



R8WAY
MOPH

Service Plan

Maternal and Child Health

เขตสุขภาพที่ 8



ประเด็นการประชุม

1. นำเสนอผลงานรอบ 9 เดือน
2. ทบทวน/เสนอแผน ปี 2564
3. KPI/เข็มมุ่ง ปี 2564
4. แผนพัฒนาระบบบริการ บุคลากร
ครุภัณฑ์ เครื่องมือ



เข็มมุ่ง SP MCH เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

- อัตราส่วนการตายมารดาลดลง 50 %
- อัตราทารกปรกติกำเนิดตายจากสาเหตุ BA ลดลง 50 %
- ลดการเกิด Near missed ในมารดา 50%
- การคลอดก่อนกำหนดลดลง 10%
- จังหวัดในเขต 8 ผ่าน PNC MCH ปีละ 2 จังหวัด
 - ปี 2562 สกลนคร หนองบัวลำภู
 - ปี 2563 เลย นครพนม
 - ปี 2564 หนองคาย บึงกาฬ

เป้าหมาย (Goal) : ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

แบ่งพื้นที่โซนการดูแล MCH Region 8 จำนวน 2 โซน

โซน 1

อุดรธานี
หนองคาย
หนองบัวลำภู
เลย

43

สตูดิแพทย์ทั่วไป 8 คน
*รพ.หนองคาย (S) 5 คน
*รพ.ร.ท่าบ่อ (M2) 3 คน
*รพ.โพนพิสัย (F1) 0 คน

สตูดิแพทย์ทั่วไป 5 คน
*รพ.บึงกาฬ (S) 3 คน
*รพ.เซกา (F1) 1 คน(ผอ.)
*รพ.บึงโขงหลง (F2) 1 คน(ผอ.)

โซน 2

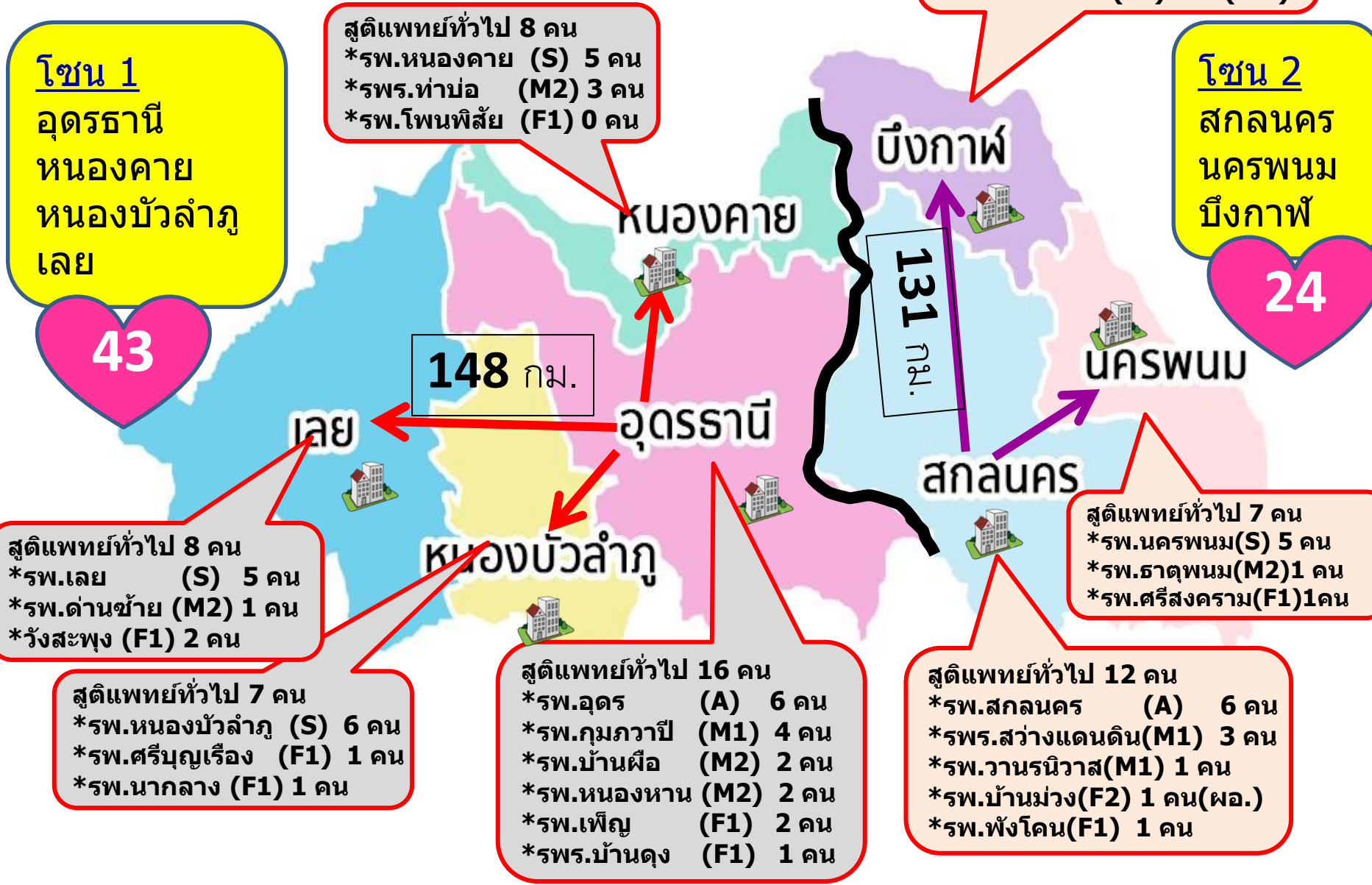
สกลนคร
นครพนม
บึงกาฬ

24

สตูดิแพทย์ทั่วไป 7 คน
*รพ.นครพนม(S) 5 คน
*รพ.ธาตุพนม(M2) 1 คน
*รพ.ศรีสงคราม(F1) 1 คน

สตูดิแพทย์ทั่วไป 12 คน
*รพ.สกลนคร (A) 6 คน
*รพ.ร.สว่างแดนดิน(M1) 3 คน
*รพ.วานรนิวาส(M1) 1 คน
*รพ.บ้านม่วง(F2) 1 คน(ผอ.)
*รพ.พังโคน(F1) 1 คน

สตูดิแพทย์ทั่วไป 16 คน
*รพ.อุดร (A) 6 คน
*รพ.กุมภวาปี (M1) 4 คน
*รพ.บ้านผือ (M2) 2 คน
*รพ.หนองหาน (M2) 2 คน
*รพ.เพ็ญ (F1) 2 คน
*รพ.ร.บ้านดุง (F1) 1 คน



สตูดิแพทย์ทั่วไป 8 คน
*รพ.เลย (S) 5 คน
*รพ.ด่านซ้าย (M2) 1 คน
*วังสะพุง (F1) 2 คน

สตูดิแพทย์ทั่วไป 7 คน
*รพ.หนองบัวลำภู (S) 6 คน
*รพ.ศรีบุญเรือง (F1) 1 คน
*รพ.นาแก (F1) 1 คน

131 กม.

148 กม.

(R 8 Model) 2020

Service setting	Assessment	Goal	Intervention	Management	
ANC	Very Low Risk เสี่ยงต่ำมาก ระดับ 1	ปี 63 MMR<8 แสนLB ปี 64 MMR<4 แสนLB ปี 65 MMR=0 แสนLB	Risk Classifying WHO 18ข้อ	<u>ระดับเขต</u> @MCH Board @ราชวิทยาลัยสูติฯ @ ศูนย์อนามัยที่ 8 @ สำนักงานแพทย์ที่ 8 @ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 @ สำนักควบคุมโรคที่ 8 @ Region 8 Model @ MCH 7 จังหวัด	
	Low Risk เสี่ยงต่ำ ระดับ 2 (พบความเสี่ยงตาม WHO)	Advocacy			
	High Risk เสี่ยงสูง ระดับ 3 (พบความเสี่ยงตาม WHO/ Post term/ส่วนน้ำหนักไขศรีษะ/9Q ≥7 คะแนน /ติด สารเสพติด/control Med/Heart disease class1)				-Policy Advocacy
	Very High Risk เสี่ยงสูงมาก ระดับ 4 (พบความเสี่ยงตาม WHO/Rh negative/ uncontrol Med/severe PIH/SLE /Anomaly/Tripet/Thyroid/Heart class2-4)				-MCH Board -Training
LR	Low Risk (No previous uterine surgery/คลอดทางVgไม่เกิน 4ครั้ง/No Hx bleeding/PPH)	-Partnership (สปสช.)	-17ข้อ การ คลอด คุณภาพ -ถุงดวงเลือด -Balloon temponade -Fast track	<u>ระดับจังหวัด</u> @MCH Board @ประเมินมาตรฐาน @ ระดับชุมชน @ คปสอ./พขอ.	
	High Risk (Previous uterine surgery/คลอดทางVgเกิน4 ครั้ง/Hx bleeding/PPH/เนื้องอก/ Chorioamnioti)	-Zoning Area			
	Very High Risk (Placenta previa/Low lying placenta/Suspected placenta accreta, increta, percreta/ Hct<30/Active bleed/Known coagulopathy	-Sharing Human -พขอ.			

PP&COC → Assessment/Management ตามมาตรฐาน 2 ชม./24ชม./หลัง24ชม./หลังคลอด



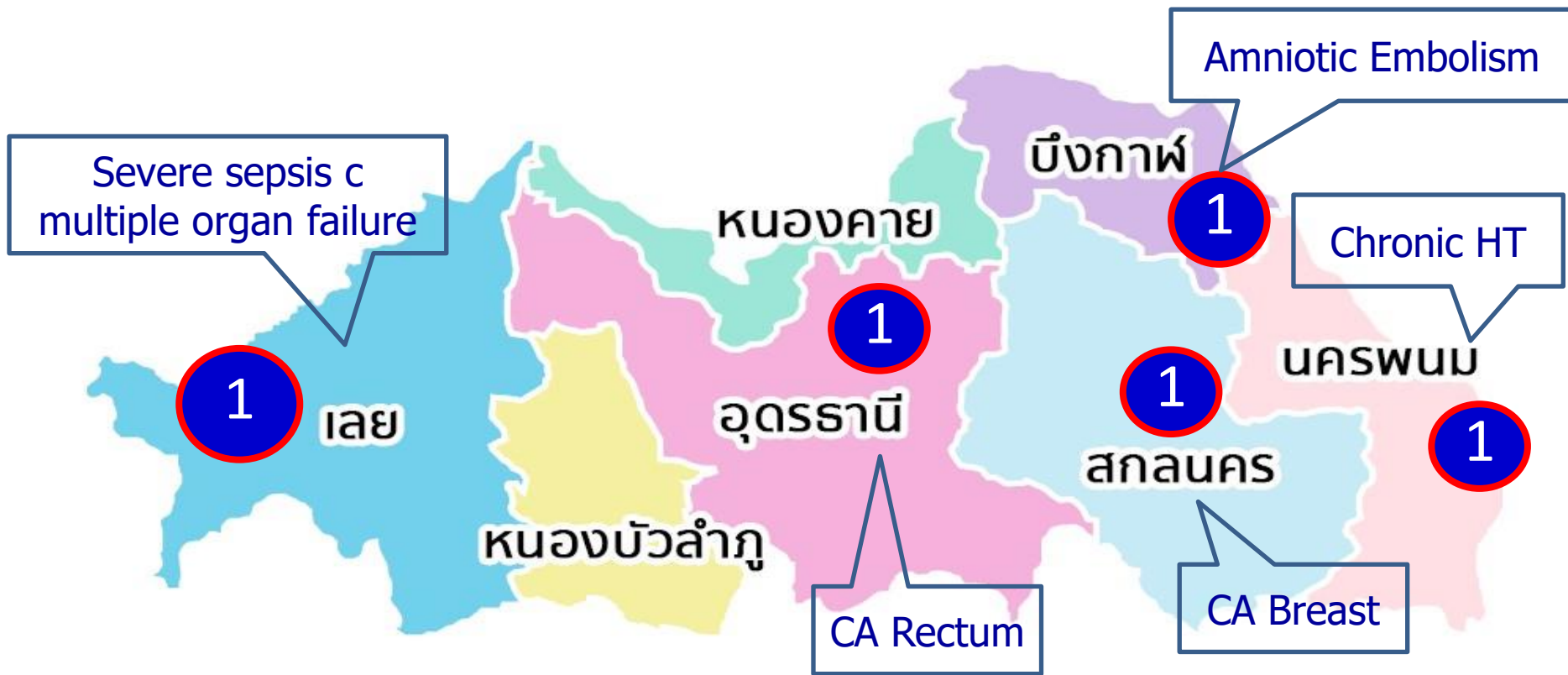
สรุปสถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563 (ณ มิย.63)

เด็กเกิดมีชีพ
27,925 คน

จำนวนมารดาตาย จำนวน 5 ราย = 17.91 ต่อแสนLB

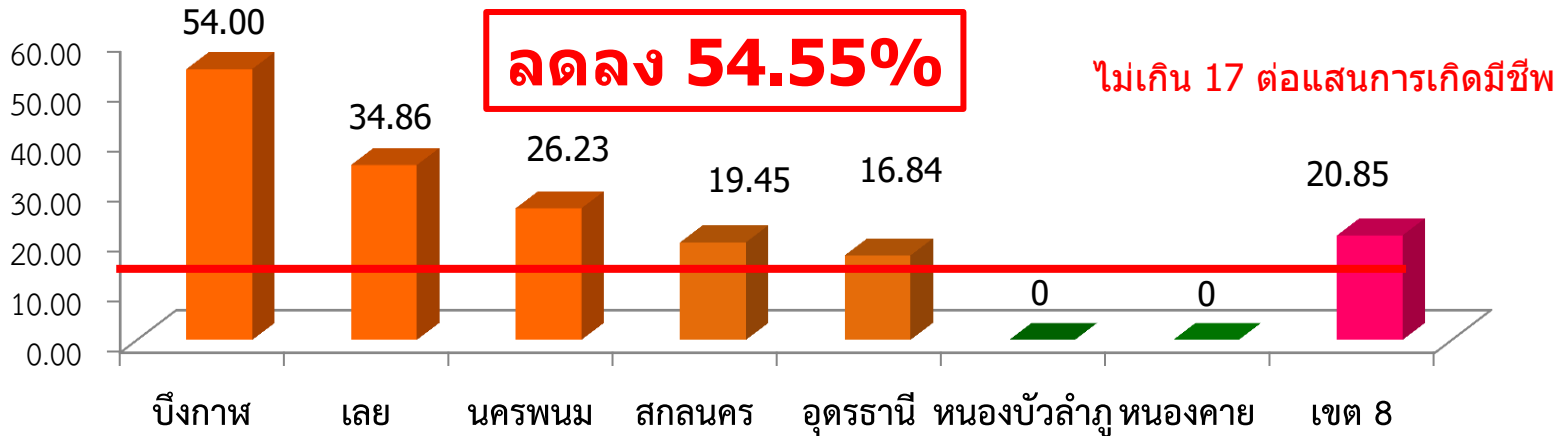
Direct cause จำนวน 2 ราย (40%) **Chronic HT, Amniotic Embolism**

Indirect cause จำนวน 3 ราย (60%) **Severe sepsis c multiple organ failure, CA Breast, CA Rectum**

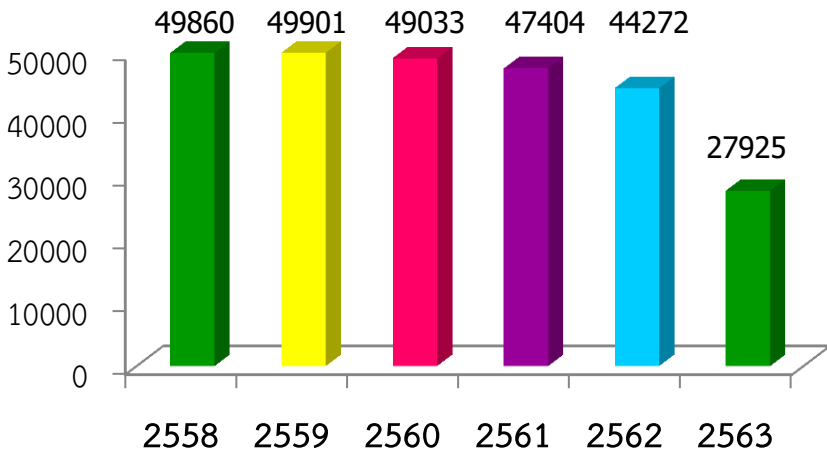




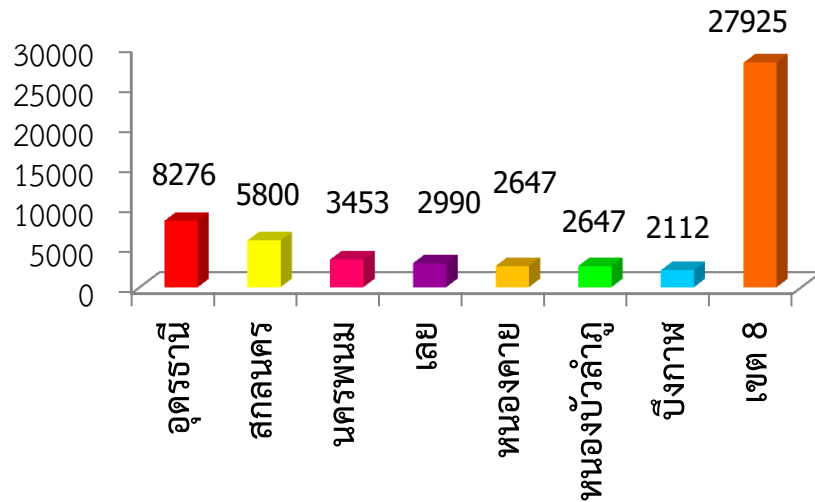
อัตราการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 8 (ตค.62 – มีย.63)



จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ปี2558-2563 ณ มีย.63



จำนวนเด็กเกิดมีชีพ (ปี 63 ณ มีย.63)





ทารกตายจากสาเหตุ Birth Asphyxia เขตสุขภาพที่ 8 รอบ 9 เดือน (ตค.62-มิย.63)

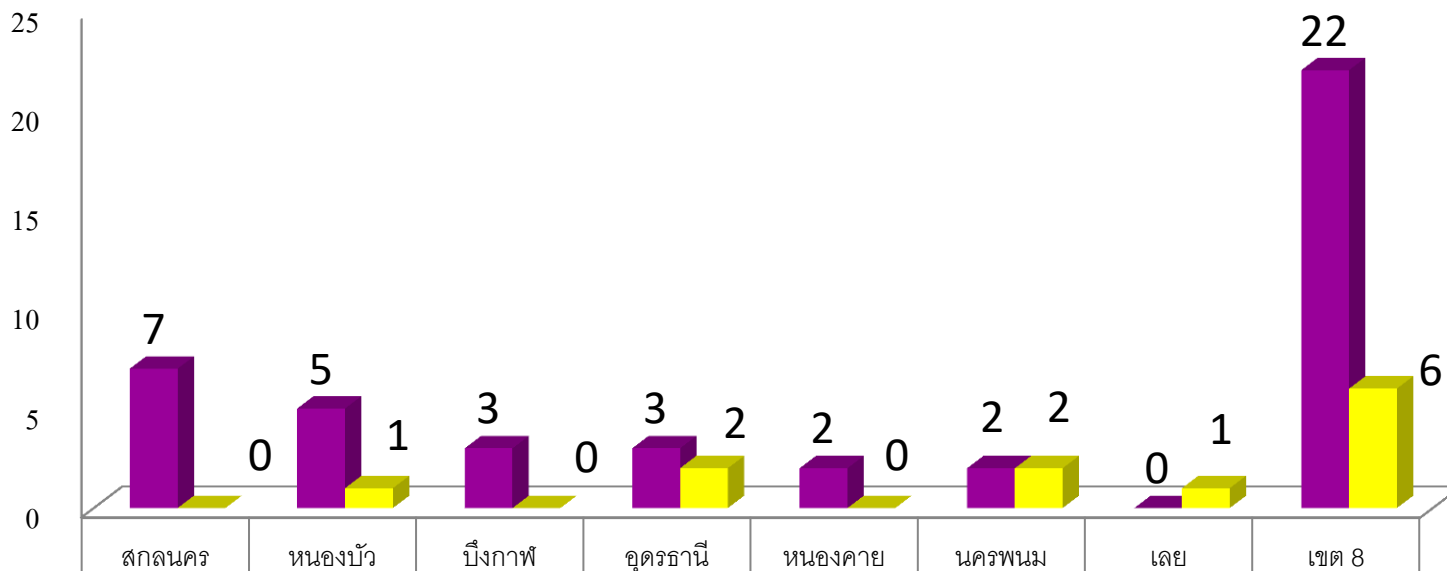
ลดลงจากเดิม 50%

ปี 2562 ทารกตายจาก BA 22 คน

ปี 2563 ทารกตายจาก BA ไม่เกิน 11 คน

ทารกตายจาก BA 5 คน = 4.88%

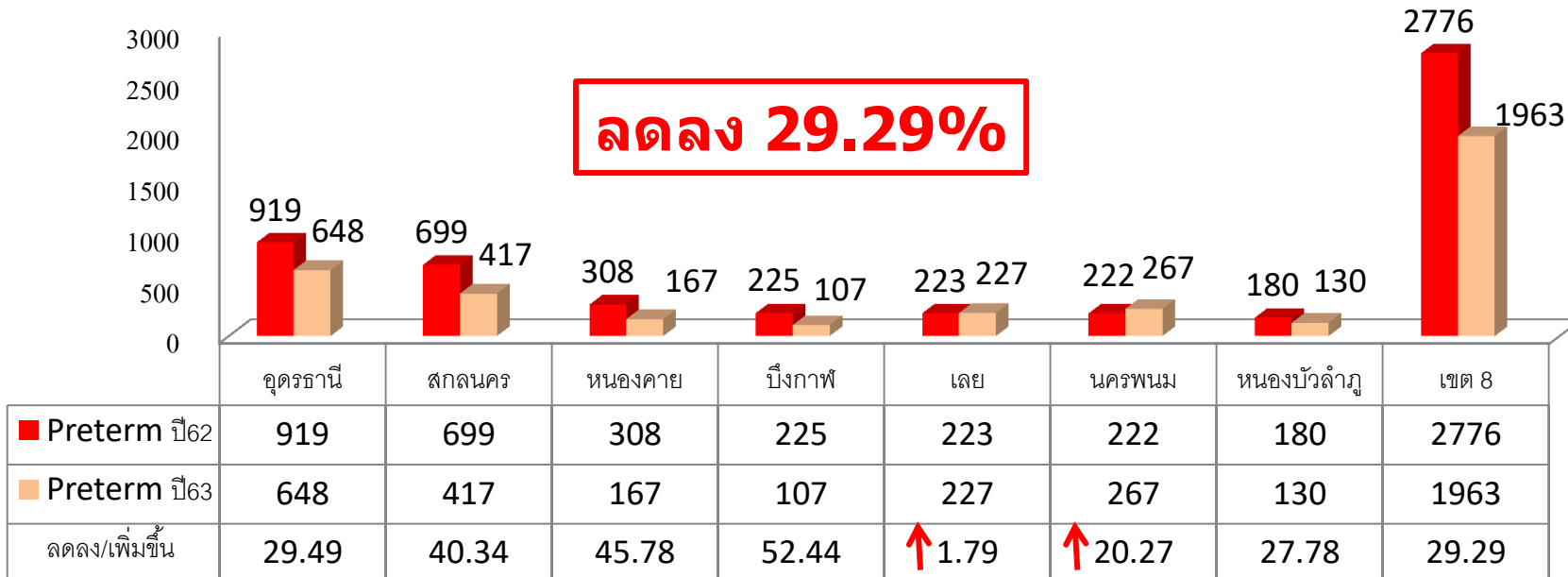
ลดลง 72.73 %



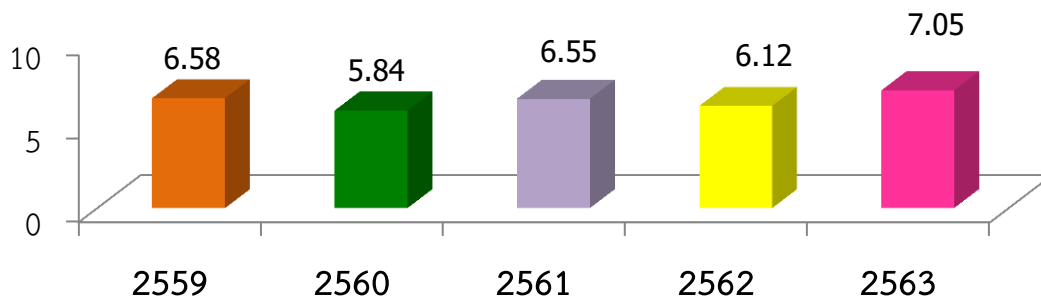
■ จำนวนทารกตายจาก BA ปี 62	7	5	3	3	2	2	0	22
■ จำนวนทารกตายจาก BA ปี 63	0	1	0	2	0	2	1	6



การคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 8 (ตค.62 – มีย.63)



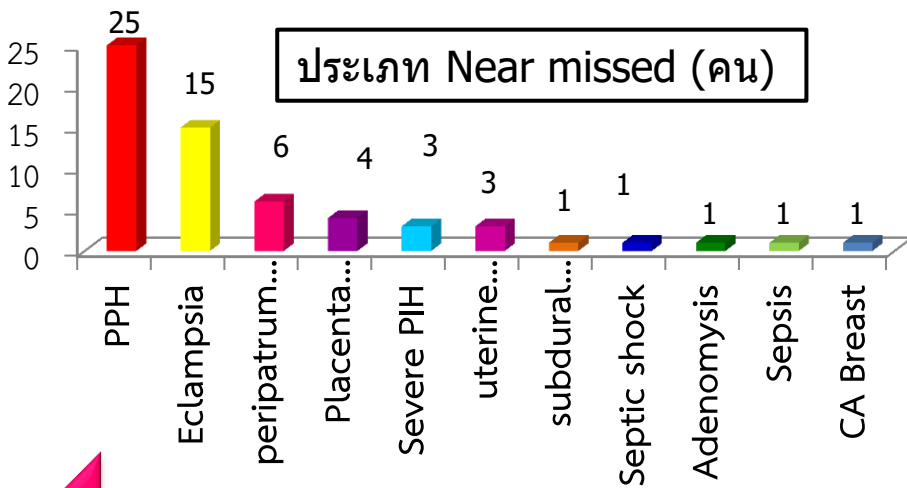
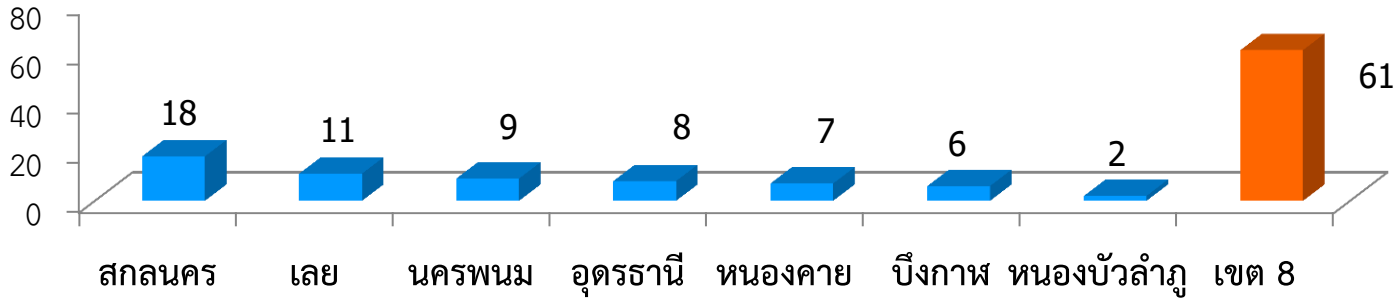
การคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559-2563 ณ มีย.63





สถานการณ์ Near missed เขตสุขภาพที่ 8 (1ตค.62 – 29 มีย.63)

**Near missed 61 ราย จาก
Eclampsia, hysterectomy, PPH, unplanned ICU**



ดัดมดลูก ทั้งหมด 25 ราย จากสาเหตุ

1. PPH c uterine atony จำนวน 17 ราย
2. Placenta accreta จำนวน 4 ราย
3. Uterine rupture จำนวน 3 ราย
4. Adenomyosis c active bleed จำนวน 1 ราย

รายงาน Monitor MMR ทุกวันจันทร์

Time Line PNC MCH เขตสุขภาพที่ 8

ปี 2562 ผ่านการรับรอง PNC MCH 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี

วันที่ 23-24 ธค.2562 จังหวัดสกลนครผ่านการประเมินรับรอง PNC MCH

เป้าหมาย ปี 2563

1.จังหวัดหนองบัวลำภู

(ส่งProfile สรพ.แล้ว) รอการประเมินรับรอง ช่วงเมษายน 2563

2.จังหวัดเลย อยู่ระหว่างดำเนินการประเมินตนเองและเขียน Profile

3.จังหวัดนครพนม อยู่ระหว่างดำเนินการประเมินตนเองและเขียน Profile



เข็มมุ่ง SP MCH เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2564

- อัตราส่วนการตายมารดาลดลง 50 %
- อัตราทารกปรกติกำเนิด ไม่เกิน 6 ต่อพันการเกิดทั้งหมด
- อัตราทารกปรกติกำเนิดตายจากสาเหตุ BA ลดลง 50 %
- อัตรา Severe Birth Asphyxia ลดลง 10 %
- การคลอดก่อนกำหนดลดลง 10%
- จังหวัดในเขต 8 ผ่าน PNC MCH ปีละ 2 จังหวัด
 - ปี 2564 หนองบัวลำภู เลย นครพนม
 - ปี 2565 หนองคาย บึงกาฬ

เป้าหมาย (Goal) : ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

(ร่าง) ยุทธศาสตร์ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 8

ยุทธศาสตร์ที่ 1

เสริมสร้างความเข้มแข็ง
ของภาคีเครือข่ายทุกระดับ

กิจกรรม

- ค้นหากลุ่มเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์
- เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (สาวไทย แก้มแดง)
- ค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์
- ประชาสัมพันธ์ร่วมกับอปท.ในการขับเคลื่อนงานแม่และเด็กในชุมชน
- ประสพการณ์เล่าสู่กันฟังในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2

สร้าง
กระบวนการพัฒนา

กิจกรรม

- คัดข้อมูลครรภ์เสี่ยง
- ติดตามขาดนัดกลุ่มเสี่ยง/เยี่ยมพร้อมให้คำแนะนำ
- รร.พ่อแม่รายบุคคล
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชน
- ประชุม MCH Board
- จัดทำโปรแกรมจัดเก็บข้อมูล ANC Dashboard
- นิเทศ/Coaching

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาระบบบริการ
สุขภาพแม่และเด็ก

กิจกรรม

- MCH Board คุณภาพ
- ANC คุณภาพ
- LR คุณภาพ
- PP คุณภาพ
- กิจกรรมทบทวนคุณภาพ -MM conference
- -KM & CQI & coaching
- ประชุมเชิงปฏิบัติการทักษะการดูแลภาวะวิกฤตฉุกเฉิน/ซ้อมแผน
- ฝึกทักษะประสพการณ์บุคลากร ANC LR NICU ร่วมกับรพ.แม่โขง
- ฝึกทักษะความเชี่ยวชาญ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 8

ค้นหากลุ่มเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์
Primary Prevention
Health literacy
 ♦วัยเรียน วัยรุ่น
 ↳ ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์
 ↳ วัคซีน
 ↳ ค้นหาโรคประจำตัว
 ♦แม่ตั้งครรภ์ (ANC คุณภาพ) ค้นหาความเสี่ยง
 ↳ อาการผิดปกติ
 ↳ อาหาร
 ↳ การปฏิบัติตัว
 ↳ ประวัติโรคประจำตัว
 ↳ ซึมเศร้า, ความเครียด

Sharing Human & Training
 ♦สมรรถนะ บุคลากร + ฝึกประสบการณ์
LR 10 วัน/คน/ปี
 ♦ซ้อมแผนฉุกเฉิน ในชุมชน+รพสต.+รพ.
 ♦**Residency training plan**

พัฒนาบริการคุณภาพ
 •ANC คุณภาพ รพ. A,S,M,F,รพสต.
 •Risk group care รพ. A,S,M,F,รพสต.
 •LR คุณภาพ รพ.ระดับ A, S, M, F (พิจารณาคกรรค์เสี่ยงสูงควรคลอด ในรพ. ที่มีสูติแพทย์ใช้ระบบส่งต่อรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า)
 •PP คุณภาพ รพ. A, S, M, F ,รพสต.
 •ระบบส่งต่อคุณภาพ (Rapid Ob Emergency Response) ,RObER รพ. A, S, M, F (20:30:60)
 •ระบบปรึกษาโดยสูติแพทย์ 24 ชม.

เป้าหมาย
 •มารดาตายลดลง
 •ทารกตายปริกำเนิดลดลง
 •ผ่านรับรอง PNC MCH ทั้งเขตภายในปี 67

SD MCH 1 บริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอด

SD MCH 2 บริการมารดาตกเลือดหลังคลอด

SD MCH 3 บริการดูแลรักษาส่งต่อทารกแรกเกิดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

Zoning โซน 1 **อุดรธานี** หนองคาย หนองบัวลำภู เลย
 โซน 2 **สกลนคร** นครพนม บึงกาฬ



•พัฒนาระบบโปรแกรมฐานข้อมูลผ่านระบบ ANC Dashboard Monitor case High risk pregnancy

- ❑ พัฒนา ANC คุณภาพ รพ. A, S, M, F ,รพสต. **เพิ่มเติมการคัดกรอง ST5 2Q ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และก่อนกลับบ้านหลังคลอด**
- ❑ พัฒนา LR คุณภาพ, PP คุณภาพรพ.ระดับ A, S, M, F (พิจารณา ครรภ์เสี่ยงสูงควรคลอด ในรพ.ที่มีสูติแพทย์ใช้ระบบส่งต่อรพ.ที่มี ศักยภาพสูงกว่า) **(เน้นซ้อมแผนฉุกเฉิน 4 สถานการณ์-คลอดติดไหล่, ชัก, ตกเลือด, fetal distress)**
- ❑ พัฒนาระบบส่งต่อคุณภาพ **Rapid Ob Emergency Response (RObER) เป้าหมาย 20:30:60 (20 นาทีถึงหุ้หมอสูติ, 30 นาทีล้อ หมุน, ทำผ่าตัดใน 60 นาที 24 ชั่วโมง) รพ. A, S, M, F**
- ❑ พัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ A,S,M1,M2 ให้สามารถดูแลเครือข่าย
- ❑ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้พบสูติแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน มีระบบ ปรึกษา Risk group care โดยสูติแพทย์ 24 ชม.

GAP : 1. Health Literacy –หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง กาย/**ใจ**

-วัยรุ่นตั้งครรภ์ ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์

2. หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยง/โรคประจำตัวทางอายุรกรรม
3. ระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษากรณีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน
4. บุคลากรขาดสมรรถนะ ทักษะ ในการดูแลประเมิน
5. LR ในรพ.ระดับ F2 F3 บางแห่งยังขาดระบบการสำรองเลือด

พัฒนาระบบการส่งต่อ เขตสุขภาพที่ 8

60 นาที 24 ชั่วโมง

สตูดิโอแพทย์ทั่วไป 8 คน
*รพ.หนองคาย (S) 5 คน
*รพ.ร.ท่าบ่อ (M2) 3 คน

สตูดิโอแพทย์ทั่วไป 5 คน
*รพ.บึงกาฬ (S) 3 คน
*รพ.เซกา (F1) 1 คน(ผอ.)
*รพ.บึงโขงหลง (F2) 1 คน(ผอ.)

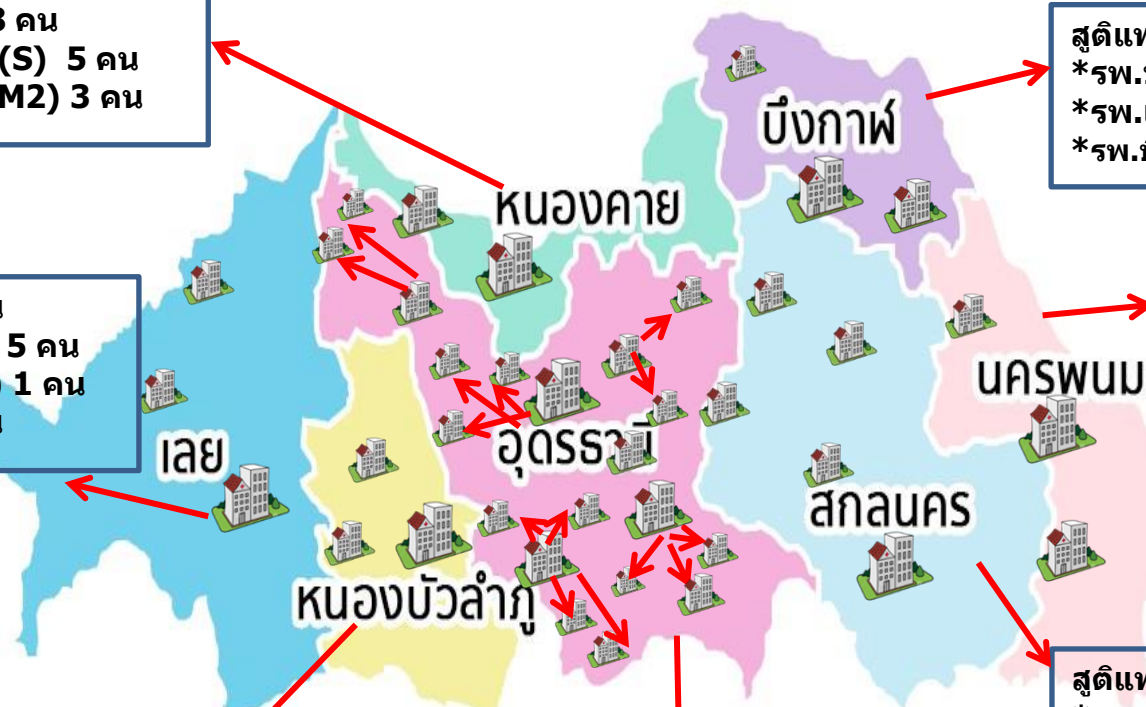
สตูดิโอแพทย์ทั่วไป 7 คน
*รพ.นครพนม(S) 5 คน
*รพ.ธาตุพนม(M2) 1 คน
*รพ.ศรีสงคราม(F1) 1 คน

สตูดิโอแพทย์ทั่วไป 12 คน
*รพ.สกลนคร (A) 6 คน
*รพ.สว่างแดนดิน(M1) 3 คน
*รพ.บ้านม่วง(F2) 1 คน(ผอ.)
*รพ.พังโคน(F1) 1 คน

สตูดิโอแพทย์ทั่วไป 17 คน
*รพ.อุดร (A) 6 คน
*รพ.กุมภวาปี (M1) 4 คน
*รพ.บ้านผือ (M2) 2 คน
*รพ.หนองหาน (M2) 2 คน
*รพ.เพ็ญ (F1) 2 คน
*รพ.ร.บ้านดุง (M1) 1 คน

สตูดิโอแพทย์ทั่วไป 8 คน
*รพ.หนองบัวลำภู (S) 6 คน
*รพ.ศรีบุญเรือง (F1) 1 คน
*รพ.นากลาง (F1) 1 คน

สตูดิโอแพทย์ทั่วไป 8 คน
*รพ.เลย (S) 5 คน
*รพ.ด่านซ้าย (M2) 1 คน
*รพ.วังสะพุง (F1) 2 คน



การวางระบบป้องกัน PPH เขตสุขภาพที่ 8

สูติแพทย์ทั่วไป 8 คน
 *รพ.หนองคาย (S) 5 คน
 *รพ.ท่าบ่อ (M2) 3 คน
ขาดระบบการสำรองเลือด
 *รพ.สังคม *รพ.โพธิ์ตาก
 *รพ.สระใคร *รพ.เผ่าไร่
 *รพ.รัตนวาปี

SD MCH 2 บริการมารดาตกเลือดหลังคลอด
 > ระบบสำรองเลือดและยาที่จำเป็น รพ.ทุกระดับ
 > M1 M2 และ F1 ที่มีสูติแพทย์สามารถทำ
 Hysterectomy และหัตถการ กรณี PPH

สูติแพทย์ทั่วไป 5 คน
 *รพ.บึงกาฬ (S) 3 คน
 *รพ.เซกา (F1) 1 คน(ผอ.)
 *รพ.บึงโขงหลง (F2) 1 คน(ผอ.)
รพ.ทุกแห่งมีระบบการสำรองเลือด

สูติแพทย์ทั่วไป 7 คน
 *รพ.นครพนม(S) 5 คน
 *รพ.ธาตุพนม(M2) 1 คน
 *รพ.ศรีสงคราม(F1) 1 คน
ขาดระบบการสำรองเลือด
 *รพ.นาแก *รพ.ปลาปาก
 *รพ.บ้านแพง *รพ.ท่าอุเทน
 *รพ.นาหว้า *รพ.นาทม
 *รพ.โพนสวรรค์ *รพ.วังยาง

สูติแพทย์ทั่วไป 8 คน
 *รพ.เลย (S) 5 คน
 *รพ.ด่านซ้าย (M2) 1 คน
 *วังสะพุง (F1) 2 คน
ขาดระบบการสำรองเลือด
 *รพ.ท่าลี่ *รพ.ภูกระดึง
 *รพ.ผาขาว *รพ.ปากชม
 *รพ.เอราวัณ *รพ.ภูหลวง
 *รพ.นาด้วง *รพ.ภูเรือ
 *รพ.นาแห้ว *รพ.หนองหิน



สูติแพทย์ทั่วไป 8 คน
 *รพ.หนองบัวลำภู (S) 6 คน
 *รพ.ศรีบุญเรือง (F1) 1 คน
 *รพ.นาแก (F1) 1 คน
ขาดระบบการสำรองเลือด
 รพ.นาวัง

สูติแพทย์ทั่วไป 17 คน
 *รพ.อุดร (A) 6 คน
 *รพ.กุมภวาปี (M1) 4 คน
 *รพ.บ้านผือ (M2) 2 คน
 *รพ.หนองหาน (M2) 2 คน
 *รพ.เพ็ญ (F1) 2 คน
 *รพ.บ้านดุง (M1) 1 คน
รพ.ทุกแห่งมีระบบการสำรองเลือด

สูติแพทย์ทั่วไป 12 คน
 *รพ.สกลนคร (A) 6 คน
 *รพ.สว่างแดนดิน(M1) 3 คน
 *รพ.วานรนิวาส(M1) 1 คน
 *รพ.บ้านม่วง(F2) 1 คน(ผอ.)
 *รพ.พังโคน(F1) 1 คน
ขาดระบบการสำรองเลือด
 *รพ.กุดบาก
 *รพ.นิคมน้ำอูน

**ระบบสำรองเลือด คือ
 รพ.ต้องมีเลือดไว้สำรองอย่างน้อย 2 ยูนิต**

แนวทางปฏิบัติเพื่อลดมารดาเสียชีวิต

โรคสำคัญ	ANC	LR	PP	COC	Refer
PPH	<ul style="list-style-type: none"> -ให้ยาบำรุง ให้ Hct>30vol% -กรณี placenta previa ถ้าสงสัย placenta accreta ให้ส่ง MRI -กรณีเคยผ่าคลอด ให้สอน self detected uterine contraction 	<ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มเสี่ยงเจาะ lab,จองเลือด แรกรับ -ทุกรพ.สำรองเลือดตามบริบท อย่างน้อย$\geq 2U$ -ใช้ Partograph ,ใช้ถ่วงตวงเลือด ,ซ้อมแผน PPH , กำหนดเวลาการรักษาด้วยยา ถ้าไม่ดีขึ้นให้รีบส่งต่อ -นวัตกรรม Alert team รพช.ด้วยการใช้ เสียเลือด 300 ml. -นวัตกรรม Alert สูติแพทย์ ทุกห้องคลอด:เสียเลือด 500 ml.ให้โทรปรึกษาสูติแพทย์ทันที -นวัตกรรม 2hr.intensive care in LR 	<ul style="list-style-type: none"> -closed observation 24 hr. in PP 	<ul style="list-style-type: none"> -กรณีตัดมดลูกหรือต้องเย็บแผล ฝึเย็บหลายครั้ง ให้ส่งต่อตรวจแผลซ้ำ 	<ul style="list-style-type: none"> -ระหว่างประสานส่งต่อให้ใส่ condom balloon tamponade ทุกราย -ระหว่างนำส่งให้วัด BP,PR,RR ทุก 15นาที -ก่อนถึงรพ. เป้าหมาย 20 นาที ให้ประเมินปริมาณเสียเลือดเพิ่มเติม ในกรณียังไม่คลอดให้ตรวจภายในเพื่อประเมินการคลอด
PIH	<ul style="list-style-type: none"> -ป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ด้วย ASA -รพ.สต.ส่งต่อเมื่อมีสัญญาณเตือนภัย -รพช.วินิจฉัย SPE ให้รีบปรึกษาสูติแพทย์ เพื่อให้ MgSO4ที่รพช. -ส่งต่อล้มหมอน เมื่อ BP<160/110 	<ul style="list-style-type: none"> -ติดตามอาการใกล้ขีดจนถึง 3วันแรกหลังคลอด -ยุติการตั้งครรภ์หลัง BP stable 4-6 ชม. 	<ul style="list-style-type: none"> -closed observation 24 hr. in PP 	<ul style="list-style-type: none"> -กรณีชักให้ส่งต่อเย็บมบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> -ระหว่างส่งต่อเตรียม MgSO4และอุปกรณ์พร้อมช่วยเหลือเมื่อชัก

แนวทางปฏิบัติเพื่อลดมารดาเสียชีวิต

โรคสำคัญ	ANC	LR	PP	COC	Refer
Med disease	<ul style="list-style-type: none"> -สูติแพทย์ติดตามการรักษาพร้อมอายุรแพทย์ -ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ -ยุติการตั้งครรภ์กรณีครรภ์เสี่ยงสูง 	<ul style="list-style-type: none"> -แรกรับวัด oxygen satทุกราย -ค้นหาสัญญาณเตือนภัยเชิงรุกในโรคสำคัญ ได้แก่ หัวใจวาย, DKA, thyroid, platelet ต่ำ -จอง ICU หากมีข้อบ่งชี้ 	-ให้บริการคุมกำเนิด	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเยี่ยมบ้าน - mapping ร่วมกับทีม 1669 	-ส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อรักษา ร่วมกัน
Suicide	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมิน 2Q, 9Q, 8Q แรก ANC และทุกไตรมาส -กำหนดกลุ่มเสี่ยง ติดตาม ใกล้ชิด -พบความเสี่ยงส่งปรึกษา จิตแพทย์ -ถ้าพบปัญหายาเสพติด ให้ดูแลเพิ่มเติม 	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมิน 2Q, 9Q, 8Q แรกรับ -ถ้าพบปัญหาให้ปรึกษา จิตแพทย์ -ถ้าพบปัญหา ยาเสพติด ให้ดูแลเพิ่มเติม 	<ul style="list-style-type: none"> -ถ้าห้องคลอด ไม่ได้ ประเมิน 2Q, 9Q, 8Q ให้ ประเมิน 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งต่อ เยี่ยมบ้าน -ถ้าพบ ปัญหา ยาเสพติด ให้ส่งต่อ 	ส่งปรึกษา จิตแพทย์เพื่อ รักษา ร่วมกัน
Criminal abortion	<ul style="list-style-type: none"> -จัดช่องทางบริการ คุมกำเนิด -จัดช่องทางเข้าถึง RSA -ถ้ามาในระยะ sepsis ให้รักษาตามแนวทาง sepsis guideline -หลังปลอดภัยให้บริการ คุมกำเนิด 				

Key Process Udon Model

“Risk ชัด จัดตาม ถ้ามไถ่ ไกลบ้าน ประสานส่ง”

- Risk ชัด** = กำหนด risk หญิงตั้งครรภ์ในทุกคนทราบชัดเจน
- จัดตาม** = กำหนดสถานที่ฝากครรภ์ และคลอด รวมทั้งผู้ดูแล
- ถ้ามไถ่** = สอบถามสถานการณ์คนไข้ และจัดทางที่เหมาะสมให้
- ไกลบ้าน** = เพิ่มการเข้าถึง สูติแพทย์ลง รพช ที่มชุมชนถึงบ้าน ใน
เคสเสี่ยง
- ประสานส่ง** = ใช้เครือข่ายทั้งในและนอกสาธารณสุข เพื่อส่งต่อ
ติดตาม แม่และเด็กที่มีความเสี่ยง

RObER

(Rapid Obstetric Emergency Response)

“วินิจฉัยได้, guidelineชัด, จัดซ้กซ้อม,
พร้อมอุปกรณ์, ลดขั้นตอนส่งต่อ, หมอสูติ
ได้กรอ stand by”

20:30:60 นาที

“20 นาทีถึงหมอสูติ

30 นาทีล้อหมุน

60 นาทีได้รับการรักษา (ผ่าคลอด ตัดมดลูก)”

แนวทางและมาตรการป้องกันมารดาตายระดับเขต

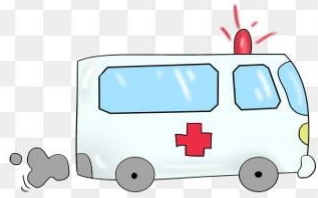
3 Delay



1 Seeking care in pregnancy

1

- แนะนำ FP หญิงวัยเจริญพันธุ์โรคทางอายุรกรรม
- Early ANC
- Health literacy
- ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม
- ความร่วมมือหน่วยงาน อื่นๆ เช่น พม.,แรงงาน



2 Reaching care (transportation)

2

- การเข้าถึงบริการ 1669
- สัญญาณเตือนภัย/อาการผิดปกติ
- ความตระหนักลดภาวะแทรกซ้อน



3 Receiving adequate health care

3



- เน้น R8 Model&consult สังกัด
- ระบบ Consult สูติแพทย์/อายุรแพทย์
 - ระบบการคืนข้อมูล case เสี่ยง พื้นที่
 - การพัฒนาศักยภาพทีมอย่างต่อเนื่อง
 - ความพร้อมเวชภัณฑ์ ยา คลังเลือด
 - CPG แนวทางการดูแล Standing order
 - การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
 - การซักประวัติ เพิ่มการซักประวัติ CA ในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย การเฝ้าระวังญาติสายตรงใน genetic risk cancer GI (ท้องอืด ตัวเหลือง), เยื่อมดลูก รังไข่, ไต ท่อปัสสาวะ(ปัสสาวะผิดปกติ), Brain tumour (การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว), Skin (sebaceous tumour)