

รายงานการประชุมเพื่อพัฒนามาตรการเฝ้าระวังและป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 7

วันที่ 27 พฤศจิกายน 2561 เวลา 09.00 – 15.00 น.

ณ ห้องพุทธรักษา อาคารอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

เริ่มประชุมเวลา 09.00 น.

ผู้ร่วมประชุม

1. นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา	ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7	ประธานเปิดประชุม
2. นายชาติรี เมธธาธาธิป	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7	ประธานการประชุม
3. นายสุพัฒน์ ธาตุเพชร	นายแพทย์สาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานเขตสุขภาพ 7	
4. ผศ.พญ. รัตนา คำวิสัยศักดิ์	ภาควิชาสูติรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์	วิทยากรอภิปราย
5. ผศ.พญ. ปิยะมาศ ศักดิ์ศิริวุฒโฒ	ภาควิชาสูติรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์	วิทยากรอภิปราย
6. ผศ.นพ. ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร	ภาควิชาการอายุรศาสตร์ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์	วิทยากรอภิปราย
7. นางพรรณราย ชูศรีทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7	
8. นางทัศนีย์ รอดชมภู	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 7	
9. นายชนัดต์ มาลัยกนก	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7	
10. นางธิโสภิญ ทองไทย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
11. นางกฤษดา เอื้ออภิศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
12. นางวิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
13. นายปิยะ ปุริโส	นักโภชนาการชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
14. นางสาวจันทิยา เนติวิภัชธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
15. นางลัดดา ตีอันทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
16. นางงามตา อินธิจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
17. นางสาวธนิตรา นามบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7	
18. นางจिरประภา ศิริสูงเนิน	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ. ขอนแก่น	
19. นางสมภาพ สุระเทมีย์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น	
20. นางรุ่งทอง วัชรนุกูลเกียรติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น	
21. นางสาววลีพรรณ หัตถถางพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. สิรินทร	
22. นางมะลิวัลย์ มาชน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. ชุมแพ	
23. นางฐิตราพร สัจจาสังข์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. ชุมแพ	
24. นางนงคันุช ประทุมวัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. บ้านไผ่	
25. นางสุมาลี นีละพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. บ้านไผ่	
26. นางฉันทนา ประเสริฐสุนทชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. พล	

- | | |
|---------------------------------|---|
| 27. นางสาวรัตนา ลาสุนนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต. ทรัพย์เจริญ |
| 28. นางสาวลักขณ์ จักรบุตร | นักวิชาการสาธารณสุขสสอ. บ้านไผ่ |
| 29. นางอัจฉราภรณ์ นาเมืองราช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. ขอนแก่น |
| 30. นางสาวอภิสราส่งสืบ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. ขอนแก่น |
| 31. นายฤทธิ์รงค์ เรืองฤทธิ์ | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสสจ. มหาสารคาม |
| 32. นางสรายุจิต อินทร | นักวิชาการสาธารณสุขสสจ. มหาสารคาม |
| 33. นางนุชรินทร์ ทองโรจน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ. มหาสารคาม |
| 34. นางรำไพ เกตุจิระโชติ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. มหาสารคาม |
| 35. นางสมทรง บุตรตะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. มหาสารคาม |
| 36. นางสุภาพร สุภาทวีวัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. มหาสารคาม |
| 37. นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ร้อยเอ็ด |
| 38. นายศักดิ์ชัย ทองมาตย์ | นายแพทย์ชำนาญการ รพ.มหาสารคาม |
| 39. นายสุทธา บุญสินชัย | นายแพทย์ชำนาญการ รพ. โพนทราย |
| 40. นางสรินญา ไชยราช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรพ. โพนทราย |
| 41. นางจันทร์ศิริ ยอดศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรพ. โพนทราย |
| 42. นางสาวนิตยา เมินพา | นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต. ดอนสัมพันธ์ |
| 43. นางขวัญฤทัยรัตน์ ตันจายนนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. กาฬสินธุ์ |
| 44. นางไพบูลย์ วรรณศิริ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ. กาฬสินธุ์ |
| 45. นางอนันตพร เจนวนิริยะกุล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 46. นางศมนยา ฤทธิสุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 47. นางนวลสวาท ทองสาร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 48. นายรักคณ พรหมวงษ์ | พนักงานธุรการ |

สรุปประเด็นเพื่อพัฒนามาตรการเฝ้าระวังและป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 7 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2561 เวลา 09.00 – 16.00 น.

