

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
เรื่อง การดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศสำหรับสูตินรีแพทย์  
RTCOG Clinical Practice Guideline  
Transgender Health Care for Obstetrician and Gynecologist



เอกสารหมายเลข **GYN 67-031**  
จัดทำโดย **คณะกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2565-2567**  
**คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567**  
วันที่อนุมัติต้นฉบับ **16 กุมภาพันธ์ 2567**

#### คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัติไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใดๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาพของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้ไม่ได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างไร แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

#### ความเป็นมา

แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง การดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศสำหรับสูตินรีแพทย์ฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาและเป็นคำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลผู้รับบริการที่เป็นบุคคลข้ามเพศ ประกอบด้วยการวินิจฉัยบุคคลข้ามเพศ การประเมินและส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมก่อนการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ การตรวจติดตามผู้รับบริการ ตามสถานการณ์และความพร้อมของผู้ให้บริการและสถานพยาบาล

## แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ แบ่งระดับการดูแลเป็น 2 ระดับ ตามความเชี่ยวชาญของสูตินรีแพทย์ ได้แก่

- สูตินรีแพทย์ระดับที่ 1 (OB/GYN level 1) หมายถึง สูตินรีแพทย์ที่ผ่านการอบรมการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศสำหรับสูตินรีแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภาหรือจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- สูตินรีแพทย์ระดับที่ 2 (OB/GYN level 2) หมายถึง สูตินรีแพทย์อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์หรือสาขาเวชศาสตร์ทางเพศ

### ความหลากหลายของมิติด้านเพศ

ความหลากหลายของมิติด้านเพศ (gender diversity) สามารถแบ่งออกเป็นหลายแกน โดยแกนที่สำคัญคือ แกนเพศกำเนิด (biological sex) แกนเพศสภาพ (gender identity) และแกนรสนิยมทางเพศหรือเพศวิถี (sexual orientation) แกนทางเพศต่างๆ เหล่านี้ มีความเป็นอิสระต่อกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ที่เป็นเพศชายแต่กำเนิด อาจมีเพศสภาพเป็นหญิงหรือชายก็ได้ และจะมีรสนิยมทางเพศต่อหญิงหรือชายก็ได้ ดังนั้นแต่ละบุคคลสามารถมีความเป็นตัวเอง ที่แตกต่างกันไป ไม่จำเป็นต้องมีเพศสภาพและรสนิยมทางเพศเหมือนกับคนอื่น ๆ<sup>(1,2)</sup> เนื่องจากกลุ่มเพศหลากหลายอาจต้องการบริการทางสุขภาพและมีความเสี่ยงต่อโรคที่ต่างออกไป บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพื้นฐานมิติทางเพศและสุขภาพของผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อยกระดับการให้บริการ สามารถดูแลผู้รับบริการเพศหลากหลายได้อย่างครอบคลุมถูกต้องและเหมาะสม

### คำนิยามเกี่ยวกับเพศ<sup>(2,3)</sup>

- **เพศกำเนิด (biological sex)** คือ เพศที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งมักตรงกับอวัยวะเพศภายนอกและโครโมโซมเพศ แบ่งเป็น เพศชาย เพศหญิง ในปัจจุบันมีการใช้คำว่า sex assigned/ designated at birth หรือเพศที่ถูกกำหนดให้เป็นแต่กำเนิด หากเกิดลักษณะการพัฒนาของอวัยวะเพศที่ไม่ตรงกับโครโมโซม เรียกว่ากลุ่ม differences of sexual development หรือ disorders of sex development (DSDs)<sup>(4)</sup> ซึ่งเป็นกลุ่มความผิดปกติที่ประกอบด้วยโรคหลายชนิด
- **เพศสภาพ (gender identity)** หรือบางครั้งอาจใช้คำว่า อัตลักษณ์ทางเพศ คือ เพศที่บุคคลรู้สึกว่าเป็น เกิดจากความรู้สึกนึกคิดภายใน โดยในแนวคิดปัจจุบัน เพศสภาพไม่ได้มีเพียงแค่ชายหรือหญิง กล่าวคือ บุคคลหนึ่งอาจจะรู้สึกว่าเป็นเพศของตนเองอยู่นอกกรอบความเป็นชายหรือหญิงก็ได้ (non-binary) หรืออาจเป็นเหมือนพื้นที่ที่กว้างๆ ที่สามารถเป็นส่วนผสมของทั้งสองเพศที่

เปลี่ยนแปลงไปมากก็ได้ (gender nonconforming) หรืออาจจะไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเป็นเพศใดเลยก็ได้ (agender)

- **รสนิยมทางเพศ หรือ เพศวิถี (sexual orientation)** คือความสนใจหรือดึงดูดทางเพศต่อผู้อื่น เช่น ชอบมีความสัมพันธ์กับผู้ชาย (androphilic) กับผู้หญิง (gynephilic) ทั้งผู้ชายและผู้หญิง (bisexual) มีความสัมพันธ์ได้ทุกเพศ (pansexual) หรือไม่รู้สึกรู้ดึงดูดทางเพศกับเพศใดเลย (asexual)
- **บุคคลข้ามเพศ (Transgender)** คือ ผู้ที่มีเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด โดยเกณฑ์ทางการแพทย์ ที่ใช้วินิจฉัยว่าเป็นบุคคลข้ามเพศ มักอาศัยเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา<sup>(5)</sup> โดยเรียกความแตกต่างด้านเพศสภาพนี้ว่า gender dysphoria ส่วนในเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ในอดีตใช้คำว่า transsexual<sup>(6)</sup> ในการวินิจฉัยและกำลังจะเปลี่ยนชื่อเรียกเป็น gender incongruence ในอนาคต<sup>(7)</sup>
- **หญิงข้ามเพศ (transwoman, transgender female, transfeminine)** คือ ผู้ที่มีเพศกำเนิดเป็นชายและมีเพศสภาพเป็นหญิง
- **ชายข้ามเพศ (transman, Transgender male, transmasculine)** คือ ผู้ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิงและมีเพศสภาพเป็นชาย

โดยทั่วไปอาจมีการใช้คำว่า LGBTQ+ เพื่อเรียกแทนกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศโดยรวม ซึ่งเป็นตัวย่อมาจากคำว่า Lesbians, Gay, Bisexual, Transgender และ Queer/Questioning เป็นคำเรียกโดยรวมของผู้ที่มีเพศสภาพ เพศวิถี หรือการแสดงออกทางเพศที่ต่างออกไป หากพิจารณาตามเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า lesbians, gay และ bisexual มีเพศสภาพที่ตรงกับเพศกำเนิด แต่มีรสนิยมทางเพศที่ไม่ตรงกับวิถีดั้งเดิม แตกต่างไปจาก transgender ที่มีเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด และไม่เกี่ยวกับเกณฑ์รสนิยมทางเพศ

โดยคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้ มีเป้าหมายในการให้บริการทางสุขภาพของผู้รับบริการที่เป็นบุคคลข้ามเพศ (transgender individual) เป็นหลัก โดยมีได้ครอบคลุมไปถึงการให้บริการในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศแบบอื่น

### การวินิจฉัยภาวะเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด

แนวทางการวินิจฉัยภาวะเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด มีหลายเกณฑ์ ซึ่งมีการปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลกเข้าใจตรงกัน โดยแนวทางการวินิจฉัยที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน มีดังนี้

1. **เกณฑ์การวินิจฉัยเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and statistical manual of mental**

**disorders, 5th edition หรือ DSM-5)<sup>(5)</sup> ซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า gender dysphoria โดยจะวินิจฉัย gender dysphoria** เมื่อมีลักษณะในข้อ A อย่างน้อย 2 ข้อ ร่วมกับมีลักษณะของข้อ B

**A.** มีความไม่สอดคล้องอย่างมาก (marked incongruence) ระหว่างเพศสภาพที่ตนรับรู้หรือแสดงออก (experienced /expressed gender) กับเพศกำเนิด (assigned gender) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีลักษณะอย่างน้อย 2 ประการ ดังต่อไปนี้

1. มีความไม่สอดคล้องอย่างมากระหว่างเพศสภาพที่ตนรับรู้หรือแสดงออกกับลักษณะทางเพศปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิ (primary and/or secondary sex characteristics) หรือลักษณะทางเพศที่กำลังจะเด่นชัดขึ้นในวัยรุ่นตอนต้น
2. ต้องการอย่างยั้งที่จะกำจัดลักษณะทางเพศปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิ (หรือต้องการป้องกันลักษณะทางเพศที่กำลังจะเด่นชัดขึ้นในวัยรุ่นตอนต้น) เนื่องจากมีความไม่สอดคล้องอย่างมากกับเพศสภาพที่รับรู้หรือแสดงออก
3. ต้องการอย่างยั้งที่จะมีลักษณะทางเพศปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิของอีกเพศหนึ่ง
4. ต้องการอย่างยั้งที่จะเป็นอีกเพศหนึ่ง (รวมถึงเพศอื่นนอกเหนือจากเพศกำเนิดของตน)
5. ต้องการอย่างยั้งที่จะได้รับการปฏิบัติเหมือนตนเป็นอีกเพศหนึ่ง (รวมถึงเพศอื่นนอกเหนือจากเพศกำเนิดของตน)
6. เชื่อมมั่นอย่างยั้งว่าตนมีความรู้สึกและการตอบสนองต่าง ๆ เหมือนตนเป็นอีกเพศหนึ่ง (รวมถึงเพศอื่นนอกเหนือจากเพศกำเนิดของตน)

**B.** ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ใจอย่างมาก หรือส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การเข้าสังคม การทำงาน หรือหน้าที่อื่น ๆ ที่สำคัญ

**2.เกณฑ์การวินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก<sup>(6)</sup> ซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า Transsexualism (F64.0) มีเกณฑ์การวินิจฉัย 3 ข้อ คือ**

1. ต้องการใช้ชีวิตและเป็นที่ยอมรับว่าเป็นเพศตรงข้าม ไม่พอใจเพศกำเนิดของตนเอง มักจะต้องการผ่าตัดหรือต้องการรับฮอร์โมนเพื่อให้ร่างกายเป็นไปตามเพศสภาพเท่าที่จะทำได้
2. มีเพศสภาพแบบข้ามเพศอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี
3. ไม่ได้เป็นอาการของโรคทางจิตเวชอื่น ๆ หรือโรคทางพันธุกรรม พัฒนาการทางเพศผิดปกติ หรือโรคจากความผิดปกติของโครโมโซม

บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (ICD-11) ซึ่งองค์การอนามัยโลกวางแผนจะประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2565<sup>(7)</sup> จะมีการยกเลิกหมวด “ความผิดปกติของเพศสภาพ (F64 Gender identity disorders) เพื่อลดการตีตราบุคคลเพศหลากหลายว่ามีความผิดปกติทางจิต จะมีการยกเลิกคำว่า Transsexualism (F64.0) และเรียกภาวะนี้ด้วยชื่อใหม่ว่า Gender incongruence of

adolescence or adulthood ซึ่งอยู่ในหมวดที่ตั้งขึ้นใหม่คือ Conditions relating to sexual health<sup>(8)</sup> โดยให้คำอธิบายว่า เป็นภาวะที่มีความไม่สอดคล้องอย่างมากและต่อเนื่อง (marked and persistent incongruence) ระหว่างเพศสภาพที่ตนรับรู้ (individual's experienced gender) กับเพศที่ถูกกำหนดมา (assigned sex) ซึ่งนำไปสู่ความต้องการที่จะเปลี่ยนไปใช้ชีวิตและได้รับการยอมรับ เช่นเดียวกับเพศสภาพที่ตนรับรู้ โดยอาศัยการรักษาด้วยฮอร์โมน การผ่าตัด หรือการบริการทางสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ร่างกายของตนมีลักษณะตามเพศสภาพที่ตนรับรู้ ทั้งนี้ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะนี้ได้ก่อนที่จะเริ่มเข้าวัยเจริญพันธุ์ หรืออาศัยข้อมูลจากพฤติกรรมหรือรสนิยมทางเพศเพียงอย่างเดียว

แนวทางการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-5 และ ICD-10 ที่กล่าวถึงข้างต้น ใช้สำหรับบุคคลข้ามเพศวัยผู้ใหญ่ หากเป็นบุคคลข้ามเพศที่ยังเป็นเด็กจะมีรายละเอียดในการวินิจฉัยแตกต่างออกไป

การวินิจฉัยว่าเป็นบุคคลข้ามเพศ ตามเกณฑ์ของ DSM-5 และ/หรือ ICD-10 อาจทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีความรู้และประสบการณ์ โดยอาจเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลบุคคลข้ามเพศหรือจิตแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฮอร์โมนข้ามเพศบำบัด\* หากแพทย์ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการวินิจฉัย ควรพิจารณาส่งต่อผู้รับบริการให้พบผู้เชี่ยวชาญเสียก่อน เนื่องจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาดอาจก่อให้เกิดผลเสียระยะยาวต่อร่างกายและจิตใจจากการได้รับฮอร์โมน และ/หรือ การผ่าตัดยีนเพศสภาพโดยไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการวินิจฉัยนี้ไม่ควรยุ่งยากจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ โดยสถานพยาบาลอาจจัดระบบการให้บริการให้เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกทั้งทางกายและใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมาเข้ารับบริการและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

### ความชุกของบุคคลข้ามเพศ

ปัจจุบันยังไม่ทราบความชุกของบุคคลข้ามเพศที่แน่ชัด เนื่องจากมีการศึกษาน้อยและขึ้นกับการแสดงตัวของตัวอย่างผู้เข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าประชากรบุคคลข้ามเพศมีประมาณร้อยละ 0.3 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในเอเชียและแปซิฟิก<sup>(9)</sup> สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลว่า มีประชากรหญิงข้ามเพศประมาณสามแสนคน แต่ยังไม่มีความชัดเจนในกลุ่มชายข้ามเพศ<sup>(10)</sup> บุคคลข้ามเพศเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติและไม่ได้รับความเท่าเทียมในหลายด้าน บุคคลข้ามเพศหลายคนเคยมีประสบการณ์ไม่ดีจากการติดต่อหน่วยงานราชการ รวมถึงสถานบริการสาธารณสุข<sup>(11)</sup> เป็นเหตุให้บุคคลข้ามเพศหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เพราะกลัวการถูกเลือกปฏิบัติและไม่ได้รับความสะดวกอย่างที่ควรจะเป็น ทำให้บุคคลข้ามเพศบางรายไม่มารับบริการ เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพในระยะยาว และอาจเป็นปัจจัยของการก่อโรค ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อตนเองและระบบสุขภาพของประเทศ

### การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลและบุคลากรให้เหมาะกับการดูแลสุขภาพบุคคลข้ามเพศ

การให้บริการทางสุขภาพแก่บุคคลข้ามเพศ อาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ แพทย์หลายสาขาพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ บางกรณีต้องอาศัยนักจิตบำบัด หรือเจ้าหน้าที่ส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทุกคนที่มีส่วนร่วมในการให้บริการ และสถานที่ที่เหมาะสม นับเป็นองค์ประกอบที่ไม่ควรละเลย บุคคลข้ามเพศและผู้มีเพศหลากหลายอาจมีปมในใจที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นจากภายในตนเองและจากภายนอก ทำให้หลายคนหลีกเลี่ยงการมาโรงพยาบาล เพราะกลัวการถูกตีตราหรือการเลือกปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ บางคนอาจเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์ อาจไม่มีความรู้ความชำนาญที่เพียงพอในการดูแลกลุ่มเพศหลากหลาย<sup>(12,13)</sup> ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้เกียรติ เข้าใจความแตกต่าง เคารพความเป็นคนอย่างเท่าเทียมและให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานโดยไม่แบ่งแยก ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่อาจทำร้ายจิตใจ เช่น กลุ่มบุคคลข้ามเพศ มักรู้สึกไม่สบายใจที่จะต้องถูกระบุเพศหรือต่อย้ำถึงเพศกำเนิด จึงควรหลีกเลี่ยงสรรพนามที่ระบุเพศ เช่น ควรเลือกใช้คำว่า “คุณ” แทนคำว่า “นาย” หรือ “นางสาว” หรืออาจถามผู้รับบริการ และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เลือกใช้ชื่อเรียกที่ตนสบายใจ นอกจากนี้ควรใช้คำที่เป็นกลางทางเพศเพื่อเรียกอวัยวะที่ระบุเพศ เช่น ใช้คำว่า “หน้าอก” หรือ “ระบบสืบพันธุ์” แทนคำว่า “เต้านม มดลูก องคชาติ” เป็นต้น นอกจากนี้การจัดสถานที่ให้เป็นมิตร เช่น การมีห้องน้ำที่เข้าได้ทุกเพศ หรือการให้นอนโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในตามเพศสภาพ และการจัดอบรมหรือสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศและกลุ่มโรคจำเพาะแก่บุคลากรทุกระดับ อาจช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มบุคคลข้ามเพศ ในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้นอีกด้วย<sup>(14)</sup>

### การให้บริการทางสุขภาพแก่บุคคลข้ามเพศ มุ่งองค์ประกอบ ดังนี้

- การยืนยันเพศสภาพด้วยวิธีทางสังคม (Social transition)
- การใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Gender affirming hormone therapy หรือ cross sex hormone therapy)
- การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Gender affirming surgery)

ผู้รับบริการที่เป็นบุคคลข้ามเพศแต่ละราย อาจเลือกรับบริการแตกต่างกันออกไป บางรายอาจรับบริการครบทั้งสามส่วน ในขณะที่บางรายอาจรับบริการเพื่อการข้ามเพศเพียงบางองค์ประกอบ เช่น ใช้การยืนยันเพศสภาพด้วยวิธีทางสังคมเพียงอย่างเดียว บางรายอาจเลือกใช้ฮอร์โมนเป็นระยะเวลาสั้นตลอดชีวิตโดยตัดสินใจไม่ผ่าตัดยืนยันเพศสภาพเลย เป็นต้น

### การยืนยันเพศสภาพด้วยวิธีทางสังคม (Social transition)

วิธีทางสังคมที่ใช้เพื่อยืนยันเพศสภาพ เช่น การเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสรรพนาม ปรับเปลี่ยนลักษณะท่าทาง การเคลื่อนไหว การใช้หน้าเสียง หางเสียง การเปลี่ยนการแต่งกาย เปลี่ยนทรงผม การรัดหน้าอกใน

ชายข้ามเพศ การรตัดองคชาตในหญิงข้ามเพศ การเปลี่ยนการใช้ห้องน้ำ เป็นต้น<sup>(15)</sup> การทราบพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของบุคคลข้ามเพศจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถแนะนำและเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผื่นแพ้ที่ผิวหนังหรืออาการเจ็บปวดจากการรตัดหน้าอกในชายข้ามเพศ หรือในกรณีต้องการเก็บรักษาภาวะเจริญพันธุ์ในหญิงข้ามเพศ อาจให้คำแนะนำในการเก็บอสุจิแช่แข็งไว้ก่อนที่จะรตัดองคชาตในหญิงข้ามเพศ ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะการเจริญพันธุ์ เป็นต้น<sup>(16)</sup>

## การรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Gender-Affirming Hormone Treatment for Transgender People)

### วัตถุประสงค์ของการให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ

การรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Gender-Affirming Hormone Treatment, GAHT) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้รับบริการด้านร่างกาย ช่วยให้บุคคลข้ามเพศใช้ชีวิตและมีบทบาททางสังคมตามที่ต้องการได้มากขึ้น การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนในหญิงข้ามเพศ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเพศหญิง (feminization) เช่น ผิวหนังและเส้นขนตามร่างกายมีความนุ่ม ละมุนขึ้น เต้านมขยายใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อเล็กลง และมีการเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวของไขมัน ส่วนการได้รับฮอร์โมนแอนโดรเจนในชายข้ามเพศ จะทำให้มีลักษณะไปในทางเพศชาย (virilization) เช่น กล้ามเนื้อขยายใหญ่ขึ้น เสียงทุ้ม ขนเยอะขึ้น ผิวมัน เกิดสิว และขาดระดู นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว การใช้ฮอร์โมนยังส่งผลอย่างมากต่อความรู้สึกและจิตใจของบุคคลข้ามเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ผู้รับบริการต้องการ ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการเยียวยาจิตใจ ลดความเสี่ยงต่อความเครียดและความไม่พอใจในลักษณะของเพศเดิม อีกทั้งยังทำให้ความรู้สึกที่มีต่อร่างกายตนเองดีขึ้น<sup>(17,18)</sup>

### เป้าหมายของการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ

มี 2 ประการ คือ

1. เพื่อลดระดับของฮอร์โมนเพศเดิมในร่างกายให้ต่ำลง ซึ่งจะส่งผลให้ลดการแสดงออกของลักษณะทางเพศแบบทุติยภูมิ (secondary sex characteristics) ของเพศกำเนิด
2. เพื่อให้ร่างกายมีลักษณะเป็นไปตามเพศสภาพที่ต้องการ

### ข้อพิจารณา ก่อนเริ่มให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ<sup>(2,19)</sup>

การรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ ควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางสาธารณสุข ในบางประเทศแนะนำให้ควรวินิจฉัยว่าเป็นบุคคลข้ามเพศก่อนการรับบริการฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ<sup>(1)</sup> เช่นในประเทศไทย ดังนั้น ผู้รับบริการควรได้รับการยืนยันว่าเป็นบุคคลข้ามเพศและประเมินสุขภาพจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญก่อน<sup>(2)</sup> ข้อดีของแนวทางนี้ คือ สามารถป้องกันการเข้าใจ

ผิด วินิจฉัยว่าเป็นบุคคลข้ามเพศทั้งที่ผู้รับบริการไม่ได้เป็น ซึ่งช่วยลดผลเสียจากการได้รับฮอร์โมนหรือการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพโดยไม่จำเป็น ผู้ให้บริการจึงควรพิจารณาว่าผู้รับบริการมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ด้านล่างนี้ก่อนเริ่มให้ฮอร์โมนเสมอ

1. ได้รับการยืนยันว่าเป็นบุคคลข้ามเพศ โดยเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา หรือเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก
2. มีความสามารถในการตัดสินใจและให้ความยินยอมรับการรักษาได้
3. อายุเข้าตามเกณฑ์ของแต่ละประเทศที่กำหนด ในประเทศไทย แนะนำการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในหญิงข้ามเพศ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในชายข้ามเพศ เมื่ออายุ 16 ปีขึ้นไป
4. หากมีโรคประจำตัวหรือโรคทางจิตเวชที่อาจส่งผลต่อการให้ฮอร์โมน ควรได้รับการประเมินจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าเหมาะสมต่อการให้ฮอร์โมนสำหรับยืนยันเพศสภาพหรือไม่

ในอีกทางหนึ่ง อาจพิจารณาให้ฮอร์โมนสำหรับยืนยันเพศสภาพสำหรับผู้รับบริการบางรายที่ไม่ได้เข้าเกณฑ์ครบทุกข้อ เช่น ผู้ที่ใช้เคยฮอร์โมนอย่างไม่เหมาะสมด้วยตนเองและต้องการมารับบริการในสถานบริการที่มีมาตรฐาน หรือในกรณีผู้รับบริการที่เคยใช้ชีวิตแบบข้ามเพศและใช้ฮอร์โมนอยู่ก่อนแล้วและต้องการมารับบริการในระบบ ก็ควรพิจารณาให้ฮอร์โมนต่อเนื่องได้โดยไม่ทำให้เป็นอุปสรรคแก่ผู้รับบริการในทางตรงกันข้ามหากผู้รับบริการมีความเสี่ยง และ/หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ ก็เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่ต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเสนอทางเลือกอื่นที่ไม่ใช่ฮอร์โมน<sup>(2)</sup>

โดยการให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ ควรมีการพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยคำนึงถึงประโยชน์เมื่อเทียบกับความเสี่ยงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น เป้าหมายในการใช้ฮอร์โมนของบุคคลข้ามเพศแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกัน ผู้รับบริการบางรายต้องการผลสัมฤทธิ์สูงสุดจากการใช้ฮอร์โมน (maximum feminization/ masculinization) ในขณะที่บางรายต้องการเพียงบรรเทาลักษณะทางเพศทุติยภูมิของเพศกำเนิดเดิม หรือใช้เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจเท่านั้น จึงควรปรับยาไปตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับบริการแต่ละราย<sup>(1,2)</sup>

ก่อนให้ฮอร์โมนเพศทุกชนิดสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ข้ามเพศ ผู้ให้บริการควรแจ้งผลดี ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกาย ควรแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดและควรให้ข้อมูลเรื่องผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ รวมทั้งให้คำปรึกษาและแนะนำทางเลือกในการเก็บเซลล์สืบพันธุ์แช่แข็งไว้ก่อน



### ข้อควรระวัง/ ข้อห้ามของการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยีนันเพศสภาพ

ก่อนให้ฮอร์โมนเพื่อยีนันเพศสภาพ แพทย์ต้องประเมินข้อควรระวัง/ ข้อห้ามในการให้ฮอร์โมนเสมอ (ตารางที่ 1) นอกเหนือจากการพิจารณาข้อห้ามและข้อควรระวังแล้ว ควรให้คำแนะนำให้ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนัก ปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและตรวจสุขภาพเป็นประจำ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และทำให้สุขภาพแข็งแรง

#### ตารางที่ 1 ข้อควรระวัง/ ข้อห้ามของการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยีนันเพศสภาพ

ฮอร์โมนเอสโตรเจนสำหรับหญิงข้ามเพศ	ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนสำหรับชายข้ามเพศ
<ul style="list-style-type: none"> <li>-โรคระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง</li> <li>-หลอดเลือดดำอุดตัน/ ลิ่มเลือดที่ปอด</li> <li>-มะเร็งเต้านม</li> <li>-การทำงานของตับ ไต ผิดปรกติรุนแรง</li> <li>-ไขมัน triglyceride สูงรุนแรง (ควรระวังการใช้เอสโตรเจนชนิดรับประทาน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-โรคระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง</li> <li>-หลอดเลือดดำอุดตัน/ ลิ่มเลือดที่ปอด</li> <li>-มะเร็งเต้านม, มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก</li> <li>-ผู้ป่วย obstructive sleep apnea</li> <li>-ภาวะเลือดข้น (ความเข้มข้นเลือดสูงกว่าร้อยละ 50)</li> <li>-ไขมัน LDL, total cholesterol, triglyceride สูงรุนแรง</li> </ul>

### การเก็บรักษาภาวะเจริญพันธุ์ก่อนใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดยีนันเพศสภาพ

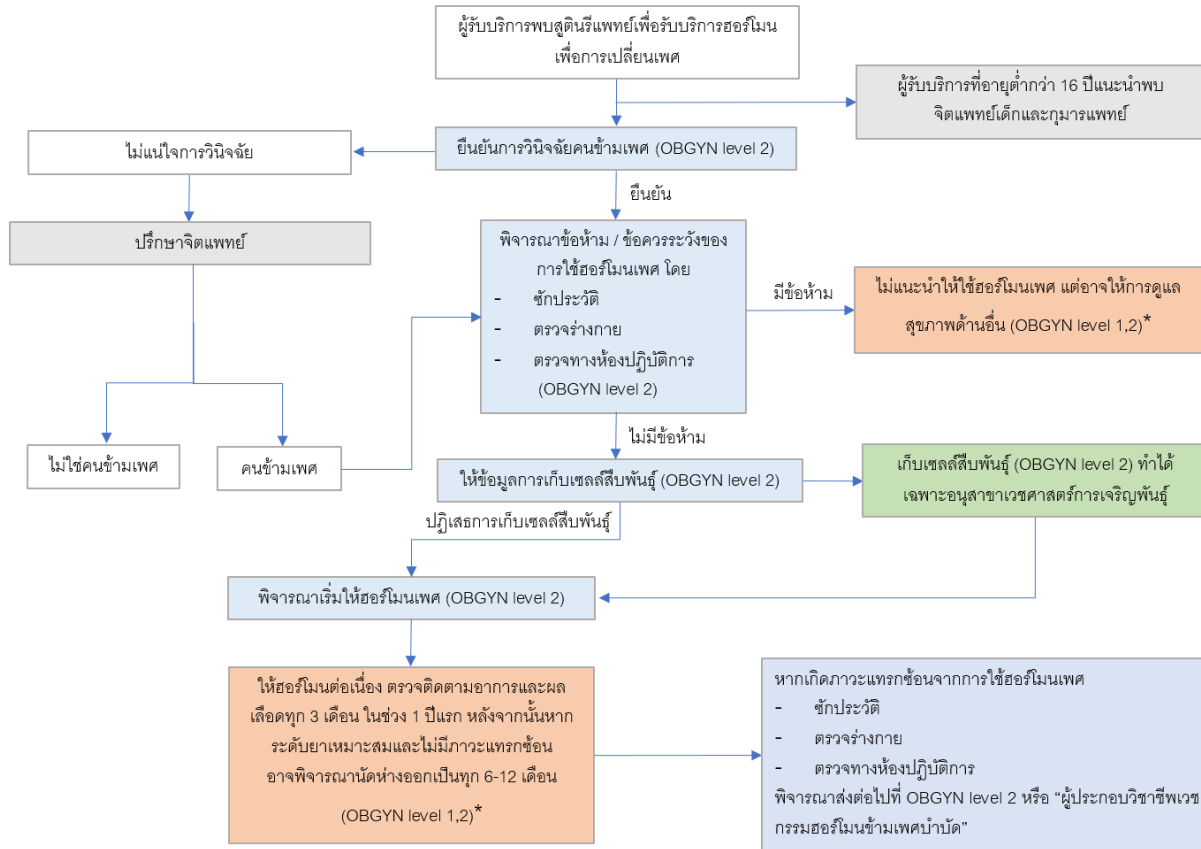
เนื่องจากการใช้ฮอร์โมนเพื่อยีนันเพศสภาพ อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและคุณภาพของเซลล์สืบพันธุ์ของทั้งหญิงและชายข้ามเพศ การผ่าตัดยีนันเพศสภาพทำให้เซลล์สืบพันธุ์เสียหายอย่างถาวร ดังนั้นผู้ให้บริการจึงควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีบุตรและการเก็บรักษาภาวะเจริญพันธุ์ก่อนเริ่มให้ฮอร์โมน หรือการผ่าตัดยีนันเพศสภาพเสมอ<sup>(20,21)</sup>

ถึงแม้จะพบว่าบุคคลข้ามเพศมีความต้องการมีบุตรของตนเองไม่แตกต่างจากประชากรทั่วไป<sup>(22,23)</sup> แต่การมีบุตรในกลุ่มเพศหลากหลายก็ยังเป็นประเด็นอ่อนไหวและสัมพันธ์กับกฎหมายของแต่ละประเทศอย่างมาก ถึงแม้จะมีหลักฐานว่าเด็กที่เกิดจากครอบครัวเพศหลากหลาย มีพัฒนาการและสภาวะจิตใจที่ดีเทียบเท่าเด็กทั่วไป<sup>(24,25)</sup> แต่ก็ยังขาดข้อมูลในประเทศไทย ในทางการแพทย์ คู่รักที่มีเพศกำเนิดเดียวกันสามารถมีบุตรได้โดยอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การใช้เซลล์สืบพันธุ์บริจาค หรืออาศัยการอุ้มบุญ<sup>(22)</sup> ดังนั้นการเก็บเซลล์สืบพันธุ์แช่แข็งไว้ก่อนเริ่มให้ฮอร์โมนหรือทำผ่าตัด จึงเป็นวิธีที่ช่วยให้บุคคลข้ามเพศสามารถมีบุตรได้ในอนาคต **แต่ปัจจุบันประเทศไทยยังมีข้อจำกัดทางกฎหมายในการ**

**ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์แก่กลุ่มเพศหลากหลาย** เนื่องจากตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2558 กำหนดให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้ในกรณีคู่สมรสที่มีทะเบียนสมรสตามกฎหมายเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม การเก็บรักษาเซลล์สืบพันธุ์แช่แข็งไว้โดยยังไม่นำไปปฏิสนธิ สามารถทำได้ตามขอบเขตของกฎหมายไทย บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการจึงต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี ข้อจำกัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายและการนำเซลล์สืบพันธุ์ไปใช้ในอนาคต เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจทางเลือกและข้อจำกัด ก่อนที่จะตัดสินใจทำการเก็บและแช่แข็งเซลล์สืบพันธุ์ โดยการเก็บรักษาภาวะเจริญพันธุ์สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การแช่แข็งอสุจิ ไข่ หรือทำการปฏิสนธิเป็นตัวอ่อนก่อน แล้วค่อยทำการแช่แข็งตัวอ่อนก็ได้ ทั้ง 3 วิธีนี้ เป็นวิธีมาตรฐานที่มีผลลัพธ์ดี และสามารถทำได้ในหลายสถาบัน นอกจากวิธีดังกล่าวยังมีการแช่แข็งเนื้อเยื่อผิวหนังไข่ หรือเนื้อเยื่ออวัยวะ การปลูกถ่ายมดลูก แต่ยังคงอยู่ในขั้นวิจัยและทดลอง และยังไม่ได้รับรองให้ใช้เป็นวิธีมาตรฐานสำหรับบุคคลข้ามเพศในทางเวชปฏิบัติ<sup>(21,22)</sup>

ขั้นตอนการปฏิบัติ กรณีผู้รับบริการมาปรึกษาสูตินรีแพทย์เรื่องการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ สามารถสรุปได้ ตามแผนภาพที่ 1



**แผนภาพที่ 1 แนวทางปฏิบัติของสูตินรีแพทย์เมื่อผู้รับบริการมาปรึกษาการใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ**

**OBGYN level 1** หมายถึง สูตินรีแพทย์ ที่ผ่านการอบรมการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศสำหรับสูตินรีแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภาหรือจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

**OBGYN level 2** หมายถึง สูตินรีแพทย์สาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์หรือสาขาเวชศาสตร์ทางเพศ สัญลักษณ์\* ที่อยู่ในกรอบสี่เหลี่ยม หมายถึง กรณีที่สูตินรีแพทย์ระดับที่ 1 (OBGYN level 1) สามารถให้การดูแลได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฮอร์โมนข้ามเพศบำบัด” หมายถึง (1) สูตินรีแพทย์สาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ (2) กุมารแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ (3) กุมารแพทย์สาขาเวชศาสตร์วัยรุ่น (4) อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ (5) แพทย์เวชศาสตร์ทางเพศ (6) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรฮอร์โมนข้ามเพศบำบัดที่แพทยสภารับรอง

**ประเภทของการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพตามกลุ่มอายุ**

ช่วงอายุของผู้ที่มารับบริการฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเลือกประเภทของกลุ่มยาและช่วงเวลาที่จะเริ่มให้ยา

- **กรณีเด็กข้ามเพศ (transgender children)** การวินิจฉัยว่าเป็นเด็กข้ามเพศ ต้องการความรอบคอบเป็นพิเศษ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จิตแพทย์ กุมารแพทย์ การตัดสินใจให้การดูแล ควรมีการประสานกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับผู้ปกครอง ครอบครัว สถานศึกษา สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก การให้บริการเด็กข้ามเพศ ไม่จำเป็นต้องใช้ฮอร์โมนเพศ แต่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพ
- **กรณีวัยรุ่นข้ามเพศ (transgender adolescent)** ซึ่งกำลังเข้าสู่ระยะเป็นหนุ่มสาว (puberty) การพิจารณาใช้ฮอร์โมนต้องคำนึงถึงผลของฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ผลต่อเซลล์สืบพันธุ์ ผลต่อการทำงานของสมองและพฤติกรรม นอกจากนี้ ในเด็กและวัยรุ่นบางราย พบการเปลี่ยนกลับความคิดจากการเป็นบุคคลข้ามเพศ กลับมาเป็นเพศสภาพตรงกับเพศกำเนิด ซึ่งพบได้บ่อยในบุคคลข้ามเพศที่อายุน้อยมาก ๑<sup>(3)</sup> ในกลุ่มวัยรุ่นข้ามเพศ (transgender adolescent) อาจพิจารณาให้ยากกลุ่ม GnRH agonist กดการเข้าสู่วัยหนุ่มสาวไว้ชั่วคราว โดยเกณฑ์การเริ่มใช้ยา GnRH agonist คือ เมื่อเริ่มพบการพัฒนาของเต้านมในเด็กที่เพศกำเนิดเป็นหญิง หรือการเจริญของอวัยวะในเด็กที่เพศกำเนิดเป็นชาย ตามเกณฑ์ของ Tanner ระยะที่ 2 (Tanner stage 2) การให้ยา GnRH agonist นี้ ทำหน้าที่ยับยั้งการพัฒนาเข้าสู่วัยหนุ่มสาวไว้ชั่วคราว จนกระทั่งถึงอายุที่เหมาะสม จึงเริ่มพิจารณาให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ คือ เอสโตรเจนในหญิงข้ามเพศและเทสโทสเตอโรนในชายข้ามเพศต่อไป ในประเทศไทยแนะนำให้ใช้ยา GnRH agonist กดการทำงานของต่อมเพศไว้จนถึงอายุ 16 ปี จึงเริ่มพิจารณาการให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพต่อไป

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศสำหรับสูตินรีแพทย์ฉบับนี้ จะเน้นเนื้อหาเฉพาะการใช้ฮอร์โมนข้ามเพศสำหรับชายและหญิงข้ามเพศ โดยจะไม่กล่าวถึงรายละเอียดของการใช้ยากกลุ่ม GnRH agonist เพื่อกดการเข้าสู่วัยหนุ่มสาวในวัยรุ่น เนื่องจากเป็นการให้บริการโดยกุมารแพทย์ด้านต่อมไร้ท่อเป็นหลัก

## การใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในวัยผู้ใหญ่ (Adult transgender)

### 1. การใช้ฮอร์โมนในหญิงข้ามเพศวัยผู้ใหญ่ (Adult female transgender)<sup>(1,3)</sup>

#### 1.1 ฮอร์โมนเอสตราไดออล (estradiol)

##### 1.1.1 เอสตราไดออลชนิดรับประทาน

- ขนาดยาที่ใช้ คือ 2-6 มิลลิกรัม/ วัน โดยอาจใช้เป็น 17 $\beta$ -estradiol หรือใช้เป็น estradiol valerate (estradiol valerate สามารถถูกเปลี่ยนแปลงไปเป็น 17 $\beta$ -estradiol ในร่างกายได้ที่ลำไส้และตับอย่างรวดเร็ว หลังรับประทานยา) โดยขนาดมิลลิกรัมของ estradiol valerate เทียบเคียงได้กับ 17 $\beta$ -estradiol และควร

ปรับขนาดยาตามระดับฮอร์โมนเอสตราไดออลในเลือดของผู้รับบริการแต่ละราย โดยระดับเป้าหมายคือ เอสตราไดออลในเลือดอยู่ในช่วง 100-200 พิโคกรัม/มิลลิลิตร อย่างไรก็ตาม หากใช้ยา conjugated estrogens และ ethinyl estradiol จะไม่สามารถเจาะเลือดประเมินระดับฮอร์โมนเอสตราไดออลได้

\* ไม่แนะนำให้ใช้เอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol สำหรับยืนยันเพศสภาพ ซึ่งเอสโตรเจนชนิดนี้มักอยู่ในยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดดำอุดตันสูงกว่าการใช้  $17\beta$ -estradiol อย่างมีนัยสำคัญ<sup>(1)</sup> โดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศที่อายุมากกว่า 40 ปี<sup>(3,26)</sup>

\* มีข้อควรระวังหากใช้ conjugated equine estrogens และ conjugated estrogens เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันสูงกว่าการใช้  $17\beta$ -estradiol โดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศที่อายุมากกว่า 40 ปี<sup>(3)</sup> (ปัจจุบันประเทศไทยไม่มี conjugated equine estrogens ที่ผลิตจากบัสสาวะม้าจำหน่ายแล้ว แต่ยังคงมี conjugated estrogen ที่ผลิตจากพืชจำหน่าย แต่เป็นยาที่มีการศึกษาทางคลินิกจำกัดจึงไม่ได้รับความนิยมนในบางโรงพยาบาล)

### 1.1.2 เอสตราไดออลชนิดผ่านทางผิวหนัง

ในประเทศไทยมียา  $17\beta$ -estradiol ผ่านทางผิวหนัง 2 ชนิด คือ  $17\beta$ -estradiol ชนิดแผ่นแปะ 25-200 ไมโครกรัม/24 ชั่วโมง (1/2 - 4 แผ่น) เปลี่ยนแผ่นแปะทุก 3.5 วัน (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) และ 0.06%  $17\beta$ -estradiol ชนิดเจล โดยใช้ 2.5-10 กรัม/วัน ทาผิวหนังวันละหนึ่งครั้ง

ควรมีการปรับขนาดยาตามระดับฮอร์โมนเอสตราไดออลในเลือดของผู้รับบริการแต่ละราย โดยระดับเป้าหมายคือ เอสตราไดออลในเลือด 100-200 พิโคกรัม/มิลลิลิตร การใช้ฮอร์โมนผ่านทางผิวหนังจะไม่รบกวนการทำงานของตับ ต่างจากการใช้ฮอร์โมนแบบรับประทานที่มี first pass hepatic effects โดยเหตุการณ์นี้ส่งผลต่อร่างกายในด้านต่าง ๆ เช่น รบกวนโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือด การรบกวนระบบ renin-angiotensin-aldosterone system ที่ทำงานควบคุมสมดุลของโซเดียมและน้ำในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ รบกวนโปรตีน sex hormone binding globulin เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่าการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนผ่านทางผิวหนัง ทำให้ระดับของเอสตราไดออลในเลือดคงที่กว่าการรับประทาน<sup>(27)</sup> กล่าวได้ว่าการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนผ่านทางผิวหนังเป็นช่องทางการบริหารยาที่เหมาะสมสำหรับหญิงข้ามเพศที่อายุมากกว่า 45 ปี หรือรายที่มีความเสี่ยงเรื่องหลอดเลือดดำอุดตัน<sup>(1)</sup>

### 1.1.3 เอสตราไดออลชนิดฉีด

โดยใช้ estradiol valerate หรือ cypionate ขนาด 5-30 มิลลิกรัม ทุก 2 สัปดาห์ หรือ ขนาด 2-10 มิลลิกรัม ทุก 1 สัปดาห์ สำหรับการเลือกใช้อเอสตราไดออลชนิดฉีดสำหรับหญิงข้ามเพศ จะมีข้อจำกัดในประเทศไทยอยู่บ้าง เนื่องจากเอสตราไดออลชนิดฉีดไม่ได้เป็นยาที่ใช้ในสตรีวัยหมดระดูทั่วไป จึงไม่มีขายอยู่ในสถานพยาบาลของรัฐ และการใช้อเอสตราไดออลชนิดฉีดมีข้อเสีย คือ มีอาการเจ็บบริเวณที่ฉีด และหลังฉีดใหม่ ๆ อาจมีระดับเอสตราไดออลสูงขึ้นเกินระดับเป้าหมาย (supraphysiologic levels) โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ถูกต้อง<sup>(28)</sup>

การให้อเอสตราไดออลในทุกรูปแบบ ให้ทำการปรับขนาดของยาตามผลของเอสตราไดออลในเลือดของผู้รับบริการแต่ละราย โดยมีจุดมุ่งหมายของระดับเอสตราไดออลในเลือดที่ 100-200 พิโคกรัม/มิลลิลิตร

## 1.2 ฮอโมนโปรเจสโตเจน (progestogen)

หญิงข้ามเพศบางรายอาจใช้ฮอโมนกลุ่มโปรเจสโตเจน เช่น โปรเจสเทอโรน ร่วมกับการให้อเอสโตรเจน โดยมีความเชื่อว่าจะทำให้มีการพัฒนาของเต้านมคล้ายกับการเข้าสู่วัยสาวตามธรรมชาติ มากกว่าการให้อเอสโตรเจนเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังเชื่อว่า อาจช่วยส่งผลดีต่ออารมณ์และความรู้สึกทางเพศ อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลการศึกษาเพียงพอในการยืนยันถึงประโยชน์หรือความเสี่ยงของการเพิ่มโปรเจสเทอโรนเข้าไปในสูตรฮอโมนของหญิงข้ามเพศที่ชัดเจน ฮอโมนโปรเจสเทอโรน จึงยังไม่นับเป็นมาตรฐานในการให้อฮอโมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ<sup>(29)</sup>

## 1.3 ยาด้านฮอโมนเพศชาย (Anti-androgens)

ในกรณีหญิงข้ามเพศที่ยังไม่ได้ตัดอวัยวะ การให้อเอสโตรเจนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถกดระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ ดังนั้นควรพิจารณาใช้ยาด้านฮอโมนเพศชาย (anti-androgens) เพื่อกดฮอโมนเทสโทสเตอโรนที่สร้างจากอวัยวะควบคู่กับการให้อเอสโตรเจน แต่หลังการตัดอวัยวะ ให้พิจารณาหยุดยาด้านฮอโมนเพศชายและคงไว้เพียงเอสโตรเจนได้ โดยระดับเป้าหมายคือ ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือด (total testosterone) ต่ำกว่า 50 นาโนกรัม/ เดซิลิตร

### ชนิดของยาด้านฮอโมนเพศชาย

ยาด้านฮอโมนเพศชายที่มีใช้แพร่หลายในหญิงข้ามเพศของประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ spironolactone และ cyproterone acetate โดยแนะนำให้ใช้ขนาดยา ดังนี้

- Spironolactone ขนาด 100–300 มิลลิกรัม/วัน หรือ
- Cyproterone acetate ขนาด 25-50 มิลลิกรัม/วัน

นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ GnRH agonist ขนาด 3.75 มิลลิกรัม ฉีดทุก 1 เดือน หรือขนาด 11.25 มิลลิกรัม ทุก 3 เดือนเพื่อต้านฮอร์โมนเพศชายได้ แต่ก็ก็เป็นยาที่มีราคาสูงและกดฮอร์โมนเพศลงในระดับต่ำมาก จึงไม่ได้รับความนิยมมากนัก อาจพิจารณาใช้ในบางกรณีที่ไม่สามารถช้ยาต้านฮอร์โมน spironolactone หรือ cyproterone acetate ได้

## ตารางที่ 2 ชนิดและขนาดของยาด้านฮอร์โมนเพศชายที่ใช้ในประเทศไทย

ชนิดยา	ขนาดยา
Cyproterone acetate ชนิดรับประทาน	25-50 มิลลิกรัม/ วัน
Spironolactone ชนิดรับประทาน	100–300 มิลลิกรัม/ วัน
GnRH agonist ชนิดฉีด	3.75 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 1 เดือน 11.25 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 3 เดือน

ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม 5 $\alpha$ -reductase inhibitors เป็นยาด้านฮอร์โมนเพศชายในกลุ่มหญิงข้ามเพศ เนื่องจากไม่ช่วยก่ระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือดและมีผลข้างเคียงสูง<sup>(30)</sup>

นอกจากการใช้ระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือด (total testosterone) ที่ต่ำกว่า 50 นาโนกรัม/เดซิลิตร ในการติดตามการใช้ยาต้านฮอร์โมนเพศชายเพื่อยืนยันเพศสภาพแล้ว ควรพิจารณาเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของชายข้ามเพศในผู้รับฮอร์โมนด้วย เนื่องจากยาด้านฮอร์โมนเพศชายออกฤทธิ์ที่ตัวรับที่อยู่ในเซลล์ ซึ่งไม่สามารถวัดได้จากการตรวจระดับในเลือด อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านวิธีและเครื่องมือที่ใช้วัดระดับฮอร์โมนในห้องปฏิบัติการแต่ละที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันอีกด้วย

## สรุปการใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในหญิงข้ามเพศ ดังตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 การใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในหญิงข้ามเพศวัยผู้ใหญ่

ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพในหญิงข้ามเพศวัยผู้ใหญ่	
ชนิดของยา	ขนาดที่แนะนำ
<b>ฮอร์โมนเอสตราไดออล (estradiol) #</b>	
<b>เอสตราไดออล ชนิดรับประทาน*</b>	
17 $\beta$ -estradiol หรือ estradiol valerate	2-6 มิลลิกรัม/ วัน
<b>เอสตราไดออล ชนิดผ่านทางผิวหนัง**</b>	
17 $\beta$ -estradiol ชนิดแผ่นแปะ	25 -200 ไมโครกรัม/24 ชั่วโมง (1/2-4 แผ่น) เปลี่ยนแผ่นแปะทุก 3.5 วัน (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง)
0.06% 17 $\beta$ -estradiol ชนิดเจล	2.5-10 กรัม/วัน ทาวันละหนึ่งครั้ง
<b>เอสตราไดออล ชนิดฉีด ***</b>	
estradiol valerate หรือ cypionate	ขนาด 5-30 มิลลิกรัม ทุก 2 สัปดาห์ หรือ ขนาด 2-10 มิลลิกรัม ทุก 1 สัปดาห์
<p>#การให้เอสตราไดออลในทุกแบบ ให้ทำการปรับขนาดของยาตามผลของเอสตราไดออลในเลือด โดยมีเป้าหมายของระดับเอสตราไดออลในเลือดที่ 100-200 พิโคกรัม/มิลลิลิตร</p> <p>*<u>ไม่แนะนำให้ใช้</u>เอสโตรเจนที่อยู่ในยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดแบบรับประทาน (ethinyl estradiol) ในหญิงข้ามเพศ<sup>(1)</sup> เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดดำอุดตันสูงกว่าการใช้ 17<math>\beta</math>-estradiol อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศที่อายุมากกว่า 40 ปี<sup>(3,26)</sup> มีข้อควรระวังหากใช้ conjugated equine estrogens และ conjugated estrogens เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันสูงกว่าการใช้ 17<math>\beta</math>-estradiol โดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศที่อายุมากกว่า 40 ปี</p> <p>**เอสตราไดออลชนิดผ่านทางผิวหนัง เป็นช่องทางบริหารยาที่เหมาะสมในหญิงข้ามเพศที่อายุ &gt; 45 ปี หรือรายที่มีความเสี่ยงเรื่องหลอดเลือดดำอุดตัน<sup>(1)</sup></p> <p>***ยาฉีดเอสตราไดออล ไม่มีใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป</p>	
<b>ยาด้านฮอร์โมนเพศชาย (Anti-androgens) ในกรณีที่ยังไม่ได้ตัดอวัยวะ##</b>	
<b>ทางเลือกหลัก</b>	
Spironolactone	ขนาด 100-300 มิลลิกรัม/วัน
Cyproterone acetate	ขนาด 25-50 มิลลิกรัม/วัน
<b>ทางเลือกรอง*</b>	



-GnRH agonist** (ยาราคาสูงและกดฮอร์โมนเพศลงในระดับต่ำมาก)	ขนาด 3.75 มิลลิกรัม ฉีดทุก 1 เดือน หรือ ขนาด 11.25 มิลลิกรัม ทุก 3 เดือน
<p>##เป้าหมายในการกดการทำงานของฮอร์โมนจากอันทะด้วยยาต้านฮอร์โมนเพศชาย (anti-androgens) คือ ทำให้ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือด (total testosterone) ต่ำกว่า 50 นาโนกรัม/ เดซิลิตร</p> <p>*ไม่แนะนำให้ใช้ยากกลุ่ม 5<math>\alpha</math>-reductase inhibitors ต้านฮอร์โมนเพศชายในกลุ่มหญิงข้ามเพศ</p> <p>**ยามีราคาสูง และกดฮอร์โมนเพศลงในระดับต่ำมาก</p>	

### การติดตามหญิงข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเอสตราไดออล<sup>(3)</sup>

1. ประเมินทุก 3 เดือนในปีแรก หลังจากนั้นติดตามทุก 6-12 เดือน เพื่อติดตามลักษณะของความเป็นเพศหญิง (feminization) และติดตามอาการข้างเคียงของเอสตราไดออลที่อาจเกิดขึ้น
2. วัดระดับของฮอร์โมนเอสตราไดออล (estradiol) และเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ในเลือดทุก 3 เดือน โดยเป้าหมายคือระดับเอสตราไดออลในเลือด 100-200 พิโคกรัม/มิลลิลิตร และระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือด (total testosterone) ต่ำกว่า 50 นาโนกรัม/ เดซิลิตร
3. กรณีที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนเพศชาย (anti-androgens) ชนิด spironolactone แนะนำให้มีการตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือด เนื่องจากมีความเสี่ยงพบระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงได้ โดยพิจารณาตรวจทุก 3 เดือนในปีแรก หลังจากนั้นตรวจซ้ำทุก 1 ปี
4. แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเหมือนกับเพศกำเนิด เนื่องจากยังมีเนื้อเยื่อเดิมอยู่ในร่างกาย เช่น ต่อมลูกหมาก เป็นต้น
5. พิจารณาส่งตรวจความหนาแน่นกระดูก (Bone mineral density, BMD) เป็นค่าพื้นฐานไว้ก่อน สำหรับในกลุ่มบุคคลข้ามเพศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน พิจารณาตรวจ BMD ซ้ำที่อายุ 60 ปี หรือส่งตรวจในผู้ที่ใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพไม่สม่ำเสมอ

พบการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในเลือด ในหญิงข้ามเพศที่ได้รับเอสโตรเจนได้ร้อยละ 20 เชื่อว่าเกิดจากการที่เอสโตรเจนอาจไปกระตุ้นเซลล์ที่ต่อมใต้สมอง หรืออาจเป็นจากการใช้ยา cyproterone acetate ดังนั้นหากใช้เอสโตรเจนขนาดสูง อาจพิจารณาเจาะวัดระดับของฮอร์โมนโปรแลคตินเป็นพื้นฐานและตรวจซ้ำทุก 1-2 ปี

ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของหญิงข้ามเพศหลังได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ แสดงได้ดังตารางที่ 4 ทั้งนี้ แต่ละบุคคลอาจมีการตอบสนองที่แตกต่างกันได้

## ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายของหญิงข้ามเพศหลังได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	ระยะเวลาที่เริ่มเปลี่ยนแปลง	ระยะเห็นผลลัพธ์สูงสุด
-การกระจายตัวของไขมันเปลี่ยนไปแบบเพศหญิง	3-6 เดือน	2-3 ปี
-มวลและความแข็งแรงกล้ามเนื้อลดลง	3-6 เดือน	1-2 ปี
-ผิวมันลดลง ผิวนุ่มขึ้น	3-6 เดือน	ไม่มีข้อมูล
-ความต้องการทางเพศลดลง	1-3 เดือน	3-6 เดือน
-การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง	1-3 เดือน	3-6 เดือน
-ปัญหา sexual function	แล้วแต่บุคคล	แล้วแต่บุคคล-
-เต้านมโตขึ้น	3-6 เดือน	2-3 ปี
-อวัยวะเล็กลง	3-6 เดือน	2-3 ปี
-การสร้างอสุจิลดลง	ไม่มีข้อมูล	3 ปี
-ขนบางและลดลง	6-12 เดือน	3 ปี
-ผมร่วง	แล้วแต่บุคคล	
-เสียงเปลี่ยน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	

## 2. การใช้ฮอร์โมนในชายข้ามเพศวัยผู้ใหญ่ (Adult male transgender)

หลักการสำคัญ คือทำให้ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดอยู่ในระดับชายเพศกำเนิด โดยพยายามหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะการเกิดภาวะเลือดข้น ความดันโลหิตสูง การคั่งของเกลือและน้ำ การเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือด สิวรุนแรง และการหยุดหายใจขณะนอนหลับ โดยในชายข้ามเพศสามารถใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเพียงตัวเดียว โดยที่ไม่ต้องการยากดเอสโตรเจน ยาที่พิจารณาเลือกใช้ มีดังนี้

### 2.1 ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

**2.1.1 Testosterone enanthate หรือ cypionate** (Testosterone cypionate ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย) เป็นฮอร์โมนที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากราคาไม่แพง ข้อเสียที่พบได้คือ มีโอกาสเกิดเลือดข้นผิดปกติ (erythrocytosis) บ่อยกว่า และต้องฉีดยาบ่อยกว่าการใช้ testosterone undecanoate<sup>(19)</sup> ขนาดยาที่ใช้ คือ

100-200 มิลลิกรัม ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หรือเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 2 สัปดาห์ หรือลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งและฉีดทุก 1 สัปดาห์

**2.1.2 Testosterone undecanoate** ขนาด 1,000 มิลลิกรัม ฉีดทุก 12 สัปดาห์ มีราคาแพง ปริมาณยาต่อการฉีดมากกว่า มีรายงานการเกิด pulmonary oil microembolus ได้ แต่พบน้อยมาก ข้อดีคือ สามารถฉีดห่างกันได้ทุก 12 สัปดาห์และระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดค่อนข้างคงที่<sup>(19)</sup>

**2.1.3 1 % Testosterone gel** เป็นเจลทาผิวหนัง โดยทา 50-100 มิลลิกรัม วันละหนึ่งครั้ง ตัวยามีราคาแพงและอาจมีการปนเปื้อนจากผู้ช้ยาไปสู่คนอื่น หากมีการสัมผัสผิวหนังบริเวณที่ทาเจลได้<sup>(19)</sup>

**2.1.4 Testosterone transdermal patch** แบบแผ่นแปะ ขนาด 2.5-7.5 มิลลิกรัม/วัน (ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย)

\*การให้เทสโทสเตอโรนทุกแบบ ให้ทำการปรับขนาดของยาตามผลของเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ในเลือด โดยมีเป้าหมายของระดับในเลือดที่ ประมาณ 400-700 นาโนกรัม/เดซิลิตร

\*ไม่แนะนำให้ใช้เทสโทสเตอโรนชนิดรับประทานที่มีหมู่ alkylation ที่คาร์บอนอะตอมตำแหน่งที่ 17 เนื่องจากอาจส่งผลเป็นพิษต่อตับ อีกทั้งยังมีการดูดซึมที่ไม่แน่นอน เพราะต้องอาศัยระบบน้ำเหลืองในการดูดซึมยาดังกล่าว<sup>(3)</sup> พิษต่อตับพบได้น้อยหากเลือกเทสโทสเตอโรนชนิดฉีดและชนิดผ่านทางผิวหนัง<sup>(31,32)</sup>

## ตารางที่ 5 การใช้ฮอร์โมนในชายข้ามเพศวัยผู้ใหญ่

การใช้ฮอร์โมนในชายข้ามเพศวัยผู้ใหญ่
<p><b>ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Testosterone enanthate</u> -เป็นฮอร์โมนที่ถูกใช้มากที่สุด เนื่องจากราคาจำหน่ายในประเทศไทยไม่แพง -ขนาดยาที่ใช้ คือ 100-200 มิลลิกรัม ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 2 สัปดาห์ หรือลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่ง แต่ฉีดเป็นทุก 1 สัปดาห์</li> <li>• <u>Testosterone undecanoate</u> ขนาด 1000 มิลลิกรัม ฉีดทุก 12 สัปดาห์</li> <li>• <u>1 % Testosterone gel</u> ทาผิวหนังวันละครั้ง ขนาดยา คือ 50-100 มิลลิกรัม/วัน</li> <li>• <u>Testosterone transdermal patch</u> แบบแผ่นแปะ ขนาด 2.5-7.5 มิลลิกรัม/วัน (ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย)</li> </ul>

\*การให้เทสโทสเตอโรนทุกแบบ ให้ทำการปรับขนาดของยาตามผลของเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ในเลือด โดยมีเป้าหมายของระดับในเลือดที่ ประมาณ 400 -700 นาโนกรัม/เดซิลิตร

\*ไม่แนะนำให้ใช้เทสโทสเตอโรนชนิดรับประทานที่มี alkylation ที่คาร์บอนอะตอมตำแหน่งที่ 17 เนื่องจากอาจส่งผลต่อดับ อีกทั้งยังมีการดูดซึมที่ไม่แน่นอน โดยต้องอาศัยระบบน้ำเหลืองในการดูดซึมยา

### การติดตามชายข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน<sup>(5)</sup>

1. ประเมินทุก 3 เดือนในปีแรก หลังจากนั้นติดตามทุก 6-12 เดือน เพื่อติดตามลักษณะของความเป็นเพศชาย (virilization) และติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
2. วัดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ในเลือด ทุก 3 เดือน จนระดับเทสโทสเตอโรนอยู่ในช่วงปกติของชายเพศกำเนิด คือ ระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือด (total testosterone) ประมาณ 400-700 นาโนกรัม/เดซิลิตร
  - กรณีที่ฉีด testosterone enanthate หรือ cypionate การเจาะเลือดวัดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ให้เจาะเลือดที่เวลากึ่งกลางของแต่ละครั้งที่ฉีดยา (midway between injections) เช่น หากฉีดยาทุก 4 สัปดาห์ ควรเจาะเลือดที่ 2 สัปดาห์หลังฉีดยา อย่างไรก็ตาม หากไม่สะดวกอาจเจาะในช่วงวันใดก็ได้ ถ้าระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเลือดอยู่ในระดับเป้าหมายแล้ว
  - กรณีที่ฉีด testosterone undecanoate การเจาะเลือดวัดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ให้เจาะเลือดที่เวลาก่อนเริ่มฉีดเข็มถัดไป หากระดับในเลือดต่ำกว่า 400 นาโนกรัม/เดซิลิตร ควรพิจารณาฉีด testosterone undecanoate ให้ถี่ขึ้นกว่าเดิม
  - กรณีใช้เทสโทสเตอโรนชนิดผ่านทางผิวหนัง การเจาะเลือดวัดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ให้เจาะหลังจากเริ่มใช้ยาไปแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และควรเจาะหลังจากทายาไปแล้วมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป
3. แนะนำให้ตรวจวัดระดับของ hematocrit หรือ hemoglobin เป็นค่าพื้นฐาน และให้ตรวจซ้ำทุก 3 เดือนในปีแรก หลังจากนั้นติดตามทุก 6-12 เดือน และมีการติดตาม ความดันโลหิต น้ำหนัก และตรวจไขมันในเลือดเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสมในชายข้ามเพศแต่ละราย
4. การคัดกรองโรคกระดูกพรุน พิจารณาในผู้ที่หยุดใช้ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนไม่สม่ำเสมอ หรือในรายที่มีความเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคกระดูกพรุน
5. หากยังไม่ได้ผ่าตัดมดลูกออก (ยังมีปากมดลูก) แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเหมือนในหญิงเพศกำเนิด
6. ให้พิจารณาผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกได้ หากผู้รับบริการมีความประสงค์ และมีการใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

7. หากทำการผ่าตัดเต้านมออกแล้ว พิจารณาตรวจเต้านมปีละครั้ง ในบริเวณใต้และรอบ ๆ หัวนม (subareolar และ periareolar tissue) เนื่องจากยังมีเนื้อเยื่อเต้านมหลงเหลืออยู่ หากไม่ได้ผ่าตัดเต้านมออก ให้พิจารณาส่งตรวจ mammogram ตามคำแนะนำทั่วไปของหญิงเพศกำเนิด

ส่วนใหญ่ของชายข้ามเพศจะขาดระดับฮอร์โมนใน 2-3 เดือนหลังจากได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ในบางรายอาจต้องใช้ขนาดยาที่สูงขึ้น เพื่อไม่ให้มีเลือดออกจากโพรงมดลูก หากยังมีเลือดออกต่อเนื่อง ให้พิจารณาเพิ่มยากลุ่มโปรเจสตินรับประทานระยะสั้น ๆ หรือในบางรายอาจพิจารณาให้ฉีด depot medroxyprogesterone หรือ GnRH agonist เพื่อให้ขาดระดับก่อนที่จะเริ่มให้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน<sup>(3)</sup>

ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของชายข้ามเพศหลังได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ แสดงได้ดังตารางที่ 6 ทั้งนี้แต่ละบุคคลอาจมีการตอบสนองที่แตกต่างกันได้

### ตารางที่ 6 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายของชายข้ามเพศหลังได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	ระยะเวลาที่เริ่มเปลี่ยนแปลง	ระยะเห็นผลลัพธ์สูงสุด
- หน้ามัน สิวขึ้น	1-6 เดือน	1-2 ปี
- ขนขึ้นตามร่างกาย ใบหน้า	6-12 เดือน	4-5 ปี
- ผมร่วงแบบเพศชาย	6-12 เดือน	-
- มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น	6-12 เดือน	2-5 ปี
- การกระจายตัวของไขมัน เปลี่ยนไปแบบเพศชาย	1-6 เดือน	2-5 ปี
- ระดูขาด	1-6 เดือน	-
- คลิตอริสโตขึ้น	1-6 เดือน	1-2 ปี
- ช่องคลอดฝ่อบาง	1-6 เดือน	1-2 ปี
- เสียงแหบทุ้ม	6-12 เดือน	1-2 ปี

### การหยุดใช้ฮอร์โมนชั่วคราวช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดแปลงเพศ

เนื่องจากการใช้เอสโตรเจนแบบรับประทานและฉีดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันจาก first pass hepatic effects คือ เอสโตรเจนมีผลต่อโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือดที่สร้างจากตับ โดยเฉพาะการรับประทาน ethinyl estradiol ในยาคุมกำเนิดและ conjugated equine estrogen ดังนั้นควรพิจารณาใช้ 17 $\beta$ -estradiol หรือ estradiol valerate รับประทาน เนื่องจากความเสี่ยงต่อหลอดเลือดดำอุดตันน้อยกว่า หรืออาจพิจารณาใช้ 17 $\beta$ -estradiol ชนิดผ่านผิวหนัง ซึ่งไม่ทำให้เกิด first pass hepatic effects

การผ่าตัดใหญ่ที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดแปลงเพศ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน หากผู้รับบริการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดรับประทานและต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ควรหยุดใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชั่วคราว โดยมีคำแนะนำให้หยุดรับประทานเอสโตรเจนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดและกลับมาเริ่มยาประมาณ 3-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยผู้รับบริการต้องสามารถกลับมาเคลื่อนไหวได้สะดวกแล้วจึงเริ่มยาได้<sup>(33)</sup> อย่างไรก็ตามตัวเลขดังกล่าวเป็นเพียงคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ในเวชปฏิบัติควรพิจารณาถึงความเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันในผู้รับบริการแต่ละราย เช่น อายุ ความอ้วน โรคอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง และพิจารณาหยุดและเริ่มเอสโตรเจนก่อนและหลังผ่าตัดตามความเหมาะสม

### การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Gender affirming surgery)

การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ (gender affirmation surgery, GAS) ในที่นี้เป็นคำที่มีความหมายกว้างกว่าคำว่า การผ่าตัดแปลงเพศ โดยหมายความรวมถึงการผ่าตัดทุกชนิดเพื่อเปลี่ยนแปลงสรีระของร่างกายตามเพศกำเนิดให้ตรงกับเพศทางจิตใจ (เพศสภาพ, gender identity) ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะเพศ การตัดอัณฑะ การตัดมดลูกและรังไข่ การเสริมหรือตัดหน้าอก และการผ่าตัดปรับเปลี่ยนโครงสร้างใบหน้าและลำตัวให้เป็นไปตามเพศสภาพ

บุคคลข้ามเพศแต่ละคน มีเป้าหมายการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพที่แตกต่างกัน แพทย์จึงต้องปรับแผนบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคคลข้ามเพศแต่ละคน

- **การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพในชายข้ามเพศ<sup>(34)</sup>**
  1. การผ่าตัดหน้าอก (Chest reconstruction/bilateral mastectomy)
  2. การตัดมดลูก/รังไข่ (Hysterectomy/oophorectomy)
  3. การทำอวัยวะเพศชายด้วยวิธีเมตตอยด์ (Metoidioplasty, clitoral release)
  4. การทำอวัยวะเพศชายด้วยวิธีฟาโล (Phalloplasty)
  5. การสร้างถุงอัณฑะ (Scrotoplasty)
  6. การสร้างท่อปัสสาวะ (Urethroplasty)
  7. การตัดช่องคลอด (Vaginectomy)
- **การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพในหญิงข้ามเพศ<sup>(34)</sup>**
  1. การตัดอัณฑะ (Orchiectomy)
  2. การผ่าตัดช่องคลอดใหม่ (Vaginoplasty)
  3. การตัดองคชาติ (Penectomy)
  4. การผ่าตัดเสริมหน้าอก (Breast augmentation, augmentation mammoplasty)

5. การผ่าตัดลดขนาดกระดูกอ่อนไทรอยด์ (Tracheal shave, reduction thyroid chondroplasty, chondrolaryngoplasty)
6. การผ่าตัดเส้นเสียง (Voice surgery)
7. การปรับเปลี่ยนใบหน้าให้มีความเป็นหญิง (Facial feminization)
8. การผ่าตัดเสริมสะโพก (Gluteoplasty, buttock augmentation)

ผู้จะเข้ารับการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการรักษาเพื่อยืนยันเพศสภาพ พ.ศ. 2565 ดังนี้

- (1) อายุตั้งแต่สิบแปดปีบริบูรณ์แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ใช้อำนาจปกครอง
- (2) อายุครบยี่สิบปีบริบูรณ์

การประเมินและให้คำปรึกษาแนะนำก่อนการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพเพื่อประเมินความสอดคล้องของการดำเนินชีวิตกับเพศสภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ทางเพศร่วมกับจิตแพทย์ หลังจากผู้จะรับการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพได้ดำเนินชีวิตข้ามเพศมาเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี<sup>(35)</sup>

บทบาทโดยตรงของสูตินรีแพทย์ในการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ คือ การผ่าตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ออกในชายข้ามเพศ การตัดรังไข่พร้อมกับมดลูกอาจได้ประโยชน์ด้านจิตใจ ในการกำจัดลักษณะของเพศหญิงออกจากร่างกาย ลดความเสี่ยงของมะเร็งรังไข่ในอนาคต และลดความจำเป็นของการตรวจภายใน แพทย์ควรแนะนำชายข้ามเพศ ถึงความสำคัญของการรับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างออก<sup>(3)</sup> ช่องทางการผ่าตัดทำได้ทั้งการผ่าตัดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้อง ก่อนการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก ผู้รับบริการควรรับทราบข้อมูล ได้รับคำแนะนำเรื่องการเก็บรักษาภาวะเจริญพันธุ์และตัดสินใจอย่างถี่ถ้วนก่อน

## ปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ

### การคงมีระดูและเลือดออกผิดปกติจากอวัยวะเพศในชายข้ามเพศ

ชายข้ามเพศส่วนใหญ่ที่มารับบริการ มักได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนโดยไม่ได้ตัดมดลูกและรังไข่ ออก ดังนั้นยังสามารถเกิดพยาธิสภาพที่มดลูกและรังไข่ได้ ในชายข้ามเพศที่เริ่มใช้เทสโทสเตอโรนด้วยขนาดยาที่เหมาะสม พบว่าระดูมักหายไปภายใน 6 เดือน กลไกที่หยุดระดูเป็นจากการยับยั้งการตกไข่ (ovulation suppression) และการฝ่อของเยื่อบุมดลูก (endometrial atrophy)<sup>(36)</sup> อย่างไรก็ตามระยะเวลาอาจแตกต่างกันไปตามขนาดยา ช่องทางการบริหารยา ระยะห่างระหว่างการใช้ยา การคงอยู่ของรังไข่ ขนาดร่างกายหรือรอยโรคของมดลูกและรังไข่

ชายข้ามเพศที่มีประวัติเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดก่อนเริ่มใช้เทสโทสเตอโรน ควรได้รับการสืบค้นหาสาเหตุตามมาตรฐานทั่วไป ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเยื่อบุมดลูก ควรพิจารณาตรวจชิ้นเนื้อตามข้อบ่งชี้ จากการศึกษาในระยะยาว ยังไม่พบว่าการใช้เทสโทสเตอโรนเพิ่มความเสี่ยงต่อ

มะเร็งโพรงมดลูก<sup>(37)</sup> ชายข้ามเพศที่ยังมีมดลูกและมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดกับคู่นอนที่มีเชื้อสุมิและมึเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ควรวินิจฉัยแยกโรคที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ด้วย **ดังนั้นต้องแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ร่วมด้วยเสมอ**

### สาเหตุของเลือดออกผิดปกติ

ในทางปฏิบัติชายข้ามเพศที่ใช้เทสโทสเตอโรนโดยมีระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือดเท่ากับเพศชายทั่วไปและมีระดับของ FSH และ LH ต่ำ ควรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (Abnormal uterine bleeding, AUB) หากใช้ยามานานกว่า 6-12 เดือน แล้วยังมีหรือกลับมามีเลือดออกจากมดลูก กลุ่มนี้ควรได้รับการสืบหาสาเหตุตามมาตรฐาน แนวทางการสืบหาสาเหตุเหมือนในสตรีทั่วไป อาจพิจารณาได้ตาม The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) PALM-COEIN classification system<sup>(38)</sup> โดยกลุ่มที่มีโครงสร้างผิดปกติ ได้แก่ endometrial polyps (P), adenomyosis (A), leiomyomata (L), endometrial hyperplasia หรือ malignancy (M) ในกลุ่มที่มีโครงสร้างผิดปกตินี้ ตรวจได้โดยวิธี imaging และการตรวจชิ้นเนื้อ ส่วนสาเหตุของกลุ่มที่ไม่เกี่ยวกับโครงสร้าง (non-structural causes) ได้แก่ coagulopathy (C), ovulatory dysfunction (O), endometrial (E), iatrogenic causes (I) และ not yet classified (N) ซึ่ง **บทบาทในการตรวจค้นนี้ เป็นสิ่งที่สูตินรีแพทย์ทั่วไปสามารถทำได้ในชายข้ามเพศ** อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดหรือการตรวจชิ้นเนื้อจากโพรงมดลูกอาจพิจารณาอย่างถี่ถ้วน และให้ข้อมูลกับผู้รับบริการถึงขั้นตอนรวมถึงความจำเป็นในการตรวจ ในอีกทางหนึ่ง การใช้วิธีที่หลีกเลี่ยงการทำหัตถการในรายที่ปฏิเสธการตรวจ โดยการเฝ้าสังเกตหรือการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง อาจเป็นทางเลือกรองและควรให้ข้อมูลความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยล่าช้าหรือคลาดเคลื่อน

### การรักษาเลือดออกผิดปกติตามสาเหตุของโรค

การรักษาเลือดออกผิดปกติจากมดลูกในชายข้ามเพศ ให้รักษาตามสาเหตุของโรคตามแนวคิด PALM-COEIN การใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพด้วยเทสโทสเตอโรน จะกดการสร้าง LH และ FSH จึงไปลดการสร้างเอสโตรเจน และยังทำให้มีการฝ่อของเยื่อบุโพรงมดลูกจึงทำให้ขาดระดูตามมา ในรายที่ยังมีระดูเป็นรอบ การใช้ขนาดยาที่สูงขึ้น หรือการเพิ่มความถี่ในการฉีดยาเป็นทุก 1-2 สัปดาห์ มักทำให้ขาดระดูได้เร็วขึ้น<sup>(39)</sup> ในบางกรณี การเสริมด้วยฮอร์โมนโปรเจสติน ไม่ว่าจะเป็ชนินดริบประทาน (เช่น medroxy progesterone acetate) ชนิดฉีด หรือห่วงในโพรงมดลูก อาจช่วยเสริมให้ขาดระดูได้ ยากลุ่ม Aromatase inhibitors (AIs) เช่น letrozole อาจถูกเลือกใช้เป็นยาเสริมในระยะสั้น ๆ เพื่อให้ขาดระดูในชายข้ามเพศที่ได้รับเทสโทสเตอโรน<sup>(40)</sup>

ในกรณีที่เคยขาดระดูมาก่อน แต่กลับมามีเลือดออกอีกในขณะที่ยังใช้เทสโทสเตอโรนอยู่ อาจเกิดจากกลไก breakthrough bleeding โดยที่มี aromatization จากเทสโทสเตอโรนไปเป็นเอสโตรเจนที่ผนังมดลูก อาจเลือกใช้โปรเจสตินในชายข้ามเพศกลุ่มนี้คล้ายกับการรักษา AUB ในสตรีทั่วไป<sup>(41)</sup> ปัจจุบันยังไม่มี



การศึกษาขนาดใหญ่ที่บอกถึงสูตรยา หรือขนาดยาที่เหมาะสมในการรักษาเลือดออกจากมดลูกในชายข้ามเพศ การใช้ยาจึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบเป็นราย ๆ ไป

### คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องคลอดใหม่ของหญิงข้ามเพศ

การดูแลช่องคลอดใหม่หลังการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพที่เหมาะสม ช่วยลดอาการเจ็บปวด ลดโอกาสติดเชื้อ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของหญิงข้ามเพศ กรณีที่ผ่าตัดโดยวิธีมาตรฐานโดยใช้ผิวหนังที่องศาตมาทำช่องคลอด (penile-skin vaginoplasty) เชื้อประจำถิ่นของช่องคลอดใหม่ มักเป็นเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด ซึ่งอาจทำให้เกิดกลิ่นหรือตกขาวผิดปกติ เชื้อประจำถิ่นที่พบได้บ่อยประกอบไปด้วย Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus, Corynebacterium, Mobiluncus, และ Bacteroides โดยเชื้อ Lactobacilli พบในช่องคลอดใหม่ในหญิงข้ามเพศเพียงประมาณ 1 ใน 30 คน<sup>(42)</sup> ส่วนเชื้อรา candida มักไม่พบในช่องคลอดใหม่ อย่างไรก็ตามยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งต่อการเกิดกลิ่นหรือตกขาวในช่องคลอดใหม่ของหญิงข้ามเพศ

### การรักษาความสะอาดช่องคลอดใหม่

การดูแลรักษาความสะอาดช่องคลอดใหม่อย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ยังคงจำเป็นในหญิงข้ามเพศ เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้ผิวหนังองศาตมาทำช่องคลอด สาเหตุของตกขาวในช่องคลอดใหม่ มักจะเกิดจากสารคัดหลั่งจากต่อมไขมัน (sebum) เซบเคอราติน น้ำอสุจิ หรือสารหล่อลื่น การดูแลจึงแตกต่างจากช่องคลอดในสตรีทั่วไป โดยอาจพิจารณาใช้สบู่ล้างและสวนล้างช่องคลอดเป็นประจำทุก 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ความถี่ในการสวนล้างช่องคลอดขึ้นอยู่กับความถี่ในการใช้อุปกรณ์ถ่ายขยาย เช่น ถ้ามีการใช้อุปกรณ์ถ่ายขยายทุกวัน การสวนล้างก็ควรทำทุกวันในช่วงแรก<sup>(42,43)</sup>

ในรายที่ยังมีตกขาวผิดปกติ อาจพิจารณาใช้ povidone iodine ผสมน้ำ สวนล้างช่องคลอดใหม่เป็นเวลา 2-3 วัน ติดต่อกัน อาจช่วยลดการเจริญของแบคทีเรียได้ ถ้ายังมีอาการอยู่ ควรพิจารณาพบแพทย์ เพื่อตรวจหาสาเหตุที่จำเพาะต่อไป หากไม่พบรอยโรค การรักษาแบบ empirical treatment โดยให้ยา metronidazole ทางช่องคลอดเป็นเวลา 5 วัน อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสม<sup>(42)</sup> แม้ว่าผิวหนังของช่องคลอดใหม่จะแตกต่างจากสตรีทั่วไป แต่ก็มีรายงานการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) โดยเฉพาะในรายที่มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน มีรายงานกรณีศึกษา การติดเชื้อ Gonococcal

(44) และ Chlamydia<sup>(45)</sup> ในช่องคลอดใหม่ หากสงสัยการติดเชื้อเหล่านี้ อาจพิจารณาทำ vaginal swab และให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม

ปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำที่แน่ชัดในการตรวจช่องคลอดใหม่หลังผ่าตัดยีนยีนเพศสภาพประจำปี อย่างไรก็ตาม การตรวจช่องคลอดใหม่ประจำปี ช่วยประเมินความลึกของช่องคลอดที่อาจเปลี่ยนไป อาจพบรอยโรค เช่น เนื้อเยื่อ granulation มะเร็ง สะเก็ดเงิน เป็นต้น นอกจากนี้อาจช่วยให้คลำต่อมลูกหมากผ่านทางช่องคลอดใหม่ ซึ่งคลำได้ง่ายกว่าการคลำผ่านทางทวารหนัก ลักษณะทางกายวิภาคของช่องคลอดใหม่มักมีความลึกและมีแกนที่ชี้ไปทางด้านหลังมากกว่าสตรีทั่วไป เวลาใส่เครื่องมือ speculum ควรใส่ด้วยความระมัดระวังและใส่ไปทางทิศด้านหลัง การคลำด้วยสองมือ (bimanual palpation) อาจไม่มีความจำเป็นและไม่ต้องตรวจในหญิงข้ามเพศ ในอีกทางหนึ่ง ช่องคลอดใหม่ที่ทำจากลำไส้ มักยืดหยุ่นได้มากกว่า มีสารคัดหลั่งมากกว่า สารคัดหลั่งอาจทำให้เกิดกลิ่นไม่พึงประสงค์ อาจออกมาตลอดเวลาและปริมาณมากเกินต้องการ วิธีการผ่าตัดต้องผ่านเข้าช่องท้องซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า

### สาเหตุของตกขาวผิดปกติในช่องคลอดใหม่

สูตินรีแพทย์ควรวินิจฉัยแยกโรค ที่อาจเกิดในช่องคลอดใหม่ ดังนี้

- Rectovaginal fistula
- Urethrovaginal fistula
- เนื้อเยื่อ granulation
- การติดเชื้อในช่องคลอดใหม่
- มะเร็ง

### การคุมกำเนิดในบุคคลข้ามเพศ

ในกลุ่มบุคคลข้ามเพศที่มีคู่อุปการะเป็นเพศกำเนิดต่างกัน คือ เมื่อคนหนึ่งมีอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงและอีกฝ่ายมีอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายที่ยังทำงานอยู่ หากมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ก็มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ได้ แม้ว่าการได้ฮอร์โมนเพื่อยีนยีนเพศสภาพจะลดโอกาสตั้งครรภ์ แต่ก็ไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อการคุมกำเนิด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดที่เหมาะสมในบุคคลข้ามเพศที่ไม่ต้องการมีบุตร โดยยาคุมกำเนิดทุกชนิดสามารถใช้ได้และมีประสิทธิภาพดี แพทย์จึงควรพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละราย

ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรสอบถามเพศของคู่รักของผู้เข้ารับบริการ และถามพฤติกรรมทางเพศ เพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเสมอ **ในกลุ่มชายข้ามเพศที่ยังไม่ได้ผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ (ยังมีมดลูกและรังไข่) และมีเพศสัมพันธ์กับชาย ต้องมีการคุมกำเนิด** โดยพิจารณาใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ทำให้ไม่มีระดู เพื่อลดความรุนแรงของภาวะเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด เช่น การเลือกฉีดยา Depot medroxy progesterone acetate การใช้ยาฝังคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน levonorgestrel เป็นต้น แพทย์ควรพึงระลึกว่า ฮอร์โมนเทสโทสเทอโรน ไม่ใช่ยาคุมกำเนิด ดังนั้นชายข้ามเพศที่ไม่มีระดูก็ยังมีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ **ควรสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย เพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**

## สรุป

การให้บริการทางสาธารณสุขและการยอมรับตัวตนของบุคคลข้ามเพศ นับเป็นประเด็นที่ได้รับ ความสนใจและการยอมรับเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในหลายประเทศ ในประเทศไทยมีการรวมตัวของแพทย์และ บุคลากรทางการแพทย์แบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการตามหลักฐานเวชประจักษ์ทางการแพทย์ รวมไปถึง การทำวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง การให้บริการทางสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ไม่ เลือกปฏิบัติต่อบุคคลข้ามเพศ นับเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการขับเคลื่อนดังกล่าว แพทย์ที่ให้บริการจึงควร มีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาเพื่อยืนยันเพศสภาพ อันประกอบด้วย การวินิจฉัย การพิจารณาเริ่มยา ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ ข้อห้าม ข้อควรระวัง ชนิด ขนาด และรูปแบบการบริหารยาฮอร์โมนชนิด ต่าง ๆ รวมไปถึงการติดตามอาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและ เหมาะสมที่สุดต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังควรทราบการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพชนิดต่าง ๆ ข้อบ่งชี้ ข้อ ห้าม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกเหนือจากองค์ความรู้ สิ่งที่สำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน คือ เจตคติที่ดี และการเคารพสิทธิของผู้รับบริการ การเปิดกว้างเรื่องความหลากหลายทางเพศ (gender diversity) และการ แสดงออกที่เหมาะสม ตลอดจนระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่าย จะช่วยลดช่องว่างและอุปสรรคในการมารับ บริการทางสาธารณสุขสำหรับบุคคลข้ามเพศได้เป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. *Int J Transgender Health*. 2022;23(Suppl 1):S1-S259.
2. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7 2012. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc>.
3. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-903.
4. Cools M, Nordenström A, Robeva R, Hall J, Westerveld P, Flück C, et al. COST Action BM1303 working group 1. Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a consensus statement. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(7):415-29.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; Arlington: 2013.
6. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems: Alphabetical index*. Vol. 3. World Health Organization, 2004.
7. *International Classification of Diseases 11th Revision*: World Health Organization; [Available from: <https://icd.who.int/en>]
8. Rodríguez M. Gender incongruence is no longer a mental disorder. *J Mental Health & Clin Psychology*. 2018; 2:6–8.
9. Winter S. Thai transgenders in focus: their beliefs about attitudes towards and origins of transgender. *Int J Transgenderism*. 2006;9(2):47-62.
10. กฤติมา สมิทธิพิล, รินา จันทร์อำนวยสุข, นิตยา ภาณุภาค. การให้บริการทางสุขภาพแก่คนข้ามเพศ (Healthcare Services for Transgender People). ใน: วรพล รัตนเลิศ, กฤติมา สมิทธิพิล, บรรณาธิการ. คู่มือการให้บริการสุขภาพคนข้ามเพศประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:กัณฑ์พิเพรส จำกัด; 2563. หน้า 1-17.
11. Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards LV. Addressing health care disparities among sexual minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017;44(1):71-80.

12. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to health care among adults identifying as sexual minorities: A US National Study. *Am J Public Health*. 2016;106(6):1116-22.
13. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016;23(2):168-71.
14. Lampalzer U, Behrendt P, Dekker A, Briken P, Nieder TO. The Needs of LGBTI people regarding health care structures, prevention measures and diagnostic and treatment procedures: A qualitative study in a German metropolis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19):3547.
15. Byrne J, Radix A. Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities in Asia and the Pacific. Washington, DC: Health Policy Project; 2015.
16. Müller A. Sexual and reproductive health for transgender and gender non-conforming people: Guidelines for health care workers in primary care. 2nd ed. Gender Dynamix; 2013.
17. Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, De Cuypere G. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med*. 2014;11(1):119-26.
18. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1953-66.
19. Irwig MS. Testosterone therapy for transgender men. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017;5(4):301-11.
20. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2015;104:1111-5.
21. Martinez F. Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: indications, results and future perspectives. *Hum Reprod*. 2017;32:1802-11.
22. Mattawanon N, Spencer JB, Schirmer DA, 3rd, Tangpricha V. Fertility preservation options in transgender people: A review. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19:231-42.
23. Defreyne J, Van Schuylenbergh J, Motmans J, Tilleman KL, T'Sjoen GG. Parental desire and fertility preservation in assigned male at birth transgender people living in Belgium. *International Journal of Transgender Health*. 2020;21:45-57.

24. Calzo JP, Mays VM, Bjorkenstam C, Bjorkenstam E, Kosidou K, Cochran SD. Parental sexual orientation and children's psychological well-being: 2013-2015 National Health Interview Survey. *Child Dev.* 2019;90: 1097-108.
25. Mazrekaj D, De Witte K, Cabus S. School outcomes of children raised by same-sex parents: evidence from administrative panel data. *American Sociological Review.* 2020;85: 830-56.
26. Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S, Magdeleyns EJ, Tans G, Gooren LJ, et al. Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(12):5723-9.
27. Kuhl H. Pharmacology of estrogens and progestogens: influence of different routes of administration. *Climacteric.* 2005;8 Suppl 1:3-63.
28. Tangpricha V, den Heijer M. Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(4):291-300.
29. Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. Clinical review: Breast development in trans women receiving cross-sex hormones. *J Sex Med.* 2014;11(5):1240-7.
30. Chiriaco G, Cauci S, Mazzon G, Trombetta C. An observational retrospective evaluation of 79 young men with long-term adverse effects after use of finasteride against androgenetic alopecia. *Andrology.* 2016;4(2):245-50.
31. Weinand JD, Safer JD. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *J Clin Transl Endocrinol.* 2015;2(2):55-60.
32. Roberts TK, Kraft CS, French D, Ji W, Wu AH, Tangpricha V, et al. Interpreting laboratory results in transgender patients on hormone therapy. *Am J Med.* 2014;127(2):159-62.
33. Asscheman H, T'Sjoen G, Lemaire A, Mas M, Meriggiola MC, Mueller A, et al. Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: a review. *Andrologia.* 2014;46(7):791-5.
34. พูนพิศมัย สุวะใจ, วรพล รัตนเลิศ, ศิรัชย์ จินดารักษ์. การผ่าตัดเพื่อการข้ามเพศ (Gender Affirmation Surgery). ใน: วรพล รัตนเลิศ, กฤติมา สมิทธิพิล, บรรณาริการ. คู่มือการให้บริการสุขภาพบุคคลข้ามเพศประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:กัณฑ์ร์พี เพรส จำกัด; 2563. หน้า 45-64.
35. ขั้บบั้กั้บแพทยสภา ว่าด้ว้การรักษัจริยธรรมแห่งวิชาวชิพเวชกรรม กั้ยว้กับการรักษำเพื่อยั้ยนั้เพศสภาพ พ.ศ. 2565

36. Perrone AM, Cerpolini S, Maria Salfi NC, Ceccarelli C, De Giorgi LB, Formelli G, et al. Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *J Sex Med.* 2009;6(11):3193-200.
37. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med.* 2012;9(10):2641-51.
38. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril.* 2011;95(7):2204-8, 2208.e1-3.
39. Nakamura A, Watanabe M, Sugimoto M, Sako T, Mahmood S, Kaku H, et al. Dose-response analysis of testosterone replacement therapy in patients with female to male gender identity disorder. *Endocr J.* 2013;60(3):275-81.
40. Care for transgender adolescents. Committee Opinion No. 685. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e11–6.
41. Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstet Gynecol.* 2019;134(1):81-90.
42. UCSF Gender Affirming Health Program, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people; 2nd edition. Deutsch MB, ed. June 2016. [cited 2024 Jan. 17]; Available at [transcare.ucsf.edu/guidelines](https://transcare.ucsf.edu/guidelines).
43. Chayachinda C, Kerdklinhom C, Chinhiran K, Suwan A, Neungton C. Neovagina: care and service at the Siriraj Female STD Clinic. *Siriraj Med Bull [Internet].* 2023 Jan. 1 [cited 2024 Jan. 17];16(1):40-6. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/257535>
44. Bodsworth NJ, Price R, Davies SC. Gonococcal infection of the neovagina in a male-to-female transsexual. *Sex Transm Dis.* 1994;21(4):211-2.
45. Radix AE, Harris AB, Belkind U, Ting J, Goldstein ZG. Chlamydia trachomatis Infection of the Neovagina in Transgender Women. *Open Forum Infect Dis.* 2019;6(11):ofz470.