



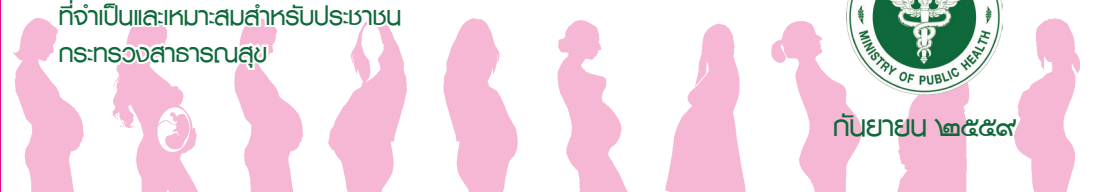
แนวทางการตรวจสุขภาพ ที่จำเป็นและเหมาะสม สำหรับหญิงมีครรภ์



คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน
กระทรวงสาธารณสุข



กันยายน ๒๕๕๗





แนวทางการตรวจสุขภาพ ที่จำเป็นและเหมาะสม สำหรับหญิงมีครรภ์



คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน
กระทรวงสาธารณสุข



แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

ISBN 978-974-422-813-0

คณะบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณสมพร ศิรินาวิน

ศาสตราจารย์พิเศษ ลุมพิกานนท์

รองศาสตราจารย์เอกชัย โควาวีสารัช

นายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ



จัดพิมพ์และเผยแพร่

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 6395

โทรสาร 0 2965 9844

www.dms.moph.go.th/imrta

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2559

จำนวน 4,000 เล่ม

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

หลักการของแนวทางการตรวจสุขภาพ ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

แนวทางฉบับนี้เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของสังคม โดยหวังผลในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะในแนวทางฉบับนี้มีใช้ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติตามดุลพินิจภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัย และเหตุการณ์ที่มีอยู่

คำนำ

สืบเนื่องจาก มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 มติ 1 พ.ศ. 2556 ขอให้กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับแพทยสภา สภาวิชาชีพ สถาบันวิชาการและหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ดำเนินการพัฒนาแนวทางและส่งเสริมการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน โดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเป็นปัจจุบัน เพื่อพิจารณากำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยผ่านการประชาพิจารณ์จากผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้แทนจากสถานบริการสุขภาพ มีการทบทวน ปรับแก้ไข เพื่อให้มีความเหมาะสมทั้งด้านวิชาการและการนำไปปฏิบัติ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน กระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงาน กอปรกับการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่องแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2558 มีข้อเสนอให้จัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์เพิ่มเติม เพื่อให้ประชากรกลุ่มหญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลด้านการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อันจะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

ขอขอบคุณ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย
กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ให้การสนับสนุน
และร่วมดำเนินการจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับ
หญิงมีครรภ์ คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม
สำหรับประชาชน ยินดีรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ คำวิจารณ์ต่างๆ ที่จะช่วย
ในการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์
ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป



นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา

อธิบดีกรมการแพทย์

และ ประธานคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	
• หลักการและเหตุผล	1
• คำนิยาม	3
• วัตถุประสงค์	4
• กลุ่มเป้าหมาย	4
• ขอบเขต	4
• กระบวนการจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพ ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์	4
• คุณภาพหลักฐาน	6
• แหล่งทุนและผลประโยชน์ทับซ้อน	8
แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์	9
• การประเมินสุขภาพและการฝากครรภ์ทั่วไป 5 ครั้ง (ANC 5 ครั้ง)	16
• การซักประวัติ	17
• การตรวจร่างกาย	26
• การประเมินสภาวะสุขภาพ	28
• การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	29
• ตรวจการติดเชื้อที่ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก	30
• การคัดกรองความผิดปกติโดยอัลตราซาวด์ (Ultrasound) และสุขภาพทารกในครรภ์	31
• การให้ยาเสริม	32
• การให้วัคซีน	33

- การให้ความรู้แก่พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก 34
- การให้คำแนะนำเพื่อการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด 34
- เอกสารอ้างอิง 35

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก แบบประเมินสภาวะสุขภาพ 42
 - แบบประเมินความเครียด 43
 - แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 44
 - ประเมินปัญหาการดื่มสุรา 45
 - แบบทดสอบวัดระดับการติดยาโคโคติน 47
 - แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ช้ำยาและสารเสพติด
เพื่อรับการบำบัดรักษา 49
- ภาคผนวก ข คำสั่งแต่งตั้ง 51
 - คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและ
เหมาะสมสำหรับประชาชน
(คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1022/2558
ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2558) 52
 - คณะทำงานจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและ
เหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์
(คำสั่งกรมการแพทย์ที่ 178/2559 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2559) 55
- ภาคผนวก ค ตารางแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและ
เหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ 59

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์	10
ตารางที่ 1.1	การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมิน สภาวะสุขภาพ ในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม สำหรับหญิงมีครรภ์	12
ตารางที่ 1.2	การตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจสุขภาพที่จำเป็น และเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์	14
ตารางที่ 1.3	การให้ยาเสริม การให้วัคซีน และการให้ความรู้แก่พ่อแม่ (โรงเรียนพ่อแม่) ในการตรวจสุขภาพที่จำเป็น และเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์	15

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 ตารางเปรียบเทียบความสูงยอดมดลูกกับอายุครรภ์เป็นสัปดาห์

หน้า

28

บทนำ

■ หลักการและเหตุผล

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ได้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 พบว่าประชาชนบางส่วนไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือป่วยเป็นโรค โดยประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นเบาหวาน และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลายชนิดสามารถตรวจพบได้ด้วยวิธีที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค และบำบัดรักษาได้ตั้งแต่วัยที่ยังไม่มีอาการผิดปกติ ในขณะเดียวกัน ประชาชนบางส่วนได้รับการตรวจสุขภาพเกินจำเป็นและไม่สมเหตุผล ส่วนใหญ่เป็นการตรวจโรคโดยให้ความสำคัญกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งหลายรายการยังขาดข้อมูลสนับสนุนด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่เพียงพอ ส่วนหนึ่งเกิดจากความเคยชินที่ปฏิบัติสืบต่อกันมายาวนาน ประกอบกับขาดการกำหนดการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม การให้ความรู้และคำแนะนำประชาชนให้รู้เท่าทันต่อเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไม่เพียงพอ

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 66 ล้านคน สิทธิการดูแลรักษาด้านสุขภาพอยู่ภายใต้ 3 กองทุน

สุขภาพหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือสวัสดิการของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งสิทธิที่ประชาชนได้รับในการตรวจสุขภาพจากกองทุนและสวัสดิการมีความแตกต่างกันมาก ในแต่ละปีมีจำนวนหญิงมีครรภ์มากกว่าแปดแสนคนจากทั้งสามกองทุน โดยได้รับบริการในสถานบริการของรัฐตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ตลอดจนโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทย์ต่างๆ และสถานบริการในภาคเอกชน โดยมีแนวทางการดำเนินการที่หลากหลายและแตกต่างกัน และผลสืบเนื่องจากมติการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนในวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ขอให้กรมการแพทย์เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับหน่วยงานวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ดำเนินการจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

เพื่อให้หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในบริบทของประเทศไทย คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน กระทรวงสาธารณสุข จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ เพื่อให้ดำเนินการจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานบริการสุขภาพต่อไป

■ คำนิยาม

การตรวจสุขภาพ หมายถึง การตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงภาวะผิดปกติ หรือโรค เพื่อนำไปสู่การป้องกัน (เช่น การปรับพฤติกรรม) การส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับการตรวจ หรือให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก

การตรวจสุขภาพในที่นี้ ไม่รวมถึง (1) การตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่มาขอปรึกษาแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย หรือภาวะความผิดปกติใดๆอย่างหนึ่ง และ (2) การตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่มีโรค หรือภาวะเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น

การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม หมายถึง การตรวจสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชา โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย ที่มุ่งเน้นการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการตรวจร่างกาย ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะทำเฉพาะรายการที่มีข้อมูลหลักฐานที่บ่งชี้แล้วว่ามีประโยชน์คุ้มค่าแก่การตรวจ เพื่อค้นหาโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และนำไปสู่การป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพ และการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

