

การป้องกันสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร: การพัฒนาความเสี่ยงในห้องคลอด

Prevention of Retained Vaginal Swabs After Childbirth: Development of a Risk Management System in the Delivery Room

นัฏยา พรมาลัยรุ่งเรือง* สุกัญญา คำนวน

Nutty Pornmalairungruang* Sukunya Kumnuan

โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

Ramadhibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol
University, Samutprakan, Thailand, 10540

บทคัดย่อ

สำลีและผ้าก๊อชที่ตกค้างในช่องคลอดหลังจากการคลอดบุตรเป็นความเสี่ยงที่สำคัญต่อสตรีหลังคลอด อาจนำไปสู่การติดเชื้อและความเครียดทางจิตใจ บทความวิจัยนี้ได้ปรับปรุงพัฒนาและการดำเนินการตามโปรโตคอลที่ออกแบบมาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดสำลีและผ้าก๊อชตกค้าง ผ่านการวิเคราะห์อย่างละเอียดจากกรณีผู้ป่วยที่ประสบปัญหาสำลิตกค้างหลังการคลอด การศึกษานี้ได้ระบุปัจจัยสำคัญภายในกระบวนการทางการแพทย์และประสิทธิภาพของแนวทางการนับและการตรวจสอบ นอกจากนี้ยังได้ปรับใช้ระบบการนับสำลีและผ้าก๊อชที่ใช้ในกระบวนการผ่าตัดทั่วไป มาปรับใช้ในกระบวนการคลอดบุตร ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีความมีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์ของสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร

คำสำคัญ : สำลีหรือผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร, การพัฒนาระบบความเสี่ยง

Abstract

Retained Vaginal Swabs After Childbirth pose significant risks to postpartum women, potentially leading to infections and psychological distress. This research article refines and implements protocols designed to reduce the risk of vaginal swab retention. Through detailed analysis of patient cases with retained vaginal swabs post-delivery, the study identifies key factors in the medical process and evaluates the effectiveness of counting and inspection methods. Furthermore, it adapts the counting system, typically used in general surgical procedures, for application in childbirth. The study finds that this adaptation effectively reduces the incidence of retained vaginal swabs after childbirth.

Keywords: Retained Vaginal Swabs After Childbirth, Development of a Risk Management System

บทนำ

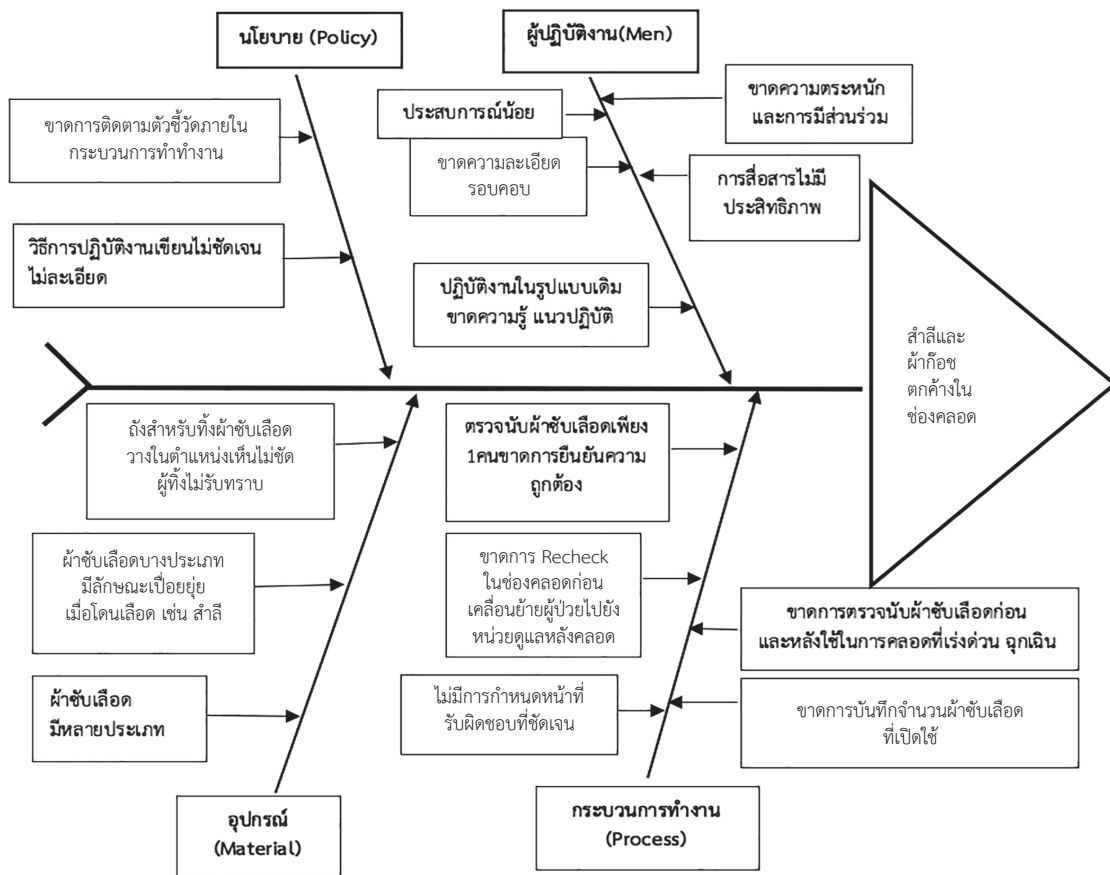
การนับสำลีและผ้าก๊อช (Swabs) อย่างเป็นทางการ (Formal Swab Count) ในขณะที่ทำหีบบริเวณช่องคลอดไม่ใช่วิธีปฏิบัติมาตรฐานเนื่องจากพื้นที่ผ่าตัดมีความชัดเจนและไม่มีช่องว่างที่สำลีจะหลุดหายไปได้อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ต้องหยุดเลือดจากมดลูกหรือส่วนบนของช่องคลอด อาจจำเป็นต้องวางสำลีบริเวณลึกในช่องคลอด เพื่อดูดซับเลือดและดันอวัยวะข้างเคียงเพื่อความสะดวกขณะเย็บแผลฝีเย็บ¹ การตกค้างของสำลีและผ้าก๊อช (Swabs) ในช่องคลอดหลังคลอดบุตรเป็นอุบัติการณ์ที่น่าสนใจ ในต่างประเทศมีการรวบรวมการรายงานอุบัติการณ์ใน Joint Commission Sentinel Event Database ระยะเวลา 5 ปี (1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2560) พบการรายงานการตกค้างของ Swabs จำนวน 319 รายงาน และพบว่ารายงานดังกล่าวเกิดในห้องคลอดร้อยละ 32.7 ซึ่งเป็นอันดับสองรองจากห้องผ่าตัด² การตกค้างดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงเรื่องความมั่นใจในการรักษาของผู้รับบริการ และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมาย³ จากการศึกษาความผิดพลาดในการตรวจนับเครื่องมือ ของมีคม และผ้าซับเลือด เกิดจากหัตถการซับซ้อน ขั้นตอนการตรวจนับที่ไม่ชัดเจน ขาดแนวนโยบายการปฏิบัติ และบุคลากรละเลยขั้นตอน ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดและความเสียหาย^{3,4} บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและพัฒนามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการนับและการตรวจสอบในขั้นตอนการคลอด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

