

## แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

## เรื่อง การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ (ฉบับย่อ)

## RTOG Clinical Practice Guideline Summary

## Management of Hypertensive Disorders in Pregnancy



เอกสารหมายเลข	OB 63-021 (ใช้แทนเอกสารหมายเลข OB 018)
จัดทำโดย	คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564
วันที่อนุมัติต้นฉบับ	18 กันยายน พ.ศ. 2563

## ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์

เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ และเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และแรกคลอดจะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา

วัตถุประสงค์ของแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ เพื่อลดอัตราการตายและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกจากความดันโลหิตสูง

## คำถามทางคลินิก

1. การรักษาที่เหมาะสมสำหรับ preeclampsia และ gestational hypertension
2. การรักษาที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น chronic hypertension
3. การให้ยากันชักสำหรับ preeclampsia, eclampsia
4. วิธีการคัดกรองและการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ

## สรุปคำแนะนำการดูแลรักษา Preeclampsia และ Gestational hypertension

- Preeclampsia หรือ gestational hypertension without severe features ขณะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือมากกว่า ควรให้คลอดมากกว่าการดูแลแบบ expectant
- Preeclampsia หรือ gestational hypertension without severe features ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ควรมีการตรวจติดตามอาการ อาการแสดงของสตรีตั้งครรภ์ และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด
- Preeclampsia with severe features ขณะอายุครรภ์ 34 สัปดาห์หรือมากกว่า หรือเจ็บครรภ์คลอด หรือมีน้ำเดิน ควรให้คลอดหลังจากได้รับการ stabilize แล้ว
- Preeclampsia with severe features ก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์
  - รายที่มีข้อห้ามต่อการดูแลแบบ expectant ควรให้คลอดโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์
  - รายที่ไม่มีข้อห้ามต่อการดูแลแบบ expectant ต้องรับไว้ดูแลในสถานที่ที่ให้การดูแลแบบ intensive ได้ และต้องให้คลอดถ้าภาวะของสตรีตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์แย่งลง
- Chronic hypertension ที่ไม่ได้รับยาลดความดันโลหิตมาก่อน ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในระหว่างตั้งครรภ์ เมื่อความดันโลหิต systolic 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือ ความดัน diastolic 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือทั้งสองอย่าง แต่อาจพิจารณาเริ่มให้ยาเมื่อความดันโลหิตต่ำกว่านี้ ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นหรือไตทำงานไม่ดีร่วมด้วย
- ยาลดความดันโลหิตที่ใช้รักษาในระยะยาว สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น chronic hypertension ได้แก่ labetalol, nifedipine, methyldopa และให้หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors, angiotensin II receptor blockers, mineralocorticoid receptor antagonists
- สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาลดความดันโลหิต แนะนำให้ควบคุมความดันโลหิต systolic ให้อยู่ในช่วง 120 มิลลิเมตรปรอท ถึงน้อยกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต diastolic ให้อยู่ในช่วง 80 มิลลิเมตรปรอท ถึงน้อยกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท
- Chronic hypertension ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในครรภ์
  - รายที่ไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต ควรให้คลอด 38<sup>0/7</sup>-39<sup>0/7</sup> สัปดาห์
  - รายที่ได้รับยาลดความดันโลหิต ไม่ควรให้คลอดก่อน 37<sup>0/7</sup> และไม่เกิน 39<sup>0/7</sup> สัปดาห์

- Preeclampsia with severe features, chronic hypertension with superimposed preeclampsia with severe features ควรได้รับยา magnesium sulfate เพื่อป้องกันการชัก ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย จนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด หรือหลังการชักครั้งสุดท้าย
- การให้ magnesium sulfate เพื่อป้องกันการชัก สามารถให้ได้ทั้งในรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยไม่ต้องติดตามระดับ magnesium ในเลือด เว้นแต่มีอาการ อาการแสดงของ magnesium เกิน มีอาการชักหลังได้รับยา หรือมีค่าการทำงานของไตผิดปกติ
- ในระหว่างการตั้งครรภ์ รอคคลอด หรือหลังคลอด ควรให้ยาลดความดันโลหิตโดยเร็ว เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดเฉียบพลัน (acute-onset severe hypertension) คือ มีความดันโลหิต systolic 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดัน diastolic 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือทั้งสองอย่าง
- สตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด preterm preeclampsia หรือไม่ โดยใช้การตรวจหลายวิธีร่วมกันในไตรมาสแรก (ปัจจัยเสี่ยงของมารดา การวัด MAP, PLGF และ UPTI) ในสถานที่ที่มีทรัพยากรจำกัดอาจคัดกรองโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงของมารดา ร่วมกับการวัด MAP
- สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูง ควรได้รับยา aspirin 150 มิลลิกรัมต่อวัน รับประทานก่อนนอน ตั้งแต่อายุครรภ์ 11-14<sup>+6</sup> สัปดาห์จนถึง 36 สัปดาห์หรือจนคลอด หรือเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เพื่อป้องกันการเกิด preterm preeclampsia

.....