

เล่ม 2

เนื้อหาประกอบด้วย

6.3 การคำนวณอายุครรภ์

6.4 การคาดคะเนวันกำหนด

คลอด


6.5 การประเมินภาวะสุขภาพ
ของมารดาและทารกในครรภ์ และ
การคัดกรอง



คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Definition of Terms)

คำศัพท์	ความหมาย
Antepartum/Prenatal	ช่วงเวลาระหว่างการตั้งครรภ์จนกระทั่งเข้าสู่ระยะของการเจ็บครรภ์คลอด ใช้อธิบายช่วงเวลาขณะตั้งครรภ์
Intrapartum	ช่วงเวลาตั้งแต่การเจ็บครรภ์คลอด จนกระทั่งถึงการคลอดทารก และรก
Postpartum	ช่วงเวลาตั้งแต่การคลอดทารก จนกระทั่งมารดากลับสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์
Gestational	จำนวนสัปดาห์นับตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (L.M.P)
Abortion	การสิ้นสุดของการตั้งครรภ์โดยที่ทารกในครรภ์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้โดยถือว่ามีอาการแท้งเกิดขึ้น เมื่ออายุครรภ์สิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือ ก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักตัวเกิน 500 กรัม
Term	ระยะของการตั้งครรภ์เป็นไปตามปกติ (การสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ภายใน 38-42 สัปดาห์)
Preterm / premature labour	การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนครรภ์ครบกำหนด โดยไม่นับการแท้ง โดยทั่วไปมักกำหนดภายในอายุครรภ์ ไม่น้อยกว่า 20-37 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 1,000-2,499 กรัม
Postterm Labour	การสิ้นสุดการตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 42 สัปดาห์
Gravida	สตรีซึ่งกำลังตั้งครรภ์หรือเคยตั้งครรภ์มาก่อนโดยไม่คำนึงถึงผลของการตั้งครรภ์
Primigravida	สตรีตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก
Multigravida	สตรีเคยตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง
Nulligravida	สตรีที่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อนและปัจจุบันยังไม่ได้ตั้งครรภ์
Primipara	สตรีเคยผ่านการคลอดบุตรเพียงครั้งเดียว (ไม่นับครรภ์ที่มีการแท้ง) โดยไม่สำคัญว่าทารกนั้นมีชีวิตอยู่หรือไม่ หรือการคลอดนั้นจะเป็นการคลอดทารกคนเดียวหรือหลายคน
Multipara	สตรีที่ผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว 2 ครั้ง ขึ้นไป (ไม่นับครรภ์ที่มีการแท้ง) โดยไม่สำคัญว่าทารกนั้นมีชีวิตอยู่หรือไม่ หรือการคลอดนั้นจะเป็นการคลอดทารกคนเดียวหรือหลายคน
Nullipara	สตรีตั้งครรภ์ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร

ตัวอย่างวิธีการเขียน

 **แบบที่ 1** G₃ P₁₋₁₋₁₋₂ Gravid-Para-(Term – Preterm- Abortion-Living)

คำอธิบาย

G หมายถึง Gravid จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ทั้งหมด โดยนับรวมการตั้งครรภ์ในขณะนั้นด้วย

P หมายถึง Para /parity จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร ไม่นับรวมการทำแท้ง และ

เลขตามหลัง P ในตำแหน่งแรก หมายถึง จำนวนครั้งที่คลอดครบกำหนด (Term)

เลขตามหลัง P ในตำแหน่งที่ 2 หมายถึง จำนวนครั้งที่คลอดก่อนกำหนด (Preterm)

เลขตามหลัง P ในตำแหน่งที่ 3 หมายถึง จำนวนครั้งของการแท้ง (Abortion)

เลขตามหลัง P ในตำแหน่งที่ 4 หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน (Living)

อ่านว่า หญิงตั้งครรภ์รายหนึ่ง ตั้งครรภ์ 3 ครั้ง (นับรวมกับกำลังตั้งครรภ์) เคยคลอดบุตรครบกำหนดมาแล้ว 1 ครั้ง คลอดบุตรก่อนกำหนด 1 ครั้ง เคยแท้งบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง ปัจจุบันบุตรมีชีวิตรอยู่จำนวน 2 คน

กรณีตั้งครรภ์แฝด ให้นับครั้งของการคลอดแต่นับจำนวนคนในส่วนปัจจุบันบุตรมีชีวิตรอยู่ เช่น G₃ P₁₋₀₋₀₋₂

อ่านว่า หญิงตั้งครรภ์รายหนึ่ง ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 3 (นับรวมกับกำลังตั้งครรภ์) เคยคลอดบุตรครบกำหนด 1 ครั้ง ไม่เคยคลอดบุตรก่อนกำหนด, ไม่เคยแท้งบุตร ปัจจุบันบุตรมีชีวิตรอยู่จำนวน 2 คน (แฝด)

 **แบบที่ 2** G₄ P₃ A₁ L₃ (Gravid-Para-Abortion-Living)

คำอธิบาย

G หมายถึง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ทั้งหมด โดยนับรวมการตั้งครรภ์ในขณะนั้นด้วย

P หมายถึง จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร ไม่นับรวมการทำแท้ง

A หมายถึง จำนวนครั้งที่เคยแท้งบุตร

L หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตรอยู่ในปัจจุบัน

อ่านว่า หญิงตั้งครรภ์รายหนึ่ง ตั้งครรภ์ 4 ครั้ง (นับรวมกับกำลังตั้งครรภ์) เคยคลอดบุตรมาแล้ว 3 ครั้ง , (รวมทั้งครบ+ก่อนกำหนด) เคยแท้งบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง ปัจจุบันบุตรมีชีวิตรอยู่จำนวน 3 คน

การคำนวณอายุครรภ์และการคาดคะเนกำหนดวันคลอด

การคาดคะเนอายุครรภ์ (gestational age [GA]) และการคาดคะเนกำหนดวันคลอด (estimated date of confinement [EDC] หรือ estimated date of delivery [EDD] หรือ estimated date of birth [EDB]) อายุครรภ์ปกติครบกำหนดเมื่อ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน นับจากวันแรกของระดูครั้งสุดท้าย พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีความรอบคอบ แม่นยำ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องต่อข้อมูลต่างๆที่จะเกี่ยวข้องกับการคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอด

การคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดจะมีความแม่นยำถ้าหากสามารถประเมินตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์โดยใช้ข้อมูลทั้งอัตนัยและปรนัยจากอาการและอาการแสดงตลอดจนการตรวจร่างกาย การตรวจภายใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ รวมทั้งการคาดคะเนอายุครรภ์จากทารกที่เกิดแล้ว ข้อมูลต่างๆ สามารถนำมาพิจารณาเพื่อตัดสินใจหาความสัมพันธ์ของอายุครรภ์ที่ได้โดยวิธีต่างๆ และตัดสินใจเลือกวิธีที่มีความแม่นยำมากที่สุด ซึ่งมีวิธีการต่างๆดังนี้

1. คะเนวันคลอดจาก Naegele's rule
2. คะเนวันคลอดจากประวัติเด็กดิ้น (Quickening)
3. การวัดระดับยอดมดลูกด้วยสัดส่วน (Height of fundus)
4. การคำนวณจากระดับยอดมดลูกด้วยสายเทปวัดตามวิธีของ Jimenez/ Modified McDonald's rule
5. การคำนวณจากระดับยอดมดลูกด้วยสายเทปวัดตามวิธีของ McDonald's rule
6. การคำนวณจากการตรวจภายในครั้งแรก (Uterine assessment)
7. คะเนอายุครรภ์โดยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonogram)

1. คะเนวันคลอดจาก Naegle's rule

วันกำหนดคลอดนิยมเรียกว่า EDC ย่อมาจาก Expected date of confinement และวันแรกของระดูครั้งสุดท้ายเรียกว่า LMP ย่อมาจาก Last menstrual period

ตามวิธีของ Naegle's rule คำนวณได้โดย

$$\text{EDC} = \text{LMP} + 7 \text{ วัน} - 3 \text{ เดือนหรือ} + 9 \text{ เดือน}$$

คือนับจากวันแรกของระดูปกติครั้งสุดท้าย (LMP) ย้อนหลังไป 3 เดือน แล้วบวกต่ออีก 7 วัน ก็จะได้เป็นวันกำหนดคลอด

ตัวอย่าง วันแรกของระดูปกติครั้งสุดท้าย 28 เมษายน 2560 วันที่ครบกำหนดคลอดควรเป็นวันที่เท่าไร

วิธีคิด

วันกำหนดคลอด = วันแรกของระดูปกติครั้งสุดท้าย + 7 วัน – 3 เดือน/หรือ + 9 เดือน

คือวันที่ 28 เมษายน และบวกต่ออีก 7 วัน คือ 5 เดือนเมษายนย้อนหลังไป 3 เดือนหรือบวกไป 9 เดือน จะเป็นเดือนมกราคม ดังนั้น EDC = 5 มกราคม 2561

วิธีนี้สามารถจะเนวันกำหนดคลอดใกล้เคียงความจริงมากที่สุด การทำนายด้วยวิธีนี้จะใช้ไม่ได้ผลในรายที่

- จาระดูครั้งสุดท้ายไม่ได้
- ประวัติระดูไม่สม่ำเสมอ
- หลังคลอดครรภ์ก่อนไม่เคยมีระดูมาเลยจนกระทั่งตั้งครรภ์ใหม่
- ตั้งครรภ์แล้วมีเลือดออกผิดปกติ ทำให้สับสนจนไม่ทราบว่าเป็นระดูปกติครั้งสุดท้าย

เลือดผิดปกติที่ออกในระยะแรกๆของการตั้งครรภ์ ได้แก่เลือดออกที่ผิดปกติจากการแท้งคุกคาม หรือเลือดออกจากการฝังตัว (Hartman's sign) ซึ่งปกติแล้วจะเกิดขึ้นประมาณวันที่ 17 หลังปฏิสนธิ หรือประมาณ 4 ½ สัปดาห์ หลังวันแรกของระดูครั้งสุดท้าย

- สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด หรือฉีดยาคุมกำเนิดอยู่ แล้วระดูไม่มาเลย และเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นโดยไม่ตั้งใจ
- รายที่มีประจำเดือนขาดหายไปหลังหยุดยาเม็ดคุมกำเนิด (post – pill amenorrhea)

2. คะเนวันคลอดจากประวัติเด็กดิ้น (Quickening)

โดยทั่วไปแล้วจะรู้สึกเด็กดิ้นเป็นครั้งแรกในช่วง 18-20 สัปดาห์ ในครรภ์แรก และ 16-18 สัปดาห์ ในครรภ์หลัง เมื่อซึกประวัติเด็กดิ้นครั้งแรกแล้วให้บวกเข้าไปอีก 20 สัปดาห์ (ครรภ์แรก) หรือ 22 สัปดาห์ (ครรภ์หลัง) ก็จะสามารถคำนวณวันกำหนดคลอดได้อย่างคร่าวๆ

ตัวอย่าง

1. การคาดคะเนอายุครรภ์

ตัวอย่าง สตรีครรภ์แรก quickening วันที่ 5 กุมภาพันธ์ วันที่ฝากครรภ์ 4 พฤษภาคม วันที่มาตรวจครรภ์ อายุครรภ์ควรเป็นเท่าใด

วิธีคิด ใช้การนับตั้งแต่ quickening คือวันที่ 5 กุมภาพันธ์ นับมาจนถึงวันที่ 4 พฤษภาคม เท่ากับ 88 วัน หรือ 12 สัปดาห์ 4 วัน นำผลที่ได้ไปบวกกับ

- ถ้าเป็นสตรีครรภ์แรก บวกด้วย 18-20 สัปดาห์จะได้อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ 4 วัน ถึง 32 สัปดาห์ 4 วัน
- ถ้าเป็นสตรีครรภ์หลัง บวกด้วย 16-18 สัปดาห์ จะได้อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ 4 วัน ถึง 30 สัปดาห์ 4 วัน

2. การกำหนดวันคลอด ใช้การนับจำนวนวันต่อจากวันที่ quickening จนครบ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน โดยถ้าเป็นสตรีครรภ์แรกนับจากวัน quickening บวกเพิ่ม 20-22 สัปดาห์ (หรือบวกเพิ่ม 140-154 วัน) ถ้าเป็นสตรีครรภ์หลังนับจากวัน quickening บวกเพิ่ม 22-24 สัปดาห์ (หรือบวกเพิ่ม 154-168 วัน)

ตัวอย่าง สตรีครรภ์แรก quickening วันที่ 5 กุมภาพันธ์

ถ้าเป็นสตรีครรภ์แรก บวกด้วย 20-22 สัปดาห์จะได้กำหนดวันคลอด 25 มิถุนายน ถึง 9 กรกฎาคม

ถ้าเป็นสตรีครรภ์หลังบวกด้วย 22-24 สัปดาห์ จะได้กำหนดวันคลอด 9-23 กรกฎาคม

วิธีนี้เป็นวิธีที่คลาดเคลื่อนได้มากเนื่องจาก

1. หญิงตั้งครรภ์มักจะจำวันเด็กตื่นครั้งแรกได้ไม่แน่นอน ปัจจุบันไม่นิยมใช้ แต่ Quickening ที่เข้ากันได้ดีกับการคำนวณจาก LMP จะเป็นการช่วยยืนยัน LMP ว่าถูกต้องแน่นอน

3. การวัดระดับยอดมดลูกด้วยสัดส่วน (Height of fundus)

เป็นวิธีที่สามารถใช้คาดคะเนความสูงของยอดมดลูกเปรียบเทียบกับ umbilicus, symphysis pubis และ xyphoid process การคาดคะเนอายุครรภ์จากการวัดระดับยอดมดลูกด้วยสัดส่วนนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละตำรา สัดส่วนของยอดมดลูกกับหน้าท้องมารดาถือเอาเป็นระดับสะดือเป็น 20 สัปดาห์ (5 เดือน) แบ่งระยะระหว่างสะดือกับกระดูกสันหลังออกเป็น 4 ส่วนเท่าๆกัน และแบ่งระยะระหว่างสะดือกับขอบบนของรอยต่อกระดูกหัวเหน่าออกเป็น 3 ส่วน เท่าๆกัน ซึ่งจะสัมพันธ์กับขนาดเฉลี่ยของมดลูกขณะตั้งครรภ์ระยะต่างๆ ดังนี้ คือ

อายุครรภ์	ระดับยอดมดลูก	การเขียนแทนสัญลักษณ์
8 สัปดาห์	ระดับ symphysis pubis	
12 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับ 1/3 เหนือรอยต่อกระดูกหัวเหน่า	1 / 3 > SP
16 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับ 2/3 เหนือรอยต่อกระดูกหัวเหน่า	2 / 3 > SP
20 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับสะดือ	=0=
24 สัปดาห์	อยู่ระดับ 1/4 เหนือระดับสะดือ	1 / 4 > =0=
28 สัปดาห์	อยู่ระดับ 2/4 เหนือระดับสะดือ	2 / 4 > =0=
32 สัปดาห์	อยู่ระดับ 3/4 เหนือระดับสะดือ	3 / 4 > =0=
36 สัปดาห์	อยู่ที่ Xyphoid เล็กน้อย	4 / 4 > =0=
40 สัปดาห์	ลดลงอยู่ที่ระดับ 3/4 เหนือสะดือ หรือระดับเดียวกับ 32 สัปดาห์ แต่ลักษณะท้องจะขยายออกด้านข้าง และตรวจพบศีรษะทารกเข้าช่องเชิงกราน	3 / 4 > =0=

ใช้สัญลักษณ์แทนดังนี้

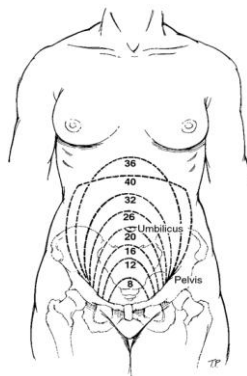
H = Height of fundus

> = มากกว่า

SP = Symphysis of Pubis (Pubis Symphysis)

=0= = อยู่ที่ระดับสะดือ

วิธีการคำนวณอายุครรภ์จากจุดเครื่องหมายทางกายวิภาคนี้ ค่อนข้างแม่นยำ เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 การคำนวณจากขนาดของยอดมดลูก

แหล่งที่มา : <http://img.tfd.com/mk/F/X2604-F-27.png>

1.การคาดคะเนอายุครรภ์

ตัวอย่าง ใช้ค่าตัวเลขที่วัดได้ตามสัดส่วนเป็นอายุครรภ์ เช่น $3 / 4 = 0.75$ เท่ากับ 32 สัปดาห์

2.การคาดคะเนกำหนดวันคลอด

ตัวอย่าง ใช้การนับจำนวนวันต่อจากวันที่ตรวจจนครบ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน วัดยอดมดลูก วันที่ 5 กุมภาพันธ์ได้ความสูงของยอดมดลูก 3 ส่วน 4 เหนือระดับสะดือ จะได้อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และกำหนดวันคลอด 5 เมษายน

วิธีนี้เป็นวิธีที่คลาดเคลื่อนได้มากเนื่องจาก

1.สตรีตั้งครรภ์แต่ละคนมีความแตกต่างกันที่ระยะห่างระหว่าง symphysis pubis กับ umbilicus และระหว่าง umbilicus กับ xyphoid process รวมทั้งการใช้นิ้วมือของผู้ตรวจในการกะสัดส่วนมีความแตกต่างกันระหว่างบุคลากร อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีการใช้ในทางปฏิบัติเมื่อไม่มี calipers หรือสายวัด และเป็นวิธีที่ใช้คาดคะเนคร่าวๆ เปรียบเทียบอายุครรภ์กับวิธีอื่นๆ

4.การคำนวณจากระดับยอดมดลูกด้วยสายเทปวัดตามวิธีของ McDonald's rule Jimenez/ Modified

วัดความสูงของยอดมดลูกด้วยสายเทปตามแนวยาวโดยทาบบสายวัดกับแนวโค้งงอของมดลูก จากขอบบนของรอยต่อกระดูก symphysis pubis ถึงยอดมดลูกโดยคาดคะเนอายุครรภ์เป็นสัปดาห์เท่ากับจำนวนเซนติเมตรที่วัดได้ บวกค่าความคลาดเคลื่อนจากวิธีการวัด ประมาณ 2 เซนติเมตร การคาดคะเนอายุครรภ์จึงใช้ค่าตัวเลขที่วัดได้บวกหรือลบด้วย 2 เป็นอายุครรภ์สำหรับการคาดคะเนกำหนดวันคลอด ใช้การนับจำนวนวันต่อจากวันที่ตรวจจนครบ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน(รูปที่ 2) เช่น



รูปที่ 2 การวัดยอดมดลูกด้วยสายเทปวัดตามวิธีของ Jimenez

แหล่งที่มา : http://www.yourpregnancyandchildbirth.com/images/figures/Fig_4-3B.gif

1.การคาดคะเนอายุครรภ์และการคาดคะเนกำหนดวันคลอด

ตัวอย่าง วัดยอดมดลูก วันที่ 5 กุมภาพันธ์ ได้ความสูงของยอดมดลูก 28 เซนติเมตร จะได้อายุครรภ์ $28 \pm 2 = 26-30$ สัปดาห์ และกำหนดวันคลอด 16 เมษายน ถึง 14 พฤษภาคม

วิธีนี้จะมีความคลาดเคลื่อนได้เนื่องจาก

1.กรณีที่ทารกอยู่ในท่าขวาง ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ น้ำคร่ำน้อย มีก้อนเนื้องอกทารกตัวโต หรือทารกมีน้ำหนักน้อย

2.เทคนิคการวัดความสูงของยอดมดลูกยังแตกต่างกันระหว่างบุคลากร ดังนั้นในทางคลินิกจะใช้สายวัดที่เป็นเทปมาตรฐาน มีความเหมาะสมในการวัดตั้งแต่อายุครรภ์ 25-28 สัปดาห์ เมื่อวัดแล้วควรบันทึกค่าที่ได้ในตารางกราฟเปรียบเทียบเพื่อติดตามความผิดปกติ และควรติดตามการวัดความสูงของยอดมดลูกด้วยบุคลากรคนเดียวกันทุก 2-3 สัปดาห์ หากวัดความสูงของยอดมดลูกได้แตกต่างจากอายุครรภ์ที่คำนวณโดยวิธีอื่น 3 สัปดาห์หรือพบว่ากราฟแสดงถึงความผิดปกติจะต้องส่งต่อแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย

3.กระเพาะปัสสาวะโป่งอาจจะทำให้ระดับยอดมดลูกสูงขึ้นไปได้ถึง 3 เซนติเมตร ดังนั้นการวัดยอดมดลูกจะต้องให้ผู้รับบริการปัสสาวะก่อน จากการศึกษาในคนไทยพบว่า จำนวนเซนติเมตรมักจะน้อยกว่าจำนวนสัปดาห์ของอายุครรภ์อยู่ 2 – 3 เซนติเมตร แต่มีความแปรปรวนได้พอสมควร อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ จำนวนเซนติเมตรยิ่งห่างจากสัปดาห์อายุครรภ์ ในรายทารกตัวโตอาจมีจำนวนเซนติเมตรมากกว่าสัปดาห์อายุครรภ์ อย่างไรก็ตามถ้าจำนวนเซนติเมตรน้อยกว่าสัปดาห์ 3-4 ควรพิจารณาว่าขนาดมดลูกน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

4.วิธีนี้มีความแม่นยำเมื่ออายุครรภ์ 18-30 สัปดาห์สามารถใช้ติดตามคัดกรองความผิดปกติเช่นทารกน้ำหนักตัวน้อยหรือมากเกินไป หรือน้ำคร่ำน้อยหรือมากกว่าปกติได้

5. การคำนวณจากระดับยอดมดลูกด้วยสายเทปวัดตามวิธีของ McDonald's rule

วัดความสูงของยอดมดลูกด้วยสายเทปวัดตามแนวตรงจากขอบบนของรอยต่อกระดูก symphysis pubis ถึงยอดมดลูก โดยคาดคะเนว่าเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด 40 สัปดาห์ยอดมดลูกจะสูง 35 เซนติเมตร การคาดคะเนอายุครรภ์จึงใช้ค่าตัวเลขที่วัดได้เทียบบัญญัติไตรยางค์ (หรือคูณด้วย 8/7) เป็นอายุครรภ์สำหรับการคาดคะเนกำหนดวันคลอด ใช้การนับจำนวนวันต่อจากวันที่ตรวจจนครบ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน เช่น

1. การคาดคะเนอายุครรภ์และการคาดคะเนกำหนดวันคลอด

ตัวอย่าง วัดยอดมดลูก วันที่ 5 กุมภาพันธ์ ได้ความสูงของยอดมดลูก 28 เซนติเมตร จะได้อายุครรภ์ $28 \times 40/35 = 32$ สัปดาห์ และกำหนดวันคลอด 2 เมษายน

วิธีนี้เป็นวิธีที่คลาดเคลื่อนได้มากเนื่องจาก

1. โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 เนื่องจากทารกจะเจริญเติบโตด้วยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากกว่าความสูงทำให้มดลูกจะขยายออกด้านข้างมากกว่าด้านยาว และเมื่อศีรษะทารกเข้าช่องเชิงกราน ยอดมดลูกจะลดลงได้เล็กน้อย ดังนั้นจึงไม่มีการใช้วิธีนี้ในทางคลินิก

6. คำนวณจากการตรวจภายในครั้งแรก (uterine assessment)

การตรวจภายใน (uterine assessment) ในสตรีมีครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ การตรวจภายในจะช่วยคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของมดลูกทั้งขนาดและลักษณะ ในทางคลินิกจะตรวจภายในเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก หากพบว่าผลการตรวจภายในสอดคล้องกับประวัติ LMP จะช่วยยืนยันอายุครรภ์ได้แม้ว่าจะไม่มีการตรวจวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่แน่นอนก็ตาม ทั้งนี้การคาดคะเนอายุครรภ์จากการตรวจภายในจะใช้วิธีประเมินจากขนาดและลักษณะของมดลูกดังนี้

1. อายุครรภ์ประมาณ 6 สัปดาห์ จะตรวจพบ Ladin's sign คือบริเวณตรงกลางของมดลูกด้านหน้าตำแหน่งที่เป็นจุดต่อระหว่างมดลูกกับปากมดลูกจะมีความอ่อนนุ่ม
2. อายุครรภ์ประมาณ 6-8 สัปดาห์ จะตรวจพบ Hegar's sign คือความนุ่มของ isthmus
3. อายุครรภ์ประมาณ 7-8 สัปดาห์ จะตรวจพบ McDonald's sign คือมดลูกจะยืดหยุ่นได้มากและสามารถหักพับงอกับปากมดลูก (uterocervical junction) ได้ง่าย
4. อายุครรภ์ประมาณ 10-12 สัปดาห์ มดลูกจะนุ่มและโตสม่ำเสมอทุกด้าน มีรูปร่างกลม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 8 เซนติเมตร
5. อายุครรภ์ประมาณ 16-20 สัปดาห์จะตรวจพบ ballotement คือการที่ทารกจะเคลื่อนไหวกระทบกับมือของคนตรวจเมื่อทำ bimanual examination

การคาดคะเนอายุครรภ์ ให้นับจำนวนวันจากการตรวจภายในจนถึงวันที่ต้องการคำนวณ จะได้อายุครรภ์เป็นจำนวนวัน แล้วหารด้วย 7 จะได้อายุครรภ์เป็นจำนวนสัปดาห์จากนั้นบวกด้วยอายุครรภ์ที่ได้จากการตรวจภายใน เช่น

1.การคาดคะเนอายุครรภ์

ตัวอย่าง วันที่ตรวจภายใน วันที่ 5 กุมภาพันธ์ ได้อายุครรภ์ประมาณ 8 สัปดาห์ วันที่ฝากครรภ์ 4 พฤษภาคม 2554 จะได้อายุครรภ์ 88 วัน หรือ 12 สัปดาห์ 4 วันบวก 8 สัปดาห์ของอายุครรภ์ที่ได้จากการตรวจภายใน จะได้อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 4 วัน

2.การกำหนดวันคลอด

ตัวอย่าง ใช้การนับจำนวนวันต่อจากวันที่ตรวจภายในจนครบ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน ตรวจภายใน เช่น วันที่ 5 กุมภาพันธ์ ได้อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ จะได้กำหนดวันคลอด 17 กันยายน

7.คะเนอายุครรภ์โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonogram)

เป็นวิธีการคำนวณอายุครรภ์ที่ใช้กันมากที่สุดในปัจจุบันในรายที่ประวัติประจำเดือนไม่แน่นอน เพราะมีความปลอดภัยสามารถบอกอายุครรภ์ได้อย่างใกล้เคียง ตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ ไปจนถึงอายุครรภ์มากๆ ใช้สำหรับการคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดที่มีความแม่นยำโดยเฉพาะเมื่อมีการตรวจหลายครั้ง ติดตามต่อเนื่อง แต่วิธีนี้ไม่สะดวกในทางปฏิบัติเพราะต้องการผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำ ต้องมีอุปกรณ์ และค่าใช้จ่ายสูง การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการคาดคะเนอายุครรภ์ ได้จากการประเมิน gestational sac และสัดส่วนของทารก

วัตถุประสงค์ของการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง คือ

1. เพื่อประเมินอายุครรภ์ และการเจริญเติบโตของทารก
2. เพื่อประเมินพัฒนาการปกติของโครงสร้างและอวัยวะต่างๆของทารก รวมทั้งน้ำคร่ำ รกและสายสะดือ

การประเมินอายุครรภ์โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงสามารถคำนวณได้ด้วยวิธีที่ช่วยคือ

7.1 การตรวจหา gestational sac : การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง จะตรวจพบ gestational sac ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 5-6 สัปดาห์ ส่วน fetal echo และการเต้นของหัวใจ เริ่มเห็นเมื่ออายุครรภ์ราว 8 สัปดาห์ ยิ่งถ้าตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงทางช่องคลอดจะยิ่งเห็นเร็วขึ้นราว 5-6 สัปดาห์ ก็มักเห็น fetal echo และการเต้นของหัวใจได้ (รูปที่ 3)

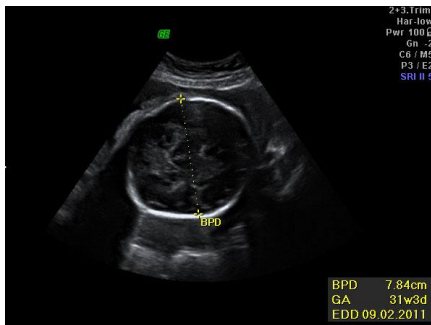


รูปที่ 3 การตรวจหา gestational sac

แหล่งที่มา : [http://www.ob-](http://www.ob-ultrasound.net/images/us29.jpg)

[ultrasound.net/images/us29.jpg](http://www.ob-ultrasound.net/images/us29.jpg)

คลื่นเสียงความถี่สูงวัด BPD ของเด็กในครรภ์ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานของ BPD ในแต่ละอายุครรภ์ วิธีนี้จะแม่นยำมากระหว่างอายุครรภ์ 14-26 สัปดาห์ 26-32 สัปดาห์ จะมีความผิดพลาดเพิ่มขึ้นบ้าง หลัง 32 สัปดาห์ไปแล้วยิ่งมีความผิดพลาดมาก เพราะในไตรมาสที่ 3 จะมีการโตช้ากว่าในไตรมาสที่ 2 มาก (16-28 สัปดาห์ BPD โตประมาณ 3 มม./สัปดาห์) (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 การวัด Biparietal diameter

แหล่งที่มา :

<http://happynhufamily.files.wordpress.com/2011/06/kampan1.jpg>

7.3 การวัดระยะ crown – rump length (CRL) : ใช้คลื่นเสียงความถี่สูงวัด CRL ของเด็กในครรภ์ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของ CRL ในแต่ละอายุครรภ์ มีความแม่นยำมาก เมื่อวัดในช่วงอายุครรภ์ 8-16 สัปดาห์ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 การวัดระยะ crown – rump length

แหล่งที่มา : <http://3.bp.blogspot.com/-eVdWh0so3P4/Uix6kom6fgI/AAAAAAAAAKVs/zZp08OpGyUU/s1600/Crown-rump+length.jpg>

7.4 การวัด femur length (FL) : สามารถบอกอายุครรภ์ได้อย่างมีความแม่นยำในช่วงใกล้เคียงกับ BPD ความถูกต้องจะลดลงในไตรมาสที่ 3 (รูปที่ 6) ในทางปฏิบัติแล้ว ในการตรวจหาคลื่นเสียงความถี่สูงเพียงหนึ่งเดียว ก็สามารถวัดได้หลายส่วน ทำให้สามารถประเมินอายุครรภ์ได้จากหลายตัววัด ซึ่งจะทำให้การทำนายอายุครรภ์ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น



รูปที่ 6 การวัด femur length

แหล่งที่มา :

<http://topicstock.pantip.com/family/topicstock/2010/12/N10016035/N10016035-2.jpg>

การตัดสินใจเลือกใช้อายุครรภ์จาก LMP หรือจาก ultrasonogram เป็นเกณฑ์ในการเฝ้าระวังและการดูแลสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ รวมทั้งการตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เกินกำหนด ดังนี้

- 1) กรณีที่มีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสที่หนึ่งของการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 11-14 สัปดาห์ มีความแม่นยำในการคำนวณอายุครรภ์สูง และแม่นยำกว่าการคิดอายุครรภ์จาก LMP
- 2) กรณีที่การคิดอายุครรภ์จาก LMP และ คลื่นเสียงความถี่สูงมีความคลาดเคลื่อนกัน 5 วัน ให้ใช้วันกำหนดคลอดตามการทำคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสแรก
- 3) กรณีที่การคิดอายุครรภ์จาก LMP และ คลื่นเสียงความถี่สูงมีความคลาดเคลื่อนกัน 10 วัน ให้ใช้วันกำหนดคลอดตามการทำคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสที่สอง
- 4) ถ้ามีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทั้งในไตรมาสแรกและไตรมาสสอง ให้คิดอายุครรภ์จากการทำในไตรมาสที่หนึ่ง

ในทางปฏิบัติจะใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดในรายที่ตรวจพบว่าอายุครรภ์จาก LMP และความสูงของยอดมดลูกไม่สัมพันธ์กัน จำประวัติประจำเดือนไม่ได้หรือไม่แน่ใจ และเมื่อต้องการประเมินทารกในครรภ์ น้ำคร่ำ และการตรวจพบความผิดปกติอื่นๆ สำหรับรายที่จำประจำเดือนได้แน่นอนและความสูงของยอดมดลูกสัมพันธ์กับอายุครรภ์จาก LMP มักจะตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินความผิดปกติของทารกในครรภ์รวมทั้งยืนยันอายุครรภ์เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 16-20 สัปดาห์และอาจจะตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 32-34 สัปดาห์เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และท่าของทารกในครรภ์

การคาดคะเนอายุครรภ์ ใช้ค่าตัวเลขอายุครรภ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของการวัดที่มีการคำนวณจากสัดส่วนทารก

การคาดคะเนกำหนดวันคลอด ใช้การนับจำนวนวันต่อจากวันที่ตรวจจนครบ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน

ตัวอย่าง วัด BPD วันที่ 5 กุมภาพันธ์ ได้อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ เมื่อตรวจครรภ์วันที่ 4 พฤษภาคม จะได้อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ 4 วัน และกำหนดวันคลอด 25 มิถุนายน

การคาดคะเนอายุครรภ์จากความยาวของทารกที่เกิดแล้ว วิธีนี้ใช้ภายหลังทารกเกิดเพื่อประเมินอายุครรภ์ย้อนหลัง โดยทั่วไปนิยมใช้การคาดคะเนจาก crown-heel length ดังนี้

1. Hasse's rule ใช้การวัด crown-heel length เป็นเซนติเมตร โดย 5 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ crown-heel length เป็นเซนติเมตรที่วัดได้จะเท่ากับอายุครรภ์ยกกำลังสอง ส่วน 5 เดือนหลังของการตั้งครรภ์ crown-heel length เป็นเซนติเมตรที่วัดได้ จะเท่ากับอายุครรภ์คูณด้วย 5

ตัวอย่าง วัด crown-heel length ได้ 16 เซนติเมตร เท่ากับ $4 \times 4 =$ อายุครรภ์ 4 เดือน

วัด crown-heel length ได้ 40 เซนติเมตร เท่ากับ $8 \times 5 =$ อายุครรภ์ 8 เดือน

2. Handy's rule ใช้การวัด crown-heel length เป็นนิ้วฟุต โดย 5 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ crown-heel length เป็นนิ้วฟุตที่วัดได้จะเท่ากับผลรวมของจำนวนเดือนที่ตั้งครรภ์ผ่านมาทั้งหมด ส่วน 5 เดือนหลังของการตั้งครรภ์ crown-heel length เป็นนิ้วฟุตที่วัดได้จะเท่ากับจำนวนเดือนที่ตั้งครรภ์คูณด้วย 2

ตัวอย่าง วัด crown-heel length ได้ 6 นิ้วฟุต เท่ากับ $1+2+3 =$ อายุครรภ์ 4 เดือน

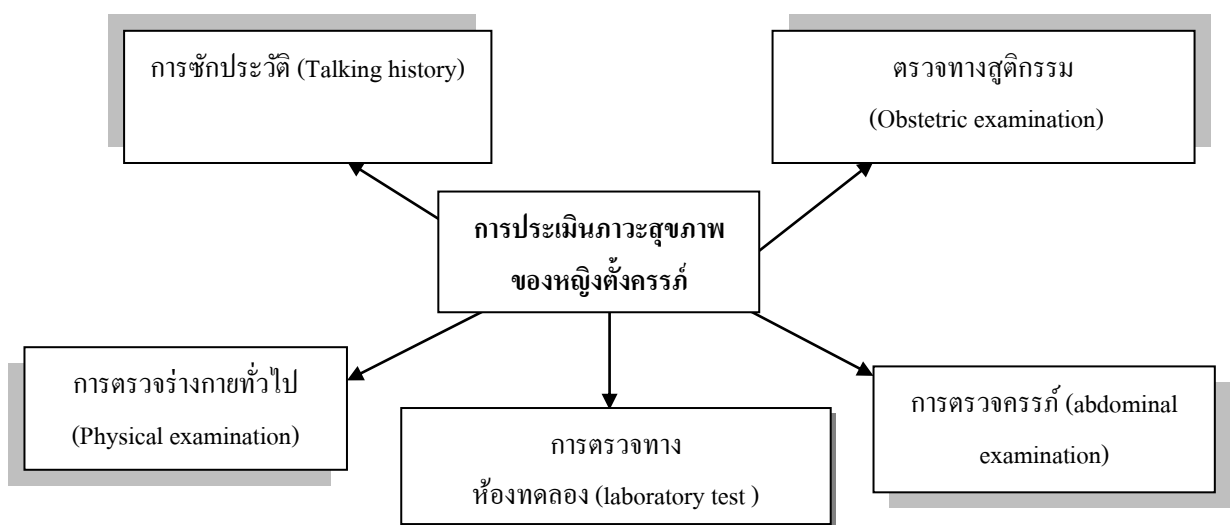
วัด crown-heel length ได้ 16 นิ้วฟุต เท่ากับ $8 \times 2 =$ อายุครรภ์ 8 เดือน

การถ่ายภาพรังสี (X-rays) เป็นการคาดคะเนอายุครรภ์จาก ossification center ปลายกระดูกในช่วงอายุต่างๆ ของทารกในครรภ์ โดยอายุครรภ์ 36 สัปดาห์จะเห็น ossification center ปลายกระดูก femur อายุครรภ์ 40 สัปดาห์จะเห็น ossification center ปลายกระดูก tibia อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติจะไม่นิยมใช้วิธีนี้เนื่องจากผลของรังสีที่อาจมีต่อทารกและเมื่อสามารถใช้การตรวจคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดด้วยวิธีอื่นที่ปลอดภัยกว่า

การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ และการคัดกรอง

การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

การให้บริการฝากครรภ์แก่สตรีที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกนั้นจะต้องได้รับการประเมินอย่างละเอียดและครอบคลุม การประเมินภาวะทางสุขภาพประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางสูติกรรม การตรวจครรภ์ และการนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เปรียบเทียบข้อมูลกับหลักการหรือเกณฑ์ปกติ นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหา เพื่อนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีต่อไป



รูปที่ 7 การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

การซักประวัติ (Talking history)

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
1.1 ประวัติส่วนตัว	<ul style="list-style-type: none"> - อายุน้อยกว่า 18 ปี อาจมีการเจริญเติบโตของร่างกายไม่เต็มที่ อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ง่าย การพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจอาจไม่สมบูรณ์ ทำให้การดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจมีภาวะทุพโภชนาการ - อายุมากกว่า 35 ปี อาจมีความผิดปกติของ Chromosome โดยเฉพาะ trisomy ในทารกได้สูง - ศาสนา จะช่วยในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับการปฏิบัติตัวตามความเชื่อและศาสนา - ระดับการศึกษา จะช่วยในการสื่อความหมายระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ - สภาพการสมรส และอายุเมื่อสมรส จะบอกถึงความเป็นอยู่ในครอบครัวและระยะเวลาของการสมรสก่อนตั้งครรภ์ - อาชีพ จะช่วยประเมินสถานะทางเศรษฐกิจ และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในระหว่างทำงาน - สุขนิสัยต่างๆไป เช่น การพักผ่อน อาหาร การขับถ่าย จะช่วยในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์ - เจตคติ ต่อการตั้งครรภ์ เช่น การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์ที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ ความรู้สึกรต่อการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การดูแลระหว่างการคลอด การเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการคลอดที่ผ่านมาสิ่งดังกล่าวจะช่วยคาดคะเนถึงความสนใจที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ - การติดสารเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การติดสารเสพติด ล้วนแต่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยในการประเมินสภาพของผู้ตั้งครรภ์ และการดูแลรักษา
1.2 ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย	<ul style="list-style-type: none"> - อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก (Menarche) ปริมาณของเลือดที่ออก ความสม่ำเสมอของการมีประจำเดือน (Regularity) ช่วงของการมีประจำเดือนแต่ละครั้ง(Interval) ระยะเวลาที่มีประจำเดือน (Duration) การปวดประจำเดือน (Dysmenorrhea)อาการแทรกซ้อนอื่นๆ วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) เพื่อคาดคะเนกำหนดวันคลอด(EDC)
1.3 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต 1.3.1ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> -ภาวะทางสุขภาพการเจ็บป่วยของสามี ญาติพี่น้องทางฝ่ายสามี และญาติพี่น้องทางฝ่ายหญิงตั้งครรภ์ที่อาจส่งผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความ

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
	ต้นโลหิตสูง โรคประสาท โรคจิต
1.3.2 ประวัติการเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์	-ภาวะสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ การเจ็บป่วยในอดีต ที่อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์หรือระหว่างคลอดบุตรได้ เช่น โรคไต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การผ่าตัดเชิงกรานจะช่วยในการทำนายการดำเนินการตั้งครรภ์ และการคลอดของครรภ์ปัจจุบัน
1.4 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต 1.4.1 การแท้งและการขูดมดลูก	-เคยมีประวัติการแท้ง และการขูดมดลูกหรือไม่ เคยมีประวัติ การตั้งครรภ์ไปฝากอกหรือไม่ -สาเหตุของการแท้งบุตร ประวัติการแท้งซ้ำ (Habitual abortion)
1.4.2 ประวัติการเจ็บป่วยในขณะตั้งครรภ์	-เคยมีประวัติการเจ็บป่วยในขณะตั้งครรภ์ในอดีตหรือไม่เพราะจะช่วยในการวางแผนการพยาบาลและดูแลใกล้ชิดในระยะตั้งครรภ์ครั้งนี้ เช่น โรคพิษแห่งครรภ์ โรคไต
1.4.3 ประวัติการตั้งครรภ์ในครั้งก่อน	-ชนิดของการคลอด คลอดอย่างไร (คลอดเอง, ใช้เครื่องดูด, คีมดึง) หากมีประวัติการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ควรถามถึงสาเหตุ เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะเสี่ยงต่อการแยกของมดลูกบริเวณรอยแผลเป็น -คลอดยากหรือง่าย ใช้เวลาในการคลอดนานเท่าใด ประวัติการคลอดก่อนกำหนด -การฉีกขาดของฝีเย็บ ถ้ามีการฉีกขาดถึงทวารหนัก จำเป็นต้องให้การดูแลและระมัดระวังในการตัดฝีเย็บในการคลอดครั้งนี้ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำอีก -จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีบุตรมีชีวิตกี่คน -ท่าของทารก -ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอด อยู่โรงพยาบาลนานกี่วัน -ภาวะของทารกหลังคลอด น้ำหนักแรกเกิด การเจริญเติบโตของทารก เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหรือไม่ มีปัญหาในการเลี้ยงดูหรือไม่ -ปัจจุบันเด็กแข็งแรงและปกติดีหรือไม่
1.4.4 ประวัติการล้วงรก	-เคยล้วงรกมาก่อนหรือไม่ อาจมีปัญหารกฝังตัวลึกกว่าปกติ ซึ่งอาจพบปัญหาในครรภ์ได้
1.4.5 ประวัติการผ่าตัดเกี่ยวกับมดลูก	-เคยมีการผ่าตัดเกี่ยวกับมดลูกมาก่อนหรือไม่
1.4.6 ประวัติการมีบุตรยาก	-สาเหตุของการมีบุตรยาก วิธีการรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งต้องการให้การดูแลเอาใจใส่ และให้การช่วยเหลือความผิดปกติต่างๆตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเป็นพิเศษ เพื่อช่วยเหลือให้ทารกรอดชีวิตอยู่ได้

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
1.4.7 ประวัติการตกเลือดหลังคลอด	- ในครรภ์ที่แล้วเคยมีประวัติการตกเลือดมาก่อนหรือไม่ เพราะอาจมีโอกาสดำเนินการคลอดครั้งต่อไปได้
1.4.8 ประวัติการอักเสบภายในโพรงมดลูก	- เคยมีไข้ภายหลังการคลอดหรือไม่ ลักษณะของน้ำคาวปลา สีกลิ่นภายหลังการคลอดเป็นอย่างไร ภายหลังการคลอดกี่วันผู้คลอดจึงทำงานได้เป็นปกติ
1.4.9 ประวัติทารกตายคลอด หรือความพิการของทารกเนื่องจากการคลอด	- สาเหตุทารกตายคลอด หรือเกิดความพิการของทารกเนื่องจากการคลอด

การตรวจร่างกายทั่วไป (Physical examination)

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
2.1 ท่าทางและอริยาบถ	- ลักษณะท่าทางการเดินเป็นอย่างไร มีความพิการ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของแขนขา และหลังหรือไม่ หากพบความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน อาจทำให้มีปัญหาในการคลอด
2.2 การแต่งกาย	- ลักษณะการแต่งกายเหมาะสมหรือไม่
2.3 ส่วนสูง	- ความสูงผิดปกติหรือไม่ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความสูงต่ำกว่า 130-140 ซม. มักมีสภาพช่องเชิงกรานเล็กกว่าปกติ เกิดปัญหาภาวะ CPD ได้
2.4 น้ำหนัก	- บันทึกการชั่งน้ำหนักทุกครั้ง และนำมาเปรียบเทียบแต่ละครั้ง โดยน้ำหนักปกติตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ควรขึ้นประมาณ 10-12 กิโลกรัม หรือ 22-24 ปอนด์ หากน้ำหนักเพิ่มมากกว่านี้ ควรระวังภาวะพิษแห่งครรภ์ในระยะเริ่มแรก โดยควรสังเกตอาการบวมและการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตร่วมด้วย
2.5 ความดันโลหิต	- การวัดครั้งแรกจะเป็นพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงแต่ละครั้งโดยต้องวัดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ปกติความดันโลหิตไม่ควรสูงถึง 140/90 มม.ปรอท หากพบความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติ ควรวัดความดันโลหิตซ้ำหลังจากมารดาอนพักแล้ว เพื่อความแน่นอนอีกครั้งหนึ่ง แต่ถ้าค่า Systolic เพิ่มขึ้น 30 มิลลิเมตรปรอท หรือค่า Diastolic เพิ่มขึ้น 15 มิลลิเมตรปรอท จากระดับที่เคยวัดไว้ก่อน ให้ถือเป็นอาการภาวะพิษแห่งครรภ์
2.6 ผิวหนังและขน	- ลักษณะผิวหนังและขนเป็นอย่างไร แห้งหยาบหรือไม่ อาจพบความผิดปกติของ Metabolism บางอย่าง เช่น Hypothyroidism
2.7 เปลือกตาริมฝีปาก และเหงือก	- ตรวจดูภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
2.8 ปาก	- สุขภาพช่องปาก เหงือก ฟัน เป็นอย่างไร มีการอักเสบของเหงือกหรือไม่ ดูว่ามี Epulis หรือไม่ หากพบฟันผุ ควรให้คำแนะนำในการดูแล และพบทันตแพทย์ เพื่อป้องกันการอักเสบ และการติดเชื้อที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อภายหลังคลอดได้
2.9 ลำคอ	- ตรวจสอบว่าผิดปกติ หรือต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่ อาจพบว่าต่อมธัยรอยด์มีขนาดใหญ่ ระหว่างการตั้งครรภ์ได้ซึ่งมีได้ประมาณ 3 เปอร์เซ็นต์ แต่การโตจะมีสม่ำเสมอ ทั้งต่อม ไม่ใช่โตขึ้นแต่เพียงบางส่วน และจะยุบภายหลังคลอดแล้ว 6-8 สัปดาห์
2.10 การทำงานของหัวใจ และปอด	- ลักษณะการเต้นของหัวใจ จำนวนครั้ง ความผิดปกติเสียงหัวใจและปอด ควรเน้นการตรวจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะรายที่มีประวัติโรคหัวใจหรือโรคปอดมาก่อน เพราะจะทำให้เกิดอันตรายระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้
2.11 เต้านมและหัวนม	- ตรวจสอบดูลักษณะทั่วไป คลำดูขนาดของต่อมน้ำนม พบว่ามีปริมาณเพียงพอที่จะผลิตน้ำนมสำหรับเลี้ยงดูบุตรหรือไม่ ตรวจสอบท่อน้ำนมบริเวณเต้านม หากพบความผิดปกติจะได้ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลเต้านมที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์

ตรวจทางสูติกรรม (Obstetric examination)

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
3.1 ตรวจภายใน 3.1.1 ปากมดลูกและมดลูก	- ดูลักษณะช่องทางคลอด เพื่อช่วยยืนยันในการตั้งครรภ์ และบอกถึงอายุครรภ์ในช่วงแรก ตรวจขนาดมดลูก ตรวจสภาพของคอมดลูกตรวจท่อน้ำนมในอุ้งเชิงกราน ตรวจหาขนาดของช่องเชิงกราน บันทึกความนุ่ม ตำแหน่ง ความบางตัว การเปิดขยายของปากมดลูก บันทึกตำแหน่งและขอบเขตของรอยฉีกขาดที่ปากมดลูก เพราะอาจเกิดการฉีกขาดซ้ำที่เดิม ตรวจลักษณะของตกขาวในช่องคลอด ว่ามี discharge ลักษณะผิดปกติหรือไม่ ตรวจ Pap Smear ในระยะเริ่มแรก
3.1.2 เส้นเลือดขอดที่ปากช่องคลอดและช่องคลอด	- ตรวจว่ามีเส้นเลือดขอดบริเวณดังกล่าวหรือไม่ ซึ่งอาจจะตกเลือดมากขณะคลอดก็ได้

การตรวจทางห้องทดลอง (laboratory test)

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
<p>4.1 ตรวจโลหิต</p> <p>4.1.1 ตรวจหาความเข้มข้นของเลือด (Hb และ Hct)</p>	<p>-ตรวจวัดความเข้มข้นของเลือด และการตรวจระดับแอนติบอดีของเชื้อซิฟิลิส และ เอชไอวี</p> <p>- ตรวจหาความเข้มข้นของ (CBC:Complete blood count) โดยตรวจหาระดับค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) และฮีมาโตคริต (Hematocrit) ในหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติความเข้มข้นของเลือดจะลดต่ำลงเนื่องจากปริมาณของน้ำเลือด (plasma) เพิ่มขึ้นมากกว่าการเพิ่มของเม็ดเลือดแดง หญิงตั้งครรภ์ควรมีระดับ Hb ไม่ต่ำกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์ หรือค่า Hct ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ถ้าต่ำกว่านี้ถือว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด และควรได้รับการตรวจและวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรกการกำหนดระดับความซีดในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>Gr.1= mild anemia = Hct 27-32%</p> <p>Gr.2= moderate anemia = Hct 20-26 %</p> <p>Gr.3= severe anemia = Hct 20%</p> <p>- หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเหล็กทดแทน (iron supplementation) และรับประทานอาหารเหมาะสมมักไม่ค่อยเป็นโรคโลหิตจาง และส่วนมากที่ Hct มากกว่า 34 % และ Hb มากกว่า 10 gm% เมื่อตั้งครรภ์ได้ 28สัปดาห์ แต่อาจพบภาวะซีด จากการขาดธาตุเหล็ก ในระยะ 3 เดือนท้ายของการตั้งครรภ์ ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด และป้องกันการ Shock จากการเสียเลือด จึงต้องเน้นถึงความสำคัญของการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบหมู่เลือดของตนเอง เป็นการเตรียมความพร้อมในกรณีที่ต้องให้เลือดอย่างรีบด่วน</p> <p>ค่าปกติ Hct 33 - 45 %</p>
<p>4.1.2 ตรวจหาหมู่เลือด (Blood Group) และ Rh factor</p>	<p>- เพื่อทราบว่ามารดามีเลือดหมู่ใด (A,B,AB,O) ถ้ามารดาเลือด Group O สามีเลือด Group อื่น ที่ไม่ใช่ Group O ทารกอาจเกิดภาวะ ABO, AO, BO incompatibility ถ้าทารกมีเลือด Group เดียวกันกับบิดาซึ่งจะทำให้ทารกมีอาการตัวเหลืองมากผิดปกติ จากการที่เม็ดเลือดแดงแตก เพราะเลือดมารดาและทารกเข้ากันไม่ได้ ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ เจาะพบ Group O ควรแนะนำการและวางแผนเมื่อมารดาคลอดบุตรแล้วเพื่อจะช่วยให้ทราบว่าอาการตัวเหลืองของทารกเกิดจากสาเหตุใด</p> <p>- เพื่อคว่ามารดามีเลือดเป็น Rh positive หรือ Rh negative โดยปกติคนไทยมักมี Rh negative แต่ถ้ามารดามี Rh positive ทารกที่เกิดมาจะมีอาการตัวเหลืองมาก</p>

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
	<p>จากการที่เม็ดเลือดแดงแตกเหมือนกันซึ่งความรุนแรงของโรคนี้ จะมีมากขึ้นในครรภ์หลัง เพราะตัวมารดามี antibody เพิ่มขึ้น ทำให้มีความรุนแรงมากขึ้น ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ เรียกว่า Erythroblastosis</p> <p>ค่าปกติ Rh negative</p>
<p>4.1.3 ตรวจน้ำเหลืองโรคซิฟิลิส (VDRL : Syphilis screen)</p>	<p>- เพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส ซึ่งอาจเกิดได้โดยที่หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้ตัว เป็นการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ หากตรวจพบจะได้รับให้การรักษาแต่ระยะแรกๆและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ หากหญิงตั้งครรภ์เป็นซิฟิลิส</p> <p>- ในระยะตั้งครรภ์ เชื่อจะทำให้ทารกในครรภ์มีความพิการโดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ หรือทารกอาจตายในครรภ์ได้ (Hydrop fetalis) เพราะเชื้อ Syphilis สามารถผ่านรกได้ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปการตรวจหาโรคซิฟิลิสนิยมใช้วิธี VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) เป็นการทดสอบคัดกรอง โดยรายงานผลการทดสอบเป็นผลลบ (non-reactive) หรือผลบวก 1:1 ,1:2 ,1:4 แต่อย่างไรก็ตามการทดสอบโดยใช้วิธี VDRL อาจมีผลบวกหลงได้ เนื่องจากมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น คุชชิ่งโรค SLE infection mononucleosis ตับอักเสบ มาลาเรีย และแม้แต่การตั้งครรภ์ปกติ อาจให้ผลบวกได้ ดังนั้นถ้า VDRL ให้ผลบวกในระดับ Low-titer (น้อยกว่า 1:8) ควรยืนยันการทดสอบด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย ได้แก่ TPHA (Treponema pallidum hemagglutination) หรือ FTA-ABS (Fluorescent treponema antibodies test: เป็นการตรวจหา antibody ของเชื้อ Syphilis</p> <p>ค่าปกติ VDRL = non-reactive หรือ negative ถ้า VDRL ได้ผลลบควรตรวจซ้ำอีกครั้ง เมื่ออายุครรภ์ได้ 32 สัปดาห์</p>
<p>4.1.4 ตรวจน้ำเหลืองทดสอบภาวะตับอักเสบ (Hepatitis B Virus Screen)</p>	<p>- ตรวจหา HBsAg (Hepatitis B surface antigen) โดยกรณีนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจพบว่าหญิงตั้งครรภ์มี HBsAg positive ควรตรวจหา HBeAg ด้วย ถ้าได้ผลบวกทั้งสองค่า ควรเตรียม HBIG (Hepatitis B Immunoglobulin) ไว้ฉีดในทารกแรกคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาได้ถึงร้อยละ 85-95 2. ตรวจพบว่าหญิงตั้งครรภ์มี HBsAg positive ควรแนะนำให้สามีตรวจเลือดหา HBsAg และ HBeAg ด้วย ถ้าฝ่ายสามีตรวจพบว่าทั้งสองค่า Negative ควรแนะนำให้สามีฉีดวัคซีนป้องกัน <p>- ก่อนการเจาะตรวจทุกครั้งต้องมีการ pre-counseling ก่อน โดยให้คำแนะนำก่อนตรวจว่าตรวจเพื่ออะไร รวมทั้งการแปลผลการตรวจให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ ทั้งนี้การเจาะตรวจต้องขึ้นกับความสมัครใจของผู้รับบริการ (voluntary screening)</p>

สิ่งที่ประเมิน	รายละเอียด
	ค่าปกติ HBsAg negative
4.1.5 ตรวจน้ำเหลืองสำหรับหาเชื้อ HIV (Anti-HIV)	<p>- การตรวจหา HIV ในปัจจุบันเป็นการป้องกันในระยะคลอด โดยการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น</p> <p>วิธีการตรวจ คือ Elisa ถ้าผล Positive หมายถึง ผู้ป่วยได้รับเชื้อ AIDS มาควรส่งเลือดไปตรวจหาเชื้อโดยวิธี Western Blot เพื่อยืนยันว่าผู้นั้นได้รับเชื้อมาจริง</p> <p>การตรวจ Elisa เป็นการ screen การติดเชื้อ AIDS ถ้า Elisa positive ควรทำการตรวจซ้ำอีกครั้ง ถ้าผลบวกทั้ง 2 ครั้ง แสดงว่าผู้นั้นได้รับเชื้อมาจริง</p> <p>ค่าปกติ Anti HIV = Non Reactive</p>
4.2 การตรวจปัสสาวะ 4.2.1 ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ	<p>- เพื่อค้นหาเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes) อาจจะปรากฏในระยะท้ายๆของการตั้งครรภ์ ค่าปกติน้ำตาลในปัสสาวะ ไม่ควรมากกว่า +1 หากมากกว่าควรได้รับการตรวจด้วยวิธีอื่นต่อ เช่น การตรวจหาน้ำตาลในเลือด (FBS :Fasting Blood Sugar หรือ GTT : Glucose tolerance test ต่อไป)</p> <p>- ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกก่อนถ่ายปัสสาวะทิ้ง และรองเอาปัสสาวะช่วงกลาง (Mid stream urine) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของระดูขาวหรือน้ำเมือก ที่ออกจากช่องคลอด ตรวจปัสสาวะด้วยวิธี strip test จุ่มลงในปัสสาวะ และอ่านผลทันที รายงานผลการตรวจเป็นผลลบ หรือผลบวก จาก trace จนถึง 4+</p> <p>ค่าปกติ Urine sugar=Negative</p>
4.2.2 ตรวจหาไข่ขาวในปัสสาวะ	<p>- การตรวจไข่ขาวในปัสสาวะในครรภ์ปกติ อาจพบโปรตีนในปัสสาวะได้ แต่ไม่ควรเกิน +1 ถ้าพบมากกว่า +1 ควรคำนึงถึงภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรือมีพยาธิสภาพของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพิจารณาร่วมกับการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต และอาการบวม</p> <p>ค่าปกติ Urine albumin =Negative</p>

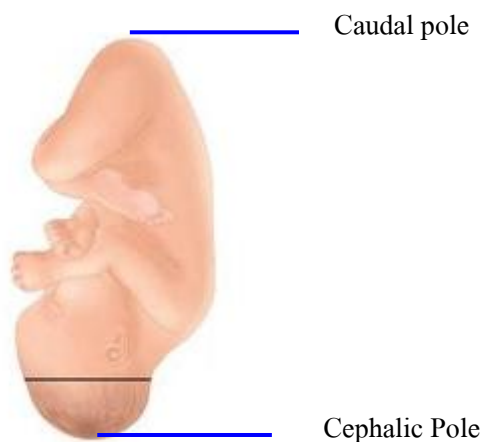
การตรวจครรภ์ (Abdominal examination)

ก่อนที่จะทำการตรวจครรภ์ พยาบาลต้องทำความเข้าใจ คำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวข้องกับทารกในครรภ์เพื่อสามารถนำมาใช้ในการบอกลักษณะของทารกในครรภ์ได้อย่างแม่นยำและถูกต้องเมื่อตรวจควบคู่กับการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) แบ่งเนื้อหา ดังนี้

1. ลักษณะปกติของทารกในครรภ์มารดา (fetal Ovoid)
2. แนวของลำตัวทารก (lie)
3. ทรงของทารก (attitude)
4. ส่วนนำ (presenting Part หรือ presentation)
5. จุดหมุน (denominator)
6. ท่าของทารก (position)

1. ลักษณะปกติของทารกในครรภ์มารดา (Fetal Ovoid)

คือลักษณะปกติของทารกในครรภ์ที่งอทุกส่วน คือ ศีรษะก้มลง หลังงอ แขนและขาหงอทุกข้อต่อ ทำให้มองดูลักษณะเป็นรูปไข่ ซึ่งมีแกนตามยาวคือแนวยาวของลำตัวทารก มีขั้ว 2 ขั้ว คือ Cephalic Pole ทางด้านหัว และ Caudal pole ทางด้านก้นทารก (breech) และส่วนต่างๆของขาทารก (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 ลักษณะปกติของทารกในครรภ์มารดา

แหล่งที่มา : [http://2.bp.blogspot.com/-](http://2.bp.blogspot.com/-GT1JDmWfVv0/TLFgv2_r0wI/AAAAAAAAAZY/M_YkedGDvE/s320/labor8.jpg)

[GT1JDmWfVv0/TLFgv2_r0wI/AAAAAAAAAZY/M_YkedGDvE/s320/labor8.jpg](http://2.bp.blogspot.com/-GT1JDmWfVv0/TLFgv2_r0wI/AAAAAAAAAZY/M_YkedGDvE/s320/labor8.jpg)

1.1 ส่วนต่างๆของทารก (รูปที่ 9)

แบ่งออกได้เป็นส่วนหัวทารกและส่วนของลำตัว หัวทารกประกอบด้วย ส่วนของหน้า(face) และกะโหลกศีรษะ (cranium) ซึ่งแบ่งออกได้เป็นส่วนฐาน (base) และเพดาน (cranial vault) กระดูกที่

ประกอบด้วยเพดานของกะโหลกศีรษะแตกต่างจากส่วนฐาน คือ มีลักษณะแบน บาง และเชื่อมด้วยรอยต่อ ประกอบด้วยกระดูกส่วนต่างๆ จำนวน 7 ชิ้นได้แก่

1. กระดูก frontal bone 2 ชิ้น
2. กระดูก parietal bone 2 ชิ้น
3. กระดูก occipital bone 1 ชิ้น
4. กระดูก temporal bone 2 ชิ้น

ระหว่างกระดูกแต่ละชิ้นจะมี membrane tissue เชื่อมอยู่เรียกว่ารอยต่อระหว่างกระดูก (suture) ที่สำคัญในการคลอดได้แก่

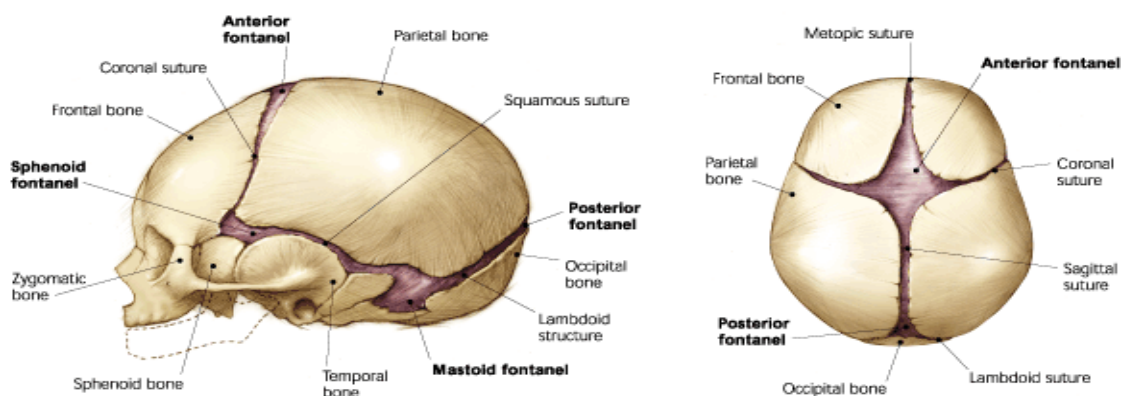
1. Frontal suture อยู่ระหว่างกระดูก frontal bone
2. Coronal suture อยู่ระหว่างกระดูก frontal และกระดูก parietal bone
3. Sagittal suture หรือรอยต่อแฉกกลางอยู่ระหว่างกระดูก parietal bone สำคัญมากที่สุดในการคลอด
4. Lambdoid suture อยู่ระหว่างกระดูก parietal และ occipital bone

ขม่อม (fontanel)

คือบริเวณรอยต่อของกระดูกมาบรรจบกัน ที่สำคัญในการคลอด คือ

1. ขม่อมหน้า หรือขม่อมใหญ่ (anterior fontanel หรือ Greater หรือ large fontanel) ชื่อพ้อง : bregma) มีรูปร่างสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัดมี 4 รอยต่อมาบรรจบกัน ได้แก่ รอยต่อ fontanel suture 2 อัน , รอยต่อ coronal suture 1 อันและ sagittal suture 1 อัน

2. ขม่อมหลัง หรือขม่อมน้อย (posterior fontanel หรือ lesser หรือ small fontanel) มีรูปร่างสามเหลี่ยมแยกออกเป็น 3 แฉก เพราะประกอบด้วย 3 รอยต่อมาบรรจบกัน ได้แก่ รอยต่อ lambdoid suture 2อัน และรอยต่อ sagittal suture 1 อัน ขนาดเล็กกว่าขม่อมหน้า



รูปที่ 9 รอยต่อระหว่างกระดูก ขม่อม และขนาดของศีรษะทารก

แหล่งที่มา : <http://www.aafp.org/afp/2003/0615/afp20030615p2547-f1.gif>

ส่วนต่างๆของศีรษะทารก มีความสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับท่าและส่วนนำของทารกในครรภ์ศีรษะทารก แบ่งเป็นส่วนต่างๆดังนี้ (รูปที่ 10)

1. หน้าทารก (Face) คือบริเวณจากคางถึงระหว่างคิ้ว (glabella)
2. หน้าผาก (Sinciput) หรือ brow คือบริเวณจากคิ้ว (glabella)ถึงขม่อมหน้าหรือบริเวณ frontal bone
3. ยอดศีรษะ (Vertex) คือบริเวณจากขม่อมหน้าถึงขม่อมหลัง หรือส่วน parietal bone มีอาณาเขตลงมาถึงบริเวณส่วนนูนของ parietal bone ทั้งสองข้าง (parietal eminence)
4. ท้ายทอย (Occiput) คือบริเวณจากขม่อมหลังถึงปุ่มกระดูกท้ายทอย (Occipital protuberance)
5. ใต้ท้ายทอย (Subocciput) คือบริเวณที่อยู่ต่ำกว่าปุ่มกระดูกท้ายทอย (Suboccipital region)
6. คาง (Mentum) และใต้คาง (Submentum)

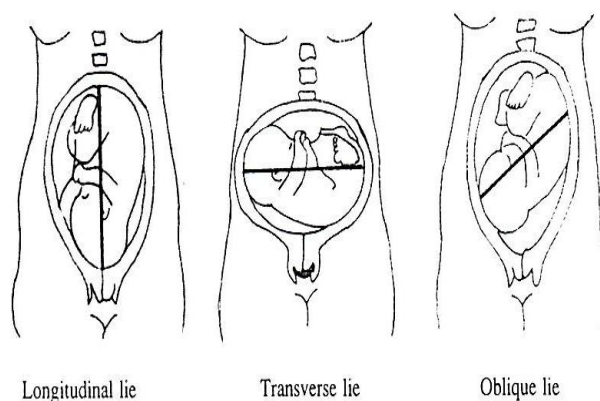
2. แนวของลำตัวทารก (Lie)

คือความสัมพันธ์ระหว่างความยาวของลำตัวทารก (fetal ovoid) กับแนวตามยาวของ หนทางคลอด แนวของลำตัวทารก แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดคือ (รูปที่ 11)

2.1 แนวยาว (Longitudinal Lie) คือแนวยาวของ fetal ovoid อยู่ในแนวเดียวกันกับโพรงมดลูก หรือ หนทางคลอด ลักษณะเช่นนี้พบได้ถึง 99 เปอร์เซ็นต์ของการตั้งครรภ์ปกติ

2.2 แนวขวาง (Transverse Lie) คือแนวยาวลำตัวของทารกจะอยู่ขวาง หรือทำมุมกับแนวของทางคลอดและโพรงมดลูก พบได้น้อยมาก ประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ โดยทั่วไปแล้วการคลอดจะดำเนินไปไม่ได้

2.3 แนวเฉียง (Oblique Lie) คือแนวยาวลำตัวของทารกทำมุมเฉียงกับแนวของทางคลอดและโพรงมดลูกลักษณะเช่นนี้มักพบร่วมกับความผิดปกติอื่นๆของการตั้งครรภ์ เช่นภาวะ รกเกาะต่ำ มีเนื้องอกในโพรงมดลูก



รูปที่ 11 แนวลำตัวทารกในครรภ์

3.ทรงของทารก (Attitude)

คือ ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆของร่างกายทารกโดยปกติแล้วมีได้ 2 อย่าง (รูปที่ 12)

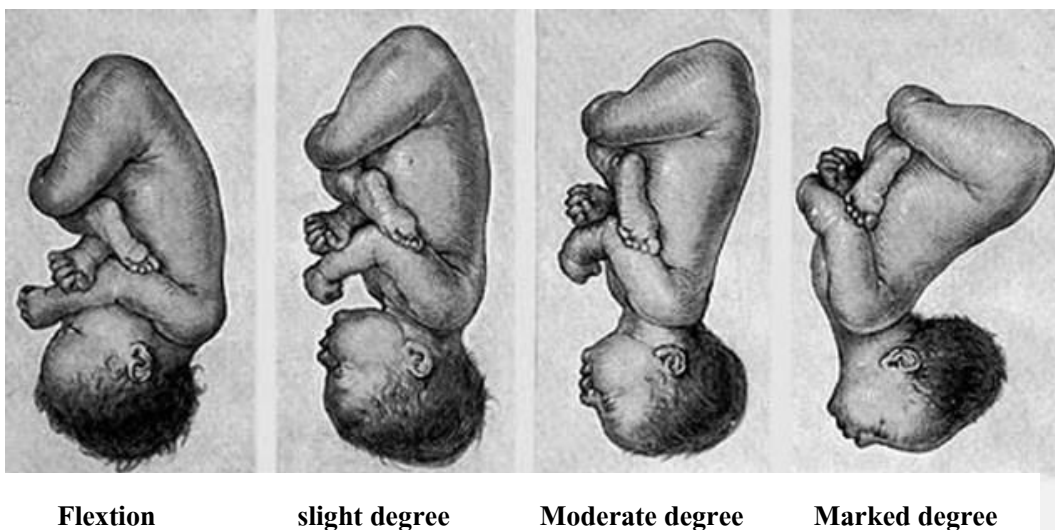
3.1 Flexion Attitude ทารกอยู่ในลักษณะของการก้ม หัวก้ม คางแนบชิดหน้าอก หลังงอ แขน ข้อมืองอ เข่า งอเอาทุกส่วนแนบชิดลำตัว ในลักษณะเช่นนี้ ตัวทารกมีลักษณะยาวรีแบบ รูปไข่ จึงเรียกว่า Fetal ovoid ซึ่งมีข้างหนึ่งเป็นหัว อีกข้างหนึ่งเป็นก้น เรียกว่า Universal flexion หรือทรงปกติ

3.2 Deflexion Attitude ทารกมีการงอของหัว ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ตามความมากน้อยของการงอนั้น คือ

3.2.1 slight degree of deflexion หัวทารกมีการงอเล็กน้อย หัวทารกจะอยู่ตั้งตรง ลักษณะเช่นนี้เรียกว่า Military attitude ในการคลอดถ้าหัวทารกผ่านลงช่องเชิงกรานด้วยลักษณะนี้ เด็กจะมี bregma presentation เพราะขม่อมหน้าจะเป็นส่วนที่อยู่ต่ำที่สุด คือ ต่ำกว่าขม่อมเล็กน้อย

3.2.2 Moderate degree of deflexion หัวทารกมีการงอมากขึ้นอีก จนกว่าส่วนหน้าผากเป็นส่วนยอดของหัวทารก ในการคลอด ถ้าหัวทารกจะผ่านลงไปช่องเชิงกรานด้วยลักษณะเช่นนี้ ทารกจะมี Brow presentation

3.2.3 Marked degree of deflexion หัวทารกงอหน้าเต็มที่จนหน้าแหงนในการคลอดถ้าหัวทารกผ่านลงไปช่องเชิงกรานด้วยลักษณะเช่นนี้ ทารกจะมี face presentation



รูปที่ 12 ทรงของทารกในลักษณะต่างๆ

แหล่งที่มา : <http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/gynecology2/>

4. ส่วนนำ (Presenting Part หรือ Presentation)

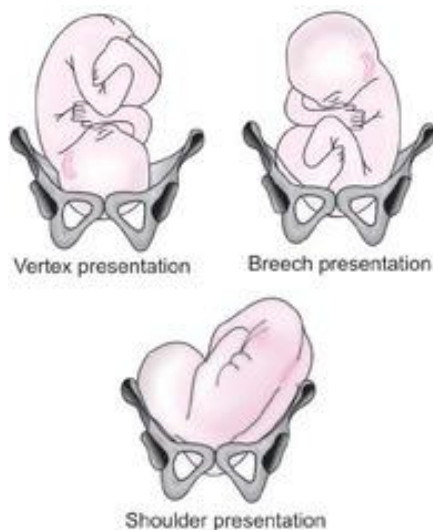
คือ ส่วนที่ต่ำสุดของทารกที่อยู่ส่วนล่างของทางคลอดคืออยู่ใกล้ทางเข้าช่องเชิงกรานมากที่สุด สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจภายใน เนื่องจากเป็นส่วนของทารกที่ผ่านลงช่องเชิงกรานก่อนส่วนอื่นๆ จึงเรียกว่า เป็นส่วนนำ (รูปที่ 13)

ส่วนนำของทารกในครรภ์ที่พบได้แก่

4.1 หัวทารก (Cephalic Presentation) พบได้ประมาณ 97 –99 เปอร์เซ็นต์

4.2 ก้นทารก (Breech presentation) พบได้ประมาณ 2-4 เปอร์เซ็นต์

4.3 ไหล่ทารก (Shoulder Presentation) ทารกเอาไหล่ที่อยู่เหนือทางเข้าช่องเชิงกราน



รูปที่ 13 ส่วนนำของทารกในลักษณะต่างๆ

แหล่งที่มา : http://o.quizlet.com/PdHNXL-lkuN5qlG1G7rlgQ_m.jpg

5.จุดหมุน (Denominator ชื่อพ้อง: Leading point หรือ Compass point)

คือ ส่วนของทารกบน presentation part ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปเพื่อใช้ส่วนนี้ของทารกบอก position หรือ ท่าของทารก denominator จะเปลี่ยนแปลงไปตาม presentation ของทารกดังนี้

5.1 Vertex presentation ใช้ส่วนท้ายทอย (occiput หรือ O)

5.2 Bregma presentation ใช้ส่วนท้ายทอยเช่นกัน (O)

5.3 Brow presentation ใช้กระดูก frontal (F)

5.4 Face presentation ใช้คาง (mentum หรือ m)

5.5 Breech presentation ใช้กระดูก sacrum (S)

5.6 Shoulder presentation ใช้กระดูก scapula (SC) หรือ Acromium (AC)

6.Position (ท่าของทารก)

คือท่าของทารก หรือลักษณะของทารกที่อยู่ในครรภ์มารดานั้น เราบอกได้โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่าง denominator กับส่วนเชิงกรานของมารดา คือ ถ้า denominator ไปอยู่ที่ส่วนใดของช่องเชิงกราน ก็เรียกว่าทารกอยู่ในท่านั้น ช่องเชิงกรานแบ่งออกได้เป็นส่วนต่างๆดังนี้

ข้างหน้า (Anterior) หรือ A

ข้างหลัง (posterior) หรือ P

ข้างซ้ายส่วนหน้า (left anterior) หรือ LA

ข้างซ้ายส่วนหลัง (left posterior) หรือ LP

ข้างขวาส่วนหน้า (right anterior) หรือ RA

ข้างขวาส่วนหลัง (right posterior) หรือ RP

ในรายที่ denominator ชี้ไปด้านข้างตรงๆ ไม่เฉียงไปอยู่ส่วนหน้าหรือส่วนหลัง ถ้าเป็นทางข้างซ้ายของช่องเชิงกราน เรียกว่า denominator อยู่ในตำแหน่ง left transverse (LT) หรือ left lateral (LL) และถ้าเป็นทางข้างขวาก็เรียกว่า right transverse (RT) หรือ right lateral (RL) ดังนี้

ในแต่ละ presentation จะมีท่าของทารกที่พบได้อย่างละ 8 ท่า

ตัวอย่าง เช่น ในท่าปกติทารกจะอยู่ในท่า vertex presentation หรือ bregmatic presentation และมี occiput (O) เป็น denominator ท่าของทารกมีได้ ดังต่อไปนี้

6.1 occipito-anterior (OA) ทารกก้มหน้า หรือเงยหน้าเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ทางด้านหน้าของช่องเชิงกราน

6.2 occipito-posterior (OP) ทารกก้มหน้าหรือเงยหน้าเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ทางด้านหลังคือ ชี้ไปทางกระดูก sacrum ตรงๆ

6.3 Left occipito-anterior (LOA) หรือ (OLA) ทารกก้มหน้า หรือเงยเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ในส่วนหน้าช่องเชิงกรานทางข้างซ้าย

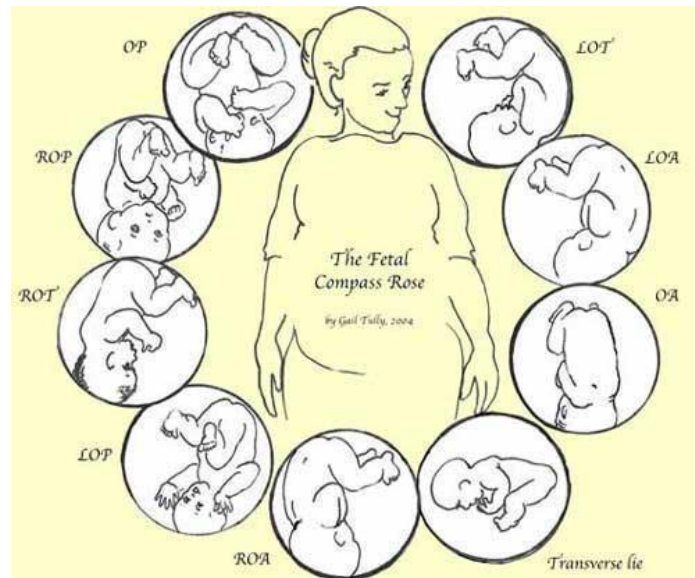
6.4 Left occipito-transverse (LOT หรือ OLT) ทารกก้มหน้า หรือเงยเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ในแนวขวางของช่องเชิงกราน และชี้ไปตรงๆทางข้างซ้าย (ชื่อพ้อง : Left occipito-lateral หรือ LOL)

6.5 Left occipito-posterior (LOP หรือ OLP) ทารกก้มหน้า หรือเงยเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ในส่วนหลังของช่องเชิงกรานทางข้างซ้าย

6.6 Right occipito-anterior (ROA) หรือ (ORA) ทารกก้มหน้า หรือเงยเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ในส่วนหน้าของช่องเชิงกรานด้านขวา

6.7 Right occipito-transverse (ROT หรือ ORT) ทารกก้มหน้าหรือเงยเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ในแนวขวางช่องเชิงกราน และชี้ตรงๆไปด้านขวา (ชื่อพ้อง :Right occipito lateral หรือ ROL)

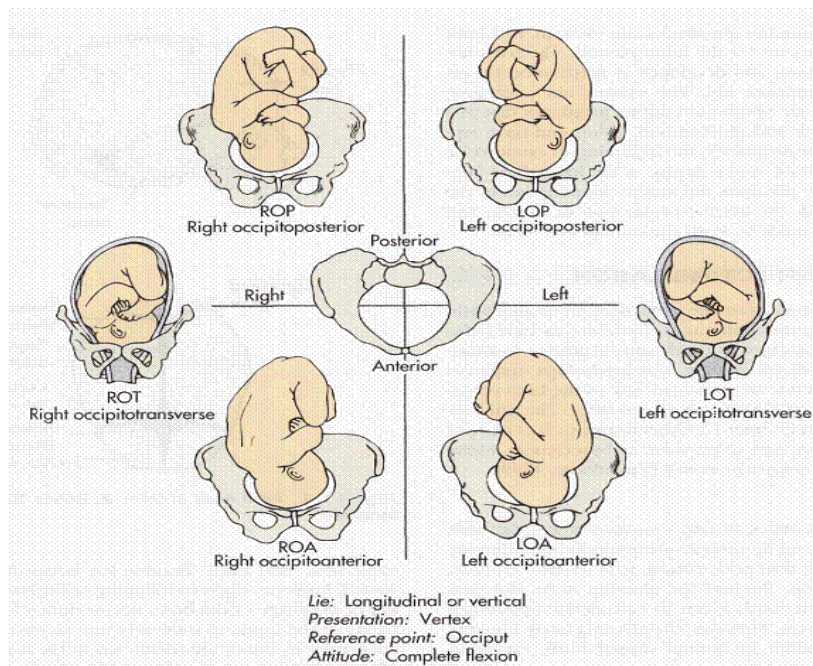
6.8 Right occipito-posterior (ROPหรือ ORP) ทารกก้มหน้าหรือเงยเล็กน้อย ส่วนท้ายทอยอยู่ในส่วนหลังของช่องเชิงกรานทางข้างขวา



รูปที่ 14 ท่าของทารกขณะอยู่ในช่องเชิงกราน

แหล่งที่มา : <http://www.mothersrisingbirth.com/wp-content/uploads/2012/10/Fetal-Compass-Rose.jpg>

ท่าของทารกที่พบบ่อยมี 6 ท่าเท่านั้น คือ LOA, LOT (LOL), LOP, ROA, ROT, (ROL) และ ROP แต่ที่มากที่สุดคือ LOT และ ROT (รูปที่ 4.7)



รูปที่ 15 ท่าของทารกที่พบบ่อย

แหล่งที่มา : <http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/ginecology2/>

ขนาดของศีรษะทารก

จากการวัดความยาวของเส้นผ่าศูนย์กลางและความยาวของเส้นรอบวงระหว่างจุดสำคัญบนศีรษะทารก ขนาดศีรษะที่สำคัญและควรทราบ (รูปที่ 4.8) มีดังนี้

1. Biparietal diameter (BPD) คือระยะระหว่างส่วนนูนที่สุดของ parietal bone เป็นส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารก ความกว้างประมาณ 9.25 เซนติเมตร

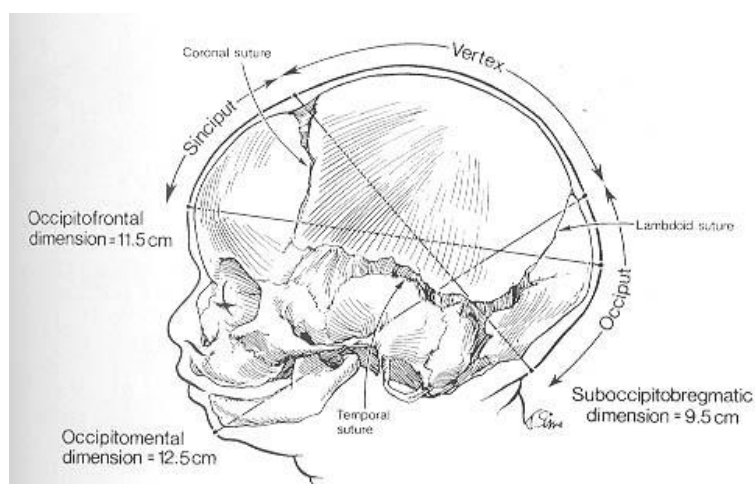
2. Bitemporal diameter (BTD) คือระยะระหว่างส่วนกว้างที่สุดของ temporal bone ความกว้างประมาณ 8 เซนติเมตร

3. Suboccipito-bregmatic (SOB) คือส่วนที่อ้อมรอบศีรษะของทารกจากใต้ท้ายทอยจนถึงขม่อมหน้า เส้นผ่าศูนย์กลางยาว 9.5 เซนติเมตร ความกว้างประมาณ 9.25 เซนติเมตร และ เส้นรอบวงยาว 30.0 เซนติเมตร

4. Suboccipito-frontal (SOF) คือส่วนที่อ้อมรอบศีรษะของทารกจากใต้ท้ายทอยจนถึงบริเวณที่นูนที่สุดของ frontal bone เส้นผ่าศูนย์กลางยาว 10.5 เซนติเมตร ความกว้างประมาณ 9.25 เซนติเมตร และเส้นรอบวงยาว 32.0 เซนติเมตร

5. Occipito-frontal (OF) คือส่วนที่อ้อมรอบศีรษะของทารกจากบริเวณที่นูนที่สุดบน occipital bone จนถึงส่วนที่นูนที่สุดของ frontal bone เส้นผ่าศูนย์กลางยาว 11.5 เซนติเมตร ความกว้างประมาณ 9.25 เซนติเมตร และเส้นรอบวงยาว 34.0 เซนติเมตร

6. Occipito-mental (OM) คือส่วนที่อ้อมรอบศีรษะของทารกจากส่วนล่างของส่วน vertex หรือบริเวณขม่อมหลังจนถึงบริเวณคาง บางตำราเรียกส่วนนี้ว่า mento-vertical เพราะไม่ได้ผ่านส่วนของ occipital bone เส้นผ่าศูนย์กลางยาว 13.0-13.5 เซนติเมตร ความกว้างประมาณ 9.25 เซนติเมตร และเส้นรอบวงยาว 36.0 เซนติเมตร



รูปที่ 16 ท่าของทารกขณะอยู่ในช่องเชิงกราน

แหล่งที่มา : http://www.cai.md.chula.ac.th/lesson/lesson4417/content/w7_8.jpg

การตรวจครรภ์ (Abdominal Examination)

วิธีการตรวจดังนี้

1.การดู (inspection)

-ขนาดของหน้าท้อง เปรียบเทียบกับระยะของการตั้งครรภ์จากประวัติ L.M.P ว่า ขนาดของมดลูกเจริญเติบโตไปตามปกติหรือไม่ ถ้าท้องมีขนาดใหญ่มาก อาจจะมาจากรกที่มีน้ำคร่ำมากผิดปกติ (Polyhydramnios) ทารกใหญ่ หรือครรภ์แฝด ซึ่งถ้ามีความผิดปกติเช่นนี้เกิดขึ้น มักจะทำให้พบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดได้มาก

-ดูลักษณะทั่วไปของท้อง เช่น หน้าท้องหย่อนคล้อยลงมา (Pendulous abdomen) หรือกล้ามเนื้อหน้าท้องแยกห่างจากกัน (Diastasis Recti) เพราะลักษณะดังกล่าวนี้จะทำให้แรงเบ่งซึ่งได้จากกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่เต็มที่ นอกจากนั้นลักษณะท้องชนิดนี้มักทำให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติได้ง่าย

2.การคลำ (Abdominal palpation) การคลำมดลูกอย่างมีระบบมีอยู่ 4 ขั้นตอน ตามวิธีของ Leopold ซึ่งเรียกว่า maneuver of Leopold (รูปที่ 17) คือ

2.1.First maneuver (Fundal grip)

-ดูรูปร่างของท้อง เพื่อที่จะแยกลักษณะของทารกในครรภ์กับแนวขนานของมดลูก เช่น ถ้าเราดูรูปร่างของท้องโตขึ้นในแนวยาวรูปร่างคล้ายไข่ ทารกในครรภ์จะอยู่ในแนวตามยาวของมดลูก ถ้าหากดูรูปร่างของมดลูกขยายข้างมาก ทารกในครรภ์อาจอยู่ในแนวขวางกับความยาวของมดลูก (Transverse lie) การตรวจด้วยวิธีนี้นั้น ยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัด เพียงแต่สามารถนำมาตั้ง เป็นข้อสังเกตไว้ และคาดคะเนว่า อาจจะเป็นเช่นนั้นได้ต่อเมื่อได้ทำการตรวจขั้นต่อไป จึงจะบอกได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

-มือที่คลำ ควรสะอาดและก็อุ่นพอสมควร มือที่เย็นจะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหดตัว อาจทำให้มารดารู้สึกเจ็บ การคลำควรใช้ฝ่ามือทั้งหมด ไม่ใช่ปลายนิ้วจิ้มลงไป เพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เจ็บและมีการหดตัวของกล้ามเนื้อได้

-การตรวจจะเริ่มตั้งแต่ยอดมดลูกลงมา (fundus to pelvic) แต่ผู้ตรวจบางคนอาจคลำจากเชิงกรานก่อน (pelvic palpation) ทั้งนี้เนื่องจากการคลำส่วนล่างก่อน จะทำให้ทราบได้ก่อนว่าส่วนนำคืออะไร ก่อนที่มดลูกจะหดตัวจากการกระตุ้น แต่การคลำส่วนล่างก่อนก็มีข้อเสียคือ มักจะละเลยการคลำที่ยอดมดลูก เพราะคิดว่าเมื่อคลำพบส่วนล่างของมดลูกเป็นศีรษะแล้ว ส่วนบนต้องเป็นกัน ทำให้ละเลยการคลำส่วนยอดของมดลูก อาจทำให้วินิจฉัยผิดไปได้บางครั้ง

➤ การคลำที่ยอดมดลูก เพื่อหาส่วนของทารกที่ยอดมดลูกว่าเป็นท่าอะไร ปกติถ้าไม่ใช่หัวก็มักเป็นกัน ผู้ตรวจนั่งหันหน้าไปทางด้านศีรษะของมารดา วางฝ่ามือทั้ง 2 ข้างในด้านตรงข้ามกัน ที่ส่วนบนของหน้าท้องบริเวณยอดมดลูก คลำดูส่วนของเด็ก ถ้าเป็นหัวจะรู้สึกว่าการกลมเรียบแข็ง คลอนได้ มี ballotement ระหว่างมือทั้งสองข้าง แต่ถ้าเป็นกันจะนุ่มกว่า ไม่กลมอาจมี ballotement ได้ แต่ไม่ชัดเท่าหัว

2.2.Second maneuver (Umbilical grip)

➤ ทาส่วนหลังและ small part ของทารก ผู้ตรวจยังคงหันหน้าไปทางด้านศีรษะของหญิงตั้งครรภ์ เลื่อนมือลงมาระหว่าง 2 ข้างของหน้าท้อง คลำขณะมดลูกหย่อนตัว มือหนึ่งกด อีกมืออยู่เฉยๆคลำ สลับข้างกัน ด้านที่เป็นแขนขาจะคลำได้ปุ่มๆ ไม่เรียบ ส่วนด้านตรงข้ามที่เป็นหลังจะเป็นแผ่นเรียบ ถ้ากดมือ ทั้ง 2 ข้างเข้าหากัน จะรู้สึกว่ด้านที่เป็นหลังด้านมือมากกว่า ขณะคลำหลังควรคลำไหล่ด้วยว่าอยู่ทางด้านใด ของหน้าท้อง ปกติถ้าคลำพบหัวแล้วก็คลำมาตามลำคอในท่าหัว ถ้ายังไม่ engage ไหล่จะอยู่ประมาณ 5 นิ้ว จากกระดูกหัวเหน่าและถ้าหัว engage แล้วไหล่จะอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่าพอดี ถ้าไหล่หน้าอยู่ตรงกลางผนัง หน้าท้อง หรือค่อนมาด้านตรงข้ามกับหลังทารก ทารกจะอยู่ในท่า occiput anterior แต่ถ้าไหล่หน้าอยู่ ตำแหน่งเดียวกับ หลังทารกจะอยู่ในท่า occiput transverse หรือถ้าไหล่หน้าค่อนไปทางด้านข้างของหน้า ท้อง ทารกจะอยู่ในท่า occiput posterior

2.3 Third maneuver (Pawlik' s grip)

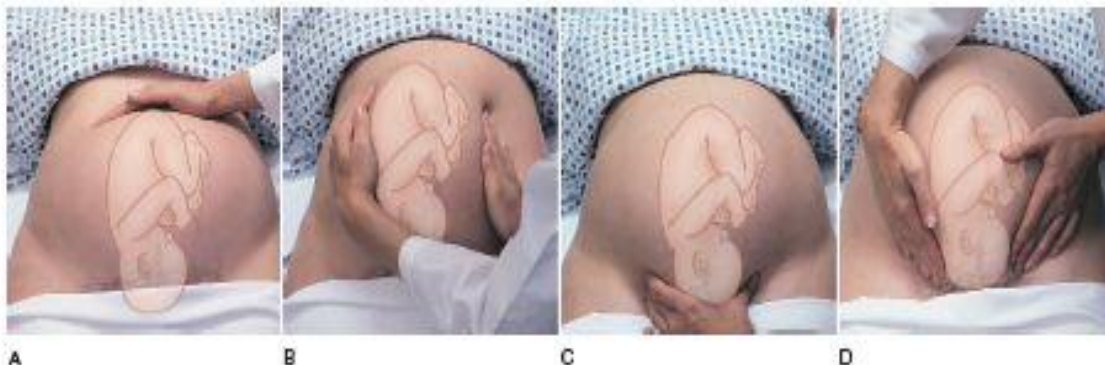
➤ เป็นการยืนยันกับขั้นตอนที่ 1 ว่าส่วนหน้าเป็นอะไร และดูว่าส่วนหน้านั้นยัง float อยู่ หรือเข้าไปใน Pelvic แล้ว วิธีตรวจให้ถ่างนิ้วหัวแม่มือออกจากนิ้วอื่นๆ ให้ง่ามที่สุดเท่าที่จะมากได้แล้ววางมือลงบนหน้า ท้องบริเวณเหนือหัวเหน่าแล้วจับดูส่วนของทารกที่อยู่ในอุ้งมือนั้น แยกดูว่าเป็นหัวหรือก้น ถ้าเป็นหัวจะรู้สึกว่ กลม แข็ง เรียกรการตรวจว่าส่วนหน้านั้นเข้าในอุ้งเชิงกรานแล้วหรือยัง (Engagement) โดยการโยกส่วนหน้าของ ทารกเบาๆ ไปมาทั้ง 2 ข้าง ถ้ามีการเคลื่อนไหว แสดงว่ายังไม่ Engage แต่ถ้ามี Engage แล้วอาจคลำได้ยาก และบางครั้งอาจคลำไม่ได้ส่วนหน้าเนื่องจากต่ำมากแล้ว ในมารดาครรภ์แรกส่วนหน้ามักจะลงในอุ้งเชิงกราน ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนคลอดหรือเร็วกว่านั้น ถ้าส่วนหน้าเป็นหัวให้คลำหาส่วนนูนที่สุดของหัว (cephalic prominence) เพื่อบอกทรงของทารก โดยเลื่อนมือแต่ละข้างขึ้นไปทางสะดือของมารดาตามส่วนของหัว ทารก เมื่อได้ส่วนนูนทั้งสองข้างแล้ว ให้เปรียบเทียบว่ทั้งสองข้างนั้นข้างใดนูนที่สุด

➤ ถ้าส่วนนูนที่อยู่ตรงข้ามกับหลังอยู่สูงไปทางด้านสะดือของมารดา แสดงว่หัวทารกก้ม (flexion attitude) ถ้าส่วนนูนของหัวทารกทั้งสองข้างอยู่ในแนวระดับเดียวกัน แสดงว่หัวทารกเงเล็กน้อยอยู่ใน ทางตรง(military attitude) ถ้าส่วนนูนที่สุดอยู่ข้างเดียวกับหลัง อยู่สูงไปทางด้านสะดือของหญิงตั้งครรภ์ แสดงว่หัวทารกเง อาจเงปานกลาง (moderate degree) หรือเงเต็มที่ (marked degree) การคลำ cephalic prominence นอกจากจะบอก attitude แล้วยังบอก position ของทารกได้โดยเปรียบเทียบดูว่ ส่วนที่นูนที่สุดนั้นอยู่ลึกหรือตื้น ถ้าส่วนนูนที่สุดอยู่ตรงกับหลังและอยู่ลึกไปทางด้านสันหลังของหญิงตั้งครรภ์ แสดงว่เป็น anterior position ถ้าส่วนนูนที่สุด อยู่ตรงข้ามกับหลังและอยู่ระดับเดียวกับอีกข้างหนึ่ง แสดงว่ เป็น lateral position ถ้าส่วนนูนที่สุดอยู่ตรงข้ามกับหลัง และอยู่ตื้นขึ้นมาทางผนังหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ แสดงว่เป็น posterior position

2.4.Fourth maneuver (Bilateral inguinal grip)

➤ ตรวจนั้งหันหน้าไปทางปลายเท้าของหญิงตั้งครรภ์ วางมือทั้งสองข้างบนท้องส่วนล่างต่ำกว่า ระดับสะดือเล็กน้อย คลำไปตามส่วนหน้าของทารก เป็นการยืนยันผลการตรวจครรภ์ขั้นตอนที่ 3 คือ หาส่วนหน้า

และหา cephalic prominence ซึ่ง cephalic prominence จะบอกให้ทราบถึง attitude และ position ของทารก



รูปที่ 17 การตรวจโดยใช้วิธี Leopold maneuver

(A: Fundus grip, B: Umbilical grip, C: Pawlik's grip, D: Bilateral inguinal grip)

แหล่งที่มา: <http://medicine.academic.ru/pictures/medicine/912.jpg>

การฟัง (Auscultation)

-สามารถฟังเสียงหัวใจทารกโดยใช้ stethoscope วางทับกับผนังหน้าท้องของ หญิงตั้งครรภ์ได้ การฟังเสียงหัวใจของทารกก็เพื่อจะวินิจฉัยการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด การตรวจดูว่าทารกยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ และวินิจฉัยส่วนนำและท่าของทารก

-ปกติจะฟังเสียงหัวใจได้บริเวณที่ทารกโค้งทาบใกล้ผนังมดลูกที่สุด ถ้าเป็นท่าหัวหรือท่าก้น จะฟังได้ทางด้านหลัง แต่ถ้าเป็นท่าหน้า (face presentation) หน้าอกจะแนบมาชิดผนังมดลูกจึงฟังได้ทาง thorax บริเวณผนังหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ที่ฟังเสียงหัวใจทารกได้ชัดที่สุด ขึ้นกับท่าและระดับการเลื่อนต่ำเข้าไปใน pelvis ปกติใน cephalic presentation เสียงหัวใจจะได้ยินชัดต่ำกว่าระดับสะดือ ถ้าหัวมี engage แล้ว ตำแหน่งของหัวใจอาจต่ำมากใกล้กับเชิงกราน ใน Breech presentation ปกติจะได้ยินชัดระดับสะดือหรือสูงกว่า ถ้า occiput อยู่ทางด้าน anterior ของเชิงกรานโดยทั่วไป เสียงหัวใจทารกจะฟังได้ใกล้กับ midline ของผนังหน้าท้อง ถ้า occiput อยู่ transverse จะฟังๆ ได้ทางด้านข้างของผนังหน้าท้อง แต่ถ้า occiput อยู่ posterior จะฟังเสียงของทารกได้ทางสี่ข้าง ค่อนไปทางหลังของหญิงตั้งครรภ์ หรืออาจฟังได้ทางด้านหน้าด้วย จะเห็นว่าตำแหน่งของเสียงหัวใจทารกขึ้นอยู่กับส่วนนำ ท่าและทรงของทารก (รูปที่ 18)

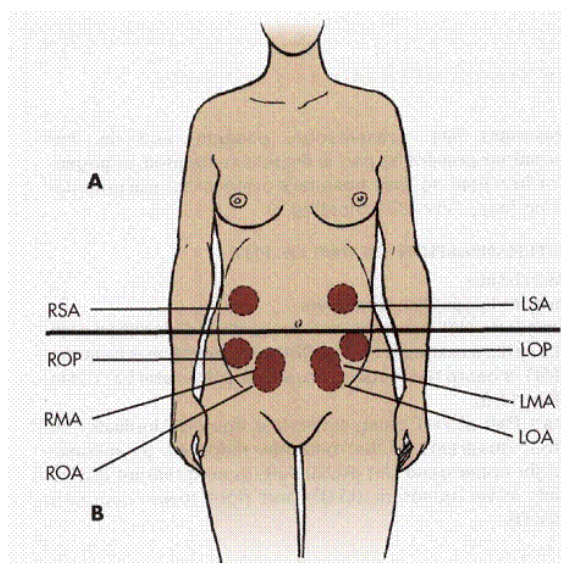
-ควรฟังเสียงหัวใจของทารกทุกครั้งที่ยังตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ เมื่อเกิน 20 สัปดาห์ไปแล้วอัตราการเต้นของหัวใจทารกจะเร็วกว่าหญิงตั้งครรภ์คือประมาณ 120-160 ครั้ง ต่อนาที เป็นเสียงคู่ แต่ละคู่ที่ฟังได้คือการเต้นหัวใจครั้งหนึ่ง และระหว่างการเต้นในแต่ละครั้งจะมีระยะเว้นห่างจากกันเล็กน้อย ถ้าการเปลี่ยนแปลงของอัตราความเร็วของเสียงหัวใจทารกเปลี่ยนเร็วกว่า 160 ครั้ง/นาที หรือช้ากว่า 120 ครั้ง/นาที หรือจังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ เป็นสิ่งเตือนให้นึกถึงภาวะวิกฤติ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทารกและต้องรีบให้

การช่วยเหลือโดยเร่งด่วน แต่อย่างไรก็ตามการที่ไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารก อาจมีสาเหตุจากผนังหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์หนาเกินไป stethoscope ไม่มีประสิทธิภาพหรือมีเสียงรบกวน เสียงที่ได้ยินจากการตรวจทางหน้าท้องนั้น นอกเหนือไปจากการเต้นของหัวใจทารกแล้วอาจได้ยินเสียงอื่นๆอีก เช่น

1.Umbilical soufflé หรือ funic soufflé เป็นเสียงที่ได้ยินจากการที่เลือดไหลผ่านภายในเส้นเลือดของสายสะดือทารกไม่สะดวก จากการถูกกด บีบหรือสายสะดือบิดมากเกินไป ลักษณะของเสียง soufflé จะได้ยินเสียงฟูๆ และอัตราจะเท่ากับการเต้นของหัวใจทารก คือไม่พร้อมกันกับชีพจรของหญิงตั้งครรภ์ ถ้าได้ยินเสียง umbilical soufflé อาจเนื่องจากทารกมีสายสะดือสั้น หรือสายสะดือพันรอบคอทารก หรือสายสะดือย้อยลงมาอยู่ที่บริเวณส่วนหน้า ซึ่งจะทำการขาดออกซิเจนได้ง่ายขึ้นในระหว่างการคลอด และในระยะที่สองของการคลอด การที่สายสะดือสั้นกว่าปกติมาก จะดึงรั้งทำให้ทารกไม่สามารถเคลื่อนต่ำลงได้ การคลอดจึงชะงัก และทารกมีอาการของการขาดออกซิเจน จึงควรหมั่นฟังเสียงหัวใจทารกให้บ่อยขึ้นเพื่อการวินิจฉัยภาวะผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรก

2.Uterine soufflé เป็นเสียงที่ได้ยินในขณะที่เลือดไหลผ่านหลอดเลือดของมดลูก ได้ยินเสียงฟูๆ เหมือนกับเสียง umbilical soufflé แต่ถ้าจับชีพจรของหญิงตั้งครรภ์พร้อมไปกับการฟังเสียงที่ได้ยินจะพร้อมกันกับชีพจรของหญิงตั้งครรภ์ หรือมีอัตราความเร็วเท่ากัน

3.Fetal shocking sound คือเสียงที่ได้ยินจากการที่ทารกดิ้น และส่วนของทารกกระทันหันถูกผนังของมดลูก ทำให้เกิดเสียงที่ได้ยินดังตบ



รูปที่ 18 ตำแหน่งการฟังเสียงหัวใจทารก

แหล่งที่มา: <http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/gynecology2>

การฝากครรภ์

วัตถุประสงค์ของการฝากครรภ์ (Objective)

1. เพื่อยืนยันว่าสตรีนั้นตั้งครรภ์จริง
2. เพื่อลดอัตราการตาย และทุพพลภาพของมารดา การตายของทารก และหัตถการทางสูติศาสตร์ที่ไม่จำเป็น
3. เพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขความผิดปกติให้การวินิจฉัยป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์
4. เพื่อค้นหาอายุครรภ์ เปรียบเทียบกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์
5. เพื่อดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ผ่านระยะของการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอดด้วยความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทารกที่เกิดมามีสุขภาพดี แข็งแรง
6. เพื่อเสริมสร้างความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด ให้มารดาสามารถดูแลสุขภาพตนเองและบุตรให้แข็งแรง รวมถึงการส่งเสริมสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวให้เกิดความผูกพัน เพื่อลดปัญหาทางด้านสังคม เช่นปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทอดทิ้งบุตร การแตกแยกในครอบครัว

วิธีการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ควรจะเริ่มต้นให้เร็วที่สุดนับตั้งแต่สงสัยว่าตั้งครรภ์ซึ่งอาการส่วนใหญ่จะเป็น การขาดระดู เมื่อมีการตรวจยืนยันว่ามีครรภ์แล้ว ควรฝากครรภ์ทันที และไม่ควรงเกิน 2 เดือน นับจากระดูครั้งสุดท้าย นอกจากนี้คู่สมรสที่ต้องการมีบุตร ควรได้มีการปรึกษาแพทย์ ในช่วงระยะก่อนตั้งครรภ์ (pre-pregnancy) เพื่อจะได้ตรวจสุขภาพและความพร้อมด้านต่างๆก่อนที่จะเริ่มมีการตั้งครรภ์

ระยะเวลาตั้งครรภ์ (Duration of pregnancy)

ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งครรภ์ คำนวณจากวันแรกของระดูครั้งสุดท้าย (LMP; Last menstrual period) ประมาณ 280 วัน หรือ 40 สัปดาห์

การแบ่งไตรมาสของการตั้งครรภ์

- ไตรมาสที่ 1 นับตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 12
- ไตรมาสที่ 2 นับจากสัปดาห์ที่ 13 ถึงสัปดาห์ที่ 28
- ไตรมาสที่ 3 นับจากสัปดาห์ที่ 29 ถึงสัปดาห์ที่ 42

การนัดตรวจครรภ์

เป็นการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์ ระยะห่างของการนัดขึ้นกับปัญหาและความจำเป็น หลังจากประเมินสภาพอาการครั้งแรก ปัจจุบันพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามองค์การอนามัยโลก ต้องมาตามนัดจำนวน 5 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

มาครั้งแรก ในการฝากครรภ์ครั้งแรก (อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์)

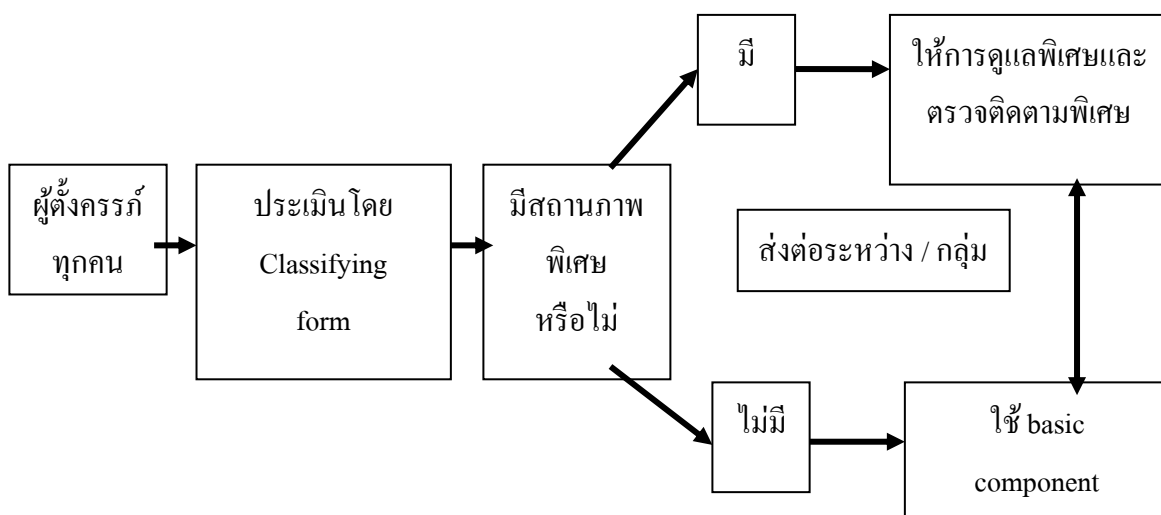
ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 18 - 20 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์)

ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์)

ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์)

ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์)

โดยในแต่ละครั้งการฝากครรภ์จะมีกิจกรรม ดังรายละเอียดตาม Checklist การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามองค์การอนามัยโลกในการฝากครรภ์แต่ละครั้งจะมีการซักประวัติตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยง 18 ข้อทุก ครั้ง และหากหญิงตั้งครรภ์พบภาวะเสี่ยงในระยะการฝากครรภ์ใด ต้องดูแลตามเกณฑ์ภาวะเสี่ยง



The Classifying Form ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ดังนี้

1. ประวัติทางสูติกรรม (Obstetric history)

- ❖ เคยมีทารกตายในครรภ์ หรือเสียชีวิตแรกเกิด
- ❖ เคยแท้งเอง > 3 ครั้ง ติดต่อกัน
- ❖ เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
- ❖ เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
- ❖ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะ ความดันโลหิตสูง ระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์

เป็นพิษ

- ❖ เคยผ่าตัดด้วยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น ผ่าตัดคลอด เนื้องอกมดลูก, ผ่าตัด ปากมดลูก, ผูกปากมดลูก ฯลฯ

2.การตั้งครรภ์ปัจจุบัน (Current pregnancy)

- ❖ ครรภ์แฝด
- ❖ อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)
- ❖ อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)
- ❖ Isoimmunization Rh (-) Negative
- ❖ เลือดออกทางช่องคลอด
- ❖ มีก้อนในอุ้งเชิงกราน
- ❖ ความดันโลหิต Diastolic > 90 mm Hg

3.สภาวะสุขภาพทั่วไป (General medical conditions)

- ❖ เบาหวาน
- ❖ โรคไต
- ❖ โรคหัวใจ
- ❖ ตติยาเสฟติด, ตติสุรา
- ❖ โรคอายุรกรรมอื่นๆ เช่น โลหิตจาง, ไทรอยด์, SLE ฯลฯ

กิจกรรมที่ให้บริการในกลุ่มที่ใช้ basic component มี 3 ลักษณะคือ

1. คัดกรองปัญหาสุขภาพและระดับ เศรษฐฐานะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ปัญหาทางสุขภาพของผู้ตั้งครรภ์
2. ให้การดูแลรักษา หรือตรวจค้นเฉพาะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์
3. มีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ตั้งครรภ์ วางแผนการคลอดที่ปลอดภัย ภาวะฉุกเฉินขณะตั้งครรภ์ และการแก้ปัญหา.

The basic component of the new WHO antenatal care model

- ครั้งแรก (<12 สัปดาห์)
- นัดฟังผลเลือด 1 สัปดาห์
- ครั้งที่ 2 (20 สัปดาห์)
- ครั้งที่ 3 (26 สัปดาห์)
- ครั้งที่ 4 (32 สัปดาห์)
- นัดฟังผลเลือด 1 สัปดาห์
- ครั้งที่ 5 (38 สัปดาห์)

แต่ละ visit ประกอบด้วย

- ❖ สอบถามข้อมูล
- ❖ การตรวจร่างกาย

- ❖ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ❖ ประเมินเพื่อการส่งต่อ
- ❖ จัดให้มีการดูแลรักษาดังต่อไปนี้
- ❖ ให้คำแนะนำ ถามและตอบคำถาม
- ❖ Complete records

องค์ประกอบพื้นฐานการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก

การดูแลหญิงตั้งครรภ์คุณภาพ ครั้งที่ 1 (ก่อน 12 สัปดาห์)

การฝากครรภ์ครั้งแรกควรทำในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ก่อนหรือเมื่อตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ การมาครั้งนี้เพื่อค้นหาประวัติทางการแพทย์และประวัติทางสูติกรรม เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ตั้งครรภ์ว่าสามารถแนะนำให้เข้ากระบวนการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกนี้ได้หรือไม่ โดยเฉลี่ยแล้วคาดว่าประมาณ 75% ของผู้ตั้งครรภ์จะสามารถให้เข้า กระบวนการการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตาม องค์ประกอบพื้นฐานแนวใหม่นี้ได้ ระหว่างการตั้งครรภ์ ผู้ตั้งครรภ์ควรต้องได้รับการตรวจภายในหนึ่งครั้ง ซึ่งรวมถึงการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจค้นและให้การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กิจกรรมการดูแลผู้ตั้งครรภ์ครั้งแรก

- 1) เช็คClassifying form แล้วไม่มีความเสี่ยงสูง สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ: ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรม
- 2) การตรวจร่างกาย: ตรวจอาการแสดงของภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง ชั่งน้ำหนัก และวัด ความสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้ตั้งครรภ์ วัดความดันโลหิต ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ และวัดระดับยอดมดลูก (Uterine height measurement)ใช้ตารางบันทึกระดับยอดมดลูก
- 3) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำการตรวจเพื่อหาแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ (Asymptomatic bacteriuria) และไข่ขาว (proteinuria) Multiple dipstick test, Proteinuria,Glucosuria ทุกราย ตรวจเลือดหาซีฟิสิส (rapid test) ให้ทราบผลระหว่าง ที่รอตรวจในคลินิก ถ้าผลบวกให้ทำการรักษา ตรวจหาหมู่เลือด (ABO and Rh) ตรวจฮีโมโกลบิน (Hb) เฉพาะเมื่อมีอาการแสดงว่าซีดรุนแรง
- 4) ส่งพบแพทย์เพื่อฟังเสียงปอดและหัวใจ
- 5) พิจารณาทำการตรวจ ภายในและ มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) (อาจเลื่อนไปตรวจในครั้งที่ 2) เพื่อค้นหาความผิดปกติและการติดเชื้อ
- 6) จัดให้มีการดูแลรักษาดังต่อไปนี้ :ให้ยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลตแก่ผู้ตั้งครรภ์ทุกราย : ยาเสริมธาตุเหล็กที่มี elemental iron 60 มกและโฟเลต 250 ไมโครกรัม วันละ 1 หรือ 2 ครั้ง ถ้า ค่า Hb น้อยกว่า 70 กรัม/ลิตร ให้เพิ่มขนาดยาบำรุงเป็นสองเท่า ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มแรก(Tetanus toxoidเข็มที่1)
- 7) บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน
- 8) ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรฉุกเฉิน ให้คำแนะนำ ถามและตอบคำถาม และการนัดตรวจครั้งต่อไป

9) ประเมินเพื่อการส่งต่อในรายที่มีความเสี่ยงสูง (โรคเบาหวาน , Heart disease , Renal disease, Epilepsy, การติดเชื้อเสฟติค, Sign of severe anemia and Hb<70 g/L , HIV positive,ประวัติโรคกรรมพันธุ์ในครอบครัว , Primi gravidarum, Previous stillbirth, Previous growth retard fetus, Previous C/S, High blood pressure > 140/90 mmHg, BMI <18.5 or >32.3 kg/m²)

10) นัดเข้าโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1 สัปดาห์หน้า

การดูแลหญิงตั้งครรภ์คุณภาพ ครั้งที่ 2 (18-20 สัปดาห์)

1) สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ: ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรม การตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2) การตรวจร่างกาย : วัดความดันโลหิต วัดระดับยออดมดลูก : บันทึกบนกราฟ การบวมทั่วร่างกาย อาการเตือนของโรคอื่นๆ หายใจสั้น ไอ อื่นๆ

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ทำการตรวจเพื่อหาแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ (bacteriuria) ทำการตรวจ proteinuria ซ้ำ เฉพาะในรายที่ตั้งครรภ์แรก หรือมีประวัติความดันโลหิตสูง pre-eclampsia หรือ eclampsia ในครรภ์

4) การตรวจ ultrasound screening

5) การตรวจภายใน ถ้ายังไม่ได้ตรวจ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดหรือเลือดออกกะปริดกะปรอยก็ไม่ควรตรวจ ควรส่งต่อโรงพยาบาล

6) จัดให้มีการดูแลรักษาต่อไปนี้ ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก Fe 60 mg/d, Iodine 200 mcg/d , Calcium 500-1000 mg/d ทุกวัน ถ้าค่า Hb น้อยกว่า 70 กรัม /ลิตร ให้เพิ่มขนาดยาบำรุง ถ้ามีอาการของโลหิตจาง ให้ดำเนินการส่งต่อ ถ้ามี bacteriuria ได้รับการรักษาในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก แต่ยังคงตรวจพบให้ดำเนินการส่งต่อ ให้ tetanus toxoid เข็มที่สอง

7) ประเมินเพื่อการส่งต่อ : ประเมินซ้ำว่าผู้ตั้งครรภ์ยังควรอยู่ในการดูแลผู้ตั้งครรภ์ แนวใหม่ ตามหลักฐานจากการมาตรวจครั้งแรกหรือจากการสังเกตในการมาฝากครรภ์ครั้งนี้ อาการแสดงที่ไม่คาดคิด ส่งต่อตามความจำเป็น Hb ต่ำกว่า 70 กรัม /ลิตร ในการมาฝากครรภ์ครั้งที่สองนี้ส่งต่อถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีเลือดออกกะปริดกะปรอย ตรวจพบว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษ สงสัยว่าทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ถ้าผู้ตั้งครรภ์ยังไม่รู้สึกเด็กดิ้น ใช้เครื่องดอปเลอร์ เพื่อช่วยตรวจสอบ ถ้าไม่ได้ยินเสียง หัวใจทารกต้องส่งต่อโรงพยาบาล

8) ให้คำปรึกษาหลังทราบผลเลือด อาการผิดปกติให้คำแนะนำ ถามและตอบคำถามนัดครั้งต่อไป 26 สัปดาห์

9) บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์คุณภาพ ครั้งที่ 3 (26 สัปดาห์)

1) สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ: ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย และ ประวัติทางสูติกรรม การตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2) การตรวจร่างกาย: วัดความดันโลหิต วัดระดับยออดมดลูก ตรวจคลำหน้าท้องเพื่อตรวจหาการตั้งครรภ์แฝด ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ตรวจการบวมทั่วร่างกายและอาการเตือนของโรคอื่นๆ และการตรวจเต้านม

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ทำการตรวจเพื่อหาแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ (bacteriuria) การตรวจ proteinuria ซ้ำ เฉพาะในรายที่ตั้งครรภ์แรก หรือ มีประวัติความดันโลหิตสูง pre-eclampsia หรือ eclampsia ในครรภ์ก่อน ตรวจความเข้มข้นเลือดฮีโมโกลบิน ซีฟิสิส Anti HIV ทุกราย

4) การประเมินเพื่อการส่งต่อ: ประเมินความเสี่ยงอีกครั้งโดยพิจารณาจากหลักฐานที่พบนับตั้งแต่มาตรวจครั้งที่สอง และจากการสังเกตพบในการฝากครรภ์ครั้งนี้ เช่นการบวมทั่วตัว, Other alarming sign of disease เป็นต้น

5) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้: ให้ยาเสริมธาตุเหล็กต่อไปทุกราย ถ้าค่า Hb น้อยกว่า 70 กรัม /ลิตร ให้ส่งต่อ

6) คำแนะนำ คำถามและคำตอบ และการจัดตารางนัดครั้งต่อไป : ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกรณีที่มีอาการเจ็บครรภ์ ถามและตอบคำถาม ให้เวลาเพื่อการซักถาม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิด และความสำคัญในการมา ตรวจตอนหลังคลอดทำตารางนัดหมายสำหรับการมาตรวจครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ นัดครั้งต่อไป 32 สัปดาห์

7) บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์คุณภาพ ครั้งที่ 4 (32 สัปดาห์)

1) สอบถามข้อมูล : ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรมการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2) การตรวจร่างกาย: วัดความดันโลหิต วัดระดับยออดมดลูก ตรวจคลำหน้าท้องเพื่อตรวจหาการตั้งครรภ์แฝด ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ตรวจการบวมทั่วร่างกายและอาการเตือนของโรคอื่นๆ และการตรวจเต้านม

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : (Lab 2) ทำการตรวจเพื่อหาแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ (bacteriuria) การตรวจ proteinuria ซ้ำ เฉพาะในรายที่ตั้งครรภ์แรก หรือ มีประวัติความดันโลหิตสูง pre-eclampsia หรือ eclampsia ในครรภ์ก่อน ตรวจความเข้มข้นเลือดฮีโมโกลบิน (CBC) ซีฟิสิส() Anti HIV ทุก ราย VDRL, HIV

4) การประเมินเพื่อการส่งต่อ: ประเมินความเสี่ยงอีกครั้งโดยพิจารณาจากหลักฐานที่พบนับตั้งแต่มาตรวจครั้งที่สาม และจาก การสังเกตพบในการฝากครรภ์ครั้งนี้

5) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้: ให้ยาเสริมธาตุเหล็กต่อไปทุกราย ถ้าค่า Hb น้อยกว่า 70 กรัม /ลิตร ให้ส่งต่อ

6) คำแนะนำ คำถามและคำตอบ และการจัดตารางนัดครั้งต่อไป : ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกรณีที่มีอาการเจ็บครรภ์ ทรมานและตอบคำถาม ให้เวลาเพื่อการซักถาม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิด และความสำคัญในการมา ตรวจตอนหลังคลอดทำตารางนัดหมายสำหรับนัดครั้งต่อไป 38 สัปดาห์

7) บันทึกข้อมูลให้ครบ

8) เข้าโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2

การดูแลหญิงตั้งครรภ์คุณภาพ ครั้งที่ 5 (38 สัปดาห์)

1) สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ: ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรมการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2) การตรวจร่างกาย: วัดความดันโลหิต วัดระดับยอดมดลูก บันทึกในกราฟ ตรวจครรภ์แฝด (multiple pregnancy) ตรวจท่าเด็กและส่วนนำ (Lie, Presentation) ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ตรวจภาวะบวมของร่างกาย ตรวจอาการแสดงของโรคอื่นๆ เช่นอาการหายใจสั้น ไอ หรืออาการอื่น ถ้ามีอาการเลือดออกทางช่องคลอด ให้ส่งต่อ

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ทำการตรวจเพื่อหาแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ (bacteriuria) ตรวจ proteinuria ในกรณีครรภ์แรกหรือมีประวัติความดันโลหิตสูง pre-eclampsia หรือ eclampsia ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน

4) การประเมินอาการส่งต่อ : ประเมินความเสี่ยงอีกครั้งโดยพิจารณาจากหลักฐานที่พบนับตั้งแต่มาตรวจครั้งที่สาม และจาก การสังเกตพบในการฝากครรภ์ครั้งนี้ ให้ส่งต่อเมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด มีอาการของ pre-eclampsia เมื่อสงสัยทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า สงสัยครรภ์แฝด กรณีสงสัยทำกัน ส่งต่อเพื่อพิจารณาทำ ECV และพิจารณาการคลอดในโรงพยาบาล วางแผนการคลอดในโรงพยาบาล

5) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้ :ให้ยาธาตุเหล็กต่อไปทุกราย

6) ให้คำแนะนำ ถามและตอบ และนัดการตรวจครั้งต่อไป :ให้คำแนะนำซ้ำที่เคยให้ในครั้งก่อน ให้คำแนะนำสำหรับแนวทางในกรณีที่ต้องเร่งคลอดหรือมีน้ำเดิน ให้คำแนะนำสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้โอกาสถามและตอบคำถามข้อสงสัยให้การยืนยันคำแนะนำที่ให้และผู้ติดตามได้ในกรณีฉุกเฉินหรือสถานที่ที่ต้องไปคลอดใน กรณีเจ็บครรภ์คลอดหรือความจำเป็นอื่นๆ กำหนดวันนัดฝากครรภ์ ถ้ายังไม่คลอดเมื่อถึงปลายสัปดาห์ที่ 41 (จดวันที่คาดว่าจะคลอดใส่ สมุดบันทึกสุขภาพ) ให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล กำหนดวันนัดตรวจหลังคลอด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการคุมกำเนิด

7) บันทึกข้อมูล : บันทึกข้อมูลทางคลินิกให้ครบถ้วน บันทึกข้อมูลในเอกสารหรือสมุดฝากครรภ์ที่ให้นำกลับบ้านได้ ให้บันทึกหรือสมุดฝากครรภ์ นั้นแก่ผู้ตั้งครรภ์และให้คำแนะนำว่าให้นำมาด้วยทุกครั้งที่มาติดต่อรักษาไม่ว่าเรื่องใดก็ตาม

8) เยี่ยมชมห้องคลอด

การคัดกรองภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการคัดกรองภาวะเสี่ยงของสตรีในระยะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการตรวจคัดกรอง ได้แก่

1. เพื่อค้นหา จำแนกและวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์จากปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนการตั้งครรภ์ และในระยะตั้งครรภ์
2. เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันอันตรายจากปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
3. เพื่อการดูแลรักษาร่วมกันในทีมสุขภาพอย่างทันที่ ซึ่งไม่สามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

การแบ่งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ตามระดับของภาวะเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงสูง สามารถแบ่งภาวะเสี่ยงเป็น 3 ระดับ

1. **กลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low risk)** คือกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ปัจจุบันและอดีต ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการเป็นปกติ ไม่จำเป็นต้องการได้รับการตรวจวินิจฉัยพิเศษใดๆ
2. **กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)** คือกลุ่มที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นอายุมากกว่า 35 ปี เป็นต้น
3. **กลุ่มเสี่ยงสูง (High risk)** คือกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อมารดาและทารกต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด และต้องได้รับการตรวจติดตามจากแพทย์ตามความรุนแรงของภาวะเสี่ยง เช่นความดันโลหิตสูง ครรภ์แฝด ตั้งครรภ์เกินกำหนด โรคหัวใจ เป็นต้น

แบบประเมินความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์

1. **แบบประเมิน ความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ (classifying form)** โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562).

การดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นการประเมินภาวะเสี่ยงตามแบบฟอร์มคัดกรองภาวะเสี่ยง (High-Risk Screening Form) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ไว้ 21 รายการ โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ทำเครื่องหมาย ✓ เมื่อพบความเสี่ยง ✗ กรณีไม่พบความเสี่ยง ถ้าพบคำตอบ ✓ ในข้อใดข้อหนึ่ง ตกในช่องมี แสดงว่าผู้ตั้งครรภ์รายนี้เป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงต้องส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลและ/ หรือประเมินเพิ่มเติมโดยสูติแพทย์

ที่มา : กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. (2562).

2.แบบประเมินสภาวะสุขภาพสำหรับการคัดกรองโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแบบประเมินสภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์สำหรับการคัดกรองโรคที่สามารถประเมินตนเองหรือบุคลากรทางการแพทย์ใช้คัดกรองทุกครั้งที่สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์	แทบไม่มี	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	0	1	2	3
2	มีสมาธิน้อย	0	1	2	3
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	0	1	2	3
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง	0	1	2	3
5	ไม่ชอบพบปะผู้อื่น	0	1	2	3

หมายเหตุ ระดับอาการแทบไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง
 ระดับอาการเป็นบางครั้ง หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย
 ระดับอาการบ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นแทบทุกวัน
 ระดับอาการเป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน

การแปลผล

0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

5-7 คะแนน หมายถึง สงสัยมีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิดเพื่อระบาย

8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ ฯลฯ ควรขอคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาต่อไป

ที่มา : กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. (2562).

หลักการช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อเพื่อรับการรักษา โดยใช้

1. คั่นหาสตรีในระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้เกณฑ์เสี่ยงหรือเครื่องมือที่นำมาใช้ให้เหมาะสม เพื่อเป็นแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนึงถึงขีดความสามารถในการดูแล และสะดวกรวดเร็วในการส่งต่อ

2. ให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในแต่ละเกณฑ์เสี่ยง คำนึงถึงความพร้อมทั้งด้านอุปกรณ์ บุคลากร และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยง

3. การดูแลและส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางการดูแลตามระดับความเสี่ยง

3.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ สามารถให้การดูแลในระดับโรงพยาบาลประจำตำบลได้โดยให้การดูแลเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอำเภอเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น

3.2 สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงปานกลาง ควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะเสี่ยง และควรส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางเมื่อต้องการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือภาวะเสี่ยงนั้นมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

3.3 สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทางหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยได้รับไว้ดูแลในคลินิกภาวะเสี่ยง (high risk clinic) มีการตรวจติดตามและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์เฉพาะทางตามภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีการดูแลแบบองค์รวมได้แก่

1. การให้การพยาบาลในระยะเริ่มแรก โดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาภาวะเสี่ยงและระดับความรุนแรงของภาวะเสี่ยง บันทึกข้อมูลต่างๆโดยครอบคลุมเพื่อผู้เกี่ยวข้องจะสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง วางแผนการพยาบาลในการดูแลทั้งระยะสั้นและระยะยาวร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

3. ให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวล

4. การประเมินผล ควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และวิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อปรับเปลี่ยนการพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสมเป็นรายกรณี

5.การศึกษาวิจัย ควรมีการทำวิจัยรวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่จะเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว

หนังสืออ่านเพิ่มเติม

จันทร์รัตน์ เจริญสันติ . (2557). **สาระหลักทางการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิด และการผดุงครรภ์** .

เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฐิติพร อิงคदारวงศ์. (2557). **คำศัพท์สูติศาสตร์**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ฐิติพร อิงคदारวงศ์. (2558). **การพยาบาลมารดาและทารก**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : ภาควิชาการพยาบาล

สูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดาริน โต๊ะกานี และศิริพันธุ์ ศรีพันธุ์. (2559). **ทักษะทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์**.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิทย์พัฒน์.

วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ. (2554). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 10 นนทบุรี :

โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

วรรณรัตน์ สุวรรณ. (2556). **การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์**. โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง

สาธารณสุข

วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม . (2559). **การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์** .

กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์.

ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธ์ . (2560). **ตำราสูติศาสตร์** . กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์ -นรีเวชวิทยา

คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพ จารุวัชรพานิชกุล(2554). **ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์. เล่ม 1, (ระยะตั้งครรภ์)**.พิมพ์ครั้งที่

1. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Cunningham, F.G.,Macdonaid, P.C., Gant, N.F.,Leveno, K.J., Gilsrap, L.C., Hankins, G.D.V., &

Clack, S.L. (2014). **Williams obstetrics**. 23 th ed. Connecticut : Appleton & Lange

Leifer, Gloria .(2008).**Maternity Nursing : an introductory text**. St. Louis: Mosby. USA.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., &Perry.L.E. (2012). **Maternity & women’s health**

care (10thed.). St. Louis: Mosby.

Susan,S. R.(2013). **Essentials of Maternity , Newborn, and Women’s Health Nursing**. (3rd ed).

Lippincott Williams & Wilkins.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaulttdb=e600tww>