

บทความวิชาการ

หัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์: บทบาทการพยาบาล

Rubella in pregnant women: Nurses' role

อำพรรณ ยวนใจ*

Ampawan Yuanjai*

บทคัดย่อ

โรคหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ สามารถติดเชื้อไปยังทารกได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ผ่านทางรก สารคัดหลั่ง เลือด และน้ำนมของมารดา ความรุนแรงของโรคอาจส่งผลให้ทารกพิการหรือเสียชีวิตในครรภ์ พยาบาล มีบทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องโรคหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อหัดเยอรมันในระยะ ก่อนตั้งครรภ์และระยะตั้งครรภ์ การคัดกรองโรคหัดเยอรมันระยะตั้งครรภ์ และการพยาบาลเมื่อหญิงตั้งครรภ์ เป็นโรคหัดเยอรมัน รวมทั้งการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อหัดเยอรมันระยะคลอดและหลังคลอด

คำสำคัญ: โรคหัดเยอรมัน, หญิงตั้งครรภ์, บทบาทพยาบาล

Abstract

Rubella in pregnant women is dangerous for fetus. It could affect to death and congenital defect. The infection can be spread by direct exposure to secretion, blood, and breast milk as well as by mother-to-child transmission during pregnancy, labor and postpartum period. Nurses' role are important to preventing the spread of infection and screening surveillance for pregnant women including providing nursing care and prevention of transmission in pregnant women infected with rubella during labor and postpartum period.

keywords: rubella, pregnant women, nursing roles

บทนำ

หัดเยอรมันเป็นโรคไข่ออกผื่นคล้ายโรคหัด ส่วนใหญ่เมื่อเด็กหรือผู้ใหญ่เป็นโรคหัดเยอรมัน มักจะหายได้เองโดยไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะช่วงไตรมาสแรกติดเชื้อโรคหัดเยอรมัน เชื้ออาจแพร่กระจายเข้าทารกในครรภ์ ทำให้ทารกพิการ แท้ง หรือตายในครรภ์ได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) องค์การอนามัยโลกรายงานอัตราผู้ป่วยโรคหัดเยอรมันในประเทศไทยร้อยละ 1 ถือว่ามากเป็นลำดับที่ 4 ของ 10 ประเทศในทวีปเอเชีย (World Health Organization, 2018) คิดเป็นอัตราป่วย 0.4 ต่อแสนประชากรไทย พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายด้วยสัดส่วน 1.2 ต่อ 1 และพบมากในอายุช่วงวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ ช่วงอายุ 15 - 24 ปี

*Corresponding author e-mail: nsmahidol109@gmail.com

*พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยแยกโรค ทองคำ เหมโต งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

พบร้อยละ 24.1 ช่วงอายุ 25 - 34 ปี พบร้อยละ 20.3 และ ช่วงอายุ 35 - 44 ปี พบร้อยละ 9.7 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

สาเหตุของโรคหัดเยอรมันเกิดจากเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า Rubella โดยทั่วไปเชื้อจะอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และเสมหะของผู้ป่วย ติดต่อกันโดยการหายใจสูดเอาฝอยละอองหรือสัมผัสเสมหะที่ผู้ป่วยโรคหัดเยอรมัน ไอหรือจาม จากนั้นเชื้อจะเข้าไปแบ่งตัวในระบบน้ำเหลืองของระบบทางเดินหายใจแล้วจึงแพร่เข้ากระแสเลือด (Banatvala & Brown, 2004) ในภาวะหญิงตั้งครรภ์เชื้อสามารถติดต่อไปยังทารกผ่านทางกระแสเลือดในรก (American Academy of Pediatrics, 2015) ทำให้เกิดการทำลายหลอดเลือดและก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆของทารก (Oster, Riehle-Colarusso & Correa, 2010) ส่งผลให้ทารกอาจเสียชีวิตภายหลังคลอดหรือเกิดภาวะทารกพิการแต่กำเนิดจากการติดเชื้อหัดเยอรมัน (congenital rubella syndrome: CRS) ส่วนใหญ่มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 3 อย่าง ได้แก่ หูหนวก พบได้ประมาณร้อยละ 58 อาจเกิดกับหูข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ส่วนใหญ่มักเป็นทั้งสองข้าง บางครั้งอาการอาจปรากฏได้ช้า โดยอาจเริ่มแสดงอาการตอนอายุ 2 ขวบหรือมากกว่า หัวใจพิการ พบได้ประมาณร้อยละ 50 ส่วนใหญ่พบความผิดปกติการเชื่อมต่อของเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจกับเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ไปปอด การตีบของเส้นเลือดแดงใหญ่ของปอด และการรั่วของผนังกันห้องหัวใจห้องบนหรือห้องล่าง (Maldonado, 2012) และ ต้อกระจก พบได้ประมาณร้อยละ 43 อาจเป็นกับตาเพียงข้างเดียวหรือสองข้าง ส่วนใหญ่มักจะเกิดกับตาทั้งสองข้างสูงถึงร้อยละ 80 อาจพบจอตามีเม็ดสีผิดปกติร่วมด้วย ทำให้เกิดความผิดปกติในการมองเห็น นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติที่อาจพบได้ เช่น ศีรษะเล็กผิดปกติ ต้อหิน ผนังหัวใจรั่ว มีหินปูนในสมอง ซีด ตีข่าน ตัวเทาเหลือง สมองอักเสบ ตับอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ผิวหนังเป็นลายออกสีน้ำเงิน และเป็นเบาหวานเมื่อเป็นผู้ใหญ่ เป็นต้น (Banerji, Ford-Jones, Kelly, & Robinson, 2005) ความพิการของทารกในครรภ์มักจะพบสูงเมื่อมีการติดเชื้อในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 16 สัปดาห์ ในขณะที่ภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ พบ CRS เพียงเล็กน้อย และหากติดเชื้อในไตรมาสที่ 3 อาจพบเฉพาะภาวะทารกโตช้าในครรภ์ โดยไม่พบว่าการติดเชื้อช่วงก่อนการตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด CRS (กนกกร สุนทรขจิต, 2559)

ปัจจุบันอัตราป่วยของโรคหัดเยอรมันในประเทศไทยลดลงอย่างมาก จากผลจากการรณรงค์การฉีดวัคซีน MMR (Measles – Mumps – Rubella) (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) แต่ยังคงพบอุบัติการณ์โรคหัดเยอรมันในสตรีตั้งครรภ์มากถึงร้อยละ 0.1 - 0.2 (กนกกร สุนทรขจิต, 2559) บทบาทพยาบาลตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อหัดเยอรมันในระยะก่อนตั้งครรภ์และระยะตั้งครรภ์ การคัดกรองโรคหัดเยอรมันระยะตั้งครรภ์ การพยาบาลเมื่อหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคหัดเยอรมัน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหัดเยอรมันระยะคลอดและหลังคลอด ถือว่าเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญมากต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์และทารก

บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อหัดเยอรมันในระยะก่อนตั้งครรภ์

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การติดต่อ การป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อหัดเยอรมันแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)
2. ดูแลและแนะนำสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส เรื่องการได้รับการฉีดวัคซีนก่อนตั้งครรภ์หรือระยะ

ที่มีประจำเดือน พร้อมกับคุมกำเนิดอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ (Plotkin, Reef, Cooper & Alford, 2011)

บทบาทการพยาบาลในการคัดกรองโรคหัดเยอรมันระยะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกจะได้รับการคัดกรองโรคหัดเยอรมัน (Dontigny, Arsenault, Martel & Clinical Practice Obstetrics Committee, 2008) ดังนี้

1. ประวัติพื้นฐานส่วนบุคคลและประวัติครอบครัวเน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงของการติดเชื้อได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ประวัติการสัมผัสโรคติดต่อ
2. ประวัติทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีตการติดเชื้อในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ข้อมูลบุตร เช่น ลักษณะแรกเกิดการได้รับวัคซีนและสุขภาพปัจจุบัน
3. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต ได้แก่ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติอาการและอาการแสดงของโรคหัดเยอรมัน
4. ตรวจร่างกายตามระบบเพื่อประเมินอาการของการติดเชื้อ โดยทั่วไปร้อยละ 25-50 ของการติดเชื้อหัดเยอรมันจะไม่มีอาการแสดงใดๆ ส่วนอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยแบ่งเป็น 2 ระยะ (Centers for Disease Control and prevention, 2001) ดังนี้

4.1 ระยะก่อนออกผื่น เริ่มแรกอาจมีอาการไม่สบายเล็กน้อย เช่น มีไข้ต่ำๆถึงปานกลางไม่เกิน 38.5 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา โดยเฉพาะเวลากลอกตาไปด้านข้างและด้านบน ปวดเมื่อยตามตัว เจ็บคอ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ต่อม้ำเหลืองโต โดยเฉพาะกลุ่มของต่อม้ำเหลืองบริเวณหลังหูและคอ สามารถคลำลักษณะเม็ดตะปุ่มตะป่ำบริเวณหลังหู หลังคอ ท้ายทอย และด้านข้างคอทั้ง 2 ข้าง หรืออาจมีอาการแบบโรคหัด คือ มีไข้ น้ำมูก ไอ ในบางรายอาจมีน้ำมูกหรือถ่ายเหลวเล็กน้อย อาการเหล่านี้จะแสดงอยู่ประมาณ 1-5 วันก่อนที่ผื่นจะขึ้น ระยะก่อนผื่นขึ้นหรือวันแรกที่มีผื่นขึ้น อาจพบจุดเลือดออกเล็ก ๆ หรือจุดแดงขนาดเท่าปลายเข็มที่บริเวณเพดานอ่อนในปาก มักจะแสดงภายใน 24 ชั่วโมง เรียกว่า “ฟอร์ไชเมอร์ สปอต” (Forchheimer spots) พบได้ประมาณร้อยละ 20

4.2 ระยะออกผื่น หลังระยะก่อนออกผื่น 1-5 วัน จะเริ่มมีลักษณะผื่นแดงเล็ก ๆ (erythematous maculopapular) บางครั้งผื่นมีลักษณะเป็นจุด ๆ (pinpoint papules) คล้ายกับ scarlet fever (Edlich, Winters, Long & Gubler, 2005) โดยทั่วไปผื่นมักจะไม่มีอาการคันหรืออาจมีอาการคันเล็กน้อย ผื่นจะมีลักษณะแบนราบเป็นสีชมพูอ่อนๆ มีขนาดเล็กประมาณ 1-4 มิลลิเมตร มักจะแยกจากกันชัดเจน ไม่แผ่รวมกันเป็นแผ่นแบบโรคหัด สามารถจางหายไปจนหมดภายใน 3 วัน โดยเรียงลำดับจากหน้าลงมาที่ขา โดยไม่ทิ้งรอยแผลเป็นและไม่ทิ้งรอยผื่นสีคล้ำหรือหนังลอกแบบโรคหัด ยกเว้นในรายที่เป็นผื่นมากอาจลอกแบบขุยละเอียดระหว่างที่เป็นผื่น ผู้ป่วยอาจมีอาการตาแดง และน้ำมูกไหลร่วมด้วยได้ และหลังจากผื่นขึ้นประมาณ 7 วัน อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดข้อและข้ออักเสบประมาณ 1-14 วัน มักเป็นที่ข้อมือ ข้อเท้า และข้อเท้า โดยจะมีอาการปวดเท่ากันทั้ง 2 ข้างและมีอาการข้อติดในช่วงเช้า ส่วนอาการอื่นๆที่พบบ่อย ได้แก่ จุดจ้ำเลือดออกตามตัว ตับอักเสบ โลหิตจาง และ hemolytic anemia และ hemolytic uremic syndrome

5. การส่งตรวจต่างๆ โดยส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจหาไวรัสหัดเยอรมัน ได้แก่ การตรวจภูมิต้านทานชนิดเอ็มต่อเชื้อหัดเยอรมัน (IgM antibody) หรือการตรวจหา

สารภูมิต้านทานชนิดจีต่อเชื้อหัดเยอรมัน (IgG antibody) โดยทำการตรวจ 2 ครั้ง ครั้งแรกจะตรวจในช่วงที่กำลังมีอาการ และครั้งที่ 2 ตรวจห่างจากครั้งแรกประมาณ 2-3 สัปดาห์ หากพบว่ามีระดับ antibody เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (4-fold rising titer) เพื่อเทียบกับระดับที่ตรวจพบครั้งแรก ถือว่าเป็นผลบวกหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น รวมถึงการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ทารกในครรภ์และบุคคลอื่น หรือตรวจหาไวรัสหัดเยอรมันจากการทำ polymerase chain reaction (PCR) จากชิ้นเนื้อรก มีความไวและแม่นยำมากกว่าการตรวจ rubella IgM จากการเจาะเลือดสายสะดือทารกในครรภ์ (Mace, Cointe & Six, 2004) แต่มีความยุ่งยากมากกว่า นอกจากนี้ควรส่งตรวจ complete blood count เพื่อค้นหาภาวะเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคหัดเยอรมัน

6. แนะนำหญิงตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงแหล่งชุมชนแออัดหรือใกล้ชิดบุคคลที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อหัดเยอรมัน เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หากจำเป็นแนะนำสวมหน้ากากอนามัย

บทบาทพยาบาลเมื่อหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคหัดเยอรมัน

1. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการไข้และผื่นขึ้น หรือสงสัยว่าเป็นโรคหัดเยอรมัน หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นโรคหัดเยอรมัน ให้สามารถเข้าถึงแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคหัดเยอรมันหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามข้อ 5 ในบทบาทพยาบาลในการคัดกรองโรคหัดเยอรมันระยะตั้งครรภ์

2. แนะนำวิธีการลดการแพร่กระจายของเชื้อด้วยการใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น ถุงมือ และ หน้ากากอนามัย เป็นต้น และทำความสะอาดบ้าน รวมทั้งภาชนะ ของใช้ และเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ด้วยน้ำผสม ผงซักฟอกในอัตรา 1:10 (McLean et.al., 2013)

3. ดูแลและให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัดเยอรมัน ตามแผนการรักษา 2 แบบ ดังนี้

3.1 กรณีแพทย์พิจารณาฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ วิธีนี้ แม้ว่าจะไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อของทารกในครรภ์ได้ แต่อาจช่วยลดความรุนแรงของโรคที่เกิด กับทารกได้

3.2 กรณีแพทย์แนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ระยะ 3 เดือนแรก เพราะการตั้งครรภ์ระยะ 4-6 เดือน ทารกอาจมีโอกาสพิการน้อยกว่าระยะ 3 เดือนแรก และการตั้งครรภ์ ระยะ 7-9 เดือน ทารกส่วนใหญ่ปลอดภัย กรณีนี้แพทย์จะให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสหรือครอบครัว เพื่อการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการยุติการตั้งครรภ์ (Dontigny et.al., 2008) บทบาท พยาบาลในการให้คำปรึกษา ดังนี้ (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555)

3.2.1 สร้างสัมพันธภาพด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นกันเอง แสดงถึงการยอมรับและ ให้เกียรติลักษณะส่วนตัวหรือลักษณะเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์

3.2.2 เป็นผู้ฟังที่ดีเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกสบายใจ ไม่อึดอัด ว่างใจ พร้อมที่จะระบายความรู้สึก

3.2.3 ให้เวลาในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน

3.2.4 เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง และเสริมสร้างแรงทางบวก โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด

1. ระยะคลอด นอกจากบทบาทพยาบาลที่เหมือนกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปให้ดำเนินการคลอดตามปกติ ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ไม่กระตุ้นการคลอดเกินความจำเป็น การประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การสังเกตอาการผิดปกติของ การหดตัวของมดลูก ดูแลความสบายทั่วไป และการพักผ่อน การขับถ่าย และการใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ ยังมีบทบาทเฉพาะในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้คลอดและทารก ดังนี้

1.1 ดูแลทารกแรกเกิดโดยการใช้หลัก universal precaution ในการจับต้องหรืออุ้มทารก การดูดนมจากปากและจุมกอย่างรวดเร็ว และการทำลายผ้าอ้อม ก่อนฉีดวัคซีนต้องทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำและสบู่และเช็ดซ้ำด้วยแอลกอฮอล์

1.2 ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจากการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่ง โดยใช้หลัก universal precaution ทั้งในระยะรอคลอดและขณะคลอด อุปกรณ์การทำคลอดควรใช้ชนิดใช้ครั้งเดียว ส่วนเครื่องมือแพทย์ทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้หม้อนึ่งแรงดันสูง (autoclave) ที่ 121 องศาเซลเซียส ภายใต้อากาศความดัน 15 ปอนด์ต่อหนึ่งตารางนิ้วประมาณ 15 นาทีหรือใช้ฟอร์มาลินความเข้มข้น 5%

2. ระยะหลังคลอด

2.1 การพยาบาลทั่วไป

2.1.1 ให้การพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด และแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังคลอด ได้แก่ การหดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การบรรเทาอาการปวดมดลูก การดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา และการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติตัวทั่วไป เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การรักษาน้ำนมส่วนบุคคล เป็นต้น ตลอดจนการส่งเสริมการปรับตัวด้านจิตสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับทารกและการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

2.1.2 แนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะทำการให้นมบุตรที่ถูกต้อง การให้ทารกอมหัวนมอย่างถูกต้อง และการประเมินประสิทธิภาพของการให้นมบุตร ที่จะช่วยป้องกันการเจ็บหัวนม หัวนมแตกมากจนเลือดไหลที่เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ

2.1.3 แนะนำการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวอย่างเหมาะสม และแนะนำตรวจประเมินภาวะสุขภาพประจำปี และตรวจเลือดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

2.2 การพยาบาลเฉพาะ

2.2.1 ช่วยแพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อหัดเยอรมันในทารกที่คลอดจากมารดาที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อหัดเยอรมัน วิธีการตรวจที่ถือเป็นมาตรฐาน คือ การแยกเชื้อไวรัสจากการเพาะเลี้ยงเซลล์ โดยเก็บส่งตรวจจากหลังโพรงจมูก จากปัสสาวะ หรือจากน้ำไขสันหลังของทารก ส่วนวิธีการตรวจอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจหาสารก่อภูมิคุ้มกันต่อเชื้อหัดเยอรมัน (antigens) จากน้ำไขสันหลังและหรือเลือด หรือตรวจหาสารภูมิคุ้มกันชนิดเอ็มจากเลือด เป็นต้น

2.2.2 ให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการตรวจติดตามการดำเนินของโรคอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้ควรแนะนำให้สตรีหลังคลอดได้รับการตรวจร่างกายประจำปี

2.2.4 สำหรับทารกที่คลอดจากการดาที่ติดเชื้อหัดเยอรมันหรือสงสัยว่าติดเชื้อหัดเยอรมัน แพทย์จะตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ตั้งแต่หลังคลอดและนัดเด็กมาตรวจเป็นระยะๆ เพราะอาการบางอย่างอาจปรากฏเมื่อเด็กอายุมากขึ้น และจะใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัย หากพบว่าทารกไม่ได้รับเชื้อหัดเยอรมัน ดูแลให้ทารกได้รับภูมิคุ้มกันโดยการฉีดวัคซีนหัดเยอรมัน (MMR) เมื่ออายุครบ 9 เดือน และ 2 ปี 6 เดือน (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

2.2.5 ทารกที่คลอดออกมาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด ผู้ปกครองควรหลีกเลี่ยงการพาไปในที่สาธารณะเป็นเวลา 1 ปี เช่น ไม่ควรฝากเด็กไว้ในสถานรับเลี้ยงเด็ก ไม่ควรพาไปเดินตลาด ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหาร ถ้าต้องอยู่โรงพยาบาลต้องแยกห้อง เป็นต้น เพราะเด็กเหล่านี้ยังมีเชื้อไวรัสอยู่ในตัวและสามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ เว้นแต่ว่าจะได้รับการตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการหลังจากอายุ 3 เดือนไปแล้ว และผลการตรวจไม่พบการติดเชื้อ

สรุป

สรุปการติดเชื้อไวรัสหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สำคัญเพราะเป็นสาเหตุทำให้ทารกในครรภ์เกิดความพิการ เกิดการแท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกโตช้าหรือพิการแต่กำเนิดได้ การแพร่กระจายของเชื้อเกิดได้ทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์การได้รับเชื้อหัดเยอรมันเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่ง การแพร่กระจายของเชื้อจากการดาสู่ทารก พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ การลดความรุนแรงของโรคการป้องกันการติดเชื้อของทารกแรกเกิดในระยะคลอดและการส่งเสริมภาวะสุขภาพของสตรีที่ติดเชื้อตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การให้คำแนะนำแก่สตรีมีครรภ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการระวังการแพร่กระจายของเชื้อ ตลอดจนการให้คำแนะนำในการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อเฝ้าระวังป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกกร สุนทรขจิต (2559, สิงหาคม). การติดเชื้อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์. วังการแพทย์. สืบค้นจาก <http://www.wongkarnpat.com/upfilecme/CME%20460.pdf>
- กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2561*. สืบค้นจาก <http://dvpd.ddc.moph.go.th/storage/content/file%20standard/1528956173-0085.pdf>
- สุรเกียรติ์ อาชานภาพ. (2553). หัดเยอรมัน. *หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.

- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ rubella. สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y60/d16_5360.pdf
- ศรุตยา รองเลื่อน ภัทรพลัย ตีลังจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). *การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล*. วารสาร พยาบาลศิริราช. 14- 28.
- American Academy of Pediatrics. (2015). *Red book: 2015 Report of the Committee on infectious Diseases (30th eds)*, Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.
- Banatvala, J.E. & Brown, D.W. (2004). Rubella. *Lancet*, 363, 1127-1137.
- Banerji, A., Ford-Jones, E. L., Kelly, E., & Robinson, J. L. (2005). Congenital rubella syndrome despite maternal antibodies. *Canadian Medical Association journal*, 172(13), 1678–1679. doi:10.1503/cmaj.050230
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001, July 13. Control and prevention of rubella: evaluation and management of suspected outbreaks, rubella in pregnant women, and surveillance for congenital rubella syndrome. *MMWR Recomm Rep*, 50(RR12), 1– 23. Retrived from <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5012a1.htm>
- Dontigny, L., Arsenault, M.Y., Martel, M.J. & Clinical Practice Obstetrics Committee. (2008). Rubella in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, 30(2), 152-158.
- Edlich, R.F., Winters, K.L., Long, W.B. & Gubler, K.D. (2005). Rubella and congenital rubella (German measles). *J Long Term Eff Med Implants*, 15(3), 319–328.
- Macé, M., Cointe, D., Six, C., Levy-Bruhl, D., Châtelet, I.P., Ingrand, D. & Grangeot-Keros, L. (2004). Diagnostic Value of Reverse Transcription-PCR of Amniotic Fluid for Prenatal Diagnosis of Congenital Rubella Infection in Pregnant Women with Confirmed Primary Rubella Infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 42(10), 4818-4820.
- McLean, H.Q., Fiebelkorn, A.P., Temte, J.L., Wallace, G.S. & Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*, 62(RR-04), 1-34.
- Oster, M.E., Riehle-Colarusso, T. & Correa, A. (2010). An update on cardiovascular malformations in congenital rubella syndrome. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, 88(1), 1-8.
- Plotkin, S.A., Reef, S.E., Cooper, L.Z. & Alford, C.A. (2011). Rubella In: J.S. Remington, J.O. Klein, C.B. Wilson & et al. (Eds), *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. (7th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- World Health Organization. (2018). Global Measles and Rubella Update August 2018. Retrieved from https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/Global_MR_Update_August_2018.pdf

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล บทความวิจัยทางการแพทย์ บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ ทาง การพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับการ ตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา อนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญ อังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิด ขอบด้านซ้าย

2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัยและคณะอยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 โดย ส่วนท้ายของหน้าแรกระบุตำแหน่งวิชาการ สถานที่ทำงาน และ e-mail ของ corresponding author และคณะ

2.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

2.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

2.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

2.4.3 บทนำ

2.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

- 2.4.5 วัตถุประสงค์
- 2.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย
- 2.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 2.4.9 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- 2.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.4.12 ผลการวิจัย
- 2.4.13 การอภิปรายผล
- 2.4.14 ข้อเสนอแนะ
- 2.4.15 เอกสารอ้างอิง
- 2.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบ APA 6th edition (American Psychological Association)

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับบทความในรูปแบบ word file ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความ ตีพิมพ์ และสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เข้ารับการพิจารณาผ่านระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj> หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถาม สามารถติดต่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 16 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3084

**ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิชาการ/ วิจัย/ ปกิณกะ เรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. ชื่อผู้นิพนธ์หลัก (ภาษาไทย)..... ☐ corresponding author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2. ชื่อ (ภาษาไทย)..... ☐ first author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

3. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

4. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

5. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

☐ กรณีบทความวิจัย ได้ส่งพร้อมสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

ใบสมัครขอรับหนังสือวารสารการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือวารสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ปี ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ. และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

☐ อัตราค่าสมาชิก 100 บาทต่อปี

☐ ค่าส่งไปรษณีย์ เล่มละ 50 บาท ขอให้ส่ง

นางสาว/ นาง /นาย

ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน

แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

☐ เงินสด จำนวน.....บาท

☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ธนากรกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3084