

มาตรการจากการลงนามความร่วมมือของประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 1

ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 1

30 มิถุนายน 2566

ณ. โรงแรมดิเอมเพลสพรีเมียร์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

มาตรการเพื่อการป้องกันการบาดเจ็บ การตาย ของมารดาและทารกในเขตสุขภาพที่ 1

1. พัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ให้มีมาตรฐาน ในรูปเครือข่าย ระดับจังหวัด ระดับเขต และพัฒนาให้เกิด One Province One Labor Room และดำเนินการมาตรการ 4-P (Plan of pregnancy, Plan of ANC, Plan of delivery, Plan of follow up) อย่างมีประสิทธิภาพ ในประเด็น One Province One Labor Room ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 จะดำเนินการใช้โปรแกรม One Province One Labor Room (ได้พัฒนามาเป็น Web based ที่ใช้คัดกรองความเสี่ยงของผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อสามารถส่งต่อเคสที่มีความเสี่ยงไปยังโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์) โดยให้มีการดูแลในภาพ One Province One Node/ One Province One Labor Room โดยขึ้นกับบริบทของแต่ละจังหวัด โดยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ไปยัง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็น Node เช่น

- ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (Hematocrit) น้อยกว่า 30%
- CPD Risk Score \geq 10 คะแนน
- Ultrasound ประเมินน้ำหนักทารก \geq 3500 กรัม (ขณะANC GA 36 สัปดาห์ ระดับยอดมดลูก \geq 35 ให้ส่งรพท. เพื่อวางแผนการคลอด เมื่อคนไข้มาถึงห้องคลอดระดับยอดมดลูกมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ซม. ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ \geq 3,500 กรัมถ้าระดับยอดมดลูกใหญ่แต่อัลตราซาวด์ประเมินน้ำหนักได้น้อยให้ส่งต่อ
- Maternal BP มากกว่า 150/100 mmHg
- Progress ช้า น้อยกว่า 1 ซม. ใน 1 ชั่วโมง
- FHS Drop น้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที
- กรณี PPH มากกว่า 300 มล. , HR มากกว่า 100 ครั้ง/นาที, BP Systolic drop มากกว่า 30 Diastolic drop มากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท หรือ รักษาด้วยยาแล้ว 30 นาทีเลือดไม่หยุด

2. วางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ คุณกำเนิด ในสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรม และโรคยังไม่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ โดยให้มีการป้องกันการตั้งครรภ์ทุกรายที่โรคยังไม่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ และในกรณีที่จะวางแผนที่จะตั้งครรภ์ ให้อายุรแพทย์ประเมินความเหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ก่อนทุกครั้ง (โดยให้อายุรแพทย์ระบุภาวะที่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ในโรคทางอายุรกรรม เช่น Heart disease, SLE, Thyrotoxicosis, Renal Failure, Cancer, DM, HT) และเมื่อตั้งครรภ์แล้วต้องได้รับการดูแลในคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง (High-risk Clinic) โดย สูติแพทย์และอายุและแพทย์ ทุกราย

3. ลดการตาย ลดการเจ็บป่วย ของมารดาทารก จากสาเหตุที่ป้องกันได้อย่างจริงจัง มีประสิทธิภาพ ในประเด็นป้องกันการคลอดติดไหล่ กรณีที่ Ultrasound Estimate Fetal Weight \geq 3500 กรัม ให้ Refer ไปยังโรงพยาบาลที่เป็น Node ในกรณีที่ มาคลอด รพช. แล้ว Progression ดี ส่ง รพท. ที่เป็น node ไม่ทัน แล้ว Fully ให้แบ่งคลอดเอง กรณีที่แบ่งแล้วไม่คลอด ที่ รพช. ไม่ดึง V/E ให้ส่งต่อไปยัง รพท. ที่เป็น Node

4. ส่งเสริม เฝ้ารอวาง ติดตาม พัฒนาการเด็ก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย เจริญเติบโตตามวัย สูงดีสมส่วน ฉลาด

5. การทำสูติศาสตร์หัตถการ ในโรงพยาบาลชุมชน รพช. ทุกกรณีที่จะทำสูติศาสตร์หัตถการ ให้แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน ให้โทรปรึกษาสูติแพทย์ โรงพยาบาลที่เป็น Node เพื่อให้สูติแพทย์โรงพยาบาล ที่เป็น Node ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ให้ความเห็นชอบก่อนทุกครั้งก่อน โดย รพช.ห้ามล้วงรก และทำสูติศาสตร์ หัตถการ เช่น V/E ยกเว้น ทารกมีภาวะ fetal distress และ ส่วนน้ำลงต่ำมากแล้ว station +3 (และสูติ แพทย์โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ให้ความเห็นชอบแล้ว)

โดยให้สูติศาสตร์หัตถการเหล่านี้ในโรงพยาบาลชุมชน คือ

1. งด Induction of labor ในโรงพยาบาลชุมชน
2. งด Cytotec to induce labor ในโรงพยาบาลชุมชน
3. งด Manual removal of placenta ในโรงพยาบาลชุมชน
4. งด Forceps extraction ในโรงพยาบาลชุมชน
5. งด Vacuum extraction ในโรงพยาบาลชุมชน

6. การใช้ Cytotec เพื่อ induction of labor เนื่องจากการใช้ยามีความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารก เช่น มดลูกแตก Amniotic fluid embolism ให้งดใช้ Cytotec ในโรงพยาบาลชุมชน ใน กรณีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในกรณีที่จะใช้ ต้อง counselling ผู้ป่วยถึงความเสี่ยงของการใช้ยา และต้องได้รับความ ยินยอมของผู้ป่วย ในกรณีที่มีการใช้ยา ต้องให้การดูแลแบบ intensive care โดยสูติแพทย์ และทีมพยาบาล ต้องมีการเฝ้าคลอดในรายนั้นและต้องรับผิดชอบการดูแลเคส ตลอดจนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

7. งดสวนอุจจาระ (SSE) ในสตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ในระยะ active, active bleeding และ/หรือ มีน้ำ เดิน ในกรณีสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำเดิน ให้มีการ monitor ทารกแรกเกิด โดยให้ทำ EFM และควรทำกิจกรรมบน เตียง งดเดิน เพื่อป้องกันภาวะสายสะดือย้อย

8. การทำ Elective C/S ให้ทำที่อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ขึ้นไป

9. ในห้องคลอด LR ให้ตรวจนับเครื่องมือทำคลอดและผ้าก๊อซ เหมือนการตรวจนับที่ดำเนินการในห้องผ่าตัด (OR)

10. ให้สูตินรีแพทย์ อนุสาขา เวชศาสตร์มารดาทารก จัดทำแนวทางการดูแลครรภ์แฝด

11. เพื่อให้การดูแล Case ที่มีความเสี่ยงให้ เหมาะสมและปลอดภัย ในกรณี เช่น การผ่าตัดมดลูกกรณีตก เลือด การผ่าตัดคลอดทารกท่าขวาง ให้มีสูติแพทย์เข้าร่วมผ่าตัดอย่างน้อย 2 คน โดยมีสูติแพทย์อาวุโสเข้าร่วม อีก 1 คน เพื่อให้การผ่าตัดนั้นมีความปลอดภัย

12. การเฝ้ารอวางทารกแรกเกิดหลังคลอด เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อทารกแรกเกิด โดยเฉพาะ ในราย ที่น้ำคร่ำมีซีเทา ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในขณะแรกเกิด ให้สังเกตอาการ เช่น การหายใจ oxygen sat ในกรณีที่มีความผิดปกติ ให้มีการประเมิน และดูแลโดยกุมารแพทย์ อย่างใกล้ชิด

13. การเจ็บครรภ์คลอดจริงให้ยึดตามคำจำกัดความใหม่ของ องค์การอนามัยโลก คือปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร

14. กรณีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดแล้วมีเลือดออกมาก ให้มีการประเมินว่า สาเหตุของเลือดออก (APH) เกิดจาก อะไรเช่น Placenta previa, Rupture vasa previa เป็นต้น โดยเร็ว เพื่อจะได้ดำเนินการดูแลรักษา อย่าง เหมาะสมทันที่ และให้ทำ Continuous EFM ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะนี้ ทุกราย