

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19
RTCOG Clinical Practice Guideline
Management of Covid-19 Infection in Pregnancy



เอกสารหมายเลข **OB 67-034 (ใช้แทน OB 66-032)**
จัดทำโดย **คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567**
วันที่อนุมัติฉบับ **19 กรกฎาคม 2567**

ฉบับปรับปรุง Version 9 วันที่ 19 กรกฎาคม 2567

เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เพิ่งจะมีรายงาน สถานการณ์และแนวทางการดูแลรักษาจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อพบข้อมูลใหม่ แนวทางเวชปฏิบัตินี้จะมีการปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นระยะ ๆ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด

Update ข้อมูลใหม่ เพิ่มเติมจาก Version 8 ในประเด็น ดังนี้

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19

การดูแลรักษา ให้ประเมินระดับความรุนแรงของโรคและให้การดูแลรักษาตาม “แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์ **ฉบับปรับปรุง วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2567⁽¹⁾**” ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

การรักษา COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็น COVID-19 ที่รุนแรง ร่วมกับอาจจะมีข้อจำกัดของทางเลือกในการรักษา หลักการรักษา COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ให้ประเมินความรุนแรงของโรค ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการหรือสบายดี

o ไม่ให้ยาต้านไวรัส ให้ปฏิบัติตนโดยสวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่าง และทำความสะอาดมือสม่ำเสมอ (DMH) อย่างเคร่งครัด อย่างน้อย 5 วัน

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ

- o ให้การดูแลรักษาตามอาการแบบผู้ป่วยนอกและติดตามอาการ ให้ปฏิบัติตามตาม DMH อย่างเคร่งครัดอย่างน้อย 5 วัน
- o หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติในการตั้งครรภ์อื่น ๆ ร่วมด้วย แนะนำ ประเมินอาการ หากพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มอาการรุนแรงให้รับไว้รักษา หรือส่งต่อ โรงพยาบาลที่สามารถดูแลได้ให้เร็วที่สุด

3. หญิงตั้งครรภ์ มีปอดอักเสบ มีภาวะ hypoxia (resting O₂ saturation < 94%) ให้รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลอยู่ในห้องแยกและปรึกษาสูติหรืแพทย์ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ ร่วมกันดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

- o พิจารณาให้ remdesivir

หมายเหตุ

- o ยาที่ไม่แนะนำให้ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ คือ molnupiravir เนื่องจากมี teratogenic effect
- o ยาที่มีข้อมูลด้านความปลอดภัยค่อนข้างจำกัด ตามดุลยพินิจของแพทย์ หากมีข้อบ่งชี้ว่าได้ ประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง โดยตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ กลุ่ม baricitinib, infliximab, tocilizumab ซึ่งไม่ใช่ยาต้านไวรัส แต่อาจมีประโยชน์ในกรณีที่มีการอักเสบรุนแรงของ ปอด

คำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลรักษา

1. มีรายงานการศึกษา พบว่า molnupiravir ทำให้เกิด mutagenic change ในเซลล์ของไวรัสและเซลล์ของ สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมในห้องทดลองได้ ซึ่งต้องติดตามการศึกษาในระยะยาวต่อไปว่ายานี้จะมีผลต่อ สัตว์ทดลองและมนุษย์หรือไม่ รวมทั้งมีข้อกังวลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของกระดูกและกระดูกอ่อนในเด็ก ดังนั้นในขณะนี้จึงไม่แนะนำให้ใช้ยานี้ในเด็ก หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร

2. ไม่แนะนำให้ใช้ chloroquine, hydroxychloroquine, azithromycin, ivermectin, fluvoxamine, cyproheptadine, niclosamide, ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม protease inhibitor เช่น lopinavir/ritonavir หรือ darunavir/ritonavir ตลอดจน convalescent plasma ในการรักษา COVID-19

3. Corticosteroid มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงที่ต้องให้ออกซิเจนเสริม แต่ไม่แนะนำให้ใช้ corticosteroid ในรายที่มีอาการไม่รุนแรง (ไม่ต้องให้ออกซิเจนเสริม) หรือ ไม่มีภาวะปอดอักเสบ

4. Anti-inflammatory agent อื่น ๆ และ IL-6 receptor antagonist

- อาจพิจารณาเลือกใช้ tocilizumab หรือ JAK inhibitor เช่น baricitinib และ tofacitinib ในกรณีที่เห็นว่าการอักเสบของปอดเป็นมากและอาจจะเลยระยะเวลาที่ประโยชน์จากยาต้านไวรัสเริ่มน้อยลง โดยควร ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

5. ให้ยาต้านแบคทีเรียเฉพาะเมื่อมีข้อมูลที่ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนเท่านั้น ไม่ต้องให้ ตั้งแต่แรกเริ่มในผู้ป่วยทุกราย เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ในระยะแรกมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วยเพียงประมาณ

ร้อยละ 3 เท่านั้น และพบว่าการให้ยาต้านแบคทีเรียตั้งแต่แรก มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาแบบ multidrug-resistant ในภายหลัง

6. กรณีที่ผู้ป่วยมีปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ถ้าเกิดในระยะแรกของการเจ็บป่วย พิจารณาให้การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคปอดอักเสบติดเชื้อที่มาจากชุมชน (community-acquired pneumonia, CAP) แต่ถ้ามีภาวะนี้หลังจากใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้รักษาแบบ hospital-acquired pneumonia และควรตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อช่วยในการเลือกยาปฏิชีวนะที่ตรงกับเชื้อก่อโรคมมากที่สุด การตรวจเสมหะอาจทำได้โดยทำใน biosafety cabinet หลีกเลี่ยงการทำให้เกิด droplets หรือ aerosol ขณะทำการตรวจ และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการต้องสวม PPE แบบเต็มชุด (ประกอบด้วย cover all, N95 respirator, face shield, gloves, shoe cover) ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย COVID-19

7. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant) หรือยาอื่น ๆ ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาการให้ยาตามแนวทางที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องกำหนดไว้

ตารางที่ 1 ขนาดยารักษา COVID-19 ที่แนะนำในผู้ใหญ่⁽¹⁾

ยา/ขนาดยาในผู้ใหญ่	ข้อควรระวัง/ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
Remdesivir วันที่ 1: 200 มก. IV วันละครั้ง วันที่ 2-5: 100 มก. IV วันละครั้ง ควรเริ่มภายใน 7 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ	<ul style="list-style-type: none"> - constipation, hypokalemia, anemia, thrombocytopenia, increased total bilirubin, elevated alanine transaminase and aspartate transaminase, hyperglycemia - ไม่แนะนำให้ใช้ remdesivir ในผู้ที่มี eGFR น้อยกว่า 30 มล./นาที หรือมี ALT มากกว่า 10 เท่า (ให้ระวังการใช้ในกรณี ALT มากกว่า 5 เท่า) - ควรหยุดยานานกว่า 30 นาที แต่ไม่เกิน 120 นาที เพื่อป้องกัน hypersensitivity reaction - ละลายผงยาด้วย sterile water for injection 20 mL ผสมยาใน 0.9% NSS หลังละลายผงยา ยามีอายุได้นาน 24 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิ 20-25°C และ 48 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิ 2-8°C - หากให้ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่ออาการรุนแรง แต่เริ่มรักษาเร็วในขณะที่อาการยังไม่หนักมากภายใน 7 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ โดยให้เพียง 3 วัน จะช่วยลดการดำเนินโรคได้ ร้อยละ 87

<p>Dexamethasone</p> <p>6 มก./วัน นาน 7-10 วัน</p> <p>ถ้าน้ำหนักมากกว่า</p> <p>90 กก. พิจารณาปรับขนาดเพิ่ม</p>	<p>-ต้องระมัดระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าให้ระยะนาน</p> <p>- ขนาดของ corticosteroid ต่อวัน อาจปรับเพิ่มได้หากแพทย์พิจารณาว่าน่าจะได้ประโยชน์ เช่น กรณีผู้ป่วยน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ และควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการใช้ยาในขนาดสูงด้วยเสมอ</p>
--	--

คำแนะนำในการส่งต่อผู้ป่วย COVID-19

หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเกินกว่าที่โรงพยาบาลต้นทางจะดูแลได้ ควรส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ศักยภาพสูงกว่า โรงพยาบาลต้นทาง ควรประสานการส่งต่อผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก พิจารณาจาก

- o SpO₂ ที่ room air < 94%
- o Rapid progressive pneumonia ใน 48 ชั่วโมง หลังรักษา
- o ต้องการการดูแลที่ต้องใช้อุปกรณ์ ยา ที่มีความซับซ้อน และทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะที่ไม่มีในโรงพยาบาลของตน

การพิจารณาระยะเวลาในการรักษาและลดการแพร่กระจายเชื้อ

1. ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่สบายดีหรือไม่มีอาการ สามารถประกอบกิจกรรมทางสังคมที่ไม่มีการคลุกคลีใกล้ชิดได้ โดยให้สวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่าง และทำความสะอาดมือสม่ำเสมอ (DMH) เป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันนับจากวันที่ตรวจพบการติดเชื้อ
2. ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง และไม่ได้มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ให้แยกกัก (isolate) จนกว่าจะไม่มีอาการไข้และอาการอื่น เช่น ไอ ดีขึ้นแล้ว 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้ปฏิบัติตามหลัก DMH อย่างเคร่งครัดอย่างน้อย 5 วัน เมื่อพ้นระยะเวลานี้แล้วสามารถประกอบกิจกรรมทางสังคมที่ไม่มีการคลุกคลีใกล้ชิดได้โดยให้ปฏิบัติตามหลักอีก 5 วัน
3. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (severe) ให้รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานที่รัฐจัดให้ และให้ออกจากโรงพยาบาลได้เมื่ออาการดีขึ้น โดยให้แยกกักเป็นเวลารวมทั้งสิ้น 10-20 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการ โดยวันที่เริ่มมีอาการเป็นวันที่ 0 และไม่มีไข้โดยไม่ได้ใช้ยาลดไข้เป็นเวลา 24 ชั่วโมง และอาการอื่น ๆ เริ่มดีขึ้น

4. ผู้ป่วยที่เป็น severely immunocompromised host ได้แก่

- o ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็ง
- o ผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูกหรือปลูกถ่ายอวัยวะภายใน 1 ปี
- o ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาร่วมกับมี CD4 count < 200 เซลล์/ลบ.มม.
- o ผู้ป่วย combined primary immunodeficiency disorder
- o ผู้ป่วยที่ได้รับ prednisolone > 20 มก./วัน เท่ากับหรือมากกว่า 2 สัปดาห์
- o ผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันบกพร่องอื่น ๆ

ให้แยกกันเป็นเวลาอย่างน้อย 20 วัน ทั้งนี้ อาจพิจารณาตรวจปริมาณเชื้อด้วยวิธี RT-PCR ร่วมด้วยเป็นราย ๆ ไป ถ้าพบว่า CT \geq 30 ให้หยุดแยกกันได้

5. เกณฑ์การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย กรณี admit

- o ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นและภาพรังสีปอดไม่แย่ลง
- o อุณหภูมิไม่เกิน 37.8°C ต่อเนื่อง 24-48 ชั่วโมง
- o Respiratory rate ไม่เกิน 20 ครั้ง/นาที
- o SpO₂ at room air มากกว่า 96% ขณะพัก

6. ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR, antigen หรือ antibody test ในผู้ป่วยที่ยืนยันแล้วว่ามีการติดเชื้อและเมื่อจะกลับบ้านไม่ต้องตรวจซ้ำเช่นกัน นอกจากเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำตามข้อ 4 หรือเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งผู้วิจัยต้องอธิบายเหตุผลที่ชัดเจนแก่ผู้ติดเชื้อด้วย

COVID-19 Rebound

ผู้ป่วยบางรายหลังจากที่อาการดีขึ้นแล้ว กลับมามีอาการของโรคใหม่ได้ อุบัติการณ์ของการเกิดเป็นซ้ำไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส หรือ ไม่ได้รับยาต้านไวรัส มักพบไม่เกินสองสัปดาห์โดยเฉลี่ย ปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด ผู้ป่วยมักมีอาการไม่รุนแรงและอาการมักจะดีขึ้น โดยไม่ต้องให้ยาต้านไวรัส ให้การรักษาตามอาการ พบว่าผู้ป่วยบางรายยังแพร่เชื้อได้อยู่ จึงควรสวมหน้ากากและรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอีกจนกว่าอาการจะดีขึ้น ทั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลมากพอที่จะระบุได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะแพร่เชื้อได้อีกนานเท่าใด

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 5 มิถุนายน 2567. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

.....