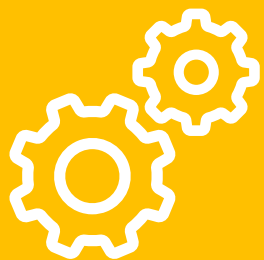


SERVICE PLAN

ทารกแรกเกิด จังหวัด ชลบุรี



SERVICES



DEVELOPMENT



POLICY



HEALTH



GOAL

การดำเนินงาน

SERVICE PLAN NEWBORN

KPI

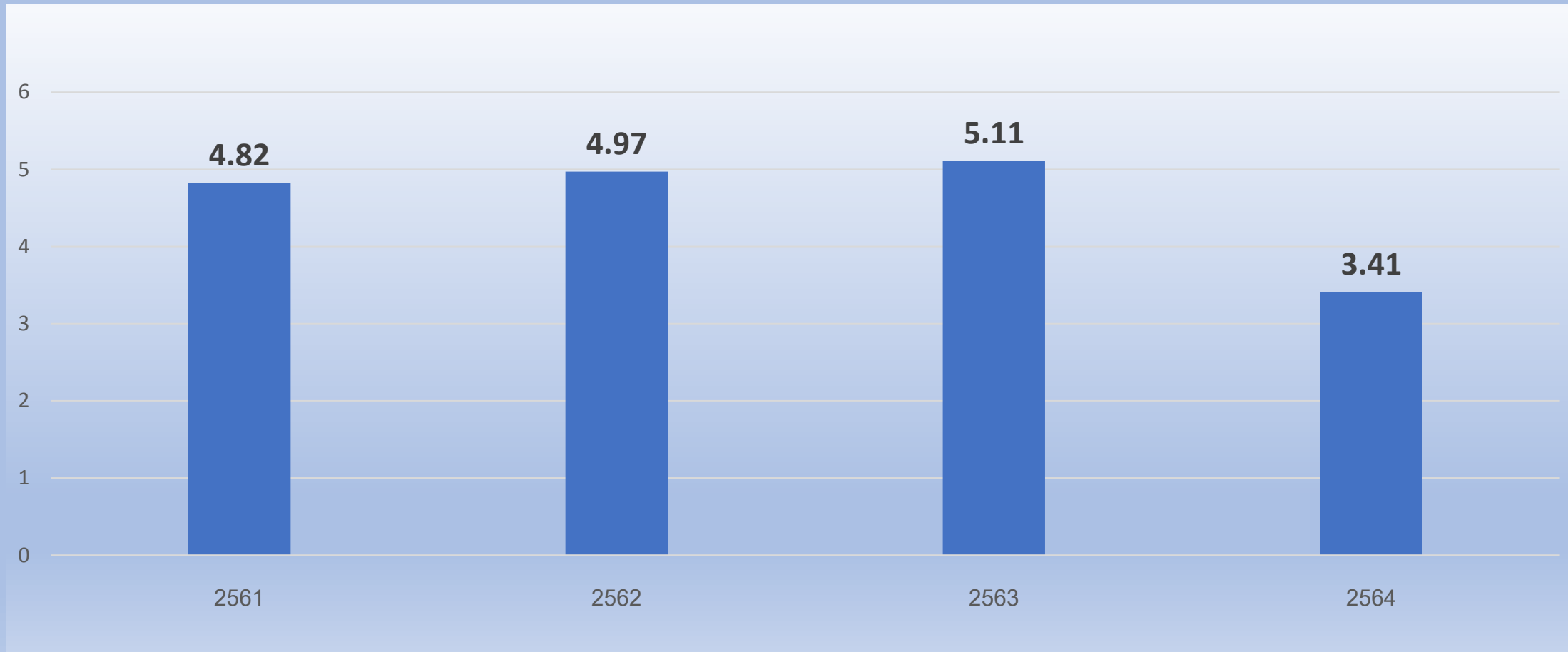
อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ
< 28 วัน (Neonatal mortality Rate)
เกณฑ์ ≤ 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

SERVICE

เพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยทารกแรก
เกิดวิกฤติ (เตียง NICU)
ในรพ.ระดับ A-M1 (เกณฑ์ 1เตียง
ต่อ 500 ทารกเกิดมีชีพ)



1 อัตราตายทารกแรกเกิด



สาเหตุการเสียชีวิต

1. Preterm

low birth weight

very low birth weight

extremely low birth weight

2. Infection

congenital infection (syphilis 2)

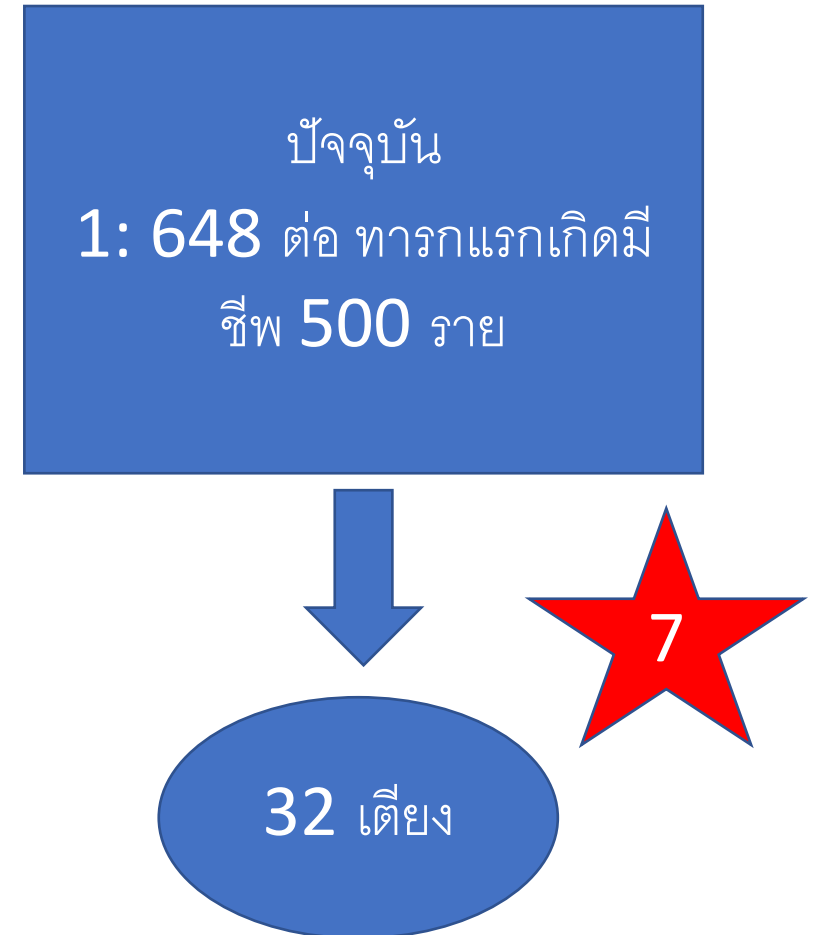
aspiration pneumonia

3. Congenital anomaly

4. Birth asphyxia

2.จำนวนเตียง NICU (1:500) ทารกเกิดมีชีพ

ลำดับ	โรงพยาบาล	ระดับ	ทารกเกิดมีชีพ เฉลี่ย 3 ปี (2561-2563)	จำนวนเตียง NICU
1	ชลบุรี	A	5,814.00	16
2	บางละมุง	S	4,078.67	5
3	พนัสนิคม	M2	1,970.33	2
4	แหลมฉบัง	M2	1,100.67	2
5	บ้านบึง	M2	1,680.00	0
6	พานทอง	F1	576.33	0
7	สัตหีบ กม.10	F1	227.33	0
8	บ่อทอง	F2	389.00	0
9	หนองใหญ่	F2	224.33	0
10	วัดญาณสังวราราม	F2	121.67	0
11	เกาะสีชัง	F2	7.33	0
12	เกาะจันทร์	F2	0.67	0
	รวมสังกัด กสธ.		16,190.33	25



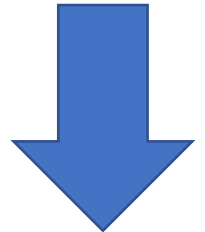
จำนวนเตียง NICU ปี 2564

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง
ชลบุรี (12)	16
บางละมุง(4)	5
พนัสนิคม(1)	2
แหลมฉบัง(1)	2
บ้านมิ่ง(0)	0
สมเด็จพระน ศรีราชา	7
รพ.มหาชัยบูรพา	6
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	6
กรุงเทพพัทยา	4
พญาไทศรีราชา	2
สมิติเวชศรีราชา	2
เมืองพัทยา	1
รวม	53

25

28

ยอดคลอดทั้ง
จังหวัด
25000 ราย



50 เตียง

แนวทางการแก้ปัญหา

- มีแผน เพิ่มเติม NICU ที่ โรงพยาบาลชลบุรี 2 เตียง ในระยะ 5 ปี
- มีทำ MOU โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 , โรงพยาบาลปิยะเวทพระราม 9 , กรุงเทพมหานคร กรณีเตียง เต็ม

โรงพยาบาล ชลบุรี	Refer out
	เตียงเต็ม
ปี 2561	35
ปี 2562	39
ปี 2563	10

ปรับเปลี่ยนแนวทางการรับrefer ในจังหวัดชลบุรี ก.ค 63

- รับผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษและรกเกาะต่ำทุกรายทุกอายุครรภ์
- รับผู้ป่วยครรภ์ก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ**34** สัปดาห์ทุกราย
การดูแลรักษา แต่ละกลุ่มโรค
- Prenatal steroid in preterm
- In-SURE ในการรักษาภาวะ respiratory distress syndrome
- Inhale nitric oxide รักษา PPHN ทำให้ อัตราการตายในโรคนี้ ลดลง

ปัญหาการ refer - in

- การเตรียมผู้ป่วยก่อน refer
 - IV access : พิจารณา UVC เป็นอันดับแรก ถ้าไม่สามารถทำได้ให้ใช้ peripheral line ได้
 - ไม่จำเป็นต้องให้ใส่ UAC ก่อนการ refer
- ระยะเวลาของการติดต่อ refer
- Accidental extubation
- Improper position of endotracheal tube
- พัฒนาศักยภาพตนเองให้เต็มระดับในการดูแลทารก ตามนโยบาย service plan
- รพ.บ้านบึง มีปัญหาไม่ขายสิทธิ์การรักษาให้ชาวต่างด้าว ทำให้เกิดปัญหาในการรักษา

ปัญหาการ refer - back

- รพ.บ้านบึง, รพ.บางละมุง ขาด **incubator** ทำให้การรับ **refer – back** ช้า
 - ข้อเสนอแนะ : รับกลับภายใน **48** ชม. หลังการรับเคสของ **staff** ในกรณีไม่มีรถจากรพช.มา **refer - in** ให้จัดรถมารับผู้ป่วยภายในเวลาที่กำหนด

ส่วนที่ 4 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)

1. มีความสามารถเหมือนโรงพยาบาลระดับ F2 ร่วมกับและสามารถ
 - 1.1 ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักมาก 2000 กรัม ที่ปกติได้
 - 1.2 ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทารกที่ป่วยหนักหรือทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ <35 สัปดาห์ และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม
2. ให้การรักษาทารกป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การทำ partial exchange transfusion, mild respiratory distress (oxygen therapy; box, canula)
3. ทารกที่ถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่าเพื่อให้ intermediate care/chronic care เช่น weaning oxygen ในทารกที่มี chronic lung disease (CLD), feeding และ rehabilitation ในทารก asphyxia ที่มี morbidity
4. ตรวจสอบติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการในทารกเกิดก่อนกำหนด ที่น้ำหนักแรกเกิด ≥ 1500 กรัม หรือไม่มีปัญหาซับซ้อนโรงพยาบาลหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว
5. สามารถให้บริการกายภาพบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการ

ส่วนที่ 5 โรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) มีความสามารถเหมือนโรงพยาบาลระดับ F1 ร่วมกับ

1. มีหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) อย่างน้อย 2 เตียงและสามารถ
 - 1.1 ให้การดูแลทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 1500 กรัมที่ไม่ได้มีปัญหาซับซ้อน
 - 1.2 ให้การดูแลทารกที่ป่วยหนัก เช่น respiratory failure ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ CPAP ได้
 - 1.3 สามารถทำหัตถการที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่นการทำ total exchange transfusion
2. รับส่งต่อจากโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่าเพื่อการดูแลต่อ เช่น รับทารกที่น้ำหนักมากกว่า 1500 กรัม เพื่อรอเลี้ยงโต ทารกหลังการผ่าตัดที่อาการคงที่
3. ให้การดูแลระยะสุดท้าย (palliative or end of life care) เช่น severe anomaly หรือ birth defect

ส่วนที่ 6 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) มีความสามารถเหมือนโรงพยาบาลระดับ M2 ร่วมกับ

1. สามารถให้การดูแลทารกแรกเกิดที่น้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม
2. มี TPN (โดยการเตรียมเอง หรือจัดหาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)
3. สามารถตรวจหาความผิดปกติในทารกกลุ่มเสี่ยงได้ เช่น ROP, hearing screening, head ultrasound เพื่อประเมินภาวะ Intraventricular hemorrhage (IVH), periventricular leukomalacia (PVL)
4. ให้การดูแลเบื้องต้นทารกที่สงสัยว่ามีปัญหาโรคหัวใจและอยู่ในภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 7 โรงพยาบาลทั่วไป (S) มีความสามารถเหมือนโรงพยาบาลระดับ M1 ร่วมกับ

1. สามารถให้การรักษาทารกที่มี severe respiratory failure ด้วยยา และเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง เช่น severe RDS, PPHN
2. สามารถให้การรักษาผู้ป่วยทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรมได้ (pediatric surgery) เช่น gut obstruction, abdominal wall defect
3. สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นทารกแรกเกิดที่สงสัยว่ามีภาวะ congenital heart disease

ส่วนที่ 8 โรงพยาบาลศูนย์ (A) มีความสามารถเหมือนโรงพยาบาลระดับ S ร่วมกับ

1. สามารถให้การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้ทุกระดับความรุนแรง
2. สามารถให้การรักษาผู้ป่วยทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรมทุกชนิด รวมทั้ง
 - 2.1 Closed heart surgery: PDA ligation, palliative shunt, balloon septostomy
 - 2.2 Neurosurgery
3. สามารถให้การรักษาด้วยเลเซอร์ ในทารกที่ได้รับการวินิจฉัย ROP
4. ทดสอบทางพัฒนาการและสติปัญญา (developmental test)
5. เป็นแม่ข่ายจัดตั้งเครือข่ายรับและส่งต่อทารกแรกเกิด

หมายเหตุ : โรงพยาบาลระดับตั้งแต่ M1-A ให้ใช้เกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงสาขาทารกแรกเกิด