

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placenta abruptio)

เสนอโดย

นางสาวภัทราภรณ์ สารกิจ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 209)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
2. **ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการ** 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2553 ถึงวันที่ 14 กันยายน 2553)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

กายวิภาคของถุงน้ำคร่ำ

น้ำคร่ำหรือน้ำทวนหัวเป็นสารน้ำที่พบในถุงน้ำคร่ำซึ่งหุ้มรอบทารกในครรภ์ ถุงน้ำคร่ำเกิดขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ มีลักษณะเป็นเยื่อหุ้มบางใส 2 ชั้น ชั้นนอกเรียก เอ็คโทเดิร์ม (ectoderm) และชั้นในเรียก มีโซเดิร์ม (mesoderm) ระหว่างการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ขนาดของถุงน้ำคร่ำจะขยายใหญ่ขึ้นและมีสารน้ำอยู่ภายใน ในระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์ น้ำคร่ำส่วนใหญ่จะได้อมาจากเยื่อหุ้มของถุงน้ำคร่ำ ซึ่งคลุมอยู่บนรกและสายสะดือ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นพื้นผิวของเยื่อหุ้มถุงน้ำคร่ำจะขยายใหญ่ขึ้น ปริมาณน้ำจึงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปริมาณน้ำคร่ำส่วนใหญ่ได้มาจากการถ่ายปัสสาวะของทารกในครรภ์

ถุงน้ำคร่ำและน้ำคร่ำที่ล้อมรอบตัวทารกมีหน้าที่หลักในการป้องกันทารกจากผลกระทบกระเทือนต่าง ๆ โดยตรง น้ำคร่ำที่ล้อมรอบทารกทำให้ทารกเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่ และยังป้องกันไม่ให้สายสะดือถูกกดทับโดยทารกหรือการหดตัวของมดลูก ถุงน้ำคร่ำจะป้องกันทารกจากเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ ในช่องคลอด และคอยป้องกันไม่ให้ส่วนของทารกโผล่พ้นปากมดลูกออกมา ดังนั้นหากมีการแตกของถุงน้ำคร่ำจะเกิดผลข้างเคียงตาม คือ

1. การติดเชื้อในมารดาและทารก
2. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
3. ภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากสายสะดือถูกกด
4. อัตราการผ่าท้องคลอดบุตรเพิ่มขึ้น
5. ความผิดปกติของโครงสร้างของทารกในครรภ์ ในกรณีที่ภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์เกิดในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดทารกโตะในครรภ์ และมีความพิการของหน้าและแขนขาของทารก

ความหมายของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ หมายถึง ภาวะที่ถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่วที่เกิดขึ้นเองก่อนเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นก่อนหรือเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนดก็ตาม

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่ใช่ทราบสาเหตุของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะที่อาจพบร่วมหรืออาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือ

1. เมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ถุงน้ำคร่ำจะถึกขาดได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ (physiologic changes) จากการหดตัวของมดลูก
2. ภาวะติดเชื้อเชื่อว่าน่าจะเป็นสาเหตุสำคัญของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ โดยเฉพาะในครรภ์ก่อนกำหนด โดยการติดเชื้อจากช่องคลอด ทำให้ถุงน้ำคร่ำอ่อนแอลงและแตกได้
3. เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน หรือเคยมีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ในครรภ์ก่อน
4. ครรภ์แฝด และครรภ์แฝดน้ำ ทำให้มดลูกมีการตึงตัวมากผิดปกติ
5. ท่าทารกผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง เป็นต้น
6. เคยผ่าตัดโคไนเซชัน (conization) ของคอมดลูก หรือเคยได้รับการเย็บผูกปากมดลูก
7. ภาวะที่มีความพิการแต่กำเนิดของมดลูก
8. ภาวะการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้มีการหดตัวของมดลูก

เพิ่มขึ้น

9. มารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะมีอุบัติการณ์ของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์การวินิจฉัย

