มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๙ เดือนธันวาคม ๒๕๕๙

ทรงพระเจริญยิ่งยืนนาน

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อมขอเดชะ
ข้าพระพุทธเจ้า คณะผู้บริหาร คณะอนุกรรมการ สมาชิก และ เจ้าหน้าที่
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

" มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี "

(Standard and Ethics to Improve Women's Health)

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สูตินรีเวช - จริยธรรมสาธก	๖
คำแนะนำการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์แฝด	๙
Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙	๑๒
คำถามท้ายเล่ม	๒๑
ชุบชิบ... ชุบชิบด้วยภาพ	๒๒

คณะผู้บริหาร ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

- **ประธาน**
  ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- **ผู้รั้งตำแหน่งประธาน**
  พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- **รองประธาน**
  นายแพทย์พิษณุ ขันติพงษ์
- **เลขาธิการ**
  ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรรณ วิไลลักษณ์
- **รองเลขาธิการ**
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์
- **เหรัญญิก**
  แพทย์หญิงสุวรรณา อัศวพิริยานนท์
- **กรรมการกลาง**
  ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกูล
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจาภิบาล
  ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่พงศ์
  นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักนัน มะโนทัย
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรณพ ใจสำราญ
  ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ่นใจ กออนันตกุล
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โควาวิสารัช

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทัศนคติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิดจดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๗๒๑-๒๔ แฟกซ์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๗๒๐

www.rtcog.or.th

E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรรณ วิไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ฤลย์ สิทธิสมวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมัธชุพร สุขประเสริฐ

แพทย์หญิงลัลธพร พัฒนาวิจารย์

เลขานุการ

นางสาวจีระพันธุ์ มวลจุมพล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาพร พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท ทรี-ดี สแกน จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๑๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

บรรณาธิการแถลง

โดย... ศ.พญ.สฤกพรรณ วิไลลักษณ์
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

สวัสดีค่ะ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

เดือนธันวาคมนี้ มีเรื่องส่งท้ายปีเก่าที่น่ายินดียิ่งสำหรับพวกเราชาวสูตินรี ๓ เรื่องค่ะ ลำดับแรก **ศ.นพ.ธีระ ทองสง** อาจารย์สูตินรีแพทย์ จากภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่น ๒๕๕๙ ของแพทยสภาและลำดับที่สอง วารสาร Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology โดย **ศ.นพ.วรพงศ์ ภู่พงศ์** ประธานคณะอนุกรรมการจัดทำวารสารของราชวิทยาลัยฯ และคณะ ได้รับรางวัล TCI-SCOPUS-TRF Journal Awards ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๙ จาก ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) โดยการสนับสนุนและร่วมมือกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และ SCOPUS ในขณะที่ Siriraj Medical Journal โดย **ศ.นพ.สมบูรณ์ คุณาธิคม** อดีตประธานราชวิทยาลัยฯ เป็นบรรณาธิการ และคณะ ก็ได้รับรางวัลนี้เช่นกัน จึงขอแสดงความยินดี และปลาบปลื้มใจเป็นอย่างยิ่งค่ะ

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ เริ่มต้นด้วยสารจากประธานราชวิทยาลัยฯ ที่ได้กรุณาสรุปการประชุม ๒ การประชุม ที่ท่านได้ไปเข้าร่วมทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งเรื่อง**การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่**ขององค์การอนามัยโลก มาให้ท่านสมาชิกได้รับทราบ ต่อด้วยบทความสูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก เรื่อง **"การสัมผัส.....เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจ"** โดย **นพ.พิษณุ ขันติพงษ์** ตามมาด้วยเรื่อง **"คำแนะนำการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูกเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์แฝด"** โดย **รศ.นพ.สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์** ประธานคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ต่อด้วยสรุปการประชุม Interhospital Conference ครั้ง ๓/๒๕๕๙ นำเสนอรายงานผู้ป่วยโดย แพทย์ประจำบ้านภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช บทวิจารณ์โดย **รศ.นพ.เอกชัย โควาวิสารัช** จากกลุ่มงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี และ **นพ.อดิศักดิ์ นิธิเมธาโชค** จากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทรธิราช จะเห็นได้ว่าทุกบทความดังกล่าวข้างต้นมีความเข้มข้นด้วยสาระประโยชน์อย่างยิ่ง ปิดท้ายด้วยคำถามท้ายเล่ม และซุบซิบ..ซุบซิบด้วยภาพ เช่นเคยค่ะ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเลคทรอนิกส์ เพื่อลดโลกร้อนสมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ อิเลคทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้ค่ะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ

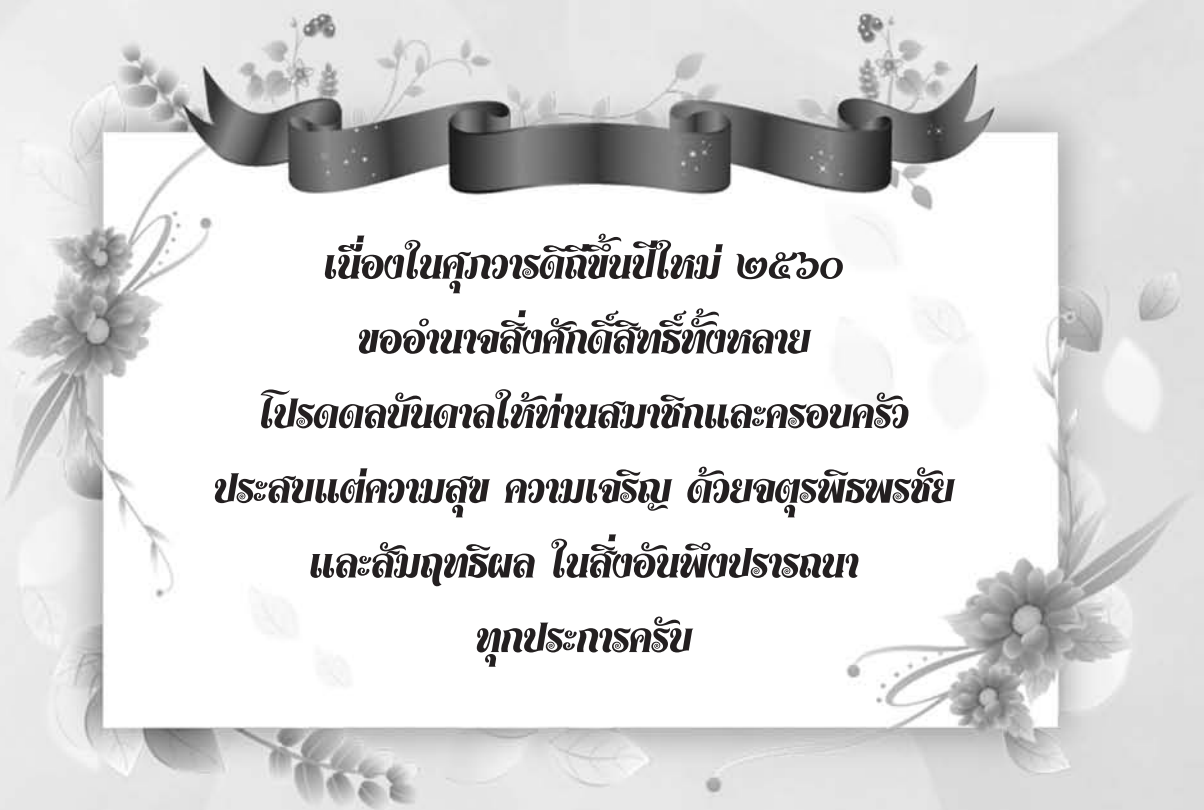
เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

