



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สัปดาห์แพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓/๒๕๖๑

การประชุมวิชาการสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ครั้งที่ 33
และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2561
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

CHAT before CARE @

Sea

วันที่ 23 ตุลาคม – 26 ตุลาคม พ.ศ. 2561
ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี

Free

กระเป๋าสำหรับ
ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน



ขอเชิญร่วมงาน RTCOG Gala Dinner@Sea ใน Theme

Yesterday Once More

เสน่ห์หวานวันวาน สูตินรีสาารากุย้อนยุค

วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ตั้งแต่เวลา 19.00 น เป็นต้นไป

เชิญร่วมแต่งกายย้อนยุค รับชมการแสดง และรับประทานอาหาร

ฟรีสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมและผู้ติดตาม

ลุ้นรับ iPad+Apple pencil
และ Gift Voucher



Scan QR

Like on Facebook
[Facebook.com/RTCOG annual conference](https://www.facebook.com/RTCOG-annual-conference)
เพื่อพบความประทับใจ

และรายละเอียด Update งานประชุมฯ ตลอดเวลา



www.rtcog.or.th

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: congressrtcog@hotmail.com



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

คณะผู้บริหาร

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

● ประธาน

ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์

● ผู้ริ่งตำแหน่งประธาน

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล

● รองประธาน

นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์

● เลขาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิไลลักษณ์

● รองเลขาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์

● เภรณญิก

แพทย์หญิงสุวรรณา อัสวพิริยานนท์

● กรรมการกลาง

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ธีรยุทธ
รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทรรักษ์กุล
รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล บุญจาภิบาล
ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์
นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภักดิ์พงษ์กุล
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศกนัน มะโนทัย
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภักดิ์ จุลวิจิตรพงษ์
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน
รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรณพ ใจสำราญ
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ๋นใจ กอนันตกุล
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โค้ววิสารัช

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สุตินรีเวช - จริยธรรมสารณ	๖
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression)	๘
Interhospital Conference ครั้งที่ ๔/๒๕๖๐	๑๓
Meternal and Fetal Medicine ครั้งที่ ๑๘	๑๘
คำถามท้ายเล่ม	๒๒
เก็บตก	๒๔

รุดินร์แพทย์ร่วมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทศณคต ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้อ่านทุกท่าน มีข้อความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เข้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ หัวขวาง กทม. ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗/๑๖-๕๓๗๑๑-๒๔๔ โทรสาร : ๐-๒๓๗/๑๖-๕๓๗๑๐

www.rtcog.or.th

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

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรพรรณ วิไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทรรักษ์กุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทรรักษ์กุล
แพทย์หญิงวิไลลักษณ์ พินนาวิจารย์,
นายแพทย์เกียรติศักดิ์ วัฒนกุล, นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่
นายแพทย์ธีรวิทย์ ชันประกอบ, นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

เลขานุการ

นางสาวจิระพันธ์ มวลจุฬพล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรีน-ดี สแอนด์ จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๑๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.บพ.ภิศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

เป็นที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ ๒ ท่านคือ **ศาสตราจารย์กิตติคุณ แพทย์หญิงคุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มพยอม** และ **นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัศมีกุล** ได้รับรางวัล 2018 UNITED NATIONS PUBLIC SERVICE AWARDS Category 3 : Promoting gender responsive public service to achieve the SDGs ที่เมือง Marrakesh, in the Kingdom of Morocco ระหว่าง วันที่ ๒๑ - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๑ ตามรายละเอียดข้างล่างนี้ ทั้ง ๒ ท่านได้นำชื่อเสียงมาสู่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ และประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง ราชวิทยาลัยฯ ขอกราบแสดงความยินดี และขอบพระคุณทั้ง ๒ ท่านเป็นอย่างสูง

Asia and the Pacific

Thailand

Initiative: Integrated approach of comprehensive cervical cancer control

A major obstacle to cervical cancer treatment is inaccessibility to services. Roi Et Provincial Health Office (PHO) has collaborated with strategic partners, to conduct a demonstration project using visual inspection with acetic acid (VIA) and cryotherapy for cervical cancer control among 4 districts. Women get their results within 1 minute. For abnormal results, cryotherapy can be provided immediately. This method can markedly reduce unnecessarily steps and waiting time, links screening and treatment and reduces loss of follow up rate. This scheme also trains nurses to be providers which can solve staff shortages in rural and remote areas.



เรื่องที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งอีกเรื่องหนึ่งของราชวิทยาลัยฯ คือเมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ **ท่านศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ วราวุธ สุมวงค์ (ครูวราห์ วรวง)** ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติพิเศษครูเพลง ผู้ประพันธ์เพลงอมตะ เนื่องในวันภาษาไทยแห่งชาติประจำปี ๒๕๖๑ ของกระทรวงวัฒนธรรม ราชวิทยาลัยฯ ขอกราบแสดงความยินดี และขอบพระคุณ**ท่านศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ วราวุธ สุมวงค์ (ครูวราห์ วรวง)** เป็นอย่างสูงที่นำชื่อเสียงมาสู่ราชวิทยาลัยฯ

เมื่อวันที่ ๑๑ - ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ผมได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุม The 70th Annual Congress of the Japan Society of Obstetrics & Gynecology (JSOG) และได้บรรยายใน AOFOG Symposium เรื่อง AOFOG

initiatives for cervical cancer control in low resource countries มีข้อมูลที่น่าสนใจคือ ในประเทศ กัมพูชา JSOG โดยการสนับสนุนของ JICA ได้มีโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในคนงานสตรีของ โรงงานที่บริษัทจากญี่ปุ่นได้ไปลงทุน โดยใช้ HPV test มีปัญหาที่ไม่สามารถติดตามสตรีที่ test positive กลับมารับการรักษาที่เหมาะสมได้ โครงการนี้จะสิ้นสุดเดือนกันยายน ๒๕๖๑ นี้กำลังอยู่ในระหว่างการขอขยาย โครงการโดยขอความสนับสนุนต่อจาก JICA ในมาเลเซียมีการนำวิธีการ self sampling (collected) มาใช้ กับ HPV test ซึ่งพบว่าได้ผลดีแลมีการยอมรับสูง ประเทศ Myanmar ได้รับเลือกให้เป็น ๑ ใน ๖ ประเทศ ที่เป็น initial countries of UN Joint Global Programme on Cervical Cancer Prevention and Control โดยมี WHO และ PATH ให้ความช่วยเหลือ และเมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๑ ที่ผ่านมามีโอกาส เข้าร่วมประชุม Core Working Group Meeting on Guidelines for Secondary Prevention of Cervical Cancer โดย WHO Country Office ที่ Yangon เป็นผู้จัดร่วมกับ Myanmar Ministry of Health and Sport ที่ประชุมเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นสตรีอายุ ๓๐ - ๔๙ ปีโดยจะใช้ Visual Inspection with Acetic acid (VIA) เป็นวิธีการคัดกรองหลัก ผมได้เสนอให้ technical support ในฐานะ Vice President ของ AOFOG

สำหรับโครงการ Eradication of invasive cervical cancer ในประเทศไทยภายใน ๑๐ ปี ซึ่งราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ ได้ลงนามร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขเมื่อต้นปีที่ผ่านมา มีแผนการดำเนินงาน พอสังเขปดังนี้

๑. ดำเนินการให้ความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัย ๓๐ - ๖๐ ปี ได้ มากกว่า ร้อยละ ๘๐ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น Pap smear, VIA หรือ HPV testing
๒. เร่งสรุปผลการศึกษา cost effectiveness ของวิธีการคัดกรองต่าง ๆ เพื่อนำมากำหนดเป็น แนวทางปฏิบัติต่อไป ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นมีแนวโน้มว่าในอนาคตอันใกล้ HPV Testing น่าจะมีบทบาทมากขึ้น รวมทั้งจะใช้ร่วมกับวิธี self sampling น่าจะให้ความครอบคลุมของ การคัดกรองดีขึ้น
๓. จัดการให้มีการติดตามรักษาผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติที่มีประสิทธิภาพ ได้ปรึกษาแนวทางการดำเนินการกับ สปสช. แล้ว
๔. เร่งจัดการฝึกอบรม colposcopy และการรักษา pre-invasive cervical cancer เพื่อให้ สามารถให้บริการได้ในทุกจังหวัด

ผมขอวิงวอนให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านได้ร่วมมือร่วมใจกันเพื่อกวาดล้างมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามให้หมดไปจากประเทศไทยใน ๑๐ ปี

สุดท้ายนี้ ผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย จงดอวยพรให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านมีความสุขทั้งกายและใจเพื่อเป็นพลังในการสร้างชาติเพื่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

สตินรีเวช-จริยธรรมสากล

โดย... นว.พิษณุ ชันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



เริ่มต้นจากตัวตน ชวนทุกคนเป็นคนดี (๓) / **Humannized health care**

(การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้)

๓ ตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์และเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล ผมมีความรู้สึกภูมิใจและมีความสุขทุกครั้งที่ได้คิดถึงการทำหน้าที่แพทย์ผมไม่เคยละทิ้ง เพิกเฉย ละเลยหรือทำสิ่งไม่ดีกับคนไข้ ให้การดูแลรักษาคนไข้เหมือนเป็นคนในครอบครัว เมื่อเกิดเหตุที่ไม่คาดคิดจะหาทางช่วยเหลือทุกวิถีทางและอยู่ร่วมด้วยจนถึงที่สุด ในฐานะผู้บริหารผมทุ่มเทแรงกายแรงใจพร้อมทำทุกอย่างแม้จะต้องเผชิญกับปัญหาที่ตามมาเพื่อให้คนไข้ ประชาชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนมีความสุข ผมเชื่อว่าที่ทำได้เนื่องจากผมมีศรัทธาในวิชาชีพแพทย์ และมีศรัทธาในชีวิต ผมอยากให้ทุกคนมีความรู้สึกดีดีเหมือนกับผม เริ่มต้นที่มีใจที่ดีงามก่อน คือมีใจที่ไม่ต้องการเบียดเบียนหรือเอาเปรียบใครและพร้อมให้ความช่วยเหลือคนอื่น ดังนั้นมุมมองของสโลว์ไลฟ์ที่ใช้เป็นสื่อในการบรรยายทุกภาพของผมจะต้องมีรูปหัวใจสีแดงที่มีคำว่าดีอยู่ตรงกลางเป็นเอกลักษณ์

จากประสบการณ์ ผมพบว่ากายและใจพวกเรามีความสำคัญต่อการทำงานมาก เมื่อเริ่มทำงาน ใจทุกคนจะมีความมุ่งมั่นตั้งใจทำงานเพื่อช่วยเหลือคนไข้กายแข็งแรงสู้งานหนักงานที่ออกมาเปรียบเป็นลูกศรขนาดใหญ่พุ่งขึ้นเวลาผ่านไป ๓ - ๕ ปีกายเริ่มเหนื่อยล้าแต่ใจยังคงมุ่งมั่นมีอุดมการณ์ ลูกศรยังคงพุ่งขึ้นแต่ขนาดเล็กลง เวลาผ่านไปอีก ๕ - ๑๐ ปีกายยังเหนื่อยล้า แต่ใจเริ่มท้อ เพราะเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ ทำไมทุ่มเททำงานหนักแต่รู้สึกไม่ได้ดีไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหรือผู้บริหาร ลูกศรเริ่มขึ้น ๆ ลง ๆ บางคนบอกว่าทำงานเหมือนผีเข้าผีออก ผีเข้าลูกศรพุ่งพรวด ผีออกลูกศรลงวูบ เมื่อเวลาผ่านไปอีก ๕ - ๑๐ ปี กายไม่สู้ ใจไม่สู้แล้ว ลูกศรลงอย่างเดียวส่วนใหญ่รอบ ๒๕ ปีได้บำนาญจะลาออกหรือรอเกษียณ ผมขอให้ทุกคนคิดเองว่าขณะนี้เราอยู่ในกลุ่มใด ผมมีหน้าที่มาชวนให้ทุกคนกลับมาอยู่ในกลุ่มแรกเหมือนเมื่อเริ่มทำงานใหม่ เพราะอะไรู้ไหมครับ?

อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร อดีตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน่าน เคยบอกกับผมว่า พวกเราทำงานอยู่ใน “ธนาคารชีวิต” ปกติเราฝากเงินไว้ในธนาคารเพราะเรามั่นใจว่าเขาสามารถดูแลรักษาเงินเราได้ แต่เราเอาชีวิตของเราหรือของคนที่เรารักที่สุดมาฝากดูแลเพราะเรามั่นใจว่าเราสามารถดูแลรักษาชีวิตเขาได้ จะทำอะไรก็ได้เขาไว้ใจเรา ถือว่าเป็นเกียรติใหม่ เป็นเกียรติอย่างที่สุด ผมจึงอยากบอกว่าพวกเรานั้นมีบุญที่สุดที่ได้ทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งเปรียบเหมือนธนาคารชีวิต ช่วยดูแลรักษาคนไข้ที่กำลังระทมทุกข์จากการเจ็บป่วย นอกจากทำมาหาเลี้ยงชีพแล้วยังได้สร้างบุญกุศลตลอดเวลา จึงเป็นเหตุผลที่อยากให้ทุกคนทำงานเหมือนตอนเริ่มงานใหม่ ๆ ลูกศรตัวชีวิตผลงานพุ่งขึ้นตลอดเวลา

เมื่อผมไปรับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ที่ซึ่งทำให้ผมตกลึกคำว่าคนดีคนมีคุณค่า จากการที่ได้เห็นแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนทำงานหนักเพื่อดูแลรักษาคนไข้ขณะนั้นโรงพยาบาลน่านมีขนาด ๕๒๓

เตียง มีแพทย์ staff ๔๒ คนพยาบาล ๔๐๗ คนผมไม่ทราบว่ามันทำงานกันได้อย่างไร? ที่สำคัญนั้นคนไข้ได้รับการดูแลอย่างดีเยี่ยม มีคนไข้คนหนึ่งเป็นอัมพาตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจถึงสองปี แต่ไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้นเลย ทั้ง ๆ ที่ไม่มีพยาบาลพิเศษ แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผมเชื่อว่าทุกคนทำงานด้วยหัวใจอย่างแท้จริง ผมจึงเริ่มเขียนบทความ “Humanized Health Care” ซึ่งหมอพัชรีย์แปลว่า “การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้” เดือนละเรื่องเพื่อพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลน่าน รายเดือน โดยเขียนจากประสบการณ์ตรงในชีวิตความเป็นแพทย์ เริ่มต้นตอนแรกว่า “แล้วหมอ” เพราะมีแพทย์รุ่นน้องถามผมว่าทำไมคนไข้มักบอกว่า “แล้วหมอ” เมื่อถามความเห็นในการเลือกวิธีการรักษา ผมไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ผมตอบไปว่าที่คนไข้พูดเช่นนั้นเพราะเห็นว่าเราเรียนแพทย์ จึงน่าจะมีความรู้ดีที่สุด น้องถามต่อว่าแล้วเราควรทำอย่างไร? ผมก็บอกว่าผมมองคนไข้ที่อยู่ตรงหน้าผมว่าถ้าเป็นแม่ผมน้องสาวผม ผมจะดูแลรักษาอย่างไร ผมก็จะรักษาคนไข้เช่นเดียวกัน จึงไม่ใช่เรื่องที่ยุ่งยากหรือลำบากใจสำหรับหมอในการรักษาคนไข้ ผมหวังว่าบทความนี้จะเป็แรงบันดาลใจและกำลังใจให้กับพวกเราในการทำงานต่อไปอย่างมีความสุข

ผมได้ชี้ให้พวกเราทุกคนได้เห็นความจริงที่เกิดขึ้นทุกวัน คนไข้มาเพื่อรอรับการตรวจรักษาทุกวันตั้งแต่เช้ามืด บางคนออกจากบ้านมาตั้งแต่ตี ๔ ตี ๕ ผมใช้คำว่าบุญที่มองเห็นมาหาเราทุกวันแต่เราไม่สนใจมันแต่ไปหาบุญที่มองไม่เห็นที่อื่น แม่ชีเทเรซ่าเคยกล่าวไว้ว่า “ถ้าเรายังรักคนที่เรามองเห็นไม่ได้ จะไปรักพระเจ้าที่มองไม่เห็นได้อย่างไร” ผมต้องการที่จะสะกิดให้พวกเราได้เห็นว่ คนไข้ลำบากแค่ไหนในการมาหาเราเพื่อให้เราช่วยดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย ถ้าเราทำด้วยความมีเมตตากรุณาจะเกิดบุญกุศลขึ้นมากมายเพียงใด แต่ทุกวันนี้เราไล่บุญทุกวันโดยไม่รู้ตัว คนไข้มากก็บ่น ทำท่าที่เบื่อหน่าย พูดจาไม่เหมาะสม ถ้าเป็นคนไข้เราจะคิดอย่างไร? อุดสาห์เดินทางมาไกลด้วยความลำบากเพื่อให้พวกเราช่วยเหลือ ผมเห็นพวกเราหลาย ๆ คนในวันหยุดเดินทางไปไกลเพื่อทำบุญตามสถานที่ต่าง ๆ ละเลยบุญที่มาหาเราอยู่ทุก ๆ วัน ผมจำได้ว่าทุกวันพฤหัสบดีที่โรงพยาบาลน่านจะมีคนมาตัดผมให้คนไข้เป็นประจำ ทำให้คนไข้สดชื่นขึ้น ตัดให้คนไข้เสร็จก็ตัดให้ญาติและเจ้าหน้าที่ด้วย และบ่อยครั้งที่มีคนจากภายนอกเข้ามาแสดงละครย่อหรือร้องเพลงให้คนไข้ฟัง เพื่อให้คนไข้มีความสุข ผมบอกทุกคนได้เลยครับว่าเขาเหล่านั้นล้วนแต่มาเอาบุญในโรงพยาบาลของเรา บุญมีอยู่ทุกหนแห่งในทุกโรงพยาบาล เพียงแต่ว่าใครจะมองเห็นหรือไม่เท่านั้น

มีหลายคนถามผมว่าทำไมถึงยังทำงานภาครัฐ ทั้ง ๆ ที่งานหนัก คนไข้มากมายแน่นไปหมด ความสะดวกสบายก็น้อยแอร์ก็ไม่มี หรือมีก็ไม่เย็นเพราะคนไข้มาก รายได้ค่าตอบแทน (ปัจจุบันดีกว่าในอดีตมาก) ก็น้อยเมื่อเทียบกับภาคเอกชน ผมยังจำได้ว่าเมื่อ ๓๐ ปีก่อน อาจารย์ท่านหนึ่งเคยชวนไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนที่กรุงเทพมหานคร รับรองรายได้ขั้นต่ำ ๒ แสนบาทขณะนั้นผมได้เงินเดือน ๗,๕๐๐ บาทรวมค่าเวรอีกราว ๒,๕๐๐ บาท ยังไม่ถึงหมื่นต่างกันมาก ที่สำคัญที่นั่นตรวจรักษาคนไข้วันละไม่เกิน ๑๐ คน ผมอยู่โรงพยาบาลเชียงราย ประจวบคีรีขันธ์ ตรวจคนไข้วันหนึ่งเป็นร้อย แต่รู้สึกว่าคุณค่ากับที่เรียนมานานร่วม ๑๐ ปีกว่าจะเป็นแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ผมขอบอกกับทุกคนว่า **ต้องไม่มองว่าการดูแลรักษาคนไข้เป็นการให้มองว่ามันคือความสุข”**

เราจึงจะทำงานอย่างมีความสุข คนไข้ยังมีความสุขที่เห็นรอยยิ้มของพวกเรา ที่สำคัญนั้นงานที่เราทำคือ การช่วยชีวิตคน ยิ่งทำมากก็ยิ่งมีคุณค่ามาก นี่แหละคือความแตกต่างระหว่างภาครัฐกับเอกชน **“คุณค่าของชีวิต”** ที่ต่างกัน

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression)

โดย... พศ.พญ.พนีย์ พุดเกียรติวัฒนา
ในนามของ คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่พบได้บ่อย เป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่มักได้รับความละเลยจาก คู่สมรส ครอบครัว และ บุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยทางกาย โดยละเลย ความเจ็บป่วยทางจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่สำคัญที่สุดคือการฆ่าตัวตาย การค้นพบปัญหาและให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

คำจำกัดความและความชุก

คำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีความแตกต่างกันในเรื่องของช่วงเวลาการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตั้งแต่ ๔ สัปดาห์แรกหลังคลอด ๓ เดือน ๖ เดือน หรือ ๑๒ เดือน^(๑, ๒) ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบได้ร้อยละ ๖.๕ – ๑๒.๙^(๓-๕) อาการแสดงที่พบ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร) ความเครียด ความกังวล หงุดหงิด ความรู้สึกในเรื่องต่าง ๆ ที่มากเกินไปกว่าเหตุ การหมกมุ่นอยู่กับสุขภาพของบุตร การให้อาหารบุตร อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุตร การมีความคิดฆ่าตัวตาย บั๊จจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดภาวะนี้คือ การที่หญิงหลังคลอดนั้นเคยมีประวัติความผิดปกติด้านอารมณ์ ความเครียด โดยเฉพาะเคยมีประวัติการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือโรควิตกกังวล (anxiety disorder)^(๖)

ปัจจุบันยังไม่ทราบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดจากสาเหตุใด โดยเชื่อว่าการลดลงอย่างรวดเร็วของระดับฮอร์โมนเพศหลังคลอดในหญิงที่มีบั๊จจัยเสี่ยง ทั้งด้านทางพันธุกรรม สังคม (หญิงหลังคลอดที่ไม่มีใครช่วยดูแลบุตร มีปัญหากับคู่สมรส เคยถูกกระทำ ถูกใช้กำลังรุนแรง มีประสบการณ์ด้านลบในชีวิต)^(๑, ๗) การดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันได้มาก อาจพบว่าสามารถหายไปได้เองภายในไม่กี่สัปดาห์หลังมีอาการ ร้อยละ ๒๐ มีภาวะการณดำเนินโรคต่อเนื่องได้เป็นปี และ ร้อยละ ๒๐ พบได้ถึง ๒ ปี นอกจากนั้นร้อยละ ๔๐ พบว่าจะเป็นซ้ำอีกในครรภ์หน้า หรือแม่ในช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์^(๘)

การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัย

The American College of Obstetricians and Gynecologists^(๙) และ the American Academy of Pediatrics^(๑๐) แนะนำให้ใช้ 10 – item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)^(๑๑) รูปที่ 1 และ the American Academy of Pediatrics แนะนำให้กุมารแพทย์ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดเมื่อทารกอายุ ๑, ๒ และ ๔ เดือน โดย The U.S. Agency for Healthcare Research and Quality และ The United Kingdom's National Institute for Health and Care Excellence มีคำแนะนำให้ถามคำถาม คำถามแรกเพื่อคัดกรองเบื้องต้นก่อน ได้แก่

คำถามที่ ๑ "ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา คุณมีความรู้สึก ซึมเศร้า หดหู่ หรือ หมดหวังหรือไม่" (During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless?)

คำถามที่ ๒ "ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่ามี ความสนใจ หรือ ความสุขในการทำสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือไม่" (During the past month, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?)

เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งจึงใช้ EPDS พบว่ามี sensitivity ร้อยละ ๙๕ และ specificity ร้อยละ ๖๕^(๑๒) และเมื่อใช้ EPDS แล้วยังไม่ผ่าน แนะนำให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยให้นานมากยิ่งขึ้น เพื่อการวินิจฉัยต่อไป

In the past 7 days:	
1. I have been able to laugh and see the funny side of things ☐ As much as I always could ☐ Not quite so much now ☐ Definitely not so much now ☐ Not at all	*6. Things have been getting on top of me ☐ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all ☐ Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual ☐ No, most of the time I have coped quite well ☐ No, I have been coping as well as ever
2. I have looked forward with enjoyment to things ☐ As much as I ever did ☐ Rather less than I used to ☐ Definitely less than I used to ☐ Hardly at all	*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping ☐ Yes, most of the time ☐ Yes, sometimes ☐ Not very often ☐ No, not at all
*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong ☐ Yes, most of the time ☐ Yes, some of the time ☐ Not very often ☐ No, never	*8. I have felt sad or miserable ☐ Yes, most of the time ☐ Yes, quite often ☐ Not very often ☐ No, not at all
4. I have been anxious or worried for no good reason ☐ No, not at all ☐ Hardly ever ☐ Yes, sometimes ☐ Yes, very often	*9. I have been so unhappy that I have been crying ☐ Yes, most of the time ☐ Yes, quite often ☐ Only occasionally ☐ No, never
*5. I have felt scared or panicky for no very good reason ☐ Yes, quite a lot ☐ Yes, sometimes ☐ No, not much ☐ No, not at all	*10. The thought of harming myself has occurred to me ☐ Yes, quite often ☐ Sometimes ☐ Hardly ever ☐ Never

รูปที่ 1 Edinburgh Postnatal Depression Scale การให้คะแนน ๐, ๑, ๒, ๓ ตามลำดับ ยกเว้นในข้อที่มีเครื่องหมายดอกจัน การให้คะแนนจะกลับกันเป็น ๓, ๒, ๑, ๐ ตามลำดับ ในกรณีที่คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ หรือ ในข้อ ๑๐ มีคะแนนเป็นบวก ควรประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดต่อไปเพื่อการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเช่นเดียวกับ Major depressive disorder ของ the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM V) ปี ๒๐๑๓ ผู้ป่วยจะมีอาการในช่วงระหว่างตั้งครรภ์หรือภายใน ๔ สัปดาห์หลังคลอดบุตร ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ Diagnosis Criteria for Major Depressive Episode

At least five symptoms present for at least 2 weeks, for most of nearly every day

One symptom must include

Depressed mood

Marked diminished interest or pleasure in all or most activities

Other symptoms

Clinically significant weight loss when not dieting or clinically significant weight gain, or increase or decrease in appetite

Insomnia or hypersomnia

Psychomotor agitation or retardation

Fatigue or loss energy

Feeling of worthlessness or excessive or inappropriate guilt

Diminished ability to think or concentrate or indecisiveness

Recurrent thoughts of death or suicidal ideation (with or without a specific plan)

Symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of function

Symptoms not due to direct physiological effects of a substance or another medical condition, not better explained by schizoaffective disorder or other psychotic disorders, and there has never been a manic or hypomanic episode

การวินิจฉัยแยกโรค

ในมารดาที่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) ควรจะต้องวินิจฉัยแยกโรคดังนี้

- Postpartum blues
- Postpartum psychosis

Postpartum blues

บางครั้งเรียก Baby blues คือการที่มารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดบุตร พบได้ในครรภ์แรก ถึง ร้อยละ ๗๐ อาการจะเป็นไม่มาก มักมีอาการใน ๒ - ๕ วันแรกหลังคลอด โดยมารดาจะมีอารมณ์ หรือ รู้สึก หงุดหงิด เศร้า อารมณ์แปรปรวน เครียด ร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุ แต่อารมณ์เหล่านี้ จะไม่ทำให้เสียการทำงานปกติ หรือ มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย ส่วนใหญ่อาการเหล่านี้จะหายไปเองใน ๒ สัปดาห์ แต่ก็จะมีบางส่วนที่จะกลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^(๑๓)

Postpartum psychosis

Postpartum psychosis หรือ โรคจิต อาจมาแสดงด้วยอาการซึมเศร้าได้ แต่จะมีอาการของ จิตเภท เช่น มีประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหรือรับรู้ในสิ่งที่ไม่มียุ่จริง หลงผิดไปจากความเป็นจริง ถือเป็นภาวะฉุกเฉินต้องรีบให้การรักษาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอาจฆ่าตัวตาย หรือ ทำร้ายทารกได้

การให้การดูแลรักษาโรค

มีการให้การดูแลรักษา ๒ แนวทางได้แก่

๑. Psychosocial interventions

เป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นลักษณะให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นลักษณะจิตบำบัด อาศัยจิตแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา ใช้เวลาพูดคุยและนัดติดตามอย่างต่อเนื่อง มักเลือกใช้ในรายที่มีอาการเล็กน้อย หรือไม่รุนแรง ซึ่งมีหลายแบบ ได้แก่

- จิตบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (cognitive behavioral therapy) ที่ไม่สมเหตุสมผล ให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหา ลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างเหมาะสม
- จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาหลัก ในด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเข้าสังคม

๒. Pharmacological treatment

ในรายที่การรักษาด้วย psychosocial interventions แล้วไม่ดีขึ้น มีอาการรุนแรง หรือ ต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน จิตแพทย์จะใช้การรักษา โดยใช้ยาในกลุ่ม antidepressant จากการศึกษาของ Cochrane systematic review ๖ การศึกษา เพื่อประเมินการใช้ยา antidepressant รักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย ๓ การศึกษาที่เปรียบเทียบ การตอบสนองการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ ในมารดาที่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เปรียบเทียบกลับกลุ่มที่ได้ยาหลอก พบว่า อัตราการตอบสนองของยาดีกว่าในกลุ่ม SSRI (52.2% vs. 36.5%; pooled risk ratio, 1.43; 95% CI, 1.03 to 2.03) แต่พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำในกลุ่ม SSRI ก็สูงกว่าด้วย (46.0% vs. 25.7% ; pooled risk ratio, 1.79; 95% CI, 1.08 to 2.98)^(๑๔) ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาภาวะซึมเศร้าอื่น ๆ เช่น การใช้ยาแบบตัวเดียว หลายตัว หรือการรักษาด้วย psychotherapy ยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอ

ยาในกลุ่ม SSRI พบว่าผ่านน้ำนมได้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ สามารถใช้ได้ ในมารดาที่ให้นมบุตร^(๑๕) อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะยาวต่อทารกยังไม่มีข้อมูลชัดเจน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจพิจารณาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในรายที่พบว่ามีความยากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รบกวนการนอนจนอาจมีผลต่อโรค การใช้ยาในกลุ่ม SSRI ในรายที่เคยใช้ตัวใดตัวหนึ่งมาก่อนแล้วมีประสิทธิภาพแนะนำให้ใช้ตัวเดิมต่อไป แต่ในรายที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แนะนำให้เริ่มใช้ sertraline เป็นยาตัวแรก เนื่องจากผ่านน้ำนมได้น้อยมาก^(๑๔) และอาจพิจารณาใช้ fluoxetine หรือ citalopram เป็นยาตัวแรกที่ใช้ เนื่องจากพบว่ามีผลข้างเคียงต่อทารกน้อย ในรายที่ใช้ยาในกลุ่ม SSRI แล้วไม่ได้ผลจะเปลี่ยนเป็นกลุ่ม serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI) หรือ mirtazapine ก็สามารทำได้ เนื่องจากพบว่าผ่านน้ำนมได้น้อยมากเช่นกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาในกลุ่มนี้ยังมีค่อนข้างน้อย ยาที่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ ได้แก่ ยา bupropion เนื่องจากมีการรายงานแบบ case report พบว่ามีทารกชัก ยา tricyclic agent เนื่องจากสามารถผ่านน้ำนมได้^(๑๖)

ระยะเวลาการให้ยา แนะนำให้ยาต่อเนื่อง ๖ - ๑๒ เดือน หลังจากนั้นค่อย ๆ ลดยา และหยุดยาหลังจากอาการหายไป ในรายที่กลับเป็นซ้ำอาจพิจารณาให้ยายาวกว่า ๑ ปี^(๑๗)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นภาวะที่พบได้บ่อย สูติแพทย์ควรให้ความตระหนัก ความใส่ใจและประเมินผู้คลอดก่อนกลับบ้าน รวมทั้งในช่วงที่นัดตรวจหลังคลอด เพื่อค้นหาปัญหา และส่งต่อผู้ป่วยให้กับจิตแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องทันทั่วทั้งที่ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

๑. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression : prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2005;1-8.
๒. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Arch Womens Ment Health. 2010;13:37-40.
๓. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet. 2014;384:1775-88.
๔. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005;106:1071-83.
๕. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. JAMA. 2006;296:2582-9.
๖. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry. 2013;70:490-8.
๗. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. 2015;175:34-52.
๘. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004;33:410-20.
๙. Committee on Obstetric P. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. 2015;125:1268-71.
๑๐. Earls MF, Committee on Psychosocial Aspects of C, Family Health American Academy of P. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Pediatrics. 2010;126:1032-9.
๑๑. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.
๑๒. Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, Harden M, Manea L, Nutbrown S, et al. Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. BMJ Open. 2015;5:e008913.
๑๓. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002; 347: 194-9.
๑๔. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. Cochrane Database Syst Rev 2014; 9:CD002018.
๑๕. Orsolini L, Bellantuono C. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. Hum Psychopharmacol 2015; 30: 4-20.
๑๖. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. Drug Saf 2007; 30: 107-21.
๑๗. Lam RW, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: introduction and methods. Can J Psychiatry 2016; 61: 506-9.

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๔/๒๕๖๐

วันศุกร์ที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๔๐๙ ชั้น ๔ ราชวิทยาลัยสูติแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยนรีเวชกรรม

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๓๕ ปี อาชีพ ครูสอนภาษาจีน

ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร ศาสนาพุทธ

Chief complain : มีก้อนขึ้นที่บริเวณอวัยวะเพศ ๓ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness :

- ๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีผื่นคันขึ้นที่บริเวณอวัยวะเพศ ไม่เจ็บ ปัสสาวะปกติ รักษาด้วยการนำสมุนไพรมานำมาทา อาการดีขึ้นเล็กน้อย
- ๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่บริเวณอวัยวะเพศด้านซ้าย ยังมีผื่นคันที่อวัยวะเพศทั้งสองข้างมีอาการปัสสาวะบ่อยขึ้นทุกชั่วโมงและแสบขัด ปัสสาวะมีเลือดปนบางครั้ง ไม่มีไอจามปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ่ายอุจจาระปกติ

Past History :

- ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร
- เคยผ่าตัดมดลูก ๒๐ ปีก่อนที่โรงพยาบาลเอกชน เพื่อรักษามดลูกหย่อน

Obstetric & Gynecologic History :

- PARA 1-0-0-1 คลอดครั้งสุดท้าย ๓๐ ปี
- ประจำเดือนมาครั้งแรกอายุ ๑๓ ปี ประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ ๕๐ ปี ปฏิเสธการใช้ฮอร์โมนทดแทน

Physical examination :

- BW 37 kg, Height 153 cm, BMI 15.8 kg/m²
- Vital signs: BT 36.6 °c, BP 115/59 mmHg, RR 20/min, PR 78/min
- HEENT : not pale conjunctiva, anicteric sclera
- Heart and Lungs : WNL
- Abdomen : active bowel sound, no distension, soft, not tender, no palpable mass
- Lymph node : supraclavicular and axillary LN can't be palpated, groin nodes enlargement 2 x 3 cm at left side, 1.5 cm at right side, rubbery, movable, not tender
- Breasts : no mass

Pelvic examination :

- MIUB : Skin hyperpigmentation at left labia majora 2 x 2 cm and right majora 7 x 8 cm extended to inner thigh, Erythematous patch both internal side of labia minora extend to anal canal, Nodule at left labia minora size 1 x 3 cm, irregular surface
- Vagina : vaginal stenosis with hypopigment lesion at lower vagina
- Cervix, Uterus and adnexa can't be evaluated
- PR : smooth rectal mucosa, no mass

Investigation



Biopsy ดังภาพ 2 ตำแหน่ง

Pathology report :

Right thigh: Paget's disease

Right labia minora: Invasive adenocarcinoma in subcutaneous tissue

Immunohistochemistry

CK-7	Positive
CK-20	Negative
CDX-2	Negative
GCDFP-15	Positive
S-100 protein	Negative

CT WHOLE ABDOMEN

- A few enhancing nodules at perineum, prominent on the left, size up to 1.8 x 1.0 x 1.3 cm probably consistent with biopsy proven malignancy
- Diffusely prominent mucosal enhancement of urethra along to bladder neck, possibly infection/inflammation or tumor infiltration
- Prominent bilateral inguinal and right external iliac nodes, measuring up to 1.3 cm in short axis
- Non-visualized right ovary and uterus. Thickening soft tissue at left sided pelvic cavity, possibly left ovary or vaginal stump

EGD : sessile mass 0.6 cm at lesser curvature of stomach >> Biopsy: no malignancy

Colonoscopy : normal

Cystoscopy : bladder mucosa edema

Impression : Extramammary Paget's disease with invasive adenocarcinoma of vulva

จึง Set OR for radical local excision with superficial bilateral groin nodes dissection with V-Y flap

Operative finding :

- Infiltrative lesion 5 x 3 cm at labia minora and majora with hypopigment with erythematous base at right vulva more than left vulva, lesion involved urethra vagina and anus
- Vagina stenosis with hypopigment lesion at lower vagina
- Bilateral superficial inguinal nodes enlargement (Left 3, 2 cm) (Right 2, 2 cm)
- No enlargement of bilateral deep inguinal node
- Positive margin at anus and urethra, no residual lymph node enlargement

PATHOLOGY REPORT

Vulva, wide excision :

- Invasive poorly differentiated adenocarcinoma (invasive EPMD) at lower half of the specimen, maximal stromal invasion 10 mm
- Paget's disease involves whole vulva surface
- Inadequate external margin at forchett area with presence of Paget's disease at this margin

Left inguinal node (6 nodes) : Tumor metastasis in 3 nodes

Right inguinal node (4 nodes) : Tumor metastasis in 1 node

Diagnosis : Adenocarcinoma of vulva at least stage IIIB with Paget's disease

PROGRESSION (post op 1 month)

CT + MRI simulation for adjuvant therapy

- Intermediate signal intensity at posterior vaginal wall
 - Enhancing lesion at posterior bladder wall
 - Positive lymph node at bilateral external iliac and Rt. common iliac regions
- Whole pelvic radiation and groin node region (ครบ 28 Fr)
- Plan HDR แต่ไม่สามารถใส่แร่ได้

PROGRESSION (post op 3 months)

Cystoscope with Biopsy >> Bladder nodule near urethral orifice

Pathology report: Poorly differentiated carcinoma

Immunohistochemical study >> Compatible with metastasis invasive extramammary paget's disease

PROGRESSION (post op 4 months)

สั่นลึ้มในท้องน้ำ ก้นกระแทก จากนั้นเดินไม่ได้ ขาขวาอ่อนแรง กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้

Physical examination at ER

Tender at back T9-T10, Motor grade 0 both L2-S1, Sensory loss at below T10 Loose sphincter tone

MRI T-L spine : Spinal metastasis at T9-T10 with cord compression

CXR : New nodular infiltration

จัด set OR for Laminectomy at T9-T10 with DCL with fusion T7-L1

Operative finding : Spine lamina at T9-T10 metastasis involve pedicle with spinal cord compression

Tissue pathology : Metastasis poorly differentiated carcinoma

Diagnosis : Recurrent adenocarcinoma of vulva with Paget's disease with spine and lung metastasis

Management

- Plan : Best palliative care
- หลังผ่าตัด ไม่มีอาการปวดหลัง ขาขยับไม่ได้
- ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2 เดือน

บทวิจารณ์โดย รศ.นพ.สธน บุญลิขิต กลุ่มงานสูติรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

การนำเสนอ ผู้ป่วยอายุ ๗๕ ปีมาพบแพทย์ด้วยเรื่อง มีก้อนที่ปากช่องคลอดมา ๓ เดือนโดยให้ประวัติมีอาการคันเรื้อรังมา ๒ ปี จาก presentation ของผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างที่ดีที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งของปากช่องคลอดที่มักจะมาพบแพทย์ที่ล่าช้า อาจเนื่องจากอายุมากหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้โดยง่าย จึงได้รับการวินิจฉัยได้ในระยะที่มากแล้วตัวโรคมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ ยังผลให้มีการพยากรณ์โรคที่เลว ในแง่ของแนวทางการวินิจฉัยที่ถูกต้องไม่ล่าช้า นับมีความสำคัญให้ยึดหลักการที่ว่าอาการคันปากช่องคลอดสามารถให้การรักษาเฉพาะที่ เช่น ยาทา สเตียรอยด์หรือ ยาต้านเชื้อรา แต่หากอาการไม่ดีขึ้นจำเป็นต้องได้รับการทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา แต่ถ้ามาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อน ควรได้รับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจโดยไม่รอช้า ผู้ป่วยรายนี้มีรอยโรคที่มีลักษณะไม่เหมือน Extramammary Paget Disease (EMPD) อาจเนื่องจากได้รับการรักษาโดยยา หรือสมุนไพรจีน มีการเกาเรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อมาก่อน อย่างไรก็ตามถ้ายึดหลักการ ตัดชิ้นเนื้อเสมอในรอยโรคเรื้อรังที่บริเวณปากช่องคลอดมาก่อน การวินิจฉัยจะไม่ล่าช้ามาก การประเมินรอยโรคที่ปากช่องคลอดต้องแยกระหว่างโรคผิวหนังหรือรอยโรคก่อนมะเร็ง ซึ่งมักจะไม่มีก้อน กับ โรคมะเร็ง ซึ่งมักจะตรวจพบก้อน การเลือกตำแหน่งในการตัดชิ้นเนื้อ ควรตัดในหลาย ๆ ตำแหน่งและเลือกในตำแหน่งที่คิดว่ารุนแรงที่สุด เช่น ตำแหน่งที่มีก้อน มีความหนาผิดปกติ มี ulcer ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (warning sign of invasion) เครื่องมืออาจใช้ dermatologic Keyes' biopsy หรืออื่น ๆ การวินิจฉัยโรค EMPD ในรายนี้ยืนยันได้จากการตรวจทางพยาธิวิทยา โดยตรวจ immunohistochemistry เพื่อวินิจฉัยแยก EMPD จากโรคมะเร็งชนิดอื่น คือ ตรวจ S 100 เพื่อแยก melanoma และ การตรวจ CK-20 , CDX-2 , GCDFP-15 ยังใช้วินิจฉัยแยก EMPD ชนิดปฐมภูมิกับทุติยภูมิที่มีที่มาจากมะเร็ง ในบริเวณอื่นใกล้เคียง ได้แก่ anorectal carcinoma หรือ urothelial cancer เพื่อช่วยในการกำหนดแนวทางการรักษาและบอกการพยากรณ์โรค ในผู้ป่วยรายนี้มีการตรวจสืบค้นเพื่อค้นหามะเร็งที่บริเวณอื่น ๆ อย่างครอบคลุม สรุปได้ว่าเป็น EMPD ชนิดปฐมภูมิ ในแง่การรักษา หลักการทั่วไปรักษารอยโรคที่มีระยะก่อนมะเร็งหรือ โรคผิวหนังร่วมกับมะเร็งที่ปากช่องคลอด ให้แยกรักษาตามชนิดของโรค เช่น บริเวณที่เป็นมะเร็งให้รักษาแบบมะเร็ง ในขณะที่บริเวณที่เป็นโรคผิวหนังหรือระยะก่อนมะเร็ง ให้รักษาไปตามที่วินิจฉัย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาตามแบบแผนของมะเร็งปากช่องคลอด ร่วมกับ EMPD เนื่องจากมะเร็งชนิด adenocarcinoma ที่บริเวณนี้พบได้น้อยมาก การรักษาจึงตามมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma การผ่าตัดปากช่องคลอดและผิวหนังใกล้เคียงออกเป็นบริเวณกว้าง ต้องใช้การปิดด้วย skin flap เข้าช่วย และถึงแม้ว่าจะตัดรอยโรคแบบกว้าง ก็ไม่สามารถตัดให้พ้นขอบของรอยโรคได้ ซึ่งอธิบายได้ ลักษณะของรอยโรคชนิดนี้จากลักษณะทางคลินิกและผลพยาธิวิทยา ที่ไม่สามารถมองเห็นขอบเขตของรอยโรคได้ชัดเจน ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์โรคเลว เกือบครบทุกข้อ ได้แก่ มีการบุกรุกไปที่ชั้น dermis มีก้อนที่รอยโรค มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้งสองข้าง มีระดับ CEA เพิ่มขึ้นสูงกว่าปกติ การให้ adjuvant โดยรังสีรักษาหลังการผ่าตัดนับว่ามีความเหมาะสม อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคอย่างรวดเร็ว และแพร่กระจายไปที่ปอด กระเพาะปัสสาวะ และกระดูก

Maternal and Fetal Medicine ครั้งที่ ๑๘ ประจำปี ๒๕๖๑

วันพฤหัสบดีที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๑๖.๐๐ - ๑๘.๐๐ น.

ณ ห้องจตุรทิศ โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน กรุงเทพมหานคร

โดย กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้นำอภิปราย ศ.พญ.อุ๋นใจ กอนันตกุล

หญิงตั้งครรภ์อายุ ๓๔ ปี ภูมิลำเนา อุบลราชธานี อาชีพ ค้าขาย

อาการสำคัญ มาฝากครรภ์

ประวัติปัจจุบัน ตั้งครรภ์ที่ ๒ มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๑๐ สัปดาห์ ๖ วันนับจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย การฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ อายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์ ตรวจพบโปรตีนในน้ำปัสสาวะ ๒⁺

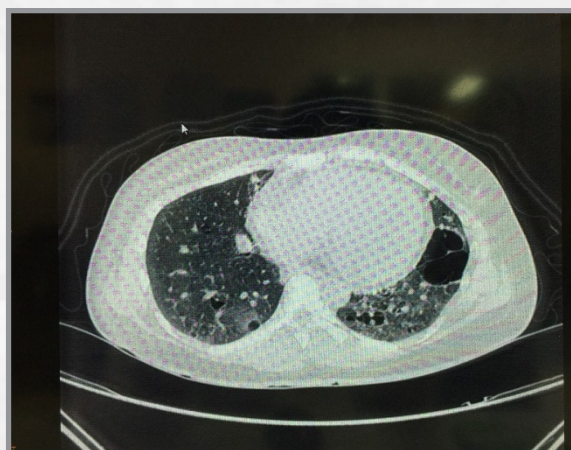
ประวัติโรคประจำตัว ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นโรค SLE ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จากอาการปวดข้อ ข้อบวมหลายข้อ ลูกไม่ได้ มีแผลในปาก และผมร่วง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ : anti-ds DNA positive, anti-smith positive ได้รับการรักษาด้วยยา prednisolone (5 mg) วันละ ๑ ครั้ง ร่วมกับยา hydroxychloroquine (HCQ) (200 mg) วันละ ๑ ครั้ง ที่โรงพยาบาลจังหวัด

ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีอาการตาแห้ง ได้รับการวินิจฉัยเป็น secondary Sjögren's syndrome

ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ผู้ป่วยมีอาการแน่น หน้าอก หายใจเหนื่อย จากการตรวจ CXR พบ increase lung volume with reticulonodular infiltration วินิจฉัยเป็น Interstitial lung disease

ตรวจ CT chest เพิ่มเติมพบ multiple thin wall cystic lesions at both lungs, size ๐.๕ - ๔.๒ cm and multiple pulmonary nodules and subpleural nodules at both lower lobes

ผล CT chest ดังรูป



ได้รับการวินิจฉัยเป็น Lymphangiomyomatosis (LAM) แพทย์ให้การรักษาแบบประคับประคอง อาการดีขึ้น

Pre-pregnancy Lab for SLE - Creatinine : 0.49 mg/dL Albumin : 3.2 g/dL, AST : 16 U/L, ALT: 9 U/L, UPCI 0.16-0.54, Anti-dsDNA: 491-800 IU/mL, ESR: 51-99 mm/hr, serum C3 : 0.5-0.8 g/L, serum C4: 0.06-0.1 g/L, APS: negative

Pre-pregnancy pulmonary function test- mild restrictive ventilatory defect

ประวัติครอบครัว บิดาป่วยเป็นโรค SLE

ประวัติสูติกรรม ตั้งครรภ์แรก ๘ ปีก่อน ไม่มีประวัติการกำเริบของโรค SLE

ครรภ์ครบกำหนด คลอดได้เอง น้ำหนักแรกคลอด ๒,๖๐๐ กรัม ไม่มีปัญหาหลังการคลอด

คุมกำเนิดด้วยการใช้ถุงยางนาน ๕ ปี

การตรวจครั้งแรกที่ห้องฝากครรภ์

น้ำหนัก ๗๓.๑ กก. (ก่อนตั้งครรภ์ ๗๐ กก.) ส่วนสูง ๑๕๐ ซม. ลักษณะทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ไม่ซีด ระบบทางเดินหายใจ ปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีแผลที่เย็บภายในช่องปาก ระบบหัวใจและหลอดเลือด S1 และ S2 ปกติ เสียงปอดทั้งสองข้างปกติ การตรวจหน้าท้องคลำไม่ได้ก้อน กดไม่เจ็บ การตรวจแขนขา ไม่บวม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Hct 34.2%, Blood Group O Rh positive, HBs Ag: NR, VDRL: NR, Anti-HIV: negative

สรุปปัญหาและการวินิจฉัย

1. G₂P¹-0-0-1 อายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์
2. SLE with nephritis (urine protein 2+)
3. Sjögren's syndrome
4. Lymphangiomyomatosis (LAM)

ประเด็นการวิพากษ์

การดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ - ปรีกษาทิมแพทย์สหสาขา ได้แก่ อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติซึม อายุรแพทย์สาขาโรคปอด วิสัญญีแพทย์ และกุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิด ทิมแพทย์สูติกรรม ต้องแจ้งผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคของมารดา แผนการดูแลรักษา ฝากะวังและให้การดูแลมารดาแบบการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง (pregnancy induced hypertension) การคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อ ทารกเติบโตช้า ทารกตายในครรภ์ เป็นต้น

ใน ๒๐ สัปดาห์แรก - นัดทุก ๔ สัปดาห์ โดยต้องตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาความผิดปกติทุกครั้ง ช่วง ๒๐ - ๒๘ สัปดาห์ - นัดทุก ๒ สัปดาห์ หลัง ๒๘ สัปดาห์นัดทุก ๑ สัปดาห์

การนัดพบอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติซึม นัดทุก ๔ - ๖ สัปดาห์ และอาจนัดบ่อยขึ้นตามอาการ การตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ

๑. ให้ตรวจ CBC, serum uric, urea, creatinine, electrolyte, liver function test, urinalysis, urine protein creatinine ratio, ระดับ complement และ dsDNA antibodies ทุกครั้งที่นัด หรือตามอาการผู้ป่วย
๒. ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงกำหนดอายุครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ตรวจค้นหา fetal anomaly ที่ช่วงอายุครรภ์ ๑๖ - ๒๐ สัปดาห์ และตรวจติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ทุก ๔ สัปดาห์
๓. การตรวจจำเพาะ
 - ๓.๑ ตรวจเลือดมารดาหา anti-Ro-antibodies ถ้าได้ผลบวกตรวจ fetal echocardiography ทุกสัปดาห์ช่วง ๑๖ - ๒๖ สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ตรวจสัปดาห์ละ ๒ ครั้งจนคลอด
 - ๓.๒ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง uterine artery Doppler ในมารดาที่อายุครรภ์ ๒๐ และ ๒๔ สัปดาห์ เพื่อพยากรณ์การเกิดภาวะ preeclampsia
 - ๓.๓ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง fetal umbilical artery Doppler velocimetry ตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ ทุกสัปดาห์ (ในกรณีที่พบภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์)

Lymphangiomyomatosis (LAM) เป็นโรคที่พบได้ยาก ส่วนใหญ่พบในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ลักษณะของโรคเป็นแบบ systemic และ progressive ลักษณะเฉพาะที่พบคือการเกิด cystic lung destruction ชนิดของ LAM มีได้ ๒ แบบคือ กลุ่ม Tuberous sclerosis complex (TSC-LAM) และกลุ่มที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มี TSC (sporadic LAM) ไม่มีการรักษาที่จำเพาะ ให้การรักษาแบบประคับประคอง รายที่เกิด pneumothorax เข้าพิจารณาทำ pleurodesis หรือ pleuroectomy เผื่อระวังอาการฉุกเฉินที่อาจขึ้นเกิดได้ การเผื่อระวังให้ทำ lung function studies การตรวจวัด gas exchange และ serial HRCT (high-resolution computed tomography) scan ตามข้อบ่งชี้

การดำเนินโรค

เนื่องจากผู้ป่วยมีโปรตีนในน้ำปัสสาวะ ๒+ จึงได้ตรวจสืบค้นต่อได้ผล dsDNA antibodies ที่เพิ่มขึ้น มาก อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติซึมให้การวินิจฉัยว่า active SLE with lupus nephritis

