



Maternal and child health group

ประเด็น: ส่งเสริมการมีบุตร (อย่างมีคุณภาพ)

สถานการณ์

จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทย มีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง จากเดิมเคยมีเด็กเกิดไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคนในช่วงปี พ.ศ. 2506 - 2526 ลดลง เหลือ 502,107คน ในปี 2565 และในปี 2566 จำนวนการเกิดของเด็กไทยมีแนวโน้มต่ำกว่า 500,000 คน การลดลงนี้ สอดคล้องกับ อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate : TFR) ที่ลดต่ำกว่าระดับทดแทน โดยในปี 2564 เท่ากับ 1.16

วัตถุประสงค์

- ☺ เสริมสร้างความรู้ ทักษะ และค่านิยมแก่คนรุ่นใหม่ในการสร้างครอบครัวและมีบุตรใน วัยอันควร
- ☺ เพิ่มจำนวนหน่วยบริการ และสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการ สำหรับผู้ต้องการมีบุตร
- ☺ เพิ่มจำนวนการเกิดที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย

- ☺ **ปี 2567** มีผู้ได้รับการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก 5,000 คน
- ☺ **ปี 2585** อัตราการเจริญพันธุ์รวม (TFR) **ไม่ต่ำกว่า 1.5**



Quick Wins

- ☞ บรรลุเป็น **วาระแห่งชาติ** บูรณาการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ☞ **ร้อยละ 25** ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- ☞ มีหน่วยบริการคัดกรองโรคหายาก (IEM) 40 โรค ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพ

100 วันแรก :

มาตรการสำคัญ / กิจกรรมหลัก

ผลักดัน
ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร
เป็น **วาระแห่งชาติ**

ยกระดับสถานบริการ
และสิทธิประโยชน์
ในการจัดบริการส่งเสริมการมีบุตร
โดยไม่มีอุปสรรค
ในการเข้าถึงบริการ

พัฒนากำลังคน
ให้มีศักยภาพเพียงพอ
รองรับการส่งเสริมการมีบุตร

6 เดือน

- **ร้อยละ 50** ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- **ร้อยละ 50** ของรพศ./รพท. มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI)
- จัดอบรมการให้คำปรึกษา เรื่องการรักษาภาวะมีบุตรยาก ให้กับ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1,000 คน
- **ร้อยละ 65** ของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)

9 เดือน

- **ร้อยละ 75** ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- **ร้อยละ 75** ของรพศ./รพท. มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI)
- การรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นสิทธิประโยชน์ใน
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- **ร้อยละ 80** ของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)

12 เดือน

- **ร้อยละ 100** ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- **ร้อยละ 100** ของรพศ./รพท. มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิ เข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI)
- มีผู้ได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก 5,000 คน
- **ร้อยละ 95** ของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)



คลินิกส่งเสริมการมีบุตร (อย่างมีคุณภาพ)



หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก ตามแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ตามศักยภาพ ได้แก่

- 1. การให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร / การเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์
- 2. การวางแผนครอบครัว
- 3. ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์
- 4. การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น
- 5. การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ
- 6. การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่
- 7. การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI: Intrauterine insemination)
- 8. การรักษาด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ให้เป็นไปตามศักยภาพของสถานพยาบาล
- 9. บริการฝากไข่
- 10. บริการฝาก sperm

MD
level 1

MD
level 2

MD
level 3

MD level 1 – แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

MD level 2- สูตินรีแพทย์

MD level 3- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์



การจัดบริการของโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD level 1)

S = structure

- ✓ มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร หรือ อาจเป็นบริการในคลินิกเดิม แต่มีการแจ้งบริการให้ชัดเจน

S = service

- 1. ให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร
- 2. บริการวางแผนครอบครัว
- 3. ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์
- 4. ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

S = staff

- องค์ประกอบด้านบุคลากร
- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
 - พยาบาลวิชาชีพ
 - เจ้าหน้าที่ธุรการ



การจัดบริการของโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ (MD level 2)

S = structure

- ✓ มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ
- ✓ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

S = service

- 1. การให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร
- 2. การวางแผนครอบครัว
- 3. ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์
- 4. การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น
- 5. การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ
- 6. การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่
- 7. การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI: Intrauterine insemination)

S = staff

(เป็นไปตามศักยภาพ)

- ✓ สูตินรีแพทย์
- อายุรแพทย์
- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- ✓ พยาบาลวิชาชีพ
- ✓ นักเทคนิคการแพทย์
- เจ้าหน้าที่ธุรการ

Story & Timeline: Block chart

หญิงไทยอายุ 41 ปี G9P8 last 1 ปี 7 เดือน NO ANC Term by size รับประทานที่ 25 ต.ค. 66 เวลา 11.25 น. อาการสำคัญ เจ็บครรภ์ เวลา 7.00 น. แรกรับ ฟัง FHS ไม่ได้ยิน PV cx.dilate 4 cm Effacement 50 % MI station -1 V/S แรกรับ T= 36.5 c, P= 96/m, R=20/m, BP= 175/110 mmHg วัดซ้ำ BP= 139/90 mmHg รายงานสูติแพทย์รับทราบ U/S No fetal heart, Ceph, EFW 2,440 gm, placenta anterior ดูแลส่ง Lab PIH มารดา No Uterine contraction ดูแล On ARI 1000 ml+synto 10 unit vein drip เวลา 14.02 น. PV cx.dilate 4 cm, Effacement 50 % MI station -1 Interval 2'-3' Duration 30" แพทย์ Set OR for C/S เนื่องจาก CPD, DFUI, TR ก่อนไป OR V/S P= 86/m, R=20/m, BP= 131/78 mmHg

คลอด C/S เวลา 15.03 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,010 กรัม ลักษณะทารก term อวัยวะครบ เขียวทั่วตัว APGAR score 0 ที่ OR พบ Abruptio placenta , Couvelaire Uterus TBL 2,000 ml ทำหัตถการ Subtotal hysterectomy ย้าย ICU

ที่ ICU รู้สึกตัวถามตอบได้ นอนเป็นส่วนใหญ่ E3V4M6 P= 120/m, R=18/m, BP= 93/63 mmHg O2sat 100 % Hct=22% ได้รับ PRC 2 unit On O2 canular 3 LPM พบมารดาอ่อนแรงข้างซ้าย CT scan พบ Acute-subacute right basal ganglia hemorrhage 26 ต.ค. 66 P= 100-108/m, R=20-27/m, BP= 116/76-162/93 mmHg Drip MgSO4 มารดา urine ออกน้อย ได้ยา Lasix

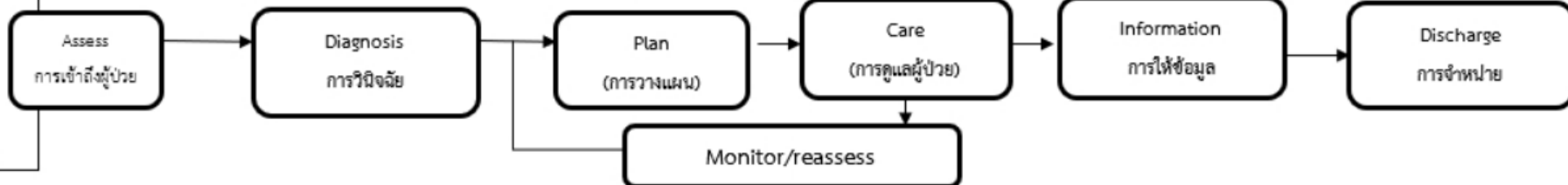
วันที่ 28 ต.ค. 66 เหนื่อยมากขึ้น RR=30-38/m On ETT อาการทรุดลง วันที่ 29-30 ต.ค. 66 On ETT หายใจตามเครื่อง ไม่รู้สึกตัว มีไข้ Urine ออกน้อย พุดคุยกับญาติ Full Med , CPR มีภาวะไตวาย พุดคุยญาติเรื่องการล้างไต

1. Abruptio placenta , Couvelaire Uterus → Subtotal Hysterectomy
2. Acute-subacute right basal ganglia hemorrhage → Consult Neuro sx. รพร. Conservative tx. No Sx.ให้ Rehab
3. ATN จาก Hypovolumic shock → F/U BUN, Creatinin, Electrolyte OD
4. Nosocomial infection → ใช้ 27/10/66 (14.00 น.)
5. มีภาวะซีด Hct=22% → PRC 5 Unit, FFP 2 unit

วันที่ 31 ต.ค. 66 06.30 น. แพทย์พุดคุยกับญาติ ญาติปฏิเสธการป้อนหัวใจคนไข้ จำหน่ายเสียชีวิต เวลา 06.40 น.

วันที่ 30 ต.ค. 66 ในเวรป่วย BP drop BP= 66/42-97/60 mmHg ปรับ rate NE ขึ้น วันที่ 31 ต.ค. 66 ในเวรตึกปลายมือ ปลายเท้าเย็น จับ O2 sat ไม่ได้ < 50 % Urine ไม่ออก Plt 24,000 ให้ FFP 2 unit

- เสียชีวิต
- พิการ
- ทูเลา
-





ประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ระดับจังหวัด

Case : Pre-Eclampsia, Abruptio placenta, Nosocomial Infection, Bacterial Septicemia

ปัญหา

1. หญิงไทย อายุ 41 ปี G9P8 ปกปิดข้อมูลประวัติส่วนตัว
2. No ANC Term by size มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ฟัง FHS ไม่ได้ยิน PV Cx.dilate 4 cm.
3. กระบวนการคลินิกฝากครรภ์ ในรพ.สต. ยังไม่ชัดเจน
4. ระบบการจ่าย-จองเลือด ไม่เพียงพอ
5. TBL 2,000 ml.
6. ระบบ consult แพทย์อายุรกรรมไม่ชัดเจน
7. การดูแล/ ช่วยเหลือ /การพยาบาล ผู้ป่วย Abruptio placenta ,PPH ยังไม่ชัดเจน
8. การใช้ Standing order PPH
9. ระบบประสานงานภายใน รพ. ไม่ชัดเจน

มาตรการ / แนวทาง

1. No ANC
 - ทบทวนระบบคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ใน รพ.สต.
 - การพัฒนาทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว(CFT)
 - ประชุมร่วมกับ CUP ในเรื่องการจ่ายเงินในการให้บริการฝากครรภ์ในรพ.สต.
2. PPH
 - ทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือด
 - จัดทำ Protocol ร่วมกับ LAB ,ธนาคารเลือด,แพทย์อายุรกรรม ในภาวะฉุกเฉิน PPH
 - เลือดไม่เพียงพอ ทบทวนความเสี่ยงและการจองเลือด /การยืมเลือดจาก รพ.อื่นๆ
 - พัฒนาทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน
 - การ consult แพทย์อายุรกรรมร่วมด้วย
3. Abruptio placenta
 - ทบทวนการดูแล/การพยาบาล
 - การดู Coagulation ร่วมด้วย

การดำเนินงาน สสจ.สระแก้ว

1. ติดตามการดำเนินงาน ในการประชุม MCH BOARD จังหวัดสระแก้ว
2. Service plan สูติกรรม ทบทวน Standing order PPH

