

คู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่

1. บทนำ

การขาดการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดที่ดีในประเทศกำลังพัฒนา ทำให้เกิดการตายหรือทุพพลภาพแก่มารดาและทารก การดูแลผู้ตั้งครรภ์ที่แนะนำให้ปฏิบัติในประเทศกำลังพัฒนามักจะใช้แนวทางเดียวกันกับที่ใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีกรปรับเปลี่ยนเพียงเล็กน้อยตามสถานที่ ซึ่งการดูแลผู้ตั้งครรภ์ดังกล่าว ยังขาดการประเมินอย่างจริงจัง ว่ามีประสิทธิผลดีจริงหรือไม่ จึงทำให้ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่า หัตถการใดมีประสิทธิผลดีต่อผู้ตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการให้การสนับสนุน ในประเทศกำลังพัฒนาการดูแลผู้ตั้งครรภ์ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ทั่วถึง และสม่ำเสมอ ผู้ตั้งครรภ์ยังเสียเวลารอนานและได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอ

เพื่อหาคำตอบในเรื่องดังกล่าวโครงการอนามัยเจริญพันธุ์ของ UNDP/UNFPA/WHO/World Bank จึงได้ร่วมมือกันทำวิจัยชนิดทดลองแบบสหสถาบัน (multicentre randomized controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์มาตรฐานตะวันตก กับรูปแบบการดูแล ผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก โดยใช้การทดสอบและหัตถการต่างๆ เฉพาะที่มีหลักฐานพิสูจน์แน่ชัด โดยการวิจัยแล้วว่ามีประโยชน์ต่อผลการตั้งครรภ์ทั้งมารดาและทารก รวมทั้งเน้นการให้สูติศึกษา และลดจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ที่ไม่จำเป็น ผลของงานวิจัยนี้พบว่า การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่กับการดูแลผู้ตั้งครรภ์มาตรฐานเดิมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงในระยะหลังคลอด ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่พบความแตกต่างในเรื่องของการชักจากพิษแห่งครรภ์ (eclampsia) และการเสียชีวิตของมารดาและทารก รวมทั้งผลการตั้งครรภ์อื่นๆต่อทั้งมารดาและทารก นอกจากนี้ทั้งผู้ตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ตั้งครรภ์ก็มีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่นี้

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามขององค์การอนามัยโลกที่จะปรับปรุงสุขภาพของมารดาให้ดีขึ้นและควรใช้เอกสารนี้ควบคู่กับเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ตั้งครรภ์ขององค์การอนามัยโลก การวิจัยนี้อธิบายถึงส่วนประกอบพื้นฐานของการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย การรักษาพยาบาล(intervention) เฉพาะที่พิสูจน์โดย randomized controlled trials แล้วว่ามีประสิทธิผลจริง มีรายละเอียดวิธีการให้การดูแลผู้ตั้งครรภ์ทั้ง 4 ครั้งที่มาฝากครรภ์ ในขณะที่การดูแลบางอย่างอาจจะทำได้โดย พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมแล้ว แต่การดูแลบางอย่างก็ต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ในการปฏิบัติดูแลและแปลผล⁽¹⁾ ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์ หรือสูติ-นรีแพทย์ในการนำการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่นี้มาปฏิบัติ

2. หมายเหตุสำคัญ

สิ่งสำคัญที่ต้องเน้นคือ การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เฉพาะกับผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ (low risk pregnancy) เท่านั้น ในกรณีที่พบว่ามีภาวะผิดปกติ (ตาม classifying

form) นอกจากการดูแลขั้นพื้นฐานแล้วต้องให้การดูแลความเสี่ยงที่พบตามมาตรฐานการดูแลความเสี่ยงที่ใช้ในโรงพยาบาลนั้นๆด้วย ซึ่งไม่มีรายละเอียดระบุในคู่มือนี้ และถ้าทางโรงพยาบาลยังไม่มี ทางองค์การอนามัยโลกแนะนำให้พัฒนามาตรฐานการดูแลภาวะแทรกซ้อนต่างๆขึ้นเอง (โดยแนะนำให้ดูเอกสารอ้างอิงที่ 2, 3, 4, 5, 6 ประกอบ)⁽²⁻⁶⁾ ความสำเร็จของการนำการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่นี้มาปฏิบัติ ต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งดำเนินการโดยสถานพยาบาลนั้นๆ ทั้งในด้านระบบการจัดการและอุปกรณ์สนับสนุน

3. ข้อมูลหลักฐาน

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงงานวิจัยเรื่องการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก⁽⁷⁾ และผลการวิจัยที่สำคัญ รวมทั้งงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) ซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบต่างๆ ของการดูแลผู้ตั้งครรภ์^(8,9)

3.1 การวิจัยแบบสหสถาบันขององค์การอนามัยโลก

สมมติฐานของการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก (ซึ่งประกอบด้วย การดูแลรักษาที่พิสูจน์จากการวิจัยที่เชื่อถือได้แล้วว่าทำให้เกิดผลดีต่อมารดาและทารก) จะมีประสิทธิผลดีเทียบเท่าการดูแลผู้ตั้งครรภ์รูปแบบมาตรฐานที่ใช้อยู่ โดยตัวชี้วัด คือ ผลลัพธ์ต่อมารดาและทารกในครรภ์เดี่ยว ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการบริการ และการยอมรับของผู้ตั้งครรภ์และผู้ให้บริการ^(7,10)

ได้มีการสุ่มแบ่งคลินิกดูแลผู้ตั้งครรภ์ 53 แห่ง ใน 4 ประเทศ (เมือง Rosario ประเทศ Argentina เมือง Havana ประเทศ Cuba เมือง Jeddah ประเทศ Saudi Arabia และจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย) ออกเป็น 2 กลุ่ม โดย 27 คลินิกให้การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกเป็นกลุ่ม intervention และอีก 26 คลินิกให้การดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามมาตรฐานที่ใช้อยู่เดิม เป็นกลุ่ม control มีจำนวนผู้ตั้งครรภ์ในโครงการทั้งหมด 24,678 คน ระยะเวลาในการวิจัย ตั้งแต่ ค.ศ. 1996 ถึง ค.ศ. 1998 รวมเวลา 18 เดือน ผู้ตั้งครรภ์ในกลุ่มการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่จะถูกจัดกลุ่มโดยใช้ประวัติทางสูติศาสตร์และทางคลินิกที่สำคัญเป็นเกณฑ์ ถ้าไม่มีภาวะเสี่ยงก็ให้เข้ากลุ่มที่รับการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ได้ แต่ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงก็ให้ดูแลตามวิธีการที่ คลินิกนั้นๆ ปฏิบัติอยู่ตลอดการวิจัยนี้จะมีคณะกรรมการอีกชุดหนึ่ง (Data Safety Monitoring Committee) ที่ทำการดูแลข้อมูลเฝ้าระวังการเกิด maternal หรือ fetal death หรือ eclampsia อย่างใกล้ชิดทุกเดือน⁽¹¹⁾ คณะกรรมการยังได้ทบทวนข้อมูลในเรื่อง primary outcomes (อันได้แก่ severe anemia, pre-eclampsia, urinary tract infection (UTI), low birth weight (LBW)) เฝ้าระวังในกลุ่มการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ว่าเกิด outcomes ดังกล่าว แตกต่างจากการดูแลผู้ตั้งครรภ์มาตรฐานเกิน 20% หรือไม่ นอกจากนี้ยังได้ตั้งเกณฑ์ว่า ถ้าคลินิกใดในโครงการไม่สามารถรวบรวมผู้ตั้งครรภ์ได้มากพอ หรือปฏิบัติตามวิธีวิจัยไม่ได้ ก็ให้ถอนตัวออกไป แต่พบว่าทั้ง 53 คลินิกไม่มีคลินิกใดเข้าเกณฑ์ต้องถอนตัว⁽¹¹⁾

ในการดูแลผู้ตั้งครรภ์มาตรฐานที่ใช้กันอยู่ปัจจุบัน ผู้ตั้งครรภ์ต้องมาฝากครรภ์เดือนละ 1 ครั้งในช่วง 6 เดือนแรก ทุก 2-3 สัปดาห์ ในช่วง 2 เดือนต่อมา และจากนั้นทุก 1 สัปดาห์จนกระทั่งคลอด ในรูปแบบนี้ ผู้ตั้งครรภ์อาจต้องมาฝากครรภ์ถึง 12 ครั้ง กว่าที่จะถึงการคลอด ซึ่งในระหว่างฝากครรภ์จะได้รับการตรวจปัสสาวะเป็นประจำทุกวัน (routine) เพื่อหา proteinuria และการติดเชื้อ และตรวจเลือดเพื่อหา syphilis, hemoglobin, blood group⁽¹²⁾

2 ในการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกนี้ ผู้ตั้งครรภ์จะได้รับการประเมิน ตั้งแต่การดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งแรกว่า เป็น high risk ที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษหรือไม่ (โดยใช้ classifying form) ถ้าเป็น high risk จะไม่ใช้การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ แต่จะส่งไปดูแลแบบ high risk pregnancy (แต่ในการวิเคราะห์ข้อมูลยังอยู่ใน intervention group) ถ้าไม่ใช่ high risk จะถูกรวบรวมเข้าการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ทันที โดยได้รับการดูแลดังนี้; คัดกรองหาปัญหาสุขภาพที่ส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์ และให้การรักษา ให้คำแนะนำ ให้ตระหนักและเฝ้าระวังเรื่องปัญหาฉุกเฉินระหว่าง

ตั้งครรภ์ และการแก้ไข คลินิกที่ให้การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่จะได้รับอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ตั้งครรภ์

Primary maternal outcome ที่วัด คือ maternal morbidity index ได้แก่ pre-eclampsia หรือ eclampsia (ก่อนคลอดถึง 24 ชม. หลังคลอด), severe postpartum anemia (Hb < 90 g/l หรือ < 9 g / dL) และ UTI ที่ต้องให้การรักษา outcome ในทารกที่วัดคือ LBW (< 2,500 g) นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังมีการประเมิน cost - effectiveness และการยอมรับ (ความพึงพอใจ) ของผู้ตั้งครรภ์^(7,10) และแพทย์ พยาบาลผู้ดูแลการตั้งครรภ์ด้วย ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแลการตั้งครรภ์ต่อผู้ตั้งครรภ์หนึ่งคน ได้มีการวิเคราะห์ใน 2 ประเทศ คือ ธิวา และไทย โดยถือเอาค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของผู้ตั้งครรภ์นั้น⁽¹³⁾ ความคิดเห็นของผู้ตั้งครรภ์และผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ จะถูกประเมินโดยแบบสอบถามปลายปิด ทำการประเมินในผู้ตั้งครรภ์ 790 คน ในการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ และ 748 คนในการดูแลผู้ตั้งครรภ์มาตรฐาน⁽¹⁴⁾

ในกลุ่มการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ พบว่าค่ามัธยฐาน (median) จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ เท่ากับ 5 ครั้ง ในขณะที่การดูแลผู้ตั้งครรภ์แบบมาตรฐาน เท่ากับ 8 ครั้ง ในกลุ่มการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ผู้ตั้งครรภ์ถูกส่งต่อมากกว่าในกลุ่มการดูแลผู้ตั้งครรภ์มาตรฐาน (13.4% เทียบกับ 7.3%) แต่อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม อัตรา LBW, severe postpartum anemia และ UTI ก็เท่าๆ กันในสองกลุ่ม พบ pre-eclampsia ในกลุ่มการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่มากกว่าแบบมาตรฐานเล็กน้อย (1.7% กับ 1.4%) แต่พบ pregnancy induced hypertension(PIH) น้อยกว่า (3.4% เทียบกับ 5.0%) พบ hypertension ที่ต้องส่งต่อและต้องรักษาน้อยกว่า (2.3% เทียบกับ 3.9%) อัตราการเกิด eclampsia และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะ pre-eclampsia ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ค่าสูงสุดของ 95% confidence interval สำหรับ adjusted odds ratio (ความเสี่ยง) ของการเกิด LBW เท่ากับ 1.15 หมายความว่า ด้วยความเชื่อมั่น 95% ความเสี่ยงของการเกิด LBW สูงขึ้นไม่เกิน 15% ส่วนในเรื่อง secondary outcomes ไม่มีความแตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ในแง่ของ morbidity และ mortality ทั้งในมารดาและทารก การวิเคราะห์ที่กลุ่มย่อยถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์ทั้งสองวิธีไม่ต่างกัน

ผู้ตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับเท่าๆ กัน ถึงแม้ว่าในกลุ่มการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ อาจค่อนข้างกังวลในระยะห่างของการนัดอยู่บ้าง ส่วนแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลการฝากครรภ์ก็ไม่ได้มีการต่อต้านการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ การประเมินเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่า การฝากครรภ์แนวใหม่ไม่ได้เพิ่มค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด บางคลินิก ค่าใช้จ่ายกลับลดลงด้วยซ้ำ สรุปคือ การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ให้ผลต่อมารดาและทารกไม่แตกต่างไปจากการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามแบบมาตรฐานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกนี้อาจนำไปใช้ได้โดยไม่มีข้อคัดค้านจากผู้ตั้งครรภ์และผู้ดูแล และอาจจะลดค่าใช้จ่ายได้ด้วย⁽⁷⁾

3.2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบขององค์การอนามัยโลก

ในปี ค.ศ. 2001 องค์การอนามัยโลกได้ทบทวนการวิจัยแบบ randomized controlled trials ที่ประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ (systematic review)^(8,9) การทบทวนนี้เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าการดูแลผู้ตั้งครรภ์ในรูปแบบที่ลดจำนวนครั้งของการดูแลผู้ตั้งครรภ์ลง โดยมีหรือไม่มีการตรวจและหัตถการที่มีจุดมุ่งหมายชัดเจน (goal-oriented clinical tests and interventions) นั้น มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการดูแลผู้ตั้งครรภ์รูปแบบมาตรฐานที่ใช้อยู่ ในแง่ของผลทางคลินิก ความพึงพอใจ และค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ตั้งครรภ์ ตัวชี้วัดที่เลือกมาเปรียบเทียบกัน คือ pre-eclampsia, UTI, postpartum anemia และ maternal mortality สำหรับทารกใช้ตัวชี้วัด คือ LBW และ perinatal mortality นอกจากนี้ยังวัดความพึงพอใจของผู้ตั้งครรภ์ และ cost-effectiveness ด้วย

พบว่า มีงานวิจัย 7 ฉบับที่เป็นรูปแบบที่ลดจำนวนครั้งของการดูแลผู้ตั้งครรภ์เปรียบเทียบกับ การดูแลผู้ตั้งครรภ์

มาตรฐานแบบตะวันตก มีผู้ตั้งครรภ์จำนวนทั้งสิ้น 57,418 คน ในงานวิจัย 7 ฉบับนี้ แบ่งเป็น 30,799 คน ใน intervention group (ดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่) (ซึ่ง 26,619 คน ในกลุ่มนี้ที่ได้ติดตามจนตลอดการตั้งครรภ์) และ 26,620 คน ใน control group (การดูแลผู้ตั้งครรภ์มาตรฐาน) (ซึ่งมีข้อมูลสมบูรณ์ในการวิเคราะห์ 25,821 คน) ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ในเรื่องของ pre-eclampsia, UTI, postpartum anemia และ maternal mortality รวมทั้งในแง่ของ LBW และ perinatal mortality แต่สตรีบางคนในงานวิจัยนี้โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว แสดงความไม่มั่นใจในการลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ สำหรับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ที่ลดจำนวนครั้งลงนั้น พบว่า เท่ากับหรือน้อยกว่าการฝากครรภ์แบบมาตรฐาน

โดยอาศัยข้อมูลหลักฐานดังกล่าว^(8,9) และผลการวิจัยของ The WHO antenatal care randomized controlled trial⁽⁷⁾ ทำให้ได้ข้อสรุปว่า รูปแบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์ที่ลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ลงสามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อมารดาและทารก

4. หลักการสำคัญของการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก

รูปแบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการวิจัย มีหลักการสำคัญดังนี้

- 4.1. ต้องมีรูปแบบที่ง่าย สามารถใช้คัดเลือกผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ หรือความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และต้องการการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
- 4.2. การคัดเลือกผู้ตั้งครรภ์ที่มีปัญหาข้างต้นควรทำด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง และควรส่งต่อผู้นั้นไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่า ซึ่งมั่นใจว่ามีผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้การดูแลปัญหานั้นๆ ได้เป็นอย่างดี
- 4.3. ผู้ดูแลการตั้งครรภ์ (รวมทั้งแพทย์ / พยาบาล) ควรทำให้ผู้ตั้งครรภ์รู้สึกยินดีที่จะมาฝากครรภ์ที่คลินิกนั้นๆ เวลาที่รับฝากครรภ์ควรเป็นเวลาที่เหมาะสม และเป็นไปได้ที่จะมาฝากครรภ์ และควรพยายามที่จะนัดผู้ตั้งครรภ์ให้ดี ไม่ให้ผู้ตั้งครรภ์เสียเวลารอนาน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มาไม่ตามนัด ก็ไม่ควรให้กลับไป แม้ไม่มีภาวะฉุกเฉิน การส่งตรวจและการดูแลรักษาต่างๆ ควรกระทำตามความสะดวกของผู้ตั้งครรภ์ เช่น ทำให้เสร็จภายในวันที่มาฝากครรภ์ (ไม่ต้องนัดมาวันหลัง เช่น ตรวจ VDRL แล้วฟังผลวันนั้นเลย เป็นต้น)
- 4.4. การส่งตรวจและการตรวจร่างกายต่างๆจะทำก็ต่อเมื่อได้พิสูจน์แล้วว่า มีประโยชน์ต่อผู้ตั้งครรภ์จริง เช่น การตรวจจำเพาะที่ทำเพียงครั้งเดียวในระหว่างการตั้งครรภ์ ควรทำในเวลาที่เหมาะสมที่สุด นั่นคือ ในเวลาที่สามารถให้การดูแลรักษาได้ ถ้าการตรวจนั้นได้ผลผิดปกติ
- 4.5. การส่งตรวจควรเป็นการตรวจที่ง่าย และรวดเร็ว ทำได้ในคลินิกดูแลผู้ตั้งครรภ์เอง หรือ ห้องปฏิบัติการที่ไม่ไกล เมื่อผลการตรวจเป็นบวก เช่น syphilis ก็ให้การรักษาในวันนั้นได้เลย

5. การนำการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในประเทศไทย

การฝากครรภ์ในประเทศไทยได้มีการดำเนินการมานานแล้ว โดยได้นำรูปแบบการนัดตรวจครรภ์แบบตะวันตกมาใช้ ในระยะแรกความครอบคลุมการไปฝากครรภ์ค่อนข้างต่ำแต่ก็เพิ่มขึ้นมาโดยตลอด แม้ว่าจำนวนครั้งการฝากครรภ์จะเพิ่มจำนวนครั้งขึ้นแต่กิจกรรมการดูแลครรภ์ การตรวจทดสอบและการรักษาที่มีความแตกต่างกันตามศักยภาพของสถานบริการ บุคลากรและเครื่องมือ พร้อมทั้งมีการลงบันทึกไว้ในแบบ รพ 1 ต 05 ของกระทรวงสาธารณสุข บ้างก็มีใบบันทึกการตรวจครรภ์ให้ผู้ตั้งครรภ์ถือกลับบ้านด้วย ต่อมากรมอนามัยได้ทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กพร้อมทั้งจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเพื่อให้ผู้ให้บริการบันทึกและให้ผู้ตั้งครรภ์ได้ถือไว้ประจำตัว โดยผู้ตั้งครรภ์และญาติสามารถศึกษาความรู้ด้านสุขภาพมารดาและทารกจากในสมุดตลอดจนสามารถบันทึกข้อมูลบางอย่างได้ด้วยตนเอง แพทย์และพยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลของการฝากครรภ์ของผู้ตั้งครรภ์ลงไว้ในสมุด และผู้ตั้งครรภ์สามารถนำติดตัว

ไปให้กับสถานบริการที่จะดูแลการคลอด ผู้ทำการคลอดสามารถบันทึกผลการคลอด และออกไปรับรองการเกิด เพื่อการแจ้งเกิด พร้อมทั้งข้อมูลทารกภายหลังคลอด เช่น การฉีดวัคซีน การเจริญเติบโต และการพัฒนาการ เมื่อผู้คลอด นำบุตรมารับการตรวจหลังคลอดและตรวจสุขภาพเด็ก เมื่อเด็กเจริญเติบโตขึ้น ผู้ปกครองก็จะส่งมอบสมุดให้คุณครูที่โรงเรียนต่อไป

ปีพ.ศ. 2546 จังหวัดขอนแก่นได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อการนำรูปแบบการฝากครรภ์ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกจากการวิจัยดังกล่าวมาปฏิบัติในจังหวัดขอนแก่น โดยได้รับการสนับสนุนจากกรมอนามัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ร่วมกันดำเนินการจัดอบรมแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการฝากครรภ์ จากโรงพยาบาลต่างๆในจังหวัดขอนแก่น เตรียมความพร้อมเพื่อนำไปดำเนินการในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น ในการดำเนินการดังกล่าวจึงได้ปรับแบบฟอร์มคัดกรอง (classifying form) ใบ checklist และรูปแบบการนัด จำนวนครั้งและกิจกรรมการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามองค์ความรู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ดำเนินโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์ แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก โดยมอบหมายให้อาจารย์ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะจากสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ประเมินโครงการ การประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ครั้งแรกช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2552 และครั้งที่ 2 ช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2552 ในโรงพยาบาลที่สุ่มตัวอย่าง 34 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฝากครรภ์แนวใหม่คือ ด้านผู้ให้บริการ เกี่ยวกับอัตรากำลังไม่เพียงพอ และทัศนคติของแพทย์เกี่ยวกับระบบฝากครรภ์แนวใหม่ การประเมินครั้งที่ 2 ผู้ให้บริการมีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบฝากครรภ์แนวใหม่เพิ่มขึ้นจากครั้งแรก คือจากร้อยละ 54.3 เป็นร้อยละ 94.1 และไม่มีผู้ที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย ความครบถ้วนของบริการที่ผู้รับบริการได้รับในเกือบทุกเรื่อง มีสัดส่วนที่สูงขึ้นจากการประเมินครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่พบว่ามีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นประเด็นย่อยเช่น การตรวจร่างกาย สถานที่ตรวจ เวลาที่รอตรวจ ส่วนผลลัพธ์ด้านเด็กและด้านมารดา ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปี พ.ศ. 2548-2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปี พ.ศ. 2551-2552) เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการฝากครรภ์ไม่เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด

สรุปว่าการดำเนินงานระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์แตกต่างไปจากเดิมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ความครบถ้วนของบริการเพิ่มขึ้น ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คลี่คลายลง แต่ต้องมีการชี้แจงให้ผู้รับบริการเข้าใจด้วยวิธีที่เป็นมิตรและนุ่มนวล⁽²⁴⁾

6. การดูแลผู้ตั้งครรภ์

ผู้ตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการคัดกรองด้วยคำถามตาม classifying form เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก สำหรับรายที่มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ส่งพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยภาวะเสี่ยงว่ามีอยู่จริงหรือไม่ ซึ่งจะได้รับการตรวจและนัดตามรูปแบบของโรคหรือแนวทางการรักษาของสถานบริการนั้นๆ ส่วนรายที่ซักประวัติไม่พบความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ตรวจและนัดตามองค์ประกอบพื้นฐานการดูแลผู้ตั้งครรภ์ (basic component) ซึ่งประกอบด้วย

1. สอบถามข้อมูลทั่วไป
2. การตรวจร่างกาย
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. การประเมินเพื่อความเสี่ยงหรือโรคแทรกซ้อนเพื่อการส่งต่อ
5. การจัดให้มีการดูแลรักษา
6. การให้คำแนะนำ ถามและตอบคำถาม และการนัดตรวจครั้งต่อไป
7. บันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพให้ครบถ้วน

แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (Classifying form)

ชื่อ / นามสกุล..... HN

วิธีใช้ ให้ตอบคำถาม 18 ข้อดังต่อไปนี้ โดยการใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่างท้ายคำถาม

	ไม่มี	มี
รายการความเสี่ยง		
ประวัติอดีต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. เคยมีทารกตายในครรภ์ หรือคลอดทารกเสียชีวิตภายใน 1 เดือนแรก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เคยแท้งเอง 3 ครั้งหรือมากกว่า ติดต่อกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรือครรภ์เป็นพิษ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น ผ่าตัดคลอด ผ่าตัดเนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติครรภ์ปัจจุบัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ครรภ์แฝด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rh Negative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. เลือดออกทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ความดันโลหิต Diastolic e" 90 mm Hg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติทางอายุรกรรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. เบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ตึดยาเสพติด, ตึดสุรา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. โรคอายุรกรรมอื่น ๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ SLE ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. อื่นๆ ระบุ		
ถ้าพบคำตอบข้อใดข้อหนึ่งข้างต้นตกอยู่ใน <input type="checkbox"/> แสดงว่าผู้ตั้งครรภ์รายนี้ควรได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินความเสี่ยงให้ถูกต้องเพื่อส่งต่อให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ลงชื่อผู้ประเมิน _____ วันที่ _____		

6.1 การดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งแรก

6.1.1 ข้อมูลทั่วไป

การฝากครรภ์ครั้งแรกควรทำในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ **ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์** แต่ไม่ว่าจะอายุครรภ์เท่าใดก็ตามเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผู้ตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการตรวจตามกระบวนการปกติของการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งแรกและของครั้งต่อไปให้ครบถ้วน การดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งแรกคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที การสอบถามครั้งนี้เพื่อเน้นหาประวัติทางการแพทย์และประวัติทางสูติกรรม เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ตั้งครรภ์ว่าสามารถแนะนำให้เข้ากระบวนการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามองค์ประกอบพื้นฐานได้หรือไม่ โดยใช้แบบคัดกรอง classifying form ที่ได้ดัดแปลงจากแบบขององค์การอนามัยโลกให้สอดคล้องกับในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกรมอนามัยที่ส่วนใหญ่คุ้นเคยอยู่แล้ว โดยเฉลี่ยแล้วคาดว่าจะประมาณ 75 % ของผู้ตั้งครรภ์จะสามารถเข้ากระบวนการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามองค์ประกอบพื้นฐานแนวใหม่นี้ได้ โดยไม่ต้องมีการส่งต่อ

ปัจจัยหลายอย่างเช่นการทำงานหนักเกินไป สามารถแยกแยะผู้ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ การทำงานที่มีการใช้แรงงานมาก ต้องยืนทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน หรือมีโอกาสสัมผัสกับสารที่ก่อให้เกิดความพิการของทารกแต่กำเนิด (เช่น สารโลหะหนัก สารเคมีที่เป็นพิษ สารที่มีกัมมันตภาพรังสี) สามารถก่อให้เกิดผลเสียต่อมารดาและทารกได้ ผู้ตั้งครรภ์ควรที่จะได้รับคำแนะนำและได้รับเอกสารที่ชักชวนให้ลดงานที่มีปัจจัยดังกล่าว ปัญหาอื่น ๆ ที่ควรได้รับการประเมินและพิจารณาให้ความช่วยเหลือ เช่น ความจน อายุน้อย อาศัยอยู่คนเดียว หรือได้รับผลกระทบจากการทำร้ายร่างกายหรือทำร้ายทางเพศ

ที่คลินิกฝากครรภ์ ผู้ตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจ pregnancy test เพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก เมื่อผู้ตั้งครรภ์ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ผู้ตั้งครรภ์ควรต้องได้รับการตรวจกายอย่างน้อยหนึ่งครั้งเพื่อคัดกรองภาวะ asymptomatic vaginal infection ทุกราย ซึ่งอาจรวมถึงการตรวจมะเร็งปากมดลูก ถ้ามีข้อบ่งชี้ การตรวจค้นและให้การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ควรทำไปพร้อมๆ กันด้วย การตรวจกายในดังกล่าวนี้อาจเลื่อนไปตรวจในการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2-3 ได้เมื่อผู้ตรวจรู้สึกว่าการตั้งครรภ์และสามียังไม่พร้อมที่จะยอมรับให้ตรวจในครั้งแรก ผู้ดูแลควรให้ข้อมูลความสำคัญของการตรวจกายในแก่ผู้ตั้งครรภ์และสามี แต่ก็ควรได้รับการตรวจหรือส่งต่อเพื่อการตรวจในกรณีนี้ที่ผู้ตั้งครรภ์มีประวัติการแท้งบุตรในไตรมาสที่ 2 มีประวัติคลอดก่อนกำหนด หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด มีสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอดและมีอาการปวดท้องร่วมด้วย

ผู้ตั้งครรภ์ที่มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ควรได้รับการตรวจภายในเพื่อหาสาเหตุภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น เมื่อมีประวัติเลือดออกหลังไตรมาสแรกไปแล้วไม่ควรตรวจภายใน แต่ควรส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำหรือพยาธิสภาพอื่นๆทันที

ควรให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โฟเลตและไอโอดีนในผู้ตั้งครรภ์ทุกราย สำหรับในประเทศไทยที่มีปัญหาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียต้องมีการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองความเสี่ยงตามมาตรฐานการคัดกรองด้วยพร้อมๆ กับการตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน (hemoglobin typing) เมื่อมีข้อบ่งชี้

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตั้งครรภ์และผู้ให้บริการเป็นส่วนประกอบที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ เนื่องจากว่า**องค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลผู้ตั้งครรภ์จะนัดตรวจเพียง 5 ครั้ง** ซึ่งเพิ่มจำนวนครั้งมาอีก 1 ครั้งจากจำนวน 4 ครั้งซึ่งได้ทำวิจัยไว้แล้วโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อให้ช่วงห่างของการนัดในครั้งแรกและเมื่อ 26 สัปดาห์ให้สูงขึ้นเพื่อความมั่นใจของผู้รับบริการและตาม intervention ที่มีเพิ่มขึ้น ควรมีเวลาเพียงพอในแต่ละครั้งสำหรับการพูดคุยแนะนำถึงการตั้งครรภ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ คำแนะนำต้องรวมถึงข้อมูล

ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดตลอดจนการไขข้อข้องใจในเรื่องต่างๆ ข้อมูลที่ให้ในการมาตามนัดแต่ละครั้ง ควรเน้นถึงอาการฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ วิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาเช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ตั้งครรภ์ควรติดต่อใครและที่ไหนเพื่อให้รับคำแนะนำหรือการช่วยเหลือ

การให้ความรู้ในรูปแบบของการให้สุศึกษาเป็นคู่หรือเป็นกลุ่มที่เชิญสามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมมีประโยชน์อย่างยิ่งในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจะต้องได้รับการสนับสนุนผลักดันจากสามีและญาติ คำแนะนำที่เป็นเอกสารควรได้รับการชี้แจงซ้ำ เอกสารที่แจกควรเป็นเอกสารที่ใช้ภาษาที่เรียบง่าย ภาษาท้องถิ่นและเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

ผู้ตั้งครรภ์สามารถมารับบริการได้ทันทีในกรณีที่มีความจำเป็น เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่นี้ ควรมีคำแนะนำและเอกสารแนะนำแก่ผู้ตั้งครรภ์ให้ทราบถึงสถานที่ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงในกรณีฉุกเฉิน ตลอดจนให้หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้สอบถามได้และสามารถติดต่อสถานบริการได้ตลอดเวลา

6.1.2 กิจกรรมการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งแรก

1. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ:

1. ประวัติส่วนตัว ชื่อ-สกุล อายุ (วัน เดือน ปีเกิด)

- ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์
- สถานะภาพสมรส
- การสูบบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ
- ลักษณะที่อยู่อาศัย ขนาดและจำนวนผู้อยู่อาศัย
- ลักษณะสุขอนามัย (ชนิดของส้วม แหล่งน้ำที่ใช้)
- ไฟฟ้าและพลังงานที่ใช้
- การประกอบอาหาร
- ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา/ มัธยมศึกษา /มหาวิทยาลัย)
- รายได้ (มีงานทำ/ตกงาน) ลักษณะงานหรือตำแหน่งงานของผู้ป่วยและสามี

2. ประวัติการเจ็บป่วย โรคหรือภาวะผิดปกติที่เคยเป็น

- วัณโรค โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคลมชัก โรคเบาหวาน
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การติดเชื้อเอดส์
- โรคอื่นๆที่พบบ่อยในพื้นที่ (เช่น thalassemia โรคตับอักเสบ มาลาเรีย)
- การผ่าตัดอื่นๆที่นอกเหนือจากการผ่าตัดคลอด ประวัติการให้เลือด และ Rhesus (D) antibodies
- การใช้ยาในปัจจุบัน
- ภาวะมีบุตรยาก ระยะเวลาที่ไม่มีบุตรนานเท่าใดและสาเหตุ

3. ประวัติทางสูติกรรม

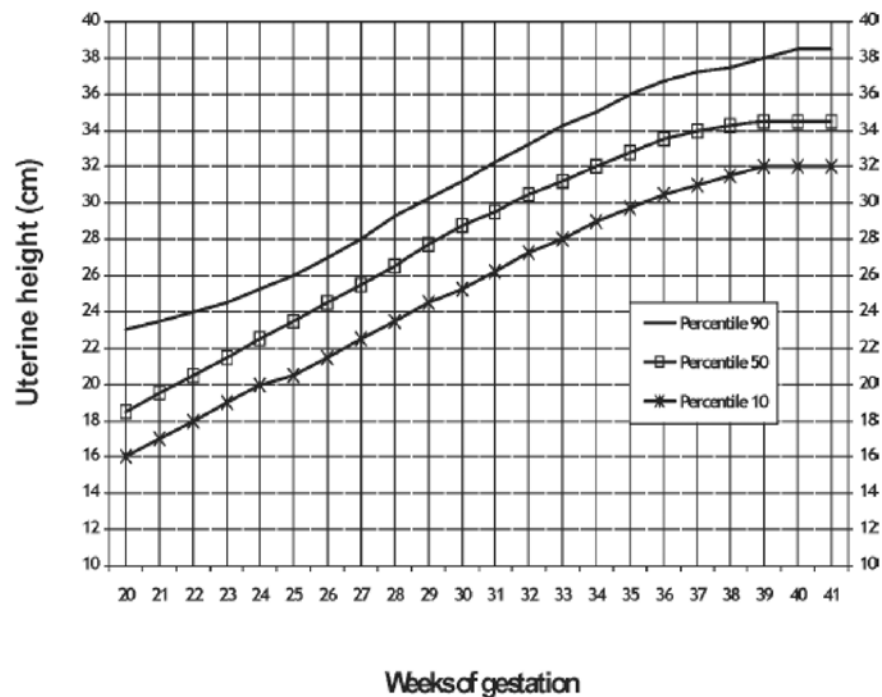
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
- วันเดือนปีของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ผลการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง (live birth, stillbirth, abortion, ectopic pregnancy, hydatidiform mole) บอกรายละเอียดการคลอดก่อนกำหนด ชนิดของการแท้ง
- น้ำหนักทารกแรกเกิดในครรภ์ก่อนๆ
- เพศของทารก

- ระยะเวลาของการให้นมแม่อย่างเดียว
- ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน ให้เจาะจงด้วยว่าเป็นการตั้งครรภ์ครั้งใด ซึ่งควรยืนยันด้วยการดูจากการบันทึกทางการแพทย์ด้วย
 - การแท้งบุตรเป็นอาเจินในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
 - การทำแท้งและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
 - โรคหลอดเลือดดำอุดตัน
 - โรคความดันโลหิตสูง ภาวะ pre-eclampsia หรือ eclampsia
 - รกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption)
 - รกเกาะต่ำ (placenta previa)
 - การคลอดทำก้น (breech) หรือท่าขวาง (transverse lie)
 - การคลอดติดขัด (obstructed labour) รวมทั้งการคลอดยาก (dystocia)
 - การฉีกขาดของช่องคลอดระดับสาม (third degree tears)
 - การตกเลือดหลังคลอดในระยะที่สามที่รุนแรง
 - การติดเชื้อหลังคลอด (puerperal sepsis)
 - ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes)
- การทำหัตถการทางสูติกรรม (obstetrical operations)
 - ประวัติการขูดมดลูก (curettage)
 - การผ่าตัด caesarean section (และข้อบ่งชี้)
 - การใช้คีมช่วยคลอด (forceps extraction) หรือการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction)
 - วิธีคลอดทำก้น (manual or instrumental)
 - การล้วงรก (manual removal of placenta)
- การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อทารกในระยะปริกำเนิดของการคลอดครั้งก่อน ระบุด้วยว่าการตั้งครรภ์ครั้งใดและดูประวัติจากการบันทึกด้วย
 - การตั้งครรภ์แฝดสองหรือมากกว่า
 - ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม (low birth weight)
 - ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (intrauterine growth retardation)
 - มีผลกระทบจากภาวะ rhesus-antibody (erythroblastosis, hydrops)
 - คลอดทารกที่มีรูปร่างพิการและโครโมโซมผิดปกติแต่กำเนิด
 - ทารกแรกคลอดน้ำหนักมากกว่า 4500 กรัม (macrosomia)
 - ทารกแรกคลอดได้รับการกั๊วหรือมีการรักษาอื่นใด
 - ประวัติทารกตายในระยะปริกำเนิด (ตายคลอด หรือเสียชีวิตภายใน 7 วันหลังคลอด)
 - ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
 - วันที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) ความแน่นอนของ LMP (ความสม่ำเสมอ) จำได้แน่นอน หรือไม่ และข้อมูลเกี่ยวข้องที่จำเป็น
 - อุบัติสัย : การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การใช้ยาเสพติด (ความถี่และจำนวน)
 - ภาวะผิดปกติอื่นๆ
 - ประวัติการเป็นไข้มาลาเรีย

2. การตรวจร่างกาย:

- การชั่งน้ำหนัก (กิโลกรัม) และวัดความสูง (เซ็นติเมตร) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้ตั้งครรภ์
- วัดความดันโลหิต
- ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจอาการแสดงของภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงลักษณะซีดของผิวหนัง เล็บ และเยื่อเมือก
- ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ และวัดระยะทางระหว่างหัวหน่าวกับยอดมดลูก เพื่อคะเนอายุครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
- ส่งพบแพทย์เพื่อฟังเสียงการหายใจและเสียงหัวใจ ของผู้ตั้งครรภ์
- พิจารณาทำการตรวจภายใน (โดยใช้ speculum) เพื่อตรวจความผิดปกติของอวัยวะเพศ และการติดเชื้อในช่องคลอด (asymptomatic vaginitis) ทุกรายถ้าสมัครใจและไม่มีข้อห้าม และตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เมื่อมีข้อบ่งชี้

Uterine height values by weeks of gestation



3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- ปัสสาวะ : ทำการตรวจปัสสาวะด้วย urine dipstick เพื่อตรวจ nitrite และ leucocyte esterase เพื่อคัดกรองการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria) ในทางเดินปัสสาวะ และตรวจไข่ขาว และน้ำตาล (proteinuria and glucosuria) ทุกราย
- ตรวจเลือด : ทำการตรวจหาซีฟิลิส (rapid test / VDRL) และการติดเชื้อเอชไอวี (anti HIV) ให้ทราบผลโดยเร็วหรือได้ผลระหว่างที่รอตรวจในคลินิก ถ้าผลบวกให้ทำการรักษา
- ตรวจหาหมู่เลือด (ABO and Rh)
- ตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct/Hb) และคัดกรองธาลัสซีเมีย (OF หรือ MCV และ DCIP)

4. การประเมินเพื่อการส่งต่อ

● คณะกำหนดคลอดจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) และข้อมูลอื่นๆ ใช้กฎ 280 วัน (LMP+280วัน) สตรีบางคนอาจให้ข้อมูลเกี่ยวกับวันประจำเดือนครั้งสุดท้ายเป็นวันแรกที่ขาดประจำเดือนซึ่งจะทำให้คำนวณอายุครรภ์ผิดไป 4 สัปดาห์

● พิจารณาว่าผู้ตั้งครรภ์สามารถนัดมาตรวจตามการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่หรือไม่ หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษหรือส่งต่อไปยังคลินิกพิเศษหรือโรงพยาบาลตาม classifying form

● ถ้าวินิจฉัยพบภาวะหรือโรคแทรกซ้อนให้ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นของสถานบริการ อาทิ ให้คำแนะนำสถานที่คลอด ทำการสืบค้นเพิ่มเติมเพื่อยืนยันภาวะโรค การส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแล

5. การจัดให้มีการดูแลรักษาดังต่อไปนี้:

● ให้ยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลตแก่ผู้ตั้งครรภ์ทุกราย: ยาเสริมธาตุเหล็กที่มี elemental iron 60 มก และโฟเลต 250 ไมโครกรัมวันละครั้ง (ถ้าค่า Hb น้อยกว่า 110 กรัม /ลิตรหรือ 11 g/dl ให้ส่งต่อ) และให้ยารับรองที่มี ไอโอดีนวันละ 200⁽¹⁸⁾ – 250⁽¹⁹⁾ ไมโครกรัมต่อวันตลอดการตั้งครรภ์ หรือให้ Triferdine 150 ซึ่งผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม ประกอบด้วย potassium iodine 150 ไมโครกรัม ธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมในรูปของ ferrous fumarate 185 มิลลิกรัม และโฟเลต 400 ไมโครกรัม วันละ 1 เม็ดตลอดการตั้งครรภ์หรือในกรณีผู้ตั้งครรภ์ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย อาจให้ยาเม็ดไอโอดีนเดี่ยว 150 ไมโครกรัม วันละ 1 เม็ด ตลอดการตั้งครรภ์

● ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มแรก ถ้าไม่เคยฉีดมาก่อน

● ให้การรักษาถ้าผลตรวจซีพีจีเอสเป็นผลบวก

6. ให้คำแนะนำ ทามและตอบคำถาม การนัดตรวจครั้งต่อไป

● ให้คำแนะนำในการปรุงอาหารรับประทานเอง หากต้องใช้เกลือปรุงอาหารให้ใช้เกลือที่มี ไอโอดีน

● ให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน

● ให้คำแนะนำเรื่อง safe sex การติดเชื้และแพร่เชื้อ HIV หรือ STIs

● แนะนำให้ผู้ตั้งครรภ์หยุดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือสารเสพติดอื่นๆ

● ให้ผู้ตั้งครรภ์บันทึกวันที่สังเกตพบว่ามีเด็กดิ้น

● ให้คำแนะนำถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ในขณะนี้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะบ่อยแสบขัด และสถานที่ผู้ตั้งครรภ์สามารถมารับการตรวจจากแพทย์หรือพยาบาลทั้งในและนอกเวลาราชการ เมื่อมีอาการผิดปกติ

● นัดตรวจครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (หรือใกล้เคียง) และนัดผู้ตั้งครรภ์และสามีมาเข้าโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 1

● บันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพ และตรวจสอบ checklist ว่าได้ดำเนินการกิจกรรมต่างๆครบถ้วน

6.2. การดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง

6.2.1 ข้อมูลทั่วไป

การฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ควรนัดมาตรวจเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที การตรวจร่างกายและการตรวจอื่นๆที่ควรทำได้แก่ การวัดความดันโลหิต การวัดระดับยอดของมดลูก และการตรวจปัสสาวะ urine dipsticks หาเชื้อแบคทีเรีย (ถ้าเคยได้รับการรักษามาก่อน) ตรวจไขขาวและน้ำตาลในปัสสาวะ ชักถาม

ถึงวันที่สังเกตพบการดิ้นของทารก การตรวจในช่วงนี้จะพบว่าขนาดมดลูกจะอยู่ที่ระดับสะดือ การวัดระดับมดลูกในช่วงต่อจากนี้ไปควรวัดด้วยสายเทป และบันทึกเป็นเซนติเมตร หากกระทำได้ดีควรถูกตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์เพื่อยืนยันอายุครรภ์ และอาจตรวจพบ major fetal anomaly ได้

6.2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง

1 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ:

- ประวัติส่วนตัว สังเกต การเปลี่ยนแปลงจากครั้งก่อน
- ประวัติการเจ็บป่วย
- ทบพจนประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกไว้ในการฝากครรภ์ครั้งก่อน
- บันทึกโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่กลับไปจากการฝากครรภ์ครั้งก่อน
- ชักประวัติการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กหรือการรับประทานยาอื่นนอกเหนือไปจากนี้
- ประวัติทางสูติกรรม
- ทบพจนข้อมูลของประวัติสูติกรรมที่บันทึกไว้ในการฝากครรภ์ครั้งแรก
- การตั้งครรภ์ปัจจุบัน : บันทึกอาการ หรืออาการแสดงที่เกิดขึ้นภายหลังจากการฝากครรภ์ครั้งแรก เช่น อาการปวดท้อง เลือดออก น้ำออกจากช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานของร่างกาย
- เด็กดิ้น : ความรู้สึกเด็กดิ้น วันที่รู้สึกเด็กดิ้นครั้งแรก

2 การตรวจร่างกาย:

- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
- ตรวจครรภ์ เพื่อประเมินอายุครรภ์ และวัดระดับยอคมดลูก ด้วยสายวัดและบันทึกเป็นเซนติเมตร บันทึกและเปรียบเทียบกับกราฟแสดงระดับมดลูกตามมาตรฐาน(ภาพที่ 1) เพื่อการคะเนการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ในกรณีที่มีความไม่สอดคล้องอาจเกิดจากการตรวจผิด คะเนอายุครรภ์คลาดเคลื่อนจากการจำประจำเดือนผิด หรือตั้งครรภ์แฝด เป็นต้น
- การตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจดูการบวมที่ขาหรือทั่วร่างกายและอาการเตือนของโรคอื่นๆ เช่น หายใจถี่ขึ้น ไอ หรืออื่นๆ
- การตรวจทางช่องคลอด เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ (ถ้าไม่ได้ตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก) ถ้ามีประวัติเลือดออกหรือเลือดออกกระปริบกระปรอยก็ไม่ควรตรวจ ควรส่งต่อไปแพทย์เป็นผู้ตรวจ

3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- ปัสสาวะ : ทำการตรวจ proteinuria และ glucosuria ถ้ามี asymptomatic bacteriuria ที่ได้รับการรักษาในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ควรมีการตรวจ urine dipsticks เพื่อตรวจหาแบคทีเรียซ้ำ ถ้ายังคงตรวจพบให้ดำเนินการส่งต่อ พบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติม

4 การประเมินเพื่อการส่งต่อ

- ประเมินซ้ำว่าผู้ตั้งครรภ์ยังควรอยู่ใน การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามหลักฐานจากการตรวจครั้งแรกหรือจาก
- 12 การสังเกตในการมาฝากครรภ์ครั้งนี้
- ผลเลือดมีค่า Hb ต่ำกว่า 110 กรัม/ลิตรหรือ 11 g/dl ควรได้รับการแนะนำด้านโภชนาการและตรวจหาสาเหตุของโลหิตจาง และเพิ่มยาเสริมธาตุเหล็กหากต่ำกว่า 70 กรัม/ลิตร ควรทำการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อการรักษา
 - ส่งต่อถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีเลือดออกกระปริบกระปรอย

5 จัดให้มีการดูแลรักษาต่อไป

1. ให้ยาเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนต่อไปทุกราย ถ้าค่า Hb น้อยกว่า 110 กรัม /ลิตร หรือ 11 g/dl ให้ส่งต่อให้เพิ่มขนาดยาบำรุง
2. ให้แคลเซียมเสริม 500-1000 มก.ต่อวันและให้ไปตลอดการตั้งครรภ์²⁰
3. สำหรับช่วงไตรมาสที่สองนี้ หากมีความพร้อมควรส่งตรวจอัลตราซาวด์เพื่อยืนยันอายุครรภ์ ตรวจจำนวนทารกในครรภ์ การมีสัญญาณชีพทารก และคัดกรองความผิดปกติแต่กำเนิดชนิดรุนแรง
4. ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 2 (ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อยหนึ่งเดือน) พร้อมทั้งแนะนำให้ฉีดเข็มที่ 3 ตามนัด เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันต่อเชื้อบาดทะยักให้ยาวนานขึ้น
5. ส่งต่อเมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงสูง หรือพบภาวะแทรกซ้อน

6 ให้คำแนะนำ ถามและตอบคำถาม การนัดตรวจครั้งต่อไป

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินของทารก อาการเลือดออกทางช่องคลอด บวม ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การปวดหน่วงท้องน้อย และการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด
3. นัดตรวจครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ (หรือใกล้เคียง) บันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกสุขภาพ และตรวจสอบ checklist ว่าได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆของครั้งนี้ครบถ้วน

6.3. การดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม

6.3.1 ข้อมูลทั่วไป

การฝากครรภ์ครั้งที่ 3 ควรนัดมาตรวจเมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ทำการตรวจร่างกายและการตรวจอื่นๆที่จำเป็น

6.3.2 กิจกรรมการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม:

1 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ:

- ประวัติส่วนตัว : สังเกตการเปลี่ยนแปลงจากครั้งก่อน
- ประวัติการเจ็บป่วย :
- ทบพจนประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกไว้ในการฝากครรภ์ครั้งก่อน
- บันทึกโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่กลับไปจากการฝากครรภ์ครั้งก่อน
- ชักประวัติการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กหรือการรับประทานอื่นนอกเหนือไปจากนี้
- ประวัติทางสูติกรรม
- ทบพจนข้อมูลของประวัติสูติกรรมที่บันทึกไว้ในการฝากครรภ์ครั้งก่อน
- การตั้งครรภ์ปัจจุบัน : บันทึกอาการ หรืออาการแสดงที่เกิดขึ้นภายหลังจากการฝากครรภ์ครั้งแรก เช่น อาการปวดท้อง เลือดออก น้ำออกจากช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานของร่างกาย
- เด็กดั้น : ความรู้สึกเด็กดั้น

2 การตรวจร่างกาย:

- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

- ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ และวัดระดับยอคมดลูก บันทึกบนกราฟ
- การตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจดูการบวมที่ขาหรือทั่วร่างกายและอาการเตือนของโรคอื่นๆ เช่น หายใจถี่ขึ้นๆ ไอหรืออาการอื่นๆ

3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- **ปัสสาวะ:** ทำการตรวจไข่ขาว และ น้ำตาล โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติความดันโลหิตสูง pre-eclampsia หรือ eclampsia ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ
 - เลือด : ตรวจหาความเข้มข้นเลือดซ้ำ โดยเฉพาะในรายที่ผลการตรวจครั้งแรกมีภาวะโลหิตจางที่ต้องได้รับการรักษา

4 การประเมินเพื่อการส่งต่อ

- ประเมินซ้ำว่าผู้ตั้งครรภ์ยังคงอยู่ในการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามหลักฐานจากการตรวจครั้งแรกหรือจากการสังเกตในการมาฝากครรภ์ครั้งนี้
 - ผลเลือดมีค่า Hb ต่ำกว่า 110 กรัม/ลิตร หรือ 11 g/dl ควรได้รับการแนะนำด้านโภชนาการและตรวจหาสาเหตุของโลหิตจาง และเพิ่มยาเสริมธาตุเหล็กหากต่ำกว่า 70 กรัม/ลิตร ควรทำการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อการรักษา
 - ตรวจจอย่างระมัดระวังถ้ามีความดันโลหิตสูง pre-eclampsia หรือ proteinuria และทำการส่งต่อ
 - ถ้าการวัดระดับยอคมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์หรือต่ำกว่า 10 percentile ตามกราฟให้สงสัยทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ IUGR (intrauterine growth retardation)
 - ส่งต่อถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีเลือดออกกระปริดกระปรอย
 - ส่งต่อเมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงสูงหรือโรคแทรกซ้อน

5 จัดให้มีการดูแลรักษาต่อไป

1. ให้ยาเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนต่อไปทุกราย
2. เสริมยาเม็ดแคลเซียมวันละ 500 - 1000 มก. (ไม่ควรรับประทานพร้อมกับยาเสริมธาตุเหล็ก)
3. ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 1 หรือ 2 (ถ้ายังไม่ได้รับการฉีดมาก่อน)

6 ให้คำแนะนำ ถามและตอบคำถาม การนัดตรวจครั้งต่อไป

1. แนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่ต้องมาตรวจก่อนนัด เช่น การมีเลือดออกทางช่องคลอด บวม ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปัสสาวะบ่อย แสบขัด และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. นัดตรวจครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือใกล้เคียง) และบันทึกข้อมูลลงในบัตรผู้ป่วยและสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และตรวจสอบ checklist ว่าได้ดำเนินการกิจกรรมต่างๆของครั้งนี้อย่างครบถ้วน

14

6.4. การดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่สี่

1. ข้อมูลทั่วไป

การฝากครรภ์ครั้งที่ 4 นี้ทำเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที ถ้าไม่ได้มาฝากครรภ์ครั้งก่อน การมาครั้งนี้ควรรวมกิจกรรมของการดูแลของครั้งก่อนและควรวีให้เวลามากขึ้น การตรวจ

ร่างกายและการทดสอบจะต้องประกอบด้วย การวัดความดันโลหิต วัดระดับยอคมดลูก ตรวจปัสสาวะ และตรวจเลือด อีกครั้งทุกราย

การส่งต่อขึ้นกับอาการแสดงและการตรวจพบซึ่งจะต้องอาศัยการดูแลเป็นพิเศษ ตัวอย่างเช่น การตรวจพบ ค่าความเข้มข้นเลือดฮีโมโกลบินสูง ($Hb > 130 \text{ g/l}$ หรือ 13 g/dl) โดยไม่มีอาการแสดงอย่างอื่น เช่นเดียวกับการตรวจพบระดับยอคมดลูกไม่เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มน้อย อาจหมายถึงกำลังมีภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทำให้ต้องนัดกระชั้นขึ้นเพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์หรือพิจารณาส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือส่งพบผู้เชี่ยวชาญ

ผู้ตั้งครรภ์บางคนอาจเข้าสู่ระยะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนที่จะถึงกำหนดนัดครั้งต่อไป ดังนั้นควรต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเพื่อให้คำแนะนำและคำชี้แจงในกรณีที่มีอาการเจ็บครรภ์หรือมีน้ำเดิน และควรปฏิบัติตัวเช่นไร ผู้ตั้งครรภ์และสามีควรได้รับการนัดหมายเชิญชวนให้เข้าโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 เพื่อการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังคลอด เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอด สถานที่คลอด ได้รับการกระตุ้นให้ปรึกษาหารือหรือการเว้นระยะการมีบุตรและวิธีการคุมกำเนิด เน้นการกลับมาตรวจภายในหลังคลอดเพื่อการคุมกำเนิดและการให้นมบุตรอย่างเดียวได้นาน 6 เดือน

2 กิจกรรมการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่สี่

2.1 การสอบถามข้อมูลเช่นเดิม: ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสูติกรรม และการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2.2 การตรวจร่างกาย:

● ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

● การตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจดูการบวมที่ขาหรือทั่วร่างกายและอาการเตือนของโรคอื่น ๆ

● การตรวจคลำหน้าท้อง วัดระดับยอคมดลูก บันทึกลงบนกราฟ ประเมินอายุครรภ์ และ ตรวจหน้าท้อง เพื่อตรวจหาการตั้งครรภ์แฝด ถ้าพบความไม่สอดคล้องของยอคมดลูกเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ โดยเฉพาะในกรณีไม่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์มาก่อน และสามารถ ประเมินการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ได้ด้วย การฟังเสียงหัวใจทารก ใช้ดอปเพลอร์ (เครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์) เมื่อไม่มีการเคลื่อนไหวของทารกหรือด้นน้อยลง

● ตรวจเต้านมซ้ำเพื่อเตรียมความพร้อมของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

● ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดหรือเลือดออกกระปริดกระปรอยก็ไม่ควรตรวจภายใน ควรส่งต่อพบแพทย์หรือโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุ

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

● ปัสสาวะ: การตรวจ proteinuria และ glucosuria

● เลือด: ควรตรวจความเข้มข้นเลือดฮีโมโกลบิน (Hct/Hb) ซีพีจีเอส และ Anti HIV ทุกครั้ง

2.4 การประเมินเพื่อการส่งต่อ:

● ประเมินความเสี่ยงอีกครั้งโดยพิจารณาจากหลักฐานที่พบนับตั้งแต่มาตรวจครั้งก่อนๆ และจากการสังเกตพบในการฝากครรภ์ครั้งนี้

● มีเลือดออกทางช่องคลอด

● ตรวจพบว่า มี pre-eclampsia ความดันโลหิตสูง และ/หรือ proteinuria ให้มีการส่งต่อไปสถานบริการระดับสูงขึ้นหรือโรงพยาบาล

● สงสัยว่าทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) (ระดับความสูงมดลูกต่ำกว่าค่าที่คาดไว้ หรือจาก growth curve แสดงให้เห็นว่าทารกมีการเจริญเติบโตช้า)

● สงสัยการตั้งครรภ์แฝด ให้ส่งต่อเพื่อการยืนยันการวินิจฉัยตลอดจนการเตรียมการคลอด

● ถ้าค่า Hb ต่ำกว่า 110 กรัม/ลิตร หรือ 11 g/dl อย่างต่อเนื่อง ให้ส่งพบแพทย์

- ถ้าค่า Hb สูงกว่า 130 กรัม/ลิตรหรือ 13 g/dl ให้พบทบทวนการตรวจขนาดมดลูก ประเมินน้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิต proteinuria หรือน้ำตาลขึ้นเพื่อตรวจสอบการเจริญเติบโตซ้ำของทารกในครรภ์

2.5 ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

1. ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนและแคลเซียม ต่อไปทุกราย
2. ถ้าค่า Hb น้อยกว่า 110 กรัม/ลิตร หรือ 11 g/dl ให้ส่งต่อ

2.6 คำแนะนำ คำถามและคำตอบ และการจัดตารางนัดครั้งต่อไป บันทึกข้อมูลให้ครบ

1. แนะนำเกี่ยวกับ วิธีการคลอดชนิดต่างๆ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการวางแผนครอบครัวหลังคลอด
2. นัดผู้ตั้งครรภ์และสามีเข้ารับฟังโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 2
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดในช่วงนี้ เช่น อาการเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะบ่อย แสบขัด การตื่นของเด็กน้อยลง อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การมีน้ำเดิน
4. นัดตรวจครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และบันทึกการฝากครรภ์ให้ครบถ้วน

6.5. การดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่ห้า

การฝากครรภ์ครั้งที่ 5 ทำเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์

1 ข้อมูลทั่วไป:

การตรวจครรภ์ครั้งนี้ควรดำเนินการในช่วงอายุครรภ์ 36 - 38 สัปดาห์ มีความสำคัญมากในการตรวจยืนยันท่าของทารกในครรภ์ หากสงสัยว่าตรวจพบการตั้งครรภ์ท่าก้นหรือท่าขวาง ให้ ทำการส่งต่อหรือพบแพทย์ เพื่อการประเมินให้ถูกต้อง และให้คำแนะนำการทำ external cephalic version (ECV) หรือการผ่าตัดคลอดมากกว่าการลองให้คลอดเองทางช่องคลอด

ผู้ตั้งครรภ์ควรได้รับการแนะนำและแจ้งว่ากำหนดคลอดคือเมื่อใด และถ้ายังไม่คลอดจนกระทั่งปลายสัปดาห์ที่ 40 (หรือเลยกำหนดไป 6-7 วัน) ให้มายังโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่ฝากครรภ์เพื่อการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และพิจารณาให้เร่งคลอดด้วยวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์สำหรับการตั้งครรภ์เกินกำหนดโดยวิธีต่างๆยังไม่อาจยืนยันได้ว่าจะเป็นประโยชน์ มีจำนวนผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่ 41 สัปดาห์ที่ยังไม่คลอดพบได้ประมาณ 5-10% แม้ว่าไม่ควรทำการเร่งคลอดเป็นกิจวัตรแต่การเร่งคลอดในกรณีอายุครรภ์เกินกำหนดไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด meconium stained amniotic fluid การตายทารกในระยะปริกำเนิด และไม่เพิ่มอัตรา caesarean section แม้ในรายที่ปากมดลูกไม่สุก ยิ่งไปกว่านั้นการเร่งคลอดที่เหมาะสมยังลดอัตรา caesarean section โดยรวมได้ถ้าดำเนินการเร่งคลอดอย่างถูกต้อง

ใบฝากครรภ์หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กควรได้รับการบันทึกครบถ้วนและคืนให้แก่ผู้ตั้งครรภ์เพื่อให้นำไปโรงพยาบาลหรือสถานที่คลอดด้วย

2 กิจกรรมการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งที่ห้า

1 สอบถามข้อมูล: ประวัติความเจ็บป่วยในช่วงที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงจากการตรวจครั้งก่อน

2 การตรวจร่างกาย:

- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
- ตรวจครรภ์ ฟังเสียงหัวใจทารกและวัดระดับยอดมดลูก ถ้าพบความไม่สอดคล้องของยอดมดลูกเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ ให้ประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การตรวจท่าทารกและส่วนนำที่ถูกต้อง (lie and presentation) ด้วยการคลำและฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ใช้ดอปเลอร์ (เครื่องฟังเสียงหัวใจทารก

ในครรภ์) ถ้าเด็กด้นน้อยลงหรือผู้ป่วยต้องการ ถ้ามีอาการเลือดออกให้ส่งต่อ

- การตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจดูการบวมที่ขาหรือทั่วร่างกาย ตรวจอาการแสดงของโรคอื่นๆ

3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

ตรวจ proteinuria และ glucosuria

4 การประเมินเพื่อส่งต่อ และจัดให้มีการดูแลรักษาดังต่อไปนี้:

1. ประเมินความเสี่ยงอีกครั้งโดยพิจารณาจากหลักฐานที่พบมาตั้งแต่ การตรวจครั้งก่อน และจากการสังเกตพบในการตรวจครรภ์ครั้งนี้ ส่งต่อเมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงสูง เช่นการมีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะตรวจพบไข่ขาวหรือมีอาการของ pre-eclampsia สงสัยทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เด็กด้นน้อยลง สงสัยครรภ์แฝด กรณีสงสัยทำกัน หรือทำขวาง ให้ส่งต่อเพื่อพิจารณาทำ external cephalic version หรือวางแผนการคลอดในโรงพยาบาลด้วยการผ่าตัดคลอดตามดุลยพินิจของแพทย์

2. ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนและแคลเซียมต่อไปทุกราย

5 ให้คำแนะนำ ถามและตอบ และนัดการตรวจครั้งต่อไป:

1. แนะนำอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อการคลอด เช่น การเจ็บครรภ์ น้ำเดินหรือมีมูกเลือดออก และการเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติอื่นๆที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เช่น เลือดออก เด็กด้นน้อยลง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีไข้

3. ให้คำแนะนำสำหรับแนวทางกรณีที่ต้องเร่งคลอด หรือมีน้ำเดิน เลือดออกทางช่องคลอด ให้โอกาสถามและตอบข้อสงสัย ยืนยันคำแนะนำที่เห็นและผู้ติดตามได้ในกรณีฉุกเฉินหรือสถานที่ที่ต้องไปคลอด วันที่คาดว่าจะคลอด (EDC) ถ้ายังไม่คลอดเมื่อถึงปลายสัปดาห์ที่ 40 ให้มาตรวจที่คลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล เมื่อ 41 สัปดาห์

4. บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนลงในสมุดฝากครรภ์และให้คำแนะนำว่าต้องนำมาด้วยทุกครั้งที่มาติดต่อรวมทั้งเมื่อมาคลอด

7. คำแนะนำพิเศษ

7.1 การดูแลรักษาผู้ตั้งครรภ์ที่จะช่วยลดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่

1 การแนะนำให้ผู้ตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวเลิกการสูบบุหรี่⁽²¹⁾

2 การคัดกรองและรักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่ไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria)⁽²²⁾

3 การคัดกรองและรักษาการติดเชื้อในช่องคลอดที่ไม่มีอาการ (asymptomatic vaginitis)⁽²³⁾

4 การให้ calcium เสริมในระหว่างการตั้งครรภ์⁽²⁰⁾

7.2 กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า หรือมาผัดนัด

ผู้ตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งอาจมาฝากครรภ์ช้า ไม่สามารถให้การดูแลตามองค์ประกอบพื้นฐานของอายุครรภ์ ควรให้การดูแลโดยให้ทุกกิจกรรมที่ควรกระทำในการฝากครรภ์ครั้งที่ผ่านมามีทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องใช้เวลาดูแลผู้ตั้งครรภ์ในครั้งแรกนี้นานกว่าปกติ ผู้ตั้งครรภ์อาจมีการผัดนัดในการมาฝากครรภ์ ดังนั้นควรมีระบบที่คอยตรวจสอบเหตุผลที่ทำให้ผู้ตั้งครรภ์ผัดนัด มีระบบการติดตามผู้ตั้งครรภ์มาตรวจ และกำหนดวันนัดหมายใหม่ตามความเหมาะสม โดยต้องกระทำทุกกิจกรรมในวันที่ผัดนัดไปพร้อมกับกิจกรรมตามอายุครรภ์นั้นๆ

7.3 การดูแลผู้ตั้งครรภ์แฝด

ครรภ์แฝดมีความเสี่ยงสูงต่อมารดาและทารก ความเสี่ยงต่อการตายคลอดสูงเป็น 10 เท่าในครรภ์แฝด

เมื่อเทียบกับครรภ์เดี่ยว อัตราตายของทารกแรกเกิดก็สูงกว่า เพราะ 59 % ของครรภ์แฝดจะคลอดก่อนกำหนดและส่วนใหญ่จะมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ครรภ์แฝดอาจมีปัญหการเจริญเติบโตไม่เท่ากัน (discordant growth) และ twin-to-twin transfusion syndrome (ฝาแฝดไขว้ใบเดียวกัน) แผลสาม หรือแผลมากกว่าสาม ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ผู้ตั้งครรภ์แฝดมักเกิดภาวะโลหิตจาก pre-eclampsia แพ้ท้องมาก ครรภ์แฝดน้ำ มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอดได้มากกว่าผู้ตั้งครรภ์เดี่ยว เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นจะยิ่งเพิ่มภาระต่อการทำงานของร่างกายมากขึ้น การให้ลาพักร้อนจะช่วยให้อาการเมื่อลำเกินครรภ์ขึ้น แต่ไม่มีหลักฐานวิจัยสนับสนุนว่าการนอนพักได้ประโยชน์

ในชุดองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ การวัดความสูงของยอดมดลูก เป็นตัววัดที่ทำให้สงสัยการตั้งครรภ์แฝดมากที่สุดนอกเหนือจากการคลำหน้าท้องด้วย leopold's maneuver การตั้งครรภ์ด้วยการทำ IVF (In vitro fertilization) เพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์แฝด แต่ผู้ตั้งครรภ์เหล่านั้นมักจะได้รับ การดูแลเป็นพิเศษอยู่แล้ว เมื่อไหร่ที่สงสัยครรภ์แฝดควรได้รับการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์และควรได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์ การให้ความรู้และคำแนะนำมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ตั้งครรภ์แฝด การเตรียมพร้อมสำหรับการเจ็บครรภ์ และการคลอดควรกระทำในโรงพยาบาล การติดต่อสถานที่คลอด เตรียมแผนสำหรับการเดินทางไปคลอดในกรณีเจ็บครรภ์ หรือมีภาวะแทรกซ้อนเช่น น้ำเดิน เลือดออก ฯลฯ และเน้นย้ำถึงการมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดสูง สามีและญาติควรได้รับการแนะนำด้วยทั้งโดยคำพูดหรือเอกสาร ควรพิจารณาให้ลาพักในระหว่างไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในรายที่ใช้แรงกายมาก

ระยะห่างระหว่างการนัดฝากครรภ์แต่ละครั้งในชุดองค์ประกอบพื้นฐานถูกกำหนดตามผลการศึกษาวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกและตามหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นในการให้ intervention แต่ละอย่าง ความผิดปกติที่เกิดจากการตั้งครรภ์อาจเกิดได้ทุกเมื่อในระหว่างการตั้งครรภ์ และโรคต่างๆอาจเกิดร่วมด้วยได้เสมอตลอดการตั้งครรภ์ ความผิดปกติที่ไม่ปรากฏอาการในระหว่างการฝากครรภ์แต่ละครั้งนั้นสามารถระงับได้เช่น pre-eclampsia หรือทารกเจริญเติบโตช้า ซึ่งจะสามารถวินิจฉัยได้ สามารถให้การดูแลที่เหมาะสม ผู้ตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำอีกครั้งว่าให้รีบมาพบแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติ และควรให้ความมั่นใจว่าสามารถมาก่อนกำหนดนัด ถี่กว่าที่กำหนดและขอรับการช่วยเหลือได้ที่คลินิกฝากครรภ์หรือโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง และควรให้เบอร์โทรศัพท์และสถานที่ที่ผู้ตั้งครรภ์สามารถติดต่อแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลได้พร้อมทั้งให้สามีและญาติได้ข้อมูลนี้เช่นกัน

ผู้ตั้งครรภ์ควรได้รับการกระตุ้นให้มาฝากครรภ์แต่เนิ่นๆ ยิ่งเร็วยิ่งดี การกระจายผลดีและประโยชน์ที่ได้รับจากการฝากครรภ์ควรเป็นพันธะสัญญาของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งสามารถสนับสนุนให้เกิดการฝากครรภ์ได้จากแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วิทยุท้องถิ่น หรือโดยคำพูด การตรวจและการรักษาบางอย่างในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกต้องกระทำตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆเพื่อจะได้ประสิทธิผลสูงสุดเช่น การให้ธาตุเหล็กบำรุงเลือด โฟเลต การรักษา syphilis และที่สำคัญการประเมินอายุครรภ์จะเชื่อถือได้มากที่สุดเมื่ออายุครรภ์น้อยๆ

8.กิจกรรมในการดูแลผู้ตั้งครรภ์

ครั้งที่ 1 วันที่ (ควร ก่อน 12 สัปดาห์)	สัปดาห์				
	<12	20	26	32	38
1. เช็ค Classifying form แล้วไม่มี ความเสี่ยงสูง					
2. ชั่งน้ำหนัก , วัดสวนสูง ,วัดความดันโลหิต					
3. ตรวจร่างกายทั่วไป, ตรวจครรภ์, ประเมินอายุครรภ์,วัดความสูงของยอดมดลูก					
4. ตรวจปัสสาวะโดยใช้ Multiple dipstick หา Protein, Sugar, Nitrite และ Leukocyte esterase					
5. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจเสียงปอดและหัวใจ					
6. ตรวจภายในเพื่อคัดกรองภาวะ asymptomatic vaginitis (อาจเลื่อนไปในครั้งที่ 2 ของการฝากครรภ์)					
7. ตรวจ Hb / Hct / OF / DCIPและตรวจ VDRL, Anti HIV, Blood gr, Rh typing, HBsAg					
8. ให้อาหาร Tetanus toxoid ครั้งที่ 1					
9. ให้อาหารเหล็ก และ/ หรือ โฟเลต และ iodine					
10. โรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 1 และ ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน					
ครั้งที่ 2 วันที่ (20 สัปดาห์)					
1. ชั่งน้ำหนัก,วัดความดันโลหิต					
2. ตรวจปัสสาวะหา Protein, Sugar					
3. ตรวจร่างกายทั่วไป, ตรวจภาวะซีด, บวม					
4. ตรวจครรภ์ : ประเมินอายุครรภ์ วัดความสูงของยอดมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์					
5. ตรวจภายใน (ในกรณีที่ยังไม่ได้ตรวจเมื่อฝากครรภ์ครั้งที่ 1)					
6. ตรวจอัลตราซาวด์ (ถ้าทำได้)					
7. ให้อาหารเหล็ก iodine และ แคลเซียมตลอดการตั้งครรภ์					
8. ให้อาหาร Tetanus toxoid ครั้งที่ 2 (ห่างจากเข็มแรก อย่างน้อย 1 เดือน)					
9. ให้คำปรึกษาหลังทราบผลเลือด อาการผิดปกติฉุกเฉิน และเบอร์โทรศัพท์ สำหรับการติดต่อ					
ครั้งที่ 3 วันที่ (26 สัปดาห์)					
1. แนะนำให้มารดาสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์					
ครั้งที่ 4 วันที่ (32 สัปดาห์)					
1. ตรวจ Hb/Hct. VDRL, Anti HIV					
2. โรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 และ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคลอด วางแผนการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิด					
ครั้งที่ 5 วันที่ (38 สัปดาห์)					
1. ตรวจท่าทารกในครรภ์ ถ้าเป็นท่าก้นให้ส่งต่อเพื่อทำ ECV หรือ เพื่อการผ่าตัด					
2. ถ้ายังไม่คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์ ให้มาโรงพยาบาลเพื่อชักนำการคลอด					

9. เอกสารอ้างอิง:

1. Byrne DL, Asmussen T, Freeman JH. Descriptive terms for women attending antenatal clinics: mother knows best? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000; 107: 1233-36.
2. Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1997; 76: 1-14.
3. Bergsjö P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. II. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcome: some special conditions and examinations. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1997; 76: 15-25.
4. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2001; 15 (Suppl. 1): 1-42.
5. The WHO Reproductive Health Library, No. 5. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. The Cochrane Library. Issue No. 2. Oxford, Update Software, 2002.
7. Villar J, Baaqueel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, et al. For the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet*. 2001; 357: 1551-64.
8. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, et al. for the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *The Lancet*. 2001; 357: 1565-70.
9. Villar J et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Library*, Issue No. 2. Oxford, Update Software, 2002.
10. Villar J, Bakketeig L, Donner A, al-Mazrou Y, Ba-aqeel H, Belizan JM, et al. The WHO antenatal care randomized controlled trial: rationale and study design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1998; 12 (Suppl.): 27-58.
11. Bergsjö P, Breart G, Morabia A. Monitoring data and safety in the WHO Antenatal Care trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1998; 12 (Suppl. 2): 156-64.
12. Piaggio G, Ba'aqeel H, Bergsjö P, Carroli G, Farnot U, Lumbiganon P, et al. The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1998; 12 (Suppl2): 116-41.
13. Mugford M, Hutton G, Fox-Rushby J. Methods for economic evaluation alongside a multi-centre trial in developing countries: a case study from the WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1998; 12 (Suppl.): 75-9.
14. Langer A, Nigenda G, Romero M, Rojas G, Kuchaisit C, al-Osimi M, et al. The evaluation of women's and providers' perception of quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1998; 12 (Suppl.): 98-112.

15. De Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a WHO expert committee. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1996; 64: 650-58.
16. Belizan J, Villar J, Nardin JC, Malamud J, De Vicurna LS. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1978; 131: 643-46.
17. สมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก 2549 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
18. รัชตะ รัชตะนาวิน นัยนา บุญทวีวัฒน์ ศิริพร จิตรพลี ไอโอดีน ใน ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน สำหรับคนไทย พ.ศ. 2546 กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 2546
19. Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Reaching Optimal Iodine Nutrition in Pregnant and Lactating Women and Young Children. Geneva, World Health Organization, 2007.a
20. Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. CD001059.
21. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 164–75
22. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Review* 2001, Issue 2: CD000490.
23. Swadpanich U, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. CD006178.
24. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิบูล, ปราวณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม, เจริญวิทย์ นิลโคตร, ปรินดา ตาสี. (2552). รายงานการประเมินผลโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 2. นครปฐม : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

10.ภาคผนวก

การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระหว่างการตั้งครรภ์ Guidelines for the management of Sexually Transmitted Infection (World Health Organization, Geneva, 2003)

1. Gonococcal infections

1.1 Uncomplicated anogenital infections

- Ceftriaxone 125 mg by intramuscular injection, as a single dose หรือ
- Cefixime 400 mg orally, as a single dose หรือ
- Spectinomycin 2 g by intramuscular injection, as a single dose

1.2 Disseminated infections

- Ceftriaxone 1 g by intramuscular or intravenous injection, once daily for 7 days
- หรือ
- Spectinomycin 2 g by intramuscular injection, twice daily for 7 days (มีบางข้อมูลรักษาแค่ 3 วัน ก็เพียงพอ)

2. Chlamydia trachomatis infections

2.1 Uncomplicated anogenital infection

- Erythromycin , 500 mg orally, four times a day for 7 days (ในรูปแบบของ base หรือ ethylsuccinate) หรือ
- Amoxicillin 500 mg orally, three times a day for 7 days

3. Syphilis

3.1 Early syphilis (ได้แก่ primary, secondary, หรือ latent syphilis ที่ไม่เกิน 2 ปี)

- Benzathine penicillin G 2.4 million IU, by intramuscular injection, at a single session. (given as two injections at separate sites) หรือ
- **Alternative regimen** : procaine benzylpenicillin 1.2 million IU daily, by intramuscular injection, for 10 consecutive days หรือ
- Erythromycin 500 mg orally, 4 times daily for 14 days (สำหรับผู้ป่วย penicillin)

3.2 Late latent syphilis

- Benzathine penicillin G 2.4 million IU by intramuscular injection, once weekly for 3 consecutive weeks
- **Alternative regimen**: procaine benzylpenicillin 1.2 million IU, by intramuscular injection, once daily for 20 consecutive days หรือ
- Erythromycin 500 mg orally, 4 times daily for 30 days (สำหรับผู้ป่วย penicillin)

3.3 Neurosyphilis

- Aqueous benzyl penicillin 12-24 million IU by intravenous injection, daily in doses of 2-4 million IU every 4 hours for 14 days

- **Alternative regimen:** procaine benzylpenicillin 1.2 million IU, by intramuscular injection, once daily and probenecid, 500 mg orally, 4 times daily, both for 10-14 days หรือ

- 3rd generation cephalosporins (สำหรับผู้ป่วย penicillin)

4. Chancroid

- Erythromycin base 500 mg orally, 4 times daily for 7 days หรือ

- Azithromycin 1 g orally, as a single dose

- **Alternative regimen:** Ceftriaxone 250 mg by intramuscular injection , as a single dose

การดูแลแผล : รักษาให้สะอาด ถัดอมน้ำเหลืองโตและนุ่ม ควรดูดหนองออกโดยดูดผ่าน

ผิวหนังปกติ **ไม่**แนะนำให้ทำ incision and drainage หรือ excision

เพราะจะทำให้แผลหายช้า

5. Genital herpes infections

5.1 First clinical episode

- Acyclovir 200 mg orally, 5 times daily for 7 days หรือ

- Acyclovir 400 mg orally, 3 times daily for 7 days

5.2 Recurrent infections

- Acyclovir 200 mg orally, 5 times daily for 5 days หรือ

- Acyclovir 400 mg orally, 3 times daily for 5 days หรือ

- Acyclovir 800 mg orally twice daily for 5 days

5.3 For severe disease

- Acyclovir 5-7 mg/kg IV, every 8 hours for 5-7 days or until clinical resolution is attained

หมายเหตุ

1. **ไม่**แนะนำให้ใช้ acyclovir แบบทา เพราะไม่ได้ผลดี

2. ถ้ามี active lesion ที่ช่องคลอดขณะเจ็บครรภ์คลอด ให้ cesarean section
ทุกราย เพื่อลดความเสี่ยงการเกิด neonatal herpes

6. Venereal warts

6.1 External genital and perianal warts

- Trichloroacetic acid (TCA)(80-90%) ทาที่ warts หลีกเลียงผิวหนังปกติ ทาทุก 1 สัปดาห์

- Cryotherapy ด้วย liquid nitrogen ทุก 1-2 สัปดาห์

- Electrosurgery

- Surgical removal

6.2 vaginal warts

- Cryotherapy ด้วย liquid nitrogen

- TCA 80-90%

6.3 Cervical warts

- ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญ

- Pap smear

- No TCA or podophyllin
- ให้การรักษาหลังทราบผล Pap smear
- Cryotherapy

6.4 Meatal and urethral warts

- cryotherapy

7. Trichomonas vaginalis infections

- Metronidazole 2 g. orally, in a single dose (ห้ามใช้ใน 1st trimester) หรือ
- Tinidazole 2 g. orally, in a single dose
- **Alternative regimen:** metronidazole 400 or 500 mg orally, twice daily for 7 days หรือ
- Tinidazole, 500 mg orally, twice daily for 5 days.

หมายเหตุ

1. ให้การรักษา sexual partner(s) ด้วย
2. ให้การรักษาทั้งในคนไข้ที่มีอาการ และไม่มีอาการ

8. Bacterial vaginosis (BV)

รักษาเฉพาะคนไข้ที่มีอาการเท่านั้น และทำการตรวจคัดกรองหาภาวะนี้ในกรณีที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน พร้อมให้การรักษาถ้าเป็น asymptomatic BV

- Metronidazole, 200 or 250 mg orally three times daily for 7 days.
(ห้ามใช้ใน 1st trimester)

- **Alternative regimen :** metronidazole , 2 g orally, as a single dose หรือ
- Clindamycin, 300 mg orally twice daily for 7 days หรือ
- Metronidazole gel, 0.75%, 5 g twice daily intravaginally for 7 days

9. Candidiasis

- micronazole or clotrimazole, 200 mg intravaginally, daily for 3 days หรือ
- clotrimazole, 500 mg intravaginally, as a single dose

การรักษาภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในระหว่างการตั้งครรภ์

Reference: Managing complications in pregnancy and childbirth:

A guide for midwives and doctors.

By WHO/Department of Reproductive Health and Research, 2000

1. Asymptomatic bacteriuria

Amoxicillin 500 mg by mouth three times per day for 7 days

2. Cystitis

- Amoxicillin 500 mg by mouth three times per day for 7 days
- If treatment fails, check urine culture and sensitivity, and treat with an antibiotic appropriate for the organism.
- If infection recurs two or more times :
Check urine culture and sensitivity, and treat with an antibiotic appropriate for the organism.
- For prophylaxis against further infections, (after recurrent infections)
Amoxicillin 250 mg by mouth once daily at bedtime for the remainder of pregnancy and 2 weeks postpartum.

3. Acute pyelonephritis

3.1 Hospitalization

3.2 If shock is present or suspected, initiate immediate treatment;

- monitor vital signs
- rapidly infuse IV fluids at the rate of 1 Litre in 15-20 minutes
- give at least 2 litres of these fluids in the first hour
- record fluid intake and urine output
- give oxygen at 6-8 Litre per minute by mask or nasal cannulae

3.3 Check urine culture and sensitivity

3.4 Give antibiotics;

Ampicillin 2 g IV every 6 hours plus gentamicin 5 mg/kg body weight IV every 24 hours until the woman is fever-free for 48 hours then give amoxicillin 1 g by mouth three times per day to complete 14 days of treatment.

3.5 Give paracetamol 500 mg by mouth as needed for pain and to lower temperature

คู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่

ชื่อหนังสือ

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ออกแบบปกโดย

พิมพ์โดย

คู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่

ศูนย์อนามัยที่ ๖ ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ศตพร จันสาเทพ

อดิศร แก้วสีบุตร

บริษัทเพ็ญพรินตติ้ง จำกัด

เลขที่ 2 หมู่ 3 ถนนโพธิสาร ต.โนนเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร.0-4322-2582, 0-4332-6739 Fax : 0-4332-8739

www.penprinting.co.th

E-mail : penprint@penprinting.co.th

คำนำ

กรมอนามัย มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศดำเนินงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็กอย่างมีคุณภาพ ภายใต้โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว คู่มือดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฉบับนี้เป็นคู่มือฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ที่พิมพ์ขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางการให้บริการการดูแลฝากครรภ์ขั้นพื้นฐานให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่องานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้สุขภาพแม่และเด็กไทยดีขึ้น

โดยที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช และ ศูนย์อนามัย 1-12 ร่วมดำเนินโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอร่างองค์การอนามัยโลกในปี 2551-2552 ผลการดำเนินงานพบว่าระบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์แตกต่างไปจากเดิม ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และมีความครบถ้วนของการบริการเพิ่มขึ้น

ขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงโฉมพิลาศ จงสมชัย ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นายแพทย์ณรงค์ วินัยกุล ศูนย์อนามัยที่ ๖ ขอนแก่น ที่ได้ร่วมกันเรียบเรียงคู่มือดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 นี้ เพื่อให้เป็นแนวทางที่ทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย สิ่งสำคัญที่ต้องเน้นคือแนวทางการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่นี้ใช้ได้เฉพาะในผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีความเสี่ยงสูงใดๆ ในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงต้องให้การดูแลตามแนวทางที่แพทย์แนะนำเป็นรายๆ ไป

ศูนย์อนามัยที่ ๖

กรมอนามัย

พฤษภาคม 2554

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
1. บทนำ	1
2. หมายเหตุสำคัญ	1
3. ข้อมูลพื้นฐาน	2
3.1 การวิจัยแบบสหสถาบันขององค์การอนามัยโลก	2
3.2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบขององค์การอนามัยโลก	3
4. หลักการสำคัญของการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก	4
5. การนำการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในประเทศไทย	4
6. การดูแลหญิงตั้งครรภ์	5
6.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก	7
6.2 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สอง	11
6.3 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สาม	13
6.4 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สี่	14
6.5 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ห้า	16
7. คำแนะนำพิเศษ	17
7.1 การดูแลรักษาผู้ตั้งครรภ์ที่จะช่วยลดการคลอดก่อนกำหนด	17
7.2 กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า หรือมาผัดนัด	17
7.3 การดูแลผู้ตั้งครรภ์แฝด	17
8. กิจกรรมในการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่	19
9. เอกสารอ้างอิง	20
10. ภาคผนวก	22
10.1 การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระหว่างการตั้งครรภ์	22
10.2 การรักษาภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในระหว่างการตั้งครรภ์	25