

1.บริบท (Context)

งานห้องคลอดโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ให้บริการทางสูติกรรมตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติให้บริการคลอดปกติ คลอดผิดปกติทำหัตถการโดยการใช้เครื่องสูญญากาศ และดูแลมารดา – ทารกหลังคลอด

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ เป็นประชาชนในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอใกล้เคียงและรับส่งต่อจากประเทศลาว ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน เกินศักยภาพในการดูแลรักษา จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชต่อไป

ในปี 2551 มีผู้รับบริการคลอดทั้งหมดจำนวน 54 ราย แบ่งเป็นคนไทย 42 ราย คนลาว 12 ราย ส่วนใหญ่คลอดปกติ 46 ราย (85.2%) คลอดโดยใช้เครื่องสูญญากาศ 8 ราย (14.8%)

ในปี 2552 มีผู้รับบริการคลอดทั้งหมดจำนวน 55 ราย แบ่งเป็นคนไทย 45 ราย คนลาว 10 ราย ส่วนใหญ่คลอดปกติ 54 ราย (98.2%) คลอดโดยใช้เครื่องสูญญากาศ 1 ราย (1.8%) โดยมีแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดในเวรเช้า 1 คน ถ้ามีผู้มาคลอดก็จะเรียกพยาบาลจากห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอกมาช่วย 1 คน ส่วนพยาบาลเวรบ่ายและเวรดึกจะใช้ร่วมกับแผนกอื่น หมุนเวียนให้บริการ 24 ชั่วโมง ความต้องการของผู้รับบริการส่วนใหญ่ ได้แก่ ความปลอดภัยของแม่และลูก การลดความเจ็บปวด ความเอาใจใส่จากแพทย์ และพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ความต้องการของญาติ ได้แก่ การรับทราบข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอด การเอาใจใส่ดูแลผู้คลอดเป็นอย่างดี ความต้องการของผู้รับผลงานภายในที่สำคัญ ได้แก่ การประสานงานที่ดี ความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วย และการส่งต่อข้อมูลที่ต้องครบถ้วน

งานห้องคลอดมีเจตจำนงในการให้บริการทางสูติกรรมอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายให้มารดา – ทารก ปลอดภัยและสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยของมารดา – ทารก ความถูกต้องได้มาตรฐาน มีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมสุขภาพและดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมความรู้บุคลากร ความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ การป้องกันภาวะตกเลือดที่รุนแรง การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนที่รุนแรงในทารกแรกเกิด การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อ แผลฝีเย็บแยก

ก. ความมุ่งหมาย หน่วยงาน (purpose)

ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยความรับผิดชอบในหน้าที่ เพื่อให้ได้รับการคลอดที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งดูแลทารกให้ได้รับความปลอดภัย ให้การทำคลอดโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีความสามารถ โดยยึดหลักการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ตั้งอยู่บนมาตรฐานการพยาบาล และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจนพ้นระยะวิกฤติ ตลอดจนพัฒนาบุคลากร ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพอยู่เสมอ

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of service)

บริการทำคลอดครรภ์ครบกำหนด , ดูแลทารกแรกเกิด , ดูแลหญิงหลังคลอดและทารก โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน ¹	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย	1.ความปลอดภัย 2..การไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3.บริการที่มีคุณภาพ 4. ส่งต่อเพื่อการคลอดที่เหมาะสม
ญาติผู้ป่วย	1.ทราบความก้าวหน้าของผู้มาคลอด 2.ทราบการดูแลผู้มาคลอด 3.ความปลอดภัยจากการมาคลอด 4.การบริการที่ประทับใจและมีคุณภาพ
งานผู้ป่วยนอก	1.คืน OPD Card หลังผู้ป่วยจำหน่าย 2.ตรวจสอบข้อมูลสิทธิบัตรถูกต้อง
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1.การแจ้งให้ทราบล่วงหน้าว่ามีผู้คลอด 2.การเตรียมเครื่องมือ-อุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน
ตึกผู้ป่วยใน	1.การเตรียมมารดาหลังคลอดและทารก 2.การรายงานข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน 3.ตรวจ Check อุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน
แพทย์	1.ประเมินผู้ป่วยก่อนรายงานแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน
เวชปฏิบัติทั่วไป	1.นัดตรวจหลังคลอดในเขต รพ. ทุกวันพฤหัสบดี นอกเขตนัดไป สอ. 2.นัดฉีดวัคซีนเด็กเมื่อครบ 2 เดือน (ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล 3 หมู่บ้าน)
ฝ่ายบริหารงานทั่วไป	1.การแจ้งให้ทราบล่วงหน้าเมื่อมีการส่งต่อ
ห้องชันสูตร	1.ต้องการให้มีการเก็บ Specimen ส่งตรวจอย่างถูกต้อง 2.รับผลการตรวจตามเวลาที่กำหนด
ห้องยา	1.ต้องการใบสั่งยาที่ชัดเจน 2.ส่งใบเบิกและรับวัสดุ-ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ชัดเจนและตามเวลาที่กำหนด
ซักฟอก	1.เอาผ้าเปื้อนส่งซักฟอกกรณีมีคลอดนอกเวลาราชการ 2.ล้างถุงมือที่เปื้อนเลือดก่อนแช่ 3.แยกผ้าเปื้อนออกจากผ้าที่ไม่เปื้อน 4.แกะเทปกาออกจากผ้าก่อนส่งซัก
Supply	1.ล้างเครื่องมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้งก่อนส่งนึ่ง
โรงครัว	2.นอกเวลาราชการผู้คลอดกลับบ้าน ให้นำถาดอาหารมาวางไว้ที่โต๊ะวางถาดอาหาร

จ. ลักษณะสำคัญของงานบริการ และปริมาณงาน

ข้อมูลการให้บริการ	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
จำนวนผู้รับบริการคลอด ทั้งหมด	50	54	55
คลอดปกติ	37	46	54
คลอดผิดปกติ	13	8	1
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	10	8	1
ใช้คีม	0	0	0
คลอดทำกัน	3	0	0
ครรภ์แฝด	0	0	0

จ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issue)

ลูกเกิดรอด : ลูกเกิดมามีชีวิตรอด ไม่พิการเนื่องจากการทำคลอด

แม่ปลอดภัย : แม่ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอด

ประทับใจบริการ : การให้บริการแก่ลูกค้าเกินความคาดหมาย

ข. ความเสี่ยงสำคัญและความท้าทาย

1. การพัฒนาคุณภาพ การดูแลป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง
2. การพัฒนาคุณภาพ การดูแลป้องกันภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด
3. การพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ภาวะช็อค ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
4. การติดเชื้อ แผลฝีเย็บแยก

ข. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

งานห้องคลอดโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ทั้งในรายคลอดปกติ คลอดผิดปกติทำหัตถการ เนื่องจากไม่มีสูติแพทย์ในการให้บริการในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด รกเกาะต่ำ และอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องส่งต่อ และไม่มีกุมารแพทย์ที่จะดูแลทารก เช่น การคลอดก่อนกำหนด ที่ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1800 กรัม หรือ มารดาเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ที่อายุครรภ์น้อย และไม่สามารถยับยั้งได้ สำหรับเครื่องมือและเทคโนโลยีต่าง ๆ แต่เดิมนั้นยังมีน้อย ไม่เพียงพอต่อการบริการ ปัจจุบันได้พัฒนาและจัดซื้อ จัดหาให้มีเพียงพอในการให้บริการ แล้วเป็นส่วนใหญ่เช่น เครื่องมือที่สำคัญต่าง ๆ คือ Doptone, Ectric Fetal Monitoring , Automatic V/E , เครื่อง suction , เครื่องฉายแสง ,Incubator

ณ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงาน จะพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มของผู้รับบริการและญาติ กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านผู้รับบริการและญาติ จะให้ความรู้และการปฏิบัติตั้งแต่แรกเริ่มในเรื่อง ของการล้างมือ การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ ขณะนอนรอกคลอด จะแนะนำ เรื่อง การทิ้งขยะ และการแยกขยะ การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ โครค จากน้ำคร่ำ และเลือดที่ปนเปื้อนหลังคลอด จะเน้นการล้างมือบ่อย ๆ และทุกครั้งที่จะอุ้มและให้นมทารก รวมทั้งญาติที่เข้ามาเยี่ยมและดูแล ดิคปายวิธี ล้างมือในห้องน้ำ และอ่างล้างมือทุกแห่ง ในด้านสิ่งแวดล้อม จัดทำอ่างล้างมือ เพิ่มทุกห้องให้เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วย แนะนำการใช้น้ำยาล้างมือ water less แก่ผู้ป่วยและญาติส่งเสริมให้แม่ทุกคนเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ด้านเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี และได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตาม ความสมัครใจ และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการสวมเครื่องป้องกันตัวเองทุกครั้งขณะปฏิบัติงาน

ณ. กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปและทารกแรกเกิด

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อายุ < 20 ปี อายุ > 35 ปี มี ประวัติคลอดยาก มีประวัติตกเลือดหลังคลอด

ดังนั้นจึงได้มีแนวทางในการดูแลรักษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดความปลอดภัย แก่มารดาทารก

ณ. จุดเน้นการพัฒนา

จุดเน้นในการพัฒนาของงานห้องคลอดใน 5 เดือนแรก ต.ค.52-ก.พ.53

1. Sprcifie clinical risk ที่สำคัญของหน่วยงาน

- การพัฒนาการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรง
- การพัฒนาการป้องกันภาวะช็อค / อาการรุนแรงขึ้นจากความดัน โลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
- การพัฒนา การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในทารก
- การติดเชื้ แผลฝีเย็บแยก

2. Patient safty goad 4 เรื่อง คือ

- การพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยการใช้ยา
- การพัฒนาคุณภาพสิ่งส่งตรวจและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การพัฒนาคุณภาพ การสื่อสารในการดูแลรักษา
- การพัฒนาคุณภาพในการระบุตัวผู้ป่วย

2. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

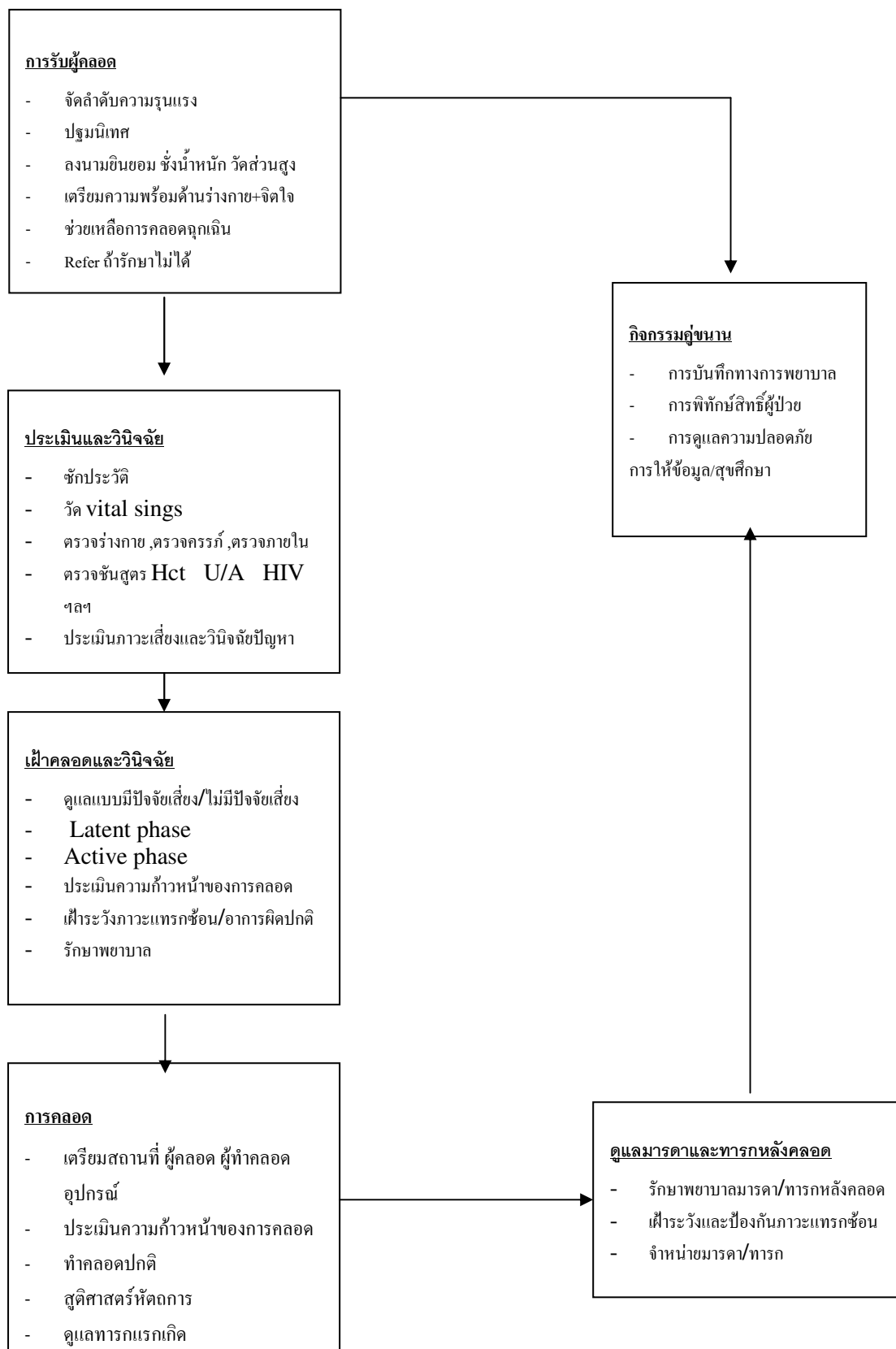
ประเด็น คุณภาพสำคัญ/ ความท้าทาย	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์		กิจกรรม
			เป้าหมาย	ระดับที่ ปฏิบัติได้	
1. การใช้ยา (Medication safety)	- เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง - อัตราการแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง 0%	0 0	- กำหนดแนวทางในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง - ติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง / ความผิดพลาดในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด - มีระบบตรวจสอบและป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
2. การพัฒนาคุณภาพสิ่งส่งตรวจ	- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บส่งตรวจให้ได้คุณภาพ	- จำนวนครั้งของการเกิดข้อผิดพลาดในการเก็บส่งตรวจ	0	0	- ปฏิบัติตามแนวการเก็บส่งตรวจอย่างเคร่งครัด - ทบทวนและติดตามการปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาการสื่อสารในการดูแลรักษาที่ไม่ชัดเจน	- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ	- จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุการสื่อสารผิดพลาด	0	0	- กำหนดแนวทางการประสานระหว่างหน่วยงาน - กำหนดมาตรฐาน การใช้คำย่อที่เป็นสากล - กำหนดแนวทางพร้อมการรับคำสั่งทางโทรศัพท์ - นิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ของบุคลากร
4. พัฒนาคุณภาพในการระบุตัวผู้ป่วย	- เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษา	- อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0	0	- กำหนดแนวทางปฏิบัติในการผูกป้ายชื่อมือในผู้ป่วยรับใหม่และทารกแรกเกิด - ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรอย่างเคร่งครัด - ทบทวนแนวทางปฏิบัติของบุคลากรให้เป็นไปในทางเดียวกัน

3.แผนภูมิกระบวนการทำงาน

Top Down Flow Chart

กระบวนการหลักของหน่วยงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

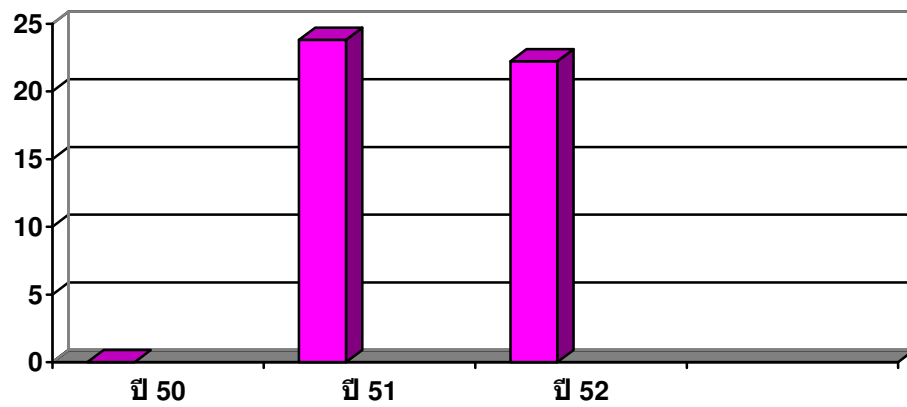


4.ตัวชี้วัดสำคัญ (Key Performance Indicators)

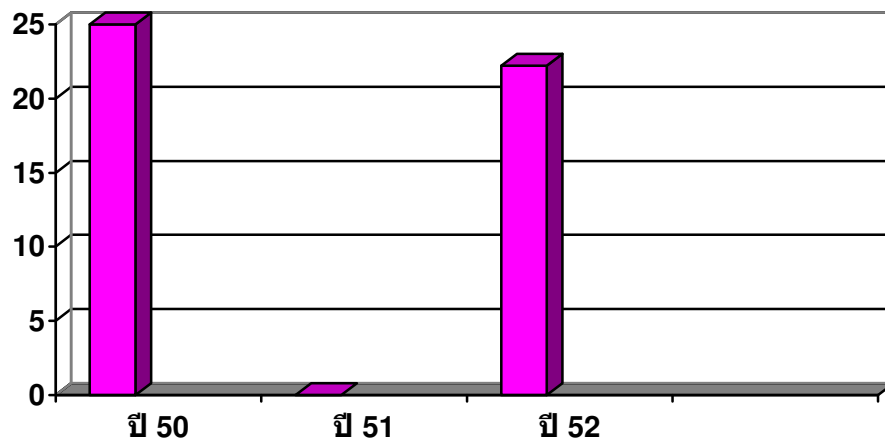
ลำดับ	หัวข้อตัวชี้วัด	เกณฑ์	2550	2551	2552
1	อัตราการเกิด birth Asphyxia	< 30:1000	0	23.8	22.22
2	อัตราการตายของมารดา	18ต่อแสน	0	0	0
3	อัตราการตายของทารกปริกำเนิด	9ต่อ1000	25	0	22.22
4	อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย	20%	32.5	9.52	2.22
5	อัตราการเกิดPPH	5%	0	0	0
6	อัตราการคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด	100%	NA	100	100
7	อัตราการคลอดห้องรอกคลอด	5%	NA	NA	2.22
8	อัตราการติดเชื้อที่ฝีมเย็บ	5%	0	0	0
9	อัตราการติดเชื้อของทารก	5%	0	0	0
10	อัตราความพึงพอใจ	80%	NA	NA	NA

แสดงกราฟข้อมูล และการแปลผล หรือ อธิบายการพัฒนา

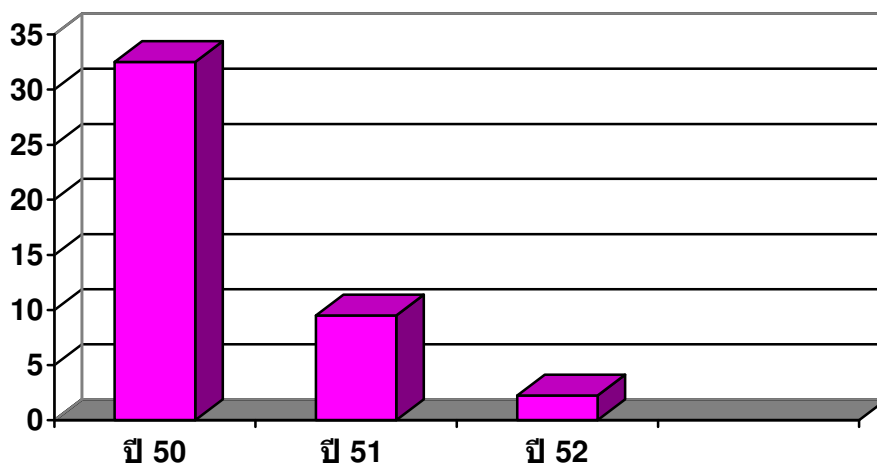
อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด



อัตราตายของทารกปริกำเนิด



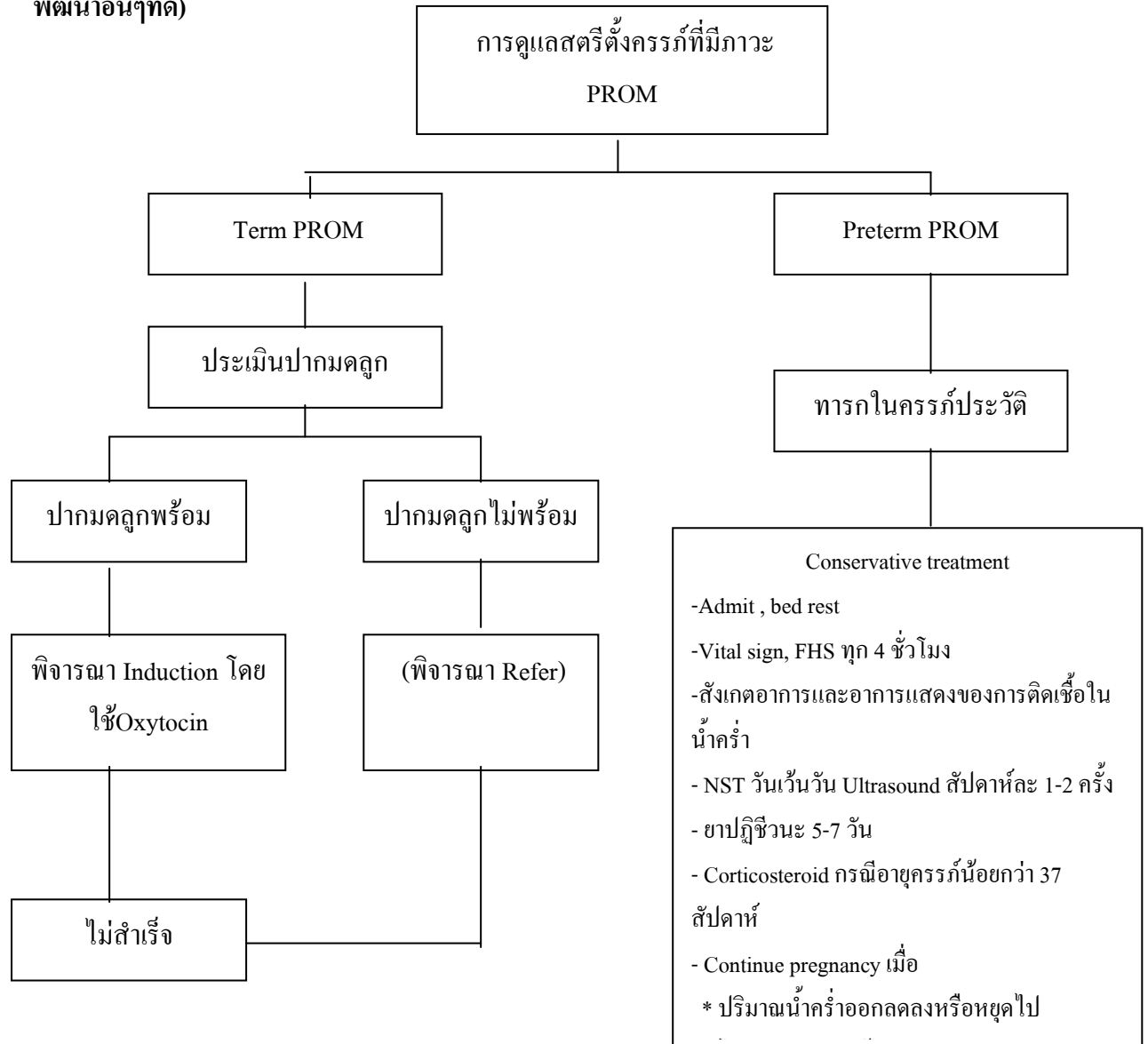
อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย



5. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

5.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

5.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ CQI , safety story การป้องกัน clinical risk ต่างๆ, CPG ,หรือ การพัฒนาอื่นๆที่ดี)



หมายเหตุ

- หากระยะเวลาตั้งแต่ถุงน้ำคร่ำแตก จนถึงคลอดนานกว่า 18 ชั่วโมง หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ group B Streptococcus ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ แบบป้องกันโดย
 - Ampicillin 2 กรัม IV ทันทีและ 1 กรัม IV ทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ
 - Penicillin G 5 ล้านยูนิต IV ทันที 2.5 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด
 - ถ้าแพ้ยา Penicillin พิจารณาให้ Clindamucin หรือ Erythromycin แทน
- ยาปฏิชีวนะกรณี Conservative treatment
 - Ampicillin 2 gms IV q 6 hrs. + Erythromycin (500) 1*4 oral ac,hs * 2 วัน
 - Then Amoxy (500) 1* 4 oral pc + Erythromycin (500) 1*4 oral ac,hs * 5 วัน

5.3 สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จาก กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม

เอกสารแนบท้าย

5.4 กิจกรรมการพัฒนาที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ

กิจกรรมการพัฒนาลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นภาวะที่ร่างกายขาดออกซิเจนในกระแสเลือดอาจเกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ทารก ต่อเนื่องมาจนถึงระยะคลอดและหลังคลอด ซึ่ง ในปี 2551 มีผู้มารับบริการคลอด จำนวน 42 ราย มีทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน ปี 2551 คิดเป็นอัตรา 23.80 : 1000 การเกิดมีชีพ และในปี 2552 มีผู้รับบริการคลอด จำนวน 45 ราย มีทารกเกิดภาวะขาด O₂ ปี 2552 คิดเป็นอัตรา 22.22 : 1000 การเกิดมีชีพ (เฉพาะคนไทย)

แนวทางการปรับปรุงแก้ไข

1. กำหนดแนวทางการดูแลเฝ้าระวังขณะรอคลอดให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูง
2. กำหนดแนวทางการประเมิน Apgar score ให้เป็นแนวทางเดียวกัน อย่างชัดเจนเคร่งครัด
3. การเตรียมความพร้อมของทีม / อุปกรณ์ในการช่วยเหลือแก้ไขในภาวะ BA อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ

5.5 แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษา
2. ประสานกับศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย เรื่องการส่งต่อในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อพบแพทย์ และส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการรักษาที่สูงกว่าแก้ไขในเบื้องต้น

ขั้นตอนการเตรียมรับทารกแรกเกิดที่ห้องคลอด

1. พยายามเปิดไฟ Radiant warmer โดยตั้งอุณหภูมิที่ 37 องศาเซลเซียส นาน 15-30 นาที
2. พยายามปูผ้า Sterile พื้นใหญ่พื้นที่ 1 บนเตียง
3. พยายามวางผ้า Sterile พื้นใหญ่พื้นที่ 2 (ผ้าสำหรับห่อตัวเด็ก) และผ้าเช็ดตัวพื้นเล็กพื้นที่ 3 (สำหรับเช็ดตัวทารก) บนเตียง โดยไม่ต้องคลี่ผ้า
4. พยายามเตรียม Laryngoscope พร้อม blade เบอร์ 0 ใ้ tray สะอาด ที่มีฝาปิด
5. พยายามตรวจอุปกรณ์สำหรับ Resuscitation ให้ครบและพร้อมใช้
6. เจ้าหน้าที่ปิดแอร์คอนดิชันหลังจากทารกคลอด

การเตรียมอุปกรณ์สำหรับ Neonatal Resuscitation

1. Laryngoscope และถ่านพร้อมใช้ใ้ใน Tray สะอาดที่มีฝาปิดวางไว้บนชั้นหัวเตียง
2. Blade เบอร์ 0 ใ้ใน tray สะอาด (เบอร์ 00 ใน Preterm) ที่มีฝาปิดวางไว้บนชั้นหัวเตียง
3. Endotracheal tube เบอร์ 2.5, 3.0 และ 3.5 (GA < 35 wk เตรียมเบอร์ 2, 2.5)
4. Ambu bag ขนาด 250 cm
5. Mask ขนาดเล็กและขนาดกลาง
6. สายให้ออกซิเจนต่อเข้ากับท่อออกซิเจน
7. สาย suction เบอร์ 8 ต่อเข้ากับเครื่อง Suction
8. Infant stethoscope แวางที่ radiant warmer
9. Meconium aspirator ในรายที่มีขี้เทาปนเปื้อนในน้ำคร่ำ
10. ยาสำหรับ Neonatal resuscitation คือ
 - Adrenaline 1:1000
 - 7.5 % sodium Bicarbonate
 - Naloxone 0.4 mg/ml
 - 0.9 % Normal saline
 - Sterile water
 - 10 % Dextrose water กำหนดตามน้ำหนักทารก

แนวทางปฏิบัติที่สำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในห้องคลอด

1. มาตรฐานการรับไหมในห้องคลอด

1. ชักประวัติตรวจร่างกายให้ครอบคลุมเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยง วินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์จริงหรือไม่
2. ค้นหาว่าเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงหรือไม่ หากเป็นครรภ์เสี่ยงสูงให้รายงานแพทย์ทุกครั้งที่มีภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์การรายงาน
3. ติดเครื่อง Electronic fetal monitoring นาน 20 นาทีเมื่อแรกรับในรายที่มีภาวะเสี่ยง และPrint ออกมาไว้ในเวชระเบียน เพื่อเป็นข้อมูล Base line
4. ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท เพราะแบบ Digital ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย
5. NPO ทุกรายเมื่อเข้าสู่ระยะActive phase
6. ให้สารน้ำทุกรายและแทงเข็ม เบอร์ 18 โดยแทงแขนด้านซ้าย ไม่ควรแทงในตำแหน่งข้อพับ เพื่อความสะดวกในการให้ยาและสารน้ำขณะผ่าตัด และให้ต่อ Extension
7. ตรวจภายในเพื่อประเมินถ้าไม่มีข้อห้าม
8. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ
 - ความก้าวหน้าของการคลอด และการระยะเวลาคลอด
 - ความเสี่ยงหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้
 - แนวทางการรักษาพยาบาล
 - การเปลี่ยนแปลงอาการที่สำคัญและการรักษา(ควรเป็นแพทย์ให้ข้อมูล)
11. บันทึกการให้ข้อมูลและบันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติ

2. มาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ระยะรอคอดและระยะคลอด

1. ใช้ Partograph เป็นมาตรฐานติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และรายงานแพทย์ทุกครั้งทีละเส้น Alert line และ Action line
2. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยในระยะ Active Phase
 - ตรวจภายในทุก 4 ชม. หรือตามความจำเป็น
 - ประเมิน Contraction อย่างน้อยทุก ½ ชม.
 - ฟัง FHS ทุก ½ ชม. ในรายที่เร่งคลอดหรือมีภาวะเสี่ยง
3. เจาะถุงน้ำคร่ำเมื่อปากมดลูกเปิด ≥ 5 cm และต้องมั่นใจว่าส่วนนำไม่อยู่สูงและลงในช่องเชิงกรานแล้ว ไม่ควรให้ลูกเดินเพื่อป้องกัน Prolapsed cord หรือแล้วแต่การพิจารณาของแพทย์
4. ให้ติด Electronic fetal monitor ทุกรายที่เป็น High Risk หรือ ในรายที่ Augmentation
5. กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องคลอดจะต้องมีพยาบาลอยู่ในห้องคลอดด้วย
6. กรณีเบ่งคลอดนานให้รายงานแพทย์โดยในครรภ์แรกไม่เกิน 1 ชม. ในครรภ์หลังไม่เกิน 30 นาที
7. รกไม่คลอดภายใน 30 นาที ให้รายงานแพทย์
8. การให้ยาที่ห้องคลอด
 - ให้ Methergin 1 amp iv หรือ im หลังรกคลอด
(กรณีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg)
9. หลังคลอดประเมินสัญญาณชีพ และตรวจดูการหดตัวของมดลูกอย่างน้อยทุก 30 นาที 2 ครั้ง และอีก 1 ชั่วโมงก่อนย้ายไปหลังคลอด ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทุกครั้ง

หมายเหตุ

1. การกำจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐาน งาน IC

การบริหารจัดการทารกแรกเกิด

1. การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ให้ใช้ผ้าที่อุ่นรับทารกและรีบเช็ดตัวให้แห้ง ผ้าที่เปียกชื้นให้เปลี่ยนผืนใหม่
2. การเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและเพียงพอมีประสิทธิภาพในการช่วย CPR
3. ป้ายตาใช้ Terramycin
4. Vitamin k ให้ฉีดที่ขาด้านซ้ายและบันทึกการให้ยาด้วยทุกครั้ง
5. วัคซีน Hepatitis B ให้ฉีดภายใน 12 ชม.
6. กระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็วภายใน 30 นาที

เกณฑ์การรายงานแพทย์ขณะรับใหม่

1. Antepartum Hemorrhage
2. ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/ 90 mm/Hg
3. Pre term อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
4. Post term อายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์
5. น้ำเดินก่อนคลอดมากกว่า 18 ชั่วโมง
6. มดลูกหดรัดตัวรุนแรง
7. Previous C/S
8. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติหรือส่วนน้ำไม่ชัดเจน
9. น้ำคร่ำเขียวหรือน้ำคร่ำน้อย
10. โรคเบาหวาน ไทรอยด์ โรคไต โรคหัวใจและโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่นๆ
11. มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส
12. ฟัง FHS ไม่ได้หรือไม่ชัดเจน
13. Fetal distress FHS น้อยกว่า 120 /min หรือ มากกว่า 160 / min
14. GA ไม่สัมพันธ์กับ Hight of Fundus
15. ครรภ์โตผิดปกติ
16. ลูกคิ้นน้อย
17. สายสะดือทารกข้อยโผล่
18. ทารกในครรภ์คิ้นน้อยลง

เกณฑ์การรายงานแพทย์ขณะรอลอด

1. Prolong latent phase มากกว่า 8 hr
2. Prolong Active phase เมื่อแตะ Alert line หรือ Active line ตาม Patogarth
3. Fetal distress FHS น้อยกว่า 120 /min หรือ 160 / min
4. เมื่อมี meconium strained amniotic fluid
5. Tetanic Contraction
6. Prolapse Cord
7. ทารกทำผิดปกติ

เกณฑ์การรายงานแพทย์ขณะคลอด

1. Prolong 2nd Stage , ครรภ์แรกใช้เวลา 1 ชั่วโมง , ครรภ์หลังใช้เวลา ½ ชั่วโมง
2. Prolong 3 rd Stage
3. Fetal distress FHS น้อยกว่า 120 /min หรือ 160 / min
4. เมื่อมี meconium strained amniotic fluid
5. เด็กทำผิดปกติ กรณี Active case
6. Pre Term labour GA < 37 weeks
7. PPH
8. แผล Perinium มี Hematoma
9. Third degree tear
10. Tear Rectum / Tear Cervix
11. Retained Placenta or Piece of Placenta
12. Preeclampsia
13. ติดไหล่

เกณฑ์การรายงานแพทย์หลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก มารดาหลังคลอด

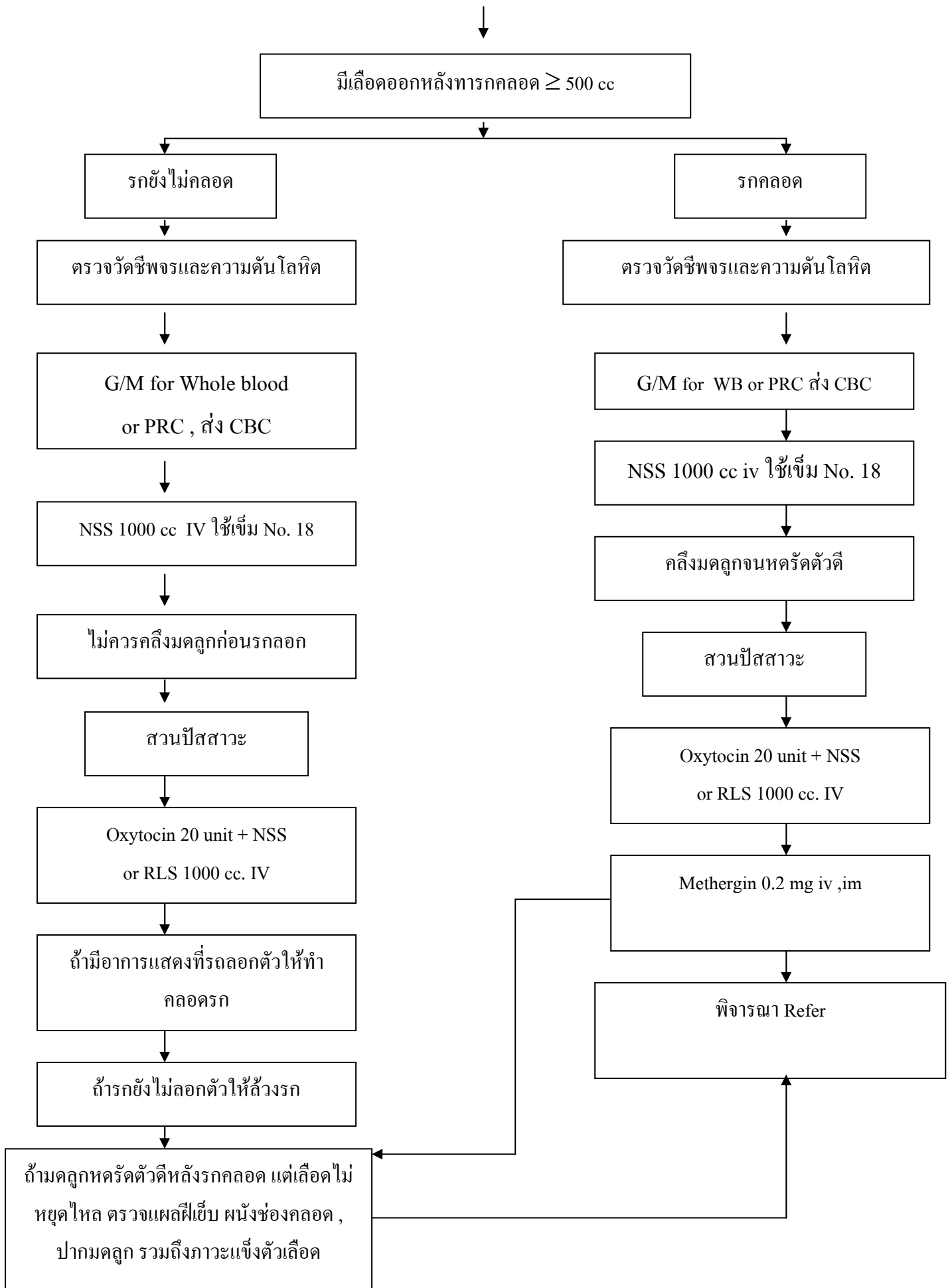
มารดา

1. Vital Signs ผิดปกติ
 - อุณหภูมิมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส
 - ชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้ง / นาที
 - ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140 /90 mm/Hg หรือน้อยกว่า 90 /60 mm/Hg
2. ซีม ชักเกร็ง กระตุก
3. เสียเลือดหลังคลอดมากกว่า 500 ml

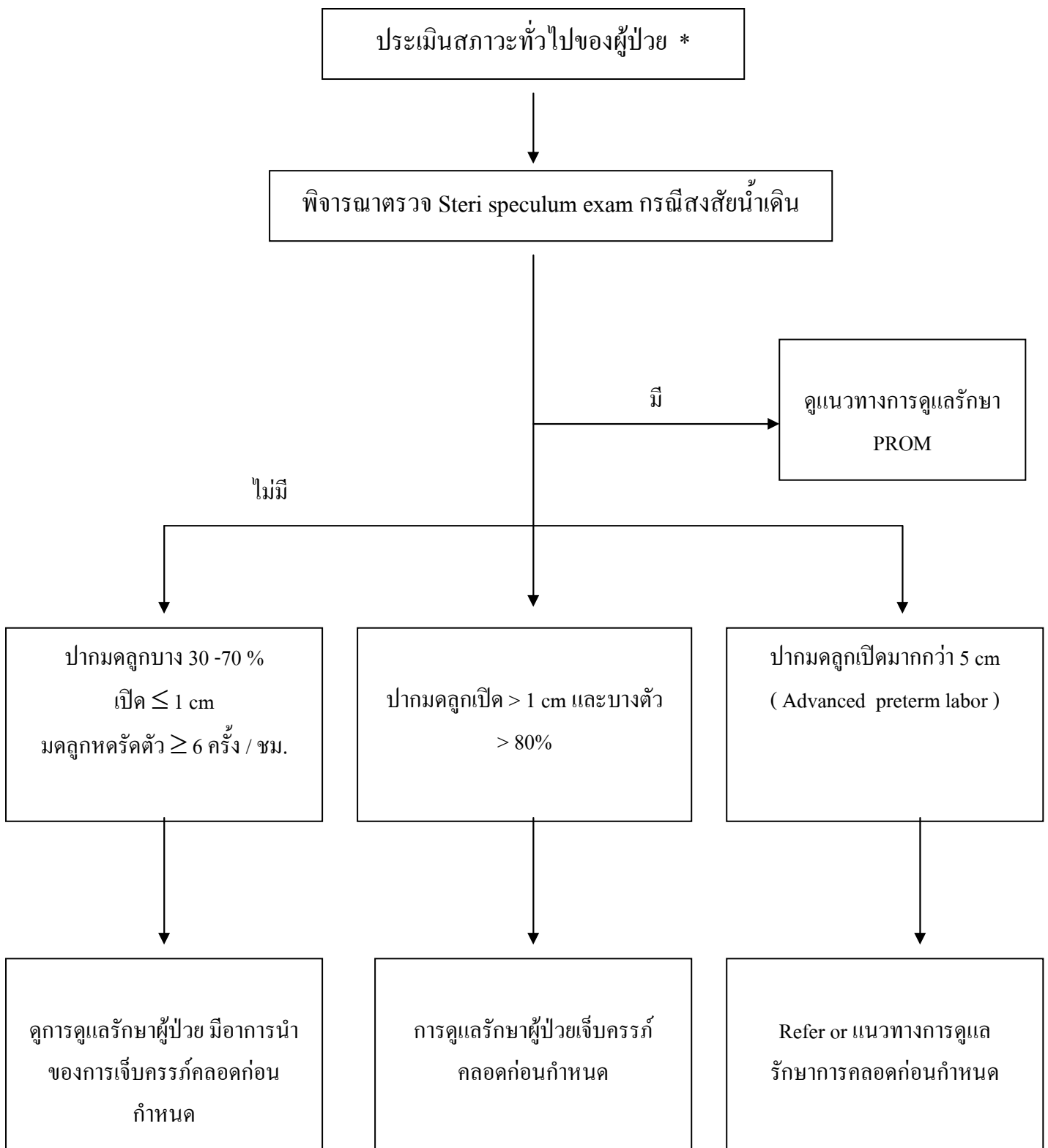
ทารก

1. อุณหภูมิ ≥ 38 องศาเซลเซียส หรือ ≤ 36.5 องศาเซลเซียส
2. การหายใจที่ผิดปกติ RR > 60 ครั้ง/min หรือ < 40 ครั้ง/min
3. ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ มี Retraction , Grunting มีปีกจมูกบาน
4. ทารกมีความพิการแต่กำเนิด

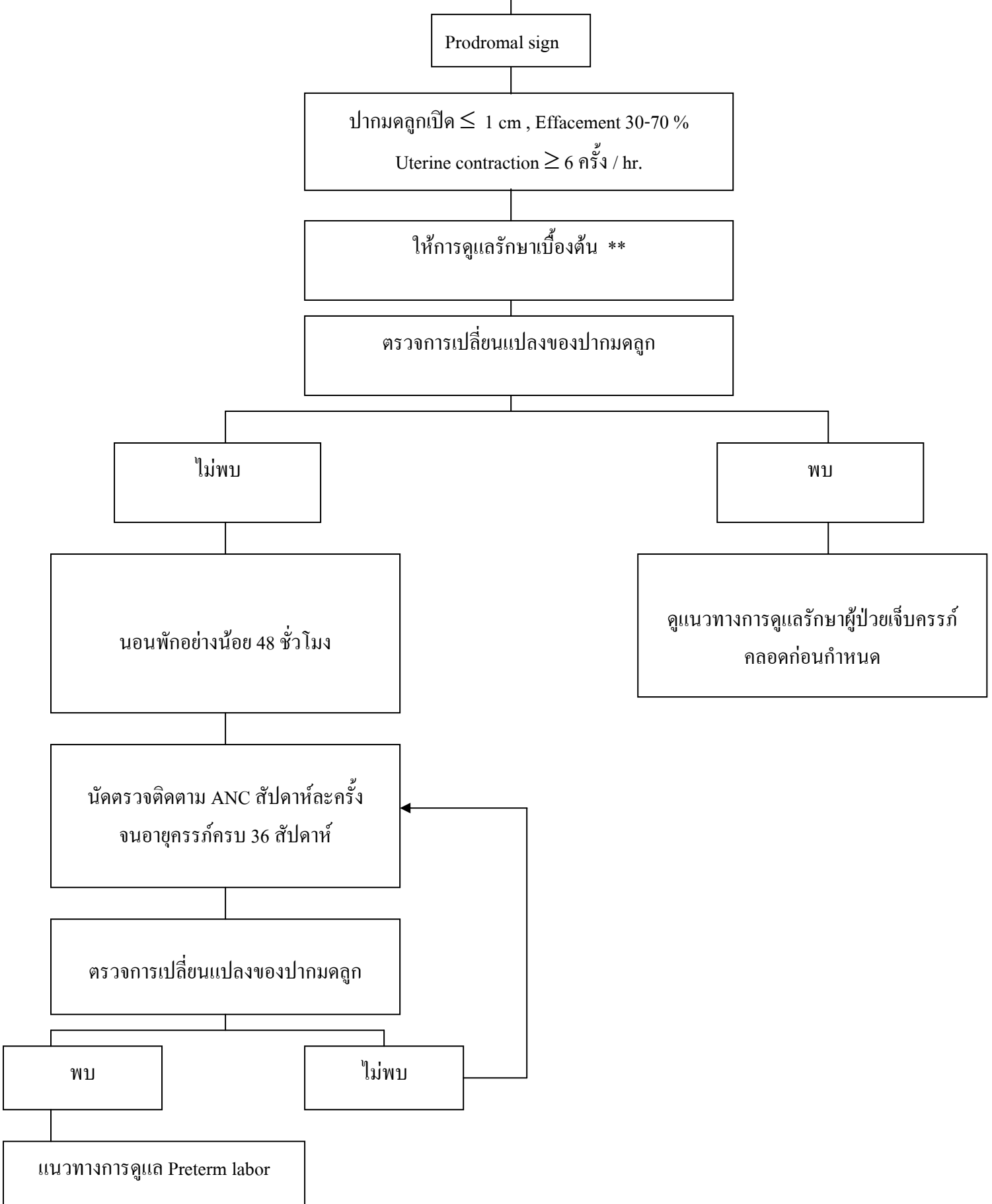
การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด



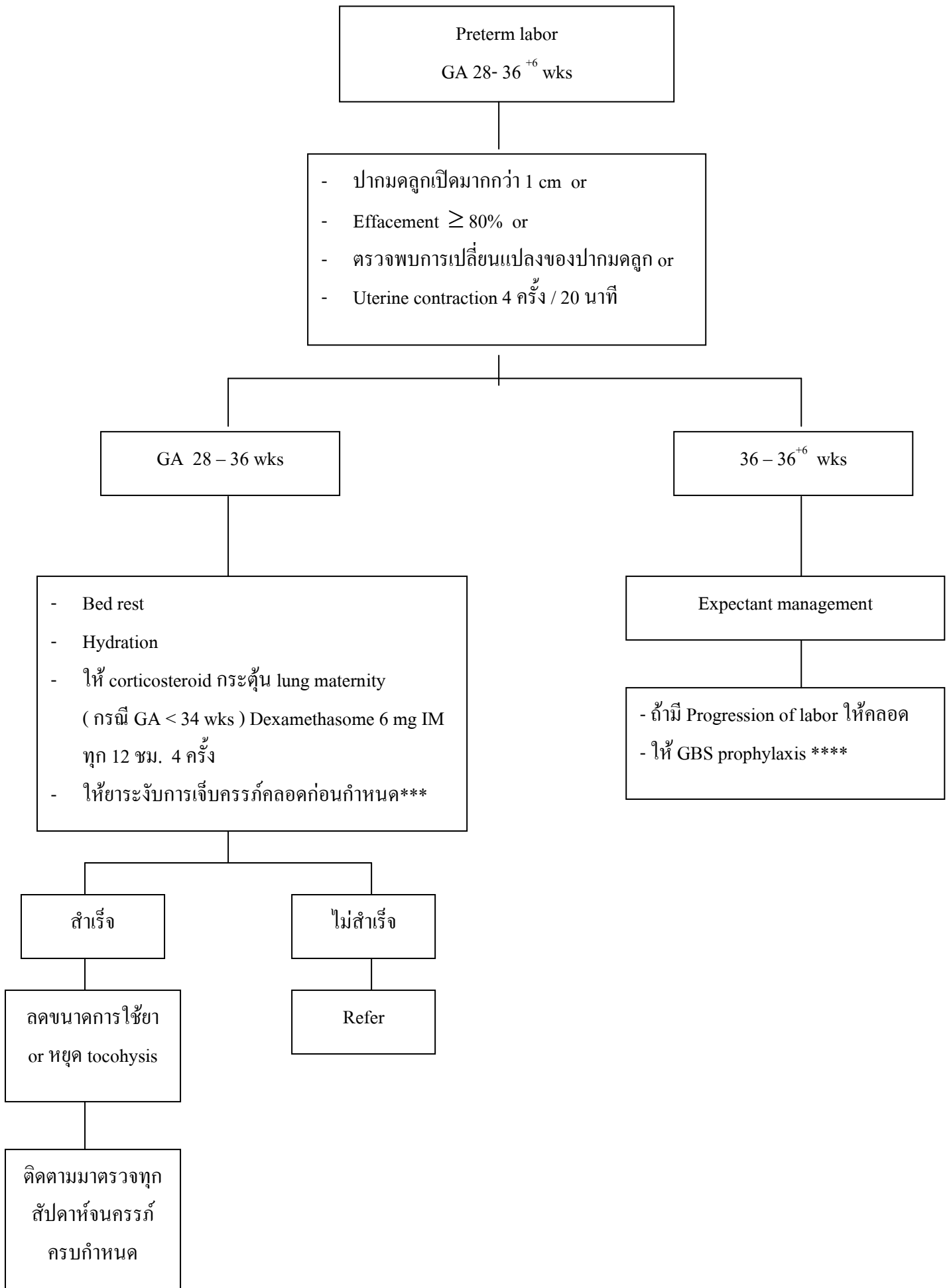
การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



การดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



การประเมินสถานะทั่วไปของผู้ป่วย *

1. อายุครรภ์
2. ตรวจร่างกาย / ตรวจภายใน หรือ Sterile speculum exam พิสูจน์น้ำเดิน
3. ตรวจการหดตัวของมดลูก
4. ประเมินสถานะทารกในครรภ์ (NST)
5. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ : CBC , UA

การดูแลรักษาเบื้องต้น **

- ติดตามอาการอย่างใกล้ชิดร่วมกับตรวจประเมินปากมดลูกซ้ำอีก 1 -2 ชั่วโมง
- ประเมินสถานะทารกในครรภ์ (Electronic Fetal monitoring)
- นอนพัก
- ให้ Corticosteroid กระตุ้น lung maturity Dexamethasone 6 mg in ทุก 12 ชั่วโมง * 4 ครั้ง (อายุครรภ์ 24 – 34 wks.) ในรายที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอด

การให้ยาระงับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ***

1. Terbutaline (Bricanyl)

Terbutaline 0.5 amp Dilute เท่าตัว IV push ซ้ำ ๆ ผสม Terbutaline 5 ampules (0.5 มก. / ampule) กับ 5% D/W 500 มล. หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 20 หยดต่อนาที โดยปรับเพิ่มได้ครั้งละ 10 หยดต่อนาที ทุก 10 นาที แต่ต้องไม่เกิน 80 หยดต่อนาที ถ้าขณะให้ยามารดา มีชีพจรเร็วเกิน 120 ครั้งต่อวินาทีให้ลดขนาดยาลง ระหว่างให้ยาหยุดทางหลอดเลือดดำ ควรตรวจวัด

ให้ยาจนไม่มีการหดตัวของมดลูกเป็นเวลา 2 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนเป็น Terbutaline 0.25 มก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุก 4 ชั่วโมงเป็นเวลา 24 ชั่วโมง แล้วจึงเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทาน 2.5 มก. ทุก 6 ชั่วโมงจนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขณะให้ยาถ้ามารดา มีชีพจรเร็วเกิน 120 ครั้งต่อนาที ให้พิจารณางดยา Dose นั้น

2. Salbutamol (Ventolin) เริ่มให้รับประทาน 4 เม็ดทุก 6 ชั่วโมง (32 มก.ต่อวัน) จนกระทั่งไม่มีการหดตัวของมดลูกนาน 24-48 ชั่วโมง จึงลดขนาดยาเป็น 24 และ 16 มก. ต่อวัน จนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ขณะให้ยาถ้ามารดา มีชีพจรเร็วเกิน 140 ครั้งต่อนาทีให้พิจารณางดยา Dose นั้น

GBS Prophylaxis ****

1. Intravenous ampicillin 2 gm ตามด้วย 1 gm ทุก 4 ชั่วโมงอย่างน้อย 24 ชม. หรือ จนคลอด หรือ
2. Penicillin G 5 ล้านยูนิต IV ทุก 6 ชั่วโมง
3. กรณีแพ้ Penicillin ให้ Intravenous Clindamycin 600 mg then 300 mg ทุก 8 ชั่วโมง

การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนด

Postterm pregnancy : การตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์ หรือมากกว่า 294 วัน นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย

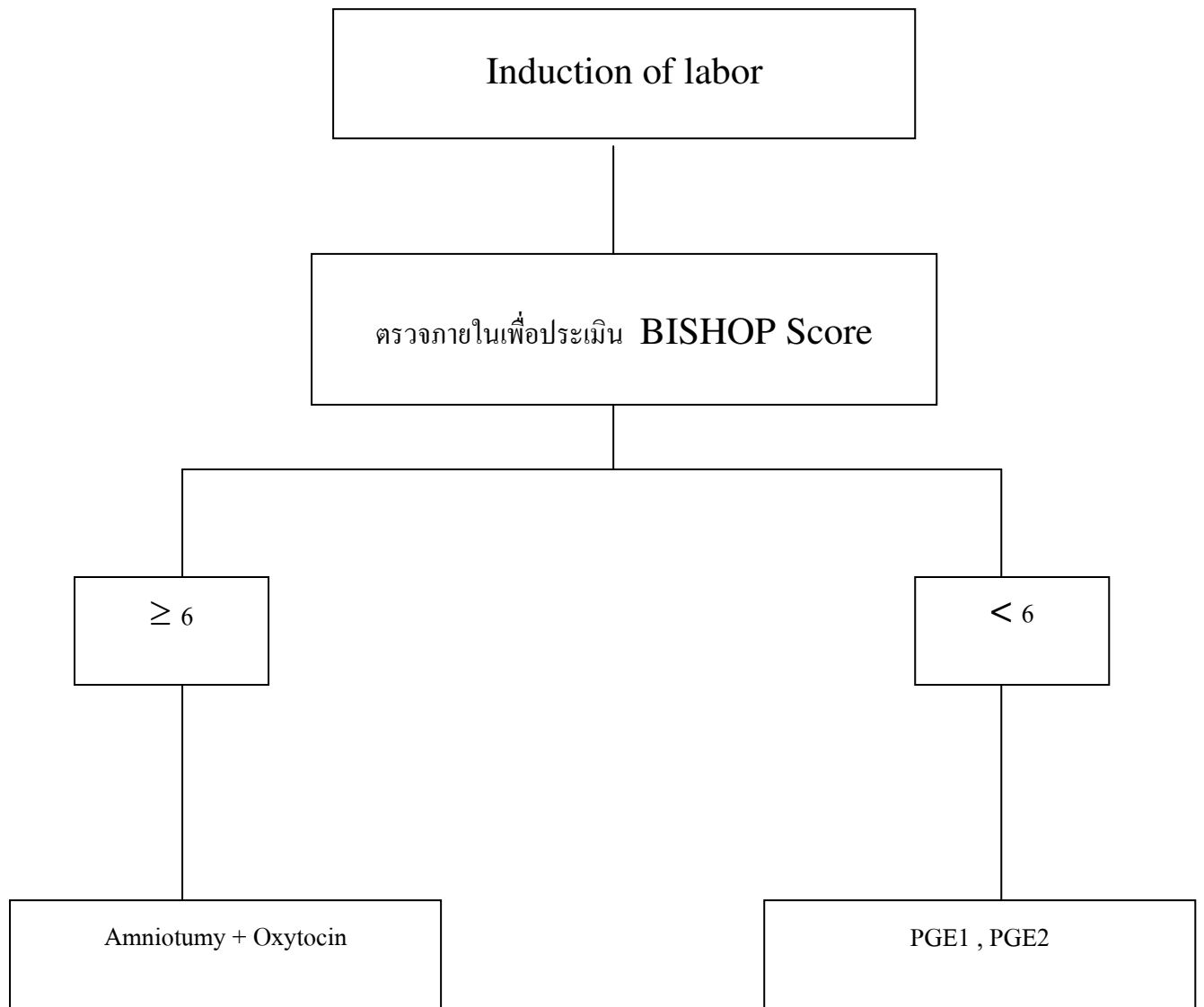
แนวทางการดูแล

40 – 40 +6 สัปดาห์	→	ส่งพบแพทย์
41 – 41 +6 สัปดาห์	→	monitor หรือ induction ถ้า ripe cervix (BISHOP Score \geq 6)
\geq 42 สัปดาห์	→	Induction

วิธี Monitor

1. แนะนำให้มารดานับลูกดิ้นทุกวัน
2. ทำ NST 2-3 ครั้ง / สัปดาห์
3. ทำ Ultrasound ดูน้ำคร่ำ
4. ตรวจภายในประเมิน Bishop score

หมายเหตุ ถ้าพบว่ามี non – reactive NST หรือ amniotic fluid pocket $<$ 2 cm หรือ AFI $<$ 5 ให้คลอดทันที

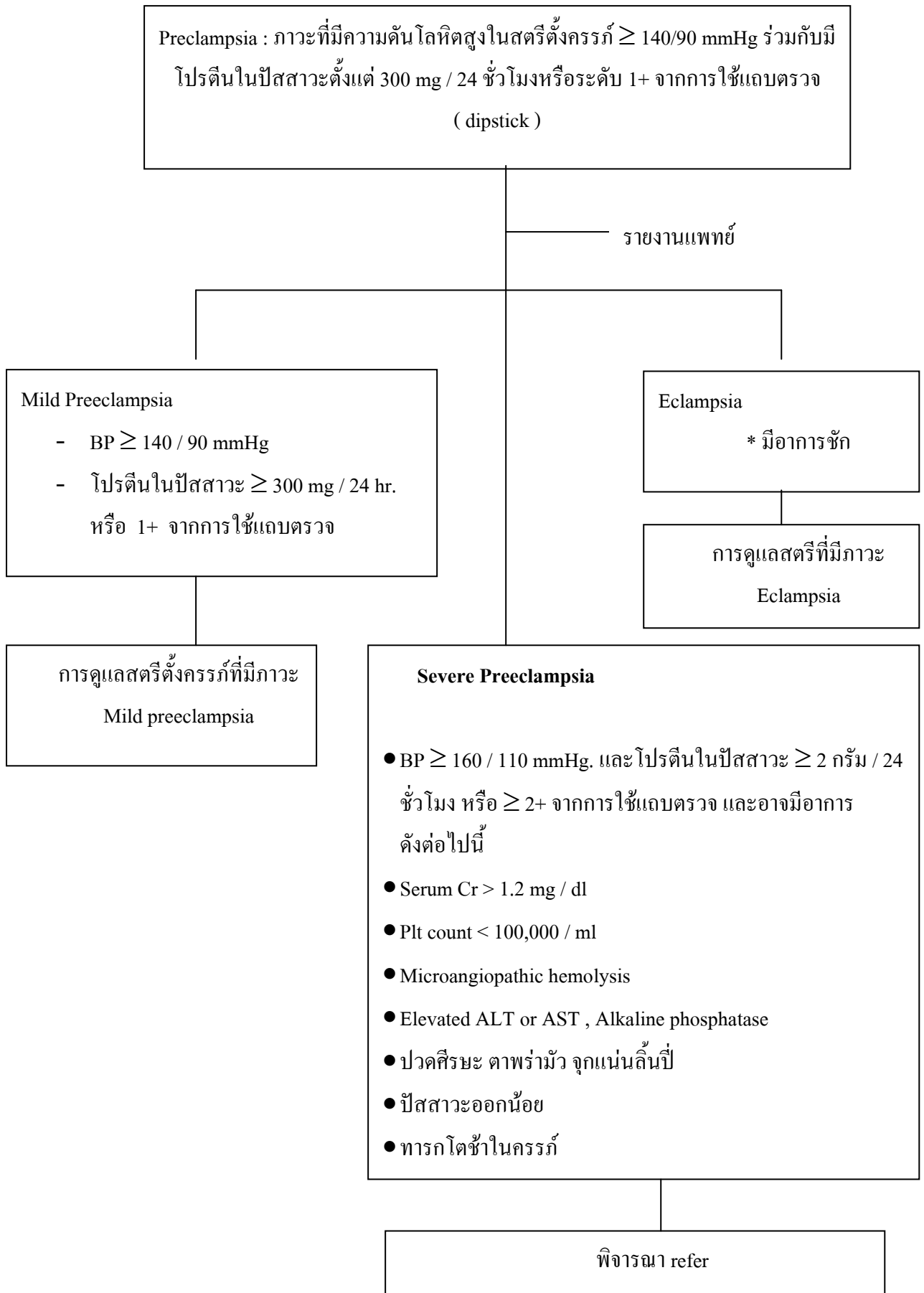


ตาราง BISHOP SCORE

เกณฑ์	คะแนน			
	0	1	2	3
การเปิดขยายของปากมดลูก (ซม.)	0	1-2	3-4	5-6
ความบางของปากมดลูก (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
ความนุ่มของปากมดลูก	แข็ง	นุ่ม	นุ่มมาก	-
ตำแหน่งของปากมดลูก	ข้างหลัง	ตรงกลาง	ข้างหน้า	-
ระดับของส่วนนำของทารก	-3	-2	-1/0	+1/+2

การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

Pregnancy Induced Hypertension (PIH)



การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Mild – Preeclampsia

1. รับไว้ในโรงพยาบาล
2. ชักประวัติเพิ่มเติม : Preeclampsia ในครรภ์ก่อน อาการที่อาจเกิดร่วม ได้แก่ ปวดศีรษะตามัว , จุกแน่นลิ้นปี่
3. ตรวจร่างกาย
4. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ : CBC , UA , BUN , Cr , Urine acid Liver enzymes (AST , ALT , Alkaline phosphatase)
5. Fetal surveillance : NST 20 นาที
6. พิจารณาการรักษาตามอายุครรภ์ขณะได้รับการวินิจฉัย

GA \geq 37 สัปดาห์

1. ทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง
2. Induction of labor กรณีที่มีสภาวะเหมาะสมและไม่มีข้อห้าม
3. การเฝ้าระวังมารดาและทารกก่อนการเจ็บครรภ์
 - Bed rest
 - BP + FHS ทุก 4 ชั่วโมง
 - Record Urine output / 24 hr.
 - สังเกตอาการปวดศีรษะตามัว จุกแน่นลิ้นปี่
 - Urine Albumin วันละ 1 ครั้ง

GA <37 สัปดาห์

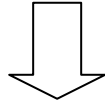
1. การเฝ้าระวังมารดาและทารกในห้องนอนโรงพยาบาล (ก่อนการเจ็บครรภ์)
 - Bed rest
 - BP + FHS ทุก 4 ชั่วโมง
 - Record urine output / 24 hr.
 - สังเกตอาการปวดศีรษะตามัวจุกแน่นลิ้นปี่
 - Urine albumin วันละครั้ง
2. ส่งตรวจ CBC , BUN , Cr , UA , Uric acid , Liver enzymed ทุกสัปดาห์
3. NST 2 ครั้ง /สัปดาห์
4. Ultrasound ติดตามการเจริญเติบโตของทารกทุก 2 สัปดาห์
5. ในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่มีอาการแสดงของ Severe preeclampsia สามารถกลับบ้านได้ และติดตามการรักษาทุก 1 สัปดาห์
6. ให้การดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่ง 37 สัปดาห์จึงให้คลอด
7. เฝ้าสังเกตอาการของ Severe preeclampsia ถ้าพบความผิดปกติเป็น Severe preeclampsia ให้การดูแลรักษาแบบ Severe preeclampsia

พิจารณา refer

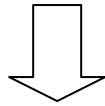
การดูแลสตรีที่มีภาวะ Mild preeclampsia ในระยะคลอด

1. Early ARM
2. ให้ยาแก้ปวดให้เพียงพอ
3. EFM (Electrical Fetal monitoring) ทุกราย
4. เฝ้าระวังสุขภาพมารดาและทารก
5. พิจารณา Refer ได้ตามความเหมาะสม

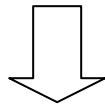
การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Severe Preeclampsia



- ซักประวัติ : Preeclampsia ในครรภ์ก่อน อาการที่อาจเกิดร่วมได้แก่ ปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่
- ตรวจร่างกาย : ตรวจร่างกายทั่วไป ฟังเสียงหัวใจทารก Liver enzymes (AST , ALT , Alkaline phosphatase)
- ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ : NST , Ultrasound
 - NST 20 นาที
 - Ultrasound : อายุครรภ์ , ส่วนนำของทารก , อื่น ๆ



- ให้ MgSO₄ เพื่อป้องกันการชัก
- พิจารณาให้ยาลดความดัน เมื่อ BP ≥ 160/110 mmHg
 - * Nicardipine 1-2 mg dilute iv



พิจารณา Refer

การดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Eclampsia
Generalize tonic-clonic seizure

1. การดูแลทั่วไป

- นอนราบศีรษะต่ำ , ตะแคงศีรษะไปด้านข้าง , Clear airway , ใต้ mouth gag ระวังกัดลิ้น
- ใ้ Oxygen , ใ้สารน้ำ
- Retain Foley cath , Record I/O
- ฟัง FHS , Record Neuro sign

2. ควบคุมการชัก

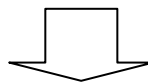
- กรณีผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับ MgSO₄ พิจารณาใ้ MgSO₄ 4 gm เข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ
- กรณีที่ผู้ป่วยชักขณะใ้ MgSO₄ ใ้ฉีด MgSO₄ อีก 2 gm เข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ

3. ควบคุมความดันโลหิต

พิจารณาใ้ยาลดความดัน เมื่อ BP \geq 160/110 mmHg.

: Nicardipine 1-2 mg dilute iv

4. หลังชักประเมินความรู้สึกตัว , ตรวจ Neuro sign , ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ , ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาหลังชัก



พิจารณา Refer

วิธีการให้ MgSO₄

1. วิธีของ Zuspan

- 10% MgSO₄ 4 กรัม IV push ซ้ำ ๆ ตามด้วย

MgSO₄ 1 gm / ชั่วโมง (50% MgSO₄ 10 gm + 5% / DW 1000 cc IV
100 cc / ชั่วโมง) จนครบ 24 ชั่วโมง

2. วิธีของ Parkland Hospital eclampsia regimen

- 10 % MgSO₄ 4 gm IV push ซ้ำ ๆ ตามด้วย

50% MgSO₄ 10 gm ฉีดเข้าสะโพกแบ่งฉีด 2 ข้าง หลังจากนั้นให้ MgSO₄ 5 gm
ฉีดเข้าสะโพกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง

การดูแลขณะได้รับ MgSO₄

1. ตรวจอัตราการหายใจ , Deep tendon reflexes และ Urine out put ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจ < 14 ครั้ง / นาที , Deep tendon reflexes หายไป หรือ Urine output < 30 cc / ชั่วโมง พิจารณาลดขนาดของยา MgSO₄
2. เตรียม Calcium gluconate 10 mg สำหรับฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ถ้ามีปัญหาการหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้นจาก MgSO₄

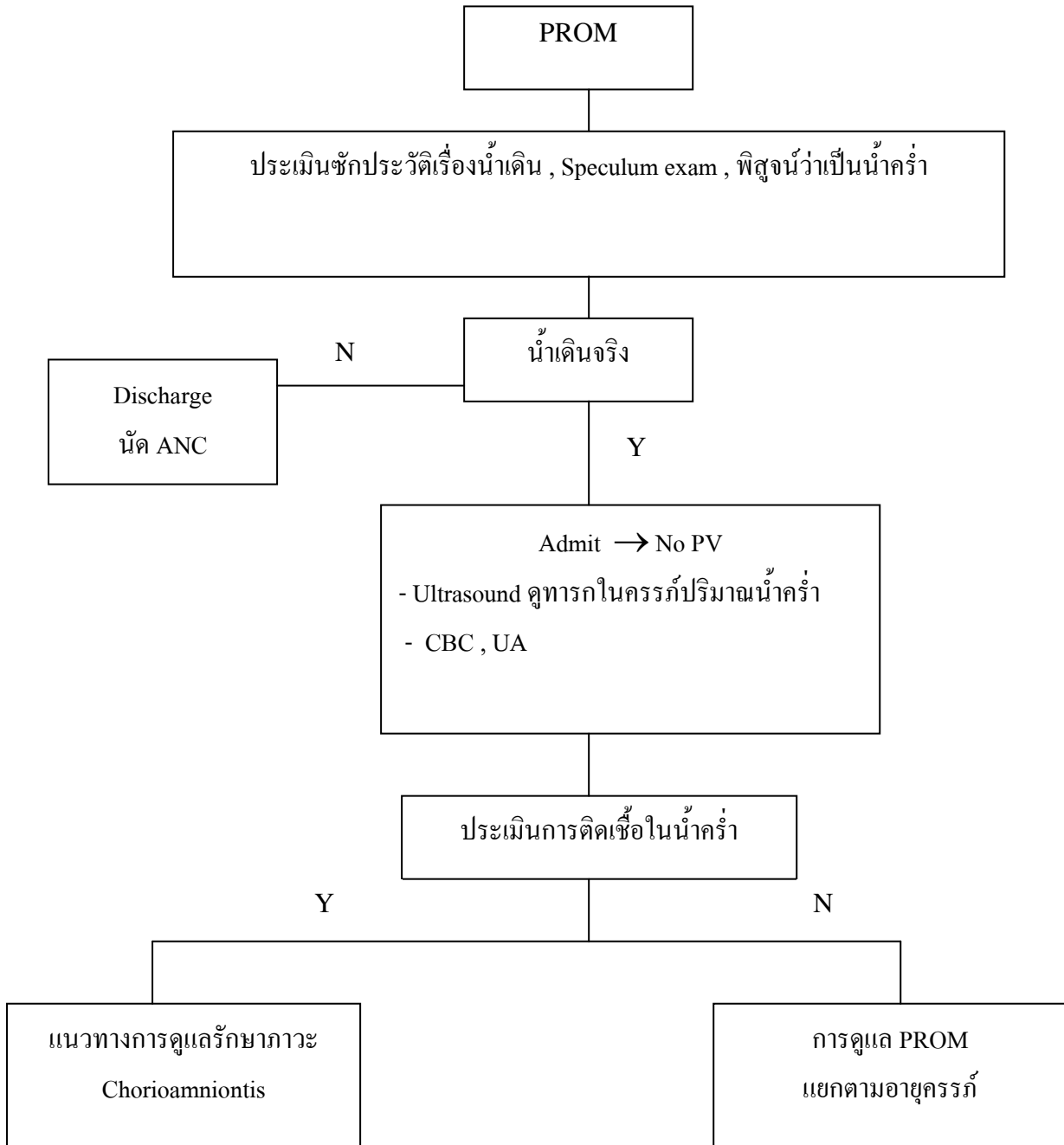
หมายเหตุ

- ขณะ Refer ให้ Off MgSO₄ ที่ให้ IV ก่อน
- เตรียม Calcium gluconate 10 gm พร้อมใช้ในขณะ Refer

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

PROM : (Premature nupture of the membranes)

- Preterm PROM : อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
- Term PROM : อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์



การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Chorioamnionitis



มักพบในกรณีที่น้ำเดินมานานร่วมกับ

- มารดามีไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียส
- มารดาและทารกในครรภ์มีชีพจรเต้นเร็ว
- กดเจ็บที่มดลูกและปวดท้อง
- น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็นหรือขุ่นเป็นหนอง

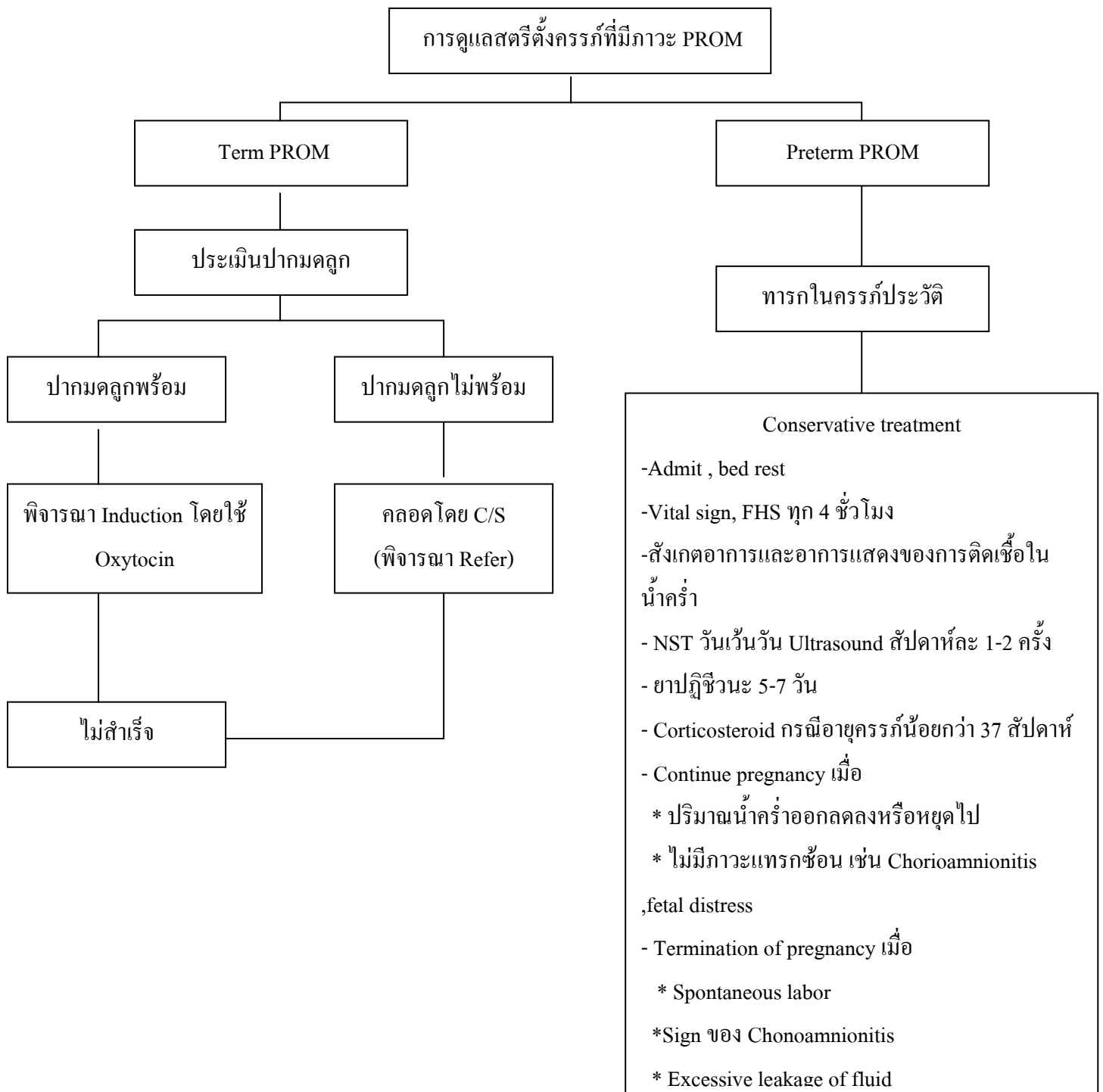


การรักษา

1. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ , CBC , UA , Hemoculture , cervical swab culture
2. ให้ยาปฏิชีวนะ
 - Ampicillin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง
 - Gentamicin 240 mg iv OD
 - Clindamycin 900 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง หรือ Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง



พิจารณา Refer



หมายเหตุ

2. หากระยะเวลาตั้งแต่ถุงน้ำคร่ำแตก จนถึงคลอดนานกว่า 18 ชั่วโมง หรือมีภาวะเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ group B Streptococcus ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ แบบป้องกันโดย
 - Ampicillin 2 กรัม IV ทันทีและ 1 กรัม IV ทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ
 - Penicillin G 5 ล้านยูนิต IV ทันที 2.5 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด
 - ถ้าแพ้ยา Penicillin พิจารณาให้ Clindamucin หรือ Erythromycin แทน
2. ยาปฏิชีวนะกรณี Conservative treatment
 - Ampicillin 2 gms IV q 6 hrs. + Erythromycin (500) 1*4 oral ac,hs * 2 วัน
 - Then Amoxy (500) 1* 4 oral pc + Erythromycin (500) 1*4 oral ac,hs * 5 วัน

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด

- การที่มีเลือดออกจากช่องคลอดตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้ 28 สัปดาห์ขึ้นไป
- ภาวะตกเลือดก่อนคลอดที่พบบ่อยเป็นอันตราย หรือเป็นอันตรายต่อมารดาและทารก ได้แก่ Placenta previa , Placental abruption , vasa previa มีแนวทางในการดูแลรักษาเบื้องต้น ดังนี้
 - ชักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมิน สภาวะของมารดาและทารก
 - งด PV จนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่า ไม่มี Placenta previa จาก Ultrasound
 - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำใช้เข็มเบอร์ 18
 - ส่งตรวจ CBC , จงเลือดถ้าสงสัย Placental abruption ส่ง coagulation profile
 - Ultrasound เพื่อวินิจฉัยภาวะ Placenta previa และประเมินสภาวะทารกในครรภ์ , Speulum exam และ PV ถ้าไม่มี Placenta previa
 - ตรวจวัด Electronic fetal heart rate monitoring
 - Refer โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

หมายเหตุ

- การรักษาที่จำเพาะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเลือดที่ออก , สาเหตุ , อายุครรภ์ สภาวะของมารดา และทารกในครรภ์

Service Profile

หน่วยงานห้องคลอด

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

จังหวัดน่าน ปี 2553

