

รายงานการประชุมคณะกรรมการสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ ๗ (MDSR)
ผ่านระบบออนไลน์

วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐ น.-๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องพุทธรักษา ชั้น ๓ อาคารอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐น.

ผู้มาประชุม

๑.	นพ. สมฤกษ์ จึงสมาน	ผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพ	ประธานการประชุม
๒.	นพ. อุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธานการประชุม
๓.	นพ.ชาตรี เมธาธาราธิป	ผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๗	ประธานMDSRและผู้นำ อภิปราย
๔.	พญ.สุจิตรา ขวาแฮ่น	รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๗ (ด้านบริหาร)	รองประธานMDSR
๕.	นพ.ชนัดต์ มาลัยกนก	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๗	กรรมการ
๖.	ผศ.พญ.รัตนา คำวิสัยศักดิ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
๗.	พญ.ฐิติพร สิริวิชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (สูติแพทย์) รพ.ขอนแก่น	ประธาน Service plan และกรรมการ
๘.	พญ.สุทธีวรรณ โสภณวิวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (สูติแพทย์) รพ.มหาสารคาม	กรรมการ
๙.	นพ.ชิตเขต โตเหมือน	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (สูติแพทย์) รพ.ร้อยเอ็ด (ผู้แทน) แบบออนไลน์	กรรมการ
๑๐.	นพ.ไพบุลย์ จัตกุล	นายแพทย์ชำนาญการ (อายุรแพทย์) ศูนย์อนามัยที่ ๗	กรรมการ
๑๑.	นางวิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗	กรรมการ
๑๒.	นางสมทรง บุตรตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.มหาสารคาม	กรรมการ
๑๓.	นางฉายาสันต์ คุณอุดม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น(ผู้แทน)	กรรมการ
๑๔.	นางทัศนภรณ์ วรวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.กาฬสินธุ์ (ผู้แทน) แบบออนไลน์	กรรมการ
๑๔.	น.ส.จันทิยา เนติวิภัสธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗	เลขานุการคณะกรรมการ MDSR
๑๕.	นางสาวอชิษฐา สารินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗	ผู้ช่วยเลขานุการ MCHB และผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการ MDSR

ผู้ไม่มาประชุม

๑.	นพ.พรอนันต์ โดมทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(อายุรแพทย์) รพ.ขอนแก่น	กรรมการ
๒.	พญ.อักษร พุณิตีพร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (วิสัญญีแพทย์) รพ.ขอนแก่น	กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑.	น.ส.ลัดดา ตีอังกอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒.	นางกรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๓.	นางสาวธนิตรา นามบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ ๗

ผู้เข้าประชุม(ต่อ)

๔. พญ.นาถพดา คุศรี นายแพทย์ปฏิบัติการ รพ.ขอนแก่น
๕. พญ.ศุภศิริ หะยุตวินิช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
๖. ดร.ลักษณา สกุลทอง นักจิตวิทยาชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗
๗. น.ส.ยุวนา ไชวพันธ์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗
๘. ดร.เอมอร บุตรอุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วพบ.ขอนแก่น
๙. นพ.ณัฐพล บุตตะโยธี นายแพทย์ชำนาญการ รพ.โกสุมพิสัย
๑๐. พญ.วิลาสินี ส่งเสริม นายแพทย์ชำนาญการ รพ.มหาสารคาม
๑๑. นางสรายุจิต อินทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
๑๒. นางพรรณราย ชูศรีทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗
๑๓. นางอาทิตย์ ต้วงคำภา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.โกสุมพิสัย
๑๔. นางอภิตา ภาบุญแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.โกสุมพิสัย
๑๕. นางอริศรา ดวงโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.โกสุมพิสัย
๑๖. นางอัมพร นาคสมบุรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
๑๗. นางสุธิดา อินทรเพชร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วพบ.ขอนแก่น
๑๘. นางสุภาพร ทั่นตา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗
๑๙. น.ส.วชิราภรณ์ เคนกุดรัง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗
๒๐. น.ส.จิรณัฐ ประจันตะเสน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗
๒๑. นางสุจิตรา ชุนน้อย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒๒. นายวิมล ปักกุนัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒๓. น.ส.สุวิชา สังข์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒๔. นายจตุพร ปานกลาง พนักงานบริการ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒๕. นายพงศธร จันสาเทพ นายช่างไฟฟ้า ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒๖. นายอลงกรณ์ สุกใส พนง.กระทรวงเจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒๗. นายจักรพันธ์ สุกใส นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ ๗
๒๘. น.ส.สุภัทรา สามัง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์ (แบบออนไลน์)
๒๘. นางสุภาภรณ์ ทัศนพงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ร้อยเอ็ด (แบบออนไลน์)
๒๙. น.ส.ภัทรานิษฐ์ จันทร์คูเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ร้อยเอ็ด (แบบออนไลน์)
๓๐. นางสัจจาพร ไชยรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด (แบบออนไลน์)

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|-----|----------------------------------|--|
| ๓๑. | นางอัญชลี แก้วศรีใส | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด
(แบบออนไลน์) |
| ๓๒. | นางนิตติมา นิลผาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด
(แบบออนไลน์) |
| ๓๓. | นางนิตติมา นิลผาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด
(แบบออนไลน์) |
| ๓๔. | นางบุญสวน คารวะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด
(แบบออนไลน์) |
| ๓๕. | <u>นางจันทนา ศรีจรรย์</u> | <u>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สสจ.ขอนแก่น</u> |
| ๓๖. | <u>นางวรินทร์รัตน์ แก้วลา</u> | <u>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น</u> |
| ๓๗. | <u>นางพัชรีภรณ์ ฤทธิรักษา</u> | <u>นักวิชาการชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น</u> |
| ๓๘. | <u>นางวรินทร์รัตน์ ชันธสะอาด</u> | <u>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น</u> |

สรุปประเด็นการประชุมคณะทำงานสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ ๗ (MDSR)

ครั้งที่ ๓ / ๒๕๖๔

ผ่านระบบออนไลน์

วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น.


