

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

งานบริการฝากครรภ์

1. เบาหวาน (Gestational Diabetes Mellitus)
2. ความดันโลหิตสูง (Pregnancy-induced Hypertension)
3. ไทรอยด์ (Thyroid)
4. หัวใจ (Heart)
5. ซีด (Anemia)
6. เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Premature Contraction)

Level-3 (ตุลาคม 62)

GDM

ภาวะเสี่ยงสำหรับการคัดกรอง GDM

คัดกรองครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	คัดกรองทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
<p>1. BMI ก่อนตั้งครรภ์ >25 ร่วมกับ 1 ข้อต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none">1.1 ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน1.2 เคยคลอดลูก นน. > 4000 กรัม1.3 GDM ครรภ์ก่อน1.4 ประวัติกินยา HT1.5 Cardio vascular disease1.6 Polycystic Ovary Syndrome : PCOS1.7 HDL <35, TG >250, HbA_{1c} ≥5.71.8 BMI ก่อนตั้งครรภ์ > 40	<p>1. Urine Sugar ≥1⁺</p> <p>2. US พบน้ำคร่ำมากผิดปกติ</p>

GDM

1.พบภาวะเสี่ยง ส่งตรวจ 50-GCT

การแปลผล :

- 1.1 ผล BS < 140 mg% ดูแลฟลาครรค์ตามเกณฑ์ นัดตรวจ 50-GCT ซ้ำเมื่อ GA 24-28 Wks
- 1.2 ผล BS \geq 140 mg% นัด 1 สัปดาห์เพื่อตรวจ 100-OGTT

2.ส่งตรวจ OGTT (รพ.สตูลให้บริการตรวจทุกวันพุธ)

การแปลผล : ค่ามาตรฐาน OGTT 95, 180, 155, 140

- 2.1 ค่า BS เกินมาตรฐาน < 2 ค่า ดูแลฟลาครรค์ตามเกณฑ์ นัดตรวจ 100-OGTT ซ้ำเมื่อ GA 24-28 Wks
- 2.2 ค่า BS เกินมาตรฐาน \geq 2 ค่า วินิจฉัย GDM

3.การวินิจฉัยแยกโรค GDM

เมื่อผล 100-OGTT Positive (วินิจฉัย GDM) ให้ส่งพบโภชนากรเพื่อรับคำแนะนำควบคุมอาหาร และนัดติดตาม BS, 2 hr-PP (เช้า) วันเว้นวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์

การแปลผล :

- 3.1 Good Control (GDMA1) ดูแล ANC ตามมาตรฐาน
- 3.2 Poor Control (GDMA2) Start Insulin

แนวทางการดูแลในแผนกฝากครรภ์ : GDM

แผนงาน	แนวทาง
การควบคุมอาหาร	หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวพบโภชนากรอย่างน้อย 1 ครั้ง
การนัดฝากครรภ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. GA < 34 Wks : นัดทุก 2-4 สัปดาห์ 2. GA ≥ 34 Wks : นัดทุก 1-2 สัปดาห์
การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. GDMA2 or Overt DM นัด US <ul style="list-style-type: none"> ● First trimester ● GA 18-22 Wks ● GA 28 Wks then q 4 Wks 2. GDMA1 นัด US <ul style="list-style-type: none"> ● Trimester ละ 1 ครั้ง

แนวทางการดูแลในแผนกฝากครรภ์ : GDM

แผนงาน	แนวทาง
การติดตามเยี่ยมของ รพ.สต.	1.ตรวจ BS เช้า และ BS 2 hr-PP 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 2.ติดตามปัญหาของแต่ละบุคคล
การวางแผนคลอด	1.GDMA1 วางแผนคลอดเมื่อ GA 40-41 wks 2.GDMA2 วางแผนคลอดเมื่อ GA 39-40 wks 3.GDMA2 คลอด รพ.สต. / GDMA1 พิจารณาโดยสูติแพทย์
การดูแลในระยะ 42 วัน หลังคลอด	1.เยี่ยม 3 ครั้งตามมาตรฐาน (7, 14, 42) 2.นัดตรวจหลังคลอดและคัดกรอง 75-OGTT ตามเขตพื้นที่อำเภอ 3.ส่งต่อ NCD Clinic ในกลุ่มที่ผล 75- OGTT แปลผลเป็นกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มป่วย
การแปลผล 75-OGTT:	1.FBS ครั้งที่ 1 ≥ 126 ส่งต่อ NCD โดยไม่ต้องกิน Glucose 75 กรัม 2.FBS ครั้งที่ 2 ≥ 200 เป็นกลุ่มป่วย DM / 140-199 เป็นกลุ่มเสี่ยง DM / < 140 เป็นกลุ่มปกติ

