



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 จินดามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปราณี ปานเฉ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางปณณช ภูมิขัน	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 โกะะสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศาตร์ณ์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสาวสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

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 จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๖, ๔

(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๙	นางปณณช ฉิมชั้น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล	๑๖๐๐๖๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	๑๖๐๐๖๑	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับอาการช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากสาเหตุรกค้าง”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจาก สาเหตุรกค้างในรูปแบบD-METHOD (on Line)				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

ว.ณ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับอาการช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
เนื่องจากสาเหตุรक्त้าง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กันยายน ๒๕๖๖ – พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- | | |
|--|----------------|
| ๑. เลือกกรณีศึกษาจากผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกค้าง | กันยายน ๒๕๖๖ |
| ๒. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | กันยายน ๒๕๖๖ |
| ๓. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการศึกษา | กันยายน ๒๕๖๖ |
| ๔. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง | ตุลาคม ๒๕๖๖ |
| ๕. ดำเนินการโดยการศึกษาค้นคว้าจากเวชระเบียนผู้ป่วยในวิเคราะห์ปัญหาความต้องการการดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง | ตุลาคม ๒๕๖๖ |
| ๖. สรุปผลกรณีศึกษา | ตุลาคม ๒๕๖๖ |
| ๗. จัดพิมพ์รายงานการศึกษา | พฤศจิกายน ๒๕๖๖ |
| ๘. เผยแพร่ผลงานโดยนำเสนอ Oral presentation ในการประชุมวิชาการโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและการนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการพยาบาล จังหวัดนนทบุรี วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ | พฤศจิกายน ๒๕๖๖ |

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรค

มารดาที่มีความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์

ภาวะครรภ์เสี่ยง หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและ/หรือทารกในครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพหรือการตายทั้งขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงปัจจุบันพบมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทั้งทั่วโลกและในประเทศไทย จากปัจจัยหลายประการทั้งจากภาวะพฤติกรรมสุขภาพของตัวสตรีตั้งครรภ์เองและจากความจริงที่เพิ่มมากขึ้นของเทคโนโลยี ภาวะความเสี่ยงสูงอาจเกิดจากโรคทางอายุรกรรมที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งหรืออาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นในการดูแลสตรีตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสืบค้นหาปัจจัยความเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้การดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มมีการตั้งครรภ์หรือก่อนที่จะเกิดปัญหารวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆต่อทั้งมารดาและทารก

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดเรื้อรัง (Chronic Hypertention)

หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ หรือวินิจฉัยได้ก่อนอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ โดยที่ความดันโลหิตสูงเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เป็น ๑ ใน ๔ ชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงในมารดาตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรงเป็นสาเหตุที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาตั้งครรภ์และทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และไตวาย ผลกระทบในระยะยาวคือเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและเป็นสาเหตุให้ทารกเกิด

การบาดเจ็บ และเสียชีวิตปริกำเนิด (Conningham et al., ๒๐๑๘)

ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงต่อมารดาตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้ทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดหรือระยะหลังคลอด เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ไตวายเฉียบพลันเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง อันตรายจากการชัก เช่น สัมผัสอาหารเข้าหลอดลม เป็นต้น ส่วนผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงต่อทารกขึ้นอยู่กับลักษณะความรุนแรงและอันตรายของทารกจะเพิ่มขึ้น หากเกิดภาวะนี้เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า ๓๔ สัปดาห์ ผลกระทบของภาวะโลหิตสูงในมารดาต่อทารกในครรภ์เช่น ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ ภาวะครรภ์ตายในระยะแรกเกิด เป็นต้น

ผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งเอง ๑.๒ เท่า เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ๒.๘ เท่า เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาจส่งผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ขาดความมั่นใจในรูปร่างและภาพลักษณ์ตัวเอง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า(วรรณพร และกฤษณี, ๒๐๑๗) ผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนในระยะคลอด พบว่ามีความสัมพันธ์กับทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะล้มเหลวจากการคลอดบุตรทางช่องคลอดเนื่องจากทารกตัวโต ช่องทางคลอดแคบจากการสะสมของไขมันบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องเชิงกราน ผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ในระยะหลังคลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางการคลอด มักประสบปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากการสร้างน้ำนมล่าช้ากว่าปกติ เนื่องจากมีระดับโปรแลคตินที่ยังคงสูงในระยะหลังคลอดจากไขมันใต้ผิวหนัง ทำให้มีผลในการยับยั้งการหลั่งของโปรแลคตินทำให้การสร้างน้ำนมลดลง ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกมีภาวะตายคลอดเพิ่มขึ้น ๑.๔ เท่า ในมารดาที่มีภาวะอ้วนระดับ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดทารกตัวโต (Fetal macrosomia) และมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Post Partum Hemorrhage : PPH)

ปัจจุบันมีการนิยามภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, ๒๐๑๘) ซึ่งเป็นที่ได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยได้นิยามไว้ดังนี้คือ การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือด ๕๐๐ มิลลิลิตรหรือมากกว่า ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ภายหลังการเกิด ซึ่งคำนิยามของ WHO อาจจะเป็นคำนิยามที่สั้นและกว้าง เพื่อเหตุผลในการรวบรวมข้อมูล ทำสถิติในภาพรวมของระดับโลก จึงไม่ได้ให้รายละเอียดที่มากนัก (Titapant & Lertbunnaphong, ๒๐๒๑) หรือมีการเสียเลือดน้อยกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร แต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการวินิจฉัยความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Haematocrit) ที่ลดลงมากกว่าร้อยละ ๑๐ จากการคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อคจากการเลือดออก (Sannil, ๒๐๒๑; Word Health Organisation, ๒๐๑๘) ซึ่งในประเทศยังมีการใช้นิยามที่เฉพาะเจาะจงลงไปรายละเอียด ตามบริบทในการดูแลและความสามารถในการรักษา ได้แก่ นิยาม โดย Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (Carillo & Chandharan, ๒๐๑๔; Titapant & Lertbunnaphong, ๒๐๒๑) ดังนี้ ๑. การตกเลือดหลังคลอดระยะปฐมภูมิ/ ระยะแรก (Primary Postpartum Haemorrhage, Early Postpartum Haemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดจากช่องทางการคลอด ๕๐๐ มิลลิลิตรหรือมากกว่า ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ภายหลังการเกิดของทารก โดยมักเกิดภายหลังคลอดทันที จึงอาจเรียกภาวะนี้ว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Immediate PPH) (Titapant & Lertbunnaphong, ๒๐๒๑) สามารถแบ่งเป็นระดับความรุนแรงการตกเลือดหลังคลอดระยะปฐมภูมิดังนี้ ๑.๑ Minor PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงของปัญหาน้อย คือ มีการเสียเลือดระหว่าง ๕๐๐- ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ๑.๒ Major PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงของปัญหามาก คือ มีการเสียเลือดมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร โดยแบ่งออกเป็น ๑.๒.๑ Moderate PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง คือ มีการเสียเลือด ระหว่าง ๑,๐๐๑-๒,๐๐๐ มิลลิลิตร ๑.๒.๒ Severe PPH ภาวะตกเลือดที่มีความรุนแรงระดับสูง คือ มีการเสียเลือดมากกว่า ๒,๐๐๐

มิลลิลิตร ๒. การตกเลือดหลังคลอดระยะทุติยภูมิ/ระยะหลัง (Secondary Postpartum Haemorrhage, Late Postpartum Haemorrhage) หมายถึง การมีเลือดออกลักษณะผิดปกติ หรือมีปริมาณมากกว่าปกติ จากช่องทางคลอดในช่วงเวลาระหว่าง ๒๔ ชั่วโมง จนถึง ๑๒ สัปดาห์หลังคลอด สาเหตุจาก subinvolution of placental site, การเหลื่อมค้ำของผลิตภัณฑ์จากการตั้งครรภ์ เช่น รก, มดลูกติดเชื้อ

มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน (Obesity in Pregnancy)

หมายถึง มารดาที่มีดัชนีมวลกาย (Prepregnancy BMI) ก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร ภาวะอ้วนในมารดาตั้งครรภ์พบได้มากขึ้นเนื่องจากมีภาวะอ้วนมาตั้งแต่วัยเจริญพันธุ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘ พบมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ ๑๑.๑, ๑๔.๓, ๓.๑ และ ๔.๐ ตามลำดับ (Sunsaneevitayakul. et al., ๒๐๑๔) มารดาที่มีภาวะอ้วนจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด (๔T)

๑. Tone คือ สาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๗๐ ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมดเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีสามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twin) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ ๔ ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolong oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolong of labor) และการใช้ยาเทอบูทาลินในช่วงเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติหรือกล้ามเนื้อมดลูกล่าช้าจากการยืดขยายในระยะคลอดเป็นเวลานานภายหลังจากคลอดทารก จึงทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลตรงที่รกเกาะหดตัวไม่ดีส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุดเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ จากผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า ๑ ครั้ง มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด ๑.๖๕ - ๓.๐๓ เท่า (Briley et al, ๒๐๑๔; Michelet et al., ๒๐๑๕) มารดาที่มีการคลอดระยะที่ ๒ ยาวนานกว่าปกติมีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด ๔.๖๗ เท่า และมารดาที่มีการใช้ยาเทอบูทาลินในช่วงเจ็บครรภ์คลอด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดนานเกิน ๘ ชั่วโมง มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดมาก

ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) น้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) และรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placenta) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ชีวิตได้โดยทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากการติดเชื้อของน้ำคร่ำทำให้กล้ามเนื้อมดลูกได้รับอันตรายเกิดการอักเสบติดเชื้อไปด้วย ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี ภาวะครรภ์เป็นพิษทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจากการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการพบโปรตีนในปัสสาวะ (Preeclampsia) มักจะใช้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ในการป้องกันอาการชักจากความดันโลหิตสูง ซึ่งยามีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวจึงมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจึงมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ส่วนรกเกาะต่ำมีผลทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้จากตำแหน่งการเกาะของรกอยู่ที่ส่วนล่างของมดลูก (Lower segment) ซึ่งตามปกติในขณะที่มดลูกหดตัวกล้ามเนื้อมดลูกบริเวณส่วนล่างจะหดตัวได้ไม่ดีเท่ามดลูกส่วนบน (Upper segment) เพราะเป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อมดลูกบางและไม่แข็งแรงจึงมีโอกาสเกิดการตกเลือดได้ ส่วนการเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากในขณะเดียวกันยังมีทารกอยู่ในครรภ์ มดลูกจึงไม่สามารถจะหดตัวเพื่อให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณรอยแผลหดตัวและหยุดเลือดได้ เลือดจึงไหลไม่หยุดเกิดการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดได้ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มี รกเกาะต่ำมีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด ๓๑.๗๖ เท่า และมารดาที่มีรกลอกตัวก่อนกำหนดมีโอกาสตกเลือดหลังคลอด ๗.๕๙ เท่า

๒. Trauma คือ สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Genital tract laceration) เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (Tear cervix) ช่องคลอด (Tear vagina) แผลฝีเย็บ (Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (Hematoma) เป็นต้น (Murray & McKinney, ๒๐๑๔) เป็นสาเหตุอันดับ ๒ ของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยพบได้ร้อยละ ๒๐ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดแล้วตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) ทารกมีส่วนน้ำหนักไม่ใช่นormal (Fetal malpresentation) การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Forceps or vacuum) การตัดแผลฝีเย็บ (Rapid especially mediolateral) การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or precipitate of labor) และการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีผลทำให้ช่องคลอดได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากช่องทางคลอดเกิดการยืดขยายมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังอาจเกิดขึ้นได้จากการคลอดเฉียบพลันที่ผู้ทำคลอดทำการช่วยคลอดไม่ครบขั้นตอน เช่น ไม่ได้ save perineum เป็นต้น ทำให้ช่องทางคลอดเกิดการฉีกขาดลึก เส้นเลือดได้รับการบาดเจ็บและเสียเลือดปริมาณมากจนเกิดตกเลือดหลังคลอดได้ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด ๒.๖๓ – ๒.๘๓ เท่า

๓. Tissue เช่น รกและชิ้นส่วนของรกค้าง หรือชิ้นส่วนของรกภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ พบได้ร้อยละ ๑๐ ของการคลอดปกติทั้งหมด มีสาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมได้ดังนี้

๓.๑ ทารกคลอดไม่ถูกวิธีเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการประเมินการลอกตัวของรกที่สมบูรณ์ ทำให้รบกวนกระบวนการลอกตัวของรก เกิดรกลอกตัวไม่สมบูรณ์ การนวดหรือดันมดลูกเร็วเกินไป ก่อนที่รกจะลอกตัวสมบูรณ์ การดึงสายสะดือหรือเยื่อหุ้มรก เร็วและแรงเกินไป ทำให้มีชิ้นส่วนของรกขาดและติดค้าง ในโพรงมดลูก

๓.๒ รกเกาะผิดปกติ เช่น รกเกาะฝังลึกกับ ผังกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้รกลอกตัวยากและใช้เวลานาน เกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีและมีเศษรกติดค้างได้ มักพบในมารดาที่มีประวัติการขูดมดลูกก่อนการตั้งครรภ์นอกจากนั้นรกเกาะผิดปกติจะพบในรายที่มีรกขนาดใหญ่ หรือมีรกน้อยที่ทำให้รกบางส่วนติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก

๔. Thrombin การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้น้อย ประมาณร้อยละ ๑ เกิดจาก การมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) ได้รับยาเสพติดหรือยารักษาโรคในขณะตั้งครรภ์ มีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น hemophilia, thalassemia โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซีดรุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการแก้ไข มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด ๖.๕ เท่า มารดาที่ได้รับยาเสพติดหรือยารักษาโรคในขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด ๒ เท่า ส่วนมารดาที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดมีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดสูงถึง ๘๒.๐ เท่า

พยาธิสรีรภาพ

การตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง จะทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง เกิดภาวะ Hypovolemia ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงทำให้การขับปัสสาวะลดลง หากขาดเลือดเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะไตล้มเหลวได้ (renal shutdown) หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดหรือสารน้ำ เช่น ปอดบวมน้ำ ถ้าช็อกนานๆจะทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายขาดออกซิเจน โดยเฉพาะที่สมอง ทำให้ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะเหล่านั้นเสียไปหรือทำงานน้อยลง ฮอรโมนต่างๆ ก็จะลดน้อยลง การทำงานของต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ และการทำงานของต่อมเพศลดลง รวมถึงมีผลกระทบต่อการสร้างน้ำนม

ทำให้ผลิตน้ำมดน้อยลง ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาหลังคลอด การเสียเลือดจำนวนมากและเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย และส่งผลกระทบต่อกลไกการต่อต้านเชื้อโรค ทำให้มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย กรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการตกเลือดได้ ต้องได้รับการผ่าตัดมดลูก ทำให้มีการสูญเสียอวัยวะสำคัญของความเป็นผู้หญิง เกิดความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเอง

อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

๑. มีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอด หรือคั่งค้างอยู่ภายในช่องทางคลอดก็ได้ ในรายที่มีเลือดออกมาให้เห็นอาจมีลักษณะไหลซึมหรือไหลพุ่งออกมา ส่วนที่ขังอยู่ในโพรงมดลูกหรือช่องคลอด มักจะไม่ไหลออกมา แต่เมื่อกระตุ้นมดลูกให้แข็งแล้วกดไล่เลือดก็จะมีเลือดไหลออกมา

๒. มีอาการของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจหอบ ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น ตัวเย็น รู้สึกกระหายน้ำ ระยะแรกจะหายใจเร็ว แต่ต่อไปจะหายใจช้าลง มีอาการหนาวสั่น เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง อาจจะมีปัสสาวะน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงอาจช็อก ไม่รู้สึกตัว และอาจเสียชีวิตได้

๓. ตรวจการหดตัวของมดลูก โดยไขมือนำหน้าท้อง อาจพบยอดมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือหรือมีขนาดใหญ่กว่าปกติเนื่องจากมีเลือดขังอยู่ข้างใน หรืออาจพบมดลูกอ่อนปวกเปียกในระยะที่มีอาการรุนแรงมาก

๔. ภาวะแทรกซ้อนของภาวะตกเลือดหลังคลอดประกอบด้วย

๔.๑ เกิดภาวะซีด อ่อนเพลีย อาจเป็นลมหมดสติได้และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย

๔.๒ การเสียเลือดมาก อาจทำให้ตอมไตสมองส่วนหน้าขาดเลือดไปเลี้ยง และการสร้างฮอร์โมนลดต่ำลง เกิดกลุ่มอาการชีแฮน (Sheehan's syndrome) ซึ่งจะทำให้ไม่มีน้ำนมหลังคลอด ไม่มีประจำเดือน เต้านมเล็กลง ขนที่รักแร้และหัวหนาร่วง ต่อมไทรอยด์และต่อมหมวกไตส่วนนอกทำงานบกพร่อง อย่างไรก็ตามพยาธิกำเนิดของภาวะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด และส่วนใหญ่ของมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงก็ไม่เกิดภาวะนี้ ภาวะนี้จึงพบได้น้อยประมาณ ๑: ๑๐,๐๐๐ ของการคลอด

๔.๓ การตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้อีก

๔.๔ กรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หรือดูแลรักษาไม่ทันทางที่ อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความสำคัญ ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะคลอดซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๑๔) ให้ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ ๓ ของการคลอด โดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) มีรายละเอียดที่สำคัญ คือ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตั้งแต่วันที่ ๒ ของการคลอดกับมารดาทุกราย โดยใช้ oxytocin ๑๐ ยูนิต ให้ทางน้ำเกลือหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน กรณีที่ไม่สามารถใช้ oxytocin ได้ให้ใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามความเหมาะสมได้แก่ ergometrine/ methylexergometrine หรือใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกร่วมกันระหว่าง oxytocin กับ ergometrine หรือใช้ misoprostol ชนิดรับประทาน (๒๐๐ µg) ในหน่วยงานที่ไม่มีทักษะหรือไม่มีความชำนาญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ oxytocin และไม่มี oxytocin ใช้ หน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ที่ชำนาญในการทำคลอดปกติทางช่องคลอด ให้ใช้วิธีการทำคลอดรกแบบ controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะที่ ๓ ของการคลอดทำให้เสียเลือดลดลง คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด แต่ไม่แนะนำให้คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ได้รับ oxytocin ทางหลอดเลือดดำหลังคลอด เนื่องจากอาจทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้าเกินไป และไม่ช่วยป้องกันการตกเลือด ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดแก่มารดาทุกราย เพื่อเฝ้าระวังการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยงาน The Florida Perinatal Quality Collaborative (FPQC)/ ACOG Obstetric Hemorrhage Initiative (OHI) ซึ่งร่วมมือกันภายใต้ The Florida Department of Health (๒๐๑๕) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

เกี่ยวกับการป้องกัน และรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

๑. มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะเลือดออกทางสูติกรรมที่เป็นมาตรฐาน
๒. มีการพัฒนาคู่มือหรือแนวทางขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน
๓. มีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างหน่วยงานกับคลังเลือด เพื่อให้การเข้าถึงการใช้เลือดอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะตกเลือด
๔. หน่วยงานมั่นใจได้ว่าสามารถเข้าถึงยาที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดได้โดยเร็วเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น
๕. มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด พร้อมทั้งมีการชี้แนะถึง ข้อบกพร่องของสมาชิกในทีมเพื่อการพัฒนา (debriefs)
๖. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะแรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และระยะคลอด เพื่อพัฒนาเป็นคำสั่งการรักษา (Order standing) ที่จำเป็นสำหรับกรณีเสี่ยง เช่น เจาะเลือดเพื่อจองเลือด และจัดเตรียมอัตราคลังในการดูแลให้เหมาะสม
๗. ใช้วิธีการจัดการในระยะที่ ๓ ของการคลอดโดยเร็ว (Active Management of Third Stage of Labor: AMTSL) ในระยะคลอด
๘. ทำการประเมินการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ระยะคลอด ระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด และในหน่วยงานหลังคลอด โดยใช้เทคนิคการวัดปริมาตรที่เที่ยงตรง เช่น การตวง การชั่งน้ำหนัก ในหน่วยงานหลังคลอด
๙. สร้างวัฒนธรรมของการบอกเล่าหรือการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือประเด็นสำคัญในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ควรต้องพัฒนา เพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานเกิดความคุ้นเคยและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลมารดาหลังคลอดตลอดเวลา

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ในระยะหลังคลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งในระยะแรกและระยะหลังเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือดในระยะหลัง ๒๔ ชั่วโมง (Late postpartum hemorrhage) อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงกลับไปอยู่ที่บ้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ ๒๔ ชั่วโมงแรก และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ๑) ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด และ ๒) ทักษะการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะต่างๆ

๑. การพยาบาลในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเป็นทักษะสำคัญอันดับแรกพยาบาลต้องสามารถดำเนินการได้ เพื่อค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยงต่างๆ และให้การดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องต่อไป พยาบาลต้องมีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของมารดาหลังคลอด เช่น การใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah (Einerson, et al., ๒๐๑๖) ซึ่งมีการแบ่งระดับของความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดออกเป็น ๒ ระดับ คือ เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) พยาบาลต้องดำเนินการประเมิน ๒ ระยะ คือ ระยะแรกรับ และระยะคลอด ดังนี้

๑.๑ การประเมินในระยะแรกรับ ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ เคยผ่าตัด มดลูกหรือผ่าตัดคลอด (Prior uterine surgery or CS) ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) เคยคลอดทาง ช่องคลอดมากกว่า ๔ ครั้ง (>๔ prior births) เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน (Prior OB hemorrhage) มีก้อนเนื้อออกมดลูกขนาดใหญ่ (Large myomas) ทารกน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม (EFW >๔๐๐๐ g) อ้วนมาก (BMI >๔๐)

มีภาวะซีด (Hematocrit<๓๐%) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกฝังแน่น (Accreta/percreta) เกร็ดเลือดต่ำกว่า ๗๐,๐๐๐ (Platelet count<๗๐K) มีเลือดออกทางช่องคลอด ปริมาณมาก (Active bleeding) มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Known coagulopathy) มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า ๒ ปัจจัยขึ้นไป (>๒ medium risk factors)

๑.๒ การประเมินในระยะคลอด ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorionitis) ได้รับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกนานเกิน ๒๔ ชั่วโมง (Prolonged oxytocin >๒๔ hr.) ระยะที่ ๒ ของการคลอด ยาวนาน (Prolonged ๒ndstage) ได้รับความเสี่ยงซึมซัลเฟต (Magnesium sulfate) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า ๒ ปัจจัยขึ้นไป (>๒ medium risk factors) เพื่อให้การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในมารดา หลังคลอด มีแนวทางที่ชัดเจนและจดจำได้ง่าย

๑.๓ การประเมินในระยะหลังคลอด โดยใช้อักษรย่อ B-BUBBLE (Pillitteri, ๒๐๑๔) ได้แก่ Black ground and Body condition, Breast and Lactation, Uterus, Bladder, Bleeding or Lochia, and Episiotomy ดังนี้ ๑) Black ground and Body condition คือ การตรวจสอบประวัติการคลอด เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะคลอด เช่น ระยะการคลอดที่ ๑ ๒ หรือ ๓ ยาวนาน การคลอดเฉียบพลัน (Precipitated labor) การมีรกค้าง เป็นต้น และการตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อดู ระดับความรู้สึกตัว ภาวะซีด ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยวัดสัญญาณชีพตั้งแต่หลังรกคลอดทันที และติดตามทุก ๑๕ นาที ใน ๑ ชั่วโมงแรก ทุก ๓๐ นาที ในชั่วโมงที่ ๒-๔ และทุก ๔ ชั่วโมงจนครบ ๒๔ ชั่วโมงแรก หลังคลอด ๒) Breast and Lactation คือ การประเมิน ลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนม เพื่อ ประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนมมารดาโดยเร็วและดูบ่อยทุก ๒- ๓ ชั่วโมง เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซินช่วยให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือด หลังคลอด ๓) Uterus คือ การประเมินระดับยอตนมดลูก และการหดตัวของมดลูก โดยพยาบาลต้องประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ๓๐ นาที ใน ๔ ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก ๑-๔ ชั่วโมง รวมถึงวัดยอตนมดลูก

๒. ทักษะการพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอด การพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอดตามคำแนะนำการดูแลมารดาหลังคลอดขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๑๔) มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วถึง โดยใช้ทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดในระยะแรกซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับยอตนมดลูก (Fundal height) อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการปัสสาวะ (Urine void) เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แล้วควรนำมาจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไปจากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยคลอดและหลังคลอดของผู้ทำการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลให้การดูแลมารดาหลังคลอดและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด นอกจากทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพมารดาในระยะหลังคลอดอีกด้วย

๓.บทบาทในการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยใช้กระบวนการ TIME (ตริภพ เลิศบรรณพงษ์, ๒๕๖๑)

๓.๑ การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ (Team) สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะ ทั้งทางด้าน Non technical skills และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดี

๓.๒ การเตรียมช่วยชีวิตขั้นต้น (Initial resuscitation and investigation) ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว

ได้แก่ การนวดมดลูก ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างรวดเร็วด้วยเข็มขนาดใหญ่ อย่างน้อย ๒ เส้น และแนะนำให้เจาะเลือดเพื่อจองเลือดและส่งตรวจ PPH blood test แนะนำให้ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมิน พลังไหลเวียนเลือด

๓.๓ การให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Medication treatment) ยาที่มีใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Oxytocin , Methylergonovine , Tranexamic acid , Misoprostol , Sulprostone

๓.๔ การหยุดเลือด (End of bleeding) หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่ได้ผล จำเป็นต้อง หยุดเลือดด้วยกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ การใช้บอลูน การผ่าตัดด้วยวิธี B-Lynch การผ่าตัดผูกหลอดเลือดของ มดลูก และการตัดมดลูก

การพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง

เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง (Moderate risk) ควรให้การดูแลโดยติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการเสีย เลือดอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ดังนี้ ๑) บันทึก สัญญาณชีพ ๒) ประเมินการหดตัวของมดลูกและ ระดับยอคมดลูก ทุก ๓๐ นาที ในระยะ ๒ ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด ๓) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บ จากผ้าอนามัย ซั่งผ้าอนามัยและบันทึกทุก ๓๐ นาที- ๑ ชั่วโมง ในระยะ ๒ ชั่วโมงแรก หลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบอาการผิดปกติใน ระยะ ๒ ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก ๔ ชั่วโมงในระยะ ๒๔ ชั่วโมง แรกหลังคลอด ๔) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยด ๑๐๐-๑๒๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ ๑๒-๑๘ ชั่วโมงหลังคลอด ๕) ประเมินกระเพาะปัสสาวะ และกระตุ้นมารดาให้ ปัสสาวะเองทุก ๔-๖ ชั่วโมง ๖) นำทารกมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็วในรายที่ไม่มี ข้อห้ามใน การให้นมแม่ เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ๗) ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอใน ระยะ ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด

การพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง

เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (High risk) พยาบาลต้องให้การดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลป้องกันตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้ทันที ดังนี้ ๑) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด ๒) ติดตามวัดสัญญาณ ชีพอย่างใกล้ชิดทุก ๕-๑๕ นาทีใน ระยะ ๒ ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด ๓) ประเมินการหดตัวของ มดลูกและระดับยอคมดลูก ทุก ๑๕ นาที ๔) ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็มและกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเอง ภายใน ๔-๖ ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดา หากพบว่ามีการกระเพาะปัสสาวะเต็มและมารดาไม่ สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง ๕) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ในอัตราหยด ๑๒๐- ๑๔๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง ๖) หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์และตามทีมใน การช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที ๗) หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดทำนอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน Mask with bag ๘-๑๐ ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยง สมอง ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic solution เพิ่มอีก ๑ เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอบผลด่วน และจอง เลือด Pack red cells ๒ ยูนิต ๘) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บหรือ สาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป หลังจากพยาบาลได้ให้การดูแลมารดาหลังคลอด ให้ผ่านช่วงเวลาวิกฤตไปได้แล้วนั้น พยาบาลหลังคลอดยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดา หลังตกเลือด โดยการให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และรับประทานอาหาร

ที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะซีดหลังการตกเลือด เป็นต้น ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตกเลือด หลังคลอด ภาวะซีดหลังการตกเลือด และการปฏิบัติตัวที่สำคัญหลังการตกเลือด เช่น การสังเกตอาการ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสาธิตและสอน วิธีการคลึงมดลูก วัดระดับยอดมดลูก การสังเกต น้ำคาวปลา การสังเกตแผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยใช้กระจกส่องแผลฝีเย็บ และทำการประเมินความรู้และทักษะของมารดาก่อนกลับบ้าน เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และนัดตรวจติดตามหลังคลอดในระยะ ๔-๖ สัปดาห์

ภาวะช็อก หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางสรีรวิทยา ทำให้เกิดความไม่สมดุลของปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดกับขนาดของหลอดเลือดมีผลทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดล้มเหลว เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ลดลง มีผลทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจนเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เกิดการทำลายเซลล์ และนำไปสู่การตายได้ในที่สุด

ตารางแสดงระดับของภาวะ Hypovolemic shock

อาการและอาการแสดง	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย(ml)	<๗๕๐	๗๕๐-๑,๐๐๐	๑,๐๐๐-๒,๐๐๐	>๒,๐๐๐
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย(%)	<๑๕%	๑๕- <๓๐%	๓๐-๔๐%	>๔๐%
ชีพจร ต่อนาที	< ๑๐๐	> ๑๐๐	> ๑๒๐	> ๑๔๐
ความดันโลหิต systolic มม.ปรอท	ปกติ	ลดลง	ลดลง > ๒๐-๓๐	<๙๐
Pulse pressure มม.ปรอท	ปกติ	ลดลง	ลดลง	≤๒๕
การหายใจต่อนาที	๑๔- <๒๐	๒๐- <๓๐	๓๐- <๔๐	>๔๐
ผิวหนัง	ปกติ	เย็น	เย็น	เย็นซีด
Capillary refill	ปกติ	>๒วินาที	>๒วินาที	>๒วินาที
ระดับสติ	ปกติ	กระสับกระส่ายเล็กน้อย	สับสน	ซึม

ระยะของภาวะช็อก (Stages of shock) แบ่งได้ ๔ ระยะคือ

๑.ระยะแรก (Initial Stages) ร่างกายจะมีการปรับตัว คือ เริ่มจากการที่เซลล์ได้รับเลือดและ oxygen ไปเลี้ยงไม่เพียงพอทำให้เซลล์มีการเผาผลาญแบบ anaerobic metabolism และมีการสร้าง lactic acid ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หายใจเร็วขึ้น

๒. ระยะการปรับตัวชดเชย (Compensatory Stage หรือ Nonprogressive Stage) ระยะนี้เริ่มเมื่อร่างกายมี mean arterial pressure ลดลงจากเดิมประมาณ ๑๐ -๑๕ mm.Hg ทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อยลง เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมและน้ำเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้น เมื่อ ADH ถูกหลั่งออกมาจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง จะออกฤทธิ์โดยทำให้ได้มีการดูดกลับของน้ำ รวมทั้งทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะอื่นหดตัว

๓. ระยะที่ช็อกมีความรุนแรงมากขึ้น (Progressive Stage หรือDecompensated Stage) ระยะนี้อวัยวะสำคัญขาดออกซิเจน (Anoxic) เซลล์มีการขาดเลือด (Ischemia) และตาย ดังนั้นการรักษาช่วยเหลือต้องรีบกระทำโดยรวดเร็วภายในระยะเวลา ๑ ชม. ระยะนี้ร่างกายจะมีกลไกการปรับตัวโดย

๓.๑ Sodium จะเข้าไปใน Cell ทำให้เซลล์บวม

๓.๒ Potassium จะออกนอกเซลล์ทำให้มีภาวะ hyperkalemia

๓.๓ ร่างกายมีภาวะ Metabolic acidosis เพิ่มขึ้น arteriolar and pre capillary sphincters หดตัว เลือดจึงถูกกักอยู่ในหลอดเลือดฝอย ทำให้ hydrostatic pressure เพิ่มขึ้น และมีการรั่ว (leakage) ของ สารน้ำและโปรตีนออกนอกหลอดเลือดทำให้ เลือด เข้มข้น และมีความหนืดมากขึ้น เลือดจึงขังอยู่ใน microcirculation ซึ่งผลสุดท้ายจะทำให้การ ไหลเวียนของเลือด สู้ภาวะที่สำคัญต่าง ๆ ลดลงมาก ความดันโลหิตจะลดลงมาก ชีพจร และการ หายใจลดลง เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ สับสน (Agitate) กระสับกระส่าย (Restlessness) Confusion และ อาจ coma ในที่สุด

๔. Refractory Stage (Irreversible shock) เป็นระยะสุดท้ายของการช็อก ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับสู่ภาวะ เดิมได้ ทำให้ภาวะ hypoxia มีผลทั่วทุกอวัยวะของร่างกายที่เรียกว่า Multiple Organ Dysfunction Syndrome (MODS) ซึ่งจะพบว่าอวัยวะสำคัญล้มเหลวหลายระบบ เซลล์สมองถูกทำลาย หรือเซลล์สมองตาย ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในไม่กี่ชั่วโมงข้างหน้า

๓.๒ ทฤษฎีการใช้กระบวนการพยาบาล

๓.๒.๑ การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) โดยอาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ทางสุขภาพ และศิลปะของการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ามารักษา และทำตลอดไปจน ผู้รับบริการกลับบ้านโดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน ต้องอาศัยความสามารถใน ด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ ๑) การประเมินสภาพ (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากการสัมภาษณ์ การตรวจ ร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการ แก้ปัญหา ๒) วินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นข้อความที่บอกถึงการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ของผู้รับบริการ ซึ่งการวินิจฉัยการพยาบาลไม่ใช่ความต้องการหรือโรค ๓) การวางแผน การพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล รายบุคคล ๔) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/ implementation) เป็นการเตรียมพร้อมในการ ปฏิบัติ โดยทบทวนแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน การจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง การให้การ พยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้ และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ๕) การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการตัดสินประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลว่าบรรลุ เป้าหมายของผู้รับบริการหรือไม่

๓.๒.๒ การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบ แผนของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Major Gordon) กอร์ดอน เชื่อว่าบุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความปกติ (function) หรือผิดปกติ (dysfunction) ของแบบแผนด้านสุขภาพ ๑๑ แบบแผน ซึ่งนำไปสู่แนวคิดในการเก็บ รวบรวมข้อมูลและประเมิน ภาวะสุขภาพ ของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับบทบาท หน้าที่ของพยาบาล โดยแนวคิดนี้จะ เน้นถึงการประเมินสภาพและจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งแนวคิดนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เกือบทุก กลุ่ม ของผู้มารับบริการ ทำให้พยาบาลพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้แบบแผนสุขภาพยังกล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของแบบแผน สุขภาพ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการในแต่ละวัย สิ่งแวดล้อม ระบบความช่วยเหลือในครอบครัวหรือสังคม การบริการทางสุขภาพ เป็นต้น

๓.๓ ทฤษฎีการพยาบาลองค์รวม

ทฤษฎีการพยาบาลองค์รวม (Holistic Nursing Theory) คือ หลักการดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบ ทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจาก ความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความสุข

การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การประเมินสุขภาพประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านสุขภาพ ทางกาย จิตสังคมและจิต วิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ การประเมินสุขภาพทางกายและการประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

๑) การประเมินสุขภาพทางกาย เป็นการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายตามระบบ โดยการดู ฟัง เคาะ คลำ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยปกติก็จะมี การตรวจเลือด เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count: CBC) การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test: LFT) การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis: UA) เป็นต้น

๒) การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสังเกตสัมภาษณ์ และการตรวจส่วนต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ อาจแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ ๒.๑) การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อาจประเมินได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การเคลื่อนไหว และอาการแสดงอื่นๆ เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ร้องไห้ ลูกลี้ลูกกลน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น และการประเมินด้าน สังคมเป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสังคม เช่น อัตมโนทัศน์ การรับรู้ตนเองทั้งทางด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประเมินความสามารถเข้ากันได้ดี ความไว้วางใจ ความคาดหวังและความสามารถพึ่งตนเองและผู้อื่น อิทธิพลจากวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อในเรื่องการรับประทานอาหารซึ่งมีผลต่อสุขภาพ เป็นต้น

๒.๒) การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณเป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ความมั่นคงทางศาสนา คุณธรรม ความศรัทธา ความเชื่อมั่นในคุณงามความดี การเผชิญปัญหา วิธีการหรือแนวทางที่ใช้แก้ปัญหาเมื่อมีความเครียด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เมื่อเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ต้องลาออกจากงานรายได้ลดลง บุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตที่อาจทำให้เกิดความเครียด เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การลาออกจากงาน การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย หากพบว่ามีความเปราะบางจากปกติ การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งสำคัญมากประการหนึ่ง เพราะกายจิตสังคม และจิตวิญญาณมีการ เชื่อมโยงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ซึ่งพยาบาลมักจะละเลยในการประเมิน ทางจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น การตัดสายสัญญาณจากข้อมือผู้ป่วยออกก่อนส่งห้องผ่าตัด การเก็บพวงมาลัยหัวเตียงผู้ป่วยทิ้งเพื่อรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม โดยไม่ได้คำนึงถึงความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย หรือบางครั้งอาจประเมินเพียงว่าผู้ป่วยนับถือศาสนาใด โดยไม่ได้สอบถามข้อมูลความเชื่อก่อน แต่สรุปเองว่าผู้ป่วยมีหลักธรรมะตามศาสนา ความเชื่อและการปฏิบัติที่เข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวลและความทุกข์ใจและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ การสวดมนต์ มีผลทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลายหลายส่วน ได้แก่ กระบวนการเผาผลาญพลังงานลดลง การหายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หัวใจเต้นช้าลงเป็นต้น การดูแลและเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีความสุขและผ่อนคลาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะใกล้ตาย เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ภาวะสูญเสีย เช่น สูญเสียอวัยวะหรือความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียบุคคล อันเป็นที่รัก เป็นต้น หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะ การผ่าตัดที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลการผ่าตัดที่ชัดเจนได้ หญิงตั้งครรภ์ หญิงระยะคลอด และผู้สูงอายุ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะผ่านประสบการณ์เหล่านี้ได้ต้องอาศัยความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณและการเอาใจใส่ดูแลจาก ผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของ

ผู้ป่วยทุกคนโดยเฉพาะผู้ให้บริการที่มีภาวะดังกล่าวซึ่งมักมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณมากกว่า
ผู้ให้บริการทั่วไปและ รวบรวมข้อมูลด้านชีวิตสังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม

๓.๔ เกณฑ์ศาสตร์

ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	ขนาดยาที่ใช้	ผลข้างเคียง
Oxytocin	๑.เร่ง/กระตุ้นการคลอด (Induction of labor) Augmentation of labor โดยนำ oxytocin มาเจือจางในสารละลายที่เหมาะสมแล้วให้โดย IV infusion pump เพื่อกระตุ้นการบีบตัวของมดลูก ในช่วงที่ ๑ และ ๒ ของการคลอด ๒.เลือดออกหลังคลอด (Postpartum bleeding) ๓.ห้ามเลือดในผู้ป่วยแท้ง (Adjunctive therapy in management of abortion) ๔.ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	<u>การผสมยา</u> IV infusion : ผสมยา ๑๐ IU (๑ amp) ในสารน้ำ (D๕W, DSS/๒, NSS or LRS) ๑๐๐๐ ml (๑๐ mU/ml) กรณี Postpartum bleeding : ผสมยา ๑๐-๔๐ IU (๑-๔ amp) ในสารน้ำ ๑๐๐๐ ml (๑๐-๔๐ mU/ml) ***หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในผู้ป่วย ๑. Augmentation or Induction of labor ขนาดยาที่ใช้สำหรับการคลอดเพื่อ Induction of labor: สามารถเตรียมได้โดยการเติม oxytocin ๑๐ U (ขนาดบรรจุ ๑๐ unit/ml) ลงในสารละลาย ๐.๙% sodium chloride, lactated Ringer's solution หรือ ๕% dextrose injection ปริมาตร ๑L อัตราการให้เริ่มต้นที่	๑. ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต เป็นผลข้างเคียงที่สำคัญ สามารถทำให้ความดันโลหิตต่ำได้จากการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบหลอดเลือด เป็นเหตุผลว่าไม่ควรให้ Oxytocin ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว ๒. คลื่นไส้ อาเจียน ๓. ภาวะน้ำในร่างกายมากผิดปกติจนเป็นพิษ (Water intoxication) เนื่องจาก oxytocin มีโมเลกุลคล้ายกับ Vasopressin ส่งผลให้เกิดการกักเก็บน้ำไว้ในร่างกาย (water retention) ซึ่งทำให้ปริมาณของโซเดียมในร่างกายต่ำ ดังนั้นควรต้องเฝ้าระวังการใช้ยา oxytocin ขนาดสูงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	ขนาดยาที่ใช้	ผลข้างเคียง
		๐.๕ – ๑ milliunit/minute และเพิ่มขึ้น ๑-๒ milliunit/minute เป็นเวลา ๓๐-๖๐ นาที จนสังเกตเห็นการตอบสนองของผู้ป่วยหรือมดลูกหดตัวตามที่ต้องการ เมื่อการคลอดเข้าสู่ระยะ Active phase แล้ว(อัตราการให้ยาสูงสุด ที่ได้ผล ๒๐ mU/min) ให้ค่อยๆ ลดอัตราการให้ยาลงเหมือนกับตอนเพิ่มขนาดยา โดยมี IV rate ไม่เกิน ๖ milliunits/min ๒. Postpartum bleeding :๒๐๐-๑,๐๐๐ mU/min IV infusion หรือ ๑๐ unit IM หลังคลอด ๓. ขนาดยาที่ใช้สำหรับช่วงหลังคลอด ให้ oxytocin infusion ๑๐ unit ในอัตรา ๒๐-๔๐ milliunit/ minute	
Transamine ๒๕๐ mg.	-ยารักษาการตกเลือดภาวะเลือดออกมากหรือเลือดออกไม่หยุด โดยยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสลายตัวของลิ่มเลือด จึงจัดเป็นยาในกลุ่มช่วยให้เลือดแข็งตัว -ใช้ในภาวะเลือดออกในช่องปาก (Oral bleeding) ที่ใช้local measure แล้วไม่ได้ผล -ใช้ป้องกันในกรณีที่จะทำหัตถการในช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย	-IV : เจือจางอย่างน้อย ๕๐ ml ในสารละลายที่ใช้ได้ - Direct IV : slowly ๒ - ๕ นาที ไม่เกิน ๑ ml /นาทีการให้เร็วอาจเกิด hypotension, max rate ๑๐๐ mg/min - Intermittent IV :๑๕-๓๐ นาที -Tranexamic Acid ชนิดรับประทานโดยให้กลืนยาลงไปทั้งเม็ด ไม่ควรหัก แบ่งหรือเคี้ยวยาก่อนกลืน รับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารวันละ ๒-๓ ครั้ง ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน ๕ วัน -ในกรณีที่ลิ้มรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด สามารถรับประทานยาได้ทันที แต่ให้ทั้ง	อาการปวดท้อง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	ขนาดยาที่ใช้	ผลข้างเคียง
Valium ๑๐ mg	- คลายกังวล - คลายกล้ามเนื้อ - รักษาอาการชัก	- ช่วยนอนหลับ - คลายกล้ามเนื้อ คลายกังวล : IM/IV ๒-๑๐ mg และอีก ๓-๔ ชั่วโมงต่อมา สามารถให้ซ้ำได้อีกถ้าต้องการ - รักษาอาการชัก : IV ๕-๑๐ mg ทุก ๑๐-๒๐ นาทีจนถึง ๓๐ mg. ภายในเวลา ๘ ชม. อีก ๒-๔ ชม. ต่อมาสามารถให้ซ้ำได้อีกถ้าต้องการ	อาการข้างเคียง : CNS depression, ง่วงนอน, มึนงง, สับสน, ง่วงซึม, วิงเวียน, ตาพร่า, อาการง่วงนอนยาวนาน (somnolence), สับสน, หายใจ, ความดันโลหิตต่ำ
Doxycycline ๑๐๐ mg	รักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์	tablet ขนาด ๑๐๐ mg. โดยรับประทานวันแรก ๒๐๐ mg./ วัน ต่อไปครั้งละ ๑๐๐ mg./ วันละครึ่งหรือตาม คำสั่งแพทย์	คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดท้อง แน่นท้อง ปวดศีรษะ
Triferdine	เป็นยาบำรุงที่รวมแร่ธาตุ ๓ ชนิด ได้แก่ ไอโอดีน (Iodine) ธาตุเหล็ก (Iron) และกรดโฟลิก (Folic Acid) โดยยาบำรุงชนิดนี้เป็นยาที่แจกฟรีให้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ จนถึง ๖ เดือนหลังการคลอด -การรับประทาน Triferdine จะช่วยเสริมแร่ธาตุที่สำคัญทั้ง ๓ ชนิด ให้กับคุณแม่ ซึ่งร่างกายต้องการสารอาหารเหล่านี้มากกว่าปกติในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยแร่ธาตุเหล่านี้มีส่วนช่วยในการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ รวมทั้งยังเสริมสร้างให้คุณแม่มีสุขภาพครรภ์ที่ดีอีกด้วย	รับประทานวันละ ๑ เม็ด หรือตามแพทย์สั่ง	อาจจะทำให้เกิดอาการท้องผูก ท้องเสีย อุจจาระสีดำน อาเจียน และจุกแน่น

ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	ขนาดยาที่ใช้	ผลข้างเคียง
Paracetamol ๕๐๐ mg.	เป็นยาบรรเทาอาการปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และบางครั้งยังใช้ลดไข้ในเด็กและผู้ใหญ่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งสารเคมีบางชนิดในสมองของมนุษย์ ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด เช่น สารโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) และจะชักนำให้เกิดกลไกการลดอุณหภูมิหรือลดไข้ของร่างกายลง	ใช้ยาขนาด ๑๐-๑๕ มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) กินครั้งละ ๑-๒ เม็ด ทุก ๔-๖ ชั่วโมง ไม่ควรกินเกิน ๘ เม็ดต่อวัน หรือ ๔ กรัม/วัน	อาการแสดงของการใช้ยาเกินขนาดจะแสดงใน ๑-๓ วัน มีทั้งหมด ๓ ระยะ ได้แก่ -ระยะที่ ๑ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหงื่อออก เป็นระยะสั้นๆ โดยจะเกิดภายใน ๒๔ ชั่วโมง บางรายอาจไม่มีอาการ -ระยะที่ ๒ หลังกินยาระหว่าง ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ไม่มีอาการแสดง แต่เมื่อเจาะเลือดจะพบว่าเอนไซม์ทรานซามิเนส (transaminase) เริ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่แสดงถึงการบาดเจ็บของตับ -ระยะที่ ๓ หลังกินยาไปแล้ว ๔๘ ชั่วโมง มีอาการตับอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารอีกครั้ง มีภาวะแทรกซ้อนเหมือนตับอักเสบทั่วไป หากรุนแรงอาจมีอาการสมองเสื่อมจากโรคตับ และเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที

๓.๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ

ผลการตรวจและการแปลผล Complete blood Count : CBC

รายการ	ค่าปกติ	๐๙.๕๓๙.	๑๖.๐๑๙.	๑๗.๑๒๙.	๑๗.๒๙๙.	๑๙.๑๓๙.	๐๕.๑๓๙.	๑๘.๐๓๙.	๐๕.๐๔๙.	การแปลผล
Hct.	๓๕-๔๕ %	๓๙	๓๘	๓๐	๒๘	๒๓	๒๒	๒๒	๒๕	ต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
Hb.	๑๑-๑๘	๑๒.๕	๑๒.๕	๙.๘	๘.๗	๙.๓	๗.๓	๗.๐	๘.๑	ต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
WBC	๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐	๑๐,๕๗๐	๑๗,๘๑๐	๒๓,๖๓๐	๒๕,๘๕๐	๒๔,๒๘๐	๑๘,๘๑๐	๑๖,๒๒๐	๑๕,๑๒๐	สูงกว่าปกติ แสดงว่ามี การติดเชื้อในร
Neu.	๕๐-๗๐	๗๖	๙๓	๙๓	๙๓	๙๒	๘๒	๘๐	๗๖	สูงกว่าปกติ แสดงว่ามี การติดเชื้อในร
Lym.	๒๐-๔๐	๑๗	๔	๓	๔	๔	๑๔	๑๖	๑๗	ต่ำกว่าปกติ แสดงว่ามี การติดเชื้อในร
Plt.	๑๔๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐	๒๑๒,๐๐๐	๒๑๒,๐๐๐	๒๒๗,๐๐๐	๒๑๗,๐๐๐	๑๙๗,๐๐๐	๑๗๑,๐๐๐	๑๔๒,๐๐๐	๑๘๒,๐๐๐	อยู่ใน เกณฑ์

ผลการตรวจและแปลผลทางเคมีคลินิก

รายการตรวจ	ค่าปกติ	๑๗เม.ย๖๖	๑๘เม.ย ๖๖	แปลผล
BUN	๕-๒๓ mg/dL	๕.๘		ปกติ
Creatinin	๐.๕-๑.๕ mg/dL	๐.๕		ปกติ
eGFR		๑๓๓.๐๗		ปกติ แสดงว่า การทำงานของไตปกติ
Sodium	๑๓๕- ๑๔๕mmol/ l	๑๓๐.๘๐	๑๒๙.๘๐	ต่ำกว่าปกติอาจเกิดจากภาวะ Dehydrate
Potassium	๓.๕-๕.๕mmol/ l	๓.๗๐	๓.๗๖	ปกติ
Chloride	๙๘-๑๐๘mmol/ l	๑๐๐.๔๐	๑๐๑.๑๐	ปกติ
Bicarbonate	๒๑-๒๘mmol/ l	๑๙.๓๐	๑๙.๒๐	ต่ำกว่าปกติอาจเกิดจากภาวะ หายใจเหนื่อยในช่วงซ็อก
Globulin	๒-๓.๕ mg/dL	๒.๙		ปกติ
Total Bilirubin	๐-๑.๕ mg/dL	๐.๓		ปกติ
Direct Bilirubin	๐-๐.๕ mg/dL	๐.๑		ปกติ
Total Protein	๐.๔-๘.๓๐ mg/dL	๖.๑		ปกติ
Blood Albumin	๓.๕-๕.๕mg/dL	๓.๒		ต่ำกว่าปกติอาจเกิดจากภาวะ บวมที่ขา ๒ ข้าง(กดบุ๋ม)
SGOT	๐-๔๐ U/L	๑๔		ปกติ
SGPT	๐-๔๐ U/L	๑๕		ปกติ
Alkaline phosphatase	๓๕-๑๐๔ U/L	๙๙		ปกติ

๓.๖ การพยาบาลเฉพาะโรคที่ศึกษา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพมารดาในระยะหลังคลอด ดังนี้

๑) การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ (Team) สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะทั้งทางด้าน Non technical skills และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดีเมื่อเกิดเหตุการณ์ โดยสมาชิกผ่านการนิเทศจากหัวหน้างานทั้งในส่วนของทฤษฎีและปฏิบัติ (Work shop) รวมถึงการนิเทศหน้างานจริง การนิเทศผ่านการAudit chart

๒) การเตรียมช่วยชีวิตขั้นต้น (Initial resuscitation and investigation) ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การนวดมดลูก ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างรวดเร็วด้วยเข็มขนาดใหญ่ อย่างน้อย ๒ เส้น และเจาะเลือดเพื่อจ้องเลือด ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดและของเสียในร่างกาย

๓) การให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Medication treatment) ยาที่มีใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Oxytocin, Methylergonovine, Tranexamic acid, Misoprostol, Sulprostone ซึ่งพยาบาล

ผู้ช่วยเหลือต้องมีความรู้และทักษะในการเลือกใช้และบริหารยาให้ถูกต้องและเหมาะสมกับอาการของมารดาในภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น โดยอยู่ภายใต้การตัดสินใจที่พยาบาลสามารถทำได้โดยทันทีเพื่อให้การช่วยเหลือสามารถทำได้รวดเร็วทันเหตุการณ์และเกิดความปลอดภัยต่อมารดามากที่สุด

๔) การหยุดเลือด (End of bleeding) หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่ได้ผล จำเป็นต้องหยุดเลือดด้วยกระบวนการช่วยเหลืออื่นๆ ได้แก่ การทำ Bimanual Compression การใช้บอลลูก การเย็บมดลูก การผ่าตัดมดลูก ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลื่อดังกล่าวเป็นอย่างดี เพื่อให้การช่วยเหลื่อดังกล่าวทันต่อภาวะวิกฤติและมีประสิทธิภาพอันส่งผลให้มารดาเกิดความปลอดภัย โดยสมาชิกผ่านการนิเทศจากหัวหน้างานทั้งในส่วนของทฤษฎีและปฏิบัติ (Work shop) รวมถึงต้องมีการทบทวน ฝึกฝนดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีเพื่อให้เกิดความทักษะที่ดีในการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

การพยาบาลมารดาที่ทำการล้วงรก

การล้วงรก (Manual removal of placenta) คือ วิธีการทำคลอดรกโดยการสอดมือเข้าทางช่องคลอดและปากมดลูก เพื่อเซาะเอารกและเยื่อหุ้มทารกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกมา ตามแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก พยาบาลผดุงครรภ์สามารถทำหัตถการนี้ได้ แต่สำหรับในประเทศไทยถูกระบุให้กระทำโดยแพทย์เท่านั้น

ข้อบ่งชี้ในการล้วงรก

๑. ระยะที่ ๓ ของการคลอดล่าช้า (มากกว่า ๓๐ นาที หลังจากทารกคลอด) ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี หรือรกลอกตัวไม่สมบูรณ์ รกผิดปกติ เช่น placenta adherents, placenta accreta/ increta/ precreta เป็นต้น หรือเกิดจากรกลอกตัวสมบูรณ์แล้วแต่ไม่สามารถเคลื่อนผ่านมดลูกส่วนล่างออกมาได้เนื่องจากมี cervical clamp หรือ constriction ring เกิดขึ้น
๒. มีเลือดออกมากในระยะที่ ๓ ของการคลอด
๓. ผู้คลอดที่เคยผ่าตัดทำคลอดทารกทางหน้าท้องมาก่อน แพทย์อาจจะพิจารณาทำการล้วงรก เพื่อประเมินสภาพภายในของมดลูกว่ามีการเกาะติดหรือไม่
๔. สายสะดือขาดและหดรัดกลับเข้าไปในช่องคลอด

ข้อควรระวังในการล้วงรก

๑. ต้องทำภายใต้ภาวะปราศจากเชื้อ โดยผู้ทำคลอดควรเปลี่ยนเสื้อผ้าและถุงมือใหม่ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ใหม่ ในกรณีที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลแล้วเกิดรกค้าง อาจจำเป็นต้องตัดสายสะดือส่วนที่ออกมานอกช่องคลอดทิ้งให้มากที่สุดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และทำความสะอาดสายสะดือส่วนที่เหลือ
๒. ก่อนทำการล้วงรก ต้องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือดหาหมู่เลือดและเตรียมเลือดให้พร้อมในกรณีฉุกเฉิน
๓. กรณีที่มารดาคลอดมีรกค้างอยู่นาน และเกิดภาวะช็อกขึ้น จะต้องแก้ไขภาวะช็อกก่อน เมื่ออาการดีขึ้นจึงทำการล้วงรก เพราะการล้วงรกในขณะที่อยู่ในภาวะช็อกจะทำให้อาการแย่ลงและอาจทำให้เสียชีวิตได้
๔. ควรให้ยาสลบ (general anesthesia) ให้สลบลึกเพื่อปากมดลูกจะเปิดเต็มที่ ไม่ควรใช้เพียงยาระงับปวดหรือยากล่อมประสาทเพราะยานี้อาจทำให้ปากมดลูกเปิดได้ไม่กว้างพอที่จะสอดมือเข้าไป

วิธีการล้วงรก

การล้วงรกเป็นหน้าที่ของแพทย์ แต่พยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือควรมีความเข้าใจในขั้นตอนของการล้วงรกเพื่อที่จะให้การพยาบาลและให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งวิธีการในการล้วงรกดังนี้

๑. จัดท่าให้มารดาคลอดนอนในท่า lithotomy ทำความสะอาดอวัยวะภายนอก หากกระเพาะปัสสาวะเต็มให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

๒. ภายหลังจากให้ยาสลบแก่มารดาคลอดแล้ว ลองทำคลอดรกดโดยการดึงสายสะดือ หากรกค้างเกิดจาก

cervical clamp หรือ constriction ring รกจะออกมาได้โดยง่าย แต่หากรกไม่หลุดออกมาต้องทำการล้วงรก ๓. ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดดึงสายสะดือให้ตึง แล้วสอดมือข้างที่ถนัดตามสายสะดือผ่านปากมดลูกขึ้นไปจนถึงตำแหน่งที่สายสะดือติดกับรก จากนั้นเปลี่ยนเอามือข้างที่ไม่ถนัดไปวางไว้ที่หน้าท้องของมารดาตลอด จับยอดมดลูกกดในแนวกลางลำตัวให้ต่ำที่สุด ขณะเดียวกันใช้นิ้วมือข้างที่ถนัดที่สอดไว้ในโพรงมดลูกหาขอบล่างของรก ใช้ปลายนิ้วเข้ายกรกออกจากผนังมดลูก และใช้มือซ้ายที่จับยอดมดลูกบีบไล่รกออกมา (ไม่ควรใช้มือขวาที่เข้างัดรกออกมา)

๔. เมื่อรกคลอดแล้ว ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดกดยอดมดลูก และสอดมือข้างที่ถนัดเข้าไปในโพรงมดลูกอีกครั้ง ใช้ปลายนิ้วมือข้างที่ถนัดขูดผนังมดลูกเพื่อเอาเศษรกออกให้หมด แล้วสำรวจดูรอยแตก รอยปริของมดลูก

๕. จากนั้นทำการตรวจสอบภายในโพรงมดลูกให้ละเอียดว่าไม่มีส่วนใดของรกค้างอยู่ภายใน บางครั้งแพทย์อาจทำการขูดมดลูกซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีส่วนใดของมดลูกค้างอยู่ จากนั้นทำการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ

ภาวะแทรกซ้อนจากการล้วงรก

ภาวะแทรกซ้อนของการล้วงรกจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความยากง่ายของการล้วงรก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการล้วงรกรมีดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาคลอด ได้แก่ ตกเลือดเนื่องจากการล้วงรกออกไม่หมด มีเศษรกค้างทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ติดเชื้อมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด มดลูกทะลุ มดลูกปลิ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาาระงับความรู้สึก หรือยาสลบ

ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกไม่มี เนื่องจากการล้วงรกเกิดภายหลังจากที่ทารกคลอดแล้ว

การพยาบาลมารดาคลอดที่ได้รับการล้วงรกมีเป้าหมายคือ เพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการล้วงรก ก่อนทำการล้วงรกดูแลให้มารดาคลอดได้รับยาาระงับความรู้สึก ยาบรรเทาปวด ยาแก้ลมประสาท หรือยาสลบเพื่อให้มดลูกคลายตัว หลังให้ยาจัดทำให้อนหายใจราบ ไม่หุนหันพลันแล่น ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ขณะกำลังล้วงรกต้องประเมินสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ หลังล้วงรกต้องประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตอาการแสดงของการตกเลือด ประเมินกระเพาะปัสสาวะและเลือดที่ออกทางช่องคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

การดูแลการคลอดในสถานการณ์ปัจจุบันต้องประเมินความเสี่ยงมารดาตั้งแต่แรกรับที่ครอบคลุม ความเสี่ยงของมารดาก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน (Over BMI) โดยเฉพาะที่เกิดมาาก่อนการตั้งครรภ์ แต่มารดาไม่ได้ตรวจคัดกรองมาก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้โรคดังกล่าวอยู่ร่วมกับมารดาตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ทำให้มารดามีความเสี่ยงสูงตลอดการตั้งครรภ์จนถึงการคลอด ซึ่งปัจจุบันพบมารดาที่มีความเสี่ยงสูงจากโรคทาง อายุรกรรมเพิ่มขึ้น ปัจจัยหนึ่งมาจากสภาพสังคมในวัฒนธรรมความเป็นอยู่และการบริโภคที่มีความเร่งรีบมากขึ้นแต่ใส่ใจ และตระหนักในการดูแลสุขภาพน้อยลง โรคทางอายุรกรรมที่กล่าวข้างต้นล้วนส่งผลให้มารดา มีความเสี่ยงทั้งต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมถึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาว

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดา ทั่วโลกมากที่สุดถึงร้อยละ ๒๗.๑ (WHO, ๒๐๑๔) โดยสาเหตุหลักของการตกเลือด ที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี และพบว่าในระยะ ๒๔ ชั่วโมงแรกเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก (WHO, ๒๐๑๔) ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ เท่ากับ ๒๑.๘, ๑๙.๙ และ ๑๙.๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒) โดยสาเหตุการตาย

ของมารดา พบว่ามารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง(Direct Cause)ร้อยละ๕๕ ที่พบมากที่สุด คือ การตกเลือดหลังคลอด รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒) จากสถิติการตกเลือดหลังคลอดงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลบางใหญ่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ เท่ากับร้อยละ๑.๔๔, ๑.๒๑ และ๐.๓๒ตามลำดับ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลมารดาในทุกระยะของการคลอดต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการพยาบาลเพื่อดูแลมารดาที่มีอาการช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะจากสาเหตุรกค้าง ที่ต้องช่วยแพทย์ในการทำหัตถการล้วงรก การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ เลือด การบริหารยาความเสี่ยงสูง เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้ทันต่อเวลาและปลอดภัย

๔.๒ วัตถุประสงค์ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการคัดกรองและดูแลมารดาคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกค้างให้เกิดความปลอดภัย

๔.๓ เป้าหมาย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลมารดาคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกค้างให้เกิดความปลอดภัย

๔.๔ สรุปสาระ

มารดาหญิงไทย G๔P๒A๑GA ๓๘⁺ Wks.อายุ ๒๗ ปี รับไว้เมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๗.๓๐ น. มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ๔ ชม. ก่อนมารพ. มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์รับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญบุรีและโรงพยาบาลบางใหญ่ ได้รับยา Methyldopa(๒๕๐) ๑x๒ oral pc. และ ASA(๘๑) ๑x๑ oral pc. ดัชนีมวลกาย ๔๕.๖๖ อยู่ในภavn้ำหนักเกินมากระดับ ๓ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ๘๐ กิโลกรัม ผลการตรวจร่างกายพบ HF ๓๘ Cms. FHS ๑๔๖/min LOA Vertex presentation PV.Cx.dilate ๔ cms. Eff.๕๐% Station -๑ MI, Interval ๕ min ๓๐ sec. Duration ๔๐ sec. Severity +/++ , เท้า ๒ ข้าง บวมกดบวม ๑+ (เป็นมา ๑ สัปดาห์) urine albumin negative, urine protein negative การวินิจฉัยแรกได้รับ G ๔P๒A๑ GA ๓๘⁺ Wks with labor pain, หลังคลอดทารกเวลา ๑๕.๑๗ น. มีระยะที่ ๓ ของการคลอดรวม ๑๔๓ นาที (Prolong ๓ stage) ได้รับการล้วงรกโดยแพทย์เวร ๒ ครั้ง แต่ไม่สำเร็จ โดยหลังการล้วงรกครั้งที่ ๒ ผ่านไป ๓๐ นาที มารดามีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก รู้สึกอ่อนเพลีย ชีพจร ๑๑๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ครั้ง/ นาที, ความดันโลหิต ๙๗/๔๙ มิลลิเมตรปรอทได้รับการดูแลโดยการให้ความอบอุ่นร่างกาย, ให้ O₂ mask+bag ๑๐ LPM, ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ๕-๑๐ นาที, รายงานแพทย์ให้ load LRI เพิ่มรวมได้รับ ๒๐๐๐ มิลลิลิตร ในช่วงรอส่วนประกอบของเลือดพิจารณาให้ Heamacell ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ให้ Transamin ๑ gm IV.slowly push, ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินปริมาณของเสียที่ออกจากร่างกายกับสารน้ำที่รับ urine out put = ๕๐ มิลลิลิตรติดตามผลตรวจความเข้มข้นของเลือดลดลงจากแรกรับ ๓๙ % เหลือ ๒๒ % (ก่อนรับเลือด) หลังเริ่มให้ส่วนประกอบของเลือด ร่วมกับสูติแพทย์ทำการล้วงรกครั้งที่ ๓ ได้สำเร็จ สามารถหยุดเลือดได้ รวมเสียเลือดทั้งหมด ๑,๔๐๐ มิลลิลิตร หลังล้วงรกสำเร็จสัญญาณชีพดีขึ้นอยู่ในช่วง ๙๖ -๑๐๐ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ ๒๐ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๒-๑๒๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณา ให้Doxycyclin (๑๐๐)๑x๒ oral pc., หลังได้เลือดครบ ๓ Unit ติดตามความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ ๒๕ % แพทย์พิจารณาให้การทำหมันหญิงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๖ อาการหลังคลอดและผ่าตัดทำหมันปกติดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ แพทย์เยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ ๑ สัปดาห์ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ มารดามาตามนัด อาการทั่วไปปกติ ผลผ่าตัดและแผลฝีเย็บแห้งดี สูติแพทย์พิจารณาหยุดยาความดัน และนัด ๖ สัปดาห์หลังคลอด วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มารดาไม่ได้มาตามนัดเนื่องจากย้ายกลับไปเลี้ยงบุตรที่ต่างจังหวัด จากการสอบถามมารดามีอาการเหนื่อยและเพลียง่าย ไม่มีน้ำหนักเลี้ยงบุตรตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล (ประวัติบุตรคนที่ ๑ และ ๒ เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจน ๓ ขวบ)

จากการรวบรวมข้อมูลการประเมินแบบแผนสุขภาพของมารดา ตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon)

พบว่า มีแบบแผนที่เกิดขึ้นดังนี้ แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception) ในเรื่องการตระหนักถึงความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งที่ ๔ รวมถึงการมีความเสี่ยงของโรคทางอายุรกรรมก่อนการตั้งครรภ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำหนักเกินที่ส่งผลต่อทั้งมารดา เช่น เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และทารกในครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด, แบบแผนที่ ๒ แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and metabolism) มารดาชอบทานอาหารไม่เป็นเวลา ชอบทานจุบจิบ โดยมีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ ๘๐ กิโลกรัม BMI ๓๔.๖๓ เกินเกณฑ์ระดับ ๓ ส่งผลให้น้ำหนักก่อนคลอด ๑๐๕.๕ กิโลกรัม BMI ๔๓.๖๗ เกินเกณฑ์ระดับ ๓ แบบแผนที่ ๗ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept) รู้สึกไม่มั่นใจต่อภาพลักษณ์ของตนเองที่มีภาวะอ้วนเกินเกณฑ์ แต่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการทานอาหารของตนเองได้ส่งผลให้มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงและทารกในครรภ์มีภาวะตัวโต, แบบแผนที่ ๑๐ แบบแผนการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance) รู้สึกเป็นกังวลที่ต้องปรับตัวหลังคลอดเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

โดยระหว่างที่รับไว้ในความดูแลมารดามีปัญหาที่นำมาใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาล โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในแต่ละระยะของการคลอด ดังนี้

ระยะรอคลอด/ แรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากการหดตัวของมดลูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ มีโอกาสเกิดภาวะช็อกและได้รับอันตรายจากการชัก เนื่องจากการมามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และแรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ Fetal distress เนื่องจากการหดตัวของมดลูกและมารดามีภาวะความดันโลหิตสูง

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ มีโอกาสเกิดการคลอดติดไหล่เนื่องจากประมาณการน้ำหนักทารกมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกค้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓ มารดาและญาติมีความกังวลและรู้สึกกลัวการรักษาดูแลการทำหัตถการล้วงรก

ระยะหลังคลอดและจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูก ปวดแผลผ่าตัด และแผลฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ อ่อนเพลียเนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือดจากการคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓ มารดามีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองหลังคลอดเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากได้รับการทำหัตถการล้วงรก

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษามารดาที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับอาการช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากสาเหตุรกค้างที่ได้รับการดูแลการคลอดและรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรวมเป็นเวลา ๔ วัน มารดามีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง เช่น ภาวะไตวายแบบพลัน และไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการรับการรักษาด้วยหัตถการลั้รวง เช่น การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลเป็นไปตามกระบวนการรักษาตามมาตรฐานรายโรค ไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และมารดาปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม มีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และการสนับสนุนของครอบครัว

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ นำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากรกค้าง

๖.๒ เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลประจำการใหม่และนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานในหน่วยงาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการดราวยนี้เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ ๔ ร่วมกับมีโรคทางอายุรกรรมก่อนตั้งครรภ์ แต่มารดาไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ ๔ ว่ามีความเสี่ยงต่อตนเองและทารกอย่างไร รวมถึงการมีโรคร่วมทางอายุรกรรมก่อนการตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาที่มีความเสี่ยงสูง และส่งผลให้ระยะที่ ๓ ของการคลอดยาวนานร่วมกับมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุรกค้าง ต้องรับการรักษาด้วยการทำหัตถการลั้รวง ทำให้การดูแลมารดาครั้งนี้มีความซับซ้อนในการประเมินภาวะวิกฤติในหลายด้าน ทั้งทางด้านการคลอด และโรคทางอายุรกรรมของมารดาที่ส่งผลต่อทั้งมารดาและทารกในระยะรอคลอดและระยะคลอด ทำให้เกิดความยุ่งยากในการให้การพยาบาลที่ต้องทำควบคู่กับการประเมินการเสียเลือดเพื่อประเมินว่ามารดามีภาวะช็อกในระดับใด การสังเกตอาการ/ อาการแสดง รวมถึงสัญญาณชีพของมารดาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกและรักษาชีวิตของมารดาให้ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ปกติหลังผ่านพ้นระยะช็อก นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการเตรียมทำหัตถการลั้รวง ต้องสังเกตอาการขณะทำหัตถการที่มารดาจำเป็นต้องได้ยาคลายกล้ามเนื้อที่ส่งผลต่อการหดตัวของมดลูก และอาจทำให้มารดามีภาวะตกเลือดที่เพิ่มขึ้นสู่ขั้นรุนแรง การแก้ไขภาวะช็อกด้วยการให้ส่วนประกอบของเลือดซึ่งต้องประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ประเมินอาการและอาการแสดงของการแพ้ส่วนประกอบของเลือด หลังการแก้ไขภาวะวิกฤติต่างๆ ยังคงต้องติดตามภาวะแทรกซ้อนของการตกเลือดหลังคลอด เช่น ภาวะช็อค ภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการลั้รวง เช่น การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน รวมถึงการติดตามโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ซึ่งอาจส่งผลในระยะยาวทำให้กลายเป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หลังการจำหน่ายมารดาพบว่ามีความยุ่งยากในการติดตาม เนื่องจากผู้คลอดมีอาชีพรับเหมาก่อสร้างต้องย้ายถิ่นฐานไปเรื่อยๆตามงานก่อสร้าง ทำให้อยู่อาศัยไม่เป็นหลักแหล่ง ส่งผลให้การรักษาและการติดตามไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับการที่ผู้คลอดขาดความรู้และอาจไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ โดยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำหนักเกิน ทำให้ความรู้ความเข้าใจและการตระหนักในการดูแลตนเองหลังคลอดที่ต่อเนื่องจากภาวะเสี่ยงก่อนคลอด

