



สภาขบวนการสุขภาพสตรีแห่งประเทศไทย  
Thailand and China for Women's Health

# คู่มือสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสตรีแห่งประเทศไทย

[www.rtcog.or.th](http://www.rtcog.or.th)

ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๑/๒๕๖๑

HAPPY  
NEW YEAR

2018

สวัสดีปีใหม่

2561

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี  
Standards and Ethics for Women's Health





## ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี”

(Standard and Ethics for Women's Health)

คณะผู้บริหาร

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

### ● ประธาน

ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก

ลุมพิกานนท์

### ● ผู้ริ่งตำแหน่งประธาน

พลาอากาศโทนายแพทย์การุณ

แก่งสกุล

### ● รองประธาน

นายแพทย์พิษณุ

ชั้นติพงษ์

### ● เลขาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุกฤพร

วิไลลักษณ์

### ● รองเลขาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์

เชาวรัตน์

### ● เภรณูญิก

แพทย์หญิงสุวรรณา

อัสวพิริยานนท์

### ● กรรมการกลาง

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท

คำพิทักษ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์

บริบูรณ์หิรัญสาร

รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี

จันทร์รัชชกุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล

เบญจาภิบาล

ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์

ภู่งงศ์

นายแพทย์วิสิทธิ์

สุภัครพงษ์กุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักนัน

มะโนทัย

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภักดิ์

จุลวิจิตรพงษ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์

บุญยะเวชชีวิน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรมพ

ใจสำราญ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ๋นใจ

กอนันตกุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย

โควาวีสารัช

# CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สูตินรีเวช - จริยธรรมสากล	๖
การชักนำให้เกิดการคลอดในครรภ์ครบกำหนด ด้วยยา misoprostol	๙
Interhospital Conference ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๐	๑๔
“ฟ้าท้องคลอดไม่ใช่คำตอบสุดท้าย”	๑๘
คำถามท้ายเล่ม	๒๖
เกิดตก... ด้วยภาพ	๒๘

## สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักษะคิด ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด อดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

### เข้าของ

### ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๒๑-๒๔๘ โทรสาร : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๒๐

[www.rtcog.or.th](http://www.rtcog.or.th)

E-mail : [pr\\_rtcog@rtcog.or.th](mailto:pr_rtcog@rtcog.or.th), [sc\\_rtcog@rtcog.or.th](mailto:sc_rtcog@rtcog.or.th)

### บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุกฤพร วิไลลักษณ์

### กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ดุลย์ สิกธิสมวงศ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมิชฎาพร สุขประเสริฐ  
แพทย์หญิงวัลลภร พัทธนาวิจารณ์,  
นายแพทย์เกียรติศักดิ์ ควงวัฒนกุล, นายแพทย์ชานูชัย บุญอยู่  
นายแพทย์ธีรวิทย์ ชันประกอบ, นายแพทย์ประสิทธิ์ วีริยะกิจไพบูลย์

### เลขานุการ

นางสาวจรัสพันธ์ มวลจุมพล

### ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ, นางสาวอริสา พวงมาลี

### ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรี-ดี สแแกน จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๑๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

# บรรณาธิการแถลง

โดย... ศ.พญ.สุกฤทธรณ์ วิลลิกขณ์

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



**กัณฑ์ที่:** สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

**ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่  
แต่สมาชิกสูตินรีแพทย์สัมพันธ์**

**ขอเทพให้ประสาทสิ่งสุขสันต์  
สมานม่นจรโรจนสาธาณสุขไทย**

**ส**ูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับแรกของปีพุทธศักราช ๒๕๖๑ นี้ เริ่มด้วย ท่านประธานราชวิทยาลัยฯ ของพวกเรา ได้เล่าให้ฟังว่าท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เชิญราชวิทยาลัยทั้ง ๑๔ แห่งเข้าไปเสนอโครงการที่ทางแต่ละราชวิทยาลัยประสงค์จะดำเนินการร่วมกับกระทรวงฯ โดยให้แต่ละราชวิทยาลัยเสนอ ๑ โครงการในเวลาไม่เกิน ๗ นาที โดยท่านประธานราชวิทยาลัยฯ ได้นำเสนอ ๒ โครงการที่เป็นปัญหาอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย และได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงฯ ทั้ง ๒ โครงการ ต่อด้วยบทความสูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก เรื่อง **“การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้ ในตอน เริ่มต้นจากตัวตนทุกคนเป็นคนดี”** โดย นพ.พิษณุ ชันติพงษ์ ซึ่งอาจารย์ได้ให้ข้อคิดที่น่าสนใจว่า **“โชคดีที่สุดแล้วที่ได้เกิดมาเป็นคน คนเรานั้นไม่ว่าจะมามีหรือสว่าง แต่ต้องพยายามไปสว่าง การไปสว่างนั้นไม่ยาก เพียงแต่ต้องเปลี่ยนตัวเองจากคนที่มีมูลค่าให้เป็นคนที่มีคุณค่า คนเป็นที่พึ่งแห่งตนนั้นไม่พอ ต้องเป็นที่พึ่งให้คนอื่นด้วย”** ตามด้วยบทความวิชาการจากคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เรื่อง **“การชักนำให้เกิดการคลอดในครรภ์ครบกำหนดด้วยยา misoprostol”** โดย รศ.นพ.สมชาย ธนวัฒนาเจริญ ต่อด้วยรายงานการประชุม **Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐** นำเสนอกรณีผู้ป่วยโดยแพทย์ประจำบ้านภาคสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และบทวิจารณ์โดย รศ.นพ.เอกชัย โคควาวิสารัช จากกลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี และพิเศษด้วยบทความที่คัดลอกจาก The101.world ในหัวข้อเรื่อง **ไขปมความไม่รู้และความเข้าใจผิดของเหล่าพ่อแม่่มือใหม่ กับ ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกันนท์** ปิดท้ายด้วยคำถามท้ายเล่มและเก็บตกด้วยภาพจากบรรยากาศงานเลี้ยงขอบคุณกรรมการ อนุกรรมการ และบริษัทผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ และเลี้ยงสังสรรค์ปีใหม่ค่ะ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์เพื่อลดโลกร้อน สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ อิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณา แจ้งมาที่ **E-mail address: sc\_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้ค่ะ



**ทบทวนในม่นม่นหน้า:๓:**



# สารจากประธานราชวิทยาลัย

โดย... ศ.บพ.ภิศก ลุมพิกานนท์  
ประธานราชวิทยาลัย



## เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

เมื่อวันที่ ๔ ตุลาคมที่ผ่านมา ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เชิญราชวิทยาลัยทั้ง ๑๔ แห่ง เข้าไปเสนอโครงการที่ทางแต่ละราชวิทยาลัยอยากจะทำเป็นการร่วมกับกระทรวงฯ โดยให้แต่ละราชวิทยาลัยเสนอ ๑ โครงการในเวลาไม่เกิน ๗ นาที ผมขอนำเสนอ ๒ โครงการภายใน ๗ นาที ได้แก่

**๑. โครงการ Eradication of invasive cervical cancer for Thailand in 10 years** เนื่องจาก ปัจจุบันแต่ละปียังมีสตรีไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามปีละประมาณ ๓,๐๐๐ คน (ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) อุบัติการณ์ยังสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของเอเชีย

ถึง แม้ปี นี้ รัฐบาล จะ ฉีด วัคซีน HPV ๔๐๐,๐๐๐ เข็ม ให้เด็กนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ทั่วประเทศ โดยถือ เป็น ลิทธิประโยชน์ แต่กว่าจะ เห็น ผลของ วัคซีน คงต้องรอเวลาอีกประมาณ ๒๐ ปี

สาเหตุสำคัญที่ประเทศไทยยังไม่ สามารถควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้ เพราะ ๑) ความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังต่ำมาก (น่าจะประมาณร้อยละ ๓๐) องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ถ้าจะควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้ ความครอบคลุมของการคัดกรองต้องมากกว่าร้อยละ ๗๐ ๒) ยังขาดระบบการแจ้งผลการคัดกรอง การดูแลสตรีที่ผลการคัดกรองที่ผิดปกติ ๓) ระบบการส่งต่อ การติดตามและการประเมินผล ยังไม่มีประสิทธิภาพ ๔) วิธีการคัดกรอง (Pap smear, VIA, Liquid based cytology และ HPV testing) ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) การควบคุมมาตรฐาน (quality assurance) และความคุ้มค่า (cost effectiveness) และ ๕) ประชาชนทั่วไปยังมีความรอบรู้ (health literacy) เกี่ยวกับเรื่อง การป้องกันมะเร็งปากมดลูกต่ำมาก



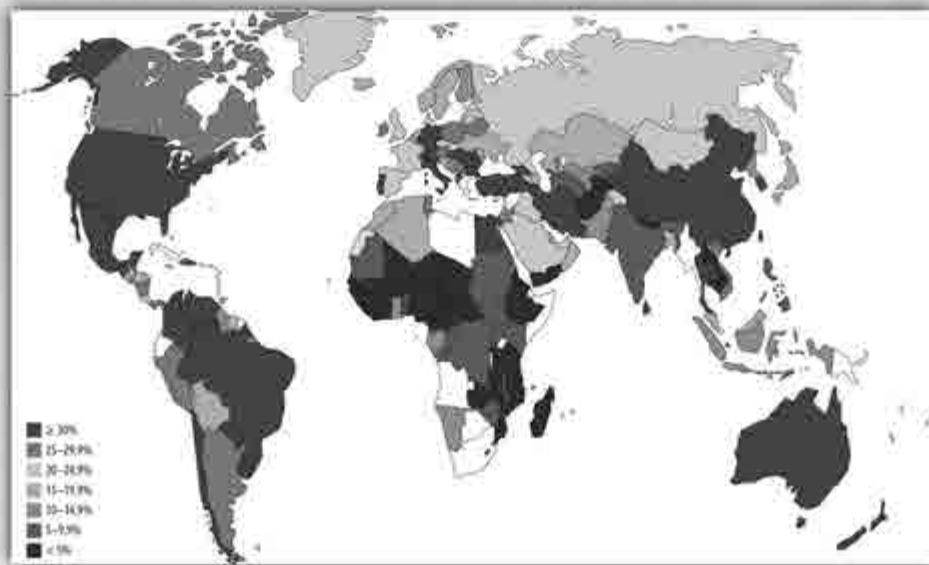
ท่านรัฐมนตรี และ ท่านปลัดฯ ให้ความสนใจเรื่องนี้มากครับ มอบหมายให้กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยร่วมมือกับ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

## ๒. โครงการลดอัตราการผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็น

การผ่าท้องคลอด เป็นหัตถการที่มีความจำเป็น เพื่อช่วยชีวิตทั้งมารดาและทารก เมื่อ ค.ศ. ๑๙๘๕ WHO Statement on Caesarean section กล่าวว่า **“There is no justification for any region to have a CS rate higher than 10-15%”** ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ WHO Statement on Caesarean section กล่าวว่า **“At population level, CS rates higher than 10% are not associated with reductions in maternal and newborn mortality rates. WHO proposes the use of the Robson (10-group) classification.”** ใจความสำคัญของ WHO Statement on Caesarean section ๒๐๑๕ คือ :

