



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข



กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

88/22 ม.4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 02-590-4427

คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

ISBN :

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุวรรณชัย	วัฒนา ยิ่งเจริญชัย	อธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์เอกชัย	เพียรศรีวีฑูรา	รองอธิบดีกรมอนามัย
ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก	ลุ่มพิกานนท์	ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ	ต่างวิวัฒน์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
--------------------	-------------	-------------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางจุฬารัตน	เขมทอง	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางวรรณชนก	ลิ้มจำรูญ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางสาวธัญลักษณ์	ทองหล่อ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางสาวปริยาภรณ์	รู้ชาย	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

คณะผู้จัดทำ

ตามคำสั่งคณะกรรมการทบทุนแนวทางการฝากครรภ์ประเทศไทย

พิมพ์ครั้งที่ 1	มีนาคม 2565
จำนวนที่พิมพ์	เล่ม
จัดพิมพ์โดย	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 88/22 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์	0 2590 4437
เว็บไซต์	https://hp.anamai.moph.go.th/th
พิมพ์ที่	
ลิขสิทธิ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สถานการณ์การเกิดที่ลดลงทุกปี ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนเด็กเกิดประมาณ 8 แสนคน และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2564 มีเด็กเกิดลดลงเหลือเพียง 5.4 แสนคน ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงเหลือเพียง 1.5 ซึ่งไม่เพียงพอในระดับทดแทน กรมอนามัยได้ร่วมกับหน่วยงานหลายภาคส่วนจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยมีนโยบายว่า “ รัฐบาลสนับสนุนและส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้นด้วยความสมัครใจ เพื่อเพียงพอสำหรับทดแทนประชากร และการเกิดทุกรายมีการวางแผน มีความตั้งใจและมีความพร้อมในทุกด้านนำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ” จากเป้าประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ 1. การวางแผนและเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ 2. การส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย จะเห็นว่ากระบวนการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

ในปีที่ผ่านมา กรมอนามัยได้มีการประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เพื่อทบทวนและพัฒนายกระดับมาตรฐานบริการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทยเพื่อให้สอดคล้องตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก โดยมุ่งเน้นกิจกรรมบริการที่สำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบถ้วนตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ยังมีการให้การปรึกษาและตรวจคัดกรองสามีหรือคู่ เพื่อตรวจหาโรคที่สามารถถ่ายทอดไปยังทารกในครรภ์ รวมทั้ง การจัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์ให้มีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า แนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ และได้ถูกประกาศให้เป็นสิทธิประโยชน์ในการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เรื่องค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการฝากครรภ์ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564

กรมอนามัย ได้แต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ประเทศไทย เพื่อร่วมกันจัดทำ **“คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข”** เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานฝากครรภ์ให้ไปในทิศทางเดียวกัน อันจะเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการต่อไป

ขอขอบคุณ คณะที่ปรึกษา ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กองการพยาบาล สูติแพทย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ที่ร่วมจัดทำรายละเอียดคู่มือฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ซึ่งคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ต่อไป

นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
อธิบดีกรมอนามัย
มีนาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	1
แผนภูมิแนวทางฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย	4
ตารางกิจกรรมบริการ การตรวจคัดกรองที่จำเป็นและการประเมินความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์ กิจกรรมบริการในการฝากครรภ์แต่ละไตรมาส	5
- ไตรมาสที่ 1	9
- ไตรมาสที่ 2	10
- ไตรมาสที่ 3	12
ภาคผนวก ก	
1. คำแนะนำการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์	
1.1 การปรับตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส	14
1.2 การใช้ยาในสตรีมีครรภ์	16
1.3 โภชนาการหญิงตั้งครรภ์	20
1.4 แนวทางการจัดกิจกรรมทางกายให้ปลอดภัย และข้อแนะนำการนอนหลับ	24
2. การคัดกรองโรคขณะตั้งครรภ์	
2.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย	25
2.2 การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์	28
2.3 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสและการดูแลรักษา	32
2.4 การคัดกรองเบาหวาน	37
3. การประเมินสุขภาพจิต และคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์	
3.1 การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์	40
3.2 การคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ และแนวทางการดูแลรักษา	45
3.3 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน	46
4. วัคซีนที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์	47
5. การตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)	50
6. สุขภาพช่องปาก	53
7. การนับลูกดิ้น	58
8. การวางแผนและการเตรียมตัวก่อนคลอด	
8.1 การวางแผนเลือกวิถีคลอด : คลอดธรรมชาติหรือผ่าตัดคลอด	59
8.2 สัญญาณเตือนก่อนคลอด การเตรียมตัวก่อนคลอด และการเตรียมตัวระหว่างการคลอด	61
9. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์	64
ภาคผนวก ข	
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	68
นโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565	70

บทนำ

เหตุผลและความเป็นมา

การฝากครรภ์ เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นไปอย่างราบรื่น มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 66.17 ล้านคน สิทธิการดูแลรักษาอยู่ภายใต้ 3 กองทุนสุขภาพหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งสิทธิที่ประชาชนได้รับในการรักษายาบาลจากกองทุนหรือสวัสดิการอาจมีความแตกต่างกัน

วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2556 รัฐบาลประกาศนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ ” เพื่อเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในวันแม่แห่งชาติ การบริการฝากครรภ์จึงถูกจัดอยู่ในสิทธิประโยชน์ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่หญิงไทยทุกคนต้องได้รับบริการเท่าเทียมกัน กรมอนามัยได้จัดทำแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนพึงได้รับ โดยแนะนำให้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำมารับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง โดยจะได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ ตามมาตรฐาน มีการเตรียมความพร้อมแก่หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ และในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศประเภทและขอบเขตของบริการฝากครรภ์สอดคล้องตามแนวทาง ฝากครรภ์คุณภาพของกรมอนามัย

จากการสำรวจสถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2564 พบว่า ยังมีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ครั้งแรกช้าถึงร้อยละ 25.7 แม้ว่าจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ได้ครบ 5 ครั้ง แต่กิจกรรมบริการที่จำเป็นได้รับไม่ครบถ้วน ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการจัดระบบบริการฝากครรภ์ คือภาระงานของบุคลากรและจำนวนผู้มารับบริการมีผลต่อ คุณภาพบริการ ในขณะที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดกิจกรรมบริการตามแนวทางเดียวกัน แต่มีความสมบูรณ์ แตกต่างกัน ปัญหาที่พบบ่อยคือ การให้ความรู้ คำอธิบายแก่ผู้รับบริการมีน้อยมาก โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ จากคลินิกเอกชน ด้วยเหตุผลของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ประกอบกับความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมอนามัยจึงได้มีแผนพัฒนาคลินิกฝากครรภ์ โดยได้รับความร่วมมือ จากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กองการพยาบาล สูติแพทย์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย เพื่อจัดทำคู่มือการฝากครรภ์ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและสอดคล้องตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (The 2016 WHO ANC Model) และจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายฝากครรภ์คุณภาพ พ.ศ. 2565 เมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2565 เพื่อให้สถานบริการได้ดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีเป้าประสงค์เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และ เด็กอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ดังต่อไปนี้

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่ายจัดบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐาน ตามแนวทางการฝากครรภ์ คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565
2. หญิงตั้งครรภ์และคู่ทุกราย ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบถ้วนตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

คำนิยาม

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้ง อย่างครบถ้วน หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ขึ้นพื้นฐานตลอดการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย กระบวนการดังต่อไปนี้

1. การสอบถามข้อมูล ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติทางสูติกรรม
2. การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์
 - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต
 - ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจฟังเสียงหัวใจและปอด ตรวจสุขภาพช่องปาก ประเมินภาวะซีด อาการบวม และอาการเตือนของโรคอื่นๆ
 - ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ ติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. การประเมินเพื่อการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาและส่งต่อ
 - การประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้า และการดื่มสุรา
 - การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟลิก และแคลเซียม
 - การให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก ไขหวัดใหญ่และโรคโควิด 19
 - การตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ ธาลัสซีเมีย และเบาหวาน
 - การรักษาตามโรคหรืออาการที่พบระหว่างการตั้งครรภ์ การส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าตามแนวทางที่กำหนดของเครือข่าย
5. โรงเรียนพ่อแม่หรือการให้สุขศึกษา การตอบข้อซักถาม และให้คำแนะนำ
6. การบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และผลการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์และการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหรือแบบบันทึกการฝากครรภ์และเวชระเบียนของหน่วยบริการ
7. การนัดหมายฝากครรภ์ครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมแก่สถานบริการ
2. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้ในการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐานสากลอย่างเท่าเทียม
3. เป็นแนวทางสื่อสารแก่ภาคประชาชนให้เกิดความเข้าใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน

ขอบเขต

เป็นแนวทางการให้บริการฝากครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมสถานการณ์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายสูติแพทย์จากโรงพยาบาลในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและสังกัดมหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อกรอบแนวทาง ขอบเขตและรูปแบบการให้บริการฝากครรภ์
3. ประชุมหารือแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ ปีงบประมาณ 2565 ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2564

4. นำเสนอต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2564 มีมติเห็นชอบการปรับแนวปฏิบัติการบริการฝากครรภ์เป็น 8 ครั้ง และแผนการดำเนินงานเพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติ
5. กรมอนามัยแต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย ตามคำสั่งกรมอนามัยที่ 928/2565 ลงวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์วิเศษ ลุมพิกานนท์ เป็นที่ปรึกษา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยเป็นประธาน และกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ เป็นฝ่ายเลขานุการและคณะกรรมการ
6. คณะทำงานฯ มีการประชุม 2 ครั้ง เพื่อจัดทำร่างแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย พ.ศ. 2565 และเตรียมการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์
7. ยกร่างแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย พ.ศ. 2565 นำเสนอต่อคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 1/2565 วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2564
8. คณะทำงานฯ ทบทวนและแก้ไขต้นฉบับแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย พ.ศ. 2565
9. กระทรวงสาธารณสุขแถลงข่าว “การฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย” ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถ่ายทอดสดผ่าน Facebook live เมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2565
10. กรมอนามัยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2565 ณ โรงแรม ทีเค. พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบ Web Conference และถ่ายทอดสดผ่าน Facebook live สำนักส่งเสริมสุขภาพ

แผนภูมิแนวทางฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย

อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์

ANC ครั้งแรก ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ : sw.สต., PCU

ช้กประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพครั้งแรก ตรวจสุขภาพช่องปาก
Prenatal counselling คัดกรองและประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์
ตรวจ LAB ครั้งแรก : CBC for Hct/Hb MCV, DCIP, VDRL, Anti HIV, HBsAg,
Blood group ABO, Rh
ตรวจ Lab สามี : CBC , MCV, DCIP, VDRL, Anti HIV
ฉีดวัคซีน : dT

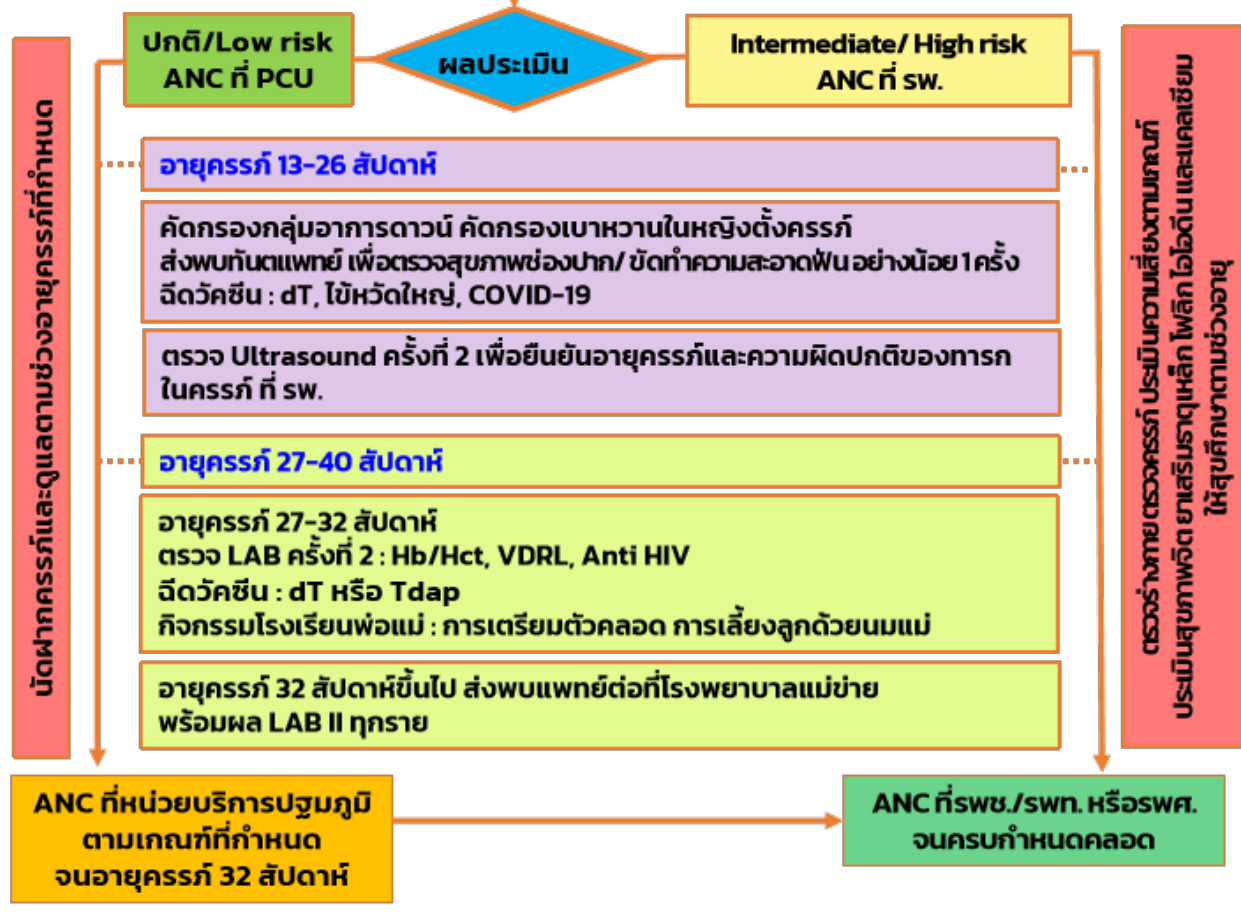
นัดหญิงตั้งครรภ์แจ้งผลการตรวจ LAB

กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ : การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์, การใช้ยา, โภชนาการ,
พัฒนาการทารก, กิจกรรมทางกายและการนอน

ส่งพบแพทย์ : ที่ sw. แม่ข่าย เพื่อประเมินอายุครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง
(Ultrasound) ประเมินภาวะความเสี่ยงการตั้งครรภ์ พร้อมผล LAB และประวัติ



โรงพยาบาลแม่ข่าย
และหน่วยบริการ
ปฐมภูมิร่วมกัน
กำหนดแนวทางการ
ส่งต่อเพื่อการดูแล
หญิงตั้งครรภ์
ต่อเนื่อง



ตารางกิจกรรมบริการ การตรวจคัดกรองที่จำเป็นและการประเมินความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	≤12 wks.		20 wks.		26 wks.		30 wks		34 wks.	36 wks.	38 wks.	40 wks.
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
· ประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วย และประวัติทางสูติกรรม	√											
· ข้อมูลการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	√											
· ตรวจร่างกาย ปอด หัวใจ	√											
· ประเมินสุขภาพจิต	√		√		√		√		√	√	√	√
· ประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์	√											
· พบแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์		√		√					√			
· Prenatal counselling กลุ่มอาการดาวน์ และซัสซีเมีย		√										
· คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 14 – 18 wks. หากผลตรวจพบความเสี่ยงสูงให้ตรวจยืนยันด้วยการเจาะ น้ำคร่ำ				√								
· คัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย 24 - 28 wks. ยกเว้นกลุ่มเสี่ยงให้คัดกรองตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก												
- Glucose challenge test (GCT)					√							
- Oral glucose tolerance test (OGTT)						√						
· ประเมินการคลอด									√			

ตารางกิจกรรมบริการ การตรวจคัดกรองที่จำเป็นและการประเมินความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	≤12 wks		20 wks		26 wks		30 wks		34 wks	36 wks	38 wks	40 wks
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ครั้งที่ 1						ครั้งที่ 2					
· Multiple urine dipstick	√						√					
· TPHA หรือ anti TP (กรณีที่มี TPHA/anti TP ผลเป็นบวกในการตรวจครั้งแรก หรือเคยเป็นบวกมาก่อนให้เปลี่ยนการตรวจจาก TPHA/anti TP เป็น VDRL/RPR)*		√										
· VDRL/RPR	√						√					
· Anti – HIV	√						√					
· HBsAg	√											
· CBC for MCV,Hct, Hb	√						√					
· DCIP	√											
· ถ้าผล MCV + DCIP เป็นบวกทั้งคู่ให้ตรวจยืนยัน Hb typing/PCR เพื่อกำหนดคู่เสี่ยงการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์		√										
· ตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh)	√											
· ตรวจสุขภาพช่องปาก	√											
· ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและขัดทำความสะอาดฟัน						√						

ตารางกิจกรรมบริการ การตรวจคัดกรองที่จำเป็นและการประเมินความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	≤12 wks		20 wks		26 wks		30 wks		34 wks	36 wks	38 wks	40 wks
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
· การตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)												
- ครั้งที่ 1 ประเมินอายุครรภ์เพื่อกำหนดวันตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์		√										
- ครั้งที่ 2 เพื่อยืนยันอายุครรภ์ ประเมินการเจริญเติบโตและความผิดปกติของทารกในครรภ์				√								
- ครั้งที่ 3 เพื่อติดตามการเจริญเติบโต ดูส่วนน้ำ ตำแหน่งรก เกาะ (อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์)									√			
· การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ - NST - ตรวจ ultrasound ดูน้ำคร่ำ												√
· การฉีดวัคซีนและการให้ยาเสริม												
- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) หรือ Tdap** (จำนวนครั้งที่ให้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต)	√											
- วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ (≥ 4 เดือน)									√			
- วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (> 12 สัปดาห์)									√			
- การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน และแคลเซียม กินทุกวัน ตลอดการตั้งครรภ์	√											

กิจกรรมบริการ การตรวจคัดกรองที่จำเป็นและการประเมินความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	≤12 wks		20 wks		26 wks		30 wks		34 wks	36 wks	38 wks	40 wks
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
· โรงเรียนพ่อแม่***												
- การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์	√											
- การใช้ยา	√											
- โภชนาการ	√											
- พัฒนาการทารก	√											
- กิจกรรมทางกายและการนอน	√											
- การเตรียมตัวก่อนคลอด และระหว่างคลอด									√			
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่									√			

∞

หมายเหตุ

- * กรณีหน่วยบริการไม่สามารถตรวจ TPHA ได้ ให้ใช้วิธี VDRL/RPR
- ** พิจารณาให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (Tdap) ในช่วงอายุครรภ์ 27-36 สัปดาห์ โดยอาจจะทดแทน dT ที่ต้องให้ในช่วงอายุครรภ์ดังกล่าว (ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันการใช้วัคซีน dT ในส่วนของ Tdap ได้ผ่านคำแนะนำจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้งนี้อยู่ระหว่างการนำร่องการใช้วัคซีนและใช้ในภาคเอกชน)
- *** การให้ความรู้หรือคำแนะนำผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมกับการฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)

กิจกรรมบริการในการฝากครรภ์แต่ละไตรมาส

ไตรมาสที่ 1

การสอบถามข้อมูลเพื่อเน้นหาประวัติความเจ็บป่วย และประวัติทางสูติกรรม เพื่อจะนำข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ มาวางแผนการดูแลให้ได้รับบริการครบตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะเรื่องการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย

1. การสอบถามข้อมูลทั่วไป

- ประวัติส่วนตัว / ครอบครัว
- ประวัติการเจ็บป่วย
- ประวัติทางสูติกรรม

2. การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์

- ชั่งน้ำหนัก สูตรคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยใช้ $BMI = \frac{\text{น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์}}{\text{ส่วนสูงเป็นเมตร}^2}$
- วัดส่วนสูง
- วัดความดันโลหิต
- ตรวจร่างกายทั่วไป
- ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์
- ตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) เพื่อประเมินอายุครรภ์ โดยแพทย์ที่สามารถทำการตรวจ ultrasound ได้ กรณีหน่วยบริการไม่มีความพร้อมให้ส่งต่อไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีสูติแพทย์หรือ รังสีแพทย์

• ประเมินความพร้อมของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากพบความผิดปกติให้แก้ไข หากไม่สามารถแก้ไขได้ ให้ส่งต่อโรงพยาบาล

- ส่งพบทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก
- ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ (Prenatal counseling) กับหญิงตั้งครรภ์ และสามี

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ให้คำปรึกษา (counseling) ก่อนเจาะเลือดตรวจหาการติดเชื้อ HIV
- ให้คำปรึกษาเพื่อตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ภาวะโลหิตจาง หมู่เลือด โรคซิฟิลิส โรคตับอักเสบ บี การติดเชื้อ HIV
- เจาะเลือดตรวจ Lab I หญิงตั้งครรภ์: CBC for Hct / Hb MCV, DCIP, VDRL , Anti-HIV , HBsAg, Blood group ABO, Rh และ เจาะเลือดสามีเพื่อคัดกรองธาลัสซีเมีย, ซิฟิลิส และโรคเอดส์ : CBC , MCV, DCIP, VDRL, Anti-HIV
- กรณีผลตรวจ DCIP, MCV ผิดปกติให้ตรวจคัดกรองและยืนยันธาลัสซีเมียของหญิงตั้งครรภ์และสามี ตามแนวทางที่กำหนด

- ตรวจปัสสาวะ โดยใช้ multiple dipstick หา protein sugar และ bacteria

4. การประเมินเพื่อการส่งต่อ และจัดให้มีการดูแลรักษา

- 1) ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) โดยจำนวนครั้งที่ให้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต รายละเอียดในภาคผนวกที่ 4. วัคซีนที่จำเป็นในหญิงตั้งครรภ์
- 2) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน และแคลเซียม รวมถึงวิตามินในรายที่จำเป็น
- 3) ประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้า และการดื่มสุรา

4) ประเมินการสูบบุหรี่ ทั้งของหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคนในครอบครัว หากพบให้แนะนำและส่งต่อเพื่อการบำบัด

5. โรงเรียนพ่อแม่ หรือให้สูขศึกษาและคำแนะนำ ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- การตรวจเลือดเมื่อตั้งครรภ์ ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น
 - ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในเด็กแรกเกิด หรือโรคเอ๋อ การดูแลรักษา
 - การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์
 - พิษภัยของควันบุหรี่ต่อทารกในครรภ์
- การสังเกตและการปฏิบัติตัวกรณีมีอาการผิดปกติหรือฉุกเฉิน แจ้งหมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อฉุกเฉิน
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกาย
- เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะบ่อย / แสบขัด
- ความเครียด การสังเกตและประเมินความเครียดด้วยตนเอง
- การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ และภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์
- อัลตราซาวด์บอกอะไรได้บ้าง
- ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

6. กรณีหญิงตั้งครรภ์มีผลการตรวจคัดกรองและการประเมินความเสี่ยง พบความเสี่ยงหรือผิดปกติ

• หากพบความผิดปกติหรือมีภาวะเสี่ยงให้ส่งหญิงตั้งครรภ์ไปพบแพทย์เพื่อรับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรับส่งต่อหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทันที

• ในกรณีผลเลือด Hct < 33 %, MCV < 80 fl. และ/หรือ DCIP Positive ให้พาสามีมาตรวจหา MCV, DCIP กรณี MCV หรือ DCIP ของสามีผิดปกติให้ตรวจหา Hb Typing หากพบว่า บุตรในครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรง ให้ส่งต่อโรงพยาบาลทันทีเพื่อวินิจฉัย เพิ่มเติม

7. บันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และผลการตรวจในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และเวชระเบียน

8. นัดฝากครรภ์และตรวจครั้งต่อไป

- การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อยืนยันอายุครรภ์ และคัดกรองความผิดปกติของทารก
- นัดมาฟังผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการและส่งต่อไปประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล
- นัดฝากครรภ์ครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์ 18 - 20 สัปดาห์
- นัดมาพบทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน อย่างน้อย 1

ครั้งในช่วงที่ตั้งครรภ์

ไตรมาสที่ 2

1. การสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์

- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
- ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจภาวะซีด อาการบวม
- ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ วัดความสูงของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์
- การเตรียมพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแก้ไขสิ่งผิดปกติในรายที่ยังไม่ได้ตรวจ และติดตาม

ประเมินผลการแก้ไขในรายที่มีความผิดปกติของลานนมหรือหัวนม

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ตรวจปัสสาวะ protein และ sugar
- อายุครรภ์ 14 - 18 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (Quadruple test)
- อายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ ตรวจเลือดคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย (50 g. Glucose challenge test) หากเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้คัดกรองตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก

4. การประเมินเพื่อการส่งต่อ และจัดให้มีการดูแลรักษา

1) ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3 โดยจำนวนครั้งที่ให้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต รายละเอียดในภาคผนวกที่ 4. วัคซีนที่จำเป็นในหญิงตั้งครรภ์ และให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เมื่ออายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ณ สิงหาคม 2563 ทั้งนี้ทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีคำแนะนำให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 หากยังไม่เคยได้รับไม่ว่าอายุครรภ์เท่าใด อ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดโรคโควิด-19 Version 7 วันที่ 17 ธ.ค. 2564

2) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน และแคลเซียม รวมถึงวิตามินในรายที่จำเป็น

3) ประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้า และการดื่มสุรา

4) ส่งต่อไปฝากครรภ์หรือรับบริการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อประเมิน พบว่า มีความผิดปกติ เช่น

- ผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์: Quadruple test พบว่า เสี่ยงสูง
- ผลการคัดกรองโรคเบาหวานผิดปกติ
- มีคลื่นไส้ อาเจียนมาก ปวดท้อง และมีเลือดออกทางช่องคลอด
- พบโรคต่อมไทรอยด์ผิดปกติ โรคหอบหืด และโรคหัวใจ
- มีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 / 90 mmHg (หรือ ค่า systolic เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 30 mmHg หรือค่า diastolic เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 15 mmHg)

• ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน และประเมินพบภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจคัดกรองด้วย 50 gm Glucose Challenge Test ผลตรวจผิดปกติให้ส่งโรงพยาบาลตรวจวินิจฉัยต่อภายใน 1 สัปดาห์

5. โรงเรียนพ่อแม่หรือให้สูขศึกษาและคำแนะนำ ได้แก่

- พัฒนาการของทารกในครรภ์ในแต่ละช่วง
- การรับประทานอาหารและการพักผ่อน
- การออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์และข้อห้าม
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ต่อเนื่องจากครั้งแรก)
- การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์
- การดูแลสุขภาพช่องปาก
- เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะบ่อย แสบขัด
- การจัดการความเครียดด้วยตนเอง โรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

6. บันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และผลการตรวจในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และเวชระเบียน

7. นัดฝากครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงอายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ และ 21-26 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 3

1. การสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. การตรวจร่างกาย / ตรวจครรภ์

- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
- ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจภาวะซีด สังเกตอาการบวมที่ขาและทั่วร่างกาย
- ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ วัดความสูงของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ตรวจท่าของทารกและส่วนนำ (lie และ presentation) โดยการคลำ
- ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ รวมทั้งกรณีที่ไม่เคยได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมาก่อน
- ติดตามประเมินผลการแก้ไขในรายที่มีความผิดปกติของลานนม/หัวนม

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ตรวจปัสสาวะโดยใช้ multiple dipstick เพื่อหา protein sugar และ bacteria
- เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB II) ได้แก่ Hb / Hct , VDRL , Anti HIV

4. การประเมินเพื่อการส่งต่อ และจัดให้มีการดูแลรักษา

- 1) ให้อาหารเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน และแคลเซียม รวมถึงวิตามินในรายที่จำเป็น
- 2) ส่งต่อไปฝากครรภ์หรือรับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อประเมินพบว่า มีความผิดปกติ เช่น อาการปวดท้อง ท้องแข็ง มีอาการเหมือนเจ็บท้องคลอด พบโรคต่อมไทรอยด์ผิดปกติ โรคหอบหืด โรคหัวใจ มีภาวะความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะควบคู่กับอาการตาพร่ามัว / จุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (ค่าโปรตีน +2 ขึ้นไป) และมีอาการบวมที่ใบหน้า ตัว หรือ เท้า มีอาการเลือดออกทางช่องคลอด ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ไม่ได้ พบมีครรภ์แฝด เป็นต้น ให้ส่งต่อไปโรงพยาบาลรับส่งต่อหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายทันที
- 3) ประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้า และการดื่มสุรา
- 4) ให้อาหารเสริมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3 โดยจำนวนครั้งที่ให้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต หรือพิจารณาให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (Tdap) ในช่วงอายุครรภ์ 27-36 สัปดาห์ รายละเอียดในภาคผนวกที่ 4. วัคซีนที่จำเป็นในหญิงตั้งครรภ์

5. โรงเรียนพ่อแม่หรือให้สุขศึกษาและคำแนะนำ ได้แก่

- การสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ พร้อมทั้งสอนให้นับจำนวนครั้งของการดิ้นของทารกในครรภ์
- การสังเกตอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อการคลอด เช่น เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน มีมูกเลือด หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ที่ต้องมาโรงพยาบาลโดยเร็ว เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ทารกดิ้นน้อยลง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บจุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา มีไข้ เป็นต้น
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เลือดออก น้ำเดิน เป็นต้น
- ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลเต้านม ประโยชน์นมแม่
- การคลอดและวางแผนการคลอด
- การคุมกำเนิด
- การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า

6. บันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และผลการตรวจในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และเวชระเบียน

7. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ต่อเมื่อที่โรงพยาบาลรับส่งต่อหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายพร้อมผลการตรวจ LAB II เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

ภาคผนวก ก

1. คำแนะนำการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

1.1 การปรับตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส

แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ไตรมาสที่ 1 ช่วงอายุครรภ์ 1-13 สัปดาห์

ด้านร่างกาย

- **เวียนศีรษะ** เหนื่อย เพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซึ่งจะหายได้เองเมื่อเข้าสู่เดือนที่ 4 ในช่วงนี้น้ำหนักตัวของแม้อย่างเพิ่มไม่มาก ส่วนใหญ่มีไม่เกิน 2 กิโลกรัม บางรายอาจมีน้ำหนักลดได้
- **ปัสสาวะบ่อย** เป็นเพราะมดลูกโตขึ้นไปกดกระเพาะปัสสาวะ อาการจะเริ่มดีขึ้นเมื่อมดลูกขยายเข้าไปในท้อง และจะเริ่มมีอาการอีกครั้งเมื่อใกล้คลอด อย่างไรก็ตามปัสสาวะเพราะจะทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบติดเชื้อได้
- **เต้านมคัดตึง** เจ็บบริเวณหัวนม

ด้านจิตใจ

- **อารมณ์แปรปรวน** หงุดหงิด ซ้ำรำคาญ ใจน้อย อ่อนไหวง่าย บางรายมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ ครอบครัวยุติการให้กำลังใจ

ข้อควรระวัง

- หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดเพราะอาจมีผลต่อทารกในครรภ์ การดื่ม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จะทำให้ออนไม่หลับ
- ระวังการฉีดยา โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง หากมีอาการเจ็บป่วย ควรปรึกษาแพทย์
- หากมีอาการเลือดออกหรือปวดท้องน้อย อาจเป็นสัญญาณเตือนของการแท้งซึ่งพบได้บ่อยในช่วง 3 เดือนแรก ควรรีบไปพบแพทย์

ไตรมาสที่ 2 ช่วงอายุครรภ์ 14 - 27 สัปดาห์

ด้านร่างกาย

- **ปวดเมื่อย** ปวดขา ปวดหลัง หรือมีอาการบวมที่ขา พบได้จนใกล้คลอด แนะนำให้งดใส่รองเท้าส้นสูง งดยกของหนัก หรือก้มยกของ อย่ายืนนาน นอนตะแคงซ้าย ขาขวาถ่ายหมอนข้าง
- **จุกเสียดแน่นท้อง** เกิดจากมีกรดมาก อาหารย่อยช้า แนะนำให้แบ่งรับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อย ๆ วันละ 5 - 6 ครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส และอาหารรสจัด
- **ท้องผูก** มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง มดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้นไปกดทับลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระผ่านได้ลำบาก อุจจาระ ที่ค้างอยู่นานจะถูกดูดซึมน้ำออกไปมาก
- **ริดสีดวงทวาร** เกิดจากมดลูกโตขึ้นไปกดทับเส้นเลือดดำ เส้นเลือดโป่งพอง เมื่อท้องผูก อุจจาระจะเป็นก้อนแข็ง ทำให้เส้นเลือดที่โป่งพองเกิดฉีกขาด มีเลือดสด ๆ ปนออกมากับอุจจาระ ทำให้รู้สึกปวดแสบ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใย ดื่มน้ำมาก ๆ
- **ตกขาว** มีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนหรืออาจเกิดจากการติดเชื้อ ลักษณะของตกขาว จะเป็นมูกสีขาวขุ่น มีกลิ่นอ่อน ๆ อาจมีอาการคันบริเวณปากช่องคลอด แนะนำให้ดูแลทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่ ห้ามสวนล้างช่องคลอด หากมีอาการคันมากหรือตกขาวมีสีเหลืองหรือเขียว กลิ่นเหม็น ควรไปพบแพทย์

- **ผิวหนัง** มีฝ้าขึ้นบริเวณที่สัมผัสแสงแดด ป้องกันโดยทาครีมกันแดด ท้องกลายเป็นรอยแตกเป็นแนวสีชมพูบริเวณหน้าท้อง เนื่องจากการขยายตัวของผิวหนังหน้าท้อง จะค่อยๆจางลงภายหลังคลอด บริเวณหัวหน้ามีรอยเส้นดำตรงกลางขึ้นไปถึงสะดือ ซึ่งจะจางลงภายหลังคลอดเช่นกัน แนะนำให้ดื่มน้ำที่อุ่นจัด ควรทาครีมบำรุงผิวเพื่อให้ผิวชุ่มชื้น ช่วยลดอาการคันได้

- **เต้านมขยาย** ขนาดใหญ่ขึ้น หัวนมและลานนมมีสีคล้ำ เกิดจากฮอร์โมนที่เพิ่มขึ้น ควรปรับเปลี่ยนขยายขนาดชุดชั้นในให้เหมาะสม

- **ปวดท้องน้อย** เมื่อมดลูกโตขึ้น ทำให้เอ็นที่ยึดมดลูกตึงตัว คุณแม่จะรู้สึกตึงหน้าท้อง อาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ แนะนำให้ลองนวดเบาๆที่หน้าขาๆ ลองนอนพักหรือเปลี่ยนท่าบ่อยๆ

- **ตะคริว** เกิดจากขาดแคลเซียม ป้องกันโดยการดื่มนมและรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เวลานอนควรห่มผ้าให้อุ่นบริเวณปลายเท้าและน่อง

- **การรู้สึกตัวลูกตื่น** คือแม่จะรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวแต่ละครั้งของทารกในครรภ์ทุกลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นการยืดแขน ขา ลำตัวหรือการถีบกระทุ้ง ส่วนใหญ่จะเริ่มรู้สึกได้เมื่ออายุครรภ์ 18 - 20 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสรีระของแต่ละคน หากแม่มีหน้าท้องหนา อาจรับรู้ได้ช้ากว่า

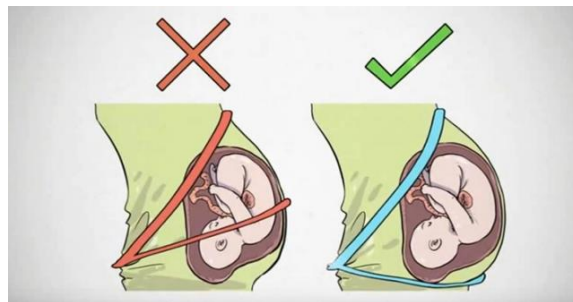
ด้านจิตใจ

- เริ่มรู้สึกผ่อนคลายเพราะสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้แล้ว รับประทานอาหารได้หลากหลาย และในปริมาณมากขึ้น

ไตรมาสที่ 3 ช่วงอายุครรภ์ 28 - 40 สัปดาห์

ด้านร่างกาย

- **น้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก** ช่วงนี้เป็นช่วงที่ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตขึ้นมาก เมื่อท้องใหญ่ขึ้น จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายจะเปลี่ยนไป น้ำหนักจะทิ้งถ่วงไปทางข้างหน้ามากกว่าปกติทำให้หัวทิ่มสะดุดไปข้างหน้าได้ง่าย จึงต้องระวังเรื่องอุบัติเหตุ ควรเลือกสวมใส่รองเท้าส้นแบนและกระชับเท้า การคาดเข็มขัดนิรภัย ต้องปรับแต่งให้สายเข็มขัดที่พาดผ่านหน้าตักหรือแนวสะโพกอยู่ในตำแหน่งต่ำกว่าครรภ์ และอยู่แนวสะโพกพอดี แล้วดึงให้กระชับอย่าให้หลวมเกินไป



- **อาการบวม** หากบวมมากผิดปกติ ต้องพึงระวังภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรไปรับการตรวจตามแพทย์นัด วิธีลดเท้าบวม ลองใช้หมอนรองขาเวลานอน ให้เท้าอยู่สูงกว่าระดับหัวใจ ช่วยให้เลือดไหลเวียนสะดวก งดอาหารรสเค็มจัด ควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์

- **เจ็บครรภ์เตือน** พบได้ในเดือนที่ 8 - 9 จะเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ อาการจะทุเลาลงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ หรือนอนพัก ต่างจากการเจ็บครรภ์จริงซึ่งจะเจ็บนานขึ้นและถี่ขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าจะนอนพัก อาการปวดก็ไม่ทุเลา

ด้านจิตใจ

- เริ่มมีความกังวลเกี่ยวกับการคลอด วิธีคลอด การเลี้ยงดูบุตร ควรศึกษาหาข้อมูลและเตรียมตัว เตรียมข้าวของเครื่องใช้และจัดสถานที่สำหรับเด็ก รวมถึงเอกสารต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้เมื่อไปคลอด

1.2 การใช้ยาในสตรีมีครรภ์

สุกานดา ถิระวัฒน์, ญัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์, เต๋นนพพร สุดใจ, สุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน
งานเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ กลุ่มงานสูติรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

การเลือกใช้ในสตรีมีครรภ์เป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากยาบางชนิดส่งผลต่อทารกในครรภ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ยาบางชนิดสามารถผ่านรกไปทำให้เกิดความพิการของทารก ยาบางชนิดมีผลให้เลือดไปเลี้ยงที่รกน้อยลงส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตช้า หรือทำให้เกิดการบีบตัวของมดลูกจนทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด การเลือกใช้ในสตรีมีครรภ์มีหลักการดังนี้

1. แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะต้องรู้ถึงระดับความปลอดภัยของยาแต่ละชนิดสำหรับสตรีมีครรภ์และเลือกใช้ในชนิดที่ปลอดภัยที่สุด

2. ใช้ยาในขนาดที่ต่ำที่สุดที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคของสตรีมีครรภ์ได้ในระหว่างตั้งครรภ์

3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายชนิดพร้อมกันในการรักษาโรค(polytherapy)

4. เลือกใช้ในชนิดเก่าที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นยามาตรฐานในการรักษาโรค(gold standard)และมีข้อมูลเรื่องความปลอดภัยในทารกเป็นอันดับแรก เนื่องจากยาชนิดใหม่มักจะมีข้อมูลเรื่องความปลอดภัยของทารกไม่เพียงพอ ถึงแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีกว่ายาชนิดเก่าก็ตาม แต่ถ้าจะนำมาใช้จะต้องพิจารณาแล้วว่าไม่มียามาตรฐานชนิดอื่นให้เลือกใช้แล้ว หรือการใช้ยาชนิดใหม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าความเสี่ยงของทารกจากการใช้ยา

องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา(The United State Food and Drug Administration, FDA) ได้จัดแบ่งกลุ่มยาตามลำดับความปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์ออกเป็น 5 ประเภทคือ ระดับ A, B, C, D และ X ซึ่งการแบ่งกลุ่มยานี้เริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522

ระดับความปลอดภัย	ความหมาย
A	สตรีมีครรภ์ใช้ได้อย่างปลอดภัย มีการศึกษาในมนุษย์พบว่าไม่มีความเสี่ยงในการก่อให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสแรกและไตรมาสอื่น ๆ
B	สตรีมีครรภ์ใช้ได้อย่างปลอดภัย มีการศึกษาในสัตว์พบว่าไม่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์แต่ยังไม่มีการศึกษาในมนุษย์
C	สตรีมีครรภ์ใช้อาจไม่ปลอดภัย มีการศึกษาในสัตว์พบว่ายาทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ แต่ยังไม่มีการศึกษาในมนุษย์ ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มนี้ขึ้นกับการประเมินของแพทย์ระหว่างประโยชน์จากการใช้ยาและความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์
D	มีความเสี่ยงในการก่อให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ มีหลักฐานพบว่ามีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ ดังนั้นยาในกลุ่มนี้จะใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่าก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงของทารกในครรภ์ ซึ่งมักจะเป็นการใช้ยาเพื่อช่วยชีวิตมารดาหรือใช้ยาเพื่อรักษาโรคที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถใช้ยาที่ปลอดภัยมากกว่าได้ หรือใช้แล้วไม่ได้ผล
X	ยาที่ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์ มีการศึกษาในสัตว์หรือมนุษย์ว่ายานี้ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนหรือทารกในครรภ์และมีความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับจากยา

อย่างไรก็ตามในปี ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกาได้ปรับปรุงการจัดกลุ่มและเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ใหม่ ซึ่งเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 และได้ยกเลิกการจัดกลุ่มแบบ Pregnancy category แต่ให้ใช้แบบ PLLR (The Pregnancy and Lactation Labeling Rule: PLLR) โดยให้มีการระบุชัดเจนในเรื่องของการแจ้งความเสี่ยงของยา เช่น systemic absorption, ข้อมูลการศึกษาในมนุษย์, ข้อมูลการศึกษาในสัตว์ เป็นต้น โดยในฉลากยาจะต้องมีข้อมูลของยาที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ได้แก่

- Pregnancy exposure registry
- Risk summary
- Clinical considerations
- Data

ซึ่งบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามข้อมูลปัจจุบันของ PLLR ได้จากเว็บไซต์ขององค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (<https://www.fda.gov/drugs/labeling-information-drug-products/pregnancy-and-lactation-labeling-drugs-final-rule>) โดยยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคและควรหลีกเลี่ยงเนื่องจากมีผลต่อทารกในครรภ์ได้แก่

1. ยากันชัก (Antiepileptic drugs)

- Phenytoin มีผลให้ทารกมีหัวใจพิการแต่กำเนิด ปากแหว่งเพดานโหว่ ใบหน้าผิดปกติ มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ทารกเจริญเติบโตช้าและพัฒนาการช้า
- Phenobarbital มีผลให้ทารกมีหัวใจพิการแต่กำเนิด เพดานโหว่ ใบหน้าผิดปกติ มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ และทารกเลือดออกง่าย
- Carbamazepine มีผลให้เกิดความบกพร่องของกระดูกไขสันหลัง หัวใจพิการแต่กำเนิด เพดานโหว่ ใบหน้าผิดปกติ มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ และทารกเลือดออกง่าย
- Valproic acid มีผลให้ทารกมีหัวใจพิการแต่กำเนิด เพดานโหว่ มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ กะโหลกและใบหน้าผิดปกติ มีความผิดปกติของระบบประสาท การเจริญเติบโตช้าและพัฒนาการช้า รวมถึงมีเลือดออกง่าย

2. ยารักษาไทรอยด์เป็นพิษ (Antihyperthyroid drugs)

- Methimazole ส่งผลให้ทารกไม่มีผิวหนังแต่กำเนิด คอพอก ไทรอยด์ต่ำ ทางเดินอาหารตีบตัน และมีพัฒนาการช้า
- กลุ่ม Radioactive iodine-131: แร่ไอโอดีน-131 เป็นไอโซโทปของไอโอดีน เป็นไอโซโทปรังสี มีค่าครึ่งชีวิต 8 วัน สามารถผ่านรกได้ และสามารถพบแร่ที่จับที่ต่อมไทรอยด์ของทารกทำให้เกิดภาวะไทรอยด์ต่ำอย่างรุนแรง ข้อบ่งใช้ ได้แก่ ไทรอยเป็นพิษที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และมะเร็งของต่อมไทรอยด์ ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ควรให้ตรวจการตั้งครรภ์ก่อนเริ่มรักษา และย้าให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในขั้นตอนการรักษาให้คุมกำเนิดอย่างเคร่งครัด อย่างน้อย 6 - 12 เดือนหลังกลืนแร่ครั้งสุดท้าย

3. ยาลดความดันและยาโรคหัวใจ (Antihypertensive and Cardiovascular drugs)

- Angiotensin converting enzyme inhibitor(ACEIs) และ Angiotensin receptor blocker(ARBs) ถ้าสตรีมีครรภ์ได้ยาชนิดนี้ในช่วงไตรมาสแรกจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและระบบประสาทผิดปกติ แต่ถ้าได้ยาในช่วงไตรมาสที่ 2 จะทำให้ไตทำงานผิดปกติ ส่งผลให้ไตวายและน้ำคร่ำน้อย
- Beta-blocker ส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตช้า ทารกหัวใจเต้นช้า น้ำตาลต่ำและอุณหภูมิร่างกายต่ำ หลังคลอด ในกรณีที่ต้องใช้เป็นยาทางเลือกในการรักษาความดันโลหิตสูงให้เลือกยาที่ออกฤทธิ์สั้น ได้แก่ Labetalol
- Warfarin กรณีที่สตรีมีครรภ์ได้รับยาเกิน 5 มิลลิกรัมต่อวันในช่วงไตรมาสแรกจะส่งผลให้ทารกมีกระดูกขา หลัง และลักษณะใบหน้าผิดปกติ แต่ถ้าได้รับยาในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 จะส่งผลให้มีความผิดปกติ

ของสมอง ตาบอด พัฒนาการช้าและปัญญาอ่อนได้ รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่มีเลือดออกง่าย เจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้

4. ยาแก้ปวดไมเกรน (Antimigraine drugs)

- Ergotamines ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดความผิดปกติต่อทารกมีจำกัด แต่ยาทำให้เลือดที่มามีความดันลดลงทำให้ทารกได้รับออกซิเจนน้อยลงและเกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้

5. ยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID)

- ยากลุ่ม NSAID ได้แก่ Diclofenac, Ibuprofen, Indomethacin, Naproxen, Celecoxib และ Mefenamic acid ควรหลีกเลี่ยงการใช้นานี้ในระยะยาวหรือการใช้นานี้ในขนาดสูง โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 3 เนื่องจากจะทำให้เส้นเลือด ductus arteriosus ปิดก่อนคลอด น้ำคร่ำน้อย มีเลือดออกในสมองทารก และเป็นพิษต่อไตของทารก

6. ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid)

- ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid ที่ใช้บ่อย เช่น tramadol, fentanyl, methadone, meperidine, codeine และ morphine ไม่ก่อให้เกิดความพิการในทารก แต่เพิ่มความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้า และทารกเสียชีวิตในครรภ์ นอกจากนี้อาจพบอาการจากการขาดยาในทารก(Narcotic withdrawal) เช่น ทารกร้องมากผิดปกติ ชัก หายใจเร็ว หยุดหายใจ เป็นต้น

7. ยาฆ่าเชื้อและยาด้านไวรัส(Antimicrobials and Antiretroviral drugs)

- Tetracyclines จะไปสะสมที่กระดูกและฟันของทารก ทำให้เด็กมีฟันเหลือง หากใช้นานี้ในช่วงอายุครรภ์ 25 สัปดาห์เป็นต้นไป

- Aminoglycosides เช่น gentamycin, streptomycin เป็นพิษต่อหูและไตของทารกได้

- Sulfonamides ถ้าได้รับยาในช่วงไตรมาสแรกจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติของกะโหลกศีรษะ หัวใจพิการแต่กำเนิด และทางเดินอาหารตีบตัน แต่ถ้าได้รับยาในช่วงใกล้คลอดจะทำให้เกิดตัวเหลืองในทารกได้

- Chloramphenicol หลีกเลี่ยงการใช้นานี้ในช่วงใกล้คลอด เพราะจะทำให้ทารกตัวเขียว ตัวอ่อนปวกเปียก ตัวเย็น และหมดสติได้ ซึ่งเรียกว่า เกรย์เบบี้ ซินโดรม (Gray baby syndrome)

- Quinine ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของแขนขา ใบหน้า และหัวใจพิการแต่กำเนิด หากได้รับยาในขนาดที่สูงในช่วงแรกของการตั้งครรภ์

8. ยารักษาจิตเวช (Psychotropic drugs)

- ยารักษาจิตเวชกลุ่ม tricyclic antidepressants และ benzodiazepines ไม่ทำให้เกิดความพิการในทารก แต่จะทำให้ทารกมีอาการผิดปกติในช่วงหลังคลอดจากการขาดยา ได้แก่ ทารกร้องมากผิดปกติ กล้ามเนื้อแข็งเกร็งหรืออ่อนแรง ซึม ไม่ดูดนม และกตการหายใจได้ ซึ่งไม่จำเพาะกับยาตัวใดตัวหนึ่งเกิดขึ้นแบบชั่วคราวในช่วงสั้น ๆ และหายไปตัวเอง

- Lithium เป็นยาที่ใช้รักษาผู้ป่วย bipolar ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของหัวใจชนิด Ebstein anomaly หากได้รับยาในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ถ้าได้รับยานี้ในช่วงใกล้คลอดอาจทำให้ทารกเกิดภาวะไทรอยด์ต่ำ โรคเบาใจิต หัวใจโต หัวใจเต้นช้า และตัวเขียวได้

- Paroxetine เป็นยากลุ่ม SSRI เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะผนังหัวใจห้องบน และห้องล่างรั่ว หากได้รับยาในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

9. อนุพันธ์ของวิตามิน A (Retinoids)

- ยากลุ่มอนุพันธ์ของวิตามินเอ เช่น isotretinoin, Acitretin, Bexarotene นิยมใช้ในการรักษาสิว ทำให้เกิดความผิดปกติของกะโหลกศีรษะและใบหน้า หัวใจพิการแต่กำเนิด น้ำในสมองมากผิดปกติ และต่อมไทมัสฝ่อได้ ยาดังนี้จัดอยู่ในกลุ่มห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงที่กำลังต้องการมีบุตร ก่อนที่จะจ่ายยาชนิดนี้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรแนะนำให้คุมกำเนิดอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้การได้รับวิตามิน A เกิน 10,000 IU ต่อวันในช่วงไตรมาสแรก

ของการตั้งครรภ์ก็ทำให้เกิดความพิการดังกล่าวได้ จึงแนะนำว่าควรหลีกเลี่ยงการบริโภควิตามิน A มากกว่า 3,000 IU ต่อวันในช่วงตั้งครรภ์

10. ยาต้านมะเร็ง

- ได้แก่ ยาเคมีบำบัดและยากลุ่ม polyclonal antibodies ซึ่งเป็นยากลุ่มใหม่ที่ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีมากนัก

- Cyclophosphamide : พบว่าทำให้เกิดอัตราการแท้งสูงขึ้น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เพดานโหว่ โครมอซอมผิดปกติรูป ใบหน้าผิดปกติ

- Metotrexate : เกิดความผิดปกติเรียกว่า “metotrexate-aminopterin syndrome” ได้แก่ craniosynostosis กะโหลกปิดก่อนกำหนด ใบหูติดต่ำ คางสั้น ความผิดปกติของแขนขา และความผิดปกติของหัวใจ ถือเป็นข้อห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์

- Tamoxifen : ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ความผิดปกติที่มีรายงานได้แก่ vaginal adenosis โดยมีความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หากตั้งครรภ์ในระยะ 2 เดือนหลังจากใช้ยา

-Trastuzumab: กลุ่ม monoclonal antibody รักษา มะเร็งเต้านม ไม่ได้มีรายงานเกี่ยวกับความผิดปกติของทารกในครรภ์ แต่พบภาวะ pulmonary hypoplasia น้ำคร่ำน้อย ไตวาย ความผิดปกติของกระดูก และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด โดยหากต้องการมีบุตรควรหยุดยาอย่างน้อย 7 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG. Teratology, Teratogens, and Fetotoxic agents. Williams Obstetrics 25th ed: McGraw-Hill Education; 2018. p.234-49

