

สรุปรายงาน
การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๕
เรื่อง Head, Heart, Hands: Healing the High-risk
ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕
โดย สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล

นางสาวจิราภรณ์ ดิษฐ์ประสพ

อายุ

๓๖ ปี

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ปฏิบัติงานหน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

มีหน้าที่ให้บริการสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และสตรีที่มีปัญหาทางด้านนรีเวช ให้คำปรึกษา แก่สตรีตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในระยะตั้งครรภ์ รวมถึงการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์สำหรับฟังเสียงหัวใจทารกและประเมินการหดตัวของมดลูก (Non-Stress Test)

๑.๒ ชื่อ/นามสกุล

นางสาววนิดา บุญมาก

อายุ

๓๖ ปี

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยคลอด ทำหน้าที่ให้การพยาบาล

ผู้คลอดปกติ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการและผ่าตัด ดูแล ทารกแรกเกิด รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้คลอดและญาติที่มาใช้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้คลอด

๑.๓ ชื่อเรื่อง

การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๕
Head, Heart, Hands: Healing the High-risk

เพื่อ

ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน

สัมมนา ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ

งบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน

เป็นเงินคนละ ๖,๘๒๐.- บาท (หกพันแปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน)
รวมเป็นเงิน ๑๓,๖๔๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกกร้อย-
ยี่สิบบาทถ้วน)

วันเดือนปี

ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

สถานที่

โรงแรม เดอะ ซายด์ พัทยา จ. ชลบุรี

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ

-

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาเผยแพร่วิทยากรที่ทันสมัย รวมถึงได้ทราบเกี่ยวกับการค้นคว้าวิจัยใหม่ ๆ เพื่อให้มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

๑. สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) : อดีต ปัจจุบัน อนาคต

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีความมั่งคั่ง และมั่นคง แข็งแรงทางด้านการดำเนินงาน มีคณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการวิชาการและอื่น ๆ ที่พร้อมนำพาสมาคมฯ ให้เจริญรุ่งเรืองต่อไป ในอนาคตทางสมาคมฯ ได้คำนึงถึงวิถีทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ให้มากที่สุด ทางสมาคมฯ อาจจะต้องแสดงบทบาทการรับผิดชอบต่อสังคม social responsibility บ้าง รวมทั้งการเพิ่มความสัมพันธ์กับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนให้เข้มแข็งมากขึ้น โดยเฉพาะกับกระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ในประเทศไทย

๒. Work Shop : ANC คุณภาพ ๒๐๒๒

เดิมองค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการนัดหมายน้อยครั้งในรายที่ไม่มีความเสี่ยง เพื่อลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น ดังนั้น กรมอนามัยจึงได้จัดทำแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ มารับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย ๕ ครั้ง ต่อมาในปี ๒๕๕๙ WHO แนะนำให้เพิ่มการนัดหมายฝากครรภ์เป็นอย่างน้อย ๘ ครั้ง โดยเพิ่มความถี่ในช่วงไตรมาสที่ ๓ ของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการศึกษาพบอุบัติการณ์ทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) เพิ่มขึ้นในบางประเทศ ปัจจุบันกรมอนามัยจึงออกนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีสิ่งที่ปรับเปลี่ยนไปจากเดิมดังนี้

๑. จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์

เพิ่มจำนวนครั้งการฝากครรภ์จาก ๕ ครั้งเป็น ๘ ครั้ง โดยเพิ่มความถี่ในช่วงไตรมาสที่ ๓ โดยกำหนดให้มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒, ๒๐, ๒๖, ๓๐, ๓๔, ๓๖, ๓๘ และ ๔๐ สัปดาห์

๒. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

เดิมกำหนดให้มีการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงอย่างน้อย ๑ ครั้งในช่วงอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ เพื่อยืนยันอายุครรภ์ และคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์ แต่ในปัจจุบันได้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย จึงได้มีการเพิ่มการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเป็น ๒ ครั้ง คือครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และครั้งที่ ๒ ช่วงอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์

๓. การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียและซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

เดิมการตรวจธาลัสซีเมียในสามี จะตรวจเมื่อผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของหญิงตั้งครรภ์ผิดปกติ จึงจะตรวจเลือดสามี จากการปฏิบัติพบว่า การตามตัวสามีมาเจาะเลือดทำได้ล่าช้า ทำให้การตรวจคัดกรองคู่เสี่ยง ตลอดจนการตรวจทารกในครรภ์ทำได้ช้าไปด้วย จากปัญหาดังกล่าวแนวทางปฏิบัติใหม่ จึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองทั้งคู่ ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก รวมถึงการตรวจคัดกรองซิฟิลิสด้วยเหตุผลเดียวกันที่พบอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น

๔. การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสแบบย้อนทาง (reverse algorithm)

เนื่องจากการตรวจคัดกรองซิฟิลิสแบบดั้งเดิมอาจทำให้วินิจฉัยผู้ติดเชื้อระยะแฝงผิดพลาดได้ จึงได้สนับสนุนให้ใช้ขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทางในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และคู่ โดยเป็นการตรวจ CIA/CMi/EIA หากพบว่าเป็นบวกจะส่งตรวจ RPR/VDRL ต่อไป

๕. การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

จากที่ประชุมมีข้อสรุปให้ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยแนะนำให้ตรวจคัดกรองในช่วงอายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ แต่หากเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงให้ตรวจตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก รวมทั้งการตรวจ ๗๕g OGTT หลังคลอดในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น gestational diabetes

๖. การให้ยาเสริมแคลเซียมกินทุกวันตลอดการตั้งครรภ์

กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้รับประทานแคลเซียม ๘๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน

๗. การฉีดวัคซีน Tdap แทนการฉีด dT ในช่วงอายุครรภ์ ๒๗-๓๖ สัปดาห์

เนื่องจากการพบอัตราการเกิดโรคไอกรนสูงขึ้นในเด็กโตและวัยรุ่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไอกรนในหญิงตั้งครรภ์จะทำให้มีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของโรคไอกรนในแม่ และส่งผ่านภูมิคุ้มกันนี้ไปสู่ทารกในครรภ์ก่อนที่ทารกจะได้รับวัคซีนนี้ในช่วงอายุ ๒ เดือน และยังสามารถลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกได้

๘. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์

อายุครรภ์ครบ ๔๐ สัปดาห์แล้วยังไม่คลอด ควรวางแผนการคลอดโดยการตรวจประเมินเชิงกราน ปากมดลูก รวมถึงการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อดูปริมาณน้ำคร่ำ และการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจประเมินการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์

๓. Work Shop : Genetics in Obstetrics

๓.๑ Down syndrome (กลุ่มอาการดาวน์) เป็นความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ ๒๑ เกินมา ๑ โครโมโซม รวมมีโครโมโซมคู่ที่ ๒๑ เป็น ๓ โครโมโซม และจำนวนโครโมโซมทั้งหมดเป็น ๔๗ โครโมโซม เขียนเป็น ๔๗,XY,+๒๑ หรือ ๔๗,XX,+๒๑ ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ ๙๕

ร้อยละ ๓-๔ ของผู้ที่เป็นกลุ่มอาการดาวน์มีส่วนของโครโมโซมคู่ที่ ๒๑ เกินมาโดยไม่เกินทั้งโครโมโซม แต่เกินเฉพาะส่วนแขนยาวของโครโมโซมผู้ที่เป็นกลุ่มแบบนี้จะมีจำนวนโครโมโซมทั้งหมด ๔๖ โครโมโซม ตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นกรณีที่แตกเป็นคู่ที่ ๑๕ และ ๒๑ แขนยาวทั้งคู่มาติดกันและยังมีโครโมโซมคู่ที่ ๒๑ อีก ๒ โครโมโซม จะเขียนได้เป็น ๔๖,XX,der(๑๕;๒๑)(q๑๐;q๑๐),+๒๑ หรืออาจเขียนเป็น ๔๖,XX,rob(๑๕;๒๑)(q๑๐;q๑๐),+๒๑ เป็นต้น

สำหรับผู้ที่เป็น Balanced translocation carrier จะมีโครโมโซมทั้งหมด ๔๕ โครโมโซม โดยคู่ที่แตกมาต่อกันเป็น ๑ โครโมโซมและเหลือโครโมโซมที่ลักษณะปกติอีกคู่ละ ๑ โครโมโซม ตัวอย่าง เช่น ๔๕,XX,der(๑๕;๒๑)(q๑๐;q๑๐) เป็นต้น

ร้อยละ ๑-๒ จะเกิดจาก isochromosomes และ mosaicism

กรณีจาก isochromosomes คือ แขนของโครโมโซม ๒๑ เป็นแขนยาวทั้ง ๒ แขน กรณีนี้มักเกิดจากบิดา หรือมารดาเป็น balanced carrier ซึ่งจะทำให้บุตรทุกคนเป็นกลุ่มอาการดาวน์

ส่วนกรณีที่เกิดจาก mosaicism จะมีประชากรเซลล์มากกว่า ๑ แบบ ตัวอย่างเช่น ๔๖,XX/๔๗,XY+๒๑ เป็นต้น

๓.๒ Edwards syndrome หรือ trisomy ๑๘ เป็นสารพันธุกรรมของโครโมโซมคู่ที่ ๑๘ เกินมา ๑ คู่

ร้อยละ ๙๔ เป็นผลจากการมีโครโมโซมคู่ที่ ๑๘ จำนวน ๓ โครโมโซม และส่วนน้อยกว่าร้อยละ ๕ เป็นผลจาก mosaicism และส่วนน้อยประมาณร้อยละ ๒ เป็นผลจากการมีชิ้นส่วนของโครโมโซมคู่ที่ ๑๘ เกินมากับโครโมโซมอื่น ในขณะที่โครโมโซมคู่ที่ ๑๘ ปกติจำนวน ๒ โครโมโซมอยู่แล้ว ซึ่งถ้าพบทารกในครรภ์เป็น Edwards syndrome ก็ควรมีการให้คำปรึกษาแนะนำกับหญิงตั้งครรภ์และสามีล่วงหน้าถึงพยากรณ์โรคของทารก และการตัดสินใจเรื่องวิธีการคลอด

๓.๓ Patau syndrome หรือ trisomy ๑๓ เป็นสารพันธุกรรมของโครโมโซมคู่ที่ ๑๓ เกินมา ร้อยละ ๘๐ เกิดจากการมีโครโมโซมคู่ที่ ๑๓ เกินมาทั้งโครโมโซม การพยากรณ์โรคคล้ายกับ Edwards syndrome คือ แท้งเสียชีวิตในครรภ์ หรือคลอดออกมาแล้วมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานโดยมี median survival ๗-๑๐ วัน และร้อยละ ๙๐ มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน ๑ ปี และมีความผิดปกติได้เกือบทุกระบบในร่างกาย

นอกจากนี้เนื่องจากโครโมโซมคู่ที่ ๑๓ มียีนที่สร้าง soluble fms-like tyrosine kinase-๑ (sFlt-๑) ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด Preeclampsia ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เป็น Patau syndrome จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Preeclampsia มากขึ้น เป็นต้น

๓.๔ ๔๕,X หรือ Turner syndrome เกิดจากการหายไปของโครโมโซมเพศจากอสุจิที่มาปฏิสนธิกับไข่ โดยไม่มีผลกระทบต่อระดับสติปัญญา เนื่องจากผู้ที่เป็น Turner syndrome มีการทำงานของรังไข่บกพร่อง จึงต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ฮอร์โมนทดแทนตั้งแต่เริ่มจะเข้าวัยรุ่น แต่ในกรณีเป็นมะเร็ง gonads

XXX ; ร้อยละ ๙๐ จะได้โครโมโซม X ที่เกินมาจากมารดา

XXY ; หรือเรียกอีกชื่อว่า Klinefelter syndrome จะได้โครโมโซม X ที่เกินมาจากบิดาหรือมารดาได้เท่า ๆ กัน

XYY ; ได้โครโมโซม Y ที่เกินมาจากบิดา

ทั้ง ๓ กรณีนี้มักไม่มีลักษณะทางคลินิกที่รุนแรงหรือจำเพาะ แต่บางส่วนอาจมี learning difficulty , attention deficit disorder หรือ delay speech หรือ ปัญหาทาง neurology ได้บ้าง และมักมีรูปร่างค่อนข้างสูง

๓.๕ ความผิดปกติที่มีการขาดหายหรือเกินมาเป็นบางส่วนของโครโมโซม

การขาดหายไปของปลายโครโมโซม ๔ คือ del(๔p๑๖.๓) ทำให้เกิด Wolf – Hirschhorn syndrome จะมี facial dysmorphic features, มีพัฒนาการล่าช้า, มี hypotonia หรือชักได้

การขาดหายไปของแขนสั้นของโครโมโซม ๕ หรือ ๕p- หรือ del(๕p) เรียกว่า cri-du-chat syndrome จะมีเสียงร้องที่ค่อนข้างสูงและคล้ายแมวร้อง หรือ cat 's cry syndrome hypotonia, ศีรษะเล็ก, พัฒนาการล่าช้า , มี facial dysmorphic features

บางความผิดปกติอาจมีผลให้เห็นทาง phenotype ที่พบบ่อยได้แก่ ๒๒q๑๑.๒ microdeletion syndrome (DiGeorge syndrome หรือ velocardiofacial syndrome หรือ Shprintzen syndrome) อาการผิดปกติเล็กน้อยมากจนผู้มีภาวะนี้อาจไม่ทราบ จนกระทั่งมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีโรคหัวใจ โดยเฉพาะ conotruncal disease หรืออาจมีผลกระทบทางด้านสติปัญญา อาจมี short palpebral fissure, short philtrum หรือ bulbous nose เป็นต้น

อีกตัวอย่างของ microdeletions คือ Prader=Willi syndrome หรือ Angelman syndrome เป็นการขาดตำแหน่งเดียวกันของโครโมโซม ๑๕ คือ ๑๕q๑๑.๒ ถึง ๑๕q๑๓ ขึ้นกับว่ารับความผิดปกติจากบิดาหรือมารดา โดยมีการแสดงออกต่างกัน แต่ทั้งสองภาวะก็มีปัญหาอ่อนเหมือนกัน

การตรวจหาความผิดปกติชนิดที่เล็กมาก ๆ อาจต้องอาศัยการตรวจพิเศษ ได้แก่ FISH : fluorescent in situ hybridization หรือการตรวจทางพันธุศาสตร์ระดับบอญวิธีต่าง ๆ (Molecular genetic analysis)

๔. Impact of Covid-๑๙ Pandemic on Obstetric Care

แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อ COVID-๑๙ ในห้องคลอด โรงพยาบาลศิริราชในระยะเวลาของการระบาดของ COVID-๑๙ สตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเข้ารับการรักษานในห้องคลอดจะได้รับการ Swab เก็บสิ่งคัดหลั่งทางเดินหายใจส่วนบนของจมูกและลำคอ เพื่อตรวจหาเชื้อ COVID-๑๙ ด้วยวิธี RT-PCR (Real Time PCR) กรณีไม่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือสัมผัสผู้ติดเชื้อจะได้รับการดูแลในห้องคลอดพิเศษหรือสามัญตามสิทธิการรักษา หากมีความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือสัมผัสผู้ติดเชื้อจะได้รับการดูแลในห้องคลอดติดเชื้อ

ในห้องแยกความดันลบ กรณีต้องผ่าตัดคลอดบุตรจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบ CODE E ไปผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดแรงดันลบ ภายหลังคลอด/ผ่าตัดคลอดจะย้ายไปหอผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่โรงพยาบาลกำหนด กรณีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อหรือสัมผัสผู้ติดเชื้อและผล Swab พบเชื้อแต่ยังไม่มีอาการทางสูติกรรม แพทย์เฉพาะทางติดเชื้อพิจารณาอาการแล้วจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือแพทย์จำหน่ายกลับบ้านก่อนพ้นระยะกักตัวให้กลับไปรักษาตัวแบบ Home Isolation หน่วยฝากครรภ์และสูติแพทย์จะติดตามอาการผู้ป่วยผ่านโครงการ Happy Family Time

ในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ โรงพยาบาลศิริราช ได้ปรับการตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ ในผู้ป่วยและผู้มารับบริการโดยสามารถส่งตรวจได้ ๒ แบบ คือ Rapid Ag test และ PCR ซึ่งผล Rapid Ag test จะออกภายใน ๒ ชม. ทำให้กรณีฉุกเฉินแพทย์สามารถตัดสินใจให้การรักษาเบื้องต้นกับผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และในเดือนมกราคม ๒๕๖๕ โรงพยาบาลศิริราชได้ปรับเปลี่ยนการตรวจโควิด-๑๙ ในผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นการตรวจแบบ Rapid PCR และผู้ป่วยที่นัดมานอนโรงพยาบาลและญาติให้ตรวจแบบ PCR และในปัจจุบันเดือนมิถุนายน ๒๕๖๕ โรงพยาบาลศิริราชได้ปรับเปลี่ยนการตรวจโควิด-๑๙ ในผู้ป่วยที่นัดมานอนโรงพยาบาลและญาติ เป็นการตรวจแบบ ATKofficial ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินให้ตรวจแบบ rapid PCR เหมือนเดิม

๕. Perinatal Palliative Care: Goal of perinatal palliative care

๑. ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างดีที่สุดตามความประสงค์ของครอบครัว
๒. มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลกับครอบครัวเพื่อเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุด โดยคำนึงถึงประโยชน์ของทารกในครรภ์เป็นหลัก
๓. ได้รับการดูแลเป็นทีม สอดประสานการส่งต่อการดูแลในระหว่างหอผู้ป่วยต่างๆขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และระหว่างสถานพยาบาลกลับบ้านเพื่อส่งทารกกลับบ้าน
๔. ดูแลช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวภายหลังการสูญเสียเพื่อให้สามารถผ่านพ้นความเศร้าโศก เสียใจ และสามารถเผชิญกับการสูญเสียนี้ได้



ที่มา : เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง Perinatal Palliative Care ในวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕ (ผศ.พญ.รัตนา คำวลัยศักดิ์)

Head Heart Hands Healing for Perinatal Palliative Care

- Head : ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ
- Heart : มีความเห็นอกเห็นใจให้คุณค่าความเป็นมนุษย์
- Hands : การปฏิบัติระบบงาน การประสานการทำงาน
- Healing : ช่วยเหลือเยียวยาให้ผ่านความเศร้าโศกเสียใจ

๖. คดีเด็ด คดีดั่ง คดีโดน การฟ้องร้องทางยุติกรรม

๖.๑ ประเด็นเรื่องการฟ้องร้องทางยุติกรรมที่พบบ่อย

๖.๑.๑ มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ น้ำคร่ำรั่วไปที่ปอด รกเกาะต่ำ รกเกาะลึก มดลูกทะลุ มดลูกแตก

๖.๑.๒ ทารกเสียชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะคับขัน ครรภ์เกินกำหนด สำลักขี้เทา ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด คลอดยาก คลอดไหล่ยาก สายสะดือโผล่ย่อย ครรภ์แฝด

๖.๑.๓ มารดาทุพพลภาพจากการผ่าตัดคลอด การดมยาสลบ

๖.๑.๔ ทารกทุพพลภาพจากการคลอดยาก คลอดไหล่ยาก คลอดก่อนกำหนด คลอดก้นทางช่องคลอด ทารกพิการแต่กำเนิด

๖.๑.๕ ทำแท้ง ท้องนอกมดลูก

๖.๒ ช่องทางของการฟ้องร้องหรือร้องเรียน

๖.๒.๑ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ สามารถใช้ได้หลาย platform ทำให้มีการวิพากษ์วิจารณ์และส่งต่อเรื่องราวได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ข้อมูลเหล่านี้ยังไม่ได้รับการตรวจสอบว่ามีความจริงมากน้อยเพียงใด ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงในระดับบุคคลหรือสถานพยาบาลได้

๖.๒.๒ การร้องเรียนต่อหน่วยงานหรือสถานพยาบาล กรณีที่เป็นเหตุการณ์ร้ายแรง ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะขอพบผู้บริหารโดยตรง

๖.๒.๓ การร้องเรียนต่อสภาวิชาชีพ คือ แพทยสภาหรือสภาการพยาบาลจะมีหน่วยงานไว้รับร้องเรียนโดยเฉพาะ

๖.๒.๔ การฟ้องศาล การฟ้องศาลยุติธรรมจะเป็นทางเลือกสุดท้าย เพราะจะมีขั้นตอนยุ่งยากใช้เวลานาน และมีค่าใช้จ่ายในการจ้างทนาย ในเหตุการณ์เดียวกันผู้ป่วยและญาติสามารถฟ้องเป็นคดีผู้บริโภคหรือคดีแพ่งและคดีอาญาได้

๖.๓ การปฏิบัติตัวเมื่อถูกฟ้องร้อง ประเด็นที่มักจะถูกกล่าวหาคือ การดูแลรักษาไม่ได้มาตรฐาน ไม่ใช้ความระมัดระวัง ประมาทเลินเล่อ เป็นต้น

๖.๓.๑ ทบทวนเรียบเรียงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด การเขียนหรือบันทึกเวชระเบียนมีความสำคัญมาก ควรระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์ การตรวจประเมินผู้ป่วย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การรักษาพร้อมทั้งเหตุผลประกอบ การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยและญาติ ไบอินยอมให้การรักษาเพื่อใช้อ้างอิงกับสภาวิชาชีพหรือในศาลยุติธรรม

๖.๓.๒ ปรึกษาหัวหน้างาน ผู้บริหารและทีมบริหารความเสี่ยงขององค์กร แจ้งเรื่องราวที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด

๖.๓.๓ ปรึกษานิติกรของโรงพยาบาล นักกฎหมายหรือทนายความ กรณีที่ถูกฟ้องร้องเป็นคดีความ

๗. DM and fetal cardiac function: A comprehensive Study เบาหวานที่พบในสตรี ตั้งครรภ์นิยมจำแนกเป็น ๓ กลุ่ม คือ

๑. Pre-gestational DM เป็นภาวะเบาหวานที่เป็นก่อนการตั้งครรภ์ รวมถึงเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงไตรมาสแรก

๒. Gestational DM (GDM) เป็นภาวะเบาหวานที่เป็นขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยในช่วงไตรมาสที่สองเป็นต้นไป

a. GDM A๑ วินิจฉัยจากระดับน้ำตาล FBS < ๑๐๕ mg/dl และ ๒ hr PP < ๑๒๐ mg/dl รักษาด้วยการควบคุมอาหาร

b. GDM A๒ วินิจฉัยจากระดับน้ำตาล FBS \geq ๑๐๕ mg/dl หรือ ๒ hr PP \geq ๑๒๐ mg/dl รักษาด้วยการใช้ยาฉีดอินซูลิน

ผลกระทบของเบาหวานต่อการตั้งครรภ์

ต่อมารดา

๑. โอกาสเกิดครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ ๙.๘ ในรายที่ FBS < ๑๑๕ mg/dl และร้อยละ ๑๘ ในรายที่ FBS \geq ๑๑๕ mg/dl
๒. โอกาสผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๑๗ ในกลุ่ม GDM A๑ และร้อยละ ๒๕ ในกลุ่ม GDMA ๒
๓. โอกาสเป็นโรคเบาหวานในช่วง ๒๒-๒๘ ปี หลังคลอดสูงถึงร้อยละ ๗๐

ต่อทารก

๑. โอกาสเกิดทารกพิการในครรภ์เพิ่มขึ้นในกลุ่ม pre-gestational DM แต่ในกลุ่ม GDM ไม่พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น
๒. ทารกตัวโต (macrosomia) หมายถึง ทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐-๔,๕๐๐ g
๓. Metabolic disturbance เช่น hypoglycemia, hyperbilirubinemia, hypocalcemia, hypomagnesemia และ polycythemia
๔. เพิ่มความเสี่ยงทารกเสียชีวิตในครรภ์ และ fetal distress ในช่วง ๔-๘ สัปดาห์สุดท้ายก่อนคลอด

เบาหวานกับหัวใจทารก

มารดาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับ hypertrophy ของหัวใจทารก ความผิดปกติในการทำงาน โดยเฉพาะช่วงคลายตัว (diastolic) ของหัวใจและการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจโดยรวม (myocardial performance)

- มารดาที่เป็น GDM A๒ มีปัญหาความผิดปกติของหัวใจทารกสูงเป็น ๒๐.๖ เท่าของทารกที่มารดาไม่เป็นเบาหวาน แต่ไม่พบปัญหาดังกล่าวในกลุ่มที่เป็น GDM A๑
- ทารกของมารดาที่เป็น GDM มีหัวใจมีรูปทรงที่กลมขึ้นพร้อมกับการลดลงของแรงการบีบตัวของ ventricle ทั้งสองข้าง ระดับการทำงานช่วงบีบและคลายตัวยังคงต่ำกว่าปกติไปจนเลยระยะวัยทารกแรกคลอด
- Pre-gestational DM มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของความพิการโดยกำเนิดของหัวใจทารก ได้แก่ septal wall defect, transposition of the great arteries และ persistent truncus arteriosus โดยสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสูงในช่วง organogenesis
- ระดับอินซูลินและ insulin-like growth factor-๑ (IGF-๑) สูงในทารก ส่งเสริมให้มีภาวะ hypertrophy ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมีผลทำให้ myocardial compliance ต่ำลงและนำไปสู่การทำงานที่ผิดปกติ
- ระดับน้ำตาลมีความสำคัญต่อ hypertrophy และการทำงานมากกว่าชนิดของ DM ในระยะแรก ๆ จะมี E/A ratio ลดลง (compliance ในช่วง diastolic ลดลง) และ isovolumetric relaxation time ยาวออกไป การทำงานของหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะช่วงท้ายของการตั้งครรภ์
- ประมาณร้อยละ ๒๕-๔๐ ของภาวะ hypertrophy ของหัวใจทารกในครรภ์จะยังคงตรวจพบในทารกแรกคลอดของมารดาที่เป็นเบาหวาน จะหายไปได้เองในปีแรกหลังคลอด

๘. Role of Fetal therapy in fetal anemia

ภาวะซีดของทารกในครรภ์ คือ ภาวะที่มีความเข้มข้นเลือดต่ำกว่าค่าปกติ โดยค่าปกติของ Hb จะเพิ่มตามอายุครรภ์ที่มากขึ้น ดังนั้นภาวะซีดของทารกในครรภ์จะได้รับการวินิจฉัยเมื่อค่า Hb ต่ำกว่า -2SD โดยแบ่งระดับความรุนแรงเทียบกับค่า multiples of median (MoM) ตามอายุครรภ์ นอกจากนี้หากค่า Hct น้อยกว่า ๓๐% สามารถให้การวินิจฉัยภาวะซีดของทารกในครรภ์ได้เช่นเดียวกัน

การแบ่งสาเหตุของภาวะ fetal anemia

๑. Bart's hydrops เช่น Bart's hydrops หรือกลุ่มทารก Hb H disease

๒. Non Bart's

๒.๑ ทารกในครรภ์มีเม็ดเลือดแดงแตกจากแอนติบอดีของมารดา (Hemolytic anemia of the fetus) เช่นกลุ่มหมู่เลือด Rhesus (Rh) D

๒.๒ การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อ Parvovirus B๑๙ เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดภาวะซีดของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการติดเชื้อจากสาเหตุอื่นๆ เช่น CMV, syphilis และ toxoplasmosis

๒.๓ โรคทางพันธุกรรม เช่น congenital erythrocyte membrane disorder, glucose-๖-phosphate dehydrogenase (G-๖-PD)

๒.๔ โรคหรือภาวะอื่น ๆ เช่น trisomy ๒๑ อาจทำให้เกิด congenital leukemia และ transient myeloproliferative disorders , placental chorioangioma, sacrococcygeal tumor, Twin anemia polycythemia sequence (TASP), Twin-twin transfusion syndrome (TTTS)

การวินิจฉัยภาวะซีดของทารกในครรภ์

๑. Definite diagnosis : cordocentesis for fetal Hb level เป็นการเจาะเลือดสายสะดือทารกในครรภ์มาวัดปริมาณ hemoglobin แต่หัตถการนี้มีความเสี่ยงต่อมารดาและทารก เช่น การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องใช้การตรวจประเมินและคัดกรองว่าทารกในครรภ์มีภาวะซีดหรือไม่ก่อนทำ cordocentesis

๒. Screening method : ultrasound ประเมิน MCA-PSV จากการศึกษาพบว่าทารกในครรภ์ที่มีภาวะซีดจะมีค่า peak systolic velocity ของเส้นเลือด middle cerebral artery (MCA-PSA) สูงขึ้นมากกว่า ๑.๕ MoM ของแต่ละอายุครรภ์ โดยมีค่าความไวร้อยละ ๙๐-๑๐๐ และค่าความจำเพาะร้อยละ ๗๘-๙๘ นอกจากนี้ยังมีการประเมินภาวะอื่น ๆ เช่น cardiomegaly, hepatosplenomegaly, placentomegaly, hydrops fetalis

การวินิจฉัยและหาสาเหตุของภาวะซีดของทารกในครรภ์ ต้องได้รับการตรวจดังต่อไปนี้

๑. ตรวจเลือดมารดา : CBC, peripheral blood smear, Red blood cell membrane screening, ABO, Rh , direct/indirect Coombs test, Hemoglobin typing, Kliehauer-Betke test, syphilis, ตรวจ IgG, IgM ของ Parvovirus B๑๙, CMV และ toxoplasmosis

๒. ตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารกในครรภ์ โดยการเจาะเลือดสายสะดือของทารกในครรภ์ : CBC, hemoglobin typing, direct Coomb test, reticulocyte count, peripheral blood smear, Chromosomal study, PCR-CMV, PCV-parvovirus B๑๙, ตรวจ IgG, IgM ของ Parvovirus B๑๙, CMV และ toxoplasmosis

๓. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

๔. การตรวจอื่นๆ ในโรคหรือภาวะที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ เช่น G-๖-PD

การให้เลือดทารกในครรภ์ (Intrauterine transfusion) ปัจจุบันใช้วิธีการให้เลือดผ่านหลอดเลือดในสายสะดือทารก (Intravascular transfusion; IUT) โดยเลือดที่ให้จะเป็นหมู่ O, Rh negative ผ่านการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัส HIV, HBV, HCV, CMV และ syphilis ตามมาตรฐาน และควรได้รับการฉายรังสีแกมมาขนาด ๒๕ Gy บริเวณกลางของถุงเลือดเพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยา graft-versus host และมีค่า Hct ประมาณร้อยละ ๘๐ เพื่อป้องกันการให้ปริมาณเลือดแก่ทารกมากเกินไป โดยการทำให้ตกการดังกล่าวมีอัตราการรอดชีวิตของทารกหลังให้เลือดสูงถึงร้อยละ ๙๕, อัตราตายประมาณร้อยละ ๒, อัตราการติดเชื้อและการเกิดถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดร้อยละ ๐.๓ และ bradycardia ร้อยละ ๘

๙. The pearls of Excellence Enhanced Pre-eclampsia Management

FIGO ๒๐๑๙ แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงในการเกิด preterm pre-eclampsia (universal screening) ตั้งแต่ไตรมาสแรก และให้การดูแลป้องกันอย่างเหมาะสม

๑. วิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง

๑.๑ คัดกรองด้วยประวัติและปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ (maternal factor)

ประวัติเคยมีภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อนถือเป็นปัจจัยที่สำคัญ จะเพิ่มความเสี่ยงร้อยละ ๑๔.๗ ในการตั้งครรภ์ครั้งที่สอง และอาจเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๓๑.๙ ถ้ามีประวัติเคยเป็นครรภ์เป็นพิษมาก่อน ๒ ครั้ง

ปัจจัย	Relative risk (๙๕%CI)
อายุมากกว่า ๓๕ ปี	๑.๒ (๑.๑-๑.๓)
ตั้งครรภ์ครั้งแรก	๒.๑ (๑.๙-๒.๔)
ครรภ์แฝด	๒.๙ (๒.๖-๓.๑)
ตั้งครรภ์ด้วยเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์	๖.๒ (๔.๗-๗.๙)
ประวัติครรภ์เป็นพิษในครอบครัว	๒.๙ (๑.๗-๔.๙)
ประวัติครรภ์เป็นพิษในครรภ์ครั้งก่อน	๘.๔ (๗.๑-๙.๙)
เบาหวานก่อนตั้งครรภ์	๓.๗ (๓.๑-๔.๓)
ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์	๕.๑ (๔.๐-๖.๕)
SLE	๑.๘ (๑.๕-๒.๑)
Antiphospholipid syndrome	๒.๘ (๑.๘-๔.๓)
ภาวะอ้วน (BMI ≥ ๓๐ kg/m ^๒)	๒.๘ (๒.๖-๓.๑)

๑.๒ คัดกรองด้วยดัชนีวัดทางชีวภาพ (biomarkers)

๑.๒.๑ ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure, MAP)

$$MAP = [(๒ * DBP) + SBP] / ๓$$

ในการประเมินความเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษจะแปลงค่า MAP ที่วัดได้เป็น MOM โดยค่า MAP ที่สูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสแรกสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ MAP สามารถคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษได้ประมาณร้อยละ ๔๗-๗๖ โดยมีผลลบสูงร้อยละ ๑๐

๑.๒.๒ สารชีวเคมี (biomarkers)

Placental growth factor (PLGF) เป็นสารชีวเคมีที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะครรภ์เป็นพิษ sensitivity ๕๖ % นอกจากนี้ยังมีตัวอื่นที่ใช้บ่อย เช่น pregnancy associated plasma protein-A (PAPP-A) sensitivity ๒๖ % และ soluble fms-like tyrosine kinase-๑ (sFit-๑) sensitivity ๒๖ % การใช้ค่าสัดส่วนของ sFit-๑/PLGF < ๓๘ โอกาสที่ไม่มีครรภ์เป็นพิษภายใน ๗ วันคิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓ แต่ถ้ามีค่า > ๓๘ โอกาสเกิดครรภ์เป็นพิษภายใน ๔ สัปดาห์จะลดลงเพียงร้อยละ ๓๖.๗

๑.๒.๓ Uterine artery pulsatility index, UtPI)

เกณฑ์การพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ คือ Mean UtPI > ๙๕ เปอร์เซ็นต์ โดยไตรมาสแรกมีค่า ๒.๓๕ และไตรมาสที่สอง มีค่า ๑.๔๔ นอกจากนี้อาจใช้ การตรวจพบ notching ในเส้นเลือดทั้ง ๒ ข้าง ซึ่งในไตรมาสแรกอาจพบ notching ได้ถึงร้อยละ ๕๐ เป็นปกติ แต่ไม่ควรพบในไตรมาสที่สองและสาม

๒. วิธีคัดกรอง

๒.๑ การตรวจคัดกรองในไตรมาสแรก

๒.๑.๑ การประเมินความเสี่ยงด้วยประวัติเพียงอย่างเดียว

ค.ศ.๒๐๑๐ NICE ใช้เกณฑ์ ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงสูงอย่างน้อย ๑ ข้อ หรือมีปัจจัยเสี่ยงปานกลางตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ แนะนำให้กิน aspirin วันละ ๗๕ มิลลิกรัมตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ไปจนคลอด

ค.ศ. ๒๐๑๙ ได้มีการปรับขนาดยา aspirin เป็นวันละ ๑๕-๑๕๐ มิลลิกรัมแทน

ค.ศ. ๒๐๑๔ USPSTF แนะนำให้ใช้ aspirin ๘๑ มิลลิกรัมต่อวันต่อวัน เริ่มให้หลังอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์

	NICE ๒๐๑๙	ACOG ๒๐๒๐
ปัจจัยเสี่ยงสูง	ประวัติความดันสูงในครรภ์ก่อน	ประวัติครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน
	ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง	ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
	เบาหวานชนิดที่ ๑ หรือ ๒	เบาหวานชนิดที่ ๑ หรือ ๒
	โรคไตเรื้อรัง	โรคไตเรื้อรัง
	SLE or APS	SLE or APS
ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง	อายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป	อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป
	ครรภ์แรก	ครรภ์แรก
	ระยะห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อนมากกว่า ๑๐ ปี	ระยะห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อนมากกว่า ๑๐ ปี ทารกน้ำหนักน้อย
	BMI \geq ๓๕ kg/m ^๒	BMI \geq ๓๐ kg/m ^๒
	ประวัติโรคความดันสูงในครอบครัว	ประวัติโรคความดันสูงในครอบครัว
	ครรภ์แฝด	ชนชาติแอฟริกัน อเมริกา
เกณฑ์พิจารณาให้ aspirin	ปัจจัยเสี่ยงสูง ๑ ข้อ หรือ ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง ๒ ข้อ	
ขนาดยา	วันละ ๗๕-๑๕๐ มิลลิกรัม	วันละ ๘๑ มิลลิกรัม
ระยะเวลา	เริ่มอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ จนกว่าจะคลอด	เริ่มในช่วงอายุครรภ์ ๑๒-๒๘ สัปดาห์ และควรเริ่มก่อน ๑๖ สัปดาห์จนคลอด

๒.๑.๒ การประเมินความเสี่ยงโดยใช้ปัจจัยต่าง ๆ รวมกัน (combined risk assessment)

ใช้โปรแกรมของ FMF คำนวณความเสี่ยงด้วยประวัติและปัจจัยเสี่ยงและ MAP มีความไวร้อยละ ๔๗ ผลบวกกลางร้อยละ ๑๐

ใช้ประวัติและปัจจัยเสี่ยงคำนวณร่วมกับ MAP, UtPI และ PLGF มีความไวร้อยละ ๖๙ ผลบวกลวงร้อยละ ๑๐

๒.๒ การตรวจคัดกรองในไตรมาสที่สองและสาม

ไตรมาสที่สอง (อายุครรภ์ ๑๙-๒๔ สัปดาห์) ตรวจคัดกรองแบบ combined risk assessment จะสามารถทำนายภาวะครรภ์เป็นพิษ early onset PE ได้ร้อยละ ๙๙, preterm PE ร้อยละ ๘๕ และ term PE ร้อยละ ๔๖ มีผลบวกลวงร้อยละ ๑๐

ไตรมาสที่สาม (อายุครรภ์ ๓๐-๓๗ สัปดาห์) ถ้าเริ่มคัดกรองครั้งแรกในไตรมาสที่สามแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสูง ให้เฝ้าระวังและติดตามการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ทั้งนี้การเริ่มให้ aspirin หลังอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ไม่มีรายงานถึงประโยชน์ที่ชัดเจน

คลื่นเสียงดอปเพลอร์ของ uterine artery ถ้าพบว่า UtPI > ๙๕th percentile ของอายุครรภ์นั้นให้จัดว่าเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง

ค่า sFlt-๑/PLGF

≤ ๓๘ ร้อยละ ๙๙.๓ จะไม่เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษภายใน ๑ สัปดาห์

ความไวร้อยละ ๘๐ ความจำเพาะร้อยละ ๗๘

≤ ๓๘ ร้อยละ ๙๖.๙ จะไม่เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษภายใน ๔ สัปดาห์

ความไวร้อยละ ๘๘ ความจำเพาะร้อยละ ๘๓

≥ ๘๕ ร้อยละ ๗๑.๔ จะเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษภายใน ๔ สัปดาห์

ความไวร้อยละ ๖๐ ความจำเพาะร้อยละ ๙๕

ปี ค.ศ. ๒๐๑๗ มีการศึกษา ASPRE trial ซึ่งคัดกรองความเสี่ยงตามโปรแกรมของ FMF ซึ่งรวมปัจจัยเสี่ยงจากประวัติและปัจจัยทางชีวภาพร่วมกัน เมื่อคำนวณความเสี่ยงได้สูงกว่า ๑:๑๐๐ แนะนำให้รับประทาน aspirin วันละ ๑๕๐ มิลลิกรัมก่อนนอนตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๑ สัปดาห์ไปจนถึง ๓๖ สัปดาห์จะสามารถลดอุบัติการณ์ครรภ์เป็นพิษก่อนอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ได้ร้อยละ ๖๒ แต่ไม่มีผลลดอุบัติการณ์ครรภ์เป็นพิษที่เกิดหลังอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์

๑๐. Viral hepatitis in pregnancy

ตับอักเสบจากเชื้อไวรัสเป็นสาเหตุของดีซ่านในหญิงตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุด ตับอักเสบแต่ละชนิดมีระยะฟักตัว การติดต่อที่แตกต่างกันดังตารางด้านล่าง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนั้นไม่แตกต่างจากหญิงไม่ตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบประคับประคอง

	HAV	HBV	HCV	HDV	HEV
ชนิด	RNA	DNA	RNA	RNA	RNA
ระยะฟักตัว	๑๔-๕๐ วัน	๓๐-๑๘๐ วัน	๓๐-๑๖๐ วัน	๓๐-๑๘๐ วัน	๑๔-๖๓ วัน
การติดต่อ	ทางอาหารและน้ำ	ทางเลือดและสารคัดหลั่ง	ทางเลือดและสารคัดหลั่ง	ทางเลือดและสารคัดหลั่ง	ทางอาหารและน้ำ
การวินิจฉัย	IgM anti-HAV Ab	HBsAg	Anti-HCV ab	Delta Ag	IgM anti-HEV Ab
ติดเชื้อแบบเรื้อรัง	๐	๑๐-๑๕%	๕๐-๘๕%	ร่วมกับ HBV	๐
ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก	ไม่มี	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
วัคซีน	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

ไวรัสตับอักเสบบี (HAV) เป็นไวรัสชนิด RNA ผู้ป่วยได้รับเชื้อจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อน และขับเชื้อไวรัสออกทางอุจจาระ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน พบการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้น้อย มักเป็นช่วงการปนเปื้อนอุจจาระมารดาขณะคลอด

ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) เป็นไวรัสชนิด DNA ติดต่อทางเลือดและสารคัดหลั่ง ทางเพศสัมพันธ์ และจากมารดาสู่ทารก ดังนั้นควรตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และหากพบว่าเป็นบวก ควรส่งตรวจ HBeAg, HBV viral load, ALT และ creatinine หากมีข้อบ่งชี้สามารถส่งปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ได้

การดูแลทารก ทารกสามารถรับประทานนมแม่ได้ตามปกติ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรได้รับ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) ๐.๕ ml. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อโดยเร็วที่สุด และควรได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ๐.๕ ml. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ติดตามผลเลือดทารกที่อายุ ๑๒ เดือน

ไวรัสตับอักเสบบี (HCV) เป็นไวรัสชนิด RNA ติดต่อทางเลือดและสารคัดหลั่ง ทางเพศสัมพันธ์ และจากมารดาสู่ทารกแต่พบได้น้อยกว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ไวรัสตับอักเสบดี (HDV) เป็นไวรัสชนิด RNA จะพบเป็นการติดเชื้อแบบเฉียบพลันร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ลักษณะทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบดีคล้ายกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ไวรัสตับอักเสบดี (HEV) เป็นไวรัสชนิด RNA ลักษณะการติดต่อคล้ายกับไวรัสตับอักเสบบี

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. ได้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับงานด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ตั้งแต่เริ่มการฝากครรภ์จนถึงคลอด
๒. เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานร่วมกันในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
๓. ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้กับผู้มารับบริการในด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ตั้งแต่เริ่มการฝากครรภ์จนถึงคลอดได้อย่างมีมาตรฐาน
๒. การปรับเปลี่ยนเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการโดยใช้หลัก Head, Heart, Hands : Healing the High-risk

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการประชุมวิชาการไปบ้าง ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถเข้าฟังการบรรยายภาคทฤษฎีและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ แต่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เป็นภาคฝึกปฏิบัติได้อย่างเช่นการจำลองสถานการณ์ เป็นต้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ต้องดูแลผู้รับบริการด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ตั้งแต่การเริ่มฝากครรภ์จนถึงคลอดได้รับการประชุมหรืออบรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประจำทุกปี เป็นการเพิ่มพูนความรู้อยู่เสมอ และได้นำเทคนิคแนวทางใหม่ ๆ มาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม และมีมาตรฐาน เพื่อให้มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ตั้งแต่การเริ่มฝากครรภ์จนถึงคลอดให้ดียิ่งขึ้น

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวจิราภรณ์ ดิษฐ์ประสพ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาววนิดา บุญมาก)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....

(นายขจร อินทรบุหรั่น)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

แบบรายงานผลการประชุมฯ ในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่..... กท.๐๔๐๑/๘๑๗..... ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕.....
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล)..... นางสาวจิราภรณ์..... นามสกุล..... ดิษฐ์ประสพ.....
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)..... สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... ฝ่ายการพยาบาล
กอง..... -..... สำนัก/สำนักงานเขต..... สำนักการแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย)..... ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่๑๒.พ.ศ.๒๕๖๕
ภายใต้หัวข้อเรื่อง Head Heart Hands :Healing the High - risk.....
ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๖,๘๒๐.- บาท (หกพันแปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการประชุมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการประชุมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวจิราภรณ์ ดิษฐ์ประสพ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานผลการประชุมฯ ในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่..... กท.๐๔๐๑/๘๑๗..... ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕.....
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล)..... นางสาววนิดา..... นามสกุล..... บุญมาก.....
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ..... สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... ฝ่ายการพยาบาล.....
กอง..... -..... สำนัก/สำนักงานเขต..... สำนักการแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย)..... ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่๑๒.พ.ศ.๒๕๖๕.....
ภายใต้หัวข้อเรื่อง Head Heart Hands :Healing the High - risk.....
ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๖,๘๒๐.- บาท (หกพันแปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการประชุมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการประชุมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาววนิดา บุญมาก)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