

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรก
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 2 สิงหาคม - วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2556)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ดำเนินการ**

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ใน 3 ของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย แม้ว่าปัจจุบันจะมีบริการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและทันสมัยก็ตาม

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดจากระบบการคลอด ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร ทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจรีบให้การช่วยเหลือ หาสาเหตุ และให้การรักษาโดยเร็ว หรือการเสียเลือดในปริมาณร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา เนื่องจากปริมาณเลือดและความเข้มข้นของเลือดในร่างกายมารดาแต่ละคนไม่เท่ากัน มารดาที่มีภาวะโลหิตจางหรือรูปร่างเล็ก อาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้ แม้จะเสียเลือดไม่ถึง 500 มิลลิลิตร

การจำแนกภาวะตกเลือดหลังคลอด ตามระยะเวลาของการเกิดการตกเลือด ได้แก่

1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (early or primary postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (late or secondary postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 1-3 ของการคลอด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่สำคัญ มีดังนี้

1. Tone หมายถึง มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) พบได้บ่อยที่สุดประมาณ ร้อยละ 70 ของการตกเลือด โดยมีปัจจัยที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่

1.1 การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน หรือการคลอดเร็วเกินไป รวมถึงการคลอดยากและต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด

1.2 กล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด ทารกตัวใหญ่

1.3 การคลอดบุตรหลายครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดพังพืดแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี ส่วนในรายที่เคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอดมาก่อน มักพบว่าผนังมดลูกจะบางและไม่แข็งแรง

1.4 การใช้ยาบางชนิด เช่น การใช้ยาสลบในกระบวนการคลอดโดยเฉพาะฮาโลเทน (Halothane) ซึ่งทำให้มดลูกคลายตัวได้

1.5 มารดามีภาวะทพ โภชนาการ โลหิตจาง ความดันโลหิตสูง หรือมีการขัดขวางการหดตัวของมดลูก เช่น มีเนื้องอกในโพรงมดลูก หรือเคยได้รับการผ่าตัดมดลูก

2. Trauma หมายถึง การฉีกขาดของช่องทางคลอด เป็นการเสียเลือดจากแผลบริเวณฝีเย็บ ช่องคลอด ปากมดลูก ซึ่งพบประมาณร้อยละ 19 โดยมีปัจจัยเสริม ได้แก่

2.1 การทำคลอดและการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง

2.2 การคลอดเร็วผิดปกติ (precipitate labour) ทำให้ช่องทางคลอดปรับตัวหรือขยายตัวไม่ทัน เกิดการฉีกขาดมาก

2.3 การตัดฝีเย็บไม่ถูกวิธี

3. Tissue หมายถึง การหลุดค้างของรกหรือเศษรกค้างภายในโพรงมดลูก ซึ่งจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มีเลือดออกมาก พบได้ร้อยละ 10 มีปัจจัยเสริม ได้แก่

3.1 การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหรือการทำคลอดรกไม่ถูกต้อง เกิด cervical cramp ทำให้รูกค้างอยู่ในโพรงมดลูกส่วนบน

3.2 รกลอกตัวเพียงบางส่วน ซึ่งเกิดจากการที่รกเกาะลึกหรือเกาะติดแน่น ทำให้มีเลือดออกตลอดเวลาจากบริเวณที่รกลอกตัวไปแล้ว

3.3 การมีเศษรกค้าง ซึ่งอาจเกิดจากการทำคลอดรกผิดวิธี ความผิดปกติของรก เช่น มีรกน้อย (placenta succenturiata) รกมีขนาดใหญ่ (placenta membranacea) เป็นต้น

4. Thrombin หมายถึง ความผิดปกติของเกล็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดออกมากกว่าปกติและไม่หยุดง่าย พบได้น้อยมาก ประมาณร้อยละ 1 โดยจะเป็นความผิดปกติจากโรคต่างๆ เช่น โรคโลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อ (aplastic anemia) โรคเกล็ดเลือดต่ำ (ITP : idiopathic thrombocytopenia purpura) การติดเชื้อ กลุ่มความดันโลหิตสูง (PIH) เป็นต้น

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะหลังที่สำคัญ มีดังนี้

1. มีก้อนเลือดหรือเศษรกค้างภายในโพรงมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด มักเกิดภายหลังคลอดประมาณ 1 - 2 สัปดาห์

2. ภาวะติดเชื้อภายในโพรงมดลูก

3. การติดเชื้อบริเวณแผลภายในช่องคลอด

อาการและอาการแสดง

1. การมีเลือดไหลออกให้เห็นภายนอก ซึ่งการคาดคะเนการเสียเลือดอาจน้อยหรือมากกว่าความเป็นจริงได้

2. เลือดออกมากแต่ค้างค้างอยู่ภายใน จะมีอาการแสดงของการเสียเลือดและปริมาณเลือดไหลเวียนน้อยลง ได้แก่ ซีด ซึ่พจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ใจสั่น กระหายน้ำ ตัวเย็น หาว เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง และอาจมีอาการรุนแรงถึงช็อก (shock) ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้

ปริมาณการเสียเลือด	อาการและอาการแสดง
เสียเลือดร้อยละ 10 - 15	จะเกิดชีพจรเร็ว (mild tachycardia) หน้ามืด/เป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) เริ่มมีการหดตัวของหลอดเลือดต่างๆที่เลี้ยงบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อลาย ทำให้มีอาการซีด ตัวเย็นและอาการอ่อนล้า
เสียเลือดร้อยละ 15 - 30	จะมีอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ เริ่มมีการตกลงของความดันเลือด (systolic BP) เล็กน้อย ตรวจพบมีชีพจรเร็ว การไหลเวียนเลือดสู่ระบบทางเดินอาหารและไตลดลง ทำให้ปัสสาวะออกน้อย (oliguria)
เสียเลือดร้อยละ 30 - 40	ร่างกายจะใช้กลไก compensatory mechanism โดยจะเริ่มไม่สามารถคงระดับความดันปกติไว้ได้ ทำให้เกิดความดันเลือดต่ำอย่างชัดเจน โดยความดัน(systolic BP) อาจตกลงไปถึง 60 – 80 มิลลิเมตรปรอท มีการขาดออกซิเจน (tissue hypoxia) และเกิดภาวะร่างกายเป็นกรด (metabolic acidosis) ซึ่งจะมีอาการสับสน (confusion) กระสับกระส่าย (restless) และตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง (EKG change)
เสียเลือด > ร้อยละ 40	ความดันเลือดตกลงอย่างมาก อาจลงไปถึง 40 – 60 มิลลิเมตรปรอท จะเริ่มมีอาการหายใจ air hunger , EKG change และไม่มีปัสสาวะ(anuria) ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข มักจะเสียชีวิตในที่สุด

ผลจากการตกเลือดหลังคลอด

1. อาจเกิดภาวะช็อก และภาวะอวัยวะล้มเหลว ได้แก่ ไตวาย หัวใจวาย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดน้อยลง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน
2. เกิดความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด
3. มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำลง ซีด อ่อนเพลีย
4. ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ
5. อาจเกิดเซลล์ของต่อมใต้สมองตาย (anterior pituitary necrosis) ส่งผลให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อบกพร่อง ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต และรังไข่ ทำให้มีอาการไม่มีน้ำนมหลังคลอด เต้านมเหี่ยว ขาดกระดูก ขนบริเวณอวัยวะเพศร่วง อ่อนเพลีย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เรียกว่า Sheehan's syndrome

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ระยะก่อนคลอด

1. ชักประวัติอย่างละเอียด เพื่อหาความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือด
2. ตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือด และให้การแก้ไขป้องกัน เช่น ภาวะโลหิตจางมีการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์

ระยะคลอด

ดูแลไม่ให้เกิดการคลอดยาวนาน ทำคลอดในระยะที่ 2 และ 3 อย่างถูกต้องเหมาะสม ตรวจรกและการฉีกขาดของช่องทางการคลอดอย่างละเอียด รวมถึงหลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการอย่างยาก

ระยะหลังคลอด

1. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เพื่อไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก
2. ในรายที่ได้รับยากระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ ควรให้ยาออกซิโทซิน(Oxytocin) ต่อภายหลังการคลอดอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
3. กระตุ้นให้บุตรดูดนมมารดาโดยเร็วหลังคลอด เพื่อกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ช่วยให้มีมดลูกหดตัวดี

การดูแลรักษา

1. การรักษาตามอาการของผู้ป่วยเสียเลือดเฉียบพลัน ได้แก่
 - 1.1 ให้เลือดและสารน้ำชดเชยอย่างเพียงพอ
 - 1.2 แก้ไขภาวะช็อกและปรับประคองอาการ เช่น ให้ออกซิเจน แก้ไขสมดุลเกลือแร่ของร่างกาย(electrolyte) ให้ยาปฏิชีวนะในรายที่เสี่ยงติดเชื้อ ควบคุมปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก เป็นต้น
2. การรักษาตามสาเหตุ

2.1 การตกเลือดก่อนรกคลอด

- สอนปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ป้องกันการขัดขวางการหดตัวของมดลูก

- ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น Oxytocin หยอดเข้าหลอดเลือดดำ
- ถ้ารกยังไม่คลอดภายใน 30 นาที หรือมีเลือดออกมาก ให้ล้วงรกภายใต้การระงับ

ความรู้สึกลึก

- ตรวจรกอย่างละเอียด ถ้ามีเศษรกค้างอาจใช้วิธีขูดมดลูก และถ้าเลือดยังไม่หยุด

อาจต้องตัดสินใจตัดมดลูก

2.2 การตกเลือดภายหลังรกคลอด

- วางกระเป๋าน้ำแข็ง (cold pack) บริเวณหน้าท้อง และคลึงให้มดลูกหดตัวดี

- ให้สวนปัสสาวะออกให้หมดหรือคาสายสวนไว้ เพื่อดูปริมาณปัสสาวะ
- ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น Oxytocin หรือ Methergin
- ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอด และเย็บซ่อมแซม
- ตรวจสอบค่าฮีมาโทคริต และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ถ้าผิดปกติให้

แก้ไข โดยเตรียมพร้อมให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด

- ถ้าเลือดยังออกอยู่อาจพิจารณาให้ยากลุ่ม prostaglandins และอาจช่วยห้ามเลือดด้วยวิธี bimanual uterine compression ถ้ายังไม่ได้ผลและมดลูกยังหดตัวไม่ดีให้พิจารณาตัดมดลูก (hysterectomy)

การพยาบาล

1. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก สภาพแผลฝีเย็บ ปริมาณน้ำคาวปลาและเลือดที่ออกจากโพรงมดลูก หรือจากแผลผ่าตัด เพื่อหาสาเหตุของการตกเลือด และประเมินระดับการเสียเลือด
 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ และอาการแสดงของการเสียเลือด เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม
 3. ให้ออกซิเจน เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
 4. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก (record I/O)
 5. แก้ไขสาเหตุของการตกเลือด เช่น คลึงมดลูก กดไล่ลิ่มเลือด (blood clot) วางกระเป๋าน้ำแข็งดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง รวมถึงการรายงานแพทย์ และเตรียมการทำหัตถการตามแผนการรักษา
 6. ดูแลให้อ่อนพัก่อน
 7. จัดให้ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- ความรู้ทางเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับยา

Oxytocin เป็นกลุ่มยา nonapeptide hormone มีผลทางอ้อมในการกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่มดลูก ใช้ในระยะหลังคลอด (postpartum uses) เพื่อกระตุ้นการบีบตัวของมดลูกและควบคุมอาการเลือดออกจากโพรงมดลูก สามารถบริหารยาทั้งทาง IM และ IV infusion โดยผสมในสารละลาย 0.9%NSS, LRS หรือ 5%Dextrose อาการข้างเคียงโดยทั่วไป ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลตรวจวัดระดับสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย เนื่องจากยามีฤทธิ์ antidiuretic ทำให้การดูดซึมน้ำกลับจากกรวยไตเพิ่มขึ้น อาจเกิดอาการ water intoxication ที่รุนแรงและอาการชักได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ ช้ากว่า 24 ชั่วโมง และติดตามอาการหดเกร็งของมดลูกที่มากเกินไป อาจเกิดมดลูกแตก หรือการไหลเวียนเลือดสู่มดลูกไม่ดี ผู้ป่วยอาจเกิดอาการชักได้

Methergin เป็นกลุ่มยาบีบมดลูก ใช้ในหญิงหลังคลอดหรือแท้งบุตร เพื่อให้มดลูกบีบตัว ป้องกันการตกเลือด สามารถบริหารยาทั้งทาง IM และ IV ครั้งละ 0.2 มิลลิกรัม ถ้าจำเป็นให้ยาซ้ำได้ทุก 2-4 ชั่วโมง แต่ไม่ควรให้ยาเกิน 5 ครั้ง และต้องระมัดระวังความดันโลหิตที่อาจสูงผิดปกติเฉียบพลันและการทำลายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อาเจียน ท้องร่วง เวียนศีรษะ เพิ่มความดันโลหิต ซิพอร์เบา การแข็งตัวของเลือดเร็วผิดปกติ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือมีประวัติความดันโลหิตสูง การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลตรวจวัดความดันโลหิตเป็นระยะ เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์อาจพบอย่างเฉียบพลันและรุนแรง และไม่ควรใช้ยา หากพบว่าสารละลายใน ampule เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นไม่มีสี

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 25 ของสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยพบว่าการตกเลือดในระยะแรกมักเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งพบได้ร้อยละ 2 - 11 ของการคลอดทั้งหมด เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว มีการตัดสินใจที่ดีในการป้องกันและดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตราย เช่น ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ภาวะช็อก ภาวะไตล้มเหลว หัวใจล้มเหลว หรือภาวะ anterior pituitary ischemia ที่ทำให้ไม่มีน้ำนมหลังคลอด เป็นต้น

กรณีศึกษา หญิงไทย อายุ 27 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คลอดครบกำหนด 2 ครั้ง อายุครรภ์ 40.3 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2556 เวลา 11.30 น. ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน HN 5053/56 ด้วยอาการเจ็บครรภ์จริง แพทย์รับไว้ที่ห้องคลอด AN 13791/56 ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกคือ ออกซิโทซิน (Oxytocin) 10 ยูนิต ผสมในสารน้ำ 5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,460 กรัม ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพิ่มเติมในระยะที่ 4 ของการคลอดคือ ออกซิโทซิน 10 ยูนิต ผสมในสารน้ำเติม (5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตร + Oxytocin 10 ยูนิต) และยา Methergine 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ปริมาณการเสียเลือดในระยะคลอด 350 มิลลิลิตร รับย้ายมารดาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โดยตรวจประเมินแรกรับ มีเลือดออกเต็มผ้าอนามัยทั้ง 2 แผ่น และกดไล่เลือดออกทางช่องคลอดได้อีก 300 มิลลิลิตร ปริมาณการเสียเลือดรวมทั้งสิ้น 750 มิลลิลิตร ได้รับดูแลรักษาเพื่อแก้ไขให้มดลูกหดตัวดี ป้องกันการเสียเลือดเพิ่ม และเฝ้าระวังอาการแสดงของการเสียเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก (shock) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก มารดาพักรักษาตัวอีก 2 วัน ไม่มีภาวะตกเลือดซ้ำ แนะนำวิธีการคลึงมดลูกให้มารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติได้เอง และให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด การดูแลสุขภาพทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการวางแผนครอบครัว รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รัยย้ายมารดาหลังคลอดจากห้องคลอด วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ.2556 เวลา 17.00 น. มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยทั้ง 2 ผืน มดลูกหดตัวไม่ดี กดไล่ลิ่มเลือดออกทางช่องคลอดได้อีก 300 มิลลิลิตร ประมาณการเสียเลือดรวมทั้งสิ้น 750 มิลลิลิตร

2. ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูก วางกระเป๋าน้ำแข็งบนหน้าท้อง วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที จนสัญญาณชีพคงที่ ให้ออกซิโตซิน 20 ยูนิต ผสมในสารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ตรวจหาค่าฮีมาโทคริตจากปลายนิ้ว เท่ากับ 32 vol% สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มดลูกหดตัวดี ไม่มีเลือดออกเพิ่ม

3. ให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังคลอด การป้องกันการตกเลือด และแนะนำวิธีการคุมกำเนิด มารดาสามารถตอบคำถามและปฏิบัติได้

4. ให้การพยาบาลมารดาเป็นเวลา 3 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ ประเมินมดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดงจางลง ออกน้อยกว่า 2 ผืนต่อชั่วโมง มารดาสีหน้าสดชื่น บุตรคนนมได้ น้านมไหลดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน มารดาได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการมาตรวจตามนัด

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา หญิงไทย อายุ 27 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คลอดครบกำหนด 2 ครั้ง อายุครรภ์ 40.3 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2556 เวลา 11.30 น. ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน HN 5053/56 ด้วยอาการเจ็บครรภ์จริง แพทย์รับไว้ที่ห้องคลอด AN 13791/56 ห้องคลอดตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 50 ส่วนน้ำเป็นสีชมพู ระดับส่วนน้ำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (membrane intact) ส่งตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) พบค่าฮีมาโทคริต เท่ากับ 38 vol% และได้รับยาออกซิโทซิน 10 ยูนิต ผสมในสารน้ำ 5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยเริ่มเวลา 13.30 น. คลอดปกติในวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2556 เวลา 15.04 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,460 กรัม รกคลอดเวลา 15.10 น. ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพิ่มเติมในระยะที่ 4 ของการคลอด คือ ออกซิโทซิน 10 ยูนิต ผสมในสารน้ำเดิม (5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตร+ Oxytocin 10 ยูนิต) ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และยา Methergine 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ประมาณการเสียเลือดใน ระยะคลอดทั้งสิ้น 350 มิลลิลิตร ย้ายมารดาพร้อมทารกมาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เมื่อเวลา 17.00 น. แรกรับมารดาอ่อนเพลีย ความดันโลหิต 105/65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 69 ครั้งต่อนาที หายใจปกติ 20 ครั้ง