2. Christina C. Teratogenesis and environmental exposure. In: Robert K. Creasy, editors. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. 8th ed: Elsevier Saunders; 2019. p.539-48

3. Dathe K, Schaefer C. The use of medication in pregnancy. Dtsch Arztebl Int 2019; 119: 789-90

4. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. การใช้ยาในระยะตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร: ธีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษณะมีรุ่ง; 2555. หน้า 709-23

1.3 โภชนาการหญิงตั้งครรภ์

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตที่สูงดีสมส่วนและพัฒนาการที่เหมาะสมในวัยทารก รวมทั้งมีความสำคัญต่อสุขภาพและศักยภาพในระยะยาว การดูแลโภชนาการตลอดช่วงการตั้งครรภ์จนกระทั่งให้นมบุตร จะส่งผลต่อการคลอด สุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอด ถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารน้อยไป จะส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่ดี คลอดออกมามีน้ำหนักแรกเกิด น้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะเตี้ย เด็กกลุ่มนี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในทางตรงกันข้าม หากได้รับอาหารมากเกินไป ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ทารกกลุ่มนี้จะเติบโตเป็นเด็กอ้วนหรือผู้ใหญ่อ้วน มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นเดียวกัน ภาวะโภชนาการเกินในหญิงตั้งครรภ์ยังส่งผลเสียต่อสุขภาพมารดาและเพิ่มความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงวัยต่อมาของมารดาด้วย

1. แนวทางการให้คำแนะนำทางโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน

หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าว - แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้กลุ่มเนื้อสัตว์และกลุ่มนม ในปริมาณที่เหมาะสมแต่ละวันขณะตั้งครรภ์และกินให้หลากหลายเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารสำคัญเพียงพอตามที่ร่างกายต้องการ ได้แก่ โปรตีน ไอโอดีน เหล็ก โฟเลต แคลเซียม สังกะสีวิตามินเอ วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และวิตามินซีเพื่อให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตดีมีแนวทาง ดังนี้

1.1 กินอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ได้แก่อาหารมื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น และมีอาหารว่างซึ่งเป็นอาหารระหว่างมื้อ ได้แก่อาหารว่างเช้าและบ่าย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการพลังงานและสารอาหารมากขึ้น การบริโภคอาหาร 3 มื้อหลัก จะไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

1.2 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ให้หลากหลาย รวมทั้งไข่ ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ เช่น เต้าหู้เป็นต้น เพื่อให้ได้โปรตีน กรดไขมันจำเป็น แร่ธาตุ และวิตามิน ซึ่งจำเป็นต่อการสร้างเนื้อเยื่อต่างๆ รวมทั้งการเจริญเติบโตของเซลล์สมองของทารกในครรภ์

- กินปลา โดยเฉพาะปลาทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้ได้รับ DHA ซึ่งเป็นกรดไขมันจำเป็นในกลุ่มโอเมก้า 3 ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อโครงสร้างและการทำงานของสมอง และระบบประสาท เกี่ยวกับการพัฒนาเรียนรู้และจอประสาทตาซึ่งเกี่ยวกับการมองเห็นของทารกในครรภ์

- กินอาหารที่เป็นแหล่งแร่ธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เช่น ตับ เลือด เนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อแดง และควรกินอาหารที่มีวิตามินซีสูงร่วมด้วย เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม มะปรางสุก มะละกอสุก ส้ม เป็นต้น เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก

- กินไข่วันละ 1 ฟอง เพื่อให้ได้โปรตีนคุณภาพดีวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญหลายชนิด เช่น วิตามินเอ วิตามินบีและเลซิทิน เป็นต้น

1.3 กินอาหารกลุ่มผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน และกินให้หลากหลายสีเช่น สีเหลือง - ส้ม สีแดง สีเขียวเข้ม สีม่วง สีขาว เป็นต้น เพื่อให้ได้วิตามินและแร่ธาตุครบถ้วนเพียงพอ

1.4 กินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะนม เป็นแหล่งแคลเซียมที่ดีที่สุด เนื่องจากมีปริมาณแคลเซียมสูงและดูดซึมได้ดีหากดื่มนมแล้วมีอาการท้องอืดแน่นท้อง มีแก๊สในกระเพาะ หรือ บางคนรุนแรงถึงขั้นท้องเสียนั้น สามารถแก้ไขได้โดย

- ดื่มนมทีละน้อย แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณนมให้ได้ตามที่แนะนำ
- ไม่ดื่มนมในขณะที่ท้องว่าง ควรหาอาหารว่างบริโภคก่อนแล้วค่อยดื่มนม

• หากทำตามคำแนะนำข้างต้นแล้วยังคงมีอาการให้เปลี่ยนเป็นผลิตภัณฑ์นมที่ผ่านกระบวนการหมัก เช่น โยเกิร์ต ซึ่งควรเป็นโยเกิร์ตชนิดธรรมดา

1.5 ปรงอาหารด้วยเกลือหรือเครื่องปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีนทุกครั้ง โดยปรงด้วยเกลือ ไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกินวันละ 5 ช้อนชา เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

1.6 ให้กินยาเม็ดรวมที่ประกอบด้วยธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม และกรดโฟลิก 400 ไมโครกรัม กินทุกวัน ๆ ละ 1 เม็ด ตลอดการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคขาดสารไอโอดีน และป้องกันความพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด (โรคหลอดประสาทไม่ปิด) ด้วย

2. แนวทางการให้คำแนะนำทางโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักน้อย

หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักน้อย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร และ/หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยในขณะตั้งครรภ์ นอกจากคำแนะนำทางโภชนาการทั่วไปตามแนวทางที่ 1 แล้วนั้น มีคำแนะนำเพิ่มเติม ดังนี้

2.1 เพิ่มปริมาณอาหารประเภทที่ให้พลังงาน เพื่อให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาหารประเภทข้าว - แป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง เผือก มัน เป็นต้น และอาหารไขมัน เช่น น้ำมันโดยการปรุงอาหารด้วยวิธีทอดหรือผัด และกะทิอาจทำเป็นกับข้าวหรือขนมหวาน แบบไทย ๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยวชี่ เป็นต้น

2.2 เพิ่มอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์และกลุ่มนม หากบริโภคไม่เพียงพอ เพื่อให้ได้สารอาหารโปรตีน ซึ่งจำเป็นต่อการสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ รวมทั้งการเจริญเติบโตของเซลล์สมอง

1.3 การเพิ่มปริมาณอาหารต้องค่อย ๆ เพิ่มทีละน้อยจนได้ตามปริมาณที่แนะนำ

2.4 เพิ่มปริมาณและจำนวนครั้งของอาหารระหว่างมื้อ ได้แก่ อาหารว่างเช้า บ่ายและค่ำ

2.5 งดกินขนม-เครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ เช่น ขนมขบเคี้ยว ขนม-เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เป็นต้น

3. แนวทางการให้คำแนะนำทางโภชนาการเพิ่มเติมสำหรับหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินหรืออ้วน

หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกิน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่าง 23.0 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ/หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากในขณะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์อ้วน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และ/หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากในขณะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินหรืออ้วน มีคำแนะนำเพิ่มเติม ดังนี้

3.1 ควบคุมปริมาณอาหารให้ได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของมารดาและการเจริญเติบโตของทารก โดยบริโภคอาหารในแต่ละมื้อไม่ควรบริโภคมากเกินไป

3.2 งดอาหารมื้อหลัก หรือลดปริมาณอาหารมากเกินไป เนื่องจากทารกในครรภ์กำลังเจริญเติบโต การลดอาหารมากเกินไปจะทำให้การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช้าลง

3.3 ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานให้น้อยกว่าที่แนะนำเล็กน้อย ควรหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยวิธีการทอดผัด แกงกะทิหรือขนมที่ใส่กะทิให้เปลี่ยนวิธีปรุงอาหารโดยการต้ม นึ่ง ปิ้ง แทน

3.4 การลดปริมาณอาหารควรค่อย ๆ ลดปริมาณจนได้ตามปริมาณที่แนะนำ

3.5 หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น หมูติดมัน คอหมูหนังไก่ หนังเป็ดแคบหมูใส่กรอก เป็นต้น

3.6 อาหารกลุ่มข้าว-แป้ง ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืช หรือข้าวไม่ขัดสีเช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท ข้าวโพด เป็นต้น

3.7 กินผัก ผลไม้รสไม่หวานจัด เพิ่มขึ้นและหลากหลาย เพื่อให้ได้ใยอาหารในการลดการดูดซึมน้ำตาลไขมัน และคอเลสเตอรอลในร่างกาย เลือกผลไม้ที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ เช่น ฝรั่ง มะละกอกุส กัวย เป็นต้น เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดสมดุล

3.8 งดกินขนม - เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ลูกอม ช็อคโกแลต เยลลีน้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น

3.9 งดกินจุบจิบ เช่น ขนมขบเคี้ยวเพราะมีแป้ง-น้ำตาลมากไขมันสูงจึงให้พลังงานสูง โซเดียมสูงคุณค่าทางโภชนาการต่ำ

3.10 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารรสเค็มจัด


3.11 กินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะนม แต่ควรเปลี่ยนจากนมจืด (มีพลังงาน 130 กิโลแคลอรีไขมัน 7.8 กรัม) เป็นนมพร่องมันเนย (มีพลังงาน 84 กิโลแคลอรีไขมัน 3.2 กรัม) หรือนมขาดมันเนย (มีพลังงาน 72 กิโลแคลอรีไขมัน 0.6 กรัม)





ตารางที่ 1 ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มอาหาร	อายุ 16-18 ปี		อายุ 19 ปีขึ้นไป	
	การตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 1	การตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 2 และ 3	การตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 1	การตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 2 และ 3
ข้าว-แป้ง (ทัพพี)	8	10	6	9
ผัก (ทัพพี)	6	6	6	6
ผลไม้ (ส่วน)	5	6	5	6
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	12	12	12	12
นม(แก้ว)	3	3	2-3	2-3
น้ำตาล (ช้อนชา)	ไม่เกิน 4 ช้อนชา	ไม่เกิน 5 ช้อนชา	ไม่เกิน 4 ช้อนชา	ไม่เกิน 5 ช้อนชา
เกลือ (ช้อนชา)	ไม่เกิน 1 ช้อนชา	ไม่เกิน 1 ช้อนชา	ไม่เกิน 1 ช้อนชา	ไม่เกิน 1 ช้อนชา

ทั้งนี้ ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์บริโภคอาหารให้มีความหลากหลาย โดยสามารถเลือกอาหารทดแทนในกลุ่มเดียวกันได้ ดังตารางอาหารทดแทน ตัวอย่างเช่น กลุ่มข้าว-แป้ง โดยอาจจะเป็นข้าวสวย ข้าวเหนียว เส้นหมี่ ผีอก มัน หรือวุ้นเส้นแทนกันได้ โดยเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งตามปริมาณที่แนะนำ อาหารในกลุ่มอื่นๆ ก็เช่นเดียวกัน เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนและปริมาณเพียงพอตามความต้องการของ ร่างกาย

ตารางที่ 2 อาหารทดแทนและปริมาณอาหารตามหน่วยครัวเรือน

กลุ่มอาหาร	ปริมาณ	หน่วย	ชนิดอาหารทดแทน	สารอาหารหลัก
ข้าว-แป้ง	1	ทัพพี	<ul style="list-style-type: none"> - ข้าวสวย 1 ทัพพี - ข้าวเหนียว ½ ทัพพี - ขนมจีน 1 จับใหญ่ - ขนมปังโฮลวีท 1 แผ่น - ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี - มักกะโรนี , สปาเกตตี้ลวก 1 ทัพพี - ข้าวโพดสุก 1 ผัก - ผีอก 1 ทัพพี - มันเทศต้มสุก 2 ทัพพี - เส้นหมี่ , วุ้นเส้น 2 ทัพพี 	คาร์โบไฮเดรต 

กลุ่มอาหาร	ปริมาณ	หน่วย	ชนิดอาหารทดแทน	สารอาหารหลัก
ผัก	1	ทัพพี	<ul style="list-style-type: none"> - ผักสุกทุกชนิด 1 ทัพพี เช่น ผักกาดขาว กะหล่ำปลี แดงกวา บ็อคโคลี ถั่วฝักยาว แครอท ฟักทอง - ผักดิบที่เป็นใบ 2 ทัพพี - ผักดิบที่เป็นหัว เช่น มะเขือเปราะดิบ 1 ทัพพี ถั่วฝักยาวดิบ 1 ทัพพี มะเขือเทศดิบ 3 ทัพพี แดงกวาดิบ 2 ทัพพี 	วิตามินและแร่ธาตุ 
ผลไม้	1	ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> - มังคุด 4 ผล - ชมพู 2 ผลขนาดใหญ่ - ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง - แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก - กล้วยน้ำว้า 1 ผลกลาง - กล้วยหอม 2/3 ผลใหญ่ - ฝรั่ง 1/2 ผลกลาง - มะม่วงสุก 1/2 ผลกลาง - มะละกอสุก 6 ชิ้นขนาดคำ 	วิตามินและแร่ธาตุ 
เนื้อสัตว์	1	ช้อนกินข้าว	<ul style="list-style-type: none"> - เนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว เช่น ไก่ หมู วัว ปลา หอย กุ้ง เป็นต้น - เครื่องในสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว เช่น ตับ เลือด เป็นต้น - ไข่ 1/2 ฟอง - ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว เช่น ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วเขียว เป็นต้น - เต้าหู้แข็ง 2 ช้อนกินข้าว - เต้าหู้อ่อน 6 ช้อนกินข้าว - นมถั่วเหลือง 1 ถ้วย 	โปรตีน 
นม	1	แก้ว (200 ซีซี)	<ul style="list-style-type: none"> - นมสด 1 ถ้วย 200 ซีซี - นมผง 5 ช้อนกินข้าว - โยเกิร์ต 1 1/2 ถ้วย - ปลาเล็กปลาน้อย 2 ช้อนกินข้าว - เต้าหู้แข็ง 1 ถ้วย - เต้าหู้อ่อน 7 ช้อนกินข้าว 	แคลเซียม 

1.4 แนวทางการจัดกิจกรรมทางกายให้ปลอดภัย และข้อเสนอแนะการนอนหลับ

กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

แนวทางการจัดกิจกรรมทางกายให้ปลอดภัย

1. ประเมินความพร้อมร่างกายของตนเองก่อนมีกิจกรรมทางกาย ปรึกษาแพทย์หากมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคหัวใจหรือโรคปอดชนิดรุนแรง ปากมดลูกไ้ร้ย่อน มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีภาวะรกเกาะต่ำ มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ มีประวัติแท้ง หรือแท้งคุกคาม

2. เริ่มต้นจากเบาไปหนัก เข้าไปเร็ว และค่อย ๆ เพิ่มความหนักจนถึงระดับปานกลาง และระดับหนักมาก หรือจนรู้สึกเหนื่อยมากตามลำดับ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างต่อเนื่องมาก่อน ควรเริ่มต้นจากการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน

3. อบอุ่นร่างกาย ยืดเหยียด (warm up) และคลายอุ่น (cool down) ก่อนและหลังการมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและหนักทุกครั้ง

4. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อเพิ่มโอกาสการเคลื่อนไหวร่างกายในบ้าน และสถานที่ทำงานให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงท่าทางที่ไม่เป็นธรรมชาติหรือท่าทางที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น จัดโต๊ะทำงาน และเก้าอี้ให้เหมาะสมกับสรีระ ปรับระดับพื้นให้ราบเรียบ จัดเก็บของให้เป็นระเบียบ ป้องกันการหกล้ม เป็นต้น

5. ควรมีกิจกรรมทางกายในสภาพอากาศที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอากาศหนาวจัด หรือร้อนจัดมีแสงแดดมาก ๆ ซึ่งหากร่างกายได้รับความร้อนสูงเกินไปมีอาการ เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้ ตะคริว ใจสั่น ควรหยุดทำกิจกรรมทันที และไปพักในอากาศที่เย็นกว่า

6. ดื่มน้ำเปล่าที่สะอาดที่ละน้อย แต่บ่อยครั้ง เพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสียไป โดยดื่มได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังจากมีกิจกรรมทางกาย โดยระหว่างมีกิจกรรมทางกายติดต่อกันควรพักดื่มน้ำทุกๆ 10 - 20 นาที หรือใช้วิธีจิบน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ทั้งนี้ ในกรณีที่ร่างกายส่งสัญญาณเตือนว่ากำลังขาดน้ำ เช่น คอแห้ง น้ำลายเหนียว ก็ควรพักหรือหยุดการทำกิจกรรมแล้วดื่มน้ำเพิ่มเติม 2 - 3 อึก การแต่งกายให้เหมาะสมกับกิจกรรม เสื้อผ้าไม่รุ่มร่าม ไม่รัดแน่นเกินไป รองเท้าที่รับน้ำหนักได้ดี

ข้อเสนอแนะการนอนหลับ

1. นอน 7-9 ชั่วโมงต่อคืน ก่อนเวลา 22.00 น. นอนหลับอย่างต่อเนื่องตลอดคืน เพื่อให้ฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth Hormone) หลั่งออกมา เพื่อซ่อมแซมกล้ามเนื้อและร่างกายที่สึกหรอจากการใช้งานระหว่างวัน

2. ควรนอนตะแคง ไม่ควรนอนหงาย เพราะกล้ามเนื้อหูดกระเพาะอาหารจะหย่อนตัวลง ทำให้มีภาวะกรดไหลย้อน และมดลูกจะกดเส้นเลือดดำใหญ่ทำให้เลือดไหลกลับหัวใจได้ไม่ดี ทำให้เกิดอาการชาบวมได้ และไม่ควรรอนคว่ำ เพราะจะทับทรวง

3. ค่อย ๆ เอนตัวนอน และค่อยๆ ลุกนั่งจากท่านอน เพื่อป้องกันการวิงเวียนได้

4. หากรู้สึกเหนื่อยหรือเมื่อยล้า สามารถงีบหลับได้ 10 - 20 นาที ซึ่งจากการศึกษา พบว่า จะช่วยให้สมองปลอดโปร่ง รู้สึกกระปรี้กระเปร่า กระฉับกระเฉงและช่วยให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายจากความเหนื่อยล้าได้

5. หากมีอาการชาบวม สามารถนอนหงาย ยกขาพาดกับผนังประมาณ 10 นาที เพื่อให้เลือดไหลที่ขากลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ข้อเสนอแนะส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับ สำหรับสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด

2. การคัดกรองโรคขณะตั้งครรภ์

2.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องจากเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบมากที่สุดในประเทศไทย จึงได้มีการพัฒนาการดูแลกลุ่มโรคนี้ โดยแบ่งออกเป็นสองแนวทาง ได้แก่ การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคแล้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และการควบคุมและป้องกันโรคให้มีจำนวนของผู้ป่วยรายใหม่ในจำนวนที่จำกัดเพื่อให้สามารถดำเนินการดูแลแนวทางการรักษาให้ดีที่สุดได้ ซึ่งโรคสำคัญในกลุ่มนี้ที่ตามมาตราฐานปัจจุบันให้ความสนใจในการควบคุมและป้องกัน ได้แก่

1. โรค Hemoglobin Bart's hydrops fetalis
2. โรค beta thalassemia ชนิดรุนแรง
3. โรค beta thalassemia/ hemoglobin E ชนิดรุนแรง

การถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคนี้ เป็นแบบยีนด้อย (autosomal recessive inheritance) หมายความว่าทารกที่จะเป็นโรคได้ จะได้รับการถ่ายทอดยีนผิดปกติจากพ่อและแม่เสมอ ซึ่งกลไกการเกิดโรคจะเกิดจากการถ่ายทอดยีนผิดปกติชนิดเดียวกัน (homozygous) เช่น alpha thal-1 กับ alpha thal-1 ทำให้เกิดโรค Hemoglobin Bart's hydrops fetalis, abnormal beta gene กับ abnormal beta gene ทำให้เกิดโรค beta thalassemia หรือ เกิดจากการถ่ายทอดยีนผิดปกติข้ามชนิดกันประเภทที่ทำให้เกิดโรคได้ (compound heterozygous) เช่น abnormal beta gene กับ abnormal beta gene ชนิด HbE ทำให้เกิดโรค beta thalassemia/ hemoglobin E, alpha thal-1 กับ alpha thal-2 ทำให้เกิดโรค hemoglobin H เป็นต้น

เพื่อให้บรรลุตามเป้าประสงค์ของการควบคุมและป้องกัน กลไกในการดำเนินงานต้องประกอบด้วยแนวทางหลัก ดังนี้

1. ให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์กับคู่สมรส
2. ตรวจคัดกรองคู่สมรสเพื่อหาคู่สมรสเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคชนิดรุนแรง
3. แนะนำคู่สมรสเสี่ยงรับการวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อตรวจทารกในครรภ์
4. ให้ทางเลือกแก่คู่สมรสที่มีบุตรในครรภ์เป็นโรคชนิดรุนแรง หากต้องการยุติการตั้งครรภ์

การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์กับคู่สมรส

การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และข้อเท็จจริง (fact) เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ เข้าใจผลที่เกิดตามมาเนื่องจากการเป็นโรคดังกล่าว ทราบอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือการถ่ายทอดโรคนั้น ลดหรือคลายความวิตกกังวล สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมได้ หากทางป้องกันไม่ให้มีลูกเป็นโรคและมีข้อมูลตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวด้วยตนเอง ซึ่งการให้คำปรึกษาแนะนำนี้อาจแบ่งให้เป็นหลายช่วงเช่น ช่วงก่อนตั้งครรภ์ ช่วงทราบผลคัดกรอง ช่วงทราบว่าเป็นคู่เสี่ยง ช่วงทราบว่าการตั้งครรภ์เป็นโรค หรือช่วงหลังจากยุติการตั้งครรภ์ โดยหลักการของการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์โดยเฉพาะเรื่องโรคธาลัสซีเมียนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องทราบเนื้อหาของโรคและการถ่ายทอด เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษา ฯ

การตรวจคัดกรองคู่สมรสเพื่อหาคู่สมรสเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคชนิดรุนแรง

โรคธาลัสซีเมียในทารกที่มุ่งเน้นในการคัดกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดในประเทศไทยนั้น มี 3 กลุ่มโรค ได้แก่ Hemoglobin Bart's, Severe beta thalassemia, Severe beta thalassemia Hemoglobin E ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกันของยีนที่ผิดปกติของ α -thal 1, β^0 -thal, HbE ดังตาราง

โรค	Abnormal gene	Possible Phenotype ของคู่สมรส
Hemoglobin Bart's	α -thal 1 x α -thal 1	พาหะ หรือ เป็นโรค HbH
Severe beta thalassemia	β^0 -thal x β^0 -thal	พาหะ หรือ เป็นโรค β -thal/HbE
Severe beta thalassemia/ HbE	β^0 -thal x HbE	พาหะ หรือ เป็นโรค β -thal/HbE

ตารางการตรวจคัดกรอง

ชนิดการตรวจ	ใช้คัดกรอง	cut-off
MCV	alpha trait, beta trait ได้เกือบ 100% ส่วน HbE ได้ 60-70%	≤ 80 fL
MCH	alpha trait, beta trait ได้เกือบ 100% ส่วน HbE ได้ 60-70%	≤ 26 pg
DCIP	unstable Hb, precipitated Hb eg. HbE, HbH	+ / -
HbA ₂	beta trait	4-10%
HbE test	HbE	+ / -
PCR for α thal-1	α thal-1	+ / -

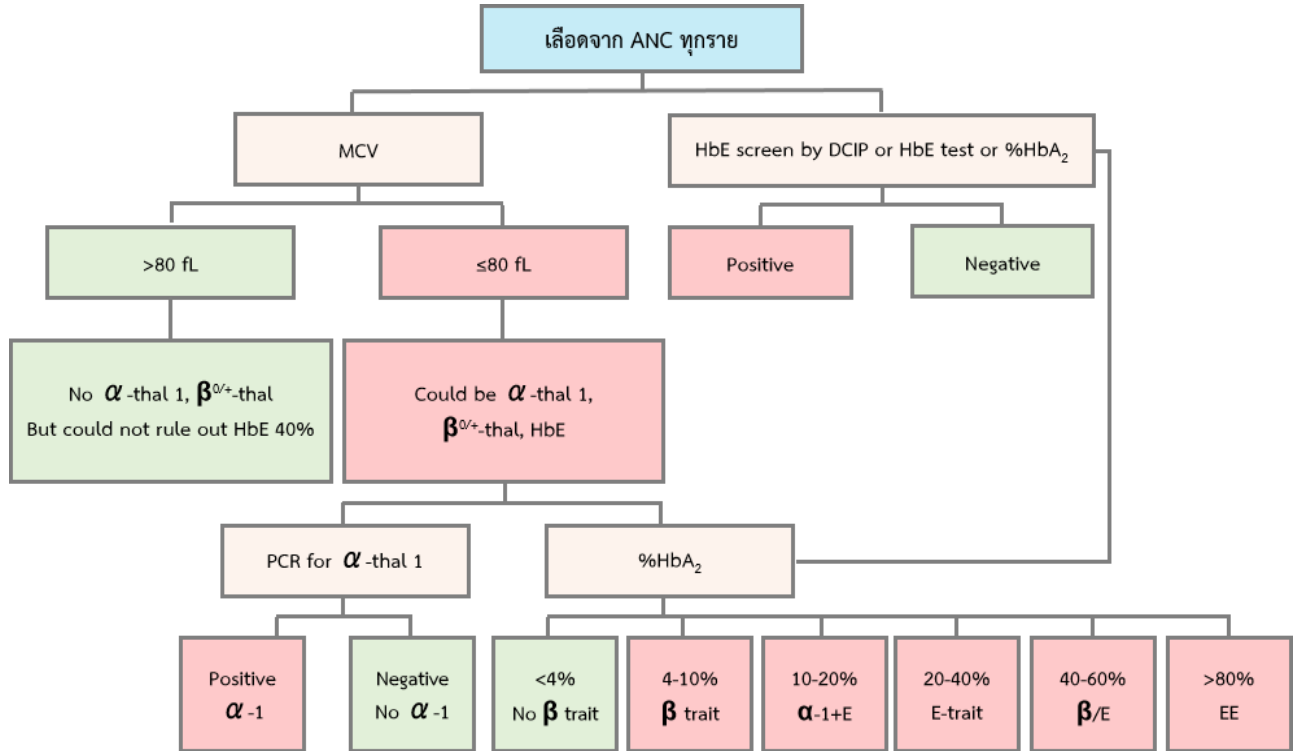
ในการตรวจคัดกรอง หากสามีและภรรยาจะมาพร้อมกัน อาจเลือกตรวจ MCV ทั้ง 2 คน หากได้ผลลบทั้งคู่ จะไม่มีโอกาสเป็นคู่เสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียรุนแรง อาจจะไม่ต้องตรวจเพิ่มเติม แม้ว่าจะมีโอกาสพลาดจากการตรวจพบ HbE แต่อย่างไรก็ตามบุตรในครรภ์ก็มีโอกาสที่จะเป็นเพียง HbE เท่านั้นซึ่งไม่ใช่โรครุนแรง แต่หากตรวจภรรยา คนเดียวก่อน ควรตรวจทั้ง MCV และตรวจหา HbE ด้วยและถ้าให้ผลลบทั้งสองการตรวจ ก็จะได้ถือว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรครุนแรง ในปัจจุบันอาจจะมีหลายแห่งที่ใช้การตรวจ Complete Blood Count (CBC) ทดแทน ซึ่งมีทั้งผล MCV และระดับ HbA₂ ที่ใช้ระบุแทน HbE ได้ด้วย และ/หรือการตรวจ Hb typing ร่วมด้วย ทั้งนี้ให้ยึดหลักการการตรวจกรองหาพาหะทั้ง 3 ชนิดดังกล่าว

ในปัจจุบันเนื่องจากมีข้อมูลที่สามารถบอกความรุนแรงของโรค β thal/HbE ได้โดยขึ้นกับการกลายพันธุ์ (mutation) ของยีนเบต้า หากเป็น β^+ อาการจะไม่รุนแรง ซึ่งในกรณีของคู่เสี่ยงต่อ β thal/HbE จึงควรตรวจ mutation ของ β gene ต่อเพื่อพิจารณาว่าควรแนะนำให้วินิจฉัยก่อนคลอดหรือไม่ (ตัวอย่าง mutation แสดงดังตาราง)

β^0 mutation	β^+ mutation
<ul style="list-style-type: none"> ● codon 41/42 (-CTTT) ● codon 17 (A-T) ● IVS-1 nt1 (G-T) ● 3.4 kb deletion ● codon 71/72 (+A) ● codon 30 (G-A) ● codon 27/28(+C) ● IVS 1 nt5 (G-C) ● codon 95 (+A) ● codon 54-58 (-GTTATGGGCAACCC) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nucleotide -28 (A-G) ● Nucleotide -87 (C-G) ● Hb E; codon 26 (G-A) ● Hb Tak; codon 146 (+AC) ● Hb Malay; codon 19 (A-G) ● Hb Dhonburi; cd126(T-G) ● HPFH (hereditary persistent fetal hemoglobin)

เมื่อตรวจพบว่าเป็นคู่เสี่ยงต่อการเกิดโรคธาลัสซีเมียรุนแรง ให้แนะนำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด ด้วยวิธีรกกล้า (invasive prenatal diagnosis) ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อรก(chorionic villus sampling) การเจาะน้ำคร่ำ(amniocentesis) หรือ การเจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์(cordocentesis) แล้วนำส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยต่อไป

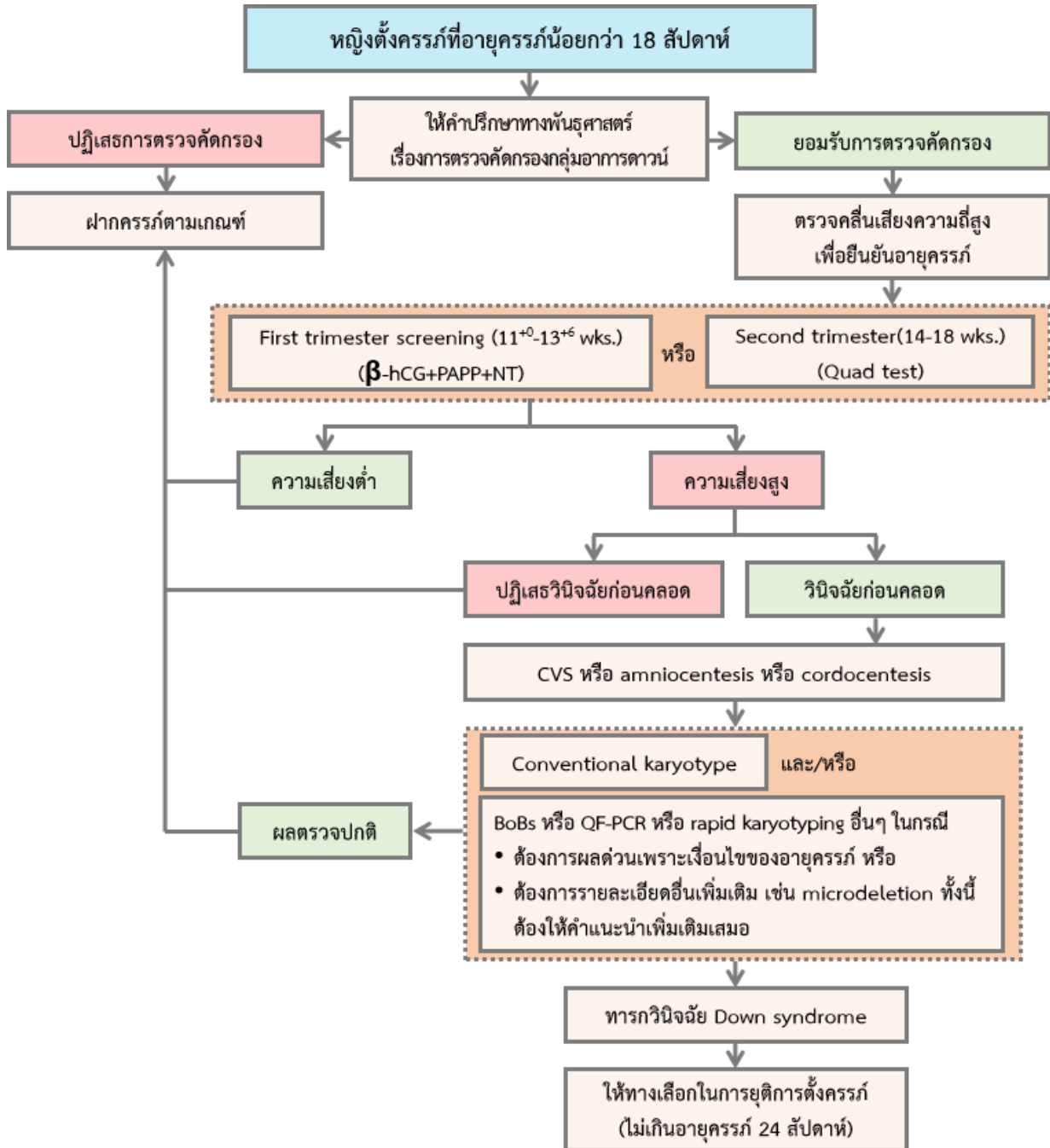
โดยสรุปในการคัดกรองคู่สมรส มีเป้าหมายเพื่อหาพาหะ α -thal 1, β^0 -thal และ HbE โดยวิธีดังนี้ แล้วดำเนินการต่อไปในการประเมินเป็นคู่ว่าเป็นคู่เสี่ยงหรือไม่



2.2 การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

แผนภูมิแนวทางการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ก่อนคลอด



หมายเหตุ :

1. ปัจจุบัน สปสช. สนับสนุนการคัดกรองในไตรมาสที่ 2 ตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ
2. กรณีพบความผิดปกติทางพันธุกรรมอื่นๆ และ/หรือ ความผิดปกติของโครงสร้างอื่นๆ ให้ปรึกษาเป็นรายกรณีไป

แนวปฏิบัติการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรอง

1. พูดคุยเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ สถานการณ์ อุบัติการณ์ อธิบายเกี่ยวกับความหมายของจำนวนโครโมโซมที่ปกติและผิดปกติ ความสำคัญของการตรวจคัดกรอง
2. บอกขั้นตอน วิธีการตรวจคัดกรอง
3. แจ้งล่วงหน้าถึงวิธีการแปลผล หากผลการตรวจคัดกรองที่มีความเสี่ยงสูง มิได้หมายความว่าทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ และมีข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องมีการตรวจยืนยันด้วยการวินิจฉัยก่อนคลอดเสมอ ส่วนผลการตรวจคัดกรองที่มีความเสี่ยงต่ำ มิได้บอกว่าทารกในครรภ์ไม่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ แต่มีความเสี่ยงต่ำเกินกว่าที่จะแนะนำให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด กรณีนี้แนะนำให้ฝากครรภ์ตามปกติและติดตามทารกหลังคลอด

การเตรียมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนทำการตรวจคัดกรอง

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจยืนยันอายุครรภ์
2. การกรอกข้อมูลลงในใบนำส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน เพราะมีความสำคัญต่อความแม่นยำในการแปลผลการตรวจวิเคราะห์ ได้แก่
 - วันเดือนปีเกิดเพื่อกำหนดอายุของหญิงตั้งครรภ์
 - อายุครรภ์ที่แน่นอนโดยคำนวณจากประจำเดือนครั้งสุดท้ายและ/หรือจากผลตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง
 - วันที่เจาะเก็บตัวอย่างเลือด
 - ประวัติที่สำคัญอื่น ๆ ได้แก่ ประวัติคลอดบุตรกลุ่มอาการดาวน์ ความผิดปกติของโครโมโซมอื่น ๆ โรคหลอดประสาทไม่ปิด (Neural tube defect) เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน การตั้งครรภ์จากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และประวัติสูบบุหรี่

วิธีการกำหนดอายุครรภ์

อายุครรภ์ (gestational age [GA]) ที่ใช้โดยทั่วไป ซึ่งนับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (1st day of last menstrual period [LMP]) การตั้งครรภ์ปกติจะครบกำหนดคลอดเมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วันนับจาก 1st day of LMP การคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดจะมีความแม่นยำถ้าหากสามารถประเมินตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ โดยปัจจุบันการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมีบทบาทอย่างมากในการกำหนดอายุครรภ์ ดังนี้

- ไตรมาสที่ 1 ค่าเฉลี่ยที่ได้จากการตรวจ crown-rump length (CRL) ในท่า true mid-sagittal ที่อายุครรภ์ไม่เกิน 13^{6/7} สัปดาห์ มีความแม่นยำสูงสุด (ความคลาดเคลื่อน $\pm 5 - 7$ วัน) โดยหากอายุครรภ์จากประจำเดือนมีความคลาดเคลื่อนต่างจากอายุครรภ์จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วง 5 - 7 วัน สามารถนับอายุครรภ์โดยกำหนดจากอายุครรภ์ที่ได้จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง อนึ่งไม่แนะนำให้กำหนดอายุครรภ์จากการตรวจค่าเฉลี่ยของถุงการตั้งครรภ์ (Mean gestational sac) เนื่องจากมีความคลาดเคลื่อนสูง
- ในช่วงไตรมาสที่ 2 เป็นต้นไป คือ หลังจากสัปดาห์ที่ 14^{0/7} ความแม่นยำในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงจะลดลง โดยการคำนวณอายุครรภ์ใช้ BPD, HC, AC และ FL โดยการกำหนดอายุครรภ์เมื่อประเมินร่วมกับ LMP ในช่วง 14^{0/7} ถึง 15^{6/7} สัปดาห์ หากอายุครรภ์ที่ได้จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงและ LMP มีความแตกต่างกันเกิน 7 วัน ให้กำหนดอายุครรภ์โดยยึดถืออายุครรภ์ตามการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การกำหนดอายุครรภ์

อายุครรภ์	วิธีการตรวจ	ยึดอายุครรภ์ตามการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่อมีความแตกต่างกับ LMP
$\leq 8^{6/7}$ สัปดาห์	CRL	มากกว่า 5 วัน
$9^{0/7}$ ถึง $13^{6/7}$ สัปดาห์	CRL	มากกว่า 7 วัน
$14^{0/7}$ ถึง $15^{6/7}$ สัปดาห์	BPD, HC ,AC ,FL	มากกว่า 7 วัน
$16^{0/7}$ ถึง $21^{6/7}$ สัปดาห์	BPD, HC ,AC ,FL	มากกว่า 10 วัน

คำแนะนำ

- การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมีความแม่นยำในการกำหนดอายุครรภ์มากที่สุด ที่อายุครรภ์ไม่เกิน $13^{6/7}$ สัปดาห์
- หากมีการใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตรยากสามารถกำหนดอายุครรภ์โดยใช้อายุของตัวอ่อน และวันที่ทำการย้ายตัวอ่อน(embryo transfer)

เมื่อมีการกำหนดอายุครรภ์โดยใช้ประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันแรก (LMP) ร่วมกับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแล้ว ควรจะแจ้งหญิงตั้งครรภ์ให้รับทราบวันกำหนดคลอด รวมถึงบันทึกลงในสมุดฝากครรภ์ให้ชัดเจน

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจคัดกรอง มีเป้าหมายที่สำคัญในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์กลุ่มอาการดาวน์ ผลการตรวจคัดกรองจึงมีความสำคัญในการให้คำแนะนำการตรวจวินิจฉัยเพื่อการยืนยันในขั้นตอนต่อไป การตรวจคัดกรองที่ดีต้องเป็นการทดสอบที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับทั้งความแม่นยำความเที่ยงตรง และความไว ได้ผลเร็ว ค่าใช้จ่ายไม่สูง และมีผลบวกลวงต่ำ สามารถตรวจได้ในหญิงตั้งครรภ์ระยะไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์

การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test หรือ Quad test เป็นการตรวจในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Second-trimester screening) ทำในช่วงอายุครรภ์ 15 - 20 สัปดาห์ (เหมาะสมที่สุดคือช่วง 16 - 18 สัปดาห์) เป็นการตรวจสารชีวเคมีในเลือด 4 ชนิด ได้แก่ Alpha fetoprotein (AFP), Unconjugated estriol (uE3), Beta-human chorionic gonadotropin (free β -hCG) และ Dimeric Inhibin - A จากนั้นนำข้อมูลการวิเคราะห์สารชีวเคมีในเลือดทั้ง 4 ชนิดนี้มาคำนวณหาค่า MoM ร่วมกับข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ประวัติการคลอดบุตร การเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อแจ้งความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ว่าทารกจะเป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือไม่ วิธีนี้มีอัตราการตรวจพบ (Detection rate) ร้อยละ 81

การเก็บและนำส่งตัวอย่าง

1. เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำประมาณ 3 - 5 มิลลิลิตร ใส่หลอดเก็บเลือดที่ไม่มีสารกันเลือดแข็งตัวปิดป้ายระบุชื่อ - นามสกุลหญิงตั้งครรภ์และวันที่เจาะเลือดให้ชัดเจน
2. วางหลอดเก็บเลือดไว้ที่อุณหภูมิห้อง รอเลือดแข็งตัว ปั่นแยกซีรัมไม่เกิน 2 ชั่วโมง นับเวลาหลังจากเจาะเลือดโดยปั่นที่ความเร็วรอบ 3,000 rpm เป็นเวลา 10 - 15 นาที เก็บตัวอย่างซีรัมไว้ที่อุณหภูมิระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส
 - กรณีไม่สามารถปั่นแยกซีรัมภายใน 2 ชั่วโมง จะต้องเก็บเลือดไว้ที่ 2 - 8 องศาเซลเซียส
 - หากจำเป็นต้องเก็บซีรัมไว้เป็นเวลานานกว่า 6 วัน ต้องเก็บซีรัมไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียสหรือหากไม่มีตู้แช่แข็งอุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส สามารถเก็บไว้ในช่องแช่แข็งหรือที่อุณหภูมิ 0 องศาเซลเซียส (โดยอนุโลม) เนื่องจาก uE3 ในซีรัมไม่คงตัว และ β -hCG ในซีรัมจะมีระดับเพิ่มขึ้นเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น

3. กรณีห้องปฏิบัติการไม่สามารถทำการตรวจวิเคราะห์ด้วยตนเองและต้องส่งซีรัมไปยังห้องปฏิบัติการอื่นต้องนำส่งโดยใส่ในกล่องที่มีน้ำแข็งเพื่อควบคุมอุณหภูมิพร้อมกับข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำส่งห้องปฏิบัติการทันที

ข้อดีของการตรวจ

1. เป็นการตรวจวิเคราะห์จากเลือดหญิงตั้งครรภ์ทำให้มีความเสี่ยงต่ำที่จะเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีความปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว
2. สามารถตรวจได้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกอายุ เป็นประโยชน์ในการตรวจคัดกรองกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์
3. การตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จะช่วยลดจำนวนการเจาะน้ำคร่ำ Amniocentesis ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ข้อจำกัดของการตรวจ

1. การตรวจคัดกรองไม่สามารถค้นหาทารกที่มีความผิดปกติทั้งหมดได้ การตรวจ Quadruple test มีอัตรา การตรวจพบทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ร้อยละ 81
2. หากพบว่ามีความเสี่ยงสูง ต้องตรวจยืนยันโดยการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป

การแปลผลการตรวจคัดกรอง

ความเสี่ยงสูง (High risk)	ความเสี่ยงต่ำ (Low risk)
<ul style="list-style-type: none"> ● แสดงว่ามีโอกาสสูงที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ● หญิงตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำให้ตรวจยืนยันต่อด้วยการวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis PND) ● การพบความเสี่ยงสูงไม่จำเป็นเสมอไปที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● แสดงว่ามีโอกาสต่ำที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ● มีความจำเป็นน้อยที่ต้องตรวจยืนยันต่อด้วยการวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis : PND) ● การพบความเสี่ยงต่ำไม่ได้หมายถึงทารกในครรภ์จะปกติ เพราะยังสามารถพบกลุ่มอาการดาวน์ได้ในหญิงตั้งครรภ์บางราย

เอกสารเพิ่มเติม



2.3 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสและการดูแลรักษา

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

แนวทางการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์

โรคซิฟิลิส สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Treponema pallidum* มีระยะฟักตัว : ประมาณ 10 - 90 วัน แบ่งเป็น
 ระยะที่ 1 : มีแผลที่อวัยวะเพศ หรือทวารหนัก แผลไม่เจ็บ แม้ไม่ได้รับการรักษาก็หายเองได้

ระยะที่ 2 : มีผื่นขึ้นตามลำตัว ฝ่ามือฝ่าเท้า ผื่นไม่เจ็บ ไม่คัน ผอมร่วง คิ้วร่วง มีแผลตุ่มในช่องปาก มีเยื่อสีขาวคลุม
 ออกรหายได้เอง

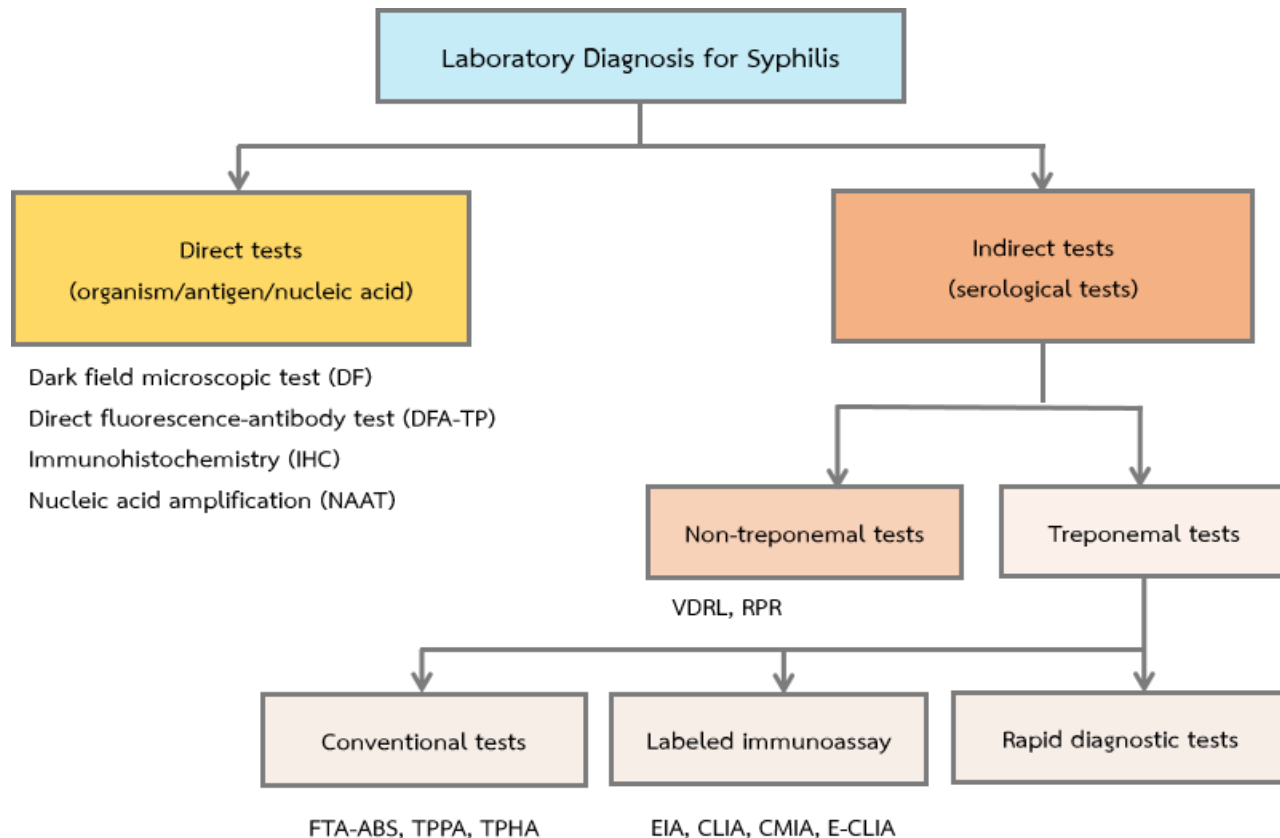
ระยะที่ 3 : โรคลุกลามทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด สมอง กระจก ทำให้ร่างกายพิการและเสียชีวิตได้
 (ทั้งระยะที่ 1 และ 2 อาการจะหายได้เอง แต่ยังมีเชื้ออยู่ในร่างกาย ถ้าตรวจเลือดจะพบ “เลือดบวก ซิฟิลิส”
 ซึ่งหากปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษา โรคจะเข้าสู่ระยะที่ 3 ได้)

ระยะแฝง : เป็นระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

- ซิฟิลิสของระบบประสาท (neurosyphilis)
- ซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ (syphilis in pregnancy)
- ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคซิฟิลิส

ทำได้โดยการตรวจหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิสหรือชิ้นส่วนทางพันธุกรรมเชื้อโรคซิฟิลิสจากแผลริมแข็งหรือผื่น รก
 และสายสะดือ (direct test) และ การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (indirect test) ซึ่งตรวจหาแอนติบอดีในเลือดหรือน้ำไขสันหลัง

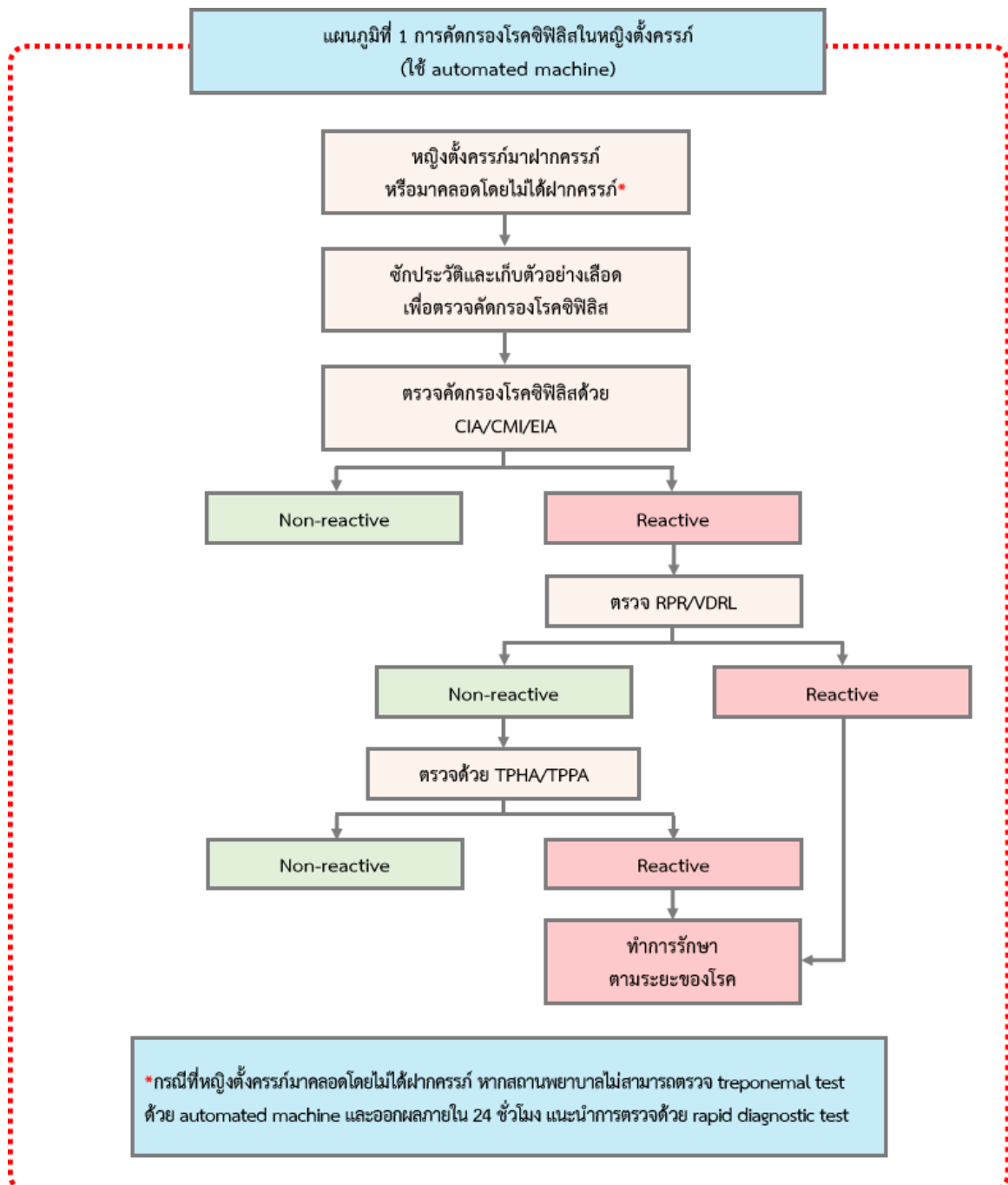


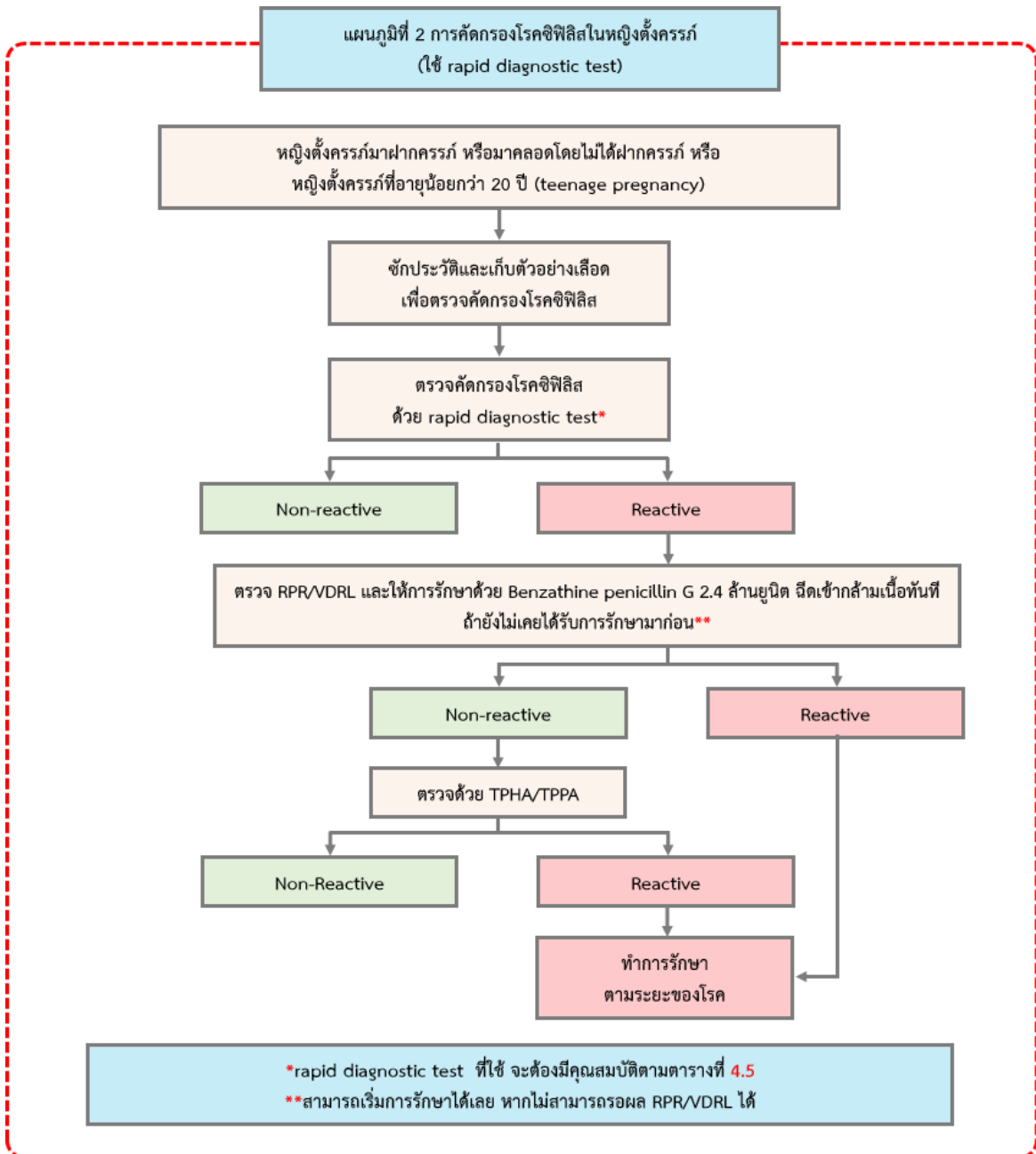
โรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์

ควรซักประวัติได้แก่ ประวัติข้อมูลการรักษาที่ผ่านมาของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นโรคซิฟิลิสมาก่อน โดยเฉพาะประเด็น ต่อไปนี้

- สถานที่รักษา การวินิจฉัยที่ได้รับ การรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RPR/VDRL และ treponemal test) ครั้งล่าสุด
- ประวัติการคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดที่ผ่านมา เช่น ทารกตายคลอด การแท้งบุตร ทารกพิการ
- ประวัติการบริจาคเลือดและการได้รับเลือด
- ประวัติการสัมผัสโรคและติดเชื้อโรคกลุ่ม *Treponema* species อื่นๆ เช่น yaws, pinta

การคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ แนะนำให้ใช้การตรวจแบบ reverse algorithm





การตรวจคัดกรองโดยวิธี rapid diagnostic test ในกรณี ดังต่อไปนี้

- สถานพยาบาลไม่สามารถตรวจ treponemal test ด้วย automated machine หรือสามารถตรวจได้ แต่ไม่สามารถออกผลตรวจได้ภายใน 24 ชั่วโมง
- หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโดยไม่ได้ ฝากครรภ์
- หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี (teenage pregnancy)

ข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว

1. มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกไม่ดีขึ้น โดยไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ
2. มีการเพิ่มของค่า RPR/VDRL ตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป ภายหลังจากการรักษาครบ
3. ค่า RPR/VDRL ลดน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังมีค่าตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป ภายหลังจากการรักษาครบแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

การส่งตรวจโรค

ในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสในทุกๆระยะข้างต้น ควรส่งตรวจโรคเพื่อดูรอยโรคทางพยาธิวิทยา และส่ง dark-field microscopic test เพื่อหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิส ในกรณีที่สามารถส่งตรวจได้

การให้นมบุตร

หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ สามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ ยกเว้น กรณีที่มารดามีรอยโรคบริเวณเต้านม ถือเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร โดยควรรักษาโรคบริเวณเต้านมให้หาย จึงสามารถให้นมบุตรได้

Congenital Syphilis

เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* โดยผ่านทางรกขณะทารกอยู่ในครรภ์สามารถเกิดได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ อัตราการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก ถ้ามารดาเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และ 2 อัตราการแพร่เชื้อสูงถึงร้อยละ 60 - 100 ระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) อัตราการแพร่เชื้อร้อยละ 40 และระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) อัตราการแพร่เชื้อร้อยละ 8

การซักประวัติและการทบทวนข้อมูลการดูแลรักษา

มารดา

1. การรักษาโรคซิฟิลิสของมารดา โดยเฉพาะวิธีการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ความเหมาะสมของการรักษา และวันแรกที่ได้รับการรักษา
2. การตั้งครรภ์ของมารดา โดยเฉพาะจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดที่มีทารกผิดปกติ ประวัติการแท้ง ประวัติการเสียชีวิตหลังคลอดของทารก
3. การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยอาจจะทบทวนจากเวชระเบียนร่วมด้วย
4. ค่า nontreponemal test (RPR/VDRL) ตั้งต้น และการติดตามผล VDRL/ RPR หลังการรักษาว่าตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ โดยมีเกณฑ์กำหนดคือมีค่า RPR/VDRL มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าจากค่าตั้งต้น ซึ่งถือว่าการรักษาล้มเหลว (เช่น จาก 1:4 เป็น 1:16)

มารดาที่รักษาครบ หมายถึง ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม Penicillin และได้รับการรักษาครั้งแรกไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด มีการติดตามผลการรักษา RPR/VDRL ในมารดาตลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าไม่มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ และสามี/คู่เพศสัมพันธ์ได้รับการวินิจฉัยโรคซิฟิลิส และ/หรือรักษา

การติดตามการรักษา

- การประเมินและรักษาเด็กที่มีอาการสงสัยโรคซิฟิลิสภายหลังอายุ 1 เดือนแรก
- เด็กที่มีผลการตรวจ nontreponemal test (RPR/VDRL) ให้ผลบวกภายหลังอายุ 1 เดือน ควรทำการตรวจเลือดมารดาและตามประวัติการตรวจรักษาในมารดาเพื่อประเมินว่าทารกมีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดหรือเป็นการติดเชื้อภายหลัง
- เด็กอายุมากกว่า 1 เดือน ที่สงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดหรือสงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ควรได้รับการรักษาด้วย Penicillin G 10 วัน เนื่องจากการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาทในเด็กนั้นทำได้ยาก
- ในกรณีที่มารดามีค่า nontreponemal สูงขึ้น ขณะคลอดหรือหลังคลอด และทารกแรกเกิดผลเลือดเป็นลบ แนะนำให้เจาะเลือดซ้ำอีกครั้งในอายุ 3 เดือน เพื่อป้องกันการตกหล่นในกรณีที่ขณะแรกเกิดยังอยู่ในช่วง incubation ในช่วงแรกเกิด

การรักษาซ้ำ

ให้การดูแลรักษาเมื่อค่า nontreponemal test (RPR/VDRL) ลดน้อยกว่า 4 เท่าหรือ เพิ่มขึ้น ใน 6 -12 เดือนหลังการรักษา ให้ทำการรักษาซ้ำ โดย

- ตรวจสอบประเมินซ้ำ รวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลัง
- ให้การรักษา Penicillin G ทางหลอดเลือดดำอีก 10 วัน แม้ว่าจะเคยได้รับการรักษามาก่อน

การติดตามการรักษา

นัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6, 9, 12 และ 18 เดือน

การตรวจติดตามค่า RPR/VDRL

ให้ตรวจติดตามที่ 4 และ 6 เดือนจนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ โดย nontreponemal test (RPR/VDRL) นั้น จะเริ่มลดลงภายหลังการรักษาประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบภายหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน

(กรณีเริ่มให้การรักษาภายหลังทารกอายุ 1 เดือน ผลเลือดอาจเป็นลบช้าได้นานกว่า 6 เดือน แต่ค่าควรลดลง)

การตรวจติดตามค่า treponemal test

ให้ทำการตรวจ ที่อายุ 18 เดือน เนื่องจาก treponemal antibody ที่ส่งผ่านรกจากมารดาจะยังให้ผลบวกได้ แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โดย

- ผลลบ หมายถึง ทารกไม่ได้เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- ผลบวก หมายถึง สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้

การตรวจติดตามน้ำไขสันหลัง

ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว และ/หรือค่าโปรตีน ผิดปกติ หรือมี VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังที่ 6 เดือนหลัง การรักษา ถ้าผลการตรวจน้ำไขสันหลังยังพบความผิดปกติให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง

การป้องกันการติดโรคซิฟิลิสจากการสัมผัสคัดหลั่งของทารก

บุคลากรการแพทย์ที่สัมผัสสารคัดหลั่งของทารกโดยไม่ได้ใส่ถุงมือ ได้แก่ น้ำมูก เลือด น้ำไขสันหลัง mucocutaneous lesion เช่น สารคัดหลั่งจากตุ่ม น้ำบริเวณ มือเท้าลอก (pemphigus syphiliticus) แผลริมแข็ง (chancre) condyloma lata รอยโรคภายในช่องปากและทวารหนักก่อนการรักษาหรือภายใน 24 ชม.แรกของการรักษา

- พิจารณาฉีดยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ และตรวจซ้ำอีก 3 เดือน
- ฝ้าติดตามความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่สัมผัส เป็นระยะเวลา 2 - 3 สัปดาห์ หลังจากสัมผัส
- ควรทำการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อโรคซิฟิลิสภายหลังการสัมผัส และติดตามตรวจซ้ำอีก 3 เดือน ต่อมา หรือเมื่อตรวจพบมีความผิดปกติ

เอกสารเพิ่มเติม

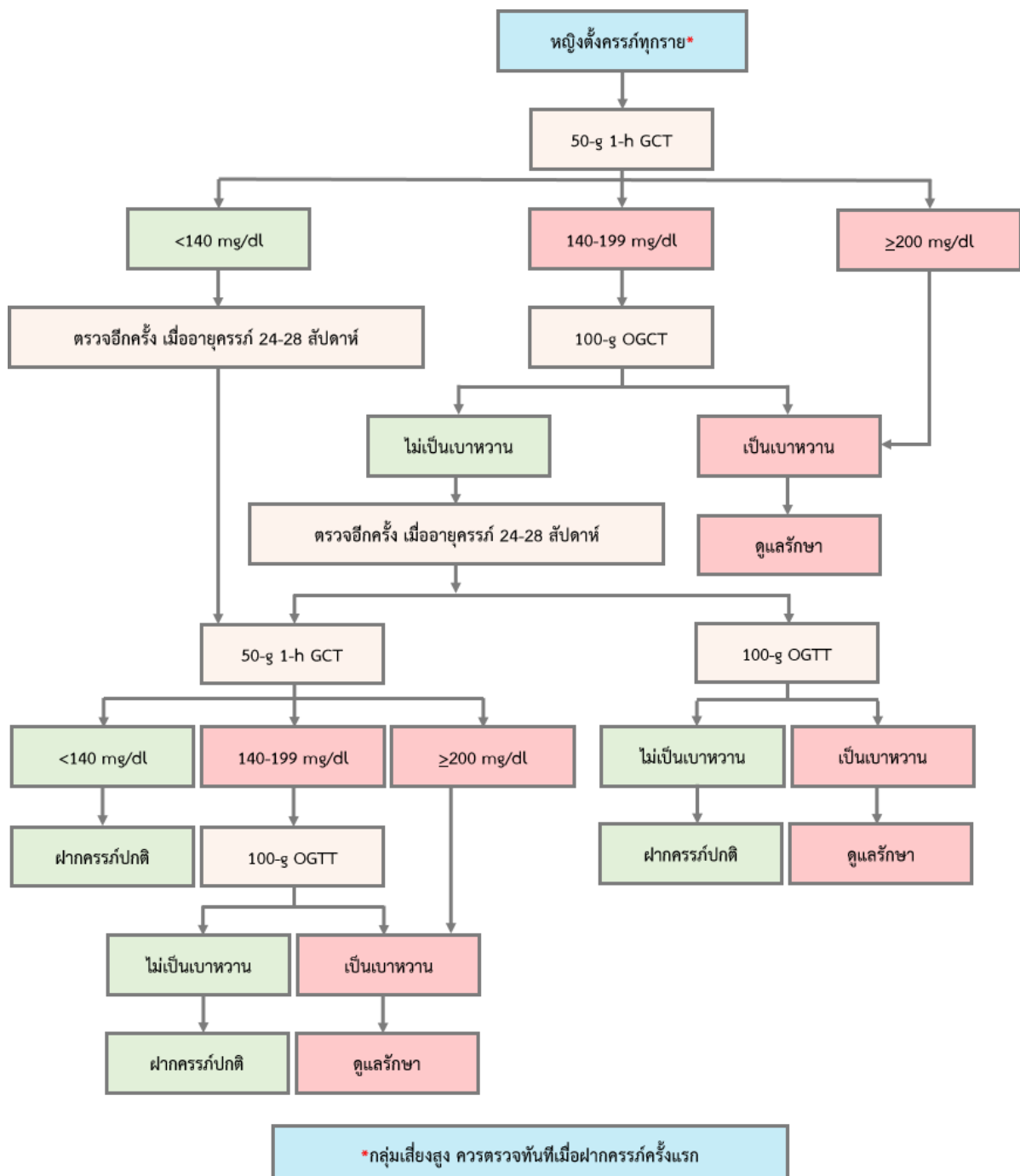


2.4 การคัดกรองเบาหวาน

แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ตรวจพบและวินิจฉัยโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ และวางแผนให้การรักษา จากมติที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 30 เมษายน 64 มีข้อสรุปให้ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และหญิงหลังคลอดที่วินิจฉัยว่าเป็น Gestational diabetes (GDM) โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

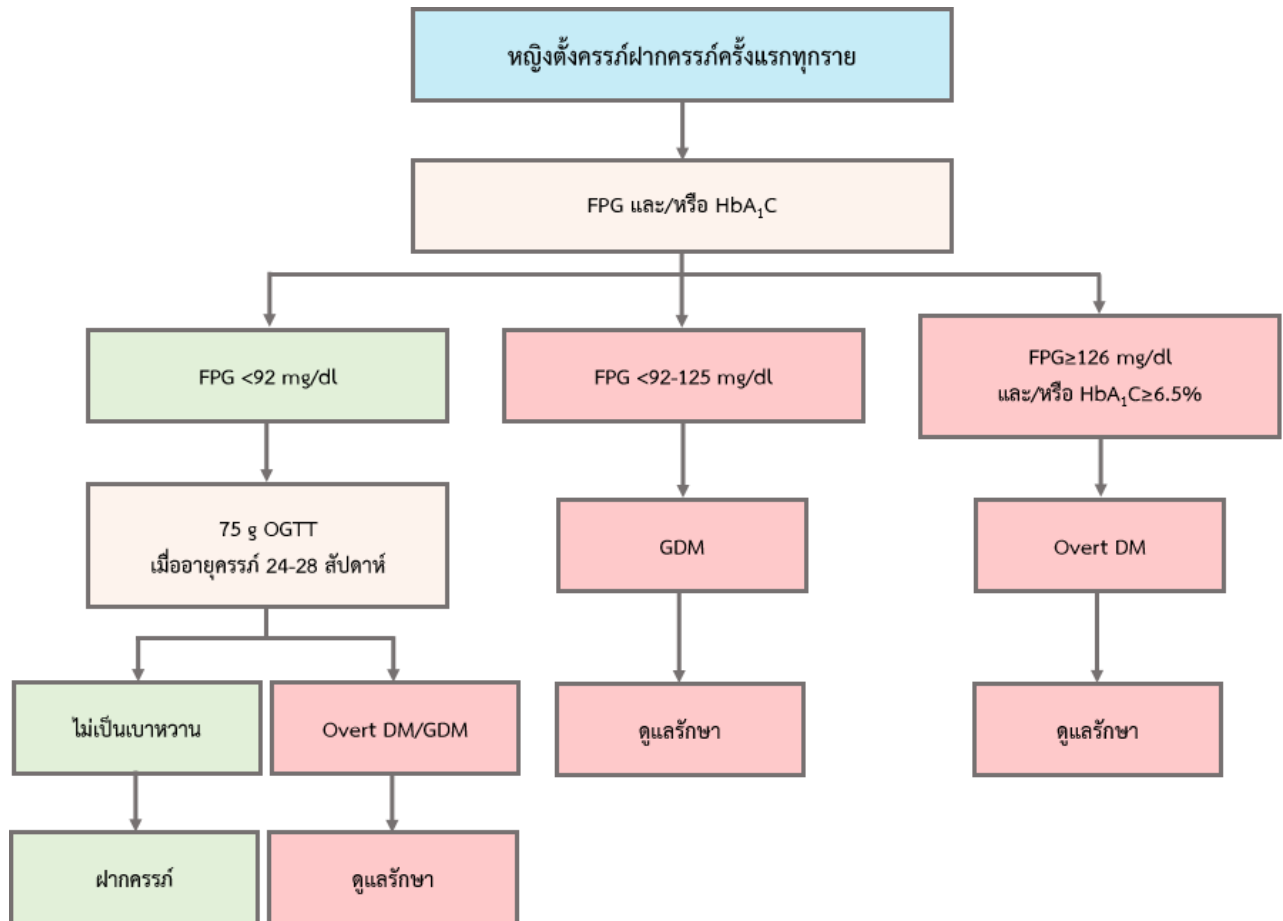
แผนภูมิที่ 1 การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ วิธีที่ 1



หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (มีปัจจัยอย่างน้อย 1 ข้อ) ได้แก่

1. อายุ 35 ปีขึ้นไป
2. อ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตารางเมตร)
3. พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง เป็นโรคเบาหวาน (First degree relative)
4. เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง
5. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติก่อนการตั้งครรภ์ (TG ≥ 250 มก./ดล. หรือ HDL-C < 35 มก./ดล.)
6. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
7. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucose
8. มีโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome)
9. ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (Persistent glucosuria หรือ glucosuria 3+/4+)

แผนภูมิที่ 2 การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ วิธีที่ 2



วิธีการตรวจ :

- การตรวจคัดกรองโดย 50 g GCT

ไม่ต้องงดน้ำและอาหารก่อนการตรวจ ให้ดื่มน้ำตาล glucose 50 กรัม แล้วเจาะเลือดส่งตรวจระดับน้ำตาลที่ 1 ชั่วโมงต่อมา

- การตรวจ 100 g OGTT

ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 14 ชั่วโมง (จิบน้ำเปล่าได้) เข้าวันทดสอบ เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจระดับน้ำตาล จากนั้นดื่มน้ำตาล glucose 100 กรัม หลังจากนั้นเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมงต่อมา

• การตรวจ 75 g OGTT

ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 14 ชั่วโมง (จิบน้ำเปล่าได้) เข้าวันทดสอบ เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจระดับน้ำตาล จากนั้นดื่มน้ำตาล glucose 75 กรัม หลังจากนั้นเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลที่ 1 และ 2 ชั่วโมง ต่อมา

เกณฑ์การแปลผลตรวจ

1. 50 g GCT ใช้สารละลายกลูโคส 50 กรัม ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl วินิจฉัยว่าผิดปกติ
2. Carpenter & Couston ใช้สารละลายกลูโคส 100 กรัม ระดับน้ำตาล 95, 180, 155, 140 mg/dl ที่ 0, 1, 2, 3 ชั่วโมง ตามลำดับ วินิจฉัยเมื่อค่าผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ค่า
3. IADPSG (International Association of Diabetes Pregnancy Study Group) ใช้สารละลายกลูโคส 75 กรัม ระดับน้ำตาล 92, 180, 153 mg/dl ที่ 0, 1, 2 ชั่วโมง วินิจฉัยเมื่อผิดปกติค่าใดค่าหนึ่ง

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

ในชุดสิทธิประโยชน์ของการฝากครรภ์ทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 18 - 20 สัปดาห์เพื่อยืนยันอายุครรภ์และคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ควรได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงอีกครั้งในไตรมาสที่ 3 เพื่อประเมินความผิดปกติและขนาดน้ำหนักของทารกและวางแผนการคลอดต่อไป

การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงหลังคลอด

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนมากจะมีระดับน้ำตาลกลับสู่ค่าปกติหลังคลอด ดังนั้นจึงแนะนำให้ทำการทดสอบความทนต่อกลูโคสอีกครั้ง เพื่อวินิจฉัยภาวะก่อนเป็นเบาหวาน (Pre - diabetes) หรือโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) จึงควรได้รับการตรวจทดสอบโดย 75 g OGTT ในช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ - 3 เดือน 1 ครั้ง ซึ่งยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

การแปลผล 75 g OGTT สำหรับหญิงหลังคลอด ใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาล 100, 140 mg/dl ที่ 0, 2 ชั่วโมง วินิจฉัยเมื่อผิดปกติค่าใดค่าหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการจัดทำข้อเสนอสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

3. การประเมินสุขภาพจิต และคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

3.1 การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ส่งผลทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยพบว่า ความเครียดเรื้อรัง และอาการซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักตัวน้อยที่มีผลต่อเนื่องกับพัฒนาการ⁽¹⁾ ความเครียดเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (low birth weight) สิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด ผลกระทบของอาการซึมเศร้าและความทุกข์ของมารดาระหว่างตั้งครรภ์มีผลต่อน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อแรกคลอด⁽²⁾

การประเมินภาวะสุขภาพจิต

การประเมินและคัดกรองสุขภาพจิตเป็นวิธีการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ทำให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และได้รับความช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดตามมา และช่วยให้มารดาและลูกมีสุขภาพกายใจที่สมบูรณ์ต่อไป การประเมินภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์เป็นการประเมินความเครียดและคัดกรองโรคซึมเศร้า เนื่องจากความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กัน⁽³⁾ อีกทั้งภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^(4,5)

เครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์

การประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5)

แบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยยอร์วรรณ ศิลปะกิจ⁽⁶⁾ (2551) เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับอาการแทบไม่มี (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง

ระดับอาการเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย

ระดับอาการบ่อยครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

ระดับอาการเป็นประจำ (3 คะแนน) หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน

คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่น้อยกว่า 4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียด (น้อยกว่า 4 คะแนน) สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด (5-7 คะแนน) และน่าจะป่วยด้วยความเครียด (มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน)

รายละเอียดของแบบประเมินความเครียด (ST-5) มีดังนี้

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์	แทบไม่มี (0)	เป็นบางครั้ง (1)	บ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
รวมคะแนน (0-15 คะแนน)					

การแปลผลและคำแนะนำ

0-4 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความเครียด ในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
5-7 คะแนน	หมายถึง	สงสัยว่ามีความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียด ด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความเครียดหรือคลี่คลายที่มาของปัญหา และอาจใช้การหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ หลายครั้ง หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวล
8 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีความเครียดสูง ในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) หรือส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาต่อไป

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

แบบคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ⁽⁷⁾ เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบ คือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง

รายละเอียดของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง

มี ไม่มี

2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน

มี ไม่มี

การแปลผลและคำแนะนำ

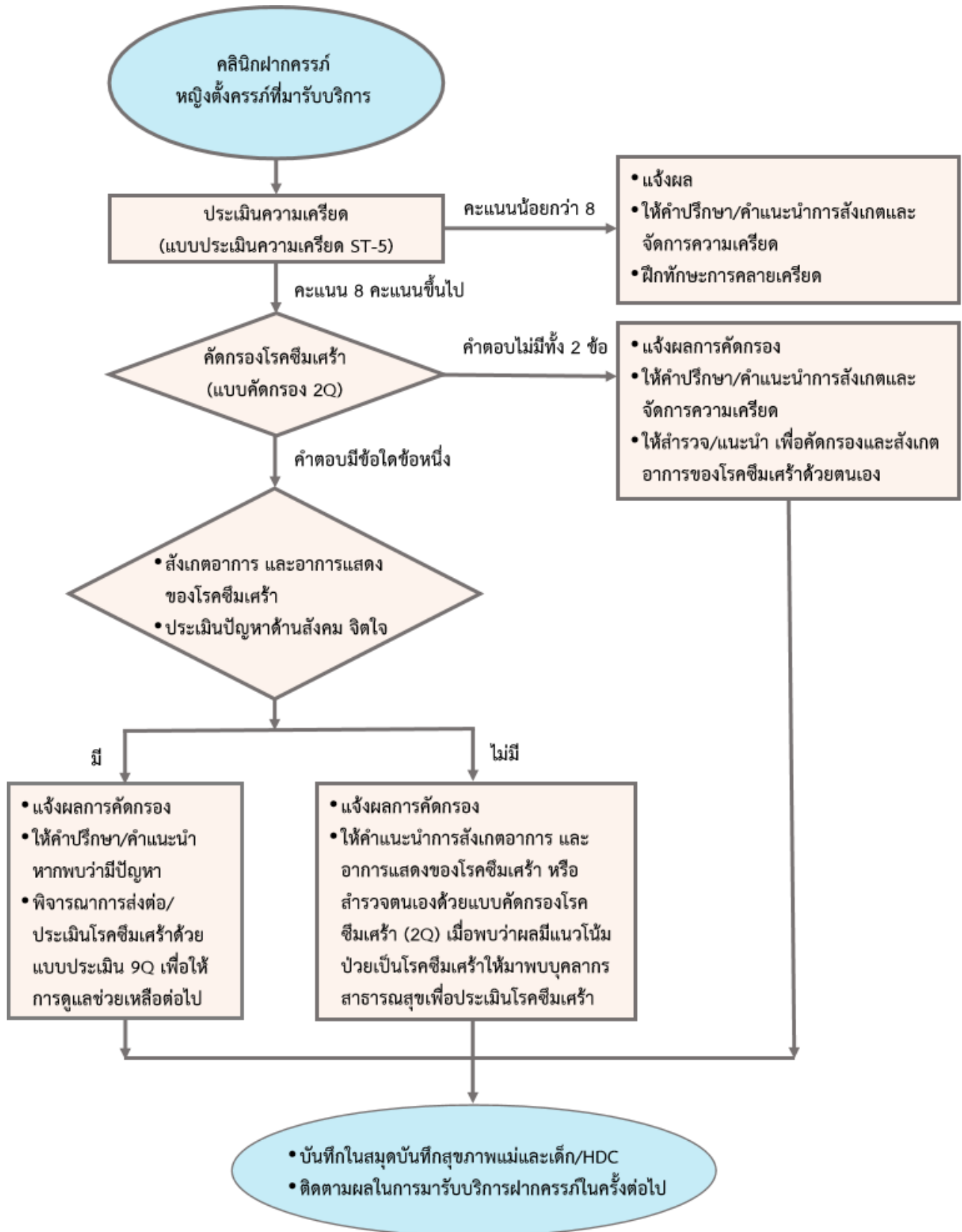
ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้งสองข้อ แสดงว่า เป็นปกติ ไม่พบความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการของโรคซึมเศร้า

ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการให้คำปรึกษาและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ เพื่อรับการดูแลทางด้านสังคมจิตใจหรือรับการประเมินโรคซึมเศร้าต่อไป

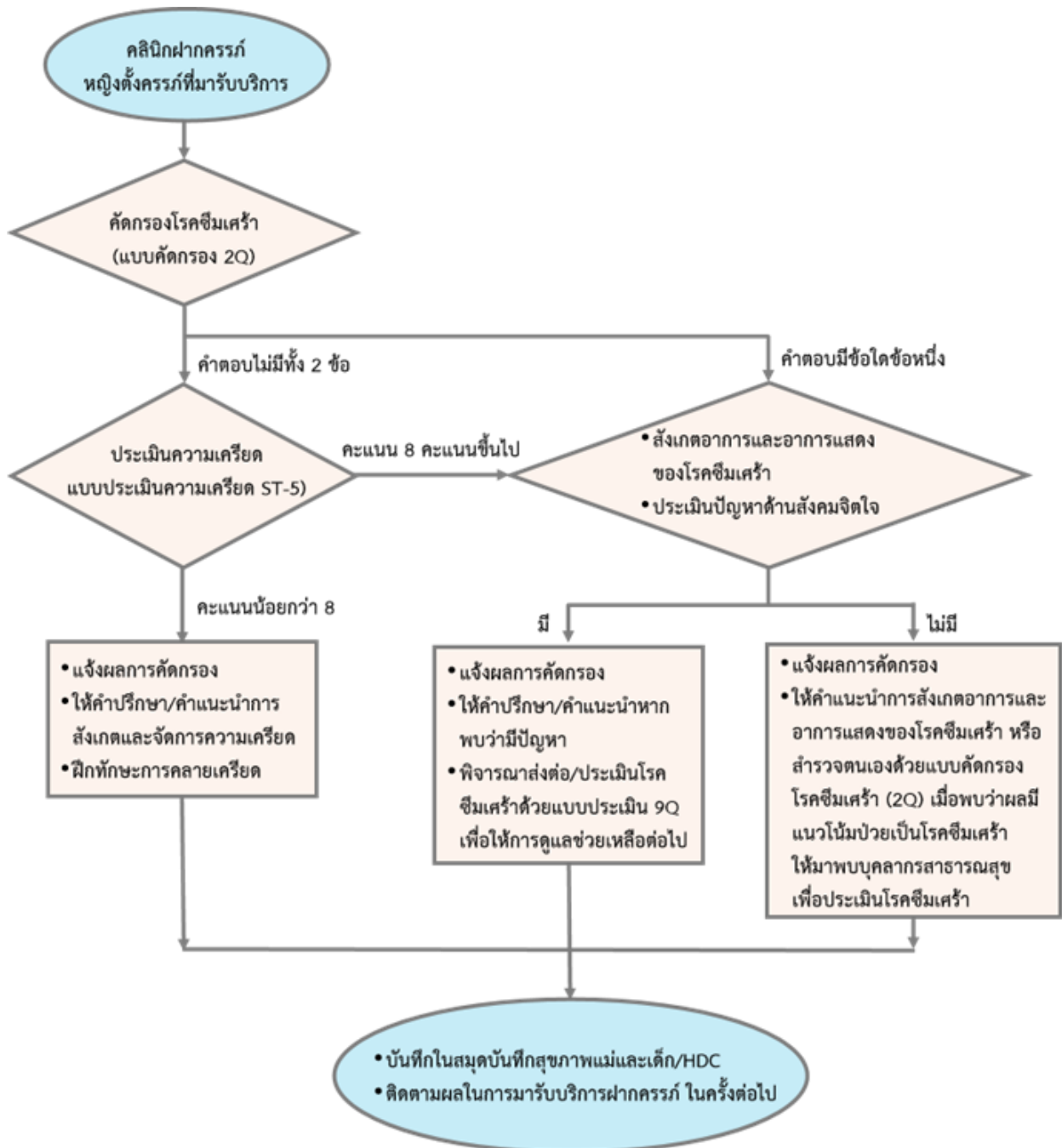
แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตเพื่อประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์

แนวทางในการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตเพื่อประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ สามารถดำเนินการได้ 2 แนวทาง ดังนี้

แนวทางที่ 1



แนวทางที่ 2



Download ความรู้เรื่องความเครียดและโรคซึมเศร้า ได้ที่ <https://rb.gy/gamlol>



เอกสารอ้างอิง

1. Christine Dunkel Schetter and Lynlee Tanner. Anxiety, (2012). depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Retrieved Dec 7,2021, from https://www.researchgate.net/publication/221763563_Anxiety_depression_and_stress_in_pregnancy_Implications_for_mothers_children_research_and_practice/link/5f85e526a6fdccfd7b5f9cea/download. doi: 10.1097/YCO.Ob013e3283503680)
2. Christine Dunkel Schetter. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Process, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. Retrieved Dec 7,2021, from https://www.researchgate.net/publication/49653133_Psychological_Science_on_Pregnancy_Stress_Processes_Biopsychosocial_Models_and_Emerging_Research_Issues/link/0912f4ff207b45b9b7000000/download
3. มาลีวัล เลิศสาครศิริ, พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และวรรณิ์ เดียววิศเรศ. (2555). รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด. สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2564, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/47595/39455>
4. Bronwyn Leigh and Jeannette Milgrom. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. Retrieved Dec 7,2021, from https://www.researchgate.net/publication/5439619_Risk_factor_for_antenatal_depression_postnatal_depression_and_parenting_stress. doi:10.1186/147-244X-8-24
5. Tiffany Field. Prenatal depression effects on early development : a review. Retrieved Dec 7,2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20970195/>. doi: 10.1016/j.infbeh:2010.09.008.
6. อรวรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,16: 177-185.
7. สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอน, เบญจลักษณ์ มณีทอน, กมลเนตร วรรณเสวก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และคนอื่นๆ. (มปป.) การพัฒนาและความเที่ยงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามใน ชุมชนไทยอีสาน. สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2564, จาก <https://www.prasri.go.th/upic/ie.php/aafe79eeb00e6c7d.pdf>

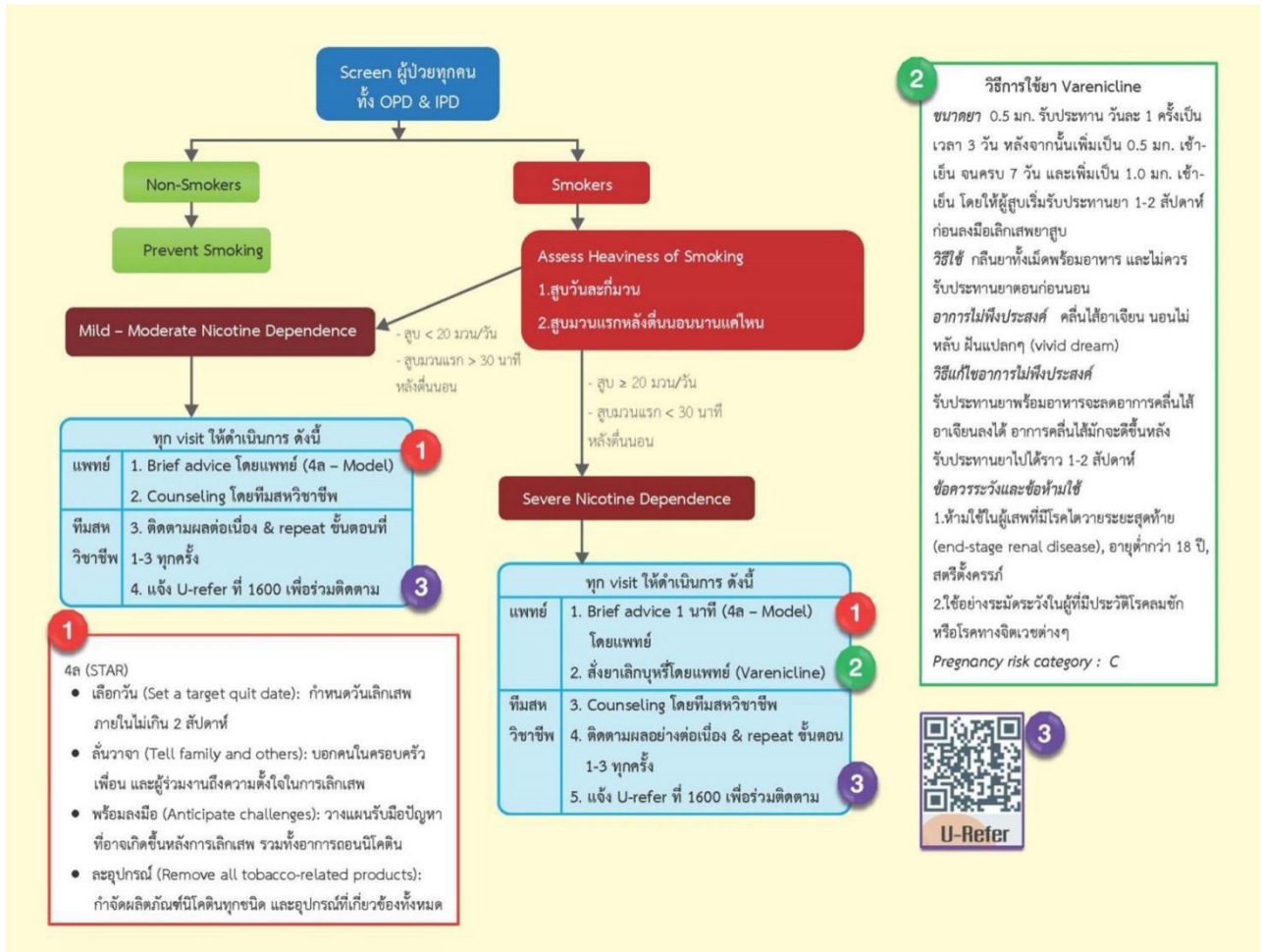
3.2 การคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ และแนวทางการดูแลรักษา

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

1. ซักประวัติการใช้สารเสพติดตั้งแต่ครั้งแรกในการฝากครรภ์ ถ้าพบข้อสงสัยพิจารณาการตรวจปัสสาวะ urine substance/strip testตามความเหมาะสม เช่น urine Amphetamine , urine opioid (optional), urine THC (optional), urine ketamine (optional) โดยส่งพร้อมการตรวจปัสสาวะ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 และ สอบถาม/ซักประวัติการใช้สารเสพติดทุกครั้ง ในการมาฝากครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์ล่าสุด
2. เมื่อตรวจพบสารเสพติด (urine positive for substance) ให้ถือเป็น high risk pregnancy ควรส่งต่อ ANC ที่โรงพยาบาลตามสิทธิ และส่งปรึกษา/ให้คำแนะนำที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลนั้นๆ ตามแผนภูมิแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ พร้อมทั้งแนะนำให้คู่สมรสร่วมวางแผนในการ ดูแลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด หากหญิงรายนั้นตรวจพบสารเสพติด แนะนำตรวจหาสารเสพติด ในสามีร่วมด้วย
3. ให้คำปรึกษา/คำแนะนำ (ที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด) พร้อมตรวจหาสารเสพติด (ตามประวัติการใช้สารเสพติด) โดยความถี่ในการติดตาม พร้อมวันนัดของการฝากครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ (8 ครั้ง)
4. กรณีผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โทรปรึกษาที่ศูนย์ refer ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช) เบอร์โทรติดต่อ 0 2531 0080 ต่อ 335

3.3 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน

แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล กรรมการเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ



เอกสารอ้างอิง

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ การบำบัดภาวะติดนิโคตินในประเทศไทย สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

4. วัคซีนที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์

นายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

การให้วัคซีนแก่ร่างกายเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทั้งนี้การที่ร่างกายได้รับวัคซีนแล้วสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขึ้นมาได้ นอกจากจะช่วยป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคตามธรรมชาติแล้ว ยังเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปสู่บุคคลอื่นที่อยู่ใกล้เคียงได้ เพราะเมื่อร่างกายไม่ป่วย เชื้อโรคก็จะไม่สามารถเพิ่มจำนวนและแพร่ไปยังบุคคลอื่นได้อีก

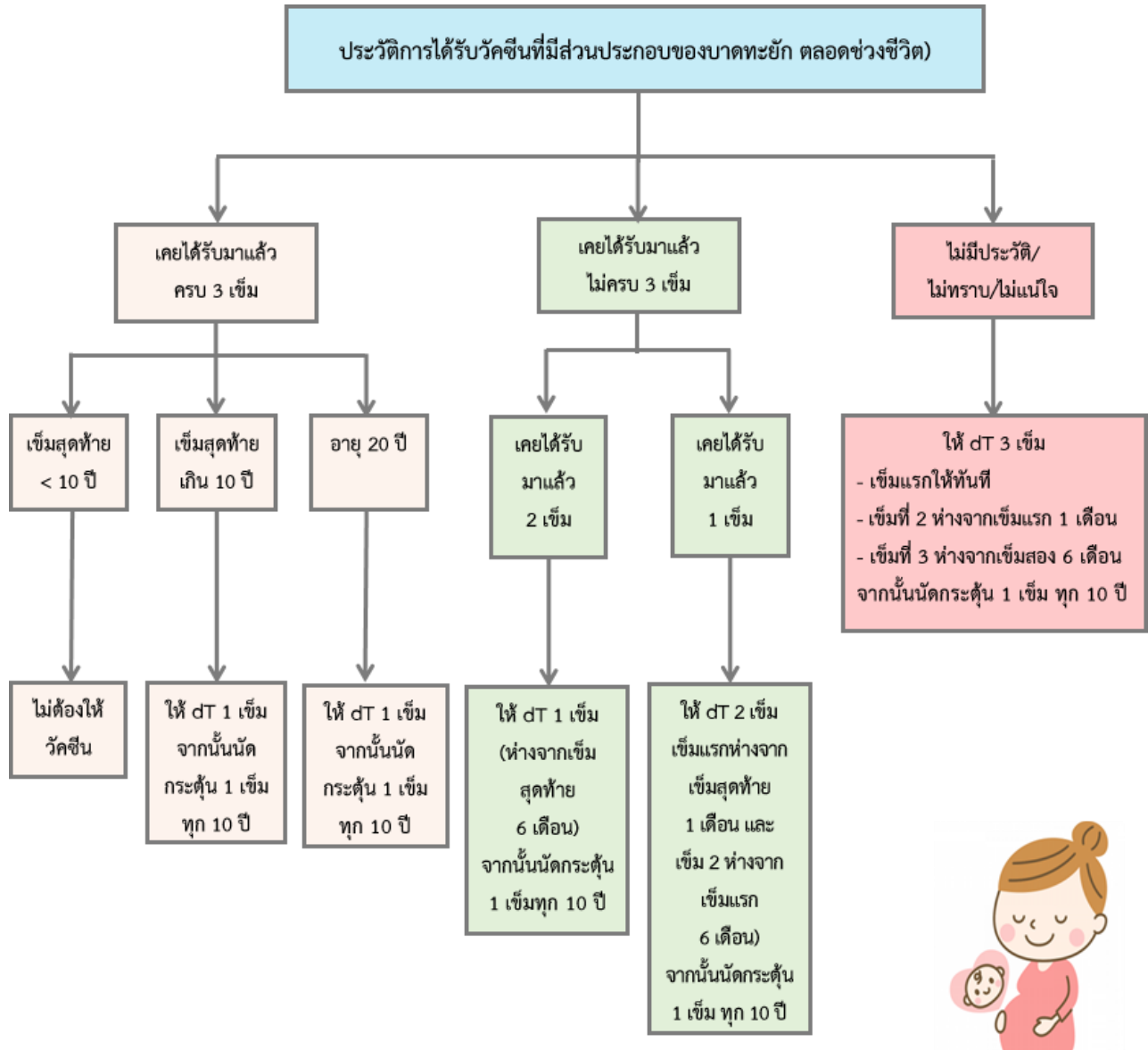
ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้กำหนดให้มีการให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในผู้ใหญ่ แก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเกิดโรค ลดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงวัคซีนตามสิทธิประโยชน์ในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีวัคซีนที่ให้บริการตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ซึ่งกำหนดการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

1. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) จำนวนครั้งที่ให้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต ได้แก่
 - 1.1 ไม่มีประวัติ/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ กำหนดให้ฉีด dT จำนวน 3 ครั้ง
 - 1.2 เคยได้รับมาแล้ว ไม่ครบ 3 ครั้ง ได้แก่ เคยได้รับมาแล้วจำนวน 1 ครั้ง กำหนดให้ฉีดจำนวน 2 ครั้ง และเคยได้รับมาแล้ว 2 ครั้ง ให้ฉีด dT จำนวน 1 ครั้ง
 - 1.3 เคยได้รับมาแล้ว ครบ 3 ครั้ง ได้แก่ เมื่ออายุ 20 ปี ให้ฉีด dT จำนวน 1 ครั้ง เคยได้รับครั้งสุดท้ายไม่เกิน 10 ปี ไม่ต้องให้วัคซีน และเคยได้รับครั้งสุดท้ายเกิน 10 ปี ให้ฉีด dT จำนวน 1 ครั้ง จากนั้นนัดกระตุ้นจำนวน 1 ครั้ง ทุก 10 ปี รายละเอียดดังรูปที่ 1
 - 1.4 พิจารณาให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (Tdap)* ในช่วงอายุครรภ์ 27-36 สัปดาห์ โดยอาจจะทดแทน dT ที่ต้องให้ใช้ในช่วงอายุครรภ์ดังกล่าว
2. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) กำหนดให้ฉีด จำนวน 1 ครั้ง เมื่อมีอายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป ในทุกการตั้งครรภ์
3. วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) กำหนดให้ฉีด เมื่อมีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป** ซึ่งในปี 2564 - 2565 ให้ฉีดจำนวน 2 ครั้ง และให้กระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 และเข็มที่ 4 โดยการให้วัคซีนขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต สำหรับระยะห่างและจำนวนครั้งที่ให้ขึ้นอยู่กับชนิดวัคซีน ชื่อการค้า หรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หมายเหตุ * ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันการให้วัคซีน dT ในส่วนของ Tdap ได้ผ่านคำแนะนำจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้งนี้อยู่ระหว่างการนำร่องการใช้วัคซีนและใช้ในภาคเอกชน

** ทั้งนี้ทางราชวิทยาลัยได้มีคำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในสตรีตั้งครรภ์สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้ทุกอายุครรภ์ และสามารถให้พร้อมกับวัคซีนอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องฉีดในขณะตั้งครรภ์ได้ อ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดโรคโควิด-19 Version 7 วันที่ 17 ธ.ค. 2564

รูปที่ 1 กำหนดการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์



หมายเหตุ : หากภายหลังได้รับวัคซีน dT แล้วมีอาการบวมแดงมากตั้งแต่บริเวณหัวไหล่ถึงข้อศอก Arthus reaction) ขอให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้แก่ประชาชนว่าเพื่อป้องกันโรคคอตีบควรได้รับวัคซีนคอตีบครบตามกำหนด ซึ่งอาการบวมเกิดจากการได้รับวัคซีนบาดทะยักมาก่อนหลายครั้ง

ตารางบันทึกการฉีดวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์

วัคซีน	ประวัติการได้รับก่อนตั้งครรภ์	ในระหว่างการตั้งครรภ์นี้
ป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก	<input type="radio"/> เคยฉีด จำนวน ครั้ง ครั้งสุดท้ายวันที่..... <input type="radio"/> ไม่เคยฉีด <input type="radio"/> ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีน ครั้งที่ 1 วันที่ ครั้งที่ 2 วันที่ ครั้งที่ 3 วันที่ <input type="radio"/> ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น วันที่ <input type="radio"/> ไม่ฉีดวัคซีนในครรภ์นี้ เพราะได้รับครบ 3 เข็ม หรือได้รับเข็มกระตุ้นมาไม่เกิน 10 ปี
ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ให้บริการตลอดทั้งปี)	<input type="radio"/> เคยฉีด จำนวน ครั้ง ครั้งสุดท้าย วันที่..... <input type="radio"/> ไม่เคยฉีด <input type="radio"/> ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีน 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป วันที่
ป้องกันโรคโควิด 19	<input type="radio"/> เคยฉีด จำนวน ครั้ง ครั้งที่ 1 ชื่อการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน วันที่ ครั้งที่ 2 ชื่อการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน วันที่ ครั้งที่ 3 ชื่อการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน วันที่ ครั้งที่ ชื่อการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน วันที่ <input type="radio"/> ไม่เคยฉีด <input type="radio"/> ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีน เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ครั้งที่ 1 ชื่อการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน วันที่ ครั้งที่ 2 ชื่อการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน วันที่ ครั้งที่ 3 ชื่อการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน วันที่

หมายเหตุ : สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 พร้อมกันกับวัคซีนอื่นได้

5. การตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

การตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง(Ultrasound)

ผู้ให้บริการควรแจ้งพร้อมอธิบายเหตุผล ความจำเป็นและประโยชน์ที่ผู้ฝากครรภ์จะได้รับเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และควรให้มีการเซ็นรับทราบไว้เป็นหลักฐาน



ตัวอย่างแบบแสดงการรับทราบการตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง : Ultrasound

ส่วนนี้สำหรับหญิงตั้งครรภ์

ข้อควรทราบเกี่ยวกับการตรวจครรภ์ด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

การตรวจทารกในครรภ์ด้วย Ultrasound เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงให้ไปกระทบอวัยวะของทารกแล้วสะท้อนออกมาเป็นภาพ เป็นเครื่องมือที่ช่วยวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้บางโรคเท่านั้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ทั้งหมด 100 เปอร์เซ็นต์ ปัจจุบันยังไม่มีรายงานถึงผลเสียหรืออันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ด้วยวิธีนี้ และสามารถตรวจซ้ำได้หลายครั้ง การทำ Ultrasound ใช้เวลาประมาณ 10 - 30 นาที มากหรือน้อยตามสภาวะมารดา และทารกโดยมีข้อมูลสำคัญที่รายงาน ดังนี้

1. จำนวนทารก
2. อายุครรภ์โดยเฉลี่ย (วัดขนาดของทารกในครรภ์ มี BPD, HC, FL, AC)
3. การเต้นหัวใจทารก
4. กำหนดช่วงเวลาการคลอด (EDC)
5. ท่าและส่วนนำของทารก
6. ลักษณะและตำแหน่งของรก
7. ปริมาณน้ำคร่ำ
8. ความผิดปกติหรือความพิการที่ตรวจพบ (หากตรวจพบ)

หมายเหตุ : การอัลตราซาวด์ (Ultrasound) และรายงานผลต้องได้รับการรับรองโดยสูติแพทย์

ส่วนนี้เก็บที่หน่วยบริการ.....

กรณีที่แพทย์ได้ทำตามมาตรฐานการตรวจแล้วรายงานผลการตรวจว่า ผลอัลตราซาวด์ปกติ
 ไม่สามารถใช้เป็นการยืนยันว่าทารกในครรภ์แข็งแรง สมบูรณ์ หรือ ไม่มีความผิดปกติใดๆ
 เพราะอาจมีความผิดปกติที่ไม่สามารถตรวจพบได้ในระหว่างการตรวจครั้งนั้นๆ
 พบว่า มีทารกจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติหลังคลอด แม้ว่าผลการตรวจอัลตราซาวด์อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 ความผิดปกติบางอย่างอาจตรวจพบได้เมื่ออายุครรภ์น้อยๆ เช่น ทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ
 แต่สำหรับบางโรค ทารกอาจเริ่มเป็นโรคและตรวจพบได้เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น

เขียนที่.....
 วันที่ทำการตรวจ เวลา น.
 ข้าพเจ้า..... รับทราบว่าการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง
 (Ultrasound) เป็นการตรวจเพื่อประเมินอายุครรภ์เท่านั้น มิได้ตรวจเพื่อบอกความผิดปกติใดๆ ของทารกในครรภ์
 จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ
 (.....)

ตัวอย่างแบบบันทึกผลการตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง : Ultrasound

ชื่อหน่วยบริการ.....
 ชื่อ-นามสกุล..... อายุ ปี
 เลขที่บัตรฝากครรภ์.....
 LMP..... EDC..... GA. BY LMP.....
 ส่งตรวจเพื่อ
 ผู้ส่งตรวจ ตำแหน่ง
 ว/ด/ป/ที่ทำการตรวจ/...../.....

ULTRASOUND FINDINGS :

1. NUMBER OF FETUS	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2. PRESENTATION	VERTEX ()	BREECH ()	TRANSVERSE ()	
3. GESTATIONAL AGE	SAC.....cm=.....wks.; CRL.....cm=.....wks. BPD.....cm=.....wks.; FL.....cm=.....wks. HC.....cm=.....wks.; AC.....cm=.....wks. HC/AC..... ; FL/AC..... ; EFW.....gm. ESTIMATED AGE.....wks. ; EDC.....			
4. FETAL HEART MOTION	POSITIVE ()	NEGATIVE ()		
5. PLACENTAL SITE	ANTERIOR ()	POSTERIOR ()		
	UPPER ()	MIDDLE ()	LOWER ()	
	LEFT LATERAL ()	RIGHT LATERAL ()		
	LOW LYING ()	MARGINALIS ()	PARTIALIS ()	TOTALIS ()
PREVIA				
6. PLACENTAL GRADING	gr.O ()	gr.I ()	gr.II ()	gr.III ()
7. AMNIOTIC FLUID	NORMAL ()	INCREASED ()	DECREASED ()	
	AMNIOTIC FLUID INDEX.....cm.			
8. ANOMALIES	NO ()	YES ()		

COMMENTS :

.....

SONOLOGIST.....

6. สุขภาพช่องปาก

ทันตแพทย์หญิงนพวรรณ โพนกุล สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

การดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญ เพราะมีผลต่อสุขภาพของแม่และลูกในครรภ์ ฟันน้ำนมของลูกเริ่มสร้างตั้งแต่ลูกอายุ 4 - 6 สัปดาห์ในครรภ์ ในการสร้างฟันของลูกต้องการสารอาหารหลายชนิดเช่นเดียวกับ การเจริญเติบโตของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแร่ธาตุจำพวกแคลเซียม ฟอสฟอรัส ซึ่งจะมีผลให้เคลือบฟันและเนื้อฟัน แข็งแรง มีการศึกษาพบว่า การเกิดโรคปริทันต์ในหญิงตั้งครรภ์มีโอกาทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และคลอดลูกน้ำหนัก ต่ำน้อย อีกทั้งหากแม่มีโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา มีโอกาสที่จะส่งต่อเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดฟันผุสู่ลูกผ่านทางน้ำลาย จากการกอด จูบ เป่าอาหาร การกัดแบ่งอาหาร และการใช้ช้อนรวมกันกับลูก ดังนั้นบุคลากรที่ให้การดูแลต้องให้ความสำคัญ และไม่ละเลยในเรื่องสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงในช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วงที่ตั้งครรภ์ ได้แก่

- การตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้เกิดเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าปกติ มีโอกาสเป็นโรคปริทันต์ รุนแรง^(1,2) มีรายงานว่าแบคทีเรียในช่องปากสามารถเข้าสู่กระแสเลือด มีผลกระตุ้นให้ฮอร์โมน Prostaglandin E2 เพิ่มขึ้น มีโอกาสทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และคลอดลูกน้ำหนักตัวน้อย⁽³⁻⁶⁾
- อาการคลื่นไส้อาเจียนจากการแพ้ท้องบ่อย ๆ ทำให้มีกรดในกระเพาะอาหารย้อนกลับในช่องปาก ถ้าไม่ล้าง กรดในช่องปากโดยเร็วอาจทำให้ฟันสึกกร่อนได้⁽¹⁾
- พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไปช่วงตั้งครรภ์ ส่งผลถึงสุขภาพช่องปาก เช่น การรับประทาน อาหารเปรี้ยวบ่อยๆ มีผลทำให้ฟันสึกกร่อน การกินจุบจิบ การกินอาหารหวาน ทำให้เกิดฟันผุได้

การคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก

ในปี 2016 George และคณะ ได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ Maternal Oral Screening tool (MOS Tool) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขข้างเคียง⁷ ซึ่งประกอบด้วย 2 คำถาม ดังนี้

<p>1. คุณมีเหงือกบวม เลือดออกที่เหงือก ปวดฟัน มีปัญหา การกินอาหาร หรือปัญหาอื่นๆในช่องปากหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> (0) ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> (1) มีปัญหา</p> <p>2. คุณไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> (0) ไป <input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้ไป</p>	<p>ข้อใดข้อ หนึ่งตอบ 1</p>	<p>เสี่ยงสูง ส่งปรึกษา ทันตแพทย์ทันที เพื่อรับ การรักษาที่เหมาะสม</p>
	<p>คะแนน เท่ากับ 0</p>	<p>ส่งเข้ารับบริการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก</p>

หากผู้ป่วยประเมินได้คะแนน ≥ 1 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ควรส่งต่อทันตบุคลากรตาม มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพในประเทศไทย แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ได้รับการตรวจประเมิน สุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟันโดยทันตบุคลากร แต่กรณีที่มีข้อจำกัด ไม่สามารถให้บริการทันตกรรมได้ ตามปกติ เช่น กรณีมีโรคระบาด อาจใช้คำถามข้างต้นเป็นแนวทางในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อจัดลำดับบริการตาม ความจำเป็นได้

ส่วนการประเมินสภาวะช่องปากอาจใช้เกณฑ์ประเมินอย่างง่าย ดังนี้

1. มี active caries อย่างน้อย 1 ซี่
2. มีภาวะเหงือกอักเสบ หรือมีหินน้ำลาย

หากตรวจพบสถานะข้อใดข้อหนึ่ง ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากระหว่างตั้งครรภ์ ควรเน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการทันตกรรม

มาตรการที่ใช้ในการป้องกันโรคในช่องปากนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ได้แก่

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ มาตรการที่ดำเนินการก่อนเกิดโรค โดยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การใช้วีกซีน การจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น มาตรการทางทันตกรรมในระดับปฐมภูมินี้หมายถึง การให้ทันตกรรมป้องกัน เช่น การให้ทันตสุขศึกษาและฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน หรือการใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การให้ฟลูออไรด์เสริม เป็นต้น โดยทันตบุคลากรควรเน้นย้ำตามความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ได้แก่ มาตรการที่ดำเนินการหลังจากมีการดำเนินของโรคแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการ เช่น การตรวจคัดกรองโรค เพื่อที่จะจัดการกับโรคตั้งแต่ระยะแรก มาตรการทางทันตกรรม เน้นที่การลดคราบจุลินทรีย์ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบ และลดเชื้อในช่องปาก ซึ่งการขัดฟันทำความสะอาดและ/หรือขูดหินน้ำลาย ถือเป็นกิจกรรมป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิได้เช่นกัน

3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ได้แก่ มาตรการที่ดำเนินการหลังจากแสดงอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว เป็นขั้นของการชะลอ หรือหยุดการดำเนินโรค เช่น การรักษาฟันผุ การคัดกรองการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) จากโรค ในทางทันตกรรม หมายถึง การให้บริการรักษาทางทันตกรรม เช่น การอุดฟัน การถอนฟัน การใส่ฟันทดแทน เป็นต้น รวมถึงการจัดการกับการติดเชื้อแบบเฉียบพลัน (acute infection)

มาตรการทางทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์นั้น ควรมุ่งเน้นไปที่การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรคและการรักษาทางทันตกรรมที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตาม หากจำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรมในช่วงตั้งครรภ์ ควรให้แจ้งหญิงตั้งครรภ์ทราบว่าสามารถทำฟันได้อย่างปลอดภัยในทุกช่วงของการตั้งครรภ์

ตารางแสดงบริการทันตกรรมที่แนะนำในแต่ละไตรมาส⁽⁹⁾

	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3
บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคช่องปาก	ตรวจสุขภาพช่องปากและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปาก	ฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการควบคุมคราบจุลินทรีย์ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์	ฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการควบคุมคราบจุลินทรีย์ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์
	ให้ทันตสุขศึกษา เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในช่องปากที่จะเกิดขึ้นได้ในระหว่างการตั้งครรภ์	ขูดหินน้ำลาย/ขัดทำความสะอาดฟัน	ขูดหินน้ำลาย/ขัดทำความสะอาดฟัน (ช่วงต้นของไตรมาสที่ 3)
	ฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันและการควบคุมคราบจุลินทรีย์ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์		
บริการรักษาทางทันตกรรม	ควรทำหัตถการ/ถ่ายภาพรังสี เฉพาะกรณีจำเป็น	จัดบริการทางทันตกรรมเพื่อการ ควบคุมการลุกลามของโรค	ตั้งแต่กึ่งกลางไตรมาสที่ 3 เป็นต้นไป ควรทำหัตถการ/ถ่ายภาพรังสี เฉพาะกรณีจำเป็น
		ถ่ายภาพรังสี เฉพาะกรณีจำเป็นเท่านั้น	

หมายเหตุ : ก่อนทำหัตถการผู้ให้บริการควรพิจารณาสุขภาพและความพร้อมของผู้ป่วยร่วมด้วย

คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์

- ช่วงตั้งครรภ์ควรไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากร เพื่อทราบสภาวะสุขภาพช่องปากและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการนัดหมายรับการรักษาตามความจำเป็น
- แปรงฟันให้สะอาด ด้วยหลัก 2 2 2 คือ แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ปริมาณ 1000 ppm ขึ้นไปอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน นานอย่างน้อย 2 นาที และ งดอาหาร เครื่องดื่ม หลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง
- ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน เช่น ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์จะเกิดการอักเสบของเหงือกได้ง่ายกว่าปกติ
- หากยังอยู่ในช่วงแพ้ท้อง หลังอาเจียนไม่ควรแปรงฟันทันที แต่ควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ หรือ บ้วนน้ำที่ผสมด้วย baking soda 1 ช้อนชา เพื่อลดความเป็นกรดในช่องปาก
- พยายามลดการรับประทานของหวาน การกินจุบจิบ และควรเน้นการรับประทานผักและผลไม้เพื่อลดโอกาสเกิดฟันผุ
- หากมีฟันผุ ควรไปรับการรักษา เพื่อลดโอกาสเกิดการลุกลามซึ่งนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ และยังช่วยลดปริมาณเชื้อในช่องปาก ลดการส่งผ่านเชื้อฟันผุจากแม่สู่ลูกได้ด้วย
- รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อสุขภาพของแม่และลูกในครรภ์ แคลเซียมเป็นอาหารที่สำคัญในการสร้างฟันลูก ซึ่งเริ่มสร้างตั้งแต่ลูกอายุ 4 - 6 สัปดาห์ในครรภ์ ลูกได้แคลเซียมจากกระแสเลือดแม่ แม่ควรรับประทานแคลเซียมให้เพียงพอ

การทำความสะอาดช่องปาก

แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

แปรงฟัน
2 2 2

แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ปริมาณ 1000 ppm ขึ้นไป
อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง นานอย่างน้อย 2 นาที และงดอาหาร
เครื่องดื่มหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง

การปรองฟันที่ถูกรวิธี



วางแปรงทำมุม 45°
กับแนวเหงือก และปัดออกจาก
แนวเหงือก



แปรงเบาๆ ทั้งด้านนอก ด้านใน และ
บริเวณบดเคี้ยวอาหารโดย การขยับ
แปรงไปมาสั้นๆ



แปรงเบาๆ ที่ลิ้นเพื่อขจัดแบคทีเรีย
และลดกลิ่นปาก

การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง



ใช้ไหมยาวประมาณ 18 นิ้ว
โดยปล่อยให้เหลือความยาว
ประมาณ 1 – 2 นิ้ว



จับไหมให้แน่นระหว่างนิ้วโป้งและ
นิ้วชี้ และเลื่อนไหมขึ้นลงเบา ๆ
ระหว่างซอกฟัน



ทำความสะอาดตามร่องเหงือกโดย
หลีกเลี่ยงไม่ให้ไหมโดนเหงือก



เอกสารอ้างอิง

1. Carpenter W, Glick M, Nelson S, Roser S, Patton L. American Dental Association Council on Access, Prevention, and Interprofessional Relations. Women's oral health issues. November 2006. 2009.
2. Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, et al. The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. Journal of periodontology. 2004;75(1):116-26.
3. Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. Annals of periodontology. 1998;3(1):206-12.
4. Jeffcoat MK, GEURS NC, REDDY MS, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, HAUTH JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. The Journal of the American Dental Association. 2001;132(7):875-80.
5. Boggess KA, Beck JD, Murtha AP, Moss K, Offenbacher S. Maternal periodontal disease in early pregnancy and risk for a small-for-gestational-age infant. American journal of obstetrics and gynecology. 2006;194(5):1316-22.
6. Clothier B, Stringer M, Jeffcoat MK. Periodontal disease and pregnancy outcomes: exposure, risk and intervention. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007;21(3):451-66.

7. George A, Dahlen HG, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Ellis S, et al. Measuring oral health during pregnancy: sensitivity and specificity of a maternal oral screening (MOS) tool. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):347.
8. Wallace RB. *Encyclopedia of Public Health* (online)2006 2020 Mar 20.
9. Hemalatha V, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2013;7(5):948.

7. การนับลูกดิ้น

แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การนับลูกดิ้นเป็นวิธีการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์เพียงวิธีเดียวที่แนะนำให้ทำได้ ทั้งในครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ และครรภ์เสี่ยงสูง ถึงแม้จะไม่มีหลักฐานว่าการประเมินสุขภาพทารกโดยวิธีต่าง ๆ ช่วยทำให้ผลของการกปรักกำเนิดดีขึ้น แต่แนะนำให้ตรวจในรายที่มีความเสี่ยงของการเสียชีวิตของทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ได้จำกัดให้ส่งตรวจเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ดังกล่าวเท่านั้น

การนับลูกดิ้น เป็นวิธีการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ที่ทำได้ง่าย แนะนำให้ทำได้ทั้งในครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ และครรภ์เสี่ยงสูง สตรีตั้งครรภ์มักจะเริ่มรับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ การเคลื่อนไหวของทารกมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจนถึง 32 สัปดาห์ ทารกปกติอาจหยุดการเคลื่อนไหวในช่วงหลับ แต่มักไม่นานเกิน 90 นาที⁽¹⁾ การเคลื่อนไหวของทารกที่สตรีตั้งครรภ์รับรู้ได้หมายรวมถึง การเตะ การต่อย การหมุนตัว การขยับแขนขา การสะอึก เป็นต้น การเคลื่อนไหวของทารกจะลดลง ในกรณีที่การทำงานของรกลดลง หรือมีภาวะ acidemia มักแนะนำให้เริ่มนับลูกดิ้นตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ โดยวิธีการนับลูกดิ้นมีหลายวิธี ซึ่งแตกต่างกันทั้งจำนวนครั้งของการดิ้น และระยะเวลาที่ใช้นับ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบว่าวิธีใดดีที่สุด

ตารางที่ 1 วิธีการนับลูกดิ้น⁽²⁾

การศึกษา (ปี คศ.)	วิธีการนับลูกดิ้น	เกณฑ์ที่ถือว่าผิดปกติ
1. Pearson & Weaver (1976)	นับ 12 ชม. (09.00-21.00 น.)	< 10 ครั้ง ใน 12 ชม.
2. Sadosky & Polishuk (1977)	นับ 30 นาที-1 ชม. วันละ 2-3 ครั้ง	< 2 ครั้งใน 1 ชม.
3. Rayburn (1982)	นับ > 1 ชม. ช่วงเวลาที่สะดวก	< 3 ครั้งใน 1 ชม. ติดต่อกัน 2 ชม.
4. Piacquadro & Moore (1998)	นับจนครบ 10 ครั้ง	< 10 ครั้งใน 2 ชม.

แม้ว่า meta-analysis ซึ่งรวบรวมงานวิจัยแบบสุ่ม 5 งานวิจัย และมีทารกในครรภ์ที่ศึกษามากกว่า 450,000 ราย⁽³⁾ ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตทารกปรักกำเนิด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการนับลูกดิ้นและกลุ่มที่ไม่มีการนับลูกดิ้น แต่พบว่า ในสตรีที่มีทารกเสียชีวิตในครรภ์ ร้อยละ 55 รู้สึกว่าลูกดิ้นลดลง ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์จึงควรสังเกตลูกดิ้น และควรนับลูกดิ้นโดยเฉพาะในรายที่รู้สึกว่าการดิ้นลดลง⁽⁴⁾ ในกรณีที่นับลูกดิ้นได้น้อยกว่าเกณฑ์ ควรมีการประเมินสุขภาพทารกด้วยวิธีอื่นเพิ่มเติม เช่น NST, BPP^(1,4,5)

เอกสารอ้างอิง

1. Reduced fetal movements. Green-top guideline No.57. Royal College of Obstetrics & Gynecologists. Feb 2011.
2. Velazquez MD, Rayburn WF. Antenatal evaluation of the fetus using fetal movement monitoring. Clin Obstet Gynecol 2002;45(4):993-1004.
3. Bellussi F, Po G, Livi A, Saccone G, De Vivo V, Oliver EA, et al. Fetal movement counting and perinatal mortality: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2020;135:453-62.
4. Liston R, Sawchuck D, Young D. No.197a-Fetal health surveillance: Antepartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(4):e251-e271
5. Antepartum fetal surveillance. Practice bulletin No.229. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2021;137(6):e116-27

8. การวางแผนและการเตรียมตัวคลอด

8.1 การวางแผนเลือกวิธีคลอด: คลอดธรรมชาติหรือผ่าตัดคลอด

แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

- การคลอดทางช่องคลอดเป็นประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจมาก ช่วยหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับแผลผ่าตัดคลอด
- การผ่าตัดคลอดเป็นการคลอดโดยผ่าตัดทางหน้าท้องและมดลูก เมื่อเงื่อนไขของมารดาและ/หรือทารกในครรภ์ไม่เหมาะสำหรับการคลอดทางช่องคลอด
- สถานการณ์ของท่านอาจมีการเปลี่ยนแปลง การคลอดทางช่องคลอด หรือการผ่าตัดคลอดอาจกลายเป็นทางเลือกที่ดีกว่า
- การวางแผนเลือกวิธีคลอดสามารถทำได้โดยการหาข้อมูลและปรึกษาหารือกับแพทย์ผู้ดูแล
- เงื่อนไขสำหรับการเลือกวิธีคลอดทางช่องคลอด
 - มารดาตั้งครรภ์เดี่ยว
 - ทารกในครรภ์มีส่วนนำเป็นหัว
 - มารดาที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือมากกว่า
- เงื่อนไขที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษและปรึกษาหารือกับแพทย์ผู้ดูแล
 - ทารกในครรภ์มีส่วนนำเป็นก้น
 - น้ำหนักโดยประมาณของทารกมากกว่า 4 กิโลกรัม
 - ปากมดลูกไม่พร้อมสำหรับการคลอดและมีความจำเป็นต้องการชักนำให้เกิดการคลอด
- สภาวะของท่านจะได้รับการประเมินโดยแพทย์ตลอดการตั้งครรภ์เพื่อให้แน่ใจว่า ท่านยังสามารถคลอดทางช่องคลอดได้
- หากสภาวะของท่านเปลี่ยนไปและไม่เอื้อต่อการคลอดทางช่องคลอด แพทย์จะแจ้งและหารือกับท่านเพื่อประเมินว่าการวางแผนผ่าตัดคลอดจะปลอดภัยต่อตัวท่านและทารกมากกว่าหรือไม่
- หากท่านเลือกที่จะลองคลอดทางช่องคลอด ท่านจะได้รับความช่วยเหลือตลอดการคลอด หากมีความจำเป็นอาจใช้การผ่าตัดคลอดโดยทันทีหากเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านและทารก
- ในกรณีที่การคลอดล่าช้า อาจมีความจำเป็นที่จะต้องผ่าตัดคลอด

คลอดทางช่องคลอด	ผ่าตัดคลอด
ความหมาย	
<ul style="list-style-type: none"> • ทารกถูกดันออกมาจากมดลูกผ่านทางช่องคลอด • สามารถใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดได้ • หากมีความจำเป็น อาจทำการผ่าตัดคลอด ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลประมาณ 48 ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> • ทารกจะเกิดจากวิธีการผ่าตัดผ่านออกมาจากแผลที่หน้าท้องและมดลูก ขั้นตอนดำเนินการผ่าตัดคลอดอยู่ภายใต้การฉีดยาชาเข้าทางช่องเหนือเยื่อหุ้มไขสันหลัง (epidural anesthesia) หรือการฉีดยาชาเข้าเยื่อหุ้มไขสันหลัง (spinal anesthesia) อย่างไรก็ตาม บางครั้งจำเป็นต้องใช้ยาระงับความรู้สึกทั้งตัว (general anesthesia) ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 3 ถึง 4 วัน

คลอดทางช่องคลอด	ผ่าตัดคลอด
ข้อดี	
<ul style="list-style-type: none"> • การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่าและฟื้นตัวเร็วกว่า • ได้รับประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอดสามารถอุ้มประคองบุตรของท่านได้ทันที • เพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และประโยชน์อื่นที่เกี่ยวข้องในช่วง 3 เดือนแรก • ลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด (การตกเลือด) • ฟื้นตัวเร็วขึ้น/เพิ่มความคล่องตัวหลังคลอด • ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ในอนาคต (มดลูกแตก, รกเกาะต่ำหรือรกเกาะแน่น) 	<ul style="list-style-type: none"> • หลีกเลี่ยงความเจ็บปวดเนื่องจากการคลอด หลีกเลี่ยงการคลอดล่าช้า • ลดความเสี่ยงในการอยู่ในสถานการณ์การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน • หลีกเลี่ยงความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บหลังคลอดบุตร • หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือช่วยคลอด เช่น คีม, เครื่องดูดสุญญากาศ • ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในระยะสั้น
ความเสี่ยงต่อมารดา	
<ul style="list-style-type: none"> • มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินระหว่างการคลอด • มีความเสี่ยงในการใช้เครื่องมือช่วยคลอด เช่น คีม, เครื่องดูดสุญญากาศ • มีความเสี่ยงเกิดความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บหลังคลอดบุตร • การคลอดทางช่องคลอดแต่ละครั้งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดในระยะสั้นเท่านั้น 	<p>การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ฟื้นตัวช้า เจ็บปวดหลังการผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ถูกแยกออกจากบุตรของท่านหลังการคลอดด้วยเหตุผลของสถานะของแม่และเพื่อการดูแลหลังผ่าตัด • การทำงานลำบากหลังการผ่าตัด การฟื้นตัวช้า อาจต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวในการดูแลทั้งตัวเองและบุตรของท่าน ไม่สามารถอุ้มหรือดูแลบุตรคนอื่น ๆ ในบ้านได้ เพื่อรักษาแผลที่หน้าท้อง • ลดโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ • มีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ตกเลือด, ผ่าตัดมดลูก • ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ในอนาคต (มดลูกแตก, รกเกาะต่ำ, รกเกาะแน่น, ปัญหาภาวะเจริญพันธุ์, เสี่ยงต่อการแท้ง)
ความเสี่ยงต่อทารก	
<ul style="list-style-type: none"> • ความเสี่ยงของการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณไหล่และการบาดเจ็บอื่น ๆ จากการคลอด • ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด (ภาวะขาดออกซิเจน, โรคมอง, อัมพาต) 	<ul style="list-style-type: none"> • ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดระบบหายใจของทารก • ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจหลังคลอด(เมื่อคลอดเร็วกว่า 39-40 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์) • ความเสี่ยงของโรคอ้วนหรือโรคภูมิแพ้เมื่ออายุมากขึ้น

หากหลังจากที่ได้หารือกับแพทย์เลือกที่จะวางแผนผ่าตัดคลอดแล้ว มีความสำคัญที่จะวางแผนผ่าตัดคลอดหลังจากสัปดาห์ที่ 39 ของการตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจสำหรับทารก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะเลือกการผ่าตัดคลอดแล้ว อาจจะเป็นไปได้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดอาจเริ่มขึ้นก่อนวันนัดผ่าตัดคลอด ณ จุดนี้แพทย์จะพิจารณาร่วมกับแพทย์ท่านอีกครั้งว่าเป็นไปได้หรือไม่ที่จะคลอดทางช่องคลอด

8.2 การเตรียมตัวก่อนคลอด สัญญาณเตือนก่อนคลอด และการเตรียมตัวระหว่างการคลอด

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การเตรียมตัวก่อนคลอด

สิ่งของที่หญิงตั้งครรภ์ควรนำมาโรงพยาบาลในวันคลอด

เมื่ออายุครรภ์ย่างเข้าเดือนที่แปดคุณแม่ควรจัดเตรียมสิ่งของต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการนอนโรงพยาบาลเพื่อการคลอดทารกน้อย สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการนอนโรงพยาบาล และ ของใช้สำหรับการดูแลทารกและคุณแม่หลังคลอด ซึ่งควรจัดสิ่งของเตรียมคลอดไว้ในตะกร้าหรือกระเป๋าพร้อมที่จะหยิบใช้ได้ทันที เมื่อมีความต้องการรีบด่วนและควรบอกให้คุณพ่อหรือคนใกล้ชิดทราบไว้ด้วยสิ่งที่จะต้องเตรียม ดังนี้

1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พร้อมใบฝากครรภ์ของโรงพยาบาล (ถ้ามี)
2. บัตรประจำตัวประชาชน ของคุณพ่อและคุณแม่
3. สำเนาทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส เพื่อใช้ในการทำสูติบัตร
4. เบอร์โทรศัพท์ของญาติพี่น้อง หรือผู้ที่ทางโรงพยาบาลจะติดต่อได้
5. ของใช้สำหรับคุณแม่และลูก ได้แก่ ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดตัวผืนเล็ก หรือผ้าขนหนูเช็ดหน้า 2 ผืน แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ (เครื่องใช้สำหรับกิจวัตรประจำวัน) ผ้าอนามัยแบบห่วง ชุดที่จะใส่หลังคลอดกลับบ้าน 1 ชุดและอาจเตรียมเสื้อยกรงสำหรับให้นมทารก 1-2 ตัว
6. อุปกรณ์สำหรับลูก เช่น ผ้าอ้อม 2 ผืน (ถ้าเป็นผ้าอ้อมผ้าให้เตรียมเข็มกลัดซ่อนปลายไว้ด้วย) ผ้าห่อตัวทารก และเสื้อผ้าสำหรับทารกใส่กลับบ้าน ถุงเท้า หมวก ให้นำมาวันกลับบ้าน (ต้องซักทำความสะอาดก่อน)



สิ่งที่คุณแม่ควรปฏิบัติตัวเมื่อมาคลอด

1. ทำความสะอาดร่างกาย เช่น สระผม ตัดเล็บ ล้างสีทาเล็บออก ไม่แต่งหน้าทาปาก ถอดเหล็กดัดฟัน (กรณีถอดเองได้) หากมีฟันปลอมต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทราบ
2. ถอดเครื่องประดับ และ ของมีค่าทุกชนิด ได้แก่ แหวน สร้อยคอ สร้อยข้อมือ ต่างหู
3. กรณีที่มีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด ซึ่งเป็นอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ให้หลีกเลี่ยงการยืนหรือเดินและให้คุณแม่สังเกตลักษณะของสี ปริมาณ และ จดจำเวลาที่เริ่มมีน้ำเดินไว้ด้วย
4. เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์อาจรู้สึกทวดกลัว ตื่นเต้น เพราะเป็นช่วงที่มีการเจ็บครรภ์คลอดเป็นพัก ๆ สม่่าเสมอ และมีความถี่ขึ้นเรื่อย ๆ พยายามทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลายให้มากที่สุด เพื่อลดความเครียดและคุณแม่จะได้ซึมซับความประทับใจและผ่านประสบการณ์ครั้งนี้ได้อย่างน่าจดจำ

สัญญาณเตือนก่อนคลอด

วิธีสังเกตน้ำเดิน

หากมีการแตกหรือรั่วของถุงน้ำคร่ำจะทำให้มีน้ำคร่ำไหลออกมาทางช่องคลอด ซึ่งอาจจะเกิดร่วมกับการมีการเจ็บครรภ์จะคลอดหรือยังไม่มีก็ได้ แต่เป็นเหตุการณ์ที่ให้รีบมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ในคุณแม่ท้องแรกที่ยังไม่มีประสบการณ์ของน้ำเดิน มีวิธีสังเกตง่ายๆดังนี้ มีน้ำใสๆไม่ข้นหรือเลือดออกทางช่องคลอดคล้ายกับปัสสาวะเล็ดแต่จะกลั้นไม่ได้ อาจจะไหลออกมาลงขาได้ หรือ เปื้อนที่นึ่ง ที่นอนชั้นอยู่กับว่า ขณะนั้นคุณแม่ทำอะไรอยู่ คุณแม่สามารถใช้วิธีตะแคงตัวไม่ให้ขมุกและนำมาตามดูได้ว่าไม่มีกลิ่นของปัสสาวะ

การเตรียมตัวระหว่างการคลอด

เมื่อคุณแม่มาถึงห้องคลอดในโรงพยาบาล หลังจากทีมแพทย์และพยาบาลได้ทบทวนประวัติเรียบร้อยแล้ว คุณแม่ จะได้รับการประเมินการเข้าสู่การคลอดว่าจะเข้าสู่การคลอดจริงแล้วใช่หรือไม่ ด้วยการดูการหดตัวของมดลูกและ/หรือ ร่วมกับการตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดของปากมดลูก ยกเว้นในบางกรณีที่แพทย์จะยังไม่ประเมินด้วยการตรวจภายใน ในทันที เช่น มีเลือดออกหรือมีน้ำเดิน ซึ่งจะใช้วิธีการอื่นประกอบการตรวจ เช่น คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อแยกว่าไม่มีรกเกาะปิดปากมดลูกในกรณีที่มีเลือดสดไหลออกมา หรือใช้เครื่องมือตรวจภายในปราศจากเชื้อเพื่อตรวจพิสูจน์ภาวะน้ำเดินในกรณีที่มีน้ำเดินก่อนการตรวจภายใน

เมื่อตรวจพบว่าคุณแม่เข้าสู่การเจ็บครรภ์คลอดจริงแล้ว เช่นปากมดลูกเริ่มเปิดหรือ การหดตัวของมดลูก มีความถี่มากพอ คุณแม่จะได้รับการดูแลในห้องรอคลอดต่อไป การจะให้งดอาหารและน้ำ รวมทั้งจะให้น้ำเกลือหรือไม่ ขึ้นกับรายกรณี ทางทีมผู้ดูแลจะแจ้งให้คุณแม่ทราบและปฏิบัติตามนั้น ในบางแห่งที่สะดวกอาจจะให้สามีหรือญาติ อยู่ร่วมดูแลด้วย แต่ในบางกรณีที่ไม่สะดวกให้อยู่ร่วมในห้องได้ ส่วนมากทางสถานพยาบาลจะจัดพื้นที่นอกห้องคลอดใกล้ ๆ บริเวณนั้นเพื่อให้สามารถติดต่อสื่อสารกันได้ตลอดระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด

การประเมินว่ากระบวนการคลอดดำเนินไปอย่างไรบ้าง ตามเวลาที่เหมาะสม หรือมีปัญหาติดขัดหรือไม่ จะใช้การคลำการหดตัวของมดลูกทางหน้าท้อง และ/หรือ การตรวจภายในเป็นระยะ ซึ่งโดยทั่วไปปากมดลูกจะต้องเปิดจนครบ 10 เซนติเมตรก่อน จากนั้นจะถึงเวลาที่คุณแม่จะต้องช่วยเบ่งคลอด ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามของการเบ่งคลอด หากมีข้อห้ามทีมแพทย์จะพิจารณาช่วยคลอดด้วยเครื่องมือเช่น เครื่องดูดสุญญากาศ หรือคีมช่วยคลอดซึ่งทำภายใต้ผู้เชี่ยวชาญจึงถือว่ามีความปลอดภัย เพื่อช่วยผ่อนปรนการเบ่งของคุณแม่ได้

ในระหว่างการรอคลอดคุณแม่จะได้รับการดูแลจากทีมอย่างสม่ำเสมอในห้องรอคลอด ทั้งการดูแลทางด้านร่างกาย คือ กระบวนการคลอด และการดูแลทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ มีการให้กำลังใจเป็นระยะๆ ร่วมกับอาจมีการทบทวนวิธีการเบ่งคลอดให้มั่นใจอีกครั้ง ดังนั้น ในระหว่างการรอคลอดคุณแม่สามารถพูดคุยหรือปรึกษาสิ่งที่กังวลใจได้ตลอดระยะเวลานั้น

ในกรณีที่การหดตัวของมดลูกไม่ดีพอ ทีมแพทย์อาจจะพิจารณาเพิ่มการหดตัวของมดลูกด้วยการให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูกซึ่งจะถูกผสมในน้ำเกลือแล้วค่อยๆปรับขนาดของยาให้เหมาะสม ในช่วงนี้คุณแม่อาจจะสังเกตได้ว่ามดลูกมีการหดตัวมากขึ้นและอาจจะรู้สึกเจ็บมากขึ้นโดยเฉพาะช่วงที่มดลูกหดตัว อย่างไรก็ตามหากมีความเจ็บปวดมาก ทางทีมแพทย์/พยาบาลจะมีวิธีการในการช่วยเหลือเพื่อลดหรือระงับความเจ็บปวด ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป หากทีมแพทย์/พยาบาล พิจารณาแล้วว่าไม่สามารถจะคลอดทางช่องคลอดได้ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ทารกตัวโตมากเกินไป เจริญร่าของคุณแม่แคบเกินไป หรือการคลอดยืดเยื้อและอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทางทีมอาจจะพิจารณานำคุณแม่ไปผ่าตัดคลอดซึ่งจะต้องได้รับการพูดคุย อธิบายให้ทั้งคุณแม่และครอบครัวรับทราบและยินยอมก่อนเสมอ แม้ว่าการคลอดโดยการผ่าตัดจะมีความปลอดภัยแต่ยังคงถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะปัจจุบันและอนาคตมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ดังนั้นทีมแพทย์มักจะสงวนวิธีการผ่าท้องคลอดไว้ในกรณีที่จำเป็นจริง ๆ ตามข้อบ่งชี้เท่านั้น

เมื่อกระบวนการคลอดดำเนินมาสู่จุดสิ้นสุดของระยะที่หนึ่งคือ ปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) แล้ว ทีมจะได้นำคุณแม่เข้าสู่ห้องคลอดซึ่งอาจจะเป็นห้องที่นอนรอนันหรือห้องใกล้ๆกันนั้นก็ได้ เพื่อให้สะดวกในการคลอด จากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการคลอด ในช่วงนี้ทางทีมอาจจะทบทวนวิธีการเบ่งคลอดอีกครั้งหนึ่งให้คุณแม่มั่นใจในการเบ่งคลอดด้วยตนเองได้ ด้วยการสนับสนุนของทีมผู้ดูแล ดังนั้นขอให้คุณแม่มั่นใจได้เลยว่ากระบวนการคลอดนั้นจะมีทีมงานมาให้กำลังใจและดูแลคุณแม่อย่างเต็มที่ เมื่อถึงเวลาที่ลูกน้อยพร้อมจะคลอดศีรษะออกมา แพทย์อาจจะให้ยาชาที่บริเวณฝีเย็บเพราะอาจจำเป็นที่จะต้องตัดฝีเย็บเพื่อช่วยให้คลอดง่ายขึ้น แต่บางรายอาจจะไม่จำเป็นต้องตัดก็ได้ จากนั้นเมื่อคุณแม่เบ่งสุดแรง ศีรษะของลูกน้อยคลอดออกมาแล้ว ทีมแพทย์ช่วยดูดน้ำคร่ำในลำคอของทารกออกเพื่อให้หายใจสะดวกขึ้น จากนั้นทีมแพทย์/พยาบาลจะช่วยคลอดลำตัวทารกออกมา ตัดสายสะดือให้แล้วนำทารกวางไว้บนหน้าท้องของคุณแม่ ซึ่งคุณแม่สามารถอุ้มทารกไว้และทีมพยาบาลจะช่วยให้ลูกน้อยเข้าหาเต้านมคุณแม่ ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามใด ๆ สักระยะหนึ่งจะนำทารกไปเช็ดตัวให้แห้งเพื่อลดการสูญเสียความร้อนของร่างกาย จากนั้นจะได้นำทารกไปให้คุณแม่ดูแลต่อไปตามความเหมาะสม หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการคลอดรกและดูแลแผลของคุณแม่เรียบร้อยแล้วและคุณแม่ไปที่ห้องพักฟื้นแล้ว

การดูแลความเจ็บปวดระหว่างการคลอด

ความเจ็บปวดระหว่างการคลอดเป็นสิ่งที่คุณแม่ส่วนใหญ่จะกังวลใจและกลัว การเจ็บปวดของการคลอดมีขึ้นได้เป็นธรรมชาติ อย่างไรก็ตามด้วยความที่เป็นความรู้สึกร่วมกับความกังวล จึงทำให้คุณแม่แต่ละคนอาจจะรู้สึกไม่เท่ากัน ความเจ็บปวดของการคลอดเกิดจากการที่มดลูกหดตัว เกิดจากการขยายเปิดของปากมดลูก เกิดจากการเคลื่อนต่ำลงของศีรษะทารกแล้วไปกดบริเวณและอวัยวะต่างๆในอุ้งเชิงกราน ดังนั้น ความเจ็บปวดอาจจะค่อยๆเพิ่มขึ้นตลอดการเข้าสู่การคลอด คุณแม่ที่ไวต่อความรู้สึกเจ็บปวด (ซึ่งอาจร่วมกับความกังวล) อาจจะปวดมากตั้งแต่ระยะแรก ในขณะที่เดียวกันก็มีคุณแม่จำนวนไม่น้อยที่มาปวดมาก ๆ ในระยะที่ใกล้จะเบ่งคลอดแล้วก็ได้ อย่างไรก็ตามเพื่อคลายความกังวลในเรื่องนี้ขออธิบายแนวทางการลดความเจ็บปวดที่มีใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันคร่าว ๆ ดังนี้

1. การควบคุมลมหายใจเข้าออก และ ผ่อนคลาย ทำได้ทุกคน ผลลัพธ์อาจมีความแตกต่างกัน
2. การให้ยาแก้ปวดชนิดฉีดมีทั้งทางกล้ามเนื้อและเข้าทางเส้นเลือด กลุ่มที่นิยมใช้ได้แก่ กลุ่มที่เป็นอนุพันธ์ของมอร์ฟีน เช่น pethidine, fentanyl ลดความเจ็บปวดได้ดี มีฤทธิ์อยู่ได้ประมาณ 2 - 4 ชั่วโมง มีฤทธิ์กดการหายใจของคุณแม่และทารกได้ ทำให้คลื่นไส้ได้ แต่ทีมแพทย์จะเฝ้าดูแลให้อยู่แล้ว ส่วนกลุ่ม NSAID เช่น diclofinac เป็นยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์ในการลดการหลั่งสารที่ทำให้เจ็บปวด ลดความเจ็บปวดได้ แต่มีข้อมูลในคนท้องน้อยอาจเป็นอันตรายได้จึงยังไม่แนะนำให้ใช้
3. การให้สูดดมก๊าซที่ลดความเจ็บปวด ได้แก่ ไนตรัสออกไซด์ โดยเป็นส่วนผสมของไนตรัสออกไซด์กับออกซิเจน 1:1 ก๊าซนี้มีชื่อเรียกว่าก๊าซหัวเราะ ลดความเจ็บปวดได้ดี ทำให้เคลิ้ม คลายกังวล ออกฤทธิ์เร็ว แต่กัมมฤทธิ์เร็วจึงต้องสอนให้คุณแม่สูดให้เป็นก่อน ด้วยจังหวะเวลาที่เหมาะสม สูดเป็นจังหวะได้ตลอดจนกระทั่งคลอดเสร็จ ไม่จำเป็นต้องสูดแบบตลอดเวลา ควบคุมการสูดโดยคุณแม่ได้เอง ไม่มีผลต่อการหดตัวของมดลูก ไม่มีผลเสียต่อทั้งคุณแม่และทารกแต่อาจจะยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก มีใช้ในบางพื้นที่
4. การฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ทำให้ชาส่วนล่างของร่างกายในขณะที่ยังมีฤทธิ์ของยาชาอยู่ อาจทำให้ขยับขาไม่ได้ในช่วงนั้น ประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดสูงมาก แต่ต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญและต้องได้รับการดูแลหลังจากทำอย่างดี เพราะอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างทันด่วนที่ ทำให้ง่ายไม่สามารถใช้ในวงกว้างได้มากเท่าที่ควร

การเจ็บปวดระหว่างการคลอด มีหนทางในการดูแลแก้ไข บรรเทาได้หลายวิธี ดังนั้น คุณแม่ที่ไปรับการฝากครรภ์ที่ใดหรือวางแผนการคลอดของตนเองที่ใด สามารถสอบถามและขอข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจและวางแผนการคลอดของตนเองร่วมกับทีมแพทย์/พยาบาล ไว้ล่วงหน้าได้ เพื่อให้คุณแม่จะได้คลายกังวลและมั่นใจว่าจะผ่านการคลอดไปได้อย่างดี

9. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์

แพทย์หญิงยุพียง แห่งเขาวนิช ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสายสัมพันธ์ แม่ – ลูก

ปัจจุบันมารดาหลังคลอดอยู่โรงพยาบาลเพียง 2 - 3 วัน อาจเป็นการยากที่จะเรียนรู้วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะคุณแม่มือใหม่ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจถึงประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เสริมสร้างทักษะวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งให้คำปรึกษาและวางแผนร่วมกันตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และเมื่อกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเสริมสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หน่วยบริการการฝากครรภ์ควรมีแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังต่อไปนี้

1. การซักประวัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้รวมเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องมีการบันทึกลงในประวัติการฝากครรภ์ ได้แก่ ประวัติของการเคยให้นมบุตร ระยะเวลาที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว (exclusive breastfeeding) และระยะเวลาที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวม ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. การตรวจประเมินเต้านมและหัวนม การตรวจเต้านมและหัวนมในช่วงฝากครรภ์ เป็นการประเมินความผิดปกติที่อาจส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงหลังคลอด ให้สังเกตขนาดและรูปร่างของเต้านมแผลผ่าตัดบริเวณเต้านม คล้ำก่อนที่เต้านม ดูขนาดและรูปร่างของหัวนมและลานนม โดยพบว่าขนาดของเต้านมและความยาวหัวนมจะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น จึงควรประเมินซ้ำในไตรมาสที่ 3 โดยทั่วไปหัวนมมีความยาวประมาณ 7 - 10 มิลลิเมตร การตัดสินใจว่ามารดามีหัวนมผิดปกติ เช่น หัวนมแบนหัวนมบอด หรือหัวนมบวมอาจทำให้มารดาขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และหากมุ่มงักไข่มากเกินไปอาจทำให้เกิดความเครียด ในกรณีที่มารดามีหัวนมผิดปกติ ควรให้กำลังใจและความเชื่อมั่นแก่มารดา รวมถึงให้ความช่วยเหลือมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็วหลังคลอด

การแก้ไขหัวนมที่ผิดปกติในช่วงก่อนคลอด มีวิธีการหลายวิธี ได้แก่

1. Hoffmann's maneuver ให้มารดาวางนิ้วหัวแม่มือระหว่างรอยต่อของหัวนมและลานนมทั้งสองข้าง กดนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างพร้อมกับบดจากฐานของหัวนมในทิศทางตรงกันข้าม ทำไปรอบ ๆ หัวนมตามเข็มนาฬิกา (ดังรูปที่ 1) ทำซ้ำประมาณวันละ 5 ครั้ง ช่วยให้พังผืดที่อยู่ใต้ฐานหัวนมยืดออกได้ ทำได้ทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด เริ่มทำตั้งแต่อายุครรภ์ 16 - 26 สัปดาห์ต้องติดตามประเมินซ้ำทุกครั้งที่มาฝากครรภ์เมื่อดีขึ้นให้หยุดการแก้ไข



รูปที่ 1 แสดงการทำ Hoffmann's maneuver

2. ปทุมแก้ว (breast shell หรือ breast cup) ทำด้วยพลาสติกหรือซิลิโคนใส มีลักษณะเป็นถ้วยมีรูเปิดที่ฐาน ซึ่งใช้กวดบริเวณลานนมและดันให้หัวนมยื่น ใช้ในรายที่ลานหัวนมตั้งหรือหัวนมสั้น โดยครอบปทุมแก้วบนหัวนม ให้หัวนมอยู่ตรงกลางรู ขอบรูและส่วนของปทุมแก้วที่แนบกับลานนมจะช่วยกวดบริเวณลานนม และดันให้หัวนมยื่นผ่านรูเปิดของปทุมแก้ว

โดยจะใส่ไว้ได้ยกทรงและเริ่มใส่ในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์หรือ 3-4 เดือนก่อนคลอด (ดังรูปที่ 2) ในช่วงแรกอาจจะใส่วันละ 2 - 3 ชั่วโมง ถ้ารู้สึกอึดอัดหรือเจ็บให้หยุดพักการใส่ แต่เมื่อชินแล้วอาจเพิ่มเวลาในตอนกลางวันได้ ไม่ควรใส่ในตอนกลางคืน เมื่อคลอดแล้วอาจใส่ก่อนให้ทารกดูดนมประมาณ 30 นาทีเพื่อช่วยให้หัวนมยื่นออกมา



รูปที่ 2 แสดงการใส่ปั๊มแก้ว

3. Syringe puller ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 20 มิลลิลิตร ตัดปลายด้านที่ต่อกับเข็มฉีดยาออก แล้วนำลูกสูบของกระบอกฉีดยามาสวมย้อนทางจากปลายด้านที่ตัดออก ก่อนที่จะครอบหัวนมให้ตั้งลูกสูบขึ้นมาประมาณ 1/3 ของกระบอก นำด้านที่มีปีกมาวางครอบบริเวณหัวนมให้แนบสนิทกับลานนม ดึงลูกสูบขึ้นช้า ๆ และนูนนมจนเห็นหัวนมยื่นยาวออกมา ในระหว่างดึงให้มารดาสังเกตอาการเจ็บหัวนม ถ้ามีเจ็บให้หยุด ดึงไว้ประมาณ 5 - 10 นาที ก่อนปลดกระบอกออก ให้ดันลูกสูบกลับ เพื่อป้องกันหัวนมแตก



รูปที่ 3 แสดงการใส่ Syringe puller

4. Nipple puller ลักษณะเป็นกระเปาะยางต่อกับกรวยพลาสติก การใช้ nipple puller ใช้นิ้วมือบีบกระเปาะยางวางกรวยพลาสติกครอบบริเวณหัวนมให้แนบสนิทกับลานนม จากนั้นปล่อยมือที่บีบกระเปาะยางออกช้า ๆ เพื่อให้เกิดแรงดูดและดึงให้หัวนมยืดยาวออกมาที่ไว้ประมาณ 5 - 10 นาที (ดังรูปที่ 4) วิธีการเช่นเดียวกับ syringe puller หากมีอาการเจ็บหัวนมให้หยุดก่อนนำออกให้บีบกระเปาะยางเพื่อลดแรงดูดแล้วจึงดึงออกเพื่อป้องกันหัวนมแตก การแก้ไขหัวนมและลานนมควรติดตามผลทุกครั้งที่มาฝากครรภ์จนกว่าจะคลอด เมื่อพบว่าสามารถแก้ไขได้สำเร็จให้หยุดการแก้ไข



รูปที่ 4 แสดงการใช้ nipple puller

ข้อควรระวัง

การแก้ไขปัญหาหัวนมและลานนม เช่น การดึงและคลึงหัวนม Hoffmann's technique การใช้ syringe puller หรือ nipple puller อาจกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว จึงต้องทำด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวลหากพบมีอาการดังกล่าวต้องหยุดการแก้ไข ไม่แนะนำให้ทำในรายที่แม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น ครรภ์แฝด เป็นต้น

ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก www.thaibf.com (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย)

ภาคผนวก ข

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมอนามัย
ที่ ๗๒๗/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย

ตามที่ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายฝากครรภ์ ๕ ครั้งคุณภาพ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยอ้างอิงตามแนวทางการฝากครรภ์ ๔ ครั้ง ขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. ๒๕๕๖ (Focus ANC model 2013) ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศแนวทางการฝากครรภ์แนะนำให้ฝากครรภ์ทั้งสิ้น ๘ ครั้ง (2016 ANC model 8 contacts) ซึ่งมีความแตกต่างกับแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน กรมอนามัยได้จัดทำโครงการ “การวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย” ในปี ๒๕๖๔ เพื่อนำข้อมูลมาทบทวนและพัฒนาแนวทางการฝากครรภ์ให้มีคุณภาพ สอดคล้องตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๕๙ นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม จึงแต่งตั้งคณะทำงานทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

- | | |
|---|----------------|
| ๑. ศาสตราจารย์พิเศษ ลุ่มพิกานนท์ | ที่ปรึกษา |
| คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | |
| ๒. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ | ประธานคณะทำงาน |
| ๓. รองศาสตราจารย์ชนเนตร์ วุฒิกิริย์ | คณะทำงาน |
| คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | |
| ๔. รองศาสตราจารย์ฐิติมา สุนทรสัจ | คณะทำงาน |
| คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | |
| ๕. นายสุธิต คุณประดิษฐ์ | คณะทำงาน |
| โรงพยาบาลลำพูน | |
| ๖. นายเมธา ทรงธรรมวัฒน์ | คณะทำงาน |
| โรงพยาบาลอุดรธานี | |
| ๗. นางสุดาภรณ์ สุทธิพันธุ์ตระกูล | คณะทำงาน |
| โรงพยาบาลอุดรธานี | |
| ๘. นางสาวศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ | คณะทำงาน |
| กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๙. นางสาวนันทาวดี วรรณสวัสดิ์ | คณะทำงาน |
| กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต | |

๑๐. นางสาวพรณา...

- ๒ -


- | | |
|--|---------------------------------|
| ๑๐. นางสาวพรนภา มักกะสัน
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน |
| ๑๑. นางสาวฉวีวรรณ คล้ายนาค
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน |
| ๑๒. นางจันทร์ฉาย สิงห์นนท์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ | คณะทำงาน |
| ๑๓. นางสาวนพวรรณ โทษณุกุล
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย | คณะทำงาน |
| ๑๔. นางสาววารีทิพย์ พึ่งพันธ์
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย | คณะทำงาน |
| ๑๕. นางพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย | คณะทำงาน
และเลขานุการ |
| ๑๖. นางจุฬารรณ เขมทอง
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๗. นางวรรณชนก ลีมีจำรูญ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่และอำนาจ

๑. ทบทวนเนื้อหาและจัดทำแนวทางการจัดบริการในคลินิกฝากครรภ์
๒. จัดทำร่างคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข
๓. จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูความรู้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์
๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)

อธิบดีกรมอนามัย

๗/๑๒/๖๔
 ร่าง / มีชัยพร
 พิมพ์ /
 ตรวจ / ส.ค. /
 วันที่ ๑๐, พ.ย, ๖๔



นโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565

เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม

เป้าประสงค์ของนโยบาย

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่ายจัดบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐาน ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565
2. หญิงตั้งครรภ์และคู่ทุกรายได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบถ้วนตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

แนวทางปฏิบัติเพื่อการจัดบริการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565

สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่ายจัดให้มีบริการการฝากครรภ์คุณภาพ โดยกำหนดเป็นกิจกรรมคุณภาพ ดังนี้

1. การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง
2. หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วน รายละเอียด ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ดังนี้
 - การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองและประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ CBC for Hct/Hb, MCV, DCIP, VDRL, Anti HIV, HBs Ag, Blood group ABO, Rh, Multiple urine dipstick
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการของสามี/คู่ ได้แก่ CBC, MCV, DCIP, VDRL, Anti HIV
 - การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ และคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
 - ตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน
 - การตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง
 - การได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยัก ไขหวัดใหญ่ และโรคโควิด 19
 - การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน และแคลเซียม
 - การให้คำแนะนำผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่
 - การได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
3. จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะดังกล่าว

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข