



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สูตินรีแพทย์สัมมันช์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www rtcog or th

ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๑/๒๕๖๑

HAPPY
NEW YEAR
2018
สวัสดีปีใหม่
2561



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี

Standards and Ethics for Women's Health



ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี ”
(Standard and Ethics for Women’s Health)

คณบดีบริหาร

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

- **ประธาน**
ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- **ผู้รังดำเนเน่นประธาน**
พลอากาศโโนนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- **รองประธาน**
นายแพทย์พิษณุ ขันติพงษ์
- **เลขานิการ**
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรรณ วีไลลักษณ์
- **รองเลขานิการ**
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เช华รัตน์
- **เหรัญญิก**
แพทย์หญิงสุวรรณ อัศวพิริยานนท์
- **กรรมการกลาง**
ศาสตราจารย์นายแพทย์โภวิท คำพิทักษ์
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ตีสุกานต์ บริญูรณ์หริรักษ์สาร
รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกูล¹
รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจารินบาล
ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่พงศ์
นายแพทย์วิสิทธิ์ สุกครพงษ์กุล
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักนัน มะโนพัย
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภกิต จุลวิจิตรพงษ์
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุณยะเวชชีวน
รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพ ใจสำราญ
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ่นใจ ก้อนนัณกุล
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โคवิสารัช

CONTENT

หน้า

บรรนาธิการແກลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สุตินรีเวช - จริยธรรมสาคร	๖
การหักนำให้เกิดการคลอดในครรภ์ครบกำหนด	๗
ด้วยยา misoprostol	
Interhospital Conference ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐	๑๔
“พ่อท้องคลอดไม่ใช่ค่าตอบสุดท้าย”	๑๘
คำถามบ่ายเล่น	๑๙
เก็บตุ๊ก... ด้วยภาพ	๑๒๔

รุตินรี//แพทย์รวมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ เป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักษัณคติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความมีความหลากหลาย เป็นความเห็นของผู้เขียนแต่บันทึกความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศุนย์วิจัย
ก.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกอกปี หัวยงขาว ถนน. ๑๐๓๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๗๗๑-๕๓๑๒-๑๒๔ แฟกซ์ : ๐-๒๗๗๑-๕๓๑๒๐
www.rtcog.or.th

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

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรรณ วีไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โภวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ฤกุย สิกธิสมวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุญพร สุบประเสริฐ

แพทย์หญิงลักษณ์พันนาวิจารย์,
นายแพทย์เกียรติศักดิ์ คงวันนกุล, นายแพทย์ชาญชัย บุญอุ่น,
นายแพทย์ธรรవุณ บันประกอบ, นายแพทย์ประสก็ วิรยะกิจไพบูลย์

เลขานุการ

นางสาวจีระพันธุ์ มหาจุลผล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลัย

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท ทรี-ดี แสกน จำกัด
โทรศัพท์ : ๐-๒๖๙๘-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

บรรณาธิการແດລງ

ໂດຍ... គ.ພญ.ສຖກພຣນ ວິໄລເລັກເໜີ

ເລຂາອົກການຮາເວິກາລັບຍາ



ກວດສອດຕະ ສາມາດການເຊົາທິກາກັບສູງຕົ້ນຮັບແກງໝ່າງມະການໄທ ທີ່ຕາມກົດ

ໃນວາຮະຄິດຂຶ້ນປີໃໝ່

ແດ່ສາມາຊືກສູດຕິຣີແພທຍໍສັນພັນ

ຂອເຫຼີກປະສາຫສິ່ງສູບສັນຕິ

ສາມາມັນຈຽບໂລງສາຮາຣະສູບໄທ

ສູດຕິນຣີແພທຍໍສັນພັນຈົບແບກຂອງປິພຸກຮັດຄັກຮາຊາ ໨໕໖໑ ປີ ນີ້ ເປັນດ້ວຍ ທ່ານປະຊາທິປະໄຕ ລ້າຍໆ
ຂອງພວກເຮົາ ໄດ້ເລຳໄໝພັ້ງວ່າທ່ານຈະມີມັນຕີວ່າການກະທຽບສາຮາຣະສູບ ໄດ້ເຂື້ອງຮັດວຽກຢາລັບທັ້ງ ۱۴ ແກ່່ເຂົ້າໄປ
ເສັນອໂຄງການທີ່ກາງແຕ່ລະຮາຊີກຢາລັບປະສົງຈະດຳເນີນການຮ່ວມກັບກະທຽບ ໂດຍໃຫ້ແຕ່ລະຮາຊີກຢາລັບເສັນອ
໑ ໂຄງການໃນເວລາໄມ່ເກີນ ۷ ນາທີ ໂດຍທ່ານປະຊາທິປະໄຕ ລ້າຍໆ ໄດ້ນຳເສັນອ ۲ ໂຄງການທີ່ເປັນປົງໜ້າ
ອັນດັບດັນ ໑ ຂອງປະເທດໄທ ແລະໄດ້ຮັບຄວາມເຫັນຂອບຈາກກະທຽບ ທັ້ງ ۲ ໂຄງການ ຕ່ອດ້ວຍບົກຄວາມ
ສູດຕິນຣີເວັບ-ຈົງຍອຮົມສາຮົກ ເຮືອງ “ກາຮູ້ແລ້ວຜູ້ປ່ວຍດ້ວຍຫົວໃຈບ່ອນຫຼັບຫຼັງຄວາມຮູ້” ໃນຕອນ ເຮັ່ນຕັນຈາກດ້ວຍດັນ
ຫວັນທຸກຄົນເປັນຄົນຕີ” ໂດຍ ນພ.ພິພະນຸ ຂັນຕິພົງໝໍ ຜົ່ງອາຈາຍໄດ້ໃຫ້ຂໍອົດທີ່ນ່າສັນໃຈວ່າ “ໂສຄດຕີ່ສຸດແລ້ວກໍໄດ້ເກີດ
ມາເປັນຄົນ ຄົນເຮົານີ້ໄມ່ວ່າຈະມາມີດຫຼືວ່າງ ແຕ່ຕ້ອງພຍາຍາມໄປສ່ວ່າງ ການໄປສ່ວ່າງນັ້ນໄມ່ຍ່າກ ເພີ່ງແຕ່ຕ້ອງເປົ່າຍືນ
ຕ້ວເອງຈາກຄົນທີ່ມີມຸລຄ່າໃຫ້ເປັນຄົນທີ່ມີຄຸນຄ່າ ດັນເປັນກໍພື້ນແຂ່ງຕົນນັ້ນໄມ່ພອ ຕ້ອງເປັນກໍພື້ນໃຫ້ຄົນວັນດ້ວຍ” ຕາມດ້ວຍ
ບົກຄວາມວິຊາການຈາກຄະອນຸກະນົມການອນໄມ້ແລະເຕີກ ເຮືອງ “ກາຮັກນໍາໃຫ້ເກີດການຄລອດໃນຄຮກຄຮບກໍາຫັນດ
ດ້ວຍຢາ misoprostol” ໂດຍ ຮສ.ນພ.ສມ່າຍ ອັນວັດນາເຈົ້າ ຕ່ອດ້ວຍຮາຍງານກະປະຊາທິປະໄຕ Interhospital
Conference ຄັ້ງທີ່ ໩/໩໕໖໑ ນຳເສັນອກຮົງຜູ້ປ່ວຍໂດຍແພທຍໍປະຈຳບ້ານກາຄສູດຕິຄາສຕົງແລະນິເວັບຫຼາຍ
ຄະພະແພທຍຄາສຕົງ ມහາວິທີຢາລັບຂອນແກ່ນ ແລະບ່ອງຈາກນີ້ໂດຍ ຮສ.ນພ.ເອກະພ່າ ໂຄວາວິສາຮັບ ຈາກກຸ່ມງານສູດ
ຕິນຣີເວັບຫຼາຍ ໂຮງພຍາບາລຮາຊີວິດ ແລະພົເສະໜ້າບົກຄວາມທີ່ກັດລອກຈາກ The101.world ໃນຫຼັກຂໍອງເຮືອງ
ໄປມາຄວາມໄມ້ຮູ້ແລະຄວາມເຫັນໃຈພົດຂອງເຫຼຳພ່ອແມ່ນບ້ມໃໝ່ ກັບ ຄ.ນພ.ກົກສອກ ອຸມພິການທິ ປິດທ້າຍດ້ວຍຄໍາຄາມທ້າຍເລີ່ມ
ແລະເກີບຕົກດ້ວຍກາພຈາກບຣຍາກາສງານເລື່ອງຂອບຄຸນກະນົມການ ອຸນຸກະນົມການ ແລະບໍລິຫານພລິດກັນທົ່າຍາແລະ
ເຄື່ອງນິ້ວແພທຍໍ ແລະເລື່ອງສັງສຽງປີໃໝ່ມະກ່າວ

ທາງກອງບຣນາທິການຮັດຄົນໃຫ້ເຫຼຳສາມາຊືກຮັບສູດຕິນຣີແພທຍໍສັນພັນຈົບອີເລັກກວ່ອນ
ນິກລື້ມີການເປັນດັບໂລກຮ້ອນ ສາມາຊືກທ່ານໄດ້ປະສົງຄົນທີ່ຈະຮັບສູດຕິນຣີແພທຍໍສັນພັນຈົບ ອີເລັກ
ກວ່ອນນິກລື້ມີການເປັນດັບໂລກຮ້ອນ PDF file ທາງ E-mail, line ອ້ອນ ອົບນາ ແຈ້ງມາທີ່ E-mail

address: sc_rtcog@rtcog.or.th ອ້ອນ ອົບນາ ແຈ້ງມາທີ່ QR Code ໄດ້ຄະ

ນາກັນໃນມ່ຈັກນ້ຳນັກ:



สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.กีศก ลุ่มพิกานนก

ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

เมื่อวันที่ ๔ ตุลาคมที่ผ่านมา ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เชิญราชวิทยาลัยฯ ๑๔ แห่งเข้าไปเสนอโครงการที่ทางแต่ละราชวิทยาลัยอย่างจะดำเนินการร่วมกับกระทรวงฯ โดยให้แต่ละราชวิทยาลัยเสนอ ๑ โครงการในเวลาไม่เกิน ๗ นาที ผมขอนนำเสนอ ๒ โครงการภายใต้ ๗ นาที ได้แก่

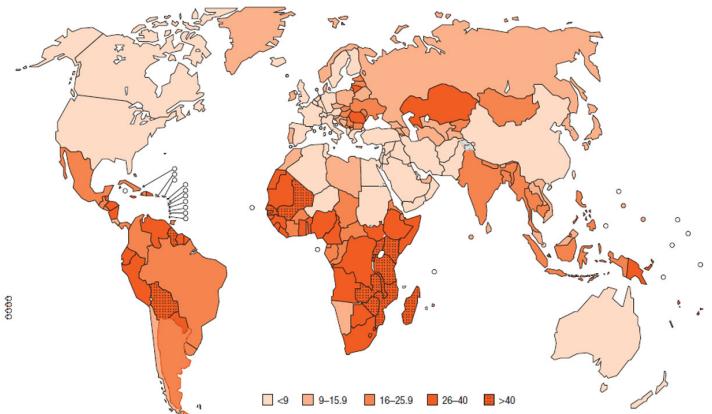
๐. โครงการ Eradication of invasive cervical cancer for Thailand in 10 years เนื่องจากปัจจุบันแต่ละปียังมีสตรีไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกกระยะลุกลามปีละประมาณ ๓,๐๐๐ คน (ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) อุบัติการณ์ยังสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของเอเชีย

ถึงแม้ปัจจุบันจะฉีดวัคซีน HPV ๔๐๐,๐๐๐ เชื้อให้เด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ทั่วประเทศ โดยถือเป็นสิทธิประโยชน์ แต่กว่าจะเห็นผลของวัคซีนคงต้องรอเวลาอีกประมาณ ๒๐ ปี

สาเหตุสำคัญที่ประเทศไทยยังไม่สามารถควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้ เพราะ ๑) ความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังต่ำมาก (นำจะประมาณร้อยละ ๓๐) องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ถ้าจะควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้ความครอบคลุมของการคัดกรองต้องมากกว่าร้อยละ ๗๐ ๒) ยังขาดระบบการแจ้งผลการคัดกรอง การดูแลสตรีที่ผลการคัดกรองที่ผิดปกติ ๓) ระบบการส่งต่อ การติดตามและการประเมินผล ยังไม่มีประสิทธิภาพ ๔) วิธีการคัดกรอง (Pap smear, VIA, Liquid based cytology และ HPV testing) ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) การควบคุมมาตรฐาน (quality assurance) และความคุ้มค่า (cost effectiveness) และ ๕) ประชาชนทั่วไปยังมีความรอบรู้ (health literacy) เกี่ยวกับเรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกต่ำมาก

ท่านรัฐมนตรี และ ท่านปลัดฯ ให้ความสนใจเรื่องนี้มากครับ มอบหมายให้กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยร่วมมือกับ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Figure 1.1: Estimated cervical cancer incidence worldwide, 2012



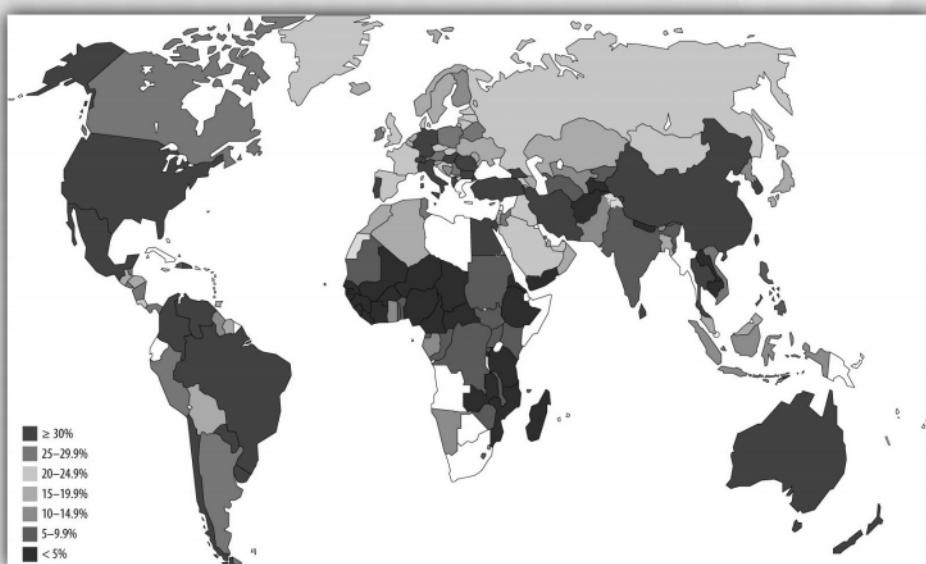
Source: International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: IARC; 2014.

๒. โครงการลดอัตราการผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็น

การผ่าท้องคลอด เป็นหัตถการที่มีความจำเป็น เพื่อช่วยชีวิตทั้งมารดาและทารก เมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๕ WHO Statement on Caesarean section กล่าวว่า “**There is no justification for any region to have a CS rate higher than 10-15%**” ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ WHO Statement on Caesarean section กล่าวว่า “**At population level, CS rates higher than 10% are not associated with reductions in maternal and newborn mortality rates. WHO proposes the use of the Robson (10-group) classification.**” ใจความสำคัญของ WHO Statement on Caesarean section ๒๐๑๕ คือ :

- (๑) การผ่าท้องคลอด มีประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตแม่และลูก แต่เฉพาะในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น
- (๒) การผ่าท้องคลอด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการตายของทั้งมารดาและทารกทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- (๓) การผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น
- (๔) การผ่าท้องคลอด ควรทำเฉพาะในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น

ประเทศไทยมีการผ่าท้องคลอดสูงเป็นอันดับ ๒ ของเอเชีย เป็นรองเฉพาะจีนเท่านั้น โดยมีอัตราการผ่าท้องคลอดอยู่ที่ร้อยละ ๗๕-๘๐ ในขณะที่ญี่ปุ่นมีอัตราการผ่าท้องคลอดอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑๕ (ตามรูป)



ท่านรัฐมนตรี และ ท่านปลัดฯ ให้ความสำคัญเรื่องนี้มาก ควรเร่งดำเนินการลดการผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็น ลงโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่กำลังพบมากขึ้นเรื่อย ๆ มอบหมายให้กรมการแพทย์โดย กลุ่มงาน สุติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยร่วม มือกับ กรมอนามัย สำนักงานปลัดฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กระผมครับขอความร่วมมือสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านได้กรุณาร่วมมือร่วมใจกัน แก้ปัญหาที่สำคัญ ทั้ง ๒ เรื่องนี้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ขออำนวยพรให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านและครอบครัว มีความสุขทั้งกายและใจ เพื่อเป็นพลัง ในการทำความดีเพื่อสังคมและประเทศไทยต่อไป

สูตินรีเวช-จริยธรรมสำนัก

โดย... นพ.พิษณุ ขันติพงษ์
ประธานคน世俗กรรมการจริยธรรม



Humanized health care/การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้

โรงเรียนจากใจ จดหมายเหตุครุณเจริญคนดี

ผมยังจำได้ว่า ในวันครบรอบวันเกิดอายุครบ ๖๐ ปีบิบูรณ์ วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๗ (เกิดวันเดียวกับนายกตุ้ง ประยุทธ์ จันทร์โอชา) สิ่งแรกที่ทำในเช้านั้นคือไปกราบขอพระจาก อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ที่ห้องกิจการพิเศษ โรงพยาบาลน่าน ซึ่งอาจารย์จะมาลงทำงานเป็นประจำ ในฐานะที่ปรึกษาคุณย์ประสานงานประชาคมน่าน ทุกวันราชการ ตั้งแต่เวลา ๙.๓๐ น. ถึงเที่ยง วันนั้นอาจารย์ได้ดึงตัวผมไปกอด พร้อมให้พรชมรมภัย และกระซิบบอกผมว่า “ผอ. ผันนิภาภากำหนนินี้agen ๖๐ ปี” ผมได้ถามอาจารย์ว่า “เมื่อไหร่อาจารย์จะเกษียณ เพราะปีนี้อาจารย์ย่างเข้า ๖๑ แล้ว ยังคงมาทำงานทุกเช้า อาจารย์ไม่ตอบ แต่ชี้ไปที่รูปในหลวง ร.๙ พร้อมถามผมว่า พระองค์ปีนี้ ๖๑ พรรษาแล้ว ทรงเกษียณแล้วยัง ยังทรงงานอยู่ทุกวันเพื่อประชาชนแล้วเราจะจะเกษียณได้อย่างไร”

หลังจากนั้น ผมได้คิดบทวนว่าหลังเกษียณจะทำอะไร ที่แน่ ๆ คงไม่กลับไปเปิดคลินิก หรือทำงานโรงพยาบาล เอกชนเพื่อหาเงินแล้ว แต่จะทำอะไรดีเพื่อแทนคุณแผ่นดิน ผมได้เห็นถึงความวุ่นวายในสังคมที่มีแต่ความแตกแยก มีการโจրกรรม ทำร้ายผู้กันตายทุกวัน ไม่มีความปลดภัย ด้านการเมืองมีแต่เรื่องโงก กิน คอรัปชั่น แม้แต่ในวงการแพทย์ และสาธารณสุข ก็มีปัญหารื่องความขัดแย้งภายในองค์กร การฟ้องร้องทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผมเชื่อว่า ปัญหาเหล่านี้จะลดลงถ้าสังคมมีคนดีเพิ่มขึ้น ผมจึงตัดสินใจว่า จะสร้างคนดีแทนคุณแผ่นดิน เมื่อมีโอกาสได้บอกราชการ บุญยงค์ ท่านตีใจมาก ตลอดเวลา ๒ ปีที่อยู่โรงพยาบาลน่าน ผมได้ข้อคิดจากท่านมากมาย เพื่อนำไปใช้เป็น ข้อมูลสำหรับการบรรยายในการสร้างคนดี



ผมกลับไปโรงพยาบาลน่านอีกครั้งเพื่อร่วมงาน “๖๐ ปี รา.น.” ในวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ มีการเสวนาถึง โรงพยาบาลน่าน ในแต่ละสมัยโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ๕ คน หลังเสร็จพิธีแล้วผมได้ไป ส่งอาจารย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ที่บ้านส่วน ท่านได้บอกรักษ์ “ขอให้ ผอ. สร้างคนดีแทนคุณแผ่นดินต่อไป อย่าได้หยุด เพราะ ผอ. มี (ท่านซึ่งทอกข้างชายของผม ซึ่งทัวและจับมือผม) ทำต่อไปนะ” ผมรู้เลยว่าอาจารย์กำลังบอก

กับผมว่า ผมมีหัวใจ (Heart) ที่มุ่งมั่น มีความรู้ (Head) และมีประสบการณ์ (Hand) ที่สะสมมาอย่างนาน มันคือหัวใจในการพัฒนางาน (3H) ผมเชื่อว่าในการทำงานได้ก็ตามหัวใจสำคัญที่สุด คือต้องมีใจที่มุ่งมั่น ที่จะทำงานให้สำเร็จ ใจที่มั่นคงไม่ไหวหวั่นไหวว่าอะไรจะเกิดขึ้น ผมขอฝากข้อคิดนี้ให้กับทุกคนเพื่อใช้ในการพัฒนางานในหน้าที่ของเราระบุล่วงไปด้วยดี

มีหลายคนบอกว่า การสร้างคนดีนั้นจำเป็นต้องทำตั้งแต่ยังเด็ก ควรมีการปลูกฝังคุณธรรมตั้งแต่ระดับประถม การมาสอนตอนต้นนี้โอกาสสำเร็จน้อย แต่ในความคิดของผม แม้ว่าเราจะโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว เราได้ผ่านเหตุการณ์ต่างๆ มาจากmany ทั้งสมหวัง ผิดหวัง บางครั้งต้องสูญเสียญาติสนิท การที่มีคุณมาสักกิตให้คิด มุ่งมองก็อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ แม้ไม่เกิดขึ้นทันทีก็อาจค่อยๆ เปลี่ยนไป พระอาจารย์ท่าน ว. วชิรเมธี เคยให้พรผม ๔ ประการ มีข้อหนึ่งที่ว่า “ขอให้เป็นคนดีเหมือนองคุลีมาล พระอาจารย์อินายาวาแม้มองคุลีมาลจะเคยผ่านมาถึง ๘๙๙ คนเพื่อเอาไว้มาร้อยเป็นสร้อยคอให้ครบ ๑,๐๐๐ คน ตามความเชื่อที่อาจารย์บอก ยังสามารถกลับตัวเป็นคนดี บรรลุพระอรหันต์ได้” ทำให้ผมมีกำลังใจในการสร้างคนดีมากขึ้น เพราะถ้าเราสามารถเปลี่ยนคนที่ไม่ดีให้เป็นคนดีได้ จะเกิดคุณประโยชน์อย่างมากต่อสังคม โดยเฉพาะถ้าคนคนนั้นมีบทบาทหน้าที่สำคัญในสังคม เช่นเป็นครู แพทย์ พยาบาล ที่จะเป็นตัวอย่างให้คนอื่นต่อไป

อาจารย์ผู้ใหญ่ท่านหนึ่งเคยถามผมว่า “พิษณุ ไม่เห็นอยู่หรือเห็นเดินทางไปทั่วประเทศเพื่อสร้างคนดี หวังอะไร?” ผมได้ตอบท่านไปว่า “เห็นอยู่ครับ แต่ก็มีความสุข เพราะมีความรักและศรัทธาในสิ่งที่ทำ ผมหวังเพียงว่าไปบรรยายครั้งหนึ่งมีคนดีเพิ่มขึ้น ๑ คน พอเกิดใจแล้ว คนหนึ่งคนที่ดีขึ้นจะทำให้ออกหลาย ๆ คนได้รับผลกระทบ ที่ดีมาก many โดยเฉพาะถ้าเป็นแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ คนใช้จะได้รับอนิสัยอย่างมาก” ท่านซึ่งชมและฝากให้ช่วยพูดเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ที่ในหลวง ร. ๙ ทรงสอนพากเพียรมาหลายลิบปี แต่ยังมีคนนำไปปฏิบัติน้อย ผมจึงรับปากว่าจะนำไปเป็นส่วนสำคัญในการบรรยายด้วยทุกครั้ง โดยเริ่มต้นจากพระบรมราชูปถัมภ์ที่ว่า

“ผู้คนต่างเสียเวลาไปกับการดินน้ำดิน เพื่อหาเงินมาจับจ่ายใช้สอยให้คนเองมีทัดเทียมกับคนอื่น เพื่อให้เกิดความท่า夷มกันทางวัสดุ สิ่งเหล่านี้ได้เปลี่ยนวิถีชีวิตคนในสังคมไทยไปโดยสิ้นเชิง จากเดิมที่เคยมีชีวิตเรียบง่าย ให้ความสำคัญกับจิตใจมากกว่าวัสดุ ยึดถือในเรื่องคุณธรรม ความดีงามมากกว่าเงินทองทรัพย์สมบัติ”

ทำให้ผมคิดถึงสมัยที่เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล แต่ละวันต้องเข็นใบรับรองเงินเดือนให้เจ้าหน้าที่ เพื่อนำไปกู้เงินจากธนาคาร บางวันมีมากถึง ๕๐ คนที่เดียว มีเจ้าหน้าที่คนหนึ่งเงินเดือน ๒๕,๐๐๐ บาท แต่รับจริงแค่ ๕,๐๐๐ บาทแล้วยังจะกู้เงินเพิ่มอีกเพื่อเปลี่ยนรถใหม่ ผมถามว่าจะเอาเงินที่ไหนมาใช้ เอื้อตอบว่ามีเงิน OT ผมถามว่าถ้าเกิดป่วยหรือประสบอุบัติเหตุขึ้นเร乖ไม่ได้จะทำอย่างไร หัวเงินขาดเชย ก็ไม่ได้ เพราะไม่เคยทำประกันชีวิต ที่นำสินใจก็คือรถเดิมก็ยังด้อยราคารถใหม่ ๕ ปี แต่อย่างเปลี่ยนรุ่นใหม่ แพงกว่าเดิมขนาดเครื่องใหญ่ขึ้น ซึ่งก็หมายถึงค่าบำรุงรักษาที่มากขึ้นด้วย ผมพยายามเกลี้ยกล่อมให้คิดถึงคำสอนเรื่องความพอเพียงของในหลวง ร.๙ แต่ก็ไม่ได้ผล มีน้อยรายที่จะกู้เงินเพื่อสร้างบ้าน หรือนำไปลงทุนทำการค้าเสริมงานประจำ ซึ่งผมจะสนับสนุน เพราะเป็นหนึ่งที่ก่อให้เกิดรายได้ ผมได้ฝากให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย คอยสอดส่องดูแลซึ่งแนะนำให้น้องๆ นำเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงไปเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตด้วย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหลายคน โดยเฉพาะพยาบาล เมื่อสร้างหนี้ไว้ก็ต้องทำงานมากขึ้น บางคนอยู่เรื่องมากกว่าที่สาขาวิชาชีพกำหนด เนื่องจากไปอยู่เรือนที่โรงพยาบาลเอกสารด้วย ทำให้ร่างกายอ่อนล้า สมรรถภาพ

ของการทำงานແຍ່ງ ทำໃຫ້ເກີດອັນຕາຍຕ່ອຄນໄຂ້ໄດ້ ພມເຄຍຄາມເຈົ້າທີ່ວ່າ ຖຸ້ໄໝທຳໄມເມື່ອມີກາຣແລກເວຣ ຈະ ຕ້ອງໃຫ້ຫວ່ານໍາເຫັນຮັບການປ້ວດ ທ່ານຄົນຮູ້ແຕ່ເພີ່ງວ່າເປັນຮະບັບປົງປົງຕ່ອນເນື່ອງກັນມານານ ຄວາມຈິງແລ້ວ ຕ້ອງການໃຫ້ຫວ່ານໍາພິຈາລາດສຶກສາສົ່ງຄວາມເໜາະສມດ້ວຍ ຕ້ອງດູວ່າອູ່ເວຣຕິດກັນເກີນໄປທີ່ອິນໄມ່ ເພຣະຈະທຳໃຫ້ຄວາມສາມາດໃນການກໍານົດໄຟ້ໄມ່ເປັນໄປຕາມມາດຽວງ ໂດຍເຈັບພະໃນເວຣດີກ ທຳໃຫ້ເກີດອັນຕາຍຕ່ອຄນໄຂ້ໄດ້ ມີເຈົ້າທີ່ຫວ່ານໍາທີ່ ທ່ານຄົນທີ່ມີປັບປຸງຫາຄວບຄວາມຂັ້ນຍ່າຮ້າງ ດ້ວຍເຫດຜລທີ່ວ່າອູ່ແຕ່ເວຣຈົນໄມ່ມີເວລາດູແລກຄວບຄວາມ ມືນ້ອງພຍາບາລ ຄົນທີ່ສົ່ງກັບປ່າດວຕາຍ ເນື່ອຈາກຄົນຮັກເອາໄຈອອກທ່າງຫຼັງຈາກກູ້ເງິນຂຶ້ອຣຕີທີ່ ເນື່ອຈາກມາຫາເວື່ອໄຮກ້ອູ່ເວຣເພື່ອ ທ່າເງິນໃໝ່ທີ່ຈຶ່ງມີແພນໄໝ່ ເສີຍທັງແພນເສີຍທັງຮົກ ນໍາເຄຣາຍື່ນນັກ ພມເຊື່ອວ່າແນວຄິດເວື່ອ “ຄວາມພອເພີ່ງ” ຂອງໃນທລວງ ຮ.ຂ ຈະເປັນພື້ນຖານການກໍານົດໄຟ້ໄມ່ເປັນຄົນຮູ້ທີ່

ພມໄດ້ນິມົນຕີພຣະອາຈາරຍ໌ ວ. ວິຊາຮົມ ຈາກໄຣເຊີ່ງຕະວັນ ເຊີ່ງຮາຍໄປບຣາຍອຣຣມໃຫ້ຄົນໂຮງພຍາບາລນ່ານ ແລະ ຜົນ່ານັ້ນພົງເມື່ອ ຕ ກັນຍາຍນ ແລ້ວ ເນື່ອຈາກໄກລັກຮວບວາຮຣາຊການແລ້ວ ຜົນ່ານັ້ນບອກໄມ່ມີໂຄກສໄດ້ພັກການ ບຣາຍອຣຣມຂອງພຣະອາຈາරຍ໌ ທ່ານມີເມີດຕາຕ່ອມມາກໄດ້ມາບຣາຍທີ່ໂຮງພຍາບາລນ່ານ ໃນຫວ້າຂອງ “ຊົວຕັນນ້ອຍໜີ່ນີ້ມີຄຸນອນນັ້ນຕີ” ວັນນັ້ນທັງເຈົ້າທີ່ແລະປະຊານເຕີມຫ້ອງປະໜຸນທີ່ເປັນວັນເສົ້າ ວັນນັ້ນ ອາຈາຮຍ໌ຄວ້າລີ່ມ ດັ່ງນີ້ ຄີລປິນ ແກ່່ງໝາດີເພີ່ງເສີຍຊົວຕັນນ້ອຍໜີ່ນີ້ມີຄຸນອນນັ້ນຕີ ພຣະອາຈາຮຍ໌ໄດ້ບຣາຍອຣຣມສຶກສາໃຫ້ເກີດແກ່ເຈັບຕາຍ ຄວາມຍາກລຳບາກເພີ່ງໃດທີ່ຈະເກີດມາເປັນຄົນໄດ້ຊື່ໃຫ້ເຫັນວ່າອາຈາຮຍ໌ຄວ້າລີ່ມເປັນດ້ວຍໜ່າຍຂອງການ “ມາສວ່າງ ໄປສວ່າງ” ເນື່ອຈາກເກີດໃນຕະກູລທີ່ດີ ມີໂຄກສໄດ້ຮັບກາຮັກສົກຂາທີ່ດີ ເມື່ອຍາມຈາກໄປໄດ້ກຳຄົນມາວິໄວ້ມາກມາຍ ສ້າງຜລງານສິລປະໄວ້ຫົວໂລກ ຕລອດ ແລ້ວ ຊ້ວໂມງ ທີ່ພຣະອາຈາຮຍ໌ບຣາຍອນນັ້ນ ຖຸ້ໄໝທີ່ມີຄວາມສຸຂ ສົບມາກ ພມໄດ້ສ່ຽງໄວ້ວ່າ

“ໂຊຄີ່ທີ່ສຸດແລ້ວທີ່ໄດ້ເກີດມາເປັນຄົນ ຄົນເຮັນນີ້ໄໝວ່າຈະມາມີດ້ວຍສວ່າງ ແຕ່ຕ້ອງພຍາຍາມໄປສວ່າງ ກາຣໄປສວ່າງ ນັ້ນໄມ່ຍາກ ເພີ່ງແຕ່ຕ້ອງເປົ້າຢືນດ້ວຍຈາກຄົນທີ່ມີມູລຄ່າໃຫ້ເປັນຄົນທີ່ມີຄຸນຄ່າ ຕົນເປັນທີ່ພື້ນແທ່ງຕົນນັ້ນໄໝ່ພອ ຕ້ອງເປັນທີ່ພື້ນໃຫ້ຄົນອື່ນດ້ວຍ”

ຫລັກການບຣາຍອຣຣມຂອນຈັນທີ່ພລ ພມໄດ້ກໍາປະເງິນພຣະອາຈາຮຍ໌ວ່າ ຕລອດ ໬໠ ປີທີ່ຜ່ານມາ ພມຄາມ ດ້ວຍເວັນວ່າມູລຄ່າເທົ່າໄຣ ພມບອກໄດ້ເລີຍເພຣະເປັນຮູບປັບປຸງ ເງິນທອງສມບັບຕິພິສັດານຫວີ້ອນທີ່ມີອູ່ ທັ້ງໝາດລ້ວນ ເປັນຄ່າດອບແກນຈາກການຫາເລີຍຊື່ພ ແຕ່ພອກມາດ້ວຍວ່າມູລຄ່າເທົ່າໄດ ພມດອບໄມ້ໄດ້ເພຣະເປັນນາມອຣຣມ ເຊັ່ນ ຄວາມຕີ ຄວາມນາມ ຄວາມມື້ນ້າໃຈ ຄວາມຂຶ້ອສັດຍ ຄວາມສຸຈິດ ຄວາມກົດໜູ້ງຸດເວທີ ເປັນດັ່ນ ລ້ວນແລ້ວແຕ່ເປັນການກໍານົດໄຟ້ໄມ່ ພມຄິດວ່າໂດຍຫຼາກທີ່ຂອງພວກເຮົາທີ່ດູແລກຮັກຂາຍໃຫ້ທີ່ກຳລັງທຸກໆຈາກຄວາມເຈັບປ່ວຍ ນອກຈາກຈະກຳນາຫາເລີຍຊື່ພແລ້ວຮ້າຍັງໄດ້ຄຸນຄ່າຊື່ໃໝ່ຈະໄດ້ປັນມູລຄ່າໄດ້ເລີຍ ຂອເພີ່ງກໍານົດໄຟ້ໄມ່ເມື່ອໄດ້

“ອົນດູກກໍ່ມັນຕົນຕີ”



การซักนำให้เกิดการคลอดในครรภ์ครบกำหนด ด้วยยา misoprostol

โดย... ศศ.นพ.สมชาย ธนวัฒนาเจริญ
ในนามของ คณะอุบัตกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

การซักนำให้เกิดการคลอด คือ การใช้ยาหรือวิธีการอื่นในการทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด โดยมักจะมีข้อบ่งชี้ในการซักนำเพื่อสุขภาพของมารดาหรือทารกในครรภ์ ด้วยสาเหตุ เช่น สตรีตั้งครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะถุงน้ำคร่า แตกก่อนการเจ็บครรภ์เป็นเวลานาน อายุครรภ์เกินกำหนด หรือการมีภาวะโตข้าวในครรภ์ เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ในการซักนำให้เกิดการคลอด ทางมารดา ได้แก่ การมีแพลฟ่าต์ที่มดลูกบางแบบ กระดูกเชิงกรานผิดรูป ภาวะรากเกะด่า การติดเชื้อเริม หรือเป็นมะเร็งปากมดลูก ส่วนทางการได้แก่ สงสัยการตัวโตผิดปกติ (macrosomia) ทารกหัวบาน (hydrocephalus) ส่วนนำผิดปกติ และการมีคลื่นหัวใจผิดปกติ^(๑)

วิธีซักนำให้เกิดการคลอด

การซักนำให้เกิดการคลอดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใช้ oxytocin การเหน็บยาในกลุ่มโพรสต้าแกลนдин (prostaglandins) ซึ่งที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะเป็น prostaglandin E1 (PgE1; misoprostol) และ prostaglandin E2 (PgE2; dinoprostone) และการใช้อุปกรณ์ช่วยในการขยายปากมดลูกชนิดต่าง ๆ (mechanical techniques) ในบทความนี้จะยกล่าวถึงเฉพาะการซักนำให้เกิดการคลอดด้วยยา misoprostol เป็นหลัก

Prostaglandin E1 (PgE1; misoprostol)

Prostaglandin E1 (PgE1; misoprostol) มีข้อทางการค้าที่ทราบกันดีว่า "Cytotec" ซึ่งใช้ในการป้องกันและลดในกระเพาะอาหาร ในผู้ป่วยที่รับประทานยากลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นเวลานาน ต่อมาก็นำมาใช้แบบ off label ในการทำให้ปากมดลูกสุก และซักนำให้เกิดการคลอด โดยสามารถบริหารยาด้วยการรับประทานและเหน็บช่องคลอด โดยมีการศึกษาจำนวนมากที่ยืนยันประสิทธิภาพของยา misoprostol ทั้งสองรูปแบบการบริหารยา

ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยง

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ค่อนข้างบ่อย ในการซักนำให้เกิดการคลอด คือ uterine tachysystole ซึ่งหมายถึง การที่มดลูกบีบตัวมากกว่า ๕ ครั้งใน ๑๐ นาที ซึ่งควรมีการระบุเรื่องการเต้นหัวใจของทารกประกอบด้วย เพื่อให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนต่อการในครรภ์ ที่ทำให้เกิดหัวใจการเต้นผิดปกติหรืออยู่ในภาวะคับขัน ปัจจุบันไม่มีคำนิยามสำหรับคำว่า "uterine hyperstimulation" และไม่แนะนำให้ใช้แล้ว^(๑)

การซักนำให้เกิดการคลอด ยังอาจทำให้เกิดความเสี่ยงของการเพิ่มอัตราการผ่าท้องคลอด การติดเชื้อ (chorioamnionitis) ภาวะมดลูกแตก และภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการที่มดลูกไม่บีบวัดตัว (uterine atony) ได้อีกด้วย

ป้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา misoprostol ในการซักนำให้เกิดการคลอด

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ Hofmeyr GJ และคณะ^(๑) ได้ทำการ systematic review พบว่า misoprostol (ทั้งโดยการรับประทานและเหน็บช่องคลอด) มีประสิทธิภาพในการทำให้ปากมดลูกพร้อมเพื่อซักนำให้เกิดการคลอด ไม่แตกต่างจากวิธีที่ใช้กันอยู่ตามปกติ เนื่องจากยามีราคากลูกกว่า มีรูปแบบเป็นเม็ดทำให้เก็บรักษาและใช้ได้ง่าย ส่วนเรื่องความปลอดภัยของยาจังไม่ชัดเจน เนื่องจากขนาดตัวอย่างของการศึกษายังไม่มากพอ จึงยังไม่แนะนำให้ใช้เป็นทางเลือกแรก ในเวลาต่อมาจังมีการทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้นอีก จนกระทั่งในปีพ.ศ. ๒๕๔๙ Carne JM และคณะ^(๒) ได้ทำการ systematic review อีกครั้ง โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ misoprostol (ซึ่งเพิ่มการบริหารยาโดยการอมได้ล้วนและในกระพุ้งแก้ม) กับ dinoprostone หรือ PgE2 (โดยใช้เหน็บช่องคลอด หรือสอดปากมดลูก) ที่มีการทำการศึกษาในช่วงปีพ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๔๘ พบว่า misoprostol มีประสิทธิภาพในการซักนำให้เกิดการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนดที่ปากมดลูกไม่พร้อม (unfavorable cervix) สูงกว่า PgE2 แต่ไม่ได้ลดอัตราการผ่าท้องคลอดลง และพบว่า misoprostol ทำให้เกิดภาวะมดลูกบีบวัดตัวมากเกินไป (tachysystole) ได้มากกว่า

ในช่วงทศวรรษต่อมา มีการรายงานผลศึกษาเกี่ยวกับการใช้ misoprostol ในการซักนำให้เกิดการคลอดอีกมากมาย โดยมีระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างหลากหลายกันไป ทั้งในเรื่องขนาดที่ใช้ วิธีการบริหารยา และการเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานที่ใช้แบบต่าง ๆ จนกระทั่งในปีพ.ศ. ๒๕๓๓ Austin SC และคณะ^(๓) ได้ทำการศึกษาแบบ meta-analysis ถึงผลของการใช้ misoprostol และ PgE2 เหน็บช่องคลอดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด พบร้าว่า misoprostol มีประสิทธิภาพดีกว่า และมีการใช้ oxytocin ในการช่วยเร่งคลอดน้อยกว่า โดยที่ผลข้างเคียงต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน

ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ องค์กรอนามัยโลก ได้จัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการซักนำให้เกิดการการคลอด โดยกำหนดหลักการที่ว่าไปว่า ควรทำในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจน และคิดว่าก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์มากกว่าโทษ โดยในขณะที่ทำการซักนำให้เกิดการคลอด ต้องมีการเฝ้าระวัง ทั้งมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด มีมาตรการในการผ่าตัดคลอดได้ทันทีเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินขึ้น ทั้งนี้ได้ให้คำแนะนำเฉพาะเจาะจงและระบุความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของคำแนะนำต่าง ๆ ไว้ดังนี้^(๔)

Specific recommendations and their strength and quality of available evidence^(*)

Context	Recommendation	Quality of evidence	Strength
When induction of labour may be appropriate	<ol style="list-style-type: none"> Induction of labour is recommended for women who are known with certainty to have reached 41 weeks (>40 weeks + 7 days) of gestation. Induction of labour is not recommended in women with an uncomplicated pregnancy at gestational age less than 41 weeks. If gestational diabetes is the only abnormality, induction of labour before 41 weeks of gestation is not recommended. Induction of labour at term is not recommended for suspected fetal macrosomia. Induction of labour is recommended for women with prelabour rupture of membranes at term. For induction of labour in women with an uncomplicated twin pregnancy at or near term, no recommendation was made as there was insufficient evidence to issue a recommendation. 	<p>Low</p> <p>Low</p> <p>Very low</p> <p>Low</p> <p>High</p> <p>-</p>	<p>Weak</p> <p>Weak</p> <p>Weak</p> <p>Weak</p> <p>Strong</p> <p>-</p>
Methods of induction of labour	<ol style="list-style-type: none"> If prostaglandins are not available, intravenous oxytocin alone should be used for induction of labour. Amniotomy alone is not recommended for induction of labour. Oral misoprostol (25 µg, 2-hourly) is recommended for induction of labour. Low-dose vaginal misoprostol (25 µg, 6-hourly) is recommended for induction of labour. Misoprostol is not recommended for induction of labour in women with previous caesarean section. Low doses of vaginal prostaglandins are recommended for induction of labour. Balloon catheter is recommended for induction of labour. The combination of balloon catheter plus oxytocin is recommended as an alternative method of induction of labour when prostaglandins (including misoprostol) are not available or are contraindicated. In the third trimester, in women with a dead or an anomalous fetus, oral or vaginal misoprostol are recommended for induction of labour. Sweeping membranes is recommended for reducing formal induction of labour. 	<p>Moderate</p> <p>Moderate</p> <p>Moderate</p> <p>Low</p> <p>Moderate</p> <p>Moderate</p> <p>Low</p> <p>Low</p>	<p>Weak</p> <p>Strong</p> <p>Weak</p> <p>Strong</p> <p>Strong</p> <p>Strong</p> <p>Weak</p> <p>Strong</p>
Management of adverse events related to induction labour	16. Betamimetics are recommended for women with uterine hyper- stimulation during induction of labour.	Low	Weak
Setting for induction of labour	17. Outpatient induction of labour is not recommended for improving birth outcomes.	Low	Weak

กล่าวโดยสรุป ในข้อมูลที่เกี่ยวกับการใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดก็คือ องค์กรอนามัยโลกแนะนำการบริหารยาโดย

- การรับประทานในขนาด ๒๕ มิโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง หรือ
- เหน็บทางช่องคลอดในขนาด ๒๕ มิโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง

นอกจากนี้ ยา misoprostol สามารถใช้ชักนำให้เกิดการคลอดได้ ในกรณีที่ثارกพิการหรือเสียชีวิตในครรภ์ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าท้องคลอดมาก่อน

ต่อมา มีการศึกษาแบบ meta-analysis โดยเปรียบเทียบการใช้ misoprostol เหน็บช่องคลอด กับ PgE2 สอดปากมดลูก พบร่วมกันว่า misoprostol เหน็บช่องคลอดมีประสิทธิภาพในการชักนำให้เกิดการคลอดสูงกว่า PgE2 ตลอดจนทำให้ลดการใช้ oxytocin ในการช่วยเร่งคลอดลงด้วย แต่ในส่วนของผลข้างเคียงยังพบว่า PgE2 ทำให้เกิดภาวะมดลูกบีบัดตัวมากเกินไปน้อยกว่า^(๑) ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ มี Cochrane review ที่ทบทวนรายงานประสิทธิภาพในการชักนำให้เกิดการคลอดด้วยการรับประทาน misoprostol เปรียบเทียบกับวิธีอื่น ๆ พบร่วมกันว่า misoprostol ช่วยหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใกล้เคียงกับการใช้โดยเหน็บทางช่องคลอด แต่มีข้อต่อต้านการผ่าท้องคลอดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ PgE2 เหน็บช่องคลอด อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากผลข้างเคียงและความปลอดภัยแล้วรายงานฉบับนี้สรุปว่าควรใช้ misoprostol ในรูปแบบการรับประทานมากกว่าการเหน็บช่องคลอด^(๒) Wang L และคณะ^(๓) เพิ่มจากรายงานการศึกษาแบบ meta-analysis เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ผ่านมาว่า จาก ๘ การศึกษา ซึ่งมีจำนวนตัวอย่าง ๑,๖๖๘ คน พบร่วมกันว่า การใช้ misoprostol และ PgE2 เหน็บช่องคลอดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดในสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนด มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลคล้ายคลึงกับการศึกษาแบบ meta-analysis ของ Austin SC และคณะ

ปทสรุป

จากหลักฐานเชิงประจักษ์เท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่า การใช้ misoprostol เพื่อการชักนำให้เกิดการคลอดโดยบริหารยาด้วยการรับประทานและเหน็บช่องคลอดในขนาดต่ำ มีประสิทธิภาพในการก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีและมีอัตราการผ่าท้องคลอดที่ต่ำ เกิดผลข้างเคียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิด uterine tachysystole ที่ไม่แตกต่างจากวิธีชักนำให้เกิดการคลอดที่ใช้เป็นมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังโดยมีการเฝ้าระวังทั้งมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดยต้องอยู่ในสถานพยาบาลที่มีทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อมในการดูแลและสามารถผ่าท้องคลอดได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการใช้ misoprostol ในข้อบ่งชี้ดังกล่าวยังจัดเป็นการใช้แบบ off label ทำให้ไม่ได้รับความนิยมมากนัก โดยเฉพาะในกรณีที่สามารถใช้ PgE2 ซึ่งถือว่าเป็นวิธีมาตรฐาน หรือใช้วิธีอื่นในการชักนำให้เกิดการคลอดได้

ເອກສານອ້າງອີງ

- ①. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al., editors. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw Hill Education;2014 p.523–34.
- ②. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Alfirevic Z. Misoprostol for induction of labour : a systematic review. Br J Obstet Gynaecol. 1999;106:798–803.
- ③. Crane JM, Butler B, Young DC, Hannah ME. Misoprostol compared with prostaglandin E2 for labour induction in women at term with intact membranes and unfavourable cervix : a systematic review. BJOG. 2006;113:1366–76.
- ④. Austin SC, Sanchez-Ramos L, Adair CD. Labor induction with intravaginal misoprostol compared with the dinoprostone vaginal insert: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2010;202:624.e1–9.
- ⑤. World Health Organization, Dept. of Reproductive Health and Research. WHO recommendations for induction of labour. 2011. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/
- ⑥. Liu A, Lv J, Hu Y, Lang J, Ma L, Chen W. Efficacy and safety of intravaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for labor induction at term: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res 2014;40:897–906.
- ⑦. Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2014;6:CD001338. doi: 10.1002/14651858.CD001338.pub3.
- ⑧. Wang L, Zheng J, Wang W, Fu J, Hou L. Efficacy and safety of misoprostol compared with the dinoprostone for labor induction at term: a meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2016;29:1297–307.



การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๒/๒๕๖๐

วันศุกร์ที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๐๘.๔๕ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องสยามมกุฎราชกุمار อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยคุณย์วิจัย เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

นำเสนอด้วย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โดย... คณ.: อุบัตรนนกการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยสูติกรรม สาวรีตั้งครรภ์อายุ ๒๑ ปี ภูมิลำเนา จ.ชัยภูมิ อาชีพ ค้าขาย

อาการสำคัญ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ๒ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน สาวรีตั้งครรภ์ G2P1001 GA 6⁺ weeks by ultrasound

๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกกะบริดกะประอยทางช่องคลอดทุกวัน เป็นสีน้ำตาลคล้ำ ไม่มีชั้นเนื้อปน ไม่ปวดท้อง ตรวจการตั้งครรภ์เองได้ผลลบ

๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล ไปพบแพทย์ที่คลินิก ตรวจปัสสาวะพบว่าตั้งครรภ์ แพทย์ตรวจภายในและอัลตราซาวด์แจ้งว่าเป็นการตั้งครรภ์ในตำแหน่งที่ผิดปกติ และแนะนำให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล

ประวัติอุบัติและประวัติส่วนตัว

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

ประวัติทางสูติกรรม

- LMP กลางเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ PMP กลางเดือนพฤษจิกายน ๒๕๕๙
- ไม่ได้คุยกับนิติ, Last pap smear พ.ศ. ๒๕๕๕ ปกติ
- G1: C/S indication fetal distress ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ บุตรเพศชาย คลอดครรภ์กำหนด แข็งแรงดี

การตรวจร่างกาย

GA : A Thai adolescent woman, good consciousness and well co-operative

Vital signs : BT 36.5 c, PR 74/min, BP 112/59 mmHg, RR 18/min

Measurement : BW 64 kg, Ht 165 cm BMI 23.5 kg/m²

HEENT : Pink conjunctivae, anicteric sclerae, SCLN and CLN were impalpable

Heart and lungs : WNL

Abdomen : Soft, mild tender at suprapubic region, no guarding, no rebound tenderness, impalpable mass

Extremities : No edema, no skin lesion

Pelvic examination

NIUB : Normal

Vagina : Normal mucosa, old bloody stained discharge

Cervix : Os closed, not seen gross lesion, minimal old bloody discharge

Uterus : FH > 1/3 suprapubic, anteversion

Adnexa : No mass, not tender

CDS : Normal

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

CBC – Hb 11.6 g/dL, Hct 38% WBC 8,400, %N 60.8, %L 28.8, Plt 242,000

PT 11.7, PTT 34.8, INR 1.1

BUN 9.2 Cr 0.66 Sodium 136 Potassium 4.5 Bicarbonate 22.8 Chloride 102

TP 6.8 Alb 4.6 Glob 2.2 TB 0.3 DB 0.2 ALT 10 AST 13 ALP 51

Blood group: O Rh: positive Anti-HIV: NR VDRL: NR

UA: Sp gr 1.006, WBC -, RBC -, PRO -, GLU -, KET-

B-hCG = 6,513

TVS :

- Intrauterine heteroechoic content with hyperechoic ring surrounding an anechoic gestational sac containing of yolk sac and fetal pole at posterior of internal cervical os. 3.2 cm distance from external cervical os. Color Doppler shows hypervascularization.
- CRL 7.67 mm/GA 6+5 wks' without cardiac activity.
- Left ovary size 2.2 x 1.4 x 2.64 cm, right ovary size 3.2 x 1.9 x 2.67 cm
- No adnexal mass, no free fluid in CDS

MRI whole abdomen :

- Well define round shape, size 4.3 cm in diameter located within myometrium of anterior wall of lower uterine segment, just above internal cervical os.
- Gestational sac, 2.0 cm in dimeter located at central portion of this mass, no yolk sac or fetal pole is identified.
- Marked thinning of anterior myometrium is noted.
- Blood clot within uterus is suggested.
- No disruption of uterine wall is presented.

Provisional diagnosis :

- Suspected unruptured cesarean scar ectopic pregnancy with uterine enlargement contains blood clot

Management

- Admit and counselling
- Observe vaginal bleeding and abdominal signs
- Serial hematocrit
- MTX 50 mg/m²
- Follow up B-hCG with U/S

Progression

Date	Time	Result	Decrease %	MTX
27/02/60	17.00	6,513		
01/03/60	6.00	5,790		
02/03/60	6.00	5,941		
03/03/60	6.00	5,591		
04/03/60	16.00	4,432	20.7	Day 1
06/03/60	16.00	3,848	31.2	Day 4
09/03/60	11.00	2,310	39.9	Day 7
23/03/60	11.00	71.77		Day 28
20/04/60	11.00	0.36		Day 49

TVS follow up day 14 S/P MTX

- Uterus size 11.79 x 3.38 x 6.95 cm
- Endometrial thickness 1.1 mm, flat, no intrauterine fluid
- Gestational sac 6.47 x 4.15 x 5.22 cm with present fetal echo and yolk sac
- Cervical os to gestational mass = 2.26 cm
- No free fluid in CDS

บทความโดย รศ.นพ.เอกชัย โค瓦วิสารช์ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี



สรุปข้อมูลผู้ป่วย

- admit ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
- ผู้ป่วยหญิง อายุ ๒๑ ปี P1(C/S)
- มาโรงพยาบาลด้วยเลือดออกกะปริบกะปรอยทางช่องคลอด มีขาดประจำเดือน (LMP กลางเดือน ธันวาคม ๒๕๕๙) เคยตรวจปัสสาวะตั้งครรภ์
- ตรวจพบ : Abdomen : tender at suprapubic, Ut : 1/3 > PS
: PV: adnexa not tender no mass

การวินิจฉัยของผู้ป่วยรายนี้

คือ Cesarean scar pregnancy ซึ่งสามารถวินิจฉัยโดยการตรวจ Transvaginal ultrasound (TVS) โดยเห็นเป็น hyperechoic ring surrounding an anechoic gestational sac and fetal pole at posterior of internal cervical os ยืนยัน โดย MRI สรุปว่าเป็น Suspected unruptured cesarean scar ectopic pregnancy

การดูแลรักษาในผู้ป่วยรายนี้

ได้รักษาโดยการใช้ยา Methotrexate (MTX) ๑ ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อย มีบุตรเพียง ๑ คน และอาการทางคลินิกคงที่ (Stable) โดยได้มีการติดตามค่า B-HCG ในเลือดเป็นระยะ ๆ และผลการรักษาของผู้ป่วยรายนี้ต่อสนองด้วยยา MTX เป็นอย่างดี

การดูแลผู้ป่วยรายนี้ นับว่าประสบความสำเร็จมาก มีจุดสำคัญในการวินิจฉัย คือ เริ่มดันด้วยการใช้ TVS และตรวจยืนยันต่อไปด้วย MRI เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาที่จะตามมา เช่น หากวินิจฉัยเป็นแท้ไม่ครบ แล้วไปขุดมดลูก ก็จะเกิดหายนะตามมาได้ เช่น มะลูกทะลุ เป็นดัน แพทก์ ผดุงและผู้ป่วยรายนี้ได้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ตั้งแต่สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องในเวลาที่ไม่นานนัก และได้ติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่องจนได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนี้ โดยไม่มีปัญหาแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น

ตัวอย่างผู้ป่วยรายนี้ เป็นตัวอย่างที่ดีอันหนึ่ง ซึ่งแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของการผ่าท้องทำคลอด ซึ่งกำลังเพิ่มขึ้นอย่างมากทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย ขณะนี้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยกำลังพยายามลดอัตราการผ่าท้องคลอดที่ฟุ่มสูงขึ้นนี้ โดยเฉพาะในรายที่ไม่จำเป็น (unnecessary) กล่าวคือ กลุ่มที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

จึงเป็นหน้าที่ของสูตินรีแพทย์ต้องร่วมด้วยช่วยกันกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในที่สุด

“ผ่าท้องคลอดไม่ใช่คำตอบสุดท้าย”

ไขปมความไม่รู้และความเข้าใจผิดของเหล่าพ่อแม่มือใหม่

กับ ศ.นพ.ภิเศก ลุ่มพิกานนท์

ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

คัดลอกจาก The101.world
เผยแพร่เมื่อ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐

“กระบวนการคลอดไม่ใช่แค่เรื่องการกัด แต่เป็นเรื่องของชีวิต ก็จะข้องกับสุขภาพของทั้งแม่และเด็ก และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของลูกหลังทุกๆ ด้าน”

คุณรู้ในมือว่าทุกคนนี้เด็กไทยเกิดคนละไรกันมากที่สุด?

คำตอบต่อคำถามข้างต้นไม่ได้สะท้อนความบังเอิญ เพราะทุกวันนี้ ว่าที่พ่อแม่คนไทยจำนวนมหาศาล เลือกให้ลูกรักลืมตาดูโลกด้วยการผ่าท้องคลอด การเลือกวันเกิดให้ตรงตามฤกษ์หมายมาดี ก็ไม่ใช่เรื่องยากอีกด้วยไป

ในปัจจุบัน เราคุ้นชินกับการผ่าท้องคลอดจนกลายเป็นเรื่องปกติธรรมชาติที่ใคร ๆ ก็ทำกัน เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยทำให้การผ่าท้องคลอดเป็นเรื่องง่ายและปลอดภัยกว่าแต่ก่อนมาก หลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งไทย จึงมีอัตราการผ่าท้องคลอดสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนบางประเทศสูงเกินครึ่งหนึ่งของการคลอดทั้งหมดเสียด้วยซ้ำ

ไม่เจ็บ ปลอดภัย สะดวก และแน่นอน เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ว่าที่พ่อแม่ รวมทั้งคุณหมอ เลือกการผ่าท้องคลอดเป็นคำตอบสุดท้ายในการให้กำเนิดลูกรัก

แต่เรามั่นใจว่ารู้จักการผ่าท้องคลอดกันดีแล้วจริง ๆ หรือยัง มีข้อมูลข้อเท็จจริงที่คุณส่วนใหญ่ยังไม่รู้หรือเข้าใจผิด ที่อาจทำให้คุณต้องเปลี่ยนใจและคิดดี ๆ อีกครั้งก่อนจะสนับสนุนการผ่าท้องคลอด

ศาสตราจารย์นายแพทย์ ภิเศก ลุ่มพิกานนท์ ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ศาสตราจารย์ระดับ ๑ ประจำภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และอดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นักวิจัยดีเด่นแห่งชาติ เมธิวิจัยอาวุโส และศาสตราจารย์วิจัยดีเด่นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และที่ปรึกษาองค์กรอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) จะมาลงลังมายาคติเรื่องการผ่าท้องคลอด ในสังคมไทย ผ่านการสนทนากับภัชชา ด้วงกลัด กองบรรณาธิการ The101.world และคุณอาจารย์พบว่ามีดหม้อ ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายจริง ๆ

พัฒนาการของการผ่าท้องคลอด

การผ่าท้องคลอดมีมานานแล้ว อาจถึงร้อยปีด้วยซ้ำไป การผ่าท้องคลอดเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Caesarean Section หรือเรียกสั้น ๆ ว่า Caesar มีการพูดต่อ ๆ กันมาว่าเป็นพระเจ้าซีザร์มหาราช ประสูติด้วยการผ่าท้องคลอด คงก็ไม่รู้ว่าจริงหรือไม่

การผ่าท้องคลอด เป็นการรักษาพยาบาล หรือหัตถการที่สำคัญมากในอดีต เพราะเป็นการช่วยชีวิตแม่ และลูกในกรณีที่แม่ไม่สามารถคลอดได้โดยธรรมชาติ เรียกว่าเป็นหัตถการที่ช่วยชีวิตแม่และลูกทั่วโลกมาหากาย

สมัยก่อนการผ่าท้องคลอดนั้นอันตรายมาก ต้องให้ยาระงับความรู้สึก ดมยาสลบ ระหว่างการผ่าตัดก็เสียเลือดมาก และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับอวัยวะข้างเคียง ไปถูกกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ ไต เกิดภาวะข้างเคียงได้มาก ที่สำคัญยังเกิดการติดเชื้อด้วย ยิ่งสมัยก่อนยาปฏิชีวนะยังไม่ค่อยดี ดังนั้น การเลี้ยงชีวิตจาก การผ่าท้องคลอดจึงมีมาก

ทุกวันนี้การแพทย์พัฒนา ก้าวหน้าขึ้น การผ่าท้องคลอดปลอดภัยมากขึ้น และมีความเสี่ยงน้อยลง เมื่อเทียบกับอดีต มีการใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น การผ่าตัดก็มีเทคนิคต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้น มีการบล็อกหลังรังับความรู้สึก สะดวกสบายกว่าเดิม

เมื่อในรังสีการผ่าท้องคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การผ่าท้องคลอดเป็นเรื่องจำเป็นเฉพาะในบางกรณี เช่น แม่ตัวเล็ก เด็กตัวใหญ่ แม่มีภาวะแทรกซ้อน เด็กอยู่ในท่าผิดปกติ เด็กมีภาวะเครียดจากการขาดออกซิเจนในครรภ์ การผ่าท้องคลอดในภาวะที่เหมาะสมจะช่วยลดอันตรายของแม่และลูกได้

สิ่งที่ผมปฏิบัติตามลดระยะเวลาสามสิบปีที่เป็นสูติแพทย์คือ จะผ่าท้องคลอดเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญอันดับแรกคือ มีการผิดสัดส่วนระหว่างตัวเด็กกับเชิงกรานของแม่ เช่น แม่ตัวเล็ก เชิงกรานแคบ ลูกตัวโต สิ่งเหล่านี้สามารถประเมินได้ บางรายอาจจะเห็นชัดเลย การทำอัลตร้าซาวด์ก็ช่วยคำนวณน้ำหนักได้ แต่ในกรณีที่ก้าวไป เราอาจจะวางแผนให้คลอดปกติถูกก่อนก็ได้ แล้วดูความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าลักษณะหนึ่งแล้วไปต่อไม่ได้ ก็แปลว่าคงมีการผิดสัดส่วน จึงผ่าท้องคลอดในกรณีที่มีความจำเป็นเช่นนั้น

ระหว่างที่ให่องค์กรดรอตดูอาการ เราก็จะฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจลูกตลอดเวลา เพราะจะเป็นข้อบ่งชี้ข้อที่สองในการผ่าคลอด ซึ่งก็คือ ภาวะเด็กขาดออกซิเจน ถ้าเป็นแบบนี้ต้องรีบผ่าโดยทันที

ข้อบ่งชี้ที่สามคือ เด็กอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น เด็กอยู่ในท่าก้นหรือท่าขวาง ซึ่งข้อนี้เรามักทราบก่อนที่จะเกิดการเจ็บท้องคลอดแล้ว หมอก็มักแนะนำให้ผ่าท้องคลอดเลย

อย่างไรก็ตาม ในภาวะปกติที่ไม่มีข้อบ่งชี้ การผ่าท้องคลอดถือว่ามีอันตรายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ต่อทั้งแม่และลูกสูงกว่าการคลอดปกติผ่านช่องคลอด

อันตรายของการผ่าท้องตลอด

เมื่อประมาณ ๗ ปีก่อน ผมมีโอกาสได้ทำวิจัยกับองค์กรอนามัยโลก รวบรวมผลของการคลอดในประเทศเอเชียจำนวน ๙ ประเทศ เปรียบเทียบการคลอดโดยการผ่าท้องคลอดกับการคลอดปกติ เราพบข้อมูลยืนยันว่า การผ่าท้องคลอดทำให้แม่และลูกเกิดอันตรายมากขึ้นประมาณ ๒ - ๓ เท่า ทั้งการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยแท้มีถึงกับเสียชีวิต เพราะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้น

สำหรับแม่ มีโอกาสเสียเลือดและมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ยาระงับความรู้สึกอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ และหลังคลอดก็มีโอกาสฟื้นตัวช้ากว่า

นอกจากนี้ หลังผ่าท้องคลอด ในช่องท้องจะมีพังผืดมาจับลำไส้ จับที่แพลงผ่าตัด ผลที่ตามมาคือหนึ่ง ถ้าต้องผ่าตัดครั้งต่อไปจะทำได้ยากขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน สอง แพลงเป็นที่ด้วงดลูกจะเป็นจุดอ่อนเมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไป อาจจะไปเกาะอยู่ตรงนั้น กินทะลุมดลูกทำให้แตกได้ เรียกว่าภาวะรถฟังดัวลีก เมื่อ ๕ - ๖ เดือนก่อน ผมเจอรายหนึ่งที่มีดลูกแตกจากภาวะนี้ ยิ่งผ่ามากเท่าไหร่ โอกาสที่จะเกิดภาวะนี้ก็ยิ่งมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงตายได้เลย เพราะเสียเลือดเป็นหมื่นล้านซีซี มีอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง กระเพาะปัสสาวะ ทະลูได้ ในระยะยาวพังผืดอาจไปรัดลำไส้ ทำให้ลำไส้อบตัน เคลื่อนตัวไม่ได้ อุจจาระผ่านไม่ได้ เช่นอาหารถูกดูดซึมไม่ได้ เกิดการอุดตันขึ้นมา

ในส่วนผลกระทบต่อลูก ก็มีอยู่หลายข้อด้วยกัน

หนึ่ง การคลอดตามปกติที่เด็กผ่านช่องคลอดออกมาน่าจะดีกว่าเด็กผ่านช่องคลอดของแม่ ปอดของเด็กจะถูกรีด หรือที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า Squeeze ผ่านช่องคลอดของแม่ ทำให้มูก เสมหะ หรืออะไรก็ตามที่อยู่ในลำคอเด็กถูกขับออกมายเลย มีโอกาสที่จะหายใจเป็นปกติได้ดีกว่าเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องคลอด ซึ่งไม่ผ่านกระบวนการนี้ ดังนั้นเด็กที่ผ่าท้องคลอดจะมีโอกาสต้องช่วยหายใจ และมีโอกาสขาดออกซิเจนได้มากกว่า

สอง ช่วงหลังมานี้มีอีกทฤษฎีที่มีข้อมูลรองรับมากขึ้นเรื่อย ๆ ว่า ในช่องคลอดแม่มีแบคทีเรียที่ดีอยู่อยู่ควบคุมไม่ให้แบคทีเรียไม่ดีเข้ามาแทรกแซง เด็กที่คลอดผ่านช่องคลอดจะได้สัมผัสถกับแบคทีเรียนี้ เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันมีงานศึกษาพบว่าเด็กที่คลอดตามปกติมีโอกาสเป็นภูมิแพ้น้อยกว่าเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องคลอดถึง ๓ เท่า

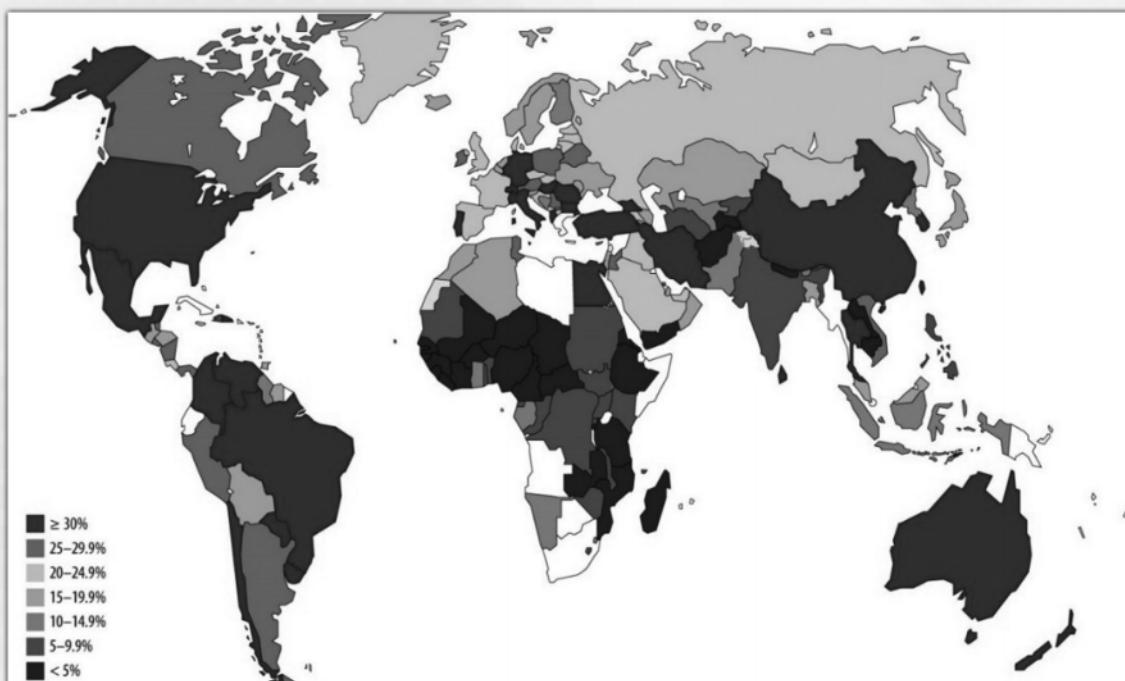
สาม ปัจจุบันองค์กรอนามัยโลกและยูนิเซฟ สนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย ๖ เดือนเต็ม ซึ่งจะส่งผลดีต่อลูก ทำให้โอกาสที่ลูกจะเสียชีวิตและติดเชื้อน้อยลง เกิดความใกล้ชิดผูกพันระหว่างแม่กับลูก ถ้าคลอดแบบปกติ หลังคลอดเรานำลูกมาให้แม่อุ้มได้ทันทีดีกว่าเด็กที่คลอดโดยการผ่าท้องคลอด ถึง ๓ เท่า

จุดครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดมีความสำคัญมาก ต้องรีบให้ลูกได้ดูดนนมแม่ การให้ลูกดูนมจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนโปรดแลคติน (Prolactin) ซึ่งจะทำให้น้ำนมหลั่งออกมามากขึ้น ยิ่งดูดช้าฮอร์โมนก็หลั่งช้า แม่ที่คลอดลูกแบบปกติจึงมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมากกว่า เพราะในการผ่าท้องคลอดแม่ต้องดมยาสลบ อาจไม่สามารถอุ้มและให้นมลูกได้ทันที

ກົດກາງການຝ່າທັກຄລອດທຸກໆໂລກ

ກາພຽມການຝ່າທັກຄລອດຂຶ້ນຍູ້ກັບປະດັບການພັດນາປະເທດດ້ວຍ ປະເທດທີ່ມີພັດນາການທາງເສດຖະກິຈແລະ ສັນຄົມທີ່ດີກະຈົມອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດສູງ ເພຣະມີກະຮັກພາກການພັດທະນາທີ່ດີ ທັ້ງໝອຍ ຍາ ອຸປະກົນ ແລະ ບຸລາກາຮົາ ຕ່າງໆ ຂະນັນ ໃນສຫະລຸອເມືອນ ຢູ່ໂຣປ່າ ຮົມທັ້ງເອເຊີຍ ຈະມີອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດມາກກວ່າໃນແຄບແອພຣິກາ

ຕອນນີ້ອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດເນີ່ງທີ່ໂລກຈະອຍ່ງທີ່ ۱۵ - ۲۰% ຄ້າດູຈາກແຜນທີ່ແສດງອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດຂອງໂລກປີ ۲۰۱۶ ຈະເຫັນວ່າ ພວກທີ່ມີອັດຕາສູງ ຖ້າ ກີ່ຈະມີເມືອນ ເອເຊີຍ ອຸປະກົນໄດ້ນີ້ໜັກກວ່າເພື່ອນ ສ່ວນແອພຣິກາຈະນ້ອຍທີ່ສຸດ ບຣາຊີລເປັນແຊມປ໌ ມີອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດປະມານ ۷۰ - ۸۰%



ທີ່ມາ : Betrán et al: The increasing trend in Caesarean section rates. PLoS ONE 2016

ແຕ່ຈາກປາພ ມີຂໍອສັງເກດທີ່ນ່າສນໃຈ ປະເທດພັດນາແລ້ວຈຳນວນທີ່ນີ້ ແນ່ນ ກລຸ່ມປະເທດສແກນດີເນວີຍ ອັກຄູ່ ມາເລເຊີຍ ແລະ ທີ່ນ່າສນໃຈມາກຄື່ອ ຄູ່ປຸ່ນ ມີອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດໄໝສູງ ໃນກລຸ່ມສແກນດີເນວີຍແລະ ຄູ່ປຸ່ນມີອັດຕາໄມ້ ທີ່ນີ້ ۲۰% ແຕ່ຄວາມປລອດກັຍຂອງແມ່ແລະ ລູກກີ່ໄມ້ໄດ້ດ້ວຍໄປກວ່າປະເທດອື່ນທີ່ມີອັດຕາການຝ່າຄລອດສູງເລຸຍ

ເນື່ອປີ ۱۹۹۵ ອອງກາຣອນາມຍໂລກໄດ້ອອກ WHO Statement ບອກວ່າອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດໄມ່ຄວາມເກີນ ۱۵% ໂດຍອັດຕານີ້ຄືດມາຈາກຄວາມຈຳເປັນໃນການຝ່າທັກຄລອດເພື່ອຊ່ວຍຊື່ວິດແມ່ແລະ ລູກ ການຝ່າທັກຄລອດໃນອັດຕາເກີນ ۱۵% ໄນໄດ້ຊ່ວຍໃຫ້ແມ່ແລະ ລູກມີຊື່ວິດຮອດມາກໜີ້ນ

ຜ່ານມາ ۳۰ ປີເຕີມ ຈນຄຶ້ນປີ ۲۰۱۵ ອອງກາຣອນາມຍໂລກເຫຼຸ່ມຜູ້ເຂົ້າວ່າງູຈາກທີ່ໂລກມາປະໜຸມກັນອຶກຄັ້ງ ລວບຮວມ ຂໍອມູນລາງການວິຈັຍທັງໝາຍພວກ່າ ອັດຕາການຝ່າທັກຄລອດທີ່ເໝາະສມອຍ່ງທີ່ປະມານ ۱۰% ນ້ອຍລັງກວ່າເດີນດ້ວຍໜ້າ ເນື່ອມາດູສກາພທີ່ເປັນຍູ້ ເຮົ່າງມີການຝ່າທັກຄລອດໂດຍໄມ່ຈຳເປັນຈຳນວນນັກ

กิจกรรมการผ่าท้องคลอดในประเทศไทย

ประเทศไทยเลียนแบบประเทศตะวันตก เรากำลังคลอดกันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เริ่มตั้งแต่ ๕% เมื่อประมาณ ๓๐ - ๔๐ ปีก่อน จนปัจจุบัน ข้อมูลจากองค์กรอนามัยโลกยืนยันว่า อัตราผ่าท้องคลอดในประเทศไทยสูงเกิน ๓๐% นับว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก

เดียวนี้มีการผ่าท้องคลอดกันมากถึงขนาดมีคลินิกเฉพาะสำหรับผ่าท้องคลอดแบบผ่าคลอดโดยอย่างเดียว บางโรงพยาบาลในไทยตอนนี้อัตราการผ่าท้องคลอดสูงถึง ๖๐ - ๗๐%

สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย

หนึ่ง “ความไม่รู้” นี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด ประชาชนทั่วไปรวมทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุข บางส่วนด้วยซ้ำคิดว่าการผ่าท้องคลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่จริงๆ ไม่ใช่อย่างนั้น สังคมไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และไม่ทราบถึงผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และเด็กในระยะยาว

สอง “ความสะดวก” ผ่าท้องคลอดสะดวกกว่า นัดวันนัดเวลาได้ เอก鞍馬ถูกยกให้ด้วย สะดวกทั้งหมดทั้งคนไข้ ถ้าคลอดตามปกติรอให้เจ็บท้องคลอดเองก็ไม่รู้จะเจ็บเมื่อไหร่ ผ่าท้องคลอดไม่ต้องมารอให้เจ็บท้อง สภาพสังคมหล่ายอย่างตอนนี้ก็ยิ่งผลักดันให้เลือกเอาตามสะดวก อย่างในกรุงเทพฯ บางทีหมอรอดดิต ถ้ารอเจ็บท้องคลอดเอง หมoa จะพยายามทำคลอดไม่ทัน การผ่าท้องคลอดช่วยให้ทั้งหมดและแม่บริหารจัดการเวลาได้แน่นอนขึ้น

รู้ไหมว่าในปัจจุบันเด็กเกิดวันละประมาณที่สุด

คำตอบคือวันศุกร์... เพื่อให้จัดการเวลาได้ ส่วนใหญ่หมo จะให้ผ่ากันวันศุกร์เลย จะได้ไม่ต้องติดเสา - อาทิตย์

สาม “กลัวเจ็บ” เจ็บท้องคลอดแบบปกติ มันเจ็บจริงๆ แต่อย่าลืมว่าผ่าตัดก็เจ็บเหมือนกัน ปวดแผลจริงๆ อาจปวดมากกว่าด้วยซ้ำไป

สี่ “แรงจูงใจด้านรายได้และการจัดการของโรงพยาบาล” โดยทั่วไปหมo ได้เงินมากกว่าเวลาผ่าท้องคลอด เพราะถือว่าเป็นหัตถการที่ทำยากกว่าคลอดปกติ ในมุมของผู้ให้บริการ รายได้ที่มากกว่าก็เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้หมoอยากผ่าคลอด โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน มีหน้าที่ยังควบคุมจัดการเวลาได้กว่าด้วยแต่ตอนนี้ก็มีบางโรงพยาบาลที่เริ่มเห็นความสำคัญของการคลอดตามธรรมชาติแล้ว ก็จะให้ค่าหมoไม่ต่างกัน

ห้า “สิทธิการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพ” ประเด็นนี้ก็ส่งผลสำคัญ ในบางประเทศสิทธิประโยชน์ของการประกันสังคม จะไม่รวมการผ่าท้องคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ แต่ของไทยยังรวมหมดเลย ไม่ได้แยกทั้งในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า ส่วนในกรณีของการเบิกค่ารักษาพยาบาลของระบบราชการ ยังเห็นได้ชัด แต่เดิมข้าราชการที่คลอดโรงพยาบาลเอกชนสามารถเบิกค่ารักษาจากการผ่าท้องคลอดได้ส่วนหนึ่ง กลายเป็นข้าราชการไปผ่าท้องคลอดกันตั้ง ๘๐% เมื่อกรมบัญชีกลางมาตรวจสอบ เลยเปลี่ยนใหม่ให้เบิกได้เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น

ความสูญเสียจากการผ่าท้องคลอดโดยไม่จำเป็น

ในปัจจุบัน เรามีการผ่าท้องคลอดแบบเกินความจำเป็นไปมาก ซึ่งส่งผลเสียหักในเรื่องของการรักษาพยาบาล คนไข้และผลกระทบต่อแม่และลูก รวมทั้งการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เราสูญเสียทรัพยากรเพิ่มแต่กลับได้ผลลัพธ์ที่แย่ลงกว่าเดิม

ลองคิด一下 ว่าค่าผ่าท้องคลอดโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลรัฐอยู่ที่ประมาณ ๓๐,๐๐๐ บาท ในขณะที่ การคลอดผ่านช่องคลอดตามธรรมชาติมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาท ต่างกันถึงสามเท่า อาจจะมากกว่า นั้นด้วยซ้ำถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชน ตอนนี้ประเทศไทยมีการคลอดปีละประมาณ ๗๐๐,๐๐๐ ราย อัตราการ ผ่าท้องคลอดอยู่ที่ประมาณ ๓๐% นั่นคือ มีการผ่าท้องคลอดประมาณ ๒๑๐,๐๐๐ ราย คำนวณคร่าวว ๔ ปีหนึ่ง ก็ประมาณ ๖ - ๗ พันล้านบาท ถ้าลดลงมาคลอดธรรมชาติตามที่ควรจะเป็น ก็จะประหยัดทรัพยากรได้มหาศาล

นอกจากนี้ การผ่าท้องคลอดทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะ แม่จะฟื้นตัวช้ากว่า อย่างน้อยที่สุดก็ ๓ วัน ขณะที่การคลอดทางช่องคลอดใช้เวลาประมาณ ๒ วันก็กลับบ้าน ได้แล้ว บางทีวันเดียวด้วยซ้ำไป

ผมเคยไปโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง โรงพยาบาลนั้นผ่าท้องคลอดประมาณ ๖๐% ผลปรากฏว่าคนไข้ ผ่าท้องคลอดต้องการบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งหมดและพยาบาล ไปดูแลเพิ่มขึ้นกว่าปกติ แต่บุคลากรของ โรงพยาบาลมีจำนวนเท่าเดิม ทางผู้ดูแลคนที่คลอดปกติตามธรรมชาติกลับเลี้ยงเบรี้ยบ เพราะมีบุคลากรทางการแพทย์ ไปดูแลน้อยลง

คนอาจจะแย้งว่าก้อนมีเงิน จ่ายได้ สะดวก เป็นสิทธิของฉัน ผมยกให้มองในภาพรวมด้วยว่า มันเกี่ยวโยงกับการใช้ทรัพยากรของประเทศไทยโดยไม่จำเป็น อีกประเด็นหนึ่ง บางครอบครัวอาจมีเงินจ่ายก็จริง แต่ถ้ารู้ความจริงว่าที่จ่ายแพงกว่านั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี เชยังเลือกที่จะจ่ายอยู่ไหม ผมยังคิดว่า ปัจจัย สำคัญที่คนยังเลือกผ่าท้องคลอด เพราะไม่ทราบข้อมูลข้อเท็จจริงถึงผลกระทบอย่างรอบด้าน

การกำกั้นความทุบตันหลอดท่อน้ำในการผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็น

องค์กรอนามัยโลกเป็นผู้กำหนดข้อแนะนำเกี่ยวกับอัตราการผ่าท้องคลอดที่เหมาะสมก็จริง แต่เมื่อมี อำนาจบังคับใช้

ในบางประเทศที่รู้สึกว่าความสำคัญ ก็จะมีการกำหนดมาตรฐานการควบคุมทางอ้อม เช่น PROTUS เสนอว่า โรงพยาบาลไหนผ่าท้องคลอดเกิน ๒๕% ปี จะถูกตัดงบประมาณในปีต่อมา ถ้ายังไม่ลดลงอีกจะถูกปฏิบัติ นี้เป็น มาตรการที่จริงจังมาก มาตรการอื่น ๆ ที่ภาครัฐในประเทศไทยอื่นเข้ามาใช้ควบคุมก็อย่าง เช่น การปรับค่า ตอบแทนหมอยาในกรณีการคลอดแบบปกติกับการผ่าท้องคลอดให้เป็นอัตราเดียวกัน หมอยาได้มีแรงจูงใจใน การเลือกผ่าท้องคลอด เพราะจริง ๆ หมอยาส่วนใหญ่ก็ทราบกันดีว่าผ่าท้องคลอดเสี่ยงกว่า

ในระดับโรงพยาบาลควรมีการสร้างกลไกต่าง ๆ ที่อาจช่วยลดการผ่าท้องคลอดโดยไม่จำเป็นได้

หนึ่ง “group practice” คนไทยจะคุ้นเคยกับการฝ่าท้องกับคุณหมอส่วนตัว แต่คุณหมอมีได้ว่างอยู่ตลอดเวลา บางที่เลยตัดสินใจฝ่าดีกว่า เพราะเกรงว่าเดียวตัวเองติดธูระไม่สามารถดูแลได้ แต่ในต่างประเทศ จะมีการรวมกลุ่มหมอมาก ๕ คน ทำงานเป็นกลุ่มเดียวกัน ดูแลคนไข้ร่วมกัน ไม่เฉพาะแต่การคลอดเท่านั้น หมอแต่ละคนก็ดูแลคนไข้ของตัวเอง แต่เมื่อติดธูระ ไปเที่ยว ไปประชุมต่างประเทศ ก็จะมีหมอนอกกลุ่มมาช่วยดูแลแทนทั้งหมอและคนไข้ก็ไม่ต้องกังวล

สอง “second opinion” ถ้าหมอดัดสินใจฝ่าท้องคลอดให้คนไข้ จะไม่สามารถมือทำได้เลย ต้องให้หมออสูติฯ อีกคนหนึ่งมาทบทวนดูก่อนว่ามีข้อบ่งชี้จริงหรือไม่ แนวทางนี้อาร์เจนตินานำไปใช้

สาม “guideline” ที่อังกฤษมีการทำคู่มือปฏิบัติ เรียกว่า NICE Guideline

NICE เป็นองค์กรกำกับดูแลการรักษาพยาบาลขององค์กรฯ เขาทำหลักปฏิบัติให้กับทุกโรงพยาบาล ถ้าหากหมอมีการทำตามแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น หมอผิด คนไข้ฟ้องได้ ตัวอย่างเช่น หลักการปรึกษาหารือ (Involve consultant) ที่ต้องมีคนมารับรองก่อนว่ามีข้อบ่งชี้จริง และมีขั้นตอนชัดเจน เช่น กรณีเด็กท่ากัน ก่อนผ่าคลอดก็ให้ทำ External Cephalic Version หมายถึง การกลับเด็กที่หน้าท้อง ซึ่งเป็นวิธีการที่ประสบความสำเร็จประมาณ ๗๐% สามารถเปลี่ยนท่ากันเป็นท่าหัว ทำให้คลอดปกติได้ หรืออย่างกรณีตั้งครรภ์ ๔๑ สัปดาห์ แล้วยังไม่คลอด ก็ให้หักน้ำการคลอด วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้มีการพิสูจน์และวิจัยแล้วว่าช่วยลดการผ่าท้องคลอดลงได้

สี่ “companionship” เรื่องนี้สำคัญมาก เพราะเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดการผ่าท้องคลอดโดยไม่จำเป็น ก็คือ ความกังวล เวลาที่แม่เข้าไปอยู่ในห้องคลอด บรรยายกาศต่าง ๆ ดูน่ากลัวไปหมด ลองคิดดูคนท้องแรกอยู่บ้านตลอด อよู่ ๆ ต้องเข้าไปในห้องคลอด ไม่มีใครจะมารับฟังอะไรเลย แม่ก็รู้สึกกังวลใจ เจ็บก็เจ็บมาก เลยก็วิธีการที่เรียกว่า continuous companion of choice คือการให้สามี แม่ หรือเพื่อน เข้าไปในห้องคลอดด้วย ซึ่งมีงานวิจัยยืนยันว่าจะช่วยลดการผ่าท้องคลอดลงได้ องค์การอนามัยโลกกับสนับสนุนวิธีการนี้

ส่วนการแก้ปัญหารือว่า “group practice” ในประเทศไทย ซึ่งอัตราการผ่าท้องคลอดสูงที่สุดในเอเชีย ก็มีการออกนโยบายมาให้บล็อกหลังรับความเจ็บปวดได้ เพื่อช่วยให้คนไข้ไม่กลัวความเจ็บปวด ลดความกังวลในการคลอดแบบปกติลงได้

ทางออกของประเทศไทย

มาตรการหลายอย่างอาจทำได้ยากในประเทศไทย เช่นเรื่อง group practice หรือ second opinion แต่สิ่งที่ผมคิดว่าสำคัญมากเรื่องแรกคือ ต้องให้ความรู้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ถึงข้อดี ข้อเสียของการผ่าท้องคลอด ข้อดีมีอยู่ มีประโยชน์มาก เพราะช่วยชีวิตแม่และลูกได้ในกรณีที่จำเป็น แต่ควรทำเฉพาะรายที่จำเป็นและมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

นอกจากนั้น การดูแลจิตใจระหว่างตั้งครรภ์และในกระบวนการคลอด กับการลดการผ่าคลอดที่ไม่จำเป็นลง เป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกันอยู่ เรื่อง companionship และการเตรียมตัวแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จึงเป็นเรื่องสำคัญ เชื่อว่า สามารถลดการผ่าท้องคลอดลงได้มาก

สำหรับประเทศไทย ตอนนี้เรามีโครงการ “โรงเรียนพ่อแม่” เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สามารถเข้าร่วมได้สองครั้ง ครั้งแรกตอนฝากครรภ์ เพื่อเป็นการเตรียมตัว เรียนรู้วิธีปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ว่าต้องทำอะไรบ้าง และครั้งที่สอง เป็นการเตรียมตัวก่อนการคลอด แนะนำว่าการเข้าห้องคลอดจะเป็นอย่างไร จะเจอกับอะไรบ้าง ซึ่งจะมีการเชิญสามีหรือญาติเข้ามาด้วย ให้รู้ว่าทำเข้าไปจะช่วยอะไรได้บ้าง

นอกจากนั้น ยังมีโครงการของคุณแม่ชีคันสนนีร์ เสถียรสุต เรียกว่า “โครงการจิตประภัสร์” ช่วยเตรียมจิตใจของแม่ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ให้ดีขึ้น เตรียมตัวแม่ตั้งแต่ลูกยังอยู่ในครรภ์ รวมทั้งทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

โครงการทำนองนี้ยังต้องขยายไปอีกมาก เพราะยังจำกัดอยู่กับแค่คนบางกลุ่ม และในทางปฏิบัติ ผู้ไม่แน่ใจว่าจะมีการลงทะเบียนทำกันจริงมากน้อยแค่ไหน

ส่วนการแก้ปัญหาในเชิงระบบ อาจต้องมีวิธีการต่าง ๆ เช่น การอนุญาตให้ญาติเข้าไปในห้องคลอดด้วย การกำกับด้านการเงินโดยการลดงบประมาณของโรงพยาบาลที่มีอัตราการผ่าท้องคลอดสูง

อย่างไรก็ตาม ผู้ไม่คิดว่าเราจะสามารถลดอัตราการผ่าท้องคลอดลงได้ทันทีกันได้จนเหลือ ๑๐% ตามที่องค์กรอนามัยโลกแนะนำ แต่น่าจะต้องเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และทุกภาคส่วนต้องช่วยกัน ประเด็นนี้ เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจด้านอนามัยเจริญพันชั่งเป็นเรื่องใหญ่และยังต้องทำงานกันอีกมาก

สำหรับพ่อแม่มือใหม่ ผู้อยากรู้ว่า กระบวนการคลอดไม่ใช่แค่เรื่องการเกิด แต่เป็นเรื่องของชีวิต กើยวข้องกับสุขภาพของทั้งแม่และลูก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของลูกที่คุณรักในอนาคตด้วย การผ่าท้องคลอดเป็นสิ่งที่ดี อาจจะมีความจำเป็นในบางกรณี แต่ในกรณีที่ผ่าโดยไม่มีข้อบ่งชี้จะมีผลเสียมากกว่าผลดี ขอให้คิดให้ดี ๆ ก่อนที่จะเลือกผ่าท้องคลอด



สมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกินครรภ์ (ไทย)

ขอเชิญสูติแพทย์ ศุภุมาน พยาบาล นักวิชาการ และพัฒนาใจเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๙ พ.ศ.๒๕๖๑

เรื่อง เวชศาสตร์มารดาและการกินครรภ์ 4.0 เพื่อสุขภาพที่ดีของครอบครัวไทย

MFM 4.0 for Smart Thai Family

วันที่ ๑๒ - ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมเดอะเออโรติก พัทยา บีช รีสอร์ท อ.ชลบุรี

สอบถามเพิ่มเติมข้อมูลได้ที่

คุณพรสวัล บุญชนาทองเลิศ สมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกินครรภ์ (ไทย)

เลขที่ 2 อาคารเนลิมพร: บาร์มี 50 ปี ชั้น 8 ซอยคุณย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

E-mail :por.boon@hotmail.com, thai.mfm@gmail.com

Off. 02-7181489 , 087-6957659 Fax. 02-7181488 www.thai-smfm.com

คำถ้าฉุกเฉียบเล่ม...

จากคณะกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสัมมนา CME

๑.

ข้อใดเป็นความหมายของภาวะ uterine tachysystole

- ก. modulation เป็นรัดตัวมากกว่า ๑ ครั้งใน ๑๐ นาที
- ข. modulation เป็นรัดตัวมากกว่า ๒ ครั้งใน ๑๐ นาที
- ค. modulation เป็นรัดตัวมากกว่า ๓ ครั้งใน ๑๐ นาที
- ง. modulation เป็นรัดตัวมากกว่า ๔ ครั้งใน ๑๐ นาที
- จ. modulation เป็นรัดตัวมากกว่า ๕ ครั้งใน ๑๐ นาที

๒.

ข้อใดเหมาะสมให้หักนำให้เกิดการคลอด

- ก. ตั้งครรภ์และลงสัยว่าเด็กตัวโต
- ข. ตั้งครรภ์ครบกำหนดและมีน้ำเดิน
- ค. ตั้งครรภ์อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ง. ตั้งครรภ์แฟดอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- จ. ตั้งครรภ์อายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๓.

การใช้ยา misoprostol ในการหักนำให้เกิดการคลอดแบบรับประทานตามที่องค์กรอนามัยโลกแนะนำนั้น มีการบริหารยาอย่างไร

- ก. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- ข. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๔ ชั่วโมง
- ค. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง
- ง. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- จ. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง

๔.

การใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดโดยการเห็นทางช่องคลอดตามที่องค์กรอนามัยโลกแนะนำนั้น มีการบริหารยาอย่างไร

- ก. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- ข. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๔ ชั่วโมง
- ค. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง
- ง. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง
- จ. ขนาด ๕๐ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง

๕.

ข้อใดไม่เหมาะสมในการนำมาชักนำให้เกิดการคลอด หากไม่สามารถให้ยาในกลุ่ม prostaglandins

- ก. Amniotomy
- ข. Balloon catheter
- ค. Sweeping membranes
- ง. intravenous oxytocin alone
- จ. The combination of balloon catheter plus oxytocin

ท่านสามารถติดตามบล็อกดังนี้ นพ. นงนัช ใจดี E-mail address: ngoenyen-beer@hotmail.com



เคล็ดลับคำรามฉุบฉาบได้ใจ

- ๑. มะเร็งชนิดใดที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดขณะตั้งครรภ์
 - ข. มะเร็งเต้านม
- ๒. ในช่วงไตรมาสแรก ปริมาณรังสีเท่าใดเป็นดัน ไปที่อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์
 - ง. >100 mGy
- ๓. การให้ยาเคมีบำบัด ควรให้ในช่วงใดของการตั้งครรภ์
 - ค. อายุครรภ์มากกว่า ๑๔ สัปดาห์ หรือไตรมาสที่ ๒-๓
- ๔. สตอร์ดั้งครรภ์ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งช่องคลอด ไม่แนะนำให้คลอด ทางช่องคลอด เนื่องจากเหตุผลข้อใด
 - ง. ถูกทุกข้อ
- ๕. ยาเคมีบำบัดชนิดใดที่สามารถให้ได้ในระหว่างให้แมลง*บุตร*
 - ก. 5-fluorouracil

Gossip

ชุมชน...ดีบกาน

