

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ ๑
รอบที่ ๒ (๒๗-๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑)

หมวด Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) **แผนที่ ๖** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม (แม่และเด็ก)

ตัวชี้วัด ๑. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

๒. อัตราการคลอดก่อนกำหนด

๓. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

คำเป้าหมาย ๑. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ ๐

๒. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลงร้อยละ ๑๐ จากงบประมาณก่อน

๓. ลดการผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

๑. วิเคราะห์สถานการณ์และเป้าหมาย

อัตราการตายของมารดา จังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ (เป้าหมายไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิด) ๓๓.๒๖ , ๓๖.๙๑ , ๓๗.๘๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับและในปี ๒๕๖๑ (๗ เดือน) ไม่มีมารดาตาย โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีมารดาตาย ๑ ราย วิเคราะห์สาเหตุการตายเป็นสาเหตุโดยอ้อม (Indirect cause) สรุปลักษณะการตาย Tolfenpyrad ingestion with Acute respiratory failure จากประวัติ G๒ P๑ GA ๘ WKS NO ANC. ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยบนพื้นที่สูง ต. สันทะ อ. นาน้อย จ.น่าน สามีให้ประวัติว่า ทะเลาะกับสามี กินยาฆ่าแมลง ๒ แก้ว จากนั้นมีอาการซึม ไม่รู้สึกตัว เกร็งแขนทั้ง ๒ ข้าง อาเจียน น้ำลายฟูมปาก ญาตินำส่ง ร.พ. ร้องกวาง , GCS=๓ on ET Tube ส่งต่อมา ร.พ. แพร่ ประสานงานศูนย์พิษวิทยาโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ไม่มีรายงานการใช้ยาฆ่าแมลงชนิดนี้ในประเทศไทย ไม่มี Antidote ไม่ได้ส่งตรวจ gastric content เพื่อหาสารพิษเนื่องจากทราบตัวยาทึดเจี้ยน แพทย์ได้อธิบายแผนการรักษา และญาติปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยถึงแก่กรรม วันที่ ๓ เม.ย ๒๕๖๐

เวลา ๑๒.๐๗ น. เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงในจังหวัดน่าน ซึ่งเป็นเขตรอยต่ออำเภอร้องกวาง จ. แพร่ และการคมนาคมที่สะดวก ใกล้เคียงการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลน่าน จ. น่าน สำหรับผู้ป่วยรายนี้ยังไม่ได้มารับบริการฝากครรภ์ คาดว่าเกิดความเครียดจากครอบครัวของผู้ป่วยไม่ยอมรับฝ่ายชายตามประเพณี

การตกเลือดหลังคลอด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙- ๒๕๖๑ (๗ เดือน) พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด (ไม่เกินร้อยละ ๕) ๐.๗๔ และ ๑.๗๔ และ ๐.๒๖ ตามลำดับ วิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก uterine atony สามารถวินิจฉัยได้เร็ว และไม่เกิดภาวะช็อค

การคลอดก่อนกำหนด ในปี ๒๕๖๐ โรงพยาบาลแพร่ ได้เริ่มโครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ยา progesterone จึงได้ประสานงานกับ โรงพยาบาลชุมชนในการส่งตัวหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพื่อวัดความยาวของปากมดลูกและการให้ยา progesterone ในปี ๒๕๖๑ พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยา จำนวน ๔๕ ราย คลอดครบกำหนด (๒๖ ราย) ร้อยละ ๕๗.๗๘ คลอดก่อนกำหนด (๘ ราย) ร้อยละ ๑๗.๗๘ ยังไม่คลอด (๑๑ ราย) ร้อยละ ๒๔.๔๔ ไม่พบภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน และ พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๖.๐๙

อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ (๗ เดือน) พบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๗๓.๖๒ , ๗๗.๓๑ และ ๗๗.๐๕ ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังต่อการคลอด ส่วนใหญ่มีความประสงค์จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจาก กลัวการคลอด กลัวความเจ็บปวด กลัวการคลอดยาวนาน และทารกปลอดภัย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์มีความวิตกกังวล เรื่องการถูกฟ้องร้อง หรือความไม่พึงพอใจ

๑.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด

๑. อัตราการตายจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ ๐

โรงพยาบาล	ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐		ปี ๒๕๖๑ (ต.ค ๖๐-เม.ย. ๖๑)	
	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ
๑. แพร่	๐/๒,๒๑๔	๐	๐/๒,๒๗๑	๐	๐/๑๒๖๕	๐
๒. สูงเม่น	๐/๔๘	๐	๐/๓๘	๐	๐/๒๗	๐
๓. เด่นชัย	๐/๑๐๐	๐	๐/๑๐๔	๐	๐/๕๐	๐
๔. ลอง	๐/๘๖	๐	๐/๗๖	๐	๐/๓๖	๐
๕. วังชิ้น	๐/๔๓	๐	๐/๔๙	๐	๐/๓๑	๐
๖. หนองม่วงไข่	๐/๐	๐	๐/๑	๐	๐/๐	๐
๗. ร้องกวาง	๐/๑๖๒	๐	๐/๔๙	๐	๐/๘๐	๐
๘. ส่อง	๐/๕๖	๐	๐/๕๔	๐	๐/๓๐	๐
รวม	๐/๒,๗๐๙	๐	๐/๒,๖๔๒	๐	๐/๑๕๑๙	๐

แหล่งข้อมูลจากแบบรายงาน ก-๒ รายงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๒. อัตราตกเลือดหลังคลอด

โรงพยาบาล	ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐		ปี ๒๕๖๑ (ต.ค ๖๐-เม.ย ๖๑)	
	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ
๑. แพร่	๔/๒,๒๑๔	๐.๑๘	๓๗/๒,๒๗๑	๑.๖๓	๒/ ๑,๒๖๕	๐.๑๖
๒. สูงเม่น	๒/๔๘	๔.๑๗	๓/๓๘	๗.๘๙	๐/๒๗	๐
๓. เด่นชัย	๓/๑๐๐	๓	๐/๑๐๔	๐	๐/๕๐	๐
๔. ลอง	๒/๘๖	๒.๓๓	๑/๗๖	๑.๓๒	๑/๓๖	๒.๗๘
๕. วังชิ้น	๒/๔๓	๔.๖๕	๔/๔๙	๘.๑๖	๑/๓๑	๓.๓๑
๖. หนองม่วงไข่	๐/๐	๐	๐/๑	๐	๐/๐	๐
๗. ร้องกวาง	๗/๑๖๒	๔.๓๒	๑/๔๙	๒.๐๔	๐/๘๐	๐
๘. ส่อง	๐/๕๖	๐	๐/๕๔	๐	๐/๓๐	๐
รวม	๒๐/๒,๗๐๙	๐.๗๔	๔๖/๒,๖๔๒	๑.๗๔	๔/๑๕๑๙	๐.๒๖

แหล่งข้อมูล จากแบบรายงาน ก-๒ รายงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๓. ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์) ลดลงร้อยละ ๑๐ จากงบประมาณก่อน

โรงพยาบาล	อัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี ๒๕๕๕		อัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี ๒๕๖๐		อัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี ๒๕๖๑ (ต.ค. ๒๕๖๐-เม.ย. ๒๕๖๑)	
	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ
๑. แพรี	๑๕๔/๒๒๑๔	๖.๙๒	๑๒๘/๒๒๗๑	๕.๖๓	๗๗/๑๒๖๕	๖.๐๗
๒. สูงเเมน	๒/๔๘	๔.๑๗	๓/๓๘	๗.๘๙	๑/๒๗	๓.๗๐
๓. เคนซี่	๐/๑๐๐	๐	๑/๑๐๔	๐.๙	๑/๕๐	๒.๐
๔. ลอง	๒/๘๖	๒.๓๓	๓/๗๖	๓.๙๕	๑/๓๖	๒.๗๘
๕. วังขึ้น	๒/๔๓	๕	๐/๔๙	๐	๐/๓๑	๐
๖. หนองม่วงไข่	๐/๑	๐	๐/๑	๐	๐	๐
๗. ร้องกวาง	๑/๑๖๑	๐.๖๒	๐	๐	๒/๘๐	๒.๕
๘. สอง	๔/๕๖	๗.๑๔	๓/๕๔	๕.๕๖	๒/๓๐	๖.๖๗
รวม	๑๖๕/๒๗๐๙	๗.๔๗	๑๓๘/๒๕๙๓	๕.๓๒	๘๔/๑๕๑๙	๕.๕๓

แหล่งข้อมูล จากสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลเครือข่าย ๗ โรงพยาบาล

๔. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาล ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification (ต.ค ๖๐-เม.ย ๖๑)

อันดับ	Criteria	ต.ค.๖๐-เม.ย.๖๑ (รวม ๗ เดือน)				Contribution made by each group overall CS rate Of ๗๗.๒๓%
		CS	Vg	Total	ร้อยละ	
๑.	Nullipara, singleton cephalic, ≥ ๓๗ weeks, spontaneous labour	๑๕๕	๑๐๑	๒๕๖	๖๐.๕๕	๑๒.๒๕
๒.	Nullipara, singleton cephalic, ≥ ๓๗ weeks Induced or CS before labour	๒๗๙	๕	๒๘๔	๙๘.๒๔	๒๒.๐๖

อันดับ	Criteria	ต.ค.๖๐-เม.ย.๖๑ (รวม ๗ เดือน)				Contribution made by each group overall CS rate Of ๗๗.๒๓%
		CS	Vg	Total	ร้อยละ	
๓.	Multipara, singleton cephalic(exclude previous C/S) ≥ ๓๗ weeks in spontaneous labour	๕๒	๑๓๐	๑๘๒	๒๘.๕๗	๔.๑๑
๔.	Multipara, singleton cephalic, ≥ ๓๗ weeks(exclude previous C/S) Induced or CS before labour	๗๖	๕	๘๑	๙๓.๘๓	๖.๐๑
๕.	Previous Caesarean section, singleton cephalic, ≥ ๓๗ weeks Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	๓๑๙	๐	๓๑๙	๑๐๐	๒๕.๒๒
๖.	All nulliparous breeches Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	๒๖	๐	๒๖	๑๐๐	๒.๐๖
๗.	All multiparous breeches (including previous Caesarean section) Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	๒๒	๐	๒๒	๑๐๐	๑.๗๔
๘.	All multiple pregnancies (including previous Caesarean section) Spontaneous labour /Induced labour/Caesarean section before labour	๑๒	๑	๑๓	๙๒.๓๑	๐.๙๕
๙.	All abnormal lies(including previous Caesarean section but excluding breech) Spontaneous labour/Induced or CS before	๕	๐	๕	๑๐๐	๐.๔๐

อันดับ	Criteria	ต.ค.๖๐-เม.ย.๖๑ (รวม ๗ เดือน)				Contribution made by each group overall CS rate Of ๗๗.๒๓%
		CS	Vg	Total	ร้อยละ	
	labour					
๑๐.	All singleton cephalic, $\leq$ ๓๖ weeks (including previous Caesarean section) Spontaneous labour/Induced or CS before labour	๓๑	๔๖	๗๗	๔๐.๒๖	๒.๔๕
	Total	๙๗๗	๒๘๘	๑๒๖๕		๗๗.๒๓

แหล่งข้อมูล จากแบบรายงานข้อมูลหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลแพร่

๑.๒ พื้นที่เสี่ยง Hot Spot

๑. งานอนามัยแม่และเด็กภาพรวม

๒. การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด : ๑. รพ.แพร่ ๒. รพ.วังชิ้น ๓. รพ. ลอง

๓. การคลอดก่อนกำหนด : ๑. รพ.แพร่ ๒. ร.พ สอง ๓. รพ. สูงเม่น

๔. การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification พบสาเหตุจาก previous c/s มากสุด (ร้อยละ ๒๕.๑๙) รองลงมาเป็นกลุ่ม Nullipara, singleton cephalic, $\geq$ ๓๗ weeks Induced or CS before labour (ร้อยละ ๒๒.๓๒) กลุ่ม Nullipara, singleton cephalic, $\geq$ ๓๗ weeks, spontaneous labour คลอดทางช่องคลอดร้อยละ ๔๑.๘๖ และ กลุ่ม Multipara, singleton cephalic (exclude previous C/S) $\geq$ ๓๗ weeks in spontaneous labour คลอดทางช่องคลอดร้อยละ ๗๒.๕๓

๒. มาตรการและกลวิธี Essential Task

๒.๑ MCH Board ระดับจังหวัด ขับเคลื่อน นิเทศ ติดตามกำกับ ดูแลการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลแพร่ และ โรงพยาบาลเครือข่าย

๒.๒ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ นำมาตรการของเขตสุขภาพที่ ๑ สู่การปฏิบัติ

๑. มาตรการ LABOR ร่วมการใช้ Standing order ในภาวะ PPH, PIH , Preterm labour

๒. มาตรการการดูแล PIH และการดูแลร่วมกับกลุ่มงานอายุรกรรม

๓. งดการใช้ Cytotec ในการเร่งการคลอด

๔. การคัดกรองภาวะสุขภาพจิต (๒ Q , ๕- ST) และการดูแลรักษา ส่งต่อผู้ป่วยกับจิตเวชอย่างเหมาะสม โดยใช้มาตรการ SUICIDE โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ชนเผ่า , NO ANC และกลุ่มประวัติที่เคยคิดฆ่าตัวตาย

๕. การติดตามเยี่ยมเสริมพลังในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพแก่บุคลากร และการซ่อมแผนภาวะวิกฤติมารดา ทารก

๒.๓ การลดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (primary prevention) โดยการคัดกรองความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ร่วมกันการใช้ยา progesterone และการดูแลรักษาเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(secondary prevention)

๓. กำหนดเป้าหมายระยะสั้น Small Success

	Task List/Activities/ Project
รอบ ๓ เดือน	- ค้นหาความเสี่ยงสำคัญของการเกิด Maternal Deathย้อนหลัง ๓ ปี เพื่อวางแผนกลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ - ประกาศใช้มาตรการป้องกันมารดาตายของเขตสุขภาพที่ ๑ โดยแจ้งในที่ประชุม PCT สหุติ-นรีเวชกรรม ประชุม MCH Board โรงพยาบาลแพร์ และระดับจังหวัด - คัดกรองความเสี่ยงทางอายุรกรรม และสูติกรรม ประสานความร่วมมือกับอายุรกรรมในการให้การรักษาสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรม และการวางแผนคุมกำเนิดในรายที่มีความเสี่ยงสูง - ทบทวนระบบการส่งต่อรายโรคของโรงพยาบาลเครือข่าย เน้นการปรึกษาสูติแพทย์ผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือ การส่งข้อมูลบางส่วนทางไลน์เพื่อวางแผนการรักษาเบื้องต้นก่อนส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/หญิงคลอด - ส่งเสริมการใช้ Standing order PPH,PIH , Preterm labour ของเขตสุขภาพที่ ๑ อย่างจริงจัง
รอบ ๖ เดือน	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรดังนี้ ๑. โครงการพัฒนาศักยภาพการจัดการณสถานการณฉุกเฉินทางสูติกรรมของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลแพร์ ๒. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ๓. พัฒนาการเตรียมจ่ายโลหิตกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนโดยดำเนินการปรับปรุงขั้นตอน วิธีการเตรียมจ่ายเลือดภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนร่วมกับหอผู้ป่วย วิสัญญีและห้องผ่าตัด หน่วยงานธนาคารเลือด ๔. ประชุมเชิงปฏิบัติการณตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดเพื่อวัดความยาวปากมดลูกและให้ยา progesterone ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการฟื้นคืนชีพมารดา และทารก
รอบ ๙ เดือน	- ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับยา progesterone และพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ติดตาม HHC - ติดตามมาตรการ LABOR และประสานความร่วมมือกับห้องผ่าตัด และห้องฟักฟื้นในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด - ส่งเสริมการใช้ถุงตวงเลือด การชั่งตวงเลือด
รอบ ๑๒ เดือน	- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม ตามค่าเป้าหมาย ๑. อัตราการตายจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ ๐

	Task List/Activities/ Project
	๒. อัตราการตกเลือดหลังคลอด น้อยกว่า ร้อยละ ๕ ๓. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากงบประมาณก่อน

๔. ปัญหา อุปสรรค

๑. ด้านบุคลากร

๑.๑ ห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีอัตราการคลอดน้อย แพทย์ผู้ดูแลเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และมีการหมุนเวียนบ่อย พยาบาลวิชาชีพมีจำนวนไม่เพียงพอ มีทักษะและประสบการณ์น้อย ในการดูแลผู้ป่วยคลอดที่มีภาวะวิกฤติทางสูติกรรม

๑.๒ การฝึกซ้อมแผนช่วยเหลือมารดา และทารกในวิกฤติ ไม่สม่ำเสมอ

๒. ด้านงบประมาณ

๒.๑ การจัดสรรยา progesterone มีเฉพาะใน โรงพยาบาลทั่วไป ไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลชุมชน

๓. การจัดเก็บข้อมูลไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัดบางตัวที่ต้องการ

๕. ข้อเสนอแนะ /ความต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง

๑. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กอย่างสม่ำเสมอ

๒. สนับสนุนยา progesterone ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลชุมชน

๖. ผู้รับผิดชอบ

๑. พ.ญ. ฐิติมา ธรรมรงค์กุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแพร่
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘-๑๘๘๒-๑๕๕๑

๒. นางสาวทิพย์วรรณ ประสานศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘-๗๗๘๘-๙๙๗๒