การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดอัตรามารดาตกเลือดหลังคลอด

นางสาวทักษภร โปร่งสูงเนิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

สรุปผลงานโดยย่อ

ข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด ห้องคลอดโรงพยาบาลอาจสามารถ พบมารดามีภาวะตกเลือดในปี พ.ศ. 2556-2559 คิดเป็นร้อยละ 3.96 (7 ราย) , 2.7 (4 ราย) , 3.3 (4 ราย) , 3.4 (4 ราย) ตามลำดับ ไม่พบมารดาเสียชีวิตจากตกเลือดหลังคลอดหรือต้องได้รับการตัดมดลูก ภาวะตกเลือดมักเกิดในระยะคลอดจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เกิดจากหลายสาเหตุทั้งที่ป้องกันได้ และไม่สามารถคาดการณ์ได้

เป้าหมาย

1. เพื่อประเมินและวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะ shock จากการตกเลือดหลังคลอด
3. เพื่อไม่ให้เกิดอัตรามารดาตายจากตกเลือดหลังคลอดหรือต้องได้รับการตัดมดลูก
4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการแก้ไขภาวะวิกฤติในห้องคลอด

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ห้องคลอดโรงพยาบาลอาจสามารถให้บริการการคลอดตลอด 24 ชั่วโมง และดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดถึง 48 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พบอุบัติการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอดสูงกว่าตัวชี้วัดที่ตั้งไว้คือไม่เกินร้อยละ 3 โดยในปีพ.ศ. 2556-2559 คิดเป็นร้อยละ 3.96 (7 ราย) , 2.7 (4 ราย) , 3.3 (4 ราย) , 3.4 (4 ราย) ตามลำดับ โดยในปี 2559 สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดเกิดจาก Uterine atony 1 ราย, Retained placenta 1 ราย , Tear cervix 1 ราย , Hematoma ที่แผลฝีเย็บ (แผล 3rd degree tear) 1 ราย จากการทบทวนปัญหาที่พบมีประเด็นสำคัญคือ สมรรถนะของพยาบาลในห้องคลอดแตกต่างกัน เช่น การประเมินขนาดแผลฝีเย็บ , การเย็บซ่อมแซมแผลที่ลึก นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลระยะที่ 3 ของการคลอดแบบ Active management of 3rd stage of labor ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ (การให้ยา Oxytocin ช้า/การนวดมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ) การประเมินปริมาตรการเสียเลือดยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน Under Estimate blood loss ทำให้วินิจฉัยภาวะตกเลือดได้ล่าช้า กระบวนการดูแลผู้คลอดพบว่ามีการประเมินซ้ำล่าช้า โดยเฉพาะในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

กิจกรรมการพัฒนา

1. พัฒนาระบบการดูแลก่อนคลอด

- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต.ต้องได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิด post partum hemorrhage ทุกราย
- แก้ไขภาวะซีด เพิ่ม Hct ในหญิงตั้งครรภ์ให้>33% และเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง High risk

2. การดูแลขณะรอคลอด

- ปรับปรุงแบบฟอร์มเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตกเลือด (Early warning signs)
- ดูแลมารดาคลอดโดยใช้คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์
- ใช้ Pantograph ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเพื่อป้องกันภาวะ Prolonged labour

3. การดูแลในระยะคลอดและหลังคลอด

- การ Early detection PPH ทุกระยะของการคลอด
- การทำคลอดและการดูแลแผลฝีเย็บที่มีประสิทธิภาพ
- การทำ Active management control โดยวิธีการให้ยา Oxytocin หลังทารกคลอดทันที
- ใช้ถุงรองเลือด เพื่อประเมิน blood loss ทุกราย
- กำหนดแนวทางปฏิบัติการประเมินการเสียเลือดหลังคลอดให้เป็นแนวทางเดียวกัน
- มี standing order PPH
- มี PPH Box ในการดูแลฉุกเฉินมารดาที่มีภาวะตกเลือด
- กำหนดให้ วัด V/S ทุก 5 นาที ตั้งแต่หลังรกคลอดจนเย็บแผลฝีเย็บเสร็จในรายที่มี High risk
- เฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงตามแนวทางที่กำหนดไว้
- การเฝ้าระวังและประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดโดยให้ญาติและผู้คลอดมีส่วนร่วม และมีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องทุก 15 นาที

ผลการพัฒนาระบบบริการ

ผลการดำเนินงานปี 2560 (ต.ค.59- มิ.ย.60) มีจำนวนผู้คลอด 80 ราย พบว่ามีจำนวนผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.25 เกิดจาก Retained placenta ไม่มีภาวะ shock ไม่ต้อง Refer

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	ต.ค.59-มิ.ย. 60
อัตราการเกิด PPH	ไม่เกินร้อยละ3	2.7 (4)	3.3 (4)	3.4 (4)	1.25 (1)
อัตราตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะshock	0	0.6 (1)	0	0.8 (1)	0
อัตราการตายจากการตกเลือดหลังคลอด	0	0	0	0	0

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

1. ด้านบุคลากร จากการที่มีผู้มารับบริการการคลอดน้อย ทำให้พยาบาลขาดประสบการณ์โดยเฉพาะทักษะในการทำหัตถการต่างๆ หรือการจัดการกับภาวะวิกฤติต่างๆในห้องคลอด

2. จำนวนบุคลากรน้อยทำให้ต้องมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากจุดอื่นมาขึ้นปฏิบัติงานที่ห้องคลอด

3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด ไม่ได้รับการแก้ไขหรือรักษาก่อนคลอด เนื่องจากฝากครรภ์ช้า ไม่ต่อเนื่องและขาดความตระหนักในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

แนวทางการพัฒนาปี 2561

1. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในห้องคลอดและการทำหัตถการต่างๆ

2. วางแผนพัฒนาร่วมกับเครือข่าย ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

3. นำความรู้จากการศึกษาวิชาการ หรืองานวิจัยมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การลดภาวการณ์เกิด PPH (Post partum hemorrhage) ใน Case คลอดปกติ

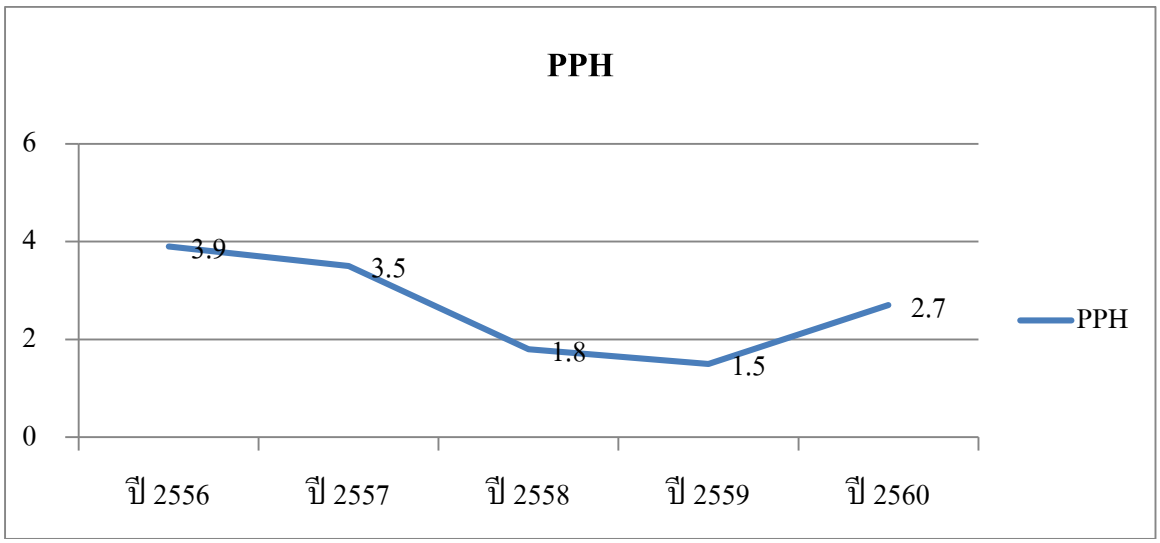
พญ.จิราพร พิมพ์บูลย์, นางสาวอาภรณ์ ถนัดค้า
นางพันใย หลักคำ

บริบท

ห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเป็นโรงพยาบาล ระดับ M2 ให้บริการผู้คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป มีภาวะเจ็บครรภ์ จนถึงหลังคลอดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตได้ และเกิดขึ้นทุกปีของการให้บริการการคลอด ซึ่งโรงพยาบาลหาวิธีการที่ลดภาวะ PPH และความรุนแรงไม่ให้มารดาเสียชีวิตโดยใช้หลักการ Early management in 3rd stage of labor และเพิ่มการให้ IV fluid+Oxytocin 10 unit iv drip ทุก case ในผู้คลอดที่เข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูล	ปี 2556		ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ND	528		536		455		407		330	
PPH	21	3.9	19	3.5	8	1.8	6	1.5	9	2.7
Hct ≥10%	NA	-	NA	-	1	0.2	1	0.2	1.	0.3
จำนวน blood loss ≥500cc	NA	-	NA	-	7	1.6	5	1.3	8	2.4



กราฟแสดงข้อมูลการเกิดภาวะ PPH 5 ปี

ปี 2560 พบว่ามี PPH เพิ่มขึ้น ซึ่งอยู่ในช่วงที่เริ่มมีการใช้ถุงตวงเลือดจึงมีความแม่นยำในการวัดปริมาณ Blood loss ตามความเป็นจริงไม่ผิดพลาด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ใช้หลักการ Early management in 3rd stage of labor ซึ่งหลักการนี้ ให้มานานแล้วแต่ภาวะ PPH ยังมีสูง ต่อมาปี 2558 เริ่มมีการใช้ Oxytocin 10 unit เพิ่มใน IV fluid 1,000 ml. iv drip ทุกรายในผู้คลอดที่เข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด และเมื่อรกคลอดให้ฉีด Methergine 1 amp IM or IV ทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม

**ข้อควรระวังในการให้ Oxytocin iv drip ในระยะที่ 2 ของการคลอดอาจจะมีภาวะ Tetanic contraction ทำให้เกิดภาวะ Fetal distress ได้ และควร observe Uterine contraction พร้อมกับฟัง FHS

2. การใช้ถุงตวงเลือดทำให้ทราบจำนวน Blood loss ที่แน่นอนและทำให้การดูแลรักษาภาวะ PPH เริ่มขึ้นตั้งแต่ปริมาณ Blood loss ยังไม่ถึง 500 cc. และสามารถหยุดเลือดได้ก่อน จะเข้าสู่ภาวะ PPH

อุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ขาดแพทย์เฉพาะทางสูติกรรม ที่จะช่วยหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ PPH
2. ยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพสูงในการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อลดการเกิดภาวะ PPH

แผนการดำเนินงานปี 2561

1. ศึกษาวิจัยจาก case ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะ PPH

การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดเพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาและทารก

นางประภาพร คำอุดม,นางสุพี ช่างม่วง โรงพยาบาลเมยวดี

1.ผลการพัฒนาระบบบริการ

โรงพยาบาลเมยวดี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับF2 อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลโพนทอง และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะทาง 27 และ75 กิโลเมตร ตามลำดับ บุคลากรพยาบาลหมุนเวียนในการปฏิบัติงานห้องคลอด จำนวนการคลอดน้อย บุคลากรขาดทักษะความชำนาญเฉพาะในการดูแลการคลอด แพทย์หมุนเวียนบ่อย ภาวะเสี่ยงสำคัญที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ได้แก่ Birth Asphyxia ตกเลือดหลังคลอด Eclampsia และ คลอดติดไหล่ จึงได้พัฒนาแบบฟอร์มคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดเพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกที่อาจจะเกิดขึ้นทุกราย ช่วยให้การดูแลและส่งต่อได้เหมาะสมทันเวลา

มารดาและทารกมีความปลอดภัย

มารดาและทารกมีความปลอดภัย

ข้อมูล	ปี ๕๘ (ราย)	ปี๕๙ (ราย)	ปี๖๐ (ราย)
จำนวนการดูแลการคลอด	๓๙	๒๗	๓๘
คลอดปกติที่ รพ.เมยวดี	๒๖	๒๐	๓๑
การส่งต่อมารดา - Preterm Labor -ปกติ		 ๑ ๑ (BWทารก ๒,๒๐๐)	
Fetal Distress -ปกติ -C/S		๒ ๑ ๑	๕ ๐ ๕
-R/O CPD -ปกติ -C/S	๓ ๓ ๐	๕ ๑ (BWทารก ๓,๖๐๐) ๔	๒ ๑ (BW๔,๔๐๐) มารดา PPH ๑ (BW๓,๔๐๐)
ตกเลือดหลังคลอด	๑*	๐	๐
Birth Asphyxia	๒*	๐	๐
คลอดติดไหล่	๑*(BWทารก ๓,๙๐๐)	๐	๐
Eclampsia	๐	๐	๐

2.ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ (Key success factor)

-บุคลากรพยาบาลวิชาชีพตระหนักและให้ความสำคัญในการใช้แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงเนื่องจากการคลอดเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูง

-ใช้ควบคู่กับการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) และ Partograph

-การสื่อสารแนวทางปฏิบัติเป็นไปได้ง่ายเนื่องจากมีบุคลากรน้อย

-ทบทวนการดูแลร่วมกัน ระหว่างสหวิชาชีพและปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

3.ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข

-การใช้แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงฯไม่คลอบคลุม ในผู้คลอดrefer แบบOPD Case

-ขาดการประชุม MCH Board ระดับอำเภอ ในการทำConference Case เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการคลอด

4.แนวทางการรับ-ส่งต่อ

-ใช้ประเมินภาวะเสียงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดต่อเนื่องจากการฝากครรภ์และส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

5.แนวทางการพัฒนาปี2561

-ประชุม MCH Board ระดับอำเภอ Conference Case ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนฝากครรภ์ เริ่มฝากครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด รวมถึงพัฒนาระบบรับ/ส่งต่อตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูม ตติยภูมิ -ใช้แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงคลอบคลุมผู้คลอดที่ refer แบบ OPD Case

การพัฒนาระบบบริการสาขาสูติกรรมจังหวัดร้อยเอ็ด

พญ.มัลลิกา โพดาพล , น.ส.อนงค์ แสงสุวอ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ

สถานการณ์

จากสถิติการคลอด 3 ปี ที่ผ่านมา ปี 2557 จำนวน 8,873 ราย ปี 2558 จำนวน 8,191 ราย, ปี 2559 จำนวน 7,976 ราย สถิติการคลอด ปี 2560 ต.ค.59- มิ.ย.60 จำนวน 5,958 ราย โดยสถิติการคลอดในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง มารดาเสียชีวิต ปี 2557 จำนวน 1 ราย (Sepsis), ปี 2558 จำนวน 3 ราย (Amniotic Fluid Embolism 2 ราย, Influenza A virus H3 1 ราย) ปี 2559 จำนวน 1 ราย (Amniotic Fluid Embolismที่ รพ.ร้อยเอ็ด) ปี 2560 จำนวน 1 ราย จาก Septic Incomplete Abortion ซึ่งสาเหตุการตาย เป็นทั้ง Direct caused และ Indirect caused อัตราการเกิด Birth Asphyxia มีแนวโน้มลดลง ปี 2557 = 24.91, ปี 2558 = 24.69, ปี 2559 = 19.10, ปี 2560 จาก ต.ค.59-มิ.ย.60 = 18.75 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2557 = 8.23 % ปี 2558 = 8.47 %, LBW ปี 2559 = 8.91% ปี 2560 จาก ต.ค.59-มิ.ย.60 = 8.77 จากข้อมูลดังกล่าวจะต้องมีการพัฒนาในส่วนของ ANC คุณภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างคลอดก็มีความจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก ลดการสูญเสียและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างคลอด

ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	ข้อมูลปี ๒๕๕๙ ต.ค.๕๘ –ก.ย.๕๙	ำเภอเมืองร้อยเอ็ด / พ.ร้อยเอ็ด	อำเภออื่นๆ/รพ.อื่น ....M๒..	ภาพรวมจังหวัด ข้อมูล ณ ันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๒ ณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ต.ค.-มิ.ย.๖๐)
๑.	อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน ๒๐/แสนการเกิดมีชีพ	เป้าหมาย	≤๒๐	≤๒๐	≤๒๐		≤๒๐
			ผลงาน	๑/๘๐๑๐	๐/๓,๒๓๙	๑/๒,๗๑๙		๑/๕,๗๙๕
			อัตราส่วน	๑๒.๔๘	๐	๓๖.๗๘		๑๗.๒๖
๒.	อัตราการผ่าตัดคลอดใน รพ. M๒	มากกว่าเท่ากับ ๒๕%	เป้าหมาย	≥๒๕	≥๒๕	≥๒๕		≥๒๕
			ผลงาน	๓,๕๖๓/๗,๙๗๖	๒,๐๘๔/ ๓,๒๓๙	๗๑๐/ ๒,๗๑๙		๒,๗๙๔/ ๕,๙๕๘
			ร้อยละ	๔๔.๖๗	๖๔.๓๔	๒๖.๑๑		๔๖.๙๐
๓.	อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	เท่ากับ ๐	เป้าหมาย	-	๐	๐		๐
			ผลงาน	-	๐/๑๓	๐/๖๒		๐/๗๕
			ร้อยละ	-	๐	๐		๐

2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ (Key Success Factor)

1. ออกเยี่ยม Node ทั้ง 4 Node เพื่อรวบรวมปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

2. จัดประชุมวิชาการโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก เป้าหมายเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ ใน รพ.สต.ทุกแห่งของจังหวัด รวมทั้งหมด 231 แห่ง มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์

ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด สามารถให้การดูแลได้รวดเร็ว ถูกต้อง ผู้รับบริการมีความปลอดภัย (2) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาร่วมกัน (3) เพื่อพัฒนาเครือข่ายในการดูแลมารดาและทารกมีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

3. จัดประชุมวิชากรเชิงปฏิบัติการ Training Obstetrics Crisis เป้าหมาย ได้แก่ แพทย์, พยาบาลห้องคลอดทั้ง 20 แห่ง วัตถุประสงค์เพื่อ ผู้รับการอบรมได้เรียนรู้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด สามารถให้การดูแลได้รวดเร็ว ถูกต้อง ผู้รับบริการมีความปลอดภัยถูกต้อง เหมาะสม แก่ผู้คลอดที่ต้องได้รับการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่องได้ถูกต้องเหมาะสม

4. มีการจัดประชุม MM Conference ใน Case ที่เสียชีวิตและ Case ที่มีความเสี่ยงสูงทุกเดือนเพื่อแก้ไขปัญหาและหาโอกาสพัฒนา

5. มีการจัด Conference ระหว่างกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และกลุ่มงานกุมารเวชกรรม ทุก 3 เดือนเพื่อหาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน พร้อมการจัดทำแนวทางปฏิบัติ ที่ชัดเจนและครอบคลุมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

6. ร่วม Maternal Near Miss Conference ของเขตสุขภาพที่ 7

7. มีการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด และระดับเขต เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน

8. มีการให้บริการ High Risk Clinic ทุกวันราชการ

9. มี Warning Signs ใน Case High Risk ดังนี้

   9.1 Warning Signs Fetal Distress

   9.2 Warning Signs Severe Birth Asphyxia

   9.3 Warning Signs ต่อ PPH

   9.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด PIH

   9.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Shoulder Dystocia

10. มีระบบประสาน Refer อย่างมีคุณภาพทั้งทางโทรศัพท์ และระบบไลน์ ตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบ Fast Tract

11. ใช้ถุงตวงเลือดในรายที่คลอดทางช่องคลอดทุกราย ทำให้สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของการเกิด PPH ได้รวดเร็ว ป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะ Shock ในรายที่เสียเลือด ≥ 500 cc ขึ้นไป

12. มีสูติแพทย์ไปให้บริการที่โรงพยาบาล Node ที่ไม่มีสูติแพทย์ทุก 2 อาทิตย์

13. ร่วมแข่งขัน OBS Rally ของเขตสุขภาพที่ 7

3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข

ติแพทย์ในระดับ รพ. M๒ ไม่ครบทุกแห่ง	- เพิ่มทุนในการผลิตให้เพียงพอต่อผู้รับบริการและความจำเป็นของแต่ละแห่ง
บุคลากรในระดับ รพ.สต. ขาดศักยภาพในการคัดกรองภาวะเสี่ยงสูงของหญิงตั้งครรภ์ และการส่งต่อ	- บุคลากรที่ให้บริการควรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางหญิงตั้งครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูง
ระบบการสำรองยา/เลือด - Nalador, Cytotec Methergin, Oxytocin ไม่ครบทุก รพช. - การสำรองเลือดไม่พร้อมใน รพช. ที่เป็น Node	- มีงบประมาณจัดสรรเวชภัณฑ์ยาให้ครบทุกแห่ง - มีตู้เก็บเลือดสำรองที่ทันสมัย และได้มาตรฐาน ทุก รพ. Node
การเตรียมผ่าตัดในภาวะฉุกเฉินขาด OR ในห้องคลอด	- มีงบประมาณสนับสนุนในการปรับปรุงสถานที่และจัดซื้อครุภัณฑ์ที่จำเป็นใน OR ที่ LR - สนับสนุนการศึกษาต่อสาขาวิสัญญีทั้งแพทย์และพยาบาล

4. แนวทางในการพัฒนา ปี 2561

ด้านบุคลากร	• แพทย์ในระดับ M๒ ไม่ครบทุกแห่ง • พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลด้านการฝากครรภ์, การคลอดมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย Competency ไม่ตรงกับงานในระดับ รพช. • บุคลากรระดับ รพ.สต ต้องเพิ่มศักยภาพในการคัดกรองภาวะเสี่ยงสูง ในหญิงตั้งครรภ์และการส่งต่อ
การให้บริการ	• การคัดกรองภาวะเสี่ยงสูงในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ครอบคลุม ถูกต้อง บางรายไม่ได้คัดกรอง (Missed Diagnosis) • การส่งต่อล่าช้า ไม่มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ • การดูแลรักษาล่าช้าในบางราย
ระบบยาและการสำรองเลือด	• ยา Nalador มียังไม่ครบทุก รพช. • การสำรองเลือดแต่ละกรุ๊ฟ ยังทำได้ไม่ครบทุก รพช. • การใช้ถุงตวงเลือดให้ครอบคลุม ทุก รพช.
ระบบการสื่อสาร	- การส่งต่อข้อมูลไปยังลูกข่าย ยังไม่มีโปรแกรมเชื่อมโยงทั้งจังหวัด

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลโพนทอง

นางสาวราตรี พลเยี่ยม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง
เบอร์โทร : 08 9941 7731 E-mail : p-ratree1971@hotmail.com

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ

การประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารกที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพนทอง มีการคาดคะเนน้ำหนักทารกทุกรายด้วยการคลำหน้าท้องร่วมกับการวัดความสูงของยอดมดลูก ถ้าวัดความสูงของยอดมดลูกได้เท่ากับหรือมากกว่า 35 เซนติเมตร หรือคาดคะเนน้ำหนักทารกได้ 3,500 กรัมขึ้นไป จะรายงานสูติแพทย์และเฝ้าระวังระยะรอคลอดเป็นพิเศษ และมีตารางการคำนวณน้ำหนักทารก เป็นแนวทางในการคาดคะเนน้ำหนักทารก เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลในการปฏิบัติงาน ไม่มีอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่เกิดขึ้นใน ปีงบประมาณ 2559 (ตุลาคม 2558–กันยายน 2559) - กรกฎาคม 2560

2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ (Key Success Factor)

2.1 ด้านบุคลากร

ความร่วมมือของทีมงาน ทีมงานมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาศักยภาพการทำงานของตนเองให้มีความเชี่ยวชาญและชำนาญ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้มารับบริการ

2.2 ด้านระบบงาน

มีการชี้แจงวิธีปฏิบัติ และค้นหาปัญหา อุปสรรคในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

2.3 ด้านการบริหาร

การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารทุกระดับ

3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข

บุคลากรผู้ปฏิบัติ ไม่เห็นความสำคัญ ไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติ ทำไม่ถูกต้อง มีการชี้แจง ทบทวนวิธีปฏิบัติและค้นหาปัญหา อุปสรรคในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

4. แนวทางการรับ–ส่งต่อ

4.1 ก่อนคลอด

1) Obesity มารดาตั้งครรภ์ร่วมกับเบาหวาน
2) Post term
3) น้ำหนักขึ้นมาก
4) BMI มากกว่า 30 kg/m2
5) ภาวะ Short stature (เด็กตัวเตี้ย)

4.2 ขณะคลอด

1) Prolong 2nd stage
2) Oxytocin induction
3) Mid F/E , V/E

5. แนวทางการพัฒนา ปี 2561

จากการนำผลการศึกษาปรับใช้ในการปฏิบัติงาน ไม่มีอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2559 (ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559) - กรกฎาคม 2560 แต่ในการปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้คลอดต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงมีแนวทางการพัฒนาต่อ คือ

1) การศึกษา ค้นหา และพัฒนาวิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกที่สามารถทำได้ง่าย สะดวก และมีความแม่นยำยิ่งขึ้น

2) มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีโอกาสคลอดติดไหล่

3) มี WI ในการช่วยคลอดเมื่อมีภาวะคลอดติดไหล่

4) การทบทวนในกรณีที่เกิดปัญหาการคลอดติดไหล่ทุกราย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้รับบริการต่อไป

รูปภาพแสดงการประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารกที่มาคลอด