- ๑) การผ่าท้องคลอด มีประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตแม่และลูก แต่เฉพาะในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น
- ๒) การผ่าท้องคลอด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการตายของทั้งมารดาและทารกทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- ๓) การผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น
- ๔) การผ่าท้องคลอด ควรทำเฉพาะในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น

ประเทศไทยมีการผ่าท้องคลอดสูงเป็นอันดับ ๒ ของเอเชีย เป็นรองเฉพาะจีนเท่านั้น โดยมีอัตราการผ่าท้องคลอดอยู่ที่ร้อยละ ๓๕-๔๐ ในขณะที่ญี่ปุ่นมีอัตราการผ่าท้องคลอดอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑๕ (ตามรูป)



ท่านรัฐมนตรี และ ท่านปลัดฯ ให้ความสำคัญเรื่องนี้มาก ควรเร่งดำเนินการลดการผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็นลงโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่กำลังพบมากขึ้นเรื่อย ๆ มอบหมายให้กรมการแพทย์โดย กลุ่มงาน สูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยร่วมมือกับ กรมอนามัย สำนักงานปลัดฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**กระผมใคร่ขอความร่วมมือสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านได้กรุณาร่วมมือร่วมใจกัน แก้ปัญหาที่สำคัญ ทั้ง ๒ เรื่องนี้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง**

**ขออำนวยการให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านและครอบครัว มีความสุขทั้งกายและใจ เพื่อเป็นพลัง ในการทำความดีเพื่อสังคมและประเทศชาติต่อไป**

# สตินรีเวช-จริยธรรมสากล

โดย... นพ.พิษณุ ชันดีพจน์  
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



## Humannized health care/การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้ เริ่มตั้งแต่จากตัวเรา ชาวทุกคนทั้งในคนดี

ผมยังจำได้ว่า ในวันครบรอบวันเกิดอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๗ (เกิดวันเดียวกับนายกตู่ ประยุทธ์ จันทร์โอชา) สิ่งแรกที่ทำในเช้าวันนั้นคือไปกราบขอพรจาก **อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร** ที่ห้องกิจกรรมพิเศษ โรงพยาบาลน่าน ซึ่งอาจารย์จะมานั่งทำงานเป็นประจำ ในฐานะที่ปรึกษาศูนย์ประสานงานประชาคมน่าน ทุกวันราชการ ตั้งแต่เวลาราว ๙.๓๐ น. ถึงเที่ยง วันนั้นอาจารย์ได้ดึงตัวผมไปทอด พร้อมให้พรผมมากมาย และกระซิบบอกผมว่า **“ผอ. ยังมีเวลาทำงานให้แผ่นดินอีก ๒๐ ปี”** ผมได้ถามอาจารย์ว่า **“เมื่อไหร่อาจารย์จะเกษียณ เพราะปีนั้นอาจารย์ย่างเข้า ๘๐ แล้ว ยังคงมาทำงานทุกเช้า อาจารย์ไม่ตอบ แต่ชี้ไปที่รูปในหลวง ร.๙ พร้อมถามผมว่า พระองค์ปีนี้ ๘๖ พรรษาแล้ว ทรงเกษียณแล้วยัง ยังทรงงานอยู่ทุกวันเพื่อประชาชนแล้วเราจะเกษียณได้อย่างไร”**

หลังจากนั้น ผมได้คิดทบทวนว่าหลังเกษียณจะทำอะไรที่แน่ ๆ คงไม่กลับไปเปิดคลินิก หรือทำงานโรงพยาบาลเอกชนเพื่อหาเงินแล้ว แต่จะทำอะไรดีเพื่อแทนคุณแผ่นดิน ผมได้เห็นถึงความวุ่นวายในสังคมที่มีแต่ความแตกแยก มีการโจรกรรม ทำร้ายฆ่ากันตายทุกวัน ไม่มีความปลอดภัย ด้านการเมืองก็มีแต่เรื่องโก่งกิน คอร์รัปชัน แม้แต่ในวงการแพทย์และสาธารณสุข ก็มีปัญหาเรื่องความขัดแย้งภายในองค์กร การฟ้องร้องทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผมเชื่อว่า ปัญหาเหล่านี้จะลดลงถ้าสังคมมีคนดีเพิ่มขึ้น ผมจึงตัดสินใจว่าจะสร้างคนดีแทนคุณแผ่นดิน เมื่อมีโอกาสได้บอกอาจารย์บุญยงค์ ท่านดีใจมาก ตลอดเวลา ๒ ปีที่อยู่โรงพยาบาลน่าน ผมได้ขอคิดจากท่านมากมาย เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการบรรยายในการสร้างคนดี



ผมกลับไปโรงพยาบาลน่านอีกครั้งเพื่อร่วมงาน **“๖๐ ปี รพ.น่าน”** ในวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ มีการเสวนาถึง โรงพยาบาลน่าน ในแต่ละสมัยโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ๕ คน หลังเสร็จพิธีแล้วผมได้ไปส่งอาจารย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ที่บ้านสวน ท่านได้บอกกับผมว่า **“ขอให้ ผอ. สร้างคนดีแทนคุณแผ่นดินต่อไป อย่าได้หยุด เพราะ ผอ. มี (ท่านซีที่อกข้างซ้ายของผม ซีที่หัวและจับมือผม) ทำต่อไปนะ”** ผมรู้เลยว่าอาจารย์กำลังบอก



กับผมว่า ผมมีหัวใจ (Heart) ที่มุ่งมั่น มีความรู้ (Head) และมีประสบการณ์ (Hand) ที่สะสมมายาวนาน มันคือหัวใจในการพัฒนางาน (3H) ผมเชื่อว่าการทำงานใดก็ตามหัวใจสำคัญที่สุด คือต้องมีใจที่มุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ ใจที่มั่นคงไม่ไหวหวั่นไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ผมขอฝากข้อคิดนี้ให้กับทุกคนเพื่อใช้ในการพัฒนางานในหน้าที่ของเราให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

มีหลายคนบอกกับผมว่า การสร้างคนดีนั้นจำเป็นต้องทำตั้งแต่ยังเด็ก ควรมีการปลูกฝังคุณธรรมตั้งแต่ระดับประถม การมาสอนตอนโตนั้นโอกาสสำเร็จน้อย แต่ในความคิดของผม แม้ว่าเราจะโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว เราได้ผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมาย ทั้งสมหวัง ผิดหวัง บางครั้งต้องสูญเสียญาติสนิท การที่มีคนมาสะกิดให้คิด มุมมองก็อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ แม้ไม่เกิดขึ้นทันทีก็อาจค่อย ๆ เปลี่ยนไป พระอาจารย์ท่าน ว. วชิรเมธี เคยให้พรผม ๔ ประการ มีข้อหนึ่งที่ว่า “ขอให้เป็นคนดีเหมือนองคุลีมาล พระอาจารย์อธิบายว่าแม้องคุลีมาลจะเคยฆ่าคนมาถึง ๙๙๙ คนเพื่อเอานิ้วมือมาร้อยเป็นสร้อยคอให้ครบ ๑,๐๐๐ คนตามความเชื่อที่อาจารย์บอก ยังสามารถกลับตัวเป็นคนดี บรรลุพระอรหันต์ได้” ทำให้ผมมีกำลังใจในการสร้างคนดีมากขึ้น เพราะถ้าเราสามารถเปลี่ยนคนที่ไม่ดีให้เป็นคนดีได้ จะเกิดคุณประโยชน์อย่างมากต่อสังคม โดยเฉพาะถ้าคนคนนั้นมีบทบาทหน้าที่สำคัญในสังคมเช่นเป็นครู แพทย์ พยาบาล ที่จะเป็นตัวอย่างให้คนอื่นต่อไป

มีอาจารย์ผู้ใหญ่ท่านหนึ่งเคยถามผมว่า “พิษณุ ไม่เหนื่อยหรือเห็นเดินทางไปทั่วประเทศเพื่อสร้างคนดีหวังอะไร?” ผมได้ตอบท่านไปว่า “เหนื่อยครับ แต่ก็มีความสุข เพราะมีความรักและศรัทธาในสิ่งที่ทำ ผมหวังเพียงว่าไปบรรยายครั้งหนึ่งมีคนดีเพิ่มขึ้น ๑ คน ผมก็ดีใจแล้ว คนหนึ่งคนที่ดีขึ้นจะทำให้อีกหลาย ๆ คนได้รับผลกระทบที่ดีมากมาย โดยเฉพาะถ้าเป็นแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ คนไข้จะได้รับอนิสงค้อย่างมาก” ท่านชื่นชมและฝากให้ช่วยพูดเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ที่ในหลวง ร. ๙ ทรงสอนพวกเรามาหลายสิบปี แต่ยังมีคนนำไปปฏิบัติได้น้อย ผมจึงรับปากว่าจะนำไปเป็นส่วนสำคัญในการบรรยายด้วยทุกครั้ง โดยเริ่มต้นจากพระบรมราโชวาทที่ว่า

**“ผู้คนต่างเสียเวลาไปกับการดิ้นรนกระเสือกกระสน เพื่อหาเงินมาจับจ่ายใช้สอยให้ตนเองมีทัดเทียมกับคนอื่น เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทางวัตถุ สิ่งเหล่านี้ได้เปลี่ยนวิถีชีวิตคนในสังคมไทยไปโดยสิ้นเชิง จากเดิมที่เคยมีชีวิตเรียบง่าย ให้ความสำคัญกับจิตใจมากกว่าวัตถุ ยึดถือในเรื่องคุณธรรม ความดีงามมากกว่าเงินทองทรัพย์สินสมบัติ”**

ทำให้ผมคิดถึงสมัยที่เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล แต่ละวันต้องเซ็นใบรับรองเงินเดือนให้เจ้าหน้าที่ เพื่อนำไปกู้เงินจากธนาคาร บางวันมีมากถึง ๕๐ คนทีเดียว มีเจ้าหน้าที่คนหนึ่งเงินเดือน ๒๕,๐๐๐ บาท แต่รับจริงแค่ ๕,๐๐๐ บาทแล้วยังจะกู้เงินเพิ่มอีกเพื่อเปลี่ยนรถใหม่ ผมถามว่าจะเอาเงินที่ไหนมาใช้ เธอตอบว่ามีเงิน OT ผมถามว่าถ้าเกิดป่วยหรือประสบอุบัติเหตุขึ้นเวรไม่ได้จะทำอย่างไร หวังเงินชดเชยก็ไม่ได้เพราะไม่เคยทำประกันชีวิตที่น่าสนใจก็คือรถเดิมก็ยังดีอยู่ใช้ไม่ถึง ๕ ปี แต่อยากเปลี่ยนรุ่นใหม่ แพงกว่าเดิมขนาดเครื่องใหญ่ขึ้น ซึ่งก็หมายถึงค่าบำรุงรักษาที่มากขึ้นด้วย ผมพยายามเกลี้ยกล่อมให้คิดถึงคำสอนเรื่องความพอเพียงของในหลวง ร.๙ แต่ก็ไม่ได้ผล มีน้อยรายที่จะกู้เงินเพื่อสร้างบ้าน หรือนำไปลงทุนทำการค้าเสริมงานประจำ ซึ่งผมจะสนับสนุนเพราะเป็นหนี่งที่ก่อให้เกิดรายได้ ผมได้ฝากให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย คอยสอดส่องดูแลชี้แนะให้หน่อย ๆ นำเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงไปเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตด้วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหลายคน โดยเฉพาะพยาบาล เมื่อสร้างหนี้ไว้ก็ต้องทำงานมากขึ้น บางคนอยู่เวรมากกว่าที่สภานิติบัญญัติ เนื่องจากไปอยู่เวรที่โรงพยาบาลเอกชนด้วย ทำให้ร่างกายอ่อนล้า สมรรถภาพ

ของการทำงานแย่ง ทำให้เกิดอันตรายต่อคนไข้ได้ ผมเคยถามเจ้าหน้าที่ว่า รัฐใหม่ทำไมเมื่อมีการแลกเวร จะต้องให้หัวหน้าเซ็นรับทราบด้วย หลายคนรู้แต่เพียงว่าเป็นระเบียบปฏิบัติต่อเนื่องกันมานาน ความจริงแล้ว ต้องการให้หัวหน้าพิจารณาถึงความเหมาะสมด้วย ต้องดูว่าอยู่เวรติดกันเกินไปหรือไม่ เพราะจะทำให้ความสามารถในการทำงานไม่เป็นไปตามมาตรฐาน โดยเฉพาะในเวรตึก ทำให้เกิดอันตรายต่อคนไข้ได้ มีเจ้าหน้าที่หลายคนที่มีปัญหาครอบครัวถึงขั้นหย่าร้าง ด้วยเหตุผลที่ว่าอยู่แต่เวรจนไม่มีเวลาดูแลครอบครัว มีน้องพยาบาลคนหนึ่งถึงกับฆ่าตัวตาย เนื่องจากคนรักเอาใจออกห่างหลังจากกู้เงินซื้อรถให้ เนื่องจากมาหาเมื่อไรก็อยู่เวรเพื่อหาเงินใช้หนี้ จึงมีแฟนใหม่ เสียทั้งแฟนเสียทั้งรถ น่าเศร้ายิ่งนัก ผมเชื่อว่าแนวคิดเรื่อง “ความพอเพียง” ของในหลวง ร.๙ จะเป็นพื้นฐานการทำงานและการใช้ชีวิตอย่างถูกต้อง

ผมได้นิมนต์พระอาจารย์ ว. วชิรเมธี จากไร่เชิญตะวัน เชียงราย ไปบรรยายธรรมให้คนโรงพยาบาลน่าน และชาวบ้านปางเมื่อ ๗ กันยายน ๒๕๕๗ เนื่องจากใกล้ครบวาระราชการแล้ว ชาวบ้านบอกไม่มีโอกาสได้ฟังการบรรยายธรรมของพระอาจารย์ ท่านมีเมตตาต่อผมมากได้มาบรรยายที่โรงพยาบาลน่าน ในหัวข้อ “ชีวิตน้อยหนึ่งนี้มีคุณอนันต์” วันนั้นทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนเต็มห้องประชุมทั้งที่เป็นวันเสาร์ วันนั้น อาจารย์ถวัลย์ ดัชนี ศิลปินแห่งชาติเพิ่งเสียชีวิต พระอาจารย์ได้บรรยายถึงเรื่องการเกิดแก่เจ็บตาย ความยากลำบากเพียงใดที่จะเกิดมาเป็นคนได้ชี้ให้เห็นว่าอาจารย์ถวัลย์เป็นตัวอย่างของการ “มาสว่าง ไปสว่าง” เนื่องจากเกิดในตระกูลที่ดี มีโอกาสได้รับการศึกษาที่ดี เมื่อยามจากไปได้ทำคุณงามความดีไว้มากมาย สร้างผลงานศิลปะไว้ทั่วโลก ตลอด ๒ ชั่วโมงที่พระอาจารย์บรรยายนั้น ทุกคนมีความสุข สงบมาก ผมได้สรุปไว้ว่า

**“โชคดีที่สุดแล้วที่ได้เกิดมาเป็นคน คนเรานั้นไม่ว่าจะมามีคหรือสว่าง แต่ต้องพยายามไปสว่าง การไปสว่างนั้นไม่ยาก เพียงแต่ต้องเปลี่ยนตัวเองจากคนที่มีมูลค่าให้เป็นคนที่มีคุณค่า ตนเป็นที่พึ่งแห่งตนนั้นไม่พอ ต้องเป็นที่พึ่งให้คนอื่นด้วย”**

หลังการบรรยายธรรมขณะฉันท์เพล ผมได้กราบเรียนพระอาจารย์ว่า ตลอด ๖๐ ปีที่ผ่านมา ผมถามตัวเองว่ามีมูลค่าเท่าไร ผมบอกได้เลยเพราะเป็นรูปธรรม เงินทองสมบัติพัสดุหรือหนี้สินที่มีอยู่ ทั้งหมดล้วนเป็นค่าตอบแทนจากการหาเลี้ยงชีพ แต่พอถามตัวเองว่ามีคุณค่าเท่าใด ผมตอบไม่ได้เพราะเป็นนามธรรม เช่น ความดี ความงาม ความมีน้ำใจ ความซื่อสัตย์ ความสุจริต ความกตัญญูกตเวที เป็นต้น ล้วนแล้วแต่เป็นการทำงานที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน ผมคิดว่าโดยหน้าที่ของพวกเราที่ดูแลรักษาคนไข้ที่กำลังทุกข์จากความเจ็บป่วย นอกจากจะทำมาหาเลี้ยงชีพแล้วเรายังได้คุณค่าซึ่งไม่อาจตีเป็นมูลค่าได้เลย ขอเพียงทำหน้าที่ด้วยหัวใจที่ติงามเท่านั้น

เราควรสร้างคุณค่าให้ตัวเอง ด้วยการทำสิ่งที่ติงามโดยไม่หวังผลตอบแทนบ้าง เริ่มตั้งแต่เวลานี้เลย อย่ารอว่าให้มีเงินหรือมีฐานะดีก่อน เพราะเราไม่อาจรู้ได้ว่าจะต้องจากโลกนี้ไปเมื่อใด

**“ขอมตุณท์มันตนด”**





# การชักนำให้เกิดการคลอดในครรภ์ครบกำหนด ด้วยยา misoprostol

โดย... ศศ.พว.สมชาย ธนวัฒนาเจริญ  
ในนามของ คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

**การชักนำให้เกิดการคลอด** คือ การใช้ยาหรือวิธีการอื่นในการทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด โดยมักจะมีข้อบ่งชี้ในการชักนำเพื่อสุขภาพของมารดาหรือทารกในครรภ์ ตัวอย่างเช่น สตรีตั้งครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์เป็นเวลานาน อายุครรภ์เกินกำหนด หรือทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์ เป็นต้น

ข้อบ่งห้ามในการชักนำให้เกิดการคลอด ทางมารดา ได้แก่ การมีแผลผ่าตัดที่มดลูกบางแบบ ภาวะถุงเชิงกรานผิดปกติ ภาวะรกเกาะต่ำ การติดเชื้อเริ่ม หรือเป็นมะเร็งปากมดลูก ส่วนทางทารกได้แก่ สงสัยทารกตัวโตผิดปกติ (macrosomia) ทารกหัวบาตร (hydrocephalus) ส่วนน้ำผิดปกติ และทารกมีคลื่นหัวใจผิดปกติ<sup>(๑)</sup>

## วิธีชักนำให้เกิดการคลอด

การชักนำให้เกิดการคลอดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใช้ oxytocin การเหน็บยาในกลุ่มโพรสตาแกลนดิน (prostaglandins) ซึ่งที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะเป็น prostaglandin E1 (PgE1; misoprostol) และ prostaglandin E2 (PgE2; dinoprostone) และการใช้อุปกรณ์ช่วยในการขยายปากมดลูกชนิดต่าง ๆ (mechanical techniques) ในบทความนี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะการชักนำให้เกิดการคลอดด้วยยา misoprostol เป็นหลัก

## Prostaglandin E1 (PgE1; misoprostol)

Prostaglandin E1 (PgE1; misoprostol) มีชื่อทางการค้าที่ทราบกันดีว่า “Cytotec” ซึ่งใช้ในการป้องกันแผลในกระเพาะอาหาร ในผู้ป่วยที่รับประทานยาในกลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นเวลานาน ต่อมาถูกนำมาใช้แบบ off label ในการทำให้ปากมดลูกสุก และชักนำให้เกิดการคลอด โดยสามารถบริหารยาด้วยการรับประทานและเหน็บช่องคลอด โดยมีการศึกษาจำนวนมากที่ยืนยันประสิทธิภาพของยา misoprostol ทั้งสองรูปแบบการบริหารยา

## ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยง

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ค่อนข้างบ่อย ในการชักนำให้เกิดการคลอด คือ uterine tachysystole ซึ่งหมายถึงการที่มดลูกบีบรัดตัวมากกว่า ๕ ครั้งใน ๑๐ นาที ซึ่งควรมีการระบุเรื่องการเต้นหัวใจของทารกประกอบด้วย เพื่อให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ ที่ทำให้เกิดหัวใจทารกเต้นผิดปกติหรืออยู่ในภาวะคับขัน ปัจจุบันไม่มีคำนิยามสำหรับคำว่า “uterine hyperstimulation” และไม่แนะนำให้ใช้แล้ว<sup>(๑)</sup>

การชักนำให้เกิดการคลอด ยังอาจทำให้เกิดความเสี่ยงของการเพิ่มอัตราการผ่าท้องคลอด การติดเชื้อ (chorioamnionitis) ภาวะมดลูกแตก และภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการที่มดลูกไม่บีบรัดตัว (uterine atony) ได้อีกด้วย

## ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอด

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ Hofmeyr GJ และคณะ<sup>(๒)</sup> ได้ทำ systematic review พบว่า misoprostol (ทั้งโดยการรับประทานและเหน็บช่องคลอด) มีประสิทธิภาพในการทำให้ปากมดลูกพร้อมเพื่อชักนำให้เกิดการคลอด ไม่แตกต่างจากวิธีที่ใช้กันอยู่ตามปกติ เนื่องจากยามีราคาถูกลงกว่า มีรูปแบบเป็นเม็ดทำให้เก็บรักษาและใช้ได้ง่าย ส่วนเรื่องความปลอดภัยของยายังไม่ชัดเจน เนื่องจากขนาดตัวอย่างของการศึกษายังไม่มากพอ จึงยังไม่แนะนำให้ใช้เป็นทางเลือกแรกในเวลาต่อมา ยังมีการทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้นอีก จนกระทั่งในปีพ.ศ. ๒๕๔๙ Carne JM และคณะ<sup>(๓)</sup> ได้ทำ systematic review อีกครั้ง โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ misoprostol (ซึ่งเพิ่มการบริหารยาโดยการอมใต้ลิ้นและในกระพุ้งแก้ม) กับ dinoprostone หรือ PgE2 (โดยใช้เหน็บช่องคลอด หรือสอดปากมดลูก) ที่มีการทำการศึกษาในช่วงปีพ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๔๘ พบว่า misoprostol มีประสิทธิภาพในการชักนำให้เกิดการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนดที่ปากมดลูกไม่พร้อม (unfavorable cervix) สูงกว่า PgE2 แต่ไม่ได้ลดอัตราการผ่าท้องคลอดลง และพบว่า misoprostol ทำให้เกิดภาวะมดลูกบีบรัดตัวมากเกินไป (tachysystole) ได้มากกว่า

ในช่วงทศวรรษต่อมา มีการรายงานผลศึกษาเกี่ยวกับการใช้ misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดอีกมากมาย โดยมีระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างหลากหลายกันไป ทั้งในเรื่องขนาดที่ใช้ วิธีการบริหารยา และการเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานที่ใช้แบบต่าง ๆ จนกระทั่งในปีพ.ศ. ๒๕๓๓ Austin SC และคณะ<sup>(๔)</sup> ได้ทำการศึกษาแบบ meta-analysis ถึงผลของการใช้ misoprostol และ PgE2 เหน็บช่องคลอดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด พบว่า misoprostol มีประสิทธิภาพดีกว่า และมีการใช้ oxytocin ในการช่วยเร่งคลอดน้อยกว่า โดยที่ผลข้างเคียงต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน

ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการชักนำให้เกิดการคลอด โดยกำหนดหลักการทั่วไปว่า ควรทำในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจน และคิดว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์มากกว่าโทษ โดยในขณะที่ทำการชักนำให้เกิดการคลอด ต้องมีการเฝ้าระวังทั้งมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด มีมาตรการในการผ่าตัดคลอดได้ทันทีเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินขึ้น ทั้งนี้ได้ให้คำแนะนำเฉพาะเจาะจงและระบุความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของคำแนะนำต่าง ๆ ไว้ดังนี้<sup>(๕)</sup>



Specific recommendations and their strength and quality of available evidence<sup>(3)</sup>

Context	Recommendation	Quality of evidence	Strength
When induction of labour may be appropriate	1. Induction of labour is recommended for women who are known with certainty to have reached 41 weeks (>40 weeks + 7 days) of gestation.	Low	Weak
	2. Induction of labour is not recommended in women with an uncomplicated pregnancy at gestational age less than 41 weeks.	Low	Weak
	3. If gestational diabetes is the only abnormality, induction of labour before 41 weeks of gestation is not recommended.	Very low	Weak
	4. Induction of labour at term is not recommended for suspected fetal macrosomia.	Low	Weak
	5. Induction of labour is recommended for women with prelabour rupture of membranes at term.	High	Strong
	6. For induction of labour in women with an uncomplicated twin pregnancy at or near term, no recommendation was made as there was insufficient evidence to issue a recommendation.	–	–
Methods of induction of labour	7. If prostaglandins are not available, intravenous oxytocin alone should be used for induction of labour. Amniotomy alone is not recommended for induction of labour.	Moderate	Weak
	8. Oral misoprostol (25 µg, 2-hourly) is recommended for induction of labour.	Moderate	Strong
	9. Low-dose vaginal misoprostol (25 µg, 6-hourly) is recommended for induction of labour.	Moderate	Weak
	10. Misoprostol is not recommended for induction of labour in women with previous caesarean section.	Low	Strong
	11. Low doses of vaginal prostaglandins are recommended for induction of labour.	Moderate	Strong
	12. Balloon catheter is recommended for induction of labour.	Moderate	Strong
	13. The combination of balloon catheter plus oxytocin is recommended as an alternative method of induction of labour when prostaglandins (including misoprostol) are not available or are contraindicated.	Low	Weak
	14. In the third trimester, in women with a dead or an anomalous fetus, oral or vaginal misoprostol are recommended for induction of labour.	Low	Strong
	15. Sweeping membranes is recommended for reducing formal induction of labour.	Moderate	Strong
Management of adverse events related to induction labour	16. Betamimetics are recommended for women with uterine hyper-stimulation during induction of labour.	Low	Weak
Setting for induction of labour	17. Outpatient induction of labour is not recommended for improving birth outcomes.	Low	Weak

กล่าวโดยสรุป ในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดก็คือ องค์การอนามัยโลก แนะนำการบริหารยาโดย

- การรับประทานในขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง หรือ
- เหน็บทางช่องคลอดในขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง

นอกจากนี้ ยา misoprostol สามารถใช้ชักนำให้เกิดการคลอดได้ ในกรณีที่ทารกพิการหรือเสียชีวิต ในครรภ์ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าท้องคลอดมาก่อน

ต่อมา มีการศึกษาแบบ meta-analysis โดยเปรียบเทียบการใช้ misoprostol เหน็บช่องคลอด กับ PgE2 สอดปากมดลูก พบว่า misoprostol เหน็บช่องคลอดมีประสิทธิภาพในการชักนำให้เกิดการคลอดสูงกว่า PgE2 ตลอดจนทำให้ลดการใช้ oxytocin ในการช่วยเร่งคลอดลงด้วย แต่ในส่วนของผลข้างเคียงยังพบว่า PgE2 ทำให้เกิดภาวะมดลูกบีบรัดตัวมากเกินไปน้อยกว่า<sup>(๖)</sup> ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ มี Cochrane review ที่ทบทวนรายงาน ประสิทธิภาพในการชักนำให้เกิดการคลอดด้วยการรับประทาน misoprostol เปรียบเทียบกับวิธีอื่น ๆ พบว่า มีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใกล้เคียงกับการใช้โดยเหน็บทางช่องคลอด แต่มี อัตราการผ่าท้องคลอดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ PgE2 เหน็บช่องคลอด อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณา จากผลข้างเคียงและความปลอดภัยแล้วรายงานฉบับนี้สรุปว่าควรใช้ misoprostol ในรูปแบบการรับประทาน มากกว่าการเหน็บช่องคลอด<sup>(๗)</sup> Wang L และคณะ<sup>(๘)</sup> เพิ่งจะรายงานการศึกษาแบบ meta-analysis เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ผ่านมามาว่า จาก ๘ การศึกษา ซึ่งมีจำนวนตัวอย่าง ๑,๖๖๘ คน พบว่า การใช้ misoprostol และ PgE2 เหน็บช่องคลอดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดในสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนด มีประสิทธิภาพและความ ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลคล้ายคลึงกับการศึกษาแบบ meta-analysis ของ Austin SC และคณะ

## บทสรุป

จากหลักฐานเชิงประจักษ์เท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่า การใช้ misoprostol เพื่อการชักนำให้เกิดการคลอด โดยบริหารยาด้วยการรับประทานและเหน็บช่องคลอดในขนาดต่ำ มีประสิทธิภาพในการก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์ คลอดได้ดีและมีอัตราการผ่าท้องคลอดที่ต่ำ เกิดผลข้างเคียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิด uterine tachysystole ที่ไม่แตกต่างจากวิธีชักนำให้เกิดการคลอดที่ใช้เป็นมาตรฐานอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ต้องใช้ด้วยความ ระมัดระวังโดยมีการเฝ้าระวังทั้งมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดยต้องอยู่ในสถานพยาบาลที่มีทีม บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อมในการดูแลและสามารถผ่าท้องคลอดได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการใช้ misoprostol ในข้อบ่งชี้ดังกล่าวยังจัดเป็นการใช้แบบ off label ทำให้ไม่ได้รับความนิยมมากนัก โดยเฉพาะในกรณีที่สามารถใช้ PgE2 ซึ่งถือว่าเป็นวิธีมาตรฐาน หรือใช้วิธีอื่นในการชักนำให้เกิดการคลอดได้



## เอกสารอ้างอิง

๑. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al., editors. Williams Obstetrics. 24<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill Education;2014 p.523-34.
๒. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Alfirevic Z. Misoprostol for induction of labour : a systematic review. Br J Obstet Gynaecol. 1999;106:798-803.
๓. Crane JM, Butler B, Young DC, Hannah ME. Misoprostol compared with prostaglandin E2 for labour induction in women at term with intact membranes and unfavourable cervix : a systematic review. BJOG. 2006;113:1366-76.
๔. Austin SC, Sanchez-Ramos L, Adair CD. Labor induction with intravaginal misoprostol compared with the dinoprostone vaginal insert: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2010;202:624.e1-9.
๕. World Health Organization, Dept. of Reproductive Health and Research. WHO recommendations for induction of labour. 2011. Retrieved from [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241501156/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/)
๖. Liu A, Lv J, Hu Y, Lang J, Ma L, Chen W. Efficacy and safety of intravaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for laborinduction at term: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res 2014;40:897-906.
๗. Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2014;6:CD001338. doi: 10.1002/14651858.CD001338.pub3.
๘. Wang L, Zheng J, Wang W, Fu J, Hou L. Efficacy and safety of misoprostol compared with the dinoprostone for labor induction at term: a meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2016;29:1297-307.



# การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๒/๒๕๖๐

วันศุกร์ที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๑๔.๔๕ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ขอยศูนย์วิจัย เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อของดแล-ดอเนียง

**ผู้ป่วยสูติกรรม** สตรีตั้งครรภ์อายุ ๒๑ ปี ภูมิลำเนา จ.ชัยภูมิ อาชีพ ค้าขาย

**อาการสำคัญ** เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ๒ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติปัจจุบัน** สตรีตั้งครรภ์ G2P1001 GA 6<sup>+5</sup> weeks by ultrasound

๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดทุกวัน เป็นสีน้ำตาลคล้ำ ไม่มีชิ้นเนื้อปน ไม่ปวดท้อง ตรวจการตั้งครรภ์เองได้ผลลบ

๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล ไปพบแพทย์ที่คลินิก ตรวจปัสสาวะพบว่าตั้งครรภ์ แพทย์ตรวจภายในและอัลตราซาวด์แจ้งว่าเป็นการตั้งครรภ์ในตำแหน่งที่ผิดปกติ และแนะนำให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล

## ประวัติอดีตและประวัติส่วนตัว

- No underlying disease and history of previous surgery
- No food or drug allergy
- No history of hormonal or herbal use, no current medication
- No family history of gynecologic, GI malignancy, DM, hypertension, and genetic disease

## ประวัติทางสูติกรรม

- LMP กลางเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ PMP กลางเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙
- ไม่ได้คุมกำเนิด, Last pap smear พ.ศ. ๒๕๕๕ ปกติ
- G1: C/S indication fetal distress ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ บุตรเพศชาย คลอดครบกำหนด แข็งแรงดี

## การตรวจร่างกาย

GA : A Thai adolescent woman, good consciousness and well co-operative

Vital signs : BT 36.5 c, PR 74/min, BP 112/59 mmHg, RR 18/min

Measurement : BW 64 kg, Ht 165 cm BMI 23.5 kg/m<sup>2</sup>

HEENT : Pink conjunctivae, anicteric sclerae, SCLN and CLN were impalpable

Heart and lungs : WNL



Abdomen : Soft, mild tender at suprapubic region, no guarding, no rebound tenderness, impalpable mass  
Extremities : No edema, no skin lesion

### **Pelvic examination**

NIUB : Normal  
Vagina : Normal mucosa, old bloody stained discharge  
Cervix : Os closed, not seen gross lesion, minimal old bloody discharge  
Uterus : FH > 1/3 suprapubic, anteversion  
Adnexa : No mass, not tender  
CDS : Normal

### **ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ :**

CBC – Hb 11.6 g/dL, Hct 38% WBC 8,400, %N 60.8, %L 28.8, Plt 242,000  
PT 11.7, PTT 34.8, INR 1.1  
BUN 9.2 Cr 0.66 Sodium 136 Potassium 4.5 Bicarbonate 22.8 Chloride 102  
TP 6.8 Alb 4.6 Glob 2.2 TB 0.3 DB 0.2 ALT 10 AST 13 ALP 51  
Blood group: O Rh: positive Anti-HIV: NR VDRL: NR  
UA: Sp gr 1.006, WBC –, RBC –, PRO –, GLU –, KET–  
B-hCG = 6,513

### **TVS :**

- Intrauterine heteroechoic content with hyperechoic ring surrounding an anechoic gestational sac containing of yolk sac and fetal pole at posterior of internal cervical os. 3.2 cm distance from external cervical os. Color Doppler shows hypervascularization.
- CRL 7.67 mm/GA 6+5 wks' without cardiac activity.
- Left ovary size 2.2 x 1.4 x 2.64 cm, right ovary size 3.2 x 1.9 x 2.67 cm
- No adnexal mass, no free fluid in CDS

### **MRI whole abdomen :**

- Well define round shape, size 4.3 cm in diameter located within myometrium of anterior wall of lower uterine segment, just above internal cervical os.
- Gestational sac, 2.0 cm in diameter located at central portion of this mass, no yolk sac or fetal pole is identified.
- Marked thinning of anterior myometrium is noted.
- Blood clot within uterus is suggested.
- No disruption of uterine wall is presented.

### Provisional diagnosis :

- Suspected unruptured cesarean scar ectopic pregnancy with uterine enlargement contains blood clot

### Management

- Admit and counselling
- Observe vaginal bleeding and abdominal signs
- Serial hematocrit
- MTX 50 mg/m<sup>2</sup>
- Follow up B-hCG with U/S

### Progression

Date	Time	Result	Decrease %	MTX
27/02/60	17.00	6,513		
01/03/60	6.00	5,790		
02/03/60	6.00	5,941		
03/03/60	6.00	5,591		
04/03/60	16.00	4,432	20.7	Day 1
06/03/60	16.00	3,848	31.2	Day 4
09/03/60	11.00	2,310	39.9	Day 7
23/03/60	11.00	71.77		Day 28
20/04/60	11.00	0.36		Day 49

### TVS follow up day 14 S/P MTX

- Uterus size 11.79 x 3.38 x 6.95 cm
- Endometrial thickness 1.1 mm, flat, no intrauterine fluid
- Gestational sac 6.47 x 4.15 x 5.22 cm with present fetal echo and yolk sac
- Cervical os to gestational mass = 2.26 cm
- No free fluid in CDS



# บทวิจารณ์โดย รศ.นพ.เอกชัย โควาวิสารัช กลุ่มงานสูติ - นรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี



## สรุปข้อมูลผู้ป่วย

- admit ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
- ผู้ป่วยหญิง อายุ ๒๑ ปี P1(C/S)
- มาโรงพยาบาลด้วยเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด มีขนาดประจำเดือน (LMP กลางเดือน ธันวาคม ๒๕๕๙) เคยตรวจปัสสาวะตั้งครรภ์
- ตรวจพบ : Abdomen : tender at suprapubic, Ut : 1/3 > PS  
: PV: adnexa not tender no mass

## การวินิจฉัยของผู้ป่วยรายนี้

คือ Cesarean scar pregnancy ซึ่งสามารถวินิจฉัยโดยการตรวจ Transvaginal ultrasound (TVS) โดยเห็นเป็น hyperechoic ring surrounding an anechoic gestational sac and fetal pole at posterior of internal cervical os ยืนยัน โดย MRI สรุปว่าเป็น Suspected unruptured cesarean scar ectopic pregnancy

## การดูแลรักษาในผู้ป่วยรายนี้

ได้รับการรักษาโดยใช้ยา Methotrexate (MTX) ๑ ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อย มีบุตรเพียง ๑ คน และอาการทางคลินิกคงที่ (Stable) โดยได้มีการติดตามค่า B-HCG ในเลือดเป็นระยะ ๆ และผลการรักษาของผู้ป่วยรายนี้ตอบสนองต่อยา MTX เป็นอย่างดี

การดูแลผู้ป่วยรายนี้ นับว่าประสบความสำเร็จดีมาก มีจุดสำคัญในการวินิจฉัย คือ เริ่มต้นด้วยการใช้ TVS และตรวจยืนยันต่อไปด้วย MRI เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาที่จะตามมา เช่น หากวินิจฉัยเป็นแท้งไม่ครบ แล้วไปซูดมดลูก ก็จะเกิดหายนะตามมาได้ เช่น มดลูกทะลุ เป็นต้น แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ตั้งแต่สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องในเวลาที่ไม่นานนัก และได้ติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่องจนได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนี้ โดยไม่มีปัญหาแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น

ตัวอย่างผู้ป่วยรายนี้ เป็นตัวอย่างที่ดีอันหนึ่ง ซึ่งแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของการผ่าท้องทำคลอด ซึ่งกำลังเพิ่มขึ้นอย่างมากทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย ขณะนี้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยกำลังพยายามลดอัตราการผ่าท้องคลอดที่พุ่งสูงขึ้นนี้ โดยเฉพาะในรายที่ไม่จำเป็น (unnecessary) กล่าวคือ กลุ่มที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

จึงเป็นหน้าที่ของสูตินรีแพทย์ต้องร่วมด้วยช่วยกันกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในที่สุด

# “ผ่าท้องคลอดไม่ใช่คำตอบสุดท้าย”

## ไขปมความไม่รู้และความเข้าใจผิดของเหล่าพ่อแม่มือใหม่

### กับ ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์

#### ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

คัดลอกจาก The101.world  
เผยแพร่เมื่อ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐

“กระบวนการคลอดไม่ใช่แค่เรื่องการเกิด แต่เป็นเรื่องของชีวิต เกี่ยวกับสุขภาพของทั้งแม่และเด็ก และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของลูกที่คุณรักในอนาคตด้วย”

### คุณรู้ในมว่าทุกวันนี้เด็กไทยเกิดวันอะไรกันมากที่สุด?

คำตอบต่อคำถามข้างต้นไม่ได้สะท้อนความบังเอิญ เพราะทุกวันนี้ ว่าที่พ่อแม่คนไทยจำนวนมหาศาลเลือกให้ลูกรักลืมตาโลกด้วยการผ่าท้องคลอด การเลือกวันเกิดให้ตรงตามฤกษ์ยามยามดี ก็ไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป

ในปัจจุบัน เราคุ้นชินกับการผ่าท้องคลอดจนกลายเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ใคร ๆ ก็ทำกัน เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยทำให้การผ่าท้องคลอดเป็นเรื่องง่ายและปลอดภัยกว่าแต่ก่อนมาก หลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งไทย จึงมีอัตราการผ่าท้องคลอดสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนบางประเทศสูงเกินครึ่งหนึ่งของการคลอดทั้งหมดเสียด้วยซ้ำ

ไม่เจ็บ ปลอดภัย สะดวก และแน่นอน เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ว่าที่พ่อแม่ รวมทั้งคุณหมอ เลือกการผ่าท้องคลอดเป็นคำตอบสุดท้ายในการให้กำเนิดลูกรัก

แต่เรามั่นใจว่ารู้จักการผ่าท้องคลอดกันดีแล้วจริง ๆ หรือยังมีข้อมูลข้อเท็จจริงที่คนส่วนใหญ่ยังไม่รู้หรือเข้าใจผิดที่อาจทำให้คุณต้องเปลี่ยนใจและคิดดี ๆ อีกครั้งก่อนจะสนับสนุนการผ่าท้องคลอด

ศาสตราจารย์นายแพทย์ ภิศก ลุมพิกานนท์ ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ศาสตราจารย์ระดับ ๑๑ ประจำภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และอดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นักวิจัยดีเด่นแห่งชาติ เมธีวิจัยอาวุโส และศาสตราจารย์วิจัยดีเด่นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) จะมาลบล้างมายาคติเรื่องการผ่าท้องคลอดในสังคมไทย ผ่านการสนทนากับภัทชา ด้วงกลัด กองบรรณาธิการ The101.world แล้วคุณอาจจะพบว่ามิดหมอไม่ใช่คำตอบสุดท้ายจริง ๆ

## พัฒนาการของการผ่าท้องคลอด

การผ่าท้องคลอดมีมานานแล้ว อาจถึงร้อยปีด้วยซ้ำไป การผ่าท้องคลอดเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Caesarean Section หรือเรียกสั้น ๆ ว่า Caesar มีการพูดต่อ ๆ กันมาว่าเป็นเพราะพระเจ้าซีซาร์มหาราช ประสูติด้วยการผ่าท้องคลอด ผมก็ไม่รู้ว่าจริงหรือไม่

การผ่าท้องคลอด เป็นการรักษาพยาบาล หรือหัตถการที่สำคัญมากในอดีต เพราะเป็นการช่วยชีวิตแม่ และลูกในกรณีที่ไม่สามารถคลอดได้โดยธรรมชาติ เรียกว่าเป็นหัตถการที่ช่วยชีวิตแม่และลูกทั่วโลกมามากมาย

สมัยก่อนการผ่าท้องคลอดนั้นอันตรายมาก ต้องให้ยาระงับความรู้สึก ดมยาสลบ ระหว่างการผ่าตัดก็ เสียเลือดมาก และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับอวัยวะข้างเคียง ไปถูกกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ ไต เกิดภาวะข้างเคียง ได้มาก ที่สำคัญยังเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ยิ่งสมัยก่อนยาปฏิชีวนะยังไม่ค่อยดี ดังนั้น การเสียชีวิตจากการผ่าท้องคลอดจึงมีมาก

ทุกวันนี้การแพทย์พัฒนาก้าวหน้าขึ้น การผ่าท้องคลอดปลอดภัยมากขึ้น และมีความเสี่ยงน้อยลง เมื่อเทียบกับอดีต มีการใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น การผ่าตัดก็มีเทคนิคต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้น มีการบล็อกหลังระงับความรู้สึก สะดวกสบายกว่าเดิม

## เมื่อในกริ่งการผ่าท้องคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การผ่าท้องคลอดเป็นเรื่องจำเป็น เฉพาะในบางกรณี เช่น แม่ตัวเล็ก เด็กตัวใหญ่ แม่มีภาวะแทรกซ้อน เด็กอยู่ในท่าผิดปกติ เด็กมีภาวะเครียด จากการขาดออกซิเจนในครรภ์ การผ่าท้องคลอดในภาวะที่เหมาะสมจะช่วยลดอันตรายของแม่และลูกได้

สิ่งที่ผมปฏิบัติมาตลอดระยะเวลาสามสิบปีที่เป็นสูติแพทย์คือ จะผ่าท้องคลอดเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญอันดับแรกคือ มีการผิดสัดส่วนระหว่างตัวเด็กกับเชิงกรานของแม่ เช่น แม่ตัวเล็ก เชิงกรานแคบ ลูกตัวโต สิ่งเหล่านี้สามารถประเมินได้ บางรายอาจจะเห็นชัดเลย การทำอัลตราซาวด์ก็ช่วย คำนวณน้ำหนักได้ แต่ในกรณีที่กำลัง เราอาจจะวางแผนให้คลอดปกติดูก่อนก็ได้ แล้วดูความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าสักกระยะหนึ่งแล้วไปต่อไม่ได้ ก็แปลว่าคงมีการผิดสัดส่วน จึงผ่าท้องคลอดในกรณีที่มีความจำเป็นเช่นนั้น

ระหว่างที่ให้ลองคลอดรอดูอาการ เราก็จะฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจลูกตลอดเวลา เพราะจะเป็นข้อบ่งชี้ข้อที่สองในการผ่าคลอด ซึ่งก็คือ ภาวะเด็กขาดออกซิเจน ถ้าเป็นแบบนี้ต้องรีบผ่าโดยทันที

ข้อบ่งชี้ที่สามคือ เด็กอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น เด็กอยู่ในท่าก้นหรือท่าขวาง ซึ่งข้อนี้เรามักทราบก่อน ที่จะเกิดการเจ็บท้องคลอดแล้ว หมอก็มักจะแนะนำให้ผ่าท้องคลอดเลย

อย่างไรก็ตาม ในภาวะปกติที่ไม่มีข้อบ่งชี้ การผ่าท้องคลอดถือว่ามีอันตรายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ต่อทั้งแม่และลูกสูงกว่าการคลอดปกติผ่านช่องคลอด



## อันตรายของการผ่าท้องคลอด

เมื่อประมาณ ๗ ปีก่อน ผมมีโอกาสได้ทำวิจัยกับองค์การอนามัยโลก รวบรวมผลของการคลอดในประเทศเอเชียจำนวน ๙ ประเทศ เปรียบเทียบการคลอดโดยการผ่าท้องคลอดกับการคลอดปกติ เราพบข้อมูลยืนยันว่า การผ่าท้องคลอดทำให้แม่และลูกเกิดอันตรายมากขึ้นประมาณ ๒ - ๓ เท่า ทั้งการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต เพราะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้น

สำหรับแม่ มีโอกาสเสียเลือดและมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ยาระงับความรู้สึกอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ และหลังคลอดก็มีโอกาสฟื้นตัวช้ากว่า

นอกจากนี้ หลังผ่าท้องคลอด ในช่องท้องจะมีพังผืดมาจับลำไส้ จับที่แผลผ่าตัด ผลที่ตามมาคือหนึ่ง ถ้าต้องผ่าตัดครั้งต่อไปจะทำได้ยากขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน สอง แผลเป็นที่ตัวมดลูกจะเป็นจุดอ่อนเมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไป รกจะไปเกาะอยู่ตรงนั้น กินทะเลมดลูกทำให้แตกได้ เรียกว่าภาวะรกฝังตัวลึก เมื่อ ๕ - ๖ เดือนก่อน ผมเจอรายหนึ่งที่มีมดลูกแตกจากภาวะนี้ ยิ่งผ่ามากเท่าไร โอกาสที่จะเกิดภาวะนี้ก็ยิ่งมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงตายได้เลย เพราะเสียเลือดเป็นหมื่นซีซี มีอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง กระเพาะปัสสาวะทะลุได้ ในระยะยาวพังผืดอาจไปรัดลำไส้ ทำให้ลำไส้ตีบตัน เคลื่อนตัวไม่ได้ อุจจาระผ่านไม่ได้ เศษอาหารถูกดูดซึมไม่ได้ เกิดการอุดตันขึ้นมา

ในส่วนผลกระทบต่อลูก ก็มีอยู่หลายข้อด้วยกัน

**หนึ่ง** การคลอดตามปกติที่เด็กผ่านช่องคลอดออกมา ปอดของเด็กจะถูกรีด หรือที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า Squeeze ผ่านช่องคลอดของแม่ ทำให้มูก เสมหะ หรืออะไรก็ตามที่อยู่ในลำคอเด็กถูกขับออกมาเลย มีโอกาสที่จะหายใจเป็นปกติได้ดีกว่าเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องคลอด ซึ่งไม่ผ่านกระบวนการนี้ ดังนั้นเด็กที่ผ่าท้องคลอดจะมีโอกาสต้องช่วยหายใจ และมีโอกาสขาดออกซิเจนได้มากกว่า

**สอง** ช่วงหลังมานี้มีอีกทฤษฎีที่มีข้อมูลรองรับมากขึ้นเรื่อย ๆ ว่า ในช่องคลอดแม่มีแบคทีเรียที่ดีอยู่คอยควบคุมไม่ให้แบคทีเรียไม่ดีเข้ามาแทรกแซง เด็กที่คลอดผ่านช่องคลอดจะได้สัมผัสกับแบคทีเรียนี้ เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันมีงานศึกษาพบว่าเด็กที่คลอดตามปกติมีโอกาสเป็นภูมิแพ้น้อยกว่าเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องคลอดถึง ๓ เท่า

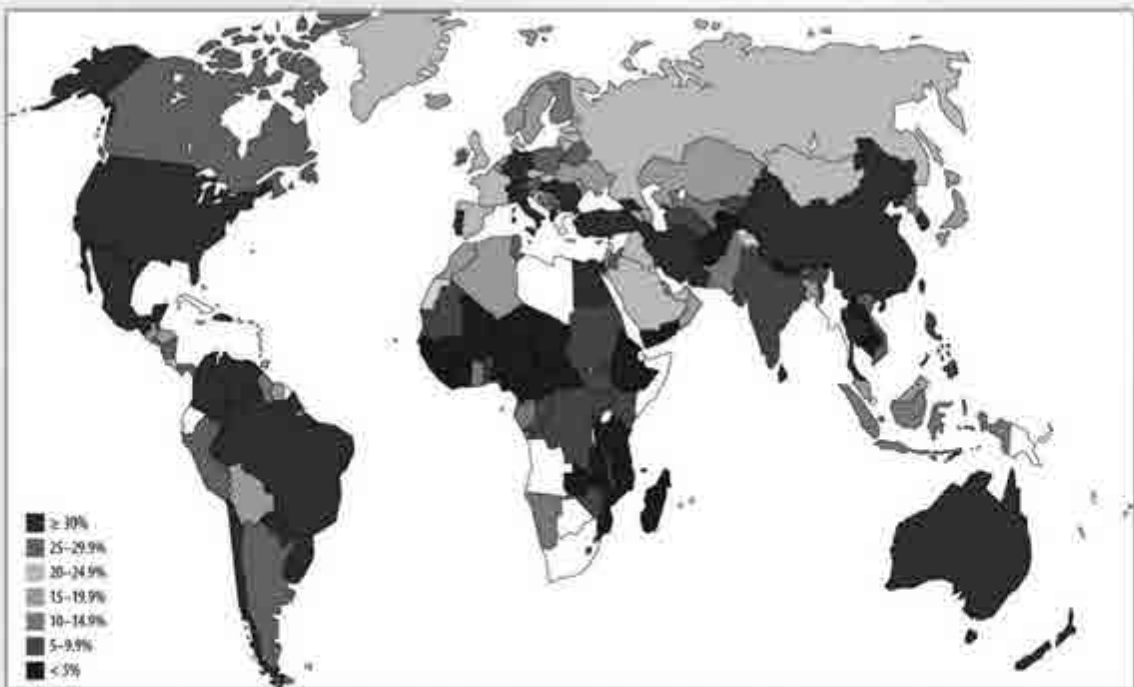
**สาม** ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ สนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย ๖ เดือนเต็ม ซึ่งจะส่งผลดีต่อลูก ทำให้โอกาสที่ลูกจะเสียชีวิตและติดเชื้อน้อยลง เกิดความใกล้ชิดผูกพันระหว่างแม่กับลูก ถ้าคลอดแบบปกติ หลังคลอดเรานำลูกมาให้แม่อุ้มได้ทันทีตั้งแต่นาทีแรก ความผูกพันก็เกิด แล้วให้ดูดนมได้เลย

จุดครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดมีความสำคัญมาก ต้องรีบให้ลูกได้ดูดนมแม่ การให้ลูกดูดนมจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) ซึ่งจะทำให้น้ำนมหลังออกมามากขึ้น ยิ่งดูดซ้ำฮอร์โมนก็หลั่งซ้ำแม่ที่คลอดลูกแบบปกติจึงมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมากกว่าเพราะในการผ่าท้องคลอดแม่ต้องดมยาสลบ อาจไม่สามารถอุ้มและให้นมลูกได้ทันที

## ทิศทางารผ่าท้องคลอดทั่วโลก

ภาพรวมการผ่าท้องคลอดขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาประเทศด้วย ประเทศที่มีพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีก็จะมีอัตราการผ่าท้องคลอดสูง เพราะมีทรัพยากรทางการแพทย์ที่ดี ทั้งหมด ยา อุปกรณ์ และบุคลากรต่าง ๆ ฉะนั้น ในสหรัฐอเมริกา ยุโรป รวมทั้งเอเชีย จะมีอัตราการผ่าท้องคลอดมากกว่าในแถบแอฟริกา

ตอนนี้อัตราการผ่าท้องคลอดเฉลี่ยทั่วโลกจะอยู่ที่ ๑๕ - ๒๐% ถ้าดูจากแผนที่แสดงอัตราการผ่าท้องคลอดของโลกปี ๒๐๑๖ จะเห็นว่า พวกที่มีอัตราสูง ๆ ก็จะมีอเมริกาเหนือ เอเชีย อเมริกาใต้ที่หนักกว่าเพื่อน ส่วนแอฟริกาจะน้อยที่สุด บราซิลเป็นแชมป์ มีอัตราการผ่าท้องคลอดประมาณ ๗๐ - ๘๐%



ที่มา : Betrán et al: The increasing trend in Caesarean section rates. PLoS ONE 2016

แต่จากภาพ มีข้อสังเกตที่น่าสนใจ ประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่ง เช่น กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย อังกฤษ มาเลเซีย และที่น่าสนใจมากคือ ญี่ปุ่น มีอัตราการผ่าท้องคลอดไม่สูง ในกลุ่มสแกนดิเนเวียและญี่ปุ่นมีอัตราไม่ถึง ๒๐% แต่ความปลอดภัยของแม่และลูกก็ไม่ได้ด้อยไปกว่าประเทศอื่นที่มีอัตราการผ่าคลอดสูงเลย

เมื่อปี ๑๙๘๕ องค์การอนามัยโลกได้ออก WHO Statement บอกว่าอัตราการผ่าท้องคลอดไม่ควรเกิน ๑๕% โดยอัตรานี้คิดมาจากความจำเป็นในการผ่าท้องคลอดเพื่อช่วยชีวิตแม่และลูก การผ่าท้องคลอดในอัตราเกิน ๑๕% ไม่ได้ช่วยให้แม่และลูกมีชีวิตรอดมากขึ้น

ผ่านมา ๓๐ ปีเต็ม จนถึงปี ๒๐๑๕ องค์การอนามัยโลกเชิญผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกมาประชุมกันอีกครั้ง รวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยทั้งหลายพบว่า อัตราการผ่าท้องคลอดที่เหมาะสมอยู่ที่ประมาณ ๑๐% น้อยลงกว่าเดิมด้วยซ้ำ เมื่อมาดูสภาพที่เป็นอยู่ เราจึงมีการผ่าท้องคลอดโดยไม่จำเป็นจำนวนมาก

## ทิศทาง การผ่าท้องคลอดในประเทศไทย

ประเทศไทยก็เลียนแบบประเทศตะวันตก เราผ่าท้องคลอดกันเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เริ่มตั้งแต่ ๕% เมื่อประมาณ ๓๐ - ๔๐ ปีก่อน จนปัจจุบัน ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกยืนยันว่า อัตราผ่าท้องคลอดในประเทศไทยสูงเกิน ๓๐% นับว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก

เดี๋ยวนี้มีการผ่าท้องคลอดกันมากถึงขนาดมีคลินิกเฉพาะสำหรับผ่าท้องคลอดแบบผ่าคลอดเลยอย่างเดียว บางโรงพยาบาลในไทยตอนนี้อัตราการผ่าท้องคลอดสูงถึง ๖๐ - ๗๐%

สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย

หนึ่ง **“ความไม่รู้”** นี่เป็นสาเหตุที่ผมคิดว่าสำคัญที่สุด ประชาชนทั่วไปรวมทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุข บางส่วนด้วย เข้าคิดว่าการผ่าท้องคลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่จริง ๆ ไม่ใช่อย่างนั้น สังคมไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และไม่ทราบถึงผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และเด็กในระยะยาว

สอง **“ความสะดวก”** ผ่าท้องคลอดสะดวกกว่า นัดวันนัดเวลาได้ เอาตามฤกษ์ก็ได้ด้วย สะดวกทั้งหมด ทั้งคนไข้ ถ้าคลอดตามปกติรอให้เจ็บท้องคลอดเองก็ไม่รู้จะเจ็บเมื่อไหร่ ผ่าท้องคลอดไม่ต้องมารอให้เจ็บท้อง สภาพสังคมหลายอย่างตอนนี้ก็ยิ่งผลักดันให้เลือกเอาตามสะดวก อย่างในกรุงเทพฯ บางทีหมอรถติด ถ้ารอเจ็บท้องคลอดเอง หมออาจจะมาทำคลอดไม่ทัน การผ่าท้องคลอดช่วยให้ทั้งหมดและแม่บริหารจัดการเวลาได้แน่นอนขึ้น

รู้ไหมว่าในปัจจุบันเด็กเกิดวันอะไรมากที่สุด

คำตอบคือวันศุกร์... เพื่อให้จัดการเวลาได้ ส่วนใหญ่หมอมองจะให้ผ่ากันวันศุกร์เลย จะได้ไม่ต้องติดเสาร์ - อาทิตย์

สาม **“กลัวเจ็บ”** เจ็บท้องคลอดแบบปกติ มันเจ็บจริง ๆ แต่อย่าลืมนะว่าผ่าตัดก็เจ็บเหมือนกัน ปวดแผลจริง ๆ อาจปวดมากกว่าด้วยซ้ำไป

สี่ **“แรงจูงใจด้านรายได้และการจัดการของโรงพยาบาล”** โดยทั่วไปหมอมอได้เงินมากกว่าเวลาผ่าท้องคลอด เพราะถือว่าเป็นหัตถการที่ทำยากกว่าคลอดปกติ ในมุมมองของผู้ให้บริการ รายได้ที่มากกว่าก็เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้หมอมองอยากผ่าคลอด โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน มีหน้าที่ยังควบคุมจัดการเวลาได้ดีกว่าด้วย แต่ตอนนี้ก็มีบางโรงพยาบาลที่เริ่มเห็นความสำคัญของการคลอดตามธรรมชาติแล้ว ก็จะทำให้ค่าหมอไม่ต่างกัน

ห้า **“สิทธิการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพ”** ประเด็นนี้ก็ส่งผลสำคัญ ในบางประเทศสิทธิประโยชน์ของการประกันสังคม จะไม่รวมการผ่าท้องคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ แต่ของไทยยังรวมหมดเลย ไม่ได้แยกทั้งในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนในกรณีของการเบิกค่ารักษาพยาบาลของระบบราชการ ยิ่งเห็นได้ชัด แต่เดิมข้าราชการที่คลอดโรงพยาบาลเอกชนสามารถเบิกค่ารักษาจากการผ่าท้องคลอดได้ส่วนหนึ่ง กลายเป็นว่าข้าราชการไปผ่าท้องคลอดกันตั้ง ๘๐% เมื่อกรมบัญชีกลางมาตรวจสอบเลยเปลี่ยนใหม่ให้เบิกได้เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น



## ความสูญเสียจากการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น

ในปัจจุบัน เรามีการผ่าตัดคลอดแบบเกินความจำเป็นไปมาก ซึ่งส่งผลเสียทั้งในแง่การรักษาพยาบาล คนไข้และผลกระทบต่อแม่และลูก รวมทั้งการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เราสูญเสียทรัพยากรเพิ่มแต่กลับได้ผลลัพธ์ที่แย่ลงกว่าเดิม

ลองคิดง่าย ๆ ว่าค่าผ่าตัดคลอดโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลรัฐอยู่ที่ประมาณ ๓๐,๐๐๐ บาท ในขณะที่การคลอดผ่านช่องคลอดตามธรรมชาติมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาท ต่างกันถึงสามเท่า อาจจะมีมากกว่านั้นด้วยซ้ำถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชน ตอนนี้ประเทศไทยมีการคลอดปีละประมาณ ๗๐๐,๐๐๐ ราย อัตราการผ่าตัดคลอดอยู่ที่ประมาณ ๓๐% นั่นคือ มีการผ่าตัดคลอดประมาณ ๒๑๐,๐๐๐ ราย คำนวณคร่าว ๆ ปีหนึ่งก็ประมาณ ๖ - ๗ พันล้านบาท ถ้าวัดลงมาคลอดธรรมชาติตามที่ควรจะเป็น ก็จะประหยัดทรัพยากรได้มหาศาล

นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะแม่จะฟื้นตัวช้ากว่า อย่างน้อยที่สุดก็ ๓ วัน ขณะที่การคลอดทางช่องคลอดใช้เวลาประมาณ ๒ วันก็กลับบ้านได้แล้ว บางทีวันเดียวด้วยซ้ำไป

ผมเคยไปโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง โรงพยาบาลนั้นผ่าตัดคลอดประมาณ ๖๐% ผลปรากฏว่าคนไข้ผ่าตัดคลอดต้องการบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งหมดและพยาบาล ไปดูแลเพิ่มขึ้นกว่าปกติ แต่บุคลากรของโรงพยาบาลมีจำนวนเท่าเดิม ทางฝั่งคนที่คลอดปกติตามธรรมชาติกลับเสียเปรียบ เพราะมีบุคลากรทางการแพทย์ไปดูแลน้อยลง

คนอาจจะแย้งว่าก็มีเงิน จ่ายได้ สะดวก เป็นสิทธิของฉัน ผมอยากให้มองในภาพรวมด้วยว่า มันเกี่ยวโยงกับการใช้ทรัพยากรของประเทศไปโดยไม่จำเป็น อีกประเด็นหนึ่ง บางครอบครัวอาจมีเงินจ่ายก็จริง แต่ถ้ารู้ความจริงว่าที่จ่ายแพงกว่านั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี เขายังเลือกที่จะจ่ายอยู่ไหม ผมยังคิดว่า ปัจจัยสำคัญที่คนยังเลือกผ่าตัดคลอด เพราะไม่ทราบข้อมูลข้อเท็จจริงถึงผลกระทบอย่างรอบด้าน

## การกำหนดควบคุมเพื่อลดจำนวนการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น

องค์การอนามัยโลกเป็นผู้กำหนดข้อแนะนำเกี่ยวกับอัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมก็จริง แต่ไม่มีอำนาจบังคับใคร

ในบางประเทศที่รัฐให้ความสำคัญ ก็จะมีการกำหนดมาตรการควบคุมทางอ้อม เช่น โปรตุเกสบอกว่าโรงพยาบาลไหนผ่าตัดคลอดเกิน ๒๕% ปี จะถูกตัดงบประมาณในปีต่อมา ถ้ายังไม่ลดลงอีกจะถูกปิด นี่เป็นมาตรการที่จริงจังมาก มาตรการอื่น ๆ ที่ภาครัฐในประเทศอื่นเข้ามาใช้ควบคุมก็อย่าง เช่น การปรับค่าตอบแทนหมอในกรณีการคลอดแบบปกติกับการผ่าตัดคลอดให้เป็นอัตราเดียวกัน หมอจะได้ไม่มีแรงจูงใจในการเลือกผ่าตัดคลอด เพราะจริง ๆ หมอส่วนใหญ่ก็ทราบกันดีว่าผ่าตัดคลอดเสี่ยงกว่า

ในระดับโรงพยาบาลควรมีการสร้างกลไกต่าง ๆ ที่อาจช่วยลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นได้

หนึ่ง **“group practice”** คนไทยจะคุ้นเคยกับการฝากท้องกับคุณหมอส่วนตัว แต่คุณหมอไม่ได้ว่างอยู่ตลอดเวลา บางทีเลยตัดสินใจผ่าดีกว่า เพราะเกรงว่าเดี๋ยวตัวเองติดธุระไม่สามารถดูแลได้ แต่ในต่างประเทศจะมีการรวมกลุ่มหมอสัก ๕ คน ทำงานเป็นกลุ่มเดียวกัน ดูแลคนไข้ร่วมกัน ไม่เฉพาะแต่การคลอดเท่านั้น หมอแต่ละคนก็ดูแลคนไข้ของตัวเอง แต่เมื่อติดธุระ ไปเที่ยว ไปประชุมต่างประเทศ ก็จะมีหมอในกลุ่มมาช่วยดูแลแทนทั้งหมอและคนไข้ก็ไม่ต้องกังวล

สอง **“second opinion”** ถ้าหมอดัดสินใจผ่าท้องคลอดให้คนไข้ จะไม่สามารถลงมือทำได้เลย ต้องให้หมอสูติฯ อีกคนหนึ่งมาทบทวนดูก่อนว่ามีข้อบ่งชี้จริงหรือไม่ แนวทางนี้อาร์เจนตินานำไปใช้

สาม **“guideline”** ที่อังกฤษมีการทำคู่มือปฏิบัติ เรียกว่า NICE Guideline

NICE เป็นองค์กรกำกับดูแลการรักษาพยาบาลของอังกฤษ เขาทำหลักปฏิบัติให้ใช้กันทุกโรงพยาบาล ถ้าหากหมอมไม่ทำตามแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น หมอผิด คนไข้ฟ้องได้ ตัวอย่างเช่น หลักการปรึกษาหารือ (Involve consultant) ที่ต้องมีคนมารับรองก่อนว่ามีข้อบ่งชี้จริง และมีขั้นตอนชัดเจน เช่น กรณีเด็กทำกัน ก่อนผ่าคลอดก็ให้ทำ External Cephalic Version หมายถึง การกลับเด็กที่หน้าท้อง ซึ่งเป็นวิธีการที่ประสบความสำเร็จประมาณ ๗๐% สามารถเปลี่ยนท่ากันเป็นท่าหัว ทำให้คลอดปกติได้ หรืออย่างกรณีตั้งครรภ์ ๔๑ สัปดาห์แล้วยังไม่คลอด ก็ให้ชักนำการคลอด วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้มีการพิสูจน์และวิจัยแล้วว่าช่วยลดการผ่าท้องคลอดลงได้

สี่ **“companionship”** เรื่องนี้สำคัญมาก เพราะเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดการผ่าท้องคลอดโดยไม่จำเป็นก็คือ ความกังวล เวลาที่แม่เข้าไปอยู่ในห้องคลอด บรรยากาศต่าง ๆ ดูน่ากลัวไปหมด ลองคิดดูคนท้องแรกอยู่บ้านตลอด อยู่ ๆ ต้องเข้าไปในห้องคลอด ไม่มีใครจะมารับฟังอะไรเลย แม่ก็รู้สึกกังวลใจ เจ็บก็เจ็บมากเลยมีวิธีการที่เรียกว่า continuous companion of choice คือการให้สามี แม่ หรือเพื่อน เข้าไปในห้องคลอดด้วย ซึ่งมีงานวิจัยยืนยันว่าจะช่วยลดการผ่าท้องคลอดลงได้ องค์การอนามัยโลกก็สนับสนุนวิธีการนี้

ส่วนการแก้ปัญหาเรื่องกลัวเจ็บ ในประเทศจีน ซึ่งอัตราการผ่าท้องคลอดสูงที่สุดในเอเชีย ก็มีการออกนโยบายมาให้บล็อกหลังระดับความเจ็บปวดได้ เพื่อช่วยให้คนไข้ไม่กลัวความเจ็บปวด ลดความกังวลในการคลอดแบบปกติลงได้

## ทางออกของประเทศไทย

มาตรการหลายอย่างอาจทำได้ยากในประเทศไทย เช่นเรื่อง group practice หรือ second opinion แต่สิ่งที่ผมคิดว่าสำคัญมากเรื่องแรกคือ ต้องให้ความรู้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ถึงข้อดีข้อเสียของการผ่าท้องคลอด ข้อดีมีอยู่ มีประโยชน์มากเพราะช่วยชีวิตแม่และลูกได้ในกรณีที่จำเป็น แต่ควรทำเฉพาะรายที่จำเป็นและมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

นอกจากนั้น การดูแลจิตใจระหว่างตั้งครรภ์และในกระบวนการคลอด กับการลดการผ่าคลอดที่ไม่จำเป็นลง เป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกันอยู่ เรื่อง companionship และการเตรียมตัวแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จึงเป็นเรื่องสำคัญ เชื่อว่า จะสามารถลดการผ่าท้องคลอดลงได้มาก

สำหรับประเทศไทย ตอนนี้เรามีโครงการ **“โรงเรียนพ่อแม่”** เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สามารถเข้าร่วมได้สองครั้ง ครั้งแรกตอนฝากครรภ์ เพื่อเป็นการเตรียมตัว เรียนรู้วิธีปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ว่าต้องทำอะไรบ้าง และครั้งที่สอง เป็นการเตรียมตัวก่อนการคลอด แนะนำว่าการเข้าห้องคลอดจะเป็นอย่างไร จะเจอกับอะไรบ้าง ซึ่งจะมีการเชิญสามีหรือญาติเข้ามาด้วย ให้อธิบายว่าถ้าเขาเข้าไปจะช่วยอะไรได้บ้าง

นอกจากนั้น ยังมีโครงการของคุณแม่ซีคันสนีย์ เสถียรสุด เรียกว่า **“โครงการจิตประภัสสร”** ช่วยเตรียมจิตใจของแม่ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ให้ดีขึ้น เตรียมตัวแม่ตั้งแต่ลูกยังอยู่ในครรภ์ รวมทั้งทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

โครงการทำนองนี้ยังต้องขยายไปอีกมาก เพราะยังจำกัดอยู่กับแค่คนบางกลุ่ม และในทางปฏิบัติผมไม่แน่ใจว่าจะมีการลงมือทำกันจริงมากน้อยแค่ไหน

ส่วนการแก้ปัญหาในเชิงระบบ อาจต้องมีวิธีการต่าง ๆ เช่น การอนุญาตให้ญาติเข้าไปในห้องคลอดด้วยการกำกับด้านการเงินโดยการลดงบประมาณของโรงพยาบาลที่มีอัตราการฆ่าห้องคลอดสูง

อย่างไรก็ตาม ผมไม่คิดว่าเราจะสามารถลดอัตราการฆ่าห้องคลอดลงได้ทันทีทันใดจนเหลือ ๑๐% ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ แต่น่าจะต้องเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และทุกภาคส่วนต้องช่วยกัน ประเด็นนี้เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่และยังต้องทำงานกันอีกมาก

สำหรับพ่อแม่มือใหม่ ผมอยากให้มองว่า กระบวนการคลอดไม่ใช่แค่เรื่องการเกิด แต่เป็นเรื่องของชีวิตเกี่ยวข้องกับสุขภาพของทั้งแม่และลูก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของลูกที่คุณรักในอนาคตด้วย การผ่าท้องคลอดเป็นสิ่งที่ดี อาจจะมีผลจำเป็นในบางกรณี แต่ในกรณีที่ผ่าโดยไม่มีข้อบ่งชี้จะมีผลเสียมากกว่าผลดี ขอให้คิดให้ดี ๆ ก่อนที่จะเลือกผ่าท้องคลอด



## สมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์(ไทย)

ต่อเชิญสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ และผู้สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๙, พ.ศ.๒๕๖๑

เรื่อง เวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ 4.0 เพื่อสุขภาพที่ดีของครอบครัวไทย

MFM 4.0 for Smart Thai Family

วันที่ ๒ - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมเดอะเออริทอ พัทยา บีช รีสอร์ท อ.ชลบุรี

สอบถามเพิ่มเติมข้อมูลได้ที่

คุณพรธวีล บุญชนะทองเลิศ สมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ (ไทย)

เลขที่ 2 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 8 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

E-mail :por.boon@hotmail.com, thai.mfm@gmail.com

Off. 02-7181489 , 087-6957659 Fax. 02-7181488 [www.thai-smfm.com](http://www.thai-smfm.com)



# คำถามท้ายเล่ม...

จากคณะกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

## ๑. ข้อใดเป็นความหมายของภาวะ uterine tachysystole

- ก. มดลูกบีบรัดตัวมากกว่า ๑ ครั้งใน ๑๐ นาที
- ข. มดลูกบีบรัดตัวมากกว่า ๒ ครั้งใน ๑๐ นาที
- ค. มดลูกบีบรัดตัวมากกว่า ๓ ครั้งใน ๑๐ นาที
- ง. มดลูกบีบรัดตัวมากกว่า ๕ ครั้งใน ๑๐ นาที
- จ. มดลูกบีบรัดตัวมากกว่า ๔ ครั้งใน ๑๐ นาที

## ๒. ข้อใดเหมาะสมให้ชักนำให้เกิดการคลอด

- ก. ตั้งครรภ์และสงสัยว่าเด็กตัวโต
- ข. ตั้งครรภ์ครบกำหนดและมีน้ำเดิน
- ค. ตั้งครรภ์อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ง. ตั้งครรภ์แฝดอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- จ. ตั้งครรภ์อายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

## ๓. การใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดแบบรับประทานตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำนั้น มีการบริหารยาอย่างไร

- ก. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- ข. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๔ ชั่วโมง
- ค. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง
- ง. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- จ. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง

๒.

การใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดโดยการเหน็บทางช่องคลอด ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำนั้น มีการบริหารยาอย่างไร

- ก. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- ข. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๔ ชั่วโมง
- ค. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง
- ง. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- จ. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง

๕.

ข้อใดไม่เหมาะสมในการนำมาชักนำให้เกิดการคลอด หากไม่สามารถให้ยาในกลุ่ม prostaglandins

- ก. Amniotomy
- ข. Balloon catheter
- ค. Sweeping membranes
- ง. intravenous oxytocin alone
- จ. The combination of balloon catheter plus oxytocin

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นางสาวพร เบญจพันธ์

E-mail address: ngoenyen-beer@hotmail.com



## เฉลยคำถามฉบับที่ ๖๖ แล้ว

- ๑. มะเร็งชนิดใดที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดขณะตั้งครรภ์
  - ข. มะเร็งเต้านม
- ๒. ในช่วงไตรมาสแรก ปริมาณรังสีเท่าใดเป็นต้น ไปที่อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์
  - ง. >100 mGy
- ๓. การให้ยาเคมีบำบัด ควรให้ในช่วงใดของการตั้งครรภ์
  - ค. อายุครรภ์มากกว่า ๑๔ สัปดาห์ หรือไตรมาสที่ ๒-๓
- ๔. สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งช่องคลอด ไม่แนะนำให้คลอด ทางช่องคลอด เนื่องจากเหตุผลข้อใด
  - ง. ถูกทุกข้อ
- ๕. ยาเคมีบำบัดชนิดใดที่สามารถให้ได้ในระหว่างให้นมบุตร
  - ก. 5-fluorouracil



# Gossip

ซุบซิบ...ด้วยภาพ