ต่อมาที่ ไม่มีแผลฝีเย็บ กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง แต่มดลูกหดตัวไม่ดี มีลักษณะใหญ่นุ่ม ไม่ตั้งตัว มีเลือดออกเต็มผ้าอนามัยทั้ง 2 แผ่น และกดไล่ก้อนเลือดออกทางช่องคลอดได้อีก 300 มิลลิลิตร ประมาณการเสียเลือดรวมทั้งสิ้น 750 มิลลิลิตร กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยการวางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณหน้าท้อง และคลึงมดลูกให้หดตัวตลอดเวลา ตรวจสอบการได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เจาะเลือดปลายนิ้วได้ค่าฮีมาโทคริต เท่ากับ 32 vol% (ค่าปกติ 35 - 45 vol%) แพทย์พิจารณาให้ยาออกซิโทซิน 20 ยูนิต ผสมในสารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด และสัญญาณชีพทุก 30 นาที จนสัญญาณชีพปกติ และฝ้าระว่างอาการแสดงของการเสียเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก โดยพบว่า อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 - 37 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 63 - 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต (systolic BP) อยู่ระหว่าง 102 - 125 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต (diastolic BP) อยู่ระหว่าง 60 - 74 มิลลิเมตรปรอท จากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมงและ 8 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง เมื่อเวลา 20.30 น. ความดันโลหิต 124/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 71 ครั้งต่อนาที จึงเริ่มกระตุ้นทารกดูนมเพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูก และให้เริ่มรับประทานอาหารได้ตามปกติ แนะนำการสังเกตอาการตกเลือดหลังคลอด ที่ควรแจ้งพยาบาล ประเมินมารดาไม่มีเลือดออกเพิ่ม และป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ค่าคะแนน Morse fall scale เท่ากับ 35 ซึ่งมีความเสี่ยงปานกลาง ได้จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ล็อคล้อเตียง ยกราวกันเตียง มีที่วางเท้าในการขึ้นลงเตียง จัดน้ำหวานให้ดื่ม ถ่ายปัสสาวะที่เตียง แนะนำเวลาลุกเดิน สังเกตอาการหน้ามืด เป็นลม ให้หยุดพักนั่งเก้าอี้หรือนอนบนเตียง และกดสัญญาณกริ่งตามเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม ประเมินผลพบว่า มารดาไม่เกิดพลัดตกหกล้ม

วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2556 มารดาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ จึงให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์ของนมแม่ ฝึกทักษะการให้นมบุตร สอนการอุ้มบุตรให้ดูนมอย่างถูกวิธี การอาบน้ำ สระผม และเช็ดสะดือบุตร ตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การป้องกันการตกเลือด อธิบายเรื่องการวางแผนครอบครัวและวิธีการคุมกำเนิด มารดาปฏิบัติได้เหมาะสม ตอบคำถามถูกต้อง และเลือกวิธีคุมกำเนิด

วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2556 มารดาหลังคลอดสีหน้าสดชื่นดี น้ำคาวปลาสีแดงจาง ปริมาณน้อยกว่า 1 ผืนต่อชั่วโมง น้านมบีบพุ่ง บุตรดูนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าทารกน้ำหนักลดร้อยละ 5.6 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น น้ำคาวปลาออกมากผิดปกติหรือมีกลิ่นเหม็น เต้านมอักเสบคัดตึง ทารกมีอาการตัวเหลือง ซึมลงไม่ดูนมเป็นต้น และเรื่องการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ยามารุง การป้องกันการตกเลือด และการมาตรวจตามนัด รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 3 วัน มีนัดตรวจหลังคลอดในวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2556

7. ผลสำเร็จของงาน

มารดาหลังคลอดปกติ ประมาณการเสียเลือดในระยะคลอด 350 มิลลิลิตร รับย้ายมาที่หอผู้ป่วย สูติกรรมหลังคลอด ตรวจประเมินพบว่า มดลูกมีลักษณะใหญ่นุ่ม ไม่ตึงตัว มีเลือดออกทางช่องคลอดและมีก้อนเลือดในโพรงมดลูก โดยประมาณการเสียเลือดรวมทั้งสิ้น 750 มิลลิลิตร เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้ตรวจประเมินการน็อกของช่องทางคลอด และให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขสาเหตุของการตกเลือดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี และรายงานแพทย์ ได้ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ฝ้าระวังอาการแสดงของการเสียเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก รวมทั้งประเมินอาการแทรกซ้อนจากการเสียเลือด มารดาสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 124/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 71 ครั้งต่อนาที ค่าฮีมาโทคริตจากปลายนิ้ว เท่ากับ 32 vol% ไม่เกิดภาวะช็อกและไม่เกิดการตกเลือดเพิ่ม ไม่เกิดพัสดกหกล้ม มารดาได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้รับความรู้และมีทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการดูแลบุตรหลังคลอด เข้าใจการวางแผนคุมกำเนิดและสามารถเลือกวิธีการคุมกำเนิดได้ แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายมารดาและทารกในวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานในการวางแผน และให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกได้ถูกต้อง

8.2 มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาล และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

8.3 เป็นการเพิ่มความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการประเมินมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

มารดาคนนี้คลอดบุตรครั้งที่ 3 และทารกแรกเกิดตัวใหญ่ น้ำหนัก 3,460 กรัม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินและให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ทันท่วงทีตั้งแต่แรกเริ่ม ต้องมีการฝ้าระวังอาการแสดงของการเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเกิดภาวะช็อก การตกเลือดซ้ำ เป็นต้น ทั้งยังต้องใช้ทักษะในการรายงานแพทย์ เพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพของทีมดูแล นอกจากนี้ ยังต้องให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการตกเลือดระยะหลัง รวมถึงการวางแผนครอบครัวและเลือกวิธีคุมกำเนิด เนื่องจากมารดายังไม่ต้องการทำหมัน และมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมากขึ้นอีกในครรภ์หน้า ซึ่งมารดาตัดสินใจเลือกวิธีฉีดยาคุมกำเนิด และจะเริ่มฉีดเข็มแรกในวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2556 พร้อมตรวจหลังคลอด

10. ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานควรมีการส่งเสริมความรู้ความสามารถ ทักษะ ในการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วทั้งที่ รวมถึงการติดตามประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (functional competency) ในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรก นอกจากนี้ ยังควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติ (CPG) ให้ทันสมัย และติดตามพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทีมประสานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (patient care team : PCT)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) นพกรรณ พุ่มพันธ์วงศ์
(นางสาวนุชนารถ พุ่มพันธ์วงศ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) 18 S.A. 2557

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สุภาพร มิ่งมงคล (นางสุภาพร มิ่งมงคล)
(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
(วันที่) 19 S.A. 2557

(ลงชื่อ) [Signature] (นายสมชาย จึงมีโชค)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
(วันที่) 19 S.A. 2557

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมิน โดยตรง ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2556 คือ นางสุภาณี นาควิเชียร ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวนุชนารถ พุ่มพันธ์วงศ์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 708) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลฝีเย็บติดเชื้อ

หลักการและเหตุผล

ในปี พ.ศ. 2556 หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดให้บริการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บจำนวนทั้งสิ้น 1,715 ราย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.82 มารดาหลังคลอดดังกล่าวต้องได้รับการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บใหม่ (resuture) จำนวน 3 ราย จะเห็นได้ว่าจากสถิติการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาอยู่รักษาต่อในโรงพยาบาลยาวนานกว่าปกติ จาก 2 - 3 วัน เป็น 5 - 14 วัน ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) หรือความเสี่ยงทางคลินิกในระดับ F และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา เนื่องจากบุคลากรมีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน เพื่อให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลมีแนวปฏิบัติในทางเดียวกัน จึงได้วางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว และลดอัตราการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

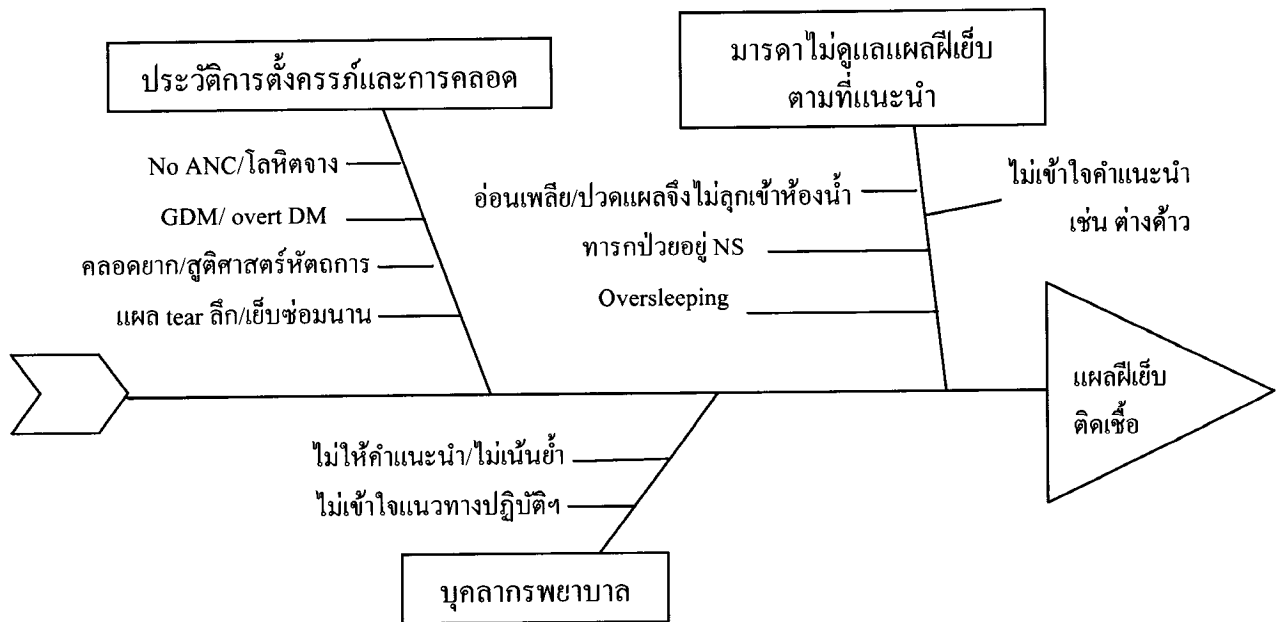
1. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลฝีเย็บติดเชื้อได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ลดอัตราการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อ (infected episiotomy wound)

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แผลฝีเย็บติดเชื้อ เป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ (localized infection) บริเวณแผลฝีเย็บหรือบริเวณที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ ช่องคลอดหรืออวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ซึ่งเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่พบบ่อยที่สุด แต่มักไม่รุนแรงมากนัก สาเหตุเกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย โดยส่วนใหญ่จะตรวจพบเชื้อ Staphylococcus aureus มักพบลักษณะแผลบวมแดง ปวดบริเวณแผลฝีเย็บ อาจพบเนื้อตาย (slough) และมีน้ำเหลืองปนเลือดหรือหนองออกมาจากบาดแผล จากนั้นจะเกิดการแยกของแผล อาจพบร่วมกับปัสสาวะเสกขัด ปัสสาวะคั่ง (urinary retention) และมีไข้

การเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อ จึงเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ต้องรีบแก้ไข เพราะทำให้มารดาหลังคลอดต้องใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นและเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง จึงได้วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง โดยใช้แผนภูมิแกงปลา (gap analysis)

Gap analysis วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง



จากการวิเคราะห์ดังกล่าว จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลฝีเย็บติดเชื้อ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. นำเสนอ และขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ในการจัดทำแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อ
2. ประชุมชี้แจงสมาชิกในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด นำเสนอแนวทาง และขอความร่วมมือในการทำ
3. ทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลเดิมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผลฝีเย็บ เช่น การตรวจประเมินแผล การให้ความรู้ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ทบทวนอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ จำนวน 14 ราย
4. วางแผนแก้ปัญหา โดยปรับปรุงเพิ่มเติมปฏิบัติการพยาบาลจากมาตรฐานเดิม

ปัญหาที่จะแก้ไข/สาเหตุที่เกี่ยวข้อง	วัตถุประสงค์	แผนการแก้ไข
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด	เพื่อส่งเสริมการไหลเวียน	- Notify แพทย์พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic)
- No ANC/ มีภาวะ โลหิตจาง	เลือดบริเวณแผล และลด	
- คลอดยาก/ระยะคลอดยาวนาน/ ใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด	การติดเชื้อ	- ตรวจประเมินแผลวันละ 2 ครั้ง - ดูแลให้ทำ warm sitz bath

ปัญหาที่จะแก้ไข/สาเหตุที่เกี่ยวข้อง	วัตถุประสงค์	แผนการแก้ไข
- แผล tear ลึกต้องเย็บซ่อมมานาน - GDM/overt DM		- แนะนำการทำ Kegel exercise
มารดาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลแผลฝีเย็บ - อ่อนเพลียจากการคลอด - ปวดแผลไม่ลุกเข้าห้องน้ำ - Oversleeping ในมารดาที่ใช้สารเสพติด - ราย teenage/No ANC มักไม่ตระหนักในการดูแลสุขอนามัย - ไม่เข้าใจคำแนะนำ เช่น ต่างด้าว	เพื่อให้มารดาหลังคลอดเกิดความตระหนักในการดูแลแผลฝีเย็บ	- พยาบาลเจ้าของไข้เน้นย้ำและกระตุ้นเตือนให้มารดาดูแลแผลฝีเย็บอย่างถูกต้อง และรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม - จัดให้มีสบู่เหลวในห้องน้ำ สำหรับล้างฟอกแผลฝีเย็บ
บุคลากรพยาบาล - การประเมินไม่ต่อเนื่อง - ไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติฯ	เพื่อให้เกิดความชัดเจนง่ายต่อการเข้าใจ และปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน	- มารดาหลังคลอดทุกรายจะต้องได้รับการตรวจประเมินแผลซ้ำจากแรกรับภายใน 24 ชั่วโมง - จัดทำ flow chart แนวปฏิบัติฯ

5. ดำเนินการพัฒนา

5.1 จัดทำ Flow Chart โดยมีเนื้อหาดังนี้

- การประเมิน
- การรายงานแพทย์
- การดูแลตามมาตรฐาน
- การให้คำแนะนำ

5.2 เก็บสถิติและเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

6. นำเสนอ และทดลองปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อ

7. ประเมินผล โดยเก็บข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงแก้ไข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มคุณภาพการพยาบาลมารดาหลังคลอดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางคลินิก
2. ลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
3. เป็นแนวทางในการนิเทศพยาบาลใหม่และนักศึกษาพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราบุคลากรพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและดูแลแผลฝีเย็บติดเชื้ได้ ถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 80
2. อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ น้อยกว่า ร้อยละ 0.25

(ลงชื่อ) นุชกร พุ่มพันธ์วงศ์

(นางสาวนุชกร พุ่มพันธ์วงศ์)

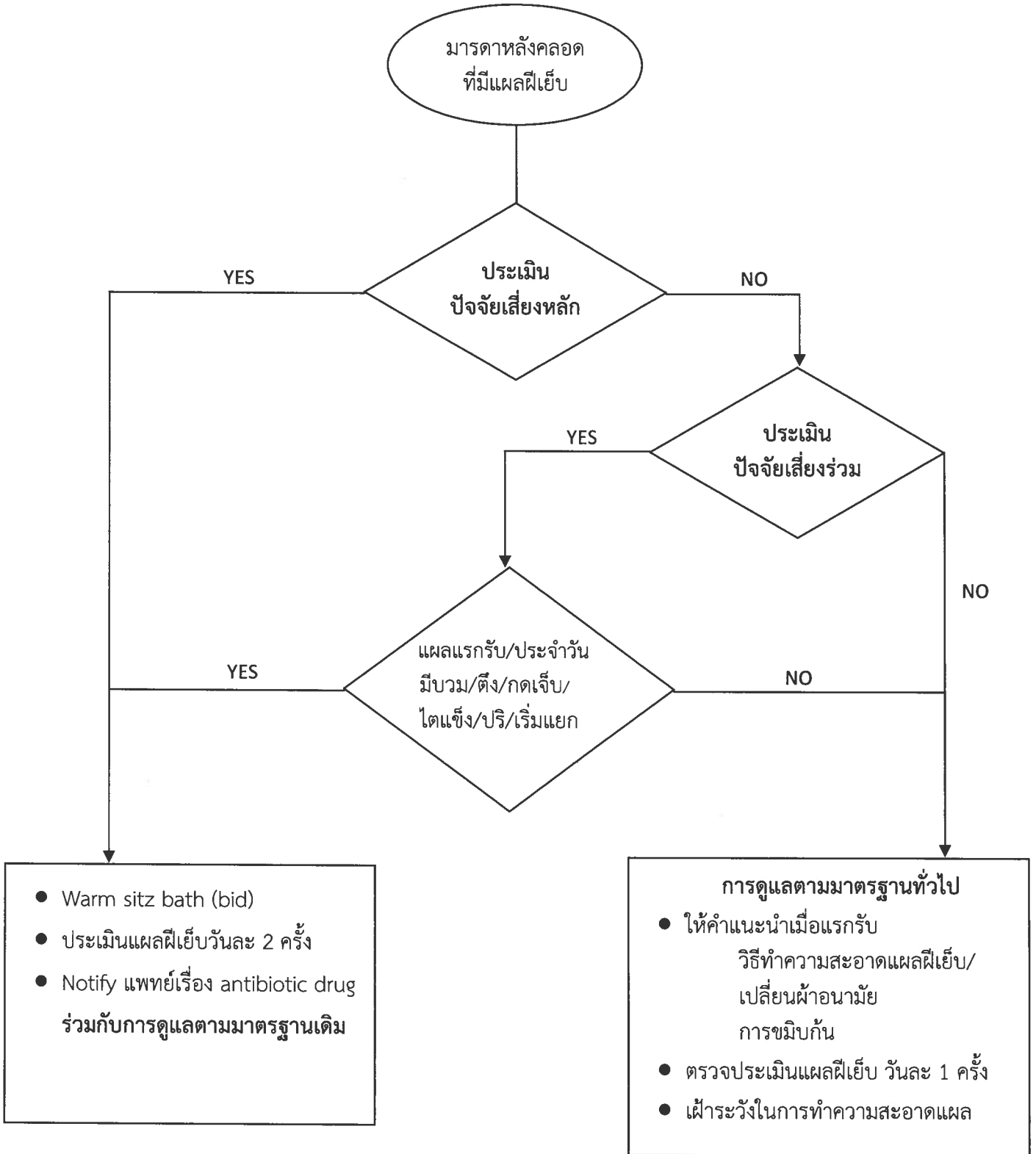
ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 18 ส.ค. 2557

ภาคผนวก

Flow Chart

แนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อ



หมายเหตุ :

ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ คลอด VE/FE, แผลTear ลึก, 3rd/4th degree tear, Prolong 2nd stage of labour
ปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ ซีด+ให้เลือด, มีภาวะตกเลือด(PPH), มีโรคร่วมเบาหวาน (GDM/Overt DM), ต่างค้ำ,
ผลurine amphetamine +ve