

โรงพยาบาล	สตึก กม.10
สาขา	สูติกรรม
สภาวะทางคลินิก	ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH)
วันที่	30 กันยายน 2562

1.บริบท

สถิติผู้มารับบริการ

สถิติผู้มาคลอดปี 2560-2562 = 425 , 410และ255 รายตามลำดับ รวม 1,090 ราย พบPPH จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.30 เป็นผู้ป่วยที่ตกเลือดภายใน 2 ชม. จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 ตกเลือดภายใน 24 ชม. จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 ตกเลือดก่อนรกคลอด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 พบ PPH with shock 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากPPH

ข้อมูลแสดงขนาดของปัญหา

ทบทวนเคสPPH วิเคราะห์พบสาเหตุหลักคือ uterine atonyร้อยละ 72 เป็นเคสมultiparityร้อยละ 16 ตั้งครรภ์ท้องแรก ร้อยละ 16 ปัจจัยร่วมคือ1) คลอดโดยวิธีvacuum extraction ร้อยละ 4 2)retain placenta ร้อยละ 16 3) การประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดออกหลังคลอดไม่ไวพอ

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

ไม่มีสูติแพทย์ มีแพทย์ 7 คน ตรวจในเวลาราชการ นอกเวลาทำการใช้ระบบ consult มีพยาบาลเวรประจำห้องคลอด 2 คน มีเครื่องultrasound 1 เครื่อง เครื่อง EFM 2 เครื่อง รถ CPR มารดา 1 คัน มีlab นอกเวลาราชการตลอดเวลา สำรองเลือด กรุ๊ปละ 8 ถุง ยกเว้นกรุ๊ป AB สำรอง 2 ถุง

2.ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

2.1ประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมก่อนการคลอด

2.2 การประเมิน/ประเมินซ้ำ uterine atonyไม่ไวพอทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า

2.3 การประเมินblood loss ไม่แม่นยำและไม่ได้ monitor blood lossหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง

3.เป้าหมายในการพัฒนา

Treatment Goal	Objective	KPI
มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด	-ลดการเกิดPPH -มี CPGและ standing orderการดูแลPPH -ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการเสียชีวิต	1.อัตราการเกิดPPH 2.อัตราการเกิดภาวะshockจาก PPH 3.อัตราตายของมารดาจากPPH 4.อัตราการตัดมดลูกจาก PPH

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การประเมิน/การวางแผนการรักษา

ANC

4.1 ปี 2557 ทบทวน CPG และปรับการให้ยาบำรุง ในรายที่ Hct < 36% ให้ยา FBC 1X3 ปี 2559 เพิ่มรายการยา Obimin

4.2 กรณีสงสัยทารกในครรภ์ตัวโต วัดขนาดมดลูก > 35 ซม. ให้ ultrasound EFW พิจารณา refer consult สูติแพทย์

LR และ PP

4.3 ปี 2556 - พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง PPH เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อ PPH ตั้งแต่แรกเริ่ม ความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph เมื่อตกเส้น alert line หรือมดลูกหดตัวไม่ดีให้สารน้ำทางหลอดเลือด ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

4.4 ปี 2557 - การทำ Active Manage of Third Stage of Labor (AMTSL) early detect prolong third stage of labor ส่งบุคลากรฝึกอบรมทักษะการทำคลอดรกแบบ control cord traction ที่โรงพยาบาลชลบุรี ปรับการทำคลอดรกจาก Modified Crede's maneuver เป็นทำคลอดรกแบบ control cord traction

4.5 ใช้ ultrasound ในการประเมินภาวะรกค้างฝังะวังภาวะ PPH โดยจัดทำ CPG และ Standing Order for PPH กำหนด early warning sign ปี 2560 ปรับปรุง CPG แนวทางการดูแล PPH ให้ง่ายต่อการนำมาใช้ โดยแบ่งเป็น first line/second line/third line management

4.6 ปี 2558 นำนวัตกรรมใช้ถุงรองเลือดมาใช้เพื่อประเมิน blood loss ในระยะคลอดและหลังรกคลอด หากพบว่ามีเลือดออกมากกว่า 300 ml กำหนดให้ monitor V/S ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และ 30 นาที 2 ครั้ง เจาะ Hct และรายงานแพทย์

4.7 ปี 2559 ปรับการให้ oxytocin ในรายที่มดลูกหดตัวไม่ดี เป็น oxytocin 20-40 unit + 5% D/NSS/2 1000 cc IV drip 120 cc/hr ถ้ายังหดตัวไม่ดีให้ methergin IM/IV จนถึง cytotec rectal suppository เพิ่ม

4.8 ปี 2559 เจาะ CBC baseline ทุกราย ถ้า Hct < 30% group match จอง 2 ยูนิต พร้อม IVF 2 เส้น หาก Hct < 25% พิจารณา refer

5.ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562
-อัตราการเกิด PPH	<2	1.88	2.20	3.53
-อัตราการเกิดภาวะ shock จาก PPH	<10	0	0	25
-อัตราการตายของมารดาจากPPH	10:100,000	0	0	0
-อัตราการตัดมดลูกจากPPH	0	0	0	0

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

พบอัตราการเกิด PPH มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกินเป้าหมายที่วางไว้ และพบว่ามี PPH c shock จากภาวะRetained placenta 1case ได้รับการดูแลครบตามแนวทางการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัย พบผู้ป่วย retained placenta หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการครบ ไม่พบการเสียชีวิตและตัดมดลูก

6.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

6.1 พัฒนาระบบการส่งต่อโรงพยาบาลเครือข่าย มีการประสานส่งต่อข้อมูล และคำแนะนำการดูแล ก่อนส่งทุกครั้งเพื่อปรับปรุงCPG, standing order PPHให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแม่ข่าย

6.2พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลที่ทีมชุมชน ในการดูแลต่อเนื่อง โดยให้ทีม PCU หรือ รพ.สต.ติดตามเยี่ยม

6.3 พัฒนาระบบการป้องกันการตกเลือดโดยใช้ Double balloon เมื่อมี active bleed และมีbleeding มากกว่า 300 cc ขึ้นไป