ในช่วงระยะเวลา ๒ – ๓ เดือนที่ผ่านมา ผมได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทั้งในและต่างประเทศหลายงาน ขอรายงานเรื่องที่สำคัญให้ท่านสมาชิกทราบพอสังเขปดังนี้ครับ

๑. วันที่ ๑๙–๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๙ ได้ประชุมร่วมกับผู้แทนของ WHO และผู้แทนจาก สปป. ลาว ในเรื่อง **Companion of choice during labour และ intervention for reducing unnecessary Cesarean section** ซึ่งทั้ง ๒ เรื่องเป็นนโยบายสำคัญของ WHO ที่จะให้นำไปปฏิบัติทั่วโลกและจะมีการทำ WHO Collaborative study ต่อไปในระยะเวลาอันใกล้นี้โดยจะเริ่มต้นที่ไทยและ สปป. ลาว ขอความกรุณาสมาชิกฯ ช่วยกันลดการทำ Cesarean section ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ด้วยครับ

๒. ผมได้รับเชิญเข้าร่วมประชุม Meeting of the WHO guideline development group – nutrition actions 2016–2018 in Florence, Italy from 07–11 November 2016 ซึ่งจัดโดย UNICEP และ Department of Nutrition for Health and Development (NHD), WHO เนื่องจากผมทำ Cochrane review เรื่อง Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญของ Step ที่ ๓ (Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding) การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทบทวน Ten steps to successful breastfeeding ขอให้สมาชิกฯ ให้ความสำคัญในการสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กันอย่างจริงจังด้วยครับ ตอนนี้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไทยต่ำมากครับ

๓. เมื่อวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ WHO ได้แถลงข่าวเรื่องคำแนะนำใหม่เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงของ การตายคลอด ลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และให้ผู้ตั้งครรภ์มีประสบการณ์ การตั้งครรภ์ที่ดี การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ของ WHO แนะนำให้เพิ่มจำนวนครั้งของการฝากครรภ์จากเดิม ๔ ครั้ง เป็น ๘ ครั้ง เนื่องจากมีข้อมูลเพิ่มเติมว่าการฝากครรภ์ อย่างน้อย ๘ ครั้ง จะช่วยลดความเสี่ยงของการตายคลอด ราชวิทยาลัยฯ กำลังทบทวนแนวทางการดูแลผู้ตั้งครรภ์กับทางกรมอนามัยอยู่



สูตินรีเวช - จริยธรรมสาธก

โดย... นพ.พิษณุ ขันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม

Humannized health care

การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้

"การสัมผัส..... เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจ"

ในโลกยุคการสื่อสารไร้พรมแดนเช่นปัจจุบันนี้ ทำให้คนเราพูดคุยกันน้อยลง แต่ละคนเอาแต่ก้มหน้าก้มตาพิมพ์ข้อความส่งถึงกัน แม้ในบางครั้งอาศัยอยู่บ้านเดียวกันแท้ ๆ แต่เวลาจะเรียกมาทานข้าวก็ยังต้องใช้ไลน์ถึงกันแทน เกิดเป็นสังคมก้มหน้าในทุก ๆ ที่ แม้แต่ในร้านอาหารญี่ปุ่นแห่งหนึ่งที่ผมเข้าไปรับประทานอาหาร ได้พบพ่อแม่ลูกที่เข้ามาทานอาหารในร้าน เมื่อบริกรพามานั่งที่โต๊ะแล้วทั้งสี่คนต่างก็ไม่สนใจอะไร ต่างคนต่างก็นั่งก้มหน้าอ่านและพิมพ์ข้อความโดยไม่สนใจที่จะสั่งอาหารทำให้บริกรต้องขอตัวเดินจากไป สักพักใหญ่เมื่อบริกรกลับมารับออเดอร์ทุกคนก็ยังคงนั่งก้มหน้าเหมือนกับว่าไม่มีอะไรจะสำคัญไปยิ่งกว่าหน้าจอโทรศัพท์มือถือของตนเองในขณะนั้น ผมเชื่อว่าคงจะเป็นภาพที่พบเห็นได้ทั่วไปในปัจจุบัน

การสื่อสารที่ผ่านทางอินเตอร์เน็ตหรือไลน์ เราได้เห็นเพียงตัวหนังสือที่ส่งถึงกันเท่านั้น ถ้าได้โทรศัพท์ถึงกันก็ยังจะได้รับฟังเสียงและสำเนียง ที่ยังพอจะบอกถึงอารมณ์ของผู้พูดได้บ้าง แต่มีหลาย ๆ ท่านที่ยอมรับว่าถ้าสื่อถึงกันทางโทรศัพท์นั้นพูดไม่เก่ง พูดแค่ไม่กี่คำก็ไม่รู้จะพูดอะไรแล้ว ไม่เหมือนเขียนหรือพิมพ์ข้อความถึงกัน บางครั้งโต้ตอบกันเป็นชั่วโมง ๆ จึงทำให้การสื่อสารทางไลน์ได้รับความนิยมอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ที่สำคัญสามารถสื่อสารถึงกันเป็นกลุ่ม จึงมีการตั้งกลุ่มโดยเลือกเชิญสมาชิกที่มีความเกี่ยวโยงกันเข้าร่วม ทำให้สามารถสื่อสารถึงกันภายในกลุ่มได้ทุกคนในคราวเดียว สามารถส่งข้อความ รูปภาพหรือวิดีโอที่มีทั้งภาพและเสียง เป็นการสื่อสารถึงกันได้ค่อนข้างจะสมบูรณ์แบบ ตัวผมเองก็เป็นสมาชิกอยู่หลายกลุ่ม บางกลุ่มมีสมาชิกที่อยู่ต่างประเทศด้วย ทำให้เพื่อน ๆ ที่ไม่มีโอกาสพบกันสามารถส่งข่าวถึงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน บางกลุ่มมีการสื่อสารกันแทบไม่มีการหยุดพัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงวัยที่ว่างเว้นจากงานประจำแล้ว คนสุดท้ายส่งข้อความราตรีสวัสดิ์เมื่อ ๓ นาฬิกาเศษ อีกคนก็เริ่มส่งอรุณสวัสดิ์ในเวลา ๔ นาฬิกา แล้วก็เริ่มโต้ตอบกันตลอดทั้งวันทั้งคืนหลายร้อยข้อความต่อวันทีเดียว

การสื่อสารทางไลน์นี้มีประโยชน์มากในทางการแพทย์ เพราะมีการสร้างเครือข่ายในกลุ่มแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย เช่น ภายในจังหวัดเดียวกัน สามารถส่งข้อมูลทางการแพทย์ เพื่อขอคำปรึกษาในการรักษา โดยเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้หลายครั้งไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาไกลบ้าน หรือบ่อยครั้งที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ข้อมูลของผู้ป่วยยังคงเป็นความลับในกลุ่มสมาชิก ซึ่งล้วนแต่เป็นแพทย์เท่านั้นเป็นการรักษาสิทธิผู้ป่วยด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม ผมมีความเชื่ออยู่เสมอว่า การสัมผัสยังมีความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยเสมอ ไม่ว่าการแพทย์จะพัฒนาก้าวหน้าไปเพียงใด ครั้งหนึ่งเมื่อผมเพิ่งขึ้นมาเป็นผู้บริหารระดับสูงของ รพ. มีคุณยายท่านหนึ่งอายุน่าจะใกล้ ๘๐ ปีแล้วมาขอพบ ท่านถามคำถามผมว่า **“ทำไมหมอพยาบาลเดี๋ยวนี้ไม่ได้สัมผัสตัวท่านเลย”** วัดความดันก็เอาแขนของท่านใส่เข้าไปในเครื่องวัดอัตโนมัติ ไม่มีการใช้มือคลำ หรือหูฟังช่วยในการวัดเหมือนในอดีต จากนั้นก็ไม่มีการใช้หูฟังตรวจปอดหรือหัวใจแต่อย่างใด ทั้ง ๆ ที่คุณยายมา รพ. ด้วยอาการไอ แต่ส่งไปตรวจเอ็กซ์เรย์และคลื่นหัวใจแทน ทำให้ต้องไปนั่งรอคิวนานมาก เมื่อกลับมาพบแพทย์ก็บอกว่าไม่เป็นไร ผลเอ็กซ์เรย์และคลื่นหัวใจปกติ และไม่ได้บอกว่าเป็นโรคอะไร แต่ให้ยามาทานหลายขนาน คุณยายบอกว่าผิดกับสมัยที่มานอน รพ. เมื่อยี่สิบกว่าปีก่อน ป่วยเป็นโรคเนื้องอกในมดลูก ผมเป็นแพทย์ผู้รักษา และเป็นผู้ทำผ่าตัดมดลูกและรังไข่คุณยาย ในสมัยนั้นคุณยายจำได้ดีว่าทุกเช้าที่ผมไปตรวจ ผมจะเอามือลูบผมคุณยาย และสัมผัสใบหน้า ใบหูคุณยาย พร้อมกับพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปด้วย ทำให้มีความรู้สึกเหมือนกับว่าผมเป็นลูกหลานคุณยาย เกิดความรู้สึกที่ดีมาก ไม่มีความวิตกกังวลใด ๆ ในเรื่องความเจ็บป่วย เพราะมีความมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาอย่างดีที่สุด

ทำให้ผมหวนระลึกเมื่อยังทำการรักษาผู้ป่วย ผมจะสัมผัสตัวผู้ป่วยเสมอ ๆ บางครั้งก็จับมือ บีบมือเบา ๆ หรือลูบผมผู้ป่วยที่มีอายุ ก่อนที่จะเปิดเปลือกตาดูว่าซีดหรือไม่ จับและลูบใบหูพร้อมกับให้อ้าปาก เพื่อดูริมฝีปากและลิ้นว่ามีลักษณะของการขาดน้ำหรือเปล่า ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าเรากำลังตรวจร่างกาย จนถึงการใช้มือคลำหน้าท้อง โดยเริ่มบริเวณที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกว่าเจ็บก่อนเสมอ แล้วจึงไปตรวจบริเวณที่เจ็บเป็นที่สุดท้าย เพื่อตรวจดูสภาพพยาธิในช่องท้อง ถ้ากดตรวจบริเวณที่เจ็บปวดก่อน จะทำให้ตรวจบริเวณอื่นไม่ได้ เพราะคนไข้จะเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้เป็นภาพที่ผมเห็นบรรดาอาจารย์และรุ่นพี่ ๆ ที่ปฏิบัติติดต่อกันมาตลอดเมื่อเป็นนักศึกษาแพทย์ จึงทำให้สามารถนำมาใช้ต่อได้เป็นอย่างดี และพยายามที่จะถ่ายทอดต่อไปถึงแพทย์รุ่นใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีงามระหว่างผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้รักษา โดยยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเสมอ

ผมได้กล่าวขอบคุณคุณยาย และรับว่าจะนำเอาสิ่งที่คุณยายบอกนี้ไปสอนแพทย์ และทีมงานรุ่นใหม่ ๆ ให้เห็นความสำคัญของการสัมผัส ที่มีพลังอันซ่อนเร้น โดยเฉพาะการสัมผัสด้วยความจริงใจจะสามารถสื่อรู้ถึงกันได้

มีอยู่ครั้งหนึ่งคุณแม่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สบายมานอนที่ รพ. ผมจึงเดินไปเยี่ยมที่ห้อง ขณะนั้นลูกสาวที่ทำงาน สสจ. ไม่อยู่ หลังจากแนะนำตัวแล้วผมได้พูดคุยพร้อมกับจับมือคุณแม่ ลูบผมคุณแม่ พูดให้กำลังใจและบอกกับคุณแม่ว่า เป็นโอกาสที่ดีแล้ว ให้ลูก ๆ ได้ปรนนิบัติดูแลแม่บ้าง จะได้สร้างกุศลผลบุญแสดงความกตัญญูกตเวที คุณแม่ยิ้มและให้พรผมมากมาย สักครู่ลูกสาวโทรฯ มาขอบคุณผมและบอกว่าเดิมทีแม่ไม่ยอมมา รพ. จะขอตายอยู่ที่บ้าน แต่ตอนนี้เปลี่ยนใจแล้ว จะขอมา รพ.น่าน มาหาหมอณุ แค่หมอณุมาจับมือถือแขน และพูดคุยแม่ก็รู้สึกหายดีแล้ว ทุกครั้งที่นึกถึงคำพูดเหล่านี้ทำให้ผมเป็นสุขใจ เพราะเวลาที่ผมสัมผัสท่านผมรู้สึกเหมือนได้สัมผัสแม่ของผมเอง ซึ่งเสียชีวิตไปนานแล้วด้วย

บ่อยครั้งที่ผมจะแนะนำให้ญาติ หรือเพื่อน ๆ ผู้ป่วยจับมือผู้ป่วย เพื่อสัมผัสและส่งความระลึกถึง ความปรารถนาดี หรือ พูดคุยกับผู้ป่วยเบา ๆ ถึงเรื่องเก่าที่ดีงามที่เคยทำร่วมกัน ในผู้ป่วยที่โคม่าหรือไม่รู้สึกตัว ผมเชื่อว่าในส่วนลึกของสมองอาจมีการรับรู้ได้ บ่อยครั้งที่ผมสังเกตเห็นรอยยิ้มบนใบหน้าผู้ป่วยแม้จะเพียงแวบเดียว ก็ตาม ผู้ป่วยบางคนสิ้นลมพร้อมใบหน้าที่ยังยิ้มแย้มมีความสุข แสดงถึงความพร้อมที่จะจากโลกนี้ ผมเชื่อว่าทุกคน รวมถึงตัวผมเองก็ปรารถนาเช่นนี้เหมือนกัน เป็นการส่งสัญญาณให้ผู้ที่อยู่ด้านหลังไม่ต้องโศกเศร้าเสียใจจนเกินไป และควรดำรงชีวิตต่อด้วยการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้ผู้จากไปมีความสุข

ผมชอบที่จะแสดงออกด้วยการสัมผัส โดยการกอด เพื่อแสดงความดีใจที่ได้พบกัน แสดงความยินดีหรือ แสดงความเห็นใจกับคนรู้จักหรือเพื่อนร่วมงาน การกอดด้วยความจริงใจ จะเกิดความอบอุ่น มีพลัง และกำลังใจ อย่างประหลาด เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.น่าน ใหม่ ๆ เพื่อนร่วมงานบางคนก็รู้สึกเขิน ๆ ที่ถูก ผอ. กอด แต่พอนาน ๆ ไปจะเป็นฝ่ายเข้ามากอดผมเอง ทำให้เกิดความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน เมื่อเห็นผมทุ่มเท เสียสละทำงานให้กับ รพ. ทุกคนจึงพร้อมทุ่มเททำงานอย่างไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ทำให้ รพ. เกิดการพัฒนาอย่าง รวดเร็ว ผมยังจำได้แม่นครั้งเมื่อเกษียณ ผมทำถ้วยกาแฟ **“ขอบคุณที่เป็นคนดี”** ตั้งใจที่จะมอบให้ทุกคนกับมือใน ทุกหน่วยงาน ให้โอวาทพร้อมกับมอบถ้วยและกอดกันถ่ายรูปเป็นที่ระลึก วันหนึ่งผมเดินไปมอบให้กับงานภาคสนาม มีคนงานชายคนหนึ่งเมื่อรับถ้วยแล้วบอกว่าอยากกอด ผอ. ครับแต่เหงื่อเยอะ ผมบอกว่าไม่เป็นไรครับ พร้อมดึง ตัวเข้ามากอด และบอกว่าเหงื่อของพวกเรานี่แหล่ะที่ทำให้ รพ.น่าน สวย สะอาด น่าอยู่ ต้องขอบคุณพวกเราทุกคน จำได้ว่าทุกคนกอด ผอ. แน่นพร้อมกับน้ำตาคลอเบ้าด้วยความภูมิใจรวมทั้งตัวของผมเอง

ผมจึงอยากขอร้องให้พวกเราทุกคนในฐานะทีมผู้ให้การรักษา กรุณาให้ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยบ้าง ถ้าเป็นไป ได้การสัมผัสมือหรือแขนผู้ป่วย พร้อมคำพูดที่แสดงความห่วงใย ความปรารถนาดี อย่างน้อยวันละครั้งก็ยังดี จะทำให้วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจจะยังคงอยู่ตลอดไป เพราะสักวันหนึ่งเราเองก็คงหนีไม่พ้นต้องมาเป็น คนไข้อย่างแน่นอน ไม่ช้าก็เร็ว

“อัตตานัง อุปมังกเร” “เอาใจเขามาใส่ใจเรา”

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

สวัสดีสมาชิกสูตินรีแพทย์ทุกท่านครับ แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก หรือ intrauterine insemination (IUI) จะช่วยให้คู่สมรสที่มีบุตรยากจำนวนมากสามารถมีบุตรได้ แต่อีกด้านหนึ่งกลับพบว่า การใช้เทคโนโลยีดังกล่าวมีผลทำให้อุบัติการณ์ของภาวะครรภ์แฝด โดยเฉพาะครรภ์แฝดที่มีทารกมากกว่า ๒ คนขึ้นไป (high-order multifetal pregnancy) เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นที่ทราบดีว่าเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกแรกคลอดก่อนกำหนดที่สูงมาก ทางอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้ออกคำแนะนำการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูกฉบับนี้ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการลดภาวะอันไม่พึงประสงค์จากการรักษาภาวะมีบุตรยากดังกล่าวครับ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์
ประธานอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

Reproductive Medicine Sub-Committee Recommendation : Recommendation of intrauterineinsemination (IUI) for reduction of multiple pregnancy (RM-ART-002-2016)

คำแนะนำการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูกเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์แฝด

โดย... คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์แฝด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ จากการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยง และผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก[๑] ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ เพิ่มอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตร และการตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งทารกที่คลอดออกมาจะเพิ่มอัตราการที่จะต้องอยู่ใน NICU[๒] ดังนั้นเพื่อเป็นการลดภาวการณ์ตั้งครรภ์แฝด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครรภ์ตั้งแต่แฝดสามขึ้นไป (high-order mutlifetal pregnancy) ทางคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จึงได้จัดทำคำแนะนำการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์แฝดในการรักษาภาวะมีบุตรยาก

เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ คือ การคลอดทารกครรภ์เดี่ยวที่มีสุขภาพแข็งแรง[๑] การผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก อาจทำได้ทั้งในกรณีที่มีการกระตุ้น

รังไข่และไม่ต้องกระตุ้นรังไข่ แต่การกระตุ้นรังไข่อาจทำให้มีฟอลลิเคิลเจริญเติบโตขึ้นมามากกว่า ๑ ฟอลลิเคิล ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์แฝด โดยทั่วไปพบอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดจากการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูกประมาณร้อยละ ๔–๒๒[๓] ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า

อัตราการตั้งครรภ์แฝด จากการผสมเทียมจะเพิ่มขึ้นแปรตามจำนวนฟอลิเคิลที่มีขนาด ≥ ๑๔ มิลลิเมตร[๓, ๔] คือ

๑–๒ ฟอลลิเคิล ร้อยละ ๐.๓ – ๖.๐

๓ ฟอลลิเคิล ร้อยละ ๘.๖ – ๑๔.๐

๔ ฟอลลิเคิล ร้อยละ ๑๐ – ๓๐

≥ ๕ ฟอลลิเคิล มากกว่าร้อยละ ๓๐

โดยทั่วไปจึงแนะนำให้ยกเลิกทำการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก เมื่อมีฟอลลิเคิล ขนาด ≥ ๑๔ มิลลิเมตร จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ ๔ ฟอลลิเคิล[๕–๗]

คำแนะนำสำหรับการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก

๑. ในกรณีที่มีฟอลลิเคิลขนาด ≥ ๑๔ มิลลิเมตรจำนวน ๑ – ๒ ฟอลลิเคิล สามารถทำการผสมเทียมได้

๒. ในกรณีที่มีฟอลลิเคิลขนาด ≥ ๑๔ มิลลิเมตร จำนวน ๓ ฟอลลิเคิล อาจจะทำการผสมเทียมได้ หากแพทย์และคู่สามีภรรยาพิจารณาร่วมกันแล้ว สามารถยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตั้งครรภ์แฝดได้ แต่อย่างไรก็ตามไม่สมควรทำการผสมเทียมในกรณีต่อไปนี้

๒.๑ สตรีที่มีโรคประจำตัวที่จะมีความเสี่ยงมากขึ้นในกรณีที่ตั้งครรภ์แฝด (medical risks of multifetal gestation) เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease), morbid obesity หรือความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) เป็นต้น

๒.๒ สตรีที่มีโรคหรือประวัติทางสูติ–นรีเวช ที่จะมีความเสี่ยงมากขึ้นในกรณีที่ตั้งครรภ์แฝด (obstetrical risks of multifetal gestation) ได้แก่ มีประวัติ cervical incompetence มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) ก่อนอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป หรือเคยมีประวัติครรภ์เป็นพิษรุนแรงในครรภ์ก่อน หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์หรือเจ็บครรภ์ ได้แก่ uterine malformation เคยผ่าตัดคลอดบุตรตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป หรือเคยผ่าตัด intramural myomectomy ที่ก้อนมีขนาดใหญ่ เป็นต้น

๒.๓ เคยคลอดบุตรตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป

๓. ในกรณีที่มีฟอลลิเคิลขนาด ≥ ๑๔ มิลลิเมตร จำนวน ≥ ๔ ฟอลลิเคิล แนะนำให้ยกเลิกทำการผสมเทียมในรอบนั้น และใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยร่วมด้วย ในกรณีที่ไม่ต้องการจะยกเลิกการรักษา แนะนำให้ทำ follicular reduction by aspiration ให้เหลือน้อยกว่า ๔ ฟอลลิเคิล ก่อนที่จะทำการผสมเทียม หรืออาจเปลี่ยนการรักษาด้วยการทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization : IVF) แทน[๘]

เอกสารอ้างอิง

๑. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology. Criteria for number of embryos to transfer: a committee opinion. Fertil Steril 2013;99:44-6.

๒. Min JK, Claman P, Hughes E; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada; Canadian Fertility and Andrology Society. Guidelines for the number of embryos to transfer following in vitro fertilization. J Obstet Gynaecol Can 2006;28:799-813.

๓. van Rumste MM, Custers IM, van der Veen F, van Wely M, Evers JL, Mol BW. The influence of the number of follicles on pregnancy rates in intrauterine insemination with ovarian stimulation: a meta-analysis. Hum Reprod Update. 2008;14:563-70.

๔. Fong SA, Palta V, Oh C, Cho MM, Loughlin JS, McGovern PG. Multiple pregnancy after gonadotropin-intrauterine insemination: an unavoidable event? ISRN Obstet Gynecol 2011;2011:465483. doi: 10.5402/2011/465483.

๕. Ombelet W. Evidence-based recommendations for IUI in daily practice. Middle East Fertil Soc J. 2013;18: 74-7.

๖. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 34, February 2002. Management of infertility caused by ovulatory dysfunction. Obstet Gynecol. 2002;99:347-58.

๗. Bensdorp AJ, Tjon-Kon-Fat RI, Bossuyt PM, Koks CA, Oosterhuis GJ, Hoek A, et al. Prevention of multiple pregnancies in couples with unexplained or mild male subfertility: randomised controlled trial of in vitro fertilisation with single embryo transfer or in vitro fertilisation in modified natural cycle compared with intrauterine insemination with controlled ovarian hyperstimulation. BMJ 2015 Jan 9;350:g7771. doi: 10.1136/bmj.g7771.

๘. Dickey RP. Strategies to reduce multiple pregnancies due to ovulation stimulation. Fertil Steril 2009;91:1-7.

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙

วันศุกร์ที่ ๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมราชวิทยาลัยฯ ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ

นำเสนอรายงานผู้ป่วยโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

Patient profile

- ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๓๕ ปี อาชีพ รับราชการ ภูมิลำเนา จังหวัด กรุงเทพ สิทธิการรักษา เบิกจ่ายตรง
- ผู้ป่วย G3P1 GA 33^{+4} wks, Twin MCDA

Chief complaint : ปวดท้อง ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness : ผู้ป่วยมาที่ห้องคลอดด้วยเจ็บท้อง ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดตลอดเวลา รู้สึกอ่อนเพลีย เหงื่อออกตัวเย็น หายใจแน่นหน้าอก พูดตอบช้า ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีเลือดออก ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ

ประวัติระหว่างฝากครรภ์

- ANC ๑๐ ครั้ง ที่ วชิรพยาบาล
- ระหว่าง ฝากครรภ์ BP 120/80 mmHg
- น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์
- No proteinuria
- Ultrasound : no fetal anomaly, no discordant growth, no IUGR

Physical Examination

V/S : BP 80/50 mmHg, P 120 bpm, RR 53 O_2 sat 95%
GA E4M6V4, drowsiness

HEENT : marked pale conjuntiva, anicteric sclera

RS : tachypnea, clear both lung

CVS : tachycardia, normal S1S2, no murmur

Abd : FH 4/4 > umbilicus, Uterine contraction : Interval 4 min, duration 30 second, intensity 2+ Absent fetal heart sound

Transabdominal Ultrasound

- Twin A : Vertex presentation, no fetal heart rate
- Twin B : vertex presentation, FHR 50 bpm
- Placenta : placental thickness 3 cm, no retroplacental blood seen

Diagnosis

1) G3P1 GA 33^{+4} wks, Twin MCDA with fetal distress
2) Acute abdominal pain with hypovolemic shock

Diferential cause of abdominal pain with hypovolemic shock

- Ruptured uterus
- Intraabdominal hemorrhage
- Acute amniotic fluid embolism
- Acute pulmonary embolism
- Abruptio placenta with hypovolumic shock

Initial Treatment :

- NSS 1000 ml IV free flow *2
- Retain Foley's catheter for assess volume status
- Blood for CBC, coagulogram, D-dimer
- G/M PRC 4 unit, FFP 4 unit, Plt conc 5 unit
- Consult : anesthesiologist, cardiologist, pediatrician
- Set OR emergency for cesarean section due to fetal distress

Progression : ขณะกำลังเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการ กระสับกระส่าย แน่นหน้าอก ซึมลง (ระหว่าง resussitation) BP 85/40 mmHg P 115 RR 50 หลังจากนั้น ๑๐ นาที ผู้ป่วยเรียกไม่ตื่น ซึมลง คลำชีพจรไม่ได้ จึง Start CPR

- CPR : push hard, push fast, fully chest recoil
- Adrenaline (1:1000) 1 mg iv q 3 min
- Push isotonic solution
- Uterine displacement to left lateral
- Monitor EKG
- Return of spontaneous circulation
- Set OR emergency for Cesarean section and abdominal exploration

Preoperative diagnosis : G3P1A1 GA 33^{+4}wk with twin MCDA with fetal distress with abruptio placenta with hypovolemic shock with post cardiac arrest

Operative finding :

- Incision : low midline
- Hemoperitoneum 3000 cc
- Uterus : No ruptured site was seen
- Abdominal exploration :
- Adnexa : Right endometriotic cyst 3 cm. with ruptured site 2 mm. with active bleeding, Left adnexa normal
- posterior wall of uterus : adhesion to rectum
- Liver&spleen : normal
- Cesarean section
  - 2 female fetus, APGAR score 0
  - Neonatal resussitation :
  - CPR 30 min
  - on ETT
  - load iv fluid via umbilical catether
  - Adrenaline (1:10000) 1 cc q 3 min
- Fetal dead

Definite diagnosis : Ruptured right endometriotic cyst with hypovolumic shock with post cardiac arrest and Death fetus in utero

Post partum care

- Counseling and psychological support
  - Complication from massive blood loss
  - Sheehan's syndrome
  - Coagulopathy
  - Prolong hospital stay
- Long term management of endometriosis

บทวิจารณ์ โดย รศ.นพ.เอกชัย โควาวิสารัช
กลุ่มงานสูติ - นรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

สตรีตั้งครรภ์ อายุ ๓๕ ปี อายุครรภ์ ๓๓$^{+๔}$ สัปดาห์ เป็นครรภ์แฝด มาด้วยปวดท้องเฉียบพลัน ๓ ชั่วโมง ตรวจพบทารกเสียชีวิต ๑ คน และทารกอีกคนหัวใจเต้น ๕๐ ครั้ง/นาที และมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด สงสัยมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้ส่งผ่าท้องทำคลอดฉุกเฉิน แต่ต่อมาเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและได้ทำหัตถการกู้ชีพและทำผ่าท้องทำคลอดฉุกเฉิน พบว่ามีเลือดในช่องท้อง ๓,๐๐๐ มล. และมี Right Endometriotic cyst ๓ ซม. ที่มีรอยแตก ๒ มม. ที่กำลังมีเลือดออกอยู่ ได้ทำผ่าตัด Right ovarian cystectomy

ในผู้ป่วยรายนี้ สามารถวินิจฉัยภาวะช็อคจากการเสียเลือดได้ไม่ยาก เพราะว่าความดันโลหิตต่ำ ๘๐/๕๐ มม.ปรอท ชีพจรเต้นเร็ว ๑๒๔ ครั้ง/นาที แต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยสาเหตุของการช็อคได้อย่างชัดเจน ประกอบกับทารก ๑ คนมีภาวะเครียด (Fetal distress) ดังนั้นการดูแลรักษาโดยการผ่าท้องทำคลอดนับว่าเหมาะสมดีแล้ว เนื่องจากสาเหตุของการช็อคจะต้องแก้ไขโดยผ่าตัดไปดู เพราะผู้ป่วยไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือทวารอื่น ๆ

ต่อมาขณะเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัดเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) การช่วยกู้ชีพ (Cardiopulmonary resuscitation) ก็ใช้หลักการเดียวการดูแลภาวะฉุกเฉินนี้ในคนที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยมีหลักการที่ควรปฏิบัติการกู้ชีพดังต่อไปนี้[๑]

๑. การดูแลการปฏิบัติการกู้ชีพควรทำเป็นสหสาขาและโดยทั่วไปใช้คำเป็นสากลว่า **"Code Blue Obstetrics"**

๒. ในทีมสหสาขาควรประกอบด้วย

๒.๑ ทีมปฏิบัติการกู้ชีพทั่วไป

๒.๒ สูติแพทย์และพยาบาล

๒.๓ วิสัญญีแพทย์และผู้ช่วยวิสัญญีแพทย์

๒.๔ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิดและทีม

๓. ควรมีแนวทางการปฏิบัติการกู้ชีพแสดงให้เห็นตามจุดสำคัญต่าง ๆ ที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ เช่น ห้องฝากครรภ์ ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน เป็นต้น โดยยึดหลัก Advanced cardiac life support

๔. ตรวจสอบเครื่องมือในการผ่าท้องทำคลอดฉุกเฉิน และเครื่องมือช่วยเหลือทารกแรกคลอดให้พร้อม

๕. ในทีมสหสาขาที่จะปฏิบัติการกู้ชีพหญิงตั้งครรภ์ควรมีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือบางจุดที่สำคัญ เช่น

๕.๑ ดูแลสถานการณ์ให้สะดวกต่อการปฏิบัติงาน

๕.๒ ทำการจัดท่ามารดาให้มดลูกเอียงไปทางซ้ายโดยใช้มือเดียวหรือสองมือดันมดลูกไปเพื่อลดการกดต่อเส้นเลือดใหญ่

๕.๓ ทีมควรมีการสื่อสารและตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะการประคับประคองทางเดินหายใจและการผ่าท้องทำคลอดฉุกเฉินขณะปฏิบัติการกู้ชีพ

๖. ต้องพิจารณาระยะเวลาที่จะตัดสินใจผ่าท้องทำคลอดช่วยทารกในกรณีที่อายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดเมื่อทำการช่วยกู้ชีพและยังไม่พบว่ามีการตอบสนอง

๗. ทีมที่ดูแลหลังการกู้ชีพสำเร็จควรเป็นทีมสหสาขาเช่นกันเพื่อประคับประคองให้พ้นช่วงวิกฤต

๘. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นควรได้รับการทบทวนประวัติการดูแลและขั้นตอนการรักษาเพื่อเป็นการปรับปรุงแนวทางการดูแลเป็นทีมดังกล่าวต่อไปในอนาคต

ขั้นตอนปฏิบัติของการกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมีดังนี้[๑]

๑. จัดท่าหญิงตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า ๒๐ สัปดาห์ ให้ปรับมารดาให้อยู่ในท่าเอียงด้านซ้าย (Left lateral tilt) ประมาณ ๓๐ องศา

๒. เปิดทางเดินหายใจ (open the airway) เพื่อตรวจดูสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ

๓. ประเมินการหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต (Breathing and circulation) โดยดูการขยับตัวและผนังหน้าอก ฟังเสียงการหายใจ และตรวจคลำการเต้นของหลอดเลือดแดง carotid

๔. กดนวดหน้าอก (Chest compression) กดนวดหน้าอก ๓๐ ครั้ง ตามด้วยช่วยหายใจ ๒ ครั้ง กดบริเวณกึ่งกลางของครึ่งล่างของกระดูกหน้าอก (Sternum) กดลึก ๔-๕ ซม. ด้วยอัตรา ๑๐๐ ครั้ง/นาที ควรเปลี่ยนผู้กดนวดทุก ๒ นาที

๕. การให้การหายใจคงอยู่ (Airway maintenance) ให้ดมออกซิเจน ๑๐๐% ผ่านหน้ากาก อย่างไรก็ตามการใช้ท่อช่วยหายใจเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการช่วยหายใจ แต่ใส่ยากและใช้เวลานาน

๖. Defibrillation สามารถใช้ external defibrillation และ cardioversion ได้อย่างปลอดภัยตลอดทุกอายุครรภ์ของการตั้งครรภ์

ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำปฏิบัติการกู้ชีพ และหลังจากระบบไหลเวียนโลหิตกลับคืนมาแล้วจึงได้ทำการผ่าท้องทำคลอด แต่หากผู้ป่วยรายนี้ยังไม่สามารถมีสัญญาณชีพกลับมาได้ภายใน ๔ นาทีหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นแล้ว หากได้ผ่าท้องทำคลอด perimortem (periarrest) cesarean section เป็นการลดการทำงานของหัวใจ ทำให้การกู้ชีพมารดามีโอกาสสำเร็จมากขึ้น เพราะเพิ่ม cardiac output ได้ถึงร้อยละ ๖๐ - ๘๐[๑, ๒]

นอกจากนี้ระบบประสาทของทารกที่คลอดจะสูญเสียน้อยลงอีกด้วย

ควรพิจารณาผ่าท้องทำคลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๒๒ - ๒๔ สัปดาห์[๑]

ในการผ่าตัดพบว่ามี Rt. endometriotic cyst ขนาด ๓ ซม. ที่มีรอยแตก ๒ มม. ที่มี active bleeding แสดงว่าภาวะเลือดออกในช่องท้องเป็นอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลค่อนข้างช้า เนื่องจากมีเลือดในช่องท้องถึง ๔,๐๐๐ มล. และมีอาการช็อคจนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในที่สุด

ในขณะฝากครรภ์ผู้ป่วยรายนี้มีจุดอ่อนอยู่ประการหนึ่งคือ ผู้ตรวจอัลตราซาวด์ไม่ได้ดูที่บริเวณปีกมดลูก ซึ่งในขณะนั้นอายุครรภ์ ๑๑ สัปดาห์ สามารถดูบริเวณปีกมดลูกได้ แม้ว่าจะไม่ได้เปลี่ยนแปลงการดูแลรักษา แต่ก็อาจทำให้ผู้ดูแลครรภ์ในระยะต่าง ๆ มาตระหนักว่าอาจเป็นสาเหตุของปัญหา Acute abdomen ได้แม้ว่าจะไม่ได้พบบ่อยก็ตาม

อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้สามารถดูแลได้ดีในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ในที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลค่อนข้างช้า

เอกสารอ้างอิง

๑. จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. การดูแลภาวะหัวใจหยุดเต้นในหญิงตั้งครรภ์. ใน : เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, บุญศรี จันทร์รัชชกูล, บรรณาธิการ. วิกฤตการณ์ทางสูติกรรมที่รุนแรง. กรุงเทพฯ : ทรี-ดีสแกน, 2554 : 39-47.

๒. พงศ์ธร สุโฆสิต, พตอ. การบาดเจ็บในสตรีตั้งครรภ์. ใน : เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, บุญศรี จันทร์รัชชกูล, บรรณาธิการ. วิกฤตการณ์ทางสูติกรรมที่รุนแรง. กรุงเทพฯ : ทรี-ดีสแกน, 2554 : 49-52.

บทวิจารณ์ โดย นพ.อดิศักดิ์ นิธิเมธาโชค
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทรธิราช

ข้อควรทราบในการช่วยฟื้นคืนชีพหญิงตั้งครรภ์

นอกจากการค้นหาสาเหตุที่ทำให้หัวใจหยุดเต้นในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมักจะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไปแล้ว การเปลี่ยนแปลงกายวิภาคและสรีรวิทยา โดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์เข้าสู่ปลายไตรมาสที่ ๓ ยังส่งผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ด้วย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

๑. อุปสรรคในการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากน้ำหนักตัว ขนาดของร่างกาย และหน้าอกที่ขยายใหญ่ขึ้น ส่งผลให้ด้ามจับ laryngoscope ขนาดปกติชนกับผนังหน้าอกของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีขนาดกายใหญ่มากส่งผลให้ laryngoscopic view แย่ลง สารน้ำระหว่างเซลล์ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณกล่องเสียง และเส้นเสียงบวมมากขึ้น ดังนั้นควรจัดท่าผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งนอกจาก sniffing position แล้ว การจัดท่าผู้ป่วยแบบ ear to sternal notch ช่วยให้ laryngoscopic view ดีขึ้น เตรียม laryngoscope ชนิดด้ามจับ และอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจชนิดอื่น (alternative airway) ไว้เสมอ และตัดสินใจขอความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อประสบกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจยาก

๒. หญิงตั้งครรภ์ใช้ออกซิเจนมากกว่าปกติร้อยละ ๕๐ และมีออกซิเจนสำรองในปอดเพียงร้อยละ ๗๐ ของปริมาตรปกติ และลดเหลือเพียงร้อยละ ๓๐ – ๕๐ ของปกติในท่านอนหงาย จากการศึกษาพบว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์หยุดหายใจ จะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเร็วกว่าคนที่ไม่ตั้งครรภ์ ดังนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่ดีควรประกอบด้วยการกดหน้าอก และช่วยหายใจมากกว่ากดหน้าอกเพียงอย่างเดียว และควรพิจารณาช่วยหายใจเร็วกว่าผู้ป่วยทั่วไป

๓. การกดหน้าอก (chest compression) ในผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นทำให้เกิด cardiac output ประมาณร้อยละ ๓๐ ของระดับปกติ แต่ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ๒๒–๒๔ สัปดาห์ขึ้นไป มดลูกจะกดเบียดหลอดเลือด inferior vena cava และเออออร์ตาในท่านอนหงาย การกดหน้าอกจึงทำให้มี cardiac output เพียงร้อยละ ๑๐ ของปกติเท่านั้น จึงควรเปิดเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำเหนือกะบังลม ระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพควรโกยหรือดันมดลูกไปทางซ้าย เพื่อเพิ่มเลือดไหลกลับเข้าหัวใจ หากการช่วยฟื้นคืนชีพไม่สำเร็จ พิจารณาทำ perimortem cesarean section (PMCS) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ช่วยฟื้นคืนชีพเป็นเวลาพอสมควรแล้วแต่ไม่สำเร็จ กลับมีสัญญาณชีพทันทีที่นำทารกออกจากครรภ์ จากการศึกษาของ V. Katz และคณะ รวบรวมข้อมูลระหว่างปี ค.ศ.๑๙๘๕–๒๐๐๕ พบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ได้รับการทำ PMCS รอดชีวิต ๑๓ ราย จาก ๓๘ ราย การศึกษาของ S. Einav และคณะ พบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ได้รับการทำ PMCS มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ ๕๔ (๕๑/๙๔ ราย) และในจำนวนนี้ไม่พบความเสียหายของ

สมองถึงร้อยละ ๗๘ (cerebral performance score 1–2) ทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เมื่อมารดาหัวใจหยุดเต้นมีอัตรารอดชีวิตที่ดีเช่นเดียวกัน และจำนวนมากมีการทำงานของสมองเป็นปกติ การศึกษาของ V. Katz และคณะ พบว่าระหว่างปี ค.ศ.๑๘๗๙–๑๙๘๕ มีทารกรอดชีวิตจากการทำ PMCS มากกว่าร้อยละ ๕๐ (๑๘๘ ราย จาก ๒๖๙ ราย) และทารกรอดชีวิต ๓๔ ราย จาก ๓๘ ราย ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๘๕–๒๐๐๕ โดยที่ V. Katz และคณะ พบว่าเวลาทารกที่รอดชีวิตส่วนมากเกิดจากการทำ PMCS ภายในเวลา ๕ นาที (จากจำนวนตัวอย่าง ๒๐๐ ราย) ขณะที่ Michael D. และคณะ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ทำ PMCS และส่งผลต่อการรอดชีวิต และความเสียหายทางสมอง ของทั้งมารดาและทารก คือ ๙ นาที (จากจำนวนตัวอย่าง ๕๓ ราย) แม้ว่าจะมีรายงานความสำเร็จของการช่วยชีวิตมารดาหรือทารก ที่ผ่าตัดคลอดหลังมารดาหัวใจหยุดเต้นนานถึง ๓๐ นาทีก็ตาม การตะแคงผู้ป่วยไปทางซ้าย (left lateral tilt) ในระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ ทำให้ประสิทธิภาพของการกดหน้าอกลดลง แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพของ American Heart Association ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ จึงแนะนำให้ทำการโยกมดลูกไปทางซ้ายเท่านั้น

ดังนั้น ควรพิจารณาทำ PMCS เมื่อ ช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยอายุครรภ์มากกว่า ๒๒ สัปดาห์ขึ้นไป หรือขนาดมดลูกเหนือสะดือขึ้นไปเป็นเวลา ๔–๕ นาทีแต่ไม่สำเร็จ โดยไม่จำเป็นต้องตรวจยืนยันอายุครรภ์หรือการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ก่อนทำ หรือในรายที่มารดาหัวใจหยุดเต้นด้วยสาเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น ได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง การทำ PMCS อาจช่วยให้ทารกในครรภ์รอดชีวิตได้ ความเสี่ยงจากการทำ PMCS เช่น มีปัญหาทางกฎหมายตามมา การได้ทารกที่มีปัญหาการทำงานของสมอง เป็นต้น การพัฒนาแนวนโยบายในระดับประเทศหรือสถานพยาบาล และการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการทำ PMCS จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพในสตรีตั้งครรภ์

(Cardiopulmonary resuscitation in pregnancy)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

สตรีตั้งครรภ์หัวใจหยุดเต้น (Maternal cardiac arrest)

⬇

การดูแลที่ห้องฉุกเฉิน

- แจ้งให้ทีมช่วยฟื้นคืนสตรีตั้งครรภ์ทราบทันที*โดยประสานผ่านห้องฉุกเฉิน (นำส่งโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ประจำที่ใกล้ที่สุดก่อน)
- ช่วยฟื้นคืนสตรีตามมาตรฐานวิชาชีพ การกดหน้าอก**การช่วยหายใจ การให้สารน้ำ**ยาช่วยฟื้นคืนชีพและการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า
- โกย/ดันหน้าท้องผู้ป่วยไปทางซ้าย ในผู้ป่วยที่ระดับยอดมดลูกสูงกว่า หรือเท่ากับสะดือ
- รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

⬇

การดูแลที่ห้องฉุกเฉิน

- ประกาศแผนการช่วยฟื้นคืนชีพในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ฉุกเฉิน สูตินรีแพทย์(อาจารย์แพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านปีสาม พยาบาลห้องผ่าตัด) กุมารแพทย์ ทันที
- ดำเนินการให้การช่วยฟื้นคืนชีพดำเนินไปอย่างได้มาตรฐานครบถ้วน ต่อเนื่องจากการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล
- ค้นหาและแก้ไขสาเหตุ

  *เปิดเส้นให้สารน้ำเหนือระดับกระบังลม

  *พิจารณาตามแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ

  *พิจารณาใช้ ECMO หากสามารถทำได้

- หากการช่วยฟื้นคืนชีพไม่สำเร็จใน ๔ นาที
- พิจารณาผ่าคลอดฉุกเฉินทันที เมื่อสงสัยว่ามีการกดเบียดหลอดเลือดเอออร์ตาและอินฟีเรีย เวนาคาวาจากมดลูก

  * ขนาดของมดลูกที่มีผลต่อหลอดเลือดใหญ่ในช่องท้อง คือ อยู่เหนือสะดือขึ้นไป

  ** พิจารณาทำการผ่าคลอดฉุกเฉินได้ตั้งแต่ ๔ จนถึง ๓๐ นาที หลังหัวใจหยุดเต้น โดยตัดสินใจทำเร็วที่สุด

  *** พิจารณาทำการผ่าคลอดฉุกเฉินในรายที่มีผู้เห็นเหตุการณ์ (ทราบระยะเวลาที่หัวใจหยุดเต้นชัดเจน)

- ช่วยฟื้นคืนชีพทารกจากการคลอดฉุกเฉินตามความเหมาะสม

คำถามท้ายเล่ม....

จากคณะอนุกรรมการการศึกษาต่อเนื่องฯ

สำหรับสะสมคะแนน CME

๑. ข้อใดไม่ใช่ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์แฝด ที่เกิดจากการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ก. ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์

ข. เพิ่มอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตร

ค. เพิ่มการตกเลือดหลังคลอด

ง. ลดการคลอดก่อนกำหนด

๒. อัตราการตั้งครรภ์แฝด จากการผสมเทียมที่แปรตามจำนวนฟอลลิเคิลที่มีขนาดมากกว่า ๑๓ มิลลิเมตร ข้อใดไม่ถูกต้อง

ก. ๑-๒ ฟอลลิเคิล ร้อยละ ๓.๐ - ๖.๐

ข. ๓ ฟอลลิเคิล ร้อยละ ๘.๖ - ๑๔.๐

ค. ๔ ฟอลลิเคิล ร้อยละ ๑๐ - ๓๐

ง. ≥ ๕ ฟอลลิเคิล มากกว่าร้อยละ ๓๐

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นพ.นพพร เงินเย็น

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

๓. โดยทั่วไปแนะนำให้ยกเลิกทำการผสมเทียมด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก เมื่อมีฟอลลิเคิล ขนาดมากกว่า ๑๓ มิลลิเมตร จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับกี่ฟอลลิเคิล

ก. ๑ ข. ๒ ค. ๓ ง. ๔

๔. กรณีที่มีฟอลลิเคิลขนาดมากกว่า ๑๓ มิลลิเมตร จำนวน ๓ ฟอลลิเคิล อาจจะทำการผสมเทียมได้ในกรณีใด

ก. แพทย์สามารถยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตั้งครรภ์แฝดได้

ข. สามีสามารถยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตั้งครรภ์แฝดได้

ค. ภรรยาสามารถยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตั้งครรภ์แฝดได้

ง. ทุกข้อรวมกัน

๕. กรณีใดไม่ถือว่าเป็น **obstetrical risks of multifetal gestation**

ก. มีประวัติ cervical incompetence

ข. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) ก่อนอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ ตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป

ค. เคยมีประวัติครรภ์เป็นพิษรุนแรงในครรภ์ก่อน หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์หรือเจ็บครรภ์

ง. เคยผ่าตัด intramural myomectomy ที่ก้อนมีขนาดใหญ่

เฉลยคำถามจากฉบับที่แล้ว

๑. ข้อใดไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะ placenta accreta

ง. Multiple gestation

๒. ข้อใดเป็นลักษณะที่มักพบในภาวะ placenta accreta ในช่วงไตรมาสที่สาม

ข. เห็น hypoechoic retroplacental zone ชัดเจน

๓. การใช้ Magnetic resonance imaging (MRI) มีความเหมาะสมในการช่วยวินิจฉัยในภาวะใดมากที่สุด

ข. รกเกาะอยู่ด้านหลัง

๔. อายุครรภ์ที่เหมาะสมในการยุติการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีภาวะ placenta accreta

ง. ๓๔ - ๓๖ สัปดาห์

๕. ภาวะแทรกซ้อนใดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในการผ่าตัดสตรีที่มีภาวะ placenta accreta ยกเว้น

จ. Amniotic embolism

Gossip ซุบซิบ...ซุบซิบ

ได้รับศีลรับพร
กันทั่วหน้าในงานเลี้ยง
ส่งท้ายปีเก่า
ต้อนรับปีใหม่...
แปลว่าปีหน้าให้ทำงาน
หนักๆ นะจ๊ะทุกคน

ขอแสดงความยินดีกับ ศ.นพ.ธีระ ทองสง
อาจารย์สูตินรีแพทย์ จากภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้รับรางวัล
แพทย์ดีเด่น ๒๕๕๙ ของแพทยสภา
เมื่อวันจันทร์ที่ ๑๔พฤศจิกายน ๒๕๕๙
ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ปี ชลยศูนย์วิจัย
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ

“ อ.สุธิต คุณประดิษฐ์
สูตินรีแพทย์คนเก่ง แห่งเมืองลำพูน
ของเรา ในงานสุขภาวะดีเริ่มที่นมแม่
และงานอื่นๆ อีกมากมาย
ขยันขนาด.....ต้องขอปรบมือ..นักๆ”

"สุดยอด!!!
อ. วรพงศ์และคณะ
ได้ช่วยดูแลวารสาร
Thai J Ob&Gyn
ของเรา จนได้รับรางวัล
ระดับชาติ....
แบบนี้ต้องฉลอง"

สัมมนาวิชาการ เรื่อง
The Place of
PGS : Pro and Cons
โดย คณะอนุกรรมการ
เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
๑๙/๑๒/๕๙

"เข้มแข็งๆ คณะอนุกรรมการทบทวนหลักสูตร
ผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช โดย ท่าน อ.วิสิทธิ์
และคณะ ช่วยเปิดให้ได้ภายในปี ๖๐ นี้นะครับ"

TCI - SCOPUS-TRF Journal Award 2016

จัดโดย TCI (Thai-Journal Citation Index Centre)

ได้ประกาศรายชื่อวารสารที่ได้รับรางวัลในระดับประเทศ ซึ่งมี ๒ วารสาร ที่ได้รับรางวัลในปีนี้

1. Siriraj Medical Journal
(สารศิริราชเดิม)
บรรณาธิการซึ่งเป็นอดีต
ประธานราชวิทยาลัยสูติฯ
ศ.นพ.สมบูรณ์ คุณาธิคม
และทีมงานขึ้นรับรางวัล

2. Thai Journal of
Obstetrics and Gynaecology
บรรณาธิการ
ศ.นพ.วรพงศ์ ภู่พงศ์
ขึ้นรับรางวัล

ท่านประธานและเลขา....
เนื่องในวันสอบ....
สู้ๆนะ... เพื่อศิษย์รัก..
Basic science
๑๘/๑๒/๕๙