

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1
เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

หัวข้อ / ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม

ตัวชี้วัดย่อย : การเพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์

1) เป้าหมาย และผลงาน

1. อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม เป้าหมาย $< 3.6:1,000$ ทารกเกิดมีชีวิต ผลการดำเนินงานปี 2564 – 2566 คิดเป็น 4.60 , 3.24 และ 4.99 :1,000 ทารกเกิดมีชีวิต ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเกินค่าเป้าหมาย โดย 3 อันดับแรกของสาเหตุของการเสียชีวิตหรือส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิต ได้แก่ Preterm, Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) และ Birth asphyxia

2. การเพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกเกิดมีชีวิต ผลการดำเนินงานปี 2564 – 2566 คิดเป็น 1: 393, 1: 389 และ 1:399 ทารกเกิดมีชีวิต ตามลำดับ ซึ่งแม่ได้ตามค่าเป้าหมาย แต่ยังคงประสบปัญหาเตียง NICU ไม่เพียงพอบ่อยครั้ง เนื่องจากต้องรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากจังหวัดลำพูนและจังหวัดแม่ฮ่องสอน นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพที่สูงขึ้นทำให้สามารถเพิ่มการบริการทารกป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม ทารกที่มีภาวะหลอดเลือดและหัวใจพิการแต่กำเนิด ทารกที่มีภาวะทางศัลยกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีระยะการครองเตียงนานหลายเดือน ส่งผลให้ในปี 2565 มีการส่งต่อทารกป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจออกนอกจังหวัดเชียงใหม่เนื่องจากเกินกำลัง ไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และโรงพยาบาลลำปาง รวมทั้งหมด 5 คน

2) สรุปสถานการณ์

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 700 เตียง เป็นศูนย์กลางรองรับการให้บริการผู้ป่วยทารกแรกเกิดในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน งานบริหารด้านทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ได้รับการรับรองให้เป็นโรงพยาบาลระดับ A มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดตามระดับความเชี่ยวชาญสาขาทารกแรกเกิด (excellent center) ระดับ 1 มีแพทย์และสหสาขาเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดดังนี้ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด 4 คน กุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรม 1 คน กุมารแพทย์โรคหัวใจ 2 คน กุมารแพทย์โรคปอด 1 คน กุมารแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม 1 คน กุมารแพทย์โรคโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก 1 คน กุมารประสาทวิทยา 1 คน กุมารแพทย์โรคไต 1 คน กุมารแพทย์ทั่วไป 7 คน สูติแพทย์เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ 3 คน จักษุแพทย์จักษุประสาทตา 3 คน ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 คน กุมารศัลยศาสตร์ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน พยาบาล NICU 46 คน (จบหลักสูตร NNP 18 คน) นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด และ นักโสตสัมผัสวิทยา

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน และความต้องการสนับสนุนจากกรมการแพทย์

1. ทารกที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด
2. ทารกครบกำหนดที่เสียชีวิตเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้

3. รพ.นครพิงค์ ยังไม่มีเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) แบบต่อเนื่องในการรักษาทารกที่มีภาวะ birth asphyxia ทำให้การปรับยาเกินขีดทำได้ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเสียชีวิต

4. รพ.นครพิงค์ ยังไม่มีเครื่องจ่ายก๊าซไนตริกออกไซด์ (iNO) ในการรักษาทารกที่มีภาวะ malignant PPHN ทำให้ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต

4) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

4.1 ข้อเสนอแนะต่อพื้นที่

- สนับสนุนการบูรณาการข้อมูลของ service plan NB เพื่อวางแผนการจัดระบบบริการร่วม กำหนดตัวชี้วัด คุณภาพ และประกันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยทารกวิกฤต (Fast pass) เพื่อการกำกับติดตามในระดับจังหวัด
- ส่งเสริมการบริหารจัดการเตียง NICU ร่วมกันในเครือข่าย โดยการสร้างระบบ refer in และ refer back และ เสริมศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่าย (Node strengthening)
- สนับสนุนการจัดทำ Cooling system for birth asphyxia with EEG monitoring ผ่านคณะกรรมการเขต สุขภาพที่ 1

4.2 ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง (กรมการแพทย์)

- จัดทำ service mapping ของทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลตามศักยภาพ
- การสนับสนุนด้านวิชาการ

5) ปัจจัยความสำเร็จ

- บุคลากรมีความเชี่ยวชาญ มุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย
- Sky doctor ในการรับส่งต่อผู้ป่วยจากพื้นที่ห่างไกล

6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- แนวทางที่ชัดเจนในการบริหารจัดการเตียง NICU ในเขตล้านนา 1
- การจัดระบบ fast track/ fast pass และประกันเวลา ในการรับส่งต่อทารกแรกเกิด

ผู้รายงาน แพทย์หญิงรัตนา จันทร์แจ่ม
ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์
วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566
E-Mail: ratit.cnh@gmail.com