

## การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการคลอดก่อนกำหนด

นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ\* พย.ม.

ปิติมา ฉายโสภาส\* พย.ม.

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ\* พย.ม.

ปิยภรณ์ ปัญญาวิธร\*\* พย.ม.

**บทคัดย่อ:** รายงานฉบับนี้ได้นำเสนอการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยขั้นตอนการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาเรียบเรียงเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติ - นรีเวชฯ รวมทั้งพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำกลับไปให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานพิจารณาอีกครั้ง หลังจากปรับปรุงแล้ว ได้นำไปทดลองปฏิบัติกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 12 ราย ในห้องคลอด โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2548 ถึง 31 ตุลาคม 2548 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์เฉลี่ย 30 สัปดาห์ (ช่วงอายุครรภ์ 27 - 33 สัปดาห์) มีอายุเฉลี่ย 29 ปี (ช่วงอายุ 22 - 41 ปี) ได้รับยาขับยั้งการคลอดด้วย Bricanyl (Terbutaline sulfate) 10 ราย Magnesium sulfate 1 ราย และ Adalat (Nifedipine) 1 ราย ผลลัพธ์โดยรวม สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด (คลอดที่อายุครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า 37 สัปดาห์) ได้จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 83) ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับยา Bricanyl (Terbutaline sulfate) 8 ราย Magnesium sulfate 1 ราย และ Adalat (Nifedipine) 1 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากการใช้ยา แต่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ 2 ราย เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย ต้องได้รับการผ่าตัดคลอด เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จากการที่มีภาวะรกขวางทางคลอด (Placenta previa totalis) และตกเลือดก่อนคลอดร่วมด้วย 1 ราย และคลอดปกติเมื่ออายุครรภ์ 27 สัปดาห์ เนื่องจากมีภาวะรกเกาะต่ำ (Low lying placenta) และตกเลือดก่อนคลอดร่วมด้วยอีก 1 ราย สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกได้ โดยสามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับยาขับยั้งการคลอด

---

\* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:  
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการคลอดก่อนกำหนด

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐานในการปฏิบัติ การพยาบาล (Evidence-Based Nursing Practice) เป็น นโยบายหนึ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาลของภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มุ่งเน้นความเป็นเลิศในงานบริการทางการ พยาบาล โดยอาศัยองค์ความรู้จากงานวิจัยสู่การ ปฏิบัติจริง จึงได้มอบหมายให้ตัวแทนของกลุ่ม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละสาขาการพยาบาลเข้า อบรมการเขียนแนวทางปฏิบัติการพยาบาล (CNPg: Clinical Nursing Practice Guideline) ให้เป็นรูป แบบเดียวกันโดยสืบค้นจากเอกสาร ตำรา ความคิด เห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็น แนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ ความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ก่อให้เกิด Best practice

รายงานการใช้ผลงานวิจัยฉบับนี้ได้นำเสนอชั้น ตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกแก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการคลอดก่อนกำหนด โดยสืบค้นความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยนำสู่การเรียบเรียงแนวปฏิบัติ การพยาบาล นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความ เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลสูติ-นรีเวชฯ และ พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดนำมาแก้ไขปรับปรุง และทดลองใช้เพื่อทราบปัญหาในการปฏิบัติจริง รวบรวมข้อมูลนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง (คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine and Clinical Practice Guidelines, 2544) ส่งผลให้เกิดแนว ปฏิบัติการพยาบาลคลินิกที่ชัดเจนสามารถนำสู่การ ปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกได้

การทบทวนและการวิเคราะห์ปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหา ที่สำคัญปัญหาหนึ่งทางสูติศาสตร์ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ทารก คลอดก่อนกำหนดได้ถึงร้อยละ 70-80 (มานีปิยะอนันต์, ชาอุชัย วันทนาศิริ, และประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล, 2548) การคลอดก่อนกำหนดจะมีอันตรายต่อทารกอย่างมาก ยิ่งคลอดก่อนกำหนดมากเท่าใด ทารกยิ่งมีโอกาที่จะ เสียชีวิตหรือทุพพลภาพมากขึ้นเท่านั้นเมื่อเปรียบเทียบกับทารกน้ำหนักปกติ (เท่ากับหรือมากกว่า 2500 กรัม) พบว่าทารกน้ำหนักน้อย มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 28 วัน หลังคลอดมากกว่าทารกน้ำหนักปกติถึง 40 เท่า กรณี ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1500 กรัมจะมีโอกาสเสียชีวิต สูงถึง 200 เท่าของทารกน้ำหนักปกติ (เยื่อน ต้นนิรันดร, 2544) ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีอวัยวะ ต่าง ๆ เจริญไม่เต็มที่ และไม่พร้อมที่จะทำงาน ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนมากและรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ทารกจะมี อาการหายใจลำบาก เนื่องจากขาดสาร Surfactant ใน ถุงลมปอดเกิด Respiratory distress syndrome (RDS) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต

การคลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 6.8-11 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (Cunningham et.al., 2001) ซึ่งแตกต่างกันในประชากรแต่ละกลุ่ม เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบได้ประมาณร้อยละ 9-10 (ธีระพงษ์ เจริญวิทย์และคณะ, 2548) โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่พบได้ประมาณร้อยละ 12 (ธีระ ทองสงและชานนทร์ วนาภิรักษ์, 2541) โรงพยาบาลรามาธิบดีพบการคลอดก่อนกำหนด ปี 2544-2548 ร้อยละ 7.90 (รายงานประจำปี, ภาควิชาสูติ-นารีเวชวิทยา 2544-2548) การดูแลรักษา

พยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยมุ่งเน้นที่การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด และมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพิ่มอัตราการเกิดมีชีพและลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพของทารกให้มากที่สุด อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด

**การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสูติศาสตร์ โดยสืบค้นจากงานวิจัย และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ MEDLINE, PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Ovid ปีค.ศ.1989- 2005 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น เช่น preterm labor, low

birth weight, bed rest in pregnancy, tocolytic agent, magnesium sulfate, terbutaline, nifedipine, corticosteroid, uterine activity monitoring เป็นต้น คัดเลือกงานวิจัยที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาจำนวน 18 เรื่อง บทความ เอกสาร และตำราจำนวน 11 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 29 เรื่อง

**การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย**

นำงานวิจัยทั้ง 18 เรื่อง บทความ เอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องอีกจำนวน 11 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 29 เรื่อง มาศึกษาวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยและความรู้จากบทความ เอกสาร และตำรามาประยุกต์ใช้กับหน่วยงาน ตัวอย่างในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 เรื่อง ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ตัวอย่างการวิเคราะห์และการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Number Author/year	Design Level of evidence	Sample/ Setting	Findings	Implication/ Implementation potential
Sosa, Althabe, Belizan, & Bergel (2006) (Cochrane review)	- Systematic review - Level: B	- ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการคลอดก่อนกำหนด ใน การพักผ่อนเตียงที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล เทียบกับ No Intervention หรือรักษาด้วยยา ร่วมกับ การพักผ่อนเตียง เทียบกับรักษาด้วยยา อย่างเดียว	- การคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง พบการคลอดก่อนกำหนด 7.9 % กลุ่มควบคุม 8.5 %	- การพักผ่อนเตียงที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลเป็นคำแนะนำอันดับแรกที่ยังตั้งครรถ์มักได้รับเสมอ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจน การให้คำแนะนำเรื่อง Bed rest ควรให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและได้รับทราบถึง

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:  
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ยังการคลอดก่อนกำหนด

Number Author/year	Design Level of evidence	Sample/ Setting	Findings	Implication/ Implementation potential
		การศึกษาหนึ่งเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ 37 week) กลุ่มตัวอย่าง 1266 คน กลุ่มทดลอง 432 คนได้รับการพักผ่อนเตียงที่บ้านกับกลุ่มควบคุม 834 คน (placebo = 412 คน และ No Intervention = 422 คน)		ข้อดีและข้อเสีย เช่น มีภาวะเครียดจากการต้องนอนโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
Chau, Gabert & Miller (1992)	- RCT - Level: A	- เปรียบเทียบประสิทธิผลและผลข้างเคียงของยา Magnesium sulfate (MgSO <sub>4</sub> ) ให้ทางเส้นเลือดดำ/ชนิดรับประทาน เทียบกับ Terbutaline ฉีดใต้ผิวหนัง/ชนิดรับประทาน ในหญิงตั้งครรภ์ 98 คนที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ตั้งแต่อายุครรภ์ 23-35 สัปดาห์	- ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างประสิทธิผลของยา ทั้ง 2 ชนิดในการชะลอการคลอดมากกว่า 48 ชั่วโมง/7 วัน แต่พบว่า Magnesium sulfate จะช่วยชะลอการคลอดที่ 37 สัปดาห์หรือมากกว่า 37 สัปดาห์ได้มากกว่า Terbutaline - Magnesium sulfate/ Terbutaline พบอาการข้างเคียงในกลุ่มตัวอย่าง 4 ราย Magnesium ชนิดรับประทานพบอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหารเช่น คลื่นไส้	- ยาทั้ง 2 ชนิด ใช้ได้ผลใกล้เคียงกันในการยับยั้งการคลอด สามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย - ปริมาณของยาที่ใช้ในงานวิจัย MgSO <sub>4</sub> ให้ทางหลอดเลือดดำเริ่มต้น 4 กรัม มากกว่า 30 นาที ต่อมาให้ 2 กรัมต่อชั่วโมง อย่างน้อย 24 ชั่วโมง หรือจนกว่าไม่มีการหดรัดตัวของมดลูก อัตราสูงสุดไม่เกิน 4 กรัมต่อชั่วโมง ตรวจสอบระดับ MgSO <sub>4</sub> ในเลือดหลังให้ยา 4 ชั่วโมง Terbutaline ให้ 0.25 mg ฉีดใต้ผิวหนัง

Number Author/ year	Design Level of evidence	Sample/ Setting	Findings	Implication/ Implementation potential
			<p>อาเจียน ท้องเสีย มากกว่า Terbutaline ชนิดรับประทาน ส่วนอาการใจสั่น ภาวะวณกระวาย หัวใจเต้นเร็ว พบเฉพาะยา Terbutaline ชนิดฉีดใต้ผิวหนัง อาการข้างเคียงของยาชนิดรับประทาน และยาชนิดให้ทางหลอดเลือดดำที่ให้ครั้งที่ 2 พบว่ามีอาการข้างเคียงไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม</p>	<p>ทุก 30 นาที 3 ครั้ง ต่อมาให้ทุก 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง หรือจนกว่าไม่มีการหดตัวของมดลูกให้ยาอย่างน้อย ภายใน 12 ชั่วโมง ส่วนชนิดรับประทานให้ Magnesium gluconate 2-3 กรัม หรือ Terbutaline 5 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง ให้ต่อเนื่องจนไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้</p>
Mamelle (2001)	- RCT - Level: A	<p>หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุครรภ์ 18 -35 สัปดาห์ ระยะแรกศึกษากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 157 คน ระยะที่ 2 ศึกษาในกลุ่มทดลอง 191 คน และกลุ่มควบคุม 202 คน กลุ่มทดลอง /กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามคลินิกตามปกติ กลุ่มทดลองทั้ง 2 การศึกษา ได้รับการดูแลด้านจิตใจจากนักจิตวิทยาและพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การสัมภาษณ์ และวิเคราะห์จากนักจิตวิทยา วางแผนปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลประจำการ</p>	<p>- จากการศึกษาในระยะแรกกลุ่มทดลองมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด (น้อยกว่า 35 สัปดาห์) ลดลงจากร้อยละ 25.7 เป็นร้อยละ 5.9 ส่วนระยะที่ 2 เพื่อหาความน่าเชื่อถือของการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดจากร้อยละ 15.7 เป็นร้อยละ 7.2</p>	<p>- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรได้รับการดูแลด้านจิตใจร่วมด้วย เพื่อช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และควรเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์</p>

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:  
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาช่วยการคลอดก่อนกำหนด

Number Author/ year	Design Level of evidence	Sample/ Setting	Findings	Implication/ Implementation potential
Devoe, & Goodwin (1995)	- RCT - Level: A	-กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงในการเจ็บครรภ์หรือการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ระหว่าง 24 - 36 สัปดาห์ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง 1292 รายโดยใช้เครื่องประเมินการหดตัวของมดลูกที่บ้าน 1165 ราย มีผู้ป่วย 842 รายที่สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการสอนอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการคลำมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก วิธีการใช้เครื่องมือประเมินการหดตัวของมดลูกส่งผ่านทางคอมพิวเตอร์มาให้พยาบาลกลุ่มแรกเป็นข้อมูลการหดตัวของมดลูกที่เปิดเผย กลุ่มที่ 2 ข้อมูลไม่เปิดเผยพยาบาลติดตามสอบถามอาการวันละ 2 ครั้ง	- ผลการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม สถิติใกล้เคียงกัน ในด้านอายุครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง น้ำหนักของทารกแรกเกิด การเปิดขยายของปากมดลูก ในการวินิจฉัย การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือการใช้เครื่องมือช่วยทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด	- การสังเกตการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองช่วยในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้และแม้ในประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือประเมินการหดตัวของมดลูกที่บ้าน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการสอนในเรื่องอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลำมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองก่อนกลับบ้านเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

Level of evidence (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น RCT

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น RCT อย่างน้อย 1 เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองซึ่งไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่น ๆ

Level D หมายถึง หลักฐานจากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

### การนำไปใช้เพื่อประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ก่อนนำไปทดลองใช้ คณะผู้พัฒนา CNPG ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ขอความร่วมมือจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยห้องคลอดทั้งหมดจำนวน 26 คน เพื่ออ่านและประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำ CNPG นี้ไปใช้ และได้รับแบบสอบถามกลับคืน 24 ฉบับ พบว่า 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลตาม CNPG และประโยชน์ที่ได้รับ อยู่ในระดับ ดี - ดีมาก คิดเป็น 95.24 % 2) ปัญหาในการนำ CNPG ไปใช้ พยาบาลหอผู้ป่วยห้องคลอด มีความคิดเห็นว่ามันน่าจะมีปัญหาคิดเป็น

61.91 % มีความคิดเห็นว่ามีปัญหา 38.09 % โดยปัญหาคือ การฟังปอด และการตรวจ Reflex ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์เป็นผู้ประเมิน พยาบาลอาจมีทักษะไม่เพียงพอในการฟังปอด และการตรวจ Reflex 3) ผลการนำ CNPG ไปใช้ทั้งระยะสั้น/ระยะยาวต่อผู้รับบริการและครอบครัว พบว่าผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องครบถ้วน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน กรณีที่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ จะช่วยลดอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้ไม่เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด ผลต่อพยาบาลและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติงานโดยมีการใช้หลักฐานอ้างอิง มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และมีมาตรฐาน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการรักษาพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ได้อย่างมีคุณภาพ และมีการบันทึกการรายงานถูกต้องครบถ้วน สามารถตรวจสอบได้ ข้อเสนอแนะให้จัดอบรมเพื่อฟื้นฟูทักษะในการตรวจร่างกายให้กับพยาบาลห้องคลอด

หลังจากได้ปรับปรุง CNPG ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานแล้ว คณะผู้พัฒนา CNPG ได้จัดอบรมทักษะในการฟังปอดและการตรวจ Reflex ให้พยาบาลหอผู้ป่วยห้องคลอดจำนวน 24 คนโดยมีเนื้อหาหลักสูตรคือ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, Clinical Practice Guideline : CPG เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยาช่วยยับยั้งการคลอด (Premature labor pain with Tocolysis), Clinical Nursing Practice Guideline:

**การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:  
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด**

CNPG เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด (Nursing care of pregnant woman with tocolytic for Inhibiting preterm labor) ที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว และฝึกปฏิบัติการฟังปอด และการตรวจ Reflex โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 ในวันที่ 14 กันยายน 2548 เวลา 13.00-15.00 น. รุ่นที่ 2 ในวันที่ 21 กันยายน 2548 เวลา 13.00-15.00 น. สถานที่จัดอบรม ณ ห้องประชุมภาควิชา สูติ-นรีเวช วิทยา วิทยาการ คือ ผศ. นพ. อติเทพ เชาววิศิษฐ และ นางนิตยา โรจนนรินทร์กิจ

การทดลองใช้ คณะผู้จัดทำได้นำ CNPG ไป ทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดจำนวน 12 ราย ระหว่างเดือนสิงหาคม- ตุลาคม 2548 กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ เฉลี่ย 30 สัปดาห์ (ช่วงอายุครรภ์ 27-33 สัปดาห์) มีอายุเฉลี่ย 29 ปี (ช่วงอายุ 22-41 ปี) เข้ารับการ รักษาที่ห้องคลอดด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดและได้รับยายับยั้งการคลอดด้วย Bricanyl (terbutaline sulfate) 10 ราย Magnesium sulfate 1 ราย และ Adalat (Nifedipine) 1 ราย

**สรุปผลการนำไปทดลองปฏิบัติในคลินิก**

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถ ยับยั้งการคลอดได้จนถึงคลอดครบกำหนด (คลอดที่ อายุครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า 37 สัปดาห์) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83 ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับ Bricanyl (Terbutaline sulfate) 8 ราย Magnesium sulfate 1 ราย และ Adalat (Nifedipine) 1 ราย กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากการใช้ยา

ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ 2 ราย ซึ่งทั้ง 2 รายเป็น ผู้ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดด้วยยา Bricanyl เนื่องจาก มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย คือ รายที่ 1 คลอดโดย การผ่าตัดคลอด เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มีรกขวาง ทางคลอด (Placenta previa totalis) และตกเลือด ก่อนคลอดร่วมด้วย ทารกน้ำหนัก 2330 กรัม Apgar score ที่ 1 และ 5 นาที เท่ากับ 9, 10 รายที่ 2 คลอด ปกติเมื่ออายุครรภ์ 27 สัปดาห์ มีภาวะรกเกาะต่ำ (Low lying placenta) และตกเลือดก่อนคลอดร่วมด้วย ทารกน้ำหนัก 1120 กรัม Apgar score ที่ 1, 2 และ 5 นาที เท่ากับ 1, 4, 7 และ 9 ที่ 10 นาที

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวแก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ควรมีการติดตามประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็นระยะและอย่างต่อเนื่อง

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล อาจารย์ทัศนีย์ พงกษาชีวะ อาจารย์ วณิ สมพงษ์ คณะกรรมการพัฒนา CNPG ของภาควิชา พยาบาลศาสตร์ รศ. สุภาณี เสนาดิสัย รศ.อรอนงค์ พุ่มอาภรณ์ ผศ.ดร. เรณู พุกบุญมี คณาจารย์ทุกท่าน ที่กรุณาให้คำวิพากษ์ และ ผศ. นพ. อติเทพ เชาววิศิษฐ ที่กรุณาเป็นวิทยากรในการฝึกอบรม ขอขอบคุณ พยาบาลหอผู้ป่วยห้องคลอดที่กรุณาตอบแบบสอบถาม



นิตยา โรจนนรินทร์กิจ และคณะ

ความคิดเห็นเสนอแนะและให้ความร่วมมือในการ  
เข้าอบรม ทดลองใช้ CNPG ทำให้เกิดการปรับปรุง  
แก้ไขพัฒนาเป็น CNPG ฉบับนี้

ตัวอย่าง Clinical Nursing Practice Guideline:  
CNPG

เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้ง  
การคลอดก่อนกำหนด

(Nursing Care of Pregnant Woman with  
Tocolytic for Inhibiting Preterm Labor)

คำนิยาม

1. การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด (Tocolysis)  
หมายถึง การยับยั้งการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ ที่มี  
ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สามารถ  
ตั้งครรภ์ต่อไปจนครบกำหนดคลอด (อายุครรภ์  
37-40 สัปดาห์) ด้วยการใช้ยา Bricanyl (Terbutaline  
sulfate) MgSO<sub>4</sub> และ Adalat (Nifedipine)

1.1 ข้อบ่งชี้ในการยับยั้งการคลอด  
(level D:อีระ ทองสง และชานนทร์ วนาภิรักษ์, 2541;  
Maternal Fetal Medicine—MFM, 2005) คือ

1.1.1 อายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์  
จนถึง 34 สัปดาห์

1.1.2 มีการหดรัดตัวของมดลูกเป็น  
จังหวะสม่ำเสมอ น้อยกว่า 10 นาที

1.1.3 มีการขยายของปากมดลูกน้อย  
กว่าหรือเท่ากับ 5 ซม.

1.2 ข้อยกเว้น/ข้อห้ามในการยับยั้งการ  
คลอด (level D:อีระ ทองสง และชานนทร์ วนาภิรักษ์,  
2541; เยื่อน ตันนรินทร์,2544; Cunningham et al.,  
2005) คือ

1.2.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Severe  
maternal haemorrhage, Eclampsia, Severe pre -  
eclampsia

1.2.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน  
ทางอายุรกรรม เช่น Cardiovascular disorder,  
Hypertension, Arrhythmia, endocrine disorder,  
Thyrotoxicosis, DM, Liver disease เป็นต้น

1.2.3 ทารกในครรภ์ผิดปกติ, Fetal  
distress, Chorioamnionitis , Fetal death

2. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (premature  
labor) หมายถึง ภาวะที่มีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์  
20 สัปดาห์จนถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (level D:  
อีระ ทองสง และชานนทร์ วนาภิรักษ์,2541; เยื่อน  
ตันนรินทร์,2544; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์,2544;  
Cunningham et al., 2005)

Initial

Assessment	Intervention	Outcome
ประเมินภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดและค้นหาความผิด ปกติ	1. ชักถามประวัติการคลอดในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของ หญิงตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัว แบบแผนสุขภาพ และ ทบทวนข้อมูลจากบันทึกการฝากครรภ์	1. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด มีข้อบ่งชี้ในการทำ Tocolysis

**การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:  
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด**

Assessment	Intervention	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนการคลอด วิธีการคลอด</li> <li>ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด</li> <li>- ประวัติการคลอดก่อนกำหนด</li> <li>แท้งบุตรในระยะหลังของการตั้งครรภ์</li> <li>- โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น</li> <li>- การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่</li> </ul> <p>2. ข้อมูลการตั้งครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่ถูกต้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จากประวัติการคุมกำเนิด</li> <li>ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) ประวัติการแพ้ท้อง ประวัติเด็กตั้งครรภ์แรก และระดับยอดมดลูก</li> </ul> <p>3. วินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการหดตัวของมดลูก เป็นจังหวะสม่ำเสมออย่างน้อย 10 นาที ต่อ 1 ครั้ง หรือ 3 ครั้งใน 20 นาที</li> <li>- ฟัง Fetus Heart Sound (FHS) เกณฑ์ปกติ 120- 160 ครั้ง ต่อนาที</li> </ul> <p>4. ความผิดปกติ และภาวะเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีเลือดสดออกจากช่องคลอด</li> <li>ครรภ์เป็นพิษ</li> <li>- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น Cardiovascular disorder, Hypertension, Arrhythmia, endocrine disorder, Thyrotoxicosis, DM, Liver disease</li> <li>- ความดันโลหิต Systolic/ Diastolic อยู่ระหว่าง 90-130 / 60-100 mmHg</li> </ul>	<p>2. ซักถามข้อมูล การตั้งครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่ถูกต้อง</p> <p>3. ตรวจครรภ์ ประเมินการหดตัวของมดลูก และ ฟัง FHS</p> <p>4. ประเมินความผิดปกติ และภาวะเสี่ยงจากประวัติและการตรวจร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วัดสัญญาณชีพ คือ อุณหภูมิ ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ</li> <li>- ชั่งน้ำหนัก</li> <li>- วัดส่วนสูง</li> <li>- ตรวจ Albumin/sugar ใน Urine</li> </ul> <p>5.- รายงานแพทย์ถึงผลการประเมินสภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความผิดปกติที่ตรวจพบในเบื้องต้น เตรียมอุปกรณ์ เพื่อเตรียมการตรวจอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แจ้งผลการตรวจให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ.....</li> </ul>	<p>2. ไม่มีอาการ/ภาวะที่เป็นข้อห้าม หรือภาวะเสี่ยงในการทำ Tocolysis</p>

นิตยา โจนนรินทร์กิจ และคณะ

Interim

Assessment	Intervention	Outcome
<p>1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนการให้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประวัติการใช้ยาและการแพ้ยา</li> <li>- สัญญาณชีพ</li> <li>- การหดตัวของมดลูก เสี่ยงหัวใจของทารกในครรภ์โดยประเมิน Duration, Frequency และ Intensity</li> </ul>	<p>ให้ Tocolysis ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>1.1 ทวนสอบประวัติการตั้งครรภ์ การเจ็บป่วย ใช้ยาและการแพ้ยา</p> <p>1.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ เป็นค่าเริ่มต้นก่อนการให้ยา</p> <p>1.3 ประเมินการหดตัวของมดลูก</p> <p>1.4 ให้ Absolute bed rest แม้ว่ายังไม่มีความชัดเจนว่า การ bed rest ที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลจะช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แต่การ bed rest ก็ยังเป็นการรักษา และการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นอันดับแรก (Level D: Goldenberg et al., 1998; Level A: Sosa et al., 2005 )</p>	<p>1. ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายก่อนการให้ยา</p>
<p>2. ภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Level A: Mc.Gregor, 1994) และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>- CBC, Blood sugar, UA, Urine C/S</li> </ul>	<p>2. เจาะเลือด เก็บปัสสาวะ ส่งห้องปฏิบัติการ ติดตามและประเมินผลการตรวจต่างๆ เพื่อ detect ความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก แจ้งผลให้แพทย์ทราบ</p>	<p>2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อ</p>
<p>3. ประเมินอาการข้างเคียงจากยา Dexamethasone</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การติดเชื้อ</li> <li>- ภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ บวม ความดันในเลือดสูง</li> <li>- ระดับน้ำตาลในเลือดสูง</li> </ul>	<p>3. ดูแลให้ยากระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ (Level A: Bloom &amp; Leveno, 2001; Bloom et al , 2003) ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ Dexamethasone sodium phosphate 12 mg IM 2 dose ห่างกัน 24 ชั่วโมง (Level D: Cunningham et al., 2005)</p>	<p>3. ไม่มีอาการข้างเคียงจากการให้ยา Dexamethasone</p>
	<p>4. ดูแลให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแผนการรักษาที่นิยมใช้ในท้องคลอดปัจจุบันได้แก่ Bricanyl MgSO<sub>4</sub> หรือ Adalat (Level D: MFM.,2005) First line drug คือ Bricanyl (Level A: Chau et al.,1992; Rockville, 2000)</p> <p>4.1 Bricanyl Tocolytic (Level A: Berkman et al.,2003; Bivins et al., 1993) ปฏิบัติตาม.....</p>	<p>4. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการข้างเคียงของยาสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ใน 10 นาที</p>

**การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:  
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาบัยยังการคลอดก่อนกำหนด**

**Pre-discharge**

Assessment	Intervention	Outcome
ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อเตรียมจำหน่าย	<p>ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยการให้คำแนะนำหรือข้อมูล คำปรึกษาให้แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ในเรื่องต่อไปนี้ (Level D: Smallwood, 2000)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องออกแรง เช่นการยกของหนัก หรืออุ้มเด็ก ซึ่งก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลียที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์ก่อนคลอด</li> <li>2. อธิบายหญิงตั้งครรภ์และสามี ให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องคลอดและการกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</li> <li>3. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นหัวนมหรือเต้านม (หยุดกิจกรรมการเตรียมเต้านมเพื่อ Breast feeding)</li> <li>4. ให้ Bed rest นอนพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 8-10 ชั่วโมง และนอนพักในท่าตะแคงซ้ายเวลากลางวัน วันละ 2-3 ชั่วโมง</li> <li>5. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการคลอดก่อนกำหนดและเด็กน้ำหนักตัวน้อย</li> <li>6. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกกังวลใจเพื่อลดอาการวิตกกังวลเนื่องจากความเครียดมีผลทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (Level A: Copper &amp; et al.,1996; Wadhwa et al., 1993) ซึ่งสามารถเตรียมความพร้อมด้านจิตใจสำหรับสตรีตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ (Level A: Mabelle, 2001)</li> <li>7. ย้ำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด สอนหญิงตั้งครรภ์ให้สังเกตการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง (Level A: Devoe et al.,1995 ).....</li> </ol>	หญิงตั้งครรภ์และญาติมีความรู้สามารถอธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

**ผลลัพธ์โดยรวม**

1. การยับยั้งการคลอดเป็นผลสำเร็จการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด (มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์)
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาหรืออื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine and Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำในการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guidelines). *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(6), 36-47.
- ธีระ ทองสง และชานนทร์ วนาภิรักษ์. (2541). *สูติศาสตร์* (ฉบับเรียนเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรนบูคส์ เซนเตอร์.
- ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อโพธิ์โรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ. (2548). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮาส์.
- มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และประเสริฐ คันสนีย์ วิทยกุล. (2548). *ตำราสูติศาสตร์*. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- เยื่อน ตันนรินทร์. (2544). *เวชศาสตร์มารดาและทารก*. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- รายงานประจำปีภาควิชาสูติ-นรีเวชวิทยา. (2544 - 2548). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2544). *การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชุมช่าง จำกัด.
- Berkman, N. D., Thorp, J. M., Jr., Lohr, K. N., Carey, T. S., Hartmann, K. E., Gavin, N. I., et al. (2003). Tocolytic treatment for the management of preterm labor: A review of the evidence. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 188(6), 1648-1659.
- Bivins, H. A., Newman, R. B. & Campbell, B. A. (1993). Randomized trail of oral indomethacin and terbutaline sulfate for the long term suppression of preterm labor. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 169, 1065-1070.
- Bloom, S. L., & Leveno, K. J. (2001). Antenatal dexamethasone and decreased birth weight. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 97(4), 485-489.
- Bloom, S. L., & Leveno, K. J. (2003). Corticosteroid use in special circumstances : Preterm ruptured membranes, hypertension, fetal growth restriction, multiple fetuses, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 46(1), 150-160.
- Chau, A. C., Gabert, H. A. & Miller, J.M.Jr. (1992). A prospective comparison of terbutaline and magnesium for tocolysis. *Obstetrics and Gynecology*, 80(5), 847-851.
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., et al. (1996). The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 175(5), 1286-1292.
- Cunningham, G.F., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., & Wenstrom, K.D., (2001). *Williams obstetrics*. (21<sup>st</sup>ed). New York : Mc Graw-Hill.
- Cunningham, G.F., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Gilstrap, L.C.& Wenstrom, K.D. (2005). *Williams obstetrics*. (22<sup>nd</sup>ed). New York : Mc Graw-Hill.
- Devoe, L.D. & Goodwin, T. M. (1995). A multicenter randomized controlled trial of home uterine monitoring: Active versus sham device. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(4), 1120 -1127.
- Goldenberg, R. L., Cliver, S. P., Bronstein, J., Cutter, G. R., Andrews, W. W., & Mennemeyer, S. T. (1994). Bed rest in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 84(1), 131-136.
- Mamelle, N. J. (2001). Psychological prevention of early pre-term birth: A reliable benefit. *Biology of the Neonate*, 79(3-4), 268-273.

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:  
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาบัยยังการคลอดก่อนกำหนด

Mc.Gregor, J. A., et al. (1995). Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infection: Results of a prospective controlled evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(1), 157 -167.

Maternal Fetal Medicine. (2005). *Labour Ward Guidelines*. Department of Obstetrics and Gynecology. Unpublished paper, Ramathibodi Hospital.

Rockville, M. D. (2000). Management of preterm labour. Agency for Health care. *Research and Quality*. 18, 8.

Smallwood, R. (2000). *Clinical practice guidelines care around preterm birth*. Canberra: Pommonwealth.

Sosa, C.,Althabe, F.,Belizan, J., & Bergel, E. (2006). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons.

Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 169 (4), 858-865.

## Using Evidence-Based for Developing Clinical Nursing Practice Guideline: Nursing care of Pregnant Woman with Tocolytic for Inhibiting Preterm Labor

Nitaya Rotjananirunkit \*RN., M.N.S. (Nursing Administration)

Pitima Chaiobhas \*RN., M.N.S. (Nursing Administration)

Suteera chukkul luengsukcharoen \*RN., M.N.S. (Adult Nursing)

Piyaporn Punyavachira \*\*RN., M.N.S. (Nursing Administration)

**Abstract :** This article shows the development of clinical nursing practice guidelines (CNPG) with evidence-based practice in pregnant women, using tocolytic agents to inhibit the preterm labor. The CNPG is composed of gathering information, analyzing, and synthesizing all relevant research studies involved. All nursing guidelines were organized. Then all of the contents and language were validated by experts in gynecology and midwifery. After the contents and language were revised, the guidelines were tested with 12 pregnant women with the average age of 29 years (age from 21 to 41 years) admitted to the labor room at Ramathibodi Hospital from August 1 to October 31, 2005. These pregnant women had labor pain with premature labor. The mean of the gestational age was 30 weeks (gestational age between 27 and 33 weeks). Among these pregnant women, 10 cases received the tocolytic agent-bricanyl or terbutaline sulfate. The others received magnesium sulfate and adalat or nifedipine. The results showed that there were no complications from uses of tocolytic agents. Tocolytic agents were able to inhibit premature labor in 10 out of 12 pregnant women (83 %) and these women were able to give birth at the gestational age of 37 weeks or over. Among these 10 pregnant women who used tocolytic drugs, eight of them received bricanyl and the rest of them received magnesium sulfate and adalat. Tocolytic agents could not help two participants to inhibit premature labor due to having other complications. One of these two participants (gestational age of 32 weeks) needed an operation of caesarean section due to antepartum haemorrhage from placenta previa totalis and the other (gestational age of 27 weeks) had a normal labor delivery due to antepartum haemorrhage from low lying placenta. In conclusion, developed CNPG with evidence-based practice is helpful in the clinical setting in terms of preventing pregnant women from complications of applying tocolytic agents and assisting pregnant women with using them in inhibiting premature labor.

**Keywords:** Clinical nursing practice guideline, Preterm labor, Tocolytic agents

---

\* Professional Nurse, Nursing Department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\* Head Nurse, Labor Room, Nursing Department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University