

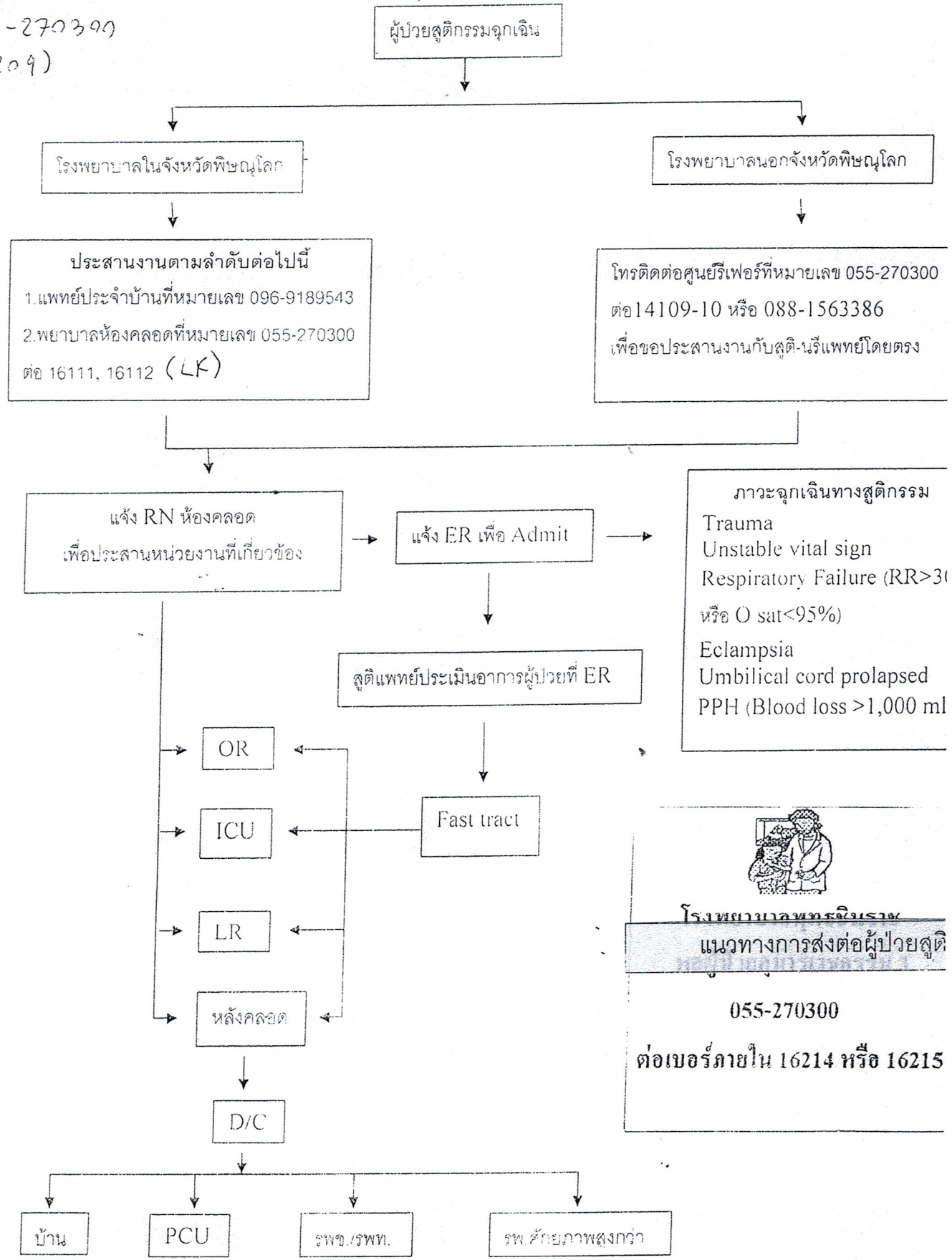

* 055-270300 *
 * 16214 *
 * 16215 *

แนวทางระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

NICU 1

ระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย-โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

055-270300
 (16209)

โรงพยาบาลพุทธชินราช
 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยสูติ
 055-270300
 ต่อเบอร์ภายใน 16214 หรือ 16215

ไม่สำเร็จ ให้ประสานสูติแพทย์ก่อนส่งต่อเพื่อเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด

◦ ในเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช ต่อ กุมารเวชกรรม 055-270300 ต่อ 16214

◦ นอกเวลาราชการ โทรศัพท์สายตรงติดต่อกับกุมารแพทย์ 085-0548288

หมายเหตุ ภาวะวิกฤตที่แพทย์ประจำบ้านหรือสูติแพทย์ต้องไปประเมินคนไข้ที่ห้องฉุกเฉิน ได้แก่

1. Eclampsia
2. Respiratory Failure (RR>30 หรือ O sat<95%)
3. Trauma
4. Umbilical cord prolapsed
5. PPH with massive bleeding (Blood loss >1,000 ml)
6. กรณีอื่นๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์เวร

Refer Emergency (Abnomal)

ลูก ** Gastroschisis คิวร refer ๓1

** Preterm

2. แนวทางการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลต่างจังหวัด

1. โทรประสานงานที่ศูนย์รีเฟอร์โรงพยาบาลพุทธชินราช ที่หมายเลข 055-270300 ต่อ 14109-10 หรือ 088-1563386 เพื่อต่อโทรศัพท์ไปยังศูนย์สูติ-นรีเวช ได้จัดทำแจ้งทุกหน่วยงาน

2. แพทย์โรงพยาบาลต้นทาง โทรศัพท์รายงานอาการผู้ป่วยกับสูตินรีแพทย์ (Staff) ทุกราย เพื่อให้การรักษาเบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วย

3. บันทึกข้อมูลสำหรับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในใบ Refer ให้ชัดเจนครบถ้วน พร้อมแนบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการบันทึกการบีบตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Cardiotocography)

4. หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อสูติแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช

○ นพ. ชาติชาย	อาจองค์	081-6804445
○ นพ. พัลลภ	พงษ์สุทธิรักษ์	081-4750081
○ นพ. โชคดี	จุลภาคี	098-7466007
○ นพ. บุญชัย	นาคอริยกุล	081-9727220
○ พญ. กัญจน์พรรณ	สุคนธ์พันธุ์	081-5673593
○ พญ. พรสวรรค์	วาสิงหน้	080-0780052
○ พญ. วลัยรัตน์	เข็มทอง	081-9536995
○ พญ. อรรธยา	รัตนแก้ว	087-0024572
○ พญ. มณีนีล	มณีนีล	088-0979370
○ พญ. ลดาพร	วงษ์กัณหา	099-9368639
○ พญ. นิตยา	อินทร์ธิดูต	086-6382524

5. ให้ทางที่มพยาบาลรีเฟอร์จากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ส่งผู้ป่วย ณ ห้องคลอดหรือห้องฉุกเฉิน ตามการวินิจฉัยของสูตินรีแพทย์ (Staff)

6. กรณีผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนอกเครือข่าย มารับการรักษาโดยไม่ผ่านการติดต่อขอรีเฟอร์ ผู้ป่วยนั้นต้องได้รับการประเมินจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตามระเบียบปฏิบัติ

7. กรณีจังหวัดในเขต บริการสุขภาพที่ 2 (ตาก, เพชรบูรณ์, สุโขทัย, อุตรดิตถ์) ต้องการส่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preterm labour อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์และยับยั้งการคลอด

แนวทางปฏิบัติภาวะตกเลือดหลังคลอด

มีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า 400 cc
หรือ BP < 90/60 mmHg หรือ PR > 100 /min
หรือ ผู้ป่วยวิงเวียน ตาลาย เป็นลม

