

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา แม่และเด็ก

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขา แม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่ 8



สรุปผลการดำเนินงาน
ระบบบริการสุขภาพ สาขาแม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2568
(ตค. 67 – มีค. 68)

สถานการณ์ MCH

KPI หลัก



1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 16 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
(13.91 / 2 ราย)

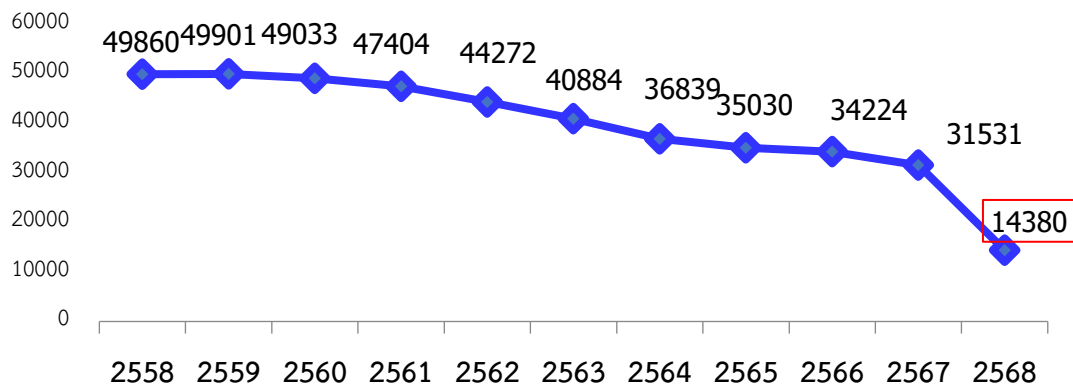
KPI MONITOR

1. มารดาตายจากตกเลือดหลังคลอด (PPH) = 0 (0) ✓
2. มารดาตายจากสาเหตุ PIH ไม่เกิน ร้อยละ 50 (0) ✓
3. อัตราทารกตายปริกำเนิดไม่เกิน 5.5 ต่อพันTB (4.57) ✓
4. ทารกปริกำเนิดตายจากสาเหตุ BA ไม่เกิน 5 % (3.03) ✓
5. อัตรา Severe Birth Asphyxia ไม่เกิน 4 ต่อพันLB (3.69) ✓
6. การคลอดก่อนกำหนด ไม่เกิน 7% (6.56 %) ✓
7. จังหวัดในเขต 8 ผ่าน PNC MCH/HNA ปีละ 2 จังหวัด
 - ปี 2562 อุดรธานี ✓ ผ่านการประเมินรับรอง PNC
 - ปี 2563 สกลนคร ✓ ผ่านการประเมินรับรอง PNC
 - ปี 2566 หนองบัวลำภู ✓ ผ่านการประเมินรับรอง HNA
 - ปี 2567 หนองคาย (ส่ง Profile รอรับการประเมิน)
 - ปี 2568 เลย บึงกาฬ นครพนม

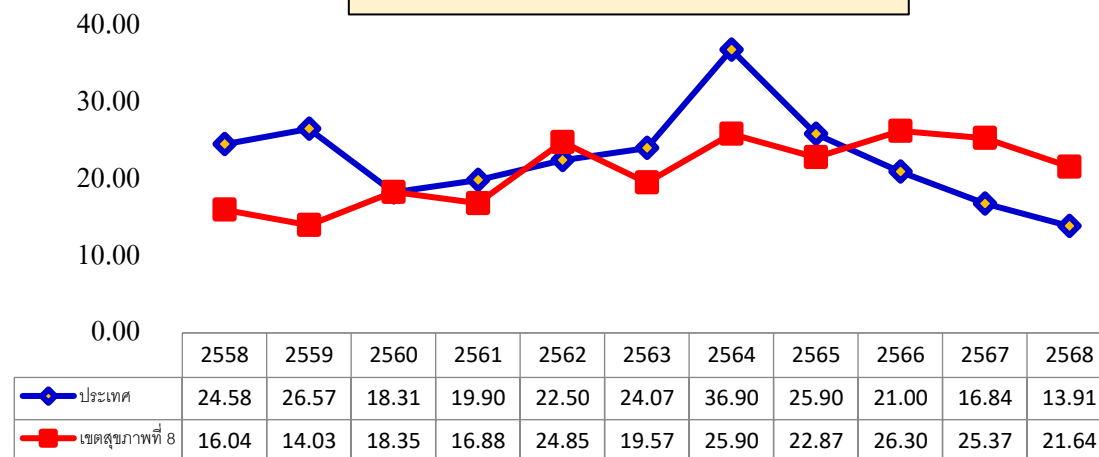
KPI
สาขาแม่และเด็ก
ปี 2568

สถานการณ์

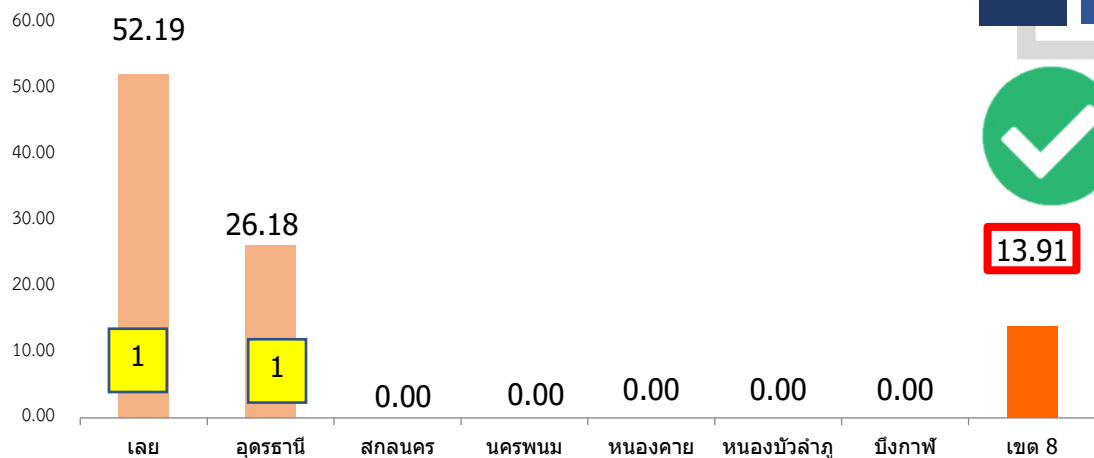
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ปี 2558-2568(ตค.67-มีค.68)



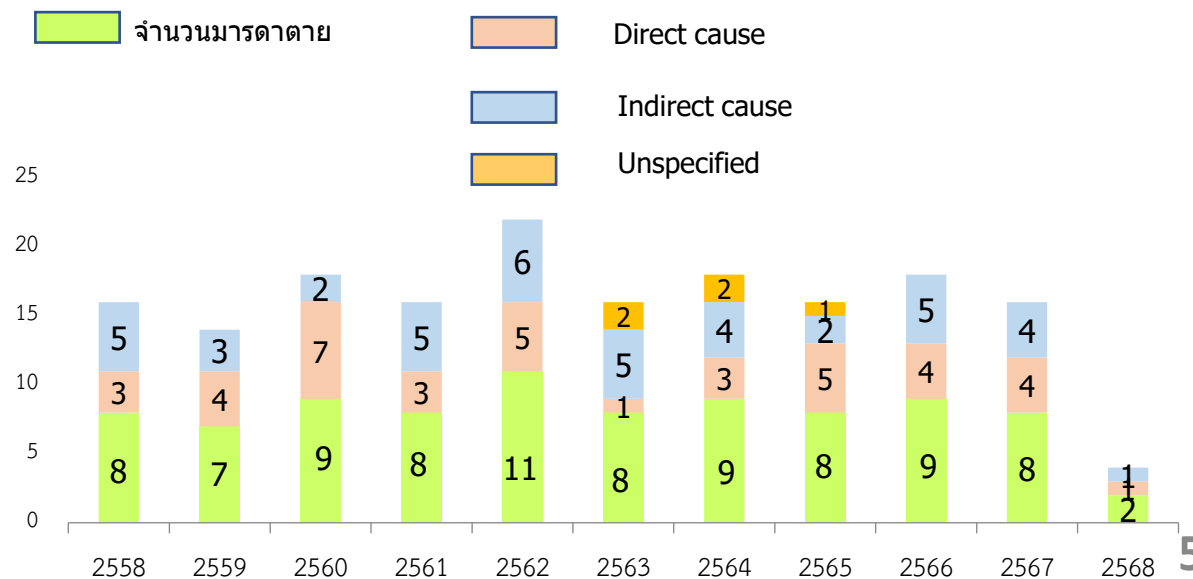
อัตราตายมารดา ณ มีค. 68



อัตราตายมารดา ปี 2568 (ณ มีค. 68) รายจังหวัด



สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2558 - 2568 (ณ มีค.68)



ที่มา : รายงาน CE/รายงานตัวชี้วัดเขต/รายงาน ก 2 สสจ.

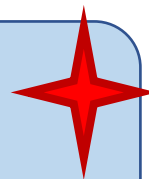
Mapping MMR เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2568 (ณ มีค.68)

จำนวนเด็กเกิดมีชีวิต
14,9380 ราย

Direct cause 1 ราย (50%)
* **Suicide 1 ราย**



Indirect cause 1 ราย (50%)
• **TTP c Cardio pulmonary arrest 1 ราย**



1. Suicide (ตค.67)

**1. TTP c Cardio
pulmonary arrest
(พย.67)**

MDR: เมษายน 2568

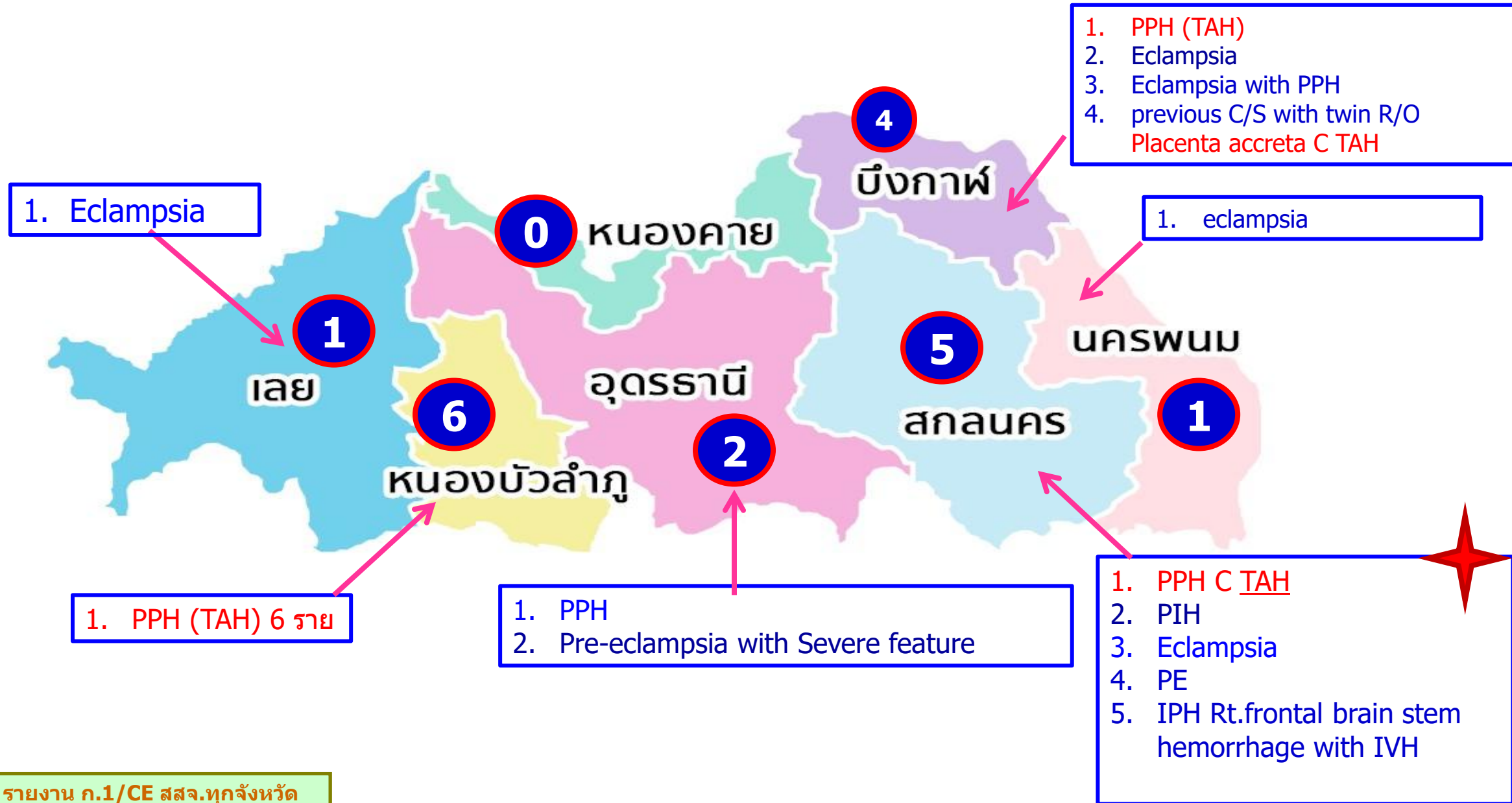
Diagnosis: Postpartum 16 days with VP, DCM, pulmonary hypertension, sepsis.

- 1. Delay-1: self-care, ย้ายถิ่นฐาน , amphetamine use.**
- 2. Delay-2: -**
- 3. Delay-3: warning signs heart ds., management of fn. Class 4 heart dis. แนะนำ admit ใน รพ., การติดตาม เยี่ยม HR-preg. ระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด, การให้ยารักษา Pulm. HT**

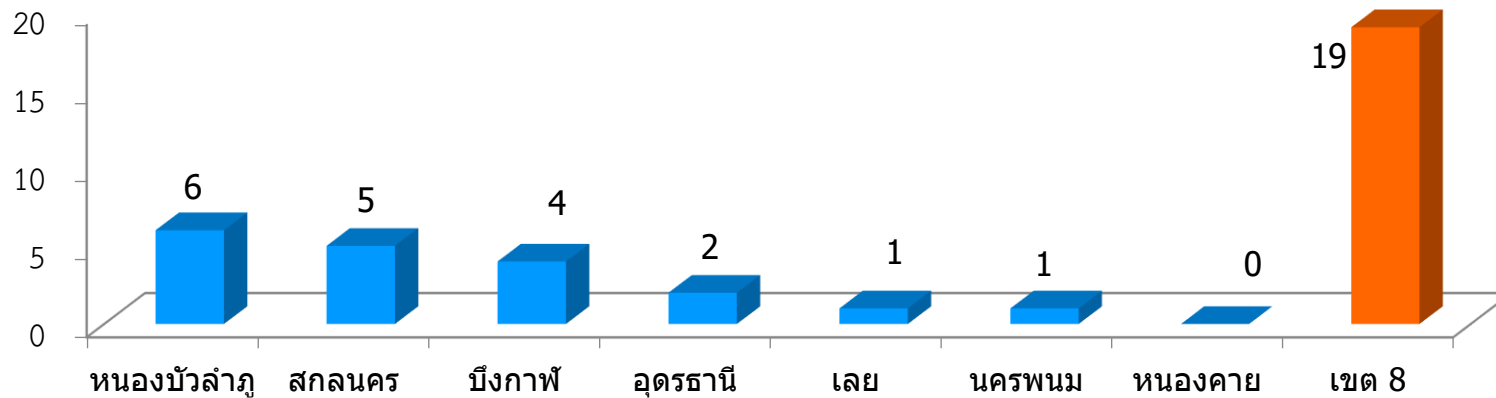
Diagnosis: Pregnancy 15 weeks with fulminant myocarditis c cardiogenic shock.

- 1. Delay-1: -**
- 2. Delay-2: -**
- 3. Delay-3: warning signs heart ds. Chest pain.**

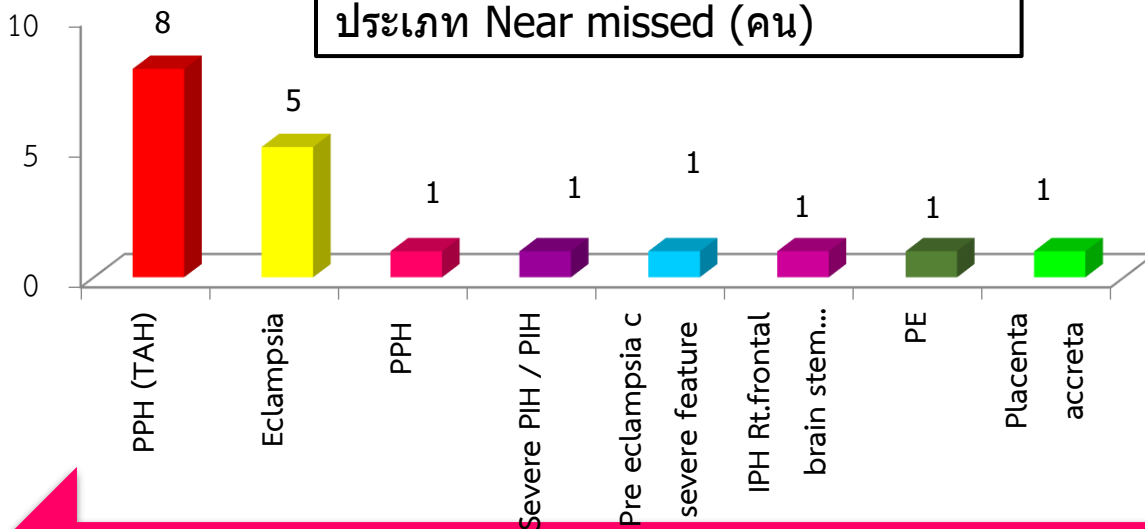
สรุปสถานการณ์การ Near missed เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2568(ณ มีค.2568) รวม 19 ราย



สถานการณ์ Near missed เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2568 (ตค.67-มีค. 68)



**Near missed 19 ราย จาก
hysterectomy, PPH,
Eclampsia, Uterine
rupture, unplanned ICU,
โรคทางอายุรกรรม**



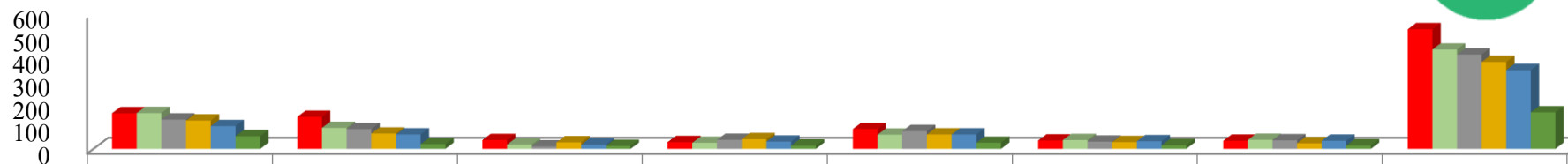
ประเภท Near missed (คน)

ดัดมดลูก ทั้งหมด 9 ราย จากสาเหตุ

1. PPH c uterine atony จำนวน 8 ราย
2. Placenta accreta จำนวน 1 ราย
3. Ut. Rupture จำนวน 0 ราย

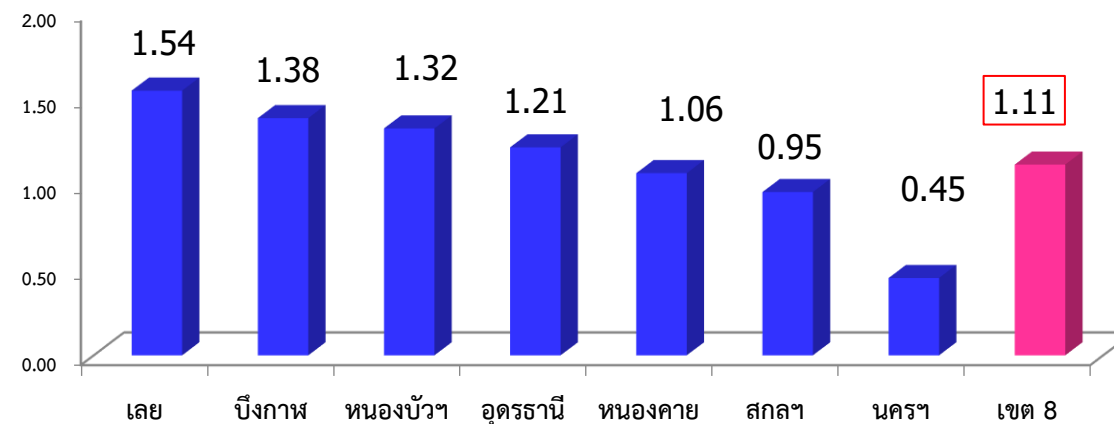
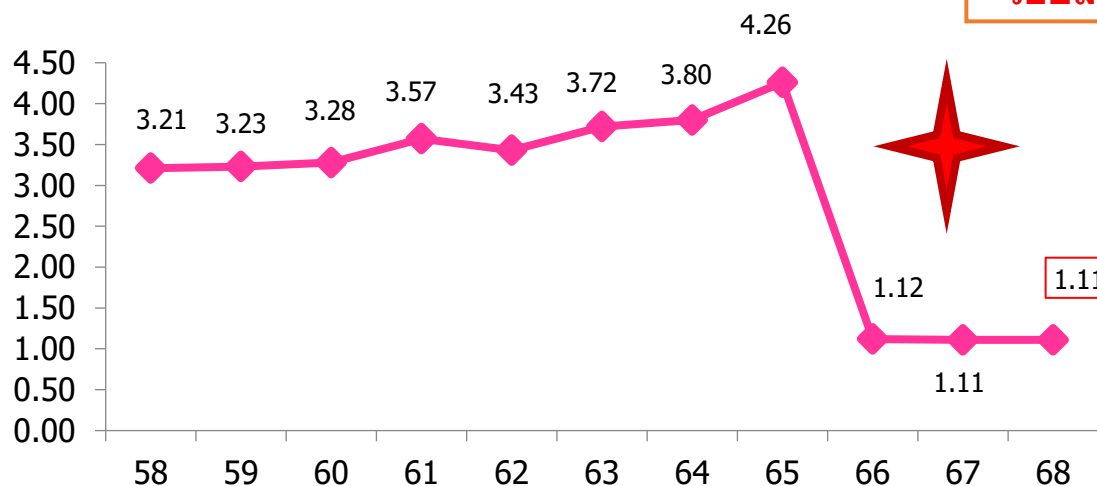
รายงาน Monitor ทุกวันจันทร์

ร้อยละการตกเลือดหลังคลอด เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563-2568 (ตค.67-มีค. 68)



	อุดรธานี (ราย)	สกลนคร (ราย)	นครพนม (ราย)	หนองคาย (ราย)	เลย (ราย)	หนองบัวลำ ภู (ราย)	บึงกาฬ (ราย)	เขต 8(ราย)
■ ตกเลือดหลังคลอด ปี63	158	142	39	30	88	37	36	530
■ ตกเลือดหลังคลอด ปี64	159	93	19	27	63	39	40	440
■ ตกเลือดหลังคลอด ปี65	130	88	11	40	79	32	38	418
■ ตกเลือดหลังคลอด ปี 66	126	68	29	43	64	30	25	385
■ ตกเลือดหลังคลอด ปี 67	101	64	18	32	64	34	36	349
■ ตกเลือดหลังคลอด ปี 68	56	21	13	14	27	16	15	162

ร้อยละการตกเลือดหลังคลอด ปี 68

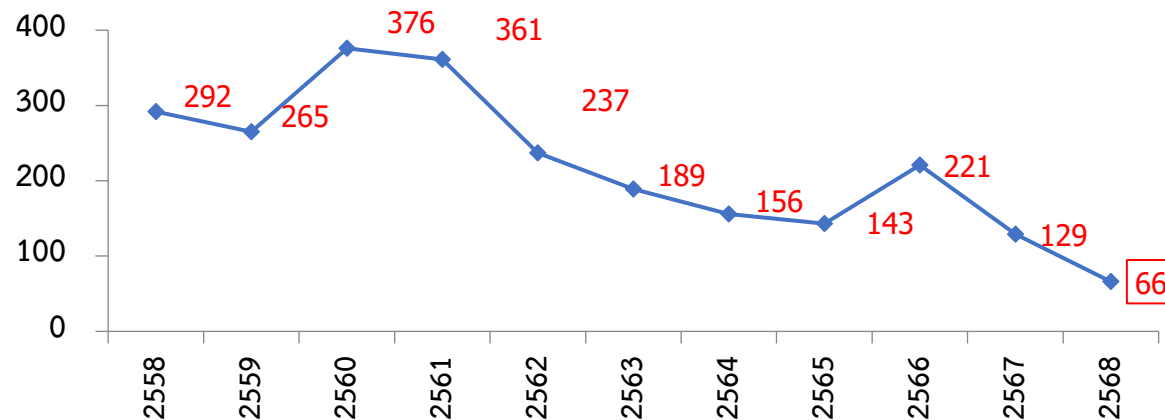
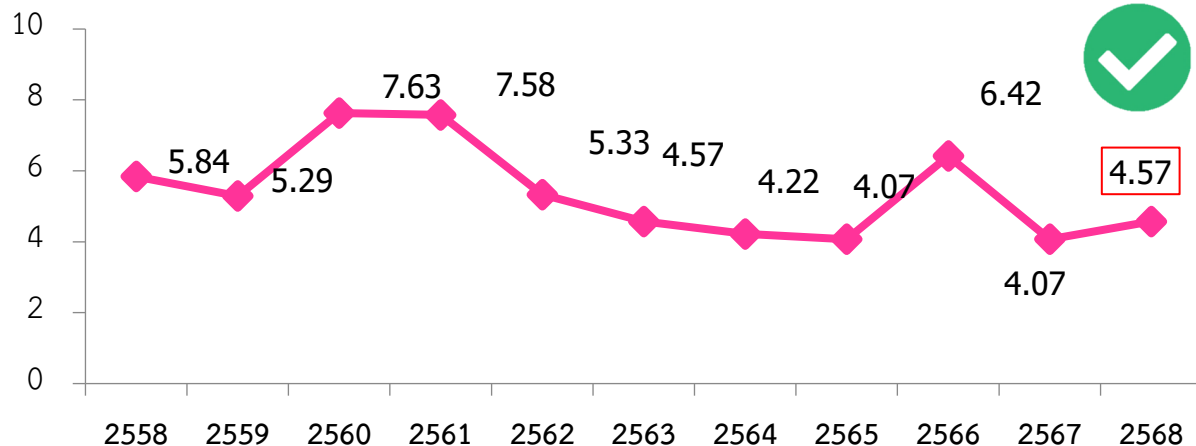


สถานการณ์ทารกแรกเกิด

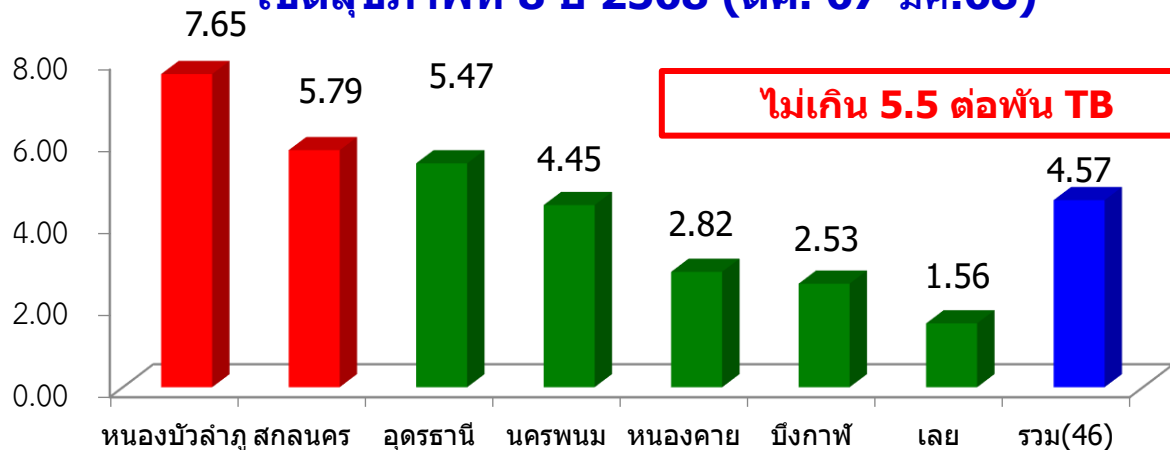
สถานการณ์ทารกตายปริกำเนิด เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2558-2568(ตค. 67-มีค. 68)

ไม่เกิน 5.5 ต่อพัน TB

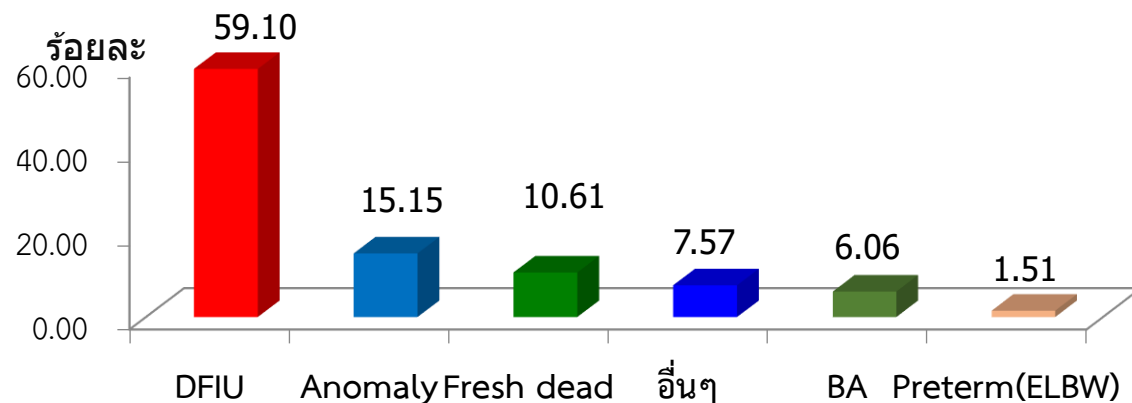
จำนวนทารกตายปริกำเนิด ปี58-68 ณ มีค. 68



อัตราทารกตายปริกำเนิด
เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2568 (ตค. 67-มีค.68)



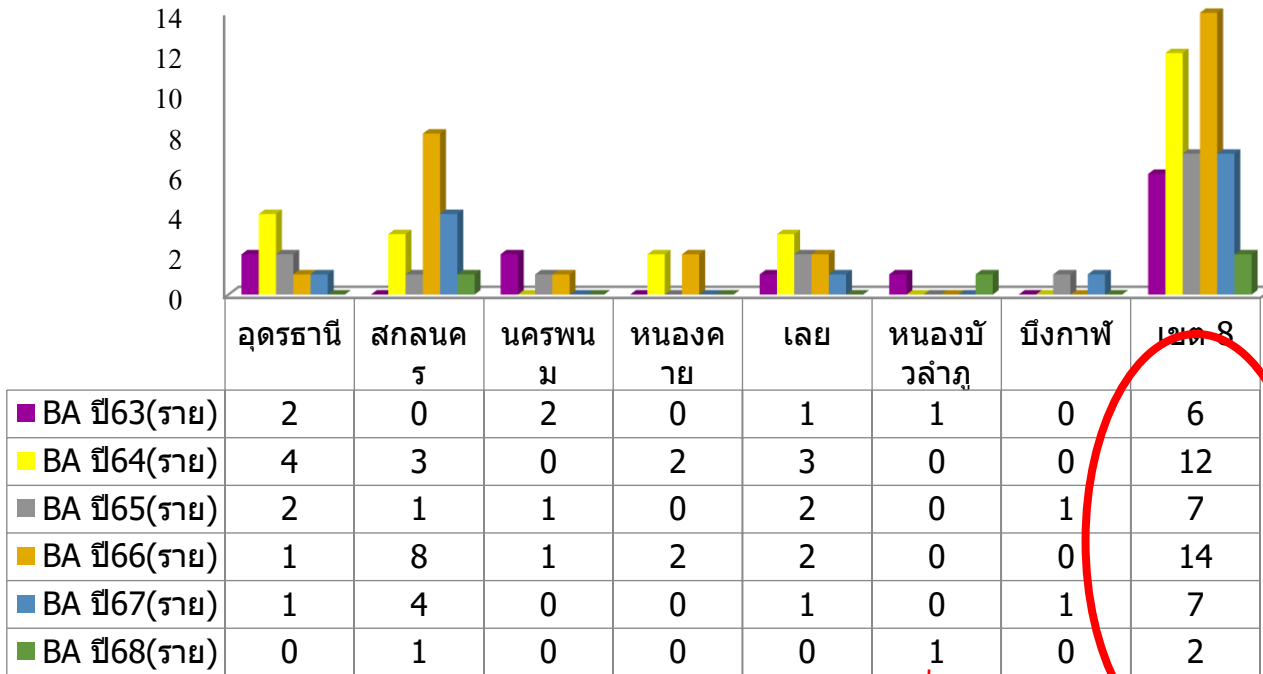
สาเหตุทารกตายปริกำเนิดเขต 8 ปี 68 ณ มีค.68



ทารกตายจากสาเหตุ Birth Asphyxia เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562-2568 ณ มีค.68

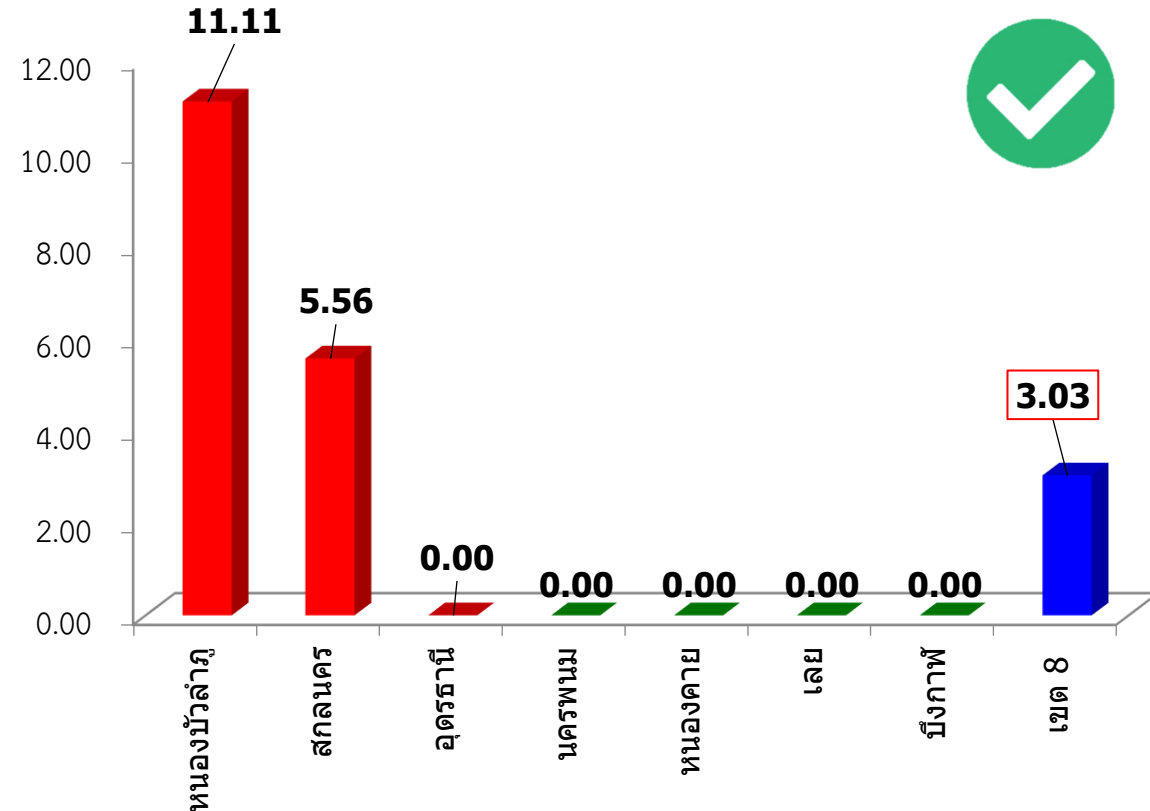
ปี 2562 ทารกตายจาก BA 22 คน , ปี 2563 ทารกตายจาก BA 6 คน, ปี 2564 ทารกตายจาก BA 12 คน, ปี 2565 ทารกตายจาก BA 7 คน , ปี 2566 ทารกตายจาก BA 5 คน, ปี 2567 ทารกตายจาก BA 7 คน, ปี 2568 ทารกตายจาก BA 2 คน

□ตายจากสาเหตุ BA ไม่เกิน 5 %



Preterm 27 wk., Breech, fully dilate, SBA, RDS

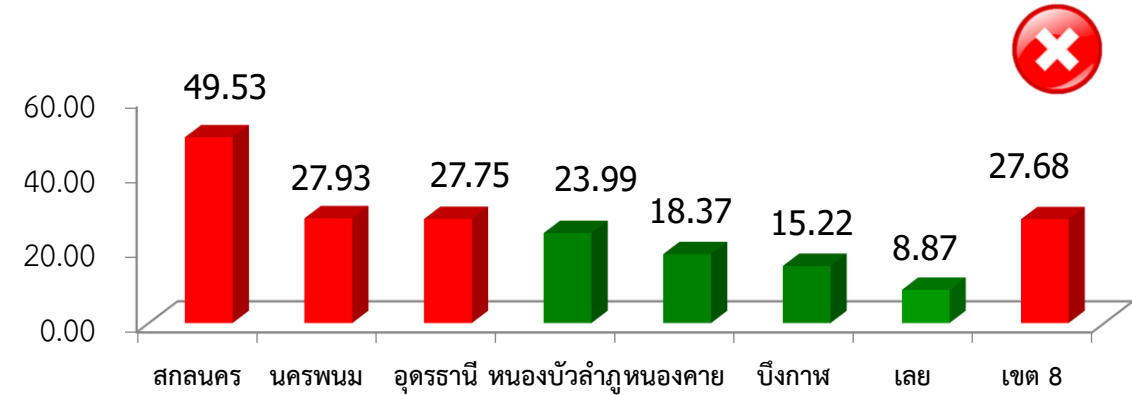
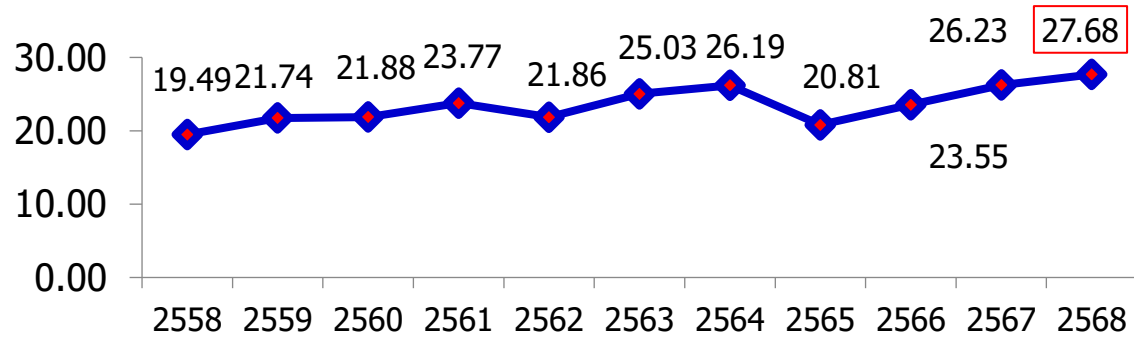
ปี68 ทารกตายจาก BA 2 คน= 3.03 %



อัตราการBirth Asphyxia ที่ 1 นาที เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2564 - 2568 (ตค.67-มีค.68)

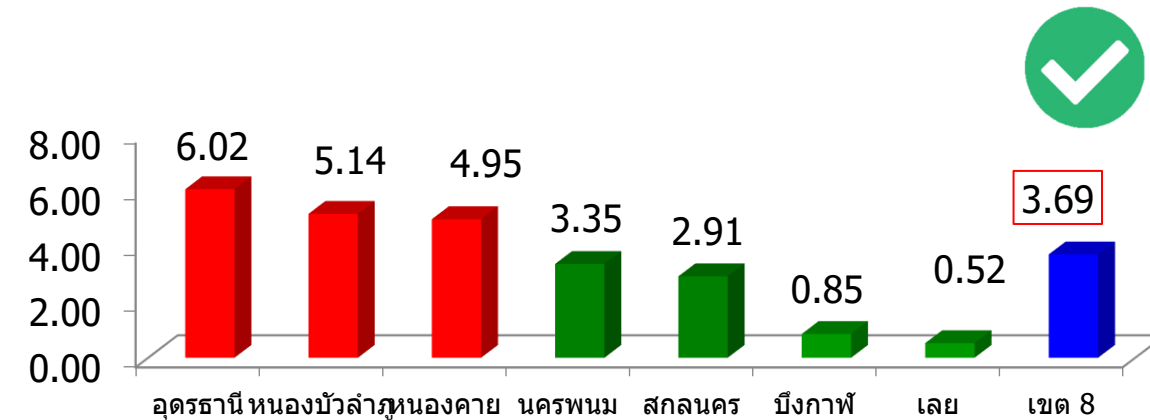
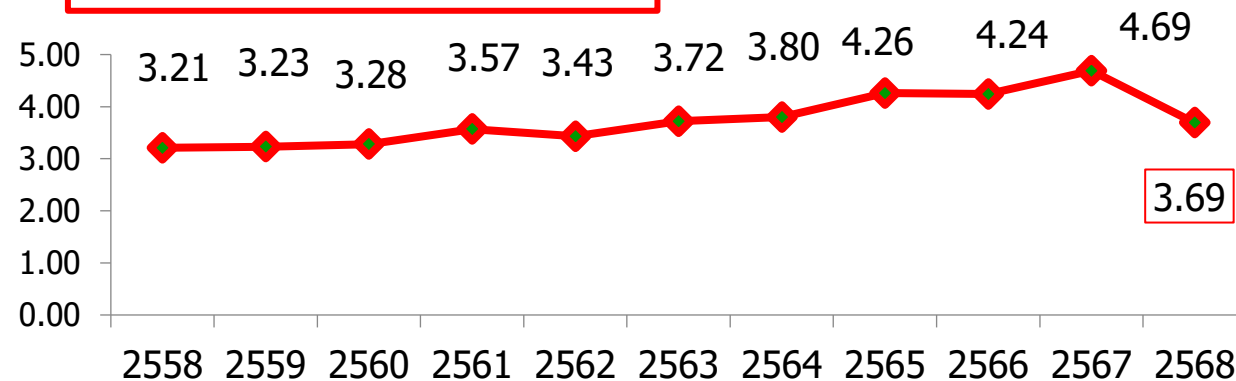
อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ 1 นาที (4-7) เขตสุขภาพที่ 8 ปี 58-68 (ตค.67-มค.68)

ไม่เกิน 25:1000 LB



อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia ที่ 1 นาที (score 0-3) เขตสุขภาพที่ 8 ปี 58-68 (ตค.67-มค.68)

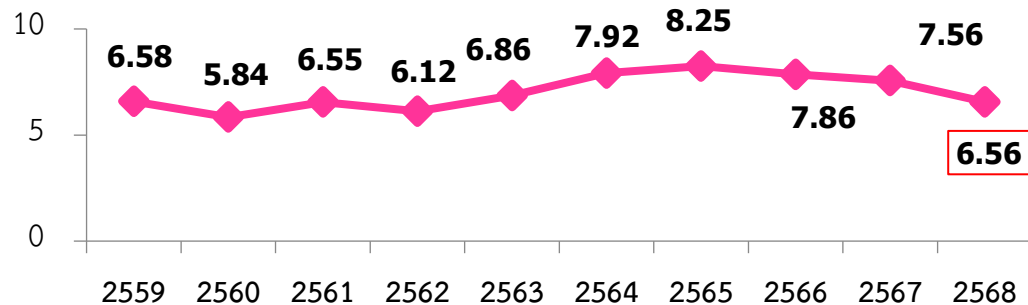
ไม่เกิน 4 ต่อพัน LB



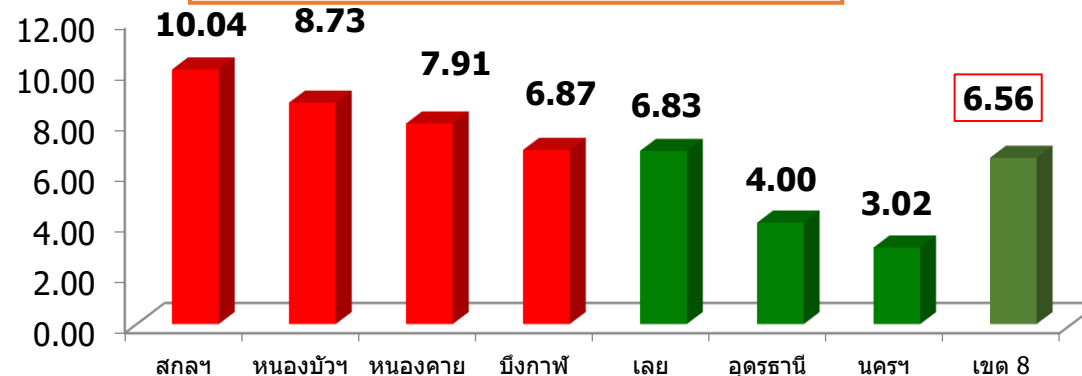
การคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 8 ปี2559-2568 (ตค.67-มีค. 68)



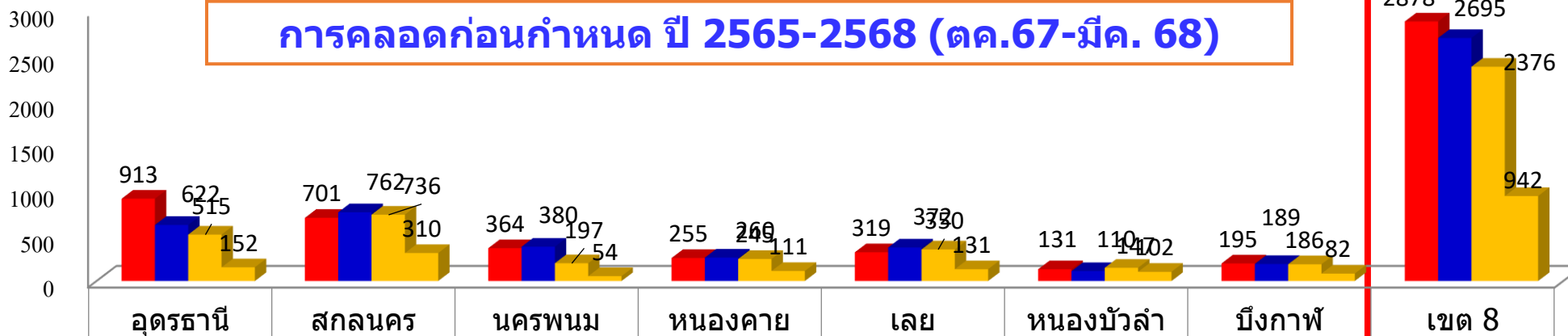
เป้าหมาย ไม่เกิน 7 %



ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด ปี 68

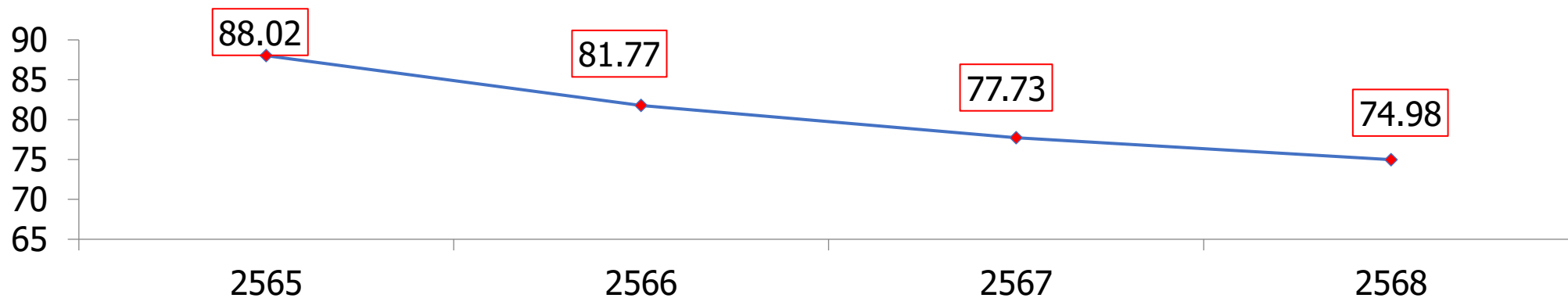


การคลอดก่อนกำหนด ปี 2565-2568 (ตค.67-มีค. 68)



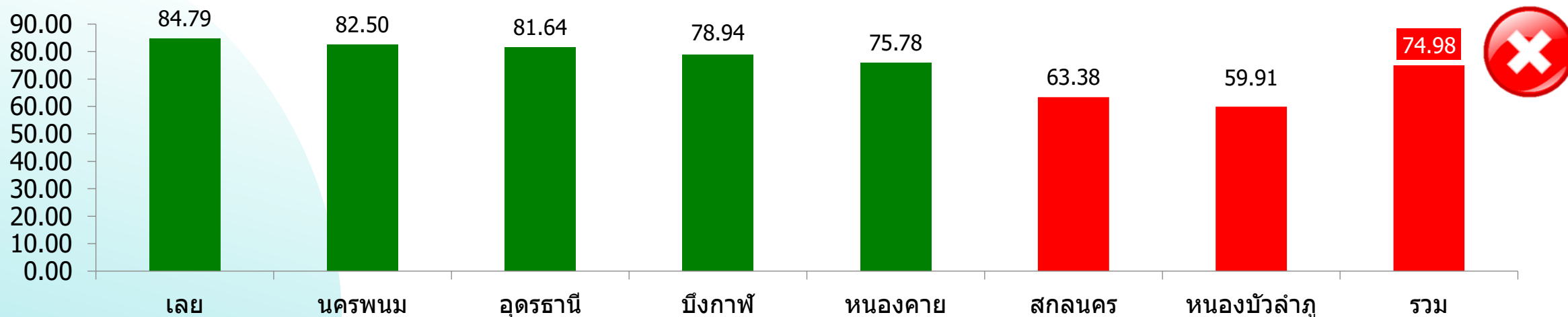
	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	หนองคาย	เลย	หนองบัวลำ ภู	บึงกาฬ	เขต 8
Preterm ปี65	913	701	364	255	319	131	195	2878
Preterm ปี66	622	762	380	260	372	110	189	2695
Preterm ปี67	515	736	197	245	350	147	186	2376
Preterm ปี68	152	310	54	111	131	102	82	942

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2565-2568 (HDC กระทรวง สธ. 16 พค.68)

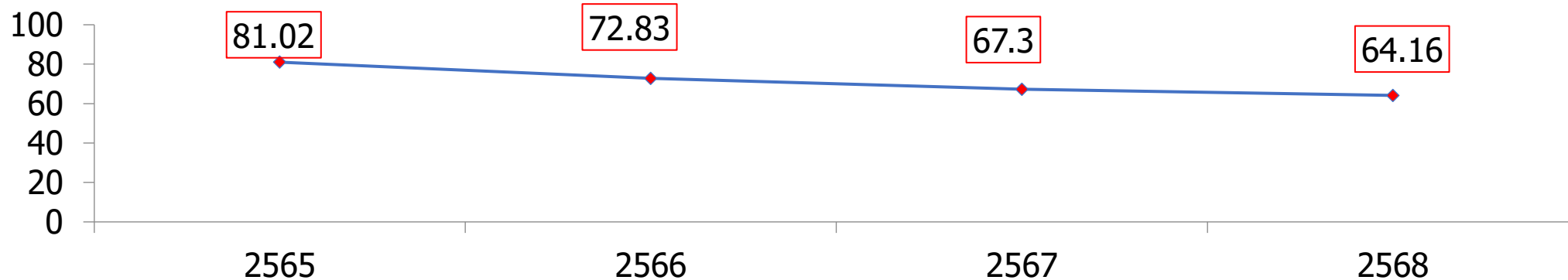


ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ปี 2568 (HDC 16 พค.68)

เกณฑ์ชี้วัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

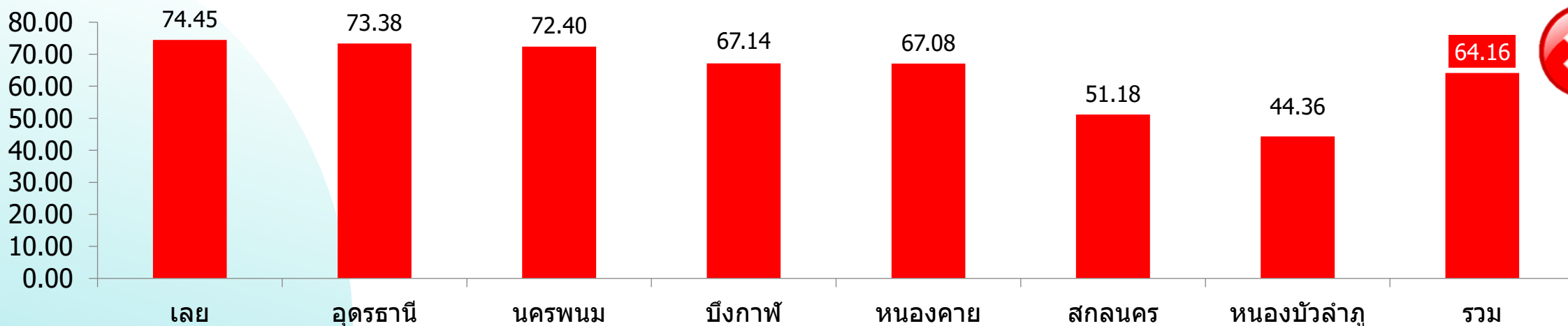


ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2565-2568 (HDC กระทรวง สธ. 16 พค.68)

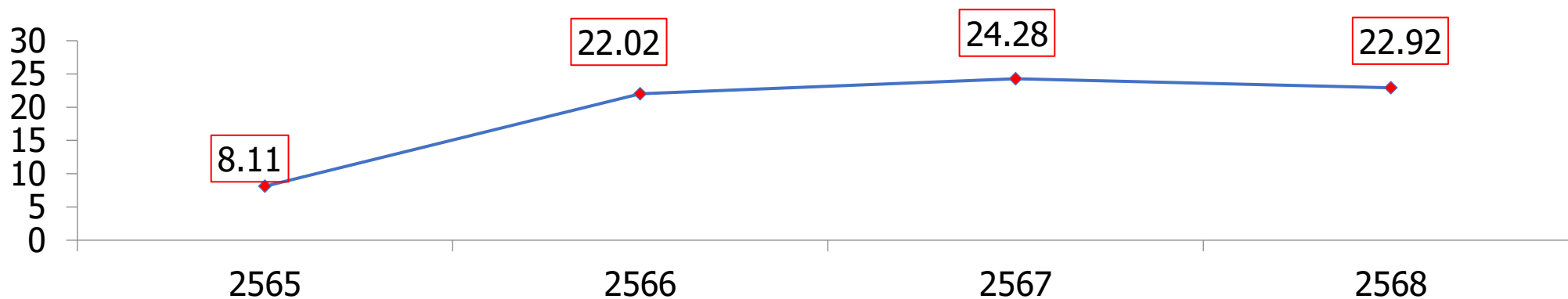


ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งรายจังหวัด ปี 2568 (HDC 16 พค.68)

เกณฑ์ชี้วัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

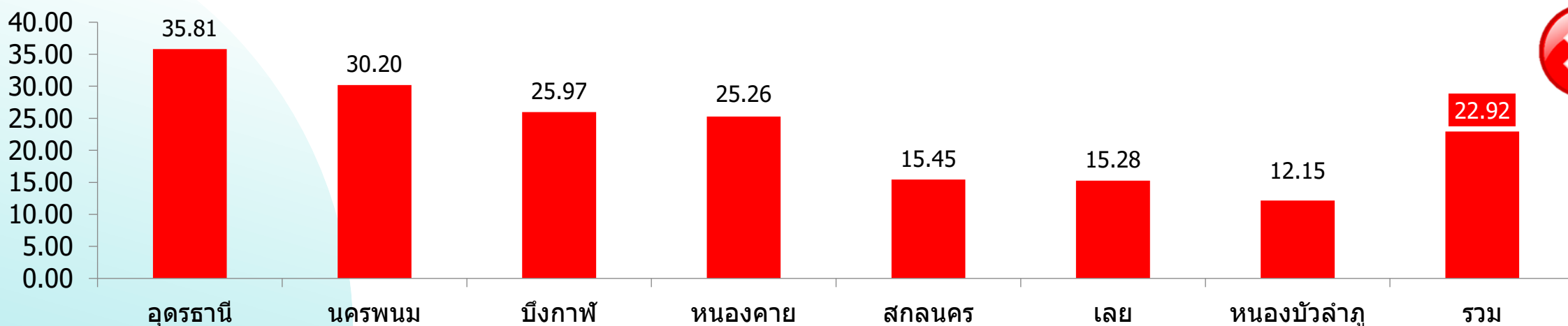


ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2565-2568 (HDC กระทรวง สธ. 16 พค.68)

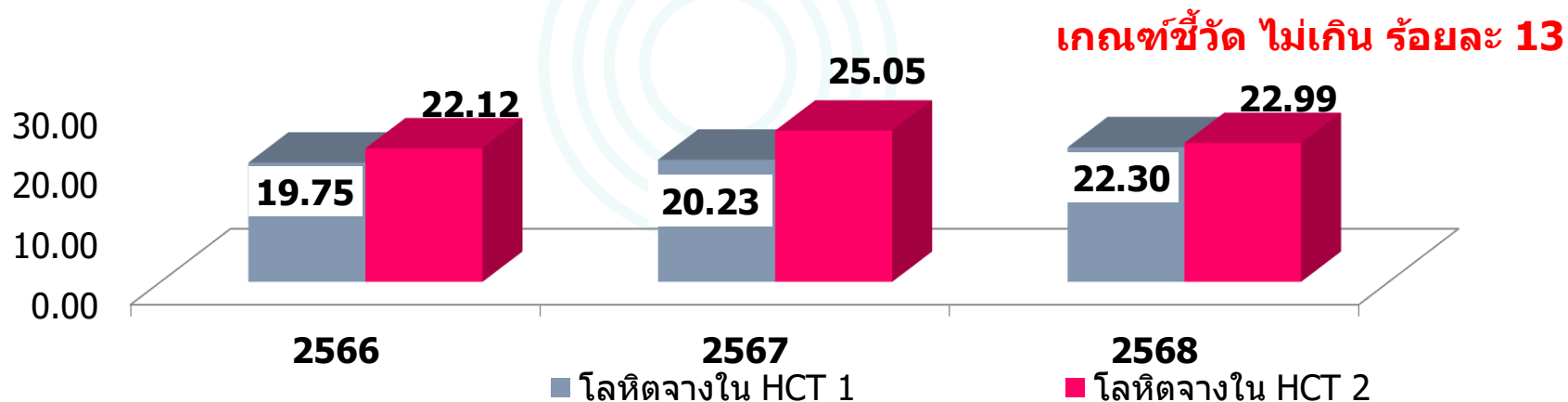


ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งรายจังหวัด ปี 2568 (HDC 16 พค.68)

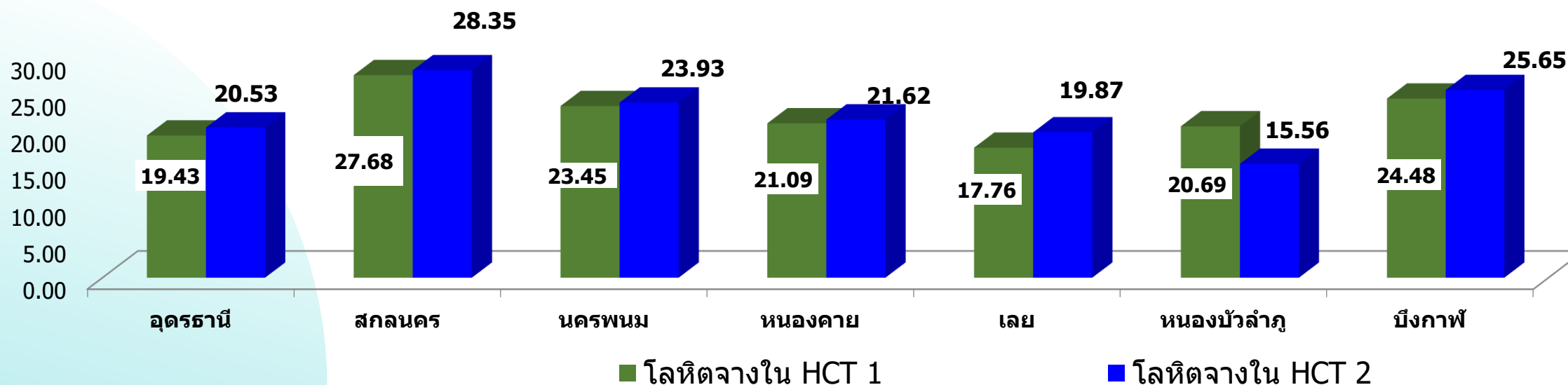
เกณฑ์ชี้วัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50



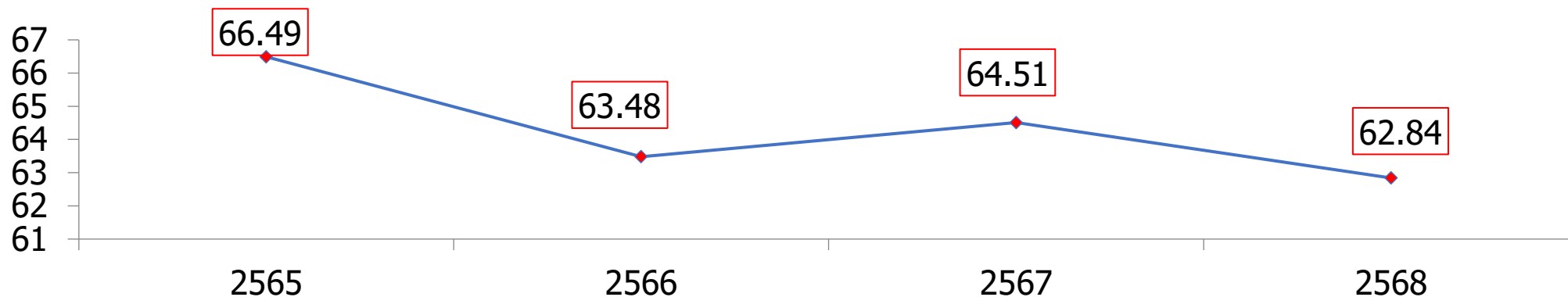
ข้อมูลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2566-2568 (HDC กระทรวง สธ. 16 พค.68)



ข้อมูลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ รายจังหวัด ปี 2568

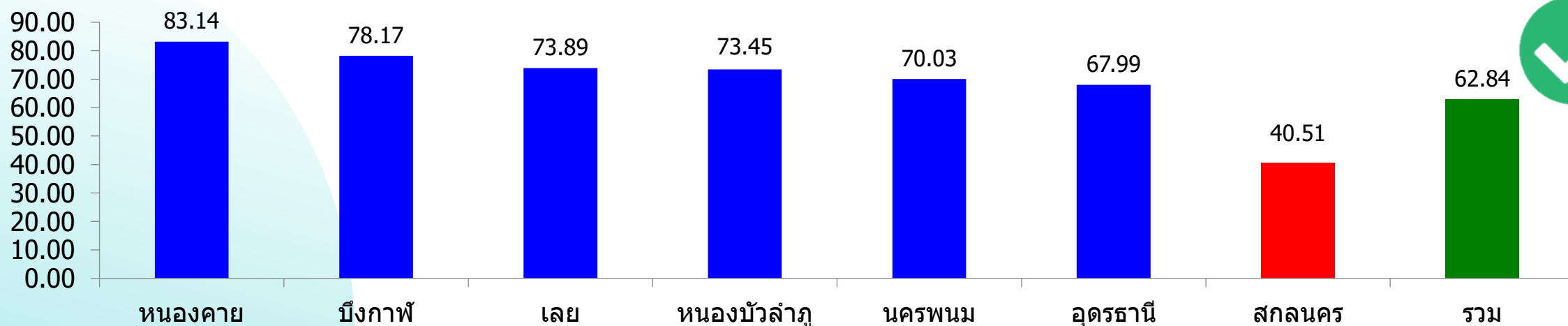


ร้อยละของเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2565-2568 (HDC กระทรวง สธ. 16 พค.68)



ร้อยละของเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว รายจังหวัด ปี 2568 (HDC 16 พค.68)

เกณฑ์ชี้วัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50



วัตถุประสงค์การประชุม MCH-R 8 ครั้งที่ 2 (18 มีนาคม 2568)

- ☐ แนวทางการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่อง บรรลุเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กไทย IQ ดี
- ☐ เกิดความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจในทีม ถ้อยที ถ้อยอาศัย ช่วยเหลือกัน
- ☐ Share ประสบการณ์ , implement แนวทางที่ประสบผลสำเร็จให้กับทีม
- ☐ นัดติดตาม ความก้าวหน้า, ปัญหา, อุปสรรค, KPI และ ปรับแผนการดำเนินงาน ตามความเหมาะสม ทุก 3-4 เดือน

ครั้งที่ 1 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567 (จัดแล้ว)

ครั้งที่ 2 วันที่ 18 มีนาคม 2568

ครั้งที่ 3 วันที่ 18 มิถุนายน 2568

ครั้งที่ 4 วันที่ 10 กันยายน 2568

- ☐ ความจำเป็นในการขอสนับสนุน คน เงิน สิ่งของ



ติดตามการ
ดำเนินงาน
สม่ำเสมอ

ทบทวนแผนการดำเนินงาน นโยบาย / เชื่อมมุ้ง ในการป้องกันมารดาเสียชีวิต

- ☐ จุดแข็งของทีม Small success.
- ☐ เชื่อมมุ้ง นโยบาย

จุดแข็งของทีม

- ❑ risk screening ทุกโรคที่สำคัญ
- ❑ UDON model
- ❑ emergency response, RObER 20-30-60
- ❑ Team work: ศูนย์อนามัยที่ 8, ทีม MCH, อสม.,
เชิงรุกในชุมชน ร่วมกับ คปศอ. หรือ ภาคเอกชน

3. ระบบแม่โซน

4. ระบบ OPOS-LR, OPSO-ANC การ sharing resource และ ระบบพี่ช่วยดูแลน้อง

5. การสนับสนุนด้านความพร้อมด้าน material และ บุคลากร ได้แก่ จำนวน สูติแพทย์, MFM, ระบบสำรองเลือด, uterine tamponade, ยา, incubator และ neo-puff ให้เพียงพอ

ระบบพี่ดูแลน้อง consult ได้ 24 ชม. 7 วัน

KEY: OPOL, sharing resource, ANC-HR

6. คณะกรรมการ SP มีการติดตาม KPI, การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
7. ความร่วมมือของ primary care และ ภาควิชาเครือข่าย (อสม.) ในการติดตามผู้ป่วย high risk.

✓ Risk management สม่ำเสมอ

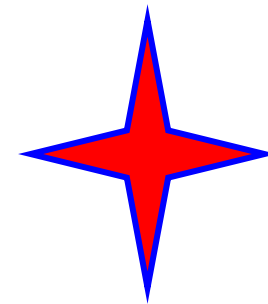
✓ PDCA

นโยบาย / เชื่อมมุ้ง ในการป้องกันมารดาเสียชีวิต
ตามสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก

- ☐ Preconception
- ☐ ตระหนักรู้, HL
- ☐ Amphetamine
- ☐ Pre-eclampsia prevention
- ☐ Preterm, LBW prevention
- ☐ DFIU: caused, birth asphyxia prevention

- ☐ PAS
- ☐ Abruptio placenta
- ☐ Syphilis
- ☐ การประเมินสุขภาพจิต
- ☐ การมีส่วนร่วมของชุมชน, การติดตามเยี่ยมบ้าน

Risk screening, สตรีแพทย์ร่วมดูแล ANC-HR, OPOL
Fast track, emergency response, รับ refer 100%



- 1.ANC คุณภาพ: roadmap.**
- 2.Preterm prevention, corner.**
- 3.PIH screening**
- 4.Anemia in pregnancy.**
- 5.เชิงรุก เรื่อง amphetamine, HL**
- 6.ติดตามเยี่ยมบ้าน**

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา แม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 8

มาตรการการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกของประเทศไทย เพื่อลดอัตราการตายมารดาให้ต่ำกว่า 14 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ภายในปี 2570

เป้าหมายหลัก (Goal)

อัตราการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR) ต่ำกว่า 14 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ภายในปี 2570

กลุ่มเป้าหมาย

1. หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานแม่และเด็กจาก ศอ1-12 สสม จำนวน ศอ ละ 2 ท่าน (26)
2. ประธาน Service plan สาขาสูติกรรม หรือผู้แทน จากเขตสุขภาพที่ 1-12 เขตละ 1 ท่าน (12)
3. แพทย์ พยาบาล ผู้เกี่ยวข้องจากเครือข่ายของพื้นที่ (12)

รวมผู้เข้าร่วม 50 ท่าน คณะทำงาน 20 ท่าน ทั้งสิ้น 70 ท่าน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2570
1. อัตราการตายมารดา (MMR)	< 14 ต่อแสน
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	≥ 90
3. ร้อยละของหญิงเสี่ยงสูงได้รับการดูแลก่อนตั้งครรภ์	≥ 80%
- ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรังเข้าคลินิก Preconception	≥ 80%
4. ร้อยละหญิงหลังคลอดเสี่ยงสูงได้รับการติดตาม	≥ 95%
5. ร้อยละจังหวัดมี OPOL	100%
6. จำนวนเขตสุขภาพที่มีระบบ 4P ขับเคลื่อนในพื้นที่ทุกจังหวัด	13 เขต

3. เครื่องชี้วัดที่สำคัญ และเป้าหมาย

- 3.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 16 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต
- 3.2 อัตราการเกิด early-PPH ต่ำกว่าร้อยละ 3 ของการคลอดทั้งหมด
- 3.3 อัตราการตัดมดลูกจาก early PPH (uterine atony) ต่ำกว่าร้อยละ 3 ของ early-PPH ทั้งหมด
- 3.4 อัตราการเกิด e-PPH c shock ในโรงพยาบาลอุดรธานี (ที่ LR หรือ PP) น้อยกว่าร้อยละ 3 ของ PPH ทั้งหมด
- 3.5 อุบัติการณ์ส่งต่อล่าช้ามากกว่า 30 นาที เท่ากับ 0 (นับจาก โรงพยาบาลต้นทางได้ตัดสินใจส่งต่อ จนถึง รถ refer ล้อหมุนออกจาก โรงพยาบาลต้นทาง)
- 3.6 อัตราส่วน eclampsia ต่อ SPE เท่ากับ 0 หรือลดลงจากปีที่แล้ว มากกว่า ร้อยละ 50
- 3.7 อัตราการเกิดชักซ้ำในรายที่เคยชักเท่ากับ 0
- 3.8 อัตราหญิงตั้งครรภ์โรคหัวใจได้รับการวางแผนดูแลรักษา แบบ multidisciplinary care ตั้งแต่ ANC, LR, PP, PCU เท่ากับร้อยละ 100
- 3.9 อัตราหญิงตั้งครรภ์โรคหัวใจระดับความรุนแรง 1,2 ในเขต อ.เมืองไม่มีภาวะ CHF เท่ากับร้อยละ 100
- 3.10 อัตราหญิงตั้งครรภ์โรคหัวใจ ที่อายุรแพทย์พิจารณาแล้วให้ TOP (เฉพาะในเขต อ.เมือง) ได้รับการ Therapeutic abortion ปลอดภัย เท่ากับร้อยละ 100
- 3.11 อัตราการตายของมารดาโรคหัวใจระดับความรุนแรง 3,4 เท่ากับ 0
- 3.12 อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม ได้รับการวางแผนดูแลรักษาแบบ multidisciplinary care ตั้งแต่ ANC, LR, PP, PCU
- 3.13 อัตราการคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจ ชนิดที่มีข้อห้ามของการตั้งครรภ์ หรือ ยังไม่พร้อม และ โรคทางอายุรกรรม เท่ากับร้อยละ 100
- 3.14 อัตราการได้ definite treatment ในราย true emergency ภายใน 30 นาทีเท่ากับ ร้อยละ 100



- ♥ **Set zero from uterine atony, SPE**
- ♥ **Refer system: emergency response, RObER, COBER**
- ♥ **Empower primary care/เชิงรุก**
- ♥ **OPOL**
- ♥ **ก่อน discharge ได้รับการคุมกำเนิด 100%**
- ♥ **เคส HR ระยะก่อนคลอดได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน**
- ♥ **เคส หลังคลอด ติดตามครบ 3 ครั้ง**
- ♥ **หยุดเสพ amphetamine ขณะตั้งครรภ์ และ BF**
- ♥ **Anemia, IODINE, DSM รร. พ่อแม่**
- ♥ **No repeated IUR in IPM cat 2**





4P for R8

เป้าหมาย

Plan of pregnancy.

- **PRECONCEPTION CLINIC** ทุก รพช.
- เน้น **NCD**, ท้องเมื่อพร้อม, ค้นหาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

Plan of ANC.

- **PIH screen.**, Preterm corner/ preterm fast track.
- **Amphetamine use, SY.**
- **anemia**
- **Roadmap ANC R8**

- **Udon model/ risk classify.**
- **HL, warning signs.**
- **Individual care.**
- เครือข่าย ส่งต่อข้อมูล, **COC, smart อสม.**

Plan of labor.

- **OPOL.**
- **Emergency response/ seamless.**
- **Udon model.**

- **Set zero MDR from uterine atony, SPE**
- **No repeated IUR in IPM cat 2**
- **SD prevention: No drip in DM**

Plan of postpartum.

- **Home visit 3 ครั้ง,**
- เครือข่าย ส่งต่อข้อมูล, **COC, smart อสม.**

มาตรฐาน อามัมแม่และเด็ก, CPG, เครือข่าย, RM

- 1.Preconception care.**
- 2.ANC คุณภาพ: roadmap.**
- 3.Preterm corner**
- 4.PIH screening**
- 5.Individual care**
- 6.เชิงรุก เรื่อง amphetamine, HL**
- 7.Anemia in pregnancy.**
- 8.ติดตามเยี่ยมบ้าน**

**ทิม ภาพรวม ผ่านไปได้ด้วยกัน
ร่วมกันค้นหา GAP**

**สำรวจ 4P: plan of pregnancy, plan of ANC, plan of
delivery, plan of postpartum care.**

<https://forms.gle/PW7uMu9Wb9fPFuaX6>

4P R8 (GAP)

1. Preconception care: NCD, เสี่ยง
2. การคุมกำเนิด LARC ระยะยาว
3. Pree-eclampsia screening ประวัติ
อย่างเดียว
4. Pre-eclampsia screening ด้วยหลายๆ
ปัจจัย เช่น Uterine artery PI
5. Low dose aspirin ในครรภ์เสี่ยง Pre-
eclampsia
6. Preterm screening c TACL, TVCL
7. Utrogestran ในรายที่ short cervix
8. Preterm fast track.
9. PAS screening
10. Syphilis screening ด้วย reversed
algorithm.
11. การติดตามสตรีตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์
ตามนัด ตามเกณฑ์ ANC คุณภาพ
12. OPOL
13. Emergency response team, fast track,
RObER
14. Seamless refer
15. Postpartum care, เยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง
16. ระบบ IT ติดตามข้อมูล , dash board.
17. Amphetamine use screening
18. กิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ร่วมกับ คปศอ. หรือ
ภาคเอกชน
19. ให้ Obimin AZ หรือ Triferdine หรือ
ferrous+iodine+folic ทันทีที่ทราบว่า
ตั้งครรภ์
20. ให้ Obimin AZ หรือ Triferdine หรือ
ferrous+iodine+folic จนครบ 6 เดือน หลัง
คลอด

แผนการดำเนินงาน การป้องกันมารดาเสียชีวิต
เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขานามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลอุดรธานี

เสริมเพิ่มพลัง Empower primary care



รพสต.
อสม.
ภาคีเครือข่าย
รพ. ทุกแห่ง

1. เชิงรุก ค้นหากลุ่มเสี่ยง
การให้ความรู้ในชุมชน
2. Preconception clinic.

- ค้นหากลุ่มเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์
- กลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ **อายุน้อย เสพยา**
- ส่งตรวจ เจาะเลือดก่อนท้อง: **STD**
- ท้องเมื่อพร้อม **คุมกำเนิด**
- **ให้ความรู้**
- กลุ่มหลบซ่อน ย้ายบ้าน ติดตามมารับบริการ **ให้ต่อเนื่อง**
- **ตรวจครรภ์ให้ที่บ้าน**

ให้ความรู้
พบความเสี่ยง
ส่งมาปรึกษา
คุมกำเนิด

5. กลยุทธ์

- 5.1 พัฒนาระบบการดูแลในระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และการติดตามสตรีตั้งครรภ์เข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์คุณภาพ
- 5.2 ป้องกันการเสียชีวิตในมารดา จากภาวะตกเลือดหลังคลอด (early PPH)
- 5.3 พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ
- 5.4 พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษ
- 5.5 พัฒนาแนวทางการหยุดเสพ amphetamine ในสตรีตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี
- 5.6 พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด amphetamine และ สตรีกลุ่มเปราะบาง ในระยะคลอด
- 5.7 พัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี
- 5.8 พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์
- 5.9 พัฒนาแนวทางการคัดกรองโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์
- 5.10 พัฒนาแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ที่มีโรคทางอายุรกรรม
- 5.11 พัฒนาแนวทางการการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์
- 5.12 พัฒนาระบบส่งต่อในเครือข่าย

3. โรคเรื้อรังตั้งครรภ์เมื่อพร้อม

- โรงพยาบาลทุกแห่ง มีทางด่วนวางแผนครอบครัว **100%**
(คนไข้ที่ส่งมาจากคลินิกเฉพาะทางอื่นๆ ไม่ต้องรอคิวรวมกับเคสอื่นไว้เลย)
- บูรณาการกับคลินิกโรคเรื้อรัง **NCDs** และโรงเรียนเบาหวานวิทยาในการให้ความรู้และบริการคุมกำเนิด **100%**

P1: plan of pregnancy

เป้าหมายสำคัญ	ตัวชี้วัด	แผน / โครงการ / กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1) พัฒนาระบบการดูแลในระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และการติดตามสตรีตั้งครรภ์เข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์คุณภาพ	1. จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับคำแนะนำ และ ส่งต่อ เพื่อรับการดูแล preconception care 2. มีระบบการติดตามสตรีตั้งครรภ์ที่ยอมมาฝากครรภ์ , หรือ กลุ่มเปราะบาง, หรือ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยง รวมถึง การติดตามในระยะหลังคลอด 3. จำนวนสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่ได้รับการติดตาม ดูแลต่อเนื่องโดยทีม primary care 4. จำนวนสตรีหลังคลอดที่ได้รับการติดตาม ดูแลต่อเนื่องโดยทีม primary care	1. กิจกรรมเชิงรุก (ในชุมชน หรือ ในโรงเรียน) เพื่อเข้าถึงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ อายุน้อย มีโรคประจำตัว โรคอ้วน เพื่อให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการดูแลตนเอง โดยมีกิจกรรมย่อย ได้แก่ - จัดทำข้อมูลสำหรับ Health literacy ในชุมชน สำหรับให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ และ กลุ่มเสี่ยง - ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่มีประวัติโรคทางพันธุกรรม และอายุรกรรม - แนะนำส่งต่อพบแพทย์หรือ จนท.สาธารณสุขเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์เมื่อพร้อม หรือ วางแผนการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย - ค้นหาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง ให้เข้ารับการฝากครรภ์คุณภาพ โดยสร้างระบบติดตามสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเปราะบาง และครรภ์เสี่ยง 2. บริการ preconception counseling ในโรงพยาบาล	- ภาคีเครือข่าย - อสม. - รพสต. - ANC - PP - LR - OPD gyn.

10) พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์	- อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม ได้รับการวางแผนดูแลรักษา แบบสหสาขา ตั้งแต่ ANC, LR, PP, PCU ร้อยละ 100 - อัตราหญิงตั้งครรภ์โรคทางอายุรกรรมที่ยังไม่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ ในเขต อ.เมืองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 90 - อัตราหญิงตั้งครรภ์โรคทางอายุรกรรมที่ยังไม่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ และ อายุรแพทย์ พิจารณาแล้วให้ TOP (เฉพาะในเขต อ.เมือง) ได้รับการ Therapeutic abortion ปลอดภัย ร้อยละ 100 - อัตราการตายของมารดาโรคทางอายุรกรรมที่ยังไม่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 0 - อัตราการคุมกำเนิด ในสตรีตั้งครรภ์โรคทางอายุรกรรมที่ยังไม่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 100	- จัดให้มีบริการ preconception counseling บูรณาการในคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร - empower primary care ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง เพื่อเข้ารับการดูแล หรือ คุมกำเนิด - มีระบบการดูแลแบบ multidisciplinary care ระหว่าง อายุรแพทย์ สูติแพทย์ และ โภชนาการ	-ANC -LR -PP -family planning -เวชกรรมสังคม
--	---	--	--

เน้นเชิงรุก ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และ ชุมชน

กิจกรรมเชิงรุก การให้ health literacy เพื่อการคุมกำเนิด การท้องเมื่อพร้อม การงดใช้สารเสพติด
เพื่อป้องกันการตายในมารดา การตายปริกำเนิด และ birth asphyxia.

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อป้องกันการมารดาเสียชีวิต, perinatal mortality, preterm birth และ birth asphyxia
2. เพื่อให้ความรู้ในการคุมกำเนิด
3. เพื่อให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
4. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการใช้ยาบ้า สารเสพติดต่าง ๆ ต่อทารกในครรภ์ และระยะให้นมบุตร
5. ค้นหากลุ่มเสี่ยง ระยะก่อนท้อง ระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด
6. มีช่องทางการติดต่อระหว่าง ภาคีเครือข่าย กลุ่มเป้าหมาย และ ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการดูแลที่เหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย:

1. ชุมชนเขตเมือง
2. นักเรียน
3. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคอ้วน โนคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคประจำตัวอื่น ๆ
4. สตรีครรภ์เสี่ยงสูง ระยะก่อนคลอด และหลังคลอด

Plan of ANC, Plan of delivery

In- hospital

ANC:

- 1.แยกความเสี่ยง ตาม UDON model & mapping.
- 2.Risk screen โรคสำคัญ DM, STD, Thal., QT, heart,
- 3.คัดกรองและป้องกัน PIH, preterm
- 4.HL

มาตรฐาน
อนามัยแม่และเด็ก

LR:

- Standard guideline, standing order
- Risk screening / prevention / early detection and aggressive treatment.

OPOS: ANC / LR

- ✓ สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์
- ✓ ระบบง่าย ๆ เช่น โทรปรึกษา, line group
- ✓ ANC/MFM

One Province One ANC High Risk System

Referral system.



4P for R8

เป้าหมาย

Plan of pregnancy.

- **PRECONCEPTION CLINIC** ทุก รพช.
- เน้น **NCD**, ท้องเมื่อพร้อม, ค้นหาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

Plan of ANC.

- **PIH screen.**, Preterm corner/ preterm fast track.
- **Amphetamine use, SY.**
- **anemia**
- **Roadmap ANC R8**

- **Udon model/ risk classify.**
- **HL, warning signs.**
- **Individual care.**
- เครือข่าย ส่งต่อข้อมูล, **COC, smart อสม.**

Plan of labor.

- **OPOL.**
- **Emergency response/ seamless.**
- **Udon model.**

- **Set zero MDR from uterine atony, SPE**
- **No repeated IUR in IPM cat 2**
- **SD prevention: No drip in DM**

Plan of postpartum.

- **Home visit 3 ครั้ง,**
- เครือข่าย ส่งต่อข้อมูล, **COC, smart อสม.**

มาตรฐาน อามัมแม่และเด็ก, CPG, เครือข่าย, RM

เข็มมุ่ง สอดคล้องกับสถานการณ์ แม่และเด็ก

- ☐ Preconception
- ☐ ตระหนักรู้, HL
- ☐ Amphetamine
- ☐ Pre-eclampsia prevention
- ☐ DFIU: caused, birth asphyxia prevention, SD
- ☐ LBW prevention

- ☐ PPH
- ☐ PAS
- ☐ Abruptio placenta
- ☐ Syphilis
- ☐ Preterm prevention
- ☐ การประเมินสุขภาพจิต
- ☐ การมีส่วนร่วมของชุมชน, การติดตามเยี่ยมบ้าน

Referral system: Risk screening, สูติแพทย์ร่วมดูแล ANC-HR, OPOL
Fast track, emergency response, รับ refer 100%

***ANC คุณภาพ**
***anemia in pregnancy**

Risk assessment:

- 1.Udon model: low-risk, high risk, very high risk.**
- 2.Specific condition: อ้างอิงตาม cause of maternal death and PMR: heart disease, PIH, preterm birth, suicide, PAS, obesity, CHT, DM.**
- 3.Anemia.**

กำหนด risk assessment ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป
เช่น คนท้องลดลง เด็กเกิดลดลง แต่โรครุนแรงขึ้น
โดยยังยึดหลัก risk assessment ที่เราแบ่ง low , high, very high risk ค่ะ



Heart dz.

- Oxygen sat.
- HR
- murmur
- Symptoms
- EKG, CXR
- Peripartum/
perioperative
CXR/EKG ใน high
risk pregnancy.

Suicide.

- ST-5, 2Q, 9Q, 8Q

NCD.

- GST 1st visit and
24-26 wk.
- CHT
- obesity
- อื่น ๆ

PIH.

- Maternal history.
- MAP
- Ut. A. PI
- FMF algorithm.
- Prevention.

PAS.

- Risk: CS
- US , MRI

Preterm.

- History, behavior,
HL
- TACL, TCVL

Amphetamine use.

- UAA 1st ANC, place-
based screen.

Start



≤ 12

First ANC: Plan of ANC
 -risk assess./ST5/2Q
 -แพทย์: US#1 for GA
 -pretest DS, Thal
 -LAB 1, GST
 -PS#1, หันดกรรม
 -UAA

12-13



-แพทย์: PIH screen/Ut a PI
 - DS: NT
 - NIPT

15-17

QT

แพทย์: US#2
 -PAS sc.
 -TACL/TVCL
 -anomaly sc.
 -ฟังผล QT
 -AC
 -influenza vac.
 -ST5/2Q

34



-plan of delivery
 -risk assess.
 -US: growth.
 -ST5/2Q
 -PS#2

28-32

-anti-D
 -LAB2
 -ST5/2Q
 -PAS sc.

24-26

-GST
 -ST5/2Q

18-20



36

-ST5/2Q
 -off ASA
 -off progesterone.
 -นัดพบ สูติแพทย์
 for CS date

38

-ST5/2Q

40



-NST, AFI
 -ST5/2Q
 -PV for BISHOP
 -membrane stripping

41

-NST, AFI
 -ST5/2Q
 -PV for BISHOP
 -membrane stripping
 -induction of labor



Plan of postpartum care



หมายถึง
 พบสูติแพทย์

วางแผนงาน ANC roadmap

- 1.Service delivery** ที่มุ่งเน้นในแต่ละ กิจกรรมการฝากครรภ์
- 2.GAP: 6 building block** ของแต่ละพื้นที่
- 3.ให้บริการในบริบท primary care, secondary care, tertiary care.**

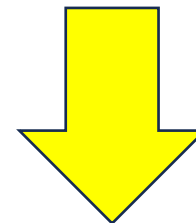
**Roadmap:
start 1st visit GA $\leq$ 12 wk.**

- 1. Risk screening.**
- 2. Specific condition.
Individual care.**
- 3. US for GA.**
- 4. LAB1: GST, reverse
algorithm SY
screening.**
- 5. ST5/2Q**
- 6. PS#1**
- 7. ทันดกรรรม**
- 8. UAA.**



**Roadmap:
GA 12-13 wk.**

- 1. Option: NIPT, NT, nasal bone.**
- 2. Uterine a. PI for PIH screening.**

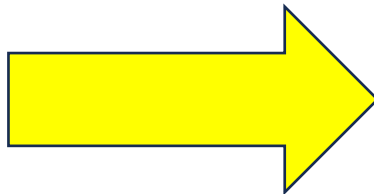


**Roadmap:
GA 15-17 wk.**

- QT

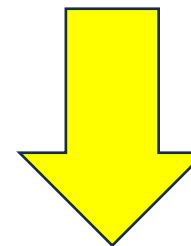
**Roadmap:
GA 18-20 wk.**

แพทย์: US#2
-PAS sc.
-TACL/TVCL
-anomaly sc.
-ฟังผล QT
-AC
-ST5/2Q



**Roadmap:
GA 24-26 wk.**

- 1. GST**
- 2. ST5/2Q**



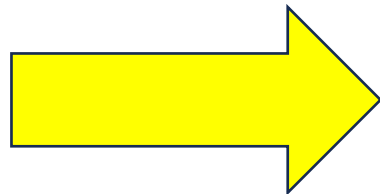
**Roadmap:
GA 28-32 wk.**

- 1. Anti-D**
- 2. ST5/2Q**
- 3. PAS screen.**



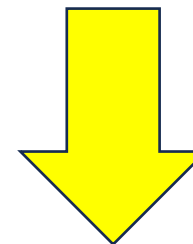
**Roadmap:
GA 34 wk.**

plan of delivery
-risk assess.
-US: growth.
-ST5/2Q
-PS#2



**Roadmap:
GA 36 wk.**

**-นัดพบ สูติแพทย์ for CS date
-ST5/2Q
-off ASA
-off progesterone.**



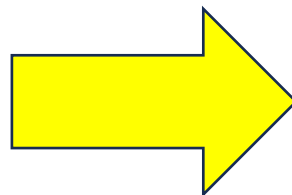
**Roadmap:
GA 38 wk.**

- ST5/2Q

Timing of delivery ใน low risk ให้เป็นไปตามเกณฑ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์

**Roadmap:
GA 40 wk.**

- NST, AFI**
- ST5/2Q**
- PV for BISHOP**
- membrane stripping**



**Roadmap:
GA 41 wk.**

- NST, AFI**
- ST5/2Q**
- PV for BISHOP**
- membrane stripping**
- induction of labor**

ตัวอย่างกิจกรรม ใน ANC คุณภาพ ที่สามารถดำเนินการได้เลย

PIH prevention เป้าหมาย

สตรีตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการ
คัดกรอง PIH risk

- รพสต. : คัดกรอง / ส่ง
ต่อเมื่อพบความเสี่ยง
- รพช. : คัดกรอง / start
ASA
- รพท. / รพศ. สูติแพทย์ :
คัดกรอง Ut. A . PI ,
ASA

เป้าหมายสำคัญ	ตัวชี้วัด	แผน / โครงการ / กิจกรรม
4. พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ	1. อัตราการเกิด pre-eclampsia ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอุดรธานี ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 2. สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอุดรธานี ได้รับการคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษ 3. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด pre-eclampsia ได้รับยา low dose aspirin และ calcium supplement	กิจกรรม และมาตรการการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ 1. จัดทำแนวทางปฏิบัติการป้องกัน PIH 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ มีความรู้ และสามารถให้คำแนะนำด้าน health literacy ในการป้องกัน และคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มีความเสี่ยงต่อครรภ์เป็นพิษ โดยให้คำแนะนำก่อนอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ เพื่อสามารถส่งต่อแพทย์พิจารณาการตรวจเพิ่มเติม หรือ การให้ low dose aspirin และ calcium 3. จัดทำแนวทางการให้คำแนะนำ การใช้ low dose aspirin 4. primary care และ ภาควิชาเวชศาสตร์ ให้การติดตาม ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงครรภ์เป็นพิษ โดยการสังเกต warning signs และ home monitoring BP 5. มีระบบการส่งต่อข้อมูล 6. จัดทำ health literacy การป้องกันครรภ์เป็นพิษ warning signs

**Set zero:
MDR from
SPE**

Pre-eclampsia prevention.

GAP คือ

- ☐ Preventable แต่ไม่ได้รับการคัดกรอง
- ☐ ยา Mg ไม่ได้ระดับ
- ☐ หลังคลอด โรคยังดำเนินต่อ มีบางรายชักหลังคลอด
หรือรุนแรงขึ้นหลังคลอด
- ☐ ขาดการติดตามวัดความดันทั้ง ก่อนคลอด หลังคลอด

Pre-eclampsia risk

ทำก่อน **12 week**

ถ้าพบความเสี่ยง ส่งพบแพทย์

1. Pre-eclampsia risk. O none	High risk factors: O Previous History of preeclampsia O ครรภ์แฝด (Multifetal gestation) O Chronic hypertension O โรคไต O Overt DM type 1 or 2 O Autoimmune disease (i.e. SLE, antiphospholipid syndrome)	O พบ 1 ข้อ O start ASA: Clinical information Blood analysis Blood pressure Ultrasound* Result High risk Close monitoring Low Risk Normal pregnancy follow up </
--	--	---

Pre-eclampsia prevention and ASA.

1. เสี่ยงสูงคือ อะไรบ้าง
2. เสี่ยงปานกลางมีอะไรบ้าง
3. เมื่อไรต้องกิน ASA
4. แนะนำอย่างไร

ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง		
○ เป็นครรภ์แรก ไม่เคยคลอดบุตร (Nulliparity) ○ น้ำหนักมารดามาก มีภาวะอ้วน (Obesity BMI > 30) ○ Age ≥ 35 years ○ เป็นการตั้งครรภ์จากเด็กหลอดแก้ว IVF ○ ประวัติครอบครัว มารดา หรือ พี่สาว/น้องสาว เคยเป็นครรภ์เป็นพิษ ○ การดูแลตนเองไม่เพียงพอ (Low income/ socio-economic/ inadequate selfcare/ Black race) ○ ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนผิดปกติ ได้แก่ ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งก่อนมากกว่า 10 ปี, เคยคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม, IUGR หรือ previous adverse outcome		ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง ตั้งแต่ 2 ข้อ

แบบที่ 1 ประเมินความเสี่ยงของภาวะครรภ์เป็นพิษด้วย maternal factors

แบบที่ 1 แบบประเมินความเสี่ยงของภาวะครรภ์เป็นพิษ (maternal factors)	
ปัจจัยเสี่ยงสูง	ข้อบ่งชี้การให้ low dose aspirin
○ ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน เคยเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Previous History of preeclampsia) ○ ครรภ์นี้ เป็นครรภ์แฝด (Multifetal gestation) ○ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน (Chronic hypertension) ○ มีโรคประจำตัวเป็นโรคไต (renal disease) ○ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational DM / Overt DM) ○ มีโรคประจำตัวเป็นโรคภูมิคุ้มกัน Autoimmune disease (SLE, antiphospholipid syndrome)	พบปัจจัยเสี่ยงสูง ≥ 1 ข้อ

คนท้องทุกคนต้องได้รับ
การประเมิน ก่อน **12 week**
ถ้าพบความเสี่ยง ส่งพบแพทย์

Low dose aspirin Early detection Self care

แนวทางการปรับยา low dose aspirin และการให้ health education

สามารถเลือกให้ได้ตาม CPG ดังนี้

- RTCOG 2020 / FIGO 2019: ปรับตามน้ำหนักมารดา
 - BW < 40 kg. ให้ aspirin 100 mg. OD, hs.
 - BW ≥ 40 kg. ให้ aspirin 150 mg. OD, hs.
 - เริ่มให้เมื่อ GA 11-14^{6/7} สัปดาห์ จนถึง 36 สัปดาห์ หรือจนคลอด หรือเมื่อ develop pre-eclampsia
- ACOG 2021:
 - ให้ aspirin 81 mg. OD, hs. เริ่มให้ได้ตั้งแต่ GA 12-28 สัปดาห์ (แนะนำก่อน 16 สัปดาห์) จนคลอด หรือเมื่อ develop pre-eclampsia
- NICE 2019:
 - ให้ aspirin 75-150 mg. OD, hs. เริ่ม GA 12 สัปดาห์ จนคลอด หรือเมื่อ develop pre-eclampsia

Contraindication of aspirin: allergy to ASA or NSAID, ASA-related asthma, hepatitis, active PU

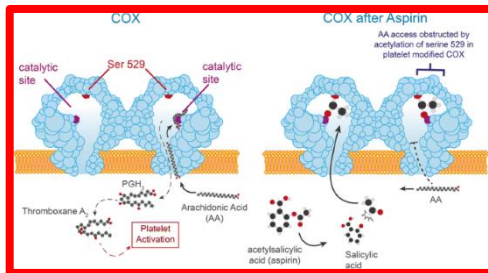
แนวทางการให้ Health education/การติดตามสตรีตั้งครรภ์

1. home monitoring BP chart	- ให้สตรีตั้งครรภ์วัดความดันที่บ้าน หรือ รพสต. อย่างน้อย 1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ - หากความดันสูงตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้ บ้านทันที
2. Warning sign:	- Triad symptoms: อาการเตือนก่อนชัก ได้แก่ ปวดหัว ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่ - ให้รีบมาพบแพทย์ทันที - อาการของโรคหัวใจที่อาจพบร่วมกัน ได้แก่ เหนื่อยผิดปกติ, นอนราบไม่ได้ ต้องใช้หมอนหนุนศีรษะให้สูง, ไอตอนกลางคืน, ขา/เท้าบวม, หัวใจเต้นเร็ว เกิน 100 /นาที่ - มีเลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง ให้มาโรงพยาบาลทันที - การนับลูกดิ้น หากน้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน ให้มาโรงพยาบาลทันที
3. การติดตามเยี่ยมบ้านโดยสม. หรือ เจ้าหน้าที่ รพสต.	อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อ 2 สัปดาห์

ถ้าพบความเสี่ยง PIH ส่งพบแพทย์ เพื่อให้ aspirin

Low dose aspirin สามารถให้ได้ตาม CPG ดังนี้

- **RTCOG 2020 / FIGO 2019:** ปรับตามน้ำหนักมารดา < 40 kg. ASA 100 mg. OD, hs., BW ≥ 40 kg. ASA 150 mg. OD, hs. เริ่มให้เมื่อ GA 11-14^{6/7} สัปดาห์ จนถึง 36 สัปดาห์ หรือจนคลอด หรือเมื่อ develop pre-eclampsia
- **ACOG 2021:** ให้ aspirin 81 mg. OD hs เริ่มให้ได้ตั้งแต่ GA 12-28 สัปดาห์ (แนะนำก่อน 16 สัปดาห์) จนคลอด หรือเมื่อ develop pre-eclampsia
- **NICE 2019:** ให้ aspirin 75-150 mg. OD, hs. เริ่ม GA 12 สัปดาห์ จนคลอด หรือเมื่อ develop pre-eclampsia



วิธีรับประทานยา

- รับประทานช่วงเย็น หรือก่อนนอน
- ห้ามรับประทานยาร่วมกับอาหารที่มีรสจัด รสเปรี้ยว น้ำอัดลม และ alcohol
- ควรเริ่มยาก่อน 16 สัปดาห์ (12-14w6d.) จนกว่าจะคลอด หรือ GA 36 สัปดาห์ หรือ เมื่อเกิดครรภ์เป็นพิษแล้ว
- หากไม่มีข้อห้าม หรือเกิดอาการข้างเคียงรุนแรง ให้รับประทานอย่างต่อเนื่อง จะได้ประโยชน์สูงสุด
- รับประทานตามที่แพทย์แนะนำ



แบบบันทึกการวัดความดันโลหิต และอาการผิดปกติ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เฝ้าระวัง

[illegible]

คำแนะนำการรับประทานยาแอสไพริน

1. ภาวะครรภ์เป็นพิษอาจมีผลเสียรุนแรงต่อมารดาและทารก ทำให้มารดาเกิดความดันโลหิตสูง อาจทำให้ชัก หมดสติ และทารกคลอดก่อนกำหนด หรือ อาจเสียชีวิตได้
2. ยาแอสไพรินขนาดต่ำ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (ที่เกิดก่อน 34 สัปดาห์) สิ่งสำคัญ มารดาจะต้องงดปัจจัยเสี่ยงของครรภ์เป็นพิษด้วย เช่น ยาบ้า บุหรี่ สุรา ควบคุมอาหาร รักษาเบาหวาน และความดันโลหิต เป็นต้น
3. ข้อห้ามการใช้ยาแอสไพรินขนาดต่ำ ได้แก่ แพ้ยาแอสไพริน หรือ กลุ่ม NSAID อื่น ๆ , โรคหอบหืด, โรคตับอักเสบ, กำลังมีอาการของโรคกระเพาะอาหาร, มีเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือ ทางช่องคลอด และกำลังมีไข้ ซึ่งอาจเกิดจากโรคไข้เลือดออก, ไข้หวัดใหญ่ หรือ อีสุกอีใส
4. อาการข้างเคียงของยาแอสไพริน ขึ้นกับขนาดยา สำหรับยาแอสไพรินขนาดต่ำ ค่อนข้างปลอดภัย มีอาการข้างเคียงดังนี้
 - มารดา: อาการข้างเคียง หรือ ภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ, ช่องคลอด หรือ รกลอกตัว นั้นพบว่าไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้ ยาแอสไพริน, อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงที่อาจพบได้ เช่น อาจเกิดอาการระคายเคืองกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือ มวนท้อง
 - ทารก: ไม่เพิ่มความเสี่ยงความพิการแต่กำเนิด, ductus venosus closure, หรือ เลือดออกในทารก
 - แม้ว่าส่วนใหญ่จะพบว่า ยาแอสไพรินขนาดต่ำ ปลอดภัยต่อมารดาและทารก แต่จำเป็นต้องให้คำแนะนำ และติดตามอาการข้างเคียง
 - ให้หยุดยาแอสไพริน หากพบว่ามีเลือดออก, มีไข้จาก acute viral illness, ไข้เลือดออก, ไข้หวัดใหญ่ หรือ อีสุกอีใส มีผื่นแพ้ยา หรือ อาการหอบหืด



การสังเกตอาการผิดปกติ
และวิธีนับลูกตุ้ม



ความรู้เรื่องครรภ์เป็นพิษ
และการป้องกัน



แบบสอบถามอาการผิดปกติ

Early detection

- ☐ Warning signs
- ☐ Home monitoring BP
 - เลี่ยงสูง วัดบ่อย ๆ
 - เลี่ยงต่ำ วัดอย่างน้อย สัปดาห์ละ ครั้ง หรือ 2 สัปดาห์ ครั้ง

ตัวอย่างกิจกรรม ใน ANC คุณภาพ ที่สามารถดำเนินการได้เลย

Preterm prevention เป้าหมาย

- สตรีตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรอง preterm risk
- HL: self care
- Utrogestran
- Preterm fast track
- Dexa. / neuroprotection.

- รพสต. : คัดกรองด้วยประวัติ/ ส่งต่อ CL.
- รพช. : คัดกรอง CL/ start utrogestran / fast track preterm.
- รพท. / รพศ. สูติแพทย์ : คัดกรอง CL, utrogestran / fast track / NICU

แผน preterm prevention

2.1) พัฒนาแนวทางการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด (จากสาเหตุ spontaneous preterm labor)	- อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ต่ำกว่าร้อยละ 7 ของจำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด - สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฟังผล QT ได้รับการคัดกรองภาวะคลอดก่อนกำหนดด้วย TACL หรือ TVCL - สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ตรวจพบปากมดลูกสั้น ได้รับยา progesterone vaginal tablet.	- จัดตั้ง preterm clinic - การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง - การประเมินความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด	- จัดตั้ง preterm clinic ประกอบด้วย การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อ preterm birth การตรวจวัด TACL/TVCL และการคัดกรอง PIH risk - สตรีตั้งครรภ์ที่พบ short cervix ได้รับ vaginal progesterone - สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง PIH ได้รับ low dose aspirin - การให้ health literacy เรื่อง MOU-term pregnancy การดูแลตนเอง และสังเกต warning signs - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ มีความรู้ และสามารถให้คำแนะนำด้าน health literacy ในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
--	--	--	---



เป้าหมายสำคัญ

ตัวชี้วัด

แผน / โครงการ

กิจกรรม

2.2) พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะคลอดก่อนกำหนด

1. อัตราการยับยั้งการคลอด (Inhibit labor) ≥ 48 ชม. ได้มากกว่าร้อยละ 80
2. อัตราของปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 cm. น้อยกว่าร้อยละ 20 ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย spontaneous preterm labor ที่ GA < 37 wk. ทั้งหมด
3. อัตราการได้รับ Dexamethasone course มากกว่าร้อยละ 80 ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ dexamethasone
4. อัตราการได้รับ neuroprotection ทารกคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ น้อยกว่า 32 wk. (preterm birth ทุกอายุที่ GA < 32 wk. ทั้ง spontaneous, PPRM, indicated preterm) ร้อยละ 100 (ยกเว้นรายที่มารดามีข้อห้ามการให้ MgSO₄)
5. อัตราการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด

1. จัดระบบ Preterm labor fast track
2. จัดตั้งหอผู้ป่วย preterm ward

1. แนวทางการวินิจฉัย preterm labor, threatened preterm labor และ PPRM ที่รวดเร็ว เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการส่งต่อที่เหมาะสมตามศักยภาพ
2. สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับคำแนะนำเรื่อง warning signs of preterm labor and PPRM.
3. สตรีตั้งครรภ์ทราบแนวทางการปรึกษาทีมแพทย์-พยาบาล-อสม.ได้ทันที เช่น ระบบโทรศัพท์, line 1669 หรือ อปท.
4. รพช. และ รพท. สามารถส่งต่อได้เหมาะสมตามศักยภาพ โดยสามารถโทรปรึกษาสูติแพทย์ได้ 24 ชม. และสามารถเริ่มให้ยาได้ตามคำแนะนำของสูติแพทย์
5. สตรีตั้งครรภ์มาที่ ER ได้รับการตรวจ NST, US ที่ ER และประเมินภาวะ prolapsed cord, fetal distress, abruptio placenta หรือ emergency condition ที่ ER
6. กรณีที่ไม่มี emergency condition หรือข้อห้ามการ inhibit labor สามารถย้ายผู้ป่วยมาที่ preterm unit และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม
7. จัดทำ CPG preterm prevention and treatment

ตัวอย่างกิจกรรม ใน ANC คุณภาพ ที่สามารถดำเนินการได้เลย

Amphetamine use. เป้าหมาย

- **Place-based screening.**
- **OSCC, จิตเวช, ภาควิชาเครือข่าย**
- **HL: กิจกรรมเชิงรุก**
- **คุมกำเนิดก่อน d/c: LARC**

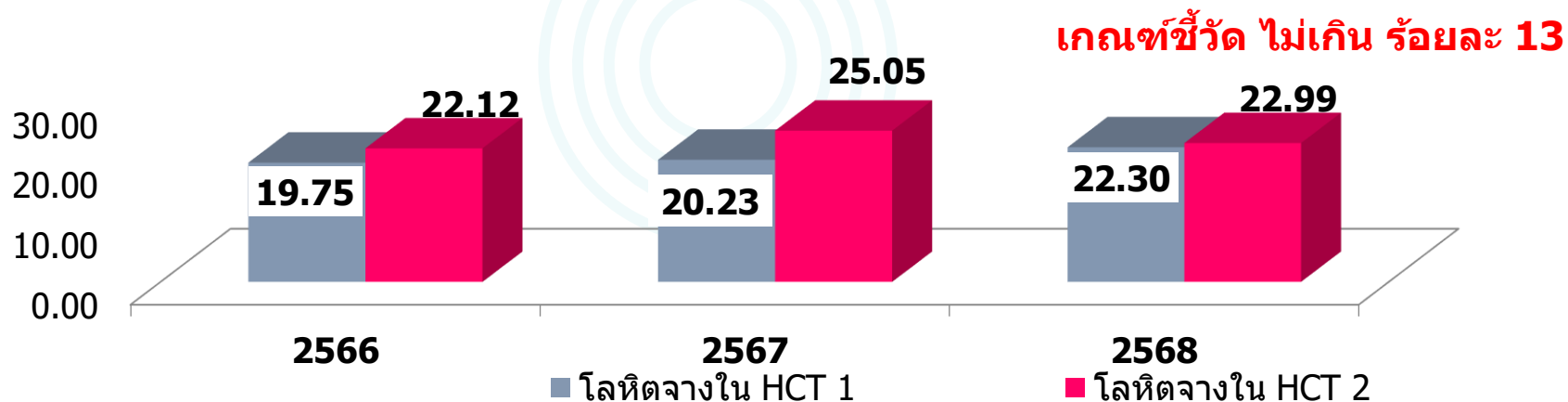
Amphetamine use in pregnancy.

เป้าหมายสำคัญ	ตัวชี้วัด	แผน / โครงการ / กิจกรรม
6) พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด amphetamine และ สตรีกลุ่มเปราะบาง ในระยะคลอด	- อัตราการตรวจพบ urine amphetamine สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด (LR) (เฉพาะรายที่เคยฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอุดรธานี) ต่ำกว่าร้อยละ 1 ของการตรวจทั้งหมด - อัตราการหยุดเสพ amphetamine (รายที่เคยตรวจพบในระยะฝากครรภ์ และ ตรวจไม่พบในระยะคลอด) มากกว่าร้อยละ 90 - ได้รับการคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน	- สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกราย ได้รับคำแนะนำ ความยินยอมในการคัดกรอง amphetamine อย่างน้อย 2 ครั้ง (LAB 1 และ LAB 2) ที่ห้องฝากครรภ์ และ placed-based screening ที่ LR, PP - สตรีที่มาฝากครรภ์ ที่ใช้ amphetamine ได้รับการดูแลแบบสหสาขา ได้แก่ จิตเวช และ OSCC เพื่อให้การช่วยเหลือ และสามารถหยุดยาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะตั้งครรภ์ และให้นมบุตร - จัดทำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรอง และดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด - จัดให้มีหอผู้ป่วยหรือโซนสำหรับกลุ่มเปราะบาง - งด breast feeding จนกว่าผลลบ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ มีความรู้ และสามารถให้คำแนะนำด้าน health literacy เกี่ยวกับโทษของ amphetamine - กิจกรรมเชิงรุก เพื่อรณรงค์การลด ละ เลิก การใช้ amphetamine และสารเสพติดทุกประเภท ระหว่างตั้งครรภ์ และการให้นมบุตร ร่วมกับชมรมจิตอาสา และ PCU - สตรีครรภ์เสี่ยงได้รับการคุมกำเนิดก่อนกลับบ้านทุกราย

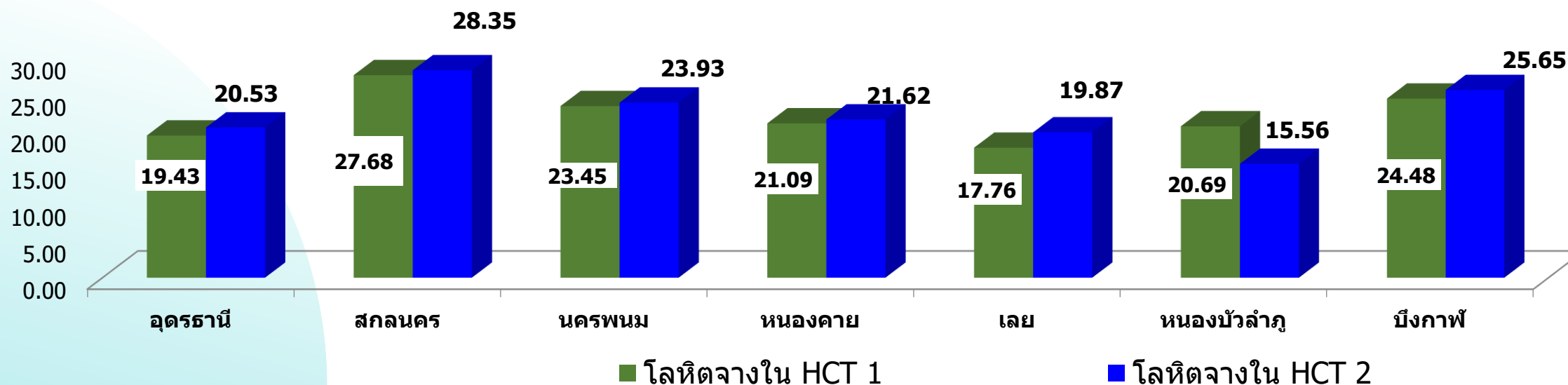
ร่วมกับกิจกรรมเชิงรุก

**แผนการป้องกัน และรักษา
ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์
เขตสุขภาพที่ 8**

ข้อมูลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2560-2568 (HDC กระทรวง สธ. 16 พค.68)

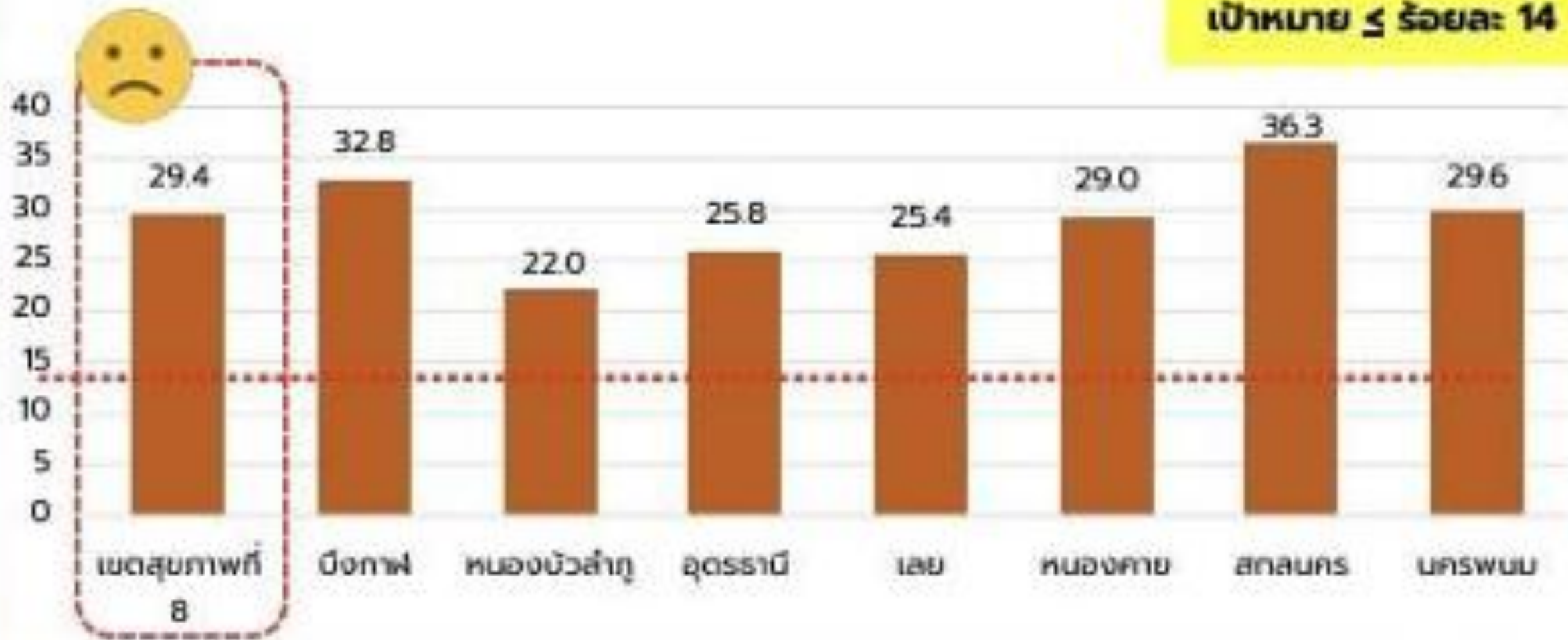


ข้อมูลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ รายจังหวัด ปี 2568



ร้อยละหญิงหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า

เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 14



Incidence: ไทย anemia in pregnancy 20-30%

สาเหตุ: IDA ส่วนใหญ่, thalassemia disease, อื่น ๆ

GAP:

1. Iron storage น้อยแต่อาจตรวจ CBC ไม่พบ anemia กรณีนี้จะต้องส่งเสริมตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ และเริ่มให้ iron ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์, parasitic infestation.
2. screening ในระยะ หลังคลอด (LAB 1, LAB 2, LR) แต่ในระยะหลังคลอดยังไม่ชัดเจน
3. Lab 2 ชัดมากกว่า Lab 1 แสดงถึง poor compliance
4. Compliance เนื่องจากคลื่นไส้
5. HL: ช่วงเวลาของการรับประทานยา บางราย HS, PC เย็น, กินพร้อม calcium
6. Iron study: มีค่าใช้จ่ายสูง
7. IT: ขาดการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ในรายที่มี anemia

จุดแข็ง ภาพรวมเขต 8:

1. หน่วยบริการส่วนใหญ่สามารถตรวจ CBC ได้ และมี ยาพร้อมใช้ (Obimin AZ, Triferdine, feSO₄, ferrous fumarate)
2. สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ใช้ mobile phone. สามารถสอดแทรก HL ได้ง่าย
3. อาหารที่รับประทานในชุมชนมีความหลากหลาย
4. ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งสามารถติดตามเยี่ยมบ้าน และให้ HL ในชุมชนได้

การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ จ.อุดรธานี ปีงบประมาณ 2568

ลำดับที่	โรงพยาบาล	การตรวจคัดกรอง		ยาที่ใช้			ยาที่ใช้ใน iron def			หมายเหตุ
		CBC	DCIP	Obimin	Triferdine	อื่นๆ	Ferrous fumarate	FeSO4	อื่นๆ	
1	อุดรธานี	/	/							
2	กุดจับ	/	/		/			/		
3	หนองวัวซอ	/	/	/			/			
4	กุมภวาปี									
5	โนนสะอาด									
6	หนองหาน	/	/	/					FBC	
7	ทุ่งฝน	/	/	/			/			
8	ไชยวาน	/	/		/		/			
9	ศรีธาตุ	/	/	/			/			
10	วังสามหมอ									
11	บ้านดุง	/	/	/					FBC	กรณี HCT < 32 vol% , Hb < 11
12	บ้านฝ่อ									
13	น้ำโสม	/	/	/			/			
14	เพ็ญ	/	/	/				/		
15	สร้างคอม									
16	หนองแสง	/	/	/				/		
17	นายาง	/	/	/			/			
18	พิบูลย์รักษ์									
19	กู่แก้ว									
20	ประจักษ์ศิลปาคม	/	/	/			/			
21	เทศบาลนครอุดรธานี	/	/	/						
22	ค่ายประจักษ์ศิลปาคม	/	/		/		/		Folic	

แผนการดำเนินงาน

KPI:

- 1.อุบัติการณ์ของ anemia ในสตรีตั้งครรภ์ ลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 50
2. สตรีครรภ์ทุกราย ได้รับการคัดกรอง **intensive surveillance anemia** ร้อยละ 100
3. สตรีครรภ์ทุกรายที่มีภาวะ anemia ได้รับการรักษา และ ติดตามจนผลเป็นปกติตาม definition ของแต่ละ GA

Definition:

ไตรมาสที่ 1: Hb < 11 g/dL, Hct < 33%

ไตรมาสที่ 2: Hb < 10.5 g/dL, Hct < 32%

ไตรมาสที่ 3: Hb < 11 g/dL, Hct < 33%

หลังคลอดน้อยกว่า 1 สัปดาห์: Hb < 10 g/dL, Hct < 30 %,

หลังคลอด 1-8 สัปดาห์ Hb < 11 g/dL, หลังคลอด 8 สัปดาห์ เป็นต้นไป Hb < 12 g/dL

ระยะก่อนการตั้งครรภ์

- การคัดกรอง anemia และ เสริมธาตุเหล็ก ร่วมกับอนามัย โรงเรียน
- การให้ HL เรื่องโภชนาการ

ระยะฝากครรภ์ และ ระยะหลังคลอด

- CPG anemia in pregnancy

- นโยบาย **intensive surveillance IDA: จำนวน 5 ครั้ง** ได้แก่ 1. เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก, 2.อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์, 3. ระยะคลอด, 4. ระยะหลังคลอดก่อนกลับบ้าน และ 5. ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์

- นโยบายการให้ธาตุเหล็กเสริมชนิดรวมทันทีที่ทราบว่า **ตั้งครรภ์** ตลอดการตั้งครรภ์ และ หลังคลอด 6 เดือน

- HL เกี่ยวกับการรับประทานธาตุเหล็ก, การติดตามด้าน compliance และ โภชนาการ

3. การส่งต่อข้อมูล และ ติดตามผล

- COC: Hct
- IT

เป้าหมายสำคัญ	ตัวชี้วัด	แผน / โครงการ / กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
12) แนวทางการป้องกัน และรักษา iron-deficiency anemia	1. สตรีครรภ์ทุกราย ได้รับการคัดกรอง IDA 5 ครั้ง (1. LAB 1 เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก, 2. LAB2 ที่อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์, 3. ระยะคลอด, 4. ระยะหลังคลอดก่อนกลับบ้าน และ 5. ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์) 2. สตรีครรภ์ทุกรายที่มีภาวะ IDA ได้รับการรักษา และ ติดตามจนกว่าผลเป็นปกติ 3. อุบัติการณ์ของ IDA ในสตรีตั้งครรภ์ ลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 50	1. ระยะก่อนการตั้งครรภ์ - การคัดกรอง IDA ร่วมกับอนามัยโรงเรียน - การให้ HL เรื่องโภชนาการ 2. ระยะฝากครรภ์ และ ระยะหลังคลอด - กำหนด CPG anemia in pregnancy เพื่อการคัดกรอง-รักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ - กำหนดนโยบาย intensive surveillance IDA: จำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ 1. เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก, 2.อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์, 3. ระยะคลอด, 4. ระยะหลังคลอดก่อนกลับบ้าน และ 5. ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ - กำหนดนโยบายการให้ธาตุเหล็กเสริมชนิดรวม ได้แก่ ferrous fumarate, iodine, folic acid ทันทีทราบที่ตั้งครรภ์ ตลอดการตั้งครรภ์ และ หลังคลอด 6 เดือน - HLเกี่ยวกับการรับประทานธาตุเหล็ก, การติดตามด้าน compliance และ โภชนาการ 3. มีระบบส่งต่อข้อมูลระหว่าง ANC-เวชกรรมสังคม, LR-เวชกรรมสังคม, PP-เวชกรรมสังคม ในการติดตามเยี่ยมบ้าน 4. Smart COC, line-group 5. กำหนดกิจกรรมในการติดตามเยี่ยม ได้แก่ การติดตาม Hct หรือ Hemoglobin	-เวชกรรมสังคม -ANC -LR -PP -family planning	1 พฤษภาคม 2568

CPG anemia in pregnancy R8

Flow 1: Anemia in pregnancy

Definition:

ไตรมาสที่ 1: Hb < 11 g/dL, Hct < 33%

ไตรมาสที่ 2: Hb < 10.5 g/dL, Hct < 32%

ไตรมาสที่ 3: Hb < 11 g/dL, Hct < 33%

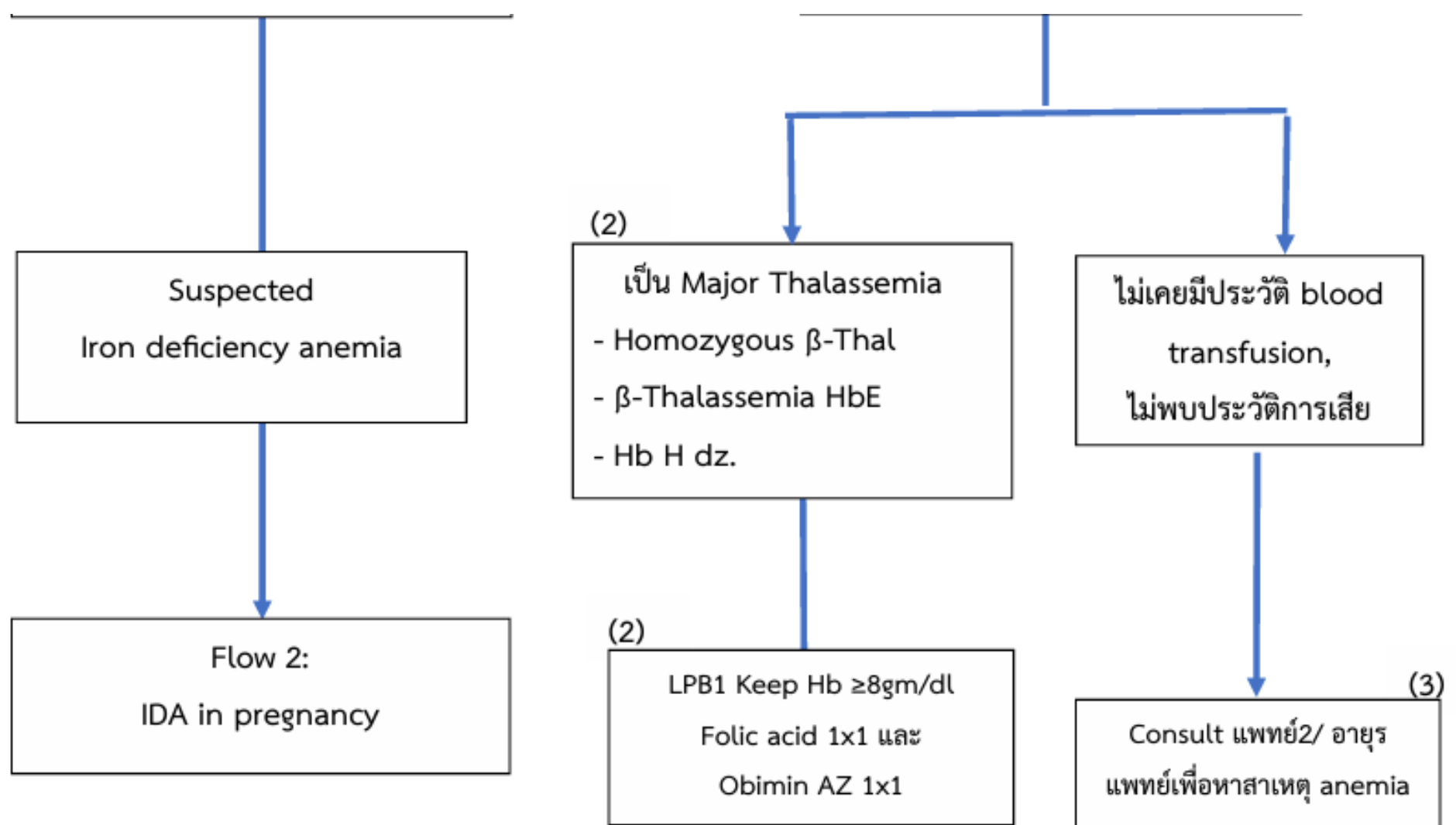
หลังคลอดน้อยกว่า 1 สัปดาห์: Hb < 10 g/dL, Hct < 30 %,

หลังคลอด 1-8 สัปดาห์ Hb < 11 g/dL, หลังคลอด 8 สัปดาห์ เป็นต้นไป Hb < 12 g/dL

ซักประวัติหาสาเหตุ จำเลือดตามร่างกาย ใช้ การตรวจร่างกาย การรับประทานธาตุเหล็ก (1)

Anemia: Hb $\geq$ 8 gm/dL,
ไม่มี anemic symptoms

Severe anemia: Hb < 8 gm/dL,
หรือมี anemic symptoms



- LPB1 คือ Leukocyte poor blood
- Consult แพทย์2 อาจเป็นแพทย์รพช. หรืออายุรแพทย์รพ.แม่โขง หรือ Hematologist รพ.อุดรธานี

Flow 2: Iron deficiency anemia (IDA) in pregnancy

ชักประวัติ chronic blood loss, การรับประทานธาตุเหล็ก และ โภชนาการ

(4)

Try medical treatment

- Ferrous fumarate 200 mg.: 1x2 PC
หลังอาหารเที่ยง และ เย็น
- Ob AZ หรือ Triferdine 1X1 pc หลัง
อาหารเช้า
(ส่วน calcium ให้รับประทานก่อนนอน)

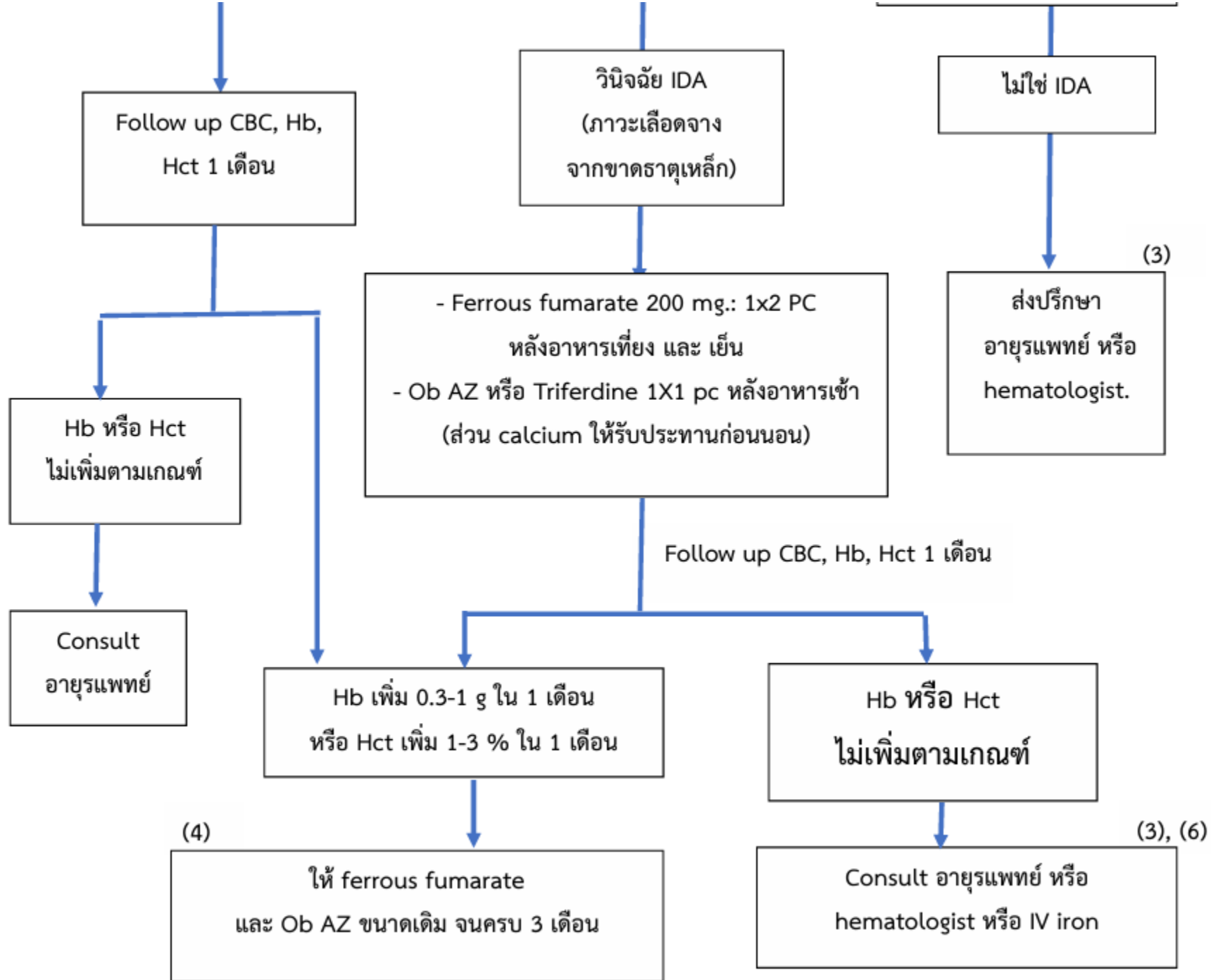
(5)

Iron study:

Transferrin saturation, serum iron

Transferrin saturation ต่ำกว่า
16% และ/หรือ
serum iron ต่ำกว่า 60 กรัม/ดล.

Transferrin saturation $\geq$
16% และ/หรือ
serum iron $\geq$ 60 กรัม/ดล.



1. สาเหตุของ anemia: ที่พบบ่อยคือ ภาวะขาดธาตุเหล็ก, การรับประทานธาตุเหล็กเสริมไม่สม่ำเสมอ, การเสียเลือดเรื้อรัง, พยาธิ, ภาวะขาด folic และ โรค thalassemia major การวินิจฉัยหาสาเหตุ สามารถทำได้จาก ประวัติการเสียเลือด การรับประทานธาตุเหล็กเสริม ภาวะโภชนาการ และ ประวัติโรคเลือด thalassemia การได้รับ blood transfusion ส่วนการตรวจร่างกาย หากพบจ้ำเลือดตามร่างกาย หรือเลือดออกตามไรฟันจะสัมพันธ์กับโรคเลือดชนิดอื่น ๆ เช่น aplastic anemia, ITP ซึ่งต้องส่งพบ อายุรแพทย์เพื่อหาสาเหตุต่อไป
2. ในผู้ป่วย เลือดจางจากโรค Thalassemia major ให้ Keep hemoglobin มากกว่าหรือเท่ากับ 8 g/dL, ห้ามให้ chelating agent และ พิจารณาให้ folic acid 5mg./tab 1x1 ตลอดการตั้งครรภ์ ส่วนกรณี thalassemia trait และ มีภาวะซีด ให้การดูแลรักษาเหมือน สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มี thalassemia disease.
3. ข้อบ่งชี้การปรึกษาอายุรแพทย์ หรือ hematologist ได้แก่ 3.1) ภาวะซีดจากภาวะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ IDA หรือ พบว่ามี abnormal ของ white blood cell และหรือ platelet , 3.2) ผู้ป่วยที่เป็น IDA และได้รับ ferrous fumarate แล้วไม่ดีขึ้น, 3.3) ผู้ป่วยที่สงสัย IDA และ try treat as IDA แล้วไม่ดีขึ้น หรือ เป็นต้น
4. กรณีที่สงสัยว่าเป็น IDA และหลังจากได้ ferrous fumarate แล้วพบว่า Hb, Hct เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ให้ยาขนาดเดิมต่อไปอีก 3 เดือน หลังจากนั้น ประเมิน CBC อีกครั้ง ถ้าปกติให้หยุด ferrous fumarate และให้ Obimin AZ หรือ Triferdine 1x1 หลังอาหารเช้า จนครบ 6 เดือน หลังคลอด

5. กรณีที่สามารถส่งตรวจ iron study ได้ อาจพิจารณาส่งตรวจก่อน หรือ จะ try treat as IDA ก่อนได้
 - เกณฑ์การวินิจฉัย IDA ให้ใช้ **Transferrin saturation (TSAT) ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 16** เป็นหลักฐานว่ามีการขาดธาตุเหล็ก แม้ serum ferritin จะปกติ
 - อย่างไรก็ตาม ในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย การตรวจ serum ferritin อย่างเดียวก็สามารถให้การ วินิจฉัยได้ เนื่องจาก serum ferritin เป็นตัวบ่งปริมาณธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกาย ถ้า serum ferritin ต่ำ (น้อยกว่า 30 ng/mL) โดยเฉพาะระดับที่ต่ำกว่า 15 ng/mL จะยืนยันการวินิจฉัยการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ หากระดับ 30 ng/mL ขึ้นไป ส่วนใหญ่จะไม่มีขาดธาตุเหล็ก
 - กรณีที่ค่า serum ferritin 30-40 ng/mL อาจเกิดจากการอักเสบจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หรือกรณีที่สูงถึง 100 ng/mL จะพบในโรคไตเรื้อรัง หรือ autoimmune disease ในสตรีตั้งครรภ์บางรายที่มี acute phase response แม้ไม่ได้เป็นโรคเหล่านี้ อาจพบ serum ferritin ในระดับกำกวม ในกรณีดังกล่าวให้ตรวจ iron study แบบเต็มรูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย ferritin, serum iron, total iron binding capacity (TIBC) และ transferrin saturation (TSAT) และหากพบว่า **Transferrin saturation (TSAT) ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 16** เป็นหลักฐานว่ามีการขาดธาตุเหล็ก แม้ serum ferritin จะปกติ
6. ข้อบ่งชี้การให้ IV iron ให้เป็นไปตาม CPG ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่ามี IDA ได้รับการรักษาด้วย ferrous fumarate แล้วไม่ดีขึ้น หรือ 'ทนต่อผลข้างเคียงของธาตุเหล็กชนิดรับประทานไม่ได้' สามารถแก้ไขการขาดธาตุเหล็กได้ โดยการให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำ เพียงครั้งเดียว แต่ห้ามให้ ในไตรมาสที่ 1 เพราะยังไม่มีข้อมูลเรื่องความปลอดภัย ควรพิจารณาให้ในสตรีตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ที่มี hemoglobin น้อยกว่า 10 g/dL และ ในรายที่มีการดูดซึมของธาตุเหล็กผิดปกติ เช่น ได้รับการทำ bariatric surgery

HL: การป้องกันโรคเลือดจาง จากการขาดธาตุเหล็ก

1. สื่อการสอน
2. เอกสารให้
คำแนะนำการ
รับประทานธาตุ
เหล็ก



IRON

1. คุณแม่ต้องรับประทานธาตุเหล็กเสริม
ตามที่แพทย์แนะนำ
อย่างสม่ำเสมอ และ ถูกวิธี
2. รับประทานธาตุเหล็กติดต่อไปจนถึง
หลังคลอด 6 เดือน
3. รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง

การรับประทานธาตุเหล็ก

- ✓ รับประทานธาตุเหล็กเสริม ตามที่แพทย์แนะนำ อย่างสม่ำเสมอ
- ✓ ธาตุเหล็กถูกดูดซึมได้ดี ขณะท้องว่าง ดังนั้นถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้ ให้รับประทานธาตุเหล็ก ก่อนอาหาร 30 นาที หรือ ก่อนนอน
- ✓ ถ้าคลื่นไส้ ให้รับประทานหลังอาหาร 30 นาที หรือ รับประทานพร้อมอาหาร
- ✓ ไม่ควรรับประทานธาตุเหล็ก พร้อมแคลเซียม หรือ ห่างกัน 2 ชั่วโมง หรือ รับประทานแคลเซียม ในมืออื่น ๆ หรือ ก่อนนอน
- ✓ หลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น นม น้ำชา กาแฟ ไข่แดง ข้าวโพด ลูกเดือย แมงลัก หรือ อาหารที่มีเส้นใยมาก
- ✓ รับประทานธาตุเหล็กติดต่อไปจนถึงหลังคลอด 6 เดือน

แก้มแดง ใสไม่ซีด

เสริมด้วยธาตุเหล็กและกรดโฟลิก
ในรูปแบบผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Supplement)

ธาตุเหล็ก



ปริมาณ 60 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์

เฟอร์รัสฟูมาเรต
(Ferrous Fumarate)
ขนาด 200 มิลลิกรัม
กินสัปดาห์ละ 1 เม็ด

หาซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไป
ให้บริการตามศูนย์บริการประชาชน

กรดโฟลิก



ปริมาณ 2,800 ไมโครกรัมต่อสัปดาห์

โฟลิกแอซิด (Folic acid) ขนาด 2,800 ไมโครกรัม
กินสัปดาห์ละ 1 เม็ด

โฟลิกแอซิด (Folic acid) ขนาด 400 ไมโครกรัม
กินวันละ 1 เม็ด

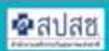
หาซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไป
ให้บริการตามศูนย์บริการประชาชน

หญิงวัยเจริญพันธุ์

มีสิทธิ

“รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค”

จากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมและกรดโฟลิก 2,800 ไมโครกรัม
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ร.น.ส.ด.

คลินิกชุมชนอบอุ่น

สถานพยาบาล



ศูนย์บริการสาธารณสุข

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

ร้านขายยา

ที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ทั่วประเทศ

การป้องกันโรคเลือดจาง
จากการขาดธาตุเหล็ก

ธาตุเหล็ก
จำเป็นสำหรับมารดา และ
ทารกในครรภ์



Health literacy.

เป้าหมายสำคัญ	ตัวชี้วัด	แผน / โครงการ / กิจกรรม
7) พัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลอุดรธานี	- อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ มากกว่าร้อยละ 80 - อัตราการมีส่วนร่วมของสามี หรือครอบครัวในโรงเรียนพ่อแม่ มากกว่าร้อยละ 80 - ผลการประเมินความเข้าใจโดยสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับ health literacy รวมแบบ 1.1 และ 1.2 มากกว่า ร้อยละ 80 - รายที่ไม่สามารถเข้า โรงเรียนพ่อแม่ ได้รับ health literacy ผ่านระบบ paperless ร้อยละ 100	กิจกรรม และมาตรการการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ - จัดทำสื่อการสอนสำหรับหาให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ และจัดเตรียม computer สื่อการสอน - สร้างนวัตกรรม paperless Health literacy ผ่านระบบ QR code - สร้างนวัตกรรม self-assessment warning sign ผ่าน QR code เพื่อให้ความรู้ และ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ โดยสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวสามารถทำด้วยตนเอง - ประเมินผลการได้รับ health education ในสตรีตั้งครรภ์ และสามี/ครอบครัว - บูรณาการ Undergraduate and postgraduate training เป็นกิจกรรมหนึ่งในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ตาม program โรงเรียนพ่อแม่



Scan QR
แผ่นที่ 1



อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และวิธีบำบัดลูก



วิธีวางตัวลูก



ความรู้เรื่องครรภ์เป็นพิษ และการป้องกัน



Scan QR
แผ่นที่ 2



การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด



แบบสอบถามอาการผิดปกติ



การตรวจกรองโลหิตในการฝากครรภ์

ด้วยความปรารถนาดี จาก ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี



VDO โรงเรียนพ่อแม่ และ แบบสอบถามอาการผิดปกติ สำหรับสตรีตั้งครรภ์



VDO กิจกรรม "โรงเรียนพ่อแม่" ครั้งที่ 1 สุนัขชิมนม



VDO กิจกรรม "โรงเรียนพ่อแม่" ครั้งที่ 2
การฝากครรภ์คุณภาพ ๑๐.2



VDO กิจกรรม "โรงเรียนพ่อแม่" ความรู้เรื่องวิธีใส่
"ไอโอดีน" สำหรับสตรีตั้งครรภ์



VDO กิจกรรม "โรงเรียนพ่อแม่" ครั้งที่ 2



VDO กิจกรรม "โรงเรียนพ่อแม่" ครั้งที่ 2
การป้องกัน และอาการเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษ



แบบสอบถาม
อาการผิดปกติ สำหรับสตรีตั้งครรภ์

ด้วยความปรารถนาดี จาก ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี



DM nutrition



สัญญาณเตือน



อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์

และวิธีบำบัดลูก



IRON

แบบสอบถามอาการผิดปกติ
สำหรับสตรีตั้งครรภ์
ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี



HL:
paperless



Post-hospital ปี 2568



Key success: COC และ ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

1. COC

- ครั้งที่ 1: ไม่เกิน 7 วันหลังคลอด
- ครั้งที่ 2: 8-15 วันหลังคลอด
- ครั้งที่ 3: 16-42 วันหลังคลอด

ตามแนวทาง udon model 7-steps.

2. Mapping

3. ชมรม breast feeding

4. การส่งต่อข้อมูลระหว่าง in-post hospital

- ☐ COC High risk pregnancy and PP
- ☐ contraception

**ระบบฐานข้อมูล SP-Dashboard , Smart COC, Line
ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย**

พัฒนาระบบส่งต่อ

System:

- **seamless refer, emergency refer, fast track (RObER), group line, cardiologist-Obstetric team.**
- **Self-contained ในพื้นที่ที่ไม่มีสูติแพทย์: OPOS-LR, ANC-HR, COBER**
- **Share resource: ANC-HR,**
- **Dash board**

เป้าหมายสำคัญ	ตัวชี้วัด	แผน / โครงการ / กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
3. พัฒนาระบบระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ	- Audit refer ระบบ ROber จากแต่ละ รพช. ตามเกณฑ์ 20-30-60 นาที - ที่รพ.ปลายทาง ER to OR ภายใน 30 นาที กรณี true emergency.	1. พัฒนา Udon model 2024 และพัฒนาแนวทางการคัดกรองเฉพาะโรค ได้แก่ heart dis., PIH, preterm, OSA, DM. 2. ระบบ seamless refer ได้แก่ ระบบ emergency response (ROber 20/30/60) เพื่อ early detection, early refer สามารถ consult สูติแพทย์ได้ 24 ชม. และ ระบบ fast track โดย รพ. ปลายทาง เตรียมทีม สหสาขา สามารถผ่าตัดได้เร็ว. 3. ระบบแม่โซน และ COBER system 4. ระบบ OPOS-LR, OPSO-ANC การ sharing resource 5. มีระบบบริการ Obstetric-Cardiologist team, fast track echocardiography 6. จัดระบบ multidisciplinary care 7. การสนับสนุนด้านความพร้อมด้าน material และ บุคลากร ได้แก่ จำนวนสูติแพทย์, MFM, ระบบสำรองเลือด, uterine tamponade, ยา, incubator และ neo-puff ให้เพียงพอ	MCH จังหวัด