



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

สัปดาห์แพทยสัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๖ เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๙

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ขอแสดงความยินดีกับสูตินรีแพทย์ที่ได้รับโปรดเกล้าฯ

พระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยา ประจำปี ๒๕๕๘



ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา
อดีตประธานราชวิทยาลัยฯ ๒ สมัย
วาระปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๖
และ วาระปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๔๙



ศ.นพ.ธีระ ทองสง
อาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

คณะผู้บริหาร
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สุทินรวัช - จริยธรรมสาธก	๕
คำแนะนำสำหรับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับ	๘
เข้าสู่โพรงมดลูกภายหลังการปฏิสนธินอกร่างกาย	
Interhospital Conference ครั้งที่ ๒๒/๒๕๕๙	๑๑
คำถามท้ายเล่ม	๑๙
ปกิณกะ	๒๑
ชุบชัย... ชุบชัยด้วยภาพ	๒๔

สุทินรวัชสัมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทัศนคติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ไม่ใช่มติเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย
ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑๑-๒๔๔ แฟกซ์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑๐
www.rtcog.or.th
E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุกฤทธา วิไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กุลย์ สิกธิสมวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมิ่งรุสม สุธประเสริฐ
แพทย์หญิงกัญลัสมพร พัทธนาวิจารณ์

เลขานุการ

นางสาวจิระพันธ์ มวลลุมพล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาพร พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรี-ดี สแกน จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๑๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

บรรณาธิการแปล

โดย... ศ.พญ.สุกฤษฎา วิไลลักษณ์

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



นิวส์ดี: สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

นำฝนปีนี้ชุ่มฉ่ำจริง ๆ ค่ะ บางพื้นที่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเผชิญกับพายุฝนฟ้าคะนอง บางพื้นที่ก็ประสบปัญหาน้ำท่วม อย่างไรก็ตามพวกเราสูตินรีแพทย์ก็ยังทำงานกันอย่างเข้มแข็งทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพของสตรี ดั่งวิสัยทัศน์ของราชวิทยาลัยฯ ที่ปรากฏอยู่ที่หน้าปกของสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ทุกฉบับ อย่างไรก็ตามมวลสมาชิกอย่าลืมดูแลสุขภาพตัวเองในฤดูฝนนี้ด้วยนะคะ

สำหรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ นำมาด้วยสารจากประธานราชวิทยาลัยฯ กล่าวถึง**คติความ**
ทางการรักษาพยาบาลที่ปัจจุบันถือเป็นคตินิยม พร้อมด้วยคำแนะนำให้ใช้เวชศาสตร์เชิงประจักษ์
ในเวชปฏิบัติเพื่อการรักษาพยาบาลที่ได้ผลดี และป้องกันการฟ้องร้อง ตามด้วยเรื่อง **“รพ.คุณภาพ**
รพ.คุณธรรม..... ความฝันสูงสุดของคนใช้ทุกคน” โดย **นพ.พิษณุ ชันติพงษ์** และ **“คำแนะนำ**
สำหรับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูกภายหลังการปฏิสนธิในอกร่างกาย” โดย
รศ.นพ.สุภัทธี จุลวิจิตรพงษ์ ต่อด้วยรายงานผู้ป่วยครรภ์แฝด **ที่มีภาวะแทรกซ้อน** โดยแพทย์
ประจำบ้านสาขาสตรีศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และบทวิจารณ์ที่
ละเอียดลออจาก **ศ.นพ.ธีระ ทองสง** ต่อด้วยคำถามท้ายบทจาก จาก คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อ
ยอดและต่อเนื่อง และ ซุบซิบ...ซุบซิบ ด้วยภาพเล่าความเป็นไปต่าง ๆ ในแวดวงสูตินรีแพทย์ของเรา

ท้ายนี้ขอเรียนมวลสมาชิกว่า คณะอนุกรรมการจัดประชุมวิชาการได้จัดเตรียมการประชุมใหญ่
ประจำปีของราชวิทยาลัยฯ วันที่ ๑๗-๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี
ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ ใน **Theme STRONGER : Safety and Treatment**
Recognition in Ob N-Gyn for Excellent Results ที่อัดแน่นไปด้วยเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์
ต่อมวลสมาชิกมากมาย และในงานประชุมนี้ขอเชิญชวนมวลสมาชิกเข้าร่วมพิธีแสดงมุทิตาจิต
ต่อสูตินรีแพทย์อาวุโส ผู้มีคุณูปการต่อวงการสูตินรีแพทย์ในวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
เวลา ๑๐.๓๐-๑๑.๐๐ น. ณ ห้องสัมมนา ๔-๖ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี โดยพร้อมเพรียงกัน

ก่อนจบ ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกสูตินรีแพทย์
สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ สมาชิกท่านใดที่ประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ
อิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณา
แจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th หรือ QR Code**
ได้เลยนะคะ



พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.บว.ภิศก ลุมพิกานนท์

ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

ผมได้รับมอบหมายให้เป็นประธานอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์มาตรา ๔๑ ชุดที่ ๑ ของสปสช ซึ่งพิจารณาเรื่องอุทธรณ์ที่เกี่ยวกับสูตินรีเวชฯ และกุมารเวชฯ มีข้อสังเกตที่อยากเรียนให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทราบบ้างครับ

๑. เรื่องอุทธรณ์ที่เกี่ยวกับสูตินรีเวชฯ มีมากที่สุดคิดแล้วเป็นประมาณร้อยละ ๕๐ ของเรื่องทั้งหมด

๒. หลักฐานการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ในเวชระเบียน มักจะมีรายละเอียดไม่เพียงพอ ที่แย่ไปกว่านั้นคือ บางกรณีมีการไปแก้หลักฐานในเวชระเบียน ซึ่งทำให้ความน่าเชื่อถือของหลักฐานน้อยลงเป็นอย่างมาก ขอให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ให้ความสำคัญและใช้เวลาไปกับเรื่องนี้มากขึ้น

๓. มีปัญหาการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และทีมงาน กับผู้ป่วยและญาติและครอบครัวที่น่าสนใจ มีเรื่องร้องทุกข์ ที่ญาติผู้ป่วยร้องเรียนว่า อยู่โรงพยาบาล ๓ วันไม่เคยมีหมอมาดูแล แต่ในเวชระเบียนมีหลักฐานการสั่งการรักษาพยาบาล โดยแพทย์ทุกวัน สมาชิกราชวิทยาลัยฯ คงต้องให้ความสำคัญและใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

ในห้วงระยะเวลาที่ผ่านมา ผมได้มีโอกาสเข้ารับการอบรม โครงการอบรมแพทย์เพื่อขึ้นทะเบียน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ของศาลยุติธรรม จัดโดยสถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการ ศาลยุติธรรม และเข้าร่วมสัมมนาเรื่อง **“การแก้ไขปัญหาดีทางการแพทย์”** ที่จัดโดยคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ มีเรื่องสำคัญที่อยากจะเรียน ให้สมาชิกทราบดังนี้ครับ

๑. ประธานศาลอุทธรณ์วินิจฉัยว่า การรักษาพยาบาลไม่ว่าเป็นโรงพยาบาลของเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในความหมายของคดีผู้บริโภคทั้งสิ้น เนื่องจากมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๓ บัญญัติว่า **“บริการสาธารณสุข”** หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข.....และต่อมา มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๓ บัญญัติว่า **“บริการสาธารณสุข”** หมายความว่า รวมถึงการรักษาพยาบาลด้วย

๒. การจะเอาคดีฟ้องร้องทางด้านการรักษาพยาบาลออกจากการเป็นคดีผู้บริโภค จะต้องแก้พระราชบัญญัติหลายฉบับ ซึ่งเป็นการยากมาก

๓. การที่คดีฟ้องร้องทางด้านการรักษาพยาบาลถือว่าเป็นคดีผู้บริโภค ทำให้ต่างจากการฟ้องละเมิดคดีแพ่งอย่างมากเนื่องจากการเปลี่ยนข้อสันนิษฐานการพิสูจน์ จากเดิมที่ว่าหากโจทก์กล่าวอ้างจำเลยกระทำละเมิดโจทก์ต้องมีภาระพิสูจน์ว่าจำเลยได้ทำผิดจริง มาเป็นให้ถือว่าเมื่อโจทก์อ้างว่าจำเลยกระทำละเมิด แต่เหตุแห่งการกระทำละเมิดอยู่ภายใต้ความรู้เห็นของจำเลยเป็นหลักจึงกำหนดให้จำเลยเป็นฝ่ายนำเสนอว่าเหตุที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของจำเลย

ผมเชื่อว่าถ้าสมาชิกราชวิทยาลัยสูติฯ ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วย ๑) การมีทักษะที่ดี (ในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการทำหัตถการ) ๒) การมีความรู้ที่เหมาะสม ทันสมัย และ ๓) มีความรับผิดชอบ และมีการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อคนไข้และญาติ จะทำให้การรักษาพยาบาลได้ผลดีและป้องกันการฟ้องร้องได้เป็นอย่างดี

ขออวยพรให้สมาชิกราชวิทยาลัยสูติฯ ทุกท่านโชคดี มีความสุขทั้งกายและใจ

สตินรีเคว - จริยธรรมสากล

โดย... นพ.พิษณุ ชันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



Humanized health care : การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้

ตอน “รพ.คุณภาพ รพ.คุณธรรม... ความพึงสูงสุดของคนไข้ทุกคน”

โดยทั่วไปแล้ว รพ. ทุกแห่ง จะให้การดูแลรักษาคนไข้ที่ดีที่สุด ซึ่งคำว่าดีที่สุดก็ขึ้นกับว่า รพ. นั้นมีขนาดใดมีจำนวนเตียงบริการคนไข้เท่าใด รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่เท่าใด รพ. บางแห่ง แม้ว่าจะมีขนาดเล็กแต่ด้วยตำแหน่งอยู่ในถิ่นทุรกันดารที่การคมนาคมลำบากใช้เวลานานในการเดินทางเพื่อส่งต่อคนไข้ อาจจำเป็นต้องมีศักยภาพที่สูงกว่า รพ. ระดับเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาคนไข้ในระยะวิกฤติ ก่อนส่งตัวไป รพ. ขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพดูแลรักษาได้ดีขึ้น

รพ.สต. (รพ.ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล) หรือสถานีอนามัยเดิมมีจำนวน ๙,๘๗๘ แห่ง เกือบจะทุกตำบลทั่วประเทศ จัดเป็นหน่วยบริการที่เล็กที่สุด มีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขประจำอยู่ ๒๔ ชม. ตามหน้าที่นั้นควรเน้นหนักในการส่งเสริมและป้องกันโรคกับประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรงทั้งกาย จิตวิญญาณ และสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อาหารการกิน การออกกำลังกาย ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ แต่ปัจจุบันเนื่องจากมีคนไข้โรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต ฯลฯ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุก ๑-๓ เดือน ถ้าต้องให้คนไข้ไปรับการรักษาต่อที่ รพ.ชุมชน หรือ รพ.จังหวัด ทำให้เกิดความลำบากในการเดินทาง คนไข้บางคนอายุมากเดินไม่ค่อยไหว หรืออยู่ตามลำพัง ไม่มีใครพาไป ส่วนใหญ่จึงให้มารับการรักษาต่อที่ รพ.สต. บางแห่งจะมีแพทย์จาก รพ. ใหญ่มาช่วยตรวจ และให้คำปรึกษาสัปดาห์ละ ๑-๓ วัน แต่จะมีการทำงานเป็นระบบเครือข่าย ที่สามารถขอคำปรึกษาจาก รพ. ใหญ่ ตามช่องทางต่าง ๆ ได้ และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลคนไข้ เมื่อโรจจึงจะต้องส่งต่อไปพบแพทย์ใน รพ. ใหญ่ เป็นการสร้างความสะดวกให้คนไข้และได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และยังสามารถเป็นกรณีศึกษาให้ชุมชนเห็นตัวอย่างเกิดความตื่นตัวดูแลรักษาสุขภาพดีขึ้น บางแห่งเกิดความร่วมมือเป็นกลุ่มอาสาสมัครกันดูแลคนไข้ด้วยการเยี่ยมให้กำลังใจและตรวจสอบการทานยาอย่างถูกต้องโดยมี อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เป็นแกนนำ

ผมจำได้ว่าที่ รพ.น่าน จะมีแพทย์ซึ่งหมุนเวียนกันรับผิดชอบ ในการนำสถิติคนไข้ที่เสียชีวิตในแต่ละเดือน มาวิเคราะห์ว่ามีความผิดปกติอะไร มีการตายมากหรือน้อยกว่าเมื่อเทียบกับปีก่อนหรือไม่ คนไข้บางโรค ที่ไม่ควรตายทำไมจึงตายได้ มีอยู่ครั้งหนึ่งเดือนนั้นพบว่ามีคนไข้เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองแตกถึง ๔ ราย จากการทบทวนเวชระเบียนแล้วพบว่าทั้งหมดเป็นคนไข้ความดันโลหิตสูงรักษาที่ รพ.น่าน ทั้ง ๔ คนไม่ได้มาตรวจ ตามนัดทำให้ขาดยา ๑-๓ เดือน อาจเป็นเหตุให้ความดันขึ้นสูงจนเส้นเลือดในสมองแตก มีการให้ความคิดเห็นกัน หลากหลายเพื่อแก้ไขปัญหาคนไข้ขาดยา ในที่สุดเกิดขบวนการในการตามคนไข้กรณีขาดนัดโดยใช้ทุกช่องทางที่มีอยู่ ขอความร่วมมือ อสม. ผู้นำชุมชนเพื่อตามคนไข้มารับยา ตั้งแต่นั้นมาไม่พบว่ามีคนไข้เสียชีวิตจากการขาดยาอีก

สำหรับ รพ.ชุมชน (รพช.) ๖๙๒ แห่งทั่วประเทศนั้น มีการจัดระดับขนาดและศักยภาพของ รพ. ตาม ตำแหน่งที่ตั้ง จำนวนประชากร บางแห่งมีขนาดใหญ่มีแพทย์เฉพาะทางครบแต่บางแห่งมีแต่แพทย์ทั่วไป สมัยก่อน แพทย์ รพช. สามารถทำผ่าตัดได้ เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดคลอด ผ่าตัดไส้เลื่อน ซึ่งมีคนไข้เป็นจำนวนมาก แต่หลังเกิด เหตุการณ์ที่ รพช.ร่อนพิบูลย์ นครศรีธรรมราช แพทย์ทำการผ่าตัดไส้ติ่ง โดยใช้วิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลังเพื่อระับ ความรู้สึกขณะผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ปฏิบัติกันมาตลอด และเป็นมาตรฐานการรักษาที่แพทย์ทุกคนสามารถทำได้ แต่ในรายนั้นคนไข้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังซึ่งพบได้น้อย ส่วนใหญ่ให้การแก้ไขได้ แต่รายนี้เกิดรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ญาติไม่พอใจไปแจ้งความที่สถานีตำรวจเพื่อดำเนินการฟ้องศาลทางอาญาเอาผิด แพทย์ (กรณีนี้ผมมีความสงสัยมาตลอดว่าทำไมศาลจึงรับฟ้องอาญาแพทย์ เพราะแพทย์ไม่ได้มีมูลเหตุอันใดที่จะ ทำร้ายหรือฆ่าคนไข้ แพทย์ไม่ใช่ฆาตกร ซึ่งในปัจจุบันมีข้อตกลงระหว่าง แพทยสภา กับ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ว่ากรณีที่คนไข้หรือญาติไปแจ้งความที่โรงพักทางตำรวจจะต้องมีหนังสือแจ้งแพทยสภาเพื่อพิจารณาว่าควรรับแจ้งความ เพื่อดำเนินคดีอาญากับแพทย์หรือไม่) คดีนี้ศาลชั้นต้นตัดสินว่าแพทย์ผิด จึงเกิดผลกระทบต่อการแพทย์ครั้งยิ่งใหญ่ รพช. เลิกทำผ่าตัดเนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์ เป็นเหตุให้คนไข้ที่ป่วยเป็นไส้ติ่งอักเสบเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย เช่น ไส้ติ่งแตกมากขึ้น เพราะต้องรอห้องผ่าตัดใน รพ.จังหวัด ที่มีคนไข้ป่วยเป็นโรคร้าย ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะ ทางศัลยกรรมผ่าตัด ไส้ติ่งอักเสบที่ควรได้รับการผ่าตัดโดยเร็วกลับต้องส่งตัวมารักษาใน รพ.ระดับจังหวัด เช่น เดียวกับคนไข้ทางสูติกรรม พบมีเด็กแรกเกิดขาดออกซิเจนมากขึ้น เนื่องจากต้องส่งต่อมาผ่าตัดคลอดใน รพ.จังหวัด กรณีทารกในครรภ์เกิดภาวะวิกฤต เป็นต้น

รพ.ทั่วไป (รพท.) ของ สธ. มี ๖๔ แห่ง รพ.ศูนย์ (รพศ.) ๒๕ แห่ง (จากสถิติ สธ. พศ. ๒๕๕๑) ต่างก็มี ศักยภาพที่แตกต่างกันไป โดยการแบ่งพื้นที่เขตสุขภาพทั่วประเทศรวม ๑๓ เขต ทุกเขตจะมี รพ.ศูนย์ ที่มีศักยภาพ ในการดูแลรักษาประชาชนให้สิ้นสุดในเขตของตนเอง นอกจากกรณีที่มีการเจ็บป่วยนั้นซับซ้อนเกินเหตุ ก็สามารถ ส่ง รพ.มหาวิทยาลัย ภายในเขตนั้น ๆ ได้ การทำงานจึงต้องอาศัยรูปแบบเป็นเครือข่ายตั้งแต่ รพสต. จนถึง รพท./รพศ. โดยยึดเอาคนไข้เป็นศูนย์กลางให้ได้ประโยชน์สูงสุด

ปัจจุบัน เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้น การรักษาโรคที่ซับซ้อนทำได้มากกว่าในอดีต อย่างไรก็ตาม บางครั้งแพทย์ผู้รักษาต้องการที่จะรักษาคนไข้ให้ถึงที่สุด โดยลืมนึกไปว่าอาจเป็นการสร้างความทุกข์ทรมาน ให้คนไข้มากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีอายุมากหรือป่วยเรื้อรังจนรักษาไม่หายแล้ว จึงต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ของคนไข้ด้วย จำเป็นต้องมีการพูดคุยปรึกษาหารือกันบ่อย ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง ระหว่าง

ฝ่ายแพทย์ที่รักษาและฝ่ายคนไข้ โดยยึดเอาประโยชน์ของคนไข้เป็นสำคัญ บางครั้งในการช่วยชีวิตคนไข้กับการยืดชีวิตคนไข้เพียงชั่วขณะ ซึ่งเส้นแบ่งนั้นอยู่ใกล้กันมาก การยืดชีวิตเพียงชั่วขณะอาจทำให้เกิดการทุกข์ทรมานกับคนไข้ และสิ้นเปลืองใช้เงินมาก ทำให้ลูกหลานไม่สบายใจได้เห็นคนไข้ทรมานจากการรักษา เช่น การเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ และหลายคนต้องเดือดร้อนจากการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยที่ผลสุดท้ายคนไข้ก็ต้องจากไป

การสร้างคุณภาพใน รพ. จึงมีความสำคัญที่สุด คุณภาพจำเป็นต้องเริ่มจากการเปิดใจรับสิ่งใหม่ ๆ ที่ดีขึ้น พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงแก้ไขตนเอง ผมพบว่าในบรรดาเจ้าหน้าที่ รพ. นั้น แพทย์และบุคลากรสายวิชาชีพที่มีความรู้สูง บางคนเรียนต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแขนงย่อย บางคนจบปริญญาโท ปริญญาเอก บุคลากรเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความมั่นใจในตนเองสูงมาก จนทำให้ไม่ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น จึงจำเป็นที่จะต้องแก้ไขโดยลดการมีตัวตนเสียก่อน ซึ่งต้องอาศัยตนเองเท่านั้นเป็นสำคัญ และมีเพื่อนร่วมงานช่วยกัน feed back พร้อมกับการให้กำลังใจเป็นสำคัญ เมื่อคนในองค์กรมีคุณภาพแล้ว รพ. คุณภาพจึงจะเกิดขึ้นอย่างมั่นคงและยั่งยืน

ดังนั้นการดูแลสุขภาพของประชาชน จึงจำเป็นต้องเริ่มจากการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพพลานามัยดี การป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้ ด้วยการให้ความรู้กับประชาชนสำหรับโรคที่ป้องกันได้ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อบางชนิด แล้วจึงจะมาถึงการรักษาโรคให้ดีที่สุดสำหรับคนไข้แต่ละคนและตามมาตรฐานของ รพ. แต่ละระดับ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของ รพ. ทุกแห่ง และออกใบรับรองที่มีอายุจำกัดไว้เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจเมื่อมาใช้บริการ ผู้เยี่ยมสำรวจคุณภาพ รพ. จะต้องมาเยี่ยมสำรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มั่นใจว่า รพ. แห่งนั้นยังมีขบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผมจะพูดอยู่เสมอว่า รพ. มีคุณภาพหรือไม่นั้น คนไข้และประชาชนจะต้องเป็นคนบอก และพวกเราที่ทำงานใน รพ. ยอมรับดีที่สุดว่า รพ. เรานั้นมีคุณภาพหรือไม่ ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นเพียงมาตรวจสอบระบบขบวนการคุณภาพว่ามีจริงหรือไม่ และมีการควบคุมให้เป็นไปตามข้อกำหนดตลอดเวลาหรือไม่ จึงจะทำให้เกิดความปลอดภัยต่อคนไข้อย่างแท้จริง ผมขอร้องให้ทุกคนที่ทำงานอยู่ใน “ธนาคารชีวิต” (คำที่ อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร พ่ารัสนพวงเรา) เป็นสถานที่ที่เขาเอาชีวิตของเขาหรือของคนที่เขารักที่สุด มาฝากให้เราดูแล เพราะเขามั่นใจว่าเราจะดูแลได้ ถือเป็นเกียรติอย่างมากจริง ๆ เราจึงควรช่วยกันดูแลรักษาคนไข้อย่างเต็มความรู้ความสามารถด้วยความระมัดระวังและด้วยความปรารถนาดีต่อคนไข้ตลอดไป

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”



คำแนะนำสำหรับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับ เข้าสู่โพรงมดลูก ภายหลังการปฏิสนธินอกร่างกาย

โดย... รศ.อ.พ. สุภัคดี จุลวิจิตรพงษ์
ประธานคณะกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์



แม้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน จะมีประโยชน์ในการช่วยให้คู่สมรสที่มีบุตรยากจำนวนมากสามารถมีบุตรของตนเองได้สมความปรารถนา แต่ก็มีความเสี่ยงที่การปฏิบัติการณ์ของภาวะครรภ์แฝด โดยเฉพาะครรภ์แฝดที่มีทารกหลายคนในครรภ์ เช่น แผลดสาม หรือ แผลดสี่ เพิ่มขึ้นอย่างมากด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าการตั้งครรภ์แฝดถือเป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk pregnancy) และอาจมีผลให้เกิดภาวะ maternal หรือ neonatal morbidity ได้ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงต่อความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์แฝดที่เกิดขึ้นจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จึงควรมีแนวทางในการจำกัดจำนวนตัวอ่อนที่เหมาะสมในการย้ายกลับ ซึ่งจะลดอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์แฝดในขณะที่ไม่ให้มีผลกระทบต่ออัตราการตั้งครรภ์

ในปัจจุบันหลาย ๆ ประเทศได้มีการออก guideline เกี่ยวกับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับในการทำเด็กหลอดแก้ว แต่ที่ผ่านมามีประเทศไทยยังไม่มีคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางดังกล่าว คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จึงได้จัดทำ คำแนะนำสำหรับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูกภายหลังการปฏิสนธินอกร่างกาย ในบริบทที่เหมาะสมกับประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับในกรณีต่าง ๆ

คำแนะนำสำหรับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูกภายหลังการปฏิสนธินอกร่างกาย

Reproductive Medicine Sub-Committee Recommendation

Number of embryos to transfer following in vitro fertilization (IVF-ET)

(RM-ART-001-2016)

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์แฝดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ จากการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงและผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก^(๑) ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ เพิ่มอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตร และการตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งทารกที่คลอดออกมาจะเพิ่มอัตราการที่จะต้องอยู่ใน NICU^(๒) ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝด โดยเฉพาะอย่างยิ่งครรภ์แฝดที่มีทารกตั้งแต่สามคนขึ้นไป (high-ordered multifetal pregnancy) คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จึงได้จัดทำคำแนะนำสำหรับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูกในการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีการปฏิสนธินอกร่างกาย (in vitro fertilization)

เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการปฏิสนธิอกร่างกาย คือการตั้งครรภ์เดี่ยวและคลอดทารกครบกำหนดที่มีสุขภาพแข็งแรง^(๑) แต่การย้ายตัวอ่อนเพียงตัวเดียวกลับเข้าไปในโพรงมดลูก อาจมีผลให้อัตราการตั้งครรภ์ไม่สูงนัก ดังนั้น ในการทำการปฏิสนธิอกร่างกาย การพิจารณาว่าควรจะย้ายตัวอ่อนกลับเข้าสู่โพรงมดลูกจำนวนเท่าใดนั้น ควรจะพิจารณาถึงหลายปัจจัย เพื่อที่จะลดอัตราการตั้งครรภ์แฝดในขณะที่ยังคงมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ยอมรับได้ ซึ่งปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่ อายุของสตรีจำนวนรอบของการย้ายกลับตัวอ่อนระยะของตัวอ่อนที่จะย้ายกลับว่าเป็นระยะ cleavage-stage (day 2-3) หรือเป็นระยะ blastocyst (day 5-6) คุณภาพของตัวอ่อนรวมถึงโอกาสที่จะมีตัวอ่อนที่มีคุณภาพเหลือแช่แข็ง (opportunity for cryopreservation)^(๑-๓) โดยทั่วไปแล้วควรจะพิจารณาย้ายกลับตัวอ่อนจำนวน ๑-๒ ตัวอ่อน ยกเว้นในกรณีที่โอกาสตั้งครรภ์ต่ำ (poor prognosis) อาจจะพิจารณาย้ายกลับได้ถึง ๓ ตัวอ่อน แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรย้ายกลับมากกว่า ๓ ตัวอ่อนไม่ว่ากรณีใด ๆ เนื่องจากไม่ช่วยให้อัตราการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น แต่กลับจะเพิ่ม adverse perinatal outcome ส่วนในกรณีที่มี favourable prognosis ควรพิจารณาลดจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับลงเหลือเพียง ๑ ตัวอ่อน

คำแนะนำสำหรับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูกแบ่งเป็นกรณีต่าง ๆ ดังนี้

๑. ควรพิจารณาย้ายกลับเพียง ๑ ตัวอ่อน (single embryo transfer) ในกรณีดังต่อไปนี้

- ๑) สตรีที่มีโรคประจำตัวที่จะมีความเสี่ยงมากขึ้น ในกรณีที่ตั้งครรภ์แฝด (medical risks of multifetal gestation) เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด (cardiovascular disease) morbid obesity หรือความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) เป็นต้น
- ๒) สตรีที่มีโรคหรือประวัติทางสูติ-นรีเวชที่จะมีความเสี่ยงมากขึ้น ในกรณีที่ตั้งครรภ์แฝด (obstetrical risks of multifetal gestation) เช่น มีประวัติ cervical incompetence มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) ก่อนอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป เคยมีประวัติครรภ์เป็นพิษรุนแรงในครรภ์ก่อน หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์หรือเจ็บครรภ์ ได้แก่ uterine malformation เคยผ่าตัดคลอดบุตร ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป เคยผ่าตัด intramural myomectomy ที่ก้อนมีขนาดใหญ่ เป็นต้น
- ๓) เคยคลอดบุตร ตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป
- ๔) สตรีอายุมากกว่า ๔๕ ปี ในกรณีที่ใช้ไข่บริจาค
- ๕) สตรีที่ตั้งครรภ์แทน (surrogacy)

๒. การย้ายกลับ ๓ ตัวอ่อนควรพิจารณาเฉพาะในกรณีที่มีโอกาสตั้งครรภ์ต่ำ (poor prognosis) ได้แก่กรณีต่อไปนี้

- ๑) สตรีอายุตั้งแต่ ๔๒ ปีขึ้นไป และไม่มีตัวอ่อนที่มีคุณภาพดีเลย (ตัวอ่อนคุณภาพดี หมายถึง grade 1 ตาม Istanbul consensus workshop on embryo assessment^(๔))
- ๒) เคยมีประวัติไม่ตั้งครรภ์ จากการย้ายกลับตัวอ่อนตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป และไม่มีตัวอ่อนที่มีคุณภาพดีเลย

ทั้งนี้ ต้องอธิบายถึงความเสี่ยงของการตั้งครรภ์แฝด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง high-ordered multifetal pregnancy ให้คู่สามีภรรยาเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับด้วย

๓. ในกรณีอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมา ควรพิจารณาย้ายกลับเพียง ๑-๒ ตัวอ่อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่คู่สามีภรรยา ทั้งนี้กรณีที่มี favourable prognosis factors ดังต่อไปนี้มากกว่า ๑ ข้อขึ้นไป ควรพิจารณาย้ายกลับเพียง ๑ ตัวอ่อน

๑) เป็นการย้ายกลับตัวอ่อนในครั้งแรก (first cycle embryo transfer)

๒) เป็นการย้ายกลับตัวอ่อนคุณภาพดี (grade 1 embryos)^(๔) หรือเป็นตัวอ่อน euploid blastocyst

๓) ยังมีตัวอ่อนคุณภาพดีเหลือเก็บแช่แข็ง (excess embryos of sufficient quality to warrant cryopreservation)

๔) เคยมีประวัติตั้งครรภ์และคลอดบุตรจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยการใช้เทคโนโลยีช่วยการ เจริญพันธุ์มาก่อนในระยะเวลาไม่เกิน ๓ ปี

๕) สตรีที่อายุน้อยกว่า ๓๐ ปี หรือเป็นการใช้ไข่บริจาคที่มาจากสตรีอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี

เอกสารอ้างอิง

๑. Criteria for number of embryos to transfer: a committee opinion. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology. Fertil Steril 2013;99:44-6.
๒. Guidelines for the number of embryos to transfer following in vitro fertilization No. 182, September 2006. Joint SOGC-CFAS. Int J GynaecolObstet 2008;102:203-16.
๓. Fertility problems (QS73). NICE Guideline 12 October 2014
๔. Alpha Scientists in Reproductive Medicine and ESHRE Special Interest Group of Embryology. The Istanbul consensus workshop on embryo assessment: proceedings of an expert meeting. Hum Reprod 2011;26:1270-83.



การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๒/๒๕๕๙

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

ณ ห้อง Conventional Hall A and B โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร

นำเสนอรายงานผู้ป่วยโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิทยาศาสตร์และนรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยสูติศาสตร์** สตรีตั้งครรภ์ อายุ ๓๓ ปี ภูมิลำเนาจังหวัดร้อยเอ็ด อาชีพธุรกิจส่วนตัว
รายได้ประมาณ ๔๐,๐๐๐ - ๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน สิทธิการรักษา สุขภาพถ้วนหน้า
- อาการสำคัญ** จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล
- ประวัติปัจจุบัน** สตรีตั้งครรภ์ G5P0040 GA 26+6 weeks by U/S
๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอึดอัด หายใจไม่อิ่ม จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่สัมพันธ์
กับมื้ออาหาร ทานได้ปกติ ไม่ปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการเจ็บครรภ์
คลอด ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด มีอาการบวมที่ขาทั้งสองข้างมากขึ้น ลูกดิ้นดี
๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ไปฝากครรภ์ตามนัด และได้ตรวจพบทารกโตช้าในครรภ์
จึงส่งตัวมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ประวัติอดีตและประวัติส่วนตัว

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

ประวัติทางสูติกรรม

- LMP uncertain date, EDC 12/12/2558 by U/S at GA 9 weeks
- Contraception: none
- Last pap smear (2557): negative for malignancy
- G5P0040 GA 26+6 weeks by U/S
 - G1: 2554, Blighted ovum, GA 10 weeks, D&C
 - G2: 2555, Spontaneous abortion, GA 10 weeks, D&C

- o G3: 2556, Spontaneous abortion, GA 6 weeks, D&C
- o G4: 2557, Spontaneous abortion, GA 8 weeks, D&C

ประวัติฝากครรภ์

- ฝากครรภ์รวมทั้งหมด ๖ ครั้ง
 - ครั้งแรกอายุครรภ์ ๙ สัปดาห์ ตรวจพบว่าตั้งครรภ์แฝด และอัลตราซาวด์พบว่าทารกโตช้าในครรภ์ น้ำหนักทารกต่างกันมาก (20%)
 - ผลตรวจเลือดฝากครรภ์ครั้งแรก
Hb 13.5 g/dL, Hct 40%, MCV 89, DCIP negative
Anti-HIV NR, VDRL NR, HBsAg negative
Rh positive, Blood group O

การตรวจร่างกาย

GA : A pregnant woman, good consciousness

Vital signs : BP 190/116 mmHg (repeat 138/91 mmHg), PR 106/min, BT 37.5 °C, RR 18/min, SpO₂ 98%

Measurement : BW 64.9 kg, Pre-pregnancy weight 50 kg, Ht 153 cm, BMI 22.2 kg/m²

HEENT: Not pale, no icteric sclera, SCLN and CLN not enlarged.

Heart: Normal S1S2, no murmur, no jugular vein engorgement

Breasts: Normal contour, no mass, no dimpling, no retraction

Lungs: Normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: FH 1/4 > umbilicus, FHS 147/min at left upper and 136/min at right lower, no uterine contraction

Extremities: No edema

PV: Cervical os closed, firm, mid position, station -3

ตรวจทางระบบประสาท :

- E4V5M6, pupils 3 mm RTLBE, full EOM
- DTR 3+ all
- Motor power grade V all and sensory all intact

อัลตราซาวด์เพื่อประเมินทารกในครรภ์ (11/9/2558)

- Twin A Female 537 g, Breech presentation, DVP 1.96 cm
- Twin B Male 381 g, Transverse presentation, DVP 1.52 cm
- AEDF of UA doppler both fetus
- Fused placenta at AUM grade II, no sign of abruption

Wadrowanghongpibitkar

- CBC: Hb 11.1 mg%, Hct 35.1%, MCV 84.8 fl, WBC 10,000 cells/ml³ (PMN 75.1% and Lymphocyte 15.5%), Platelet 243,000 /ml₃ PBS: No hemolysis
- Chemistry: BUN/Cr 12/0.7, Na 135, K 4, HCO₃ 23.1, Cl 99, Uric acid 5.8, LDH 202
- LFT: Cholesterol 204, Total protein 6.4, albumin 3.5, globulin 2.9, TB 0.5, DB 0.2, ALT 10, AST 16, ALP 494
- Urinalysis: Sp.Gr.1.003, pH 7, albumin 2+, RBC 0, WBC 0, no cast, UPCI: 2.97 (39/13.1)
- 24 hour urine for protein: 1,457 mg
- Antiphospholipid syndrome antibodies: Anticardiolipin IgG, IgM: Negative, Anti-Beta-2 glycoprotein-I: Negative, Lupus anticoagulant: Positive

วินิจัยเบื้องต้น

G5P0040 GA 26+6 weeks of gestation with twin pregnancy DCDA with AEDF of UA Doppler of both twins and preeclampsia with severe feature with present of antiphospholipid antibodies

การดูแลรักษาเบื้องต้น (11/9/2558)

- Admit LR for Closed observe clinical and BP
- Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr x 4 doses
- MgSO₄ IV regimen
- Notify neonatologist & Consult medicine : No role of heparin or ASA
- Antihypertensive drugs for keep BP 140–160/90–100 mmHg
- Counselling for plan of management
 - o Expectant management
 - o If uncontrolled BP: termination of pregnancy after complete course of dexamethasone
- ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ยังคงมีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 150–210/95–110 mmHg ได้รับยาลดความดันทุก ๒–๔ ชั่วโมง จึงได้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติร่วมกับกุมารแพทย์ ตัดสินใจให้ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด

Operation: Cesarean section (13/9/2558)

Indication : preeclampsia with severe feature with uncontrolled blood pressure and unfavorable cervix

Findings : Gravid uterus, not well form lower uterine segment

Minimal AF, clear of both twins

Twin A, Female infant, BW 535 g, APGAR 1, 3, 6T

Twin B, Male infant, BW 375 g, APGAR 1, 4, 7T

Placenta at AUML (fused placenta), No intra-operative complication, EBL 150 ml

Wactrowayrisakarn

- Dichorionic diamnionic fused placenta, 170 gm, No significant vascular anastomosis
- There are significant abnormal decidual vessels of both twins
- There are significant abnormal infarcts, increased perivillous fibrin and premature villous hypermaturation of both twins, No significant infection is detected

Wamrdangkrng

- สตรีหลังคลอดยังคงมีความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วงสัปดาห์แรก โดยได้รับยาลดความดันเป็นช่วง ๆ และได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังคลอด ๑๒ วัน
- Twin A เสียชีวิตวันที่ ๑๔ หลังคลอด โดยมีปัญหา preterm, symmetrical SGA, A.baumanii septicemia with DIC, Right subdural hematoma
- Twin B เสียชีวิตวันที่ ๗ หลังคลอด โดยมีปัญหา preterm, symmetrical SGA, Pseudomonas septicemia with DIC, PPHN

Wactrowanghongpabudikar (๑๒ สัปดาห์ต่อมา)

- Beta2-glycoprotein IgM: Positive 28.12
- Beta2-glycoprotein IgG: Negative
- Anti-cardiolipin IgM, IgG: Negative
- Lupus anticoagulant: Positive



บทวิจารณ์ โดย **ผ.อุฬารัตน์ กองสง**
ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เป็นอีกเรื่องเศร้าทางสูติกรรมสำหรับคู่สมรสนี้ การตั้งครรภ์กลายเป็นเรื่องน่าสะเทือนใจ ซึ่งครั้งที่เลวร้ายที่สุดก็คือครั้งสุดท้ายที่นำมาเล่าสู่กันฟังนี้เอง นับเป็นการตั้งครรภ์ที่ ๕ (รวมเป็น ๖ ทารก) ซึ่งนำพาครรภ์แฝดมาลงเองด้วย pregnancy loss ที่อายุครรภ์ยาวนานที่สุด (๖ เดือน) เชื่อได้ว่าทุกครั้งที่ตั้งครรภ์ขึ้นมาคือโศกนาฏกรรมในความรู้สึกทุกครั้งไป หากย้อนเวลากลับไปได้ เราจะเปลี่ยนแปลงอนาคตของครรภ์ที่ ๕ นี้ได้ไหม?

Main problems:

ปัญหา active เฉพาะหน้า: Early-onset PIH (pregnancy-induced hypertension) with severe features with non-reassuring fetal well-being ที่อายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์

Underlying disease: Antiphospholipid syndrome (APS) น่าจะเป็นปัญหาต้นเหตุของการเกิดผลเสียต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ ซึ่งรวมทั้งครรภ์ก่อน ๆ ที่สูญเสียไป (recurrent pregnancy loss: RPL) และครรภ์นี้ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้นจนนำไปสู่การสูญเสียเช่นกัน

PIH with severe features: วินิจฉัยจากหลักฐาน new-onset hypertension ในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยสูงต่อเนื่องเกิน 160/110 มม.ปรอท ร่วมกับ proteinuria (1.4 กรัม/วัน) liver enzyme มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังไม่พบหลักฐานของ HELLP syndrome ที่ชัดเจน

Utero-placental insufficiency (UPI): สาเหตุหลักน่าจะมาจากรกเสื่อมสภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับพยาธิกำเนิดของ APS หลักฐานบ่งชี้ UPI ได้แก่ น้ำคร่ำน้อย การเติบโตที่ไม่ดี และ Doppler study ของ umbilical artery บ่งชี้ placental resistance สูงถึงขั้น absent end-diastolic flow ของทั้งสองแฝด ซึ่งสะท้อนถึงความต้านทานที่รบกวนผิดปกติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่รบกวนกระทบทั้งสองรก ซึ่งต่างจากกระบวนการ transfusion ของครรภ์แฝด ผลจากรกเสื่อมสภาพมีผลให้ทารกได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ

ครรภ์แฝด dichorion-diamnion (DCDA) ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนหน้านี้แล้ว (ตั้งแต่ ๙ สัปดาห์) เป็นช่วงที่บอก chorionicity ได้ดีมาก โดยเฉพาะ dichorion (ซึ่งทำให้ตัดปัญหา twin-twin transfusion syndrome ไปได้เลย) อย่างไรก็ตามภาวะครรภ์แฝดแม้จะไม่ใช่อุปสรรค แต่มีส่วนส่งเสริมให้ fetal growth restriction (FGR) หรือ PIH เกิดได้ง่ายขึ้น

การดูแลปัญหาเฉพาะหน้า

- ๑) ปัญหา PIH จะรักษาแบบประคับประคองได้หรือไม่ : ถึงแม้จะเป็น severe features ด้วยเรื่องความดันโลหิตสูง แต่อายุครรภ์ยังน้อย สามารถรักษาด้วยการประคับประคองเพื่อซื้อเวลาเพิ่มอายุครรภ์ได้ (เนื่องจากอายุครรภ์วันต่อวันมีความหมายสำหรับทารกวัย ๒๖ สัปดาห์) แต่ทุกวันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อมารดาและทารกด้วยเช่นกัน การตัดสินใจเฝ้าระวังจะต้องมีความพร้อมในการติดตามอย่างใกล้ชิด และพร้อมที่จะเปลี่ยนใจยุติการตั้งครรภ์

๒) ทารกอยู่ในครรภ์ เหมือนติดคุกที่ปล่อยให้อุดอาหารและขาดอากาศหายใจ (AEDF) การเติบโตที่ nursery น่าจะดีกว่าการโตในครรภ์ ซึ่งขณะนี้ เป็นสภาพแวดล้อมที่อยู่ให้เกิดผลดีได้ยาก การทนอยู่ในครรภ์มีประโยชน์อย่างเดียวนั่นคือ lung maturity โดยเฉพาะการได้ corticosteroids การซื้ออายุครรภ์เพื่อเร่งปอดน่าจะมีประโยชน์อยู่ แต่อย่างไรก็ตามทารกน้ำหนัก ๔๐๐-๕๐๐ กรัม อายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ ควรได้รับการอภิปรายกับกุมารแพทย์ที่จะต้องดูแลต่อ และคู่สมรส เนื่องจากภาวะ immaturity เช่นนี้ แม้แต่สำหรับทารกที่ปกติก็มีอัตราการตายสูง (ซึ่งแปรตามศักยภาพของ nursery ด้วย) มีโอกาสเสียชีวิตทั้งคู่สูงอยู่ แต่ต้องมีบางหลักฐานรับประกันความปลอดภัยระหว่างรอ เช่น การตรวจติดตามสุขภาพทารกอย่างต่อเนื่อง หรือวันละหลายครั้ง เป็นต้น

การรักษาหลักในแรกเริ่มคือ ให้อาหาร lung maturity โดยติดตามสุขภาพทารกอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะได้ยาเร่งปอดครบคอร์ส หากเกิดปัญหาระหว่างนั้น ติดตามความคืบหน้าของโรคในมารดาด้วย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ก็อาจต้องยุติการตั้งครรภ์ หลังได้ยาสเตียรอยด์ครบแล้วก็พิจารณายุติการตั้งครรภ์

เลือกทางคลอดทางไหนดี เนื่องจากโอกาสไม่ได้เลี้ยงสูง คลอดทางช่องคลอดรักษามดลูกไว้สำหรับครรภ์ต่อไป ก็เป็นทางเลือกการคลอดทางช่องคลอดสำหรับทารกแฝดทำหัวทั้งคู่เป็นเรื่องที่ดี PIH ไม่ควรเป็นข้อบ่งชี้สำหรับการ CS (ควรคลอดด้วยวิธีที่ less invasive เสียเลือดน้อย) การชักนำคลอดไม่ได้เป็นข้อบ่งห้าม อย่างไรก็ตามรายนี้มีหลายภาวะที่ซับซ้อน โดยเฉพาะ AEDF ซึ่งมีโอกาสแสดง non-reassuring FHR ระยะคลอดสูง และความต้องการให้กระบวนการ PIH จบโดยเร็ว (กรณีที่มีความคืบหน้าเร็วและแรง เช่น HELLP syndrome เป็นต้น) (อย่างไรก็ตาม ตาม protocol ที่ระบุว่าผ่าตัดเพราะ PIH with severe features with uncontrolled BP อาจจะต้องปรับให้เหมาะสมกว่านี้ เพราะการผ่าตัดคลอดไม่ใช่วิธีการลดความดัน ณ ขณะนั้นต้องลดความดันให้ได้ด้วยยาลดความดันที่มีประสิทธิภาพต่าง ๆ ไม่ว่าจะต้องผ่าตัดคลอดหรือไม่ก็ตาม และการคลอดไม่ว่าจะทางใดก็ย่อมยุติกระบวนการของโรคได้ แต่การชักนำคลอดอาจทำให้การคลอดล่าช้าออกไปได้ ๑-๒ วันก็เป็นได้ เนื่องจากปากมดลูกไม่พร้อม แต่ปัญหา AEDV ร่วมกับปัญหาหลาย ๆ ประการข้างต้น จึงน่าจะทำให้มีน้ำหนักพอสำหรับการผ่าตัดคลอด ซึ่งแม้ว่าจะเพิ่มปัญหาให้กับครรภ์ต่อไป

การตรวจพยาธิสภาพของรกในรายนี้มีความสำคัญ ถึงแม้ว่าจะวินิจฉัย APS แต่ถ้าไม่มีหลักฐานของการเกิด thrombosis และ infarct ที่รกเลย ก็ไม่อธิบายเรื่องของ recurrent pregnancy loss ดังนั้นหลักฐานของรกในรายนี้ช่วยย้ำถึงปัญหาของการเกิด PIH, FGR และ fetal distress ที่ตามมา (รอยโรคทางพยาธิวิทยาของ APS ที่พบได้บ่อยคือ placental infarction, impaired spiral artery remodeling, decidual inflammation, syncytial knots เพิ่มปริมาณมาก และมีการลดลงของ vasculosyncytial membranes)

เราจะดูแลผู้ป่วยครรภ์นี้ให้ดีกว่านี้ได้ไหม หากให้ออกสาธยายย้อนกลับไป อาจด้วยขีดจำกัดหลาย ๆ ประการของโรงพยาบาลด่านแรกที่รับฝากครรภ์ ทำให้พลาดจากการตรวจค้นและวินิจฉัย RPL ซึ่งอาจได้คำตอบ APS ตั้งแต่ครรภ์ก่อน หรือระยะแรกของครรภ์นี้ การได้รับ ASA และ heparin อย่างเหมาะสมมาตั้งแต่แรก อาจเป็นไปได้ ที่รกของครรภ์นี้ได้รับการดูแลเติบโตขึ้นมาแบบรกที่ใกล้เคียงปกติ โดยลดปัญหาการเกิด thrombosis หรือ infarct การให้ยาดังกล่าวนั้นโดยทฤษฎีแล้วจะช่วยป้องกันเซลล์ผิวหลุดเลือดที่รกให้มีเสถียรภาพ ไม่ให้แอนติบอดีมาจับกับแนวป้องกันชั้นผิว (เช่น beta-2-glycoprotein-1 หรือ annexin V เป็นต้น) ซึ่งเมื่อมีปฏิกิริยาทำลายทำให้เกิด endothelial dysfunction / platelet aggregation การหล่อเลี้ยงของเลือดที่รกไม่พอ (ischemia) มีการสร้าง และปล่อย oxidative stress agents ออกมามาก ส่งผลตามมาทั้ง PIH การเติบโตของทารกไม่ดี และ

พร้อมออกซิเจนตามมา

ในการประเมินขั้นต้นเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก อาจคิดถึงสาเหตุหลายอย่างของ RPL ซึ่งความผิดปกติของโครโมโซม (เช่น unbalanced translocation) เป็นไปได้สูงเนื่องจากทั้งหมด ๔ ครรภ์แรก เกิดในไตรมาสแรก (จึงไม่ค่อยเหมือนกับสาเหตุทางกายวิภาค ที่มักจะเกิดในไตรมาสที่สอง) โดยเฉพาะรวมถึง blighted ovum ในครรภ์แรกด้วย ซึ่งควร work-up ในมารดาและบิดาด้วย (ในการแท้งลูกคนก่อน ๆ ไม่ได้ตรวจ) และควรได้รับการตรวจ APS ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์นี้ หรือครรภ์ระยะแรก เพราะเป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อย (แม้ในคนไทยอุบัติการณ์จะไม่มากเท่าประเทศทางตะวันตก)

Unasup

เป็นไปได้สูงว่าปัญหาหลักของผู้ป่วยรายนี้เกิดจาก APS ซึ่งอธิบายถึงสาเหตุการสูญเสียการตั้งครรภ์แทบทุกครั้ง ซึ่งแอนติบอดีมีผลให้สูญเสียเสถียรภาพของหลอดเลือดที่รก มีลิ้มเลือดเกิดขึ้น remodeling ของ spiral arterioles เสียไป เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลเสียหลายประการคือ แท้งได้ทุกอายุครรภ์ รกเสื่อมซึ่งเสี่ยงต่อการโตช้า และ fetal distress /เสียชีวิต และครรภ์เป็นพิษ หลอดเลือดอุดตันหลังคลอด มีหลักฐานการศึกษาสนับสนุนว่าการให้ ASA และ heparin ช่วยป้องกันผลเสียต่อการตั้งครรภ์จาก APS ได้ การตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจึงควรได้รับการดูแลอย่างมีแผนการเพื่อป้องกันการสูญเสียครั้งใหม่

หวังว่าอีกไม่นาน คู่สมรสคู่นี้จะตั้งครรภ์ และได้รับการดูแลอย่างมีแผนการ มีลำดับขั้นตอนในการป้องกัน pregnancy loss ของครรภ์หน้า และมีการนำเสนอ follow-up (อาจนับเดือนหรือปีจากนี้ไป) มาบอกเล่ากันว่าได้ take home baby แข็งแรงดี (ที่นับว่าเป็นคุณูปการจากวิชาการสูติกรรมไทย) ท้องหน้า ทำทนายสูติแพทย์ และโอกาสของแพทย์ที่จะแสดงกุศลและศักยภาพ โดยมีครรภ์ที่ผ่านมาเป็นบทเรียน เนื่องจากสาเหตุการสูญเสียในครรภ์นี้นับเป็นเหตุการณ์ที่น่าจะป้องกันได้ ถ้าได้ตระหนัก (awareness) ในการทบทวนประวัติตั้งแต่ครั้งแรกของการฝากครรภ์ หรือหลังแท้งในครรภ์ก่อน

(Tip: ชีวิตหลังจากนี้ของคู่สมรส ควรปรึกษาและตรวจสุขภาพกับอายุรแพทย์เป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline) การคุมกำเนิดให้หลีกเลี่ยงการใช้ฮอร์โมน โดยเฉพาะเอสโตรเจน ส่วน Cu-IUD ใช้ได้อย่างปลอดภัย กรณีต้องการตั้งครรภ์ ควรรับคำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์แบบสหสาขาวิชา เริ่มให้ low-dose aspirin และเมื่อตั้งครรภ์ (ยืนยันว่าตัวอ่อนมีชีวิตด้วยอัลตราซาวด์ ~ ๖ สัปดาห์) เริ่มให้ heparin (prefer LMWH) ฝากครรภ์ที่คลินิกเสี่ยงสูงและตรวจที่ rheumatology-clinic ทุก ๒-๔ สัปดาห์ ฝ้าระวัง PIH, fetal growth และ well-being) ภายใต้การดูแลที่เหมาะสมโอกาสได้บุตรเลี้ยงราวร้อยละ ๗๐-๘๐ แต่ภาวะแทรกซ้อนเช่น PIH, FGR หรือคลอดก่อนกำหนด ยังคงสูงกว่าครรภ์ทั่วไป)

ภาคผนวก

เกณฑ์การวินิจฉัย APS

ประกอบด้วยเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย ๑ ข้อ ร่วมกับเกณฑ์คลินิกอย่างน้อย ๑ ข้อ

เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ

- มี lupus anticoagulant ใน plasma อย่างน้อยสองครั้งจากการตรวจห่างกันอย่างน้อย ๑๒ สัปดาห์ โดยแปลผลเป็นบวกหรือลบ (ควรตรวจก่อนได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด) หรือ

- มี anticardiolipin antibody โดย IgG หรือ IgM ในซีรัมหรือพลาสมาระดับปานกลางหรือสูง (มากกว่า ๔๐ GPL หรือ MPL หรือมากกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ ๙๙) จากการตรวจห่างกันอย่างน้อย ๑๒ สัปดาห์ หรือ
- Anti-b2-glycoprotein-I โดย IgG หรือ IgM ในซีรัมหรือพลาสมาระดับมากกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ ๙๙ จากการตรวจห่างกันอย่างน้อย ๑๒ สัปดาห์

เกณฑ์ทางคลินิก

- เส้นเลือดอุดตัน
- มีอาการทางคลินิกของเส้นเลือดแดงหรือดำอุดตัน อย่างน้อยหนึ่งครั้งขึ้นไป
- ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ทารกตายโดยอธิบายสาเหตุไม่ได้ขณะอายุครรภ์เกิน ๑๐ สัปดาห์ อย่างน้อย ๑ ครั้งขึ้นไป โดยที่ทารกมีโครงสร้างปกติ (จากหลักฐานอัลตราซาวด์หรือตรวจทารกโดยตรง) หรือ
 - การคลอดก่อนกำหนดก่อน ๓๔ สัปดาห์ ของทารกมีโครงสร้างปกติ อย่างน้อย ๑ ครั้งขึ้นไป โดยสัมพันธ์กับภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง หรือภาวะรกเสื่อมสภาพ หรือ
 - การแท้งเองที่อธิบายสาเหตุไม่ได้ก่อน ๑๐ สัปดาห์ ๓ ครั้งขึ้นไป

อ่านเพิ่มเติม

๑. Bramham K, Hunt BJ, Germain S, Calatayud I, Khamashta M, Bewley S, Nelson-Piercy C. Pregnancy outcome in different clinical phenotypes of antiphospholipid syndrome. *Lupus*. 2010;19:58.
๒. Committee on Practice Bulletins: Obstetrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 132: Antiphospholipid syndrome. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1514.
๓. Gibbins KJ, Ware Branch D. Pre-eclampsia as a manifestation of antiphospholipid syndrome: assessing the current status. *Lupus* 2014; 23:1229.
๔. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 2006;4:295.
๕. Tong M, Viall CA, Chamley LW. Antiphospholipid antibodies and the placenta: a systematic review of their in vitro effects and modulation by treatment. *Hum Reprod Update* 2015; 21:97.
๖. Viall CA, Chamley LW. Histopathology in the placentae of women with antiphospholipid antibodies: A systematic review of the literature. *Autoimmunity Reviews* 2015; 14:446.

คำถามท้ายเล่ม....

จากคณะอนุกรรมการการศึกษาตลอดชีวิตแห่งชาติ

สำหรับสะสมคะแนน CME



๑. ข้อใดไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตั้งครรภ์แฝด

- ก. ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์
- ข. เพิ่มอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตร
- ค. การตกเลือดหลังคลอด
- ง. การคลอดก่อนกำหนด
- จ. การตั้งครรภ์เกินกำหนด

๒. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยที่นำมาพิจารณาจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับโพรงมดลูก

- ก. อายุฝ่ายชาย
- ข. อายุสตรี
- ค. ระยะของตัวอ่อนที่จะย้ายกลับ
- ง. คุณภาพของตัวอ่อน
- จ. โอกาสที่จะมีตัวอ่อนที่มีคุณภาพเหลือแช่แข็ง

๓. ผู้มารับบริการคนใดมีความเสี่ยงต่ำ สามารถพิจารณาย้ายกลับตัวอ่อนได้มากกว่า ๑ ตัว

- ก. สตรีที่มีโรคประจำตัวที่จะมีความเสี่ยงมากขึ้น ในกรณีที่ตั้งครรภ์แฝด
- ข. สตรีที่มีโรคหรือประวัติทางสูติ-นรีเวชที่จะมีความเสี่ยงมากขึ้น ในกรณีที่ตั้งครรภ์แฝด
- ค. เคยคลอดบุตร ตั้งแต่ ๑ ครั้งขึ้นไป
- ง. สตรีอายุมากกว่า ๔๕ ปี ในกรณีที่ไข่ไข่บริจาค
- จ. สตรีที่ตั้งครรภ์แทน (surrogacy)

๔. สตรีที่มีโรคหรือประวัติทางสูติ-นรีเวชใดที่อาจจะพิจารณาย้ายตัวอ่อนได้มากกว่า ๑ ตัว

- ก. มีประวัติ cervical incompetence
- ข. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) ก่อนอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป
- ค. เคยมีประวัติครรภ์เป็นพิษรุนแรงในครรภ์ก่อน
- ง. หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์หรือเจ็บครรภ์
- จ. มีประวัติเคยผ่าตัดอุ้งน้ำที่รั่ว

๕. ข้อใดไม่ใช่ Favourable prognosis factors ในการพิจารณาย้ายกลับตัวอ่อน

- ก. เป็นการย้ายกลับตัวอ่อนในครั้งที่สอง (second cycle embryo transfer)
- ข. เป็นการย้ายกลับตัวอ่อนคุณภาพดี (grade 1 embryos) หรือเป็นตัวอ่อน euploidblastocyst
- ค. ยังมีตัวอ่อนคุณภาพดีเหลือเก็บแช่แข็ง (excess embryos of sufficient quality to warrant cryopreservation)
- ง. เคยมีประวัติตั้งครรภ์และคลอดบุตรจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มาก่อนในระยะเวลาไม่เกิน ๓ ปี
- จ. สตรีที่อายุน้อยกว่า ๓๐ ปี หรือเป็นการใช้ไข่บริจาคที่มาจากสตรีอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี



๑. โรคไวรัสซิกาติดต่อได้ทางใด

จ. ถูกทุกข้อ

๒. หลังจากสัมผัสเชื้อไวรัสซิกาแล้วควรเว้นระยะเวลานานเท่าใด จึงจะตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยต่อทารกในครรภ์

ค. ๘ สัปดาห์

๓. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กำหนดให้มีการสืบค้นหาผู้ป่วยโรคไข้ซิกาในผู้ป่วยที่มีลักษณะใดต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยที่มีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว ร่วมกับ มีผื่นแดง และเยื่อบุตาอักเสบ

๔. ทารกในครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกามีลักษณะใดต่อไปนี้

ค. เจริญเติบโตช้าในครรภ์

๕. ข้อใดคือวิธีการรักษาการติดเชื้อไวรัสซิกา

ก. ดื่มน้ำให้เพียงพอ



Pre-congress workshop

Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery

จัดโดย

คณะกรรมการเวชศาสตร์เชิงกรานสตรี และศัลยกรรมซ่อมเสริม ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

วันจันทร์ที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2559

ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ก.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร

วิทยากร โดย



รศ.นพ.สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน



ผศ.นพ.พิชัย ลีละศิริ



อ.นพ.ธีระยุทธ เต็มธนะกิจไพศาล



อ.พญ.มาลีชาติ ศรีพิพัฒน์กุล

Workshop I

“Pessary use for Pelvic Organ Prolapse (POP) and Stress Urinary Incontinence (SUI)”

(ห้องประชุม 809 ชั้น 8 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย)

08.30-09.00	Registration
09.00-09.30	Conservative management in POP and SUI วิทยากร ผศ.นพ.พิชัย ลีละศิริ
09.30-10.00	How to choose, use Pessary in Outpatient Gynecologic clinic วิทยากร อ.พญ.มาลีชาติ ศรีพิพัฒน์กุล
10.00-11.00	Hands On (รศ.นพ.สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน และคณะ)

Workshop II

“Prevention and management in Obstetrics Anal Sphincter Injuries Surgery (OASIS)”

(ห้องสัมมนา 4-6 ชั้น P3 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี)

13.00-13.10	Registration
13.10-13.30	Classification of Anal sphincter Injuries and related anatomy วิทยากร ผศ.นพ.พิชัย ลีละศิริ
13.30-14.20	Prevention and management in Obstetrics Anal Sphincter Injuries Surgery (OASIS) วิทยากร อ.นพ.ธีระยุทธ เต็มธนะกิจไพศาล
14.20-14.40	Suture Technique for OASIS วิทยากร รศ.นพ.สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน
14.40-15.30	Hands on (รศ.นพ.สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน และคณะ)

****แพทย์ประจำบ้าน ฟรีค่าลงทะเบียน จำนวนจำกัด 60 คนเท่านั้น****

ค่าลงทะเบียน 800 บาท / Workshop

ผู้เข้าร่วมประชุม Pre-congress workshop
จะต้องลงทะเบียนร่วมกับ
Main Congress ด้วย

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
Tel. 0-2716-5722
Fax. 0-2716-5720

วันจันทร์ที่ 17 ตุลาคม 2559	วันอังคารที่ 18 ตุลาคม 2559	วันพุธที่ 19 ตุลาคม 2559	วันพฤหัสบดีที่ 20 ตุลาคม 2559
ห้องสัมมนา 1,2,3,4,5,6 ประกาศผลผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน 09.00 – 12.00 น. ห้องประชุมราชวิทยาลัมฯ ชั้น 8 (809) Pre-congress Workshop I การรักษามะเร็งปากช่อง POP ด้วย Pessary และการจัดตั้ง Pessary clinic ในโรงพยาบาล โดย คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์ต่อสูเรproductive สตรีและตั้งกรรมการร่วมเสริม	8.30 – 9.30 น. ปาร์กกาภิเษกต้อนรับ "หลวงปู่แหวนเสด็จ" เรื่อง: The role of RTCOG on prevention of maternal mortality and morbidity from unsafe abortion in Thailand วิทยากร ศ.เกษมศักดิ์ นพ.กานนท์ จักรวีระ (อดีตประธานราชวิทยาลัมฯ 2 วาระ ปี พ.ศ.2545-2549 และผู้ได้รับพระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยา ประจำปี 2558) 9.30 – 10.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: Interventions for reducing unnecessary cesarean section วิทยากร Dr. Metin Gulmezoglu (WHO guest speaker) นพ.กฤษณ์ กัญญา วิทยากร ศ.พญ.กิตติ อัมพพิภานนท์ 10.30 – 11.00 น. มติศาลตัดสินรับแพทย์อายุ 10 11.00 – 12.00 น. Special Lecture สัมมนาโดย นริศห์ ไชยกุล (ประธานราชวิทยาลัมฯ) จากัด เรื่อง: Prime Time of Primary HPV Screening: How to Use HPV DNA test & P16/Ki-67 to detect & Treat Cervical Precancers with Certainty วิทยากร ศ.พญ. จุฬพาส ศรัสมิ์นุรักษ์ รศ.พญ.มณฑล เพญจากินา	8.30 – 9.30 น. President's Lecture เรื่อง: Research implementation: การนำผลงานวิจัยมาใช้ในการดำเนินงาน รศ.พญ.กิตติ อัมพพิภานนท์ ผู้ดำเนินการอภิปราย รศ.พญ.มณฑล เพญจากินา 9.30 – 10.30 น. ห้องสัมมนาอนุกรรมการ: VDO presentation ห้องสัมมนา 2, 3, 4, 5, 6: Free paper communication 10.30 – 11.00 น. Coffee break / เปลี่ยนชมมุนุบัตรการทางการแพทย์ 11.00 – 12.00 น. Special Lecture สัมมนาโดย นริศห์ ไชยกุล (ประธานราชวิทยาลัมฯ) จากัด เรื่อง: Herpes Zoster Prevention: time to protect your patients วิทยากร ศ.พญ.มณฑล เพญจากินา วิทยากรและผู้ดำเนินการอภิปราย ศ.พญ.เจนจิต ฉายะจินดา	8.30 – 9.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: Heart diseases in women : From pre-pregnant to postpartum period วิทยากร รศ.พญ.จิตเกษม สุวรรณรัฐ ศ.พญ.กานนท์ จักรวีระ (สาขาวิชาทันตวิทยา ภาควิชาทันตศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) อนุกรรมการ ศ.พญ.ธรรมาภรณ์ นาคประเสริฐพงษ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย รศ.พญ.ธรรมาภรณ์ นาคประเสริฐพงษ์ 9.30 – 10.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: Minimalist, but substantial PND วิทยากร Dr.Ditas Decena (AOFOG guest speaker) ผู้ดำเนินการอภิปราย ศ.พญ.สุภาพรพร จีลาภิกข 10.30 – 11.00 น. Coffee break / เปลี่ยนชมมุนุบัตรการทางการแพทย์ 11.00 – 12.00 น. Scientific Lecture เรื่อง: Preterm PROM: What should we do now? วิทยากร รศ.พญ.พัญญ พันธ์นุรักษ์ ศ.พญ.วราภรณ์ ภูพัส ผู้ดำเนินการอภิปราย ศ.พญ.สุภาพรพร จีลาภิกข
ห้องสัมมนา 1 Pre-congress Workshop II ทำวิจัยให้ทันสมัยด้วย Application โดย คณะอนุกรรมการวิจัย 13.00 – 16.00 น.	12.00 – 12.30 RTCOG Lunch 12.30 – 13.30 น. Special Lecture สัมมนาโดย นริศห์ ไชยกุล (ประธานราชวิทยาลัมฯ) จากัด เรื่อง: The Right Choice for Long term Management of Endometriosis วิทยากร รศ.พญ.กานนท์ จักรวีระ วิทยากรและผู้ดำเนินการอภิปราย รศ.พญ.กานนท์ จักรวีระ 13.30 – 14.00 น. Tele Conference แลกเปลี่ยนการดำเนินงานคณะผู้บริหารราชวิทยาลัมฯ โดย ประธานราชวิทยาลัมฯ และคณะ 14.00 – 15.00 น. Scientific Lecture เรื่อง: Implementing labor companionship: WHO formative protocol วิทยากร Dr. Metin Gulmezoglu (WHO guest speaker) วิทยากรและผู้ดำเนินการอภิปราย ศ.พญ.กิตติ อัมพพิภานนท์ 15.00 – 15.30 น. Coffee break / เปลี่ยนชมมุนุบัตรการทางการแพทย์ 15.30 – 16.00 น. จัดห้องเตรียมงานพิธีการ 16.00 – 17.00 น. พิธีมอบโล่ให้เกียรติคุณแก่ผู้บริหารราชวิทยาลัมฯ วาระปี พ.ศ. 2556-2558 พิธีมอบทุนอุดหนุนวิจัยราชวิทยาลัมฯ พิธีมอบทุนอุดหนุนวิจัยราชวิทยาลัมฯ พิธีประกาศและมอบรางวัลการประกวดผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน พิธีประกาศและมอบรางวัลการประกวดผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน พิธีประกาศและมอบรางวัลการประกวดผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน พิธีประกาศและมอบรางวัลการประกวดผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน	12.00 – 12.30 RTCOG Lunch 12.30 – 13.30 น. Special Lecture สัมมนาโดย นริศห์ ไชยกุล (ประธานราชวิทยาลัมฯ) จากัด เรื่อง: Current recommendation on HPV vaccine: Who should get the protection? วิทยากร ศ.พญ.จุฬพาส ศรัสมิ์นุรักษ์ รศ.พญ.วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ 13.30 – 14.00 น. Coffee break / เปลี่ยนชมมุนุบัตรการทางการแพทย์ 14.00 – 15.00 น. Scientific Lecture เรื่อง: Endometrial pathology: Alert & aware วิทยากร รศ.พญ.สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา อ.พญ.มธุรา ญาคกรรณ ผู้ดำเนินการอภิปราย ศ.พญ.ฉออง ชัยกรังษิ์ไกร 15.00 – 16.00 น. Scientific Lecture เรื่อง: Prophylactic salpingectomy: Pros & cons' management วิทยากร รศ.พญ.กิตติภรณ์ เจริญขวัญ อ.พญ.ศิริพร รัตติกาลวงษ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย อ.พญ.จักรพันธ์ ชุนนงรัตน์ 16.00 – 18.00 น. Maternal and fetal medicine conference ครั้งที่ 16 จัดโดย คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก นำเสนอโดยราชวิทยาลัมฯและราชวิทยาลัมฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรพยาบาล ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	12.00 – 12.30 RTCOG Lunch 12.30 – 13.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: Update on preeclampsia: From dawn to dusk วิทยากร ศ.พญ.สุระ พงษ์ (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยา ประจำปี 2558) พ.อ.หญิง วีระพรพร พันธ์นุรักษ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย ศ.พญ.พัลลภพร กลิ่นแก้ว 13.30 – 14.00 น. จัดเตรียมห้องประชุม 14.00 – 16.00 น. Interhospital Conference ครั้งที่ 5/2559 จัดโดย คณะอนุกรรมการศึกษาต่อ/ตบเนื่อง นำเสนอโดยราชวิทยาลัมฯและราชวิทยาลัมฯ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

วันอังคารที่ 18 ตุลาคม 2559 เวลา 8.15 น. – 8.30 น. กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม (Welcome speech)

โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์ ประธานราชวิทยาลัยแพทย์แห่งประเทศไทย

วันจันทร์ที่ 17 ตุลาคม 2559	วันอังคารที่ 18 ตุลาคม 2559	วันพุธที่ 19 ตุลาคม 2559	วันพฤหัสบดีที่ 20 ตุลาคม 2559
ห้องสัมมนา 1,2,3,4,5,6 ประกวดผลงานวิจัย แพทย์ประจำบ้าน	08.30 – 9.30 น. นำฤกษ์เกษียณ "หลวงวิเทศราชกุล" เรื่อง: The role of RTOG on prevention of maternal mortality and morbidity from unsafe abortion in Thailand วิทยากร ศ.เกียรติคุณ นว.กานัน จาตุธนะ (อดีตประธานราชวิทยาลัย 2 วาระปี พ.ศ.2545-2549 และผู้ได้รับพระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยา ประจำปี ๒๕๔๘)	8.30 – 9.30 น. President's Lecture เรื่อง: Research implementation: การนำผลงานวิจัยมาใช้ วิทยากร ศ.นพ.กิตติ ลุนพิกานนท์ ผู้ดำเนินการอภิปราย รศ.นพ.มงคล บุญจากภิบาล	8.30 – 9.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: Recurrent pregnancy loss: The endless tragedy วิทยากร รศ.นพ. บุญชัย เอื้อโพธิ์ราชกิจ ศศ.นพ.กิตติ รัตน์เจริญ ผู้ดำเนินการอภิปราย ศศ.พญ.พรทิพย์ สิริยาภิวัฒน์
09.00 – 12.00 น. ห้องประชุมราชวิทยาลัยฯ ชั้น 8 (809) Pre-congress Workshop I เรื่อง การรักษามะเร็งปาก POP ด้วย Pessary clinic ในโรงพยาบาล โดย คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์รังสีวิทยา สตรีและศัลยกรรมช่องคลอด	9.30 – 10.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: State of the art in premature ovarian failure (POF) วิทยากร ศ.นพ.มิตติ เตชะโกธนะ อ.นพ.ธนินทร์ นาควิเชียร ผู้ดำเนินการอภิปราย รศ.พญ.ฉันทวรัตน์ วงศ์วานิชรักษ์	9.30 – 10.30 น. ห้องสัมมนา 2, 3, 4, 5, 6: Free paper communication ห้องสัมมนา 2, 3, 4, 5, 6: Free paper communication	9.30 – 10.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: Ethical issue in OB-GYN: เรียนรู้จากคามผิดพลาด วิทยากร พ.อ.นพ.นพ.การุณ เก่งสกุล นพ.พิษณุ ชันดีพงษ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย รศ.พญ.ฐิตินา สุนทรสัง
ห้องประชุมราชวิทยาลัยฯ ชั้น 8 (807) Pre-congress Workshop III เรื่อง Counselling considerations for prenatal genetic screening (Lecture) โดย คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก	10.30 – 11.00 น. มติการจัดซื้อเครื่องแพทย์อิตาลี 11.00 – 12.00 น. Special Lecture สัมมนาโดย นพ.นพ.นพ.นพ. (ประเทศไทย) จากัด เรื่อง The Answers on Endometriosis Management วิทยากร รศ. นพ. สมชาย สาขากฤต วิทยากร รศ. นพ. อัมพันธ์ เจริญโชคเจริญกิจ ผู้ดำเนินการอภิปราย ศ. นพ. อร่าณ วัฒนสกุล	10.30 – 11.00 น. Coffee break / เรียนชมบูธนิทรรศการทางการแพทย์	10.30 – 11.00 น. Coffee break / เรียนชมบูธนิทรรศการทางการแพทย์
13.00 – 16.00 น. ห้องสัมมนา 1 Pre-congress Workshop II เรื่อง ทำวิจัยให้งานชิ้นด่วน Application โดย คณะอนุกรรมการวิจัย	13.30 – 14.00 น. Tele Conference แถลงผลการดำเนินงานคณะผู้บริหารราชวิทยาลัย โดย ประธานราชวิทยาลัยฯ และคณะ	12.00 – 12.30 RTCOG Lunch	12.00 – 12.30 RTCOG Lunch
ห้องสัมมนา 2-3 Pre-congress Workshop III เรื่อง Counselling considerations for prenatal genetic screening โดย คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก	14.00 – 15.00 น. Scientific Lecture เรื่อง: Genital lesions : Illustrative lecture วิทยากร ศ.นพ.วีระพล จันทร์ดี อ.พญ.จุฬาสรี ฟ้าพรพร (ภาควิชาดงวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล) ผู้ดำเนินการอภิปราย ศศ.นพ.มานพชัย ธรรมคันโธ	12.30 – 13.30 น. Special Lecture สัมมนาโดย นพ.นพ.นพ.นพ. (ประเทศไทย) จากัด เรื่อง: Strategy to restore beneficial gut microbiota in C-section baby วิทยากร รศ.พญ.วราชน จงศรีสวัสดิ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย ศศ.นพ.มานพชัย ธรรมคันโธ	12.30 – 13.30 น. Scientific Lecture เรื่อง: New trends of contraception วิทยากร รศ.นพ.อรรถพร ใจสำราญ นพ.ดร.เกษมสินธุ์ แก้วเกียรติคุณ ผู้ดำเนินการอภิปราย พ.นพ.หญิง ปองรัก บุญญาบุรุษ
ห้องสัมมนา 4-6 Pre-congress Workshop IV เรื่อง 3rd and 4th degree obstetrics anal sphincter injury surgery (OASIS) โดย คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์รังสีวิทยา สตรีและศัลยกรรมช่องคลอด	15.00 – 15.30 น. Coffee break / เรียนชมบูธนิทรรศการทางการแพทย์ 15.30 – 16.00 น. จัดห้องเตรียมงานพิธีการ	14.00 – 15.00 น. Scientific Lecture เรื่อง: Pregnancy in extreme-weight women วิทยากร ศ.พญ.สุนิสา กองนอก ศศ.พญ.ศุภาดา วัฒนา (หน่วยโกลาตศาสตร์คลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) นพ.วิวัฒน์ธรรมศาสตร์ ผู้ดำเนินการอภิปราย ศศ.นพ.ชัยวัฒน์ ผาดิโตร	
	16.00 – 17.00 น. พิธีมอบโล่เกียรติคุณแก่ผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ วาระปี พ.ศ. 2556-2558 - พิธีมอบโล่เกียรติคุณแก่ผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ วาระปี พ.ศ. 2556-2558 - พิธีมอบโล่เกียรติคุณแก่ผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ วาระปี พ.ศ. 2556-2558 - พิธีประกาศและมอบรางวัลการประกวดผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน - พิธีประกาศและมอบรางวัลบทความวิจัยดีเด่นประจำปีในวารสาร Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology - พิธีประกาศและมอบรางวัลผลงานวิจัยของสมาชิกราชวิทยาลัยฯ	16.00 – 18.00 น. Female pelvic medicine and and reconstructive surgery conference ครั้งที่ 2 จัดโดย คณะกรรมการเวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและช่องคลอด นำเสนอโดยราชวิทยาลัยฯ ผู้ป่วยโดย - ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล - ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	

Gossip

ซุบซิบ...ซุบซิบ



หัวใจห้องที่สี่ชุมชน ชีววิถี ๑ ใจวัยเค็มสูงเขี้ยวสูติจุฬา
เมื่อวันที ๒๘ กค. ๕๕ ครึบ



สุดยอดฝีมือ...อ.สุวรรณ อ.อริญญา และทีมงานผ่าตัดผ่านกล้อง
รพ. ราชวิถี ใจคราวไปเยี่ยมสหภาพการผ่าตัดที่ รพ.ตราด และ
เลยไปยัง จ.เกาะกง กัมพูชาที่ 1 ๒๑



ไม่ห้อยหน้า...งานเค็มสูงเขี้ยวและประชุมใหญ่
สูติรามา ครบ ๕๐ ปี มีคณะกรรมการอาวุโส
กลับมาร่วมงานมากเป็นประวัติการณ์
หัวชีวมข..สัณครสมหาสมาณคค...๒๕



ขอแสดงความยินดี ชีวมข ทีมงาน รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร นำโดย พพ. โอฬาริก ภูสิทวงศ์ และคณะ ใจความสำเร็จของงาน
1st AMSU โดยมีแขกรับเชิญ Prof.Andou ประมาจารย์ด้านผ่าตัดผ่านกล้อง ของโลก