



THAI LABOUR CARE GUIDE

คู่มือดูแลการคลอด ฉบับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



บรรณาธิการ

นายแพทย์ปัญญา พันธุ์บุรณะ



SAFE



COMPASSIONATE



EVIDENCE-BASED



RESPECTFUL



COLLABORATIVE

THAI LABOUR CARE GUIDE

คู่มือดูแลการคลอด

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์พัญญ พันธ์บุรณะ

นิพนธ์และเรียบเรียง

ครั้งที่ 1 กันยายน 2569

จำนวน 40 เล่ม

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Date

พัญญ พันธ์บุรณะ

Thai Labour Care Guide คู่มือดูแลการคลอด.-- กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2569

76 หน้า

1.การคลอด. 2. สูติศาสตร์ I. ชื่อเรื่อง.

618.4

ISBN 978-616-95199-1-1

จัดพิมพ์โดย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สำนักงานชั้นที่ 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-5724

ดำเนินการพิมพ์

บริษัท พิมพ์ดี จำกัด (นายเกียรติศักดิ์ แซ่เบ้)

30/2 หมู่ 1 ถ.เจริญวิถี ต.โคกขาม อ.เมือง จ.สมุทรสาคร 74000

โทรศัพท์ 061-961-9452, 091-009-4011

คำนิยม

การให้กำเนิดชีวิตใหม่เป็นหนึ่งในช่วงเวลาที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของมนุษย์ อีกทั้งยังสะท้อนถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพของประเทศ การดูแลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดในศตวรรษที่ 21 จึงมิได้ มุ่งเพียงความปลอดภัยของมารดาและทารกเท่านั้น หากยังต้องตั้งอยู่บนหลักการดูแลที่ยึดผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง (woman-centred care) ส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกันบนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการที่เหมาะสม เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นปัจเจกของ ผู้คลอด เพื่อมอบประสบการณ์การคลอดที่มีคุณภาพ เปี่ยมด้วยความเอื้ออาทร และสร้างความทรงจำอันงดงามแก่ครอบครัว

คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกับคณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนสาขาสตรีศาสตร์มารดาและ ทารกในครรภ์ ได้ร่วมกันจัดทำ Thai Labour Care Guide (Thai-LCG) ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการดูแลหญิงคลอด ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ควบคู่ไปกับการยึดมั่นในหลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรฐานสากล ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจสำคัญของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยในการยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพสตรีและ ทารกทุกคนของประเทศอย่างต่อเนื่อง

คู่มือฉบับนี้สะท้อนแนวคิดการดูแลระยะคลอดในมิติที่ก้าวไกลกว่าการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดหรือการบันทึก ข้อมูลทางคลินิก หากแต่เป็นกรอบการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินภาวะเสี่ยง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การสื่อสารอย่างมี ประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพ ผู้คลอด และครอบครัว การตัดสินใจร่วมกัน ตลอดจนแนวทางการตอบสนองและการส่งต่ออย่าง เป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก และได้รับการประยุกต์ให้ เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพไทยในทุกกระดับ

จุดเด่นสำคัญของ Thai-LCG คือการเป็นคู่มือที่มีโครงสร้างชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง ที่นอกจากจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกให้เป็นไปตามมาตรฐานแล้ว ยังเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ การตรวจทานเวชปฏิบัติ และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลมารดาและทารกอย่างยั่งยืน

ในนามของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ข้าพเจ้าขอชื่นชมและขอบคุณคณะผู้จัดทำทุกท่านที่ได้ทุ่มเทองค์ ความรู้ ประสบการณ์ และความมุ่งมั่นในการพัฒนาคู่มือฉบับนี้อย่างรอบด้านและทรงคุณค่า ข้าพเจ้าเชื่อมั่นเป็นอย่างยิ่งว่า Thai-LCG จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ และผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กทั่วประเทศ สามารถใช้ เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการยกระดับมาตรฐานการดูแลระยะคลอดของประเทศไทย ให้มีคุณภาพ ความปลอดภัย และใส่ใจผู้รับ บริการ อันจะนำไปสู่การสร้างรากฐานที่เข้มแข็งของทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติในอนาคต

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุกฤษฎา วิลาเกษณ์
ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการแถลง

การคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญยิ่งของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของครอบครัวใหม่ และในขณะเดียวกันก็เป็นช่วงเวลาที่ต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย ความละเอียดรอบคอบ และความเข้าใจในศักดิ์ศรีของผู้คลอดอย่างแท้จริง การดูแลระยะคลอดในยุคปัจจุบันจึงไม่อาจจำกัดอยู่เพียงการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของปากมดลูกหรือการบันทึกข้อมูลทางคลินิกเท่านั้น หากแต่ต้องเป็นกระบวนการดูแลแบบองค์รวม ที่ผสมผสานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ การตัดสินใจร่วมกัน การสื่อสารที่ชัดเจน การเคารพสิทธิของผู้คลอด และการเฝ้าระวังความปลอดภัยของมารดาและทารกตลอดกระบวนการคลอด

Thai Labour Care Guide: Thai-LCG ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการดูแลหญิงคลอดในบริบทของประเทศไทย โดยพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และปรับให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ไปจนถึงสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ คู่มือนี้มุ่งให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินบันทึก ตรวจพบสัญญาณเตือน วางแผนตอบสนอง และส่งต่อได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้แนวคิดช่วงเวลาที่เหมาะสมตามสรีรวิทยาการคลอด เพื่อหลีกเลี่ยงการแทรกแซงที่ไม่จำเป็น และส่งเสริมการคลอดที่ปลอดภัยมากขึ้น

สาระสำคัญของ Thai-LCG มิใช่เพียง “แบบฟอร์มการบันทึกการคลอด” แต่คือกรอบคิดใหม่ของการดูแลระยะคลอด ที่ครอบคลุมทั้งข้อมูลแรกเข้า การดูแลสนับสนุนผู้คลอด ภาวะทารกในครรภ์ ภาวะมารดา ความก้าวหน้าของการคลอด การใช้ยา และสารน้ำ ตลอดจนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้คลอด ครอบครัว และทีมสุขภาพ การบันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา จึงไม่เพียงเป็นหลักฐานทางเวชระเบียน แต่ยังเป็นกลไกสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ การตรวจทานบริการ และการยกระดับมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของประเทศ

คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ร่วมกันพัฒนาคู่มือฉบับนี้ด้วยความตั้งใจ ความรอบคอบ และความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของมารดาและทารกไทย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า Thai-LCG จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การดูแลหญิงคลอดในประเทศไทยมีความปลอดภัย มีคุณภาพ เคารพศักดิ์ศรี และสอดคล้องกับมาตรฐานสากลอย่างยั่งยืน

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์พันธุ์พันธุ์ พันธุ์บุรณะ

ประธานคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

และประธานคณะ อฝส. อนุสาขาศัลยศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

รายนามคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
วาระปี พ.ศ. 2568 – 2570

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชเนนทร์	วนาภิรักษ์	ที่ปรึกษา
2. ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์พญญ	พันธ์บุรณะ	ประธาน
3. นายแพทย์สุจิต	คุณประดิษฐ์	อนุกรรมการ
4. แพทย์หญิงอมต	ภูริยะพันธ์	อนุกรรมการ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษแพทย์หญิงจิรพร	เหลื่องเมตตากุล	อนุกรรมการ
6. ว่าที่ร้อยตำรวจเอกหญิงแพทย์หญิงนิชาดา	วรเชียรกุล	อนุกรรมการ
7. นายแพทย์แสนพล	เดี่ยวทิพย์สุคนธ์	อนุกรรมการ
8. แพทย์หญิงณัฐฉิณี	ศรีสันติโรจน์	อนุกรรมการและเลขานุการ

รายนามคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์
 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
 วาระปี พ.ศ. 2568-2570

1.	ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงอุ๋นใจ	กอนันต์กุล	ที่ปรึกษา
2.	ศาสตราจารย์คลินิก ดร.แพทย์หญิงพรพิมล	เรืองวุฒิเลิศ	ที่ปรึกษา
3.	ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์ปัญญา	พันธ์บุรณะ	ประธาน
4.	รองศาสตราจารย์นายแพทย์พฤษ	จันทร์ประภาพ	อนุกรรมการ
5.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัตนา	คำวิสัยศักดิ์	อนุกรรมการ
6.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม	เรืองรองมรกต	อนุกรรมการ
7.	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเฟื่องลดา	ทองประเสริฐ	อนุกรรมการ
8.	นาวาอากาศโทหญิงวิยะดา	เหลืองด่านสกุล	อนุกรรมการ
9.	อาจารย์นายแพทย์นพดล	ไชยสิทธิ์	อนุกรรมการ
10.	พันเอกนายแพทย์ทศพล	ตระกูลมุงกิจการ	อนุกรรมการ
11.	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุชนา	เพชรพิเชฐเขียร	อนุกรรมการ
12.	อาจารย์แพทย์หญิงลลธรพร	พัฒนาวิจารณ์	อนุกรรมการ
13.	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชยดา	ตั้งชีวินศิริกุล	อนุกรรมการและเลขานุการ

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทนำ (INTRODUCTION)	6
หลักการของ Thai-LCG	9
การเริ่มต้นใช้ Thai-LCG	12
หมวดของ Thai-LCG (7 หมวด)	16
แผนการประเมินและลำดับการตัดสินใจของ Thai-LCG	20
เกณฑ์การส่งต่อ และเส้นทางการส่งต่อ (Referral Criteria & Pathway)	24
มาตรฐานการบันทึก Thai-LCG	29
ระบบการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) และ การตรวจทานคุณภาพ (Audit System)	47
Thai-LCG ในสถานการณ์พิเศษ (Special Situations)	52
ภาคผนวก	57

บทที่ 1 : บทนำ (INTRODUCTION)

1.1 เหตุผลและความจำเป็นของ Thai Labour Care Guide (Thai-LCG)

การคลอดบุตรเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิตทั้งมารดาและทารก “คุณภาพของการดูแลในระยะคลอด” มีผลโดยตรงต่ออัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทั้งของมารดาและทารก ทั้งในระยะเฉียบพลันและผลต่อเนื่องในระยะยาว¹ ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมี “ระบบการบันทึกและประเมินการคลอด” ที่มีความแม่นยำ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ และเคารพศักดิ์ศรีของผู้คลอดไปพร้อมกัน เติมเรายังคงใช้แบบบันทึกการคลอดแบบดั้งเดิม (partograph) ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น เกณฑ์การเปิดปากมดลูกที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลวิจัยสมัยใหม่² การไม่คำนึงถึงด้านจิตใจ สิทธิของผู้คลอด และประสบการณ์การคลอด รวมทั้งถูกใช้เป็นเพียงแบบบันทึกข้อมูล มิได้ทำหน้าที่เป็น “กรอบคิดในการดูแล” อย่างแท้จริง

ด้วยเหตุนี้ทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยจึงได้พัฒนา Thai Labour Care Guide (Thai-LCG) ขึ้นเป็น “เครื่องมือมาตรฐานใหม่” โดยให้สอดคล้องกับ WHO LCG^{3,4} สำหรับระบบบริการสุขภาพไทย มุ่งเน้นการดูแลที่ปลอดภัย มีมนุษยธรรม และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับทีมดูแลอย่างแท้จริง

1.2 พื้นฐานแนวคิดของ WHO Labour Care Guide^{3,4}

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวทาง Labour Care Guide ขึ้นเพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดของแบบบันทึกการคลอดแบบเดิม โดยอาศัยรากฐานสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การดูแลระยะคลอดที่อิงหลักฐานวิชาการจากข้อมูลการศึกษาในสตรีจำนวนมากพบว่า “เกณฑ์เปิดปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง” ไม่สะท้อนการดำเนินไปตามธรรมชาติของการคลอดในผู้หญิงส่วนใหญ่ และทำให้เกิดการวินิจฉัยการคลอดล่าช้าผิดพลาด จึงเปลี่ยนมาใช้แนวคิด “ช่วงเวลาสูงสุดที่ยอมรับได้ในแต่ละระดับของการเปิดปากมดลูก” หรือแบบจำลองช่วงเวลา (lag-time) แทน
2. การดูแลการคลอดที่เคารพศักดิ์ศรีของผู้คลอด (Respectful Maternity Care) ถือว่าผู้คลอดเป็น “ผู้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่” จึงเน้นการจัดสิทธิให้ผู้ดูแลร่วมคลอด การสื่อสารที่ชัดเจน การบรรเทาปวดตามความต้องการ และการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้คลอด
3. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision-Making) เน้นให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและครอบครัวอย่างครบถ้วน โปร่งใส และเป็นกลาง เพื่อให้สามารถตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ ลดรูปแบบการดูแลที่แพทย์เป็นผู้กำหนดเพียงฝ่ายเดียว
4. การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและองค์รวม Labour Care Guide ไม่ใช่เพียงตารางตัวเลข แต่เป็นระบบประเมินที่ครอบคลุม “มารดา ทารก ความก้าวหน้าของการคลอด การไต่ถาม สภาพจิตใจ และบริบทของการดูแล” อย่างครบถ้วน

Thai-LCG นำหลักทั้งสี่ข้อนี้มาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่สอดคล้องกับหลักฐานสมัยใหม่และข้อเท็จจริงในระบบบริการ

1.3 ขอบเขตการใช้งานในบริบทประเทศไทย

Thai-LCG ถูกออกแบบให้ใช้ได้สถานพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีขอบเขตการใช้งานดังนี้

1. ใช้กับสตรีทุกรายที่เข้าสู่ระยะคลอดระยะก้าวหน้า คือเมื่อปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 5 เซนติเมตรขึ้นไป โดยไม่จำกัดอายุครรภ์ ระดับความเสี่ยง หรือโรคร่วม
2. ใช้เป็นเครื่องมือพิจารณาการแทรกแซงทางสูติกรรม เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การประเมินภาวะศีรษะทารก-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน (cephalopelvic disproportion; CPD) หรือการช่วยคลอดด้วยเครื่องมือ
3. ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อ Thai-LCG เน้นข้อมูลที่วัดได้จริง เช่น ช่วงเวลาในการเปิดปากมดลูก (lag-time) การประเมินอัตราการเต้นหัวใจทารก (FHR) การมี caput และ molding รวมทั้งการลงตำแหน่งศีรษะ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจส่งต่อจากโรงพยาบาลขนาดเล็กไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

4. ใช้เป็นเครื่องมือด้านคุณภาพ (Quality Improvement Tool) สามารถใช้สำหรับการตรวจสอบคุณภาพรายไตรมาส การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการคลอด และการทบทวนรายการณี (clinical review) อย่างเป็นระบบ
5. ใช้เป็นสื่อการสอนและฝึกอบรม เหมาะสำหรับผู้ฝึกอบรมสูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ แพทย์ใช้ทุน และนักศึกษาแพทย์ ให้มีแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ

1.4 ปัญหาของแบบบันทึกการคลอดเดิม และเหตุผลที่แนะนำให้เปลี่ยน⁵⁻⁷

- แม้ partograph จะถูกใช้อย่างยาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ แต่ข้อมูลวิจัยปัจจุบันชี้ถึงข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ได้แก่
1. เกณฑ์ 1 เช่น ดัชนีต่อชั่วโมงไม่สอดคล้องสรีรวิทยา การศึกษาขนาดใหญ่ขององค์การอนามัยโลกพบว่า หญิงจำนวนมากที่เปิดปากมดลูกช้ากว่า 1 ซม./ชม. ยังสามารถคลอดเองได้อย่างปลอดภัย หากวินิจฉัยตามเกณฑ์เดิมจะทำให้ถูกระบุว่าเป็น “คลอดล่าช้า” และอาจได้รับการแทรกแซงโดยไม่จำเป็น
 2. ไม่คำนึงถึงการดูแลเชิงสนับสนุน (supportive care) แบบเดิมไม่ได้บันทึกข้อมูลด้านการบรรเทาปวด สภาวะอารมณ์ หรือการมีส่วนร่วมคลอด ทั้งที่งานวิจัยยืนยันชัดเจนว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดและประสบการณ์ของผู้คลอดอย่างมาก
 3. ไม่ครอบคลุมระยะที่สองของการคลอด ไม่มีส่วนสำหรับการเฝ้าระวังการเบ่งและการลงของศีรษะในระยะคลอดศีรษะ ทำให้เสี่ยงต่อการมองข้ามภาวะอันตรายในระยะนี้
 4. ไม่ตอบโจทย์แนวคิดการดูแลที่เคารพศักดิ์ศรี ไม่มีพื้นที่บันทึกการสื่อสาร สิทธิในการตัดสินใจ หรือความต้องการของผู้คลอด ขัดกับแนวคิด respectful care ที่เป็นมาตรฐานสากล
 5. ไม่เหมาะเป็นเครื่องมือประกันคุณภาพ ข้อมูลบางส่วนไม่สามารถนำไปใช้วิเคราะห์กระบวนการทำงานหรือผลลัพธ์เชิงระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลเหล่านี้ WHO จึงพัฒนา Labour Care Guide ขึ้นมา และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนมาสู่ Thai-LCG เพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการคลอดให้ทันสมัยและสอดคล้องกับหลักฐาน

1.5 ประโยชน์ของ Thai-LCG ต่อมารดา ทารก และระบบสุขภาพ^{8,9}

ต่อมารดา

- ลดความเสี่ยงการคลอดล่าช้าและภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดติดขัด
- ลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวด ผ่านการดูแลสนับสนุนและการบรรเทาปวดที่เหมาะสม
- เพิ่มความพึงพอใจ เนื่องจากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและได้รับข้อมูลครบถ้วน
- ลดการเร่งคลอดและการแทรกแซงที่ไม่จำเป็น

ต่อทารก

- ตรวจพบภาวะทารกพร่องออกซิเจน (fetal compromise) ได้เร็วขึ้น
- ลดโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia)
- ลดการส่งเข้าหอทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) โดยไม่จำเป็น
- ลดความเสี่ยงการสูดสำลักซีเทา

ต่อระบบสุขภาพ

- ลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว
- ยกระดับมาตรฐานการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล
- ทำให้ข้อมูลการคลอดเป็น “ข้อมูลเชิงโครงสร้าง” สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลคุณภาพด้านบริการ และงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ลดความเหลื่อมล้ำในการดูแลระหว่างโรงพยาบาลต่างระดับ

1.6 เป้าหมายด้านคุณภาพ (Quality Goals)⁷⁻⁹

1. ลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น โดยใช้แบบจำลองช่วงเวลาในการเปิดปากมดลูกควบคู่กับการประเมินแบบองค์รวม เพื่อป้องกันการวินิจฉัยคลอดล่าช้าผิดพลาด
2. ลดภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด เช่น ศีรษะทารก-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน การคลอดติดขัด ภาวะทารกขาดออกซิเจน และภาวะมารดาอ่อนล้าอย่างรุนแรง
3. เพิ่มการดูแลที่เคารพศักดิ์ศรี ให้ผู้คลอดรู้สึกว่าได้รับเกียรติ ได้ข้อมูลครบ และสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองในทุกการตัดสินใจที่ส่งผลต่อร่างกายและบุตรของตน
4. ส่งเสริมการดูแลที่ผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการ ความเชื่อ วัฒนธรรม และบริบทชีวิตของผู้คลอดแต่ละราย ไม่ใช่ “มาตรฐานเดียวครอบทุกคน” อย่างตายตัว

1.7 คำจำกัดความ

เพื่อให้การใช้ Thai-LCG เป็นไปอย่างเข้าใจตรงกันทั่วประเทศ จึงกำหนดคำจำกัดความหลักดังนี้

- ระยะคลอดระยะก้าวหน้า (Active phase of labour) ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 5 เซนติเมตรขึ้นไป ร่วมกับการหดตัวของมดลูกที่สม่ำเสมอและมีความถี่เหมาะสม
- ช่วงเวลา (Lag-time) ช่วงเวลาสูงสุดที่ยอมให้ปากมดลูกคงอยู่ที่ระดับใดระดับหนึ่ง เช่น ปากมดลูกเปิด 7 ซม.ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หากเกินถือว่าความก้าวหน้าช้ากว่าเกณฑ์
- สัญญาณเตือน (Alert) คำตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเสี่ยง เช่น FHR ผิดปกติ การเปิดปากมดลูกเกิน lag-time จำเป็นต้องวางรอบใน LCG ประเมินซ้ำ และเขียนแผนการจัดการทันที
- ผู้ดูแลร่วมคลอด (Companion of choice) บุคคลที่ผู้คลอดเลือกให้เข้ามาอยู่ด้วยในห้องคลอดเพื่อให้การสนับสนุนทางกายและใจ
- Caput / Moulding การบวมของหนังศีรษะและการเกยของกระดูกกะโหลกทารก ซึ่งใช้เป็นตัวบ่งชี้แรงกดและความเสี่ยงของภาวะคลอดติดขัด
- การตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision-making) กระบวนการที่ผู้คลอด ครอบครัว และทีมสุขภาพ ร่วมกันพิจารณาข้อมูล ประโยชน์-ความเสี่ยง และทางเลือก ก่อนตกลงเลือกแนวทางการดูแลร่วมกัน
- ภาวะทารกเสี่ยง (Fetal compromise/Nonreassuring fetal status) ภาวะที่บ่งบอกว่าทารกอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น มี late deceleration ช้า ๆ หรืออัตราการเต้นหัวใจทารกผิดปกติ

บทสรุปที่ 1

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เล็งเห็นความสำคัญที่จะนำ Thai-LCG เป็นเครื่องมือมาตรฐานใหม่ของประเทศไทย สำหรับการดูแลระยะคลอด ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด WHO Labour Care Guide เพื่อทดแทนแบบบันทึกการคลอดแบบเดิมที่ไม่สอดคล้องกับหลักฐานวิทยาศาสตร์ล่าสุด Thai-LCG เน้นการดูแลที่ปลอดภัย มีคุณภาพ เคารพศักดิ์ศรีของผู้คลอด และสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันอย่างแท้จริง ช่วยลดการผ่าตัดคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่จำเป็น พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพบริการคลอดในทุกระดับของระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นรูปธรรม.

บทที่ 2 : หลักการของ Thai-LCG (PHILOSOPHY & PRINCIPLES)

Thai Labour Care Guide (Thai-LCG) พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดของ WHO Labour Care Guide โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้าง “มาตรฐานการดูแลการคลอดของประเทศไทย” ที่ผสมทั้งหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ความเป็นมนุษย์ของผู้คลอด และระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่เข้าไว้ด้วยกันอย่างกลมกลืน บทนี้อธิบายหลักการสำคัญ 8 ประการ^{1,8} ซึ่งเป็นแกนกลางของ Thai-LCG ทั้งในเชิงปรัชญาและเชิงปฏิบัติทางคลินิก

2.1 การเฝ้าระวังการคลอดแบบองค์รวม

การคลอดไม่ใช่เพียงกระบวนการทางชีววิทยาที่ปากมดลูกเปิดและทารกเคลื่อนต่ำลงเท่านั้น หากแต่เป็น “ประสบการณ์ชีวิต” ของผู้คลอด ที่เชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรม ซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกอย่างต่อเนื่องหลังการคลอดได้ในระยะยาว¹

Thai-LCG จึงมีได้จำกัดการประเมินอยู่แค่ตัวเลข เช่น ชีพจร ความดัน หรือเซนติเมตรของการเปิดปากมดลูก แต่ให้ความสำคัญกับ “ภาพรวมของผู้คลอดและทารก” โดยครอบคลุม^{1,4,8}

- การดูแลสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ
- ภาวะสุขภาพของมารดา
- ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์
- ความก้าวหน้าของการคลอด
- การให้ยาและการแทรกแซง
- การสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกัน
- ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยเสี่ยงของผู้คลอด

แนวคิดนี้ทำให้ทีมสุขภาพมองผู้คลอดว่ามีความต้องการในหลากหลายมิติ ส่งผลให้การดูแลต้องมีความละเอียด รอบด้าน และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ได้อย่างทันทั่วทั้ง

2.2 การดูแลการคลอดที่อิงหลักฐานวิชาการ

Thai-LCG ยึดหลักว่า ทุกการตัดสินใจในการดูแลต้องตั้งอยู่บน “หลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์” ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ อ้างอิงจากข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก สหพันธ์สูติ-นรีแพทย์นานาชาติ ตลอดจนอภิมานวิเคราะห์และงานวิจัยคุณภาพสูงจำนวนมาก

หลักฐานสำคัญประการหนึ่งคือ ข้อค้นพบว่า “เกณฑ์การเปิดปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง” ไม่สามารถใช้ทำนายภาวะแทรกซ้อนหรือผลลัพธ์ของการคลอดได้อย่างแม่นยำ ผู้หญิงจำนวนมากที่เปิดปากมดลูกช้ากว่าเกณฑ์นี้ยังคงคลอดเองได้อย่างปลอดภัย การยึดเกณฑ์ดังกล่าวอย่างเคร่งครัดจึงนำไปสู่การเร่งคลอดและการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น^{2,3}

WHO จึงเสนอ “แบบจำลองช่วงเวลา” หรือ lag-time^{1,7} ซึ่งระบุว่าในแต่ละระดับของการเปิดปากมดลูก สามารถรอได้สูงสุดกี่ชั่วโมงก่อนถือว่าผิดปกติ แบบจำลองนี้สะท้อนความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ดีกว่า และช่วยลดการแทรกแซงที่ไม่จำเป็น เช่น การเจาะถุงน้ำหรือการให้ยาออกซิโทซินโดยไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน⁵

Thai-LCG จึงออกแบบให้ทุกการประเมินและการตัดสินใจตั้งอยู่บนข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย ผ่านการพิสูจน์ทางสถิติ และลดความเหลื่อมล้ำในการดูแลระหว่างสถานพยาบาล

2.3 การดูแลการคลอดที่เคารพศักดิ์ศรีของผู้คลอด

การดูแลที่เคารพศักดิ์ศรีของผู้คลอด (Respectful Maternity Care)¹ เป็นทั้งหลักจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ ที่ Thai-LCG ยึดเป็นแนวทางปฏิบัติ

อันได้แก่

- การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับ
- การใช้ภาษาที่สุภาพ เหมาะสม ไม่ตำหนิหรือกดดัน
- การยอมรับความรู้สึก ความกลัว และความเชื่อของผู้คลอด
- การหลีกเลี่ยงคำพูดหรือการปฏิบัติที่สร้างบาดแผลทางใจ
- การส่งเสริมให้ผู้คลอดเชื่อมั่นในร่างกายและศักยภาพของตนเอง

การมี “ผู้ดูแลร่วมคลอด” ที่ผู้คลอดเลือกเอง การให้สิทธิเข้าออกห้องคลอด การเลือกวิธีบรรเทาปวด และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องสำคัญ^๕ ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่เคารพศักดิ์ศรี ซึ่ง Thai-LCG เน้นย้ำให้เป็นมาตรฐานของหอผู้คลอดทุกแห่ง

2.4 การตัดสินใจร่วมกัน

Thai-LCG ให้ความสำคัญยิ่งกับผู้คลอด ทีมสุขภาพจึงมีหน้าที่ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน ชัดเจน ชี้ข้อดี และปราศจากอคติ เพื่อให้ผู้คลอดและครอบครัวสามารถร่วมกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสม^{1,6}

การตัดสินใจร่วมกันประกอบด้วย

- การให้ข้อมูลทางเลือกการดูแลตามหลักฐาน ทั้งข้อดีและข้อจำกัด
- การตอบคำถามอย่างอดทน ไม่เหยียดหยามหรือทำให้รู้สึกด้อยค่า
- การบันทึกความต้องการเฉพาะของผู้คลอดไว้ในแบบบันทึก Thai-LCG
- การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการถาม-ตอบ และการแลกเปลี่ยนความเห็น

เมื่อผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จะช่วยลดความขัดแย้ง ลดความกลัว เพิ่มความร่วมมือระหว่างคลอด และนำไปสู่ประสบการณ์การคลอดที่ดีและน่าจดจำอย่างแท้จริง

2.5 การสร้างประสบการณ์การคลอดที่ดี

ในมุมมองขององค์การอนามัยโลก เป้าหมายของการดูแลการคลอดไม่ได้หยุดอยู่ที่ “แม่และทารกปลอดภัย” เท่านั้น¹ แต่ยังรวมถึง “ประสบการณ์การคลอดที่ดี” ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว^{1,8} เช่น

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ความผูกพันระหว่างแม่กับลูก
- สุขภาพจิตหลังคลอด
- การตัดสินใจมีบุตรอีกในอนาคต

Thai-LCG ส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดีผ่านองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น

- การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง
- การบรรเทาปวดตามความต้องการ
- การเปิดโอกาสให้เลือกท่าคลอดและการเคลื่อนไหว
- การมีผู้ดูแลร่วมคลอด
- การมีทีมสุขภาพที่อบอุ่นและเอื้อเฟื้อ

2.6 แบบแผนการคลอดปกติ (Model of Normal Labour) ขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกยืนยันว่า การคลอดเป็นกระบวนการที่ “ยืดหยุ่นและหลากหลาย” ไม่ได้เดินเป็นเส้นตรงอย่างที่เคยเชื่อในอดีต ผู้หญิงแต่ละคนจึงมีรูปแบบการเปิดปากมดลูกที่แตกต่างกัน บางรายอาจเปิดช้ากว่าแต่ยังคลอดโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

หลักสำคัญนี้ ได้แก่

- การกำหนดหน้าของการคลอดไม่จำเป็นต้องคงที่ตลอดเวลา
- ปากมดลูกอาจหยุดเปิดชั่วคราวแล้วกลับมาก้าวหน้าต่อ
- ระยะ active เริ่มต้นที่ปากมดลูกประมาณ 5 เซนติเมตร ไม่ใช่ 3–4 เซนติเมตรเหมือนในอดีต
- ควรหลีกเลี่ยงการเร่งคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เพื่อไม่ให้เกิดการแทรกแซงเกินจำเป็น

Thai-LCG จึงนำตารางช่วงเวลา (Lag-Time Table) ของ WHO มาใช้โดยตรง^{3,7} เพื่อสะท้อนสรีรวิทยาที่แท้จริงของการคลอดในสตรีไทยทุกกลุ่ม และช่วยให้ทีมสุขภาพมีเกณฑ์ที่เหมาะสมในการแยก “การคลอดปกติที่ช้ากว่าค่าเฉลี่ย” ออกจาก “การคลอดที่มีปัญหาจริง ๆ”

2.7 ความเชื่อมโยงกับเป้าหมายระดับนานาชาติและยุทธศาสตร์ของประเทศไทย

Thai-LCG เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพมารดาและทารก ทั้งในระดับนานาชาติและระดับชาติ ได้แก่

1. เป้าการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDG เป้าหมายที่ 3 – สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี) Thai-LCG สนับสนุนการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา (MMR) และทารกแรกเกิด (NMR) ตลอดจนการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และคลอดที่มีคุณภาพ¹
2. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบาย “แม่และเด็กปลอดภัย” แผนบริการสาขาสตรีกรรม (Service Plan) และนโยบายลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น¹¹
3. กลยุทธ์อนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Strategy) Thai-LCG ถูกใช้เป็นเครื่องมือหลักในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรอบคลอด การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลต่อเนื่องจากก่อนคลอด–ระยะคลอด–หลังคลอด¹²

2.8 ความสอดคล้องกับกฎหมายวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วยของประเทศไทย

Thai-LCG ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับกฎหมายและข้อบังคับวิชาชีพที่สำคัญของประเทศ อาทิ

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550¹² โดยเฉพาะ
 - มาตรา 8 ว่าด้วยสิทธิของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
 - มาตรา 12 ว่าด้วยสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัย
 - มาตรา 13 ว่าด้วยสิทธิในความเป็นส่วนตัว

หมวด “การตัดสินใจร่วมกัน” และ “การดูแลสนับสนุนผู้คลอด” ใน Thai-LCG ช่วยให้การปฏิบัติตามบทบัญญัติเหล่านี้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

2. ประกาศสิทธิผู้ป่วย Thai-LCG ช่วยให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับข้อมูลครบถ้วน การได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียม ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ การมีสิทธิปฏิเสธการรักษา และการได้รับการดูแลที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. มาตรฐานวิชาชีพผดุงครรภ์และสูติแพทย์¹³⁻¹⁵ Thai-LCG สนับสนุนบทบาทของผดุงครรภ์และสูติแพทย์ในการ
 - ประเมินผู้คลอดตามหลักฐานวิชาชีพ
 - เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ
 - บันทึกเวชระเบียนอย่างครบถ้วนและโปร่งใส
 - ปฏิบัติหน้าที่อย่างเคารพสิทธิของผู้คลอด
 - ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามข้อบ่งชี้และแนวทาง

บทสรุปที่ 2

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยสนับสนุนหลักการของ Thai-LCG เป็นรากฐานของ “การคลอดที่ปลอดภัย มีคุณภาพ เคารพศักดิ์ศรี และสอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์” ทำให้ประเทศไทยสามารถก้าวสู่มาตรฐานสากลด้านการดูแลการคลอด โดยการผสมผสานของวิทยาศาสตร์ จริยธรรม สิทธิผู้ป่วย และระบบสาธารณสุขไทยเข้าไว้ด้วยกันอย่างยั่งยืน.

บทที่ 3 : การเริ่มต้นใช้ Thai-LCG

การนำ Thai Labour Care Guide (Thai-LCG) มาใช้ในสถานบริการ จำเป็นต้องทำความเข้าใจ “หลักเกณฑ์การเริ่มบันทึก”, “วัตถุประสงค์ของการประเมินแรกเข้า” และ “ระบบสนับสนุนในหอผู้ป่วยคลอด” อย่างชัดเจน การเริ่มใช้ Thai-LCG อย่างถูกต้อง จะทำให้การเฝ้าระวังการคลอดเป็นไปอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และสอดคล้องกับแนวทางสากลขององค์การอนามัยโลก^{1,7,8}

การเริ่มต้นที่ดีไม่เพียงช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ยังเป็นจุดเริ่มของการดูแลแบบองค์รวมที่เคารพผู้คลอด เป็นมิตรต่อครอบครัว และมุ่งสู่ “ประสบการณ์การคลอดที่ดี” อย่างแท้จริง

3.1 เกณฑ์การเริ่มต้นใช้ Thai-LCG

Thai-LCG ควรเริ่มบันทึกเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ ระยะที่หนึ่งตอนก้าวหน้า (active phase) ของการคลอด ซึ่งตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (ปรับปรุงปี พ.ศ. 2561) กำหนดว่าเป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดมากกว่าเดิมอย่างชัดเจนและการหดตัวของมดลูกมีความสม่ำเสมอ^{1,2} โดยมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

เกณฑ์ของระยะก้าวหน้า

- ปากมดลูกเปิด ตั้งแต่ 5 เซนติเมตรขึ้นไป
- มดลูกหดตัวถี่และสม่ำเสมอ ผู้คลอดรู้สึกเจ็บชัดเจนภายในระยะเวลา 10 นาที
- ศีรษะทารกลดต่ำในระดับที่สามารถประเมินความก้าวหน้าของการคลอดได้อย่างเหมาะสม

เหตุผลทางสรีรวิทยาพบว่า

- การเปิดปากมดลูกที่ 3-4 เซนติเมตร มักยังอยู่ในระยะต้นของการคลอด (latent phase)
- ผู้คลอดจำนวนมากแม้เปิดปากมดลูกเพียง 3-4 เซนติเมตร แต่อาจยังไม่เข้าสู่ระยะที่มดลูกหดตัวเต็มที่
- หากวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะก้าวหน้าเร็วเกินไป อาจนำไปสู่การเร่งคลอดโดยไม่จำเป็น ทั้งการเจาะถุงน้ำและการให้ยาเร่งการหดตัว^{2,3}

สิ่งที่ “ยังไม่ถือว่าเริ่มใช้ Thai-LCG”

- เพิ่งเริ่มเจ็บครรภ์หรือเจ็บครรภ์ไม่สม่ำเสมอ
- อยู่ในระยะต้น (latent phase) แม้มีมดลูกหดตัว
- มีเพียงถุงน้ำคร่ำแตก แต่ปากมดลูกยังเปิดไม่ถึง 5 เซนติเมตร
- ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 5 เซนติเมตร

สรุป : จุดเริ่มต้นที่เหมาะสมในการใช้ Thai-LCG คือ เมื่อปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 5 เซนติเมตรขึ้นไป ร่วมกับการหดตัวของมดลูกที่ชัดเจนและต่อเนื่อง⁷

3.2 การประเมินแรกเข้า

เมื่อผู้คลอดถูกวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะก้าวหน้าแล้ว ต้องทำ “การประเมินแรกเข้าในหอผู้ป่วยคลอด” อย่างเป็นระบบ¹ การประเมินส่วนนี้เป็นรากฐานของ Thai-LCG เพราะเป็นช่วงเวลาสำคัญในการ

1. ระบุระดับความเสี่ยงของผู้คลอด
2. วางแผนการดูแลเฉพาะราย
3. จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เปรียบเทียบในการติดตามต่อเนื่องตลอดการคลอด

องค์ประกอบหลักของการประเมินแรกเข้า

1. สุขภาพของมารดา
 - ตรวจสัญญาณชีพเบื้องต้น เช่น ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ
 - ประเมินอาการเจ็บครรภ์ ระดับความปวด และความวิตกกังวล

- ทบทวนประวัติการตั้งครรภ์ครั้งปัจจุบันและครั้งที่ผ่านมา
 - ค้นหาปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เคยผ่าตัดคลอด ครรภ์แฝด หรือเคยมีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. สุขภาพของทารกในครรภ์
- ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHR) และกำหนดค่าพื้นฐาน
 - พิจารณารูปแบบการลดลงของ FHR หากมี
 - สังเกตสีและลักษณะของน้ำคร่ำ หากถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว
 - ชักถามหรือประเมินจำนวนการดิ้นของทารก
3. ความก้าวหน้าของการคลอด
- ประเมินการเปิดของปากมดลูก
 - ประเมินตำแหน่งส่วนนำของทารก เช่น ก้มหน้า หายใจ หรือเอียง
 - ประเมินระดับการลงต่ำของศีรษะทารก
 - ดูความถี่และระยะเวลาของการหดตัวของมดลูก
4. การประเมินด้านจิตใจ สังคม และการสนับสนุน
- ผู้คลอดต้องการผู้ดูแลร่วมคลอดหรือไม่
 - ความกลัว ความกังวล หรือความคาดหวังที่มีต่อการคลอด
 - ปัจจัยทางวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อที่ควรเคารพ
 - ระดับความเจ็บปวดเบื้องต้น และการรับมือของผู้คลอด
5. สิทธิและความยินยอมของผู้คลอด
- อธิบายวัตถุประสงค์และการใช้แบบบันทึก Thai-LCG ให้ผู้คลอดเข้าใจ
 - แจ้งสิทธิของผู้คลอดตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ¹² โดยเฉพาะสิทธิในการรับทราบข้อมูลและตัดสินใจด้วยตนเอง
 - ขอความยินยอมสำหรับการตรวจทางช่องคลอด และการดำเนินการใด ๆ ที่จำเป็นอื่น ๆ

3.3 การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้คลอด

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับ “บรรยากาศของหอผู้คลอด” ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก และประสบการณ์ของผู้คลอด สภาพแวดล้อมที่ดีช่วยลดความกลัว เพิ่มความเชื่อมั่น และลดภาวะแทรกซ้อนลงได้¹

สิ่งที่หอผู้คลอดควรมีเป็นพื้นฐาน

- แสงสว่างเพียงพอ เหมาะกับการตรวจร่างกายและหัตถการ
- ห้องคลอดสะอาด ปลอดภัย มีผ้าปูหรือฉากกั้นเพื่อความเป็นส่วนตัว
- ห้องน้ำที่สะอาด ปลอดภัย และเข้าถึงได้สะดวก
- มีแบบฟอร์ม Thai-LCG และอุปกรณ์การบันทึกอย่างครบถ้วนทุกเตียง
- มีนาฬิกาแขวนที่มองเห็นได้ชัด เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเวลา เช่น lag-time
- มีอุปกรณ์ช่วยคลอดฉุกเฉิน เช่น ชุดช่วยชีวิตมารดาและทารก พร้อมใช้งาน

อุปกรณ์ทางคลินิกที่จำเป็น

- เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดอุณหภูมิ

- เครื่องฟังหัวใจทารก (Doppler หรือหูฟัง Pinard)
- ถู้งมือปราศจากเชื้อ
- แถบตรวจปัสสาวะ (ตรวจโปรตีนและคีโตน)
- ชูตให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- ยาที่จำเป็น เช่น ออกซิโทซิน ยาปฏิชีวนะ แมกนีเซียมซัลเฟต

3.4 การให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดก่อนเริ่มใช้ Thai-LCG

การให้ข้อมูลล่วงหน้าแก่ผู้คลอดและครอบครัว เป็นขั้นตอนสำคัญที่สะท้อนทั้งการเคารพสิทธิผู้คลอด และแนวทางการตัดสินใจร่วมกัน

ประเด็นที่ควรอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจ

- Thai-LCG คืออะไร ใช้เพื่ออะไร และมีประโยชน์อย่างไร
- วิธีการประเมินและสิ่งที่ต้องตรวจ เช่น ความถี่ในการฟังหัวใจทารก การตรวจภายใน
- สิทธิของผู้คลอด เช่น การขอผู้ดูแลร่วมคลอด การบรรเทาปวด การรักษาความเป็นส่วนตัว
- เกณฑ์ที่อาจต้องมีการแทรกแซง เช่น การเจาะถุงน้ำ การให้ยาเร่งคลอด หรือการช่วยคลอด
- เกณฑ์การส่งต่อ หากสถานพยาบาลไม่มีศักยภาพเพียงพอ

สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติอย่างยิ่ง

- ไม่ควรบอกผู้คลอดว่าต้อง “เปิดปากมดลูกได้ 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง” เพราะขัดกับหลักฐานปัจจุบัน
- ไม่ควรเร่งคลอดหากไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน
- ไม่ควรบันทึกย้อนหลัง

3.5 การวางแผนการดูแลเฉพาะราย

ผู้คลอดแต่ละคนมีพื้นฐานสุขภาพ ภาวะเสี่ยง ความเชื่อ และความต้องการที่แตกต่างกัน Thai-LCG จึงเน้นให้ทีมสุขภาพ “วางแผนการดูแลเฉพาะราย” ตั้งแต่เริ่มใช้แบบบันทึก¹

ตัวอย่างการวางแผน เช่น

- กำหนดความถี่ในการประเมินที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง
- วางแผนด้านการบรรเทาปวดตามความต้องการของผู้คลอด
- วางแผนการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ให้ละเอียดขึ้นในรายที่มีความเสี่ยง

3.6 มาตรฐานการส่งเวรระหว่างทีม (Shift Handover)

การเปลี่ยนเวรดูแลผู้คลอดเป็นช่วงเวลาที่ต้องให้ความสนใจ หากไม่มีการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ อาจทำให้พลาดสัญญาณเตือนและเกิดความคลาดเคลื่อนได้¹

สิ่งที่ควรเน้นในการส่งเวร ได้แก่

- สรุปความก้าวหน้าล่าสุดของการคลอด
- ค่าใดบ้างที่ถูกลงเป็น “Alert”
- การดำเนินการที่ได้ทำไปแล้ว และผลที่เกิดขึ้น

- สิ่งที่ต้องติดตามเพิ่มเติมในชั่วโมงต่อไป
- ประเด็นที่ได้สื่อสารกับผู้คลอดและครอบครัว
การส่งเสริมนวัตกรรมหัวใจของ “การดูแลต่อเนื่อง” ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของ WHO และ Thai-LCG

3.7 ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยและแนวทางป้องกัน^{1,11}

ข้อผิดพลาดที่ 1 : เริ่มใช้ Thai-LCG ล่าช้าเกินไป ผู้คลอดเข้าสู่ระยะก้าวหน้าตั้งแต่ปากมดลูก 5 เซนติเมตร แต่เริ่มบันทึกเมื่อ 6–7 เซนติเมตร ทำให้การตีความช่วงเวลา (lag-time) ผิดไป

การป้องกัน: ตรวจสอบประเมินซ้ำเมื่อปากมดลูกประมาณ 4 เซนติเมตรทุก 2 ชั่วโมง เพื่อไม่พลาดช่วงเริ่มต้นของ active phase

ข้อผิดพลาดที่ 2 : เริ่มใช้ Thai-LCG เร็วเกินไป เริ่มใช้ในระยะต้นของการคลอด (latent phase) นำไปสู่การตีความว่าคลอดล่าช้าทั้งที่ยังไม่เข้าเกณฑ์ และทำให้แรงคลอดเกินจำเป็น

การป้องกัน: ใช้เกณฑ์ active phase ที่ปากมดลูก ≥ 5 เซนติเมตรอย่างเคร่งครัด

ข้อผิดพลาดที่ 3 : ไม่เก็บข้อมูลแรกเข้าให้ครบถ้วน ทำให้มองข้ามปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น เคยผ่าตัดคลอด ครรภ์แฝด หรือ เบาหวาน

การป้องกัน: ใช้แบบตรวจสอบ (checklist) การรับผู้คลอดก่อนเริ่มบันทึก Thai-LCG ทุกครั้ง

ข้อผิดพลาดที่ 4 : ไม่ให้ข้อมูลผู้คลอดอย่างเพียงพอ นำไปสู่ความกลัว ความโกรธ ความไม่ไว้วางใจ และอาจเกิด “บาดแผลทางใจจากการคลอด” (post-traumatic stress disorder following childbirth)

การป้องกัน: จัดให้มีการให้คำปรึกษา ก่อนเริ่มใช้ Thai-LCG เป็นกิจวัตร

บทสรุปที่ 3

การเริ่มต้นใช้ Thai-LCG ไม่ใช่เพียง “การเริ่มกรอกแบบฟอร์ม” แต่หมายถึง

- การรับผู้คลอดเข้าสู่ระบบการดูแลที่มีคุณภาพ
 - การสร้างแผนการดูแลเฉพาะรายบนพื้นฐานของหลักฐาน
 - การวางรากฐานของประสบการณ์การคลอดที่ดี
 - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรก
 - และการเก็บข้อมูลที่ครบถ้วนแม่นยำเพื่อใช้ในการทบทวนคุณภาพในระดับโรงพยาบาล เขตสุขภาพ และระดับประเทศ
- กล่าวโดยสรุป การเริ่มใช้ Thai-LCG อย่างถูกต้อง คือก้าวแรกของ “การคลอดที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และเคารพศักดิ์ศรีของผู้คลอด”

บทที่ 4 : Thai-LCG ทั้ง 7 หมวด (The Seven Domains of Thai-LCG)

Thai-LCG ประกอบด้วย “7 หมวดการประเมินหลัก” ซึ่งออกแบบมาเพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถดูแลผู้คลอดได้อย่างครบถ้วนในมิติต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ ทารก การเข้ายา การสื่อสาร การตัดสินใจร่วมกัน และความก้าวหน้าของการคลอด โดยใช้ “ระบบเฝ้าระวังแบบ WHO” ที่เน้นความละเอียด การประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ และการตอบสนองอย่างทันที่เมื่อพบความผิดปกติ^{1,7}

4.1 หมวดที่ 1 : ข้อมูลพื้นฐานขณะรับตัว (Admission Data)

หมวดนี้เป็นรากฐานของการประเมินความเสี่ยงตลอดระยะคลอด ข้อมูลที่บันทึกครบถ้วนตั้งแต่ต้น
ข้อมูลที่ควรบันทึก

- อายุครรภ์ตามการฝากครรภ์
- จำนวนการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผ่านมา (ครรภ์ที่เท่าไร, คลอดมากี่ครั้ง)
- เวลาเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ และเวลาเข้าสู่ระยะก้าวหน้า
- สถานะของถุงน้ำคร่ำ แตกเมื่อใด สีของน้ำคร่ำเป็นอย่างไร
- ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เคยผ่าตัดคลอด ครรภ์แฝด ครรภ์เกินกำหนด อายุครรภ์น้อย และการไม่เคยฝากครรภ์¹¹

ข้อมูลเหล่านี้จะเชื่อมโยงไปสู่

- ความถี่ในการประเมินซ้ำ
- เส้นทางการตัดสินใจทางคลินิก
- เกณฑ์การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

4.2 หมวดที่ 2 การดูแลแบบประคับประคอง (การสนับสนุนผู้คลอด)

หมวดนี้ถือเป็น “หัวใจสำคัญ” ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญใน Labour Care Guide ใหม่ เนื่องจากมีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่า ประสพการณ์ที่ดีระหว่างการคลอด และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ของมารดาและทารก ไม่ด้อยกว่าการดูแลทางด้านเทคนิคหรือหัตถการทางการแพทย์^{1,8}

องค์ประกอบสำคัญที่ต้องประเมิน

1. ผู้ดูแลร่วมคลอด
 - ผู้คลอดควรมีสติเลือกบุคคลอย่างน้อยหนึ่งคนให้ร่วมอยู่ด้วยในห้องคลอด
 - ผู้ดูแลช่วยลดความกลัว ลดความเครียด และช่วยให้ผู้คลอดรู้สึก “ไม่ได้เผชิญเหตุการณ์ตามลำพัง”
 - ในทางสรีรวิทยา การลดความวิตกกังวลช่วยลดฮอร์โมนความเครียด ทำให้การหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยการคลอดเป็นไปอย่างเหมาะสม การเปิดปากมดลูกและแรงเบ่งจึงมีประสิทธิภาพดีขึ้น⁸

ตัวอย่างสัญญาณเตือน : ผู้คลอดไม่มีผู้ดูแลทั้งที่ต้องการ หรือมีการร้องไห้ หวาดกลัวชัดเจนจากความโดดเดี่ยว

2. การบรรเทาความเจ็บปวด
 - ประเมินระดับความปวดเป็นระยะ อย่างสม่ำเสมอ (เช่น ใช้ระดับ 0–10)
 - ให้ข้อมูลทางเลือกการบรรเทาปวด เช่น การหายใจเป็นจังหวะ การนวด การประคบร้อน หรือการเข้ายาแก้ปวด/ยาชาเฉพาะที่/การระงับปวดทางช่องไขสันหลัง
 - ความเจ็บปวดที่ควบคุมไม่ได้ ไม่เพียงกระทบจิตใจแต่ยังอาจสัมพันธ์กับการคลอดล่าช้า การหดตัวผิดปกติ และความเหนื่อยล้าของผู้คลอด

ตัวอย่างสัญญาณเตือน : ผู้คลอดร้องขอให้ช่วยบรรเทาปวดแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง หรือมีอาการหายใจถี่ หายใจแรง

(hyperventilation) จากความเจ็บปวดและความกลัว

3. การได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอ
 - การขาดน้ำและพลังงานทำให้การหดตัวของมดลูกด้อยประสิทธิภาพ และอาจนำไปสู่การคลอดที่ยืดเยื้อ
 - หากไม่มีข้อจำกัด ผู้คลอดควรได้รับจิบน้ำหรือเครื่องดื่มเหมาะสมเป็นระยะ เช่น ทุก 30–60 นาที

ตัวอย่างสัญญาณเตือน : ไม่ดื่มน้ำเกิน 3 ชั่วโมง มีอาการปากแห้ง ตรวจพบคีโตนในปัสสาวะระดับสูง (ketone++)
4. ท่าทางและการเคลื่อนไหวของผู้คลอด
 - สนับสนุนให้ผู้คลอดเปลี่ยนท่า ลูกเดิน นั่ง หรือขยับตัวตามสบาย ไม่ให้นอนนิ่งท่าทางนานโดยไม่จำเป็น
 - ทำนอนตะแคงซ้ายช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงมดลูกและทารก
 - แนวทางของ WHO ชัดเจนว่า ควรหลีกเลี่ยงการให้ผู้คลอดนอนหงายราบตลอดเวลา
5. การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์
 - ผู้ดูแลควรแสดงความเข้าใจ (empathy) ฟังอย่างตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้คลอดเจ็บมากหรือมีความกังวล
 - พุดซา ชัด ถ้อยคำอ่อนโยน หลีกเลี่ยงการตำหนิ หรือดัดบพ
 - การลดความกลัวช่วยลดโอกาสที่การคลอดจะหยุดชะงัก (labour arrest)

4.3 หมวดที่ 3 : การประเมินสุขภาพผู้คลอด

หมวดนี้เน้น “ความปลอดภัยของมารดา” โดยเฉพาะการค้นหาสัญญาณเตือนระยะแรกของภาวะอันตราย เช่น การติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ การเสียเลือด และภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง¹

องค์ประกอบหลัก

1. ชีพจร (อัตราการเต้นของหัวใจมารดา)
 - ช่วงปกติประมาณ 60–119 ครั้งต่อนาที
 - หากน้อยกว่า 60 หรือมากกว่าเท่ากับ 120 ครั้งต่อนาที ถือเป็นสัญญาณเตือน
2. ความดันโลหิต
 - ความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท สงสัยภาวะช็อก
 - ความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 หรือความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ต้องพิจารณาภาวะความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ
 - ควรประเมินร่วมกับโปรตีนในปัสสาวะ และอาการปวดศีรษะหรือการมองเห็นผิดปกติ
3. อุณหภูมิร่างกาย
 - อุณหภูมิน้อยกว่า 35°C หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5°C ถือเป็นสัญญาณเตือน
 - หากอุณหภูมิสูงกว่า 37.5°C ต้องระวังการติดเชื้อเยื่อหุ้มถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) และควรตรวจเพิ่มเติม เช่น กลิ่นตกขาวหรือมูกเลือดที่ผิดปกติ
4. การตรวจปัสสาวะ
 - โปรตีนในปัสสาวะระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 2+ สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษ
 - คีโตนในปัสสาวะระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 2+ บ่งชี้ภาวะขาดน้ำหรือขาดพลังงาน ระยะคลอดที่ยืดเยื้อ

4.4 หมวดที่ 4 : การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์

หมวดนี้เน้นการประเมิน “ภาวะออกซิเจนและความทนทานของทารก” ระหว่างการคลอด เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะทารกขาดออกซิเจนได้เร็วและตอบสนองได้ทันที่^{1,7}

องค์ประกอบ

1. อัตราการเต้นหัวใจทารกพื้นฐาน (Baseline FHR)
 - ช่วงปกติ 110–159 ครั้งต่อนาที

- ต่ำกว่า 110 หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 160 ครั้งต่อนาที ถือเป็นสัญญาณเตือน
 - แนะนำให้ฟังอย่างน้อย 60 วินาที และสังเกตหลังการหดตัวของมดลูก
2. รูปแบบการลดลงของหัวใจทารก (Deceleration)
- ชนิด early มักสัมพันธ์กับการกดของศีรษะทารก ถือเป็นภาวะไม่อันตราย
 - ชนิด variable อาจบ่งชี้สายสะดือถูกกด
 - ชนิด late บ่งชี้การไหลเวียนเลือดจากมดลูกไปสู่รกลดลง ซึ่งเป็นสัญญาณอันตราย
- สัญญาณเตือนสำคัญ : มี late deceleration หรือ deceleration ที่ยาวนาน ช้า ๆ หรือมีรูปแบบผิดปกติร่วมกัน^{1,7}
3. น้ำคร่ำ
- ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (intact) หรือน้ำคร่ำใส (clear) ถือว่าปกติ
 - น้ำคร่ำมีสีเทาปนระดับมาก (M+++) หรือมีเลือดปน เป็นภาวะที่ต้องระวังอย่างยิ่ง
4. ตำแหน่งศีรษะทารก
- ตำแหน่งก้นหน้า (occiput anterior) เป็นตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการคลอด
 - หากศีรษะหงายหลังหรือเอียงด้านข้างคงอยู่นานโดยไม่เปลี่ยน (persistent OP/OT) เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดขัด
5. Caput (การบวมของหนังศีรษะทารก)
- หากบวมมาก (ระดับ ++++) สะท้อนถึงแรงกดที่ศีรษะสูง อาจสัมพันธ์กับการคลอดติดขัด
6. Moulding (การเกยของกระดูกกะโหลก)
- หากเกยกันแน่นและไม่สามารถดันกลับได้ (ระดับ ++++) เป็นสัญญาณของภาวะช่องเชิงกรานคับหรือการคลอดติดขัด

4.5 หมวดที่ 5 : ความก้าวหน้าของการคลอด

หมวดนี้เป็นหัวใจของ Thai-LCG ซึ่งนำแบบจำลองช่วงเวลา (Lag-Time Model) มาใช้แทนเกณฑ์การเปิดปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง^{2,3,7}

องค์ประกอบ

1. การหดตัวของมดลูก
 - ปกติควรมี 3-5 ครั้งต่อ 10 นาที แต่ละครั้งยาว 40-60 วินาที
 - การหดตัวน้อยกว่า 3 ครั้งต่อ 10 นาที ถือว่าไม่เพียงพอ
 - การหดตัวมากกว่า 5 ครั้งต่อ 10 นาที ถือว่ามากเกินไป
2. การเปิดปากมดลูก

ใช้เกณฑ์ช่วงเวลาที่เหมาะสม (lag-time) แทนการใช้เส้นเฉลี่ยตายตัว⁷ เช่น

 - ปากมดลูกเปิด 5 ซม. เกิน 6 ชั่วโมง
 - ปากมดลูกเปิด 6 ซม. เกิน 5 ชั่วโมง
 - ปากมดลูกเปิด 7 ซม. เกิน 3 ชั่วโมง
 - ปากมดลูกเปิด 8 ซม. เกิน 2.5 ชั่วโมง
 - ปากมดลูกเปิด 9 ซม. เกิน 2 ชั่วโมง

หากเกินเวลานี้โดยไม่มี ความก้าวหน้า ต้องพิจารณาว่าเริ่มมีปัญหาของการคลอด (dystocia)
3. การเคลื่อนลงต่ำของศีรษะทารก

ประเมินโดยการคลำทางหน้าท้องหรือร่วมกับการตรวจภายใน หากระดับศีรษะไม่เปลี่ยนแปลงมากกว่า 2-3 ชั่วโมง โดยเฉพาะเมื่อปากมดลูกเปิดมากแล้ว ต้องสงสัยภาวะศีรษะ-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน (CPD)⁴
4. ความก้าวหน้าในระยะที่สองของการคลอด

ในครรภ์แรก ระยะเบ่งคลอดไม่ควรยาวเกิน 3 ชั่วโมง

ในครรภ์หลัง ระยะเบ่งคลอดไม่ควรยาวเกิน 2 ชั่วโมง

หากนานกว่านี้โดยไม่มีความก้าวหน้า ถือว่าเป็นระยะที่สองยืดเยื้อ ต้องประเมินเพิ่มเติมและพิจารณาการช่วยเหลือ

4.6 หมวดที่ 6 : การใช้ยาและหัตถการ

หมวดนี้เน้นความปลอดภัย โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้ยาเร่งการคลอดและการแทรกแซงอื่น ๆ

องค์ประกอบ

1. การใช้ยาออกซิโทซิน (Oxytocin)

ต้องบันทึกอย่างชัดเจน

- ปริมาณยาในสารน้ำ
- อัตราการหยด
- เวลาเริ่มและหยุด
- การตอบสนองของการหดตัวของมดลูก

หากมีภาวะมดลูกหดตัวถี่เกินไป หรือทารกมีสัญญาณขาดออกซิเจน ต้องหยุดยาและจัดการทันที⁷

2. การให้ยาอื่น ๆ

เช่น ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ยาลดความดันโลหิต แมกนีเซียมซัลเฟต ต้องระบุชื่อยา ขนาดยา วิธีให้ และเวลาอย่างครบถ้วน

3. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

บันทึกชนิด ปริมาณ และเหตุการณ์ให้ทุกครั้ง เพื่อประกอบการประเมินภาวะน้ำและความสมดุลของร่างกาย

4.7 หมวดที่ 7 : การตัดสินใจร่วมกัน

หมวดนี้สะท้อนหลักการสำคัญของการดูแลที่เคารพศักดิ์ศรีผู้คลอดและสิทธิผู้ป่วยในระบบสุขภาพไทย

องค์ประกอบสำคัญ^{1,6}

- อธิบายสถานการณ์ของการคลอดอย่างตรงไปตรงมา ไม่ปิดบัง
- นำเสนอทางเลือกการรักษาต่าง ๆ พร้อมข้อดีและข้อจำกัดตามหลักฐาน
- แจ้งความเสี่ยงและประโยชน์ของแต่ละทางเลือกอย่างเข้าใจง่าย
- รับฟังความคิดเห็น ความกังวล และความต้องการของผู้คลอดและครอบครัว
- บันทึกบทสนทนาและข้อสรุปการตัดสินใจร่วมกันในส่วน “การประเมินและแผนการดูแล”

ตัวอย่างการบันทึก

“ชี้แจงว่าการเปิดปากมดลูกช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนดในตารางเวลา ผู้คลอดเข้าใจถึงความหมายและยินยอมให้เร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน โดยจะตรวจภายในซ้ำในอีก 2 ชั่วโมง”

บทสรุปที่ 4

การประเมินทั้ง 7 หมวดของ Thai-LCG เปรียบเสมือน “โครงสร้างทางวิทยาศาสตร์ของการดูแลการคลอด” ที่หลอมรวมทั้งสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์และการคลอด หลักฐานเชิงวิชาการ จริยธรรมวิชาชีพ และมาตรการความปลอดภัยเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยมีความเห็นว่า Thai-LCG ไม่ใช่เป็นเพียง “แบบฟอร์ม” สำหรับบันทึกตัวเลข แต่คือ “มาตรฐานการดูแล” ที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และความเข้าใจเชิงลึกของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และเคารพศักดิ์ศรีของสตรีไทยทุกคน

บทที่ 5 : แผนการประเมินและลำดับการตัดสินใจของ Thai-LCG (Thai-LCG Algorithm & Flowcharts)

การใช้ Thai-LCG ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด จำเป็นต้องมี “ระบบการคิดแบบเป็นขั้นตอน” ที่ช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างแม่นยำ ตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงของมารดาและทารก ส่งผลได้ทันเวลา สื่อสารภายในทีมได้ชัดเจน และทำให้การดูแลมีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ^{1,7}

ระบบผังการประเมินของ Thai-LCG ตั้งอยู่บนหลักคิดของ WHO Labour Care Guide ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินอย่างต่อเนื่อง การค้นหาความผิดปกติทันที และการตอบสนองที่เหมาะสมในทุกสถานการณ์

5.1 แผนการประเมินแบบ WHO (WHO Monitoring Cycle)

วงรอบการประเมิน 4 ขั้นตอน : ประเมิน – บันทึก – ตรวจสอบสัญญาณเตือน – วางแผนตอบสนอง

WHO กำหนดว่า การประเมินผู้คลอดต้องเป็น “กระบวนการหมุนเวียนซ้ำ” มิใช่การตรวจเป็นครั้งคราว Thai-LCG จึงใช้หลัก 4 ขั้นตอนนี้เป็นแกนกลางของการดูแลทุกครั้ง^{1,7}

ขั้นที่ 1 : การประเมิน (Assess)

ประเมินครบทั้ง 7 หมวด ได้แก่

1. การดูแลและสนับสนุนผู้คลอด
2. สุขภาพมารดา
3. สุขภาพทารกในครรภ์
4. ความก้าวหน้าของการคลอด
5. การใช้ยาและสารน้ำ
6. การตัดสินใจร่วมกัน
7. ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยเสี่ยง

ขั้นที่ 2 : การบันทึก (Record)⁷

- บันทึกลง Thai-LCG ทันทีตามเวลาจริง
- ห้ามบันทึกย้อนหลัง
- ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ตามมาตรฐาน WHO–Thai LCG

ขั้นที่ 3 : ตรวจสอบสัญญาณเตือน (Check Alert Signs)²⁻⁴

ตรวจทุกหัวข้อว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เช่น

- อัตราการเต้นหัวใจทารก <110 หรือ ≥160 ครั้ง/นาที
- รูปแบบ late deceleration
- ปากมดลูกไม่ก้าวหน้าตามช่วงเวลา
- ความดันโลหิต ≥140/90 มิลลิเมตรปรอท
- การบวมศีรษะทารกระดับรุนแรง (+ + +)

ขั้นที่ 4 : วางแผนตอบสนอง (Plan)⁶

- ระบุแผนการดูแลในช่อง “การประเมินและแผนการดูแล”
- แจ้งแพทย์ผู้รับผิดชอบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
- ติดตามผู้คลอดอย่างใกล้ชิด
- ปรับการดูแลทันที เช่น เปลี่ยนท่าผู้คลอด หายยาเร่งมดลูก
- หากเข้าข่ายการส่งต่อ ให้ใช้ผังการส่งต่อ (Referral Algorithm)

5.2 แผนประเมินความก้าวหน้าปากมดลูกตามหลักสรีรวิทยา (Lag-Time Model)

WHO ได้ยกเลิกเกณฑ์การเปิดปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และแทนที่ด้วย “ช่วงเวลาสูงสุดที่ยอมรับได้ในแต่ละระดับของการเปิดปากมดลูก” เพื่อให้สอดคล้องกับสรีรวิทยาการคลอดจริงของผู้หญิงส่วนใหญ่ เกณฑ์ช่วงเวลาตาม WHO^{2,7}

การเปิดปากมดลูก	ช่วงเวลา (ไม่ควรเกิน)
5 ซม.	6 ชั่วโมง
6 ซม.	5 ชั่วโมง
7 ซม.	3 ชั่วโมง
8 ซม.	2.5 ชั่วโมง
9 ซม.	2 ชั่วโมง

หากปากมดลูกคงที่เกินช่วงเวลาดังกล่าว โดยไม่มีความก้าวหน้าที่เหมาะสม ให้ถือว่าเป็น “การเปิดปากมดลูกล่าช้า”

ขั้นตอนการตอบสนองต่อการเปิดปากมดลูกล่าช้า

ขั้นที่ 1 : ประเมินข้ออย่างรอบคอบ

- หลีกเลี่ยงการตรวจภายในบ่อยเกินไป
- ประเมินตำแหน่งศีรษะทารก การบวมศีรษะ และการเกยของกะโหลก
- ประเมินการหดตัวของมดลูก
- ตรวจฟังหัวใจทารกทันที

ขั้นที่ 2 : แก้ไขปัจจัยที่อาจแก้ไขได้

- เปลี่ยนท่าผู้คลอด ลูกเดิน หรือนอนตะแคงซ้าย
- ให้ดื่มน้ำหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือด
- ให้การบรรเทาปวดตามความต้องการ
- ตรวจสอบว่ากระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่

ขั้นที่ 3 : ประเมินการเจาะถุงน้ำคร่ำและการให้ยาเร่งคลอด

- ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำหากไม่มีข้อห้าม
- พิจารณาให้ยาเร่งการหดตัวของมดลูกหดตัวไม่เพียงพอ

ขั้นที่ 4 : พิจารณาการส่งต่อ

หากยังไม่ก้าวหน้า ต้องพิจารณาเกณฑ์การส่งต่อทันที

5.3 แนวทางการตอบสนองภาวะทารกเสี่ยง (Fetal Compromise Algorithm)

ภาวะทารกเสี่ยง (fetal compromise condition/nonreassuring fetal status) เป็นหนึ่งในเหตุสำคัญของความทารกเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต การตอบสนองอย่างทันท่วงทีจึงมีความจำเป็นอย่างสูง^{1,4,7}

สัญญาณเตือน (Alert) ของทารกในครรภ์

- อัตราการเต้นหัวใจทารกต่ำกว่า 110 หรือสูงกว่า 160 ครั้ง/นาที
- มี late deceleration
- มี deceleration ยาวนานเกิน 2 นาที
- มี deceleration ชั่ว ๆ ในหลายรอบการหดตัว
- น้ำคร่ำมีสีเขียวระดับมาก (M+++)

ขั้นตอนตอบสนอง

ขั้นที่ 1 : ดำเนินการทันที

- จัดทำนอนตะแคงซ้าย
- หยุดยาเร่งมดลูกทันที
- ให้สารน้ำ 250–500 มิลลิลิตร
- ตรวจซ้ำอัตราการเต้นหัวใจทารกทุก 5 นาที

ขั้นที่ 2 : หาสาเหตุ

- สายสะดือถูกกดหรือไม่
- การไหลเวียนเลือดไปสู่รกลดลงหรือไม่
- มีสัญญาณการติดเชื้อของมารดาหรือไม่
- มดลูกหดตัวถี่หรือแน่นเกินไปหรือไม่

ขั้นที่ 3 : แจ้งบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทันที

ควรเรียกแพทย์อาวุโส/Specialist มาประเมินร่วม

ขั้นที่ 4 : ตัดสินใจ

- หากทารกยังมีสัญญาณอันตรายใน 10–15 นาที ให้เตรียมการช่วยคลอดด้วยหัตถการ หรือผ่าตัดคลอด
- หากโรงพยาบาลไม่มีศักยภาพเพียงพอ → ต้องส่งต่อทันที

5.4 แนวทางด้านความปลอดภัยในการใช้ยาเร่งคลอดและการหดตัวของมดลูก

เพื่อป้องกันภาวะมดลูกหดตัวถี่เกินไป และลดความเสี่ยงภาวะทารกขาดออกซิเจน

ขั้นตอนการพิจารณาใช้ยาเร่งคลอด

หากพบว่า

- มดลูกหดตัวน้อยกว่า 3 ครั้งต่อ 10 นาที → อาจเริ่มยาเร่งคลอด
- หากมากกว่า 5 ครั้งต่อ 10 นาที → ถือว่าหดตัวบ่อยเกินไป ต้องดำเนินการตามผังความปลอดภัย

ขั้นตอนความปลอดภัย

ขั้นที่ 1 : ลดหรือหยุดยาเร่งคลอดทันที

โดยเฉพาะเมื่อมีสัญญาณอันตรายของทารก

ขั้นที่ 2 : ฟังหัวใจทารกซ้ำทุก 5 นาที

ขั้นที่ 3 : ให้สารน้ำและเปลี่ยนท่าผู้คลอด

ขั้นที่ 4 : บันทึกการดำเนินการทั้งหมดใน LCG

5.5 แนวทางการดูแลระยะเบ่ง (Second Stage Algorithm)

เพื่อป้องกันการคลอดติดขัดและภาวะมารดาเหนื่อยล้ารุนแรง

เวลาที่เหมาะสม

- ครรภ์แรก : ไม่ควรเกิน 3 ชั่วโมง
- ครรภ์หลัง : ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนการดูแลระยะเบ่ง

ขั้นที่ 1 : ประเมินทุก 30 นาที

- ฟังหัวใจทารกทุก 5 นาที
- ประเมินแรงเบ่ง
- ประเมินระดับการลงต่ำของศีรษะทารก

ขั้นที่ 2 : แก้ไขสาเหตุที่ขัดขวางการคลอด

- ให้การบรรเทาปวด

- ให้ผู้คลอดอยู่ท่าที่ลูกขึ้นหรือเอนตัวไปข้างหน้า
- ให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะหากกระเพาะปัสสาวะเต็ม
- ประเมินตำแหน่งศีรษะทารกอีกครั้ง

ขั้นที่ 3 : หากไม่ก้าวหน้า → พิจารณาภาวะศีรษะ-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน (CPD)

ขั้นที่ 4 : หากทารกมีสัญญาณอันตราย → เตรียมช่วยคลอดหรือส่งต่อทันที

5.6 แนวทางการส่งต่อ (Referral Pathway)

กลุ่มที่ต้องส่งต่อทันที (ฉุกเฉิน)

- ปากมดลูกหลุดก้ำวหน้า ≥ 4 ชั่วโมง
- สงสัยศีรษะ-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน
- late deceleration ช้า
- น้ำคร่ำมีสีเทา M+++
- deceleration ยาวนาน
- ศีรษะไม่ลดต่ำระดับ -3 ถึง -2 นานกว่า 2-3 ชั่วโมง
- โรงพยาบาลไม่มีห้องผ่าตัดหรือศักยภาพในการช่วยคลอด

กลุ่มที่ต้องส่งต่อแบบเร่งด่วน

- การเปิดปากมดลูกล่าช้าตามเกณฑ์ช่วงเวลาของ WHO
- ตำแหน่งศีรษะทารกผิดปกติอยู่นาน
- มดลูกหดตัวไม่พอแม่ได้รับยาเร่งคลอดแล้ว

กลุ่มที่ต้องส่งต่อล่วงหน้า

- หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีความก้าวหน้าช้ากว่าปกติ
- ผู้เคยผ่าตัดคลอดที่คลอดทางช่องคลอดแล้วปากมดลูกไม่ก้าวหน้า
- ครรภ์แฝดที่ทารกแฝดแรกอยู่ในท่าก้น
- ผู้ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์และมีความผิดปกติในการคลอด

บทสรุปที่ 5

แนวทางนี้แสดงภาพรวมของขั้นตอนการดูแลทั้งหมด ตั้งแต่การรับตัวผู้คลอด การเริ่มประเมิน การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การตอบสนอง การทบทวนแผน และการส่งต่อหากจำเป็น โดยยึดหลัก

- “ประเมินอย่างต่อเนื่อง”
- “ตอบสนองให้ทันสถานการณ์”
- “ให้ข้อมูลผู้คลอดทุกขั้นตอน”
- “ตัดสินใจจากข้อมูลที่ชัดเจน”

บทที่ 6 : เกณฑ์การส่งต่อ และเส้นทางการส่งต่อ (Referral Criteria & Pathway)

การส่งต่อผู้คลอดจากสถานบริการระดับต้นไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็น “หัวใจสำคัญ” ของระบบอนามัยแม่และเด็ก การส่งต่อที่รวดเร็ว ปลอดภัย มีหลักเกณฑ์ชัดเจน และมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การคลอดติดขัด ภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน ภาวะทารกขาดออกซิเจนเฉียบพลัน และการล้มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิตในมารดา อันท้ายที่สุดช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกได้อย่างมีนัยสำคัญ

6.1 หลักการสำคัญของการส่งต่อในระบบ Thai-LCG

การพิจารณาส่งต่อภายใต้ Thai-LCG ตั้งอยู่บนหลักการสำคัญ 5 ประการ^{1,6,7,15} ดังนี้

หลักการที่ 1 : ความปลอดภัยต้องมาก่อน (Safety First)

ผู้คลอดและทารกต้องได้รับการปกป้องจากภาวะเสี่ยงทุกชนิดเป็นอันดับแรก ไม่ว่าจะเป็นภาวะทารกขาดออกซิเจน ภาวะซีด การคลอดติดขัด หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ การชะลอการส่งต่อโดยไม่มีเหตุอันควรถือเป็นความเสี่ยงที่ต้องหลีกเลี่ยง เป้าหมายคือการลดความล่าช้า 3 ระดับ (three delays) ได้แก่ 1. ช้าในการตัดสินใจ 2. ช้าในการเข้าถึงสถานพยาบาล 3. ช้าในการได้รับการรักษาที่เหมาะสม

หลักการที่ 2 : ใช้สัญญาณเตือนจาก Thai-LCG เป็นฐานการตัดสินใจ

Thai-LCG ทำหน้าที่เป็น “สัญญาณเตือนล่วงหน้า” เมื่อพบความผิดปกติจากการประเมินแต่ละหมวด เช่น

- อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ
- ปากมดลูกไม่ก้าวหน้าตามเกณฑ์ช่วงเวลา (lag-time)
- ตำแหน่งศีรษะทารกผิดปกติและไม่เปลี่ยนแปลง
- การบวมของศีรษะทารกและการเกยของกระดูกกะโหลกในระดับรุนแรง