PIH

ภาวะเสี่ยงสำหรับการคัดกรอง PIH

คัดกรองครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	คัดกรองทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
1.ประวัติ PIH ในครรภ์ก่อน 2.ประวัติ IUGR ที่คลอดก่อน 34 Wks 3.มีโรคประจำตัวต่อไปนี้ 3.1 DM 3.2 Renal insufficiency 3.3 Antiphospholipid Syndrome: APS 3.4 SLE	1.BP \geq 140/90 หลังนั่งพัก 15 นาที 2.Urine Alb \geq 1+ 3.บวมที่หน้า/มือ/เท้า หลังตื่นนอน 4.ปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่



เมื่อพบภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่งตรวจ Lab PIH ทันที ***รพ.สตูล คีโยใน Lab ชุดห้อง ANC***
(Lab PIH : CBC c Plalate, UA, BUN, Cr, Uric acid, LDH, AST, ALT, UPCR)

แนวทางการวินิจฉัยโรค : PIH

Chronic Hypertension

- 1.HT ก่อนตั้งครรภ์
- 2.GA < 20 Wks พบ BP $\geq 140/90$

Pre-Eclampsia

- 1.ไม่เคยมีประวัติ HT มาก่อน
- 2.GA > 20 Wks พบ BP $\geq 140/90$

Chronic Hypertension with superimposed

- 1.HT ก่อนตั้งครรภ์ + BP $\geq 140/90$
เมื่อ GA > 20 Wks
- 2.Pulmonary edema
- 3.Cerebral หรือ Visual symptoms
- 4.ผล lab PIH ผิดปกติ

Pre-Eclampsia with Severe feature

- 1.ไม่เคยมีประวัติ HT มาก่อน
- 2.GA > 20 Wks พบ BP $\geq 140/90$
- 3.Pulmonary edema
- 4.Cerebral หรือ Visual symptoms
- 5.ผล lab PIH ผิดปกติ

Lab PIH : CBC c Platelet, UA, BUN, Cr, Uric acid, LDH, AST, ALT, UPCR

ค่าผิดปกติ *BUN, Cr > 1.1 หรือเพิ่มเป็น 2 เท่าจากเดิม *AST, ALT เพิ่มเป็น 2 เท่าของค่าปกติ

*Platelet < 100,000 *UPCR > 300)

แนวทางการดูแลในแผนกฝากครรภ์ : PIH

แผนงาน	แนวทาง
การส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังความรุนแรง	1.หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวพบโภชนากรอย่างน้อย 1 ครั้ง 2.ส่งตรวจ lab PIH ทุก trimester
การนัดฝากครรภ์	1.GA < 34 Wks : นัดทุก 2-4 สัปดาห์ 2.GA ≥ 34 Wks : นัดทุก 1-2 สัปดาห์
การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์	1.US Trimester ละ 1 ครั้ง 2.GA ≥ 32 Wks ตรวจ NST ทุก 1-2 สัปดาห์
การติดตามเยี่ยมของ รพ.สต	1.ติดตาม BP 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 2.ติดตามปัญหาารายบุคคล
การวางแผนคลอด	1.Chronic HT <ul style="list-style-type: none"> ● Good Control ให้คลอดที่ GA 37-39 Wks ● Poor Control ให้คลอดที่ GA 36-37⁶ Wks 2.Pre-Eclampsia พิจารณาคลอดที่ GA 37 Wks
การดูแลในระยะ 42 วันหลังคลอด	1.เยี่ยม 3 ครั้งตามมาตรฐาน (7, 14, 42) 2.ภายหลังคลอด 12 สัปดาห์ หาก BP ≥ 140-90 ส่งพบปรึกษา NCD

Thyroid

ภาวะเสี่ยงสำหรับการคัดกรอง Thyroid

คัดกรองครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	คัดกรองทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
1. เป็นโรคไทรอยด์ก่อนการตั้งครรภ์	1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ในช่วง GA 16-36 Wks 2. PR > 120 (หลังนั่งพัก 15 นาที) 3. เหนื่อยง่าย / หงาวง่าย / ใจสั่น 4. ต่อมไทรอยด์โต / คอโต / ตาโปน



เมื่อพบภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งตรวจ Lab TFT: T3, FT4, TSH
เพื่อวินิจฉัยและติดตามระดับความรุนแรงของโรค โดยสูติแพทย์ / อายุรแพทย์

การวินิจฉัยแยกโรค : *Thyroid*

โรค	ผล TSH	อาการแสดง	ภาวะแทรกซ้อน
Hyperthyroidism ชนิด Gravas disease (Thyrotoxicosis)	TSH < 0.1 mU/L ร่วมกับ FT4 > 15	- น้ำหนักลด ตาโปน - PR > 120 ขณะพักหรือหลับ	PIH, Preterm, IUGR, LBW, DFIU, Heart failure, ทารกในครรภ์เกิด Goiter
Hyperthyroidism ชนิด Gestational	TSH ต่ำมากร่วมกับ FT4 สูง และผลกลับสู่ภาวะปกติ เมื่อ GA 14-18 Wks	- คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงจนขาด สารน้ำ - น้ำหนักลด - Ketonuria	NA
Hypothyroidism	TSH > 3 mU/L ร่วมกับ FT4 ต่ำ	- เหนื่อยง่าย - หน้าบวม - ผิวหยาบแห้ง - ผมแห้ง	Abortion, Preterm, DFIU

เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ต้องได้รับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสตูลเท่านั้น
(คลินิกครรภ์เสี่ยงพุธเช้า)

แนวทางการดูแลในแผนกฝากครรภ์ : Thyroid

แผนงาน	แนวทาง
เฝ้าระวังความรุนแรง	1. ส่งตรวจ lab TFT ทุก trimester 2. เฝ้าระวังภาวะ Thyroid Crisis ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
การนัดฝากครรภ์	1. GA < 34 Wks : นัดทุก 2-4 สัปดาห์ 2. GA ≥ 34 Wks : นัดทุก 1-2 สัปดาห์
การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์	1. US Trimester ละ 1 ครั้ง 2. GA ≥ 34 Wks ตรวจ NST ทุก 1-2 สัปดาห์
การติดตามเยี่ยมของ รพ.สต	1. ติดตาม BP 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 2. ย้ำภาวะ Thyroid Crisis ทุกครั้งที่ลงเยี่ยม 2. ติดตามปัญหารายบุคคล
การวางแผนคลอด	1. พิจารณาคลอดที่ GA 40 Wks
การดูแลในระยะ 42 วัน หลังคลอด	1. เยี่ยม 3 ครั้งตามมาตรฐาน (7, 14, 42) 2. นัดตรวจหลังคลอดที่ รพ.สต เพื่อพิจารณาวางแผนครอบครัวโดยสูติแพทย์

Thyroid Crisis : ไข้, สับสน กระสับกระส่าย, คลื่นไส้ อาเจียน, Jaundice,
Tachycardia ≥120 BPM with Dyspnea, Edema

Heart

ภาวะเสี่ยงสำหรับการคัดกรอง Heart

คัดกรองครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	คัดกรองทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
1. เป็นโรคหัวใจมาก่อนการตั้งครรภ์ 2. เคยผ่าตัดหัวใจ	1. เหนื่อยง่ายและเจ็บหน้าอกเมื่อต้องออกกำลังกาย 2. หายใจลำบากเวลานอนราบ 3. HR Irregular
เมื่อพบภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ส่งตรวจ EKG ก่อนพบสูติแพทย์	



เมื่อคัดกรองพบภาวะเสี่ยง ส่งพบสูติแพทย์ รพ.สตูล พร้อมผล EKG เพื่อวินิจฉัย
และรับบริการฝากครรภ์ ในคลินิกครรภ์เสี่ยงพิเศษ / Refer มอ.

ซีด (Anemia)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซีดประกอบด้วยกลุ่มที่มี

ผล Hct. และ ผล MCV/DCIP

จากการฝากครรภ์ครั้งแรก ดังนี้

กลุ่มที่ 1. ซีดรุนแรง Hct. < 28%

กลุ่มที่ 2. ซีด Hct. 28-32 %

กลุ่มที่ 3. เสี่ยงซีด Hct. 33-35 %

กลุ่มที่ 4. MCV < 80 หรือ DCIP Positive

เมื่อตรวจพบค่า $Hb \leq 8$ ควรพิจารณาให้เลือด



แนวทางการดูแลในแผนกฝากครรภ์ : *Anemia*

ประเมิน *Conjunctiva* ร่วมด้วยทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	แนวทาง
<p>กลุ่มที่ 1.ซีดรุนแรง</p> <p>Hct. < 28%</p>	<ol style="list-style-type: none"> มีอาการเหนื่อยหอบ ชีพจรเต้นเร็ว ส่งพบแพทย์ทันที Triferdine 1x1 FF 1x3 ac ประเมิน Hct. หลังได้รับยา 1 เดือน <ul style="list-style-type: none"> หากเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 3 % ส่งพบแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุ เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 % รับประทานต่อเนื่อง และประเมิน Hct. ทุก 1 เดือนจนกว่าผล > 33 %
<p>กลุ่มที่ 2 ซีด</p> <p>Hct. 28-32 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> Triferdine 1x1 FF 1x3 ac ประเมิน Hct. หลังได้รับยา 1 เดือน <ul style="list-style-type: none"> หากเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 3 % ส่งพบแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุ เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 % รับประทานต่อเนื่อง และประเมิน Hct. ทุก 1 เดือนจนกว่าผล > 33 %
<p>กลุ่มที่ 3 เลี้ยงซีด</p> <p>Hct. 33-35 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> Triferdine 1x1 FF 1x2 ac ประเมิน Hct. ไตรมาสละ 1 ครั้ง (ห่างกัน 3 เดือน)
<p>กลุ่มที่ 4</p> <p>MCV < 80 หรือ DCIP Positive</p>	<ol style="list-style-type: none"> Triferdine 1x1 FF 1x2 ac ประเมิน Hct. ไตรมาสละ 1 ครั้ง (ห่างกัน 3 เดือน)

เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Premature Contraction)

คัดกรองภาวะเสี่ยง	แนวทางการดูแล
มีประวัติ Previous Preterm	GA 16 Wks นัดพบแพทย์วัด Cervical length สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จน GA 24 Wks (รพ.สตูลเปิดให้บริการทุกวันอังคารบ่าย) GA 16-36 Wks พิจารณาให้ <ul style="list-style-type: none"> ● Proluton depo 250 mg IM weekly ● Utrogestran 1 tab vg Suppo hs
ไม่มีประวัติ Previous Preterm แต่พบ Short Cervix	GA 16-36 Wks พิจารณาให้ <ul style="list-style-type: none"> ● Utrogestran 1 tab vg Suppo hs

แนวทางการดูแลในแผนกฝากครรภ์

คัดกรองภาวะเสี่ยง	แนวทางการดูแล
หญิงตั้งครรภ์ทุกคน	<p>ดูแลโดยใช้รูปแบบของ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Massage take home <p style="text-align: center;">....ถ้าท้องยังไม่ถึง ๓๗ สัปดาห์ พุงตึง พุงแข็ง เถ เถ ๓ วัน ใน ๑ ชั่วโมง ให้เขบมาหาหมอ.....</p> <p>เมื่อมีพุงตึง พุงแข็ง ให้ใช้ฝ่ามือจับที่หน้าท้องจะเหมือนกำลังจับลูกแตงโม หรือ ลูกมะพร้าว</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายกลุ่ม / รายคน <ul style="list-style-type: none"> - คลอดก่อนกำหนดป้องกันได้ - การดูอายุครรภ์ - อาการเตือนสำคัญ - แบบทดสอบอัตโนมัติ ● การนัดฝากครรภ์ : 5-8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพหรือพิจารณาตามความเหมาะสม

