัติ สามีสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน ไม่พบความผิดปกติใด ๆ ระหว่างการตั้งครรภ์ และจากการคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ วันที่ 8 มีนาคม 2566 มีอาการเจ็บครรภ์ทุก 5 นาที ไปตรวจโรงพยาบาลเอกชน พบ มีการหดตัวของมดลูก I 1 นาที 30 วินาที ถึง 2 นาที, D 30-15 วินาที, Severity 2+ ถึง 3+ มีมูกเลือดเล็กน้อย ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 1 cm. effacement 50%, statin -1, MI, ปากมดลูก soft และอยู่ในตำแหน่ง middle, NST ผล reactive, คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากผล u/s ได้ 2,887 กรัม, AFI เพียงพอ แนะนำให้ไปสังเกตอาการที่บ้าน

ระยะรับไหม วันที่ 8 มีนาคม 2566 เวลา 9.00 น. มารดา G1P0 GA 39+4 wk by U/S มาโรงพยาบาลปากเกร็ด ด้วยอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นทุก 2-3 นาที และให้ประวัติมีน้ำเดิน 2 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล จึงถูกส่งตัวมาที่ห้องคลอด แรกรับเจ็บครรภ์เป็นพัก ๆ ทุก 2-5 นาที การตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดล่าสุด 32 % ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจหน้าท้อง พบ HF $\frac{3}{4}$ > ①, 33 cm, Vertex presentation, Position LOA, FHS 150 bpm คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์(EFW) จากสูตรการคำนวณของ Johnson's Formular = 3410 กรัม และจากสูตรการคำนวณของ Dare's Formular = 3201 กรัม สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส, PR 82 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 120/79 mmHg ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง EFM พบว่า มีการหดตัวของมดลูกถี่ I 2 นาที D 60-90 วินาที และ Severity 3+, FHS baseline 140 ครั้งต่อนาที มีลักษณะของ minimal variability ไม่พบลักษณะของ acceleration และพบลักษณะคล้าย early deceleration บางช่วง ตรวจภายในพบ ปากมดลูกเปิด 3 cm. effacement 50%, statin -1, SMR น้ำคร่ำสีขาวขุ่น คะแนน Bishop score 10 รายงานแพทย์ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล สูดแพทย์ตรวจร่างกายทั่วไป 9 ระบบ ไม่พบความผิดปกติ และไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะ PPH, Birth Asphyxia หรือ Chorioamnionitis ดังนั้นจึงมีแผนการรักษาให้ NPO และ on 5%DN/2 1,000 cc v drip 120 ml/hr และสังเกต UC และ FHS ทุก 2 ชั่วโมง

ระยะรอคอย วันที่ 8 มีนาคม 2566 เวลา 10:00 น. มดลูกหดตัวถี่ I 2 นาที Duration 50 วินาที Severity +++ ผลตรวจ EFM พบ Baseline FHR 140 bpm. มีลักษณะเป็น Moderate Variability อ่านผลการตรวจเป็น Category I ให้การดูแลและเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ และติดตามความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดในระยะรอคอย

เวลา 10.30 น. ตรวจภายใน พบ Cervix Dilatation 8 cm Effacement 90%, MR, Station -1 มดลูกหดตัวถี่ I 2 นาที D 45 วินาที Severity +++ อีกครึ่งชั่วโมงต่อมา ผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก บ่นอยากเบ่ง ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 9 cm Effacement 90%, MR, Station 0 ท่า LOA FHS 150 ครั้ง/นาที และเวลา 11.30 น. ปากมดลูกเปิดหมด Effacement 100%, Station 0 น้ำคร่ำเป็น Moderate meconium

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

stained

ระยะคลอด วันที่ 8 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น. มดลูกหดตัวถี่ I 2 นาที D 50 วินาที Severity +++ ตรวจภายใน พบ Station 0 ทำ LOA FHS 146 ครั้ง/นาที ผู้คลอดบ่นไม่มีแรงเบ่ง เนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์คลอดทั้งในระยะเจ็บครรภ์จริงและเจ็บครรภ์เตือนเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับมี Moderate meconium stained แพทย์ตัดสินใจช่วยเหลือในการทำสูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuums' extraction: V/E) ด้วยข้อบ่งชี้ มารดามีภาวะเหนื่อยล้าจากการเบ่งคลอด (maternal exhaustion)

