

คุณภาพการจัดบริการทางคลินิก (Clinical Tracer of Quality)

โรงพยาบาล/ส่วนราชการ	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
สาขา	สูติกรรม
ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สูติ-นรีเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)
วันที่	31 ธันวาคม 2550

1. บริบท

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 1 ท่าน ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในเขตความรับผิดชอบและผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นที่อยู่ในขีดความสามารถของกลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมสามารถทำได้ จากสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่ห้องคลอดเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นค่าเฉลี่ยประมาณ 1500 ราย/ปี และในปี พ.ศ.2547 พบมารดาเสียชีวิตสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด 1 ราย คณะกรรมการพัฒนาศูนย์บริการด้านสูติ-นรีเวชกรรม จึงได้เล็งเห็นความสำคัญจากการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว จึงได้นำปัญหามาทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจนถึงปัจจุบันยังไม่พบการเสียชีวิตของมารดาคลอดและในปี พ.ศ. 2549 พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอด จะต้องได้รับเลือดเท่ากับ 7:1,000 ราย โดยมักเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทำให้ต้องได้รับเลือดโดยไม่จำเป็น เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แพ้เลือดได้ ดังนั้นคณะกรรมการพัฒนาศูนย์บริการจึงได้ทบทวนปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดจนต้องได้รับเลือด และนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาคลอด

ปัจจัยการเกิดภาวะ Postpartum Hemorrhage ของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ปัจจัย	จำนวน (ปี 49 n = 15 ราย)
1. อายุ < 20, > 35 ปี	3 ราย (20%)
2. Gravida ≥ 2	11 ราย (73%)
3. Past history : PPH	0 ราย
4. Hct แรกรับ < 30%	5 ราย (34%)
5. วิธีการคลอด	
- Normal labor	9 ราย (60%)
- Operative vaginal delivery	4 ราย (26%)
- Cesarean section	2 ราย (14%)
6. Prolonged 2 ^o stage	1 ราย
7. Fetal birth weight > 4,000 gm	0 ราย
8. Uterine atony	8 ราย (48%)
9. Hematoma	1 ราย
10. ล้วงรก	1 ราย

2. ประเด็นสำคัญ

1. การเตรียมความพร้อมก่อนการคลอด
2. การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว และรักษาได้ทันเวลาที่

3. เครื่องชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. อัตราการพบ Hct < 30% แกรับที่ LR	< 2%
2. อัตราการให้สารน้ำอย่างน้อย 500 ml ก่อนคลอดในผู้ป่วย Hct < 30%	100%
3. อัตราการเกิด Uterine atony	< 1%
4. อัตราการให้ยาหดตัวของมดลูก (Oxytocin, Methergin, Naladol)	100%
5. อัตราการให้เลือดในภาวะ PPH	< 1%
6. อัตราการตัดมดลูกในภาวะ PPH	0

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 วิธีดำเนินการ

- จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุ ศึกษาผลงานวิจัยต่างๆ และหาวิธีการแก้ไข
- จัดทำแนวทางการดูแลมารดาคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
- สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและกำหนดให้ปฏิบัติตามแนวทาง
- ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง และวิเคราะห์สาเหตุในกรณีที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

4.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลผู้ป่วย

- การเตรียมความพร้อมก่อนการคลอดโดยเน้นการแก้ไขปัญหาภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ (ให้ Hct > 35% ก่อนคลอด)
- เพิ่มการให้สารน้ำ Crystalloids แบบ isotonic เช่น acetar 500 – 1,000 ml ก่อนคลอด (ในรายที่ไม่มีข้อจำกัดในการให้สารน้ำ)
- สูติแพทย์เน้นย้ำ และส่งเสริมให้ผู้ทำคลอดและพยาบาลหลังคลอดปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และเฝ้าระวัง, ประเมินอาการซ้ำอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

5. ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้ (ค.ล. 50 – ข.ล. 50)
1. อัตราการพบ Hct < 30% แกร็บที่ LR	< 2%	2.32
2. อัตราการให้สารน้ำอย่างน้อย 500 ml ก่อนคลอดในผู้ป่วย Hct < 30%	100%	100
3. อัตราการเกิด Uterine atony	< 1%	0.58
4. อัตราการให้ยาหดตัวของมดลูก (Oxytocin, Methergin, Naladol)	100%	100
5. อัตราการให้เลือดในภาวะ PPH	< 1%	0.19
6. อัตราการตัดมดลูกในภาวะ PPH	0	0

6. แผนการพัฒนาต่อไป

- การให้ความรู้แก่มารดาตลอดในเรื่อง การป้องกันการตกเลือด และการเตรียมความพร้อมไม่ให้มีภาวะช็อคก่อนการคลอด
- สูติแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาภาวะช็อคให้ได้ก่อนคลอด โดยจัดประชุมร่วมกันในสูติแพทย์