

ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา: การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก

Key word : ภาวะคลอดไหล่ยาก, คลอดไหล่ยาก

Author : นางสาวอทิติยา สุวรรณสาร

Department : ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมแพ

Purpose : เพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่ ลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียน และป้องกันการฟ้องร้องตามกฎหมาย

Key Process : ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ

Process เดิม : จากการทบทวนการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยากที่ผ่านมา เดิมไม่มีข้อบ่งชี้ (criteria) ที่ชัดเจนในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีมารดาคลอดที่มีทารกน้ำหนักตัวมาก แนวทางการปฏิบัติเดิมไม่มีความชัดเจน ดังนี้

1. เมื่อประเมินและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate fetal weight: EFW) มากกว่า 3,500 กรัม ไม่มีการ confirm อีกครั้งจากแพทย์
2. กรณีคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (EFW) มากกว่า 3,500 กรัม และมารดามีโรคร่วมเบาหวาน (GDM) เดิมพยาบาลทำคลอดทุกราย แต่ตามกฎหมายวิชาชีพอนุญาตให้พยาบาลสามารถดึงไหล่หรือทำคลอดไหล่เพียง 1 ครั้ง หากไม่สามารถคลอดได้ให้ติดตามแพทย์มาช่วยคลอด
3. กรณีคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (EFW) มากกว่า 3,500 กรัม และมารดามีโรคร่วมเบาหวาน (GDM) เดิมมีเกณฑ์ในการรายงานแพทย์ และมีเกณฑ์ในการติดตามแพทย์มาทำคลอดเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน แต่มีความล่าช้าในการจัดการดูแลผู้คลอด และพยาบาลผู้ทำคลอดเสี่ยงต่อการปฏิบัติที่ละเมิดต่อกฎหมายวิชาชีพ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะคลอดไหล่ยากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจากภาวะคลอดไหล่ยากส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดา ทารกแรกเกิด และครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงที

ภาวะคลอดไหล่ยาก หมายถึง การที่ศีรษะของทารกคลอดพ้นออกจากช่องคลอดแล้วแต่ไหล่ของทารกไม่คลอดตามออกมา นิยามที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะติดไหล่อาจนับที่ระยะเวลาคลอดศีรษะกับลำตัวห่างกันมากกว่า 60 วินาที (The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2016) หรือใช้นิยามในทางคลินิกคือ เมื่อการคลอดไหล่้นยากกว่าปกติจนต้องมีการใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น การให้มารดาเงยหน้าขึ้นเพื่อเปิดช่องเชิงกราน (McRoberts maneuver) การกดเหนือหัวเหน่า การหมุนไหล่ทารกไปในแนวเอียง การตัดฝีเย็บเพิ่มเติมหลังศีรษะคลอดแล้วและการคลอดไหล่หลัง เป็นต้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะคลอดติดไหล่ ร้อยละ 0.2-3 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด (Camune and Brucker, 2007 อ้างใน ศิริกนก กลั่นขจร, 2556: รุ่งฤดี จีระทรัพย์, 2560) ในประเทศไทย อุบัติการณ์ของการคลอดไหล่ยากนั้นพบประมาณร้อยละ 0.6-1.4 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด (พรณวรา ปิตรีกุล, 2558: ชยวัฒน์ ชาติหัตถการ, 2562) ข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีการคลอดไหล่ยาก ในปี 2553 -2557 จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด (ธัชจารีย์ พันธุ์ชาติ และวิทยา ธิฐาพันธ์, 2562: ชยวัฒน์ ชาติหัตถการ, 2562) และอุบัติการณ์การคลอดติด

ไหล ในโรงพยาบาลชุมชนแพ ปี 2560 - 2562 มีจำนวน 1,1 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด จากข้อมูลข้างต้นเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการคลอดติดไหล โดยการทบทวนในทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ส่วนใหญ่มีโรคร่วมจากภาวะ GDMA2 (Gestational diabetes Mellitus, GDM) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี บางรายดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m^2 ไม่ได้รับการยืนยันการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ร่วมจากแพทย์ ทารกแรกเกิดทุกรายมี BW > 3500 กรัม ทุกรายทำคลอดโดยพยาบาลไม่มีแพทย์อยู่ระหว่างการคลอด ส่วนการเกิดข้อร้องเรียนภายหลังเกิดภาวะคลอดติดไหลนั้น ไม่มีผู้รับบริการร้องเรียนความเสียหาย แต่ได้ดำเนินการชดเชยให้ผู้รับบริการได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จำนวน 2 ราย จึงไม่มีการฟ้องร้องตามกฎหมายตามมา

อย่างไรก็ตามการคลอดไหลยากก็ยังคงเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่แพทย์ทุกคนไม่อยากจะประสบเนื่องจากภาวะนี้สามารถทำให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อทั้งมารดาและทารก อาจมีความพิการเกิดขึ้น และเป็นภาวะที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดในผู้คลอดรายใด อีกทั้งเมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องรีบแก้ไขภายในระยะเวลาจำกัด (พรพรรณวา ปรีตรกุล, 2558) การคลอดไหลยากเป็นสิ่งที่ผู้ทำคลอดหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะบางครั้งไม่สามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้า เมื่อเกิดภาวะคลอดไหลยาก ผู้ทำคลอดส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้ทำคลอดต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีการฝึกซ้อมในการช่วยเหลือการคลอดเป็นประจำ

