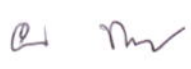


ระเบียบปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ครรภ์เสี่ยงสูง เฉพาะโรคในเครือข่ายอำเภอควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง SP – PHD –05 วันที่ประกาศใช้ 1 พฤศจิกายน 2568
ผู้จัดทำ  (นางอรรณ ทงมีขวัญ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ผู้ทบทวน  (นายแพทย์วิวัฒน์ เขาวนวันชัย) ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ ผู้อนุมัติ  (นายแพทย์นัชชา ทัดตานนท์) ตำแหน่งรักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่	จำนวน 23 หน้า  กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลควนเนียง Khuang Niang Hospital

ประวัติการแก้ไข

ครั้งที่	วันที่	หน้าที่	รายการแก้ไข	ผู้แก้ไข	ผู้อนุมัติ
ครั้งที่ 1	19 มกราคม 2561		แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค	นางอรรณ ทงมีขวัญ	นพ.อนุรักษ์ สารภาพ
ครั้งที่ 2	23 กรกฎาคม 2562		แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	นางอรรณ ทงมีขวัญ	นพ.อนุรักษ์ สารภาพ
ครั้งที่ 3	2 ตุลาคม 2565		แนวทางการดูแลครรภ์เสี่ยงสูง	นางอรรณ ทงมีขวัญ	นพ.พิสิฐ ยงยุทธ์
ครั้งที่ 4	21 ตุลาคม 2568		แนวปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และการดูแลภาวะซึมเศร้า	นางอรรณ ทงมีขวัญ	นพ.นัชชา ทัดตานนท์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องรับทราบถึงแนวปฏิบัติในการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคที่ฝากครรภ์ในสถานบริการ และพื้นที่ที่สามารถค้นหา เข้าถึง หึ่งตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคได้อย่างรวดเร็ว
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคและให้การดูแลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรคให้เป็น Case Manager ให้ได้ตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนให้การดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงและการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถจัดการแก้ไขรักษาหรือควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ไม่ให้เกิดขึ้น ได้ อย่างมีคุณภาพ
4. เพื่อให้หึ่งตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะ โรคและทารกในครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า
5. เพื่อให้หึ่งตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะ โรคได้รับบริการตามมาตรฐาน โรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

ขอบเขต

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

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรัตน์ เจริญสันติ.(2560) การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีในระยะตั้งครรภ์. เชียงใหม่ : สยามพิมพ์นานาชาติ
2. สมบูรณ์ บุญเกียรติ และคณะ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (ฉบับปรับปรุงใหม่) ปีพิมพ์ 1/2566
3. Atul G, Alka G :Management of diabetes mellitus(DM) during pregnancy . Obstetrics and Gynaecology Communications 2000:2
4. มาลีวัล เลิศสาครศิริ แนวคิดการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน(ฉบับปรับปรุง) ปีพิมพ์ 1/2565
5. พิศาล ไม้เรียง. (2554). แนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบีในผู้ใหญ่. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 10(3), 99-107.
6. มาลีวัล เลิศสาครศิริ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนฉบับปรับปรุงพิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ :วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, 2554.
7. กนก สัจ, 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/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง
ในอำเภอควนเนียง

แนวทางดูแลภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เครือข่ายอำเภอควนเนียง

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 หรือภาวะความดันโลหิตสูงยังคงอยู่นานกว่า 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

แนวทางดูแลรักษาความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

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

สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านทางรพ.สต.ควรดูแลร่วมกับโรงพยาบาลควนเนียง ดังต่อไปนี้

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. เฝ้าระวังการเกิด 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, ห่วงอนามัย, ยาฉีด, ยาฝัง หรือถุงยาอนามัยได้

แนวทางการดูแลโรคต่อมไทรอยด์ในหญิงตั้งครรภ์

โรคต่อมไทรอยด์ ขณะมีครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ต่อมไทรอยด์ มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ต่อมไทรอยด์เล็กน้อย
2. TBG (thyroid Binding globulin) เพิ่มขึ้น ทำให้ Total T3, T4 เพิ่มขึ้น 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” ในรายที่ไม่ได้รับการรักษามีผลต่อการตั้งครรภ์ดังนี้ 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 ที่มีอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่าจะเป็น Hypothyroid ให้รับส่งต่อ (Refer) มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมิน

เมื่อแพทย์ประเมินและตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ก) ไม่เป็น Hypothyroid Refer กลับ รพ.สต. เพื่อ ANC ต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- ข) เป็น Hypothyroid แพทย์จะพิจารณาการรักษาเพื่อส่งพบแพทย์เฉพาะทางที่รพ.ศูนย์หาดใหญ่ ถ้าส่งพบแพทย์ที่รพ.หาดใหญ่ เมื่อได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ทางรพ.สต. ควรดูแลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนมีการติดตามเป็น Case Manager และดูแลดังนี้
 - ติดตามดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และให้มา ANC ตามนัด
 - แนะนำ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่, พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงสุรา, บุหรี่, สารเสพติด

- 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/นาที เมื่อพัก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- TSH ต่ำ
- Free T3, Free T4 สูง

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

- สอนวิธีขึ้นบันไดของทารกในครรภ์ เมื่อผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์/สูติแพทย์

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

- ตั้งครรภ์เกิน 40 สัปดาห์แล้วยังไม่คลอด แนะนำให้มาไปพบสูติแพทย์รพ.หาดใหญ่

การดูแลรักษาในระยะหลังคลอด

- สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 24 ชั่วโมง หลังคลอด

- ถ้าเคยได้รับยา Methimazole สามารถเปลี่ยนเป็นยาขนาดเดิมได้

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

- แนะนำเรื่องการคุมกำเนิด(สามารถใช้ยาคุมกำเนิดได้ทุกประเภท)

- ตรวจติดตามหลังคลอดและนัดพบอายุรแพทย์

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes, GDM)

การจำแนกเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

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

การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย

1. ชักประวัติ

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

หรือตายโดยไม่ทราบสาเหตุในขณะตั้งครรภ์ครรภ์ก่อน

- มารดามีอายุมากกว่า 35 ปี

2. การตรวจร่างกาย

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

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ 2 บวกขึ้นไป

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)

โดยแนะนำหญิงตั้งครรภ์งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ขั้นตอนและวิธีเจาะเลือดขณะอดอาหารเจาะ FBS และหลังจากนั้น ให้รับประทานกลูโคส 100 กรัม และเจาะเลือดที่เวลา 1, 2 และ 3 ชั่วโมง ตามลำดับเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย ACOG แนะนำให้ใช้ของ Carpenter และ Coustan และของ The National Diabetes Data Group ดังแสดงไว้ดังนี้ ซึ่งใช้เกณฑ์ของ Carpenter ถ้ามีค่าผิดปกติ 2 ค่า ถือว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

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. การดูแลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสำหรับตำบล

เมื่อ รพ.สต. ตรวจพบสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยว่าน่าจะเป็นเบาหวาน(จากประวัติ, ตรวจร่างกาย, และการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ) ให้ รพ.สต. ส่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ (Refer) มาพบแพทย์ เพื่อประเมิน ต่อไป

แพทย์รพ.ชุมชน จะประเมินสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยว่าจะเป็นเบาหวาน

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

ข) พบว่าเป็นเบาหวานชนิด A1-A2 แพทย์รพ.ชุมชนจะพิจารณาส่งต่อรพ.หาดใหญ่ และนัด ANC ต่อ รพ.หาดใหญ่ หลังจากนั้นพยาบาลคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลควนเนียง จะลงทะเบียนบัญชีครรภ์เสี่ยง และมีการลงระบบนัดเพื่อติดตามต่อเนื่องทุกไตรมาส เป็น Case Manager ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ดังนี้

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

2. แนะนำเรื่องอาหาร, งดอาหารเค็มจัด, 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

6. ประเมินและติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง

7. จัดทำ Line Group เมื่อ อายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป

2. การดูแลสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น GDM ในรพ.ชุมชน ให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตลอดการตั้งครรภ์ ตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และติดตามการฝากครรภ์ตามนัด และประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง และให้ความรู้กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ใน Case HR

การควบคุมระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในรพ.ควนเนียง

1. กรณีที่เป็น Gestational DM Class A2 จะนัดติดตามเจาะ FBS และ 2- hour postprandial blood sugar ที่มาฝากครรภ์โดยมีจุดมุ่งหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 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 กิโลกรัม ตลอดการตั้งครรภ์ 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 ควรส่งเสริมการให้นมมารดาตั้งแต่แรกคลอดจนถึง 6 เดือน

4. ควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะตกเลือด การติดเชื้อ

5. การคุมกำเนิด ใช้ได้ทุกวิธี แนะนำการวางแผนคุมกำเนิดที่เหมาะสม

6. ในผู้ป่วย GDM ต้องนัดตรวจ 75 กรัม OGTT ที่ 6 สัปดาห์พร้อมตรวจหลังคลอด กรณีระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดหลังอดอาหารและน้ำอยู่ระหว่าง 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาล 75 กรัม อยู่ระหว่าง 140-199 มก./ดล. ถือว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ กรณีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเท่ากับ 126 มก./ดล. หรือสูงกว่า และระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาล 75 กรัม เท่ากับ 200 มก./ดล. หรือสูงกว่า ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

แนวทางการดูแลโรคหัวใจในขณะตั้งครรภ์

เกณฑ์วินิจฉัย

1. มีประวัติเคยผ่าตัดโรคหัวใจมาก่อนการตั้งครรภ์ หรือมีประวัติโรคหัวใจมาตั้งแต่เด็ก ซึ่งอาจได้รับยาเกินขนาดตลอดหรือไม่ก็ได้
2. มีอาการที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีโรคหัวใจ
 - เหนื่อยง่าย โดยเฉพาะถ้าออกกำลังกายแล้วเหนื่อยมากขึ้น หรือจะเป็นลม
 - หายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลากลางคืน
 - ออกแรงแล้ว เจ็บหน้าอก
3. อาการแสดง
 - เชียว (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 ไม่ว่าอยู่เฉยๆ หรือออกกำลังกาย |
| Class II | สบายดีเมื่อพัก ทำงานปกติจะเหนื่อย |
| Class III | สบายดีเมื่อพัก ทำงานน้อยกว่าปกติก็เหนื่อย |
| Class IV | ขณะพักก็เหนื่อย |

การดูแลรักษาทั่วไป สำหรับสตรีมีครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในโรงพยาบาลชุมชน

1. ไม่รับประทานอาหารเค็มจัด/พยายามป้องกันไม่ให้น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 10 กิโลกรัม ตลอดการตั้งครรภ์
2. โดยทั่วไปดื่มน้ำ 7 – 8 แก้ว/วัน ยกเว้น มีภาวะหัวใจวายต้องมีการจำกัดน้ำ
3. ระมัดระวังการติดเชื้อต่างๆ เช่น ทางเดินปัสสาวะ, ท้องร่วง, ฟันผุ, หรือโรคหวัด ถ้าพบต้องรีบให้การรักษา
4. ระวังมิให้ซีด (Anemia) ถ้าพบให้แก้ไข
5. ลดความเครียด วิตกกังวล
6. งดสุรา, บุหรี่
7. พักผ่อนให้พอเพียง ควรนอนหลับอย่างน้อย 10 ชม./คืน
8. เดินออกกำลังกาย 15 – 20 นาที/วัน เมื่อรู้สึกเหนื่อยให้หยุด

9. มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง และรับประทานยาที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ และเคร่งครัด

10. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เช่น การดิ้นของทารก ถ้าผิดปกติให้รีบส่งพบแพทย์ทันที
11. ประเมินสุขภาพมารดา ถ้ามีอาการผิดปกติ หรืออาการแสดงของภาวะหัวใจวายให้รีบพบแพทย์ทันที
12. มีอาการปวดท้อง, เลือดไหลจากช่องคลอด, มูกเลือด, น้ำเดิน ไม่ว่าอายุครรภ์เท่าไร 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 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

1. เมื่อพบสตรีมีครรภ์ที่สงสัยว่าน่าจะเป็นโรคหัวใจ(ตามเกณฑ์วินิจฉัย) ให้ส่งพบแพทย์ รพ.ควนเนียงเพื่อพิจารณาส่งต่อรพ. ศูนย์หาดใหญ่เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางทันที
2. ที่ รพ.หาดใหญ่ สูติแพทย์ร่วมกับอายุแพทย์ตรวจวินิจฉัยหญิงมีครรภ์ ดังกล่าว
 - 2.1 ตรวจพบว่าไม่เป็นโรคหัวใจ ส่งกลับมา ANC ต่อ รพ.สต. /รพ.จนคลอด
 - 2.2 ตรวจพบว่า เป็นโรคหัวใจ สตรีมีครรภ์กลุ่มนี้จะได้รับการดูแล Case Manager และรพ.สต. ควบคู่กันกับ 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
 - จ) นัดติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังและสร้าง Line Group เพื่อประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

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

แนวทางการดูแลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

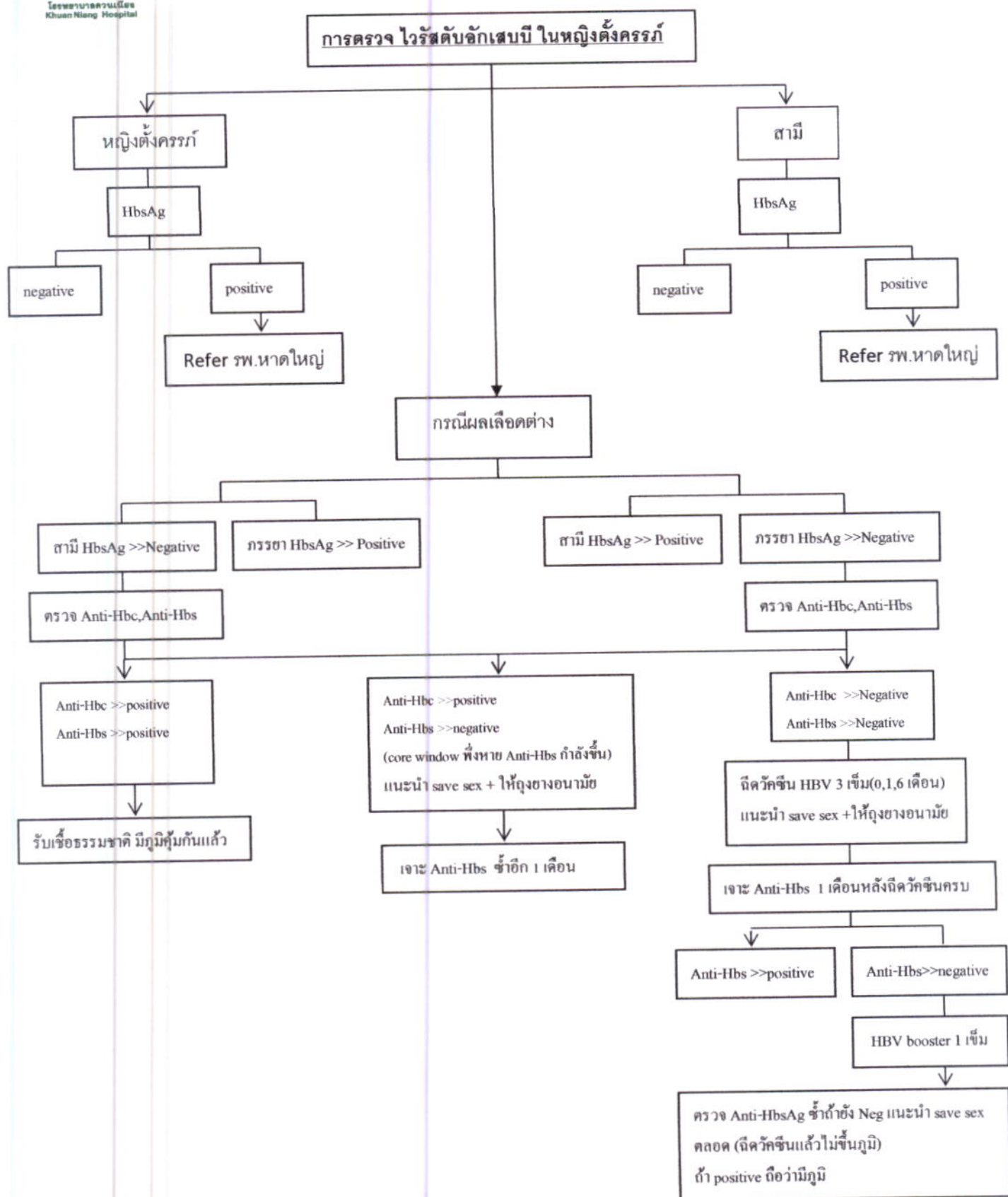
เมื่อทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลตรวจพบหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด PPH เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ควรอธิบายหญิงมีครรภ์,สามี และหรือญาติ ถึงอันตรายของการเกิด PPH, แนะนำหญิงมีครรภ์ ANC สม่ำเสมอ และส่งมาพบแพทย์ที่รพ.ชุมชน เพื่อพิจารณาการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป และต้องให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กให้กินยาอย่างสม่ำเสมอ

