

Common Infections in Pregnant Women: Impacts on Maternal and Fetal Health, Treatment, and Roles of Nurse-Midwives

Athasit Kijmanawat, MD, FPMRS
Chakri nareubondindra medical institute



Mahidol University
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

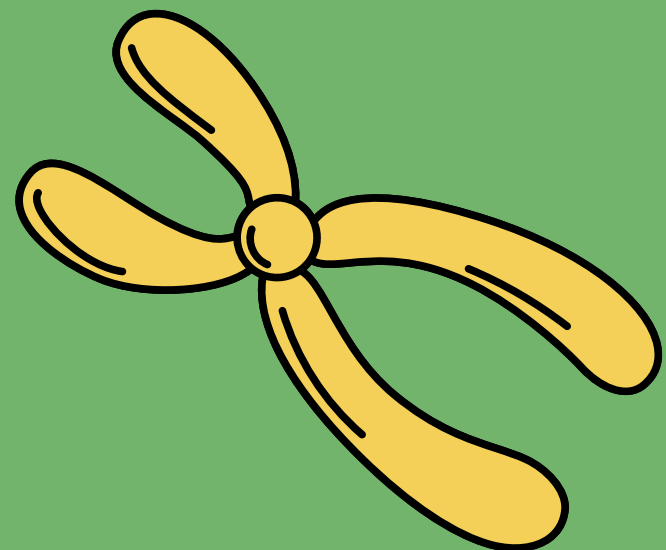


Lesson Outline

Practical points

Common Infections: Diseases you should know

Serious Infections: Diseases you must know



Practical points

จุดสังเกตของการวินิจฉัย

การป้องกันการติดเชื้อ

การป้องกันผลต่อการรบกวนในครรภ์



Common Infections

01

Urinary Tract Infection (UTI)

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

02

Influenza in Pregnancy

ไข้หวัดใหญ่ในสตรีตั้งครรภ์

03

Leukorrhea / Vaginitis

ตกขาว / การอักเสบช่องคลอด

Serious Infections

04

TORCH Infections

Toxo/Rubella/CMV/HSV/Others

05

Syphilis

ซิฟิลิส — *Treponema pallidum*

06

HBV Infection

ไวรัสตับอักเสบบี

07

HIV Infection

เชื้อ HIV ในสตรีตั้งครรภ์



COMMON INFECTIONS

โรคที่ควรรู้

Urinary tract infection

Leukorrhea

Influenza

URINARY TRACT INFECTION

URINARY TRACT INFECTION

2-10%

อุบัติการณ์ในตั้งครรภ์

40%

เสี่ยงลุกลาม
สู่ Pyelonephritis

80%

สาเหตุ E. coli

ชนิดของ UTI ในการตั้งครรภ์

Asymptomatic Bacteriuria

ไม่มีอาการ แต่ตรวจพบเชื้อใน urine C/S $\geq 100,000$ CFU/mL

Cystitis

ปัสสาวะแสบขัด บ่อย มีกลิ่น— ติดเชื้อเฉพาะกระเพาะปัสสาวะ

Pyelonephritis

ไข้สูง ปวดเอว CVA tenderness — รุนแรง ต้อง Admit IV ATB

URINARY TRACT INFECTION



Cystitis

- ปัสสาวะแสบขัด (Dysuria)

- ปัสสาวะบ่อย / กระปริดกระปรอย

- ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่น

- ปวดท้องน้อย

- ASB: ไม่มีอาการ แต่มีเชื้อ



Pyelonephritis

- ไข้สูง > 38°C หนาวสั่น

- ปวดเอว / CVA tenderness

- คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย

- ปัสสาวะน้อย / ขุ่น

- Sepsis: HR↑ BP↓ confusion



Nursing tip: ตรวจ CVA tenderness ทุกชาย



Mahidol University
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital



URINARY TRACT INFECTION

การวินิจฉัย

UA

WBC >10 cell/HPF, Nitrite +, Leukocyte esterase +

Urine C/S

Gold standard $\geq 100,000$ CFU/mL

Dipstick

Nitrite + / Leukocyte esterase +

ผลต่อทารกในครรภ์

⚠️ คลอดก่อนกำหนด (Preterm birth)

⚠️ น้ำหนักแรกเกิดน้อย (LBW)

⚠️ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (IUFD) — กรณีรุนแรง

⚠️ Neonatal sepsis (GBS)

⚠️ Chorioamnionitis

URINARY TRACT INFECTION

การรักษา

ASB / Cystitis

Nitrofurantoin 100 mg po bid × 5-7 วัน
Amoxicillin 500 mg po tid × 5-7 วัน
Cephalexin 500 mg po qid × 3-7 วัน
Fosfomycin 3 g po single dose

Pyelonephritis

Admit + IV Ceftriaxone 1-2 g OD
เปลี่ยน PO เมื่อไข้ลง 24-48 ชม.

การป้องกัน

- ดื่มน้ำสะอาด 8-10 แก้ว/วัน (30 ml/kg/day)
- ปัสสาวะหลังมีเพศสัมพันธ์
- ทำความสะอาดจากหน้าไปหลัง
- รักษา ASB ทุกชาย



LEUKORRHEA

LEUKORRHEA



ตกขาวปกติ (Physiologic)

สีขาวหรือใส ไม่มีกลิ่น

เพิ่มขึ้นในตั้งครรภ์ (Progesterone ↑/Estrogen ↑)

ไม่คัน ไม่แสบ ไม่แดง

pH ช่องคลอด 3.8-4.5

⚠ Vaginitis ผิดปกติ

Bacterial Vaginosis

สีเทา กลิ่นเหม็น fish-like, pH > 4.5

Candidiasis

ขาวขุ่น cottage cheese, คันมาก

Trichomoniasis

เขียวเหลือง มีฟอง คัน แดง, STI

จุดสังเกตที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

ตกขาวมีเลือดปน

กลิ่นแรงมากผิดปกติ

ปวดท้องน้อยร่วมด้วย

น้ำไหล (อาจเป็น ROM)



ตรวจ pH ช่องคลอด: BV > 4.5 | Candida < 4.5 | Trich > 4.5 — ช่วยแยกโรคเบื้องต้น

LEUKORRHEA

BV

Metronidazole 500 mg PO bid × 7 วัน
Metronidazole gel 0.75% × 5 วัน

ผลทารก: คลอดก่อนกำหนด, น้ำหนักน้อย,
PROM

Candidiasis


Clotrimazole cream 1% หรือ Miconazole
vaginal × 7 วัน
Nystatin suppository × 7 วัน

ผลทารก: Thrush ในทารก (neonatal
candidiasis)

Trichomoniasis

Metronidazole 2 g PO single dose
หรือ 500 mg bid × 7 วัน
รักษาคู่นอนด้วยทุกราย

ผลทารก: PROM, คลอดก่อนกำหนด, LBW

 Oral Fluconazole ≥ 150 mg/วัน ในไตรมาส 1 — เพิ่มความเสี่ยง Tetralogy of Fallot

INFLUENZA

INFLUENZA

ภูมิคุ้มกันเปลี่ยน

Immune tolerance ลดลงเพื่อป้องกันการต่อต้านทารก — ทำให้ติดเชื้อง่ายและรุนแรงขึ้น

การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินหายใจ

กะบังลมถูกดันขึ้น → Functional residual capacity ลด → แลกเปลี่ยนก๊าซลด → O2 reserve ต่ำ

หัวใจทำงานมากขึ้น

Cardiac output เพิ่ม → หากติดเชื้อ Influenza อาจเกิด myocarditis / decompensation

อาการที่พบบ่อย

- ไข้สูง > 38°C เฉียบพลัน
- ไอ เจ็บคอ
- ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ
- อ่อนเพลียมาก
- หนาวสั่น เหงื่อออก

LEUKORRHEA

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

⚠ Pneumonia

⚠ ARDS — ระบบหายใจล้มเหลว

⚠ Myocarditis — หัวใจอักเสบ

⚠ Early pregnancy loss

⚠ คลอดก่อนกำหนด

⚠ ทารกน้ำหนักน้อย

การรักษา

Osetamivir (Tamiflu)

75 mg BID × 5 วัน — เริ่มใน 48 ชม. หลังมีอาการ
Category C — ปลอดภัย ใช้ได้ทุก trimester

Zanamivir (Relenza)

ทางเลือก — สูดพ่น inhaler × 5 วัน
หลีกเลี่ยงในรายที่มีปัญหาทางเดินหายใจ

Supportive care

Paracetamol ลดไข้
พัก ดื่มน้ำมาก Monitor fetal well-being



LEUKORRHEA

วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Inactivated Influenza Vaccine — IIV) — ปลอดภัยและแนะนำทุกไตรมาส

- ✓ **ช่วงเวลา** ฉีดได้ทุกช่วงของการตั้งครรภ์
- ✓ **ประสิทธิภาพ** ลดความเสี่ยงติดเชื้อ 50-60% | ลด hospitalization 72%
- ✓ **ภูมิคุ้มกันทารก** Maternal IgG ผ่านรก → ทารกมีภูมิ 6 เดือนแรก
- ✓ **ให้นมบุตร** ให้นมแม่ได้ปกติหลังฉีดวัคซีน

พฤติกรรมป้องกัน: ล้างมือบ่อย • ใส่หน้ากาก • หลีกเลี้ยงผู้ป่วย • งดไปในที่แออัด



Mahidol University
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital



SERIOUS INFECTIONS

โรคที่ต้องรู้

TORCH infection

Syphilis

Serious Virus: HBV - HIV

TORCH INFECTION

TO

Toxoplasmosis

R

Rubella

C

Cytomegalovirus
(CMV)

H

Herpes Simplex Virus
(HSV)

TORCH INFECTION

Toxoplasmosis

Toxoplasma gondii

ช่องทาง: รับประทานเนื้อดิบ / สัมผัสมูลแมว

⚠️ สูงสุดใน T3 แต่รุนแรงสุดใน T1

Rubella

Rubella virus (Togavirus)

ช่องทาง: Airborne ละอองฝอย

⚠️ CRS รุนแรงสุดใน T1 (80-90%)

CMV

Cytomegalovirus

ช่องทาง: สารคัดหลั่ง น้ำลาย ปัสสาวะ เพศสัมพันธ์

⚠️ พบบ่อยสุด — 0.6-0.7% ของทารก

HSV

Herpes Simplex Virus

ช่องทาง: สัมผัสโดยตรง / ขณะคลอด

⚠️ Neonatal herpes — เสียชีวิตได้

TORCH INFECTION

อาการมารดา

- 80% ไม่มีอาการ
- ต่อม้ำเหลืองโต (ที่คอ)
- ไข้ต่ำ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ
- ผื่นเล็กน้อย
- ตาอักเสบ (Chorioretinitis)

Congenital Toxoplasmosis — Classic Tetrad

Chorioretinitis The most common sign

ตาอักเสบ → ตาบอด

Hydrocephalus

น้ำในสมองมาก

Intracranial calcification

หินปูนในสมอง

Convulsions (Seizures)

ชัก - พัฒนาการล่าช้า

การรักษา: Pyrimethamine + Sulfadiazine + Leucovorin (ห้ามใช้ T1) | ทางเลือก: Spiramycin ใน T1



ป้องกัน: อาหารปรุงสุก ล้างมือหลังสัมผัสดิน หลีกเลี่ยงการเลี้ยงแมวขณะตั้งครรภ์

TORCH INFECTION

Rubella — หัดเยอรมัน

ชื่อ: Rubella virus (Togavirus)

ติดต่อ: Airborne ระยะฟัก 14-21 วัน

อาการ: ผื่น Maculopapular + ต่อม้ำเหลือง
หลังหู + ไข้ต่ำ

CRS: ตาบอด หูหนวก หัวใจพิการ พัฒนาการช้า

เสี่ยงสูง T1 (90%), T2 (54%), T3 (26%)

รักษา: ไม่มียาเฉพาะ ป้องกัน MMR vaccine

CMV — Cytomegalovirus

ชื่อ: Cytomegalovirus

พบบ่อยสุดใน TORCH — 0.6-0.7%

ติดต่อ: น้ำลาย ปัสสาวะ

อาการมารดา: flu-like symptoms

ผลทารก: หูหนวก สมองพิการ ตาบอด
ตับโต ดีซ่าน

รักษา: Ganciclovir IV (ทารก)



CMV: ไม่มีวัคซีน — ส้างมือบ่อย หลีกเลี้ยงน้ำลาย | Rubella: MMR ก่อนตั้งครรภ์ 1 เดือน

TORCH INFECTION

HSV

ชื่อ: Herpes Simplex Virus

อาการ

1. ไม่แสดงอาการ: พบบ่อยที่สุด
2. การติดเชื้อครั้งแรก: รุนแรง มีตุ่มน้ำใสปวดแสบปวดร้อนบริเวณอวัยวะเพศ
3. การกลับเป็นซ้ำ: อาการน้อย ตุ่มยุบไว

รักษา: Acyclovir 400 mg po q8hr

ผลแทรก: มีตุ่มน้ำใสขึ้นตามผิวหนัง รอบดวงตา เชื้อไวรัสลุกลามเข้าสู่สมองและไขสันหลังของทารก ตับอักเสบรุนแรง ตัวเหลือง ซีด หายใจลำบาก

การดูแลรักษาาระหว่างตั้งครรภ์ (Management)

การคัดกรอง: ซักประวัติการติดเชื้อเริ่มของมารดาและคู่สมรส

เริ่มให้ยาต้านไวรัสชนิดกิน (Acyclovir) เมื่อ 36 สัปดาห์

การตรวจประเมิน: ช่องทางคลอดเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์

คลอดทางช่องคลอดได้: หากไม่มีแผลและอาการเตือน ณ วันคลอด

ผ่าตัดคลอด (C-Section): เพื่อป้องกันทารกติดเชื้อจากช่องคลอด

TORCH INFECTION

โรค	การตรวจ	ช่วงเวลา	การรักษา
Toxoplasmosis	IgM + IgG	ทุกราย ANC แรก	Pyrimethamine/Sulfadiazine
Rubella	IgM + IgG	ANC แรก	MMR หลังคลอด
CMV	IgM + IgG	เมื่อสงสัย	Ganciclovir (ทารก)
HSV	Clinical / PCR / Culture	มีอาการ / โก๊สคลอด	Acyclovir + C/S



TORCH ทุกชนิด → ส่งผ่านรก → ทำให้เกิด Congenital anomaly, IUGR, IUFD — ตรวจเร็ว รักษาเร็ว

SYPHILIS

SYPHILIS

Primary

3-90 วัน

- Chancre: แผลริมแข็ง ไม่เจ็บ
- ขอบซัด ฐานแผลสะอาด
- ต่อม้ำเหลืองโต ไม่เจ็บ

Secondary

6 wk-6 mo

- ผื่นฝ่ามือ-ฝ่าเท้า ไม่คัน
- ไข้ต่ำ เจ็บคอ
- Condyloma lata
- ต่อมโตทั่วตัว

Latent

หลายปี

- ไม่มีอาการ
- ยังแพร่เชื้อได้
- ตรวจพบจาก serology
- Early/Late latent

Tertiary

หลายปี

- Gumma
- Neurosyphilis
- Cardiovascular syphilis
- ไม่ค่อยพบในตั้งครรภ์

SYPHILIS

Lab วินิจฉัย

TPHA/FTA-ABS

Treponemal Screening

→ 1st + 3rd Trimester

VDRL/RPR

Non-Treponemal Confirmatory

→ Titer ติดตามผล

RPR Titer drop $\geq 4x$

ติดตามการรักษา

→ ประเมิน 3, 6, 12 เดือน

การรักษา (ยาเลือก)

Primary/Secondary/ Early Latent

Benzathine PCN G

2.4 MU IM single dose or weekly x 2

Late Latent/ Unknown duration

Benzathine PCN G

2.4 MU IM weekly x 3

⚠ Jarisch-Herxheimer Reaction: ใช้ หนาส่น 24 ชม.แรกหลังฉีด — Monitor fetal heart rate

SYPHILIS

ความเสี่ยงถ่ายทอดสู่ทารก

70-100%

Primary/Secondary

40%

Early Latent

10%

Late Latent

Early Congenital (< 2 ปี)

- ผื่น Maculopapular ฝ่ามือ-เท้า
- Snuffles (น้ำมูกเลือด)
- Osteochondritis
- ตับม้ามโต ดีซ่าน
- Hemolytic anemia

Late Congenital (> 2 ปี)

- Hutchinson's triad (ฟัน+หู+ตา)
- CN VIII deafness
- Interstitial keratitis
- Saddle nose deformity
- Saber shins



ไม่รักษา: แห้ง 25% | คลอดตาย 25% | ทารกตาย 14% | รักษาก่อน 26 สัปดาห์ ลดผลรุนแรงได้

HEPATITIS B VIRUS

HEPATITIS B VIRUS

Serological Markers — การแปลผล

Marker	ความหมาย
HBsAg +	ติดเชื้อ HBV (acute หรือ chronic)
HBeAg +	ไวรัสกำลังแบ่งตัว — แพร่เชื้อสูงมาก
Anti-HBs +	มีภูมิคุ้มกัน (จากวัคซีนหรือหาย)
Anti-HBc IgM +	ติดเชื้อเฉียบพลัน
HBV DNA	วัดปริมาณไวรัส — ใช้ตัดสินใจรักษา

การจัดการมารดา HBsAg +

ตรวจ HBV DNA | ประเมิน LFT | ปรีกษา Hepatologist | HBV DNA >200,000 IU/mL → ให้ Tenofovir T3 (ลด MTCT)

HEPATITIS B VIRUS

ความเสี่ยงการแพร่เชื้อแม่สู่ทารก (MTCT)

10-20%

HBsAg+ เท่านั้น

70-90%

HBsAg+ HBeAg+

< 5%

หลังได้ HBIG+Vaccine

โปรโตคอลป้องกัน MTCT – ทารกทุกรายของมารดา HBsAg+

ภายใน 12 ชม.

ฉีด HBIG 0.5 mL IM + HBV Vaccine dose 1

1 เดือน

HBV Vaccine dose 2

6 เดือน

HBV Vaccine dose 3

9-12 เดือน

ตรวจ HBsAg + Anti-HBs ยืนยันผลสำเร็จ



ให้นมบุตรได้หากทารกได้รับ HBIG + Vaccine ครบ | Tenofovir T3 → ลด viral load → ลด MTCT

HIV

HIV

การ Screening ใน ANC – 1st/3rd Trimester

Anti-HIV (ELISA)

Screening แรก — ความแม่นยำ >99%

Western Blot/PCR

Confirmatory — ยืนยันผลบวก

CD4 Count

ประเมินภูมิ — CD4 <200 = AIDS

HIV Viral Load

ตัดสินใจแผนรักษา + ติดตามผล

WHO Clinical Staging

Stage 1

ไม่มีอาการ / ต่อม้ำเหลืองโต

Stage 2

น้ำหนักลด <10%, ผิวหนัง, ปาก

Stage 3

น้ำหนักลด >10%, Oral candida, TB

Stage 4 (AIDS)

Pneumocystis pneumonia,
CMV, Toxoplasmosis สมอง



Opt-out testing: แนะนำ HIV test ทุกราย ANC แรก — หากปฏิเสธให้บันทึกและแนะนำซ้ำ

เป้าหมาย: **Viral load < 50 copies/mL** ก่อนคลอด → ลด **MTCT < 1%**

สูตร ARV ที่แนะนำในการตั้งครรภ์ (WHO/Thailand guideline)

First-line

TDF (Tenofovir) + 3TC (Lamivudine) + EFV (Efavirenz)
หรือ TDF + FTC + EFV — เริ่มทันทีที่วินิจฉัย