ข้อมูลเหล่านี้ต้องถูกนำมาประกอบการตัดสินใจเรื่องการส่งต่อเสมอ^{3,4,7}

หลักการที่ 3 : ส่งต่อไปยัง “สถานพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมที่สุด”

ไม่จำเป็นต้องส่งทุกกรณีไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สุด แต่ควรส่งไปยังสถานพยาบาลที่สามารถ

- ทำการผ่าตัดคลอดได้ทันเวลา
- มีหน่วยทารกแรกเกิดที่สามารถรองรับทารกเสี่ยงสูง (เช่น ห้องอภิบาลทารกแรกเกิด)
- มีสูติแพทย์ วิชาสูติแพทย์ และทีมช่วยคลอดที่มีความชำนาญ

หลักการที่ 4 : ประสานงานก่อนส่ง (Pre-transfer Communication)

ก่อนส่งต่อ ต้องติดต่อประสานไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ให้ทราบถึงอาการปัจจุบัน ผลการประเมินล่าสุด และเหตุผลที่ต้องส่งต่อ เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางเตรียมการรองรับได้อย่างเหมาะสม

หลักการที่ 5 : การดูแลต่อเนื่องระหว่างส่งต่อ (In-transit Care)

ระหว่างการเคลื่อนย้าย ต้องมีบุคลากรที่สามารถประเมิน 15

- สัญญาณชีพของมารดา
- อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์
- ปริมาณเลือดออก
- การหดตัวของมดลูก

พร้อมอุปกรณ์และยาที่จำเป็นในรถพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างทาง

6.2 ประเภทของการส่งต่อในระบบ Thai-LCG

(Types of Referral)

เพื่อลดความสับสนและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การส่งต่อในระบบ Thai-LCG แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ก. การส่งต่อทันที (Emergency Referral : ต้องส่งใน 30–60 นาที)

เป็นสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตมารดาหรือทารก ต้องดำเนินการส่งทันทีโดยไม่รอให้ครบช่วงเวลาตามเกณฑ์ lag-time

เกณฑ์สำคัญ เช่น

1. ภาวะปากมดลูกหยุดก้าวหน้าในระยะ active
 - ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มเติมต่อกันตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป
 - ทั้งที่มีการหดตัวของมดลูกดี หรือได้รับยาเร่งคลอดในขนาดเหมาะสมแล้ว
2. สงสัยภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน (CPD)

โดยมีสัญญาณสนับสนุน เช่น

 - Caput ศีรษะทารกกระด้างรุนแรง (+++)
 - Moulding ของกระดูกกะโหลกศีรษะระดับรุนแรง (+++)
 - ระดับศีรษะทารกค้างอยู่ที่ตำแหน่งสูง (เช่น -3 ถึง -2) เป็นเวลานาน
 - ศีรษะอยู่ในท่าหงายหลัง (OP) อย่างต่อเนื่อง และปากมดลูกไม่ก้าวหน้าพอ
3. ภาวะทารกเสี่ยงที่ไม่ตอบสนองต่อการแก้ไขเบื้องต้น

เช่น

 - late deceleration
 - deceleration ยาวนานเกิน 2 นาที
 - deceleration ชนิดเปลี่ยนแปลงซ้ำและร่วมกับมดลูกหดตัวถี่มาก
 - น้ำคร่ำมีสีเขียวระดับมาก (M+++) หรือมีเลือดปน
4. ภาวะอันตรายรุนแรงของมารดา (Maternal danger signs)

ได้แก่

 - ความดันโลหิตสูงมาก (เช่น $\geq 160/110$ มิลลิเมตรปรอท)
 - อาการชัก หรือมีสัญญาณเตือนภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง
 - เลือดออกทางช่องคลอดมากในระยะคลอดหรือหลังคลอดระยะแรก
 - สงสัยภาวะติดเชื้อรุนแรง
5. สถานบริการต้นทางไม่มีศักยภาพในการผ่าตัดคลอดหรือดูแลทารกเสี่ยงสูง

เช่น ไม่มีห้องผ่าตัดหรือทีมผ่าตัดพร้อมให้บริการในเวลาอันสั้น

ข. การส่งต่อแบบเร่งด่วน (Urgent Referral : ควรส่งใน 1–2 ชั่วโมง)

ใช้ในกรณีที่มีความผิดปกติชัดเจน แต่ผู้คลอดยังคงอยู่ในสภาพคงที่พอให้มีเวลาเตรียมการอย่างรัดกุมก่อนส่ง

เกณฑ์สำคัญ เช่น

1. การเปิดปากมดลูกล่าช้าตามเกณฑ์ช่วงเวลา WHO (Delayed cervical progression)
 - ปากมดลูกค้างที่ 7 ซม. นาน ≥ 3 ชั่วโมง
 - ปากมดลูกค้างที่ 8 ซม. นาน ≥ 2.5 ชั่วโมง
 - ปากมดลูกค้างที่ 9 ซม. นาน ≥ 2 ชั่วโมง
2. ศีรษะทารกไม่ลงต่ำ (Failure of descent)
 - ระดับศีรษะไม่เปลี่ยนแปลงต่อเนื่องนานกว่า 2–3 ชั่วโมง ทั้งที่ปากมดลูกใกล้หรือเปิดหมดแล้ว

3. ตำแหน่งศีรษะทารกผิดปกติและไม่เปลี่ยนท่า (Persistent malposition)
 - ทารกอยู่ในท่าหงายหลังหรือหันข้าง (OP/OT) และไม่หมุนมาอยู่ในท่าก้มหน้า
 - เกิดภาวะศีรษะค้างในแนวขวาง (deep transverse arrest)
4. การหดตัวของมดลูกไม่เพียงพอ และไม่ตอบสนองต่อยาเร่งคลอด
 - มดลูกหดตัวน้อยต่อเนื่องหลังปรับขนาดยาเร่งคลอดอย่างเหมาะสมแล้ว แต่ยังไม่เกิดความก้าวหน้าของปากมดลูก
 - สงสัยภาวะมดลูกหดตัวอ่อนแรง (uterine inertia)

ค. การส่งต่อแบบวางแผนล่วงหน้า (Early / Anticipatory Referral)

เป็นการส่งต่อในผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงตั้งแต่ต้น แม้ยังไม่เข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน แต่มีแนวโน้มว่าหากรออาจเกิดอันตราย จึงควรส่งออกก่อนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ตัวอย่างกรณีที่ควรพิจารณาส่งล่วงหน้า

1. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีความก้าวหน้าของขบวนการคลอดช้า เช่น
 - เบาหวานก่อนตั้งครรภ์หรือขณะตั้งครรภ์
 - ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - เคยผ่าตัดคลอดมาก่อนและกำลังลองคลอดทางช่องคลอด (VBAC)
 - ครรภ์แฝด
 - ภาวะอ้วนมาก (ดัชนีมวลกาย ≥ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)
2. ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด (PROM) นานเกิน 18–24 ชั่วโมงร่วมกับความก้าวหน้าของการคลอดช้า
3. การชักนำการคลอดล้มเหลว (Induction failure)

เช่น ได้ยาเร่งคลอดครบตามแผนแล้วนาน ≥ 6 ชั่วโมง แต่ปากมดลูกไม่ก้าวหน้า
4. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยฝากครรภ์และพบความผิดปกติจากการใช้ Thai-LCG

6.3 การดูแลก่อนส่งต่อ (Pre-Referral Stabilization)

ก่อนส่งต่อผู้คลอดทุกครั้ง ต้องเตรียมความพร้อมและจัดการให้ปลอดภัยที่สุดเท่าที่จะทำได้

1. จัดท่าทางของผู้คลอด
 - ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายหรือตะแคงที่สบาย
 - หลีกเลี่ยงท่านอนหงายราบเพื่อลดการกดทับหลอดเลือดใหญ่
2. จัดการเรื่องยาเร่งคลอด
 - หากสงสัยภาวะทารกเสี่ยงหรือมดลูกหดตัวถี่เกินไป ต้องหยุดยาเร่งคลอดทันที
 - ประเมินการหดตัวซ้ำทุก 5 นาที
3. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
 - เปิดเส้นเลือดดำ
 - ให้สารน้ำ เช่น Ringer lactate หรือสารน้ำเกลือปริมาณ 500–1,000 มิลลิลิตร ตามสภาพทางคลินิก
4. ประเมินทารกซ้ำ
 - ฟังหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง
 - ประเมินรูปแบบการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอีกครั้งก่อนออกเดินทาง
5. ติดตามสัญญาณชีพของมารดา
 - ตรวจความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และอุณหภูมิทุก 5–15 นาทีจนกว่าจะส่งต่อ
6. จัดเตรียมเอกสารและข้อมูลให้ครบถ้วน
 - แบบแบบฟอร์ม Thai-LCG ทุกหน้า
 - ใบสรุปการฝากครรภ์ (เช่น ANC summary)

- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง
- ใบส่งตัวพร้อมสรุปเหตุผลการส่งต่ออย่างกระชับ ชัดเจน

6.4 การดูแลระหว่างการส่งต่อ (In-Transit Care)

ระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้คลอดต้องไม่ถูกปล่อยให้อยู่ในภาวะเสี่ยงลำพัง ระบบส่งต่อที่ดีต้องมีองค์ประกอบดังนี้

- มีบุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลที่สามารถประเมิน
 - สัญญาณชีพของมารดา
 - อัตราการเต้นหัวใจทารก
 - ปริมาณเลือดออก
 - การหดตัวของมดลูก
- อุปกรณ์ที่ควรมีในโรงพยาบาล เช่น
 - เครื่องฟังหัวใจทารกแบบพกพา
 - ถังออกซิเจน
 - ชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
 - ยาจำเป็นสำหรับภาวะฉุกเฉิน
 - ชุดอุปกรณ์ช่วยคลอดกรณีคลอดระหว่างทาง

6.5 การรับตัวผู้คลอดที่ถูกส่งต่อ (Receiving Facility Protocol)

เมื่อผู้คลอดเดินทางถึงโรงพยาบาลปลายทาง ควรมีระบบรับตัวที่รวดเร็วและเป็นระบบ ดังนี้

1. ได้รับข้อมูลล่วงหน้าจากโรงพยาบาลต้นทาง
2. เตรียมห้องคลอดและทีมบุคลากรให้พร้อม
3. ทบทวนแบบฟอร์ม Thai-LCG และเวชระเบียนที่แนบมา
4. เริ่มประเมินซ้ำทันทีที่ทั้งมารดา ทารก และความก้าวหน้าของการคลอด
5. ประชุมทีม (สูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ วิสัญญีแพทย์ และทีมทารกแรกเกิด)
6. กำหนดแผนดูแล เช่น
 - เผื่อระวังต่อเนื่อง
 - ช่วยคลอดด้วยหัตถการ
 - ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

6.6 ตัวอย่างบันทึกการส่งต่อ

สรุปจาก Thai-LCG

ปากมดลูกเปิดค้ำที่ 7 เซนติเมตรมาแล้ว 3 ชั่วโมง (เกินช่วงเวลาเกณฑ์), การหดตัวของมดลูก 4 ครั้งต่อ 10 นาที แต่ละครั้งยาว 50 วินาที, หัวใจทารกเต้น 170 ครั้งต่อนาที มี late deceleration ช้ำ, ศีรษะทารกมีการบวมและกระดูกเยียรระดับ ++

การประเมิน (Assessment) : สงสัยภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานร่วมกับภาวะทารกเสี่ยงขาดออกซิเจน

การดูแลก่อนส่งต่อ :

- หยุดยาเร่งคลอด
- จัดท่านอนตะแคงซ้าย
- ให้สารน้ำ Ringer lactate ทางหลอดเลือดดำ 500 มิลลิลิตร
- ฟังหัวใจทารกซ้ำ พบว่ายังเต้น 165 ครั้งต่อนาที

เหตุผลที่ส่งต่อ : ต้องการสถานพยาบาลที่มีศักยภาพด้านการผ่าตัดคลอดและมีหน่วยดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงสูง

การประสานงาน : ติดต่อแพทย์เวรโรงพยาบาลปลายทาง เวลา 15.42 น. ได้รับการตอบรับให้ส่งต่อทันที
 แผน : ส่งต่อโดยรถพยาบาลพร้อมพยาบาลผดุงครรภ์ประจำรถ พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและการติดตามหัวใจทารกระหว่างทาง

บทสรุปที่ 6

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำให้กำหนด “ระบบและเกณฑ์การส่งต่อ” ที่ชัดเจน ครอบคลุม และเน้นความปลอดภัยสูงสุด สอดคล้องกับหลักการของ WHO Labour Care Guide และปรับให้เข้ากับบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย การส่งต่อภายใต้กรอบของ Thai-LCG ช่วยให้

- ลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของมารดา
- ลดภาวะทารกขาดออกซิเจนและการเจ็บป่วยรุนแรง
- ลดโอกาสการคลอดติดขัดและการผ่าตัดฉุกเฉินที่ล่าช้า
- เสริมความเข้มแข็งของระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและสายการส่งต่อ
- ยกระดับมาตรฐานการดูแลแม่และเด็กในระดับประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

บทที่ 7 : มาตรฐานการบันทึก Thai-LCG (Documentation Standards for Thai-LCG)

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเน้นย้ำเรื่องการบันทึก Thai-Labour Care Guide (Thai-LCG) ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะทำหน้าที่ทั้งในฐานะ “เวชระเบียนที่มีผลทางกฎหมาย” และเป็น “ข้อมูลเชิงคุณภาพ” ที่ใช้ประกอบการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้คลอดและทารก ดังนั้น การบันทึกทุกบรรทัดต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และสะท้อนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

ส่วนนี้จึงกำหนดมาตรฐานสำหรับการกรอกและการตีความ Thai-LCG เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในโรงพยาบาลทุกระดับ และเพื่อให้ “คุณภาพของการบันทึก = คุณภาพของการดูแลผู้คลอด”

7.1 หลักการสำคัญของการบันทึกตาม Thai-LCG

(Core Principles of Thai-LCG Documentation)

Thai-LCG ถูกออกแบบบนแนวคิดที่ว่า “การบันทึก = การดูแล” ไม่ใช่เพียงการกรอกแบบฟอร์มให้ครบ ดังนั้น การบันทึกข้อมูลแต่ละรายการต้องยึดหลักสำคัญ 5 ประการ¹ ดังนี้

(1) การบันทึกตามเวลาจริง (Real-time recording)

ผู้ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลในขณะที่ทำการประเมินหรือให้การดูแล หรือโดยเร็วที่สุดหลังจบการประเมิน ไม่ควรบันทึกย้อนหลัง เพราะอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทั้งทางกฎหมายและทางคลินิก

ข้อมูลที่บันทึกล่าช้า หรือจดจากความจำย้อนกลับไป อาจทำให้การอ่านแนวโน้ม (trend) ของความก้าวหน้าการคลอดคลาดเคลื่อนได้ เช่น การตีความช่วงเวลาเปิดปากมดลูก (lag-time) ผิดพลาด

(2) ความถูกต้อง (Accuracy)

ทุกข้อมูลต้องมาจากข้อเท็จจริงที่ตรวจวัดได้ ไม่คาดเดา หรือประมาณเอาเอง และต้องบันทึกค่าตัวเลขอย่างชัดเจน เช่น

- อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ (FHR) ต้องบันทึกเป็นตัวเลข เช่น 142 ครั้งต่อนาที ไม่เขียนว่า “ปกติ”
- ความดันโลหิตต้องระบุทั้งค่าความดันตัวบนและตัวล่าง (เช่น 118/72 มม.ปรอท)
- การเปิดปากมดลูกต้องมาจากการตรวจภายในจริง ไม่บันทึกจากการคาดคะเน

(3) ความครบถ้วน (Completeness)

ทุกช่องใน LCG ต้องได้รับการประเมินและบันทึกตามความถี่ที่กำหนดในแนวทาง WHO/Thai-LCG เช่น

- ฟังอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30 นาทีในระยะคลอดระยะแรก
- ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที
- ตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดปากมดลูกทุก 4 ชั่วโมง (ในกรณีปกติ)
- ในระยะเบ่งควรฟัง FHR ทุก 5 นาที

(4) ความชัดเจน (Clarity)

การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ต้องเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และสอดคล้องกับแนวทางของ WHO เช่น

- SP = ท่านอนหงาย (supine)
- MO = เคลื่อนไหวได้ (mobile)
- M+++ = น้ำคร่ำมีขึ้นเท่าอย่างหนาแน่น
- L = Late deceleration

หลีกเลี่ยงคำกำกวม หรือคำที่ไม่เป็นทางการ

(5) การแปลผลได้ (Interpretability)

บันทึกทุกบรรทัดต้องมีความหมายต่อการตัดสินใจทางคลินิก ไม่ควรบันทึกเพียงสั้น ๆ ว่า “N” หรือ “ปกติ” โดยไม่ระบุรายละเอียด

- ในกรณีที่มีค่าเข้าเกณฑ์เตือน (Alert) ต้องมีการบันทึก “การประเมิน (Assessment)” และ “แผนการดูแล (Plan)” ทุกครั้ง
- ข้อมูลที่บันทึกต้องช่วยให้ทีมอื่นที่มารับช่วงต่อสามารถเข้าใจสถานการณ์และตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง

7.2 มาตรฐานการบันทึกในแต่ละส่วนของ Thai-LCG

Section 1 : ข้อมูลระบุตัวตนและข้อมูลแรกเข้า (Identifying Information)

ข้อมูลที่ต้องบันทึก

- ชื่อ-นามสกุลของผู้คลอด (ตรงกับบัตรประชาชน/เวชระเบียน)
- จำนวนการตั้งครรภ์และการคลอด (G/P)
- อายุครรภ์ ตามผลการฝากครรภ์หรืออัลตราซาวด์
- วันและเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ หากยืนยันว่าถุงน้ำคร่ำแตก แต่ไม่สามารถระบุวันหรือเวลาได้ ให้บันทึกเป็น “U” หรือ “Unknown”
- บันทึกว่า “Spontaneous” เมื่อการเจ็บครรภ์เกิดขึ้นเองโดยไม่มีการกระตุ้น (ทั้งทางยาและไม่ใช้ยา)
- บันทึกว่า “Induced” เมื่อมีการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ เช่น
 - การให้ oxytocin หรือ prostaglandin
 - การเจาะถุงน้ำคร่ำ
 - การใส่ balloon catheter
 - หรือวิธีการอื่นใดที่ใช้ในการกระตุ้นการคลอด
- วันและเวลาที่วินิจฉัยเข้าสู่ active phase (ปากมดลูกเปิด ≥ 5 ซม.)
- ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ทั้งด้านอายุ สุขภาพกาย โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม/ทารก

สาระสำคัญ (Key principle)

การบันทึกข้อมูลในส่วนที่ 1 ควรมีความครบถ้วน ถูกต้อง และสอดคล้องกับเวชระเบียน เพื่อสนับสนุนการประเมินความเสี่ยง การวางแผนดูแล และการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุดสำหรับมารดาและทารก

Section 2 : การดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Care)

WHO เน้นว่า “การดูแลแบบประคับประคอง คือการดูแลทางคลินิก” ดังนั้น การบันทึกในส่วนนี้ต้องละเอียดและสะท้อนสิ่งที่ได้ทำจริง¹

1. ผู้สนับสนุนระหว่างการคลอด (Companion)

การประเมิน (Assess)

ประเมินว่าหญิงคลอดมีบุคคลที่ตนเลือกให้มาอยู่ด้วยและให้การสนับสนุนในขณะประเมินหรือไม่

การบันทึก (Record)

- Y = มีผู้สนับสนุน (Yes)
- N = ไม่มีผู้สนับสนุน (No)
- D = หญิงคลอดปฏิเสธ (Declines)

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: N = ไม่มีผู้สนับสนุน

การวางแผน (Plan)

- หากบันทึกว่า “ไม่มี” ควรเสนอให้หญิงคลอดมีผู้สนับสนุนตามความประสงค์
- หากบันทึกว่า “มี” หรือ “ปฏิเสธ” ให้ติดตามและประเมินความต้องการของหญิงคลอดอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการคลอด

2. การบรรเทาความปวด (Pain relief)

การประเมิน (Assess)

ประเมินว่าหญิงคลอดได้รับการบรรเทาความปวดในรูปแบบใด ๆ หรือไม่

การบันทึก (Record)

- Y = ได้รับการบรรเทาปวด
- N = ไม่ได้รับการบรรเทาปวด
- D = ปฏิเสธการบรรเทาปวด

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: N = ไม่ได้รับการบรรเทาปวด

การวางแผน (Plan)

- หากบันทึกว่า “ไม่ได้รับ” ควรเสนอการบรรเทาปวดตามความต้องการของหญิงคลอด โดยคำนึงถึงความพร้อมของทรัพยากรและประสบการณ์ของผู้ให้บริการ
- สามารถพิจารณา:
 - การให้ epidural ในขนาดต่ำที่มีประสิทธิภาพ
 - การใช้ opioid เช่น fentanyl, diamorphine หรือ pethidine
 - วิธีไม่ใช้ยา เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจ ดนตรี mindfulness และการนวด
- การเลือกวิธีควรยึดตามความต้องการและความเหมาะสมของหญิงคลอดเป็นสำคัญ

3. การรับประทานอาหารและน้ำ (Oral fluid)

การประเมิน (Assess)

ประเมินว่าหญิงคลอดได้รับน้ำหรืออาหารตามความต้องการตั้งแต่การประเมินครั้งก่อนหรือไม่

การบันทึก (Record)

- Y = ได้รับ
- N = ไม่ได้รับ
- D = ปฏิเสธ

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: N = ไม่ได้รับ

การวางแผน (Plan)

- หากบันทึกว่า “ไม่ได้รับ” ควรส่งเสริมให้หญิงคลอดสามารถรับประทานอาหารเบาและดื่มน้ำได้ตามความต้องการระหว่างการคลอด

4. ท่าทางของหญิงคลอด (Posture)

การประเมิน (Assess)

ประเมินท่าทางที่หญิงคลอดใช้ในระหว่างการคลอด

การบันทึก (Record)

- SP = นอนหงาย (Supine)
- MO = เคลื่อนไหวได้ (Mobile)
(รวมถึงการเดิน การโยกตัว หรือท่าที่ไม่ใช่นอนหงาย เช่น นอนตะแคง ชักคอท คูกเข่า หรือยืน)

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: SP = นอนหงาย

การวางแผน (Plan)

- หากบันทึกว่า “นอนหงาย” ควรส่งเสริมให้หญิงคลอดเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะในระยะที่หนึ่งของการคลอด
- สนับสนุนให้หญิงคลอดเลือกท่าทางตามความต้องการ เช่น
 - นอนตะแคงซ้าย
 - ทำนั่งยอง (squatting)
 - ทำคูกเข่า
 - ทำยืน (โดยมีผู้สนับสนุนช่วยพยุง)
- การเลือกท่าควรเหมาะสมกับแต่ละระยะของการคลอด

หลักการสำคัญ (Key principle)

การดูแลแบบสนับสนุน (Supportive care) เป็นหัวใจของ **positive childbirth experience** ควรเน้นการเคารพความต้องการของหญิงคลอด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

Section 3 : การดูแลทารกในครรภ์ (Care of the baby)

เป็นส่วนที่มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของทารก จึงต้องบันทึกทุกครั้งอย่างละเอียดและสม่ำเสมอ

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกพื้นฐาน (Baseline FHR)

การประเมิน (Assess)

- ฟังเสียงหัวใจทารกอย่างน้อย 1 นาที
- ฟังในช่วงที่มดลูกหดตัว และต่อเนื่องอย่างน้อย 30 วินาทีหลังการหดตัว
- เปรียบเทียบกับชีพจรของมารดา เพื่อแยกความแตกต่างระหว่างเสียงหัวใจของมารดาและทารก

การบันทึก (Record)

- บันทึกค่า baseline FHR เป็นจำนวนครั้งการเต้นต่อนาที
- ในระยะที่หนึ่งของการคลอด ฟังเสียงหัวใจทารกและบันทึกทุก 30 นาที
- ในระยะที่สองของการคลอด ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาทีและให้บันทึกค่าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกมากที่สุดภายในช่วงเวลา 15 นาทีนั้น (15-minute time frame interval)

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: <110 หรือ ≥ 160 ครั้ง/นาที
- แนะนำให้ใช้การฟังแบบ intermittent auscultation ด้วย Doppler หรือเครื่อง ultrasound หรือหูฟังทารก (Pinard) ในหญิงตั้งครรภ์ปกติ
- อัตราการเต้นหัวใจทารกที่ช้าผิดปกติ แม้ไม่มีการหดตัว หรือยังคงช้าหลังการหดตัว อาจบ่งชี้ภาวะทารกขาดออกซิเจน
- ในกรณีที่ชีพจรมารดาไม่เร็วผิดปกติ การเต้นหัวใจทารกที่เร็วผิดปกติก็อาจเป็นสัญญาณของ fetal distress เช่นกัน

การวางแผน (Plan)

- หาก FHR <110 หรือ ≥ 160 ครั้ง/นาที ให้จัดทำมารดาบนตะแคงซ้ายทันที และแจ้งแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ พร้อมดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หาก FHR อยู่ระหว่าง 110–159 ครั้ง/นาที ให้ติดตาม
 - ทุก 30 นาที ในระยะที่หนึ่ง
 - ทุก 5 นาที ในระยะที่สอง

2. ภาวะ deceleration ของ FHR (FHR deceleration)

การประเมิน (Assess)

- ฟัง FHR อย่างน้อย 1 นาที
- ฟังระหว่างและหลังการหดตัวอย่างน้อย 30 วินาที

การบันทึก (Record)

บันทึกชนิดของ deceleration ดังนี้:

- N = ไม่มี (No)
- E = Early
- L = Late
- V = Variable

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: L = Late deceleration
- การพบ deceleration โดยเฉพาะช่วงหลังการบีบตัวของมดลูกหรือ persistent low FHR อาจบ่งชี้ภาวะ fetal distress

การวางแผน (Plan)

- หากพบ late deceleration หรือ prolonged deceleration
 - ให้มารดาบนตะแคงซ้าย
 - ฟัง FHR ต่อเนื่อง (prolonged auscultation)
 - แจ้งผู้เชี่ยวชาญทันที และดำเนินการตามแนวทาง

- หากไม่พบ deceleration
 - ติดตาม FHR ทุก 30 นาที (ระยะที่หนึ่ง)
 - ติดตาม FHR ทุก 5 นาที (ระยะที่สอง)

3. สถานะถุงน้ำคร่ำและลักษณะน้ำคร่ำ (Amniotic fluid)

การประเมิน (Assess)

- ประเมินว่าถุงน้ำคร่ำยังอยู่หรือแตกแล้ว
- หากมีน้ำคร่ำไหล ให้ประเมินสีของน้ำคร่ำ

การบันทึก (Record)

- I = ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (Intact)
- C = ถุงน้ำคร่ำแตก น้ำใส (Clear fluid)
- M = ถุงน้ำคร่ำแตก มีขี้เทา (Meconium)
 - + = เล็กน้อย
 - ++ = ปานกลาง
 - +++ = มาก/หนา
- B = น้ำคร่ำปนเลือด (Blood-stained fluid)

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

ค่าเตือน:

M+++ (meconium มาก/ชั้น)
B (น้ำคร่ำปนเลือด)

การแปลผลทางคลินิก

- ขี้เทาเข้ม (thick meconium) บ่งชี้ความเสี่ยงต่อ fetal distress ต้องติดตามใกล้ชิด
- น้ำคร่ำปนเลือดอาจพบในภาวะรุนแรง เช่น
 - รกลอกตัวก่อนกำหนด
 - รกเกาะต่ำ
 - vasa previa
 - มดลูกแตก

การวางแผน (Plan)

- หากพบขี้เทาเข้มหรือมีเลือดปน
 - แจ้งผู้เชี่ยวชาญทันที และดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หากน้ำคร่ำใส หรือถุงน้ำยังไม่แตก
 - ประเมินซ้ำในการตรวจภายในครั้งถัดไป (โดยทั่วไปภายใน 4 ชั่วโมง เว้นแต่มีข้อบ่งชี้อื่น)

4. ตำแหน่งของศีรษะทารก (Fetal position)

การประเมิน (Assess)

- ตรวจภายในอย่างนุ่มนวลโดยใช้เทคนิคปลอดภัย

- ดำเนินการหลังได้รับความยินยอมจากหญิงคลอด และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการตรวจในช่วงที่มดลูกหดตัว
- ควรประเมินตัวแปรทั้งหมดที่ต้องอาศัยการตรวจภายในในคราวเดียวกัน

การบันทึก (Record)

- A = Occiput anterior
- P = Occiput posterior
- T = Occiput transverse

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน:
 - P = Occiput posterior
 - T = Occiput transverse

การแปลผลทางคลินิก

- โดยปกติ เมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลง จะมีการหมุนให้ occiput มาอยู่ด้านหน้า (anterior)
- หากไม่สามารถหมุนจาก posterior หรือ transverse มาเป็น anterior ได้ ควรพิจารณาเป็น ตำแหน่งผิดปกติของทารก

การวางแผน (Plan)

- หากพบ occiput posterior หรือ transverse → แจ้งผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หากเป็น occiput anterior → ประเมินซ้ำในการตรวจภายในครั้งถัดไป (โดยทั่วไปใน 4 ชั่วโมง เว้นแต่มีข้อบ่งชี้อื่น)

5. Caput succedaneum (หนังศีรษะบวม)

การประเมิน (Assess)

- ระหว่างการตรวจภายใน ให้ประเมินการบวมของหนังศีรษะทารก (caput succedaneum)

การบันทึก (Record)

- ระดับ:
 - 0 = ไม่มี
 - += เล็กน้อย
 - ++ = ปานกลาง
 - +++ = มาก/เด่นชัด

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: +++

การแปลผลทางคลินิก

- ควรประเมินร่วมกับข้อมูลของมารดาและทารกอื่น ๆ เพื่อประเมินความเป็นอยู่และความเสี่ยง
- Caput ที่เด่นชัดร่วมกับความผิดปกติอื่น อาจบ่งชี้ ภาวะคลอดติดขัด (obstructed labour)

การวางแผน (Plan)

2. หาก caput = +++ → แจ้งผู้เชี่ยวชาญทันที และดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
3. หาก caput อยู่ระหว่าง 0 ถึง ++ → ประเมินซ้ำในการตรวจภายในครั้งถัดไป (โดยทั่วไปใน 4 ชั่วโมง)

6. Moulding (การซ้อนของกระดูกศีรษะทารก)

การประเมิน (Assess)

- ประเมินรูปร่างของกะโหลกศีรษะทารกและระดับการซ้อนของกระดูกศีรษะระหว่างการคลอด

การบันทึก (Record)

3. ระดับ:

0	= ไม่มี
+	= กระดูกสัมผัสกัน (sutures apposed)
++	= ซ้อนกันแต่สามารถแยกได้ (overlapping but reducible)
+++	= ซ้อนกันและไม่สามารถแยกได้ (overlapping and not reducible)

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: +++

การแปลผลทางคลินิก

4. ควรประเมินร่วมกับข้อมูลอื่นเพื่อประเมินความเสี่ยง
5. Moulding ระดับ +++ ร่วมกับความผิดปกติอื่น อาจบ่งชี้ **ภาวะคลอดติดขัด**

การวางแผน (Plan)

- หาก moulding = +++ → แจ้งผู้เชี่ยวชาญทันที และดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หาก moulding อยู่ระหว่าง 0 ถึง ++
 - มักเป็นภาวะปกติ (โดยเฉพาะ ++ ในระยะท้ายของการคลอด)
 - ประเมินซ้ำในการตรวจภายในครั้งถัดไป (โดยทั่วไปใน 4 ชั่วโมง)

หลักการสำคัญ (Key principle)

การประเมินภาวะทารกในครรภ์ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะ fetal compromise ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและนำไปสู่การตัดสินใจทางคลินิกที่ทันทั่วทั้งที่ ลดความเสี่ยงต่อ maternal-fetal morbidity และ mortality นอกจากนี้การประเมินตำแหน่งศีรษะทารก Caput และ Moulding ต้องดำเนินการร่วมกับข้อมูลทางคลินิกอื่นอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้สามารถวินิจฉัยภาวะผิดปกติ เช่น obstructed labour ได้อย่างทันทั่วทั้งที่

Section 4 : การประเมินมารดา (Care of the Woman)

1. ชีพจร (Pulse)

การประเมิน (Assess)

นับอัตราการเต้นของชีพจรอย่างน้อย 1 นาทีเต็ม

การบันทึก (Record)

บันทึกอัตราการเต้นของชีพจร (ครั้ง/นาที)

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: <60 หรือ ≥ 120 ครั้ง/นาที

การแปลผลทางคลินิก

- ชีพจรที่เพิ่มขึ้นอาจสัมพันธ์กับภาวะขาดน้ำ ความเจ็บปวด ไข้ หรือภาวะเลือดออก/ช็อก
- ชีพจรช้า (bradycardia) ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาสาเหตุ เช่น
 1. ผลของยา
 2. ทานอนหายใจ
 3. ภาวะเจ็บปวด
 4. ภาวะเลือดออก
 5. โรคหัวใจ

การวางแผน (Plan)

- หาก <60 หรือ ≥ 120 ครั้ง/นาที → แจ้งผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หากอยู่ในช่วง 60–119 ครั้ง/นาที → ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง

2. ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP)

การประเมิน (Assess)

วัดความดันโลหิตในท่านั่ง

การบันทึก (Record)

บันทึกค่า SBP เป็นหน่วย mmHg

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: <80 หรือ ≥ 140 mmHg

การแปลผลทางคลินิก

- ความดันต่ำอาจบ่งชี้ภาวะ
 - ช็อกจากการเสียเลือด
 - septic shock
 - เลือดออกซ่อนเร้นหรือชัดเจน
- ความดัน ≥ 140 mmHg อาจเป็นสัญญาณของภาวะความดันโลหิตสูง (จำเป็นต้องมีการประเมินเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย)

การวางแผน (Plan)

- หาก SBP <80 หรือ ≥ 140 → แจ้งผู้เชี่ยวชาญทันที
- หาก SBP อยู่ระหว่าง 80–139 → ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง

3. ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP)

การประเมิน (Assess)

วัดความดันโลหิตในท่านั่ง

การบันทึก (Record)

บันทึกค่า DBP เป็นหน่วย mmHg

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: ≥ 90 mmHg

การแปลผลทางคลินิก

DBP ≥ 90 mmHg อาจเป็นสัญญาณของภาวะความดันโลหิตสูง
(ต้องมีการประเมินเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย)

การวางแผน (Plan)

- หาก DBP ≥ 90 → แจ้งผู้เชี่ยวชาญ และดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หาก DBP < 90 → ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง

4. อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)

การประเมิน (Assess)

วัดอุณหภูมิบริเวณรักแร้

การบันทึก (Record)

บันทึกอุณหภูมิเป็นองศาเซลเซียส

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

ค่าเตือน: < 35.0 หรือ ≥ 37.5 °C

การแปลผลทางคลินิก

- อุณหภูมิเป็นตัวชี้วัดสำคัญของภาวะติดเชื้อและความเป็นอยู่ของมารดา
- ควรติดตามตลอดระยะการคลอดเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อ adverse outcomes

การวางแผน (Plan)

- หาก < 35.0 หรือ ≥ 37.5 °C → แจ้งผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หากอยู่ระหว่าง 35.0–37.4 °C → ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง

5. การตรวจปัสสาวะ (Urine: Protein & Acetone)

การประเมิน (Assess)

ตรวจ protein และ acetone ในปัสสาวะด้วยแถบตรวจ (dipstick)

การบันทึก (Record)

บันทึกผลเป็นระดับ:

- Negative, Trace, +, ++, +++, ++++

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

ค่าเตือน: Protein $\geq$ ++ หรือ Acetone $\geq$ ++

การแปลผลทางคลินิก

- Proteinuria อาจสัมพันธ์กับ:
 - pre-eclampsia
 - การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
 - ภาวะโลหิตจางรุนแรง
 - โรคไตหรือหัวใจที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย
- Ketonuria อาจบ่งชี้:
 - ภาวะขาดน้ำ
 - การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ
 - การสูญเสียน้ำ (เช่น อาเจียน/ท้องเสีย)
 - การคลอดยาวนาน
 - หรือเบาหวานที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย

การวางแผน (Plan)

- หาก P++ หรือ A++ ขึ้นไป → ประเมินร่วมกับภาพรวมทางคลินิก แจ้งผู้เชี่ยวชาญ และดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หากผลเป็น Negative, Trace หรือ + → ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่คุณคลอดปัสสาวะ

หลักการสำคัญ (Key principle)

การประเมินสัญญาณชีพและภาวะของมารดาอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเฝ้าระวังความปลอดภัยระหว่างการคลอด ช่วยให้สามารถตรวจพบภาวะฉุกเฉิน เช่น shock, hypertensive disorders และ infection ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและนำไปสู่การจัดการที่ทันเวลาที่ ลดความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารก

Section 5 ความก้าวหน้าการคลอด (Labour progress)

1. จำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูกใน 10 นาที

(Contractions per 10 minutes)

การประเมิน (Assess)

นับจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูกภายในช่วงเวลา 10 นาที

การบันทึก (Record)

บันทึกจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูกที่ตรวจพบจริง

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: ≤ 2 หรือ > 5 ครั้งต่อ 10 นาที

การแปลผลทางคลินิก

- การหดตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจบ่งชี้ uterine activity ไม่เพียงพอ
- การหดตัวต่อเนื่องหรือมากเกินไป อาจเป็นสัญญาณของ
 - ภาวะคลอดติดขัด (obstructed labour)
 - หรือภาวะมดลูกถูกกระตุ้นมากเกินไป

การวางแผน (Plan)

- หาก ≤ 2 หรือ > 5 ครั้ง/10 นาที
 - ตรวจสอบโดยนับซ้ำอีก 10 นาที
 - หากยืนยันความผิดปกติ ให้แจ้งผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ
- หากอยู่ในช่วง 3–5 ครั้ง/10 นาที
 - ประเมินการหดตัว
 - ทุก 30 นาที ในระยะที่หนึ่ง
 - อย่างน้อยทุก 15 นาที ในระยะที่สอง

2. ระยะเวลาของการหดตัวของมดลูก

(Duration of contractions)

การประเมิน (Assess)

ประเมินระยะเวลาของการหดตัวในแต่ละครั้ง

การบันทึก (Record)

บันทึกระยะเวลาของการหดตัวเป็นวินาที

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ค่าเตือน: < 20 หรือ > 60 วินาที

การแปลผลทางคลินิก

- การหดตัวที่สั้น (< 20 วินาที) อาจบ่งชี้ uterine activity ไม่เพียงพอ
- การหดตัวมากกว่า 5 ครั้งใน 10 นาที หรือมีการหดตัวต่อเนื่อง
 - อาจบ่งชี้
 1. ภาวะคลอดติดขัด
 2. หรือ uterine hyperstimulation

การวางแผน (Plan)

- หาก < 20 หรือ > 60 วินาที
 - ประเมินซ้ำภายใน 10 นาที
 - หากยืนยัน ให้แจ้งผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ

- หากอยู่ในช่วง 20–60 วินาที
→ ประเมินซ้ำ
 - ทุก 30 นาที ในระยะที่หนึ่ง
 - อย่างน้อยทุก 15 นาที ในระยะที่สอง

3. การเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix)

การประเมิน (Assess)

- ตรวจภายในอย่างนุ่มนวล โดยใช้เทคนิคปลดเชื้อ
- ดำเนินการหลังได้รับความยินยอมจากหญิงคลอด และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการตรวจในช่วงที่มดลูกหดตัว
- ควรประเมินตัวแปรทั้งหมดที่ต้องอาศัยการตรวจภายในในคราวเดียวกัน

การบันทึก (Record)

- ในระยะ active first stage
→ ทำเครื่องหมาย “X” ในช่องที่ตรงกับเวลาและระดับการเปิดของปากมดลูกทุกครั้งที่ตรวจ
- ในระยะที่สองของการคลอด
→ บันทึก “P” เมื่อเริ่มมีการเบ่ง

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

◇ ค่าเตือนในระยะที่หนึ่ง (First stage)

- 5 ซม. $\geq$ 6 ชั่วโมง
- 6 ซม. $\geq$ 5 ชั่วโมง
- 7 ซม. $\geq$ 3 ชั่วโมง
- 8 ซม. $\geq$ 2.5 ชั่วโมง
- 9 ซม. $\geq$ 2 ชั่วโมง

(หมายถึง ปากมดลูกค้างอยู่ที่ระดับดังกล่าวเป็นระยะเวลานานเกินเกณฑ์)

◇ ค่าเตือนในระยะที่สอง (Second stage)

- $\geq$ 3 ชั่วโมง ในครรภ์แรก (nulliparous)
- $\geq$ 2 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง (multiparous)

(คือยังไม่คลอดภายในระยะเวลาดังกล่าวนับจากเริ่ม active second stage)

การแปลผลทางคลินิก

- รูปแบบการเปิดขยายของปากมดลูกมีความแปรปรวนสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง
- หญิงจำนวนมากอาจมีอัตราการเปิดช้ากว่า 1 ซม./ชั่วโมงในช่วงเวลาส่วนใหญ่ของการคลอด แต่ยังสามารถคลอดทางช่องคลอดได้โดยมีผลลัพธ์ปกติ

การวางแผน (Plan)

- ให้พิจารณาว่าเกิด “สัญญาณเตือน” เมื่อ
 - ระยะเวลาค้างของการเปิดปากมดลูกเกินเกณฑ์
 - ระยะที่สองยาวนานโดยไม่มีความก้าวหน้า

- ในระยะที่หนึ่ง
→ หากความก้าวหน้าปกติ ให้ประเมินปากมดลูกทุก 4 ชั่วโมง
- หากจะตรวจภายในก่อน 4 ชั่วโมง
→ ควรมั่นใจว่าการตรวจจะให้ข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจทางคลินิก

2. การเคลื่อนต่ำของส่วนน้ำ (Descent)

การประเมิน (Assess)

- ประเมินการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกโดยการคลำทางหน้าท้อง
- อ้างอิงจากส่วนของศีรษะที่ยังคลำได้เหนือกระดูกหัวหน้าว
- แบ่งระดับเป็น 5 ส่วน

การบันทึก (Record)

- ทำเครื่องหมาย “0” ในช่องที่ตรงกับเวลาและระดับการเคลื่อนต่ำ
- บันทึกทุกครั้งที่มีการตรวจภายใน
- ใช้ค่า: 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 และ 0/5
เพื่อบรรยายระดับส่วนน้ำจากการคลำหน้าท้อง

การตรวจสอบค่าเตือน (Check threshold)

- ไม่มีเกณฑ์อ้างอิงตายตัว
- การแปลผลขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

การวางแผน (Plan)

- ในระยะที่หนึ่ง
→ ประเมินการเคลื่อนต่ำทุก 4 ชั่วโมง ก่อนการตรวจภายใน
- ในระยะที่สอง
→ พิจารณาร่วมกับ
 1. พฤติกรรมของหญิงคลอด
 2. ประสิทธิภาพของการเบ่ง
 3. ตำแหน่งของทารก
 4. ภาวะสุขภาพของทารก
 เพื่อกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมในการประเมิน

หลักการสำคัญ (Key principle)

การประเมินรูปแบบการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอด

การเบี่ยงเบนจากเกณฑ์ปกติอาจเป็นสัญญาณเริ่มต้นของ

1. ความล้มเหลวของการคลอด (failure to progress)
2. ภาวะคลอดติดขัด
3. ภาวะแทรกซ้อนจากการกระตุ้นมดลูก

ซึ่งต้องได้รับการประเมินและจัดการอย่างทัน่วงที เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของทั้งมารดาและทารก นอกจากนี้การติดตาม cervical dilatation และ fetal descent อย่างเป็นระบบยังเป็นหัวใจสำคัญของการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

การชะลอหรือหยุดของความก้าวหน้า อาจเป็นสัญญาณเริ่มต้นของ labour dystocia หรือ obstructed labour ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยและจัดการอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่อมารดาและทารก

Section 6 : การให้ยาและสารน้ำ (Medication)

1. การให้ Oxytocin

การประเมิน (Assess)

ประเมินว่าหญิงคลอดได้รับยา oxytocin อยู่ในขณะนั้นหรือไม่

การบันทึก (Record)

- หาก ไม่ได้รับยา → บันทึก N = No
- หาก ได้รับยา → บันทึก
 - ปริมาณยาในหน่วย units per litre (U/L)
 - อัตราการหยด drops per minute (drops/min)
- ในกรณีที่มีการให้ oxytocin
→ ควรบันทึกปริมาณยา ทุก 60 นาที

2. การให้ยาอื่น (Other medications)

การประเมิน (Assess)

ประเมินว่าหญิงคลอดได้รับยาอื่นเพิ่มเติมหรือไม่

การบันทึก (Record)

- หาก ไม่มีการให้ยาเพิ่มเติม → บันทึก N = No
- หากมีการให้ยา → บันทึกรายละเอียดดังนี้
 - ชื่อยา
 - ขนาดยา (dose)
 - วิธีการให้ยา (route of administration)
- ครอบคลุมยาที่ให้ในช่วง
 - ระยะที่หนึ่ง (first stage)
 - ระยะที่สอง (second stage) ของการคลอด
- ตัวอย่าง: pethidine 50 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (IM)

3. การให้สารน้ำทางหลอดเลือด (Intravenous fluids)

การประเมิน (Assess)

ประเมินว่าหญิงคลอดได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือไม่

การบันทึก (Record)

- Y = ได้รับสารน้ำ (Yes)
- N = ไม่ได้รับสารน้ำ (No)

หลักการทางคลินิก (Clinical consideration)

- ไม่แนะนำให้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นกิจวัตรในหญิงคลอดทุกราย เนื่องจาก
 - ลดความสามารถในการเคลื่อนไหวของหญิงคลอด
 - เพิ่มค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น
- ในหญิงคลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ
 - ควรส่งเสริมการรับประทานน้ำและของเหลวทางปาก
- การให้ IV fluid ควรพิจารณาเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

หลักการสำคัญ (Key principle)

การใช้ยาและสารน้ำระหว่างการคลอดควรเป็นไปอย่างเหมาะสม มีข้อบ่งชี้ชัดเจน และมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถติดตามผลการรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพสูงสุดสำหรับมารดาและทารก

Section 7 : การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision-Making)

ส่วนนี้สะท้อนการเคารพสิทธิผู้ป่วยและความโปร่งใสในการดูแล

1. การประเมินโดยรวม (Assessment)

การบันทึก (Record)

บันทึกผลการประเมินภาพรวมของหญิงคลอดและทารกในครรภ์ รวมถึงข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ยังไม่ได้มีการบันทึกในส่วนก่อนหน้า แต่มีความสำคัญต่อการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดและการตัดสินใจทางคลินิก

2. แผนการดูแล (Plan)

การบันทึก (Record)

บันทึกแผนการดูแลภายหลังการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยอาจประกอบด้วย:

- การเฝ้าระวังตามมาตรฐาน (routine monitoring)
- การสังเคราะห์เพิ่มเติม (diagnostic investigations)
- การเร่งคลอดด้วย oxytocin (augmentation of labour)
- หัตถการ เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membranes)
- การช่วยคลอด เช่น vacuum extraction หรือ forceps
- การผ่าตัดคลอด (caesarean section)

หลักการสำคัญในการวางแผน (Clinical principle)

- ควรให้หญิงคลอดมีส่วนร่วมในการพูดคุยและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล โดยยึดหลัก shared decision-making และ informed consent
- ทุกครั้งที่มีการประเมินภาวะของมารดาและทารก
 - ควรบันทึกแผนการดูแลที่สอดคล้องกับการตัดสินใจร่วมกัน

ตัวอย่างบันทึก

“ได้อธิบายให้ผู้คลอดทราบว่าการเปิดปากมดลูกช้ากว่าเกณฑ์ (เข้าเกณฑ์ lag-time) ผู้คลอดเข้าใจและยินยอมให้ใช้ยาเร่งคลอด พร้อมทั้งวางแผนตรวจปากมดลูกซ้ำในอีก 2 ชั่วโมง และจะแจ้งหากมีเหตุจำเป็นต้องผ่าตัดคลอด”

หลักการสำคัญ (Key principle)

Section 7 เป็นหัวใจของการดูแลแบบ woman-centered care โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกส่วนของ LCG เข้าสู่การตัดสินใจทางคลินิก การบันทึกที่ชัดเจน ครบถ้วน และมีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย จะช่วยให้การดูแลมีความปลอดภัย มีคุณภาพ และสอดคล้องกับหลักสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมทางการแพทย์

7.3 การบันทึกสัญญาณเตือน (Alert) และการตอบสนอง (Action)

เมื่อตรวจพบค่าที่เข้าเกณฑ์ “Alert” ใน Thai-LCG ผู้บันทึกต้องดำเนินการสองส่วนคือ

(1) การทำเครื่องหมายเตือน (Alert = วงรอบทันที)

ตัวอย่างค่าเตือนที่ต้องวงรอบในคอลัมน์ Alert เช่น

- FHR <110 หรือ >160 ครั้งต่อนาที
- มี late deceleration
- ปากมดลูกไม่ก้าวหน้าตามช่วงเวลา lag-time
- ความดันโลหิตสูงมาก
- Caput หรือ moulding ระดับ +++

(2) การบันทึก “Assessment & Plan”

ทุกครั้งที่มี Alert ต้องตอบคำถามหลัก 4 ข้อในช่อง Assessment & Plan ได้แก่

1. พบความผิดปกติอะไร? (Assessment)
2. เหตุใดจึงคิดว่าเป็นภาวะดังกล่าว? (เหตุผล/หลักฐาน)
3. จะดำเนินการอย่างไรต่อไป? (Plan)
4. ต้องแจ้งใคร/ต้องประสานทีมใดเพิ่มเติม?

ตัวอย่างบันทึก

Assessment: FHR 168 bpm พบ late deceleration ซ้ำหลายครั้ง สงสัยภาวะทารกพร่องออกซิเจน

Plan: ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย หยุดยา oxytocin ทันที ให้ Ringer lactate 300 mL ทางหลอดเลือดดำ ประเมิน FHR ซ้ำใน 10 นาที และโทรแจ้งสูติแพทย์เวรทันที

7.4 ตัวอย่างการบันทึก Thai-LCG

16:30 น. – Supportive care: มีผู้ร่วมคลอด (มารดาของผู้คลอด)

การบรรเทาปวด: ฝึกการหายใจเข้าและลึก ผู้คลอดรับประทานน้ำได้ดี

ท่าทาง: เดินช้าและนั่งเอนสลับกัน

มารดา: ชีพจร 96 ครั้ง/นาที, BP 112/70 มม.ปรอท, อุณหภูมิ 36.8°C, ปัสสาวะ: Protein–, Acetone–

ทารก: FHR 148 ครั้ง/นาที, ไม่มี deceleration, น้ำคร่ำใส, ตำแหน่งศีรษะ OA, Caput +, Moulding 0

ความก้าวหน้าการคลอด: มดลูกหดตัว 3 ครั้ง/10 นาที ระยะเวลาครั้งละ 50 วินาที, ปากมดลูกเปิด 6 ซม. (plot X)

ระดับศีรษะ 3/5 (plot O)

Assessment: ความก้าวหน้าการคลอดเป็นไปตามเกณฑ์ ปริมาณการหดตัวเพียงพอ ไม่มีสัญญาณทารกเสี่ยง

Plan: ดำเนินการเฝ้าระวังตามมาตรฐาน ประเมินซ้ำใน 2 ชั่วโมง หรือเร็วกว่านั้นหากมีอาการผิดปกติ

7.5 ข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อย และแนวทางป้องกัน

1) การบันทึกย้อนหลัง

- ทำให้การอ่านแนวโน้มผิดพลาด โดยเฉพาะการตีความ lag-time

- แนวทางป้องกัน: บันทึกข้อมูลทันทีหลังการประเมินทุกครั้ง หากจำเป็นต้องบันทึกย้อนหลัง ต้องระบุเวลาเกิดเหตุการณ์อย่างชัดเจน
- 2) การเขียนคำว่า “ปกติ” หรือ “stable” แทนค่าจริง
 - ทำให้ข้อมูลขาดรายละเอียด ไม่สามารถใช้ประกอบการตัดสินใจหรือการ audit ได้
 - แนวทางป้องกัน: บันทึกตัวเลขและคำอธิบายสั้น ๆ แทนคำว่า “ปกติ”
- 3) ไม่ส่งสัญญาณเตือน (Alert) แม้เข้าเกณฑ์
 - ทำให้ทีมที่รับเวรต่อไม่เห็นภาวะเสี่ยง อาจทำให้การตอบสนองล่าช้า
 - แนวทางป้องกัน: ทบทวนคอลัมน์ Alert ทุกครั้งหลังบันทึกเสร็จ หากมีค่าผิดปกติให้วงทันทันที
- 4) ขาด Assessment & Plan เมื่อเกิด Alert
 - เป็นความเสี่ยงทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการในเชิงวิชาชีพและกฎหมาย
 - แนวทางป้องกัน: กำหนดเป็นนโยบายหน่วยงานว่า “ทุก Alert ต้องมีการบันทึก Assessment & Plan” และใช้ audit ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

7.6 ข้อพิจารณาทางกฎหมายในบริบทประเทศไทย

การบันทึก Thai-LCG ถือเป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียนที่อยู่ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับหลายฉบับ 12-14, 21-25 เช่น

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (มาตรา 7-13)
- ประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม และพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- ข้อบังคับเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนของแพทยสภาและสภาการพยาบาล

Thai-LCG จึงเป็นเอกสารที่สามารถใช้เป็นหลักฐานในการ

- การวิเคราะห์อุบัติการณ์และความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์
- การตรวจประเมินคุณภาพบริการ (clinical audit, accreditation)
- การพิจารณาทางวินัยวิชาชีพ และข้อพิพาททางกฎหมาย

การบันทึกอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และโปร่งใส จึงไม่เพียงเป็นการปกป้องผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นการปกป้องผู้ให้บริการและองค์กรจากข้อร้องเรียนและความรับผิดทางกฎหมายด้วย

บทสรุปที่ 7

มาตรฐานการบันทึก Thai-LCG คือกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงการดูแลผู้คลอดกับการประเมินคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ การบันทึกที่ดีช่วยลดความคลาดเคลื่อน เพิ่มความเข้าใจร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ สนับสนุนการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและแม่นยำ เสริมประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อ และสอดคล้องกับกรอบกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยมีความเห็นว่าคุณภาพของการบันทึกใน Thai-LCG สะท้อนคุณภาพของการดูแล การคลอด หากเรายกระดับมาตรฐานการบันทึกได้ ระบบการดูแลแม่และเด็กของประเทศไทยก็จะยิ่งมั่นคงและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้นตามไปด้วย.

บทที่ 8 : ระบบการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) และการตรวจทานคุณภาพ (Audit System) สำหรับ Thai-LCG

Thai-Labour Care Guide (Thai-LCG) ไม่ได้เป็นเพียงแบบฟอร์มสำหรับเฝ้าระวังการคลอด แต่เป็น “เครื่องมือด้านคุณภาพระดับชาติ” ที่ใช้ในการตรวจสอบ ยกระดับ และสร้างความสม่ำเสมอของมาตรฐานบริการทางสูติกรรมในหอผู้คลอดทั่วประเทศ บทนี้มุ่งอธิบายกลไกการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement; QI) ชุดตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ กระบวนการตรวจทาน (audit) และระบบการส่งต่อข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องในทุกระดับบริการ^{1,4,5,7}

8.1 หลักการสำคัญของระบบการพัฒนาคุณภาพสำหรับ Thai-LCG

ระบบพัฒนาคุณภาพที่ใช้ Thai-LCG เป็นฐาน ตั้งอยู่บนหลักการสำคัญ 5 ประการ^{3,4,7,11}, ดังนี้

1. ข้อมูล → ความเข้าใจ → การลงมือปรับปรุง
ข้อมูลที่บันทึกใน Thai-LCG ต้องสามารถนำมาแปลเป็น “ข้อค้นพบที่มีความหมาย” เพื่อนำไปสู่ “การลงมือปรับปรุงจริง” ตัวอย่างเช่น เมื่อพบว่าการเปิดปากมดลูกช้ากว่าช่วงเวลาที่กำหนด (lag-time เกิน) → สงสัยภาวะศีรษะ-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน → ต้องมีแผนประเมินและจัดการที่ชัดเจน
2. การพัฒนาคุณภาพแบบคาดการณ์ล่วงหน้า (Predictive QI)
Thai-LCG ช่วยให้เห็นสัญญาณเตือนระยะแรก เช่น ภาวะมารดาเริ่มแย่ง ทารกในครรภ์เริ่มมีสัญญาณขาดออกซิเจน หรือการคลอดดำเนินช้าจนเสี่ยงต่อการติดขัด ทำให้สามารถลงมือแก้ไขได้ก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
3. สร้างมาตรฐานการดูแลร่วมกัน (Standardization of Care)
การใช้ Thai-LCG อย่างแพร่หลาย ทำให้หอผู้คลอดในทุกระดับใช้กรอบแนวคิดเดียวกัน ลดความแตกต่างที่ไม่จำเป็นระหว่างโรงพยาบาล และช่วยให้การดูแลมีความเท่าเทียมมากขึ้น
4. ระบบสุขภาพที่เรียนรู้ได้หลายระดับ (Multi-level Learning System)
ข้อมูลจากหอผู้คลอดระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ไปจนถึงระดับชาติ สามารถนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อเรียนรู้จุดแข็ง-จุดอ่อน และออกแบบมาตรการพัฒนาในภาพรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักร (Continuous & Cyclical QI)
สามารถใช้ Thai-LCG ร่วมกับวงจร Plan-Do-Study-Act (วางแผน-ลงมือทำ-ศึกษาผล-ปรับปรุง) เพื่อนำผลการตรวจทานกลับไปพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างไม่หยุดนิ่ง

8.2 ตัวชี้วัดคุณภาพหลักของ Thai-LCG

(Thai-LCG Core Quality Indicators)

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพมีทิศทางที่ชัดเจน ได้มีการกำหนด “ตัวชี้วัดคุณภาพหลัก” (Core Indicators) 12 ข้อ ซึ่งใช้เป็นมาตรฐานระดับประเทศและสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข และองค์การวิชาชีพระดับนานาชาติ^{1,4,5-7,11} ได้แก่

1. อัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น
 - เป้าหมาย: ลดลงอย่างน้อย 5-10% ภายใน 3 ปี
 - เน้นเฉพาะการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (primary C/S)
2. อัตราการคลอดติดขัด (Obstructed labour)
 - ใช้ข้อมูลจาก Thai-LCG เพื่อจับสัญญาณภาวะศีรษะ-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กันตั้งแต่แรก
3. อัตราการใช้ยาเร่งคลอด (Oxytocin augmentation)
 - ต้องสัมพันธ์กับเกณฑ์ช่วงเวลาของ WHO ไม่ใช้ยาเร่งคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้

4. อัตราภาวะทารกเสี่ยง (Fetal compromise)
 - o การมี late deceleration, deceleration ยาวนาน, และการผ่าตัดคลอดเนื่องจากภาวะทารกเสี่ยงในระยะคลอดเป็นต้น
5. อัตราการส่งทารกเข้าแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU admission) จากภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด
6. สัดส่วน Thai-LCG ที่มีการบันทึกครบทุกหมวด (LCG completeness rate)
 - o ควรมี Thai-LCG ที่บันทึกครบ $\geq 90\%$
7. อัตราการตอบสนองต่อสัญญาณเตือน (Alert–Action Compliance)
 - o วัดว่าทุก Alert ที่เกิดขึ้นมีการดำเนินการภายใน 10–15 นาทีหรือไม่
 - o ตั้งเป้าหมายความสอดคล้อง $\geq 95\%$
8. อัตราการมีผู้ร่วมคลอด (Companion Rate)
 - o เป้าหมาย $\geq 80\%$ ของผู้คลอด
9. ความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวด (Pain Relief Satisfaction)
 - o วัดจากแบบสอบถามหลังคลอด
10. อัตราการส่งต่อที่ถูกต้องตามเกณฑ์ (Appropriate Referral Rate)
 - o ประเมินจากการใช้เกณฑ์การส่งต่อ ตามผัง Thai-LCG Referral
11. อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage Rate)
12. คะแนนประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด (Birth Experience Score)
 - o วัดจากแบบประเมินประสบการณ์การคลอดที่ผ่านการพัฒนาและทดสอบความน่าเชื่อถือ

8.3 วงจรการตรวจทานคุณภาพ Thai-LCG (Thai-LCG Audit Cycle)

องค์การอนามัยโลกเสนอให้มีการตรวจทานคุณภาพในหลายระดับ Thai-LCG จึงประยุกต์ใช้ใน 4 ระดับ^{1,11,19} ดังนี้

1. การทบทวนภายในหน่วยงานประจำสัปดาห์ (Internal Weekly Review)

ทีมผู้ปฏิบัติงานในหอผู้คลอดประชุมกันสัปดาห์ละครั้งเพื่อ

 - o ทบทวนกรณีที่มีการคลอดล่าช้า
 - o กรณีที่ทารกมีสัญญาณเสี่ยง
 - o กรณีที่ต้องช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอด
2. การตรวจทานรายเดือน (Monthly Thai-LCG Audit)

หัวหน้าหอผู้คลอดร่วมกับทีมคุณภาพคัดเลือก Thai-LCG แบบสุ่ม 10–20 ฉบับต่อเดือน เพื่อตรวจสอบว่า

 - o มีช่องว่างระหว่าง Alert และ Action หรือไม่
 - o มีการบันทึกไม่ครบ หรือขาดส่วนสำคัญหรือไม่
 - o การส่งต่อเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่
3. การทบทวนระดับอำเภอ/จังหวัด (Quarterly District/Provincial Audit)

รวมตัวชี้วัดจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ภายในพื้นที่ ส่งให้ทีมแม่และเด็กระดับอำเภอหรือจังหวัดวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และให้ข้อเสนอแนะกลับไปยังหน่วยบริการ
4. การทบทวนระดับชาติ (Annual National Review)

ข้อมูลจากทุกจังหวัดถูกรวบรวมสู่ระดับประเทศ โดยสำนักอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นฐานในการกำหนดหรือปรับปรุง

 - o ชุดตัวชี้วัดด้านแม่และเด็ก
 - o แผนบริการ (Service Plan)
 - o กรอบคุณภาพระดับชาติด้านการดูแลหญิงคลอด

8.4 การตรวจทานคุณภาพเชิงลึก (Clinical Audit)

Thai-LCG สนับสนุนให้มีการตรวจทานเชิงลึก (Clinical audit) ใน 3 มิติ^{1,4,5,7} คือ

1. การทบทวนรายกรณี (Case Audit)
ใช้กับกรณีที่มีผลกระทบสูง เช่น
 - ทารกมีสัญญาณเสี่ยงในระยะคลอด
 - การคลอดติดขัด
 - การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
 - ทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด
 เพื่อพิจารณาว่า
 - มีสัญญาณเตือนใดเกิดขึ้นบ้าง
 - ทีมตอบสนองต่อ Alert ได้ถูกต้องและทันเวลาหรือไม่
 - การส่งต่อหรือการช่วยคลอดเหมาะสมเพียงใด
2. การทบทวนกระบวนการ (Process Audit)
มุ่งเน้นที่ “วิธีการทำงาน” ตัวอย่างคำถามที่ใช้ใน audit ได้แก่
 - ฟังหัวใจทารกตามความถี่ที่กำหนดหรือไม่
 - ตรวจภายในตามช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือมีการตรวจบ่อยเกินจำเป็น
 - การบรรเทาปวด ได้เสนอและจัดให้ผู้คลอดอย่างเป็นระบบหรือไม่
 - การส่งต่อเป็นไปตามผังการตัดสินใจของ Thai-LCG หรือไม่
3. การทบทวนผลลัพธ์ (Outcome Audit)
พิจารณาว่า
 - อัตราการผ่าตัดคลอดครั้งแรกลดลงหรือไม่
 - อัตราทารกเข้าหอทารกแรกเกิดวิกฤตจากภาวะขาดออกซิเจนลดลงหรือไม่
 - จำนวนผู้คลอดที่รายงานว่ามีประสบการณ์การคลอดในเชิงลบ (birth trauma) ลดลงหรือไม่

8.5 เครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ควรใช้ร่วมกับ Thai-LCG

โรงพยาบาลสามารถใช้ Thai-LCG ร่วมกับเครื่องมือด้านคุณภาพอื่น ๆ เพื่อให้การพัฒนาเป็นระบบและมีหลักฐานรองรับ¹ เช่น

1. ผังสาเหตุ-ผล (Fishbone Diagram หรือผังก้างปลา)
ใช้วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบของปัญหา เช่น
 - บุคลากรไม่เพียงพอ
 - ขั้นตอนการทำงานไม่ชัดเจน
 - อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้
2. วงจรพัฒนาคุณภาพ Plan-Do-Study-Act (PDSA)
ตัวอย่างเช่น
 - วางแผน (Plan): เพิ่มความถี่ในการฟังหัวใจทารกทุก 30 นาที
 - ลงมือทำ (Do): ใช้ป้ายเตือนและแบบฟอร์มตรวจสอบในหอผู้คลอด
 - ศึกษาผล (Study): ตรวจ audit ในเดือนถัดไปว่า compliance เพิ่มขึ้นหรือไม่
 - ปรับปรุง (Act): หากผลดี ให้ปรับเป็นมาตรฐานหน่วย หากยังมีช่องว่าง ให้ปรับวิธีดำเนินการ
3. แบบตรวจสอบความครบถ้วนของการใช้ Thai-LCG (LCG Compliance Checklist)
ใช้ตรวจ 7 หมวดว่ามีการบันทึกครบถ้วนและสอดคล้องแนวทางหรือไม่ โดยอาจจัดระดับเป็น
 - ดีมาก (Excellent)
 - พอใช้ (Adequate)
 - ต้องปรับปรุง (Needs improvement)

4. แผงแสดงผลตัวชี้วัด (Dashboard)

แสดงข้อมูลสำคัญ เช่น

- o อัตราผ่าตัดคลอด
- o อัตราทารกเข้าหออภิบาล
- o อัตรา Alert ที่ไม่มี Action
- o เวลาเฉลี่ยในการตอบสนองต่อ Alert

เพื่อรายงานให้ทีมและผู้บริหารเห็นภาพรวมอย่างชัดเจน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด

8.6 การจัดระบบข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ไปยัง stakeholder ทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาคุณภาพจะไม่สมบูรณ์ หากปราศจากระบบ feedback ที่ชัดเจนและเป็นระบบ Thai-LCG สนับสนุนให้มีการ feedback ในหลายระดับของ stakeholder^{15,11} ได้แก่

1. ระดับรายบุคคล
ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้บันทึกหรือผู้ตัดสินใจในผู้คลอดนั้น ๆ โดยเน้นพัฒนาทักษะและความเข้าใจ ไม่ใช่การตำหนิ
2. ระดับทีมปฏิบัติงาน
ใช้การประชุมหรือผู้คลอดเพื่อแบ่งปันปัญหาที่พบ แนวทางปรับปรุง และตัวอย่างการดูแลที่ดี
3. ระดับผู้บริหารหน่วยบริการ
นำเสนอข้อมูลในรูปแบบสรุปสั้น กระชับ มีตัวเลขและแนวโน้มที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจด้านทรัพยากร และนโยบายหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม
4. ระดับนโยบายสาธารณสุข
ข้อมูลจากหลายพื้นที่เมื่อรวมกันในระดับชาติ จะใช้กำหนดแนวทางใหม่ ๆ เช่น
 - o แนวทางการเร่งคลอด
 - o หลักสูตรฝึกอบรมบุคลากร
 - o ตัวชี้วัดด้านแม่และเด็กระดับประเทศ

8.7 ตัวอย่างแบบฟอร์มตรวจทาน Thai-LCG

ตัวอย่าง : แบบฟอร์มตรวจทาน Thai-LCG รายเดือน

หัวข้อตรวจทาน	ทำได้	ทำไม่ได้	หมายเหตุ
ฟัง FHR ทุก 30 นาทีในระยะที่หนึ่ง	☐	☐	
ฟัง FHR ทุก 5 นาทีในระยะเบ่ง	☐	☐	
ตรวจปากมดลูกทุก 4 ชั่วโมง	☐	☐	
วง Alert เมื่อพบค่าผิดปกติ	☐	☐	
มีการบันทึกแผนต่อ Alert ทุกครั้ง	☐	☐	
บันทึก supportive care ครบทั้ง 4 รายการ	☐	☐	
มีการเสนอและจัดการบรรเทาปวดให้ผู้คลอด	☐	☐	
การบันทึกการให้ยาเร่งคลอดครบถ้วน	☐	☐	
การใช้เกณฑ์ส่งต่อถูกต้องตาม Thai-LCG	☐	☐	
แบบฟอร์ม Thai-LCG บันทึกครบทุกหมวด $\geq 90\%$	☐	☐	

บทสรุปที่ 8

บทนี้เน้นให้เห็นว่า Thai-LCG ไม่ได้เป็นเพียง “แบบฟอร์มบันทึกการคลอด” แต่เป็นโครงสร้างสำคัญของระบบคุณภาพในระดับหน่วยงาน โรงพยาบาล จังหวัด และระดับประเทศ Thai-LCG ทำหน้าที่เป็นทั้ง

- เครื่องมือทางคลินิก ที่ช่วยให้การตัดสินใจทางการแพทย์แม่นยำขึ้น
- เอกสารทางกฎหมาย ที่สะท้อนการดูแลผู้คลอดตามมาตรฐานวิชาชีพ
- กลไกด้านคุณภาพ ที่เชื่อมโยงการดูแลจริงกับการประเมินและการปรับปรุงบริการ
- ระบบเรียนรู้ระดับชาติ ที่ช่วยให้ประเทศไทยก้าวสู่มาตรฐานองค์การอนามัยโลกด้านการดูแลระยะคลอดอย่างยั่งยืน

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเชื่อว่า เมื่อ Thai-LCG ถูกใช้ควบคู่กับการตรวจคุณภาพ การพัฒนาระบบส่งต่อ การแสดงผลข้อมูล และการจัดการเชิงนโยบายอย่างจริงจัง จะทำให้ “คุณภาพการดูแลหญิงคลอด” ของประเทศไทยยกระดับขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับมาตรฐานสากลในระยะยาว

บทที่ 9 : Thai-LCG ในสถานการณ์พิเศษ (Special Situations)

การดูแลการคลอดในภาวะพิเศษจำเป็นต้องมีการประเมิน การเฝ้าระวัง และการบันทึกที่ละเอียดรอบคอบกว่าการคลอดปกติ ทั้งนี้ยังคงยึดหลักโครงสร้างตาม Labour Care Guide (LCG) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) แต่เพิ่มความถี่ในการประเมิน เพิ่มความละเอียดในการสังเกต และเพิ่มระดับการตอบสนองอย่างทันด่วนที่ เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยสูงสุดในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงหรือความซับซ้อนมากขึ้น^{1,4,7,17}

9.1 การตั้งครรภ์แฝด (Twin Pregnancy)

ข้อควรคำนึง

- สามารถใช้ Thai-LCG ได้ตามปกติ แต่ต้อง ประเมินทารกแต่ละคนแยกจากกัน
- เพิ่มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การพันกันของสายสะดือ ทารกมีท่าผิดปกติ หรือเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- การฟังเสียงหัวใจทารกต้อง แยก Twin A และ Twin B อย่างชัดเจน

การประเมินตาม Thai-LCG

การดูแลด้านจิตสังคม (Supportive Care)

- อธิบายข้อมูลให้ผู้คลอดอย่างชัดเจน เนื่องจากครรภ์แฝดก่อให้เกิดความกังวลสูง
- การมีผู้สนับสนุนร่วมคลอดช่วยลดความตึงเครียดได้มาก

การประเมินทารก (Fetal Care)

- FHR ของ Twin A ลงในช่องหลัก
- Twin B ลงในช่องเสริม หรือใช้ “แบบฟอร์ม LCG สำหรับครรภ์แฝด (Twin Add-on Sheet)”
- หลังทารกคนแรกคลอด ต้องประเมินทารกคนที่สองทันที ได้แก่
 - FHR
 - ท่าของทารก
 - ระดับส่วนน้ำ

เกณฑ์พิจารณาส่งต่อ

- ทารกคนแรกเป็นท่าก้น
- ทารกคนที่สองนอนขวาง
- ครรภ์แฝดชนิดใช้ถุงน้ำคร่ำร่วมกัน (Monoamniotic)
- น้ำหนักตัวทารกต่างกันมากกว่า 25%
- มีสัญญาณอันตรายในทารกคนใดคนหนึ่ง

9.2 ท่าก้น (Breech Presentation)

หลักการสำคัญ (WHO และ FIGO)

- ท่าก้นอาจคลอดทางช่องคลอดได้ หากเข้าเกณฑ์ปลอดภัยครบถ้วน
- มีการประเมินทารกอย่างละเอียด

การประเมินตาม Thai-LCG

ช่วงรับไว้ (Admission)

- ใช้อัลตราซาวด์ยืนยันชนิดท่ากัน เช่น frank, complete, footling
- บันทึกข้อมูลให้ชัดเจน

Fetal Care

- ฟัง FHR ถี่ขึ้น
- หากพบ late deceleration ให้พิจารณาเตรียมผ่าตัดคลอดทันที

ความก้าวหน้าของการคลอด

- ปากมดลูกต้องเปิดก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอตามแผนประเมินความก้าวหน้าปากมดลูกตามหลักสรีรวิทยา (Lag-Time Model)
- ระดับส่วนน้ำต้องลงดี หากคงที่นานควรสงสัย CPD มากกว่าครรภ์ระยะ

ระยะเบ่งคลอด (Second Stage)

- ต้องมีผู้เชี่ยวชาญอยู่ประจำ
- อาจต้องใช้เทคนิคช่วยคลอด เช่น
 - Lovset maneuver
 - Mauriceau–Smellie–Veit maneuver

เกณฑ์ส่งต่อ

- Footling breech
- ท่ากันร่วมกับทารกเจริญเติบโตช้า
- ท่ากันร่วมกับน้ำคร่ำน้อย
- ท่ากันร่วมกับประวัติผ่าตัดคลอด
- การคลอดก้าวหน้าช้า

9.3 การคลอดทางช่องคลอดหลังผ่าตัดคลอด (VBAC)

ความเสี่ยงสำคัญ

- มดลูกแตก
- ความก้าวหน้าช้า
- สถานะทารกไม่สบาย
- ต้องติดตามใกล้ชิดกว่าการคลอดทั่วไป

Maternal Care

- หากเจ็บครรภ์มากผิดปกติ ต้องสงสัยภาวะมดลูกแตก
- ความดันโลหิตหรือชีพจรผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อย ต้องพิจารณาร่วมกับอาการปวดท้องเฉียบพลัน

Labour Progress

- การเปิดปากมดลูกล่าช้าเป็นสัญญาณอันตราย
- หากเกิน lag-time ให้หยุดการไต่ยาเร่งคลอด และปรึกษาสูติแพทย์อาวุโสทันที

การดูแลทารกในครรภ์

- การลดลงของ FHR อย่างเฉียบพลันต้องคิดถึงมดลูกแตก

เกณฑ์ส่งต่อ

- ต้องใช้ oxytocin ปริมาณมาก
- สงสัยมดลูกแตก
- สัญญาณทารกค้ำขึ้น
- ไม่สามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน 30 นาที

