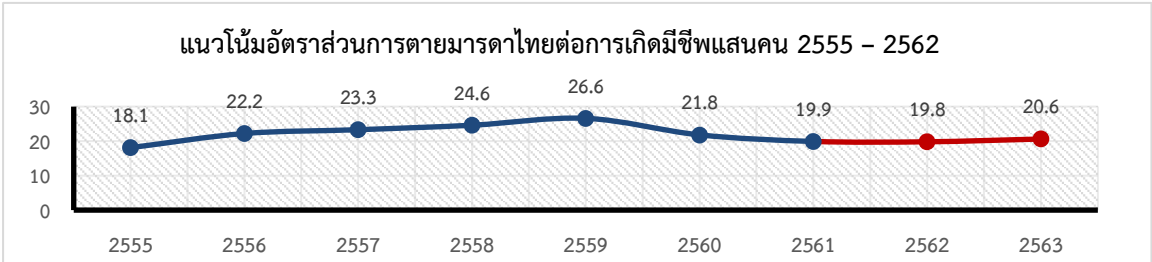
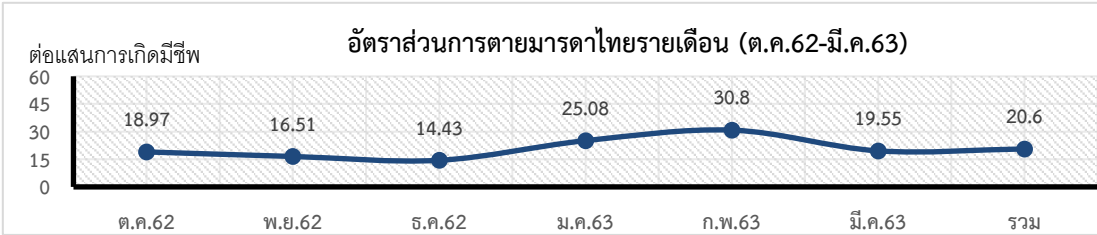


วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563
ตัวชี้วัด 1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

KPI	อัตราส่วนการตายมารดา
Level	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ⁽¹⁾
Trend	แนวโน้มลดลง ปี 2555 -2563 ⁽²⁾  อัตราส่วนการตายมารดาไทยปีงบประมาณ 2563 เดือนตุลาคม 2562-มีนาคม 2563 เท่ากับ 20.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
Compare	อัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) ⁽³⁾ ในปี 2015 ต่ำเป็นอันดับ 3 ของ ASEAN (26 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (7ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) และมาเลเซีย (25 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
Integrate	เป็นเครื่องชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย และเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก 15 ปี ข้างหน้า (ลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573)
สรุปปัญหา	อัตราการตายมารดาไทยยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนด ⁽⁴⁾

Demand side

Time	- จากการดำเนินงานตั้งแต่เดือน ต.ค.62-มี.ค.63 เดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดได้แก่ เดือนกุมภาพันธ์ (30.8) รองลงมาได้แก่ เดือนมกราคม (25.08)  - จำนวนมารดาตาย ต.ค.62-มี.ค.63 เท่ากับ 52 คน 
------	---

Place	1. เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตบริการที่ 12 (35.7), 7 (29.8), 10 (29.3) ⁽⁵⁾ ตามลำดับ (ข้อมูลเดือน ต.ค.62-มี.ค.63) ต่อแสนการเกิดมีชีวิต อัตราส่วนการตายมารดาไทยเดือน ต.ค.-มี.ค.63 <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>เขต 1</td><td>14</td></tr> <tr><td>เขต 2</td><td>15.8</td></tr> <tr><td>เขต 3</td><td>11.2</td></tr> <tr><td>เขต 4</td><td>9.6</td></tr> <tr><td>เขต 5</td><td>14</td></tr> <tr><td>เขต 6</td><td>20.4</td></tr> <tr><td>เขต 7</td><td>29.8</td></tr> <tr><td>เขต 8</td><td>24.2</td></tr> <tr><td>เขต 9</td><td>16.5</td></tr> <tr><td>เขต 10</td><td>29.3</td></tr> <tr><td>เขต 11</td><td>17.4</td></tr> <tr><td>เขต 12</td><td>35.7</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>20.6</td></tr> </tbody> </table> 2. จำนวนมารดาตาย ต.ค.62-มี.ค.63 เท่ากับ 52 คน จำนวนการตายมารดาไทยเดือน ต.ค.62-มี.ค.63 <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>จำนวนการตายมารดา (คน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>เขต 1</td><td>3</td></tr> <tr><td>เขต 2</td><td>2</td></tr> <tr><td>เขต 3</td><td>1</td></tr> <tr><td>เขต 4</td><td>2</td></tr> <tr><td>เขต 5</td><td>3</td></tr> <tr><td>เขต 6</td><td>7</td></tr> <tr><td>เขต 7</td><td>5</td></tr> <tr><td>เขต 8</td><td>5</td></tr> <tr><td>เขต 9</td><td>4</td></tr> <tr><td>เขต 10</td><td>5</td></tr> <tr><td>เขต 11</td><td>4</td></tr> <tr><td>เขต 12</td><td>11</td></tr> </tbody> </table>	เขต	อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)	เขต 1	14	เขต 2	15.8	เขต 3	11.2	เขต 4	9.6	เขต 5	14	เขต 6	20.4	เขต 7	29.8	เขต 8	24.2	เขต 9	16.5	เขต 10	29.3	เขต 11	17.4	เขต 12	35.7	รวม	20.6	เขต	จำนวนการตายมารดา (คน)	เขต 1	3	เขต 2	2	เขต 3	1	เขต 4	2	เขต 5	3	เขต 6	7	เขต 7	5	เขต 8	5	เขต 9	4	เขต 10	5	เขต 11	4	เขต 12	11
เขต	อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)																																																						
เขต 1	14																																																						
เขต 2	15.8																																																						
เขต 3	11.2																																																						
เขต 4	9.6																																																						
เขต 5	14																																																						
เขต 6	20.4																																																						
เขต 7	29.8																																																						
เขต 8	24.2																																																						
เขต 9	16.5																																																						
เขต 10	29.3																																																						
เขต 11	17.4																																																						
เขต 12	35.7																																																						
รวม	20.6																																																						
เขต	จำนวนการตายมารดา (คน)																																																						
เขต 1	3																																																						
เขต 2	2																																																						
เขต 3	1																																																						
เขต 4	2																																																						
เขต 5	3																																																						
เขต 6	7																																																						
เขต 7	5																																																						
เขต 8	5																																																						
เขต 9	4																																																						
เขต 10	5																																																						
เขต 11	4																																																						
เขต 12	11																																																						
สาเหตุ	ปีงบประมาณ 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63) Direct cause ร้อยละ 59.6 Indirect cause ร้อยละ 32.7 Unknown ร้อยละ 7.7 ⁽⁵⁾																																																						
Supply side																																																							
การจัดการ	ระบบบริการ : (1) ปัญหาการส่งต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (2) การตัดสินใจเพื่อการส่งต่อ																																																						
ข้อมูล	จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response)																																																						
บุคลากร	ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ แพทย์และพยาบาลจบใหม่ยังขาดทักษะในด้านภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม																																																						
เทคโนโลยี	1. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. CE Online 3. โครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก 4. นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง กรมอนามัย ตรวจราชการ																																																						
งบประมาณ 2563	โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสร้างแม่ลูกคุณภาพ งบประมาณ ส่วนกลาง 7,691,600 บาท ภูมิภาค 19,740,000 บาท																																																						

การสกัดองค์ความรู้
ลดอัตราการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้
ข้อเสนอแนะ
1. การป้องกันและดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภายใต้สถานการณ์ COVID-19 2. ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ 3. ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด และการฆ่าตัวตาย (Suicide) 4. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด

- (1) เป้าหมายรอบ 6 เดือนแรก อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- (2) พ.ศ.2555-2561 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ.2562 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
พ.ศ.2563 ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562
- (3) Compare some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015 : ASEAN Secretariat
- (4) เป้าหมายประเทศไทย : ลดอัตราการตายมารดาไทยให้ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนภายในปี 2565
เป้าหมาย SDGs : ลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573
- (5) ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- (6) Estimate of maternal mortality Ratio by statistic modeling : WHO , Unicef ,UNFPA ,World Bank ,UN Population Division and

บทวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยเดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563

จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

1. ส่วนที่ 1 Result

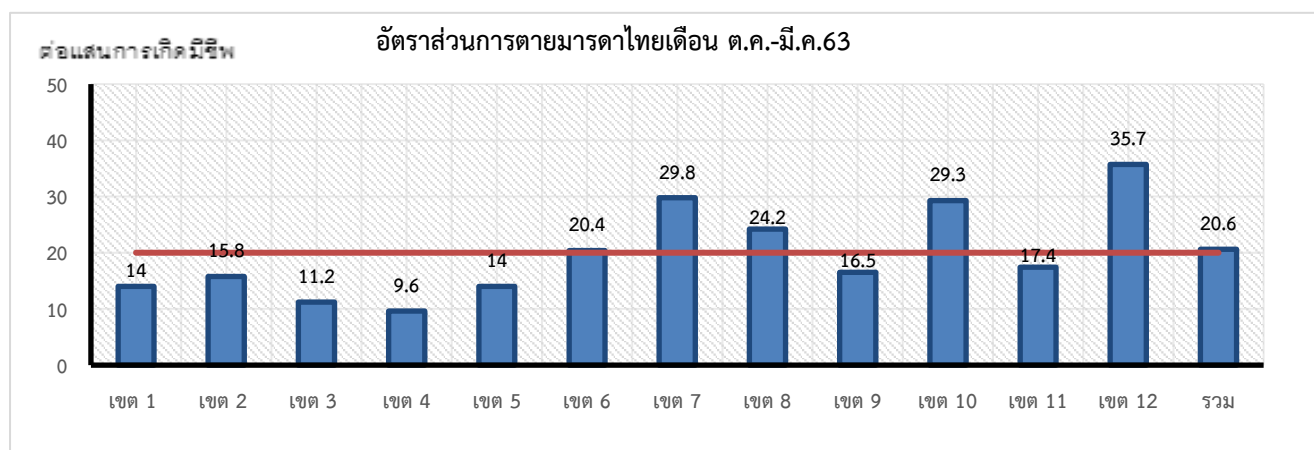
คำชี้แจง

- การคำนวณอัตราส่วนการตายมารดาต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งจึงทำให้การรายงานข้อมูลเป็นอัตราส่วนการตายจะล่าช้า 1 เดือน
- ข้อมูลจำนวนการตายมารดาจะรายงานเป็นรายเดือนเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูลสถานการณ์แบบทันที่

1.1 การเปรียบเทียบค่าเป้าหมายกับผลการดำเนินงาน (Level)

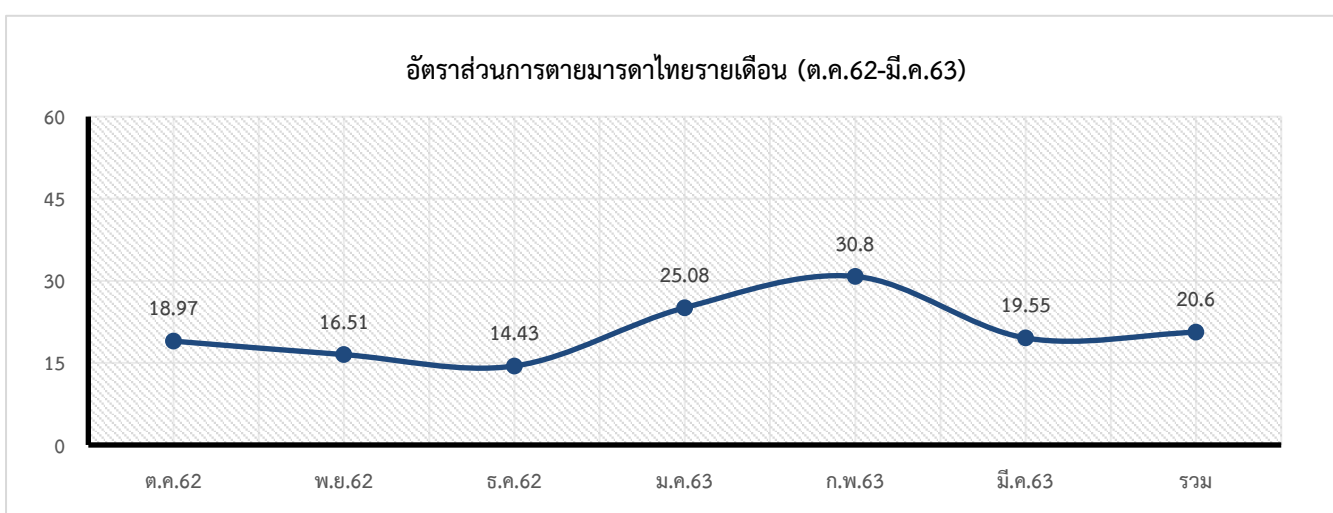
อัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563

จากข้อมูลสถานการณ์การตายมารดาไทยจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 20.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อนำผลการดำเนินงานเปรียบเทียบค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้พบว่าเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด (6 เดือนแรกค่าเป้าหมายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) โดยเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่เขตบริการที่ 12 (35.7), 7 (29.8), 10 (29.3) ตามลำดับ



จำนวนการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563

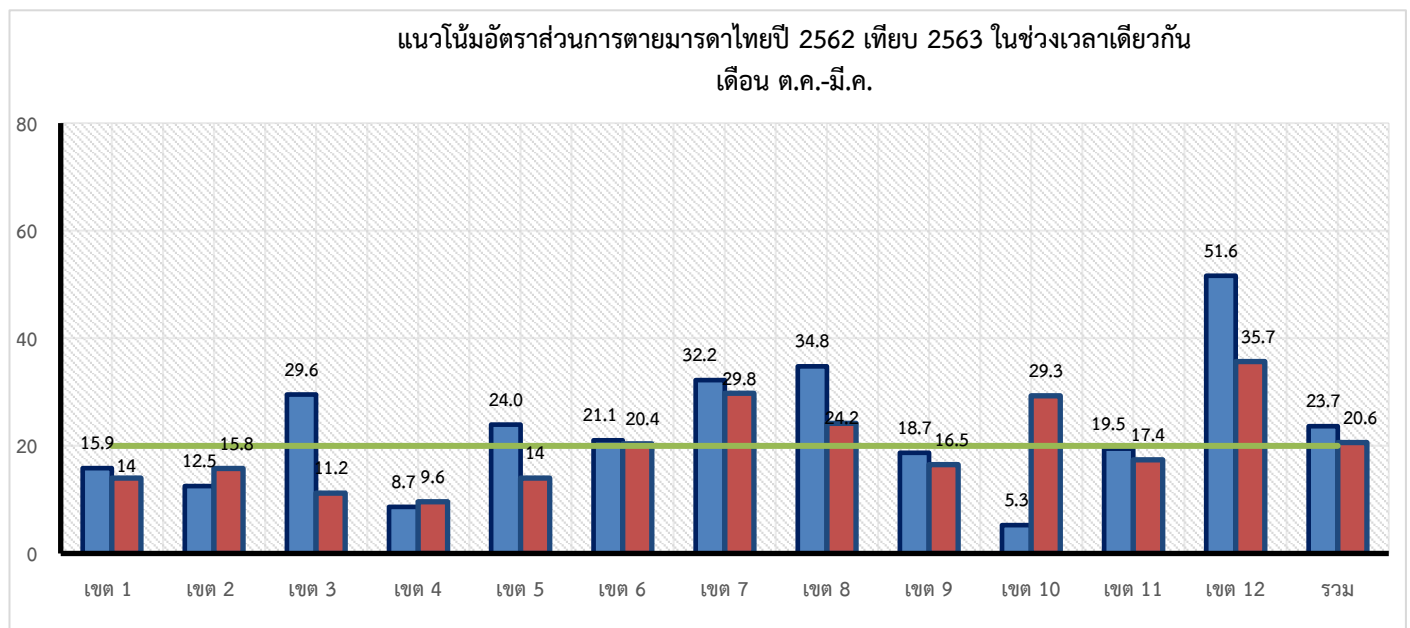
เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตายรายเดือนพบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563 พบแม่ตายทั้งสิ้นจำนวน 52 คน โดยที่เดือนกุมภาพันธ์มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดเท่ากับ 30.8 รองลงมาได้แก่เดือนมกราคม เท่ากับ 25.08 ต่อแสนการเกิดมีชีพ



1.2 แนวโน้มการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยในปัจจุบัน (Trend)

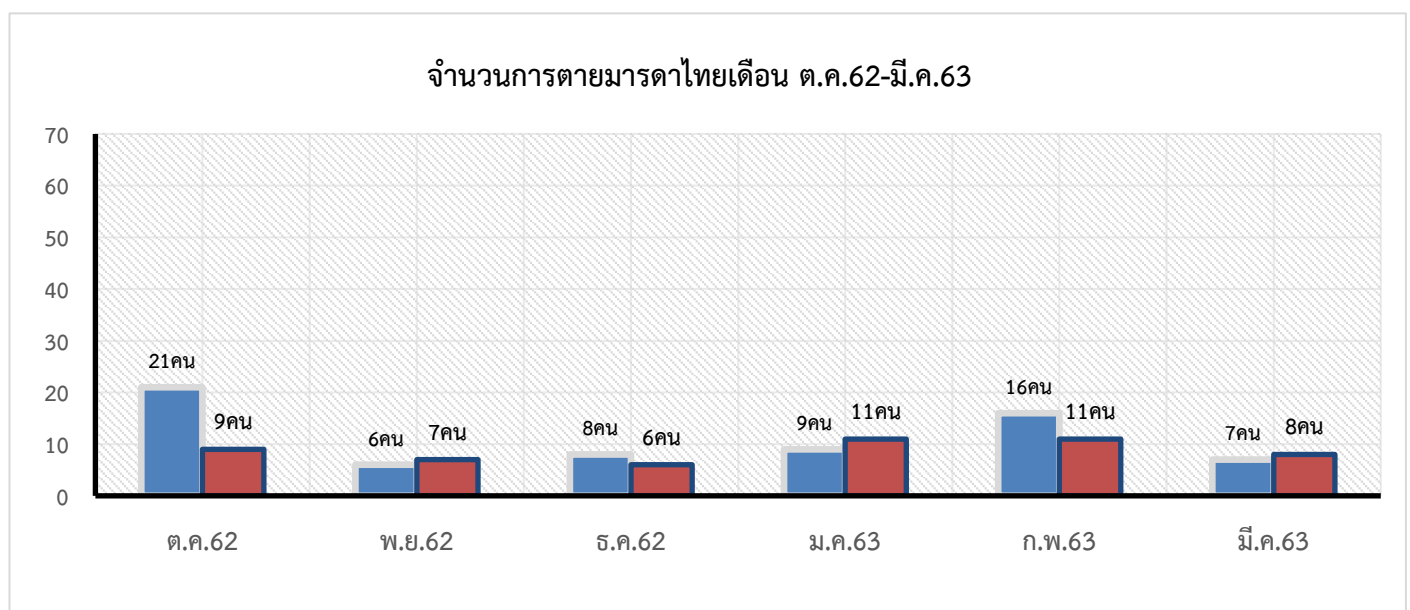
ข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563

เมื่อนำผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2563 เปรียบเทียบค่าผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้ม ลดลง จากปีที่ผ่านมา และเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาได้มากที่สุดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 12 ซึ่งสามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึง 42 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามเขตบริการสุขภาพที่ 10 กลับมีแนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด



จำนวนการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – มกราคม 2563

เมื่อนำผลการดำเนินงานช่วงเดือนตุลาคม-มีนาคมของปีงบประมาณ 2563 เปรียบเทียบปี 2562 พบว่าจำนวนการตายมารดามีแนวโน้ม ลดลง โดยปี 2562 ช่วงเดือน ตุลาคม-มีนาคม พบแม่ตายทั้งสิ้นจำนวน 67 คน เมื่อนำข้อมูลมาเทียบกับปี 2563 ในช่วงเวลาเดียวกันพบแม่ตายทั้งสิ้น 52 คน ซึ่งสามารถลดแม่ตายจากปี 2562 ได้ถึง 15 คน

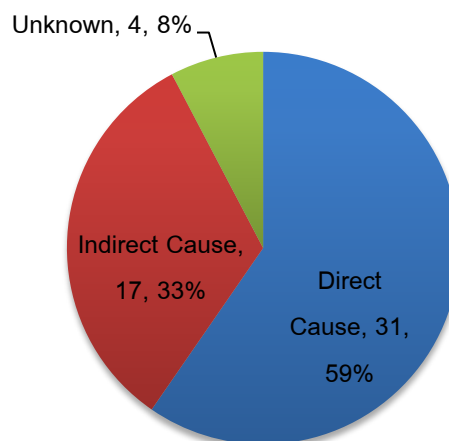


ส่วนที่ 2 Demand side ปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการตายมารดา

สาเหตุการตายมารดา

ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาเดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563 พบว่ามีมารดาตายจำนวน 52 คน โดยเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 59 จากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 33 และนอกจากนี้ยังพบการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ร้อยละ 8

ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม

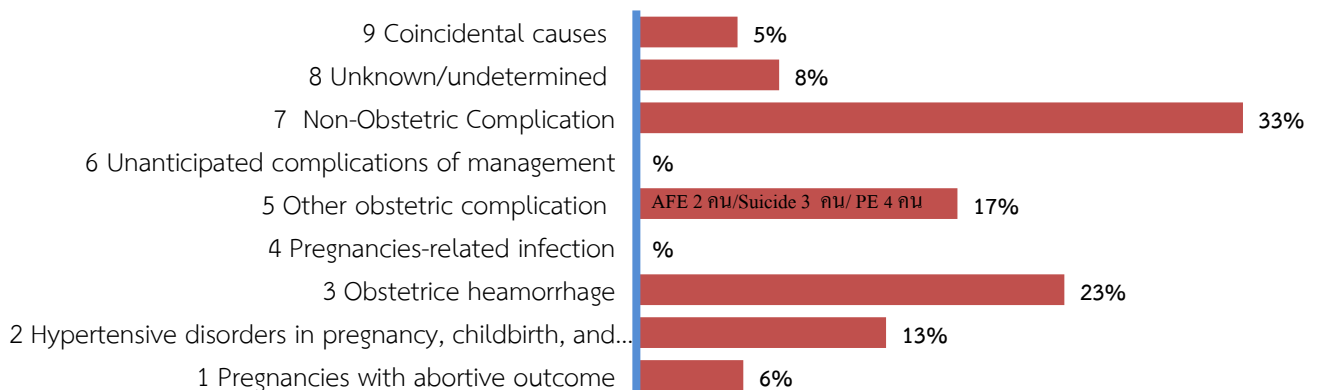


เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายมารดารายบุคคลพบว่าการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) จาก กลุ่มที่ 3 Obstetric heamorrhage การตกเลือด จำนวน 12 ราย รองลงมาได้แก่กลุ่มที่ 5 Other obstetric จำนวน 9 ราย ประกอบด้วย ฆ่าตัวตาย 3 ราย Amniotic fluid embolism 2 ราย และ Pulmonary embolism 4 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) สาเหตุที่พบบ่อย จากการติดเชื้อ โรคหัวใจ มะเร็ง เป็นต้น

ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม

จำนวนมารดาตายจำแนกตาม ICD-MM : WHO

กลุ่ม 9 ไม่นับรวมในการคำนวณ MMR ประเทศ



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ส่วนที่ 3 Supply side

1. ปัจจัยสัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์การตายมารดารายบุคคลยังพบว่า ปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับการตายมารดายังคงเป็นปัญหา 3 Delay คือ
 - (1) จากศักยภาพบุคลากร ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ความไม่พร้อมของ คลังเลือด คลังยา ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว
 - (2) การตัดสินใจส่งต่อล่าช้า ระบบส่งต่อที่ต้องติดต่อและประสานงานหลายขั้นตอน
 - (3) ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง และในบางรายไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม ความเชื่อ
 - (4) การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ ปัญหาการเดินทาง พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี แรงงานย้ายถิ่น
2. การสรุปสาเหตุการตายมารดาที่ไม่ถูกต้องชัดเจน ก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหที่ไม่ตรงประเด็น ทำให้เกิดเหตุซ้ำในหลายๆพื้นที่
3. บุคลากร
ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่
4. หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ชุมชน
 - (1) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง/สร้างกระแสสังคมการดำเนินงานผ่านโปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก/ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของภาคประชาชน
 - (2) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวต้องตระหนักรู้/รอบรู้ด้านสุขภาพ รับรู้รับทราบถึงความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ และต้องเข้ารับการฝากท้องเร็ว และมารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ 5 ครั้งหรือมาพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด/ ต้องรับรู้รับทราบว่า การตั้งครรภ์ทุกครั้งมีความเสี่ยง
 - (3) สื่อสารความรู้ภาคประชาชน เช่นสื่อ/info/VDO ความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ Save mom operation โครงการก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก





2 อันดับ
สาเหตุการตาย
มารดา

ในแต่ละปีประเทศไทย
มีแม่ที่ต้องเสียชีวิตจากการ
ตั้งครรภ์ ประมาณปีละ 150 คน
การดูแลและเฝ้าระวังอาการ
ผิดปกติขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเอง
และคนในครอบครัว จะช่วย
ป้องกันการเสียชีวิตของแม่

Safe Mom

1. ตกเลือด

2. ความดันโลหิตสูง

“ท้องปั๊บ ฝากปั๊บ ลดการตั้งครรภ์เสี่ยง”

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
88/22 ม.4 ถ.วิภาวดี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 02-590-4437

5. มาตรการเร่งด่วนภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19
 - 5.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 (รายละเอียดหน้า 16)
 - 5.2 การจัดระบบบริการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 (รายละเอียดหน้า 18)
 - 5.3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 (รายละเอียดหน้า 22)
 - 5.4 การสื่อสารความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลแม่และเด็กภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 แก่หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ชุมชน



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด

กลุ่มปกติ



เลี่ยง

- การเข้าใกล้ผู้คน
- การสัมผัสใบหน้า
- การใช้ของร่วมกับผู้อื่น

ลด

- การแพร่เชื้อโดยสวมหน้ากากผ้า และล้างมือให้สะอาด

ดูแล

- รับประทานอาหารสุกใหม่
- หากมีอาการ ไข้ ไอ จาม ควรพบรีบพบแพทย์
- เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1- 2 เมตร
- สามารถฝากครรภ์ได้ตามนัด

ข้อมูลโดย : กรมอนามัย

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

จัดทำเมื่อ 3 เมษายน 2563



1422
สายด่วน

ออกแบบโดย : Wasitpon Tangsathaponpan



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด

กลุ่มสัมผัสเสี่ยง



แยกตัวเองออกจากครอบครัว
และสังเกตอาการจนครบ 14 วัน

งดการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น

กรณีครบกำหนดนัดฝากครรภ์
ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบ
เพื่อพิจารณาเลื่อนการฝากครรภ์
และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

กรณีเจ็บครรภ์คลอด ต้องไปโรง
พยาบาลทันทีและแจ้งเจ้าหน้าที่ให้
ทราบว่าอยู่ระหว่างสังเกตอาการ

ข้อมูลโดย : กรมอนามัย

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

จัดทำเมื่อ 3 เมษายน 2563



1422
สายด่วน

ออกแบบโดย : Wasitpon Tangsathaponpan



การดูแลทารกแรกเกิด

กรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยติดเชื้อและติดเชื้อ **COVID 19**

บุคลากรทางแพทย์ แจ้งข้อมูลความเสี่ยง และ ผลประโยชน์ที่จะได้รับ
จากการแยกแม่กับลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แม่เข้าใจ และเป็นผู้ตัดสินใจ

ยังไม่มีหลักฐานการติดต่อผ่าน
ทางรก หรือ ผ่านทางน้ำนม



แยกการกอดจากการกอดอื่น
และต้องสังเกตอาการจนครบ **14 วัน**

ข้อมูลโดย : กรมอนามัย

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

จัดทำเมื่อ 3 เมษายน 2563



1422
สายด่วน

ออกแบบโดย : Wasitpon Tangsathaponpan



COVID-19 รู้ทันป้องกันได้

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

การเลี้ยงลูกด้วยนมของแม่ติดเชื้อ COVID-19

ต้องแยกการของแม่ที่ติดเชื้อจากการอื่น และสังเกตอาการ 14 วัน

กรณีที่แม่ติดเชื้อและมีอาการไม่รุนแรง

การให้นมจากเต้าสามารถทำได้ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ
การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างเคร่งครัด



กรณีที่แม่ติดเชื้อและมีอาการรุนแรง

หากแม่ยังสามารถบิบบเก็บน้ำนมได้ ให้หาผู้ช่วยป้อนนมแทน
หากแม่ไม่สามารถบิบบเก็บน้ำนมได้ ให้พิจารณาใช้นมผสม

*ทั้งนี้ การให้นมแม่ ควรให้แม่และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
โดยพิจารณาถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ



ความเสี่ยง

การติดเชื้อ COVID-19 ของมารดา
จากรายงานที่ผ่านมามีได้ไม่มาก
และอาการไม่รุนแรง

ประโยชน์

นมแม่มีสารอาหารจำเป็นและภูมิคุ้มกัน
ลดความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้ออื่นๆ
ให้ได้ในทุกสถานการณ์แม้ในภาวะวิกฤต
ซึ่งอาจเกิดการขาดแคลนนมผสม
จากปัญหาการผลิตและการขนส่ง



การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19



ไขข้อข้องใจ?

ขณะนี้ยังไม่มีข้อพิสูจน์
ยืนยันว่า COVID-19
ติดต่อผ่านทางน้ำนม

ทั้งนี้ การให้นมจากเต้าหรือการบีบเก็บน้ำนม
ขึ้นอยู่กับอาการของแม่และครอบครัว
โดยพิจารณาถึงความเสี่ยง
และประโยชน์ที่ได้รับ

ข้อปฏิบัติ

ในการให้นมหรือการบีบเก็บน้ำนมของแม่

1



อาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาด
บริเวณเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่

2



ล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที

3



ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา
ทั้งก่อน ระหว่าง หลังการให้นมหรือการบีบเก็บน้ำนม

4



หลังการใช้เครื่องปั๊มนม ต้องทำความสะอาดอุปกรณ์
จากนั้นทิ้งหรือต้มเพื่อฆ่าเชื้อโรค
และเก็บอุปกรณ์ในบรรจุภัณฑ์ที่สะอาด



มาตรการและข้อเสนอเชิงนโยบาย

ข้อเสนอ	เสนอใคร/มาตรการ	ขอบเขต
1. ภายใต้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ให้โรงพยาบาลทุกแห่งปฏิบัติตามแนวทาง - การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 (รายละเอียดหน้า 16) - การจัดระบบบริการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 (รายละเอียดหน้า 18) -ของกรมอนามัยอย่างเคร่งครัด และเป็นในทางเดียวกัน	-ผู้บริหาร -ภูมิภาค/หน่วยบริการทุกระดับ ให้ยึดแนวทางดังกล่าวเป็นแนวปฏิบัติ และนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท ความจำเป็น และทรัพยากรของพื้นที่	
2. ประเมินรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก - ทุกคลินิกต้องผ่านร้อยละ 80 - ผลลัพธ์ 4 ตัวต้องเป็นไปตามที่กำหนด - การประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กต้องประเมินระบบบริการของเครือข่ายทั้งหมด เพื่อดูความเชื่อมต่อของระบบบริการ และระบบบริหารจัดการเครือข่าย	ภูมิภาค/หน่วยบริการทุกระดับ -โรงพยาบาลประเมินตนเอง -สสจ สุ่มประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ -ศูนย์อนามัยสุ่มประเมิน รพท -ศูนย์อนามัยส่งผลการประเมินแก่กรมอนามัย เพื่อสุ่มประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยทีมผู้เชี่ยวชาญส่วนกลาง -กรมอนามัยสุ่มประเมิน โดยทีมผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางปีละ 4 แห่ง	
3. ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด	ภูมิภาค/หน่วยบริการทุกระดับ - เน้นการดำเนินงานตามนโยบาย One province One MCH team (Provincial Network) - พัฒนาระบบ High risk pregnancy fast tract ระดับจังหวัด ในการส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ทางสูติกรรมได้ อย่างปลอดภัย (กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกัน ระหว่าง รพช และโรงพยาบาลแม่ข่าย) - มาตรการ LABOR Strategy /การใช้ Standing Order/การใช้ถุงตวงเลือด - ระบบ Coaching แบบพี่ดูแลน้อง	

4. ลดการตายมารดาจากการฆ่าตัวตาย (Suicide)	- หน่วยบริการคัดกรอง/Simplify Specific Question 2Q , - ครอบครัว ชุมชน เฝ้าระวังผู้มีความเสี่ยงด้านอารมณ์ จิตใจ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ผ่าน Social Determinant - เน้นการเฝ้าระวังที่กลุ่มคนเชื้อสาย/ความเชื่อเฉพาะกลุ่มเช่นชนเผ่า	
5. ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์	ส่วนกลาง - มาตรการค้นหาความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ภูมิภาค/หน่วยบริการทุกระดับ - เร่งดำเนินการโปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ save mom ในพื้นที่นำร่อง - เน้นฝากท้องเร็ว / สร้างกระแสสังคมฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ - พัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์/หญิงตั้งครรภ์ร่วมจัดการปัญหา/ความเสี่ยงด้านสุขภาพพร้อมกับสหวิชาชีพภายในพื้นที่ - ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของภาคประชาชนผ่านสื่อสารมวลชนท้องถิ่น , โรงเรียนพ่อแม่ , ผู้นำชุมชน	
6. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด	ส่วนกลาง - พัฒนาแนวทางและมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด ภูมิภาค/หน่วยบริการทุกระดับ - สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด Provincial network - บริหารจัดการ Node เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างชัดเจน มีแนวทางการส่งต่อที่ยึดถือ ยึดมั่น ยึดปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีระบบทั้งเขต	

แหล่งข้อมูล

1. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. Compare some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015 : ASEAN Secretariat
3. Estimate of maternal mortality ratio by statistic modeling WHO UNICEF World bank UN
4. ICD MM WHO
5. สถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ข้อมูล ณ วันที่ 3 เมษายน 2563

เนื่องจากเชื่อเป็นไวรัสชนิดใหม่ ยังไม่มีข้อมูลว่าหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดเชื้อ covid-19 มากกว่าคนทั่วไปหรือไม่

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด กลุ่มปกติ

กลุ่มปกติ คือ กลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ

ใช้หลักการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างเคร่งครัด โดย

1. หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการไอ เป็นไข้ หรือผู้ที่เดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง และในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด หรือรวมกลุ่มกันจำนวนมาก
2. รักษาระยะห่าง ในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยการอยู่ห่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร
3. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณดวงตา ปาก และจมูก
4. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ หรือปรุงอาหารให้สุกร้อนทั่วถึง
5. แยกภาชนะรับประทานอาหารและงดใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น
6. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาดนานอย่างน้อย 20 วินาที ทุกครั้งที่มีการไอจาม สัมผัสสิ่งแปลกปลอม ก่อนรับประทานอาหาร หรือออกจากห้องน้ำ หากไม่มีสบู่ ให้ใช้ 70% alcohol gel
7. ในขณะไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย ถ้ามีอาการไอ จาม ให้ใช้ต้นแขนด้านบนปิดปากทุกครั้ง
8. แม้ทุกคนที่อยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบหรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากมีอาการป่วย เล็กน้อย ควรพักผ่อนอยู่ที่บ้าน ถ้ามีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ควรรีบไปพบแพทย์
9. หญิงตั้งครรภ์สามารถฝากครรภ์ได้ตามนัด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง หรือสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วย COVID-19

1. แยกตนเองออกจากครอบครัวและสังเกตอาการจนครบ 14 วัน งดการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น
2. งดการออกไปในที่ชุมชนสาธารณะโดยไม่จำเป็น และงดการพูดคุย หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในระยะใกล้กว่า 2 เมตร
3. กรณีครบกำหนดนัดฝากครรภ์ ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน เพื่อพิจารณาเลื่อนการฝากครรภ์ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
4. กรณีเจ็บครรภ์คลอดต้องไปโรงพยาบาลทันที และแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน

การดูแลทารกแรกเกิด ในกรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยติดเชื้อและติดเชื้อ COVID 19

1. ยังไม่มีหลักฐานการติดต่อผ่านทางรกหรือผ่านทางน้ำนม
2. ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 จัดเป็นผู้มีความเสี่ยง จะต้องมีการแยกตัวออกจากทารกอื่น และต้องสังเกตอาการ เป็นเวลา 14 วัน
3. บุคลากรทางแพทย์ควรอธิบายถึงความเสี่ยง ความจำเป็นและประโยชน์ของการแยกแม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แม่เข้าใจและเป็นผู้ตัดสินใจเอง
4. แนวทางการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เมื่อคำนึงถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการในการแพร่เชื้อไวรัสผ่านทางน้ำนม ดังนั้น ทารกจึงสามารถกินนมแม่ได้ โดยปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
ข้อแนะนำการปฏิบัติสำหรับแม่ ในกรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 แล้ว

1. กรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 แต่อาการไม่มาก
 - สามารถถอดลูกและให้นมจากเต้าได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของแม่และครอบครัว
 - ต้องปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
2. กรณีแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 มีอาการรุนแรง หากยังสามารถปับน้ำนมได้ ให้ใช้วิธีปับน้ำนมและให้ผู้ช่วยเป็นผู้ป้อน หากไม่สามารถปับน้ำนมเองได้อาจต้องพิจารณาใช้นมผงแทน

ข้อปฏิบัติในกรณีให้ทารกกินนมจากเต้า

1. อาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาดบริเวณเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่
2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและ สบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เข้มข้น 70%ขึ้นไป
3. สวมหน้ากากอนามัย ตลอดการทำการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมนม การปับน้ำนม และการให้นม
4. งดการสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเองและทารก เช่น การหอมแก้มทารก

ข้อปฏิบัติในการปับน้ำนม และการป้อนนม

1. อาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาดบริเวณเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่
2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและ สบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เข้มข้น 70%ขึ้นไป
3. สวมหน้ากากอนามัย ตลอดการทำการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมนม การปับน้ำนม และการให้นม
4. งดการสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเองและทารก เช่น การหอมแก้มทารก
5. หากผู้ช่วยเหลือหรือญาติที่มีสุขภาพแข็งแรงที่ทราบวิธีการป้อนนมที่ถูกต้องและต้องปฏิบัติตามวิธีการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด โดยวิธีการนำน้ำนมแม่มาป้อนด้วยการใช้ช้อน หรือถ้วยเล็ก
6. ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์เช่น ที่ปั้มนม ขวดนม ด้วยน้ำยาล้างอุปกรณ์ และทำการนึ่งเพื่อฆ่าเชื้อหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

References

1. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy & Breastfeeding [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: [URL:https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.htm](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.htm)
2. Unicef [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: [URL:https://www.unicef.org/thailand/th/stories/](https://www.unicef.org/thailand/th/stories/)
3. WHO, World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance 13 March 2020 [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: [URL:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf)
4. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย [ออนไลน์].2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563].แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19, 20 มีนาคม 2563. เข้าถึงได้จาก : [URL:https://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/03/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf](https://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/03/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf)

การจัดระบบบริการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ข้อมูล ณ วันที่ 3 เมษายน 2563

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยมีการขยายไปในวงกว้างทั้ง กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด รัฐบาลได้ประกาศ พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ขณะนี้มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 มีจำนวนเพิ่มขึ้น และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเหตุให้มีผู้ป่วยจำนวนมากในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อค่าบริการด้านอื่นๆ ของโรงพยาบาล รวมทั้งการบริการฝากครรภ์ด้วย

ผลกระทบของ COVID-19 ต่อการตั้งครรภ์

แม้ว่าผลกระทบของ COVID-19 ต่อการตั้งครรภ์ ยังสรุปไม่ได้ชัดเจน เนื่องจากข้อมูลที่มีจำกัด แต่อาจคาดการณ์ได้ดังนี้

1.ผลกระทบทางตรง

ต่อหญิงตั้งครรภ์

- การติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงไม่แตกต่างจากคนทั่วไป คือ ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ และ อาจนำไปสู่อาการปอดอักเสบได้
- การแท้งและคลอดก่อนกำหนด

ต่อทารก

- ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย
- Fetal distress
- Low apgar score
- Stillbirth, neonatal death
- เสียโอกาสในการได้กินนมแม่

2.ผลกระทบทางอ้อม

- เนื่องจากสถานพยาบาลอาจมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่เพิ่มขึ้น และการขาดแคลนทรัพยากรที่ยังไม่อาจคาดเดาได้ การเดินทางเข้ารับบริการไม่ได้รับความสะดวกทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดการติดตามฝากครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายครรภ์เสี่ยงสูงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่ได้รับการดูแลรักษา

แนวทางการจัดการบริการฝากครรภ์

การจัดบริการในคลินิกฝากครรภ์

1. หญิงตั้งครรภ์และผู้ติดตามต้องใส่หน้ากากอนามัยและเข้าสู่ระบบคัดกรองของหน่วยงานทุกครั้ง
2. บุคลากรมีการป้องกันตนเอง ใส่หน้ากากอนามัย ถุงมือ ล้างมือ
3. ทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
4. จัดสถานที่ ที่นั่งรอตรวจให้มีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร
5. การนัดหมายมารับบริการเป็นช่วงเวลาและจำกัดจำนวนผู้ติดตามหญิงตั้งครรภ์ไม่เกิน 1 คน เพื่อลดความแออัด
6. ลดเวลาขณะรับบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาปรับกิจกรรมการให้บริการรายบุคคลให้ครบภายในครั้งเดียว ปรับลดบางกิจกรรม เช่น โรงเรียนพ่อแม่ อาจเปลี่ยนใช้ช่องทางสื่อสารอื่นแทน
7. ให้บริการฝากครรภ์แบบ ONE STOP SERVICE
8. จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์และช่องทางการติดต่อ
9. นัดหมายการส่งยาบำรุงครรภ์ตามช่องทางที่สะดวกในกรณีเลื่อนนัด

การพิจารณานัดหมายการฝากครรภ์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID -19

1. ในราย Low risk pregnancy ควรเลื่อนนัดฝากครรภ์ไปก่อนจนกว่าจะพ้นช่วงกำหนดเวลากักตัว (Isolation) โดยให้อยู่ภายในที่พักอาศัยเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน
2. ในราย High risk pregnancy ที่จำเป็นต้องนัดติดตาม ให้พิจารณาระหว่างความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ หากจำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจให้ใช้การป้องกันการแพร่เชื้อตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
3. ให้จัดบริการแยกห้องจากการฝากครรภ์ปกติ
4. กรณีฉุกเฉินให้มาตรวจที่คลินิกแยกโรคโดยเฉพาะ แพทย์และทีมผู้ดูแลใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล

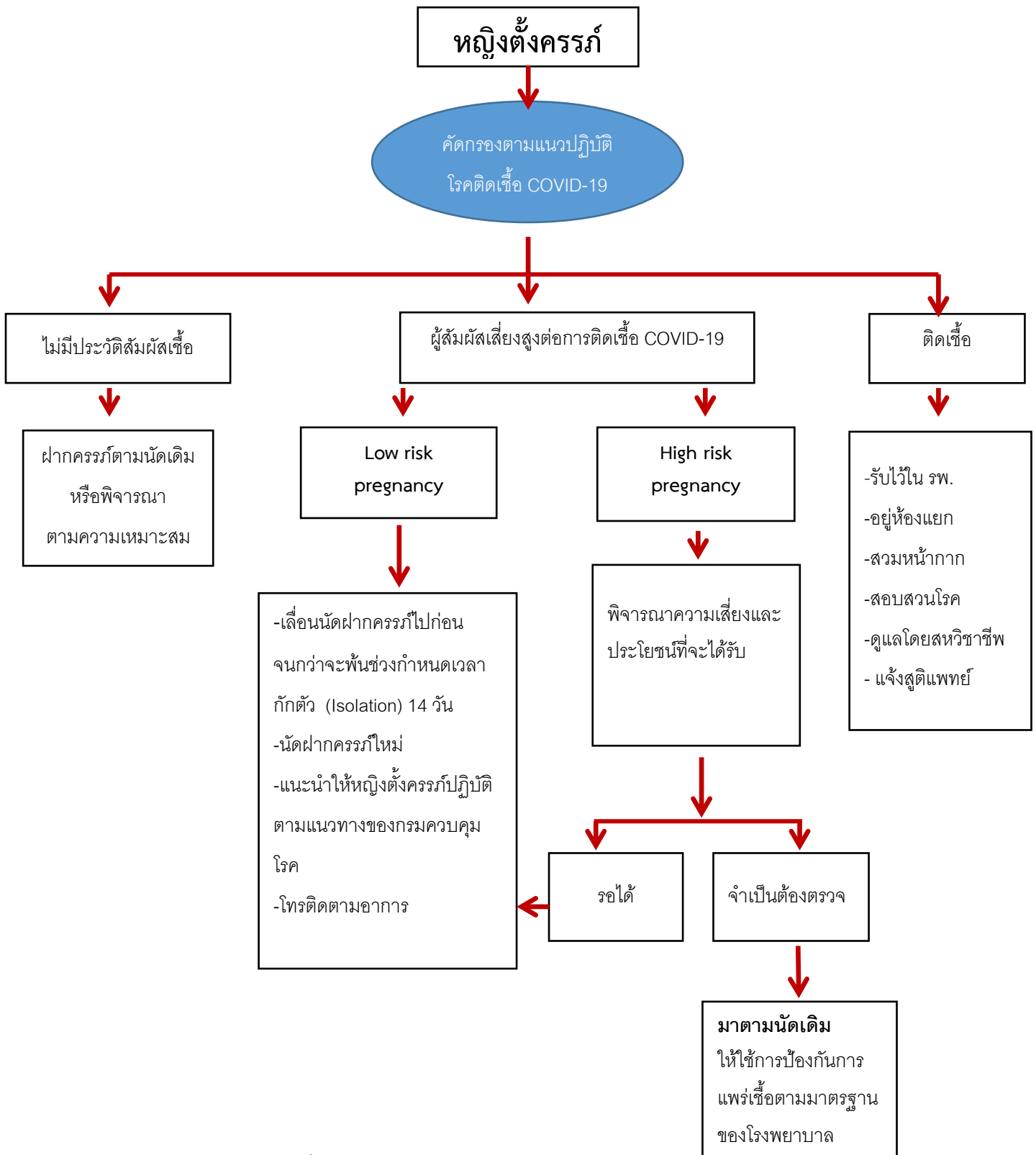
กรณีสถานการณ์รุนแรงมากขึ้นวิกฤต หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ได้ทุกราย

1. กรณีหญิงตั้งครรภ์ Low risk pregnancy มีแนวทางลดการมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล โดยโทรสอบถามอาการสำคัญ เช่น
 - ลูกดิ้น
 - อาการบวม
 - ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว
 - เจ็บครรภ์คลอด
 - น้ำเดินหากมีอาการผิดปกติดังกล่าวจึงนัดหมายมาโรงพยาบาล
2. กรณีหญิงตั้งครรภ์ High risk pregnancy ให้โทรติดตามอาการสำคัญก่อนพิจารณาการนัดหมาย โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ
3. กรณีฉุกเฉินให้มาตรวจที่คลินิกแยกโรคโดยเฉพาะ แพทย์และทีมผู้ดูแลใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล
4. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้ ให้โรงพยาบาลบริหารจัดการตามแนวทางของแต่ละพื้นที่

แนวทางการตรวจหลังคลอด

1. กรณีมารดาหลังคลอด Low risk pregnancy มีแนวทางลดการมารับบริการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาล โดยโทรสอบถามอาการสำคัญ เช่น
 - ไข้
 - น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น
 - แผล ฝีเย็บ ปวดบวมแดง
 - เต้านมคัดตึงมาก บวมแดง และกดเจ็บ
 - อาการเครียด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
 - ทารกมีตัวเหลือง สะดือแฉะ บวมแดงหากมีอาการผิดปกติดังกล่าวจึงนัดหมายมาโรงพยาบาล
2. กรณีมารดาหลังคลอด High risk pregnancy ให้โทรติดตามอาการสำคัญก่อนพิจารณาการนัดหมาย โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ
3. กรณีฉุกเฉินให้มาตรวจที่โรงพยาบาลตามปกติ

ผังการจัดระบบบริการฝากครรภ์ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19



หมายเหตุ : ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID-19 หมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร นานกว่า 5 นาที หรือถูกไอ จามรด จากผู้ป่วย โดยไม่มีการป้องกัน เช่น ไม่สามารถสวม หน้ากากอนามัย
- ผู้ที่อยู่บริเวณที่ปิดไม่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ในรถปรับอากาศ ห้องปรับอากาศร่วมกับผู้ป่วยและอยู่ห่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 1 เมตร นานกว่า 15 นาที โดยไม่มีการป้องกัน

เอกสารอ้างอิง

5. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy & Breastfeeding [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: URL:<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.htm>
6. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย [ออนไลน์].2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563].แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19, 20 มีนาคม 2563. เข้าถึงได้จาก : URL: <https://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/03/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf>
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 21 มีนาคม 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563].เข้าถึงได้จาก : URL: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G2_new3.pdf

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

เนื่องจากการติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ เรายังมีความรู้เกี่ยวกับไวรัสชนิดนี้น้อยมาก แต่จากข้อมูลเบื้องต้นในขณะนี้ ยังไม่มีข้อมูลการติดเชื้อในแม่ ช่วง 3 – 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ แต่มีข้อมูลของแม่ที่ติดเชื้อในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนคลอด จากรายงานของประเทศจีนมีทารกแรกเกิดที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ COVID-19 33 ราย พบเพียง 3 รายที่มีเชื้อ COVID-19 ในตัวทารกและอาการไม่รุนแรง แต่ตรวจไม่พบเชื้อในน้ำคร่ำ สารคัดหลั่งจากช่องคลอด เลือดจากสายสะดือ และในน้ำนมแม่ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงสรุปเบื้องต้นว่า การติดเชื้อน่าจะเกิดจากการสัมผัสเชื้อหลังคลอด (Airborne droplets) มิได้เกิดจากการติดเชื้อในครรภ์ (Vertical transmission)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (CDC) และองค์กรสุขภาพต่างๆ ทั่วโลก ต่างก็รายงานว่ายังไม่พบหลักฐานว่าแม่ที่ติดเชื้อ Corona virus จะสามารถแพร่ผ่านรกหรือน้ำนมสู่ลูกได้ โดยแม้อย่างงยังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ทั้งในแม่ที่อยู่ในข่ายสงสัย (PUI) และแม่ที่ยืนยันว่าติดเชื้อแล้ว (Confirmed case) แต่ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันอย่างเคร่งครัดในการสัมผัสกับละอองฝอย (Droplets) โดยการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ อย่างถูกวิธีด้วยน้ำสบู่ นาน 20 วินาที หรือ Alcohol 70% และ ย้ำเรื่อง Social distancing

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสำคัญเป็นทั้งอาหารกายและอาหารใจ อาหารกาย ก็คือ ในน้ำนมแม่มีภูมิคุ้มกันที่ปกป้องลูกจากการติดเชื้อต่างๆ ในระยะแรกๆ ที่ลูกยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้เองและมีสารอาหารที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตด้วย อาหารใจ ก็คือ การให้นมลูก ทำให้แม่ลูกได้อยู่ใกล้กัน สัมผัสกัน เป็นการสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูกที่ดี (Bonding) WHO, CDC, UNICEF, ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำว่าทั้งแม่ที่เข้าข่ายสงสัย และแม่ที่ติดเชื้อแล้ว สามารถให้นมลูกได้โดยปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายทางละอองฝอย อย่างเคร่งครัด

คำแนะนำในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. กรณีแม่อยู่ในกลุ่มเข้าข่ายเฝ้าระวัง หรือแม่ติดเชื้อไวรัส แต่อาการไม่รุนแรง

หากต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะให้นมจากเต้า หรือบีบน้ำนมให้ลูก คงต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางครอบครัวและตัดสินใจของแม่ด้วย โดยทั่วไปแล้วอยากให้แม่ลูกอยู่ด้วยกัน ถ้าจำเป็นต้องแยกหรือถ้าทำไม่ได้ ก็ให้อยู่ห่างกันอย่างน้อย 2 เมตร แต่ต้องเน้นย้ำวิธีป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องและต้องเข้มงวดอย่างมาก ถ้าต้องการแยกลูก ให้แม่บีบน้ำนมให้ผู้ช่วยเป็นผู้ป้อนนมลูกแทน จนกว่าจะพ้นระยะเฝ้าระวัง

2. กรณีแม่ติดเชื้อไวรัสและมีอาการรุนแรงมาก

จำเป็นต้องแยกแม่และลูก ถ้าแม้อย่างงสามารถบีบน้ำนมได้ ก็ควรทำและให้ผู้ช่วยเป็นผู้ป้อนนมลูกแทน วิธีนี้นอกจากลูกจะได้รับนมแม่แล้ว ยังช่วยให้แม้อย่างงคงสภาพในการให้นมแก่ลูกเมื่อหายป่วยแล้ว ข้อสำคัญคือ การทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมนม การบีบน้ำนม และการป้อนนม จะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเคร่งครัด

สรุป แม้ว่าในขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานปรากฏว่ามีการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ได้ (Vertical transmission) การติดเชื้อในระยะ 3 – 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะส่งผลต่อทารกหรือไม่ ยังไม่อาจทราบได้ เนื่องจากคุณแม่กลุ่มนี้ยังไม่คลอด ดังนั้น คุณแม่ทุกคนต้องรู้วิธีป้องกันตนเองจากการสัมผัสเชื้อตลอดทุกระยะของการตั้งครรภ์ สังคมก็ต้องร่วมด้วยช่วยกันปกป้องคุณแม่และลูกน้อยในครรภ์ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การให้นมแม่สามารถทำได้โดยไม่ต้องเตรียมพร้อมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสอย่างเคร่งครัด การเลือกวิธีการให้นมจากเต้าหรือการบีบน้ำนมให้ผู้ช่วยป้อนขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแม่และครอบครัวโดยคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับเป็นสำคัญ

สรุปโดย พญ. พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์

References

1. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.html>
2. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4.
3. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19, 20 มีนาคม 2563