

การตายของมารดาประเทศไทย

Confidential Enquiries into Maternal Deaths in Thailand

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



การตายของมารดาประเทศไทย

Confidential Enquiries into Maternal Deaths in Thailand



สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

2549

ชื่อหนังสือ การตายของมารดาประเทศไทย

Confidential Enquiries into Maternal Deaths in Thailand

เอกสารวิชาการ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ ลำดับที่ชื่อหนังสือ 01-7

จัดพิมพ์โดย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1

เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2549

จำนวนพิมพ์

1,400 เล่ม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมยศ

เจริญศักดิ์

นายแพทย์บวร

งามศิริอุดม

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์สมศักดิ์

ภัทรกุลวณิชย์

แพทย์หญิงนิพรรณพร

วรมงคล

นางนุชปียา

ริ้วพิทักษ์

การตายของมารดาประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ 2549

56 หน้า

พิมพ์ที่องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนำ

เอกสารวิชาการเล่มนี้ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นสำหรับทีมพัฒนาเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยในโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด ใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์ โดยมีความมุ่งมั่นพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปสู่ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการดำเนินงาน ประสานความร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานต่าง ๆ บุคลากรของทีมสหวิทยาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมด้านวิชาการ การพัฒนาบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพ ทั้งในสถานบริการครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ในการลดการตายของมารดาเป็นสิ่งที่สำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการ และศึกษาพัฒนาต่อยอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal – MDG) บรรลุสัมฤทธิ์ผลภายในปี พ.ศ. 2558

การตายของมารดาในประเทศไทยรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการตายมารดาและหรือทารกปริกำเนิด (ก 1) มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2533 ภายใต้กิจกรรมโครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย (Safemotherhood Project) จนถึงปัจจุบัน ขณะเดียวกันได้พัฒนาระบบรายงานข้อมูลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยความร่วมมือของพันธมิตรและภาคีเครือข่าย พัฒนากระบวนการและการแสวงหาข้อมูลการตายของมารดาที่ใกล้เคียงความเป็นจริง พัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นข้อมูลรายบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลจากระบบรายงาน 12 และ 18 แฟ้มที่สำคัญนโยบายและยุทธศาสตร์จัดทำและปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดัชนีชี้วัดการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) พัฒนาโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2546 เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง การศึกษาการตายของมารดาโดยวิธี Confidential Enquiries ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาทีมงาน กระบวนการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยระดับจังหวัด สร้างคุณภาพบริการในโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์ที่ดีในสถานบริการ ครอบครัว และชุมชนโดยใช้ความรู้บนพื้นฐานของหลักฐานที่ถูกต้อง (evidence-based) ทางการแพทย์และการสาธารณสุข สร้างวัฒนธรรมของการเป็นองค์กรเรียนรู้

จึงหวังว่าองค์ความรู้ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนี้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างกว้างขวาง สร้างพันธมิตรร่วมในการเรียนรู้ พัฒนานวัตกรรม บนพื้นฐานความร่วมมือ ร่วมใจ ความเป็นมิตรและการทำงานเป็นทีม ที่มีปรัชญาร่วมเพื่อพัฒนาสู่คุณภาพและมาตรฐานสากล นำไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างกว้างขวางทุกจังหวัด ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ภายในปี พ.ศ. 2558 และเป้าหมายสูงสุด “สุขภาพที่ดีของสตรีมีครรภ์ทุกคน”

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาการตายของมารดาประเทศไทยได้รับแรงบันดาลใจจากพันธมิตรและเครือข่ายทางวิชาการ รวมทั้งความร่วมมือในการดำเนินงาน การสนับสนุนจากหน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังนี้คือ นายแพทย์บวร งามศิริอุดม ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ ที่มอบโอกาสและจุดประกายในการรังสรรค์ผลงานการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ สุทัศนวิรุฒิ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้แทนราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย Tom Marshall (Senior Lecturer London School of Hygiene and Tropical Medicine , University of London, UK.) Dr. Gwyneth Lewis (Confidential Enquiries into Maternal Deaths -UKCEMD, London,UK) และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาณิ วงศ์เอก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งสนับสนุนและจัดการให้มีการปรึกษาหารือและขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญร่วมกันมาโดยตลอด ทำให้เกิดการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการปฏิบัติในประเทศไทย ได้อย่างเหมาะสม

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒนวงศ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลและองค์ความรู้เรื่อง Beyond the numbers : Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer รวมทั้ง Dr. Ardi Kaptiningsih, Regional Advisor Reproductive Health and Research, WHO-SEARO. ที่สร้างความมั่นใจในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ผู้บริหารของจังหวัดที่ให้โอกาสทีมงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำความมุ่งมั่น กล้าหาญและสมัครใจ ร่วมดำเนินงานที่ซับซ้อนและยุ่งยาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร ร่วมสร้างงานที่มีคุณค่าจากเหตุการณ์ที่ไม่ประสงค์ให้เกิด นำมาเป็นบทเรียนรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์ สร้างความตระหนักรู้ ถึงอันตรายและปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังที่องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าการตั้งครรภ์ทุกครรภ์เป็นความเสี่ยงสำหรับสตรี รวมทั้งรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสายบัว ชีเจริญ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทีมวิเคราะห์ของจังหวัดในการตรวจสอบและสรุปรายงาน และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ สุทัศนวิรุฒิ ที่กรุณาตรวจทานรายงานการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีทีมงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และดร.สุดารัตน์ อีระวร จากศูนย์อนามัยที่ 12 ร่วมดำเนินการ อำนวยความสะดวก และประสานงานเพื่อให้การดำเนินงานราบรื่นเป็นอย่างดี

สุดท้ายที่ลืมไม่ได้คือ มารดาผู้ซึ่งไม่สามารถผ่านประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยทั้ง 16 ราย แต่มีส่วนร่วมกันสร้างองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างอเนกอนันต์แก่วงการสาธารณสุขประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ทุกคน

สารบัญ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

การตายของมารดา

องค์ความรู้สากลที่นำมาสู่การปฏิบัติ	1
สถานการณ์ประเทศไทย	6
กรณีศึกษาโดยวิธี Confidential Enquiries	9
▶ ความเป็นมา	
▶ การดำเนินงานในประเทศไทย	11
▶ ระยะเตรียมการ	11
▶ ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล	12
▶ การรวบรวมและวิเคราะห์	13
▶ การใช้แบบรายงานการตายของมารดา	13
▶ การวิเคราะห์สรุปการตายของมารดา (ภาพรวม)	14
▶ การวิเคราะห์สรุปการตายของมารดา (รายคน)	17
▶ การวิเคราะห์สรุป	23
▶ ก้าวเดินไปข้างหน้า	25

เอกสารอ้างอิง

26

ภาคผนวก

29

แบบรายงานการตายของมารดา (ก-1) Confidential Enquiries CE	31
แบบรายงานของทีมิวิเคราะห์ระดับจังหวัด	35
คู่มือการบันทึกรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries CE	39

การตายของมารดา : องค์ความรู้สากลที่นำมาสู่การปฏิบัติ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามการตายของมารดาไว้ว่า การตายของมารดา (Maternal death) คือ การตายของสตรีขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการคลอด โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์หรือชนิดของการตั้งครรภ์โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ หรือการบริหารจัดการการคลอด แต่ไม่ใช่สาเหตุจากอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่น ๆ (WHO, ICD-10, 1992)

การตายของมารดา (Maternal Deaths) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. Direct obstetric deaths คือ การตายที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จากขั้นตอนการรักษา การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ถูกละเลยหรือจากเหตุการณ์ที่เป็นผลจากสาเหตุดังกล่าว

2. Indirect obstetric deaths คือ การตายจากโรคที่เป็นอยู่เดิม หรือโรคที่เป็นขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม แต่เกี่ยวเนื่องกับผลของการตั้งครรภ์

เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันบางครั้งการดูแลการเจ็บป่วยและการตายของมารดาอาจเกิน 42 วันหลังคลอดได้ ICD จึงบัญญัติศัพท์เกี่ยวข้องกับการตายของมารดาเรียก Late maternal death หมายถึง การตายของมารดาจาก Direct or indirect obstetric causes มากกว่า 42 วัน จนถึงหนึ่งปีหลังคลอด

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์การตายมารดาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และระยะหลังคลอด และแปลผลเป็นมาตรวัดที่เรียก อัตราตายมารดา (Maternal Mortality Rate) ซึ่งในปัจจุบันถูกเลิกใช้ไปแล้ว และใช้อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio) แทน ทั้งนี้เนื่องจากตามคำนิยามทางระบาดวิทยา ความหมายของอัตรา (Rate) คำนวณจาก

$$\text{Rate} = \frac{\text{จำนวนของเหตุการณ์ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง} \times k}{\text{จำนวนประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ณ ช่วงเวลานั้น}}$$

ดังนั้นอัตราตายมารดาควรคำนวณจาก จำนวนแม่ตายจากการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอดเป็นตัวตั้ง ตัวหารเป็นจำนวนผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อาจสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการแท้ง คลอดทารกไร้ชีพ และคลอดทารกมีชีวิตรอด แต่ในทางปฏิบัติไม่มีใครจะหาตัวหารนี้ได้จริง ๆ

ในประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศมีรายงานการเกิดและระบบรายงานที่ดี มีข้อมูลรายงานเด็กตายคลอด เด็กเกิดมีชีพ สำหรับข้อมูลการแท้งยังคงมีความลำเอียงของข้อมูลในแง่ของความผิดทางสังคม วัฒนธรรม หรือสถานภาพทางกฎหมาย ดังนั้น อัตราตายมารดาในอดีตจึงเป็นข้อยกเว้นทางคำนิยามทางระบาดวิทยาในแง่ดังกล่าว จึงใช้ตัวหารเป็นจำนวนเด็กเกิดมีชีพแทน องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานที่เป็นองค์กรของสหประชาชาติเช่น UNICEF จึงตระหนักว่าการใช้อัตราตายมารดา (Maternal Mortality Rate) นั้น ไม่เหมาะสมควรต้องใช้ อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio) โดยใช้คำย่อว่า MMR (WHO. “Why Maternal Mortality Ratio”, 1996) และใช้สูตรคำนวณดังนี้



$$\text{อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio)} = \frac{\text{จำนวนการตายของมารดาในช่วงเวลาหนึ่ง} \times 100,000}{\text{จำนวนเกิดมีชีพ}}$$

ในปีพ.ศ. 2543 (ค.ศ.2000) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการตายมารดาทั่วโลกเป็นจำนวน 529,000 คน จำนวนการตายประมาณครึ่งหนึ่งเกิดในประเทศกลุ่มทวีปแอฟริกา (251,000คน) และประมาณอีกครึ่งหนึ่งเกิดในประเทศกลุ่มทวีปเอเชีย (253,000 คน) ประมาณร้อยละ 4 (22,000คน) เกิดในประเทศลาตินอเมริกาและแคริบเบียน และน้อยกว่าร้อยละ 1 (2,500 คน) เกิดในกลุ่มประเทศพัฒนา (Developed regions) ในเรื่องอัตราส่วนการตายมารดา ค่าเฉลี่ยของอัตราส่วนการตายของมารดาในโลกเท่ากับ 400 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ โดยทวีปแอฟริกาสูงสุดเท่ากับ 830 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ รองลงมาคือทวีปเอเชียเท่ากับ 330 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ในกลุ่มประเทศ Oceania มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 240 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ Latin America and the Caribbean เท่ากับ 190 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ โดยที่ประเทศพัฒนา (Developed countries) เท่ากับ 20 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ เมื่อดูจากประเทศที่มีจำนวนการตายมารดา (Maternal deaths) สูง จะพบว่าประเทศอินเดียมีจำนวนการตายมารดาสูงสุด เท่ากับ 136,000 คน ตามด้วยไนจีเรีย 37,000 คน ปากีสถาน 26,000 คน เอธิโอเปีย 24,000 คน แทนซาเนีย 21,000 คน สาธารณรัฐคองโก 20,000 คน อัฟกานิสถาน 20,000 คน บังคลาเทศ 16,000 คน ส่วนแองโกล่า จีน เคนยา แห่งละ 11,000 คน อินโดนีเซียและ อุกันดาแห่งละ 10,000 คน ซึ่งถ้ารวมมารดาตายใน 13 ประเทศนี้จะคิดเป็นร้อยละ 70 ของมารดาตายทั้งหมด (Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA)

WHO UNICEF และ UNFPA ร่วมมือกันพัฒนาทางวิชาการ สร้างองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในการคาดประมาณตัวเลขการตายของมารดาปี พ.ศ.2543 จากทั้งที่มีระบบรายงานและไม่มี และได้ทำการแบ่งกลุ่มประเทศต่าง ๆ โดยพิจารณาจากวิธีการเก็บข้อมูลการตายของมารดา ดังต่อไปนี้

1. รายงานสถิติชีพ (Vital registration) ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วมีระบบรายงานสถิติชีพที่ระบุทั้งจำนวนการตายของมารดา และสาเหตุการตาย มีความครอบคลุมและสมบูรณ์ รวมทั้งมีการรับรองทางการแพทย์ในการตายทุกราย ในหลายประเทศใช้การสอบสวนการตาย (Periodic confidential enquiries) หรือการเฝ้าระวัง (Surveillance) ถูกนำมาใช้ในรายที่ไม่ได้รายงานหรือถูกจัดแบ่งกลุ่ม การทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
2. การสำรวจครัวเรือนทางตรง (Direct household survey methods) ในกรณีที่รายงานสถิติชีพไม่สามารถประเมินถึงสาเหตุการตายได้ ซึ่งวิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่
3. การสำรวจทางอ้อมจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่หรือน้องผู้หญิง (Indirect sisterhood method) เป็นการวัดประเมินโดยใช้การสำรวจในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูง ทำการสัมภาษณ์ผู้อาศัยในครอบครัวที่เป็นพี่หรือน้องผู้หญิงที่มีชีวิตอยู่
4. การสำรวจทางตรงจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่หรือน้องผู้หญิง (Direct sisterhood method) การสำรวจทางด้านประชากรและสุขภาพ (Demographic and Health Survey-DHS)



5. การศึกษาการตายในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Age Mortality Studies–RAMOS) เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงสาเหตุการตายทั้งหมดของหญิงวัยเจริญพันธุ์วิธีนี้ได้ผลดีกับประเทศที่มีระบบสถิติชีพที่ดี และได้ผลในประเทศที่ระบบสถิติชีพขาดความสมบูรณ์ โดยใช้ข้อมูลที่จะจำแนกถึงสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์จากหลายแหล่งซึ่งวิธีนี้คาดประมาณการตายของมารดาได้สมบูรณ์ แต่มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาและงบประมาณมาก เนื่องจากต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

6. การสอบสวนทางวาจา (Verbal Autopsy) ในกรณีที่การรับรองทางการแพทย์ไม่ได้รับสาเหตุการตาย ซึ่งวิธีนี้มีข้อจำกัดทำให้คาดประมาณสัดส่วนการตายได้ไม่สมบูรณ์ จากการตายในระยะแรกของการตั้งครรภ์ จากการตายภายหลังการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ และจากสาเหตุทางอ้อม

7. การสำรวจสำมะโน (Census) ซึ่งจะทำเป็นช่วงระยะเวลา

จากวิธีการได้มาของข้อมูลมารดาตายและสาเหตุการตาย นำมาจัดกลุ่มตามแหล่งข้อมูลไว้ ดังนี้

กลุ่ม A รายงานสถิติชีพที่สมบูรณ์ และจำแนกถึงสาเหตุการตาย

กลุ่ม B รายงานสถิติชีพที่สมบูรณ์ แต่ขาดสาเหตุการตาย

กลุ่ม C วิธีคาดประมาณจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่น้องผู้หญิงทางตรง (Direct Sisterhood estimates)

กลุ่ม D วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Studies–RAMOS)

กลุ่ม E การสำรวจครัวเรือนที่ใช้การคาดประมาณโดยตรง หรือการคาดประมาณสำมะโน

กลุ่ม F ไม่มีข้อมูลมารดาตายในระดับประเทศ



ตารางที่ 1 การจัดกลุ่ม และสัดส่วนการตายของมารดาในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000)

ประเทศ	จัดกลุ่ม	ปี	จำนวน สัดส่วนการตายของมารดา		
			มารดาตาย	รายงาน	ปรับฐาน
ออสเตรเลีย	A	2000	20	5	8
แคนาดา	A	2000	20	4	6
มองโกเลีย	A	2000	65	75	10
เม็กซิโก	A	2000	1900	60	83
สิงคโปร์	A	2000	15	20	30
อังกฤษ	A	2000	85	7	13
สหรัฐอเมริกา	A	2000	660	11	17
บรูไนดารุสซาลิม	B	1992	2	-	37
เขมร	C	1994-2000	2100	437	450
เนปาล	C	1990-1996	6000	539	740
ฟิลิปปินส์	C	1991-1997	4100	172	200
จีน	D	1998	11,000	56	-
อียิปต์	D	2000	1,400	84	-
เกาหลีใต้	D	1995-1996	120	20	-
มาเลเซีย	D	1996	220	41	-
ศรีลังกา	D	1996	300	92	-
ไทย	D	1995-1996	520	44	-
บังคลาเทศ	E	1998-2001	16,000	380	-
อินเดีย	E	1997-1998	136,000	540	-
ภูฏาน	F	2000	310	-	420
อินโดนีเซีย	F	2000	10,000	-	230
เกาหลีเหนือ	F	2000	260	-	67
ลาว	F	2000	1300	-	650
มัลดีฟ	F	2000	10	-	110
พม่า	F	2000	4,300	-	360
ปากีสถาน	F	2000	26,000	-	500
เวียดนาม	F	2000	2000	-	130

ที่มา : Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO , UNICEF and UNFPA

สาเหตุการตายมารดาทั่วโลกที่องค์การอนามัยโลกคาดประมาณไว้ในปี พ.ศ.2543 (ค.ศ.2000) คือ ร้อยละ 25 ตายจากภาวะตกเลือด ร้อยละ15 ตายจากการติดเชื้อ ร้อยละ13 ตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ12 ตายจากภาวะความดันโลหิตสูงผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 8 ตายจากการคลอดติดขัด ร้อยละ 8 ตายจากสาเหตุโดยตรงอื่นๆ และอีกร้อยละ 20 ของหญิงตั้งครรภ์ตายจากสาเหตุทางอ้อมอื่น ๆ ในขณะตั้งครรภ์ เช่น มาเลเรีย ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตับอักเสบ วัณโรค หรือโรคหัวใจ ในขณะเดียวกันสตรีที่มีชีวิตอยู่ด้วยภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจทรมานจากภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังจากภาวะโลหิตจาง ระบบสืบพันธุ์อักเสบ หรือผิดปกติตลอดชีวิต เช่น จากภาวะ obstetric fistulae

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก

สาเหตุการตายของมารดา	ร้อยละ
ตกเลือด	25
ติดเชื้อ	15
แท้งที่ไม่ปลอดภัย	13
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	12
คลอดติดขัด	8
สาเหตุทางตรง	8
สาเหตุทางอ้อม	20

ที่มา : Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO , UNICEF and UNFPA



การตายของมารดา : สถานการณ์ประเทศไทย

การตายของมารดาถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการบริการอนามัยแม่และเด็กถูกกำหนดเป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดจนแผนพัฒนาสาธารณสุขทุกแผน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรควบคู่ไปกับการวางแผนครอบครัว ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) และฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราตายมารดาลงเหลือ 48:100,000 การเกิดมีชีพ และ 30:100,000 การเกิดมีชีพ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) กำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราส่วนการตายมารดาลงน้อยกว่า 20 :100,000 การเกิดมีชีพ และปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ให้ลดอัตราส่วนการตายมารดาลงน้อยกว่า 18:100,000 การเกิดมีชีพ

ในอดีตอัตราตายมารดาของประเทศไทย ได้จากการเก็บรวบรวมสถิติอัตราตายมารดาจากการสำรวจสำมะโนประชากรซึ่งทำทุก 10 ปี และจากข้อมูลใบมรณบัตรของสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ที่ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (กองสถิติสาธารณสุขเดิม) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข นำมาคิดคำนวณหาอัตราตายมารดา ในปี พ.ศ.2533 กองอนามัยครอบครัว (ปัจจุบันเป็นสำนักส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัยจึงได้เริ่มดำเนินงานเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย (Safe Motherhood) โดยใช้ชื่อโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก ครอบคลุมพื้นที่ 49 จังหวัด เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อลดอัตราตายมารดาและทารกปริกำเนิดลง พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการตายของมารดาและทารกปริกำเนิด ตลอดจนสาเหตุการตาย โดยใช้แบบรายงาน ก-1, ก-2 ข้อมูลดังกล่าวจะถูกรายงานจากสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตเดิม) ของกรมอนามัยและสำนักส่งเสริมสุขภาพตามลำดับต่อมาโครงการได้ขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัดยกเว้นกรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลงตามลำดับ จาก 36 : 100,000 การเกิดมีชีพในปีพ.ศ. 2533 (ค.ศ 1990) เป็น 16.8 :100,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2537 (ค.ศ 1995) อัตราส่วนการตายมารดาในโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรของกรมอนามัยคำนวณโดยใช้สูตรเช่นเดียวกันกับขององค์การอนามัยโลก คือ

$$\text{อัตราส่วนการตายมารดา} = \frac{\text{จำนวนการตายของมารดา} \times 100,000}{\text{จำนวนการเกิดมีชีพ}}$$

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์การตายของมารดาของประเทศไทยโดยเปรียบเทียบระหว่างประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ ไว้ในหนังสือ Revised 1990 Estimated of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and UNICEF, 1996 ว่าในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ประเทศไทยมีอัตราตายมารดาเท่ากับ 200 : 100,000 การเกิดมีชีพเป็นอันดับที่ 12 ในบรรดา 23 ประเทศในภูมิภาค รองจากจีน เกาหลีเหนือ ศรีลังกา และเวียดนาม ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยให้อยู่ในกลุ่ม E ซึ่งเป็นประเทศที่ไม่มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการนับคนตาย และไม่มี การสำรวจ



ตารางที่ 3 อัตราส่วนการตายของมารดาประเทศไทย จำแนกตามแหล่งข้อมูล

	1990	1995	1997	2000	2002	2004	2005
Safe Motherhood *	36	16.8	14.2	26.9	22.1	19.8	18.2
Vital registration •	25	10.7	9.7	13.2	14.7	13.3	12.2
Ramos Study *	–	44.3	36.5	–			
WHO/UNICEF ♦	200	–	–	44			

ที่มา : * โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข.

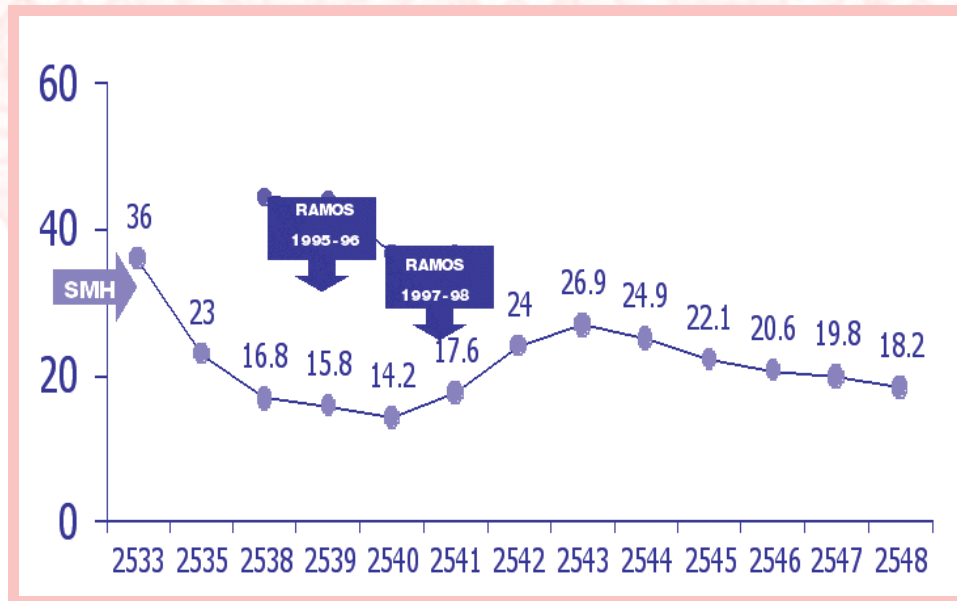
• สถิติสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข.

♦ Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO , UNICEF and UNFPA

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้รับความร่วมมือด้านวิชาการจากคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก และการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติทำการศึกษาการตายของมารดาด้วยวิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Studies–RAMOS) ในปี พ.ศ. 2538–2539 โดยใช้ตัวอย่างจังหวัด 12 จังหวัด จาก 12 เขต (รอบที่ 1) เก็บข้อมูลการตายจากใบมรณบัตรของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 ถึง 49 ปี และการสำรวจสาเหตุการตายโดย Verbal Autopsy สำหรับผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ตายนอกสถานบริการสาธารณสุข พบว่า มีมารดาตาย 93 ราย จากหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 ถึง 49 ปี ตายจำนวน 7,239 รายในช่วงเวลาดังกล่าว คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดา 44.1 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ จากการศึกษาพบว่าอัตราส่วนการตายมารดาสูงกว่าตัวเลขที่รายงานในสถิติสาธารณสุข 4 เท่า ในปี พ.ศ. 2540–2541 ได้ทำการศึกษาการตายของมารดาด้วยวิธี RAMOS ใน 76 จังหวัด (รอบที่ 2) พบว่ามีมารดาตาย 616 คนจากหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 ถึง 49 ปี ตายจำนวน 54,523 คนคิดเป็นอัตราการตายมารดา 36.5 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพลดลงจากการศึกษารอบที่ 1 สิ่งที่ได้รับจากการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กเข้าใจตรงกันถึงคำจำกัดความและการวินิจฉัยการตายการเก็บข้อมูลมีความครอบคลุม ส่งผลให้การรายงานจำนวนมารดาตายในรายงานปกติ ใบมรณบัตร และรายงานในโครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น มีการวิเคราะห์การตายของมารดาและสาเหตุการตายที่เป็นมาตรฐานสากลในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ขนาดของปัญหาจะเปลี่ยน แต่สิ่งที่ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งในเรื่องการตายของมารดา คือ การตกเลือดหลังคลอด ในปัจจุบันระบบรายงานโดยใช้แบบรายงาน ก-1, ก-2 ยังคงมีการดำเนินงานอยู่ในระบบ โดยทุกจังหวัดจะส่งรายงานให้สำนักส่งเสริมสุขภาพปีละครั้ง



รูปที่ 1 อัตราส่วนการตายของมารดาต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต ปี 2533-2548



แหล่งข้อมูล : รายงาน ก 2, โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย (Safe Motherhood/SMH)
สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 ร้อยละสาเหตุการตายของมารดา ปี 2533-2548

สาเหตุ	2533	2537	2538	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ตกเลือด	49.7	39.7	30.5	23.8	25.5	33.3	36.8	42.1	33.9	27.8	34.1	43.7
พิษแห่งครรภ์	9.5	11.2	11.9	4	15.1	10	8.1	15	13.8	16.7	11.1	11.3
ติดเชื้อ	8.4	6.9	8.5	9.9	13.2	10	10.3	9.8	15.1	8.7	5.5	2.8
น้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด	5	19.8	11.9	15.8	6.6	13.3	9.5	10.5	14.5	11.9	16.7	10.6
สาเหตุทางตรง	21.8	9.5	30.5	17.8	6.6	10.1	10.3	9.8	7.6	13.5	9.6	7.7
สาเหตุทางอ้อม	5.6	12.9	6.7	28.7	33	23.3	25	12.8	15.1	21.4	23	23.9

แหล่งข้อมูล : รายงาน ก 2, โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย (Safe Motherhood/SMH)
สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข

การตายของมารดาจึงมีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยอัตราส่วนการตายมารดา เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของสตรี และมารดา ความเท่าเทียมในสังคม การเข้าถึงระบบบริการ การพัฒนาบุคลากร รวมทั้งคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน การให้การศึกษา การประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง จะมีผลทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดการตายของมารดาได้



การตายของมารดา : กรณีศึกษาโดยวิธี

Confidential Enquiries

ความเป็นมา

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนางานเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยมาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเรื่องการลดการตายของมารดาที่เป็นเรื่องสำคัญของประเทศสมาชิกทั่วโลกต้องดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องตามเป้าหมายสหัสวรรษแห่งการพัฒนา (Millennium Development Goals) ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ผู้นำของประเทศต่างๆ 189 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมประชุมสุดยอดแห่งสหัสวรรษที่สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติรับรองปฏิญญาแห่งสหัสวรรษซึ่งกำหนดวาระการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคนและลดช่องว่างการพัฒนาให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่ เป็นที่มาของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal-MDG) ที่มีกำหนดเวลาบรรลุสัมฤทธิ์ผลภายในปี พ.ศ.2558 ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 8 ข้อ เป้าหมายย่อย 18 ข้อ และตัวชี้วัด 48 ตัว ซึ่งจะกล่าวถึงเป้าหมายหลักที่เกี่ยวข้องคือ

เป้าหมายหลัก พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์

เป้าหมายย่อย ลดอัตราการตายของมารดาลง 3 ใน 4 ในช่วงปี 2533-2558

ตัวชี้วัด

- อัตราการตายของมารดา
- สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal-MDG) เพื่อสานต่อจากความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในด้านต่างๆ ประเทศไทยจึงได้ริเริ่มแนวคิดแบบ “เราทำได้” ในการพัฒนาคน เป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศไทยและท้าทายยิ่งกว่า โดยใช้ชื่อว่า MDG Plus (MDG+) ประเด็นที่เกี่ยวข้องคือ สุขภาพสตรีมีครรภ์ มีเป้าหมายลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ภายในปี พ.ศ. 2549 และลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2558 ประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก มีเป้าหมายลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ภายในปี 2549 และลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2548-2558

การตายของมารดาเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะภาพของผู้หญิง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ระบบบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอตามความต้องการของผู้หญิง ข้อมูลการตายของมารดาบ่งบอกถึงเหตุปัจจัยของการตั้งครรภ์ และการคลอด ชี้ให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรง และสะท้อนสภาพเศรษฐกิจสังคมของแต่ละประเทศโดยอ้อม ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดเก็บข้อมูล รายงานสถานการณ์ สถานะสุขภาพของมารดาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาระบบการเก็บและการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงมีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลของประเทศไทยให้เทียบเท่าสากล



อย่างไรก็ตาม เพื่อตอบคำถามของผู้กำหนดนโยบายว่า ทำไมจึงเกิดการตายของมารดาขึ้น และเราจะทำอะไรเพื่อป้องกันเขาเหล่านั้น หรือกระทั่งตอบคำถามผู้บริหารโครงการที่ว่า มีการกระทำที่ผิดตรงไหน และเราจะแก้ไขได้อย่างไร ซึ่งการตอบคำถามเหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญ องค์การอนามัยโลกทำหนังสือเรื่อง Beyond the numbers ในปี พ.ศ.2547 (ค.ศ.2004) จากการทำงานร่วมกันของพันธมิตรและภาคีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และทักษะในการวัดประเมินการตายของมารดา รวมถึงสาเหตุการตายนามารดาเป็นเครื่องมือ แนวทางปฏิบัติสำหรับการทบทวน และวิเคราะห์การตายของมารดาโดยเน้นสาระสำคัญ ดังนี้ การตายของมารดาสามารถป้องกันได้แม้จะมีทรัพยากรที่จำกัด แต่การที่จะทำได้เช่นนั้น จำเป็นต้องมีข้อมูล ที่ถูกต้อง เหมาะสมสำหรับนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นการที่รู้เพียงตัวเลขและสถานการณ์ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องรู้ ข้อมูลที่สามารถช่วยเราแยกแยะในสิ่งที่เราปฏิบัติได้ เพื่อป้องกันการตายที่ไม่สมควร

หลักการปฏิบัติทั่วไปในการเข้าถึงข้อมูลคือ การให้ความสำคัญในเรื่องที่ถือเป็นความลับของการ รายงานแบบเปิด ซึ่งจะได้ข้อมูล ภาพเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นจริง จึงได้รวบรวมวิธีการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับผลลัพธ์และการดูแลสุขภาพมารดาไว้ดังนี้

1. การทบทวนการตายของมารดาในชุมชน (Community-based maternal death reviews- Verbal autopsies) เป็นวิธีการหาสาเหตุทางการแพทย์ที่ทำให้มารดาตาย รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีส่วนช่วยให้มารดาตายนอกสถานบริการสาธารณสุข
2. การทบทวนการตายของมารดาในสถานบริการสาธารณสุข (Facility-based maternal deaths review) เป็นการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลเชิงลึกถึงสาเหตุ และสิ่งที่เกิดขึ้นแวดล้อมการตายของมารดาในสถานบริการสาธารณสุข
3. การรายงานการตายของมารดาโดยการสอบสวนอย่างไม่เปิดเผย (Confidential enquiries into maternal deaths) เป็นการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและหลากหลายถึงจำนวนสาเหตุการตายและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตายของมารดา
4. การสำรวจจากสถานะการป่วยที่รุนแรงของมารดา (near misses) เป็นการวัดประเมินในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่รอดชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรม การทำ clinical audit เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพ บริการ ที่ต้องการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยทีมงานพัฒนาคุณภาพของสถานบริการที่พร้อมรับการประเมิน การเปลี่ยนแปลง การแก้ไขแนวทางการดูแล (Protocols for care หรือ CPG)

ในปีพ.ศ. 2546 ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขประชุมร่วมกับสมาชิกองค์การอนามัยโลกเรื่องการพัฒนา เทคนิควัดการตายของมารดาและเลือกรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยมาทำการศึกษาและวิเคราะห์การตายของมารดา เพื่อพัฒนาต่อยอดจากระบบรายงานที่มีอยู่เดิม คือวิธี Confidential Enquiries โดยศึกษาการตาย ที่เน้นการสืบสวนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้เกี่ยวข้อง ไม่ตำหนิกัน และใช้กระบวนการที่มวิเคราะห์หาสาเหตุการตาย โดยใช้หลักวิชาการและเกณฑ์มาตรฐานการบริการอย่างมีคุณภาพ เพื่อนำไปสรุปเป็น องค์ความรู้เผยแพร่แก่ผู้เกี่ยวข้องหรือมีหน้าที่ในการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด รวมทั้งพัฒนามาตรฐาน แก้ไขแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสม โดยประเทศสหราชอาณาจักรเริ่มต้นและดำเนินงานมาไม่น้อยกว่า 50 ปีมีกฎหมาย



รองรับที่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขต้องชี้แจงต่อสาธารณะในกรณีที่มีการตายของมารดาภายในเวลาที่กำหนด มีการจัดทำรายงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนนำไปขยายและพัฒนาแนวทางปฏิบัติไปสู่ประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคอาฟริกา เอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ฯลฯ

การดำเนินงานในประเทศไทย

ระยะเตรียมการ

ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2547 สำนักส่งเสริมสุขภาพเริ่มศึกษารูปแบบรายงานการสืบสวนการตายของมารดาต้นแบบจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกเรื่องการพัฒนาเทคนิควัดการตายของมารดา ที่นำเสนอโดย Professor RC Pattison ภาควิชาสูติรีเวชวิทยา โรงพยาบาล Kalafong , Pretoria ประเทศอาฟริกาใต้ ดำเนินการแปลเอกสารได้แก่ คู่มือสำหรับกรออกแบบฟอร์มที่ต้องแจ้งเกี่ยวกับการตายของมารดา (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2,1999) และแบบรายงานการสืบสวนการตายของมารดาอย่างเป็นความลับ (Confidential Enquiries) ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารและ website เกี่ยวกับ Confidential Enquiries into Maternal Deaths จากแหล่งต่าง ๆ ทั้งกลุ่มประเทศที่ให้การช่วยเหลือ (northern countries) และกลุ่มประเทศที่รับการช่วยเหลือ (southern countries) ทำการรวบรวมและประชุมผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยเพื่อปรึกษาหารือและพิจารณาความเป็นไปได้ที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพตลอดจนวัฒนธรรมองค์กรของประเทศไทย ดำเนินการแก้ไขปรับให้เหมาะสมกับบริบทและโครงสร้างการบริการด้านสาธารณสุข ประสานความร่วมมือพันธมิตรเครือข่ายทางวิชาการจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือและขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติในประเทศไทยต่อไปกับ Dr.Gwyneth Lewis (Kingdom Confidential Enquiries into Maternal Deaths - UKCEMD) ที่กรุงลอนดอน ประเทศสหราชอาณาจักร จากนั้นประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องพิจารณาและปรับปรุงแบบรายงานข้อมูลการตายของมารดาและ/หรือทารกปริกำเนิด (ก 1) เป็นแบบรายงานการตายของมารดา (ก1/CE) เพื่อลงรายละเอียดข้อมูลการตายของมารดาโดยวิธีการสืบสวนการตายของมารดาอย่างเป็นความลับ (Confidential Enquiries) สำหรับทารกปริกำเนิดคงใช้แบบรายงานข้อมูลการตายของมารดาและ/หรือทารกปริกำเนิด (ก1) เช่นเดิม จัดทำคู่มือการบันทึกและแบบรายงานของที่มีวิเคราะห์ระดับจังหวัด

ในระหว่างนั้น กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานโครงการเพื่อลดการป่วยและตายของมารดาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ดำเนินงานแบบผสมผสาน สร้างความร่วมมือกันทุกระดับและทุกภาคส่วน เพื่อต่อยอดการพัฒนาคุณภาพบริการโดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดสากลเพื่อการเกิดรอดและคลอดที่ปลอดภัย เรื่องความล่าช้า 3 ประการ (Three Delays Model) ที่ McCarthy และ Maine (1992) ได้เสนอไว้ว่าทำให้ชีวิตของสตรีมีความเสี่ยงสูงในระหว่างตั้งครรภ์ และสามารถเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ มีดังนี้

1. ความล่าช้าในการตัดสินใจที่จะได้รับการบริการ
2. ความล่าช้าในการไปถึงสถานบริการที่สามารถดูแลทางด้านสูติกรรมที่สลับซับซ้อนมากขึ้นได้
3. ความล่าช้าในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ณ สถานบริการ

ซึ่งความล่าช้า 2 ประการแรกเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นการดูแล ปัจจัยแวดล้อมในครอบครัว และชุมชน ส่วนความล่าช้าประการที่ 3 เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานบริการ และคุณภาพของการให้บริการ แนวความคิด



ความล่าช้า 3 ประการนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มประเทศที่ให้การช่วยเหลือ (northern countries) และกลุ่มประเทศที่รับการช่วยเหลือ (southern countries) และประเทศไทยโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงทิพวรรณ เสียบสื่อตระกูล หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความครอบคลุมการให้บริการและคุณภาพการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ของโรงพยาบาลใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง และประเมินการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อยใน 7 โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ในปีพ.ศ. 2548 และการศึกษาบทบาทผดุงครรภ์โบราณใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยดร.สุภารัตน์ อีระวร จากศูนย์อนามัยที่ 12

ผลสรุปการประชุมเพื่อดำเนินงานร่วมกัน ในการลดการป่วยและตายของมารดาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ว่ามีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บข้อมูลการตายของมารดา ซึ่งมีจำนวนรวมประเทศ 156, 132, 131 และ 126 คนในปีพ.ศ. 2545-2548 ตามลำดับ คาดว่าสามารถดำเนินการตามแบบรายงานและรูปแบบใหม่การจัดเก็บข้อมูล การพัฒนาที่มิวิเคราะห์ระดับจังหวัดตรวจสอบความสมบูรณ์ของสรุปรายงานก่อนนำเสนอสำนักส่งเสริมสุขภาพ สำหรับข้อมูลการตายของทารกปริกำเนิด ให้ใช้แบบรายงาน ก-1 เดิม เนื่องจากจำนวนทารกปริกำเนิดภาพรวมประเทศอยู่ที่ประมาณ 6-7 พันรายต่อปี จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพ (stillbirth) ประมาณ 4 พันรายต่อปี ดังนั้นจึงแนะนำและเริ่มนำไปใช้ในพื้นที่ซึ่งการตายของมารดายังเป็นปัญหาที่ทีมงานของจังหวัดมีความมุ่งมั่นพัฒนาโดยสมัครใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยเก็บข้อมูลการตายของมารดาที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2549 ตามกระบวนการและแนวทางที่กำหนดในคู่มือการบันทึกการรายงานการตายของมารดา เน้นสาระสำคัญคือ

1. พัฒนาจากระบบและแบบรายงานที่มีอยู่เดิม
2. ยึดหลักการของการเก็บข้อมูล (Confidential Enquiries-CE)

เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้เกี่ยวข้อง ไม่มีการตำหนิ ได้ข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง

ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล

1. เมื่อเกิดการตายของมารดาให้สถานบริการที่เกิดเหตุบันทึกข้อมูลในรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries-CE) และบันทึกรายงานอื่นๆ ตามปกติ ซึ่งควรดำเนินการบันทึกในแบบรายงานการตายของมารดาให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน นับจากวันเกิดเหตุแล้วรวบรวมพร้อมรายงานการตายอื่นๆของผู้ป่วยจัดส่งให้ทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าแผนกสูติกรรม สูติแพทย์ กุมารแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวมเป็นทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัด ประมาณ 3-4 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ในรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries-CE)
2. ทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัดบันทึกผลรายงานให้แล้วเสร็จภายใน 20 วัน ดำเนินการส่งต่อไปยังสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ภายใน 30 วันนับจากวันเกิดเหตุพร้อมส่งสำเนาให้ศูนย์อนามัย 1 ชุด และเก็บที่ทีมวิเคราะห์จังหวัด 1 ชุด



3. ทีมวิเคราะห์ส่วนกลาง ประกอบด้วย ทีมงานจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และทีมผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จะทำการรวบรวมแบบรายงานโดยจะให้หมายเลขกำกับในแต่ละกรณีนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลจัดทำรายงานประจำปีทุก 1-2 ปี เพื่อเผยแพร่ไปสู่การเรียนรู้ร่วมกัน สิ่งสำคัญข้อมูลรายงานเบื้องต้น แต่ละกรณีจะยึดหลัก Confidential Enquiries-CE และเมื่อจัดทำรายงานแล้วเสร็จ ข้อมูลดังกล่าว จะถูกทำลายไม่มีการจัดเก็บไว้

การรวบรวมและวิเคราะห์

มีการจัดเก็บข้อมูลมารดาตาย โดยใช้วิธี Confidential Enquiries-CE สรุปรายงานส่งกลับสำนักส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ราย การวิเคราะห์การตายของมารดา สรุปนำเสนอ 4 ส่วน ดังนี้

1. การใช้แบบรายงานการตายของมารดา (ก 1 - CE และแบบรายงานที่วิเคราะห์ระดับจังหวัด)
2. สรุปการตายของมารดา (ภาพรวม)
3. สรุปการตายของมารดา (รายคน)
4. การวิเคราะห์สรุป

1. การใช้แบบรายงานการตายของมารดา (ก 1 -CE และแบบรายงานที่วิเคราะห์ระดับจังหวัด)

1.1 การลงบันทึกในแบบรายงานการตายของมารดา ก1/CE พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป การรับเข้ารักษาในสถานบริการ สิ่งที่ตรวจพบเมื่อมาคลอด มีการบันทึกทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100
2. ข้อมูลการฝากครรภ์ การคลอด หรือแท้ง ประวัติรายละเอียดสำคัญมีการบันทึก 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.75
3. ความก้าวหน้าการคลอด ลักษณะเด็กแรกคลอด มีการบันทึก 10 รายคิดเป็นร้อยละ 62.5
4. อาการเด็กหลังคลอด ลักษณะรกและน้ำหนักรมีการบันทึก 9 รายคิดเป็นร้อยละ 56.25
5. อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด มีการบันทึก 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.75
6. สาเหตุการตายของมารดา และสรุปสาเหตุสำคัญ มีการบันทึก 14 รายคิดเป็นร้อยละ 87.5
7. ข้อมูล Intervention มีการบันทึก 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75
8. สรุปสำคัญเกี่ยวกับ Intervention มีการบันทึก 6 รายคิดเป็นร้อยละ 37.5
9. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลากร/ครอบครัว ระบบส่งต่อและการสื่อสาร การอำนวยความสะดวก และปัญหาบุคลากร มีการบันทึก 13 รายคิดเป็นร้อยละ 87.5
10. ข้อสรุปความเห็น มีการบันทึก 8 รายคิดเป็นร้อยละ 50
11. ผ่าชั้นสูตรศพทำหรือไม่ได้ทำ มีการบันทึก 13 รายคิดเป็นร้อยละ 87.5



12. การสรุปโดยย่อเกี่ยวกับปัจจัย หรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับความตาย มีการบันทึก 12 รายคิดเป็นร้อยละ 75
13. การลงชื่อผู้กรอกแบบรายงาน ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน และผู้ส่งรายงาน มีการบันทึก 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5

1.2 การบันทึกในแบบรายงานของทีมิวิเคราะห์ระดับจังหวัด พบว่า

1. ข้อมูลสรุป (1-14) มีการบันทึกทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100
2. ปัญหาทางสถิติศาสตร์และภาวะแทรกซ้อน มีการบันทึก 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.75
3. สาเหตุสุดท้าย และสาเหตุที่โน้มนำ มีการบันทึก 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.75
4. ปัญหาด้านผู้ป่วย และปัญหาด้านการบริหาร มีการบันทึกทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100
5. ปัญหาในการดูแลฉุกเฉิน มีการบันทึก 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.25
6. สรุปโดยย่อ ความคิดเห็น และลงชื่อผู้รายงาน มีการบันทึกทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

2. การวิเคราะห์สรุปการตายของมารดา (ภาพรวม) สรุปข้อมูลได้ดังนี้

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์สรุปการตายของมารดา ภาพรวม จำนวน 16 ราย

ข้อมูลมารดา	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุของมารดา เฉลี่ย 32.4 ปี (ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 42 ปี)		
⇒ 21 - 29 ปี	5	31.25
⇒ 30 - 39 ปี	9	56.25
⇒ 40 ปี ขึ้นไป	2	12.5
2. ศาสนา		
⇒ พุทธ	7	43.75
⇒ อิสลาม	9	56.25
3. ครรภ์ที่ 1	6	37.5
⇒ 2 - 3	5	31.25
⇒ 4 - 5	3	18.75
⇒ 6 ขึ้นไป (สูงสุด 9)	2	12.5
4. ฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์ที่)		
⇒ ตั้งครรภ์ - 12	4	25
⇒ 13 - 20	7	43.75
⇒ 21 - 27	-	-
⇒ 28 - 31	1	6.25
⇒ 32 ขึ้นไป	-	-
⇒ ไม่ฝากครรภ์	1	6.25

ข้อมูลมารดา	จำนวน	ร้อยละ
☞ ไม่มีข้อมูล	3	18.75
5. จำนวนครั้งของการฝากครรภ์		
☞ ไม่ฝากครรภ์	1	6.25
☞ 1-2	3	18.75
☞ 3-4	4	25
☞ 5-8	4	25
☞ 9-12 (สูงสุด 12 ครั้ง)	4	25
6. อายุครรภ์ที่คลอดหรือแท้ง (สัปดาห์)		
☞ ตั้งครรภ์ - 20	2	12.5
☞ 21 - 27	2	12.5
☞ 28 - 31	2	12.5
☞ 32 - 35	3	18.75
☞ 36 ขึ้นไป	7	43.75
7. วิธีการคลอด		
☞ ปกติ	4	25
☞ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (C/S)	5	31.25
☞ ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (V/E)	1	6.25
☞ ใช้คีม (F/E)	1	6.25
☞ แท้ง	4	25
☞ ยังไม่คลอด	1	6.25
8. ผู้ทำคลอด (12 ราย)		
☞ แพทย์	8	66.67
☞ พยาบาล	2	16.67
☞ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	8.33
☞ ผดุงครรภ์โบราณ	1	8.33
9. น้ำหนักทารกแรกเกิด		
☞ NA (ไม่มีการบันทึก)	6	37.5
☞ ต่ำกว่า 2,000 กรัม	3	18.75
☞ 2,001 - 2,500 กรัม	2	12.5
☞ มากกว่า 2,500 กรัม	5	31.25
10. ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์		
☞ แท้ง	4	25
☞ ตายในครรภ์ (stillbirth)	2	12.5
☞ ตายภายใน 7 วัน (perinatal death)	1	6.25



ข้อมูลมารดา	จำนวน	ร้อยละ
☞ มีชีวิต	9	56.25
11. จำนวนวันที่รับเข้ารับรักษจนถึงเสียชีวิต		
☞ ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง	5	31.25
☞ 6 ชั่วโมง - 1 วัน	4	25
☞ 2 - 7 วัน	5	31.25
☞ มากกว่า 7 วัน (สูงสุด 37 วัน)	2	12.5
12. สภาพที่มาถึงโรงพยาบาล		
☞ อาการหนัก	7	43.75
☞ เหนื่อย/หอบ	3	18.75
☞ ดูดี	6	37.5
13. โรงพยาบาลที่รับรักษจนถึงเสียชีวิต		
☞ แรกรับ	11	68.75
☞ รับส่งต่อ	5	31.25
14. สิ่งที่ตรวจพบ		
☞ ไม่รู้สึกตัว (2)/หยุดหายใจ (1)	3	18.75
☞ เหนื่อย (4)/นอนราบไม่ได้ (2)	6	37.5
☞ เลือดออก	4	25
☞ บวม	2	12.5
☞ เลือดออกตามไรฟัน	1	6.25
15. สาเหตุการตาย		
☞ ตกเลือด	3	18.75
☞ ความดันโลหิตสูง	5	31.25
☞ น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด	1	6.25
☞ สาเหตุทางอ้อม		
• หัวใจ	3	18.75
• Aids	2	12.5
• ตับวายฉับพลัน	1	6.25
• Leukemia	1	6.25
16. สรุปตามความล่าช้า (Three Delays Model)		
☞ ในการตัดสินใจรับบริการ	8	50
☞ ไปถึงสถานบริการที่สามารถดูแลด้านสูติกรรม	4	25
☞ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ	4	25

3. การวิเคราะห์สรุปการตายของมารดา (รายคน)

สรุปการตายของมารดาโดยที่วิเคราะห์ระดับจังหวัด จำนวน 16 ราย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 37 ปี ครรภ์หลัง ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 33 สัปดาห์ ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 3 ครั้ง มีอาการเจ็บครรภ์มาโรงพยาบาลชุมชน สภาพผู้ป่วยอาการหนักมีตกเลือดก่อนคลอดมาก ชีต ได้ทำคลอดปกติ พบว่าทารกเสียชีวิตในครรภ์ หลังคลอด 1 ชั่วโมง ยังมีเลือดซึมตลอดเวลา ให้ Syntocinon drip มดลูกหดตัวดี ความดันโลหิตลดลง หายใจหอบ เหนื่อยมากขึ้น ไม่รู้สึกตัว arrest ได้ทำ resuscitation และถึงแก่กรรม

สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตคือ รกเกาะต่ำ การตกเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมง และ ภาวะ DIC

สรุปความคิดเห็น ปัจจัย หรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการตาย

- ▶▶▶ ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า เนื่องจากไม่มีญาติ พี่น้อง หรือสามีอยู่ด้วยขณะใกล้คลอด และไม่มีรถนำมาส่งโรงพยาบาล
- ▶▶▶ ในการทำ Ultrasound แพทย์พบว่ารกเกาะบริเวณ Lower segment จึงคิดว่าการตกเลือดก่อนคลอด น่าจะเกิดจาก placenta previa แต่ยังป้องกันแก้ไขการตกเลือดไม่ได้
- ▶▶▶ การประเมินอาการผู้ป่วยต่ำเกินไป ทำให้ไม่ส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป
- ▶▶▶ การดูแลผู้ป่วยใน 2 ชั่วโมงแรก หลังคลอด ควรมีการปรับปรุง เพื่อ Early detection ภาวะ PPH ได้เร็วขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 27 ปี ครรภ์หลัง ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 10 สัปดาห์ ฝากครรภ์ได้ 3 ครั้ง อายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ประมาณ 1 เดือนก่อน มีอาการเหนื่อยง่าย รับยาจากโรงพยาบาลชุมชน (Lasix) ทาน ก่อนมาโรงพยาบาลหนึ่งคืน เหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้ รับรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปได้ 13 ชั่วโมง มี อาการ shock, Severe MS และภาวะหายใจล้มเหลว

สรุปโดยย่อการตายครั้งนี้ แพทย์ ผู้ป่วย และญาติ ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหัวใจเป็น ภาวะเสี่ยงกับการตั้งครรภ์

กรณีศึกษาที่ 3 อายุ 37 ปี ครรภ์แรก ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย 2 ครั้ง ไม่มีรายละเอียดในบัตรฝากครรภ์ และไม่ได้ไปตามนัด อายุครรภ์ประมาณ 36 สัปดาห์ ประมาณ 1 เดือน มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยมากขึ้น จึงมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อรักษา CHF Pulmonary edema แพทย์ทำ ultra sound พบทารกตายในครรภ์ ส่งเข้า ICU ต่อมาอีก 2 วัน คลอดทารกตาย แต่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น และเสียชีวิต

สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตคือโรคหัวใจ

สรุปโดยย่อการตายครั้งนี้ ผู้ป่วยไม่ยอมไปฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง แม้ญาติจะแนะนำ อาจจาก ขาดความรู้ ความตระหนักในภาวะเสี่ยง ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วย หายใจแน่นหน้าอก มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำท่วมปอด และทารกตายในครรภ์ รักษาใน ICU ต้องให้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ต่อมาภาวะไตวาย



ปัสสาวะไม่ออก และหัวใจล้มเหลว ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน อาจจะตรวจพบความผิดปกติ และให้การช่วยเหลือรักษาได้แต่เนิ่นๆ

กรณีศึกษาที่ 4 อายุ 25 ปี ครรภ์แรก ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ ฝากครรภ์ 6 ครั้ง อายุครรภ์ครบกำหนด คลอดที่บ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เสียเลือดมาก อ่อนเพลีย สภาพผู้ป่วยที่มารักษาที่ ER อาการหนัก ไม่รู้สึกตัว ชีต วัดความดันไม่ได้ ช่วย CPR ประมาณ 30 นาที ส่ง OR เพื่อการรักษา Hysterectomy และ Suture Vagina พบมีเศษรกค้าง และการฉีกขาดของฝีเย็บ มี Arrest อีกครั้งใน OR ไม่ดีขึ้น และถึงแก่กรรม

สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตคือการตกเลือดหลังคลอด

สรุปโดยย่อการตายครั้งนี้ ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวตัดสินใจคลอดที่บ้าน และส่งต่อมารับการรักษาล่าช้า ขาดการสื่อสารระหว่างผู้ทำคลอดกับสถานบริการ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะและความพร้อมในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และการเตรียมผู้ป่วยในกรณีส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยขาดความรู้และไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของการคลอดที่บ้าน เจ้าหน้าที่ขาดการส่งเสริมการฝึกอบรมทักษะอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 5 อายุ 32 ปี ครรภ์หลัง ฝากครรภ์ที่สถานอนามัย 4 ครั้ง โรงพยาบาลทั่วไป 7 ครั้ง อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งสุดท้าย 3 วันก่อน BP 160/90 mm Hg นัดผู้ป่วยมาทำ NST อีก 5 วันถัดไป (วันจันทร์) มาโรงพยาบาลวันเสาร์ก่อนวันนัดด้วยอาการปกติ ยังดูดี (Stable) มีเจ็บครรภ์ถ่วงๆและเหนื่อย หายใจเหนื่อยมา 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล BP แรกรับ 220/130 mm Hg ชีพจร 120 ครั้ง/นาที FHS 140 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยเริ่มกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย ให้ O₂ ให้การรักษาตาม Protocol 5 นาที ต่อมาวัด BP ไม่ได้อยู่ประมาณ 1 ชั่วโมง คุยกับสามีเรื่องอาการและเตรียมทำ C/S ต่อมาผู้ป่วย Arrest ทำ CPR และถึงแก่กรรม

สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) การบันทึกข้อมูลรายงานสำหรับ รายที่ 5 ขาดหลายส่วน ต้องดูรายละเอียดจากบันทึกการตรวจผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 6 อายุ 30 ปี ครรภ์หลัง ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ฝากครรภ์ 3 ครั้ง อายุครรภ์เมื่อคลอด 34 สัปดาห์ คลอดปกติ โดยผดุงครรภ์โบราณ ทารกแรกเกิดมีชีวิตอยู่ น้ำหนักทารกแรกเกิด 1,400 กรัม ผู้ป่วยมีประวัติติดเชื้อ HIV ได้รับยา AZT เมื่ออายุครรภ์ 33 สัปดาห์ หลังคลอด 2 ชั่วโมง อ่อนเพลียมาก ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน รับรักษาไว้ 1 คืนไม่ดีขึ้น ส่งต่อมายังโรงพยาบาลทั่วไป อยู่ได้ 2 วัน ไม่ดีขึ้น ญาติขอรับกลับและเสียชีวิตขณะเดินทาง

สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตคือติดเชื้อ HIV

กรณีศึกษาที่ 7 อายุ 21 ปี ครรภ์แรก ฝากครรภ์ 6 ครั้ง อายุครรภ์เมื่อทำ C/S 30 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก ไข้ ไอมีเสมหะ ไม่แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ BP 160/100 mm Hg หลังทำ C/S ไปอยู่ ICU มีปัญหาหายใจเหนื่อยตลอด on respirator ตลอด 7 วัน และเสียชีวิต ทารกแรกเกิดมีชีวิตอยู่ น้ำหนักแรกเกิด 1,290 กรัม

สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตคือ โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิด ASD ร่วมกับครรภ์เป็นพิษ



กรณีศึกษาที่ 8 มารดาอายุ 41 ปี ครรภ์หลัง อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มีประวัติผ่าท้องคลอดติดต่อกันใน 3 ครรภ์หลังครรภ์นี้ได้รับการผ่าครรภ์อย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 ครั้ง ได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไปเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และแพทย์นัดผ่าท้องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ระหว่างผ่าท้องคลอดพบภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta previa totalis) มีผังผืดยึดติดระหว่างกระเพาะปัสสาวะและบริเวณ Isthmic part ของมดลูก ซึ่งยังเป็น lower segment ที่ไม่ตึง การผ่าท้องคลอดได้ทารกมีชีวิตแข็งแรงดี พบว่ามีรกเกาะติดแน่น (Placenta increta) ผิดปกติร่วมด้วย มีการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดจำนวน 1,000 cc. หลังผ่าตัดได้รับการเฝ้าระวังในห้อง ICU แต่ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียนที่กล่าวถึงการประเมินสภาพของผู้ป่วยในระยะ 4-5 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (มีการบันทึก Hct 17% ในระยะ 3 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด) หลังจากนั้น ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อตัดมดลูก เนื่องจากมีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด ระหว่างผ่าตัดพบว่า มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากผ่าตัดครั้งที่ 2 เป็นเวลา 24 ชั่วโมง

ความคิดเห็นการตายครั้งนี้ป้องกันได้ มีโอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. ควรพัฒนาการสื่อสารเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน ที่อาจมีความเชื่อไม่สอดคล้องกับการให้บริการสุขภาพ เช่น การตั้งครรภ์หลายครั้งในมารดาอายุมาก, ความเสี่ยงจากการผ่าตัดคลอดหลายครั้ง, การคุมกำเนิดหรือเว้นระยะการมีบุตรในรายที่มีภาวะเสี่ยง ฯลฯ
2. การทำ Ultrasound เพื่อดูตำแหน่งของรกในรายที่มีภาวะ Grand Multiparity และรายที่เคยผ่าท้องคลอดหลายครั้ง ซึ่งควรกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลระหว่างผ่าครรภ์
3. มารดาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ปัญหาจากรกเกาะต่ำ รกเกาะผิดปกติ ควรได้รับการวางแผนที่ครอบคลุม รัดกุม และเหมาะสม เช่น การให้คำแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โอกาสที่จะต้องตัดมดลูก การมีคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพ
4. ควรทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีรกฝังตัวผิดปกติ
5. ควรมีข้อมูลในเวชระเบียนที่จะประเมินการดูแลผู้ป่วยในช่วงเฝ้าระวังภาวะ

Hypovolemic Shock

หมายเหตุ การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการฝังตัวของรก ส่วนใหญ่จะทำการตัดมดลูก การให้การรักษาโดยไม่ทำการตัดมดลูกให้เลือกกระทำในการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดบางประการเท่านั้น เช่น ครรภ์แรก, ผู้ป่วยยังไม่เคยมีบุตร เป็นต้น

กรณีศึกษาที่ 9 มารดาอายุ 33 ปี อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ที่คลินิก มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีโปรตีนในปัสสาวะ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัย Mild Pre-eclampsia ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะ Severe Pre-eclampsia แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย จนเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ความดันเม็ดเลือดแดงลดลง และหยุดหายใจ มีภาวะ Cardiac Arrest ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐาน โดยอายุรแพทย์แต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากมีภาวะ Hypovolemic Shock อย่างรุนแรง ทำให้มารดาเสียชีวิตพร้อมเด็กในครรภ์ ซึ่งน่าจะเกิดจากการเสียเลือดในช่องท้องจากภาวะ Hepatic Rupture ความคิดเห็นการตายครั้งนี้ป้องกันได้



ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะและจำนวนบุคลากร

1. ในเรื่องของสถานพยาบาลเกี่ยวกับการ Admit ผู้ป่วยควรให้อยู่ใน Ward ที่มีทีมที่ให้การช่วยเหลือได้เหมาะสมกับภาวะของโรค

2. การประเมินผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความรุนแรงที่แท้จริง

3. การไม่สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

แนวทางการแก้ไขและการพัฒนา

1. ควรมี CPG ในการดูแลผู้ป่วย Severe Pre-eclampsia และมีการนำไปใช้อย่างจริงจัง

2. ควรมีการตกลงกันในทีมแพทย์ในการดูแลรักษา

3. การดูแลผู้ป่วยควรมีลักษณะของการทำงานเป็นทีม

กรณีศึกษาที่ 10 มารดาครรภ์หลังอายุ 32 ปี อายุครรภ์ 23⁵ สัปดาห์ โดยทำ U/S ได้รับการฝากครรภ์ 3 ครั้ง ที่โรงพยาบาลทั่วไป โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ได้รับการตรวจเลือดพบมีการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในครรภ์นี้ และมีการวางแผนในการตรวจ CD₄ ตอนอายุครรภ์ 26⁵ สัปดาห์และวางแผนในการให้ยาต้านไวรัสแก่มารดา เมื่ออายุครรภ์ 28⁺ สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก โดยมีอาการรุนแรงจนถึงหยุดหายใจประมาณ 5 นาที ก่อนถึงโรงพยาบาลชุมชน และที่โรงพยาบาลชุมชนได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จ และได้ดำเนินการส่งต่อมายังโรงพยาบาลทั่วไป ที่โรงพยาบาลทั่วไปผู้ป่วยหยุดหายใจอีกครั้งหนึ่งได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นครั้งที่สอง แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยได้เสียชีวิตหลังรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลประมาณ 2 ชั่วโมง

ความคิดเห็นการตายครั้งนี้ไม่สามารถป้องกันได้เนื่องจากมารดาติดเชื้อ HIV

กรณีศึกษาที่ 11 มารดาครรภ์แรก อายุ 32 ปี อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ได้รับการฝากครรภ์สม่ำเสมอที่คลินิกทั้งหมด 9 ครั้ง มีประวัติน้ำเดิน 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แต่แพทย์ตรวจไม่พบภาวะน้ำเดิน Bis shop Score = 7 คะแนน ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,200 กรัม เตรียมคลอดทางช่องคลอดเวลา 10.45 น. ให้ Syntocinon 10 u infusion pump ความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 มีภาวะปกติ ปากมดลูกเปิดหมดเวลา 14.45 น. ย้ายเข้าห้องคลอด พบน้ำคร่ำมีสีขุ่นเล็กน้อย ช่วยคลอดโดยใช้ V/E ใช้เวลาในการช่วยคลอด 10 นาที ตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด ถึง V/E ไม่ยากจำนวน 2 ครั้ง คลอดทารกน้ำหนัก 3,180 กรัม คะแนน Apgar Score 1 , 5 นาที = 9 , 9 คะแนน รกคลอดสมบูรณ์เวลา 15.00 น. ให้ Methergin และเพิ่มอัตรา Syntocinon ขณะเย็บซ่อมฝีเย็บพบว่า มีเลือดออกมากกว่าปกติ แต่ไม่พบการฉีกขาดของช่องทางคลอด, มดลูกแข็งตัวไม่ดี คิดว่าเป็น Uterine atony ฉีด Methergin เหน็บ Cytotec 800 ug/m มีเลือดออกตลอดประมาณ 1,000 cc ใน 10 นาที ได้เรียกทีมวิสัญญีมาประเมินผู้ป่วย ตัดสินใจเตรียมผ่าตัด และได้อธิบายผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยเข้าใจยินยอมรับการรักษา ความดันโลหิต 80/40 mmHg ได้เปิดเส้นที่ 2 แต่ดูดเลือดไม่ออก แจ้งศัลยแพทย์ทำ Cut down ขณะยกผู้ป่วยลงจากกรรเข็นไปห้องผ่าตัดมีปริมาณเลือดออกมากไม่มีการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยนิ่งเหมือนหยุดหายใจ ได้ ambu bag และใส่ ET tube สูติแพทย์ทำ Subtotal Hysterectomy เสร็จภายใน 15 นาที ขณะตัดมดลูกไม่สูญเสียเลือด แต่พบมีเลือดออกจากแผลทุกจุด ซับเลือด Suction เลือดได้ประมาณ 4,000 cc ได้หยุดเลือดด้วย Swab ในช่อง



เชิงกราน และในช่องคลอด รวมให้เลือดในท้องผ่าตัดทั้งหมด 17 ยูนิต (รวม Component) หลัง Pack ไม่มีเลือดออกทางแผลหน้าท้อง มีเลือดซึมจาก Swab ในช่องคลอด วัดความดันโลหิตได้ 91/65 mmHg ชีพจรเต้น 118 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที่ ปิดหน้าท้องย้ายเข้า ICU ยังไม่รู้สึกรู้ตัว หายใจด้วย ET Tube เครื่องช่วยหายใจ ได้ให้ LRS, Dopamine ระหว่างนั้นมีภาวะ Hypovolemic Shock ตั้งแต่ 18.55 – 24.00 น. ปรีกษาแพทย์อายุรกรรมเรื่อง Coagulopathy ได้เลือด FFP, PRC เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยมีภาวะ air hunger และวัดความดันโลหิตไม่ได้ ได้ให้เลือดเพิ่มขึ้นแต่มีเลือดออกทางช่องคลอด และมีเลือดซึมทางแผลหน้าท้อง PT, PTT ผิดปกติ platelet $81000 /\text{mm}^3$ แก้ Coagulopathy ระหว่าง 24.00–08.00 น. วันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว และไม่ตอบสนองต่อการทดสอบ pupil fix มีภาวะ Hypovolemic shock ชีพจรเต้น 134 ครั้ง/นาที่ มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 1 ครั้ง ช่วย CPR/Defibrillator 2 ครั้ง ได้ให้ข้อมูลญาติเป็นระยะ เวลา 08.35–09.50 น. วัดความดันโลหิตได้ 79/29–149/62 mmHg ให้ Dopamine และ Adrenaline เวลา 10.35 น. ชีพจรลดลงเรื่อยๆ วัดความดันโลหิตไม่ได้ และเสียชีวิตเวลา 10.45 น.

ผลการชันสูตรศพ พบว่า เป็น Amniotic fluid embolism

ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะ และจำนวนบุคลากร

1. ควรมีทีมสูติ-นรีแพทย์เข้าร่วมดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ใน ICU

กรณีศึกษาที่ 12 มารดาอายุ 38 ปี ครรภ์หลัง อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ มีประวัติครรภ์เป็นพิษร่วมกับภาวะแทรกซ้อน ปอดบวมน้ำในการตั้งครรภ์ที่ 4 ครรภ์นี้ไม่ได้ฝากครรภ์ มาโรงพยาบาลชุมชนเมื่อวานนี้ ด้วยมีอาการหายใจ ไอ หอบ หายใจอึดอัด ความดันโลหิต 130–140/90 mmHg และ Albumin 3^+ ได้รับการวินิจฉัย Acute bronchitis วันต่อมาผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไปด้วยอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น แพทย์วินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ ปอดบวมน้ำ ได้รับยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิตและใส่ท่อช่วยหายใจ นำไปผ่าตัดคลอดหลังรับผู้ป่วยไว้ประมาณ 1 ชั่วโมง ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยหยุดหายใจได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ การผ่าตัดคลอดได้ทารกเสียชีวิต และมารดาเสียชีวิต

ความคิดเห็นการตายครั้งนี้ป้องกันได้

ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะ และจำนวนบุคลากร

1. ควรทบทวนระบบการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ในพื้นที่
2. ควรทบทวนระบบการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยง, มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาล
3. ควรทบทวนการดูแลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลทุกระดับ และแนวทางการดูแลที่เหมาะสมโดยทีมแพทย์

กรณีศึกษาที่ 13 มารดาอายุ 33 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด ได้รับการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลชุมชน ตรวจคัดกรองพบเป็นโลหิตจางธาลัสซีเมีย มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์แรกรับความดันโลหิตสูง 160/100 mmHg ให้ MgSO_4 เพื่อลดความดันโลหิตสูง และกระตุ้นให้เข้าสู่ภาวะคลอดระยะที่ 1 ของการคลอดอยู่ในภาวะปกติ ระยะที่ 2 ทำคลอดโดยวิธี F/E เพื่อลดระยะเวลาการคลอดให้สั้นลง



สภาพเด็กแรกเกิดปกติ Apgar ที่ 1, 5 นาที เท่ากับ 9 และ 10 คะแนน หลังคลอดตรรกะปกติ มีเลือดออกค่อนข้างมาก เย็บซ่อมแผล Episiotomy ขณะเย็บแผลผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง การหายใจปกติ ชีพจรเท่ากับ 120 ครั้ง/นาที แพทย์ประเมินผู้ป่วยให้ IV fluid ภาวะความดันโลหิตดีขึ้น แต่กลับลดต่ำลงมาจนกระทั่งหยุดหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐาน ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังคลอด 50 นาที

ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะ และจำนวนบุคลากร

ความคิดเห็นการตายครั้งนี้ป้องกันได้

1. ควรทบทวนความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์เป็นพิษ การใส่ยาในการรักษาผู้ป่วย
2. ควรมีระบบ มีการหาแนวทางวิธีการดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรม ผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น การให้เลือดทดแทนได้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น

รายที่ 14 มารดา อายุ 42 ปี ครรภ์หลัง อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ได้รับการฝากครรภ์ 1 ครั้ง ไม่สม่ำเสมอที่สถานอนามัย ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาประมาณ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป เมื่อเข้ามารับการรักษา พบว่า มีอาการทางระบบประสาทมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพิษแห่งครรภ์มีความรุนแรงมาก มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง คือ มีเลือดออกในสมอง ได้รับยาลดความดัน, ยาแก้ชัก และดำเนินการส่งต่อมายังโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งได้ประเมินความรุนแรงของโรคและปรึกษาแพทย์ทางด้านศัลยกรรมประสาทได้ให้ยาลดความดัน ให้เครื่องช่วยหายใจ และทำการผ่าตัดคลอดได้บุตรคลอดก่อนกำหนด 32 สัปดาห์ หลังจากนั้นมารดามีอาการทรุดลง แพทย์ศัลยกรรมประสาทได้ประเมินผู้ป่วยและทำ CT Scan พบอาการของโรคมากขึ้น พยาธิสภาพของภาวะเลือดออกในสมองรุนแรงมาก ได้พูดคุยกับญาติ ญาติขออนุญาตผู้ป่วยกลับบ้าน และเสียชีวิตระหว่างทาง

ความคิดเห็นเพิ่มเติมในการดูแลในระยะตั้งครรภ์

1. ควรมีแนวทางในการดูแลกรณี High risk pregnancy และควรมีมาตรการในการดำเนินการตามแนวทางการดูแลอย่างจริงจัง
2. เน้นการทำงานในเชิงรุก เน้นการติดตาม การเยี่ยมบ้าน จะทำให้ทราบปัญหาและเป็นการติดตามผู้รับบริการให้ได้รับการบริการตามที่ต้องการ
3. กรณีนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับการฝากครรภ์ตั้งแต่วัยแรกๆ และมีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมออาจได้รับการวินิจฉัยได้ทันที่ที่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การตายครั้งนี้อาจจะสามารถป้องกันได้แต่ในกรณีนี้เมื่อเกิดภาวะที่รุนแรงในลักษณะนี้แล้วการตายครั้งนี้ป้องกันไม่ได้

กรณีศึกษาที่ 15 มารดาอายุ 36 ปี ครรภ์หลัง ตั้งครรภ์แฝดอายุครรภ์ 20⁺ สัปดาห์ มีอาการตัวเหลือง ไข้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป 4 วัน อาการไม่ดีขึ้น ได้ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลตติยภูมิ อาการแรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน ไม่รู้สึกตัว ตัวและตาเหลือง ความดันโลหิต 120/80 mmHg ชีพจร 120 ครั้ง/นาที ให้การรักษาใน ICU อายุรกรรม ทารกในครรภ์มีชีวิต ยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาเนื่องจากสภาพมารดาอาการอยู่ในขั้นวิกฤตโดยใช้ยา Cytotec 200 ug อาการเด็กหลังคลอด เสียชีวิตภายใน 5 นาที อาการ



มารดาหลังคลอดมีอาการวิกฤตเช่นเดิม รับการรักษาใน ICU 6 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิต สาเหตุจากตับวายฉับพลันตั้งแต่มีก่อนส่งตัวมารับการรักษา

กรณีศึกษาที่ 16 มารดา อายุ 29 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ได้รับการฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน ผู้ป่วยเริ่มมีเลือดออกตามไรฟัน และปัสสาวะเป็นเลือดเมื่ออายุครรภ์ 35 สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute Leukemia เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จึงได้มีการส่งต่อมาโรงพยาบาล ตติยภูมิ หลังจากรับไว้ได้ ให้การรักษาโดยให้เกร็ดเลือดเพื่อบรรเทาอาการเลือดออก จนกระทั่งอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ จึงได้กระตุ้นการคลอดโดยใช้ Prostaglandin E₂ แต่ไม่สามารถดำเนินการคลอดได้ จึงได้ทำการผ่าตัดคลอด ได้ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,120 กรัม Apgar score ที่ 1 และ 5 นาที เท่ากับ 9 คะแนน จนกระทั่งวันที่ 6 หลังคลอดมีไข้ สาเหตุพบว่ามี การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งได้ดูแลรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะโดยตลอด ระหว่างนี้ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตลอด

วันที่ 16 หลังคลอด อายุรแพทย์เริ่มให้ยารักษา (วินิจฉัยจากการเจาะไขกระดูกว่าเป็น AML, M₂)

วันที่ 28 หลังคลอดเริ่มมีอาการปวดศีรษะและซึมลง จึงตรวจพบว่ามี intracerebral hemorrhage 6 x 4 cms ที่ right fronto-parietal lobe และ midline shift ประสาทศัลยแพทย์ได้ประเมินดูแล้ว และคุยกับญาติซึ่งปฏิเสธการผ่าตัดสมอง

วันที่ 30 หลังคลอด ผู้ป่วยเสียชีวิต

ความคิดเห็นการตายรายนี้ ไม่สามารถป้องกันได้

4. การวิเคราะห์สรุป

จากการบันทึกในแบบรายงานการตายของมารดา ก1-CE ทั้ง 16 ราย พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ มีการบันทึก ยกเว้นข้อมูล Intervention สรุปสำคัญเกี่ยวกับ Intervention และการสรุปความเห็นที่มีการบันทึกเพียง 1 ใน 3 ซึ่งทั้งหมดเป็นหัวข้อใหม่ในแบบรายงานการตายของมารดา

สำหรับความเห็นในเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ บุคลากรในครอบครัว ระบบส่งต่อการสื่อสาร การอำนวยความสะดวก ปัญหาบุคลากรมีการให้ความคิดเห็นและสรุปเบื้องต้นจากสถานบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้น เหตุที่มิวิเคราะห์ระดับจังหวัดตรวจสอบ สรุปรายงานค่อนข้างสมบูรณ์และส่งสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ใช้ระยะเวลาเกินกว่าที่กำหนดไว้ 30 วัน เนื่องจากทำ Case Conference ก่อนสรุปรายงาน ดังนั้น จึงได้ปรับขั้นตอนการดำเนินงาน สรุป และส่งรายงานเป็นภายใน 60 วัน นับจากวันเกิดเหตุ

จากตารางที่ 5 พบว่า มารดาตายจำนวน 16 รายนี้ มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ถึงร้อยละ 56 มีการฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงสัปดาห์ที่ 13 - 20 มากที่สุด ร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ ก่อนสัปดาห์ที่ 12 ร้อยละ 25 และพบว่า ไม่มีการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ถึงร้อยละ 18.75 ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ไม่ฝากครรภ์ มีเพียงร้อยละ 6.25 แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ หรือมารดาในกลุ่มนี้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ พบว่า แท้งร้อยละ 25 ตายในครรภ์ร้อยละ 12.5 บุตรที่เกิดมีชีวิต รอดร้อยละ 56.25 ในขณะที่อายุครรภ์ที่คลอด หรือแท้งมากกว่า 36 สัปดาห์ขึ้นไปมีร้อยละ 43.75 รองลงมา สัปดาห์ที่ 32 - 35 มีร้อยละ 18.75 มีการผ่าตัดคลอดร้อยละ 31.25 พบว่า มารดาตายภายใน 6 ชั่วโมง



นับจากรับเข้ารักษามีร้อยละ 31.25 เท่ากับตายในช่วง 2 - 7 วัน และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลนานที่สุดถึง 37 วัน โดยโรงพยาบาลที่รับรักษาเป็นสถานบริการแรกรับ ร้อยละ 68.75 และเป็นที่ยรับการส่งต่อร้อยละ 31.25 นั้น คือ การบริการดูแลในเชิงตั้งรับสถานการณ์ ซึ่งต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง การจัดการเชิงรุก ลดต้นทุนจากความสูญเสียและซ้ำซ้อนของคุณภาพบริการ

จากรายงานการตายของมารดา 16 ราย สรุปสาเหตุการตายจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.25 ตกเลือดร้อยละ 18.75 และสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 43.75 ซึ่งประกอบด้วยโรคหัวใจร้อยละ 18.75 และ AIDS ร้อยละ 12.5

สำหรับการสรุปตามแนวคิดเรื่อง ความล่าช้า 3 ประการ (Three Delays Model) พบว่า เกิดจากความล่าช้าในการตัดสินใจที่จะรับบริการมากที่สุด ร้อยละ 50 ความล่าช้าในการไปถึงสถานบริการที่สามารถดูแลทางด้านสูตรกรรมที่สลับซับซ้อนมากขึ้นได้ และความล่าช้าในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ณ สถานบริการพบเท่ากันร้อยละ 25 จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข สร้างความตระหนัก และให้ข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตน การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ เสริมพลังตนเอง และครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพได้ค้นหาโอกาสพัฒนาวิธีทางที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับกับสภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ ตอบสนองรวดเร็ว ดูแลสภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนได้ทันกาล

จากสรุปการตายของมารดาแต่ละรายของทีมีวิเคราะห์จังหวัดพบว่า มีความพยายามในการทำงานเป็นทีมเพื่อรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงาน ก1-CE เวชระเบียน บันทึกผู้ป่วย ในการทำ Cass Conference เพื่อทำการวิเคราะห์สรุปผล รวมทั้งให้ความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพบริการตามจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่ถูกมองข้ามไป และวางแผนการพัฒนาต่ออย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างคุณค่าของการบริการที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ สร้างความประทับใจเหนือความคาดหวังของผู้รับบริการต่อไป โดยถือเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพที่ควรคำนึงถึงการลดต้นทุนจากความด้อยคุณภาพ ลดความสูญเสียและใช้ต้นทุนที่ต่ำสุด



การตายของมารดา : ก้าวเดินไปข้างหน้า

การตายของมารดาเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ที่สะท้อนถึงระดับการพัฒนาของประเทศ จำเป็นต้องมีการพัฒนาถึงกระบวนการ ระบบการจัดการ การวิเคราะห์ และการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นโอกาสอันดี ที่นำการรวบรวมและวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นตามรูปแบบ Confidential Enquirers ขยายผลการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด โดยบูรณาการร่วมกับเครื่องมือพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เช่นการวิเคราะห์หาสาเหตุ clinical tracer เพื่อทบทวน ตรวจสอบกระบวนการดูแลการวิจัย และพัฒนาเพื่อการปรับปรุงกระบวนการ และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมพัฒนาเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยแต่ละโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข และคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด รวมถึงพัฒนาเครือข่าย ภาครัฐและพันธมิตรที่สนับสนุนวิชาการให้เกิดการบริหารองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างกว้างขวางและเป็นสากล อันจะส่งผลให้อัตราการตายของมารดาในประเทศไทยลดลงตามเป้าหมายของ MDG โดยลดอัตราการตายของมารดาลง 3 ใน 4 ในช่วงปี 2533-2558 และ MDG plus ลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ภายในปี พ.ศ. 2549 และลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี พ.ศ.2548-2558



เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข(2538). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2536. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2548). รายงานวิชาการเรื่องการพัฒนากลไกในการประเมินเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2544). สาเหตุการตายและการรับรองสาเหตุการตาย. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).

กระทรวงสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ.(2539).แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2543). เอกสารโรเนียว. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

กองอนามัยครอบครัว. สรุปการประชุมโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กปี 2533. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, 2534.

พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ และนรีลักษณ์ กุลฤกษ์. การดำเนินงานโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กปีงบประมาณ 2533,2537และ2538. ส่วนอนามัยแม่และเด็ก,สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2539.

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้(วพส.).รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการ :สถานการณ์ประชากรศาสตร์ พฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ การบริการการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และบทบาทผดุงครรภ์โบราณ ใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, เมษายน 2548.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.(2545).สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2540-2544.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.(2547).สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2544-2546.
<http://hp.anamai.moph.go.th/workgroup/index2.htm>

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.(2549).สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2547-2548.
เอกสารโรเนียว .

ศิริพร กัญชนะ และพวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ. (2540). การตายปริกำเนิด.
<http://advisor.anamai.moph.go.th/factsheet/mch3-2.htm>

ศิริพร กัญชนะ และคณะ โครงการศึกษาการตายมารดาในประเทศไทย 2540-2541. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, กุมภาพันธ์ 2545.



AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000 : Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, Geneva ; World Health Organization ; 2004. Available from http://www.who.int/reproductive_health/publications/maternal_mortality_2000

Gwyneth, L, et al. Chapter 1 – Introduction and key findings 2000–2002.
http://www.cemach.org.uk/publications/WMD2000_2002/wmd-01.htm

Health Canada. Special Report on Maternal Mortality and severe Morbidity in Canada. Enhanced Surveillance: The Path to Prevention. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2004.
<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index.html>

Kanshana, S, et al. Maternal Mortality in Thailand, 1995–1996, May 1998

Kanshana, S, et al. Maternal Mortality in Thailand, 1997–1998, February 2002

McCarthy, J and Maine, D. (1997) A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. Studies in family planning. 23 (1) : 23–33.

Pattinson, B, et al. Interim Report on the Confidential Enquiry into Maternal Deaths in South Africa, the National Committee for the Confidential Enquiry into Maternal Deaths (NCCEMD), March 1988. http://www.doh.gov.za/docs/reports/1998/mat_deaths.html

WHO. Beyond the Numbers : Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO ; 2004. Available from http://www.who.int/reproductive_health/publications/btn/text.pdf

WHO. Catalogue of Health Indicators: A selection of important health indicators recommended by WHO Programmes. Geneva: WHO, 1996.

WHO Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition. World Health Organization, Geneva, 1997. Available from http://www.Safemotherhood.org/facts_and_figures/maternal_mortality.htm

WHO. ICD–10. Volume 1. Geneva : WHO, 1992.



ภาคผนวก

1. แบบรายงานการตายของมารดา (n1-CE)
Confidential Enquiries

2. แบบรายงานของทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัด

3. คู่มือ การบันทึกรายงานการตายของมารดา
Confidential Enquiries

<http://hp.anamai.moph.go.th/workgroup/index2.htm>





แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE

ก 1 - CE

สำนักส่งเสริมสุขภาพ
กรมอนามัย 2549

ชื่อสถานบริการ.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อมารดา.....
อายุ..... ปี อาชีพ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

การศึกษา.....
เลขที่ผู้ป่วยนอก.....เลขที่ผู้ป่วยใน.....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
วันที่เสียชีวิต.....

2. ข้อมูลการฝากครรภ์ ☐ ฝากครรภ์ ☐ ไม่ฝากครรภ์
ตั้งครรภ์ครั้งที่.....
เคยคลอด..... ครั้ง เคยแท้ง..... ครั้ง

อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์..... ครั้ง
การฝากครรภ์

- ☐ ตั้งครรภ์ - 12 สัปดาห์ ☐ ไม่ฝาก
- ☐ ฝากกับ..... ☐ สถานที่.....
- 13 สัปดาห์ - 20 สัปดาห์ ☐ ไม่ฝาก
- ☐ ฝากกับ..... ☐ สถานที่.....
- 21 สัปดาห์ - 27 สัปดาห์ ☐ ไม่ฝาก
- ☐ ฝากกับ..... ☐ สถานที่.....
- 28 สัปดาห์ - 31 สัปดาห์ ☐ ไม่ฝาก
- ☐ ฝากกับ..... ☐ สถานที่.....
- 32 สัปดาห์ - 35 สัปดาห์ ☐ ไม่ฝาก
- ☐ ฝากกับ..... ☐ สถานที่.....
- 36 สัปดาห์ขึ้นไป ☐ ไม่ฝาก
- ☐ ฝากกับ..... ☐ สถานที่.....

น้ำหนักของมารดาเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก..... กิโลกรัม
ส่วนสูง..... เซนติเมตร

น้ำหนักของมารดาเมื่อก่อนคลอด.....กิโลกรัม

Hb/Hct..... ครั้งที่ 1 Hb/Hct.....ครั้งที่ 2

VDRL..... Anti HIV.....

Thalassemia..... Blood gr.Rh.....

3. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

- วันที่คลอดหรือแท้ง.....
- อายุครรภ์เมื่อคลอดหรือแท้ง..... สัปดาห์
กรณีแท้ง ☐ แท้งเอง ☐ ทำแท้ง

กรณีคลอด

- วิธีคลอด ☐ ปกติ ☐ C/S ☐ F/E ☐ V/E
☐ คลอด
ทำกันทาง ☐ BBA ☐ อื่นๆ.....
ช่องคลอด
- ผู้ทำคลอด ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ ผดุงครรภ์
☐ ผดบ. ☐ อื่นๆ.....
- น้ำหนักทารกแรกเกิด..... กรัม
- อายุเด็กเมื่อตาย.....วัน.....ชั่วโมง
- ผลการคลอด ☐ ตายในครรภ์ ☐ ตายใน 7 วันแรก ☐ มีชีวิตอยู่
- ข้อสรุปสำคัญของการเจ็บครรภ์ การคลอดและหลังคลอด.....

4. ประวัติรายละเอียดที่สำคัญ

- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว.....
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของมารดา.....
- ประวัติความผิดปกติของครรภ์ก่อน.....
- ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้.....
- ประวัติภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้
☐ มี ☐ ไม่มี
☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ไช้ขาวในปัสสาวะ
☐ น้ำตาลในปัสสาวะ ☐ ซีด
☐ เด็กทำผิดปกติ ☐ Previous C/S
☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์และข้อสรุปสำคัญในระยะตั้งครรภ์.....



5. การรับเข้ารักษาในสถานบริการ

- ว.ด.ป. เข้ารับการรักษา วันที่..... เดือน พ.ศ..... เวลา
- ว.ด.ป. ที่เสียชีวิต วันที่..... เดือน พ.ศ..... เวลา
- สถานภาพที่มาถึงสถานบริการ ☐ แท้ง ☐ ท้องนอกมดลูก ☐ ฝากครรภ์
☐ เจ็บครรภ์ ☐ หลังคลอด
- สภาพของผู้ป่วยเมื่อถึงสถานบริการ ☐ อาการหนัก ☐ ยังดูดี (stable) ☐ เสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ
☐ อื่นๆ ระบุ
.....
.....
- เหตุผลที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา.....
- ผลการวินิจฉัย ของผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต.....

6. สิ่งที่ตรวจพบเมื่อมาคลอด

1. อาการนำที่สำคัญที่มาสถานบริการ
2. อาการของมารดาเมื่อแรกเริ่ม VITAL SIGNS, หัวใจเด็ก และการตรวจอื่นๆ
3. ทำของเด็กและส่วนน้ำ

6.1 ความก้าวหน้าของการคลอด

- มีการใช้ Partogram หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - ระยะที่ 1 ชม. นาที - FHS ครั้ง / นาที
 - ระยะที่ 2 ชม. นาที - FHS ครั้ง / นาที
 - ระยะที่ 3 ชม. นาที - FHS ครั้ง / นาที
- น้ำคร่ำแตกเวลา สีน้ำคร่ำ

การช่วยคลอด (วิธีการคลอด) แผนการรักษาของแพทย์

.....

.....

6.2 ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด

Apgar score ที่ 1 นาที = ที่ 5 นาที =

6.3 อาการเด็กหลังคลอด

การรักษา

.....

.....

6.4 ลักษณะของรกและน้ำหนักรก

6.5 อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด

.....

.....

.....

.....



7. สาเหตุการตายของมารดา

ระยะตั้งครรภ์		ระยะคลอด		ระยะหลังคลอด	
☐ โรคเบาหวาน	☐ พิษแห่งครรภ์	☐ เลือดแข็งตัวช้า	☐ โรคเบาหวาน	☐ พิษแห่งครรภ์	
☐ โรคหัวใจ	☐ รกลอกตัวก่อนกำหนด	☐ พิษแห่งครรภ์	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคเลือด	
☐ โรคไต	☐ รกเกาะต่ำ	☐ ภาวะคลอดเร็ว	☐ โรคไต	☐ เศษรกค้าง	
☐ โรคตับ	☐ น้ำเดินก่อนคลอด 24 ชม.	☐ รกติด	☐ โลหิตจาง	☐ โลหิตจาง	
☐ วัณโรค	☐ แท้งติดเชื้อ	☐ มดลูกปลิ้น	☐ ติดเชื้อ	☐ มดลูกไม่แข็งแรง	
☐ โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก	☐ ติดเชื้อ	☐ มดลูกแตก	☐ มาลาเรีย	☐ การฉีกขาดของปากมดลูก	
☐ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย	☐ ไข้ดั่งอักเสบ	☐ น้ำคร่ำเป็นพิษ	☐ อื่น ๆ ระบุ	☐ การฉีกขาดของฝีเย็บ	
☐ การตกเลือดจากอุบัติเหตุ	☐ มาลาเรีย	☐ การคลอดติดขัด		☐ อื่น ๆ ระบุ	
☐ ตั้งครรภ์ไขเปลาอุก	☐ ไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ				
☐ ตั้งครรภ์นอกมดลูก	☐ AIDS				
☐ อื่น ๆ ระบุ	☐ TB				

- ☐ อุบัติเหตุจราจร ☐ อุบัติเหตุอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ ระบุ
☐ ถูกทำร้าย ☐ การฆ่าตัวตาย

สรุป สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต

.....

.....

.....

.....

8. ข้อมูล Intervention ที่ให้กับผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอดที่อาจจะมีผลต่อการทำให้เกิดการตายของมารดา

Antenatal	Intrapartum	Postpartum	Other
☐ Evacuation	☐ Instrumental del.	☐ Evacuation	☐ Anaesthesia-GA
☐ Transfusion	☐ Symphysiotomy	☐ Laparotomy	☐ Epidural anaesthesia
☐ Laparotomy	☐ Caesarean section	☐ Hysterectomy	☐ Spinal anaesthesia
☐ Hysterectomy	☐ Hysterectomy	☐ Transfusion	☐ Local anaesthesia
☐ Version	☐ Transfusion	☐ Manual Removal	☐ Invasive Monitoring
☐ Other			☐ ICU ventilation

ข้อสรุปสำคัญเกี่ยวกับ Intervention ที่ให้

.....

.....

.....

.....



9. ในความเห็นของท่าน มีปัจจัยต่อไปนี้เกิดขึ้นหรือไม่

ระบบ	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล / โปรดระบุ
บุคลากร / ครอบครัว	ความซุกซมในการตัดสินใจเข้าสถานพยาบาล			
	การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษา			
ระบบส่งต่อและการสื่อสาร	ขาดยานพาหนะจากบ้านไปสถานพยาบาล			
	ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล			
	การสื่อสารระหว่างสถานบริการล้มเหลว			
การอำนวยความสะดวก	ขาดการอำนวยความสะดวก, อุปกรณ์ และวัสดุ			
ปัญหาบุคลากร	บุคลากรขาดความพร้อม			
	ขาดผู้เชี่ยวชาญ			
	ขาดการฝึกอบรม			

ข้อสรุปสำคัญในความเห็นข้างต้น.....

10. การผ่านขั้นตอน : ☐ ได้ทำ ☐ ไม่ได้ทำ
 ถ้าได้ทำโปรดส่งรายงานคร่าว ๆ และส่งรายงานละเอียดภายหลัง

11. สรุปโดยย่อเกี่ยวกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการตาย

.....

12. ผู้กรอกแบบรายงาน (ชื่อ - สกุล)วันที่

13. ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน (ชื่อ - สกุล)วันที่

14. ส่งรายงานเข้ากรมอนามัย (ชื่อ - สกุล)วันที่



แบบรายงานของทีมีวิเคราะห์ระดับจังหวัด

1. หมายเลขลำดับ.....
2. วัน เดือน ปี (ที่ตาย).....
3. จังหวัด.....
4. โรงพยาบาล ☐ รพศ. ☐ รพท. ☐ รพช. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
5. อายุ.....ปี
6. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ครั้ง จำนวนครั้งของการคลอดบุตรครั้ง
7. ฝากครรภ์ ☐ ไม่ฝาก ☐ ฝากครบตามเกณฑ์
☐ ฝากไม่ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ทราบ
8. ผลการตรวจ HIV ☐ +ve ☐ -ve ☐ ไม่ทราบ
9. ผลของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
☐ เกิดรอด ☐ ตั้งครรภ์นอกมดลูก ☐ เกิดไร้ชีพ
☐ แท้ง ☐ อื่น ๆ.....
10. มีการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดูแล ☐ มี ☐ ไม่มี
11. ถ้ามีการส่งต่อ ส่งมาจาก ระบุ.....
12. มารดาคนนี้ ได้รับการดมยา (Anaesthetic) หรือไม่
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุชนิดของการดมยา.....
13. มารดาคนนี้ ได้รับการตัดมดลูกหรือไม่
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ
14. มารดาคนนี้ได้รับการตรวจหลังการตาย (Post mortem) หรือไม่
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ.....



ปัญหาทางสูติศาสตร์ ทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในปัญหาหลักทางสูติศาสตร์ ขั้นต้นและทำเครื่องหมายวงกลม ○ ในภาวะแทรกซ้อน	ภาวะแทรกซ้อน ทำเครื่องหมาย ○	สาเหตุ สุดท้าย	สาเหตุ ที่โน้มนำ
☐ ไม่มีสาเหตุทางสูติศาสตร์ : อุบัติเหตุทางรถยนต์ assault, บาดเจ็บ, ฆ่าตัวตาย, รักษาโดยสมุนไพร และอื่น ๆ	1. ภาวะช็อคที่เกิดเนื่องจากปริมาณของเลือดที่ไหลเวียนอยู่ลดน้อยลง	☐	☐
☐ โรคพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับแม่ : โรคหัวใจ, ต่อมไทรอยด์, ทางเดินอาหาร, ระบบประสาทส่วนกลาง, ระบบหายใจ, ระบบเลือด, ทางเดินปัสสาวะและภูมิคุ้มกัน, โครงสร้างกระดูก	2. ช็อคจากการติดเชื้อ 3. ภาวะหายใจล้มเหลว	☐ ☐	☐ ☐
☐ การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้ตั้งครรภ์ : ปอดบวม, เอ็ดส, วัณโรค, โรคต่อมไทรอยด์อักเสบของทางเดินหายใจ, ไข้ดั่งอักเสบ, มาเลเรีย โรคเชื้อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ อื่น ๆ ระบุ	4. ภาวะหัวใจล้มเหลว	☐	☐
☐ ท้องนอกมดลูก : <20 สัปดาห์, >20 สัปดาห์	5. ภาวะหัวใจและปอดหยุดนิ่งจากก่อนอุดตัน	☐	☐
☐ แท้ง : แท้งที่มีการติดเชื้อ , มดลูกได้รับการกระทบกระเทือน GTD	6. ไตวาย 7. ตับวาย	☐ ☐	☐ ☐
☐ การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ : การติดเชื้อในน้ำคร่ำ ทั้งที่มีและไม่มีอาการของเชื้อหุ้มเด็ก, การติดเชื้อหลังคลอดภายหลังการคลอดปกติ การผ่าท้องคลอดที่มีและไม่มีปัญหาเชิงกรานติดขัด	8. ภาวะแทรกซ้อนต่อสมอง 9. ภาวะการเผาผลาญพลังงานในร่างกายผิดปกติ	☐ ☐	☐ ☐
☐ การตกเลือดก่อนคลอด : ภาวะรกหลุดตัวก่อนคลอด ทั้งที่มีและไม่มีอาการดันโลหิตสูง ภาวะรกเกาะต่ำ และอื่น ๆ	10. ภาวะเลือดออกผิดปกติ (DIC)	☐	☐
☐ การตกเลือดหลังคลอด : รกค้าง รวมทั้งมีความผิดปกติเกี่ยวกับการฝังตัวของเนื้อรก มดลูกหดตัวไม่ดี เนื่องจากการยืดขยายตัวของกล้ามเนื้อมดลูกมากเกินไป การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน มดลูกแตก ที่มีและไม่มีอาการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อน มดลูกปลิ้น มีเลือดออกระหว่างและภายหลังการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อื่น ๆ	11. ภาวะลิ่มเลือดของอวัยวะหลายส่วน	☐	☐
☐ ภาวะความดันโลหิตสูง : ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ภาวะความดันโลหิตสูงที่มีการชักเกร็ง และหมดสติ HELLP ภาวะตับแตก	12. ภาวะลิ่มเลือดของระบบภูมิคุ้มกัน	☐	☐
☐ ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความเจ็บปวดและระดับความรู้สึก : การระงับความเจ็บปวดและความรู้สึกทั่วไป การใช้ยาชาเฉพาะที่	13. ไม่ทราบสาเหตุ	☐	☐
☐ ภาวะเส้นโลหิตอุดตัน : ปอด น้ำคร่ำอุดตัน	14. อื่น ๆ ระบุ	☐	☐
☐ การฉีกฉีกเย็บแผล : ไม่ทราบสาเหตุ			
☐ ไม่ทราบ : ตายมาจากภายนอก ไม่พบสาเหตุเบื้องต้น			



ปัญหาด้านผู้ป่วย	ปัญหาด้านการบริหาร
☐ ขาดความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ☐ ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ☐ ไม่ฝากครรภ์ ☐ ฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ☐ ล่าช้าในการขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ ☐ แท้งที่ไม่ปลอดภัย ☐ ปัญหาครอบครัว ☐ ปัญหาชุมชน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ขาดความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ☐ ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ☐ ปัญหาด้านการส่งต่อ ☐ ครอบครัว ☐ สถานบริการสาธารณสุข ☐ สิ่งกีดขวางการเข้าถึง ☐ ขาดการเข้าถึงบริการ ☐ ขาดความสะดวกของบริการสาธารณสุข ☐ ขาดการส่งเสริมการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ☐ ปัญหาด้านการสื่อสาร ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ปัญหาในการดูแลฉุกเฉิน (ลงเครื่องหมายประเภท และระดับของปัญหาที่เกิดขึ้น)

ช่วงระยะเวลาของ การดูแลฉุกเฉิน	การดูแลด้านการแพทย์	1	2	3	การฟื้นคืนชีพ
☐ ระยะตั้งครรภ์ช่วงต้น ก่อน 20 สัปดาห์	- ขาดข้อมูล - ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ - ริเริ่มประเมิน/ตรวจสอบ - ปัญหา คำนึงถึงและวินิจฉัยได้	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ขาดข้อมูล ☐ ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยง ☐ ปัญหาทางเดินหายใจ ☐ ปัญหาเรื่องการหายใจ
☐ ระยะตั้งครรภ์หลัง 20 สัปดาห์	- ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย - การจัดการกับส่วนที่ยังไม่เหมาะสม - การจัดการบริการที่ผิดพลาด (วินิจฉัยผิด)	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ปัญหาของระบบไหลเวียนโลหิต ☐ ปัญหาเรื่องยา ☐ การวิเคราะห์ปัญหา
☐ ระยะระหว่างการคลอด ☐ ระยะหลังคลอด	- การจัดการบริการต่ำกว่ามาตรฐาน (วินิจฉัยถูกต้อง) - การติดตามปัญหา 1. ไม่สม่ำเสมอ 2. ปัญหาล่าช้าทางสูตรการที่ไม่ได้ ไม่ได้รับการดูแล	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ การติดตามปัญหา



[illegible]

□ ไม่ได้

วัน เดือน ปี.....



คู่มือการบันทึกรายงานการตายของมารดา



Confidential Enquiries-CE

คำนำ

คู่มือการบันทึกรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE นี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการรวบรวมข้อมูลการป่วย การตายของมารดา จากสถานบริการสาธารณสุขที่สำนักส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนาต่อจากรายงานที่มีอยู่เดิม คือ รายงานการป่วย การตายของมารดา และทารกปริกำเนิด (ก-1) ซึ่งมีการรายงานและรวบรวมเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว และการบันทึกในรูปแบบรายงานของทีมิวิเคราะห์ระดับจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดเก็บข้อมูล การจัดทำรายงานให้เป็นระบบ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีการวางแผนและดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างกว้างขวางและทั่วถึงต่อไป

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
สำนักส่งเสริมสุขภาพ
กรมอนามัย
ตุลาคม 2549



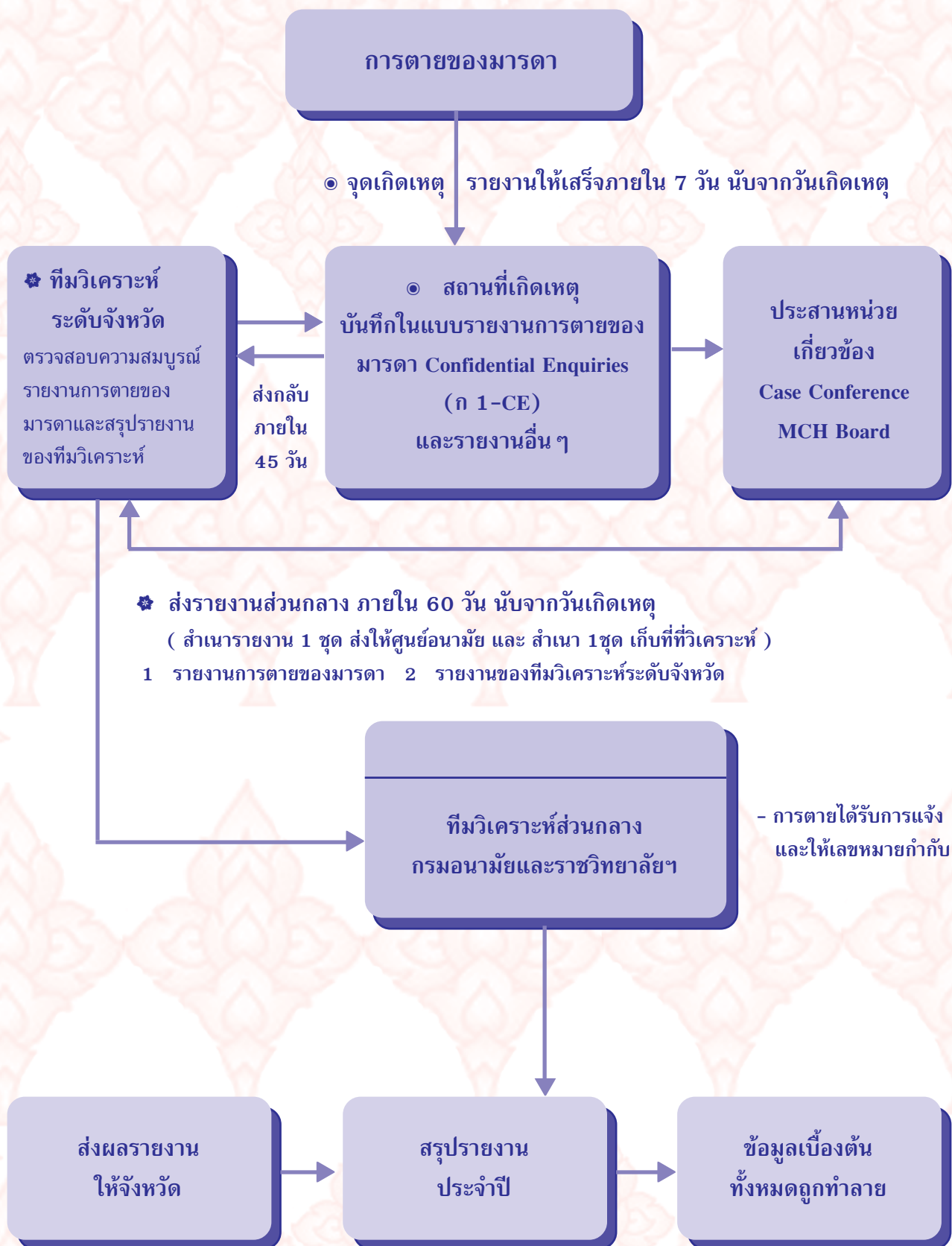
แนวทางการดำเนินงาน

1. เป็นการพัฒนาจากระบบและแบบรายงานที่มีอยู่เดิมโดยเก็บข้อมูลมารดาตาย
2. เพิ่มเติมบางส่วนโดยยึดหลักการของการเก็บข้อมูล (Confidential Enquiries-CE) ข้อมูลที่ได้จัดเก็บ เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้เกี่ยวข้อง และไม่มีการดำเนินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง ว่ามีผลต่อการตายอย่างไร หาทางแก้ไขอย่างไร และข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์รวมสรุป จัดทำเป็นรายงานเพื่อเผยแพร่ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ของสถานบริการทุกแห่ง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งทีมวิเคราะห์การตายของมารดาระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าแผนกสูติกรรม สูติแพทย์ กุมารแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมเป็นทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัด ประมาณ 4 - 5 ท่าน ทำหน้าที่ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ในรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries-CE)
2. เมื่อเกิดการตายของมารดาให้สถานบริการที่เกิดเหตุบันทึกข้อมูลในรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries - CE (ก1-CE) และบันทึกรายงานอื่นๆ ตามปกติ ซึ่งควรดำเนินการบันทึกในแบบรายงานการตายของมารดาให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน นับจากวันเกิดเหตุแล้วรวบรวมพร้อมรายงานการตายอื่นๆ ของผู้ป่วย จัดส่งให้ทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัด
3. ทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัดบันทึกลงรายงานของทีมวิเคราะห์ระดับจังหวัด พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงานการตายของมารดา (ก1- CE) โดยประสานผู้เกี่ยวข้องในการประชุม Case Conferenceซึ่งส่วนใหญ่จัดเป็นประจำทุกเดือนหรือเมื่อมีการตายเกิดขึ้นโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) ร่วมสนับสนุนการสรุปรายงานให้แล้วเสร็จภายใน 45 วัน ส่งต่อไปยังสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ภายใน 60 วันนับจากวันเกิดเหตุพร้อมส่งสำเนาให้ศูนย์อนามัย 1 ชุด และเก็บที่ทีมวิเคราะห์ ระดับจังหวัด 1 ชุด
4. ทีมวิเคราะห์ส่วนกลาง ประกอบด้วย ทีมงานจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และทีมผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประมาณ 7-8 ท่าน จะทำการรวบรวมแบบรายงานโดยจะให้หมายเลขกำกับในแต่ละกรณี นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลจัดทำรายงานประจำปี เพื่อเผยแพร่ไปสู่การเรียนรู้ร่วมกัน สิ่งสำคัญข้อมูลรายงานเบื้องต้น แต่ละกรณีจะยึดหลัก Confidential Enquiries-CE และเมื่อรายงานประจำปีแล้วเสร็จ ข้อมูลดังกล่าว จะถูกทำลายไม่มีการจัดเก็บไว้





คู่มือ การบันทึกรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries – CE

แบบรายงานการตายของมารดา

เป็นการบันทึกการตายของมารดาที่เกิดขึ้น

การเก็บข้อมูล ให้เก็บข้อมูลเมื่อมีการตายของมารดาจากสถานที่ ดังนี้

1. แผนกผู้ป่วยนอก
2. แผนกผู้ป่วยใน
3. ห้องคลอด
4. ห้องฉุกเฉิน
5. ห้องมารดาหลังคลอด
6. แผนก I.C.U
7. ห้องผ่าตัด

8. การตายที่บ้าน ทั้งในเขตและนอกเขตรับผิดชอบของสถานีนามัย เมื่อมีการตายของมารดาเกิดขึ้น ณ สถานบริการใดให้ถือว่าเป็นข้อมูลของสถานบริการนั้น ๆ ให้นำหน่วยงานนั้นเป็นผู้บันทึกข้อมูลการตายของมารดา ถ้ามีการตายของมารดาเกิดขึ้นที่บ้านหรือนอกเขตบริการให้สถานบริการที่รับผิดชอบเขตนั้นเป็นผู้บันทึก ข้อมูลและรายงาน

9. การส่งรายงานเพื่อรวบรวม



วิธีการบันทึกข้อมูลตามแบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries (ก 1 - CE)

ชื่อสถานบริการ.....ระบุชื่อสถานบริการที่บันทึกข้อมูลโดยละเอียดพร้อมทั้งระบุวันเดือนปี.....

ที่มีการตายของมารดา (ให้ลงบันทึกวันที่ที่มีการตายของมารดา)

1. ข้อมูลทั่วไป

- ◆ เลขที่ผู้ป่วยนอก และเลขที่ผู้ป่วยใน (ถ้ามี)

อายุของมารดา.....ปี อายุนับเป็นปีเต็มเมื่อมาคลอด

อาชีพ.....ซักถามอาชีพหรืองานที่ทำ เพื่อเป็นส่วนประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

การศึกษา.....

ที่อยู่.....ลงบ้านเลขที่ หมู่ที่ และสถานที่ใกล้เคียงอย่างละเอียด เพื่อความสะดวกในการต้องการ

ข้อมูลเพิ่ม



2. ข้อมูลการฝากครรภ์

◆ ครรภ์ที่.....นับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ รวมถึงการตั้งครรภ์ปัจจุบัน จำนวนครั้งเคยคลอดและแท้ง

◆ การฝากครรภ์ มีการฝากครรภ์หรือไม่ ฝากครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เท่าไร จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ตามระยะเวลาของการตั้งครรภ์ หรือไม่และฝากกับใครโดยแบ่งระยะเวลาดังนี้ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึง 12 สัปดาห์, 13-20 สัปดาห์, 21-27 สัปดาห์ (ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ หรือ 27 สัปดาห์ 6 วัน) ซึ่งนับเป็นการแท้ง และตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปเป็นการคลอด

◆ ส่วนสูง.....ส่วนสูงของมารดานับเป็นเซนติเมตร

◆ น้ำหนักของมารดาเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก.....คิดเป็นกิโลกรัม

◆ น้ำหนักของมารดาก่อนคลอด.....กิโลกรัม ซึ่งครั้งสุดท้ายก่อนมีการคลอดเกิดขึ้น

u Hb/Hct, VDRL, Anti HIV, Thalassemia , Blood group, Rh..... ให้ส่งผลตามที่ตรวจพบหรือตามใบแจ้งผลการตรวจเลือด หากไม่ได้ตรวจให้ลงว่าไม่ได้ตรวจเลือด

3. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

◆ วันที่คลอดหรือแท้ง.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเวลา.....ที่มารดาคลอดหรือแท้ง

◆ อายุครรภ์เมื่อคลอดหรือแท้ง....สัปดาห์ ให้รายงานอายุครรภ์โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์หรือจากประวัติประจำเดือนหากหญิงตั้งครรภ์จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้ให้คะแนนจากระดับยอมนดลูกหรือลักษณะของทารก

◆ วิธีคลอด.....ลงรายงานตามวิธีที่ทารกคลอด เช่น คลอดปกติ, ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (V/E) ใช้คีมดึง (F/E) ผ่าตัดทางหน้าท้อง (C/S) ถ้าเด็กคลอดท่าก้น โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือทางสูติศาสตร์หัตถการ ให้ลงว่าคลอดท่าก้นทางช่องคลอด แต่ถ้าต้องใช้เครื่องมือช่วยคลอดให้ลงวิธีที่ช่วยคลอด

◆ ผู้ทำคลอด.....ให้ลงโดยระบุตำแหน่งผู้ทำคลอด เช่น แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่นๆ ให้เขียนระบุด้วยว่าใครเป็นผู้ทำคลอด เช่น ญาติ, แม่, ผดุงครรภ์โบราณที่ไม่ผ่านการอบรม

◆ น้ำหนักเด็ก.....กรัม ให้ลงรายงานน้ำหนักทารกจริงที่ชั่ง แต่ถ้าไม่ได้ชั่งให้ลงว่าไม่ได้ชั่ง

4. ประวัติรายละเอียดที่สำคัญ

◆ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว.....ถามประวัติการเจ็บป่วย สามปี และบุคคลในครอบครัวที่อาจมีผลกระทบต่อทารก เช่น วัณโรค มาเลเรีย ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ โรคเลือด (ประวัติการมีเลือดออกผิดปกติ ครรภ์แฝด เบาหวาน โรคเอดส์)

◆ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของมารดา.....ถามประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของมารดาที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ เช่น การเจ็บป่วยด้วย

➤ โรคปอด ไอเรื้อรัง หืด หอบ

➤ โรคหัวใจ เหนื่อยหอบ ประวัติการบวม มีอาการเหนื่อยง่าย

➤ โรคไตจากการบวม ปัสสาวะสีน้ำตาลข้น

➤ โรคเบาหวาน



- โรคตับ ตัวเหลือง
- ไข้จับสั่น
- เลือดออกผิดปกติ, ตกเลือด
- กามโรค, เอดส์
- การผ่าตัดทางหน้าท้อง, การผ่าตัดต่างๆ
- การแพ้ยา หรือสารต่างๆ

◆ ประวัติความผิดปกติของครรภ์ก่อน.....ถามถึงความผิดปกติในการตั้งครรภ์ก่อน
(ถ้าเป็นการตั้งครรภ์แรกไม่ต้องถาม) เช่น

- ประวัติการแท้ง การขูดมดลูก
- ประวัติการคลอดครั้งก่อนๆ คลอดเอง หรือต้องช่วยคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย
- ประวัติการคลอดก่อนกำหนด
- ระยะเวลาของการคลอดแต่ละครั้ง คลอดง่าย หรือคลอดยาก
- ประวัติการผ่าตัดเกี่ยวกับมดลูก การผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อเอาเด็กออก
- ประวัติการมีลูก มีลูกยาก คลอดยาก หรือมีลูกแต่ตายหมด ตายคลอด
- ประวัติการอักเสบในโพรงมดลูก เคยมีน้ำคาวสีแดงนานกว่าปกติหลังคลอด (เกิน 10 วัน)

เคยมีรกค้าง

- ประวัติทารกตายในครรภ์เมื่อแรกเกิด หรือมีความพิการ หรือมีอาการผิดปกติของทารกเมื่อ

แรกคลอด

◆ ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้.....ถามถึงความผิดปกติในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เช่น

- หัดเยอรมัน เคยมีผื่นในช่วงตั้งครรภ์ครั้งนี้ หรือมีคนในครอบครัวเป็นหรือไม่
- การอักเสบของกรวยไต ปัสสาวะขุ่น แสบ
- เลือดออกทางช่องคลอด
- ปวดข้อ คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง จุกเสียดยอดอก มีอาการบวมในระยะหลังของการตั้งครรภ์

(ให้นึกถึงครรภ์เป็นพิษ)

- ตกขาว มีกลิ่นเหม็น สีผิดปกติ
- เด็กเคยดิ้นแล้วไม่ดิ้น

◆ ประสิทธิภาพเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้

- ความดันโลหิตสูง
- ตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ
- ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ
- มีภาวะซีด
- เด็กทำผิดปกติ
- Previous C/S
- อื่นๆ



- ◆ ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์และข้อสรุปสำคัญในระยะตั้งครรภ์
 - เคยได้รับยาเพื่อการรักษาอาการและโรคอื่น ๆ (นอกเหนือจากวิตามินเสริมธาตุเหล็ก)

5. การรับเข้ารักษาในสถานบริการ

- ◆ ระยะเวลาที่รับเข้ารักษาและการประเมินสภาพของผู้ป่วย เมื่อแรกเข้ารับการรักษา
- ◆ เหตุผลที่มีการส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา
- ◆ ผลการวินิจฉัยของผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต

6. สิ่งที่ตรวจพบเมื่อมาคลอด

- ◆ อาการนำที่สำคัญที่เป็นสาเหตุให้ต้องมาที่สถานบริการ พร้อมทั้งบอกระยะเวลาที่มีอาการนั้น ๆ ด้วย ตัวอย่าง เช่น เด็กไม่ตื่นมา 2 วัน, มีน้ำเดินมา.....ชั่วโมง มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนกำหนดคลอด หรือเจ็บครรภ์มา.....ชั่วโมง ฯลฯ
- ◆ อาการของมารดาเมื่อแรกรับ Vital Signs, หัวใจเด็ก และการตรวจอื่น ๆ.....ลงรายละเอียดของ Vital Signs ของมารดา เช่น อุณหภูมิ ความดันโลหิต จำนวนครั้งการเต้นของชีพจร การหายใจ จำนวนครั้งของการเต้นของหัวใจเด็ก/นาที รวมถึงการตรวจอื่น ๆ ที่ทำกับมารดาและทารกในครรภ์ เช่น การหดตัวของมดลูก, การเปิดช่องปากมดลูก
- ◆ ทำของเด็กและส่วนนำ.....ลงรายงานทำของเด็ก และส่วนนำที่ตรวจพบ เช่น ศีรษะ ก้น แขน ขา เป็นส่วนนำหรือทำของเด็ก OLA, ROA ทำขวาง

6.1 ความก้าวหน้าของการคลอด

ลงรายงานการใช้ Partogram หรือไม่ และลงรายงานความก้าวหน้าของการคลอดว่าอยู่ในระยะใดและให้ลงจำนวนชั่วโมง, นาที รวมทั้งการเต้นของหัวใจเด็ก (FHS).....ครั้ง/นาที ของระยะนั้น ๆ ด้วย รวมถึงระยะเวลาการแตกของน้ำคร่ำ สีของน้ำคร่ำ

การช่วยคลอด ลงรายงานการช่วยคลอดโดยวิธีใด เช่น การช่วยคลอดปกติ (Normal Labour) หรือผิดปกติต้องช่วยเหลือการคลอดโดยวิธีใด เช่น V/E, F/E หรือให้ยาเร่งการคลอด (Syntocinon) เวลา.....น. สำหรับยาเร่งคลอดให้ระบุว่าได้ให้หรือไม่ได้ให้ ถ้าให้และสามารถลงเวลาได้ก็ให้ลงด้วย

6.2 ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด.....

ลงรายงานเกี่ยวกับลักษณะของเด็กเมื่อแรกคลอดว่าปกติหรือผิดปกติอย่างไรบ้าง เช่น ผิวสีคล้ำเขียว มี meconium เกาะ ผิวหนังลอกเปื่อย ไม่ Active, ไม่ร้อง ถ้ามีความพิการให้ระบุความพิการ, รูปร่างผิดปกติ Apgar score ที่ 1 นาที =, ที่ 5 นาที =

6.3 อาการเด็กหลังคลอด.....

ลงรายงานอาการของเด็กหลังคลอดว่าปกติหรือผิดปกติ ถ้าผิดปกติให้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับอาการ รวมถึงการดูแลรักษา, ยาต่าง ๆ ที่ให้

6.4 ลักษณะของรกและน้ำหนักรก.....

รายงานลักษณะของรกที่ออกมา ถ้าครบและปกติก็ให้ลงว่าครบและปกติ หากมีลักษณะเปื่อยยุ่ยไม่ครบ ก็ให้ลงรายละเอียดของการผิดปกติ และให้ใส่น้ำหนักของรกเป็นกรัม



6.5 อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด.....

รายงานอาการของมารดาเมื่อหลังคลอดว่าปกติ, ผิดปกติ, การเสียเลือด หรือตายให้ระบุรายละเอียดของอาการผิดปกติของมารดาเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ

7. สาเหตุการตายของมารดา

ระยะตั้งครรภ์

ระยะคลอด

ระยะหลังคลอด

การลงรายงานสาเหตุการตายของมารดา ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ซึ่งอาจมีสาเหตุหลายสาเหตุร่วมด้วย แต่ให้หมายเหตุการตายจากสาเหตุหลักไว้ด้วย ถ้าสามารถบอกได้ว่าอะไรคือสาเหตุหลักที่ทำให้มารดาเสียชีวิต หรือมีสาเหตุที่ทำให้มารดาตาย นอกเหนือจากที่ระบุไว้ให้เขียนสาเหตุการตายลงใน ☐ อื่น ๆ และระบุด้วยว่าจากสาเหตุอะไร ในกรณีที่มีสูติแพทย์ กุมารแพทย์ให้ปรึกษาสูติแพทย์และกุมารแพทย์

สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตตามแนวทางองค์การอนามัยโลกจำแนกสาเหตุการตายของมารดา ดังนี้

1. สาเหตุการตายโดยตรงทางสูติกรรม

- ▶▶▶ ตกเลือดทางสูติกรรม
- ▶▶▶ การติดเชื้อ
- ▶▶▶ ความดันโลหิตสูง และ Eclampsia
- ▶▶▶ การคลอดติดขัด
- ▶▶▶ แท้งที่ไม่ปลอดภัย
- ▶▶▶ สาเหตุโดยตรงทางสูติศาสตร์อื่น

2. สาเหตุการตายโดยอ้อม

(รายละเอียดตามคู่มือการสำรวจ และการวินิจฉัยการตายมารดา ฉบับปรับปรุงในโครงการศึกษาการตายของมารดาในประเทศไทย 2540-2541, กุมภาพันธ์ 2545) ดังนี้

แนวทางการวินิจฉัยมารดาและสาเหตุการตาย

การตายมารดา หมายถึง การตายของหญิงขณะตั้งครรภ์ หรือภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และหรือดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่ อุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง

การวินิจฉัยสาเหตุการตายมารดา

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งสาเหตุการตายมารดาเป็นหลายสาเหตุ แต่ยังขาดรายละเอียดวิธีการจำแนกและบางสาเหตุยังซ้ำซ้อนกันอยู่ เพื่อให้การจำแนกสาเหตุการตายได้ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน คณะที่ปรึกษาการศึกษาอัตราส่วนการตายมารดาจึงจัดทำรายละเอียดเพิ่มเติม การจำแนกสาเหตุการตาย ดังนี้

สาเหตุการตาย

1. สาเหตุการตายโดยตรงทางสูติกรรม (Direct Obstetric Death) คือ การตายที่มีสาเหตุจากการตั้งครรภ์โดยตรง ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้แก่



1.1 ตกเลือดทางสูติกรรม (Obstetric Hemorrhage) คือ การตกเลือดทั้งก่อนคลอดหรือหลังคลอดก็ได้ จนทำให้มารดาตาย ได้แก่ การตกเลือดจากการแท้งเอง การตกเลือดจากท้องนอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) การตกเลือดจากรกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด รกติดแน่น มดลูกปลิ้น (uterine Eversion) การตกเลือดจากมดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอดโดยไม่มีสาเหตุ (Uterine Atony) รวมทั้งมดลูกแตก (Uterine Rupture) ซึ่งไม่ใช่เป็นผลจากการคลอดติดขัด (Obstructed Labour) เช่น จากการกระตุ้นคลอดอย่างรุนแรง การใช้หัตถการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง หรือแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากครรภ์ก่อนแตกหรือแยกโดยมารดา ยังไม่รู้สึเจ็บครรภ์ (Previous cesarean section wound rupture or dehiscence without labour)

การตกเลือดทางสูติกรรมจนมารดาตาย อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากตกเลือดมากจนเกิดความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด และจำนวนเกล็ดเลือดลดลงมาก (Coagulation Defect and Decrease Platelets) แต่ไม่ใช่เป็นผลจากสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดความผิดปกติดังกล่าว เช่น โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (pregnancy induced Hypertension) หรือ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันกระแสเลือด (Amniotic Fluid Embolism, AFE)

โดยสรุปสาเหตุการตายจากการตกเลือดทางสูติกรรม เช่น

ตกเลือดจาก ➡ Spontaneous Abortion (ยกเว้น Induced Abortion)

➡ Ectopic Pregnancy

➡ Placenta Previa

➡ Placenta Abruptio

➡ Uterine Inertia (ยกเว้นจาก Obstructed Labour)

➡ Uterine Rupture (ยกเว้นจาก Obstructed Labour)

➡ Rupture or Dehiscence of Previous Cesarean Section Wound without Labour

➡ Coagulation Defect (ยกเว้นจาก PIH หรือ AFE)

1.2 การติดเชื้อ (Sepsis) ได้แก่ การติดเชื้อภายหลังจากแท้งเอง หรือหลังคลอด ก็ได้ ยกเว้นการติดเชื้อเป็นผลจากการทำแท้ง หรือเป็นผลจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดอย่างมาก หรือรุนแรง ซึ่งเป็นผลจากการคลอดติดขัด (Obstructed Labour)

1.3 ความดันโลหิตสูงและ Eclampsia

สาเหตุนี้ทำให้มารดาตายได้หลายรูปแบบ เช่น ชักจนหมดสติ ตกเลือดในสมอง สมองบวมมาก ตกเลือดจาก Coagulation Defect หมดสติ หรือโคมาจากการทำงานของตับล้มเหลว (Liver Failure) หอบ บวม และหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ปัสสาวะไม่ออกหรือไตล้มเหลว (Renal Failure)

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ บางครั้งอาจจะไม่ชัดเจนเหมือนการชักจากการตั้งครรภ์ (Eclampsia) แต่ก็คงต้องยึดหลักคำนิยามของโรค ก็คือ ตรวจพบความดันโลหิต สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า 1 ครั้ง ขณะตั้งครรภ์หรือเมื่อมาฝากครรภ์ รวมทั้งระยะหลังคลอด (แต่ไม่คิดขณะมารดากำลังเบ่งคลอด) การวินิจฉัยจะยืนยันได้ดีขึ้น ถ้ามีไข่ขาวในปัสสาวะ 1+ หรือมากกว่า หรือมารดาบวมมาก หรือมีอาการปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นหน้าอก หรือทารกมีขนาดเล็กกว่าปกติมาก (Intrauterine Growth Retardation)



ความดันโลหิตสูงในมารดานี้ต้องไม่มีประวัติมาก่อน หรือตรวจพบก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ซึ่งจะนับเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แต่ความดันโลหิตเรื้อรังนี้อาจจะแทรกซ้อนด้วย โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ได้ วินิจฉัยโดยความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม (ก่อน 20 สัปดาห์) (30 มิลลิเมตรปรอท) หรือความดันโลหิต Diastolic สูงขึ้นจากเดิม (ก่อน 20 สัปดาห์) (15 มิลลิเมตรปรอท)

1.4 การคลอดติดขัด (Obstructed Labour) สาเหตุนี้มักจะทำให้มารดาตายจากการตกเลือด โดยเฉพาะมดลูกไม่หดตัว (Secondary Uterine Inertia) หรือการฉีกขาดของช่องทางคลอดอย่างมาก จนกระทั่งมดลูกแตก ซึ่งเป็นผลจากการดูแลการคลอดอย่างละเลย (Neglected) หรือไม่ถูกต้อง รวมทั้งการใช้หัตถกรรมช่วยคลอดอย่างยากลำบาก (Difficult Operative Delivery)

การวินิจฉัยสาเหตุนี้ อาศัยประวัติการคลอดและการดูแลขณะคลอด ได้แก่

- ▶▶▶ ประวัติการเจ็บครรภ์ที่บ้าน หรือสถานีอนามัยมากกว่า 1 วัน
- ▶▶▶ ประวัติการเจ็บครรภ์ active ในโรงพยาบาลมากกว่า 12 ชั่วโมง
- ▶▶▶ ประวัติการเบ่งคลอดนานมากกว่า 1 ชั่วโมง
- ▶▶▶ ประวัติการใช้หัตถกรรมช่วยคลอดอย่างลำบาก

(Difficult Operative Vaginal Delivery)

▶▶▶ ประวัติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกับประวัติการคลอด หรือการเบ่งคลอดเนิ่นนาน หรือความล้มเหลวของหัตถการช่วยคลอด (Failure of Operative vaginal Intervention)

▶▶▶ ประวัติการฉีกขาดของช่องทางคลอดมาก หรือการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บอย่างยากลำบากหรือใช้เวลานาน

▶▶▶ มดลูกแตก (Uterine Rupture) ที่เป็นผลมาจากการคลอดเนิ่นนาน การใช้หัตถการที่ผิดพลาด รวมทั้งการช่วยคลอดโดยการดันทางหน้าท้องอย่างรุนแรง

ประวัติอื่น ๆ ที่อาจจะช่วยสนับสนุน เช่น ทารกตัวโตมาก (น้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 4,000 กรัม) มารดาตัวเตี้ย (ส่วนสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร)

ประวัติอื่น ๆ ที่สามารถบอกได้ว่าไม่ใช่การคลอดติดขัด ได้แก่ ทารกตัวเล็กมาก (น้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม)

ประวัติการวินิจฉัยข้อบ่งชี้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องว่าเป็น CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) มิได้แสดงว่าคลอดติดขัดเสมอไป เนื่องจากความไม่จำเพาะของคำว่า CPD และการดูแลอาจจะช่วยก่อนที่เกิดการติดขัดก็ได้

1.5 แท้งที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Abortion) สาเหตุนี้ทำให้มารดาตายได้จากการตกเลือดมาก หรือการติดเชื้อได้ รวมทั้งภาวะ AFE ก็ได้ โดยมีประวัติมารดาไปทำแท้งมาก่อน เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา การทำแท้ง หมายถึง หัตถการหรือการใช้ยากระตุ้นให้มดลูกบีบรัดตัวขับทารกในครรภ์ออกมา หัตถการ ได้แก่ การสอดใส่เครื่องมือหรือสารใด ๆ ทางช่องคลอดและมดลูก ส่วนยา ได้แก่ สารที่มีผลทำให้เกิดการรัดตัวของมดลูก หรือทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น สาร Prostaglandins, Hypertonic Saline, สาร Antiprogesterone เป็นต้น



1.6 สาเหตุโดยตรงทางสูติศาสตร์อื่น ๆ ได้แก่ สาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดโดยตรง ที่ไม่สามารถจัดไว้ในสาเหตุโดยตรงอื่น ๆ ได้แก่ สาเหตุจากผลแทรกซ้อนจากการให้ยาสลบ (Anesthetic Complications) ภาวะ Amniotic Fluid Embolism ที่เกิดขึ้นเอง ไม่ใช่เกิดขณะหรือภายหลังการทำแท้งหรือการคลอดติดขัด

2. สาเหตุการตายโดยอ้อม (Indirect Obstetric Death)

ได้แก่ การตายมารดาที่มีสาเหตุจากโรคที่มารดาเป็นมาก่อน หรือเป็นขึ้นขณะตั้งครรภ์ หรือขณะคลอด หรือหลังคลอด และมีอาการรุนแรงขึ้นจากสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ที่พบบ่อย ได้แก่ มารดาเป็นโรคหัวใจ เช่น Rheumatic Heart Disease, Congenital Heart Disease มารดาติดเชื้อ มาเลเรีย, เอ็ดส์, มารดาเป็นโรคเบาหวาน ธัยรอยด์ มะเร็งเต้านม มะเร็งส่วนอื่น ๆ เส้นเลือดในสมองโป่งพอง (Aneurysm) และแตก มารดาเป็นโรคไต โรค Nephrotic Syndrom โรค SLE เป็นต้น

สรุปว่า หากมารดามีโรคประจำตัวที่ร้ายแรงอยู่ และเสียชีวิตจากโรคนั้น ขณะตั้งครรภ์ ให้จำแนกอยู่ในกลุ่มนี้

8. ข้อมูล Intervention ที่ให้กับผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดที่อาจจะมีผลต่อการทำให้เกิดการตายของมารดาและทารก ผู้บันทึกควรเป็นแพทย์ที่บันทึกรายงาน ณ สถานบริการที่เกิดเหตุ ซึ่งจะช่วยให้การวิเคราะห์ถึงภาวะซับซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนบางเรื่องที่อาจส่งผล โดยจัดกลุ่มตามระยะของการตั้งครรภ์คำจำกัดความบางคำ

1. Evacuation – The uterus is emptied by using a curette or MVA (manual vacuum aspirator)
2. Laparotomy – This is where the abdomen is opened surgically. (การผ่ามดลูก)
3. Hysterectomy – This is where the uterus is removed. (การตัดมดลูก)
4. Transfusion – In this case it is used to mean whether blood or blood products were given to the woman. (การให้เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด)
5. Version – In this case it means was the baby turned in the uterus either by manipulating the fetus abdominally or from inside the uterus. (การหมุนท่าเด็กขณะที่เด็กอยู่ในท้อง)
6. Instrumental del. – Was a forceps or vacuum used to assist in delivering the baby. (เครื่องมือช่วยคลอด เช่น Forcep, Vacuum)
7. Symphysiotomy – This is where the ligament holding the symphysis together are cut so that the size of the pelvis is enlarged.
8. Caesarean section – The baby is born abdominally through a cut in the abdomen and uterus and not vaginally. (การผ่าท้องคลอด)
9. Manual removal – This is where the placenta is removed using a hand or curette after a baby has been born.
10. Anaesthesia – General anaesthesia is where the woman is put to sleep while a procedure is carried out.



11. Epidural anaesthesia – Where a local anaesthetic agent is injected into the epidural space to provide pain relief during a procedure.
12. Spinal anaesthesia – Where the local anaesthetic is injected into the cerebrospinal fluid (CSF).
13. Local anaesthesia – Where local infiltration of each tissue layer was performed.
14. Invasive monitoring – Was a central venous pressure (CVP), Swan-Ganz catheter or invasive blood pressure monitoring used?
15. Prolonged ventilation – Did the woman require ventilation other than during an operation? This is usually in an intensive care situation.

9. ในความเห็นของท่าน มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกิดขึ้น

ปัจจัยต่างๆ ในตารางรายการนั้นให้ไว้เป็นแนวทางและข้อคิดในการอภิปรายเกี่ยวกับการตายเป็นรายๆ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง เช่น อะไร, ถ้า, การเสียโอกาส, องค์ประกอบที่หลีกเลี่ยงได้ หรือการดูแลต่ำกว่ามาตรฐาน, ที่ไหน ระบบที่ไม่ต่อเนื่องให้เหตุผลและระบุว่ามีอะไรบ้าง

การเสียโอกาสเป็นเหตุการณ์ที่การปฏิบัติงานอาจจะช่วยป้องกันการตายได้ถูกปล่อยให้ หรือเป็นผลจากการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อมให้เกิดความตายได้ ซึ่งรวมถึงสถานการณ์ที่เกิดกับสตรีหรือญาติที่อยู่นอกเหนือการควบคุม ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่ออำนวยความสะดวกการวิเคราะห์ การตายของมารดาในเรื่องการดูแลต่ำกว่ามาตรฐาน สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

- ◆ บุคลากร/ปัญหาครอบครัว
- ◆ ปัญหาระบบส่งกำลังบำรุง
- ◆ ปัญหาการอำนวยความสะดวก
- ◆ ปัญหาบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

10. การผ่าชันสูตรศพ

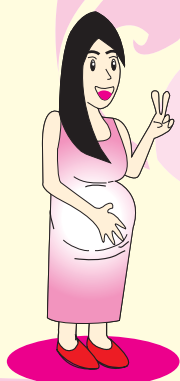
โปรดระบุว่าการผ่าชันสูตรศพหรือไม่ ถ้ามีให้ระบุสิ่งที่พบ หลังจากนั้นต้องส่งรายงานตามไปเพื่อให้คณะกรรมการส่วนกลางได้เพิ่มเติมรายงานให้สมบูรณ์ (ถ้าเลยกำหนดระยะเวลา 30 วัน นับจากวันเกิดเหตุ)

11. สรุปเป็นรายการ

ในส่วนนี้ ขอให้เขียนสรุปอย่างสั้นๆ ให้เนื้อหาว่าเกิดอะไรขึ้น และทำไมจึงเกิดเหตุการณ์สำคัญให้ยกมาเป็นเรื่องเด่นๆ และต้องทำเป็นเรื่องๆ เรียงตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

12-14 ลงชื่อผู้รายงาน ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงานและส่งรายงานยังสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย





การตายของมารดาประเทศไทย

*Confidential Enquiries into
Maternal Deaths in Thailand*