ขอบเขตของเรื่อง

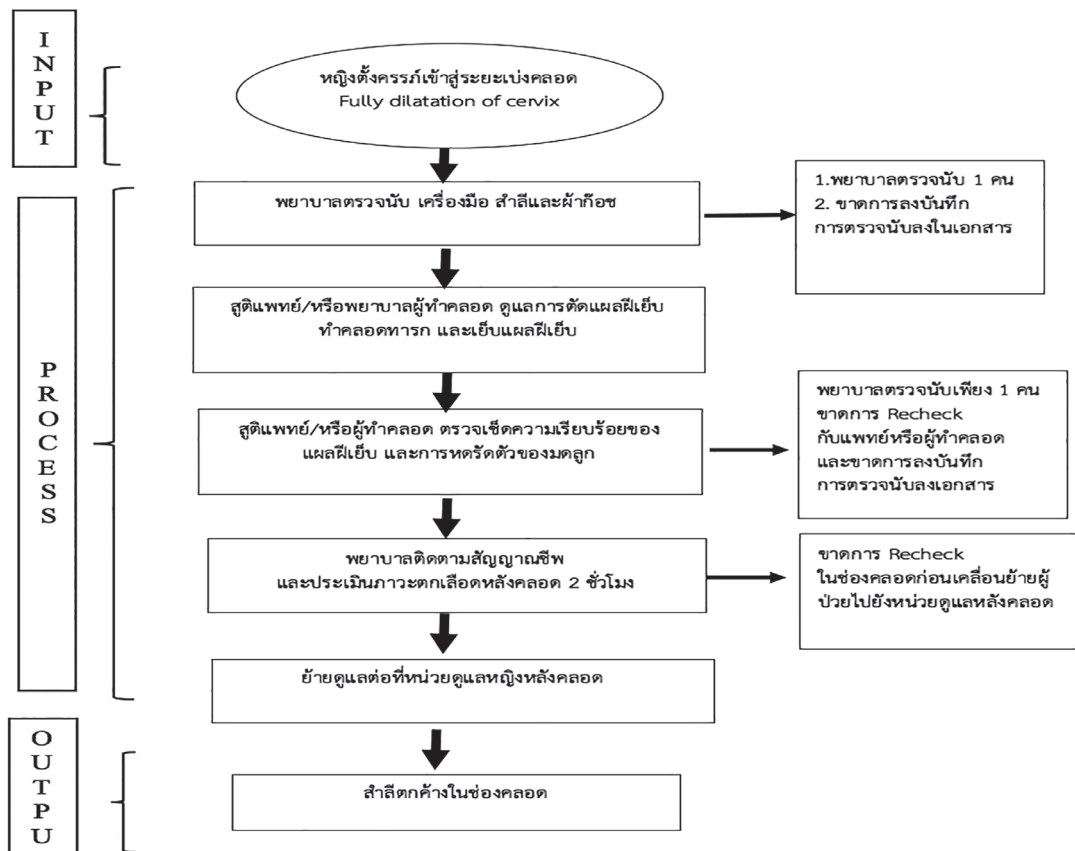
กรณีศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการเกิดผ้าซับเลือดค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตรนี้ เป็นรายงานการศึกษาจากห้องคลอดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยข้อมูลได้จากการรายงานอุบัติการณ์ผิดปกติในห้องคลอด แบบบันทึกทางการพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วย แผนการพยาบาล และการติดตามข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาในช่วงเวลาดังกล่าว

เนื้อเรื่อง กรณีศึกษา

หญิงไทยหลังคลอดวัย 24 ปี อาชีพพนักงานสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ ดัชนีมวลกาย 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m^2) อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (G2P1) มาคลอดด้วยภาวะฉุกเฉินเนื่องจากเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น และน้ำคร่ำเดินปากมดลูกขยาย 9 เซนติเมตร ใช้เวลาการเบ่งคลอดจนศีรษะของทารกปรากฏ 5 นาที ได้ทารกหญิงน้ำหนักแรกคลอด 3,140 กรัม และคะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิดแอปการ (APGAR) ในนาทีที่ 1,5 และ 10 เท่ากับ 9,10,10 ตามลำดับ ระหว่างการคลอดมีการตรวจนับสำลีและผ้าก๊อชตามกระบวนการทำงานตามที่แสดงในรูปที่ 2 เมื่อกระบวนการคลอดและเย็บฝีเย็บเสร็จสิ้น สังเกตอาการมารดาหลังคลอดไม่พบอาการตกเลือด มดลูกมีการหดตัวดี และมารดาให้คะแนนความปวดแผล 3/10 คะแนน แผลฝีเย็บไม่มีเลือดซึม และมีบวม ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังจากรับการสังเกตอาการครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยในแม่หลังคลอด และเมื่อผู้ป่วยลุกเข้าห้องน้ำก็พบก้อนเลือดหลุดออกมาจากช่องคลอด ได้แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และแพทย์ตามลำดับ แพทย์ให้ส่งก้อนเลือดดังกล่าวไปวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์สรุปเป็นสำลี ทางหอผู้ป่วยในแม่หลังคลอดได้แจ้งห้องคลอดเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์ และทางห้องคลอดได้วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร ดังแสดงในรูปที่ 1 ด้วยแผนภูมิแกงปลา และวิเคราะห์กระบวนการทำงานในห้องคลอด ดังแสดงในรูปที่ 2

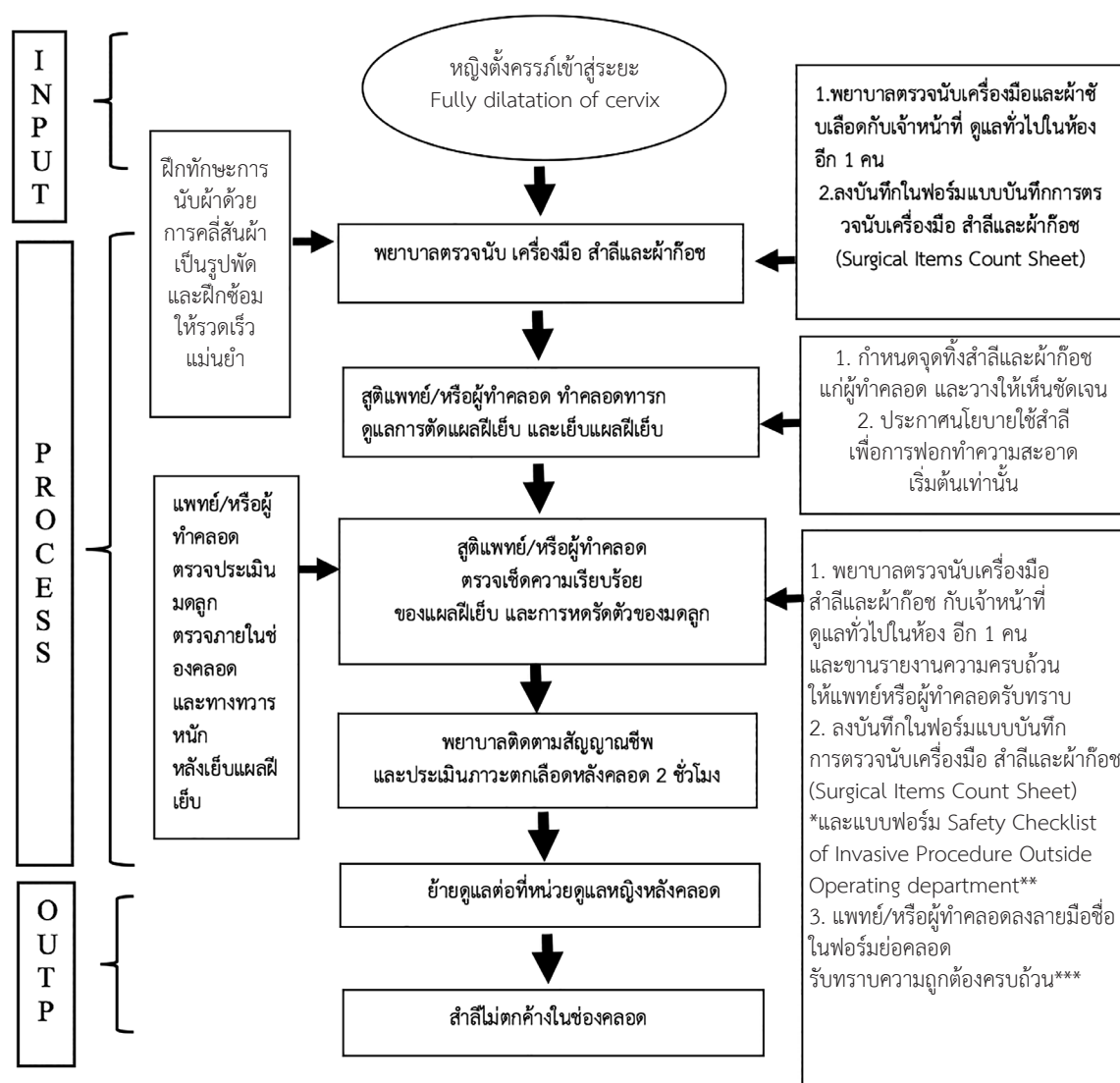


รูปที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยแผนภูมิแก๊งปลา เกี่ยวกับการเกิดสำลีและผ้าก๊อชตกค้างในช่องคลอดหลังคลอดบุตร



รูปที่ 2 กระบวนการทำงาน : การตรวจนับสำลีและผ้าก๊อชในกระบวนการคลอดทางช่องคลอด เดิมก่อนปรับปรุง

และ 3) ก่อนผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากห้องคลอด ในแต่ละระยะที่ม
ทำงานจะทวนสอบและนับเครื่องมือร่วมกัน และถ้ามีการสอดใส่
สำลีในช่องคลอด จะมีขั้นตอนการขานและแจ้งให้ทีมภายในห้อง
รับทราบและลงข้อมูลในฟอร์มการตรวจนับเครื่องมือ^{9,10}
ด้านอุปกรณ์ ได้นำนโยบายการใช้ผ้าซับเลือดที่มีเส้นด้ายทึบแสง
สำหรับการตรวจสอบด้วยเอ็กซเรย์ และจำกัดการใช้สำลี
ให้ใช้เฉพาะขั้นตอนการฟอกทำความสะอาดภายนอกและ
สวนปัสสาวะเท่านั้น ด้านพยาบาล ผู้ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ
ต้องเก็บรวบรวมสำลีส่งคืนให้เจ้าหน้าที่ดูแลทั่วไปแยกนับ ไม่วาง
ปะปนกับผ้าก๊อชชนิดอื่น ในขณะที่ทำคลอดและเย็บแผลฝีเย็บ
หรือขณะตรวจภายในช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็น
ส่วนสำคัญในการป้องกันการตกค้างของสำลีและผ้าก๊อช
และเพิ่มความมั่นใจในความถูกต้องและความปลอดภัยใน
กระบวนการทำงาน^{11,12}



รูปที่ 3 กระบวนการทำงาน : การตรวจนับ สำลีและผ้าก๊อชในกระบวนการคลอดทางช่องคลอด หลังปรับปรุง

สรุปผลการพัฒนาระบบความเสี่ยงในห้องคลอด

ภายหลังจากปรับปรุงกระบวนการทำงาน ทางห้องคลอดได้ติดตามตัวชี้วัดในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอดทางช่องคลอดระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 1,102 ราย ไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ของสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกาย นอกจากนี้ อัตราการปฏิบัติตามนโยบายของทีมทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล พบว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายอยู่ที่ร้อยละ 98.75 อย่างไรก็ตาม สาเหตุหลักของการไม่ปฏิบัติตามนโยบาย คือ แพทย์ และเจ้าหน้าที่ใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคยกับแนวทางปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรผ่านการฝึกอบรม¹³ เพื่อให้ทุกคนในทีมทางการแพทย์มีความรู้และความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันสิ่งแปลกปลอมที่อาจตกค้างในกระบวนการคลอดทางช่องคลอด และมุ่งเน้นที่การสร้าง ความรับผิดชอบและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 100 เปอร์เซ็นต์

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล ประจำห้องคลอด คณะกรรมการทีมนำทางคลินิกสูติ นรีเวชวิทยา ผู้มีส่วนปรับปรุงกระบวนการการทำงาน และขอบคุณผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อนุญาตให้ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

References

1. Lamont T, Dougall A, Johnson S, Mathew D, Scarpello J, Morris E. Reducing the risk of retained swabs after vaginal birth: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency, British Medical Journal. 2010;341:c3679
2. Steelman VM, Shaw C, Shine L, Hardy-Fairbanks AJ. Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017, Patient Safety in Surgery. 2018;12(1):1-8.
3. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery, New England Journal of Medicine. 2003; 348(3):229-35.
4. Agrawal A. Counting matters: lessons from the root cause analysis of a retained surgical item, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2012;38(12):566-74.
5. Egorova NN, Moskowitz A, Gelijns A, Weinberg A, Curty J, Rabin-Fastman B, et al. Managing the prevention of retained surgical instruments: what is the value of counting? Annals of surgery. 2008;247(1):13-8.
6. Lutgendorf MA, Schindler LL, Hill JB, Magann EF, O'Boyle JD. Implementation of a protocol to reduce occurrence of retained sponges after vaginal delivery. Military medicine. 2011; 176(6):702-4.
7. Recommended practices for sponge, sharp, and instrument counts. AORN Recommended Practices Committee. Association of Perioperative Registered Nurses.1999;70(6):1083-9.
8. Cima RR, Kollengode A, Clark J, Pool S, Weisbrod C, Amstutz G. J, et al. Using a data-matrix-coded sponge counting system across a surgical practice: impact after 18 months, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2011;37(2):51-8.
9. Mahran MA, Toeima E, Morris EP. The recurring problem of retained swabs and instruments. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013;27(4):489-95.
10. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge, Annals of Surgery. 1996; 224(1):79-84.

11. Chagolla BA, Gibbs VC, Keats JP, Pelletreau B. A system-wide initiative to prevent retained vaginal sponges, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 2011;36(5):312-7.
12. Lutgendorf MA, Schindler LL, Hill JB, Magann EF, O'Boyle JD. Implementation of a protocol to reduce the occurrence of retained sponges after vaginal delivery, Military Medicine. 2011;176(6):702-4.
13. Tamarpirat N. and Oumtanee A. Being A Newly Graduated Nurse Working Under Supervision of a Mentor. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(Supp):32-9. (in Thai)