



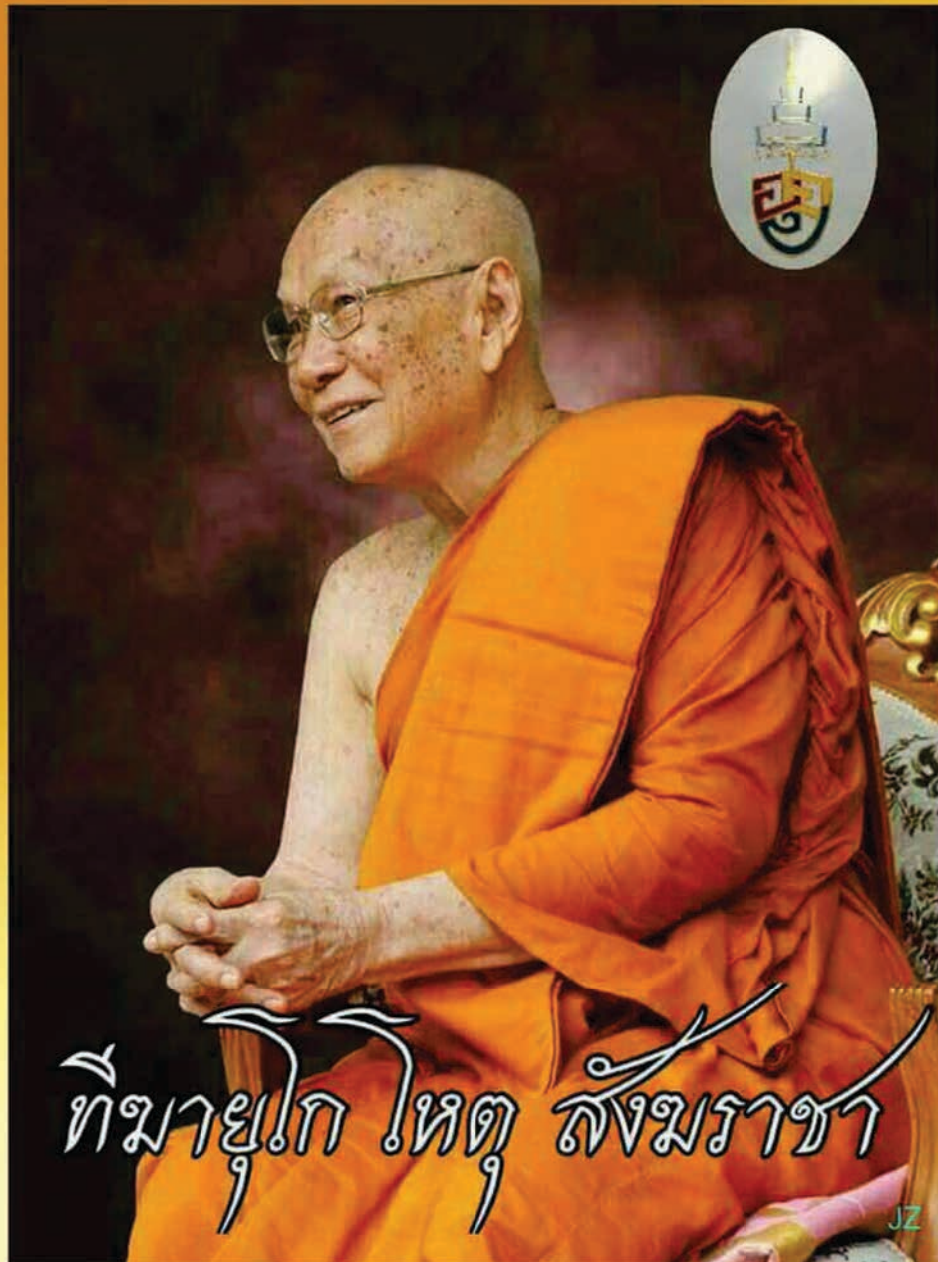
มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

จิตานรีแพทยาสัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม ๒๕๖๐



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health



ราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี ”
(Standard and Ethics to Improve Women's Health)

คณะผู้บริหาร
ราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย

- **ประธาน**
ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- **ผู้ริ่งตำแหน่งประธาน**
พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- **รองประธาน**
นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์
- **เลขาธิการ**
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิไลลักษณ์
- **รองเลขาธิการ**
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์
- **เหรียญกษาปณ์**
แพทย์หญิงสุวรรณา อัครพิริยานนท์
- **กรรมการกลาง**
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศรีฐาน
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจาทิบาล
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์
 - นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศกนันท์ มะโนทัย
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภัคดี จุลวิจิตรพงษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรณพ ใจสำราญ
 - ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ๋นใจ กอนันตกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โค้ววาสารัช

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สุทินรืเวย - จริยธรรมสาธก	๖
การลดการตายของมารดา	๘
คำถามท้ายเล่ม	๒๑
ฉบับ... ฉบับด้วยภาพ	๒๒

สุทินรืเวยฉบับพิมพ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักคณติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เข้าของ

ราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย
ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย
ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑-๒๔๔ โทรสาร : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑๐
www.rtcog.or.th
E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ดุสย สิกขสมวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมัทธนา สุบประเสริฐ
แพทย์หญิงลลิตพร พินนาวิจารย์

เลขานุการ

นางสาวจิระพันธ์ มวลมูล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาพร พูลประเสริฐ, นางสาวอริสา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรี-ดี สแกน จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๖๙-๖๔๖๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๖๗

บรรณาธิการแปล

โดย... ศ.พญ.สฤตพรพรรณ วิลิตกุล

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



ปกัศติใหม่ ๒๕๖๐ ๓: สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ ๒๕๖๐ นี้ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย จงดลบันดาลให้ท่านสมาชิกทุกท่านและครอบครัว ประสบแต่ความสุขความเจริญ สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ พบแต่สิ่งดี ๆ ที่ท่านตั้งใจไว้ สมหวังดังปรารถนาทุกประการ:

ต้นปีนี้ราชวิทยาลัยฯ ของเรามีเรื่องน่ายินดีและภาคภูมิใจ ๒ เรื่องค่ะ เริ่มด้วย **ศ.คลินิก พญ.วิบูลวรรณ ฐิตะดิลก** อดีตประธานราชวิทยาลัยฯ และ **พญ.ชัญวลี ศรีสุโข** สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ได้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา วาระปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ อีกทั้ง **ศ.เกียรติคุณ นว.สมพล พงศ์ไทย** อดีตรองประธานราชวิทยาลัยฯ ในโอกาสที่ได้รับพระราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งเป็น **“ราชบัณฑิต”** ประเภทวิชาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตรสาขาวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา สำนักวิทยาศาสตร์ขอแสดงความยินดีเป็นอย่างยิ่งกับทั้ง ๓ ท่านค่ะ

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ เริ่มต้นด้วยสารจากประธานราชวิทยาลัยฯ ที่ได้กล่าวถึงแนวทางการทำวิจัยของ **นว.อุสสพจน์ สุวรรณชาติ** สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จนได้รับรางวัลผลงานวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของสภาวิจัยแห่งชาติ อย่างน่าสนใจอย่างยิ่งค่ะ ต่อด้วยบทความสูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก เรื่อง **“Humanized health care / การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจ** ตอน **“แล้วแต่คุณหมอ”** โดย **นพ.พิษณุ ชันติพงษ์** ได้ให้ข้อคิดไว้ว่า **“การที่เราคิดว่าคนไข้เป็นญาติสนิทหรือคนที่เรารู้จักจะช่วยให้เราตัดสินใจถึงแนวทางการรักษาได้ดีขึ้น”** ตามมาด้วยเรื่อง **“การลดการตายของมารดา (Reduction of Maternal Mortality)”** โดย **นพ.สุริต คุณประดิษฐ์** ในนามของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ปิดท้ายด้วยคำถามท้ายเล่ม และ **บุบซิบ.. บุบซิบ ด้วยภาพ** เช่นเคยค่ะ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อลดโลกร้อนสมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้ค่ะ



พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ตำราจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.บว.ภิศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรื่อง **สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แห่งประเทศไทย ที่เคารพ**



เป็นที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งที่ บว.บสพจน์ สุวรรณชาติ สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้รับรางวัลผลงานวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของสภาวิจัยแห่งชาติ

เริ่มต้นจากเมื่อหลายปีก่อนตอนที่ท่านเป็นหัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้เข้าร่วมโครงการ Southeast Asian Optimizing

Reproductive and Child Health in Developing Countries (SEA-ORCHID) project ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง ๔ ประเทศใน SEA ได้แก่ Indonesia, Malaysia, Philippines และประเทศไทย และ University of Sydney, University of Adelaide และ Monash University ของ Australia โดยมีภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็น Focal point ของ SEA และ University of Sydney เป็น focal point ของทาง Australia เพื่อใช้หลักการของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (Evidence Based Medicine) พัฒนางานอนามัยแม่และเด็กใน SEA โดยได้รับงบประมาณจาก Welcome Trust and the Australian National Health and Medical Research Council โครงการนี้มีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการทำวิจัย หลังการฝึกอบรม นพ.บรรพจน์ ได้ตั้งคำถามวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research) ว่าทำไมการช่วยคลอดโดย vacuum extraction จึงต้องเพิ่ม negative pressure แบบ stepwise ครั้งละ 0.2 Kg/cm² จนถึง 0.8 Kg/cm² ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ ๑๐ นาที หนังสือ Williams Obstetrics ก็เขียนไว้แบบนี้โดยไม่มี reference

