
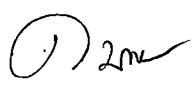




ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP- PCU-25
--	---

<p>ผู้จัดทำ</p> <p style="text-align: center;"> (นางอรรรณ ทงมีขวัญ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)</p> <p>ผู้ทบทวน</p> <p style="text-align: center;"> (นพ.คณาวุฒิ นิธิกุล) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>ผู้อนุมัติ</p> <p style="text-align: center;"> (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่</p>	<p style="text-align: right;">จำนวน 17 หน้า</p> <div style="text-align: center;">  กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลควนเนียง </div>
---	--


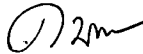


บันทึกการแก้ไข				
แก้ไข ครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ
ครั้งที่ 1	19 มกราคม 2561	นาง อรรรณ ทงมีขวัญ	แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความ เสี่ยงสูงเฉพาะโรค	นพ.อนุรักษ์ สารภาพ
ครั้งที่ 2	23 กรกฎาคม 2562	นาง อรรรณ ทงมีขวัญ	แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี	นพ.อนุรักษ์ สารภาพ

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP- PCU-20
--	---

<p>ผู้จัดทำ</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">(นางอรวรรณ ทองมีขวัญ)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p style="text-align: center;">(ด้านการพยาบาล)</p> <p>ผู้ทบทวน</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">(นพ.คณาวุฒิ นิธิกุล)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>ผู้อนุมัติ</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">(นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง</p> <p style="text-align: center;">วันที่</p>	<p style="text-align: right;">จำนวน 16 หน้า</p> <div style="text-align: center;">  </div>
---	---

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ
ครั้งที่ 1	19 มกราคม 2561	นาง อรวรรณ ทองมีขวัญ	แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความ เสี่ยงสูงเฉพาะโรค	นพ.อนุรักษ์ สารภาพ

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน
 สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP- PCU- 20
--	--

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องรับทราบถึงแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคที่ฝากครรภ์ในสถานบริการ และพื้นที่สามารถค้นหา เข้าถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคได้อย่างรวดเร็ว
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคและให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคให้เป็น Case Manager ให้ได้ตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนให้การดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงและการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถจัดการแก้ไขรักษาหรือควบคุม โรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ไม่ให้เกิดขึ้น ได้อย่างมีคุณภาพ
4. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคและทารกในครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า
5. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคได้ได้รับบริการตามมาตรฐาน โรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

ขอบเขต

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง OPD, LR,ER,PP,PCU และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

เอกสารอ้างอิง :

1. วัฒนา ศรีพจนารถ.การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: แบบแผนสุขภาพ.สงขลา:เมืองการพิมพ์2 พิมพ์ครั้งที่ 4: มกราคม 2545
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ et al. Hypertension disorder in pregnancy .Williams Obstetrics, 21th ed. Mc Graw-Hill 2001:567-609.

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสาร โดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP- PCU-20
--	---

3. Atul G, Alka G :Management of diabetes mellitus(DM) during pregnancy . Obstetrics and Gynaecology Communications 2000:2

4.นิภาพรรณ ถีระกุล, ไพโรจิตร ดานัง, และลัดดา ฟองสถิตย์กุล. (2556). การตรวจหา HBV profile ในระยะ occult HBV infection ในผู้บริจาคโลหิตของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่,46(1), 72-80.

5.พิศาล ไม้เรียง. (2554). แนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบีในผู้ใหญ่. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 10(3), 99-107.

6.มาลีวัล เลิศสาครศิริ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนฉบับปรับปรุงพิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ : วิทยาลัยเซนต์หลุยส์,2554.

7. กนก สีจร, ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข, โกวิท คำพิทักษ์. Antenatal care. สูติศาสตร์, second edition, p51-60.

8. ภาวะครรภ์เป็นพิษ http://www.elib-online.com/doctors52/lady_preg055.html [2012, April 8].

ความรับผิดชอบ

คลินิกฝากครรภ์, OPD, ER, LR, PP โรงพยาบาลควนเนียง, PCU/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
ทุกแห่ง ในอำเภอควนเนียง

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

แนวทางการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เครือข่ายอำเภอควนเนียง

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders in pregnancy)

เกณฑ์การวินิจฉัย

ความดันโลหิต Systolic ตั้งแต่ 140 mmHg หรือความดันโลหิต diastolic ตั้งแต่ 90 mmHg ขึ้นไป โดยวัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชม. หากความดันโลหิตสูงมาก คือ ความดันโลหิต Systolic ตั้งแต่ 160 mmHg หรือความดันโลหิต diastolic ตั้งแต่ 110 mmHg ขึ้นไป ให้วัด 2 ครั้งห่างกัน 10 – 15 นาที (เพื่อให้การรักษาที่ทันทั่วถึง)

Chronic hypertension คือความดันโลหิตสูง ซึ่งพบครั้งแรกก่อนการตั้งครรภ์ หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือภาวะความดันโลหิตสูงยังคงอยู่ยาวนานกว่า 12 สัปดาห์หลังคลอด

Gestational hypertension คือความดันโลหิตสูงซึ่งพบครั้งแรกภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ เมื่อติดตามจนหลังคลอด 12 สัปดาห์ความดันโลหิตจะต้องลดลงเป็นปกติ

Preeclampsia คือความดันโลหิตสูงซึ่งพบครั้งแรกภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ หรือร่วมกับการตรวจพบใหม่ของลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm³
- Serum creatinine > 1.1 mg/dL หรือสูงกว่า 2 เท่าของค่าเดิม โดยไม่มีโรคไตอื่นๆ
- Serum transaminase สูงกว่าปกติอย่างน้อย 2 เท่า
- Pulmonary edema
- Cerebral or visual symptoms

ภาวะ preeclampsia แบ่งชนิดตามความรุนแรงของโรคเป็น preeclampsia without severe features (mild preeclampsia) และ severe preeclampsia

Eclampsia คือ preeclampsia ร่วมกับภาวะชักซึ่งหาสาเหตุอื่นไม่พบ

Superimposed Preeclampsia คือภาวะ preeclampsia ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะ chronic hypertension

แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อตรวจพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ mmHg) ไม่ว่าจะพบโปรตีนในปัสสาวะหรือไม่ก็ตาม ให้ส่งต่อ Refer มาพบแพทย์/ที่โรงพยาบาลควนเนียงทันทีเพื่อส่งพบแพทย์และพิจารณาการรักษาต่อไป

สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านทางรพ.สต. ควรดูแลร่วมกับโรงพยาบาลควนเนียงดังต่อไปนี้

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสาร โดยคณะกรรมการทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP- PCU-20
--	---

1. ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 สัปดาห์ /ครั้ง วัดความดันโลหิต ถ้า Systolic > 150 mmHg และ Diastolic > 90 mmHg หรือตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ $\geq 3^+$ ให้รีบมาพบแพทย์
2. แนะนำ มา ANC ตามนัดของแพทย์/สูติแพทย์
3. แนะนำเรื่องอาหารให้หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัด มันจัด หวานจัด ควบคุมน้ำหนักตัวให้เพิ่มไม่เกิน 2 กิโลกรัม/เดือน และควรเดินออกกำลังกาย 15 – 20 นาที/วัน
4. สอนให้นับลูกดิ้นถ้าดิ้นน้อยลงเมื่อ อายุครรภ์ 28 – 30 สัปดาห์ ให้รีบมาพบแพทย์/สูติแพทย์
5. แนะนำ ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น บวมมากขึ้น ปวดศีรษะ ,ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ให้รีบมาพบแพทย์/สูติแพทย์

แนวทางการดูแลรักษาภาวะ chronic hypertension

การดูแลสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

1. ตรวจสาเหตุ และประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง
2. พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต เมื่อความดัน systolic ตั้งแต่ 150 mmHg หรือความดัน diastolic ตั้งแต่ 100 mmHg ขึ้นไป
3. ยาลดความดันโลหิตที่แนะนำให้ใช้เป็น first choice คือ labetalol, nifedipine หรือ methyldopa
4. พิจารณาให้ low dose aspirin (60 – 80 มิลลิกรัมต่อวัน) โดยเริ่มที่อายุครรภ์ 12 – 16 สัปดาห์ จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์
5. ฝ้าระวังการเกิด superimposed preeclampsia ซึ่งเกิดได้บ่อย และอาจเกิดได้ตั้งแต่ช่วงไตรมาสที่สอง
6. ประเมินการเจริญเติบโต และสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ หากพบภาวะทารกโตช้าในครรภ์ให้ส่งปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลศูนย์
7. ในสตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น สามารถให้ตั้งครรภ์ได้จนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์

หมายเหตุ

หลังคลอด อาการส่วนใหญ่จะดีขึ้นภายใน 24 – 72 ชั่วโมง ความดันโลหิตส่วนมากกลับมาเป็นปกติใน 2 สัปดาห์หลังคลอด การชักหลังคลอดเกิดขึ้นได้ ส่วนมากภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอดต้องระมัดระวังเวลานี้ด้วย การคุมกำเนิดพิจารณาเหมือนครรภ์ปกติ สามารถใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด, ท่วงอนามัย, ยาฉีด, ยาฝัง หรือถุงยอนามัยได้

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP- PCU-2U
--	---

แนวทางการดูแลโรคต่อมไทรอยด์ในหญิงตั้งครรภ์

โรคต่อมไทรอยด์ ขณะมีครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ต่อมไทรอยด์ มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ต่อมไทรอยด์เล็กน้อย
2. TBG (thyroid Binding globulin) เพิ่มขึ้น ทำให้ Total T3, T4 เพิ่ม แต่ Free T3, Free T4 ปกติ
3. TSH (Thyroid Stimulating hormone) ลดลงเล็กน้อยช่วง 1st trimester ช่วง 2nd และ 3rd trimester ปกติ หรือเพิ่มเล็กน้อย

HypoThyroid ในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะ Hypothyroid ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการพบได้ 2 – 10 คน ในหญิงตั้งครรภ์ 1,000 คน ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง เรียกว่า “Hashimoto thyroiditis” ในรายที่ไม่ได้รับการรักษามีผลต่อการตั้งครรภ์ ดังนี้ Premature birth, low birth weight, miscarriage (Abortion)

อาการ

- เหนื่อยง่าย
- หนาวง่าย

อาการแสดง

- ผิวยาบ, แห้ง
- ผมแห้ง
- ตรวจพบคอโต

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

TSH สูง (> 2 -5 mIU/L ใน 1st trimester หรือ > 3 mIU/L ใน 2nd or 3rd trimester) Thyroxine ต่ำ (Free T4 ต่ำ)

การดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมื่อพบว่าสตรีมีครรภ์ ที่มีอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่าน่าจะเป็น Hypothyroid ให้รับส่งต่อ (Refer) มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมิน

เมื่อแพทย์ประเมินและตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ก) ไม่เป็น Hypothyroid Refer กลับ รพ.สต. เพื่อ ANC ต่อ

ข) เป็น Hypothyroid แพทย์จะพิจารณาการรักษาเพื่อส่งพบแพทย์เฉพาะทางที่รพ.ศูนย์หาดใหญ่ ถ้าส่งพบแพทย์ที่รพ.หาดใหญ่ เมื่อได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ทางรพ.สต. ควรดูแลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนมีการติดตามเป็น Case Manager และดูแลดังนี้

- ติดตามดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และให้มา ANC ตามนัด

- แนะนำ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่, พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกาย หลีกเลียงสุรา, บุหรี่, สาร

เสพติด

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสาร โดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

- สอนวิธีนับการเดินของทารกในครรภ์ เมื่อผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์/สูติแพทย์
- ไม่ควรให้ตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอด เพราะมีรายงานทารกเสียชีวิตในครรภ์ ถ้าเกิน 40 สัปดาห์ ให้มาพบแพทย์

- สอนวิธีนับการเดินของทารกในครรภ์ เมื่อผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์/สูติแพทย์
- ไม่ควรให้ตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอด เพราะมีรายงานทารกเสียชีวิตในครรภ์ ถ้าเกิน 40 สัปดาห์ ให้มาพบแพทย์

การดูแลระยะหลังคลอด

1. ในมารดาที่รับประทานยา Levothyroxine สามารถให้นมบุตรได้
2. แนะนำเรื่องการคุมกำเนิด (สามารถใช้การคุมกำเนิดได้ทุกประเภท)
3. ตรวจติดตามหลังคลอด และนัดพบอายุรแพทย์

Hyperthyroid ในหญิงตั้งครรภ์

1. Hyperthyroid ส่วนใหญ่มักเกิดจาก Grave's disease แต่อาจพบว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงปกติระหว่างตั้งครรภ์ได้ เรียกว่า gestational hyperthyroid จะกลับสู่ภาวะปกติในช่วงอายุครรภ์ 14 – 18 สัปดาห์ สามารถแยกโรคโดยส่งตรวจ thyroid Ab

2. ในมารดาที่เป็น Hyperthyroid ไม่ได้รักษา มีผลต่อทารก ดังนี้

- เพิ่มการเกิด early and late pregnancy loss
- Preterm birth, LBW, ทารกเติบโตช้าในครรภ์
- รบกวนการสร้างสมองของทารก
- ในเด็กโตมีโอกาสเกิดภาวะชัก หรือโรคสมาธิสั้น

3. ผลต่อมารดา maternal heart failure, thyroid storm บางรายเกิด PIH

อาการ

- ใจสั่น
- ผอมลง

อาการแสดง

- ต่อมไทรอยด์โต
- ตาโปน (Exophthalmos)
- PR>100/นาที่ เมื่อพัก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- TSH ต่ำ
- Free T3, Free T4 สูง

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะกรรมการทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

การดูแล Hyperthyroid ในหญิงตั้งครรภ์

การดูแล Hyperthyroid ในหญิงตั้งครรภ์ ในรพ.สต.

เมื่อพบสตรีมีครรภ์ที่มีอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่าจะเป็น Hyperthyroid ให้รีบส่งต่อ (Refer) มาพบแพทย์ รพ.ที่รพ.ชุมชน เพื่อประเมิน

แพทย์ประเมิน และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ก) ไม่เป็น Hyperthyroid Refer กลับ รพ.สต เพื่อ ANC ต่อ

ข) เป็น Hyperthyroid แพทย์ส่งต่อรพ.หาดใหญ่เพื่อดูแลรักษาร่วมกับอายุรแพทย์และนัด ANC ตามนัดที่รพ.หาดใหญ่ ถ้าส่งพบแพทย์ที่รพ.หาดใหญ่ เมื่อได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ทางรพ.สต. ควรดูแลร่วมกับโรงพยาบาลควนเนียงเพื่อติดตามเป็น Case Manager และดูแลดังต่อไปนี้

- บันทึกน้ำหนัก ชีพจร ความดันโลหิต ขนาดของต่อมไทรอยด์ และอาการผิดปกติอื่นๆ

- ติดตามดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และให้มา ANC ตามนัด

- แนะนำ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่, พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน หลีกเสี่ยงสุรา, บุหรี่, สารเสพติด

- สอนวิธีนับการเต้นของทารกในครรภ์ เมื่อผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์/สูติแพทย์

- เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้ต่อสตรีมีครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะหัวใจวาย, ครรภ์เป็นพิษ และ Thyroid storm ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีอาการ, อาการแสดงของโรคเหล่านี้ เช่น บวม, หายใจเหนื่อย, ตรวจพบแรงดันโลหิตสูง, ชีพจรเร็ว (>100/นาที) หรือมีไข้สูง ให้รีบมาพบแพทย์ที่รพ.ชุมชนทันที

- ตั้งครรภ์เกิน 40 สัปดาห์ แล้วยังไม่คลอด แนะนำให้มาไปพบสูติแพทย์รพ.หาดใหญ่

การดูแลรักษาในระยะหลังคลอด

- สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 24 ชั่วโมง หลังคลอด

- ถ้าเคยได้รับยา Methimazole สามารถเปลี่ยนเป็นยาขนาดเดิมได้

- ให้นมบุตรได้ในกรณีที่ได้รับ Methimazole ไม่เกิน 20 -30 mg./วัน และ PTU ไม่เกิน 300 mg./วัน

- แนะนำเรื่องการคุมกำเนิด(สามารถใส่ยาคุมกำเนิดได้ทุกประเภท)

- ตรวจติดตามหลังคลอดและนัดพบอายุรแพทย์

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes, GDM)

การจำแนกเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. เบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (gestational DM)
2. เบาหวานที่วินิจฉัยมาก่อนการขณะตั้งครรภ์ (pregestational/overt DM)

การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย

1. **ซักประวัติ**

- ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง
- ประวัติความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน เช่น เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม, มีประวัติทารกตายคลอด หรือตายโดยไม่ทราบสาเหตุในขณะตั้งครรภ์ครรภ์ก่อน

- อายุมากกว่า 35 ปี

2. **การตรวจร่างกาย**

- รูปร่างอ้วนน้ำหนักมากกว่า 70 กิโลกรัม
- ตรวจครรภ์พบว่าครรภ์ใหญ่กว่าปกติ หรือครรภ์แฝดน้ำ(hydramnios)
- ตรวจพบความผิดปกติของระบบต่างๆ จากเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์

3. **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

- ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ

วิธีการตรวจจะมีแบบ 2 ขั้นตอน (Two step screening)

1. **การตรวจคัดกรองด้วย 50 กรัม Glucose Challenge test**

วิธีรับประทานกลูโคส ขนาด 50 กรัม โดยไม่คำนึงถึงมื้ออาหารที่ผ่านมา ถ้าระดับ Plasma glucose เท่ากับ 140 มก./ดล. หรือ มากกว่า ถือว่าผิดปกติ (ความไวร้อยละ 90, ผลทดสอบผิดปกติ ร้อยละ 15) ถ้าผิดปกติให้ตรวจวินิจฉัยต่อด้วย 100 กรัม OGTT

2. **การตรวจวินิจฉัยด้วย 100 กรัม oral glucose tolerance test (OGTT)**

วิธีเจาะเลือดขณะอดอาหารและหลัง ให้รับประทานกลูโคส 100 กรัม ที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมง ตามลำดับเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย ACOG แนะนำให้ใช้ของ Carpenter และ Coustan และของ The National Diabetes Data Group ดังแสดงไว้ดังนี้

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

ช่วงเวลา	ระดับน้ำตาล(Plasma glucose) (มก./ดล.)	The National Diabetes Data Group
	Carpenter and Coustan	
ขณะอดอาหาร(FBS)	95	105
หลังประทานกลูโคส		
1 ชั่วโมง (1 hr~PPG)	180	190
2 ชั่วโมง (2 hr~PPG)	155	165
3 ชั่วโมง (3 hr~PPG)	140	145

แนวทางการดูแลรักษาภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

1. การดูแลสำหรับ รพ.สต.

เมื่อ รพ.สต. ตรวจพบสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยว่าจะน่าจะเป็นเบาหวาน(จากประวัติ,ตรวจร่างกาย, และการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ) ให้ รพ.สต. ส่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้(Refer) มาพบแพทย์ เพื่อประเมิน ต่อไป แพทย์รพ.ชุมชน จะประเมินสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยว่าจะจะเป็นเบาหวาน

ก) ไม่พบว่าเป็นเบาหวาน Refer กลับ รพ.สต. เพื่อ ANC ต่อไป

ข) พบว่าเป็นเบาหวานชนิด A2 แพทย์รพ.ชุมชนจะส่งต่อรพ.หาดใหญ่ และนัด ANC ต่อ รพ.หาดใหญ่ รพ.สต.ควรมีการดูแลเป็น Case Manager ร่วมกับ รพ.ชุมชน ดังนี้

1. ตรวจเยี่ยมบ้าน 1 – 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ควรวัด BP ทุกครั้ง เพราะจะมีหญิงตั้งครรภ์บางส่วนเป็น PIH ร่วม ซึ่งถ้าตรวจพบ PIH ให้ส่งมาพบแพทย์ทันที

2. แนะนำเรื่องอาหาร, ลดอาหารเค็มจัด, หวานจัด หรือมันจัด ควบคุมน้ำหนักตัวให้เพิ่มประมาณ 2 กิโลกรัม/เดือน ควรดื่มน้ำ 8 – 10 แก้ว/วัน ห้ามกลั้นปัสสาวะ แนะนำการออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน 15 - 20 นาที/วัน

3. เมื่ออายุครรภ์ 28 – 30 สัปดาห์ สอนให้นับลูกดิ้น ถ้าดิ้นน้อยลง ให้รีบมาพบแพทย์/สูติแพทย์ทันที

4. แนะนำให้มาฝากครรภ์ ฝากครรภ์ตามนัด

5. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฉีดยา insulin รพ.สต.ควรติดตาม case เรื่องการฉีดยาอินซูลินและการเจาะติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ตามคำสั่งของแพทย์อย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น GDM A1 ในรพ.ชุมชน ให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ดีตลอดการตั้งครรภ์ ตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และติดตามการฝากครรภ์ตามนัด

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

การควบคุมระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในรพ.ควนเนียง

1. กรณีที่เป็น Gestational DM Class A1 จะนัดติดตามเจาะ FBS และ 2- hour postprandial blood sugar ทุก 2 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์โดยมีจุดมุ่งหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด FBS < 105 mg/dL และ 2 - hour postprandial blood sugar < 120 mg/dL

แนวทางการควบคุมอาหารในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Gestational DM

1. การควบคุมให้ได้พลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกายแต่ละวัน พลังงานที่ร่างกายต้องการแต่ละวันเท่ากับ 30 กิโลแคลอรี ต่อน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ (Prepregnancy) สำหรับสตรีที่ไม่มีภาวะอ้วน แต่สตรีที่มีภาวะอ้วน (BMI มากกว่า หรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ให้ลดจำนวนแคลอรีลง

2. การแบ่งสัดส่วนของอาหาร ควรแบ่งสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ร้อยละ 50 : 30 : 20 ตามลำดับและควรรับประทานอาหารให้ครบทุกหมวดหมู่

4. การรักษาน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ให้เพิ่มขึ้นในเกณฑ์ปกติ คือ ควรเพิ่มขึ้นประมาณ 12 กิโลกรัมตลอดการตั้งครรภ์ กรณีสตรีตั้งครรภ์อ้วนเพิ่มน้ำหนักได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10 กิโลกรัม

แนวทางการดูแลหลังคลอด

1. ภาวะโภชนาการ ควรเพิ่มพลังงานให้มากกว่าก่อนคลอดบุตรอีกประมาณ 200 กิโลแคลอรี เพื่อรองรับการให้นมมารดา

2. ในราย Gestational DM Class A2 ให้งดการให้อินซูลินหลังคลอด ส่วนรายที่เป็น Overt DM ไม่มีความจำเป็นต้องให้อินซูลินใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3. การให้น้ำนมมารดา ควรส่งเสริมการให้นมมารดา

4. ควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะตกเลือด การติดเชื้อ

5. การคุมกำเนิด ใช้ได้ทุกวิธี

6. ในผู้ป่วย GDMA2 ต้องนัดตรวจ 75 กรัม OGTT ที่ 6 สัปดาห์พร้อมตรวจหลังคลอด

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

แนวทางการดูแลโรคหัวใจในขณะตั้งครรภ์

เกณฑ์วินิจฉัย

1. มีประวัติเคยผ่าตัดโรคหัวใจมาก่อนการตั้งครรภ์ หรือมีประวัติโรคหัวใจมาตั้งแต่เด็ก ซึ่งอาจได้รับยากินมาตลอด หรือไม่ได้
2. มีอาการที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีโรคหัวใจ
 - เหนื่อยง่าย โดยเฉพาะถ้าออกแรงแล้วเหนื่อยมากขึ้น หรือจะเป็นลม
 - หายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลากลางคืน
 - ออกแรงแล้ว เจ็บหน้าอก
3. อาการแสดง
 - เขียว (Cyanosis) นิ้วป้อม (Clubbing of fingers)
 - เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง
 - Systolic murmur grade 3 หรือ diastolic murmur
 - หัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmia)
 - หัวใจโตจากภาพถ่ายเอกซเรย์

การจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจในสตรีมีครรภ์ ตาม The Newyork Heart Association (NYHA) classification system

- Class I มีอาการปกติ ไม่ว้าวอยู่เฉยๆ หรือออกแรงทำงาน
- Class II สบายดีเมื่อพัก ทำงานปกติจะเหนื่อย
- Class III สบายดีเมื่อพัก ทำงานน้อยกว่าปกติก็เหนื่อย
- Class IV ขณะพักก็เหนื่อย

การดูแลรักษาทั่วไป สำหรับสตรีมีครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

1. ไม่รับประทานอาหารเค็มจัด/พยายามป้องกันไม่ให้น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 10 กิโลกรัม ตลอดการตั้งครรภ์
2. โดยทั่วไปดื่มน้ำ 7 – 8 แก้ว/วัน ยกเว้น มีภาวะหัวใจวายต้องมีการจำกัดน้ำ
3. ระวังการติดเชื้อต่างๆ เช่น ทางเดินปัสสาวะ, ท้องร่วง, ฟันผุ, หรือโรคหวัด ถ้าพบต้องรีบให้การรักษา
4. ระวังมีไข้ (Anemia) ถ้าพบให้แก้ไข
5. ลดความเครียด วิตกกังวล
6. งดสูรา, บุหรี่
7. พักผ่อนให้พอเพียง ควรนอนหลับอย่างน้อย 10 ชม./คืน
8. เดินออกกำลังกาย 15 – 20 นาที/วัน เมื่อรู้สึกเหนื่อยให้หยุด
9. มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง และรับประทานยาที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ และเคร่งครัด
10. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เช่น การดิ้นของทารก ถ้าผิดปกติให้รีบส่งพบแพทย์ทันที

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

11. ประเมินสุขภาพมารดา ถ้ามีอาการผิดปกติ หรืออาการแสดงของภาวะหัวใจวายให้รีบพบแพทย์ทันที
12. มีอาการปวดท้อง, เลือดไหลจากช่องคลอด, มูกเลือด, น้ำเดิน ไม่ว่าจะอายุครรภ์เท่าไร ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

หมายเหตุ

อาการที่แสดงว่าน่าจะมีภาวะหัวใจวายในสตรีมีครรภ์

1. เหนื่อยมากขึ้น หายใจเร็วขึ้น(มากกว่า 24 ครั้ง/นาที)
2. บวมมากขึ้น
3. ไอเป็นเลือด
4. ชีพจรเร็วขึ้น (มากกว่า 1,000ครั้ง/นาที)
5. ฟังได้ Persistent rale ที่ชายปอด

การดูแลรักษาสตรีมีครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ ที่ รพ.สต.

1. เมื่อพบสตรีมีครรภ์ที่สงสัยว่าน่าจะเป็นโรคหัวใจ(ตามเกณฑ์วินิจฉัย) ให้ส่งพบแพทย์ รพ.ควนเนียงเพื่อพิจารณาส่งต่อรพ.ศูนย์หาดใหญ่เพื่อ ทันที
2. ที่ รพ.หาดใหญ่ สูติแพทย์ร่วมกับอายุแพทย์ตรวจวินิจฉัยหญิงมีครรภ์ ดังกล่าว
 - 2.1 ตรวจพบว่าไม่เป็นโรคหัวใจ ส่งกลับมา ANC ต่อ รพ.สต. /รพ.จนคลอด
 - 2.2 ตรวจพบว่าเป็นโรคหัวใจ สตรีมีครรภ์กลุ่มนี้จะได้รับการดูแล Case Manager และรพ.สต.ควรดูแลร่วมกับ รพ.ควนเนียง ดังต่อไปนี้
 - ก) ติดตาม เยี่ยม อย่างน้อย 1 – 2 สัปดาห์ต่อครั้ง จนกระทั่งคลอด และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์
 - ข) ติดตามให้มา ANC ตามแพทย์นัด รายใดไม่มา ANC ตามนัด ให้พยายามนำตัวมา ANC ให้ได้
 - ค) ขณะที่ยังไม่คลอด ถ้าสตรีมีครรภ์มีอาการที่แสดงว่าน่าจะมีภาวะหัวใจวาย ให้รีบนำส่ง รพ.ทันที
 - ง) ลงบันทึกในแบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมทุกครั้ง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

แนวทางการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด

คำจำกัดความ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด ถ้าเกิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เรียกว่า primary หรือ early PPH แต่ถ้าเกิดหลัง 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด เรียกว่า secondary หรือ delayed PPH

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

- Grand multiparity
- ทารกตัวโต
- ครรภ์แฝด
- ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios)
- การกระตุ้นคลอดหรือเร่งคลอดด้วย oxytocin, cytotec
- การคลอดยาวนานหรือเร็วเกินไป
- การล้วงรก
- รับประทานแมกนีเซียมซัลเฟต
- เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน
- รกเกาะต่ำ
- รกลอกตัวก่อนกำหนด
- อ้วน
- อายุมากกว่า 35 ปี

อย่างไรก็ตาม ภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจเกิดขึ้นในสตรีที่ไม่มีประวัติหรือปัจจัยเสี่ยงแม้ว่าจะมีความพยายามในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ยังมีสตรีตั้งครรภ์บางรายเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย การรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PPH ขณะ ANC

- เคยคลอดทางช่องคลอด ≥ 4 ครั้ง
- ตั้งครรภ์แฝด, แผลน้ำ, ทารกตัวโต
- ตรวจพบเนื้องอกมดลูกขณะตั้งครรภ์
- มีประวัติ เคยผ่าตัดที่ตัวมดลูก ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เช่น ผ่าตัดคลอดบุตร, myomectomy, Hysterotomy
- ขณะตั้งครรภ์ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น การให้ Heparin ในหญิงตั้งครรภ์โรคหัวใจ

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

- การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ DIC เช่น ทารกเสียชีวิตในครรภ์(DFIU), PIH, รกลอกตัวก่อนกำหนด
- เป็นโรคเลือด ก่อนหรือขณะตั้งครรภ์ เช่น ITP, Leukemia, โรคความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด
- อ้วน(BMI > 35)
- เคยมีประวัติติดเชื้อในโพรงมดลูก
- ขณะตั้งครรภ์อายุ > 35 ปี
- ขณะตั้งครรภ์มีภาวะซีด(Hct < 30%)

เมื่อทาง รพ.สต. ตรวจพบหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด PPH เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ควรอธิบายหญิงมีครรภ์, สามี และหรือ ญาติ ถึงอันตรายของการเกิด PPH, แนะนำหญิงมีครรภ์ ANC สม่ำเสมอ และมา ANC ตามนัด และต้องให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กให้กินยาสม่ำเสมอ

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด

15

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาภาวะซีดอย่างน้อย 2 ครั้ง
2. การให้ยาและติดตาม Hct ขึ้นกับภาวะซีดของหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

Hct	ยาที่ให้	การติดตาม	หมายเหตุ
< 33 %	-Triferdine 1 x 1 OD - FeSO4 x2 pc, hs	ติดตาม Hct ซ้ำ ทุก 1เดือน	ถ้าผล Hct 2 ครั้งไม่ดีขึ้น ส่งพบแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุ
33 – 36 %	-Triferdine 1 x 1 OD - FeSO4 1 x1 hs	ติดตาม Hct ซ้ำ อีก 1เดือน	ยังไม่ปรับยาถ้าเจาะ Hct. ซ้ำ และพบว่า Hct <33 %

การพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีผล Hct. < 30 % ให้เครือข่ายส่งพบแพทย์เพื่อ Refer พิจารณาการรักษาต่อที่ รพ.หาดใหญ่

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสาร โดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD,LR, ER ,PP,PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP-
--	--

ประเภทความเสี่ยง	- ประเมิน 18 ข้อ ไม่มีทุกข้อ - แพทย์พิจารณา Refer กลับดูแล ANC ต่อที่รพ.สต./PCU - ดูแลฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	- เคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม - มารดาสูงน้อยกว่า 145 ซม. - อายุน้อยกว่า 17 ปี ณ EDC และมีความเสี่ยงอื่นๆ - อายุ > 35 ปี ณ EDC และมีความเสี่ยงอื่นๆ - มีประวัติเสี่ยงทางสูติกรรมในครรภ์ก่อน (เคยคลอดก่อนกำหนด, ตกเลือด, คลอดติดไหล่) - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หรือพาหะธาลัสซีเมีย - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคทางอายุรกรรมที่ควบคุมได้ดี เช่น GDM A1, หอบหืด เป็นต้น - Hx. ผ่าตัดคลอด (Previous C/S) - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น HIV, ซิฟิลิส - BMI < 18.5 kg/mm ² - Diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg - มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 1 - ครรภ์ก่อนเคยมีประวัติ Admitted ด้วย HT, Pre eclampsia	- Twins (ครรภ์แฝด) - มีก้อนในอุ้งเชิงกราน - ติดยาเสพติด เหล้า บุหรี่ รุนแรง - มีเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 2,3 - มีประวัติ Preterm และเคยคลอดทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม - มีประวัติโรคทางอายุรกรรม - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคไตเรื้อรัง - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคหัวใจ - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีความดันโลหิตสูง - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคเบาหวานชนิด - GDM - A2 - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคลมชักรุนแรง - ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคธาลัสซีเมีย - ตั้งครรภ์ร่วมกับโรคตับอักเสบ - ตั้งครรภ์ร่วมกับโรคเลือด, โรคมะเร็ง, โรคไต, โรค SLE และโรคอื่นๆ - เคยแท้งเองติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป - เคยคลอดบุตรเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์หรือภายใน 1 เดือนหลังคลอด - เคยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในระบบสืบพันธุ์
พบแพทย์	- ส่งพบแพทย์รพ. 2 ครั้ง - ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 10-14 wks. เพื่อ U/S - ครั้งที่ 2 หลังเจาะ Lab ANC 2 อายุครรภ์ 34 wks. - ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 36 wks. เพื่อ U/S		

ต้นฉบับ : คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสาร โดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : OPD, LR, ER, PP, PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	โรงพยาบาลควนเนียง SP- PCU-25
--	---

การตรวจ ไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์และคู่

