

From Bed Bath to Best Practice

การพัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



นางสาวกาญจนา พิมล*, พย.บ.

นางสาวอัมพร คงจิระ**, พย.บ.

* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย 100ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์4 (ห้องคลอดสามัญ)

** หัวหน้าหอผู้ป่วย 100ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์4 (ห้องคลอดพิเศษ)

งานการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ภาวะเสี่ยงสูงทางสูติศาสตร์ที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิด ทำให้ทารกเกิดทุพพลภาพ ก็คือ การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่างๆ เจริญไม่เต็มที่และไม่พร้อมที่จะทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบทางเดินหายใจ ทารกจะมีภาวะหายใจลำบากจากภาวะขาดสาร Surfactant ในถุงลมปอด (Respiratory Distress Syndrome) นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะ Intraventricular Hemorrhage และ Necrotizing Enterocolitis เป็นต้น ในประเทศที่

กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทยนั้น การคลอดก่อนกำหนดใช้เกณฑ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ หรือทารกในครรภ์มีน้ำหนัก 1,000 กรัม ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 37 สัปดาห์ ซึ่งสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น ได้แก่ มารดามีการติดเชื้อในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ถูกรักษาแต่ก่อนกำหนด มีโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง มดลูกขยายโตมากจากการตั้งครรภ์แฝดหรือมีเนื้องอกของมดลูก มีความผิดปกติของรกและทารกในครรภ์ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่ไม่เหมาะสม

เช่น สูบบุหรี่หรือเสพสารเสพติดขณะตั้งครรภ์ และมารดาที่มีความเครียดทางด้านจิตใจอย่างรุนแรงเป็นระยะเวลาานาน เป็นต้น

จากสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-2548 พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 6-7 และประมาณร้อยละ 30 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนด พบว่ามีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม สำหรับในโรงพยาบาลศิริราชนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะรับไว้ดูแลรักษาในห้องคลอด บางรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก โดยมีเป้าหมายช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด แต่หากไม่เป็นผลสำเร็จ ควรให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนถึง 34 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย เพราะเป็นช่วงที่ปอดของทารกค่อนข้างสมบูรณ์แล้ว ในบางกรณีอาจยับยั้งไว้เพียงระยะสั้นๆ คือประมาณ 48-72 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถได้ยา Corticosteroid ในกลุ่ม Dexamethasone กระตุ้นความสมบูรณ์ปอดของทารกในครรภ์ได้ทันที ทั้งนี้เพื่อลดอัตราความล้มเหลวของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้สามารถลดอัตราการตายและทุพพลภาพของทารกที่คลอดก่อนกำหนดลงได้ แม้ว่าบางรายจะสามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้เป็นผลสำเร็จ แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ จึงเกิดการคลอดก่อนกำหนดขึ้นและ ส่งผลกระทบสุขภาพของทารกแรกเกิดเป็นอย่างมาก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ และส่งผลกระทบต่อไปถึงชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัวตลอดจนสังคมและเศรษฐกิจ

เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีอัตราการครองเตียงนาน ทำให้ไม่มีเตียงเพียงพอและจำเป็นต้องส่งต่อทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไว้ก่อน จึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำมากกว่าที่จะให้มีการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น

การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในห้องคลอดในอดีตนั้น บุคลากรมิได้ตระหนักถึงปัญหาตั้งที่กล่าวมาข้างต้นมากนัก และไม่ได้มีการนำฐานข้อมูลที่ผ่านมาไปใช้ในการพัฒนาการดูแลรักษา องค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีไม่เพียงพอ จากการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องคลอดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Care Team Preterm Labor) ยังพบว่า เมื่อแรกรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น บุคลากรขาดการจัดลำดับความรุนแรงเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม การประสานงานและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลในห้องคลอดยังไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา รวมทั้งขาดแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจนและเป็นไปในทางเดียวกัน จึงเกิดความหลากหลายในการดูแลรักษา หรือทำให้ผู้ป่วยได้รับยายับยั้งการคลอดโดยไม่จำเป็น การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลกับหอผู้ป่วยหลังคลอด หน่วยทารกแรกเกิด (ภาควิชากุมารเวชศาสตร์) เพื่อการดูแลต่อเนื่องยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

นอกจากนี้สภาพในห้องคลอดที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องนอนพักรับการดูแลรักษา มิได้แยกสัดส่วนออกจากกันทำให้เกิดเสียงดังรบกวนจากผู้ป่วยที่เจ็บครรภ์และแบ่งคลอดตลอดเวลา ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 - 5 วันหรือบางรายนานถึง 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกแยกออกจากชีวิตประจำวันปกติ ไม่ได้พบปะพูดคุยกับสามีและญาติเท่าที่ควร เนื่องจากสภาพแวดล้อมในห้องคลอดไม่เอื้ออำนวย รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียรายได้ จากการหยุดพักงานเพื่อรับรักษา และบทบาทของตนเองที่รับผิดชอบในครอบครัวก็ไม่สามารถทำให้สมบูรณ์ได้ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งสิ้น ขณะเดียวกันการเตรียมพร้อมและดูแลทางด้านจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และเมื่อแพทย์วางแผนจำหน่าย ยังพบว่า บุคลากรขาดแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งสื่อและแผนการสอนสุขศึกษายังมีเนื้อหาที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ดังนั้นการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาการดูแลรักษาให้มีความเหมาะสมจึงได้จัดตั้งทีมดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้น (Care Team Preterm Labor) เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลรักษาและติดตามผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ทันทีทันที
2. สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เป็นผลสำเร็จ (มากกว่า 48 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำ)
3. สามารถลดอัตราการใช้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกโดยไม่จำเป็นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกในผู้ป่วยได้
4. สามารถลดอัตราการตายและทุพพลภาพของทารกที่คลอดก่อนกำหนดลงได้ในระดับหนึ่ง
5. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

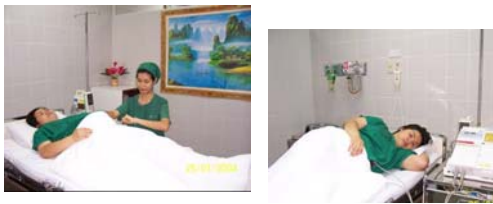
การดำเนินงานปรับปรุง

1. ดำเนินกิจกรรม Care Team Bed Side Round และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมแพทย์ / พยาบาลประจำห้องคลอดเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการวางแผนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ถูกต้องเหมาะสม



2. กระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเร่งด่วน โดยกำหนดให้พยาบาลผู้รับผู้ป่วยใหม่ ดำเนินการจัดลำดับความรุนแรง เมื่อแรกรับผู้ป่วย (Risk scoring System) ในแบบประเมิน

ผู้ป่วย Risk Group ในห้องคลอด หากพบว่าผู้ป่วยมีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้ลดขั้นตอนการรับไหมหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็นได้แก่ การเตรียมความสะอาดเพื่อการคลอด พร้อมทั้งเร่งประสานงานกับทีมแพทย์เพื่อการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย



3. ให้การดูแลด้านจิตสังคม โดยจัดให้มีระบบการเยี่ยมของสามี / ญาติ ในห้องคลอดตามความเหมาะสม ดังนี้

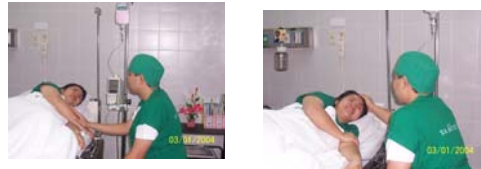
- ประเมินอาการและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้สามี / ญาติ เข้าเยี่ยม เพื่อความปลอดภัยได้แก่ สัญญาณชีพ, อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ อาการจากผลข้างเคียงของยายับยั้งการหดตัวของมดลูกและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นต้น

- ในรายที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการให้ยา ยับยั้ง การหดตัวของมดลูกและไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงรุนแรงของยา จะดูแลให้สามี / ญาติ เข้ามาเยี่ยมในห้องผู้ป่วย

- ในรายที่ผู้ป่วยได้รับการยับยั้งการหดตัวของมดลูกเป็นผลสำเร็จและหยุดการให้ยาแล้ว จะดูแลให้สามี / ญาติ เข้ามาเยี่ยมในบริเวณห้องรับแขกเพื่อความเป็นส่วนตัว

4. สนับสนุนให้สามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลต่อเนื่องภายหลังจากการดูแลรักษา เพื่อการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลและป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่สามี / ญาติ เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยภายหลังจากการจำหน่าย



5. จัดกิจกรรมสนทนาการในขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือผ่อนคลายหรือส่งเสริมสุขภาพ



6. กำหนดให้พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ดำเนินการประสานงานเกี่ยวกับสิทธิคำรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกราย เพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องปัญหาเรื่องคำรักษาพยาบาล

7. ปรับปรุงสื่อและแผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



8. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในห้องและสิ่งอำนวยความสะดวก

- จัดสถานที่สงบและเป็นสัดส่วน โดยแยกออกจากกลุ่มผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอด
- จัดสภาพภายในห้องของผู้ป่วยให้รู้สึกผ่อนคลายโดยการติดรูปภาพวิจิตรสวยงาม
- จัดอุปกรณ์ในการดูแลความสะดวกในช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ไว้ประจำทุกห้อง เพื่อสะดวกในการใช้งานและป้องกันการติดเชื้อ



จากการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด ทำให้ปัจจุบันมีการประสานงานระหว่างทีมแพทย์และทีมพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาที่รวดเร็วขึ้นและมีแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลที่ชัดเจน ดังนี้

1. แนวทางการปฏิบัติในการจัดลำดับความรุนแรง เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะแรกสำหรับทีมพยาบาลในห้องคลอด

2. แนวทางการการดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับทีมแพทย์/พยาบาลประจำห้องคลอด เพื่อให้แผนการดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน (CPG Preterm Labour) และลดการใช้ยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูกโดยไม่จำเป็น ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มี 3 แนวทางดังนี้

2.1 กรณีมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแต่ปากมดลูกยังไม่เปิด จะให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง สังเกตอาการและตรวจหาสาเหตุหรือความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.2 กรณีผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์และปากมดลูกเปิดขยายไม่ถึง 5 เซนติเมตร โดยที่ถุงน้ำคร่ำยังไม่รั่วหรือแตก และไม่มีข้อห้ามในการให้ยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก ได้แก่ มารดามีโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า ควรให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อความปลอดภัย มีความผิดปกติของทารกในครรภ์ตั้งแต่กำเนิด มีการติดเชื้อ ในถุงน้ำคร่ำ รกมีการลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น แพทย์จะพิจารณาให้ยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก ร่วมกับให้ยาสแตียรอยด์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ให้ทำงานดีขึ้น

2.3 กรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ หรือผลการตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 5 เซนติเมตรแล้ว แพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยคลอดตามความเหมาะสมและให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อร่วมด้วย

3. มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ขณะได้รับยาช่วยยับยั้ง การหดตัวของมดลูก สำหรับทีมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในห้องคลอด ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม

3.1 การให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจคลายความวิตกกังวลและความร่วมมือในการดูแลรักษา ได้แก่

- อธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการให้และระยะเวลาที่ต้องได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

- อธิบายผลข้างเคียงของการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

- วิธีปฏิบัติตนขณะได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

3.2 การประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วยได้รับยา

ด้านมารดา

- ดูแลให้ ผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด Absolute Bed Rest ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหรือจนกว่าไม่มีการหดตัวของมดลูกภายใน 10 นาที

- ประเมิน Uterine Contraction

- ประเมิน Vital signs และประเมิน Reflex ในรายที่ได้รับ MgSO₄

- ประเมินอาการข้างเคียงของยา

- จัดเตรียมยา Antidote ของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกให้พร้อมอยู่เสมอ

- ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ได้แก่ภาวะน้ำคั่งในปอดโดยการฟังปอดบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุกวัน และชั่งน้ำหนัก สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ด้านทารกในครรภ์

- ประเมิน FHR ทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกมีผลต่อการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

3.3 การพยาบาลด้านจิตสังคม

- มีระบบการเยี่ยมของสามี/ญาติให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยในระยะที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำ จัดให้สามี/ญาติเข้าเยี่ยมในห้องคลอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุย และรู้สึกผ่อนคลาย

- สนับสนุนให้สามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลต่อเนื่องภายหลังจากการดูแลรักษาเพื่อการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

- ติดต่อประสานงานเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลให้ทุกราย

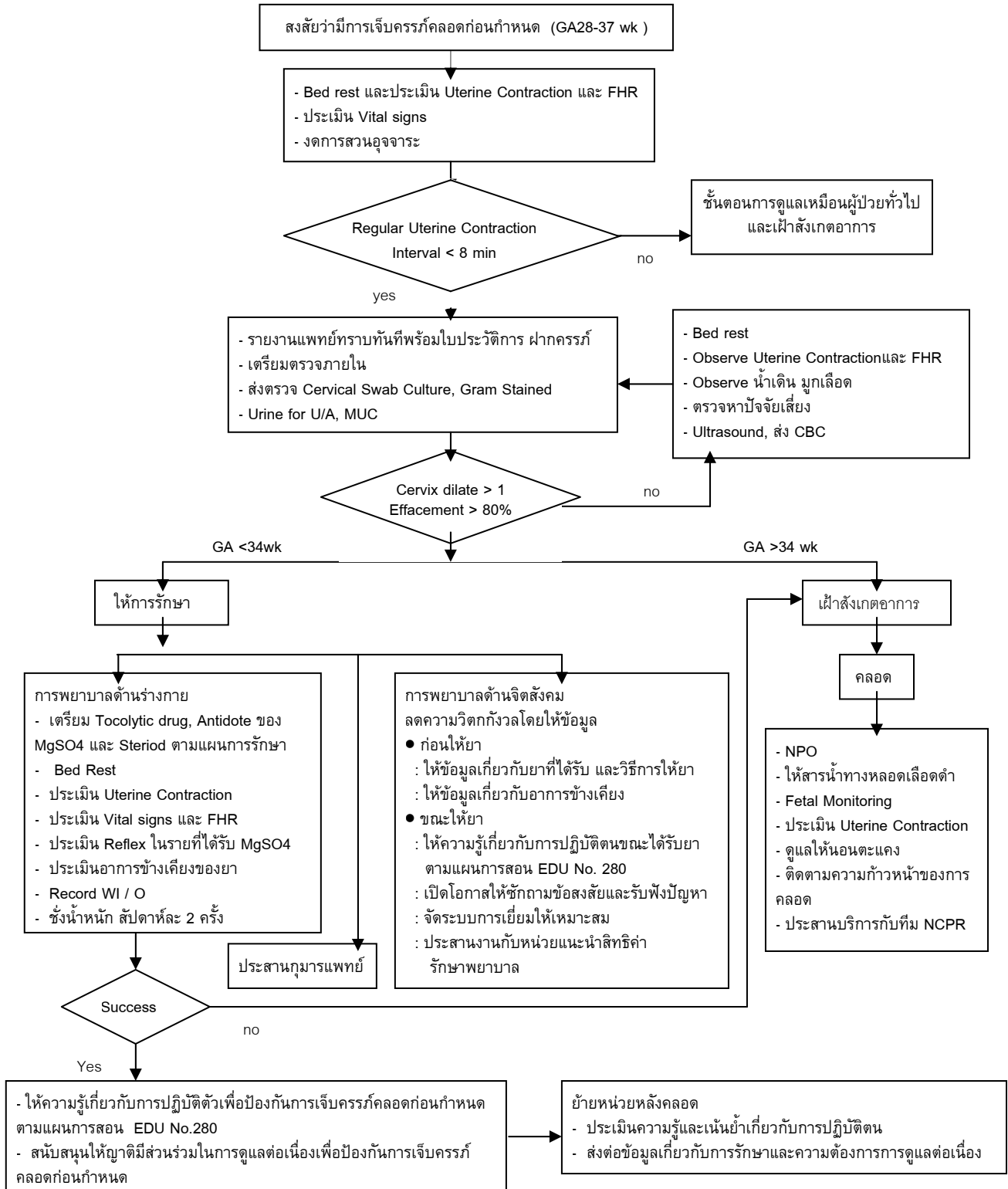
3.4 ใช้สื่อและแผนการสอนเรื่องการดูแลและป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการให้ สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกราย

3.5 สภาพแวดล้อมในห้องสงบ เป็นสัดส่วนและพร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ จัดอุปกรณ์ในการดูแลความสะอาดในช่องปาก อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ประจำทุกเตียง และจัดวางของใช้ ที่จำเป็นไว้ใกล้ผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบใช้

3.6 มีการประสานงานเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด

แผนภูมิ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ที่มา: แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ทีมดูแลผู้ป่วยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



การประเมินผู้ป่วย Risk Group ในห้องคลอด

โดยอาศัยเกณฑ์ดังนี้

1. ประเมินจาก risk score ซึ่งประเมินมาจาก ANC หรือเมื่อมาถึงห้องคลอดในกรณีไม่ได้ฝากครรภ์
(ดูตามใบประเมิน risk score)

2. ประเมินจากอาการนำผู้ป่วยมาห้องคลอด	มี	ไม่มี
- มีเลือดสดออกจากช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีน้ำเดินก่อนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 12 ชม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 42 สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีอาการปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ชักก่อนมาโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เด็กดิ้นน้อยลงอย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีไข้สูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ประเมินจากการตรวจร่างกายเมื่อแรกจับ	มี	ไม่มี
- ซีดปานกลางหรือมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท จากการวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ซีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หายใจมากกว่า 25 ครั้งต่อนาที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- บวมมากกว่าหรือเท่ากับ 3+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ฟังเสียงหัวใจได้ Pathologic murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ฟังปอดได้ wheezing หรือ crepitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ส่วนสูงน้อยกว่า 150 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Marked Obesity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ตรวจทารกไม่ใช่ท่าศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ส่วนหน้าไม่ใช่ vertex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ประเมินทารกใหญ่กว่า 3800 กรัม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ฟังเสียงหัวใจทารกเต้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ตรวจภายในพบ contracted pelvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ประเมินจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	มี	ไม่มี
4.1 Abnormal ultrasonographic finding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Placenta previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- IUGR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Severe Oligohydramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Polyhydramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fetal Macrosomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Twins Pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fetal Anomalies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 4.1 Other Abnormal finding		
- Hct. น้อยกว่า 30 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Blood sugar มากกว่า 150 mg%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abnormal thyroid function test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abnormal renal function test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abnormal liver function test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abnormal EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 5. การประเมินในระหว่างเจ็บครรภ์คลอดในห้องคลอด	มี	ไม่มี
- Thin or thick meconium stained	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abnormal FHR tracing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prolapsed cord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abnormal progress of labour		
- Protract of dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arrest of dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arrest of descent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rising of BP > 140/90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อาการของ threatened uterine rupture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prolonged 2 nd stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ที่มา: นางสาวจรรุณี ลีธีระกุล และคณะ, การปรับปรุงกระบวนการ เรื่อง การจัดลำดับความรุนแรงและการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยในห้องคลอด โรงพยาบาลศิริราช.

ผลการดำเนินการปรับปรุง

ระยะเวลาดำเนินการเมื่อเดือน มกราคม ถึงมิถุนายน 2549 ผลการพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว มีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ โดยมีตัวชี้วัดดังนี้

1. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น ภายใน 30 นาที หลังจากแรกเริ่ม (เป้าหมาย ร้อยละ 100) ก่อนปรับปรุงมีเพียงร้อยละ 8 และภายหลังการปรับปรุง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.12, 100, 100, 100, 100, 100 ตามลำดับ

2. อัตราผู้ป่วยที่รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาที ภายหลังจากแพทย์มีคำสั่ง การรักษา (เป้าหมาย ร้อยละ 100) ก่อนปรับปรุงมีเพียงร้อยละ 25 และภายหลังการปรับปรุง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.22, 100, 100, 100, 100 ตามลำดับ

3. อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลสำเร็จมากกว่า 48 ชั่วโมง (เป้าหมาย ร้อยละ 90) ก่อนปรับปรุงร้อยละ 100 และภายหลังการปรับปรุง ร้อยละ 100, 100, 100, 90 ตามลำดับ

4. อัตราการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ลดลงจาก ร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 20.55, 21.88, 18.45, 10.25, 8.40, 7.50 ตามลำดับ

การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด ถึงแม้ว่าจะสามารถยับยั้งการคลอดหรือยืดระยะเวลาการคลอดออกไปได้ระยะหนึ่ง แต่ก็มีโอกาสที่จะกลับมาเกิดอาการซ้ำอีก ดังนั้นการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่องในการเฝ้าระวังและติดตามอาการ ภายหลังจากการดูแลรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดได้ ในขณะที่เดียวกันมุมมองในการที่จะช่วยป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้นั้น แท้จริงแล้วควรเริ่มตั้งแต่ในระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยวางแผนการตั้งครรภ์เมื่ออายุเหมาะสม สุขภาพกายและจิตใจแข็งแรงสมบูรณ์

สำหรับในระยะตั้งครรภ์นั้นสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการคัดกรองว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือไม่ เพื่อให้การแก้ไขโดยเร็ว การมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอตามแพทย์นัดเพื่อการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการให้ความรู้หรือคำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์ น่าจะเป็นการป้องกันที่ดีกว่าที่จะให้มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นแล้วจึงแก้ไข

เอกสารอ้างอิง

เกสรฯ ศรีพิชญากาญ. (2538). การพยาบาลหญิงที่มีการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิทยา ธิฐาพันธ์. (2544). เอกสารเรื่อง "การดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: ทบทวนข้อมูลที่น่าเชื่อถือ" สารศิริราช , (12), 922.

อนวัฒน์ สุทัศน์วิบูลย์. (2548). การเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และ ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยากุล. (บก.). ตำราสูติศาสตร์. (หน้า 247-248). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:พี. เอ. ลีฟวิ่ง.

อัมพันธ์ เฉลิมโชคเจริญกิจ. (2545). แนวทางการดูแลรักษาสูติศาสตร์ตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

Titapant V, Swasdimongkol P, Hansiriratanaskul N, Wutthivoraporn S. (2005). *Annual Statistical Report 2004*: Department of Obstetrics & Gynecology Faculty of Medicine Siriraj Hospital.

Titapant V, Swasdimongkol P, Hansiriratanaskul N, Wutthivoraporn S. (2006). *Annual Statistical Report 2005*, Department of Obstetrics & Gynecology Faculty of Medicine Siriraj Hospital.