ได้ให้การรักษาเพิ่มเติม azathioprine 1 x 1 oral PC, prednisolone (5 g) 1x1 oral PC HCQ (200 mg) 1 x 1 oral PC, ASA (81 mg) 1 x 1 oral pc ขณะอายุครรภ์ ๑๖ สัปดาห์ ต่อมาได้เพิ่มยา tacrolimus (1 g) 1x2 oral จึงสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรค SLE ได้ ที่อายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ ได้ ทำการตรวจวินิจฉัยเบาหวาน พบเป็น GDM จึงรับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อการดูแลรักษา

การตรวจติดตามการในครรภ์ ได้ตรวจติดตามทารกในครรภ์ไม่พบเป็น complete heart block และไม่พบ ความผิดปกติอื่นที่อายุครรภ์ ๓๕ สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อในทางเดินอาหาร และเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ ได้ ให้ยาปฏิชีวนะ และยา HCQ, ยา tacrolimus ต่อ, เปลี่ยนยา prednisolone เป็น stress dose corticosteroid เป็น hydrocortisone 200 mg IV ครั้งเดียว ต่อจากนั้นให้ 100 mg IV ทุก ๘ ชั่วโมง

วิธีการคลอด พิจารณาวิธีคลอดโดยการคลอดทางช่องคลอด ระหว่างเจ็บครรภ์ให้ทำ epidural analgesia เพื่อระงับปวด ช่วยลดความแปรปรวนของ intrathoracic pressure หลีกเลี่ยงการทำ general anaesthesia ระหว่างการเบ่งคลอดให้ช่วยคลอดเพื่อหลีกเลี่ยง high intrapleural pressures ได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถคลอดได้เอง น้ำหนักทารกแรกเกิด ๒,๓๒๐ กรัม คะแนนแอสการ์ด ๘, ๙ หลังจากนั้นตรวจติดตามทารกต่อเนื่องประเมินเรื่อง congenital lupus erythematosus ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การคุมกำเนิด ในรายนี้ไม่ควรตั้งครรภ์อีกเนื่องจากมีโรคทั้ง SLE ที่มี nephritis และ LAM ซึ่งการตั้งครรภ์จะกระตุ้นให้อาการของ LAM เลวลง แนะนำให้ทำหมันชายหรือทำหมันหญิง ไม่แนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดที่มีส่วนประกอบของฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนจะเร่งให้อาการของ LAM เลวลง ก่อนกลับบ้านได้รับยา tacrolimus (1 g) 2 x 2, prednisolone (5 mg) 3 x 3, HCQ (200 mg) 1 x 1 และ Vitamin D (20,000 IU) 1 tab ทุกสัปดาห์ การตรวจติดตามที่ ๒ สัปดาห์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ประเด็นการวิพากษ์

การตั้งครรภ์ที่มีโรค SLE ต้องมีการประเมินหรือวางแผนก่อนการตั้งครรภ์เสมอ โดยต้องประเมินสถานะของผู้ป่วยก่อน ประเด็นที่ต้องประเมินคือ

๑. โรคควรอยู่ในระยะสงบก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย ๖ เดือน
๒. หญิงที่เป็นโรค SLE ที่มี nephritis มักมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไม่ดี
๓. ประวัติการเกิด preeclampsia หรือ HELLP syndrome ในครรภ์ก่อน ประวัติการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือประวัติของ severe pulmonary hypertension เป็นต้น จะทำให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไม่ดี
๔. ประวัติการรักษาโรค SLE ที่มีการตอบสนองไม่ดี

เอกสารอ้างอิง

๑. Lateef A, Michelle Petri M. Managing lupus patients during pregnancy. Best Pract Res Clin Rheumatol 2013; 27:doi:10.1016/j.berh.2013.07.005.
๒. Lateef A, Petri M. Management of pregnancy in systemic lupus erythematosus. Nat Rev Rheumatology 2012; 8: 710-8.
๓. L. McLoughlin et al. Pregnancy and lymphangiomyomatosis. Int J Obstet Anesth 2003; 12: 40-4.
๔. Cohen MM, Freyer AM, Johnson SR. Pregnancy experiences among women with lymphangiomyomatosis. Respir Med 2009;103:766-72. doi: 10.1016/j.rmed.2008.11.007.

คำถามท้ายบทเรียน...



จากคณะกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

๑.

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบได้ในหญิงช่วงคลอดคิดเป็นร้อยละเท่าใด

- ก. ร้อยละ ๑.๗ - ๕.๕
- ข. ร้อยละ ๖.๕ - ๑๒.๙
- ค. ร้อยละ ๒๐.๖ - ๒๕.๘
- ง. ร้อยละ ๕๐.๕ - ๘๕.๐

๒.

ข้อใดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

- ก. มีประวัติส่วนตัวหรือครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช
- ข. มีประวัติของการบาดเจ็บหรือโดนทารุณ
- ค. มีความเครียด ปัญหาคู่สมรส
- ง. ถูกทุกข้อดำห้ มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๓.

ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)

- ก. มีอาการเครียด นอนไม่หลับ หงุดหงิดต่อการดูแลบุตร อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย
- ข. พบได้ประมาณร้อยละ ๕๐ โดยมีอาการช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอดและส่วนใหญ่อาการดีขึ้นประมาณ ๒ สัปดาห์หลังคลอด
- ค. มีอาการประสาทหลอน หูแว่ว
- ง. เป็นภาวะฉุกเฉิน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๔.

ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

- ก. จิตบำบัด
- ข. ในกรณีรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดไม่ได้ผล ควรรักษาด้วยยาในกลุ่ม Tricyclic Antidepressants เป็นอันดับแรก
- ค. ควรรักษาด้วยยากกลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ในกรณีอาการรุนแรงหรือ รักษาด้วยจิตบำบัดไม่ได้ผล
- ง. อาจพิจารณาเปลี่ยนการรักษาเป็นยากกลุ่ม SNRIs (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors) ในกรณีที่ยา antidepressant ในกลุ่มแรกไม่ได้ผล

๕.

โอกาสกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป คิดเป็นร้อยละเท่าใด

- ก. ๒๐
- ข. ๓๐
- ค. ๔๐
- ง. ๕๐

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ [นส.วนษาพร เจริญเย็น](mailto:ngoenyen-beer@hotmail.com)

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



เฉลยคำถามฉบับที่แล้ว

- ๑. ข้อใดคือนิยามของ การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical site infection)
 - ง. ถูกทุกข้อ
- ๒. แผลผ่าตัดทางนรีเวชส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มใด
 - ง. ข้อ ก และ ข
- ๓. ปัจจัยใดไม่ส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical site infection) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์
 - ง. ความดันโลหิตสูง (hypertension)
- 4. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical site infection)
 - ก. การอาบน้ำสระผมทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อแบบที่เรียกก่อนวันผ่าตัดหรือเข้าวันผ่าตัด
- 5. ข้อใดผิดเกี่ยวกับ pelvic cellulitis
 - ก. เป็นการติดเชื้อในส่วน superficial tissue



Gossip

ซุบซิบ...ด้วยภาพ



ประชุมเวทีแพทช์ประจำปี
ประจำปีการฝึกอบรม ๒๕๖๑ วันที่ ๖ - ๗ มิถุนายน ๒๕๖๑



การสอบเพื่อคุณวุฒิบัตร
แสดงความรู้ความชำนาญ
สาขาอุตสาหกรรมและนวัตกรรม
วันที่ ๒ - ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑



การประชุมวิชาการสู่จรรยาบรรณภาค ครั้งที่ ๓๑
วันที่ ๑๑ - ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑
ณ โรงแรมโดมอนด์พลาซ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี