



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สูติบริแพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูติบริแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1/2562



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ



● ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิเศก ลุ่มพิกานนท์

● ประธาน

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล

● ผู้จัดทำหนังสือประธาน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา ถิฐาพันธ์

● รองประธาน 1

นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์

● รองประธาน 2

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา

● เลขาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรณพ ใจล้ำราษฎร์

● เภรณญก

รองศาสตราจารย์นายแพทย์หญิงพรพิมล เรืองวุฒิเลิศ

● กรรมการกลาง

รองศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร พฤกษานานนท์

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์หญิงฐิติมา สุนทรลัจ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศรีสุสาร

รองศาสตราจารย์นายแพทย์พัญญ พันธ์บุรณะ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์

นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักรินทร์ มะโนทัย

ศาสตราจารย์นายแพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตกมล

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

● บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรณพ ใจล้ำราษฎร์

● กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่

นายแพทย์ธีรภูมิ ชันประกอบ

นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

แพทย์หญิงลลิตพร พัฒนาวินิจฉัย

● เลขานุการ

นายพนดล มณีกุล

● ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ นางสาวนาพร เงินเย็น

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ
เป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทัศนคติ
ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด
จดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ไม่ใช่มติของราชวิทยาลัยฯ



	หน้า
บรรณาธิการแถลง	3
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	4
สูตินรีเวช - จริยธรรมสากล	5
การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันกำหนด	8
คำแนะนำการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกเพื่อตั้งครรภ์	16
Interhospital Conference ครั้งที่ 5/2560	20

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ธ.ญญวิชัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. 10310 โทรศัพท์ : 0-2716-5721 - 22, 0-2716-5725 โทรสาร : 0-2716-5720

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



บรรณาธิการแถลง

โดย... รศ.นพ.อรรถพร ใจสำราญ
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

สวัสดีครับ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยทุกท่าน

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ เป็นฉบับแรกนับตั้งแต่ท่านประธาน และคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ ชุดใหม่มารับปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งได้มีการสานต่องานจากผู้บริหารชุดที่ผ่านมา รวมถึงมีภารกิจสำคัญใหม่ๆ ดังที่ปรากฏในสารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

บทความสูตินรีเวช-จริยธรรมสากล เรื่อง **“Humannized health care/การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้”** โดยท่านรองประธาน **อาจารย์พิษณุ ชันติพงษ์** ในฉบับนี้เป็นเรื่อง **“เครื่องมือสื่อสาร ปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาคนไข้”** ซึ่งท่านได้ถ่ายทอดเรื่องดังกล่าวจากประสบการณ์ในการทำงานมาเป็นระยะเวลานาน ต่อด้วยบทความวิชาการจากคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เรื่อง **“การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อการป้องกันรักษา”** โดย **ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ๋นใจ กอนันตกุล** อดีตประธานคณะอนุกรรมการฯ นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการ จากคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ เรื่อง **“คำแนะนำการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกเพื่อการตั้งครรภ์”** โดย **ท่านรองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภกิต จุลวิจิตรพงษ์** อดีตประธานอนุกรรมการฯ และเช่นเคย กับบทความรายงานการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ 5/2560 ซึ่งเสนอกรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจ โดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และปิดท้ายเล่มด้วยคำถาม และภาพจากกิจกรรมต่างๆ ครับ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์เพื่อลดโลกร้อน สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ อิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, Line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc-rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้ครับ



พบกันใหม่ฉบับหน้าครับ



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

สำนักงานเลขาธิการ: ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ ๒ ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์: ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๑ - ๒๒, ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๕ โทรสาร: ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๐

Website: <http://www.rtcog.or.th> E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th and sc_rtcog@rtcog.or.th

มาตรฐานและจรรยาบรรณเพื่อสุขภาพของสตรี

ที่ปรึกษา

ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ
(วาระ พ.ศ.๒๕๖๒ - ๒๕๖๔)

ประธาน

พล.อ.ท.นพ.การุณ เก่งสกุล

ผู้ริ่ตำแหน่งประธาน

รศ.นพ.วิทยา ถิฐาพันธ์

รองประธาน ๑

นพ.พิษณุ ชันดิพงษ์

รองประธาน ๒

และประธานจริยธรรม

ศ.นพ.ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา

เลขาธิการ

รศ.นพ.อรรถพร ใจสำราญ

เหรียญก

รศ.พญ.พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ

กรรมการบริหาร

รศ.นพ.ศักดิ์ มะโนทัย

ประธานกรรมการบริหารและสอนฯ

นพ.วิสิทธิ์ สุกครพงษ์กุล

ประธานและเรื่งวิทยานเวิช และ

ประธานกรรมการดัดน้ากถ้องฯ

รศ.นพ.กัธร พุกษานานนท์

ประธานเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

รศ.นพ.ชนนทร์ วาภิรักษ์

ประธานเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

ศ.พญ.ศิริวรรณ ตั้งจิตมกล

ประธานการจัดประชุมวิชาการ

ศ.นพ.วรพงศ์ ภูพงค์

ประธานการจัดทำวารสาร

รศ.นพ.ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร

ประธานการวิจัย

นพ.โอฬาริก มุสิกวงศ์

ประธานการศึกษา

ศ.นพ.โกวิท คำพิทักษ์

ประธานการประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร

รศ.พญ.ฐิตมา สุนทรสัง

ประธานมาตรฐานวิชาชีพ

รศ.นพ.พัญญ พันธ์บุรณะ

ประธานกิจการพิเศษ



สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

เรียนท่านอาจารย์ พี่น้อง เพื่อนสูตินรีแพทย์ ผมและคณะกรรมการบริหารชุดใหม่ ได้ร่วมกันทำงานมาแล้ว 6 เดือน ในทีมชุดนี้ ผมได้เรียนเชิญท่านอดีตประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย **ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์** มาเป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ ด้วย ตามหลักการบริหารสากล ที่จะเชิญ Immediate past president มาเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริหารราชวิทยาลัยฯ อย่างต่อเนื่อง ในระยะแรกนี้ คณะกรรมการบริหารฯ ได้ทบทวน และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ให้ครบถ้วนตามภารกิจสำคัญของราชวิทยาลัยฯ ภารกิจเร่งด่วนคือ การปรับเปลี่ยนหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา รวมถึงการตรวจรับรองสถาบันฝึกอบรมทุกแห่งให้เป็นไปตามมาตรฐาน WFME 2015 ตามนโยบายของแพทยสภา ส่วนภารกิจประจำอื่นๆ ดำเนินไปด้วยดีครับ ด้วยความสามารถชั้นเยี่ยม ของคณะอนุกรรมการทุกชุด

ด้านการต่างประเทศ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มีนโยบายชัดเจนในการเพิ่มบทบาทใน **The Asia and Oceania Federation of Obstetrics & Gynaecology (AOFOG)** ท่าน **ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์** อดีตประธานราชวิทยาลัยฯ ของเรา ปัจจุบันเป็น Vice president ของ AOFOG และได้สร้างคุณูปการให้กับราชวิทยาลัยฯ อย่างมาก ในอนาคตเราหวังว่าท่านจะเป็นแพทย์ไทยคนแรกที่เป็นประธาน AOFOG

ภารกิจสำคัญมากที่ขอเรียนให้ท่านทราบเรื่องหนึ่งคือ ในปีหน้า ปี พ.ศ.2563 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จะมีอายุครบ 50 ปี เราจะจัดกิจกรรมเพื่อเฉลิมฉลองวาระมงคลครบรอบ 50 ปี (Golden Jubilee) ขณะนี้อยู่ระหว่างการเตรียมการอย่างรอบคอบครับ

พล.อ.ท.นพ.การุณ เก่งสกุล



สุตินรีเวช - จริยธรรมสารก

โดย...นพ.พิษณุ ชันติพงษ์
รองประธาน

Humannized health care / การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้

“เครื่องมือสื่อสาร ปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาคนไข้”

ปัญหาในการติดต่อแพทย์เพื่อการดูแลรักษาคนไข้ นั้นถือเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามวิกาลหรือนอกเวลาราชการ จึงจำเป็นต้องมีวิธีติดต่อที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากแพทย์ก็เป็นบุคลากรธรรมดา ย่อมต้องมีธุระส่วนตัวที่ต้องออกไปนอกโรงพยาบาลบ้าง ปัจจุบันเครื่องมือสื่อสารมีให้เลือกใช้มากมายทำให้ง่ายต่อการติดต่อแพทย์ ทำให้แพทย์มีชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นสามารถมีกิจกรรมเหมือนคนอื่น ๆ ได้บ้าง อย่างไรก็ตามจะต้องมั่นใจในระบบติดต่อว่าสามารถตามแพทย์ให้มาดูแลคนไข้ได้ในช่วงเวลาที่กำหนด

โดยทั่วไปแพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลรักษาคนไข้ เนื่องจากมีหน้าที่ในการสั่งการรักษาหลังจากวินิจฉัยโรคจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ ตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม บางรายนั้นโรคที่เป็นอาจมีความซับซ้อนทำให้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ในระยะแรก จำเป็นต้องมีการติดตามสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะทำให้อาการดีขึ้นหรือคนไข้บางรายหลังวินิจฉัยโรคพร้อมสั่งการรักษาแล้วอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากตัวโรคที่เจ็บป่วยเอง หรือเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ก็จำเป็นต้องมีการติดต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือแพทย์เวรได้ตลอดเวลาเพื่อให้รับทราบปัญหาและประเมินคนไข้เพื่อการรักษาต่อไป

ในอดีตครั้งที่ผมจบแพทย์ใหม่ ๆ นั้นการติดต่อแพทย์มีเพียงโทรศัพท์เท่านั้นอาจเป็นโทรศัพท์ภายในหรือภายนอกโรงพยาบาล โทรศัพท์สาธารณะจึงมีความหมายมาก บางครั้งอยู่เวรเสริมหรือเวร on call ที่สามารถจะอยู่ที่ใดก็ได้ แต่ต้องสามารถติดต่อและมาช่วยดูแลคนไข้ได้ทันเวลาที่ สมัยที่รับราชการอยู่โรงพยาบาลเบตง มีเจ้าหน้าที่ชวนไปดูหนัง (ภาพยนตร์) ซึ่งมีอยู่เพียงแห่งเดียว เราก็บอกกับพยาบาลเวรไว้ว่ามีอะไรให้ตามได้ที่โรงหนัง เพราะมีวิธีการที่สามารถตามแพทย์ได้ บางครั้งขณะกำลังดูหนังสนุก ๆ ข้างจอจะปรากฏตัวหนังสือจากเครื่องฉายโปรเจคเตอร์ว่า “หมอพิตบุตรกลับโรงพยาบาลด่วนมีเคสผ่าตัด” ผมก็ต้องคอย ๆ หลบออกมาจากโรงหนังกลับโรงพยาบาลเพื่อดูแลคนไข้

“
ผมมักบอกร้อง
ให้แพทย์ทุกคน
เปิดมือถือไว้ตลอดเวลา
และพยายามไม่เปลี่ยน
เบอร์บ่อย เพื่อให้คน
ที่เดือดร้อนสามารถ
โทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอดเวลา
”

เมื่อมาเรียนต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลราชวิถี ขณะนั้นเริ่มมีวิทยุติดตามตัว หรือเพจเจอร์ ขนาดเท่าของบุหรี่ ช่วงนั้นจะเห็นบรรดาคุณหมอกดติดที่เอวทุกคน เป็นบริการของการสื่อสารฯ ให้เข้าเป็นรายเดือน ใช้ถ่านไฟฉายขนาดเล็กสองก้อน เวลาตามจะต้องโทรฯ แจ้งที่ กสท. เพื่อส่งข้อความสั้น ๆ หรือเบอร์โทรฯ ให้ติดต่อกลับ ทำให้ชีวิตของแพทย์มีความสุขขึ้นมากที่สามารถเดินทางไปไหนได้บ้าง อย่างไรก็ตามเมื่อเริ่มทำงานที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ขณะนั้นมีเพียงโทรศัพท์สายในโรงพยาบาล และมีเครื่องรับส่งวิทยุมือถือ (walkie-talkie) ให้แพทย์เวรถือติดตัว ในสมัยนั้นตัวเครื่องมีขนาดใหญ่ หนัก พกลำบาก ประสิทธิภาพก็ไม่ดี รัศมีทำการค่อนข้างแคบ เวลาใช้ก็ฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง บางคนใช้ก็ไม่เป็น กดปุ่มที่ใช้สำหรับพูดอยู่ตลอดเวลาหรือไม่ก็พูดสวนไปเลย โดยไม่รู้ตัวอีกฝ่ายไม่ได้ยิน แต่พวกคุณหมอก็ชอบถือเพราะดูเทดี ไม่เหมือนปัจจุบันที่พัฒนาจนมีขนาดเล็กพกง่ายมีสีสน่าใช้ ฟังเสียงได้ชัดเจนและมีรัศมีทำการไกลเป็นกิโลเมตร ซึ่งคนใช้ควรต้องเรียนรู้การใช้รหัสและวิธีการใช้อย่างถูกต้องจึงจะได้ประโยชน์สมบูรณ์

ผมเพิ่งได้เห็น และใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ครั้งแรกเมื่อ 20 ปีก่อนในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีเป็นโทรศัพท์ Hot line ใช้เครือข่ายดาวเทียม ของบริษัท Ericson มีขนาดใหญ่แบบกระเป๋าคู่คุณภาพเสียงดังชัดเจนดี แต่ราคาค่าโทรศัพท์แพงมาก หิ้วไปไหนลำบาก แต่ก็เป็นที่ฮือฮากันมากขณะนั้น จนกระทั่งพัฒนามาเป็นมือถือแบบที่ถือไปไหนมาไหนได้สะดวกขึ้นขนาดเท่ากับกระตักน้ำ ติดเสาอากาศ พูดกันว่าใช้เป็นอาวุธป้องกันตัวในภาวะคับขันได้ ใช้เครือข่ายโทรศัพท์ อัตราค่าโทรศัพท์จึงถูกลง แต่ราคาค่าเครื่องแพงมาก 2 - 3 หมื่นบาท และต้องเสียค่าประกันเลขหมายอีกราว 2.5 หมื่นบาท สัญญานมีค่อนข้างจำกัดเพียงบางพื้นที่ ใครมิใช่ในช่วงนั้นถือว่าไ้มาก หลังจากนั้นมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันมีระบบ 3G, 4G สามารถใช้ได้ครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ ส่งได้ทั้งภาพและเสียงหรือวิดีโอ ทำให้ติดต่อแพทย์และส่งภาพเอกซเรย์ หรือผลเลือดจากห้องปฏิบัติการได้ตลอดเวลา ทั้งยังสามารถส่งข้อมูลถึงกันเป็นกลุ่มได้ด้วย ทำให้สะดวกในการขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะมีเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพียงใด แต่ก็ยังคงมีปัญหาในการตามแพทย์ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤติ ผมจึงเชื่อว่าความรับผิดชอบในหน้าที่ของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เคยมีอยู่ครั้งหนึ่งที่ตามตัวแพทย์เวรไม่ได้หลังจากพยายามตามทุกช่องทางแล้วถึงขนาดให้รปภ.ไปเคาะประตูห้องพักก็ยังไม่ยอมเปิด อ้างว่าไม่ได้ยินเพราะนอนหลับสนิท ผมรู้เลยว่าปัญหาเหล่านี้จะเกิดกับแพทย์เพียงบางคนที่ขี้แล้วขี้เล่า จึงสรุปได้เลยว่าการตามแพทย์นั้นขึ้นกับจริยธรรม จรรยาบรรณของตัวแพทย์เองมากกว่าวิธีการสื่อสาร จึงจำเป็นต้องสร้างระบบให้สามารถตามแพทย์ได้ทันเวลาในการดูแลคนไข้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อคนไข้ทุกเวลา เช่น ถ้าตามแพทย์คนที่หนึ่งไม่ได้จะต้องตามใครต่อไป เป็นต้น

ผมมักขอร้องให้แพทย์ทุกคนเปิดมือถือไว้ตลอดเวลา และพยายามไม่เปลี่ยนเบอร์บ่อย เพื่อให้คนที่เดือดร้อนสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอดเวลา ครั้งหนึ่งหลายปีมาแล้วเวลาประมาณตีสองมีเสียงโทรศัพท์มือถือผมดังขึ้น ทุกครั้งในยามวิกาล เวลารับสายผมจะพูดอ่อนหวานเป็นพิเศษเนื่องจากเข้าใจว่าคนที่โทรศัพท์ มานั้นกำลังเดือดร้อน ถ้าเราพูดจาไม่ดีหรือแสดงอารมณ์ไม่พอใจ คนที่โทรศัพท์มาจะรู้สึกผิดหวังและเสียใจ เมื่อผมรับสายแล้ว เธอจึงเล่าให้ผมฟังว่าเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยมีชื่อแห่งหนึ่งเป็นดาวของคณะ และเรียนเก่งระดับเกียรตินิยม ที่สำคัญคุณแม่เธอบอกว่าผมเป็นคนทำคลอด เธอบอกชื่อคุณแม่ และบ้านที่เชียงราย (ผมจำไม่ได้หรอกเพราะทำคลอดมานานับหมื่นราย) เธอโทรศัพท์มาเนื่องจากจะรบกวนให้ผมไปพบคุณแม่เธอในตอนเช้า

ผากบอกว่าเธอรักแม่มาก ขาดิหน้าจะขอเกิดมาเป็นลูกแม่อีก เธอตั้งใจจะทานยานอนหลับจนหมดขวดเพราะไม่ต้องการตื่นขึ้นมาอีก ผมถามถึงเหตุผลเธอบอกว่าแฟนซึ่งคบกันมาตั้งแต่เรียนมัธยมปลายด้วยกันขอเลิกกับเธอวันก่อนเนื่องจากมีแฟนใหม่แล้ว และเป็นเพื่อนเธอที่เรียนคณะเดียวกัน เธอทำใจไม่ได้ ต้องการจะกินยาตายเพื่อแสดงให้เห็นว่าเธอรักแฟนแค่ไหน ผมจึงถามว่าถ้าเธอตายไปจริง ๆ แล้วแฟนจะเสียใจหรือไม่ เธอจึงไปลักครู่แล้วจึงตอบว่าคงจะเสียใจมั้ง ผมจึงถามใหม่ว่าถ้าเธอตาย คุณแม่ คุณพ่อจะเสียใจหรือเปล่า เธอตอบทันทีว่าเสียใจและเสียใจมากด้วย ผมจึงถามอีกว่าพี่น้องปู่ย่าตายาย และเพื่อนสนิทจะเสียใจไหม เธอก็บอก โดยไม่ต้องคิดว่าเสียใจ ผมจึงบอกกับเธอว่าการที่เธอจะตายเพื่อพิสูจน์ความรักให้แฟนเห็นโดยที่แฟนอาจไม่สนใจหรือเสียใจเท่าไรกับการที่คนที่รักเรามากมายจะต้องเสียใจที่เราตาย มันคุ้มกันแล้วหรือ ผมรู้ได้จากน้ำเสียงเธอที่อ่อนลงว่าคงสบายใจขึ้นจึงชวนคุยเรื่องการเรียน และทั่ว ๆ ไปจนเกือบตีสาม เธอบอกว่าง่วงแล้ว ผมรู้ได้เลยว่าเธอจะไม่กินยานอนหลับแล้ว ผมก็ลืมเรื่องนี้ไปสนิทจนกระทั่งอีกสองปีต่อมา ผมได้รับโทรศัพท์จากเธออีกครั้งราวสี่ทุ่มน้ำเสียงสดใสไม่เหมือนครั้งก่อนเธอบอกว่าโทรศัพท์มาขอบคุณที่ช่วยให้เธอได้คิด และบอกลาเพื่อไปศึกษาต่อต่างประเทศโดยทุนรัฐบาล

ทุกครั้งทีนึกถึงเรื่องนี้ทำให้ผมรู้สึกอึดอัดใจที่ได้ช่วยให้เด็กดี ๆ คนหนึ่งได้คิด ไม่ทำในสิ่งโง่ ๆ ด้วยอารมณ์เพียงชั่ววูบ ขอเพียงแต่มีใครสักคนให้เธอได้ปรึกษาเท่านั้น เหตุการณ์นี้จะสอนให้เธอแกร่งขึ้นและจะเป็นกำลังสำคัญให้ประเทศต่อไปในอนาคต ผมไม่ยอกนึกเลยว่าถ้าวันนั้นผมไม่รับสายแล้วเธอเกิดคิดสั้นสำเร็จเราจะต้องเสียคนดี ๆ ไปอีกหนึ่งคนและทำให้อีกหลาย ๆ คนเสียใจ ผมจึงขอร้องให้แพทย์ทุกคนกรุณาเปิดมือถือของท่านตลอดเวลา และรับสายทุกครั้งด้วยการมีสติที่อยากช่วยเหลือคนอื่นให้สมกับที่เราเลือกมาเป็นแพทย์ครับ

“
ผมจึงขอร้องให้แพทย์
ทุกคนกรุณาเปิดมือถือ
ของท่านตลอดเวลา และ
รับสายทุกครั้งด้วยการมีสติ
ที่อยากช่วยเหลือคนอื่น
ให้สมกับที่เราเลือกมาเป็น
แพทย์ครับ
”

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”



บทความวิชาการ

โดย...ศ.พญ.อุ๋นใจ กออ่อนตกุล

ประธานอนุกรรมการกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย วาระปี พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๑



การลดการคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา

การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสูติกรรม พบอุบัติการณ์เฉลี่ยที่ร้อยละ 10 - 12 ใน 180 ประเทศทั่วโลกพบอุบัติการณ์เฉลี่ยที่ร้อยละ 5 - 18 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ภาวะทุพพลภาพยังอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ค่าใช้จ่ายของการดูแลรักษาสูงมาก การดูแลป้องกันรักษาก่อนการตั้งครรภ์ และเมื่อตั้งครรภ์ (secondary prevention) จึงมีบทบาทสำคัญ ในปี ค.ศ. 2016 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) แนะนำการฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้งกับบุคลากรทางสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องการดูแลป้องกันรักษาการคลอดก่อนกำหนด เช่น การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารเสพติด การตรวจติดตามทารกในครรภ์ รวมทั้งการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อกำหนดอายุครรภ์ และการวินิจฉัยครรภ์แฝด การสืบค้นและให้การดูแลปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อรวบรวมความรู้เชิงปฏิบัติ (practical knowledge) จากการศึกษาต่าง ๆ ในเรื่องการคาดการณ์ (prediction) เพื่อการป้องกันรักษาการคลอดก่อนกำหนด ตามประเด็นต่อไปนี้

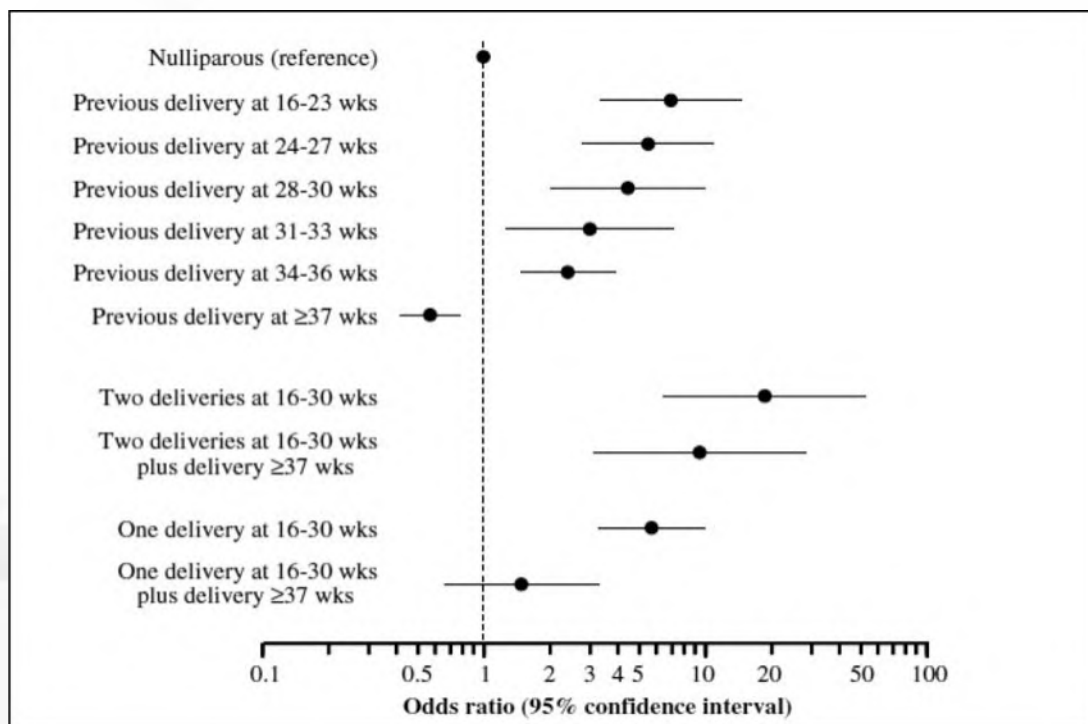
1. การตรวจคัดกรอง
2. การป้องกันรักษาด้วยยาฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน
3. การป้องกันรักษาด้วยการเย็บผูกปากมดลูก
4. การป้องกันรักษาด้วย Cervical Pessaries

การตรวจคัดกรอง

เป็นพื้นฐานเบื้องต้นที่สำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ

A.ประวัติ-หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะกลุ่มที่มีประวัติ การคลอดก่อนกำหนดมาก่อน โดยเริ่มจากการซักประวัติด้านความเจ็บป่วยทางอายุรกรรม ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ความผิดปกติทั้งหมดควรได้รับการแก้ไข และให้การรักษาตามสาเหตุอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ นอกจากนี้ประวัติของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น ภาวะเลือด

ออกผิดพลาดทางช่องคลอด การตั้งครรภ์แฝด เป็นต้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดด้วยเช่นกัน ประวัติการคลอดทั้งก่อนกำหนด และ/หรือการคลอดครบกำหนดสามารถพยากรณ์ความเสี่ยงของการเกิด การคลอดได้ จากการศึกษาของ Beta J และคณะ⁽¹⁾ พบว่าหญิงที่มีประวัติคลอดครบกำหนดเมื่อตั้งครรภ์ใหม่ จะมีความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดลดลงเกือบครึ่งหนึ่งเปรียบเทียบกับ การตั้งครรภ์แรก หญิงที่มี ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดเมื่อตั้งครรภ์ใหม่จะมีความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างน้อย 2 เท่า เปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์แรก โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของประวัติการคลอดก่อนกำหนด และ ผกผันตามอายุครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด การคลอดกำหนดในการตั้งครรภ์ที่ตามมา ดังแสดงในรูปที่ 1⁽¹⁾



รูปที่ 1⁽¹⁾ แสดง odds ratios และช่วงค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงที่มีประวัติการคลอดทั้งก่อนกำหนดและหรือคลอดครบกำหนด

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอื่น⁽²⁾ ที่สนับสนุนข้อสรุปนี้เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1⁽²⁾ แสดงความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk, RR) ของการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ในการตั้งครรภ์ที่ 2 จากข้อมูลอายุครรภ์ที่คลอดในครรภ์แรก (จำนวนการตั้งครรภ์ 50,607 ครั้ง)

Gestational age at first delivery, weeks	Total n (%)	n (%) preterm in 2 nd birth	Preterm birth < 37 weeks in second delivery	
			Unadjusted RR	Adjusted RR ^b
≥ 37	46771 (92.4)	2630 (5.7)	Referent	Referent
34 to < 37	2950 (5.8)	838 (28.9)	5.07 [4.73, 5.42]	4.81 [4.48, 5.15]
28 to < 34	607 (1.2)	226 (37.9)	6.63 [5.95, 7.40]	5.98 [5.37, 6.66]
24 to < 28	152 (0.3)	61 (40.1)	7.03 [5.77, 8.57]	6.42 [5.33, 7.74]

ตารางที่ 2⁽²⁾ แสดงความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk, RR) ของการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ในการตั้งครรภ์ที่ 3 จาก ข้อมูลอายุครรภ์ที่คลอดในครรภ์แรกและครรภ์ที่ 2 (จำนวนการตั้งครรภ์ 10,819 ครั้ง)

	Total n (%)	N (%) preterm in 3 rd birth	Unadjusted RR	Adjusted RR ^b
Term birth in 1 st delivery/Term birth in 2 nd delivery	9441 (87.3)	468 (5.0)	Referent	Referent
Preterm birth in 1 st delivery/ Term birth in 2 nd delivery	580 (5.4)	101 (17.4)	3.51 [2.88, 4.28]	3.50 [2.86, 4.28]
Term birth in 1 st delivery/Preterm birth in 2 nd delivery	555 (5.1)	155 (27.9)	5.63 [4.80, 6.61]	5.50 [4.66, 6.50]
Preterm birth in 1 st delivery/Preterm birth in 2 nd delivery	243 (2.2)	142 (58.4)	11.79 [10.27, 13.53]	10.57 [9.05, 12.34]

สำหรับประวัติปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ภาวะทงุโภชนาการ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การใช้ยาหรือ สิ่งเสพติด ประวัติการติดเชื้อและการผ่าตัดของระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น ยังคงมีความสำคัญที่ต้องให้การดูแลรักษาเพื่อป้องกัน แต่จะไม่กล่าวถึงในบทความนี้

การตรวจคัดกรองด้วยการเก็บสารคัดหลั่งในช่องคลอดและปากมดลูก (cervico-vagina) เพื่อส่งตรวจ Fetal fibronectin จะไม่กล่าวในบทความนี้เช่นกัน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงและยังไม่นำมาใช้เป็นการตรวจคัดกรองในประเทศไทย

B. การตรวจวัดความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

ปีค.ศ. 1996 Iam และคณะ⁽³⁾ พบความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ 24 สัปดาห์ที่ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดและพบความยาวปากมดลูกสั้น อัตราเสี่ยง เพิ่มขึ้นผกผันตามความยาวปากมดลูกที่ลดลง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอื่น ๆ สนับสนุนการตรวจคลื่นเสียง ความถี่สูงทางช่องคลอดในไตรมาสที่สองเป็นการตรวจคัดกรองที่มีความไวสูงในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติ ทางสูติกรรมไม่ดี⁽⁴⁾ การตรวจคัดกรองในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ การตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่มีอาการผิดปกติ ยังพบความไวต่ำ การนำทั้งประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาใช้ร่วมกับการตรวจวัดความยาวปากมดลูกด้วย คลื่นเสียงความถี่สูงพบว่าสามารถประเมินความเสี่ยงแบบ individualized - specific risks โดยพบความไว สูงขึ้น⁽⁵⁾

ในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองพบความยาวปากมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ที่อายุครรภ์นั้น (หรือ < 25 มิลลิเมตร) เมื่อให้การป้องกันรักษาด้วยโปรเจสเทอโรนพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดี (reproducible efficacy)

- จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องตรวจคัดกรองเพื่อการป้องกันรักษาการคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 1 ราย คือ 125 ราย (95% CI, 88 - 288)
- จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องตรวจคัดกรองเพื่อการป้องกันรักษาการคลอดก่อนกำหนด เพื่อลด ภาวะทุพพลภาพและหรือการตายของทารก 1 ราย คือ 225 ราย (95% CI, 150 - 1013)⁽⁶⁾

มีการศึกษาที่ไม่สนับสนุนให้ตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้เป็นกิจวัตร ทั้งในกลุ่มที่มีอาการหรือกลุ่มที่ไม่มี อาการของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากพบว่าอาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ⁽⁷⁾ จากปัญหาใน

เรื่องมาตรฐานของวิธีการตรวจวัดที่ต้องอาศัยทักษะการตรวจ (credentialed ultrasonographer) อายุครรภ์ที่ตรวจ รวมถึงปัญหาพร้อมทางสูติกรรมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการตรวจคัดกรอง เช่น การตั้งครรภ์แฝด การมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดหรือกลุ่มที่ไม่มีอาการ เป็นต้น ในการดูแลป้องกันรักษาโดยใช้การตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้เป็นหลักจึงควรมี**ข้อตกลงหรือแนวปฏิบัติ**ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน

การป้องกันรักษาด้วยยาฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน

ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เป็นฮอร์โมนหลักที่ทำหน้าที่ประคับประคองการตั้งครรภ์ ออกฤทธิ์ที่ตัวมดลูก (uterine quiescence) นอกจากนี้มีสมมติฐานอื่นคือการเป็นสารต้านการอักเสบโดยออกฤทธิ์บริเวณปากมดลูก และตำแหน่ง maternal-fetal interface การลดลงของฮอร์โมน

โปรเจสเตอโรนทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจึงถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันรักษาการคลอดก่อนกำหนด ยาที่ใช้มี 2 ชนิดคือ

1. โปรเจสเตอโรนธรรมชาติ (Natural progesterone) ยาที่ใช้ให้สอดหรือใส่ทางช่องคลอดมี 2 รูปแบบคือ

1.1 Vaginal micronized progesterone แบบ oil capsule ขนาด 200 มก. ใช้สอดทางช่องคลอด วันละครั้ง

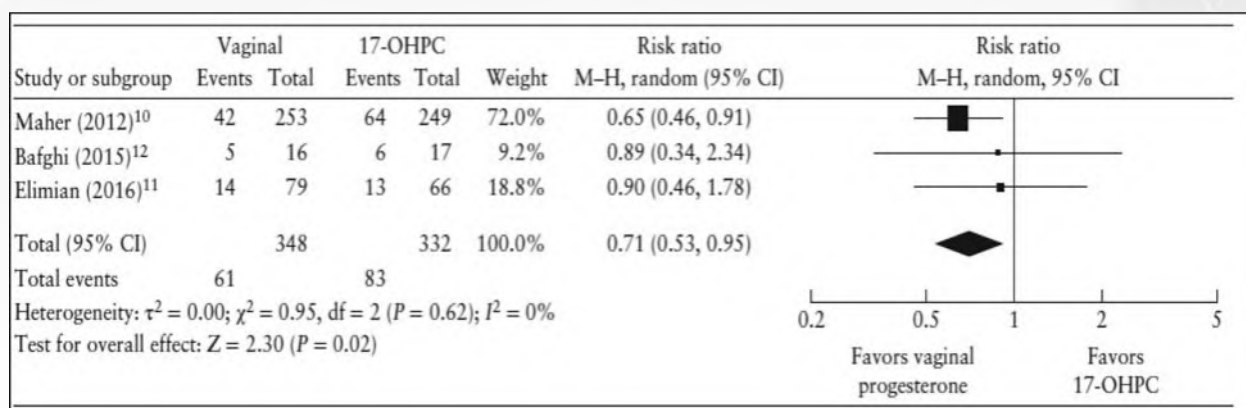
1.2 Vaginal micronized progesterone แบบ bio adhesive gel ขนาด 90 มก. ใช้ใส่ทางช่องคลอด วันละครั้ง

การศึกษาแบบ meta-analysis จากข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (individual patient data) ในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีปากมดลูกสั้นกว่า 25 มม. ที่ได้รับการป้องกันรักษาด้วยยาโปรเจสเตอโรนสอดทางช่องคลอด กลุ่มที่ไม่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด พบความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 33 สัปดาห์ ลดลงร้อยละ 35 (RR 0.65; 95% CI, 0.45-0.94) กลุ่มที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด พบความเสี่ยงลดลงร้อยละ 41 (RR 0.59; 95% CI, 0.40-0.88)(8)

2. โปรเจสเตอโรนสังเคราะห์ (Synthetic progesterone, pregnancy category B)

รูปแบบที่ใช้คือ 17-alpha hydroxyprogesterone caproate (17-OHP-C) ขนาด 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละครั้ง แนะนำใช้ในกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด จากงานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มฮอร์โมนสังเคราะห์ ไม่แนะนำการใช้ในกลุ่มการตั้งครรภ์แฝด⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษา⁽¹⁰⁾ พบว่าการใช้ยาในกลุ่มนี้ไม่มีประสิทธิภาพพอในการป้องกันการเกิดซ้ำของการคลอดก่อนกำหนด และพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น และพบว่า 17-OHP-C ไม่มีผลด้าน local anti-inflammatory ที่ปากมดลูกหรือตำแหน่ง maternal-fetal interface

เมื่อเปรียบเทียบการใช้ยาสอดทางช่องคลอดและยาฉีด 17-OHP-C พบว่าการใช้ยาสอดทางช่องคลอดมีประสิทธิภาพที่สูงกว่า ดังแสดงในรูปที่ 2⁽¹¹⁾



**รูปที่ 2⁽¹¹⁾ Forest plot แสดงความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ลดลง [relative risk 0.71, (0.53-0.95)]
ของการเกิดซ้ำของการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์เดี่ยวที่เคยคลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบ
การรักษาแบบสูดด้วยยาโปรเจสเทอโรนสอดทางช่องคลอดกับยา 17-OHP-C ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ**

การใช้โปรเจสเทอโรนธรรมชาติมีผลข้างเคียงน้อยกว่าโปรเจสเทอโรนสังเคราะห์ ได้แก่ อาการง่วง เมื่อย และอาการปวดศีรษะ ข้อดีอื่น ๆ คือ พบการรักษาของทารกแรกเกิดในหออภิบาลน้อยกว่า ค่าใช้จ่ายของยาน้อยกว่า (ในต่างประเทศ) หญิงตั้งครรภ์เลือกใช้ยาสอดทางช่องคลอดมากกว่า ความพึงพอใจและความต่อเนื่องของการรักษามีมากกว่า⁽¹¹⁾

การป้องกันรักษาด้วยยาโปรเจสเทอโรนชนิดสอดทางช่องคลอด ในกลุ่มการตั้งครรภ์แฝดสองในไตรมาสสองที่ไม่มีอาการผิดปกติแต่ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบปากมดลูกสั้น ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดการคลอดก่อนกำหนดช่วงอายุครรภ์ 30 - 35 สัปดาห์ การตายและภาวะทุพพลภาพของทารกลดลง โดยไม่พบผลกระทบของยาต่อการพัฒนาของระบบประสาทในช่วงวัยเด็ก⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาแบบสหสถาบันแบบสุ่ม โดยการใช้ยาโปรเจสเทอโรนสอดทางช่องคลอดเปรียบเทียบกับยาหลอก เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์เดี่ยว พบว่าการป้องกันรักษาด้วยยาโปรเจสเทอโรนไม่ได้ลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด โดยไม่พบทั้งผลเสียหรือผลดีของการใช้ยาต่อทารกแรกเกิดและในช่วงวัยเด็กถึงอายุ 2 ปี⁽¹³⁾

ปี ค.ศ 2012 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration, FDA)⁽¹⁴⁾ ได้สรุปว่ายังไม่สามารถพบประโยชน์ที่ระบุได้ (identified benefit) จากการใช้ยาโปรเจสเทอโรนสอดทางช่องคลอดเพื่อลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มประชากรหญิงของสหรัฐอเมริกา FDA จึงลดการสนับสนุนการใช้ยา

สรุป หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด และ/หรือการตรวจกรองพบความยาวปากมดลูกน้อยกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 10 ที่อายุครรภ์นั้น (หรือความยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 มม.) แนะนำให้การป้องกันรักษาด้วยยาโปรเจสเทอโรนธรรมชาติสอดทางช่องคลอด เริ่มที่อายุครรภ์ระหว่าง 16 - 24 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ระหว่าง 34 - 36 สัปดาห์

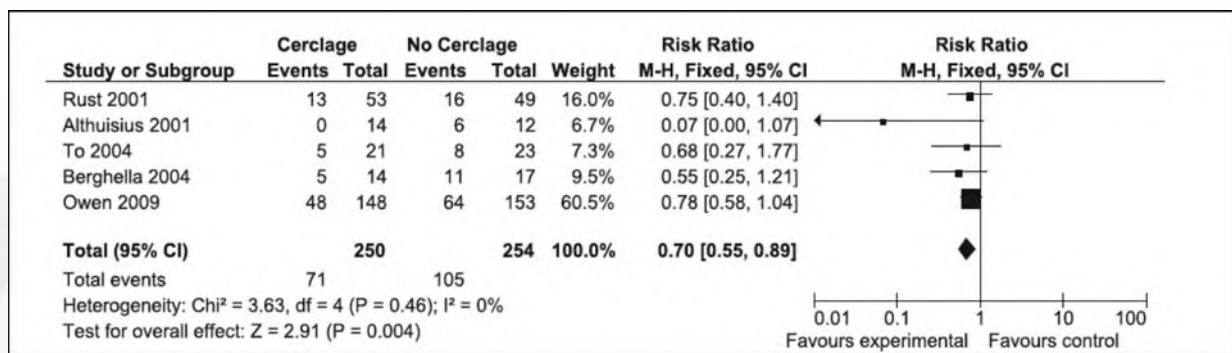
อย่างไรก็ตามการป้องกันรักษาด้วยวิธีนี้ยังไม่เป็นข้อตกลงสากล (Generate universal agreement)

การป้องกันรักษาด้วยการเย็บผูกปากมดลูก (Cervical cerclage)

การเย็บผูกปากมดลูกมีข้อบ่งชี้ในการใช้ในกรณีที่ปากมดลูกไม่มีประสิทธิภาพหรือบกพร่อง (cervical insufficiency) การวินิจฉัยภาวะนี้ได้จากประวัติการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนดในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ที่ชัดเจนเกิดนำมาก่อน และหรือตรวจภายในพบ ปากมดลูกด้านใน เปิด นุ่มหรือบางลง ภาวะนี้เป็นสาเหตุที่สำคัญของการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้การทำ cerclage เพื่อป้องกัน cervical insufficiency เริ่มที่อายุครรภ์ 11 - 13 สัปดาห์ หลังการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไม่พบความผิดปกติของทารกในครรภ์

แนะนำการเย็บผูกปากมดลูกใน 3 สถานการณ์คือ

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดที่ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ (mid trimester recurrent loss) และได้รับการวินิจฉัยเป็น cervical insufficiency
2. กรณีที่ตรวจพบปากมดลูกสั้นกว่า 25 มม. ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ร่วมกับมีประวัติเคยคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ โดยพบว่าการเย็บผูกปากมดลูกมีผลดีต่อทารกแรกเกิด ดังแสดงในรูปที่ 3⁽¹⁵⁾



รูปที่ 3⁽¹⁵⁾ Forest plot แสดงความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ลดลง [risk ratio 0.70 (0.55-0.89)] ของ perinatal mortality และ perinatal morbidity ในกลุ่มที่รักษาด้วยการเย็บผูกปากมดลูก เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเย็บผูกปากมดลูก

ทั้งนี้การเย็บผูกปากมดลูกในการตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด แต่ตรวจพบปากมดลูกสั้นกว่า 25 มม.⁽¹⁶⁾ ไม่สามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหรือเกิดผลดีต่อทารกแรกเกิด

3. การเย็บผูกปากมดลูกแบบ rescue (rescue cerclage) ทำในกรณีที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (threatened preterm labor) การเย็บผูกปากมดลูกแบบ rescue ในการตั้งครรภ์แฝดสองที่ตรวจพบปากมดลูกเปิดในไตรมาสที่ 2 พบว่ามีผลของทารกแรกเกิดดีกว่าเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเย็บ⁽¹⁷⁾ การเย็บผูกปากมดลูกในการตั้งครรภ์แฝดเพื่อการป้องกันยังไม่พบ perinatal outcome ที่ดีขึ้น

นอกจากนี้การเย็บผูกปากมดลูกอาจมีประโยชน์ในกรณีที่ปากมดลูกสั้นมาก (<10 มม.)

การป้องกันรักษาด้วย Cervical pessaries

FDA ของสหรัฐอเมริกายังไม่รับรองการใช้ Cervical pessaries เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด⁽¹⁸⁾ และผลจากงานวิจัยที่พบว่าไม่ได้ช่วยลดอัตราการคลอดก่อน 34 สัปดาห์⁽¹⁹⁾

ปัจจุบันแนะนำการใช้ Pessary prophylaxis เฉพาะในงานวิจัยที่มี research protocol เท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. Beta J, Ranjit Akolekar R, Ventura W, et al. Prediction of spontaneous preterm delivery from maternal factors, obstetric history and placental perfusion and function at 11-13 weeks. *Prenat Diagn* 2011; 31: 75-83.
2. Laughon SK, Albert PS, Leishear K, Mendola P. The NICHD Consecutive Pregnancies Study: Recurrent preterm delivery by subtype. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210: 131.e1-131.e8.
3. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med* 1996; 334: 567-72.
4. Mella MT, Berghella V. Prediction of preterm birth: cervical sonography. *Semin Perinatol* 2009; 33: 317-24.
5. Celik E, To M, Gajewska K, Smith G. C. S., Nicolaides KH, on behalf of The Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 549-54.
6. Conde-Agudelo A, Romero R. Vaginal progesterone to prevent preterm birth in pregnant women with a sonographic short cervix: clinical and public health implications. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214: 235-42.
7. Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD007235. DOI: 10.1002/14651858.CD007235.pub3.
8. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218: 161-80.
9. O'Brien JM, Lewis DF. Prevention of preterm birth with vaginal progesterone or 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate: a critical examination of efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214: 45-56.

10. Nelson DB, McIntire DD, McDonald J, et al. 17-alpha Hydroxyprogesterone caproate did not reduce the rate of recurrent preterm birth in a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216: 600.e1-9.
11. Saccone G, Khalifeh A, Elimian A, Bahrami E, Chaman-Ara K, Bahrami MA, Berghella V. Vaginal progesterone vs intramuscular 17?-hydroxyprogesterone caproate for prevention of recurrent spontaneous preterm birth in singleton gestations: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;49:315-21.
12. Romero R, Conde-Agudelo A, El-Refaie W, Rode L, Brizot ML, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone decreases preterm birth and neonatal morbidity and mortality in women with a twin gestation and a short cervix: an updated meta-analysis of individual patient data. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 49: 303-14.
13. Norman JE, Marlow N, Messow CM, Shennan A, Bennett PR, Thornton S, et al; OPPTIMUM study group. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicenter, randomized, double-blind trial. *Lancet* 2016; 387: 2106-16.
14. U.S. Food and Drug Administration. Background document for meeting of advisory committee for reproductive health drugs, January 20, 2012. Available at: [www.fda.gov / downloads/advisorycommittees/committeemeetingmaterials/drugs/reproductivehealthdrugsadvisorycommittee/ucm287987.pdf](http://www.fda.gov/downloads/advisorycommittees/committeemeetingmaterials/drugs/reproductivehealthdrugsadvisorycommittee/ucm287987.pdf).
15. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, Rust OA, Owen J. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011;117:663-71.
16. Berghella V, Ciardulli A, Rust OA, et al. Cerclage for sonographic short cervix in singleton gestations without prior spontaneous preterm birth: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 50: 569-77.
17. Roman A, Rochelson B, Martinelli P, Saccone G, Harris K, Zork N, Spiel M, et al. Cerclage in twin pregnancy with dilated cervix between 16 to 24 weeks of gestation: retrospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215: 98. e1-98. e11
18. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). The role of cervical pessary placement to prevent preterm birth in clinical practice. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215: B8.
19. Nicolaides KH, Syngelaki A, Poon LC, Picciarelli G, Tul N, Zamprakou A, et al . A randomized trial of a cervical pessary to prevent preterm singleton birth. *N Engl J Med* 2016; 374: 1044-52.

บทความวิชาการ

โดย...คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
วาระปี พ.ศ. 2559 – 2561

Reproductive Medicine Sub-Committee Recommendation: Myomectomy **for fertility enhancement and preservation (RM-ART-003-2018)**

คำแนะนำการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกเพื่อการตั้งครรภ์

Myoma uteri เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบ่อยที่สุดของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี⁽¹⁻²⁾ สามารถแบ่งชนิดของ myoma uteri ตามนิยามของ the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) ได้ดังตาราง^(1, 2)

Fibroid classifications systems.

Classical	Fibroid Classification	FIGO (2011)
Submucosal – type 0	100% intracavity	0
Submucosal – type I	>50% intracavity	1
Submucosal – type II	<50% intracavity	2
Intramural	In contact with endometrium	3
Intramural	100% intramural	4
Intramural	Intramural but <50% subserosal	5
Subserosal	Subserosal but <50% intramural	6
Subserosal	Pedunculated	7

Submucous myoma

submucous myoma ที่มีการกดเบียดโพรงมดลูก มีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ตามธรรมชาติและการตั้งครรภ์ที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยรบกวนการฝังตัวของตัวอ่อน เนื่องจากทำให้โพรงมดลูกผิดรูป มีความผิดปกติของเส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยงเยื่อโพรงมดลูก และอาจทำให้เกิดกระบวนการอักเสบที่ตำแหน่งที่มีเนื้องอกมดลูก นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งบุตร^(3, 4) การผ่าตัด hysteroscopic myomectomy โดยเฉพาะอย่างยิ่ง type 0 และ 1 จะทำให้เพิ่มโอกาสตั้งครรภ์ภายหลังการย้ายตัวอ่อน และอาจช่วยลดการแท้งบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์⁽³⁾

Intramural myoma

เนื้องอกมดลูกชนิด intramural myoma ที่กดเบียดโพรงมดลูกจะรบกวนการฝังตัวของตัวอ่อน การทำ myomectomy อาจช่วยเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์จากการใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ ลดความเสี่ยงต่อการแท้งบุตร และผลเสียต่อการตั้งครรภ์ในกรณีที่เนื้องอกมดลูกมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร^(5, 6)

เนื้องอกมดลูกชนิด intramural myoma ที่ไม่กดเบียดโพรงมดลูก จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าก้อนเนื้องอกขนาดเท่าใดที่สมควรจะทำการผ่าตัด โดยมีบางรายงานพบว่าก้อนเนื้องอกที่มีขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร จะทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์หลังการย้ายตัวอ่อนลดลง ขณะที่บางรายงานบอกว่าขนาดที่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร ไม่ทำให้โอกาสการตั้งครรภ์ลดลง รวมถึงไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งบุตรด้วย⁽⁶⁾

เนื้องอกมดลูกที่มีขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ไม่พบว่ามีผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ แต่มีรายงานว่าถ้ามีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเสียชีวิตมากในระหว่างคลอดบุตร ส่วนเนื้องอกมดลูกที่มีขนาดมากกว่า 10 เซนติเมตร อาจทำให้เกิด fetal compression syndrome ได้ โดยจำกัดการขยายของโพรงมดลูกทำให้ทารกถูกกดเบียดและอาจเกิดความพิการได้⁽⁵⁾

Subserous myoma

subserous myoma ไม่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ทั้งโดยการตั้งครรภ์ตามธรรมชาติและการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร^(3, 5, 6)

ความเสี่ยงที่จะเกิดจากการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกต่อการตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในขณะตั้งครรภ์ภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกที่รุนแรงมากที่สุด คือ **มดลูกแตก** โดยอาจเกิดตามหลังการผ่าตัดเนื้องอกผ่านกล้องส่องช่องท้องได้ร้อยละ 1.26 ซึ่งใกล้เคียงกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (ร้อยละ 0.2) ภาวะนี้มักเกิดในไตรมาสสามของการตั้งครรภ์หรือในระยะเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากมีแรงดันในมดลูกสูง⁽⁵⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์คือการผ่าตัดเข้าโพรงมดลูก การใช้ไฟฟ้ามากในขณะผ่าตัด และการเย็บซ่อมมดลูกเพียงชั้นเดียว โดยการเย็บเพียงชั้นเดียวนี้อาจทำให้มีโอกาสเกิดมดลูกแตกมากกว่าการเย็บซ่อม 2 ชั้นถึง 4 เท่า นอกจากนี้การติดเชื้อหลังผ่าตัดหรือการเกิด hematoma อาจส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้มากขึ้น^(7, 8) ส่วนคำแนะนำเกี่ยวกับระยะเวลา ที่ควรรอจนกว่าแผลผ่าตัดที่มดลูกจะหายดีแล้วจึงจะตั้งครรภ์ได้นั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน โดยมีคำแนะนำให้ตั้งครรภ์ได้หลังผ่าตัดแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ถึง 6 เดือน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของก้อนเนื้องอกมดลูก^(8, 9)

ตารางสรุปประโยชน์ของการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกต่อการตั้งครรภ์และการแท้งบุตร

	โอกาสในการตั้งครรภ์ตามธรรมชาติ (spontaneous pregnancy)	โอกาสในการตั้งครรภ์จากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	การแท้งบุตร	ผลเสียต่อการตั้งครรภ์
Submucous type 0,1,2	Increase	Increase	+/-	Decrease
Intramural (Cavity distorting)	+/-	Increase	Decrease (ถ้าขนาด > 5 ซม.)	Decrease (ถ้าขนาด > 5 ซม.)
Intramural (Non-cavity distorting)	NS	+/- (ขนาด > 5 ซม.)	NS	+/- (ขนาด > 10 ซม.)
Subserous	NS	NS	NS	NS

สรุปคำแนะนำในการผ่าตัดเนื้องอกมดลูก

- ชนิด submucous myoma type 0, 1, 2
 - การทำ hysteroscopic myomectomy ช่วยเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ได้โดยไม่จำเป็นที่จะเป็นการตั้งครรภ์ตามธรรมชาติหรือจากการใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ รวมทั้งอาจลดอุบัติการณ์ของการแท้งบุตรได้
- ชนิด intramural myoma ที่กีดเบียดโพรงมดลูก
 - การทำ myomectomy อาจช่วยเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์จากการใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ รวมทั้งจะช่วยลดผลเสียต่อการตั้งครรภ์เมื่อเนื้องอกมดลูกมีขนาดตั้งแต่ 5 เซนติเมตร ขึ้นไป
- ชนิด intramural myoma ที่ไม่กีดเบียดโพรงมดลูก
 - เนื้องอกมดลูกมีขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ไม่แนะนำให้ทำผ่าตัด myomectomy ส่วนขนาดระหว่าง 3 - 5 เซนติเมตร ให้พิจารณาตามแต่กรณี ถ้ามากกว่า 5 เซนติเมตร แนะนำให้ทำการผ่าตัด เพราะอาจเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์จากการใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ และอาจทำได้ในกรณีที่ขนาดก้อนใหญ่มากกว่า 10 เซนติเมตร เพื่อลดการเกิด fetal compression syndrome

4. ชนิด subserous myoma

- การทำ myomectomy ไม่ช่วยเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ตามธรรมชาติหรือจากการใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ และไม่ลดอุบัติการณ์ของการแท้งบุตร แต่อาจทำได้ในกรณีที่ขนาดก้อนใหญ่จนส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอดบุตร

5. แนะนำให้ตั้งครรภ์หลังผ่าตัดแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนเนื้องอก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมดลูกแตกในขณะตั้งครรภ์หรือระหว่างคลอดบุตร

เอกสารอ้างอิง

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet 2011;113:3-13.
2. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Fertil Steril 2011;95:2204-8, 2208 e1-3.
3. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. Fertil Steril 2009;91:1215-23.
4. Johnson G, MacLehose RF, Baird DD, Laughlin-Tommaso SK, Hartmann KE. Uterine leiomyomata and fecundability in the Right from the Start study. Hum Reprod 2012;27:2991-7.
5. Milazzo GN, Catalano A, Badia V, Mallozzi M, Caserta D. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. J Obstet Gynaecol Res, 2017;43:1789-1804.
6. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. Fertil Steril 2017;108:416-425.
7. Bujold E, Bujold C, Hamilton EF, Harel F, Gauthier RJ. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002;186:1326-30.
8. Koo YJ, Lee JK, Lee YK, Kwak DW, Lee IH, Lim KT, et al. Pregnancy outcomes and risk factors for uterine rupture after laparoscopic myomectomy: A single-center experience and literature review. J Minim Invasive Gynecol, 2015;22:1022-8.
9. Tian YC, Long TF, Dai YM. Pregnancy outcomes following different surgical approaches of myomectomy. J Obstet Gynaecol Res 2015;41:350-7.



การประชุมวิชาการ

Interhospital Conference ครั้งที่ 5/2560

วันพฤหัสบดีที่ 19 ตุลาคม พ.ศ.2560 เวลา 16.00 - 18.00 น

ณ ห้อง Sapphire โรงแรมคอนเวนชันเซ็นเตอร์ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ประวัติผู้ป่วยนรีเวชกรรม

- ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี สถานภาพ : คู่
- สัญชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ : รับจ้างซ่อมเสื้อผ้า
- ภูมิลำเนา จ.กาญจนบุรี สิทธิการรักษา: บัตรทอง รพ.พหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี
- Admit 22/5/2560

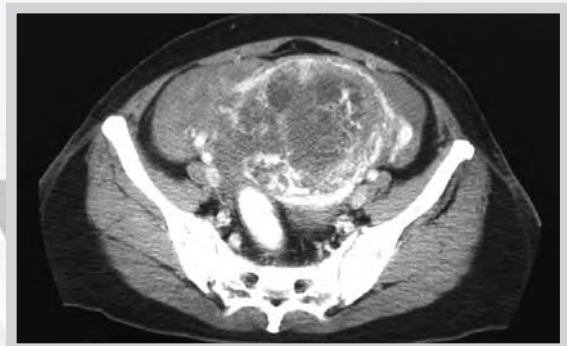
Chief complaint : เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness :

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อยทั่ว ๆ แบบบีบ ๆ ปวดอยู่เกือบตลอดเวลา ปวดไม่มาก อาการปวดเป็นมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวหรือเดิน กินยาพาราเซตามอลแล้วอาการปวดดีขึ้นเล็กน้อย

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติเป็นครั้งใน 1 ครั้ง เท้าวงเหริญลิบบาท หลังจากนั้นไม่มีออกอีกเลย ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หรือใจสั่น อาการปวดท้องยังคงเป็นเท่า ๆ เดิม ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง สงสัยก้อนเนื้อออกรังไข่ ตรวจเลือดพบ B-hcG สูง 565,000 ตรวจจ CT abdomen จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลวชิระ

รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่เบื่ออาหาร ไม่มีน้ำหนักลด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน อุจจาระได้ปกติ ไม่มีท้องผูกหรือท้องเสีย ปัสสาวะได้ปกติ ไม่แสบขัดหรือบ่อยขึ้น ไม่เคยคลำพบก้อนที่ท้องน้อย ไม่มีตกขาวผิดปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีประวัติก้อนเนื้อหรือติ่งเนื้อมีออกมาทางช่องคลอด ให้ประวัติว่าเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 10 ปีก่อน ผลปกติ



Past history:

- โรคประจำตัว simple goiter ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ปฏิเสธประวัติการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่
- ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ หรือยาลูกกลอน
- ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด
- ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

Obstetric and gynecological history:

- Menarche 15 years old
- LMP เดือนมีนาคม 2560, PMP เดือนมกราคม 2560
- ช่วงปกติ ประจำเดือนมา interval 28 days, duration 3-4 days, amount 2-3pads/day, regular cycle
- ในระยะ 1 ปีก่อน ประจำเดือนเริ่มมาทุก ๆ 2 - 3 เดือน
- P2002 last 32 year, normal labor, No history of obstetric complication
- First SI; age 20 years old, Single partner, Active SI
- No history of hormonal used or contraception

Physical examination at OPD

- V/S BT 37°C, BP 96/68 mmHg, PR 80/min, RR 16/min
- BW 54 kg Height 150 cm BMI 24.5 kg/m⁽²⁾
- GA: Good consciousness, no jaundice, normal activity
- HEENT: Eye: No exophthalmos,
Neck: Thyroid nodule size 2 x 2 cm at Right lobe, smooth surface, not tender, no erythematous
- Abdomen: soft, not tender, abdominopelvic mass in midline size 1/3 > pubic symphysis, firm consistency, smooth surface, slightly moveable, mild tenderness
- Extremities: no tremor.
- Lymph node: no lymphadenopathy at supraclavicular groin and axillary region
- Pelvic examination:
MIUB : normal
Vagina: normal discharge, no lesion
Cervix: Os close, no lesion, no cervical motion tenderness

Uterus: Enlarge size 12 cm, smooth surface, firm consistency, rather soft on left side of uterus, mild tenderness Indurate soft tissue mass at right posterolateral to uterus, size about 10 cm, soft consistency, not tenderness, slightly movable

Adnexa - no mass on left side, not tender

CDS: no bulging, no nodularity

PRM; free both side

RV; smooth rectal mucosa, no mass

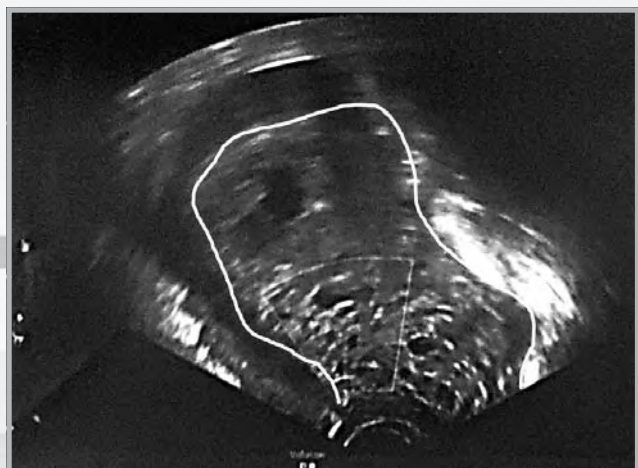
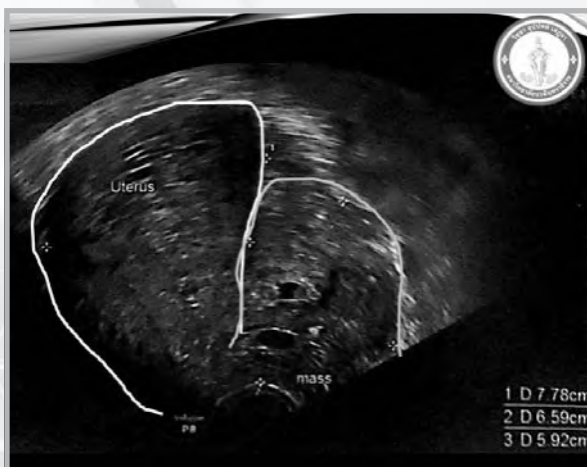
Problem list

- Abdominal pain for 2 weeks
- Abnormal uterine bleeding 10 days ago
- Missed period for 2 months and irregular menstrual cycle for 1 year
- Enlarged uterus
- CT abdomen suspected right ovarian tumor
- High level B-hCG
- Thyroid nodule

Differential diagnosis

- Obstetrical condition
 - Molar pregnancy with ovarian tumor
- Gynecological condition
 - GTN
 - Extrauterine choriocarcinoma; fallopian tube, ovary, etc.

Investigation



TVS:

- Uterus size 13.46 x 9.17 x 7.78 cm,
- Heterogenous hypohyperechogenic mass locate at right side of uterus include lower segment, hypervascularity seen.
- Not seen right ovary
- Left ovary size 3.25 x 1.79 cm; look normal
- No free fluid in cul de sac

หลังจากตรวจภายในและอัลตราซาวด์ขณะผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งมีอาการเวียนศีรษะและหน้ามืดคล้ายจะเป็นลมใจสั่น ไม่มีอาการปวดท้อง ถามตอบรู้สึกตัวดี จึงวัด BP ได้ 80/40 mmHg, PR 78/min ท่านคิดถึงภาวะใด และจะอย่างไร

Non medical	Medical
Avoid conditions triggering → Hot environment, prolonged standing, and reduced water intake, Stress emotion Rest	Fludrocortisone
Fluid and salt intake should be increased → expands the circulating blood volume and → may improve venous return	Beta blockers Alpha agonists
Physical Counter Maneuvers (PCMs) → hand-grip, leg crossing, tensing of leg, abdominal and buttock muscle and arm tensing	Anti-cholinergic medications Somatostatin analogues

Management

- Rest; Supine position
- RLS 1,000 ml iv load 500 ml
- Dtx stat = 107 mg%
- Observe consciousness and vital sign

กลับ **observe** 5 นาที

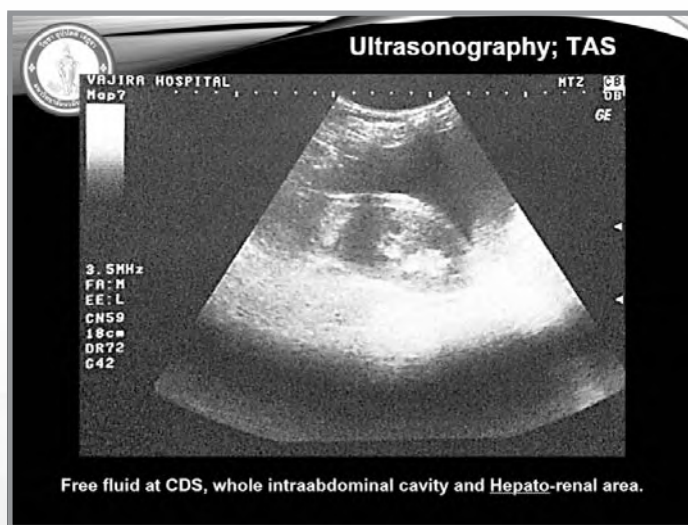
ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ยังมีอาการหน้ามืด และใจสั่น รู้สึกปวดท้องมากขึ้น repeat BP ได้ 70/40 mmHg PR 110/min

PE: Abdomen; mild distend, tender at suprapubic, no rebound tenderness, no guarding

ท่านคิดถึงภาวะใดในขณะนี้และจะอย่างไรต่อไป ??

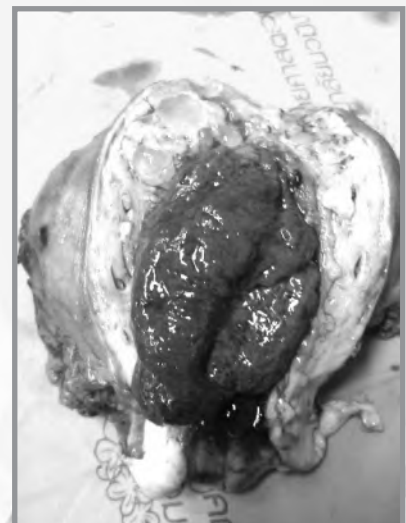
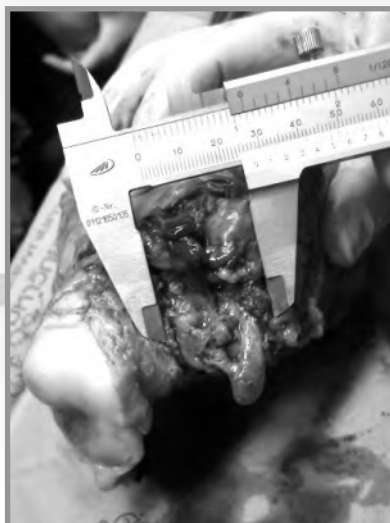
Ruptured tumor with intraabdominal hemorrhage with Hypovolemic shock

- Admit
- Resuscitation; IV no.18 เส้นที่ 2 Acetar iv 120 ml/hr
- Retain foley's catheter
- Set OR for exploratory laparotomy emergency
- HCT stat = 25%
- M/G PRC 6 u, FFP 4 u → Blood transfusion
- Antibiotics prophylaxis surgical site infection
- Re-evaluation; Ultrasonography bedside



Operative Findings

- Hemoperitoneum 1,400 ml
- Uterus 15 x 10 x 8 cm





➤ Uterus 15 x 10 x 8 cm, dark brown mass 7 x 5 cm

suspected tumor necrosis in uterine cavity, multiple cystic nodule invade myometrium at right fundus and right lateral wall near serosa, uterine rupture at right lower uterine segment size 2.5 cm with active bleeding from rupture site

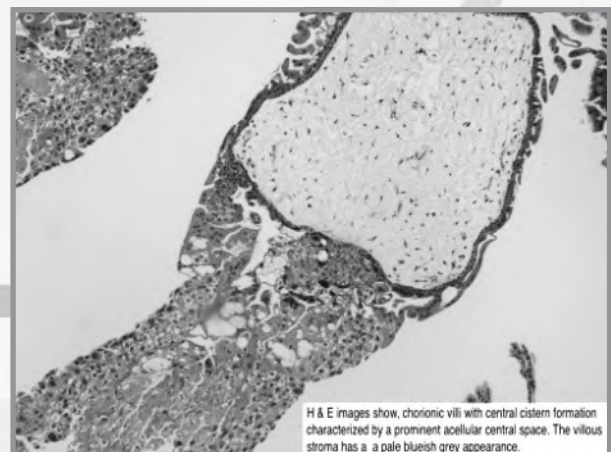
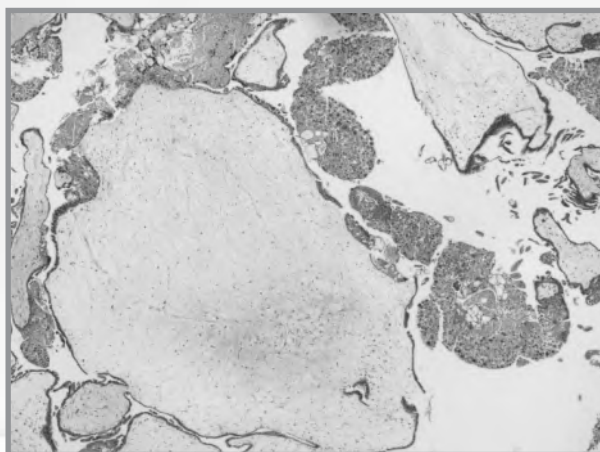
➤ Tumor invade right uterine artery with active bleeding

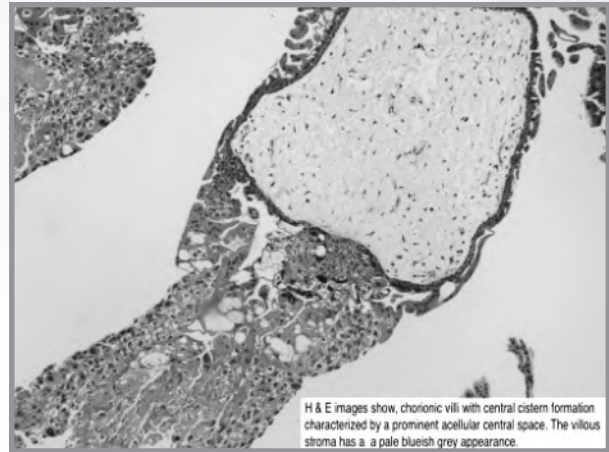
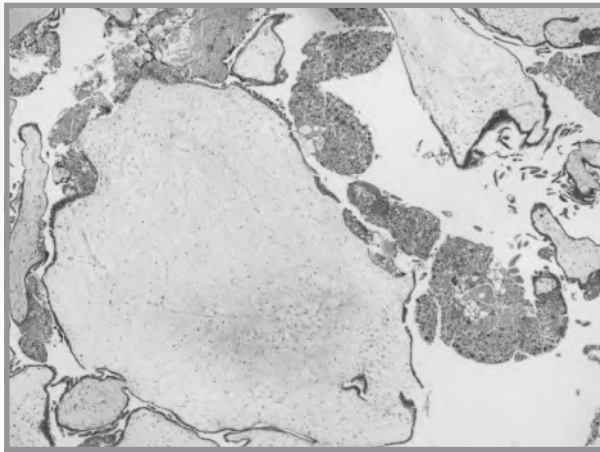
➤ Dark brown tumor at rectal serosa size 3 cm

➤ Normal surface of liver, spleen, peritoneal, diaphragm and omentum

Pathological report

- Uterus: invasive mole into myometrium, invading through the uterine serosa, complete hydatidiform mole,
- Intrauterine content: complete hydatidiform mole
- Lesion at rectal serosa: negative for chorionic villi and malignancy





- Diffuse villous enlargement with marked hydropic changes
- Cistern formation and marked trophoblastic hyperplasia in a circumferential pattern
- Remarkable cytologic atypia present
- Mitosis
- The stromal changes of molar villi, which include stromal mucin and stromal nuclear debris (apoptosis).

Villi with features of mole (complete) invade the myometrium.

Operation

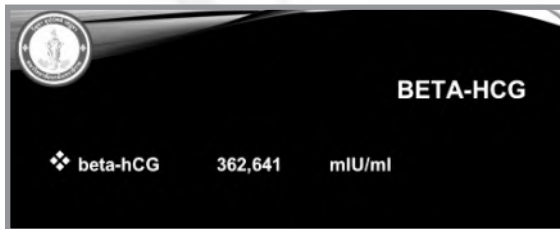
Exploratory laparotomy with TAH with excision tumor at rectal serosa

EBL 2,500 ml (Hemoperitoneum 1,400 ml)

Diagnosis

Invasive mole with uterine rupture with hypovolemic shock

Investigation for management?



COMPLETE BLOOD COUNT		
Hb	7.8	g/dl
Hct	25.2	%
WBC	11,800	cell/mm ³
Neutrophil	47.1	%
Lymphocyte	40.9	%
Eosinophil	2.5	%
Monocyte	9	%
MCV	74.8	fL
RDW	12.4	
PLT	145,200	cell/mm ³

Thyroid function test

- TSH <0.008 uIU/ml (0.55-4.78 uIU/ml)
- FT4 1.69 ng/dl (0.89-1.76 ng/dl)
- FT3 6.18 pg/ml (2.3-4.2 pg/ml)

SERPLOGY	
Anti-HIV	Negative
VDRL	Non-reactive
HbsAg	Negative



Management

- Evaluate staging and risks score of GTN
 - Consult endocrinologist
- PTU (50) 4 tab rectal support stat then PTU (50) 4 tab rectal support then q 8 hr
- Step diet
 - No intermediate and early complication from surgery
 - Correct anemia
 - F/U B-hcG and thyroid function test
 - Discharge from hospital at post-op day4

Gestational trophoblastic disease

FIGO STAGING AND CLASSIFICATION FOR GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA	
FIGO Stage	Description
I	Gestational trophoblastic tumors strictly confined to the uterine corpus
II	Gestational trophoblastic tumors extending to the adnexa or to the vagina, but limited to the genital structure
III	Gestational trophoblastic tumors extending to the lungs, with or without genital tract involvement
IV	All other metastatic sites

Table 2 FIGO/WHO scoring system based on prognostic factors.				
FIGO/WHO risk factor scoring with FIGO staging	0	1	2	4
Age	<40	>40	-	-
Antecedent pregnancy	Mole	Abortion	Term	-
Interval from index pregnancy, months	<4	4-6	7-12	>12
Pre-treatment hCG mIU/mL	<10 ³	>10 ³ -10 ⁴	>10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵
Largest tumor size including uterus, cm	-	3-4	≥5	-
Site of metastases including uterus	lung	Spleen, kidney	Gastrointestinal tract	Brain, liver
Number of metastases identified	-	1-4	5-8	>8
Previous failed chemotherapy	-	-	Single drug	Two or more drugs

Notes: To stage and allot a risk factor score, a patient's diagnosis is allocated to a Stage as represented by a Roman numeral I, II, III, or IV. This is then separated by a colon from the sum of all the actual risk factor scores expressed in Arabic numerals e.g. Stage II:4, Stage IV:9. This Stage and score will be allotted for each patient.

Case = 7 (high risk)

วินิจฉัย invasive mole stage II with high risk GTN

ได้รับ Chemotherapy Multiple agent chemotherapy EMA-CO

HIGH-RISK GTN (SCORE>6) MULTIPLE AGENT CHEMOTHERAPY	
EMA-CO (etoposide, methotrexate, actinomycin D, cyclophosphamide, vincristine) chemotherapy.	
Regimens	
Regimen 1	
Day 1	
Etoposide	100 mg/m ² intravenous infusion over 30 minutes
Actinomycin-D	0.5 mg intravenous bolus
Methotrexate	100 mg/m ² intravenous bolus
	200 mg/m ² intravenous infusion over 12 hours
Day 2	
Etoposide	100 mg/m ² intravenous infusion over 30 minutes
Actinomycin-D	0.5 mg intravenous bolus
Folinic acid rescue	15 mg intramuscularly or orally every 12 hours for four doses (starting 24 hours after beginning the methotrexate infusion)
Day 8	
Vincristine	1 mg/m ² intravenous bolus (maximum 2 mg)
Cyclophosphamide	600 mg/m ² intravenous infusion over 30 minutes
The two regimens alternate each week	



คำถามท้ายเล่ม

จากคณะกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

1. สาเหตุที่สำคัญที่สุดของการคลอดก่อนกำหนด

- ก. มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
- ข. มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรมก่อนตั้งครรภ์
- ค. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ก่อน
- ง. มีภาวะทารกน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
- จ. ตรวจพบการบีบตัวของมดลูกในช่วงอายุครรภ์ก่อนครบกำหนด

2. ขนาดความยาวปากมดลูกที่พบว่าได้รับการรักษาด้วยยาโปรสตาโกลินแล้วได้ประสิทธิผลที่ดี

- ก. ความยาวปากมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ที่อายุครรภ์นั้น
- ข. ≤ 4.0 cm
- ค. ≤ 3.5 cm
- ง. ≤ 3.0 cm
- จ. พบความนุ่มของปากมดลูกมากเกินไปจนเกินมาตรฐานจากการตรวจพิเศษ

3. การให้การป้องกันรักษาด้วยยาโปรสตาโกลินธรรมชาติสอดทางช่องคลอด ควรเริ่มที่อายุครรภ์เท่าใด

- ก. 8 สัปดาห์
- ข. 10 สัปดาห์
- ค. 12 สัปดาห์
- ง. 14 สัปดาห์
- จ. 16 สัปดาห์

4. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับ vaginal micronized progesterone เมื่อเปรียบเทียบกับ 17-alpha hydroxyprogesterone caproate (17-OHP-C)

- ก. พบผลข้างเคียงจากการรักษามากกว่า
- ข. พบผลของการรักษามีประสิทธิภาพสูงกว่า
- ค. ความพึงพอใจและความต่อเนื่องของการรักษาน้อยกว่า
- ง. พบทารกแรกเกิดต้องรับการรักษาในหออภิบาลมากกว่า
- จ. พบผลกระทบต่อการพัฒนาของระบบประสาทในช่วงวัยเด็กมากกว่า

5. การเย็บผูกปากมดลูกสามารถทำได้ในสถานการณ์ใดบ้าง

- ก. Antepartum hemorrhage
- ข. Painful cervical dilatation
- ค. Prior preterm birth < 34 week
- ง. Short cervical length < 10 mm
- จ. History of recurrent pregnancy loss

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นส.วนาพร เกินเย็น

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

เฉลยคำถามท้ายเล่ม

คำถามท้ายบท Risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy: RRBSO

ศก.นพ.นิพนธ์ เขมะเพชร

1. กลุ่มโรคมะเร็งเต้านมและรังไข่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (hereditary breast and ovarian cancer syndrome: HBOC) ที่เกิดจากการกลายพันธุ์หรือหายไปของยีน BRCA1 และ BRCA2 เป็นสาเหตุของมะเร็งรังไข่ประมาณร้อยละเท่าไร
ข. ร้อยละ 10 และร้อยละ 3-5 ของมะเร็งเต้านม
2. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดนำรังไข่และท่อนำไข่ออกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ (risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy: RRBSO)
ก. สำหรับสตรีที่มีบุตรครบแล้ว หรือไม่ต้องการมีบุตรแล้วให้พิจารณาทำ RRBSO เลย
3. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด RRBSO
ง. ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด RRBSO ควรเตรียมการในการตรวจ frozen section ทุกราย
4. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนในการผ่าตัด RRBSO
ง. แนะนำให้ตัดมดลูกพร้อมกับการผ่าตัด RRBSO สำหรับสตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA
5. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด RRBSO
ค. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ฮอร์โมนทดแทนรับประทานในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว
ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาช่องคลอดบาง มีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ หากใช้สารหล่อลื่นช่วยขณะมีเพศสัมพันธ์แล้วไม่ได้ผลก็สามารถใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย



การประชุมวิชาการสมาคมอนามัยการเจริญพันธุ์ (ไทย) ครั้งที่ 23 ประจำปี 2562



บรรยากาศงานการประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ.2562



การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2562
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



Facebook : OBG Social



การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2562
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2562
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



Facebook : OBG Social



การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2562
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



Facebook : OBG Social



การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2562
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



Facebook : OBG Social



การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2562
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



Facebook : OBG Social