



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาแห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๕ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙

AOFOG Council Meeting 2016, Chinggis Khaan Hotel, Ulaanbaatar Mongolia



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสภาวะของสตรี ”
(Standard and Ethics to Improve Women's Health)

คณะผู้บริหาร
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

- **ประธาน**
ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- **ผู้ริ่ตำแหน่งประธาน**
พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- **รองประธาน**
นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์
- **เลขาธิการ**
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิลัยลักษณ์
- **รองเลขาธิการ**
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์
- **เหรียญก**
แพทย์หญิงสุวรรณา อัครพิริยานนท์
- **กรรมการกลาง**
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ธีรยุทธ
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจาทิบาล
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์
 - นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศกนัน มะโนทัย
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภัคดี จุลวิจิตรพงษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรณพ ใจสำราญ
 - ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ๋นใจ กอนันตกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โค้ววีสารัช

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สตินรีเวช - จริยธรรมสาธก	๖
การติดเชือไวรัสฮักในหญิงตั้งครรภ์	๘
Menopause Management - Getting Clinical Care Back on Track	๑๖
Interhospital Conference ครั้งที่ ๒๒/๒๕๕๙	๑๘
คำถามท้ายเล่ม	๒๒๒
ฉบับ... ฉบับด้วยภาพ	๒๒๓

รุดินรีแพทย์ร่วมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักคณติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้นเขียนเท่านั้น มีใช้ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เข้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย
ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๗/๑๖-๕๓๗๑๑-๒๔๔ โทรสาร : ๐-๒๒๗/๑๖-๕๓๗๑๑๐
www.rtcog.or.th
E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิลัยลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ดุสิต สิกขิมวงค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมธุรส สุประเสริฐ
แพทย์หญิงกัญลลธพร พัทธนาวิจารย์

เลขานุการ

นางสาวจิระพันธ์ มวลมูลพม

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาพร พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรี-ดี สแกน จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๑๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

บรรณาธิการแกลล

โดย... ศ.พญ.สุกฤษฎา วิไลลักษณ์

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



นิวส์ดี: สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

7 ดัหุดยาวในวันพระใหญ่ของปี วันอาสาฬหบูชา ต่อด้วย วันเข้าพรรษา เหล่าสมาชิกก็ได้ทำบุญ ท่องเที่ยว สะสางงาน หรือพักผ่อนสบาย ๆ ตามอัธยาศัย เมื่อเข้าหน้าฝนแล้ว ความร้อนรุ่มของอากาศ ก็ลดลงไป ในขณะเดียวกัน อยากให้มวลสมาชิกดูแลสุขภาพ เนื่องจากใช้หวัดซุกซุมมาก จะได้แข็งแรง มีพลังในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างไม่ท้อถอย ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาอยู่บ้างก็ตาม **ราชวิทยาลัยฯ ของเรายินดีเป็นศูนย์กลางให้คำปรึกษา / ช่วยเหลือทุกอย่างเท่าที่ทำได้**

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ของเรา มาพร้อมกับเนื้อหาสาระเช่นเคย เริ่มด้วยสารจากประธาน ราชวิทยาลัยฯ **กล่าวถึงการประชุม ณ ต่างประเทศที่น่าสนใจ และมีประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง ๓ การประชุมตามด้วย สูตินรีเวช-จริยธรรมสากล จาก นว.พญ. ชันติพงษ์ คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็กโดย สร.นพ.พญ. พันธุ์บุรณ:** กล่าวถึง **การติดเชื้อไวรัสฮิสตาในหญิงตั้งครรภ์** ตลอดจนไปถึงการดูแลรักษาและการควบคุม ป้องกันโรค บทความ **Menopause Management - Getting Clinical Care Back on Track** เรียบเรียงโดย **พศ.ดร.พญ.อารีย์พรรณ โสภณสุขฤทธิ์ ศ.คลินิก.พญ.มยุรี จิรภักย์** และ **ศ.พญ.คุณหญิง กอบจิตต์ ลิ้มปวยอบ** บทความ**การประชุม Interhospital Conference** ภาคต่อจากฉบับที่แล้ว ว่าด้วย เรื่องสตรีที่มาพบแพทย์ด้วย**ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก** โดย **พศ.นพ.ฉลอง ชิวกรียงไกร** ซึ่งมี ประโยชน์อย่างยิ่งในทางปฏิบัติ ปิดท้ายด้วยคอลัมน์**บุบซิบ...บุบซิบ**บอกข่าวเล่าเรื่องความเป็นไปต่าง ๆ ใน สังคมสูติ-นรีแพทย์อันอบอุ่นของเรา

ด้วยนโยบายลดภาวะโลกร้อน ทางกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ที่ในขณะนี้ผู้แจ้งความจำนงในการรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์มาบ้างแล้ว สมาชิกท่านใดที่ประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้เลยนะคะ



อนึ่งทางกองบรรณาธิการ จะได้สำรวจความต้องการของสมาชิกโดยผ่านทาง E-mail และในการ ประชุมใหญ่ประจำปีของราชวิทยาลัยฯ ที่จะจัดที่อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ ในวันที่ ๑๗-๒๐ ตุลาคมนี้ต่อไป

พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.บว.ภิศก ลุมพิกานนท์

ประธานราชวิทยาลัยฯ

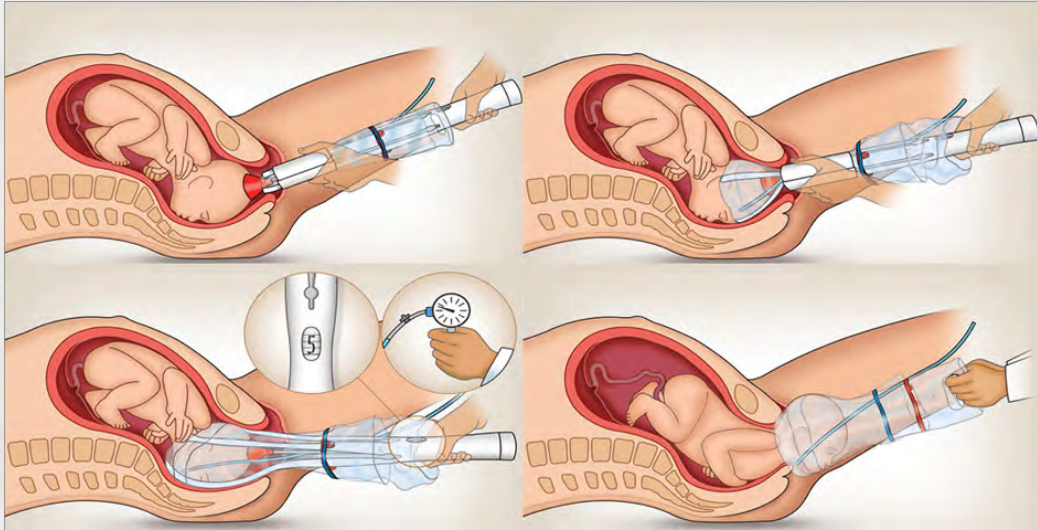


เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

9 ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาผมได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมในต่างประเทศ ๓ ครั้ง ขอเรียนให้ท่านสมาชิกทราบ พอสังเขปดังนี้ครับ

๑. การประชุม WHO multicenter study for the development of growth standards from fetal life to childhood : The fetal component ที่กรุง Geneva, Switzerland, ๒๑-๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๙ เป็นการทำ serial ultrasounds ในผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใน ๑๐ ประเทศ ได้แก่ Argentina, Brazil, Democratic Republic of Congo, Denmark, Egypt, France, Germany, India, Norway และประเทศไทย ประเทศละประมาณ ๑๔๐ คน พบว่า Median birth weight รวมเท่ากับ ๓,๓๐๐ g Median birth weight ของไทยอยู่ที่ ๓,๑๓๐ g Intrauterine Fetal growth มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ การจะเอา international standard มาใช้คงต้องมีการปรับตามความเหมาะสม
๒. การประชุม Asia Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology, Executive Committee and Council meetings ประจำปี ๒๐๑๖ ที่เมือง Ulaanbaatar ประเทศ Mongolia ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๙ ผมเดินทางไปเข้าร่วมประชุมกับท่านเลขาธิการฯ เป็นการประชุมติดตามงานของ sub-committees ต่างๆของ AOFOG เรื่องที่น่าสนใจและจะเป็นประโยชน์กับราชวิทยาลัยฯ คือ AOFOG มี educational fund เหลืออยู่มาก ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลงานของท่านอาจารย์ สุพร เกิดสว่าง หาไว้ตอนที่ท่านเป็น Treasurer อยู่หลายปี ราชวิทยาลัยฯ สามารถขอ Education fund นี้มาเป็นค่าใช้จ่ายในการเชิญวิทยากรในการประชุมวิชาการ จากประเทศที่เป็นสมาชิกของ AOFOG ได้ในวงเงิน US\$ 5,000 ต่อครั้ง ประเทศ Mongolia มีอาณาเขตกว้างขวางมาก แต่มีประชากรแค่ ๓ ล้านคนโดย ๑ ล้านคนอยู่ใน Ulaanbaatar ในช่วงระยะ ๕ ปีที่ผ่านมาประเทศ Mongolia มีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก รายได้ที่สำคัญคือการขายถ่านหินคุณภาพสูง แต่คุณภาพของอนามัยเจริญพันธุ์ยังไม่ค่อยดีนัก แต่ละปียังมี congenital syphilis หลายสิบราย

๓. การประชุม ODON Device: Independent scientific advisory committee meeting, WHO Headquarter, Geneva, Switzerland, 6-7 July 2016. ODON device เป็นเครื่องมือช่วยคลอดที่วิศวกรชาว Argentina ประดิษฐ์ขึ้นมา เมื่อประมาณ ๓-๔ ปีที่ผ่านมา เมื่อใส่เครื่องมือเข้าไปชิดหัวเด็ก ดึงก้านและเพิ่ม pressure จะมีถุง polyethylene เข้าไปหุ้มรอบหัวเด็ก ตามรูป



ได้มีการศึกษา ความปลอดภัยของ ODON device ในการช่วยคลอดที่ประเทศ Argentina ไปแล้ว หลายรายพบว่าได้ผลดีในระดับหนึ่งและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง WHO กำลังจะขยายผลไปทำการศึกษา ในประเทศ Kenya และ South Africa โดยหวังจะเอามาใช้เปรียบเทียบกับ vacuum extraction ต่อไป

ขออำนวยการให้สมาชิกวิทยาลัยฯ ทุกท่านมีความสุขทั้งกายและใจ มีพลังในการทำงานเพื่อสุขภาพของสตรีต่อไป



แก้คำผิด ในสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ฉบับที่ ๔ เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙

หน้าที่ ๑๐ ในตารางหัวข้อ Herpes Simplex types 1,2 ไม่ให้นมแม่ แก้เป็น ให้นมแม่ได้

สตินรีเวิล - จริยธรรมสากล

โดย... นพ.พิษณุ ชันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



Humanized health care : การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้ ตอน ธนาการชีวิต

นักวิชาการแพทย์สมัยใหม่มีการใช้ระบบเทคโนโลยีมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และญาติกับทีมผู้รักษาห่างเหินกัน เป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งความไม่เข้าใจกันได้ง่าย ส่วนหนึ่งเกิดจากการพูดคุยกันน้อยลง เมื่อมีปัญหาอะไรก็ใช้โซเชียลมีเดียเป็นเครื่องมือในการตอบโต้กัน ทำให้ความขัดแย้งรุนแรงขึ้นและลุกลามให้เกิดความหมางใจต่อกัน เป็นเหตุให้คนไข้ไม่ได้รับการบริการด้วยหัวใจ แพทย์และทีมผู้รักษาก็พยายามหาวิธีการในการ ป้องกันตัวเอง เพื่อที่จะไม่ให้มีจุดอ่อนที่จะถูกฟ้องร้องได้ ขณะเดียวกันฝ่ายคนไข้และญาติ ก็เกิดความไม่ไว้วางใจ คอยจับผิดการทำงานของทีมผู้รักษา ทำให้เกิดพลเสียต่อคนไข้ เราคงต้องช่วยกันทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน กลับมาให้เหมือนในอดีต เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนไข้สูงสุด

ผมยังจำเรื่องราวที่กรรมการพัฒนา รพ. ท่านหนึ่งเล่าให้ฟังถึงคนไข้คนหนึ่งเป็นคนต่างด้าว ที่เข้ามาประกอบอาชีพในประเทศไทยนานแล้ว จนมีครอบครัวตั้งรกรากอยู่ในไทยมีความเป็นคนไทยเต็มตัว ฐานะค่อนข้างยากจน มีอาชีพรับจ้าง ขณะที่ภรรยาทำหน้าที่แม่บ้านพร้อมกับดูแลลูกที่มีความผิดปกติ วันหนึ่งเกิดอาการเจ็บป่วยต้องเข้านอน รพ. อาการหนักทานอาหารไม่ได้ แพทย์ผู้รักษาสั่งการรักษาให้ใส่สายยางสำหรับให้อาหารและยา พยาบาลพยายามใส่ท่อให้อาหารหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ เพราะคนไข้ไม่ให้ความร่วมมือ และปฏิเสธไม่ต้องการใส่สายยาง พยาบาลขอให้ญาติออกไปรอข้างนอกเพื่อจะได้ทำงานสะดวกขึ้น แล้วก็พยายามใส่สายยางเพื่อให้อาหารคนไข้จนสำเร็จ เมื่อญาติกลับเข้ามาอีกครั้งได้เห็นสภาพของคนไข้ที่มีสายยางในรูจมูก มือและเท้าทั้งสองข้างถูกมัดกับเตียง คนไข้ทำหน้าตาไม่มีความสุขไม่ยอมพูดอะไรอีกเลย และเสียชีวิตในวันรุ่งขึ้น แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ญาติและเพื่อนบ้านต่างก็เล่าลือไปในทางที่เสียหาย ทางหนึ่งก็บอกว่าคงเนื่องจากเป็นคนต่างด้าวจึงไม่ได้รับการปฏิบัติที่ดีเท่าที่ควร และก็พูดถึงการกระทำของพยาบาลที่เกินกว่าเหตุด้วย

ผมฟังแล้วรู้สึกเห็นใจคนไข้และญาติอย่างที่สุด เนื่องจากว่าไม่ได้รับการให้เกียรติเท่าที่ควร ผิดกับที่ **อ.นพ.บุญยงค์** เคยสอนทุกคนว่า รพ. เปรียบเหมือนธนาการชีวิต ที่คนไข้และญาติเอาชีวิตของเขาหรือคนที่เขารักมาให้ รพ. ดูแล แสดงว่าเขาไว้วางใจเรา ว่าสามารถรักษาชีวิตเขาได้ ถือเป็นเกียรติอย่างสูงที่สุด ผมเชื่อมั่นว่าผู้บริหารทุกคน ไม่มีนโยบายที่มีสองมาตรฐานในการดูแลคนไข้ ไม่ว่าจะเป็นคนเชื้อชาติใดเผ่าพันธุ์ใด ยากดีมีเงิน หรือมีแนวคิดผิดแผกไปจากเมืองใด ๆ เราจะต้องให้การดูแลรักษาให้ดีที่สุด โดยยึดถือหลักสิทธิมนุษยชน ผมได้กล่าวขอโทษในห้องประชุมเพื่อแสดงความรับผิดชอบ รู้สึกเห็นใจคนไข้ยิ่งที่สุด ที่ต้องจากโลกนี้ไปโดยที่ยังคงกลางแครงใจกับความเป็นคนต่างด้าว ที่ไม่มีสิทธิมีเสียงอะไร ผมได้กล่าวในที่ประชุมว่า พยาบาลพยายามทำหน้าที่ของตนเองที่ได้รับคำสั่งการรักษาจากแพทย์ ด้วยความหวังดีต่อคนไข้เพื่อที่จะได้ให้อาหารทางสายยางให้เพียงพอที่จะสร้างความแข็งแรงกับร่างกาย เพื่อต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ จึงพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้งานสำเร็จ บางครั้งพวกเราก็ลืมนึกถึง

สิทธิของคนไข้ ที่เขาเองก็มีสิทธิที่จะเลือกปฏิเสธการรักษาบางอย่างได้ กรณีเช่นนี้ ถ้าคนไข้ไม่ต้องการใส่สายยาง ควรรายงานแพทย์เพื่อมาประเมินคนไข้อีกครั้ง พร้อมกับพูดคุยกับคนไข้และญาติด้วยตนเอง จะได้ให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน หลายครั้งที่ผมเป็นคนใส่สายยางให้คนไข้ด้วยตนเอง เพื่อแสดงถึงความห่วงใยและความจำเป็นที่ต้องใส่ให้สำเร็จ ผมจำได้ว่าขณะเรียนสรีรวิทยาครั้งเป็นนักศึกษาแพทย์ปี ๓ ต้องฝึกปฏิบัติใส่สายยางให้เพื่อนนักศึกษาด้วยกันให้สำเร็จทุกคน เพื่อให้รู้สึกว่าการใส่สายยางให้คนไข้ใส่สายยาง คนไข้จะรู้สึกอย่างไร ผมคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก ๆ ที่แพทย์พยาบาลจะต้องรู้สิ่งเหล่านี้ด้วยการทดลองทำกับตนเอง จะเกิดความรู้สึกเห็นใจคนไข้เพราะเราเคยมาก่อนแล้ว รวมไปถึงการให้ นศพ. เจาะเลือดกันเองทั้งที่ปลายนิ้วและเส้นเลือดที่ข้อพับแขน ปัจจุบันนี้สิ่งเหล่านี้หายไปจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ ทำให้แพทย์รุ่นใหม่ไม่รู้ถึงความรู้สึกของคนไข้ บางคนจึงไม่พอใจที่คนไข้ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาบางอย่าง หรือเมื่อพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาได้สำเร็จ

วันก่อนผมได้พูดคุยกับคนรู้จักที่กำลังมีความกังวลเรื่องความเจ็บป่วยเนื่องจากไปรับการตรวจร่างกายที่กทม. พบว่ามีก้อนเนื้ออกเล็ก ๆ ที่ต่อมฉีดยอดอาจเป็นเนื้องอกปกติหรือเป็นเนื้อร้ายได้ แพทย์นัดวินิจฉัยด้วยการใช้เข็มขนาดเล็กเจาะเข้าไปในก้อน เพื่อดูดเอาเนื้อเยื่อมาตรวจว่าเป็นเนื้องอกชนิดใด จะได้วางแผนการรักษาต่อ วันที่เจาะคนไข้ซึ่งรู้สึกกลัวอยู่แล้วตามปกติทางการแพทย์นั้น ถ้าก้อนมีขนาดเล็กแม้จะเจาะโดยใช้อัลตราซาวด์ก็ถือว่ายาก ควรให้แพทย์ที่มีความชำนาญเป็นผู้เจาะเองหรือให้แพทย์จบใหม่หรือกำลังเทรนเจาะภายใต้การดูแลใกล้ชิดของอาจารย์ และควรให้ลองเพียง ๑-๒ ครั้งก็น่าจะพอ แต่วันนั้นให้แพทย์กำลังเทรนเจาะถึง ๕ ครั้งไม่ได้ จนรอบคอเขียวเข้าไปหมด ทั้งเจ็บทั้งกลัว ที่แรกอาจารย์จะนัดให้มาเจาะอาทิตย์หน้า แต่คนไข้ไม่สะดวกที่จะมาบ่อย ๆ เนื่องจากอยู่จนอาจารย์จึงทำการเจาะจนได้ชิ้นเนื้อตามต้องการ คนไข้บอกว่ามาขึ้นแท็กซี่กลับที่พักยังรู้สึกมึนงงและเจ็บที่คอมาก ที่สำคัญนั้นคนไข้บอกว่าขณะที่แพทย์ทำการเจาะนั้น เพื่อน ๆ ก็ส่งเสียงเชียร์พร้อมจับเวลานับ ๑-๑๐ เพื่อแข่งกันทำให้แพทย์ที่เจาะเครียดมือสั่นด้วย คนไข้บอกรู้สึกกลัวมาก ผมฟังแล้วรู้สึกสงสารและเห็นใจคนไข้มาก พร้อมกับรู้สึกหดหู่ที่แพทย์รุ่นใหม่คำนึงถึงความรู้สึกของคนไข้น้อยลง และมักทำอะไรเป็นเล่นไปหมด ที่สำคัญนั้นมีอะไรที่ส่งโลกออนไลน์โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมาได้ คนไข้ยังบอกอีกว่าแพทย์นัดให้ไปฟังผล แต่เมื่อเคลียร์งานเพื่อเดินทางไปฟังผล ปรากฏว่าแพทย์ผู้รักษาไม่อยู่เดินทางไปต่างประเทศ นัดใหม่เดือนหน้า คนไข้เป็นกังวลมาก ผมรู้สึกผิดหวังมากที่สถานบริการที่เป็น รร. แพทย์ด้วย แต่ไม่มีระบบที่ดีพอที่จะแจ้งให้คนไข้ทราบก่อน หรือจัดให้แพทย์ท่านอื่นมาพบคนไข้นัดแทน เพื่อจะได้แจ้งผลให้ทราบ และให้คนไข้เลือกที่จะรอแพทย์คนเดิม หรือให้คนใหม่วางแผนการรักษาได้เลย

จะเห็นได้ว่า ทั้งสองเรื่องนี้จะไม่เกิดขึ้นเลย ถ้าทั้งผู้รักษาทั้งแพทย์พยาบาล จะคำนึงถึงจิตใจของคนไข้สักนิด ถ้าเปลี่ยนตัวเราเองเป็นคนไข้เราจะรู้สึกเช่นไร คงไม่ต่างจากคนไข้และญาติเช่นกัน อาจจะรุนแรงกว่านี้มากก็ได้

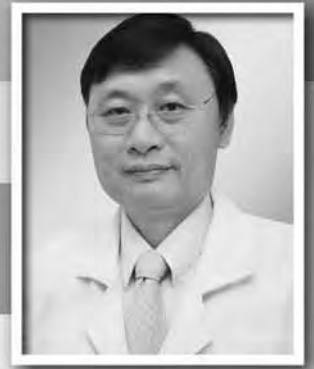
การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจ จึงต้องคำนึงถึงใจเขา.....ใจเราอยู่เสมอ จะให้ดีต้องฝึกตั้งแต่เด็ก ๆ โดยพ่อแม่ปู่ย่าตายายเป็นคนสอน และทำตัวเป็นตัวอย่างให้ลูกหลานได้เห็น ในการให้เกียรติและเคารพสิทธิของผู้อื่น ต่อมาก็ที่โรงเรียนซึ่งครูก็ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้นักเรียนเห็น ในชุมชนและสังคมก็ต้องมีตัวอย่างให้เห็นด้วย จะสอนในช่วงที่เรียนมหาวิทยาลัยก็ควรจะยากแต่ก็ยังดีกว่าไม่สอน

คำสอนของ อ.บพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ยังคงดังก้องในใจของผมว่า “สอนให้จำ ทำให้ดู อยู่ให้เห็น” ที่กำลังพยายามส่งต่อให้ทุก ๆ คนได้นำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

การติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy with Zika Virus Infection)

โดย... รศ.อุว.พัฒนุ พันบุรณ:
คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑



ไวรัสซิกา (Zika virus; ZIKV) เป็นไวรัส RNA ชนิด arthropod-borne virus (arbovirus) ในจีนัส Flavivirus และอยู่ในแฟมิลี Flaviviridae^(๑) การค้นพบไวรัสนี้เป็นผลจากโครงการวิจัยศึกษาโรคไข้เหลือง (yellow fever) ของมูลนิธิโรกกีเฟลเลอร์ ระหว่าง ค.ศ. ๑๙๑๔-๑๙๓๐ โดยในปี ค.ศ. ๑๙๔๗ เชื้อไวรัสชนิดนี้ถูกค้นพบครั้งแรกในลิงที่ติดเชื้อมากจากป่าซิกา (Zika forest) ของประเทศกัวกันดา^(๒) ปี ค.ศ. ๑๙๕๒ สามารถแยกเชื้อไวรัสนี้ได้จากยุงลายสายพันธุ์ Aedes africanus จากป่าซิกานี้ได้สำเร็จ^(๓) และต้องใช้เวลาอีกประมาณ ๑๐ ปี คือ ปี ค.ศ. ๑๙๕๓ จึงสามารถแยกเชื้อนี้ได้จากเลือดของคนเป็นครั้งแรก จากเด็กหญิงชาวไนจีเรียอายุ ๑๐ ปี^(๓) ในปี ค.ศ. ๑๙๕๔ กลุ่ม Human ZIKA Serosurvey ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้รายงานการตรวจพบเชื้อในประเทศไทย ๘ รายจากการตรวจเลือดจำนวน ๕๐ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๖^(๔)

กลไกการติดเชื้อ

ยุงลายสายพันธุ์ Ae. Aegypti และ Ae. Albopictus เป็นพาหะนำเชื้อเป็นส่วนใหญ่ ไวรัสซิกาสามารถเข้าสู่เซลล์ human dermal fibroblast, epidermal keratinocyte และ immature dendritic cell โดยมีปัจจัยของ DC SIGN, AXL, Tyro และ TIM-1 entry/adhesion factor ผิดปกติ^(๑) จึงยอมให้ไวรัสเข้าเซลล์เกิดเป็น autophagosome ได้ โดยกระตุ้นให้เซลล์สร้างภูมิคุ้มกันและ interferon ต่อไวรัสซิกา^(๑)

การติดต่อ

เพศสัมพันธ์

ปี ค.ศ. ๒๐๐๘ มีรายงานการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก ในคู่สมรสนักวิทยาศาสตร์ชาวอเมริกัน ที่ทำการศึกษาเรื่องของยุงที่ประเทศเซเนกัล ทาง center of disease control (CDC) จึงแนะนำให้งดการบริโภค สุกี้หลังจากที่กลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดของไวรัสซิกา^(๑)

การติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์

มีรายงานว่าไวรัสกลุ่ม arbovirus ได้แก่ ไวรัสเดงกี^(๕) และไวรัสซิกุนกุนยา^(๖) สามารถติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ได้ในปี ค.ศ. ๒๐๑๓^(๗) มีรายงานการติดต่อของไวรัสซิกาจากมารดาสู่ทารกในครรภ์เป็นครั้งแรก ในการระบาดครั้งใหญ่ที่ French Polynesia โดยสามารถแยกเชื้อไวรัสนี้ได้จากเลือดของมารดาและทารก ตลอดจน น้ำนม ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕^(๘) มีการระบาดครั้งใหญ่อีกครั้งที่ประเทศบราซิล พบมารดาที่ติดเชื้อมีทั้งการคลอดก่อนกำหนด การร่นแรง คือศีรษะมีขนาดเล็ก และได้ยืนยันการติดเชื้อไวรัสซิกาจากการตรวจเลือด น้ำคร่ำ และเนื้อเยื่อของ

ทารกที่ผิดปกติ^(๙, ๑๐) ปัจจุบันมีข้อสรุปที่ยืนยันว่าไวรัสซิกาเป็นไวรัสตัวแรก และชนิดเดียวที่มียุ่งลายเป็นพาหะนำเชื้อ และเป็นสาเหตุของความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์^(๑๑)

การติดต่อผ่านการรับเลือด

เป็นที่ทราบกันแล้วว่า arbovirus สามารถติดต่อผ่านการรับเลือดได้ ดังนั้นไวรัสซิกานี้ จึงน่าจะติดต่อทางนี้ด้วยเช่นกัน ยืนยันจากการตรวจเลือดที่ได้รับบริจาคในช่วงการระบาดใหญ่ของไวรัสซิกาที่ French Polinecia ร้อยละ ๒.๘ พบ RNA ของไวรัสซิกาจากผู้บริจาคที่ไม่มีอาการของโรคในช่วงบริจาคเลือด โดยพบว่ามี ๓ รายที่มีอาการของไข้ภายใน ๓-๑๐ วันหลังการบริจาคเลือด^(๑๒) อย่างไรก็ตามในช่วงระบาดนี้ ยังไม่มีรายงานอาการของโรคนี้จากการติดเชื้อ อันเนื่องจากการรับเลือด^(๑๒)

ระยะฟักตัว

ไวรัสซิกา มีระยะฟักตัวประมาณ ๓-๑๔ วัน สำหรับระยะเวลาของการตรวจพบไวรัสในกระแสเลือด (viremia) ประมาณ ๗ วัน ในขณะที่รายงานที่นานที่สุด คือ ๑๑ วัน ดังนั้นทาง center for disease control and prevention ของสหรัฐอเมริกา จึงแนะนำระยะเวลาการตั้งครรภ์เพื่อความปลอดภัยต่อทารกในครรภ์ได้ หลังจากที่ได้รับเชื้อไวรัสซิกาลงไปแล้วอย่างน้อย ๘ สัปดาห์ โดยประมาณจากระยะฟักตัวที่นานที่สุด ๑๔ วัน บวกกับสามเท่าของช่วงเวลาที่ตรวจพบเชื้อในกระแสโลหิตที่นานที่สุด (๑๑ วัน)^(๑๓) สำหรับผู้ชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสซิกาสมควรที่จะต้องรอสักอย่างน้อย ๖ เดือน หลังจากเริ่มมีอาการก่อนที่จะมีบุตร โดยระยะเวลาเหมาะสมในการเว้นระยะการมีบุตรออกไปประมาณสามเท่า ของระยะเวลาที่นานที่สุดในการตรวจพบ RNA ของไวรัสซิกานี้ในน้ำอสุจิ^(๑๓)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมีอาการไข้ ปวดศีรษะ มีผื่นแดงแบบ maculopapular บริเวณลำตัวและแขนขา เยื่อบุตาอักเสบ ตาแดง ปวดข้อ อ่อนเพลีย อาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองโต และอุจจาระร่วง

ข้อกำหนดในการสืบค้นหาผู้ป่วยโรคไข้ซิกา (Patient under investigation; PUI) โดยสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค^(๑๔)

๑. ผู้ป่วยที่มีไข้หรือร้อนเนื้อร้อนตัว ร่วมกับอาการ ๒ อย่าง ดังต่อไปนี้ ผื่นแดง เยื่อบุตาอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ประมาณ ๒-๗ วัน
หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการ และ/หรือ อาการแสดงดังนี้
 - ก. มีผื่น maculopapular และมีอาการอย่างน้อย ๑ ใน ๓ ดังนี้
 - ๑) ไข้ ๒) ปวดข้อ ๓) ตาแดงหรือ
 - ข. มีไข้และมีอาการ 2 ใน 3 ของอาการ
 - ๑) ปวดศีรษะ ๒) ปวดข้อ ๓) ตาแดง
๒. ทารกที่มีศีรษะขนาดเล็ก (neonatal microcephaly) หมายถึง ทารกหลังคลอดอายุไม่เกิน ๑ เดือน วินิจฉัยจากการวัดความยาวรอบวงศีรษะได้ค่าที่น้อยกว่า ๓ standard deviation หรือค่าตกเกณฑ์ต่ำกว่า ๓ เปอร์เซ็นไทล์ เทียบกับค่าปกติในเพศเดียวกันและที่อายุครรภ์ของทารกนั้น โดยผู้วินิจฉัยเป็นกุมารแพทย์

๓. หากแพทย์สงสัยหรือยืนยันผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบของเส้นประสาท GBS (Guillain-Barre syndrome) และ/หรือสงสัยโรคเส้นประสาทอักเสบอื่น ๆ
๔. กลุ่มผู้ป่วยที่มีไข้ออกผื่นเป็นกลุ่มก้อน (มากกว่า ๑ รายขึ้นไป) หมายถึง
 - ก. ผู้ป่วยที่ออกผื่นและมีอาการอย่างน้อย ๑ ใน 3 ของอาการ
 - ๑) ไข้ ๒) ปวดข้อ ๓) ตาแดง หรือ
 - ข. ผู้ป่วยที่มีไข้และมีอาการ ๒ ใน ๓ อาการ
 - ๑) ปวดศีรษะ ๒) ปวดข้อ ๓) ตาแดง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทาง serology

Serology ของไวรัสซิกา viral specific IgM และ neutralizing antibody สามารถทำได้ในช่วงสัปดาห์แรกหลังมีอาการ โดยยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจ plaque-reduction neutralization (PRNT) ซึ่งเป็นการตรวจ viral-specific neutralizing antibodies ที่เป็น gold standard ของ anti-Flavivirus antibody และมีความจำเพาะกับ primary Flavivirus infection

การตรวจพบ Zika virus IgM ที่ได้ผลบวกหรือไม่สามารถสรุปผลได้ (indeterminate) แนะนำให้ตรวจ neutralizing antibody (NA) ต่อ ซึ่งการทดสอบนี้แนะนำให้ตรวจหลังจากที่ได้ไปในพื้นที่เสี่ยงสูง ๒-๑๒ สัปดาห์ โดยพบว่าถ้า NA เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ ๔ เท่าของ dengue virus NA titer ถือว่าผลการตรวจเป็นบวก แต่ถ้าพบน้อยกว่า ๔ เท่าให้การวินิจฉัยว่าเป็น **“inconclusive”**^(๑๓)

การเพาะเชื้อ (culture)

ปัจจุบันการเพาะเชื้อสามารถทำได้ในเลือด ปัสสาวะ และ น้ำอสุจิ แต่สำหรับในน้ำนมยังไม่สามารถเพาะเชื้อได้

การตรวจทางชีวโมเลกุล

การตรวจวิเคราะห์ไวรัสซิกา ปฏิบัติเช่นเดียวกับไวรัสในกลุ่ม flavivirus ที่เป็นไวรัสชนิด RNA โดยอาศัย RT-PCR ที่ปัจจุบันเป็น real time PCR (rRT-PCR) พบว่าปริมาณไวรัส (viral load) เท่ากับ $7.28 \times 10^6 - 9.3 \times 10^8$ copies/mL ในผู้ติดเชื้อที่มีอาการ และตรวจพบปริมาณไวรัสเท่ากับ $2.5 \times 10^3 - 8 \times 10^6$ (mean: 7.2×10^5) copies/mL ในผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ การตรวจทางชีวโมเลกุลนี้สามารถตรวจทั้งจากในเลือด ปัสสาวะ น้ำลาย น้ำนม และจากน้ำอสุจิ โดยสามารถตรวจในซีรัมได้ตั้งแต่ภายในช่วงสัปดาห์แรกหลังเริ่มมีอาการ การตรวจในปัสสาวะสามารถทำได้ภายในช่วงสองสัปดาห์แรก สำหรับในสถานที่ที่ห่างไกลจากห้องตรวจปฏิบัติการมาตรฐานสามารถหยดเลือดลงในกระดาษกรองเพื่อส่งตรวจได้ US department of health and human services/centers for disease control and prevention ไม่แนะนำให้ทำการเจาะน้ำคร่ำตรวจทุกราย แต่อาจพิจารณาทำได้เป็นราย ๆ ไป โดยให้อยู่ในดุลพินิจแพทย์ผู้ดูแล เนื่องจากยังไม่ทราบถึงความสามารถในการตรวจ rRT-PCR ในด้านความไว ผลบวกจริง ผลบวกлож และช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเจาะน้ำคร่ำตรวจ (optimal time for amniocentesis)

อาการและอาการแสดง

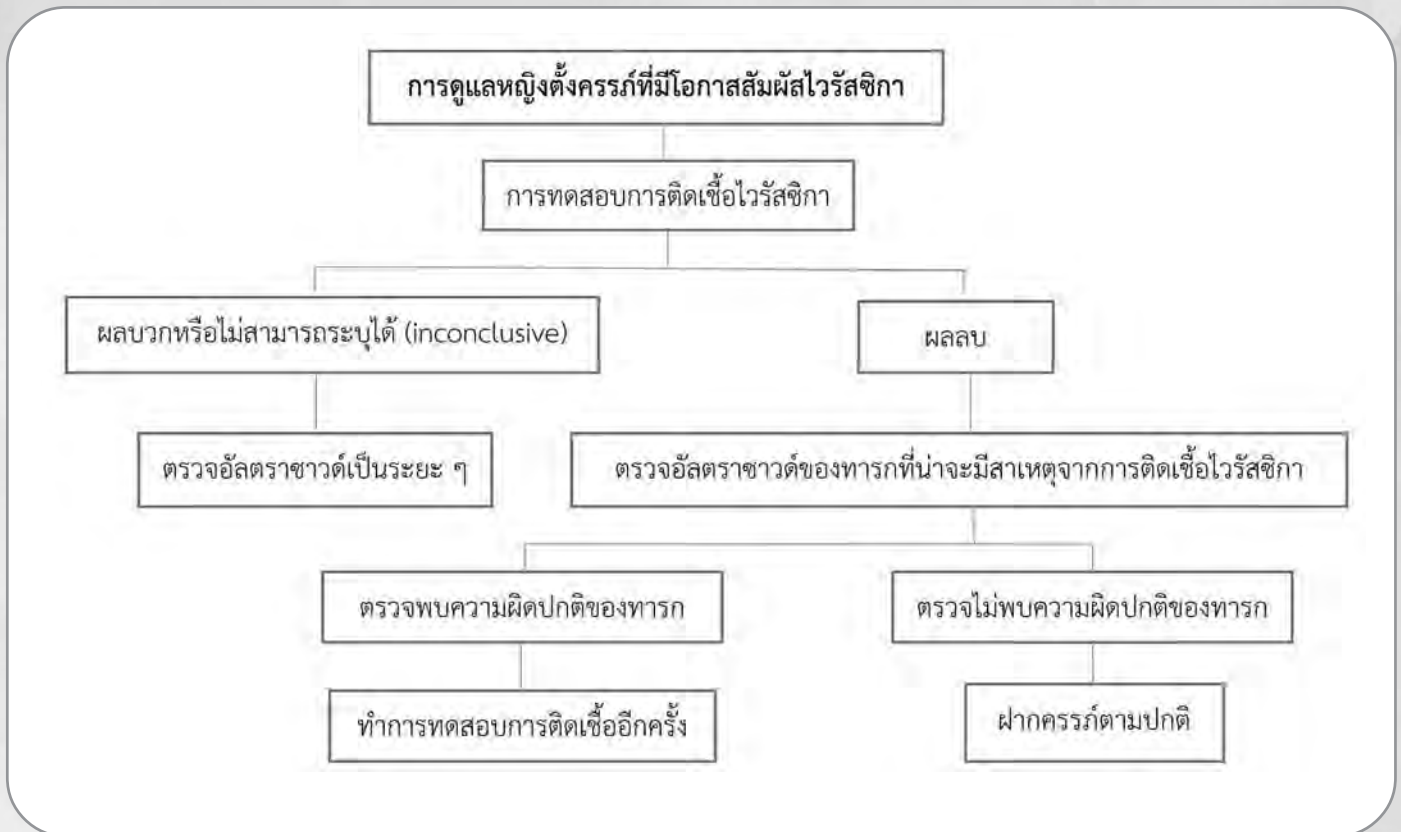
หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่มีแสดงอาการ ผู้ที่มีอาการจะมีอาการไข้ต่ำ ๆ ทันที (mild acute onset of fever) (ร้อยละ ๓๔-๕๑) มีผื่น maculopapular (ร้อยละ ๗๕-๘๘) ปวดข้อ (ร้อยละ ๓๖-๔๙) รวมทั้งมีเยื่อตาอักเสบ (ร้อยละ ๑๙-๒๓)^(๑๑) อาการของกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเป็นอาการของกลุ่มอาการ Guillain-Barre โดยสามารถตรวจวินิจฉัยได้จากการตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจ nerve conduction test การตรวจ MRI ของกระดูกสันหลัง หรือการตรวจหา antiganglioside antibodies

ทารกในครรภ์

สำหรับทารกในครรภ์ พบว่ามีโอกาสแท้งตั้งแต่ในไตรมาสแรก ศีรษะเล็ก (microcephaly)^(๑๔) รวมทั้งมีความผิดปกติของสมองทารกได้ ภาวะ microcephaly เป็นภาวะที่เส้นรอบวงศีรษะ (occipito-frontal circumference) น้อยกว่าเส้นรอบวงศีรษะมากกว่า 3 S.D. ของเพศและอายุครรภ์ หรืออาจให้การวินิจฉัยทารกครบกำหนดหลังคลอด โดยวัดเส้นรอบวงศีรษะน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๒ ซม. หรือน้อยกว่า ๓ เปอร์เซ็นไทล์^(๔) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ ๑ ของมารดาที่ติดเชื้อตั้งแต่ในไตรมาสแรกของการคาดคะเนจากการระบาดที่ French Polynesia ในขณะที่การระบาดที่บราซิลพบว่ามีร้อยละ ๒๙ ที่พบว่าทารกมีความผิดปกติ ได้แก่ microcephaly, intracranial calcification, cerebral artery flow ผิดปกติ, ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction) จนถึงทารกเสียชีวิตในครรภ์^(๑๓) โดยความผิดปกติมักตรวจพบในช่วงไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์

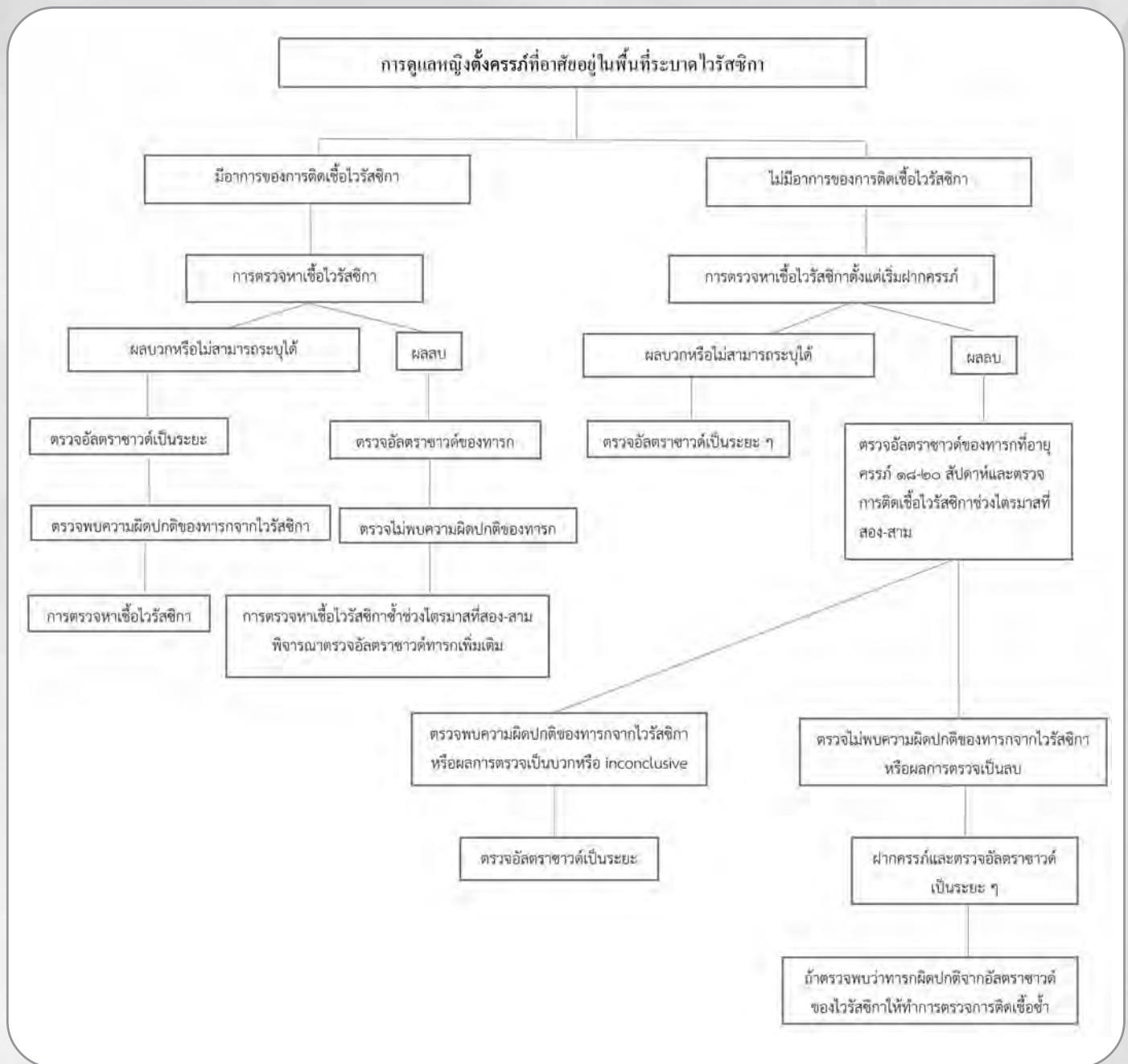
พยาธิสภาพกำเนิดของภาวะศีรษะเล็กนี้ เชื่อว่าเกิดจากเชื้อไวรัสไปมีผลต่อโปรตีนการสร้างของ mitotic fiber ทำให้มีอาการคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการ microcephaly, primary lymphedema, chorioretinal dysplasia syndrome (MLCRD) และ chorioretinal dysplasia, microcephaly, mental retardation syndrome (CDMMR) ที่เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของ mitotic spindle fiber ทำให้มีผลต่อการแบ่งตัว และการเจริญเติบโตของเซลล์ทารก^(๑๖) หรืออาจเป็นผลจากระบบภูมิคุ้มกันของทารกที่มีผลต่อเซลล์ประสาทโดยมีกลไกคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการ Guillain-Barre ที่เป็นผลมาจากแอนติบอดีต่อเยื่อไมอีลิน (Myelin sheath) ของเส้นประสาท การที่เซลล์สมองเจริญเข้าสู่ผลให้กะโหลกศีรษะมีขนาดเล็กไปด้วย โดยพบว่าการติดเชื้อไวรัสตั้งแต่ไตรมาสแรก จะทำให้สมองมีขนาดเล็กกว่าการติดเชื้อในไตรมาสที่สอง ดังนั้นช่วงเวลาไตรมาสแรกและไตรมาสที่สอง จึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ ต่อขนาดสมองของทารก

แผนภูมิที่ 1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสสัมผัสไวรัสซิกาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาด^(๑๓)



ที่มา: Petersen EE, Polan KND, Delman DM, Ellington SR, Oduyebo T, Cohn A, et al. Update: interim guidance for health care providers caring for women of reproductive age with possible Zika virus exposure—United States, MMWR 2016, 2016.

แผนภูมิที่ 2 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสสัมผัสไวรัสซิกาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาด⁽¹³⁾



ที่มา: Petersen EE, Polan KND, Delman DM, Ellington SR, Oduyebo T, Cohn A, et al. Update: interim guidance for health care providers caring for women of reproductive age with possible Zika virus exposure—United States, MMWR 2016, 2016.

การดูแลรักษา

ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการรักษาจำเพาะ (specific treatment) หรือป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน การรักษาจึงเป็นไปตามอาการ (symptomatic treatment) และจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก ไข้มาลาเรีย หรือการติดเชื้อแบคทีเรียอื่น ๆ โดยเฉพาะมาลาเรียที่เชื้ออยู่ในกลุ่มเดียวกันแต่มีความรุนแรงและมารดาอาจเสียชีวิตได้ ในขณะที่การติดเชื้อซิคามีอาการไม่รุนแรง ที่มักเริ่มด้วยมีไข้ต่ำ ๆ ทันทีและมีระยะเวลาการดำเนินการของโรคสั้นกว่าการติดเชื้อเดงกี แม้ว่าในปัจจุบันจะมีรายงานพบผู้ป่วยติดเชื้อการติดเชื้อซิการ่วมกับเชื้อเดงกี

การรักษาตามอาการและการรักษาประคับประคอง (symptomatic and supportive treatment)

แนะนำให้พักผ่อน โดยสามารถให้ยาลดไข้อะเซตามิโนเฟนได้ รวมทั้งให้ยาแอสไพรินรักษาอาการคันซึ่งมักพบร่วมกับผื่น ไม่แนะนำให้ยาแอสไพรินเนื่องจากความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก และโอกาสเกิดกลุ่มอาการ Reye โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า ๑๒ ปี ไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory (NSAID) อีกด้วย นอกจากนี้แนะนำให้ดื่มน้ำมากพอเพื่อทดแทนกับปริมาณน้ำที่สูญเสียไปจากเหงื่อ ไข้ และ อาเจียน

ในกรณีที่มีอาการของกลุ่มอาการ Guillain-Barre สามารถให้การรักษาได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ตั้งครรภ์ เช่น การให้ IVIG การทำ plasma pheresis เป็นต้น ผู้ป่วยสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ การติดเชื้อไม่เป็นข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคลอด

ในช่วงสัปดาห์แรกของอาการซึ่งเป็นช่วง viremia แนะนำว่าควรพยายามหลีกเลี่ยงการถูกยุงกัดโดยให้ใช้มุ้งหรืออยู่ในห้องที่มีมิดชิดและใส่เสื้อผ้าแขนขายาว

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสซิคา มีแนวทางการดูแลดังในแผนภูมิที่ ๑ และ ๒ สำหรับทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติจากไวรัสนี้แนะนำให้ได้รับคำปรึกษาแนะนำจากทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้ออธิบายถึงสาเหตุ กลไกของความพิการที่เกิดขึ้น การดูแลรักษาตลอดจนการพยากรณ์โรค และการทำกายภาพบำบัดในกรณีที่มีข้อบ่งชี้

การควบคุมป้องกันโรค

- ❖ ใช้มาตรการผนวกการควบคุมโรคที่มียุงเป็นพาหะ โดยเฉพาะจากเชื้อเดงกี และชิคุนกุนยา ที่มียุง Ae.aegypti และ Ae. Albopictus นำโรค
- ❖ ให้ความรู้แก่คนในชุมชนที่เสี่ยงต่อการติดโรคทุกระดับให้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคที่มียุงลายเป็นพาหะ อาการ อาการแสดงของโรคที่สมควรต้องมาพบแพทย์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่อาจมีทารกพิการได้
- ❖ ตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยกันรณรงค์ลดสภาพแวดล้อม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงโดยเฉพาะยุงลายที่มักวางไข่ในน้ำสะอาด
- ❖ การใช้ยาฆ่าแมลงเพื่อทำลายตัวอ่อนและตัวแก่ยุงลาย
- ❖ ใช้มุ้งหรือมุ้งลวดเพื่อป้องกันยุงกัด
- ❖ สวมใส่เสื้อผ้าแขนขายาว
- ❖ ทายาป้องกันยุงตอมและกัด ได้แก่ repellent ที่มี DEET (N, N-diethyl-3-methylbenzamide) หรือ IR3535 หรือ Icaridin เป็นองค์ประกอบซึ่งยากันยุงนี้สามารถใช้ได้ในหญิงตั้งครรภ์
- ❖ หลีกเลี่ยงการเดินทางเข้าสู่พื้นที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสซิคา โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์

สรุปไวรัสซิกาเป็นเชื้อไวรัสชนิด RNA ในจีนัส Flavivirus มีุงลายเป็นพาหะ ไวรัสนี้สามารถคุกคามชีวิต โดยส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้เกิดความพิการที่ถาวร ได้แก่ ศีรษะมีขนาดเล็ก (microcephaly) การรักษา ส่วนใหญ่เป็นไปตามอาการ ยังไม่มียารักษาที่จำเพาะและยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ดังนั้นการป้องกันไม่ว่าจะเป็น การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นที่เพาะพันธุ์ของยุงลาย การแต่งกายให้รัดกุมไม่ให้ถูกยุงกัด และปฏิบัติตามคำแนะนำ ของ WHO หรือ CDC อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะในรายที่ได้สัมผัสเชื้อหรือเมื่ออยู่พื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสซิกา ล้วนแล้ว แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดการติดเชื้อไวรัสซิกาในประชากรโลก

Ussnabunru

๑. Musso D, Gubler DJ. Zika Virus. Clin Microbiol Rev. 2016;29(3):487-524.
๒. Dick GW, Kitchen FK, AJ H. Zika virus. I Isolations and serological specificity. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1952;46:509-20.
๓. FN M. A report on three cases of human infection during an epidemic of jaundice in Nigeria. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1954;48:139-45.
๔. Pond WL. Arthropod-borne virus antibodies in sera from residents of South East Asia. Trop R Soc Trop Med Hyg. 1963;57:364-71.
๕. Basurko C, Carles G, Youssef M, Guindi WE. Maternal and foetal consequences of dengue fever during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;147:29-32.
๖. Fritel X, Rollet O, Gerardin P, Gauzere BA, Bideault J, Lagarde I, et al. Chikungunya virus infection during pregnancy. Emerg Infect Dis. 2010;16:418-25.
๗. Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. Euro Surveill. 2014;19:20751.
๘. de Carvalho NS, de Carvalho B F, Fugaca CA, Doris B, Biscia ES. Zika virus infection during pregnancy and microcephaly occurrence: a review of literature and Brazilian data. Braz J Infect Dis. 2016;1-8.
๙. Control ECfDPa. Zika virus disease epidemic: potential association with Microcephaly and Guillain Barre' syndrome (first update). 2016.
๑๐. Organization PAH. Epidemiological alerts, increase of microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic. 2015.
๑๑. Simeone RM, Shpiro-Mendoza CK, Delman DM, Petersen EE, Galang RR, et al. Possible Zika virus infection among pregnant women—United States and territories, May 2016. 2016.
๑๒. Musso D, Nhan T, Robin E, Roche C, Bierlaire D, Zisou K, et al. Potential for Zika virus transmission through blood transmission demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February 2014. Euro Surveill. 2014(19):20761.
๑๓. Petersen EE, Polan KND, Delman DM, Ellington SR, Oduyebo T, Cohn A, et al. Update: interim guidance for health care providers caring for women of reproductive age with possible Zika virus exposure—United States, MMWR 2016. 2016.
๑๔. แนวทางการวินิจฉัย ดูแลโรคซิกา สำหรับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2016. p. 1-10.
๑๕. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika virus and birth defects—reviewing the evidence for causality. N Engl J Med. 2016;374(20):1981-7.
๑๖. Bullerdiek J, Dotzauer A, I B. The mitotic spindle: linking teratogenic effects of Zika virus with human genetics? Mol cytogenet. 2016;9(32):1-3.

Menopause Management - Getting Clinical Care Back on Track

เรียบเรียงโดย..... พศ.ดร.พญ.อารีย์พรรณ โสภณสุขกุลสุข

ศ.คลินิก พญ.มยุรี จิรภิญโญ

ศ.พญ.คุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มปวยอ

เมื่อเรานี้จากเว็บไซต์ของ International Menopause Society ได้มีการกล่าวถึงบทความที่เขียนลงในวารสาร New England Journal เดือนมีนาคมที่ผ่านมา เรื่อง **Menopause Management--Getting Clinical Care Back on Track** โดย Dr. JoAnn E. Manson อายุรแพทย์ ประจำ Harvard University ในฐานะที่ Dr. Manson เป็นผู้เขียนและหนึ่งในกลุ่มนักวิจัยและคณะกรรมการการศึกษา Women Health Initiative (WHI) ซึ่งเขียนให้ข้อคิดที่สำคัญเกี่ยวกับผลกระทบของการเข้าใจผิดจากผลการศึกษา WHI ต่อการใช้ยาฮอร์โมนทดแทนในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าการลดการใช้การรักษาด้วยฮอร์โมนวัยหมดประจำเดือน ถึงร้อยละ ๘๐ หรือมากกว่า เพียงเพราะความเข้าใจผิดด้านความปลอดภัยของยาฮอร์โมนทดแทน

ในบทความดังกล่าวมีใจความหลัก กล่าวคือ ถึงแม้จะมีฮอร์โมนและยาที่ไม่ใช่ฮอร์โมนที่มีประสิทธิภาพสำหรับรักษาอาการหมดประจำเดือน แต่มีผู้หญิงจำนวนน้อยที่มีอาการเหล่านี้จะได้รับการประเมินหรือรักษา สมาคมการแพทย์ชั้นนำที่มุ่งเน้นให้การดูแลผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนยอมรับว่าการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนคือการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในขณะนี้ที่ใช้สำหรับอาการหมดประจำเดือน และควรแนะนำให้แก้อาการ vasomotor ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ซึ่งการใช้ข้อบ่งชี้ดังกล่าวจะส่งผลให้มีแค่ประมาณร้อยละ ๒๐ ของผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือนในช่วงต้น (early menopause) จะได้รับการรักษา ผู้หญิงส่วนใหญ่ยังคงไม่ได้รับการรักษา ถึงแม้จะมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อพวกเขาทั้งเรื่องกิจกรรมประจำวัน การนอนหลับและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากความวิตกกังวลและความสับสนเกี่ยวกับการใช้ยาฮอร์โมนทดแทน การศึกษา WHI เป็นการศึกษาที่ถูกออกแบบมาเพื่อศึกษาความเสี่ยงและประโยชน์ของการใช้ฮอร์โมนทดแทนระยะยาว เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุเฉลี่ย ๖๓ ปี เมื่อเริ่มการรักษา อย่างไรก็ตามผลที่ได้จากการศึกษานี้กลับถูกนำมาประยุกต์ใช้ อย่างไม่เหมาะสมกับผู้หญิงวัย ๔๐ และ ๕๐ ที่มีอาการ vasomotor แพทย์จบใหม่และผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ มักจะขาดการฝึกอบรมและความสามารถในการดูแลอาการหมดประจำเดือน และการสั่งจ่ายยาฮอร์โมน ส่วนใหญ่แพทย์ประจำบ้านในสหรัฐอเมริกา จะได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องผู้หญิง หรือการดูแลสุขภาพทั่วไปหรือวัยหมดประจำเดือน การลังเลที่จะดูแลผู้หญิงที่มีอาการวัยหมดประจำเดือน เป็นการขัดขวางและทำให้เกิดการแยกส่วน การดูแลทางหญิงวัยกลางคนในคลินิก ซึ่งเป็นการสร้างภาระ และความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น นี่เป็นความจริง

ที่สำคัญที่เขียนขึ้นโดยนักวิจัย WHI ชี้แนะ ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากที่สุด บทเรียนจากงานวิจัย WHI ควรจะสอนเราว่าการประยุกต์ใช้ความรู้ข้อมูลทางคลินิก ซึ่งถูกเก็บรวบรวมด้วยจุดมุ่งหมายและรูปแบบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงไปยังสถานการณ์อื่น อาจจะไม่ถูกต้องและอาจจะก่อให้เกิดเป็นอันตรายต่อประชากรที่ถูกเลี้ยงการใช้ ทั้งๆที่ควรจะได้รับประโยชน์จากการรักษาบางอย่าง ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการบิดเบือนข้อมูลและการขาดความรู้

มีอีกการศึกษาหนึ่งเมื่อเร็ว ๆ นี้ที่ออกมายืนยันสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการศึกษาจาก ๕ ประเทศในยุโรป ในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนจำนวน ๓,๘๙๐ คน ซึ่งพบว่าร้อยละ ๖๗ ของผู้หญิงมีอาการหมดประจำเดือน และร้อยละ ๕๔ เลือกที่จะรับการรักษา ประมาณร้อยละ ๗๕ ของผู้หญิงดังกล่าวตัดสินใจที่จะปรึกษาแพทย์ ประมาณร้อยละ ๗๙ ที่เข้าปรึกษาแพทย์ได้รับการรักษาทางยา และจากข้อมูลของผู้หญิงที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่ไม่ใช่ฮอร์โมน สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธฮอร์โมนจำนวนร้อยละ ๔๔ แพทย์ไม่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับฮอร์โมนจำนวนร้อยละ ๔๖ หรือไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนเลย จำนวนร้อยละ ๔๓ ดังนั้นอาจจะอธิบายอย่างง่าย ๆ ได้ดังนี้ ผู้หญิงไม่ต้องการการรักษาด้วยฮอร์โมนเพราะความกังวล ในขณะที่แพทย์ไม่จ่ายยาฮอร์โมน เพราะความกลัวที่ไม่มีเหตุผล หรือขาดความรู้

คำแนะนำ International Menopause Society (IMS) recommendations on midlife health and menopause hormone therapy อาจนำมาใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในการดูแลผู้หญิงหมดประจำเดือน

เอกสารอ้างอิง

๑. Manson JE, Kaunitz. Menopause Management-Getting Clinical Care Back on Track. N Engl J Med 2016; 374: 803-6.
๒. Constantine GD, Graham S, Clerinx C, et al. Behaviors and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. Post Reprod Health 2016 . Epub ahead of print.
๓. Baber RJ, Panay N, Fenton A, and the IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on woman's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric 2016;19:109-50



Uthairat Conference 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 สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โดย... พศ.นพ.ฉลอม ธีวกรียงไกร
หน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)



สตรีที่มาพบแพทย์ด้วยภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (abnormal uterine bleeding หรือ AUB) ควรได้รับการประเมินหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบัน FIGO ได้ออกแนวทางในการประเมิน AUB ที่เรียกว่า PALM COIN system โดยทำการ rule out สาเหตุที่พบบ่อย เช่น ความผิดปกติเกี่ยวกับโครงสร้างของตัวมดลูก ได้แก่ ตึงเนื้อในโพรงมดลูก (polyp) เนื้องอกมดลูกจำพวก adenomyosis หรือ leiomyoma ตลอดจนจรรยาโรคที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งและการหนาตัวผิดปกติของเยื่อบุโพรงมดลูก (hyperplasia) เป็นต้น และมีการสืบค้นสาเหตุที่ส่งผลให้มีเลือดออกจากโพรงมดลูก เช่น ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การตกไข่ผิดปกติ การทำงานผิดปกติของเยื่อบุโพรงมดลูก หรือ สาเหตุอื่นๆที่เกิดมาจากการใช้ยาฮอร์โมน เป็นต้น^(๑)

ในผู้ป่วยรายนี้ มีสาเหตุมาจากมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งได้รับการยืนยันจากการตัดชิ้นเนื้อที่ไฝ่เยื่อเยื่อออกมาบริเวณปากมดลูก โดยทั่วไปแล้วมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มักพบในสตรีหลังวัยหมดระดู สตรีที่อยู่ในวัยก่อนหมดระดู พบประมาณร้อยละ ๑๕-๒๕^(๒) ส่วนในสตรีที่อายุน้อยกว่า ๔๐ ปี พบเพียงร้อยละ ๔ เท่านั้น^(๓, ๔)

การประเมินผู้ป่วยในกลุ่มสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกในแต่ละราย ควรต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกด้วยเสมอ ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน ประจำเดือนครั้งแรกมาเร็ว ตอนอายุน้อย ไม่เคยมีบุตรมาก่อน หมอตรวจซ้ำ อายุ ๕๕ ปีขึ้นไป และการใช้ยา tamoxifen เป็นต้น^(๕) ในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 29.64 kg/m²) เบาหวาน และประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มักมาพบแพทย์ด้วยเรื่องมีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ประมาณร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วย ในรายที่มีมะเร็งมีการแพร่กระจายออกนอกโพรงมดลูกอาจมีอาการปวดท้องและท้องโตร่วมด้วย^(๖)

ในผู้ป่วยรายนี้มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก และตรวจพบก้อนไฝ่เยื่อเยื่อบริเวณปากมดลูก ควรวินิจฉัยแยกโรกระหว่าง prolapsed submucous myoma, endocervical/endometrial polyp, carcinosarcoma of uterus, endometrial cancer with cervical involvement ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันทางพยาธิวิทยา สำหรับผู้ป่วยรายนี้ผลตรวจทางพยาธิวิทยา พบเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกชนิด endometrioid adenocarcinoma, grade 3

โดยทั่วไปแล้วในสตรีอายุน้อย ยังไม่เคยมีบุตรมาก่อน หรืออยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่ยังต้องการบุตรอยู่ หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ การให้การรักษาคควรคำนึงถึงการรักษาเชิงอนุรักษ์ (conservative treatment)^(๗-๙) ด้วยเสมอ อย่างไรก็ตาม จะต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยต้องเข้าเกณฑ์ดังต่อไปนี้ ได้แก่

- อายุน้อยกว่า ๓๕ ปี
- มะเร็งชนิด endometrioid adenocarcinoma
- มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะบริเวณเยื่อบุโพรงมดลูก
- Tumor grade 1
- ไม่พบ myometrial invasion
- ไม่พบการลุกลามต่อมน้ำเหลือง
- ไม่พบ synchronous tumor

ในการรักษาเชิงอนุรักษ์ จะให้การรักษาด้วยฮอร์โมนในกลุ่ม progestin เช่น medroxyprogesterone acetate (MPA), megestrol acetate, และการใช้ levonorgestrel-releasing intrauterine system เป็นต้น^(๗, ๘) อย่างไรก็ตาม มีรายงานการตอบสนองต่อการรักษาด้วยฮอร์โมนประมาณร้อยละ ๕๕-๗๖^(๗) และควรให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยถึงโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรค และควรพิจารณาการตัดมดลูก (hysterectomy) ภายหลังจากที่ผู้ป่วยมีบุตรแล้ว^(๘, ๙)

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ไม่เหมาะที่จะทำการรักษาเชิงอนุรักษ์ แม้ว่าอายุน้อยและยังไม่มีบุตรก็ตาม เนื่องจากมะเร็งเป็น ชนิด grade 3 มีการลุกลามทั่วโพรงมดลูก และไปยังชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ตลอดจนแพร่กระจายในช่องท้องและต่อมน้ำเหลือง (retroperitoneal nodes) การผ่าตัดที่เป็น definitive surgery ในกลุ่ม high-risk disease ได้แก่ total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, pelvic and para-aortic lymphadenectomy, และรวมถึง omentectomy และ multiple peritoneal biopsy โดยเฉพาะในรายที่พบมะเร็งชนิด serous หรือ clear cell carcinoma^(๑๐) ในรายที่เป็นระยะ advanced stage (FIGO stage III-IV) ควรได้รับการรักษาแบบ multimodality treatment ภายหลังการผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับ adjuvant therapy (chemotherapy with or without tumor-directed radiation therapy) เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค^(๑๑, ๑๒) ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น endometrial cancer (stage IVb) หลังผ่าตัดได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด paclitaxel ร่วมกับ carboplatin^(๑๓) จำนวน ๘ ครั้ง ซึ่งพบว่ามีอาการตอบสนองดีต่อการรักษา ไม่พบรอยโรคหลงเหลืออยู่จากการตรวจติดตามด้วย Whole abdomen CT scan ภายหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และควรนัดตรวจติดตามโดยมีการตรวจด้วย speculum และ pelvic examination ตลอดจน rectovaginal examination ทุก ๆ ๓-๖ เดือน ในระยะ ๒ ปีแรก หลังจากนั้นทุก ๖ เดือน และทุกปีตามลำดับ^(๑๔)

นอกจากนี้การตั้งครรภ์ทั้ง ๒ ข้างในผู้ป่วยที่อายุน้อย สามารถส่งผลให้เกิดอาการ hot flashes อารมณ์แปรปรวนง่าย ช่องคลอดแห้ง และกระดูกพรุน หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและหัวใจได้ การให้ฮอร์โมนทดแทนอาจมีความจำเป็น แต่ในขณะนี้ยังไม่มีข้อแนะนำหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เนื่องจากในทางทฤษฎีมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเกิดขึ้นได้จากการถูกกระตุ้นด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน อย่างไรก็ตาม รายงานการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่ม early-stage endometrial cancer พบว่าการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทน ไม่ได้เพิ่มการกลับเป็นซ้ำ หรือการเสียชีวิตจากโรค^(๑๕, ๑๖) โดยทั่วไปอาจพิจารณาให้ฮอร์โมนทดแทนเอสโตรเจนในกลุ่มผู้ป่วย low-risk โดยพิจารณาเป็นรายบุคคล และควรมีการอธิบายถึงประโยชน์และความเสี่ยงต่างๆที่อาจพบได้ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจก่อนที่จะเริ่มฮอร์โมนทดแทนหลังการผ่าตัด ๖-๑๒ เดือน การให้ฮอร์โมนในกลุ่ม selective estrogen-receptor modulators (SERMs) หรือ non-estrogenic management จัดเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ^(๑๗, ๑๘)

เอกสารอ้างอิง

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, Disorders FWGoM. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2011;113(1):3-13.
2. Kalogera E, Dowdy SC, Bakkum-Gamez JN. Preserving fertility in young patients with endometrial cancer: current perspectives. International journal of women's health. 2014;6:691-701.
3. Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, Beller U, Benedet JL, Heintz AP, et al. Carcinoma of the corpus uteri. Journal of epidemiology and biostatistics. 2001;6(1):47-86.
4. Lee NK, Cheung MK, Shin JY, Husain A, Teng NN, Berek JS, et al. Prognostic factors for uterine cancer in reproductive-aged women. Obstetrics and gynecology. 2007;109(3):655-62.
5. Purdie DM, Green AC. Epidemiology of endometrial cancer. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2001;15(3):341-54.
6. Morice P, Leary A, Creutzberg C, Abu-Rustum N, Darai E. Endometrial cancer. Lancet. 2016;387(10023): 1094-108.
7. Kesterson JP, Fanning J. Fertility-sparing treatment of endometrial cancer: options, outcomes and pitfalls. Journal of gynecologic oncology. 2012;23(2):120-4.
8. Gressel GM, Parkash V, Pal L. Management options and fertility-preserving therapy for premenopausal endometrial hyperplasia and early-stage endometrial cancer. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2015;131(3):234-9.
9. Amant F, Mirza MR, Koskas M, Creutzberg CL. Cancer of the corpus uteri. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2015;131 Suppl 2:S96-104.
10. Denschlag D, Ulrich U, Emons G. The diagnosis and treatment of endometrial cancer: progress and controversies. Deutsches Arzteblatt international. 2010;108(34-35):571-7.
11. DeLeon MC, Ammakkanavar NR, Matei D. Adjuvant therapy for endometrial cancer. Journal of gynecologic oncology. 2014;25(2):136-47.

12. Group SGOCECW, Burke WM, Orr J, Leitao M, Salom E, Gehrig P, et al. Endometrial cancer: a review and current management strategies: part II. *Gynecologic oncology*. 2014;134(2):393–402.
13. Sovak MA, Hensley ML, Dupont J, Ishill N, Alektiar KM, Abu-Rustum N, et al. Paclitaxel and carboplatin in the adjuvant treatment of patients with high-risk stage III and IV endometrial cancer: a retrospective study. *Gynecologic oncology*. 2006;103(2):451–7.
14. Salani R, Backes FJ, Fung MF, Holschneider CH, Parker LP, Bristow RE, et al. Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011;204(6):466–78.
15. Chapman JA, DiSaia PJ, Osann K, Roth PD, Gillotte DL, Berman ML. Estrogen replacement in surgical stage I and II endometrial cancer survivors. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1996;175(5):1195–200.
16. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kavanagh JJ. Hormone replacement therapy after treatment of endometrial cancer. *Gynecologic and obstetric investigation*. 2008;65(1):35–8.
17. Levine JP. Treating menopausal symptoms with a tissue-selective estrogen complex. *Gender medicine*. 2011;8(2):57–68.
18. Loprinzi CL, Barton DL, Qin R. Nonestrogenic management of hot flashes. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2011;29(29):3842–6.



คำถามท้ายเล่ม...

จากประธานคณะกรรมการการศึกษาต่อขอคะแนนต่อหน่วย

สำหรับสะสมคะแนน CME

1. โรคไวรัสที่ติดต่อได้ทางใด

- ก. ถูกยุงลายกัด
- ข. ทางเพศสัมพันธ์
- ค. จากมารดาสู่ทารก
- ง. การบริจาคเลือด
- จ. ถูกทุกข้อ

2. หลังจากสัมผัสเชื้อไวรัสที่ภาวะรุนแรงระยะเวลาเท่าใด จึงจะตรวจวินิจฉัยได้อย่างปลอดภัยต่อทารกในครรภ์

- ก. 4 สัปดาห์
- ข. 6 สัปดาห์
- ค. 8 สัปดาห์
- ง. 10 สัปดาห์
- จ. 12 สัปดาห์

3. สำหรับระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กำหนดให้มีการสืบค้นหาผู้ป่วยโรคไข้พิษในผู้ป่วยที่มีลักษณะใดต่อไปนี้

- ก. ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนตัว ร่วมกับมีผื่นแดง และเยื่อบุตาอักเสบ
- ข. หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น maculopapular
- ค. ทารกที่มีศีรษะขนาดเล็ก น้อยกว่า 10 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับทารกอายุเท่ากัน
- ง. ผู้ป่วยที่มีอาการของ Myasthenia gravis
- จ. ถูกทุกข้อ

4. ทารกในครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสจะมีลักษณะใดต่อไปนี้

- ก. ขนาดศีรษะเล็กกว่า 10 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับทารกอายุเท่ากัน
- ข. โครโมโซมผิดปกติ
- ค. เจริญเติบโตช้าในครรภ์
- ง. คลอดก่อนกำหนด
- จ. เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว

5. ข้อใดคือวิธีการรักษาการติดเชื้อไวรัส

- ก. ดื่มน้ำให้เพียงพอ
- ข. ให้ยาต้านไวรัส
- ค. ให้ NSAID ลดไข้
- ง. IVIG
- จ. Plasma pheresis

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ **นางสาว เจริญ**

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

ขอขอบคุณจากฉบับที่แล้ว



1. ยาตัวใดที่ไม่สามารถรับประทานได้ในมารดาที่ให้นมบุตร Insulin

- 2. Phencyclidine (PCP)

2. ข้อใดคือวิธีการรับประทานยาต้านไทรอยด์ที่ถูกต้องในสตรีที่ให้นมบุตร

- 3. รับประทานยาทันทีหลังให้นมบุตร

3. ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ในสตรีที่ได้รับยากันชัก

- 1. ยากันชักมีผลทำให้ทารกอาจดูดนมได้ไม่ดีเนื่องจากหลับ

4. สตรีที่ติดเชื้อในครรภ์ใดที่สามารถให้นมบุตรได้

- 2. Zika virus

5. การติดเชื้อ Varicella-Zoster Virus (VZV) ในหญิงตั้งครรภ์ช่วงใดที่ให้นมบุตรได้แต่ควรปั๊มหรือบีบน้ำนมให้บุตรแทน

- 4. 5 วันก่อนคลอดจนถึง 2 วันหลังคลอด

Gossip

ซุบซิบ...ซุบซิบ



ศ.กิตติคุณ พญ.คุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มพยอม อดีตประธานราชวิทยาลัยฯ
ร่วมวางพวงมาลาเนื่องในวันอันันตมหิตล ๙ มิถุนายน ๒๕๕๙



ท่านผู้รั้ง อ. การุณ ร่วมเปิดประชุม Interinstitute
Conference ของ Fellow อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช



งานเลี้ยงแสดงความยินดีแก่ รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ
เนื่องในโอกาสครบวาระการดำรงตำแหน่งคณบดี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๙

“ไม่รู้ว่าจะร่วมยินดี หรือส่งสารกันแน่
กับชาмуไรฟอลูกอ่อน คุณหมอมคมสันต์ ตรีรัตนกุลวงศ์
กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี
กับการะกักกับคุณลูกสาวตัวน้อยสุดเลิฟ ดาบก็แกว่ง
เปลก็จะไกวเอายามอายุปุนนี้ ต้องระวังสุขภาพดีๆ
ด้วยนะเจ้าคะ”



Open House For New Laparoscopists (Gyne splint)
ซึ่งจัดรุ่นที่ ๑ วันที่ ๒๘ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ
ศูนย์ตรวจรักษาและผ่าตัดผ่านกล้องกรุงเทพมหานคร
ชั้น ๘ และห้องผ่าตัดชั้น ๕, ๖ อาคาร ๗๒ พรรษา
มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



การประชุมวิชาการครั้งที่ 31

และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2559

ระหว่างวันจันทร์ที่ 17 – วันพฤหัสบดีที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2559

ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

Theme: **STRONGER**

(Safety and Treatment Recognition in Ob N' Gyn for Excellent Results)

Tentative topics:

- ★ ปาฐกถาเกียรติยศ “หลวงไวทยะรางกูร” เรื่อง The roles of RCOG on prevention of maternal mortality and morbidity from unsafe abortion in Thailand
- ★ Interventions for reducing unnecessary cesarean section
- ★ Implementing labor companionship: WHO formative protocol
- ★ Research Implementation: การนำผลงานวิจัยมาใช้
- ★ Endometrial pathology: Alert & Aware
- ★ Prophylactic salpingectomy: Pros & Cons
- ★ Heart diseases: from pre-pregnant to postpartum
- ★ Minimalist, but substantial PND
- ★ Update on Preeclampsia
- ★ State of the art in premature ovarian failure (POF)
- ★ Genital lesions
- ★ Pregnancy in extreme weight women
- ★ Lean & Quality ANC
- ★ Recurrent pregnancy loss
- ★ Ethical issue in OB-GYN: เรียนรู้จากความผิดพลาด
- ★ New trends of contraception
- ★ Preterm PROM: What should we do now?
- ★ Voiding: Too fast, Too slow
- ★ Maternal and Fetal Medicine Conference ครั้งที่ 16
- ★ Interhospital Conference ครั้งที่ 5/2559