



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

สัณนิเวศน์แพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสัณนิเวศน์แพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๔ เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙



ราชวิทยาลัยสัณนิเวศน์แพทย์แห่งประเทศไทย

ฉบับนี้เชิญ
เลขาธิการ คณะผู้บริหาร และกรรมการ ราชวิทยาลัยสัณนิเวศน์แพทย์แห่งประเทศไทย
เข้าร่วมเสวนาบรรยายโดย

พระอาจารย์เมธีวชิระ ตรีสุพรรณนิก
(อดีตผู้บริหารราชวิทยาลัย)

วัตถุประสงค์การงาน จ.สมุทรปราการ
เรื่อง

**“สัณนิเวศน์
กับธรรมชาติ”**

วันศุกร์ที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
(เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.)
ณ ห้องประชุม ๔๐๔ ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี
สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (คุณพรเทพ) วัดบวรนิเวศราชวรวิหาร กรุงเทพมหานคร ๑๐๖-๐๖๐๒๐๒
(ขอเชิญเชิญรับทราบจากทางราชวิทยาลัย)



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

ក្រសួង : ០-២២១៤-ប្រៃសណីយ៍, ០៨-២៣០៤-ប្រៃសណីយ៍

บรรณาธิการแปล

โดย... ศ.พญ.สฤตพรณ วิไลลักษณ์

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



นิวส์ดี: สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

ช่วงนี้มีฝนนำพาความชุ่มฉ่ำคลายความร้อนลงไปบ้าง บรรยากาศทั่วไปสดชื่นขึ้นมาก รับกับความยินดีของเหล่าพวกเราชาวสูตินรีแพทย์ที่เป็นสมาชิกอันทรงเกียรติ ๒ ท่าน ได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยา ประจำปี ๒๕๕๘ ได้แก่ **ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา** และ **ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ ทองสง** อันนับเป็นความภูมิใจอย่างยิ่งของสูตินรีแพทย์ทุกคน นอกจากนี้ **หลวงอาจารย์สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ** สมาชิกอาวุโสของราชวิทยาลัยฯ ที่ละทางโลกและจำวัดอยู่ ณ วัดพุทธทาสวนาราม จังหวัดสมุทรปราการ ได้ให้เกียรติมาแสดงธรรม อันน้อมนำไปสู่การปฏิบัติ ณ ราชวิทยาลัยฯ ของเรา เมื่อวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ดังรูปหน้าปก ที่ได้ถ่ายร่วมกับคณาจารย์อาวุโส

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ มีความเข้มข้นไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าฉบับก่อน ๆ โดย **ผศ.(พิเศษ) น.อ.อาวุธ เพชรผุด** ได้กล่าวถึง **คดีวินโรคเยื่อหุ้มสมองในเด็ก** ไว้อย่างกว้างขวางน่าฟัง ตามมาด้วย เรื่อง **การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในภาวะที่แม่เจ็บป่วย** โดย **พ.อ.หญิงปริศนา พานิชกุล** ซึ่งเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ในทางปฏิบัติ แล้วยังมีการนำเสนอรายงานผู้ป่วยที่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดย แพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ รวมทั้งบทวิจารณ์กรณีผู้ป่วยโดย **รศ.นพ.ชำนาญ เกียรติพิรกุล** และคอลัมน์ซุบซิบ...ซุบซิบด้วยภาพ บอกเล่ากิจกรรมความเคลื่อนไหวของมวลสมาชิกในภาคส่วนต่าง ๆ

กองบรรณาธิการอยากเรียนมวลสมาชิกว่า สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ กำลังเปลี่ยนผ่านจากฉบับกระดาษไปเป็นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ PDF file ที่จะนำส่งแก่มวลสมาชิกโดย **E-mail, Line, Facebook** ฯลฯ โดยในที่สุดจะยังคงเหลือฉบับกระดาษเป็นส่วนน้อย เพื่อลดภาวะโลกร้อน ทั้งนี้สมาชิกเริ่มแจ้งความจำนงค์ในการรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาได้โดยสะดวกช่องทาง **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code**



พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์

ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

เป็นที่น่ายินดีของสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง ที่มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีตีพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยา ประจำปี ๒๕๕๘ ให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิในทางศิลปวิทยา จำนวน ๙ ราย ในการนี้มีสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้รับพระราชทาน ๒ ท่าน ได้แก่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา และ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ ทองสง ทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ขอแสดงความยินดีกับทั้ง ๒ ท่านด้วยเป็นอย่างยิ่ง อนึ่งสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคยได้รับพระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยามาแล้วได้แก่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วิฑูร โอสถานนท์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สุพร เกิดสว่าง ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์นิกร ดุลิตสิน และ ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงคุณหญิงกอบจิตต์ ลิมปพยอม ราชวิทยาลัยฯ ขอขอบพระคุณทั้ง ๖ ท่านที่ได้สร้างชื่อเสียงให้ราชวิทยาลัยฯ

ผมมีโอกาสเป็น **Deputy Secretary General** ของ Asia Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology และได้ร่วมเข้าประชุม Asia Oceania Congress of Obstetrics and Gynecology (AOCOG) หลายครั้ง สังเกตว่า มี invited speakers จากประเทศไทยน้อยมากทั้ง ๆ ที่ความรู้ความสามารถของพวกเราไม่น่าจะด้อยกว่าประเทศอื่น เพื่อให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ได้มีโอกาสเป็น invited speakers ในการประชุม AOCOG มากขึ้น คณะผู้บริหารจะให้การสนับสนุนค่าลงทะเบียนแก่สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ที่ได้รับเชิญเป็น invited speaker ในการประชุม AOCOG 2017 ที่ Hong Kong

ผมขออำนวยการให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านมีความสุขทั้งกายและใจ มีพลังในการทำงาน เพื่อสุขภาพของสตรีต่อไป



สตินรีเคว - จริยธรรมสากล

โดย... พศ.(พิศษ) น.อ.อาทิตย์ เพชรพุด
อนุกรรมการจริยธรรม



ผลกระทบจากคดีวินโรคเยื่อหุ้มสมองในเด็ก ที่ศาลฎีกาตัดสินว่าเป็นข้อบกพร่องของแพทย์ผู้รักษา ที่ไม่ได้ถามประวัติในครอบครัว ที่บิดาผู้ป่วยเด็กซึ่งป่วยเป็นวัณโรคปอดอยู่ และแพร่เชื้อมาสู่ลูกของตน ทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่เห็นด้วยจากทางฝ่ายแพทย์หลายท่าน มีกรรมการแพทยสภา อาจารย์แพทย์อาวุโส และแพทย์หลายท่าน ได้ให้ความเห็นว่าบิดาของผู้ป่วยเองต้องรับผิดชอบต่อความพิการของเด็กด้วย ทั้งการไม่บอกแพทย์เองถึงการเจ็บป่วยของตน และตัวบิดาเองก็ยังเป็นต้นเหตุ การแพร่เชื้อไปสู่บุตรของตน และยังมีการเสนอแนวความคิดขยายออกไปอีกว่า ถึงเวลาแล้วที่ผู้ป่วยทั้งหลาย ควรรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง ที่มีส่วนทำให้เกิดอันตรายหรือการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่แล้วเป็นโรคมะเร็งปอด หรือคนไข้เป็นโรคตับแข็งจากดื่มเหล้าเป็นประจำ แต่มันก็จะมีคำถามทางจริยธรรมตามมาว่า พฤติกรรมแบบไหนที่จะถือว่ามีส่วนก่อให้เกิดโรคหรืออันตราย และถ้าเป็นเช่นนั้นจริง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วมันไม่เป็นการง่ายในทุก ๆ กรณีที่จะตัดสินว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีส่วนในการเกิดโรค หรือภัยอันตรายนั้นหรือไม่ และเราผู้เป็นแพทย์จะให้ผู้ป่วยเหล่านั้นรับผิดชอบอย่างไร เราจะไม่รักษาผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดโรคหรืออันตรายนั้นอย่างนั้นหรือ หรือเลือกที่จะรักษาผู้ป่วยเหล่านั้นไว้ในลำดับท้าย ๆ

ลองสมมติเหตุการณ์ว่า ถ้าเราไปพบอุบัติเหตุคนเมาขับรถชนคนเดินเท้าบนฟุตบาท แล้วรถเกิดพลิกคว่ำได้รับบาดเจ็บด้วยเช่นกัน ในสภาวะฉุกเฉินนี้ที่ต้องการความช่วยเหลือเหมือน ๆ กัน เราจะเลือกช่วยใครก่อน ระหว่างคนเดินเท้าผู้บริสุทธิ์ที่ถูกชน หรือคนขับรถผู้เมาเมาที่ติดอยู่ในรถ สัญชาตญาณของเราทุกคนคงบอกโดยไม่ยากว่าคนเดินเท้าน่าจะได้รับความช่วยเหลือก่อน แต่มันจะถูกต้องตามที่เราคิดจริงหรือ ในบางกรณีเป็นการยากกว่านี้ที่จะบอกว่าพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิตระดับใด ที่จะถือว่ามีส่วนทำให้เกิดโรคหรือความเสียหายยกตัวอย่างเช่น ในประเทศพัฒนาแล้ว มีการประมาณการว่า หนึ่งในสามของโรคทั้งหลายสามารถกล่าวได้ว่าเกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต **“life style choice”** ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความอ้วน ความดันโลหิตสูง และคลอเลสเตอรอล การไม่ออกกำลังกาย หากจะต้องตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการรักษา เราจะนำข้อมูลที่ว่าผู้ป่วยเหล่านั้นนำพาสภาวะเหล่านี้เข้าสู่ร่างกายตัวเอง มาประกอบในการตัดสินใจหรือไม่ เช่น เราจะพยายามรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่สูบบุหรี่ย่นกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่หรือไม่ แต่บางสถานการณ์อาจไม่ชัดเจนกว่านี้อีก เช่น ตัวหมอเองทำงานหนักไม่พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ได้ออกกำลังกาย ชีวิตไม่สมดุลจนเป็นโรคหัวใจ จะถือว่าน่าบ่งชี้เสี่ยงเข้าสู่ร่างกายตัวเองที่จะทำให้เกิดโรคหรือไม่ หรือนักดับเพลิงเข้าไปดับเพลิงแล้วได้รับอุบัติเหตุไฟไหม้ จะถือว่าเป็นเพราะเขาเลือกที่จะประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บเองไหม

สำหรับกรณีของสูตินรีแพทย์บางตัวอย่าง ที่อาจเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยนำพาความเสี่ยงเข้าสู่ตัวเอง เช่น มารดาที่ไปทำแท้งแล้วมีภาวะแทรกซ้อน มารดาที่ตั้งครรภ์แล้วยังสูบบุหรี่อยู่ แม้ว่าแพทย์จะแนะนำแล้วก็ตามมารดา หรือบางกรณีที่ไม่ชัดเจนนัก เช่น ที่มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์หรือฝากไม่สม่ำเสมอ มารดาเป็นเบาหวานแล้วแพทย์แนะนำการคุมอาหารแต่คุมได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติจะถือว่ามีส่วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของตัวเองหรือไม่ และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ขึ้นมาเราจะดูแลเต็มที่แค่ไหนคำตอบต่อคำถามเหล่านี้ไม่มากนักในบางกรณี แพทยสภาแห่งราชอาณาจักร (the General Medical Council) ซึ่งได้ผ่านการปฏิรูปครั้งใหญ่แล้ว ได้วางแนวปฏิบัติไว้โดยกำหนดว่า “ห้ามต้องไม่ปฏิเสธหรือประวิงการรักษาใด ๆ โดยเหตุเพราะเชื่อว่า การกระทำของผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดสภาวะนั้น” ซึ่งก็เป็นไปตามหลักจริยธรรมที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า แพทย์จะต้องรักษาผู้ป่วยโดยเสมอภาค (Justice) โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทั้งหลาย ซึ่งหมายรวมถึงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงของผู้ป่วยด้วยที่ไม่ควร จะนำมาเป็นข้ออ้างในการตัดสินใจในการรักษา เว้นแต่พฤติกรรมนั้นยังคงอยู่ และมีผลกระทบต่อผลการรักษานั้น เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคตับแข็งแพทย์ได้แนะนำให้หยุดดื่มสุรา แต่ขณะแพทย์รักษาอยู่ก็ยังดื่มสุรา ผิดคำแนะนำของแพทย์ ในกรณีนี้ผู้ป่วยก็ต้องยอมรับต่อผลที่จะเกิดขึ้นตามมา

ในแง่ของรัฐ ก็จะมีแนวความคิดของการรับผิดชอบตัวเองให้เห็นอยู่ เช่น คนที่หาความเสี่ยงใส่ตัวก็ต้องเสียภาษีให้รัฐเพิ่มขึ้น เช่น ภาษีบุหรี่ ภาษีสุรา เป็นภาษีทางอ้อมที่มักเรียกว่า ภาษีบาป เพื่อรัฐจะเอาเงินนี้ส่วนหนึ่งมาใช้ในการรักษาโรคที่จะตามมา ซึ่งในแง่นี้ก็หมายความว่ารัฐก็ได้รับค่าใช้จ่ายจากคนเหล่านี้ล่วงหน้ามาแล้ว อีกทั้งในความเป็นจริงแล้วทั้งรัฐและประชาชนทั่วไปก็ได้โอนิสงค์จากเงินภาษีเหล่านี้ด้วยเช่นกัน เช่น นำเงินเหล่านี้ไปอุดหนุนกิจการสาธารณะต่าง ๆ

ส่วนหนึ่งอ้างอิงจาก

Medical Law and Ethics 5th

Jonathan Herring



การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภาวะที่แม่เจ็บป่วย

โดย... พ.อ.หญิง ปรีศนา พานิชสกุล
ในนาม... คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก
ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑



มี ญหาสุขภาพของสตรี มีผลโดยตรงต่อความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ในการดูแลและให้นมลูก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการทำให้สตรีมีสุขภาพที่ดี โดยเอื้อประโยชน์ต่อสตรีในการฟื้นกลับคืนสู่ภาวะปกติของสตรีหลังคลอดได้ดีกว่า ในระยะสั้นคือมดลูกหดรัดตัวเข้าได้ดี ลดการตกเลือดหลังคลอด มีน้ำหนักตัวลดลงดีกว่า และลดการเกิด postpartum depression ในระยะยาวช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ การเกิดเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีแนวโน้มว่าอาจช่วยป้องกันการเกิดภาวะกระดูกพรุน การเกิดภาวะอ้วน และช่วยในการคุมกำเนิด^(๑-๓) ในบทความนี้ จะกล่าวถึงการเจ็บป่วยของสตรีกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยสังเขป

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากมีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงจนสตรีนั้นไม่สามารถที่จะให้นมลูกได้ เพราะหัตถ์น้ำนม หรือ colostrum จะช่วยให้ลูกมีระดับน้ำตาลในเลือดที่คงที่ได้ดีกว่า สตรีกลุ่มนี้จะมีระดับโปรแลคตินที่ต่ำกว่าปกติ ทำให้อาจมีการล่าช้าของการสร้างน้ำนมระยะที่ ๒ (lactogenesis II) ประมาณ ๑ วัน โดยเฉพาะเบาหวานชนิด insulin-dependent ที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หลังคลอดสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความต้องการพลังงานจากอาหารเพิ่มขึ้นอย่างต่ำ ๕๐๐-๘๐๐ กิโลแคลอรีต่อวัน สตรีเหล่านี้จะมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำลงทำให้ความต้องการยาลดระดับน้ำตาลในเลือดน้อยลง นอกจากนี้สตรีที่เป็นเบาหวานอาจมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ทำให้ระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลงได้มาก ดังนั้นการติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อการให้ยาจึงมีความจำเป็น รวมทั้งควรแนะนำให้ได้รับอาหารที่มีพลังงานและน้ำเพียงพอ^(๒, ๔, ๕) โดยเฉพาะในช่วงกลางคืนหลังให้นมลูก ที่แม่ต้องได้รับอาหารว่างเสริมประมาณ ๑๐๐-๓๐๐ แคลอรีต่อครั้ง ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น insulin เป็นยาที่ไม่ผ่านน้ำนม จึงไม่มีผลต่อทารกและสามารถให้นมแม่ได้ ขณะที่ยา metformin ผ่านสู่แม่ในระดับที่ต่ำ และไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของลูก^(๔, ๖)

ภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ (gestational diabetes) มักเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว และกลับสู่ปกติเมื่อคลอด ยกเว้นเพียงส่วนน้อยบางรายที่อาจเป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ ในอนาคต ดังนั้นการแนะนำและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงไม่ต่างจากสตรีปกติทั่วไป การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แม้จะเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ก็ช่วยให้เมตาบอลิซึมของกลูโคสดีขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงหรือทำให้การเกิดเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ในสตรีนั้น ช้าลง^(๒, ๔, ๕)

ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroidism) มักไม่พบว่ามีผลต่อความสามารถของสตรีในการให้นมลูก ยาต้านไทรอยด์บางชนิดที่ได้รับ เช่น propylthiouracil (PTU) ผ่านสู่แม่ในปริมาณน้อย และไม่มีผลต่อไทรอยด์ฮอร์โมนของลูกที่ชัดเจน^(๔) ขณะที่บางรายงานกล่าวว่ายานี้ อาจมีผลลดการทำงานของต่อมไทรอยด์ในทารกได้ จึงไม่

แนะนำให้ใช้ในสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(๒) The American Academy of Pediatrics (AAP) Drug Groups ปี ๒๐๐๑ จัดยา PTU อยู่ในกลุ่ม ๖ เป็นยาที่สามารถใช้ได้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(๔, ๖) The American Thyroid Association แนะนำว่าสามารถใช้ PTU ได้ในแม่ที่ให้นมลูกในขนาดยาไม่เกิน ๓๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน^(๗) แต่มีข้อพึงระวังของ PTU เกี่ยวกับการเกิดพิษต่อตับ ปัจจุบันจึงนิยมใช้ methimazole (MMI) มากกว่าโดย MMI สามารถผ่านน้ำนมได้ และไม่พบว่ามีผลต่อการพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและสติปัญญาของเด็กในระยะยาว อย่างไรก็ตามแนะนำให้แมกินยาด้านไทรอยด์หลังจากให้นมลูกทันที เพื่อจะได้เว้นระยะเวลา ๓-๔ ชั่วโมงก่อนที่จะให้นมในครั้งต่อไป เพื่อช่วยลดปริมาณยาในน้ำนมที่ลูกอาจได้รับ^(๘) โดยเฉพาะหากได้ MMI ขนาดมากกว่า ๒๐ มิลลิกรัมต่อวัน อาจต้องประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์ทารกหลังแม่ได้รับยาที่ ๑ และ ๓ เดือนต่อมา^(๙)

โรคความดันโลหิตสูง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีข้อดีที่ช่วยในการรักษาคือระดับโปรแลคตินที่สูงขึ้น อาจมีผลทางสรีรวิทยาที่ทำให้สตรีผ่อนคลาย อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาเรื่องการใช้ยาลดความดันโลหิต การใช้ยาขับปัสสาวะต้องพึงระวัง เพราะเต้านมต้องสร้างน้ำนมปริมาณมาก ยากลุ่ม thiazides ที่ใช้ในขนาดสูงอาจมีผลลดปริมาณน้ำนมได้ furosemide ไม่ผ่านทางน้ำนมจึงสามารถใช้ในสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขณะที่ยากลุ่ม beta blocker ควรพิจารณาใช้ propranolol เพราะขับออกทางน้ำนมในปริมาณต่ำ methyldopa ก็ขับออกทางน้ำนมในปริมาณที่ต่ำ แต่พบว่าอาจมีความเสี่ยงทางทฤษฎีที่อาจลดการหลั่งของโปรแลคติน ทำให้ลดการสร้างของน้ำนมได้ แพทย์ควรพึงระวังในแม่ที่พบว่ามีน้ำนมน้อย^(๒) ขณะที่ยาลดความดันโลหิตตัวอื่นที่อาจพิจารณาใช้ในสตรีที่ให้นมบุตรได้ได้แก่ captopril, enalapril, hydralazine, labetalol, metoprolol และ nifedipine เป็นต้น^(๖)

โรคลมชัก สิ่งที่ยกเว้นในสตรีที่เป็นลมชัก คือ ยากันชักสามารถผ่านน้ำนมแม่ และมีผลที่เป็น sedation เช่น phenobarbital, primidone, และ benzodiazepines ทำให้ทารกอาจดูนอนหลับได้ไม่ดี และไม่มีอาการกระตุ้นจากการดูดเพื่อสร้างน้ำนมได้เพียงพอ จึงต้องประเมินทารกว่า ได้รับน้ำนมเพียงพอหรือไม่ ทั้งนี้แม่ต้องได้รับยาที่ควบคุมอาการชักในขนาดที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดการชัก ดังนั้นอาจจำเป็นต้องให้นมผสมเสริมบางมื้อในระยะแรกเพื่อลดผลของยาที่มีต่อทารก ขณะเดียวกันต้องแนะนำให้แม่ปั๊มนมหรือบีมนมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างและมึ้นน้ำนมไหล^(๖) ยา phenytoin และ valproic acid จัดอยู่ในกลุ่ม ๖ ตาม AAP ที่สามารถใช้ได้ในสตรีให้นมบุตร ยากันชักตัวใหม่ เช่น lamotrigine, levetiracetam, topiramate, และ gabapentin ผ่านน้ำนมแต่ก็สามารถใช้ได้ ในสตรีที่ให้นมบุตร และจากการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวพบว่าทารกที่แม่ได้รับยากันชักเหล่านี้และได้รับนมแม่ด้วยนั้นมีพัฒนาการที่ดีกว่า^(๑๐)

สตรีที่มีการติดเชื้อ แม้ว่าการติดเชื้อในแม่ จะมีผลให้เกิดความกังวลต่อความเสี่ยงต่อทารกที่ได้รับนมแม่ แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการให้นมแม่ในแม่ที่มีการติดเชื้อ เพราะการห้ามไม่ให้ลูกได้กินนมแม่ มีผลให้ลูกเสียโอกาสที่จะได้รับสิ่งสำคัญทั้งภูมิคุ้มกัน สารอาหารที่เหมาะสม ผลประโยชน์ทางด้านอารมณ์ และความผูกพันของแม่-ลูก ดังนั้นการตัดสินใจว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้หรือไม่ ต้องพิจารณาจากการคุยกับสตรีและครอบครัวถึงวิธีการที่ลูกอาจได้รับเชื้อ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างเหมาะสม แนวโน้มของความรุนแรงของการติดเชื้อ หากเกิดขึ้นกับลูก ยาที่ใช้เพื่อรักษาการติดเชื้อในแม่ว่าจะสามารถให้นมลูกได้หรือไม่ วิธีการที่จะป้องกันการติดเชื้อในลูกทำได้อย่างไร ข้อดีของนมแม่ที่จะช่วยในการป้องกันการติดเชื้อ และหากแม่ไม่สามารถให้นมได้จะสามารถใช้นมที่ปั๊มออกมาจากเต้านมแก่ลูกได้หรือไม่^(๖) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๑ โดยอาจมีหลักการพิจารณาดังนี้

- การติดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นการติดเชื้อเฉพาะ ที่ไม่ค่อยมีเชื้อผ่านออกมาในน้ำนม เว้นเสียแต่เป็นการป่วยแบบรุนแรง
- การติดเชื้อไวรัส มักมีเชื้อกระจายเข้ากระแสเลือด จึงมีโอกาสพบเชื้อผ่านทางน้ำนมได้ แต่การให้นมแม่ไม่ได้ทำให้ทารกติดเชื้อเสมอไป ขณะที่การติดเชื้อไวรัสแบบเรื้อรังให้กินนมแม่ได้
- กรณีที่แม่เป็นอีสุกอีใส หัด หัดเยอรมัน ไข้หวัดใหญ่ อาจพิจารณาแยกแม่ลูก แต่ให้กินนมแม่ที่บีบหรือปั๊มจากเต้าได้ แต่แม่มีเชื้อก่อนเกิดอาการที่ลูกอาจติดเชื้อไปแล้ว ดังนั้นการแยกแม่ลูกเมื่อเริ่มมีอาการ อาจไม่ได้ช่วยป้องกันการติดเชื้อในลูกเสมอไป
- กรณีที่แม่มีไข้เฉียบพลันที่ไม่ทราบสาเหตุ อาจเป็นการติดเชื้อไวรัสที่มีเชื้อผ่านออกมาในน้ำนมในขณะที่มีไข้ได้ ดังนั้นควรพิจารณาให้หยุดนมแม่ชั่วคราว จนกว่าจะไข้ลง

ที่สำคัญคือหากต้องหยุดให้นมแม่ชั่วคราว ควรแนะนำให้แม่บีบหรือปั๊มนมออกเป็นระยะ เพื่อไม่ให้เต้านมคัดตึง และรบกวนการสร้างน้ำนมที่อาจลดปริมาณน้ำนม

ข้อห้ามของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสาเหตุของแม่ ได้แก่ ภาวะการติดเชื้อของแม่ ดังแสดงในตารางที่ ๑ หรือกรณีที่รับประทานยาที่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ แม่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม antimetabolite หรือแม่ที่ได้รับสารกัมมันตรังสีที่ยังคงมี radioactivity ในน้ำนมรวมทั้งแม่ที่ใช้สารเสพติดโคเคน กัญชา และ phencyclidine (PCP)^(๑-๓)

นอกจากนี้สตรีที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ยังมีโอกาสที่จะคลอดลูกที่ป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อน และทำให้ลูกอาจต้องถูกแยกจากแม่ที่ระยะหลังคลอด การเน้นย้ำและให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ทราบถึงประโยชน์ของนมแม่และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ขณะฝากครรภ์จึงจำเป็น เพราะทำให้แม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของนมแม่ โดยเฉพาะหากลูกซึ่งอาจคลอดแล้วป่วยที่ต้องรับนมแม่จะเปรียบเสมือนยาตัวแรกที่มีภูมิคุ้มกันและสารอาหารที่จำเป็น เพื่อที่แม่จะได้มีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการฝึกบีบน้ำนมจากเต้าหรือปั๊มนมเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของน้ำนมตั้งแต่ช่วงแรกหลังคลอดเพื่อจะได้เก็บน้ำนมให้ลูกที่ป่วยต่อไป

ตารางที่ ๑ คำแนะนำในการให้นมแม่ในสตรีที่มีการติดเชื้อบางชนิดที่พบบ่อย
(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง ๑, ๖, ๑๑)

ชนิดของการติดเชื้อ	การให้นมแม่ได้หรือไม่	ยาที่สามารถใช้ได้ในขณะที่ให้นมแม่ / การพิจารณา
Cytomegalovirus	ให้นมแม่ได้ ทารกคลอดครบกำหนดเพราะภูมิคุ้มกันต้านทานจากแม่จะช่วยป้องกันทารก	
	ไม่ให้นมแม่ ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมาก หรือทารกที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยไม่ควรให้นมแม่ที่ปั๊มมาจากแม่ ^(๖) อาจให้เป็นนมแม่บริจาคที่ผ่านการแช่แข็งหรือ pasteurization สามารถกำจัดเชื้อ CMV ได้	ในทารกน้ำหนักแรกเกิด <๑,๕๐๐ กรัม แม่ที่มีเชื้อ CMV อาจทำให้เกิด late-onset sepsis-like syndrome แต่ไม่พบผลต่อการพัฒนาการในระยะยาว บางรายงานจึงแนะนำให้ให้นมแม่ได้เพราะประโยชน์มากกว่าโทษ ^(๑)
Diphtheria	ให้นมแม่ได้ ในกรณีที่ไม่มีรอยโรคที่เต้านม โดยให้ปั๊มหรือบิบน้ำนมให้ลูกใน ๕ วันแรกที่ทำให้การรักษาแม่ ซึ่งเป็นช่วงที่อาจเกิดการติดเชื้อได้มาก หลังจากนั้นจึงเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ได้ และควรพิจารณาให้ prophylactic antibiotics แก่ลูก ได้แก่ penicillin หรือ erythromycin	แพร่เชื้อผ่านทางหายใจและการสัมผัส ควรให้แม่สวมหน้ากากอนามัยและล้างมือก่อนสัมผัสลูก
Herpes Simplex types 1, 2	ไม่ให้นมแม่ กรณีที่ไม่มีรอยโรคที่ active บริเวณเต้านมและหัวนม	Acyclovir, valacyclovir, famciclovir / ควรให้แม่ล้างมือก่อนสัมผัสลูก
Human Immunodeficiency Viruses (HIV) Types 1 และ 2	ไม่ให้นมแม่ ในประเทศที่สามารถให้นมผสมที่ปลอดภัยทดแทนนมแม่ได้ หรือให้นมแม่ได้ ในประเทศที่ไม่สามารถให้นมผสมที่ปลอดภัยทดแทนนมแม่ได้	ยังมีข้อมูลของยาต้านไวรัสในน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ
ไวรัสตับอักเสบ		

ชนิดของการติดเชื้อ	การให้นมแม่ได้หรือไม่	ยาที่สามารถใช้ได้ในขณะที่ให้นมแม่ / การพิจารณา
Hepatitis A (เฉพาะการติดเชื้อเฉียบพลัน)	ให้นมแม่ได้ หลังให้ immune serum globulin และวัคซีนแก่ลูก	
Hepatitis B – การติดเชื้อเรื้อรัง	ให้นมแม่ได้ หลังให้ HBIG และวัคซีนแก่ลูก	
Hepatitis C – การติดเชื้อเรื้อรัง	ให้นมแม่ได้	กรณีหัวนมแม่แตกหรือเป็นแผลหรือมีเลือดออก อาจหยุดให้นมชั่วคราวโดยให้ปั๊มหรือบีบน้ำนมไปก่อน
Hepatitis D – มักพบสัมพันธ์กับ Hepatitis B	ให้นมแม่ได้ หลังให้ HBIG และวัคซีนแก่ลูก	
Human T-Cell Leukemia Viruses Type I และ Type II	ไม่ให้นมแม่	
2009 H1N1 influenza	ให้นมแม่ได้ โดยปั๊มหรือบีบน้ำนมให้ลูกในช่วงแรกที่มีไข้และแยกแม่ลูกในช่วงแรก จนกว่าไข้จะลง หลังจากนั้นจึงเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ได้	Oseltamivir / แพทย์เชื่อผ่านทาง การหายใจ ควรให้แม่สวมหน้ากากอนามัยและล้างมือก่อนสัมผัสลูก
เต้านมอักเสบ (mastitis)		
Candida albicans	ให้นมแม่ได้ โดยให้การรักษาลูกไปพร้อมกัน	Nystatin, ketoconazole / ควรให้การรักษาทังแม่และลูกพร้อมกัน เป็นเวลาอย่างต่ำ 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำของเต้านม
Staphylococcus aureus	ให้นมแม่ได้ โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการรักษาควรบีบน้ำนมทิ้งไปก่อน แล้วจึงเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ได้หลังจากนั้น	Dicloxacillin, erythromycin, clindamycin, cotrimoxazole, azithromycin, linezolid, vancomycin
Group A streptococci	ให้นมแม่ได้ โดยใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังการรักษาควรบีบน้ำนม	First-generation cephalosporins, penicillin, ampicillin, amoxicillin, erythromycin, azithromycin

ชนิดของการติดเชื้อ	การให้นมแม่ได้หรือไม่	ยาที่สามารถใช้ได้ในขณะที่ให้นมแม่ / การพิจารณา
Mycobacterium tuberculosis	ไม่ให้นมแม่ ใน ๒ สัปดาห์แรกที่ให้การรักษามารดา และควรพิจารณาให้ prophylactic isoniazid แก่ลูก	Isoniazid, rifampin, ethambutol, pyrazinamide, ethionamide
Pulmonary or extrapulmonary infection with M. tuberculosis	ให้นมแม่ได้ โดยปั๊มหรือบีบน้ำนมให้ลูกใน ๒ สัปดาห์แรกที่รักษามารดาและแยกแม่ลูกในช่วงแรก แล้วจึงเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ได้หลังจากนั้น หมายเหตุ กรณีวัณโรครุนแรง (miliary TB) หากมารดายังไม่ได้รับการดัดแปลงให้นมลูก	ยาด้านเชื้อวัณโรคสามารถให้ได้ และแพร่เชื้อผ่านทางน้ำนมได้ ควรให้แม่สวมหน้ากากอนามัย
Varicella-Zoster Virus (VZV)	ให้นมแม่ได้ โดยปั๊มหรือบีบน้ำนมให้ลูกในกรณีที่ติดเชื้อช่วง ๕ วันก่อนคลอดจนถึง ๒ วันหลังคลอดที่เป็นช่วงที่ภูมิคุ้มกันในแม่ ไม่สามารถผ่านรกมาป้องกันในลูกได้ จึงควรแยกแม่ลูกในช่วงนี้ และทารกที่ติดเชื้อตามมามีอาการหนัก	acyclovir หรือ valacyclovir / หลีกเลี่ยงลูกในการสัมผัสบริเวณรอยโรคของแม่ ควรให้แม่ล้างมือก่อนสัมผัสลูกทุกครั้ง
Zika virus	ให้นมแม่ได้ ปัจจุบันมีรายงานพบ Zika virus RNA ผ่านทางน้ำนมแม่ แต่ยังไม่มียาการเกิด การติดเชื้อ Zika ในลูกที่ได้นมแม่ CDC จึงแนะนำให้ให้นมแม่ได้เพราะประโยชน์มากกว่าโทษ ^(๑๑)	

เอกสารอ้างอิง

๑. Schanler RJ, Potak DC. Breastfeeding: Parental education and support. Up-To-Date. [Internet] 2016 [updated 2016 Feb 16; cited 2016 Mar 29]. Available from: <http://www.uptodate.com>
๒. Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 7th ed. Mosby, an imprint of Elsevier Inc., Missouri. 2011. p.364–402, 550–607.
๓. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 658: Optimizing support for Breastfeeding as part of Obstetric practice. Obstet Gynecol 2016;127:e86–92.

๔. Moore TR, Mouzon SH, Catalano P. Diabetes in Pregnancy. In: Creasy RK, Resnik R, Greene MF, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, editors. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 7th ed. Saunders, an imprint of Elsevier Inc., Philadelphia. 2014. p.1021.
๕. Riordan J. *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed. Jones and Bartlett Publishers, Inc., Missouri. 2005. P.459–84.
๖. Lawrence RM, Lawrence RA. The breast and the physiology of lactation. In: Creasy RK, Resnik R, Greene MF, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, editors. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 7th ed. Saunders, an imprint of Elsevier Inc., Philadelphia. 2014. p.112–30.
๗. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21:1081–125.
๘. Nader S. Thyroid Disease and Pregnancy. In: Creasy RK, Resnik R, Greene MF, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, editors. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 7th ed. Saunders, an imprint of Elsevier Inc., Philadelphia. 2014. p.1028–9.
๙. Ross DS. Hyperthyroidism during pregnancy: Treatment. Up-To-Date. [Internet] 2016 [updated 2014 Jul 07; cited 2016 Mar 29]. Available from: <http://www.uptodate.com>
๑๐. Schachter SC. Management of epilepsy and pregnancy. Up-To-Date. [Internet] 2016 [updated 2015 Oct 28; cited 2016 Mar 29]. Available from: <http://www.uptodate.com>
๑๑. Petersen EE, Polen KN, Meaney-Delman D, et al. Update: Interim Guidance for Health Care Providers Caring for Women of Reproductive Age with Possible Zika Virus Exposure – United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. ePub: 25 March 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6512e2er>



การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๒/๒๕๕๙

วันศุกร์ที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ เวลา ๑๕.๐๐-๑๗.๐๐ น.

ณ ห้อง Conventional Hall A and B โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร

นำเสนอรายงานผู้ป่วยโดย แพทย์ประจำบ้าน สาขาสุนัขศาสตร์และนรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ประวัติผู้ป่วยนรีเวช

1st visit : ๓ กันยายน ๒๕๕๘

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๒๘ ปี ภูมิลำเนา อ.แม่สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน อาชีพ แม่บ้าน ลิขสิทธิ์การรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Chief complaint : เลือดออกทางช่องคลอด ๑๐ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness :

๕ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (เม.ย. ๕๘) มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด มาครั้งละ ๒-๓ วัน ทุก ๓-๗ วัน ใช้ผ้าอนามัยวันละ ๓-๕ ผืนต่อวัน ลักษณะเป็นเลือดเก่า ๆ ไม่มีชิ้นเนื้อปน ไม่ปวดท้อง ไม่ได้สังเกตว่าท้องตนเองใหญ่ขึ้นหรือไม่ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (ก.ค. ๕๘) มีเลือดออกทางช่องคลอดทุกวัน ลักษณะเป็นเลือดสดปนมากับเลือดเก่า ๆ สีน้ำตาล มีลิ่มเลือดเป็นบางครั้ง ใช้ผ้าอนามัยวันละ ๓ ผืน ไปโรงพยาบาลชุมชน ไม่ได้ตรวจภายใน ได้ยาฮอร์โมนมาทาน ๗ วัน เลือดไม่หยุด ยังคงมีเลือดออกกะปริดกะปรอยอยู่

๑๐ วันก่อนมาโรงพยาบาล (๒๕ ส.ค. ๕๘) ไปโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรักษาเรื่องเลือดออกผิดปกติอีกครั้ง ได้ยาคุมกำเนิดรับประทานวันละ ๑ เม็ด แต่ยังคงมีเลือดออกเก่า ๆ เดิมมาตลอด เริ่มมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย

๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล (๑ ก.ย. ๕๘) เลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมากขึ้น ลักษณะเป็นเลือดสดปนกับลิ่มเลือด ใช้ผ้าอนามัยวันละ ๕ ผืน มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นอย่างชัดเจน ไม่มีอาการหน้ามืด มีใจสั่นเล็กน้อย

๑๐ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีเลือดออกอยู่ และมีอ่อนเพลียมากขึ้น มีหน้ามืด ใจสั่น จึงมาโรงพยาบาล

Past history :

- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
- ปฏิเสธประวัติผ่าตัด
- ประวัติโรคในครอบครัว : มารดาเป็นโรคเบาหวาน [ผู้ป่วยมีน้องสาว ๑ คน อายุ ๒๕ ปี สุขภาพแข็งแรงดี]
- ปฏิเสธประวัติมะเร็งในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

Gynecologic history :

- Married, Single partner
- P0 , Active SI (6 years) : once a week, No contraception [ไม่เคยไปตรวจเรื่องมีบุตรยาก]
- Menarche : 13 years old
- LMP : กลางเดือนมีนาคม 2558 x 5 days
- PMP : กลางเดือนกุมภาพันธ์ 2558 x 5 days
- Interval irregular cycle 30-60 days [เป็นมาประมาณ 3 ปี ไม่เคยไปตรวจก่อนหน้านี้ ไม่มีปัญหาเรื่องชน สิว หรือ ผิวมัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 2 กก. ใน 1 ปี]
- Duration 3-5 days
- No dysmenorrhea
- No history of Pap smear

Physical examination :

Vital signs : T 36.8 °C, PR 110/min, RR 20 /min, BP 145/89 mmHg

Height 158 cm, Weight 74 kg, BMI 29.64 kg/m²

General appearance : An obese woman with normal consciousness

HEENT : Moderately pale conjunctivae, anicteric sclera, no lymphadenopathy

Breasts : No palpable mass

Heart : Tachycardia, normal S1 and S2, no murmur

Lungs : Clear both lungs

Abdomen : Fatty abdomen, soft, not tender, no palpable mass

Extremities : No edema

Skin : No acanthosis nigricans, no acne, no hirsutism

Pelvic examination :

- IUB : Normal appearance
- Vagina : Normal mucosa with bloody discharge
- Cervix : Dilated os due to an intracervical rubbery mass, 2 x 3 cm, without palpable stalk, with some clotted and slightly oozing blood, and contact bleeding
- Uterus : A 10-wks size enlargement with a 3-cm nodular surface at posterior wall of uterus
- Adnexa : No palpable mass

Problem lists :

- A protruding intrauterine mass with abnormal uterine bleeding with symptomatic anemia
- Obesity
- Primary infertility

Differential diagnosis :

- Submucous myoma uteri
- Endometrial polyp
- Uterine cancer (endometrial cancer/sarcoma)

Investigation (3/9/58) :

UPT : negative

Ultrasonography :

An enlarged uterus size 11.9x4 cm, with a protruded submucous myoma with cervical effacement Ø 4.63 x 2.42 cm (cannot identify stalk) located at fundus, a subserous myoma at right posterior wall Ø 4.2 x 4.78 cm, a subserous myoma at left lateral wall Ø 3.28 x 2.6 cm, normal both ovaries

Complete Blood Count

● Hb	6.3 g/dL	● Hct	20.1%
● WBC	4,400 /cu.mm.	● Neutrophils	57.8%
● Eosinophils	2.2%	● Lymphocytes	30.7%
● Monocytes	8.8%	● Basophils	0.5%
● Platelets	432,000 /cu.mm		

Coagulogram

● PT : 13.8	● PTT : 27.5
● INR : 1.30	

Blood Chemistry

- BUN : 5 mg/dL
- Creatinine : 0.6 mg/dL
- Electrolytes
 - Na : 131 mmol/L
 - K : 3.7 mmol/L
 - Cl : 95 mmol/L
 - HCO₃ : 22 mmol/L
- FBS 289 mg/dl
- HbA1C 7.86%
- Lipid profiles
 - Triglyceride 123 mg/dl
 - HDL 23 mg/dl
 - LDL 121 mg/dl
 - VDRL 25 mg/dl

Liver Function Test

- Total protein 6.6 g/dL
- Albumin 3.5 g/dL
- Globulin 3.1 g/dL
- Alkaline phosphatase 51 U/L
- Cholesterol 173 mg/dL
- AST 18 U/L
- ALT 16 U/L
- Total bilirubin 0.23 mg/dL
- Direct Bilirubin 0.08 mg/dL

Anti-HIV Non-reactive

CXR Normal

Hysteroscopy (4/9/58)

Intrauterine mass biopsy

Intra-operative finding

- A 10 wks-size uterus with multinodular intrauterine sessile masses, 3–4 cm in diameter, irregular surfaces. The mass was protruding beyond the cervical os about 0.5 cm.
- Nodular mass at cervix Ø 4 cm, with irregular surface
- Biopsy intrauterine mass was done
- No active bleeding
- EBL 20 ml

Pathological Report (11/9/2558) :

- Endometrioid adenocarcinoma (grade 3)

Definitive Surgery (18/9/58) :

TAH, BSO, left pelvic lymph node sampling, partial omentectomy, biopsy left pelvic peritoneum and appendectomy

Operative Findings :

- No ascites
- Uterus : 8–10 weeks size
- Tumor appearance : Multiple polypoid mass
- Size of lesion : 6 x 4 cm
- Site of lesion : Whole uterine cavity involvement
- Depth of gross lesion : > 1/2 myometrial invasion
- Ovary : Right 3 x 3 x 3 cm with accidental rupture
: Left 5 x 3 x 3 cm
- Pelvic peritoneum : Tumor seeding
- Bladder : Tumor seeding
- Rectum : Tumor seeding
- Posterior vaginal wall : Tumor seeding

Intra-abdominal metastasis

- Omentum : Tumor seeding
- Colon : Tumor seeding
- Diaphragm : Tumor seeding
- Liver : Normal
- Small bowel : Tumor seeding at mesentery of small bowel
- Abdominal peritoneum : Tumor seeding
- Palpable pelvic nodes (both sides) : Matted node 5 x 4 cm and fixed to external iliac vessels
- Palpable para-aortic nodes
- EBL 300 ml

Pathology report :

- Corpus

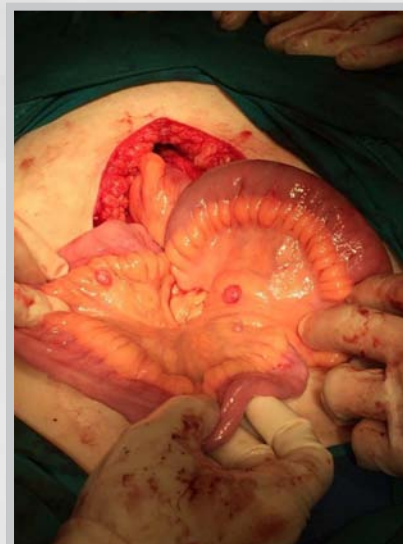
- Endometrioid adenocarcinoma (grade 3)
- Location : Anterior and posterior walls (circumferential)
- Extent of invasion : Invasion through the serosa and invasion of fat tissue (posterior)
- Tumor thickness : 20 mm
- Positive LVSI (more than 10 spaces)
- Positive for direct invasion to endocervical stroma
- Background finding : Basal endometrium
- Cervix
 - Direct invasion of endometrial adenocarcinoma to anterior endocervical wall (with stromal invasion)
 - The surgical margin is negative for malignancy
- Both Ovaries
 - Metastatic endometrioid adenocarcinoma
 - Consistent with transperitoneal route of metastasis (positive for tumor implants and surface involvement of ovarian and adnexal serosa)
- Both tubes : No pathologic change
- Omentum : Metastatic adenocarcinoma
- Lymph nodes, Lt pelvic group (3) : Metastatic adenocarcinoma in 2 of 3 nodes
- Peritoneum (Lt side) : Metastatic adenocarcinoma
- Appendix : Metastatic adenocarcinoma

Definite diagnosis :

CA Corpus, Stage IVB (endometrioid adenocarcinoma, grade 3)



Uterus



Mesentery



บทวิจารณ์ โดย รศ.นพ.ชำนาญ เกียรติพิรกุล
ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ป่วยหญิงอายุ ๒๘ ปี มาด้วยอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดมา ๕ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล จากการตรวจร่างกายพบมีก้อนที่ปากมดลูก โดยน่าจะเป็นก้อนยื่นลงมาจากโพรงมดลูก ผลการตัดชิ้นเนื้อพบ grade 3 endometrioid adenocarcinoma ทำให้วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial cancer) และได้เข้ารับการผ่าตัดกำหนดระยะของโรค (surgical staging) โดยพบเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิด grade 3 endometrioid adenocarcinoma ระยะที่ IVB

ลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายนี้มีอายุเพียง ๒๘ ปี ซึ่งนับว่าอายุน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกโดยทั่วไป โดยในผู้ป่วยหญิงไทยที่เป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก จะมีอายุเฉลี่ยประมาณ ๕๕-๕๗ ปี(๑-๓) จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ ๕ ของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกจะมีอายุ ≤ ๔๐ ปี(๔)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกแบ่งออกเป็นสองประเภท ได้แก่

๑. การมีภาวะเอสโตรเจนสูงเกิน (high estrogen) เช่น ภาวะอ้วน การมีภาวะไม่ตกไข่เรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจาก polycystic ovarian syndrome (PCOS) การได้รับ tamoxifen จากการศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย พบว่า เกือบร้อยละ ๒๔ ของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่อายุ ≤ ๔๕ ปี จะพบภาวะ PCOS(๕)
๒. ปัจจัยเสี่ยงที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ที่สำคัญได้แก่ Lynch syndrome หรือ hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) ซึ่งเป็นภาวะที่ถ่ายทอดแบบ autosomal dominant ภาวะ Lynch syndrome เป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colon cancer) ร้อยละ ๒-๓ และเป็นสาเหตุของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ร้อยละ ๒(๖, ๗) ผู้หญิงที่มีภาวะ Lynch syndrome จะมี lifetime risk ในการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณร้อยละ ๖๕ และร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ(๗) ในมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่เกิดในผู้ป่วยอายุน้อยจะมีโอกาสที่จะพบ Lynch syndrome ได้บ่อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่อายุมาก(๗)

จากข้อมูลในผู้ป่วยรายนี้ ปัจจัยเสี่ยงเท่าที่มีข้อมูลน่าจะเป็นจากภาวะเอสโตรเจนสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีดรรชนีมวลกายสูง มีปัญหาประจำเดือนมาแต่รอบห่างกัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่สัมพันธ์กับภาวะเอสโตรเจนสูงพบได้ร้อยละ ๔๐-๗๕ ของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีอายุ ≤ ๔๐ ปี(๘)

โดยทั่วไปแล้ว มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีภาวะเอสโตรเจนสูง มักจะเป็นชนิด low-grade endometrioid adenocarcinoma ที่พบในระยะต้น^(๔) แต่ในผู้ป่วยรายนี้พบเป็น high-grade endometrioid adenocarcinoma (grade 3) และอยู่ในระยะ IVB ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ไม่บ่อย (ร้อยละ ๑๐ และร้อยละ ๒ ตามลำดับ)^(๔)

จากข้อมูลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่อายุ ≤ ๔๕ ปี ร้อยละ ๙๘ พบเป็นมะเร็งชนิด endometrioid adenocarcinoma ร้อยละ ๗๘ เป็นมะเร็งชนิด grade ๑ และอยู่ในระยะที่ I พบมะเร็งชนิด grade ๓ เพียงร้อยละ ๔ และไม่พบมะเร็งระยะที่ ๔ ในการศึกษา^(๕)

การวินิจฉัย การรักษาและพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีปัญหาด้านการวินิจฉัย เนื่องจากมีผลพยาธิวิทยาที่เข้าได้กับอาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับก็เป็นการรักษามาตรฐานสำหรับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ IVB

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะ IVB ที่ได้รับการผ่าตัดตามด้วยเคมีบำบัดซึ่งเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับ พบว่า อัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival) ที่ระยะเวลาสองปีเท่ากับร้อยละ ๕๒ และผู้ป่วยร้อยละ ๘๗ ได้รับการผ่าตัดจนพบรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ (residual lesion) มีขนาดน้อยกว่า ๑ ซม.^(๔) ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ถึงการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะ IVB ได้แก่ ปริมาณของรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการผ่าตัด โดยพบว่าอัตราการรอดชีวิตโดยรวมที่ระยะเวลาสองปีในผู้ป่วยที่มีขนาดของรอยโรคหลงเหลือมากกว่า ๑ ซม และน้อยกว่า ๑ ซม เท่ากับร้อยละ ๓๓ และร้อยละ ๕๗ ตามลำดับ^(๔)

เนื่องจากการที่ทราบว่ามีปริมาณรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ IV เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย^(๔) ดังนั้น การรักษาสำหรับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ IV ที่อาจจะเป็นทางเลือกอีกแนวทางหนึ่งได้แก่ การให้เคมีบำบัดก่อนทำการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สามารถทำให้ผ่าตัดจนเหลือรอยโรคขนาด ≤ ๑ ซม ได้ถึงร้อยละ ๘๐-๑๐๐ ใช้เวลาในการผ่าตัดและการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง^(๑๐-๑๑) ดังนั้น การให้เคมีบำบัดก่อนทำการผ่าตัด อาจพิจารณาในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะหลงเหลือรอยโรคปริมาณมากหากทำการผ่าตัดรักษาเป็นลำดับแรก

เอกสารอ้างอิง

๑. Cheewakriangkrai C, Panggid K, Siriaungkul S, Khunamornpong S, Suprasert P, Srisomboon J. Lymphovascular space invasion as a prognostic determinant in uterine cancer. Asian Pac J Cancer Prev 2007;8:363-6.
๒. Nhokaew W, Temtanakitpaisan A, Kleebsakow P, Chumworathayi B, Luanratanakorn S, Kietpeerakool C. Wound Complications after Laparotomy for Endometrial Cancer. Asian Pac J Cancer Prev 2015;16:7765-8.
๓. Tangjitgamol S, Khunnarong J, Katanyoo K, Srijaipracharoen S, Thavaramara T, Pataradool K. Patterns of adjuvant therapy for endometrial cancer: single institutional experience in Thailand. Int J Gynecol Cancer 2015;25:665-72.

௧. Gungor T, Cetinkaya N, Ozdal B, Yalcin H, Erkaya S, Yakut HI. Endometrial adenocarcinoma in young-aged women: a Turkish population study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2015;36:667–71.
௨. Hanprasertpong J, Sakolprakraikij S, Geater A. Endometrial cancer in Thai women aged 45 years or younger. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008;9:58–62.
௩. Hampel H, Frankel W, Panescu J, Lockman J, Sotamaa K, Fix D, et al. Screening for Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer) among endometrial cancer patients. *Cancer Res* 2006;66:7810–7.
௪. Lu KH, Schorge JO, Rodabaugh KJ, Daniels MS, Sun CC, Soliman PT, et al. Prospective determination of prevalence of lynch syndrome in young women with endometrial cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:5158–64.
௫. Garg K, Soslow RA. Endometrial carcinoma in women aged 40 years and younger. *Arch Pathol Lab Med* 2014;138:335–42.
- ௖. Landrum LM, Moore KN, Myers TK, Lanneau GS Jr, McMeekin DS, Walker JL, et al. Stage IVB endometrial cancer: does applying an ovarian cancer treatment paradigm result in similar outcomes? A case-control analysis. *Gynecol Oncol* 2009;112:337–41.
- ௑. Vandenput I, Van Calster B, Capoen A, Leunen K, Berteloot P, Neven P, et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by interval debulking surgery in patients with serous endometrial cancer with transperitoneal spread (stage IV): a new preferred treatment? *Br J Cancer* 2009;101:244–9.
- ௑. Wilkinson-Ryan I, Frolova AI, Liu J, Stewart Massad L, Thaker PH, Powell MA, et al. Neoadjuvant chemotherapy versus primary cytoreductive surgery for stage IV uterine serous carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2015;25:63–8.





จากประธานคณะกรรมการการศึกษาต่อขอและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

1. ยาตัวใดที่ไม่สามารถรับประทานได้

ในมารดาที่ให้นมบุตร

1. Insulin
2. Phencyclidine (PCP)
3. Phenytoin
4. Methimazole
5. furosemide

2. ข้อใดคือวิธีการรับประทานยาต้านไทรอยด์

ที่ถูกต้องในสตรีที่ให้นมบุตร

1. รับประทานยาทันทีก่อนให้นมบุตร
2. รับประทานยาก่อนให้นมบุตร 30 นาที
3. รับประทานยาทันทีหลังให้นมบุตร
4. รับประทานยาหลังให้นมบุตร 30 นาที
5. บีมน้ำนมทิ้งหลังรับประทานยาในมือนั้น

3. ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ในสตรีที่ได้รับยากันชัก

1. ยากันชักมีผลทำให้ทารกอาจดูนอนไม่หลับ
ไม่ดีเนื่องจากหลับ
2. ยากันชักมีผลทำให้ทารกพิการ
3. ยากันชักมีผลทำให้ทารกติดเชื้อได้ง่าย
4. ยากันชักมีผลลดการหลั่งของ prolactin
5. ยากันชักทำให้ทารกปัญญาอ่อนได้

4. สตรีที่ติดเชื้อในกรณีใดที่สามารถให้นมบุตรได้

1. Herpes Simplex type 1,2 ที่มีรอยโรค
ที่บริเวณเต้านมและหัวนม
2. Zika virus
3. Hepatitis B
4. H1N1 influenza
5. Cytomegalovirus

5. การติดเชื้อ Varicella-Zoster Virus (VZV)

ในหญิงตั้งครรภ์ช่วงใดที่ให้นมบุตรได้

แต่ควรปั๊มหรือบีบน้ำนมให้บุตรแทน

1. ไตรมาสที่ 3
2. ไตรมาสที่ 2-3
3. ช่วงรอคอย
4. 5 วันก่อนคลอดจนถึง 2 วันหลังคลอด
5. ช่วงหลังคลอด

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ E-mail
address: congressrtcog@hotmail.com หรือ
Line ของราชวิทยาลัยฯ ได้ที่ QR Code



Gossip

ซุบซิบ...ซุบซิบ ด้วยภาพ



ประชุมอนุกรรมการกิจการพิเศษราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙
มีเป้าหมายที่สำคัญ : งานที่จะทำเพื่ออนามัยแม่และเด็ก

1. Evidence based to practice เช่น PPH, PIH
2. Reduction MMR และทำ confidential enquiry
3. Improve maternal morbidity เช่นลด unnecessary cesarean section



ประชุมสัมมนาหลักสูตรการเรียนการสอนสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น...สุดยอดๆ



ชาวสูตินรีเวชกรรม ร.พ. ชัยภูมิ เตรียมพร้อมเต็มที่เพื่อรับ นศพ. จาก ม. สุรนารี ลู๊ๆ นะครับ



อ.กระเชียร ปัญญาคำเลิศ ไปปล่อยเสนอห่อไรไว้ที่อุบล
อ.ชาญศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานแจ้งมาว่าสตาฟที่อุบล ติดใจอยากให้มา
บรรยายบ่อย ๆ...อะไรกันเนี่ย



ขอแสดงความยินดีกับ พญ. จตุพร ดวงกำ
คลอดบุตรสาวคนที่ 3 น่ารัก ๆ