แนวทางการวินิจฉัยประกอบไปด้วย

1. ประวัติ มารดามักจะให้ประวัติมีน้ำใส ๆ ไหลออกมาจากช่องคลอดในตอนแรกจำนวนมาก ต่อมาน้อยลงแต่ยังคงมีออกมาเป็นระยะ ๆ สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น ปัสสาวะไหล ตกขาวปริมาณมากผิดปกติ ปากมดลูกอักเสบ มูกเลือด เป็นต้น
2. การตรวจร่างกาย จะต้องระมัดระวังไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีครรภ์ก่อนกำหนด เมื่อใส่สเปคูลัม (speculum) เข้าไปในช่องคลอด จะพบน้ำคร่ำขังอยู่ที่ด้านหลังคอมดลูก (posterior fornix) หรืออาจจะเห็นน้ำคร่ำไหลออกจากคอมดลูก พบว่าการใช้นิ้วมือเพื่อตรวจสอบสภาพปากมดลูกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนั้นการตรวจภายในโดยการใช้นิ้วมือตรวจจะต้องหลีกเลี่ยง ยกเว้นกรณีครรภ์ครบกำหนดหรือมารดามีอาการเจ็บครรภ์แล้ว การตรวจพบน้ำไหลออกจากคอมดลูกเป็นการวินิจฉัยที่แน่นอนที่สุด

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 ใช้กระดาษไนตราซีน (Nitrazine paper test) โดยอาศัยคุณสมบัติที่น้ำคร่ำมี PH ระหว่าง 7.0 - 7.5 ซึ่งแตกต่างจากน้ำคั่งหลังของช่องคลอด ซึ่งมี PH ระหว่าง 4.5 - 5.5 กระดาษไนตราซีนจะเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีน้ำเงินเข้ม ในการทดลองนี้ให้ผลบวกตรงได้ในกรณีมีเลือดเจือปนหรือมีน้ำอสุจิปน หรือยาฆ่าเชื้อ สบู่ หรือสารละลายฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์เป็นด่าง

3.2 เฟิร์น เทส (Fern test) โดยเก็บตัวอย่างที่ต้องการตรวจจากบริเวณด้านหลังคอมมดลูก (posterior fornix) ป้ายลงบนสไลด์แก้ว ทิ้งไว้ให้แห้งในอากาศ (ภายในเวลา 5 ถึง 7 นาที) แล้วตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นการตรวจดูผลึกของเกลือ โซเดียมคลอไรด์ (NaCl) ที่อยู่ในน้ำคร่ำ ซึ่งจะตกผลึกเป็นรูปร่างคล้ายใบเฟิร์น

3.3 การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)

ในกรณีที่ประวัติและการตรวจร่างกายยังไม่ชัดเจน เราอาจใช้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมาดูปริมาณของน้ำคร่ำในถุงน้ำคร่ำ เพื่อช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย หากตรวจพบว่ามีปริมาณน้ำคร่ำอยู่น้อยแสดงว่าน่าจะมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่วจริง

การรักษา

เมื่อวินิจฉัยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ได้แล้ว ขั้นตอนในการดูแลรักษาของแพทย์มีดังต่อไปนี้

1. ประเมินอายุครรภ์ในขณะนั้นเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญต่อการวางแผนการรักษา
2. ประเมินว่าเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์หรือไม่ โดยอาศัยการตรวจร่างกาย การคลำมดลูกทางหน้าท้องว่ามีการหดตัวสม่ำเสมอหรือไม่
3. ประเมินภาวะการติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำจากอาการและอาการแสดง เช่น มารดามีไข้มากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจรของมารดาเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที กดเจ็บบริเวณมดลูก น้ำคร่ำที่ไหลออกมามีกลิ่นเหม็น อัตราการเต้นของหัวใจทารกเร็วผิดปกติ
4. ประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (fetal distress) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ เป็นข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์
5. เมื่อวินิจฉัยได้ว่าการติดเชื้อ แพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ
6. หากมารดาอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ จะต้องให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดโดยเร็ว
7. ในกรณีคลอดก่อนกำหนดพิจารณาให้ยาสเตียรอยด์ (corticosteroid) เพื่อช่วยเร่งการเจริญพัฒนาของปอดทารกในครรภ์

8. ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกเป็นการยืดเวลา ในรายที่มีการหดตัวของมดลูกร่วมด้วย เพื่อให้ยาสเดียรอยด์ออกฤทธิ์ได้เต็มที่

เภสัชวิทยาและการพยาบาล

ออกซิโทซิน (oxytocin)

ช่วยเร่งคลอด ช่วยให้มดลูกหดตัว กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก ทำให้เกิดแรงบีบในการคลอด ควบคุมไม่ให้เกิดตกเลือดหลังรกคลอด

การพยาบาล

1. จัดทำแบบบันทึกเพื่อเปรียบเทียบ สัญญาณ ปัสสาวะ ลักษณะการหดตัวของมดลูก ความถี่ห่าง รวมทั้งจังหวะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนให้ยา และหลังจากให้ยาเป็นระยะ ๆ เพื่อจะได้ให้การแก้ไขที่ถูกต้อง เมื่อปรากฏอาการผิดปกติ

2. ให้การดูแลด้านจิตใจแก่มารดา ให้กำลังใจมารดา ปลอบโยนและอยู่เป็นเพื่อน แนะนำเรื่องการหายใจขณะเจ็บครรภ์

เมเทอร์จิน (methergin)

เป็นยาป้องกันและรักษาการตกเลือดหลังคลอด ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นให้มดลูกให้หดตัว รวมทั้งกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด

การพยาบาล

เนื่องจากยานี้มีอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ ง่วงซึม และทางระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ ใจสั่น เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง ภายหลังให้ยาควรติดตามดูความเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และการหดตัวของมดลูก อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

1. อธิบายเกี่ยวกับภาวะน้ำเดินซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกับปัสสาวะไหล แล้วกลั้นไม่อยู่ และอธิบายแผนการดูแลรักษาแก่มารดา สามี และครอบครัวผู้ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการพยาบาล

2. แนะนำให้มารดาดรงน้ำและอาหาร เพื่อหากไม่สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ และต้องผ่าตัดคลอด จะได้ผ่าตัดได้ทันที

3. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ

4. ใช้ผ้ารองน้ำเดินที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วรองให้มารดา เปลี่ยนเมื่อเปียกชื้น และดูแลรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

5. ประเมินสัญญาณชีพของมารดา โดยการวัดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจรและการหายใจทุก 4 ชั่วโมง
6. สังเกตสี กลิ่นของน้ำคร่ำ เพื่อประเมินการติดเชื้อ
7. ลดการตรวจทางช่องคลอดบ่อย ๆ เพื่อลดการติดเชื้อ
8. ประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ คือ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก โดยการใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง (sonic aid) หรือเครื่องประเมินสภาวะทารกในครรภ์

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เป็นปัญหาหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ถุงน้ำคร่ำและน้ำคร่ำที่ล้อมรอบตัวทารกอยู่ มีหน้าที่หลักในการป้องกันทารกและส่งเสริมให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามปกติ น้ำคร่ำที่ล้อมรอบทารก ทำให้ทารกสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่ อันนำไปสู่พัฒนาการของระบบกล้ามเนื้อ น้ำคร่ำมีส่วนเสริมให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการของระบบทางเดินหายใจเป็นไปตามปกติ น้ำคร่ำจะคอยป้องกันไม่ให้ทารกได้รับอันตรายจากแรงกระแทกโดยตรง และยังป้องกันไม่ให้สายสะดือถูกกดทับโดยทารกหรือการหดตัวของมดลูก ถุงน้ำคร่ำจะป้องกันทารกจากเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ ในช่องคลอด และคอยป้องกันไม่ให้ส่วนของทารกโผล่พ้นปากมดลูกออกมา ดังนั้นหากมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ ก็อาจทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ เหล่านี้ของถุงน้ำคร่ำและน้ำคร่ำเสียไป อาจมีการติดเชื้อทั้งมารดาและทารก เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะสายสะดือย้อย ซึ่งอาจทำให้ทารกเสียชีวิตได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

กรณีศึกษา มารดาอายุ 28 ปี ตั้งครรภ์แรก เลขที่ผู้ป่วยนอก 25665/53 มีอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 3 วัน มารดามาโรงพยาบาลเวลา 02.40 น. วันที่ 12 กันยายน 2553 อาการสำคัญที่นำมา มารดามีน้ำไหลคล้ายปัสสาวะเวลา 01.30 น. ประเมินมารดาแรกรับตรวจทางช่องคลอด พบว่า ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 25 ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ระดับส่วนน้ำ -1 ถุงน้ำคร่ำแตกมีน้ำไหลออกจากช่องคลอด ลักษณะน้ำใส ไม่มีกลิ่น สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีโรคแทรกซ้อน ให้การพยาบาลโดยการประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที มดลูกหดตัวไม่สม่ำเสมอทุก 5 - 7 นาที นาน 20 - 30 วินาที ความแรงของการหดตัว +2 ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก 140 - 160 ครั้งต่อนาที รายงานสูติแพทย์ให้สารละลายแรงคลอดด้วยการให้สารละลาย 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตรผสมออกซิโทซิน 10 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อเวลา 06.00 น. และเวลา 06.30 น. ตรวจทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด

2 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 50 ส่วนนำเป็นสีระยะ ระดับส่วนนำ -1 อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144 ครั้งต่อนาที มารดาคลอดทางช่องคลอดเวลา 09.53 น. เพศชาย น้ำหนัก 3,320 กรัม คะแนนการประเมินสภาพทารกได้ 9 และ 10 คะแนน โดยนาที่ที่ 1 = 9 คะแนน หักคะแนนสี 1 คะแนน และนาที่ที่ 5 = 10 คะแนน สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี รกคลอดเวลา 09.58 น. มารดาหลังคลอดพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 400 มิลลิลิตร รายงานสูติแพทย์ดูแลให้มารดาได้รับยา Methergin 0.2 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ ภายหลังมดลูกหดตัวดี ให้มารดานอนพักหลังคลอดในห้องคลอด 2 ชั่วโมง และย้ายไปแผนกสูติกรรมหลังคลอด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 14 กันยายน 2553 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

5. ผู้ร่วมแผนการรักษาดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา มารดาอายุ 28 ปี ตั้งครรภ์แรก วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันที่ 2 ธันวาคม 2552 คาดคะแนนการคลอด (EDC) วันที่ 9 กันยายน 2553 มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์รวม 7 ครั้ง ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ อาการทั่วไปปกติดีในขณะตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 3 วันมารดามาโรงพยาบาลเวลา 02.40 น. วันที่ 12 กันยายน 2553 อาการสำคัญที่นำมา มารดามีน้ำไหลคล้ายปัสสาวะออกจากช่องคลอดเวลา 01.30 น. ของวันที่ 12 กันยายน 2553 ผลการตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 25 ส่วนนำเป็นสีระยะ ระดับ -1 ไม่พบถุงน้ำคร่ำ และมีน้ำคร่ำไหลออกจากช่องคลอด ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีโรคแทรกซ้อน อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นของหัวใจทารกสม่ำเสมอ ผลการตรวจทางหน้าท้อง ระดับยอดมดลูกเหนือระดับสะดือ ($3/4 > \odot$) รายงานสูติแพทย์ทำการทดสอบภาวะน้ำเดิน โดยใช้กระดาษไนตราซินผลการทดสอบพบว่าเป็นน้ำเดินจริง จึงรับมารดาไว้ในห้องคลอด ได้ให้การดูแลโดยการแนะนำตนเองเป็นพยาบาลเจ้าของไข้พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพกับมารดา มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะน้ำเดิน พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนและพูดคุยปลอบโยน ให้ความมั่นใจ อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจทำให้เกิดภาวะน้ำเดินให้มารดาเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ชัดเจน พูดคุยซักถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ความก้าวหน้าของการคลอด

กระบวนการคลอด และแผนการรักษาให้มารดาทราบ มารดามีโอกาสเกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อตลอดระยะเวลาดูแลจนกระทั่งคลอด ใช้ฝารองน้ำเดินที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วรองให้มารดา และเปลี่ยนให้มารดาเมื่อเปียกชุ่ม คำน้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็น สังเกตอาการติดเชื้อของมารดา เช่น มีไข้ หนาวสั่น กดเจ็บมดลูก เป็นต้น ประเมินสัญญาณชีพของมารดา โดยการวัดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร และการหายใจทุก 2 ชั่วโมง เวลา 04.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที และเวลา 06.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่พบอาการหนาวสั่น งดการตรวจทางช่องคลอดบ่อย ๆ ดูแลความสุขสบายของมารดา ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สะอาดและเปลี่ยนผ้าให้ทุกครั้ง ภายหลังการถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระออกมา สูติแพทย์ให้การรักษาโดยให้มารดาได้รับออกซิโทซิน 10 ยูนิตในสารละลาย 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปรับอัตราหยดทุก 30 นาที ให้เหมาะสมกับการหดตัวของมดลูก ประเมินสภาวะทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140 - 160 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ บันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว ให้การพยาบาลโดยอธิบายให้มารดาทราบว่า การเจ็บครรภ์เกิดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติ เพื่อขับทารกในครรภ์ออกจากมดลูก โดยมดลูกจะหดตัวเป็นระยะ ๆ มารดาจะรู้สึกเจ็บมากขึ้นเมื่อมดลูกมีการหดตัว และรู้สึกเจ็บน้อยลงเมื่อมดลูกคลายตัว เพื่อให้มารดาเข้าใจสาเหตุของความเจ็บปวด และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลผลการตรวจทางช่องคลอดและอธิบายถึงการดำเนินการคลอด เพื่อให้มารดาเข้าใจ ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อน คอยปลอบโยน ให้กำลังใจในขณะที่กำลังเผชิญกับอาการเจ็บครรภ์ เพื่อให้มารดารู้สึกอบอุ่นใจ สนับสนุนและให้การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดขณะมดลูกมีการหดตัว โดยแนะนำการหายใจที่ถูกต้องช่วยเหลือโดยการประคบด้วยความร้อน ช่วยเหลือโดยการนวด กำมือและใช้สันมือนวดบริเวณบั้นเอวและจัดท่าต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความสุขสบาย โดยมีท่าต่าง ๆ คือ จัดท่านอนศีรษะสูง 60 องศา จัดท่านอนตะแคงศีรษะสูง 30 - 60 องศา ให้อาบน้ำอุ่นสูง เข่างอเล็กน้อย เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติตัว และทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อประเมินมารดาว่าสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องหรือไม่ สังเกตสีหน้า และท่าทางของมารดา สอบถามถึงอาการเจ็บครรภ์เป็นระยะ ๆ ภายหลังให้สารละลายเร่งคลอดมารดาเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มดลูกหดตัวทุก 2 - 3 นาที นาน 40-50 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว +2 ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน จากการใช้เครื่องตรวจติดตามอัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ พบว่าขณะมดลูกมีการหดตัว อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์จะช้าลง จากปกติ 140 - 160 ครั้งต่อนาที

ขณะมดลูกมีการหดตัว อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ 120 ครั้งต่อนาที ให้การพยาบาล โดยดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของ สภาวะทารกในครรภ์ โดยการฟังอัตราการเต้นหัวใจทารกเต็มนาที ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูก ช่วยจัดท่าที่ช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดให้ไปเลี้ยงมดลูกมากขึ้น เช่น ท่านอนศีรษะสูง นอนตะแคง หลีกเลี้ยงท่านอนหงายราบ พุดคุยให้กำลังใจมารดา อยู่เป็น เพื่อน เพื่อลดความตึงเครียด ช่วยเหลือให้มารดาเกิดความสุขสบายและรู้สึกผ่อนคลาย รายงาน แพทย์รับทราบ ในระหว่างนี้มารดาอยากเบ่งคลอด ตรวจพบปากมดลูกเปิดหมดเวลา 08.55 น. แนะนำให้มารดาเบ่งคลอด ดูแลความสุขสบายของมารดา มารดาสามารถคลอดปกติทางช่องคลอด เวลา 09.53 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,320 กรัม คะแนนการประเมินสภาพทารกได้ 9 และ 10 คะแนน โดยนาทีที่ 1 ให้ 9 คะแนน หักคะแนนสี 1 และนาทีที่ 5 ให้ 10 คะแนน สภาพทารก ทั่วไปแข็งแรงดี นำทารกมาดูดน้ำคร่ำออกจากปากและจมูก เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำเข้า ภายในปอด นำทารกไปให้การพยาบาลทารกแรกเกิด รกคลอดเวลา 09.58 น. สภาพรกปกติ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที ภายหลักรกคลอด มดลูกหดตัวไม่ดี มีลักษณะนุ่มและลอยเหนือระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นสีคล้ำ ประมาณการ สูญเสียเลือด 400 มิลลิลิตร มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูกจนหดตัวกลับแข็ง และกดไล่ลิ่มเลือดที่อาจค้างอยู่ในโพรง มดลูก รายงานสูติแพทย์ให้การรักษาให้ยาเมเทอร์จิน (Methergin) 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำติดตามสังเกตการณ์หดตัวของมดลูก และเลือดที่ออกจากช่องคลอด ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตบริเวณหน้าท้องว่ามีปัสสาวะคั่งค้างหรือไม่ (bladder full) เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ด้วยความรวดเร็ว ใส่ผ้าอนามัยให้มารดาเพื่อสังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด ดูแลความสุขสบาย ให้มารดาได้พักผ่อน นำทารกให้มารดาโอบกอดและกระตุ้นให้ทารกดูดนม มารดา ภายหลัให้การพยาบาล ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของมารดาทุก 30 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง พบว่าสภาพมารดา หลังคลอดมดลูกหดตัวดี ลักษณะกลับแข็งและอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอด ประมาณ 50 มิลลิลิตร สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตก่อนย้ายไปแผนกสูติกรรมหลังคลอด 100/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทารกดูดนมได้ดี ไม่มีอาการตัวเหลือง สูติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 14 กันยายน 2553 และนัดตรวจหลังคลอดในวันที่ 12 ตุลาคม 2553 ให้คำแนะนำมารดาก่อนกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษามารดาอายุ 28 ปี ตั้งครรภ์แรก รับไว้ในโรงพยาบาลที่ห้องคลอดเวลา 02.40 น. วันที่ 12 กันยายน 2553 คลอดบุตรเพศชาย มารดาและทารกแข็งแรงดี ได้ให้การพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน

ให้การดูแลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ตามแผนการรักษาพยาบาลที่วางไว้ และเฝ้าติดตามผลการพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 5 ปัญหา ได้รับการแก้ไขทั้งหมด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้ เป็นอย่างดี พร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนการกลับบ้าน มารดาสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ทราบถึงปัญหาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการของหน่วยงาน

