

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๑
 เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด ชลบุรี
 ประเด็นที่ ๗ : ส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็นตามนโยบาย / ประเด็นตรวจราชการ : ส่งเสริมการมีบุตร

ตัวชี้วัดภายใต้นโยบายที่เกี่ยวข้อง :

๑. ร้อยละของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร(ร้อยละ ๑๐๐)
๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค) ร้อยละ ๙๕

ตัวชี้วัดกระทรวงฯ เกี่ยวข้อง :

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย(ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม อัตรา ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็นตัวชี้วัด/กำกับติดตาม	เป้าหมาย	ผลงาน
คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๕๐ - ร้อยละ ๖๕	- รพ.ชุมชนทั้ง ๙ แห่ง เปิดบริการระดับ MD Level ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และรพ.ทั่วไปและรพ.จังหวัด รวม ๓ แห่ง เปิดบริการ IUI แล้ว ๒ แห่ง(รพ.ชลบุรีและรพ.บางละมุง และอีก ๑ แห่ง กำลังดำเนินการ เตรียมเปิดบริการ(รพ.พนัสสรินทร์) - ร้อยละ ๙๕.๓๒
ส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	- ๐ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
สาขาทารกแรกเกิด (Newborn) ๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม	- < ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	- ๔.๔๑ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ - จำนวนเตียง NICU มี ๓๑ เตียง - Neonatologist ๔ ท่าน

๒) สรุปสถานการณ์

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

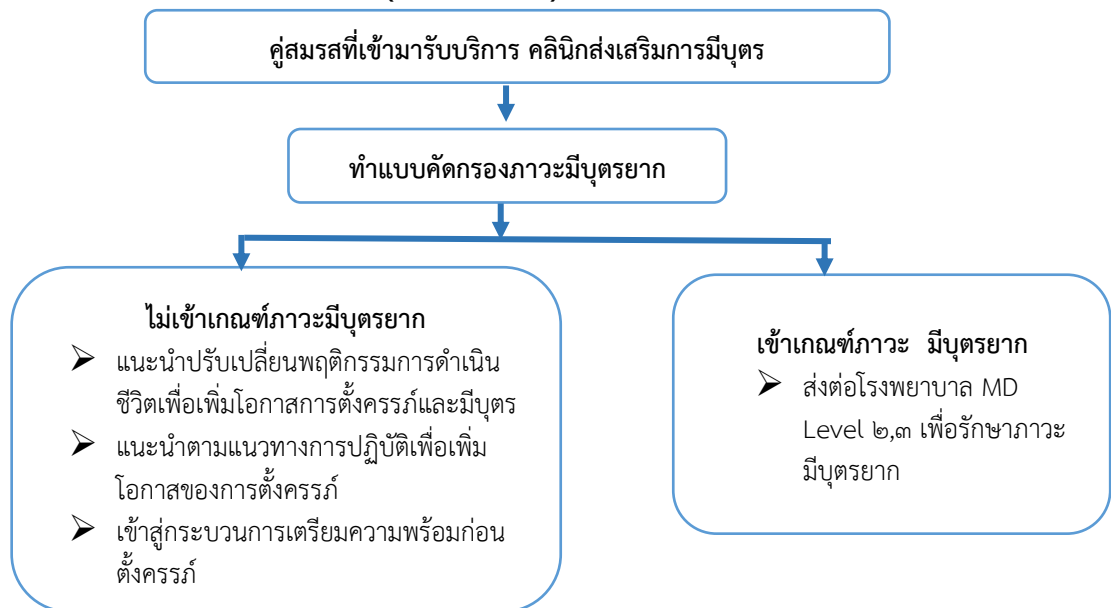
อัตราการเกิดของจังหวัดชลบุรี ๓ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๑๖.๒ , ๑๔.๕ และ ๑๓.๒ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมจังหวัด ปี ๒๕๖๕ (เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๗๙ ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดชลบุรี พบว่า ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชน จำนวน ๙ แห่งมีจัดบริการด้านการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการส่งต่ออย่างเหมาะสม(MD Level ๑) ทั้ง ๙ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) และ มีการพัฒนาศักยภาพบริการรพ.ทั่วไป ๒ แห่ง คือ รพ.บางละมุง และรพ.พนัสนิคม ให้สามารถรักษาภาวะมีบุตรยากโดยสามารถฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้ (IUI) ทั้งนี้ รพ.ชลบุรี (รพ.ศูนย์) และรพ.บางละมุง สามารถให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้(IUI) และรพ.พนัสนิคม ได้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการ และอยู่ระหว่างในการวางแผนจัดซื้อ ยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล ในภาพรวมจังหวัดมีผู้รับบริการการให้คำปรึกษา จำนวน ๗๘ ราย ให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกแล้ว จำนวน ๓ ราย และยังไม่ตั้งครรภ์

ด้านการจัดการบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร มีการแจ้งบริการที่ชัดเจน มีการจัดกิจกรรมประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๒. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

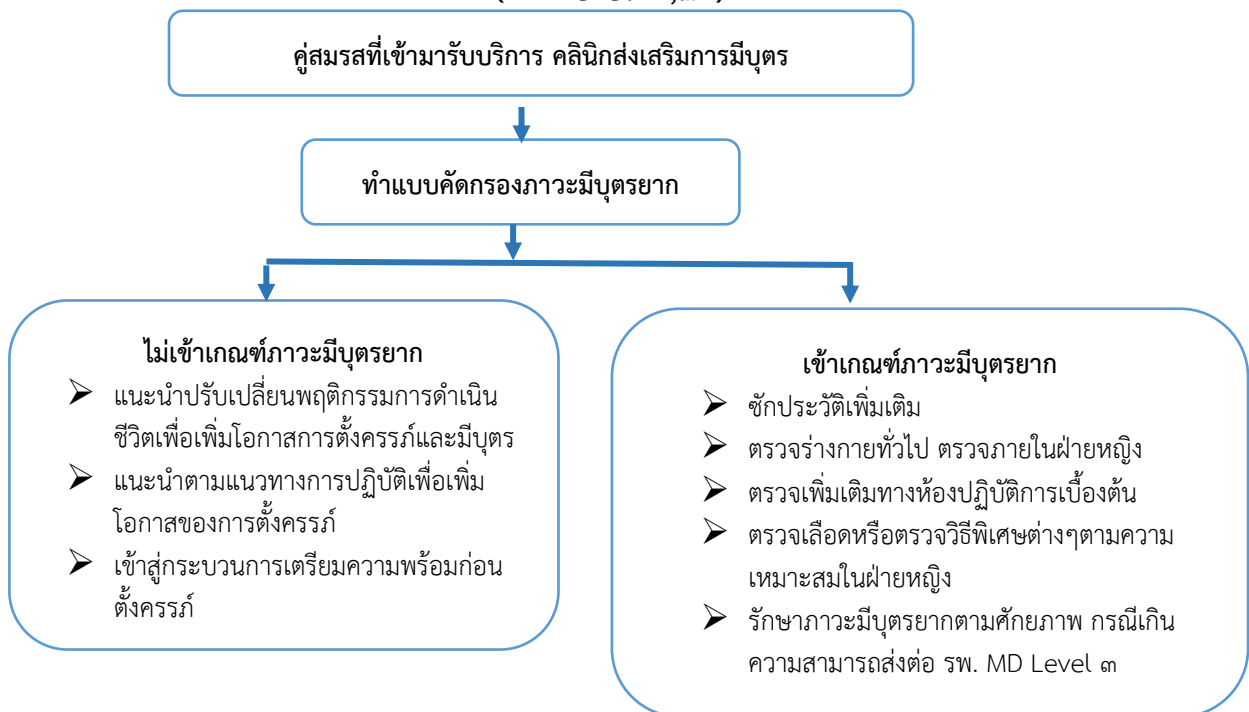
แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (MD Level ๑)



การจัดบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๒ , ๓)

๑. มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ
๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก(IUI : Intrauterine insemination)
๓. องค์กรประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แนวทางการการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ (MD Level ๒ ,๓)



๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

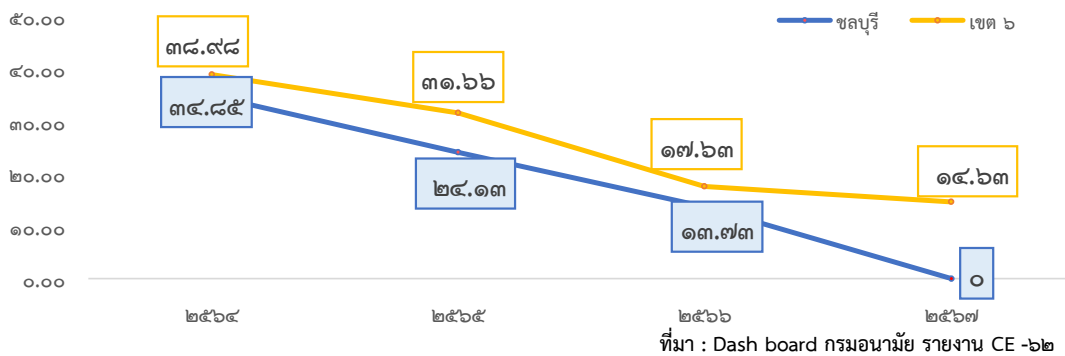
โรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก (Rare genetic disease) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรค หลายชนิดที่มีการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ แต่การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้เริ่มรักษาก่อนมีอาการ อาการของโรค IEM คล้ายกับโรคอื่น ๆ ในเด็ก เช่น ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ชัก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับ การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน ความพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และต้องมีผู้ดูแลตลอดชีวิต รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในช่วงวัยทารกหรือวัยเด็ก ซึ่งคาดการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โรค IEM จำนวน ๗๐ - ๑๐๐ รายต่อปี และมีรายจ่ายในการรักษาสูงถึง ๒๕๔ - ๖๑๐ ล้านบาท ต่อปี ปัจจุบันการตรวจกรองโรค IEM ในทารกแรกเกิดอย่างแม่นยำสามารถทำได้โดยใช้เทคโนโลยี Tandem Mass Spectrometry (TMS) หรือ LC-MS/MS ซึ่งในประเทศไทยได้มีการพิจารณาบรรจุการตรวจกรองทารกแรกเกิดดังกล่าวเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยกำหนดให้ขยายการตรวจคัดกรองนี้ในทารกแรกเกิด (Expanded Newborn Screening) รวมถึงการรักษาโรค IEM และเริ่มมีการตรวจคัดกรองตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นมา

สำหรับจังหวัดชลบุรี ได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก (IEM) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๘,๖๙๖ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๘,๒๘๙ คน ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๙๕.๓๒ (สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๕) โดยพบว่า จังหวัดได้มีการดำเนินงานตามมาตรการ คือมีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึง แนวทางในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตามรายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจของจังหวัด สำหรับระบบการส่งตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การตรวจคัดกรองพบทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๔๑ ราย ได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำและผลปกติทั้ง ๓๘ ราย อยู่ระหว่างรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ ๒ จำนวน ๒ ราย หลังจากตรวจซ้ำพบผลปกติ จำนวน ๓๐ ราย เสียชีวิต ๒ ราย ผลผิดปกติ อยู่ระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ RD รพ.จุฬาฯ ยืนยัน จำนวน ๔ ราย

๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗ จังหวัดชลบุรี พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน ๑๙ ราย แบ่งเป็นมารดาไทย ๑๖ ราย ต่างชาติ ๓ ราย อัตราตายมารดาไทย ๓๔.๘๕, ๒๔.๑๓, ๑๓.๗๓ และ ๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM จะเห็นว่า มารดาตายจากสาเหตุทางตรง (Direct cause) ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๖๓ และสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๘๔ Unknow และ Coincidental causes สาเหตุละ ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๒๖ (ตารางที่ ๑) เมื่อจำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก เป็นกลุ่ม **กลุ่ม direct : ๑๐ ราย** แยกเป็น Pregnancies with Abortive Outcome : ๑ ราย (Ectopic pregnancy), Hypertensive disorders in pregnancy : ๒ ราย (Eclampsia, Severe preeclampsia with acute Pulmonary edema), Obstetric hemorrhage : ๓ ราย (PPH (๒ ราย), PPH with Obstetric trauma with Obstetric embolism), Other obstetric complications : ๓ ราย (Amniotic embolism, Pulmonary embolism, AFE) Unanticipated complications of management : ๑ ราย (Complication of medical care)**กลุ่ม indirect : ๗ ราย** แยกเป็น Non-obstetric complications : ๗ ราย (Aids, Covid-๑๙(๒ ราย), Malignancy, Malignancy (AML), ruptured berry aneurysm, ruptured thoracic aortic aneurysm) และ Unknown/undetermined : ๑ ราย (Unknow with Covid) และCoincidental causes : ๑ ราย (อุบัติเหตุ severe traumatic brain injury (แผนภูมิที่ ๑)

แผนภูมิที่ ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย จ.ชลบุรี เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗



ที่มา : รายงาน CE สสจ. และ Dash Board กรมอนามัย

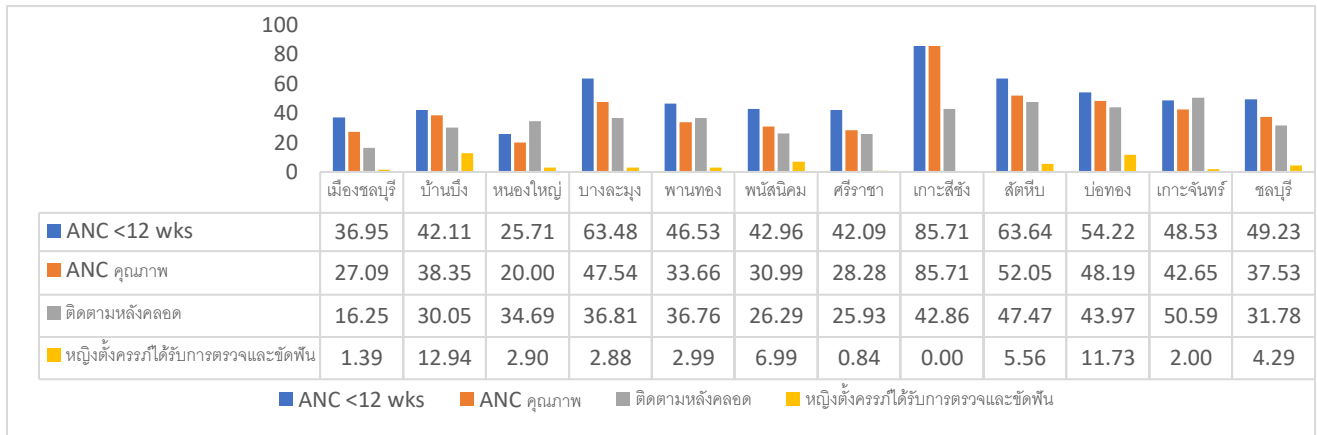
ในการดำเนินงานทบทวนการสาเหตุการตายมารดา ตามแนวทางของ WHO พบว่า จังหวัดชลบุรี มีการทบทวนการตายมารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ทุกรายและเป็นไปตามขั้นตอน คือ โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ ๖) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เมื่อมีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาแล้วจัดส่งรายงาน CE-๖๒ และรายงานการทบทวนมารดาตาย/แนวทางการจัดการความเสี่ยงแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา

จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๙ ราย ช่วงอายุที่พบมารดาตายส่วนใหญ่พบช่วงอายุ ๒๐-๓๕ ปี ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๑๑ และอายุมากกว่า ๓๕ ปี ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๘๙ ส่วนการประกอบอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๒๒ ระยะการตายมารดาส่วนใหญ่พบมารดาตายระยะหลังคลอด ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๘๗ และระยะก่อนคลอด ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๕๓ โดยได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ ๘๔.๒๑ ไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ ๑๐.๕๓ พบฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๓๗ พบมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๕๓ โดยพบความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือความเสี่ยงทางสูติกรรม ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๙ ความเสี่ยงทางอายุครรภ์ ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๕๓ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓ และเสียชีวิตที่บ้าน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๗ การเดินทางมารับบริการพบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการเอง ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๖๓ รองลงมาคือระบบส่งต่อ (Refer) ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๓๑ และ EMS นำส่ง ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๕ อาการแรกรับที่หน่วยบริการพบมารดารู้สึกตัวดี (Stable) และมารดาอาการหนัก (severe) มีค่าเท่ากัน คืออาการละ ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ของมารดาตายทั้งหมด

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า ร้อยละ ๗๒.๔๓ ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากปัญหาความล่าช้าจากคุณภาพบริการ (Delay in receiving adequate health care) โดย ร้อยละ ๘๕ เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ ๑๕ เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รองลงมาพบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ ๒๕ เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า หรือไม่ฝากครรภ์ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ ๓.๕๗ เช่น ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลล้มเหลว

ด้านคุณภาพการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๔๙.๒๓ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ฝากครรภ์คุณภาพ (ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๓๗.๕๓ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๓๑.๗๘ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๔.๒๙ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) (แผนภูมิที่ ๒)

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้งและ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ปี ๒๕๖๗ จ.ชลบุรี



ที่มา : HDC ๑ มีนาคม ๒๕๖๗

๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

จากสถิติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (neonatal mortality rate; NMR) เท่ากับ ๔.๒๔, ๓.๘๙ และ ๓.๖๕ ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับส่วนในปี ๒๕๖๗ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖) มีจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ จำนวน ๓,๖๒๗ ราย เสียชีวิตจำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดเท่ากับ ๔.๔๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ ส่วนอัตราการตายมารดายังไม่พบมารดาเสียชีวิต สาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด ๕ อันดับแรก ปี ๒๕๖๗