12.08 น. ทารกคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,100 กรัม ความยาว 50 cm รอบศีรษะ 34 cm. รอบอก 32 cm. Temp 36.8 °C, คะแนน APGAR นาทีที่ 1 หลังคลอด 6 คะแนน (หัก A 1, a 1, HR 1 และ G 1 คะแนน) Suction ในหลอดลม 2 รอบ พบมีลักษณะของ Moderate Meconium stained คะแนน APGAR นาทีที่ 5 หลังคลอด 7 คะแนน (หัก A 1, a 1, และ G 1 คะแนน) และนาทีที่ 10 หลังคลอด 8 คะแนน (หัก A 1 และ a 1 คะแนน) estimate blood loss 100 cc รกคลอด เวลา 12.13 น. โดยวิธี controlled cord traction รกหนัก 600 กรัม มี estimated blood loss 100 ml รกหนัก 600 กรัม

ระยะหลังคลอด 8 มีนาคม 2566 เวลา 14.00 น. มารดาหลังคลอดช่วยเหลือตัวเองได้ดี มดลูกหดตัวดี ระดับยอดมดลูกอยู่ในระดับ 5 นิ้วเหนือระดับหัวหน้า มี normal bleeding per vagina ชุ่มผ้าอนามัยครั้งผืน บ่นปวดมดลูกและเจ็บตึงแผลฝีเย็บเล็กน้อย pain score 3 คะแนน แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี hematoma และปัสสาวะได้เองหลังคลอด นอกจากนี้ หลังให้การดูแลครบ 2 พบว่ามีภาวะไข้หลังคลอดอย่างต่อเนื่อง อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 37.8 – 38 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ทราบให้ส่งตรวจ CBC

9 มีนาคม 2566 เวลา 8.23 น. มารดาหลังคลอดช่วยเหลือตัวเองได้ดี มดลูกหดตัวดี ระดับยอดมดลูกอยู่ในระดับ 5 นิ้วเหนือระดับหัวหน้า บ่นเจ็บตึงแผลฝีเย็บ ผลตรวจ CBC WBC 18,060 cell/mm³, PMN 83 % แพทย์ให้ยา Amoxycillin 500 mg ช่วงเวรบ่ายดึกเริ่มมีน้ำนมซึม และแพทย์อนุญาต ให้กลับบ้าน วันที่ 10 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น.

อย่างไรก็ตาม เป้าหมายของงาน คือให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนจากการสำลักเชื้อ โดยมีการระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับมารดา ทารก ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะรับใหม่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มารดาและทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ในขณะที่ส่วนนำทารกยังไม่ลงอุ้งเชิงกราน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นครรภ์แรก และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะรอคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกหดตัวถี่และรุนแรง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด หรือสายสะดือพลัดต่ำในระยะรอคลอด เนื่องจากมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ fetal distress เนื่องจากมารดา มีการหดตัวของมดลูกถี่และรุนแรงในระยะรอคลอด ร่วมกับภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะสำลักซีเทา จากภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ขณะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ผู้คลอดและทารกแรกเกิดอาจได้รับอันตรายจากการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องสูญญากาศ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากการตามีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. บิดามารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของทารก เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการเผชิญความเจ็บป่วยของบุตร และไม่สามารถแสดงบทบาทบิดามารดาได้อย่างเต็มที่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. มารดาพร่องความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากมีบุตรคนแรก และภาวะความเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. มารดาพร่องความรู้ในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้านเนื่องจากมีบุตรคนแรก

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนหลังคลอด เนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้นจากการสำลักซีเทาแรกเกิด

4.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกโรคที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สถิติการเกิดโรคของหน่วยงาน 5 ปีย้อนหลัง
2. ศึกษาความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนและสำลักน้ำคร่ำจากตำราบทความวิชาการต่าง ๆ
3. เลือกกรณีศึกษา จากมารดาครรภ์เสี่ยงต่ำ แต่มีภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนจากการสำลักซีเทา โดยมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์เพียง 5 ชั่วโมง 08 นาทีก่อนคลอด
4. ประเมินแบบแผนสุขภาพมารดาทารกแบบองค์รวม จากการซักประวัติผู้คลอด ติดตามผลตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ เพื่อการวินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล ให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงวางแผนการดูแลและติดตามอาการทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่องจนจำหน่ายกลับบ้าน
5. ลงบันทึกการพยาบาลและผลการรักษาในเวชระเบียน
6. ถอดบทเรียนจากการให้การพยาบาลกรณีศึกษา มาสร้าง/พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารก เพื่อการนำไปทดลองใช้แก่ผู้คลอดที่มารับบริการ ในระยะรับใหม่
- 7 จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด (Neonatal Resuscitation)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แก้พยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การประสานงาน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงเกี่ยวกับการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด

8. สรุปผลการศึกษา นำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดมาจัดเป็นเอกสารนำเสนอตามลำดับ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ : การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนจากการสำลักขี้เทา : กรณีศึกษา 1 เรื่อง

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ:

1. การพยาบาลตาม ลดจำนวนวันนอนทารกป่วยเหลือ 14 วัน
2. พัฒนาการของทารกในช่วง 6 เดือนหลังคลอดโดยรวมพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

1. มีแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารก (ฉบับทดลองใช้) ไว้ใช้ในหน่วยงาน

2. ปรับปรุงวิธีปฏิบัติงาน (WI)

2.1 การประเมินความเสี่ยงผู้คลอด โดยเพิ่มการใส่แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารก (ฉบับทดลองใช้)

2.2 การรับใหม่ผู้รับบริการคลอด โดยกำหนดให้มีการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง EFM ทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้คลอดที่มีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะสำลักขี้เทา และขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

3. เพิ่มความสามารถ และความมั่นใจในการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพแก่พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด

ผลกระทบ

เพิ่มการเปิดให้บริการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลปากเกร็ด เพื่อความปลอดภัยแก่มารดาและทารกแรกเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้คลอดที่มีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์เพื่อป้องกันภาวะสำลักขี้เทา และขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

7. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยั่งยืนในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์อัตราการเกิดภาวะสำลักขี้เทาและขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดจากกรณีศึกษาครั้งนี้ คือ การที่กรณีศึกษาเป็นผู้คลอดครรภ์เสี่ยงต่ำที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด มารพ.ด้วยอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และมีช่วงเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 เป็นไปตามปกติ (2 ชั่วโมง 30 นาที) ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงของมารดาต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกตั้งแต่ในระยะรับใหม่ต่อเนื่องมาจนถึงระยะคลอดจึงเป็นเรื่องที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถ และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างทันที่ การที่ผู้ขอรับการประเมินซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ในระยะรับใหม่ บนหลักวิชาการแล้วพบลักษณะของ minimal FHR variability ไม่พบ acceleration ร่วมกับการมีลักษณะคล้าย early deceleration จึงตัดสินใจรายงานแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาและให้การพยาบาลด้วยการทำ IUR ตามแนวทางที่มีอยู่ในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารก (ฉบับทดลองใช้) ตลอดจนให้การพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เพื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์แก่กรณีศึกษาในระยะ รอคอด ต่อเนื่องมาจนถึงระยะคลอด อย่างไรก็ตาม เมื่อพบภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน จึงตัดสินใจ รายงานแพทย์ เพื่อให้พิจารณาสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอดทันที โดยเลือกใช้วิธีการคลอดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระดับที่รุนแรงตามมา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ด้วยการป้องกันภาวะสำคัญที่อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ในกลุ่มผู้คลอดครรภ์เสี่ยงต่ำ อายุครรภ์ครบกำหนด และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์เป็นเรื่องยาก เนื่องจากเป็นความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่มีสัญญาณการเตือนล่วงหน้าชัดเจน ดังนั้นการสร้าง/พัฒนาแบบคัดกรอง ความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารก (ฉบับทดลองใช้) และการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติงาน ต้องอยู่บน พื้นฐานขององค์ความรู้ด้านวิชาการที่เชื่อถือได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ยังมีข้อจำกัดและไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล ดังนั้นผู้ขอรับการประเมินจึงต้องประสานความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการให้ข้อคิดเห็น และผ่านความเห็นชอบจากคณะผู้บริหาร เพื่อการนำแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะ ขาดออกซิเจนในทารก (ฉบับทดลองใช้) มาใช้จริงในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการอธิบาย ชี้แจง และให้ความรู้/ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติงาน แก่พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ในห้องคลอดทุกคน ตลอด ระยะเวลาที่ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูล

9. ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าภาวะสำคัญที่อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนและในทารก แรกเกิด เป็นสิ่งที่ยากต่อการป้องกัน แต่ถ้าได้รับการประเมิน/คัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะรับใหม่ การวางแผนปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาลในทุกระยะของการคลอด จากพยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ ที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจอย่างเหมาะสมและทันท่วงที จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางการ พยาบาลที่ดี ภายใต้การสนับสนุนทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลอย่างเพียงพอ ดังนั้นผู้รับการประเมินจึงมี ข้อเสนอแนะใน 3 ประเด็นดังนี้

