



สรุปรายงานการประชุม/อบรม/สัมมนา ของเจ้าหน้าที่

เรื่อง การคลอมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

วันที่ ๑๐ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘

สถานที่จัดการประชุม โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

โดยนางสาวเสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ งานเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอและระดับจังหวัดพร้อมเป็นหัวหน้าห้องคลอ

หน่วยงานห้องคลอ

กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล

วัตถุประสงค์: เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้มีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่หน่วยปฏิบัติและทำให้เกิดกระบวนการสร้างความเข้มแข็งกับหน่วยงาน ยังช่วยขยายผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ดีเด่น เกิดเป็น best practice ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้น เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์จริง เกิดผลลัพธ์ลดอัตราการตายของมารดาและทารกในระดับประเทศ



เนื้อหาการประชุม/อบรม/สัมมนา:

ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในระยะเจ็บครรภ์คลอดยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนในทารก (birth asphyxia) และภาวะการฉีกเลือด (postpartum hemorrhage) ดังนั้นกรมการแพทย์ในฐานะผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดด้านกลุ่มเด็กปฐมวัย/สตรี จึงได้แนวคิดเน้นที่การลดมาตรฐาน ได้แก่ เริ่มมีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือความเสี่ยงต่ำตั้งแต่ ANC ยังมีแนวทางการดูแล - ส่งต่อตาม risk ที่ประเมินได้ว่าเสี่ยงสูงในระยะ ANC ระยะคลอด ให้ไปคลอดโรงพยาบาลที่มีความสามารถดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงได้นอกจากนี้ยังมีมาตรฐานการให้บริการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำและส่งต่อเมื่อเกิดปัญหา จึงต้องมีการทำแผนพัฒนาต่อเนื่องตลอดเพื่อจะได้ช่วย early assessment , early detection , early resuscitation ได้มีแนวทางเพิ่มเติมในเรื่องการป้องกัน PPH มีดังนี้

๑. ในระยะคลอดเมื่อทารกคลอดทันทีภายใน ๑ นาทีให้ปรับเปลี่ยนยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกจากเดิมฉีด Methergin เปลี่ยนเป็นการให้ Oxytocin ๑๐ unit IM ร่วมกับการให้ ๑๐ - ๒๐ unit ใน IV ๑๐๐๐ cc drip ๑๕๐ cc/hr by infusion pump

๒. เจาะ Hct. ก่อนคลอดถ้า > ๓๓ % จองเลือดแบบ test screening , Hct < ๓๓ % ให้จอง PRC ๑ unit , Hct < ๓๐ % จอง PRC ๒ unit

๓. ในระยะการทำคลอดรก ให้ทำคลอดรกโดยวิธี control cord traction หลังรกคลอดให้ขนาดคลึงมดลูกอย่างน้อย ๑ นาทีโดยใช้สองมือนวมมดลูกทางหน้าท้องจนมดลูกแข็งดี

๔. ถ้าเกิดภาวะตกเลือดให้ Cytotec (๒๐๐ มก.) ๔ เม็ด เหน็บทวารหนักครั้งเดียวร่วมกับทำ Bimanual uterine contractionอย่างต่อเนื่อง หรือทำ Intrauterine balloontamponade ร่วมกับ vaginal packing (มีวิดีโอให้ดูวิธีการทำ)

๕. ให้ออกซิเจน mask with bag แทนให้ cannula เพื่อให้ปริมาณออกซิเจน > ๙๕ %

๖. เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ ๑๘ เส้นที่ ๒

๗. มีการจัดแบ่งหน้าที่ในทีมอย่างชัดเจน

๘. ใช้หลักเฝ้าระวัง PPH หลังคลอด BUBBLE- HE-V/S ได้แก่ B= bleeding , U= uterus , B =bladder , B = BF , L= lochia , E= episiotomy , HE= health education , V/S = vital sign นอกจากนี้ยังมีแบบประเมิน Postpartum hemorrhage เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด

Pregnancy induced hypertension

Definiton ๑ .ต้องมี Systolic > 140 mmHg หรือ diastolic ≥ 90 mmHg. วัดห่างกัน 4-6 ชม.

๒. พบ Proteinuria ≥ ๓๐๐ mg/๒๔ hr.

๓. พบ Proteinuria ≥ 1+ ใน dipstick แต่ต้องหาสาเหตุต่อเสมอว่าเป็น UTI หรือไม่ หรือถ้าพบน้ำตาลในปัสสาวะควรทวนสอบกับผู้ป่วยด้วยว่าได้ทานอาหารอะไรมาบ้างหรือประเมิน risk อื่นๆอย่าเพิ่งตัดสินเลย

Severe Pre - eclampsia : diagnosis ได้แก่ BP ≥ 160/110 mmHg. , urine protein dipstick 3+ , Creatinine ≥ 12 mg/dl , Plt < 100,000 , AST/ALT > 2 เท่าของค่าปกติ , urine out put < 500 cc/day , Pulmonary edema , ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ในบางครั้งอย่ารอให้ BP ≥ 160/90 mmHg อาจจะชกได้ก่อนโดยเฉพาะในหญิงที่อายุน้อย ดังนั้น sign การชกให้สังเกตว่ามี hyper DTR หรือไม่

การรักษา: Loading dose ของ MgSO₄ 4 gm IV over 5 - 10 min.



:Maintenance 1-2 gm. /hr. infusion for 24 hr. after the last seizure ,

Plasma Mg level : ค่าปกติMgSO4 plasma level 4-7 mEq/L ระดับที่ Mg.ในเลือดเกินมากผิดปกติ จะมีsign ต่อไปนี้ถ้า 8-10 mEq/L → Patellar reflexes lost , 10 – 15 mEq/L→ Respiratory depression ,15 - 25mEq/L → Respiratory paralysis , ๒๕ – ๓๐ mEq/L→ Cardiac arrest

Indication : Seizure prevention ได้แก่ Pre – eclampsia and risk of eclampsia (SPE) , Severe gestational hypertension (BP ≥๑๖๐/๑๑๐ mmHg) , Eclampsia , HELLP syndrome

Management เมื่อชัก: Call for help → left lateral position → Oxygen →Assess airway and breathing → Check pulse and BP → Pluseoximetry → Plan to deliver

Antihypertensive Drugs : Hydralazine (Apresoline) : first choice โดย Initial ๕ mg IV → Repeat ๑๕ – ๒๐ min. , Maximum dose ๒๐ mg/hr. ฝ้าระวังอาการข้างเคียง Hypotension , Headache , Nausea ,Vomiting

Postpartum management : Aware of seizure , Inpatient care ≥ ๔ days after delivery , Fluid restriction until diuresis , Continue antihypertensive therapy (keep BP < ๑๖๐/๑๑๐ mmHg) , Hydralazine ๑๐ – ๒๕ mg IM q ๔ – ๖ hr. , Avoid methyropa

Prophylaxis : Aspirin ineffective both low risk and high risk , Calcium supplement ๑,๐๐๐ mg/day ,Vit C ๒,๐๐๐ mg/day + Vit E ๔๐๐ IU /day start ๑๖ – ๒๒ weeks

การคลอดติดไหล่

การวินิจฉัยภาวะคลอดติดไหล่

: มี Turtle signคือการหดรัดกลับของศีรษะทารกในทิศทางเข้าช่องทางคลอดของมารดา

: ไม่สามารถหมุนศีรษะทารกหรือหมุนศีรษะทารกได้ยากกว่าปกติภายหลังศีรษะทารกคลอดผ่านทางช่องทางคลอด

: มีแรงต้านทานในการทำคลอดไหล่หน้ามากกว่าปกติเมื่อใช้แรงดึงศีรษะทารกปกติ

ขั้นตอนการดูแลภาวะคลอดติดไหล่ โดยใช้หลัก HELPERR ของAmerican Academy of Family Physician (AAFP)

เริ่ม Call for help → ผู้คลอดหยุดเบ่ง → สวมปีสสาวะ → ตัดขยายฝีเย็บถ้าแน่นมาก → ใช้ลูกสูบยางแดงดูดในปากและจมูกทารกจนหมด → ทำ Suprapubic pressure + McRobert 's maneuver → ถ้าทำไม่สำเร็จให้ทำ Woods screw or Rubin maneuver → ถ้าไม่สำเร็จ Clavicle Fx. → ประเมินสภาพทารก → บันทึกเวชระเบียน

คำถาม จำเป็นต้องEpisiotomy ทุกรายหรือไม่ในกรณีที่เกิด Shoulder dystocia ในอดีตแนะนำให้ทำทุกรายและตัดให้กว้าง แต่มีหลักฐานรองรับทางวิทยาศาสตร์ จากทฤษฎีการเกิดภาวะนี้การทำ Episiotomyไม่น่าช่วยแก้ไขแต่อาจมีประโยชน์ในกรณีที่ Internal manipulations โดยเฉพาะครรภ์แรก ในปัจจุบันการตัดฝีเย็บในรายที่มีภาวะนี้ได้ลดลงเหลือแค่ร้อยละ ๔ จากเดิม ๔๐ แต่อุบัติการณ์การเกิด Brachial plexus injury คงที่ ดังนั้นจึงแนะนำให้ตัดฝีเย็บกว้างๆในรายที่ทำการคลอดโดย McRobert 's maneuverไม่สำเร็จจำเป็นต้องทำหัตถการอื่น



สิ่งที่จะนำมาพัฒนาในหน่วยงาน, แผนการพัฒนางาน, การอบรมกลุ่มย่อย

: พัฒนาปรับปรุงต่อยอดในเรื่องแนวทางปฏิบัติการคลอดมาตรฐานต่อการเกิดภาวะตกเลือดที่เข้ากับบริบทของรพ.

เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของหน่วยงาน

: ได้แนวคิดใหม่และนำความรู้ในการอบรมครั้งนี้มาแจ้งในที่ประชุมฝ่ายการพยาบาลทราบราวๆ ประมาณ เดือน กันยายน หรือตุลาคม ๕๘

: ได้แนวความคิดที่จะนำไปต่อยอดในเรื่องการจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางสูติรีเวชในการคลอดติดไหล่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy)

(ลงชื่อ).....

(นางสาวเสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)

(นายภาณุวัฒน์ โสภณเลิศพงศ์)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง