

ผลของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) เข้ารับบริการ
ที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง ปี พ.ศ.2557-2559

Outcome of pregnant women with IUGR in MFM unit
for more than 3 visited in 2014-2016

ดวงกมล ผิวบัวคำ¹

Duangkamol Piwbuakum¹

บทคัดย่อ

ความสำคัญของปัญหา: ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ส่งผลเชิงลบกับมารดาและทารก ผู้รับบริการในกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจติดตามที่ หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ทางหน่วยงานจึงประเมินผลทางคลินิกเกี่ยวกับการให้บริการดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเกิดเป็นโอกาสในการพัฒนาการให้คำปรึกษาในฐานพยาบาลและทางด้านคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ที่เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2557-2559

วิธีดำเนินการ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในปีพ.ศ.2557-2559 มีกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง จำนวน 40 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากสมุดลงทะเบียนของหน่วยเวชศาสตร์มารดาทารกในครรภ์และห้องคลอด

ผลการศึกษา: พบว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกในครรภ์และอัตราการตายปริกำเนิดเท่ากับร้อยละ 5 และพบว่าทารกต้องแยกจากมารดาไปรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็กต่าง ๆ ร้อยละ 68.43 โดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 16.63 วัน

สรุป: ทารกหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยขณะอยู่ในครรภ์มารดาว่ามีการเจริญเติบโตช้ามากกว่าครึ่งต้องแยกจากมารดาไปรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็ก การศึกษานี้ทำให้ทราบว่าพยาบาลควรพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ในเรื่องการเตรียมมารดาที่บุตรต้องแยกจากมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์,ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์,รับบริการ

¹ พยาบาลวิชาชีพ หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ งานการพยาบาลหัตถการพิเศษทางสูติ-นรีเวชกรรม
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

Registered Nurse, maternal and fetal medicine unit , Thammasat university hospital.

Corresponding: princess.duangkamol@gmail.com

Abstract

Background: Intrauterine growth restriction (IUGR), a condition that occurs due to various reasons, is an important cause of fetal and neonatal morbidity and mortality. The pregnant women with IUGR were appointed more than 3 times for fetal monitoring. Therefore, the clinical assessment of this program was performed to improve nurse role in the process.

Objective: This study aims to evaluate the outcome of pregnant women with IUGR in MFM unit on more than 3 visits in 2014-2016 .

Material and methods : A retrospective study was performed by reviewing data from MFM unit and Labor room registration records, electronic record of fetal's health data in MFM unit . A total of 40 pregnant women whose babies were diagnosed as IUGR and referred to MFM unit between Jan,2014 and Dec,2016 and had more than 3 visits were included. The maternal age ,gestational age at first diagnosis, complication in maternal and fetus, delivery GA, APGAR score, birth weight, hospital stay average , dead fetus in utero rate, perinatal mortality rate were reviewed.

The result: A total of 40 pregnant women who were diagnosed as IUGR and on more than 3 visits, 5% had DFIU and 5% had perinatal mortality. 98.43% of neonates who were diagnosed as IUGR were admitted in high risk ward ,pediatric ward or NICU the average hospital stay was 16.63 days.

Conclusion: Most baby who were suspected or diagnosed as IUGR are admitted in NICU, high risk ward or pediatric ward .Therefore ,the improvement in of counseling program for pregnant women with IUGR in MFM unit is very important for better nursing care.

Keyword: pregnant women, IUGR, Visits

บทนำ

ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นภาวะที่ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าศักยภาพที่ควรจะเป็นของทารกนั้น ๆ [1] เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยคือ น้ำหนักของทารกน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 10 ของอายุครรภ์นั้น ๆ [1-3] โดยในประเทศที่กำลังพัฒนาพบภาวะนี้ได้ประมาณ 6-30%[1] ภาวะนี้ส่งผลกับทั้งมารดาและทารก สำหรับทารกนั้นจะส่งผลกระทบโดยตรง โดยจะพบอัตราการทุพพลภาพ และการตายปริกำเนิดสูงขึ้น[5-6] โดยมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 19.8[3] ส่วนในมารดาอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นจากภาวะ Fetal distress[1] การแยกทารกโตช้าที่มีสุขภาพไม่ดีออกจากทารกตัวเล็กที่มีสุขภาพดีจึงมีความสำคัญ[3] ซึ่งทารกกลุ่มที่โตช้าที่มีสุขภาพดีจะได้รับการตรวจติดตามการเจริญเติบโต ซึ่งถ้าการเจริญเติบโตดี สตรีตั้งครรภ์สามารถฝากครรภ์ตามปกติ ในกลุ่มนี้จึงได้รับการตรวจติดตามไม่เกิน 3 ครั้ง ส่วนในกลุ่มที่ตรวจติดตามแล้วพบว่าทารกในครรภ์มีสุขภาพไม่ดี จะได้รับการนัดหมายตรวจติดตามต่อเนื่องที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ แนวการดูแลขณะตั้งครรภ์ในสตรีกลุ่มนี้ได้แก่ การตรวจอัลตราซาวด์ประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์, การประเมินปริมาณน้ำคร่ำ,BPP,Doppler ultrasound[1,5-6] การตรวจดังกล่าวเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด กำหนดเวลาการคลอดที่เหมาะสม ลดการเกิดการขาดออกซิเจนเมื่อคลอด ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราการตายปริกำเนิดของทารก และเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกเกี่ยวกับการให้บริการแก่สตรีมีครรภ์ที่ทารกในครรภ์มีภาวะการเจริญเติบโตช้า และ

ได้รับการตรวจติดตามต่อเนื่องที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ทางหน่วยงานจึงประเมินผลทางคลินิกเกี่ยวกับการให้บริการดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์และเกิดเป็นโอกาสในการพัฒนาการบริการทั้งด้านให้คำปรึกษาในฐานะพยาบาลและทางด้านคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) ที่เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง ในปีพ.ศ.2557-2559

วิธีการวิจัย

โครงการนี้เป็น Mini research แบบ Retrospective study เก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี คือ ปีพ.ศ. 2557-2559 โดยรวบรวมข้อมูลจากสมุดลงทะเบียนของหน่วยเวชศาสตร์มารดาทารกในครรภ์ ฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ของหน่วยเวชศาสตร์มารดาทารกในครรภ์ และสมุดลงทะเบียนของงานการพยาบาลผู้คลอด

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) รวม 3 ปี มีจำนวน 122 ราย โดยสามารถติดตามข้อมูลจนคลอดได้ 105 รายและไม่มีข้อมูลการคลอดจำนวน 17 ราย สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ที่เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง มีจำนวน 40 ราย

ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ เป็นดังนี้

1. อายุ พบว่ามีอายุระหว่าง 16 – 44 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.1 ปี แบ่งเป็นกลุ่มอายุตามความเสี่ยงดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ที่เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง ตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ร้อยละ
Teenage pregnancy	5	12.5
Low risk by age	22	55
Advanced maternal age	13	32.5
รวม	40	100

2. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์โดยพบว่า เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกจำนวน 19 ราย และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งหลัง (มากกว่า 1 ครั้ง) จำนวน 21 ราย สำหรับประวัติการแท้งบุตร พบว่า ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตรจำนวน 31 ราย และเคยมีประวัติการแท้งบุตรจำนวน 9 ราย

3. อายุครรภ์ที่ตรวจพบทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) พบว่า ตรวจพบตั้งแต่อายุครรภ์ 21 – 38 สัปดาห์ โดยอายุครรภ์เฉลี่ยที่ตรวจพบทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) เท่ากับ 30 สัปดาห์ 4 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าตรวจพบทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ที่ Early GA (อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์) จำนวน 7 ราย และ Late GA (อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์) จำนวน 33 ราย

4. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์จำนวน 21 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ และมีสตรีตั้งครรภ์จำนวน 19 ราย ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ร่วมด้วย ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)
GDM diet control	1
GDM on RI	1
overt DM	1
teenage	5
GHT	1
mild PIH	2
Severe PIH	3
anemia	2
myoma	1
AR with asthma	1
SLE	1

5. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของทารก ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา พบว่า ทารกในครรภ์จำนวน 26 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา และมีจำนวน 14 ราย พบว่ามีความผิดปกติที่สูติแพทย์ตรวจพบขณะอยู่ในครรภ์มารดา ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของทารกระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา ในสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง

ความผิดปกติที่ตรวจพบ	จำนวน(ราย)
Congenital heart disease	6
CMV infection	2
fetal anemia	1
heterotaxy syndrome	1
gastroschisis	1
ไม่รู้กัน	1
dilated renal pelvis	1
hyperechoic bowel	1

6. ปริมาณน้ำคร่ำ พบว่ามีปริมาณน้ำคร่ำอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 และมีปริมาณน้ำคร่ำผิดปกติ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งปริมาณน้ำคร่ำที่ผิดปกติเป็นดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้งและมีปริมาณน้ำคร่ำผิดปกติแยกตามประเภทน้ำคร่ำที่ผิดปกติ

น้ำคร่ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Oligohydramnios (AFI < 5 cms.)	16	40
Anhydramnios (AFI = 0)	2	5
Polyhydramnios (AFI > 20 cms.)	0	0

7. ผลตรวจ Doppler flow เป็นดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละผลตรวจ Doppler flow ของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง

ชนิด Doppler flow	ผลตรวจ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
UA	Normal	31	77.5
	Abnormal	9	22.5
	รวม	40	100
MCA	Normal	35	87.5
	Abnormal	5	12.5
	รวม	40	100

8. วิธีการคลอด พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้งมีวิธีการคลอดแบบการผ่าตัดคลอดมากที่สุดร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ คลอดเองทางช่องคลอด (Normal labor) โดยพบร้อยละ 20 ส่วนการใช้หัตถการทางสูติศาสตร์ช่วยคลอดพบเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.5

9. น้ำหนักทารกแรกเกิด อยู่ระหว่าง 550-3,184 กรัม โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2,107 กรัม

10. ทารกเสียชีวิตในครรภ์พบจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 โดยรายที่ 1 อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 760 กรัมและทารกในครรภ์มีภาวะซีดร่วมด้วย รายที่ 2 อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 632 กรัม

11. APGAR score ตรวจพบดังนี้

ตารางที่ 6 แสดง APGAR score ของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR)เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง

นาที่ที่	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	7-10	36	90
	4-6	1	2.5
	0-3	3	7.5
5	7-10	37	92.5
	4-6	0	0
	0-3	3	7.5

12. การนอนโรงพยาบาลของทารกหลังคลอด เป็นดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของทารกหลังคลอดแยกตามหอผู้ป่วยหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR)เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ย้ายคืนมารดา	12	31.57
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	1	2.63
High risk	14	36.85
NICU	11	28.95
รวม	38	100

13. ทารกที่ไม่ได้ย้ายคืนมารดามีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของอยู่ระหว่าง 3-105 วัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.63 วัน

14. ทารกที่ไม่ได้ย้ายคืนมารดาและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.88 ของทารกเกิดมีชีพที่มารดาขณะตั้งครรภ์มีทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง

15. ทารกตายปริกำเนิดจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 โดยในรายที่ 1 คลอดอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 2,214 กรัม ทารกมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Heterotaxy syndrome) ร่วมด้วย รายที่ 2 คลอดอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 2,288 กรัม ทารกมีโรคหัวใจพิการแต่

กำเนิด (Levocardia single ventricle) ร่วมด้วย

อภิปรายและสรุปผล

จากการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจน(ประเมินจาก APGAR SCORE) ยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ และเมื่อทบทวนกลับจะพบว่าทารกกลุ่มนี้มีความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่าทารกที่คลอดมามีผลลัพธ์ในเชิงลบได้

อัตราการรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็กต่าง ๆ ยังพบว่ามีมากกว่าครึ่งคือพบถึงร้อยละ 68.43 โดยสาเหตุของการนอนรักษาตัวได้แก่ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ข้อนี้ทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) , อุณหภูมิร่างกายต่ำ(Hypothermia) ปัญหาการหายใจ เนื่องจากการทำงานของปอดทารกยังไม่เจริญเต็มที่ นอกจากนี้ทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือมีความผิดปกติทางร่างกายอื่น ๆ ต้องได้รับการดูแลจากกุมารแพทย์ใกล้ชิด ซึ่งเงื่อนไขทางความพิการแต่กำเนิดของทารกแรกเกิดนี้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การเสียชีวิตของทารกในครรภ์พบ 2 ราย ซึ่งทารกทั้ง 2 ราย มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ระดับรุนแรง โดยน้ำหนักแรกคลอดในรายที่ 1 เท่ากับ 760 กรัมและตรวจพบ

Fetal anemia ร่วมด้วย และรายที่ 2 น้ำหนักแรกคลอดเท่ากับ 632 กรัม ซึ่งทั้ง 2 รายหากคลอดทารกก็อาจเสียชีวิตหลังคลอดได้ ดังนั้นใน 2 รายนี้ การให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัวในเรื่องการพยากรณ์โรคจึงมีความสำคัญ สตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ต้องได้รับการให้คำปรึกษาทางเลือกการดูแลทั้งการตั้งครรภ์ต่อหรือการยุติการตั้งครรภ์ให้ทราบถึงประโยชน์และผลลัพธ์เชิงลบของทั้ง 2 ทางเลือก เพื่อตัดสินใจพิจารณาร่วมกับทีมผู้ดูแลและสามารถยอมรับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

อัตราการตายปริกำเนิดพบ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งทารกที่เสียชีวิตน้ำหนักแรกเกิด รายที่ 1 น้ำหนักแรกเกิดเท่ากับ 2,214 กรัมและรายที่ 2 น้ำหนักแรกเกิด 2,288 กรัมโดยทั้ง 2 รายคลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด แต่พบว่าทั้ง 2 รายมีโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดรุนแรงร่วมด้วยจึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาค้นคว้าของสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์(IUGR) ที่เข้ารับบริการที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 3 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2557-2559 ทำให้ทางหน่วยงานรับทราบผลลัพธ์การดูแลผู้รับบริการในกลุ่มนี้ซึ่งจะพบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 68.43 ต้องแยกจากมารดา ไปรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็กต่าง ๆ ดังนั้นการเตรียมผู้รับบริการกลุ่มนี้ไว้สำหรับการให้นมแม่ในทารกที่แยกจากมารดาจึงน่าจะมีความสำคัญ โดยควรได้รับการเตรียม

ตั้งแต่ระยะการฝากครรภ์ เพื่อช่วยให้มารดามีความมั่นใจในระดับหนึ่ง และสามารถให้มมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังคลอดบุตร

2. ในรายที่การพยากรณ์โรคไม่ดี ต้องได้รับคำปรึกษาถึงทางเลือกการตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์และให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้อิสระ การให้คำปรึกษาเช่นนี้จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดการยอมรับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

3. นำข้อมูลที่ได้ศึกษาต่อขยายหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ เพิ่มเติมหรือนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในแต่ละกลุ่มตัวแปร เพื่อพัฒนาสู่งานวิจัยต่อไป

4. ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อต่อขยายการหาปัจจัยในการทำนายผลลัพธ์หรือการพยากรณ์ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.พญ.จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์ รศ.นพ.เด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า , รศ.พญ.อติดา จันทเสนานนท์, ผศ.พญ.ต้องตานันท์โกมล ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คุณภิญญารัตน์ อัสตงพวงพนา พยาบาลชำนาญการพิเศษ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ คุณจุฑามาศ คชสิทธิ์ และคุณสุภาภรณ์ ปรีสงค์ ผู้ช่วยพยาบาลหน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และขอขอบคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่มอบทุนสนับสนุนทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ACOG. ACOG Practice bulletin no 134: fetal growth restriction. Obstet Gynol [internet]. 2013 [Cited 2018 June 6]; 121(5): 1122-1133. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635765>
2. ชีระ ทองสง. พันยุกับการดูแลทารกโตช้าในครรภ์ Update in management of fetal growth restriction. ใน: ภาควิชาสูติ-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ: บริษัทพี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2561. หน้า 179-194.
3. บุญชัย เอื้อโพธิ์โรจน์กิจ. Update in fetal growth restriction. ใน: วิบูลย์ เรืองชัย นิคม, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด; 2556. หน้า 61-72.
4. บุญชัย เอื้อโพธิ์โรจน์กิจ. ทารกโตช้าในครรภ์. ใน: เยื่อน ต้นนรินทร์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 117-131.
5. อติดา จันทเสนานนท์. ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์. ใน: คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, บรรณาธิการ. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2554. หน้า 115- 150.

6. อรดี จันทวลี. Update in fetal growth restriction. ใน: วิบูลย์ เรืองชัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มาตาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด; 2556. หน้า 73-78.