จากข้อแนะนำขององค์กรหลักทางสูติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetrics and Gynecology : ACOG) ยังไม่ได้แนะนำให้วางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทุกราย สำหรับทารกที่น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม โดยมารดาไม่ได้มีปัญหาเบาหวาน เนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่ได้มีประโยชน์ในการช่วยลดการคลอดไหลยากได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่กลับเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่จำเป็น และข้อแนะนำในปัจจุบันถือว่าการวางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจเป็นข้อพิจารณาได้ ในกรณีที่สงสัยภาวะ Macrosomia โดยถือเกณฑ์ที่น้ำหนักทารกมากกว่า 5,000 กรัม และ 4,500 กรัม ในมารดาที่ไม่เป็นเบาหวาน และ เป็นเบาหวาน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามอาจมีข้อสังเกตคือ ธรรมชาติของน้ำหนักทารกของ泰ยน่าจะน้อยกว่าทารกในซีกโลกตะวันตก แต่จากหลักฐานการศึกษาหรือข้อแนะนำของประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่ได้มีข้อสรุปไว้ชัดเจนว่าควรปรับเกณฑ์ของน้ำหนักทารกเพื่อนำมาใช้พิจารณาทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อป้องกันการคลอดไหลยากหรือไม่ (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2557) อย่างไรก็ตามการช่วยคลอดไหลยากนั้น มีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารกได้ประมาณร้อยละ 25 โดยการบาดเจ็บที่พบบ่อยได้แก่ เส้นประสาทแขนขาบาดเจ็บในทารกแรกเกิด (Neonatal Brachial Plexus Injury : NBPI) กระดูกไหปลาร้าหัก และกระดูกต้นแขนหัก ซึ่ง NBPI นั้นนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของการคลอดไหลยากและมักนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมาย

ดังนั้นผู้เขียนจึงขอเสนอการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหลยาก เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลจัดการในระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่เหมาะสม เพื่อจะได้แก้ปัญหาเมื่อมีภาวะไหลยากเกิดขึ้นได้ทันที่ รวมถึงการบันทึกเวชระเบียนหลังการคลอดไหลยากให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ปัญหาที่พบ : ไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะคลอดไหลยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้มากกว่า 3,500 กรัม ไม่ได้รับการยืนยันการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ร่วมจากแพทย์ ทุกรายทำคลอดโดยพยาบาลและไม่มีแพทย์อยู่ระหว่างการคลอด ภายหลังคลอดติดไหลทารกมีภาวะ NBPI ไม่เกิดข้อร้องเรียนภายหลัง แต่ได้ดำเนินการชดเชยให้ผู้รับบริการได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จำนวน 2 ราย

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะคลอดใหล่ยาก รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดใหล่ยาก ต่อมารดาและทารก
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดใหล่ยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อป้องกันการเกิดข้อร้องเรียน ป้องกันการนำไปสู่การฟ้องร้องตามกฎหมาย

Process ใหม่ : มีการจัดทำ KM เพื่อสร้างแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดใหล่ยาก การดำเนินงานใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model (Titler et al., 2001 อ้างใน ปทุมมา กังวานตระกูล และ อ้อยอิน อินยาศรี, 2560) นำมาประยุกต์ และแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนในการเตรียมการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดใหล่ยาก	
กิจกรรมที่ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ	ศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงที่มีภาวะคลอดใหล่ยาก การกำหนดประเด็นปัญหาจากการทบทวน อุบัติการณ์ และเวชระเบียน
กิจกรรมที่ 2) การประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ต่อบุคลากรในทีม	ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงาน การสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ โอกาส ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเดิม
กิจกรรมที่ 3) การร่วมประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดใหล่ยาก	การประชุมร่วมกับทีมพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนา และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดใหล่ยากตามข้อเสนอแนะของทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ เมื่อที่ประชุมเพื่อพิจารณาเห็นชอบ นำไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน
ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนในการนำแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดใหล่ยากไปปฏิบัติจริง	
แผนกฝากครรภ์	
ด้านกระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการนัดฝากครรภ์ตามมาตรฐาน - มีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดใหล่ยาก ประกอบด้วยข้อมูลที่ต้องประเมินดังนี้ (ศิริกนก กลั่นขจร, 2556) <ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติการคลอดใหล่ยาก และทารกมีขนาดใหญ่ในครรภ์ก่อน มีรายงานการเกิดภาวะคลอดใหล่ยากซ้ำร้อยละ 1.1-16.7 2. ประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม 3. มารดาสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 เซนติเมตร 4. มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ทุกชนิด ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีลักษณะใหล่กว้าง ช่วงอกใหญ่กว่าศีรษะ ทำให้เกิดภาวะคลอดใหล่ยากมากกว่าปกติ 5. น้ำหนักมารดาขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 20 กิโลกรัม หรือมีน้ำหนักตัวมากกว่า 110 กิโลกรัม ร่วมกับดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m² ซึ่งอาจส่งผลให้ทารกแรกเกิดในครรภ์มีขนาดใหญ่ (Fetal macrosomia)

การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา
	<p>6. ตรวจครรภ์พบระดับยอดมดลูกระดับ 4/4 >๑ และคาดคะเนน้ำหนักทารกมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม (ในทางปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมแพแนะนำ 3,500 กรัม)</p> <p>7. ผลคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม (ในทางปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมแพแนะนำ 3,500 กรัม)</p> <p>- เมื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดไหล่ยากได้ 1 ข้อ ให้ปรึกษาแพทย์</p>
ด้านบุคลากร	บุคลากรมีความรู้เพียงพอในการให้การดูแลรักษาและหญิงตั้งครรภ์ได้เข้าพบแพทย์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ	มีการลงบันทึกเวชระเบียนและรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะผิดปกติที่ตรวจพบอย่างครบถ้วน เพื่อการสื่อสารในทีมให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์
ห้องคลอด	
ด้านกระบวนการ ในระยะคลอด <u>การปฏิบัติลำดับที่ 1</u>	<p>1. การพยาบาลารับ ประเมินผู้คลอด ด้วยการตรวจครรภ์ ตรวจประเมินลักษณะเชิงกราน และช่องทางคลอด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ความเสี่ยง แนวทางการรักษาพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด พร้อมให้ผู้คลอดและครอบครัวลงชื่อรับทราบข้อมูลดังกล่าว</p> <p>2. การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดไหล่ยาก ประกอบด้วยข้อมูลที่ต้องประเมิน ดังนี้ (ศิริกนก กลั่นขจร, 2556)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการชักนำการคลอด 2. Prolonged first stage of labor 3. Prolonged second stage of labor 4. failure of descent of head 5. การคลอดเร็วเกินไป มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก เนื่องจากกลไกการหมุนของไหล่ภายในที่ระดับ Pelvic brim เพื่อให้ไหล่อยู่ในแนวหน้า – หลังของทางออกช่องเชิงกรานยังไม่เกิดขึ้น 6. ผู้คลอดที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ หรือคีม เนื่องจากระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน เป็นสัญญาณของการคลอดยากหรือการผิดสัดส่วนระหว่างทารกแรกเกิดกับช่องเชิงกราน <p>- เมื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดไหล่ยากได้ 1 ข้อ ให้ปรึกษาแพทย์</p>
<u>การปฏิบัติลำดับที่ 2</u>	<p>- เมื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดไหล่ยากได้ 1 ข้อ ให้ปรึกษาแพทย์</p> <p>- การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ด้วยกราฟความก้าวหน้าของการคลอด (Partograph) พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการรักษาพยาบาลให้ผู้คลอด และครอบครัวทราบเป็นระยะๆ</p> <p>- มีการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อการคลอดที่ปลอดภัย (บันทึกข้อความเลขที่ ขก.0032.301.2/210) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้</p>

การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา
	<ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อประเมินและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate fetal weight: EFW) มากกว่า 3500 กรัม ให้มีการตรวจอัลตราซาวด์โดยสูติแพทย์ยืนยันอีกครั้งทุกราย และถ้ามีการคลอดทางช่องคลอดโดยพยาบาล ต้องมีแพทย์อยู่ขณะทำคลอด 2. เมื่อประเมินและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate fetal weight: EFW) มากกว่า 3500 กรัม และมารดามีโรคร่วมเบาหวานหรือโรคร่วมอื่น ถ้ามีการคลอดทางช่องคลอดโดยพยาบาล ต้องมีแพทย์อยู่ขณะทำคลอด 3. กรณีที่ตรวจยืนยันน้ำหนักทารก มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม ควรทำการคลอดโดยแพทย์ทุกราย โดยได้รับคำปรึกษาจากสูติแพทย์เวร ในวันที่ไม่มีสูติแพทย์อยู่เวร อาจพิจารณาส่งต่อผู้คลอด 4. ในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดติดขัด พยาบาลจะรายงานแพทย์ทุกครั้งก่อนย้ายผู้คลอดไปทำคลอด 5. กรณีที่ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อน Severe PIH ให้แพทย์ทำ Shortened 2nd stage of labour ในวันที่ไม่มีสูติแพทย์อยู่เวร อาจพิจารณาส่งต่อผู้คลอด
<p><u>การปฏิบัติลำดับที่ 3</u></p>	<p>- ระยะเวลาคลอด เมื่อประเมินได้ว่าโอกาสเกิดภาวะคลอดติดไหล่ เทคนิคสำหรับพยาบาลในการจัดการ The HELPER mnemonic (AAFP, 2004 อ้างใน ศิริกนก กลั่นขจร, 2556) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้</p> <p>H = Call for Help ควรขอความช่วยเหลือ โดยการตามทีมแพทย์ พยาบาล แต่ก่อนที่จะมีการตามทีม พยาบาลควรตั้งสติให้ดีอย่าตกใจ เพราะพยาบาลที่ตื่นตกใจเกินเหตุมักพยายามทำคลอดไหล่ ด้วยการดึงศีรษะทารกแรกเกิดแรงเกินไป (ประนอม บุพศิริ, 2554: ชยวัฒน์ ชาติหัตถการ, 2562) ทำให้เกิดอันตรายได้เช่น Brachial plexus</p> <p style="padding-left: 40px;">: ในทางปฏิบัติมีการเตรียมบุคลากรในทีมก่อนย้ายผู้คลอดไปทำคลอด</p> <p>E = Evaluation for Episiotomy การพิจารณาตัดฝีเย็บ ควรทำเมื่อมีความจำเป็นต้องทำหัตถการในการช่วยคลอด หากเป็นการตัดฝีเย็บเพียงเพื่อช่วยคลอด มักไม่ได้ผล เพราะสาเหตุภาวะคลอดติดไหล่ส่วนใหญ่มักเกิดจากช่องทางคลอดส่วนที่เป็นกระดูก (bony pelvis) ไม่ใช่ช่องทางคลอดอ่อน (soft tissue)(Ansell et al., 2011 อ้างใน ศิริกนก กลั่นขจร, 2556) ดังนั้นการตัดสินใจจะตัดฝีเย็บเพิ่มเติมหรือไม่นั้น ควรพิจารณาจากลักษณะของทารกแรกเกิด ความยืดหยุ่นของช่องทางคลอด และหัตถการหรือเทคนิคการช่วยเหลือในขั้นตอนต่อไป ว่าจำเป็นต้องขยายช่องทางคลอดอ่อนเพิ่มเติมหรือไม่ โดยส่วนใหญ่มักตัดฝีเย็บเพิ่มเพื่อให้สะดวกสำหรับแพทย์ และพยาบาลในการทำหัตถการช่วยคลอด</p> <p>- หลังศีรษะโผล่พ้นช่องคลอด และประเมินได้ว่าโอกาสเกิดภาวะคลอดติดไหล่</p> <p>L = Legs การช่วยเหลือขึ้นต้นด้วยวิธี McRoberts (McRoberts maneuver) โดยการให้ผู้คลอดใช้มือจับบริเวณใต้ข้อพับเข่า แล้วดึงขาเข้ามาให้ชิดหน้าท้องให้มาก</p>

การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา
	<p>ที่สุด พร้อมกับเบ่งลมเต็มทีในขณะที่มดลูกหดรัดตัว ขณะเดียวกันพยาบาลดึงศีรษะทารกแรกเกิดลงข้างล่าง ไหล่หน้าจะคลอດออกมาได้เนื่องจากกระดูกสันหลังส่วนเอว และ lumbosacrum spine เหยียดตรงขึ้น และกระดูกหัวเหน่าถูกยกให้สูงขึ้น ทำให้ไหล่หลังเคลื่อนเข้าช่องเชิงกรานได้ง่ายขึ้น เพราะจะหลุดจาก sacrum และ promontory of sacrum ที่ไหล่หลังติดขวางอยู่ ขณะเดียวกันไหล่หน้าที่ติดอยู่ที่กระดูกหัวเหน่าจะลอดผ่านใต้กระดูก หัวเหน่าออกมาได้ (Camune and Brucker, 2007 อ้างใน ศิริกนก กลั่นขจร, 2556) หัตถการนี้พยาบาลสามารถทำได้ทันทีโดยไม่ต้องรอผู้ช่วย</p>
<p><u>การปฏิบัติลำดับที่ 4</u></p>	<p>- หลังศีรษะโผล่พ้นช่องคลอด และประเมินได้ว่าโอกาสเกิดภาวะคลอດติดไหล่ P = Pressure ถ้าใช้ McRoberts maneuverแล้วยังไม่ได้ผล จะใช้วิธีการกดหัวเหน่า (Suprapubiccompression หรือ Suprapubic pressure) ร่วมด้วย โดยมีผู้ช่วย 1 คนใช้มือวางบริเวณเหนือหัวเหน่าตรงไหล่หน้าแล้วกดลงไปทางด้านหลังและลงข้างล่าง พร้อมกับผู้ทำคลอດดึงศีรษะทารกแรกเกิดลงข้างล่างจะช่วยให้ไหล่หน้าผ่านใต้กระดูกหัวเหน่าออกมาได้ (Camune and Brucker, 2007 อ้างใน ศิริกนก กลั่นขจร, 2556) เทคนิคการกด อย่าดันไปทางด้านหน้าเด็ดขาด เพราะไม่ช่วยให้ไหล่หน้าผ่านกระดูกหัวเหน่าออกมาได้ และไม่จำเป็นต้องออกแรงกดมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดการ ฉีกขาดของช่องทางคลอดได้ อีกทั้งควรกดพร้อมกับให้มารดาออกแรงเบ่ง (ถ้ามารดายังสามารถให้ความร่วมมือได้) และไม่จำเป็นต้องรอให้มีการหดรัดตัวของมดลูก</p>
<p><u>การปฏิบัติลำดับที่ 5</u></p>	<p>- หลังศีรษะโผล่พ้นช่องคลอด และใช้เทคนิคเบื้องต้นแล้ว ยังประเมินได้ว่าโอกาสเกิดภาวะคลอດติดไหล่ ให้แพทย์ทำการช่วยคลอດ ในลำดับต่อไปดังนี้</p> <p>E = Enter การทำหัตถการหมุนไหล่ภายในประกอบด้วย Rubin maneuver และ Wood screw maneuver เพื่อผลักไหล่ของทารกแรกเกิดให้อยู่ในแนวเฉียงที่มีขนาดใหญ่ของกระดูกเชิงกราน (pelvic) และใต้กระดูกหัวเหน่า (symphysis pubis) (ประนอม บุพศิริ, 2554: ชยวัฒน์ ชาติหัตถการ, 2562) ซึ่งแต่ละวิธีมีขั้นตอนดังนี้</p> <p>Rubin maneuver คือการใช้นิ้วมือข้างที่ถนัดสอดไปด้านหลังไหล่หน้าของทารกแรกเกิด และผลักไหล่ไปทางด้านหน้า ทารกแรกเกิดจะอยู่ในแนวเฉียงสามารถคลอດออกมาได้</p> <p>Wood screw maneuver วิธีนี้จะใช้เมื่อทำด้วยวิธี Rubin ไม่สำเร็จ โดยการสอดนิ้วมืออีกข้างไปทางด้านหน้าของไหล่หลังของทารกแรกเกิด แล้วผลักไหล่หน้าของทารกแรกเกิดไปทางด้านหน้า และผลักไหล่หลังไปทางด้านหลัง เพื่อให้ทารกแรกเกิดอยู่ในแนวเฉียง</p> <p>R = Removal of the Posterior Arm หากยังไม่สำเร็จ จะใช้วิธีการทำคลอດไหล่หลังก่อน ส่วนมากแขนของทารกแรกเกิดมักอยู่ทางด้านข้าง หรือตามขวางของหน้าอก โดยผู้ทำคลอດสอดนิ้วมือไปในช่องทางคลอดตำแหน่งที่ 6 นาฬิกา (Camune and Brucker, 2007 อ้างใน ศิริกนก กลั่นขจร, 2556) แล้วกดบริเวณ</p>

การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา
	<p>ข้อศอกของแขนหลังงอข้อศอก แล้วจับข้อมือของทารกแรกเกิดดึงออกมาผ่านทางหน้าอกในแนวเฉียง เพื่อให้ไหล่หลังของทารกแรกเกิดหมุน แล้วดึงแขนออกมานอกช่องทางคลอดไหล่หลังก็จะคลอดออกมา</p> <p>R = Roll การหมุนเปลี่ยนท่าของผู้คลอด ใช้ในกรณีที่ท่าหลายวิธีแล้วยังไม่สำเร็จและผู้คลอดสามารถให้ความร่วมมือได้ (ประนอม บุพศิริ, 2554: ชยวัฒน์ ผาติหัตถการ, 2562) คือ All-fours position (Gaskin maneuver) โดยการจัดท่าผู้คลอดเอามือทั้ง 2 ข้างยันพื้น และคุกเข่าทั้ง 2 ข้าง ทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของไหล่หลัง และให้ผู้คลอดเบ่งคลอด พร้อมกับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกแรกเกิดลงด้านล่าง ทำคลอดไหล่หลังก่อน วิธีนี้ช่วยให้ภาวะคลอดไหล่ยากสำเร็จเพิ่มขึ้นร้อยละ 83</p>
<p>ด้านกระบวนการ ในระยะหลังคลอด <u>การปฏิบัติลำดับที่ 1</u></p>	<p>ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดด้านมารดา</p> <p>ด้านร่างกาย สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุด คือภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกอ่อนล้า และการหดตัวของมดลูกไม่ดี จากระยะเวลาการคลอดยาวนาน และหัตถการต่างๆ เพิ่มโอกาสของการติดเชื้อที่โพรงมดลูก ช่องทางคลอด และแผลฝีเย็บฉีกขาดมากขึ้น และบันทึกสภาพทางร่างกาย สัญญาณชีพประเมินการหดตัวของมดลูก ระดับยอedmดลูก ภาวะปัสสาวะ เลือดที่ออกจากโพรงมดลูก แผลฝีเย็บและช่องทางคลอด</p> <p>ด้านจิตใจ สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึง คือสภาพจิตใจของมารดาและครอบครัว พยาบาลควรอธิบายอาการปัจจุบันแนวทางการพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดา และทารกแรกเกิด รวมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยพยาบาลควรให้กำลังใจ ชมเชยและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในระยะหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิดให้กับมารดาหลังคลอด และครอบครัว</p> <p>ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดด้านทารก</p> <p>ทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดมักมีภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการคลอดพยาบาลควรเฝ้าระวังประเมินสีผิว การหายใจ และการร้องตั้งแต่แรกคลอด ไม่ต้องรอให้ครบ 1 นาที เพราะหากรอประเมิน Apgar score ทารกแรกเกิดอาจเสียชีวิตได้ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทันที และเมื่อทารกแรกเกิดมีสภาวะคงที่ ควรตรวจร่างกายทารกแรกเกิดอย่างคร่าวๆ ว่ามีส่วนใดบาดเจ็บหรือไม่โดยเฉพาะบริเวณไหล่ จากนั้นควรย้ายทารกแรกเกิดไปแผนกทารกแรกเกิด เพื่อตรวจร่างกายอย่างละเอียด และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจน การติดเชื้อ และการบาดเจ็บจากการคลอดที่สำคัญพยาบาลควรเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย</p>

การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา
<p><u>การปฏิบัติลำดับที่ 2</u></p>	<p>- ภายหลังจากเสร็จสิ้นการช่วยคลอด ควรบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนี้</p> <p>การบันทึกเวชระเบียน หลังเกิดการคลอดไหล่ยากนั้นควรบันทึกอย่างละเอียด ข้อมูลปัจจุบันบ่งบอกว่าส่วนใหญ่แล้วการบันทึกเวชระเบียนหลังการคลอดไหล่ยากนั้นมักไม่สมบูรณ์ การมีแบบฟอร์มของโรงพยาบาลสำหรับบันทึกเหตุการณ์การคลอดไหล่ยากนั้นช่วยทำให้เวชระเบียนสมบูรณ์และสามารถใช้เป็นหลักฐานเมื่อมีการฟ้องร้องเกิดขึ้นได้ข้อมูลสำคัญที่ควรบันทึก (พรรณวรา ปริตรกุล, 2558) ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์และพยาบาลทั้งหมดในทีมรักษา พร้อมทั้งเวลาที่มาถึง - หัตถการต่างๆ ที่ใช้ในการช่วยคลอด เรียงตามลำดับเวลา และระบุผู้ทำการทำ suprapubic pressure ให้ระบุด้วยว่าขึ้นกดทางด้านซ้ายหรือขวาของมารดา - ระบุแนวที่ใช้ในการดึงศีรษะทารก (routine axial as in normal delivery หรือ ถ้าดึงแรงกว่านั้นให้ระบุสาเหตุ) - เวลาที่ศีรษะคลอด จนถึงช่วยคลอดลำตัวทารกออกมาได้ (head to body delivery interval) - ระบุท่าของทารกขณะติดไหล่ ว่าไหล่ที่อยู่ด้านหน้าของมารดานั้นเป็นไหล่ซ้ายหรือไหล่ขวาเนื่องจากในกรณี NBPI เกิดใน posterior shoulder อาจมีความเป็นไปได้ว่าการบาดเจ็บไม่ได้เกิดจากแรงดึงของแพทย์ - น้ำหนักทารกแรกคลอด APGAR score และบันทึกด้วยว่าแขนขาทารกขยับปกติหรือไม่สงสัยภาวะกระดูก clavicle / humerus หักหรือไม่ - มีการตามกุมารแพทย์ หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยดูแลทารกหรือไม่
<p><u>การปฏิบัติลำดับที่ 3</u></p>	<p>- การติดตามเยี่ยมหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อมาร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทารกที่มีภาวะ Birth injury ได้แก่ NICU, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, เวชศาสตร์ฟื้นฟู และโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในเครือข่าย</p>
<p>NICU</p>	
<p>ด้านกระบวนการ</p>	<p>ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขน (Brachial plexus injury) ตามระบบ โดยใช้หลักวิชาการที่มีความทันสมัยเป็นไปตามมาตรฐานในการดูแลในทารกแรกเกิด</p>
<p>ด้านบุคลากร</p>	<p>บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลเฉพาะสาขาและการดูแลต่อเนื่อง มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะด้าน</p>
<p>ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ</p>	<p>มีการปรึกษาเพิ่มเติมและประสานงานรับ-ส่งต่อข้อมูลในการรักษา ระหว่าง ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อการดูแลต่อเนื่องร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ</p>

