

การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

อุบล ศรีนากรุง พยม. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: ภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของมารดา การคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงสามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

รูปแบบการศึกษา: แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การจัดทำแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติไปใช้ และระยะ ที่ 3 การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด จำนวน 9 คน (2) มารดาที่ได้รับการวางแผนคลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน มกราคม 2561 จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้หลัก 4T (Tone, Thrombin, tear, tissue) ในระยะแรกรับ ระยะรอคลอดและ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (2) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด

ผลการศึกษา: พบว่าระยะแรกรับ มารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ (1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atomy) ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 16.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 27.67 (2) เกิดเลือดเม็ดเลือดผิดปกติก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 10.33 ระยะรอคลอดพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ (1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 12 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 20.33 ระยะคลอดพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ 1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 7 (2) เสียเลือด ≥ 300 มิลลิลิตร ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 และ (3) รกค้าง ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 ระยะหลังคลอดพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ (1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 7.33 (2) มีเลือดคั่งในแผลและปากมดลูกมีแผลฉีกขาด ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 (3) เสียเลือด ≥ 300 มิลลิลิตร ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 4.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 (4) รกค้าง ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 มารดาตกเลือดหลังคลอด ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.12 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 จำนวน 2 คน จากสาเหตุ รกค้างและมีเลือดคั่งในแผลฝีเย็บ ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ที่เห็นด้วยมากคือ แนวปฏิบัติเป็นสื่อให้ทีมเข้าใจตรงกันและใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย (ร้อยละ 88.89 และร้อยละ 77.78)

สรุป: แนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ช่วยคัดกรองความเสี่ยงของมารดาในทุกระยะการคลอดได้เพิ่มมากขึ้น โดยพบความเสี่ยงมารดาต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดีพบมากที่สุด แนวปฏิบัตินี้ จะช่วยให้พยาบาลห้องคลอดใช้ความเสี่ยงในทุกระยะการคลอดเป็น Warning signs ในการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดหรือเป็นแนวทางการมอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ ในแต่ละระดับ เช่น พยาบาลใหม่ นักศึกษาฝึกงานและเมื่อพบมารดาที่มีความเสี่ยงสูง จะได้มีการจัดทีมที่มีประสิทธิภาพและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

คำสำคัญ: การคัดกรอง ความเสี่ยงมารดา ภาวะตกเลือดหลังคลอด

The study maternal risk screening protocol to prevent early 2 hours post partum hemorrhage, Nongbualumphu Hospital

Ubol Srinakrungs. MS., Nongbualumphu hospital.

Abstract

Introduction: Post partum hemorrhage was the major cause of the maternal death. Mostly within early 2 hours after delivery. Screening risk of post partum hemorrhage was helped to prevent early 2 hours post partum hemorrhage. The purpose of this study was to developed a screening protocol to prevent early 2 hours post partum hemorrhage.

Material and method: The study was divided into 3 phase: preparation phase, action phase and evaluation phase. The sample consisted of 9 professional nurses and 300 mothers who have vaginal delivery at Nongbualumphu hospital. The instrument used in the study included maternal risk screening protocol for early 2 hours post partum hemorrhage in admission period, attention period, delivery period and 2 hours post partum period.

Result: The maternal risk for early 2 hours post partum hemorrhage, In admission period were (1) uterine atony before developing the practice was 16.67 % and after was 27.67%. (2) Blood disorder before developing the practice was 1 % and after was 10.33%, In attention period, maternal risk for early 2 hours post partum hemorrhage was uterine atony before developing the practice was 12 % and after was 20.33%, In delivery period, maternal risk for early 2 hours post partum hemorrhage were (1) Uterine atony before developing the practice was 1.67 % and after was 7%. (2) Blood loss ≥ 300 c.c. before developing the practice was 0 % and after was 1.33% and (3) Retained placenta before developing the practice was 1.33 % and after was 0.67%. Maternal risk for early 2 hours postpartum period were (1) Uterine atony before developing the practice was 0.67 % and after was 7.33%. (2) Hematoma & tear cervix before developing the practice was 0.33 % and after was 0.67%. (3) Blood loss ≥ 300 c.c. before developing the practice was 4.67 % and after was 0.33%. (4) Retained placenta before developing the practice was 1.33 % and after was 0.67%. Postpartum hemorrhage before developing the practice was 1.12 % and after was 0.67%, (2 mothers from retained placenta and tear cervix). There weren't from uterine atony. Nurses's opinion for the practiced, was absolute clearly communication with team. Suitable language and easy to understand (88.89% and 77.78%)

Conclusion: Risks of screening mothers at all stages of childbirth has increased. It was found that the most risk for maternal postpartum hemorrhage caused by uterine atony, This screening protocol may help nurse take the risk at all stages of childbirth warning signs of surveillance maternal postpartum hemorrhage, so anyway mother no risk postpartum hemorrhage may be have postpartum hemorrhage too. There fore, should be monitored in all mother. Considerations for assigning tasks to staff at each level such as students who come to study, new officer, experienced nurses are closely supervised

Key word: Screening protocol, Maternal risk, Post partum hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การสูญเสียเลือดจากการคลอดปกติ ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร หรือ 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไปจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง¹ เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ที่เป็นสาเหตุการตายจากการคลอด ปี 2558 ประเทศไทยมีอัตราการตาย 24.6 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีวิตและเพศหญิงมีสาเหตุการป่วยจากตกเลือดหลังคลอด จำนวน 11,505 คน (34.76 ต่อแสนประชากร)² โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2558 2559 และ 2560 มีมารดาคลอดทางช่องคลอด ทั้งหมดจำนวน 1,140 1,190 และ 1,075 คนตามลำดับ มารดาตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.49 1.08 และ 1.12 ตามลำดับ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก อันดับหนึ่งคือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) คิดเป็นร้อยละ 63.64 71.43 และ 41.17 ตามลำดับ³ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามารดาตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก งานห้องคลอดได้มีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการมาตลอด แต่ยังพบปัญหานี้อยู่เรื่อยๆ อีกทั้งมีการลาออก การย้ายหน่วยงานและรับพยาบาลใหม่ทดแทน การเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายและฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลที่ชัดเจน อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้คลอดได้^{4,5} ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ซึ่งอาจมีประโยชน์ต่อการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและนักศึกษาพยาบาลให้สามารถประเมินความเสี่ยงวางแผนการดูแลและให้การรักษายาบาลมารดาได้ถูกต้องทันเวลาและเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้มารดามีความปลอดภัยจากการคลอดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการ

คัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

คำนิยาม

1. แนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก หมายถึง การคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้หลัก 4 T คือ Tone, Thrombin, Tear, Tissue ในระยะแรกเริ่ม ระยะรูดคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

2. มารดา หมายถึง มารดาคลอดทางช่องคลอด จำนวน 300 คน ที่คลอดที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง มกราคม 2561

3. ผลลัพธ์การดูแลมารดา หมายถึง ความเสี่ยงของมารดาในระยะแรกเริ่ม ระยะรูดคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด ที่อาจเป็นสาเหตุให้มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก รวมทั้งจำนวนมารดาและสาเหตุที่ทำให้มารดาตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

4. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การแสดงความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบประเมิน ความคิดเห็น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน)

ประชากรและวิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด 9 คน 2) มารดาที่ได้รับการวางแผนคลอดทางช่องคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือนมกราคม 2561 จำนวน 300 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากปีงบประมาณ 2560 มีผู้คลอดทางช่องคลอด เท่ากับ 1,075 คน นำมาคำนวณจากสูตรเครซีและมอร์แกน⁶ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1)+x^2 p(1-p)}$$

$$n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$N = \text{ขนาดประชากร}$$

$$e = \text{ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 \%}$$

$$x^2 = \text{ค่าไคสแควที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95\% (X^2 = 3.841)}$$

$$p = \text{สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 0.5}$$
 แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 1,075 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (1,075-1) + 3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

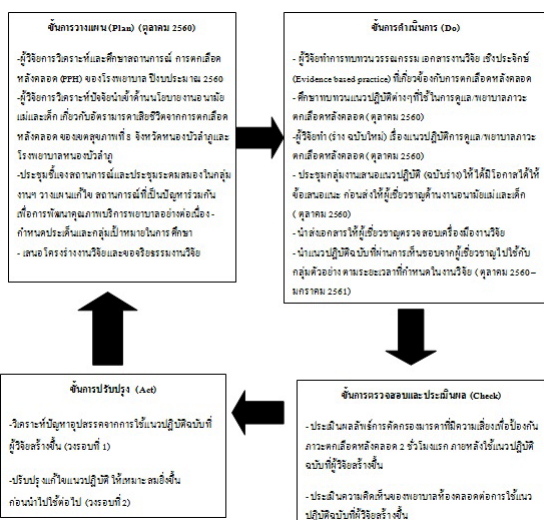
$$= 282.81 \text{ คน}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 282.81 คน แต่เพื่อให้ประชากรที่ศึกษามากขึ้นและค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนมีค่าน้อยที่สุด จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 18 คน รวมทั้งหมด 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก 2) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด

วิธีการศึกษา ใช้กรอบแนวคิดเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA ของ Deming⁷



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลมารดาตามแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ใช้จำนวน ร้อยละ

2. แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ใช้จำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา

ข้อ 1. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
1. เมื่อรับการคัดกรองความเสี่ยงมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดและบันทึกลงในสัญลักษณ์การตุนมิกก็เฝ้าและเมื่อมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด PPH ในใบ Labour record	1. มีแนวทางคัดกรองความเสี่ยงมารดาในทุกระยะการคลอด ระยะรับใหม่ ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T Tone – มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมาก เช่น ☐ ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป ☐ ทารกตัวโต น้ำหนัก 3,500 กรัมขึ้นไป ☐ ตั้งครรภ์แฝด ☐ ประวัติ Previous C/S ☐ มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ ☐ มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม เช่น เนื้องอก ☐ มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย มีไข้ ☐ มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน ☐ มีประวัติน้ำเดินร่วมกับมีไข้ / R/O chorioamnionitis Thrombin ☐ มีประวัติ APH, Syndrome ☐ มีผล Hct≤33%, ☐ เป็นหรือเป็นพาหะ thalassemia ☐ มีผลเกร็ดเลือดต่ำ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	กว่าค่าปกติขณะตั้งครรภ์
	☐ มี Rh negative
	☐ มีประวัติ DFIU
	☐ อื่นๆ(ระบุ)
Tissue	☐ มีประวัติชุดมดลูก
	☐ มีประวัติลึงรก
Tear	☐ มีประวัติ Trauma ที่ท้อง
	☐ มี Varicose vein
	☐ Vaginal septum
	<u>ระยะรอคคลอด</u> ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T
Tone	☐ Prolong 1 stage of labour (Latent phase ครรภ์แรก ≥ 20 ชม. ครรภ์หลัง ≥ 14 ชม. และ Active phase ครรภ์แรก ≥ 7 ชม., ครรภ์หลัง ≥ 5 ชม.)
	☐ ได้รับ induction of labour
	☐ ได้รับยาป้องกันและแก้ไขภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ
	☐ Prolong PROM (น้ำเดิน ≥ 18 ชม.)
	☐ มีประวัติน้ำเดินมีเชื้อ chorioamnionitis
	☐ มีประวัติ APH
	☐ มี tetanic contraction
Thrombin	☐ มีประวัติความเสี่ยงเหมือนระยะรับใหม่
Tissue	☐
Tear	☐ ขณะรอคคลอดพบปากมดลูกมีอาการบวม
	<u>ระยะคลอด</u> ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T
Tone	☐ Prolong 2 stage

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	of labour (ครรภ์แรก > 2 ชม., ครรภ์หลัง > 1 ชม.)
	☐ ได้ใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น V/E, F/E
	☐ คลอดติดไหล่คลอดท่าก้น
	☐ Uterine Atony
	☐ Precipitate labour (≤ 3 ชม.)
Thrombin	☐ มีประวัติความเสี่ยงเหมือนระยะรับใหม่ / ระยะรอคคลอด
	☐ หลังคลอด พบ EBL > 500 ml
Tissue	☐ retained placenta
Tear	☐ มีการฉีกขาดช่องทางคลอดเพิ่ม
	☐ แผลช่องทางคลอดบวม
	<u>ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด</u> ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T
Tone	☐ มดลูกไม่แข็งตัวเป็นก้อน (Uterine Atony)
	☐ มี Full bladder
	☐ Precipitate labour (≤ 3 ชม.)
	☐ ได้ใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น V/E, F/E
	☐ คลอดติดไหล่คลอดท่าก้น
	☐ Prolong 2 stage of labour (ครรภ์แรก > 2 ชม., ครรภ์หลัง > 1 ชม.)
Thrombin	☐ ผ่าแนมัยชุ่ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	เลือด 1 ฟิน ใน 1 ชั่วโมง
	☐ เกร็ดเลือดต่ำกว่าค่าปกติ
	☐ ประวัติ APH
	☐ Rh negative
Tissue	☐ retained placenta
	☐ มี blood clot
Tear	☐ แผลช่องทางคลอดลึกและมีเลือดซึมตลอดเวลา
	☐ Tear cervix
	☐ แผลมี Hema-toma
2. การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR	2. การรายงานแพทย์เวร แยกเป็นรายงานแพทย์ทันที / คำนวณ ออกจากกรณีมารดาที่มีความเสี่ยงแทรกซ้อนทั่วไป ภาวะเสี่ยงที่ต้องรายงานแพทย์ด่วน <u>ระยะรับใหม่</u> - Placenta previa with active bleeding per vagina, APH - Previous C/S with active phase of labour - Hx. Trauma ที่ท้อง with Severe pain - Severe pain $\geq$ Pain score $\geq$ 5 คะแนน แต่ cx. Dilatation $\leq$ 2 cms. <u>ระยะคลอด</u> - มี Tetanic contraction - Severe pre Eclampsia, Eclampsia <u>ระยะคลอด</u> - คลอดติดไหล่ - Prolong 2 nd stage of labour - Blood loss > 500 ml - รกค้าง (ไม่คลอดภายใน 30 นาที)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	- Tear rectum - Severe pre-eclampsia, Eclampsia <u>สิ่งที่ต้องรายงานแพทย์เวร</u> - Large size - Twins pregnancy - GDM - Prolong PROM - Prolong labour - Hct $\leq$ 33%, Rh negative - Platelet น้อยกว่าปกติ - BP $\geq$ 140/90 mmHg, Albumin $\geq$ 2+ - Vaginal septum - Pregnancy with myoma
3. การดูแลระยะที่ 3 ใช้ Active management of third stage of labour	3. เพิ่มพยาบาลผู้ช่วยคลอดช่วยคลึงมดลูกจนกลืนแข็งดีหลังรกคลอดและสาริตการคลึงมดลูกแก่มารดาและญาติ พร้อมแนะนำความสำคัญการคลึงมดลูกทุก 15 นาทีหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ทำ Skin to skin contact และ Early breast feeding บนเตียงคลอด
4. เจ้าหน้าที่ มีการปฐมพยาบาลก่อนการปฏิบัติงาน และขึ้นปฏิบัติงานโดยไม่นับรวมเป็นอัตรา กำลัง นาน 1 เดือน หรือจนกว่าหัวหน้างานจะประเมินสมรรถนะให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน	เพิ่มการซ้อมทักษะทีมการดูแลช่วยเหลือนมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดแก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกคน

ข้อ 2 ผลลัพธ์การดูแลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

เปรียบเทียบกลุ่มประชากรมารดาคลอดทางช่องคลอด ปิงประมาณ 2560 (ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ) กับ 2561 (หลังใช้แนวปฏิบัติฯ) ในช่วงเวลาเดียวกัน คือระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง มกราคม จำนวน 300 คน จากการศึกษาพบว่าความเสี่ยง

ของมารดาต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ดังนี้ ระยะแรกเริ่ม ความเสี่ยงต่อการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี (Tone) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 16.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 27.67 ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือด/เม็ดเลือดผิดปกติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 10.33 ระยะรอบคลอด ความเสี่ยง ต่อการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี (Tone) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 12 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 20.33 ระยะคลอด ความเสี่ยงต่อการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี (Tone) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 7 ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือด/เม็ดเลือดผิดปกติ (Thrombin) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ไม่พบ และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 ความเสี่ยงรก/ส่วนของเนื้อเยื่อรกค้าง (Tissue) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 และหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 ระยะหลังคลอด พบ ความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด จากการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี (Uterine atony) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 7.33 แผลมี Hematoma/ Tear cervix ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 และหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 และ Blood loss ≥ 300 c.c. ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 4.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลมารดาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=300)

ปัจจัยเสี่ยง PPH	ก่อนใช้ (ร้อยละ)	หลังใช้ (ร้อยละ)
ระยะแรกเริ่ม		
1. Uterine Atony : ความเสี่ยงต่อการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี	16.67	27.67
- multipara	15	14.33
- Gestational diabetic mellitus (GDM)	0	4.67
- Large for gestational age (LGA>3,500 gms)	0	2.67
- Prolong premature rupture of membrane (Prolong PROM)	0	3.33
- Pregnancy induce hypertension (PIH)	0.67	0.67
- Fever	0	0.67

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลมารดาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง PPH	ก่อนใช้ (ร้อยละ)	หลังใช้ (ร้อยละ)
- เคยตกเลือดในครรภ์ก่อน	0	0.33
- HIV positive	0	0.33
- Twin	1	0.33
- Myoma	0	0.33
2. Thrombin : ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือดต่ำ	1	10.33
- Hct $\leq 33\%$	0.33	10
- Blood group Rh negative	0	0.33
- Dead Fetus in Utero (DFIU)	0.33	0
- Placenta previa c Bleeding per vagina	0.33	0
ระยะรอบคลอด		
1. Uterine Atony : ความเสี่ยงต่อการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี	12	20.33
- Induction of labour	10.33	17.67
- Prolong labour	0.67	2
- ได้รับยา Mgso ₄	0.67	0.33
- Prolong PROM	0	0.33
- ได้รับยา Bricanyl	0.33	0
ระยะคลอด		
1. Uterine Atony : ความเสี่ยงต่อการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี	1.67	7
- Precipitate labour	0	4
- Prolong labour	0	2.33
- Shoulder dystocia	0	0.67
- Abnormal delivery เช่น V/E, Breech	1.67	0
2. Thrombin : ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือดต่ำ		
- Blood loss ≥ 300 c.c.	0	1.33
3. Tissue : ความเสี่ยงรก/ส่วนของเนื้อเยื่อรกค้าง		
- รกค้าง	1.33	0.67
ระยะหลังคลอด		
- Uterine atony : ความเสี่ยงจากการหดรัดตัวมดลูกไม่ดี	0.67	7.33
- Tear : การฉีกขาดช่องทางคลอด/เลือดคั่งในแผล	0.33	0.67
- Thrombin : ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือดต่ำ - Blood loss ≥ 300 c.c.	4.67	0.33
- Tissue : ความเสี่ยงรก/ส่วนของเนื้อเยื่อรกค้าง	1.33	0.67

ข้อ 3 ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงแรก พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 2 อันดับแรกคือ เป็นสิ่งที่ทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจตรงกัน (ร้อยละ 88.89) ใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่าย (ร้อยละ 77.78) โดยมีข้อเสนอแนะ ควรสรุปแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงในทุกกระบวนการคลอด ให้เสร็จในหน้าเดียว เพื่อความสะดวกในการลงบันทึก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้หลัก 4T (n=9)

ความคิดเห็นของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติใหม่	ระดับความคิดเห็นของ พยาบาล (ร้อยละ)		
	มาก(3)	ปานกลาง(2)	น้อย(1)
1. สามารถนำ ไปใช้ได้จริง	55.56	44.44	
2. มีรูปแบบที่สะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน	66.67	22.22	11.11
3. เป็นสิ่งที่ทำให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจตรงกัน	88.89	11.11	
4. ใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย	77.78	22.22	
5. สามารถให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอด เมื่อเกิดปัญหาได้ทันที	55.56	33.33	11.11
6. ทำให้บันทึกการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว	55.56	33.33	11.11
7. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปส่งต่อเพื่อวางแผนการพยาบาลได้เร็ว	66.67	22.22	11.11
8. เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล	66.67	33.33	
9. มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม	66.67	22.22	11.11
10. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการดูแลมารดา	55.56	44.44	

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติ ช่วยคัดกรองความเสี่ยงของมารดาในทุกกระบวนการคลอดได้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้มากที่สุด สอดคล้องกับ WHO ระบุว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการตกเลือดคือ

Uterine atony⁸ ซึ่งการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาใช้ พบว่าสามารถคัดกรองความเสี่ยงที่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีได้เพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ระยะแรกรับคัดกรองความเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 27.67 ระยะรอคคลอด เพิ่มจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 20.33 ระยะคลอด เพิ่มจากร้อยละ 1.67 เป็นร้อยละ 7 และระยะหลังคลอด เพิ่มจากร้อยละ 0.67 เป็นร้อยละ 7.33 ดังนั้น แนวปฏิบัติ นี้จะช่วยให้พยาบาลห้องคลอด ใช้เป็น warning signs ในการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด จากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดีได้เป็นอย่างดี แต่การศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติยังไม่สามารถคัดกรองความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะรक्त้างและการเสียเลือด ≥ 300 มล. ได้ดีพอ โดยในระยะคลอด คัดกรองความเสี่ยงรक्त้างได้ลดลงจากร้อยละ 1.33 เป็น ร้อยละ 0.67 ระยะหลังคลอด คัดกรองการเสียเลือด ≥ 300 มล. ได้ลดลงจากร้อยละ 4.67 เป็นร้อยละ 0.33 และพบว่า มารดาที่คลอดทางช่องคลอดตกเลือดหลังคลอดลดลง จากร้อยละ 1.12 เป็นร้อยละ 0.67 (2 ราย มีสาเหตุจาก รक्त้างและ Tear ช่องทางคลอด) อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น สามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดได้โดยเฉพาะที่มีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่ยังไม่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจาก Tear ช่องทางคลอดและรक्त้างได้

ส่วนความคิดเห็นของพยาบาล พบว่า เห็นด้วยมากที่สุดที่แนวปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจตรงกัน ใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ควรปรับปรุงแบบบันทึกผลการคัดกรองทุกระยะให้มาอยู่ในหน้ากระดาษเดียว เพื่อให้สะดวกต่อการบันทึก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติเพิ่มเติม เพื่อให้พยาบาลสามารถคัดกรองความเสี่ยงการเสียเลือด ≥ 300 มล., Tear ช่องทางคลอด และรक्त้างให้ได้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรเพิ่มการฝึกทักษะพยาบาล ในการทำคลอดรกและการตรวจเช็คและการเย็บแผล เนื่องจากมีประสบการณ์ต่างกัน

3. ควรนำผลการศึกษามาทบทวนในทีม เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, ประนอม บุญศิริ, ศรีนารี แก้วฤดี, โฉมพิลาศ จงสมชัย, และเจน โสธรวิทย์. สูดินรีเวชในเวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2559

2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. ค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2561 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf

3. งานเวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. สรุปรายงานการคลอดประจำปี 2558-2560

4. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ, สุชาตา วิภวากานต์, และ อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3 (3): 127-41.

5. ปทุมมา กังวานตระกูล และ อ้อยอิน อินยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ. 2560; 33(2): 121-34.

6. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. ศิลปะศาสตร์ประยุกต์. 2557; 7(2): 112-120.

7. สุธาสินี โพธิจันทร์. PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. บทความสำหรับบุคคลทั่วไป ค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561 จาก <http://www.ftpi.or.th/2015/2125>

8. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2560; 6(2): 145-57.