

ISSN 0858-5695



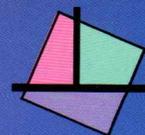
สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร  
OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL  
BULLETIN

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2

เมษายน-มิถุนายน 2540

**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

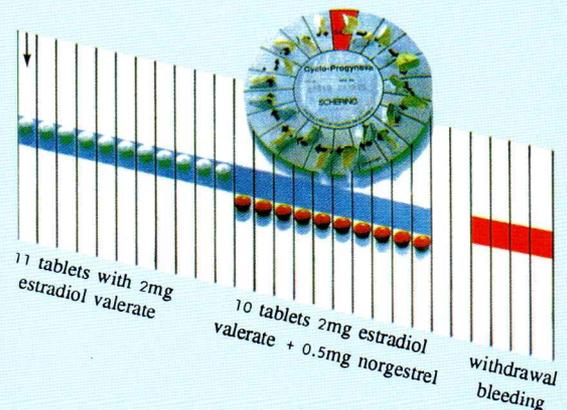
*our estrogen-replaces what she has lost*

# CYCLO-PROGYNOVA®

Estradiol valerate / Norgestrel

## hormones for her well-being

- Replaces the same hormone she has lost-**estradiol**.
- Studies with opposed HRT have demonstrated a reduction in the risk of endometrial cancer.<sup>1</sup>
- With only one tablet a day - convenient and easy to use.
- Effectively and rapidly relieves menopausal symptoms: hot flushes, headache, insomnia, and urogenital tract disorders.<sup>2</sup>
- Corrects cycle irregularities.<sup>2</sup>
- Reduces the risk of osteoporosis.<sup>3</sup>
- Reduces the risk of coronary heart disease.<sup>4</sup>



**Presentation :** Calendar pack of 21 tablets  
1 tablet CYCLO-PROGYNOVA daily. Once the patient has chosen a time she should stick to it, e.g. after breakfast or the evening meal.

**References :**

1. Varma T.R.; Acta Obstet. Gynecol. Scand 64, 41-46, 1985
2. Lachnit, U., Med. Mitt. 1970; 31: 2-6
3. Hirnoven, E., et al, maturitas 1990; 12: 127-136
4. Falkeborn, M., Brit. Jour. of Ob & Gyn, Oct 1992, Vol 99, pp.821-8

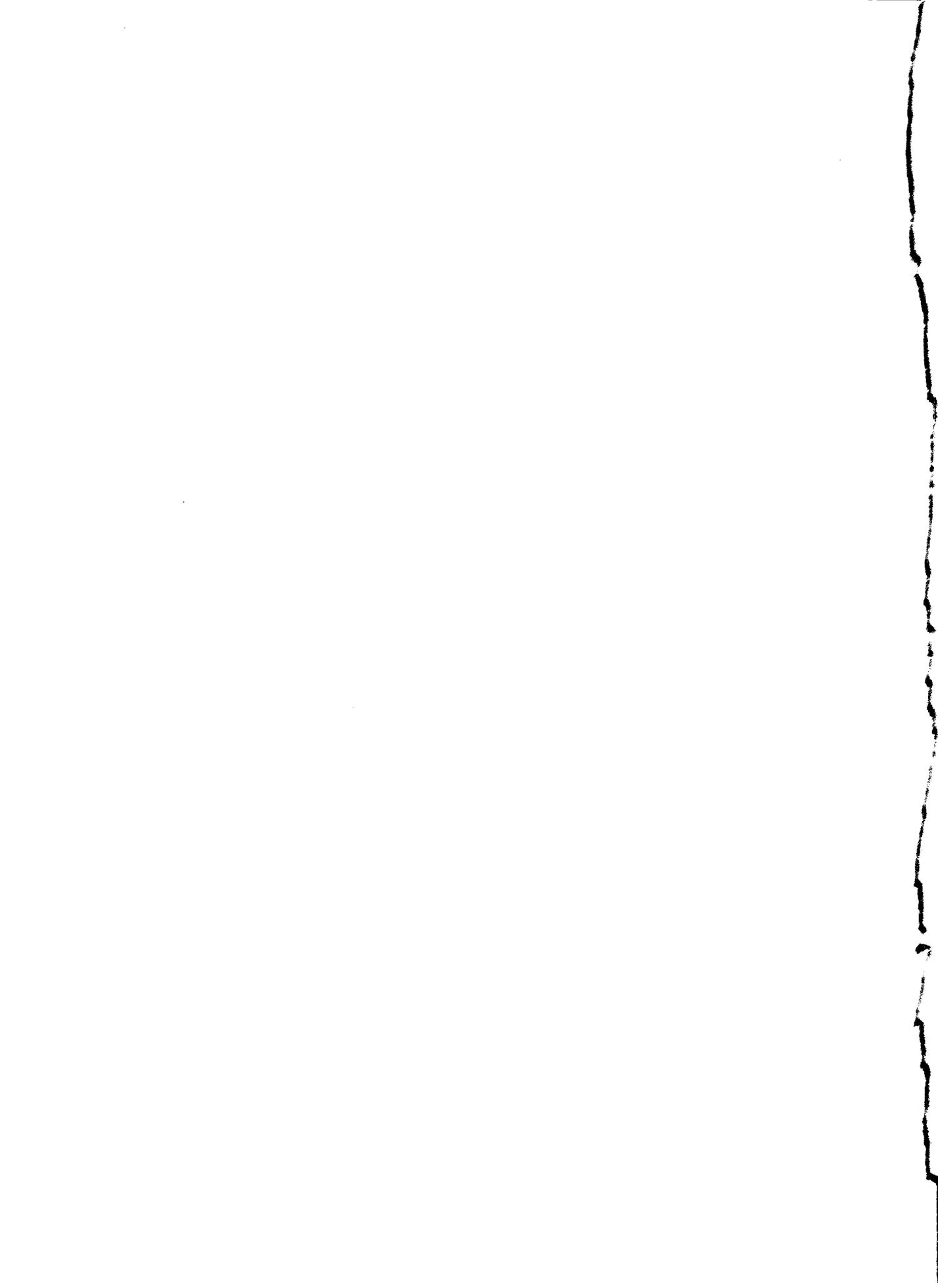
For further information, please contact :  
Schering (Bangkok) Ltd.  
P.O. Box 106 Laksi Post Office,  
Bangkok 10210, Tel. 573-0057  
UII 2967/96 ( For medical professional only )





**สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร**  
**OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL**  
**BULLETIN**

**ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**  
**THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS**





สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร

OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL BULLETIN

ISSN 0858-5695

เอกสารทางวิชาการเพื่อเผยแพร่สำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

### เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

### บรรณาธิการ

น.พ.วิทยา ธิฐาพันธ์

### บรรณาธิการรอง

น.พ.วินิต พัวประดิษฐ์

น.พ.เยื้อน ตันนรินทร์

น.พ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล

น.พ.นพดล สโรบล

### กองบรรณาธิการ

น.พ.การุณ เก่งสกุล

น.พ.ภิเศก

ลุมพิกานนท์

พ.ญ.สุภัสชา

ชาญวิเศษ

น.พ.กำธร พฤชานานนท์

น.พ.เรืองศิลป์

เขาวรัตน์

น.พ.ทเทัญ

ถิ่นธารา

พ.ญ.เกยูร สถาพรพงษ์

น.พ.วิวัฒน์

ศุภดิษฐ์

น.พ.อธิธาน

พวงศรีเจริญ

น.พ.ดำรง ตริสุโกศล

น.พ.วีระพล

จันทร์ดีเยี่ยม

น.พ.อภิชาติ

โอพารัตนดรัย

น.พ.ธีระ ทองสง

น.พ.ศุภวิทย์

มุตตามระ

น.พ.อนุวัตร

รุ่งพิสุทธิพงษ์

พ.ญ.นฤมล ชรากร

น.พ.แสงชัย

พฤทธิพันธ์

น.พ.อุดม

เชาวรินทร์

พ.ญ.นันทา อ่วมกุล

พ.ญ.สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์

น.พ.โอกาส

ไทยพิสุทธิกุล

น.พ.ไพโรจน์ วิฑูรพณิชย์

### สำนักงาน

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4

โทร. 2501333

### กำหนดออก

ปีละ 4 ฉบับ

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

1. นายแพทย์ ทวีพงษ์ สุวรรณโคต	ประธาน
2. นายแพทย์ กิตติพงษ์ ้วยโรจนวงศ์	รองประธาน
3. แพทย์หญิง กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม	เลขาธิการ
4. นายแพทย์ สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์	รองเลขาธิการ 1
5. นายแพทย์ จรัสพงษ์ ทั้งสุนทร	รองเลขาธิการ 2
6. แพทย์หญิง อรวรรณ ศิริวัฒน์	เหรัญญิก
7. นายแพทย์ ประธาน จินายน	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์ ไพโรจน์ วิฑูรพาณิชย์	กรรมการกลาง
9. นายแพทย์ ประสิทธิ์ เฟื่องสา	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์ วินิต พัวประดิษฐ์	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ	กรรมการกลาง
12. พันเอกนายแพทย์ ศุภวิทย์ มุตตามระ	กรรมการกลาง
13. นาวาอากาศเอกแพทย์หญิง สุภัชชา ชาญวิเศษ	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์ วีระพล จันทร์ดียิ่ง	กรรมการกลาง

MESA/TESE-ICSI

เทคโนโลยีใหม่

ในการรักษาผู้มีบุตรยาก

น.พ.กำธร พดุกษานานนท์

น.พ.ประมวล วีรุตมเสน

ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาทางเพศ

พ.อ. น.พ. วิวัฒน์ ศุภดิษฐ์

กองสูติและนรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



# เทคโนโลยีใหม่ในการรักษาผู้มีบุตรยาก

## MESA / TESE-ICSI

น.พ. กำธร พฤกษานานนท์ น.พ. ประมวล วีรุตมเสนา  
ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

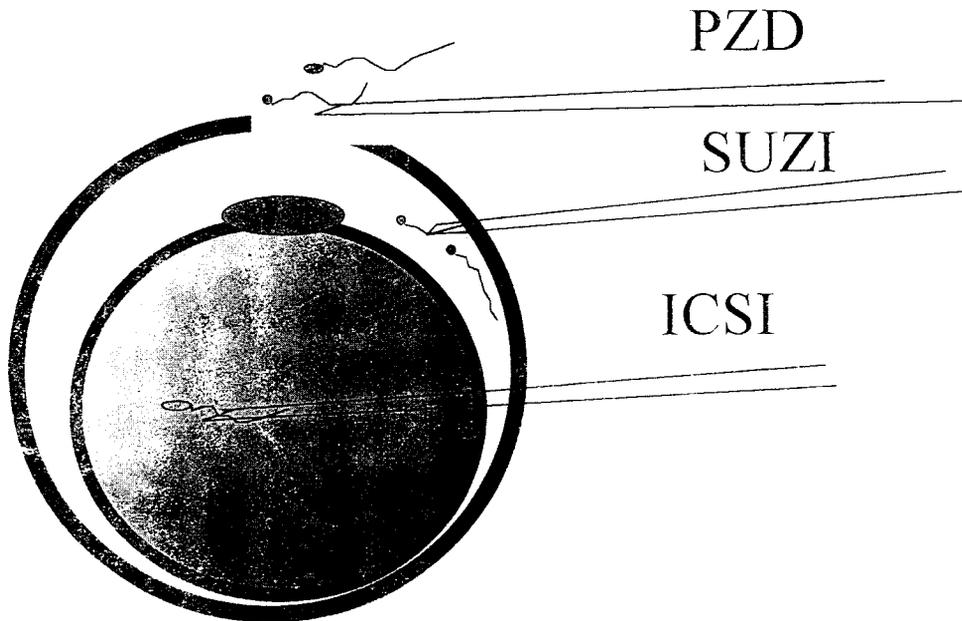
### คำนำ

นับตั้งแต่เด็กหลอดแก้วคนแรกได้ถือกำเนิดในประเทศไทยเมื่อสิบปีที่แล้ว ได้เป็นจุดที่ทำให้เกิดความตื่นตัวอย่างมากของเทคโนโลยีแขนงนี้ หลายสิ่งได้มีการปรับปรุงไปอย่างมากเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้ดีขึ้น

ในความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ แม้ว่าจะสามารถให้การรักษาภาวะการมีบุตรยาก อันเนื่องมาจากสาเหตุฝ่ายภรรยาด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ดีพอสมควร แต่ในทางตรงข้ามปัญหาในส่วนของสาเหตุทางฝ่ายสามีกลับมีอัตราการความสำเร็จค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เนื่องจากมีทางเลือกในการให้การรักษาไม่กี่ทาง และผู้ป่วยส่วนมากก็เกิดจากปัญหาที่ไม่เฉพาะเจาะจง ในอดีตที่ผ่านมาผู้ป่วยมีบุตรยากอันเนื่องมาจากสาเหตุทางฝ่ายสามีจะได้รับการรักษา โดยวิธีพื้นฐานต่าง ๆ เช่น การใช้ gonadotrophins, antiestrogens, androgens, ยาปฏิชีวนะ หรือการรักษาโดยการผ่าตัดเส้นเลือดขอด ทั้งนี้เพื่อหวังจะปรับปรุงคุณภาพของอสุจิ อย่างไรก็ตามจากรายงานวิจัยต่าง ๆ มักพบว่าวิธีการดังกล่าวได้ผลไม่แน่นอน และถ้าทำการศึกษาวินิจฉัยแบบ control trials แล้วมักจะไม่ได้ผลสนับสนุนว่าการรักษาเหล่านั้นได้ผลในการรักษาอย่างจริงจัง การรักษาเริ่มจะมีความหวังขึ้นบ้างในยุคของการนำการปฏิสนธิภายนอกร่างกายและการย้ายตัวอ่อนมาใช้ เทคนิคดังกล่าวสามารถให้การรักษาภาวะการมีบุตรยากอันเนื่องมาจากสาเหตุของฝ่ายสามีที่ไม่เฉพาะเจาะจงได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแม้ว่าวิธีการ IVF จะเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าประสบความสำเร็จมาก ในกรณีของการมีบุตรยากจากสาเหตุต่าง ๆ แต่การมีบุตรยากอันมีสาเหตุมาจากฝ่ายสามีก็ยังมีอัตราการความสำเร็จน้อยมากอยู่ดี ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการความสำเร็จของ IVF ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอัตราการปฏิสนธิ แม้ว่าจะมีผู้วิจัยนำเอาเทคนิคต่าง ๆ มาช่วยการปฏิสนธิ แต่ก็มีประสิทธิภาพค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงอัตราการปฏิสนธิที่ปกติ หลายสถาบันรวมทั้งที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้เลิก PZD (partial zona dissection) ไปเนื่องจากผลที่ได้ไม่ค่อยแน่นอนสำหรับ SUZI (subzonal sperm insertion) ซึ่งเป็นการฉีดตัวอสุจิ 5-20 ตัว เข้าไปใน perivitelline space ได้ถูกนำมาใช้ในทางคลินิกในหลายสถาบัน เพื่อการรักษาผู้ป่วยซึ่งมีความล้มเหลวของการปฏิสนธิ

รูปที่ 1 วิวัฒนาการของการช่วยปฏิสนธิ



ในกระบวนการ IVF ตามปกติ และในคู่สมรส ซึ่งมีคุณภาพอสุจิต่ำมาก ในการทำ SUZI นั้นจะมีอัตราของการปฏิสนธิตามปกติเพียงประมาณร้อยละ 20 ในหลายสถาบันรวมทั้งที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัจจัยหลายประการซึ่งมีผลต่ออัตราความสำเร็จของ SUZI เช่น สภาวะแวดล้อมของไข่ และอัตราของอสุจิที่ผ่านกระบวนการ acrosome reaction ซึ่งพร้อมจะนำมาฉีด อย่างไรก็ตามการทำ SUZI สามารถประสบความสำเร็จโดยการใช้อสุจิที่ผ่านการเก็บแช่แข็ง ในผู้ป่วยที่เป็น seminoma และในรายที่มีเชื้ออสุจิน้อย หรือไม่ค่อยเคลื่อนไหว และในกรณีที่การปฏิสนธิจาก SUZI ครั้งแรกไม่สำเร็จ อาจทำได้อีก เพื่อให้ประสบความสำเร็จ และมีรายงานการตั้งครรภ์ในการทำ SUZI แล้วย้ายไข่เข้าไปไว้ในก่อนนำไข่ด้วยแล้ว

วิธีการของ PZD และ SUZI มีข้อจำกัดที่อัตราความสำเร็จค่อนข้างต่ำ อัตราการปฏิสนธิที่ปกติ (เช่น การเกิดเป็น 2 pronuclei) มักจะไม่เกินร้อยละ 20-25 ของไข่นำมาทำ มีผู้ป่วยเพียง 2 ใน 3 เท่านั้นที่ได้รับการย้ายตัวอ่อน ซึ่งก็มักจะมีจำนวน และคุณภาพไม่ดีนักเป็นผลทำให้อัตราการตั้งครรภ์ต่ำ ในปี พ.ศ. 2535 กลุ่มของ Brussels Free University ที่ประเทศเบลเยียม ได้นำเอาวิธีการฉีดอสุจิเข้าไปในไข่โดยตรงมาใช้ (Intracytoplasmic sperm injection-ICSI) พบว่าอัตราความสำเร็จของการปฏิสนธิ ในการทำ ICSI จะสูงกว่า SUZI มาก อยู่ในระดับร้อยละ 60-70 ดังนั้นจึงทำให้มีตัวอ่อนเพื่อย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูกได้มากกว่าซึ่งเป็นผลให้มีอัตราการตั้งครรภ์ได้มากกว่า ด้วย การช่วยการปฏิสนธิโดยวิธี ICSI จึงได้รับความนิยมตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา<sup>1</sup>

ในยุคแรก ๆ นั้น ICSI ถูกนำมาใช้เฉพาะในรายที่มีความผิดปกติอย่างมากของอสุจิ<sup>2,3</sup> ซึ่ง

### ตารางที่ 1. ข้อบ่งชี้ในการทำ ICSI

1. มีความผิดปกติอย่างมากของอสุจิ
  - < 5 million sperm/ml
  - < 20% progressive motility
  - < 10% normal morphology
2. มีความล้มเหลวของการปฏิสนธิในกระบวนการ IVF มาก่อน
3. ใช้ร่วมกับการทำ MESA / TESE

ไม่สามารถมีการปฏิสนธิได้ ในการทำ IVF ตามปกติอย่างน้อยสองครั้ง ต่อมาเทคนิคนี้ถูกนำมาใช้ในรายที่เชื้ออสุจิมีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรจะทำ IVF<sup>4</sup>

ในปี พ.ศ. 2535 ICSI ถูกนำมาใช้ร่วมกับ microsurgical epididymal sperm aspiration (MESA) โดยเจาะเอาอสุจิจาก epididymis และในปี พ.ศ. 2536 เริ่มมีการนำมาใช้กับ testicular sperm ที่ได้จากการทำ testis biopsy<sup>5,6</sup> ในยุคปัจจุบัน การทำ ICSI อาจทำโดยใช้ อสุจิที่เก็บใหม่หรืออสุจิแช่แข็ง อสุจิที่ได้จาก epididymis และ testis ทั้งที่เก็บใหม่ และที่แช่แข็ง<sup>7,8,9</sup>

### การเตรียมอสุจิเพื่อการทำ ICSI

#### อสุจิที่ได้จากการเก็บตามปกติ (Ejaculation)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกให้รับการรักษาโดยวิธี ICSI จะได้รับการตรวจน้ำเชื้อซ้ำก่อนหน้ารอบระดูที่จะทำการรักษาเพื่อทำการประเมินคุณภาพของอสุจิ และเพื่อดูว่ามีจำนวนของอสุจิที่เคลื่อนไหวได้เพียงพอที่จะทำ ICSI หรือไม่ อสุจิได้มาจากการ masturbation ภายหลังการงดร่วมเพศ 3-4 วัน น้ำอสุจิจะถูกนำมาหยั่งห้องปฏิบัติการ และจะเก็บไว้ที่ 37° C จนกว่าจะตรวจ (ตารางที่ ๑)

#### การตรวจอสุจิ

การตรวจอสุจิรวมไปถึงการประเมินคุณลักษณะของน้ำอสุจิตามวิธีมาตรฐาน เวลาที่เก็บน้ำเชื้อและระยะเวลาในการละลายตัวจะถูกบันทึกเอาไว้ ปริมาตรของน้ำอสุจิจะถูกบันทึกโดยใช้หลอดที่มีการบอกปริมาตรความเข้มข้นของอสุจิ (ล้าน ต่อ มิลลิลิตร) คำนวณโดยการนับด้วย Makler counting chamber หรือใช้คอมพิวเตอร์ช่วยตรวจ เช่นเดียวกับการดูแลการเคลื่อนไหวของอสุจิ การตรวจรูปร่างของอสุจิ โดยใช้ Kruger strict criteria ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ภายหลังการย้อมสีอสุจิ

## ตารางที่ ๒. ข้อบ่งชี้ในการทำ MESA

1. การผ่าตัดแก้หมันชาย vasovasostomy/vasoepididymostomy ล้มเหลว
2. Congenital bilateral absence of the vas deferens (CBAVD)
3. Azoospermia จาก bilateral herniorrhaphy
4. ภาวะการอุดตันของ ejaculatory ducts
5. Retrograde ejaculation
6. ไม่สามารถหลั่งน้ำกามได้เนื่องจากการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง
7. Sexual dysfunction

### การเตรียมอสุจิ

ล้าง seminal fluid ออกจากน้ำอสุจิ โดยใช้ Earle's medium ซึ่งมี 3% bovine serum albumin (BSA) fraction V, บั่น 5 นาทีที่ 1800 g และทิ้งของเหลวส่วนบน ขั้นตอนต่อไปในการทำขึ้นอยู่กับปริมาณอสุจิที่เคลื่อนไหวได้ในน้ำเชื้อ โดยอาจใช้ 3 หรือ 2 ชั้นของ Percoll

เลือกใช้ Percoll 3 ชั้น (90-70-50%) ถ้าอสุจิมากกว่า 5 ล้านตัวต่อมิลลิลิตร และมีการเคลื่อนไหวอย่างน้อย 40% ส่วน Percoll 2 ชั้น (95-47.5%) ใช้ในกรณีที่มีอสุจิจำนวนน้อยกว่าข้างต้น

ภายหลังกระบวนการ Percoll อสุจิจะถูกตรวจความเข้มข้น และการเคลื่อนไหวซ้ำ และทำให้มีความเข้มข้นประมาณ 1 ถึง 2 ล้านต่อมิลลิลิตร และเก็บไว้ในตู้อบ 37° C (5% O<sub>2</sub>, 5% CO<sub>2</sub>, 90% N<sub>2</sub>) จนกว่าจะใช้

### อสุจิจาก Epididymis (MESA-Microscopic Epididymal Sperm Aspiration)

Epididymal Sperm Aspiration ทำโดยวิธีจุลศัลยกรรมโดยการเปิดแผลเล็ก ๆ ที่บริเวณอัณฑะ, เปิดเข้าไปใน tunica vaginalis จนพบ epididymis ภายใต้กล้องผ่าตัดกำลังขยาย 10-40 เท่า เป็นแผลเล็ก ๆ ด้วยกรรไกรจุลศัลยกรรมเข้าไปใน epididymis tubule โดยใช้ catheter ซึ่งต่ออยู่กับ tuberculin syringe ที่มี 100 ul HEPES-buffered Earle's medium พยายามระมัดระวังอย่าให้เลือดปนเข้ามา และต้องหยุดเลือดออกให้ดีด้วย microbipolar forceps ของเหลวจาก epididymis ที่ได้จะถูกทำให้เจือจางใน Earle's medium และแบ่งส่วนหนึ่งมาตรวจดูจำนวน และคุณภาพของอสุจิ ถ้าอสุจิที่ได้เคลื่อนไหวได้ จะอยู่ส่วนต้นที่สุดของ caput epididymis หรือไปจนถึง vasa efferentia ซึ่งตรงข้ามกับความเข้าใจในสมัยก่อน อสุจิที่ได้จะถูกเตรียมคล้ายกับที่ได้จากกระบวนการปกติ และเก็บส่วนหนึ่งแช่แข็งไว้ถ้าทำได้ เพื่อหลีกเลี่ยงการต้องทำผ่าตัด MESA ซ้ำ ถ้าน้ำอสุจิที่ได้จาก epididymis ซึ่งผ่านกระบวนการแช่แข็งมาใช้ ควรทำ Percoll 2 ชั้น (95-47.5%) และบั่น 20

## ตารางที่ ๓. ข้อบ่งชี้ในการทำ TESE

1. ข้อบ่งชี้ทั้งหมดของ MESA
2. มีแผลเป็นอย่างมากบริเวณอัณฑะจนทำผ่าตัด MESA ไม่ได้
3. มีข้อบ่งห้ามในการทำ general anesthesia
4. Germ-cell hypoplasia (hypospermatogenesis)
5. Germ-cell aplasia with focal spermatogenesis (Sertoli cell-only syndrome with focal spermatogenesis)
6. Masturbation problem เมื่อจะทำ IVF
7. Necrozoospermia

นาที่ ที่ 300 g แล้วเอาส่วน 95% มาล้างด้วย Earle's medium 5 นาที่ ที่ 1800 g แล้วนำส่วนกันมาปั่นซ้ำใน 1.5 มิลลิลิตร Eppendorf tube 5 นาที่ ที่ 1800 g (ตารางที่ ๒)

### อสุจิจาก Testis (TESE – Testicular Sperm Extraction)

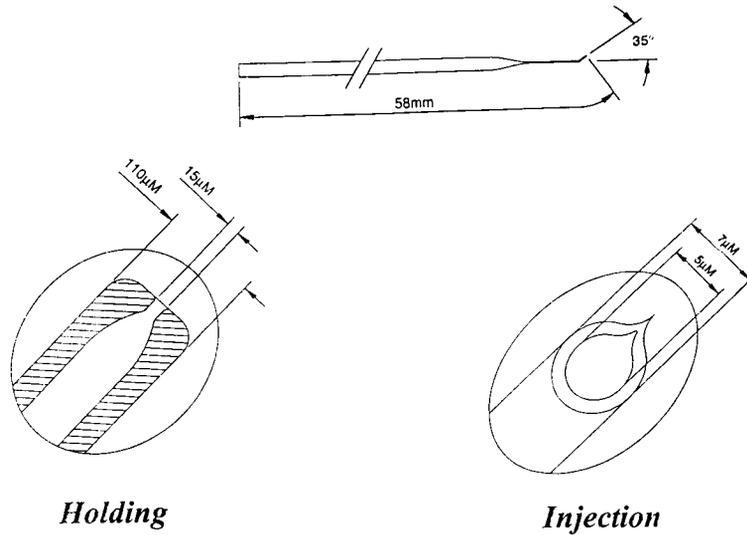
ในบางกรณีไม่สามารถจะได้อสุจิจาก epididymis อาจต้องทำการตัดชิ้นเนื้อจากอัณฑะใส่ลงใน petri dish ซึ่งมี HEPES-buffered Earle's medium อยู่ ชิ้นเนื้อจาก testis จะถูกบดด้วย glass slides บนกล้องจุลทรรศน์สเตอริโอ กำลังขยาย 40 เท่า หลังจากนั้นทำการตรวจหาอสุจิด้วยกล้องจุลทรรศน์ชนิดหัวกลับ ที่กำลังขยาย 200 ถึง 400 เท่า แล้วย้ายของเหลวลงสู่หลอดขนาด 10 มิลลิลิตร เก็บไว้ในตู้อบ 37° C จนกว่าจะถึงเวลาใช้ ก่อนที่จะนำมาฉีด จะแยกเอาเนื้อเยื่อส่วนที่เหลือออก แล้วทำการปั่น 5 นาที่ที่ 300 g ถ้าพบอสุจิปั่นซ้ำอีกครั้ง 5 นาที่ที่ 1800 g (ตารางที่ ๓)

### การเก็บไข่ และการเตรียมเพื่อกระบวนการ ICSI

การเก็บไข่กระทำโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำเข็มเจาะที่ 36 ชั่วโมง ภายหลังการให้ hCG การเตรียมและการกระตุ้นไข่เป็นเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่จะเข้าสู่กระบวนการ IVF<sup>10</sup>

ภายหลังการเก็บไข่ เซลจาก cumulus และ corona radiata จะถูกแยกจากตัวไข่ โดยการแช่ใน HEPES-buffered Earle's medium ที่มี 80 IU hyaluronidase / ml (Type VIII ; Sigma Chemical Co, St. Louis, MO, USA) หลังจากนั้นจะแยก cumulus และ corona cells ออกให้มากขึ้นโดยการดูดเข้าและออกในหลอดแก้วที่ตั้งด้วยมือ ขนาดประมาณ 200-300 micron แล้วล้างหลาย ๆ ครั้งในหยด HEPES-buffered Earle's medium และตรวจสอบไข่ด้วยกล้องจุลทรรศน์หัวกลับ กำลังขยาย 200 เท่า เพื่อดูไข่ zona pellucida และตรวจดูว่ามี germinal vesicle หรือ polar body

รูปที่ 2 การเตรียม Holding pipette และ Injection pipette



หรือไม่ นอกเหนือจากการตรวจประเมิน nuclear maturity แล้วยังทำการตรวจ cytoplasm เพื่อดู vacuoles หรือความผิดปกติอย่างอื่นของไข่ หลังจากนั้นไข่จะถูกย้ายไปไว้ใน 25 ไมโครลิตรของ HTF medium ที่คลุมด้วย mineral oil ที่  $37^{\circ}\text{C}$  ใน 5%  $\text{O}_2$ , 5%  $\text{CO}_2$ , 90%  $\text{N}_2$  ก่อนที่จะทำ ICSI จะตรวจไข่ซ้ำเพื่อดูว่ามีการ extruded the first polar body หรือไม่ จะทำ ICSI ในไข่ที่มีรูปร่างปกติ และ extruded the first polar body เท่านั้น

### กระบวนการ ICSI

Holding และ Injection pipettes (รูปที่ 2) ทำจากแก้วชนิดแข็งพิเศษ ซึ่งมีขายสำเร็จรูป (Cook, Australia) ซึ่งได้ทำให้ปราศจากเชื้อมาแล้ว Holding pipettes จะมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางด้านนอกประมาณ 110 micron และด้านใน 15 micron ปลายมน และงอประมาณ  $35^{\circ}$  Injection pipettes จะมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางภายนอก 7 micron และภายใน 5 micron ส่วนปลายแหลมและงอประมาณ  $35^{\circ}$  เพื่อให้เคลื่อนที่ง่ายในจาน Petri dish. ตูด 1 ไมโครลิตร ของอสุจิใส่เข้าไปใน 2-4 ไมโครลิตร ของ 1 g/10 ml. polyvinylpyrrolidone (PVP, Sigma) ใน HEPES-buffered Earle's medium ซึ่งมี 0.5% (W/V) BSA (crystalline ; Sigma, MO, U.S.A.)

หยด 3-5 ไมโครลิตรของอสุจิ -PVP ตรงกลางของ petri dish แล้วล้อมรอบด้วย 4-6 หยดของ 5 ไมโครลิตร HEPES-buffered Earle's medium ที่มี 0.5% BSA แล้วเท mineral oil คลุมไว้

กระบวนการ ICSI จะทำบนแท่นอุ่น  $37^{\circ}\text{C}$  ของกล้องจุลทรรศน์ชนิดหัวกลับ (Nikon Diaphot, Tokyo, Japan) ที่กำลังขยาย 400 เท่า โดยใช้ระบบตัดแสง Hoffman Modulation

(Modulation Optics ; Green Vale, NY, USA)

กล้องจุลทรรศน์จะติดตั้งด้วยแขน 3 D Motor Drive Coarse Control Manipulator MM-188, Naishige, Tokyo, Japan) และ Joystick Hydraulic Micromanipulator (Narishige) เข็ม Holding และ Injection pipettes ติดเข้ากับตัวจับที่ต่อเข้ากับ micrometer-type microinjector (IM-6, Narishige) การควบคุมการฉีดทำโดยใช้ความละเอียด 1 ไมโครลิตร ของ Vermier micrometer

อสุจิเพียง 1 ตัว จะถูกเลือกจากหยดกลาง ดูดเข้าไปในปลายของเข็ม injection pipettes แล้วจะปล่อยกลับใน medium ที่มี PVP เพื่อให้เคลื่อนไหวช้าลง และกบบริเวณส่วนหางเพื่อให้หยุดการเคลื่อนไหว อสุจิจะถูกดูดเข้ามาใน injection pipettes โดยให้หางเข้าก่อน หลังจากนั้นเลื่อนไปหาไข่ จับไข่ให้อยู่นิ่ง ๆ ด้วยแรงดึงดูดเบา ๆ จาก holding pipettes จัด polar body ให้อยู่ในตำแหน่ง 6 นาฬิกา ทาง injection pipettes ทะลุ zona pellucida และ oolemma เข้าไปใน ooplasm ที่ตำแหน่ง 3 นาฬิกา อสุจิเพียง 1 ตัว จะถูกฉีดเข้าไปพร้อม ๆ กับ medium 1-2 pl ถอย injection pipettes กลับอย่างเบา ๆ แล้วปล่อยไข่ออกจาก holding pipettes

ไข่ที่ฉีดแล้วจะถูกล้างใน HTF ภายใต้ mineral oil แล้วย้ายกลับเข้าตู้ incubator

### **การประเมินผลการปฏิสนธิ และการแบ่งตัวของตัวอ่อน**

กระบวนการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน ภายหลังจากฉีดอสุจิแล้วเช่นเดียวกับการทำ IVF ประมาณ 16-18 ชั่วโมง ภายหลังจากฉีด จะตรวจภายใต้กล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 200 ถึง 400 เท่า เพื่อดูว่ามีเซลล์ที่เสียจากการทำ ICSI หรือมี pronuclei เกิดขึ้นหรือไม่ การปฏิสนธิจะถือว่าปกติเมื่อสามารถเห็นสอง pronuclei ซึ่งมี nucleoli ปรากฏ

การตรวจการแบ่งตัวของตัวอ่อนจะทำ หลังจากนั้นอีก 24 ชั่วโมง และให้คะแนนตามคุณภาพของตัวอ่อน ตัวอ่อนที่แบ่งเซลล์ และมี fragment น้อยกว่าร้อยละ 50 จะได้รับการย้ายกลับสู่โพรงมดลูกไม่เกินครั้งละ 3 ตัวอ่อน ประมาณ 48 ชั่วโมง ภายหลังจากการทำ ICSI ถ้าตัวอ่อนที่มีคุณภาพดียังเหลือก็ควรได้รับการเก็บแช่แข็งเอาไว้

### **การตรวจการตั้งครรภ์ และการติดตามผล**

การตั้งครรภ์ จะตรวจโดยดูระดับ serum HCG โดยเจาะ 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ ประมาณ 2 สัปดาห์หลังการใส่ตัวอ่อน ถ้าตรวจพบ gestational sac ที่ 7 สัปดาห์ ถือว่ามี clinical pregnancy ควรให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม เพื่อประโยชน์ในการทำ prenatal diagnosis และการวางแผนการตรวจติดตามต่อไปในคู่สมรสด้วย

### **ข้อควรคำนึง**

แม้ว่าการนำเอาวิธีการ ICSI มาใช้จะจัดว่าเป็นวิทยาการก้าวหน้าอย่างยิ่งในการให้การรักษาภาวะมีบุตรยากอันเนื่องมาจากสามี ทำให้สามารถลดการใช้อสุจิบริจาคลงได้มาก แต่เนื่องจากกระแสความนิยมทำให้มีการนำเอาเทคโนโลยีนี้มาใช้กันแพร่หลายอย่างรวดเร็วมากภายในเวลาอันสั้น จึงเป็น

สิ่งที่พึงคำนึงว่าผลกระทบต่าง ๆ ทางด้านชีววิทยา<sup>11</sup> พันธุศาสตร์ จิตวิทยา และปัญหาทางจริยธรรม จะมีอย่างน้อยเพียงใดหรือไม่ในอนาคต<sup>12</sup> ตัวอย่างเช่น การถ่ายทอดความผิดปกติทางพันธุกรรม cystic fibrosis ในผู้ป่วย congenital absence of vas deferens หรือ Y-chromosome deletion ในผู้ป่วยที่มีอสุจิผิดปกติอย่างมาก<sup>13</sup> นอกจากนี้ในกระบวนการฉีดอสุจิ อาจนำเอาสารแปลกปลอมเข้าไปใน ooplasm หรือรบกวน meiotic spindle ได้ ซึ่งอาจรบกวนโครงสร้างพันธุกรรม อย่างไรก็ตามจากการติดตามเบื้องต้นในเด็กที่เกิดมาจากการบวนการ ICSI ที่ประเทศเบลเยียม ยังไม่พบว่ามีอุบัติการณ์ความผิดปกติทางพันธุกรรมมากไปกว่าปกติ<sup>14,15</sup> ข้อแนะนำก็คือ ควรพิจารณาเลือกใช้อย่างระมัดระวัง มีการอธิบายให้คู่สมรสเข้าใจข้อดีข้อเสีย ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และให้การยินยอม มีการตรวจทางพันธุกรรม และติดตามเด็กที่คลอด และเพิ่มการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบต่าง ๆ ในระยะยาวด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. Palermo G, Joris H, Devroey P, Van Steirteghem AC. Pregnancy after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet* 1992; 340: 17-8.
2. Tucker MJ, Wright G, Morton PC, Myer MP, Ingargiotia PE, Jones AE. Practical evolution and application of direct intracytoplasmic sperm injection for male factor and idiopathic fertilization failure. *Fertil Steril* 1995; 63: 820-7.
3. Edwards RG, Tarin JJ, Dean N, Hirsch A, Jan SL. Are spermatid injections into human oocytes now mandatory. *Hum Reprod* 1994; 9: 2217-9.
4. Van Steirteghem AC, Nagy Z, Joris H, Liu J, Staesrew C, et al. High fertilization and implantation rates after intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1993; 8: 1016-26.
5. Silber S, Van Steirteghem AC, Liu J, Nagy Z, Tournaye H, Devroey P. High fertilization and pregnancy rates after intracytoplasmic sperm injection with spermatozoa obtained from testicular biopsy. *Hum Reprod* 1995; 10: 145-52.
6. Devroey P, Liu J, Nagy Z, Tournaye H, Silber SJ, Van Steirteghem AC. Normal fertilization of human oocytes after testicular sperm extraction and intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 1994; 62: 639-41.
7. Devroey P, Silber S, Nagy Z, Liu J, Tounaye H, Joris H, Verheyen G, Van Steirteghem A. Ongoing pregnancies and birth after intracytoplasmic sperm injection with frozen-thawed epididymal spermatozoa. *Hum Reprod* 1995; 10: 903-6.
8. Devroey P, Liu J, Nagy Z, Goossens A, Tounaye H, Camus M, Van Steirteghem A. Pregnancies after testicular sperm extraction and intracytoplasmic sperm injection in non-obstructive azoospermia. *Hum Reprod* 1995; 10: 1457-60.
9. Nagy Z, Liu J, Janssenswillen C, Silber S, Devroey P, Van Steirteghem A. Using ejaculated, fresh, and frozen-thawed epididymal testicular spermatozoa gives rise to comparable results after intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 1995; 63: 808-15.
10. Pruksananonda K, Boonkasemsanti W, Leepipatpaiboon S, Virutamasen P. The significance of basal follicular stimulating hormone and luteinizing hormone of previous cycle in prediction of the outcome of In Vitro Fertilization. *Thai J Obstet Gynaecol* 1996; 8 (1): 41-5.
11. Abdelmassih R, Solliia S, Moretto M, Acosta A. Female age is an important parameter to predict treatment outcome in intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 1996; 65: 573-7.
12. De Jonge CJ, Pierce J. Intracytoplasmic sperm injection-what kind of reproduction is being assisted? *Hum Reprod* 1995; 10: 2518-20.
13. Patrizio P. Intracytoplasmic sperm injection (ICSI); potential genetic concerns. *Hum Reprod* 1995; 10: 2520-3.
14. Bonduelle M, Desmyttere S, Buysse A, Van Assche E, Schiettecatte J, Devroey P, Van Steirteghem AC, Liebaers I. Prospective follow-up study of 55 children born after subzonal insemination and intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1994; 9: 1765-9.
15. Wisanto A, Magnus M, Bonduelle M, Liu J, Camus M, Tournaye H, Liebaers I, Van Steirteghem AC, Devroey P. Obstetric outcome of 424 pregnancies after intracytoplasmic sperm injection (ICSI). *Hum Reprod* 1995; 10: 2713-8.

# การให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาทางเพศ

## SEXUAL COUNSELLING

พ.อ.น.พ. วิวัฒน์ ศุภดิษฐ์  
กองสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สูตินรีแพทย์เป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของผู้หญิง ตั้งแต่วัยเริ่มมีประจำเดือน แต่งงาน การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ความต้องการมีบุตร การคุมกำเนิด ตลอดจนถึงวัยหมดประจำเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้เป็นที่ไว้วางใจ โดยเฉพาะจะปรึกษาด้านเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะรวมไปถึงปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว ตลอดจนความนึกคิด อารมณ์ เรื่องทางเพศหรือ sexuality จึงนับได้ว่าสูตินรี-เวชกรรมเป็นงานแขนงหนึ่งของ sexual medicine

สุขภาพทางด้านเพศนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพของคนทั่วไป ปัญหาทางเพศทำให้บั่นทอนความสุขของคู่สมรส Masters & Johnson ประมาณว่าร้อยละ 50 ของคู่สมรส มีปัญหาทางด้านเพศไม่มากก็น้อย ความต้องการรู้เรื่องเพศมีมากขึ้น ผู้ที่ได้รับการบอกเล่าเรื่องราวส่วนตัวของผู้เจ็บป่วยเป็นต้นว่า เจ็บหรือมีก้อนที่เต้านม ประจำเดือนมาผิดปกติอย่างไร ปวดท้องน้อย-เจ็บช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ จะเป็นใครที่ผู้ป่วยจะเล่าให้ฟัง ถ้าไม่ใช่ “สูตินรีแพทย์”

สูตินรีแพทย์ ได้ชื่อว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญทางร่างกายของสตรี ผู้ป่วยหวังว่าสูตินรีแพทย์จะให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศได้ดี คอยช่วยสอน, แนะนำ, ให้ความกระจ่าง เปรียบเสมือน society's sexologist

ดังนั้นสูตินรีแพทย์จำเป็นต้องรู้ sexual knowledge and skills ที่จะนำไปช่วยผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางเพศ ซึ่งเราพบได้ทุกวัน ให้คู่สมรสมีความรู้ ความเข้าใจตัวเอง และคู่ของตนดีขึ้น เพื่อให้ชีวิตสมรสมีความสุขราบรื่น

เพศศึกษาเริ่มต้นตั้งแต่วัยทารก จะดีหรือไม่ดีนั้นก็ขึ้นกับช่วงการเลี้ยงดูการสร้างทัศนคติต่อเรื่องเพศ, ต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ผู้ป่วยเป็นจำนวนไม่น้อยมีปัญหาเพราะขาดความรู้ด้านเพศ หรือเข้าใจผิดในเรื่องเพศทำให้บั่นทอนความสุขในชีวิตสมรสใครจะเป็นคนช่วยเขาเหล่านั้น?

Sexuality เป็น central force ต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ค่อยจะกล้าพูดอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา หรือ “In the dark.” นับตั้งแต่มีการวิจัยและศึกษาเรื่องเพศ โดย Dr. William Masters นรีแพทย์ และผู้ช่วย Virginia Johnson ซึ่งรู้จักในนาม “Masters and Johnson” และมีการรักษา (sex therapy) โดยพิมพ์หนังสือซึ่งเป็นที่ยอมรับและขายดีมากที่สุด 2 เล่มคือ Human

Sexuality<sup>(1)</sup> และ Human Sexual Inadequacy<sup>(2)</sup> ในปี 1966 และ 1970 มีคนเป็นจำนวนมากมายที่อ่านแล้วเข้าใจเรื่องเพศ เข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ ตั้งแต่นั้นมา ความรู้เรื่องเพศก็ถูกเปิดเผยมากขึ้น เสมือนหนึ่งเป็นการเปิดศักราชใหม่ในเรื่องเพศต่อสังคม ซึ่งถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมดา ๆ เรื่องหนึ่งของชีวิตมนุษย์

### การค้นหาค้นหา (Detecting the problem)

Sexual distress มักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกายต่าง ๆ นานา (numerous somatic complaints) โดยตรวจไม่พบอะไร บางครั้งมี anxiety หรือ depression เมื่อผ่านไปสักระยะหนึ่งอาจจะพบว่ามีปัญหาที่ sexual discordance or dysfunction อาจจะมี marital conflict หรือไม่มีก็ได้หรือบางครั้ง การที่แพทย์ให้ความสนใจปัญหาทางเพศ การซักประวัติหรือถามเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา (keep the conversation medically oriented) จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นธรรมดาไม่เขินอาย อาจกระทำโดยการพูด การถาม การสังเกตอากัปกริยา (body language) ว่าควรจะพูด ควรจะคุยต่อหรือไม่ ก็เป็นสิ่งสำคัญ อาจจะพูดทำนองว่า “เราพบบ่อย ๆ ที่ผู้ป่วยถึงเลที่จะเล่าปัญหาที่บ้าน หรือเรื่องเพศ แต่แพทย์ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญซึ่งมีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต คำบอกเล่าถือเป็นความลับ” หรือถามตรง ๆ ในลักษณะคำถามของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเรามักจะถามอยู่ประจำ “ยังมีเพศสัมพันธ์ตามปกติหรือไม่” “มีอะไรผิดปกติอย่างใดหรือไม่?” และคำถามอะไรก็ได้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและสถานการณ์ มีผู้ป่วยไม่น้อยที่หวังว่านรีแพทย์จะถามเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ เพราะรู้สึกว่าไม่เหมาะหากจะเป็นคนเริ่มต้นพูดก่อน<sup>(3)</sup>

เมื่อพบปัญหาสิ่งแรกๆ ที่ควรจะทำคือ ย้ำถึงความสำคัญของปัญหาทางเพศว่า เป็นสิ่งที่ดีและมีคุณค่าอย่างยิ่งที่พูดถึงเรื่องนี้ เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตคู่ เหมือนเรื่องอื่น ๆ ทั่วไปที่มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่ตรงกัน ไม่ถูกอกถูกใจ เรายังหันหน้ามาปรึกษาหารือกัน ปรับความเข้าใจซึ่งกันและกัน แล้วเรื่องก็ยุติลงด้วยดี ความไม่สมดุลงทางเพศก็เช่นเดียวกัน หากมีการพูดคุยอย่างตรงไปตรงมา ปัญหา ก็จะคลี่คลาย ปัญหาทางเพศมากมายเกิดจาก sexual ignorance เป็นต้นว่าขาดความรู้เกี่ยวกับอวัยวะเพศ, สรีระ, ปฏิกริยาตอบสนองทางเพศ การเปลี่ยนแปลงทางเพศที่สัมพันธ์กับความเครียด อารมณ์ หรือยาบางตัว หากเป็นเช่นนั้นการให้ sex education, sex information ในบรรยากาศที่รู้สึกเป็นกันเอง และผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ จะทำให้เกิดความเข้าใจเรื่องเพศดีขึ้น

### การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเพศ<sup>(4)</sup> (Sexual Counselling)

โดยทั่วไป แพทย์เผชิญกับการรักษาปัญหาด้านเพศสัมพันธ์มากมาย แต่ก็ไม่ได้ช่วยให้ความกระจำงในเรื่องความเบี่ยงเบน ความแตกต่าง และความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ได้ เพราะแพทย์ส่วนใหญ่มักจะเน้นจุดสนใจไปที่การปรับปรุงตัวของคู่สมรสเพื่ออีกฝ่ายหนึ่ง มากกว่าจะมุ่งจุดสนใจไปที่ปัญหาทางจิตอย่างรุนแรงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมุ่งจุดสนใจไปที่อย่างแรกๆ ที่เกี่ยวกับแรงขับและความพอใจต่อกิจกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้ก็ยังเป็นสาเหตุของความทุกข์ และความไม่ปรองดองกันในชีวิตสมรส ปัญหาทางเพศนั้น บางครั้งก็มีสาเหตุมาจากความสัมพันธ์ที่ไม่ปรองดองกัน มีปัญหาทางด้านจิตใจ บ่อยครั้งที่แพทย์พบว่าคู่สมรสขาดความสามารถในการแก้ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

อย่างมีเหตุผล ถึงแม้ว่าคู่สมรสจะมีกระบวนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพตามปกติ แต่ก็อาจพบได้ว่าพวกเขาค่อนข้างจะไร้เหตุผล และขาดวุฒิภาวะเมื่อเผชิญหน้ากับปัญหาทางเพศ

แพทย์สามารถช่วยให้คู่สมรส ได้มองเห็นปัญหาของตนเองอย่างกระจ่างชัด และช่วยปรับปรุงการพูดคุยเรื่องเพศ ระหว่างคู่สมรสให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะเป็นการช่วยแนะนำทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ที่อาจจะนำไปสู่ความทุกข์ในชีวิตสมรส หรืออาจถึงขั้นเลิกร้างกัน

ขั้นตอนต่าง ๆ ที่ช่วยให้แพทย์ประสบผลสำเร็จมากที่สุด ในการให้คำปรึกษาคู่สมรสที่มีปัญหาทางเพศ ได้แก่

### 1. ขั้นตอนเริ่มต้นในการให้การปรึกษา

ขั้นตอนแรกในการให้คำปรึกษาคู่สมรสที่มีปัญหาทางเพศ คือ การเก็บรายละเอียดจากประวัติของผู้ป่วย ทั้งจากตัวผู้ป่วยและจากคู่สมรส ซึ่งแพทย์จะต้องถามถึงเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 ปัญหาเริ่มต้นเมื่อไร
- 1.2 คู่สมรสทำอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้น
- 1.3 ผลกระทบของปัญหานั้นที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางเพศ
- 1.4 ผลกระทบของปัญหานั้นที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั่วไป
- 1.5 เพราะเหตุใดความพยายามที่จะแก้ไขปัญหานั้นในอดีตจึงล้มเหลว

หลังจากซักประวัติแล้วแพทย์จะเห็นว่าคู่สมรสควรได้รับการรักษาโดยการพูดคุยกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และคู่สมรส

### 2. การฝึกให้ปฏิบัติพูดคุยกันเรื่องเพศอย่างสมเหตุสมผล

การฝึกให้ปฏิบัติพูดคุยกันระหว่างแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ป่วย และคู่สมรส ควรประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศแก่คู่สมรส เพื่อให้คู่สมรสเข้าใจถึงธรรมชาติเกี่ยวกับเรื่องเพศ ธรรมชาติของปัญหาที่เผชิญ และการแก้ไขปัญหานั้น แพทย์อาจจะเริ่มต้นโดยการพูดถึงประวัติที่เป็นส่วนสำคัญของผู้ป่วย ที่อาจเป็นสาเหตุของปัญหาให้แก่คู่สมรสได้ทราบ ยกตัวอย่างปัญหาทางเพศหรือความบกพร่องทางเพศให้เห็นในขั้นตอนนี้

### 3. สร้างเงื่อนไขในการฝึกปฏิบัติพูดคุยกันเรื่องเพศ

ส่วนที่สำคัญในขั้นตอนนี้ก็คือ ทุกคนที่พูดคุยกันจะต้องเข้าใจความคิดของการฝึกปฏิบัติพูดคุยกันในเรื่องเพศ และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้การให้คำปรึกษาเป็นไปด้วยดี และมีประสิทธิภาพ ในที่นี้แพทย์ต้องระลึกอยู่เสมอว่า คู่สมรสมีความต้องการทางเพศที่ไม่เหมือนกัน หรือมีแรงขับทางเพศที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าความต้องการทางเพศ หรือแรงขับทางเพศจะเหมือนกันทุกอย่าง คู่สมรสก็จำเป็นต้องหาทางร่วมมือและประนีประนอมแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ข้อพึงระลึกที่สำคัญที่คู่สมรสต้องทราบ ก็คือ คู่สมรสเกือบทุกคู่ต้องเผชิญกับปัญหาทางเพศ และปัญหาเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งที่แก้ไขไม่ได้ การแก้ไขต้องการความเข้าใจในกระบวนการดังต่อไปนี้

#### 3.1 การนิยามปัญหาที่เกิดขึ้น

- 3.2 เข้าใจว่าการแก้ปัญหาที่มีทางเดียว คือ การประนีประนอม
- 3.3 ตั้งใจที่จะประนีประนอม หรือ “ให้และรับ”
- 3.4 เห็นชอบที่จะมาร่วมฝึกปฏิบัติพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางเพศ
- 3.5 เห็นชอบที่จะอุทิศเวลาหนึ่ง หรือสองชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพื่อกิจกรรมทางเพศตามที่แพทย์แนะนำ

#### 4. ฝึกคู่สมรสของผู้ป่วยในการพูดคุยเกี่ยวกับเพศ

นอกจากปัจจัยข้างต้น การปฏิบัติรักษาจะต้องรวมกระบวนการฝึกฝนการพูดคุยกับคู่สมรสของผู้ป่วยแต่ละคน ให้เรียนรู้ว่า การพูดคุยกันเกี่ยวกับเรื่องเพศต้องกระจำจรัส พูดถึงความแปรปรวนทางเพศเพื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้ โดยไม่ให้เกิดความรู้สึกน่าละอาย แพทย์จะต้องมีความตั้งใจอย่างยิ่งต่อการฝึกการพูดคุยกับคู่สมรส ซึ่งแจ้งให้ทั้งคู่เห็นว่าวิธีการพูดคุยของแต่ละคนเหมือนกันตรงที่มันทำลายตัวเอง ต้องระมัดระวังในการชี้ให้เห็นจุดที่ไม่ทำให้ทั้งคู่เกิดความอาย

#### 5. แก้ไขการปฏิเสธความยากลำบากในการร่วมเพศ

ในเรื่องทางเพศ หากอีกฝ่ายหนึ่งขอร้องให้มีเพศสัมพันธ์ และได้รับการปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์ก็จะเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดคิดว่ามีฝ่ายหนึ่งไม่ฝ่ายหนึ่ง มีฝ่ายหนึ่งใช้เรื่องเพศเป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมของอีกฝ่ายหนึ่งในชีวิตคู่ ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่แรงขับทางเพศต่ำกว่าอีกฝ่ายหนึ่งมาก หรือฝ่ายหนึ่งมีความรู้สึกพอใจในการมีเพศสัมพันธ์น้อย ซึ่งการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาดังต่อไปนี้

- 5.1 เป็นการทำลายและมีความโกรธต่อฝ่ายที่ปฏิเสธ
- 5.2 สูญเสียความเชื่อมั่นที่มีต่อคู่สมรส
- 5.3 ลดกิจกรรมทางเพศลง

แพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความตั้งใจที่จะให้คู่สมรส พูดคุยกันถึงปัญหาทางเพศที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งแจ้งและหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาทางเพศที่ทำให้คู่สมรสไม่พอใจอย่างไรก็ตาม การให้คำปรึกษาในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยจิตแพทย์เข้ามาร่วมช่วยเหลือ

#### 6. การแก้ไขการมีกิจกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน

แพทย์มักจะพบว่า เพศหญิง และเพศชาย มีกิจกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

- 6.1 ขอบเขตของคู่สมรสในการกระตุ้นทางเพศ (ก่อน ระหว่างและหลังมีเพศสัมพันธ์)
- 6.2 ลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ (oral-genital, rear entry intercourse หรือ anal intercourse)

ซึ่งการค้นหาคำตอบก่อนข้างจะยาก แต่หากแพทย์ได้ทราบถึงความแตกต่างนี้ การให้คำปรึกษาและรักษาผู้ที่ปัญหาทางเพศก็จะได้ผลมากยิ่งขึ้น

### 7. กำหนดขอบเขตของกิจการ

จาก 6 ขั้นตอนข้างต้นของการให้คำปรึกษา (รวมถึงการซักประวัติ และการตรวจร่างกายจากแพทย์) จะช่วยให้แพทย์ผู้ให้คำปรึกษาค้นพบว่าปัญหาที่แท้จริงได้ และการแก้ไขปัญหาก็จะเป็นไปได้ด้วยความถูกต้อง และแพทย์ต้องกำหนดไว้ว่าการแก้ไขปัญหานั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คู่สมรสมีความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ

### เกณฑ์ของการให้คำปรึกษาทางเพศ

มีกฎเกณฑ์การให้คำปรึกษาโดยทั่วไปหลายข้อที่นำมาประยุกต์ใช้ ในการให้คำปรึกษาคู่สมรสที่มีปัญหาทางเพศ กฎเกณฑ์ดังกล่าว ได้แก่

1. ให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางเพศแก่ผู้ป่วย
2. ค้นหาความต้องการทางเพศของคู่สมรสของผู้ป่วยว่าต้องการอย่างไร
3. ค้นหาความจริงว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยจึงไม่มีความต้องการทางเพศ ซึ่งส่วนใหญ่ มักเกิดจากผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวด
4. หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ควรให้คู่สมรสร่วมออกความคิดเห็น และช่วยให้ลดความวิตกกังวล
5. ค้นหาสาเหตุของการเกิดปัญหาทางเพศ
6. การรักษาควรรักษาทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส
7. ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่ไม่ต้องการ เช่น
  - ความเจ็บปวด
  - หลีกเลี่ยงจากปฏิกิริยาความไม่ต้องการทางเพศ

และกฎเกณฑ์เฉพาะในเรื่อง sexual counselling<sup>(5,6)</sup> ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพิจารณา

- รับฟังเรื่องราวด้วยความสนใจ-ใส่ใจ และแสดงให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีที่ตัดสินใจมาปรึกษา
- ลดความวิตกกังวล หรือความรู้สึกผิด
- เป็นกันเอง ในสถานที่สบาย ๆ ไม่อึดอัด, เป็นส่วนตัว และเรื่องราวทั้งเป็นความลับ
- มีเวลาให้เพียงพอ (และเหมาะสม) สำหรับแต่ละครั้ง
- ซื่อสัตย์ต่อความรู้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ หากเกินความสามารถ ควรพิจารณาการปรึกษาส่งต่อที่เหมาะสม

### จริยธรรมในการให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาทางเพศ (Ethics of Sexual Counselling)

จริยธรรมในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลแก้ปัญหาเรื่องเพศเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งยวด มิฉะนั้นแล้วจะนำมาซึ่งความเสียหายต่อตนเอง และวิชาชีพ

1. maintaining appropriate levels of inquiry into a patient's sexual functioning
2. maintaining confidentiality
3. preventing sexual abuse by clinicians

## เอกสารอ้างอิง

1. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston : Little Brown and Company (Inc.), 1966.
2. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston : Little Brown and Company (Inc.), 1970.
3. Renshaw DC. Physicians front-line sex therapists. The Female Patient 1977; 2: 31-4.
4. Munjack DJ, Oziel LJ. Sexual medicine and counselling in office practice : a comprehensive treatment guide. Boston : Little Brown and Company (Inc.), 1980.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists .Precis IV: an update in obstetrics and gynecology. Washington DC: ACOG, 1990 : .50-56.
6. ACOG. Sexual dysfunction. ACOG. Technical Bulletin 1995; 211.

# Nestlé® alsoy®

THE WELL-BALANCED MILK-FREE FORMULA  
FOR LACTOSE INTOLERANT INFANTS

**Milk-free**  
**Lactose-free**



- Alsoy is a lactose-free, milk-free formula made with isolated soya protein, maltodextrin and supplemented with L-methionine and taurine.
- Contains all the vitamins and minerals known to be essential for the normal development of infants.
- Ideal for feeding infants when lactose or cow's milk should be avoided.
- Also suitable for refeeding infants during recovery from moderate or severe diarrhea (lactose deficiency) or in overcoming common feeding problems associated with cow's milk formula such as colic or regurgitation.

**Important Notice.**

The World Health Organization (WHO) has recommended that pregnant women and new mothers be informed of the benefits and superiority of breastfeeding—in particular the fact that it provides the best nutrition and protection from illness for babies.

Mothers should be given guidance on the preparation for, and maintenance of, lactation, with special emphasis on the importance of a well-balanced diet both during pregnancy and after delivery. Unnecessary introduction of partial bottle-feeding or other foods and drinks should be discouraged since it will have a negative effect on breastfeeding. Similarly, mothers should be warned of the difficulty of reversing a decision not to breastfeed.

Before advising a mother to use an infant formula she should be advised of the social and financial implications of her decision: for example, if a baby is exclusively bottle-fed, more than one can (450 g) per week will be needed, so the family circumstances and costs should be kept in mind. Mothers should be reminded that breast-milk is not only the best, but also the most economical food for babies.

If decision to use an infant formula is taken, it is important to give instruction on correct preparation methods, emphasizing that unboiled water, unboiled bottles or incorrect dilution can all lead to illness.

See: International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes, adopted by the World Health Assembly in resolution WHA 34.22, May 1981.



**Nestlé**

# 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.