๑. Preterm (๔) : ELBW (๓) VLBW (๑)
 ๒. Congenital anomaly (๔)
 ๓. PPHN (๒)
 ๔. Sepsis (๑)
 ๕. Birth asphyxia (๑)
- สาเหตุอื่น ๆ ๔ ราย

๓) ปัญหา/จุดรวมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. รพ.จังหวัดยังไม่ได้เปิดบริการ การฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก และขาดการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ รวมถึงการสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. ยังไม่มีการกำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. กรณีเสี่ยงหรือมีภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่เกิดในรพ.ชุมชน มีการจัดทำแนวทางในการดูแลส่งต่อร่วมกับรพ.แม่ข่ายแล้วแต่ยังขาดการกำกับ ติดตาม การฝึกปฏิบัติ ทบทวนและซ้อมแผนฉุกเฉินร่วม

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

๑. ปัญหาการกำกับติดตามเคสหรือการดำเนินงานกับโรงพยาบาลภาคเอกชน

๒. คัดกรองหญิงตั้งครรภ์พบปัญหา BMI มากกว่า ๒๓ กก. (ภาวะอ้วน) พบในกลุ่มมารดาอายุมากกว่า ๓๕ ปี ขึ้นไป และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคทางอายุรกรรม (เบาหวาน ความดัน มะเร็ง) เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. จัดทำรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การปรับพฤติกรรมการบริโภค ฯลฯ

๒. กำกับติดตาม และรายงานข้อมูลการให้บริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. กำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

๒. ปรับปรุง รายชื่อผู้ประสานในแต่ละรพ.ที่มีการเจาะตรวจเพื่อติดตาม

๓. อัปเดตผู้ประสานงานในทุกกระดับ ตั้งแต่ต้นทางที่ส่งแล็บ ระหว่างการส่งแล็บ การติดตามเด็กมาตรวจซ้ำ จนถึงจบกระบวนการ

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. ซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน

๒. ติดตามการดำเนินงานตามแผนพัฒนา One Province One labor Room

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมาหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

๑. เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ

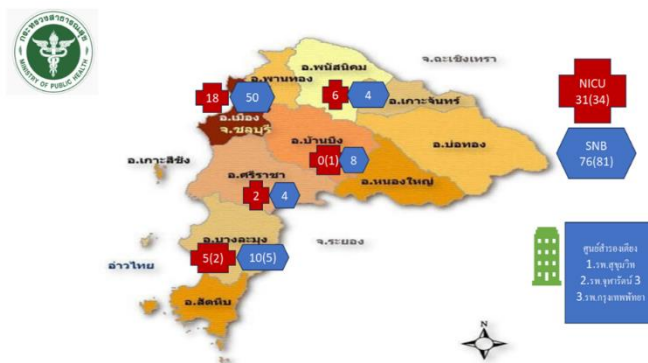
๒. ลดอัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การขับเคลื่อนงาน ด้านส่งเสริมการมีบุตร การคัดกรองโรคหายาก การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกตายปริกำเนิด มีการติดตามผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัด และคณะกรรมการ Service Plan

๒. การดำเนินงานทบทวนการตายมารดาเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ของ WHO

๓. การจัดทำ Service Mapping และ ระบบศูนย์สำรองเตียงโดยการทำ MOU กับโรงพยาบาลเอกชนในเขต



๔. มีการพัฒนาระบบ Intrauterine transfer GA ≤ ๓๔ wks

- Preterm :Intrauterine transfer GA ≤ ๓๔ week

๕. ลดการเกิด preterm (progesterone)

๖. Congenital anomaly : Early screening Fetal anomaly

๗. จัดทำแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยง

- PPHN : ให้บริการรักษา ด้วย inhale nitric oxide

- Early transfer

- การดูแลทารกแรกเกิด ELBW (การทำ INSURE และการใช้ Non invasive respiratory support)

- การดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia (Fast tract)

- การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ที่ไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยแก๊สไนตริกออกไซด์

- การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย (Early warning signs Sepsis and Sepsis protocol)

๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน

๒. ประเด็นติดตามการ Monitor ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เร็ว การฝากครรภ์

คุณภาพ การได้รับการดูแลทางสุขภาพ

๓. รายงานการติดตามทารกที่ผลผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทันท่วงที(แบบรายงานการติดตามเด็กที่ตรวจพบความเสี่ยงต่อโรค TSH และ IEM)

๔. แนวทางการดำเนินงาน One Province One Labor Room ของจังหวัด

๕. รายงานสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ

๖. การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ

นายแพทย์ปฏิวัติ วงศ์งาม

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วัน/เดือน/ปี ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