PPH

- ตามแพทย์
- ให้ IV 0.9%NSS/ Ringer lactate solution/ Acetaf. เปิดด้วยเข็มเบอร์ 18 Resuscitation
- ให้ออกซิเจน Canular 3 LPM
- ส่งเลือดเพื่อ Cross match PRC อย่างน้อย 2 unit, CBC with platelets, PT, PTT, INR, Creatinine
- ใส่สายสวนปัสสาวะ
- Monitor Vital Signs, urine output, Oxygen saturation
- ติดต่อสามี และ/หรือญาติผู้ป่วย อธิบายเหตุการณ์ และการรักษา

ทำคลอดรกด้วยวิธี
controlled cord traction

รกไม่คลอดเกิน 30 นาที
หรือเลือดออก > 400 cc

Set Manual removal of
placenta, ให้ Antibiotic
ตามสูติแพทย์, ตามวิสัญญี

รกคลอดได้

รกเกาะติดแน่น
Set Hysterectomy
ตามสูติแพทย์, ทีมวิสัญญี,
ตามทีมผ่าตัด
Check เลือดก่อนเข้า OR

รกคลอด

ตรวจรกรครบ

- Ultrasound
- Gentle curettage
+/- under US guide
ตามสูติแพทย์
ตามวิสัญญี

- Postpartum ca
- Antibiotic
- ระวัง late PPH

เลือดหยุด

Uterine Atony

ตรวจช่องคลอด
ปากมดลูก
และเย็บซ่อม

ไม่สามารถเย็บได้
- Set OR Suture
- ตามสูติแพทย์, ทีมวิสัญญี
ตามทีมผ่าตัด
- Check เลือดก่อนเข้า O

Response

- Uterine rupture
- Uterine Atony ไม่
ตอบสนองต่อยา

- Consult อายุรกรรม
- เต็มเลือดและ
ส่วนประกอบของเลือด
- Transamine® 1 g +
100 cc drip ใน 10-20
ให้ซ้ำได้ทุก 30 นาที

Observe อาการ
ตรวจคลำมดลูกและ
การแข็งตัวทุก 15
นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก
ระวัง late PPH

Set OR Suture Or Hysterectomy Or
Compression suture Or Uterine artery ligation
- ตามสูติแพทย์, ทีมวิสัญญี, ตามทีมผ่าตัด
- Check เลือดก่อนเข้า OR
ระหว่างรอ OR หรือ Refer ให้ Bimanual
compression Or Uterine temponade

- นวดคลึงมดลูก ล้วงเลือดในโพรงมดลูก
- Oxytocin 10-40 unit + IV 1000 cc drip
- Methergin 0.2 mg IV ให้ซ้ำได้ทุก 15 นาที ไม่เกิน 5 dose
- Nalador® (Sulprostone) 500 ไมโครกรัม ใน 5%DW 100 cc IV drip ใน 1-5 ชั่วโมง ไม่เกิน 3 dose ใน 24 ชั่วโมง
- Cytotec® (Misoprostol) 800 ไมโครกรัม (4 tab) เหน็บทวารหนัก

ถ้า PPH > 500 cc
จาก Hct ไร่ที่ 4 hr

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

การวินิจฉัย

1. คาดคะเนปริมาณเลือดที่ออก > 500 ml.
2. มีอาการแสดงของการขาดเลือด
3. การหดตัวของมดลูกไม่ดี
4. มีการฉีกขาดของช่องคลอด

กรณีรกไม่คลอด

- ประเมินผู้คลอดอย่างละเอียด
- สวมใส่สาย

เลือดออกไม่มาก

- รอก 30 นาทียังไม่คลอด
รายงานแพทย์
- ช่วยแพทย์ล้างรก
- ป้องกันการตกเลือดซ้ำ

เลือดออก > 500 ml.

- รายงานแพทย์, จัดให้นอนหงายราบ
- เพิ่มอัตราการให้สารน้ำเกลือ
- ให้ RLS 1000 ml (BP < 90/60 mmHg.
Load ครั้งละ 100 ml. วัตถุประสงค์)
- บันทึก V/S ทุก 5 - 15 นาที until stable
- ประเมินผู้ป่วย, Hct, Bl. gr. อาจต้องขอเลือด
- แจ้งญาติ

สำเร็จ

เลือดหยุดไหล, รียบเย็บแผล, ป้องกันตกเลือดซ้ำ

ไม่สำเร็จ

Refer

กรณีมีการฉีกขาดของช่องคลอด/ทางคลอด/มดลูก

มีการฉีกขาดของช่องคลอดระดับที่ 1,2

รียบเย็บแผล

ยังไม่หยุด bleed
รายงานแพทย์

มีการฉีกขาดของช่องคลอดระดับที่ 3,4

stop bleed
รายงานแพทย์

ให้ดูแลเช่นเดียวกับ
เลือดออก > 500 ml.

มีการฉีกขาดของมดลูก

เจ็บปวดหรือมีแรงกด
อย่างรุนแรงใน 12 ชม.
แรกหลังคลอด

กรณีมีการบวมเลือด (Hematoma)

มีการบวมเลือดบริเวณส่วนบนของช่องคลอด ผู้คลอดจะเจ็บปวด อาจมีเลือดสีน้ำตาล

ขนาดเล็ก

- วางประคบน้ำแข็ง
- ให้ยาระงับปวด
- แนะนำการรักษา
ความสะอาด, สังเกต
บันทึกสีผิว, ขนาด

มีการบวมเลือดขนาดใหญ่

ผิวหนังของเย็บช่อง
ทางคลอดหรืออวัยวะ
สืบพันธุ์ภายนอก อาจ
บวมเป็นสีม่วง หรือดำคล้ำ

ขนาดใหญ่

- รายงานแพทย์
- ช่วยแพทย์ตัดมดลูก/
ระบายเลือดออก

รายงานแพทย์

มีการบวมเลือดถึง
board ligament ระดับมดลูกสูงกว่าระดับสะดือ - มดลูกใหญ่ไม่หดตัว - มีเลือดสดๆ เป็นก้อนๆ ออกมาก

แนวทางการดูแล Preeclampsia with severe feature

การดูแลผู้ป่วยก่อน Refer

- NPO กินครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
- CBC with Plt, BUN/Cr. AST/ALT, PT/PTT/INR, LDH
- UA, Urine protein/Cr random
- G/M PRC 2 unit ใส่ Tube ไปกับ PT
- Loading dose : 10% MgSo₄ 4 gms iv drip in 20 min or 50% MgSo₄ 4 gms + 5% DW 50 ml iv drip in 15-30 min
- Maintenance dose : 50% MgSo₄ 20 gms + 5% DN/2 1,000 ml iv drip 50 ml/hr (1 gm/hr)
- Observe sign Mg intoxication
 - RR < 14/min
 - Urine output < 100 ml/4hrs
 - DTR < 1+ } notify
- Observe prodromal sign of eclampsia (ปวดศีรษะ; ตาพร่ามัว, จุกแน่นลิ้นปี่)
- Retained foley cath

* งดสัปดาห์แรก *

การดูแลผู้คลอดของ รพ.หล่มสัก

- Record BP q 1 hr : If BP \geq 160/110 mmHg : พิจารณาให้ Anti-hypertensive drug
 - Nifedipine 2 mg + NSS 2 ml คีด 0.5 mg iv bolus 1-2 min monitor BP q 5 min*3 ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้น repeat dose q 15 min
 - Adalat 10 mg oral monitor BP q 5 min*3 ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้น repeat dose in 30 min
 - กรณี persistent hypertension : Nifedipine 10 mg+5% DW 100 ml iv drip 2 mg/hr (20 ml/hr) titrate dose ทีละ 2 mg/hr ; Maximum dose 15 mg/hr (100 ml/hr)
- หลังจากให้ MgSo₄ iv drip ประมาณ 4 hrs terminate by syntocinon iv + ARM (ถ้าสามารถทำได้)
- หากไม่คลอดใน 4-6 hr : พิจารณา C/S
- Continue MgSo₄ หลังคลอด จนครบ 24 hrs