

หัวข้อ : 5.4 SP สาขาทารกแรกเกิด

สถานการณ์สภาพปัญหา

1. อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน ในปี 2560 – 2565 (ต.ค.-พ.ย.64) คือ 2.85, 3.03, 0.77, 2.98, 2.99 และ 4.87 ตามลำดับ พบว่า สาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (severe Birth Asphyxia) มีความพิการแต่กำเนิด (Congenital Anomaly) โดยพบว่า ในปี 2564 พบอัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน ร้อยละ 2.99 จำนวน 10 ราย เป็นคนไทย 9 ราย ต่างด้าว 1 ราย เป็นทารก Preterm ที่มีภาวะ Severe Sepsis & Septic shock จำนวน 3 ราย เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด (BW<1000g) จำนวน 1 ราย มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Severe Birth asphyxia) A-S 1,2 BW 855 g และมีกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Severe RDS) พบทารกครบกำหนดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 1 ราย และทารกมีความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ จำนวน 4 ราย มีทารกครบกำหนดเป็นต่างด้าว 1 ราย มารดาเป็นพม่าติดเชื้อโควิด ทารกมีภาวะความดันในหลอดเลือดปอดสูง (Persistent Pulmonary Hypertension: PPH) และในปี 2565 (ต.ค.-พ.ย.64) พบอัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน ร้อยละ 4.87 จำนวน 3 ราย เป็นทารก preterm & mild Birth Asphyxia & Sepsis 2 ราย และเป็นทารก Term & Pulmonary Hemorrhage & Severe Birth Asphyxia 1 ราย

2. จำนวนเตียงใน NICU ปัจจุบันที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 เตียง จะเพิ่มเป็น 10 เตียง (เมื่อพยาบาลกุมารเวชกรรมมีความพร้อมในการดูแล PICU 2-4 เตียง) และแยกเป็น Sick New Born อีก 10 เตียง ซึ่งจำนวนเตียงใน NICU ยังไม่เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน 1 : 500 ปัจจุบันสัดส่วน 1 : 336 เนื่องจากโรงพยาบาลชะอำ เปิดบริการเดือนมกราคม 2561 ปัจจุบันมีกุมารแพทย์ 1 คน มีเครื่องช่วยหายใจจำนวน 2 เครื่อง เครื่องให้ออกซิเจนชนิดความดันบวก (CPAP) จำนวน 1 เครื่อง ปัจจุบันรับผู้ป่วย On Ventilator ได้ แต่ยังมีปัญหาการดูแลผู้ป่วย Preterm จึงยังต้อง Refer โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีเกณฑ์ GA < 35 wks. Refer โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีทุกราย

3. บุคลากรยังมีความรู้ ทักษะที่จำเป็นไม่เพียงพอในการดูแลทารกแรกเกิด เช่น การดูแลทารกทั้งก่อนและขณะดูแลในหอผู้ป่วย การให้ออกซิเจนในทารกตั้งแต่แรกเกิด และการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด จึงต้องจัดให้มีการอบรมแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดเพชรบุรี และส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิดปีละ 2 คน (โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีบุคลากรผ่านการอบรมจำนวน 14 คน ร้อยละ 60.87 และโรงพยาบาลชะอำ บุคลากรผ่านการอบรมจำนวน 4 คน ร้อยละ 57.14)

มาตรการ/ แผนงาน โครงการ กิจกรรมที่สำคัญ + New Normal COVID-19

กลยุทธ์/ มาตรการ	โครงการ/ กิจกรรมหลัก	งบประมาณ
ลดอัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ Surfactant ในทารกกลุ่มอาการหายใจลำบากที่มีอาการรุนแรง - การ Early CPAP ทุกรายในทารกกลุ่มอาการหายใจลำบาก - การเชื่อมโยงกับสูติกรรมในด้าน <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ยา Antenatal steroid ในมารดา GA 24 - 34 wks. ที่มีข้อบ่งชี้ของสาขาสูติกรรม 2. การฝากครรภ์ คุณภาพ เพื่อการลดการตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิด การคลอดก่อนกำหนดในหญิงวัยรุ่น (10-19ปี) 3. การพัฒนามาตรฐาน YFHS การจัดตั้งและดำเนินการแบบบูรณาการ มีเครือข่ายทั้งสสจ./รพ.ทุกระดับ โดยกำหนดเนื้อหา/กิจกรรม/ การดำเนินการ 4. หญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้รับ Progesterone 5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการวัดความยาวปากมดลูก 6. การจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะให้แก่บุคลากรที่ดูแลทารกแรกเกิด โดยกุมารแพทย์ทารกแรกเกิด - การอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด (NCPR) ให้แก่บุคลากรที่ดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอด เพื่อลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia - การอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Conventional , High frequency และ Non Invasive - การใช้เครื่องรักษาด้วยความเย็น (Cooling Therapy) ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะ Birth Asphyxia 	
การบริการเป็นเลิศด้านทารกแรกเกิด (Service Excellence New born)	1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยการจัดตั้ง Excellent newborn ให้เป็น รูปธรรม ชัดเจน ประชาชนรับรู้ว่าการทันสมัย เป็นเลิศ และเข้าถึง บริการ New Normal โดยการปรับปรุงห้อง NICU ให้เป็นสัดส่วน เพิ่มเติมบริการเป็น 10 เตียง โดยเพิ่มจุด Pipe line อีก 2 จุด	1,950,000บาท
	2. การปรับปรุงห้องแยกโรคสำหรับทารกที่มารดาได้รับการคัดกรอง (Swab PUI) ปกติ กับทารกที่มารดาแสดงผลการคัดกรอง	140,000 บาท
	3. การเพิ่มจุด pipeline ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (Sick newborn ให้สามารถรองรับทารกที่มีอาการไม่รุนแรงหรือมีอาการดีขึ้น)	1.6 ล้านบาท
	4. เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิดชนิดควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน ครบ 8 เครื่อง (ปัจจุบันมี 5 เครื่อง) ขอเพิ่ม 2 เครื่อง	
	4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน ปีละ 1 คน 4.2 เพิ่มพูนทักษะความรู้ของบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิด โดยการเข้าร่วมประชุม/อบรมวิชาการในโรงเรียนแพทย์/สถาบันเอกชน 	75,000 บาท 11,000 บาท

มาตรการ/ แผนงาน โครงการ กิจกรรมที่สำคัญ + New Normal COVID-19 (ต่อ)

กลยุทธ์/ มาตรการ	โครงการ/ กิจกรรมหลัก	งบประมาณ
การบริการเป็นเลิศด้านทารกแรกเกิด (Service Excellence New born) (ต่อ)	<p>4.3 แพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด 1 คน (1คน จบปี 64) และขอทุนเพิ่มอีก 1 คน</p> <p>4.4 ขออัตราพยาบาล NICU ตามเกณฑ์ 1:2 (ปัจจุบันมี 19 คน ต้องมี 20 คน ต้องการอีก 1 คน) และมีผู้ช่วยพยาบาล 4 คน ขาด 1 คน</p> <p>4.5 ขออัตราพยาบาล Sick Newborn 1:4 (ปัจจุบันมี 4 คน ต้องมี 5 คน ต้องการอีก 1 คน) และมีผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ขาด 3 คน</p> <p>4.6 ขอรอบอัตรากำลังกุมารแพทย์ จำนวน 8 คน</p>	

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

อัตราตายทารกแรกเกิดทารกอายุ < 28 วัน เกณฑ์ น้อยกว่า 3.6 : 1,000 การเกิดมีชีพ

ประเด็นตรวจราชการ	ตัวชี้วัด
<p>1. การจัดตั้ง Excellent newborn ให้เป็น รูปธรรม ชัดเจน ประชาชนรับรู้ ว่า บริการทันสมัย เป็นเลิศ และเข้าถึงบริการได้ โดยการย้าย PICU 2 เตียงไปอยู่ ตึกกุมารเวชกรรม และปรับปรุงห้อง NICU ให้เป็นสัดส่วน แยกห้องทารกที่ มารดาได้รับการคัดกรอง (Swab PUI) ปกติกับทารกที่มารดาตรวจผลการคัด กรอง และปรับปรุงห้องแยกโรคสำหรับรับทารกแรกเกิดที่มารดาโควิด</p> <p>2. การจัดสรรเครื่องมือแพทย์โดยเฉพาะ Ventilator ให้เพียงพอพร้อมใช้ตาม มาตรฐาน 10 เตียง (1:1)</p> <p>3. จัดระบบ step down beds (refer back)</p> <p>4. การบูรณาการฝากครรภ์คุณภาพ และห้องคลอดคุณภาพผ่าน MCH board เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะหญิงวัยรุ่น (10-19 ปี) โดยพัฒนามาตรฐาน YFHS (Youth Friendly Health Services) มีการจัดตั้งและดำเนินการแบบบูรณาการ มี เครือข่ายทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลทุกระดับ โดยกำหนด เนื้อหา กิจกรรม และดำเนินการ</p> <p>5. การเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้น ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>6. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย</p> <p>7. การสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในหลักสูตรเฉพาะ ทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (4 เดือน) ในโรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี/โรงพยาบาลชะอำ ปีละ 2 ราย (2รพ.)</p>	<p>- อัตราตายทารกแรกเกิดทารกอายุ < 28 วัน (3.6:1,000 การเกิดมีชีพ)</p> <p>- เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1 : 500 ทารกคลอด (การปรับปรุง ห้อง NICU 10 เตียง)</p> <p>- Ventilator ครบตามมาตรฐาน</p> <p>- รพช.สามารถรับการ refer back ได้ทุกราย (100%)</p> <p>- อัตราทารกเกิดก่อนกำหนด (เป้าหมาย <5.5%)</p> <p>- อัตรากำลังพยาบาล (1:2) ตามเกณฑ์</p> <p>- ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการ คัด กรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด</p>

การติดตาม/ผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2560 – 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564)

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight : LBW)	จำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	382	291	210	245	247	40
	จำนวนทารกเกิดมีชีพ	4,205	4,012	3,884	3,690	3,345	616
	อัตราทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (<7:1,000)	9.08	7.25	5.40	6.64	7.38	6.49
อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดอายุ ≤28 วัน	จำนวนทารกแรกเกิดอายุ ≤28 วัน เสียชีวิต	12	10	3	11	10	3
	จำนวนทารกเกิดมีชีพ	4,205	4,012	3,884	3,690	3,345	616
	อัตราการเสียชีวิตต่อพัน/การเกิดมีชีพ (3.6: 1000)	2.85	2.49	0.77	2.98	2.99	4.87
อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมเสียชีวิตภายใน 28 วัน	จำนวนทารกเกิดมีชีพ <1,000 กรัม ทั้งหมด	12	9	4	4	5	0
	จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด <1,000 กรัม ที่เสียชีวิต	4	1	1	2	1	0
	< ร้อยละ 50	33.33	11.11	25.00	50.00	20.00	0.00
อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนัก 1,000 -1,499 กรัมเสียชีวิตภายใน 28 วัน	จำนวนทารกเกิดมีชีพ 1,000-1,499 กรัม ทั้งหมด	28	40	23	19	23	6
	จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด 1,000-1,499 กรัม ที่เสียชีวิต	1	7	0	2	0	1
	< ร้อยละ 10	3.57	17.50	0.00	10.53	0.00	16.67
อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนัก 1,500 -2,499 กรัมเสียชีวิตภายใน 28 วัน	จำนวนทารกเกิดมีชีพ 1,500-2,499 กรัม ทั้งหมด	208	342	242	222	219	34
	จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด 1,500-2,499 กรัม ที่เสียชีวิต	4	1	2	2	4	1
	< ร้อยละ 2	3.64	0.29	0.83	0.90	1.83	2.94

(แหล่งที่มาของข้อมูล web Newborn รพ.เจ้าพระยาอภัยมหาราช ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2564)

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2560 – 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก มากกว่า 2,500 กรัมเสียชีวิต ภายใน 28 วัน	จำนวนทารกเกิดมีชีพ >2,500 กรัมทั้งหมด	3,792	3,721	3,676	3,445	3,098	576
	จำนวนทารกคลอดน้ำหนัก > 2,500 กรัม เสียชีวิต	6	0	0	5	6	1
	< ร้อยละ 2	0.16	0.00	0.00	0.14	0.19	0.17
อัตราการเกิด ELBW น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	จำนวนทารกเกิดมีชีพ	4,205	4,012	3,884	3,690	3,345	616
	จำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า1,000กรัม	12	9	4	4	5	0
	ร้อยละ	0.28	0.22	0.10	0.11	0.15	0.00
อัตราการเกิด VLBW ทารกน้ำหนัก 1,000 - 1,499 กรัม	จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด	4,205	4,012	3,884	3,690	3,345	616
	จำนวนทารกน้ำหนัก1,000-1,499 กรัม	28	40	23	19	23	6
	ร้อยละ	0.66	0.99	0.59	0.51	0.69	0.97
อัตราการเกิดทารกน้ำหนัก 1,500 -2,499 กรัม	จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด	4,205	4,012	3,884	3,690	3,345	616
	จำนวนทารกน้ำหนัก1,500 -2,499กรัม	342	242	183	222	219	34
	ร้อยละ	8.13	6.03	4.71	6.02	6.55	5.52
อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ไทย+ต่างดาว)	จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด	4,205	4,012	3,884	3,690	3,345	616
	จำนวนทารกเกิดมีชีพที่มีคะแนน Apgar ที่ 1 นาที ≤ 7	81	89	77	89	85	14
	อัตราการเกิด Birth Asphyxia (< 25:1,000 การเกิดมีชีพ)	19.26	22.18	19.81	24.11	25.41	22.72
อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ไทย)	จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด	3,843	4,012	3,512	3,308	2,929	616
	จำนวนทารกเกิดมีชีพที่มีคะแนน Apgar ที่ 1 นาที ≤ 7	69	73	64	75	66	14
	อัตราการเกิดBirth Asphyxia (< 25:1,000 การเกิดมีชีพ)	17.95	18.19	18.22	22.67	22.53	25.41

(แหล่งที่มาของข้อมูล web Newborn รพ.เจ้าพระยาฯ ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2564)

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2560 – 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ต่างด้าว)	จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด	362	384	374	382	416	60
	จำนวนทารกเกิดมีชีพที่มีคะแนน Apgar ที่ 1 นาที ≤ 7	12	16	13	14	19	0
	อัตราการเกิด Birth Asphyxia ($< 25:1,000$ การเกิดมีชีพ)	33.15	41.66	34.76	36.65	45.67	0.00
อัตราการคัดกรอง การมองเห็น ROP ตามเกณฑ์	จำนวนทารก BW<1500 g. วันที่จำหน่ายทุก Status และส่งตรวจคัดกรองตามเกณฑ์	36	32	22	21	25	2
	จำนวนทารกคัดกรอง ROP	36	30 (refer back ตามสิทธิ์ 2)	22	18 (refer)	25	2
	ร้อยละ	100	93.75	100	85.71	100	100
อัตราการเกิด ROP stage 3-5 $< 7\%$	จำนวนทารก BW<1500g. วันที่จำหน่ายทุก Status และส่งตรวจคัดกรองตามเกณฑ์	36	32	22	21	25	2
	จำนวนทารกเกิด ROP stage 3-5	4	6	3	5	4	0
	ร้อยละ < 7	11.11	20.00	13.63	27.78	16.00	0.00
อัตราการคัดกรอง การได้ยิน OAE	จำนวนทารก BW<1500g. วันที่จำหน่ายทุก Status และส่งตรวจคัดกรองตามเกณฑ์	36	32	22	21	25	2
	จำนวนทารกคัดกรอง OAE	32	27 (refer back ตามสิทธิ์ 1, รพ.ชะอำ 3)	22	18 (refer back 3)	20 (refer back 4, Dead 1)	1 (Dead 1)
	ร้อยละ	88.89	84.37	100	85.71	80.00	50.00
อัตราการคัดกรอง IVH	จำนวนทารก BW<1500g. วันที่จำหน่ายทุก Status และส่งตรวจคัดกรองตามเกณฑ์	36	32	22	21	25	2
	จำนวนทารกคัดกรอง IVH	32	28 (refer back ตามสิทธิ์ 2)	22	18	16 (ทารกใช้เครื่อง ช่วยหายใจนาน)	1 (Dead 1)
	ร้อยละ > 70	88.88	87.50	100	85.71	64.00	50.00

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2560 – 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราการเกิด IVH grade III-IV	จำนวนทารก BW<1500g. วันที่จำหน่ายทุก Status และส่งตรวจคัดกรองตามเกณฑ์	36	32	22	21	25	2
	จำนวนการเกิด IVH grade III-IV	0	0	0	0	0	0
	ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
อัตราการคัดกรอง Congenital heart disease โดยการตรวจ O ₂ sat pre & post duct	จำนวนทารกเกิดปกติทั้งหมด	3,663	3,399	3,034	2,847	2,644	336
	จำนวนทารกเกิดปกติที่ได้ตรวจคัดกรอง O ₂ sat	3,628	3,387	3,026	2,840	2,641	334
	ร้อยละ	99.07	99.65	99.73	99.75	99.88	99.40
3อัตราการเกิด BPD หรือ CLD	จำนวนทารก BW<1500g. วันที่จำหน่ายทุก Status และส่งตรวจคัดกรองตามเกณฑ์	36	32	22	21	25	2
	จำนวนทารกเกิด BPD หรือ CLD	7	7	7	6	10	1
	ร้อยละ <26	19.44	21.87	31.82	28.57	40.00	50.00
อัตราการเกิด PVL	จำนวนทารก BW<1500g. วันที่จำหน่ายทุก Status และส่งตรวจคัดกรองตามเกณฑ์	36	32	22	21	25	2
	จำนวนทารกเกิด PVL	0	0	0	0	0	0
	ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ร้อยละทารกได้สารอาหารที่เหมาะสม (TPN)	จำนวนทารก BW<1500gm. วันที่จำหน่ายทุก Status	35	32	22	21	25	2
	จำนวนทารกน้ำหนัก<1500 กรัมได้รับ TPN	35	32	22	21	25	2
	ร้อยละ	97.22	100	100	100	100	100
เพิ่มเตียงNICUให้ได้ตามเกณฑ์ 1 : 500 ทารกคลอด	จำนวนเตียงNICU ตามเกณฑ์	10	10	10	10	10	10
	จำนวนเตียงNICUที่เปิดบริการ	9	10	10	10	10	10
	คิดเป็นสัดส่วน	1 : 467	1 : 401	1 : 388	1 : 370	1 : 334	1:376

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2560 – 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนระหว่าง ส่งต่อ (อุณหภูมิต่ำกว่า 36.5 องศา เซลเซียส)	จำนวนทารกที่รับ Refer in	62	28	31	23	27	10
	จำนวนทารกเกิดอุณหภูมิต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส	13	5	2	7	5	2
	ร้อยละ <25	20.97	17.86	6.45	30.43	18.52	20.00
อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนระหว่าง ส่งต่อ (อุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศา เซลเซียส)	จำนวนทารกที่รับ Refer in	62	28	31	23	27	10
	จำนวนทารกเกิดอุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส	11	4	1	1	2	1
	ร้อยละ <25	17.74	14.29	3.22	4.35	7.41	10.00
อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนระหว่างส่ง ต่อ (ระดับน้ำตาล มากกว่า 180 mg	จำนวนทารกที่รับ Refer in	62	28	31	23	27	10
	จำนวนทารกที่มีน้ำตาลมากกว่า 180 mg%	8	3	1	1	3	1
	ร้อยละ <20	7.47	4.54	3.22	4.35	3.45	4.54
อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนระหว่าง ส่งต่อ (ระดับน้ำตาล น้อยกว่า 40 mg%)	จำนวนทารกที่รับ Refer in	6	28	31	23	27	10
	จำนวนทารกที่มีน้ำตาลน้อยกว่า 40 mg%	1	1	4	0	1	0
	ร้อยละ <12	1.61	3.57	12.90	0	3.70	0.00
อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนระหว่าง ส่งต่อ (ตำแหน่งท่อ ช่วยหายใจไม่เหมาะสม)	จำนวนทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	29	16	9	19	15	4
	จำนวนทารกที่มีตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ไม่เหมาะสม	4	5	3	6	3	0
	ร้อยละ <15	19.05	31.25	33.33	31.58	20.00	0.00

(แหล่งที่มาของข้อมูล web Newborn รพ.เจ้าพระยาฯ ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2564)

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2560 – 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ *	จำนวนทารกที่รับ Refer in	62	28	31	23	27	10
	จำนวนทารกเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ	0	0	0	0	0	0
	ร้อยละ 0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
อัตราการปฏิเสธการรับผู้ป่วยในเขตบริการที่ 5	จำนวนทารกที่ติดต่อ Refer in	52	28	31	23	27	10
	จำนวนทารกที่ปฏิเสธ Refer in	0	1	0	0	0	0
	ร้อยละ <10	0.00	3.57	0.00	0.00	0.00	0.00
อัตราการ refer out ทารกนอกเขต	จำนวนทารกที่ Refer out ทั้งหมด	56	51	27	28	42	7
	จำนวนทารกที่ Refer out นอกเขต	6	11	4	4	5	2
	ร้อยละ	10.71	21.57	14.81	14.28	11.90	28.57

(แหล่งที่มาของข้อมูล web Newborn รพ.เจ้าพระยาอภัยมราช ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2564)

ปัญหา/อุปสรรคที่พบและการแก้ไข

ปัญหา/อุปสรรค	การแก้ไข
1. ขาดการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้พอเพียง ในการดูแลทารกแรกเกิดโดยเฉพาะการเพิ่มเตียง NICU ต้องใช้งบประมาณสูง โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งและการจัดซื้อครุภัณฑ์บางอย่างราคาไม่แพง แต่โรงพยาบาลมีงบประมาณจำกัด	<ul style="list-style-type: none"> - ขอบสนับสนุนยังขาดอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ได้เหมาะสมกับทารกแรกเกิด ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิดครบ 10 เตียง (ปัจจุบันมีCMV 5, HFO 5) และมีเครื่องช่วยหายใจชนิด Bubble CPAP จำนวน 5 เครื่องและการให้ออกซิเจนชนิดแรงอัดอากาศสูง(High Flow) จำนวน 4 เครื่องซึ่งบางครั้งไม่พอใช้งาน - ขอสันับสนุนตู้อบเด็กมีจำนวน 10 ตู้ ชำรุด 1 ตู้ เนื่องจากสถานการณ์โควิด ตู้อบไม่เพียงพอเนื่องจากต้องแยกเด็กที่มารดาติดโควิด นอนในตู้อบทั้งหมด
2. นโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับเขตและจังหวัด แม้มีการสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางทารกแรกเกิดวิกฤตก็ตาม การเพิ่มเตียง NICU แต่ไม่ได้เพิ่มบุคลากรที่ให้การบริบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกุมารแพทย์และทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ในการดูแลทารกแรกเกิด ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกไม่ยั่งยืน เพราะพบว่าทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มีปัญหาในการวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอาการ เขียว ชนิตรุนแรง และไม่สามารถ Refer ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าได้ เนื่องจากโรงพยาบาลปลายทางเตียงเต็ม เครื่องช่วยหายใจจำกัด จึงไม่สามารถรับดูแลได้	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 1 : 2 - ควรจะมีแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด (จบปี64=1คน) กุมารแพทย์โรคหัวใจ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด
3. การส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดยังมีปัญหาการดูแลทั้งก่อน และขณะส่งต่อ เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อ ไม่มีทักษะความชำนาญในการดูแลทารกแรกเกิด และการรับทารกกลับไปดูแลต่อใกล้บ้าน (Refer back) เมื่อทารกมีอาการดีขึ้น ทุกโรงพยาบาลชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลทารกขณะส่งต่อทุกปี มีการสะท้อนกลับผลการดูแล - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดครบกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุน

การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประชุมทางวิชาการภายในและภายนอกเขต/การอบรมระยะสั้น อบรมเฉพาะทาง 4 เดือน การจัดสรรกรอบอัตราค่าจ้างแพทย์ และพยาบาลที่เพียงพอเหมาะสมตามเกณฑ์ และความเชื่อมโยงของทีมในการดูแลทารกแรกเกิด

นวัตกรรม/Best Practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. การใช้ออกซิเจนชนิดความดันบวก (Nasal Mask CPAP ชนิด Non Invasive เป็น Bubble CPAP) ในทารกกลุ่มอาการหายใจลำบากทุกรายโดยการ Early CPAP ตั้งแต่แรกรับไว้ใน NICU ซึ่งช่วยลดอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

2. การลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการ Weaning Ventilator และ หลัง Off ET tube โดยการใช้ออกซิเจนชนิดความดันบวก (Nasal Mask CPAP ชนิด Non Invasive เป็น Bubble CPAP) ในทารกเกิดก่อนกำหนด และการใช้ออกซิเจนชนิด High Flow Cannula ในทารกแรกเกิดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบงาน :

1. นายแพทย์ชัยวัฒน์ กอมนชัย

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ประธาน

2. นางสาวถวิล ชำคัง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เลขานุการ

โทรศัพท์มือถือ : 089-9186030

e-mail : tawin48@gmail.com