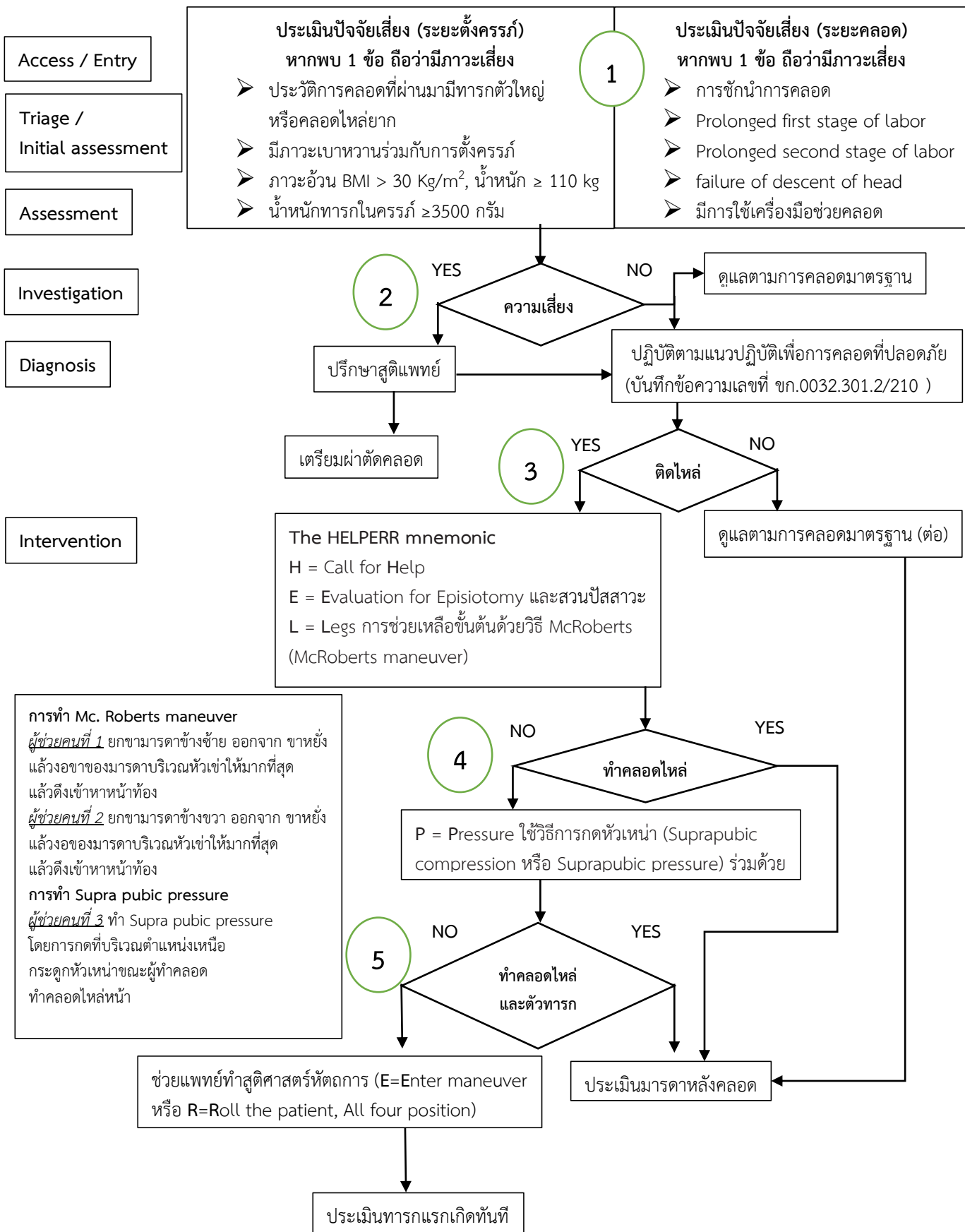
การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	
ด้านกระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> -ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขน (Brachial plexus injury) ตามระบบ โดยใช้หลักวิชาการที่มีความทันสมัยเป็นไปตามมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิด -มีการนัดตรวจติดตามอาการเป็นระยะจนกว่าอาการผิดปกตินั้นดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางการแพทย์ -วางแผนการรักษาต่อเนื่องโดยส่งตัวทารกไปพบแพทย์เฉพาะสาขาเพื่อติดตามภาวะผิดปกติที่โรงพยาบาลขอนแก่น -ญาติมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาตรวจตามนัด
ด้านบุคลากร	บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลเฉพาะสาขาและการดูแลต่อเนื่อง มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะด้าน
ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับการส่งต่อข้อมูลและประสานงานเพื่อการดูแลเฉพาะทางในทารกแรกเกิดจาก NICU และร่วมกันให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบในทีมสหสาขาวิชาชีพ -พบแพทย์เฉพาะสาขาทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด -หากไปตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลขอนแก่น ทำเรื่องขออนุมัติรับ-ส่งญาติเพื่อนำทารกไปตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	
ด้านกระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> -ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขน (Brachial plexus injury) ตามระบบ โดยใช้หลักวิชาการที่มีความทันสมัยเป็นไปตามมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิด -มีการนัดตรวจติดตามอาการเป็นระยะจนกว่าอาการผิดปกตินั้นดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางการแพทย์ -วางแผนการรักษาต่อเนื่องโดยส่งตัวทารกไปพบแพทย์เฉพาะสาขาเพื่อติดตามภาวะผิดปกติที่โรงพยาบาลขอนแก่น -ญาติมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาตรวจตามนัดต้องการให้ทางโรงพยาบาลชุมแพช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่าย
ด้านบุคลากร	บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลเฉพาะสาขาและการดูแลต่อเนื่อง มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะด้าน
ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับการส่งต่อข้อมูลและประสานงานเพื่อการดูแลเฉพาะทางในทารกแรกเกิดจาก NICU และร่วมกันให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบในทีมสหสาขาวิชาชีพ -พบแพทย์เฉพาะสาขาทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด
โรงพยาบาลและ รพ.สต. ในเครือข่าย	
ด้านกระบวนการ	-มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินอาการเป็นระยะจนกว่าอาการผิดปกตินั้นดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางการแพทย์
ด้านบุคลากร	-บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลต่อเนื่อง มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

การดำเนินงาน	กิจกรรมการพัฒนา																																	
ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ	ได้รับการส่งต่อข้อมูลและประสานงานจากโรงพยาบาลชุมแพ เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขน (Brachial plexus injury) และร่วมกันให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบในทีมสหสาขาวิชาชีพ																																	
ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนในการประเมินผลลัพธ์ภายหลังจากการใช้แนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก																																		
<p>Performance</p> <table border="1" data-bbox="292 584 1458 1178"> <thead> <tr> <th data-bbox="292 584 1070 685" rowspan="2">รายการที่ประเมิน</th> <th colspan="2" data-bbox="1070 584 1458 633">เดือน ต.ค. ปี 62 - ม.ค. ปี 63</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1070 633 1246 685">จำนวน</th> <th data-bbox="1246 633 1458 685">ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="292 685 1070 734">จำนวนผู้รับบริการคลอดทั้งหมด</td> <td data-bbox="1070 685 1246 734">570</td> <td data-bbox="1246 685 1458 734">100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 734 1070 784">จำนวนผู้คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด</td> <td data-bbox="1070 734 1246 784">381</td> <td data-bbox="1246 734 1458 784">66.8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 784 1070 884">ทารกแรกเกิด BW > 3500 gm. ที่ได้รับการประเมินการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ร่วมจากแพทย์</td> <td data-bbox="1070 784 1246 884">61</td> <td data-bbox="1246 784 1458 884">16.01</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 884 1070 934">ทารกแรกเกิดจากมารดา GDM BW > 3500 gm.</td> <td data-bbox="1070 884 1246 934">8</td> <td data-bbox="1246 884 1458 934">2.09</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 934 1070 983">ทารกแรกเกิดคลอดไหล่ยาก แต่ใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที</td> <td data-bbox="1070 934 1246 983">8</td> <td data-bbox="1246 934 1458 983">2.09</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 983 1070 1032">ทารกแรกเกิดคลอดติดไหล่ นาน 1 นาที ขึ้นไป</td> <td data-bbox="1070 983 1246 1032">0</td> <td data-bbox="1246 983 1458 1032">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 1032 1070 1081">ทารก Fracture clavicle</td> <td data-bbox="1070 1032 1246 1081">0</td> <td data-bbox="1246 1032 1458 1081">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 1081 1070 1131">จำนวนของการเกิดข้อร้องเรียน</td> <td data-bbox="1070 1081 1246 1131">0</td> <td data-bbox="1246 1081 1458 1131">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="292 1131 1070 1180">จำนวนของการเกิดการฟ้องร้องตามกฎหมาย</td> <td data-bbox="1070 1131 1246 1180">0</td> <td data-bbox="1246 1131 1458 1180">0</td> </tr> </tbody> </table>			รายการที่ประเมิน	เดือน ต.ค. ปี 62 - ม.ค. ปี 63		จำนวน	ร้อยละ	จำนวนผู้รับบริการคลอดทั้งหมด	570	100	จำนวนผู้คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด	381	66.8	ทารกแรกเกิด BW > 3500 gm. ที่ได้รับการประเมินการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ร่วมจากแพทย์	61	16.01	ทารกแรกเกิดจากมารดา GDM BW > 3500 gm.	8	2.09	ทารกแรกเกิดคลอดไหล่ยาก แต่ใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที	8	2.09	ทารกแรกเกิดคลอดติดไหล่ นาน 1 นาที ขึ้นไป	0	0	ทารก Fracture clavicle	0	0	จำนวนของการเกิดข้อร้องเรียน	0	0	จำนวนของการเกิดการฟ้องร้องตามกฎหมาย	0	0
รายการที่ประเมิน	เดือน ต.ค. ปี 62 - ม.ค. ปี 63																																	
	จำนวน	ร้อยละ																																
จำนวนผู้รับบริการคลอดทั้งหมด	570	100																																
จำนวนผู้คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด	381	66.8																																
ทารกแรกเกิด BW > 3500 gm. ที่ได้รับการประเมินการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ร่วมจากแพทย์	61	16.01																																
ทารกแรกเกิดจากมารดา GDM BW > 3500 gm.	8	2.09																																
ทารกแรกเกิดคลอดไหล่ยาก แต่ใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที	8	2.09																																
ทารกแรกเกิดคลอดติดไหล่ นาน 1 นาที ขึ้นไป	0	0																																
ทารก Fracture clavicle	0	0																																
จำนวนของการเกิดข้อร้องเรียน	0	0																																
จำนวนของการเกิดการฟ้องร้องตามกฎหมาย	0	0																																

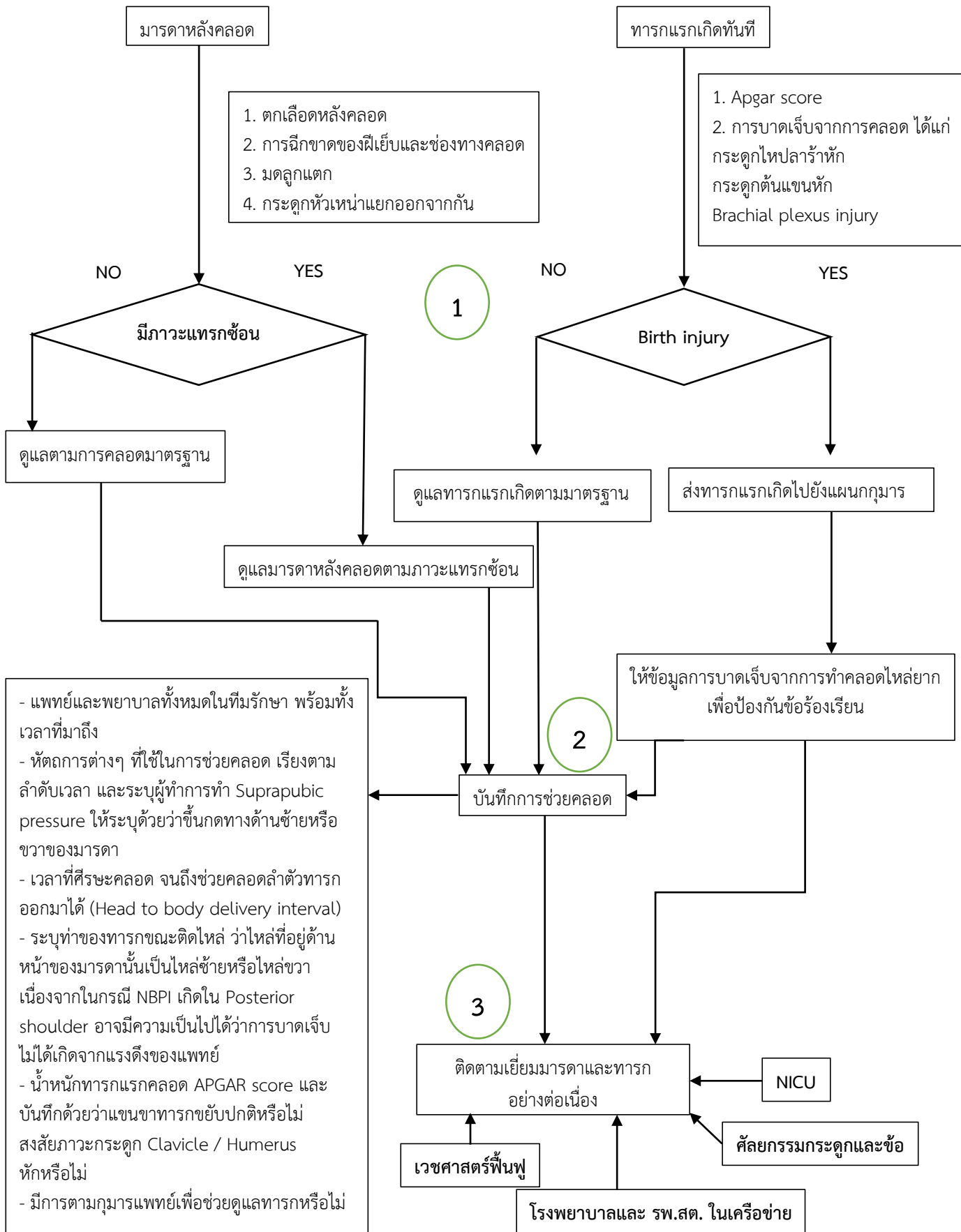
เอกสารอ้างอิง

- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2557). ภาวะติดไหล่ Shoulder Dystocia. เพื่องลดตา ท้องประเสริฐ (บรรณาธิการ). **ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม.ครั้งที่ 2.** ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน้า 55 - 64.
- ชยวัฒน์ ผาติหัตถการ. (2562). การคลอดไหล่ยาก. วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม. (บรรณาธิการ). **เวชศาสตร์มารดา และทารกในครรภ์แห่งอนาคต MFM Beyond 2020.** พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด.
- ธัชจรรย์ พันธุ์ชาลี และวิทยา ถิฐาพันธ์. (2562). การคลอดไหล่ยาก. วิทยา ถิฐาพันธ์ ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ และ กนกวรรณ วัฒนนิรันดร์. (บรรณาธิการ). **ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม: Obstetric Crisis.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ประนอม บุปศิริ. (2554). การคลอดติดไหล่. **ศรินครินทร์เวชสาร,** 26(1), 64-70.
- รุ่งฤดี จีระทรัพย์ และคณะกรรมการเครือข่ายบริการสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เขตสุขภาพที่ 7. (2560). ภาวะ Prolapsed cord. ฐิติพร สิริวิชัยชัย. (บรรณาธิการ). **คู่มือการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและโรคทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ 7.** พิมพ์ครั้งที่ 2. (ปรับปรุงครั้งที่ 3). ขอนแก่นการพิมพ์: ขอนแก่น. หน้า 26 – 28.
- พรรณวรา ปรีตรกุล. (2558). การบาดเจ็บของแขนงประสาทแขน ในทารกแรกเกิดในภาวะคลอดติดไหล่. **Journal of Medicine and Health Sciences,** 22(2), 82-89.
- ศิริกนก กลิ่นขจร. (2556). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,** 7(2), 1-11.
- Cunningham, F., Leveno, K.J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe J. S., Hoffman B. L. et.al. (2014). **Williams Obstetrics.** 24nd.ed. New York: McGraw-Hill, 933-941.
- RCOG Green-top Guideline. (2012). Shoulder Dystocia. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists,** 42(2), 1-18.
- The American College of Osteopathic Obstetricians and Gynecologists: ACOG. (2016). **2016 Fall conference Shoulder dystocia Update.** สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ก.ค. 2562 จาก <https://www.acoog.org/web/Online/PDF/FC16/Fri/08-Carlson10716.pdf>.

แนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยากในระยะคลอด



แนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยากในระยะหลังคลอด



- แพทย์และพยาบาลทั้งหมดในที่รักษา พร้อมทั้งเวลาที่มาถึง

- หัตถการต่างๆ ที่ใช้ในการช่วยคลอด เรียงตามลำดับเวลา และระบุผู้ทำการทำ Suprapubic pressure ให้ระบุด้วยว่าขึ้นกดทางด้านซ้ายหรือขวาของมารดา

- เวลาที่ศีรษะคลอด จนถึงช่วยคลอดลำตัวทารกออกมาได้ (Head to body delivery interval)

- ระบุท่าของทารกขณะติดไหล่ ว่าไหล่ที่อยู่ด้านหน้าของมารดานั้นเป็นไหล่ซ้ายหรือไหล่ขวา เนื่องจากในกรณี NBPI เกิดใน Posterior shoulder อาจมีความเป็นไปได้ว่าการบาดเจ็บไม่ได้เกิดจากแรงดึงของแพทย์

- น้ำหนักทารกแรกคลอด APGAR score และ บันทึกด้วยว่าแขนขาทารกขยับปกติหรือไม่ สงสัยภาวะกระดูก Clavicle / Humerus หักหรือไม่

- มีการตามกุมารแพทย์เพื่อช่วยดูแลทารกหรือไม่



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... องค์การแพทย์... โรงพยาบาลชุมแพ... อำเภอชุมแพ... จังหวัดขอนแก่น.....
 ที่... ขก. ๐๐๓๒.๓๐๑.๒๕๖๒.๑๐... วันที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒.....
 เรื่อง... แนวปฏิบัติเพื่อการคลอดที่ปลอดภัย.....
 เรียน... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ.....

ตามหนังสือที่ ขก.๐๐๓๒.๓๐๑.๒๕๖๒/๒๒๕ เรื่องขอทำแนวปฏิบัติเพื่อการคลอดที่ปลอดภัยนั้น
 จากการปรึกษาและทบทวนของสูติแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน
 บุคลากร และบริบทของโรงพยาบาลชุมแพแล้ว ได้ข้อตกลง ดังนี้

๑. เมื่อประเมินและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (EFW) มากกว่า ๓,๕๐๐ กรัม ให้มีการ
 ตรวจอัลตราซาวด์โดยแพทย์ยืนยันอีกครั้งทุกราย และถ้ามีการคลอดทางช่องคลอดโดยพยาบาล ต้องมีแพทย์
 อยู่ขณะทำคลอด
 ๒. เมื่อประเมินและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (EFW) มากกว่า ๓,๕๐๐ กรัมและ
 มารดามีโรคร่วมเบาหวาน (GDM) หรือโรคร่วมอื่น ถ้ามีการคลอดทางช่องคลอดโดยพยาบาล ต้องมีแพทย์อยู่
 ขณะทำคลอด
 ๓. กรณีที่ตรวจยืนยันน้ำหนักทารก มากกว่าหรือเท่ากับ ๔,๐๐๐ กรัม ควรทำการคลอดโดย
 แพทย์ทุกราย โดยได้รับคำปรึกษาจากสูติแพทย์เวร ถ้าในวันที่ไม่มีสูติแพทย์เวร อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วย
 ๔. ในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดติดขัด พยาบาลจะรายงานแพทย์ทุกครั้งก่อนย้ายไป
 คลอดทางช่องคลอด
 ๕. ในรายที่มารดามีภาวะแทรกซ้อน severe PIH ให้ทำ shortened ๒nd stage และทำ
 คลอดโดยสูติแพทย์เวร ถ้าในวันที่ไม่มีสูติแพทย์เวร ให้พิจารณาส่งต่อผู้ป่วย
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไป

(ลายเซ็น)

(นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม)

ประธานคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพสูติรีเวชกรรม
 โรงพยาบาลชุมแพ

*ดำเนินการ
 ตามมติที่ประชุม 4/1
 30/9/16*