

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลกับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ (Nursing Role and Screening about Infection Disease in pregnant Women)

สมบุรณ์ บุญเกียรติ M. Ed (Health education) *

ชวนพิศ เจริญพงศ์ M. SC. (Health education) **

บทคัดย่อ

การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อชีวิตมารดาและทารก เพราะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ เช่น ทารกเกิดการติดเชื้อและหรือพิการแต่กำเนิด ปัญญาอ่อน บวมน้ำ และทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อชีวิตมารดา พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการตรวจคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ คือ 1) การให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือดเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเจาะเลือด 2) การให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือด กรณีที่พบความผิดปกติพยาบาลจะต้องประเมินการรับรู้ที่มีต่อโรคในด้านความรู้และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และจะต้องให้ข้อมูลที่เหมาะสม 3) การแนะนำวิธีลดและการจัดการกับความวิตกกังวลโดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การฝึกวิธีการผ่อนคลาย การเสริมสร้างพลังด้านบวกทั้งพลังใจในตนเองและพลังสนับสนุนของครอบครัว 4) คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย ซึ่งบทบาทของพยาบาลดังกล่าวจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อ และลดความพิการในทารกลงได้

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ สตรีตั้งครรภ์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาและทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย นานาชาติเซนต์เทเรซา.

** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา.

Abstract

The Screening about Infection Disease in Pregnant Women is important to the life of mother and infant because if Pregnant Women have Infection Disease, it will affect her and the infant. For example, infant will infect and (or) become congenital disability, retard, edema and could be the reason for infant to die inside the womb. Thus, it is also including the affect to the mother's life too. So, the important Role of Nursing and Screening about Infection Disease in the Pregnancy Department are 1) To give advice to patient before do the blood sample in order that patient will realize how importance is the blood sample. 2) To give advice when nurses find out some abnormalities after the blood sample. 3) To give encouragement, try to reduce stress and worries to Pregnant Women by listening to their problems with interest, soothing them and suggest their husbands and relatives to support them with cares. 4) Nurses should give advice and suggestion to Pregnancy Women of how to perform themselves correctly in order to take care and handle themselves and infant safely and prevent the fetus from abnormally.

Keywords: Nursing Role, Screening about Infection Disease, Pregnant Women

บทนำ

โรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์มีผลกระทบ ต่อมารดาและทารกซึ่งพบการติดเชื้อในหลายๆโรค จากสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่า โรคไวรัสตับอักเสบบยังพบอัตราการติดเชื้อสูง ในผู้ไม่รับวัคซีน โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี มีการตรวจพบการติดเชื้อในเลือดมากกว่าร้อยละ 2 และผู้ที่ติดเชื้อจะเป็นพาหะของโรคต่อไป (WHO, 2009) จากการประมาณการณ์ของสำนักงาน กระทรวงสาธารณสุขว่า จะมีสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น พาหะไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 6 (สำนักสารนิเทศ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, 2553) ในปี

ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง 31 กรกฎาคม 2552 การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ รวม 345,196 ราย และมีผู้เสียชีวิต 93,034 ราย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ในสตรีตั้งครรภ์พบว่า การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเพิ่มจากปี พ.ศ. 2544 จากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2552 และจากการศึกษาของหน่วยติดเชื้อทางรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา พบว่า ทำให้เกิด ปัญหาการเพิ่มโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ เช่น โรคเอดส์ (พิมล วงศ์สิริเดช เพิ่มศักดิ์ สุขเมขศรี

พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐนิ ศรีสันติโรจน์, 2556: 56) นอกจากนั้นอาจจะติดเชื้ออื่นทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคตับอักเสบบี หรือ syphilis ได้ทำให้ทารกที่คลอดออกมาเกิดการติดเชื้อส่วนโรคซิฟิลิสในปัจจุบันถึงแม้จะพบไม่มาก แต่โรคนี้รุนแรง อาจจะทำให้ทารกพิการแต่กำเนิด บวมน้ำได้ การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก เพื่อให้ดูแลได้ทันทั่วทั้งที่ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ที่จะต้องเป็นผู้ให้การดูแล เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกปลอดภัย และลดภาวะเศรษฐกิจลงได้

บทบาทพยาบาลกับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการคัดกรองและดูแลมารดาและทารกแบ่งเป็น 4 ข้อดังนี้

1. การให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือด ในระยะนี้สิ่งสำคัญที่สุดคือการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล เช่นการกล่าวทักทายต้อนรับ การแสดงสีหน้า ยิ้มแย้มแจ่มใส การประสานสายตา แสดงการสนใจ การจัดที่นั่งอย่างเหมาะสม โดยใช้หลัก Squarmy - Open - Lean - Eye contact-Relax – Opening (การนั่งแบบมุมฉาก-การเปิดใจรับ-การโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย-การสบสายตามีท่าที่ผ่อนคลาย-เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูดถึงปัญหาในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษา การตกลงบริการ การสำรวจเข้าใจปัญหา ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง บอกความหมายของผลเลือด แนวทางการป้องกัน การรับเชื้อ ซึ่งจะต้องทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึง

ความปรารถนาดีของพยาบาล รวมถึงการทำให้รู้สึกว่ายพบาลจะเป็นที่ปรึกษาให้เขาตลอดการตั้งครรภ์ พยาบาลจะต้องเน้นให้สตรีตั้งครรภ์เห็นถึงข้อดีของการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ไม่ว่าผลจะออกมาอย่างไรก็ล้วนแต่เกิดประโยชน์และผลดีทั้งสิ้น เพราะจะช่วยให้สามารถปฏิบัติตนและได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ก็จะปลอดภัย โดยชี้แจงให้ชัดเจนว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการตรวจเลือดหาโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ การเจาะเลือดคัดกรองโรคไวรัสตับบี คือเจาะหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg และการตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL หรือ RPR) การตรวจหาเชื้อเอดส์ (Anti-HIV) จะมีการตรวจเลือด 2 ครั้ง ถ้าครั้งแรกผิดปกติจะต้องตรวจเลือดครั้งที่ 2 เพื่อความถูกต้องแน่นอน

ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องชี้แจงโรคติดเชื้อต่างๆ ที่มีผลต่อมารดาและทารก ได้แก่ โรคตับอักเสบบีซึ่งจะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการติดเชื้อ และทารกส่วนใหญ่เกิดการติดเชื้อเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี เกิดตับแข็ง มะเร็งของตับในอนาคต โรคเอดส์จะทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกเกิดการติดเชื้อ ทารกตัวเล็ก ทารกตาย ส่วนสตรีที่เป็นโรค syphilis จะทำให้มีการดำเนินโรครุนแรง และทำให้ทารกในครรภ์พิการแต่กำเนิด บวมน้ำ คลอดก่อนกำหนด การเจาะเลือดตรวจคัดกรองจะทำให้ได้รับการช่วยเหลือที่ทันทั่วทั้งที่และถูกต้อง ลดการติดเชื้อทารก และลดการพิการในทารกได้

2. การให้การปรึกษาหลังทราบผลเลือดแบ่งเป็น 2 กรณีคือ

2.1 กรณีผลเลือดเป็นลบไม่มีการติดเชื้อโรคใดๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลสามารถบอกผลได้ทันที รวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และไม่ใช่เข็มฉีดยา มีดโกน ที่ตัดเล็บร่วมกัน และในรายโรคไวรัสตับอักเสบบีให้ใช้ช้อนกลางเวลารับประทานอาหาร

2.2 กรณีผลเลือดเป็นบวก พยาบาลจะต้องประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความรู้ ต่างๆ ดังนี้

1) ประเมินความพร้อมก่อนการรับฟังผลเลือด ด้านจิตใจเช่น ถามว่า “เมื่อคืนนอนหลับไหมคะ”

“คุณคิดถึงเรื่องอะไรมากที่สุดคะ” ประเมินด้านสังคม โดยถามว่า “เวลามีเรื่องไม่สบายใจคุณปรึกษาใครคะ” “เวลาคุณเดือดร้อนใครมีจะช่วยให้คุณได้บ้างคะ” เพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) รวมทั้งสำรวจความคิดและความคาดหวังของสตรีตั้งครรภ์ต่อผลเลือดที่ออกมา เช่น “คุณคิดว่าผลเลือดของคุณเป็นลบหรือเป็นบวก” “ถ้าผลเลือดของคุณเป็นบวกคุณจะรู้สึกอย่างไร”

2) ประเมินความรู้ที่มีต่อการติดเชื้อโรคนั้นๆ ว่า มีความรู้ ความเข้าใจในโรคนั้นๆ อย่างไรเช่น “ถ้าผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นลบหมายความว่าผลปกติ หรือยังตรวจไม่เจอ เพราะรับเชื้อมายังไม่ครบ 3 เดือน” และ “ถ้าผลการ

ตรวจเชื้อเลือดเป็นบวก หมายความว่าติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้เป็นโรคเอดส์ ถ้าดูแลสุขภาพดี ก็มีชีวิตรอยู่ได้ปกติเหมือนคนปกติ” “คุณคิดอย่างไรคะ”

3. การให้คำแนะนำวิธีการลดและจัดการกับความวิตกกังวล ภายหลังทราบผลเลือดเป็นบวก เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ ลดความเครียดและลดความวิตกกังวลโดยการรับฟังปัญหาด้วยความสนใจ ปลอบโยนจิตใจให้สตรีตั้งครรภ์ระบายความรู้สึก ผูกวิธีการคลายเครียดต่างๆ การค้นหาศักยภาพ การให้กำลังใจในการเสริมสร้างพลังบวก และพลังสนับสนุนจากครอบครัว เช่น “ทั้งๆ ที่คุณกลัวและกังวลเรื่องผลเลือดแต่คุณกลับมาแต่เช้า” และ “ทั้งๆ ที่คุณเองกำลังเสียใจแต่คุณยังห่วงพ่อแม่และแฟนคุณเป็นลูกกตัญญูและมีความรับผิดชอบสูง” รวมทั้งแนะนำให้สามีและญาติสนับสนุนให้การดูแลและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของนนท์ชพร ชุมทอง และคณะ (2556) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดต่อความเครียดของมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาโดยการส่องไฟโดยการให้ข้อมูลและให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารก ในกลุ่มทดลองพบว่า ร้อยละ 72 พบว่าความเครียดลดลงจนถึงระดับสุขภาพจิตปกติร้อยละ 24 มีความเครียดจนถึงระดับเล็กน้อย และร้อยละ 4 มีความเครียดลดลงจนถึงระดับดีมาก ดังนั้นการการให้ข้อมูลที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญในการลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้

4. คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ให้ปลอดภัย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เหมาะสม และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอธิบายถึงผลกระทบต่อทารก และมารดา ปัจจัยการแพร่เชื้อ การติดต่อโรคสู่ผู้อื่น และการป้องกันโรคสู่ทารก การปฏิบัติตน ตัวอย่างเช่น

โรคตับอักเสบบี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ก่อให้เกิดการติดเชื้อตับอักเสบริ้ร้งจะนำไปสู่การเป็นตับแข็ง มะเร็งของตับ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเนื่องจากประเทศไทยมีอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 5 ของประชากร สถานการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบียังคงพบอัตราการติดเชื้อสูงในผู้ไม่รับวัคซีน โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี (WHO, 2009) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีพบร้อยละ 6 (สำนักสารนิเทศสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, 2553) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยในหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดจากการแพร่เชื้อจากแม่ไปสู่ลูกถึงร้อยละ 8

ผลต่อทารก

1. กรณีที่สตรีตั้งครรภ์เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ แต่จะทำให้ทารกติดเชื้อ และเป็นพาหะ

2. กรณีที่สตรีตั้งครรภ์เป็นไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน เกิดขึ้นในไตรมาสที่ 3 มีภาวะทุโภชนา และมีภาวะเลือดจางร่วมด้วย มีความรุนแรง มารดามีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

ตับอักเสบร้ายแรง (fulminant hepatitis) มารดาตายในที่สุดและทารกมักจะตายในครรภ์หรือคลอดก่อนกำหนด

ปัจจัยการแพร่เชื้อสู่ทารก

1. กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเลือด HBeAg เป็นบวก ทารกจะติดเชื้อระยะคลอดร้อยละ 70 – 90 สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเลือด HBeAg เป็นลบ ทารกติดเชื้อระยะคลอดเพียงร้อยละ 10 (วิบูลย์ เรืองชัยนิคม, 2556: 158) กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบีเฉียบพลันในไตรมาสแรก ทารกมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 3 -10 ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน ในไตรมาสที่ 3 ทารกมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 80-90

2. อธิบายการแพร่เชื้อ HBV จากมารดาไปยังทารก (perinatal transmission) เกิดได้ 2 กรณีคือ

2.1. การติดเชื้อระยะคลอดพบร้อยละ 80 - 90 ทารกจะกลืน หรือสำลักน้ำคร่ำ และน้ำในช่องคลอด ที่มีเลือดมารดาปนอยู่มากพอควร

2.2. การติดเชื้อหลังคลอด ทารกอาจได้รับเชื้อจากมารดาระหว่างการเลี้ยงดู สารคัดหลั่งต่าง ๆ ของมารดา

การติดต่อในสตรีตั้งครรภ์สู่ผู้อื่น

1. ทางปาก เกิดที่เยื่อเมือกในปาก และหลอดอาหารส่วนต้น ควรหลีกเลี่ยงแปรงสีฟันร่วมกัน ใช้ช้อนกลาง (Ricci, S. S, 2010: 618)

2. ทางผิวหนัง เช่น ให้อีเลียด ฉีดยา เข็มตำ บาดแผลพุพอง และเรื้อรัง

3. การมีเพศสัมพันธ์ช่องคลอดหรือ ทวารหนัก

การป้องกันโรคสู่ทารก

โดยการฉีดวัคซีน HBIG, HB-VAC หลังคลอดแก่ทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันการ เป็นพาหะตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งของตับ ควรให้ HBIG และ HB-VAC จะป้องกันการติดเชื้อได้ ร้อยละ 85-95

1. ดูแลให้ hepatitis B immunoglobulin (HBIG) 0.5 มิลลิกรัม หรือ 100 IU แก่ทารก หลังคลอด ฉีดเร็วที่สุดหลังคลอดภายใน 12 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมงหลังคลอดซึ่ง เป็น passive immunization (เป็น anti HBs) จะทำให้ภูมิคุ้มกัน ทันที มีอานาจคุ้มกันได้ 3 เดือน

2. แนะนำให้มารดาพาบุตรมารับการ ฉีดวัคซีน hepatitis B vaccine หรือ HB-VAC (HBsAg) ถ้าสตรีตั้งครรภ์เป็นพาหะไวรัส ตับอักเสบบี ภายใน 24 ชั่วโมงหรือ 7 วันหลังคลอด และต่อมาฉีดเมื่อทารกอายุครรภ์ 1 เดือน และ 6 เดือน (Powrie, R.O., Green, M.F., & Camann, W, 2010: 456)

3. แนะนำมารดาพาบุตรมาทดสอบ ภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีน เมื่อ 12 เดือน หรือ 16 เดือนหลังคลอดโดย เจาะหา HBsAg และ anti-HBs ถ้าผลการตรวจพบ HBsAg บวก แสดงว่าการฉีดวัคซีนไม่ได้ผลแสดงว่าทารกติดเชื้อ ถ้าผล anti-HBs บวก แสดงว่ามีภูมิป้องกันโรคแล้ว

กรณีตัวอย่าง 1 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น พาหะไวรัสตับอักเสบบี (วินิจฉัยโรค Hepatitis B Carrier)

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B carrier) สตรีตั้งครรภ์รายหนึ่ง อายุ 32 ปี อาชีพรับจ้าง $G_3P_2A_0$ ตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยมาตรวจครรภ์ตามนัด ไม่เคย ตาเหลือง ตัวเหลือง ตรวจร่างกาย ลักษณะทั่วไป หน้าตาสดชื่น HEENT pink conjunctiva, no icteric sclera, Heart s1 s2 no mur mur, Lung no adventitious sound. Abdomen Not tender no mass, Liver spleen not palpable not tender Extremities no pitting edema ผลการ ตรวจเลือด HBsAg positive HBeAg positive ผลการตรวจเลือดในสามี HBsAg negative, HBsAb (anti- HBs) positive, HBeAb (anti- HBe) positive

การพยาบาล

1. การให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือด คือการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ในตัวพยาบาล พยาบาลควรอธิบายถึงโรคไวรัส ตับอักเสบบีในสตรีตั้งครรภ์ จะทำให้ทารกติดเชื้อ มากกว่าร้อยละ 80-90 และเป็นพาหะต่อไป 10 - 25 ปี ทารกเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ จะเป็น ตับแข็งหรือมะเร็งของตับ (มาณี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คันสนียวิทย์กุล, 2553: 387) จึงมีการเจาะเลือดตรวจ HBsAg ถ้าผิดปกติให้สามีมาตรวจการตกของบริการ

2. การให้คำปรึกษาหลังผลเลือด

2.1 การให้ความรู้กรณีผลเลือดเป็นบวก ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดดังนี้

HBsAg positive ถ้าผลบวกแสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ ติดเชื้อตับอักเสบบี

HBeAg positive ถ้าผลบวกแสดงว่า สตรีตั้งครรภ์สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นเพราะมีการแบ่งตัวของไวรัส และ มีการติดต่อสู่ทารกได้สูง สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเลือด HBeAg เป็นบวก ทารกจะติดเชื้อระยะคลอดร้อยละ 70 – 90 **การแปลผล** สตรีตั้งครรภ์เป็นพาหะตับอักเสบบี โอกาสแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้สูงและเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รุนแรง

2.2 อธิบายการตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบบีในสามีพบ

HBsAg negative แสดงว่าไม่ได้ติดเชื้อตับอักเสบบี

HBsAb (anti- HBs) positive แสดงว่า มีภูมิต้านต่อตับอักเสบบีแล้ว

HBcAb (anti- HBc) positive แสดงว่า เป็นภูมิคุ้มกันเคย อาจจะเคยเป็นตับอักเสบบีเฉียบพลัน เรื้อรัง และหายจากโรคแล้ว การแปลผล สามีอาจจะเคยเป็นไวรัสตับอักเสบบี และมีภูมิต้านทานต่อโรคตับอักเสบบีแล้ว จึงไม่ต้องฉีดวัคซีน ประเมินความรู้ที่มีต่อการติดเชื้อโรคนั้นๆ ว่า มีความรู้ความเข้าใจในโรคนั้นๆ อย่างไร

3. การให้กำลังใจหลังทราบผลเลือดเป็นบวก เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ ลดความเครียดและลดความวิตกกังวล

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนแก่สตรีตั้งครรภ์

4.1 ผลของโรคต่อมารดา สตรีตั้งครรภ์รายนี้เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์

4.2 ผลของโรคต่อทารก ส่วนใหญ่จะทำให้ทารกติดเชื้อและเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี

4.3 ปัจจัยการแพร่เชื้อสู่ทารก กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเลือด HBeAg เป็นบวก ทารกจะติดเชื้อระยะคลอดร้อยละ 70 – 90

4.4 อธิบายการแพร่เชื้อ HBV จากมารดาไปยังทารก การติดเชื้อระยะคลอดและระยะหลังคลอด

4.5 อธิบายการติดต่อในสตรีตั้งครรภ์ และการติดต่อสู่ผู้อื่น ทางปาก ทางผิวหนัง และการมีเพศสัมพันธ์

4.6 การป้องกันโรคสู่ทารกโดยการฉีดวัคซีน HBIGฉีดเร็วที่สุดหลังคลอดภายใน 12 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง, HB-VAC หลังคลอดแก่ทารกแรกเกิด และ HB-VAC ภายใน 24 ชั่วโมงหรือ 7 วันหลังคลอด

4.7 แนะนำให้มารดาพาบุตรมารับการฉีดวัคซีน hepatitis B vaccine หรือ HB-VAC (HBsAg) เมื่อทารกอายุครรภ์ 1 เดือน และ 6 เดือน

4.8 แนะนำมารดาพาบุตรมาทดสอบภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีน เมื่อ 12 เดือน หรือ 16 เดือนหลังคลอด

4.9 การปฏิบัติตนในสตรีตั้งครรภ์

1) ควรหลีกเลี่ยงแปรงสีฟันร่วมกัน ใช้ช้อนกลาง

2) หลีกเลี่ยงการใช้มีดโกน ที่ตัดเล็บร่วมกัน

3) แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยตลอดการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์

4) แนะนำมารดาว่าสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้

5) แนะนำหลังคลอดให้คุมกำเนิดโดยถุงยางอนามัย หรือใส่ห่วงอนามัย (มาณี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล, 2553) ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มฮอร์โมนคุมกำเนิด

6). แนะนำงดเหล้า บุหรี่ และการทำงานหนักเพราะจะทำให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น

โรคเอดส์ (AIDS) โรคเอดส์ในสตรีตั้งครรภ์จะทำให้ทารกในครรภ์ ติดเชื้อเอดส์ และเสียชีวิตเมื่อคลอดออกมา ถ้ามารดามีอาการมาก การดำเนินโรคก็จะรุนแรง การให้ยาอย่างเหมาะสม การช่วยระหว่างคลอด การงดนมมารดาจะลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกจากร้อยละ 15-25 ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 (วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม, 2556: 158)

ผลของโรคต่อทารกคือ ทารกในครรภ์จะติดเชื้อเอดส์ ทารกเจริญเติบโตช้า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกเสียชีวิตแรกเกิด เกิดการแท้งบุตรคลอดก่อนกำหนด (ศรีนวล โอสเสถียร, 2552: 326) ส่วนผลโรคเอดส์ต่อสตรีตั้งครรภ์ ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีอาการของโรคเอดส์ จะมีการดำเนินของโรคจะรุนแรงขึ้น

การแพร่โรคเอดส์สู่ทารก (perinatal transmission) มีดังนี้

5.1 การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 30 โดยการติดเชื้อผ่านรก

การติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์โดยเฉพาะอายุครรภ์ ต่ำกว่า 14 สัปดาห์ ติดเชื้อสู่ทารกร้อยละ 2 อายุครรภ์ 14-36 สัปดาห์ ติดเชื้อสู่ทารกร้อยละ 29 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ติดเชื้อสู่ทารกร้อยละ 20 (วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ, 2557: 129).

5.2 การติดเชื้อเอดส์ขณะคลอด พบอัตราติดเชื้อร้อยละ 20 ในขณะคลอดทารกต้องสัมผัสกับเลือดของมารดาที่ติดเชื้อเอดส์จำนวนมาก ตลอดจนสัมผัสน้ำคร่ำ

5.3. การติดเชื้อเอดส์ภายหลังคลอดสู่ทารก มักจะติดเชื้อเอดส์จากน้ำนมมารดา พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 40 (โอภาส พุทธเจริญ, 2557: 129)

การติดต่อของสตรีตั้งครรภ์สู่ผู้อื่น ได้แก่ทางเพศสัมพันธ์ ทางผิวหนัง และจากมารดาสู่ทารก

การป้องกันการติดเชื้อเอดส์สู่ทารก คือ

1. วิธีการคลอด (mode of delivery) โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ถ้า viral load >1000 copies/mL ก่อนเจ็บครรภ์ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (วราลักษณ์ ยมะสมิตและ สุรสิทธิ์ ชัยวงศ์ทองวัฒนา, 2555: 113) เพื่อลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

2. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในสตรีตั้งครรภ์ โดยมีหลายกลุ่มได้แก่

1.1 ยากลุ่ม NRTIs (nucleoside reverse transcriptase inhibitors) ได้แก่

- zidovudine (AZT) เป็นยาในกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเป็นเอดส์ช้าลง และมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่มีผลข้างเคียงคือ จะก่อกวนการทำงานของไขกระดูก ทำให้ซีด โลหิตจาง และเกิดตับอักเสบ

Hb ถ้าต่ำกว่า 7-8 gms/dl, Hct ต่ำกว่า 24%, platelet count ต่ำกว่า 100000 cell/mm³, neutrophil < 500 cell/mm³ SGOT SGPT แพทย์จะพิจารณาการให้ยา (ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ, 2553: 248)

- lamivudine (3 TC) ลดการดื้อยาที่มีต่อ AZT (มาณี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คັນสนียวิทย์กุล, 2553: 414) มีผลข้างต่อระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย ทำให้อ่อนเพลีย

- TDF ในรายผู้ป่วยซีดมาก ให้ยาตัวนี้แทน AZT อาจทำให้แพ้ยา และมีโอกาสทำให้ไตทำหน้าที่ผิดปกติ จึงควรตรวจ BUN, Cr (วิบูลย์ เรื่องชัยนิคมและคณะ, 2557).

1.2 ยากลุ่ม NNRTI (non nucleoside reverse transcriptase inhibitors)

- Nevirapine ให้เพื่อเสริมฤทธิ์ AZT (zidovudine) และ 3TC (lamivudine) แต่จะทำให้ดื้อยาได้ (มาณี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คັນสนียวิทย์กุล, 2553: 409) Nevirapine มีผลต่อดับ ควรตรวจเลือดหา SGOT SGPT ยาตัวนี้ถ้าแพ้ยาจะทำให้ผื่นขึ้นได้

- Efavirenz (EFV) เป็นยาที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ แต่สมาคมโรคเอดส์ของอเมริกาแนะนำให้เลี่ยงช่วงแรกของการตั้งครรภ์ (วิบูลย์ เรื่องชัยนิคมและคณะ, 2557: 135). ยาตัวนี้จะทำให้เวียนศีรษะมาก

1.3 ยากลุ่ม protease inhibitor (PI) ได้แก่

- Lopinavir/ ritonavir (LPV/RTV)

ยากลุ่มนี้จะลดระดับของ HIV RNA ในกระแสเลือด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มาณี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คັນสนียวิทย์กุล, 2553: 409) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ใช้วันละ 2 ครั้งในสตรีตั้งครรภ์ (วิบูลย์ เรื่องชัยนิคมและคณะ, 2557: 135) Lopinavir/ ritonavir (LPV/RTV) ทำให้คลื่นไส้มาก และเกิดเบาหวาน ไชมันสูง ควรตรวจเลือดหา FBS cholesterol (พิชัย จินตนาภักดีและคณะ, 2552: 111)

การให้ยาด้านไวรัสเอดส์แก่มารดา ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด

ระยะตั้งครรภ์

1. ไม่เคยได้กินยาด้านไวรัสมาก่อนให้เริ่มยาเร็วที่สุด ไม่ว่าอายุครรภ์เท่าใด โดยไม่ต้องรอผล CD 4 คือ TDF 300 mg + 3 TC 300 mg + EFV 600 mg วันละครึ่ง

สูตรยาทางเลือกในสตรีตั้งครรภ์

2. เคยได้กินยาด้านไวรัสมาก่อนเช่น nevirapine ใช้กรณีตั้งครรภ์ช้า ให้ยาสูตรทางเลือกดังนี้

2.1 AZT 300 mg + 3 TC 300 mg วันละครึ่ง + LPV/r (200/50) 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

2.2 TDF 300 mg + 3 TC 300 mg วันละครึ่ง + LPV/r (200/50) 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง
ถ้า Viral load < 50 copies / mL ใช้สูตรเดิม
ถ้า Viral load > 50 copies / mL ให้แพทย์พิจารณา (กระทรวงสาธารณสุข, 2557; สาทิติ บุญยะส่ง, 2555: 70)

ระยะคลอด

1. มารดาไม่เคยได้รับยา HARRT (high active antiretroviral therapy) มาก่อน เมื่อตั้งครรภ์ให้ยาเดิม + ให้ Zidovudine (AZT) 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ 600 mg เพียงครั้งเดียว จนคลอดเสร็จ

2. มารดาเคยได้รับยา HARRT มาก่อน การตั้งครรภ์ (high active antiretroviral therapy) ให้ยาเดิม + Zidovudine (AZT) 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ 600 mg เพียงครั้งเดียวจนคลอดเสร็จ

ทารกหลังคลอด

1. ทารกรับประทานยา AZT syrup 4 mg / 1kg ทารกจะได้ ยา 4 สัปดาห์ ถ้าแม่ได้รับ AZT สม่าเสมออย่างน้อย 4 สัปดาห์ (เยื่อน ต้นันรินดร และวรพงศ์ ภูพงค์, 2551: 253)

2. ทารกรับประทานยา AZT syrup + 3 TC + Nevirapine นาน 6 สัปดาห์ ในกรณีมารดา กินยา น้อยกว่า 4 สัปดาห์ หรือ viral load > 50 copies/ml หรือสงสัยดื้อยา

กรณีตัวอย่าง 2 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเอดส์ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเอดส์ สตรีตั้งครรภ์รายหนึ่ง อายุ 27 ปี อาชีพแม่บ้าน G₁P₀A₀ ตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์ เป็นโรคเอดส์ยังไม่มีอาการใดๆ เคยได้รับ anti retrovirus ที่โรงพยาบาล แห่งหนึ่ง เมื่อ 5 ปีก่อน การตรวจร่างกาย General appearance look freshy, HEENT pink conjunctiva, no thrust, Lymph node not enlarged Heart S1, S2 no mur mur, Lung no adventitious sound, Abdomen not tender no mass. Extremities no pitting edema

การตรวจเลือด anti HIV positive, western blot positive, เจาะ CD 4 cells/mm³ ผล 127 (ปกติ > 700 cells/mm³) antibody HIV ของสามีปกติ ได้รับการวินิจฉัยโรค AIDS

การรักษา ตอน 14 weeks เริ่มให้ได้รับยา ดังนี้

Zidovudine (AZT) 300 mg 1 x 2 pc (ทุก 12 ชั่วโมง)

lamivudine (3 TC) 150 mg 1 x 2 pc (ทุก 12 ชั่วโมง)

Lopinavir/ ritronavir (LPV/RTV) (200/50) 2 x pc (ทุก 12 ชั่วโมง)

การพยาบาล

1. การให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือด ผลของโรคต่อทารกคือเพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคเอดส์ ทารกจะติดเชื้อเอดส์ ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย เจริญเติบโตช้า ทารกเสียชีวิต แรกเกิด เกิดการแท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด (ศรีนวล โอสเสถียร, 2552: 326) ส่วนผลโรคเอดส์ต่อสตรีตั้งครรภ์ ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีอาการของโรคเอดส์ จะมีการดำเนินของโรคจะรุนแรงขึ้น การเจาะเลือด anti - HIV จะตรวจพบหลังได้รับเชื้อ 6-12 สัปดาห์ ถ้าผลผิดปกติ แพทย์จะให้ตรวจยืนยันด้วย western blot

2. การให้การปรึกษาหลังทราบผลเลือด แบ่งเป็น 2 กรณีคือ

2.1 กรณีผลเลือดเป็นลบไม่มีการติดเชื้อโรคใดๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลสามารถบอกผลได้ทันทีรวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อในสตรี

ตั้งครรภ์ ด้วยการใช้อย่างอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และไม่ใช่เข็มฉีดยา มีดโกน ที่ตัดเล็บร่วมกัน และแนะนำมาเจาะเลือดอีกครั้งเมื่อ 28 -32 สัปดาห์

2.2 กรณีผลเลือดเป็นบวก พยาบาลจะต้องประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความรู้ต่างๆ ดังนี้

1) ประเมินความพร้อมก่อนการรับฟังผลเลือด ด้านจิตใจเช่นถามว่า “เมื่อคืนนอนหลับไหมคะ” “คุณคิดถึงเรื่องอะไรมากที่สุดคะ” ประเมินด้านสังคม โดยถาม “มีใครบ้างที่จะช่วยคุณได้เมื่อคุณไม่สบายใจ หรือเวลาที่คุณเดือดร้อน” และการสำรวจความคิดและความคาดหวังของสตรีตั้งครรภ์ต่อผลเลือดที่ออกมา เช่น “คุณคิดว่าผลเลือดของคุณเป็นลบหรือเป็นบวก ถ้าผลเลือดของคุณเป็นบวกคุณจะรู้สึกอย่างไร”

2) ประเมินความรู้ที่มีต่อการติดเชื้อโรคนั้นๆ ว่า มีความรู้ ความเข้าใจในโรคนั้นๆ อย่างไรเช่น “ถ้าผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นลบหมายความว่าผลปกติ หรือยังตรวจไม่พบเชื้อ เพราะรับเชื้อมายังไม่ครบ 3 เดือน” และถ้าผลการตรวจเชื้อเลือดเป็นบวก หมายความว่าติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้เป็นโรคเอดส์ ถ้าดูแลสุขภาพดีก็มีชีวิตอยู่ได้ปกติ เหมือนคนปกติ”

3. การให้กำลังใจหลังทราบผลเลือดเป็นบวก เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ ลดความเครียดและลดความวิตกกังวลโดยการรับฟังปัญหาด้วยความสนใจ ประโยชน์จิตใจให้สตรีตั้งครรภ์ระบายความรู้สึก การค้นหาศักยภาพ และการให้กำลังใจ เช่น “ทั้งๆ ที่คุณกลัวและกังวลเรื่องผลเลือดแต่คุณ

กลับมาแต่เช้า” และ “ทั้งๆ ที่คุณเองกำลังเสียใจแต่คุณยังห่วงพ่อแม่และแฟน คุณเป็นลูกกตัญญู และมีความรับผิดชอบสูง” แนะนำให้สามีและญาติสนับสนุนให้การดูแล และการให้ข้อมูลที่ต้องการเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลลง

4. แนะนำการใชยาต้านไวรัสเอดส์ การให้ยาต้านไวรัสที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นการควบคุมเชื้อไวรัสในร่างกายไม่ให้ทำลาย CD4 ซึ่งส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น ไม่ใช่ยาที่รักษาให้หายขาด แต่ผู้ติดเชื้อก็ยังมีความหวังว่าจะจะมียาด้านที่มารักษาให้หายขาดได้

4.1 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในสตรีตั้งครรภ์ Zidovudine (AZT) 300 mg + lamivudine (3TC) 150mg + lopinavir/ritonavir (LPV / RTV) (200/50mg) เมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์ เพราะ CD4 ต่ำกว่า 350

4.2 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในสตรีระยะคลอด ให้ยาเดิม + Zidovudine (AZT) 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ 600 mg เพียงครั้งเดียวจนคลอดเสร็จ

4.3 ให้ยาต้านไวรัสเอดส์ แก่ทารก หลังคลอด ทารกรับประทานยา AZT syrup 4 mg/ 1kg ถ้าแม่ได้รับ high active antiretroviral therapy (HAART) สม่าเสมอ ทารกรับประทานยาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

4.4 แนะนำผลข้างเคียงของ ยาต้านไวรัสเอดส์ Zidovudine (AZT) จะลดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ซีด โลหิตจาง และเกิดตับอักเสบ ควรตรวจ HCT, platelet neutrophil SGOT SGPT, ส่วน Lamivudine (3 TC) จะลดการดื้อยาที่มีต่อ

AZT มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย อ่อนเพลีย และ Lopinavir/ ritonavir (LPV/ RTV) ทำให้เกิดเบาหวาน ไขมันสูง ควรตรวจเลือด หา FBS และ cholesterol

4.5 ติดตามอาการเอดส์ของทารก หลังเกิด 12-18 เดือน เช่น ท้องเดิน ฝ้าขาวในปาก ต่อมมน้ำเหลืองโต และเจาะเลือด หา anti - HIV

5. การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนแก่สตรีตั้งครรภ์

5.1 อธิบายถึง ผลของโรคต่อทารก คือ ทารกจะติดเชื้อเอดส์เพราะมารดามี CD 4 ต่ำ 127 cells/mm³ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกเสียชีวิตแรกเกิด เกิดการแท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด ส่วนผลโรคเอดส์ต่อสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์รายนี้ไม่มีอาการของโรคเอดส์ แต่มีค่าของ CD 4 127 cells/mm³ ซึ่งจัดในกลุ่ม A3 ต้องระวังการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์

5.2 อธิบายถึงการแพร่โรคเอดส์สู่ทารก การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด การติดเชื้อเอดส์ภายหลังคลอด

5.3 อธิบายการติดต่อของสตรีตั้งครรภ์สู่ผู้อื่นได้แก่ และทางเพศสัมพันธ์ ทางผิวหนัง และจากมารดาสู่ทารกขณะตั้งครรภ์

5.4 แนะนำการปฏิบัติตนในสตรีตั้งครรภ์

- 1) แนะนำไม่ใช้มีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน

- 2) แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย เวลาที่มีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม

- 3) แนะนำให้ดนมมารดา

- 4) ให้คำแนะนำ คุมกำเนิดโดย ฤงยางอนามัย ร่วมกับการรับประทานยาเม็ด คุมกำเนิดหรือ ยาฉีดยาคุมกำเนิด แต่ให้งดการใส่ห่วงอนามัย

- 5) แนะนำอาหาร 5 หมู่ และอาหาร ที่มีเบต้าแคโรทีน เช่น มะละกอ แครอท ฟักทอง

โรค Syphilis

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็น syphilis จะส่งผลกระทบต่อทารกทำให้ทารกพิการแต่กำเนิด ตายคลอด บวมน้ำแข็ง และคลอดก่อนกำหนดได้ การตรวจคัดกรองจะทำให้ค้นพบโรคและให้การดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อลดความผิดปกติ และพิการ

ผลของ syphilis ต่อทารก การติดต่อสู่ทารกขณะตั้งครรภ์ ติดต่อโดย ผ่านรกหลัง 16 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจจะมี การทำลายทารกในครรภ์อย่างชัดเจน โดยจะมีการดำเนินของโรค ดังนี้ (ธีระ ทองสง, 2552: 345) ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตายคลอด ทารกบวม น้ำแข็ง และคลอดก่อนกำหนด บางรายอาจแสดงอาการ ตั้งแต่แรกเกิดหรือ 2 ปีแรก (early congenital syphilis) คือ เหลือง ชีต (jaundice anemia) ผื่นผิวหนัง (skin rash) ตับโต ม้ามโต (hepato splenomegaly) ความผิดปกติของกระดูก (bone abnormality) (มาณี ปิยะอนันต์ ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คันสนียวิทย์กุล, 2553: 125) หรืออาจแสดงอาการภายหลัง 2 ปี (late congenital Syphilis) คือ ไม่มีลักษณะ syphilis แต่กำเนิดเมื่อแรกเกิด นอกจากตรวจ

เลือดได้ผลบวก หรือ คลอดทารกปกติ ปลอดภัย จาก syphilis ตลอดไป ยิ่งมารดาเป็นโรคนานานเท่าใด โอกาสเกิดอันตรายต่อลูกยิ่งน้อย ยิ่งมารดาเป็น syphilis แต่กำเนิดโอกาสถ่ายทอดถึงลูกยากมาก (ธีระ ทองสง, 2552: 145)

ผลการติดเชื้อซิฟิลิสต่อมารดา ทำให้การดำเนินโรค จากแผลขอบแข็งเมื่อแผลขอบแข็งหายไปจะเกิดผื่น และ condyloma lata จนกระทั่งไม่มีอาการ (late syphilis) ใน 3-30 ปี จะเกิดอาการแทรกซ้อน ของระบบหัวใจ หลอดเลือด ระบบประสาท และเกิด gumma disease (รานี เมฆะสุวรรณดิ, ปรีชา มณฑาทิกุล, จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และ สุรเกียรติ อาษานานุภาพ, 2550: 191)

ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่เชื้อสู่ทารกคือ

1) ถ้าสตรีตั้งครรภ์ภายใน 1-2 ปีแรก จะแพร่เชื้อสู่ทารกสูงเช่น ถ้ามารดาเป็น primary syphilis ทารกติดเชื้อร้อยละ 70-100 และถ้ามารดาเป็น early latent syphilis ทารกติดเชื้อร้อยละ 40 (วิบูลย์ เรืองชัยนิคม, 2556: 158)

2) ถ้าสตรีตั้งครรภ์รับเชื้อมานานโอกาสทารกจะเกิดอันตรายน้อยลง เช่นมารดาเป็น late latent syphilis ทารกติดเชื้อร้อยละ 10

3) Syphilis ระบบประสาท ระบบหัวใจ และหลอดเลือด พบได้น้อยในสตรีที่มีบุตรมาก เชื่อว่าขณะตั้งครรภ์ hormone มีส่วนป้องกันการลุกลามของโรค

วิธีการติดต่อในสตรีตั้งครรภ์สู่ผู้อื่น

การมีเพศสัมพันธ์ติดต่อ จากแผลที่เยื่อเมือก mucous patch แผลริมแข็งบริเวณอวัยวะสืบ

พันธุ์และ condyloma lata, การสัมผัสทางผิวหนัง แผลน้ำเหลือง เลือดฝืนระยะที่ 2 การติดต่อจากมารดาสู่ทารกระยะตั้งครรภ์โดยการติดต่อโดยผ่านรก

การเจาะเลือดหาเชื้อ ซิฟิลิส

หลังได้รับเชื้อใช้เวลา ประมาณ 3 สัปดาห์ จึงตรวจพบเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งระยะฟักตัว 10-90 วัน (รานี เมฆะสุวรรณและคณะ, 2550: 192) โดยเจาะเลือดคัดกรอง VDRL, RPR หรือ FTA-ABS, TPHA ดังมีรายละเอียดของการเจาะเลือดดังนี้

1) Venereal disease research laboratory (VDRL) หรือ Rapid plasma reagin หรือ RPR เป็นการตรวจเพื่อใช้คัดกรอง และติดตามผลการรักษา มี sensitivity ร้อยละ 86-100 (วิบูลย์ เรืองชัยนิคม, 2557: 116) ถ้าการรักษาได้ผล VDRL titer จะลดลง อย่างไรก็ตาม การตรวจด้วย VDRL หรือ RPR อาจเกิด false positive ก็ได้เช่นในโรค hepatitis หรือ malaria

2) FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption test) หรือ TPHA (treponema pallidum hemagglutination assay) TPHA 1:180 ถ้าผล positive การแปลผลแสดงว่าเป็นการยืนยันว่าสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส ถึงแม้ให้การรักษาแล้วผลก็ยัง positive ตลอดชีวิต แต่ปัจจุบันนี้มีการคัดกรองด้วย FTA-ABS หรือ TPHA เพราะในรายไม่มีอาการ แต่มีการติดเชื้อซิฟิลิสมากกว่า 1 ปี (late latent syphilis) เชื้อจะ inactive มีการแบ่งตัวช้ามาก จนบางครั้งการคัดกรองด้วย VDRL หรือ RPR ผล non reactive

ทำให้หญิงตั้งครรภ์นั้นไม่ได้รับการรักษา จึงมีการแก้ปัญหาด้วยการส่ง FTA-ABS หรือTPHA แทน (วิบูลย์ เรื่องซัยนิคม,2557: 116)

กรณีตัวอย่าง 3 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ syphilis

สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อ syphilis หญิงไทยคู่ อายุ 24 ปี อาชีพรับจ้าง มาโรงพยาบาลด้วย มาตรวจตามแพทย์นัด ตั้งครรภ์ 4 เดือน มาฝากครรภ์ตามปกติ ขณะนี้ไม่มีอาการใดๆ ไม่มีแผลที่อวัยวะเพศ ไม่มีผื่น หรือผื่นร่วน ประวัติการตั้งครรภ์ G₁P₀A₀ การตรวจร่างกาย General appearance look freshy, HEENT pink conjunctiva, ไม่มีผื่นร่วน no roseolar rash, Lymph node not enlarged, Heart , S2 no mur mur, Lung no adventitious sound, Abdomen not tender no mass, Extremities no pitting edema

ผลการตรวจเลือดพบ VDRL 1:32, TPHA positive การวินิจฉัยโรค pregnancy 16 weeks with syphilis

การรักษา benzathine penicillin 2.4 mu ทุกอาทิตย์ x 3 ครั้ง

การพยาบาล

1. การให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือด เพื่อให้เกิดตระหนักถึงความสำคัญของการเจาะเลือดการตรวจหาเชื้อsyphilis เพราะถ้าทารกติดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์ จะทำให้ทารกเกิดความพิการแต่กำเนิด บวม น้ำ คลอดก่อนกำหนด ส่วนผลโรคต่อสตรีตั้งครรภ์ ถ้าไม่รักษาจะมีการดำเนินของโรคจากมื่อการจนไม่มีอาการและเกิดอาการรุนแรงของระบบประสาท การเจาะเลือด

VDRL เพื่อหาเชื้อsyphilis และจะตรวจพบหลังได้รับเชื้อ 3 สัปดาห์ ถ้าผลผิดปกติ แพทย์จะให้ตรวจ TPHA ทันที

2. การให้การปรึกษาหลังทราบผลเลือด แบ่งเป็น 2 กรณีคือ

2.1 กรณีผลเลือดเป็นลบไม่มีการติดเชื้อโรคsyphilis ในระหว่างตั้งครรภ์ แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย แต่ควรแนะนำมาเจาะเลือดอีกครั้งเมื่อ 28 -32 สัปดาห์

2.2 กรณีผลเลือดเป็นบวก พยาบาลจะต้องประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความรู้ต่างๆ

3. การแนะนำวิถีชีวิตและการจัดการกับความวิตกกังวลโดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การฝึกวิธีการผ่อนคลาย การเสริมสร้างพลังด้านบวกทั้งพลังใจในตนเอง และพลังสนับสนุนของครอบครัว เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์คลายความเครียด และลดความวิตกกังวล

4. แนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน

4.1 การติดต่อสู่ทารกขณะตั้งครรภ์ ติดต่อโดย ผ่านรกหลัง 16 สัปดาห์

4.2 ผลการติดเชื้อซิฟิลิสต่อมารดา ทำให้การดำเนินไปจนไม่มีอาการจน โรครุนแรงขึ้นจนเกิด syphilis ระบบประสาท

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่เชื้อ syphilis สู่ทารก ถ้าสตรีตั้งครรภ์เป็นโรค syphilis มากายใน 1-2 ปีแรก โอกาสจะถ่ายทอดสู่ลูกจะสูง

แต่ในสตรีตั้งครรภ์รายนี้ไม่ทราบเป็นโรคมานี้ตั้งแต่เมื่อใดจึงจัดในกลุ่ม late latent syphilis (เป็น syphilis เกิน 1 ปี)

4.4 วิธีการติดต่อในสตรีตั้งครรภ์
สู่ผู้อื่น การมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสทางผิวหนัง การรับเลือด

4.5 การติดต่อจากมารดาสู่ทารกระยะ
ตั้งครรภ์โดยการติดต่อโดยผ่านรก

4.6 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน ดังนี้

1) แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย
ตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากสามี
ขณะตั้งครรภ์

2) แนะนำไม่ให้ใช้เข็มร่วมกัน

3) แนะนำให้มาเจาะเลือดตรวจ
ตามนัดอีกในรายผลปกติ คือเมื่อตั้งครรภ์
28- 32 สัปดาห์

บทสรุป

การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรี
ตั้งครรภ์จะช่วยให้สามารถค้นพบโรคในสตรี
ตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกเริ่มซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษา
ลดภาวะการติดเชื้อที่จะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์
รวมทั้งลดความผิดปกติหรือความพิการที่อาจจะ
เกิดขึ้นได้ในทารก พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ
ในการเป็นผู้ให้การปรึกษา ทั้งก่อนเจาะเลือดและ
หลังเจาะเลือด ภายหลังทราบผลการเจาะเลือด

และพบว่าติดเชื้อ พยาบาลจะต้องประเมินการ
รับรู้และความรู้ต่อโรค รวมทั้งความเครียด หรือ
ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลจะอยู่เคียงข้าง
ที่คอยให้คำแนะนำถึงวิธีการลดและจัดการ
กับความวิตกกังวล วิธีการฝึกการผ่อนคลาย
การเสริมสร้างพลังด้านบวกและพลังสนับสนุน
จากครอบครัว รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากการ
ติดเชื้อ นอกจากนี้แล้วการติดตามความก้าวหน้า
ทางเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์เป็น
สิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการทำสื่อภาพยนตร์สั้นๆ
เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และมีคำแนะนำสั้นกระชับ
ที่เข้าใจง่าย เพื่อสตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญ
ในการตรวจคัดกรอง ความเจริญก้าวหน้าทาง
วิทยาการในการใช้ยาป้องกันโรคเอดส์สู่ทารก
ในครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่าง
ไม่หยุดนิ่ง พยาบาลจึงควรศึกษาความก้าวหน้าและ
ผลข้างเคียงของยา การตรวจคัดกรองด้วย FTA-
ABS หรือ TPHA แทนการตรวจคัดกรองด้วย
VDRL หรือ RPR เพราะในรายไม่มีอาการแต่มีการ
ติดเชื้อซีฟิลิสมากกว่า 1 ปี (late latent
syphilis) เชื้อจะ inactive มีการแบ่งตัวช้ามาก
หากตรวจด้วย VDRL หรือ RPR ก็จะไม่พบ
สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บทบาทของพยาบาลกับการ
ตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ทำได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *เอกสารแนวทางการปฏิบัติในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มอนามัยแม่และเด็กศูนย์อนามัยที่ 11. (2554). *คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ตั้งครรภ์*. จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- ธีระ ทองสง. (2552). *นรีเวชวิทยานับสอบบอร์ด*. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทพร ชุมทอง, วรรณภา พาหุวัฒนากร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียด ต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด ที่บุตรได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ. *วารสารสมาการพยาบาล*, 28(2), 88-91.
- ประพันธ์ ภาณุภาคและคณะ. (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติปี 2553*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พิมล วงศ์ศิริเดช, เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, พงนิย ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐินี ศรีสันติโรจน์. (2556). *เวชศาสตร์ปริกำเนิดทันยุค*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- พิชัย จินตนาภักดี, ธิตาพร จิรวัดนไพศาล และสัณชัย ชาสสมบัติ. (2552). *คู่มือการดูแลรักษาตนเอง สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- มาณี ปิยะอนันต์ ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล. (2553). *ตำราสูติศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- เยื่อน ต้นนิรันดร์ และวรพงศ์ ภู่งศ์. (2551). *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*. (ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- รานี เมฆะสุวรรณดี, ปรีชา มณฑกานติกุล, จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และสุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2550). *ตำราเภสัชบำบัด*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง.
- วรลักษณ์ ยมะสมิตและสุรสิทธิ์ ชัยวงศ์ทองวัฒนา.(2555). *Labor Room Pocket Bible*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- วิบูลย์ เรืองชัยนิคมและคณะ. (2556). *เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- วิบูลย์ เรืองชัยนิคมและคณะ. (2557). *การดูแลภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์แบบร่วมสมัย*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

- สาทิติ บุญยะสง. (2555). การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากมารดสู่ทารกพรต 2554 ของประเทศไทย.ใน: วรพงศ์ ภูพงศ์, (บรรณาธิการ). *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 70-72). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552. นนทบุรี สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. (2553). โช่วผลงานในรอบ 20 ปี ป้องกันโรค “ไวรัสตับอักเสบบี”.สำนักสารนิเทศใ สืบค้นวันที่ 22 พ.ศ. 2556 จาก <http://www.moph.go.th/0ps/iprg>
- ศรีนวล โอสเสถียร. (2552). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อ. *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์. หน่วยที่ 1-6*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- โอภาส พุทธเจริญ. (2557). การติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก. ใน: วิบูลย์ เรืองชัยนิคมและคณะ. (บรรณาธิการ). *การดูแลภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์แบบร่วมสมัย* (หน้า 156-157). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- อลิช. เอ็ม, สติน. (2551). Nclex-RN Review (5th edition). (คณาจารย์วิทยาลัยบรมราชชนนีสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผู้แปล). ปรกกาย จิโรจน์กุลและคณะ. (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J Bloom S.L., Hault J.C., Rouse D.J., & spong C.Y. editors. (2010). *Williams Obstetrics. (23rd ed)*. New York: Mc. Graw-Hill.
- Powrie, R.O., Green, M.F., & Powrie, R.O., Green, M.F., & Camann, W. (2010). *De Swiet 's Medical Disorder in Obstetric Practice. : Wiley-Black Well*.
- Ricci, S.S. (2010). *Essentials Of maternity newborn & women' s health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Word Health Organization (WHO). (2009). Hepatitis B vaccines. *Weekly Epidemiology Record, 40*(84), 405-420. Retrieved March 2013, from <http://www.who.int/wer>