

## สรุปการประชุมวิชาการ ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0

(Moving Forward Together in Perinatal Care 4.0)

วันที่ 5-6 ตุลาคม 2560

ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเทล รีสอร์ท

### วันที่ 5 ตุลาคม 2560

#### 1. นวัตกรรมบริบาลปริกำเนิดยุค and Innovative Approaches in Perinatal care 4.0

มีการนำเสนอการดูแลสุขภาพยุคใหม่ให้เหมาะกับยุค Thailand 4.0

- Smart health โดยการมีนาฬิกา หรือ Robot คอยเตือนให้ทานยา หรือเช็คสุขภาพ และสามารถปรึกษากับแพทย์ส่วนตัวโดยสามารถ face time
- การ login เข้าเยี่ยมทารกใน NICU ได้ตลอดเวลาโดยผ่านการใช้ smart phone
- ระบบ Tele conference ในการดูแลผู้ป่วยทางไกล ประชุมปรึกษาหารือโดยใช้ Tele conference การรายงานอาการคนไข้ การส่งภาพผู้ป่วย การส่งผล X ray ผล LAB โดยใช้ระบบ digital
- ในส่วนของสูติกรรม มีการติด fetal monitoring ที่มารดาสามารถติดเครื่องนี้ และสามารถเดินไปไหนมาไหน สามารถทำกิจวัตรประจำวันในระหว่างติดเครื่อง และถ้ามีการผิดปกติของทารกในครรภ์ เครื่องจะมีสัญญาณ ALARM แล้วสามารถให้คำแนะนำปรึกษากับแพทย์ และหาทางให้มารดาช่วยเหลือทารกในครรภ์ก่อน ในขณะที่เดินทางมาพบแพทย์
- เทคโนโลยีสารสนเทศในการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนา e Health ได้แก่ Social web and net work เช่นการใช้ LINE, Facebook, You tube ในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับประชาชน และระหว่างกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ
- Mobile Application เป็นอุปกรณ์พกพาติดตัวในการติดต่อสื่อสาร ค้นหาข้อมูล รับส่งภาพเคลื่อนไหวถึงตัวบุคคลด้วยความรวดเร็ว เสริมประสิทธิภาพการให้บริการ ลดระยะเวลารอคอย บันทึกลงเป็นข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ส่งให้แพทย์ประจำตัว เมื่อเกิดเหตุสามารถส่งสัญญาณไปยังสถานพยาบาล หรือรถฉุกเฉิน ฯลฯ

#### 2. การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะก่อนคลอด และช่วงรอคลอด

- โดยการใช้ Electro fetal monitoring และการอ่านผลต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างการติดเครื่อง

### 3. การดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

กรณีสตรีตั้งครรภ์ มีความผิดปกติใดๆ (มี Risk score มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ต้องพบแพทย์เพื่อตรวจและสั่งยาเพิ่มเติม) เช่นความดันโลหิตสูงซึ่งมีแนวโน้มมีภาวะเบาหวานร่วมด้วย น้ำหนักขึ้นมากเกินไปเกินกว่า 2 กิโลต่อสัปดาห์ หรือมีภาวะเสี่ยงที่ต้องส่งตรวจ หาเบาหวานให้ ส่งต่อให้สตรีพบแพทย์เพื่อการรักษาต่อ

กรณีที่น้ำหนักเพิ่มมากเกินไป (มากกว่า 2 kg ต่อสัปดาห์ มากเกินไป) ต้องพิจารณาส่ง คัดกรอง เบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ โดยส่งคัดกรองด้วย GLT เป็นอันดับแรก (ผลไม่เกิน 140 mg%)

ถ้าเกิน 140 mg% ต้องส่งตรวจ OGTT เพิ่ม โดยให้สตรี NPO หลังเที่ยงคืนก่อนวันนัดตรวจ วันรุ่งขึ้นมาเข้าเจาะเลือด 1 เข็ม(FBS) หลังจากนั้นทานน้ำตาล 100 กรัม รออีก 1 ชม. 2 ชม. 3 ชม. เจาะเลือดทุกๆ ชม. ผลไม่เกินดังนี้ 95,180,155,140 แล้วพิจารณาแปลผลอีกครั้งว่าเป็นเบาหวานชนิดใด

กรณีการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์เพื่อตรวจเบาหวาน มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ที่สรุปได้

1. ญาติสายตรงสตรีตั้งครรภ์มีประวัติเป็นเบาหวาน
2. สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป
3. เคยคลอดบุตร > หรือ = 4 kgs
4. เคยคลอดบุตรที่มีความพิการชนิดรุนแรง
5. เคยคลอดบุตรที่ทารกในครรภ์เสียชีวิต (20 สัปดาห์ ขึ้นไป)
6. เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
7. มีภาวะอ้วน (BMI> หรือ= 27)
8. มีภาวะความดันโลหิตสูง
9. Amniotic fluid index > หรือ=25
10. Glucosuria +2 หรือ +1 2 ครั้ง ให้ส่ง 50 gm. 1 ชั่วโมง (Glucose challenge test, GCT หรือ Glucose loading test, GLT ให้ส่ง 2 ครั้ง ครั้งแรกเร็วที่สุด และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์

- กรณีน้ำหนักลดลง ในไตรมาส 2 และ 3 ต้องซักประวัติเพิ่มเติมในเรื่องการรับประทานอาหาร สาเหตุที่ทำให้น้ำหนักลด และพิจารณาส่งตรวจ NST โดยติดเครื่อง EFM ภายในคลินิกฝากครรภ์ อย่างน้อย 20 นาที พยาบาลอ่านผลเบื้องต้นและส่งต่อแพทย์ดูผลซ้ำและตรวจสตรีตั้งครรภ์ต่อ

- กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ที่ต้องติดเครื่อง EFM : NST เพื่อดูสุขภาพของทารกในครรภ์ และต้องฟังผลเลือดก่อนเข้าพบแพทย์ ได้แก่ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM, Overt DM ) สตรีที่มีโรคร่วมเช่น PIH, Chr. Hypertension, Post date, Post term, Thyroid, หัวใจ, ให้ประวัติลูกดิ้นน้อย, ปวดท้อง ท้องแข็ง

#### 4. แนวทางการดูแลมารดาที่เป็น DM ในขณะตั้งครรภ์ (Overt DM, Gestational DM A1 A2)

- ฉีด insulin
- ควบคุมอาหาร
- อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะฉีด insulin หรือไม่ ควรต้องควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ Out come ออกมาดีได้แก่ ทารกปลอดภัย คลอดครบกำหนด
- เช็ค NST ทุกสัปดาห์ จนคลอด ขณะคลอดให้เช็ค DTX และพิจารณาให้การรักษาคามระดับ DTX
- หลังคลอดเช่นกัน ตรวจ DTX มารดาให้ insulin ตาม DTX และคุมอาหารอย่างเคร่งครัด รวมทั้งตรวจ DTX ในทารกด้วย ระวัง hypoglycemia

#### 5. การดูแลผู้ป่วยเป็น PIH (Pregnancy induce hypertension) ในขณะตั้งครรภ์

มีงานวิจัยใหม่ๆที่จะเปลี่ยนเกณฑ์ในการใช้การวินิจฉัย เรื่อง severe preeclampsia โดยใช้เกณฑ์ Urine protein มากกว่า 300 mg/24 hr OR Protein /creatinine ratio มากกว่า 0.3

หรือมีอาการเริ่มของ ภาวะชักในขณะตั้งครรภ์ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่โดยไม่ต้องรอผลของ โปรตีน พิจารณาให้ MgSO<sub>4</sub> ได้ตาม protocol ของแต่ละสถาบัน

Hypertension During Pregnancy (ปัจจุบันที่แบ่งจำแนก)

1. Preeclampsia –eclampsia
2. Gestational hypertension
3. Chronic hypertension
4. Chronic hypertension with superimposed preeclampsia

มีการนำเสนอ case กรณีตัวอย่างหลากหลาย 4 แบบให้แสดงคงามคิดเห็นและจำแนก

Hypertension During Pregnancy แบบต่างๆ ทั้ง 4 แบบ โดยมีประวัติ case 4 case ประวัติการตั้งครรภ์ ร่วมกับอาการ อาการแสดง และผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ผู้ร่วมประชุมพิจารณาแนวทางในการรักษา ดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์

โดยสรุปแล้ว การระวังการเกิดภาวะชกในผู้ป่วยความดันสูงในขณะตั้งครรภ์จะต้องดูแล และระวังเรื่องต่างๆ ในผู้ป่วย และระวังภาวะต่างๆ เหล่านี้

1. Eclampsia
2. Previabile (GA น้อยกว่า 24 week)
3. GA มากกว่า 34 wk
4. ระวังภาวะ pulmonary edema
5. Acute Renal Failure
6. ภาวะ Disseminated intravascular Coagulopathy (DIC)
7. Abruptio placenta
8. Uncontrolled BP
9. HELLP Syndrome
10. Non-reassuring fetal status
11. DFIU (Dead fetus in Utero)
12. Fetal abnormaly

ที่ประชุมให้การแนะนำ ควรใช้ Aspirin low dose (ASA 81mg/day) ในผู้ป่วยหรือมารดาตั้งครรภ์ที่มีประวัติต่างๆ ดังนี้

1. มารดามีประวัติ Preeclampsia
2. Multifetal gestational
3. Chronic HT
4. Overt DM
5. Renal disease
6. Autoimmune disease (SLE, APS)

วันที่ 6 ตุลาคม 2560

### ภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage :PPH) คือภาวะซึ่งมีการเสียเลือดหลังคลอดตั้งแต่ 500 cc.ขึ้นไป สำหรับการคลอดครรภ์เดียวทางช่องคลอด หรือตั้งแต่ 1,000cc ขึ้นไปสำหรับการผ่าตัดคลอด ปัญหาของการใช้เกณฑ์นี้คือการประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดอย่างถูกต้องเป็นสิ่งที่ยากและส่วนใหญ่มักประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง

**ภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น**

1. Early/primary PPH : การตกเลือดหลังคลอดภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังการคลอดระยะที่ 3
2. Late/secondary PPH : การตกเลือดหลังคลอดในระยะ 6-12 สัปดาห์ ไม่นับ 24 ชั่วโมงหลังการคลอดระยะที่ 3

**หลักการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด**

1. เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยเร็วที่สุดและรักษาให้ทันการณ์ ซึ่งปัญหามักจะเกิดในชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. ไม่ควรปล่อยให้เกิดความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือดมาก เพราะจะทำให้มดลูกไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นการหดตัวและทำให้เลือดไม่แข็งตัวตามมา จะทำให้การรักษาซับซ้อนมากขึ้น

**การป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอด**

**การฝากครรภ์ :** ชักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาภาวะโลหิตจาง ให้ธาตุเหล็กเสริม ให้คำแนะนำรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ทุกราย

**ระยะเจ็บครรภ์คลอด :** เตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงโดย ตรวจ Hct. เตรียมเลือดสำหรับ Cross match , ให้สารน้ำเข้าเส้นเลือด และ NPO เมื่อเข้าระยะ active การดูแลในระยะ Third stage โดยวิธี active management

**หลังคลอด :** เฝ้าระวังโดย ประเมินปริมาณการเสียเลือด โดยการประเมินน้ำคาวปลาทุก 2-4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด , เฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยบันทึก BP และ Pulse ทุก 4 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง , อาการอาการแสดงของการขาดเลือด เช่น ใจสั่น หน้ามืดเวลาลุกขึ้น อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันต่ำ ความรู้สึกตัว ฯลฯ

**การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด**

ปริมาณการเสียเลือด > 500 cc. ในการคลอดทางช่องคลอดหรือ > 1,000 cc. ในการผ่าตัดคลอด หรือ ปริมาณสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 15 หรือชีพจร  $\geq 100$  ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต  $\leq 90/60$  mmHg , ออกซิเจนในเลือด < 95% หรือเลือดออกเพิ่มขึ้นในช่วงพักฟื้นหลังคลอด

### การประเมินความรุนแรงจาก

1. ประเมินสัญญาณชีพ
2. ประเมินปริมาณการเสียเลือด คำนวณและจดบันทึกปริมาณการเสียเลือด 5-15 นาที
3. อาการอาการแสดงของการขาดเลือด เช่นชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น

### การดูแลรักษาเบื้องต้น

1. การให้สารน้ำเข้าเส้นเลือด เช่น NSS ,LRS
2. ให้  $O_2$  เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดที่ > 95%
3. Retained Foley' catheter
4. วัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด และระดับการรู้ตัวของผู้ป่วย
5. ปริมาณปัสสาวะ (อย่างน้อย 30-60 มล./ชม.)
6. การรักษาอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้อบอุ่น
7. ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามข้อบ่งชี้

## นโยบายการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดประเทศไทย 2560

### แนวทางปฏิบัติสำหรับประเทศไทย

1. วัดความยาวของปากมดลูก 20-24 สัปดาห์ ความยาว 2-5 เซนติเมตร ให้น้ำ Micronized Progesterone เหน็บช่องคลอด

2. สตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดให้น้ำ Micronized Progesterone ทุกราย

#### สาเหตุและปัญหาที่พบของการคลอดก่อนกำหนด

- Indicated preterm birth 30 %
- Spontaneous preterm labor 40%
- Preterm birth PPROM 30 %

#### Progesterone มี 2 แบบ

1. Synthetic หรือ 17OHP Proton Depo ฉีดสัปดาห์ละครั้ง อายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์
2. Natural หรือ Utrogestan เหน็บทางช่องคลอด กลุ่มปากมดลูกสั้นเหน็บ 90-100 mg เริ่มเหน็บ 18-24 สัปดาห์จนถึง 36 สัปดาห์

- Progesterone ช่วยทำให้ปากมดลูกนิ่มไม่แข็ง

- การขาด Progesterone ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกมี uterine Contraction

#### ประโยชน์ของการให้ Progesterone

1. สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้
2. ช่วยทำให้ปากมดลูกสั้นลงป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์รายนั้นๆต้องเป็นครรภ์เดี่ยว สำหรับการตั้งครรภ์แฝดการให้ Progesterone ไม่ลดการคลอดก่อนกำหนดได้

#### แนวทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย

1. ครรภ์เดี่ยวให้เหน็บยากรณีปากมดลูกสั้น
  - 1.1 ไม่ทำการวัดปากมดลูกสตรีตั้งครรภ์ทุกราย
  - 1.2 วัดปากมดลูกสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เช่น มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด เคยมีประวัติการฉีกขาด หรือเหน็บยามาก่อน
  - 1.3 กรณีถ้าพบปากมดลูกสั้นมากเย็บปากมดลูก
  - 1.4 SHORT CERVIX by Tvs at 16-24 สัปดาห์ ถ้าพบปากมดลูกสั้นน้อยกว่า 20-25 mm ควรให้ Micronized Progesterone เหน็บช่องคลอดทางช่องคลอดทุกวันจนถึง 36 สัปดาห์

### การวัดอุณหภูมิกายทารก และการดูแลอุณหภูมิทารกในห้องคลอด

อุณหภูมิของทารกถ้าวัดได้ถูกต้องจะมีค่าเท่ากับอุณหภูมิทวารหนักโดยไม่ต้องบวกเพิ่ม การวัดอุณหภูมิให้ได้ค่าที่แม่นยำและถูกต้องต้องใช้ปรอทแก้ว

1. การวัดทางทวารหนัก
  - ทารกครบกำหนด สอดลึก 3 ซม. นาน 3 นาที
  - ทารกเกิดก่อนกำหนด สอดลึก 2.5 ซม. นาน 3 นาที
2. การวัดทางรักแร้
  - ทารกครบกำหนด วัดนาน 8 นาที
  - ทารกเกิดก่อนกำหนด วัดนาน 5 นาที

### การดูแลอุณหภูมิทารกในห้องคลอด

1. ปรับอุณหภูมิห้องคลอดไว้ที่ 26 °C หรือมากกว่า
2. ควบคุมไม่ให้ลมพัดผ่านตำแหน่งที่วางทารก
3. ถ้ามารดาและทารกแข็งแรง ให้เช็ดตัวทารกด้วยผ้าอุ่นสวมหมวกที่มีความหนาอย่างน้อย 2 ชั้นให้ทารก แล้ววางทารกบนอกมารดาให้เนื้อแนบเนื้อ (Skin to skin contact) แล้วใช้ผ้าห่มที่อุ่นห่มทารกและมารดาถ้าไม่มีข้อห้ามให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงและให้ดูตจนกว่าทารกจะหยุดดูดเอง

4. ถ้าทารกต้องการการการเฝ้าสังเกต ได้แก่ ทารกก่อนกำหนด หรือทารกหายใจไม่ปกติให้วางทารกไว้ใต้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี และบนผ้าที่แห้งและอุ่นร่วมกับหุ้มด้วย Plastic wrap นอนบน warming หรือถุงธัญพืช

5. ติดตามและบันทึกอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย (วัดทางทวารหนักเพียงครั้งเดียวเพื่อวินิจฉัยภาวะทวารหนักไม่ทะลุ หลังจากนั้นให้วัดทางรักแร้) เมื่อการแก้ไขต่างๆได้เสร็จสิ้นแล้ว และก่อนย้ายทารกออกจากห้องคลอด

6. องค์การอนามัยโลกแนะนำไม่อาบน้ำในห้องคลอด การอาบน้ำให้ร้อนกว่าสัญญาณชีพปกติ และต้องไม่ก่อนอายุครบ 6 ชั่วโมง การอาบน้ำในห้องคลอดจะทำเฉพาะในกรณีมารดาติดเชื้อมดลูกหรือเอชไอวี แต่ต้องระวังอย่างให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

7. ให้การพยาบาลตามกิจวัตรประจำวัน (Routine care) ได้แก่ ผูกสายสะดือ หยอดตาเช็ดทำความสะอาด ซั้งน้ำหนัก วัดเส้นรอบวงศีรษะและความยาว และติดป้ายชื่อที่ข้อมือและข้อเท้า การฉีดวิตามิน K ได้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสีภายหลังทารกอยู่บนอกมารดานาน 1 ชั่วโมงและได้ดูดนมเมื่อแรกแล้ว