ณ ห้องพุทธรักษา อาคารอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
<p>วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ที่ประชุมทราบ</p>	<p>นโยบายมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 7 ตามกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Operator Pregnancy) มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เน้นระบบบริการที่มีคุณภาพ ได้แก่ ANC คุณภาพ LR คุณภาพ PP คุณภาพ ต้องมีการ maintenances 2. ขับเคลื่อน งานผ่าน MCH Board ที่เข้มแข็ง 3. โรงพยาบาลควรนำสูติแพทย์เป็นแกนนำในการขับเคลื่อน และ Intern ต้องรู้สถานที่ทำงานเพื่อเตรียมตัวก่อนลงปฏิบัติงาน 4. การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ คือ การส่งต่อข้อมูล การจัดการความเสี่ยง ANC คุณภาพ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงควรได้รับการดูแลมากกว่า 5 ครั้ง และพัฒนาระบบ Smart Ambulance 5. การทำงานเชิงรุกเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการที่ครอบคลุม รวดเร็ว เช่น การส่งรถไปรับที่บ้านเพื่อมาฝากครรภ์และเมื่อใกล้คลอด 6. เน้น Primary prevention เป็นประเด็นสำคัญ 	<p>มติที่ประชุมรับทราบ</p>
<p>วาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา</p> <p>2.1 บรรยายสถานการณ์ มาตรการป้องกันมารดาตาย ระดับเขต และระดับจังหวัดโดย นายแพทย์ชาติรี เมธาธรธิป</p>	<p>สถานการณ์อัตราส่วนการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2561 เท่ากับ 19.26 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (จำนวน 7 ราย) โดยจำแนกเป็นสาเหตุการตายโดยตรงจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 28.57 สาเหตุโดยอ้อมจาก Amniotic Fluid embolism, Cardiomyopathy, HELLP Syndrome และ Severe Enterocolitis คิดเป็นร้อยละ 71.43 จากการวิเคราะห์สาเหตุ 3 delays มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความล่าช้าในการตัดสินใจรับบริการของมารดา (Delay in decision to seek care) 	<p>ข้อเสนอแนะที่ประชุม</p> <p>สถานการณ์มาตรการป้องกันมารดาตาย ระดับเขต และระดับจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อสารการนำระบบ Early warning signs ในชุมชนไปใช้

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น</p>	<p>2. ความล่าช้าในการเข้าถึงสถานบริการ (Delay in reaching care)</p> <p>3. ความล่าช้าในการได้รับการบริการ (Delay in receiving adequate health care)</p> <p>ผลการดำเนินงานยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80.07 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 70.71 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 13.68 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 70.59 และโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัดจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบประเด็นที่ควรได้รับการจัดการ มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> พฤติกรรมของผู้รับบริการ พบว่า มีการฝากครรภ์ข้ามเขตในจังหวัดที่เป็นรอยต่อ แรงงานข้ามถิ่น และการฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนทำให้การติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ และการดูแลหญิงหลังคลอดให้ครบ 3 ครั้งคุณภาพไม่ครอบคลุม บุคลากร พบว่า โรงพยาบาลระดับแม่ข่าย (NODEเสลภูมิ) ยังขาดแคลนสูติแพทย์ และพยาบาลเฉพาะด้าน ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีและการสื่อสาร พบว่า การสื่อสารเพื่อปรึกษาและส่งต่อข้อมูลกลับ ในพื้นที่รอยต่อของจังหวัดและคลินิกเอกชนยังไม่เป็นระบบ และไม่ครอบคลุม อุปกรณ์/เครื่องมือ พบว่าช่วงต้นปีงบประมาณยังขาดแคลนสมุดฝากครรภ์ ระบบธรรมาภิบาล พบว่า มีระบบการกำกับติดตามมาตรการเฝ้าระวังมารดาตาย ผ่าน MCH Board ทุกระดับ ตั้งแต่ จังหวัด อำเภอ และ พชอ. แต่บางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมถึง รพ.สต. และชุมชน เช่น การใช้ Early warning sign เป็นต้น ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน พบว่า มีการใช้ Early warning sign โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดย อสม.และหญิงตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง และโรคทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ แต่ยังไม่ครอบคลุม 	<p>อย่างครอบคลุม รวมถึงการใช้ในโรงพยาบาล เช่น จังหวัดมหาสารคาม มีการเอาป้ายไปติดที่หน้าสมุดสีชมพู</p> <p>2. MCH Board ระดับจังหวัด ทั้ง 4 จังหวัดส่งข้อมูล/แนวทางการส่งต่อของแต่ละจังหวัด (Referral System) มายังเลขาฯ MCH Board ระดับเขต เพื่อพัฒนาและจัดทำเป็นแนวทางเดียวกันในระดับเขตอย่างเป็นระบบ และจะได้หารือเพื่อหาแนวทางการส่งต่อข้อมูลกรณีข้ามเขตต่อไป</p> <p>3. ระบบการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง หลังคลอด ทั้ง 4 จังหวัด</p> <p>4. คณะทำงานจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ที่มีภาวะเสี่ยง รายการ (Care Plan) เพื่อใช้</p>

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>เขตสุขภาพที่ 7 มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามารดาตายเขตสุขภาพที่ 7 (Health Area 7 Classifying Model) 2. ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงในชุมชน (Early Warning Signs) 3. จัดประชุมพัฒนาศักยภาพ NODE (Work flow) 4. Strengthening MCHB และมีการบูรณาการร่วมกับ service plan 5. Maternal death และ Near Miss Conference และระบบรายงาน Maternal death, Near Miss Program 6. นโยบายถุงตรวจเลือดทุกโรงพยาบาล 7. การพัฒนา เขต ๗ โมเดลเพื่อคัดกรอง เฝ้าระวังและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง <p>การวิเคราะห์กรณีตัวอย่างมารดาตาย 4 จังหวัด</p> <p>จ.ขอนแก่น มารดาตายจากสาเหตุ HELLP syndrome</p> <p>จ.กาฬสินธุ์ มารดาตายจากสาเหตุ Preeclampsia</p> <p>จ.ร้อยเอ็ด มารดาตายจากสาเหตุ Cardiomyopathy</p> <p>จ.มหาสารคาม มารดาตายจากสาเหตุ Severe abdominal Infection with Septic shock with multiple organ failure</p> <p>ประเด็นวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคัดกรอง และดูแลหญิงตั้งครรภ์ 2. ระบบการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและภาวะวิกฤติอย่างต่อเนื่อง 3. ระบบบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา และเลือด 	<p>เป็นแนวทางในระดับเขต</p> <p>5. จัดทำ Medical dz. ที่ไม่ควรให้ตั้งครรภ์ หรือถ้าตั้งครรภ์ต้องอยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์และสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด เพื่อให้คำแนะนำเรื่อง contraception</p> <p>6. Guideline การใช้ ASA (81mg) for prevent PIH โดย ศูนย์อนามัยที่ 7</p> <p>7. สำนักเขตสุขภาพพัฒนาหรือออกแบบและจัดทำระบบข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงแบบดิจิทัล (Digital Transformation)</p> <p>8. มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบ มารดาตายจากสาเหตุ HELLP syndrome with liver ruptured เตรียมนำเสนอ MCH board ประเทศ ในวันที่</p>

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	4.ระบบการส่ง-คืนข้อมูล 5.ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน 6.การใช้คู่มือแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง	26 – 27 ธันวาคม 2561 -มติที่ประชุมรับทราบ มอบหมายผู้รับผิดชอบ ดำเนินการ
2.2 วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง มารดาตาย จ.กาฬสินธุ์ มารดาตายจากสาเหตุ Pre-Eclampsia โดยนายแพทย์ อนันตพร เจนวิริยะกุลนายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทย อายุ 33 ปีอาชีพรับจ้าง เชื้อชาติไทย การศึกษาปริญญาตรี สิทธิการรักษาประกันสังคม รพ. กาฬสินธุ์ ที่อยู่ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัยจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลซักประวัติ: วันที่ 2 ตุลาคม 2561เวลา 14.12 น. สภาพผู้ป่วย : เดินมากรแพทย์ : ปฏิเสธการแพ้ยาการสูบบุหรี่ : ไม่เคยสูบ การดื่มสุรา : ไม่ดื่มการรับบริการ : ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ.กาฬสินธุ์ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล C.C. : 1 วันก่อนเสียชีวิต ปวดจุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ (รับประทาน หอยดอง) ขอบใจรับรองป่วย เป็นมาแล้ว 2 วัน อาการของมารดาเมื่อแรกรับ Vital Signs และการตรวจอื่นๆ T. 37.0 C. P.92 /min R.R. 20/min BMI 34.41 น้ำหนัก 87.9 ก.ก. สูง 159 Cm. รอบเอว 115 Cm. BP 200/126 mmHg หมายเหตุ : ผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์ การวินิจฉัย: DyspepsiaการรักษาDisflatyl 80 mg. # 20 tabs 1 เม็ด * 3 PC 20 tabs, Raitididine (L) 150 mg # 20 caps 1 เม็ด *2 PC เข้า-เย็น วันที่เสียชีวิต 3 ตุลาคม 2561ที่บ้าน	มติที่ประชุมรับทราบ

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>วิเคราะห์ประเด็นเพื่อการพัฒนา</p> <p>1. ระบบคัดกรอง และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงพบว่า มีความล่าช้าในการได้รับการบริการ (Delay in receiving adequate health care) Delay Diagnosis ในเรื่อง Preeclampsia เนื่องจาก การประเมินอาการหญิงตั้งครรภ์ไม่ครอบคลุม ได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอจึงให้นักวิชาการสาธารณสุขมาช่วยประเมินและส่งตรวจประเมินสัญญาณชีพไม่ครอบคลุมในเรื่องความดันโลหิตสูง</p> <p>2. ระบบการส่ง-คืนข้อมูลไม่ครอบคลุมพบว่า ประวัติหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คลินิก และหญิงตั้งครรภ์ไม่นำสมุดสีชมพูมารับบริการ และการใช้โปรแกรม HosSP และ HosPCU ที่หลากหลายทำให้เกิดความสับสนในการทำงาน</p> <p>3) ระบบการเฝ้าระวังในชุมชนพบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบการประเมินตนเอง และการจัดการตนเองเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และชุมชนไม่ทราบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ในพื้นที่ (Early warning signs)</p> <p>แนวทางการพัฒนา</p> <p>1. พัฒนาระบบคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงโดยการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพทุกระดับ และเมื่อพบมารดาตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติทางอายุรกรรมหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลทั้งสูติแพทย์และอายุรแพทย์และหน้าคลินิกตรวจโรค ควรติดป้ายหน้าห้องตรวจเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ครอบคลุมระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ รวมทั้งป้องกันความผิดพลาดในการวินิจฉัยเป็นข้อความว่า “ถ้าตั้งครรภ์โปรดแจ้งแพทย์ทราบด้วย”</p> <p>2. พัฒนาระบบการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง เช่น ทีมสุขภาพมีการนำมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหา มารดาตาย และ Work flow เขตสุขภาพที่ 7 มาใช้ในการดูแลและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกระดับ และการใช้ป้ายติดหน้าสมุดสีชมพูในการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง</p> <p>3. พัฒนาระบบการกำกับติดตาม การส่งต่อข้อมูล และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ที่คลินิก เช่น ความ</p>	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>ตระหนักอาการสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงทุกกรณีต้องพบแพทย์อาการขาบวมทั้งสองข้าง หรือ ขาบวมข้างเดียว (Thrombosis) ที่เป็นสาเหตุของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) เป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิต การกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงให้ได้รับการดูแลทุกกรณีทุกราย</p> <p>4. สร้างความรู้และความตระหนักในการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง และหลังคลอด(Early warning signs) เข้าถึงประชาชนทุกระดับ เช่นการให้ความรู้ผสมในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงEarly warning signsมีแบบประเมินในการเยี่ยมบ้านของอสม. ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 5 ครั้ง และหลังคลอด การให้ความรู้และความสำคัญในการใช้สมุดสีชมพูของหญิงตั้งครรภ์</p> <p>5. พัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อใช้ติดตามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น จัดทำ Big DATA รูปแบบเดียวกัน การพัฒนาสมุดสีชมพูเป็น Electronic หรือ Applicationเพื่อสะดวกในการติดตามข้อมูลการตั้งครรภ์การพัฒนาโปรแกรม Pop up เมื่อพบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ และการผลิตสื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง PIH และ PPH ที่ทันสมัย และเข้าถึงประชาชน</p>	
<p>2.3 วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง มารดาตาย จ.ขอนแก่น มารดาตายจากสาเหตุ HEELP syndrome (Refer จาก รพ.ร้อยเอ็ดมา รพศ.ขอนแก่น และ รพ.ศรีศรีนครินทร์)</p>	<p>พื้นที่ต้นทาง: จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้</p> <p>ข้อมูลทั่วไป: เมื่อวันที่ 26 พ.ค. 2561 หญิงตั้งครรภ์ G2P1001 last 6 yrs GA 34+6 weeks by ultrasound ANC รพ.ร้อยเอ็ด Admit 10.30 น.</p> <p>Diagnosis: Gestational hypertension c dyspepsia (PU)</p> <p>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: ปวดเสียดท้องใต้ลิ้นปี่ 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p>อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน:</p> <p>2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมา Admit ด้วยเรื่อง severe dyspepsia รักษาด้วย Ranitidine + Alum milk +</p>	<p>มติที่ประชุมรับทราบ</p>

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>ได้ Dexamethasone 1 course ไม่มีปัญหาาระหว่างฝากครรภ์อย่างอื่น</p> <p>Lab= NORMAL</p> <p>3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกเสียดท้องด้านบน ปวดตลอดเวลา โดยค่อยๆปวดมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีร้าวไปที่ไหน จาก Pain score 3/10 เป็น 10/10 ไม่มีท่าทางที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือลดลง ร่วมกับรู้สึกแสบร้อนกลางอก ไม่มีเรอเปรี้ยว มีคลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้งเป็นเศษอาหาร ไม่มีไข้ ไม่มีท้องเสียหรือถ่ายเหลว ไม่มีประวัติกระแทกกระแทกมาก่อน ไม่มีปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว ไม่มีท้องแข็งหรือเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีมูกหรือเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ลูกดิ้นปกติดี</p> <p>Physical examination: BP 149/94 mmHg</p> <p>Extremities : pitting edema 2+</p> <p>Abdomen : pregnancy abdomen, no superficial vein dilatation, soft, tender at upper abdomen, no rebound tenderness, no guarding, normal active bowel sound, liver and spleen can't be palpable, FH $\frac{3}{4}$> umbilicus, large part at left side, cephalic presentation, head not engage, EFW 2000 gm., fetal heart positive rate 140 bpm, no uterine contraction</p> <p>อาการหลัง Admit ดังนี้</p> <p>เวลา 17.00 น.: อาการยังไม่ดีขึ้น เริ่มมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น วัด BP 166/102mmHg Urine protein 3+, reflex 3+Dx Severe pre-eclampsia</p> <p>เวลา 20.00 น. : BP 90/60mmHg เหนื่อย ซีด ท้องอืด Ultrasound – FHS negative ผู้ป่วยหยุดหายใจ Resuscitation แพทย์ส่งCT whole abdomen stat พบ Intra-abdominal bleeding Consult ศัลยกรรม แนะนำ Refer รพ . ขอนแก่น</p> <p>Final diagnosis: GA 34+6 wk c Severe pre-eclampsia c HELLP syndrome c</p>	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>subcapsularhematoma of liver c DFIU c hypovolemic shock</p> <p>พื้นที่ปลายทางที่1: จังหวัดขอนแก่น ดังนี้ ณ โรงพยาบาลขอนแก่น:เมื่อวันที่ 26 พ.ค. 2561 เวลา 01.55 น. รับ referจาก รพ.ร้อยเอ็ด ด้วยเรื่อง HELLP syndrome with liver ruptured with DFIU อาการทั่วไป: อ่อนเพลีย แต่สามารถทำตามสั่งได้ ยังไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีอาการท้องป้นต่างๆ Problems: Anemia Hyperkalemia AKI และ Coagulopathy Management: refer โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อพิจารณา hepatic embolizationเมื่อวันที่ 26 พ.ค. 2561 เวลา 14.30 น.</p> <p>พื้นที่ปลายทางที่ 2: จังหวัดขอนแก่น ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์: เมื่อวันที่ 26 พ.ค. 2561 เวลา 16.30 น. Diagnosis: G2P1101 GA 34+6 week with preeclampsia with severe feature with DFIU s/p vaginal delivery : Spontaneous ruptured liver with active bleeding with hemoperitoneum : Hypovolemic shock with multi-organ failure (renal, liver, hematologic system) Operation: EL with abdominal swab packingเมื่อวันที่ 26 พ.ค. 2561 เวลา 17.15 -18.00 น. มารดาเสียชีวิต: เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2561</p> <p>วิเคราะห์ประเด็นเพื่อการพัฒนา 1.ระบบคัดกรอง และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง พบประเด็นที่ต้องพัฒนา คือ</p>	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>- ความล่าช้าของการได้รับบริการ (Delay in receiving adequate health care)</p> <p>- ความล่าช้าของการวินิจฉัยโรคเพื่อวางแผนการรักษา (Delay Diagnosis)กรณีนี้ Severe Pre-Eclampsia c HELLP syndrome จนเกิด subcapsular hematoma of liver</p> <p>- การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เช่น การตรวจ Urine Protein/creatinine ratio การประเมินสัญญาณชีพ และการให้ยา MgSO₄ เป็นต้น</p> <p>2.ระบบการส่งต่อ(Referral system)พบมีความล่าช้าจากการจัดลำดับคิวในการส่งต่อคนไข้</p> <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงรายกรณี(Care Plan)ในรายที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก(very high risk)ที่ยังไม่คลอด ร่วมกันทั้ง 4 จังหวัด 2. ทบทวน และพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ(Referral system) ร่วมกันทั้ง 4 จังหวัดเช่นมีการ consult ทาง Line ในการส่งต่อข้อมูล เพื่อการวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้า เป็นต้น 3. การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบเร็วโดยใช้ ผลการตรวจ Urine Protein/creatinine Ratio ซึ่งได้ผลภายใน 1 ชั่วโมง 4. พัฒนา Guideline ในการใช้ ASA (81mg) เพื่อป้องกัน PIH ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ทางอายุรกรรม 	
<p>2.4 วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง มารดาตาย จ.ร้อยเอ็ด มารดาตายจากสาเหตุ Cardiomyopathy</p>	<p>ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทย ที่อยู่ อ.โพนทราย จ.ร้อยเอ็ดวันที่รับรักษา 26 ธ.ค. 2560 เวลา 02.25น. วันที่จำหน่าย 26 ธ.ค.2560 เวลา 03.23น.</p> <p>การวินิจฉัยครั้งแรก: cardiomyopathy</p> <p>การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย:Sudden cardiac Arrest due to cardiac Arrhythmic and Electolyte imbalance</p>	<p>1. คณะทำงานร่วมกันทบทวน และจัดทำแนวทางการปรึกษา เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางอายุรกรรม</p>

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ไม่รู้สึกตัวเป็นมา 20 นาที</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 เดือนก่อนหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่รพ.ราชสีไศล ตรวจพบหัวใจเต้นผิดจังหวะ เหนื่อยใจสั้น และได้ส่งตัวไปรับการรักษาที่รพ.ศรีสะเกษ นอนรักษาตัวเกี่ยวกับภาวะ Postpartum cardiomyopathy และ CHF 3 วัน ได้ยากลับบ้านคือ Carvedilol(12.5)½ x2pc Spiranolactone1x1pc Lasix (40) ½x1 pc ENP (5) ½ x1 pc และได้นัดติดตามอาการ วันที่ 20 ธ.ค.2560</p> <p>20 ธ.ค. 2560 ผู้ป่วยมาขอใบส่งตัวไปตรวจตามนัดข้ามเขตจังหวัดไปรพ.ร้อยเอ็ด</p> <p>21 ธ.ค. 2560 แพทย์รพ.ร้อยเอ็ดนัดอีก วันที่13 ก.พ. 2561</p> <p>3 วันก่อนระหว่างพักรักษาตัวที่บ้านมีเรื่องทะเลาะกับมารดา สามี่จึงพาลูกไปอยู่ที่อื่น</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการตัดตึงเต้านมมากจึงไปรับลูกกลับมา ขณะที่กำลังให้นมบุตรตามปกติเวลาประมาณ 02.00น.มารดาได้ยินเสียงหายใจครืดคราดออกมาดูพบผู้ป่วยหยุดหายใจ เรียกกู้ชีพเทศบาล กู้ชีพพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวจึงเรียกEMS โรงพยาบาลออกมารับรพ.ออกรับคลำ pulse ไม่ได้จึงทำ CPR</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ G3P3A0L3 ประวัติการคลอด G1และG2 คลอดปกติG3 ต้องการทำหมันจึงฝากพิเศษเพื่อผ่าตัดคลอด และทำหมันร่วมด้วย ระหว่าง ANC ไม่มีภาวะปกติ มีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ 5 ครั้งคุณภาพ และได้ฝากพิเศษที่คลินิกแพทย์สูติกรรมที่ อ.ราชสีไศล แพทย์นัดผ่าตัดคลอดบุตร วันที่ 26 ธ.ค.2560 บุตรเพศหญิงน้ำหนัก 3,110 กรัม บุตรไม่พบภาวะผิดปกติใดๆ ส่วนมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนที่3 ตรวจพบหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ส่งตัวไปรักษาที่รพ.ศรีสะเกษ และมีนัดติดตามอาการและรับยา</p> <p>อาการและอาการแสดง : รับแจ้งจากกู้ชีพเทศบาลโพนทรายว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวจึงออกรับถึงที่เกิดเหตุ 02.20 น. คลำ Pulse ไม่ได้ เริ่ม CPR ขณะนำส่ง At ER เวลา 02.25 น.ไม่รู้สึกตัว คลำ pulse ไม่ได้ เริ่ม CPR ต่อโดยใส่ tube no.7.5 ให้ Adrenaline 1 amp ทุก 3 นาที x 9 amp ให้ CaCo₃ 1 amp Amiodalone300 mg CPR</p>	<p>ระหว่างอายุรแพทย์และสูติแพทย์ ระดับเขต</p> <p>2. คณะทำงานจัดทำแบบติดตามหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน</p>

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
	<p>จนถึงเวลา 03.23 น. ยังคลำ pulse ไม่ได้ แพทย์แจ้งญาติรับทราบการเสียชีวิต ยุติการ CPR ใช้เวลาในการ CPR 58 นาที</p> <p>วิเคราะห์ประเด็นเพื่อการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง ยังขาดรูปแบบในการประเมินหญิงหลังคลอด Low Risk , High Risk ที่ชัดเจน 2. การประสานส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ข้ามเขตในพื้นที่รอยต่อเขตสุขภาพ (อยู่ใกล้กัน สามารถเลือกใช้บริการเขตสุขภาพที่ 7 ได้สะดวก) ไม่เป็นระบบที่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม 3. การติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทางอายุรกรรมควรส่งพบทั้งอายุรแพทย์และสูติแพทย์โดยเร็วเพื่อวางแผนการดูแลครรภ์ร่วมกันหรือการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อแม่และลูก <p>แนวทางการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด 3 ครั้งทั้ง 4 จังหวัด โดยควรแยกเป็น Low Risk, High Risk และแยกเป็นรายโรค 2. การวินิจฉัยแยกโรคและแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ ไต SLE เป็นต้น โรคที่สามารถตั้งครรภ์ได้ โรคที่ไม่ควรตั้งครรภ์ และมีการส่งต่อให้ได้รับคำปรึกษาเพื่อการคุมกำเนิดหรือยุติการตั้งครรภ์ 3. ทำข้อตกลงบริการระหว่างพื้นที่รอยต่อเขตสุขภาพ และมีกระบวนการส่งกลับข้อมูลชัดเจน 	

เรื่อง	สรุปประเด็น/สถานการณ์	มติ/ข้อสั่งการ/คำแนะนำของคณะ
<p>2.5 วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง มารดาตายจ.มหาสารคาม มารดาตายจากสาเหตุ Severe abdominal Infection with Septic shock with multiple organ failure</p>	<p>ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทยคู่ อายุ 17 ปีภูมิลำเนา อ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม วันที่รับการรักษา 13 ส.ค. 2561 วันที่จำหน่าย 17 ส.ค. 2561</p> <p>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล:ไข้สูงหนาวสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มารดา G1 P0 GA 15⁺⁶ week, U/D thalassemia history of acute appendicitis S/P appendectomy 21 ก.ค. 2561, no complication</p> <p>Physical examination:Vital signs BT 39.3 °C, BP 80/40 mmHg, PR 118 ครั้ง/นาที , RR 18 ครั้ง/นาที</p> <p>การวินิจฉัยครั้งแรก : Infected surgical site with septic shock</p> <p>การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: severe abdominal Infection with Septic shock with multiple organ failure</p> <p>อาการและอาการแสดง : 13 ส.ค. 2561 ไข้แนวโน้มลดลง อยู่ในช่วงประมาณ 38+ °C ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้อย่าง ปัสสาวะออกดี ยังไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เนื่องจากหายใจยังค่อนข้างเร็ว pulse เร็ว</p> <p>17 ส.ค. 2561 cardiac arrest ญาติขอกลับบ้าน</p> <p>วิเคราะห์ประเด็นเพื่อการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทางศัลยกรรมยังไม่ครอบคลุม 2. ระบบการปรึกษาเพื่อการดูแลระหว่าง สูติแพทย์ อายุรแพทย์ และศัลยแพทย์ยังไม่ครอบคลุม <p>แนวทางการพัฒนา คือ แต่ละโรงพยาบาลควรมีการทบทวนมาตรการการปรึกษาเพื่อการดูแลระหว่าง สูติแพทย์ อายุรแพทย์ และศัลยแพทย์ อย่างเป็นระบบและชัดเจน</p>	<p>โรงพยาบาลทุกแห่งทบทวน และจัดทำมาตรการการปรึกษาเพื่อการดูแลร่วมกันระหว่าง สูติแพทย์ อายุรแพทย์ และ ศัลยแพทย์ อย่างเป็นระบบและชัดเจน</p>

.....ปิดการประชุมเวลา 15.00 น.

น

นางสาวจันทิยา เนติวิภัฏธรรม พิมพ์
วงธิโสภิญ ท่องไทย ตรวงทา น