ดังนั้นการให้การรักษาและการพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงของโรคทางอายุรกรรมร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมทำให้มารดาอยู่ในภาวะวิกฤติเสี่ยงต่อการทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ การดูแลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะและความชำนาญในการดูแลมารดาที่มีความซับซ้อนของภาวะสุขภาพในหลายๆด้าน ตลอดจนการแก้ปัญหาทั้งเฉพาะหน้าที่วิกฤติ และระยะยาว เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การตกเลือดหลังคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สามารถคาดเดาความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ รวมถึงมีแนวทางป้องกัน และลดความรุนแรงเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวได้ แต่บุคลากรผู้ดูแลต้องมีความตระหนักกับภาวะดังกล่าว

๘.๒ พยาบาลที่ให้การดูแลในงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลบางใหญ่ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดน้อย และไม่คอยได้เจอมารดาที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับภาวะวิกฤติรุนแรง ทำให้การประเมินยังไม่ครอบคลุมปัญหาของมารดาซึ่งอาจส่งผลต่อการแก้ไขภาวะวิกฤติได้ไม่ตรงปัญหา การดูแลมารดาดังกล่าวจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะที่สามารถประเมินและแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของมารดาแต่ละรายได้ตามสาเหตุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๘.๓ ผู้คลอดมีอาชีพรับเหมาก่อสร้างทำให้ต้องย้ายที่อยู่อาศัยตามงาน จึงไม่สามารถติดตามดูแลหลังคลอดได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมารดาเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงไปตลอดชีวิตหากได้รับการรักษาและดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร จัดทำระบบการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่รองรับภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีเพื่อรองรับการให้บริการมารดาที่มีภาวะวิกฤติที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

๙.๒ ด้านบริการ การให้บริการมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยมีการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ มีการส่งต่อข้อมูลและร่วมวางแผนการคลอดระหว่างทีมฝากครรภ์ ทีมห้องคลอด มารดาและญาติแบบมีส่วนร่วม ตลอดจนการติดตามการดูแลในแต่ละระยะของการคลอดจนถึงการจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้มารดาได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมารดาและบุตร

๙.๓ ด้านวิชาการ เน้นการให้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของมารดาดังครรภ์ที่มีความเสี่ยงแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ การเตรียมคลอด การเข้าสู่ระยะคลอด และการติดตามในระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เน้นการพัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ทีมดูแลโดยการฝึกอบรมประจำปี เน้นการป้องกันและให้การดูแลรักษาในรายที่ตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะจากสาเหตุรกค้างและต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการแล้ว

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ผู้จัดทำเผยแพร่ผลงานโดยการนำเสนอผลงานวิชาการ การประชุมวิชาการโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรทางการพยาบาลจังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และส่งตีพิมพ์กรณีศึกษาบนเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี (อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑)-..... สัดส่วนของผลงาน.....-..... (ระบุร้อยละ)

๒)-..... สัดส่วนของผลงาน.....-..... (ระบุร้อยละ)

๓)-..... สัดส่วนของผลงาน.....-..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

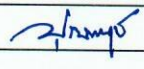
(ลงชื่อ)
(นางปณณช ธิมชั้น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๒ / ๘ / ๖๖

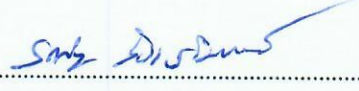
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางบุญนุช ฉิมชั้น	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่
(วันที่) ๒๕๖๒
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายสรภัญ สงเสริมพงษ์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
(วันที่) ๒๖ / ๕-๑ / ๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

✓ 
(นายรุ่งทีย มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
๒๕ ม.ค. ๒๕๖๓

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชากล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากสาเหตุรกร้างในรูปแบบD-METHOD (on Line)
๒. หลักการและเหตุผล

การวางแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอด เป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องและเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากสาเหตุรกร้าง ที่ต้องความต่อเนื่องของการดูแลจากปัญหาการตกเลือดหลังคลอด และปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและทารกในระยะยาว เช่น ภาวะช็อคที่เกิดจากการเสียเลือดขณะคลอดที่ส่งผลให้เกิดภาวะช็อคที่ต่อเนื่องในระยะหลังคลอด รวมถึงความเสี่ยงจากการได้รับการรักษาด้วยหัตถการการล้วงรกเพื่อแก้ไขปัญหามารดาที่อาจส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว เช่น ภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ที่ส่งผลกระทบต่อทารกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวจากการหยุดงานของผู้ดูแลในการรักษาตัวของมารดา มีผลต่อสภาพจิตใจของมารดา และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ผลกระทบดังกล่าวจะเกิดขึ้นรอบด้าน ทำให้คุณภาพชีวิตของมารดาและทารกหลังคลอดไม่มีคุณภาพอย่างที่ควรเป็น ดังนั้นการดูแลการคลอดตามนโยบายเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย แล้วควรจะส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งมารดาและทารกเพื่อส่งเสริมให้เกิดประชากรที่มีคุณค่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่สามารถช่วยขับเคลื่อนประเทศชาติให้เกิดความมั่นคงในอนาคต การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามดูแลจึงเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพที่สำคัญที่ต่อเนื่องโดยส่งเสริมจัดสรรบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการ

ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในมารดาหลังคลอดทุกรายเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างหนึ่งในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการติดตามมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากสาเหตุรกร้างที่เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของมารดาและทารก โดยการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลให้ทีมผู้ดูแลสามารถติดตามอาการของมารดาหลังคลอดโดยใช้ระบบ on Line ที่ทำให้มารดาสะดวกต่อการใช้บริการในสถานให้บริการทุกที่ ไม่จำเป็นต้องมาตรวจหลังคลอดในสถานบริการเดียวกับที่ให้บริการคลอด ทำให้มารดาสะดวกในการเข้ารับบริการ และเกิดความต่อเนื่องของระบบการดูแล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ การติดตามมารดาหลังคลอดโดยทั่วไปมักจะดูเรื่องสุขภาพทั่วไปหลังการคลอด เช่น การเข้าอุ้งของมดลูก ลักษณะของน้ำคาวปลา แผลฝีเย็บหลังคลอด และการวางแผนครอบครัวในรายที่ยังไม่ได้รับการทำหมันหญิง เป็นการติดตามแค่ช่วงระยะเวลา ๖ สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งไม่สอดคล้องในรายที่มารดามีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขหรือลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวให้ได้หรือให้ลดน้อยลงมากที่สุด ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของมารดาและทารกหลังคลอดให้น้อยที่สุด ซึ่งอาจจะใช้ระยะเวลานานมากกว่า ๖ สัปดาห์ และมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าการดูแลภาวะหลังคลอดทั่วไป

แนวคิด การดูแลการจำหน่ายหลังคลอดควรเป็นการดูแลและติดตามที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล และสอดคล้องกับปัญหาของมารดาที่เป็นปัจเจกบุคคลย่อมสามารถดูแลมารดาหลังคลอดได้ตรงประเด็นปัญหาของมารดาในแต่ละคน และสามารถแก้ไขปัญหาแทรกซ้อนไม่ให้เป็นปัญหาเรื้อรังต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดในอนาคต ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวมารดา ยังส่งผลกระทบต่อทารกและครอบครัวได้อีกด้วย

ข้อเสนอ การติดตามหลังคลอดเป็นการลงทุนที่น้อยแต่ต้องอาศัยความร่วมมือที่มากของเครือข่าย แต่ความคุ้มค่าและผลลัพธ์ของการติดตามมีคุณภาพจะสะท้อนด้วยการที่มารดาและทารกหลังคลอดสามารถมี สุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นต้นทุนชีวิตที่ดีในการทำให้มารดาได้เลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข อาจมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้และความเข้าใจของบุคลากร ที่มีส่วนในการช่วยดูแลมารดาหลังคลอด ซึ่งอาจจะเป็นคนละหน่วยงานในการรับช่วงต่อจากการคลอด แนวทางแก้ไข คือการสร้างเครือข่ายในการดูแลกลุ่มมารดาหลังคลอด โดยเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่มีความรู้ ความสามารถ ตลอดจนทักษะในการดูแล และการเพิ่มสมรรถนะให้ทีมที่ต้องดูแลมารดาหลังคลอดต่อ โดยการ ให้ความรู้ และคำปรึกษาในการดูแลมารดาแต่ละรายร่วมกัน จนกว่าจะเกิดทักษะและความชำนาญในการดูแล

๑. มารดาหลังคลอดได้รับการติดตามและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของการคลอด

๒. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

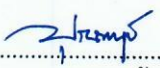
๓. ความสำเร็จจากการวางแผนและติดตามการจำหน่ายในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด หลังคลอดจากสาเหตุรกก้าง สามารถบูรณาการใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ของการคลอดอื่นๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงหลังการคลอดเนื่องจากครรภ์เป็นพิษระหว่างการ ตั้งครรภ์

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของมารดาหลังคลอดและญาติได้รับข้อมูลความรู้ก่อนการจำหน่าย

๒. ร้อยละ ≥ 80 มารดาหลังคลอดได้รับการติดตามและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของการคลอด

๓. ร้อยละ ≥ 80 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

(ลงชื่อ) 

(นางปณณช ฉิมชั้น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๒ / ๕.๑ / ๖๖

ผู้ขอประเมิน