ด้านบริหาร: นำเสนอแผนงานการสร้าง/พัฒนาระบบการป้องกันการขาดออกซิเจนของทารก แรกเกิดต่อคณะผู้บริหาร กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อขอความเห็นชอบ และการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็น

ด้านบริการ: ควรมีการสร้าง/พัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแก่ผู้คลอดที่มารับบริการในระยะรับใหม่ รวมถึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดา ในระยะรอคลอด และระยะคลอด และประกาศเป็นนโยบายการให้บริการพยาบาลเพื่อป้องกันการ ขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดต่อไป

ด้านวิชาการ: ควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้/ทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการ ขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด แก่พยาบาลในห้องคลอดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อยู่เสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ผลในลักษณะงานวิจัย (R to R) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้คลอด ที่สอดคล้องกับแผนการพัฒนาโรงพยาบาลปากเกร็ด จากโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 เป็น S plus ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านมารดาทารกของจังหวัดนนทบุรี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

10. การเผยแพร่ผลงาน

ผู้จัดทำเผยแพร่โดยการนำเสนอผลงานวิชาการ การประชุมวิชาการโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและการนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการพยาบาลจังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ 2567 วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวชมศา คัชชาพงษ์ สัดส่วนของผลงาน 100 %
- 2)สัดส่วนของผลงาน.....
- 3)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวชมศา คัชชาพงษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 2.6.6. 2566

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) 26 ส.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอนุกุล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) 26 ส.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

✓

(นายรุ่งทัย มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
29 ส.ค. 2567

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

2. หลักการและเหตุผล

การเกิด Birth Asphyxia ส่งผลต่ออวัยวะระบบต่าง ๆ ของร่างกายทารกแรกเกิดเกือบทุกระบบ ที่เห็นชัดมากที่สุดคือ ระบบประสาทกลาง ระบบการหายใจ และหัวใจ ทารกที่มีความรุนแรงของภาวะ Birth Asphyxia มากพอ อาจส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการ hypoxic-ischemic encephalopathy อาการชักหรือcoma ภาวะ intraventricular hemorrhage ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีการขาดออกซิเจนมาก ๆ จะทำให้มีภาวะ respiratory distress syndrome (RDS) (ปิยะนุช ชูโต, 2562) ถึงแม้ว่า ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ป้องกันยาก และขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอ แต่ถ้ามีการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาล ตามหลักสำคัญของการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ด้านการคลอด และด้านทารกในระยะรับใหม่ ร่วมกับ 2) การดูแลและติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกอย่างเหมาะสมทั้งก่อนและหลังเกิดความผิดปกติ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอดต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ (Nwadike, R. V., 2020; ลอ บารมี และพรพัตร์ สุราไพณิพ, 2563) ก็จะทำให้ลดอัตราอุบัติการณ์เกิดหรือความรุนแรงของโรคได้

โรงพยาบาลปากเกร็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่มีแนวโน้มของอุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia เพิ่มขึ้นในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2561 ถึง 2565 โดยในปีงบประมาณ 2565 มีสูงถึงร้อยละ 3.88 ของอัตราการเกิดมีชีพ 1,000 คน (เวชสถิติงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด, 2566) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และสูงกว่าอัตราอุบัติการณ์ในระดับเขตสุขภาพ (กรมอนามัย, 2566) ในฐานะที่ผู้รับการประเมินเป็นหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด ของโรงพยาบาลปากเกร็ดจึงสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เพื่อสร้างระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารก พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ได้มาตรฐาน อันจะนำไปสู่การลดลงของอุบัติการณ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ในกลุ่มผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ก่อนกำหนด ครบกําหนด และเกินกำหนด ร่วมกับความพึงพอใจของพยาบาลผดุงครรภ์ต่อการปฏิบัติงาน และการยกระดับคุณภาพการพยาบาลในห้องคลอด ที่สามารถลดจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของมารดาทารกต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะผู้คลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลปากเกร็ด พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ส่วนใหญ่พบในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริง และผู้คลอดที่ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะค้ำขั้นขณะรอคลอด แต่ก็มีบางส่วนเกิดอุบัติการณ์ขึ้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เกินกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์หรือทารกน้ำหนักตัวน้อย และมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (เวชสถิติงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด ปีงบประมาณ 2561-2565) นอกจากนี้ บุคลากรพยาบาลของหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด ร้อยละ 40 เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ที่มีอายุงานเฉลี่ยน้อยกว่า 5 ปี ดังนั้นการให้บริการพยาบาล ตามหลักสำคัญของการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ด้านการคลอด และด้านทารกในระยะรับใหม่ ร่วมกับ 2) การดูแลและติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกอย่างเหมาะสมทั้งก่อนและหลังเกิดความผิดปกติ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอดต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด

อย่างมีประสิทธิภาพ (Nwadike, R. V., 2020; ลอ อ บาร์มี และพรพักตร์ สุราไพนิธ, 2563) จำเป็นต้องใช้บุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางการพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงในการประเมิน/คัดกรองความเสี่ยง และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

ในฐานะที่ผู้รับการประเมินเป็นหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด ของโรงพยาบาลปากเกร็ด จึงสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด บนพื้นฐานของแนวคิด “การพัฒนา 6 เสาหลักในระบบสุขภาพได้แก่ ระบบบริการ (Health Services), กำลังคน (Health Workforce), ข้อมูลระบบ (Information Systems), การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ (Access to Medicines), งบประมาณ (Health Finance), และธรรมาภิบาล (Governance) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2014)” และการทบทวนเอกสารวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างและพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด งานห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด อันจะนำไปสู่การลดลงของอุบัติการณ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ในกลุ่มผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ก่อนกำหนด ครบกําหนด และเกินกำหนด ร่วมกับความพึงพอใจของพยาบาลผดุงครรภ์ต่อการปฏิบัติงาน และการยกระดับคุณภาพการพยาบาลในห้องคลอดที่สามารถลดจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของมารดาทารก โดยมีรายละเอียดของข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นดังนี้

วัตถุประสงค์การพัฒนางาน การพัฒนาระบบ และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. พัฒนาระบบ และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลปากเกร็ด
2. สร้างคู่มือการดำเนินงานตาม “การพัฒนาระบบ และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด”
3. พัฒนาความรู้ ทักษะการประเมินความเสี่ยง และการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด รวมถึงส่งเสริมการให้คุณค่าต่อการพัฒนาคุณภาพพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด
4. ลดอัตราอุบัติการณ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด

ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1. ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาและวิเคราะห์สถิติการคลอดของโรงพยาบาลปากเกร็ดปีงบประมาณ 2561 – 2565
2. ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

3. นำเสนอแนวคิด และหลักการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ต่อคณะกรรมการกลุ่มงานการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อขอความเห็นชอบและการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็น

4. จัดทำคู่มือการดำเนินงานฯ สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด รวมถึง สร้างและพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด โดยพยาบาลผดุงครรภ์ฯ

5. นำเสนอแนวคิดและวิธีปฏิบัติแก่ผู้บริหาร และประชุมชี้แจงพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ “การพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด” ก่อนลงมือปฏิบัติ

6. จัดการฝึกอบรมให้ความรู้/ทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด แก่พยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอด

ขั้นตอนที่ 2. ขั้นตอนการ พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ที่ทำหน้าที่รับใหม่ เป็นผู้ดำเนินการขั้นตอนที่ 2.1 และส่งต่อให้พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดเป็นผู้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 2.2 หากมีอุบัติการณ์ของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดขึ้น พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ที่ทำหน้าที่รับเด็กและดูแลทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด เป็นผู้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 2.3 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะรับใหม่

ขั้นตอนที่ 2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะรอคลอด และระยะคลอด

ขั้นตอนที่ 2.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีคู่มือ แบบประเมินความเสี่ยง และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ไว้ใช้สำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด

4.2 บุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลปากเกร็ด มีการพัฒนาความรู้ ทักษะการประเมินความเสี่ยง และการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด รวมถึงส่งเสริมการให้คุณค่าต่อการพัฒนาคุณภาพพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด

4.3 อัตราอุบัติการณ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลปากเกร็ด มีแนวโน้มลดลง หลังจากนำการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมาใช้งาน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 อัตราอุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia มีแนวโน้มลดลงภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนำการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมาใช้งาน และสามารถลดอัตราอุบัติการณ์เกิด Birth Asphyxia ของโรงพยาบาลปากเกร็ด ให้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้ภายในระยะเวลา 2 ปี

5.2 พยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด มีการปฏิบัติงานการพยาบาล ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน มากกว่าร้อยละ 80

5.3 พยาบาลวิชาชีพพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้คลอด โรงพยาบาลปากเกร็ด มีความพึงพอใจ
 เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน อยู่ในระดับดีขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยมากกว่า
 3.51)

(ลงชื่อ) 

(นางสาวชมศา คัชชาพงษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 26 ธ.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน