

สรุปประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6
วันที่ 16 มิถุนายน 2563 เวลา 12.00-13.30 น. ผ่านระบบ VDO Conference
ณ ห้องประชุมสหเมธาพัฒน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

สรุปกิจกรรม : เปิดการประชุมเวลา 12.00 น.

ประเด็นการประชุม :

1. สถานการณ์มารดาตายปัจจุบัน

ข้อมูลสถานการณ์การตายมารดาไทย จากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 30 เมษายน 2563 พบว่าแนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี 2553-2563 ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2560 เท่ากับ 21.8 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เหลือเพียง 19.8 ในปี 2562 และในปี 2563 เท่ากับ 19.45 สำหรับในเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2560 เท่ากับ 15.58 เป็น 21.22 ในปี 2562 และในปี 2563 เท่ากับ 24.97 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดย อัตราส่วนการตายมารดาไทย ปี 2563 เดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563 (เป้าหมายไม่เกิน 17ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ประเทศไทย = 19.45, เขตสุขภาพที่ 6=24.97 สำหรับอัตราตายมารดาไทย รายเขตสุขภาพ สูงกว่าค่าเป้าหมาย 6 เขต พบสูงสุด 3 อันดับ เขตสุขภาพที่ 12, 7 และ 10 คือ 30.58, 25.72 และ 25.14 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 : อัตราการตายมารดาไทย 24.97 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน มารดาเสียชีวิต 10 คน แยกเป็น สาเหตุ ทางตรง 4 คน = Amniotic embolism 1, Ruptured Ectopic 1 PPH 1, Preeclampsia 1 //ทางอ้อม 6 คน เด็กเกิด 40,055 คน สูงสุดเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบกับทุกเขต เขตสุขภาพที่ 6 มีเด็กเกิดเฉลี่ยเดือนละ 5,722 ราย (ต.ค.62-เม.ย.63) สูงสุดที่จังหวัดชลบุรี สมุทรปราการ และระยอง ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- 1) หากมีการตายมารดาให้รีบรายงานตามระบบพร้อมส่งรายงาน CE62 และข้อมูลในสมุดสีชมพู
- 2) ปรับเพิ่มขึ้นขั้นตอนการทบทวนมารดาตาย ตรงประเด็น TIME LINE ให้ระบุรายละเอียด ข้อเสนอแนะ และการติดตามผลการพัฒนา
- 3) มอบให้ทุกจังหวัดดำเนินการทบทวน CPG และนำมาประชุมแลกเปลี่ยนครั้งหน้า
- 4) ศอ.6 พัฒนาระบบการเพิ่มประสิทธิภาพหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
- 5) จากที่รพ.ชลบุรี แลกเปลี่ยนการจัดบริการหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ต้องได้รับการ USG ในครั้งแรกของการฝากครรภ์ ทุกราย ประเด็นนี้ อาจจัดให้มีการอบรมการ USG คุณภาพ และศึกษาดูงานการจัดการระบบที่ รพ.ชลบุรี

มอบหมายจังหวัดดำเนินการทบทวน CPG ดังนี้

ระยอง : ระบบคัดกรองและการคุมกำเนิดใน Case high risk

การทำ CPG การ Terminated

CPG ระบบRefer และConsult ผู้เชี่ยวชาญ

ปราจีนบุรี : ระบบคัดกรองผู้ป่วยและการแยกประเภทผู้ป่วยในระบบคัดกรอง

ทบทวนกระบวนการรักษา CPG Sepsis

การตรวจวินิจฉัยเพิ่ม Leptospirosis

ฉะเชิงเทรา : ระบบการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตลอดการตั้งครรภ์

การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องภายหลังมารดาเสียชีวิต

สมุทรปราการ : ระบบการรับส่งต่อ First aid management รถAmbulance หรือรถEMS

ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในANC หรือระบบการดูแลในชุมชน

จันทบุรี : การคัดกรองและซักประวัติความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายหรือประวัติในครอบครัว

มีประวัติฆ่าตัวตายหรือไม่

ตราด : ทบทวนกระบวนการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัวและการรักษาต่อเนื่อง

การรายงาน Case มารดาตาย (มารดาหลังคลอด 42 วัน) แผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

2. ทบทวนการตายมารดา

กรณีมารดาตาย CA Stomach รพ. ระยอง (เสียชีวิต วันที่ 4 เม.ย. 63)

สรุปการตาย : หญิงไทย อายุ 37 ปี G2P1A0 C/S วันที่ 29 พค 63 เวลา 02.10 น. น้ำหนักทารกแรกเกิด 1,608 กรัม ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด active น้อย skin mild blue HR > 60/m กระตุ้น และ PPV 1 รอบ ใส่ ET tube transfer NICU O2sat= 95-100 % Apgar score ที่ 1 นาที = 5 ที่ 5 นาที =6 ที่ 5 นาที =9 ลักษณะของรกและน้ำหนัก 500 กรัม ลักษณะรกปกติ Dx. Low birth weigh ,mild birth asphyxia , respiratory distress syndrome , neonatal jaundice ,neonatal sepsis, anemia admit 20 วัน น้ำหนัก 1840 gm. Discharge กลับบ้าน 3 เมษายน 2563 มารดา 9/03/20 หญิงตั้งครรภ์ไปคลินิกสูติแพทย์ 10/03/20 admit 06.17 น. GA 32+6 wks ให้ dexa และเฝ้าระวังทารกในครรภ์ plan C/S 34 wks. ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดหลังนอนพักไม่ได้ มี pancytopenia ปรึกษาศัลยแพทย์และอายุรแพทย์โรคเลือดร่วมดูแล 14/03/20 ผู้ป่วยเริ่มบวมมากขึ้น มีเหนื่อยเป็นบางครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ NST fetal distress C/S emergency หลังผ่าตัดใส่เครื่อง ช่วยหายใจ admit ICU 14/03/20-17/03/63 หลังผ่าตัด 6 วันย้ายแผนกศัลยกรรมก่อนย้ายผู้ป่วยเริ่มบวมทั่วตัวและปวดมากขึ้น 19/03/63-30/03/20 admit แผนกศัลยกรรม plan ส่งรพ . มะเร็งชลบุรี สามิและครอบครัวขอกลับบ้าน Plan รักษาทางเลือกและรับยาบรรเทาอาการปวดลดอาการทุกข์ทรมาน ปรึกษา palliative care term และ ส่ง HHC 04/04/20 ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน เสียชีวิตหลังคลอด 15 วันที่บ้าน

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป : ข้อเสนอแนะจากการทำ RCA

1.การวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ทางด้านสูติแพทย์ แพทย์ทางด้านอายุรกรรม และแพทย์เฉพาะทางมะเร็ง และแนวทางสำหรับ รพ.ที่ไม่มี Onco-Med

2.กรณีการพบมารดาที่เป็นCA ในการประเมินการคลอด ถ้าหากคลอดได้ก็ควรให้คลอดก่อนทำการรักษา หรือกรณีที่รอคลอดไม่ได้ให้ยา Dexa แล้วค่อยให้การรักษามารดาตามแผนการรักษา CA

3.ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจ ที่มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากทำให้การสื่อสารระหว่างสถานบริการมีการคลาดเคลื่อน ดังนั้นหากเป็นไปได้ควรให้พ.เอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการ MCH Boardหรือมีการเข้าร่วมประชุมด้วย

กรณีมารดาตาย Heart Vascular disease (acute arrhythmia arrest) (เสียชีวิต วันที่ 1 มิ.ย .63)
สรุปการตาย : มารดาไทย อายุ 37 ปี G5P3A2 มารดาหลังคลอด มดลูก หดรัดตัวดี total blood loss 350 cc BP 136/79 mmHg P 77/min นอนโรงพยาบาล 3 วัน จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 เวลา 12.00น ก่อนกลับบ้าน BP 140/70 mmHg P 70/min T 36.7 c วันที่ 1 มิถุนายน 2563 เวลา 4.00 น สามีพุดคุยกับผู้ป่วยบ่นว่าวูบๆคล้ายจะเป็นลม เวลา 4.30 น ลูกร้อง ผู้ป่วยไม่ลุกไปดู สามีพบว่าผู้ป่วยนอนไม่รู้สึกตัว จึงตาม EMS ไปรับ แรกรับ ไม่รู้สึกตัว No pulse initial EKG Asystole on ETT no 7.5 adrenaline 1 mg q 4 * 3 dose 7.5%NaHCO3 1 am iv* 2 10% calcium gluconate 10 ml * 3 ทำ CPR 30 นาที No pulse EKG Asystole จำหน่ายถึงแก่กรรม เวลา 5.57 น.

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป : ข้อเสนอแนะจากการทำ RCA

- 1.ทบทวน การประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การส่งต่อเยี่ยมบ้าน
- 2.Review การให้ Cytotec : Indication /complication จากยา (ท่านสรน.ติดตาม)
- 3.การสรุปโรคควรทำการผ่าชันสูตรศพ การวินิจฉัยโรคควรมีเพียงวินิจฉัยเดียว

3. การจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM โดยแพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกแนวทางการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response Technical Guide 2013) เพื่อเป็นแนวทางให้แต่ละประเทศนำไปใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังมารดาตาย โดยเน้นย้ำว่า การทบทวนกรณีมารดาตายนั้น มิได้มุ่งหาข้อผิดพลาดของบุคคล กลุ่มงาน หรือสถานพยาบาลแต่อย่างใด แต่เป็นการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตาย ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้ แล้วนำเอาปัจจัยเหล่านั้นมาปรับเปลี่ยนแก้ไข กำหนดเป็นข้อเสนอแนะพร้อมทั้งกำกับติดตาม ปฏิบัติตามข้อแนะนำนั้น และควรมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ในการวินิจฉัยสาเหตุการตายโดยจำแนกตาม ICD-MM

การสรุปสาเหตุการตายมารดา องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการตายของหญิงในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และ หลังคลอด ดังนี้ Deaths in pregnancy, childbirth and puerperium หมายถึง การตายของหญิงที่เกิดขึ้นใน ระหว่างตั้งครรภ์จนถึงภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสาเหตุจากโรคทางสูติกรรม หรือไม่ Maternal deaths หมายถึง การตายของหญิงที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงภายใน 42 วันหลังสิ้นสุด การตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์หรือตำแหน่งของการตั้งครรภ์ จากสาเหตุใดๆที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่รวมที่เกิดจากจากอุบัติเหตุ Maternal deaths ยังจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม

1. Direct maternal deaths หมายถึง การตายที่มีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม หรือ จากการดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดที่ไม่เหมาะสม

2. Indirect maternal deaths หมายถึง การตายที่มีสาเหตุจากโรคหรือภาวะที่มีมาก่อนตั้งครรภ์หรือโรคที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์แต่ไม่ใช่โรคทางสูติกรรม หรือโรคที่เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์

Coincidental deaths หมายถึง การตายจากโรคหรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ได้สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ ไม่ถือว่าเป็น Maternal deaths

Late maternal deaths หมายถึง การตายของหญิงจากเหตุทางตรงหรือทางอ้อม ที่เกิดขึ้น ภายหลัง 42 วันนับจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์แต่ไม่เกิน 1 ปี

การจำแนกสาเหตุการตายมารดา ตาม ICD-MM ได้แบ่งกลุ่มโรคออกเป็น 9 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มจะมีรหัสโรคที่ สอดคล้องตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ดังนี้

Group name	Potential causes of death
1. Pregnancies with abortive outcome การแท้ง ตั้งครรภ์นอกมดลูก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	<input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy <input type="checkbox"/> Hydatidiform mole <input type="checkbox"/> Failed attempted abortion <input type="checkbox"/> Complication of abortion (Genital tract and pelvic infection, Excessive hemorrhage, Embolism, Renal failure, metabolic disorders, damage to pelvic organs)
2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> Pregnancy induced hypertension <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Gestational hypertension
3. Obstetric haemorrhage ภาวะตกเลือดก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด	<input type="checkbox"/> Placenta adherens <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placentae <input type="checkbox"/> Antepartum hemorrhage <input type="checkbox"/> Intrapartum hemorrhage <input type="checkbox"/> Postpartum hemorrhage (Retained placenta, Uterine atony, Perineal laceration) <input type="checkbox"/> Obstetric trauma (Rupture of uterus, Laceration of cervix, High vaginal laceration)
4. Pregnancy-related infection โรคติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> Chorioamnionitis <input type="checkbox"/> Puerperal infection <input type="checkbox"/> Infections of genitourinary tract
5. Other obstetric complications	<input type="checkbox"/> Venous complications : DVT

โรคอื่นๆที่ไม่เข้ากลุ่มที่ 1- 4	<input type="checkbox"/> Liver disorders : Acute fatty liver <input type="checkbox"/> Postpartum cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Intentional self - harm <input type="checkbox"/> Obstetric embolism (Amniotic fluid embolism, Pulmonary embolism)
6. Unanticipated complications of management ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดซึ่งเป็นผลจากการดูแลรักษา	<input type="checkbox"/> Complications of anesthesia (Aspiration pneumonitis, Brain anoxia, High spinal block, Failed or difficult intubation) <input type="checkbox"/> Complications of surgery (Unintentional cut, Puncture, Perforation, Foreign body accidentally left) <input type="checkbox"/> Complications of medical care(Mismatched blood used in transfusion, Excessive amount of fluid transfusion, Failure in dosage, Anaphylaxis due to drug, Non administration of necessary drug, substance)
7.Non-obstetric complications โรคอื่นๆที่มีไขโรคทางสูติกรรม	<input type="checkbox"/> Heart vascular diseases <input type="checkbox"/> Cerebral hemorrhage <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Neoplasm <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Autoimmune diseases <input type="checkbox"/> Malignancy <input type="checkbox"/> Endocrine diseases <input type="checkbox"/> Infections that are not a direct result of pregnancy
8. Unknown/undetermined โรคที่ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ระบุสาเหตุ	<input type="checkbox"/> The underlying cause is unknown or was not determined
9. Coincidental causes โรคที่มีได้มีสาเหตุหรือสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> External causes except intentional self-harm (Accidental, Assault) <input type="checkbox"/> Diseases not aggravated by the pregnancy

ข้อสังเกต การสรุปสาเหตุการตายตาม ICD-MM นี้ จะนำเอาโรคที่เป็น underlying cause มาสรุป มิได้นำเอาโรคที่เป็น leading cause มาสรุป ซึ่งต่างจากการสรุปสาเหตุการตายในแบบฟอร์ม ทร. 4/1 และการสรุปสาเหตุการตายในเอกสารสำคัญทางกฎหมาย

ปิดการประชุมเวลา 15.00 น.

ภาพกิจกรรม,ภาพข่าว



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ ๑ ชลบุรี

ศูนย์อนามัยที่ 6

เขตสุขภาพที่ ๖
เลขที่ 43 ม.7 ต.นาป่า อ.เมือง จ.ชลบุรี โทร 038-148165-8

ปี 2563 องค์การหลักในการอภิบาลระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ทศ.6 กำเนิดการจักประ-สุนทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
เขตสุขภาพที่ 6 ผ่านระบบ VDO Conference
ณ ห้องประชุมสหภาพพัฒนา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6



วันที่ 16 มิถุนายน 2563 เวลา 12.00น. – 14.00 น. ศูนย์อนามัยที่ 6 ดำเนินการจัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาเขตสุขภาพที่ 6 ผ่านระบบ VDO Conference ณ ห้องประชุมสหภาพพัฒนา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อร่วมวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่อการมีมารดาตายที่เกิดขึ้นในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563 พร้อมทั้งหาแนวทางและมาตรการ จัดระบบเพื่อเฝ้าระวังการตายมารดาของเขตสุขภาพที่ 6 ทั้งนี้ได้รับเกียรติจาก นายแพทย์อภิชาติ รอดสม สาธารณสุขนิเทศ์ เขตสุขภาพที่ 6 เป็นประธานเปิดการประชุม และร่วมให้ข้อเสนอแนะ โดยมีนายแพทย์ธีระ ศิวคุสัย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชลบุรี เป็นประธานนำกระบวนการ RCA (Root Cause Analysis ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตาย) พร้อมด้วยแพทย์หญิงพิมพ์พรพรรณ คำเจริญ ผู้เชี่ยวชาญจากกรมอนามัย แพทย์หญิงจิตราพร ธนบดี ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กรมการแพทย์ ประธานและคณะกรรมการ RCA เขตสุขภาพที่ 6 และโรงพยาบาลอื่นๆที่สนใจเข้าร่วมให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมจำนวน 80 ท่าน จากการประชุมครั้งนี้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางดำเนินงาน จัดระบบบริการของสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป



f | ประชาสัมพันธ์สุขภาพดี ศูนย์อนามัยที่หกชลบุรี
ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