8.2 เพิ่มคุณภาพในการบริการทางการพยาบาล ในมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 มารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ จะมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ เนื่องจากสายสะดือถูกกด ดังนั้นจึงให้มารดาปัสสาวะที่กระโถนบริเวณข้างเตียง แต่มารดาจะไม่คุ้นเคย และปัสสาวะไม่ออก จึงต้องช่วยสวนปัสสาวะ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อีกทางหนึ่ง

9.2 มารดาระบุเวลาน้ำเดินได้ไม่ชัดเจน หากมีระยะเวลาน้ำเดินยาวนาน ทำให้แพทย์รักษาได้ล่าช้าทั้งมารดาและทารกจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เรียกว่า chorioamnionitis ซึ่งในทารกจะเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) ปอดติดเชื้อ (pneumonia) และติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะรวมทั้งสายสะดือ และตาอักเสบได้

10. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดทำกลุ่มมารดาที่ห้องฝากครรภ์ เพื่อให้ความรู้เรื่องมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

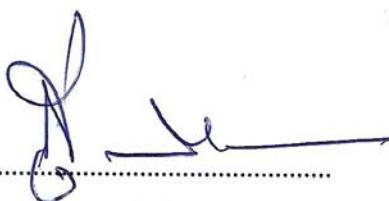
(ลงชื่อ).....ภัทราภรณ์ สารกิจ.....

(นางสาวภัทราภรณ์ สารกิจ)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... ๒๗ ก.ย. / ๒๕๕๘

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..........

(นางสุภาณี นาควิเชียร)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

..... ๒๗ ก.ย. / ๒๕๕๘

(ลงชื่อ)..........

(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

..... ๒๗ ก.ย. / ๒๕๕๘

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวภัทราภรณ์ สารกิจ**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 209) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานการแพทย์
เรื่อง แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placenta abruption)

หลักการและเหตุผล

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเกิดขึ้นได้ราว ๆ 9 ใน 1,000 และมักเกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนหลังของการตั้งครรภ์ แต่ก็สามารถเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ระหว่างการตั้งครรภ์หลังจากอายุครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ และในระยะหลังมีแนวโน้มจะพบน้อยลงเนื่องจากสามารถวินิจฉัยได้เร็ว มารดาและทารกจึงได้รับการดูแลรักษาได้ทันท่วงที ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง แต่หากมารดาเคยมีภาวะนี้ในครรภ์มาก่อน ก็มีโอกาสเกิดซ้ำสูงกว่าปกติถึง 3 - 10 เท่า หรือประมาณร้อยละ 0.4 - 4

แม้ว่าภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดจะพบน้อย แต่ถ้าหากมารดาได้รับการดูแลและการรักษาที่ล่าช้าก็จะทำให้เกิดการเสียเลือดจำนวนมาก เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งมารดาและทารก เช่น มารดาตกเลือดหลังคลอด ไตวาย ซีแฮนซินโดรม (Sneehan's syndrome) ซึ่งเกิดจากต่อมพิทูอิทารีขาดเลือดไปเลี้ยง และทารกเกิดภาวะ Birth Asphyxia อาจเกิดเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกได้ ดังนั้นหากพยาบาลมีทักษะความรู้ในการดูแลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ก็จะช่วยให้มารดาและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและคลอดอย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะรกตัวก่อนกำหนดกับมารดาและทารกในระยะคลอด
3. เพื่อติดตามสภาวะของทารกในครรภ์ ช่วยให้ทารกคลอดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia
4. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
5. เพื่อให้พยาบาลประจำห้องคลอดมีทักษะ และความรู้ในการดูแลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มารดาและทารกได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และได้รับความปลอดภัยจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. มารดาและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
3. ทารกได้รับการคลอดอย่างปลอดภัย และไม่เกิดภาวะ Birth Ashyxia
4. พยาบาลประจำห้องคลอดมีทักษะ และความรู้ในการดูแลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

พยาธิสภาพ

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด เกิดขึ้นจากการแตกของเส้นเลือดบริเวณ placental bed ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเส้นเลือดของแม่ในชั้น deciduas basalis ทำให้เลือดคั่งอยู่ระหว่างชั้น deciduas และรกเลือดที่ออกนี้อาจหยุดได้เอง เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเป็นเวลานาน (chronic abruptio) หรือขยายวงออกไปเรื่อย ๆ แต่ยังไม่ถึงขอบรก จึงไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดแบบไม่มีเลือดออกให้เห็น (concealed abruptio) ซึ่งพบได้ร้อยละ 20 เมื่อเลือดที่ออกเขามาถึงขอบรก จะทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอด เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดแบบมีเลือดออกทางช่องคลอด (revealed abruptio)

เลือดที่คั่งอยู่นี้ ถ้ามีปริมาณมากจะทำให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มทารกในครรภ์ ไหลเข้าไปในถุงน้ำคร่ำ หรือแทรกเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อที่เรียกว่า couvelaire uterus

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดส่งผลให้รกบริเวณดังกล่าว ไม่สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ตามปกติ ทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เส้นเลือดของมารดาและทารกบริเวณรกที่ฉีกขาด ทำให้น้ำคร่ำหรือเลือดของทารกเข้าสู่กระแสเลือดมารดา สามารถเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำอุดตัน

รกลอกตัวก่อนกำหนด หมายถึง ภาวะที่มีการลอกตัวของรกที่เกาะในตำแหน่งปกติหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนถึงก่อนทารกคลอด รกอาจลอกตัวเพียงบางส่วนหรือลอกตัวทั้งหมดก็ได้

อุบัติการณ์

พบได้ประมาณร้อยละ 0.49 - 1.8 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด หรือประมาณ 1 ต่อ 200 ของการคลอด

สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของรกลอกตัวก่อนกำหนด แต่พบปัจจัยเสี่ยงให้เกิดดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. โรคไตเรื้อรัง
3. โรคความดันโลหิตสูง
4. ซิฟิลิส (syphilis) มีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อรก
5. ตั้งครรภ์หลายครั้ง รกลอกตัวก่อนกำหนดมักพบในครรภ์หลัง ๆ มากกว่าครรภ์แรก
6. เจาะถุงน้ำแล้วให้น้ำคร่ำไหลพรวดทันที

อาการหรืออาการแสดง

1. มีเลือดออกทางช่องคลอด
2. กดเจ็บบริเวณมดลูกหรือปวดหลัง
3. ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน
4. การหดรัดตัวมดลูกถี่
5. กล้ามเนื้อมดลูกตึงตัวมาก
6. มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดโดยไม่รู้สาเหตุ
7. ทารกในครรภ์เสียชีวิต

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. จัดทำแบบประเมินมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. นำแบบประเมินมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดที่จัดทำไว้มาใส่ไว้ในแบบฟอร์มรับผู้ป่วยใหม่

3. ประเมินมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดได้จากการซักประวัติ

อาการและอาการแสดงลงในใบประเมิน

4. ให้มารดาใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด
5. ดัดเครื่องตรวจสภาวะทารกในครรภ์ในมารดาทุกรายที่รับไว้ในห้องคลอด
6. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ในมารดาทุกรายที่มีประวัติมีเลือดออกทางช่องคลอด

7. รายงานสูติแพทย์รับทราบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น เช่น สูญเสียชีวิต เสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เสียเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา เป็นต้น
3. ลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการคลอดของมารดา
4. ลดการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในช่วงแรกเกิด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่เกินร้อยละ 3
2. ร้อยละอัตราการเกิดภาวะช็อก (shock) ในมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเป็น 0

(ลงชื่อ).....ภัทราภรณ์ สารกิจ.....

(นางสาวภัทราภรณ์ สารกิจ)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๗ ก.ย. ๒๕๕๕