

โรงพยาบาล	สัทหีบภม.10
สาขา	สูติกรรม
สภาวะทางคลินิก	Birth asphyxia
วันที่	30 กันยายน 2562

1.บริบท

สถิติผู้มารับบริการ

สถิติทารกแรกเกิดมีชีพปี 2560 – 2562 = 422 ,408 และ 254 ราย รวม 1,084 ราย พบ Birth asphyxia 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.74 เป็นเคสทารก Preterm 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25

ทารกTerm 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ทารกเสียชีวิตจาก Birth asphyxia 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25

ข้อมูลแสดงขนาดของปัญหา

Birth asphyxia ในกลุ่ม Preterm ร้อยละ 25 อายุครรภ์เฉลี่ย 24 week พบปัจจัยจากการฝากครรภ์ 1)No ANC 2) Preterm with breech presentation 3) Premature contraction

Birth asphyxia ในกลุ่ม Term ร้อยละ 75 พบปัจจัยด้านการฝากครรภ์ 1)ไม่ได้คัดกรอง/คัดกรองGDM ล่าช้า มารดามีภาวะ GDM/Overt DM ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี ร้อยละ 16.67 2) No ANC ร้อยละ 16.67 3) ANCไม่ครบ ร้อยละ 66.67 4.)มารดาใช้สารเสพติด ร้อยละ 16.67 ปัจจัยด้านทารก 1) Macrosomia ประเมินขนาดทารกผิดพลาด ทำให้คลอดติดไหล่ ร้อยละ 16.67 2) Malposition ทำให้คลอดยาก ร้อยละ 16.67 ปัจจัยด้านการคลอด 1) Meconium stain ร้อยละ 33.33 2) prolong second stage ช่วยคลอดV/Eร้อยละ 33.33 และเกิดsubgaleal hematoma ร้อยละ 16.67

ติดตามเคส refer out มีcomplication cerebral palsy 1 ราย Erb' palsy with fracture right shaft of humerus 1 ราย ทารกเสียชีวิตจาก Birth asphyxia 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 พบเป็น case มารดา no ANC.GA 22 Wks.Preterm with breech assist และ VLBW 730 กรัม แรกรับCx. fully dilate คลอด breech assist และ case ต่างตัว No ANC. GA 26 Wks.premature contraction มาคลอดNL ที่ห้องฉุกเฉิน และ VLBW 650 กรัม

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

ไม่มีกุมารแพทย์ ใช้ระบบconsultกุมารแพทย์โรงพยาบาลชลบุรี มีพยาบาลเวรประจำห้องคลอด 3 คน เครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์(NST) 2เครื่อง เครื่องUltrasound 1 เครื่อง Radiant warmer 1 เครื่อง Transport incubator 2 เครื่อง Neopuff 2 เครื่อง(เครื่องช่วยหายใจทารกแรกเกิดแรงดันบวก T- piece resuscitator) Syringe pump 1 เครื่อง Phototherapy LED 1 เครื่อง Phototherapy double 1 เครื่อง Photherapy fluorescent 1 เครื่อง

2.ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

2.1 การฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารกในช่วงคลอด

2.2 การประเมินและประเมินซ้ำ ความแม่นยำในการประเมิน EFWทำให้คลอดติดไหล่ส่งผลให้เกิด Birth asphyxia รวมไปถึงการเฝ้าระวังแบบ early detect ทำให้ค้นหา stress ในทารกได้เร็ว

3.เป้าหมายการพัฒนา

Treatment Goal	Objective	KPI
ทารกแรกเกิดปลอดภัยจากภาวะBirth asphyxia	-ลดการเกิด Birth asphyxia -ลดอัตราการตาย -ทารกได้รับการรักษา/ส่งต่อปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1.อัตราการเกิดBirth asphyxia 2.อัตราการตายทารกที่มีภาวะBirth asphyxia 3.อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทารกขณะส่งต่อ

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

ANC

- 4.1 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยใช้เครือข่ายในชุมชน และ อสม.
- 4.2 วางระบบการเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่การฝากครรภ์ รับการตรวจภายใน ตรวจ Ultrasound ช่วงอายุครรภ์ 18-20สัปดาห์และเมื่อมีข้อบ่งชี้ การคัดกรองภาวะ asymptomatic bacteriuriaหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้
- 4.3 กรณีฝากครรภ์ที่รพ.สต. ประเมินความเสี่ยงทุกรายโดยใช้แบบประเมินของWHO กรณีHigh Risk ส่งต่อฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล
- 4.4 ปรับวิธีการประเมินขนาดของทารก โดยวัดส่วนสูงของมดลูกเป็นเซนติเมตร และการทำ US ช่วยคัดกรองขนาดทารก กรณี ระดับมดลูก ≥ 35 ซม.หรือ Ultrasound EFW ≥ 3500 กรัม ปรีกษาสูติแพทย์
- 4.5 หญิงตั้งครรภ์ Ultrasound screening ช่วง 18-20 week และ 40 week พบแพทย์ ตรวจUltrasound AFI NST เพื่อประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์
- 4.6 ปี 2560 ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดหรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดทุกรายให้ micronized progesterone เหน็บทางช่องคลอดเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตามแนวทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

LR

- 4.7 วางระบบประเมินความเสี่ยงแรกรับที่ห้องคลอดเพื่อเฝ้าระวังเคสHigh risk เกณฑ์การรายงานแพทย์
- 4.8 Monitoring EFM ทุกราย ที่มีความเสี่ยง และเฝ้าระวังภาวะfetal distress โดยใช้ Early warning signs (FHS <120 bmp, >160 bpm และผล EFMผิดปกติ)
 - 4.8.1 EFM baseline
 - 4.8.2 EFMซ้ำเผลละ 1 ครั้ง
 - 4.8.3 ประเมินซ้ำเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประกอบด้วยActive phase, drip synto,
 - 4.8.4 On EFM ตลอดเวลากรณีสีน้ำคร่ำผิดปกติ thick meconium stain consult สูติแพทย์ รพ.ชลบุรีทันทีและresuscitate on IV ,on O2 mask with bag และ/หรือส่งต่อ

4.9 ทารกที่มีภาวะmeconium stain มีแพทย์เป็นผู้รับเด็ก

4.10 มีระบบconsult ที่มแพทย์ภายในโรงพยาบาล / แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลชลบุรี และ/หรือรพ.ใกล้เคียงในการฉีดยา

4.11 ทบทวนการช่วยคลอดติดไหล่การทำสูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดโดยสอนสาธิตหัตถการช่วยคลอดทำกันและคลอดติดไหล่ ปีละ 2 ครั้ง

5.ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562
-อัตราการเกิดBirth asphyxia	< 25 :1000	11.8	4.59	3.94
-อัตราการตายของทารกที่มีภาวะ Birth asphyxia	< 8:1000 เกิดมีชีพ	2.37	0	3.94
-อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทารกขณะส่งต่อ	0	0	0	0

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

ปี 2560 พบอัตราการเกิดbirth asphyxiaเพิ่มขึ้น จากคลอด preterm assist breech VLBW มารดา no ANC refer dead คลอด term ติดไหล่ 1 ราย ,คลอดยากจากท่า OPP มารดา no ANC 1 ราย ,ทำสูติศาสตร์หัตถการ V/E เกิดsubgaleal hematoma on ET tube refer รพ.ชลบุรี 1 ราย และภาวะthick meconium 1 ราย

ปี 2561 แนวโน้มการเกิดbirth asphyxia ลดลง BA 2 ราย เกิดจาก term ABNL footing breech 1 ราย และ term V/E + คลอดติดไหล่ 1 ราย

ปี 2562 แนวโน้มการเกิดbirth asphyxia ลดลง BA 1 ราย เกิดจาก ต่างตัว no anc. GA 26 wks. มาคลอด NL ที่ห้องฉุกเฉิน BW 650 gm.

6.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

6.1 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดในงานอื่น เพื่อเตรียมทีมฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

6.2 พัฒนาระบบการส่งต่อที่ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา

6.3 ส่งรายงานปัญหาและส่งติดตามเยี่ยมโดยระบบ IT ถึงงานผู้เกี่ยวข้อง