

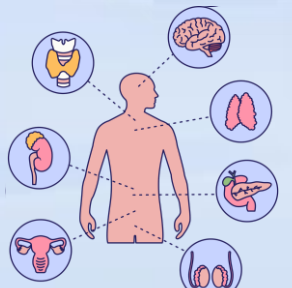


แนวทางการลดการตายมารดาและทารก เขตสุขภาพที่ 8 สาขาสูตินรีเวชกรรม

แพทย์หญิงเสาวนีย์ ตังมโนวุฒิกุล
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลอุดรธานี

ประธาน SP สาขาสูตินรีเวชกรรม เขตสุขภาพที่ 8

22 เมย.69



แผนพัฒนาบริการสูตินรีเวชกรรม เขตสุขภาพที่ 8: เพื่อความปลอดภัยของมารดาและการก

สรุปแนวทางการแก้ปัญหาการเสียชีวิตของมารดาและการกในเขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้โมเดล "4-P Plus" และ "R8 Model" มุ่งเน้นการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด พร้อมพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อการรักษาที่ได้มาตรฐานและไร้รอยต่อ

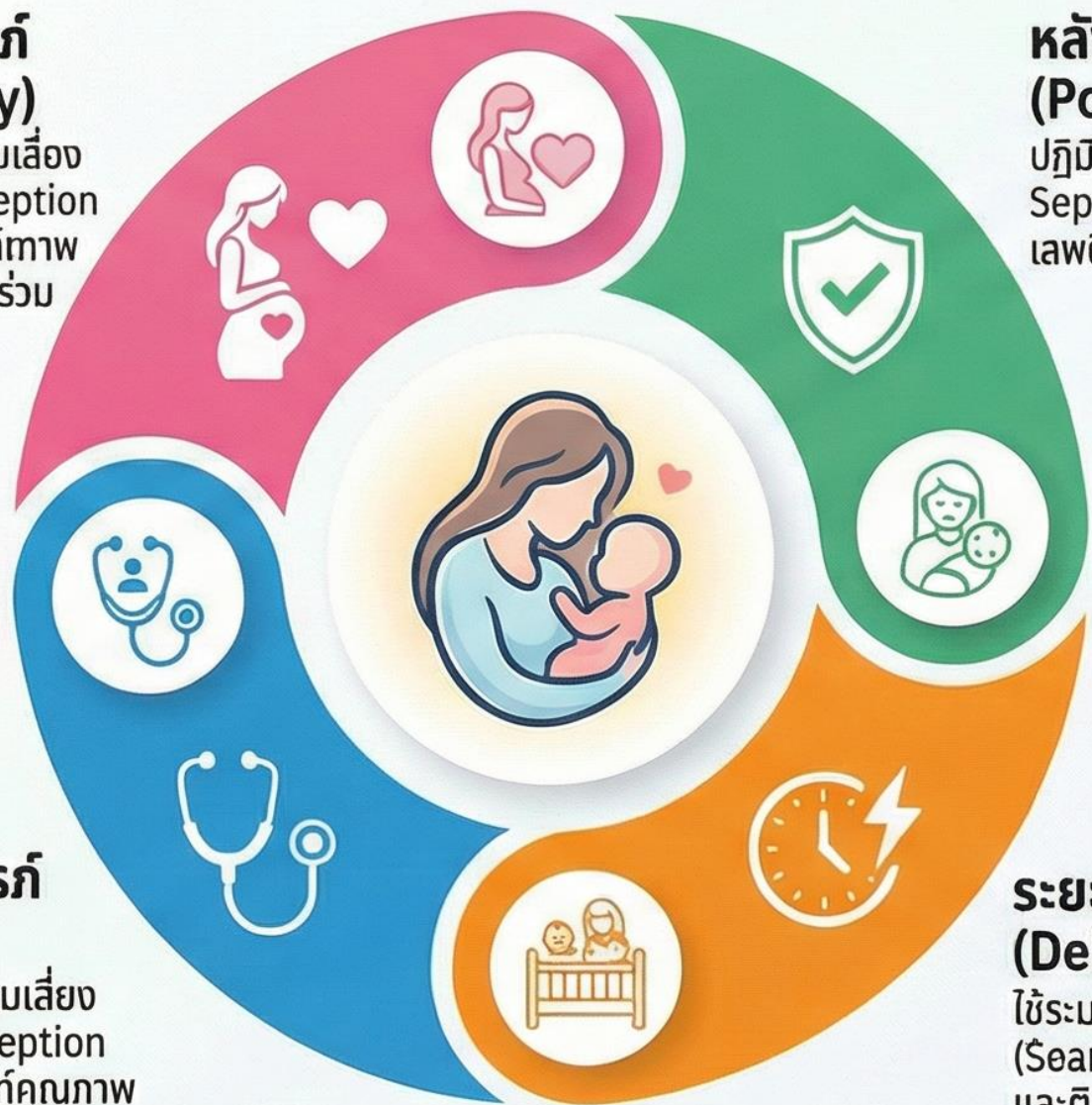
กลยุทธ์ 4-P Plus: การดูแลครบวงจรทุกระยะ

ระยะตั้งครรภ์ (Pregnancy)

เน้นการคัดกลุ่มเสี่ยง คลินิก Preconception และการฝากครรภ์ตามที่มีสูติแพทย์ดูแลร่วม

การฝากครรภ์ (ANC)

เน้นการคัดกลุ่มเสี่ยง คลินิก Preconception และการฝากครรภ์คุณภาพ ที่มีสูติแพทย์ดูแลร่วม



หลังคลอด (Postpartum)

ปฏิบัติตามแนวทางรักษาภาวะ Sepsis, ไรหิวใจ, และภาวะ เลือดออกอย่างรุนแรง

ระยะคลอด (Delivery)

ใช้ระบบส่งต่อไร้รอยต่อ (Seamless Refer) และติดตามคลังคลอด 3 ครั้ง พร้อมคุมกำเนิด 100%

การยกระดับศักยภาพและระบบสนับสนุน (R8 Model)



พัฒนาบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ (Workforce & Technology)

เพิ่มจำนวนสูติแพทย์-กุมารแพทย์ และจัดหาเวชภัณฑ์จำเป็น เช่น ตาป้องกัน ตกเลือดและอุปกรณ์กึ่งพักรก



ระบบส่งต่อฉุกเฉิน COBER & Fast Track

เชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบ HIS และระบบ ส่งต่อที่รวดเร็วสำหรับภาวะฉุกเฉิน ทางสูติกรรม



พลังเครือข่ายและชุมชน (Partnership)

บูรณาการการทำงานร่วมกับ อสม. และ อปท. ในการติดตามและส่งต่อ ผู้ป่วยเชิงรุก



ร่าง ลดแม่ตาย เป็นรูปธรรม

ePPH

1. การ ANC ครรภ์เสี่ยง โดยสูติแพทย์
2. การติดตาม Risk และ **ศักยภาพ SW**
3. ใช้ partograph ทุกคน
4. 2 hour PP intensive care (สำหรับ **CU** เรา)
5. sw. ทำคลอด เสียเลือด 500 ml.+ ทำ Tet แจ้ง/ปรึกษา sw.ที่มีสูติแพทย์ (เวร)
6. ค้นหาโรคร่วม : หัวใจ ยาเสพติด PIH



ลดแม่ตาย เป็นรูปธรรม:

Protocol ตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

นโยบายและแนวทางปฏิบัติขั้นเด็ดขาด เขตสุขภาพที่ 8

*****เตรียมการใกล้เคียงพร้อมการดูแล*****

3 สาเหตุการตายมารดา (ไตรมาส1-2 ปี 2569) **ที่ต้องจัดการด้วยมาตรฐานเดียวกัน**

ePPH
(ตกเลือดหลังคลอด)



**เฝ้าระวังเข้มงวด
& ตัดสินใจฉับไว**

Sepsis
(ติดเชื้อในกระแสเลือด)



**ลดความเสี่ยง &
สหสาขาวิชาชีพ**

Birth Asphyxia
(ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด)



**ห้ามเสี่ยง &
สูติแพทย์ควบคุม**

ครอบคลุมด้วยการคัดกรองเชิงรุกตั้งแต่ ANC ถึงห้องคลอด

มาตรฐานเชิงรุกที่ต้องปฏิบัติในทุกเคส



การค้นหาและคัดกรอง

ค้นหาโรคร่วมอย่างละเอียดตั้งแต่
เนิ่นๆ: หัวใจ, ยาเสพติด, PIH

การ ANC ครรภ์เสี่ยง
ต้องดูแลโดย **สูติแพทย์** เท่านั้น



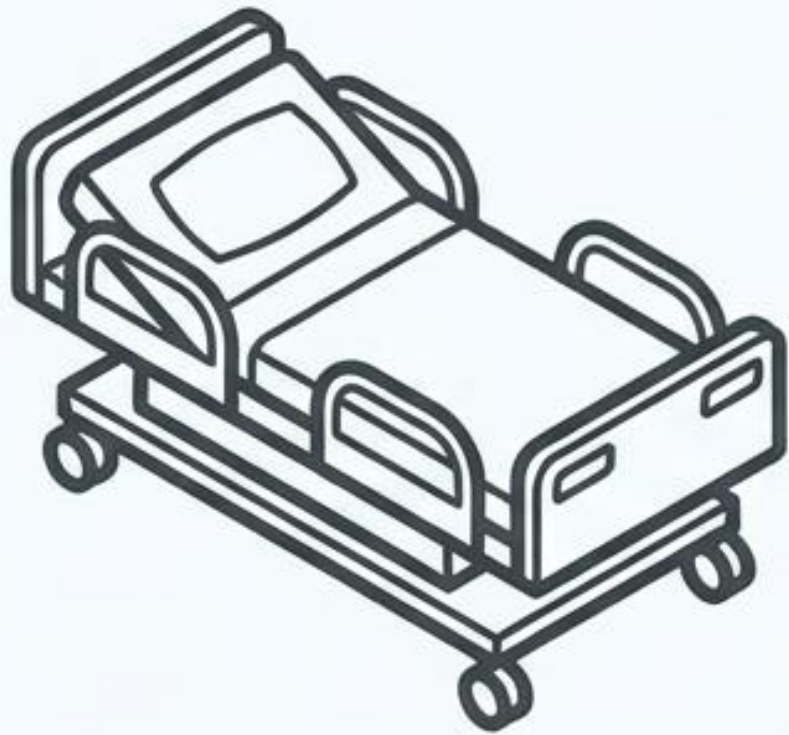
การติดตามระหว่างคลอด

ใช้ Partograph ทุกคน
อย่างเคร่งครัด

การวางแผนคลอดต้องประเมินตาม
Risk และ **ศักยภาพ**ของ SW. เสมอ

ePPH Directive 1: ยกระดับ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเทียบเท่า ICU

คิดว่าเป็น ICU เรา



2 hour PP intensive care

ช่วงเวลา 2 ชั่วโมงหลังคลอดไม่ใช้การพักผ่อน แต่คือช่วงเวลาวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ePPH Directive 2: ปริมาณเสียเลือด 500 มล.ให้รายงานทันที



รพ. ทำคลอด
ประเมินปริมาณเลือด
เสียเลือดแต่ละระดับวิกฤต



ให้ Tel แจ้ง / ประเมิน รพ.
ที่มีสูติแพทย์ (เวร) ทันที

ห้ามรอ

Sepsis Directive: การรักษาแบบ Fast-Track

สหสาขาวิชาชีพ



อายุรแพทย์ร่วมรักษาเมื่อวินิจฉัย

ทันทีที่สงสัยภาวะ Sepsis สูติแพทย์และอายุรแพทย์ต้องทำงานร่วมกัน

ทรัพยากรขั้นสุด



คิว ICU (ลัดคิว)

ผู้ป่วย Sepsis ทางสูติกรรมถือเป็น Priority สูงสุด ต้องประสานงานเพื่อได้เตียง ICU ทันที

สหสาขาวิชาชีพ



อายุรแพทย์ร่วมรักษาเมื่อวินิจฉัย

ทันทีที่สงสัยภาวะ Sepsis สูติแพทย์และอายุรแพทย์ต้องทำงานร่วมกัน

ทรัพยากรขั้นสุด



คิว ICU (ลัดคิว)

ผู้ป่วย Sepsis ทางสูติกรรมถือเป็น Priority สูงสุด ต้องประสานงานเพื่อได้เตียง ICU ทันที

Birth Asphyxia Directive: ดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดความเสี่ยง



Monitor ให้สูติแพทย์อ่าน

การแปลผลความผิดปกติของการรกในครรภ์ต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญ



ไม่ทำหัตถการยาก

หากประเมินว่ามีความเสี่ยงสูง ห้ามฝืนทำหัตถการที่ซับซ้อน
ให้เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลฉุกเฉิน

การดูแลกรณีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

ภาวะวิกฤต	เครื่องมือเฝ้าระวัง	การยกระดับแพทย์	การจัดการสถานที่
ePPH	Partograph	โทรปรึกษาสูติแพทย์ ทันทีที่ >500ml	2-Hour PP = ICU Level
Sepsis	Sepsis Screening	อายุรแพทย์ ร่วมรักษา	ลัดคิว ICU ทันที
Birth Asphyxia	Monitor & Partograph	สูติแพทย์ เป็นผู้อ่านผล	งดหัตถการยาก & เตรียมดูแลฉุกเฉิน

MATERNAL SEPSIS: RAPID RECOGNITION AND THE "GOLDEN HOUR"

IDENTIFYING THE RED FLAGS

SEPSIS CAUSES

MATERNAL DEATHS.

Between 2019–21, 10% of all maternal deaths were attributable to sepsis.



SEPSIS = INFECTION + ORGAN DYSFUNCTION.

Diagnosis is confirmed by an increase in the SOFA score of 2+ points.

IMMEDIATE MANAGEMENT

THE ONE-HOUR ANTIBIOTIC RULE.

Administer broad-spectrum IV antibiotics within 60 minutes of suspected sepsis.



LACTATE \geq 4 MMOL/L DEMANDS CRITICAL CARE.

High lactate indicates tissue hypoperfusion and requires immediate senior and intensive care input.

GOLDEN HOUR: 60 MINUTES



1. OXYGEN
Give high-flow oxygen

2. CULTURES
Take blood cultures

3. ANTIBIOTICS
Give IV antibiotics

4. FLUIDS
Give IV fluid challenge

5. LACTATE
Measure serum lactate

6. MONITOR URINE
Measure urine output

SEPSIS SIX

CLINICAL TRIGGERS FOR IMMEDIATE ESCALATION

CLINICAL TRIGGERS FOR IMMEDIATE ESCALATION.

Act immediately if respiratory rate \geq 25, heart rate $>$ 130, or systolic BP $<$ 90.

RED FLAG (HIGH RISK)	AMBER FLAG (MODEBATE)
RESPIRATORY RATE \geq 25 breaths/min	RESPIRATORY RATE 21–24 breaths/min
HEART RATE $>$ 130 bpm	HEART RATE 100–130 bpm
SYSTOLIC BP $<$ 90 mmHg	SYSTOLIC BP 91–100 mmHg

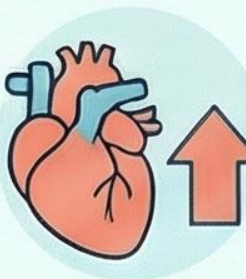
‘การดูแลหัวใจเพื่อครรภ์ที่ปลอดภัย: แนวทางมาตรการ 4P และการคัดกรองเชิงรุก’

การคัดกรองความเสี่ยงและสัญญาณเตือน (Screening & Warning Signs)



12 ข้อเช็คลิสต์ประเมินโรคหัวใจ

- ตรวจสอบอาการเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก ใจสั่น บวม บลราบไม่ได้ หรือตรวจพบเสียงฟู่ที่หัวใจ (Murmur)



การแบ่งกลุ่มความรุนแรง ตาม NYHA Class

แบ่งตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ตั้งแต่ Class I (ปกติ) ถึง Class IV (หอบเหนื่อยแม้ขณะพัก)



5 ปัจจัยเสี่ยงมารดา ที่ต้องเฝ้าระวัง

รวมถึงประวัติหัวใจล้มเหลว, ลิ้นหัวใจตีบรุนแรง, และความดันปอดสูง (Pulmonary Hypertension)

มาตรการ 4P เพื่อการดูแลที่สมบูรณ์ (4P Management Plan)



P1: Plan of Pregnancy & P2: Plan of ANC

ค้นหาความเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ และจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) เมื่อเริ่มฝากครรภ์



P3: Plan of Delivery

เน้นระบบ One Province One Labor Room เพื่อการตัดสินใจและส่งต่อที่รวดเร็ว

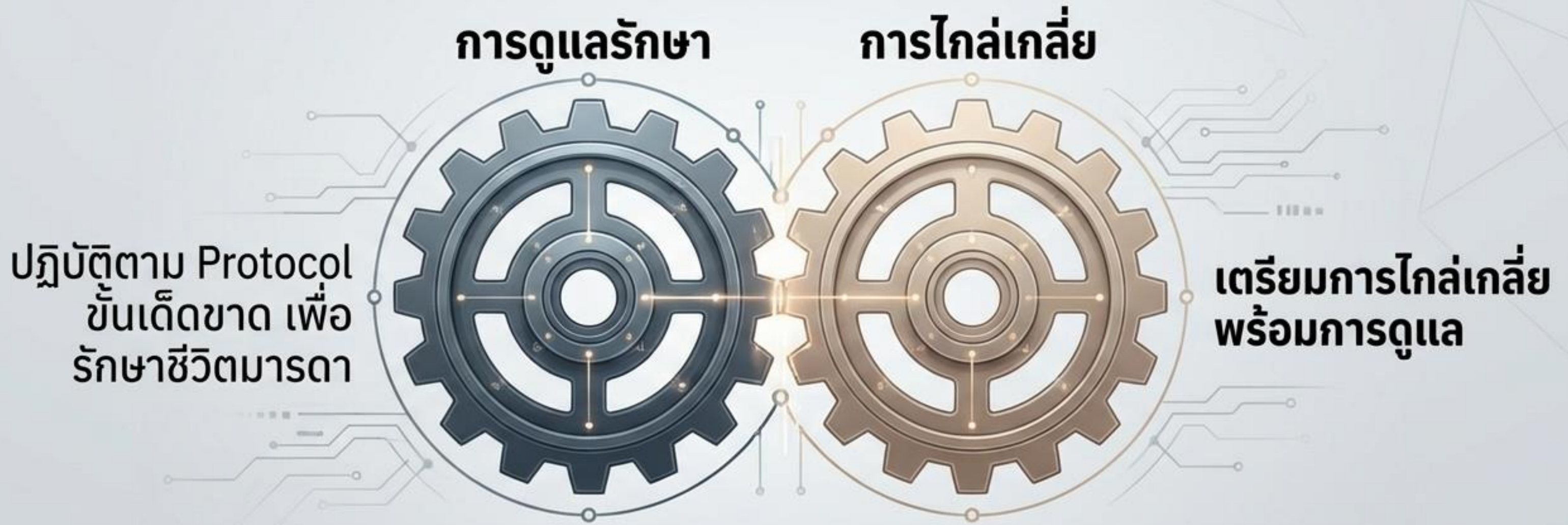


P4: Plan of Postpartum F/U

ติดตามเยี่ยมหลังคลอดอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายใน 72 ชั่วโมงแรก



พันธกิจคู่ขนาน: ความเป็นเลิศทางคลินิกและการบริหารความรู้สึกล



การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาอย่างเป็นรูปธรรม จะสำเร็จได้เมื่อเราจัดการวิกฤตทางร่างกาย
ควบคู่ไปกับการสื่อสารเพื่อเยียวยาจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยในทุกขั้นตอน

แนวทางการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา: เขตสุขภาพที่ 8

(Concrete Guidelines for Reducing Maternal Mortality: Health Region 8)

สรุปแนวทางปฏิบัติเชิงรุกเพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาในเขตสุขภาพที่ 8 โดยมุ่งเน้นการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่การฝากครรภ์ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะหลังคลอด และการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

การจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด (ePPH)



การดูแลเชิงรุกตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด

คัดกรองครรภ์เสี่ยงโดยสูติแพทย์ ใช้ Partograph ทุกราย และเฝ้าระวังเข้มข้นใน 2 ชม. แรกหลังคลอด

ค้นหาโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน

ตรวจสอบประวัติโรคหัวใจ การใช้ยาเสพติด และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (PIH) อย่างละเอียด

ระบบปรึกษาเร่งด่วนเมื่อเสียเลือดเกิน 500 มล.

โรงพยาบาลที่ทำคลอดต้องรับโทรแจ้งหรือปรึกษาสูติแพทย์เวรทันทีหากพบการเสียเลือดปริมาณมาก

การจัดการภาวะติดเชื้อ (Sepsis) และภาวะขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia)



Sepsis: ทางด่วน ICU และทีมอายุรแพทย์

เมื่อวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ ต้องให้อายุรแพทย์ร่วมดูแลทันทีและให้สิทธิ์ลัดคิวเข้า ICU



Birth Asphyxia: ติดตามผลโดยสูติแพทย์

สูติแพทย์ต้องเป็นผู้อ่านผล Monitor เสี่ยงหัดการยาก และเตรียมทีมดูแลการกให้พร้อม



เตรียมการใกล้เคียงควบคู่การดูแล

ให้ความสำคัญกับการสื่อสารและเตรียมความพร้อมในการใกล้เคียงไปพร้อมกับการให้การรักษาทันที





THANK YOU