



สูตรนรีแพทย์สัมภันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www rtcog or th

ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๕/๒๕๖๑

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health



CONVOCATION CEREMONY 2018 THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS



FIRST DIGITAL LAB Tel. 09 471-446

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health



ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

คณ:ผู้บริหาร

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ประธาน

ศาสตราจารย์นายแพทย์กิติเศก
ลุมพิกานนท์

ผู้รังดำเน้นงประธาน

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ
เก่งสกุล

รองประธาน

นายแพทย์พิษณุ
ชันติพงษ์

เลขานิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤณพรรณ
วีไลลักษณ์

รองเลขานิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์
เช华รัตน์

เหรัญญิก

แพทย์หญิงสุวรรณ
อัศวพิริyanนท์

กรรมการกลาง

ศาสตราจารย์นายแพทย์โภวิท
บริบูรณ์หริษฐ์สาร
จันทร์รัชชกุล
เบญจกิตรา
ภู่พงศ์
สุกครพงษ์กุล
มะโนทัย
จุลวิจิตรพงษ์
บุณยะราชชีวน
ใจสำราญ
ก้อนนัตกุล
โควิสารัช

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักนัน
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภกิต
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย
รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถนพ
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ่นใจ
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย

CONTENT

หน้า

บรรณานิการແກลง	๓
สารจากประชานราธิวิทยาลัยฯ	๔
XXII World Congress of Gynecology and Obstetrics (FIGO 2018)	๖
สุตินรีเวช - จริยธรรมสาสก	๗
การเลือกตั้งคนเป็นผู้บริหารชุดใหม่	๑๗
การตัดรังไข่แล้วนำเข้าเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในผู้ที่มีการกลยุทธ์ของยีน BRCA	๑๕
คำแนะนำในการตรวจคัดกรองความพัฒนาคงโน้มโจนของตัวอ่อนก่อนการย้ายกลับเข้าสู่พร้อมดลูก	๑๒
Interhospital Conference ครั้งที่ ๔/๒๕๖๐	๑๓๗

รุ่นนร./แพทย์รุ่นพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ เป็นสื่อถือทางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ก้าวสำคัญ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความทั้งหมด ด้วยมา ย เป็นความเห็นของผู้เขียนแต่บันทึกไว้ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศุนย์วิจัย
ก.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุง. ๑๐๓๑
โทรศัพท์ : ๐-๒๘๗๑๖-๕๙๑๒-๒๔๔ || โทรฟакс : ๐-๒๘๗๑๖-๕๙๑๒๐
www rtcog or th

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

บรรณานิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤณพรรณ วีไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โภวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ตุลย์ สิทธิสมวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมอชุพร สุขประเสริฐ
แพทย์หญิงลลธพร พัฒนาวิจารย,
นายแพทย์เกียรติคัตติ คงวัฒนกุล, นายแพทย์ขanyaชัย บุญอยู่
นายแพทย์อิรุณี ขันประกอบ, นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย

เลขานุการ

นางสาวจีระพันธุ์ มวลจุนพล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรักษดาลัย พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท ทรีดี สแกน จำกัด
โทรศัพท์ : ๐-๒๖๖๙๕-๖๔๒๖, ๐๘-๖๗๐๙-๖๔๗๗

ปรัชญาการแกล้ง

โดย... ศ.พญ.สฤณพวรรณ วีไลลักษณ์

ເລກທີການຮ່າງວິທະຍາສັຍ່ງ



ผู้อสังหาริมทรัพย์: สมาคมราชวิทยาลัยสหตันรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรักษาความลับ

สูตินรีแพทย์สมพันธ์ฉบับนี้ เริ่มด้วยสารจาก ท่านประณาราชวิทยาลัยฯ ซึ่งอาจารย์
กล่าวถึงผลงานที่นำภูมิใจ ในฐานะที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ประณาราชวิทยาลัยฯ มาตลอดระยะเวลา ๓ ปีค่

ตามด้วยเรื่องจากคณะกรรมการพัฒนาระบบทุขาราชการ ท่านประทานฯ ท่านผู้ริชั่งประทานฯ เลขาธิการฯ ประธานอนุกรรมการวิเทศสัมพันธ์ และ ประธานอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เล่าถึงการประชุม XXII World Congress of Gynecology and Obstetrics (FIGO 2018) ระหว่างวันที่ ๑๔ – ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ เมืองริโอ เด Janeiro ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล

ก.นพ.สมบูรณ์ คุณอิศコン ประธานคณะกรรมการเลือกตั้ง กีดีสู่ปผลการเลือกตั้ง ผู้รับตำแหน่งประธาน และผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ วาระปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ มาให้ท่านสมาชิกได้ทราบโดยละเอียด

สำหรับบทความ สูตินรีเวช-จิรยชธรรมสาธก ในฉบับนี้เป็นตอนสุดท้ายของซีรีส์ ”เรื่องต้นจากตัวบบ
ชวนทุกคนเป็นคนดี” โดย นพ.พิษณุ บันตพงษ์ อาจารย์ได้ให้คำชี้แจงว่า “โรงพยาบาลคุณภาพสร้างระบบ
โรงพยาบาลคุณธรรมสร้างคน” จะเป็นอย่างไรนั้นติดตามเนื้อหาได้ในฉบับค่ ต่อด้วยบทความวิชาการจาก
คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช ในหัวข้อเรื่อง **“Risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy**
**in BRCA mutation carriers (การตัดรังไข่และถอดประจำเดือนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในผู้ที่มีการ
กลایพันธุ์ของยีน BRCA)”** นพ.เกรชชูวัฒก์ เกรชชูสกี้ยด ร่วมกับ นพ.สันติภพ ศรีสมบูรณ์ และยังมี
คำแนะนำในการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมของตัวอ่อนก่อนการย้ายกลับเข้าสู่โรงพยาบาลลูก
โดย คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ต่อด้วยรายงานการประชุม Interhospital Conference
ครั้งที่ ๔/๒๕๖๐ นำเสนองานนี้ผ่านไปโดย แพทย์ประจำบ้าน กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
บทวิจารณ์โดย รองศาสตราจารย์แพทัย์หญิงอรต้า จันกเสนาบันท ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปิดท้ายด้วยคำถamentท้ายเช่นเคยค่ะ

ในนามของกองบรรณาธิการสูตินรีแพทย์ล้มพันธ์ วาระปี พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๑ ของแสดงความยินดี กับคณะผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ ชุดใหม่ ซึ่งจะเริ่มปฏิบัติภารกิจตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป และได้เวลาที่จะส่งต่อสูตินรีแพทย์ล้มพันธ์แก่บรรณาธิการท่านใหม่ และกองบรรณาธิการชุดใหม่คือ อีกห้า ขอแสดงความยินดีกับแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทั้ง ๔ อนสาขานี้ที่เรียนจบหลักสูตร และเข้ารับปวบดิบัตรฯ เมื่อวันพุธที่ ๒๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ฉบับ
อิเลคทรอนิกส์เพื่อลดโลกร้อน สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ¹
อิเลคทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่
E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th หรือ **QR Code** ได้ค่ะ



สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.กิติศักดิ์ อุมพิกานนท์

ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

การฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายในฐานะประธานราชวิทยาลัยฯ ของผมครับ เวลา ๓ ปีผ่านไป รวดเร็วเหมือนกันครับ ผมขอขอบคุณทีมงานบริหาร สมาชิก และเจ้าหน้าที่ของราชวิทยาลัยฯ ทุกท่าน ที่ได้ร่วมมือร่วมใจทำงานกันอย่างเต็มที่ ผลงานที่ผมภูมิใจ ได้แก่

๑. ดำเนินการให้การประเมินผลการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านได้มาตรฐานและมีจริยธรรม ไม่มีข่าวข้อสอบรั่วในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา ขอฝากให้กรรมการบริหาร และอนุกรรมการฝึกอบรม และสอบฯ ชุดต่อไป ดำเนินมาตรฐานและจริยธรรมที่ดีไว้ให้ได้ตลอดไปนะครับ นอกจากนี้ ยังได้มีการบรรจุเรื่อง Non-technical skills ไว้ในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เรียบร้อยแล้ว เรื่องนี้มีความสำคัญมากในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ขอขอบคุณท่าน ศ.นพ.วันชัย วัฒนพัฒนา ที่กรุณาแนะนำให้ผมเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ ท่าน **นพ.กรพrhun** **แสงอร่าม** (กปดันต์) ที่มาบรรยายเรื่องนี้ในการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๐ ของ ราชวิทยาลัยฯ และยกทีมการบินไทยมาจัด workshops ให้ราชวิทยาลัยฯ หลายครั้ง และ **ศ.นพ.ศักดิ์ มนูกุษัย** และทีมงานที่ดูแลการฝึกอบรมและสอบฯ ได้เป็นอย่างดียิ่ง
๒. สามารถผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุข รับปัญหาเรื่องมะเร็งปากมดลูก และการผ่าท้องคลอด ที่ไม่จำเป็นเป็นวาระแห่งชาติ การแก้ปัญหาทั้ง ๒ เรื่องนี้คงต้องใช้เวลาอีกหลายปี ขอฝาก ให้กรรมการบริหารชุดต่อไป และสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่าน ช่วยกันแก้ปัญหาที่สำคัญ ทั้ง ๒ เรื่องนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีครับ
๓. ทำให้ราชวิทยาลัยมีบทบาทในระดับนานาชาติมากขึ้น

ในระดับภูมิภาค (AOFOG) ผมได้มีโอกาสเป็น Vice President ซึ่งทุก ๒ ปีน่าจะได้เลื่อนเป็น President Elect, President และ Immediate Past President **ศ.พญ.อุ่นใจ กอ้อนตกุล** เป็น Chair ของ Maternal and Fetal Medicine Sub-committee **นพ. อรรถนพ ใจสำราญ** และ **นพ. สุกัตต์ ฉุลวจิตรพงษ์** และ **นพ.สุวิทย์ บุณยะเวชชัยวัน** เป็น member ของ sub-committee ต่าง ๆ

ในระดับโลก ศ.พญ.อุ่นใจ กออบันตุกุล ได้รับรางวัล Women Gynecologist and Obstetrician Award จาก FIGO ผมได้มีโอกาสเป็นประธานในการประชุมของ WHO ใน การจัดทำ WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections และ WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience

และด้วยความกรุณาของท่าน ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์กำแหง ชาตรจินดา ทำให้ผม ได้รับการแต่งตั้งจาก Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ให้เป็น Fellow ad Eundem

ในระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา ผม ท่านผู้รังฯ (พล.อ.ก ภาณุ เก่งสกุล) ท่านเลขานิการ (ศ.พญ.สกุกพรsson วีโอลักชณ์) ท่านประธานอนุฯ วิเทศลัมพันธ์ (ศ.นพ.อธรรม พ ใจสำราญ) และ ท่านประธานคณะกรรมการแม่และเด็ก (ศ.พญ.อุ่นใจ กออบันตุกุล (ผู้ได้รับรางวัล FIGO Women Gynecologist and Obstetrician Award) ได้มีโอกาสเดินทางไปร่วมประชุม XXII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics ณ กรุง Rio de Janeiro ประเทศ Brazil เป็นการประชุมที่ยิ่งใหญ่มาก มีผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมมากกว่า ๑๑,๐๐๐ คน ที่ประชุมได้ให้ความสำคัญกับเรื่อง cervical cancer, postpartum hemorrhage, reduction of unnecessary CS เป็นอย่างมาก ผมหวังว่าในอนาคตราชวิทยาลัยฯ ของเรามีบทบาทในระดับชาติและนานาชาติมากขึ้น

กลับจาก FIGO Conference ที่ Brazil ราชวิทยาลัยฯ มีการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๓๓ ที่โรงแรมดุสิตธานี พัทยา ชลบุรี ภายใต้ Theme “CHAT before CARE @ Sea” ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ มีเรื่องที่น่าสนใจมากหลายตลอดทั้ง ๓ วันของการประชุมหลัก ปีนี้มี AOFOG session เรื่อง Cervical cancer อย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก โดย AOFOG ให้การสนับสนุนค่าเดินทางของวิทยากร ต่อไปราชวิทยาลัยฯ ควรมี AOFOG session เป็นประจำทุกปี เป็นที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งที่ปีนี้มีผู้ลงทะเบียนเข้าประชุมถึง ๑,๗๗๔ คน ขอขอบคุณท่าน ศ.นพ.มงคล เบญจกิจบาล และทีมงานที่ดูแลเรื่องการประชุมวิชาการได้อย่างดีเยี่ยม

สุดท้ายนี้ พมขออภาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์กั้งหลาย จงอำนวยพรให้สเมาราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านมีความสุขทั้งกายและใจ เพื่อเป็นพลังในการสร้างความดีเพื่อสังคม และประเทศไทยต่อไป

เรื่องจากคณะกรรมการผู้บริหาร

XXII World Congress of Gynecology and Obstetrics (FIGO 2018)

คณะกรรมการราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยซึ่งประกอบด้วย

ศ.นพ.กิตศักดิ์	อุมพิกานนท์	ประธานราชวิทยาลัยฯ
พล.อ.ก.นพ.การุณ	เก่งสกุล	ผู้รับ託ทำแทนประธาน
ศ.พญ.สฤกพรรณ	วิไลลักษณ์	เลขานิการ
ศ.พญ.อุ่นใจ	กอบันนันทกุล	ประธานอนุกรรมการอาบมัยแม่และเด็ก
และ รศ.นพ.อรรถนพ	ใจสำราญ	ประธานอนุกรรมการวิเทศสัมพันธ์

ได้เป็นตัวแทนของราชวิทยาลัยฯ ไปปฏิบัติหน้าที่และเข้าร่วมประชุม General Assembly ของ FIGO และการประชุมวิชาการ FIGO 2018 ณ เมืองริโอ เด Janeiro ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑

FIGO เป็นคำย่อของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) หรือ สหพันธ์สมาคมนรีเวชวิทยาและสุติดิศศาสตร์นานาชาติ โดยได้มีการก่อตั้งขึ้นใน ค.ศ. ๑๙๓๕ ที่เมืองเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ปัจจุบันมีสมาชิกจาก ๑๓๐ ประเทศ สำนักงานตั้งอยู่ที่กรุงลอนדון ประเทศอังกฤษ ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้เป็นหนึ่งในสมาชิกของ FIGO โดยได้จ่ายค่าสมาชิกทุกปีมา โดยตลอด FIGO มีการจัดประชุมวิชาการทุก ๓ ปี โดยเปลี่ยนสถานที่จัดประชุมตามที่วิปถั顿ๆ ของโลก นับตั้งแต่เข้าสู่คริสต์ศตวรรษที่ 21 ได้มีการจัดประชุมดังต่อไปนี้

ค.ศ. ๒๐๐๐	กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. ประเทศสหรัฐอเมริกา
ค.ศ. ๒๐๐๓	กรุงซาติดิเอกโภประเทศชิลี
ค.ศ. ๒๐๐๖	กรุงกوالาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย
ค.ศ. ๒๐๐๙	เมืองเคปทาวน์ ประเทศแอฟริกาใต้
ค.ศ. ๒๐๑๒	กรุงโรม ประเทศอิตาลี
ค.ศ. ๒๐๑๕	เมืองแวนคูเวอร์ประเทศแคนาดา

สำหรับการประชุมที่ริโอนั้น ในวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๑ มีพิธีเปิดการประชุมในตอนเย็น วันที่ ๑๕-๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นการประชุมวิชาการ ๔ วันครึ่ง มีพิธีปิดการประชุมในช่วงบ่ายของวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ การประชุม General Assembly จัดในช่วงบ่ายวันที่ ๑๖ และ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ในการประชุมครั้งนี้ มีผู้ลงทะเบียนเข้าประชุมประมาณ ๑๗,๐๐๐ คน

ในการเดินทางไปร่วมการประชุมในครั้งนี้ คณะกรรมการราชวิทยาลัยฯ ได้มีส่วนร่วมในการประชุม FIGO 2018 ดังต่อไปนี้

- ศ.นพ.กีศก อุมพิกานเนท ประธานราชวิทยาลัยฯ ได้เป็นประธานในการประชุมและเป็นวิทยากรในเรื่อง “Maternal sepsis”
- ศ.พญ.สฤกพรรณ วีโอลักษณ์ เลขาธิการ ได้เป็นประธานในการประชุมในเรื่อง “General Gynecology” และเรื่อง “Management and Support of Menopause”
- รศ.นพ.อรรถนพ ใจสำราญ ประธานอนุกรรมการวิเทศสัมพันธ์ ได้เป็นวิทยากรเรื่อง “Chronic pelvic pain”
- พล.อ.ก.นพ.การุณ เก่งสกุล พุรังต้าแห่งประชานได้เป็นตัวแทนราชวิทยาลัยฯ ร่วมกับผู้บริหารท่านอื่นๆ เข้าร่วมการประชุม General Assembly
- ศ.พญ.อุ่นใจ กอบอันดกุล ประธานอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ได้เข้ารับรางวัล “FIGO Awards in Recognition of Women Obstetrician-Gynecologists”

นอกจากคณะผู้บริหารที่กล่าวมาแล้ว ยังมีสมาชิกของราชวิทยาลัยฯ ที่ได้เดินทางไปในครั้งนี้ด้วย ได้แก่ รศ.นพ.สุรัสกิริชัยก่องวงศ์วัฒนา จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เป็นวิทยากรเรื่อง “Seasonal influenza immunization during pregnancy in Thailand : Addressing barriers to implementation in new country programs” และ พญ.กนัญวนิ กันตภาน จากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ได้เสนอผลงานทางวิชาการเรื่อง “Sentinel LymphNode Mapping Surgery for Uterine Cancer : Chulabhorn Hospital Experience”

การประชุม FIGO ในครั้งนี้มีรูปแบบเช่นเดียวกับการประชุมทางวิชาการนานาชาติโดยทั่วไป โดยประกอบด้วย lecture, symposium, free communication และ poster presentation ซึ่งครอบคลุม ทุกสาขาวิชาด้านสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้แก่ Maternal fetal health, Clinical obstetrics, Operative gynecology, General gynecology, Reproductive medicine, Sexual and reproductive health and rights, Urogynecology, Gynecological oncology, Women's health issues and policies นอกจากนี้ ยังมีการจัด Industry supported symposium อีกส่วนหนึ่งด้วยเช่นกัน

เนื่องจากมีหัวข้อทางวิชาการและผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนมากจึงได้จัดให้มีการบรรยายพร้อมกันถึง ๑๙ ห้อง ซึ่งมีขนาดเล็กใหญ่ต่างกันไป สำหรับ free communication ได้จัดรวมในห้องใหญ่ห้องเดียวกัน แต่แยกเป็น ๖ เวทีพร้อมกัน

ภาษาหลักที่ใช้ในการประชุมนี้คือ ภาษาอังกฤษ อย่างไรก็ตาม มีวิทยากรส่วนหนึ่งบรรยายเป็นภาษา Portuguese และ Spanish ซึ่งมีบริการแปลภาษาแบบ simultaneous translation ในทุกห้องประชุม นอกจักกิจกรรมดังที่กล่าวมาแล้วยังมีการจัด simulation labs และ video workshops อีกจำนวนมาก ซึ่งต้องมีการลงทะเบียนเพิ่มเติมจากการประชุมหลัก

จากการที่มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนมากและมีข้อจำกัดในขนาดห้องประชุมที่ไม่สามารถบรรจุผู้เข้าร่วมประชุมที่สนใจเข้าฟังในหัวข้อต่างๆ ได้เพียงพอ จึงเกิดปัญหาอย่างมากในวันแรกๆ ของการประชุม โดยมีผู้ต่อแวรรอเข้าฟังในแต่ละห้องเป็นจำนวนมาก โดยต้องรอเป็นเวลานานก่อนเริ่มการบรรยาย และบางครั้งไม่สามารถเข้าไปในห้องประชุมได้ ผู้จัดจึงแก้ปัญหาโดยการต่อสัญญาณภาพและเสียงจากภายในห้องประชุมออกมายังบิริเวณโถงนอกห้องและจัดเก้าอี้ให้ผู้สนใจฟัง นอกจากนี้ยังมีปัญหาการจัดบริการอาหารร่วงและอาหารกลางวันไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมทำให้เกิดความเดือดร้อนไปทั่ว

การประชุมนี้ได้รับการสนับสนุนส่วนหนึ่งจากบริษัทเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ โดยมีการจัดนิทรรศการในลักษณะเดียวกับการประชุมวิชาการอื่นๆ ทั้งนี้มีผู้มาอุดหนุน booth จำนวนมากกว่า ๑๕๐ บริษัท หรือหน่วยงาน

FIGO มีโครงสร้างการบริหารที่ประกอบด้วยผู้บริหาร ๖ ตำแหน่ง ได้แก่ President, Vice-President, President-Elect, Past-President, Honorary Secretary และ Honorary Treasurer และมีผู้แทน ของประเทศต่างๆ อีก ๒๔ คน รวมกันเป็น Executive Board และมีหัวหน้าสำนักงานที่เรียกว่า Chief Executive ๑ คน ที่ทำหน้าที่บริหารงานประจำสำนักงาน

FIGO จะจัดให้มีการประชุม General Assembly ทุก ๓ ปี ซึ่งผู้เข้าประชุมประกอบด้วย ตัวแทนของประเทศสมาชิกทั่วโลกซึ่งมาจาก ๕ ภูมิภาค ได้แก่ Africa-Eastern Mediterranean, Asia-Oceania, Europe, Latin America และ North America โดยจัดในระหว่างการประชุมวิชาการของ FIGO ในการประชุมนี้จะมีการเลือกตั้งผู้บริหารและสมาชิกของ Executive Board

การประชุม General Assembly ในปี ค.ศ. ๒๐๑๘ นี้ มีการประชุม ๒ วัน คือในวันที่ ๑๖ และ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๑ โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานของผู้บริหารและอนุกรรมการด้านต่างๆ รวมถึง ฐานะทางการเงินของ FIGO ด้วย นอกจากนี้ยังมีการมอบรางวัล Awards In Recognition of Women Obstetricians-Gynecologists ซึ่งในครั้งนี้ ศ.พญ.อุ่นใจ กอบันนทกุล เป็นหนึ่งในผู้ที่ได้รับรางวัลนี้ ส่วนสำคัญที่สุดของการประชุม General Assembly คือการเลือกตั้งผู้บริหารและสมาชิกของ Executive Board ชุดใหม่ ซึ่งในครั้งนี้ประเทศไทยได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้เข้าชิงตำแหน่งด้วย กระบวนการการเลือกตั้ง มีวิธีการและขั้นตอนลับซับซ้อนและใช้ระบบ electronic vote ตัวแทนของประเทศต่างๆ ที่เข้าไปร่วมประชุมต้องทำการศึกษาให้ดีก่อนทำการเลือกตั้ง ผลของการเลือกตั้งทำให้ได้ผู้บริหารและสมาชิกของ Executive Boardของ FIGO ในวาระ ๒๐๑๘ – ๒๐๒๑ ดังต่อไปนี้

รายนามผู้บริหาร ได้แก่

President - Dr Carlos F?chtner (Bolivia) Vice President - Dr Faysal El Kak (Lebanon)
President Elect - Dr Jeanne Conry (USA) Past President - Prof. CN Purandare (India)
Honorary Secretary - Prof. Lesley Regan (UK)
Honorary Treasurer - Dr Christine Tippett (Australia)

ประเทศที่เป็นสมาชิกของ Executive Board ได้แก่

- | | | |
|-----------------------------|-------------|----------------|
| ● Australia and New Zealand | ● Brazil | ● Canada |
| ● Chile | ● Colombia | ● France |
| ● Germany | ● Guatemala | ● Ireland |
| ● Italy | ● Japan | ● Korea |
| ● Mexico | ● Norway | ● South Africa |
| ● Sri Lanka | ● Sudan | ● Tunisia |
| ● United Kingdom | | |

การประชุมครั้งต่อไปของ FIGO จะจัดขึ้นในปี ค.ศ. ๒๐๒๑ ที่เมือง Sydney ประเทศออสเตรเลีย โดยสรุปแล้ว การที่สูตินรีแพทย์ไทย ได้เข้าร่วมประชุม FIGO 2018 เป็นการแสดงบทบาทของแพทย์ไทยในเวทีโลก ที่ถือเป็นเวทีที่ใหญ่ที่สุดของวงการสูตินรีเวช ประสบการณ์อันมีคุณค่าอีกประการหนึ่ง คือ การเข้าร่วมประชุม General Assembly ของ FIGO ได้เห็นบทบาทของผู้นำทางด้านสูตินรีเวชของโลก วิธีการเลือกตั้งผู้บริหารขององค์กรนี้ เพื่อที่ประเทศไทย จะได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วม ทั้งนี้รวมถึงการวางแผนทางเพื่อที่จะดึงการประชุม FIGO ให้เข้ามาจัดในประเทศไทยในอนาคตด้วย

สูตินรีเวช-จริยธรรมสำนัก

โดย... นพ.พิษณุ ขันติพงษ์
ประธานคน世俗กรรมการจริยธรรม



เริ่มต้นจากตัวตน เชื่อทุกคนเป็นคนตี่ (๔) / Humanized health care

(การดูแลคนให้ดีอย่างจิตใจและมีความสุข)

มได้บอกกับทุกคนว่าในสมัยผู้เรียนแพทย์ หรือจบมาปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์เต็มตัวนั้น การแพทย์ และสาธารณสุขเป็นเรื่องของคุณธรรมจริยธรรม ผู้แสดงภาพหุฟังแพทย์วางแผนดำเนินการทางการแพทย์ การดูแลรักษาคนไข้ขึ้นไม่มีเรื่องของผลประโยชน์มากเกี่ยวข้อง แม้แต่เรื่องรายได้ หรือเงินเดือนพวกร่างกายไม่ได้ให้ความสนใจ เท่าไร ทำงานกันหนักจนบางครั้งไม่ได้เห็นเดือน เห็นตะวัน อุญแห่งในห้องผ่าตัด หรือโรงพยาบาล แม้แต่เวลาทำงาน ข้าวก็ไม่แน่นอน 医師ทุกคนจะใช้เวลาในการทานอาหารน้อยมากส่วนใหญ่ไม่เกิน ๑๐ นาที ทุกคนตั้งใจทำงาน เพื่อให้คนไข้หายจากการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ในปัจจุบันเป็นยุคสมัยแห่งทุนนิยมวัฒนธรรม ผู้แสดงภาพให้เห็นว่า มีคนบัตรเป็นใหญ่ว่างทับหุฟังแพทย์ซึ่งวางแผนดำเนินการอีกขั้นหนึ่ง ทำให้การดูแลรักษาคนไข้แตกต่างไปจากเดิม เพราะ มีการคำนึงถึงเรื่องเงิน และผลประโยชน์ตอบแทนมากขึ้น เป็นเหตุให้คนไข้ได้รับการรักษาที่ล้าช้าไม่เหมาะสม หรือ ได้รับการล่วงตรวจมากเกินความจำเป็น

ผู้มักชี้ให้แพทย์รุ่นใหม่ดูว่าพวกร่างกายทำงานเหมือนมีเทวดานางฟ้าอยู่ข้างหนึ่ง ค่อยบอกให้เราทำสิ่งดีงาม เพื่อคนไข้โดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ ขณะเดียวกันก็จะมีชาตาน หรือปีศาจคอยเลี้ยงสอนให้เราทำในสิ่งที่ไม่ดี ไม่ เหมาะสม ทำโดยหวังผลประโยชน์ตอบแทน ทำให้ชีวิตของพวกร่างกายมีความขัดแย้งในตัวเอง หลายคนที่ยังมี จิตสำนึกที่ดีจะรู้สึกผิด หรือไม่สบายใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดปัญหาเป็นโรคกระเพาะอาหารจาก ความเครียดได้บ่อย ผู้จะสะกิดให้ทุกคนได้คิดเอง เราโชคดีเพียงใดที่ได้ทำงานในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ต่างมีหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ จึงควรทำหน้าที่ให้ดีที่สุดเพื่อคนไข้ จึงควรมีความสุข ในการทำงานถึงจะถูก ผู้มักอ้างคำสอนของสมเด็จพระราชนิพัต้าที่ทรงสอนนิสิตแพทย์ว่า



“อาชีพแพทย์นั้นไม่ร้ายแต่ก็ไม่ยากจน
ถ้าอยากร้ายต้องไปทำอาชีพอื่น
เพราะอาชีพแพทย์ต้องมีอุดมการณ์คือ
เมตตาและกรุณา”

ผมขอร้องให้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งนำไปติดประกาศให้นักเรียน นักศึกษาได้รู้ตั้งแต่แรกก่อน ตัดสินใจมาเรียนแพทย์ เมื่อเรียนจบแล้วจะได้ไม่ประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์เชิงพาณิชย์ที่หวังตอบโภยเงิน หรือผลประโยชน์จากคนไข้มากกว่าการเห็นอกเห็นใจ และพยายามทำทุกวิถีทางให้คนไข้หาย หรือทุเลาจากการเจ็บป่วยอย่างแท้จริง

ผมจะขอให้ทุกคนคิดย้อนกลับไปเมื่อตอนเรียนจบใหม่ ๆ ผมมั่นใจว่าทุกคนต่างสัญญา กับตนเองว่าจะเป็นแพทย์ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี จะทำงานเพื่อคนไข้ จะทำให้ทุกคนภูมิใจ จะเป็นตัวอย่างที่ดีให้รุ่นน้อง จะไม่เอาเปรียบคนอื่น ๆ ฯลฯ ผมเชื่อว่าไม่มีใครที่ตั้งใจ ตั้งแต่แรกว่า จะปากร้ายดุด่าต่อว่าคนไข้ ขุดริดเงินทองคนไข้ หรือทำในสิ่งที่ไม่ดี ไม่งามต่อวิชาชีพ แต่เมื่อเวลาผ่านไป ๕ ปี ๑๐ ปี ๒๐ ปี บนเส้นทางเดินของวิชาชีพ มีทางแยกมากมาย เราอาจถูกซักจุ่ง ให้เดินออกนอกเส้นทาง ผมขอให้ทุกคนคิดเองว่าเรา yang คงอยู่ในเส้นทางที่ตั้งใจไว้อยู่หรือไม่ หรือเดินออกไป นอกเส้นทาง แล้วอะไรทำให้เราเดินออกนอกเส้นทางที่ตั้งใจไว้ เมื่อคิดได้แล้วจะกลับมายังเส้นทางเดิม ที่ตั้งใจไว้ ตั้งแต่ตอนจบใหม่ ๆ หรือไม่ ผมเพียงแต่มาสะกิดให้เห็นความจริง แต่ถ้าเราสามารถเปลี่ยน กลับมาได้ คนไข้ย่อมจะมีความสุขมาก เราและคนรอบข้างจะมีความสุข และภูมิใจมากเช่นกัน

ในอดีตความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์ และทีมรักษาพยาบาลเปรียบเสมือนคน ในครอบครัวเดียวกัน มีความไว้วางใจให้เกียรติซึ่งกันและกัน ดังนั้นไม่ว่าจะเกิดเหตุไม่พึงประสงค์รุนแรง เพียงใดต่างเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน ความสัมพันธ์ที่ดีมานั้นเปลี่ยนแปลง ไปอาจเกิดจากธุรกิจทางการแพทย์ หรือมีผลประโยชน์ทับซ้อน ทำให้เกิดความขัดแย้งทางการแพทย์มากขึ้น ในการณ์เกิดเหตุไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาล หรือเกิดความเสียหายต่อคนไข้ เมื่อขาดการสื่อสาร ที่ดีระหว่างคนไข้ญาติ และทีมแพทย์ที่ทำการรักษาเป็นเหตุให้เกิดการร้องเรียน หรือฟ้องร้องได้ทำให้ บุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียด หลายคนทำงานด้วยความหวาดระแวงไม่มีความสุขหลายคน เปลี่ยนอาชีพไปก็มี

ในกรณี “น้องหนึว” โรงพยาบาลเลย ที่ศาลตัดสินให้กระทรวงสาธารณสุขแพ้คดีที่ มีคณโพส ภาพ ผู้รักษาประดุจพุฒบลoma ให้พร้อมกับบอกว่า “แพทย์ก็เหมือนผู้รักษาประดุจแม่ว่าจะรับบ帛ได้เป็นร้อย เป็นพันลูก คนไม่สนใจแต่เมื่อรับພลาดลูกเดียวเป็นกี干涉 ใจขึ้นมาทันที” ผมบอกว่าผมไม่เชื่อ สิ่งที่ผมเชื่อคือ “แม่คบไข้จะจำเชื้อแพทย์พยาบาลกี่ดูแลเขาไม่ได้ แต่เขาจะจำความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับในยามเจ็บป่วยได้” ผมยังเชื่ออีกว่า “ทุกรังก์ที่เราทำสิ่งดีงามจะมีคนได้รับผลเสมอโดยเฉพาะคนไข้”



ฟลอเรนซ์ ไนติงเกลล์ สตรีกับดวงประทีป กล่าวไว้เกี่ยบสองร้อยปีมาแล้วว่า “สิ่งแรกก็จะต้องคำนึงถึงเสมอในโรงพยาบาล คือต้องไม่ทำให้คนไข้เป็นอันตราย” หรือในปัจจุบันนี้เราจะได้ยินคำว่า “patient safety” อย่างไรก็ตามอเล็กซานเดอร์เป็น กล่าวไว้ว่า “ความผิดพลาดเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์” อย่าลืมว่าพวกราทุกคนทำงานในธุนการชีวิตที่คนไข้เอาชีวิตมาฝากเรา เมื่อก็ต้องความผิดพลาดย่อมหมายถึงอาจเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้เราจึงต้องมีระบบป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด หรือมีโอกาสเกิดน้อยที่สุด ผสมขอขอบคุณสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่ได้สร้างระบบคุณภาพให้โรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อสร้างความมั่นใจให้คนไข้และเจ้าหน้าที่ในด้านความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล

เราทำ HA เพื่อคุณภาพโรงพยาบาลมานานเกือบ ๒๐ ปีแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถสร้างความปลอดภัยได้ทั้งหมด เราไม่สามารถสร้างทุกคนให้มีคุณภาพได้ทั้งหมดอยู่ในโรงพยาบาลมีคุณภาพ แต่พอยกอกโรงพยาบาลเปลี่ยนไป ผสมเชื่อมั่นว่า HA สร้างระบบที่ดี แต่ถ้าคนไม่ดีก็ยังทำให้เกิดอันตรายต่อคนไข้ได้ ผสมจึงเชื่อมั่นในการทำโรงพยาบาลคุณธรรมเพื่อสร้างคนให้มีคุณธรรม คนดีนั้นไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาล หรือนอกโรงพยาบาลก็เป็นคนดีผสมขอให้ทุกคนทำทั้งงานคุณภาพ และคุณธรรมเพื่อให้โอกาสเกิดความผิดพลาดกับคนไข้น้อยที่สุด ดังคำที่ผสมพูดอยู่เสมอว่า “โรงพยาบาลคุณภาพสร้างระบบ โรงพยาบาลคุณธรรมสร้างคน”

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

การเลือกตั้งคณะกรรมการผู้บริหารชุดใหม่

โดย... ค.นพ.สมบูรณ์ คุณอรุณ
ประธานคณะอนุกรรมการเลือกตั้ง

๗ ปีผ่านไปอย่างรวดเร็ว ในที่สุดก็ถึงวาระการเลือกคนะผู้บริหารชุดใหม่ ซึ่งจะกำหนดให้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึง ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ละได้มีการดำเนินงานตามลำดับ ดังนี้

๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ประธานราชวิทยาลัยฯ มีหนังสือถึงสถาบันฝึกอบรมเพื่อขอซื้อผู้แทนที่จะทำหน้าที่ดำเนินการเลือกตั้ง โดยขอให้ส่งชื่อมาภายในวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑

๒๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ประธานราชวิทยาลัยฯ มีประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการเลือกตั้ง จำนวน ๙ คน โดยมีผลเป็นประธานคณะกรรมการ

๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ประชุมคณะกรรมการเลือกตั้ง ครั้งที่ ๑ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบราชวิทยาลัยสูตรนี้แพทย์แห่งประเทศไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการเลือกตั้งคณะกรรมการผู้บริหาร พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยต้องทำการเลือกตั้งให้เสร็จภายในเวลาไม่น้อยกว่า ๖๐ วัน ก่อนคณะกรรมการพัฒนาจากตำแหน่งตามวาระ โดยต้องทำการเลือกตั้ง ผู้รับตำแหน่งประธาน ๑ คน และกรรมการกลาง ๑๔ คน และเน้นการทำงานของคณะกรรมการ “ยุติธรรม โปร่งใส”

๒๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ส่งหนังสือประกาศเลือกตั้งและรับสมัครถึงสมาชิก จำนวน ๒,๘๗๖ ฉบับ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ หมดเขตวิบัติ

๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ประชุมคณะกรรมการเลือกตั้ง ครั้งที่ ๒ รับทราบจำนวนผู้สมัคร ผู้รับตำแหน่งประธาน ๖ คน และกรรมการกลาง ๒๐ คน ส่งรายชื่อผู้สมัครไปยังแพทยสภา เพื่อขอให้ตรวจสอบว่ามีผู้ได้เคยถูกลงโทษจากแพทยสภาหรือไม่ เพราะจะเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ปรากฏว่า ไม่มี

๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ จัดทำบัตรเลือกตั้ง และส่งให้สมาชิกทางไปรษณีย์

๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้เวลา ๒ สัปดาห์ เพื่อให้บัตรเลือกตั้งถึงสมาชิกสามัญ

๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นวันสุดท้ายที่ให้ส่งใบลงคะแนนกลับมายังราชวิทยาลัยฯ โดยถือตามประทับตราไปรษณีย์

ในระหว่างนั้น มีสมาชิกมากขึ้นบัตรเลือกตั้งใหม่ เนื่องจากย้ายที่อยู่หรือไปรษณีย์จัดส่งไม่ถึง จำนวน ๑๑ ราย ได้ให้สมาชิกเหล่านั้นเขียนใบขอบัตรเลือกตั้งใหม่พร้อมทั้งเหตุผลไว้เป็นหลักฐาน

๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ประชุมคณะกรรมการและนับคะแนน โดยได้ขอความร่วมมือไปยังสถาบันฝึกอบรมให้ส่งแพทย์ประจำบ้านมาเป็นคณะกรรมการเพื่อช่วยนับคะแนนเลือกตั้ง จำนวน ๑๐ คน

๔.๓๐ น. เลขาธิการคณะกรรมการ พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ราชวิทยาลัยฯ เดินทางไปยังไปรษณีย์สาขา เพชรบุรีตัดใหม่ เปิดตู้ปณ. ๑๖๗ ที่เช่าไว้ นำบัตรลงคะแนนทั้งหมดกลับมายังสำนักงานราชวิทยาลัยฯ ปรากฏว่ามีส่งบัตรเลือกตั้งกลับมาทั้งหมด ๔๘๗ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๑ เป็นบัตรเสีย ๒๖ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๕.๙ ส่วนใหญ่ เป็นเพราะไม่ได้เซ็นชื่อมา

๔.๓๐ น. ได้แบ่งบัตรเลือกตั้งออกเป็น ๔ กอง และแบ่งการนับคะแนนออกเป็น ๔ จุด ให้แพทย์ประจำบ้านที่มาเป็นคณะกรรมการแบ่งไปประจำ ๔ จุด โดยให้คละกัน แต่ละจุดไม่ให้มาจากสถาบันเดียวกัน เป็นผู้เปิดซองดูว่าถูกไม่เป็นบัตรเสียก็ให้ขานชื่อผู้ได้รับเลือก และภาคคะแนนลงในรายชื่อบันกระดาษที่จัดเตรียมไว้มีสมาชิกหลายท่านที่ได้สอบถามมา โดยไม่อยากลงชื่อในใบลงคะแนนจะได้สบายใจว่า ไม่มีใครรู้ว่าท่านลงคะแนนให้ใคร เพราะแพทย์ประจำบ้านที่เปิดซอง น่าจะไม่รู้จักท่าน หลังจากนับคะแนนเสร็จ บัตรเลือกตั้งจะถูกรวบรวมเก็บไว้ด้วยกัน ไม่มีการเปิดดู จะเก็บไว้จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ หากไม่มีการร้องเรียนใด ๆ เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้ง

ผลการลงคะแนน สรุปได้ ดังนี้

ผู้รับตำแหน่งประธาน :

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิทยา ฤทธิพันธ์ โรงพยาบาลศิริราช ได้ ๒๗๔ คะแนน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เอกชัย โค瓦วิสารช์ โรงพยาบาลราชวิถี ได้ ๑๙๓ คะแนน
๓. ศาสตราจารย์ นายแพทย์แสงชัย พฤทธิพันธ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ ๑๗๒ คะแนน
๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์กัวลัยวงศ์ รัตนสิริ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ ๑๗๗ คะแนน
๕. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์กำธร พฤกษาวนานนท์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ ๑๗๓ คะแนน
๖. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุภักษิ จุลวิจิตรพงษ์ โรงพยาบาลศิริราช ได้ ๒๗ คะแนน

กรรมการกลาง :

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ศักนัน มະโนนกย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ ๕๑๘ คะแนน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อรรถพ ใจสำราญ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ ๕๐๖ คะแนน
๓. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชเนนทร์ วนากิริกษ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ ๔๙๓ คะแนน
๔. รองศาสตราจารย์ 医師หญิงจิตima สุนทรสัจ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ ๔๘๙ คะแนน
๕. นายแพทย์พิษณุ ขันติพงษ์ ข้าราชการบำนาญ ได้ ๔๔๑ คะแนน
๖. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วรพงศ์ ภู่พงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ ๔๗๔ คะแนน
๗. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดัญกานต์ บริบูรณ์หริษฐ์สาร โรงพยาบาลศิริราช ได้ ๔๗๗ คะแนน
๘. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒนา พันธ์บูรณะ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ ๔๐๔ คะแนน
๙. รองศาสตราจารย์ 医師หญิงพรพิมล เรืองวุฒิเลิศ โรงพยาบาลศิริราช ได้ ๓๙๑ คะแนน

๑๐. นายแพทย์โอพาริก มุสิกวงศ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้ ๓๖๔ คะแนน
๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อุทธยา โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ ๓๔๙ คะแนน
๑๒. นายแพทย์วิลิทช์ สุวัครพงษ์กุล โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ได้ ๓๔๗ คะแนน
๑๓. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริวรา วรรณ ตั้งจิตกมล วชิรพยาบาล ได้ ๓๔๗ คะแนน
๑๔. ศาสตราจารย์ นายแพทย์โภวิท คำพิทักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ ๓๓๑ คะแนน
๑๕. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรรรรณ เล็กสกุลไชย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ ๓๒๕ คะแนน
๑๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ จันทรแสงอร่าม โรงพยาบาลราชวิถี ได้ ๓๑๑ คะแนน
๑๗. นายแพทย์ลุลิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำปูน ได้ ๓๐๗ คะแนน
๑๘. พันเอกเพิ่มศักดิ์ สุเมฆครี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ ๒๕๔ คะแนน
๑๙. นายแพทย์วิวัฒน์ กมลพรวิจิตร โรงพยาบาลบีเอ็นเอช ได้ ๒๓๔ คะแนน
๒๐. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ยุทธพงศ์ วีระวัฒนธรรมกุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ ๒๓๗ คะแนน

๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกาศผลการลงคะแนนเลือกตั้งที่ Website : <http://www rtcog.or.th>

ขอแสดงความยินดีกับกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ ชุดใหม่ และขอวยพรให้การทำงานของท่านเป็นไปด้วยความราบรื่น เกิดประโยชน์มากที่สุดและราชวิทยาลัยฯ ที่รักของพวกรา



Risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy in BRCA mutation carriers

การตัดรังไข่และท่อนำไข่เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ในผู้ที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA

โดย... นพ.เกรชชูวัฒน์ เกรชชูเสถียร

นพ.สันติภพ ศรีสมบูรณ์

ในนามของ... คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยาฯ

มะเร็งรังไข่ เป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่พบได้บ่อยเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งปอดกลุก ในประเทศไทย^(๑) และมีอุบัติการณ์พบได้บ่อยเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งปอดกลุก และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก- ในการเกิดมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีทั่วโลก^(๒) เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในระยะต้น ๆ นั้นไม่ได้มีอาการที่จำเพาะต่อตัวโรค และการตรวจคัดกรองในปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพที่ดีมากนัก ส่งผลให้ผู้ป่วยมักจะมารับการรักษาในระยะท้าย ๆ ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก และมีอัตราการเสียชีวิตสูง การตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกก่อนที่จะเกิดเป็นมะเร็งในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงจึงเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้กันในปัจจุบัน

กลุ่มโรคมะเร็งเต้านมและรังไข่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (hereditary breast and ovarian cancer syndrome: HBOC) ที่พบได้บ่อยคือกลุ่มโรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์หรือหายไปของยีน BRCA1 และ BRCA2 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งรังไข่ประมาณร้อยละ ๑๐ และร้อยละ ๓ - ๕ ของมะเร็งเต้านม การกลยุทธ์ของยีน BRCA จะมีการถ่ายทอดผ่านรูปแบบยีนเด่น (autosomal dominant) ซึ่งมีโอกาสถ่ายทอดไปสู่รุ่นลูก หลาน ได้หลาย ๆ รุ่น จากการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาพบว่า สตรีที่มีการกลยุทธ์ของยีน BRCA1 จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งรังไข่ในช่วงชีวิตยาวนานร้อยละ ๗๕ - ๘๖ และสตรีที่มีการกลยุทธ์ของยีน BRCA2 จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งรังไข่ในช่วงชีวิตคิดเป็นร้อยละ ๑๗ - ๒๙^(๓) เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งรังไข่เพียงร้อยละ ๑.^(๔) นอกจากนี้การกลยุทธ์ของยีนดังกล่าว ยังเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้นเป็นประมาณร้อยละ ๗๐^(๕) รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอื่น ๆ เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งตับอ่อน ดังนั้นสตรีในกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่เหมาะสมที่ควรได้รับคำแนะนำให้ทำการผ่าตัดนำรังไข่และท่อนำไข่ออก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ (risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy: RRBSO)

|| กันที่ในการตรวจหาการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2

ในปัจจุบันมีคำแนะนำจากองค์กรต่างๆ มากมายเพื่อคัดกรองสตรีที่เหมาะสมในการตรวจหาการกลายพันธุ์ ของยีน BRCA โดยคำแนะนำของเครือข่ายมะเร็งครรภ์และชัตติ (National Comprehensive Cancer Network: NCCN) สามารถสรุปได้ดังนี้^(๑)

แนวทางในการตรวจวินิจฉัยการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/2

๑. บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่ทราบแล้วว่ามีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/2
๒. บุคคลที่ได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม หรือ invasive และ ductal carcinoma in situ ร่วมกับเข้าเกณฑ์ อายุได้อย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - ได้รับการวินิจฉัยขณะที่อายุ ≤ 45 ปี
 - ได้รับการวินิจฉัยขณะที่อายุ ≤ 50 ปี โดยที่เข้าเกณฑ์อย่างได้อย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - มีมะเร็งปฐมภูมิของเต้านมอีกตำแหน่ง
 - มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งเต้านม
 - มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งตับอ่อน
 - มีญาติอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (Gleason score ≥ 7) หรือมีการแพร่กระจาย
 - ไม่ทราบประวัติครอบครัวที่แน่นัด
 - ได้รับการวินิจฉัยขณะที่อายุ ≤ 60 ปี โดยที่ผลชิ้นเนื้อเป็นลบต่อตัวรับฮอร์โมนทั้ง ๓ ตัว (ER, PR, HER-2: neg)
 - ได้รับการวินิจฉัยในทุกกลุ่มอายุ โดยที่เข้าเกณฑ์อย่างได้อย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - มีญาติใกล้ชิดตั้งแต่ ๒ คน ขึ้นไปเป็นมะเร็งเต้านม, มะเร็งตับอ่อน, หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก (Gleason score ≥ 7) หรือมีการแพร่กระจาย
 - มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ ≤ 50 ปี
 - มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งรังไข่ มะเร็งท่อน้ำไข่ หรือมะเร็งเยื่อบุช่องท้อง
 - มีญาติใกล้ชิดเพศชายเป็นมะเร็งเต้านม
 - หากมีเชื้อชาติที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ชาวยิว ไม่จำเป็นต้องอาศัยประวัติครอบครัวอื่น ๆ
๓. บุคคลที่ได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งรังไข่
๔. บุคคลที่ได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมเพศชาย
๕. บุคคลที่ได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (Gleason score ≥ 7) ร่วมกับเข้าเกณฑ์อย่างได้ อย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งรังไข่

- มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุ \leq ๕๐ ปี
 - มีญาติอย่างน้อย ๒ คน เป็นมะเร็งเต้านม, มะเร็งตับอ่อน, หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก (Gleason score \geq ๗ หรือมีการแพร่กระจาย)
๖. บุคคลที่มีประวัติเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่มีการแพร่กระจาย
๗. บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งตับอ่อน ร่วมกับเข้าเกณฑ์อย่างได้อย่างหนึ่งต่อไปนี้
- มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งรังไข่
 - มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คน เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุ \leq ๕๐ ปี
 - มีญาติอย่างน้อย ๒ คน เป็นมะเร็งเต้านม, มะเร็งตับอ่อน, หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก (Gleason score \geq ๗ หรือมีการแพร่กระจาย)
๘. เป็นชาวเชื้อชาติที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งตับอ่อน
๙. ตรวจพบการกลยุบพันธุ์ของยีน BRCA ในก้อนเนื้อจากตำแหน่งต่าง ๆ
๑๐. อาศัยจากเฉพาะประวัติครอบครัว
- มีญาติลำดับที่ ๑ หรือ ๒ ที่มีประวัติเข้าเกณฑ์ต่าง ๆ ข้างบน
 - มีญาติใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งรังไข่
 - มีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๒ คน เป็นมะเร็งเต้านม (อย่างน้อย ๑ คน ได้รับการวินิจฉัย เมื่ออายุ \leq ๕๐ ปี) หรือมะเร็งรังไข่

* ญาติใกล้ชิด คือ ญาติลำดับที่ ๑, ๒ และ ๔ ในสายเดียวกันของครอบครัว โดยแยกกันพิจารณาทางฝั่งบิดา และมารดา ออกจากกัน

แนวทางในการผ่าตัด RRBSO

การเลือกช่วงอายุที่เหมาะสมที่จะทำ RRBSO นั้นต้องพิจารณาระหว่างโอกาสของการเกิดมะเร็งในช่วงอายุนั้น ๆ กับภาวะหมดระดูที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด โดยในปัจจุบันนั้นมีข้อแนะนำในการผ่าตัด RRBSO ในผู้ที่มีการกลยุบพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 ดังนี้^(๑)

- สำหรับสตรีที่มีบุตรครบแล้ว หรือไม่ต้องการมีบุตรแล้วให้พิจารณาทำ RRBSO ในช่วงอายุ ๓๕ – ๔๐ ปี หรือทำการผ่าตัด RRBSO ในช่วงอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี โดยอิงจากประวัติการเกิดโรคมะเร็งในครอบครัว เนื่องจากโอกาสการเกิดมะเร็งรังไข่จะสูงขึ้นมากตั้งแต่อายุ ๓๕ ปี โดยเฉพาะ ในสตรีที่มีการกลยุบพันธุ์ของยีน BRCA1^(๒)
- สตรีที่มีการกลยุบพันธุ์ของยีน BRCA2 อาจมีระยะเวลาที่จะผ่าตัด RRBSO ออกไปในช่วงอายุ ๔๐ – ๔๕ ปีได้ เนื่องจากอายุที่เกิดมะเร็งรังไข่โดยเฉลี่ยจะซักกว่าสตรีกลุ่มที่มีการกลยุบพันธุ์ของยีน BRCA1 ๘ – ๑๐ ปี แต่หากผ่าตัด RRBSO ในอายุที่มากขึ้นจะลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมได้น้อยกว่า^(๓)

ภายหลังการผ่าตัด RRBSO มีข้อมูลจากการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พบว่าสามารถลดโอกาสการเกิดมะเร็งรังไข่ได้ประมาณร้อยละ ๔๐^(๙, ๑๐) โดยที่โอกาสการเกิดมะเร็งรังไข่จะลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มสตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 มากกว่า BRCA2^(๑๐, ๑๑) และยังมีข้อมูลว่าการตัดรังไข่ในสตรีก่อนวัยหมดประจำเดือนสามารถที่จะลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมได้ประมาณร้อยละ ๕๐^(๑๒) แต่อย่างไรก็ตามภายหลังการทำ RRBSO ในสตรีกลุ่มนี้ยังสามารถที่จะเกิดมะเร็งของเยื่อบุช่องท้องได้ประมาณร้อยละ ๕^(๑๓, ๑๔) ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดได้จาก ๑) การมีเชื้อหลงเหลือของรังไข่และท่อน้ำไข่ในช่องท้อง^(๑๕) ๒) มีการกระจายของมะเร็งจากรังไข่และท่อน้ำไข่ไปก่อนที่จะทำการผ่าตัด RRBSO^(๑๖) และ ๓) เกิดจากการกลายเป็นมะเร็งเยื่อบุช่องท้องตำแหน่งต่าง ๆ ที่มีแหล่งกำเนิดร่วมกันกับอวัยวะสีบพันธุ์^(๑๗)

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด RRBSO

สตรีที่จะผ่าตัด RRBSO ควรได้รับการประเมินทางพันธุศาสตร์ เพื่อหาการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1, BRCA2 ที่ชัดเจน โดยสตรีที่ยังต้องการมีบุตรครรภ์ที่จะได้รับคำแนะนำการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อทำการแซ่แข็งไข่หรือตัวอ่อนได้ก่อนการผ่าตัด

สตรีที่ทำการผ่าตัด RRBSO สามารถพบรอยแผลมะเร็งรังไข่ที่แผลอยู่ได้ร้อยละ ๔ - ๘^(๑๘ - ๒๔) โดยความเสี่ยง ที่จะพบมะเร็งรังไข่จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ดังนั้นก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด RRBSO ควรทำการตรวจด้วยคลื่นเสียง ความถี่สูง ร่วมกับเจาะเลือดดูระดับ CA - ๑๙๕ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคมะเร็งที่แผลอยู่ และสตรีทุกรายที่จะทำการผ่าตัดควรได้รับคำแนะนำล่วงหน้าถึงโอกาสที่ต้องได้รับการผ่าตัด complete surgical staging หากพบว่าเป็นมะเร็งรังไข่ขณะผ่าตัด

การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดอื่น ๆ ควรทำเหมือนการผ่าตัดทางนรีเวชทั่วไป

ขั้นตอนในการผ่าตัด RRBSO

การผ่าตัด RRBSO สามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (laparotomy) และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (laparoscopy) ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องนั้นมีข้อดีมากกว่า คือระยะพักฟื้นสั้นกว่า อาการปอดจากแผลผ่าตัดน้อยกว่า รับการรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่า

ขั้นตอนในการผ่าตัด ต้องผ่าตัดนำรังไข่และท่อน้ำไข่ออกให้หมด ซึ่งมีขั้นตอนในการผ่าตัดดังนี้

๑) สำรวจภายในช่องท้องทั้งหมด เพื่อดูการแพร่กระจายของมะเร็งรังไข่ หากพบตำแหน่งที่สงสัยมะเร็ง ควรทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพยาธิวิทยา (อาจใช้ frozen section หากสามารถทำได้) และอาจทำ omental biopsy และ cytological smear ที่ diaphragm ร่วมด้วย^(๒๕, ๒๖)

๒) ทำการล้างช่องท้องแล้วดูด拿出去อีกไปตรวจ (peritoneal lavage) เนื่องจากอาจมีการกระจายของมะเร็งหรือมีมะเร็งแฝงอยู่ ซึ่งพบโดยการทำ lavage ได้

๓) ตัดรังไข่ทั้งหมดออก รวมถึงตัดพังผืดโดยรอบรังไข่ที่ติดอยู่กับเยื่อบุช่องท้องทั้งหมดออก เพื่อไม่ให้มีเศษรังไข่หลงเหลืออยู่ การตัดเส้นเลือด ovarian artery และ vein ควรตัดอย่างน้อย ๒ เซนติเมตรห่างจากรังไข่ หรือให้อยู่ที่ขอบของกระดูกเชิงกราน (pelvic brim) เพื่อไม่ให้มีเศษรังไข่หลงเหลือ^(๑๖)

๔) ควรตัดท่อน้ำไข่ออกทั้งหมดให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะในส่วนปลายของท่อน้ำไข่ เนื่องจาก การศึกษาในสตรีที่มีการกลایพันธุ์ของยีน BRCA ที่ได้รับการผ่าตัด RRBSO พบว่ามะเร็งที่พบส่วนใหญ่มีจุดกำเนิดจาก fimbriae^(๑๗)

การตัดมดลูกพร้อมกับการผ่าตัด RRBSO สำหรับสตรีที่มีการกลัยพันธุ์ของยีน BRCA นั้น ยังไม่มีข้อมูลที่สนับสนุนชัดเจน^(๑๘) ตัดมดลูกร่วมด้วยนั้นสามารถทำได้ในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูก และไม่ควรทำการตัดมดลูกในทุกราย เนื่องจากสามารถเพิ่มโอกาสการเกิดอันตราย หรือบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่น ๆ มากขึ้นจากการผ่าตัดได้

การตัดชิ้นเนื้อเพื่อดูลักษณะทางพยาธิวิทยา จะต้องทำอย่างละเอียดในรูปแบบ Sectioning and Extensively Examining the Fimbria (SEE-FIM) protocol เพื่อดูว่ามีมะเร็งแฝงอยู่หรือไม่ เพื่อใช้ในการประกอบการรักษาต่อไป ในรายที่พบว่ามีมะเร็งแฝงอยู่ควรได้รับการผ่าตัดอย่างเหมาะสมเพิ่มเติม และได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งต่อไป

ผู้ที่รับการผ่าตัด RRBSO นั้น แนะนำให้ทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านมะเร็งรีเวช แต่หากนรีแพทย์ที่จะทำการผ่าตัด RRBSO แก่ผู้ป่วย ควรมีรูปแบบในการผ่าตัดที่ชัดเจน และเขียนถึงการสำรวจช่องท้องต่าง ๆ ร่วมด้วยในรายงานการผ่าตัด รวมถึงมีระบบการปรึกษาแพทย์ที่ชำนาญกว่าอย่างเหมาะสม^(๑๙)

การติดตามผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด RRBSO

นอกเหนือจากการตรวจติดตามหลังผ่าตัดตามปกติแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด RRBSO ยังมีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งของเยื่อบุช่องท้องได้ แต่ในปัจจุบันนั้นยังไม่มีวิธีการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเยื่อบุช่องท้อง ภายหลังการผ่าตัด RRBSO ที่เหมาะสม โดยอาจพิจารณาเจาะตรวจค่า CA-125 ร่วมกับการตรวจภายในทุกปี

การเฝ้าระวังจากการผ่าตัด RRBSO และการใช้ออร์โนนกดแทน

หลังจากได้รับการผ่าตัด RRBSO ผู้ป่วยจะประสบปัญหาการขาดออกโรโมนอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีอาการของการหมดประจำเดือน หรืออาการร้าวท้องได้ นอกจากอาการร้าวท้องแล้วยังมีเรื่องของความเลี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดหัวใจ และความสามารถในการจำและรู้ตัวที่咦่ลงร่วมด้วย โดยการใช้ออร์โนนกดแทนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการลดอาการต่าง ๆ ข้างต้น

สตรีที่มีการกลایพันธุ์ของยีน BRCA ส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด RRBSO นั้น ไม่ได้ทำการผ่าตัดดมดลูกออกพร้อมกัน ดังนั้นการให้ออร์โมนทดแทนที่เหมาะสม จึงควรให้ออร์โมนโปรเจสตินร่วมด้วย แต่เมื่อพิจารณาจากการศึกษาของ Women's Health Initiative ที่พบว่าการใช้ออร์โมนทดแทนแบบเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสตินในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ไม่มีประจำเดือนนั้น เพิ่มโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านม^(๓๐,๓๑) ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่ากังวลในสตรีที่มีการกลัยพันธุ์ของยีน BRCA แต่อย่างไรก็ตาม ก็มีการรายงานที่ไม่พบความเสี่ยง ของมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ออร์โมนทดแทนในสตรีกลุ่มนี้^(๓๒, ๓๓)

นอกเหนือจากนี้สตรีที่ได้รับการผ่าตัด RRBSO อาจมีปัญหาช่องคลอดบาง เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งหากใช้สารหล่อลื่นช่วยขณะมีเพศสัมพันธ์แล้วไม่ได้ผล ก็สามารถใช้ออร์โมนเอสโตรเจนทางช่องคลอดได้ โดยที่มีการให้ออร์โมนทางช่องคลอดนั้น มีผลต่อระดับฮอร์โมนในกระแสเลือดน้อย จึงน่าจะปลอดภัย ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ปัจจุบันจึงมีการใช้ออร์โมนทดแทนแบบออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย เพื่อลดอาการของภาวะวัยทองและป้องกันข้อเสียที่ตามมาโดยอาจให้ในระยะเวลา ๑ - ๒ ปี และลดขนาดลงจนหยุดการใช้ หรือให้จนถึงอายุประมาณ ๕๑ ปี^(๒๙, ๓๑) ซึ่งจะพอ ๆ กับการเข้าสู่วัยทองตามธรรมชาติ เพื่อลดอาการวัยทอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดหัวใจ และความสามารถในการจำและรู้ตัวที่แย่ลง ซึ่งเกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย โดยหากผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม (risk-reducing mastectomy) ก็ควรรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา�ังไม่ได้มีคุณภาพเพียงพอ ดังนั้นการใช้ออร์โมนทดแทนแบบออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด RRBSO จึงควรแนะนำผู้ป่วยถึงข้อดี ได้แก่การลดอาการวัยทอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดหัวใจ และความสามารถในการจำและรู้ตัวที่แย่ลง รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิต และข้อเสีย ได้แก่ความเสี่ยง ของโรคมะเร็งเต้านมที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ การตัดสินใจในการใช้ออร์โมนในการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบที่อาจตามมาสำหรับผู้ป่วยเอง

ทางเลือกอื่น ๆ หากไม่ต้องการทำ RRBSO

๑) การผ่าตัดนำท่อรังไข่ทั้ง ๒ ข้างออก และตามด้วยการผ่าตัดนำรังไข่ออกหลังเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน

เนื่องจากมีการตรวจพบรอยโรคมะเร็งระยะที่อยู่ในเยื่อบุผิวของท่อน้ำไข่ในสตรีที่ได้รับการผ่าตัด RRBSO ที่เรียกว่า serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC)^(๒๙, ๒๐) โดยที่ส่วนใหญ่จะอยู่ในตำแหน่ง fimbria จึงมีความเชื่อว่า มะเร็งรังไข่ชนิด serous มีจุดกำเนิดมาจากท่อน้ำไข่ ซึ่งอาจจะสามารถป้องกันได้เพียงแค่การตัดท่อน้ำไข่ และจึงตัดรังไข่ออกหลังจากเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาอย่างเพียงพอ จึงยังไม่ได้เป็นวิธีมาตรฐานในผู้ป่วยที่มีการกลัยพันธุ์ของยีน BRCA

๒) การตรวจคัดกรองอย่างใกล้ชิด

ผู้เชี่ยวชาญบางรายได้แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (transvaginal ultrasonography) ร่วมกับเจาะเลือดเพื่อคุณระดับ CA-125 ทุก ๖ เดือน โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๓๕ ปี หรือ ๕ - ๑๐ ปี ก่อนที่จะมีการวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ในครอบครัว^(๔) รวมถึงการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการที่ต้องรับการตรวจคัดกรอง ได้แก่ อาการอืดท้อง ท้องโตขึ้น บลสภาวะบ่อย กินลำบาก อิ่มเร็ว ปวดท้อง ปวดท้องน้อย เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้มารับการตรวจเร็วขึ้น แต่พบว่าแม้จะทำการคัดกรองอย่างใกล้ชิด แต่ก็มักจะวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ได้ในระยะท้าย ๆ ดังนั้นการผ่าตัด RRBSO จึงมีความสำคัญและเหมาะสมในสตรีกลุ่มนี้ที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว

๓) การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

การทานยาเม็ดคุมกำเนิดในผู้ที่มีการกลایพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ได้ โดยมีการศึกษาในผู้ที่มีการกลัยพันธุ์ของยีน BRCA พบว่าหากมีประวัติเคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจะมีโอกาสเป็นมะเร็งรังไข่น้อยลงถึงร้อยละ ๕๐^(๕) และหากใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ก็มีโอกาสที่ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ลดลงมากขึ้น โดยอาจจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ต่อปี^(๕) ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ต้องการผ่าตัด RRBSO และยังไม่ต้องการมีบุตร

สรุป

สตรีที่มีการกลัยพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 นั้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่ที่สูงขึ้น จึงควรได้รับคำแนะนำให้ทำการผ่าตัดนำรังไข่ และท่อนำไข่ ออกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ (RRBSO) เมื่อมีบุตรครบแล้ว หรือไม่ต้องการมีบุตรอีก ในช่วงอายุ ๓๕ - ๔๐ ปี หรือก่อนอายุที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งรังไข่

เอกสารอ้างอิง

๑. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajrang S, et al. Cancer in Thailand Vol.VIII 2010–2012(Ministry of public health). Bangkok: New Thammada Press; 2015.
๒. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from : <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 13/02/2018.
๓. Chen S, Parmigiani G. Meta-analysis of BRCA1 and BRCA2 penetrance. J Clin Oncol 2007;25:1329–33.
๔. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html>.

- ๘. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, Phillips KA, Mooij TM, Roos-Blom MJ, et al. Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. *JAMA* 2017;317:2402–16.
- ๙. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical practice guidelines in oncology. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_screening.pdf (Accessed on March 16, 2018).
- ๑๐. Boyd J, Sonoda Y, Federici MG, Bogomolniy F, Rhei E, Maresco DL, et al. Clinicopathologic features of BRCA-linked and sporadic ovarian cancer. *JAMA* 2000;283:2260–5.
- ๑๑. Society of Gynecologic Oncologists Clinical Practice Committee Statement on Prophylactic Salpingo-oophorectomy. *Gynecol Oncol* 2005;98:179–81.
- ๑๒. Rebbeck TR, Kauff ND, Domchek SM. Meta-analysis of risk reduction estimates associated with risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:80–7.
- ๑๓. Marchetti C, De Felice F, Palaia I, Perniola G, Musella A, Musio D, et al. Risk-reducing salpingo-oophorectomy: a meta-analysis on impact on ovarian cancer risk and all cause mortality in BRCA 1 and BRCA 2 mutation carriers. *BMC Womens Health* 2014;14:150.
- ๑๔. Domchek SM, Friebel TM, Singer CF, Evans DG, Lynch HT, Isaacs C, et al. Association of risk-reducing surgery in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers with cancer risk and mortality. *JAMA* 2010;304:967–75.
- ๑๕. Rosen B1, Kwon J, Fung Kee Fung M, Gagliardi A, Chambers A. Systematic review of management options for women with a hereditary predisposition to ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2004;93:280–6.
- ๑๖. Finch A, Beiner M, Lubinski J, Lynch HT, Moller P, Rosen B, et al. Salpingo-oophorectomy and the risk of ovarian, fallopian tube, and peritoneal cancers in women with a BRCA1 or BRCA2 Mutation. *JAMA* 2006;296:185–92.
- ๑๗. Casey MJ, Synder C, Bewtra C, Narod SA, Watson P, Lynch HT. Intra-abdominal carcinomatosis after prophylactic oophorectomy in women of hereditary breast ovarian cancer syndrome kindreds associated with BRCA1 and BRCA2 mutations. *Gynecol Oncol* 2005;97:457–67.
- ๑๘. Tobacman JK, Greene MH, Tucker MA, Costa J, Kase R, Fraumeni JF Jr. Intra-abdominal carcinomatosis after prophylactic oophorectomy in ovarian-cancer-prone families. *Lancet* 1982;2:795–7.
- ๑๙. Salazar H, Godwin AK, Daly MB, Laub PB, Hogan WM, Rosenblum N, et al. Microscopic benign and invasive malignant neoplasms and a cancer-prone phenotype in prophylactic oophorectomies. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:1810–20.
- ๒๐. Muto MG, Welch WR, Mok SC, Bandera CA, Fishbaugh PM, Tsao SW, et al. Evidence for a multifocal origin of papillary serous carcinoma of the peritoneum. *Cancer Res* 1995;55:490–2.
- ๒๑. Dowdy SC, Stefanek M, Hartmann LC. Surgical risk reduction: prophylactic salpingo-oophorectomy and prophylactic mastectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1113–23.
- ๒๒. Powell CB, Kenley E, Chen LM, Crawford B, McLennan J, Zaloudek C, et al. Risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA mutation carriers: role of serial sectioning in the detection of occult malignancy. *J Clin Oncol* 2005;23:127–32.

๒๐. Finch A, Shaw P, Rosen B, Murphy J, Narod SA, Colgan TJ. Clinical and pathologic findings of prophylactic salpingo-oophorectomies in 159 BRCA1 and BRCA2 carriers. *Gynecol Oncol* 2006;100:58–64.
๒๑. Powell CB. Occult ovarian cancer at the time of risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Gynecol Oncol* 2006;100:1–2.
๒๒. Kauff ND, Barakat RR. Surgical risk-reduction in carriers of BRCA mutations: where do we go from here? *Gynecol Oncol* 2004;93:277–9.
๒๓. Lamb JD, Garcia RL, Goff BA, Paley PJ, Swisher EM. Predictors of occult neoplasia in women undergoing risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1702–9.
๒๔. Manchanda R, Abdelraheim A, Johnson M, Rosenthal AN, Benjamin E, Brunell C, et al. Outcome of risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA carriers and women of unknown mutation status. *BJOG* 2011; 118:814–24.
๒๕. Lu KH, Garber JE, Cramer DW, Welch WR, Niloff J, Schrag D, et al. Occult ovarian tumors in women with BRCA1 or BRCA2 mutations undergoing prophylactic oophorectomy. *J Clin Oncol* 2000;18:2728–32.
๒๖. Guillem JG, Wood WC, Moley JF, Berchuck A, Karlan BY, Mutch DG, et al. ASCO/SSO review of current role of risk-reducing surgery in common hereditary cancer syndromes. *J Clin Oncol* 2006;24:4642–60.
๒๗. Callahan MJ, Crum CP, Medeiros F, Kindelberger DW, Elvin JA, Garber JE, et al. Primary fallopian tube malignancies in BRCA-positive women undergoing surgery for ovarian cancer risk reduction. *J Clin Oncol* 2007;25:3985–90.
๒๘. Rubinstein WS. Surgical management of BRCA1 and BRCA2 carriers: bitter choices slightly sweetened. *J Clin Oncol* 2005;23:7772–4.
๒๙. Malacarne DR, Boyd LR, Long Y, Blank SV. Best practices in risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy: the influence of surgical specialty. *World J Surg Oncol* 2017;15:218.
๓๐. Chlebowski RT, Aragaki AK, Anderson GL. Menopausal Hormone Therapy Influence on Breast Cancer Outcomes in the Women's Health Initiative. *J Natl Compr Canc Netw* 2015;13:917–24.
๓๑. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA* 2003;289:3243–53.
๓๒. Birrer N, Chinchilla C, Del Carmen M, Dizon DS. Is Hormone Replacement Therapy Safe in Women With a BRCA Mutation?: A Systematic Review of the Contemporary Literature. *Am J Clin Oncol* 2018;41:313–5.
๓๓. Domchek S, Kaunitz AM. Use of systemic hormone therapy in BRCA mutation carriers. *Menopause* 2016;23:1026–7.
๓๔. Iodice S, Barile M, Rotmensz N, Feroce I, Bonanni B, Radice P, et al. Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: a meta-analysis. *Eur J Cancer* 2010;46:2275–84.
๓๕. McLaughlin JR, Risch HA, Lubinski J, Moller P, Ghadirian P, Lynch H, et al. Reproductive risk factors for ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. *Lancet Oncol* 2007;8:26–34.

Reproductive Medicine Sub-committee Recommendation:
Preimplantation geneticscreening (PGS)
or Preimplantation genetic diagnosis for aneuploidy (PGD-A)
or Preimplantation genetic testing (PGT) recommendations
(RM-ART-002-2018)

**คำแนะนำในการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซม
ของตัวอ่อนก่อนการย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูก**

โดย... คณะกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

คำนำ

ด้วยปัจจุบันเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองพันธุกรรมตัวอ่อน ยังมีความไม่ชัดเจนทั้งในแง่ของประโยชน์และข้อดีข้อเสียต่าง ๆ อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายที่สูง นอกเหนือจากนี้ที่ผ่านมา รายงานการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อผลประโยชน์ในเชิงพาณิชย์อีกด้วย ในขณะที่ผลการศึกษาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันยังไม่สามารถแสดงได้ชัดเจนว่าการใช้เทคโนโลยีการตรวจคัดกรองพันธุกรรมตัวอ่อนจะมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยโดยรวม ทั้งนี้ในประเทศไทยได้มีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งในมาตรา ๑๙ ที่บัญญัติว่าการตรวจคัดกรองพันธุกรรมตัวอ่อนอาจทำได้ตามความจำเป็นและสมควรแต่ต้องไม่เป็นการเลือกเพศบุตร รวมทั้งประกาศแพทยสภาที่ ๙๙ (๕)/๒๕๔๘ ที่ได้กำหนดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในเรื่องการตรวจคัดกรองพันธุกรรมตัวอ่อนไว้แล้ว

ดังนั้น ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยคณะกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จึงได้ออก “คำแนะนำในการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโนมโซมของตัวอ่อนก่อนการย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูก” ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำสำหรับคุณภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะขอตรวจคัดกรองโครโนมโซมของตัวอ่อน

ศ.นพ.สุกากต์ จุลวัฒนพงษ์
ประธานคณะกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

ที่มา

การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโนมโซมในตัวอ่อน คือการตรวจความผิดปกติทางโครโนมโซมในตัวอ่อนเพื่อเลือกตัวอ่อนที่มีโครโนมปกติ ย้ายกลับโพรงมดลูก ในคู่สมรสที่ไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม ชัดเจนเริ่มมีรายงานการตรวจครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๔๘ ปัจจุบันมีพัฒนาวิธีการและเทคนิคในการตรวจ

โครโมโซมมากขึ้น^(๑, ๒) และมีรายงานผลจากการตรวจคัดกรองดังกล่าวทำให้ทราบถึงข้อดีข้อเสีย ข้อจำกัดของการส่งตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อนที่ชัดเจนขึ้น ร่วมกับในปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีการออกพระราชบัญญัติ คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และประกาศแพทย์สภากี้ยกับ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ใน การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อน โดยกำหนดไว้ชัดเจนว่า การให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ อาจทำการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อนได้ตามความจำเป็น และสมควร ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการกระทำในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการเลือกเพศ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อนที่ทำด้วยวิธี FISH (Fluorescence in situ hybridization) ซึ่งเป็นการตรวจความผิดปกติทางโครโมโซม ๕ - ๗ คู่ ในตัวอ่อน พบร้า ในคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยากทั่วไป การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อนด้วยวิธี FISH ไม่สามารถเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ ไม่สามารถป้องกันการแท้ง^(๓) ไม่มีความคุ้มค่า (cost-effectiveness)^(๔) และอาจลดอัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการกระตุนไข่ได้ เนื่องจากมีจำนวนตัวอ่อนที่ย้ายกลับพร้อมดลูกลดลง^(๕) ส่วนในคู่สมรสที่มีปัญหาจำเพาะ เช่น คู่สมรสที่ฝ่ายหญิงมีอายุมากและคู่สมรสที่มีปัญหา recurrent implantation failure พบร้า การตรวจคัดกรอง ความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อนด้วยวิธี FISH ไม่สามารถเพิ่มทั้งอัตราการฝังตัวและอัตราการตั้งครรภ์ได้^(๖, ๗, ๘) จากข้อมูลข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อนนั้น เป็นการตรวจ ที่จำเป็น และไม่สามารถแสดงได้ว่ามีประโยชน์อย่างชัดเจน สำหรับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในทุกคู่สมรส

การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อน โดยการวิเคราะห์คุ้มครองโครโมโซมทั้งหมด (Comprehensive chromosome screening) (CCS) พบร้า เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อน ด้วยวิธี CCS และการดูรูปร่างของตัวอ่อนเพียงอย่างเดียว ในคู่สมรสอยู่ในกลุ่มที่การทำงานของรังไข่ปกตินั้นพบว่า การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อนด้วยวิธี CCS ทำให้มีอัตราการฝังตัวของตัวอ่อนเพิ่มขึ้น^(๙, ๑๐ - ๑๒) แต่ยังไม่มีข้อมูลการประเมินถึงความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมในตัวอ่อนด้วยวิธี CCS จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนในคู่สมรสอื่น เช่น ในกลุ่มที่มีการทำงานของรังไข่ปกติและ poor prognosis ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่แสดงถึงประโยชน์ในการทำ CCS เนื่องจากมีจำนวนตัวอ่อนในการย้ายน้อยลง

จากข้อมูลผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จึงได้จัดทำคำแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมของตัวอ่อน ก่อนย้ายกลับเข้าสู่พร้อมดลูก (PGS, PGD-A หรือ PGT) ในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังนี้

๑. จากข้อมูลการศึกษาที่มีอยู่จนถึงปัจจุบัน การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมของตัวอ่อนก่อนย้ายกลับเข้าสู่พร้อมดลูก (PGS, PGD-A หรือ PGT) ยังไม่ถือว่าเป็นขั้นตอน

มาตรฐานของการให้บริการด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในการรักษาภาวะมีบุตรยาก

๒. การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมของตัวอ่อนก่อนย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูก (PGS, PGD-A หรือ PGT) อาจทำได้ตามความจำเป็นและสมควรภายใต้ข้อกฎหมายในมาตรา ๑๙ ของ พ.ร.บ. คุ้มครองเด็กที่เกิดขึ้นโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๕๔ และประกาศแพทยสภาที่ ๙๕(๕)/๒๕๕๔ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อน แต่ให้ถือเป็นทางเลือกหนึ่งในขั้นตอนการให้บริการทางเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในคู่สามีภรรยาที่มีลักษณะตามข้อกำหนดของกฎหมาย โดยทั้งนี้การพิจารณาจะทำการตรวจคัดกรองความผิดปกติ ของโครโมโซมตัวอ่อน หรือไม่ให้ขึ้นอยู่กับความประสงค์ของคู่สามีภรรยาผู้รับบริการเอง ภายหลังจากได้รับรู้รับทราบประโยชน์ ข้อจำกัด ค่าใช้จ่าย รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการตรวจคัดกรอง ดังกล่าวอย่างเพียงพอแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Harton G, Braude P, Lashwood A, Schmutzler A, Traeger-Synodinos J, Wilton L, et al. ESHRE PGD consortium best practice guidelines for organization of a PGD centre for PGD/preimplantation genetic screening. *Hum Reprod.* 2011;26:14–24.
2. Practice Committee of Society for Assisted Reproductive T, Practice Committee of American Society for Reproductive M. Preimplantation genetic testing: a Practice Committee opinion. *Fertil Steril.* 2008;90:S136–43.
3. Checa MA, Alonso-Coello P, Sola I, Robles A, Carreras R, Balasch J. IVF/ICSI with or without preimplantation genetic screening for aneuploidy in couples without genetic disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Assist Reprod Genet.* 2009;26:273–83.
4. Harper J, Coonen E, De Rycke M, Fiorentino F, Geraedts J, Goossens V, et al. What next for preimplantation genetic screening (PGS)? A position statement from the ESHRE PGD Consortium Steering Committee. *Hum Reprod.* 2010;25:821–3.
5. Blockeel C, Schutyser V, De Vos A, Verpoest W, De Vos M, Staessen C, et al. Prospectively randomized controlled trial of PGS in IVF/ICSI patients with poor implantation. *Reprod Biomed Online.* 2008;17:848–54.
6. Mastenbroek S, Twisk M, van der Veen F, Repping S. Preimplantation genetic screening: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Hum Reprod Update.* 2011;17:454–66.
7. Dahdouh EM, Balayla J, Garcia-Velasco JA. Comprehensive chromosome screening improves embryo selection: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 2015;104:1503–12.
8. Chen M, Wei S, Hu J, Quan S. Can Comprehensive Chromosome Screening Technology Improve IVF/ICSI Outcomes? A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015;10:e0140779.
9. Lee E, Illingworth P, Wilton L, Chambers GM. The clinical effectiveness of preimplantation genetic diagnosis for aneuploidy in all 24 chromosomes (PGD-A): systematic review. *Hum Reprod.* 2015;30:473–83.

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๔/๒๕๖๐

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

ณ ห้องประชุม ๙๐๙ ชั้น ๔ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยคุณย์วิจัย เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

นำเสนอรายงานผู้ป่วย โดย แพทย์ประจำบ้าน กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกุญแจรัตน์

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาด้อยอดและต่อเนื่อง

ประวัติผู้ป่วยสูติกรรม

Case ผู้ป่วยหญิง อายุ ๔๐ ปี G1P0 GA 35⁺⁶ wks

สัญชาติ พลิปปินส์ อาชีพ แม่บ้าน ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร ศาสนาพุทธ ลิทธิการรักษา เงินสด

Chief complaint : มาฝากครรภ์ตามนัดพบความดันโลหิตสูง

Present illness :

ผู้ป่วยมาฝากครรภ์ตามนัด อาการปกติ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ลูกดิ่นดี ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีเลือดออก ผิดปกติทางช่องคลอด ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นลินปี หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีตาเหลือง ไม่มีตัวเหลือง ปัสสาวะปกติ ขับลมเล็กน้อย ไม่มีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกาย

Past history :

- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว
- ไม่มียาที่รับประทานประจำ
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
- ปฏิเสธประวัติการรับเลือด
- ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด

Family history

- ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวของคนในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติคลอดบุตรมีความพิการในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว

Obstetrics history

- LMP 19 ต.ค. 2559, PMP 20 ก.ย. 2559
- 1st ANC GA 10 weeks ร่วม 7 ครั้ง
- LAB I, II ปกติ
- Thalassemia screening: Not couple at risk for major thalassemia disease
- GDM screening: 50 gm GCT: 129 mg/dL at GA 30 week
- U/S History
- 1st U/S → GA 10 week: SVF, CRL 10+ week, Myoma 6 x 9 cm. Right posterior wall
- 2nd U/S → GA 18 week: SVF, Biometry 17⁺ week, Myoma 6 x 8 cm. Right posterior wall, placenta posterior fundus
- Amniocentesis → PND 46, xx normal female karyotype
- Medications: Folic (5) 1 tab oral OD, Nataral 1 tab oral OD

Physical examination

- Vital signs: BP 180/110 mmHg, PR 64 bpm, RR 18 /min, BT 37° C
- Height 158 cm., weight 62 kg. BMI 24.83 kg/m²
- General appearance: good consciousness, no dyspnea
- HEENT: not pale conjunctivae, anicteric sclerae, no thyroid gland enlargement, no papilledema
- CVS: regular, full pulse, normal S1 S2, no murmur
- Lungs: equal breath sounds, no adventitious sound, no breast mass
- Abdomen: FH 34 cm, FHS 150 bpm, vertex presentation, head float, no palpable mass, no uterine contraction
- Extremities: no deformities, pitting edema 1+ both legs
- Neurological examination: motor grade V all extremities, intact sensation, DTR 2+ all
- PV: NIUB+Vg WNL, Cervix: os closed, no effacement, station -3, Membrane intact, vertex presentation, location posterior, firm consistency

Problem lists

- G1P0 GA 35⁺⁶ week
- Myoma uteri
- Severe GHT

Investigation

- CBC: Hb 14.1 g/dL., Hct 42.6%, MCV 85.5 fl., WBC 11,800 ul., PMN 74.5 %, lymphocyte 19.6%, platelet 155,000 ul.
- Renal function test: BUN 6.7 mg/dL., Cr 0.65 mg/dL.
- AST 40 U/L, ALT 34 U/L
- Urine Cr 33 mg/dL, Urine protein 8 mg/dL
- Urine protein creatinine ratio: 0.24

Impression : G1P0 GA 35⁺⁶ week with myoma uteri with severe gestational hypertension

Management

- Maternal stabilization
 - MgSO₄ 4 gm IV slow push then MgSO₄ 2 gm/hr IV drip
 - Control BP < 160/110 mmHg
 - Monitor signs of SPE, eclampsia, MgSO₄ toxicity
- Delivery
 - Route of delivery: cesarean section due to unfavorable cervix
 - Anesthesia: spinal block with morphine
 - Delivery 11:05 am., female newborn, 2,080 gm, APGAR 8, 9
 - No intraoperative complication
- Postpartum
 - MgSO₄ 2 gm/hr for 24 hrs after delivery
 - Oxytocin 20 U + 5% DNSS 1,000 ml IV rate 50 ml/hr.
 - Keep urine output 0.5–1 ml/kg/hr.
 - Control BP < 160/110 mmHg
 - Labetalol 20 mg IV @ intra-operation
 - Labetalol 40 mg IV @ postpartum, 2 doses

Complications Postpartum 16 hr after delivery

ผู้ป่วย ไม่มีปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นหน้าอกร ไม่หอบเหนื่อย ปวดท้องเล็กน้อย ไม่มีไข้

Physical examination

- Vital signs: BP 145/90 mmHg, PR 80 bpm, RR 16 bpm, BT 37 °C
- Lung: coarse crepitation both lungs
- Decrease deep tendon reflex 2+ → 1+

Urine output 80 ml/hr. (1.25 ml/kg/hr.)

I/O total positive 220 ml

Investigation : Film chest x-ray: increased and redistribution of pulmonary vasculature are noted, likely pulmonary congestion

Provisional diagnosis : Severe gestational hypertension S/P cesarean section with pulmonary edema with magnesium toxicity

Management

- Furosemide 20 mg IV
- Hold MgSO₄
- Mg level = 8.6 mg/dL
- Restart MgSO₄ IV drip rate 1gm/hr.
- F/U Mg level: therapeutic range

Postpartum care

- Transfer to ward OB
- Discharge after 72 hr. postpartum
- no immediate complication, no clinical SPE
- SBP 120–145 bpm, DBP 75–95 bpm
- Good uterine contraction, normal lochia, normal surgical wound
- Exclusive breast feeding, negative early new born problems

Progression (Postpartum day 4)

Chief complaint: ชักเกร็งทั้งตัว ๑๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

- ๑๐ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะให้นมบุตร มีอาการตาพร่ามัว เริ่มมองเห็นไม่ชัด มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีจุกแน่นลิ้นปี่ ต่อมาอาการตามัวเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนมองไม่เห็น ทั้ง ๒ ข้าง จึงมาโรงพยาบาล
- ๑๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ระหว่างรอรถ มีอาการชักเกร็งกระดุกทั้งตัว นานประมาณ ๓ นาที ขณะชักเรียกไม่รู้สึกตัว ไม่มีปัสสาวะหรืออุจจาระริด หลังจากนั้นหยุดชักเอง หลังหยุดชัก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เรียกรู้ตัว สามารถตอบรู้เรื่อง แขนขาไม่อ่อนแรง ไม่ชา ไม่ซึม ไม่มีไข้ ไม่มีเคยมีอาการชักมากก่อนหน้านี้

Physical Examination

- Vital signs: BP 177/110 mmHg, PR 98 bpm, RR 16 /min, BT 36.1 °C
- General appearance: good consciousness, well cooperated
- CVS: regular, full pulse, normal S1 S2, no murmur
- Lungs: equal breath sounds, clear
- Abdomen: fundal height 2/3 above pubic symphysis, good surgical wound
- Extremities: no deformities, no edema
- Neurological: E4V5M6
 - Cranial nerves: pupils 4 mm react to light both eyes, full extraocular movement, positive light projection, no facial palsy, no tongue deviation
 - Motor power grade IV all extremities, intact sensation, normal tone, deep tendon reflex 2+ all, absent barbinski sign, clonus negative
- Eyes: VA: hand movement, good projective to light both eyes
 - Iris/pupil: round, react to light both eyes, 3 mm, relative afferent pupillary defect (RAPD): negative
 - Lens: retinal infarction, negative cherry red spot, no hemorrhage, normal A:V

Problem list

Acute progressive visual loss with headache with first episode seizure in postpartum patient

Differential diagnosis

- Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) due to eclampsia
- Venous sinus thrombosis
- Pituitary apoplexy
- Rupture aneurysm

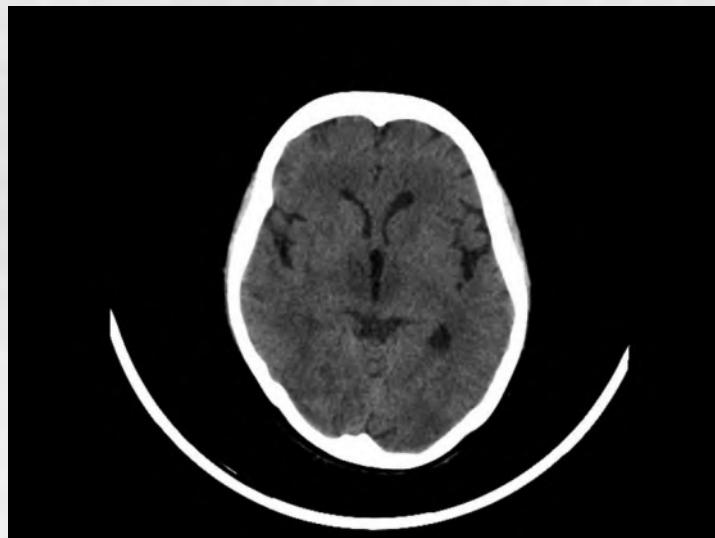
Investigation

- CBC: Hb 13.8 g/dL, Hct 42.1%, MCV 85.6 fL, WBC 16,600 uL, PMN 90.3%, lymphocyte 4.5%, platelet 245,000 ul
- Renal function test: BUN 8.9mg/dL, Cr 0.47 mg/dL
- Electrolyte: sodium 138 mEq/L, potassium 4.15 mEq/L, chloride 102.2 mEq/L, Bicarbonate 20.3 mEq/L, calcium 8.8 mEq/L, phosphate 4.8 mEq/L, Magnesium 1.9 mEq/L
- AST 44 U/L, ALT 37 U/L, ALP 410 U/L, LDH 286 U/L
- Urine protein 24 hr. 0.65 g/day
- APTT 26.1 sec, APTT ration 0.98, TT 10.7 sec, TT ration 1.08, PT 11.6 sec, INR 0.89

Imaging : CT brain without contrast

Finding: much artifact limits accuracy in details. There are hypodensity area, loss of grey-white matter distinction at bilateral occipital lobes. No hemorrhage is shown. The rest of cerebral and cerebellar parenchyma is unremarkable. The interhemispheric fissure is centered on midline. The ventricular system appears normal. The basal ganglia, internal capsules, corpus callosum, and thalamus appear normal. Parasellar structures are unremarkable. There is no abnormality in the cerebellopontine angles. There is no intraaxial or extraaxial hemorrhage. Physiologic calcifications at bilateral choroid plexus and pineal gland are noted. Visualized paranasal sinuses and mastoid air cells are unremarkable.

IMP : findings are suggestive of vasogenic edema at occipital lobes which is corresponding to PRES in eclampsia



Diagnosis: Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) due to eclampsia

Management:

- Admit to labor room
- Control blood pressure (keep BP < 140/90 mmHg (slowly))
 - Amlodipine 10 mg oral stat
 - Control BP with oral antihypertensive drug
- Magnesium sulfate for prevent seizure
 - Until 24 hr. from last seizure
 - Magnesium sulfate 4 gm IV loading then maintenance 2 gm/hr.
 - Observe signs of magnesium toxicity

Progress case (after admission day 3, postpartum day 7)

S : ผู้ป่วยองหينชัดมากขึ้น ไม่มีปวดศีรษะ ตัวพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอ่อนแรง

O : Vital signs: BP 140/80 mmHg, PR 90 bpm, RR 16/min, BT 36.6 °C

Heart: normal S1-S2, no murmur

Lungs: clear, equal breath sound

Eye: VA 20/20

Abdomen: soft, not tender, good surgical wound

Neuro: E4V5M6, motor power grade V all extremities, sensory intact

A+P: Clinical stable

Postpartum care

Home medication: Amlodipine (10) 1 tab oral bid pc

Enalapril (20) $\frac{1}{2}$ tab oral bid pc

Ferrous fumarate (200) 1 tab oral od ac

باحثรณ์โดย..

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอริตา จันทเสนานนท์
ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ผู้ป่วยรายนี้เป็นเคสที่น่าสนใจ เนื่องจากภาวะ hypertensive disorder in pregnancy เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น preeclampsia with severe feature ได้รับการรักษาโดยการ termination of pregnancy และได้รับ MgSO4 เพื่อป้องกันภาวะ eclampsia

ผู้ป่วยรายนี้ ๑๖ ชั่วโมงหลังคลอด พบร่วมมี complication เกิดขึ้นคือ pulmonary edema ซึ่งมี pathophysiology จากการที่มี endothelial activation ทำให้ intravascular fluid leak ไปอยู่นอกเซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปอด ซึ่งรักษาโดยการให้ diuretics

นอกจากนี้แล้ว ในผู้ป่วยรายนี้ยังพบว่ามี magnesium toxicity โดยมี Mg level 8.6 mg/dl (therapeutic level = 4.8 – 8.4 mg/dl หรือ 4 – 7 mEq/L) ซึ่งการรักษาคือ หยุดให้ MgSO₄ และเจาะตรวจน้ำดับ Mg อีกครั้งในอีก ๔ – ๖ ชั่วโมงต่อมา

หลังคลอด ๔ วัน ผู้ป่วยกลับมา re-admit ด้วย eclampsia ซึ่งภาวะ eclampsia พบร้าเรื้อรอยละ ๒ - ๓ ของ preeclampsia with severe feature^(๑) และส่วนใหญ่ คือร้อยละ ๕๙ เกิดขึ้นในช่วง antepartum, ร้อยละ ๒๐ เกิดขึ้นใน intrapartum และร้อยละ ๒๑ เกิดขึ้น postpartum^(๒) ซึ่งร้อยละ ๙๐ ของ eclampsia ในระยะ postpartum จะเกิดขึ้นภายใน ๑ สัปดาห์ หลังคลอด^{(๓) – (๔)}

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว คือมีอาการชักแบบ generalized tonic-clonic และ มี acute progressive visual loss ร่วมกับปวดศีรษะ ซึ่งในเคส eclampsia ที่เป็น atypical case^(๕) คือ

- ไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย preeclampsia
- มี persistent neurodeficit
- Prolong loss of consciousness
- ชักก่อนอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์
- ชักทั้ง ๆ ที่ได้รับ adequate MgSO₄

หรือชักหลังคลอดไปแล้ว เกิน ๒๔ ชั่วโมง ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ ควรได้รับการส่งตรวจ MRI หรือ CT brain ซึ่งผล CT brain without contrast ในผู้ป่วยรายนี้ เข้าได้กับ PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) due to eclampsia

PRES หรือ RPLS (Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome) นี้ วินิจฉัยจาก Clinical syndrome ร่วมกับมี neuroimaging finding^(๖) โดย Clinical syndrome ที่พบ คือ

- ปวดศีรษะ ซึ่งเป็นลักษณะ nonlocalized, moderate to severe pain และไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวด^(๗)
- Altered consciousness โดยอาการจะพบให้หลากหลายตั้งแต่ mild somnolence จนกระทั่ง昏迷ได้ในบางราย^{(๘) – (๙)}
- ชัก มีลักษณะเป็น generalized tonic-clonic
- Visual perception abnormality ซึ่งพบได้ตั้งแต่ hemianopia, visual neglect, auras, visual hallucination และ cortical blindness^(๑๐) การตรวจ fundi exam มักจะปกติ แต่อาจพบ papilledema ได้

Neuroimaging ที่พบใน PRES นั้น จะมีลักษณะเป็น symmetrical white matter edema in posterior cerebral hemisphere โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ parieto – occipital regions

ภาวะ PRES นี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับมาเป็นปกติภายใน ๒ สัปดาห์

ในภาวะ preeclampsia นั้น แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วการคลอดจะทำให้ตัวโรคดีขึ้นแต่ยังคงพบภาวะ eclampsia หลังคลอดได้ แม้จะพบได้ไม่บ่อยก็ตาม ดังนั้นสูตินรีแพทย์จึงควรต้องนึกถึง และเฝ้าระวังรวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึงภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ตลอดจนถึงอาการที่ผู้ป่วยจะต้องมาโรงพยาบาล

ໂອກສາຣ່ວ້າງວົງ

๑. Sibai BM. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trial. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 1520.
๒. Berhan Y, Berhan A. Should magnesium sulfate be administered to women with mild pre-eclampsia? A systematic review of published reports on eclampsia. J Obstet Gynecol Res 2015; 41: 831.
๓. Mattar F, Sibai BM. Eclampsia. VIII. Risk factors for maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 307.
๔. Al-Safi Z, Imudia AN, Filetti LC, et al. Delayed postpartum preeclampsia and eclampsia: demographics clinical course, and complications. Obstet Gynecol 2011; 118: 1102.
๕. Mayama M, Uno K, Tano S, et al. Incidence of posterior reversible encephalopathy syndrome in eclamptic and patients with preeclampsia with neurological symptoms. Am J Obstet Gynecol 2016; 215: 239.e1.
๖. Hinckey J, Chaves C, Appignani B, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. N Engl J Med 1996; 334: 494.
๗. Stott VL, Hurrell MA, Anderson TJ. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome: a misnomer reviewed. Intern Med J 2005; 35: 83.
๘. Junna MR, Rabinstein AA. Tacrolimus induced leukoencephalopathy presenting with status epilepticus and prolonged coma. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78: 1410.
๙. Lee VH, Wijdicks EF, Manno EM, Rabinstein AA. Clinical spectrum of reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. Arch Neurol 2008; 65: 205.
๑๐. Lysandropoulos AP, Rossetti AO. Postictal cortical visual impairment: a symptom of posterior reversible encephalopathy. Epilepsy Behav 2010; 17: 276.

ເບີລືຍໍຄໍາຕາມຈຸດບັນດີແລ້ວ

១. ກາວະເໜີມເຄົ້າຫລັ້ງຄລອດ ພບໄດ້ໃນທັງໝົດເປັນຮ້ອຍລະເກ່າໄດ້

ខ. ຮ້ອຍລະ ៦.៥ – ១២.៥

២. ຂ້ອໃດເປັນປັງຈີຍເສື່யຶງຂອງກາວະເໜີມເຄົ້າຫລັ້ງຄລອດ

ງ. ຄູກຖຸກຂົອ

៣. ຂ້ອໃດຖຸກຕ້ອງເກີຍກັບກາວະເໜີມເຄົ້າຫລັ້ງຄລອດ (**Postpartum depression**)

ກ. ມີອາການເຄີຍດ នອນໄໝ່ທັບ ໜົກໜຸ່ນຕ່ອງກາຣຸແລນຸຕົຮ ອາຈນີ້ມີຄວາມຄິດຝ່າວັດຍ

៤. ຂ້ອໃດໄໝຖຸກຕ້ອງເກີຍກັບກາວະເໜີມເຄົ້າຫລັ້ງຄລອດ

ខ. ໃນກຣັນເຮັກໜາດ້ວຍວິທີຈິຕນຳບັດໄໝໄດ້ຜລ ຄວາຮັກໜາດ້ວຍຢາໃນກລຸ່ມ Tricyclic Antidepressants ເປັນອັນດັບແຮກ

៥. ໂອກສກລັບເປັນຫັ້ນຂອງກາວະເໜີມເຄົ້າຫລັ້ງຄລອດໃນການຕັ້ງຄຣົງກໍຄຣັງຕ່ອໄປ ຄົດເປັນຮ້ອຍລະເກ່າໄດ້

គ. ៥០

คำจำกัดความ...

จากคณะกรรมการต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

๑. กลุ่มโรคมะเร็งเต้านมและรังไข่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (hereditary breast and ovarian cancer syndrome : HBOC) ที่เกิดจากการกลายพันธุ์หรือหายไปของยีน BRCA1 หรือ BRCA2 เป็นสาเหตุของมะเร็งรังไข่ประมาณร้อยละเท่าไร

- ก. ร้อยละ ๕ และร้อยละ ๑ – ๓ ของมะเร็งเต้านม
- ข. ร้อยละ ๑๐ และร้อยละ ๓ – ๕ ของมะเร็งเต้านม
- ค. ร้อยละ ๑๕ และร้อยละ ๕ – ๘ ของมะเร็งเต้านม
- ง. ร้อยละ ๒๐ และร้อยละ ๑๐ – ๑๒ ของมะเร็งเต้านม

๒. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดนำรังไข่และก่อหน้าไข่ออกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ (risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy: RRBSO)

- ก. สำหรับสตรีที่มีบุตรครบแล้ว หรือไม่ต้องการมีบุตรแล้วให้พิจารณาทำ RRBSO เลย
- ข. สตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA2 อาจยืดระยะเวลาที่จะผ่าตัด RRBSO ออกไปในช่วงอายุ ๔๐ – ๔๕ ปีได้
- ค. การตัดรังไข่ในสตรีก่อนวัยหมดประจำเดือนสามารถที่จะลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมได้ประมาณร้อยละ ๕๐
- ง. ภายนอกการผ่าตัด RRBSO มีข้อมูลจากการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พิสูจน์สามารถลดโอกาสการเกิดมะเร็งรังไข่ได้ประมาณร้อยละ ๙๐

๓. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด RRBSO

- ก. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด RRBSO ยังมีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งของเยื่อบุช่องท้องได้ แต่ในปัจจุบันนั้นยังไม่มีวิธีการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเยื่อบุช่องท้องภายหลังการผ่าตัด RRBSO ที่เหมาะสม
- ข. พิจารณาเจาะตรวจค่า CA – 125 ร่วมกับการตรวจภายในทุกปีในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว
- ค. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ฮอร์โมนทดแทนรับประทานในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว
- ง. ในการณ์ที่ผู้ป่วยมีปัญหาช่องคลอดบาง มีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ หากใช้สารหล่อลื่นช่วยขณะมีเพศสัมพันธ์แล้วไม่ได้ผล ก็สามารถใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย

๔. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด RRBSO

- ก. สตรีที่ยังต้องการมีบุตรควรที่จะได้รับคำแนะนำการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพื่อทำการแท้ไข่ให้พร้อมตัวอ่อนได้ก่อนการผ่าตัด
- ข. ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด RRBSO ควรทำการตรวจด้วยคืนเสียงความถี่สูง ร่วมกับเจาะเลือดดูระดับ CA-125 ก่อน
- ค. สตรีที่จะผ่าตัด RRBSO ควรได้รับการประเมินทางพันธุศาสตร์เพื่อทำการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1, BRCA2 ที่ชัดเจน
- ง. ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด RRBSO ควรเตรียมการในการตรวจ frozen section ทุกราย

๕. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนในการผ่าตัด RRBSO

- ก. การผ่าตัด RRBSO สามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (laparotomy) และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง(laparoscopy)
- ข. สำรวจภายในช่องท้องทั้งหมดเพื่อดูการแพร่กระจายของมะเร็งรังไข่ หากพบตำแหน่งที่สงสัยมะเร็ง ควรทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพยาธิวิทยา และอาจทำ omental biopsy และ cytological smear ที่ diaphragm ร่วมด้วย
- ค. ทำการล้างช่องท้องแล้วดูดน้ำออกไปตรวจ (peritoneal lavage)
- ง. แนะนำให้ตัดมดลูกพร้อมกับการผ่าตัด RRBSO สำหรับสตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA

