

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะคลอด
และระยะหลังคลอดทันที: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการผดุงครรภ์บนคลินิก
**Carung for Pregnant with Infected with Coronavirus 2019
during Labor Period and Immediate Postpartum:
From Evidences to Clinical Midwife Practce**

ชุตินา ปัญญาพินิจนุจร, ปร.ด., Chutima Panyapinijnugoon, Ph.D.^{1*}

ชัชวาล วงศ์สารี, ปร.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.²

สมบูรณ์ บุญยเกียรติ, พย.ม. Somboon Boonyakiat, MN.S.³

แก้วตะวัน ศิริลักษณ์มานันท์, ปร.ด. Kaewtawan Sirilukkananan, Ph.D.⁴

ธันต์นิภา ภักศุขนิธิวัฒน์, พย.ม., Thanannipha Phaksuknithiwat, MN.S.⁵

วลัยนารี พรหมลา, ปร.ด., Walainaree Promla, Ph.D.⁶

¹คณบดี, ²อาจารย์, ³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร

¹Dean, ²Instructor, ³Assistant professor, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

⁴Assistant professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

⁵คณบดี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

⁵Dean, Assistant professor, Faculty of Nursing, Western University, Buriram

⁶รองคณบดีฝ่ายวิจัย, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

⁶Deputy Dean for Research, Assistant professor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

*Corresponding Author Email: Chutchavarn.won@kbu.ac.th

Received: October 2, 2021

Revised: November 16, 2021

Accepted: November 30, 2021

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้นและสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อมักมีอาการขาดออกซิเจนและมีอาการรุนแรงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาาระหว่างตั้งครรภ์ที่มดลูกขยายใหญ่ไปเบียดพื้นที่ปอด ทำให้การขยายตัวและแลกเปลี่ยนแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงถูกกระตุ้นเกิดการเกาะกลุ่มกันเป็นลิ่มเลือดได้ง่าย จึงเป็นเหตุให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดและระยะหลังคลอดทันทีที่มีลักษณะเฉพาะที่ผู้ประกอบวิชาชีพต้องดูแลให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อยังมีความหลากหลายและพัฒนาขึ้นจากหลายองค์การยังไม่ชัดเจนในบทบาทของผดุงครรภ์ ผู้เขียนจึงทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และเรียบเรียงใหม่เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์นำไปเป็นแนวทางดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะคลอดระยะหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิด และการให้นมทารกหลังคลอดต่อไป

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะคลอด ระยะหลังคลอด หลักฐานเชิงประจักษ์

Abstract

Pregnant women who are infected with COVID19 tend to manifest symptoms of hypoxia. Such symptoms are more severe compared to those of uninfected pregnant women. Due to physiological changes during pregnancy in which the enlarged uterus squeezes the lung space, the expansion and gas exchange with the body becomes inefficient. It is also observed that during COVID19 infections, changes in blood coagulation occurs. COVID19 apparently provokes blood to easily clot. This is why pregnant women and their fetuses have a higher mortality rate than normal pregnant women. Various literatures argue that caring of a pregnant woman during labor and immediately postpartum periods has certain characteristics that practitioners must take care of in accordance within health guidelines. However, such guidelines are so numerous, diverse and vague that even the role of midwives remains unclear. To address this gap, this paper therefore reviews and compiles various evidences in existing literatures in the care of pregnant women infected with COVID19 in the hope of coming up with better guidelines the practicing midwives in Thailand.

Keywords: pregnant women infected COVID-19, labor period and postpartum care, evidences

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกยังการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อโควิดสะสม จำนวน 230,418,451 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ติดเชื้อในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 483,898 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 4,724,876 คน เป็นผู้เสียชีวิตในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 8,225 คน โดยประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมจัดอยู่ในอันดับที่ 29 ของโลก คือมีจำนวน

1,537,310 คน ยังมีผู้ป่วยใหม่ที่ติดเชื้อในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 12,697 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 16,016 คน เป็นผู้เสียชีวิตในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 132 คน (World Health Organization., 2021) ทั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์เป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ติดเชื้อแล้วมีอาการรุนแรงและมีอัตราการตายสูงกว่าคนทั่วไป (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) จากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาและ

ทารก ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2564 ในประเทศไทย พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 สะสมจำนวน 1,801 คน มีผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 1.72) และมีทารกเสียชีวิตสะสมรวม 20 ราย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารกแรกเกิดในสตรีมีครรภ์ที่มีและไม่มีการติดเชื้อ COVID-19 ของสถาบันวิจัย 43 สถาบัน ที่เก็บรวบรวมข้อมูลใน 18 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2,130 คน ในจำนวนนี้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 706 คน (ร้อยละ 33.14) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 มีอัตราการตายสูงถึง 22.26 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ (Villar, et al, 2021) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ สตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ร่วมกันทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงจนนำมาสู่การเสียชีวิตของมารดา และทารกในที่สุด

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในหลายด้านต่อเนื่องเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปมดลูกจะเริ่มขยายใหญ่มากขึ้นจนเปียดกระบังลมทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้พื้นที่ปริมาตรการแลกเปลี่ยนแก๊สจะลดลงและเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ร่างกายจะปรับสมดุลด้วยต่างจากการเผาผลาญ ทำให้เกิดการลดต่ำลงของระดับคาร์บอนไดออกไซด์และระดับของไบคาร์บอนเนตในกระแสเลือด โดยภาพรวมสตรีตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์นี้จะมีปัญหาความดันโลหิตลดลง แน่นอึดอัดในทรวงอก หายใจไม่เต็มอึดจะมีอาการมากขึ้นเมื่อนอนราบและหายใจเร็วขึ้น (ซัชवाल วงศ์สารี และธันนัตนิภา ภัคศุขนิริวัฒน์, 2559) บ่อยครั้งที่หายใจสั้นและถี่เพื่อเพิ่มความเพียงพอของออกซิเจน อีกทั้งกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อต่างๆของร่างกายหญิงตั้งครรภ์มีการยืดขยายมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen, & Mebazaa, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19

ในสตรีตั้งครรภ์ พบว่า หลังการติดเชื้อสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 40 - 73 จะไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ (Luo, Yao, Xia, Cheng, & Chen, 2021; Allotey et al, 2020) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการแสดงจะปรากฏอาการหลังได้รับเชื้อ 7 - 14 วัน โดยอาการแบ่งเป็นระดับเล็กน้อย อาทิ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจถี่ตื้นหรือหายใจติดขัด อ่อนเพลีย ไอแห้งๆตาแดง ผื่นขึ้นตามตัว และถ่ายเหลว (Elshafeey et al, 2020) ซึ่งอาการจะใกล้เคียงกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาปกติของสตรีตั้งครรภ์จึงแยกออกจากอาการของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อได้ยาก ทำให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองได้ยาก และมาพบแพทย์เมื่อเชื้อลงปอดลงและมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นแล้ว อาการส่วนใหญ่ที่นำสตรีตั้งครรภ์มาพบแพทย์ ได้แก่ ไข้สูง เจ็บคอมากและหายใจหอบเหนื่อย ปอดอักเสบรุนแรง เป็นต้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; Elshafeey et al, 2020) ทั้งนี้ไข้กับไอเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ แต่สตรีตั้งครรภ์มักมาพบแพทย์เมื่อมีไข้สูง หอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการของเชื้อที่ลงปอดและรุนแรงมากแล้ว ซึ่งสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Villar, et al, 2021) การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่พบตามสื่อต่างๆทำให้คนในสังคมเกิดความหวาดหวั่นเป็นอย่างมาก และหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ข่าวสารจะตระหนักกลัวไม่กล้าออกจากบ้าน ไม่กล้ารับประทานอาหารจากนอกบ้าน บางรายมีความเครียดระดับสูงจนนอนไม่หลับรับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น ส่งผลให้บางรายเกิดการขาดสารอาหาร ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนดตามมา ในรายที่ติดเชื้อและรักษาตัวในโรงพยาบาลจะถูกแยกกักตัวให้อยู่ลำพังทำให้เกิดภาวะเหงาและขาดพลังอำนาจ ขาดกำลังใจต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ในการคลอด (Sahin, & Kabakci, 2021) ดังนั้นกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม โดยยึด

ความปลอดภัยทั้งสตรีตั้งครรภ์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลเป้าหมายสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมุมมองของผดุงครรภ์ที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 พบประเด็นปัญหาในการบริการสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ดังนี้ มีการแยกส่วนงานและแยกผดุงครรภ์เพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 โดยเฉพาะทำให้อัตรากำลังไม่เพียงพอ ผดุงครรภ์ขาดข้อมูลในการปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิดและขาดทักษะการจัดการบนคลินิก ต้องปรับบทบาทการผดุงครรภ์ให้สอดคล้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ภาระงานมากขึ้นและต้องทำงานบนความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย (González-Timoneda, A., Hernández, Moya, & Blazquez, 2021) และที่สำคัญคือผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดและระยะคลอดยังไม่มีความรู้ปฏิบัติการดูแลที่ชัดเจนเนื่องจากก่อนหน้านี้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนยังค้นหาได้น้อย (Freitas-Jesus, Rodrigues, & Surita, 2020) แต่ในปัจจุบันพบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดและระยะคลอดมีจำนวนมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบการเรียบเรียงและนำใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการผดุงครรภ์บนคลินิกตามบทบาทของผดุงครรภ์ ผู้เขียนจึงได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และเขียนบทความนี้ขึ้นเพื่อให้ผดุงครรภ์ได้ทำความเข้าใจในหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและนำความรู้และทักษะจากบทความนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ให้เกิดความปลอดภัยต่อไป

พยาธิสภาพของสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 และแนวทางการรักษา

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ เชื้อโควิด 19 สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วผ่านอากาศและการ

อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ ทำให้สตรีตั้งครรภ์จึงติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 40-73 จะไม่ปรากฏอาการ (Luo, Yao, Xia, Cheng, & Chen, 2021; Allotey et al, 2020) อย่างไรก็ตามในรายที่ปรากฏอาการจะพบว่าอาการไอและไข้เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ส่วนใหญ่จะปรากฏอาการหลังได้รับเชื้อ 7-9 วัน และส่วนใหญ่มักมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ หายใจเหนื่อย และปวดกล้ามเนื้อ เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (Allotey et al, 2020) พยาธิสภาพของโรคโควิด 19 ในสตรีตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น 1) พยาธิสภาพต่อสตรีตั้งครรภ์ กล่าวคือเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าไปในร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะไปกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์จึงมีผลให้หลังเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลลอกมา กระตุ้นการหลั่งฮิสตามีนจากแมสเซลล์และหลังไซโตไคน์จากเม็ดเลือดขาวโมโนไซต์ ทั้งนี้โปรตีนของไวรัสโคโรนา 2019 จะเข้าจับเอนไซม์ที่เปลี่ยนตัวรับแองจิโอเทนซิน 2 (ACE-2) ซึ่งมีอยู่ในปอด หัวใจ ไต และทางเดินอาหารอย่างรวดเร็ว ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่เชื้อลงปอดจะมีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง หากรักษาไม่ทันเวลาเชื้อจะทำลายเนื้อปอดอย่างรวดเร็วจนเซลล์ปอดตายเป็นวงกว้างและมีการเกาะกลุ่มกันเป็นก้อนของเม็ดเลือดขาวที่ติดเชื้อจนกลายเป็นลิ่มเลือดอุดตันตามหลอดเลือด ไตสมอง ลำไส้และปอด จึงมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (Rothan, & Byrareddy, 2020) กระบวนการติดเชื้อทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวโดยรวมลดลงแต่จะพบเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์สูง (lymphopenia) และมี C-reactive protein สูงขึ้น (Allotey et al, 2020) ส่วนเกล็ดเลือดจะลดลงต่อเนื่อง (Thrombocytopaenia) จากภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายทั่วหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation :DIC) (Luo, Yao, Xia, Cheng, & Chen, 2021) และ 2) พยาธิสภาพต่อรก

และทารก ผลจากการกระตุ้นระบบคอมพลิเมนต์ในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันตามหลอดเลือดทั่วร่างกายของสตรีและมีการอุดตันหลอดเลือดที่สายสะดือที่ไปเลี้ยงทารกด้วย ส่งผลให้ทารกตายในครรภ์และเกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายทั่วหลอดเลือดที่นำมาสู่การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Mulvey, Magro, Ma, Nuovo, & Baergen, 2020)

โดยทั่วไปการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์อาการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับคนปกติที่ติดเชื้อโควิด 19 เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจบทความนี้จึงจำแนกสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่มีอาการ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อแล้วแต่ไม่มีอาการปรากฏให้เห็นซึ่งพบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มนี้แม้จะตรวจพบว่าติดเชื้อก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัส และให้คลอดเองได้หรือทำคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการตามข้อบ่งชี้ได้ (กรมควบคุมโรค, 2564) 2) กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย อาทิ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจถี่ขึ้นหรือหายใจตื้นแต่ไม่มีปอดอักเสบ อ่อนเพลีย จมูกไม่ได้กลิ่น สูญเสียการรับรส ปวดศีรษะ ไอแห้งๆ ตาแดง ผื่นขึ้นตามตัว และถ่ายเหลว (Elshafeey et al, 2020) รักษาตามอาการ อาจให้ยา Favipiravir ตามข้อบ่งชี้ (กรมควบคุมโรค, 2564) สามารถให้คลอดเองหรือทำคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการหรือผ่าตัดคลอดได้โดยพิจารณาตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ (ประกาศกรมการแพทย์, 2564) ข้อสังเกตอาการแสดงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยซึ่งอาการที่ปรากฏมีความใกล้เคียงกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาปกติของสตรีตั้งครรภ์จึงแยกออกจากอาการของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อได้ยาก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินตนเองได้ยากและมาพบแพทย์เมื่อเชื้อลงปอดลงปอดแล้ว 3) กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแต่มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อาทิ สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายสูง > 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

มีโรคร่วมเช่นเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะสนับสนุนให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น (Allotey et al, 2020) ให้รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามอาการโดยอาจให้ยา Favipiravir และให้ยาปฏิชีวนะตามข้อบ่งชี้ ทั้งนี้การให้ยา Corticosteroids กระตุ้นสารเคลือบปอดทารกในครรภ์ในรายที่มีความจำเป็นเมื่อต้องให้คลอดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ (กรมควบคุมโรค, 2564) และ 4) กลุ่มมีอาการรุนแรง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะมีไข้สูง ปอดอักเสบรุนแรง หายใจหอบเหนื่อยมาก และขาดออกซิเจนจากหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรง (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; ElShafeey et al, 2020) ให้รักษาด้วยการให้ยา Favipiravir และ/หรืออาจให้ Lopinavir/Ritonavir และให้ Corticosteroid ร่วมด้วย ในรายที่ขาดออกซิเจนจากหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรงให้ใส่ท่อช่วยหายใจนอนรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักและให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ประกาศกรมการแพทย์, 2564) จากที่กล่าวมาข้างต้นสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกายวิภาคทำให้การติดเชื้อไม่แสดงอาการอย่างตรงไปตรงมาจึงเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนทางอาการวิธีการติดตามดูแลรักษา อีกทั้งมีหลายปัจจัยที่กระตุ้นให้สตรีกลุ่มนี้เกิดการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงและเสียชีวิตในระยะคลอดบุตรได้ (Hammad, Al Beloushi, Ahmed, & Konje, 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโควิด 19 กับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของวิลล่าและคณะ (Villar, et al, 2021) อัลโลเตย์และคณะ (Allotey et al, 2020) พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 65,382 ราย ผลการศึกษาอธิบายว่าการติดเชื้อโควิด 19 ก่อให้เกิดความรุนแรงจนอาการโคม่าถึงร้อยละ

10 ของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตได้ 22.26 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ ทั้งนี้กระบวนการเชื้อโควิดที่ทำให้สตรีขาดออกซิเจนนั้น จะเหนี่ยวนำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดระหว่างตั้งครรภ์และตกเลือดหลังคลอด ได้สูงขึ้น กระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง ชักและบางรายเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (HELLP syndrome) การติดเชื้อทำให้ระดับฮีโมโกลบินลดลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในสตรีอายุครรภ์มากกว่า 27 สัปดาห์ขึ้นไป กระตุ้นให้เกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดและเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ในรายที่อาการรุนแรงมักพบอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น อาทิ การติดเชื้อในกระแสเลือด ช็อกและอวัยวะล้มเหลวในหลายระบบแบบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีเสียชีวิตขณะคลอดบุตร

การติดเชื้อโควิด 19 นอกจากจะส่งผลให้เกิดลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่สายสื่อที่ไปเลี้ยงทารก (Mulvey, Magro, Ma, Nuovo, & Baergen, 2020) ที่ส่งผลให้อัตราการตายปริกำเนิดและอัตราการตายของทารกหลังคลอดสูงขึ้น ทั้งนี้ผลของการติดเชื้อโควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกหลังคลอด ดังนี้ มีอาการขาดออกซิเจนเฉียบพลันและเรื้อรัง หายใจหอบ คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิดผิดปกติ (Abnormal APGAR score) (Villar et al, 2021; Allotey et al, 2020) เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ การทำงานของตับผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว อาเจียน และมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hammad, Al Beloushi, Ahmed, & Konje, 2021) ปัจจัยเหล่านี้จะสนับสนุนให้ทารกติดเชื้อในกระแสเลือดและเกิดภาวะหายใจล้มเหลว

เฉียบพลันอันนำมาสู่การเสียชีวิตของทารกในที่สุด จึงวิเคราะห์ว่าสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 มีความต้องการให้การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้ พื้นที่เฉพาะในการดูแลสตรีติดเชื้อที่สามารถทำคลอดได้ในที่เดียวกัน การดูแลใกล้ชิดในห้องคลอด ห้องคลอด และแผนกผู้ป่วยหนัก ต้องการเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพุงค์การทำงานของหัวใจในกรณีอาการรุนแรง ต้องการยาปฏิชีวนะในกรณีที่ติดเชื้อแทรกซ้อน ต้องการการบำบัดด้วยออกซิเจนแรงดันสูงและออกซิเจนชนิดอื่นต่อเนื่อง ต้องการทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการทำงานร่วมกัน

หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19

เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาวิจัยยังมีจำนวนไม่มาก ดังนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในบทความนี้ส่วนใหญ่จะเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ปรากฏในรูปแบบประกาศและแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ของสมาคมและองค์กรต่างๆ เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับคุณภาพตามเกณฑ์ประเมินของสถาบัน The Joanna Briggs Institute. (2014) ที่แบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เป็นวิจัยเชิงทดลอง ถึงระดับที่ 5 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (JBI, 2014) สรุปรายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ชนิดของกิจกรรม ระดับและรายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
1. การป้องกันการติดเชื้อของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์	5a	1.1 การจัดพื้นที่สำหรับการเผ้าคลอดและการคลอดเน้นความปลอดภัย โดยต้องการออกแบบสิ่งแวดล้อมต้องลดการแพร่กระจายเชื้อ แยกอุปกรณ์สำหรับใช้กับสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 และหากจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้คลอดปกติให้ทำความสะอาดด้วยน้ำยาตามชนิดของอุปกรณ์ทุกครั้ง ทั้งนี้ให้จัดพื้นที่เตียงคลอดห่างกันอย่างน้อย 1 เมตรหากพื้นที่มีจำกัดให้สร้างฉากกั้นระหว่างเตียง (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	1.2 บุคลากรที่ต้องร่วมดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญบำบัดวิกฤต วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลระดับชำนาญการขึ้นไป (เทียบกับพยาบาลระดับ 4 ในโรงพยาบาลเอกชน) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการซักประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยบุคลากรที่ไม่ติดเชื้อเท่านั้นที่จะได้รับอนุญาตให้ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	1.3 บุคลากรที่เข้าไปให้บริการโดยตรงต่อสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ในห้องคลอดต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างเต็มรูปแบบ ได้แก่ เสื้อกาวน์ หน้ากาก N95 แวนตาและถุงมือ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)
	5b	1.4 บุคลากรที่เข้าไปให้บริการโดยตรงต่อสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ในห้องคลอดและห้องผ่าตัดคลอดต้องจำกัดจำนวนอย่างเคร่งครัดและต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างเต็มรูปแบบ ได้แก่ เสื้อกาวน์ หน้ากาก N95 แวนตา หน้ากากแบบครอบทั้งใบหน้า ถุงมือ และรองเท้าบูท ทั้งนี้บุคลากรปฏิบัติงานต่อเนื่องในพื้นที่ปิดเหล่านี้ได้ไม่เกิน 4 ชั่วโมง (Palatnik, & McIntosh, 2020)
	5a	1.5 ถอดถุงมือที่ชำรุดออก ล้างมือและสวมถุงมือคู่มือใหม่แทน เมื่อเสร็จสิ้นหัตถการให้ถอดถุงมือ เสื้อกาวน์ หน้ากากแบบครอบทั้งใบหน้า แวนตาและหน้ากาก N95 ทั้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ทั้งนี้การถอดอุปกรณ์เหล่านี้ต้องไม่สัมผัสพื้นที่ยื่นนอกของอุปกรณ์และต้องล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง (Australian government, 2020; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
	5a	1.6 ต้องทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทันทีที่มีการสัมผัสหรือปนเปื้อน สารคัดหลั่งจากสตรีตั้งครรภ์และทำความสะอาดพื้น อุปกรณ์ทางการแพทย์ ม่าน ประตูหน้าต่าง ห้องน้ำ และจุดต่างๆในห้องรอคลอดและห้องคลอด อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ต้องกำจัดขยะตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อของ โรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด (กรมการแพทย์, 2563)
2. การซักประวัติ และตรวจคัดกรอง การติดเชื้อโควิดใน สตรีตั้งครรภ์	5a	2.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดต้องได้รับการคัดกรองการติดเชื้อโควิด 19 ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการ หากเข้าเกณฑ์ การสอบสวนโรค (Person under investigation: PUI) ให้ตรวจด้วย RT-PCR ในรายที่มีอาการไข้ เจ็บคอ หายใจติดขัด น้ำมูก ตาแดง ถ่ายเหลว ให้รับไว้ใน โรงพยาบาล (กรมการแพทย์, 2563)
3. การป้องกันการ แพร่ กระจายเชื้อ จากสตรีตั้งครรภ์ ติดเชื้อโควิด 19	5a	3.1 การรับไว้ในโรงพยาบาล ต้องให้สตรีตั้งครรภ์สวมหน้ากากอนามัยแยกช่อง ทางเฉพาะในการเคลื่อนย้ายไปยังจุดต่างๆในโรงพยาบาลและจำกัดบริเวณอย่าง ชัดเจน (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	3.2 แยกสตรีตั้งครรภ์นอนในห้องแรงดันลบ กรณีผลการตรวจ RT-PCR ได้ผล ลบให้ตรวจซ้ำอีกใน 24 ชั่วโมงและติดตามอาการผ่านระบบออนไลน์ ถ้าอาการ แย่ลงให้ตรวจ RT-PCR ซ้ำและให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด (กรมการแพทย์, 2563; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)
	4a,5a	4.1 ให้สตรีตั้งครรภ์นอนรอคลอดในห้องแรงดันลบหรือถ้าอยู่ห้องปกติให้สวม หน้ากากอนามัยจนกว่าจะย้ายเข้าห้องคลอด และติดตามประเมินสัญญาณชีพ และติดตามค่าระดับออกซิเจนในเลือดโดยเกณฑ์เป้าหมายควรมากกว่า ร้อยละ 94 (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564) ทั้งนี้หากค่าระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์พิจารณาให้ออกซิเจนชนิด nasal cannula ไม่ควรใช้ชนิด face mask หรือ face mask with mask เนื่องจากจะทำให้เชื้อแพร่กระจาย หากอาการ แย่ลงให้พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจโดยแพทย์ที่ชำนาญ (กรมการแพทย์, 2563)
4. การดูแลสตรีตั้ง ครรภ์ติดเชื้อ โควิด 19 ในระยะ รอคลอด (ระยะ เจ็บครรภ์คลอด)	5a	4.2 ให้ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด การแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับ และไต ติดตามอาการที่แย่งและตรวจแก๊สในเลือดหรือตรวจรายการอื่นตาม ความจำเป็นและให้เอกซเรย์ทรวงอกซึ่งสามารถทำได้โดยใช้ abdominal shield ป้องกันทารกในครรภ์ (กรมการแพทย์, 2563)

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
	4a,5a	4.3 ติดตามภาวะขาดน้ำและให้สารน้ำ ให้ยาต้านเชื้อโควิด ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ และยาแก้ท้องเสีย โดยควรหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มากกว่าความต้องการและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกต่อเนื่อง (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564; กรมการแพทย์, 2563; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)
	5a	4.5 ย้ายสตรีตั้งครรภ์เข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยหนักเมื่อพบอาการมากกว่า 1 ข้อ ดังนี้ (1) ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท (2) หายใจเร็วกว่า 22 ครั้ง/นาที และ (3) กลาสโกว์ โคม่า สกอร์ต่ำกว่า 15 คะแนน (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)
	5a	4.4 นอนตะแคงซ้าย และติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจของทารกในครรภ์ต่อเนื่อง (กรมการแพทย์, 2563) ทั้งนี้อาจต้องอัลตราซาวด์เป็นระยะๆ เพื่อประเมินทารกในครรภ์ร่วมด้วย (Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)
	5a,4a	4.6 ดูแลสตรีและทารกในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดตามมาตรฐานการดูแลสตรีเจ็บครรภ์คลอด (กรมการแพทย์, 2563) และต้องให้การดูแลแบบองค์รวม เน้นการให้กำลังใจและการสนับสนุนทางจิตใจ จิตวิญญาณ (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564)
	5a	5.1 การพิจารณาเวลาคลอดให้คำนึงถึงอายุครรภ์ สภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และสุขภาพของทารกในครรภ์ (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	5.2 กรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์พิจารณาให้ Corticosteroid เพื่อกระตุ้นสารเคลือบปอดและการทำงานของปอด แต่ในกรณีที่ต้องคลอดไม่ควรชะลอการคลอด เพื่อรอให้ได้รับ Corticosteroid ครบโดส (กรมการแพทย์, 2563; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; Pavlidis et al, 2021)
5. การพิจารณาเวลาคลอด		5.3 วิธีคลอดพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อตกลงของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยบุคลากรและข้อจำกัดด้านทรัพยากร
การให้ยาเร่งคลอด	5a	5.3.1 สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ตามปกติกรณีที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่รุนแรงและสามารถใช้เข็มและเครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอดได้เพื่อลดระยะที่สองของการคลอดให้สั้นลง และดูแลตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ขณะคลอดบุตร (กรมการแพทย์, 2563) ทั้งนี้การคลอดให้ใช้ท่าคลอดปกติแต่ให้ยกศีรษะสูงจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตและออกซิเจน (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564)
การเลือกวิธีการคลอดและการยุติการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19		หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่เสนอให้ผ่าตัดคลอด (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020) และให้ผ่าตัดในห้องแรงดันลบ (ถ้ามี) (กรมการแพทย์, 2563)

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
		5.3.2 การผ่าตัดคลอดเป็นวิธีที่ดีที่ให้ความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตจากการคลอดได้มากที่สุด (Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020) กรณีอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์แนะนำวิธีผ่าตัดคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)
		5.3.3 ควรผ่าตัดคลอดทันทีเมื่อพิจารณาว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะเกิดการล้มเหลวเฉียบพลัน การคลอดไม่ก้าวหน้า หรือเห็นว่าทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (กรมการแพทย์, 2563)
		5.3.4 การทำให้สลบด้วยวิธีการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) และการฉีดยาสาเข้าช่องชั้นเหนือดูรา (Epidural block) เป็นวิธีระงับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดหากต้องผ่าตัดคลอด (Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020) ให้หลีกเลี่ยงการทำให้สลบทั้งตัวผ่านท่อช่วยหายใจ (General anesthesia) เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจจะมีความเสี่ยงต่อบุคลากรสูงกว่า เนื่องจากเกิดการกระจายของละอองฝอย (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	5.4 ยุติการตั้งครรภ์ตามข้อบ่งชี้ด้านสูติศาสตร์หรือกรณีที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกู้ชีพมารดา (กรมการแพทย์, 2563; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)
	5a	5.5 สามารถชะลอการตัดสายสะดือได้ (Pavlidis et al, 2021) ยกเว้นสตรีที่คลอดมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะล้มเหลวเฉียบพลัน หรือทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดให้รีบตัดสายสะดือและให้การดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิด (Favre, Pomar, Qi, Nielsen-Saines, Musso, & Baud, 2020)
	5a	5.6 กรณีทารกที่แท้งหรือเสียชีวิตระหว่างคลอดหรือเสียชีวิตหลังคลอด ให้ส่งรกและน้ำคร่ำหรือศพทารกตรวจหาเชื้อไวรัสแล้วกำจัดแบบตัวอย่างติดเชื้อ (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	5.7 ทำความสะอาดห้องคลอดและห้องผ่าตัดคลอดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทันทีหลังใช้ห้องเสร็จ (กรมการแพทย์, 2563)
6. การดูแลมารดาติดเชื้อโควิด 19 หลังคลอดบุตร และทารกแรกเกิด	5a	6.1 ให้มารดานอนรักษาตัวในห้องแรงดันลบ สามารถให้ทารกนอนในห้องเดียวกันกับมารดาได้แต่ต้องแยกห่างจากเตียงมารดาอย่างน้อย 6 ฟุต โดยมีฉากกั้นและมารดาต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและตรวจหาเชื้อในทารกแบบ nasal swab (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564) มารดางดการสัมผัสทารกโดยตรง ; Favre, Pomar, Qi, Nielsen-Saines, Musso, & Baud, 2020)

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
	5c	6.2 กรณีที่มารดาอาการหนักหรือมีอาการแย่งจากเชื้อโควิด 19 ลูกกลาม ให้แยกทารกออกจากมารดา (ซินิตาภา ขอสุขวรกุล จิรา ขอบคุณ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล สุภาพักตร์หาญกล้า, 2564)
	5a	6.3 จำกัดจำนวนครั้งที่ให้บริการที่ต้องสัมผัสโดยตรงแบบใกล้ชิดให้ความรู้เตรียมจำหน่ายแก่มารดาและครอบครัวและติดตามปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์หรือระบบวิดีโอออนไลน์แทน (กรมการแพทย์, 2563; Pavlidis et al, 2021)
	5a	6.4 เผื่อระวังความเครียด วิดกกังวลและภาวะซึมเศร้า หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบปรึกษาจิตแพทย์ทันที (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	6.5 สามารถให้มารดาที่มีอาการเล็กน้อยให้นมทารกได้โดยตรง ในรายที่มีอาการรุนแรงให้ป้อนนมมาให้ผู้ช่วยป้อนทารกแทน (กรมอนามัย, 2563; Favre, Pomar, Qi, Nielsen-Saines, Musso, & Baud, 2020)

พยาบาลและผดุงครรภ์สวมชุด PPE เต็มรูปแบบ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด

1. ระยะเจ็บครรภ์คลอด

- ให้สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิดสวมหน้ากากและแยกนอนในห้องแรงดันลบ ติดตามอาการ/ความคืบหน้าในการคลอดผ่านระบบวิดีโอออนไลน์ /ให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวเยี่ยมให้กำลังใจผ่านระบบวิดีโอออนไลน์
- จำกัดคนเข้าให้บริการโดยตรงให้น้อยที่สุดและประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
- เผื่อระวังสัญญาณชีพที่บ่งชี้ภาวะหายใจล้มเหลว อวัยวะล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด บันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกและรักษาระดับออกซิเจนให้มากกว่า 95% หากอาการแย่ลงให้เตรียมช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ/เตรียมทีมผ่าตัดคลอดและย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤต
- เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, E'lyte, LFT, ABG, และอื่นๆ และเตรียมสตรีตั้งครรภ์สำหรับ CXR, U/S
- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางจมูกตามความจำเป็น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้อาต้นไวรัส ยาปฏิชีวนะและยากระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ตามแผนการรักษา
- เน้นให้มารดาอนึ่งศีรษะสูงสลับกับนอนตะแคงซ้ายและติดเครื่องประเมินการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์ และบันทึกความก้าวหน้าในการคลอด
- ดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานการดูแลสตรีระยะเจ็บครรภ์คลอด เวลาคลอดให้พิจารณาการคลอดตามอายุครรภ์ สุขภาพมารดาและทารก

2. ระยะคลอด

- ย้ายสตรีตั้งครรภ์เข้าห้องคลอดแรงดันลบ ถอดหน้ากากอนามัย ให้ออกซิเจนตามความจำเป็น ส่งเสริมกำลังใจและเชียร์เบ่งคลอดตามปกติ
- ติดตามอุปกรณ์สำหรับประเมินภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ขณะคลอด หากคลอดปกติให้จัดนอนท่าศีรษะสูง/ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา/สามารถชะลอการตัดสายสะดือได้
- กรณีสตรีตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การทำงานของอวัยวะล้มเหลวหรือทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดให้เตรียมผู้คลอดสำหรับการทำสูติศาสตร์หัตถการ ได้แก่ F/E, V/E หรือเตรียมสำหรับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามแผนการรักษา
- ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด

3. ระยะหลังคลอด

- ให้สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิดให้สวมหน้ากากและแยกนอนในห้องแรงดันลบ ติดตามอาการ เตรียมจำหน่ายผ่านระบบวิดีโอออนไลน์
- จำกัดคนเข้าให้บริการโดยตรงให้น้อยที่สุดและประสานการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
- แยกทารกให้ห่างจากมารดาเพียงนอนมารดาอย่างน้อย 6 ฟุต และให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดปกติ
- ทำ nasal swab และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อโควิด 19

การให้นมทารก

กรณีที่มีมารดาหลังคลอดมีอาการเล็กน้อย

- ให้สวมหน้ากากอนามัย หน้ากากครอบหน้าและอื่นๆ ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิดอย่างเคร่งครัด
- สามารถถอดสัมผัสลูกและให้ลูกดูนมจากเต้าได้โดยล้างมือให้สะอาด เช็ดทำความสะอาดเต้านมและหัวนมด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ 20 วินาที และแอลกอฮอล์ 70% ก่อนให้นม
- งดการสัมผัสใบหน้าและงดการหอมแก้มทารก

กรณีที่มีมารดาหลังคลอดมีอาการรุนแรง

- ให้สวมหน้ากากอนามัยและหน้ากากครอบใบหน้าและอื่นๆตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิดอย่างเคร่งครัด
- ล้างมือให้สะอาด เช็ดทำความสะอาดเต้านมและหัวนมด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ 20 วินาที และแอลกอฮอล์ 70% ก่อนบีบน้ำนมจากเต้า
- งดการสัมผัสใบหน้าและงดการหอมแก้มทารก
- ให้คนที่ไม่ติดเชื้อสวมชุดป้องกันเชื้อโควิดเข้าป้อนนมทารกแทน
- ทำความสะอาดอุปกรณ์ ด้วยการพ่นยาฆ่าเชื้อในทุกขั้นตอนและให้อบหรือทิ้งเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง

จำหน่ายและติดตามผ่านระบบการพยาบาลทางไกล

รูปที่ 1 แนวทางการปฏิบัติผดุงครรภ์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นการดูแลและเฝ้าระวังการเจ็บครรภ์คลอด ขณะคลอด และระยะหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลปกติ โดยมีกิจกรรมที่ผดุงครรภ์ที่ต้องเฝ้าระวังและปฏิบัติเพิ่มเฉพาะกรณีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ พยาบาลและผดุงครรภ์สวมชุด PPE เต็มรูปแบบ การดูแลระบบสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การติดตามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การทำงานของอวัยวะล้มเหลวหรือทารกขาดออกซิเจน ขณะคลอดให้เตรียมผู้ป่วยสำหรับการทำสูติศาสตร์หัตถการ ได้แก่ F/E, V/E หรือเตรียมสำหรับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามแผนการรักษา การจัดให้นอนศีรษะสูงขณะคลอดแบบปกติ การแยกทารกหลังคลอดและต้องตระหนักในการป้องกันทารกหลังคลอด การจัดการสิ่งแวดล้อมหลังการทำคลอด และการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลทางไกล

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2564. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8587>

กรมการแพทย์. (2563). *ประกาศกรมการแพทย์เรื่องวิธีใหม่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในห้องคลอดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach.

ัชชवाल วงศ์สารี, และชนันต์นิภา ภัคศุขนิธิวัฒน์. (2559).

บทบาทพยาบาลกับการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(1), 1-11.

พัชรินทร์ เงินทอง .(2564). คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ระหว่างการแพร่ระบาดโควิด-19: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(42), 10-29.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19*. สืบค้นจาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf>

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19*. ปรับปรุงครั้งที่ 4 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.rtcog.or.th/home/wp/>

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยรอบ 5 เดือนหลังประจำปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก: https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-S/IDC1_6/opdc_2564_idc1-6_25.pdf

- Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T. Preg COV-19 living systematic review consortium, clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 370.m3320
- Australian Government, Department of Health. (2020). *Guidance on the use of personal protective equipment (PPE) in hospitals during the COVID-19 outbreak [Internet]*. [Cited 2021 September, 25]. Available from: <https://www.calvarycare.org.au/wp-content/uploads/2020/05/guidance-on-the-use-of-personal-protective-equipment-ppe-in-hospitals-during-the-covid-19-outbreak.pdf>
- Elshafeey, F., Magdi, R., Hindi, N., Elshebiny, M., Farrag, N., Mahdy, S., ... & Nabhan, A. (2020). A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 47-52.
- Favre, G., Pomar, L., Qi, X., Nielsen-Saines, K., Musso, D., & Baud, D. (2020). Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(6), 652-653.
- Freitas-Jesus, J. V., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). The experience of women infected by the COVID-19 during pregnancy in Brazil: a qualitative study protocol. *Reproductive Health*, 17(1), 1-7.
- González-Timoneda, A., Hernández, V. H., Moya, S. P., & Blazquez, R. A. (2021). Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women and birth*, 34(5), 465-472.
- Hammad, W. A. B., Al Beloushi, M., Ahmed, B., & Konje, J. C. (2021). Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy—an overview. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 263, (2021),106-118
- Luo, Q., Yao, D., Xia, L., Cheng, Y., & Chen, H. (2021). Characteristics and Pregnancy Outcomes of Asymptomatic and Symptomatic Women with COVID-19: Lessons from Hospitals in Wuhan. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 15(4), 463-469.
- Mulvey, J. J., Magro, C. M., Ma, L. X., Nuovo, G. J., & Baergen, R. N. (2020). Analysis of complement deposition and viral RNA in placentas of COVID-19 patients. *Annals of diagnostic pathology*, 46(6), 151530.
- Palatnik, A., & McIntosh, J. J. (2020). Protecting labor and delivery personnel from COVID-19 during the second stage of labor. *American journal of perinatology*, 37(08), 854-856.
- Pavlidis, P., Eddy, K., Phung, L., Farrington, E., Connolly, M., Lopes, R., ... & Vogel, J. P. (2021). Clinical guidelines for caring for women with COVID-19 during pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period. *Women and Birth*, 34(5), 455-464.

- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*, 109(6), 102433.
- Ryan, G. A., Purandare, N. C., McAuliffe, F. M., Hod, M., & Purandare, C. N. (2020). Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(8), 1235-1245.
- Sahin, B. M., & Kabakci, E. N. (2021). The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*, 34(2), 162-169.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy: review articles. *Cardiovascular journal of Africa*, 27(2), 89-94.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition / Supplement*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- World Health Organization. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Available from: <https://covid19.who.int/table>
- Villar, J., Ariff, S., Gunier, R. B., Thiruvengadam, R., Rauch, S., Kholin, A., ... & Papageorghiou, A. T. (2021). Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA pediatrics*.178(8), 817- 826.