9.4 การชักนำและการเร่งคลอด (Induction & Augmentation)

หลักการสำคัญ

- สามารถใช้ Thai-LCG ได้ แต่ต้องเพิ่มความถี่ในการประเมิน
- ควรระบุข้อบ่งชี้ (indication) ของการชักนำอย่างชัดเจน

Supportive Care

- อธิบายเหตุผลของการชักนำ
- ประเมินและลดความกังวลผู้คลอด

Maternal Care

- ตรวจสัญญาณชีพบ่อยขึ้น
- เฝ้าระวังภาวะมดลูกหดตัวถี่เกินไป (tachysystole)

Fetal Care

- ฟัง FHR ทุก 30 นาทีในระยะก่อน active
- เมื่อเข้าสู่ active phase ติดตามตามแนวทาง WHO ทุก 30 นาที

Labour Progress

- หากไม่ก้าวหน้าใน 4–6 ชั่วโมงหลังเริ่ม oxytocin ให้วินิจฉัยว่า failed induction

เกณฑ์ส่งต่อ

- failed induction
- มดลูกหดตัวมากผิดปกติและไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- สภาวะ nonreassuring fetal status

9.5 การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labour)

ประเด็นสำคัญ

- ทารกก่อนกำหนดทนต่อการหดตัวได้น้อย
- ต้องฟัง FHR บ่อยขึ้น
- เสี่ยงต่อสายสะดือย้อย ต้องประเมินอย่างรอบคอบ

การประเมินตาม LCG

- ต้องบันทึก FHR ถึกว่าที่ WHO แนะนำ
- วัดอุณหภูมิร่างกายถี่ขึ้นเพื่อตรวจอาการติดเชื้อ

เกณฑ์ส่งต่อ

- อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ และไม่มี NICU
- PPROM ร่วมกับสัญญาณติดเชื้อ
- สถานะทารกไม่สบาย

9.6 ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (PROM / PPROM)

PROM $\geq$ 37 สัปดาห์

- ติดตามอุณหภูมิและชีพจร
- หากระยะ latent ยาวเกิน 12-18 ชั่วโมง เสี่ยง chorioamnionitis

PPROM < 37 สัปดาห์

- เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ต้องส่งต่อหากไม่มี NICU
- ใช้ LCG ควบคู่กับการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด

การบันทึกใน LCG

- ระบุเวลา ROM ชัดเจน
- ลักษณะน้ำคร่ำ C / M / B
- หากน้ำคร่ำ M+++ ควรปรึกษาสูติแพทย์ทันที

9.7 กลุ่มครรภ์เสี่ยงสูง (High-Risk Pregnancies)

ใช้ Thai-LCG แบบเข้มงวดมากขึ้นในกลุ่มต่อไปนี้

- 1) ภาวะครรภ์เป็นพิษ / ครรภ์เป็นพิษรุนแรง
 - วัดความดันโลหิตทุก 30-60 นาที
 - ตรวจปริมาณโปรตีนในปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง
 - เฝ้าระวังสัญญาณรกเสื่อม → late deceleration
- 2) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM/DM)
 - เพิ่มความถี่ของการประเมินทารก
 - พิจารณาภาวะ macrosomia → เสี่ยง CPD
- 3) โรคหัวใจในมารดา
 - การประเมินสัญญาณชีพมีความสำคัญสูง
 - หลีกเลี่ยงหัวใจเต้นเร็ว เพราะอาจทำให้หัวใจล้มเหลว
- 4) ภาวะโลหิตจาง
 - เฝ้าระวัง FHR อย่างใกล้ชิด เพราะทารกทนภาวะขาดออกซิเจนได้น้อย
- 5) ภาวะอ้วน
 - ตรวจร่างกายยากขึ้น อาจจำเป็นต้องใช้อัลตราซาวด์ประกอบ

9.8 หลักการสำคัญของสถานการณ์พิเศษ (Cross-Domain Principles)

ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ใด ควรยึดหลักต่อไปนี้

- 1) เพิ่มความถี่ในการประเมิน
 - ฟัง FHR ทุก 15–30 นาที
 - ตรวจปากมดลูกทุก 2–3 ชั่วโมง (เมื่อปลอดภัย)
- 2) ให้แพทย์อาวุโสมีส่วนร่วมเร็วขึ้น
 - ผู้ป่วยความเสี่ยงสูงควรแจ้งแพทย์อาวุโสเร็วกว่าการดูแลปกติ
- 3) ลดเกณฑ์การส่งต่อ
 - แม้ยังไม่ครบ lag-time หากมีสัญญาณอันตรายควรส่งต่อทันที
- 4) สื่อสารอย่างต่อเนื่อง
 - อธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวเข้าใจชัดเจนกว่าปกติ
- 5) บันทึกเอกสารอย่างละเอียด
 - เวชระเบียนในภาวะพิเศษมีน้ำหนักทางกฎหมายสูง ต้องบันทึกครอบคลุมและชัดเจน

บทสรุปที่ 9

การใช้ Thai-LCG ในสถานการณ์การคลอดที่มีความเสี่ยงสูงต้องอาศัย ความละเอียด ความถี่ และการประเมินเชิงรุก โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อ

- ความปลอดภัยของทารก
- สัญญาณชีพของมารดา
- ความก้าวหน้าของการคลอด
- ความปลอดภัยของการใช้ oxytocin
- เกณฑ์เตือนภัยและการส่งต่อที่เหมาะสม

บทที่ 10 : ภาคผนวก (Annexes)

ภาคผนวกในบทนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการใช้ Thai-Labour Care Guide (Thai-LCG) อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้ง การปฏิบัติทางคลินิก การเรียนการสอน และการพัฒนาคุณภาพบริการระดับหน่วยบริการและระดับประเทศ ประกอบด้วยเอกสาร 7 ภาคผนวก^{1,3,4,7,19} ดังนี้

- ภาคผนวก 1 – แบบฟอร์ม Thai-LCG (ฉบับเปล่า)
- ภาคผนวก 2 – ตารางอ้างอิงระยะรอยของการเปิดปากมดลูก (WHO Lag-Time Table)
- ภาคผนวก 3 – รายการอุปกรณ์จำเป็นในการดูแลการคลอดตามแนวทางองค์การอนามัยโลก (Essential Equipment List – WHO; ปรับใช้ในบริบทประเทศไทย)
- ภาคผนวก 4 – แบบฟอร์มตรวจประเมินคุณภาพการใช้ Thai-LCG (Thai-LCG Audit Tools)
- ภาคผนวก 5 – คำย่อและสัญลักษณ์มาตรฐานที่ใช้ใน Thai-LCG ตาม WHO LCG (Standard Abbreviations & Symbols)
- ภาคผนวก 6 – ตารางสรุปข้อแนะนำเพื่อการดูแลหญิงคลอดอย่างครอบคลุม ส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดี ปลอดภัย มีศักดิ์ศรี และตอบสนองต่อความต้องการของผู้คลอด

ภาคผนวก 1 : แบบฟอร์ม Thai-LCG (Blank Form)

แบบฟอร์ม Thai-LCG ประกอบด้วย 7 หมวดหลัก ตามต้นแบบ WHO Labour Care Guide โดยปรับให้เหมาะสมกับการใช้ในบริบทประเทศไทย แบ่งเป็น

1. ข้อมูลแรกเข้า (Admission Information)
 - ข้อมูลส่วนบุคคล
 - ประวัติการตั้งครรภ์
 - การประเมินเบื้องต้นเมื่อมาถึงห้องคลอด
2. การสนับสนุนผู้คลอด (Supportive Care)
 - การดูแลด้านจิตสังคม
 - ผู้ร่วมคลอด
 - การให้ข้อมูลและการสื่อสาร
3. ภาวะทารกในครรภ์ (Care of the Baby)
 - การประเมิน FHR
 - ลักษณะน้ำคร่ำ
 - ท่าทารกและการเคลื่อนไหว
4. ภาวะมารดา (Care of the Woman)
 - สัญญาณชีพ
 - การขับถ่าย ปัสสาวะ
 - อาการผิดปกติอื่น ๆ
5. ความก้าวหน้าของการคลอด (Labour Progress)
 - การเปิดปากมดลูก
 - ระดับส่วนนำ
 - การประเมิน molding / caput
6. การให้ยาและสารน้ำ (Medication & Fluids)
 - ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
 - ยาระงับปวด
 - สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

7. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision-Making)

- o การบันทึกการปรึกษา การให้ข้อมูล และการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมรักษา ผู้คลอด และครอบครัว

เพิ่มเติม

มีส่วนเฉพาะสำหรับการเฝ้าติดตามในระยะที่สองของการคลอด (Second Stage Monitoring Section) เพื่อให้การบันทึกเป็นระบบและตีความได้ชัดเจน

WHO LABOUR CARE GUIDE

Name		Parity		Labour onset		Active labour diagnosis [Date		]										
Ruptured membranes [Date		Time		]		Risk factors												
Time		:												:				
Hours		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12												1 2 3				
ALERT		ACTIVE FIRST STAGE												SECOND STAGE				
SUPPORTIVE CARE	Companion	N																
	Pain relief	N																
	Oral fluid	N																
	Posture	SP																
BABY	Baseline FHR	<110, ≥160																
	FHR deceleration	L																
	Amniotic fluid	M+++, B																
	Fetal position	P, T																
	Caput	+++																
	Moulding	+++																
WOMAN	Pulse	<60, ≥120																
	Systolic BP	<80, ≥140																
	Diastolic BP	≥90																
	Temperature °C	<35.0, ≥37.5																
	Urine	P++, A++																
LABOUR PROGRESS	Contractions per 10 min	≤2, >5																
	Duration of contractions	<20, >60																
	Cervix [Plot X]	10																
		9	≥ 2h															
		8	≥ 2.5h															
		7	≥ 3h															
		6	≥ 5h															
	Descent [Plot O]	5	≥ 6h															
		4																
		3																
2																		
1																		
MEDICATION	Oxytocin (U/L, drops/min)																	
	Medicine																	
	IV fluids																	
SHARED DECISION-MAKING	ASSESSMENT																	
	PLAN																	
INITIALS																		

INSTRUCTIONS: CIRCLE ANY OBSERVATION MEETING THE CRITERIA IN THE 'ALERT' COLUMN, ALERT THE SENIOR MIDWIFE OR DOCTOR AND RECORD THE ASSESSMENT AND ACTION TAKEN. IF LABOUR EXTENDS BEYOND 12H, PLEASE CONTINUE ON A NEW LABOUR CARE GUIDE.

Abbreviations: Y – Yes, N – No, D – Declined, U – Unknown, SP – Supine, MO – Mobile, E – Early, L – Late, V – Variable, I – Intact, C – Clear, M – Meconium, B – Blood, A – Anterior, P – Posterior, T – Transverse, P+ – Protein, A+ – Acetone

ภาคผนวก 2 : ตารางอ้างอิงระยะรอคอยของการเปิดปากมดลูก (WHO Lag-Time Table)

ตารางนี้ใช้เป็น “ตารางอ้างอิงอย่างรวดเร็ว (quick reference)” เพื่อช่วยบอกความความก้าวหน้าของการเปิดปากมดลูก ในระยะ active ตามแนวทาง WHO

ตารางระยะรอคอย (Lag-Time) ตามระดับการเปิดปากมดลูก

การเปิดปากมดลูก	ระยะเวลารอคอยขั้นต่ำ (Lag-Time)
5 เซนติเมตร	≥ 6 ชั่วโมง
6 เซนติเมตร	≥ 5 ชั่วโมง
7 เซนติเมตร	≥ 3 ชั่วโมง
8 เซนติเมตร	≥ 2.5 ชั่วโมง
9 เซนติเมตร	≥ 2 ชั่วโมง

หากการเปิดปากมดลูก ไม่ก้าวหน้าเกินกว่าระยะเวลาข้างต้น ให้ถือเป็นภาวะ “ความก้าวหน้าล่าช้า (Delayed Progress)” และต้องเข้าสู่ แผนตอบสนองความก้าวหน้าการคลอด (Progress Response) รวมถึงพิจารณาเกณฑ์ส่งต่อ ตาม Algorithm ของ Thai-LCG

ภาคผนวก 3 : รายการอุปกรณ์จำเป็นในการดูแลการคลอด (Essential Equipment List – WHO; ปรับใช้ในไทย)

รายการอุปกรณ์นี้สรุปจากคำแนะนำของ WHO โดยปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก

A. อุปกรณ์สำหรับการประเมินผู้คลอดและทารก

- เครื่องตรวจฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (Doppler FHR หรือหูฟัง Pinard)
- เครื่องวัดความดันโลหิต
- เทอร์โมมิเตอร์
- นาฬิกาที่มองเห็นได้ชัดเจนบริเวณหัวเตียงผู้คลอดทุกเตียง
- เครื่องอัลตราซาวด์ภาคสนาม เช่น ชนิดพกพา (handheld) สำหรับหน่วยบริการที่มีศักยภาพ

B. อุปกรณ์สำหรับหัตถการและการช่วยคลอด

- ถุงมือปราศจากเชื้อ
- ชุดตรวจภายใน (Vaginal examination set)
- ยาจำเป็นในการดูแลการคลอด เช่น
 - Oxytocin
 - ยาระงับปวด (เช่น pethidine ตามบริบทหน่วยบริการ)
 - ยาปฏิชีวนะ
 - Magnesium sulfate ($MgSO_4$) สำหรับภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง
- ชุดสูติหัตถการ
 - ชุดเครื่องมือ Vacuum extraction
 - คีมช่วยคลอด (Forceps) สำหรับโรงพยาบาลที่มีแพทย์และทีมพร้อม
- ชุดทำคลอด (Delivery pack)
- อุปกรณ์กู้ชีพทารกแรกเกิด (Neonatal resuscitation equipment)

C. อุปกรณ์สำหรับการส่งต่อ (Referral Kit)

- Doppler ชนิดพกพา
- แหล่งออกซิเจนและอุปกรณ์ให้ออกซิเจน
- ยาฉุกเฉินจำเป็น
- ชุดให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ
- ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (uterotonics)
- ชุดทำคลอดสำรอง เพื่อกรณีคลอดระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ภาคผนวก 4 : เครื่องมือการตรวจประเมินคุณภาพ Thai-LCG (Thai-LCG Audit Tools)

ภาคผนวกนี้เป็น แบบฟอร์มสำหรับการทำ Audit คุณภาพ การใช้ Thai-LCG เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแล

A. การตรวจความครบถ้วนของการบันทึก (LCG Completeness Audit)

ตรวจสอบว่าทั้ง 7 หมวดของ Thai-LCG มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ ตัวอย่างหัวข้อประเมิน เช่น

- รายการในหมวด Supportive Care
- การฟัง FHR ทุก 30 นาที
- การบันทึกสัญญาณชีพมารดาทุก 4 ชั่วโมง
- การตรวจและบันทึกปากมดลูกทุก 4 ชั่วโมง
- การลงกราฟ X/O ตามเวลา
- การวงกลม Alert ให้เห็นชัดเจน
- การบันทึก Assessment & Plan

ช่องประเมินใช้รูปแบบ “ครบ / ไม่ครบ” เพื่อให้ Audit ทำได้ง่ายและเป็นระบบ

B. การตอบสนองต่อสัญญาณเตือน (Alert-Action Response Audit)

ใช้ประเมินว่าเมื่อเกิด Alert มีการดำเนินการตอบสนองภายใน 10-15 นาที หรือไม่ และมีการบันทึกแผนการดูแลอย่างชัดเจน ตัวอย่าง

- FHR ผิดปกติ
- ความก้าวหน้าของการเปิดปากมดลูกเกินกว่า lag-time
- ความดันโลหิตสูงมากผิดปกติ
- Caput / molding ระดับ ++ หรือมากกว่า

ในแต่ละรายการจะมีช่องให้ระบุว่า

- มีการดำเนินการภายใน 15 นาทีหรือไม่
- มีการบันทึกแผน (Plan) หรือไม่
- ผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

C. การประเมินคุณภาพการส่งต่อ (Referral Quality Audit)

ใช้ประเมินความครบถ้วนและคุณภาพของกระบวนการส่งต่อ เช่น

- มีการดูแลรักษาเบื้องต้น (pre-referral stabilization) อย่างเหมาะสมก่อนส่งต่อหรือไม่
- เอกสารเวชระเบียนและเอกสารส่งต่อครบถ้วนหรือไม่
- เหตุผลในการส่งต่อระบุอย่างชัดเจนหรือไม่
- มีการติดต่อโรงพยาบาลปลายทางก่อนส่งต่อหรือไม่
- ทีม EMS ระหว่างการส่งต่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมหรือไม่

แต่ละข้อจะประเมินเป็น “ผ่าน / ไม่ผ่าน” เพื่อสะท้อนคุณภาพระบบส่งต่อโดยรวม

ภาคผนวก 5 : คำย่อและสัญลักษณ์มาตรฐาน (WHO Standard Abbreviations & Symbols)

เพื่อความสอดคล้องกับ WHO LCG Thai-LCG ใช้คำย่อและสัญลักษณ์มาตรฐาน ดังนี้

1. หมวดการสนับสนุนผู้คลอด (Supportive Care)
 - Y = Yes (มี/ทำ)
 - N = No (ไม่มี/ไม่ได้ทำ)
 - D = Declined (ผู้คลอดปฏิเสธ)
 - SP = Supine (ท่านอนหงาย)
 - MO = Mobile (ลุกเดิน/เคลื่อนไหวได้)
2. หมวดทารก (Fetal)
 - FHR = Fetal Heart Rate
 - E = Early deceleration
 - L = Late deceleration
 - V = Variable deceleration
 - C = Clear (น้ำคร่ำใส)
 - M+/M++/M+++ = น้ำคร่ำมีสีเทาเจือปน ระดับน้อย/ปานกลาง/มาก
 - B = Blood (น้ำคร่ำมีเลือด)
 - A = Occiput Anterior
 - P = Occiput Posterior
 - T = Occiput Transverse
3. หมวดมารดา (Maternal)
 - P- = Protein ในปัสสาวะลบ
 - A- = Acetone ในปัสสาวะลบ
 - P++ = Protein 2+
 - A++ = Acetone 2+
4. หมวดการคลอด (Labour)
 - X = การเปิดปากมดลูก
 - O = ระดับส่วนหน้าของศีรษะ
 - P = เริ่มระยะเบ่งคลอด (Start of pushing)

ภาคผนวก 6 : ตารางสรุปข้อแนะนำการดูแลผู้คลอดอย่างครอบคลุม

ภาคผนวกนี้รวบรวมข้อแนะนำตามแนวทางของ WHO สำหรับการดูแลผู้คลอดและทารกอย่างครอบคลุม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้

- ผู้คลอดได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดี
- มีความปลอดภัย
- ได้รับการเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิ
- สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอดและครอบครัว

หมวดที่ 1 — การดูแลตลอดระยะคลอดและการคลอด
(Care throughout labour and birth)

การบริหารการคลอด	คำแนะนำ	ประเภท
การดูแลการคลอดแบบเคารพศักดิ์ศรีผู้คลอด (Respectful maternity care)	1. จัดบริการที่เคารพศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และความลับของผู้คลอด ปราศจากการทำร้าย และสนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล ให้การสนับสนุนต่อเนื่องในระยะคลอดและการคลอด	แนะนำ
การสื่อสารกับผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication)	2. ส่งเสริมการสื่อสารที่ชัดเจน เหมาะสมทางวัฒนธรรม และเข้าใจง่าย ระหว่างผู้ให้บริการและผู้คลอด	แนะนำ
เพื่อนผู้คลอด (Companionship)	3. ผู้คลอดควรมี “บุคคลที่ตนเลือก” อยู่ร่วมระยะคลอดและการคลอด	แนะนำ
การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การตั้งครรภ์จนถึงช่วงระยะการคลอด (Continuity of care)	4. แนะนำรูปแบบการดูแลแบบต่อเนื่องโดยผดุงครรภ์ในพื้นที่ที่มีระบบผดุงครรภ์เข้มแข็ง	ขึ้นกับบริบท การดูแลในพื้นที่นั้น ๆ

หมวดที่ 2 — ระยะที่หนึ่งของการคลอด (First stage of labour)

การบริหารการคลอด	คำแนะนำ	ประเภท
คำจำกัดความของ latent & active first stage	5. ระยะ latent: หดรัดตัวเจ็บร่วมกับการเปิดปากมดลูก จนถึง ~5 ซม. ระยะ active: หดรัดตัวสม่ำเสมอ ปากมดลูกเปิดเร็วขึ้น ตั้งแต่ 5 ซม. จนถึงเปิดหมด	แนะนำ
ระยะเวลาของ first stage	6. ระยะ latent ไม่มีเกณฑ์ตายตัว ระยะ active มักไม่เกิน 12 ชม. ในครรภ์แรก และไม่เกิน 10 ชม. ในครรภ์หลัง	แนะนำ
ความก้าวหน้าของการคลอด	7. อัตรา 1 ซม./ชม. ไม่แน่นอน ไม่แนะนำ 8. 1 ซม./ชม. ไม่ควรใช้เป็นเกณฑ์แทรกแซง 9. การเร่งคลอดก่อน 5 ซม. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การรับเข้าห้องคลอด	10. ไม่แนะนำให้ชะลอการรับไว้จนถึง active phase ยกเว้นบริบทวิจัย	บริบท การวิจัย
การตรวจอุ้งเชิงกรานทางคลินิก (Clinical pelvimetry)	11. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย CTG	12. ไม่แนะนำ CTG routine สำหรับหญิงสุขภาพดี	ไม่แนะนำ
การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย Doppler	13. แนะนำให้ฟัง FHR ด้วย Doppler หรือ stethoscope	แนะนำ
การโกนขนหัวหน้า/ฝีเย็บ	14. ไม่แนะนำโกนขนหัวหน้า/ฝีเย็บแบบ routine	ไม่แนะนำ
การสวนอุจจาระ	15. ไม่แนะนำสวนอุจจาระเพื่อลดการเร่งคลอด	ไม่แนะนำ
การตรวจภายในประเมินปากมดลูก	16. แนะนำตรวจภายในทุก 4 ชม. ในหญิงความเสี่ยงต่ำ	แนะนำ
CTG อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาในระยะคลอด	17. ไม่แนะนำในผู้คลอดและทารกในครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ	ไม่แนะนำ
การฟัง FHR เป็นระยะ ๆ (Intermittent auscultation)	18. แนะนำให้ฟัง FHR เป็นช่วง ๆ	แนะนำ

การระงับความเจ็บปวดด้วยวิธี Epidural analgesia	19. แนะนำตามความต้องการผู้คลอด	แนะนำ
การระงับปวดด้วย Opioid	20. แนะนำ fentanyl/diamorphine/pethidine หากผู้คลอดต้องการ	แนะนำ
เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation techniques)	21. แนะนำเทคนิคผ่อนคลาย (breathing, music, mindfulness ฯลฯ)	แนะนำ
การบรรเทาปวดโดยวิธี Manual techniques (massage/warm packs)	22. แนะนำสำหรับบรรเทาปวดตามความต้องการ	แนะนำ
การบรรเทาปวดเพื่อป้องกันการคลอดล่าช้า (Delayed labour)	23. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การดื่มน้ำและการรับประทานอาหาร	24. แนะนำให้ดื่มและรับประทานในหญิงความเสี่ยงต่ำ	แนะนำ
การเคลื่อนไหว/ท่าที่แนะนำ (Maternal mobility/position)	25. แนะนำให้เคลื่อนไหวและเลือกท่าที่ต้องการ	แนะนำ
การสวนล้างช่องคลอด (Vaginal cleansing)	26. ไม่แนะนำให้ใช้ chlorhexidine เพื่อลดการติดเชื้อ	ไม่แนะนำ
Active management of labour	27. ไม่แนะนำเป็น routine	ไม่แนะนำ
การเจาะถุงน้ำคร่ำทุกราย (Routine amniotomy)	28. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การเจาะถุงน้ำคร่ำและการให้ออกซิโตซิน (Early amniotomy + oxytocin)	29. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การให้ออกซิโตซินในรายที่ได้รับปวดด้วย epidural analgesia	30. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การให้ยาระงับการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Antispasmodic agents)	31. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการคลอดที่ล่าช้า (IV fluids for preventing delayed labour)	32. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ

หมวดที่ 3 — ระยะที่สองของการคลอด (Second stage of labour)

การบริบาลการคลอด	คำแนะนำ	ประเภท
นิยามและระยะเวลาการคลอดระยะที่สอง	33. ระยะที่สอง: ปากมดลูกเปิดหมด-ทารกคลอด ครรภ์แรกมักเสร็จใน 3 ชม., ครรภ์หลังใน 2 ชม.	แนะนำ
ทำการคลอดในกรณีไม่ได้ให้ epidural anesthesia	34. แนะนำให้เลือกท่าคลอดตามต้องการ รวม upright	แนะนำ
ทำการคลอดในกรณีให้ epidural anesthesia	35. แนะนำให้เลือกท่าคลอดตามต้องการ รวม upright	แนะนำ
การเบ่งคลอด (Method of pushing)	36. สนับสนุนให้เบ่งตามความรู้สึกอยากเบ่งเอง	แนะนำ
Delayed pushing ในกรณีให้ epidural anesthesia	37. แนะนำ delayed pushing 1–2 ชม. หากบริบทอื่น	ขึ้นกับสถานการณ์
การป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ	38. แนะนำ perineal massage, warm compress, hands-on	แนะนำ

การตัดฝีเย็บ (Episiotomy policy)	39. ไม่แนะนำ episiotomy แบบ routine	ไม่แนะนำ
การกดยอดมดลูก (Fundal pressure)	40. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ

หมวดที่ 4 — ระยะที่สามของการคลอด (Third stage of labour)

การบริหารการคลอด	คำแนะนำ	ประเภท
การให้ยา uterotonics ทุกรายเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	41. แนะนำ uterotonic ทุกกรณีเพื่อป้องกัน PPH 42. Oxytocin 10 IU IM/IV เป็นยาตัวแรกที่แนะนำ 43. หากไม่มี oxytocin ใช้ ergometrine, carbocin, หรือ misoprostol 600 µg	แนะนำ
การหนีบ/ตัดสายสะดือช้า (Delayed cord clamping)	44. แนะนำ delayed cord clamping ≥1 นาที	แนะนำ
Controlled cord traction (CCT)	45. แนะนำในสถานบริการที่มีผู้ทำคลอดที่มีทักษะ	แนะนำ
การนวดคลึงมดลูก (Uterine massage routine)	46. ไม่แนะนำให้นวดมดลูกเป็น routine แบบต่อเนื่องหลังได้รับ uterotonics	ไม่แนะนำ

หมวดที่ 5 — การดูแลทารกแรกเกิด (Care of the newborn)

การบริหารการคลอด	คำแนะนำ	ประเภท
การดูดสารคัดหลั่งในปากจมูก (Routine suction (mouth/nose))	47. ไม่แนะนำ routine suction ในทารกที่แข็งแรงและเริ่มหายใจได้เอง	ไม่แนะนำ
Skin-to-skin contact	48. แนะนำให้ทารกอยู่ skin-to-skin กับแม่ออย่างน้อย 1 ชม.	แนะนำ
การให้นมบุตร	49. แนะนำให้เริ่มให้นมแม่โดยเร็วที่สุดหลังคลอด	แนะนำ
การให้วิตามินเคแก่ทารกเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกง่าย (Vitamin K prophylaxis)	50. แนะนำ vitamin K 1 mg IM ทุกทารกแรกเกิด	แนะนำ
การอาบน้ำและการดูแลหลังคลอด (Bathing & postnatal care)	51. แนะนำเลื่อนอาบน้ำ ≥24 ชม.; ถ้าไม่ได้ ≥6 ชม.; แม่-ลูก ควรอยู่ห้องเดียวกัน	แนะนำ

หมวดที่ 6 — การดูแลมารดาหลังคลอด (Care of the woman after birth)

การบริหารการคลอด	คำแนะนำ	ประเภท
การประเมินการหดตัวของมดลูก	52. แนะนำประเมินการหดตัวของมดลูกหลังคลอดสำหรับหญิงทุกคน	แนะนำ
การให้ยาปฏิชีวนะหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	53. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การให้ยาปฏิชีวนะหลังตัดฝีเย็บ	54. ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
การประเมินภาวะหลังคลอด	55. แนะนำตรวจเลือดออก ยอดมดลูก สัญญาณชีพทุกชั่วโมง 24 ชม.แรก BP ซ้ำใน 6 ชม. และต้องบันทึกการปัสสาวะแรกภายใน 6 ชม.	แนะนำ

การให้กลับบ้านในภาวะที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	56. แนะนำให้แม่-ทารกอยู่ในสถานบริการ ≥ 24 ชม. ก่อนกลับบ้าน	แนะนำ
--	---	-------

บทสรุปบทที่ 10

ภาคผนวกในบทนี้ทำให้ Thai-LCG เป็น ระบบเอกสารที่ครบวงจร รองรับทั้ง

- การใช้จริงในงานคลินิก
- การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- การติดตามคุณภาพและมาตรฐานบริการในระดับหน่วยงานและระดับประเทศ

ด้วยการผสมผสาน แบบฟอร์มมาตรฐาน ตารางอ้างอิง เครื่องมือประเมินคุณภาพ รายการอุปกรณ์จำเป็น และตารางข้อแนะนำเชิงระบบ ทำให้หน่วยบริการสามารถนำ Thai-LCG ไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเชื่อมั่นเป็นอย่างยิ่งว่า Thai-LCG จะเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการยกระดับมาตรฐานการดูแลการคลอดให้

- ปลอดภัย
- มีศักดิ์ศรี
- เคารพสิทธิและความต้องการของผู้คลอด
- สอดคล้องกับมาตรฐานระดับนานาชาติ

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
- [2] Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza JP, et al. Labour progression patterns in women with normal perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2018;125(8):935–945.
- [3] Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. WHO next-generation partograph: Revolutionary steps towards individualised labour care. BJOG. 2021;128(10):1658–1662.
- [4] FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO position paper: Reimagining labour monitoring with the WHO Labour Care Guide. Int J Gynaecol Obstet. 2021;155(S1):5–8.
- [5] Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway to improving quality of care in maternity services. Lancet. 2016;388(10056):2176–2192.
- [6] American College of Obstetricians and Gynecologists. First and Second Stage Labor Management (Practice Bulletin No. 233). Obstet Gynecol. 2021;137:e27–e52.
- [7] World Health Organization. WHO Labour Care Guide: User's Manual. Geneva: WHO; 2020.
- [8] Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7:CD003766.
- [9] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017; Issue 7.
- [10] Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led continuity of care. J Midwifery Womens Health. 2012;57(3):220–227.
- [11] กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานหอผู้คลอดและบริการแม่และเด็ก (Service Plan สาขาสูติกรรม). กระทรวงสาธารณสุข; 2564
- [12] คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.
- [13] สภาการพยาบาล. ข้อบังคับว่าด้วยจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550.
- [14] แพทยสภา. ข้อบังคับว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555.

- [15] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551.
- [16] Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization;2025.
- [17] Helmy S, Jaffer YA. Labour dystocia and its management. *Obstet Rev.* 2019;45(2):87–95.
- [18] NICE. Intrapartum care for healthy women and babies (CG190). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2017.
- [19] Singh P, Hashim N, Nissa Z, et al. Outcomes with the WHO Labour Care Guide versus the traditional partograph in diverse clinical settings. *Birth.* 2022;49:123–134.
- [20] Ubom AE, Nieto-Calvache AJ, Malel ZJ, Nunes I, FIGO Committee on childbirth and PPH. FIGO position statement on the use of the WHO labor care guide versus the partograph. *Int J Gynecol Obstet* 2025;170:25-27.
- [21] กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลและคุ้มครองเด็กแรกเกิด (นโยบายแม่และเด็กปลอดภัย). กระทรวงสาธารณสุข; 256
- [22] คณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA).
- [23] คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540.
- [24] แพทยสภา. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม.
- [25] สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522.

INDEX

English terms (A-Z)

Page references follow the page numbers printed in the book; incidental mentions are omitted.

A

Abbreviations and symbols, 29-30, 57, 61
 Active phase of labour, 6, 8, 12, 15-16, 21, 41, 54, 62
 Admission assessment and data, 12-13, 16, 29-30, 57
 Alert, 8, 20-21, 29-46, 48-50, 60
 Alert-action documentation, 20, 29-30, 45-46, 48-50, 60
 Amniotic fluid, 13, 16, 18, 21, 23, 25-26, 34, 44-45, 52-55, 61, 63
 Amniotomy, 6, 14, 21, 44, 63
 Analgesia, epidural, 16, 31, 63
 Assessment and plan, 20, 29-31, 44-46, 60
 Audit cycle, 47-50
 Audit tools, 49-50, 57, 60
 Augmentation of labour, 19, 21-22, 25-26, 44, 47-48, 54, 62-63

B

Baseline fetal heart rate, 13, 17-18, 32-33, 45, 61
 Birth companion, 6, 8-10, 13-14, 16, 30-31, 48, 52, 58, 61-62
 Birth experience, positive, 7, 9-10, 15-17, 48, 62-65
 Blood pressure, 13, 17, 20, 25-26, 37-38, 45, 53, 55, 59-60, 64
 Breech presentation, 23, 52-53

C

Caesarean section, 7-8, 22, 24-28, 44, 47-48, 52-55, 63-64
 Caput succedaneum, 6, 8, 18, 21, 25, 35-36, 45, 57, 60-61
 Cardiotocography (CTG), 52-55, 62
 Case audit, 49
 Cephalopelvic disproportion (CPD), 6, 18, 23-27, 35-36, 42, 47, 53, 55
 Cervical dilatation, 6-8, 12, 15-16, 18, 21, 25-26, 41-42, 58-59, 62-63

Clinical audit, 47, 49-50
 Clinical review, 7, 46, 49-50
 Companion of choice; *see Birth companion*
 Confidentiality; *see Privacy and confidentiality*
 Consent, informed, 8-10, 13-14, 19, 29, 35, 41, 44-46, 62
 Continuous quality improvement, 47-51
 Contractions, uterine, 12-13, 16-19, 21-22, 25-27, 39-41, 43, 54-56, 61-64
 Cord clamping, delayed, 64
 Cross-domain principles, 56

D

Dashboard, 48, 50
 Deceleration, 13, 18, 21-22, 25, 33-34, 45, 48, 52-55, 61
 Delayed cervical progression, 21, 25, 41-42, 53-54, 58-59
 Descent of the fetal head, 13, 18, 22-23, 25-26, 42, 58, 61
 Documentation, 20, 29-46, 48-50, 60
 Documentation errors, 15, 46
 Documentation, legal considerations, 10, 29, 46, 56
 Documentation, real-time, 20, 29, 46
 Doppler fetal monitoring, 14, 18, 33-34, 52-55, 59, 62

E

Early/anticipatory referral, 23, 26
 Emergency referral, 23-28, 56
 Episiotomy, 64
 Equipment, essential, 14, 27, 57, 59-60
 Evidence-based care, 6, 9, 11, 20, 62-65

F

Fetal compromise, 7-8, 21-22, 24-28, 33-34, 45, 48-49, 52-56, 61
 Fetal heart rate (FHR), 6, 8, 13-14, 17-18, 20-28, 32-34, 45, 48-50, 52-56, 59-62

Fetal monitoring, 13, 17-18, 20-22, 32-34, 45, 52-56, 59-62

Fetal position, 13, 18, 21-23, 25-26, 34-35, 42, 52-53, 61

First stage of labour, 8, 12, 18, 20-21, 29, 33, 41-42, 62-63

Food and oral fluids, 16-17, 21, 31-32, 63

Fundal pressure, 64

H

Handover; *see* Shift handover

High-risk pregnancies, 13, 23, 26, 52, 55-56

Hypertensive disorders of pregnancy, 13, 17, 25-26, 37-39, 55, 59

I

Induction of labour, 12, 14, 26, 54

Informed consent; *see* Consent, informed

Intermittent auscultation, 18, 33-34, 52-55, 62

Intravenous fluids, 14, 19, 21-22, 26-27, 43-44, 57, 59-60, 63

In-transit care, 24, 27-28, 60

L

Labour dystocia, 7-8, 18, 21, 25-26, 41-43, 47-49, 59

Labour progress, 6-8, 13, 16, 18-23, 29, 39-43, 47-50, 52-59

Lag-time model, 6, 8, 11-12, 14-15, 18, 20-21, 23-25, 29, 41-42, 44-45, 47, 53-54, 56, 58-59

Latent phase, 12, 15, 54-55

Legal considerations, 10, 29, 46, 56

M

Maternal assessment, 13, 17, 20, 25-28, 36-39, 45, 52-57, 60-61

Maternal danger signs, 25

Maternal monitoring, 17, 20, 25-27, 36-39, 45, 52-56, 60, 64

Maternal position and mobility, 9, 16-17, 21-23, 26, 31-32, 45, 53-56, 62-63

Meconium-stained amniotic fluid, 7, 18, 21-23, 25, 34, 45, 52-55, 61

Medication and fluids, 14, 19-20, 26-27, 43-44, 54, 57, 59-61, 63-64

Moulding, 6, 8, 18, 21, 25, 35-36, 45, 57, 60-61

N

Neonatal intensive care unit (NICU), 7, 24-28, 48, 52, 55, 59

Neonatal resuscitation, 27, 52, 55, 59, 64

O

Obstructed labour, 7-8, 18, 22-28, 35-36, 40-43, 47-49, 53-55

Opioid analgesia, 31, 63

Oxytocin, 14, 19, 21-22, 26, 30, 43-45, 47-48, 54-56, 59, 63-64

P

Pain relief, 6-7, 10, 14, 16, 21-22, 31, 45, 48-50, 52-56, 63

Partograph, 6-7, 11, 65

Patient rights, 6, 8-10, 13-14, 19, 29, 44-46, 62-65

PDSA cycle, 49

Postpartum haemorrhage, 48, 59-60, 64-65

Pre-referral stabilization, 24, 26-28, 60

Preeclampsia; *see* Hypertensive disorders of pregnancy

Premature rupture of membranes

(PROM/PPROM), 26, 52, 54-55

Preterm labour, 13, 52, 54-55

Privacy and confidentiality, 9-10, 13-14, 29, 35, 41, 44-46, 62

Q

Quality audit, 47-51, 57, 60

Quality indicators, 7-8, 47-50, 60

Quality improvement, 7, 11, 15, 20, 28-30, 46-51, 57, 60, 65

R

Real-time documentation; *see* Documentation, real-time

Receiving facility protocol, 27

Referral criteria, 14, 16, 21, 23-28, 48, 52-56, 60

Referral kit, 60

Referral pathway, 6-7, 14, 20, 23-28, 42, 45, 48-50, 52-56, 59-60

Respectful maternity care, 6-11, 13-17, 19-20, 29-30, 44-46, 52-56, 61-65

Risk assessment, 12-13, 16, 20, 26, 30, 52-56

S

Second stage of labour, 7, 18-19, 22-23, 29, 33-34, 40-43, 50, 53, 58, 61, 63-65

Shared decision-making, 6, 8-10, 13-16, 19-20, 29-31, 44-45, 52-56, 58, 61-65

Shift handover, 14-15, 29-30, 45-46, 50, 56

Special situations, 52-56

Standard abbreviations and symbols; *see*

Abbreviations and symbols

Supportive care, 7, 9-10, 13-17, 20, 30-32, 45, 48, 50, 52-58, 61-63

T

Tachysystole, 19, 22, 26, 39-41, 43-44, 54, 59

Temperature, 13-14, 17, 22, 25-27, 38, 45, 52, 55, 59-61

Thai Labour Care Guide (Thai-LCG), 6, 9, 12, 16, 20, 24, 29, 47, 52, 57-65

Third stage of labour, 64

Twin pregnancy, 13, 16, 23, 26, 52

U

Urinalysis (protein and ketone), 14, 17, 29, 38-39, 45, 52, 55, 59-61

Uterine contractions; *see* *Contractions, uterine*

Uterotonics, 59-60, 64

V

Vaginal birth after caesarean (VBAC), 13, 23, 26, 53-54

Vaginal examination, 13-14, 18-19, 21, 29, 34-36, 41-42, 49, 52-56, 59, 62

W

WHO Labour Care Guide, 6-12, 15-16, 20-21, 24, 28-29, 47, 52, 57-65

WHO monitoring cycle, 20, 29-45, 57-60

Woman-centred care, 6, 9-10, 14, 19, 44-45, 62-65

World Health Organization; *see* *WHO Labour Care Guide*

ดัชนีภาษาไทย

เรียงตามอักษรไทย (ก-ฮ)

เลขหน้าอ้างอิงตามเลขหน้าที่พิมพ์ในเล่ม และเลือกเฉพาะหน้าที่กล่าวถึงสาระสำคัญ

ก

การกดยอดมดลูก, 64
 การคลอดติดขัด, 7-8, 18, 22-28, 35-36, 40-43, 47-49, 53-55
 การคลอดทางช่องคลอดหลังผ่าตัดคลอด, 13, 23, 26, 53-54
 การคลอดระยะที่หนึ่ง, 8, 12, 18, 20-21, 29, 33, 41-42, 62-63
 การคลอดระยะที่สอง, 7, 18-19, 22-23, 29, 33-34, 40-43, 50, 53, 58, 61, 63-65
 การคลอดระยะที่สาม, 64
 การเจาะถุงน้ำคร่ำ, 6, 14, 21, 44, 63
 การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, 13, 52, 54-55
 การชักนำการคลอด, 12, 14, 26, 54
 การช่วยคลอดด้วยหัตถการ, 6, 22-28, 44, 52-53, 59, 63-64
 การดูแลก่อนส่งต่อ, 24, 26-28, 60
 การดูแลขณะส่งต่อ, 24, 27-28, 60
 การดูแลที่เคาท์ดาวน์, 6-11, 13-17, 19-20, 29-30, 44-46, 52-56, 61-65
 การดูแลสนับสนุน, 7, 9-10, 13-17, 20, 30-32, 45, 48, 50, 52-58, 61-63
 การดูแลโดยมีผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง, 6, 9-10, 14, 19, 44-45, 62-65
 การตัดฝีเย็บ, 64
 การตัดสินใจร่วมกัน, 6, 8-10, 13-16, 19-20, 29-31, 44-45, 52-56, 58, 61-65
 การตรวจทางช่องคลอด, 13-14, 18-19, 21, 29, 34-36, 41-42, 49, 52-56, 59, 62
 การตรวจทานคุณภาพ, 7, 11, 47-51, 57, 60
 การตรวจปัสสาวะ, 14, 17, 29, 38-39, 45, 52, 55, 59-61
 การบันทึกตามเวลาจริง, 20, 29, 46
 การบันทึกย้อนหลัง, 14-15, 20, 29, 46
 การบันทึกสัญญาณเตือนและการตอบสนอง, 20, 29-30, 45-46, 48-50, 60
 การประเมินแรกเข้า, 12-13, 16, 29-30, 57
 การประเมินแบบองค์รวม, 6, 9, 13, 16, 20, 29-45, 47, 52-56

การประเมินสุขภาพทารก, 13, 17-18, 20-22, 32-36, 45, 52-56, 61-62
 การประเมินสุขภาพผู้คลอด, 13, 17, 20, 25-28, 36-39, 45, 52-57, 60-61
 การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด, 48, 59-60, 64-65
 การเปิดปากมดลูก, 6-8, 12, 15-16, 18, 21, 25-26, 41-42, 58-59, 62-63
 การผ่าตัดคลอด, 7-8, 22, 24-28, 44, 47-48, 52-55, 63-64
 การฟังเสียงหัวใจทารก, 13-14, 17-18, 20-28, 32-34, 45, 52-56, 59-62
 การมีผู้ดูแลร่วมคลอด, 6, 8-10, 13-14, 16, 30-31, 48, 52, 58, 61-62
 การรับประทานอาหารและน้ำ, 16-17, 21, 31-32, 63
 การเร่งคลอด, 19, 21-22, 25-26, 44, 47-48, 54, 62-63
 การวางแผนการดูแล, 14, 19-20, 29-31, 44-45, 52-56
 การสื่อสาร, 6, 9-10, 13-15, 19-20, 24, 27-30, 44-46, 50, 52-56, 62
 การส่งต่อ, 6-7, 14, 20, 23-28, 42, 45, 48-50, 52-56, 59-60
 การส่งต่อฉุกเฉิน, 23-25, 28, 56
 การส่งต่อแบบเร่งด่วน, 23, 25-26
 การส่งต่อแบบวางแผนล่วงหน้า, 23, 26
 การส่งเวร, 14-15, 29-30, 45-46, 50, 56
 การหดตัวของมดลูก, 12-13, 16-19, 21-22, 25-27, 39-41, 43, 54-56, 61-64
 เกณฑ์การเริ่มใช้ Thai-LCG, 12, 15
 เกณฑ์การส่งต่อ, 14, 16, 21, 23-28, 48, 52-56, 60

ข

ข้อมูลแรกเข้า, 12-13, 16, 29-30, 57
 ข้อผิดพลาดในการบันทึก, 15, 46
 ข้อพิจารณาทางกฎหมาย, 10, 29, 46, 56
 ขีเทาในน้ำคร่ำ, 7, 18, 21-23, 25, 34, 45, 52-55, 61

ค

ครรภ์แฝด, 13, 16, 23, 26, 52
 ครรภ์เสี่ยงสูง, 13, 23, 26, 52, 55-56

ความก้าวหน้าของการคลอด, 6-8, 13, 16, 18-23, 29, 39-43, 47-50, 52-59

ความดันโลหิต, 13, 17, 20, 25-26, 37-38, 45, 53, 55, 59-60, 64

ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และครรภ์เป็นพิษ, 13, 17, 25-26, 37-39, 55, 59

ความเป็นส่วนตัวและความลับ, 9-10, 13-14, 29, 35, 41, 44-46, 62

ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล, 8-10, 13-14, 19, 29, 35, 41, 44-46, 62

ความเจ็บปวดและการบรรเทาปวด, 6-7, 10, 14, 16, 21-22, 31, 45, 48-50, 52-56, 63

คำย่อและสัญลักษณ์มาตรฐาน, 29-30, 57, 61

คุณภาพการบันทึก, 29-30, 46-50, 60

คู่มือดูแลการคลอด (Thai-LCG), 6, 9, 12, 16, 20, 24, 29, 47, 52, 57-65

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ, 47-50

เครื่องมือและอุปกรณ์จำเป็น, 14, 27, 57, 59-60

ช

ชีพจร, 13, 17, 20, 25-27, 36-37, 45, 53-55, 60

ช่วงเวลารอคอย (lag time), 6, 8, 11-12, 14-15, 18, 20-21, 23-25, 29, 41-42, 44-45, 47, 53-54, 56, 58-59

ด

ตำแหน่งศีรษะทารก, 13, 18, 21-23, 25-26, 34-35, 42, 52-53, 61

ตัวชี้วัดคุณภาพ, 7-8, 47-50, 60

ถ

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (PROM/PPROM), 26, 52, 54-55

ท

ท่าก้น, 23, 52-53

ท่าทางและการเคลื่อนไหวของผู้คลอด, 9, 16-17, 21-23, 26, 31-32, 45, 53-56, 62-63

น

น้ำคร่ำ, 13, 16, 18, 21, 23, 25-26, 34, 44-45, 52-55, 61, 63

บ

แบบจำลองช่วงเวลา; ดู ช่วงเวลารอคอย (lag time)

แบบบันทึก Thai-LCG, 6-7, 12, 14-16, 20, 24, 29-50, 57-61

แบบบันทึกการคลอดเต็ม (partograph), 6-7, 11, 65

ป

ปากมดลูกเปิดช้า, 7-8, 21, 25-26, 41-42, 47, 53-54, 59

ปัจจัยเสี่ยง, 12-13, 16, 20, 26, 30, 52-56

โปรตีนและคีโตนในปัสสาวะ, 14, 17, 38-39, 45, 55, 61

ผ

ผู้ดูแลร่วมคลอด; ดู การมีผู้ดูแลร่วมคลอด

ผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง; ดู การดูแลโดยมีผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง

แผนการประเมินแบบ WHO, 20, 29-45, 57-60

แผนแสดงผลตัวชี้วัด, 48, 50

ภ

ภาวะคลอดติดขัด; ดู การคลอดติดขัด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด, 48, 59-60, 64-65

ภาวะทารกเสี่ยง, 7-8, 21-22, 24-28, 33-34, 45, 48-49, 52-56, 61

ภาวะมดลูกหดตัวถี่เกินไป (tachysystole), 19, 22, 26, 39-41, 43-44, 54, 59

ภาวะศีรษะทารก-เชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน (CPD), 6, 18, 23-27, 35-36, 42, 47, 53, 55

ม

มาตรฐานการบันทึก, 20, 29-46

ย

ยาและสารน้ำ, 14, 19-20, 26-27, 43-44, 54, 57, 59-61, 63-64

ยาออกซิโทซิน, 14, 19, 21-22, 26, 30, 43-45, 47-48, 54-56, 59, 63-64

ร

ระยะ active ของการคลอด, 6, 8, 12, 15-16, 21, 41, 54, 62

ระยะแฝง (latent phase), 12, 15, 54-55

ระบบการพัฒนาคุณภาพ, 7, 11, 47-51, 57, 60, 65

ว

วงจร PDSA, 49

วงจรการตรวจทานคุณภาพ, 47-50

ค

ศีรษะทารกบวม (caput), 6, 8, 18, 21, 25, 35-36, 45, 57,
60-61

ส

สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, 14, 19, 21-22, 26-27, 43-44, 57,
59-60, 63

สถานการณ์พิเศษ, 52-56

สีของน้ำคร่ำ, 13, 16, 18, 34, 52-55, 61

สิทธิผู้คลอด, 6, 8-10, 13-14, 19, 29, 44-46, 62-65

สัญญาณเตือน, 8, 14, 16-18, 20-21, 23-25, 29-50, 60

ห

หนังศีรษะทารกบวม; ดู ศีรษะทารกบวม (caput)

อ

อัตราการเต้นหัวใจทารก, 6, 8, 13-14, 17-18, 20-28, 32-34,
45, 48-50, 52-56, 59-62

อุณหภูมิร่างกาย, 13-14, 17, 22, 25-27, 38, 45, 52, 55, 59-
61

อุปกรณ์สูชีพทารกแรกเกิด, 14, 27, 52, 55, 59

อุปกรณ์จำเป็น; ดู เครื่องมือและอุปกรณ์จำเป็น

ออกซิโทซิน; ดู ยาออกซิโทซิน

