สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๕/๒๕๖๐

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี

Standards and Ethics for Women's Health

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

" มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี "

(Standard and Ethics for Women's Health)

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สูตินรีเวช - จริยธรรมสาธก	๕
การตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด	๙
Interhospital Conference ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐	๑๔
คำถามท้ายเล่ม	๒๓

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 ซ.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
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ถุลย์ สิทธิสมวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมัธชุพร สุขประเสริฐ
แพทย์หญิงลัลธพร พัฒนาวิจารย์,
นายแพทย์เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล, นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่
นายแพทย์ธีรวุฒิ ขันประกอบ, นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

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

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้เริ่มด้วยข่าวน่ายินดีเป็นอย่างยิ่งที่ท่านประธานราชวิทยาลัยฯ ของพวกเรา **ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์** ได้รับเลือกตั้งให้เป็น Vice President ของ Asia and Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology (AOFOG) วาระปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๒ และตามธรรมเนียมปฏิบัติท่านจะได้รับเลือกเป็น President Elect และ President ของ AOFOG ตามลำดับ อีกทั้ง **ศ.พญ.อุ่นใจ กออนันตกุล** ก็ได้รับเลือกเป็น Chair ของ Maternal & Fetal Medicine Committee ในวาระเดียวกันนี้ด้วย จึงขอแสดงความยินดีกับผู้บริหารทั้งสองของราชวิทยาลัยฯ เป็นอย่างยิ่งค่ะ และขอแสดงความยินดีเป็นอย่างยิ่งกับ **พญ.ปวีณา อมรเพชรกุล** แพทย์ประจำบ้าน จากโรงพยาบาลศิริราช ได้รับรางวัล Best obstetric paper award ค่ะ

บทความ สูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก เรื่อง **"เป็นเต้นท์สูติอย่างไรให้มีความสุข'** โดย **นพ.พิษณุ ขันติพงษ์** อาจารย์มีคาถากันฟ้องร้องสำหรับน้อง ๆ แพทย์ประจำบ้าน เพื่อมิให้การฟ้องร้อง ร้องเรียนหรือเกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้และญาติ มารบกวนจิตใจ ตามด้วยบทความวิชาการจากคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เรื่อง **"การตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด"** โดย **รศ.พญ.พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ** ตามมาด้วยรายงานการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ นำเสนอกรณีผู้ป่วยสูติกรรม โดยแพทย์ประจำบ้าน กองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศและบทวิจารณ์โดย **รศ.นพ.พฤหัส จันทร์ประภาพ** หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ต่อด้วยคำถามท้ายเล่มจากคณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอด/ต่อเนื่องค่ะ

หวังว่าสมาชิกคงได้ความรู้และเนื้อหาสาระจากสูติ-นรีแพทย์สัมพันธ์เล่มนี้เช่นเคย ที่สำคัญอย่าลืมไปร่วมการประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๓๒ และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ เขาใหญ่คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมานะคะ และในการประชุมครั้งนี้ขอเชิญท่านสมาชิกที่สนใจ **สมัครวิ่ง RTCOG Mini-Marathon** ระยะทาง ๓.๕ กิโลเมตร และ ๑๐ กิโลเมตรดูรายละเอียดการสมัครได้ที่ **www.rtcog.or.th**

ทางกองบรรณาธิการ รณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเลคทรอนิกส์ เพื่อลดโลกร้อน สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ อิเลคทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR code** ได้ค่ะ

พบกันในฉบับหน้านะคะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ

เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

เมื่อวันที่ ๑๕ – ๑๘ มิถุนายนที่ผ่านมา ผม และ ท่านผู้รั้งฯ ท่านเลขาธิการ ท่านประธานอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ประธานอนุกรรมการวิเทศสัมพันธ์ ประธานอนุกรรมการวิจัย และสมาชิกราชวิทยาลัยฯ อีกหลายท่านได้เข้าร่วมประชุม **25th Asia Oceania Congress of Obstetrics and Gynaecology** ณ **Hong Kong Convention and Exhibition Centre** ได้มีการเลือกตั้งกรรมการบริหารชุดใหม่ ซึ่งมีรายนามดังต่อไปนี้

๑. President: Dr. Ravi Chandran (Malaysia)
๒. President Elect: Professor Kazunori Ochiai (Japan)
๓. Vice President: Professor Pisake Lumbiganon (Thailand)
๔. Immediate Past President: Professor Joo-Hyun Nam (Korea)
๕. Secretary General: Dr. Rohana Haththotuwa (Sri Lanka)
๖. Deputy Secretary General: Dr. Jaydeep Tank (India)
๗. Treasurer: Professor Tsung-Hsien Su (Taiwan)
๘. Editor-in-chief, JOGR: Professor Kiyoko Kato (Japan)
๙. Council Representative: Dr. John Trait (New Zealand)

นอกจากผมจะได้รับเลือกเป็น Vice President แล้ว (ซึ่งตามธรรมเนียมปฏิบัติต่อไปผมก็จะได้เป็น President Elect, President และ Immediate Past President ต่อไปตามลำดับทุก ๒ ปี) ท่าน **ศ.พญ.อุ่นใจ กออนันตกุล** ก็ได้รับเลือกเป็น Chair ของ Maternal and Fetal Medicine และ **พญ.ปวีณา อมรเพชรกุล** แพทย์ประจำบ้านจาก รพ.ศิริราช ได้รับรางวัล Best Obstetric paper award หลังได้รับเชิญไปนำเสนอแบบ oral presentation ในการประชุมครั้งนี้ เป็นที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งครับ

มีเรื่องสำคัญอีกหนึ่งเรื่อง ที่ผมอยากขอร้องและเชิญชวนสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ มาช่วยกัน eradicate cervical cancer ให้หมดไปจากสตรีไทยครับ ข้อมูลล่าสุดจาก สปสช. และกรมควบคุมโรคยังมีสตรีไทยเสียชีวิตจาก cervical cancer ปีละ ประมาณ ๓,๕๐๐ คน หรือวันละ ๙ คนครับ ถึงแม้รัฐบาลจะเริ่มให้ฉีด HPV vaccine ในเด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมปีที่ ๕ ทั่วประเทศ ๔๐๐,๐๐๐ คนฟรี แต่กว่า HPV vaccine จะเห็นผลคงต้องใช้เวลาอีกอย่างน้อย ๒๐ ปีครับ

ผมอยากขอให้สูตินรีแพทย์ทั่วประเทศ โดยเฉพาะหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชฯ ของทุกโรงพยาบาล ร่วมมือกับทางเขตสุขภาพ สาธารณสุขจังหวัด หรือ อำเภอ รณรงค์การคัดกรอง cervical cancer ไม่ว่าจะโดย Pap smear หรือ VIA หรือ HPVDNA ในเขตรับผิดชอบของแต่ละท่านให้มีความครอบคลุมถึงร้อยละ ๗๐ และจัดการระบบส่งต่อให้ดูแลรายที่คัดกรองพบความผิดปกติโดยเร็วที่สุด ถ้าต้องการความช่วยเหลืออย่างไรจากทางราชวิทยาลัยฯ กรุณาบอกผมได้เลยครับ ผมเองจะปรึกษาผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการเรื่องนี้อย่างเต็มที่ครับ

ขอให้พวกเราร่วมมือกันช่วยชีวิตสตรีไทย ๙ คนที่ตายทุกวันจาก cervical cancer ซึ่งรักษาได้โดยด่วนครับ ขอบคุณมากครับ

สูตินรีเวช - จริยธรรมสาธก

โดย... นพ.พิษณุ ขันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม

"เป็นเด้นท์สูติอย่างไรให้มีความสุข"

ผมขอขอบคุณน้อง ๆ ทุกคนที่เลือกมาเป็นสูติแพทย์ แม้ว่าปัจจุบันสูติแพทย์จะอยู่ในอันดับแรกของการถูกฟ้องร้อง ร้องเรียน หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์ กับคนไข้ และญาติ ผมไม่อยากให้เรื่องนี้มารบกวนจิตใจพวกเรา หรือทำให้เกิดความกังวลใด ๆ เนื่องจากมีโอกาสพบได้น้อยมาก เมื่อเทียบกับการคลอดเกือบ ๘ แสนคนต่อปี และการให้บริการอีกนับครั้งไม่ถ้วน

อย่างไรก็ตาม ผมมีคาถากันการฟ้องร้อง ที่ได้มาจากค่านิยมร่วมของโรงพยาบาลน่าน (ที่ใช้กันมาตั้งแต่สมัย **อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร** อาจารย์นำมาจากกฎเสนาบดีที่ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๔๗๒ ในอดีตใครก็ตามที่จะทำงานในโรงพยาบาล จะต้องจุดธูปเทียนสาบานต่อหน้าพระพุทธรูปว่า จะปฏิบัติตามกฎนี้อย่างเคร่งครัด) ว่า

๑. จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความรู้ความสามารถ (quality care)

๒. จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง (risk care)

๓. จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความปรารถนาดีต่อคนไข้และญาติ (Humanizied Care)

ถ้าเราทำได้ทั้ง ๓ ประการนี้แล้ว ก็ไม่ต้องกังวลว่าใครจะมาฟ้องร้องเรา เพราะมีโอกาสเกิดสิ่งไม่พึงประสงค์กับคนไข้น้อยที่สุด นอกจากจะเป็นเหตุสุดวิสัยจริง ๆ และเมื่อเกิดขึ้นคนไข้และญาติต่างก็เข้าใจ

ผมขอให้ทุกคนตั้งเป้าหมายในการมาเรียนนี้ เพื่อช่วยแก้ปัญหาแม่และเด็กของประเทศ และดูแลสุขภาพของหญิงไทยเป็นสำคัญ เนื่องจากปัญหาเหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร แม้ว่าเราจะผลิตสูติแพทย์มาแล้วกว่า ๓,๐๐๐ คน

ปัจจุบันมีสถาบันฝึกอบรมสูติแพทย์ ๒๓ แห่งทั้งโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ฯ ของสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ ผมขอให้ทุกคนถือว่าเป็นสถาบันเดียวกันหมด ไม่มีการแบ่งสถาบัน การฝึกอบรมต่างสถาบันไม่ได้หมายความว่าจบจากสถาบันหนึ่งจะเป็นสูติแพทย์ที่ดีกว่า เก่งกว่าอีกสถาบันหนึ่ง ทุกคนควรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน รู้จักกันให้มากที่สุด แบ่งปันความรู้ต่อกัน ในช่วง elective ก็อยากให้ได้ไปฝึกในสถาบันอื่นเพื่อจะได้พบปัญหาที่แตกต่าง ได้รู้จักเพื่อนใหม่และอาจารย์ใหม่ด้วย

ระยะเวลา ๓ ปี ในสถาบันฝึกอบรมนั้นเร็วมาก จึงควรตักตวงความรู้และประสบการณ์อย่างเต็มที่ ที่สำคัญต้องรู้ว่าเรากลับเข้ามาเป็นนักเรียนใหม่ ขณะทำงานอยู่ข้างนอกนั้นเราเป็นตัวของเราเอง ตัดสินใจเอง แต่เมื่อมาเรียนจะมีระบบอาวุโส ก่อนตัดสินใจหรือทำหัตถการต้องมีการรายงานตามลำดับขั้น แม้บางอย่างเราอาจเคยทำมาก่อนแต่ก็ต้องเรียนรู้ใหม่ เมื่อมีระเบียบให้รายงานแพทย์อาวุโสก่อนทำหัตถการใด ๆ จะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และจะต้องให้ความเคารพตามอาวุโสด้วย

ช่วงที่มาเรียน ผมอยากให้พวกเราคำนึงถึงเรื่องเรียนเป็นสำคัญ พยายามเรียนรู้กับคนไข้ให้มากที่สุด โดยเฉพาะในกรณีโรคที่พบยาก หรือคนไข้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างคนไข้ ญาติ กับโรงพยาบาล แม้ว่าบางครั้งจะไม่ได้อยู่เวรเนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่พบได้ไม่บ่อย จะได้เรียนรู้แนวทางการรักษาหรือแก้ไขปัญหา จะเป็นประโยชน์เมื่อจบเป็นสูติแพทย์แล้วที่ต้องรับผิดชอบเต็มที่ เมื่อเจอโรคยาก เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือเกิดความขัดแย้งจะได้มีความมั่นใจในการรักษาหรือแก้ไขปัญหาได้

ในระหว่างฝึกอบรม ผมขอให้งดรับคนไข้พิเศษส่วนตัว นอกจากเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่พวกเราช่วยกันดูแลได้ และไม่ควรรับอยู่เวรโรงพยาบาลเอกชน หรืองานนอกเวลาที่อื่นมากเกินไป ควรมีเวลาพักผ่อนและสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงานบ้าง โดยเฉพาะกับพยาบาลที่เป็นทีมงานสำคัญของเรา

ในกรณีที่ดูแลคนไข้แล้วเกิดปัญหาเรื่องการสื่อสาร หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้ง จะต้องรายงานแพทย์รุ่นพี่และอาจารย์ทันที พร้อมกับปฏิบัติตามคำแนะนำของหน่วยงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

โดยทั่วไปผมอยากเห็นทุกคนมีคุณสมบัติดังนี้

๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

ความสัมพันธ์ที่ดีนี้ ไม่เฉพาะกับเพื่อนแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงเพื่อนร่วมงานทุกระดับ เนื่องจากเราทำงานเป็นทีม ต้องเริ่มจากการให้เกียรติเพื่อนร่วมงาน หลายครั้งผมพบว่าเจ้าหน้าที่ระดับล่าง (คนงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ รปภ.) สามารถทำให้คนไข้ ญาติที่กำลังไม่พึงพอใจสงบลงได้ เนื่องจากคนไข้จะเชื่อบุคลากรเหล่านี้ เพราะรู้ว่าไม่มีผลประโยชน์อะไร รวมถึงต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนไข้ ญาติ การสื่อสารที่ดีต่อคนไข้และญาติในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งจำเป็นที่พวกเราต้องฝึกให้เป็นนิสัย ควรคำนึงถึงการเอาใจเขามาใส่ใจเราเป็นสำคัญ โดยสังเกตดูจากแพทย์รุ่นพี่ หรืออาจารย์เป็นสำคัญ และเมื่อไหร่ที่เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้จากการรักษาพยาบาล ควรเรียนรู้วิธีการและแนวทางการแก้ไขด้วย

๒. มีความรับผิดชอบ

ผมถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เมื่ออยู่เวรจะต้องดูแลคนไข้ให้ดีตามหน้าที่ เมื่อได้รับโทรศัพท์รายงานจะต้องไปดูคนไข้ด้วยตนเอง จะทำให้ตัดสินใจได้ดีกว่าการไม่ได้เห็นคนไข้ อย่างน้อยจะสร้างความมั่นใจให้กับทีมงานรวมทั้งคนไข้ด้วย และเมื่อผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จะต้องแสดงความรับผิดชอบด้วยการติดตามดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

ในชีวิตความเป็นแพทย์ผมไม่เคยปิดมือถือ นอกจากมีความจำเป็น เช่น อยู่ต่างประเทศ และจะรับทุกสายอย่างมีสติ โดยเฉพาะในยามวิกาลจะต้องพูดให้อ่อนหวานที่สุด เพราะอาจมีคนกำลังต้องการความช่วยเหลือจากเรา

๓. มีความรู้

ความรู้นี้จะต้องทันสมัย เป็นที่ยอมรับ จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ตลอดเวลา แม้จะสิ้นสุดการฝึกอบรมแล้ว และรู้จักวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของความรู้ใหม่ ก่อนนำไปใช้กับคนไข้ ขอให้จำไว้เสมอว่าเรามาเรียนเพื่อนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เมื่อเรียนจบแล้วจะต้องไม่คิดว่าเราเก่งที่สุด จะต้องทำตัวให้ทุกคนเข้าหาเราได้ง่ายที่สุด ความรู้ของเราจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด

สำหรับงานวิจัยระหว่างการฝึกอบรม จำเป็นต้องให้ความสำคัญ ควรตั้งใจทำอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีปัญหาให้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาทันที ไม่ควรมาเร่งทำตอนใกล้จบ เพราะเมื่อมีปัญหาจะแก้ไขไม่ทันทำให้เกิดความเครียด ทุกคนควรให้ความสนใจในการทำวิจัย เพราะจะเป็นพื้นฐานในการเป็นนักวิจัยที่ดีในอนาคต งานวิจัยจะช่วยแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ได้ดีขึ้น

ทุกคนควรหาโอกาสเข้าร่วม interhospital conference ทุกครั้ง และกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นของตนเอง เพื่อการเรียนรู้ เป็นการฝึกบริหารความรู้ที่ได้เรียนมา ผิดถูกก็ไม่เป็นไร เมื่อจบแล้วจะได้นำไปใช้ต่อในโรงพยาบาลที่ทำงาน เพราะการได้แสดงความคิดเห็นของเรา การระดมความคิดเห็นของหลาย ๆ คนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาพยาบาลคนไข้เป็นไปอย่างดีที่สุด เมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ก็ยังช่วยกันดูแลให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด

สำหรับการสอบ ผมไม่อยากให้ทุกคนหมกมุ่นหรือกังวลจนเกินไป ผมเชื่อว่าตลอดระยะเวลา ๓ ปี ในสถาบันฝึกอบรมถ้ามีความขยัน เอาใจใส่ ดูแลคนไข้และอ่านตำราเป็นประจำ ไม่จำเป็นต้องกลัวการสอบ ผมเชื่อว่าทุกคนสามารถสอบผ่านได้อย่างแน่นอน

๔. มีการดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้ (Humanized health care)

เป็นหัวใจของการเป็นสูติแพทย์ที่ดี เราจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของคนไข้ หรือแม่และเด็กในครรภ์เป็นสำคัญที่สุด เมื่อไหร่ที่ต้องตัดสินใจเพื่อเลือกการรักษาจะต้องตัดสินใจบนพื้นฐานนี้เสมอ การให้ข้อมูลแก่คนไข้ต้องให้ด้วยความเป็นกลาง ทั้งข้อดีข้อเสีย เพื่อให้คนไข้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง โดยมีเราเป็นผู้ให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด และเมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ต้องไม่ปิดบังคนไข้ แต่ต้องช่วยกันทำให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด และต้องแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ พร้อมแนวทางการรักษาเป็นระยะ ๆ คิดว่าถ้าคนไข้เป็นญาติสนิทของเรา จะทำอย่างไรก็ควรทำเช่นนั้นเหมือนกัน

มีหลายคนบอกกับผมว่า เดี๋ยวนี้ในสถาบันฝึกอบรมมีตัวอย่างที่ดีให้เห็นน้อยมาก หลายคนเอาแบบอย่างในทางไม่ดีแล้วอ้างว่าทำตามรุ่นพี่หรืออาจารย์ ผมขอบอกกับทุกคนว่า

“คนดี คนไม่ดีนั้นเป็นตัวอย่างได้หมด คนดีเป็นตัวอย่างให้เราทำตาม คนไม่ดีเป็นตัวอย่างให้เราไม่ทำตาม”

ผมขอให้ทุกคนมีสมุดโน้ตคู่กาย (อาจเป็นสมาร์ทโฟนหรือไอแพด) ด้านหน้าบันทึกสิ่งดีงามที่พบเห็น ด้านหลังบันทึกสิ่งไม่ดีไม่งามที่พบเห็นเช่นกัน อ่านบันทึกทุกครั้งที่มีโอกาส ปัจจุบันเราจะพบว่าด้านหน้ามีน้อยกว่าด้านหลัง แต่ผมรับรองได้ว่าเมื่ออ่านบ่อย ๆ และเราไม่ทำในสิ่งที่ไม่ดีไม่งาม บันทึกด้านหลังจะลดน้อยไปเอง ถ้าเรายังทำตามทั้งที่รู้ว่าไม่ควรทำแสดงว่าเราแย่ยิ่งกว่ารุ่นพี่ ๆ เราเสียอีก ที่เห็นตัวอย่างไม่ดีแล้วยังทำตาม

ผมเชื่อว่าคงมีพวกเราหลายคนขณะฝึกอบรม อาจพบปัญหาที่ทำให้ไม่มีความสุข ผมแนะนำให้รีบปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาทันทีเพื่อหาทางแก้ไขร่วมกัน ผมถือว่าเรามาเรียนเอาความรู้เพื่อไปช่วยเหลือคนไข้ จึงควรมีความสุข ไม่ควรมีแต่ความทุกข์ ไม่งั้นเมื่อจบเป็นสูติแพทย์แล้วเราจะมีความสุขได้อย่างไร และเมื่อแพทย์ไม่มีความสุขคนไข้จะมีความสุขได้อย่างไร

เรื่องคุณธรรมและทัศนคติที่ดี เป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตการเป็นสูติแพทย์ ผมขอให้ทุกคนดูตัวอย่างอาจารย์และรุ่นพี่เป็นสำคัญ ใช้วิจารณญาณของเราเองว่า ควรประพฤติปฏิบัติอย่างไรในการเป็นแพทย์ที่ดี ผมอยากได้สูติแพทย์ที่ดี เก่งและมีความสุข ดีต้องมาก่อนเก่งเสมอ เพราะผมเชื่อว่าคนดีสำคัญกว่าทุกสิ่ง ผมได้ขอร้องให้

สถาบันฝึกอบรมทุกแห่งพิจารณาเรื่องคุณธรรมและทัศนคติของเด้นท์ทุกคนด้วย ถ้าพบว่าเด้นท์คนใดไม่เหมาะสมที่จะเป็นสูติแพทย์ สถาบันมีสิทธิที่จะไม่ให้อบรมต่อหรือไม่ส่งสอบเพื่อรับวุฒิบัตร

สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การเขียนเวชระเบียน ผมขอให้พวกเราเริ่มต้นเขียนให้ถูกต้องครบถ้วน และทันเวลา โดยเฉพาะใบซักประวัติ ตรวจร่างกาย ใบรายงานการผ่าตัดที่ควรบันทึกให้ละเอียด วาดภาพประกอบด้วยยิ่งดี หลายครั้งที่เกิดการฟ้องร้องจากการทำผ่าตัดไปถูกอวัยวะข้างเคียง เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่ใบรายงานการผ่าตัดมีเพียงไม่กี่บรรทัด ไม่มีการบันทึกว่ามีพังผืดบริเวณที่จะผ่าตัดหรือการผ่าตัดยากง่ายเพียงใด ใบ progress note ที่ควรบันทึกเวลาขณะมาดูคนไข้ อาการที่เปลี่ยนแปลง การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน เนื่องจากเมื่อเกิดการฟ้องร้องเวชระเบียนจะเป็นหลักฐานเพียงชิ้นเดียวที่ช่วยเราได้มากที่สุด (หากจำเป็นต้องแก้ไขข้อความ ควรขีดฆ่าข้อความเดิม แต่ยังสามารถอ่านได้ ไม่ควรใช้ยางลบหรือน้ำยาลบคำผิดก่อนเขียนข้อความใหม่ และไม่ควรบันทึกเพิ่มเติมข้อความใดอีกหลังเกิดเป็นคดีความ เพราะจะทำให้ขาดความน่าเชื่อถือเมื่อใช้เป็นพยานศาล)

สุดท้ายนี้ผมขอให้ทุกคนดูแลรักษาสุขภาพทั้งกายและใจให้ดี แบ่งเวลาออกกำลังกายเป็นประจำ ทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ ควรมีเวลาผ่อนคลายและหางานอดิเรกทำบ้างเพื่อให้มีความสุข ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าพวกเราทุกคนจะมีความสุขระหว่างการฝึกอบรมและจะเป็นสูติแพทย์ที่ดีของคนไข้ต่อไป

"ขอบคุณที่เป็นคนดี"

การตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด

Cesarean scar pregnancy

โดย... รศ.พญ.พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ
ในนามของ คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

เป็นที่ทราบกันว่า การผ่าตัดคลอด จะทำให้การตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมีโอกาสเกิดข้อแทรกซ้อนบางประการเพิ่มขึ้น เช่น มดลูกแตก รกเกาะต่ำ หรือรกฝังตัวลึกกว่าปกติ แต่ยังมีความเสี่ยงอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ คือ การตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด (cesarean scar pregnancy; CSP) ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ที่ตำแหน่งรอยแผลจากการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน จึงนับเป็นการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก และอาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า cesarean scar ectopic pregnancy (CSEP) ภาวะนี้ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากการฝังตัวในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ตั้งแต่ไตรมาสแรกจะนำมาสู่การแตกของมดลูก และการเสียเลือดอย่างมากเมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป รายงานแรกที่กล่าวถึงภาวะนี้ ถูกตีพิมพ์โดย Larsen และ Solomon ตั้งแต่ ค.ศ.๑๙๗๘[๑, ๒] แต่เริ่มมีการกล่าวถึงมากขึ้นในช่วงหนึ่งถึงสองทศวรรษหลังนี้ เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น และการวินิจฉัยทำได้มากขึ้น

อุบัติการณ์

การตั้งครรภ์ชนิดนี้ พบได้ประมาณ ๑ ต่อ ๒,๕๐๐ ถึง ๑ ต่อ ๘,๐๐๐ ของการผ่าตัดคลอด[๓, ๔] ; ๑ ต่อ ๑,๘๐๐ ถึง ๑ ต่อ ๒,๒๐๐ ของการตั้งครรภ์[๓]; และพบเป็นร้อยละ ๖.๑ ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก ในผู้ที่มีประวัติผ่าตัดคลอดอย่างน้อย ๑ ครั้ง[๕] และมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น ตามอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้น

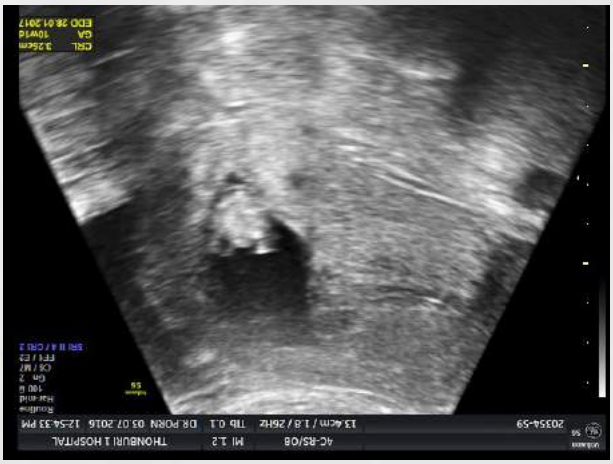
พยาธิกำเนิด

เมื่อมีการผ่าตัดคลอด ผนังมดลูกส่วนที่เป็นแผลผ่าตัดอาจมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง มีการเกิดพังผืด และทำให้การหายของแผลบกพร่องไป ถ้าตัวอ่อนมีการฝังตัวบริเวณนี้ ก็จะฝังลึกในชั้นกล้ามเนื้อมดลูกโดยตรง มีการตั้งข้อสังเกตว่า ระยะเวลาจากการผ่าตัดคลอดครั้งก่อน และการตั้งครรภ์ครั้งถัดไปที่สั้น จะเพิ่มความน่าจะเป็นของการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด[๔] ในกลุ่มผู้ป่วยที่รายงานโดย Uysal และคณะ[๓] พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ภายใน ๑ ปี จากครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ ยังสามารถพบได้ในผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดคลอดเพียงครั้งเดียว โดยมีรายงานว่า ร้อยละ ๕๒ ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีประวัติผ่าตัดคลอดหนึ่งครั้ง[๒] แต่ก็มีรายงานจาก Jurkovic และคณะ[๖] ว่าร้อยละ ๗๒ ของผู้ป่วย มีประวัติการผ่าตัดคลอดตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป

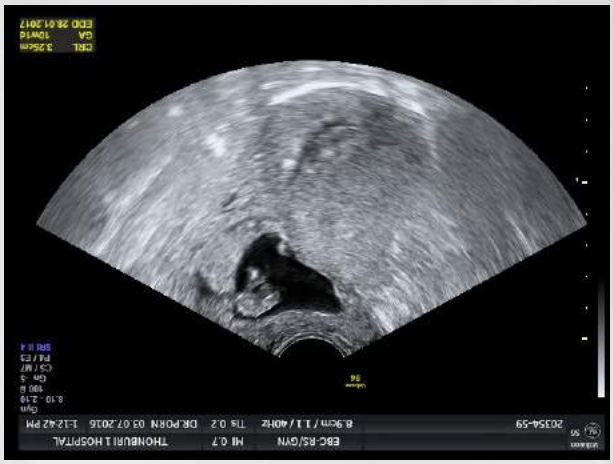
การวินิจฉัย

การวินิจฉัยมักอาศัยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ที่พบ empty uterine cavity และ empty uterine cervix แต่พบถุงการตั้งครรภ์ที่ส่วน thinned myometrium ตำแหน่งตรงกับบริเวณรอยแผลผ่าคลอดเดิมชิดกับกระเพาะปัสสาวะ ถุงการตั้งครรภ์นี้มักจะนูนออกไปทางด้านหน้า (ดังรูปที่ ๑-๓) แต่ Vial และคณะ[๗] เสนอให้

แบ่งการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอดเป็น ๒ ชนิด กล่าวคือ type I, endogenic type คือ CSEP ที่โตไปทาง cervicoisthmic space หรือโพรงมดลูก และ type II, exogenic type คือ CSEP ที่โตไปทางกระเพาะปัสสาวะและช่องท้อง โดย type I อาจจะโตจนถึงระยะ viable แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากกว่าปกติจากตำแหน่งที่รกเกาะ (placental site) ส่วน type II จะนำไปสู่ภาวะมดลูกแตก และตกเลือดตั้งแต่อายุครรภ์น้อย[๔,๗,๘]



รูปที่ ๑ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง แสดงถุงการตั้งครรภ์ที่ส่วนหน้าด้านล่างของมดลูก และเห็น endometrium ที่ส่วนบนของมดลูกชัดเจน



รูปที่ ๒ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด แสดงถุงการตั้งครรภ์ที่ด้านหน้าส่วนล่างของมดลูก และ empty uterine cavity ซึ่งจะต่อเนื่องไปกับปากมดลูกทางด้านขวาของภาพ

รูปที่ ๓ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด แสดง empty cervical canal

การวินิจฉัยแยกโรค

การตระหนักถึงภาวะนี้ยังมีไม่มาก ทำให้มีการวินิจฉัยผิดเป็นการตั้งครรภ์ที่ปากมดลูก หรือการตั้งครรภ์ที่กำลังจะแท้ง ทำให้การดูแลรักษาล่าช้าและเกิดอันตราย[๒]

การวินิจฉัยที่รวดเร็ว จะทำให้หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการคล้ายการตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ ปวดท้อง และ/หรือเลือดออก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด[๔] โดยอาจมีปริมาณไม่มากนักจนถึงเสียเลือดอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามไม่มีอาการใด ๆ แต่วินิจฉัยได้จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง[๒,๔] ดังนั้นสตรีที่มีผล pregnancy test เป็นบวก และเคยมีการผ่าตัดคลอดมาก่อนควรได้รับการประเมินด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทุกราย[๔] โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดจะมี

ความไวร้อยละ ๘๔.๖ ส่วนที่เหลืออาจจะเป็นการวินิจฉัยผิดเป็นการตั้งครรภ์ที่ปากมดลูก หรือการตั้งครรภ์ที่กำลังจะแท้ง อย่างไรก็ตาม แนะนำให้ใช้การตรวจทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอด เพื่อให้เห็นมุมกว้างด้วย สำหรับ criteria การวินิจฉัยนั้น มีการแนะนำดังนี้[๔,๘] (๑) ไม่พบการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกและปากมดลูก (empty cervical canal) และเห็น endometrium ชัดเจน (๒) มีถุงการตั้งครรภ์ที่ส่วนล่างของผนังมดลูกทางด้านหน้า บริเวณแผลผ่าตัดคลอดแยกจากโพรงมดลูก ซึ่งอาจจะมีกล้ามเนื้อมดลูกบาง ๆ กั้นระหว่างถุงการตั้งครรภ์กับกระเพาะปัสสาวะหรือไม่ก็ได้ และ (๓) ถุงการตั้งครรภ์ อาจจะมีหรือไม่มีตัวอ่อนก็ได้ และตัวอ่อนอาจมีการเต้นของหัวใจหรือไม่ก็ได้ นอกจากนี้การใช้ Doppler จะช่วยแยกการแท้งออกไปได้ เพราะการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด จะยังมีเลือดมาหล่อเลี้ยงเหมือนถุงการตั้งครรภ์ทั่วไป (ring of fire) ส่วนการตั้งครรภ์ที่กำลังจะแท้งจะไม่มีเลือดมาเลี้ยง (avascular appearance of an aborting gestational sac)

การดูแลรักษา

ยังไม่มีมาตรฐานการดูแลรักษาที่ชัดเจนเป็นสากล สำหรับการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด อาจอาศัยพิจารณาตามลักษณะผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายพยายามรักษามดลูกและความสามารถในการมีบุตร การดูแลรักษาที่มีในรายงานต่าง ๆ[๒] พอจะรวบรวมได้ดังนี้ (๑) การใช้ยา methotrexate (ทั้งฉีดเข้ากล้าม และ/หรือ ฉีดเข้าถุงการตั้งครรภ์) วิธีนี้ต้องมีการติดตามเป็นระยะเวลานาน และอาจเกิดข้อแทรกซ้อนก่อน แต่ข้อดีคือไม่ invasive (๒) การผ่าตัดเปิดหน้าท้องหรือส่องกล้อง เพื่อตัดส่วนการตั้งครรภ์ออกแล้วเย็บซ่อมแซม (๓) Hysteroscopy เพื่อตัดแยกถุงการตั้งครรภ์ออกมา และจี้หยุดเลือด (๔) Dilatation and curettage ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะเสียเลือดมาก และขูดไม่ได้ดี เนื่องจากตำแหน่งการตั้งครรภ์ไม่อยู่ในโพรงมดลูก (๕) Selective uterine artery embolization ซึ่งผลการรักษายังไม่ดีนัก มักต้องมีการรักษาอื่น ๆ เพิ่มเติม (๖) การทำให้ตัวอ่อนตาย ด้วยโปแตสเซียมคลอไรด์ หรือสารอื่น (๗) การดูดถุงการตั้งครรภ์ด้วยเข็มภายใต้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ในรายที่ถุงการตั้งครรภ์ขนาดเล็ก

วิธีต่าง ๆ เหล่านี้ แต่ละวิธีก็มีข้อดีและความเสี่ยงต่าง ๆ กัน และหลายครั้งที่ต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เนื่องจากใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียวแล้วไม่สำเร็จ หรือมีข้อแทรกซ้อนเกิดขึ้น มีรายงานที่เป็น systemic review เรื่องการรักษา[๙] ได้แนะนำการรักษาเป็น ๕ แนวทางดังนี้ (๑) resection through a vaginal approach (๒) laparoscopy (๓) uterine artery embolization in combination with dilatation and curettage and hysteroscopy (๔) uterine artery embolization in combination with dilatation and curettage และ (๕) hysteroscopy โดยผลการ review นี้สนับสนุนให้ surgical intervention เป็นการรักษาเริ่มต้นมากกว่าการใช้ยา เช่นเดียวกับอีกการศึกษาหนึ่งที่เป็น review เช่นกัน[๑๐] ที่สรุปว่า hysteroscopy และ laparoscopic hysterotomy น่าจะเป็นการรักษาเริ่มแรก และไม่แนะนำให้ใช้ systemic methotrexate และ dilatation and curettage เป็นการรักษาเริ่มแรก เนื่องจากมีอัตราข้อแทรกซ้อนและการตัดมดลูกสูง อย่างไรก็ตาม มีอีกหลายการศึกษาที่ยังแนะนำเรื่องการใช้ยา methotrexate[๑๑-๑๒]

EXPECTANT MANAGEMENT

Michaels และคณะ[๑๓] รายงานผู้ป่วย ๘ ราย ที่ในขณะการวินิจฉัย CSEP ในไตรมาสแรกพบว่ามี embryonic cardiac activity และตั้งครรภ์ต่อ พบว่าสามารถได้ทารกมีชีวิต ๕ ราย ในจำนวนนี้ ๓ รายต้องตัดมดลูก เพราะมีภาวะรกฝังตัวลึก (placenta percreta) ส่วนอีก ๓ ราย มี fetal demise; ใน review ของ Rotas[๒] รวบรวมผู้ที่เป็นการตั้งครรภ์ที่โตไปในโพรงมดลูก และตั้งครรภ์ต่อ ๖ ราย พบมดลูกแตก ๓ ราย ซึ่งเสียเลือดมากจนเกิด disseminated intravascular coagulation และต้องตัดมดลูก

ผลในอนาคตหลังการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด

พบว่า การตั้งครรภ์ครั้งถัดไป สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดในผู้ป่วยส่วนหนึ่ง แต่ผู้ป่วยที่มีข้อแทรกซ้อนได้มาก ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอดซ้ำ การแท้งค้าง ภาวะรกเกาะต่ำ หรือฝังตัวลึก การตกเลือดรุนแรง และการตัดมดลูก มีรายงานผู้ป่วย ๑ รายที่ตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ ๓ วัน แล้วเกิดมดลูกแตกมารดาและทารกเสียชีวิต[๑๔-๑๖] และมีรายงานสตรีผู้หนึ่งที่มีการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอดซ้ำถึง ๕ ครั้ง[๑๗]

สรุป

การตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาหลังการผ่าตัดคลอดอีกอย่างหนึ่ง ที่ควรได้รับการตระหนักถึงให้มากขึ้น และควรได้รับการกล่าวถึงในการให้คำปรึกษาแนะนำในกรณี cesarean delivery on maternal request เพิ่มเติมจากประเด็นอื่น ๆ เนื่องจากภาวะนี้เกิดข้อแทรกซ้อนได้มาก และยังไม่มีแนวทางการรักษา มาตรฐานที่เป็นสากล การตั้งครรภ์ถัดไปก็มีความเสี่ยงสูง อีกประการหนึ่ง สตรีที่มีผล pregnancy test เป็นบวก และมีประวัติผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ควรได้รับการประเมินด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงตั้งแต่แรก เพื่อการดูแลรักษาและป้องกันอันตรายที่อาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

๑. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus: an unusual cause of postabortal hemorrhage. A case report. South Afr Med J 1978:53:142–3.

๒. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancy: etiology, diagnosis, and management. Obstet Gynecol 2006;107:1373–81.

๓. Uysal F, Uysal A, Adam G. Cesarean scar pregnancy: diagnosis, management and follow up. J Ultrasound Med 2013;32:1295–300.

๔. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. J Minim Invasive Gynecol 2017 doi: 10.1016/j.jmig.2017.02.020.

๕. Dibble EH, Lourenco AP, Imaging unusual pregnancy implantations: rare ectopic pregnancies and more. Am J Roentgenol 2016;207:1380–92.

๖. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2003;21:220–7.

๗. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;16:592–3.

๘. Moshiri M, Osman S, Bhargava P, Maximin S, Robinson TJ, Katz DS. Imaging evaluation of maternal complications associated with repeat cesarean deliveries. Radiol Clin N Am 2014;52:1117–35.

๙. Birch Petersen K, Hoffmann E, Rifbjerg Larsen C, Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systemic review of treatment studies. Fertil Steril 2016;105:958-67.

๑๐. Kanat-Pektas M, Bodur S, Dundar O, Bakir VL. Systematic review: What is the best first-line approach for cesarean section ectopic pregnancy? Taiwan J Obstet Gynecol 2016;55:263-9.

๑๑. Bodur S, Ozdamar O, Kili? S, G?n I. The efficacy of the systemic methotrexate treatment in caesarean scar ectopic pregnancy: a quantitative review of English literature. J Obstet Gynaecol 2014;26:1-7.

๑๒. Cheung VYT. Local methotrexate injection as the first-line treatment for cesarean scar pregnancy: review of the literature. J Minim Invasive Gynecol 2015;22:753-8.

๑๓. Michaels AY, Washburn EE, Pocius KD, Benson CB, Doubilet PM, Carusi DA. Outcome of cesarean scar pregnancies diagnosed sonographically in the first trimester. J Ultrasound Med 2015;34:595-9.

๑๔. Gao L, Huang Z, Zhang X, Zhou N, Huang X, Wang X. Reproductive outcomes following cesarean scar pregnancy - a case series and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016;200:102-7.

๑๕. Nagi JB, Helmy S, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Sawyer E, Jurkovic D. Reproductive outcomes of women with a previous history of caesarean scar ectopic pregnancies. Hum Reprod 2007; 2012-5.

๑๖. Seow KM, Hwang JI, Tsai YL, Huang LW, Lin YH, Hsieh BC. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. Actga Obstet Gynecol Scand 2004;83:1162-72.

๑๗. Bennett TA, Morgan J, Timor-Tritsch IE, Dolin C, Dziadosz M, Tsai M, Fifth recurrent cesarean scar pregnancy: a case report and historical perspective. Ultrasound Obstet Gynecol 2017 Mar 13. Doi:10.1002/uog.17461. [Epub ahead of print]

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐

วันศุกร์ที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๘๐๙ ชั้น ๘ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปีซอยศูนย์วิจัย เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน กองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยสูติกรรม

หญิงไทยคู่ อายุ ๑๙ ปี G๑P๐ GA ๓๔$^{+๓}$ week by ultrasound อาชีพ รับจ้างทั่วไป ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว

LMP : uncertain date EDD ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ (By ultrasound at GA ๒๔ week)

อาการสำคัญ : ปวดจุกใต้ลิ้นปี่ ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

๑ สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อย และใจสั่น ยังทำกิจวัตรประจำวันได้

๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยมากขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้จำกัด มีอาการท้องแข็งเป็นพัก ๆ ลูกดิ้นดี ไม่ปวดศีรษะ ไม่ตามัว ไม่จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่ชักเกร็ง ไม่ซึม ไม่ได้ไปพบแพทย์

๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลเหนื่อยมากขึ้น ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หายใจไม่ออก ตาลาย นอนพักไม่ดีขึ้น จึงมาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ประวัติอดีตและประวัติส่วนตัว

- โรคประจำตัว : Thyrotoxicosis วินิจฉัยที่โรงพยาบาลสระแก้ว ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ (ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์) ไปตรวจด้วยอาการใจสั่น TFT ๒๔/๒/๕๙ GA ๑๕ week (FT3 > 22.8 ng/dl, FT4 > 6.99 ng/dl, TSH < 0.015 mU/L) ได้รับยาเป็น methimazole (MMI) ๓ x ๑ pc เมษายน ๒๕๕๙ ตรวจพบว่าตั้งครรภ์ แพทย์เปลี่ยนยาเป็น propylthiouracil ๕๐ mg (PTU) ๕-๑-๑ pc, propranolol ๑๐ mg ๑ x ๒ pc
- พฤษภาคม ๒๕๕๙ ย้ายมาทำงานที่ชลบุรี ฝากครรภ์ครั้งแรกที่คลินิกอายุครรภ์ ๒๔ week พบว่า BP ๑๖๘/๗๓ mmHg PR ๑๓๑ bpm ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ฝากครรภ์รวม ๒ ครั้ง แพทย์ที่คลินิกให้ทาน PTU และ propranolol ต่อ
- ปลายเดือนมิถุนายน ๒๕๕๙ ย้ายมาอยู่กับพี่สาวที่กรุงเทพมหานคร ไม่ได้ฝากครรภ์ต่อ ยา PTU และ Propranolols หมด ขาดยาประมาณ ๒ สัปดาห์
- ไม่แพ้ยาหรืออาหาร
- ไม่เคยได้รับการผ่าตัด
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด

ประวัติครอบครัว

- มารดาเป็นโรคหัวใจไม่ทราบชนิด
- ปฏิเสธโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความพิการแต่กำเนิด โรคโลหิตจาง และโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

ประวัติการฝากครรภ์

Lab ANC :

Hct ๓๑.๓%, MCV ๖๘.๔ fl, Hb typing : Hb E trait สามีปกติ

Anti-HIV-non reactive, HBsAg-negative, TPHA- non reactive

Physical examination

Vital signs : BP ๑๘๐/๑๑๐ mmHg, PR ๑๓๖ bpm irregular, BT ๓๗ ̊C, RR ๒๖/min Ht ๑๗๐ cm, Wt ๖๕ kg

GA : A Thai pregnant woman, looked agitation, well cooperation

HEENT : not pale, mild jaundice, exophthalmos, lid lag and retraction both sides, enlarged thyroid gland, size ๑๐๐ gm, no bruit

Heart : neck vein engorgement, tachycardia, irregular rhythm, no audible murmur

Lungs : equal breath sound, fine crepitation RLL & LLL

Abdomen : soft, no tenderness, no hepatosplenomegaly

- FH ๒/๔ above umbilicus, no uterine tenderness, longitudinal lie, large part at Lt. side, fetal head-engaged
- FHR : ๑๕๐ bpm, EFW ๑,๗๐๐ gm
- UC : moderate intensity, interval ๔-๕ min duration ๔๐ sec.

Extremities : hand tremor, pretibial pitting edema ๑+

Neurological system

- agitation, alert, good orientation
- no sensory and motor deficit
- DTR : ๒ + at both extremities

PV : cervical dilatation ๓ cm, ๑๐๐% effacement, station ๐, intact membranes, cephalic presentation

Problem lists

- Teenage primigravida GA ๓๔$^{+๓}$ weeks by ultrasound with HbE trait
- Thyrotoxicosis without medication for ๒ week
- Hypertension with epigastric pain
- Dyspnea, agitation, tachycardia, irregular heart rate, jaundice
- Preterm labor with suspected FGR

Investigation

EKG ๑๒ leads : Atrial fibrillation rate ๑๓๖ bpm

CBC : Hct ๓๒.๑% MCV ๖๘.๔ fl, WBC ๑๒,๗๑๐ x ๑๐๓/ul, N ๗๑% L ๒๐% no band form, Plt ๑๗๖,๐๐๐ x ๑๐๓/ul

Renal function : BUN: ๕ mg/dL, Cr : ๐.๓๗ mg/dL

LFT : TP: ๖ g/dL Ab : ๓.๑ g/dL, TB: ๔.๖๑ mg/dL DB : ๔.๓๓ mg/dL,

AST : ๓๕ U/L ALT : ๑๙ U/L, ALP ๑๕๙ U/L, LDH ๓๘๒ U/L

TFT : T3: > ๖๕๑ ng/dl T4: > ๒๔.๘๖ ug/dl FT4: > ๗.๗๗ ng/dl TSH: < ๐.๐๐๕ uIU/ml

UA : Specific gravity ๑.๐๒๐, PH ๕.๐, Urine protein – trace, urine sugar – neg, WBC ๐–๑ / HPF, RBC ๐–๑ /HPF

Urine Protein/Creatinine ratio = ๐.๙๕

Arterial blood gas : PH ๗.๓๗, PCO2 ๒๗ mmHg, PO2 ๘๙ mmHg, HCO3 ๑๔.๖ mmol/L

Transabdominal Ultrasound: Single viable fetus, EFW ๑,๖๓๗ gm (10th percentile at ๓๔ weeks = ๑,๗๕๕ gm) cephalic presentation no sign of hydrop fetalis, placenta posterior no previa no retroplacental blood clot, normal AFI

CXR : Cardiomegaly, cephalization

Diagnosis

G๑P๐ ๓๔$^{+๓}$ weeks by US with thyroid storm with congestive heart failure with atrial fibrillation

Severe preeclampsia

Fetal growth restriction

Preterm labor

HbE trait

Management

- Admission to LR
- Fowler position
- NPO
- Maternal monitoring : EKG and pulse oximetry
- Record V/S q 15 min, keep
  : PR < 120/min, BP < 160/110 mmHg, RR < 30/min
- Record I/O
- Fetal monitoring : EFM
- Acetar 1,000 ml IV rate 60 ml/hr
- On O_2 canula 3 LPM
- Furosemide 40 mg IV stat

- Central line insertion
- CXR (portable)
- Consult endocrinologist : ประเมิน Buch – Wartofsky – Score = ๗๐ คะแนน Diagnosis : Thyroid storm in pregnancy

Specific management

1. Thyroid storm in pregnancy
   - o PTU ๑,๐๐๐ mg oral stat then ๒๐๐ mg oral q ๖ hr
   - o Dexamethasone ๒ mg IV q ๖ hr
   - o Propanolol ๒๐ mg ๑ tab oral q ๖ hr
   - o Plan ให้ Lugol solution หลังให้ PTU ๑-๒ ชั่วโมง
2. Severe preeclampsia
   - o Magnesium sulfate for severe preeclampsia
   - o Awareness of magnesium sulfate toxicity
3. Preterm labor
   - o Notify pediatrician and NICU
   - o vaginal delivery : Shortening second stage of labor

Progress note

SITUATION	Management
1 hr.40 min after thyroid medication administration : BP 168/88 mmHg, PR 128 bpm RR 40/min O2 sat 91% Lung : crepitation both lungs	Endotracheal tube, on respirator
2 hr15 min. after thyroid medication administration : BP 158/92 PR 136 bpm RR 28/min ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมากขึ้น PV : fully dilated cervix, 100 % effacement, station 2+, intact membrane, occiput posterior ARM : thick meconium stained AF	Shortening second stage of labor >> low forceps extraction Female fetus, BW 1,807 gm, Apgar 3T, 6T, 6T Normal placenta, 400 gm, no retroplacental blood clot EBL 300 ml
Bedside cardiac Echo : EF 60%, No RWMA, LAE, RAE, RVH, Mild TR, MR, IVC dilate > 2 cm, not seen LAA/LV thrombus	Diagnosis : congestive heart failure Digoxin 0.25 mg IV stat transfer to ICU med Lugol's solution 8 drops in 50 ml water was started via NG feed q 6 hr.

Progress note

SITUATION	Management
Day ๑ post partum รู้สึกตัวดี อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น ปวดแผลเล็กน้อย BP 120-140/60-75 mmHg PR 110-130 bpm E4VTM6 Lung :clear I/O positive 630 ml	Try wean off ventilator medication Propanolol(40) 1 tab oral q 6 hr - Digoxin 1/2 amp iv - PTU(50) 4 tabs oral q 4 hr - Lugol's solution 8 drops q 6 hr
Day ๒ post partum รู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย BP 150/80 mmHg PR 80-100 bpm RR 18/min E4VTM6 Lung : clear I/O negative 2,350 ml	off ET-tube Off C-line, Foley's cath Start oral diet
Day ๖ post partum	Discharge FU med 1 week FU OB 1 week <u>HM</u> - PTU(50) 4 tabs oral tid pc - propanolol(40) $^{1}/_{2}$ tab oral tid pc

สำหรับบุตรของผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์

Preterm female newborn GA 34+3 wks LBW, IUGR

Perinatal asphyxia

Neonatal thyrotoxicosis : exophthalmos, tachycardia

CHF

Craniosynostosis,

Cholestatic jaundice

Thrombocytopenia with coagulopathy

Congenital hip dislocation left side

Admission NICU ๓๓ วัน น้ำหนักก่อนกลับบ้าน ๒,๕๖๖ กรัม

ติดตามอาการที่อายุ ๓ เดือน น้ำหนักและส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติ พัฒนาการปกติ

บทวิจารณ์โดย... รศ.นพ.พฤหัส จันทร์ประภาพ

หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๑๙ ปี ตั้งครรภ์แรก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น thyrotoxicosis จากโรงพยาบาลสระแก้ว และได้รับการรักษาด้วยยา methimazole (MMI) โดยที่ไม่ทราบว่าขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสแรก ต่อมาแพทย์เปลี่ยนมาเป็น propylthiouracil (PTU) ๓๕๐ มก. ต่อวัน และ propranolol ต่อมาย้ายไปฝากครรภ์ครั้งแรกที่คลินิก จ.ชลบุรี เพียง ๒ ครั้ง จากนั้นย้ายเข้ามากรุงเทพ ก่อนจะมีอาการเหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก และจุกแน่นลิ้นปี่ ร่วมกับมีมดลูกแข็งตัวเป็นระยะ ๆ จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยมีประวัติขาดยารักษาไทรอยด์ ๒ สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคประจำตัวใด ๆ มาก่อน จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยมีรายการของปัญหาดังต่อไปนี้ ได้แก่

ปัญหาด้านแม่

- Teenage pregnancy
- Preterm labor อายุครรภ์ ๓๔$^{+๓}$ สัปดาห์
  - o การหดรัดตัวของมดลูก แรงปานกลางทุก ๔-๕ นาที นานครั้งละ ๔๐ วินาที
  - o ปากมดลูกเปิด ๓ เซนติเมตร การบางตัวร้อยละ ๑๐๐
- Thyroid storm
  - o ค่า Burch-Wartofsky Thyroid Storm (BW-TS) score ได้ ๗๐ คะแนน (> ๔๕ คะแนน) โดยมีประวัติขาดยานำมาก่อน ร่วมกับมีอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย ชีพจรเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ (EKG: atrial fibrillation) ฟังปอดมีเสียง fine crepitation ที่ชายปอดทั้งสองข้าง (CXR: หัวใจโต, perihilar infiltration) กระสับกระส่าย exophalthalmos มีดีซ่าน ต่อมไทรอยด์โต มือสั่น บวมที่หน้าแข้ง ผลการตรวจ thyroid function ผิดปกติ (T3 > 651 ng/dl; T4 > 24.86 ug/dl; FT4: > 7.77 ng/dl; TSH: < 0.005 uIU/ml)
  - o ในปี ค.ศ.๒๐๑๖ มีคำแนะนำจาก Japan Thyroid Association และ Japan Endocrine Society เกี่ยวกับเกณฑ์ในการวินิจฉัย Thyroid storm สำหรับคนเอเชีย
- Preeclampsia with severe features
  - o มีความดันโลหิตสูง เจ็บใต้ลิ้นปี่ มี Urine protein/creatinine 0.95
- พาหะ Hb E แต่ไม่ใช่คู่เสี่ยงต่อโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย เนื่องจากสามีไม่ได้เป็นพาหะ

ปัญหาด้านทารกในครรภ์

- Prematurity
  - o อายุครรภ์ ๓๔+๓ สัปดาห์ ประเมินโดยคลื่นเสียงความถี่สูง
- Small for gestational age

- o วัดยอดมดลูกได้ ๒/๔ เหนือสะดือ ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงได้ ๑,๖๓๗ กรัม ต่ำกว่าค่าเปอร์เซนไทล์ที่ ๑๐

- Fetal thyrotoxicosis
  - o Fetal tachycardia มี baseline FHR 170–17 ครั้งต่อนาที มี mild variable deceleration เป็นระยะ
  - o ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ไม่พบว่ามีต่อมไทรอยด์โต ซึ่งต้องระวังเนื่องจากจะไปขวางทางเดินหายใจ ทำให้ทารกเสียชีวิตได้หากไปไม่เตรียมการให้พร้อม

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้

- ควรปรึกษาอายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ แพทย์โรคหัวใจ รวมทั้งกุมารแพทย์มาช่วยสูติแพทย์ในการดูแลมารดาและทารกในครรภ์แบบสหสาขา และความจำเป็นในการใช้หน่วยอภิบาล (ไอซียู)
- ดูแลการรักษาภาวะหัวใจวาย และภาวะหายใจลำบาก โดยพิจารณาเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายเข้าทางหลอดเลือดเพื่อประเมินปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายในแต่ละวัน การให้ยาขับปัสสาวะ การให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ รวมถึงการตรวจส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามอาการ
- การดูแลเรื่อง Thyroid storm
  - o เริ่มให้ PTU ขนาด ๑,๐๐๐ มก. ทางปาก ตามด้วยขนาด ๒๐๐ มก.ทุก ๖ ชั่วโมง
  - o หลังให้ PTU ๑–๒ ชั่วโมง เริ่มให้ lugol solution 10 gtt (หรือ sodium iodide ๕๐๐–๑,๐๐๐ มก หรือ saturated solution potassium iodide; SSKI ๒๕๐ มก.) ทางปากทุก ๘ ชั่วโมง ถ้ามีประวัติแพ้ไอโอดีนให้เปลี่ยนเป็น lithium carbonate ๓๐๐ มก. ทางปากทุก ๖ ชั่วโมง
  - o ให้คอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นเวลา ๒๔ ชั่วโมง (Dexamethasone ๒ มก. ทางหลอดเลือดดำทุก ๖ ชั่วโมง หรือ hydrocortisone ๑๐๐ มก. ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง)
  - o ให้ยา propranolol ขนาด ๑๐–๔๐ มก. ทุก ๔–๖ ชั่วโมง เพื่อควบคุมการเต้นของหัวใจ
- การดูแลเรื่อง preeclampsia with severe features
  - o ป้องกันการชักด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟตตามเกณฑ์การรักษา preeclampsia จนครบหลังคลอด ๒๔ ชั่วโมง
  - o ติดตามดูความดันโลหิต ถ้าจำเป็นสามารถให้ยาลดความดันโลหิต เช่น hydralazine หรือ labetalol
  - o ยุติการตั้งครรภ์ โดยเน้นคลอดทางช่องคลอดก่อน เนื่องจากเข้าสู่ระยะ active ของการคลอดแล้ว และช่วยเร่งคลอดด้วยการเจาะถุงน้ำคร่ำ เฝ้าติดตามดูอัตราการเต้นของหัวใจทารก รวมทั้งปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อให้ยาระงับอาการปวดหรือพิจารณาการให้ยาชาทางไขสันหลังอย่างเหมาะสมและปลอดภัย และควรย่นระยะที่สองของการคลอดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเบ่ง สำหรับการผ่าตัดคลอดจะทำพิจารณาเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติแพทย์เท่านั้น

แนวทางการดูแลทารกในครรภ์

- แจ้งกุมารแพทย์ให้ทราบเพื่อมาช่วยดูแลทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกมีปัญหา preterm, SGA และยังเสี่ยงต่อภาวะ fetal hyperthyrotoxicosis ซึ่งจำเป็นต้องดูแลทารกต่อในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิด (เอ็นไอซียู)
- ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Streptococcus Group B ในทารก

แนวทางการดูแลหลังคลอด

- มารดาที่ได้รับยา PTU หรือ MMI สามารถให้นมบุตรได้อย่างปลอดภัย
- มารดาที่มีภาวะ hypethyroidism สามารถการคุมกำเนิดอย่างปลอดภัยด้วยวิธี combined oral contraceptive pill, progestin only pill, depot- medroxyprogesterone acetate, implants และ intrauterine device

ข้อแนะนำอื่น ๆ

- Graves' disease เป็นสาเหตุถึงร้อยละ ๙๕ ที่ทำให้เกิด hyperthyroidism ในหญิงตั้งครรภ์ และสามารถสร้าง thyroid stimulating hormone (TSH)-receptor antibodies หรือ TRAb ซึ่งผ่านรกเข้าไปสู่ทารกทำให้เกิด fetal hyperthyroidism ได้ นอกจากนี้ ยังอาจสร้าง thyrotropin-binding inhibitory immunoglobulins (TBII) ทำให้เกิด fetal hypothyroidism ได้
- การประเมินทารกในครรภ์ว่ามีภาวะ hyperthyroidism หรือ hypothyroidism สามารถทำได้โดย
  - ตรวจ TRAb ในเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ (ถ้าสูงกว่าค่าปกติ ๓ เท่า ทารกในครรภ์จะเสี่ยงต่อภาวะ hyperthyroidism)
  - ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงวัดขนาดไทรอยด์ของทารกในครรภ์ที่อายุครรภ์ ๑๘-๒๒ สัปดาห์
  - ตรวจดูการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ (ทารกจะเคลื่อนไหวมากในภาวะ hyperthyroidism)
  - ตรวจดู bone maturation บริเวณ distal femoral center ที่อายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ (ทารกจะมี bone prematuration ในภาวะ hyperthyroidism)
  - ตรวจดู color flow ไทรอยด์ของทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงดอปเพลอร์ (ทารกจะมี central hypervasculaization ในภาวะ hyperthyroidism)
  - ตรวจดูการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (ทารกจะมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ในภาวะ hyperthyroidism)
  - ตรวจดูอัตราการเต้นของหัวใจทารก (ทารกจะมีอัตราการเต้นหัวใจเร็วในภาวะ hyperthyroidism)
  - เจาะเลือดสายสะดือทารกเพื่อตรวจดูการทำงานของไทรอยด์ทารกในครรภ์
- ทั้ง PTU และ MMI สามารถใช้รักษาในหญิงตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย โดยแนะนำให้ใช้ PTU ในไตรมาสแรกเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อทารกจาก MMI เช่น aplasia cutis หลังจากนั้นแนะนำให้เปลี่ยนกลับมาเป็น MMI ในไตรมาสที่สอง เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อตับของหญิงตั้งครรภ์จาก PTU ในช่วงไตรมาสที่สาม
  - ขนาดรักษา ถ้าเป็นไม่มากให้เริ่มขนาด PTU ๑๐๐-๑๕๐ มก. ต่อวัน หรือ MMI ๕-๑๐ มก. ต่อวัน

- ถ้าเป็นมาก ให้เพิ่มขนาด PTU ๓๐๐ มก. ต่อวัน or MMI ๑๐-๓๐ มก. ต่อวัน
- เป้าหมายการรักษา คือ คงระดับ free T4 ให้สูงกว่าค่าปกติของแต่ละไตรมาสเล็กน้อย
- ควรนัดตรวจเลือดติดตามการทำงานของไทรอยด์ทุก ๔ สัปดาห์

- ต่อมไทรอยด์ของทารกในครรภ์จะเริ่มทำงานตั้งแต่ ๑๒ สัปดาห์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับ I131 ในช่วงก่อนหน้านั้นจะไม่มีผลกระทบต่อต่อมไทรอยด์ของทารก

เอกสารอ้างอิง

๑. American College of O, Gynecologists. Practice Bulletin No. 148: Thyroid disease in pregnancy. Obstet Gynecol. 2015;125:996-1005.

๒. Bahn Chair RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid. 2011;21:593-646.

๓. Polak M, Luton D. Fetal thyroidology. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2014;28: 161-73.

๔. Ross DS. Hyperthyroidism during pregnancy: Treatment. In: UpToDate, Cooper DS, Lockwood CJ, editors. Uptodate, Mulder, J.E. (Aceesed on December 25, 2017.)

๕. Satoh T, Isozaki O, Suzuki A, Wakino S, Iburi T, Tsuboi K, et al. 2016 Guidelines for the management of thyroid storm from The Japan Thyroid Association and Japan Endocrine Society (First edition). Endocr J. 2016;63:1025-64.

คำถามท้ายเล่ม... จากคณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

๑. ข้อใดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด

ก. อายุ
ข. มีเนื้องอกมดลูก
ค. จำนวนครั้งของผ่าตัดคลอด
ง. ตั้งครรภ์ครั้งถัดไปที่เร็วเกินไป
จ. มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน

๒. ข้อใดเป็นไม่ได้เป็น criteria ในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด

ก. เห็น endometrium ชัดเจน
ข. ถุงการตั้งครรภ์มีตัวอ่อนหรือไม่มีก็ได้
ค. เห็นถุงการตั้งครรภ์ที่มีเลือดมาเลี้ยงจำนวนมาก
ง. ไม่พบการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก และปากมดลูก
จ. มีถุงการตั้งครรภ์ที่ส่วนล่างของผนังมดลูกทางด้านหน้า บริเวณแผลผ่าตัดคลอด

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นส.วนาพร เงินเย็น
E-mail address: ngoenyen-beer@hotmail.com

๓. ข้อใดเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดของการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด

ก. ปัสสาวะเป็นเลือด
ข. เลือดออกในช่องท้อง
ค. เลือดออกทางช่องคลอด
ง. ตรวจอัลตราซาวด์แล้วไม่พบตัวเด็ก
จ. อาการ shock จากการเสียเลือดมาก

๔. ข้อใดเป็นการรักษาที่เหมาะสมในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด

ก. Systemic methotrexate
ข. Dilatation and curettage
ค. Expectant management
ง. Uterine artery embolization
จ. Hysteroscopy/laparoscopic hysterotomy

๕. ข้อใดเป็นการลดการเกิดการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอดได้ดีที่สุด

ก. ลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็น
ข. แนะนำให้ตั้งครรภ์หลังการผ่าตัดคลอดอย่างน้อย ๑๘ เดือน
ค. ตรวจอัลตราซาวด์ในช่วงไตรมาสแรกในสตรีที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
ง. ให้ systemic methotrexate หลังการให้การรักษาด้วย surgical intervention
จ. ให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อนเพื่อให้เฝ้าระวังและเข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อน

เฉลยคำถามจากฉบับที่แล้ว

๑. เกี่ยวกับมะเร็งรังไข่ ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ถูกต้อง

ข. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะที่มีการแพร่กระจายออกนอกรังไข่ ประมาณร้อยละ ๕๐

๒. การตรวจคัดกรองในกลุ่มประชากรทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ เพื่อวินิจฉัยได้ในระยะต้น ของโรคมะเร็งรังไข่ที่เหมาะสมในปัจจุบัน ได้แก่

ง. ยังไม่มีการแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ เนื่องจากไม่ลดอัตราการเสียชีวิต

๓. เกี่ยวกับ CA 125 ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ถูกต้อง

ง. CA 125 มี sensitivity, specificity และ PPV สูงในกลุ่มหมดประจำเดือน

๔. เกี่ยวกับ Human Epididymis Protein 4 (HE4) ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ถูกต้อง

ก. HE4 มีค่าสูงในกลุ่มเนื้องอกของรังไข่ และไม่สูงในเนื้อรังไข่ที่ปกติ

๕. เกี่ยวกับ Risk of malignancy index (RMI) เป็นการประเมินค่าความเสี่ยงจากข้อต่อไปนี้ ยกเว้น

ค. ค่า HE4

EARLY BIRD REGISTRATION

BOOKING DEADLINE

22 กันยายน 2560

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 32 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2560

Woman's Health Care Sustainability

การดูแลสุขภาพสตรีอย่างยั่งยืน

วันอังคารที่ 17 - วันศุกร์ที่ 20 ตุลาคม 2560

ณ เขาใหญ่คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ (KYCC) จ.นครราชสีมา

Hi-Light Topics

CME 14 Units

- สูตินรีแพทย์กับความพอเพียงและยั่งยืน
- เรียนรู้จากความผิดพลาด ภาค 2
- Intrauterine growth restriction (IUGR)
- Essential prenatal screening & diagnosis
- Viral hepatitis in pregnancy
- Non-lethal chromosomal abnormalities: How to handle?
- Safety use of misoprostol: Labor induction & pregnancy termination
- Medical and surgical approach of postpartum hemorrhage (PPH)
- Venous thromboembolism (VTE) in GYN: Risk & prophylaxis
- Office hysteroscopy in daily practice
- Conservative management of GYN cancer in the young and fertility preservation
- Non-surgical management for uro-gynecology problems
- Non-technical skills in clinical practice

งานมุทิตาจิตอาจารย์
และสูตินรีแพทย์อาวุโส

วันพฤหัสที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2560
เวลา 17.30-18.30 น.

FREE !!!

กระเป๋าและหนังสือ
ประกอบการประชุมวิชาการ

และพบกับ Memorial Night...

ใน THEME : RTCOG BLACK & WHITE NIGHT 2017

สำหรับสมาชิกและผู้ติดตาม ฟรี!
ไม่มีค่าใช้จ่าย . . . พร้อมรับของที่ระลึก
วันพฤหัสที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2560
เวลา 18.30-21.00 น

Pre-congress Workshops

- เทคนิคการเขียน manuscript
- Communication skills
- Molecular Genetic in Thalassemia for MFM specialist

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี
ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์: 0-2716-5721-22, 090-669 5722 โทรสาร: 0-2716-5720
E-mail: congress@rtcog.or.th
www.rtcog.or.th

Scan ที่นี่

Like on Facebook : Facebook.com/OBG social conference
เพื่อพบความมหัศจรรย์
และรายละเอียด Update งานประชุมฯ ตลอดเวลา

GAVISCON DUAL ACTION