มพว.ธอ. 713 /2565

11 ม.ค. 66

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงราย
ที่ 1224 (ท) /2565
12 ม.ค. 2566 เวลา 10:50
ผู้รับ

วิทยาลัยเชียงราย

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล อาจารย์กฤษณา ปิงวงศ์	**ตำแหน่ง** : อาจารย์ประจำ
หน่วยงาน : กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์	
กิจกรรม ประชุมวิชาการครั้งที่ 3 ประจำปี 2565	○ การสัมมนา ○ การฝึกอบรม ⊘ การประชุมเชิงวิชาการ ○ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ○ อื่นๆ(ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่ 958(11)/2565
เรื่อง	Update in Maternal fetal Medicine
หน่วยงานที่จัด	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่จัด	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วัน เดือน ปี	วันที่ 22-23 ธันวาคม 2565
ค่าใช้จ่าย	**งบประมาณที่เบิก** ○ ไม่มี √ มี จำนวน.....338.....บาท **งบประมาณที่จ่ายจริง** ○ ไม่มี √ มี จำนวน..... 338.....บาท **งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม** ○ ไม่มี ○ มี จำนวน.....บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	○ ได้รับ ○ ไม่ได้รับเนื่องจาก..... √ ไม่มี

สรุปสาระสำคัญ

ดังเอกสารแนบ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพิ่มความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
2. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนา ปรับปรุงเนื้อหาที่มีการจัดการเรียนการสอนให้ทันสมัย

แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน

1. ปรับปรุงเนื้อหาในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 3 ให้มีความทันสมัย
2. สอดแทรกความรู้ให้แก่นักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2

หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	**หมายเหตุ**
เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 3 หัวข้อ การดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง	

เอกสารที่แนบมาด้วย

- สรุปการเข้าร่วมประชุมวิชาการ Update in Maternal fetal Medicine
- ใบสำคัญรับเงิน 1 ฉบับ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พุทธชาด แก้วยา
6 ม.ค. 66

เรื่องอนุมัติ
เพื่อโปรดพิจารณา
10 มค 66

ผู้รายงาน กฤษณา ปิงวงศ์
(อาจารย์กฤษณา ปิงวงศ์)
6 / มกราคม / 2566

ความคิดเห็นของรองอธิการบดี ○ ฝ่ายบริหาร ○ ฝ่ายวิชาการ ○ ฝ่ายกิจการนักศึกษา

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

ความคิดเห็นของอธิการบดี

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

16 / มค 2566 / .....

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

วันที่ 6 ธันวาคม 2565 | ใบเสร็จจ่าย | เลขที่ PV-6501045

ประเภทจ่าย B- เงินโอนผ่านธ วิทยาลัยเชียงรายจ่าย อาจารย์กฤษณา ปิงวงค์

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
1.	ค่าใช้จ่ายในการประชุมสัมมนา ได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว 07 ธันวาคม 65	(338.00)
	(สามร้อยสามสิบแปดบาทถ้วน)	(338.00)

ลงชื่อ.....กฤษณา ปิงวงศ์.....(ผู้รับเงิน)
(อาจารย์กฤษณา ปิงวงค์)
ตำแหน่ง.....

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

สรุปการเข้าร่วมประชุมวิชาการ Update in Maternal fetal Medicine

วันที่ 22-23 ธันวาคม 2565 เวลา 08.00-17.00 น. ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. What is New in Thai ANC: An Overview

การจัดบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบด้วย

1. การคัดกรองความเสี่ยงรวมทั้งโรคทางพันธุกรรม ความพิการแต่กำเนิด
2. การป้องกันและดูแลรักษาโรคหรือภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์
3. การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นสำคัญของนโยบายการฝากครรภ์ พ.ศ.2565 คือ มาตรฐานการฝากครรภ์ยังคงสอดคล้องตามคำแนะนำของ WHO 2016 คุณภาพบริการ : เน้นทั้งหญิงตั้งครรภ์และคู่ ทำกิจกรรมคัดกรองให้ครบถ้วน ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ส่งเสริมให้เครือข่าย ชุมชนมีส่วนร่วม การส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ในเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้มีกิจกรรมการฝากครรภ์ที่เพิ่มเติมจากเดิม ได้แก่

- เพิ่มจำนวนการฝากครรภ์เป็นอย่างนอย 8 ครั้ง โดยเพิ่มความถี่ในช่วง TM 3 เมื่อ GA ≤ 12, 20, 26, 30,34, 36, 38 และ 40 wks.
- เพิ่มจำนวนการตรวจอัลตราซาวด์เป็น 2 ครั้ง คือ ครั้งที่1 ประเมิน GA, number, viability เพื่อเตรียมสำหรับคดักรองกลุ่มอาการดาวน์ไปด้วยใน TM1 ครั้งที่2 เพื่อยืนยัน GA และ คัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์ (GA 18-24 wks.) และรก
- การฉีดวัคซีน Tdap แทนวัคซีน dTในช่วง GA 27-36 สัปดาห์
- การให้ยาเสริม แคลเซียม กินทุกวนั ตลอดการตั้งครรภ์
- การตรวจหาโรคซิฟิลิสด้วยวิธี reverse algorithm หากหน่วยบริการยงัไม่สามารถตรวจได้ ให้ใช้วิธีดั้งเดิมไปก่อน (VDRL/RPR)
- คัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเมื่อ GA 24 - 28 wks. หากเป็นกลุ่ม เสี่ยงให้คักรองเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก
- การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (ตรวจ NST, อัลตราซาวด์ดูน้ำคร่ำ) เมื่ออายุครรภ์40 สัปดาห์
- การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียและซิฟิลิสในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์

2. Fetal growth restriction: What do we need to know?

FGR คือการที่ทารกมี Estimation of fetal weight (EFW) < 10th percentile on population based หรือ customized growth curves หรือมีผลการตรวจพบ Fetal abdominal circumference (AC) < 10th percentile on population based or customized growth curves

การดูแลที่สำคัญ คือ

- การประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอนให้ได้ เพื่อเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้อย่างแม่นยำ

- ตรวจสอบว่าเป็น FGR ชนิดไหน Constitutional small VS. FGR หรือ Early onset VS. late onset FGR เพื่อวางแผนการตรวจประเมินและการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

- ติดตามการเจริญเติบโตอย่างใกล้ชิด

- ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด

- ให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ตามข้อบ่งชี้

3. How to deal with twin pregnancy

สรุปแนวทางการดูแลสตรีครรภ์แฝด

	DCDA	MCDA	MCMA
Dating/ Chorionicity	1st trimester or early 2nd trimester (Level B)		
Screening Fetal Chromosomal Abnormality	All women NT, first trimester combined test, Quad test, cfDNA (Level C)		
Preventing Pre-eclampsia	ASA 81mg/day, initiate 12-28 wk (<16wk)		
Screening structural anomaly/ echocardiography and cervical length	18-22 wk (Good practical point)		
Monitoring with US	start 24 wk, every 4 wk (Good practical point)	start 16 wk, every 2 wk (Level A)	
Fetal surveillance/ NST	weekly, at 36 wk (Level C)	weekly, at 32 wk	daily, at 24-28 wk
Preterm prevention	no role of tocolytics, progesterone (Level A) routine intervention; bedrest, cerclage, pessary should not be used (Level B)		
Preterm labor	tocolytics, corticosteroid (24-34 wk) (Level B), MgSo4 (<32) (Level B)		
Timing of delivery	38-38+6 wk	34-37+6 wk	32-34 wk (Level C)
Route of delivery	GA >32 wk, vertex presenting fetus→ Vg (Level C)		C/S (Level C)

4. Antepartum fetal surveillance: What is new in ACOG 2022?

การตรวจสุขภาพทารกก่อนคลอด (antepartum fetal surveillance) มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตของทารกในครรภ์และแรกคลอด (stillbirths) เทคนิคการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์มีหลากหลายวิธีโดยมีพื้นฐานจากการประเมินรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart rate; FHR patterns) ซึ่งใช้ในเวชปฏิบัติมานานเกือบสี่ทศวรรษ ร่วมกับการประเมินสุขภาวะ (fetal well-being) ของทารกในครรภ์จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (real-time ultrasonography) และการตรวจการไหลเวียนเลือดภายในเส้นเลือดแดงสายสะดือ (umbilical artery Doppler velocimetry) โดยสรุป ดังนี้

- การนับลูกดิ้น แม้มีรายงานการศึกษาที่พบว่าการนับหรือไม่นับไม่มีผลแตกต่างกัน แต่แนะนำให้ปฏิบัติ โดยหลักสำคัญคือนับให้ถึงอย่างน้อย 10 ครั้ง ในขอบเขตเวลาที่กำหนด

- การวัด AF-DVP แทนการวัด AFI เพื่อวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำน้อยช่วยลดการดูแลรักษาที่ไม่จำเป็นโดยไม่ทำให้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีเพิ่มขึ้น

- ในการตั้งครรภ์ที่ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การตรวจ UAD ร่วมกับการตรวจสุขภาพทารกในระยะก่อนคลอดตามมาตรฐาน เช่น NST และ/หรือ BPP ช่วยทำให้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ดีขึ้น

- หากผลการตรวจ NST หรือ modified BPP ผิดปกติควรตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เพิ่มเติมด้วย CST หรือ BPP

- การเริ่มตรวจสุขภาพทารกในระยะก่อนคลอดที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไปถือว่าเหมาะสมในการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทั่วไป อย่างไรก็ตามในการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมากอาจเริ่มตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เร็วขึ้นโดยเริ่ม ณ อายุครรภ์ที่การให้คลอดจะมีประโยชน์ต่อทารกแรกคลอด

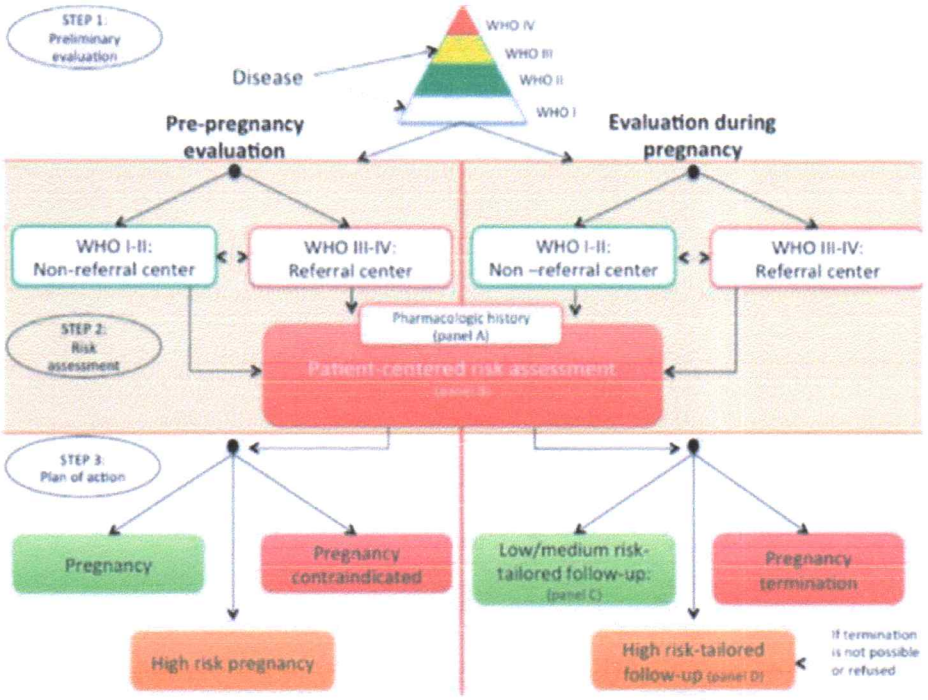
- การตรวจสุขภาพทารกในระยะก่อนคลอดควรทำซ้ำเป็นระยะจนกว่าจะคลอดหากข้อบ่งชี้ในการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ยังคงอยู่ โดยการตรวจสุขภาพทารกในระยะก่อนคลอดทุก 1 สัปดาห์ถือว่าเหมาะสมในการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทั่วไป อย่างไรก็ตามในการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมากอาจพิจารณาตรวจบ่อยขึ้น

- การให้คลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจสุขภาพทารกผิดปกติมักทำโดยการกระตุ้นเร่งคลอดและให้คลอดทางช่องคลอดหากไม่มีข้อห้าม ระหว่างการรอคลอดควรตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์และการหดรัดตัวของมดลูกตลอดเวลา

- ภาวะน้ำคร่ำน้อยเพียงอย่างเดียว (วินิจฉัยจากการวัด AF-DVP ได้น้อยกว่า 2 เซนติเมตร) แนะนำให้คลอดที่อายุครรภ์ 36–37^{+6} สัปดาห์หรือให้คลอดทันทีหากวินิจฉัยได้หลังจากนั้น ในกรณีพบภาวะน้ำคร่ำน้อยที่สุดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ การตัดสินใจให้คลอดหรือดูแลรักษาด้วยการเฝ้าระวัง อาจพิจารณาเป็นรายๆ ไปโดยคำนึงถึงอายุครรภ์ สภาวะของมารดา และสุขภาพของทารกในครรภ์

5. heart disease in pregnancy: Is it still a problem?

แนวทางการดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย เน้นการประเมินระดับความรุนแรงของโรค เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม การติดตามประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ การวางแผนการคลอดที่เหมาะสมทั้งระยะเวลา และวิธีการคลอด โดยมีแนวทางการดูแล ดังนี้



6. 1st stage labor assessment: What should to understand?

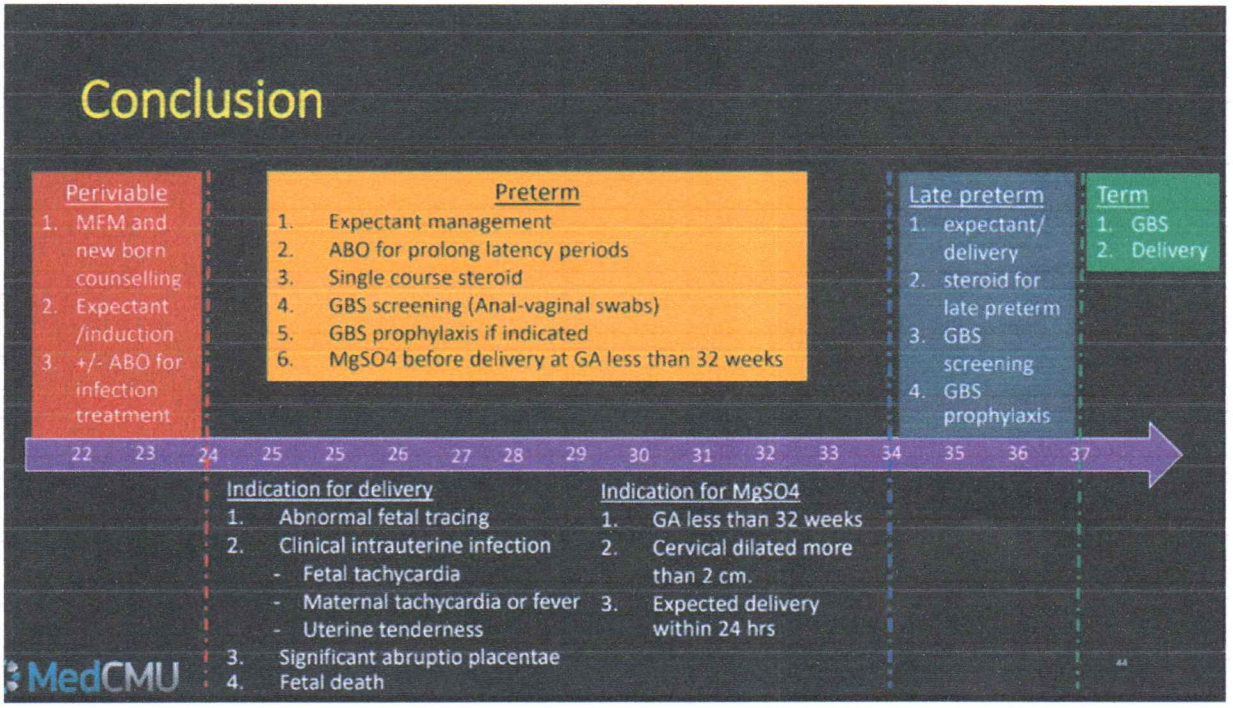
ปัจจุบันการติดตามประเมินผู้คลอดในระยะคลอดโดยใช้ WHO partograph ได้รับการพัฒนา และมีความแตกต่างจากอดีตเล็กน้อย ดังรายละเอียด

	Friedman's curve 1955	WHO partograph 1994	Modified WHO partograph 2008	ACOG & sMFM (Contemporary labor curve) 2014 Reaffirmed 2016	WHO recommenda-tions 2018	WHO Labor Care Guide 2020
Active phase	3-4 cm	3 cm	4 cm	6 cm	5 cm	5 cm
Abnormal labor progression criteria	▪ Prolongation disorder ▪ Protraction disorders ▪ Arrest disorders	▪ Referral zone ▪ Action zone	▪ Referral zone ▪ Action zone	▪ Cervical dilatation ≥6 cm with ROM and no progression in 4 hours with adequate UC 6 hours with unadjusted UC ▪ 95th percentile line	▪ >12 hours in nulliparous ▪ >10 hour in multiparous	▪ 5 cm≥6 h ▪ 6 cm≥5 h ▪ 7 cm≥3 h ▪ 8 cm≥2.5 h ▪ 9 cm≥2h
Advantage	No partograph	Referral zone	Referral zone	Prevent unnecessary C/S	Prevent unnecessary C/S	More attention with less intervention
Disadvantage	Latent phase, early active phase unnecessary intervention	Latent phase, early active phase unnecessary intervention	Early active phase unnecessary intervention	No refer time	No refer time	No refer time Management depends on policy
Applicable in	Developing country	Developing country	Developing country	Developed country	Developed country	Global: requiring local policy for Mx

เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

7. Follow the guide for management in PROM

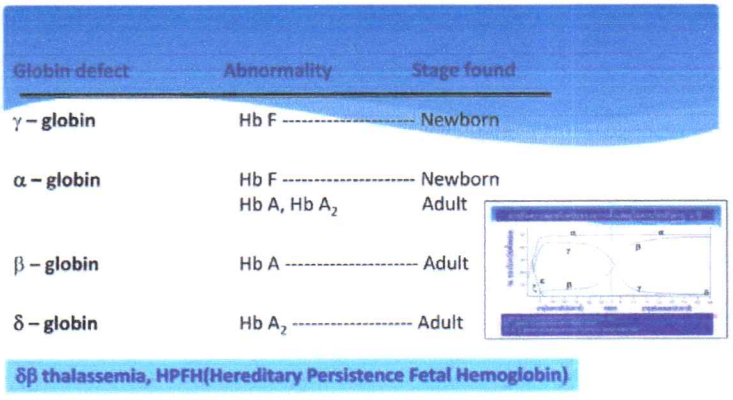
สรุปแนวทางการรักษาและการดูแลภาวะน้ำเดินก่อนกำหนดในแต่ละช่วงอายุครรภ์



8. Hemoglobin variants and Genetic Counseling

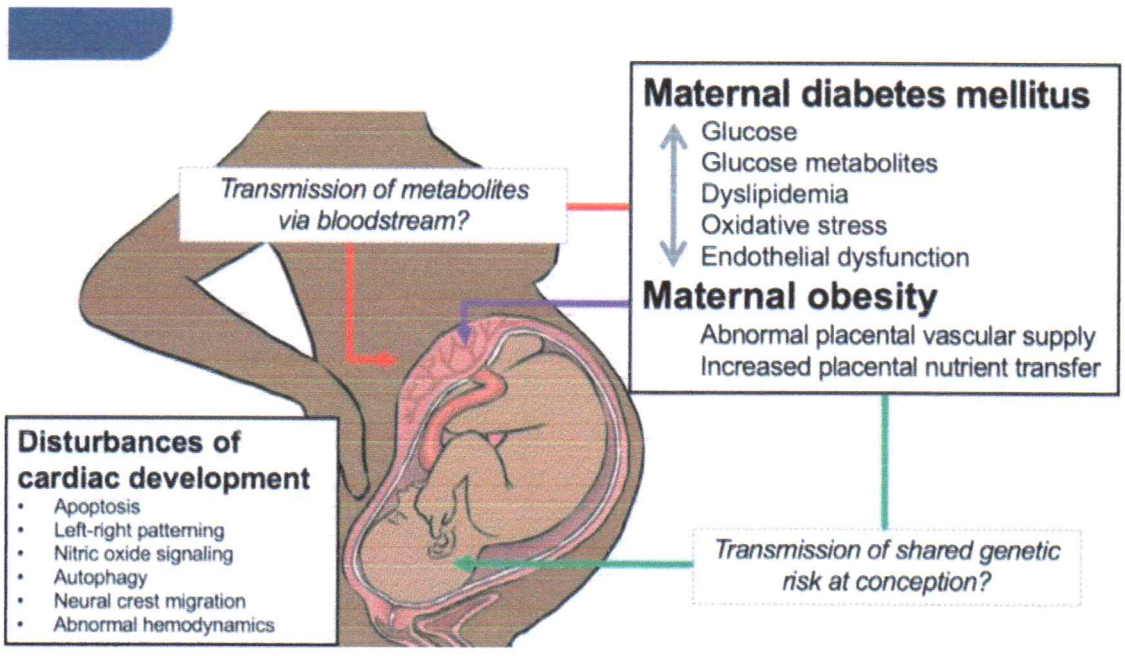
Hemoglobin variants

ความผิดปกติของการสังเคราะห์สายโกบิลทำให้มี ชนิด ลำดับ หรือ จำนวน กรดอะมิโนแตกต่างไป จากสายโกลบินปกติโดยที่ปริมาณการสังเคราะห์อาจไม่เปลี่ยนแปลงไป



Genetic Counseling

หลักการสำคัญในการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์คือ patient autonomy ให้ข้อมูลให้เพียงพอแก่ผู้รับบริการเพื่อให้สามารถตัดสินใจ โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค วิธีการรักษา แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การประเมินความเสี่ยงและทางเลือกในการป้องกันเหลีกเลี่ยงการมีลูกที่เป็นโรค

9. How important of DM in pregnancy?

สรุปภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในทารก