



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

สัปดาห์แพทยสัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๓ เดือนมีนาคม ๒๕๖๐

การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



Women's Health Care Sufficiency

26-28 April 2017, Bangkok Thailand



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

คณะผู้บริหาร
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

- **ประธาน**
ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- **ผู้ริ่ตั้งตำแหน่งประธาน**
พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- **รองประธาน**
นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์
- **เลขาธิการ**
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิไลลักษณ์
- **รองเลขาธิการ**
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์
- **เหรียญกษาปณ์**
แพทย์หญิงสุวรรณา อัสวพิริยานนท์
- **กรรมการกลาง**
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจาทิบาล
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์
 - นายแพทย์วิสิทธิ์ สุกครพวงกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศกนัน มะโนทัย
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุกักดิ์ จุลวิจิตรพงษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณพ ใจสำราญ
 - ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุณาใจ กอนันตกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โค้ววีสารัช

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สุทินรื้อว - จริยธรรมสารก	๗
ความสำคัญของการตรวจพบ Fetal Markers ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงไตรมาสที่สองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยวิธี Cell-Free DNA	๑๐
อสุจิแช่แข็ง..... นำออกไปทำไป	๑๖
Interhospital Conference ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙	๑๘
คำถามท้ายเล่ม	๒๒
ขอบคุณ... ขอบคุณด้วยภาพ	๒๔

รุดินร่แพทย์ร่พิมพ์นธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทัศนคติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิดจดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เข้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย
ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๗/๑๖-๕๓/๒๑-๒๔๔ โทรสาร : ๐-๒๒๗/๑๖-๕๓/๒๑
www.rtcog.or.th
E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ดุสิต สิกขิมวรงค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมัทธนา สุบประเสริฐ
แพทย์หญิงกัญฉัตร พัทธนาวิจารย์,
นายแพทย์เกียรติศักดิ์ คววัฒน์กุล, นายแพทย์ชานูชัย บุญอยู่
นายแพทย์ธีรวิทย์ ชันประกอบ, นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

เลขานุการ

นางสาวจิระพันธ์ มวลจุฑา

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาพร พูลประเสริฐ, นางสาวอริสา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรั-ดี สแกน จำกัด
โทรศัพท์ : ๐-๒๖๖๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

บรรณาธิการแปล

โดย... ศ.พญ.สุกฤษฎา วิไลลักษณ์

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



สวัสดี: สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ ท่านประธานราชวิทยาลัยฯ ของพวกเรา ได้สรุปสาระสำคัญของ การประชุมกับองค์การอนามัยโลก (WHO) : Department of Reproductive Health and Research ที่ท่านได้ไปเข้าร่วมประชุมมาทั้ง ๓ ครั้งให้ท่านสมาชิกได้รับทราบ ต่อด้วยบทความ สูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก เรื่อง **“การทำงานตามรอยพระยุคลบาท ตอนที่ ๒”** โดย **พว.พิษณุ จันดีพงษ์** ครั้งนี้ท่านได้น้อมนำ พระบรมราโชวาทของในหลวง รัชการที่ ๙ ที่ทรงมีให้กับบัณฑิตใหม่หรือในวันสำคัญต่างๆ ซึ่งถ้าใครนำไป ปฏิบัติจะยังให้บังเกิดผลดีต่อตนเองและส่วนรวม ตามด้วยบทความวิชาการจากคณะอนุกรรมการอนามัย แม่และเด็ก เรื่อง **“ความสำคัญของการตรวจพบ Fetal Soft Markers ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงไตรมาส ที่สองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยวิธี Cell-Free DNA”** โดย **พศ.พญ.รัตนา คำวิสัยศักดิ์** และ บทความพิเศษจากอดีตประธานราชวิทยาลัยฯ **ศ.พว.สมบุญ คุณาธิคม** เรื่อง **อสุจิแช่แข็ง... น้าออกไปทำไม** ซึ่งทันสมัยและทันต่อเหตุการณ์เป็นอย่างยิ่ง ตามด้วย รายงานการประชุม **Interhospital Conference ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙** นำเสนอกรณีผู้ป่วยโดยแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และบทวิจารณ์โดย **พ.อ. พญ.ปรีศนา พาณิชกุล** จากกองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าปิดท้ายด้วยคำถามท้ายเล่ม และซุบซิบ..ซุบซิบ ด้วยภาพ เช่นเคยค่ะ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ อิเลคทรอนิกส์ เพื่อลดโลกร้อน สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ อิเลคทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณา แจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR code** ได้ค่ะ



พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรื่อง สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

ในช่วงระยะ ๑ เดือนที่ผ่านมา ผมได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมกับ Department of Reproductive Health and Research, The World Health Organization ๓ ครั้ง ขอรายงานข้อสรุปให้ท่านสมาชิกทราบโดยสังเขป ดังนี้ครับ

๑. การประชุม WHO CHAMPION trial : Investigators' meeting ณ เมือง Cape Town ประเทศแอฟริกาใต้ ระหว่างวันที่ ๒๓-๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐ เป็นการประชุม ติดตามความก้าวหน้าของโครงการวิจัย A phase III, randomized, double-blind, active, controlled, multinational, multicentre, non-inferiority trial using carbetocin room temperature stable (RTS) for the prevention of postpartum haemorrhage during the third stage of labour in women delivering vaginally โดยมี WHO เป็น Sponsor ประเทศไทยได้รับคัดเลือกให้เป็น ๑ ใน ๑๐ ประเทศที่เข้าร่วมโครงการนี้ โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยประเทศไทยจะรวบรวมผู้คลอดจำนวน ๓,๐๐๐ คน จากขนาดตัวอย่างรวม ๓๐,๐๐๐ คน โครงการนี้เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิผลของยา Carbetocin ซึ่งเป็น derivative ของ Oxytocin ที่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวกว่าและทนสภาพอากาศร้อนดีกว่า โครงการนี้มี WHO เป็นผู้รับผิดชอบหลัก มี Merck for Mothers ให้งบประมาณ และ Ferring เป็นผู้ผลิตยา โดย Ferring สัญญากับองค์การอนามัยโลกว่าถ้าผลการวิจัยออกมาว่า Carbetocin ดีจะขายในราคาที่ไม่แพงกว่า Oxytocin การวิจัยช้ากว่าที่วางแผนไว้เล็กน้อย แต่คาดว่าจะสรุปผลได้ในปีนี้หรือต้นปีหน้า

๒. การประชุม UPDATING WHO MATERNAL AND PERINATAL HEALTH GUIDELINES : EXECUTIVE GUIDELINE STEERING GROUP ณ Novotel Hotel, Geneva, Switzerland มีผู้เข้าร่วมประชุม ๓๒ คนจากทั่วโลก ทบทวน Recommendations ใน Pregnancy and Childbirth Guidelines ต่าง ๆ ของ Department of Reproductive Health and Research, WHO (ทั้งหมดสามารถ Download ได้ที่ http://www.who.int/publications/guidelines/reproductive_health/en/) ซึ่งประกอบด้วย

- a. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience 7 November 2016
- b. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes 17 November 2015
- c. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections 28 September 2015
- d. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 27 May 2015

- e. WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health 3 July 2014
- f. WHO recommendations for augmentation of labour 23 May 2014
- g. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 19 December 2013
- h. Optimizing health worker roles for maternal and newborn health 4 December 2012
- i. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage 18 September 2012
- j. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia 2 November 2011

แต่ละ Guidelines ก็มี Recommendations จำนวนมาก ผลการประชุม เลือกได้ ๒๕ Recommendations ที่เป็น priority ที่จะรีบ update ใน ๑ ปี

๓. การประชุม WHO estimates of levels and trends of preterm birth (1990 to 2014): Technical Advisory Group Meeting: 3–4 April 2017, World Health Organization, Geneva, Switzerland เป็นการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาของ WHO ในการจัดทำรายงาน การประเมิน preterm birth rates ระดับ global, regional and national ที่น่าภูมิใจเป็นอย่างยิ่งคือ คณะทำงานหลักเป็นทีมจากประเทศไทย โดยมีผู้รับผิดชอบหลักคือ **รศ.พญ.สายฝน ขวาลไพบูลย์** และ **อ.พญ.กนกวรรณ วัฒนนิรันดร์** จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับทีมจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วย **ศ.ดร.มาลี เหล่าไพบูลย์ ศ.พญ.เจศญา ถิ่นคำสว อ.อ.ว. เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล** โดยมีผมเป็นผู้ประสานงาน ร่วมกับ Professor Max Petzold จากมหาวิทยาลัย Gothenburg ประเทศสวีเดน, Professor Jim Zhang จาก Shanghai Jiao Tong University ประเทศจีนและทีมของ WHO ได้แก่ Joshua Vogel, Ann-Beth Moller and Metin Gulmezoglu โดยรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จาก Civil Registration Vital Statistics (CRVS) และรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ๑๙๙๐-๒๐๑๔ ตอนนี้ได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วแต่จะต้องมีการวิเคราะห์เพิ่มเติม หลังจากนั้นจะส่งให้แต่ละประเทศทบทวนและให้ข้อมูลหรือความเห็นเพิ่มเติม (National consultation) คาดว่าจะได้รายงานฉบับสมบูรณ์ที่สามารถเผยแพร่ได้ในช่วงปลายปี ๒๐๑๗



รูปที่ ๑ การประชุม WHO Carbetocin Multicentre Trial ที่เมือง Cape Town ๒๓-๒๔ มกราคม ๒๕๖๐



รูปที่ ๒ การประชุม WHO Guidelines meeting 29-31 March 2017, Geneva, Switzerland



รูปที่ ๓ การประชุม WHO Preterm Birth Estimates, Geneva, Switzerland 3-4 April 2017

รูปที่ ๔
ทีมจากประเทศไทย
กับ Joshua Vogel
ใน การประชุม WHO Preterm
Birth Estimates, Geneva,
Switzerland 3-4 April 2017



สตินรีเวิล - จริยธรรมสากล

โดย... นว.พิษณุ ยันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



Humannized health care

(การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้)

“การทำงานตามรอยพระยุคลบาท” ตอนที่ ๒

๓ ตลอดเวลา ๗๐ ปีของการครองราชย์ ในหลวงทรงสอนเรามากมาย ไม่ว่าจะเป็นพระบรมราโชวาท ที่ทรงมีให้กับบัณฑิตใหม่ หรือในวันสำคัญต่าง ๆ ถ้าใครได้น้อมนำไปปฏิบัติ ย่อมจะเกิดผลดีต่อตนเองและส่วนรวมแน่นอน

ผมตั้งใจไว้ว่า ทุกครั้งที่เป็นวิทยากรบรรยายไม่ว่าที่ไหน จะเริ่มต้นด้วยการอัญเชิญ สคส. ๒๕๕๙ ที่ พระองค์พระราชทานให้กับพวกเราทุกคนเนื่องในวันปีใหม่ เพื่อให้เกิดสิริมงคลกับทุกคน พระองค์ทรงอวยพรให้ พสกนิกรมีความสุขความเจริญ แต่ทรงให้เราได้รับรู้ว่า จะมีความสุขความเจริญได้ ต้องมีองค์ประกอบ ๓ ประการ คือ มีกำลังกายที่แข็งแรง มีกำลังใจที่เข้มแข็ง หนักแน่น และมีสติรู้เท่าทันอยู่เสมอ ผมบอกกับทุกคนว่าเราจะมี กายที่แข็งแรงได้นั้น ต้องรู้จักดูแลสุขภาพด้วยหลักการ ๔ อ. อาหารที่มีประโยชน์ ครบทุกหมวดหมู่และปรุงเสร็จ ใหม่ ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๔ วัน ครั้งละ ๓๐ นาทีติดต่อกัน อารมณ์แจ่มใสไม่เครียด หรือวิตกกังวลจนเกินไป และต้องอยู่ในที่มีอากาศดี ปราศจากมลภาวะ อีกทั้งต้องหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือดื่ม สุรา ที่มีผลเสียต่อร่างกาย สำหรับกำลังใจที่เข้มแข็ง หนักแน่นนั้น จำเป็นต้องฝึกตนเองให้มีจิตใจที่นิ่งตาม พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต หนักแน่นในการยึดมั่นความถูกต้อง ความเป็นธรรม โดยไม่อ่อนไหวไปกับ ผลประโยชน์ที่ได้มาในทางทุจริต สุดท้ายต้องฝึกให้มีสติ คือ การรู้ตัวอยู่ตลอดเวลา ไม่ปล่อยให้ความโกรธ ความหลงผิดหรือสิ่งชั่วร้ายต่าง ๆ มาทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางกาย วาจา ใจ ผมเชื่อว่าถ้าเราปฏิบัติตามที่พระองค์ทรงให้พรปีใหม่แล้ว เราจะพบกับความสุขความเจริญแน่นอน

พระองค์ทรงสร้างโครงการต่าง ๆ มากถึง ๔,๕๙๖ โครงการ ในระยะเวลาครองราชย์ ๗๐ ปี หรืออาจพูด ง่าย ๆ ว่าทรงสร้างโครงการใหม่สัปดาห์ละ ๑ โครงการ เพื่อให้ชีวิตความเป็นอยู่ของพสกนิกรดีขึ้นอย่างมั่นคงและ ยั่งยืน พระองค์ทรงงานหนักภายใต้หลักการ ๒๓ ประการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพียงหนึ่งเดียว คือ สุขของประชาชน ผมเดินสายน้อมนำหลักการทรงงาน ไปเผยแพร่ให้พวกเราได้เข้าใจและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลดีต่อคนไข้ และ ประชาชน หลักการที่ ๒๓ พระองค์ทรงกล่าวถึงคำว่า “รู้-รัก-สามัคคี” ซึ่งเราคงได้ยินกันอยู่บ่อย ๆ พระองค์ทรงมี

จุดมุ่งหมายอยู่ ๒ ประการ ประการที่ ๑ เพื่อให้งานสำเร็จ ทรงสอนให้เราจำเป็นที่จะต้อง “รู้” จักงานที่จะทำให้ง่องแท่เสียก่อน รู้ถึงความสำคัญของงาน ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น รู้ถึงปัญหาและวิธีแก้ปัญหา ตลอดจนเข้าใจวิธีปฏิบัติให้ดีเสียก่อน เมื่อรู้ครบกระบวนการแล้ว จะต้องเห็นคุณค่า เกิดความ “รัก” ความศรัทธาในงานที่จะทำ จึงจะเกิดความมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ แม้จะมีความยากลำบากสักเพียงใด สุดท้ายจะต้องมีความ “สามัคคี” เมื่อถึงขั้นลงมือปฏิบัติต้องคำนึงเสมอว่าเราทำคนเดียวไม่ได้ ต้องร่วมมือร่วมใจกัน สามัคคีกันเป็นหมู่คณะ จึงจะเกิดพลังในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงด้วยดี ทรงสอนให้รู้ว่างานที่ยิ่งใหญ่นั้นเราไม่สามารถจะทำเพียงลำพังได้ จะต้องอาศัยความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงานและเครือข่ายต่าง ๆ จึงจะสำเร็จอย่างมั่นคงและยั่งยืน

ผมยังจำได้ เมื่อไปร่วมเป็นวิทยากรในงานประชุมวิชาการ “ตลาดนัดสุขภาพ” มีโอกาสพูดคุยกับผู้นำชุมชนที่มาร่วมประชุม จึงได้ทราบว่าเมื่อหลายปีก่อน กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนออกกำลังกาย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเดินแอโรบิก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ได้ไปแนะนำให้ชาวบ้านแถวภาคเหนือเดินแอโรบิกแทนการออกกำลังกายแบบเดิมที่ปฏิบัติกันมานาน ได้แก่การ “ฟ้อนเชิง” ซึ่งเป็นการฟ้อนของชาวเหนือมาแต่โบราณมีความอ่อนช้อยงดงาม ทุกเย็นชาวบ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จะพากันมาฟ้อนเชิงที่ลานอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน มีการตีกลองยาวให้จังหวะกันอย่างสนุกสนานและเพลิดเพลิน เป็นเวลาร่วมชั่วโมง แต่ละคนได้เหงื่อกันพอสมควร แต่พอเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำให้เดินแอโรบิกแทน เพื่อจะได้สนองต่อนโยบายกระทรวง พบว่าผู้สูงอายุเดินกันได้ไม่กี่วันต่างพากันปวดหลังปวดเอวต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงขอกลับมาออกกำลังกายโดยการฟ้อนเชิงใหม่ เจ้าหน้าที่ก็ไม่ยอมเพราะจะไม่ได้ผลงานเกิดความขัดแย้งกัน ทั้ง ๆ ที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพแท้ ๆ จึงต้องให้ผู้รู้จริงอธิบายถึงการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือจะต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องกัน เพื่อให้มีการใช้ออกซิเจนในการสร้างพลังงานนาน ๒๐-๓๐ นาทีขึ้นไป จะเกิดประโยชน์ต่อร่างกายอย่างมากมาย ไม่ใช่จะต้องเดินแอโรบิกเพียงอย่างเดียว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเข้าใจ และร่วมฟ้อนเชิงกับชาวบ้านด้วย ในวันนั้นมีการแสดงฟ้อนเชิงเพื่อสุขภาพ ซึ่งงดงาม สนุกสนาน และได้เหงื่อกันทุกคน สมดังคำสอนพ่อ “รู้-รัก-สามัคคี”

ประการที่ ๒ เพื่อการคบหาสมาคมกัน ทรงสอนว่าต้อง “รู้” จักเพื่อนร่วมงานทุกคนอย่างดีพอสมควร ทั้งในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว

“รัก” สร้างศรัทธาจากการมองเห็นในแง่ดี เห็นความดี เข้าใจและใส่ใจในกันและกัน “สามัคคี” สร้างความสามัคคีในหมู่คณะ สร้างความสมานฉันท์ในหมู่คณะ

ผมบอกกับผู้บริหารทุกคนเสมอว่า โรงพยาบาลไม่ว่าจะมีขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ สิ่งสำคัญที่จะทำให้งานดูแลรักษาคนไข้ได้ผลดีที่สุด ก็คือการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ ของคนในโรงพยาบาลทุกภาคส่วน ความรักความสามัคคีของเจ้าหน้าที่จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความสำเร็จ ครั้งหนึ่งมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งชวนคอตายในห้องพักของโรงพยาบาล ผู้บริหารหลายคนมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรไปรื้อฟื้น แต่สำหรับตัวผมเองแล้วถือว่าเป็นเรื่องใหญ่ที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญจริงอยู่สาเหตุที่ตัดสินใจจบชีวิตตนเองอาจเกิดจากเหตุผลส่วนตัว แต่เมื่อเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จะต้องถือว่าเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน ทำไมเมื่อคนในครอบครัวมีเรื่องไม่สบายใจ หรือคับแค้นใจ ถึงขนาดปลิดชีวิตตนเอง

จึงไม่มีใครในโรงพยาบาลทราบมาก่อนไม่มีใครที่สนิทสนมถึงขนาดที่เขาสามารถระบายหรือปรับทุกข์ให้ฟังได้เลยหรือ
ผงเข้าตาตนเองนั้นเขี่ยออกไม่ได้ จำเป็นต้องอาศัยคนอื่นเขี่ยให้ ผู้บริหารทุกระดับจึงต้องให้ความสำคัญกับ
ความรักความสามัคคีและความผูกพันของคนในองค์กรอยู่เสมอ

ผมยังจำได้เมื่อดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน่าน ช่วงที่กำลังเกิดความขัดแย้งทางการเมือง
อย่างรุนแรง มีการแบ่งขั้วเป็นสองสีชัดเจนในทุกแห่ง ไม่เว้นแม้แต่ในโรงพยาบาลน่าน ซึ่งมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
เกือบ ๑,๓๐๐ คน โรงพยาบาลน่าน มีชื่อเสียงด้านคุณธรรมจริยธรรมมายาวนาน ผมให้ขึ้นป้ายที่รั้วหน้าโรงพยาบาล
แสดงเจตน์จำนงของคนโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้คนที่คิดต่างไม่พอใจ ติดได้เพียงวันเดียวก็มีมือดีมาปลดออก ผม
จึงสั่งให้ทำป้ายผ้าขนาดใหญ่เป็นสองเท่าของเดิม และซึ่งติดไว้ที่ชั้นสองของอาคาร "ศิริเวชรักษ์" ด้านหน้าโรงพยาบาล
คราวนี้ติดได้สองวันก็หายอีก สืบทราบว่าหายไปช่วงตี ๒ - ตี ๓ น่าจะเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จึงขอพบ รปภ.
ทุกคนในวันรุ่งขึ้นเพื่อสร้างความเข้าใจ ผมบอกกับทุกคนว่าไม่ต้องการสอบสวนเพื่อหาตัวคนที่ปลดผ้าออก
แต่ย่อมต้องรู้กันว่าเป็นคนในโรงพยาบาลแน่นอน ผมในฐานะผู้บริหารโรงพยาบาลไม่เคยถาม หรือสนใจว่า
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน คนไหนสีอะไร ผมถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคล เพียงแต่ถือว่าเมื่อมาทำงาน
ในโรงพยาบาลน่านแล้ว เราจะมีสีเดียวกันคือ **“สีขาว”** เท่านั้น เราจะดูแลรักษาคนไข้ทุกคนเหมือนกันไม่เลือกฐานะ
เชื้อชาติ หรือสีอะไร ทุกคนจะต้องรักคนไข้ รักโรงพยาบาลน่าน และรักคนโรงพยาบาลน่าน เหมือนกัน รปภ.
มีหน้าที่รักษาความปลอดภัย ทุกชีวิตในโรงพยาบาลน่าน ตั้งแต่คนไข้และญาติ รวมทั้งตัวผมที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก
โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนต่างก็ฝากชีวิตและทรัพย์สินไว้กับ รปภ. ทั้งสิ้น ถ้าป้ายผ้าที่เราติดเพื่อ
แสดงเจตน์จำนงชาวโรงพยาบาลน่าน ไว้ที่ชั้นสองอาคารโรงพยาบาลยังหายไปได้ แล้วทุกชีวิตในโรงพยาบาล ตลอด
จนทรัพย์สินของแผ่นดินจะปลอดภัยได้อย่างไร ยิ่งในยามที่วิกฤติพร้อมจะเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงได้ทุกเมื่อ รปภ.
ยิ่งมีความสำคัญอย่างที่สุด ผมขอร้องให้ รปภ. ทุกคนคิดดูให้ดี และปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุดให้สมกับที่พวกเราไว้
วางใจ ตั้งแต่นั้นมาไม่ว่าเราจะชิงป้ายไว้ที่ใด ไม่เคยมีป้ายไหนถูกปลดลงหรือสูญหายอีกเลย เป็นจริงดังคำสอน
ของพ่อที่ทรงให้ไว้ **“รู้-รัก-สามัคคี”** จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการทำงานในโรงพยาบาล

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”



ความสำคัญของการตรวจพบ Fetal Markers

ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงไตรมาสที่สองในสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยวิธี Cell-Free DNA

โดย... พศ.พญ. รัตนา คำวิสัยศักดิ์
ในนามคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก



การตรวจคัดกรองการตั้งครรภ์ทารกกลุ่มอาการดาวน์ในปัจจุบันมีหลายวิธี ซึ่งสามารถทำการตรวจได้ตั้งแต่ช่วงไตรมาสแรก ได้แก่ การตรวจวัดระดับค่าสารชีวเคมีในเลือดแม่ (maternal biochemical markers) คือ PAPP-A และ free β -hCG ร่วมกับการวัด nuchal translucency (NT) ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Combined test) สำหรับในช่วงไตรมาสที่สอง ได้แก่วิธี Quad test (AFP, uE3, free β -hCG, inhibin A) หรือวิธี two-step screen ได้แก่ integrated test (first trimester: nuchal translucency, PAPP-A และ free β -hCG + second trimester : quadruple test), serum integrated (first trimester: PAPP-A และ free β -hCG + second trimester : quadruple test), contingent และ sequential stepwise^(๑) นอกจากนี้ ยังมีการตรวจหาความผิดปกติของ fetal soft markers ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ได้แก่ nuchal fold, echogenic bowel, echogenic cardiac focus, ventriculomegaly, choroid plexus cyst, renal pyelectasis, short humerus, short femur, absent/hypoplasia nasal bone, single umbilical artery เป็นต้น เพื่อประเมินว่าทารกในครรภ์คนใดมีความเสี่ยงที่จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ โดยการตรวจพบ fetal soft markers แต่ละอย่างก็จะมีค่า likelihood ratio (LR) ในการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ ๑^(๒)

ตารางที่ ๑ แสดง fetal soft markers ที่ตรวจพบจากคลื่นเสียงความถี่สูง และ ค่า likelihood ratio (LR) ในการเกิด fetal aneuploidy (trisomy 21 และ trisomy 18)

Fetal soft marker	Aneuploidy (LR)	
	Trisomy 21	Trisomy 18
Nuchal fold	17	–
Echogenic bowel	6	–
Ventriculomegaly	9	–
Echogenic cardiac focus	2	–
Choroid plexus cyst	–	7
Single umbilical artery	–	–
Enlarged cisterna magna	–	–
Renal pyelectasis	–	–
Clinodactyly	5.6	–
Short humerus	7.5	–
Short femur	2.7	–
Absent/hypoplasia nasal bone	51	–

(ที่มา Van den Hof MC, Wilson RD; Diagnostic Imaging Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; Genetics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Fetal soft markers in obstetric ultrasound. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(6):592-636.)

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๑๑ เริ่มมีการตรวจเลือดสตรีตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองการตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ ๒๑, ๑๘ และ ๑๓ ด้วยวิธี cell-free DNA ซึ่งวิธีการนี้มี detection rate สำหรับทารกกลุ่มอาการดาวน์สูงที่สุด^(๑, ๓) เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจคัดกรองวิธีอื่นที่กล่าวถึงก่อนหน้านี้ ดังตารางที่ ๒ จนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้การตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้ จึงเป็นที่แพร่หลายในเวชปฏิบัติ แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจวิธีอื่น ๆ

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบ detection rate (DR) และ screen positive rate (SPR) ของวิธีการตรวจคัดกรองภาวะ fetal aneuploidy วิธีต่าง ๆ และ วิธีการตรวจวินิจฉัย invasive prenatal testing

Test	DR T2 (%)	DR all aneuploidies (%)	SPR (%)
First-trimester screen	80	69	5
Sequential/integrated screen	93	82	5
Cell-free DNA screen	99	72	1-9
Chorionic villus sampling	>99	>99	1
Amniocentesis	>99	>99	0.2

(ที่มา Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee. #36: Prenatal aneuploidy screening using cell-free DNA. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(6):711-6.)

ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ACOG และ SMFM ได้ออกข้อแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองภาวะ fetal aneuploidy ด้วยวิธีการตรวจ cell-free DNA^(๓, ๔) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้ ได้แก่

๑. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ ๓๕ ปีเป็นต้นไป ในวันที่ครบกำหนดคลอด
๒. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบทารกในครรภ์มีความผิดปกติที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีความเสี่ยงสูงต่อ trisomy ๒๑, ๑๘ หรือ ๑๓
๓. มีประวัติเคยตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมที่สามารถตรวจพบได้ด้วยวิธี cell-free DNA ได้แก่ trisomy ๒๑, ๑๘ หรือ ๑๓
๔. ผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธีอื่น ๆ ผิดปกติ เช่น combined test, quadruple test, integrated, sequential test เป็นต้น
๕. Parental balanced Robertsonian translocation with increased risk of fetal trisomy 13 or 21.

นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๔ The International Society for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) ได้ออกข้อคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของ non-invasive prenatal testing (NIPT) ต่อ prenatal ultrasound practice^(๕) ดังนี้

- ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสแรก โดยไม่คำนึงว่าสตรีตั้งครรภ์นั้นมีความตั้งใจจะเข้ารับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cell-free DNA หรือไม่
- หากพบว่าผลการตรวจ combined test มีความเสี่ยงอยู่ในกลุ่มสูงมาก (very high risk) คือ $>1:10$ แม้ว่าการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจะไม่พบความผิดปกติใดๆ ก็ไม่ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจด้วยวิธี cell-free DNA แทนการตรวจด้วยวิธี invasive prenatal testing เนื่องจากในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงนี้ พบว่ามีเพียงร้อยละ 70 ของภาวะโครโมโซมผิดปกติที่เกิดจาก trisomy 21, 18 และ 13
- หากตรวจพบว่าทารกในครรภ์มี fetal structural anomaly ข้อบ่งชี้ในการตรวจ fetal karyotyping และ/หรือ microarray ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าสตรีตั้งครรภ์จะมีผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative มาก่อนหน้านี้แล้ว
- ไม่ควรทำ genetic sonogram ซึ่งตรวจหา soft markers ของ trisomy 21 ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative เนื่องจาก soft markers มี false positive สูง และ positive predictive value ต่ำ

บทบาทของการวัด nuchal translucency (NT) ในสตรีตั้งครรภ์ที่วางแผนจะตรวจหรือได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cell-free DNA แล้ว^(๖)

ไม่มีความจำเป็นต้องทำการวัด nuchal translucency (NT) เพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cell-free DNA แต่การตรวจทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีประโยชน์ในการกำหนดอายุครรภ์ ยืนยันการมีชีพ วิจัยการตั้งครรภ์แฝด anembryonic pregnancy และ major fetal anomaly เป็นต้น ดังนั้น หากสตรีตั้งครรภ์ที่กำลังตัดสินใจว่าจะตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้หรือไม่ สิ่งตรวจพบจากคลื่นเสียงความถี่สูงอาจช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจว่าจะเลือกวิธีการตรวจคัดกรองหรือการตรวจวินิจฉัยตามความเหมาะสมต่อไป

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative การวัด NT ไม่ได้มีประโยชน์เพิ่มเติมในการบอกความเสี่ยงสำหรับภาวะ fetal aneuploidy หรือ fetal structural anomalies เนื่องจาก detection rate ของ cell-free DNA สำหรับภาวะ trisomy 21, 18, 13 ค่อนข้างสูงมากอยู่แล้ว ดังนั้น หากผลการตรวจออกมาเป็น negative/low risk การวัด NT จึงมีประโยชน์น้อยในการเพิ่มเติมข้อมูลในด้านความเสี่ยง

การรายงานผลการตรวจพบ fetal soft markers ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cell-free DNA แล้วได้พบเป็น negative/low risk^(๖)

เนื่องจากการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cell-free DNA มี sensitivity สำหรับทารกกลุ่มอาการดาวน์สูงมากถึงประมาณร้อยละ ๙๙ ดังนั้นหากผลออกมาเป็น negative หรือ low risk สตรีตั้งครรภ์จึงมี residual risk ต่ำมาก ยกตัวอย่างเช่น สตรีตั้งครรภ์ อายุ ๓๘ ปี มี age-based risk ของการตั้งครรภ์ทารกกลุ่มอาการดาวน์ ๑ ใน ๑๐๐ ได้รับผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative ซึ่งมี negative likelihood ratio เท่ากับ ๑ ใน ๑๔๘ ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์รายนี้จะมีความเสี่ยงประมาณ ๑ ใน ๑๔,๘๐๐ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative หรือ low risk จึงมี residual risk ต่อการตั้งครรภ์ทารกกลุ่มอาการดาวน์ต่ำมาก การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงไตรมาสที่ ๒ พบ isolated fetal soft marker จึงไม่ได้เพิ่ม detection rate ขึ้นแต่อย่างใด ดังนั้นจึงไม่ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจ invasive prenatal testing ด้วยข้อบ่งชี้ที่เท่านี้ และแนะนำให้

รายงานผลการตรวจเป็น **“the finding is likely of no clinical significance”** หรือ **“a normal variant”** หากตรวจพบ isolated soft marker ที่ไม่มีการให้การรักษาทางคลินิก (เช่น choroid plexus cyst, echogenic intracardiac foci) ผลการตรวจแนะนำให้รายงานเป็น **“the finding is no clinically significant”** หรือ **“a normal variant”**

หากตรวจพบมากกว่า 1 markers โอกาสเสี่ยงต่อโครโมโซมผิดปกติจะเพิ่มมากขึ้นกว่าการพบเพียง isolated soft marker แต่ความเสี่ยงจะมากขึ้นเท่าไรขึ้นกับความผิดปกติที่ตรวจพบว่ามี likely hood ratio เท่าใด ดังตารางแสดงที่ ๑ ดังนั้นหากตรวจพบความผิดปกติหลายอย่าง จึงควรให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุกรรม ซึ่งรวมถึงแนะนำให้ตรวจ invasive prenatal testing ด้วย

แม้ว่า fetal soft markers ส่วนใหญ่ที่พบในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงไม่สูงต่อการเกิด fetal aneuploidy จะมีนัยสำคัญทางคลินิกน้อย เช่น การพบ choroid plexus cyst, echogenic intracardiac foci เป็นต้น อย่างไรก็ตามการพบ fetal soft marker บางอย่าง เช่น mild pyelectasis, echogenic bowel (ดังตารางที่ ๓) อาจเกิดจากความผิดปกติอื่น ๆ นอกเหนือจากภาวะโครโมโซมผิดปกติ ซึ่งจะต้องตรวจติดตามหาสาเหตุต่อไป

วิธีแนะนำการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cell-free DNA ให้สตรีตั้งครรภ์ที่พบ fetal structural anomalies จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรือไม่?

การตรวจพบทารกในครรภ์มี fetal structural anomalies จะมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยเฉพาะโอกาสที่จะมีภาวะโครโมโซมผิดปกติ รวมทั้งกลุ่มของ copy number variant ที่สามารถวินิจฉัยได้โดยการตรวจ microarray แต่การตรวจคัดกรองด้วยวิธี cell-free DNA อาจไม่สามารถตรวจพบได้ ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ตรวจพบมี fetal structural anomalies ควรที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี diagnostic testing ร่วมกับ microarray^(๕-๖) หากสตรีตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจด้วยวิธี diagnostic testing การตรวจด้วยวิธี cell-free DNA อาจเป็นทางเลือก โดยที่จะต้องให้ข้อมูลว่า แม้ผลตรวจออกมาจะพบว่า negative หรือ low risk แต่ความเสี่ยงสำหรับความผิดปกติของโครโมโซมอื่น ๆ นอกเหนือจาก trisomy 21, 18, 13 รวมทั้งความผิดปกติของกลุ่ม copy number variant ยังคงมีอยู่

ตารางที่ ๓ การ management เมื่อตรวจพบ isolated ultrasound finding ในช่วงไตรมาสที่ ๒ ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative

“Do not report” or report as “normal variant”

- Echogenic intracardiac focus
- Choroid plexus cyst
- Sandal gap toe
- Clinodactyly

Evaluate as per routine clinical indications but “do not report as soft marker for aneuploidy”

- Pyelectasis
- Single umbilical artery
- Ventriculomegaly
- Echogenic bowel
- Thick nuchal fold
- Hypoplastic nasal bone
- Shortened humerus or femur

(ที่มา Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). The role of ultrasound in women who undergo cell-free DNA screening. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(3):B2–B7.)

ล่าสุดเมื่อเดือน มีนาคม ค.ศ. ๒๐๑๗ SMFM ได้สรุปและออกข้อแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ โดยเฉพาะวิธี cell-free DNA และการตรวจพบ fetal soft markers จากคลื่นเสียงความถี่สูง ดังนี้

ข้อสรุปคำแนะนำ (summary of recommendation)

คำแนะนำ (Recommendations)	ระดับ (Grade)
๑. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงอายุครรภ์ ๑๑-๑๔ สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัด nuchal translucency (NT) <u>ไม่แนะนำ</u>	1B Strong recommendation, moderate-quality evidence
๒. <u>ไม่ควรแนะนำ</u> สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจ diagnostic testing เนื่องจากเหตุผลเพียงเพราะว่าตรวจพบเฉพาะ isolated soft marker ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative	1B Strong recommendation, moderate-quality evidence
๓. ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative หากตรวจพบ isolated soft marker ที่ไม่มีการให้การรักษาทันทีทางคลินิก (เช่น choroid plexus cyst, echogenic intracardiac foci) แนะนำให้รายงานผลการตรวจเป็น "the finding is not clinically significant" หรือ "a normal variant"	2B Weak recommendation, moderate-quality evidence

คำแนะนำ (Recommendations)	ระดับ (Grade)
๔. ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจ first หรือ second-trimester screening เป็น negative หากตรวจพบ isolated soft marker ที่ไม่มีการให้การรักษาทางคลินิก (เช่น choroid plexus cyst, echogenic intracardiac foci) แนะนำให้รายงานผลการตรวจเป็น "the finding is not clinically significant" หรือ "a normal variant"	2B Weak recommendation, moderate-quality evidence
๕. <u>แนะนำ</u> ให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายเข้ารับการตรวจ diagnostic testing หากตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่าทารกในครรภ์มี structural anomaly	1A Strong recommendation, high-quality evidence
๖. <u>ไม่แนะนำ</u> การส่ง routine screening for microdeletion โดยการตรวจ cell-free DNA	1B Strong recommendation, moderate-quality evidence

เอกสารอ้างอิง

๑. Practice Bulletin No. 163: Screening for Fetal Aneuploidy. Obstet Gynecol. 2016;127 : e123-37.
๒. Van den Hof MC, Wilson RD; Diagnostic Imaging Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; Genetics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Fetal soft markers in obstetric ultrasound. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27 : 592-636.
๓. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee. #36: Prenatal aneuploidy screening using cell-free DNA. Am J Obstet Gynecol. 2015;212 : 711-6.
๔. Committee Opinion No. 640: Cell-Free DNA Screening For Fetal Aneuploidy. Obstet Gynecol. 2015;126 : e31-7.
๕. Salomon LJ, Alfirevic Z, Audibert F, Kagan KO, Paladini D, Yeo G, Raine-Fenning N; ISUOG Clinical Standards Committee. ISUOG consensus statement on the impact of non-invasive prenatal testing (NIPT) on prenatal ultrasound practice. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;44 : 122-3.
๖. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). The role of ultrasound in women who undergo cell-free DNA screening. Am J Obstet Gynecol. 2017;216 : B2-B7.



อสุจิแช่แข็ง.... นำออกไปทำไม

โดย... ศ.นพ.สมบูรณ์ คุณาธิคม
อดีตประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
วาระปี พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๕



จากข่าวฮือฮา เมื่อศุลกากรจังหวัดหนองคาย จับหนุ่มที่แบกกังแช่แข็งอสุจิจะนำไป
ยังประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๐ หลายคนสงสัยว่านำออกไปทำไม
ก่อนที่จะวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว ขอลำถึงการ แช่แข็งอสุจิให้ฟังโดยสังเขปก่อน

มีรายงานการตั้งครรภ์โดยใช้อสุจิแช่แข็งในการผสมเทียม ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๗ คือ ๖๓ ปีมาแล้ว
จุดประสงค์ในการแช่แข็งอสุจิ สามารถแบ่งคร่าว ๆ ได้ดังนี้

๑. เพื่อบริจาค (Donor sperm) โดยใช้ผสมเทียมให้คู่สมรสที่สามีเป็นหมัน ในสมัยก่อนจะใช้น้ำเชื้ออสุจิ
สดฉีดเข้าไปในช่องคลอดฝ่ายภรรยาในวันที่คะเนจะมีการตกไข่ แต่หลังจากมีการระบาดของโรคเอดส์
จึงมีการแช่แข็งอสุจิบริจาคไว้ก่อน หลังจากนั้น ๖ เดือนเจาะเลือดตรวจ HIV ของผู้บริจาค หากปกติ
จึงจะนำไปใช้ต่อไป ปัจจุบันใช้น้อยลง เพราะแม้จะไม่มีตัวอสุจิออกมา แต่ถ้าอณูยังผลิตอสุจิได้ จะ
ใช้วิธีนำเอาอสุจิจากในอวัยวะ (testicular sperm) มาฉีดเข้าไข่โดยตรง โดยวิธีเด็กหลอดแก้ว
๒. เพื่อใช้ฉีดให้กับภรรยาตัวเอง
 - ๒.๑ ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องผ่าตัดอัณฑะออก หรือต้องรับรังสีรักษาบริเวณอัณฑะ หรือต้องได้ chemotherapy
สามารถมาเก็บน้ำเชื้ออสุจิแช่แข็งไว้ก่อน
 - ๒.๒ สำหรับรักษาภาวะมีบุตรยาก ที่ฝ่ายสามีต้องเดินทางไกลบ่อย ๆ ไม่อาจอยู่ร่วมกับภรรยาในช่วงตกไข่
หรือการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (assisted reproductive technology: ART) สามี
ไม่อาจเก็บอสุจิในวันเจาะเก็บไข่ ก็สามารถแช่แข็งอสุจิไว้เพื่อผสมเทียมหรือเพื่อฉีดเข้าผสมกับไข่ได้

มาถึงเหตุการณ์ที่หนุ่มไทยสะพายถังไนโตรเจนเหลว ถูกจับที่ด่านศุลกากร จังหวัดหนองคาย เพื่อนำอสุจิ
แช่แข็งข้ามไปยังประเทศเพื่อนบ้าน ตอนแรกที่ข่าวออกมา หลายคนก็น่าจะเป็นตัวอ่อนแช่แข็ง เพราะอสุจิ
ไปทำการเก็บที่ประเทศเพื่อนบ้านก็ได้ แต่ตัวอ่อนซึ่งต้องใช้วิธีเด็กหลอดแก้ว จำเป็นต้องทำที่เมืองไทยก่อน อย่างไรก็ตาม
ก็ตาม เมื่อผลพิสูจน์ว่าเป็นอสุจิแช่แข็ง ก็ต้องมาลองวิเคราะห์ดูว่า นำข้ามประเทศไปทำไม ตามข่าวที่ปรากฏหนุ่ม
คนนี้เคยขนทั้งอสุจิแช่แข็งและตัวอ่อนแช่แข็งออกไปที่ประเทศเพื่อนบ้าน โดยขนไปที่ประเทศดังกล่าว ๑๒ ครั้ง และ
ขนไปที่ประเทศเพื่อนบ้านอีกแห่งหนึ่ง ๑๓ ครั้ง การกระทำนี้ถือว่าผิด พรบ. คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัย
เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในมาตรา ๔๑ ห้ามมิให้ผู้ใดซื้อ ขาย นำเข้า หรือส่งออก
ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน และมีบทกำหนดโทษตามมาตรา ๕๑ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกิน
หกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาดูกันว่า นำอสุจิแช่แข็งออกไปทำไม จากจุดประสงค์ในการแช่แข็งอสุจิที่กล่าวไว้ข้างต้น ข้อแรกเพื่อการ
บริจาค คงจะไม่ใช่นั่นแน่ เพราะถ้าเป็นการบริจาค ฝ่ายภรรยาของคู่สมรสสามารถมารับการฉีดเชื้อผสมเทียมที่
เมืองไทยก็ได้ ตามประกาศแพทยสภาที่ ๙๕ (๗)/๒๕๕๘ โดยไม่มีข้อห้าม แม้คู่สมรสจะเป็นชาวต่างชาติ ก็รับการ
รักษาด้วยวิธีนี้ได้

ถ้าใช้ฉีดให้กับภรรยาของตนเอง ก็เช่นกันสามารถมาทำที่เมืองไทยได้ ตามประกาศแพทยสภาที่ ๙๕ (๖)/ ๒๕๕๘ เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียม ไม่มีข้อห้ามสำหรับสามีและภรรยาที่เป็นชาวต่างชาติ

ดังนั้น เมื่อไม่ใช้บริจาคให้คู่สมรสอื่น ไม่ใช้ฉีดให้ภรรยาตนเอง จึงสันนิษฐานได้ว่า น่าจะนำไปใช้เพื่อการตั้งครรภ์แทนหรืออุ้มบุญ เนื่องจากตามข่าวทราบว่า อสุจิแช่แข็งที่จะนำออกไปเป็นของชาวต่างชาติ ๒ คน เป็นชาวจีนและชาวเวียดนาม ซึ่งมีข้อห้ามในการทำอุ้มบุญในประเทศไทย ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กฯ มาตรา ๒๑ (๑) สามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งภรรยาไม่อาจตั้งครรภ์ได้ ที่ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน ต้องมีสัญชาติไทย ในกรณีที่สามีหรือภรรยาไม่มีสัญชาติไทย ต้องจดทะเบียนสมรสมาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี

วิธีการอุ้มบุญ แบ่งได้เป็น ๒ วิธี

(๑) Traditional surrogacy (Partial surrogacy) เป็นการอุ้มบุญโดยใช้ไข่ของหญิงที่อุ้มบุญ โดยคะเนวันตกไข่ แล้วมีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติ หรือฉีดเชื้อผสมเทียม เรื่องนี้แม้แต่ในคัมภีร์ไบเบิล ก็มีเขียนไว้ใน chapter 16 ที่สองสามีภรรยา คือ Abraham และ Sarah ไม่สามารถมีบุตรได้ ก็เลยให้คนรับใช้คือ Hagar มาอุ้มบุญให้ โดยให้ Abraham มีเพศสัมพันธ์ด้วย ส่วนอุ้มบุญโดยการผสมเทียมที่เคยเป็นข่าวฮือฮา ได้แก่ Baby M ที่สหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๘๖ โดยหญิงอุ้มบุญเปลี่ยนใจไม่ยอมยกลูกให้กับคู่สามีภรรยา ถึงกับมีการฟ้องร้อง สุดท้ายศาลตัดสินให้เด็กไปอยู่กับสามีภรรยา แต่ต้องให้หญิงอุ้มบุญไปเยี่ยมเยียนเด็กได้ การอุ้มบุญโดยวิธีนี้จะกระทำในไทยไม่ได้ เพราะ พ.ร.บ. คุ้มครองเด็กฯ ในมาตรา ๒๒ (๒) ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากอสุจิของสามีหรือไข่ของภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทนกับไข่หรืออสุจิของผู้อื่น ทั้งนี้ ห้ามใช้ไข่ของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน

(๒) Gestational surrogacy (Full surrogacy) ต้องใช้วิธีเด็กหลอดแก้ว โดยเจาะเก็บไข่ออกมาผสมกับอสุจิจนเป็นตัวอ่อน แล้วจึงใส่ตัวอ่อนเข้าไปในโพรงมดลูกของหญิงอุ้มบุญ เพื่อให้ตั้งครรภ์ต่อไป การอุ้มบุญในปัจจุบันจะใช้วิธีนี้ โดยใช้ไข่กับอสุจิของสามีภรรยาผสมกัน แล้วค่อยใส่กลับเข้าไปในมดลูกของหญิงอุ้มบุญ ในกรณีต้องใช้ไข่บริจาค ต้องรับบริจาคไข่จากหญิงคนละคนกับหญิงอุ้มบุญ

ย้อนกลับมาพิจารณาว่า อสุจิแช่แข็งที่นำออกไปประเทศเพื่อนบ้านจะนำไปทำอุ้มบุญวิธีไหน ถ้าจะทำวิธีที่ (๒) ซึ่งต้องใช้วิธีเด็กหลอดแก้วคงจะยาก เพราะการทำเด็กหลอดแก้วในประเทศเพื่อนบ้าน เทคโนโลยีคงจะไม่พร้อม ถ้าเลือกวิธีนี้น่าจะมาทำในประเทศไทยก่อน เมื่อได้ตัวอ่อนแล้ว ค่อยนำตัวอ่อนแช่แข็งไปใส่ให้หญิงอุ้มบุญในประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อปรากฏชัดเจนว่าที่ใส่ลงในโตรเจนเหลวนั้นเป็นอสุจิแช่แข็ง จึงน่าจะสรุปได้ว่า เป็นการอุ้มบุญตามวิธีที่ (๑) โดยนำอสุจิไปฉีดผสมเทียมให้กับหญิงที่จะอุ้มบุญในช่วงคะเนว่ามีการตกไข่

มาถึงกรณีล่าสุดที่ด่านศุลกากรจังหวัดหนองคาย ตรวจพบรถคันหนึ่งที่แล่นมาจากประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ภายในรถมีผู้หญิง ๖ คน และถังไนโตรเจนเปล่ากับหลอดพลาสติกในกล่องโฟม รับสารภาพว่า มีนายหน้าชาวจีนติดต่อไปทำอุ้มบุญที่ประเทศเพื่อนบ้าน กรณีนี้สันนิษฐานได้ว่า คู่สามีภรรยาทำเด็กหลอดแก้วที่เมืองไทย เพราะแม่เป็นชาวต่างชาติก็ทำเด็กหลอดแก้วได้แต่จะถูกห้ามเรื่องอุ้มบุญ จากนั้นจึงนำตัวอ่อนแช่แข็งข้ามพรมแดนออกไปพร้อมผู้หญิงที่จะรับอุ้มบุญให้ เมื่อใส่กลับตัวอ่อนแล้วก็เดินทางกลับ หากตั้งครรภ์ก็ฝากครรภ์และคลอดในเมืองไทยต่อไป

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙

วันศุกร์ที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ประวัติผู้ป่วยสูติกรรม

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๓๔ ปี อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา จ.ปทุมธานี สติการรักษ่า ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๘ ประวัติได้รับจากผู้ป่วยและแฟ้มเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief complaint

ปวดท้อง ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness

๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดทั่วท้อง ปวดบีบ ๆ เป็นพัก ๆ ปวดมากบริเวณใต้ลิ้นปี่ และท้องน้อย
ด้านขวา ร่วมกับปวดร้าวไปหลัง pain score 6/10 มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน >10 ครั้ง เป็นน้ำลาย มีไข้หนาวสั่น
ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีถ่ายเหลว ลูกดิ่งดี ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีมูกเลือดหรือน้ำเดิน ไม่มีตกขาวผิดปกติ ผู้ป่วยไปที่
คลินิก แพทย์แนะนำให้มาตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยขอสังเกตอาการที่บ้านก่อน

๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องมากขึ้น เริ่มปวดไปทั่ว ๆ ท้อง ปวดตลอดเวลา เวลาขยับตัวแล้ว
ปวดมากขึ้น pain score 10/10 ยังคงมีไข้ อาการปวดเป็นมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล

Past History

- ปฏิเสธโรคประจำตัว
- ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
- ปฏิเสธประวัติดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุและการผ่าตัด

Ob-Gyn History

- G2P1 GA 30+1 weeks by USG at GA 6 weeks
- G1 ๑ ปีก่อน NL หลังคลอดบุตรแข็งแรงดี บุตรเสียชีวิตที่อายุ ๙ เดือน ด้วยโรคปอดอักเสบ
- LMP uncertain date, EDC ๒ ธันวาคม ๒๕๕๘ by USG at GA 6 weeks
- ANC ที่ คลินิกนอกโรงพยาบาล ๘ ครั้ง
- Lab : blood group O Rh positive Hct 37% MCV 82 fl
HBsAg: negative VDRL: non- reactive Anti-HIV: non- reactive
- Tetanus vaccine x II Total weight gain : 9 kg (55→>64 kg)
- BP 110-130/70-90 mmHg, Urine protein : negative, Urine sugar : negative ตลอดการฝากครรภ์

Physical examination

Height 150 cm Weight 64 kg BMI 28.4 kg/m²

V/S: BT 38°C BP 130/70 mmHg PR 120 bpm (full and regular) RR 22/min

GA: A Thai female, good consciousness, no pallor, no jaundice, look ill

HEENT: mild pale conjunctiva, no icteric sclera

CVS: normal S1S2 heart sound, no murmur

RS: normal and equal breath sound both lungs, no adventitious sound

Abdomen: FH 2/4 above umbilicus (29 cm), can't be evaluated presenting part
uterine contraction interval 6-7 min, duration 30 sec, mild intensity, FHS 160 bpm
no surgical scar, hypoactive bowel sound
generalize voluntary guarding, marked tender at RLQ and epigastrium,
rebound tenderness – positive, no palpable mass, CVA not tender

Ext: no rash, no petechiae, no edema

NS: grossly intact

PV: os closed, no effacement, MI, station -3



บทวิจารณ์โดย...

พ.อ.พญ.ปริศนา พานิชกุล

กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาวะปวดท้องเฉียบพลัน (acute abdomen) ในสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สาม เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุนั้นอาจสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ และอาจมีผลโดยตรง หรือโดยทางอ้อม ต่อทารกในครรภ์ และอาจต้องการทีมแพทย์สหสาขาร่วมประเมินผู้ป่วย การพิจารณาในสตรีตั้งครรภ์ ต้องคำนึงถึงสรีรวิทยาที่มีเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคจากมดลูกที่ขยายขนาดขึ้น การมีอาหารทางระบบทางเดินอาหารที่เพิ่มขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรืออึดอัดในช่องท้อง และการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งการเลือกการตรวจเพิ่มเติม ที่เน้นถึงความปลอดภัยต่อทารกในครรภ์ ยังอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยสาเหตุทำได้ยากกว่าในสตรีไม่ตั้งครรภ์ หลักสำคัญในการประเมินภาวะปวดท้องเฉียบพลันในสตรีตั้งครรภ์ คือ เพื่อค้นหาสาเหตุที่มีอันตรายรุนแรง หรืออาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่อาจถึงแก่ชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ ของภาวะปวดท้องเฉียบพลันในสตรีตั้งครรภ์ที่แนะนำในปัจจุบัน นอกจากการตรวจ complete blood count และ urinalysis แล้วยังแนะนำให้ตรวจ liver function test และ pancreatic function test ได้แก่ aminotransferases, bilirubin, lipase และ amylase อีกด้วย ส่วนการตรวจ imaging นั้น มีข้อบ่งชี้ในกรณีการวินิจฉัยยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะกรณีที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในภาวะปวดท้องเฉียบพลันในสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อจุดประสงค์ที่จะลดการที่ต้องทำการผ่าตัดรักษาที่ล่าช้าออกไป จากการวินิจฉัยที่ไม่แน่นอน และเพื่อช่วยลดโอกาสที่จะผ่าตัดลงไปแล้วผลเป็นการเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound: US) เพื่อการวินิจฉัยโดยเฉพาะภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันนั้น มีข้อดีที่ปลอดภัยต่อทารกและทำได้ง่ายและสะดวก จึงนิยมใช้เป็น การตรวจในอันดับแรก แต่ก็มียังปัจจัยที่ส่งผลให้มีความแปรผันของผลการตรวจ ได้แก่ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย และประสบการณ์ของผู้ตรวจ จึงมีความไวอยู่ที่ร้อยละ ๖๖ - ๑๐๐ และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ ๘๓ - ๙๖ ขณะที่การทำ computed tomography (CT) มีผลให้ทารกได้รับรังสี แต่มีความไวในการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันอยู่ที่ร้อยละ ๙๒ และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ ๙๕ - ๙๙ และการทำ magnetic resonance imaging (MRI) เป็นการตรวจที่นิยมมากกว่าการทำ CT ที่หลีกเลี่ยงการที่ทารกได้รับรังสี และ MRI มีข้อดีกว่า US ที่สามารถเห็นความผิดปกติที่รอบไส้ติ่ง (peri-appendiceal) ได้ดีกว่า แม้ไม่สามารถมองเห็นไส้ติ่งได้ก็ตาม และยังช่วยบอกสาเหตุอื่น ๆ ของการปวดท้องเฉียบพลันในสตรีตั้งครรภ์ได้อีกด้วย การตรวจ MRI มีความไวในการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันอยู่ที่ร้อยละ ๙๑ - ๙๔ และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ ๙๗ - ๙๘ ในการประเมินสตรีตั้งครรภ์ ยังต้องพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ต่อทั้งตัวสตรีเองและทารกที่อาจเกิดขึ้นได้อีกโดยเฉพาะหากเกิด generalized peritonitis หรือเกิดหนองในช่องท้อง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ซึ่งการพิจารณาให้ corticosteroid เพื่อกระตุ้นการพัฒนาของปอดทารกนั้น แนะนำว่าควรหลีกเลี่ยงหากเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง (systemic infection) เพราะอาจมีผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของสตรีตั้งครรภ์ทำงานบกพร่อง ส่วนการให้ tocolysis เพื่อยับยั้งการหดตัวของ

มดลูกนั้น ยังไม่มีการยืนยันประโยชน์ที่ชัดเจนต่อการให้เพื่อป้องกัน (prophylaxis) ควรพิจารณาให้เพื่อรักษา เมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น โดยต้องพึงระวังผลที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการ impair physiologic adaptation of sepsis และเสี่ยงต่อการเกิด pulmonary edema

ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) เป็นภาวะที่พบน้อยมาก และมีความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ มีรายงานพบตั้งแต่ ๑ ใน ๑,๐๐๐ รายถึงมากกว่า ๑๐,๐๐๐ รายของสตรีตั้งครรภ์ โดยจะพบมากในไตรมาสที่สาม และหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การมีนิ่วในถุงน้ำดี การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะ cholelithiasis ภาวะไขมันสูงหรือ hypertriglyceridemia (HTG) และภาวะ acute fatty liver of pregnancy การวินิจฉัยอาศัย ๒ ใน ๓ ข้อ ของเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ ๑) อาการปวดท้องเฉียบพลันบริเวณลิ้นปี่ที่ปวดอยู่ตลอดเวลา ๒) มีการเพิ่มของระดับซีรัม lipase หรือ amylase มากกว่า ๓ เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ และ ๓) การตรวจพบทางภาพ imaging ซึ่งการตรวจ MRI หรือ CT จะมีความแม่นยำในการวินิจฉัยมากกว่า US นอกจากนี้อาจพบมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และหากอาการรุนแรงมากอาจมีการหายใจล้มเหลว เกิดภาวะ shock หรือมี hypocalcemia พบผู้ป่วยร้อยละ ๒๐ ที่มีอาการรุนแรงมากโดยในกลุ่มนี้มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๒๕ ในสตรีตั้งครรภ์ การดูแลรักษาจะคล้ายคลึงกับ ในผู้ที่ไม่ตั้งครรภ์ โดยการให้พักลำไส้ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและแก้ไข electrolyte imbalance การให้ยาแก้ปวด ซึ่งควรใช้กลุ่ม meperidine หลีกเลี่ยงการใช้ morphine และต้องติดตามประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ การพิจารณา เลือกรักษาที่ไม่มียันตรายต่อทารก และการปรับท่าของสตรีตั้งครรภ์ระวังการเกิด inferior vena cava constriction ในกรณีที่ภาวะของสตรีตั้งครรภ์แย่งอาจต้องพิจารณายุติการตั้งครรภ์ ดังในผู้ป่วยรายนี้ที่มีอาการแย่งจนเกิด acute respiratory distress syndrome จนต้องให้การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติเนื่องจากโรคที่แย่ง และพิจารณาผ่าตัด เพื่อคลอดบุตรและทำการผ่าตัดรักษาภาวะ pancreatitis ในครั้งเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

๑. Kilpatrick CC, Orejuela FJ. Approach to abdominal pain and the acute abdomen in pregnant and postpartum women. Up-To-Date. [Internet] 2016 [updated 2016 Jan 06; cited 2016 Sep 29]. Available from: <http://www.uptodate.com>
๒. Vege SS. Management of acute pancreatitis. All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Up-To-Date. [Internet] 2016 [updated 2015 Nov 19; cited 2016 Sep 29]. Available from: <http://www.uptodate.com>
๓. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics, 24th ed. The McGraw-Hill company, United States of America 2014. p.1079, 1096-7.
๔. Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, Greene MF. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principle and Practice, 7th ed. Elsevier Inc., United States of America 2014. p.1090-1.

คำถามท้ายบท...

จากคณะกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

๑. ข้อใดไม่จำเป็นต้องส่งตรวจ cell-free DNA ตามคำแนะนำของ ACOG และ SMFM ในปี ๒๐๐๕

- ก. สตรีตั้งครรภ์อายุ ๓๗ ปี
- ข. ผลตรวจ combined test ปกติ
- ค. มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนเป็น trisomy 21
- ง. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ single umbilical artery และ ventriculomegaly

๒. จากข้อมูลของ ACOG และ SMFM ในปี ๒๐๐๕ นั้น วิธีการตรวจคัดกรองภาวะ fetal aneuploidy ใดมี detection rate all aneuploidies สูงที่สุด

- ก. Cell-free DNA screen
- ข. First-trimester screen
- ค. Second-trimester screen
- ง. Sequential/integrated screen

๓. ตามคำแนะนำของ ISUOG ปี ๒๐๐๔ นั้น ข้อใดถูกต้อง

- ก. ควรแนะนำให้ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสแรกทุกราย
- ข. หากผลตรวจ combined test $>1:10$ ควรแนะนำให้ตรวจด้วยวิธี cell-free DNA
- ค. หากผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative ก็ควรทำ genetic sonogram ทุกๆ ราย
- ง. หากตรวจพบว่าการก่อกำเนิดในครรภ์มี fetal structural anomaly ควรส่งตรวจ cell-free DNA ก่อนแนะนำให้ตรวจ fetal karyotyping

๔. ข้อใดมีประโยชน์น้อยที่สุดของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงไตรมาสแรก

- ก. ยืนยันการมีชีพ
- ข. กำหนดอายุครรภ์
- ค. วินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝด
- ง. วินิจฉัย anembryonic pregnancy
- จ. วัด nuchal translucency (NT) ก่อนการ cell-free DNA

๕. ตามคำแนะนำของ SMFM ปี ๒๐๐๗ นั้น หากสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับผลการตรวจ cell-free DNA เป็น negative และพบ choroid plexus cyst ควรให้การดูแลอย่างไร

- ก. วัด nuchal translucency (NT)
- ข. ส่งตรวจ microdeletion ต่อไป
- ค. ทำ diagnostic testing โดยการเจาะน้ำคร่ำ
- ง. รายงานผลตรวจเป็น the finding is not clinically significant

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นงนพ เบญจกัน

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



เฉลยคำถามฉบับที่แล้ว

๑. ข้อต่อไปนี้เป็น การเปลี่ยนแปลงสำคัญสำหรับการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดใน ERAS ยกเว้น
 - ข. การเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด
๒. ข้อต่อไปนี้เป็น การเปลี่ยนแปลงสำคัญสำหรับการเตรียมผู้ป่วยขณะเข้ารับการผ่าตัดใน ERAS ในส่วนของแพทย์ผ่าตัด
 - ง. ถูกทุกข้อ
๓. ข้อต่อไปนี้เป็น การเปลี่ยนแปลงสำคัญสำหรับการเตรียมผู้ป่วยขณะเข้ารับการผ่าตัดใน ERAS ในส่วนของวิสัญญีแพทย์ยกเว้น
 - ก. การใช้ยาในกลุ่ม Morphine
๔. ข้อต่อไปนี้เป็น การเปลี่ยนแปลงสำคัญสำหรับการเตรียมผู้ป่วยหลังเข้ารับการผ่าตัดใน ERAS ยกเว้น
 - ค. การหลีกเลี่ยงการให้ยาระงับปวดหลายชนิดร่วมกันในผู้ป่วยหลังเข้ารับการผ่าตัด
๕. จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าผลดีของระบบ ERAS เมื่อมีการนำมาใช้และประสบความสำเร็จแล้ว ได้แก่
 - ง. ถูกทุกข้อ

Gossip

ซุบซิบ...ด้วยภาพ



ขอแสดงความยินดีกับ ศ.นพ.โกวิท คำพิทักษ์
เนื่องในโอกาสรับเชิญ โดย Center for Southeast Asian
Studies, Kyoto University เพื่อบรรยายเรื่อง Thai Medical
service : Past, Present, and Future
ในวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๐.... เยี่ยม

ขอแสดงความยินดีกับท่านเลขาธิการราชวิทยาลัยฯ
ศ.พญ.สุกฤษฎา วิลาลักษณ์
ที่ได้รับแต่งตั้งจากมหาวิทยาลัยมหิดล ให้ดำรงตำแหน่ง
ศาสตราจารย์ ระดับ ๑๑ (ศาสตราจารย์อาวุโส)
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

ท่านนายกสมาคมแม่เรือนไทย
ศ.พญ.สุกฤษฎา วิลาลักษณ์
ร่วมกับ ท่านอธิบดี กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
ศ.พิเศษ วิศิษฐ์ วิศิษฐ์สรอรรถ แถลงข่าวโครงการ
One gift for one life วัคซีนเพื่อน้องป้องกันแม่เรือน
ปากมดลูก ให้กับเด็กหญิงและเยาวชนหญิงในศูนย์พิทักษ์
เด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ



เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๐
ณ โรงแรมแกรนด์ ไฮแอท เอราวัณ กรุงเทพฯ



ท่านผู้รับประธานราชวิทยาลัยฯ พล.อ.ท.การุณ เก่งสกุล ร่วมตรวจประเมินมาตรฐาน
การรับรองคุณภาพสถาบันตามเกณฑ์ในฝ่าย WFME ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์