



Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 076/2567

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th>
ถึง: Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

11 มิถุนายน 2568 เวลา 14:44

เอกสารแนบ 2 ฉบับ

 **077(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พรปวีณ์.pdf**
2211K

 **076(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.จิราภรณ์.pdf**
8608K

หัตถ์พิมพ์

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พ.ช.๑๕๖ 4๑ / 25๖8

10 มิถุนายน 2568



วิทยาลัยเชียงใหม่



แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย	ตำแหน่ง : อาจารย์ประจำ
หน่วยงาน : ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก การผดุงครรภ์ และการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์	
กิจกรรม ประชุมวิชาการครั้งที่ 2 ประจำปี 2567	<input type="radio"/> การสัมมนา <input type="radio"/> การฝึกอบรม <input checked="" type="radio"/> การประชุมเชิงวิชาการ <input type="radio"/> การประชุมเชิงปฏิบัติการ <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่ 1958 (11)/2567
เรื่อง	T.E.A.M = Together Everyone Achieves More “ร่วมแรง ร่วมใจ ก้าวไปด้วยกัน”
หน่วยงานที่จัด	สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)
สถานที่จัด	ห้องประชุมพิมาน ชั้น 2 โรงแรมแกรนด์ พาลาสโซ่ พัทยา จ.ชลบุรี
วัน เดือน ปี	14-16 พฤษภาคม 2568 เวลา 08.00-16.00 น.
ค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่เบิก <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....2,716..... บาท งบประมาณที่จ่ายจริง <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....2,716..... บาท งบประมาณที่คืน/เบิกเพิ่ม <input checked="" type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี จำนวน..... บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	<input checked="" type="radio"/> ได้รับ <input type="radio"/> ไม่ได้รับเนื่องจาก..... <input type="radio"/> ไม่มี
สรุปสาระสำคัญ ดั่งเอกสารแนบ	
ประโยชน์ที่ได้รับ	ได้ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยของมารดาและทารก เพื่อนำมาใช้ในการให้ความรู้ในการจัดการเรียนการสอน และสร้างเครือข่ายความมือ สัมพันธภาพระหว่างองค์กรหรือกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน	
หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	หมายเหตุ
<p>การเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1, 2 และ 3</p>	
<p>เอกสารที่แนบมาด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักฐานการเคลียร์ค่าใช้จ่ายในการประชุมวิชาการ - ใบประกาศนียบัตร <p style="text-align: center;">  ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง วิชาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ </p> <p style="text-align: right;"> ผู้รายงาน..... <u>วิมลรัตน์ งามทิพย์</u> (ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย) 10...../.....มิถุนายน...../.....2568..... </p>	
<p>ความคิดเห็นของรองอธิการบดี <input type="radio"/> ฝ่ายบริหาร <input checked="" type="radio"/> ฝ่ายวิชาการ <input type="radio"/> ฝ่ายกิจการนักศึกษา</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: right;"> ลงชื่อ..... <u>วิมลรัตน์ งามทิพย์</u> (.....<u>ผศ.ดร.วิมลรัตน์ งามทิพย์</u>.....) <u>11 มิ.ย. 2568</u>...../..... </p>	
<p>ความคิดเห็นของอธิการบดี</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: right;"> ลงชื่อ..... <u>วิมลรัตน์ งามทิพย์</u> (.....<u>ผศ.ดร.วิมลรัตน์ งามทิพย์</u>.....) <u>11 มิ.ย. 2568</u>...../..... </p>	

1. ไลน์ อำนวย
 1. ไลน์ อำนวย
 1. ไลน์ อำนวย
 1. ไลน์ อำนวย
 10/6/68



วิทยาลัยเชียงราย Chiangrai College
 199 หมู่ 6 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง จ.เชียงราย 57000
 โทร. 053-170331-3 โทรสาร. 053170335

วันที่ 7 พฤษภาคม 2568

ใบเสร็จจ่าย

เลขที่ PV-6701431

ประเภทจ่าย B: เงินโอนผ่านร วิทยาลัยเชียงรายจ่าย อาจารย์จิราภรณ์ นันทชัย

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
1.	ค่าใช้จ่ายในการประชุมสัมมนา	(2,716.00)
(ตองพันเจ็ดร้อยสิบหกบาทถ้วน)		(2,716.00)

ใบ
 ได้ใบการลงนามเงิน
 30 พ.ค. 68

ลงชื่อ..... จิราภรณ์ นันทชัย (ผู้รับเงิน)

(อาจารย์จิราภรณ์ นันทชัย)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ..... (นางสาวอรอนงค์ สมบูรณ์) (ผู้จ่ายเงิน)

(นางสาวอรอนงค์ สมบูรณ์)

เจ้าหน้าที่การเงิน



สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์(ไทย) ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

ขอขอบพระคุณเกียรติคุณเป็นอย่างสูงที่
คุณหมอประภาศนีชัยรัตน์ได้กรุณา
ให้เกียรติเป็นวิทยากรบรรยาย

นางสาวจิราภรณ์ นุ่มท์ชัย

ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 15 พ.ศ. 2568

เรื่อง T.E.A.M = Together Everyone Achieves More “ร่วมแรง ร่วมใจ ก้าวไปด้วยกัน

วันที่ 15-16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงแรม แกรนด์ พาลาสโซ่ พัทยา จ.ชลบุรี

รหัสกิจกรรม E036-L-68-C1-0002-1 คณะกรรมการศึกษาต่อเนื่องที่ได้รับ 11 หน่วยสะสม

ให้ไว้ ณ วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

(รศ.พญ.ฐิติมา สุพรรณสีจ)

นายกสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์(ไทย)

(ผศ.ดร.พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สรุปสาระสำคัญการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 15 พ.ศ. 2568

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์(ไทย)

เรื่อง T.E.A.M = Together Everyone Achieves More “ร่วมแรง ร่วมใจ ก้าวไปด้วยกัน”

วันที่ 14-16 พฤษภาคม 2568 เวลา 08.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมพิมาน ชั้น 2 โรงแรมแกรนด์ พาลาสโซ่ พัทยา จ.ชลบุรี

1. Teaming Up for Better Outcomes in Fetal Growth Restriction: Best Practices through Thai Collaboration: อ.นพ.นพดล ไชยสิทธิ์ อ.พญ.อนงค์นาถ ศิริทรัพย์ และ อ.ดร.เทวีกา โชคประสานชัย

ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal Growth Restriction: FGR) คือ ภาวะที่ทารกในครรภ์ไม่สามารถเจริญเติบโตได้ตามอัตราที่คาดหวังในระหว่างการตั้งครรภ์ การประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ของอายุครรภ์ หรือทารกในครรภ์ หรือทารกในครรภ์ที่มีเส้นรอบวงของท้อง น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ของอายุครรภ์

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะทารกตัวเล็ก (small for gestational age: SGA) และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ จาก ACOG, SMFM, FIGO (low resource setting) ดังนี้

- FGR ทารกมีขนาดหรือเส้นรอบวงของท้อง < 10th centile ของอายุครรภ์ หาก \leq 3rd centile ของอายุครรภ์ แสดงว่ามีภาวะที่รุนแรง

- SGA ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอด (birth weight) < 10th centile ของอายุครรภ์

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะทารกตัวเล็ก (small for gestational age: SGA) และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ จาก FIGO, SOGC, ISUOG, RCOG ดังนี้

- FGR ทารกมีขนาดหรือเส้นรอบวงของท้อง < 3rd centile หรือ < 10th centile ของอายุครรภ์ ร่วมกับ doppler abnormalities