ตอนนั้นยังไม่มี Cochrane review เรื่องนี้ พวกเราโดยมี บว.บสพจน์ เป็นหัวหน้าทีม ได้ทำ Cochrane review กับ Pregnancy and Childbirth Review Group โดยมีชื่อเรื่องว่า Rapid versus stepwise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery พบว่ามี randomized controlled trial (RCT) อยู่ paper เดียวทำที่ประเทศ Netherlands มี sample size ๙๔ คน สามารถลดระยะเวลาการคลอดได้ประมาณ ๖ นาที โดยไม่เกิดผลเสียต่อทั้งแม่และลูก

เนื่องจากมี RCT อยู่ paper เดียว และมี sample size แค่ ๙๔ คน เราจึงยังไม่สามารถแนะนำให้ใช้ rapid method แทน stepwise method ได้ จึงตัดสินใจทำ randomized controlled trial คำนวณขนาดตัวอย่างได้ ๖๖๐ ราย ถ้าทำโรงพยาบาลเดียว ๑๐ ปี ก็ยังไม่เสร็จครับ จึงรวบรวมสรรพกำลัง ได้ ๖ สถาบัน ได้แก่ รพ.ภาพสินธุ์ รพ.ศรีนครินทร์ (ม.ขอนแก่น) รพ.ขอนแก่น ศูนย์อนามัยขอนแก่น รพ.มหาสารคาม และ รพ.ตำรวจ ช่วยกันทำ โดยมี นพ.บรรพจน์ เป็นหัวหน้าทีม ได้ทุนจาก สกว. ใช้เวลาทั้งเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียน paper และ แก้ไขกับ editor ทั้งหมดเพียง ๒ ปี ตีพิมพ์ ใน British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)

Reuter Health ที่ New York พาดหัวข่าวว่า **“A gradual stepwise increase in negative pressure during vacuum extraction” the usual approach doesn’t appear to offer any advantage over a faster method, Thai researcher reports** เราจึงนำเอาข้อมูลจาก RCT ของเรา ไป update Cochrane review และทำ meta-analysis และสามารถ recommend ได้ว่า ควรทำ rapid method negative pressure application vacuum extraction เพราะสามารถลดระยะเวลาการทำหัตถการลงได้เหลือน้อยกว่า ๒ นาที โดยไม่เกิดผลข้างเคียงต่อทั้งแม่และลูก

Williams Obstetrics 24th Edition ได้นำทั้ง Cochrane review และ RCT ของ นพ.บรรพจน์ ไปอ้างอิงเป็น references ซึ่งแสดงว่างานวิจัยมีคุณภาพดีมาก

แนวทางการทำวิจัยของ นพ.บรรพจน์ เป็นการดำเนินการแบบ Evidence Based Medicine อย่างเต็มรูปแบบได้แก่ ๑) Lifelong learning ๒) Routine to Research ๓) Research synthesis โดยทำ systematic review กับ Cochrane Collaboration ๔) ทำ original research โดยใช้ study design ที่เหมาะสม มีขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ ๕) มี collaboration ที่ดีสามารถทำ multi-center study ได้คำตอบโดยใช้เวลาไม่นานเกินไป ๖) มีการเผยแพร่ในวารสารที่เหมาะสม

ราชวิทยาลัยฯ มีนโยบายสนับสนุนให้สมาชิกทำวิจัยจากงานประจำ ทำ Research synthesis โดยทำ systematic review กับ Cochrane Collaboration ทำ multi-center collaborative study เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น



สุทินรีเอบ - จริยธรรมสากล

โดย... บพ.พิษณุ ขันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



Humannized health care

การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจ ตอนที่ ๑

“แล้วแต่คุณหมอ”

๑๖ มค. ๒๕๖๐

เนื่องใน “วันครู” ปีนี้ ผมขอกราบขอบพระคุณ “ครู” ทุกท่านที่มีจิตวิญญาณของความเป็นครู นอกจากอบรมสั่งสอนศิษย์แล้ว ยังเป็นตัวอย่างที่ดีให้ศิษย์ได้เห็น

สำหรับการเป็นแพทย์นั้น ผมถือว่า “คนไข้เป็นครูผู้ยิ่งใหญ่” ที่ผมได้เรียนรู้มากมาย จึงขอกราบขอบพระคุณคนไข้ทุกคนในฐานะครูด้วย

ผมขอแสดงความเคารพครูทุกท่าน ด้วยบทความที่ผมเริ่มเขียนเป็นตอนแรกของ “Humanized health care” เมื่อ ๔ ปีก่อน

บ่อยครั้งที่คนไข้และญาติ หลังจากได้ฟังคำอธิบายถึงโรคที่ป่วยและแนวทางการรักษา เมื่อแพทย์ถามความเห็นว่าจะเลือกรักษาหรือไม่ จะรักษาด้วยแนวทางใด เกือบทั้งหมดมักจะตอบว่า “แล้วแต่คุณหมอ” ทำให้หมอบางคนไม่รู้จะรักษาต่ออย่างไรหรือจะทำอย่างไรดี

ทุกครั้ง ที่ผมเจอคำตอบแบบนี้ ผมมักจะบอกคนไข้ทุกคนว่า ถ้าเป็นญาติของหมอเอง หมอก็คงจะทำอย่างนี้นะ การที่เราคิดว่าคนไข้เป็นญาติสนิท หรือคนที่เรารู้จักดี จะช่วยให้เราตัดสินใจได้ดีขึ้น เหมือนเช่น คนงานเปลเองที่กำลังเข็นผู้ป่วยไปส่งยังที่ต่าง ๆ ถ้าใครยังไม่เคยนอนบนเปลนอน แล้วให้เข็นไปตามที่ต่าง ๆ จะไม่รู้หรือกว่ามันน่ากลัวเพียงใด ทั้งกลัวตก และรู้สึกเวียนหัวเวลาเปลเหวี่ยง ตอนเลี้ยว หรือสะดุ้งเจ็บเวลาที่พื้นเปลี่ยนระดับ โดยเฉพาะในยามที่คนไข้กำลังเจ็บป่วย หรือกังวลเรื่องการเจ็บป่วย แต่ถ้าพนักงานเข็นเปลคนนั้นคิดว่า คนไข้บนเปลเป็นญาติของตนเอง คงจะต้องเข็นด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวลเป็นที่สุด เวลาที่จะเลี้ยว หรือเข็นเปลผ่านพื้นต่างระดับ ก็จะบอกให้คนไข้เตรียมตัวไว้ก่อน จะได้ไม่กลัวหรือตกใจ บางครั้งอาจชวนคุยเรื่องที่น่าสนใจ จะทำให้คนไข้คลายกังวลลงได้ เพียงแค่นี้คนไข้ก็มีความสุขได้แม้กำลังอยู่ใน รพ. นี่แหละที่ผมเรียกว่าการบริการด้วย “หัวใจ”

ผมจะพูดบ่อย ๆ ว่า พวกเรานั้นโชคดีที่สุดที่ได้ทำงานเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ รพ. ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือคนไข้ นอกจากจะทำงานหาเลี้ยงชีพแล้ว ยังได้สร้างบุญกุศลในเวลาเดียวกัน เนื่องจากงานของเรา เป็นการช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์จากโรคร้ายไข้เจ็บ เราจึงควรทำให้ดีที่สุด อย่างเต็มความสามารถ และด้วยความเต็มใจ ใครจะรู้ว่า สักวันหนึ่งเราก็ต้องเป็นคนไข้เอง และในยามนั้นเราย่อมอยากได้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ที่พร้อมให้การดูแลรักษาเรา ด้วยหัวใจบริการเหมือนเป็นญาติคนหนึ่ง เราจึงควรทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุด เพื่อคนไข้โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันที่เราเจ็บป่วยเองเสียก่อน

มีอยู่ครั้งหนึ่ง ที่คุณหมออายุรกรรมคนหนึ่ง โพลซ้อความลงในโซเชียลมีเดียขององค์กรแพทย์ว่า **“พวกเราลองมาคิดเล่น ๆ ดูว่า ถ้าเราเจ็บป่วยเราอยากได้หมอแบบไหนมารักษา”** ปรากฏว่าในเวลาไม่นาน มีคุณหมอหลากหลายสาขา เข้ามาให้ความคิดเห็นมากมาย แต่ละคนต่างก็ต้องการหมอที่ใจเย็น เก่ง อธิบายดี พูดจาอธิบายให้เข้าใจได้ง่าย มีเวลาให้กับคนไข้ มีความเห็นอกเห็นใจคนไข้ และอื่น ๆ อีกมาก ผมจึงได้โพสต์เข้าไปให้ความเห็นว่า **“แล้วทำไมเราไม่เป็นหมอนั่นล่ะครับ”** เป็นการปิดประเด็นไปโดยปริยาย เพราะไม่มีใครเข้ามาให้ความคิดเห็นอีกเลย แสดงให้เห็นว่าถ้าตัวเราเป็นคนไข้เอง เราต้องการหมอที่ดีที่สุดดูแล แต่กรณีเป็นคนไข้คนอื่น เราก็บล่ิมคิดไปว่าเขาก็คงต้องการหมอที่ดีที่สุดดูแลเช่นกัน

ผมจึงขอให้พวกเราทุกคน ที่ทำงานในโรงพยาบาลทุกแห่ง ไม่ว่าจะทำหน้าที่อะไร ขอให้ทำหน้าที่ตนเองให้ดีที่สุด และขอให้ทำงานด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้ เพื่อให้คนไข้มีความสุขแม้ยามเจ็บป่วย ไม่ว่าโรคที่เป็นจะร้ายแรงเพียงใด ก็ยังคงยิ้มได้ เพราะมีพวกเราเหมือนญาติสนิทช่วยดูแลใกล้ชิด

ผมต้องขอขอบคุณพวกเราทุกคน แทนคนไข้ที่มารับบริการ และขอให้ทำงานกันอย่างมีความสุขนะครับ

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”



การลดการตายของมารดา

(Reduction of Maternal Mortality)

โดย... นพ.สุริต คุณประดิษฐ์
ในนามคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก



สถานการณ์การตายมารดาในปัจจุบัน

สุขภาพอนามัยของมารดาและทารกปริกำเนิด เป็นดัชนีชี้วัดการพัฒนาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ สุขภาพอนามัยของมารดาและทารกปริกำเนิด ยังมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วไป เพราะทารกปริกำเนิดเหล่านี้ก็คือผู้ใหญ่ หรือหน่วยของสังคมในอนาคต หากทารกเหล่านี้แข็งแรงสุขภาพดี (ซึ่งต้องอาศัยมารดาเป็นส่วนสำคัญ) ก็จะทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนในอนาคตดีขึ้นตามไปด้วย

ในประเทศที่ยังมีการพัฒนาน้อย สุขภาพอนามัยของมารดาและทารกปริกำเนิดมักจะไม่ดี มีอัตราการตายและการเจ็บป่วยของมารดาและทารกปริกำเนิดสูง และจากสาเหตุที่ป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ ตรงกันข้ามในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราการตายและการเจ็บป่วยของมารดาและทารกปริกำเนิดจะลดลงเหลือน้อยมาก และสาเหตุส่วนใหญ่ป้องกันได้มากขึ้น

โรคและความเจ็บป่วย ของมารดาและทารกปริกำเนิด (Maternal and perinatal morbidity) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิดในประเทศกำลังพัฒนา ล้วนเป็นโรคที่ง่าย ๆ หรือความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ เช่น การคลอดติดขัด การตกเลือดหลังคลอด ภาวะทารกขาดออกซิเจนขณะคลอด เป็นต้น เนื่องจากโรคและความเจ็บป่วยเหล่านี้สามารถป้องกันได้ส่วนใหญ่ ทำให้การดูแลสุขภาพของมารดา และทารกปริกำเนิดเป็นสิ่งท้าทายและมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง

การตายของมารดาและทารกปริกำเนิด เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในหลายตัวชี้วัดของงานอนามัยแม่และเด็กที่สามารถบ่งบอกถึงมาตรฐาน และคุณภาพการบริการ ตลอดจนสถานะสุขภาพของแม่และเด็กที่ใช้กันในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา การตายของมารดานับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่งของประเทศ การตายของมารดาที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง ก่อให้เกิดผลกระทบและความเศร้าเสียใจอย่างมาก

การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน และถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีและมารดา^(๑)

ประมาณการพบว่า ทั่วโลกมีมารดาตาย ๕๘๕,๐๐๐ ราย การตายของมารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๙ เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีเพียง ร้อยละ ๑ เท่านั้น ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่าอัตราส่วนการตายมารดามีตั้งแต่ ๑๙๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (ประเทศในแถบลาตินอเมริกา และแคริบเบียน) ถึง ๘๗๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (ประเทศในแถบแอฟริกา) และพบอัตราสูงมากเกินกว่า ๑,๐๐๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิตในแถบแอฟริกาตะวันออกและตะวันตก^(๒)

การตายของมารดาในประเทศไทย

ในประเทศไทย อัตราส่วนการตายมารดาได้มีการนำไปใช้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุข ในแผนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในส่วนของแผนงานอนามัยแม่และเด็ก และได้จัดทำโครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการคลอด ทั้งมารดาและทารกตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๓ ปัจจุบันการรายงานอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทย ในระดับประเทศมี ๒ แหล่งคือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้คำนวณข้อมูลจากทะเบียนสถิติชีพของสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ.๒๕๓๗, ๒๕๓๘, ๒๕๓๙, ๒๕๔๐ มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๐.๘, ๑๐.๗, ๑๖.๔, ๑๐.๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้คำนวณข้อมูลจากรายงานที่ได้จัดทำขึ้นสำหรับโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๓๖.๑๗, ๑๗.๒๘, ๑๖.๘, ๑๕.๗๙ และ ๑๔.๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งในปี พ.ศ.๒๕๓๓, ๒๕๓๗, ๒๕๓๘, ๒๕๓๙, ๒๕๔๐ ตามลำดับ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๗.๕๔, ๒๓.๙๖, ๒๖.๘๙, ๒๓.๗๙, ๒๒.๑๓, ๒๐.๖๓, ๑๙.๗, ๑๘.๑, ๑๘.๑, ๒๐.๖, ๒๓.๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๑-๒๕๔๑^(๓-๖) ตามลำดับ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๔๖.๗, ๔๕.๑, ๓๖.๗ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒-๒๕๔๔^(๗) ๓๐.๗ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕^(๘) และ ๓๑.๒๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖^(๙) (ตาราง ๑, ภาพ ๑)

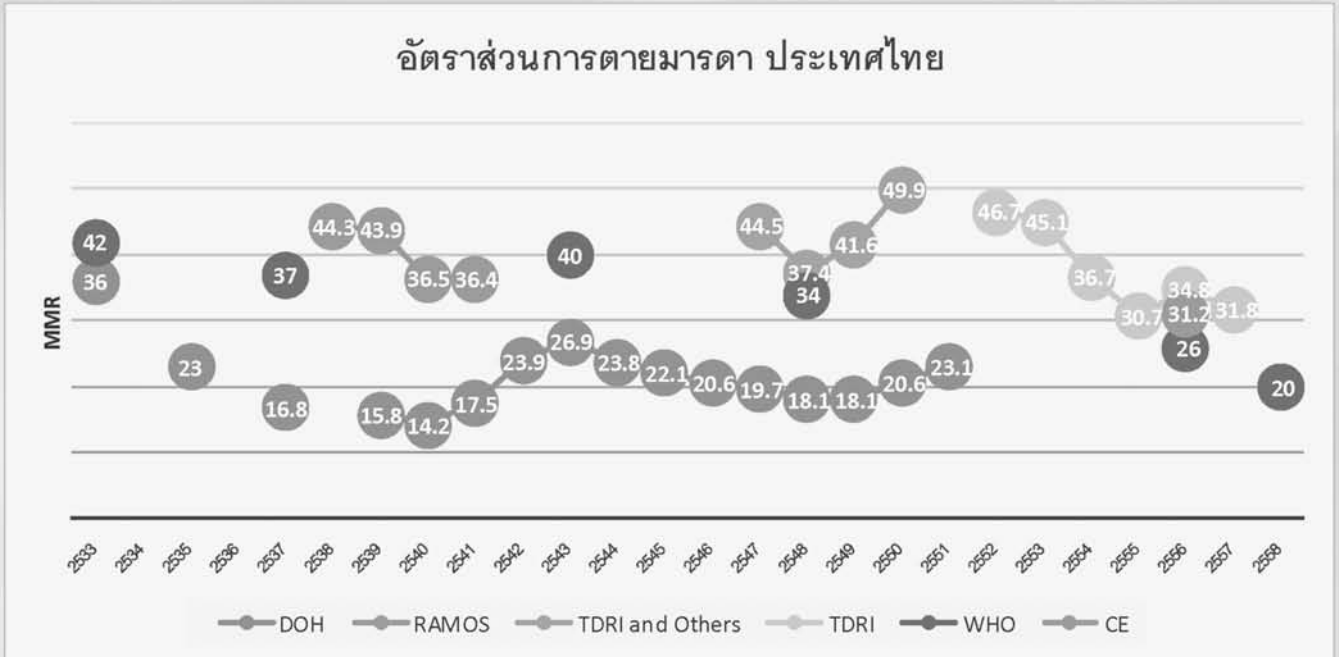
ในขณะที่การศึกษาโดย WHO UNICEF UNFPA World Bank และ United Nations Population Division ได้ประมาณการว่าอัตราส่วนการตายของมารดาในประเทศไทย ๒๐ ปีที่ผ่านมา ลดลงจาก ๔๒ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คนในปี ๑๙๙๐ เป็น ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คนในปี ๒๐๑๕^(๒)

ตาราง ๑ อัตราส่วนการตายมารดาโดยละเอียดสาเหตุการตายของมารดา ในประเทศไทย
ปีงบประมาณ ๒๕๔๐ - ๒๕๔๘

ปีงบประมาณ	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘
จำนวนมารดาคลอด (คน)	๗๓๒,๔๖๖	๖๘๓,๗๔๗	๖๕๐,๗๘๓	๖๓๘,๔๔๘	๖๔๖,๖๒๘	๗๐๓,๙๑๙	๖๓๘,๙๒๘	๖๖๓,๕๕๕	๖๖๗,๓๖๒	๖๔๓,๓๓๓	๖๓๐,๗๘๓	๖๓๗,๙๖๒	๗๖๐,๓๓๙	๗๕๖,๗๕๖	๗๙๐,๓๔๕	๘๐๓,๗๓๗	๗๘๖,๐๕๓	๗๔๘,๐๘๓	๗๓๓,๘๐๕
จำนวนมารดาตาย (คน)	๓๐๓	๓๒๐	๓๕๖	๓๗๖	๓๕๓	๓๕๖	๓๓๒	๓๓๓	๓๒๖	๓๓๘	๓๒๖	๓๔๘	๓๕๕	๓๔๓	๒๙๐	๒๔๖	๒๔๔	๒๖๐	๒๒๖
อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ)	๓๕.๓๗	๓๗.๕๕	๕๔.๖๖	๕๖.๘๙	๕๔.๗๙	๕๐.๓๓	๕๐.๖๓	๕๐.๗	๔๘.๓	๕๒.๓	๕๑.๖	๕๓.๓	๕๖.๗	๕๕.๓	๓๖.๗	๓๐.๗	๓๒.๖๐	๓๔.๘	๓๑.๒
สาเหตุการตาย																			
PPH	๒๐.๗๖	๒๕.๔๗	๓๓.๓๓	๓๖.๗๖	๔๖.๓๓	๓๓.๙๖	๒๗.๗๘	๓๔.๓	๔๓.๗	๒๓.๖	๒๒.๒	๓๓.๒	na	na	na	na	๓๗	na	na
infection	๔.๙๐	๓๓.๒๓	๓๐.๐๐	๓๐.๒๙	๔.๗๗	๓๕.๐๔	๘.๗๓	๕.๖	๒.๘	๔.๓	๖.๓	๗.๒	na	na	na	na	๗	na	na
PIH	๓.๗๖	๓๕.๐๔	๓๐.๐๐	๔.๐๔	๓๕.๐๔	๓๓.๘๔	๓๖.๖๗	๓๓.๓	๓๓.๓	๓๒.๔	๓๓.๕	๓๓.๐	na	na	na	na	๓๐	na	na
Amniotic fluid embolism	๓๕.๘๔	๖.๖๐	๓๓.๓๓	๔.๕๖	๓๐.๕๓	๓๔.๔๗	๓๓.๔	๓๖.๗	๓๐.๖	๓๒.๔	๓๕.๓	๓๕.๒	na	na	na	na	๗	na	na
Others (direct causes)	๓๕.๘๔	๔.๗๖	๕.๕๖	๖.๖๖	๓.๖๗	๓.๗๗	๘.๗๓	๓.๖	๕.๖	๓๒.๔	๘.๗	๔.๓	na	na	na	na	๓๖	na	na
Others (indirect causes)	๒๘.๗๓	๓๓.๐๖	๒๓.๓๓	๒๕.๐๐	๓๒.๗๘	๓๕.๐๔	๒๓.๕๓	๒๓.๐	๒๓.๙	๓๓.๐	๒๗.๐	๒๐.๓	na	na	na	na	๔๓	na	na
Others	๓.๘๘	๓.๘๘	๔.๔๔	๓.๖๘	๖.๐๖	๓.๗๘	๓.๗๗	๖.๓	๒.๓	๔.๓	๗.๒	๘.๗	na	na	na	na	๓๐	na	na

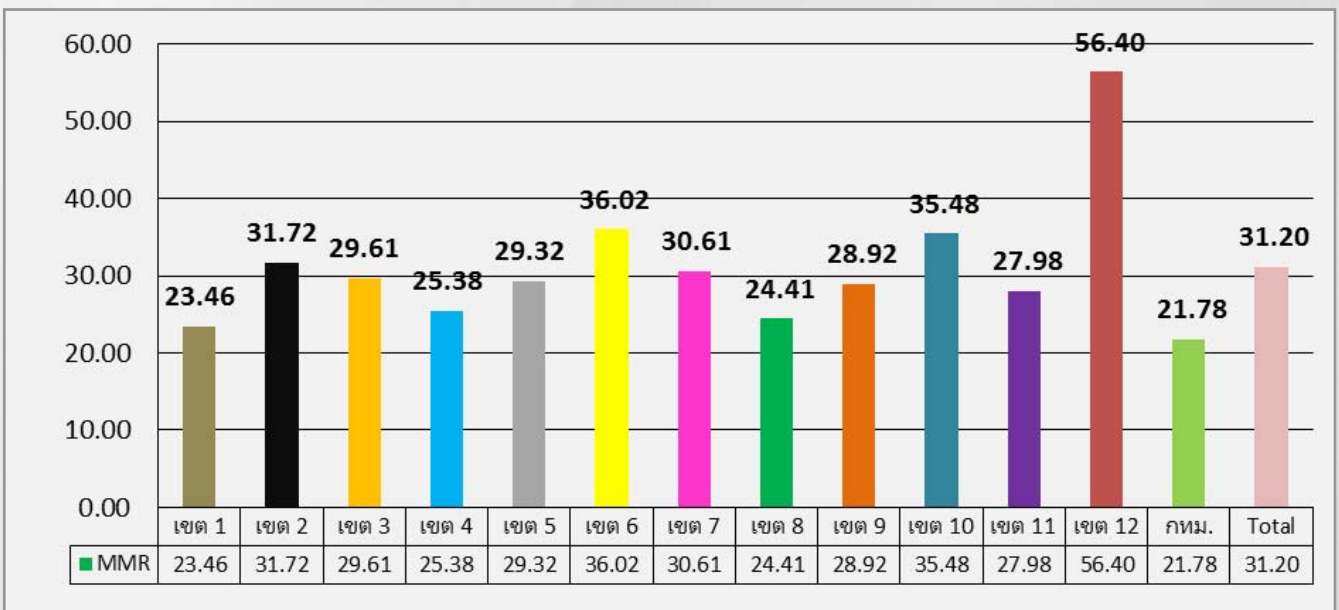
ที่มา: ปี ๒๕๓๓ - ๒๕๔๐ ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, Safe Motherhood Project
ปี ๒๕๔๑ - ๒๕๔๖ ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย^(๓-๖)
ปี ๒๕๔๒ - ๒๕๔๔ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย^(๗)
ปี ๒๕๔๕ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย^(๘)
ปี ๒๕๔๖ ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย^(๙)
ปี ๒๕๔๗ - ๒๕๔๘ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย^(๙)

ภาพ ๑ อัตราส่วนการตายของมารดาในประเทศไทย



ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย/สตรี โดยอัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน^(๑๐) สาเหตุการตายของมารดา ๑ ใน ๓ เกิดจากการบริหารจัดการการคลอด และ ๒ ใน ๓ มารดาตายมีโรคหรือภาวะโรค เช่น ความดันโลหิตสูงเบาหวานโรคหัวใจ ฯลฯ โดยมีสาเหตุการตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) จากภาวะความดันโลหิตสูง ชัก ขณะตั้งครรภ์ (PIH) จาก unsafe abortion จาก medical complications (โรคหัวใจ และอื่น ๆ) ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายพัฒนาสหัสวรรษ (MDGS) ที่กำหนดให้ลดอัตรามารดาตายลดลง ๓ ใน ๔ โดยให้ลดลงเหลือ ๑๓ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนใน พ.ศ. ๒๕๕๘ แสดงว่าปัญหาการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอด ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ (ภาพที่ ๒)

ภาพ ๒ อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกตามเขตสุขภาพ



ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานผลการตายของมารดาในประเทศไทย ปีพ.ศ.๒๕๕๖^(๑)

สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา^(๑๑)

สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา สามารถจำแนกตามกลุ่มของสาเหตุการเสียชีวิต ดังต่อไปนี้

๑. เสียชีวิตจากสาเหตุทางสูติศาสตร์โดยตรง (Direct obstetric cause) หมายถึง การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่เกิดขึ้น ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน ๔๒ วันหรือ ๖ สัปดาห์ ที่เกิดจากการรักษา ละเว้นการรักษา รักษาไม่ถูกต้อง หรือจากผลต่อเนื่องของโรคทางสูติศาสตร์ที่เกิดขึ้น
๒. เสียชีวิตจากสาเหตุโดยอ้อม (Indirect cause) หมายถึง การเสียชีวิตที่เกิดจากโรคประจำตัว ที่เกิดก่อนหรือโรคที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ที่ไม่ใช่โรคทางสูติศาสตร์ โดยมีอาการรุนแรงขึ้นเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์

ความล่าช้า ๓ ประการ (Three Delays Model) ที่ทำให้มารดาเสียชีวิต ประกอบด้วย^(๑๒)

๑. ความล่าช้าในการตัดสินใจรับบริการ (Delay in decision to seek care)^(๑๓)

- ความล้มเหลวในการรับรู้สัญญาณอันตราย
- ขาดเงินที่จะจ่ายสำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ / การเดินทาง
- ความกลัวของการรักษาที่เลวร้ายในสถานบริการสุขภาพ
- ความไม่เต็มใจของแม่หรือคนในครอบครัวที่จะแสวงหาการดูแลเนื่องจากข้อจำกัดทางวัฒนธรรม
- ขาดอำนาจ โดยผู้หญิงหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อใช้ในการตัดสินใจ
- ขาดการให้กำลังใจจากญาติและสมาชิกในชุมชนที่จะแสวงหาการดูแล
- ขาดการประกอบบริการสถานบริการสุขภาพ

๒. ความล่าช้าในการเดินทาง/เข้าถึงบริการ (Delay in reaching care)^(๑๓)

- ระยะห่างจากบ้านของผู้หญิงที่จะดูแลสถานที่หรือผู้ให้บริการ
- ถนนขาดหรือสภาพของถนนที่แย่
- ขาดการส่งต่อฉุกเฉินไม่ว่าจะเป็นทางบกหรือทางน้ำ
- การขาดความตระหนักในการให้บริการที่มีอยู่
- การขาดการสนับสนุนจากชุมชน

๓. ความล่าช้าในการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving care)^(๑๓)

- ขาดบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพ
- การขาดแคลน ยาฉุกเฉินหรือเลือด
- ขาดอุปกรณ์สำหรับ Emergency Obstetric Care (EmOC)
- การขาดความสามารถของผู้ให้บริการด้านการดูแล EmOC
- ระบบการส่งต่ออ่อนแอ (รวมถึงการขนส่งและการสื่อสาร)

จากหลักฐานทางวิชาการ การตายของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage, PPH) ป้องกันได้ร้อยละ ๙๓ และการตายของมารดาจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension, PIH) ป้องกันได้ร้อยละ ๖๐^(๑๔) สิ่งที่ได้รับการยอมรับและดีที่สุดในการลดการตายของมารดา คือ การพัฒนาระบบ และการพัฒนานคน ในการดูแลภาวะฉุกเฉินและแทรกซ้อนทางสูติกรรม โดยต้องอบรมทีมงานทาง

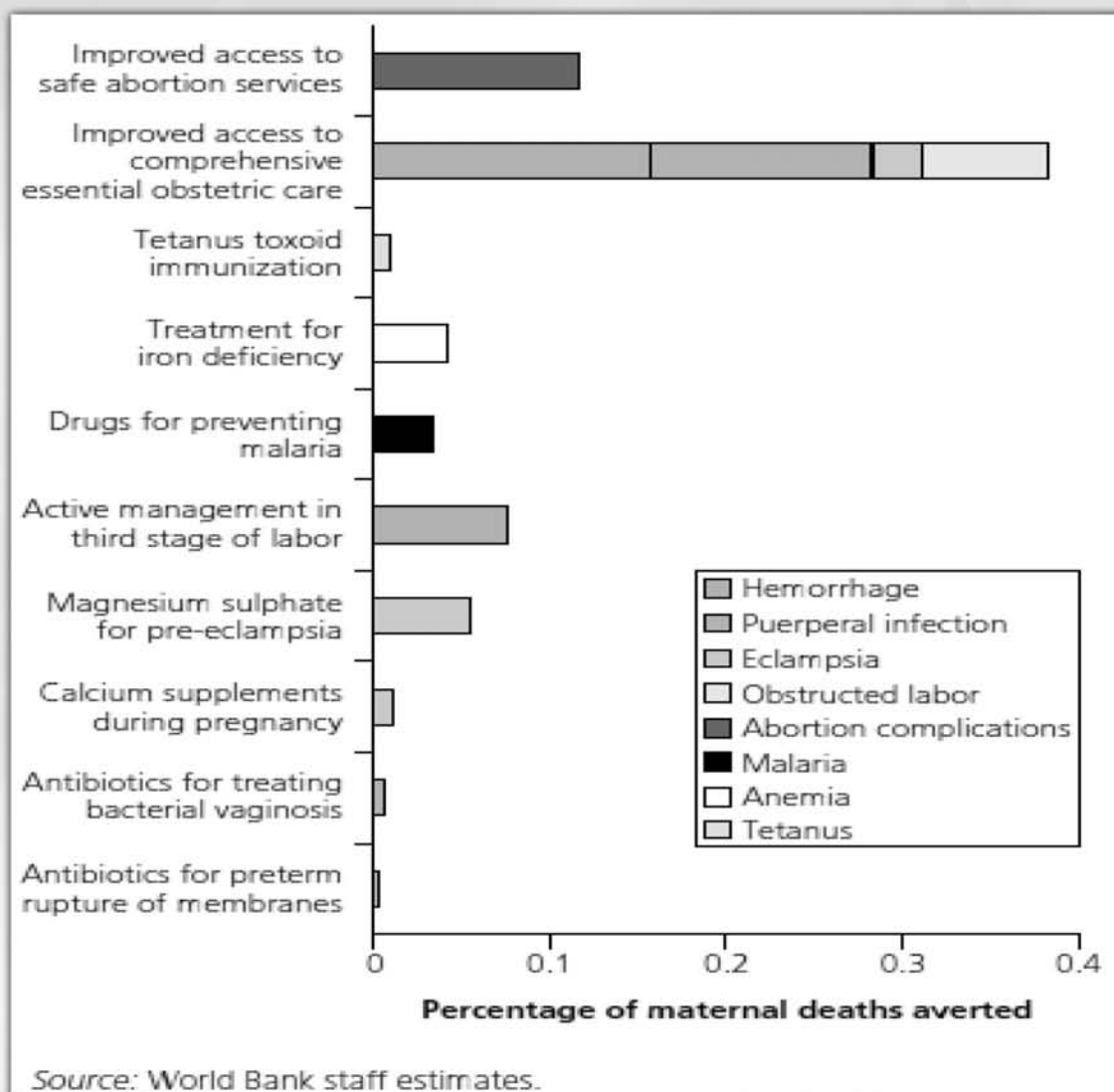
สูตรกรรมให้มีความเชี่ยวชาญ สามารถแก้ไข รักษาภาวะเสี่ยง และวิกฤติได้อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันการตายที่ถือว่าป้องกันได้คือ PPH และ PIH โดยจัดให้มีการอบรมอย่างสม่ำเสมอ โดยซ่อมและสร้างสถานการณ์สมมติ และมีการประเมินศักยภาพของทีม เพื่อการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เพื่อจะการตายของมารดาลดลงได้ร้อยละ ๔๐ - ๕๐ เพราะ PPH และ PIH มีสัดส่วนการตายมากถึงร้อยละ ๕๐^(๑)

บทบาทของสูติแพทย์และพยาบาล ในการลดการตายของมารดา จะเห็นได้ว่าหัวหน้าทีม คือ สูติแพทย์ ต้องมีส่วนสำคัญในด้านการเป็นผู้นำ (leadership) และทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ สร้างระบบ พัฒนาคน เพื่อลดการตายของมารดา และพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลในการดูแลการคลอดปกติ และเฝ้าระวัง ประสานงานกับสูติแพทย์ ในการ เฝ้าระวังภาวะวิกฤติ ระบบต้องใช้ maternal early warning sign ในการเฝ้าระวัง ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง และทำงานเป็นทีม^(๑)

ร้อยละ ๗๔ ของมารดาที่เสียชีวิตสามารถลดลงได้ ถ้าสตรีทุกคนได้รับการดูแลรักษา ที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าสามารถป้องกัน หรือรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ในการตั้งครรภ์และการคลอดได้ โดยการตายของมารดาที่ลดลงจากการให้บริการ (Maternal deaths averted through access to services)^(๑๔) ประกอบด้วย

- การปรับปรุงการเข้าถึง safe abortion services
- การปรับปรุงการเข้าถึง comprehensive essential obstetric care
- การให้ Tetanus toxoid immunization
- การรักษา iron deficiency
- ยาที่ใช้ในการป้องกัน malaria
- การทำ Active management in third stage of Labor
- การให้ Magnesium sulphate สำหรับ pre-eclampsia
- การให้ Calcium supplements ระหว่างตั้งครรภ์
- การให้ ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษา bacterial Vaginosis
- การให้ ยาปฏิชีวนะในรายการก่อนกำหนดที่มีน้ำเดิน

ภาพ ๓ การตายของมารดาที่ลดลงจากการให้บริการ
(Maternal deaths averted through access to services)



Source: Wagstaff A, Claeson M. The Millennium Development Goals for Health: rising to the challenges. Washington: World Bank; 2004

หนึ่งในกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่พิสูจน์แล้ว คือ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานฉุกเฉินสูติกรรม ซึ่งประกอบด้วย parenteral oxytocics, antibiotics และ anticonvulsants; assisted deliveries; manual extraction of the placenta; removal of retained products และจำเป็นเพื่อให้บริการสูติกรรมฉุกเฉินครอบคลุม (basic services รวมถึง Caesarean sections และ blood transfusions)^(๑๔)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ในการทำให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย องค์ประกอบของห้องคลอดคุณภาพ ประกอบด้วย^(๑)

๑. การประเมินภาวะเสี่ยงในห้องคลอด
๒. แปลผล intrapartum EFM ตามแบบประเมิน EFM ที่กำหนด
๓. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มมาตรฐาน admission record

๔. ให้การบริการถูกต้องตาม check list guideline ห้องคลอดคุณภาพ
๕. การใช้กราฟดูแลการคลอด
๖. มีชุดเครื่องมือกู้ชีพของมารดาที่พร้อมใช้
๗. มีทีมบุคลากรสามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๘. สามารถทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือทำการส่งต่อได้ทันที
๙. การป้องกัน และรักษาภาวะการฉีกขาดหลังคลอด
๑๐. มีคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพหรือมีระบบเครือข่ายในการหาเลือด
๑๑. มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอดไม่น้อยกว่า ๑ : ๓
๑๒. มีการนำลูกให้แม่โอบกอดเนื้อแนบเนื้อและช่วยเหลือให้ลูกได้ดูดนมแม่โดยดูนมทันทีภายในระยะเวลาไม่เกิน ๓๐ นาที และ ดูดนาน ๑ ชั่วโมง
๑๓. การส่งต่อมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัย
๑๔. เก็บข้อมูลวิเคราะห์
๑๕. มีการนำข้อมูลหรือตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานมาใช้เฝ้าระวังหรือวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนางาน
๑๖. มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในห้องคลอด เพื่อให้การคลอดปลอดภัย
๑๘. มีการทบทวนการดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตทุกราย เพื่อหาจุดบกพร่องและทำการปรับปรุงแก้ไข

การคลอดที่สะอาดและปลอดภัย^(๑๑)

สตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรคลอดในสถานที่ที่สะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อทั้งมารดาและทารกแรกเกิด และได้รับการดูแลการเจ็บครรภ์และคลอดโดยผู้ที่มีทักษะ คือแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ที่ได้รับการศึกษาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ร้อยละ ๑๖ - ๓๓ ของมารดาที่เสียชีวิต จะเสียชีวิตในช่วงเวลาเจ็บครรภ์และคลอด ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุต่อไปนี้เป็นคือ ตกเลือดหลังคลอด ชักจากพิษแห่งครรภ์ คลอดติดขัด ติดเชื้อในกระแสเลือดหลังคลอด ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้าได้รับการดูแลจากผู้มีทักษะในการดูแลที่ดี และยังช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกแรกเกิดได้อีกด้วย

ร้อยละ ๗๔ ของมารดาที่เสียชีวิตสามารถลดลงได้ ถ้าสตรีทุกคนได้รับการดูแลรักษาที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าสามารถป้องกัน หรือรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ในการตั้งครรภ์และการคลอด ประเทศที่มีสัดส่วนการคลอดโดยผู้ที่มีทักษะทั้งแพทย์และผดุงครรภ์สูงมีอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาต่ำ

การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์^(๑๑)

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่มีปัจจัยที่สามารถป้องกันหรือทำนายได้ล่วงหน้า ดังนั้นการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์จึงมีความจำเป็นและสำคัญ ประเทศที่มีความพร้อมตามเกณฑ์ของการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์พบอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาต่ำ

สถานบริการที่มีความพร้อมในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ มีผู้มีความรู้ทักษะในการคลอด และมีระบบบริการที่ดี มีความพร้อมของยาและเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลทางสูติศาสตร์ สามารถลดอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาและการเสียชีวิตเฉพาะโรคได้ ร้อยละ ๕๕^(๑๑)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลภาวะทางสูติศาสตร์ เป็นสิ่งสำคัญในการลดการเกิดโรคที่รุนแรง และการเสียชีวิตของมารดา ความสำเร็จของการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งมารดาและทารกเกิดขึ้นมาจาก โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ที่ส่งเสริมการอบรมการคลอดโดยผู้มีทักษะ มีระบบการส่งต่อที่ดี การควบคุมและสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุข การให้คำแนะนำและติดตามผลการทำงานของระบบบริการทางสูติศาสตร์

เกร็ดทอสม

เพื่อความปลอดภัยของการคลอด ห้องคลอดทุกแห่งต้องจัดให้มีการฝึกซ้อมสถานการณ์สมมุติ กรณีฉุกเฉินทางสูติกรรมจำลอง เพื่อปรับปรุงการจัดการเหตุฉุกเฉินทางสูติกรรม หน่วยงานสูตินรีเวชกรรม ควรจะมีระบบในการพัฒนาทักษะของทีมอย่างสม่ำเสมอ ในด้านการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ พยาบาลผู้ทำคลอด หรือสูติแพทย์ทุกคน ควรจะได้รับการฝึกอบรมภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชำนาญ และสามารถช่วยคลอดในภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง ควรมีการฝึกซ้อมแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยทุกคนในห้องคลอดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความคล่องแคล่ว รวดเร็ว สามารถทำงานเป็นทีมได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์

สาเหตุของการตายของมารดา การแทรกแซงทางการแพทย์ ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ การดูแลเบื้องต้น การส่งต่อ และในชุมชน เพื่อลดการตายของมารดา โดยแบ่งการป้องกันและดูแลตามสาเหตุ เช่น จากภาวะตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ภาวะติดเชื้อ การคลอดติดขัด และสาเหตุทางอ้อม (ตาราง ๒)^(๑๗-๑๙)

ตาราง ๒ Common causes of maternal death: evidence-based medical interventions at the referral/first level facility and in the community

Cause	Referral/first level facility Interventions	Community Interventions
Prevention and management of postpartum haemorrhage	a) Prophylactic uterotonics to prevent postpartum haemorrhage b) Active management of third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage c) Uterine Massage d) Uterotonics e) Manual removal of placenta f) Non-pneumatic anti-shock garment as a temporizing measure until substantive care is available	a) Prophylactic uterotonics to prevent postpartum haemorrhage b) Uterine Massage c) Uterotonics
Prevention and management of hypertension in pregnancy	a) Calcium supplementation in pregnancy b) Low dose aspirin for the prevention of pre-eclampsia in high risk women c) Use of antihypertensive drugs for treating severe hypertension in pregnancy d) Prevention and treatment of eclampsia	Calcium supplementation in pregnancy

Cause	Referral/first level facility Interventions	Community Interventions
Prevention of and management of unintended pregnancy	a) Advice and provision of family planning: barrier methods, oral contraceptives, emergency contraceptives, hormonal methods, implants, intrauterine devices, and surgical contraception. b) Availability and provision of safe abortion c) Provision of post abortion care	Advice and provision of family planning : barrier methods, oral contraceptives, emergency contraceptives, hormonal methods.
Prevention and treatment of Sepsis	a) Antibiotics for management of preterm prelabour rupture of membranes b) Induction of labour for management of prelabour rupture of membranes at term. c) Prophylactic antibiotic for caesarean section d) Detection and management of postpartum sepsis	
Obstructed labour (and associated complications, e.g., sepsis, haemorrhage)	Caesarean section Antibiotic therapy Blood transfusion	
Indirect causes	a) Provide essential package antenatal care b) Prevention and management of sexually transmitted infections including HIV for prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV c) Prevention and management of malaria in pregnancy including prophylactic antimalarial and provision and promotion of Insecticide Treated Nets d) Treatment of simple malaria cases e) Treatment of complicated malaria cases f) Social support during childbirth g) Screening for and management of signs/symptoms of domestic violence and sexual assault h) Prevent, measure, and treat maternal anaemia i) Treatment of severe HIV infection.	a) Prevention and management of sexually transmitted infections including HIV for prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV b) Prevention and management of malaria in pregnancy including prophylactic antimalarial and provision and promotion of Insecticide treated Nets

Source. World Health Organization Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health, 2010.

The Partnership for Maternal Newborn and Child Health, World Health Organization, et al. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child Health, 2011.

บทบาทสำคัญของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก^(๑)

คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Provincial Maternal and Child Health Committee)

คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด เริ่มก่อตั้งในปี ๒๕๔๓ โดยมีเป้าหมายลดปัญหา low birthweight, birth asphyxia, child development โดยต้องการให้มีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Provincial Maternal and Child Health Committee/Board: MCH Board) โดยคณะกรรมการประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สูติแพทย์ กุมารแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด ทารกแรกเกิด คลินิกสุขภาพเด็กดี) เวชกรรมสังคม แพทย์/พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนการทำงานในระดับจังหวัด ในการป้องกัน แก้ไข ปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่การฝากครรภ์คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ การดูแลหลังคลอด ทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างมีคุณภาพ คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดได้รับการยกย่องว่าเป็น Best Practice/Innovation to improve maternal, newborn and child health จากรายงานของ WHO SEARO ต่อมาจึงมีการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนานามัยแม่และเด็กระดับเขตขึ้นเพื่อดำเนินการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในภาพเขตสุขภาพทุกเขตในประเทศไทย

MCH Board ระดับเขต ระดับจังหวัด บทบาทสำคัญในการทำงานอนามัยแม่และเด็ก^(๑)

การพัฒนาระบบคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็ก โดยคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) ซึ่ง MCH Board ต้องบริหารจัดการระบบ โดยปรับปรุงโครงสร้างองค์กร ทั้งระดับจังหวัด/โซน/CUP ให้เหมาะสมตามระบบบริหารจัดการแต่ละจังหวัด นำผลการดำเนินงานแต่ละปี มาวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง เพื่อให้ทราบประเด็นปัญหา และค้นหาโอกาสเพื่อนำไปสู่การพัฒนา เพื่อผลักดันเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาของจังหวัด โดยกำหนดเป้าหมายและหากลยุทธ์การพัฒนา ที่จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มวัยแม่และเด็ก MCH Board วางแนวทางการพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหาในช่วงระยะของการให้บริการ โดยวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงลึกด้วยว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากระบบบริหารจัดการหรือศักยภาพของบุคลากร

II แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการตายของมารดา ของ MCH Board ระดับเขต ระดับจังหวัด

๑. จัดระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงระบบในพื้นที่ เช่น ตรวจคัดกรองความเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์ ที่ รพ. สต. โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ๑๘ ข้อในสมุดสีชมพู ถ้าพบความเสี่ยงส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน ใช้ตัวคัดกรองสำหรับแพทย์ของกรมแพทย์ ถ้าพบส่งต่อหมอสูติในโซนก่อนส่งต่อไปในระดับจังหวัด ซึ่งการที่จะขับเคลื่อนได้ ต้องสร้างความเข้มแข็งของ MCH Board ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับ Cup
๒. พัฒนาระบบ service plan ในระดับเขตที่ชัดเจน มีกลไกการติดตาม กำกับประเมินที่มีคุณภาพ สะท้อนความเป็นจริง และเชื่อมโยงกันในทุกระดับ และบูรณาการร่วมกับ MCH Board
๓. ส่งเสริมการฝากท้องเร็ว โดยการสร้างกระแสสังคมให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว โดยการใช้สื่อสารมวลชน ประชาสัมพันธ์ในภาพระดับประเทศ ขณะเดียวกันในระดับพื้นที่ให้ อสม. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

การพัฒนาคุณภาพบริการ

๑. ระดับ รพ. สต. พัฒนาศักยภาพในการคัดกรองภาวะเสี่ยง
๒. ระดับโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาศักยภาพในการดูแลภาวะฉุกเฉินในห้องคลอด การรักษาการตกเลือด และความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ มีคลังเลือด
๓. ระดับโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ มีการบูรณาการที่รักษาเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ
๔. สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีระบบส่งต่อสูติกรรมแบบช่องทางด่วน (Fast tract obstetrics)
๕. ทบทวนมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ในการประเมินรับรองคุณภาพของการบริการฝากครรภ์ และการคลอดคุณภาพ โดยเฉพาะในห้องคลอด ต้องมีสร้างสถานการณ์จำลอง การสาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อให้แน่ใจว่าบุคลากรสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่

การบริหารจัดการเชิงระบบในการลดการตายของมารดา^(๓๐)

๑. การฝากครรภ์ โดยดำเนินการให้มีการฝากครรภ์เร็ว (Early ANC) อสม. / แกนนำในชุมชน / ทีมหมอครอบครัว ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน / คปสอ. กำกับติดตาม
๒. Risk identification
 - หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการประเมินความเสี่ยง ในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด
๓. การบริหารความเสี่ยง Risk management
 - High risk pregnancy ได้พบสูติแพทย์ ทุกราย
 - High of risk pregnancy ที่มีความเสี่ยงรุนแรง, medical complication ทุกราย ต้องทำคลอดโดยสูติแพทย์ ใน รพ. ที่มีความพร้อม
 - มีการกำหนดเวลาในการดูแลให้เลือดหยุดในรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงเลือดหยุดไม่ควรเกิน ๓๐ นาที หากเลือดไม่หยุด ต้องส่งต่อแบบช่องทางด่วน (Fast tract obstetrics) จาก รพช. มายัง รพท/รพศ ต้องใช้เวลา เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดา เนื่องจากการตายของมารดาในภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นใน ๒ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย^(๓๓)
๔. การบริหาร ยา เวชภัณฑ์
 - ใช้ถุงตรวจเลือด ในห้องคลอดทุกราย เพื่อ early detection ภาวะตกเลือดหลังคลอด
 - ทุก รพ. ที่มีการคลอด มียารักษาภาวะตกเลือด Oxytocin, Ergometrine, Prostaglandin E2 (Cytotec) ครบถ้วน
 - มี สารน้ำ คลังเลือด หรือ ระบบสำรองคลังเลือด
๕. การฝึกอบรม (Training)
 - แพทย์จบใหม่ก่อนออก รพ. ช. ชี้แจงระบบ Consult และส่งต่อ case high risk pregnancy
 - ฝึกซ้อม จำลองสถานการณ์ภาวะวิกฤติ ใน รพ. ช. อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความคล่องแคล่ว รวดเร็วสามารถทำงานเป็นทีมได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์
๖. ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ (Consult/ refer)
 - ลดเกณฑ์ในการ refer ในเขตพื้นที่สูงและห่างไกล
 - จัดทำระบบ High risk pregnancy fast tract

๗. บทบาทของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board)

- MCH Board ระดับ จังหวัด
- นิเทศติดตาม (coaching) รพ. ช. ทุกแห่ง
- จัดให้มีระบบ MCH data system ให้ถูกต้อง ทันเวลา
- MCH Board ระดับเขต
- นิเทศติดตาม (coaching) รพ. จังหวัด
- สะท้อนข้อมูล ให้ผู้บริหารรับทราบ
- Decision making ในเชิงนโยบาย

ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดการตายของมารดาไว้ที่ ๑๕ ต่อ ๑ แสนการเกิดมีชีพ ดังนั้นต้องกำหนดทิศทางในการลดอย่างจริงจังด้วยเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริง บุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กทุกคนต่างมีส่วนร่วมในการทำเรื่องนี้

การตายของมารดาในประเทศไทย ยังมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก PPH, PIH, unsafe abortion จาก medical complications (โรคหัวใจ และอื่น ๆ) หากเราต้องการเห็นอัตราการตายของประเทศไทยต่ำกว่า ๑๕ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ เราต้องมุ่งมั่นที่จะป้องกันการตายจากภาวะ PPH, PIH อย่างจริงจังที่สุดให้สำเร็จ ในประการต่อมาสิ่งที่ต้องทำร่วมกันคือการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการในทีมสหสาขาวิชาชีพ คือการคุมกำเนิดในสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรค SLE และอื่น ๆ

ทิศทางเหล่านี้จะมีส่วนลดการตายของแม่ลงให้ต่ำกว่า ๑๕ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ ประสบความสำเร็จและเป็นสิ่งที่ท้าทาย และความคาดหวังอย่างแท้จริงของประเทศไทย ทำทนายการบริหารจัดการของ MCH Board ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับชาติ อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

๑. สุจิตต์ คุณประดิษฐ์. Maternal and Child Health Program: Role of Maternal and Child Health Board to Improve MCH Outcome. ใน:.. ฉลอง ชิวเกรียงไกร, ประภาพร สู่ประเสริฐ, โอภาส เศรษฐบุตร, กุณทวี ไตรศรีศิลป์ หมื่นพินิจ, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชเชียงใหม่ทันยุค ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: จรัสธุรกิจการพิมพ์; ๒๕๕๙: ๒๓-๕๒.
๒. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
๓. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและการกปรกัาเนิดปี ๒๕๔๐-๒๕๔๔. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๔. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและการกปรกัาเนิด ปี ๒๕๔๔-๒๕๔๖. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๕. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและการกปรกัาเนิด ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๙. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๖. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและการกปรกัาเนิด ปี ๒๕๔๙-๒๕๕๑. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๒.

๗. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. การศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร: วชิรยุทธการปก; ๒๕๕๘.
๘. Chandoevrit W, Phatchana P, Sirigomon K, leawsuwan K, Thungthong J, Ruangdej S. Improving the measurement of maternal mortality in Thailand using multiple data sources. Popul Health Metr 2016 4;14:16.
๙. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานผลการตายของมารดาในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖.
๑๐. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘.
๑๑. ทิพวรรณ เลียบสถิตระกุล. แนวคิด หลักฐาน และการปฏิบัติ: ความปลอดภัยของการตั้งครรภ์. สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ๒๕๕๗.
๑๒. McCarthy J, Maine D. A framework for analysing the determinants of maternal mortality. Stud Fam Plann 1992;23:23–33.
๑๓. World Health Organization. Maternal death surveillance and response technical guidance: information for action to prevent maternal death. Geneva (CH): World Health Organization;2013.
๑๔. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, Bell EA, Brown HL, Hage ML, et al. Preventability of pregnancy related deaths: results of a statewide review. Obstet Gynecol 2005;106:1228–34.
๑๕. Wagstaff A, Claeson M. The Millennium Development Goals for Health: rising to the challenges. Washington: World Bank;2004
๑๖. Paxton A, Maine D, Freddman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care. Int J Gynaecol Obstet 2005;88:181–93
๑๗. World Health Organization. Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health 2010.
๑๘. The Partnership for Maternal Newborn and Child Health, World Health Organization, et al. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child Health 2011.
๑๙. World Health Organization. Maternal death surveillance and response technical guidance: information for action to prevent maternal death. Geneva (CH): World Health Organization; 2013.
๒๐. สุจิตต์ คุณประดิษฐ์. การจัดการปัญหาการตายมารดาในถิ่นทุรกันดาร. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็กและจัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย. ๒๑-๒๒ เมษายน ๒๕๕๙ โรงแรมดิเอ็มเพรส อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่



คำถามท้ายเล่ม

จากคณะอนุกรรมการ การศึกษาต่อของอดิเรกอดิเรก

สำหรับสะสมคะแนน CME

๑. ตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) กำหนดให้ลดอัตราการตายลดลงให้เหลือเท่าใดในปี พ.ศ. ๒๕๕๘

- ก. ๑๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ข. ๑๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ค. ๑๓ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ง. ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- จ. ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. จากหลักฐานทางวิชาการ การตายของมารดาจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension, PIH) สามารถป้องกันได้ร้อยละเท่าใด

- ก. ร้อยละ ๕๐
- ข. ร้อยละ ๖๐
- ค. ร้อยละ ๗๐
- ง. ร้อยละ ๘๐
- จ. ร้อยละ ๙๐

๓. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินและแทรกซ้อนทางสูติกรรมนั้นควรมีการปฏิบัติเช่นไร

- ก. จัดอบรมทีมงานเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญ สามารถแก้ไข ภาวะฉุกเฉิน และวิกฤติได้อย่างปลอดภัย
- ข. สูติแพทย์ควรเป็นผู้นำ (leadership) ในการทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ สร้างระบบ พัฒนาคน
- ค. พยาบาลควรเป็นผู้ดูแลในการดูแลการคลอดปกติ และเฝ้าระวัง ประสานงานกับสูติแพทย์
- ง. ใช้ maternal early warning sign ในการเฝ้าระวัง
- จ. ถูกทุกข้อ

๔. ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการทำให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยนั้น องค์ประกอบของห้องคลอดคุณภาพควรมีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอดไม่น้อยกว่าเท่าใด

- ก. ๑:๑
- ข. ๑:๑.๕
- ค. ๑:๒
- ง. ๑:๒.๕
- จ. ๑:๓

๕. ในการดูแลให้เลือดหยุดในรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่วินิจัย จนถึงเลือดหยุด ไม่ควรเกินกี่นาที หากเลือดไม่หยุด ต้องส่งต่อแบบช่องทางด่วน

- ก. ๒๐ นาที
- ข. ๓๐ นาที
- ค. ๖๐ นาที
- ง. ๙๐ นาที
- จ. ๑๒๐ นาทีขนาดใหญ่

ทำห้สามารถส่งคำตอบไปได้ที่ โทร. ๐๖-๖๖๖๖๖๖๖๖

E-mail address: ngoenyen-beer@hotmail.com



เฉลยคำถามจากฉบับที่แล้ว

- ๑. ข้อใดไม่ใช่ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์แฝดที่เกิดจากการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
ง. ลดการคลอดก่อนกำหนด
- ๒. อัตราการตั้งครรภ์แฝด จากการผสมเทียมที่แปรตามจำนวนฟอลลิเคิลที่มีขนาดมากกว่า ๑๓ มิลลิเมตร ข้อใดไม่ถูกต้อง
ก. ๑-๒ ฟอลลิเคิล ร้อยละ ๓.๐ - ๖.๐
- ๓. โดยทั่วไปแนะนำให้หยกเลิกทำการผสมเทียมด้วยการฉีดสุจิเข้าโพรงมดลูก เมื่อมีฟอลลิเคิล ขนาดมากกว่า ๑๓ มิลลิเมตรจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับฟอลลิเคิล
ง. ๔

- ๔. กรณีที่มีฟอลลิเคิลขนาดมากกว่า ๑๓ มิลลิเมตร จำนวน ๓ ฟอลลิเคิล อาจจะทำให้การผสมเทียมได้ในกรณีใด
ง. ทุกข้อรวมกัน
- ๕. กรณีใดไม่ถือว่าเป็น obstetrical risks of multifetal gestation
ข. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) ก่อนอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ ตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป

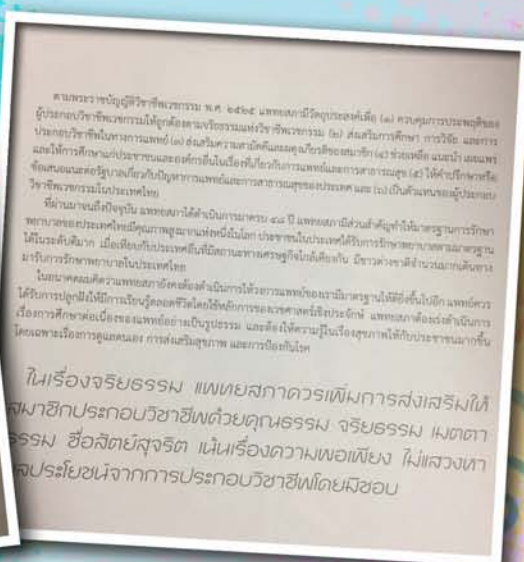
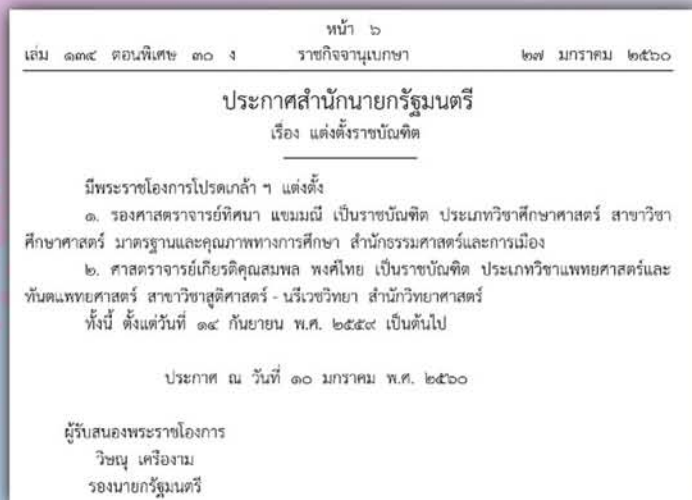


Gossip



ขอแสดงความยินดีกับ อ. พิชญ์ พันธ์ใหญ่ ของเรา...สุดยอด

ขอแสดงความยินดีกับ ท่าน อ. สมพล พงษ์ไทย เนื่องในโอกาสได้รับราชโองการแต่งตั้งเป็นราชบัณฑิต
สาขาสุติบรีเวช... กิษย์ขอแสดงความเคารพและแสดงความยินดีชื่นชมกับ อ. สมพล ด้วยครับ



อ.ภิกศ ได้รับการคัดเลือก
(โทต) เป็นตัวแทนแพทย์
ให้ความเห็น ในหนังสือ
ครบ ๔๘ ปีแพทยสภา
เป็นหนังสือที่ระลึกเล่มแรก
ตั้งแต่แพทยสภาก่อตั้ง



ขอแสดงความยินดีกับ
สตรีแพทย์ทั้งสองท่าน
(อ.วิบูลพรรณและคุณหมอมัทฉัตร)
ที่ได้เป็น กก.แพทยสภา
ในการเลือกตั้งครั้งนี้ครับ



๓ กพ. ๖๐ เลือกตั้งนายกแพทยสภา
วาระ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ วันขึ้น
ศ.บพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
อดีตนายกแพทยสภา ขอขอบคุณกรรมการ
ที่ร่วมงานมา และเสนอขอขมาต่อคณะแพทย์
ให้เป็นนายกแพทยสภาต่อไป
เพื่อแก้ปัญหาทางการแพทย์.... สำเร็จที่สุด



ยินดีกับ ศ.บพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ได้รับเลือก เป็นนายกแพทยสภา
วาระ ๒๕๖๐-๒๕๖๒



Congratulations



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

EARLY BIRD
REGISTRATION

BOOKING DEADLINE

26 มีนาคม 2560

CME
15 Units

การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2560

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

Women's Health Care Sufficiency

การดูแลสุขภาพสตรีอย่างพอเพียง

ระหว่างวันพุธที่ 26 – วันศุกร์ที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2560

ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Hi-Light Topics

- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- Thalassemia: Lab. Interpretation
- HIV in pregnancy: updated guideline
- Intrauterine growth restriction (IUGR)
- Optimal fetal surveillance
- Difficult labor (shoulder dystocia, vaginal breech delivery)
- Management of osteoporosis 2017: OPF position statement
- Sexual assault
- Update on GTD

ลุ้น...รับโชค!!



จำนวน 10 รางวัล

FREE !!!

กระเป๋าเป้

ประกอบการประชุมวิชาการ



Scan ที่นี้

Like on Facebook  :
Facebook.com/RTCQG annual conference
เพื่อพบความมหัศจรรย์
และรายละเอียด Update งานประชุมฯ ตลอดเวลา

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่: สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี
ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์: 0-2716-5721-22, 090-669 5722 โทรสาร: 0-2716-5720
E-mail: congressrtcog@hotmail.com

www.rtcog.or.th