หญิงมีครรภ์ ในที่นี้หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ และไม่เคยทราบว่าเป็นโรค หรือมีอาการ/อาการแสดงผิดปกติ ที่เกี่ยวข้องกับรายการของการตรวจสุขภาพที่จะรับการตรวจ

■ วัตถุประสงค์

1. เป็นแนวทางการจัดการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมแก่หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพ
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดำเนินการให้เกิดการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์
3. เป็นแนวทางส่งเสริมการทำความเข้าใจสำหรับภาคประชาชนในการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

■ กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

■ ขอบเขต

เป็นแนวทางในการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ

■ กระบวนการจัดทำแนวทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน โดยมีอธิบดีกรมการแพทย์ เป็นประธาน

คณะกรรมการฯ และสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรรมการแพทย์ เป็นฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่
1022/2558 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2558)

2) ประธานคณะกรรมการฯ แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการตรวจ
สุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ซึ่งได้รับความร่วมมือและ
สนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
ตามคำสั่งกรมการแพทย์ที่ 178/2559 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2559 โดยมี ที่ปรึกษา
กรรมการแพทย์ เป็นประธานคณะทำงานฯ และประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย เป็นประธานร่วม โดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
ทางการแพทย์ กรรมการแพทย์ เป็นฝ่ายเลขานุการคณะทำงานฯ

3) คณะทำงานฯ ประชุมเพื่อกำหนดขอบเขตและรูปแบบการดำเนินงาน

4) ทบทวน รวบรวมสถานการณ์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

5) จัดทำร่างแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับ
หญิงมีครรภ์

6) จัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแนวทางการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ โดยคณะผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ
และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แนวทางการตรวจสุขภาพที่จัดทำขึ้น มีความ
เหมาะสมทั้งด้านวิชาการ และการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ

7) คณะทำงานฯ ทบทวน ปรับปรุงแก้ไขและจัดทำต้นฉบับแนวทาง
การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

8) ทบทวนต้นฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญ

■ คุณภาพหลักฐาน (Quality of Evidence)

ประเภท ก หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- ก1 การทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์
แปรรฐาน (meta-analysis) ของการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-
ควบคุม (randomized controlled, clinical trials) หรือ
- ก2 การศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย
1 ฉบับ (a well-designed, randomized-controlled clinical
trial)

ประเภท ข หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- ข1 การทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง
(systematic review of non-randomized controlled clinical
trials) หรือ
- ข2 การศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพดีเยี่ยม (well-
designed, non-randomized controlled clinical trial) หรือ
- ข3 หลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort
studies) หรือการศึกษาวิเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case-
control studies) ที่ได้รับการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี ซึ่งมาจาก
สถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/กลุ่ม หรือ
- ข4 หลักฐานจากพหุกาลานุกรม (multiple time series) ซึ่งมีหรือไม่มี
มาตรการดำเนินการ หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิก

รูปแบบอื่น หรือทดลองแบบไม่มีการควบคุม ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติมาตรการที่เด่นชัดมาก เช่น ผลของการนํายาพื้นนํชิลินมาใช้ใน พ.ศ. 2480 จะได้รับการจัดอยู่ในหลักฐานประเภทนี้

ประเภท ค หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- ค1 การศึกษาพรรณนา (descriptive studies) หรือ
- ค2 การศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)

ประเภท ง หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- ง1 รายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับความเห็นพ้องหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ บนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก หรือ
- ง2 รายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่ม และคณะผู้ศึกษาต่างคณะอย่างน้อย 2 ฉบับ

รายงานหรือความเห็นที่ไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์แบบมีระบบ เช่น เกร็ดรายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (anecdotal report) ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะราย จะไม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นหลักฐานที่มีคุณภาพในการจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพฯ ฉบับนี้

■ แหล่งทุนและผลประโยชน์ทับซ้อน (Financial disclosure and conflict of interest)

ในการจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ฉบับนี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ การดำเนินการไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ

**แนวทางการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสม
สำหรับหญิงมีครรภ์**

ตารางที่ 1 การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

	กิจกรรม การฝากครรภ์/ อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ครั้งแรก	ครั้งที่สอง	ครั้งที่สาม	ครั้งที่สี่	ครั้งที่ห้า		
		5 - 12	13 - 18	19 - 26	27 - 32	33 - 38	39 - 40	41
1	การซักประวัติ	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *
2	การตรวจร่างกาย							
	วัดสัญญาณชีพ							
	ความดันโลหิต	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *
	ชีพจร	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *
	ชั่งน้ำหนัก	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *
	วัดส่วนสูง	← *						
	คำนวณค่าดัชนีมวลกาย	← *						
	ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน	← *						
	ตรวจทางสูตินรีเวช							
	ตรวจภายใน	← *						
	วัดความสูงยอดมดลูก (Fundal height)	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *
ฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) [†]		← *	← *	← *	← *	← *	← *	
3	การประเมินสภาวะสุขภาพ							
ตรวจคัดกรองภาวะซีด/ประเมินความเครียด	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *	
ตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่/การดื่มสุรา/การใช้ยาและสารเสพติด	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *	
4	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ							
ตรวจหมู่เลือด ABO และ Rh	← *							
Hct/Hb [†]	← *			← *				
OF หรือ MCV ร่วมกับ DCIP	← *							
ตรวจคัดกรองเบาหวาน	← ————— ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความเสี่ยง ————— →							
Urine dipstick test								
Nitrate/Leukocyte esterase	← *							
Proteinuria/Glucosuria	← *	← *	← *	← *	← *	← *	← *	
ตรวจการติดเชื้อที่ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก								
HBsAg (ตับอักเสบบี)	← *							
Anti-HIV (เอช ไอ วี) [†]	← *			← *				
Syphilis (VDRL/RPR) (ซิฟิลิส) [†]	← *			← *				

การซักถามให้เจ็บครรภ์ตลอด เมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์

ตารางที่ 1 การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ (ต่อ)

	กิจกรรม การฝากครรภ์/ อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ครั้งแรก	ครั้งที่สอง	ครั้งที่สาม	ครั้งที่สี่	ครั้งที่ห้า		
		5 - 12	13 - 18	19 - 26	27 - 32	33 - 38	39 - 40	41
5	การตรวจอื่นๆ							
	Ultrasound							
	กรณีทราบ LMP ที่แน่นอน		← * →					
	กรณีไม่ทราบ LMP ที่แน่นอน	← * →	← * →					
	นับจำนวนครั้งที่ทารกดิ้น (Fetal Movement count) ทำโดยหญิงมีครรภ์				← ทำทุกวัน → (32 สัปดาห์เป็นต้นไป)			
6	การให้ยาเสริม (ขนาดยาต่อวัน)							
	Folic (ไม่น้อยกว่า 0.40 mg)	← กินทุกวัน →						
	Iodine (ไม่น้อยกว่า 0.15 mg)	← กินทุกวัน →						
	Iron (ไม่น้อยกว่า 60.81 mg)	← กินทุกวัน →						
	Calcium (ไม่น้อยกว่า 1000 mg)			← กินทุกวัน (20 สัปดาห์เป็นต้นไป) →				
7	การให้วัคซีน							
	dT (วัคซีนคอตีบและบาดทะยัก)	← * →	← * →					← * →
	Influenza vaccine (Inactivated type, Trivalent หรือตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข)		← * → (16 สัปดาห์เป็นต้นไป)					
8	การให้ความรู้แก่พ่อแม่ (โรงเรียนพ่อแม่)							
	เรื่องทันตสุขภาพ และการใช้ยา	← * →						
	เรื่องพัฒนาการทารก โภชนาการ และการดูแลสุขภาพแม่ลูกในครรภ์		← * →					
	เรื่องการออกกำลังกาย และการนวดกระชับผิวพัน			← * →				
	เรื่องการคลอด การเตรียมตัวก่อนคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				← * →			

การชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด เมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์

* = แนะนำให้ทำ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาดังกล่าว

[†] ฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ตรวจทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์เป็นต้นไป

[‡] Hct/Hb, Anti-HIV, Syphilis ตรวจ 2 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือการฝากครรภ์ครั้งที่ อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)

ตารางที่ 1.1 การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสภาวะสุขภาพ
ในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

รายการ	ความถี่/อายุครรภ์	*
การซักประวัติ	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ง1
การตรวจร่างกาย		
<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ		ง1
- ความดันโลหิต	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ง1
- ชีพจร	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ง1
<input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ง1
<input type="checkbox"/> วัดส่วนสูง	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ง1
<input type="checkbox"/> คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ง1
<input type="checkbox"/> ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ค1
<input type="checkbox"/> ตรวจทางสูตินรีเวช		
- ตรวจภายใน	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ข4
- การวัดความสูงยอดมดลูก (Fundal height)	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ง1
- เสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound)	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์เป็นต้นไป	ง1
<input type="checkbox"/> ตรวจอื่นๆ		
- Ultrasound	- กรณีทราบ LMP ที่แน่นอน ตรวจ 1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งที่สอง (อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์) - กรณีไม่ทราบ LMP ที่แน่นอน ตรวจ 2 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และการฝากครรภ์ครั้งที่สอง (อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์)	ก1

ตารางที่ 1.1 การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสภาวะสุขภาพ
ในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์
(ต่อ)

รายการ	ความถี่/อายุครรภ์	*
- นับจำนวนครั้งที่ทารกดิ้น (Fetal movement count) ทำโดยหญิงมีครรภ์	นับด้วยตนเองทุกวัน เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป	ง1
การประเมินสภาวะสุขภาพ		
<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองภาวะซีมเศร้า/ ประเมินความเครียด	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ค1
<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่/ การดื่มสุรา/การใช้ยา และสารเสพติด	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ค1

BMI = body mass index

* = คุณภาพของหลักฐาน (quality of evidence)

ตารางที่ 1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

รายการ	ความถี่/อายุครรภ์	*
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<input type="checkbox"/> การตรวจหมู่เลือด ABO และ Rh	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ง1
<input type="checkbox"/> Hct/Hb	2 ครั้ง การฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)	ง1
<input type="checkbox"/> OF หรือ MCV ร่วมกับ DCIP	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ค1
<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองเบาหวาน	ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความเสี่ยง	ก1
<input type="checkbox"/> Urine dipstick test		
- Nitrate/Leukocyte esterase	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ข3
- Proteinuria/Glucosuria	ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	ข2
<input type="checkbox"/> ตรวจการติดเชื้อ		
- HBsAg (ตับอักเสบบี)	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ค1
- Anti-HIV (เอช ไอ วี)	2 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)	ง1
- Syphilis (VDRL/RPR) (ซิฟิลิส)	2 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)	ง1

ABO = ABO blood group

Rh = Rh blood group

Hct = hematocrit

Hb = hemoglobin

OF = osmotic fragility

MCV = mean corpuscular volume

DCIP = dichlorophenol indophenol precipitation test

HBsAg = hepatitis B surface antigen

Anti-HIV = human immunodeficiency virus antibody

ตารางที่ 1.3 การให้ยาเสริม การให้วัคซีน และการให้ความรู้แก่พ่อแม่
(โรงเรียนพ่อแม่) ในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม
สำหรับหญิงมีครรภ์

รายการ	ความถี่/อายุครรภ์	*
การให้ยาเสริม (ขนาดยาต่อวัน)		
<input type="checkbox"/> Folic (ไม่น้อยกว่า 0.40 mg)	แนะนำให้กินทุกวัน	ก1
<input type="checkbox"/> Iron (ไม่น้อยกว่า 60.81 mg)	แนะนำให้กินทุกวัน	ก1
<input type="checkbox"/> Iodine (ไม่น้อยกว่า 0.15 mg)	แนะนำให้กินทุกวัน	ก1
<input type="checkbox"/> Calcium (ไม่น้อยกว่า 1000 mg)	แนะนำให้กินทุกวัน เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์เป็นต้นไป	ก1
การให้วัคซีน		
<input type="checkbox"/> dT (วัคซีนคอตีบและบาดทะยัก)	3 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครั้งที่สอง (อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์) และเมื่ออายุครรภ์ 39-40 สัปดาห์	ง1
<input type="checkbox"/> Influenza vaccine (Inactivated type, Trivalent หรือตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข)	1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์เป็นต้นไป	ก2
การให้ความรู้แก่พ่อแม่ (โรงเรียนพ่อแม่)		
<input type="checkbox"/> เรื่องทันตสุขภาพ และการใช้ยา	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	ง1
<input type="checkbox"/> เรื่องพัฒนาการทารก โภชนาการ และการดูแลสุขภาพแม่ลูกในครรภ์	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งที่สอง (อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์)	ง1
<input type="checkbox"/> เรื่องการออกกำลังกายและการนวดกระชับผิว	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งที่สาม (อายุครรภ์ 19-26 สัปดาห์)	ง1
<input type="checkbox"/> เรื่องการคลอด การเตรียมตัวก่อนคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ (อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)	ง1

dT = diphtheria tetanus vaccine

* = คุณภาพของหลักฐาน (quality of evidence)

การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม สำหรับหญิงมีครรภ์

■ การประเมินสุขภาพและการฝากครรภ์ทั่วไป 5 ครั้ง (ANC 5 ครั้ง)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ^{1, 2} พบว่าการฝากครรภ์ที่มีจำนวนครั้งมากของประเทศที่ร่ำรวยนั้น สามารถลดจำนวนการฝากครรภ์ลงได้ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ในขณะที่เดียวกันการฝากครรภ์น้อยครั้งของประเทศที่ยากจน มีผลให้ไม่สามารถป้องกันอันตรายได้เพียงพอ คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2002³ แนะนำการฝากครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์ 5 ครั้ง ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมกับประเทศไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้ การเริ่มฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์ยังช่วยประเมินอายุครรภ์ได้อย่างถูกต้อง และช่วยวินิจฉัยภาวะครรภ์แฝดได้แต่แรก ซึ่งมีผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตหลังคลอด⁴

การฝากครรภ์ 5 ครั้ง มีเกณฑ์อายุครรภ์ ดังนี้

- ครั้งแรก: เมื่ออายุครรภ์ 5-12 สัปดาห์
- ครั้งที่สอง: เมื่ออายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์
- ครั้งที่สาม: เมื่ออายุครรภ์ 19-26 สัปดาห์
- ครั้งที่สี่: เมื่ออายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์
- ครั้งที่ห้า: เมื่ออายุครรภ์ 33-38 สัปดาห์

กรณี: เมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์ แนะนำการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด

■ การซักประวัติ

1. การฝากครรภ์ครั้งแรก (อายุครรภ์ 5-12 สัปดาห์)

สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ:

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม

- ชื่อ – สกุล
- อายุ (วันเดือนปีเกิด)
- ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา มัธยมศึกษา มหาวิทยาลัย)
- อ่านออกเขียนได้หรือไม่
- รายได้: มีงานทำ หรือตกงาน (เงินเดือน หรือรายได้ต่อวัน)
- ลักษณะงานและตำแหน่งงานของหญิงมีครรภ์และสามี
- ลักษณะที่อยู่อาศัย ขนาดและจำนวนผู้อยู่อาศัย
- ลักษณะสุขอนามัย: ชนิดของส้วม แหล่งน้ำใช้
- ไฟฟ้าและพลังงานที่ใช้
- การประกอบอาหาร
- การสูบบุหรี่ รวมถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ เช่น สูบบุหรี่มือสอง (second-hand tobacco smoke)
- การดื่มสุรา
- การใช้ยาและสารเสพติด
- การแพ้ยา

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย

- โรคหรือภาวะผิดปกติที่เคยเป็น:
 - โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคลมชัก วัณโรค
 - โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - การติดเชื้อเอชไอวี
 - โรคที่พบบ่อยในพื้นที่ เช่น โรคตับอักเสบ มาลาเรีย ธาราล์สซีเมีย
 - โรคอื่นๆ เช่น โรคภูมิแพ้ หอบหืด ไข้มาลาเรีย
 - การผ่าตัดอื่นที่นอกเหนือไปจากการผ่าตัดคลอด
 - ประวัติการให้เลือดและ Rhesus (D) antibodies
 - การใช้ยาในปัจจุบัน
 - การมีบุตรยาก ตั้งแต่เมื่อใด ระยะเวลานานเท่าใด สาเหตุ

1.3 ประวัติทางสูติกรรม

- จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์
- วันเดือนปีของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ผลการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง (livebirth, stillbirth, abortion, ectopic pregnancy, hydatidiform mole) บอกรายละเอียดการคลอด ก่อนกำหนด ชนิดของการแท้งบุตร (ถ้าทราบ)
- ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน ให้เจาะจงด้วยว่าเป็นการตั้งครรภ์ครั้งใด ซึ่งควรยืนยันด้วยการดูจากบันทึกทางการแพทย์ด้วย (ถ้าเป็นไปได้)

- การแท้งเป็นอาเจินในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
- การทำแท้งและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- โรคหลอดเลือดดำอุดตัน
- โรคความดันโลหิตสูง ภาวะ pre-eclampsia หรือ eclampsia
- รกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption)
- รกเกาะต่ำ (placenta previa)
- การคลอดทารกที่มีส่วนนำเป็นก้น (breech) หรือแนวขวาง (transverse lie)
- การคลอดติดขัด (obstructed labour) รวมทั้ง การคลอดยาก (dystocia)
- การฉีกขาดของปากช่องคลอดระดับสาม (third-degree tears)
- การตกเลือดในระยะที่สามชนิดรุนแรง
- การติดเชื้อหลังคลอด (puerperal sepsis)
- ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes)
- o การผ่าตัดทางสูติกรรม (obstetric operations)
 - การผ่าตัด cesarean section (และข้อบ่งชี้)
 - การใช้คีมช่วยคลอด (forceps extraction) หรือการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction)
 - การคลอดทารกที่มีส่วนนำเป็นก้นทางช่องคลอด (vaginal breech delivery)

- การล้วงรก (manual removal of the placenta)
- o การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อทารกในระยะปริกำเนิดของการคลอดครั้งก่อน ระบุด้วยว่าการตั้งครรภ์ใดและดูประวัติจากการบันทึกด้วย
 - การตั้งครรภ์แฝดสอง หรือมากกว่า
 - ทารกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birthweight)
 - ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation) (ถ้ามีข้อมูลยืนยัน)
 - เกิดผลกระทบจากภาวะ rhesus-antibody (erythroblastosis, hydrops)
 - คลอดทารกวิรูปหรือโครโมโซมผิดปกติแต่กำเนิด
 - ทารกแรกคลอดน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (macrosomia)
 - ทารกแรกคลอดได้รับการกู้ชีพหรือมีการรักษาอื่นใด
 - ประวัติทารกตายในระยะปริกำเนิด (ตายคลอด ทารกตาย หรือเสียชีวิตภายใน 7 วัน หลังคลอด)
- o น้ำหนักทารกแรกเกิด (ถ้าทราบ)
- o เพศทารก
- o ระยะเวลาของการให้นมแม่อย่างเดียว เมื่อใด และให้นานเท่าใด

1.4 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

- วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstrual period, LMP) ความแน่นอนของ LMP (ความสม่ำเสมอจำได้แน่นอนหรือไม่ และข้อมูลเกี่ยวข้องที่จำเป็น)
- ภาวะผิดปกติใดๆ (ปวด เลือดออกทางช่องคลอด อื่นๆ: ระบุ)

2. การฝากครรภ์ครั้งที่สอง (อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์)

สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ:

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม

- o สอบถามการเปลี่ยนแปลงจากการฝากครรภ์ครั้งแรก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด

2.2 ประวัติการเจ็บป่วย

- o ติดตามประวัติการเจ็บป่วยในการฝากครรภ์ครั้งแรก
- o สอบถามโรค การบาดเจ็บ หรือภาวะอื่นๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากการมาฝากครรภ์ครั้งแรก
- o ชักประวัติการกินยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟเลต หรือแคลเซียม
- o ชักประวัติการกินยาเสริมธาตุเหล็ก (ความสม่ำเสมอ)
- o การรับการตรวจรักษาจากแพทย์อื่นๆ การรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการลาพัก เนื่องจากความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์นี้

2.3 ประวัติทางสูติกรรม

- ซักประวัติสูติกรรมเพิ่มเติมจากการฝากครรภ์ครั้งแรก

2.4 การตั้งครรภ์ปัจจุบัน

- บันทึกอาการและอาการแสดงหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากฝากครรภ์ครั้งแรก เช่น อาการปวด เลือดออก มีน้ำออกทางช่องคลอด (ใช้น้ำคร่ำหรือไม่) อาการหรืออาการแสดงของภาวะโลหิตจางรุนแรง อาการหรืออาการแสดงอื่นๆ
- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอาการผิดปกติ (เช่น การบวม ปลายมือปลายเท้า หายใจถี่) ทั้งที่สังเกตได้โดยหญิงมีครรภ์เอง สามี หรือสมาชิกในครอบครัว
- การตื่นของทารกในครรภ์: ความรู้สึกว่าทารกตื่น บันทึกวันที่รู้สึกทารกตื่นครั้งแรก

3. การฝากครรภ์ครั้งที่สาม (อายุครรภ์ 19-26 สัปดาห์)

สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม

- สอบถามการเปลี่ยนแปลงจากการฝากครรภ์ครั้งที่สอง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด

3.2 ประวัติการเจ็บป่วย

- ติดตามประวัติการเจ็บป่วยในการฝากครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง

- สอบถามโรค การบาดเจ็บ หรือภาวะอื่นๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากการมาฝากครรภ์ครั้งที่สอง
- ซักประวัติการกินยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟเลต หรือแคลเซียม
- ซักประวัติการกินยาเสริมธาตุเหล็ก (ความสม่ำเสมอ)
- การรับการตรวจรักษาจากแพทย์อื่นๆ การรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการลาพัก เนื่องจากความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์นี้

3.3 ประวัติทางสูติกรรม

- ซักประวัติสูติกรรมเพิ่มเติมจากการฝากครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง

3.4 การตั้งครรภ์ปัจจุบัน

- บันทึกอาการและอาการแสดงหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังมาฝากครรภ์ครั้งที่สอง เช่น อาการปวดท้อง ปวดหลัง (เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด) เลือดออก มีน้ำออกทางช่องคลอด (น้ำคร่ำ) อาการหรืออาการแสดงอื่นๆ
- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอาการผิดปกติ (เช่น การบวม ปลายมือปลายเท้า หายใจถี่) ทั้งที่สังเกตได้โดยหญิงมีครรภ์เอง สามี หรือสมาชิกในครอบครัว
- การดิ้นของทารกในครรภ์

4. การฝากครรภ์ครั้งที่สี่ (อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)

สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม

- สอบถามการเปลี่ยนแปลงจากการฝากครรภ์ครั้งที่สาม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด

4.2 ประวัติการเจ็บป่วย

- ติดตามประวัติการเจ็บป่วยในการตรวจครรภ์สามครั้งก่อน
- สอบถามโรค การบาดเจ็บ หรือภาวะอื่นๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากการมาฝากครรภ์ครั้งที่สาม
- ชักประวัติการกินยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟเลต หรือแคลเซียม
- ชักประวัติการกินยาเสริมธาตุเหล็ก (ความสม่ำเสมอ)
- การรับการตรวจรักษาจากแพทย์อื่นๆ การรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการลาป่วยในระหว่างการตั้งครรภ์นี้ นับแต่การฝากครรภ์ครั้งที่สาม

4.3 ประวัติทางสูติกรรม

- ชักประวัติสูติกรรมเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของการคลอดครั้งก่อนๆ ที่ผ่านมา

4.4 การตั้งครรภ์ปัจจุบัน

- อาการและอาการแสดงนับแต่มาฝากครรภ์ครั้งที่สาม อาการปวด การหดตัวของมดลูก (อาการของการคลอดก่อนกำหนด) เลือดออก น้ำออกจากช่องคลอด (น้ำคร่ำ) หรืออาการอื่นๆ

- การเปลี่ยนแปลงรูปร่างหรือสรีระของร่างกายที่หญิงมีครรภ์
สามมี หรือครอบครัวสังเกตเห็นได้
- การดิ้นของทารกในครรภ์

5. การฝากครรภ์ครั้งที่ห้า (อายุครรภ์ 33-38 สัปดาห์)

สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม

- สอบถามการเปลี่ยนแปลงจากการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ เช่น
การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด

5.2 ประวัติการเจ็บป่วย

- ติดตามประวัติการเจ็บป่วยในการตรวจครรภ์สี่ครั้งก่อน
- สอบถามโรค การบาดเจ็บ หรือภาวะอื่นๆ ที่เกิดขึ้นหลังจาก
การมาฝากครรภ์ครั้งที่สี่
- ชักประวัติการกินยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาเสริมธาตุเหล็ก
ไอโอดีน โฟเลต หรือแคลเซียม
- ชักประวัติการกินยาเสริมธาตุเหล็ก (ความสม่ำเสมอ)
- การรับการตรวจรักษามาจากแพทย์อื่นๆ การรับการรักษา
ในโรงพยาบาล หรือการลาป่วยในระหว่างการตั้งครรภ์นี้
นับแต่การฝากครรภ์ครั้งที่สี่

5.3 ประวัติทางสูติกรรม

- ซักประวัติสูติกรรมเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของการคลอดครั้งก่อนๆ ที่ผ่านมา

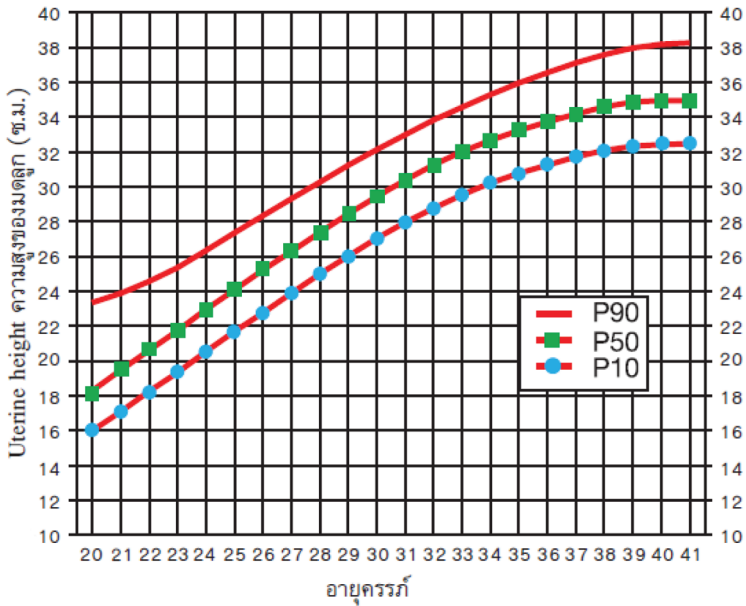
5.4 การตั้งครรภ์ปัจจุบัน

- อาการและอาการแสดงนับแต่มาฝากครรภ์ครั้งที่สี่ อาการปวด การหดตัวของมดลูก (อาการของการคลอดก่อนกำหนด) เลือดออก น้ำออกจากช่องคลอด (น้ำคร่ำ) หรืออาการอื่นๆ
- การเปลี่ยนแปลงรูปร่างหรือสรีระของร่างกายที่หญิงมีครรภ์สามี หรือครอบครัวสังเกตเห็น
- การดิ้นของทารกในครรภ์

■ การตรวจร่างกาย

- การวัดความสูง (เมตร) และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยใช้น้ำหนักตอนที่ยังไม่ตั้งครรภ์ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของหญิงมีครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และชั่งน้ำหนัก (กิโลกรัม) ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
- การวัดความดันโลหิตและตรวจซีพจร ควรทำและบันทึกในการฝากครรภ์ทุกครั้ง
- การตรวจอาการแสดงของ severe anemia โดยดูลักษณะซีดของผิวหนัง เยื่อบุตา เยื่อบุกระพุ้งแก้ม ปลายลิ้น หายใจตื้น และเล็บ
- การตรวจการหายใจและฟังเสียงหัวใจของหญิงมีครรภ์

- การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ตรวจในการฝากครรภ์ครั้งแรก และหากพบความผิดปกติควรส่งต่อเพื่อทำการรักษา
- การตรวจลักษณะหัวนมและลานนม ตรวจในการฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อดูความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่หากพบความผิดปกติ ควรตรวจซ้ำ
- การตรวจภายใน เพื่อค้นหาภาวะติดเชื้อช่องคลอดแบบไม่แสดงอาการ (asymptomatic vaginitis) ตรวจ 1 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และไม่ควรเกินการฝากครรภ์ครั้งที่สอง เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด⁵
- การวัดความสูงยอดมดลูกในการฝากครรภ์ทุกครั้ง
 - หากอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ใช้ตำแหน่งทางกายวิภาค (anatomical landmark)
 - หากอายุครรภ์ตั้งแต่ 20-34 สัปดาห์ ใช้หน่วยวัดเป็นเซนติเมตร (อ้างอิงจาก The WHO Reproductive Health Library, RHL) และใช้ตารางบันทึกระดับยอดมดลูก ตามภาพที่ 1 หรือใช้ตารางที่มีใช้อยู่แล้ว
- การฟังเสียงหัวใจทารก (fetal heart sound) ตรวจทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์เป็นต้นไป



ภาพที่ 1 ตารางเปรียบเทียบความสูงยอดมดลูกกับอายุครรภ์เป็นสัปดาห์
แหล่งที่มา : คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก

■ การประเมินสภาวะสุขภาพ

หญิงมีครรภ์ควรได้รับการประเมินสุขภาพจิต⁶ เนื่องจากมีโอกาสเกิดความเครียดจากสาเหตุต่างๆ ได้มาก ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้แบบประเมินคัดกรองด้วยตนเองหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คัดกรองทุกครั้งที่ฝากครรภ์ โดยมีแบบประเมิน 3 แบบ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก⁷ ดังนี้

- แบบประเมินความเครียด (ST-5)
- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)
- แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา

รวมทั้ง การประเมินปัญหาการสูบบุหรี่⁸/การใช้ยาและสารเสพติด ในหญิงมีครรภ์ด้วยแบบทดสอบระดับสารนิโคตินในปวรี (Fagerstrom test for nicotine dependence) ส่วนผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดควรประเมินการใช้สารเสพติดด้วย แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา (V.2)

■ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การตรวจหมู่เลือด ABO และหมู่เลือด Rh คัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะการแตกของเม็ดเลือดแดง (hemolysis) จากหมู่เลือดไม่เข้ากัน (ABO blood group incompatibility)
- การตรวจความเข้มข้นของเลือด (hematocrit, Hct; hemoglobin, Hb) ตรวจคัดกรองภาวะซีด ตรวจ 2 ครั้ง ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)
- การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวาน⁹ ตรวจคัดกรองตามความเสี่ยงที่กำหนดในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557
- การตรวจปัสสาวะ (Urine dipstick test)¹⁰
 - Nitrate/Leukocyte esterase¹¹ ตรวจแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ ในกรณีที่เกิดการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria) โดยการตรวจแบบ combination ทั้ง nitrate และ leukocyte esterase กรณีที่ผลอันใดอันหนึ่งเป็นบวก มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 64 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.2

- Proteinuria¹²/ Glucosuria การคัดกรองโปรตีนในปัสสาวะ มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษในระยะแรกเริ่ม การตรวจโดย urinary dipstick for albumin มีความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 83 - 98 และมีความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ ร้อยละ 59 - 86 ขึ้นกับชนิดของชุดตรวจ¹³

ตรวจการติดเชื้อที่ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก

หญิงมีครรภ์และสามีควรได้รับการปรึกษาแบบคู่ เพื่อการตรวจหาการติดเชื้อ และโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย ตับอักเสบบี เอช ไอ วี และซิฟิลิส

- การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ตรวจเม็ดเลือดแดงด้วยวิธี osmotic fragility (OF) หรือ พิจารณาจากค่า mean corpuscular volume (MCV) ร่วมกับ dichlorophenol indophenol precipitation test (DCIP)¹⁴ หากผลเป็นบวก ส่งตรวจ hemoglobin typing เพื่อการวินิจฉัย และรักษา
- การตรวจหาภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)¹⁵ สหประชาคมโรคตับ แห่งประเทศไทยแนะนำให้ตรวจคัดกรองตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก เนื่องจากหากมีข้อบ่งชี้ในการรักษา ซึ่งอาจต้องเริ่มให้ยาต้านไวรัสตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ และต้องส่งต่อทารกให้รับการฉีดวัคซีน และ hepatitis B immune globulin (HBIG) ร่วมด้วย

- การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV)¹⁶ หญิงมีครรภ์ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี 2 ครั้ง คือ ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์)
- การตรวจซิฟิลิส (Syphilis) (Venereal Diseases Research Laboratory test, VDRL)/Rapid Plasma Reagin, RPR)¹⁷
 - การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสยังคงมีความสำคัญ เนื่องจากการรักษาที่เหมาะสมสามารถลดพยาธิสภาพที่จะเกิดกับทารกที่แม่ติดเชื้อได้
 - การตรวจคัดกรองซิฟิลิสควรทำอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (หรือการฝากครรภ์ครั้งที่สี่ อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์) ในรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 32 สัปดาห์ หรือตรวจครั้งที่สอง เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ควรทำการตรวจด้วยวิธีที่สามารถรู้ผลในวันที่ได้รับการตรวจเลือด หากพบผลผิดปกติให้การรักษาโดยเร็วที่สุด
 - RPR¹⁸ มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 73.13 และ diagnostic efficiency ร้อยละ 86.22

■ การคัดกรองความผิดปกติโดยอัลตราซาวด์ (Ultrasound) และสุขภาพทารกในครรภ์

- Ultrasound³
 - กรณัทรอบวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) ที่แน่นอน (certain date) ตรวจอัลตราซาวด์ 1 ครั้ง ในการฝากครรภ์

ครั้งที่สอง (อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์) เพื่อวินิจฉัยภาวะครรภ์แฝด ภาวะทารกวิรูป หรือความผิดปกติที่รุนแรง และช่วยคำนวณอายุครรภ์

- กรณีไม่ทราบวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) ที่แน่นอน (uncertain date) ตรวจอัลตราซาวด์ 2 ครั้ง เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และฝากครรภ์ครั้งที่สอง (อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์) เพื่อวินิจฉัยภาวะครรภ์แฝด ภาวะทารกวิรูป หรือความผิดปกติที่รุนแรง และช่วยคำนวณอายุครรภ์

■ Fetal movement count แนะนำให้หญิงมีครรภ์นับจำนวนครั้งที่ทารกดิ้น ตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์จนกระทั่งคลอด และควรปฏิบัติทุกวัน เป็นการเพิ่มความตระหนักรู้ต่อสุขภาพของทารก วิธีการนับการดิ้นของทารกในครรภ์มี 2 วิธี ดังนี้

- วิธีของ Sadovsky และ Polishuk¹⁹ คือนับทารกดิ้น 3 เวลา หลังมื้ออาหาร ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 3 ครั้งต่อชั่วโมงแปลผลว่าผิดปกติ แนะนำให้พบแพทย์ทันที
- วิธีของ Pearson และ Weaver²⁰ นับการดิ้น 12 ชั่วโมง (9.00 AM - 9.00 PM) ใน 1 วัน ถ้าทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง แปลผลว่าผิดปกติ แนะนำให้พบแพทย์ทันที

■ การให้ยาเสริม

การให้ยาเสริมประจำวันสำหรับหญิงมีครรภ์ที่ไม่มีภาวะผิดปกติใดๆ ได้แก่

- Folic (ไม่น้อยกว่า 0.4 mg)^{21, 22} สามารถลดอุบัติการณ์ neural tube

defect ในทารกแรกเกิด²³ แนะนำให้ได้รับตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ 1 เดือน²⁴

- Iron (ไม่น้อยกว่า 60.81 mg)²⁰ สามารถลดความเสี่ยงภาวะทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะโลหิตจางและขาดธาตุเหล็ก
- Iodine (ไม่น้อยกว่า 0.15 mg)^{25, 26} ภาวะพร่องไอโอดีนระหว่างการตั้งครรภ์มีผลทำให้ทารก IQ ต่ำลง²⁷ ควรเสริมไอโอดีนในช่วงระยะของการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะ IQ ต่ำ
- Calcium²⁸ (ไม่น้อยกว่า 1000 mg = 2.5 g of calcium carbonate or 4 g of calcium citrate) ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์จนกระทั่งคลอด สามารถลดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ ในภูมิภาคที่ประชากร มีภาวะแคลเซียมต่ำ²⁹ แต่ไม่ได้ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ด้านอื่นๆ³⁰

■ การให้วัคซีน

- วัคซีนคอตีบและบาดทะยัก (dT)³¹
กรณีที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนคอตีบและบาดทะยักมาก่อน แนะนำให้ dT 3 เข็ม ที่ 0, 1, 7 เดือน
หากมีประวัติได้รับวัคซีนคอตีบและบาดทะยักครบ 3 เข็มมาก่อน และเข็มสุดท้ายไม่เกิน 10 ปี ไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนกระตุ้น แต่หากได้รับเข็มสุดท้ายมาเกิน 10 ปี กระตุ้นด้วย dT 1 เข็ม
- วัคซีนไข้วัดใหญ่ (inactivated type, trivalent)³²
แนะนำให้ฉีดก่อนช่วงการระบาดในแต่ละปี (ประมาณ พฤษภาคม ถึง มิถุนายน) และสามารถฉีดได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์เป็นต้นไป นอกจากนี้ ให้พิจารณาเป็นกรณีไป เพื่อลดการเจ็บป่วยที่ต้องนอน

โรงพยาบาลในไตรมาสที่สองและสาม ซึ่งสามารถลดอาการเจ็บป่วยของระบบทางเดินหายใจได้ ร้อยละ 29 และลดการเจ็บป่วยของทารกในช่วง 6 เดือนหลังคลอดได้ ร้อยละ 63 หากได้รับวัคซีนในช่วงไตรมาสที่สาม³³

■ การให้ความรู้แก่พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก³⁴

เพื่อให้มีความรู้ เข้าใจ ทักษะและทักษะที่ถูกต้องต่อการทำหน้าที่พ่อแม่ อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและเลี้ยงดูได้อย่างเหมาะสม โดยมีสื่อให้ความรู้สำหรับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก เช่น หนังสือ/ซีดีคู่มือโรงเรียนพ่อแม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- เรื่องทันตสุขภาพ และการใช้ยา
- เรื่องพัฒนาการทารก โภชนาการ และการดูแลสุขภาพแม่ลูกในครรภ์
- เรื่องการออกกำลังกาย และการนวดกระชับผิวก้น
- เรื่องการคลอด การเตรียมตัวก่อนคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

■ การชักนำเน่าน้ำเมื่อการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด (Induction Labor)³⁵

แนะนำการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด เมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

1. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015;(7):CD000934.
2. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD000934.
3. ภิศก ลุ่มพิกานนท์, ณรงค์ วินัยกุล, โฉมพิลาศ จงสมชัย. คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.
4. Whitworth M, Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2010;(4):CD007058.
5. Farr A, Kiss H, Holzer I, Husslein P, Hagmann M, Petricevic L. Effect of asymptomatic vaginal colonization with *Candida albicans* on pregnancy outcome. Acta Obstet Gynecol Scand 2015;94(9): 989-96.

6. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol* 2015;125(5): 1268-71.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
8. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-Hand Smoke Exposure in Pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2557.
10. Devillé WL, Yzermans JC, van Duijn NP, Bezemer PD, van der Windt DA, Bouter LM. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. *BMC Urol* 2004;4:4.
11. Sridech P, Tansupswatdikul P. Value of rapid nitrite screening test with or without leukocyte esterase test in detection of asymptomatic bacteriuria in Thai pregnant women. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2015;23:151-7.

12. Morris RK, Riley RD, Doug M, Deeks JJ, Kilby MD. Diagnostic accuracy of spot urinary protein and albumin to creatinine ratios for detection of significant proteinuria or adverse pregnancy outcome in patients with suspected pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4342.
13. Sarafidis PA, Riehle J, Bogojevic Z, Basta E, Chugh A, Bakris GL. A comparative evaluation of various methods for microalbuminuria screening. *Am J Nephrol* 2008;28(2):324-9.
14. Sangkitporn S, Sangkitporn S, Sangnoi A, Supangwiput O, Tanphaichitr VS. Validation of osmotic fragility test and dichlorophenol indophenol precipitation test for screening of thalassemia and Hb E. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005;36(6):1538-42.
15. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และซีเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2558.
16. สุขเมธ องค์กรบรรณคดี, ชิวฉินันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557 (ฉบับพกพา) (Essentials of HIV/AIDS Treatment and Prevention 2014 Thailand). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
17. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์; 2557.

18. Liu C, Ou Q, Chen H, Chen J, Lin S, Jiang L, et al. The diagnostic value and performance evaluation of five serological tests for the detection of *Treponema pallidum*. *J Clin Lab Anal* 2014;28(3): 204-9.
19. Sadovsky E, Polishuk WZ. Fetal movements in utero: nature, assessment, prognostic value, timing of delivery. *Obstet Gynecol* 1977;50(1):49-55.
20. Pearson JF, Weaver JB. Fetal activity and fetal wellbeing: an evaluation. *Br Med J* 1976;1(6021):1305-7.
21. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD004736.
22. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Guideline: Intermittent Iron and Folic Acid Supplementation in Non-Anaemic Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2012.
23. Berry RJ, Li Z, Erickson JD, Li S, Moore CA, Wang H, et al. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. China-U.S. Collaborative Project for Neural Tube Defect Prevention. *N Engl J Med* 1999;341(20):1485-90.

24. Committee on Genetics. Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects. American Academy of Pediatrics 1999;104(2)
25. Zimmermann MB. The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy. Paediatr Perinat Epidemiol 2012;26 Suppl 1:108-17.
26. Zhou SJ, Anderson AJ, Gibson RA, Makrides M. Effect of iodine supplementation in pregnancy on child development and other clinical outcomes: a systematic review of randomized controlled trials. Am J Clin Nutr 2013;98(5):1241-54.
27. Leung AM, Brent GA. Children of mothers with iodine deficiency during pregnancy are more likely to have lower verbal IQ and reading scores at 8-9 years of age. Evid Based Nurs 2014;17(3):86.
28. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Guideline: Calcium Supplementation in Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2013.
29. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev 2014;(6):CD001059.
30. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M, Medley N. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2015;(2):CD007079.

31. WHO. Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire No. 20. World Health Organization 2006;81:197–208
32. WHO. Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire No. 47. World Health Organization 2012;87:461–476
33. K. Zaman, Eliza Roy, Shams E. Arifeen, Mahbubur Rahman, Rubhana Raqib, et al. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. N Engl J Med 2008; 359:1555-1564.
34. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 8 กรมอนามัย. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่ สำหรับบุคลากร. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครสวรรค์; 2554.
35. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO Recommendations for Induction of Labour. Geneva: World Health Organization; 2011.

ກາລພນວກ

ภาคผนวก ก
แบบประเมินสภาวะสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ

การประเมินสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์สามารถทำได้โดยใช้แบบประเมินด้วยตนเองหรือบุคลากรทางการแพทย์คัดกรองทุกครั้งที่มีฝากครรภ์โดยมีแบบประเมิน 3 ส่วน (สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดใน ระยะ 2 สัปดาห์	แทบไม่มี	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	0	1	2	3
2	มีสมาธิน้อยลง	0	1	2	3
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ	0	1	2	3
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง	0	1	2	3
5	ไม่อยากพบปะผู้คน	0	1	2	3

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

การแปลผล

0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

- 5-7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียดด้วยการ พุดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิดเพื่อระบายความเครียดหรือ คลี่คลายที่มาของปัญหาและอาจใช้การหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ หลายครั้งหรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวล
- 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ ฯลฯ ควรขอรับคำปรึกษาจาก บุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการส่งต่อเพื่อการ รักษาต่อไป

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่
 มี ไม่มี
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่
 มี ไม่มี

การแปลผล

ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าเป็นปกติ ไม่พบความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า แต่ควรได้รับการประเมินด้วยข้อคำถาม 2 ข้ออีกในการฝากครรภ์ทุกครั้ง และการตรวจภายหลังคลอด 6 สัปดาห์

ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการให้คำปรึกษา และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่เพื่อรับการดูแลทางด้านสังคมจิตใจต่อไป

ส่วนที่ 3 ประเมินปัญหาการดื่มสุรา

1. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยดื่มสุราหรือไม่ (สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระจกซ์ วิสกี้ สบาย ไวน์ เป็นต้น)

เคย

ไม่เคยเลย

หากตอบว่า **เคย** ควรได้รับการประเมินปัญหาการดื่มสุรา และการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมเนื่องจากการดื่มสุราจะมีผลต่อทารกในครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตร

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	อายุครรภ์	ผลที่ได้			ในกรณีที่พบความเสี่ยง (ด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งหมด) การให้การช่วยเหลือ
			ST-5	2Q	สุรา	
1		<12 สัปดาห์				
2		20 สัปดาห์				
3		26 สัปดาห์				
4		32 สัปดาห์				
5		38 สัปดาห์				

ในกรณีที่พบความเสี่ยง สามารถใช้บริการสายด่วน 1323/ ขอรับบริการที่คลินิก การดูแลสังคมจิตใจ (Psychosocial Clinic) / แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช / ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อการช่วยเหลือต่อไป

2. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยสูบบุหรี่หรือไม่

เคย

ไม่เคยเลย

หากตอบว่า **เคย** ควรได้รับแบบทดสอบวัดระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) และการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมเนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อทารกในครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตร

3. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยใช้ยาและสารเสพติดหรือไม่

เคย

ไม่เคยเลย

หากตอบว่า **เคย** ควรได้รับแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา (V.2) และการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมเนื่องจากการใช้ยาและสารเสพติดจะมีผลต่อทารกในครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตร

แบบทดสอบวัดระดับการติดยาโคติน
(Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริงโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในกรอบ
หน้าคำตอบที่ตรงกับคุณมากที่สุด

แบบทดสอบวัดระดับการติดยาโคติน	คะแนน
<p>1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> 11-20 มวน (1 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> 21-30 มวน (2 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)</p>	
<p>2. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน (0 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> 31-60 นาที หลังตื่นนอน (1 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> 6-30 นาที หลังตื่นนอน (2 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน (3 คะแนน)</p>	
<p>3. ท่านสูบบุหรี่จัดในช่วง 2-3 ชั่วโมง หลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน)</p>	
<p>4. บุหรี่มวนไหนที่ท่านคิดว่าเลิกยากที่สุด</p> <p><input type="checkbox"/> มวนอื่นๆ ระหว่างวัน (0 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> มวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน)</p>	

แบบทดสอบวัดระดับการติดนิโคติน	คะแนน
5. ท่านรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจไหมที่ต้องอยู่ในเขต “ปลอด บุหรี่” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกลำบากใจ (0 คะแนน) <input type="checkbox"/> รู้สึก (1 คะแนน)	
6. ท่านคิดว่าท่านยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะป่วยนอนพักตลอดในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน) <input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน)	
รวม	

การประเมินผลแบบทดสอบวัดระดับการติดนิโคติน แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน ดังนี้

- คะแนนรวมทุกข้อ 0-3 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่น้อย
- คะแนนรวมทุกข้อ 4-5 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง
- คะแนนรวมทุกข้อ 6-10 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่ปานมาก (ติดนิโคตินซึ่งเป็นการติดทางร่างกาย)

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา
(V.2)

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระท่อม
 สารระเหย เฮโรอีน ฟีน อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลัก ที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือน ละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 1-4 ครั้ง	เกือบ ทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึก อยากใช้.....จนทนไม่ได้บ่อย เพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณ เกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้.....ทำให้คุณ ไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรม ที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา
5.ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าว ตักเตือน ปรึกษาวิจารณ์ จับผิด หรือ แสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน			

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่นๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน และโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส งูสวัด
4-26	ปานกลาง**	<ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) - โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต) ● การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา - ตั้มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา - ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
27+	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อแนะนำ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ● ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ● ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ● ประเมินเพิ่มเติม วางแผน และให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ *อนุमानว่าเป็นผู้ใช้

**อนุमानว่าเป็นผู้เสพ

***อนุमानว่าเป็นผู้ติด

ภาคผนวก ข

คำสั่งแต่งตั้ง

**คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน**

และ

**คณะทำงานจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์**

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๐๒๒ /๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน

ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖ ขอให้กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับแพทยสภา สมาวิชาชีพ สถาบันวิชาการและหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ดำเนินการพัฒนาแนวทางและส่งเสริมการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม สนับสนุนการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบการให้บริการให้มีความพร้อมทั้งการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ดังรายนามต่อไปนี้

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------|
| ๑. นายสุรเชษฐ์ สกิตติรามย์ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๒. นายสุพรรณ ศรีธรรมมา | อธิบดีกรมการแพทย์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๓. นายภาสกร ชัยวานิชศิริ | รองอธิบดีกรมการแพทย์ | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๔. ศาสตราจารย์เกียรติคุณสมพร สิรินาวิน | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี | คณะกรรมการ |
| ๕. รองศาสตราจารย์สุรเกียรติ อาชานานุภาพ | ประธานมูลนิธิหมอชาวบ้าน | คณะกรรมการ |
| ๖. อธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | | คณะกรรมการ |
| ๗. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | | คณะกรรมการ |
| ๘. อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข | | คณะกรรมการ |
| ๙. อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข | | คณะกรรมการ |
| ๑๐. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข | | คณะกรรมการ |
| ๑๑. อธิบดีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง | | คณะกรรมการ |

อธิบดีกรมพัฒนา...

๑๒. อธิปไตยพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	คณะกรรมการ
๑๓. เลขานุการสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	คณะกรรมการ
๑๔. เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑๕. เลขานุการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑๖. ประธานเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๑๗. ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๑๘. ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๑๙. ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๒๐. ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๒๑. ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๒๒. ประธานราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๒๓. ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๒๔. ประธานราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๒๕. ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๒๖. ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	คณะกรรมการ
๒๗. นายกแพทย์สภา	คณะกรรมการ
๒๘. นายกสภาเทคนิคการแพทย์	คณะกรรมการ
๒๙. นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๓๐. นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๓๑. ประธานชมรมอາชีวเวชศาสตร์	คณะกรรมการ
๓๒. นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	คณะกรรมการ
๓๓. หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	คณะกรรมการ
๓๔. นายสมเกียรติ โภธิศักดิ์ ที่ปรึกษาราชการแพทย์	คณะกรรมการ
๓๕. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีฯ	คณะกรรมการและเลขานุการ
๓๖. นายธนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี กรรมการแพทย์	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๗. นายสุรศักดิ์ อำนวยโยธิน กรรมการแพทย์	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๘. นางรัชณีบุลย์ อุดมชัยรัตน์ กรรมการแพทย์	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

๑. พิจารณากำหนด นโยบาย ทิศทางการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม

สำหรับประชาชน

สนับสนุนการดำเนิน...

ประชาชน

๒. สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับ
๓. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานตามความเหมาะสม
๔. สนับสนุนการจัดระบบบริการการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม อย่างมีคุณภาพ
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

ลงชื่อ สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย

(นายสุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง

ศุภลักษณ์ มิรัตน์ไพโร
(นายศุภลักษณ์ มิรัตน์ไพโร)

นักวิชาการสาธารณสุข

โทร ๐ ๒๕๕๐ ๖๒๔๔

ศุภลักษณ์/คัด

(สำเนา)

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ ๑๗๘/๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์

ด้วยกรรมการแพทย์ จะดำเนินการจัดทำแนวทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ ถูกต้อง ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ รวมทั้งเพื่อสนับสนุนต่อการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เรื่องนโยบายการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ ดังรายนามต่อไปนี้

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| ๑. นายสุพรรณ ศรีธรรมมา | อธิบดีกรมการแพทย์ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๒. นายภาสกร ชัยวานิชศิริ | รองอธิบดีกรมการแพทย์ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๓. นายสมเกียรติ โภคสิทธิ์ | ที่ปรึกษางานวิชาการ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน
และงานยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์ |
| ๔. นางจิตสุดา บัวขาว | ที่ปรึกษากกรมการแพทย์ | ประธาน |
| ๕. ศาสตราจารย์พิเศษ ลุมพิกานนท์ | ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ | ประธานร่วม
แห่งประเทศไทย |
| ๖. รองศาสตราจารย์เอกชัย โคควาวิสารัช | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ | รองประธาน
แห่งประเทศไทย |
| ๗. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ | | รองประธาน |
| ๘. ผู้แทนจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย | | คณะทำงาน |
| ๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วราภรณ์ แสงทวีสิน | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ | คณะทำงาน
แห่งประเทศไทย |
| ๑๐. รองศาสตราจารย์ปัญญา พันธุ์บุรณะ | คณะแพทยศาสตร์ | คณะทำงาน
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๑๑. ศาสตราจารย์วรงค์ ภู่งพงศ์ | คณะแพทยศาสตร์ | คณะทำงาน
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

นายไพบูลย์...

๑๒. นายไพบุลย์ เจริญชัยนนท์	คณะแพทยศาสตร์ เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	คณะทำงาน
๑๓. นายสุรพจน์ สุวรรณพานิช	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	คณะทำงาน
๑๔. พันเอกเพิ่มศักดิ์ สุนทรศรี	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	คณะทำงาน
๑๕. นายสมชาย ชินล้ำประเสริฐ	โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร	คณะทำงาน
๑๖. นางสาวเบญจพร ปัญญาจ	กรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑๗. นายดุสิต ลิขนะพิชิตกุล	กรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๑๘. นายสรารุณี บุญสุข	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะทำงาน
๑๙. นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะทำงาน
๒๐. นายจิรัตน์ ตั้งจิตวงศ์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ กรมอนามัย	คณะทำงาน
๒๑. นายสุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน	โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน
๒๒. นายสถิตย์ นิรมิตธมาหาปัญญา	โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน
๒๓. นายบุญส่ง ระหว่างบ้าน	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	คณะทำงาน
๒๔. นายสาธิต สันตดุสิต	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	คณะทำงาน
๒๕. นายประยุทธ์ พัววิไล	โรงพยาบาลเลิดสิน	คณะทำงาน
๒๖. นางสุพิศรา สุวรรณพรหมา	โรงพยาบาลเลิดสิน	คณะทำงาน
๒๗. นางอุไรวรรณ โชติเกียรติ	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	คณะทำงาน
๒๘. นางสาวสิรินันท์ นครศรีไศศุรย์	สถาบันทันตกรรม	คณะทำงาน
๒๙. นางรมณีย์ ชัดเงางาม	สถาบันทันตกรรม	คณะทำงาน
๓๐. นายมนตรี บุญยิกิตานนท์	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	คณะทำงาน
๓๑. นายธีระ ศิวคุลย์	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน
๓๒. นางสาวนิรมล สีนอนันต์	โรงพยาบาลพังงา	คณะทำงาน
๓๓. นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์	คณะทำงาน
๓๔. นายสุรศักดิ์ อำนวยชัยอิน	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์	คณะทำงาน
๓๕. นางรัชณีบุลย์ อุดมชัยรัตน์	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์	คณะทำงาน

ว่าที่ร้อยตรี...

๓๖. ว่าที่ร้อยตรี ธนรัตน์ อิมสุวรรณศรี สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี คณะทำงาน
ทางการแพทย์ และเลขานุการ
๓๗. นางสุรีพร คนละเอียด สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี คณะทำงาน
ทางการแพทย์ และผู้ช่วยเลขานุการ
๓๘. นางสาวติมา ศิลสุวรรณ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี คณะทำงาน
ทางการแพทย์ และผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

๑. รวบรวมข้อมูล ความเห็นของบุคคล ข้อมูลที่มาจากการวิจัย และข้อมูลด้านวิชาการ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
 ๒. พิจารณาขอบเขต/กรอบการจัดทำแนวทาง
 ๓. จัดทำร่างแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ เพื่อให้ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ
 ๔. อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ลงชื่อ สุพรรณ ศรีธรรมมา
(นายสุพรรณ ศรีธรรมมา)
อธิบดีกรมการแพทย์

สำเนาถูกต้อง

(นางสุรีพร คนละเอียด)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๙๕

สุรีพร/คัด

ภาคผนวก ค

**ตารางแนวทางการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์**



แนวทางการตรวจสุขภาพ

ที่จำเป็นและเหมาะสม

สำหรับหญิงมีครรภ์