ปลอดภัยทุก trimester

Alternative

TDF + 3TC + DTG (Dolutegravir)
— ประสิทธิภาพดี แต่ T1 ระวัง NTD

DTG ปลอดภัยกว่า EFV ต่อ NTD ตั้งแต่ 2019

PMTCT

Zidovudine (ZDV/AZT) IV ระหว่างคลอด
หาก Viral load >1000 copies หรือ C/S

ลด MTCT ระหว่างคลอด



ห้ามใช้: ddi + d4T (Stavudine) — Lactic acidosis รุนแรงในตั้งครรภ์

HIV

ช่องทางการแพร่เชื้อแม่สู่ทารก

5-10%

ระหว่างตั้งครรภ์
(Transplacental)

10-20%

ระหว่างคลอด
(Intrapartum)

10-15%

ให้นมบุตร
(Postpartum)

การตัดสินใจวิธีคลอด

Viral load < 50 copies ตอนครรภ์ 36 wk

→ คลอดทางช่องคลอดได้ตามปกติ

Viral load > 1000 copies หรือไม่ทราบผล

→ แนะนำ Elective C/S ที่ GA 38 wk

ระหว่างคลอด

→ IV Zidovudine ทุกราย | ห้ามทำ ARM เร็ว ห้าม FSE



ห้ามให้นมบุตรหาก Viral load ไม่ถึงเป้าหมาย | ให้ ARV ทารกแรกเกิด NVP หรือ AZT × 6 สัปดาห์

HIV

การดูแลทารกแรกเกิด

ARV Prophylaxis

NVP (Nevirapine) 4 mg/kg OD x 6 สัปดาห์
หรือ AZT bid x 6 สัปดาห์

ทดสอบ HIV

HIV DNA PCR ที่ 6 สัปดาห์, 3 เดือน, 6 เดือน
ผล + → เริ่ม ART ทันที

นมบุตร

ให้นมผง (Formula) ทดแทน
หากให้นมแม่ได้ — Exclusive 6 เดือน + ทารก ARV

การดูแลมารดาหลังคลอด

- ART ตลอดชีวิต — ไม่หยุดยา
- ติดตาม Viral load, CD4 ทุก 3-6 เดือน
- คุมกำเนิด: Condom ทุกครั้ง
- ตรวจ STI, TB ร่วมด้วย
- ให้คำปรึกษา disclosure กับคู่นอน
- ป้องกัน OIs ตาม CD4 level

 HIV exposed infant: ตรวจ PCR ที่ 6 สัปดาห์ — ผล + เริ่ม ART ทันที ไม่รอผล CD4

สรุปเปรียบเทียบ — Group A: Common Infections

โรค	เชื้อก่อโรค	อาการเด่น	การรักษา	ผลแทรก
UTI	E. coli 80%	แสบ ขัด ป่อย ชून	Nitrofurantoin Ampicillin Cephalexin Fosfomycin	Preterm LBW Neonatal sepsis
Influenza	Influenza A/B	ไข้สูง เจ็บพ่น ไอ ปวดกล้ามเนื้อ	Oseltamivir 75 mg bid × 5 d	Preterm Pneumonia Intrauterine fetal demise
Leukorrhea	BV/Trichomonas Candida	ตกขาวผิดปกติ กลิ่น pH↑ คัน	Metronidazole Clotrimazole/Nystatin	PROM Preterm Neonatal thrush

สรุปเปรียบเทียบ — Group B: Serious Infections

โรค	เชื้อ	MTCT route	การรักษา	ผลทารก
TORCH (CMV/Toxo/ Rubella/HSV)	Virus/Protozoa	ผ่านรก + ระหว่างคลอด	Acyclovir/ Pyrimethamine MMR (ป้องกัน)	Congenital anomaly IUGR IUFD
Syphilis	T. pallidum	ผ่านรก ทุก trimester	Benzathine PCN G IM	Congenital syphilis Stillbirth 25%
HBV	Hepatitis B	ระหว่างคลอด (70-90% ถ้า HBeAg+)	Tenofovir T3 +HBIG+Vaccine	Chronic HBV ตับแข็ง มะเร็งตับ
HIV	HIV-1/2	คลอด+นมแม่ (10-20%)	ARV ตลอด+ AZT IV คลอด	HIV-exposed infant AIDS ถ้าไม่รักษา



Checklist การ Screening ในการฝากครรภ์

การตรวจ	โรคเป้าหมาย	ช่วงเวลา	การดำเนินการ
Urinalysis Urine C/S	UTI / ASB	ANC T1 + T3	รักษา ASB ทุกรายแม้ไม่มีอาการ
VDRL/RPR Or TPHA	Syphilis	ANC T1 + T3	Benzathine PCN G
Anti-HIV	HIV	ANC T1 + T3	+ → เริ่ม ARV ทันที + ประเมิน
HBsAg	HBV	ANC T1	+ → DNA, LFT, Tenofovir T3, HBIG+Vax ทารก
Rubella IgG	Rubella (TORCH)	ANC T1	Negative → ป้องกัน + MMR หลังคลอด
TORCH panel	Toxo/CMV/HSV	เมื่อสงสัย	IgM + → ส่งปรึกษา MFM specialist
Influenza Vaccine	Influenza	ทุกไตรมาส	ให้ได้ทุก trimester ปลอดภัย



การสื่อสาร Counseling สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ



ข้อมูลที่เชื่อสัตย์

บอกความเสี่ยงต่อทารกตามหลักฐาน ไม่ปกปิด ช่วยตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูล



ไม่ตัดสิน ไม่ตีตรา

โรค STI/HIV มีความละเอียดอ่อน รักษาความลับ — ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ



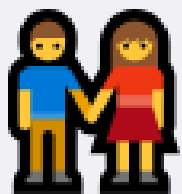
แผนการรักษาชัดเจน

อธิบายยา ผลข้างเคียง การนัดติดตาม สัญญาณที่ต้องกลับมาพบแพทย์



สุขภาพจิต

ประเมิน anxiety/depression ส่งต่อนักจิตวิทยา/สังคมสงเคราะห์หากจำเป็น



Partner Notification

แจ้งคู่นอนรับการตรวจและรักษา — สำคัญมากใน STI ทุกชนิด



แผนหลังคลอด

นมบุตร วัคซีนทารก การติดตาม ARV หรือ HBIG แนะนำตั้งแต่ก่อนคลอด





Red Flags — สัญญาณเตือนที่ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

UTI

⚠️ ไข้ $> 38^{\circ}\text{C}$ + ปวดเอว \rightarrow Pyelonephritis

⚠️ Sepsis: HR \uparrow BP \downarrow oliguria confusion

⚠️ Preterm contractions

Influenza

⚠️ SpO₂ $< 94\%$, ไข้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ

⚠️ ไม่ตอบสนองต่อยาลดไข้ใน 48 ชม.

⚠️ Fetal movement ลดลงชัดเจน

Syphilis

⚠️ RPR บวกครั้งแรก \rightarrow รักษาทันที

⚠️ Jarisch-Herxheimer + Preterm labor

⚠️ Secondary stage: ผื่นทั่วตัว

HBV

⚠️ LFT ผิดปกติมาก, Jaundice

⚠️ Acute liver failure

⚠️ HBV DNA $> 200,000$ \rightarrow Tenofovir

HIV

⚠️ CD4 < 200 \rightarrow OI prophylaxis

⚠️ Viral load ไม่ลด \rightarrow เปลี่ยน regimen

⚠️ Fever + ไอ \rightarrow ต้องแยก PCP/TB

TORCH

⚠️ ผื่น + ไข้ T1 \rightarrow ตรวจ Rubella/CMV

⚠️ Oligohydramnios + IUGR \rightarrow TORCH screen

⚠️ ทารกไม่ตื่น + echo ผิดปกติ

REFERENCE

ACOG Practice Bulletin No. 220. Management of Herpes in Pregnancy. 2020.

CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. 2021.

WHO. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. 2022.

Creasy RK, et al. Maternal-Fetal Medicine, 8th Ed. Elsevier, 2022.

กรมควบคุมโรค. แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2563.

กรมควบคุมโรค. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย. 2565.



Mahidol University
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

