

1.เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัยในประเทศ

วันที่ 14 พฤษภาคม 2568 :

Workshop 1: Teaming Up for Life: Mastering CPR in Pregnancy for Optimal Outcomes
เป็นการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ.

สรุป : BLS in Pregnancy

Chest compression

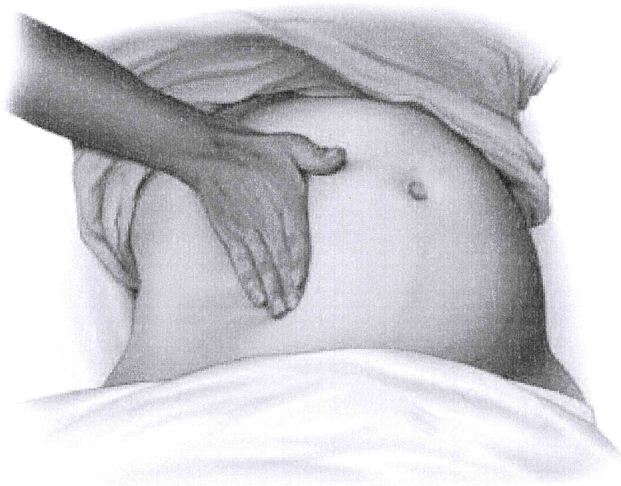
1. มีการใช้ cardiac boardรองและหญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนหงายเพื่อประสิทธิภาพที่ดีของการกดหน้าอก
2. วางสันมือบริเวณกึ่งกลางหน้าอก วางประสานอีกมือหนึ่งไปบนมือแรก ประสานนิ้วทั้งสองเข้าด้วยกัน แขนเหยียดตรงห้ามงอข้อศอก
3. อัตราเร็วในการกดหน้าอกอย่างน้อย 100ครั้งต่อนาทีและกดลึกอย่างน้อย 5 เซนติเมตรหรือ 2 นิ้ว(13)
4. ก่อนกดหน้าอกครั้งถัดไปต้องให้หน้าอกกลับคืนตำแหน่งเดิมก่อน
5. หลีกเลี่ยงการหยุดกดหน้าอกโดยไม่จำเป็นและระหว่างทำการshockใช้เวลาน้อยกว่า 10วินาทีในการหยุดกดหน้าอก

Airway and Breathing

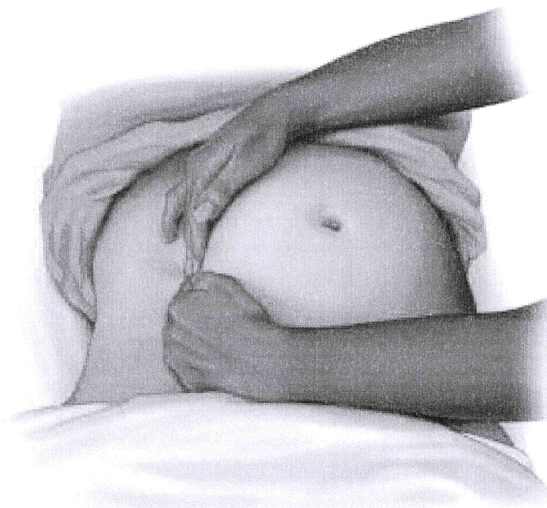
1. เปิดทางเดินหายใจด้วยวิธี head-tilt-chin lift คือการใช้ฝ่ามือดันหน้าผากผู้ป่วยลง ขณะที่อีกมือหนึ่งใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางยกคางส่วนที่เป็นกระดูกขึ้นโดยไม่กดเนื้อเยื่อใต้คาง
2. ให้ Oxygenที่มีความเข้มข้น100%ในอัตรามากกว่าหรือเท่ากับ15ลิตรต่อนาที
3. ใช้ bag-mask ventilation โดยวิธีการใช้มีดังนี้
 - ให้ส่วนของmaskแนบสนิทกับใบหน้าบริเวณจมูกและปากไม่ให้มีลมรั่ว โดยนิยมเป็นแบบ 2-handed technique มากกว่า
 - ให้การช่วยหายใจ 2 ครั้งต่อการกดหน้าอก 30 ครั้ง โดยช่วยหายใจครั้งละ 1 วินาที(13)
 - การช่วยหายใจแต่ละครั้งต้องได้ปริมาณ tidal volume ที่เพียงพอคือสังเกตเห็นการขยายของหน้าอกขณะช่วยหายใจ ถ้าหากยังไม่เห็นให้พยายามเปิดทางเดินหายใจใหม่และตรวจสอบการแนบของmaskบนใบหน้าร่วมกับพิจารณาใส่ oral airway
4. หลีกเลี่ยงการช่วยหายใจที่มากเกินไป

Left lateral uterine displacement (LUD)

สิ่งที่ควรคำนึงเป็นพิเศษในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะหัวใจหยุดเต้นคือการ CPR ที่มีประสิทธิภาพและลดการกดบริเวณเส้นเลือดแดง aortaและเส้นเลือดดำ inferior vena cava โดยการดันมดลูกไปทางด้านซ้ายของหญิงตั้งครรภ์ตลอดการCPR ซึ่งทำในรายที่มดลูกอยู่ที่ระดับสะดือขึ้นไปเพื่อลดภาวะ aortocaval compression โดยวิธีการดันมดลูกประกอบไปด้วย 2 วิธีดังแสดงในภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 One-handed technique

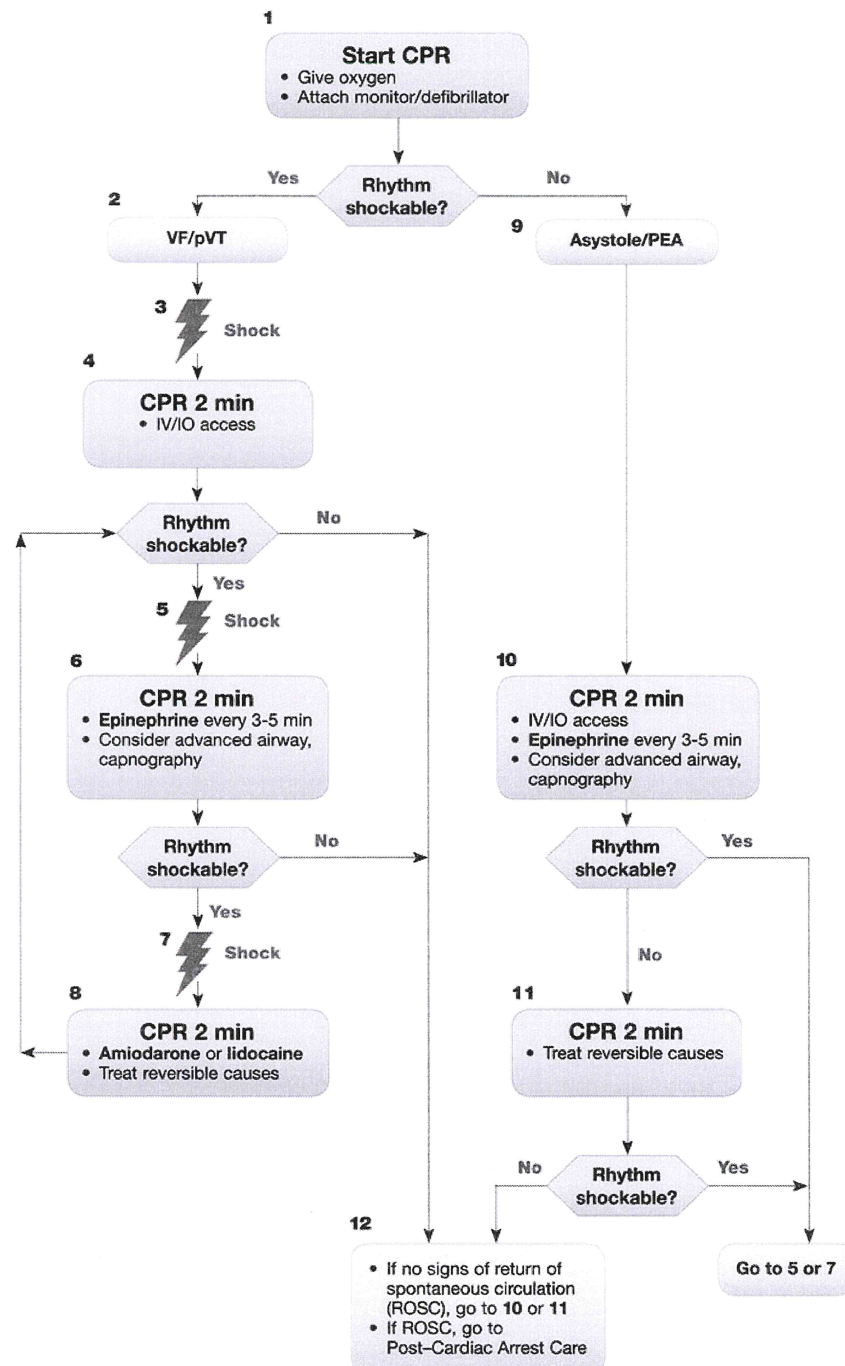


ภาพที่ 2 Two-handed technique

Automated external defibrillator (AED)

การทำ defibrillation ในหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่างจากประชากรทั่วไปทั้งข้อบ่งชี้และพลังงานที่ใช้ โดย ถ้าเป็นแบบ biphasic จะใช้พลังงาน 120-200 J หากเป็นแบบ Monophasic จะใช้พลังงาน 360 J และหลังทำ defibrillation ควรเริ่มทำการกดหน้าอกต่อทันที แต่ข้อแตกต่างในหญิงตั้งครรภ์คือ ตำแหน่งที่แปะpadหรือpaddleด้านข้างต้องอยู่ใต้ราวนม

Adult Cardiac Arrest Algorithm—2018 Update



วันที่ 15 พฤษภาคม 2568

: Teaming Up for Better Outcomes in Fetal Growth Restriction: Best Practices through Thai Collaboration

คำจำกัดความและอุบัติการณ์ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal Growth Restriction: FGR) คือ ภาวะที่ทารกในครรภ์ไม่สามารถเจริญเติบโตได้ตามอัตราที่คาดหวังในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยอุบัติการณ์ของภาวะนี้ขึ้นอยู่กับนิยามที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งนิยามที่ได้รับการยอมรับ คือ การประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ที่ต่ำกว่า เปอร์เซ็นไทล์ที่ 10 ของอายุครรภ์ 1 หรือทารกในครรภ์ที่มีเส้นรอบวงของท้องน้อยกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 10 ของอายุครรภ์ ภาวะดังกล่าวพบได้ในประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ FGR

ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (FGR) ประมาณร้อยละ 40 เกิดขึ้นโดยไม่มีพยาธิสภาพ ในทางกลับกัน สาเหตุของภาวะ FGR ส่วนใหญ่ที่พบนั้นเกิดจากการที่รกไม่สามารถส่งออกซิเจนหรือ สารอาหารจากมารดาไปยังทารก ผ่านรกได้เพียงพอ (uteroplacental insufficiency) อย่างไรก็ตามยังมี สาเหตุพยาธิสภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นสามประเภทหลัก ได้แก่ สาเหตุ จากมารดา ทารก และรก มีรายละเอียด ดังนี้

1. สาเหตุจากมารดา ได้แก่

1.1 โรคของมารดา (maternal disorder) โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับ ความผิดปกติ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเส้นเลือดตีบ โรค ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (acquired immune mediated thrombophilia) เป็นต้น หรือโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคไต หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (systemic lupus erythematosus: SLE) หรือกลุ่มอาการต้านฟอสโฟลิปิด (antiphospholipid syndrome)

1.2 การใช้สารเสพติด ซึ่งสารเหล่านี้ถือเป็นสารก่อวิรูป (teratogen) ที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการสร้างอวัยวะหรือมีผลกระทบโดยตรงกับการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงการเกิด FGR 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่

1.3 ภาวะโภชนาการ มารดาที่น้ำหนักตัวน้อยตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์หรือมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นน้อยเกินไปขณะตั้งครรภ์รวมถึงมารดาที่มีภาวะพร่องโภชนาการโดยเฉพาะในมารดาที่ได้รับปริมาณ โปรตีนต่ำ หรือได้รับพลังงานเฉลี่ยเพียง 600-900 กิโลแคลอรีต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิด FGR

1.4 การตั้งครรภ์แฝด ส่งผลให้การจัดสรรสารอาหารไปยังทารกแต่ละคนลดลง ซึ่งพบว่า จำนวนทารกในครรภ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเจริญเติบโตของทารก รวมถึงการใช้ร่วมกัน หรือแยกกันก็มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักทารกด้วย การตั้งครรภ์แฝดมีความเสี่ยงต่อภาวะ FGR สูงถึง ร้อยละ 25 และสูงถึงร้อยละ 60 ในการตั้งครรภ์แฝดสามหรือมากกว่า โดยส่วนใหญ่ภาวะนี้พบในไตรมาสที่ สาม ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของรกหรือสายสะดือที่ไม่สามารถส่งสารอาหารให้ทารกได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การตั้งครรภ์แฝดยังสามารถมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะการถ่ายโอนเลือดระหว่างทารก (twin-twin transfusion syndrome) หรือความพิการของทารกร่วมด้วย เป็นผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ตามมา

2. สาเหตุจากทารกในครรภ์ได้แก่

2.1 ทารกในครรภ์ที่ได้รับสารก่อวิรูป สารก่อวิรูปที่สำคัญ ได้แก่ ยาแก้อักเสบ (valproic acid) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin) เป็นต้น มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะการเจริญเติบโตช้า ของทารกซึ่งอัตราการเกิดภาวะ FGR ขึ้นอยู่กับประเภทของสารก่อวิรูป ระยะเวลาที่สัมผัส และอายุครรภ์ที่สัมผัส

2.2 การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ FGR โดยพบ ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อจากภาวะนี้ เชื้อที่เกี่ยวข้องกับการเกิด FGR ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสไซโตเมกาโล (cytomegalovirus) หัดเยอรมัน (rubella) ทอกซอพลาสมา (toxoplasma) ซิฟิลิส (syphilis) เป็นต้น รวมถึงการติดเชื้อมาเลเรีย ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด FGR ได้ทั่วโลก

2.3 ความผิดปกติของพันธุกรรมและโครงสร้างของทารก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ เกิด FGR โดยพบว่า ร้อยละ 50 ของทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 13 หรือ กลุ่มอาการพาทาว์ (Patau syndrome) และโครโมโซมคู่ที่ 18 หรือ กลุ่มอาการเอดเวิร์ดส์ (Edwards syndrome) มีภาวะ FGR ร่วมด้วย

3. สาเหตุจากรกและสายสะดือ ได้แก่

3.1 ความผิดปกติของเนือรก ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์สามารถส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตของทารก เนื่องจากปริมาณเนือรกที่ลดลงและความผิดปกติของหลอดเลือดในเนือรกจะทำให้การส่งผ่านสารอาหารไปยังทารกลดลง ซึ่งอาจทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ความผิดปกติที่ พบบ่อย ได้แก่ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruption placenta) รูปร่างของรกที่มีขอบรกผิดปกติแบบวง แหว่น (circumvallate placenta) การติดเชื้อมีเนือรก การอักเสบ หรือภาวะรกขาดเลือด (placenta infarction) เป็นต้น ซึ่งสามารถทำให้ทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

3.2 ความผิดปกติของสายสะดือหรือหลอดเลือดที่เลี้ยงรก ทำให้การไหลเวียนเลือดใน รกไม่เพียงพอ เป็นผลให้เกิดการขาดเลือดในรก สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การยึดของสายสะดือในตำแหน่งที่ ผิดปกติหรือยึดติดที่ขอบรกหรือเยื่อหุ้มรก (velamentous umbilical cord insertion) หรือการที่สายสะดือมี หลอดเลือดแดงเพียง 1 เส้น (single umbilical artery) เป็นต้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ FGR

บทบาทของผดุงครรภ์ในการดูแลภาวะ FGR

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ FGR มีวัตถุประสงค์หลักในการติดตามสุขภาพของทารกใน ครรภ์อย่างใกล้ชิด และวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ มารดาและทารกในระยะยาว ผดุงครรภ์เป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลแบบองค์ รวมแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ FGR ซึ่งครอบคลุมการดูแลในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลัง คลอด รวมถึงมีบทบาทหลักในการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพหลายสาขา อาทิ สูติแพทย์กุมารแพทย์ และนักโภชนาการ เพื่อให้มั่นใจว่าสตรีตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลที่ ครบถ้วนตลอดการตั้งครรภ์สำหรับ รายละเอียดในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์

1. คัดกรองปัจจัยเสี่ยงของภาวะ FGR โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย การประเมิน ข้อมูลควรให้ความสำคัญกับการตรวจสอบอายุครรภ์เพื่อยืนยันความถูกต้องของเกณฑ์การเจริญเติบโตของ ทารกเป็นอันดับแรก และควรพิจารณาปัจจัยทางพันธุกรรมและเชื้อชาติที่อาจส่งผลกระทบต่อขนาดของทารกใน ครรภ์ ทั้งนี้ผดุงครรภ์จำเป็นต้องซักประวัติปัจจัยเสี่ยงภาวะ FGR เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภค แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การได้รับสารก่อวิรูปในช่วงตั้งครรภ์ ตลอดจนประวัติการติดเชื้อมีเนือรก ขณะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาสาเหตุที่เป็นไปได้ของภาวะ FGR

2. ให้ข้อมูลกับสตรีตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนเกี่ยวกับภาวะ FGR ความเสี่ยงของการเกิดภาวะนี้ และความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3. ทำงานร่วมกับสูติแพทย์ในการติดตามการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วย วิธีการตรวจต่าง ๆ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การตรวจอัลตราซาวด์ (ultrasound) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการประเมินการ เจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์ในกรณีที่สงสัยว่าเป็น FGR เพื่อติดตามขนาดของทารก เช่น เส้นรอบวงหน้าท้อง ความยาวกระดูกต้นขา และน้ำหนักของทารก เป็นต้น ระดับของน้ำคร่ำ และตำแหน่งของ รก เพื่อคาดการณ์ การเจริญเติบโตของทารกตามอายุครรภ์ การตรวจอัลตราซาวด์ควรทำอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกรณีที่การตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของทารกในครรภ์อย่าง ต่อเนื่องและป้องกันการเกิดภาวะนี้ได้ตั้งแต่เริ่มต้น

3.2 การตรวจด้วยดอปเปลอร์ (doppler ultrasound) เพื่อประเมินการไหลเวียนของ เลือดในเส้นเลือดแดงของสายสะดือ (umbilical artery doppler velocimetry) ในกรณีที่สงสัยว่ามีภาวะ พร่องออกซิเจนที่มาจากรก

ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของ FGR การตรวจวิธีนี้สามารถทำนายความเสี่ยงของ FGR และช่วยในการตัดสินใจว่า ควรดำเนินการตั้งครรภ์ต่อหรือควรสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อสุขภาพของทารก หรือไม่

3.3 การตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่

3.3.1 Nonstress test (NST) เป็นวิธีการประเมินสุขภาพของทารกโดยพิจารณา จากความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเต้นของหัวใจทารกกับการเคลื่อนไหว อัตราการเต้นของหัวใจทารกจะ เพิ่มขึ้นเมื่อทารกมีการเคลื่อนไหวซึ่งแสดงถึงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ปกติหากผลการตรวจ ที่ได้ผิดปกติอาจบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของทารกที่ไม่ดีในขณะนั้นได้

3.3.2 การทดสอบ Contraction Stress Test (CST) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการ ประเมินการทำงานของรก (uteroplacental function) โดยการสังเกตการตอบสนองของอัตราการเต้นของ หัวใจทารกในครรภ์ขณะมดลูกเกิดการหดรัดตัว เพื่อใช้ในการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในช่วง ที่มีการหดรัดตัวของมดลูก หากผลการตรวจพบความผิดปกติ อาจมีความจำเป็นต้องดำเนินการตรวจ เพิ่มเติม เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงแบบดอปเพลอร์ ก่อนพิจารณาดำเนินการคลอดต่อไป

3.3.3 Biophysical profile (BPP) เป็นวิธีการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์โดย การตรวจประเมินทางชีวภาพ ซึ่งประกอบด้วย การหายใจของทารก การเคลื่อนไหวของทารก การดิ่งตัวของ กล้ามเนื้อ และปริมาณน้ำคร่ำ ร่วมกับผลการตรวจ NST เพื่อประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ให้ละเอียด มากขึ้น การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยวิธีนี้นิยมใช้เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหรือทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะ FGR หรือในรายที่ผลการตรวจ NST หรือ CST ผิดปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจการดำเนินการตั้งครรภ์

4. ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติตามการดูแลก่อนคลอด

5. ฝ้าระวังภาวะสุขภาพของมารดาที่อาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารก เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และเบาหวานขณะตั้งครรภ์

6. ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับภาวะ FGR ความเครียดทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับ Corticotropin Releasing Hormone (CRH)

7. การวางแผนการคลอด ผดุงครรภ์ควรประสานงานร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการคลอดที่เหมาะสม

DEFINITION OF GESTATIONAL DIABETES

การทนต่อน้ำตาลกลูโคสผิดปกติ ถูกตรวจพบครั้งแรกในระหว่างการตั้งครรภ์ (ADA) เป็นภาวะ เบาหวานที่ได้รับ การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ซึ่ง ACOG ให้คำจำกัดความของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ว่า เป็นภาวะที่ ร่างกายมีความทนต่อคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์

การแบ่งชนิดของเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

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

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

^aWhen diagnosed during pregnancy: proteinuria ≥ 500 mg/24 hr before 20 weeks' gestation.

Proposed Classification System for Diabetes in Pregnancy)

1. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes):
หมายถึง เบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในระหว่างตั้งครรภ์ โดยที่ไม่สามารถระบุชัดว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2
2. เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes):
เกิดจากการทำลายเซลล์เบต้า (β -cell) ในตับอ่อน ส่งผลให้เกิดการขาดอินซูลินอย่างสมบูรณ์
 - o a. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด
 - o b. มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด (ให้ระบุชนิดของภาวะแทรกซ้อน)
3. เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes):
เกิดจากการหลังอินซูลินไม่เพียงพอร่วมกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน
 - o a. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด
 - o b. มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด (ให้ระบุชนิดของภาวะแทรกซ้อน)
4. เบาหวานประเภทอื่น (Other types of diabetes):
มีสาเหตุจากพันธุกรรม โรคของตับอ่อน ยา หรือสารเคมีต่าง ๆ

อ้างอิง: ข้อมูลจาก American Diabetes Association, 2017a; Powers, 2018

การตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

การประเมินความเสี่ยง (GDM risk assessment): ควรทำตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. กลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low Risk): ไม่จำเป็นต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหากตรงตามทุกข้อต่อไปนี้:
 - ไม่มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง
 - อายุน้อยกว่า 25 ปี
 - น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ปกติ
 - น้ำหนักแรกเกิดปกติ
 - ไม่มีประวัติความผิดปกติของเมตาบอลิซึมน้ำตาล
 - ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติ
2. กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Average Risk): ควรตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดช่วงอายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์
ใช้ได้ทั้งแบบสองขั้นตอนหรือขั้นตอนเดียว:
Two step : ทดสอบกลูโคส 50 กรัม (GCT) → ถ้าผิดปกติ ให้ทำ OGTT 100 กรัม
One step : ทำ OGTT 100 กรัมกับทุกคนเลย
3. กลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk): ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยเร็ว หากมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:
 - ภาวะอ้วนมาก
 - ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2
 - เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน, มีการเผาผลาญกลูโคสผิดปกติ, หรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ
 - หากไม่พบ GDM ในการตรวจครั้งแรก ควรตรวจซ้ำที่อายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์ หรือเมื่อตรวจพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

วันที่ 16 พฤษภาคม 2568 : Enhancing Diabetes Management in Pregnancy through a Multidisciplinary TEAM

บทบาทของพยาบาลในกระบวนการตั้งครรภ์แทน

ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) หมายถึง ภาวะที่คู่สมรสตั้งใจมีบุตร มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์) เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยไม่มีการคุมกำเนิด แต่ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ 4 โดย สามารถแบ่งประเภทได้เป็น 1. ภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ (Primary infertility): คู่สมรสยังไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน 2. ภาวะมีบุตรยากแบบทุติยภูมิ (Secondary infertility): คู่สมรสเคยมีการตั้งครรภ์มาแล้ว แต่แม้ว่า จะมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอโดยไม่คุมกำเนิดติดต่อกันเกิน 1 ปี ก็ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก โดยไม่ รวมระยะเวลาที่มารดาให้นมบุตร

บทบาทของพยาบาลช่วงก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา

1. การให้คำปรึกษา (Pre-treatment Counseling) กระบวนการตั้งครรภ์แทนแตกต่างจากการตั้งครรภ์ด้วยวิธีธรรมชาติ เริ่มตั้งแต่การปรึกษาเบื้องต้น (Initial Consultation) จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลในการต้อนรับ ให้ข้อมูลพื้นฐาน ตลอดจนเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่คู่สมรสต้องตัดสินใจเลือกวิธีการ รักษาและต้องคำนึงถึงหลายปัจจัย เช่น ผลกระทบทางสุขภาพ สถานภาพทางกฎหมาย และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- อธิบายขั้นตอนกระบวนการรักษาและการนัดหมาย
- ชี้แจงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในคู่สมรสฝ่ายหญิง

: ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป (Ovarian Hyperstimulation Syndrome: OHSS) อาการ แพ้ยากระตุ้นไข่ การบาดเจ็บหรืออักเสบติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ ภายใน เช่น รังไข่ ท่อนำไข่ มดลูก หรือกระเพาะปัสสาวะ จากการเก็บไข่ผ่านทางช่องคลอด ตลอดจนความเสี่ยงจากการใช้ยากระตุ้นความรู้สึกหรือการดมยาสลบ ในหญิงที่ตั้งครรภ์แทน

: โอกาสเกิดการอักเสบติดเชื้อของมดลูกหรืออวัยวะสืบพันธุ์ ภายในจากการย้ายตัวอ่อน อาการแพ้ยาฮอร์โมนที่ใช้เพื่อประคับประคองครรภ์ โอกาสตั้งครรภ์แฝด ซึ่งมักมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น

- เปิดโอกาสให้ระบายความกังวล: พยาบาลควรจัดสรรเวลาเพื่อซักถามถึงความกังวล ความกลัว หรือข้อสงสัยต่าง ๆ ทั้งในฝ่ายคู่สมรสและหญิงที่ตั้งครรภ์แทน เพื่อให้สามารถปรับตัวและ เตรียมพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างมีสติ

2. การตรวจประเมินร่างกายและเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

- ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ: กระตุ้นให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารให้ ครบ หมู่ ลดอาหารหรือเครื่องดื่มที่อาจส่งผลเสีย เช่น แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้น ปริมาณ คาเฟอีนสูง พร้อมทั้งสนับสนุนให้รับประทานวิตามินเสริม เช่น กรดโฟลิก (Folic acid) และธาตุ เหล็ก (Iron) หากแพทย์ระบุ

- ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม: เช่น เดินเร็วหรือโยคะ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่รุนแรงเกินไป เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง พร้อมลดความเครียด

- ประสานงานด้านวัคซีน: หากจำเป็น เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน (Rubella) หรือ ตรวจภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการตกในระหว่างตั้งครรภ์

3. การประเมินความพร้อมด้านจิตสังคม (Psychosocial Evaluation) ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กฯ พ.ศ. 2558 ระบุให้มีการประเมินสุขภาพจิตและสภาพแวดล้อมของ ทั้งสามีภรรยาที่ขอด้วยกฎหมายและหญิงที่ตั้งครรภ์แทน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง เบื้องต้น เช่น การซักประวัติด้านสุขภาพจิต ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือการเผชิญเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งอาจส่งผลต่อการตั้งครรภ์หรือการเลี้ยงดูทารกในอนาคต หากพบว่าฝ่ายใดมีสัญญาณอันอาจบ่งชี้ถึง ปัญหาสุขภาพจิต ควรส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชต่อไป

4. ให้ข้อมูลด้านกฎหมายและการจัดทำเอกสาร

เนื่องจากการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทยต้องปฏิบัติตามมาตราในพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กฯ พ.ศ. 2558 รวมถึงประกาศของกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกำหนดคุณสมบัติของทั้ง คู่สมรสและหญิงที่ตั้งครรภ์แทน วิธีการยื่นขออนุญาตและแนวทางการประเมินควบคุมคุณภาพ พยาบาลจึง ควรมีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายเหล่านี้อย่างชัดเจน เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้ง อำนวยความสะดวกด้านเอกสาร ชี้แจงข้อสงสัยแก่ผู้รับบริการได้ครบถ้วน ดังนี้ คุณสมบัติคู่สมรสที่ต้องการตั้งครรภ์แทน

- คู่สมรสต้องมีสัญชาติไทย หรือหากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมิได้มีสัญชาติไทย ให้จดทะเบียนสมรส มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี

- ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้

- ในการตั้งครรภ์แทน 1 ครั้ง คู่สมรสสามารถให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทนได้ครั้งละ 1 คน จนสิ้นสุดการตั้งครรภ์

คุณสมบัติของหญิงที่ ตั้งครรภ์แทน

- ต้องเป็นญาติสายโลหิตของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง (มิใช่บุพการีหรือผู้สืบสันดาน) หรือหาก ไม่ใช่ญาติ ต้องมีสัญญาเดียวกัน

- อายุระหว่าง 20–40 ปีบริบูรณ์ เคยมีบุตรมาแล้วโดยวิธีคลอดธรรมชาติไม่เกิน 3 ครั้ง หรือ ผ่าคลอด ไม่เกิน 1 ครั้ง และจะรับตั้งครรภ์แทนได้ไม่เกิน 2 ครั้ง

- ต้องได้รับหนังสือยินยอมจากสามีที่ชอบด้วยกฎหมาย (กรณีสมรส) และจำเป็นต้องชี้แจง ให้บุตรที่ตนมีอยู่แล้วเข้าใจถึงเหตุผลและข้อมูลในการรับตั้งครรภ์แทน

บทบาทของพยาบาลช่วงระหว่างการรักษา

1. บทบาทต่อฝ่ายคู่สมรส (สามี-ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย)

1.1 การดูแลระหว่างการกระตุ้นไข่และเก็บไข่ สำหรับฝ่ายหญิงที่เป็นผู้ให้ไข่ พยาบาลจะต้องแนะนำวิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง เช่น ยาฉีดกระตุ้นไข่ (Gonadotropins) ยาปรับฮอร์โมนต่าง ๆ วิธีการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือกล้ามเนื้ออย่างถูกวิธี การเก็บ รักษาไข่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม รวมถึงตารางนัดหมายเพื่อตรวจติดตามขนาดฟอลลิเคิล (Follicle) เพื่อ ป้องกันภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป (OHSS) และประเมินสภาวะร่างกาย เช่น อาการบวม ปวดท้องน้อย น้ำหนักเพิ่มผิดปกติ

1.2 การสนับสนุนด้านจิตใจ ระหว่างกระบวนการดังกล่าว คู่สมรสมักมีความเครียด กังวลถึงผลลัพธ์ พยาบาลควรให้โอกาส ผู้รับบริการในการพูดคุย ระบายความกังวล พร้อมทั้งมอบคำแนะนำหรือเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การฝึก หายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยกิจกรรมสร้างสรรค์

2. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน ความรู้ที่ได้จากการประชุมสามารถนำมาถ่ายทอดให้กับนักศึกษา เพราะเป็นความรู้ที่มีพัฒนาและปรับปรุงให้เข้ากับสมัยที่เปลี่ยนไป และสามารถนำองค์ความรู้นี้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำวิจัย เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติหรือสร้างนวัตกรรมทางด้านสุขภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ หรือสตรีในวัยเจริญพันธุ์ได้

3. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว เช่น เนื้อหา ความคุ้มค่า วิทยากร การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น

การจัดประชุมนี้มีประโยชน์ในการได้พัฒนาความรู้ สามารถนำมาสร้างงานวิจัยได้ วิทยากรจากหลายสถานที่หลากหลาย มองเห็นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีความคุ้มค่าในการเข้าร่วมประชุม

บทบาทของพยาบาลช่วงติดตามผลการรักษา

1.การดูแลภายหลังการย้ายตัวอ่อน (Post-Embryo Transfer Care)

กรณีไม่ตั้งครรภ์ เมื่อผลตรวจไม่พบการฝังตัวของตัวอ่อน ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของทั้งคู่สมรสและ หญิงที่ตั้งครรภ์แทน พยาบาลควรรับฟังและเปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายได้แสดงความรู้สึก ทั้งความ เศร้า ผิดหวัง หรือวิตกกังวล พร้อมทั้งให้คำปรึกษาด้านอารมณ์และจิตใจ หากจำเป็นอาจแนะนำให้ พูดคุยกับแพทย์หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช เพื่อช่วยให้ผ่านพ้นภาวะกดดันนี้ได้ อย่าง เหมาะสม

กรณีตั้งครรภ์ หากมีการตั้งครรภ์ สถานพยาบาลจะติดตามดูแลหญิงที่ตั้งครรภ์แทนอย่างน้อยตลอดระยะ 12 สัปดาห์แรก (ไตรมาสแรก) เพื่อเฝ้าสังเกตภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้งบุตร ครรภ์นอกมดลูก การแพ้ท้องรุนแรง โดยเฉพาะในกรณีของครรภ์แฝด ซึ่งถือว่าเป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำ แนวทางการฝากครรภ์และการคลอดบุตร

2. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับข้อปฏิบัติขณะตั้งครรภ์

พยาบาลให้คำแนะนำแนวทางการฝากครรภ์รวมถึงการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์โดยคู่สมรส ต้องรับผิดชอบในการดูแลและปกป้องสิทธิของเด็กในทุกด้าน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขซึ่ง กำหนดให้คู่สมรสที่ประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์แทนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าดูแล ระหว่างตั้งครรภ์ ค่าดูแลหลังคลอดอย่างน้อย 30 วัน ตลอดจนค่ารักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นผลโดยตรงจากการตั้งครรภ์แทน หญิงที่ตั้งครรภ์แทนมีหน้าที่ดูแลและ ควบคุมประกอบสุขภาพของทารกในครรภ์ระหว่าง การตั้งครรภ์

3. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับข้อปฏิบัติช่วงคลอดและหลังคลอด

หญิงที่ตั้งครรภ์แทนอาจมีข้อกังวลเป็นพิเศษในช่วงใกล้คลอด เช่น การเตรียมตัวคลอดทางช่องคลอด หรือผ่าตัดคลอด วิธีการดูแลตัวเองหลังคลอด (Postpartum Care) รวมถึงประเด็นด้านกฎหมายและ เอกสาร ในขั้นตอนนี้พยาบาลเป็นผู้ชี้แจงเรื่องการนัดหมายตรวจครรภ์ การจัดทำเอกสารหรือหลักฐาน เกี่ยวกับการแจ้งเกิด (ตามประกาศกระทรวงฯ และแบบฟอร์มคพพ.) ให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์

4. ประเด็นกฎหมายและการแจ้งเกิด

- ผู้บริจาคอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน และเด็กที่เกิดจากการบริจาค ไม่มีสิทธิหรือหน้าที่ทางกฎหมายต่อกัน ในด้านครอบครัวและมรดก

- หากสามีภริยาผู้ขอให้ตั้งครรภ์แทนเสียชีวิตก่อนเด็กเกิด หญิงผู้ตั้งครรภ์แทนจะเป็นผู้ปกครอง ชั่วคราว และสามารถร้องขอต่อศาลให้ตั้งผู้ปกครองใหม่ได้

- ก่อนฝากครรภ์หรือคลอด หญิงที่ตั้งครรภ์แทนต้องแจ้งข้อตกลงการตั้งครรภ์แทนต่อแพทย์หรือ สถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักฐานในการออกหนังสือรับรองการเกิดและการแจ้งการเกิดต่อไป

- สามีภริยาต้องแจ้งการเกิดของเด็กต่อเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร หากไม่สามารถทำได้ หญิง ตั้งครรภ์แทนเป็นผู้แจ้งแทน

- การแจ้งเกิดเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของนายทะเบียนกลาง

- ห้ามมิให้สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายปฏิเสธการรับเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทน

2. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน

ความรู้ที่ได้จากการประชุมสามารถนำมาถ่ายทอดให้กับนักศึกษา เพราะเป็นความรู้ที่มีพัฒนาและปรับปรุงให้เข้ากับสมัยที่เปลี่ยนไป และสามารถนำองค์ความรู้นี้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำวิจัย เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติหรือสร้างนวัตกรรมทางด้านสุขภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ หรือสตรีในวัยเจริญพันธุ์ได้

3. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว เช่น เนื้อหา ความคุ้มค่า วิทยากร การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น

การจัดประชุมนี้มีประโยชน์ในการได้พัฒนาความรู้ สามารถนำมาสร้างงานวิจัยได้ วิทยากรจากหลายสถานที่หลากหลาย มองเห็นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีความคุ้มค่าในการเข้าร่วมประชุม