



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณ

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณแห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2/2562



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี ”

(Standard and Ethics for Women's Health)

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักตนคติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ



หน้า

บรรณธิการแถลง	3
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	4
สูตินรีเวช - จริยธรรมสาธก	5
เรื่องจากคณะผู้บริหาร	8
บทความวิชาการ	10
Interhospital Conference ครั้งที่ 2/2562	15
คำถามท้ายเล่ม	25
ปฐมนิเทศ	27

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิเศษ ลุมพิกานนท์

ประธาน

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล

ผู้จัดทำหนังสือประธาน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา ธิฐาพันธ์

รองประธาน คนที่ 1

นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์

รองประธาน คนที่ 2

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา

เลขาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรอนพ ใจสำราญ

เหรัญญิก

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรพิมล เรืองวุฒิเลิศ

กรรมการกลาง

รองศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร พุกษานานนท์

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชนนทร์ วนาภิรักษ์

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงฐิติมา สุนทรสัจ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปัญญา พันธุ์บุรณะ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์

นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภครพงษ์กุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดกนันทน์ มะโนทัย

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตกมล

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

บรรณธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรอนพ ใจสำราญ

กองบรรณธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่

นายแพทย์ธีรวุฒิ ชันประกอบ

นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

แพทย์หญิงลัลลธรพร พัฒนาวิจารย์

เลขานุการ

นายพนพล มณีกุล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ นางสาวนาพร เงินเย็น

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี หอยตุนวิทยัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง กทม. 10310 โทรศัพท์ 0-2716-5721-22, แฟกซ์ 0-2716-5720

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



บรรณาธิการแถลง

โดย... รศ.นพ.อรรถพร ไฉสํารณ
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

สวัสดิ์ครับ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยทุกท่าน

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ ออกมาต้อนรับสมาชิกใหม่ที่เพิ่งเข้ามารับการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญ และสมาชิกที่เพิ่งเสร็จสิ้นการสอบเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และเริ่มปฏิบัติงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในฉบับนี้ท่านประธานได้มีข่าวสำคัญหลายอย่างมาแจ้งให้ทราบ

บทความสูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก เรื่อง **“Humanized health care/การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้”** โดยท่านรองประธาน **อาจารย์พิษณุ ชันติพงษ์** ในฉบับนี้เป็นเรื่อง **“ฤดูใบไม้ร่วงในโรงพยาบาล”** ซึ่งท่านได้ถ่ายทอดเรื่องดังกล่าวจากประสบการณ์ในการทำงาน มาเป็นระยะเวลานาน ต่อด้วยบทความวิชาการจากคณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช เรื่อง **“Cold coagulation อีกหนึ่งทางเลือกในการรักษารอยโรคที่ปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็ง”** โดย **นายแพทย์ศุภกร พัทธการกุล** และเช่นเคยกับบทความรายงานการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ 2/2561 ซึ่งเสนอกรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจ โดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบทวิจารณ์ โดย **แพทย์หญิง ธิตินันท์ ตันสถิตย์** กลุ่มงานสูตินรีเวชวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี และบทความปกิณกะ เสนอรายงานผู้ป่วย โดย กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ ต่อด้วยคำถามปิดท้ายเล่ม พร้อมเฉลยคำถาม จากบทความท้ายเล่มในฉบับที่แล้ว และภาพจากกิจกรรมต่าง ๆ ครับ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกกับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ฉบับอิเล็กทรอนิกส์เพื่อลดโลกร้อน สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ **PDF file ทาง E-mail, Line หรือ Facebook** กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้ครับ



พบกันใหม่ฉบับหน้าครับ





สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

เรียน ท่านอาจารย์ที่เคารพ และเพื่อนแพทย์ Residents และ Fellows ที่รักทุกท่านครับ

อันดับแรกผมถือโอกาสนี้แสดงความยินดีกับ Residents และ Fellows ทุกท่านที่ประสบผลสำเร็จในการสอบผ่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ปรารถนา และขอให้กำลังใจอันเข้มแข็งต่อผู้ที่พลาดไป ขอให้ประสบผลสำเร็จในครั้งหน้า

ในวันที่ 24-25 สิงหาคม 2562 นี้ ผมได้รับเชิญให้เป็นวิทยากร ในการสัมมนาใหญ่ของแพทยสภา เรื่องการปรับปรุงแบบยกเครื่องของกระบวนการพิจารณาคดีทางจริยธรรม ซึ่งพวกเราทราบกันดีว่า สุตินรีแพทย์ครองแชมป์การถูกร้องเรียนมาตลอด ผมได้มีโอกาสทบทวนคดีต่าง ๆ ของพวกเรา พบแล้ว น่าเป็นห่วงมาก คือ **จำนวนของคดีเหมือนจะลดลงเพียงเล็กน้อย แต่ความรุนแรงของโทษที่ได้รับ ซึ่งแปรผันตามบริบทของแต่ละคดีมีแนวโน้มสูงขึ้น ใน 8 เดือนที่ผ่านมา** คดีที่ตัดสินโดยแพทยสภา ว่าสมาชิกของเราผิดจริงถึงขั้นพักใช้ ถึงเพิกถอนใบอนุญาตมีถึง 4 คดี ผมเชื่อว่าการดำรงไว้ซึ่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยความสุจริต และเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และญาติ คือเกราะป้องกันพวกเราให้พ้นจากข้อร้องเรียนทั้งหลาย ในสุตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้มีเรื่องสำคัญ คือ **ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ขอประกาศจุดยืนเรื่องการผ่าตัดคลอดเพื่อให้สมาชิกทราบทั่วกัน**

ข่าวใหญ่ที่ขอแจ้งต่อทุกท่าน คือ **กำหนดการจัดงานประชุมวิชาการเพื่อเฉลิมฉลอง 50 ปี ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย คือ วันศุกร์ที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันอาทิตย์ที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2563** ขอให้ทุกท่านจดบันทึกไว้ สถานที่ที่เป็นในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะเรียนให้ทราบต่อไป

อีกข่าวหนึ่งคือ **เราประสบผลสำเร็จในการได้รับเป็น เจ้าภาพร่วมในการจัดประชุม International Conference on Family Planning (ICFP 2021) ซึ่งจะจัดขึ้นในประเทศไทย ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564** ทั้ง 2 งานใหญ่นี้ ต้องการความร่วมมือ ร่วมใจจากเพื่อนสมาชิกทั้งมวลเป็นอย่างยิ่งครับ





สุตินรีเวช - จริยธรรมสารก

โดย...นพ.พิชญ์ ชันติพงษ์
รองประธาน คนที่ 1

Humannized health care / การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้

“ฤดูใบไม้ร่วงในโรงพยาบาล”

ไม่ว่าจะอีกนานเท่าใดบทความนี้ยังใช้ได้เสมอครับ
เมืองไทยมี 3 ฤดู แต่ทุกโรงพยาบาลจะมี 4 ฤดู
อยากรู้ว่าฤดูที่ 4 เป็นฤดูอะไร อ่านดูนะครับ

ปอส่งความรักความปรารถนาดีให้อาจารย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร บุคคลผู้เป็นที่รักให้ดีขึ้นดีคืนจากความเจ็บป่วยนะครับ ทุก ๆ ปีในโรงพยาบาลมักมีช่วงที่จะมีการเสียชีวิตของคนไข้ที่ดูเหมือนว่าค่อนข้างจะสูงกว่าช่วงอื่น ๆ จนเจ้าหน้าที่บางคนเปรียบเปรยว่าเป็นฤดูใบไม้ร่วง ซึ่งพบว่าจะในช่วงเวลาที่มีการหมุนเวียนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่งจบมาใหม่ทั้งแพทย์ พยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ เชื่อว่ายังไม่มีใครมีความชำนาญในการดูแลรักษาคนไข้ตลอดจนความเข้าใจในระบบการทำงานของโรงพยาบาลยังไม่ดีพอ จึงทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลได้ง่าย

ผมจึงให้ความสำคัญกับการปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้ามาทำงานใหม่ให้เข้าใจระบบการทำงานของเรามากกว่าจะเป็นเรื่องความปลอดภัยของคนไข้ การอยู่เวรนอกเวลา การขอรับคำปรึกษาทางการแพทย์ (consultation) การบริหารความเสี่ยงรวมถึงแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลได้จัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อคนไข้ บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล จำเป็นต้องผ่านการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากรุ่นพี่ ๆ จนกระทั่งมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลรักษาคนไข้ได้จึงจะอนุญาตให้ทำงานตามลำพังได้ โดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของคนไข้เป็นสำคัญ โรงพยาบาลน่านได้ถือหลักการของ **อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร** ที่ใช้กันมายาวนานกว่า 50 ปีว่า **“สอนให้จำ ทำให้ดู อยู่ให้เห็น”** ผมเห็นว่าเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำมาปฏิบัติกับบุคลากรที่จบมาใหม่ **“สอนให้จำ”** หมายถึงมีการสอนด้านทฤษฎีให้น้องใหม่ได้เข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเฉพาะเมื่อมีการดูแลคนไข้จริง ๆ เนื่องจากความรู้ที่ได้จากตำราและโรงเรียนแพทย์นั้นจำเป็นต้องนำมาประยุกต์เพื่อใช้รักษาคนไข้ เนื่องจากคนไข้แต่ละคนมีความแตกต่างกัน ต้นทุนชีวิตที่ไม่เหมือนกันทั้งด้านความรู้ สภาพร่างกายและจิตใจ จึงจำเป็นต้องเข้าใจและให้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับแต่ละคน **“ทำให้ดู”** หมายถึงจะต้องมีการทำหัตถการต่าง ๆ ที่ใช้รักษาคนไข้ให้น้องใหม่ได้เห็นและจดจำ โดยเริ่มตั้งแต่

ข้อบ่งชี้ ข้อควรระวังและข้อห้ามในการทำหัตถการนั้น ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าปลอดภัย และที่จำเป็นอย่างยิ่งต้องรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการนั้น เพื่อการติดตามดูแลคนไข้จนมั่นใจว่าปลอดภัย แล้วจึงแสดงขั้นตอนการทำอย่างละเอียดตั้งแต่การอธิบายให้คนไข้ ญาติ เข้าใจและอนุญาตให้ทำหัตถการได้พร้อมเซ็นยินยอมเพื่อรับการรักษา การจัดท่าคนไข้ การระงับความเจ็บปวดและทำเป็นขั้นตอนพร้อมอธิบายให้เข้าใจจนเสร็จ การติดตามอาการหลังทำหัตถการ ทุกขั้นตอนจะต้องมั่นใจว่ารุ่นน้องเข้าใจและสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยในการทำหัตถการครั้งแรก ๆ ควรต้องทำภายใต้การกำกับดูแลของรุ่นพี่จนเกิดความมั่นใจและพี่ ๆ ก็มั่นใจว่ารุ่นน้องสามารถทำได้ด้วยตนเองแล้ว จึงจะอนุญาตให้ทำหัตถการเองได้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อคนไข้ แต่ที่สำคัญที่สุด คือ **“อยู่ให้เห็น”** หมายความว่า เมื่อน้องทำหัตถการใด ๆ เพื่อรักษาคนไข้แล้วเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือเกิดความไม่มั่นใจต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากรุ่นพี่ ถือว่าจะต้องมีการตอบสนองจากรุ่นพี่ทุกครั้งที่น้องต้องการความช่วยเหลือ สำหรับผมแล้วถือเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่น้อง ๆ ตามมาช่วยดูแลคนไข้ เพราะการช่วยชีวิตคนนั้นสำคัญเหนือสิ่งอื่นใดและยังช่วยให้น้อง ๆ เกิดความมั่นใจและลดความเครียดความกังวลลงอย่างมากที่มีพี่มาช่วยดูแลคนไข้ เช่นเดียวกันบ่อยครั้งที่ผมต้องตามน้อง ๆ มาช่วยดูแลรักษาคนไข้เช่นกัน คนไข้และญาติจะรู้สึกอุ่นใจเมื่อเห็นแพทย์หลาย ๆ คนโดยเฉพาะแพทย์อาวุโสที่คนไข้รู้จักหรือได้ยินชื่อเสียงมาช่วยกันดูแลรักษา สร้างความสัมพันธ์อันดีงามระหว่างแพทย์กับคนไข้และญาติได้เป็นอย่างดี

ผมยังจำได้ว่ามีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งหนึ่งเมื่อหลายปีผ่านมาแล้ว เวลาประมาณสี่โมงกว่าผมได้รับโทรศัพท์จากห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ว่าญาติแพทย์รุ่นน้องที่กำลังผ่าตัดคลอดต้องการความช่วยเหลือด่วนเนื่องจากรกฝังลึกทะลุไปถึงผนังกระเพาะปัสสาวะ คนไข้เสียเลือดมาก ผมรีบเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลทันที ระหว่างทางก็คิดทบทวนว่าจะต้องวางแผนการรักษาอย่างไรบ้าง เมื่อไปถึงพบว่าคนไข้ได้เลือดไปมากกว่า 20 ขวดแล้ว แต่สัญญาณชีพยังค่อนข้างดี (เนื่องจากคุณแม่ส่วนใหญ่เป็นคนปกติ และมีสุขภาพดีจึงสามารถทนต่อภาวะแทรกซ้อน เช่นการเสียเลือดได้มากกว่าคนอื่น ๆ ด้วยเหตุผลเดียวกันนี้จึงเป็นเรื่องที่น่าเศร้ามากถ้าต้องสูญเสียคุณแม่ไป) น้องหมอสูติทำทางอืดโรยมากเพราะผ่าตัดมารวมสามชั่วโมง และเผชิญกับปัญหาใหญ่ เหนื่อยทั้งกายทั้งใจ น้องบอกว่าคนไข้ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม สองท้องแรกได้รับการผ่าตัดคลอดโดยน้องเป็นคนทำ ครรภ์นี้มีโดยบังเอิญเพราะลูกคนที่สองอายุยังไม่ถึงขวบ อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด เกิดเจ็บครรภ์กะทันหันจึงได้ผ่าตัดฉุกเฉินตั้งแต่ตีหนึ่งเศษ เด็กสมบูรณ์ดี แต่พบว่ารกฝังลึกทะลุไปถึงผนังกระเพาะปัสสาวะ จึงได้ตัดมดลูกออกบางส่วนแต่ยังคงมีเลือดออกจากเนื้อมดลูกส่วนที่เหลือ ผมขอให้น้องออกไปล้างหน้าล้างตาพักผ่อนสักพัก ผมเข้าทำการผ่าตัดแทนและให้ตามแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะมาช่วยด้วย การทำผ่าตัดเพื่อหยุดเลือดค่อนข้างยากและซับซ้อน เกิดมีปัญหายุ่งยากจำเป็นต้องผ่าตัดเอากระเพาะปัสสาวะออกและใส่สายที่ท่อไตทั้งสองข้างเพื่อระบายปัสสาวะ การผ่าตัดเสร็จสิ้นราว ๆ แปดโมงเช้าเศษ คนไข้ได้เลือดไปกว่าสามลิบขวด ต้องดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักและเสียชีวิตในที่สุด ผมจำได้ว่าเช้าวันนั้นเมื่อออกจากห้องผ่าตัดได้พบสามีและญาติคนไข้ซึ่งเป็นคนที่ผมรู้จักดี ผมได้อธิบายให้ฟังเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและการดูแลรักษาต่อ ทั้งหมดยกมือไหว้และกล่าวขอบคุณที่เห็นแพทย์มาช่วยกันรักษาหลายคนและเข้าใจว่าคนไข้มีอาการรุนแรงจริง เมื่อคนไข้เสียชีวิตทุกคนกล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่าขนาดหมอพิษณุมาช่วยแล้วยังไม่รอด แสดงว่าถึงที่สุดแล้ว ทุกคนเข้าใจ ยอมรับและไม่สงสัยในการดูแลรักษาแต่อย่างใด สำหรับน้องหมอได้เข้าใจถึงวัฒนธรรมอันดีงามนี้ และเชื่อว่าจะช่วยกันรักษาต่อเนื่องไปอย่าง

ไม่สิ้นสุด ผมเป็นรุ่นพี่ที่ทำงานอยู่โรงพยาบาลแห่งนี้ก่อนที่น้องจะมาถึงสิบปี ย่อมต้องมีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับมากกว่าน้องที่เพิ่งจบมาทำงานที่โรงพยาบาล เราได้เรียนรู้อย่างมากมาสำหรับกรณีคนไข้คนนี้ ตั้งแต่เรื่องปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในกรณีตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอด การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการรักษาและอื่น ๆ อีกมากมาย ที่สำคัญที่สุดคือเรื่องการทำงานเป็นทีมที่ยึดถือเอาคนไข้เป็นศูนย์กลางย่อมสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด

ถ้าทุกโรงพยาบาลสามารถทำสิ่งเหล่านี้ให้เกิดขึ้นจนเป็นวัฒนธรรมที่ฝังรากลึกแล้วผมเชื่อมั่นว่าฤดูใบไม้ร่วงในโรงพยาบาลจะหายไปอย่างแน่นอน จะมีแต่ความสุขและรอยยิ้มของทุกคนจากการทำงานด้วยหัวใจ แม้บางครั้ง เราอาจต้องสูญเสียคนไข้แต่ถ้าเราได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ ด้วยความระมัดระวัง และปรารถนาดีต่อคนไข้แล้วก็ต้องยอมรับและนำมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อหาแนวทางป้องกันสำหรับคนไข้คนอื่น ๆ ต่อไป

การบรรยาย ณ โรงแรมระยองรีสอร์ท จังหวัดระยอง

บรรลุนิยามหนึ่งภารกิจ ในการสร้างคนดีแทนคุณแผ่นดิน ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กว่า 60 ชีวิต นำโดยผู้อำนวยการ และทีมแพทย์ เน้นในเรื่องการทำงานเป็นทีม ที่ต้องเริ่มจากความจริงใจ ให้เกียรติและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยมีพื้นฐานของความจริงที่ว่า **“ทุกคนล้วนมีความสำคัญกับองค์กร เพียงแต่บทบาทที่ต่างกัน”** ให้คิดเสมอว่าคนไข้แต่ละคนหมายถึงแต่ละชีวิต เรายกชีวิตของเราและคนใกล้ชิดอย่างไรคนไข้ก็รักชีวิตของเขาและคนใกล้ชิดเช่นกัน จึงควรทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุด **“มีก็อาชีพที่ทำมาหาเลี้ยงชีพแล้วได้บุญทุกวัน”** ท้ายที่สุดดีใจมากที่ทุกคนต่างให้สัญญาว่าจะเป็นคนดีทำในสิ่งที่ดีเพื่อคนไข้และองค์กร

ขอบคุณทุกหยาดเหงื่อที่ทุ่มเทให้คนไข้ทุกคน

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

เรื่องจากคณะผู้บริหาร



The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists **RTCOG** “Standards & Ethics for Women’s Health”

EXECUTIVE BOARD

President

Air Marshal Dr. Karun Kengsakul

Immediate Past President

Prof. Pisake Lumbiganon

President-Elect

Assoc. Prof. Vitaya Titapant

Vice President 1

Dr. Pisani Kantipong

Vice President 2

Asst. Prof. Natthong Israngura Na Ayudhya

Secretary General

Assoc. Prof. Unnop Jaisamrarn

Treasurer

Assoc. Prof. Pornpimol Ruangvutilert

COMMITTEE CHAIRS

Professional Ethics

Asst. Prof. Natthong Israngura Na Ayudhya

Residency Training

Assoc. Prof. Saknan Manotaya

Gynaecological Oncology

Dr. Wisit Supakkarapongkul

Gynaecological Endoscopy

Dr. Wisit Supakkarapongkul

Reproductive Medicine

Assoc. Prof. Kamthorn Pruksananonda

Maternal & Fetal Medicine

Assoc. Prof. Chanane Wanapirak

Scientific Meeting

Prof. Siriwan Tangitgamol

Editor-in-Chief, TJOG

Prof. Vorapong Phupong

Research & Development

Assoc. Prof. Dittakarn Boriboonhirunsam

Continuing Education

Dr. Olanik Musigavong

Public Relations

Prof. Kovit Khampitak

Professional Standards

Assoc. Prof. Thitima Suntharasaj

International Affairs

Assoc. Prof. Unnop Jaisamrarn

Special Affairs

Assoc. Prof. Panyu Panburana

Quote for ICFP 2021

It is such a great honor and privilege to cohost the ICFP 2021 in Thailand. It will be a great opportunity for us to discuss groundbreaking ideas in the field of modern Family Planning, solidify our challenging goals and move forward towards the next decades. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists and all Medical Schools as well as associated public – private organizations have been coordinating all programs of Family Planning supported by many international organizations such as WHO, Population Council, Planned Parenthood, UNFPA and Johns Hopkins – JHPIEGO. Such activities include training and supervision of medical staff, research and development, monitoring and evaluation, creating health literacy for people and coordination of government and non - government organizations. Expertise in medicine, excellent collaboration and professional management in the Family Planning program have successfully lowered the birth rate of Thailand. Although Thailand is a relatively small country, our success in the field of Family Planning has become a good lesson for many nations. Nevertheless, team Thailand is always eager to learn more about new knowledge, research, technologies and management to ensure the **Family Planning for All**, especially for some specific groups such as teenagers and low-income families.

We look forward to welcoming all international colleagues and friends.

See you all at ICFP 2021 in Thailand - The Land of Smiles.

Karun Kengsakul M.D., M.S. Ed., FRCOG

President of The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists

THE SECRETARIAT

8th Floor, The Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Huay Khwang, Bangkok 10310, Thailand

Tel: (66-2) 716-5721 - 2, Fax: (66-2) 716-5720 E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th and sc_rtcog@rtcog.or.th

Website: <http://www.rtcog.or.th>



ประกาศเจตยืน เรื่อง การผ่าตัดคลอด
Position Statement for Cesarean Section

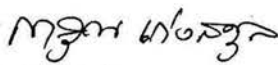
ในปัจจุบันนี้การผ่าตัดคลอดมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและนานาชาติ การศึกษาและการประมวลผลจาก World Health Organization (WHO) พบว่าการผ่าตัดคลอดนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้สูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด และยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น รวมทั้งเกิดความสับสนของทรัพยากรอื่น ๆ โดยไม่เกิดประโยชน์ อย่างไรก็ตามก็ดียังไม่มีข้อกำหนดถึงอัตราการผลิตคลอดที่เหมาะสมที่เป็นมาตรฐานยอมรับกันทั่วโลก เพราะอัตราดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ของแต่ละประเทศ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราการผลิตคลอดในสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์สูงคือประมาณร้อยละ 30 - 50 และยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกอย่างต่อเนื่อง

การประเมินอัตราการผลิตคลอดนั้น WHO แนะนำให้สถานพยาบาลใช้การเก็บข้อมูลแบบ Robson classification ซึ่งเป็นวิธีการที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เพื่อประโยชน์ในการประเมิน ติดตาม เปรียบเทียบข้อมูลทั้งภายในและระหว่างสถานพยาบาล และองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งใช้ในการวางแผนการพัฒนา และประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานเพื่อลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ในฐานะองค์กรหลักของประเทศในการกำกับดูแลด้านวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ขอประกาศเจตยืนเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดคลอด ควรทำเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น คือเมื่อทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย หรือเมื่อมารดามีภาวะแทรกซ้อนขั้นรุนแรงจนไม่สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้
2. ประชาชนควรทราบว่า การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพิ่มความเสี่ยงจากการคลอดหลายอย่างและมีความรุนแรงหลายระดับทั้งต่อมารดาและทารก มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด
3. การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นการกระทำที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
4. ก่อนการผ่าตัดคลอด สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม เกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอด จากบุคลากรทางการแพทย์ จนเข้าใจดี และลงนามยินยอมรับการผ่าตัด
5. สตรีตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ควรสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการผ่าตัดคลอดได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา
6. อัตราการผลิตคลอดที่เหมาะสมของแต่ละสถานพยาบาลอาจแตกต่างกัน เพราะแปรผันตามบริบทและสถานการณ์ที่รับผิดชอบ
7. สถานพยาบาล หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องควรเก็บข้อมูลการคลอดแบบ Robson classification เพื่อประโยชน์ในการประเมินและติดตามข้อมูลสำหรับการวางแผนการพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพ ของการดำเนินงานเพื่อลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น

ประกาศ ณ วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2562

พลอากาศโทนายแพทย์ 
(การณ เก่งสกุล)

ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



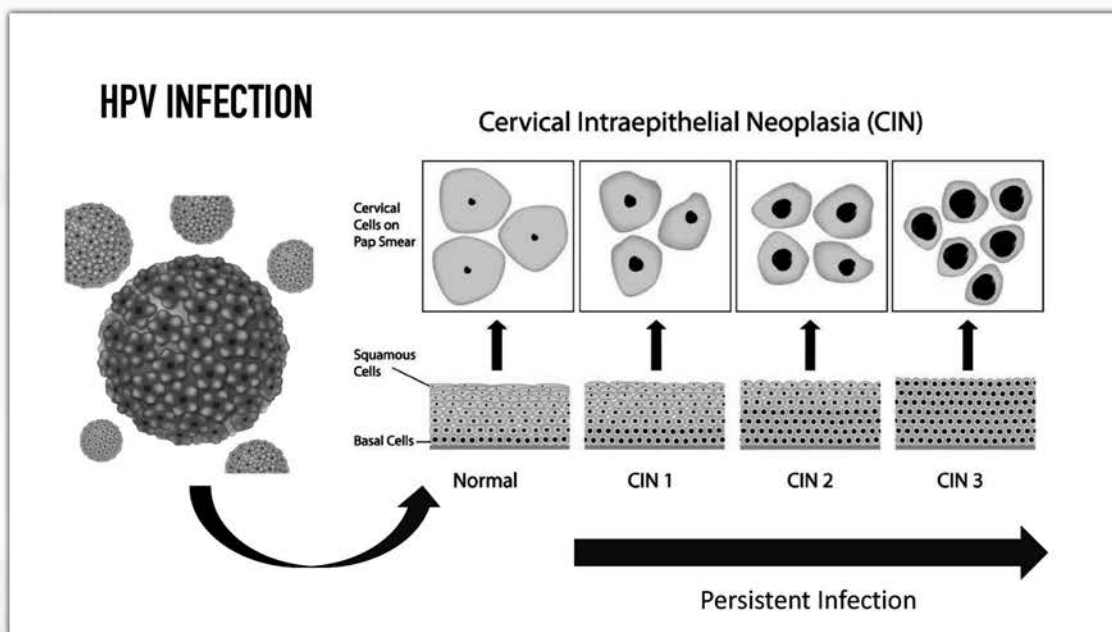
บทความวิชาการ

โดย...นพ.ศุภกร พัทธการกุล
ในนามของ คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช

Cold coagulation อีกหนึ่งทางเลือก ในการรักษาโรคที่ปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็ง

เป็นที่ทราบกันดีว่า ต้นเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวีแบบฝังทน (persistent infection) โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชพีวี ชนิดสายพันธุ์เสี่ยงสูง (high risk HPV) ทำให้เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (CIN) หากไม่ได้สนใจตรวจติดตามหรือรักษาโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งนั้น ก็มีโอกาสมกลายเป็มะเร็งปากมดลูกได้ในอนาคต

จุดหนึ่งที่เราทราบเกี่ยวกับการดำเนินโรคคือ กว่าที่ระยะก่อนเป็นมะเร็งจะพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกได้นั้น มักต้องใช้เวลานานหลายปี ทำให้แพทย์สามารถตรวจคัดกรองเพื่อพบผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็ง และทำการรักษาให้หายได้



ระยะก่อนเป็นมะเร็งที่แพทย์มักจะให้การรักษาทันทีที่ตรวจพบ คือระยะความผิดปกติตั้งแต่ CIN 2 ขึ้นไป (อาจมียกเว้นบางกรณีเช่น CIN 2 ในคนไข้อายุน้อยที่อาจให้ทางเลือกโดยการตรวจติดตาม เป็นต้น)⁽¹⁾

การรักษารอยโรคที่ปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็งนั้นมีหลายวิธี โดยสามารถแบ่งประเภทได้เป็น 2 ประเภทหลัก ๆ คือ

1. การรักษาด้วยวิธี excision
2. การรักษาด้วยวิธี ablation

Treatment for CIN

Ablative method

- Cryotherapy (CT)
- Radical Diathermy (RD)
- Laser Ablation (LA)
- Cold Coagulation (CC)

Excisional method

- LEEP/ LLETZ
- Laser Conization (LC)
- Needle Excision of the Transformation Zone (NETZ)
- Cold Knife Conization (CKC)
- Hysterectomy

การรักษารอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็งด้วยวิธี excision ที่สุตินรีแพทย์รู้จักกันดี และปัจจุบันเป็นวิธีที่ทำกันมากที่สุดคือ การทำ LEEP (Loop electrosurgical excision procedure) หรือการตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า ซึ่งข้อดีของการรักษาด้วยวิธี excision คือสามารถได้ชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา ทำให้ทราบถึงความครบถ้วนของรอยโรคที่ได้ตัดออกไป (margin status) และได้ความชัดเจนว่าส่วนของปากมดลูกที่ตัดออกไปนั้นมีการกลายเป็นมะเร็งแล้วหรือไม่ แต่ข้อจำกัด/ข้อเสียของวิธี excision คือเป็นหัตถการที่ต้องทำโดยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมและมีความชำนาญ และการตัดปากมดลูกนั้นมียผลทำให้ปากมดลูกสั้นลง อาจส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต เช่นเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ เป็นต้น⁽²⁾

การรักษาด้วยวิธี ablation นั้นไม่มีการตัดเอาเนื้อของปากมดลูกออกไป ทำให้เกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์น้อยกว่าวิธี excision และสามารถทำได้โดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์เช่น พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรม เป็นต้น ข้อด้อยคือจะไม่ได้ชิ้นเนื้อใหญ่มาตรวจทางพยาธิ และการรักษาวิธี ablation จะสามารถรักษาได้กับบางคนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเท่านั้น

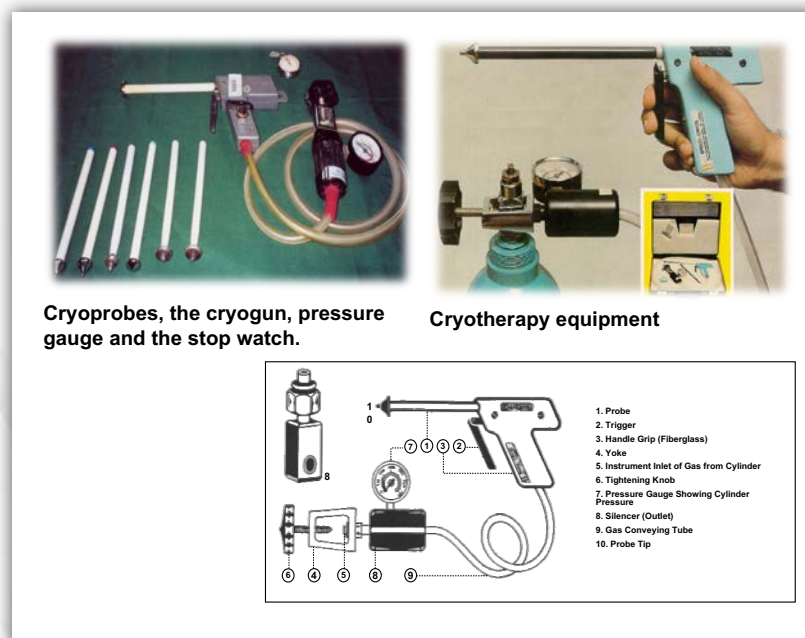
คุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่จะรักษาด้วยวิธี ablation ได้แก่⁽³⁾

- The transformation zone (TZ) must be fully visible (i.e. type 1 or type 2 TZ) and accessible (i.e. type 1 TZ or shallow type 2 TZ)
- The TZ must be small enough to be covered by the destructive method probe

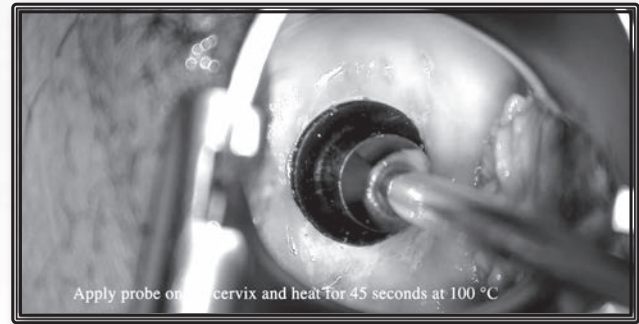
- Invasive disease must be ruled out
- There should be no disparity between cytology and colposcopy
- There should not have been a previous treatment of the cervix
- There should not be upper or lower genital tract infection (relative contraindication)
- The patient should not be pregnant
- If the patient has recently delivered, she should be at least 3 months postpartum

การรักษาวิธี ablation ที่คุ้นเคยกันดีคือ การทำ cryotherapy หรือการจี้เย็น เป็นวิธีการที่มีราคาถูก และปลอดภัยในการรักษา CIN หลักการของ cryotherapy คือ การใช้ความเย็นจากก๊าซไนตรัสออกไซด์ (nitrous oxide) ที่ลดอุณหภูมิ (-65°C) – (-85°C) หรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (carbon dioxide) ที่ลดอุณหภูมิ (-60°C) เพื่อให้เซลล์ผิวของปากมดลูกมีการตายและหลุดลอก (necrosis and sloughing) ตามธรรมชาติพบว่าที่อุณหภูมิ (-20°C) – (-30°C) จะมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น การจี้เย็นนั้นขอบเขตการตายของเซลล์จะเริ่มที่บริเวณ 2 มิลลิเมตร จากขอบเขตของ iceball และความลึกที่ได้ iceball ประมาณ 5 มิลลิเมตร ดังนั้นความลึกของเนื้อเยื่อที่ได้รับผลของการจี้เย็นคือ 7 มิลลิเมตร⁽⁴⁾

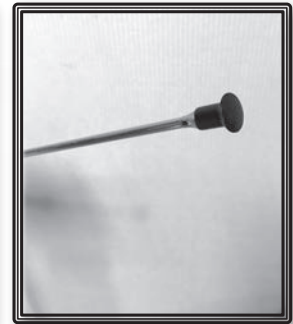
วิธีการของ cryotherapy คือ การใช้หัวจี้ความเย็น (probe) ที่มีขนาดเหมาะสมกับรอยโรค วางติดกับรอยโรคที่เป็น CIN หรือ endocervical os ให้ iceball เกิดเต็มโดยรอบ และใช้เป็น double freezing หลังจากการทำ cryotherapy จะพบว่ามึ่น้ำคล้ายตกขาวไหลออกทางช่องคลอดจำนวนมากกว่าปกติประมาณ 4 สัปดาห์ success rate ในการรักษา CIN ด้วยวิธีนี้ประมาณร้อยละ 90 จุดด้อยของการรักษาด้วยวิธี cryotherapy ที่พบคือต้องมีชุดอุปกรณ์ที่ประกอบไปด้วยถังแก๊สบรรจุก๊าซ ชุดหัว probe และสายที่เวลาจะใช้งาน อาจต้องเสียเวลาประกอบต่อเครื่องมือ ทำให้อาจยุ่งยากเวลาจะเรียกใช้งาน และบางที่ไม่สะดวกหากต้องมีการขนย้าย อุปกรณ์เวลานำไปรักษานอกสถานที่ เป็นต้น



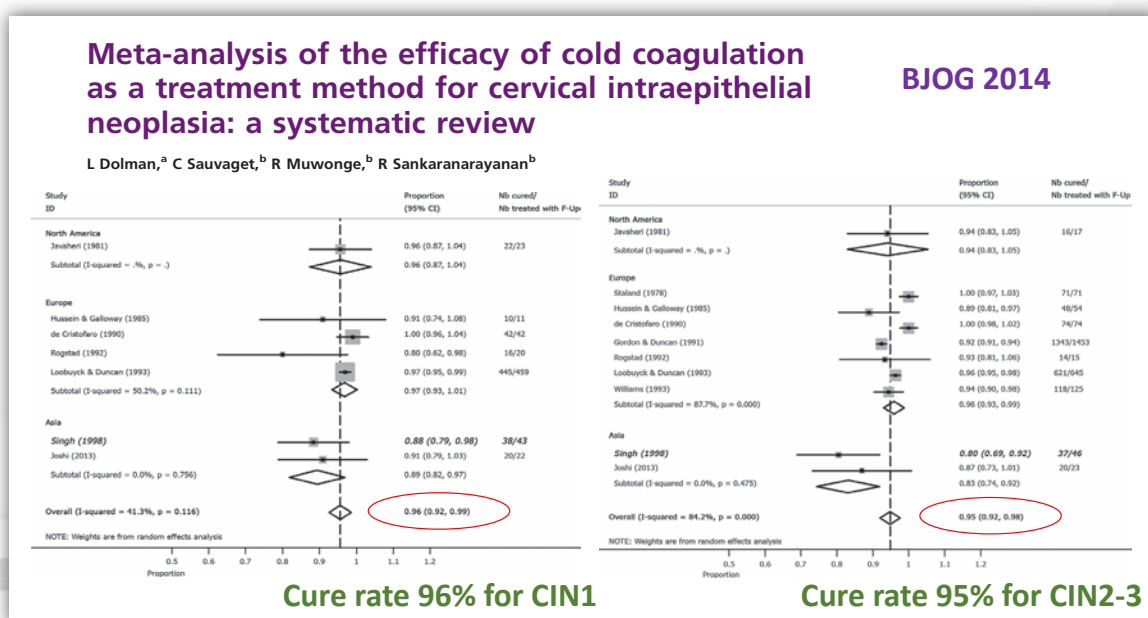
การรักษาด้วยวิธี ablation อีกวิธีหนึ่งที่ทำกันมานานในต่างประเทศคือ วิธี cold coagulation (ชื่อแปลว่าเย็น แต่จริง ๆ เป็นการรักษาด้วยความร้อน หรือเรียกว่าการจี้ร้อน เนื่องจากความร้อนที่ใช้ อุณหภูมิต่ำกว่าวิธีการรักษาด้วยความร้อนวิธีอื่น) เป็นการรักษารอยโรคก่อนเป็นมะเร็งอีกวิธีหนึ่งโดยการใช้ความร้อนที่ออกจากหัวจี้ความร้อน (probe) ที่มีอุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส วางสัมผัสติดกับรอยโรคที่ปากมดลูก ทำให้เกิดกระบวนการทำลายเซลล์บริเวณปากมดลูกที่ probe สัมผัสคล้ายการเดือด (boiling) ทำให้น้ำออกจากเซลล์ และเซลล์บริเวณนั้นเกิดการตายและหลุดลอกออกมา ความลึกของเยื่อบุผิวปากมดลูกที่ได้รับผลของการจี้ร้อน คือ 4-7 มิลลิเมตร สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ไม่ต้องให้ยาระงับปวดระหว่างทำ โดยระยะเวลาในการทำจี้ร้อนแต่ละครั้งประมาณ 45 วินาที ซึ่งรอยโรคส่วนใหญ่นั้นมักใช้การจี้ร้อนโดยอาศัยการวาง probe เพียง 1-2 ครั้งก็เพียงพอ



ตัวอุปกรณ์ cold coagulator ประกอบด้วย ส่วนของตัวเครื่อง สายต่อ และหัวจี้ร้อน (probe) ตัวอุปกรณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ไฟฟ้า ส่วนของหัว probe เคลือบด้วยสารเทฟลอนทำให้เนื้อเยื่อที่ได้รับความร้อนไม่ติดเข้ากับหัว probe ล้างและทำความสะอาดได้ง่าย ตัวอุปกรณ์มีขนาดไม่ใหญ่ สามารถเคลื่อนย้ายสะดวกและใช้เวลาไม่มากในการเตรียมเครื่องให้พร้อมใช้งาน



ผลการรักษารอยโรคที่ปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งด้วยวิธี cold coagulation จาก meta-analysis ของหลาย ๆ การศึกษาพบว่า ได้อัตราการหายร้อยละ 96 ในการรักษารอยโรคที่เป็น CIN 1 และอัตราการหาย

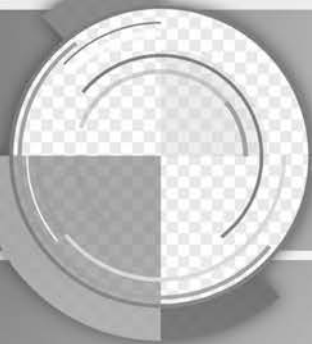


ร้อยละ 95 ในการรักษารอยโรคที่เป็น CIN 2-3 โดยที่พบผลข้างเคียงจากการรักษาน้อย ซึ่งส่วนใหญ่ของอาการที่พบคือ ปวดหน่วงท้องเพียงเล็กน้อย และอาการที่มีลักษณะของน้ำคัลลายตกขาวก็น้อยมากเมื่อเทียบกับการทำ cryotherapy⁽⁵⁾

โดยสรุป การรักษารอยโรคที่ปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์ผู้รักษาควรทราบถึงข้อดี และข้อจำกัดของแต่ละวิธี ในปัจจุบันการทำ cold coagulation เป็นวิธีการรักษาแบบ ablation อีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจ สามารถทำได้สะดวก ให้ผลการรักษาที่ดี และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย (ปัจจุบันเครื่อง cold coagulator เพิ่งนำเข้ามาทำการตลาดในไทย แต่คาดว่าวิธีการรักษานี้ น่าจะได้รับความนิยมมากขึ้นในอนาคต)

เอกสารอ้างอิง

1. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. Journal of Lower Genital Tract Disease. 2013 ;17: S1-S27.
2. Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala IEJ, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD012847.
3. Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. International Agency for Research on Cancer Lyon, 2003.
4. แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
5. Dolman L, Sauvaget C, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Meta-analysis of the efficacy of cold coagulation as a treatment method for cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review. BJOG 2014; 121: 929-42.



การประชุมวิชาการ

Interhospital Conference ครั้งที่ 2/2561

วันศุกร์ที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2561 เวลา 14.45 – 16.30 น.

ณ ห้องจตุรทิศ โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน กรุงเทพมหานคร

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษา

เสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติ ผู้ป่วยสูติกรรม

Patient profile: หญิงไทยคู่อายุ 28 ปี อาชีพ ทำสวนยางพารา ภูมิลำเนา รัตภูมิ จ.สงขลา

Chief complaint: ตรวจพบลิ้นหัวใจตีบขณะตั้งครรภ์มา 2 เดือน

Present illness: G3P2 GA 20 weeks 6 days by ultrasound

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยประจำเดือนขาด ตรวจปัสสาวะพบว่าตั้งครรภ์ จึงไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์ตรวจพบเสียงหัวใจผิดปกติ ตรวจเพิ่มเติมพบว่าลิ้นหัวใจตีบ วินิจฉัย Severe MS with LA thrombosis with pulmonary hypertension แนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์ และปรึกษาศัลยแพทย์ทรวงอกเพื่อผ่าตัดแก้ไขลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยไม่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ จึงไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด

วันนี้ผู้ป่วยมาเพื่อฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล แรกรับ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย พูดได้เป็นประโยค ไม่มีใจสั่น นอนราบได้ ไม่มีตื่นมาหอบตอนกลางคืน แต่เริ่มรู้สึกทำสวนยางพาราได้น้อยลง จากเดินกรีดยางได้ 1 กิโลเมตร ขณะนี้เดินกรีดยางได้เพียง 200 เมตร ต้องหยุดพัก

Past history : Underlying disease:

1. IVC thrombosis วินิจฉัยเมื่อปี 2557 กินยา warfarin อยู่ 2 ปี ไม่ได้หาสาเหตุเพิ่มเติม ติดตาม CT พบว่าดีขึ้น ไม่มีลิ้มเลือดอุดตันอีก
2. AF with RVR วินิจฉัยที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อ 11 เดือนก่อน นอนโรงพยาบาลอยู่ 3 วัน อาการดีขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่ได้ไปตรวจต่อ
OB-GYN History: – uncertain date, EDC by USG at GA 11 weeks
G1, พ.ศ. 2551, NL, no complication
G2, พ.ศ. 2556, NL, no complication

Physical examination:

GA: A Thai pregnant women, no dyspnea, speak in a sentence.

V/S: BT 36.9*c, BP 108/60 mmHg, PR 72 bpm, SpO2 100% RA

HEENT: not pale, anicteric sclera, no thyroid gland enlargement.

Heart: no active precordium, no JVP engorged diastolic rumbling murmur grade IV/V at apex, thrill, RV heave, loud S1, PMI at 5th ICS and midclavicular line

Lungs: within normal limit.

Abdomen: fundal height 22 cm from PS, FHS 150 bpm, no UC.

Ext: no pitting edema.

บทวิจารณ์ โดย พญ.ธิดาภัท ทัศนิตย กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นโรคหัวใจ rheumatic heart disease ที่ไม่ทราบว่าเป็นจริง ๆ แล้ว เป็นมานานเท่าไร น่าเศร้าที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนก็พยายามส่งตัวให้ผู้ป่วยไปตรวจหาสาเหตุที่แท้จริงของ Atrial fibrillation with rapid ventricular (AF with RVR) response แต่ผู้ป่วยก็ไม่ไป อีกทั้งยังตั้งครรรค์ต่อ เป็นครรรค์ที่สาม โดยไม่รู้ตัวว่า การตั้งครรรค์ครั้งนี้ มีความเสี่ยงที่อันตรายถึงชีวิตรออยู่

ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็น Inferior vena cava (IVC) thrombosis และได้รับการรักษาด้วย warfarin จนหายไปแล้ว หากมองผิวเผิน ไม่ได้หาสาเหตุที่แท้จริง และผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคหัวใจที่ต้องได้รับยา anticoagulant แล้ว ผู้ป่วยอาจมีผลลัพธ์จากการตั้งครรรค์ที่เลวร้ายต่อไปอีก เพราะสาเหตุของการเกิด IVC thrombosis ยังไม่ถูกเปิดเผย ส่วนใหญ่มักเป็นจาก hypercoagulability อันเนื่องมาจาก haematological, neoplastic disease และ venous stasis

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคือ severe mitral stenosis with left atrial thrombus และมีผลที่ตามมา คือ pulmonary hypertension (PHT) ซึ่งจากผล echocardiography นั้น มี pulmonary arterial pressure (PAP) ค่อนข้างสูง ประมาณเท่ากับ right ventricular systolic pressure > 50 mmHg จัดว่าเป็น severe PHT เมื่อประเมินความเสี่ยงตาม WHO classification พบว่าอยู่ในกลุ่มที่ 4 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดา ในขณะตั้งครรรค์สูงมาก เป็นข้อห้ามต่อการตั้งครรรค์ หรือหากตั้งครรรค์ก็ควรพิจารณายุติการตั้งครรรค์

เป็นเรื่องสะท้อนความจริง ที่ว่าแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์ มีความรู้ความสามารถอย่างดี ได้แนะนำ เรื่องการยุติการตั้งครรรค์ให้ แต่มิได้ประเมินบริบทของผู้ป่วยที่ยึดถือและเคร่งครัดต่อคำสอนทางศาสนา จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอยู่แล้ว ไม่ได้มาติดตามรับการรักษาที่พึงควรจะได้ การตัดสินใจในเรื่องใดๆ ในการดูแลผู้ป่วย พึงควรได้รับการตัดสินใจร่วมกัน ทั้งผู้ป่วย สามี และผู้ให้การรักษา ทั้งสองฝ่าย เหตุการณ์เหล่านี้ เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า ที่ผู้ป่วยไม่พึงใจในการรักษาของแพทย์ที่หนึ่ง จึงย้ายไปรักษากับแพทย์ อีกที่หนึ่ง ทางเลือกการรักษาจึงไม่ได้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกคน

การดูแลปัญหาของผู้ป่วยระยะก่อนคลอด

- การตรวจติดตาม echocardiography เป็นระยะ ในทุกสามไตรมาส เพราะ hemodynamic ของการตั้งครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เป็นช่วงที่มี peak hemodynamic load
- ปรีกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ เพื่อร่วมกันประเมินและการพิจารณาทำ mitral valvuloplasty หรือ replacement ควรพิจารณาทำในกรณีที่มี severe symptom หรือใช้ยาแล้วไม่ได้ผล สามารถทำได้ในช่วงอายุครรภ์ 20–22 สัปดาห์ เนื่องจากมี organogenesis เรียบร้อยและยังเป็น previable ยาที่ให้มักเป็นยาในกลุ่ม diuretics ซึ่งช่วยลด pulmonary venous congestion ได้ และเนื่องจากผู้ป่วยมี AF with RVR การให้ยาจึงควรให้ยาในกลุ่ม digoxin , beta-blocker, calcium channel blocker เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ
- ควรให้คำปรึกษาเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิด stroke, thromboembolism จากการที่มี atrial fibrillation และ left atrial thrombus อยู่ การให้ยา anticoagulant เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ด้วยการให้ยา warfarin มีประสิทธิภาพที่สุด แต่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียง อันไม่พึงประสงค์ได้ อันได้แก่ warfarin fetopathy with central nervous system abnormalities และ stillbirth ได้
- เผื่อระวังการเกิดหัวใจวาย การตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดหัวใจวายมากขึ้น อันเนื่องจาก peripheral vascular resistance ที่ลดลง และภาวะ hypervolemia ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ cardiac workload เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรแนะนำ Limit physical activity ตรวจติดตาม Hematocrit เป็นระยะ (จาก maternal physiologic anemia) และระวังการเกิด infection โดยดู urine analysis ด้วย โดยเฉพาะ intrapartum ซึ่งมีโอกาสเกิดหัวใจวายในระยะคลอดมากที่สุด

การตรวจทารกในครรภ์

- ไม่จำเป็นต้องตรวจ fetal echocardiography เนื่องจาก ผู้ป่วยเป็น rheumatic heart disease ไม่ใช่ congenital heart disease จึงไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจของทารกในครรภ์ แต่ควรตรวจติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เป็นระยะ เพื่อเผื่อระวัง intrauterine growth restriction และการเกิด warfarin fetopathy

การดูแลปัญหาของผู้ป่วยระยะคลอด ผู้ป่วยโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลอย่างเป็นทีม (multidisciplinary approach) โดยสูติแพทย์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ และวิสัญญีแพทย์ ทางเลือกในการคลอด ผู้ป่วยโรคหัวใจยังคงเป็นทางช่องคลอด แต่กว่ารายนี้มีภาวะ acute congestive heart failure และ PHT ร่วมด้วย ทางเลือกในการคลอดจึงควรเป็นการผ่าตัดคลอด เพราะการคลอดทางช่องคลอดทำให้เกิด Valsalva maneuver ทำให้ intrathoracic pressure เพิ่มขึ้น ลด venous return เกิด vasovagal response

- การให้ยาระงับปวดที่ดีที่สุดในผู้ป่วยโรคหัวใจขณะคลอด คือ continuous epidural analgesia เพราะการให้ conductive analgesia อาจทำให้ pulmonary arterial hypertension แย่ลงจากภาวะ hypotension ที่ทำให้ preload ลดลง
- Intravascular hemodynamic status เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก เพราะหากมากหรือน้อยไป อาจซ้ำเติมหัวใจที่ทำงานเหนื่อยล้าอยู่แล้ว ให้ยิ่งมากขึ้นไปอีก การตรวจติดตามจึงควรใช้ invasive monitoring เช่น arterial-line, central venous pressure และของ critical care unit ไว้ด้วย ดังนั้น จึงต้องระวัง postpartum hemorrhage, fluid overload และ thromboembolism

การดูแลปัญหาของผู้ป่วยระยะหลังคลอด

- เป็นอีกช่วงเวลาสำคัญอีกหนึ่งที่จะละทิ้งผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ได้เด็ดขาด เพราะจะมี fluid mobilization into intravascular compartment เพิ่มขึ้น การให้ carbetocin มีข้อดีคือ half-life ของยา ยาวนานกว่า oxytocin 4-10 เท่า แต่ยาตัวนี้มีข้อระวังในการใช้ในผู้ป่วย severe cerebrovascular disease เพราะ uterotonic effect ทำให้เกิด fluid overload ได้
- การคุมกำเนิดที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การทำหมัน อื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกได้แก่ การใส่ห่วงอนามัย levonorgestrel และ levonorgestrel implantation

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีศาสตร์และศิลป์ในการรักษา ทางเลือกในการรักษาวิธีที่ดีที่สุด อาจไม่ได้ดีสำหรับทุก ๆ คน ผู้ป่วยแต่ละคนมีบริบทที่แตกต่างกันไป ควรอาศัยความเข้าใจและเห็นใจในการตัดสินใจเลือกการรักษา ประคับประคองและน้อมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย คงเสี่ยงไม่ได้ที่จะบอกว่าผู้ป่วยรายนี้โชคดี ที่ผลลัพธ์การรักษาออกมาดี ปกติทั้งแม่และลูก แต่ในความโชคร้ายนั้น เป็นไปไม่ได้เลยหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างดีที่สุจริตร่วมด้วย

อ่านเพิ่มเติม

1. Hemnes AR, Kiely DG, Cockrill BA, Safdar C, Wilson VJ, Hazmi MA, et al. Statement on pregnancy in pulmonary hypertension from the pulmonary vascular research institute. Pulm Circ 2015;5:435-65.
2. <http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2018/02/12/07/29/valvular-heart-disease-in-pregnancy>.

เสนอรายงานผู้ป่วย โดย กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ

ผู้ป่วยสูติกรรม

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 30 ปี อาชีพทำสวนยาง ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดบึงกาฬ G3 P2002 GA 39 weeks (by US GA 22 weeks) จำ LMP ไม่ได้ ฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์ 5 ครั้ง

อาการสำคัญ : แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอด

ประวัติปัจจุบัน : แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดเนื่องจากท้องที่แล้วผ่าคลอด ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีน้ำเดิน ลูกดิ้นดี

ประวัติอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว

ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร

ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

ปฏิเสธการใช้ยาใด ๆ เป็นประจำ

ประวัติการตั้งครรภ์

- G1 คลอด Cesarean section under GA เมื่อ 29 สิงหาคม 2551 ที่โรงพยาบาลชุมพร ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 3,250 กรัม ปัจจุบันแข็งแรงดี
- G2 คลอด Cesarean section under GA เมื่อ 17 มิถุนายน 2558 ที่ โรงพยาบาลบึงกาฬ ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,970 กรัม ปัจจุบันแข็งแรงดี

ประวัติการฝากครรภ์

ฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์ 5 ครั้ง

Lab ANC

Anti HIV=Neg. VDRL=NR HBsAg =Neg.

HCT= 33.8% OF=Neg. DCIP=Neg. MCV = 88

Blood group = B, Rh positive

Physical examination

Vital signs: BT 37°C, PR 100/min, RR 20/min, BP 110/60 mmHg Height 169 cm, weight 71 kg

General appearance: Good consciousness

HEENT: Not pale conjunctiva, anicteric sclera

Heart: Normal S1S2, no murmur

Lung: Normal breath sound both lung

Abdomen: FH ¾ > =0=, vertex presentation, ROA, FHR 146/min

Extremities: No pitting edema

***Set OR วันที่ 21 เมษายน 2560 due to previous Cesarean section

Intra-operating

ระหว่างทำการผ่าตัด ขณะกำลังเย็บปิดชั้นผิวหนังใกล้จะเสร็จได้รับการรายงานจากวิสัญญีพยาบาลว่าคนไข้ O2 sat drop และได้ตามวิสัญญีแพทย์มาดูคนไข้ทันที ปิดยาดมสลบให้ O2 100% ระดับออกซิเจนลดลงเรื่อย ๆ และความดันโลหิตก็ลดลงปิดแผลเสร็จ เกิด cardiac arrest ได้ทำการ CPR ไป 1 cycle หัวใจก็กลับมาทำงาน ได้ปรึกษาอายุรแพทย์มาช่วยประเมินรักษาผู้ป่วย ได้ทำ bedside echocardiogram ยังไม่พบความผิดปกติใด ๆ

ผู้ป่วยมีระดับ O2 ในเลือดที่ปริมาณต่ำลงเริ่มมี secretion เยอะมีภาวะ pulmonary congestion ได้รับย้ายลง ICU เป็นการด่วนเพื่อ on ventilator high pressure support ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ใน ICU ได้ให้การรักษาโดย

- On ventilator high PEEP, FiO2 100
- ประเมินปริมาณสารน้ำในเลือดด้วยการแทง central line และให้สารน้ำให้เพียงพอ
- ได้ทำ bedside echocardiogram อีกครั้งพบ Rt. Ventricular dilatation จึงทำให้คิดถึงภาวะ amniotic embolism มากที่สุด

Problem list ในผู้ป่วยรายนี้

- Acute Hypoxemia
- Hypotension
- Cardiac arrest

Amniotic Fluid Embolism ในผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยจาก

- Acute Hypoxemia
- Cardiogenic shock
- Acute Right Ventricle Dilatation

ภาวะ Acute Hypoxemia ในผู้ป่วยรายนี้เกิดจาก

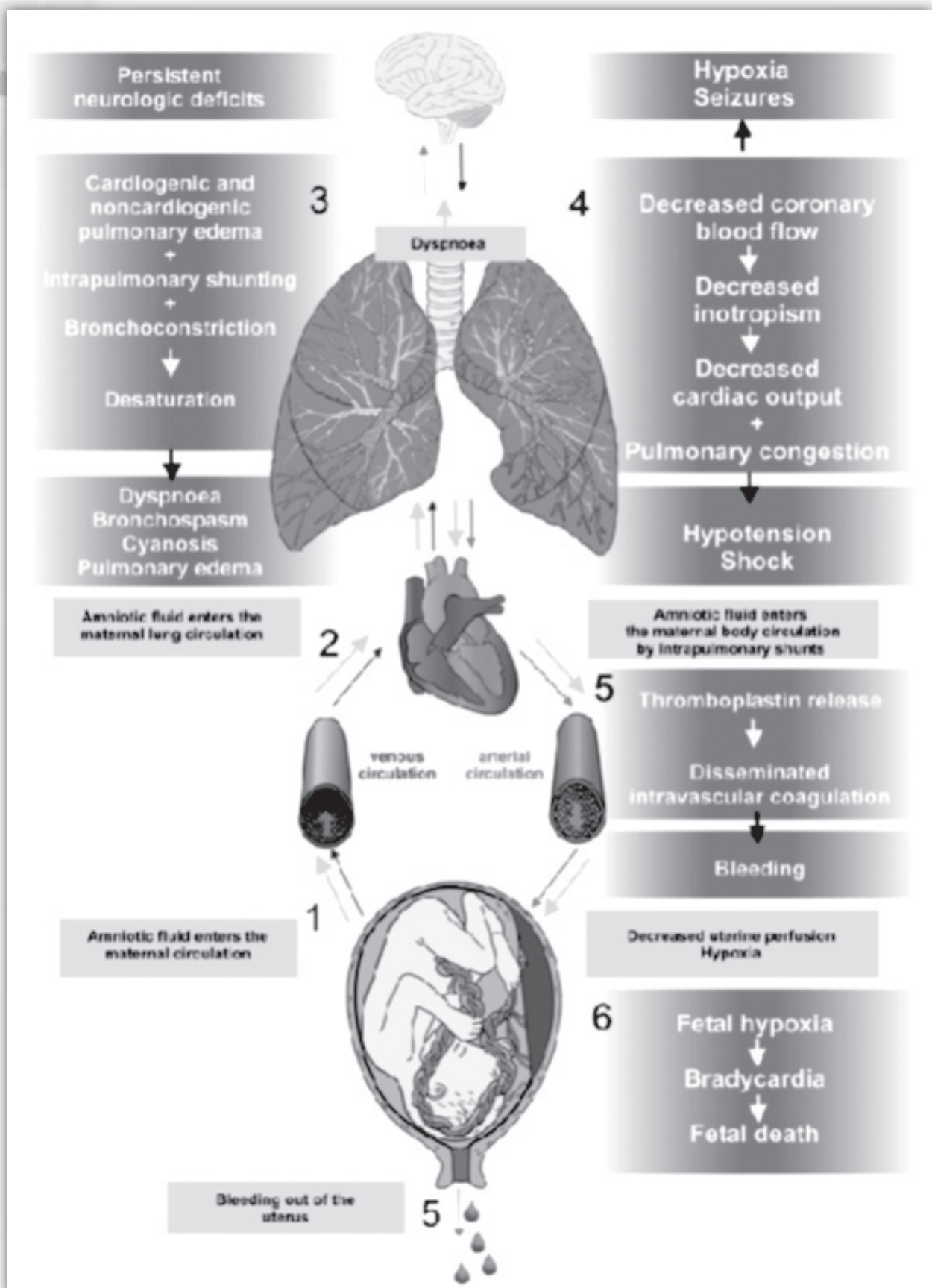
- V/Q mismatch
- Decrease pulmonary blood flow due to PE
- Decrease alveolar ventilation due to acute congestive heart failure
- ARDS due to immunologic reaction to amniotic fluid

ภาวะ Cardiogenic shock ในผู้ป่วยรายนี้เกิดจาก

- Decrease Left sided heart intravascular volume
- Decrease cardiac contractility due to hypoxemia and acidosis (respiratory and metabolic) -> Acute congestive heart failure
- Acute right ventricle hypokinesia

Amniotic Fluid Embolism อาจมีภาวะดังต่อไปนี้ตามมาได้คือ

- Immunologic reaction
- Coagulopathy
- ARDS

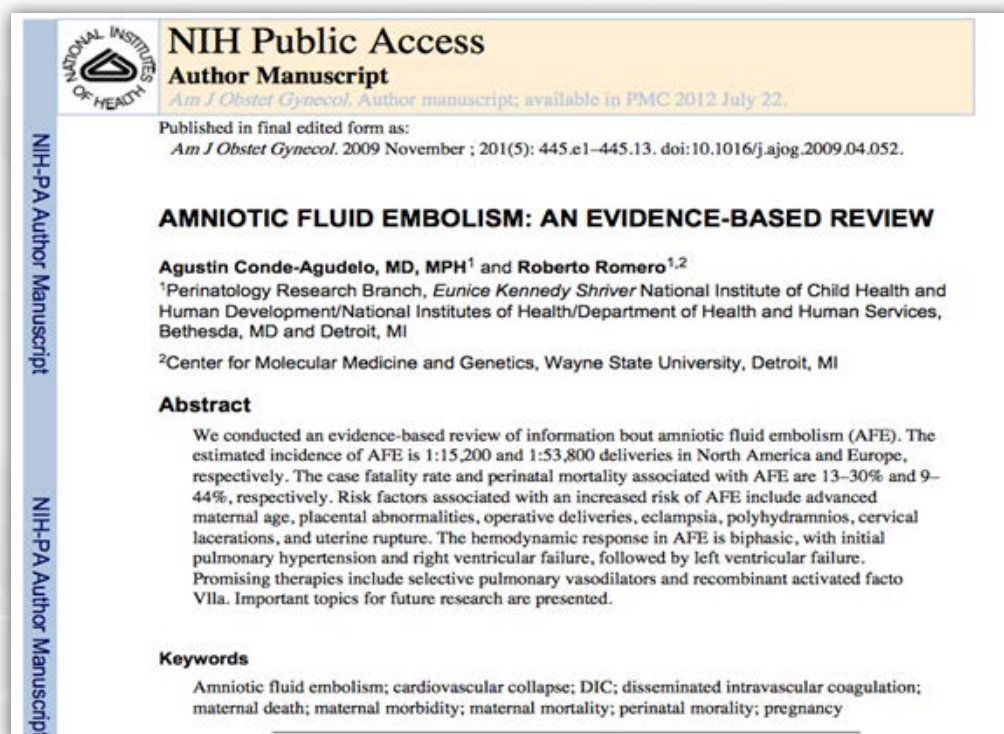


การให้การรักษานี้ในผู้ป่วยรายนี้ ให้การรักษาภาวะ Shock โดย

- Adequate intravascular volume
 - CVP monitoring
 - Vasopressor (Norepinephrine) to maintain hemodynamic
 - Increase systemic vascular resistant
 - Adverse: increase pulmonary vascular resistant ให้การรักษาภาวะ hypoxemia โดย
 - Ventilator support
 - ARDS ให้การรักษาโดย
- high peep
 - Lung recruitment maneuver ให้การรักษาภาวะ CHF โดย
 - Increase cardiac contractility
 - Innotrope (Dopamine must appropriate dose): increase dose until tachycardia (if tachycardia -> decrease stroke volume -> hypotension -> decrease tissue perfusion

และเนื่องจากภาวะ Hypoxemia ในผู้ป่วย Amniotic embolism เกิดจาก

- Decrease pulmonary blood flow due to amniotic fluid embolism มีการศึกษาการให้การรักษา โดยการใช้ยาหรือสารเพื่อขยายหลอดเลือดปอด (Pulmonary dilator) พบว่ามีประโยชน์
- เนื่องจากอายุรแพทย์มีประสบการณ์การใช้ยา Sildenafil ในผู้ป่วย Pulmonary hypertension จากสาเหตุอื่นพบว่าได้ผลดี จึงได้เลือกในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจาก
- Difficult to adjust dose and time
- high dose: อาจทำให้เกิด hypotension
- ให้เร็วไป: อาจทำให้เกิด systemic immunologic reaction: Hypotension; et จาก amniotic ได้



Recently, McDonnell et al⁷² reported the successful use of inhaled nitric oxide, a selective pulmonary vasodilator, in the treatment of acute right ventricular failure and pulmonary hypertension in a case of AFE presenting as cardiovascular collapse during labor. Other selective pulmonary vasodilators that might be beneficial for the treatment of severe pulmonary hypertension of AFE include prostacyclin and sildenafil.

Management

- Ventilator: Lung recruitment maneuver and high PEEP
- CVP monitoring
- Norepinephrine to correct shock
- Dopamine to increase cardiac contractility
- Urine output monitoring to monitor tissue perfusion and renal function
- Hydrocortisone, Chlorpheniramine and Chloroquine (immunomodulator) to manage immunologic reaction

Management

- 6 hr. after onset of AFE: sildenafil was given
- คิดว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมแล้วหลังได้ hydrocortisone และยาอื่น ๆ เพื่อ control immunologic reaction ถ้า amniotic fluid ถูกปล่อยไปยัง Systemic circulation
- และขณะนั้นผู้ป่วยเกิด hypoxemia, shock มากขึ้นภายหลังให้การรักษาด้วย ventilator และ vasopressor แสดงว่า pulmonary blood flow น้อยจนไม่พอที่จะ maintain hemodynamic ซึ่งถ้าไม่ทำให้ pulmonary blood flow เพิ่มขึ้น คนไข้จะ arrest อีกครั้ง
- ภายหลัง titrate dose sildenafil (25) x 2 ครั้ง hypoxemia ดีขึ้น และ BP สูงขึ้นคนไข้หายใจช้าลง แสดงว่า สมมติฐานที่คิดไว้ ถูกต้อง จากนั้นให้ sildenafil (50) oral bid ต่อ
- 4 วันหลังจากนั้น ก็ได้ปรับ ขนาด norepinephrine, dopamine, ventilator setting ตามปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยได้ monitor ผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที ในช่วงหลังจะต้องพยายามลด norepinephrine เพื่อลด pulmonary resistant และลด dopamine เพื่อลด cardiac oxygen consumption โดย keep Mean arterial pressure ที่ 65 mmHg ในช่วงหลังนี้ urine จะออกมากขึ้น ดังนั้นต้องให้ fluid ให้พอ โดยการประเมิน CVP ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถ ลด norepinephrine และ dopamine ลงได้ ผู้ป่วยรายนี้ ปลอดภัยจาก ช่วงวิกฤติในวันที่ 5 หลังเกิดเหตุ

สรุป Management

- 24 ชั่วโมงแรกจะต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และต้องเข้าใจว่า pathogenesis ณ เวลานั้นเป็นอย่างไร และแก้ปัญหาไป
- 2-5 วัน หลัง ปรับลดการ support ทุกอย่างเพื่อให้เข้าสู่สมดุลเร็วที่สุด
- Sildenafil สามารถใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยรายนี้

พิจารณา โดย ศ.พญ.อ๋นใจ กอนันตกุล

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. ถ้ามีประวัติการฝากครรภ์ครั้งนี้ที่คลินิก น่าจะบันทึกเพิ่มเติมไว้สั้น ๆ
2. บอกผลของการรกแรกคลอด
3. ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่เท่าใด ควรบรรยายพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการรักษาที่ให้ต่อเนื่องที่สำคัญ
4. การตรวจติดตามหลังคลอด ว่ายังมีปัญหาอะไรหลงเหลืออยู่บ้าง
5. Paper ที่ copy มาใส่ควรแปลเป็นภาษาไทยในประเด็นที่สำคัญ และอ้างอิงต้นฉบับ
6. รูปที่นำมาประกอบต้องอ้างอิงที่มาและควรมีคำอธิบายประกอบด้วยว่าจะแสดงกลไกอะไร
7. สรุป case สั้น ๆ ควรสรุปประเด็นว่าการวินิจฉัย AFE รายนี้มีอะไรที่สนับสนุนโดยใช้เอกสารอ้างอิงประกอบ การรักษาหลักประกอบด้วยอะไรบ้าง
8. รายงานผู้ป่วยรายนี้น่าจะต้องการสื่อเรื่องการให้ยา sildenafil จึงควรบรรยายถึงสรรพคุณ ข้อบ่งใช้ ข้อบ่งห้าม และกลไกการออกฤทธิ์สั้น ๆ เพื่อให้ได้ความรู้มากขึ้นอาจต้อง review เพิ่มเติม โดยดูจากเอกสารอ้างอิงตอนท้ายของเอกสารที่นำมา





คำถามท้ายเล่ม

จากคณะกรรมการการศึกษา

สำหรับสะสมคะแนน CME

1. Risk of the Cold coagulation procedure, EXEPT?

- A. A high temperature
- B. Strong smelling discharge
- C. Low abdominal pain
- D. Heavy bleeding that is not worse than a normal period

2. Which one is TRUE.? What cold coagulation is.

- A. This is done using a heated gas which destroys the abnormal area.
- B. Local anesthetic is not injected into the cervix to numb the area in every patients.
- C. May have experience mild period discomfort during the procedure but it should be painful.
- D. The heated probe is applied for 45 seconds – some women require more than one application

3. Which one is not Excisional method?

- A. LEEP/LLETZ
- B. Laser ablation
- C. Hysterectomy
- D. Cold knife conization

4. ข้อใดไม่ใช่คุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่รักษาด้วยวิธี ablation Cold coagulation?

- A. There should be no suspicion of glandular disease
- B. There should be disparity between cytology and colposcopy
- C. There should not have been a previous treatment of the cervix
- D. The patient should not be pregnant

5. ส่วนประกอบของเครื่อง Cold coagulation ประกอบด้วย?

- A. Probe
- B. Gas conveying tube
- C. Trigger
- D. All of above

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นส.วนาพร เงินย่น

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

เฉลยคำถามท้ายเล่ม

คำถามท้ายเล่มบท การคัดกรองการคลอดก่อนกำหนดเพื่อการป้องกันรักษา

1. สาเหตุที่สำคัญที่สุดของการคลอดก่อนกำหนด
ตอบ ค. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ก่อน
2. ขนาดความยาวปากมดลูกที่พบว่าได้รับการรักษาด้วยยาโปรเจสเตอโรนแล้วได้ประสิทธิผลที่ดี
ตอบ ก. ความยาวปากมดลูกน้อยกว่า หรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ที่อายุครรภ์นั้น
3. การให้การป้องกันรักษาด้วยยาโปรเจสเตอโรนธรรมชาติสอดทางช่องคลอด ควรเริ่มที่อายุครรภ์เท่าใด
ตอบ จ. 16 สัปดาห์
4. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับ Vaginal micronized progesterone เมื่อเปรียบเทียบกับ 17-alpha hydroxyprogesterone caproate (17-OHP-C)
ตอบ ข. พบผลของการรักษามีประสิทธิภาพสูงกว่า
5. การเย็บปากมดลูกสามารถทำได้ในสถานการณ์ใดบ้าง
ตอบ ง. Short cervical length < 10 mm



การประชุมนิเทศ

แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ใช้ทุน
ปีการฝึกอบรม พ.ศ.2562
ระหว่างวันที่ 3-4 มิถุนายน 2562





ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists

ขอเชิญท่านส่งผลงานเข้าร่วมประกวด **RTCOG INNOVATION ครั้งที่ 2**

Let's make an innovative DRift

ไม่ว่าท่านจะเป็นอาจารย์ Staff Fellow Resident
นิสิต/นักศึกษาแพทย์ หรือบุคคลทั่วไป

สามารถส่งผลงานได้ทั้งรูปแบบ Software Application Hardware สิ่งประดิษฐ์
หรือแม้แต่ IDEA ที่มีความเป็นไปได้
ทุกผลงานที่ส่งเข้ามาร่วมประกวด จะได้รับเกียรติ Pitching
ในงานประชุมวิชาการประจำปี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 2562

โดยทุกชิ้นงานต้องเป็นนวัตกรรมของตนเองหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมในผลงานนั้น
และเกี่ยวข้องกับ “สูติศาสตร์หรือนรีเวชวิทยา”
ส่งผลงานได้ที่ shorturl.at/AOS69

หรือสแกน QR code



หมดเขตรับผลงาน 30 กันยายน 2562