

100 ปี พระศรีฯ 4 เขต  
โทร. 4664-5

แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษา  
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด  
พ.ศ. 2553

Clinical Practice Guideline  
Management of Preterm Labour 2010

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

## คำนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 12.84 ซึ่งในกลุ่มนี้จะพบทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีอัตราการตายสูง

จากการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครั้งที่ 1 เมื่อ ปี พ.ศ.2549 ยังพบข้อบกพร่องในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้เป็นเพราะศักยภาพความพร้อมของสถานที่ บุคลากร และประสบการณ์การใช้ยาที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาลทำให้เกิดปัญหาและความไม่มั่นใจในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ดังนั้น ทีมงานดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นมาใหม่เป็นครั้งที่ 2 โดยฉบับนี้ได้ใช้หลักฐานอ้างอิงทางเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ ซึ่งมีความน่าเชื่อถือในระดับที่แตกต่างกันไป ทำให้บุคลากรที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์สามารถเลือกใช้วิธีการดูแลให้เหมาะสมตามศักยภาพ ความพร้อม สถานที่ และตามประสบการณ์ที่มีอยู่ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เดียว กันเพื่อให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง และผลของการตั้งครรภ์ดีขึ้น

แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเล่มนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความร่วมมือของคณะกรรมการทุกคน หวังว่า แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่โรงพยาบาลศิริราช และตามโรงพยาบาลทั่วไปได้

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสายฝน ขวลาไพบูลย์  
ประธานกรรมการและผู้เรียบเรียง

คณะกรรมการจัดทำ แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มี  
ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศิริราช

1. ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ชาญชัย	วันทนาศิริ	ที่ปรึกษา
2. ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์สุจินต์	กนกพงศ์ศักดิ์	ที่ปรึกษา
3. รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา	ดิฐาพันธ์	ที่ปรึกษา
4. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรพิมล	เรืองวุฒิเลิศ	ที่ปรึกษา
5. นางสาวสุปรีดา	เมฆอนันต์โกศล	ที่ปรึกษา
6. นางสาววัฒนา	กุลนาถศิริ	ที่ปรึกษา
7. นางพัชรินทร์	สาส์มลิน	ที่ปรึกษา
8. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสายฝน	ชวาลไพบุลย์	ประธานกรรมการ
9. อาจารย์นายแพทย์ประภัทร	วานิชพงษ์พันธุ์	รองประธานกรรมการ
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อนุวัฒน์	สุดฉฉาวิบูลย์	กรรมการ
11. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพิมล	ศรีสุภาพ	กรรมการ
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงโสภภาพรณ	เงินจำ	กรรมการ
13. นางสุจิตรา	พงศ์ประสพชัย	กรรมการ
14. นางสาวภัศรา	หาคูหลาบ	กรรมการ
15. นางวาสนา	เกิดภู	กรรมการ
16. นางสาวปิยนุช	สวยสุขอนันต์	กรรมการ
17. นางอุพิน	แรงเพชร	กรรมการ
18. นางศรุตยา	รองเลื่อน	กรรมการ
19. นางสาวนุชจรินทร์	ร่วมชาติ	กรรมการ
20. นางบุษกร	ศุภวงศ์	กรรมการ
21. นางสิรินทิพย์	ไชยวงศ์	กรรมการ
22. นางสาวราตรี	ศิริสมบูรณ์	กรรมการและเลขานุการ
23. นางสาวกาญจนา	พิมพ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

# สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
วัตถุประสงค์	1
ที่มาของแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2
หลักฐานความน่าเชื่อถือ	2
กลุ่มเป้าหมายบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	3
กลุ่มเป้าหมายสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษา	3
คำนิยามของภาวะเจ็บครรภ์คลอด	3
แนวทางการดูแลที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour)	4
แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (Threatened preterm labour)	5
ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สำหรับพยาบาล)	6
แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) ที่มาห้องคลอด	9
ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) ที่รับไว้ดูแลในห้องคลอด	10
ขั้นตอนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกในครรภ์ก่อนกำหนด	13
กิตติกรรมประกาศ	14
ภาคผนวก	15
<ul style="list-style-type: none"><li>• ตารางที่ 1 แสดงการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ขนาดของสเต็มยอร์ด และยาปฏิชีวนะที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</li></ul>	15
<ul style="list-style-type: none"><li>• ตารางที่ 2 แสดงยาที่ใช้ในการยับยั้งการหดตัวของมดลูก ผลข้างเคียงต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกช่วงแรกเกิด</li></ul>	16
<ul style="list-style-type: none"><li>• ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานทางเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</li></ul>	19
<ul style="list-style-type: none"><li>• แบบบันทึกการสังเกตการหดตัวของมดลูกและอาการผิดปกติ</li></ul>	24
เอกสารอ้างอิง	26

# แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดหมายถึงการคลอดระหว่างอายุครรภ์ 24<sup>๐</sup> ถึง 36<sup>๖</sup> สัปดาห์<sup>(1)</sup> ประมาณ 1 ใน 3 มีสาเหตุมาจากสตรีตั้งครรภ์หรือทารกที่มีความจำเป็นต้องคลอดก่อนกำหนด (indicated preterm birth) เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือภาวะทารกเจริญเติบโตช้า เป็นต้น ส่วนอีก 2 ใน 3 เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) และอาจจะมีสาเหตุจากถุงน้ำคร่ำแตกในช่วงครรภ์ก่อนกำหนด (preterm premature rupture of the membranes)

การคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดสูง ที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2551 พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 12.84<sup>(2)</sup> พยาธิกำเนิดที่กระตุ้นให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะเลือดออกใต้เนื้อรก มดลูกที่ขยายตัวมากเกินไป ภาวะปากมดลูกไม่แข็งแรง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนซึ่งอาจเกิดจากภาวะเครียดของสตรีตั้งครรภ์หรือทารก และการติดเชื้อบริเวณปากมดลูกหรือช่องคลอด เป็นต้น

ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติในระบบต่างๆ ภาวะทุพพลภาพต่างๆ ที่พบได้บ่อยหลังคลอด ได้แก่ respiratory distress syndrome, intraventricular hemorrhage, broncho pulmonary dysplasia และ necrotizing enterocolitis นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เช่น cerebral palsy หรือการเสื่อมสภาพของสายตา (visual impairment) จากการที่ทารกได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยในการหายใจเป็นเวลานาน และอาจมีความผิดปกติของระบบการได้ยินในระยะต่อไปอีกด้วย<sup>(3)</sup>

## วัตถุประสงค์

เนื่องจากมีความหลากหลายในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนั้น การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยอ้างอิงตามหลักฐานทางเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) จะทำให้สามารถเลือกวิธีการรักษาได้เหมาะสมตามสภาพความพร้อมของสถานที่ดูแลผู้ป่วย ความสามารถของบุคลากร ทรัพยากร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลนั้นๆ จากพื้นฐานความรู้ความเข้าใจของพยาธิกำเนิดและกลไกของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความก้าวหน้าของวิธีการที่นำมาใช้ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และยาที่นำมาใช้ในการยับยั้งการหดตัวของมดลูก จึงควรเลือกใช้วิธีการและยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมต่อสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละสถานที่ ทั้งนี้เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และลดอัตราการคลอดของทารกก่อนกำหนดต่อไป

## ที่มาของแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติจาก Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, American College of Obstetricians and Gynecologists และข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based data) ของการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจาก The Cochrane database of systematic review เป็นตัวกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ โดยมีหลักฐานความน่าเชื่อถือในระดับต่างๆ กัน ดังรายละเอียดในหัวข้อหลักฐานความน่าเชื่อถือ เพื่อให้แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเลือกแนวทางในการปฏิบัติตามหลักฐานอ้างอิงที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความพร้อมของสถานที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ โดยยึดตามวัตถุประสงค์ข้างต้นดังที่ได้กล่าวไว้

### หลักฐานความน่าเชื่อถือ

ระดับ (Level)	หลักฐาน (Evidence)
Ia	เป็น systemic review หรือ meta-analysis ของการศึกษาแบบ randomised controlled trials (RCT)
Ib	อย่างน้อยมี 1 RCT
IIa	อย่างน้อยมี well-designed controlled study โดยที่ไม่มี randomization
IIb	อย่างน้อยมี well-designed quasi-experimental study (การศึกษากึ่งทดลอง)
III	เป็น well designed, non-experimental หรือ descriptive studies หรือ case studies
IV	ความเห็น รายงานหรือประสบการณ์ทางคลินิก ของคณะผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนความหนักแน่นของหลักฐาน (strength of evidence) แบ่งเป็นเกรดตามระดับของคำแนะนำ ดังกล่าวข้างต้น

Grade	ความหนักแน่นของหลักฐาน
A	ตรงกับหลักฐานระดับ 1
B	ตรงกับหลักฐานระดับ 2 หรือคำแนะนำที่ขยายผล (extrapolated recommendation) จากระดับ 1
C	ตรงกับหลักฐานระดับ 3 หรือคำแนะนำที่ขยายผลจากระดับ 1 หรือระดับ 2
D	ตรงกับหลักฐานระดับ 4 หรือคำแนะนำที่ขยายผลจากระดับ 1, 2 หรือ 3

## กลุ่มเป้าหมายบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

สูติแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ทั่วไป พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

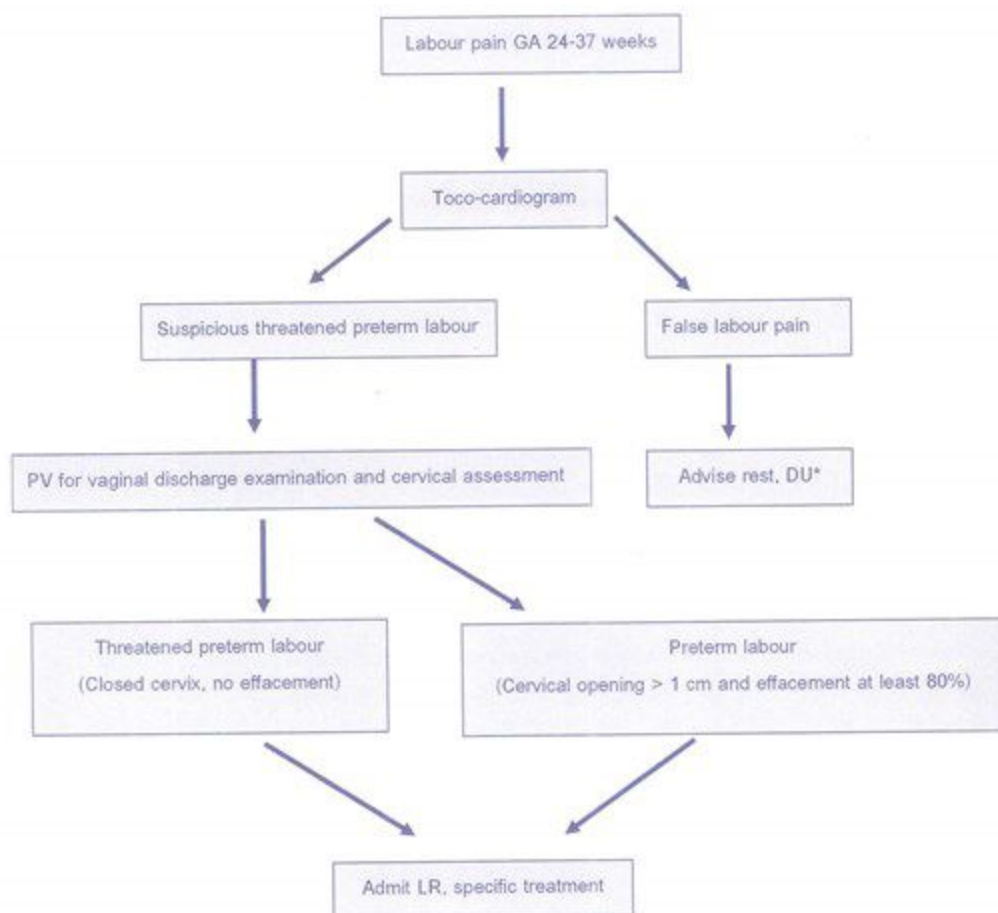
## กลุ่มเป้าหมายสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกกลุ่ม ทั้งที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุ จะได้รับการดูแลรักษา โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

## คำนิยามของภาวะเจ็บครรภ์คลอด

1. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด (term labour) หมายถึงการเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์จนถึงอายุครรภ์ครบ 42 สัปดาห์ (280–294 วัน)<sup>(4)</sup>
2. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) หมายถึงการเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดในช่วงอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ (259 วัน) โดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก โดยมีการเพิ่มขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตรและปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป<sup>(5)</sup>
3. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (threatened preterm labour) หมายถึงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 10 นาที โดยใช้เวลาตรวจอย่างน้อย 30 นาที แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก
4. ภาวะเจ็บครรภ์เคือง (false labour pain) หมายถึงอาการเจ็บครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยลักษณะการเจ็บครรภ์ไม่สม่ำเสมอทั้งความแรงและความถี่ เมื่ออนพักอาการเจ็บครรภ์จะหายไปตัวเอง

## แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour)



หมายเหตุ

:PV หมายถึง per vaginal examination

:DU หมายถึง discharge undelivery

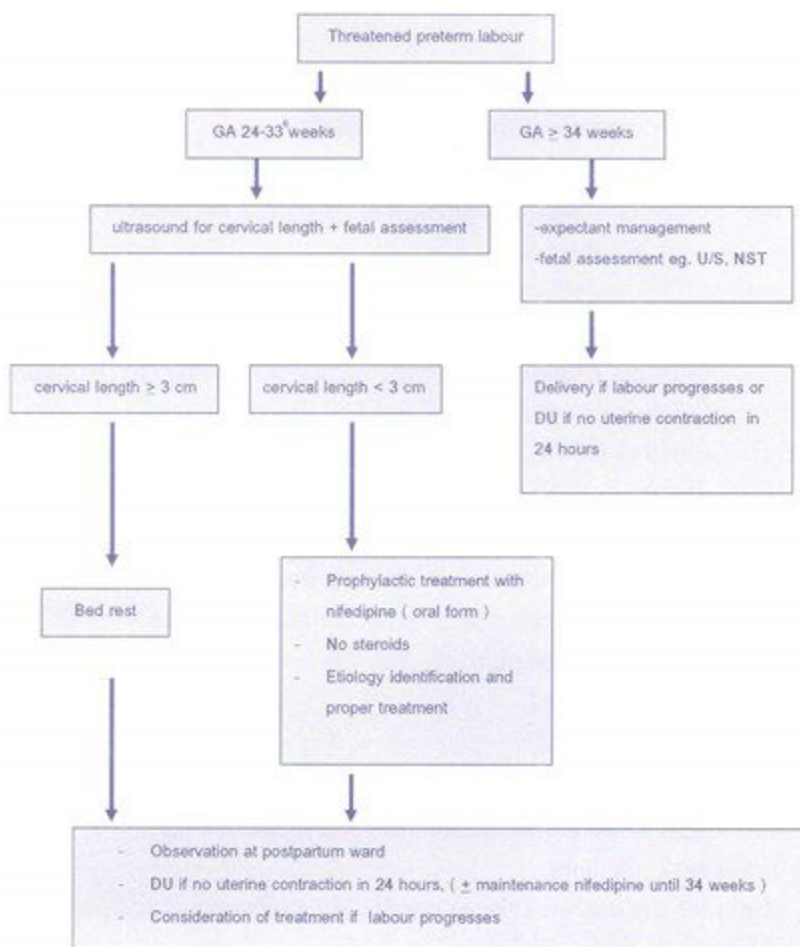
:LR หมายถึง labour room

: การตรวจภายใน กระทำโดยแพทย์ประจำบ้าน

: การให้คำแนะนำ กระทำโดยแพทย์ประจำบ้านร่วมกับพยาบาลประจำห้องคลอด



## แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (Threatened preterm labour)



### หมายเหตุ

1. การบริหารยา nifedipine ควรละเอียดจากภคณมาก และหากมีข้อห้ามต่อการใช้ยา nifedipine ให้พิจารณาเลือกใช้ยาชนิดอื่นทดแทนตามความเหมาะสม
2. ตรวจวัดความดันโลหิต ซีฟเฟอร์ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ภายหลังจากให้ยาครั้งแรก และก่อนให้ยาครั้งต่อไป ควรซักถามอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น และตรวจวัดความดันโลหิต ซีฟเฟอร์ทุกครั้ง หากพบความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท และซีฟเฟอร์เร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที ควรพิจารณาปรับยา
3. หลังการให้ยา ถ้าพบว่ามีอาการหดตัวของมดลูกมากขึ้นให้เปลี่ยนวิธีรักษาตามแบบของ preterm labour โดยให้ยาชนิดอื่นทดแทนการหดตัวของมดลูกที่เหมาะสมต่อไป
4. หลังจากไม่พบการหดตัวของมดลูกภายในเวลา 24 ชั่วโมง จะส่งสตรีตั้งครรภ์ไปรับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน
5. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนกลับบ้านพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำและศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนะนำการใช้แบบบันทึกการหดตัวของมดลูกประจำวัน เพื่อทบทวนความรู้และประเมินภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง รวมทั้งการให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วนสุขภาพสตรีกรรม และติดตามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการโทรเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งปฏิบัติโดยทีมพยาบาลหน่วยหลังคลอด
6. การใช้ nifedipine ต่อเนื่อง (maintenance therapy) ไปจนถึงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ไม่มีคำแนะนำให้ปฏิบัติดังกล่าวในระดับ meta-analysis การพิจารณาเลือกใช้เป็นการตัดสินใจเฉพาะบุคคล

## ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกความ ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดในทอผู้ป่วยหลังคลอด (สำหรับพยาบาล)

เมื่อประสบความสำเร็จในการยับยั้งการหดตัวของมดลูก และแพทย์พิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยมาหอผู้ป่วย  
หลังคลอดเพื่อสังเกตภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้ปฏิบัติดังนี้

1. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ อธิบายวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการอยู่รักษาต่อในโรงพยาบาล  
ภายหลังไม่มีการหดตัวของมดลูก เพื่อลดความรู้สึกกับข้อใจและให้ความร่วมมือในการรักษายิ่งขึ้น

2. การพยาบาลในรายที่ได้รับยับยั้งการหดตัวของมดลูก

2.1. การประเมินสภาพร่างกายมารดา

2.1.1. ประเมินการหดตัวของมดลูก ถ้าพบว่าการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย  
1 ครั้ง ในทุก 10 นาที ให้รายงานแพทย์ทันที

2.1.2. ประเมิน Vital signs และซักถามอาการข้างเคียงของยา

▶ กรณีได้รับยา beta agonists

- บันทึก PR, RR และ BP ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมซักถามอาการข้างเคียงของยา ได้แก่  
อาการใจสั่น มือสั่น กลืนได้ อาเจียน ปวดศีรษะ และหายใจเหนื่อย

- ถ้าพบอาการผิดปกติดังต่อไปนี้

PR > 120 ครั้งต่อนาที

RR > 28 ครั้งต่อนาที

BP < 90/60 มิลลิเมตรปรอท

ให้ Oxygen cannula 5 ลิตรต่อนาที ทันที และรีบรายงานแพทย์

▶ กรณีได้รับยา Nifedipine

- บันทึก PR และ BP ทุก 4 ชั่วโมง และก่อนให้ยาทุกครั้ง พร้อมซักถามอาการข้างเคียงของยา  
ได้แก่ อาการหน้าแดง กลืนได้ อาเจียน ปวดศีรษะ และใจสั่น

- ถ้าพบอาการผิดปกติดังต่อไปนี้

PR > 120 ครั้งต่อนาที

BP < 90/60 มิลลิเมตรปรอท

ให้ Oxygen cannula 5 ลิตรต่อนาที ทันที และรีบรายงานแพทย์

2.1.3. ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

• ถ้า T > 37.8°C ให้ Force oral fluid และรายงานแพทย์

• ถ้า T > 38.5°C ให้ Tepid sponge และรายงานแพทย์

2.1.4. บันทึกน้ำเข้าออก โดยบันทึกจำนวนปัสสาวะทุกครั้งถ้าถ่ายปัสสาวะ

- ถ้าพบว่ามีความไม่สมดุลของน้ำเข้าออก ให้สังเกตอาการหายใจหอบเหนื่อย อาการบวม  
และรายงานแพทย์ทราบ

2.1.5. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ถ้าน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ให้รายงานแพทย์ทราบ

2.2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3. ประเมินสภาพทารกในครรภ์

ประเมิน FHR ทุก 1 ชั่วโมง

- ถ้าพบว่า FHR < 120 ครั้งต่อนาที หรือ > 160 ครั้งต่อนาที

- ให้ Oxygen cannula 5 ลิตรต่อนาที ทันที
- แนะนำให้นอนตะแคงซ้าย และติดเครื่อง toco-cardiogram เพื่อประเมินการเดินของหัวใจทารกไว้ตลอดเวลา พร้อมทั้งรายงานแพทย์
- แนะนำผู้ป่วยบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ใน 1 ชั่วโมง หลังอาหาร 3 มื้อ ถ้าพบว่าทารกในครรภ์ดิ้นน้อยกว่า 3 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบ และช่วยแพทย์ทำ NST ตามความเหมาะสม

3. การพยาบาลด้านจิตใจและสังคม

3.1. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พுகุญ สอบถาม และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย โดยเฉพาะปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด และวางแผนการแก้ไขปัญหาเพื่อคลายความวิตกกังวล

3.2. ประเมินปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ติดต่อขอใช้สิทธิฉุกเฉินให้ กรณีที่มีประกันสังคม หรือประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ของโรงพยาบาลอื่นๆ

3.3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พบญาติตามความต้องการ

3.4. จัดกิจกรรมเพื่อคลายความเครียดให้ผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

4. การพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อมและความสุขสบายทั่วไป

4.1. จัดสถานที่ห้องและเตียงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะ ไม่พลุกพล่าน เงียบไปและค่อนข้างเงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่

4.2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงโดยท่านอนตะแคง เพื่อช่วยลดแรงดันต่อปากมดลูกไม่ให้เปิดขยาย ลดการกดทับเส้นเลือดใหญ่ในช่องท้อง รวมทั้งช่วยลดการหดตัวของมดลูก

4.3. ช่วยเหลือกิจกรรมเพื่อลดการออกแรงของผู้ป่วย ซึ่งจะกระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัว เช่น

- ในรายที่ยังมีการหดตัวของมดลูก หรือมีข้อห้ามในการลุกจากเตียง ดูแลเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเข้าและเย็น ดูแลให้ขับถ่ายบนเตียง

- ในรายที่ยังไม่มีการหดตัวของมดลูก และไม่มีข้อห้ามในการลุกจากเตียง ให้ผู้ป่วยนั่งรถนั่งไปเข้าห้องน้ำได้

4.4 ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และได้สารอาหารครบ 5 หมู่ งดอาหารรสจัดของหมักดอง เพื่อป้องกันอาการท้องเสีย รวมถึงการกระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร

#### 5. การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย

5.1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเน้นย้ำเกี่ยวกับอาการสำคัญของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะการรับประทานยาให้ครบและตรงตามเวลา อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์และการมาตรวจตามแพทย์นัด

5.2. สอนให้ตรวจสอบการหดตัวของมดลูกได้อย่างแม่นยำ แนะนำให้บันทึกการหดตัวของมดลูก และการเดินของทารกในครรภ์ใน 1 ชั่วโมง หลังอาหาร 3 มื้อ

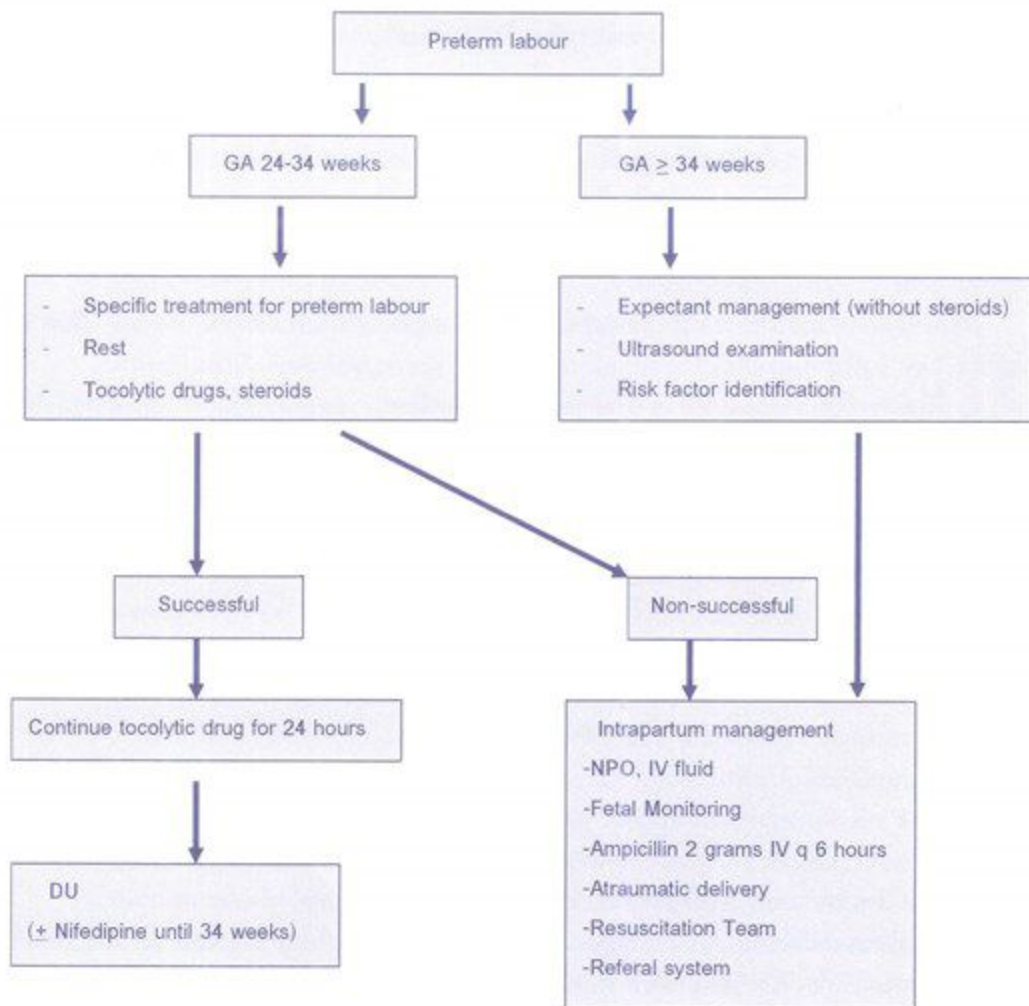
5.3. ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา และความต้องการการดูแลต่อเนื่อง

5.4. ให้แบบบันทึกอาการและอาการแสดงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.5. แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- ในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยต้องการสอบถามหรือไม่แน่ใจว่าจะต้องมาโรงพยาบาลหรือไม่ ให้ติดต่อสอบถามได้ที่ หอผู้ป่วย อาการ 100 ปี ดิถุสเมด็จพระศรีนครินทร์ฯ ชั้น 10/1 โทรศัพท 0-2419-7000 ต่อ 4673-4 ตลอด 24 ชั่วโมง
- สถานที่ติดต่อเมื่อมาโรงพยาบาล
- จันทร์-ศุกร์ (วันราชการ) เวลา 7.00-12.00 น. ติดต่อเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ อาการ 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ฯ ชั้น 9
- ทุกวันหลังเวลา 12.00น. และวันหยุดราชการ ติดต่อเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 ห้อง 125

แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด  
(Preterm labour) ที่มาห้องคลอด



หมายเหตุ

ในกรณีที่ไม่มีเตียงสำหรับทารกที่คลอดก่อนกำหนดใน NICU ให้ปรึกษาอาจารย์แพทย์ที่รับผิดชอบประจำวันเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย และในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ยังไม่ได้รับยาสเตียรอยด์ ให้พิจารณาเรื่องการให้ยาขึ้นยังการหดรัดตัวของมดลูก รวมไปถึงการให้ยาสเตียรอยด์ ทั้งนี้ เพื่อให้สเตียรอยด์ออกฤทธิ์ต่อการทำงานของปอดทารกได้ดีขึ้นก่อนที่จะมีการส่งต่อผู้ป่วยต่อไป

## ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) ที่รับไว้ดูแลในห้องคลอด

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง (Bed Rest)
2. เก็บส่งตรวจเพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการเก็บสิ่งคัดหลั่งในห้องคลอดส่งตรวจเพาะเชื้อ (cervical swab culture) ก่อนทำการตรวจภายใน
3. เก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ (urine analysis) และเพาะเชื้อ (midstream urine culture)
4. ตรวจอัลตราซาวด์เพื่อคำนวณอายุครรภ์ ตรวจหาความผิดปกติของทารกในครรภ์ รก น้ำคร่ำ และมดลูก
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตนขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

### กรณีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24-33<sup>๖</sup> สัปดาห์

1. เมื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ preterm labour และพิจารณาให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

#### • ระยะก่อนให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

- แพทย์ประจำบ้านซักถามประวัติความเจ็บป่วยที่เป็นข้อห้ามในการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก หรืออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังให้ยา
- แพทย์ประจำบ้านและหรือพยาบาล ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์โดยเครื่อง toco-cardiogram
- พยาบาลตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ
- แพทย์ประจำบ้านฟังเสียงปอด ตรวจดูอาการซีดที่เปลือกตา และอาการบวม
- เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการดูส่วนประกอบของสารเคมีต่างๆ ในเลือด
- พยาบาลเตรียมยายับยั้งการหดตัวของมดลูกให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และเตรียมให้ยาทางเครื่องปรับจำนวนหยดสารน้ำอัตโนมัติ (infusion pump)
- อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา วิธีการให้ยา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยา และวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- พยาบาลเตรียมให้ยาสแตียรอยด์ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดของทารกในครรภ์

#### • ขณะได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

- ระยะแรกภายหลังให้ยา ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 10 นาที ถ้ามดลูกหดตัวห่างออกไปคือภายใน 10 นาทีไม่มีการหดตัวของมดลูก ให้ประเมินห่างออกไปเป็นทุก ½ ชั่วโมง และควรประเมินอย่างน้อย 10 นาที
- กรณีพบว่าภายใน ½ ชั่วโมง ไม่มีการหดตัวของมดลูก ให้ประเมินห่างออกไปเป็นทุก 1 ชั่วโมง ตลอดเวลาที่ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำ หรือประเมินห่างออกไปตามความเหมาะสม

- กรณีที่มดลูกยังคงหดตัวสม่ำเสมอหรือกลับมาเกิดการหดตัวอีก และจำเป็นต้องปรับปริมาณยาเพิ่มขึ้น ควรพิจารณาประเมินการหดตัวของมดลูกบ่อยขึ้นตามความเหมาะสม
- พยาบาลประเมินชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทันทีภายหลังเริ่มให้ยา และทุก 10 นาที ก่อนปรับเพิ่มยา พร้อมทั้งซักถามอาการผิดปกติที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น ใจสั่น มือสั่น หายใจเหนื่อย ร้อนวูบวาบตามใบหน้า เป็นต้น
- ภายหลังหยุดเพิ่มปริมาณยา พยาบาลประเมินชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก 30 นาที นาน 2 ชั่วโมง
- ถ้าไม่พบความผิดปกติ พยาบาลประเมินชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตห่างออกไปเป็นทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งซักถามอาการผิดปกติที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาด้วย
- ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หายใจเร็วมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ควรช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้ออกซิเจนและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับลดปริมาณหรือหยุดให้ยาตามความเหมาะสม
- แพทย์ประจำบ้านและ/หรือพยาบาล ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก ½ -1 ชั่วโมง ถ้าพบความผิดปกติเร็วกว่า 160 ครั้งต่อนาที หรือช้ากว่า 110 ครั้งต่อนาที ควรช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการจัดทำอนตะแคงซ้าย พร้อมให้ออกซิเจนแก่สตรีตั้งครรภ์ และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับลดปริมาณหรือหยุดให้ยาตามความเหมาะสม
- ดูแลให้นอนพักผ่อนเพียงพอ และช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ตรวจปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุกวัน โดยบันทึกจำนวนปัสสาวะทุกครั้งที่ยับถ่าย กรณีที่ผู้ป่วย ภาสายสวนปัสสาวะไว้ ให้ตรวจจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
- ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สังเกตอาการบวม ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่า 2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไข
- ฟังเสียงการหายใจที่ชายปอดวันละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตอาการหายใจลำบากและเร็ว
- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

• ภายหลังยับยั้งการหดตัวของมดลูกเป็นผลสำเร็จ

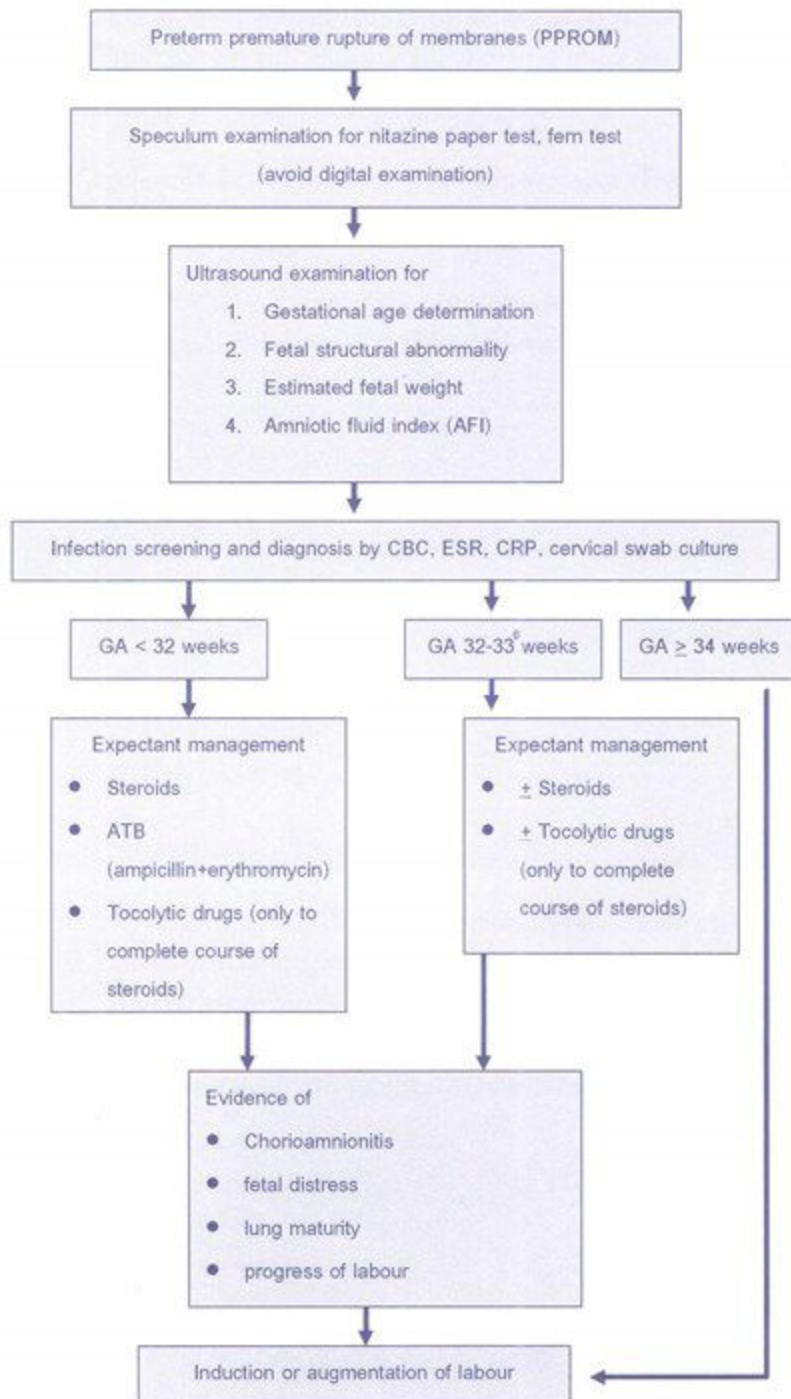
- เมื่อมดลูกหยุดหดตัวได้จนครบ 12 ชั่วโมง แพทย์ประจำบ้านและ/หรือพยาบาลประเมินความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ การหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และอาการผิดปกติทุก 2-4 ชั่วโมง
  - ถ้าสามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกโดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำครบ 24 ชั่วโมง แพทย์พิจารณา ส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
2. ให้ dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 doses โดยให้ขาดการรักษาทิ้ง 1 คอร์ส (ในโรงพยาบาลศิริราชมี dexamethasone ขนาดแอมพูลละ 5 มิลลิกรัม จึงให้ใช้ขนาดนี้ได้ เนื่องจากยังไม่มีรายงานถึงผลเสียจากการใช้ยาในขนาดดังกล่าว)

## กรณีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์

1. เมื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ preterm labour และพิจารณาให้การดูแลรักษา แบบเฝ้าระวัง (Expectant management)
  - ดูแลให้อนอนพักต่อเพื่อสังเกตอาการของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
  - ดูแลให้ได้รับการรักษาตามสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
  - แพทย์ประจำบ้านและ/หรือพยาบาลประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม
  - หากผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะของการคลอด ทีมแพทย์และพยาบาลเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะคลอด รวมทั้งประสานงานกับกุมารแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด
2. เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ preterm labour และไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ มีแนวทางการดูแลขณะคลอด ดังนี้
  - งดอาหารและน้ำดื่ม
  - ให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์
  - แพทย์ประจำบ้านและ/หรือพยาบาล ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์โดยเครื่อง toco-cardiogram ว่างตลอดเวลา ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะร่วมกับประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1/2-1 ชั่วโมง
  - พยาบาลเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือให้พร้อมสำหรับการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด
  - แพทย์ประจำบ้านและ/หรือพยาบาล ประสานงานกับทีมช่วยชีวิตทารกแรกเกิด (Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation: NCPR) ก่อนการคลอดของทารกประมาณ 15-30 นาที โดยแจ้งให้ทราบถึงอายุครรภ์ การคาดคะเนน้ำหนักทารก ภาวะแทรกซ้อนของมารดา การดูแลรักษาที่ได้รับ
  - พยาบาลเตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอดและเย็บแผลไว้ให้พร้อมใช้
  - การดูแลในระยะเบ่งคลอดต้องควบคุมไม่ให้มีการเบ่งคลอดที่รุนแรงเกินไป ช่วยตัดฝีเย็บให้กว้างเพื่อช่วยลดแรงดันและลดโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองของทารก
3. แนวทางการดูแลภายหลังการคลอด มีดังนี้
  - 3.1 ด้านทารก
    - ภายหลังเสร็จสิ้นการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ควรรีบนำส่งไปยังหน่วยทารกแรกเกิด โดยผู้ปรับอุณหภูมิสำหรับเคลื่อนย้ายทารก (Transport Incubator) เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดโดยกุมารแพทย์อย่างรวดเร็ว
  - 3.2 ด้านมารดา
    - ให้การดูแลด้านร่างกายผู้คลอดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะหลังคลอด และควรให้การดูแลสุขภาพจิตใจของผู้คลอดและครอบครัวเป็นพิเศษ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของทารก การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อลดความวิตกกังวล



## ขั้นตอนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด



## หมายเหตุ

1. การให้ยาปฏิชีวนะ จะให้ ampicillin 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ร่วมกับรับประทาน erythromycin 500 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง นาน 48 ชั่วโมง หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทาน โดยให้ amoxicillin 500 มิลลิกรัม ร่วมกับ erythromycin 500 มิลลิกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง นาน 5 วัน
2. การให้สเตียรอยด์ในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ พบว่าได้ประโยชน์ไม่ชัดเจนนัก จึงไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนของการใช้สเตียรอยด์ในช่วงอายุครรภ์ดังกล่าว แต่อาจพิจารณาใช้ได้ถ้ามีหลักฐานว่า ปอดของทารกยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ เช่น การตรวจหา L/S ratio
3. การพิจารณาให้ยาต้านการหดตัวของมดลูกในรายที่มีภาวะ PPROM มักให้ในระยะสั้น ๆ เช่น นาน 48 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถฉีดสเตียรอยด์ได้ครบคอร์ส หรือให้ยาต้านการหดตัวของมดลูกในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยเท่านั้น
4. ระหว่างที่ให้การรักษาแบบ expectant management ควรตรวจติดตาม fetal well being 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยวิธี NST และอัลตราซาวด์ประเมิน BPP และ AFI
5. การวินิจฉัย chorioamnionitis อาจใช้อาการแสดงทางคลินิก เช่น ไข้, uterine tenderness, foul smell vaginal discharge หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น progressive elevation of WBC count , WBC มากกว่า 15,000/dl
6. เมื่อกระบวนการคลอดดำเนินเข้าสู่ active phase ให้ฉีดยา ampicillin 2 กรัม เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ group B streptococcus ในทารกแรกเกิด โดยไม่พิจารณาถึงประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ ยกเว้นแต่มีหลักฐานจากการเพาะเชื้อว่าไม่พบเชื้อ group B streptococcus ในช่องคลอด

## กิตติกรรมประกาศ

ในนามของประธานและผู้เรียบเรียงแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครั้งที่ 2 ต้องขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ พิพิธพันธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการจัดทำ อาจารย์นายแพทย์ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์ ที่ตรวจทานเนื้อหาลงละเอียด รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดจนผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย จนสามารถประยุกต์เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้แนวทางเวชปฏิบัติเล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## ภาคผนวก

ตารางที่ 1. แสดงการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ขนาดของสเตียรอยด์ และยาปฏิชีวนะที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### ACOG 1997 Preterm Diagnosis criteria

1. Uterine contraction  $> 4$  in 20 min or  $> 8$  in 60 min with progressive cervical changes
2. Cervix dilates  $> 1$  cm
3. Cervical effacement  $\geq 80$  %

### Recommended doses of steroid for fetal lung maturity promotion

1. Betamethasone 12 mg IM every 24 hr.; 2 doses or
2. Dexamethasone 5 mg IM every 12 hr; 4 doses

### Antibiotic for Neonatal Group B Streptococcal infection prophylaxis

1. Penicillin G 5 million units IV then 2.5 million units every 4 hr until delivery or
2. Ampicillin 2 g IV then every 6 hr until delivery or
3. Clindamycin 900 mg IV every 8 hr until delivery or erythromycin 500 mg IV every 6 hr until delivery in case of penicillin G resistance or
4. Vancomycin 1 g IV every 12 hr until delivery in case of penicillin G, clindamycin, erythromycin resistance

ตารางที่ 2 แสดงยาที่ใช้ในการยับยั้งการหดตัวของมดลูก ผลข้างเคียงต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกช่วงแรกเกิด

ยาที่ใช้ยับยั้งการหดตัวของมดลูก	ขนาดและการบริหารยา	ข้อห้ามใช้	อาการข้างเคียงต่อสตรีตั้งครรภ์	อาการข้างเคียงต่อทารกในครรภ์และช่วงแรกเกิด
Beta agonists (Terbutaline)	0.25 มิลลิกรัม ซีดได้ ผิวหนึ่งทุกๆ 20 นาที 3 ชั่วโมง หรือ 5 มิลลิกรัม ผสมใน normal saline 500 มิลลิลิตร เริ่มให้ที่ 2.5 ไมโครกรัมต่อนาที และเพิ่มขึ้น 2.5 ไมโครกรัมต่อนาที ทุกๆ 20 นาที จนกระทั่งถึง 17.5-20 ไมโครกรัมต่อนาที	หัวใจเต้นผิดปกติ โรคไทรอยด์หรือเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้	เต้นหัวใจผิดปกติ ปวดบวมที่ กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจไม่เต็มอิ่ม ปัสสาวะออกน้อย คอมีไทรอยด์ที่ผิดปกติ โปแตสเซียมต่ำ มือสั่น กระสับกระส่าย กลืนลำบาก	หัวใจเต้นเร็ว อินซูลินในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง
Magnesium sulfate ( $MgSO_4$ )	ให้ทางหลอดเลือดดำ ด้วยขนาด 4-6 กรัม ในเวลา 20-30 นาที โดยเจือจางยาในสารละลาย 250 มิลลิลิตร แล้วตามด้วยหยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 2-4 กรัมต่อชั่วโมง	ห้ามใช้ในโรค myasthenia gravis	หน้าแดง เหงื่อออก กลืนได้ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจไม่พบ deep-tendon reflexes (เมื่อระดับ <math>MgSO_4</math> level 9.6-12.0 mg/dl)</li> <li>• มีการหายใจลำบาก (เมื่อระดับ <math>MgSO_4</math> level 12.0-18.0 mg/dl)</li> <li>• หัวใจหยุดเต้น (เมื่อระดับ <math>MgSO_4</math> level 24.0-30.0 mg/dl)</li> </ul>	ยังไม่มีข้อมูลยืนยันถึงผลกระทบต่อ การตายของทารก ชัดเจน