ถ้ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่า 500 CC ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก FeSO_4 1 เม็ดหลังอาหารกลางวัน และ 1 เม็ดก่อนนอน นาน 3 เดือน และ Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้านาน 6 เดือน

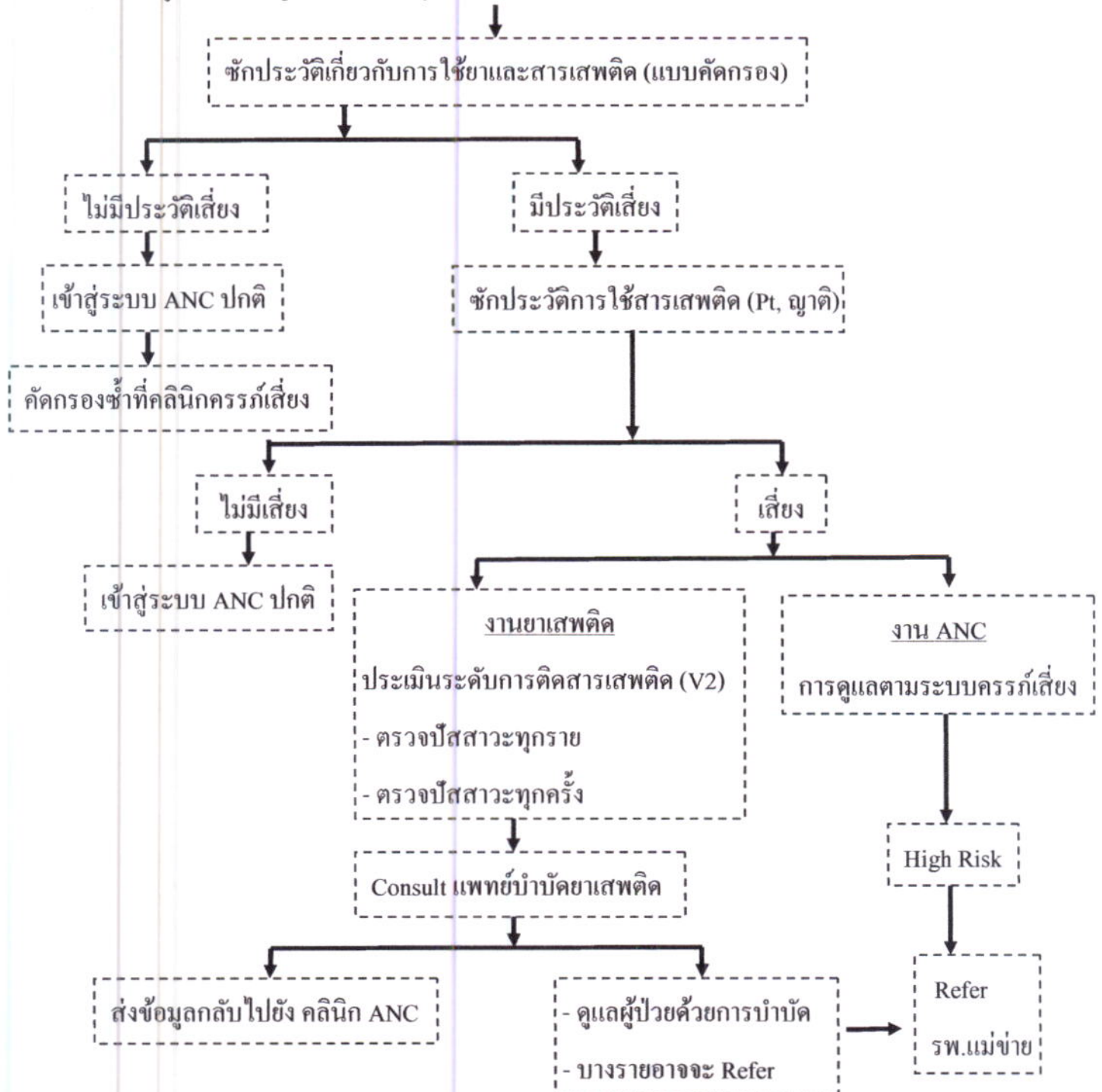
แนวทางการแยกประเภทครรภ์เสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ของเครือข่ายอำเภอควนเนียง

ประเภท	เสี่ยงต่ำ (Low Risk)	เสี่ยงสูง (High Risk)	เสี่ยงสูงมาก (Very High Risk)
สถานที่ ANC	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / PCU -ANC โดยพยาบาล /จนท.รพ.สต. -ANC ตามระบบ ANC คุณภาพ	โรงพยาบาลควนเนียง - ANC โดยแพทย์ทั่วไป - ระบบนัดแบบ Case High Risk ดูแลแบบ Case Manager	โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ -ANC โดยสูติแพทย์
ประเภทความเสี่ยง	-ประเมน 18 ข้อ ไม่มีทุกข้อ -แพทย์พิจารณา Refer กลับดูแล ANC ต่อที่รพ.สต./PCU - ดูแลฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์	- 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 -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคทางอายุรกรรมที่ควบคุมได้แต่เช่น หอบหืด ไทรอยด์ เป็นต้น -มี Hx. ผ่าตัดคลอด (Previous C/S) -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น HIV ,ซิฟิลิส ตับอักเสบบี -BMI < 18.5 kg/mm2 -Diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg -มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 1	- Twins (ครรภ์แฝด) - มีก้อนในอุ้งเชิงกราน - ติดสารเสพติด เหล้า บุหรี่ อย่างรุนแรง - มีเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 2,3 - มีประวัติ Pretermและเคยคลอดทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม -มีประวัติโรคทางอายุรกรรม -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคไทรอยด์ -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคหัวใจ -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีความดันโลหิตสูง -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคเบาหวานชนิด GDM -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคลมชักรุนแรง -ตั้งครรภ์ร่วมกับมีโรคธาลัสซีเมีย -ตั้งครรภ์ร่วมกับโรคเลือด,โรคมะเร็ง,โรคไต,โรคSLEและโรคอื่นๆ -เคยแท้งเองติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป -เคยคลอดบุตรเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์หรือภายใน 1 เดือนหลังคลอด -ครรภ์ก่อนมีประวัติAdmitted ด้วย HT,PIH

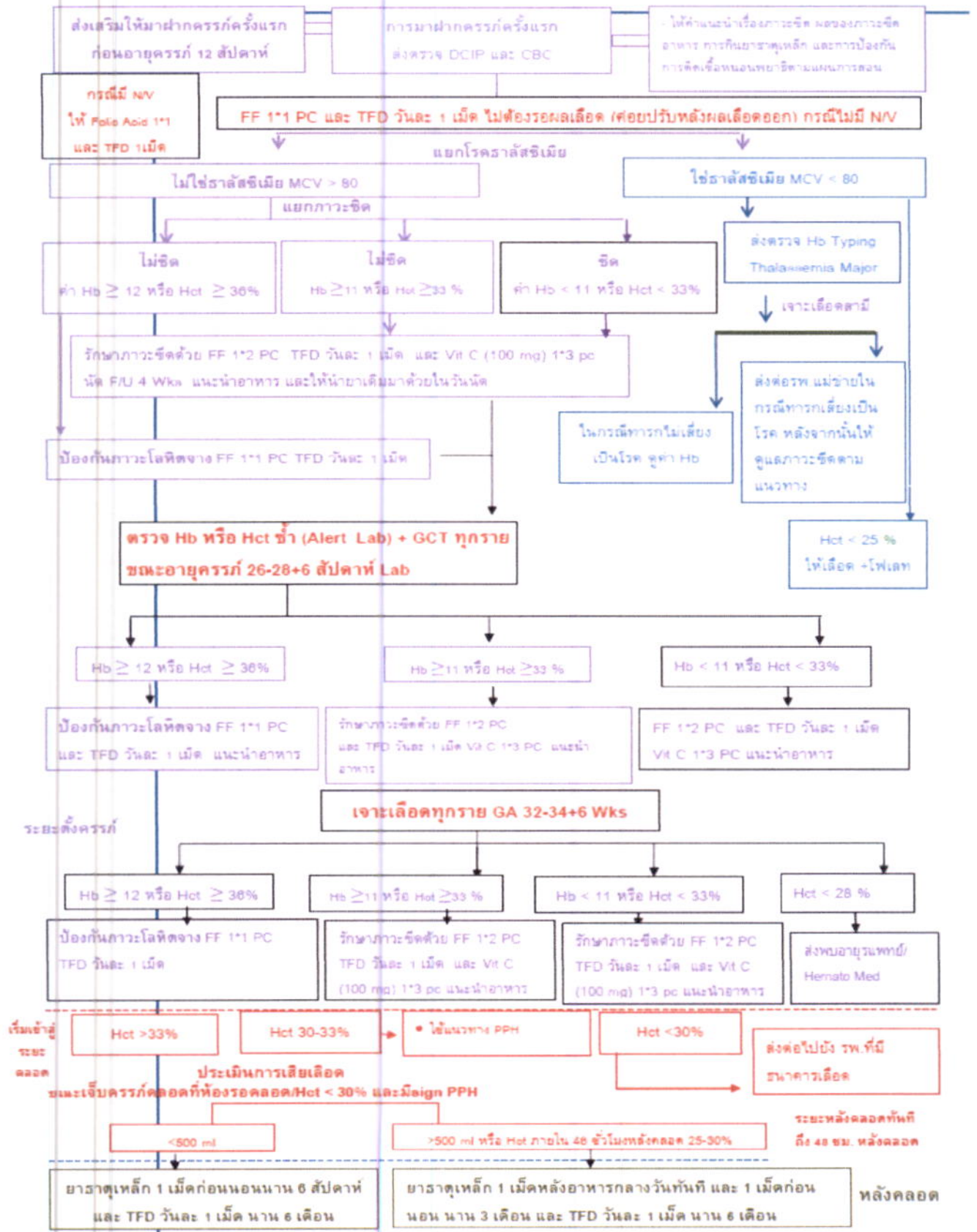
พบแพทย์	ส่งพบแพทย์ที่รพ. 5 ครั้ง - ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 10-12 wks. เพื่อ U/S ประเมินอายุครรภ์และ Plan เจาะ คัดกรองดาวน์ซินโดม NIPT ช่วง GA 12-18 wks - ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 18-20 wks. U/S For Abnormaly - ครั้งที่ 3 หลังเจาะ Lab ANC 2 ในช่วงอายุครรภ์ 32 wks. - ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 36 wks. เพื่อ U/S ประเมินท่าเด็ก - ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 40 wks. (ถ้ายังไม่คลอดส่งพบแพทย์พิจารณา—Refer รพ.ศูนย์)		
---------	--	--	--



แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่กลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดใน รพช. ระยะฝากครรภ์



แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด



แนวปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์

แบบประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด

การประเมินภาวะสุขภาพจิต จะช่วยบ่งชี้ถึงปัญหาทางสุขภาพจิต และหาทางช่วยเหลือ
ให้การดูแลและดูแลสุขภาพกายใจให้สมบูรณ์ต่อไป

ส่วนที่ 1: แบบประเมินความเครียด (ST-5)					
ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระหว่าง 2-4 สัปดาห์	แทบไม่มี	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	มีปัญหาด้านนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	0	1	2	3
2	มีสมาธิได้น้อยลง	0	1	2	3
3	หงุดหงิด/อารมณ์แปรปรวน/ไว/รุนแรง	0	1	2	3
4	รู้สึกเบื่อ เศร้า	0	1	2	3
5	ไม่อยากทำพละการใดๆ	0	1	2	3
รวมคะแนน					

หมายเหตุ	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก
0-4 คะแนน	ไม่มีอาการหรือความรู้สึกใดๆ	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการมาก
5-7 คะแนน	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการมาก	มีอาการมาก
8-10 คะแนน	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการมาก	มีอาการมาก

การแปลผลและคำแนะนำ

- 0-4 คะแนน** หมายถึง ไม่มีความเครียดในขณะนี้หรือมีอาการเล็กน้อย ยังสามารถจัดการชีวิตประจำวันได้ตามปกติ
- 5-7 คะแนน** หมายถึง สงสัยว่ามีความเครียด ความวิตกกังวลหรือความวิตกกังวลที่ผิดปกติ อาจมีอาการทางกายหรือจิตใจ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวลหรือความวิตกกังวลที่ผิดปกติ อาจมีอาการทางกายหรือจิตใจ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวลหรือความวิตกกังวลที่ผิดปกติ
- 8-10 คะแนน** หมายถึง มีความเครียดในระดับที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ควรรีบเข้ารับการรักษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพจิตให้ดีขึ้น การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองหลังคลอด (2Q plus) หรือส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาต่อไป

ส่วนที่ 2: แบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q plus)			
ข้อ	รายการ	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเศร้าหรือรู้สึกไม่สบายใจ เช่น หงุดหงิด เศร้า ท้อแท้ ซึม ฯลฯ		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเหนื่อยหรือรู้สึกไม่สบายใจ เช่น หงุดหงิด เศร้า ท้อแท้ ซึม ฯลฯ		
3	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเหนื่อยหรือรู้สึกไม่สบายใจ เช่น หงุดหงิด เศร้า ท้อแท้ ซึม ฯลฯ		
4	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเหนื่อยหรือรู้สึกไม่สบายใจ เช่น หงุดหงิด เศร้า ท้อแท้ ซึม ฯลฯ		

การแปลผลและคำแนะนำ

- ถ้าตอบ "ไม่มี" ทุกข้อ แสดงว่า เป็นปกติ ไม่พบความเครียดในระดับซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการของโรคซึมเศร้า
- ถ้าตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ในข้อ 1 และ 2 แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หรือรับการประเมินโรคซึมเศร้าต่อไป
- ถ้าตอบ "มี" ในข้อ 3 - แสดงว่ามีความเสี่ยงในการพัฒนาสู่ภาวะสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น

ส่วนที่ 3: การประเมินการดื่มสุรา		
ข้อคำถาม	เคย	ไม่เคย
ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา คุณเคยดื่มสุราหรือไม่ (สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า กาโต ไวน์ ฯลฯ ไม่รวมถึงน้ำผลไม้)		

การแปลผลและคำแนะนำ

หากตอบว่า "เคย" ควรได้รับการประเมินปัญหาการดื่มสุรา และการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม เนื่องจาก การดื่มสุราจะมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระยะหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ (EPDS)

คำแนะนำในการตอบคำถาม

- เนื่องจากคุณเพิ่งได้กำเนิดบุตรเมื่อไม่นานมานี้ อย่าทราบดีว่าความรู้สึกอย่างไร โปรดคิดถึงความรู้สึกในปัจจุบัน
- การตอบแบบสอบถาม : กรุณาตอบคำถามให้ครบถ้วน แม้ว่าคำถามบางเรื่องเป็นเรื่องส่วนตัว อย่างไรก็ตาม การตอบคำถามนี้จะช่วยให้แพทย์ของคุณได้รู้ถึงความรู้สึกของคุณ และช่วยในการดูแลสุขภาพของคุณ

ข้อ	ความรู้สึก	คะแนน			
		0	1	2	3
1	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
2	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
3	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
4	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
5	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
6	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
7	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
8	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
9	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
10	ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
รวมคะแนน					

การแปลผลและคำแนะนำ

11 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ควรรีบเข้ารับการรักษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพจิต

เฉพาะข้อ 10* หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำพียง ให้ประเมินความเสี่ยงเพิ่มเติม โดยให้แพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ

* หากตอบว่า "มี" ในข้อ 10 : จากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสุขภาพจิตหรือได้รับการสังเกตอาการต่อไป

แนวปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์

การบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตและการดูแลช่วยเหลือ

บันทึกสำหรับหญิง **ตั้งครรภ์**

ประเด็น การประเมิน	ครั้งที่/วันที่			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
ความเครียด (ST-5)	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป
ซึมเศร้า (2Q plus)	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย
สุรา	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย
การดูแล ช่วยเหลือ				

ประเด็น การประเมิน	ครั้งที่/วันที่			
	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8
	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
ความเครียด (ST-5)	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป
ซึมเศร้า (2Q plus)	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย
สุรา	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย
การดูแล ช่วยเหลือ				

บันทึกสุขภาพจิตมารดา หลังคลอด 4-6 สัปดาห์

ประเด็น การประเมิน	ครั้งที่/วันที่	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	วันที่	วันที่
ความเครียด (ST-5)	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป
สุรา	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย
ภาวะซึมเศร้า หลังคลอด (EPDS)	☐ น้อยกว่า 11 คะแนน ☐ มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ☐ เฉพาะข้อ 10* คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน	☐ น้อยกว่า 11 คะแนน ☐ มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ☐ เฉพาะข้อ 10* คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน
การดูแล ช่วยเหลือ		

บันทึกสุขภาพจิตมารดา หลังคลอดมากกว่า 6 สัปดาห์

ประเด็น การประเมิน	ครั้งที่/วันที่	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	วันที่	วันที่
ความเครียด (ST-5)	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป	☐ 0-4 คะแนน ☐ 5-7 คะแนน ☐ 8 คะแนนขึ้นไป
ซึมเศร้า (2Q plus)	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย	☐ ปกติ ☐ เสียใจเศร้า ☐ เสียใจตัวลาย
สุรา	☐ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย
การดูแล ช่วยเหลือ		

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การดูแลสุขภาพจิตและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

