

ผลงานCQI งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาโพธิ์

๑. ชื่อผลงาน: การลดอัตราการภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

๒. คำสำคัญ : ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)

๓. สรุปผลงานโดยย่อ: การปรับระบบการดูแลเพื่อลดอัตราการภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยการประเมินค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ การแก้ไขปัญหาในทุกระยะของการตั้งครรภ์ การคลอด การส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม และการนำนวัตกรรมมาใช้ให้ตรงตามบริบทสามารถลดอัตราการภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ ที่สำคัญ ทีมบุคลากร เครื่องมือจะต้องพร้อม

๔.ชื่อและที่อยู่องค์กร : โรงพยาบาลนาโพธิ์ ต.ศรีสว่าง อ.นาโพธิ์ จ.บุรีรัมย์ ๓๑๒๓๐

๕.สมาชิกทีม : ๑.นางดวงใจ ศิริเดชอุดม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้าทีม

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๖-๒๔๖๑๐๒๒ E - mail : tom.duangjai@hotmail.com

๒.นางจำปูน โพธิ์บัติ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สมาชิกทีม

๓.นางสุกัลยา พริ้วไธสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สมาชิกทีม

๔. นางไกรสร เลไธสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สมาชิกทีม

๕. นางสุพัตรา ศรีปัญญา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สมาชิกทีม

๖.นางบัวพันธ์ ศรีคุณ ตำแหน่ง พนักงานช่วยเหลือคนไข้ สมาชิกทีม

๗. นางสาวราภรณ์ พลแสน ตำแหน่ง พนักงานช่วยเหลือคนไข้ สมาชิกทีม

๖. เป้าหมาย : ๑. เพื่อลดภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน ๒๕ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ

๒.บุคลากรมีความรู้/ความสามารถในการดูแลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอดตามมาตรฐานวิชาชีพ

๓.มีแนวทางในการแก้ไขและป้องกันการเกิดภาวะBirth Asphyxia ที่ชัดเจน

๔.บุคลากรผู้เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ เรื่องการช่วยเหลือทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤติ

๗. ปัญหา/สาเหตุโดยย่อ

โรงพยาบาลนาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ให้การบริการคลอดปกติและดูแลทารกแรกเกิดในภาวะปกติ ไม่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์และไม่มี NICU อยู่ห่างจากโรงพยาบาลจังหวัด ๙๐ กิโลเมตร มีศักยภาพดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ Mild Birth Asphyxia กรณีมี Severe Birth Asphyxia ต้องส่งต่อ พบว่าในปี๒๕๕๗มีทารกแรกเกิด ๙๐ ราย มีทารกขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด ๑ คน คิดเป็นอัตรา ๑๑.๑๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ จากคลอดติดไหล่เป็น Severe Birth Asphyxia ทารกเสียชีวิตจากการทบทวนอุบัติการณ์พบเจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะในการประเมินขนาดทารกในครรภ์ การช่วยคลอดติดไหล่ จึงได้ปรับแนวทางแก้ไขโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การเตรียมเครื่องมือ การประเมินขนาดทารกในครรภ์โดยการวัด HF การช่วยคลอดติดไหล่ รวมถึงการช่วยคลอดทำกัน การดูแลทารก Birth Asphyxia

NCPR และทบทวนแนวทางการรายงานแพทย์เพื่อรับเด็ก ความรู้ แนวทางปฏิบัติในการดูแล รวมไปถึงการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๘. กิจกรรมการพัฒนา

การวางแผน(Plan)

๑. วิเคราะห์รูปแบบเดิมของการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหาจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข
๒. ทบทวนแนวทางปฏิบัติและให้มีการปฏิบัติตามการป้องกันภาวะขาดออกซิเจน นำข้อมูลวิชาการใหม่ๆ จากการฝึกอบรมหรือจากเอกสารวิชาการ นวัตกรรมใหม่มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล
๓. วางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
๔. ดำเนินการตามรูปแบบใหม่

ดำเนินการ(DO)

๑. ประสานงานฝากครรภ์ รมรงค์ให้ฝากครรภ์เร็ว ฝากครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ สอนนับลูกดิ้น มีการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงในหญิงที่มาฝากครรภ์ทุกราย ติดสติ๊กเกอร์ที่สมุดฝากครรภ์ เมื่อพบมีความเสี่ยงสูงให้ส่งพบแพทย์ทุกราย หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้พบแพทย์อย่างน้อย ๒ ครั้ง หญิงที่มา ANC ใน GA ๑๘- ๒๔ และ ๓๖ สัปดาห์ได้รับการ u/s ก่อนคลอดทุกรายถ้าพบผิดปกติ แพทย์ส่งต่อ รพศ. บุรีรัมย์

๒. **งานห้องคลอด** การดูแลในห้องคลอดเมื่อรับใหม่ - การประเมินคัดกรองความเสี่ยง จากสมุดฝากครรภ์ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย - ประเมินการคลอดไหลยาก ,เด็กอยู่ในท่าผิดปกติ - การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ , On EFM แรกรับทุกราย - รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

การดูแลระยะรอคลอด - ให้การดูแลตามมาตรฐาน การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงในเวชระเบียน การติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Parthograph ในการดูแลมารดารอคลอดทุกราย ถ้ามีภาวะผิดปกติให้รายงานแพทย์เวรทราบทันที และดำเนินการแก้ไข ถ้ามารดาได้รับยาเร่งคลอดใช้เครื่อง infusion กรณีเกิดภาวะ Fetal distress หรือเสี่ยงต่อการเกิดจะเตรียม IV fluid, on oxygen mask with bag ตามแพทย์ช่วยคลอด เมื่อพบภาวะเสี่ยง ตามแพทย์รับเด็กกรณีทารกมีโอกาสเกิด Birth Asphyxia เช่น ภาวะ Meconium Stained, ภาวะ fetal distress, และเตรียมความพร้อมของทีม เตรียมยา อุปกรณ์เครื่องมือเพื่อเตรียมพร้อมในการ Resuscitation ถ้าพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนอาจจะพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมในการดูแลมากกว่าโดยให้พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้นำส่ง

การดูแลระยะคลอด การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์, ยา, รถ Radiant warmer เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือคลอดอย่างถูกวิธี ถ้าครรภ์แรกให้เบ่งนานไม่เกิน๑ชั่วโมง และครรภ์หลังไม่เกิน๓๐นาที และมีภาวะแทรกซ้อน on O2mask c bag เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือคลอดอย่างถูกวิธี ตามแพทย์คนที่ ๒ และทีม CPR เด็ก เพื่อมารับเด็ก ประเมินAPGAR Score ทารก และการดูแลทารกแรกเกิดตามมาตรฐานภายใต้ Radiant warmer หลังให้การดูแลอาการทารกดีขึ้นให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ถ้า

จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ ให้นำทารกใส่ Transfer incubator ซึ่งพยาบาลห้องคลอดเป็นผู้นำส่ง

ทารกหลังคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน งานห้องคลอดส่งต่อข้อมูลการดูแลทารกที่มีภาวะ Birth Asphyxia ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

ประเมินผล(Check)

๑.เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติตามการดูแลดูแลเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด มีการติด EMF ในหญิงรอคลอดแรกรับ การใช้กราฟดูแลการคลอด ทุกราย

๒.ทบทวนอุบัติการณ์ประชุมหน่วยงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล สาเหตุของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

๓.มารดาที่ตั้งครรภ์เมื่อประเมินพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เช่น มารดา GDM ,Pre -eclampsia ,มารดาที่น้ำหนักตัวเยอะ การวัด HF เพื่อประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ว่า จะมีตัวโตเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ จะได้รับการส่งต่อที่โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ จากการติดตามผลการส่งต่อ จะพบว่ามารดาได้รับการผ่าตัดคลอด คิดเป็น ๘๐ % จากมารดาที่ส่งต่อทั้งหมด

การประเมินซ้ำและปรับปรุง (ACT)

งานห้องคลอดได้นำผลการดำเนินงานเรื่องการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจากการคลอดติดไหล่ ในปี ๒๕๕๗ จึงได้นำการวัด HF เพื่อประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์ของแพทย์เมื่อประเมินแล้วห้องมารดาโตก็จะค่อนข้างแม่นยำมาประกอบกัน ในปี๒๕๕๘-๒๕๖๑ ไม่มีทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน แต่ก็จะต้องพัฒนาการดูแลทารกเพื่อป้องกัน Birth Asphyxia ต่อไป

๙ .การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ		๘๙	๙๑	๗๗	๘๔	๖๐
อัตราทารก Birth Asphyxia ที่ ๑ นาที	< ๒๕:๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ	๑๑.๑๑(๑)	๐	๐	๐	๐
อัตราทารก Birth Asphyxia ที่ ๕ นาที	< ๑๒: ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ	๑๑.๑๑(๑)	๐	๐	๐	๐
อัตราการเกิด Severe Birth asphyxia	๐	๑๑.๑๑(๑)	๐	๐	๐	๐
อัตราทารกตาย จากภาวะ Birth asphyxia	๐	๑๑.๑๑(๑)	๐	๐	๐	๐

ในปี๒๕๕๘- ๒๕๖๑ ไม่มีทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน แต่ก็จะต้องพัฒนาการดูแลทารกเพื่อป้องกัน Birth Asphyxia ต่อไป

๑๐. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๑.พัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของพยาบาลห้องคลอดในการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Birth Asphyxia เช่น การช่วยคลอดท่าก้น การช่วยคลอดติดไหล่ CPR , NCPR โดยยอมรับในและนอกสถานที่ ทุกปี ครบ ๑๐๐%

๒. พัฒนาระบบเครือข่ายในการวางแผนพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการดูแล High risk pregnancy ของ คปสอ.

๑๐. บทเรียนที่ได้รับ

๑๐.๑ การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสามารถทำนายการเกิดอุบัติเหตุการณได้ด้วยการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่การฝากครรภ์ และแก้ไขตั้งแต่แรกๆ เช่น มารดา GDM Pre –eclampsia และการนำผลงานทางวิชาการที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Practice) มาใช้ในการดูแลผู้คลอด และมีแนวทางการดูแลและปฏิบัติตาม สามารถช่วยทารกไม่ให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

๑๐.๒ บุคลากรต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ทักษะ และมีการประเมิน Competency อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ต้องมีการทบทวนผลลัพธ์หรือภาวะไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติตามแนวทาง การนำความรู้ทางวิชาการใหม่ๆมาปรับปรุงแนวทางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามนิเทศผู้ปฏิบัติให้มีการนำมาใช้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

๑๑. การติดต่อกับทีมงาน :งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาโพธิ์ ต.ศรีสว่าง อ.นาโพธิ์ จ.บุรีรัมย์ ๓๑๒๓๐ โทร

๐๔๔-๖๒๙๓๒๗-๘ ต่อ ๑๑๙ E-mail: duangjai@hotmail.com

๑๒. เลือกประเภทของการส่งผลงาน : คลินิก