- SGA ทารกมีขนาดหรือน้ำหนักแรกคลอด 3rd- < 10th centile ของอายุครรภ์ ร่วมกับ normal Doppler studies

Consensus-based definitions for early and late fetal growth restriction in absence of congenital anomalies

ACOG, SMFM	ISUOG, RCOG, FIGO, SOGC	
	Early FGR: GA < 32 weeks	Late FGR: GA ≥32 weeks
AC or EFW <10 th centile for gestational age	AC/EFW <3 rd centile or UA-AEDF	AC/EFW <3 rd centile
	Or	Or at least 2/3 of the following
	<ol style="list-style-type: none"> AC/EFW <10th centile combined with UtA-PI >95th centile and/or UA-PI >95th centile 	<ol style="list-style-type: none"> AC/EFW <10th centile AC/EFW crossing centiles >2 quartiles on growth centiles CPR <5th centile or UA-PI >95th centile

Rodriguez-Sibaja MJ, et al. Am J Obstet Gynecol MFM 2024;6:101422, Schreiber V, et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2023;61:377
 Monier I, et al. Am J Obstet Gynecol. 2025;232:224 e1, Roeckner JT, et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2021;57:925
 Gordjin SJ, et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2016;48:333

ผลกระทบจากภาวะ FGR ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะเลือดออกในสมองส่วนกลาง (intraventricular hemorrhage) ลำไส้เน่าอักเสบ (necrotizing enterocolitis) อาการชัก (convulsions) การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) กลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (respiratory distress syndrome) โรคตาในทารกคลอดก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity) อัมพาตทางสมอง (cerebral palsy) และการตายปริกำเนิด (perinatal death) รวมถึงปัญหาสุขภาพระยะยาว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดทางสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุของภาวะ FGR ส่วนใหญ่เกิดจากรกไม่สามารถส่งออกซิเจนหรือสารอาหารจากมารดาไปยังทารกผ่านรกได้เพียงพอ (uteroplacental insufficiency) อย่างไรก็ตามยังพบสาเหตุจากพยาธิสภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ ได้แก่

- สาเหตุจากมารดา ได้แก่ โรคของมารดา (maternal disorder) การใช้สารเสพติด ภาวะโภชนาการ การตั้งครรภ์แฝด
- สาเหตุจากทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกในครรภ์ได้รับสารก่อวิรูป การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ความผิดปกติของพันธุกรรมและโครงสร้างของทารก
- สาเหตุจากรกและสายสะดือ ได้แก่ ความผิดปกติของเนื้องอก ความผิดปกติของสายสะดือหรือหลอดเลือดที่เลี้ยงรก

บทบาทของผดุงครรภ์ในการดูแลภาวะ FGR

ระยะตั้งครรภ์

- คัดกรองปัจจัยเสี่ยงของภาวะ FGR โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย
- ให้ข้อมูลกับสตรีมีครรภ์อย่างครบถ้วนเกี่ยวกับภาวะ FGR ความเสี่ยงของการเกิดภาวะนี้และความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3. ทำงานร่วมกับสูติแพทย์ในการติดตามการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์ ด้วยวิธี ultrasound, doppler ultrasound, NST, CST, และ BPP

4. ให้ความรู้แก่สตรีมีครรภ์เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติตามการดูแลก่อนคลอด

5. เข้าระวังภาวะสุขภาพของมารดาที่อาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารก

6. ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจแก่สตรีมีครรภ์ เพื่อลดความเครียด

7. การวางแผนการคลอด

ระยะเจ็บครรภ์และคลอด

1. ฝ้าติดตามภาวะพร้อมออกซิเจนของทารกในครรภ์ และประสานงานกับทีมสูติแพทย์และกุมารแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ รวมถึงวางแผนการคลอดที่ปลอดภัย และเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลทารกใน NICU

2. ให้การดูแลในระยะคลอด เช่น เตรียมให้ออกซิเจนหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงร่วมตัดสินใจกับทีมสูติแพทย์และกุมารแพทย์ในการเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และเตรียมความพร้อมให้การช่วยเหลือด้านการกู้ชีพทารกแรกเกิดทันที

ระยะหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด

1. ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแล 2) ให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด โภชนาการ และการตรวจคัดกรองหลังคลอด และ 3) ส่งเสริมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมผ่านกิจกรรมตามวัย

2. การป้องกันการติดเชื้อ ดูแลสุขอนามัยและความสะอาด การได้รับวัคซีนตามช่วงอายุ

3. การควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารก

4. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างมารดา-บิดา ญาติผู้ดูแล และทารก

2. Comprehensive Care for Cleft Lip and Palate: A Multidisciplinary Approach for Optimal Outcomes: ผศ.พญ.รัตนา คำวิสัยศักดิ์ รศ.นพ.พลากร สุรกุลประภา พว.สุธีรา ประดับวงษ์ และ พว.ยุพิน ปักกะสังข์

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นภาวะที่มีความผิดปกติริมฝีปากบนแหว่งและเพดานโหว่แต่กำเนิด พบอุบัติการณ์ ภาคเหนือ ร้อยละ 2.38 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.28 ภาคใต้ ร้อยละ 2.22 ภาคตะวันออกและภาคกลาง ร้อยละ 2.09

สาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาด folic acid, B12) ปัจจัยด้าน teratogen (Corticosteroids, Vasoactive drugs, Anticonvulsants, Chemical exposure) ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Syndromic and non-syndromic CLP) และกลุ่มโรค syndromes

Prenatal management in fetus with Clefts ได้แก่

1. การวินิจฉัยและการประเมินเบื้องต้น (Early diagnosis and evaluation) ได้แก่ ultrasound เพื่อประเมินความผิดปกติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทารกในครรภ์, การทดสอบทางพันธุกรรม (genetic testing) และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ควรมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ก่อนคลอด

2. การให้คำปรึกษาและการเตรียมตัวก่อนคลอด (Prenatal counseling and preparation) ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลและการสนับสนุน (information and support) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทางเลือกในการรักษา ทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด 2) การเตรียมด้านจิตใจ (mental preparation) โดยให้คำปรึกษา เพื่อให้บิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและเตรียมพร้อมในการดูแลทารกหลังคลอด และ 3) การวางแผนหลังคลอด (postnatal planning) โดยวางแผนตั้งแต่ก่อนคลอด เกี่ยวกับการเตรียมการดูแลหลังคลอด เช่น การได้รับอาหาร การบำบัดการพูด และการดูแลด้านทันตกรรม

3. การดูแลหลังคลอด (Postnatal care) ได้แก่ 1) การได้รับอาหาร (feeding) อาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเทคนิคเฉพาะในการให้อาหารทารกที่มีเพดานโหว่ 2) การผ่าตัด (surgery) เป็นการผ่าตัดซ่อมแซมเพื่อปิดปากแหว่ง และ/หรือ เพดานโหว่ 3) การบำบัดการพูด (speech therapy) การฝึกพูดอาจช่วยให้เด็กพัฒนารูปแบบการพูดที่เหมาะสม 4) การดูแลด้านทันตกรรม (Dental care) ทารกที่มีปากแหว่ง ควรได้รับการปรึกษากับทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญ เพื่อจัดการเกี่ยวกับปากแหว่ง

Prenatal counseling in fetus with Clefts ได้แก่

1. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษาที่เป็นไปได้สำหรับ Clefts
2. ช่วยให้ครอบครัวได้พบกับสมาชิกที่มีภาวะ Clefts และ craniofacial team ตั้งแต่ระยะแรก เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพ
3. ช่วยเหลือให้ครอบครัวได้เตรียมพร้อมสำหรับทารกที่เกิดมา ทั้งด้านจิตใจและการปฏิบัติตัว
4. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้สอบถามในทุกคำถามกับผู้เชี่ยวชาญ ก่อนคลอดและการวางแผนการคลอด

การให้คำปรึกษาผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และครอบครัวอย่างมีความสุข

1. Mutually accept and value each other's roles: ยอมรับบทบาทและคุณค่าของบุคคลอื่น
2. Take turn being actors & actress: เปลี่ยนกันเป็นพระเอกและนางเอก
3. Create Win-Win situation for everyone: ทำสถานการณ์ที่ทุกคนเป็นผู้ชนะ
4. Work of happiness, by heart for all people: ทำงานด้วยหัวใจอย่างมีความสุขเพื่อคนอื่น

Case manager: การบริหารจัดการสู่ optimal outcome ได้แก่

1. มี protocol
2. ระบบฐานข้อมูล TCCDS/การลงทะเบียนตั้งแต่แรกรับ
3. มีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ
4. มีการวัดผล/ตัวชี้วัด
5. นำเสนอทีม-พัฒนา/ทำทนายเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด
6. ดูแลผู้ป่วยแบบ comprehensive care

3. Collaborative Innovations for Neonatal Excellence: Advancing Nutrition and Care for Smarter Beginnings in C-Section Births: รศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์

วิธีการคลอดส่งผลต่อภูมิคุ้มกันและสมองของทารก โดยทารกที่ได้รับการผ่าคลอด จะขาดโอกาสได้รับ จุลินทรีย์สุขภาพจากช่องคลอดของมารดา มีจุลินทรีย์ Bifidobacterium ร้อยละ 9.36 ซึ่งน้อยกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอดที่มีจุลินทรีย์ Bifidobacterium ร้อยละ 15.45 และเสียสมดุลจุลินทรีย์ (dysbiosis)

Dysbiosis ส่งผลต่อสุขภาพของทารก ได้แก่ เสี่ยงโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน เสี่ยงโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ และเสี่ยงโรคภูมิแพ้

Probiotics และ Prebiotics คืออะไร

- Probiotics / B. lactis คือ จุลินทรีย์ที่จัดว่าเป็นเชื้อดี ช่วยในการทำงานของลำไส้ และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น สร้างสารต่างๆ ที่จำเป็น หรือกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน

- Prebiotics / 2'-FL คือ อาหารสำหรับ probiotics เช่น ไฟเบอร์ และ HMO (Human Milk Oligosaccharide)

งานวิจัยเรื่องการเสริมภูมิคุ้มกันในทารกที่ผ่าคลอด พบว่า B. lactis พบมากในนมแม่ ช่วยปรับสมดุลจุลินทรีย์ การเสริม B. lactis ให้กับทารกที่ผ่าคลอด มีโอกาส colonization สำเร็จได้ร้อยละ 80 ซึ่งจะช่วยลดปัญหาภาวะ dysbiosis ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ทารกที่ผ่าคลอด สำหรับ 2'-FL (2'-Fucosyllactose) เป็น HMO มีประโยชน์ช่วยป้องกันการติดเชื้อของลำไส้ และกระตุ้นภูมิคุ้มกันของทารกแรกเกิด

ความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าคลอดกับการพัฒนาสมองของทารก พบว่า ทารกที่ผ่าคลอด มีการเชื่อมโยงการทำงานของเซลล์ประสาทน้อยกว่าทารกที่คลอดธรรมชาติ มีการสร้างไมอีลินในสมองน้อยกว่าทารกที่คลอดธรรมชาติ ตั้งแต่อายุ 3 เดือน จนถึง 3 ปี ซึ่งสฟิงโกไมอีลิน ช่วยในการสร้างไมอีลิน ที่มีผลต่อการพัฒนาสมอง

Take Home Messages

1. การผ่าคลอดส่งผลต่อภูมิคุ้มกันและการพัฒนาสมองของเด็กทารก
2. การเสริมด้วย B. lactis และ 2'-FL จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ทารกที่ผ่าคลอด
3. การเสริมด้วยแอลฟาสฟิงโกไมอีลิน จะช่วยพัฒนาสมองของทารกที่ผ่าคลอดได้
4. การกระตุ้นจากภายนอกยังมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาสมองและความสามารถในการคิด ดังนั้น การเล่นกับพ่อและแม่เป็นการกระตุ้นสมองที่ดีที่สุด และการเล่นที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยพัฒนาทักษะสมองได้

4. Prenatal Down Syndrome Screening: Enhancing Quality with TEAM: รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

การตรวจคัดกรองความผิดปกติก่อนคลอด เป็นการตรวจคัดกรองที่สามารถระบุได้ว่าทารกในครรภ์มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติบางอย่าง แต่ไม่สามารถวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจงได้ บางครั้งการคัดกรองอาจให้ผลลัพธ์ที่ผิดปกติแม้ว่าจะไม่มีอะไรผิดปกติ

ทำไมต้องมีการตรวจคัดกรอง เนื่องด้วยความผิดปกติบางอย่างต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษภายหลังคลอด การตรวจคัดกรองสามารถช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลทารกได้ และบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองหรือการตรวจอื่นๆ ในระยะตั้งครรภ์

Prenatal screening test

1. MCV, HbA2, α & β mutation for Thalassemia
2. MS-AFP and Ultrasound for NTD
3. Serum biomarker for aneuploidy: Quadruple test
4. Ultrasound for structural anomalies and US marker for aneuploidy
5. Non invasive prenatal testing (NIPT) for aneuploidy
6. Marker for prediction of some conditions: preeclampsia
7. Iron deficiency stage: ferritin

การตรวจทางพันธุกรรม (Genetic tests) for Down syndrome ได้แก่ 1) Chromosome analysis 2) Chromosome microarray 3) Fluorescence in situ hybridization (FISH) 4) Non invasive prenatal testing (NIPT) 5) Specific gene test 6) Whole Exome/Whole Genome Sequencing

การตรวจคัดกรอง for Down syndrome ได้แก่ maternal age, nuchal translucency, ultrasound markers, serum biochemical marker, cf DNA in maternal plasma

การวินิจฉัย for Down syndrome ได้แก่ การตรวจ chromosome study โดยการเจาะน้ำคร่ำ ตัดชิ้นเนื้อรก เจาะเลือดสายสะดือ

ประเด็นของการใช้ serum marker ได้แก่

1. ต้องฝากครรภ์เร็วและต้องได้ค่าอายุครรภ์ที่แน่นอน หรือทำให้แน่นอน
2. ต้องทราบวันเดือนปีเกิดที่แน่นอนของหญิงตั้งครรภ์
3. ครรภ์แฝดยังใช้ไม่ได้กับระบบนี้
4. ต้องให้คำปรึกษาแนะนำให้เข้าใจถึงผลของการคัดกรอง ซึ่งไม่ใช่การวินิจฉัย
5. US marker ต้องการผู้เชี่ยวชาญ ถ้าไม่มั่นใจไม่ควรใช้ในการคำนวณความเสี่ยง
6. Serum marker เป็น glycoprotein มีการ degrade ได้และส่งผลให้ได้ false high risk เพิ่มขึ้น ดังนั้นต้องดูแล serum specimen ให้ดี
7. ปัจจุบัน สปสช. สนับสนุนทั้งระบบครบวงจร (คัดกรองด้วย Quad test + PND + Chromosome study + TOP)

การกำหนดอายุครรภ์

1. ปัจจัยของ GA ที่แตกต่างกัน จะทำให้การคำนวณความเสี่ยงแตกต่างกัน (risk calculation) ดังนั้นควรได้ค่า GA ที่แน่นอน
2. ประวัติ LMP ใช้ได้ไหม? หากมั่นใจว่าเชื่อถือได้ให้แปลงเป็น GA แต่ทั่วไปไม่นิยมใช้เพราะส่วนหนึ่งจำไม่ได้ ส่วนที่จำได้อาจไม่ตรง ส่วนที่ตรงอาจไม่ใช่ ส่วนมากจึงนิยมใช้ GA ที่คำนวณจาก U/S

3. แม้ว่าค่าของ fetal biometry เช่น BPD ของคนไทยกับต่างประเทศจะต่างกันเล็กน้อย แต่ด้วยการที่เราใช้ค่า median และ MoM ในการคิดความเสี่ยง อีกทั้งการกำหนดค่าดังกล่าวมีค่าบวก/ลบ 7 วัน โดยปกติอยู่แล้ว จึงทำให้เรายังสามารถใช้ค่า BPD ที่มีอยู่ในการประเมินได้

4. ไม่ควรเพิ่มความแปรปรวนด้วยการวัดที่ไม่มาตรฐาน

Total hCG & free β -hCG ใช้ได้ทั้ง 2 รูปแบบ โดย free β -hCG ให้ผลลัพธ์ในแง่ DR, FPR ดีกว่า Total hCG เล็กน้อย และ Total hCG คงสภาพได้ดีกว่า freeform หากการ transport specimen ดูแลได้ไม่ดี

การดูแลคุณภาพของตัวอย่าง

1. Specimen ที่เราใช้ใน QT เป็น serum จึงต้องเก็บใส่ tube ที่ไม่มี anticoagulant แล้วนำไปปั่นให้ได้ serum

2. Biomarker จะ degrade ง่าย จึงควรปั่นแยกและเก็บเป็น serum ภายในไม่เกิน 2 ชั่วโมง

3. หากสามารถนำส่งห้องปฏิบัติการได้เลย หรือ ภายในเวลาไม่นานมากนักเช่นเป็นระดับ 1-2 วัน ให้นำไปแช่ไว้ที่ตู้เย็นอุณหภูมิ 4 องศา

4. แต่หากต้องรอรวบรวมเป็นเวลาหลายวัน ควรแช่ในช่อง freeze ก่อน (โดยอุณหภูมิต้องใช้ -20 C)

NIPT Technology

1. ควรออกแบบมาสำหรับ cost-effectiveness และ high-throughput prenatal screening

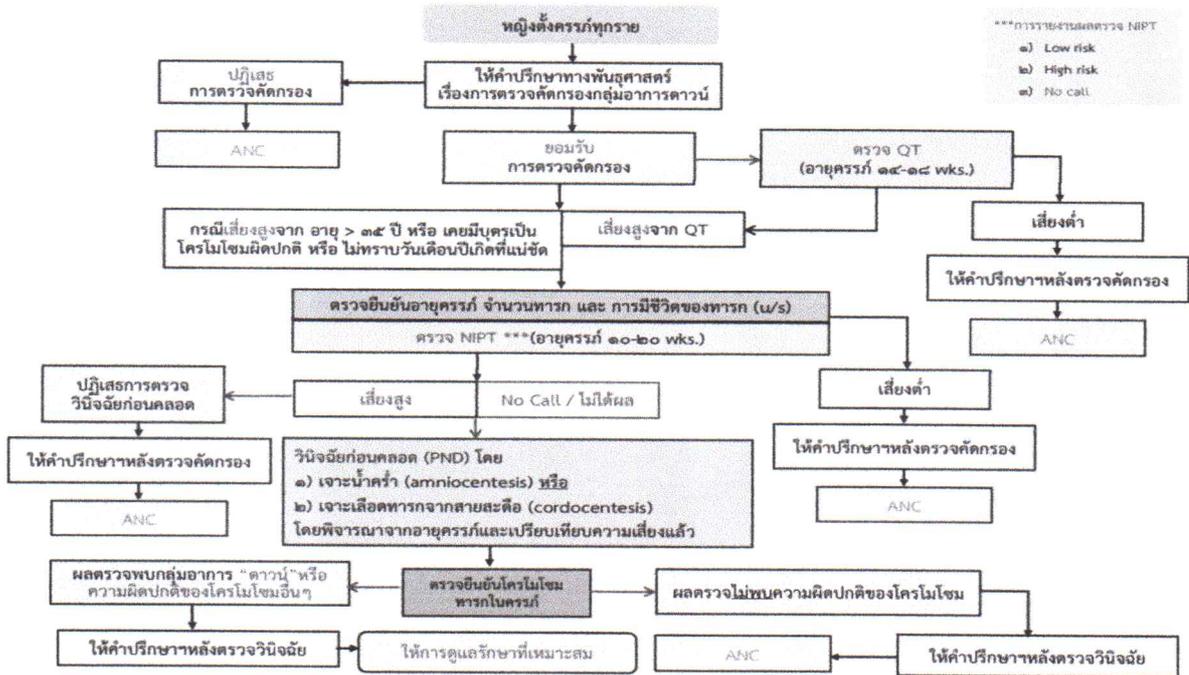
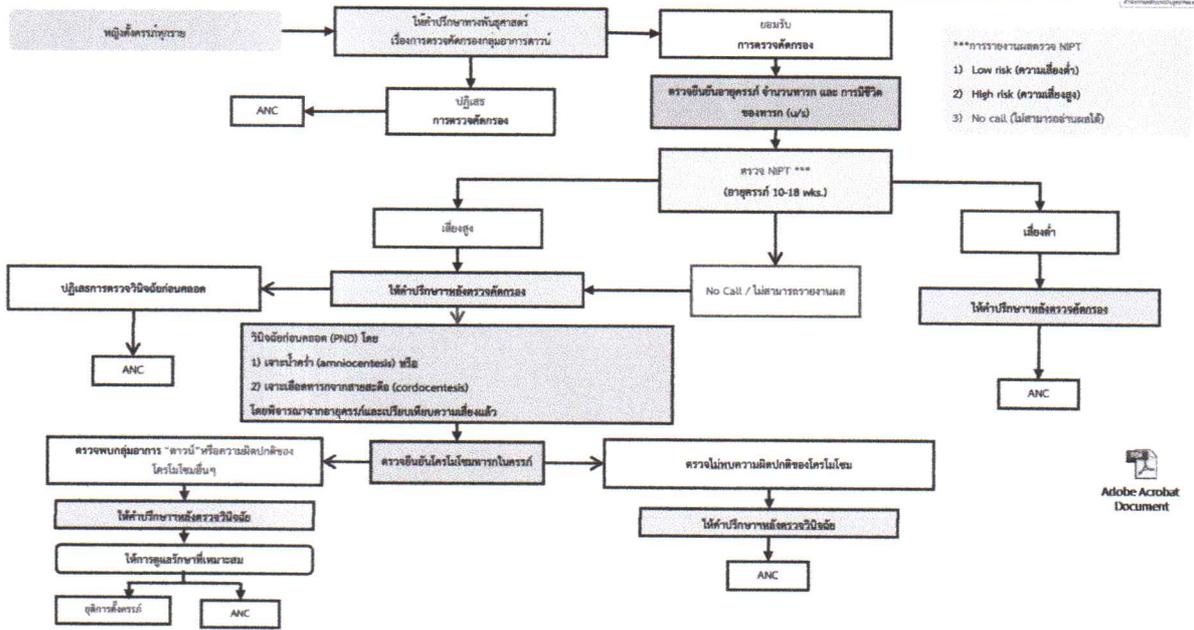
2. ควรเป็น Automates System ใช้เวลาน้อย ทำให้การควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบผลทำได้ง่ายขึ้น จึงจะเป็น platform ที่เหมาะสำหรับตัวอย่างจำนวนมาก หรือเป็นระดับนโยบายแห่งชาติที่อาจจะมีหลายศูนย์ตรวจหรือโรงพยาบาล

3. NIPT ทั่วไปที่ใช้เทคโนโลยี NGS ซึ่งมีข้อดีอยู่มาก แต่มีข้อจำกัดอยู่ที่ถ้าทำ whole genome sequencing ข้อมูลที่ได้จากโครโมโซมที่ 21 มีประมาณ 1.5% ส่วนที่เหลือ 98.5% คือข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้อง และต้องใช้การวิเคราะห์ทาง bioinformatic เพื่อแยกข้อมูลส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ใช้ไป นอกจากนั้นเทคโนโลยี NGS ยังมีขั้นตอนที่หลายขั้นตอนและซับซ้อน จึงต้องใช้เจ้าหน้าที่และเครื่องมืออีกหลายอย่างที่จำเป็นต้องใช้ ทั้งนี้ขึ้นกับเป้าหมายการตรวจ

4. เทคโนโลยีที่ถูกออกแบบมาเพื่อ target chromosomes ที่เกี่ยวข้อง คือ chromosome 13, 18, 21, X, Y ที่จะ lean ระบบได้ดีกว่า

5. Technology ของ cf DNA extraction ที่สามารถทำให้ได้ปริมาณ cf DNA ที่มากขึ้นจะเพิ่ม sensitivity ให้กับ test และลดปริมาณ no-cell case ได้

FLOW: การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี non-invasive prenatal test (NIPT)



5. Recurrent Miscarriage: Exploring Comprehensive Treatment Approaches and the Role of Hormonal Therapy: รศ.พญ.สาวิตรี พรานพนัส และ รศ.ดร.นพ.ภูติศ เจต๊ะวรรณ

Terminology in early pregnancy complications

Miscarriage	Miscarriage is generally defined as the loss of an intrauterine pregnancy \leq 20 weeks ¹ or \leq 24 weeks of gestation ²
Miscarriage WHO definition	Expulsion/extraction of embryo or fetus $<$ 22 weeks of pregnancy or weighing $<$ 500 g ³
Early pregnancy loss	Miscarriage \leq 12 weeks of gestation ¹
Recurrent pregnancy loss	\geq 2 failed clinical pregnancies, confirmed by ultrasound or histopathology ⁴
Early pregnancy bleeding (Threatened miscarriage)	Vaginal bleeding in a viable intrauterine pregnancy and closed cervix ¹ ; Throughout this deck, early pregnancy bleeding is used as an alternative term for threatened miscarriage ⁵
Stillbirth	\geq 20–28 weeks of gestation, depending on country/region, pregnancy loss is called stillbirth ^{1,3}
Preterm birth	WHO definition: live birth at $<$ 37 weeks of gestation ³
Implantation failure	Failure to achieve a clinical pregnancy after transfer of at least four good-quality embryos in a minimum of three fresh or frozen cycles in a woman ($<$ 40 years) ⁶

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ Recurrent Pregnancy Loss (RPL)

Genetic	Aneuploidy is one of the most common causes of RPL
Anatomic	Congenital Mullerian tract anomalies can cause RPL. Some of the uterine abnormalities which can predispose to RPL are septate, unicornuate, bicornuate, didelphic, and arcuate uteri.
Endocrine	Maternal endocrine disorders like diabetes and thyroid dysfunction can cause RPL and must be evaluated and appropriately treated in patients with RPL
Antiphospholipid Antibody Syndrome	APLS accounts for about 8 to 42 percent of patients with RPL. APLS causes an increased risk of thrombosis and placental insufficiency, causing RPL
Immunological	Screening for inherited thrombophilias may be indicated when a patient has a personal history of venous thromboembolism
Environmental Factors	lifestyle habits such as smoking, alcohol consumption, and increased caffeine consumption are associated with an increased risk of spontaneous miscarriages

ทางเลือกในการรักษา RPL

SUPPORTIVE CARE	<ul style="list-style-type: none"> Recommended by ESHRE, RCOG and SCOG e.g., folic acid, lifestyle adaptation – including counseling, formal emotional support, close supervision^{1,2} Bed rest may be prescribed but is not widely recommended and is associated with increased risk of thromboembolic events, muscle atrophy and weight loss² Small number of non-randomized studies indicate decreased miscarriage rates in women with unexplained RPL²
ANTICOAGULANTS/ ANTIBIOTICS	<ul style="list-style-type: none"> Anticoagulants (e.g., heparin, aspirin) are used in women with antiphospholipid syndrome¹ Heparin can cause thrombocytopenia, osteopenia and fractures, and maternal bleeding² Antibiotics (e.g., clindamycin) used in confirmed bacterial vaginosis²
LEVOTHYROXINE	<ul style="list-style-type: none"> Used in the treatment of women with high auto-thyroid antibodies to reduce RPL³
METFORMIN	<ul style="list-style-type: none"> Administered to women with insulin-resistant polycystic ovary syndrome (PCOS)⁴
PROGESTOGENS	<ul style="list-style-type: none"> E.g., Progesterone, dydrogesterone^{1,2}
IMMUNOTHERAPY	<ul style="list-style-type: none"> Immunological aberrations have been identified as a cause of miscarriage, however paternal cell immunization, third-party donor leukocytes, trophoblast membranes, and intravenous immunoglobulin provide no significant beneficial effect in RPL vs placebo¹
HCG	<ul style="list-style-type: none"> Serial hCG measurements that are below the minimal rise (less than 53% over 48 hours) may be predictive of a non-viable pregnancy²
Micronutrients	<ul style="list-style-type: none"> Poor maternal nutritional status may be correlated with increased risk or miscarriage³
PGT-A	<ul style="list-style-type: none"> PGT-A prior to embryo transfer during IVF avoids selection of embryos with aneuploidy (responsible for 50 to 70% of miscarriages)⁴
SURGERY	<ul style="list-style-type: none"> Uterine septum resection, hysteroscopic lysis of intrauterine adhesions⁵ May be beneficial in anatomical etiology for recurrent pregnancy loss⁵ Current lack of randomized clinical trial evidence,⁵ although septum resection studies are ongoing⁶

เล่ม ๑๔๑ ตอนพิเศษ ๒๗๕ ง ราชกิจจานุเบกษา

๓ ตุลาคม ๒๕๖๗

ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๗

Molecules	Formulation	Drug list	Condition
Female sex hormones			
1. Conjugated estrogens	tab	ก	
2. Medroxyprogesterone acetate	tab(only 2.5,5,10 mg)	ก	
3. Norethisterone	tab	ก	
4. Estradiol (17β-estradiol)	gel(only 0.06%)	ข	
5. Estradiol valerate	tab	ข	
6. Conjugated estrogens	sterile pwdr	ก	
7. Dydrogesterone	Film-coated tab (only 10 mg)	ง	ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแท้งซ้ำซาก (Recurrent abortion)
8. Micronized progesterone	cap (only 100 mg and 200 mg)	ด	<ol style="list-style-type: none"> ใช้ป้องกัน preterm birth ในหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบประวัติการคลอดก่อนกำหนด(หลัง 16 สัปดาห์เป็นต้นไป) ใช้ป้องกัน preterm birth ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี short cervical length(transvaginal)น้อยกว่า 25 มิลลิเมตร

1. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567 ประกาศ ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2567

THL1355226

6. Enhancing Diabetes Management in Pregnancy through a Multidisciplinary TEAM:

รศ.พญ.จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์ รศ.พญ.ทิพาพร ธาระวานิช และ อ.ปภาวดี ทวีสุข

การจำแนกโรคเบาหวานในสตรีมีครรภ์

TABLE 60-2. Modified White Classification Scheme Used from 1986 Through 1994 for Diabetes Complicating Pregnancy

Class	Onset	Plasma Glucose Level		Therapy
		Fasting	2-Hour Postprandial	
A ₁	Gestational	<105 mg/dL	<120 mg/dL	Diet
A ₂	Gestational	>105 mg/dL	>120 mg/dL	Insulin
Class	Age of Onset (yr)	Duration (yr)	Vascular Disease	Therapy
B	Over 20	<10	None	Insulin
C	10 to 19	10 to 19	None	Insulin
D	Before 10	>20	Benign retinopathy	Insulin
F	Any	Any	Nephropathy ^a	Insulin
R	Any	Any	Proliferative retinopathy	Insulin
H	Any	Any	Heart	Insulin

^aWhen diagnosed during pregnancy; proteinuria \geq 500 mg/24 hr before 20 weeks' gestation.

ACOG no longer recommend

ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน BMI อยู่ในเกณฑ์ overweight-obesity ตั้งครรภ์หลายครั้ง มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน มีภาวะ polycystic ovarian syndrome มีภาวะ hypothyroidism มีภาวะ PIH มีประวัติ stillbirth มีประวัติคลอดก่อนกำหนด มีประวัติ congenital malformation มีประวัติคลอดทารก macrosomia ปัจจัยด้านกายภาพ การสูบบุหรี่

การคัดกรอง หากพบ A1C \geq 6.5% เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน หาก A1C \leq 6.5% ให้คัดกรอง GDM ซ้ำที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์

การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์
RTCOG Clinical Practice Guideline
Prenatal Care

เอกสารหมายเลข OB 66-029
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567
วันที่อนุมัติเผยแพร่ 20 มกราคม 2566

การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์⁽¹⁷⁾

- ระยะเวลาที่ตรวจ
 - Universal screening
 - ตรวจสตรีตั้งครรภ์ทุกคน ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์
 - สตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานก่อนหรือขณะตั้งครรภ์ แนะนำให้ตรวจเร็วที่สุดในกรณีที่ไม่ตรวจปกติ ให้ตรวจซ้ำอีกครั้งที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ เช่น
 - สตรีมีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ > 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร⁽²¹⁾
 - ประวัติคนในครอบครัวลำดับแรก (first degree relative) เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
- วิธีที่ใช้ตรวจ
 - เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - เคยตรวจพบ impaired glucose metabolism
 - Polycystic ovary syndrome⁽²¹⁾
 - ใช้ steroid⁽²¹⁾
 - เคยคลอดทารกตัวโตกว่าอายุครรภ์ (large for gestational age) หรือน้ำหนัก \geq 4,000 กรัม (macrosomia)

2. วิธีที่ใช้ตรวจ

- 2-step: เริ่มจากการตรวจ 50-gm oral glucose challenge test (50-gm GCT) ถ้าผิดปกติให้ตรวจด้วย 100-gm oral glucose tolerance test (100-gm OGTT)
- 1-step: สามารถตรวจได้โดยวิธีต่อไปนี้
 - i. 100-gm oral glucose tolerance test (100-gm OGTT): ค่าปกติน้อยกว่า 95, 180, 155, 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สำหรับ FBS, 1-hr, 2-hr, 3-hr ตามลำดับ และจะวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ถ้ามีค่าผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป
 - ii. 75-gm oral glucose tolerance test (75-gm OGTT): ค่าปกติน้อยกว่า 92, 180, 153 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สำหรับ FBS, 1-hr, 2-hr ตามลำดับ และจะวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ถ้ามีค่าผิดปกติตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไป

การคัดกรอง one step: 75 gm OGTT และ two step: 50 gm GCT then 100 gm OGTT

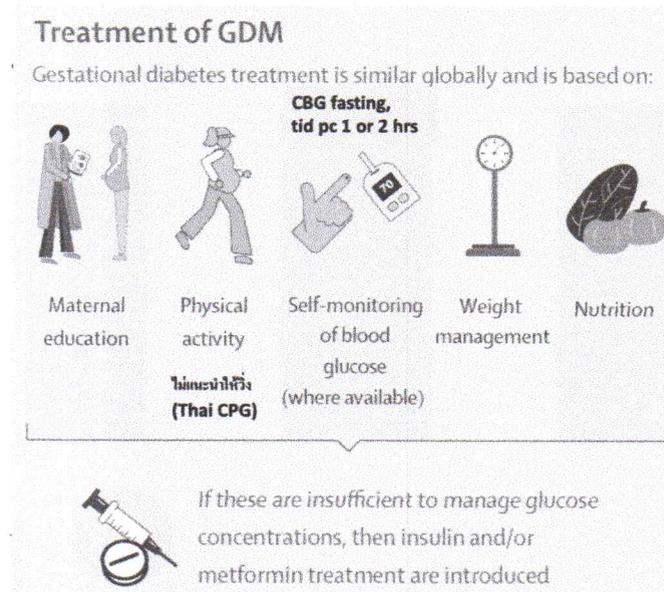
INTERPRETING TEST RESULTS

Blood sugar	NDDG criteria 100 gmOGTT	Carpenter & Coustan Criteria 100gm OGTT	IADPSG 75 gm OGTT
Fasting	105	95	92
1 hour	190	180	180
2 hour	165	155	153
3 hour	145	140	

การติดตามค่าระดับน้ำตาลในสตรีมีครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

1. Preprandial (before a meal): 95 mg/dL or less
2. One hour after a meal: 140 mg/dL or less
3. Two hour after a meal: 120 mg/dL or less

การรักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์



1. ยาเม็ดใน GDM หากจำเป็นไม่สามารถใช้ยาฉีดอินซูลิน อาจใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเลือกใช้ metformin หรือใช้ metformin ร่วมกับอินซูลิน ในกรณีที่ต้องใช้อินซูลินปริมาณสูงมาก

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในวันคลอด ในสตรีมีครรภ์ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน จะดูแลเหมือนสตรีมีครรภ์ปกติทั่วไปที่ไม่เป็น GDM ในช่วงเจ็บครรภ์ โดยในระยะ active phase ให้ตรวจ CBG ทุก

1-2 ชั่วโมง inactive phase ให้ตรวจ CBG post meal or q 4 hrs. เป้าหมายน้ำตาลอยู่ในระดับ 70-120 มก./ดล.

3. ระยะหลังคลอด สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ การคุมกำเนิด กรณีไม่มีปัญหาระบบ ไทลเวียนเลือด เลือกรวิธีคุมกำเนิดที่มี hormone ได้ทุกชนิด เป็น progestin only or low dose combined OCP กรณีมีปัญหาในระบบไทลเวียนเลือด หลีกเลี้ยง DMPA, combined OCP แนะนำ progestin-releasing IUD, copper IUD, implant, barrier method, ทำหมัน

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะ GDM

1. การคัดกรอง ได้แก่ การคัดกรองภาวะเสี่ยงในไตรมาสที่ 1 และการตรวจคัดกรองที่อายุครรภ์ 24 – 28 สัปดาห์ (universal screening)

2. การให้ความรู้ ได้แก่ อาหารและสารอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

3. การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

4. การช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาโดยการใช้อินซูลิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7. Medical Lawsuits: Learning together: รศ.พญ.ฐิติมา สุนทรสัง และ อ.ประสัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล

สถิติเรื่องร้องเรียน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-มีนาคม 2568 เรื่องร้องเรียนจากแพทยสภา ทั้งหมด 629 เรื่อง โดยการร้องเรียนอยู่ใน กทม. ร้อยละ 51 เป็นเรื่องเกี่ยวกับสูติกรรม ร้อยละ 67 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในสถานพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 47 และเอกชน ร้อยละ 45 และเป็น รพ.เอกชน ร้อยละ 45

case study ที่มีการร้องเรียน ได้แก่ 1) Uterine inversion 2) RV fistula after vaginal delivery 3) Retained gauze after vaginal delivery และ 4) Fundal pressure

ปัญหาของงานผดุงครรภ์ ได้แก่ 1) ถูกมอบหมายงานให้ปฏิบัติเกินข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพ 2) ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ 3) อัตรากำลังไม่เพียงพอ 4) มีความเสี่ยงสูงในการถูกฟ้องร้อง และ 5) อัตราการคลอดของประชากรน้อยลง

สาเหตุของการฟ้องร้องของผู้รับบริการ ได้แก่ 1) ความไม่ไว้วางใจ (trust) ระหว่างแพทย์/พยาบาล และผู้ป่วย 2) ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม 3) สัมพันธภาพ และ 4) ความต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขระบบบริการ

สาเหตุของความผิดพลาด ได้แก่ 1) ขาดความสามารถในการดูแลติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 2) ขาดทักษะการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และ 3) ขาดทักษะการแปลผลและแยกแยะความผิดปกติ

ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, 10 มีนาคม 2564) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง การพยาบาลระยะคลอด ผู้ประกอบวิชาชีพฯ กระทำการผดุงครรภ์ได้เฉพาะการตั้งครรภ์ปกติ การคลอดอย่างปกติ การดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

1. ระยะเวลาก่อนคลอด 1) ประเมินสตรีมีครรภ์: ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การตรวจหน้าท้องเพื่อประเมินความพร้อมในการคลอด 2) การตรวจประเมินทารกในครรภ์: ตรวจการเต้นของหัวใจทารก ประเมินน้ำหนักทารก ส่วนน้ำและท่าทารก 3) การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด: การหดตัวของมดลูก การเปิดและความบางของปากมดลูก ท่าของทารก การเคลื่อนของส่วนน้ำ และการแตกของถุงน้ำคร่ำ

2. ระยะเวลาคลอด (intrapartum) ได้แก่ 1) การชักนำการคลอด 2) การทำคลอดปกติ การตัดฝีเย็บตามข้อบ่งชี้ 3) การทำคลอดรกและเยื่อหุ้มรก โดยวิธี Modified Crede' Maneuver การตรวจรกและเยื่อหุ้มรก การทำคลอดรกด้วยการดึงรั้งสายสะดือ (Control cord traction) กรณีรูก้างถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเกิดอันตราย และถ้ารกไม่คลอดให้ส่งต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทันที 4) การข้อมฝีเย็บ ที่มีการฉีกขาดไม่เกินระดับ 2 5) การประเมินการเสียเลือด 6) การประเมินสัญญาณชีพ หลังคลอดทันทีและก่อนย้ายออกจากห้องคลอด และ 7) การช่วยเหลือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในรายที่มีการคลอดที่ผิดปกติ ได้แก่ การคลอดไหล่ยาก การใช้เครื่อง VE, FE การทำ C/S และการทำหัตถการทางสูติกรรมอื่นๆ

ห้ามกระทำการที่เกี่ยวกับการคลอด ดังนี้ 1) การเจาะถุงน้ำคร่ำ เพื่อการตรวจภาวะการณเจริญเติบโตของทารก (amniocentesis) 2) ทำคลอดที่มีความผิดปกติ: ทำกัน ทำขวาง ส่วนน้ำใหญ่กว่าเชิงกราน คลอดแฝด สายสะดือย้อย 3) ล้วงรก 4) การกลับท่าเด็ก ทั้งภายนอกและภายใน 5) การใช้มือกดหน้าท้องในขณะช่วยคลอด 6) การเย็บข้อมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดระดับ 3 7) การทำแท้ง

3. ระยะเวลาหลังคลอด (postpartum) ได้แก่ 1) ดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) ต้องใช้ยาทำลายและป้องกันการติดเชื้อสำหรับหยอดตาหรือป้ายตาทารกแรกเกิดทันที 3) ให้มารดาได้สัมผัสโอบกอดทารกและเริ่มดูนมจากมารดาภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด 4) บันทึกรายงาน ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เก็บไว้ 5 ปี 5) การดูแลทารก ก่อนย้ายไปอยู่กับมารดา

การลดความเสี่ยงทางกฎหมาย ได้แก่ 1) การปฏิบัติงานในสภาพการณ์ที่มีความปลอดภัย: จำนวนบุคลากรที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับงาน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อุปกรณ์เครื่องมืออยู่ในสภาพที่ดี มีมาตรการปรับปรุงสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายอย่างสม่ำเสมอ และมีระบบตรวจสอบ การประเมินผล และการกำกับดูแล 2) ว่องไวและจริงใจกับการแก้ปัญหา 3) รู้จักการใช้ระบบการประเมินประนีประนอม 4) การสื่อสารที่ดี 5) Known your limitation 6) การให้คำปรึกษาที่ดี 7) การบันทึกข้อมูลที่ดี

8. Together in Action: Enhancing Outcomes for Placenta Accreta Spectrum Through Teamwork: รศ.นพ.พฤษัท จันทรประภาพ รศ.พญ.สาวิตรี พรานพนัส และ พว.จารุณี ลีธีระกุล

ภาวะรกเกาะลึก (placenta accreta spectrum: PAS) แบ่งเป็น 3 ระดับ ตาม FIGO ดังนี้ Placenta accreta, Placenta increta, Placenta percreta

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดคลอด มีภาวะรกเกาะต่ำ และมีประวัติการทำหัตถการของมดลูก เช่น การล้วงรก การขูดมดลูก

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะรกเกาะลึก

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การดูแลภาวะรกเกาะลึก

RTCOG Clinical Practice Guideline

Management of Placenta Accreta Spectrum

RTCOG Clinical Practice Guideline Management of Placenta Accreta

เอกสารหมายเลข OB 67-037

จัดทำโดย คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2565-2567

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567

วันที่อนุมัติฉบับนี้ 20 กันยายน 2567

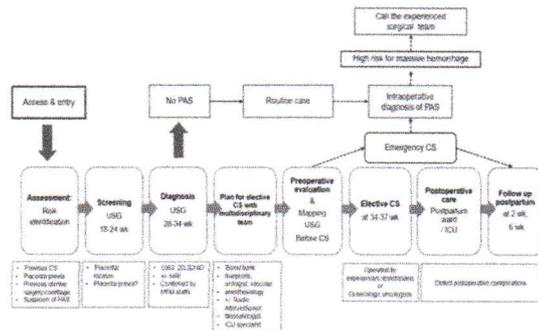
คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อชี้แจงหรือพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัติไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติตามหลักการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติตามดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท หรือการข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้ไม่ได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

การดูแลภาวะรกเกาะลึก

Management of Placenta Accreta Spectrum

รูปที่ 3 แผนภูมิแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ PAS ด้วยทีมสหสาขา



PAS, Placenta Accreta Spectrum; CS, Cesarean Section; USG, Ultrasound; 2D, 2-dimensional; 3D, 3-dimensional; 4D, 4-dimensional; MRI, Magnetic Resonance Imaging; ICU, Intensive Care Unit; MFM, Maternal-Fetal Medicine; wk, week.

29

บทบาทพยาบาล: การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก

1. การดูแลระยะตั้งครรรภ์ ได้แก่ 1) คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด PAS ได้แก่ ประวัติการผ่าตัดคลอด ประวัติการทำหัตถการทางมดลูก ประวัติ/ตรวจพบภาวะรกเกาะต่ำ มีประวัติการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีประวัติการเกิดภาวะรกเกาะแน่นในครรภ์ก่อน อายุมากกว่า 35 ปี จำนวนการคลอดบุตรหลายครั้ง 2) นัดหมายเพื่อส่งตรวจที่ MFM/ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน ก่อนอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ 3) ประสานทีมรังสีแพทย์ในการส่งตรวจด้วยเครื่อง MRI ที่อายุครรภ์ประมาณ 32 สัปดาห์ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและเก็บข้อมูลก่อนการดูแลรักษา 4) นัดฝากครรภ์ที่คลินิกครรภ์เสี่ยงสูง 5) ให้ความรู้/คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโรค อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ และการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรรภ์ 6) ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิการรักษา 7) ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ อาการแสดง และแก้ไขภาวะซีด 8) กำหนดการผ่าตัดคลอดที่อายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ โดยจัดให้เป็นการผ่าตัดครั้งแรกของวัน 9) นัดหมาย admit ก่อนวันผ่าตัด 2 วัน 10) ให้คำแนะนำและเอกสารการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

2. การดูแลก่อนการผ่าตัด (ห้องคลอด) ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด 2) ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ 3) ดูแลให้ได้รับยาธาตุเหล็กตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 4) ดูแลให้ได้รับเลือด/ส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา 5) การดูแลด้านจิตใจ 6) สิทธิการรักษา

3. การดูแลระยะผ่าตัดคลอด ได้แก่ 1) เตรียมเครื่องมือพิเศษ 2) ตรวจสอบความพร้อมของเลือดและองค์ประกอบของเลือดที่เตรียมไว้ และเริ่มให้เลือดและองค์ประกอบของเลือดทันที 3) ขณะผ่าตัด จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า supine position 4) คาสายปัสสาวะ 5) บริหารยา cefazolin 60 นาทีก่อนการผ่าตัด 6) บริหารยา tranexemic acid และ carbetocin เมื่อทารกคลอด

4. การดูแลระยะหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ 1) ห้องคลอด: ประเมิน V/S เลือดที่ออกจากท่อระบาย แผลผ่าตัด ลักษณะและจำนวนปัสสาวะ และเฝ้ารวังอย่างใกล้ชิด ดูแลบรรเทาความเจ็บปวด ตรวจสอบติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ 2) หน่วยหลังคลอด: ดูแลบรรเทาความเจ็บปวด ดูแลการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ V/S แผลผ่าตัดหน้าท้อง การถ่ายปัสสาวะ การติดตามภาวะซีด การเริ่มอาหารอ่อน และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องอืด ดูแลการได้รับยา antibiotic และยาระงับปวด การฟื้นฟูร่างกายภายหลังผ่าตัดคลอด การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

9. Maternal RSV Vaccination: Revolutionizing of RSV Disease Prevention in Infants: รศ.พญ.เจนจิต พิษย์ลักษณ์ และ รศ.พญ.ทวิติยา สุจริตรักษ์

การฉีดวัคซีน RSV แก่มารดาอาจเป็นประโยชน์ในการช่วยปกป้องทารกจากโรค RSV ดังนี้ 1) การฉีดวัคซีนระหว่างตั้งครรภ์สามารถช่วยปกป้องทารกจาก LRTD ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน 2) วัคซีนตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันแบบ polyclonal (เปรียบเทียบกับ monoclonal) 3) มารดาอาจได้รับการฉีดวัคซีนตามปกติ 4) สตรีมีครรภ์อาจต้องการฉีดวัคซีนมากกว่าให้ทารกได้รับการฉีดวัคซีนหลังคลอด

ปัจจัยเสี่ยงของโรค RSV

Risk factors of RSV-associated acute LRTI in infants and young children

	Premature birth		Maternal smoking and indoor smoke pollution
	Less than 6 months of age at the start of RSV season, or being born during the RSV season		Low cord serum RSV antibody titres
	Malnutrition/small size for gestational age		Crowded living conditions
	Family history of atopy or asthma		Siblings and/or in day care
	Male		

Prevention of RSV



Reduce the spread

Disinfection with alcohol-based rubs and hand washing with alcohol-based rubs or soap and water are highly effective in reducing the spread of RSV¹



Limit the transmission

Gloves and gowns can help in limiting transmission¹



Immunoprophylaxis & vaccine

Perhaps the most important success in the war against RSV so far has been the development of effective immunoprophylaxis¹

10. Fetal Anemia: Different Experience among Thai Pregnant Women: ศ.เกียรติคุณ นพ.จีระทองสง

ภาวะซีดของทารกในครรภ์ เป็นภาวะที่ทารกมีระดับ Hb ต่ำกว่าปกติ โดยค่า Hct ต่ำกว่าร้อยละ 30 ในไตรมาสที่สองและสาม หรือ ค่า Hb ที่ต่ำไปจากค่าเฉลี่ยที่แปรไปตามอายุครรภ์ แบ่งเป็น 3 ระดับตามความรุนแรง คือ ซีดเล็กน้อย: ค่าต่ำลงน้อยกว่า 2 กรัม/เดซิลิตร ซีดปานกลาง: ค่าต่ำลงระหว่าง 2-7 กรัม/เดซิลิตร ซีดรุนแรง: ค่าต่ำลงมากกว่า 7 กรัม/เดซิลิตร หรือ ค่า Hb ที่ปรับเป็นหน่วย multiple of median (MoM) แบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรง คือ ซีดเล็กน้อย 0.84-0.65 MoM. ซีดปานกลาง 0.64-0.55 MoM. ซีดรุนแรง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.54 MoM.

สาเหตุของทารกซีด ได้แก่ 1) ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก 2) การเสียเลือดของทารก 3) การสร้างเม็ดเลือดได้น้อย

การตรวจค้นเพื่อวินิจฉัยภาวะทารกซีดในครรภ์ แบ่งเป็นสองแนวทางหลักคือ 1) การตรวจค้นในรายที่มีความเสี่ยงสูง มีการตรวจติดตามไปตั้งแต่ทารกปกติ 2) การตรวจค้นเพิ่มเติมเมื่อตรวจพบทารกในครรภ์ที่สงสัยจะมีภาวะซีด โดยการตรวจค้นในมารดา จากทบทวนประวัติอย่างละเอียด ตรวจคัดกรองพาหะธาลัสซีเมีย ตรวจหาเลือดลูกที่รั่วซึมเข้าสู่กระแสเลือดแม่ ตรวจหมู่เลือด และตรวจเลือดหากการติดเชื้อจำเพาะ รวมทั้งการสืบค้นด้านทารก จากการตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจน้ำคร่ำหรือเลือดสายสะดือ