ณ ห้องพุทธรักษา ชั้น ๓ อาคารอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
วาระที่ ๑ เรื่องประธาน แจ้งให้ที่ประชุมทราบ	ไม่มี	
วาระที่ ๒ เรื่องการรับรอง รายงานการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๔	ไม่มี	ที่ประชุมรับทราบ
วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง ๓.๑.แนวทางการดูแล Pulmonary embolism (PE) เขตสุขภาพที่ ๗ โดย นางสาวจันทิยา เนติวิภัช- ธรรม พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗	สถานการณ์อัตราส่วนการตายมารดาของเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๔ เท่ากับ ๕๙.๓ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (จำนวนมารดา ตายทั้งหมด ๙ ราย ได้แก่ สัญชาติไทย ๘ ราย และต่างด้าว ๑ ราย) มีสาเหตุการตายจากภาวะ Thromboembolism ๓ ราย จากการศึกษาอุบัติการณ์ Pulmonary embolism (PE) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ๐.๕ - ๒.๐ per ๑๐๐๐ deliveries หรือ เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๗ ของอัตราการตายของมารดา (The American College of Obstetricians and Gynecologists; July ๒๐๑๘) โดยการวินิจฉัยมีทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนวทางคัด กรองการวินิจฉัย และการริบยุติการตั้งครรภ์โดยเร็วเพื่อรักษาชีวิตมารดา และทารกไว้ โดยมีแนวทางตาม EDC Guidelines for the diagnosis and management of Acute Pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS) (European Heart journal: ๒๐๒๐)	ที่ประชุมรับทราบ

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
<p>๓.๒ ติดตาม ผล Autopsy กรณีตัวอย่าง มารดาตาย จากสาเหตุ Abortion จังหวัดกาฬสินธุ์</p>	<p>ผล Autopsy รอผลยืนยันสาเหตุการตายจาก Brain tumor เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ และทำผล Beta HCG ขึ้นได้ แต่ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงจากการตั้งครรภ์</p>	<p>ที่ประชุมรับทราบ</p>
<p>วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา ๔.๑. สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๗ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดย นายแพทย์ชนันต์ มาลัยกนก หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น</p>	<p>สถานการณ์อัตราส่วนการตายมารดาของเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๔ เท่ากับ ๕๙.๓ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (จำนวนมารดาตายทั้งหมด ๙ ราย ได้แก่ สัญชาติไทย ๘ ราย และต่างด้าว ๑ ราย) conference แล้ว ๖ ราย มีดังนี้คือ</p> <p>จ.ขอนแก่น</p> <p>รายที่ ๑ มารดาตายจากสาเหตุ Postpartum cardiomyopathy (refer จาก รพ. กาฬสินธุ์) ผลวิเคราะห์สาเหตุจาก ๓ delays เกิดจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delay in receiving adequate health care : การ Delay diagnosis มีผลให้ Delay treatment <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ทีม MCH รพ.กาฬสินธุ์ ทบทวนระบบการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ๒) การให้ข้อมูล วางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวควรทำตั้งแต่ต้นในขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา รวมถึงการแจ้งถึงภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุดที่สามารถเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและทารกครรภ์ให้ทราบ เพื่อวางแผนการตัดสินใจหากเกิดกรณีดังกล่าวขึ้น <p>รายที่ ๒ มารดาตายจากสาเหตุ Pulmonary embolism ผลวิเคราะห์สาเหตุจาก ๓ delays เกิดจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delay in receiving adequate health care : การ Delay diagnosis มีผลให้ Delay treatment <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) การให้ Triferdine และ Folic acid ที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย <p>มาตรการ/ข้อสั่งการเพิ่มเติม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดพิจารณา การให้ Triferdine และ Folic acid ที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย 	<p>ที่ประชุมรับทราบ</p>

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
	<p>รายที่ ๓ มารดาต่างตัวตายจากสาเหตุ Postpartum Hemorrhage (PPH) ผลวิเคราะห์สาเหตุจาก ๓ delays เกิดจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delay in decision to seek care : ขาดการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (Late ANC) - Delay in receiving adequate health care : การ Management ใน Postpartum Hemorrhage ยังไม่ครอบคลุม <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) การค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โดยเร็วเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ๒) ทบทวนระบบการประเมินความเสี่ยงและแนวทางการดูแลของ Postpartum Hemorrhage เช่น การพิจารณาการ Induction ในเวรป่วย/ตึกเพราะอัตรากำลังอาจไม่เพียงพอ ประเมินความก้าวหน้าการคลอดด้วยบุคลากรคนเดียว เป็นต้น <p>จ.ร้อยเอ็ด</p> <p>รายที่ ๑ มารดาตายจากสาเหตุ Pulmonary embolism ผลวิเคราะห์สาเหตุการตายจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delay in decision to seek care : ขาดการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (No ANC, BMI เกิน และ DM) <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) การค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โดยเร็วเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม <p>มาตรการ/ข้อสั่งการเพิ่มเติม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดพิจารณา การให้ยาบำรุงเลือดที่เหมาะสม และแนวทางการดูแล ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย <p>รายที่ ๒ มารดาตายจากสาเหตุ Amniotic fluid embolism ผลวิเคราะห์สาเหตุการตายจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delay in decision to seek care : ขาดการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (Late ANC) <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) การค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โดยเร็วเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม 	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
	<p>จังหวัดกาฬสินธุ์</p> <p>รายที่ ๑ มารดาตายจากสาเหตุ Abortion (รอผล Autopsy) ผลวิเคราะห์สาเหตุการตายจากวิเคราะห์ประเด็น ดังนี้</p> <p>- Delay in decision to seek care : หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม</p> <p>แนวทางการพัฒนา</p> <p>๑) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(YSHS) และยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย(RSA)</p> <p>รอ conference ๓ ราย มีดังนี้ ๑) จ. มหาสารคาม มีมารดาตายจากสาเหตุเบื้องต้น ได้แก่ Amniotic fluid embolism ๑ ราย และUnknown ๑ ราย และ๒) จ. ขอนแก่น มีมารดาตายจากสาเหตุเบื้องต้นจาก Postpartum Hemorrhage โดยวิเคราะห์ในประเด็นดังนี้คือ</p> <p>๑) สาเหตุการตายตาม ๓ delays model</p> <p>๒) มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายเขตสุขภาพที่ ๗ /คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติ (Guideline)</p> <p>๓) ระบบการคัดกรองความเสี่ยง คลังเลือด ยา และเวชภัณฑ์ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน</p> <p>๔) ระบบการส่งต่อ (Referral system) และแนวทางการรักษาแบบเร่งด่วน (Fast track)</p> <p>๕) ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน (Early warning signs)</p> <p>แนวทางป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๗ เป็นมาตรฐานที่ใช้ ใช้กำกับติดตามในพื้นที่ มีดังนี้คือ</p> <p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขา สูติกรรมและกุมารเวชกรรม มีจัดประชุมทุก ๓ เดือน</p> <p>๒. จัดประชุมทบทวน และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาและ (MDSR) เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ปัญหาอุปสรรค และแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาทั้งระดับพื้นที่ ระดับจังหวัดและระดับเขต นำมาสู่มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายเขตสุขภาพที่ ๗ เพื่อลดการตายมารดา และศูนย์อนามัยที่ ๗ สรุปผล CE Online กรมอนามัย</p> <p>๓. มีการประเมินตนเองเพื่อเตรียมรับรองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กทุกโรงพยาบาล โดยMCHBแต่ละจังหวัดเป็นผู้ประเมิน และศูนย์อนามัยที่ ๗ ลงไปสุ่มประเมินทุกไตรมาส</p> <p>๔. มีมาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๗ เกณฑ์การดูแลกลุ่มเสี่ยงตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) และ Early Warning Signs มาใช้ในชุมชน ที่ทางศูนย์อนามัยที่ ๗ MCHB</p>	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
	<p>เขต MDSR เขต และศูนย์วิชาการ ร่วมจัดทำขึ้น เพื่อใช้แนวทางที่พื้นที่ ในการเฝ้าระวังและป้องกันมารดาตาย ซึ่งมีการพัฒนาเพิ่มเติมทุกปี ตามเหตุการณ์ตายในปีนั้นๆ</p> <p>๕. มีระบบเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ จังหวัดมหาสารคามใช้โปรแกรม Save mom, จังหวัดร้อยเอ็ดโดยใช้ โปรแกรม Nemo care และจังหวัดขอนแก่นใช้โปรแกรม ANC High risk การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยพัฒนาจาก เกณฑ์การดูแลกลุ่มเสี่ยงตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) และ Early Warning Signs มาใช้ในชุมชน</p> <p>๖. นำแนวทางตามคู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เขตสุขภาพที่ ๗ คู่มือการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม เขตสุขภาพที่ ๗ และขั้นตอนปฏิบัติ (Guide line) จัดทำโดย Service plan เขตสุขภาพที่ ๗ มาใช้ในการปฏิบัติและกำกับติดตามอย่างเคร่งครัด</p> <p>๗. คู่มือการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ ๗ จัดทำโดย ศูนย์อนามัยที่ ๗ เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ เพื่อป้องกันมารดาตาย</p> <p>๘. สร้างกระแสเชิญชวนเข้าร่วม “โปรแกรม ๘ อย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจัดทำโดยกรมอนามัย</p> <p>๙. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(YSHS) / ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย(RSA) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยงานกลุ่มแม่และเด็กบูรณาการร่วมกับ กลุ่มงานวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ ๗ ในการลงกำกับพื้นที่</p> <div data-bbox="974 1093 1332 1364" style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p>คลังความรู้แม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 สอนแก่น</p> <p>สแกน หรือพิมพ์ลิงก์นี้ https://goo.gl/aHR2Du</p> </div>	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
<p>๔.๒ วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง มารดาตายจากสาเหตุ : Postpartum Hemorrhage โดยตัวแทนจังหวัดขอนแก่น</p>	<p>หญิงไทย อายุ ๔๐ ปี G_๖P_๑A_๐L_๑ GA. ๓๙ wks. เชื้อชาติ ไทย ที่อยู่ อ.เมือง จ. ขอนแก่น ANC รพศ. จ ขอนแก่น ANC ครั้งแรก GA ๗ wks ผล LAB๑ Hct. ๓๐.๖ % และผล LAB๒ Hct ๒๙ % มีภาวะช็อคก่อนตั้งครรภ์ มารับบริการวันที่ ๒๕ ก.พ.๒๕๖๔ เวลา ๒๒.๐๐ น.มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ขณะรอคลอดมีภาวะคลอดเฉียบพลัน (Precipitate Labor) คลอดเวลา ๐๐.๓๖ น.วันที่ ๒๖ ก.พ.๒๕๖๔ ทารกเพศ หญิง น้ำหนัก ๓,๑๑๐ กรัม APGAR ๑,๕T,๕T หลังจากคลอด ๒ นาทีได้คลอดรก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด จนเกิดภาวะช็อค ได้ทำการรักษาโดยการตัดมดลูก ต่อมาภาวะช็อค ร่วมกับมีความผิดปกติในการแข็งตัวของหลอดเลือด DIC (Disseminated Intravascular Coagulation) EBL ๓,๗๐๐ cc เวลา ๒๐.๐๐ น.คลำชีพจรไม่ได้ ญาติขอนำผู้ป่วยกลับบ้าน ออกจาก รพ. ๒๐.๓๐ น.</p> <p>การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: Postpartum Hemorrhage (Uterine atony)</p> <p>วิเคราะห์ประเด็น ดังนี้</p> <p>- Delay in receiving adequate health care : การ Management ใน Postpartum Hemorrhage ยังไม่ครอบคลุม ได้แก่ การให้ยาป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การให้เลือด ทักชีพและการตัดสินใจของบุคลากรในการทำหัตถการความล่าช้า</p> <p>แนวทางการพัฒนา</p> <p>๑) ทุกจังหวัดทบทวนและ ปฏิบัติตามการประเมินความเสี่ยงและ แนวทางการดูแลของ Postpartum Hemorrhage เช่น แนวทางการประเมินความเสี่ยงในขณะคลอด การให้ยาป้องกันการตกเลือด คลังเลือดและแนวทางการให้เลือด ทักชีพการballoon tamponade ความเหมาะสมในการทำ hysterectomy และการประสานทีมในการช่วยเหลือ</p> <p>๒) ทุกจังหวัด ทบทวนมาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายระดับเขตสุขภาพที่ ๗ เกณฑ์การดูแลความเสี่ยงตามประเภทความเสี่ยง (Health Area Classification) และ Early warning signs ในชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขมารดาตายจากสาเหตุ Postpartum Hemorrhage</p>	<p>มติที่ประชุมรับทราบ มีข้อสั่งการเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>-ทุกจังหวัด ทบทวน และปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันและ แก้ไขมารดาตายระดับ เขตสุขภาพที่ ๗ เกณฑ์การดูแลความ เสี่ยงตาม ประเภท ความเสี่ยง (Health Area Classification) และ Early warning signs ในชุมชน ในการ ป้องกันและแก้ไข มารดาตายจากสาเหตุ PPH - ทุกจังหวัด ทบทวน ทักชีพบุคลากรในการ Ultrasound หญิง ตั้งครรภ์ ในการ</p>
<p>๔.๓ วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง มารดาตายจากสาเหตุ</p>	<p>หญิงไทย อายุ ๓๘ ปี G๔P๒A๑L๒ GA ๓๘+ weeks เชื้อชาติ ไทย ที่อยู่ อ.เมือง จ. มหาสารคาม LMP ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๓ EDC ๑ มี.ค. ๒๕๖๔ ANC ครั้งแรก GA ๘^๓ weeks ที่รพท. จ. มหาสารคาม ผลLAB๑ Hct. ๓๘ % และ ผล LAB๒ Hct. ๔๑.๑ % LAB ปกติ วันที่ ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๔ (๐๑.๓๐น.) แรกรับ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล</p>	<p>Estimated fetal weight ก่อน</p>

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
Amniotic fluid embolism โดยตัวแทน จังหวัดมหาสารคาม	<p>๓๐ นาที Cx Fully dilate, MR, Estimated fetal weight: ๓,๓๓๒ กรัม by size (AC ๙๘ cm.*HF ๓๔ cm.) และ V/S ปกติ ย้ายLR (๐๒.๐๐น.) ขณะเบ่งคลอดบนเตียงคลอด ผู้คลอดมีอาการซึม ริมฝีปากเขียว ปลุกไม่ตื่น Start CPR Set Perimortem c/s เวลา ๐๒.๓๕ น. ทารกเพศ ชาย น้ำหนัก ๔,๑๙๐กรัม APGAR score ๑-๓T-๔T Blood loss ๔๐๐ cc. ทารก refer รพศ. จ.ขอนแก่น มารดาหลังคลอดไม่รู้สึกรู้สีกตัว ให้การรักษา CPR มารดาเสียชีวิตวันที่ ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๔ เวลา ๑๘.๐๔ น.</p> <p>การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: Amniotic fluid embolism</p> <p>วิเคราะห์ประเด็น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delay in decision to seek care : ขาดการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (อาการเจ็บครรภ์จริง) - Delay in receiving adequate health care : การ Estimated fetal weight ก่อนคลอดและหลังคลอดมีความแตกต่างกันมาก, บุคลากรขาดทักษะความชำนาญในการ CPR, ขาดอุปกรณ์ในการผ่าตัดคลอดที่ LR ในกรณีเร่งด่วน และการประสานทีมช่วยเหลือ <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) แนะนำ Early warning signs ในเรื่องอาการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวทุกราย ๒) ทบทวนทักษะบุคลากรในการ Ultrasound หญิงตั้งครรภ์ ในการ Estimated fetal weight ก่อนคลอด เพื่อประเมินการคลอดได้อย่างเหมาะสม ๓) การ Recognize condition ของ Amniotic fluid embolism ได้แก่ กระสับกระส่าย (Agitation) หายใจหอบ และ อาการเลือดออกผิดปกติจากมดลูกไม่หดตัว (Uterine atony) จนเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Dissemination Intravascular Coagulation: DIC) เพื่อเตรียมทีม CPR และPerimortem c/s โดยเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม ๔) ทบทวนทักษะ และซักซ้อมแผนในการ CPR ทั้งมารดาและทารก อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๕) ทบทวนสมรรถนะ ซักซ้อมแผน และเตรียมอุปกรณ์ในการทำ Perimortem c/s ที่ LR และ ER 	<p>คลอด เพื่อประเมินการคลอดได้อย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดนำแนวทาง Recognize condition ของ Amniotic fluid embolism ได้แก่ กระสับกระส่าย (Agitation) หายใจหอบ และ อาการเลือดออกผิดปกติจากมดลูกไม่หดตัว (Uterine atony) จนเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Dissemination Intravascular Coagulation: DIC) เพื่อเตรียมทีม CPR และPerimortem c/s โดยเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม
๔.๔ วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง มารดาตายจากสาเหตุ	หญิงไทย อายุ ๓๓ ปี G _๑ P _๐ GA ๓๘ ⁺ weeks เชื้อชาติ ไทย ที่อยู่ อ.โกสุม จ. มหาสารคาม ANC ครั้งแรก GA ๑๔ ^{+๓} weeks ANC คลินิก. จ ะยอง ๖ ครั้ง และ ANC ที่ รพช. จ. มหาสารคาม ๒ ครั้ง ผล LAB ปกติ ขณะตั้งครรภ์ไม่พบ	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ						
<p>Unknown โดยตัวแทน จังหวัดมหาสารคาม</p>	<p>ภาวะผิดปกติ วันที่ ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๔ เวลา ๑๘.๐๐น. มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมารพ. ๔ ชม. PV cx.dilate FT eff soft MI station -๒ วัด V/S ปกติ เวลา ๑๙.๔๐ น. รายงานแพทย์เวรมารดาคลอดบอกว่าปวดท้องมาก ตรวจ PV CX.dilate ๖ cms Eff ๑๐๐% MI station ๐ มี Uterine contraction = Interval ๒/ Duration ๕๐/ Severity ๒+ ขณะรายงานแพทย์ เวลา ๒๐.๔๘ น. มารดาไม่รู้สีกตัว คล้ำซีฟจรไม่ได้ start CPRและ มารดามารดาเสียชีวิต เวลา ๒๐.๔๘ น. ชั้นสูตที่ศูนย์นิติวิทยาศาสตร์ที่ กทม. จึงประสาน รพ.มหาสารคามเพื่อทำการผ่าศพ</p> <p>การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: Unknown (รอผล Autopsy)</p> <p>วิเคราะห์ประเด็น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delay in decision to seek care : ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (Late ANC,) - Delay in receiving adequate health care : บุคลากรขาดทักษะความชำนาญในการ CPR, ไม่มีสูติแพทย์, การซักประวัติอาการแพ้ยา และการประสานทีมช่วยเหลือ <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ทบทวนทักษะ และซักซ้อมแผนในการ CPR ทั้งมารดาและทารก อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๒) ประเมินสมรรถนะ ซักซ้อมแผน และเตรียมอุปกรณ์ในการทำ Perimortem c/s ที่ LR และ ER 	<p>-ทุกจังหวัดทบทวน ทักษะ และซักซ้อม แผนในการ CPR ทั้ง มารดาและทารก อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>-ทุกจังหวัดประเมิน สมรรถนะ ซักซ้อม แผน และเตรียม อุปกรณ์ในการทำ Perimortem c/s ที่ LR และ ER</p>						
<p>วาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ ๔.๑. มาตรการป้องกันและ แก้ไขมารดาตาย เกณฑ์การ ดูแลความเสี่ยงตามประเภท ความเสี่ยง (Health Area Classification) และ Early warning signs ในชุมชน เขตสุขภาพที่ ๗ โดย</p>	<p>ทบทวน. มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เกณฑ์การดูแลความเสี่ยงตามประเภทความเสี่ยง (Health Area Classification) และ Early warning signs ในชุมชน เขตสุขภาพที่ ๗</p> <table border="1" data-bbox="701 1042 1601 1420"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="701 1042 1601 1098">มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="701 1098 936 1193">มาตรการทั่วไป</td> <td data-bbox="936 1098 1601 1193"> <ul style="list-style-type: none"> • ให้ปฏิบัติตาม Health Area 7 Model Classifying Pregnancy คู่มือการดูแลครรภ์ตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางบริเวณ เขตสุขภาพที่ ๗ / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 • Maternal Anemia Management • MCH Board : นิเทศงาน /รับรองคุณภาพ • MM Conference : Maternal Near Miss Conference </td> </tr> <tr> <td data-bbox="701 1193 936 1420">มาตรการพัฒนาคุณภาพบริการ</td> <td data-bbox="936 1193 1601 1420"> <ul style="list-style-type: none"> • รพ.สต.คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนตามเกณฑ์ 21 ชื่อตามสมุดสุขภาพ • ระดับ รพช. พัฒนาทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในท้องคลอด การรักษาการคลอด ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ • ระดับ รพท./รพศ. มีการบูรณาการที่มีลักษณะเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ • การสร้างระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งภาครัฐ/เอกชน / โรงพยาบาล/มูลนิธิอื่นๆ) และมีช่องทางสื่อสารสายด่วน (hot line) • ปฏิบัติตาม CPG • กำหนดให้ Sincany เป็น High Alert Drug มีการจัดทำCPG การให้ยาที่ชัดเจน • นำ Sepsis Guideline จากคณะกรรมการ Service plan มาใช้กับกรณีมารดาที่มีการติดเชื้อทุกรายทุกโรงพยาบาล • กำหนด Protocol ไม่ให้ทำ Appendectomy ในรายผ่าคลอด ยกเว้นมี indication เพื่อป้องกันการติดเชื้อ กรณีมีอาการใช้ถ่ายเหลว ตรวจหา Stool culture เพื่อวางแผนโยยารักษาที่เหมาะสม • ไบรชาติมารดาที่มีประวัติหรืออาการแสดงของโรค TB ให้ส่งทั้ง Sputum & Gene Xpert • Recognize condition ของ Amniotic fluid embolism ได้แก่ภาวะสั่นกระสับ (Agitation) หน้าใจหวน และ อากาศเดือดออก • Review จากผลกักโลหิตตัว (Uterine atony) จนเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ DIC) เพื่อเตรียมทีม CPR และPerimortem c/s </td> </tr> </tbody> </table>	มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)		มาตรการทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> • ให้ปฏิบัติตาม Health Area 7 Model Classifying Pregnancy คู่มือการดูแลครรภ์ตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางบริเวณ เขตสุขภาพที่ ๗ / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 • Maternal Anemia Management • MCH Board : นิเทศงาน /รับรองคุณภาพ • MM Conference : Maternal Near Miss Conference 	มาตรการพัฒนาคุณภาพบริการ	<ul style="list-style-type: none"> • รพ.สต.คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนตามเกณฑ์ 21 ชื่อตามสมุดสุขภาพ • ระดับ รพช. พัฒนาทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในท้องคลอด การรักษาการคลอด ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ • ระดับ รพท./รพศ. มีการบูรณาการที่มีลักษณะเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ • การสร้างระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งภาครัฐ/เอกชน / โรงพยาบาล/มูลนิธิอื่นๆ) และมีช่องทางสื่อสารสายด่วน (hot line) • ปฏิบัติตาม CPG • กำหนดให้ Sincany เป็น High Alert Drug มีการจัดทำCPG การให้ยาที่ชัดเจน • นำ Sepsis Guideline จากคณะกรรมการ Service plan มาใช้กับกรณีมารดาที่มีการติดเชื้อทุกรายทุกโรงพยาบาล • กำหนด Protocol ไม่ให้ทำ Appendectomy ในรายผ่าคลอด ยกเว้นมี indication เพื่อป้องกันการติดเชื้อ กรณีมีอาการใช้ถ่ายเหลว ตรวจหา Stool culture เพื่อวางแผนโยยารักษาที่เหมาะสม • ไบรชาติมารดาที่มีประวัติหรืออาการแสดงของโรค TB ให้ส่งทั้ง Sputum & Gene Xpert • Recognize condition ของ Amniotic fluid embolism ได้แก่ภาวะสั่นกระสับ (Agitation) หน้าใจหวน และ อากาศเดือดออก • Review จากผลกักโลหิตตัว (Uterine atony) จนเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ DIC) เพื่อเตรียมทีม CPR และPerimortem c/s 	<p>มติที่ประชุมรับทราบ มอบศูนย์อนามัยที่ ๗ เพิ่มเติมมาตรการที่ เกี่ยวข้อง</p>
มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)								
มาตรการทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> • ให้ปฏิบัติตาม Health Area 7 Model Classifying Pregnancy คู่มือการดูแลครรภ์ตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางบริเวณ เขตสุขภาพที่ ๗ / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 • Maternal Anemia Management • MCH Board : นิเทศงาน /รับรองคุณภาพ • MM Conference : Maternal Near Miss Conference 							
มาตรการพัฒนาคุณภาพบริการ	<ul style="list-style-type: none"> • รพ.สต.คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนตามเกณฑ์ 21 ชื่อตามสมุดสุขภาพ • ระดับ รพช. พัฒนาทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในท้องคลอด การรักษาการคลอด ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ • ระดับ รพท./รพศ. มีการบูรณาการที่มีลักษณะเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ • การสร้างระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งภาครัฐ/เอกชน / โรงพยาบาล/มูลนิธิอื่นๆ) และมีช่องทางสื่อสารสายด่วน (hot line) • ปฏิบัติตาม CPG • กำหนดให้ Sincany เป็น High Alert Drug มีการจัดทำCPG การให้ยาที่ชัดเจน • นำ Sepsis Guideline จากคณะกรรมการ Service plan มาใช้กับกรณีมารดาที่มีการติดเชื้อทุกรายทุกโรงพยาบาล • กำหนด Protocol ไม่ให้ทำ Appendectomy ในรายผ่าคลอด ยกเว้นมี indication เพื่อป้องกันการติดเชื้อ กรณีมีอาการใช้ถ่ายเหลว ตรวจหา Stool culture เพื่อวางแผนโยยารักษาที่เหมาะสม • ไบรชาติมารดาที่มีประวัติหรืออาการแสดงของโรค TB ให้ส่งทั้ง Sputum & Gene Xpert • Recognize condition ของ Amniotic fluid embolism ได้แก่ภาวะสั่นกระสับ (Agitation) หน้าใจหวน และ อากาศเดือดออก • Review จากผลกักโลหิตตัว (Uterine atony) จนเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ DIC) เพื่อเตรียมทีม CPR และPerimortem c/s 							

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์		มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ									
<p>นางสาวจันทิยา เนติวิรัชธรรม พยาบาล- วิชาชีพชำนาญการ ศูนย์ อนามัยที่ ๗</p>	<p style="text-align: center;">มาตรการการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)</p> <table border="1" data-bbox="707 336 1592 1098"> <tr> <td data-bbox="707 336 943 536"> <p>มาตรการระดับชุมชน</p> </td> <td data-bbox="947 336 1592 536"> <ul style="list-style-type: none"> • ค้นหา Early ANC • ใช้ Early warning sign เน้นระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน • หญิงตั้งครรภ์ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกเศร้า ไม่หาย และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจหันหลังหันด้าน พูดถึงความสิ้นหวังไร้ค่า รู้สึกผิด ปั่นเป็นภาวะจากการตั้งครรภ์ (ถ้ามีอย่างน้อย 1 สัญญาณ ต้องรีบพบแพทย์) • ANC ตามนัด • หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว ใช้โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูกเพื่อสร้างHLในการดูแลตนเอง /ป้องกันภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด </td> </tr> <tr> <td data-bbox="707 539 943 647"> <p>มาตรการกรณี PPH</p> </td> <td data-bbox="947 539 1592 647"> <ul style="list-style-type: none"> • Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) • Early Blood Transfusion (BP < 90/60 mmHg, P > 100/min.) • รพช. มียาที่จำเป็น & Blood Stock • การใช้ดวงเลือด เพื่อ Estimate blood loss ใน LR </td> </tr> <tr> <td data-bbox="707 651 943 759"> <p>มาตรการกรณี PIH</p> </td> <td data-bbox="947 651 1592 759"> <ul style="list-style-type: none"> • Prevention convulsion (MgSO4) • Investigation LAB (CBC c plt, SGOT SGPT BUN Cr Urine protein) • Induction of Labour ใน Mild Pre-eclampsia เมื่อ GA 37-38 wks / ынวัน Severe pre-eclampsia, Eclampsia ให้ termination of pregnancyโดยเร็ว • Hospitalization (Hypertention of control and treatment) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="707 762 1592 847" style="text-align: center;"> <p>มาตรการการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)</p> </td> <td data-bbox="707 850 1592 1098"> <p>มาตรการกรณี Indirect cause</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identify หญิงวัยเจริญพันธุ์ → FP • Early ANC → Refer/ case management • จังหวัดที่มีมารดาตายจากโรคทางอายุกรรมร่วมด้วย ให้จัดประชุมทบทวนมารดาตายกรณีร่วมกับอายุรแพทย์ • พัฒนาระบบการประสาน-ส่งต่อของแพทย์สูติ-อายุรแพทย์ • ประชาสัมพันธ์ RSA หรือมีสายด่วน (Hot line) โทร. 1663 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่อยากเปิดเผยข้อมูล /ยุติการตั้งครรภ์ แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ (Stigma) เมื่อมารับบริการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อ/โรคติดต่อ/โรค HIV </td> </tr> </table>		<p>มาตรการระดับชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ค้นหา Early ANC • ใช้ Early warning sign เน้นระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน • หญิงตั้งครรภ์ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกเศร้า ไม่หาย และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจหันหลังหันด้าน พูดถึงความสิ้นหวังไร้ค่า รู้สึกผิด ปั่นเป็นภาวะจากการตั้งครรภ์ (ถ้ามีอย่างน้อย 1 สัญญาณ ต้องรีบพบแพทย์) • ANC ตามนัด • หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว ใช้โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูกเพื่อสร้างHLในการดูแลตนเอง /ป้องกันภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด 	<p>มาตรการกรณี PPH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) • Early Blood Transfusion (BP < 90/60 mmHg, P > 100/min.) • รพช. มียาที่จำเป็น & Blood Stock • การใช้ดวงเลือด เพื่อ Estimate blood loss ใน LR 	<p>มาตรการกรณี PIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention convulsion (MgSO4) • Investigation LAB (CBC c plt, SGOT SGPT BUN Cr Urine protein) • Induction of Labour ใน Mild Pre-eclampsia เมื่อ GA 37-38 wks / ынวัน Severe pre-eclampsia, Eclampsia ให้ termination of pregnancyโดยเร็ว • Hospitalization (Hypertention of control and treatment) 	<p>มาตรการการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)</p>		<p>มาตรการกรณี Indirect cause</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identify หญิงวัยเจริญพันธุ์ → FP • Early ANC → Refer/ case management • จังหวัดที่มีมารดาตายจากโรคทางอายุกรรมร่วมด้วย ให้จัดประชุมทบทวนมารดาตายกรณีร่วมกับอายุรแพทย์ • พัฒนาระบบการประสาน-ส่งต่อของแพทย์สูติ-อายุรแพทย์ • ประชาสัมพันธ์ RSA หรือมีสายด่วน (Hot line) โทร. 1663 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่อยากเปิดเผยข้อมูล /ยุติการตั้งครรภ์ แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ (Stigma) เมื่อมารับบริการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อ/โรคติดต่อ/โรค HIV 	
<p>มาตรการระดับชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ค้นหา Early ANC • ใช้ Early warning sign เน้นระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน • หญิงตั้งครรภ์ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกเศร้า ไม่หาย และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจหันหลังหันด้าน พูดถึงความสิ้นหวังไร้ค่า รู้สึกผิด ปั่นเป็นภาวะจากการตั้งครรภ์ (ถ้ามีอย่างน้อย 1 สัญญาณ ต้องรีบพบแพทย์) • ANC ตามนัด • หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว ใช้โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูกเพื่อสร้างHLในการดูแลตนเอง /ป้องกันภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด 											
<p>มาตรการกรณี PPH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) • Early Blood Transfusion (BP < 90/60 mmHg, P > 100/min.) • รพช. มียาที่จำเป็น & Blood Stock • การใช้ดวงเลือด เพื่อ Estimate blood loss ใน LR 											
<p>มาตรการกรณี PIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention convulsion (MgSO4) • Investigation LAB (CBC c plt, SGOT SGPT BUN Cr Urine protein) • Induction of Labour ใน Mild Pre-eclampsia เมื่อ GA 37-38 wks / ынวัน Severe pre-eclampsia, Eclampsia ให้ termination of pregnancyโดยเร็ว • Hospitalization (Hypertention of control and treatment) 											
<p>มาตรการการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)</p>		<p>มาตรการกรณี Indirect cause</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identify หญิงวัยเจริญพันธุ์ → FP • Early ANC → Refer/ case management • จังหวัดที่มีมารดาตายจากโรคทางอายุกรรมร่วมด้วย ให้จัดประชุมทบทวนมารดาตายกรณีร่วมกับอายุรแพทย์ • พัฒนาระบบการประสาน-ส่งต่อของแพทย์สูติ-อายุรแพทย์ • ประชาสัมพันธ์ RSA หรือมีสายด่วน (Hot line) โทร. 1663 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่อยากเปิดเผยข้อมูล /ยุติการตั้งครรภ์ แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ (Stigma) เมื่อมารับบริการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อ/โรคติดต่อ/โรค HIV 										

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ								
	<div style="text-align: center;"> <h3>Health Area 7 Model classifying pregnancy</h3> <p>หญิงตั้งครรภ์</p> </div> <div style="text-align: center;"> <h3>Health Area 7 Model classifying pregnancy</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Very Low Risk</th> <th>Low Risk</th> <th>High Risk</th> <th>Very High Risk</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีเกณฑ์เสี่ยงทุกข้อ -แพทย์ที่พิจารณาส่งกลับดูแลที่รพ.สต./PCU </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -อายุ 16-35 ปี -เคมคคอดทารก < 4,000 กรัม -เสี่ยงต่อ GDM -Previous c/s (ส่งนัดผ่า GA 35สัปดาห์) -เลือดออกในไตรมาส 1 -Thalassemia ที่ Hct. > 33% -Hct. 25-33% -HBs-Ag +ve -HIV ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -อายุ ≤ 15 ปี, > 35 ปี -สูง < 145 ซม. -ประวัติเสี่ยง : ดกเลือด, คลอดติดไหล่, ทารกเสียชีวิตในครรภ์, เคมคคอดทารก < 2,500, ≥ 4,000 กรัม -เลือดออกในไตรมาส 2, 3 -Thalassemia ที่ Hct. < 25 % -Hct. < 25 % -GA > 36 สัปดาห์ท่าก้น, ท่าขวาง -GA > 40 สัปดาห์ -Twin pregnancy -Controlled medical disease -Chronic HT, pre-eclampsia without severe feature -Pregnancy with myoma, ovarian tumor -Heart dz. ที่ functional class I, II -HIV ที่มีภาวะแทรกซ้อน -ติดเชื้อเสฟลิด เหล่านี้ -ประวัติเป็นสุขภาพจิต 9Q ได้ > 7 คะแนน -GDM -Hx คลอดก่อนกำหนด -VDRL +ve </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Rh negative -Severe /uncontrolled medical disease -pre-eclampsia with severe feature -Heart dz. ที่ functional class III, IV -Triplet pregnancy -IUGR -Fetal anomaly -โรคจิตเวช : schizophrenia, mania, depression </td> </tr> </tbody> </table> </div>	Very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีเกณฑ์เสี่ยงทุกข้อ -แพทย์ที่พิจารณาส่งกลับดูแลที่รพ.สต./PCU 	<ul style="list-style-type: none"> -อายุ 16-35 ปี -เคมคคอดทารก < 4,000 กรัม -เสี่ยงต่อ GDM -Previous c/s (ส่งนัดผ่า GA 35สัปดาห์) -เลือดออกในไตรมาส 1 -Thalassemia ที่ Hct. > 33% -Hct. 25-33% -HBs-Ag +ve -HIV ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 	<ul style="list-style-type: none"> -อายุ ≤ 15 ปี, > 35 ปี -สูง < 145 ซม. -ประวัติเสี่ยง : ดกเลือด, คลอดติดไหล่, ทารกเสียชีวิตในครรภ์, เคมคคอดทารก < 2,500, ≥ 4,000 กรัม -เลือดออกในไตรมาส 2, 3 -Thalassemia ที่ Hct. < 25 % -Hct. < 25 % -GA > 36 สัปดาห์ท่าก้น, ท่าขวาง -GA > 40 สัปดาห์ -Twin pregnancy -Controlled medical disease -Chronic HT, pre-eclampsia without severe feature -Pregnancy with myoma, ovarian tumor -Heart dz. ที่ functional class I, II -HIV ที่มีภาวะแทรกซ้อน -ติดเชื้อเสฟลิด เหล่านี้ -ประวัติเป็นสุขภาพจิต 9Q ได้ > 7 คะแนน -GDM -Hx คลอดก่อนกำหนด -VDRL +ve 	<ul style="list-style-type: none"> -Rh negative -Severe /uncontrolled medical disease -pre-eclampsia with severe feature -Heart dz. ที่ functional class III, IV -Triplet pregnancy -IUGR -Fetal anomaly -โรคจิตเวช : schizophrenia, mania, depression 	
Very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk							
<ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีเกณฑ์เสี่ยงทุกข้อ -แพทย์ที่พิจารณาส่งกลับดูแลที่รพ.สต./PCU 	<ul style="list-style-type: none"> -อายุ 16-35 ปี -เคมคคอดทารก < 4,000 กรัม -เสี่ยงต่อ GDM -Previous c/s (ส่งนัดผ่า GA 35สัปดาห์) -เลือดออกในไตรมาส 1 -Thalassemia ที่ Hct. > 33% -Hct. 25-33% -HBs-Ag +ve -HIV ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 	<ul style="list-style-type: none"> -อายุ ≤ 15 ปี, > 35 ปี -สูง < 145 ซม. -ประวัติเสี่ยง : ดกเลือด, คลอดติดไหล่, ทารกเสียชีวิตในครรภ์, เคมคคอดทารก < 2,500, ≥ 4,000 กรัม -เลือดออกในไตรมาส 2, 3 -Thalassemia ที่ Hct. < 25 % -Hct. < 25 % -GA > 36 สัปดาห์ท่าก้น, ท่าขวาง -GA > 40 สัปดาห์ -Twin pregnancy -Controlled medical disease -Chronic HT, pre-eclampsia without severe feature -Pregnancy with myoma, ovarian tumor -Heart dz. ที่ functional class I, II -HIV ที่มีภาวะแทรกซ้อน -ติดเชื้อเสฟลิด เหล่านี้ -ประวัติเป็นสุขภาพจิต 9Q ได้ > 7 คะแนน -GDM -Hx คลอดก่อนกำหนด -VDRL +ve 	<ul style="list-style-type: none"> -Rh negative -Severe /uncontrolled medical disease -pre-eclampsia with severe feature -Heart dz. ที่ functional class III, IV -Triplet pregnancy -IUGR -Fetal anomaly -โรคจิตเวช : schizophrenia, mania, depression 							

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์		มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ		
	<p style="text-align: center;">Early warning signs สำหรับ หญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัวและชุมชน</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>โรคหัวใจขณะตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • บวมคิดปกติ เช่น เท้าบวม หน้าแข้งบวม เปลือกตาบวม • หอบเหนื่อย เหนื่อยง่ายกว่าเดิม แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก นอนราบแล้วเหนื่อยมากขึ้น • หน้ามืด เป็นลม นอนหลับ รื่นเริง <p>ครรภ์เป็นพิษ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปวดหัว รุนแรง ตาฟ้ามัว บ้านหมุน • เจ็บไตลิ้นปี่ หรือ เหนื่อย หอบ ทายใจไม่เต็ม • ซาบวม เท้าบวม กดแล้วไม่ยุบ • ความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท <p>คลอดก่อนกำหนด/เจ็บครรภ์คลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปวดแหว่งท้องน้อย ปวดเอว ท้องเป็นแต่ละครั้งห่างกันน้อยกว่า 10 นาที ต่อเนื่อง 4 ครั้ง • น้ำใสๆ ออกทางช่องคลอด (น้ำเดิน) • เลือดออกทางช่องคลอด <p>ลูกตายในท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ลูกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน หรือดิ้นมากผิดปกติ • ตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอด (อายุครรภ์ 41 สัปดาห์) • มดลูกโตกว่า ปรกติ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>เมานวามขณะตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีอาการคิดปกติ เช่น เหนื่อย เวียนหัว เหงื่อออกมาก ตัวเย็น • คลื่นไส้ อาเจียน หอบ • ผลน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร <p>ภาวะเครียดและซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ (มีอย่างน้อย 1 สัญญาณ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • รู้สึกเศร้าไม่หาย และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ • ไม่มีสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจเห็นหันหลัง • พุดถึงความคิดสั้นหรือฆ่าตัวคิด บ่นเป็นการจากการตั้งครรภ์ <p>ภาวะติดเชื้อในมารดาหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • น้ำใสๆ ออกทางช่องคลอด (น้ำเดิน) • ไข้ ปัสสาวะแสบขัด ปวดแหว่งท้องน้อย <p>ตกเลือดหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • หลังคลอด น้ำคาวปลาออกมาผิดปกติ • หลังคลอด มดลูกยุบตัวช้ากว่าเดิม (ปกติควรลดลงเรื่อยๆ) </td> </tr> </table>		<p>โรคหัวใจขณะตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • บวมคิดปกติ เช่น เท้าบวม หน้าแข้งบวม เปลือกตาบวม • หอบเหนื่อย เหนื่อยง่ายกว่าเดิม แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก นอนราบแล้วเหนื่อยมากขึ้น • หน้ามืด เป็นลม นอนหลับ รื่นเริง <p>ครรภ์เป็นพิษ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปวดหัว รุนแรง ตาฟ้ามัว บ้านหมุน • เจ็บไตลิ้นปี่ หรือ เหนื่อย หอบ ทายใจไม่เต็ม • ซาบวม เท้าบวม กดแล้วไม่ยุบ • ความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท <p>คลอดก่อนกำหนด/เจ็บครรภ์คลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปวดแหว่งท้องน้อย ปวดเอว ท้องเป็นแต่ละครั้งห่างกันน้อยกว่า 10 นาที ต่อเนื่อง 4 ครั้ง • น้ำใสๆ ออกทางช่องคลอด (น้ำเดิน) • เลือดออกทางช่องคลอด <p>ลูกตายในท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ลูกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน หรือดิ้นมากผิดปกติ • ตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอด (อายุครรภ์ 41 สัปดาห์) • มดลูกโตกว่า ปรกติ 	<p>เมานวามขณะตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีอาการคิดปกติ เช่น เหนื่อย เวียนหัว เหงื่อออกมาก ตัวเย็น • คลื่นไส้ อาเจียน หอบ • ผลน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร <p>ภาวะเครียดและซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ (มีอย่างน้อย 1 สัญญาณ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • รู้สึกเศร้าไม่หาย และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ • ไม่มีสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจเห็นหันหลัง • พุดถึงความคิดสั้นหรือฆ่าตัวคิด บ่นเป็นการจากการตั้งครรภ์ <p>ภาวะติดเชื้อในมารดาหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • น้ำใสๆ ออกทางช่องคลอด (น้ำเดิน) • ไข้ ปัสสาวะแสบขัด ปวดแหว่งท้องน้อย <p>ตกเลือดหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • หลังคลอด น้ำคาวปลาออกมาผิดปกติ • หลังคลอด มดลูกยุบตัวช้ากว่าเดิม (ปกติควรลดลงเรื่อยๆ) 	
<p>โรคหัวใจขณะตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • บวมคิดปกติ เช่น เท้าบวม หน้าแข้งบวม เปลือกตาบวม • หอบเหนื่อย เหนื่อยง่ายกว่าเดิม แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก นอนราบแล้วเหนื่อยมากขึ้น • หน้ามืด เป็นลม นอนหลับ รื่นเริง <p>ครรภ์เป็นพิษ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปวดหัว รุนแรง ตาฟ้ามัว บ้านหมุน • เจ็บไตลิ้นปี่ หรือ เหนื่อย หอบ ทายใจไม่เต็ม • ซาบวม เท้าบวม กดแล้วไม่ยุบ • ความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท <p>คลอดก่อนกำหนด/เจ็บครรภ์คลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปวดแหว่งท้องน้อย ปวดเอว ท้องเป็นแต่ละครั้งห่างกันน้อยกว่า 10 นาที ต่อเนื่อง 4 ครั้ง • น้ำใสๆ ออกทางช่องคลอด (น้ำเดิน) • เลือดออกทางช่องคลอด <p>ลูกตายในท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ลูกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน หรือดิ้นมากผิดปกติ • ตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอด (อายุครรภ์ 41 สัปดาห์) • มดลูกโตกว่า ปรกติ 	<p>เมานวามขณะตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีอาการคิดปกติ เช่น เหนื่อย เวียนหัว เหงื่อออกมาก ตัวเย็น • คลื่นไส้ อาเจียน หอบ • ผลน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร <p>ภาวะเครียดและซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ (มีอย่างน้อย 1 สัญญาณ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • รู้สึกเศร้าไม่หาย และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ • ไม่มีสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจเห็นหันหลัง • พุดถึงความคิดสั้นหรือฆ่าตัวคิด บ่นเป็นการจากการตั้งครรภ์ <p>ภาวะติดเชื้อในมารดาหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • น้ำใสๆ ออกทางช่องคลอด (น้ำเดิน) • ไข้ ปัสสาวะแสบขัด ปวดแหว่งท้องน้อย <p>ตกเลือดหลังคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> • หลังคลอด น้ำคาวปลาออกมาผิดปกติ • หลังคลอด มดลูกยุบตัวช้ากว่าเดิม (ปกติควรลดลงเรื่อยๆ) 				
<p>๔.๒. แนวทางการคลังเลือดและคลังยา ในเขตสุขภาพที่ ๗ โดย นพ.ชนันต์ มัลลียกนก หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>แนวทางคลังเลือดและคลังยา ในเขตสุขภาพที่ ๗ ทั้ง ๔ จังหวัด มี ๖๖ โรงพยาบาลที่มีห้องคลอด มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ระบบการเตรียมสำรอง มีระบบการคลังเลือด และระบบเครือข่ายที่ครอบคลุมทุก โรงพยาบาล ๒. ยาที่ใช้ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มียา Oxytocin และ ยา Methergin ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ยกเว้น ยา Cytotec ที่ จ. ขอนแก่น และ จ. ร้อยเอ็ดยังไม่ครอบคลุม แจ้งผู้รับผิดชอบอนามัยแม่และเด็กจ. ขอนแก่น และ จ. ร้อยเอ็ดดำเนินการจัดหาให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และ ยา Nalador ไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีปัญหาเรื่องการนำเข้าระดับประเทศ ๓. การใช้ถุงตวงเลือดครอบคลุมทุกโรงพยาบาล 		<p>มติที่ประชุมรับทราบ - ยา Cytotec ที่ จ. ขอนแก่น และ จ. ร้อยเอ็ดยังไม่ครอบคลุม แจ้งผู้รับผิดชอบอนามัยแม่และเด็ก จ. ขอนแก่น และ จ. ร้อยเอ็ด ดำเนินการจัดหาให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล</p>		

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/ คำแนะนำของคณะ
๔.๓. การอบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทางสาขา การผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยง สูงและภาวะวิกฤติ โดยดร. เอมอร บุตรอุดม พยาบาล วิชาชีพชำนาญการพิเศษ วพบ.ขอนแก่น	พยาบาลทั่วประเทศผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติ ทั้งหมด ๕ รุ่น รวมทั้งหมด ๓๖๗ คน มีพยาบาลเขตสุขภาพที่ ๗ เข้าร่วมอบรมฯประมาณ ๒๗ % หลักสูตร ๔ เดือน เป็นภาคทฤษฎี ๒ เดือน และปฏิบัติ ๒ เดือน ค่าใช้จ่าย ๔๖,๐๐๐ บาท ผลลัพธ์ พยาบาลผ่านการอบรมฯ มีความรู้ใช้ การAssessment หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะวิกฤติช่วยสูติแพทย์ได้มากขึ้น และ จังหวัดตากพยาบาลที่ผ่าน การอบรมฯ ช่วยทำให้ลดอัตราการตายจากการตกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ	มติที่ประชุมรับทราบ

.....ปิดการประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.....

นางสาวจันทิยา เนติวิจิตรธรรม
นพ.ชนันต์ มาลัยกนก

บันทึกการประชุม
ตรวจทาน