

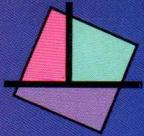
ISSN 0858-5695



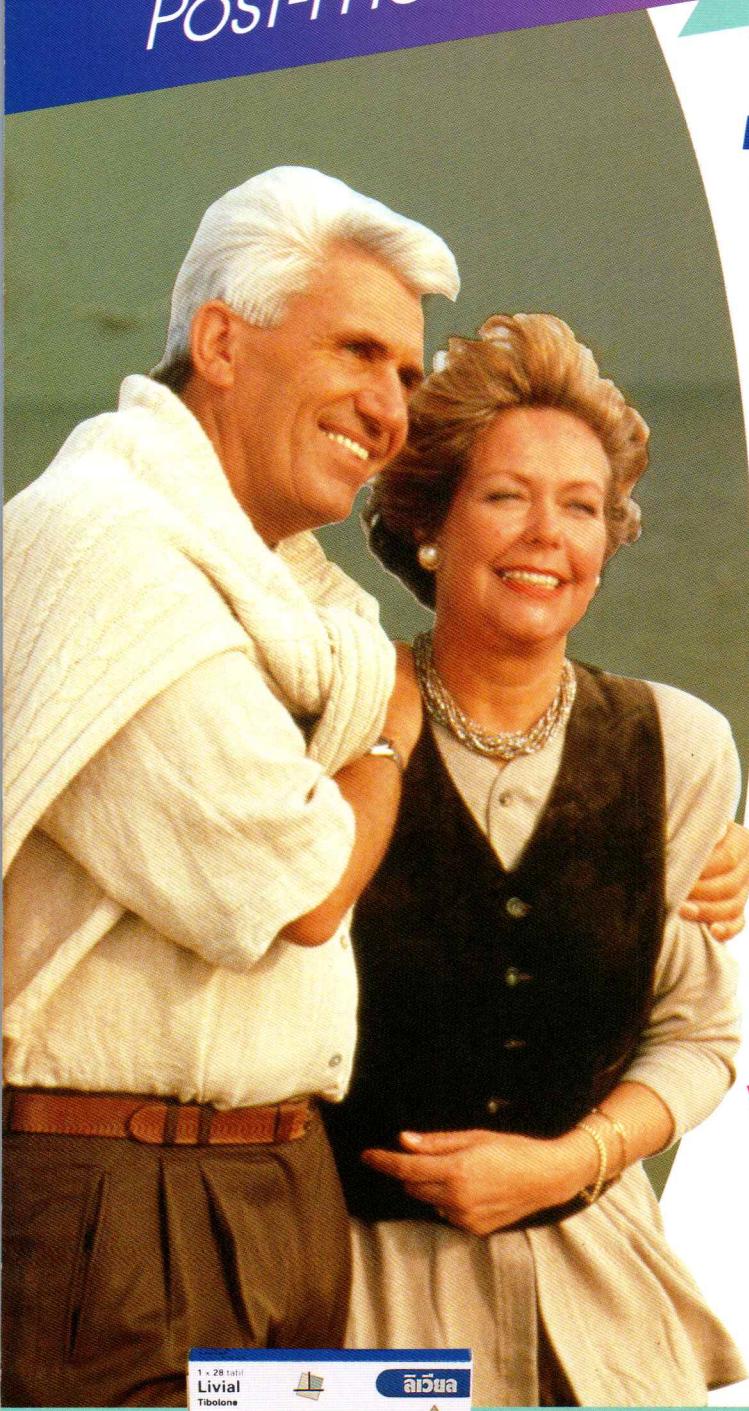
**สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาสาร**  
**OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL**  
**BULLETIN**

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
ปีที่ 5 ฉบับที่ 4

ตุลาคม-ธันวาคม 2539



# Livial well accepted by Post-menopausal women



**LIVIAL:** offers a well-tolerated therapy which is free from withdrawal bleeding<sup>1</sup>

**LIVIAL:** is indicated for the treatment of climacteric complaints in postmenopausal women<sup>2</sup>

**LIVIAL:** prevents bone loss in both spine and femur<sup>3</sup>

**LIVIAL:** can be used without interruption for a prolonged period

**LIVIAL:** improves the sexual well-being<sup>2</sup>

#### References

1. Genazzani AR et al, Maturitas 1991, 13 : 243-51
2. Tax L. Prog Basic Clin Pharmacol. Basel : Karger, 1991, 6 : 143-59
3. Rymer J et al. Osteoporosis Int. 1994, 4 : 314-319

For further information please contact;

**Organon [Thailand] Ltd.**

34th Floor, Vanich II Bldg.  
1126/2 New Petchburi Road

Bangkok 10400, Thailand Tel. 6553133-44 Fax. 6553130



Telephone helpline.. "Happy Family" Tel. 6553131-2



THE 50th ANNIVERSARY CELEBRATION OF ACCESSION TO  
THE THRONE OF HIS MAJESTY KING BHUMIPHOL ADULYADEJ THE GREAT

ที่ รล 0003/๒๕๓๙

สำนักราชเลขาธิการ  
พระบรมมหาราชวัง กทม. 10200

๑๖ เมษายน ๒๕๓๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ตราสัญลักษณ์งานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๕๐ ปี

เรียน รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงกอบจิตต์ ลิมปพยอม เลขาธิการราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

อ้างถึง หนังสือที่ ราชสห. ๒๘๗/๒๕๓๙ ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๓๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตราสัญลักษณ์งานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๕๐ ปี

ตามที่ท่านได้มีหนังสือขออนุญาตเชิญตราสัญลักษณ์งานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๕๐ ปี พิมพ์ในวารสารของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยจะจัดพิมพ์ทุก ๓ เดือน กับเชิญเป็นสัญลักษณ์ในการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๓๙ ซึ่งจะจัดระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ ตุลาคม ๒๕๓๙ เพื่อเทิดพระเกียรติ นั่น

สำนักราชเลขาธิการพิจารณาแล้ว เห็นสมควรอนุญาตให้ใช้ตราสัญลักษณ์ฯ ตั้งกล่าวได้ ทั้งนี้ ตราสัญลักษณ์ฯ จะต้องมีรูปแบบและสัญลักษณ์ต้องตามต้นแบบที่ทางราชการกำหนด

ขอแสดงความนับถือ

(หมื่นหลวงพิรประพงศ์ เกษมศรี)

ราชเลขาธิการ

กองการในพระองค์

โทร. ๒๒๕๓๔๕๗ - ๖๒ ต่อ ๓๕๓

โทรสาร ๒๒๔๓๒๕๙



**สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาสาร**  
**OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL**  
**BULLETIN**

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



# สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาสาร

## OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL BULLETIN

ISSN 0858-5695

เอกสารทางวิชาการเพื่อเผยแพร่สำหรับราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

### เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

### บรรณาธิการ

น.พ.วิทยา ณัฐาพันธ์

### บรรณาธิการรอง

น.พ.วินิต พัวประดิษฐ์

น.พ.เยือน ตันนิรันดร

น.พ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล

น.พ.นพดล สโโรบล

### กองบรรณาธิการ

น.พ.การุณ เก่งสกุล

น.พ.กำธร พฤกษานานนท์

พ.ญ.เกยร์ สถาพรพงษ์

น.พ.ดำรง ตรีสุกศล

น.พ.ธีระ ทองสง

พ.ญ.นฤมล ชารกร

พ.ญ.นันทา อ่อมกุล

น.พ.ไพรожน์ วิทูรพนิชย์

น.พ.กิเศก

น.พ.เรืองศิลป์

น.พ.วิวัฒน์

น.พ.วีระพล

น.พ.ศุภวิทย์

น.พ.แสงชัย

พ.ญ.สฤกพรรณ

ลุมพิกานนท์

เชาวรัตน์

ศุภดิษฐ์

จันทร์ดียิ่ง

มุตตามระ

พฤทธิพันธ์

วีไลลักษณ์

พ.ญ.สุกัชชา

น.พ.หเทิง

อินธรา

น.พ.อภิราน

พวงศรีเจริญ

น.พ.อภิชาติ

โอพารัตนชัย

ชาญวิเศษ

รุ่งพิสุทธิพงษ์

รุ่งพิสุทธิพงษ์

เชาวรินทร์

ไวยพิสุทธิกุล

### สำนักงาน

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ภาควิชาสุติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4

โทร. 2501333

### กำหนดออก

ปีละ 4 ฉบับ

**คณะกรรมการบริหาร**  
**ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**  
**พ.ศ. 2539-2540**

1. นายแพทย์ ทวีพงษ์ สุวรรณโคง	ประธาน
2. นายแพทย์ กิตติพงษ์ วัยโรจนวงศ์	รองประธาน
3. แพทย์หญิง กอบจิตต์ ลิมปพยomm	เลขานุการ
4. นายแพทย์ สมภาค ลิ้มพงศานุรักษ์	รองเลขานุการ 1
5. นายแพทย์ จรัสพงษ์ ทังสุบตร	รองเลขานุการ 2
6. แพทย์หญิง อรัวรรณ คีรัวณ์	เหรัญญิก
7. นายแพทย์ ประชาน จินายัน	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์ ไฟโรมัน วิทูรพนิชย์	กรรมการกลาง
9. นายแพทย์ ประสิกธ์ เพ็งสา	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์ วินิต พัวประดิษฐ์	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิจ	กรรมการกลาง
12. พันเอกนายแพทย์ ศุภวิทย์ มุตตามะ	กรรมการกลาง
13. นางสาวอากาศเอกแพทย์หญิง สุวัชชา ชาญวิเศษ	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์ วีระพล จันทร์ดียิ่ง	กรรมการกลาง

# สารบัญ

## ภาคที่ 1 โรคเอดส์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์

ข้อที่ 1	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	3
ข้อที่ 2	สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก .....	4
ข้อที่ 3	สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย .....	5
ข้อที่ 4	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ .....	7
ข้อที่ 5	การให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ .....	21
ข้อที่ 6	การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV ในสตรีมีครรภ์ (Pre-test counselling) .....	22
ข้อที่ 7	การให้คำปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV ในสตรีมีครรภ์ (Post-test counselling) .....	22
ข้อที่ 8	การติดเชื้อ HIV จากการถ่ายทอดทาง ....	24
ข้อที่ 9	การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ในสตรีมีครรภ์ .....	25
ข้อที่ 10	ผลของการตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อ HIV .....	25
ข้อที่ 11	ผลการติดเชื้อ HIV ต่อการตั้งครรภ์ .....	25
ข้อที่ 12	การดูแลสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV .....	26
ข้อที่ 13	วิธีการคุมกำเนิดกับโรคเอดส์ .....	29
ข้อที่ 14	การให้วัคซีนแก่สตรีมีครรภ์และการทารกที่ติดเชื้อ HIV .....	35
ข้อที่ 15	บทสรุป .....	35

## ภาคที่ 2 ความรับผิดชอบทางกฎหมายของสูตินรีแพทย์

ข้อที่ 1	คำนำ .....	43
ข้อที่ 2	การปฏิบัติหน้าที่ของสูตินรีแพทย์ .....	43
ข้อที่ 3	การพิจารณาสั่งคดีของอัยการ (เมื่อแพทย์เป็นผู้ต้องหา) .....	57
ข้อที่ 4	ข้อแนะนำสำหรับแพทย์เพื่อไม่ให้ถูกฟ้อง (การป้องกันและการเดียมตัว) .....	59

# ภาคที่ 1

## โรคเอดส์

### ในสตรีวัยเจริญพันธุ์

น.พ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล  
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา<sup>1</sup>  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล



# โรคเอดส์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์

น.พ. ศุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล

## 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ในแบบทุกประเทศทั่วโลก โดยยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง อีกทั้งในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดและไม่มีวัคซีนป้องกันโรค ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ส่วนหนึ่งจะเสียชีวิตภายในระยะเวลา 2-10 ปี นับแต่ได้รับเชื้อเข้าไปและจะเสียชีวิตเร็วขึ้นในเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี หลังจากมีอาการของโรคแล้ว<sup>(1)</sup> องค์กรอนามัยโลกคาดประมาณว่าเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 1994 จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลกประมาณ 17 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อที่อยู่ในทวีปแอฟริกา เอเชียและอเมริกา<sup>(2)</sup> นอกจากนี้องค์กรอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่าปลายปี ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์จะพบในประเทศไทยกำลังพัฒนามากขึ้น<sup>(3)</sup> สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 และการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ประชาชนเป็นไปอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2537 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ร่วมกับนักวิชาการจากหน่วยงานต่างๆ คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ไว้ว่าเมื่อถึงปี ค.ศ. 2000 หรือปี พ.ศ. 2543 หากไม่สามารถบรรเทาปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนไทยได้ ประเทศไทยจะมียอดรวมผู้ติดเชื้อเอดส์ 1,379,189 ราย ผู้ป่วยโรคเอดส์ 477,706 ราย และมียอดสะสมผู้เสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 444,333 ราย แต่หากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นมาก จำนวนตัวเลขผู้ติดเชื้อดังกล่าวก็จะลดลงเหลือ 1,104,599<sup>(4)</sup>

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงของเชื้อเอดส์ จากข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ผ่านมาทำให้ทราบว่าในระยะแรกๆของการระบาด การติดเชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดต่อมากเริ่มแพร่ระบาดเข้าสู่กลุ่มชายรักต่างเพศและกลุ่มหญิงรักต่างเพศ โดยผ่านทางการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างหญิง-บริการกับชายที่เป็นลูกค้าและแพร่ต่อไปสู่กลุ่มแม่บ้านและเด็ก จากการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอดส์เฉพาะพื้นที่พบว่า อัตราการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยมัธยฐานเท่ากับร้อยละ 0 ในการสำรวจครั้งแรกเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.29 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2538<sup>(5,6)</sup> ข้อมูลเหล่านี้ให้เห็นว่า การระบาดของเชื้อเอดส์ได้แพร่เข้าสู่ระบบครอบครัวแล้วและหากแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ต่อไปก็จะมีเด็กทารกที่เกิดจากครอบครัวที่ติดเชื้อเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสที่เด็กทารกจะติดเชื้อจากการดาบที่ติดเชื้อเอดส์

**ตารางที่ 1 สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2538**

ทวีป	ผู้ป่วยเอดส์			
	จำนวน	ร้อยละ	ประเทศที่รายงาน	ประเทศที่มีผู้ป่วย
อเมริกา	659,662	51.26	45	45
แอฟริกา	442,735	34.27	54	54
ยุโรป	154,103	11.93	38	38
เอเชีย	28,630	2.22	48	42
โอเชียเนีย	6,680	0.52	23	14

ที่มา : กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>(2)</sup>

นั้นมีถึงร้อยละ 20-50<sup>(7,8)</sup> โดยในกลุ่มนี้มักจะแสดงอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1-2 ปี<sup>(9)</sup> ส่วนเด็กในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อก็จะกลایเป็นเด็กกำพร้าเนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ซึ่งผลกระทบที่ตามมานั้นมีน่านักการทั้งต่อครอบครัวและสังคม ตลอดจนประเทศชาติ การให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ซึ่งมีความสำคัญในการที่จะป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคนี้ต่อไป ดังนั้น สุตินรีแพทย์จึงควรจะต้องมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพื่อที่จะได้ให้บริการในสตรีกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## 2 สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก

องค์กรอนามัยโลกรายงานว่า เมื่อถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2538 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์จากประเทศต่างๆ รวมทั้งสิ้น 1,291,810 ราย จาก 193 ประเทศที่รายงาน พ布ว่า ทวีปอเมริกามีผู้ป่วยสูงที่สุดคือ 659,662 ราย รองลงมาได้แก่ทวีปแอฟริกา ยุโรป เอเชียและโอเชียเนีย ตามลำดับ โดยประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์สูงที่สุดคือสหรัฐอเมริกา มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 501,310 ราย หรือร้อยละ 38.8 ของรายงานผู้ป่วยทั่วโลก สำหรับในทวีปเอเชียมีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 28,630 ราย โดยประเทศไทยมีรายงานสูงที่สุด (22,135 ราย-ถึงวันที่ 22 พฤษภาคม 2538 ซึ่งเป็นร้อยละ 77 ของรายงานผู้ป่วยรวมทั่วทวีป) รองลงมาคืออินเดีย 2,095 รายและญี่ปุ่น 1,062 ราย<sup>(2)</sup> ซึ่งจำนวนตัวเลขดังกล่าวนี้ไม่อาจสรุปลงไปได้แน่นัดว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยเอดส์สูงที่สุดในทวีปเอเชีย ทั้งนี้อาจเนื่องมากระบวนการรายงานที่ต่ำกว่าก็เป็นได้

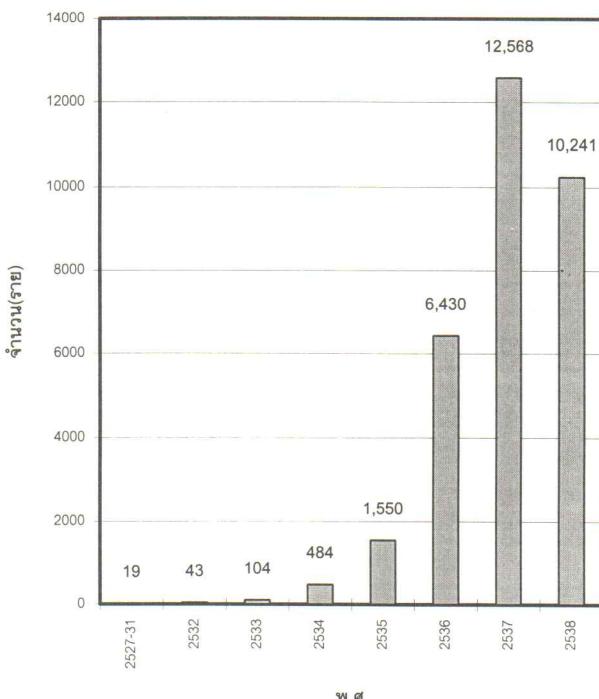
องค์กรอนามัยโลกยังคาดประมาณว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วโลกน่าจะสูงกว่าที่ได้รับรายงานถึง 4-6 เท่า โดยน่าจะมีผู้ป่วยถึง 6 ล้านคนโดยร้อยละ 75 อยู่ในทวีปแอฟริกา นอกจากนี้ยังคาดว่า เมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 1994 จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลกรวมทั้งสิ้น 17 ล้านคน โดยในภูมิภาคเอเชียได้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 3 ล้านคน<sup>(2)</sup>

**ตารางที่ 2 รายงานผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง 31 ธันวาคม 2538**

ประเภท	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2527-2536	รวมสะสมตั้งแต่ต้น
ผู้ป่วยเอดส์	10,241	12,568	8,630	31,439
ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ	4,689	4,590	3,988	13,267

ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup>

**แผนภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกเป็นรายปีตามวันที่เริ่มป่วยประเทศไทย พ.ศ. 2527-31 ธันวาคม 2538**



ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup>

### 3 สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย

ตั้งแต่เริ่มมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในประเทศไทยเมื่อเดือนกันยายน 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2538 มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รวมทั้งสิ้น 31,439 ราย โดยในจำนวนนี้ มีรายงานว่าเสียชีวิตแล้ว 8,736 ราย (ร้อยละ 27.8) นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ติดเชื้อที่มีอาการอีก 4,689 ราย<sup>(10)</sup> ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาแนวโน้มของการระบาดโดยดูจากจำนวนที่รายงานในแต่ละปีจะเห็นได้ว่า การระบาดของโรคเอดส์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา มีรายงานผู้ป่วยเอดส์เป็นร้อยละ 93 ของจำนวนผู้ป่วยที่มีการรายงานทั้งหมดดังแผนภาพที่ 1

**ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและปีที่เริ่มป่วย ตั้งแต่กันยายน 2527-31 ธันวาคม 2538**

ปัจจัยเสี่ยง	2527- 2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	รวม	ร้อยละ
<b>1. เพศสัมพันธ์</b>	<b>14</b>	<b>34</b>	<b>64</b>	<b>357</b>	<b>1,195</b>	<b>4,843</b>	<b>9,945</b>	<b>8,124</b>	<b>24,576</b>	<b>78.17</b>
ชายรักครัวเพศ	8	10	2	5	6	43	90	107	271	0.86
ชายรักสองเพศ	1	4	4	4	0	2	23	35	73	0.23
ชายรักต่างเพศ	5	17	50	320	1,070	4,191	8,402	6,615	20,670	65.75
หญิงรักต่างเพศ	0	3	8	28	117	594	1,359	1,346	3,455	10.99
ไม่ทราบ	0	0	0	0	2	13	71	21	107	0.34
<b>2. ยาเสพติดชนิดนิดเด็กเส้น</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>40</b>	<b>134</b>	<b>493</b>	<b>840</b>	<b>737</b>	<b>2,274</b>	<b>7.23</b>
ชาย	2	6	21	40	131	481	818	733	2,232	7.10
หญิง	0	0	1	0	3	12	22	4	42	0.13
<b>3. รับเลือด</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>42</b>	<b>0.14</b>
ชาย	0	1	1	3	8	5	4	5	27	0.09
หญิง	1	0	0	1	2	3	6	2	15	0.05
<b>4. ติดเชื้อจากมารดา</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>70</b>	<b>134</b>	<b>451</b>	<b>725</b>	<b>495</b>	<b>1,894</b>	<b>6.02</b>
ชาย	0	1	10	35	64	253	379	268	1,010	3.21
หญิง	2	1	5	35	70	198	346	227	884	2.81
<b>5. ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>77</b>	<b>635</b>	<b>1,048</b>	<b>878</b>	<b>2,653</b>	<b>8.44</b>
ชาย	0	0	2	12	71	563	902	753	2,303	7.33
หญิง	0	0	0	1	6	72	146	125	350	1.11
<b>รวม</b>	<b>19</b>	<b>43</b>	<b>104</b>	<b>484</b>	<b>1,550</b>	<b>6,430</b>	<b>12,568</b>	<b>10,241</b>	<b>31,439</b>	<b>100.00</b>

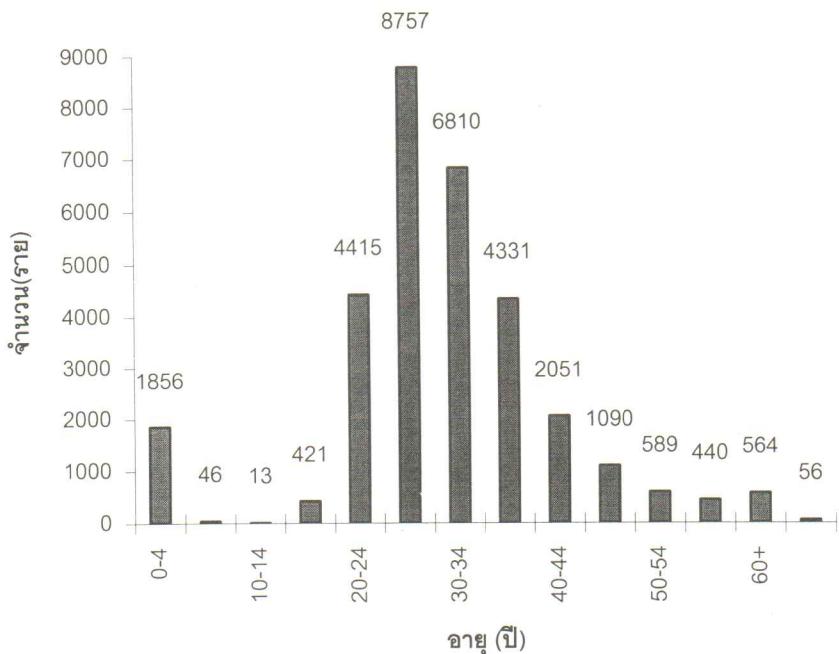
ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup>

และจากภาพจะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ลดลง ซึ่งสาเหตุอาจเนื่องมาจากในปี พ.ศ. 2537 นั้นเป็นปีที่ครบรอบ 10 ปีของโรค จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นจำนวนผู้ป่วยที่เหลือรอดชีวิตในปีต่อมาจึงลดลง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วยเป็นโรคเอดส์ เกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดถึงร้อยละ 78.17 รองลงมาได้แก่ การใช้ยาเสพติดชนิดนิดเด็กเส้น การติดเชื้อจากมารดา การได้รับเลือด ตามลำดับแสดงไว้ในตารางที่ 3

และการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ตามกลุ่มอายุและเพศพบว่า กลุ่มที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์สูงสุดคือกลุ่มอายุ 25-29 ปี รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.66 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดตามลำดับโดยทุกปีจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์เหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 91.93 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด และแสดงให้เห็นว่ารัฐจะต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายเป็น

แผนภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่กันยายน พ.ศ. 2527 ถึง 31 ธันวาคม 2538



ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup>

จำนวนมากสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้และมีภาวะเลี้ยงดูที่สูงขึ้นเนื่องจากประชากรไม่สามารถที่จะทำงานได้ในขณะที่ยังอยู่ในวัยทำงานและต้องเสียชีวิตลงก่อนวัยอันควร นับเป็นการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างยิ่ง

จากการจำแนกผู้ป่วยโรคเอดส์ตามอาชีพและเพศพบว่า มีผู้ป่วยโรคเอดส์ในทุกอาชีพ โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงาน (ร้อยละ 42.26) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 22.87) ส่วนผู้ชายบริการทางเพศมีรายงานเพียง 140 ราย (ร้อยละ 0.4) ดังแสดงในตารางที่ 4

## 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

### ความหมายของโรคเอดส์

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยไวรัสที่ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไปซึ่งมิได้เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อจวยโอกาส<sup>(7)</sup> โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์กระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup> ได้ให้ความหมายของเอดส์ว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคนจะไปทำลายเซลล์



ส่วนคล้ายคลึงกับ HIV เดิมจึงเรียก HIV ตัวใหม่นี้ว่า HIV-2 และเรียก HIV ตัวเดิมว่า HIV-1 ซึ่งพบรอบด้วยร่างกายทั่วโลก ส่วน HIV-2 พบรอบอยู่ในทวีปแอฟริกาตะวันตก และพบในผู้ที่ติดเชื้อมาจากแอฟริกาตะวันตก เชื่อ HIV-2 มีความรุนแรงในการก่อโรคน้อยกว่า HIV-1

ไวรัส HIV จัดอยู่ใน Family Retroviridae, Subfamily Lentivirinae, Genus Lentivirus เป็นพวก Retrovirus ซึ่งมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากไวรัสอื่น คือสามารถเข้าไปเกาะกับ T-helper cells (T4 lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลลเม็ดเลือดขาว cell mediated immunity ทำให้เซลลเม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่ตัวมันไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไวรัสนี้ยังมี Reverse transcriptase enzyme ทำให้สามารถแบ่งตัวและเปลี่ยนเปลือกนอกที่หุ้มอยู่ (Envelope) ได้รวดเร็วกว่าไวรัชนิดอื่นถึง 100-1,000 เท่า นอกจากนี้ส่วนที่เป็นปุ่มๆ รอบนอกของตัวไวรัสที่เรียกว่า gp 120 จะมีความจำเพาะกับเซลล์มนุษย์ที่มี CD4 receptor อยู่บนผิวเซลล์ ได้แก่ T4 lymphocyte, monocyte, macrophage, glia cell ของระบบประสาทเป็นต้น

เมื่อไวรัส HIV เข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อโดยเกาะติดกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ reverse transcriptase enzyme และแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้นและต่อมาจะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตกแล้วจะกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไปจนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ในระยะสุดท้าย เมื่อเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้นระดับ Antibody จะลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปเกิดโรคติดเชื้อหลายโอกาสหรือมะเร็งบางชนิดได้

### การแพร่กระจายของเชื้อ<sup>(13-16)</sup>

เชื้อ HIV ตรวจพบได้ในเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ ตลอดจนพบอยู่ในอวัยวะทั่วร่างกายเข้าสู่ร่างกายทางเยื่อเมือกรหรือผิวหนังที่มีบาดแผล ดังนี้การแพร่ของเชื้อ HIV จึงเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทางดังนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์ เชื้อ HIV สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย โดยพบว่าอัตราการแพร่เชื้อจากเพศชายสู่หญิง ชายสู่ชายสูงกว่าอัตราการแพร่เชื้อจากหญิงสู่ชาย<sup>(17)</sup> ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ ผู้ที่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย เช่น ชายขายบริการ หญิงอาชีพพิเศษ คู่นอนของผู้ติดเชื้ออедส์ ชายรักร่วมเพศ นอกจากนี้โอกาสติดเชื้อยังมีมากขึ้นถ้ามีปัจจัยอื่นๆร่วม เช่น การมีแผลที่อวัยวะเพศ ร่วมเพศทางทวารหนัก เป็นต้น

2. ทางกระเพาะเลือด อาจเกิดจากการได้รับเลือด ส่วนประกอบของเลือดหรือจากการรับอวัยวะจากผู้ที่มีเชื้อร่วมทั้งการใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนเลือดร่วมกันกับผู้ติดเชื้ออีดส์

3. ทางมารดาสู่ทารก พบรได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์โดยผ่านทางรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ หรือระยะคลอดโดยผ่านทางมูกเลือด น้ำครา สารคัดหลั่งต่างๆจากการคลอด และพบในระยะหลังคลอดโดยผ่านทางน้ำนมของมารดา

## รูปแบบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในระดับโลก<sup>(18,19)</sup>

องค์กรอนามัยโลกได้จัดรูปแบบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยแบ่งตามสภาพสังคม และสภาวะทางระบบที่วิทยาออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

การระบาดรูปแบบที่ 1 พบระบาดลักษณะนี้ในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรปตะวันตก ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์และบางประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา เกิดในช่วงปลาย ค.ศ. 1970 และต้น ค.ศ. 1980 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายรักร่วมเพศ การแพร่เชื้อจะเป็นทางเพศสัมพันธ์ นอกเหนือจากนี้ยังพบการแพร่เชื้อทางเลือดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดนี้ดเข้าเส้นเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ประมาณร้อยละ 80-90 อัตราส่วน เพศชายกับเพศหญิงอยู่ในช่วง 10:1 ถึง 15:1 แต่การแพร่เชื้อจากการดาสู่ทารกยังไม่ปรากฏ

การระบาดรูปแบบที่ 2 พบนทวีปแอฟริกาแทนที่จะเป็นชาชาร่าตอนใต้และบางส่วน ของประเทศไทยในแถบแอฟริกา เกิดขึ้นช่วงปลาย ค.ศ. 1970 และต้นค.ศ. 1980 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มรักต่างเพศ อัตราส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กันทำให้การติดเชื้อจากการดาสู่ ทารกค่อนข้างสูงในบางพื้นที่และในเขตเมืองบางแห่ง นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อจากการรับเลือด ที่ปั่นเปื่อนเชื้อเนื่องจากประเทศไทยแต่เดิมนี้ยังไม่มีการตรวจเลือดของผู้บริจาค

การระบาดรูปแบบที่ 3 พบนทวีปเอเชียและแปซิฟิกส่วนใหญ่ รวมทั้งประเทศไทย การระบาดเกิดขึ้นในช่วงต้นถึงกลาง ค.ศ. 1980 พบรได้ในกลุ่มรักร่วมเพศ รักสองเพศ รักต่างเพศ ผู้ติดยาเสพติดชนิดนี้ดเข้าเส้นและ การรับเลือดที่ปั่นเปื่อนเชื้อโรคเอดส์

## รูปแบบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย<sup>(19,20)</sup>

ลักษณะการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในประเทศไทยสามารถแบ่งการแพร่ติดต่อของโรค ออกเป็น 5 ระยะคือ

### ระยะที่ 1 : การระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ

ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2527-2529 การแพร่ระบาดส่วนใหญ่มาจากเพศสัมพันธ์แบบ รักร่วมเพศผู้ป่วยที่พบรในระยะแรกนี้มักเป็นผู้ที่ติดเชื้อจากต่างประเทศหรือมีเพศสัมพันธ์กับชาว ต่างประเทศ ชายที่ติดเชื้อบางคนมีอาชีพขายบริการทางเพศ ทำให้มีการแพร่เชื้อกันต่อไปมากขึ้น และมีบางส่วนมีพฤติกรรมแบบรักสองเพศ

### ระยะที่ 2 : การแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดนี้ด

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2530-2533 มีการระบาดของการติดเชื้อเอดส์อย่างรุนแรง ในกลุ่ม ผู้ติดยาเสพติดชนิดนี้ด เนื่องจากการใช้เข็มและระบบ共用ฉีดยาร่วมกัน ในระยะนี้อาจมีการ แพร่จากกลุ่มผู้ติดยาเสพติดไปสู่ประชาชนทั่วไปโดยทางเพศสัมพันธ์ผ่านทางหญิงบริการ

### ระยะที่ 3 : การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ

ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2532 มาจนถึงปัจจุบัน มีการระบาดของการติดเชื้อเอดส์อย่างรุนแรงใน กลุ่มหญิงบริการทางเพศโดยขณะนี้แนวโน้มของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงบริการในทุกจังหวัด

ตารางที่ 5 1993 revised classification system for HIV infection and expanded AIDS surveillance case definition for adolescents and adults\*

CD4+ T-cell categories	Clinical categories		
	( A ) Asymptomatic, acute (primary) HIV or PGL	( B ) Symptomatic, not ( A ) or ( C ) conditions	( C ) AIDS-indicator conditions
(1) $\geq 500/\mu\text{L}$	A1	B1	C1
(2) 200-499/ $\mu\text{L}$	A2	B2	C2
(3) $<200/\mu\text{L}$ AIDS-indicator T-cell count	A3	B3	C3

เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ

ระยะที่ 4 : การแพร่ระบาดในกลุ่มชายเที่ยวโซเกต

ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา มีการตรวจการระบาดของเชื้อเอ็ดส์ในกลุ่มชายเที่ยวหყุงบริการทางเพศในอัตราเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จากการสำรวจชายที่ปรับการตรวจการโครตามจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศเมื่อปลายปี พ.ศ. 2532 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอ็ดส์โดยเฉลี่ยเท่ากันร้อยละ 2 และเพิ่มขึ้นตามลำดับจนเป็นร้อยละ 8.6 ใน การสำรวจเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2537 มีผู้ติดประมาณว่าในประเทศไทย มีชายวัยที่เที่ยวโซเกตอยู่ประมาณ 13-15 ล้านคน โดยในจำนวนนี้อย่างน้อยร้อยละ 30-50 เคยเที่ยวหყุงบริการทางเพศ<sup>(22)</sup> จึงเชื่อว่า จะมีชายเที่ยวหყุงบริการจำนวนไม่น้อยที่ได้สัมผัสเชื้อเอ็ดส์ และจะเป็นผู้คงแพร่เชื้อต่อๆ ไปโดยชายที่ติดเชื้อจะแพร่โรคให้โซเกตคนอื่นๆ และขณะเดียวกันโซเกตที่ติดเชื้อซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นอยู่ตลอดเวลา ก็จะเป็นผู้แพร่เชื้อเอ็ดส์ไปสู่ลูกค้าคนอื่นโดยไม่จำกัดจำนวน

ระยะที่ 5 : การแพร่ระบาดในกลุ่มหყุงทั่วไปและเด็ก

ชายนักเที่ยวที่ติดเชื้อเอ็ดส์ นอกจากจะแพร่โรคไปสู่หყุงบริการแล้วยังแพร่ไปสู่คุณอนซึ่งได้แก่หყุงที่เป็นแม่บ้าน หყุงที่กำลังจะสมรสหรือมีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้ เมื่อมีการตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้การที่มีโอกาสติดเชื้อเอ็ดส์ด้วย

จากการระบาดทั้ง 5 ระยะนี้ แสดงให้เห็นว่า การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ดำเนินไปอย่างควบคุมและเปลี่ยนรูปแบบการแพร่ระบาดเป็นทางเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศจึงทำให้ทุกกลุ่มเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ดส์และทำให้การแพร่ระบาดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว

### การแบ่งระยะของโรคเอดส์

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้กำหนดการแบ่งระยะของโรคเอดส์ใหม่ในปี พ.ศ. 2536 สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ไว้ ตามตารางที่ 5 ที่ได้แสดงไว้ดังนี้<sup>(21)</sup>

CDC ได้แบ่งระยะของโรคเอดส์ใหม่ ตามลักษณะอาการทางคลินิกและจำนวน CD4 + T- lymphocyte ประกอบกัน โดยจำนวน CD4 จะแบ่ง Category ดังนี้

*Category 1 : CD4 ≥500 cells/uL*

*Category 2 : CD4 200-499 cells/uL*

*Category 3 : CD4 <200 cells/uL*

และลักษณะอาการทางคลินิกจะแบ่งเป็น Category A, B, C ดังนี้

**Category A** ประกอบด้วย ภาวะหรืออาการหนึ่งอย่างหรือมากกว่า ดังนี้

- Asymptomatic HIV infection
- Persistent generalized lymphadenopathy
- Acute (Primary) HIV infection with accompanying illness or history of acute HIV infection

**Category B** เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ HIV ดังต่อไปนี้

- Bacillary angiomatosis
- Candidiasis, oropharyngeal (thrush)
- Candidiasis, vulvovaginal; persistent, frequent or poorly responsive to therapy
- Cervical dysplasia (moderate or severe)/cervical carcinoma in situ
- Constitutional symptoms, such as fever( 38.5 C) or diarrhea lasting >1 month
  - Hairy leukoplakia, oral
  - Herpes zoster (shingles), involving at least two distinct episodes or more than one dermatome
- Idiopathic thrombocytopenic purpura
- Listeriosis
- Pelvic inflammatory disease, particularly if complicated by tubo-ovarian abscess
- Peripheral neuropathy

**Category C** ได้แก่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และมีภาวะหรือโรคดังต่อไปนี้

- Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs
- Candidiasis, esophageal
- Cervical cancer, invasive
- Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary
- Cryptococcosis, extrapulmonary
- Cryptosporidiosis, chronic intestinal (>1 month's duration)
- Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes)

- Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision)
- Encephalopathy, HIV-related
- Herpes simplex: chronic ulcer(s) (>1 month's duration); or bronchitis, pneumonitis, or esophagitis
- Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary
- Isosporiasis, chronic intestinal (>1 month's duration)
- Kaposi's sarcoma
- Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term)
- Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term)
- Lymphoma, primary, of brain
- Mycobacterium avium complex or M. kansasii, disseminated or extrapulmonary
- Mycobacterium tuberculosis, any site (pulmonary or extrapulmonary)
- Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary
- Pneumocystis carinii pneumonia
- Pneumonia, recurrent
- Progressive multifocal leukoencephalopathy
- Salmonella septicemia, recurrent
- Toxoplasmosis of brain
- Wasting syndrome due to HIV

อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุข โดยกองราชบัณฑิตวิทยา ได้ให้นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคใหม่ของประเทศไทยใหม่ ในปี พ.ศ. 2536 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ HIV ที่ปรากฏอาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้<sup>(22)</sup>

### **นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค**

ผู้ป่วยเอดส์ตามนิยามใหม่ ที่เริ่มใช้โดยกระทรวงสาธารณสุขในกลางปี พ.ศ. 2536 นั้นจะแบ่งเป็น 3 ประเภท โดยทุกประเภทจะต้องพบการติดเชื้อ HIV ด้วยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**ประเภทที่ 1** ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุ ที่มีอาการซึ่งบ่งชี้ของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม

**ประเภทที่ 2** ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุ ที่พบจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อ มลลิลิตร

**ประเภทที่ 3** ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มอาการที่ติดเชื้อจากการด่า

สำหรับผู้ป่วยที่พบรการติดเชื้อ HIV และมีอาการบางประการแต่ไม่เข้าเงื่อนไขของประเภทที่ 1-3 จะเรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ (Symptomatic HIV patient)

## ประเภทที่ 1

### ผู้ป่วยเอชไอวีมีอาการขึ้นงของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (AIDS or Severe HIV Disease)

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นเอชไอวีไม่ (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) นั้นจะต้องตรวจพบรการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วยร่วมกับพบรอยชี้บ่งว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (indicative diseases) อย่างน้อยโรคใด โรคหนึ่งใน 25 โรค ดังต่อไปนี้

#### 1. Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด

วินิจฉัยโดย

ก. การส่องกล้องตรวจ (endoscopy) หรือ

ข. การผ่าตัดตรวจ หรือ

ค. ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น โดยไม่จำเป็นต้องวินิจฉัยจากการเพาะเชื้อ

กรณี candidiasis ของหลอดอาหาร หากไม่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีจำเพาะดังกล่าวได้ ก็อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้นดังต่อไปนี้ คือ

ก. มีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกเมื่อกลืนอาหาร (Retrosternal pain on swallowing)  
ร่วมกับ

ข. มีการติดเชื้อรานิชชองปาก (Oral candidiasis) โดยการตรวจดูลักษณะของ patches หรือ โดยตรวจทางกล้องจุลทรรศน์

#### 2. Invasive cervical cancer

วินิจฉัยโดย การทำ Biopsy

3. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย ของอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือข้อปอด

วินิจฉัยโดย

ก. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น หรือ

ข. การเพาะเชื้อ หรือ

ค. ตรวจพบรอยดีเจนในตัวอย่างที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น หรือ จากของเหลวที่ได้จากบริเวณที่เป็น

#### 4. Cryptococcosis

วินิจฉัยโดย

ก. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น หรือ

### ๘. การเพาะเชื้อ หรือ

ค. การตรวจพบแอนติเจนในตัวอย่างที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น หรือ จากของเหลวที่ได้จากบริเวณที่เป็น

### ๕. Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วง นานมากกว่า 1 เดือน

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น

๖. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 1 เดือน

วินิจฉัยโดย การตรวจพบเชื้อในอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) หรือ ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น

๗. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 1 เดือน

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น ในกรณี cytomegalovirus retinitis อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้นโดยตรวจพบลักษณะเฉพาะของการติดเชื้อ Cytomegalovirus ในจอตาโดยวิธีตรวจด้วยกล้อง ophthalmoscope หลายๆ ครั้ง และในรายที่การติดเชื้อผ่านระยะเลียบพลันไป จะพบแหล่งเป็นบนจอตา ร่วมกับ retinal pigment epithelial mottling

### ๘. HIV encephalopathy เรียก HIV dementia, AIDS dementia หรือ subacute encephalitis จากเชื้อ HIV

วินิจฉัยโดย อาการทางคลินิกที่ตรวจพบ disabling cognitive หรือมี motor dysfunction ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือกิจวัตรประจำวันได้ หรือ ถ้าเป็นเด็ก ก็จะมีความผิดปกติในการพัฒนาการที่สำคัญในช่วงอายุต่างๆ โดยที่ตรวจทางน้ำไขสันหลังและตรวจทางสมองอื่นๆ หรือตรวจคพไม่พบโรคที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าวได้นอกจากมีการติดเชื้อ HIV

๙. ติดเชื้อเริม (Herpes simplex) ชนิดแพลงเรื้อรังหรือเยื่อบุนานมากกว่า 1 เดือน หรือชนิดแพร่กระจายของผิวหนัง ทั้งตัวหรืออวัยวะภายนอกในผู้ป่วยอายุเกิน 1 เดือน

วินิจฉัยโดย

ก. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น หรือ

### ๑๐. การเพาะเชื้อ หรือ

ค. ตรวจพบแอนติเจนในตัวอย่างที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น หรือ จากของเหลวที่ได้จากบริเวณที่เป็น

### ๑๐. Histoplasmosis ชนิดแพลงกระจาย ของอวัยวะต่างๆ

วินิจฉัยโดย

ก. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการ

## บริเวณที่เป็น หรือ

ข. การเพาะเชื้อ หรือ

ค. ตรวจพบแอนติเจนในตัวอย่างที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น หรือ จากของเหลวที่ได้จากบริเวณที่เป็น

**11. Isosporiasis** และมีอาการอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน

วินิจฉัยโดย การตรวจพนเปื้อในอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) หรือ ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น

**12. Kaposi's sarcoma ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ**

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการบริเวณที่เป็น

**13. Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term)**

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้จากการบริเวณที่เป็น

**14. Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term)**

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้จากการบริเวณที่เป็น

**15. Lymphoma, primary in brain**

วินิจฉัยโดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้จากการบริเวณที่เป็น

**16. Mycobacterium avium complex** หรือ โรคติดเชื้อ *M. kansasii* โดยเป็นชนิดแพร์กระจาย ซึ่งลุกลามตามอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด ผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือข้าวปอด

**17. Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary**

วินิจฉัยโดย วิธีเพาะเชื้อ

กรณีที่ไม่สามารถเพาะเชื้อได้ ก็อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้นโดยพบ Acid-fast bacilli จากการตรวจย้อมเชื้อในอุจจาระ หรือ ของเหลวจากอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณคอหรือข้าวปอด

**18. Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary**

วินิจฉัยโดย ฉายภาพรังสีปอดร่วมกับการย้อมเชื้อหรือเพาะเชื้อ

**19. Pneumonia recurrent (Bacteria)** โดยเป็นมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี

วินิจฉัยโดย ฉายภาพรังสีปอด ร่วมกับ การย้อมเชื้อหรือเพาะเชื้อ

**20. โรคปอดความจากเชื้อ *Pneumocystis carinii***

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่

### ได้มาจากการอุบัติเหตุที่เป็น

กรณีที่วินิจฉัยโดยวิธีจำเพาะดังกล่าวไม่ได้ ก็อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้น โดยตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ ร่วมกันทั้ง 3 ประการ คือ

ก. มีประวัติขอบหนึ่งอยู่เมื่อออกกำลัง หรือไอแห้งๆ ภายในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ร่วมกับ

- ข. ภาพเอ็กซ์เรย์ของปอดพบเป็น diffuse bilateral interstitial infiltration ร่วมกับ
- ค. ไม่พบสาเหตุของโรคปอดบวมจากการติดเชื้ออื่นๆ

### 21. โรคติดเชื้อ *Penicillium marneffei*

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการอุบัติเหตุที่เป็น หรือ การเพาะเชื้อ

### 22. Progressive multifocal leukoencephalopathy

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการอุบัติเหตุที่เป็น

### 23. เป็น *Salmonella septicemia* ซ้ำๆ (มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี)

วินิจฉัยโดย การเพาะเชื้อขึ้นในกระถางเลี้อด

### 24. Toxoplasmosis ในสมอง ในผู้ป่วยเด็กอายุเกิน 1 เดือน

วินิจฉัยโดย การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histology หรือ cytology) ดูชิ้นเนื้อที่ได้มาจากการอุบัติเหตุที่เป็น

กรณีที่วินิจฉัยจำเพาะโดยวิธีดังกล่าวไม่ได้ ก็อาจวินิจฉัยด้วยวิธีเบื้องต้น โดยตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ ทั้ง 3 ประการ คือ

ก. พบรความผิดปกติเฉพาะที่ทางระบบประสาทที่เข้าได้กับการมีพยาธิสภาพในสมอง หรือสติสัมปชัญญะเสื่อม ร่วมกับ

ข. การตรวจเนื้อสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT scan.) พบรักษาพยาธิสภาพที่มีลักษณะเป็นก้อนหรือนิดสารทึบแสงแล้วหายภาพรังสี จะพบพยาธิสภาพเป็นก้อนทึบ ติดสารทึบแสงเป็นวงที่ขوبก้อน ร่วมกับ

ค. ตอบสนองดีต่อการรักษา Toxoplasmosis หรือ พบรแอนติบอดี้ (IgG.) ในเลือด และในน้ำไขสันหลังต่อเชื้อ Toxoplasma

### 25. Wasting syndrome (emaciation, slim disease)

วินิจฉัยโดย ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 10 ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

ก. มีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง (ถ่ายเหลวตั้งแต่วันละ 2 ครั้งขึ้นไป) หรือ

ข. มีไข้เรื้อรังตลอดเวลาหรือเป็นพักๆ

โดยที่อาการหั้งหมดต้องเป็นอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 30 วัน และไม่มีสาเหตุอื่นใด (เช่น มะเร็ง วัณโรค, cryptosporidiosis หรือ Enteritis ชนิดอื่นๆ) นอกเหนือไปจากการติดเชื้อเอ็ดส์

## ประเภทที่ 2

### ผู้ป่วยเป็นเอดส์ทั่วไปจักษุจากพนจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร (AIDS Diagnosed by CD4 count)

พิจารณาจากการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วย ประกอบกับ ตรวจพบ CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง (เพื่อเป็นการยืนยันเนื่องจากมีการคลาดเคลื่อนของการตรวจได้ง่าย) ในกรณีไม่ปรากฏโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ หรือการวินิจฉัยโดยอาศัยโรค หรือกลุ่มอาการอื่นๆ ยังไม่แน่นอน

## ประเภทที่ 3

### การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นเอดส์ในทารกที่ติดเชื้อจากมารดา (Pediatric AIDS)

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย สามารถทำได้โดยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 กรณี ดังนี้

#### **ประเภทที่ 3 ก. การวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 เดือน**

ใช้ในการวินิจฉัยทารกอายุต่ำกว่า 15 เดือน ซึ่งคลอดจากมารดาติดเชื้อ HIV โดยผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่นๆ รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรง ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ถ้าตรวจพบ Major signs และ Minor signs อย่างละ 2 ข้อ

##### **Major signs**

###### **1. Weight loss or failure to thrive with or without delay development**

วินิจฉัยโดย น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 หรือเลี้ยงไม่ได้ หรือมีภาวะขาดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับระดับสอง อาจมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางพัฒนาการ

###### **2. Chronic or recurrent diarrhoea more than 1 month**

ผู้ป่วยมีประวัติถ่ายเหลว 2 ครั้งขึ้นไปต่อวัน เรื้อรังหรือเป็นๆ หายๆ นานมากกว่า 1 เดือน

###### **3. Chronic or recurrent fever more than 1 month**

ผู้ป่วยมีประวัติไข้เรื้อรังหรือไข้เป็นๆ หายๆ นานมากกว่า 1 เดือน อาการแสดงนี้ในบางรายจะปรากฏชัดเจนขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดคำนิยามของไข้คือ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า หรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส

###### **4. Persistent or severe or recurrent lower respiratory tract infection**

ผู้ป่วยมีปัญหาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่รุนแรงมาก หรือมีอาการต่อเนื่องกัน

ร่วมกับการรังสีปอด แสดงลักษณะ bilateral reticulonodular interstitial pulmonary infiltration ติดต่อกันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปโดยที่ไม่พบเชื้อเอ็นไซด์และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือมีอาการเกิดขึ้นซ้ำๆ ในทำแท่งเดิมหรือทำแท่งใหม่ (recurrent episodes) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี หลังจากรักษาหายในครั้งก่อน

### **Minor signs**

#### **1. Generalized lymphadenopathy or hepatosplenomegaly**

ต่อมน้ำเหลืองนอกเหนือบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1 เซนติเมตร ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้อศอกโต (ไม่กำหนดขนาด) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1.5 เซนติเมตร เมื่อรวมกันแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ทำแท่งขึ้นไป (ถ้าเป็น 2 ข้างในทำแท่งเหมือนกันให้นับเป็น 1 ทำแท่ง) หรือ คลำได้ดับและหรือม้าม บริเวณต่ำกว่าชายโครงขวาโตมากกว่า 2 เซนติเมตร

#### **2. Oral thrush**

ตรวจพบการติดเชื้อ candida albican ในเยื่อบุปาก

#### **3. Repeated common infections**

มีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงซ้ำๆ หลายครั้ง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ คออักเสบ

#### **4. Chronic cough**

มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันนานมากกว่า 1 เดือน ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (กรณีเลือก Major sign ข้อ 4 ไม่สามารถใช้อาการนี้เป็น Minor sign)

#### **5. Generalized dermatitis**

มีผื่นที่ผิวหนังทั่วตัว ลักษณะผื่นแดงอักเสบคล้ายผื่นแพ้เรื้อรัง

#### **6. Confirmed maternal or children HIV infection**

มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ HIV ในมารดาขณะตั้งครรภ์ หรือก่อนคลอด หรืออยู่ในยังการติดเชื้อ HIV ในเด็ก หรือตรวจพบแอนติบอดี้ในเด็ก

### **ประเภทที่ 3 บ. การวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็ก เสียชีวิตขณะอายุน้อยกว่า 15 เดือน**

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อ HIV ในมารดาขณะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด หรือตรวจพบ HIV แอนติบอดี้ ซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือน จะวินิจฉัยว่ามีอาการโรคเอดส์เมื่อตรวจพบ 1 Major sign และ 1 Minor sign ข้างต้น

### **ผู้ติดเชื้อที่ป่วยอาการ (Symptomatic HIV patient)**

พิจารณาจากมีการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วยร่วมกับมีอาการของโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกันแต่ยังไม่ถึงขั้นที่เข้าข่ายกลุ่มโรค 25 โรค ในการวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ เดิมขั้น

## **1. Oral candidiasis or hairy leukoplakia**

*Oral candidiasis* การติดเชื้อรานในช่องปาก คือการตรวจพบแผ่นเยื่อสีขาวในเยื่อบุช่องปากและสามารถขูดหลุดออกมากได้ หรือลักษณะของเยื่อสีขาวบนนฐานเยื่อบุที่มีการอักเสบ

*Hairy leukoplakia* การตรวจพบเยื่อสีขาวบนลิ้นและซูดไม่หลุด

## **2. โรคสวัสด (Herpes Zoster)**

เป็นโรคสวัสด บนผิวหนังที่กินบริเวณกว้างกว่า 1 dermatome

## **3. อาการผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system dysfunction)**

วินิจฉัยโดยมีอาการดังนี้

Mental confusion (temporal or spatial disorientation)

Dementia

Decrease level of consciousness (e.g. Stupor or coma)

Convulsions

Encephalitis or meningitis

Abnormal cerebellar tests (e.g. Inability to tap the index finger มากกว่า 20 ครั้ง ใน 5 วินาที )

## **4. Diarrhea for more than 1 month**

อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน คืออาการถ่ายเหลว หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า หรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน เป็นประจำ หรือเป็นๆ หายๆ ในระยะเวลานานกว่า หรือเท่ากับ 1 เดือน

## **5. Fever for more than 1 month**

มีไข้เป็นประจำหรือเป็นๆ หายๆ ในระยะเวลานานกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน

## **6. Cachexia or more than 10% weight loss**

น้ำหนักตัวลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม คือ การพบว่าน้ำหนักตัวลดไปจากน้ำหนักตัวที่เคยซึ่งไว้สูงสุดมากกว่าร้อยละ 10 โดยไม่ทราบสาเหตุ

## **7. Asthenia more than 1 month**

อาการอ่อนเพลีย, หมดแรง นานาแหน่งกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือนขึ้นไป

## **8. Persistent dermatitis more than 1 month**

ผื่นที่ผิวหนังที่เป็นเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

## **9. Anemia, lymphopenia, thrombocytopenia**

Anemia Hematocrit น้อยกว่า ร้อยละ 30 ในชาย, น้อยกว่าร้อยละ 25 ในหญิง หรือ Hemoglobin น้อยกว่า 6.8 มิลลิโมลต่อลิตร ในชาย, น้อยกว่า 6.2 มิลลิโมลต่อลิตรในหญิง

Lymphopenia คือค่า absolute lymphocyte count ต่ำกว่า 1000 เชลล์ต่อมิลลิเมตรปρอท คำนวณจากค่า WBC count คูณกับร้อยละของ lymphocyte จากการนับแยกชนิดเม็ดเลือดขาว

Thrombocytopenia คือ เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เชลล์ต่อมิลลิเมตรปρอท

#### 10. Persistent cough or any pneumonia

อาการไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน หรือโรคปอดบวมหรือปอดอักเสบ ตรวจได้จากการตรวจร่างกาย, เอ็กซ์เรย์ปอด หรือการตรวจด้วยวิธีอื่นใด

#### 11. Lymphadenopathy

ตรวจร่างกายพบต่อมน้ำเหลืองนอกบริเวณขาหนีบโต มากกว่า 1 เซนติเมตร อย่างน้อย 2 แห่ง นานไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

## 5 การให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์<sup>(23)</sup>

การให้คำปรึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับโรคเอดส์ (Clinical counselling in HIV disease) ควรจะต้องพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้ คือ

1. การให้คำปรึกษา จะสามารถเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของผู้รับคำปรึกษาให้พร้อมที่จะรับทราบผลการตรวจเลือดผู้ให้คำปรึกษาจะสามารถเป็นผู้ให้คำแนะนำความรู้ดlodจนช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา ญาติ มิตร และครอบครัว ในการปฏิบัติดน ในการนี้ที่ผลการตรวจเลือดนั้นเป็นบวก

2. ความสำคัญของการให้คำปรึกษา เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นโรคติดเชื้อที่เมื่อเป็นโรคแล้วมักถึงแก่ความตาย มักพบในกลุ่มที่อายุน้อยขาดความรู้และประสบการณ์ในชีวิต ทำให้ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาและดำเนินชีวิตที่ถูกต้องได้ ภายหลังได้รับเชื้อ ดังนั้นการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องจึงเป็นวิธีที่สำคัญในการที่จะให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

3. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักจิตวิทยา และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ได้รับการอบรมเป็นผู้ให้คำปรึกษาแล้ว และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างดี ส่วนผู้รับคำปรึกษาก็เป็นสตรีที่มารับบริการให้คำปรึกษา

4. ระยะเวลาที่ให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการ เช่น 医師หรือพยาบาลจะให้คำปรึกษา ก่อนการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ HIV และจะให้คำปรึกษาอีกครั้งหลังจากที่ทราบผลการตรวจเลือดแล้วแก่สตรี เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสตรีนั้นต่อไป

5. สถานที่ให้คำปรึกษา สถานที่ให้คำปรึกษาควรเป็นห้องเฉพาะในกรณีที่ทราบผลการตรวจว่าติดเชื้อ HIV ไม่ควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV แล้วในที่ห้องน้ำ เช่น ห้องตรวจทั่วไป, ระเบียง หรือสถานที่ทั่วไป เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับทราบ และอาจต้องการคำแนะนำหรือแนวทางการแก้ปัญหาเป็นการส่วนตัว

6. ลักษณะการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาอาจมีลักษณะดังนี้

(1) บุคคล

(2) คู่สมรส

(3) ครอบครัว

(4) กลุ่ม

การให้คำปรึกษาในลักษณะใด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น การให้คำปรึกษาแก่สตรีมีครรภ์ก่อนการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อ HIV อาจให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มได้ แต่หลังจากที่ทราบผลการตรวจแล้วถ้าติดเชื้อ HIV อาจต้องให้คำปรึกษาเป็นบุคคล หรือคู่สมรส เป็นต้น

## **6 การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV ในสตรีมีครรภ์ (Pre-test counselling)<sup>(23)</sup>**

ก่อนการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV ควรมีการให้คำปรึกษากับสตรีมีครรภ์ถึงผลดี และผลเสียของการตรวจหาเชื้อ HIV

1. ข้อดีของการตรวจเลือด

(1) การรู้ผลเลือดจะลดความกังวล

(2) สามารถวางแผนชีวิตในอนาคตได้

(3) เพิ่มการป้องกันตนเองและคู่สมรสให้ปลอดจากการติดเชื้อ

(4) สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสียของการตรวจเลือด

(1) เป็นข้อจำกัดของการทำประกันชีวิต

(2) อาจเพิ่มความกังวล

(3) เป็น social stigma ในกรณีที่ผลการตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อ HIV

(4) ความเครียดจากการเก็บรักษาความลับของผลการตรวจ

หลังจากที่ทราบถึงผลดีและผลเสียของการตรวจแล้ว สตรีมีครรภ์จะเป็นผู้ตัดสินใจว่า จะตรวจเลือดหรือไม่ โดยความสมัครใจ

## **7 การให้คำปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV ในสตรีมีครรภ์ (Post-test counselling )**

การให้คำปรึกษาหลังจากที่ทราบผลการตรวจเลือดแล้ว นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งผู้ที่ทราบผลเลือดว่าปอดติ ควรได้รับคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ทั้งตนเองและคู่สมรส และอาจนัดเจาะตรวจซ้ำอีกรอบเพื่อยืนยัน เมื่อตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป โดยเฉพาะในรายที่พิจารณาเห็นว่ามีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง<sup>(24)</sup>

ส่วนในรายที่ผลการตรวจเลือดยืนยันว่าติดเชื้อ HIV ต้องให้คำปรึกษาแนะนำแก่สตรีมีครรภ์ และหากผู้ป่วยยินยอมก็แจ้งผลให้สามีทราบ และติดตามสามีมารับบริการ แนะนำและ

รับการตรวจเลือดตามความสมัครใจด้วย ซึ่งการให้คำปรึกษาแก่สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อนั้น ต้องชี้แจงถึงโอกาสที่จะแพร่เชื้อสู่ทารกได้ถึงประมาณร้อยละ 30<sup>(7)</sup> และอธิบายถึงผลของการติดเชื้อ HIV ต่อการตั้งครรภ์และผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคเอดส์ แล้วให้สตรีมีครรภ์นั้นตัดสินใจว่าจะตั้งครรภ์ต่อหรือไม่<sup>(24-25)</sup> แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและดูแลตนเอง<sup>(24)</sup> สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแล้ว ส่วนหนึ่งจะตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ อีกส่วนหนึ่งจะตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไป<sup>(25)</sup> ซึ่งการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งของสตรีมีครรภ์ แพทย์และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขก็มีหน้าที่ให้การดูแลสตรีมีครรภ์เหล่านี้ต่อไป

ในการณ์ที่สตรีมีครรภ์นั้นตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์<sup>(25)</sup> แพทย์และพยาบาลต้องให้คำปรึกษาและอธิบายถึงวิธีการที่จะทำให้การตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลง ต้องให้ความรู้ถึงการป้องกันการติดเชื้อทั้งแก่ผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การให้กำลังใจแก่สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ตลอดจนการ support ทางด้านจิตใจ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง และหลังจากการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงแล้ว ก็ต้องให้คำปรึกษาแก่สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV (Post-termination counselling) เนื่องจากจะมีสตรีมีครรภ์ส่วนหนึ่งรู้สึกสลดหดหู่และซึมเศร้าหลังการทำแท้งได้ ในกรณีที่สตรีนั้นมีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก การปรึกษาจิตแพทย์และนักจิตวิทยา เพื่อร่วมกันดูแลรักษาเป็นสิ่งจำเป็นหลังจากทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงแล้ว การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิดและเพศสัมพันธ์ก็เป็นสิ่งสำคัญ การแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องเวลาเมื่อเพศสัมพันธ์<sup>(26-27)</sup> ตลอดจนวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง<sup>(28)</sup> ก็จะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ดีและป้องกันมิให้เกิดปัญหาการติดเชื้อ HIV ต่อไปได้

ในการณ์ที่สตรีมีครรภ์นั้นตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไป<sup>(25)</sup> ในกรณีเช่นนี้แพทย์และพยาบาลผู้ดูแลต้องวางแผนดูแลการรักษาอย่างดี ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด โดยจะต้องชี้แจงและปรึกษาหารือกับสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV อย่างใกล้ชิด เช่น การวางแผนในการดูแลสุขภาพทั่วไประหว่างตั้งครรภ์ การวางแผนเกี่ยวกับการดูแลการในกรณีที่สตรีมีครรภ์นั้นเจ็บป่วยหรือถึงแก่กรรม การวางแผนการรักษาเพื่อลดการติดเชื้อ HIV จากการดาไปสู่ทารก เช่น การรับประทานยา Zidovudine<sup>(29-30)</sup> การดูแลการคลอดและหลังคลอดอย่างถูกวิธีเพื่อลดการติดเชื้อจากการดาไปสู่ทารก การวางแผนการป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างที่ดูแลสตรีมีครรภ์เหล่านี้ สิ่งเหล่านี้จะต้องให้คำปรึกษาและแนะนำสตรีมีครรภ์ที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อไป และหลังคลอดก็จะเป็นที่จะต้องให้คำปรึกษาในเรื่องการคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยแก่สตรีมีครรภ์และสามี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง<sup>(26-27)</sup> ก็จะลดปัญหาเอ็ดส์ในสตรีมีครรภ์ลงได้ อย่างไรก็ตามเพื่อให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ภายหลังทราบผลการตรวจเลือด HIV สำหรับทีมที่ให้คำปรึกษาเป็นไปในแนวเดียวกัน และได้ให้คำปรึกษาอย่างครบถ้วน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงมีแบบสอบถามสำหรับผู้ให้คำปรึกษาเพื่อตรวจสอบว่า “ได้ให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ครบถ้วนแล้ว ดังตัวอย่างต่อไปนี้

## HIV positive counseling checklist

### ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

รายการ	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. แจ้งผลการตรวจ HIV ให้กับผู้ป่วย			
2. อธิบายถึงความหมายผลของการตรวจ HIV			
3. อธิบายถึงระยะของการติดเชื้อ HIV			
4. อธิบายถึงวิธีการติดต่อของเชื้อ HIV			
5. อธิบายถึงแนวทางการดูแลสุขภาพ			
6. อธิบายถึงการติดเชื้อ HIV จากการดาษทารก			
7. อธิบายถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ที่ต้องการทำแท้งหรือตั้งครรภ์ต่อไป			
8. อธิบายถึงการให้ยา AZT เพื่อลดการติดเชื้อ <sup>จากมารดาไปสู่ทารก</sup>			
9. อธิบายถึงการให้ดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			
10. อธิบายถึงวิธีการคุุมกำเนิดและใช้ ถุงยางอนามัยภายหลังการทำแท้งหรือการคลอด			

## 8 การติดเชื้อ HIV จากการดาษทารก

การติดเชื้อ HIV จากการดาษทารกนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังคลอด<sup>(31)</sup> แต่อย่างไรก็ตามในระหว่างตั้งครรภ์ยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่า มีการติดเชื้อในครรภ์แต่เมื่อไร จากการศึกษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี ไม่พบว่ามีการติดเชื้อ HIV ของทารกในครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 25 สัปดาห์เลย<sup>(32)</sup> อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของทารกที่ติดเชื้อ HIV จะติดเชื้อในระยะก่อนคลอดและสองในสามจะติดเชื้อในระยะคลอด และระยะหลังคลอด<sup>(33)</sup>

สำหรับอัตราการติดเชื้อ HIV จากการดาษทารก จะมีความแตกต่างกันในส่วนต่างๆ ของภูมิภาคในโลกระหว่างร้อยละ 7-39<sup>(7)</sup> โดยพบในทวีปแอฟริกาสูงถึงกว่าทวีปยุโรป<sup>(7)</sup> การติดเชื้อ HIV จากการดาษทารก โดยผ่านทางน้ำนมพบได้ประมาณร้อยละ 14<sup>(34)</sup> สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อ HIV จากการดาษทารก ได้แก่<sup>(7,31)</sup>

- อาการจากมารดา
- ปริมาณ CD4 ที่ต่ำกว่า 700 เซลล์/มล. หรือ CD4/CD8 น้อยกว่า 0.7
- พน P24 antigen ในกระแสเลือด
- ทารกคลอดก่อนกำหนด
- การใช้เครื่องมือต่างๆ ระหว่างคลอด เช่น scalp electrodes หรือการช่วยคลอด

- ด้วยคีม หรือเครื่องดูดสูญญากาศ
- 6. ทารกแฝดคนแรก
- 7. การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

## 9 การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ในสตรีมีครรภ์

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ทำการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อ HIV ในสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โดยให้คำปรึกษาก่อนที่จะเจาะเลือดทำการติดเชื้อ HIV และให้สตรีมีครรภ์เจ้าเลือดทำการติดเชื้อ HIV โดยความสมัครใจ ภายหลังจากได้ให้คำปรึกษาแล้วจึงได้ทำการตรวจคัดกรองโดยใช้ gelatin particle agglutination (GPA) ถ้าได้ผลการตรวจว่าเป็นผลบวก จะส่งตรวจเพิ่มด้วย enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) และ Western Blot เพื่อตรวจยืนยันต่อไป ถ้าผลการตรวจนัยยันแน่นอนแล้วว่ามีการติดเชื้อ HIV ก็จะให้คำปรึกษาโดยใช้แบบสอบถาม HIV positive counseling checklist และนัดให้สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV มาตรวจในคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงต่อไป<sup>(7)</sup>

## 10 ผลของการตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อ HIV

ในระหว่างตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์จะอยู่ในภาวะ immunosuppressive effect โดยจะพบว่าระบบภูมิคุ้มกัน cell-mediated immune response จะมีประสิทธิภาพลดลง จำนวนลิมโฟไซต์ในเลือดของสตรีมีครรภ์จะลดลงทั้งจำนวนและประสิทธิภาพ จำนวน T4 cell ก็จะลดลงด้วยในขณะที่ T8 cell มีจำนวนปกติ นอกเหนือนี้ฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ เช่น human chorionic gonadotrophin (hCG), alpha-fetoprotein (AFP), hydrocortisone เป็นต้น ก็จะทำให้หน้าที่ phagocytosis และ lymphokine activation ของ macrophage มีประสิทธิภาพลดลง ซึ่งอาจทำให้สตรีมีครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ได้ง่ายขึ้น<sup>(35)</sup> อย่างไรก็ตามจากการรวบรวมข้อมูลของสถาบันต่างๆ พบว่า มารดาที่ติดเชื้อ HIV โดยยังไม่มีอาการจะยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนว่าการตั้งครรภ์มีผลกระทบโดยตรงต่อการติดเชื้อ HIV นอกจากนี้ยังพบอีกว่าระบบภูมิคุ้มกัน humoral immune response ในมารดาที่ติดเชื้อ HIV โดยยังไม่มีอาการจะไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมารดาเหล่านี้ยังสามารถตอบสนองต่อวัคซีนที่ฉีดเข้าไปโดยสามารถสร้างภูมิคุ้มกันทางโกรไได้เหมือนคนทั่วไปที่ไม่ได้ตั้งครรภ์<sup>(35)</sup>

## 11 ผลการติดเชื้อ HIV ต่อการตั้งครรภ์

จากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อ HIV ในมารดา มีความสัมพันธ์กับการคลอดทางกแรก เกิดน้ำหนักน้อย การคลอดก่อนกำหนด มาตรฐานอักษะเด็กคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบอีกว่าจำนวนการถ่ายทอดในมารดาที่ติดเชื้อ HIV มีแนวโน้มสูงกว่ามารดาทั่วไป แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(36)</sup>

## 12 การดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV<sup>(7)</sup>

### 1. การดูแลในระหว่างตั้งครรภ์

(1) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินของโรคโดยให้ผู้ป่วยรู้ถึงระยะต่างๆ ของโรค วิธีการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกและโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารกในครรภ์ เพื่อให้สตรีมีครรภ์เลือกที่จะดำเนินชีวิตอย่างไร ตลอดจนตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ว่าจะยุติการตั้งครรภ์ หรือจะให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป

(2) การตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ตลอดจนการติดเชื้อต่างๆ ซึ่งสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อควรได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจภายใน ตลอดจนตรวจเลือดเพื่อสืบค้นหารอยติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น วัณโรค ไซโตเมเกกะโลไวรัส หรือท็อกโซ-พลาสม่า เป็นต้น

(3) การตรวจนับจำนวนเซลล์ CD4 ในสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรที่จะได้หาปริมาณเซลล์ CD4 ในผู้ป่วยอยู่เสมอ ถ้าปริมาณเซลล์ CD4 ลดลงต่ำกว่า 700 เซลล์/มล. โอกาสที่ทารกจะติดเชื้อในครรภ์ก็จะเพิ่มสูงขึ้น และถ้าลดลงต่ำกว่า 200 เซลล์/มล. จะต้องระวังการติดเชื้อจุลย์อุกกาส เช่น Pneumocystis carinii ควรที่จะได้ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อจุลย์อุกกาส

(4) ติดตามดูอาการของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ว่าเริ่มมีอาการของโรคเอดส์หรือไม่ เพื่อที่จะได้ให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ ของโรค

#### (5) การใช้ยาต้านไวรัสในระหว่างตั้งครรภ์

มีการศึกษาของกลุ่ม ACTG 076 โดยการให้ยา zidovudine ในสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV โดยให้ยา zidovudine ในขนาด 100 มก. กินวันละ 5 ครั้ง ในระหว่างอายุครรภ์ 14-34 สัปดาห์ และให้ต่อไปจนเจ็บครรภ์คลอด ในขณะคลอดให้ยา zidovudine ทางหลอดเลือดดำโดยให้ยาครั้งแรกในขนาด 2 มก./กก. น้ำหนักตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และให้ 1 มก./กก./ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หลังจากนั้นให้ยา zidovudine แก่ทารกแรกเกิด โดยให้เป็นชนิดน้ำเชื่อมในขนาด 2 มก./กก. กินทุก 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยเริ่มให้ภายในระยะเวลา 8-12 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าการติดเชื้อจากการถ่ายทอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(29)</sup>

อย่างไรก็ตาม การให้ยา zidovudine ตามกลุ่ม ACTG 076 ก็นับว่ามีความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูง ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ทำการศึกษาโดยให้ยา zidovudine ขนาด 250 มก. รับประทานหลังอาหาร เช้า-เย็น แก่สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV โดยเริ่มให้ตั้งแต่อายุครรภ์ครบ 36 สัปดาห์ จนกระทั่งเจ็บครรภ์คลอด โดยมิได้ให้ยาในระหว่าง

คลอดและไม่ได้ให้ยาแก่ทารก จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าสตรีมีครรภ์มี compliance สูง, อาการแทรกซ้อนน้อย และไม่พบว่าทารกที่คลอดมีความผิดปกติแต่ประการใด<sup>(37)</sup> นอกจากนี้ยังตรวจไม่พบ HIV antigen ด้วยวิธี PCR ในทารกแรกเกิดภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งแสดงว่าวิธีการให้ยาในลักษณะนี้จะสามารถป้องกันการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ได้<sup>(38,39)</sup> แต่การติดเชื้อในระยะคลอดคงต้องดิตตามการเหล่านี้ต่อไปว่า จะสามารถลดอัตราการติดเชื้อลงได้เท่าไรซึ่งขณะนี้กำลังดิตตามการเหล่านี้อยู่เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของยาต่อไป

## 2. การดูแลในระยะคลอด<sup>(24,40)</sup>

- (1) ให้บริการคลอดตามมาตรฐานการดูแลการคลอดทั่วไป
- (2) ใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อและแพร่เชื้อจากเลือด น้ำเหลือง และสิ่งคัดหลัง (Universal precautions) เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อไวรัสอื่นๆ เช่น ตับอักเสบ เป็นต้น
- (3) เตรียมสถานที่เฉพาะสำหรับการคลอด ถ้าไม่สามารถแยกห้องเป็นสัดส่วนได้ให้ใช้ห้องติดเชื้อ
- (4) กลุ่มที่ไม่เคยฝากรรภ ควรเจาะเลือดตรวจหา HIV antibody ทุกราย โดยใช้หลักเดียวกับการตรวจในระยะฝากรรภคือ มี pre-test counselling และ post-test counselling และเก็บ cord blood ส่งตรวจหา HIV antibody
- (5) ทำความสะอาดโดยวิธีที่มีบาดแผลต่อมารดาและทารกน้อยที่สุด ถ้าจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง มีห้ามเจ็บต่อมารดาและทารก
- (6) การเย็บแผลคร่าวิชีที่ลดการติดเชื้อมากที่สุด (Subcuticular stitches)
- (7) แชร์กในน้ำยา Sodium hypochlorite 0.5% หรือ Formaldehyde 4%
- (8) แช่เครื่องมือหัตถการใน Sodium hypochlorite 0.5% นาน 30 นาที และดับในน้ำเดือด 10-20 นาที กรณีที่เครื่องมือต้มนั้นดัมไม่ได้ให้แช่น้ำยา Glutaraldehyde 2% หรือ Ethanol 70%
- (9) หากมีหัตถการพิเศษ เช่น Intrauterine catheterization, Fetal scalp electrodes, Fetal blood sampling ให้รับมัตระวังพิเศษ เพราะเป็นการเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปสู่ทารก ถ้าหลีกเลี่ยงได้ควรจะหลีกเลี่ยงหัตถการเหล่านี้

อย่างไรก็ตาม มีรายงานจาก European Collaborative Study ว่า การผ่าตัดห้องคลอดจะลดอัตราการติดเชื้อ HIV จากการดาษทารกได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(41)</sup> ดังนั้น การผ่าตัดห้องคลอดในสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จึงควรที่จะทำในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

## 3. การดูแลในระยะหลังคลอด<sup>(24,40)</sup>

- (1) ดูแลโดยใช้มาตรการเช่นเดียวกับผู้คลอดทั่วไปและใช้หลัก Universal precautions
- (2) หากต้องการทิ้งภาชนะ เครื่องใช้ส่วนตัว ที่เปื้อนเลือดหรือสิ่งคัดหลัง ต้องแช่ใน

ภาชนะที่มี 0.5-1% Sodium hypochlorite หรือน้ำผงซักฟอกบรรจุอยู่ก่อน

(3) โดยปกติแล้ว ผู้ติดเชื้อ HIV ทั่วไป พักร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้ แต่ในกรณีของผู้ป่วยหลังคลอดซึ่งติดเชื้อ HIV ควรจัดให้พักเป็นสัดส่วนเฉพาะหรือแยกห้อง (ถ้าทำได้) ในกรณีที่ผิดปกติ เช่น

- มีเลือดออกได้ง่าย
- ควบคุมการขับถ่ายบํารุงภาวะไม่ได้หรือท้องเดินรุนแรง
- มีบาดแผลหรือระยะหลังการผ่าตัด
- ไม่รู้สึกดี
- เป็นโรคผิวหนังที่มีหนองหรือน้ำเหลือง
- มีอาการทางสมอง
- มีการติดเชื้อที่แพร่กระจายหรือติดง่าย เช่น T.B. Pneumocystis Carinii Pneumonia

(4) กระดุนให้ผู้ติดเชื้ออาบน้ำชำระร่างกาย เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคตามผิวหนัง ทำความสะอาดในช่องปาก คอ เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดเชื้อรา

(5) กรณีที่ระยะหลังคลอดบังมีสิ่งคัดหลัง หรือมีเลือดออก หากต้องการพบญาติหรือคนอื่นๆ ก็อนุญาตให้ญาติหรือคนอื่นๆ เยี่ยมได้ตามปกติ และควรย้ำให้รับมัดระวังการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นๆ

(6) พิจารณาใช้เครื่องมือที่เป็น Disposable เมื่อเห็นว่าเหมาะสม เช่น Disposable syringe และ needles แล้วทําลายด้วยการเผา

(7) การส่งตัวอย่างตรวจทางห้องทดลอง ต้องใช้ขวดที่มีฝาปิดมิดชิด แล้วบรรจุในถุงพลาสติก ผู้รับต้องล๊อชั่น จำนวน 2 ชั่น แล้วนำส่ง มีเครื่องหมายสัญลักษณ์ติดไปกับสิ่งส่งตรวจแสดงว่าเป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวังแบบ “blood & body fluid precautions” และควรนำส่งโดยทางในภาชนะแข็ง เช่น ตะกร้าหรือกล่องแข็ง

(8) ถ้ามีการดูดเสมหะ ให้ใช้ขวดบรรจุเสมหะที่ใส Sodium hypochlorite ชนิดเข้มข้น 100 cc. สำหรับขวดบรรจุ 1,000 cc.

(9) การทำความสะอาดห้องพักและอุปกรณ์เครื่องใช้ ให้ใช้ Sodium hypochlorite 0.5-1% หรือ Chlorox 1:10 หรือสารชนิดอื่นที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน

(10) เลือด อุจจาระ บํารุงภาวะ และสิ่งคัดหลังอื่นๆ เทลงในระบบกำจัดน้ำเสีย สำหรับผ้าเปื้อนนั้น แยกใส่ถุงส่งซักแบบผ้าติดเชื้อ ควรแช่ใน Sodium hypochlorite 0.5-1% ก่อนซัก

(11) ควรให้การบริการฯ แนะนำให้หยอดหลังคลอดด้ดสินใจเองว่าต้องการบอกรอบครัวหรือไม่

(12) ให้การปรึกษาแนะนำแก่บุคคลในครอบครัว ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อต้องการจะบอกให้ทราบ

(13) แนะนำให้ซักชวนสามีใช้ถุงยางอนามัย ถ้าจะมีเพศสัมพันธ์

(14) แนะนำไม่ให้หญิงเลี้ยงบุตรด้วยตนเอง เว้นแต่กรณีที่มีข้อจำกัดซึ่งไม่สามารถห้ามชนิดอื่นมาทดแทนได้

(15) แนะนำให้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และสะอาด ระมัดระวังการอับชื้น เพราะเป็นบ่อเกิดของเชื้อรา ซึ่งหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอ็ดส์ จะมีความไวต่อการติดเชื้อเหล่านี้

(16) ชี้แจงให้แม่รู้ว่า ลูกมีโอกาสติดเชื้อ HIV ประมาณ 1 ใน 3 ต้องตรวจเลือดยืนยันเมื่อลูกอายุครบ 18 เดือน

(17) ถ้าผู้ป่วยถึงแก่กรรม ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยปกติที่ถึงแก่กรรม และต้องรวมถุนเมือ และผ้ายางกันเปื้อน หลีกเลี่ยงการฉีดศพด้วย Formalin ถ้าจำเป็นต้องทำ ให้ระวังให้มาก เนื่องจากเวลาจึงต้องใช้แรงดันสูงอาจทำให้เลือดพุ่งกระจายดังที่ใช้ Universal precautions

(18) วิธีการเก็บศพ ต้องห่อด้วยพลาสติกที่ไม่มีรอยร้าวซ้อน 2 ชั้น มัดแล้ว รัดให้แน่นและอธิบายให้ญาติเข้าใจ และนำไปทำพิธีทางศาสนาได้ตามปกติ

## 13 วิธีการคุมกำเนิดกับโรคเอดส์<sup>(7)</sup>

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้น วิธีการคุมกำเนิดที่จะใช้ควรควบคู่ไปกับการป้องกันโรคเอดส์ โดยแบ่งผู้คุมกำเนิดออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสามีภรรยาที่มีชีวิตทางเพศแบบผัวเดียวเมียเดียว ซึ่งวิธีการคุมกำเนิดยังคงยึดหลักการมีบุตรเมื่ออายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี เว้นระยะห่างการมีบุตรอย่างน้อย 2 ปี

2. กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ได้แก่ กลุ่มที่มีพฤติกรรมสำหรับทางเพศ กลุ่มที่ขายบริการทางเพศ กลุ่มที่เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อยๆ ความมีหลักเกณฑ์ในการคุมกำเนิดดังนี้

- ก. ไม่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
- ข. ป้องกันการรับเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ค. ป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. กลุ่มที่ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือผู้ป่วยเอดส์ ควรมีหลักเกณฑ์ในการคุมกำเนิดดังนี้

- ก. ไม่เพิ่มการรับเชื้อ HIV
- ข. ป้องกันการแพร่เชื้อ HIV
- ค. ไม่ทำให้โรคเอดส์ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น
- ง. ไม่เสื่อมประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดจากปฏิกิริยาของโรคเอดส์

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว และวิธีการคุมกำเนิดที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถบรรลุหลักเกณฑ์ดังๆ ดังกล่าวได้ครบ จึงมีความจำเป็นต้องประยุกต์วิธีการคุมกำเนิดเพื่อนำมาใช้ให้ได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

## 1. ถุงยางอนามัยชั้ย<sup>(7)</sup>

ถุงยางอนามัยเป็นถุงยางที่คลุมองคชาตในขณะร่วมเพศ เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำอสุจิสัมผัสช่องคลอดขณะหลัง ส่วนใหญ่ทำจากยาง ซึ่งมีความหนาเท่ากันตลอด ทำให้มีโอกาสแตกน้อยกว่าถุงยางอนามัยที่ทำจากทางเดินอาหารและ

### การใช้ถุงยางอนามัยควรปฏิบัติตามนี้

- ก. ควรเก็บถุงยางอนามัยไว้ในที่แห้งและเย็น
- ข. ควรซักห่ออย่างระมัดระวัง
- ค. ห้ามทดสอบถุงยางอนามัยก่อนใช้โดยการยืดหรือเป่า
- ง. ไม่ควรใช้สารหล่อลื่นบางชนิด เช่น น้ำมันพืช, mineral oil, petroleum-base product เพราะจะทำให้ถุงยางเสื่อมคุณภาพ ถ้าจะใช้แนะนำให้ใช้ K-Y jelly
- จ. ก่อนใส่ถุงยางอนามัยควรบีบเลือกอากาศที่ปลายนิ้วออกก่อน เพื่อป้องกันการแตกขณะร่วมเพศ
- ฉ. ควรสวมถุงยางอนามัยก่อนที่จะมีการสัมผัสระหว่างอวัยวะเพศของคู่เพศสัมพันธ์ และสวมในขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว
- ช. ควรถอนองคชาตทันทีหลังการหลังอสุจิ ยึดปลายถุงไว้ขณะถอดเพื่อป้องกันถุง-ยางอนามัยหลุดและป้องกันน้ำอสุจิล้นออกแบบบริเวณอวัยวะสีบพันธุ์ภายนอก

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง<sup>(42)</sup> ถุงยางอนามัยบางชนิดมีสาร nonoxynol-9 สามารถฆ่าเชื้อ HIV ได้ ถ้าใช้ถุงอย่างอนามัยอย่างถูกต้อง<sup>(43,44)</sup> นอกจากนี้แล้วยังสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นๆ ได้อีกด้วย เช่น เริม ไซโตเมกกะโลไวรัส หนองใน หนองในเทียม ชิฟิลิส แผลเริมอ่อน ไวรัสตับอักเสบบี จากการศึกษาของ Senanayake<sup>(43)</sup> ศึกษากลุ่มหญิงขยายบริการทางเพศที่ไม่ใช้ถุง-ยางอนามัย พบร่วมมือการติดเชื้อ HIV 1 ใน 3 วิวัฒน์ โรงพยาบาล ศึกษาโครงการถุงยางอนามัย 100% ในกลุ่มหญิงขยายบริการทางเพศในจังหวัดสมุทรสาครพบว่า เมื่อเริ่มโครงการ (เม.ย. 2534) มีอัตราการติดเชื้อ HIV ร้อยละ 13 ต่อมา (ก.ค. 2534) ไม่พบการติดเชื้อ HIV<sup>(20)</sup> จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีจะช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### การป้องกันการตั้งครรภ์

ถ้าใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีจะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ พบร่วมมือการตั้งครรภ์เพียง ร้อยละ 0.5-2.0<sup>(7)</sup>

## 2. ถุงยางอนามัยสตรี<sup>(45)</sup>

ถุงยางอนามัยสตรีจะมีลักษณะเป็นถุงโปร่งแสง ทำจากโพลียูรีเทน ซึ่งทนทานและบางกว่ายาง มีรูปทรงกรวยออก มีความยาว 2 ขนาด คือ 15 ซม. และ 17 ซม. มีร่องแหวนวงใน

ติดกับปากมดลูกเป็นปลายปิด เส้นผ่าศูนย์กลาง 5 ซม. และวงแหวนนอกบีดกับปากช่องคลอด เป็นปลายเปิด เส้นผ่าศูนย์กลาง 8 ซม.

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

การใช้ถุงยางอนามัยสตรี ถ้าใช้อุ่งถูกต้องและสม่ำเสมอจะสามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ ส่วนการยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยสตรีในประเทศไทยอังกฤษพบว่า ฝ่ายชายยอมรับร้อยละ 54 ฝ่ายหญิงยอมรับร้อยละ 50<sup>(45)</sup> ส่วนในประเทศไทยอเมริกาพบว่ามีการใช้หรือแนะนำให้ผู้อื่นใช้เพื่อป้องกันโรคเอดส์ร้อยละ 82 สำหรับในประเทศไทย สภานี จิวัศักดิ์อภิวัฒน์<sup>(4)</sup> ศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีหญิงในกลุ่มแม่บ้านยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยสตรีร้อยละ 32 สำหรับเหตุผลที่ไม่ยอมรับเนื่องจากไม่สะดวกในการใช้ มีขนาดใหญ่ใช้แล้วเจ็บ สามีไม่ยอมรับ จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ควรรณรงค์ให้มีการยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยสตรี เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV ต่อไป

### การป้องกันการตั้งครรภ์

การใช้ถุงยางอนามัยสตรีอย่างถูกวิธีจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง การศึกษาในประเทศไทยอเมริกา พบว่ามีโอกาสตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 3<sup>(7)</sup>

## 3. ยาฆ่าอสุจิและฟองน้ำคุณกำเนิด

ยาฆ่าอสุจิที่ใช้และสามารถฆ่าเชื้อ HIV ได้คือ nonoxynol-9, nonoxynol-11, menfegol chlorhexidine, benzalkonium chloride ทำในรูปยาสอดช่องคลอด โฟม หรือแผ่นพิล์มบางๆ ที่ละลายได้ในช่องคลอด รวมทั้งชนิดสอดแทรกอยู่ในฟองน้ำสำหรับสอดช่อง-คลอดที่เรียกว่า Today sponge ทำจากโพลียูรีเทนและเมียฆ่าอสุจิ จึงเหมาะสมสำหรับหญิงขยายบริการทางเพศที่ฝ่ายชายไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

ได้มีการแนะนำให้ใช้ยาฆ่าอสุจิในการป้องกันการติดเชื้อ HIV เนื่องจาก nonoxynol-9 สามารถฆ่าเชื้อ HIV ได้โดยไปทำลาย cell membrane และ viral envelope ของเชื้อ HIV และยังสามารถลดการติดเชื้อหนองใน หนองในเทียม และทริโโคโนแนลได้<sup>(47,48)</sup> ซึ่งพบว่าการติดเชื้อเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการติดเชื้อ HIV แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ nonoxynol-9 อาจทำให้เกิดแพลงในอวัยวะสืบพันธุ์เพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูงขึ้นเล็กน้อย<sup>(48)</sup>

### การป้องกันการตั้งครรภ์

พบว่าการใช้ฟองน้ำคุณกำเนิดและยาฆ่าอสุจิมีโอกาสตั้งครรภ์สูงกว่าการใช้ถุงยาง-อนามัยชาย โดยพบว่ามีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 3

## 4. หมวดยางกันช่องคลอดและหมวดยางครอบปากมดลูก<sup>(7)</sup>

หมวดยางกันช่องคลอดและหมวดยางครอบปากมดลูกเป็นสิ่งกีดขวางที่ใส่ไว้ในช่องคลอดเพื่อกันไม่ให้อสุจิเข้าไปสัมผัสถกับปากมดลูก หมวดยางกันช่องคลอดมีขนาดตั้งแต่ 50-105 มม.

ชนิดที่นิยมใช้มีขนาด 65-80 มม. มีขอบเป็นขดสปริง ส่วนหัวยางครอบปากมดลูกมีรูปร่างคล้ายหมวก ขนาด 22-31 มม. ทำจากยาง พลาสติกแข็งหรือโลหะ ส่วนใหญ่ทำจากยาง

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

หมายความว่าหัวของคลอดและหัวยางครอบปากมดลูก ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ เนื่องจากจะครอบเพียงปากมดลูก ซึ่งจะไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อในช่องคลอดได้ดังนั้น การใช้จึงไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อเชื้อเอชไอวีได้<sup>(43)</sup> แต่อาจเพิ่มการติดเชื้อ HIV เนื่องจากทำให้เกิดแผลในช่องคลอดได้

### การป้องกันการตั้งครรภ์

ถ้าใช้อย่างสมำเสมอ พบร่วมมือกับสัตตั้งครรภ์อย่างน้อย 3

## 5. ยาเม็ดคุมกำเนิด<sup>(50)</sup>

ยาเม็ดคุมกำเนิดประกอบด้วยออร์โนน 2 ชนิด คือ เอสโตรเจน และโพเรเจสเตอโรน โดยเอสโตรเจนช่วยยับยั้งการหลั่ง FHS ทำให้ไข่ไม่เจริญเติบโต เพิ่มฤทธิ์ของโพเรเจสเตอโรน ต่อเนื้อเยื่อเป้าหมาย และช่วยลดปัญหาเลือดออกทางช่องคลอด กะปริดกะปรอยจากการใช้ โพเรเจสเตอโรน สำหรับโพเรเจสเตอโรนทำหน้าที่ยับยั้งการหลั่ง FHS และ LH ทำให้มีการตกไข่ และมุกบริเวณปากมดลูกเหนี่ยวขัน อสุจิไม่สามารถแทรกกว่าผ่านได้ และทำให้เยื่อบุ-มดลูกฟ้อ ไม่เหมาะสมแก่การฝังตัวของตัวอ่อน

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

ยาเม็ดคุมกำเนิดไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ และผลของยาเม็ดคุมกำเนิด ต่อการติดเชื้อ HIV ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน Plourde และคณะ<sup>(51)</sup> ศึกษาพบว่า การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูงขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ Allen และคณะ<sup>(52)</sup> ศึกษาพบว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ก็เนื่องมาจากการปลิ้นของปากมดลูกหรือมีเลือดออกกะปริดกะปรอยจากการกินยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด progestins only pill<sup>(50)</sup> แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในแบบ ตัวต่อตัวหรือย้อนหลัง ซึ่งจะมีคดีในการวิจัยได้มาก ดังนั้นจึงยังสรุปไม่ได้วายยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูงขึ้น<sup>(42,50)</sup>

### การป้องกันการตั้งครรภ์

พบร่วมมือกับสัตตั้งครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 1

## 6. ยาฉีดและยาฝังคุมกำเนิด<sup>(44,50)</sup>

ยาฉีดและยาฝังคุมกำเนิดประกอบด้วยโพเรเจสเตอโรน ยาฉีดคุมกำเนิด ได้แก่ depo medroxy progesterone acetate (DMPA) ขนาด 150 มก. ฉีดเข้ากล้ามทุก 3 เดือน และ norethisterone enantate (Net-En) ขนาด 200 มก. ฉีดเข้ากล้ามทุก 2 เดือน ส่วนยาฝัง-คุมกำเนิดที่นิยมใช้คือ Norplant (ชนิด 6 หลอด ประกอบด้วย levonorgestrel สำหรับผู้ไว้

ได้ผิวนัง ออกฤทธิ์นาน 5 ปี ซึ่งทั้งยาฉีดและยาผังคุมกำเนิดจะช่วยยับยั้งการตกลง มนูกบริเวณปากมดลูกให้เห็นชัดขึ้น และเปลี่ยนแปลงเยื่อบุโพรงมดลูก

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

ยาฉีดและยาผังคุมกำเนิดไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV แต่อาจทำให้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ HIV ได้ เนื่องจากเลือดออกจะปริดกะปรอยทางช่องคลอด และจากการบังตัวของเยื่อบุโพรงมดลูกและผนังช่องคลอด หรือจากการใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อ HIV<sup>(44)</sup> Rehle และคณะ<sup>(27)</sup> ศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น พบว่าการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Allen และคณะ<sup>(53)</sup> ก็พบความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน แต่จากรายงานการศึกษาของ Nzila และคณะ<sup>(54)</sup> ใน Kinshasa ไม่พบว่ามีการติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นในผู้ที่ฉีดยาคุมกำเนิด<sup>(54)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ<sup>(42)</sup>

### การป้องกันการตั้งครรภ์

ยาฉีดและยาผังคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง มีโอกาสตั้งครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 1 การใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ก็พบว่าได้ผลดี<sup>(55)</sup>

## 7. ห่วงอนามัย

ห่วงอนามัยมี 2 ชนิด คือ

ก. Non-medicated IUD

ข. Medicated IUD

เมื่อนำห่วงอนามัยเข้าสู่โพรงมดลูก จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบโต้ที่เยื่อบุโพรงมดลูก ก่อให้เกิดการบันยั้งการวายของอสุจิ เปเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนตัวของไข่และป้องกันการปฏิสนธิ

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

ห่วงอนามัยไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ และการใส่ห่วงอนามัยไม่เหมาะสม สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เพราะการใส่ห่วงอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูงขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากการใส่ห่วงอนามัยทำให้มีเลือดออกกะปรอย มี inflammatory response มีจำนวนเม็ดเลือดขาวในเยื่อบุโพรงมดลูกมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การใส่ห่วงอนามัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้น<sup>(45,50,56)</sup>

### การป้องกันการตั้งครรภ์

ห่วงอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้สูง โดยพบมีโอกาสตั้งครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 1

## 8. การทำหมันชายและหมันหญิง<sup>(7)</sup>

การทำหมันชายและหมันหญิง คือการผ่าตัดหัตโน้มอสุจิหรือหัตโนมายี เพื่อเป็นการคุมกำเนิดอย่างถาวร

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

การทำหมันชายและหมันหญิงไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้<sup>(44)</sup>

## ตารางที่ 6 วิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ และประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดและการป้องกันการติดเชื้อ HIV

วิธีคุมกำเนิด	ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด	ประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ HIV
1. ถุงยางอนามัย	++++	++++
2. ยาเม็ดคุมกำเนิด	+++	0
3. ยาฉีด/ยาฝังคุมกำเนิด	+++	0/-
4. ห่วงอนามัย	+++	-
5. ยาฆ่าอสุจิและฟองน้ำคุมกำเนิด	++	+
6. หมากยางกันช่องคลอดหรือ ครอบปากมดลูกร่วมกับยาฆ่าอสุจิ	++	0/-
7. การทำหมันชาย/หญิง	+++	0
8. การดูดร่วมเพศบางช่วงเวลาและ วิธีหลั่งภายนอก	++	0
9. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา		
- 6 เดือนแรกหลังคลอด	++	0
- มากกว่า 6 เดือนหลังคลอด	+	0

หมายเหตุ 0 หมายถึง ไม่มีประสิทธิภาพ

- หมายถึง ไม่มีประสิทธิภาพและอาจทำให้เกิดการแพร่เชื้อ HIV มา กขึ้น

+ หมายถึง ประสิทธิภาพจากน้อย (+) ไปมาก (++++)

### การป้องกันการตั้งครรภ์

การทำหมันชายและหมันหญิงป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดี มีประสิทธิภาพสูงกว่าวิธีการคุมกำเนิดอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ในสตรีที่ติดเชื้อ HIV การทำหมันด้วยวิธี Laparoscope พบว่า มีผลดีและมีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยสูงแพทย์น้อย<sup>(57,58)</sup>

### 9. วิธีดูดร่วมเพศบางช่วงเวลาและวิธีหลั่งภายนอก

วิธีดูดร่วมเพศบางช่วงเวลาเป็นวิธีที่หาช่วงเวลาที่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะใช้การนับวันไข่ตก และดูดร่วมเพศในช่วงเวลาที่ไข่ตก ส่วนวิธีหลั่งภายนอกเป็นวิธีที่ฝ่ายชายต้องควบคุมตนเองจะร่วมเพศ เมื่อเกิดความต้องการทางเพศสูงสุดและพร้อมที่จะหลั่งอสุจิ จะต้องถอนอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดก่อนการหลั่งอสุจิ เพื่อป้องกันไม่ให้อสุจิสามารถผ่านเข้าไปผสมกับไข่ได้

### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

วิธีดูดร่วมเพศบางช่วงเวลาและวิธีหลั่งภายนอกไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ การป้องกันการตั้งครรภ์

วิธีร่วมเพศบางช่วงเวลาและวิธีหลั่งภายนอกมีประสิทธิภาพต่ำกว่าวิธีอื่นๆ

### 10. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาฯ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาฯ ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์โดยทำให้ไข่ไม่ตก เนื่องจากฮอร์โมนโพรัสแล็กตินจะยับยั้งการหลั่งของ GnRH ที่ hypothalamus ทำให้ไม่เกิดการหลั่งของ FSH และ LH จึงไม่เกิดการกระตุ้นให้ตกไข่

#### การป้องกันการติดเชื้อ HIV

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาฯ ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้

#### การป้องกันการตั้งครรภ์

ในการดาที่ให้นมบุตรอย่างสม่ำเสมอในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด และยังไม่มีระดูพบว่ามีโอกาสตั้งครรภ์ต่ำ แต่หลังจาก 6 เดือนแล้ว โอกาสตั้งครรภ์จะสูงขึ้น

## 14 การให้วัคซีนแก่สตรีมีครรภ์และทารกที่ติดเชื้อ HIV

องค์กรอนามัยโลกแนะนำให้ฉีดวัคซีนแก่ทารกที่ติดเชื้อ HIV ทุกราย นอกจาก BCG ทั่งดให้ในเด็กที่ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการของโรคเอดส์ ส่วน oral polio vaccine และนำให้ใช้แบบ inactivated polio vaccine แทน<sup>(7)</sup> ส่วนวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ก็ยังคงให้ได้ตามปกติ

## 15 บทสรุป

โรคเอดส์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ นับว่าเป็นเรื่องที่ห้าหายสำหรับสูตินรีแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีมีครรภ์ เนื่องจากการติดเชื้อเอดส์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์มีผลกระทบอย่างสูงต่อตัวนเองทารกในครรภ์ ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับการตั้งครรภ์ก็ยังไม่ทราบแน่ชัด ตลอดจนผลของการคุณกำเนิดชนิดต่างๆ ต่อโรคเอดส์ก็ยังไม่รู้แน่นอน ในขณะที่ยังไม่มีวัคซีนหรือยาชนิดใดๆ ที่จะรักษาโรคนี้ได้ การให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง ตามองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันดูเหมือนว่าจะเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในปัจจุบันนี้ ดังนั้น สูตินรีแพทย์ จึงควรที่จะต้องมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นอย่างดี เพื่อที่สตรีวัยเจริญพันธุ์เหล่านี้จะได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. มยุรี จิรภิญโญ, สุชาตย อินทรประเสริฐ. การคุณกำเนิดกับโรคเอดส์. ใน : สุชาตย อินทรประเสริฐ. บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุณกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข่าวฟ่าง, 2532:572-90.
2. World Health Organization. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)- data as at December, 1995. Wkly Epidemiol Rec 1995;70:353-60.

3. จั้ยศ คุณานุสนธิ์. การกำหนดมาตรฐาน การดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ในประเทศไทย. ข่าวสารโรคเอดส์ 2536; ปีที่ 6, ฉบับที่ 1:1-3.
4. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปวิธีการและผลการคาดประมาณและคาดคะเนจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ในประเทศไทย 2537. (เอกสารอัสดงสำเนา).
5. กองระบบวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจหาอัตราความชุกของการติดเชื้อเอ็ดส์ ในประเทศไทยรอบที่ 13. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2538; ปีที่ 26, ฉบับที่ 13:157-72.
6. Taneepanichskul S. Prevalence of HIV-1 positive mother in Thailand 1990-1993. J Obstet Gynecol 1995; 21 (suppl 1) :207
7. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ประทักษิณ โอประเสริฐสวัสดิ์, วนิด พัวประดิษฐ์. การติดเชื้ออารోవి ในสูติกรรม. ใน : ประทักษิณ โอประเสริฐสวัสดิ์, วนิด พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ รามาธิบดี 1. ฉบับนิพนธ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ไฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2539:157-70.
8. สุรีระ วัชรคุปต์. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอ็ดส์ จังหวัดระนอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2535; ปีที่ 1, ฉบับที่ 1:1-16.
9. วรรณภา พิพัฒน์อนวงศ์. การติดเชื้อเอ็ดส์ในหญิงตั้งครรภ์เขตชนบทกับข้อเสนอแนะเพื่อลดปัญหา. ข่าวสารโรคเอดส์ 2535; ปีที่ 5, ฉบับที่ 21:1-3.
10. กองระบบวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2538. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2539; ปีที่ 26, ฉบับที่ 14:173-92.
11. โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เกี่ยวกับเอ็ดส์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2532:1.
12. พักรต์พิมล มหาวรรณ, ณัฐาพร พิชัยอนวงศ์. เอดส์ มหันตภัยแห่งศตวรรษที่ 21. รายงานการสัมมนาปัญหาสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร, คณะกรรมการสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536:3.
13. จันพงษ์ อะสี. ไวรัสก่อโรคภัยคุกคามกันเลื่อม. ใน : พีเดพันธ์ พุชช์วนะ, บรรณาธิการ. ไวรัสวิทยา ฉบับที่นี้ฐาน. กรุงเทพมหานคร : อักษรสยามการพิมพ์, 2534:136-75.
14. วิวัฒน์ ใจจนพิทยากร. โรคเอดส์. ใน : สมยศ จาจุลวิจิตรรัตน์, บรรณาธิการ. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ขาวฟ้าง, 2532:259-75.
15. บุญสม ธีระพิมูล. โรคเอดส์ในแม่และเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2534:10-73.
16. บุญชัย ตั้งสังคัติศรี, ภาณุषิต ทองยัง, นิศรา นางงาม, อุไร ภูวนิช, จินดา ลิ้มธนางกูร. เอดส์วันนี้. มีอะไรมากกว่าที่คิด. รายงานการสัมมนาปัญหาสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร, คณะกรรมการสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537:1-46.
17. European study group on heterosexual transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. Br Med J 1992;304:809-13.
18. ทิวิป กิตยาภรณ์, ครรชิต ลิมปากาญจนารัตน์. ภาวะการติดเชื้ออารోవిและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์ 2536; ปีที่ 5, ฉบับที่ 1:21-30.
19. Weniger BG, Limpakarnjaurat K, Ungchusak K. The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand. AIDS 1991;5 (suppl 2):571-85.

20. วิวัฒน์ ใจจนพิทยากร. โครงการถุงยางอนามัย 100% มาตรการป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทักษารผ่านศึก, 2538:6-11.
21. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992;41:1-17.
22. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2536; ปีที่ 24, ฉบับที่ 25:1-35.
23. Miller R, Bor R, Lee CA, Dilley JW. AIDS : A guide to clinical counselling. Philadelphia : Science Press Ltd, 1991:1-125.
24. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. โรคเอดส์ในแม่และเด็ก. ประสบการณ์ของประเทศไทย. วารสารอนามัย ครอบครัว 2537;22(1):37-50.
25. Green J, Mc Creaner A. Counselling in HIV infection and AIDS. Oxford : Blackwell Scientific Publication, 1989:141-56.
26. Population reports. Controlling Sexually Transmitted Disease. Population Information Programme, Center for communication programs : The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health 1993;21(1):1-31.
27. Williamson NE. Delivering family planning services in the era of AIDS and STDS. Family Planning. The proceedings of IPPF Family Planning Congress, New Delhi, October 1992:129-37.
28. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. AIDS ในมารดาและทารก. ใน : บุษบา จินดานิจกัชณ์, สุวัฒนา จุฬาภรณ์, บรรณาธิการ. ยกยับมารดาและทารก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อร์ตี้พี 2538:141-51.
29. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiseles P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Eng J Med 1994;331:1173-80.
30. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K, Khanachareon A, Nonsrichai C. A survey of acceptability of zidovudine treatment in pregnancy among Thai HIV-1 positive parturients. Thai J Obstet Gynecol 1996; 8:105-9.
31. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. มาตรการในการลดอัตราเสี่ยงการติดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารก วารสาร สาธารณสุขศาสตร์ 2537;24:23-6.
32. Phuapradit W, Chaturachinda K, Taneepanichskul S, Khupulsup K, Raksaikat K, Kunakorn M. Vertical transmission of HIV-1 in mid-trimester gestation. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1995;35:1-4.
33. Ronzioux C, Costagliola D, Burgard M, Blanche S, Mayaux MJ, Griselli C et al. Estimate timing of mother to child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Markov model. The HIV infection in Newborns French Collaborative Study group. Am J Epidemiol 1995;412:1330-7.
34. Ziegler JB. Breast feeding and HIV. Lancet 1993;342:1437-8.
35. พงษ์ศักดิ์ ขัยศิลป์วัฒนา. HIV infection in pregnancy ใน : มนัส ปิยะอนันต์, บรรณาธิการ. Controversies in Obstetrics and Gynecology. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

2536:1-18.

36. Temmerman M, Chomba EN, Ndinya A, Chola J, Plummer FA, Coppens M, Piot P. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 1994;83:495-501.
37. Taneepanichskul S, Sirinavin S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Safety and tolerance of zidovudine treatment in late pregnancy among HIV-1 infected parturients in Ramathibodi Hospital. *Thai J Obstet Gynecol* 1996;8:291-4.
38. Bryson YJ, Luzuriaga K, Sullivan SL, Wada DW. Proposed definition for in utero versus intrapartum transmission of HIV-1. *N Eng J Med* 1992;327:1246-7.
39. Taneepanichskul S, Sirinavin S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Effect of zidovudine treatment in late pregnancy on HIV-1 in utero transmission. Submit for publication.
40. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในแม่และเด็ก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2535:1-15.
41. European Collaborative Study. Risk factors for mother to child transmission of HIV-1. *Lancet* 1992;339:1007-12.
42. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptive and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Aust NZ J Obstet Gynecol* (In press)
43. Senanayake P. Condom for safe sex. *People* 1987;4:14.
44. Howe JE, Minkoff HL, Duerr AC. Contraceptives and HIV. *AIDS* 1994;8:861-71.
45. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ถุงยางอนามัยสตรี. ข่าวสารโรคเอดส์ 2535;5:1-3.
46. สุภานี จิวัศักดิ์อภิวารส. การยอมรับการใช้ถุงยางเฟลมชิลค์ในกลุ่มแม่บ้าน. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2536. โรงแรมรอยัลพิที, กรุงเทพฯ.
47. Rosenberg MI, Rojanapithayakorn W, Feldblum PJ, Higgins JE. Effect of the contraceptive sponge on chlamydial trail. *JAMA* 1987;257:2308-12.
48. Niruthisard S, Roddy RE, Chutivongse S. Use of nonoxynol-9 and reduction in rate of gonococcal and chlamydial cervical infections. *Lancet* 1992;339:137-5.
49. Kreiss J, Ngugi E, Holmes K, Ndinya AJ, Waiyaki P, Roberts PL, et al. Efficacy of nonoxynol-9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. *JAMA* 1992;268:477-82.
50. Daly CC, Helling-Giese GE, Mati JK, Hunter DJ. Contraceptive methods and the transmission of HIV: implications for family planning. *Genitourin Med* 1994;70:110-7.
51. Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J, Agoki E, Moss G, Ombette J, et al. HIV type 1 infection in women attending a sexual transmitted diseases clinic in Kenya. *J Infect Dis* 1992:86-92.
52. Allen S, Lindan C, Serufilira A, Van-de-P, Rundle AC, Nsenquumuremyi F, et al. Human immunodeficiency virus infection in urban Rwanda. *JAMA* 1991;266:1657-63.

53. Rehle T, Brinkmann UK, Siraprasiri T, Coplan P, Aiemsukawat C, Ungchusak K. Risk of HIV-1 infection among female prostitutes Khon-Kaen, Northeast Thailand. *Infection* 19;20:328-31.
54. Nzila N, Laga M, Thiam MA, Mayinom Edidi B, VanDyek E, et al. HIV and sexually transmitted diseases among prostitutes in Kinshasa. *AIDS* 1991;5:579-82.
55. Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception* 1997. (In press)
56. Gervasoni C, Lazzarin A, Muscco M, S A, Nicolosi A. Contraceptive practices and man to women HIV sexual transmission. VII International Conference on AIDS. Amsterdam 1992.
57. Intaraprasert S, Taneepanichskul S, Chaturachinda K. Laparoscopic sterilization in HIV-1 positive women. *Contraception* 1996;54:305-7.
58. Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Chaturachinda K. Inteval female sterilization of HIV-1 positive women : laparoscopy versus minilaparotomy. *Int J Obstet Gynecol* 1997. (In press)

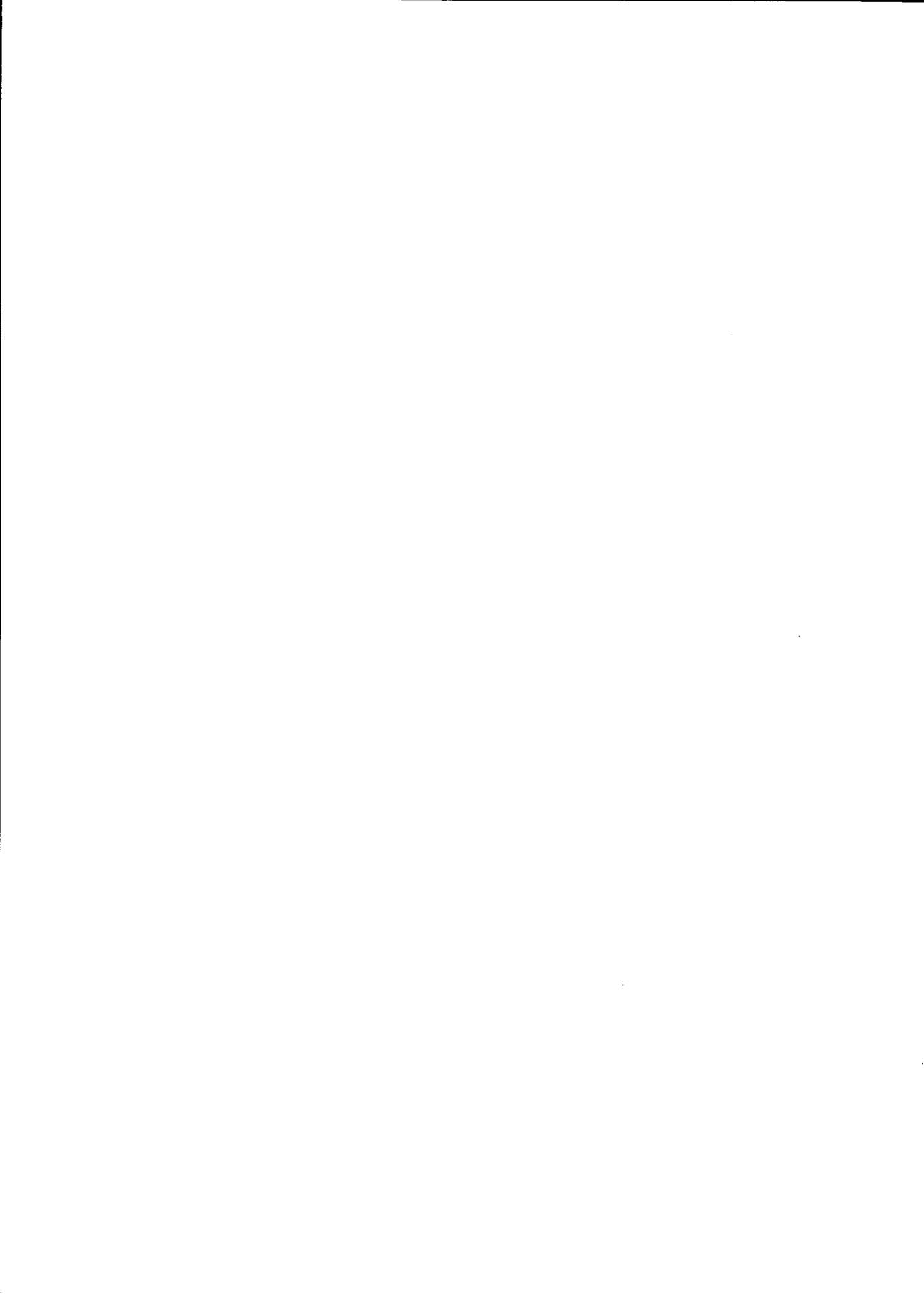


# ภาคที่ 2

## ความรับผิดชอบ

### ทางกฎหมายของสูตินรีแพทย์

นายสหาย ทรัพย์สุนทรกุล  
รองอัยการสูงสุด  
สำนักงานอัยการสูงสุด



# ความรับผิดชอบทางกฎหมายของสูตินรีแพทย์

นายสหาย ทรัพย์สุนทรกุล

## 1 คำนำ

**สูตินรีแพทย์** เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม เนื่องจากงานที่ปฏิบัติมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับมารดาและทารกที่จะเกิดมาอย่างมีความสมบูรณ์ในทุกด้าน ทั้งนี้เพื่อจะได้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป สังคมหรือประเทศได้ตามมีบุคลากรที่มีคุณภาพก็ย่อมมั่นใจได้ว่าสังคมหรือประเทศนั้นจักต้องมีความเจริญมั่นคงในทำการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การทหาร และเทคโนโลยีอย่างแน่นอน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า **สูตินรีแพทย์** มีความสำคัญโดยตรงต่อสังคมและประเทศไทย

## 2 การปฏิบัติหน้าที่ของสูตินรีแพทย์

งานในหน้าที่ของสูตินรีแพทย์นั้นบวามีความละเอียดอ่อน มีกระบวนการและขั้นตอนที่มากมายและซับซ้อน สำหรับการปฏิบัติงานของสูตินรีแพทย์ในประเด็นทางการแพทย์นั้น ผู้บรรยายไม่อยู่ในฐานะที่จะก้าวลงไปบรรยายได้ ในที่นี้จึงจะขอกล่าวเฉพาะประเด็นความรับผิดทางกฎหมาย ซึ่งสูตินรีแพทย์ต้องเกี่ยวข้อง คือ หญิงผู้มีครรภ์ สิ่งมีชีวิตในครรภ์ และเด็กทารกที่คลอดออกมานั้น เป็นมนุษย์ ซึ่งความรับผิดในส่วนนี้อาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางอาญาและทางแพ่งเท่านั้น โดยจะขอกล่าวในรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ความรับผิดทางอาญา

ปกติความรับผิดทางอาญาพิจารณาจากโครงสร้างของความผิดอาญา

โครงสร้างของความผิดอาญาต้องพิจารณาจาก “ความผิดอาญา” และ “โทษ”

ความผิดอาญา คือ “การกระทำที่ควรลงโทษ” ผลของความผิดอาญาจึงมีว่า ผู้ใด “ทำชอบ” ย่อมจะลงโทษเขาไม่ได้ ฉะนั้นการทำผิดหรือ “ความผิด” จึงเป็นคุณลักษณะที่นำไปประการหนึ่งของความผิดอาญาและในความผิดนั้นจึงมี “สิ่งที่กฎหมายเห็นว่าไม่สมควรเกี่ยวกับการกระทำ” ในกรณีที่การกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ เช่น การป้องกันโดยการชอบด้วยกฎหมาย (ป.อ. มาตรา 68) เช่นนี้การกระทำนั้นย่อมไม่ผิดกฎหมาย และเมื่อไม่ผิดกฎหมายก็ย่อมไม่อาจลงโทษผู้กระทำได้

ส่วนไทยนั้นเป็น “ความไม่สมควรที่เกี่ยวกับดัวผู้กระทำ” หรือ “สิ่งที่กฎหมายเห็นว่าไม่สมควรเกี่ยวกับดัวผู้กระทำ” อันเนื่องจากการที่เข้าได้กระทำการอันเป็นการล่วงละเมิดกฎหมายความชอบธรรมในการลงโทษอยู่ที่ว่าผู้กระทำรู้ว่าเป็นความประسنค์ของสังคมเช่นนั้น เข้าต้องรับโทษ เพราะว่าเข้าด้องถูกดำเนินเรื่องจากการกระทำนั้น ได้หรือมี “ความชั่ว” เหตุนี้คุณลักษณะทั้งไปอีกประการหนึ่งของความผิดอาญาคือ “ความชั่ว” ของผู้กระทำ

ความผิดและความชั่วเป็นส่วนประกอบหลักของความผิดอาญาและเป็นส่วนประกอบในทางเนื้อหา นอกจากส่วนประกอบในทางเนื้อหาสองประการนี้แล้ว ส่วนประกอบความผิดอาญา ยังมีส่วนประกอบในทางรูปแบบอีกประการหนึ่ง นั่นก็คือการกระทำที่ต้องลงโทษนั้นจะต้องบัญญัติขึ้นเป็นกฎหมาย กล่าวคือ จะต้องมี “องค์ประกอบ” ของกฎหมายบัญญัติไว้ องค์ประกอบคือ การบรรยายถึงลักษณะของฐานความผิดอาญาตามลักษณะของความไม่ชอบธรรมและความชั่วที่กำหนดไว้ในกฎหมายการกระทำที่ครบองค์ประกอบ คือลักษณะของการกระทำที่ต้องตามที่กฎหมายบัญญัติ ซึ่งอาจครบเพียงในขั้นพยาบยามกระทำความผิดก็ได้ สิ่งที่ต้องพิจารณาในทางอาญาจึงมิใช่ความคิดของมนุษย์และอุปนิสัยหรือการทำตัวในสังคมของเข้า แต่ต้องพิจารณาจากการกระทำของเข้าเสมอ ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าเฉพาะการกระทำของมนุษย์เท่านั้นที่จะผิดหรือไม่ผิด หรือชั่ว หรือไม่ชั่ว<sup>(1)</sup>

เห็นได้ว่าผู้ใดจะต้องรับโทษตามกฎหมาย นอกจากผู้นั้นจะต้องได้กระทำต้องตามที่กฎหมายบัญญัติไว้แล้ว การกระทำของเขานั้นจะต้องเป็นความผิด และเข้าต้องมีความชั่วอีกด้วย “ความผิดอาญา” จึงประกอบด้วยโครงสร้างสามประการ คือ “องค์ประกอบ” “ความผิด” และ “ความชั่ว”

### 1) “องค์ประกอบ”

องค์ประกอบของความผิดอาญาแบ่งออกเป็นองค์ประกอบภายนอก และองค์ประกอบภายใน

องค์ประกอบภายนอกประกอบด้วยผู้กระทำ การกระทำ กรรมของการกระทำ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล และส่วนพิเศษอื่นสำหรับบางฐานความผิด

องค์ประกอบภายในประกอบด้วย เจตนา ประมาท และองค์ประกอบภายในอื่น เช่น มูลเหตุซึ่ก็จะ เป็นต้น

การกระทำมี 2 ประการ คือ การกระทำโดยตรง กับการให้เกิดผลอันได้อันหนึ่งซึ่นโดยยังดูแลการที่จัดต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้น (ป.อ. มาตรา 59 วรรคท้าย) อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นการกระทำในรูปแบบกระทำโดยตรงหรือดูแล จะถือว่าเป็นการกระทำได้จะต้องได้กระทำโดยรู้สำนึกรักในการที่กระทำ การรู้สำนึกรักในการที่กระทำแม้จะบัญญัติอยู่ใน ป.อ. มาตรา 59 วรรคสอง ในเรื่องกระทำโดยเจตนา แต่การรู้สำนึกรักในการกระทำนี้หากใช่องค์ประกอบของ

<sup>(1)</sup> คณิต ณ นคร, ศ.ดร. กฎหมายอาญา ภาคความผิด, ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 แก้ไขเพิ่มเติม, พ.ศ. 2532  
หน้า 8

เจตนาไม่ แต่เป็นองค์ประกอบของการกระทำ<sup>(2)</sup> ซึ่งหมายความว่าผู้กระทำมีเจตจำนงบังคับการกระทำ ฉะนั้นการใดที่ปราศจากเจตจำนง เช่น การละเมอ การเคลื่อนไหวของร่างกายอันเกิดจาก การสะท้อนของประสาทที่ปราศจากอำนาจควบคุมของจิต (reflex) จึงไม่เป็นการกระทำใน ความหมายของกฎหมาย

เจตนา ป.อ. มาตรา 59 วรรคแรก บัญญัติว่า

“บุคคลจะต้องรับผิดในทางอาญาถ้าเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำ โดยประมาท ในกรณีกฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดเมื่อได้กระทำโดยประมาท หรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยแจ้งชัดให้ต้องรับผิดแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา

ความรับผิดในทางอาญาของบุคคลนั้นถือเจตนาเป็นหลัก เจตนาจึงเป็นเรื่องที่มี ความสำคัญในกฎหมายอาญา

กระทำโดยเจตนา คือ กระทำโดยรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิด และ ในขณะเดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผลหรือยอมเลิงเห็นผลของการกระทำนั้น (ป.อ. มาตรา 59 วรรคสอง และวรรคสาม)

ส่วนประกอบของเจตนาจึงมีอยู่ 2 ส่วน คือ ส่วนรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของ ความผิด (ส่วนรู้ของเจตนา) และส่วนประสงค์ต่อผลหรือยอมเลิงเห็นผลของการกระทำนั้น (ส่วนด้วยการ)

**ส่วนรู้ของเจตนา** คือการรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิดนั้น เช่น ใน การผ่านผู้อื่นตามป.อ. มาตรา 288 ผู้กระทำจะต้องรู้ว่ากรรมของการกระทำนั้นเป็นมนุษย์ หรือในความผิดฐานทำให้แห้งลูก ตาม ป.อ. มาตรา 301 ผู้กระทำจะต้องรู้ว่ากรรมของการ ที่กระทำต่อนั้นเป็นชีวิตในครรภ์มารดา

**ส่วนด้วยการ** กฎหมายบัญญัติว่า “ประสงค์ต่อผลหรือยอมเลิงเห็นผล” แสดงว่า เจตนามี 2 ประการคือ

เจตนาโดยตรง การประสงค์ต่อผล คือความต้องการโดยตรง เช่น ความ ผิดฐานผ่านผู้อื่น ตาม ป.อ. มาตรา 288 คือต้องการให้ผู้อื่นกระทำถึงแก่ความตาย ความ ผิดฐานทำให้แห้งลูก ตาม ป.อ. มาตรา 301 คือ การทำให้ชีวิตในครรภ์ตายในขณะอยู่ในครรภ์ หรือคลอดออกจากก่อนกำหนดแต่โดยสภาพไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้

เจตนาโดยอ้อม เจตนาโดยอ้อมเป็นเจตนาของ ฉะนั้นในการพิจารณาเรื่องเจตนา จะต้องพิจารณาเจตนาโดยตรงก่อน เมื่อปรากฏว่ากรณีไม่เป็นเจตนาโดยตรงแล้ว จึงจะพิจารณา เจตนาโดยอ้อม ทั้งนี้เพราะเจตนาโดยอ้อมเป็นกรณีที่เป็นปัญหาคำเกี่ยวกับการกระทำโดยประมาท

ในการที่จะพิจารณาว่าบุคคลกระทำผิดโดยเจตนาโดยอ้อมหรือไม่ มีหลักดังนี้คือ

“ผู้ได้ยอมรับเอกสารที่จะเกิดขึ้นนั้นโดยไม่ได้แย้ง ผู้นั้นกระทำโดยเจตนา แต่บุคคล ก็อาจจะยอมรับเอกสารที่เกิดขึ้นได้แม้ทั้งที่ผลนั้นมิใช่เป็นสิ่งที่พึงปราศนาของเขาก็ตาม”

(2) จิตติ ติงศภัทิย์, ศ. กฎหมายอาญา ภาค 1, ฉบับดิจิทัลครั้งที่ 4 พ.ศ. 2525 หน้า 121

## ตัวอย่าง

ก. ต้องการจะซิงทรัพย์ ข. ในชั้นแรกวางแผนจะใช้เชือกรัดคอให้สลบแล้วจึงจะปลดทรัพย์ แต่เมื่อมาคิดได้ว่าการรัดคอหากหนักมือไปอาจถึงตายได้ ซึ่ง ก. ไม่ต้องการเช่นนั้น จึงคิดว่าจะใช้ถุงผ้าใบบรรจุทรายดีทำร้ายให้สลบ แต่ก็มานึกว่า ข. อาจไม่สลบจากการตี ก. จึงเตรียมอาวุธไปหั่นสองชนิด ครั้นเมื่อล้มมือให้ถุงผ้าใบบรรจุทรายดีทำร้ายก็ปรากฏว่า ข. ไม่สลบจริงๆ ก. จึงตัดสินใจเอาเชือกเข้ารัดคอจน ข. ตัวอ่อนจึงหยุด ผลปรากฏว่า ข. ถึงแก่ความตาย ดังนี้ ก. มีความผิดฐานฆ่า ข. โดยเจตนาโดยอ้อมไม่ใช่ประมาท<sup>(3)</sup> ซึ่งอาจมีกรณีเทียบกับเรื่องทำแท้งได้

**ประมาท** กระทำโดยประมาท ได้แก่ กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติกรรม (ป.อ. มาตรา 59 วรรคสี่)

ดังนี้ในเบื้องแรกแสดงว่าจะต้องพิจารณาก่อนว่า ในกรณีนั้นมีการกระทำโดยเจตนาหรือไม่ เมื่อปราศจากเจตนาทั้งเจตนาโดยตรงและเจตนาโดยอ้อมแล้วจึงจะพิจารณาต่อไปว่า ประมาทหรือไม่ จะนั้น

กระทำโดยประมาท ก็คือ กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติกรรมนั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การกระทำโดยฝ่าฝืนความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติกรรมนั้น

อย่างไรก็คือ “ความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติกรรม” นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับแต่ละกรณี ไป และในส่วนที่เกี่ยวกับการใช้เครื่องจักรเครื่องกล หรือผลิตของเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่อันตรายนั้น ในการพิจารณาจะต้องคำนึงถึงมาตรการหรืออุปกรณ์ในการใช้ด้วย กล่าวคือกฎหมายให้ทุกคนเสี่ยงภัยได้ภายในขอบเขตของมาตรฐานการรักษาความปลอดภัย เช่น การขับรถชนต์ในถนนที่ว่างแม้จะใช้ความเร็วเกินอัตราที่ทางการกำหนด อันเป็นความผิดต่อกฎหมายว่าด้วยการจราจร แต่ก็ยังไม่เป็นการประมาท แต่ถ้าหากในถนนที่จอดรถหรือขับแข่งกัน ดังนี้ถือว่าเป็นการกระทำที่เกินขอบเขตของการรักษาความปลอดภัยและหากเกิดชนผู้อื่นตาย ผู้กระทำย่อมมีความผิดฐานทำให้ผู้อื่นตายโดยประมาท

ในส่วนที่กฎหมายบัญญัติว่า “และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่” นั้น เป็นข้อแสดงให้เห็นถึงความชั่วของผู้กระทำในกรณีประมาท<sup>(4)</sup>

2) **ความผิด** การกระทำจะเป็นความผิดก็ต่อเมื่อไม่มี “เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้” เมื่อเป็นการกระทำที่ครอบคลุมประกอบแล้วก็ต้องพิจารณาว่ามีเหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้หรือไม่

เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ เช่น การป้องกันโดยชอบด้วยกฎหมายตามป.อ. มาตรา 68 การทำแท้งโดยแพทย์ ตาม ป.อ. มาตรา 305 ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียด

<sup>(3)</sup> คณิต ณ นคร, ศ.ดร. อังวัล, หน้า 21-22

<sup>(4)</sup> เรื่องเดียวกัน หน้าเดียวกัน

ต่อไป เป็นดัน นอกจากนั้นยังมีในกฎหมายอื่นๆ เช่น การทำโภชนาตรตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อำนาจจับกุมตามประมวลกฎหมาย วิธีพิจารณาความอาญา เป็นดัน กล่าวคือ บทบัญญัติของกฎหมายใดที่ให้อำนาจผู้กระทำ บทบัญญัตินั้นก็คืออำนาจกระทำได้ในความหมายของกฎหมายอาญาตนั่งเอง

3) “ความชี้ว่า” เป็นเรื่องของ “ความรับผิดชอบ” ตัวอย่างเช่น ป.อ. มาตรา 65, 73, 74 เป็นดัน

นอกจากนั้น ยังมีเงื่อนไขแห่งการลงโทษในทางเนื้อหา กล่าวคือ ปัญหาการลงโทษขึ้นอยู่กับการมีอยู่หรือไม่มีอยู่ของเงื่อนไขแห่งการลงโทษทางภาวะวิสัยนั้นๆ โดยเด่นๆ และประมาณ “ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องถึงเลยอีกด้วย

เมื่อกล่าวถึงความผิดที่น่าจะเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับงานของสูตินรีแพทย์ คือ ความผิดฐานทำให้แห้งลูก

ความผิดในส่วนนี้คือความผิดตาม ป.อ. มาตรา 301 ถึงมาตรา 303

สิ่งที่กฎหมายประสมคือคุ้มครอง หรือคุณธรรมทางกฎหมาย (ศัพท์บัญญัติของ ศ.ตร.คณิต ณ นคร) ของความผิดฐานทำให้แห้งลูก คือ ชีวิตในครรภ์มารดา

ก. ความผิดฐานทำให้ตนเองแห้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแห้งลูก (ป.อ. มาตรา 301)

ความผิดฐานนี้คือ การที่หญิงมีครรภ์ทำให้ตนเองแห้งลูก หรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแห้งลูกโดยเจตนา

#### องค์ประกอบ

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้คือ การทำให้ตนเองแห้งลูก หรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแห้งลูก

ผู้กระทำของความผิดฐานนี้คือ หญิงมีครรภ์ ซึ่งอาจจะทำเองหรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำ ทั้งนี้การกระทำเองหรือยอมให้ผู้อื่นกระทำนั้น ผู้กระทำอาจกระทำโดยผิดทางอ้อมได้โดยการใช้บุคคลที่สามที่มิใช้ผู้กระทำเป็นเครื่องมือ

กรรมของกรรมกระทำของความผิดฐานนี้คือ “สิ่งมีชีวิตในครรภ์” หรือ “ลูกในครรภ์”

สภาพความเป็นลูกในครรภ์เริ่มเมื่อตัวอสุจิของชายผสมกับไข่ในมดลูกของหญิง (ก่อนหน้านั้นไม่มีลูกในครรภ์ การสกัดกั้นมิให้มีการผสมของอสุจิกับไข่จึงไม่เป็นการทำแท้ง) และคงมีสภาพเป็นลูกในครรภ์จนถึงการเริ่มเจ็บครรภ์คลอด ลูกในครรภ์นี้จะพิกลพิการจากการได้ก็เป็นกรรมของกรรมกระทำได้<sup>(5)</sup>

ปัญหามีว่า ความเป็นมนุษย์เริ่มเมื่อใด เนื่องจากหักกรรมของกรรมกระทำเป็น “มนุษย์” หรือ “เป็นสิ่งมีชีวิตในครรภ์” ยอมมีผลทางกฎหมายที่แตกต่างกัน ความเป็นมนุษย์เริ่มเมื่อใดอาจแบ่งความเห็นได้ดังนี้

(5) เรื่องเดิม อ้างแล้ว หน้า 82

(1) ความเห็นหนึ่งถือหลักว่าทารกในครรภ์มารดาหัวใจทำงานแล้ว แต่ครบได้ที่การหายใจยังไม่เริ่มสภาพความเป็นมนุษย์ยังไม่เริ่มครบนั้น ตามความเห็นนี้ถือเอาขนะแรกของการหายใจของทารกเป็นจุดตัดสินการเริ่มสภาพความเป็นมนุษย์ ก่อนหน้านั้นทารกยังไม่มีสภาพความเป็นมนุษย์ จึงเป็นกรรมของการกระทำต่อมนุษย์ไม่ได้

(2) อีกความเห็นหนึ่งถือเอาการคลอดเป็นหลัก การคลอดในที่นี้คือการเจ็บครรภ์คลอดหรือกระบวนการที่ไม่ขาดตอนเป็นระยะเวลาหนึ่งให้ทารกในครรภ์มารดาออกจากครรภ์ที่เรียกว่า เจ็บเบ่ง (ส่วนการคลอดโดยการผ่าตัดก็ถือเอาการเริ่มลงมือผ่าตัดแทนการเจ็บครรภ์คลอด) ตามความเห็นนี้ถือว่าการทำอันตรายต่อมนุษย์ซึ่งผู้กระทำอาจมีความผิดฐานผ่าน (โดยเจตนาหรือประมาท) หรือทำร้ายร่างกาย (โดยเจตนาหรือประมาท) ได้

ความเห็นเกี่ยวกับการเริ่มสภาพความเป็นมนุษย์ในประเทศไทยสืบกันว่า ฝ่ายทำร้ายส่วนใหญ่จะถือตามความเห็นแรก กล่าวคือเห็นกันว่าสภาพความเป็นมนุษย์ในประเทศไทย เรารู้สึกว่าฝ่ายทำร้ายส่วนใหญ่จะถือตามความเห็นแรก กล่าวคือเห็นกันว่าสภาพความเป็นมนุษย์เริ่มเมื่อใด เป็นไปอย่างเดียวกับการเริ่มสภาพบุคคลตามหลักกฎหมายแพ่ง ตาม พ.พ.พ. มาตรา 15<sup>(6)</sup> แต่สำหรับความเห็นทางศาลยังไม่ปรากฏแน่ชัดว่าเป็นอย่างไร เพราะยังไม่มีปัญหาโดยตรงเกี่ยวกับเรื่องนี้ขึ้นศาลฎีกา

ปัญหามีว่าการที่ในทางทำร้ายส่วนใหญ่ในประเทศไทยเราเอามาความคิดทางแพ่งมาใช้ในกฎหมายอาญาในกรณีนี้ถูกต้องหรือไม่เพียงได ศ.ดร. คณิต ณ นคร เห็นว่าการเริ่มสภาพบุคคลตามกฎหมายแพ่งเป็นการเริ่มต้นของการเป็น “ประชาชนแห่งสิทธิ” แต่การเริ่มสภาพความเป็นมนุษย์ในกฎหมายอาญาตนั้นเป็นเริ่ม “สภาพการที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย” แนวความคิดทางกฎหมายแพ่งกับกฎหมายอาญาจึงแตกต่างกัน การนำเอาความคิดทางกฎหมายแพ่งมาใช้ในกรณีนี้จึงไม่ถูกต้อง “ทารกในการคลอด” นั้นมีคุณสมบัติครบถ้วนในการที่จะอยู่รอดเป็นมนุษย์ จึงชอบที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายยิ่งกว่าก่อนคลอดหรือยังอยู่ในสภาพเป็น “ลูกในครรภ์” การทำร้ายทารกในการคลอดจึงควรเป็นความผิดฐานกระทำต่อมนุษย์ กล่าวคือทำให้คนตายหรือทำร้ายร่างกายแล้วแต่กรณี<sup>(7),(8)</sup>

การเริ่มสภาพความเป็นมนุษย์ตามความเห็นที่สอง แม้จะขาดความแน่นอนอยู่บ้างในบางกรณี กล่าวคือว่ากรณีเป็น “การเจ็บครรภ์คลอด” แล้วหรือไม่นั้น ในแต่ละกรณีอาจมีข้อโต้แย้งกันได้ แต่ข้อโต้แย้งที่อาจจะเกิดขึ้นก็ต้องถือว่าโดยสภาพเป็นเรื่องธรรมดា แม้การเริ่มสภาพความเป็นมนุษย์ตามความเห็นที่หนึ่งก็ใช่ว่าจะแน่นอนปราศจากข้อโต้แย้ง เพราะ “การคลอด” เสร็จบริบูรณ์เมื่อไร และ “การอยู่รอดเป็นทารก” หมายความว่าอย่างไร ก็อาจมี

<sup>(6)</sup> จิตติ ติงศักดิ์ย์, ศ. อ้างแล้ว หน้า 9

<sup>(7)</sup> คณิต ณ นคร, ศ.ดร. อ้างแล้ว หน้า 46

<sup>(8)</sup> หยุด แสงอุทัย ศ.ดร. กฎหมายอาญา ภาค 2-3 พิมพ์ครั้งที่ 6, พ.ศ. 2533, หน้า 308, 364

### ความเห็นแตกต่างกันไปได้

เมื่อสภาพความเป็นมนุษย์เริ่มแล้ว การที่มนุษย์นั้นจะสามารถ rotor ชีวิตอยู่ได้ หรือไม่เพียงได้หากใช้ข้อสาระสำคัญในการเป็นกรรมของการกระทำไม่ จะนั้นเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและไม่สามารถมีชีวิต rotor ต่อไปได้ หรือคนชราที่กำลังจะตาย หรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสาหัส ที่ไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้นานก็เป็นกรรมของการกระทำได้

สภาพความเป็นกรรมของการกระทำได้ย่อมสิ้นสุดลงเมื่อตาย เมื่อได้มนุษย์ จะถึงแก่ความตายก็มิใช่จะไม่มีปัญหาเสียที่เดียว ฝ่ายหนึ่งถือเอกสารหยุดทำงานของหัวใจ และปอดเป็นเกณฑ์ตัดสิน ซึ่งโดยที่ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทำการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าไปไกลมาก กล่าวคือมีทั้งหัวใจเทียมและปอดเทียม ชีวิตมนุษย์อาจ rotor อยู่แม้หัวใจและปอดที่แท้จริงจะไม่ทำงานแล้วก็ตาม การวินิจฉัยการตายในบางกรณีที่มีปัญหารืออาจมีปัญหางึงอาจต้องยึดถือหลักเกณฑ์อย่างอื่น และหลักเกณฑ์นึงที่นำมาพิจารณา ก็คือ การทำงานคลื่นสมอง กล่าวคือ ทราบได้ที่สมองยังทำงาน (มีคลื่นสมอง) มนุษย์จึงยังไม่ตายตرابนั้น และความผิดฐานกระทำต่อมนุษย์จึงยังคงมีได้

การกระทำให้ถึงแก่ความตายหรือการฆ่าอันเป็นการกระทำของความผิดฐานนี้ คือการจำกัดชีวิตของผู้อื่นซึ่งไม่จำกัดวิธีกระทำ อาจเป็นการใช้ปืนยิง การวางยาพิษ การบีบ 악을 และการกระทำให้ถึงแก่ความตายนี้อาจเป็นการด่วนการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลตามมาตรา 59 วรรคห้า ก็ได้ เช่น มาตรaged ให้น้ำนมแก่การทำให้ขาดอาหารถึงแก่ความตาย หรือแพทย์ด่วนไม่ให้ยาซึ่งจำต้องให้แก่คนไข้ทำให้คนไข้ถึงแก่ความตาย เป็นต้น

### ปัญหาการช่วยเร่งการตาย

การทำให้การตายมาถึงเร็วเข้าหรือการช่วยเร่งความตายอาจพิจารณาได้สองทาง คือทางการกระทำและทางการอยู่เฉย ในทางกระทำ เช่น 医疗 ให้ยาเกินขนาดแก่ผู้ป่วยที่ทรงนานมาก เพื่อจะได้พ้นทุกข์ไปเสีย การช่วยเร่งความตายในทางกระทำเช่นนี้เห็นกันว่าเป็นความผิด แต่ในทางอยู่เฉยเห็นว่าไม่เป็นความผิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเห็นกันว่า 医疗 ไม่มีหน้าที่จะยึดชีวิตที่หมดหวังอย่างสิ้นเชิงแล้วโดยการกระตือรือร้นด้วยการรักษาด้วยกรรมวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ชีวิตยืดอออกไปอีกเช่นตัวอย่างที่ยกันว่า คนไข้ที่เป็นมะเร็งที่ปอดแล้ว ต่อมาก็เป็นปอดอักเสบแกรกซ้อนขึ้นอีก กรณีเช่นนี้แพทย์อาจไม่ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาปอดอักเสบได้ การกระทำของแพทย์ไม่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย<sup>(9)</sup>

การกระทำที่จะเป็นความผิด ฐานทำให้แห้งลูกดังกล่าวได้ข้อเท็จจริงต้องรับฟัง เป็นที่ยุติแล้วว่ากรรมของการกระทำเป็น “สิ่งมีชีวิต (ทารก) ในครรภ์” คือการทำให้ลูกในครรภ์ตายในขณะอยู่ในครรภ์ หรือการทำให้ลูกในครรภ์คลอดออกมาก่อนกำหนดแต่โดยสภาพไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้ แต่ศาลฎีกาเห็นว่า แห้งลูกเป็นกรณีที่กระทำให้ลูกในครรภ์คลอดออกมากในลักษณะที่ลูกนั้นไม่มีชีวิต (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 677/2510) ส่วนในทางการแพทย์ “การแท้ง”

<sup>(9)</sup> คณิต ณ นคร, ศ.ดร., อ้างแล้ว หน้า 49

หมายถึง การคลอดของทารกที่มีอายุครรภ์มาตราอ่อนกว่า 28 สัปดาห์หรือทารกที่คลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม ไม่ว่าการคลอดนั้นทางจะมีชีวิตอยู่หรือไม่<sup>(10)</sup> ส่วนวิธีที่จะทำให้แท้งลูกจะเป็นวิธีอย่างไรไม่สำคัญ และการกระทำสำเร็จรูปนี้เมื่อลูกในครรภ์ตาย

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้คือ เจตนา กล่าวคือ ผู้กระทำต้องรู้ว่าตนตั้งครรภ์และตนต้องการทำให้แท้งลูก

#### ความผิด (อำนาจที่จะกระทำได้)

เหตุที่ทำให้ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือเหตุตามที่บัญญัติไว้ใน ป.อ. มาตรา 305 ซึ่งมีอยู่ 2 เหตุ คือ

(1) เหตุอันเกิดจากความจำเป็นเนื่องจากสุขภาพของหญิง ตาม ป.อ. มาตรา 305 (1) และ

(2) เหตุเพราะหญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำผิดอាមานทางเพศต่อหญิง ตาม ป.อ. มาตรา 305 (2)

การกระทำได้ เพราะเหตุนี้ทั้งสองนี้ต้องเป็นการกระทำของแพทย์ (ซึ่งอาจเป็นการกระทำให้ดัน弄ของหญิงมีครรภ์ที่เป็นแพทย์นั้นด้วย) และโดยได้รับความยินยอมจากหญิงมีครรภ์นั้น (ความผิดตาม ป.อ. มาตรา 301 และ 302 เป็นกรณีทำให้แท้งลูกโดยหญิงยินยอม)

การกระทำได้เฉพาะเหตุอันเกิดจากความจำเป็นเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น นอกจำกัดจะประกอบด้วยเงื่อนไขว่าต้องเป็นการกระทำของแพทย์และโดยได้รับความยินยอมจากหญิงมีครรภ์แล้ว ยังจะต้องประกอบด้วยเงื่อนไขอีกประการหนึ่งคือ จะต้องเป็นกรณีที่ไม่มีทางเลือกอย่างอื่นด้วย เพราะถ้าเป็นกรณีที่มีทางเลือกอย่างอื่นก็ไม่เป็นกรณี “จำเป็น” เนื่องจากสุขภาพของหญิง เหตุจำเป็นเนื่องจากสุขภาพของหญิงนี้เป็นกรณีหนึ่งของ “หลักชั้นน้ำหนักระหว่างคุณธรรมทางกฎหมาย” กล่าวคือ ตามหลักนี้ถือว่าการที่ผู้กระทำจำต้องกระทำการใดอันเป็นการละเมิดคุณธรรมทางกฎหมายที่ด้อยกว่า เพื่อรักษาคุณธรรมทางกฎหมายที่สูงกว่าไว้นั้น ผู้กระทำไม่มีผิด สำหรับกรณีการทำแท้งก็คือจำต้องทำร้ายชีวิตในครรภ์มาตราเพื่อรักษาชีวิตหญิงนั้นเอง และหลักชั้นน้ำหนักกระระหว่างคุณธรรมทางกฎหมายนี้อาจนำไปใช้ในการอื่นๆ ได้ด้วย<sup>(11)</sup> การทำแท้งให้กับหญิงที่ติดเชื้อเอ็ดส์ หรือเชื้อหัดเยอรมันที่ตั้งครรภ์ในปัจจุบันจึงไม่อาจทำได้ และไม่อาจถือว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตของญาติได้โดยตรง ส่วนเหตุตาม ป.อ. มาตรา 305 (2) ต้องพิจารณาจากข้อเท็จจริงของเรื่อง

เหตุทำแท้งเป็นปัญหาหนึ่งที่กำลังกล่าวถึงกันมากกว่าคราวเคยไปถึงเหตุอื่นๆ ด้วยหรือไม่ เพราะในปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เจริญจนสามารถกำหนดได้ว่าลูกในครรภ์จะพิการหรือไม่ และปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัวก็ได้มีการกล่าวถึงว่าสมควรนำมาเป็น

<sup>(10)</sup> วิทูรย์ อังประพันธ์, ศ.ดร. นิติเวชศาสตร์ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4, พ.ศ. 2530, หน้า 233

<sup>(11)</sup> คณิต ณ นคร, ศ.ดร. อังคณา หน้า 83

มูลฐานในการพิจารณากำหนดเหตุทำแท้งได้ ได้หรือไม่เพียงไร<sup>(12)</sup>,<sup>(13)</sup> การคุมกำเนิดที่ผิดพลาดซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมก็ไม่อาจเป็นเหตุทำแท้งได้ในปัจจุบัน

#### การพยายามกระทำความผิด

การพยายามกระทำความผิดพื้นฐานนี้ ผู้กระทำไม่ต้องรับโทษ (ดูมาตรา 304) ปัญหาการกระทำความผิดหลายบทหรือหลายกระทง

การทำให้ลูกในครรภ์คลอดออกมาก่อนกำหนดแต่โดยสภาพไม่อาจอดชีวิตได้เป็นการทำแท้ง ดังนั้นความผิดฐานนี้จึงอาจเป็นกรรมเดียวผิดกฎหมายหลายบทกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นได้ กล่าวคือได้มีการช่วยผ่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดนั้นในเวลาต่อมาก

#### บ. ความผิดฐานทำให้หญิงแท้หลอกโดยหญิงยินยอม

ความผิดฐานนี้คือ การทำให้หญิงแท้หลอกโดยหญิงยินยอมโดยเจตนา (ป.อ. มาตรา 302)

#### องค์ประกอบ

องค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานนี้คือ การทำให้หญิงแท้หลอกโดยหญิงนั้นยินยอม

ผู้กระทำของความผิดฐานนี้คือ บุคคลที่สามซึ่งกฎหมายไม่ได้จำกัดว่าจะเป็นใคร และการกระทำอาจกระทำทางอ้อมได้ เช่นเดียวกัน

คำว่า “ยินยอม” หมายความว่า หญิงนั้นสมัครใจให้กระทำ

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้คือ เจตนา กล่าวคือผู้กระทำต้องรู้ว่า หญิงมีครรภ์และผู้กระทำต้องการทำให้หญิงนั้นแท้หลอก

ความผิด (อำนาจที่จะกระทำได้) เช่นเดียวกับ ป.อ. มาตรา 301

ผลที่ทำให้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้น

การทำให้หญิงแท้หลอกโดยหญิงยินยอมนี้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้น ถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงรับอันตรายสาหัสอย่างอื่นด้วย (ป.อ. มาตรา 302 วรรคสอง) หรือเป็นเหตุให้หญิงถึงแก่ความตาย (ป.อ. มาตรา 302 วรรคสาม)

ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของ ป.อ. มาตรา 63

#### การพยายามกระทำความผิด

การพยายามกระทำความผิดฐานนี้ (ความผิดตามมาตรา 302 วรรคแรก)

ผู้กระทำไม่ต้องรับโทษ

#### ค. ความผิดฐานทำให้หญิงแท้หลอกโดยหญิงไม่ยินยอม

ความผิดฐานนี้คือ การทำให้หญิงแท้หลอกโดยหญิงนั้นไม่ยินยอมโดยเจตนา

(12) คณิต ณ นคร, ศ.ดร. “เหตุทำแท้งได้ในเยรมัน” อัյการนิเทศ เล่ม 41 ฉบับที่ 3, 2522, หน้า 353

(13) วิชูรย์ อึ้งประพันธ์, ศ.ดร. อ้างแล้ว หน้า 235

(ป.อ. มาตรา 303)

การกระทำความผิดฐานนี้เป็นการกระทำที่ละเมิดคุณธรรมทางกฎหมาย 2 ประการ คือ ชีวิตในครรภ์มารดาและเสรีภาพในการตัดสินใจ<sup>(14)</sup>

ข้อพิจารณาเทียบความผิดตาม ป.อ. มาตรา 301, 302

การทำให้หัญงิ้งแท้งลูกโดยหัญงิ้งไม่ยินยอม ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้น ถ้า การกระทำนั้นเป็นเหตุให้หัญงิ้งรับอันตรายสาหัสอย่างอื่นด้วย (ป.อ. มาตรา 303 วรรคสอง) หรือเป็นเหตุให้หัญงิ้งลึกลงแก่ความตาย (ป.อ. มาตรา 303 วรรคสอง) หรือเป็นเหตุให้หัญงิ้งถึงแก่ความตาย (ป.อ. มาตรา 303 วรรคสาม)

ความสมัพันธ์ระหว่างการกระทำและผลพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของ ป.อ. มาตรา 63

ความผิด อำนาจที่จะกระทำได้ ป.อ. มาตรา 305 มิได้มุญฉัดให้อำนาจ เอาไว้

ถ้ากรรมของการกระทำผ่านขั้นตอนของ “สิ่งมีชีวิตในครรภ์” เป็น “มนุษย์” การกระทำก็อาจจะเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น หรือทำร้ายร่างกาย ทั้งเจตนาหรือกระทำโดย ประมาณได้ ในส่วนของหัญงิ้งถ้าวิธีการที่ใช้ในการทำแท้งเป็นวิธีการที่เป็นการทำร้ายร่างกาย หรือจิตใจ แม้หัญงิ้งจะยินยอมให้ทำก็ไม่เป็นข้อแก้ตัวให้พ้นความผิด จึงเป็นความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ตาม ป.อ. มาตรา 295, 297 หรือ 391 และแต่วิธีการและผลของการทำร้ายร่างกาย ถ้าหัญงิ้งถึงแก่ความตายก็เป็นความผิดตาม ป.อ. มาตรา 290 หรืออาจเป็นกรณีกระทำโดย ประมาณตาม ป.อ. มาตรา 291, 300 หรือ 390 หรือ 391 และแต่วิธีการและผลของการ ทำร้ายร่างกาย ถ้าหัญงิ้งถึงแก่ความตายก็เป็นความผิดตาม ป.อ. มาตรา 290 หรืออาจเป็น กรณีกระทำโดยประมาณ ตาม ป.อ. 291, 300 หรือ 390 การทำหมันหัญงิ้งด้วยยินยอมแม้ สามีไม่ยินยอมแพทย์สามารถทำให้ได้ หรือในกรณีไม่บอกกล่าวเกี่ยวกับการรักษาให้ครบถ้วน หากบอกกล่าวคนไข้อาจจะไม่ยอมให้ผ่าตัดก็ได้ เช่น เป็นเนื้องอกที่ปีกมดลูก แพทย์กลัว จะลูกلامจึงตัดมดลูกออกหมด ดังนี้ก่อนตัดแพทย์ควรจะบอกคนไข้และได้รับความยินยอมจาก คนไข้ก่อนว่าจะตัดหรือไม่นั้น สำหรับความยินยอมของผู้เสียหายนั้น เห็นว่าจะยกขึ้นกล่าวอ้างว่า เป็นเหตุที่ผู้กระทำได้ไม่ได้ เพราะไม่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย อย่างไรก็ตามกรณีการณ์อาจพิจารณา ไปในทางที่ว่าการกระทำที่ผู้เสียหายยอมไม่เป็นการทำร้ายตามกฎหมาย ซึ่งเท่ากับเป็นการ ปฏิเสธในเรื่องของคุ้มครอง อย่างไรก็ตามโดยที่ในกฎหมายของเรามิมีบัญญัติเรื่องความยินยอม ของผู้เสียหายเกี่ยวกับความผิดต่อร่างกาย จึงมีปัญหาว่ากรณีการกระทำต่อภายโดยผู้ถูกกระทำ ยินยอมให้กระทำจะจะวินิจฉัยอย่างไร เช่น การบำบัดรักษาของแพทย์ เป็นต้น ทางหนึ่งที่อาจจะ แก้ไขข้อบกพร่องนี้ได้ก็คือ ถ้าเราทำความเข้าใจว่าการทำร้ายนั้นเป็นการทำให้สภาพร่างกาย ของผู้ถูกกระทำเลวลง การบำบัดรักษาหากใช้การทำร้ายไม่ เพราะเป็นการทำให้สภาพร่างกาย

<sup>(14)</sup> คณิต ณ นคร, ศ.ดร. อังแล้ หน้า 85

ของผู้กระทำดีขึ้น การกระทำของแพทย์จึงมิใช่การกระทำของความผิดฐานทำร้ายร่างกาย<sup>(15)</sup> และถ้าการกระทำเป็นการก้าวล่วงเสรีภาพในทางเพศหรือสิทธิที่กำหนดเรื่องทางเพศด้วยตนเอง ของหญิงอันเนื่องจากโอกาสและขาดจริยธรรม กรณีอาจเป็นความผิดฐานข่มขืนหรืออนาคตได้ การกระทำที่เป็นการอนาคต คือ การกระทำที่ในทางภาวะวิสัยเป็นการละเมิดหรือฝ่าฝืนความรู้สึกอันอย่างในทางเพศโดยทั่วไปอย่างร้ายแรงและเป็นการกระทำที่ในทางอัตโนมัติสัยได้ถูกกระทำลงด้วยความต้องการทางเพศหรือความใคร่ เป็นต้น ว่ามีจุดมุ่งหมายหรือความประสงค์เพื่อก่อหรือรับความต้องการทางเพศ หรืออารมณ์ทางเพศของตนหรือของผู้อื่น เช่น การกอด จูบ ลูบคลำ และการกระทำที่เป็นการอนาคตนั้น ต้องเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวของบุคคลแม้จะเป็นการผ่านบนเสื้อผ้าก็ตาม

ที่ว่าเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนความสมัครใจนั้น ก็อาจเป็นโดยการซู่เขยญ โดยการใช้กำลังประทุษร้าย โดยบุคคลนั้นอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขัดขืนได้ หรือโดยทำให้บุคคลนั้นเข้าใจผิดว่าเป็นบุคคลอื่น<sup>(16)</sup>

นอกจากนั้น ยังมีกรณีความผิดฐานเปิดเผยความลับของคนไว้ ตาม ป.อ. มาตรา 323 ด้วย

“ความลับ” หมายถึง ข้อความซึ่งผู้มีประโยชน์ได้เสียประสงค์จะปกปิดโดยยอมให้รู้ภายนอกในวงอันจำกัด ความลับประกอบด้วยสาระ 3 ประการ คือ ความไม่ค่อยรู้กันของข้อเท็จจริง เจตจำนงที่จะเก็บไว้เป็นความลับ และผลประโยชน์ของการเก็บไว้เป็นความลับ

การกระทำของความผิดฐานนี้คือ การเปิดเผย กล่าวคือการนำไปแจ้งแก่บุคคลอื่นต่อไป ซึ่งอาจจะเป็นการแจ้งข้อเท็จจริงที่ยังไม่รู้กัน หรือการยืนยันข้อเท็จจริงที่รู้กันแล้วอย่างเลาๆ<sup>(17)</sup>

สำหรับสถานพยาบาล ซึ่งเป็นนิติบุคคลก็ต้องร่วมรับผิดกับแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในขอบเขตประسنค์ของนิติบุคคลทั้งทางอาญาและทางแพ่ง โดยถือว่าเป็นการกระทำผิดโดยอ้อมด้วย

## 2. ความรับผิดทางแพ่ง

มาตรา 420 บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เข้าเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ได้ ร่างกายก็ได้ อนาคติกก็ได้ เสรีภาพก็ได้ ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ได้ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินใหม่ทดแทนเพื่อการนั้น” ดังนั้น การได้จะเป็นละเมิดได้จะต้องเข้าหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือ

1. กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ
2. กระทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย

(15) เรื่องเดียวกัน หน้า 63, 64

(16) เรื่องเดียวกัน หน้า 197

(17) เรื่องเดียวกัน หน้า 126

3. บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด

4. มีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลของการกระทำ  
คำว่า “จะ” กฎหมายไม่ได้ให้คำนิยามไว้

ศ.ม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช เห็นว่า “ความจะ” หมายความถึงความรู้ความตั้งใจของตนเอง อาการเคลื่อนไหวของบุคคลเกิดแต่ความตั้งใจต่อผลอย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้าบุคคลผู้เป็นเจ้าของอาการเคลื่อนไหวรู้ความตั้งใจที่จะทำอะไรลงไปแล้ว หากได้ทำลงไปโดยประสงค์ต่อผลอันใด หรืออาจแผลเห็นแห่งการกระทำนั้นได้ก็ได้ซึ่ว่าเป็นการกระทำโดยจะ<sup>(18)</sup>

อาจารย์ พจน์ บุญปากม เห็นว่า “ได้แก่การกระทำโดยสำนึกในการที่จะกระทำเมื่อใดก็ตาม และในขณะเดียวกันรู้ว่าจะทำให้เข้าเสียหาย แต่ไม่ได้ประสงค์ต่อผล คือต้องการกระทำให้เข้าเสียหาย<sup>(19)</sup>

ร.ศ.ดร.วารี นาสกุล เห็นว่า “การกระทำโดยจะ ใจได้แก่การกระทำด้วยความรู้ สำนึกว่าการกระทำหรือการด่วนนั้นอาจมีผลเป็นการก่อความเสียหายขึ้นและเป็นการเพียงพอที่จะถือว่าเป็นการกระทำโดยการจะ เมื่อผู้กระทำมีความรู้สำนึกว่าการกระทำของตนสามารถก่อให้เกิดผลก่อความเสียหายนั้นได้กล่าวคือ เมื่อผู้กระทำได้ยอมรับเอกสารซึ่งอาจเกิดขึ้นได้นั้น ไว้ล่วงหน้าแล้ว คือมีเจตนาจริงต่อผลที่อาจเกิดขึ้นนั้นด้วย เทียบได้กับเจตนาโดยยอมเลิงเห็นผล แต่ผู้กระทำไม่จำต้องมีเจตนาจริงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายนั้นๆ”<sup>(20)</sup>

ดังนั้น “จะ” จึงมิได้ความหมายเหมือนกับ “เจตนา” ทางอาญา เพียงแต่มีความหมายคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้เพราะทั้ง “จะ” ทางแพ่งและ “เจตนา” ทางอาญาผู้กระทำจะต้องรู้สึกสำนึกในการกระทำนั้น แต่ “จะ” ในทางแพ่งนั้นผู้กระทำนอกจกรู้สำนึกในการกระทำแล้วยังรู้สำนึกถึงความเสียหายที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นด้วย แต่ “เจตนา” ทางอาญาผู้กระทำนอกจากจะรู้สำนึกในการกระทำแล้ว ผู้กระทำยังต้องประสงค์หรือยอมเลิงเห็นผลของการกระทำนั้น ด้วยอย่างเช่น นาย ก. ต่อนาย ข. ล้มลง นาย ข. ตายโดยนาย ก. มิได้ประสงค์ให้นาย ข. ตายหรือมิได้เลิงเห็นผลว่านาย ข. จะตาย ในทางอาญาจึงเป็นการกระทำโดยไม่เจตนาแต่ในทางแพ่งต้องถือว่านาย ก. ได้กระทำโดยจะเป็นเหตุให้นาย ข. ตาย เพราะนาย ก. รู้สำนึกในความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นแต่ไม่รู้สึกว่าการต่อยจะทำให้นาย ข. ตาย<sup>(21)</sup>

คำว่า “ประมาทเลินเล่อ” พอจะอนุโลมได้กับกฎหมายอาญา<sup>(22)</sup> “การกระทำโดยประมาทเลินเล่อนั้นเป็นการกระทำและการด่วนการกระทำ โดยมิได้จะใจได้กระทำโดยประมาทจากความระมัดระวังอันควรคาดหมาย ได้จากวิญญาณจะระวังตามวิสัยและพฤติกรรมนั้นเป็นเหตุให้เกิด

<sup>(18)</sup> เสนีย์ ปราโมช, ศ.ม.ร.ว. นิติกรรมและหนี้, พ.ศ. 2471, หน้า 77

<sup>(19)</sup> พจน์ บุญปากม, คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะละเอียด, พ.ศ. 2509, หน้า 40

<sup>(20)</sup> วารี นาสกุล, ร.ศ.ดร.ละเมิด จัดการงานนอกสั่ง ลากมีควรได้, พ.ศ. 2519, หน้า 40

<sup>(21)</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 41

<sup>(22)</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 56

### ความเสียหายจากการกระทำนั้น”<sup>(23)</sup>

คำว่า “วิญญาณ” หมายความถึงบุคคลที่มีความรอบคอบตามปกติธรรมชาติ อย่าง “ไรก็ได้ถ้าผู้กระทำเป็นเด็กหรือเป็นบุคคลมีสติรู้ผิดชอบไม่สมบูรณ์ให้ระลึกด้วยว่าความสามารถในการรับมัดระวังนั้น แต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน เช่นเด็กย่อมจะมีความสามารถดัดระวังเพียงพอหรือไม่นั้น จะต้องคำนึงถึงฐานะ อายุ จิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมแล้วล้อม ของผู้กระทำเป็นเรื่องๆ ไปด้วย

อีนง บุคคลใดมีหน้าที่ที่จะต้องกระทำการใดเป็นพิเศษแล้ว บุคคลนั้นก็จะต้องให้ความรับมัดระวังมากเป็นพิเศษกว่าบุคคลธรรมดายัง... ในกรณีที่ผู้กระทำมีความรู้ความสามารถชำนาญเป็นพิเศษ เช่น เป็นแพทย์หรือเป็นนายช่าง ก็ต้องใช้ความสามารถดัดระวังอย่างเดียวกับแพทย์หรือนายช่าง ซึ่งโดยปกติจะพึงใช้จะใช้ความสามารถดัดระวังอย่างวิญญาณทั่วไปไม่ได้<sup>(24)</sup>

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 946-947/2475 医師に於ける故意の過失の構成要件として、被験者の行為が被験者の立場に応じて適切であるべきものとされるべきである。

คำว่า “ผิดกฎหมาย” มิได้หมายความถึงการที่มิได้ทำการแบบที่กฎหมายกำหนดไว้ หรือทำการฝ่าฝืนบทัญญัติของกฎหมายเท่านั้น แต่คำว่า “ผิดกฎหมาย” ที่จะเป็นละเอินดั้นยังหมายถึงเป็นการกระทำที่เป็นการล่วงลิขิตรองผู้อื่น ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นนั้น และผู้กระทำไม่มีสิทธิที่จะทำได้หรือไม่มีข้อที่จะแก้ตัวตามกฎหมายได้ ทั้งได้กระทำโดยปราศจากความยินยอมของผู้เสียหาย อย่าง “ไรก็ตาม คำว่า “ผิดกฎหมาย” มิได้หมายถึงกรณีผิดสัญญาในทางแพ่งที่ไม่มีมูละเมิดอยู่ด้วย เช่น การที่ผู้รับจ้างผิดสัญญาไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญาจ้าง ทำของหรือการที่ผู้ขายในสัญญาซื้อขายสิ่งของทรัพย์ผิดประเภทดังนี้ แม้จะเป็นการผิดกฎหมายแต่ก็ผิดกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวกับสัญญามากกว่าละเอิด เพราะการล่วงลิขิตริดหน้าที่ในเรื่องนี้ มีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นเอกสารแล้ว...ถ้าผู้กระทำมีสิทธิที่จะทำได้หรือไม่แก้ตัวตามกฎหมายได้ กระทำนั้นก็ไม่ถือว่าผิดกฎหมาย เพราะกฎหมายให้อำนาจที่จะกระทำการนั้นๆ ด้วย การที่กฎหมายให้อำนาจนี้อาจเป็นการให้อำนาจโดยตรงหรือโดยปริยายก็ได้ เช่น ปพ. มาตรา 1347 หรืออำนาจตามคำพิพากษาหรือตามสัญญา เป็นต้น<sup>(25)</sup>

คำว่า “ความยินยอม” หมายถึงการที่บุคคลหนึ่งอนุญาตหรือยอมให้บุคคลอีกคนหนึ่งกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยบุคคลผู้อนุญาตหรือยอมนั้นยอมรับผลหรือภัยที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ ความยินยอมของผู้เสียหายในทางแพ่งแตกต่างกับความยินยอมของผู้เสียหายในทางอาญา กล่าวคือ ในทางแพ่งนั้นโดยทั่วไปแล้วความยินยอมทำให้การกระทำไม่ผิดกฎหมาย ทั้งนี้เนื่องมาจากสุภาพษิตกฎหมายที่ว่า “Volenti non fit injuria” ด้วยเช่น นาย ก. ป่วยหนักไม่ต้องการทนทุกข์ทรมานเพาะกายเจ็บปวดนั้น จึงขอให้นาย ข. ยิงตนลงให้ตาย นาย ข. ด้วย

<sup>(23)</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน

<sup>(24)</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 57

<sup>(25)</sup> เรื่องเดียวกัน หน้า 69, 70

ความสูงสารจึงยิงนาย ก. ถึงแก่ความตาย ในทางอาญา นาย ข. มีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา แต่ในทางแพ่งการกระทำของนาย ข. ไม่เป็นละเมิด...เมื่อความยินยอมนั้นเองขัดหรือแย้งต่อบทกฎหมายที่เป็นบทบังคับหรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ตัวอย่างเช่น นาย ก. กับเด็กหญิง ข. ซึ่งมีอายุไม่เกิน 13 ปี หนีตามกันไปและเด็กหญิง ข. ยอมให้นาย ก. ร่วมประเวณีด้วยดังนี้ ความยินยอมของเด็กหญิง ข. หาทำให้นาย ก. พ้นจากความรับผิดในทางละเมิดไม่ เพราะความยินยอมดังกล่าวเป็นความยินยอมที่ไม่สมบูรณ์ เพราะขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมายและศีลธรรมอันดีของประชาชน<sup>(26)</sup>

ร.ศ.ดร.วารี นาสกุล เห็นว่า ความยินยอมที่จะกระทำให้การกระทำไม่ผิดกฎหมายนั้น จะต้องประกอบด้วย

1. จะต้องเป็นความยินยอมที่ได้ให้ก่อนที่จะมีการทำความผิด
2. ผู้ให้ความยินยอมจะต้องเป็นผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมาย เช่น เด็กจะให้ความยินยอมไม่ได้ แต่ผู้แทนโดยชอบธรรมอาจให้ความยินยอมแทนเด็กได้ เป็นต้น
3. การให้ความยินยอมนั้นตามปกติจะต้องกระทำต่อผู้ละเมิดโดยตรง
4. ในบางกรณีความยินยอมอาจให้โดยเจ้าของหรือไม่ก็ได้ กล่าวคือมิได้กระทำต่อบุคคลโดยเฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเช่น นาย ก. เป็นแพล แพทท์สังสัยว่าเป็นมะเร็ง แนะนำให้ผ่าตัด นาย ก. ยินยอมให้แพทท์ผ่าตัด นาย ก. จะฟ้องมิได้ ไม่ว่าผู้ผ่าตัดจะเป็นแพทท์คนใด ก็ตาม
5. จะต้องเป็นการให้ความยินยอมโดยบริสุทธิ์ใจปราศจากการอ้อนฉ้อ ข่มขู่หรือสำคัญผิดเว้นแต่ความสำคัญผิดที่ได้เกิดขึ้น เพราะความประมาทเลินเล่อของตน

การให้ความยินยอมนั้นจะให้ด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษรหรือกิริยาอาการก็ได้ ทั้งนี้ เพราะไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้แต่อย่างใด ทั้งนี้รวมถึงการนิ่งเป็นการให้ความยินยอมด้วยเช่นกัน เมื่อการนิ่งนั้นตามพฤติกรรมที่ทำให้สามัญชนทั่วไปเข้าใจว่าเป็นการยินยอม

กรณีความยินยอมที่ต้องวินิจฉัยถึงขัดหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีนั้น ความยินยอมนั้น ไม่ใช่องค์ประกอบของความผิด ถ้าการกระทำนั้นจะเป็นผิดเมื่อไม่ได้รับความยินยอม เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ความผิดนั้นไม่เกิด เพราะขาดองค์ประกอบ เช่น ลักทรัพย์ ต้องเอาทรัพย์ของผู้อื่นไปโดยทุจริต ถ้าเจ้าของทรัพย์ยินยอมให้อาไปก์ไม่ใช่ทุจริต เพราะเป็นประโยชน์ที่เข้าควรได้ หรือความผิดฐานปลอมหนังสือ ถ้ายินยอมให้เข้ากรอกข้อมูลในเอกสารที่มีลายมือชื่อของตน ก็ไม่เป็นการปลอม แต่ถ้าความยินยอมนั้นไม่ใช่ประกอบเป็นองค์ความผิด เช่น ทำให้หญิงแท้ลูกหรือทำร้ายร่างกาย ต้องวินิจฉัยอีกชั้นหนึ่งว่าขัดต่อศีลธรรมหรือไม่ ทำให้หญิงแท้ลูกแม้จะยินยอมก็เป็นผิด เพราะเป็นการผ่าเตกในครรภ์ กฎหมายบัญญัติไว้เลยว่า yinยอมก็เป็นผิด เป็นความยินยอมที่ขัดต่อศีลธรรม ส่วนการทำร้ายร่างกายต้องวินิจฉัยเป็นเรื่องๆ ไป<sup>(27)</sup>

<sup>(26)</sup> เรื่องเดียวกัน หน้า 94

<sup>(27)</sup> พจน์ บุษปาคม, อ้างแล้ว, หน้า 68

ในการปฏิบัติงานสูตินรีแพทย์พึงระมัดระวัง เนื่องจากอาจต้องรับผิดในทางแพ่ง ทั้งเรื่อง จงใจหรือประมาทเลินเล่อได้ ซึ่งผู้กระทำต้องรับผิดเสียค่าสินไหมทดแทน ตาม ป.พ.พ. มาตรา 443-446 แล้วแต่กรณี

### **3 การพิจารณาสั่งคดีของอัยการ (เมื่อแพทย์เป็นผู้ต้องหา)**

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 มาตรา 25 บัญญัติว่า “บุคคล ย่อมเสมอ กันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” ดังนั้น แพทย์ย่อม ตกอยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกันกับบุคคลอื่นๆ และต้องมีความรับผิดทางกฎหมายเช่นเดียวกับ ประชาชนทั่วไป

หลักการพิจารณาสั่งคดีของอัยการ การดำเนินคดีอาญาของอัยการใช้หลักดำเนินคดีอาญา ตามดุลพินิจ<sup>(28)</sup>

การที่อัยการจะสั่งคดีในนั้น อัยการต้องพิจารณาเงื่อนไขให้อำนาจดำเนินคดีเป็นลำดับแรก จากนั้นจึงจะพิจารณาเนื้อหาคดีเป็นลำดับต่อไป การสั่งคดีของอัยการจึงแยกออกได้เป็น 2 กรณี คือ

1. การสั่งคดีกรณีข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวิธีพิจารณา
2. การสั่งคดีกรณีข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเนื้อหาคดี

#### **การสั่งคดีกรณีข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวิธีพิจารณา**

ก่อนที่อัยการจะพิจารณาสั่งคดีเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในเนื้อหาคดีอัยการจะต้องพิจารณาในเบื้องแรกก่อนว่าคดีนั้นเงื่อนไขให้อำนาจดำเนินคดีหรือไม่ ในกรณีที่อัยการเห็นว่าคดีนั้นมีเงื่อนไขให้อำนาจดำเนินคดี อัยการก็จะพิจารณาเนื้อหาคดีต่อไป ในกรณีที่คดีมีเงื่อนไขระงับคดี อัยการ จะสั่งคดีในเนื้อหาคดีไม่ได้ เมื่อคดีมีเงื่อนไขระงับคดีอัยการย่อมจะต้องสั่งระงับคดีเพราะเหตุนั้น<sup>(29)</sup>

#### **การสั่งคดีกรณีข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเนื้อหาคดี**

การสั่งคดีกรณีข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเนื้อหาคดี การที่อัยการจะสั่งฟ้อง หรือสั่งไม่ฟ้องลำดับ ขั้นตอนของการพิจารณาจะเป็นไปดังนี้

- (1) พิจารณาว่าการกระทำที่กล่าวหนาน เป็นความผิดต่อกฎหมายหรือไม่ (โครงสร้าง ความผิดอาญา)<sup>(29)</sup> ระเบียบฯ พ.ศ. 2528 ข้อ 29 ที่แก้ไขแล้ว กำหนดว่า  
“ข้อ 29 (การออกคำสั่งกรณีสิทธิฟ้องคดีอาญาจะรับ)

<sup>(28)</sup> คณิต ณ นคร, ศ.ดร. กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 แก้ไขเพิ่มเติม, พ.ศ. 2537 หน้า 206

<sup>(29)</sup> ระเบียบฯ พ.ศ. 2528 ข้อ 29 ที่แก้ไขแล้ว กำหนดว่า

ในการพิจารณาสำนวนการสอบสวน ให้พนักงานอัยการพิจารณาเรื่องเงื่อนไขระงับคดีก่อน และพนักงานอัยการพึงระมัดระวังในเรื่องเงื่อนไขระงับคดีต่อไปด้วย เนื่องจากคดีที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ คือ

- (1) ผู้กระทำความผิดถึงแก่ความตาย
- (2) ในคดีความผิดต่อส่วนตัว เมื่อได้ถอนคำร้องทุกชิ้น ถอนฟ้อง หรือยอมความกันโดยถูกต้องตามกฎหมาย
- (3) ในคดีที่มีโทษปรับสถานเดียว เมื่อผู้กระทำความผิดยินยอมเสียค่าปรับในอัตรายอย่างสูงสำหรับความผิดนั้นแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนศาลพิจารณา
- (4) เมื่อคดีถึงที่สุดอันเป็นผลให้คดีนี้เสร็จเด็ดขาดในความผิดซึ่งได้ฟ้อง
- (5) เมื่อมีกฎหมายออกใช้ภายในประเทศทำให้ผู้กระทำความผิด เช่นนั้น
- (6) เมื่อคดีขาดอายุความ
- (7) เมื่อมีกฎหมายยกเว้นโทษ
- (8) เมื่อคดีเป็นความผิดต่อส่วนตัวและมิได้ร้องทุกชิ้นตามระเบียบ
- (9) เมื่อคดีเป็นความผิดส่วนตัวและผู้เสียหายได้ยื่นฟ้องแล้วไม่ว่าจะได้ยื่นฟ้องก่อนหรือหลังจากที่พนักงานอัยการได้รับสำนวนการสอบสวน และไม่ว่าคดีที่ผู้เสียหายได้ยื่นฟ้องแล้วนี้ศาลจะพิพากษาแล้วหรือไม่
- (10) เมื่อมีคำสั่งเด็ดขาดไม่ฟ้องคดีนั้นแล้ว และไม่มีหลักฐานใหม่อันสำคัญแก่คดีซึ่งจะทำให้ศาลลงโทษผู้ต้องหานั้นได้

ในการนี้คดีใดเมื่อเงื่อนไขระงับคดีดังกล่าวในวรรคสอง ให้พนักงานอัยการสั่งคดีว่า “ยุติการดำเนินคดีเพรา... (ระบุเงื่อนไขระงับคดี)...” โดยไม่ต้องปฏิบัติตาม มาตรา 145 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

- (2) ถ้าการกระทำที่กล่าวหาเป็นความผิดต่อกฎหมาย พิจารณาต่อไปว่าผู้ต้องหาเป็นผู้กระทำผิดหรือไม่
- (3) ถ้าการกระทำที่กล่าวหาเป็นความผิด และผู้ต้องหาเป็นผู้กระทำผิด ก็พิจารณาต่อไปว่ามีพยานหลักฐานเพียงพอแก่การพิสูจน์ความผิดของผู้ต้องหาหรือไม่
- (4) ถ้าการกระทำที่กล่าวหาเป็นความผิด ผู้ต้องหาเป็นผู้กระทำผิดและมีพยานหลักฐานเพียงพอแก่การพิสูจน์ความผิดของผู้ต้องหา ก็ต้องพิจารณาในลำดับสุดท้ายด้วย ว่ามีเหตุอันควรไม่ฟ้องผู้ต้องหาหรือไม่<sup>(30),(31)</sup>

<sup>(30)</sup> ดู คณิต ณ นคร, ศ.ดร., “ปัญหาในการใช้ดุลพินิจของอัยการ” การปรับปรุงระบบงานอัยการและแนวความคิดในการพัฒนาต่อไป วารสารอัยการ ประจำเดือนกันยายน 2525 หน้า 31, 55-56

<sup>(31)</sup> ระเบียบฯ พ.ศ. 2528 ข้อ 51 (หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการใช้ดุลพินิจสั่งไม่ฟ้อง)

ถ้าพนักงานอัยการเห็นว่าการฟ้องคดีจะไม่เป็นประโยชน์แก่สาธารณหรือจะขัดต่อความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือจะมีผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือความมั่นคงแห่งชาติ หรือต่อผลประโยชน์อันสำคัญของประเทศไทย เสนอความเห็นพร้อมสำเนาไปยังอธิบดีกรมอัยการเพื่อสั่ง

ส่วนทางแพ่ง เป็นเรื่องที่ผู้เสียหายต้องฟ้องเอง

การฟ้องคดีของอัยการมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อให้ลงโทษจำเลย ผู้เสียหายจะได้รับ การเยียวยาในทางแพ่งอย่างไร โดยปกติเป็นเรื่องของผู้เสียหายโดยแท้ อย่างไรก็ตาม ในคดีลักษณะนี้ จึงควรพิจารณา ชิงทรัพย์ ปล้นทรัพย์ โจรลัด การโจร ฉ้อโกง ยักยอก หรือรับของโจร ถ้าผู้เสียหายมีสิทธิที่จะเรียกร้องทรัพย์สินหรือราค่าที่สูญไปเนื่องจากการกระทำผิดนั้น เมื่อพนักงานอัยการยื่นฟ้องคดีอาญาภัยมาให้อำนาจอัยการที่จะเรียกทรัพย์สินหรือราคางานผู้เสียหาย (ป.อ. มาตรา 43) โดยจะขอรวมไปกับคดีอาญา หรือโดยยื่นคำร้องในระยะใดระหว่างคดีอาญากำลังพิจารณาอยู่ในศาลชั้นต้นก็ได้ (ป.อ. มาตรา 44 วรรคแรก) และในกรณีเช่นนี้คำพิพากษาในส่วนคำขอนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของคำพิพากษาในคดีอาญา (ป.อ. มาตรา 44 วรรค 2) และผู้เสียหายนั้นจะเป็นเจ้าหนี้ตามคำพิพากษาที่สามารถขอให้บังคับคดีได้ (ป.อ. มาตรา 50)

## 4 ข้อแนะนำสำหรับแพทย์เพื่อไม่ให้ถูกฟ้อง (การป้องกันและการเตรียมตัว)

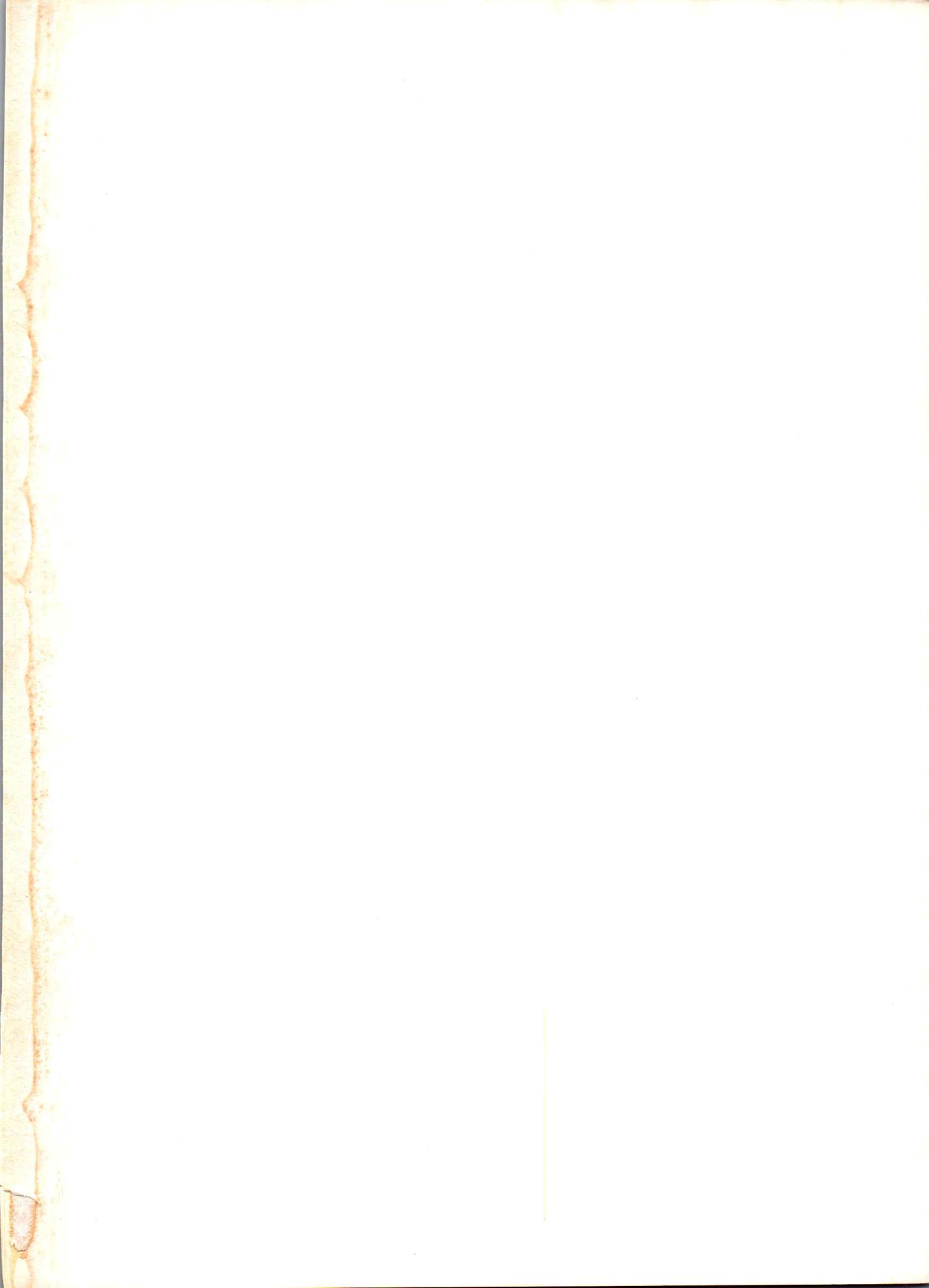
**1. ต้องเคารพกฎหมาย สูตินรีแพทย์ต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้อยู่ในขอบเขตและเงื่อนไขที่กฎหมายให้อำนาจกระทำได้ไว้ ตามโครงสร้างความผิดอาญาดังกล่าวข้างต้น เนพาะอย่างยิ่งการกระทำแท้ง ตาม ป.อ. มาตรา 301 และมาตรา 302 ต้องเป็นกรณีมีความมั่นใจอย่างที่สูง และการกระทำนั้น ต้องจำเป็นกระทำเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น หรือหญิงมีครรภ์ เนื่องจากการกระทำการทำความผิดอาญา ตาม ป.อ. มาตรา 276-277, 282-284 แพทย์ผู้กระทำจึงจะมีอำนาจกระทำได้ ตาม ป.อ. มาตรา 305**

**2. ต้องระมัดระวัง ความระมัดระวังเกี่ยวกับการปฏิบัติงานต้องใช้ความระมัดระวังตามวิสัยของผู้มีวิชาชีพแพทย์ จะใช้ความระมัดระวังเช่นคนธรรมดามาได้ไม่<sup>(32)</sup> กล่าวคือ โดยปกติผู้มีวิชาชีพนั้นๆ สามารถใช้ความระมัดระวังได้เพียงใด และในข้อนี้ความระมัดระวังก็มีขนาดเหมือนกัน กล่าวคือ 医師の注意義務は、常に医師の専門知識と技術の範囲内に留まらなければなりません。<sup>(33)</sup> แพทย์ธรรมดาย่อมใช้ความระมัดระวังอย่างแพทย์ธรรมดاجะหังให้แพทย์ธรรมดายังความระมัดระวังอย่างแพทย์ผู้เสียหายอยู่เสมอไม่ได้<sup>(33)</sup>**

<sup>(32)</sup> เกียรติธรรม วัจนะสวัสดิ์, ร.ศ.ดร. คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1 ฉบับตีพิมพ์ครั้งที่ 2 แก้ไขเพิ่มเติม, พ.ศ. 2533 หน้า 175

<sup>(33)</sup> หยุด แสงอุทัย, ศ.ดร., อังแล้ว, หน้า 87





# Look mom... I'm talking too!

For me Mom means milk...yummy yummy!

When my eyes do this,  
It means you're the one.

That's a cute song  
must be from daddy  
I love you Dad.



Enfalac, The infant formula that has a fatty acid profile closest to the breast milk for healthy growth and development in the first year of life.

Before babies can talk, they communicate their needs through their expressions. Mead Johnson realises that every stage of development in a child's life is of utmost importance, which is why we have created a baby food that nurtures and cares for the physical and mental needs of your baby.



A World Leader in Nutrition

Important Notice: Pregnant women and new mothers should be informed of the benefits and superiority of breast feeding. Mothers should receive guidance on proper maternal nutrition and be advised that the decision to avoid or discontinue breast feeding may be hard to reverse. The introduction of partial bottle feeding may have a negative effect on breast feeding. Inappropriate infant feeding practices should be avoided so breast feeding is not discouraged. Mothers should be advised of the social and financial implications of the decision to formula feed and the importance to the health of the infant to use infant formula properly.