



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1/2563



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ

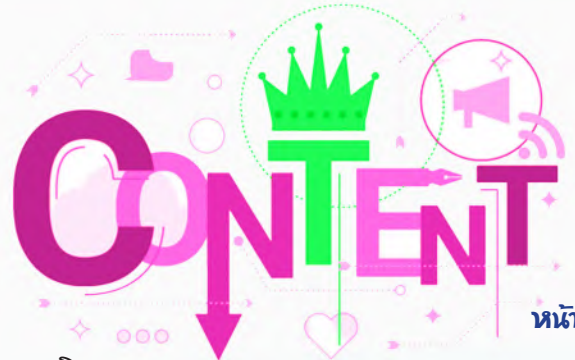


ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี ”

(Standard and Ethics for Women's Health)

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทศนคติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ไม่ใช้ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ



หน้า

บรรณานุกรม	3
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	4
สูตินรีเวช - จริยธรรมสาธก	5
บทความวิชาการ	
แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ	8
ภาวะเสื่อมของอวัยวะและระบบทางเดินปัสสาวะ	15
ในสตรีวัยหมดระดู	
Interhospital Conference ครั้งที่ 3/2561	22
คำถามท้ายเล่ม	26
แบบฟอร์มลงทะเบียน	27

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์

ประธาน

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล

ผู้จัดทำหนังสือประธาน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา ธิฐาพันธ์

รองประธาน คนที่ 1

นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์

รองประธาน คนที่ 2

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา

เลขาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ

เหรัญญิก

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรพิมล เรืองวุฒิเลิศ

กรรมการกลาง

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ก่อร พูกษานานนท์
ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชนนทร์ วนาภิรักษ์
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงฐิติมา สุนทรลัจ
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริฐานาร
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปัญญะ พันธุ์บุรณะ
ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์
นายแพทย์วิสิทธิ์ สุกครพงษ์กุล
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศกนัน มะโนทัย
ศาสตราจารย์นายแพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตกมล
นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

บรรณธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ

กองบรรณธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่
นายแพทย์ธีรวุฒิ ชันประกอบ
นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์
นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์
แพทย์หญิงลลิตพร พัฒนาวินิจฉัย

เลขานุการ

นายพนดล มณีกุล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ นางสาววนาพร เงินเย็น

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ขอบตุนยวิชัย

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 ใจสำราญ
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

สวัสดิ์ฉบับ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยทุกท่าน

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ เป็นฉบับของไตรมาสแรกปี พ.ศ.2563 ในฉบับนี้ท่านประธานได้แจ้งข่าวสำคัญหลายอย่างที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมานอกจากนี้ยังมีเรื่องอื่น ๆ ที่น่าสนใจติดตามเช่นเคย

บทความสูตินรีเวช-จริยธรรมสากล โดยท่านรองประธาน **อาจารย์พิษณุ ชันติพงษ์** ในฉบับนี้เป็นเรื่องความสำคัญของความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้องของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงบทความวิชาการที่น่าสนใจเรื่อง แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ โดย **รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชำนาญ เกียรติพิรกุล** คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช และบทความวิชาการจากคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ โดย **รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงทวิวัน พันธศรี** เกี่ยวกับเรื่อง ภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดู Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) และเช่นเคยกับรายงานการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ 3/2561 ซึ่งเสนอกรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจโดย แพทย์ประจำบ้าน กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ และบทวิจารณ์โดย **แพทย์หญิงกัมัยธร เทียนทอง** หน่วยมะเร็งนรีเวช กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี ต่อท้ายคำถามปิดท้ายเล่ม

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 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

สวัสดิปีใหม่ 2563 แต่ท่านอาจารย์ เพื่อนสมาชิกที่เคารพรัก และนับถือทุกท่านครับ คณะกรรมการบริหารชุดนี้ได้ปฏิบัติงานครบ 1 ปีเต็ม และกำลังย่างก้าวปีที่ 2 อย่างมั่นคง และมุ่งมั่นในการดำรงความมุ่งหมายของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยอย่างเต็มที่ต่อไป

โรคอุบัติใหม่ COVID-19 จะมีผลจากแม่สู่ลูกอย่างไร เป็นสิ่งที่ราชวิทยาลัยฯ กำลังเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด เพราะสถานการณ์ของการระบาดยังคงรุนแรง และขยายวงมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าจะมีการระดมสรรพกำลังทางด้านการแพทย์ทั่วโลก เพื่อสกัดกั้นการระบาดของ COVID-19

เรื่องใกล้ตัวที่เป็นห่วงอีกเรื่องหนึ่ง คือ การทำผิดตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558 โดยเฉพาะเรื่องการตั้งครรภ์แทน (อุ้มบุญ) เราทราบดีว่าจุดเริ่มต้นของการกระทำผิดนี้ ก็มาจากตัวสูตินรีแพทย์ นั่นเอง ซึ่งอาจทำไปโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ จึงขอให้เพื่อนสมาชิกได้ตั้งใจอ่าน Position Statement ของราชวิทยาลัยฯ เรื่องการตั้งครรภ์แทน (Surrogacy) และการให้บริการ ART โดยละเอียด

พล.อ.ท.นพ.การุณ เก่งสกุล
ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



สตินรีเวช - จริยธรรมสารก

โดย...นพ.พิษณุ ชันติพงษ์
รองประธาน คนที่ 1

“ถ้าคุณหมอ ๆ ในอี้อ้อมนะได้รับ ให้เขาได้ก็อย่าบอกอย่างนั้นต่อไป”

“เนื่องจากช่วงนี้เป็นเวลารับน้องของหลายๆสถาบันที่มีเกิดความรู้แรงหลายคนจึงอยากให้พมนำบทความที่เคยเขียนถึงความสำคัญของความสัมพันธ์อันดีพี่น้องของวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมาเผยแพร่ไหม”

Humanized health care : การดูแลผู้ป่วยอย่างมีหัวใจบนพื้นฐานของความรัก

การสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี ผมถือเป็นหัวใจสำคัญของงานสาธารณสุข เราจะมีหลักสูตรการเรียนการสอนที่ดีปานใดก็ตาม เราอาจสร้างบุคลากรของเราที่เก่งที่สุดเมื่อเทียบกับนานาประเทศได้ แต่เราไม่อาจสร้างบุคลากรที่ดีที่มีความรับผิดชอบและมีความเป็นคนที่เห็นต่อประโยชน์ส่วนตนเป็นรองจากประโยชน์ของคนอื่นได้ ถ้าปราศจากตัวอย่างของอาจารย์ หรือรุ่นพี่ ๆ ที่ทำตัวให้เป็นตัวอย่างที่ดี

ผมยังจำได้ว่าในขณะที่เรียนแพทย์อยู่ที่เชียงใหม่ มีอาจารย์ที่เป็นแบบอย่างให้นักศึกษาหรืออาจารย์รุ่นใหม่ ๆ ได้เห็นอยู่หลายท่านเช่น **อาจารย์ระเบียบ ฤกษ์เกษม** ท่านเป็นคัลยแพทย์ที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้เรา ได้เห็นอยู่ตลอดเวลาในสมัยนั้น ไม่ว่าจะเป็นการดำรงชีวิตที่เรียบง่าย งานสอนนักศึกษาแพทย์ที่ท่านได้ทุ่มเทให้กับพวกเราตลอดเวลาแม้ในยามที่เริ่มป่วยเป็นโรคหัวใจท่านก็ยังมาสอนที่หอผู้ป่วยคัลยกรรมทุกเช้าเป็นประจำทุก ๆ เช้าเจ้าหน้าที่หอชาย 1 จะประกาศเสียงตามสายทุกวันเวลา 6 โมงเศษว่านักศึกษาแพทย์กองคัลยสาย A ขณะนี้อาจารย์มารออยู่ที่เวิร์ดแล้วครับ ท่านจะมาตรงเวลาทุกวันรอลูกศิษย์ของท่านทุกเช้า และไม่เคยแสดงท่าทางหงุดหงิดหรือโกรธลูกศิษย์ที่มาสายเกือบทุกวัน

ในขณะนั้นผมมีหน้าที่คอยยกเก้าอี้ตามอาจารย์ไปตามเตียงคนไข้เพื่อให้ท่านนั่งสอนพวกเราจะได้ไม่เหนื่อยมาก ผมยังจำได้ว่าอาจารย์จะสอนตั้งแต่วิธีการเข้าหาคนไข้ การแนะนำตัวเองตลอดจนการซักประวัติ ตรวจร่างกาย อาจารย์จะใช้คำพูดที่แสดงการให้เกียรติคนไข้ การแสดงความเห็นใจจากภาษาากายที่แสดงออก เช่น จากสายตาของอาจารย์ที่มองคนไข้ เราสามารถรับรู้ได้และการตรวจร่างกายที่นุ่มนวลโดยเฉพาะบริเวณที่คนไข้เจ็บ อาจารย์จะมีวิธีการตรวจโดยชักชวนให้คนไข้คุย เมื่อคนไข้ลืมหิวไม่เกร็งแล้วจึงค่อย ๆ ตรวจบริเวณที่ไม่เจ็บก่อนแล้วจึงค่อย ๆ เลื่อนมาตรวจบริเวณที่เป็นจุดพยาธิของโรค การสัมผัสของอาจารย์จะเป็นการตรวจอย่างเป็นระบบโดยที่คนไข้ไม่รู้สึกรู้สว่าเป็นการรบกวน หรือทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นแต่อย่างไร สิ่งเหล่านี้แหละที่ยังคงปลูกฝังอยู่ในจิตใจของเราให้ดำเนินรอยตามโดยที่เราไม่รู้ตัว ผมต้องขอขอบคุณอาจารย์มาก ๆ ที่ได้เป็นตัวอย่างที่ดีในการเป็นแพทย์ของผมและเพื่อน ๆ

ผมเคยคุยกับเพื่อน ๆ ที่เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ถึงเรื่องคุณธรรมจริยธรรมของแพทย์ในปัจจุบันหลาย ๆ คนโทษสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปว่าเป็นสังคมวัตถุนิยมทำให้แพทย์ต้องดิ้นรนเพื่อที่จะหาเงินมาสนองความต้องการทางวัตถุของตนเองและครอบครัวซึ่งไม่เคยพอ บ้างก็แข่งขันกันสะสมของมีค่าต่าง ๆ ไม่ว่า

จะเป็นที่ดิน รถยนต์ บ้าน เครื่องประดับ ฯลฯ ไม่มีวันสิ้นสุด ซึ่งก็รวมถึงอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ด้วยจึงเป็นตัวอย่างในการประกอบวิชาชีพเพื่อผลประโยชน์ตนเองแทนที่จะทำทุกอย่างเพื่อคนไข้ทำให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นเป็นตัวอย่างและจดจำในสิ่งไม่ดีนี้ไว้โดยไม่รู้ตัวเหมือนกับว่าเป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ แม้บางครั้งจะเป็นตัวอย่างในการดูแลรักษาคนไข้ที่ไม่ดีที่ไม่เป็นไปตามตำราที่อาจารย์สอน จนมีคำพูดที่อาจารย์บางท่านเปรียบเปรยให้ลูกศิษย์ฟังว่า **“ให้ทำตามที่ผมสอนแต่อย่าทำตามที่ผมทำ”** แต่ก็คงยากที่จะทำให้นักศึกษาปฏิบัติตามตำราที่อาจารย์สอนเพราะอาจารย์ได้ปฏิบัติให้เห็นอีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่ตรงตามตำรา

สำหรับผมแล้วผมลังเลที่จะบอกว่าอาจารย์ดี ๆ หรือตัวอย่างที่ดี ๆ ก็ยังพอมีให้เห็นอยู่บ้างแต่ก็ไม่ค่อยมีแรงจูงใจให้คนทำตาม ผมมักพูดให้แพทย์รุ่นน้องฟังว่า **“ตัวอย่างที่ดีนั้นมีน้อยและไม่ค่อยมีใครอยากเอาอย่าง แต่ตัวอย่างที่ไม่ดีนั้นมีมากและมีแต่คนอยากเอาอย่าง”** อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันนั้นการทำอะไรก็มักอยากได้ผลตอบแทนที่เป็นเงินทองหรือของมีค่าและเห็นผลโดยเร็ว ทุกคนจึงมองที่ผลตอบแทนเป็นวัตถุมากกว่าที่จะมีความภาคภูมิใจจากการได้ช่วยชีวิตคนอื่น คงเหมือนกันในทุกอาชีพเพียงแต่อาชีพแพทย์นั้นเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายเมื่อเกิดความผิดพลาดจึงมีความเสียหายที่ประเมินค่าไม่ได้

ผมจึงถือเสมอว่า **“รุ่นพี่นั้นมีหน้าที่แนะนำเมื่อน้องกระทำในสิ่งที่ผิด และที่สำคัญกว่านั้นคือต้องทำในสิ่งที่ถูกให้เป็นตัวอย่างแก่รุ่นน้อง”**

ผมพูดกับรุ่นน้องเสมอ ๆ ว่าพวกเราที่ประกอบวิชาชีพในการดูแลรักษาคนใช้นั้นประสบการณ์มีความสำคัญอย่างมาก ระบบ seniority จึงมีความจำเป็นกว่าวิชาชีพอื่น เนื่องจากในปีหนึ่ง ๆ แพทย์ตรวจรักษาคนไข้มากมายจึงมีประสบการณ์ในการดูแลคนไข้มากกว่ารุ่นน้องที่จบห่ากันเพียงหนึ่งปี สมมติว่าแพทย์รุ่นพี่ได้ดูแลคนไข้ 20 คนต่อวันก็จะมีประสบการณ์ในการดูแลคนไข้มากกว่า 7 พันคนต่อปี รุ่นพี่จึงมีประสบการณ์มากกว่าน้องอย่างชัดเจนแม้จะจบห่ากันเพียงรุ่นเดียว จึงควรให้ความเคารพและศรัทธาในรุ่นพี่ที่ได้ดูแลรักษาคนไข้มากกว่าเรา และสามารถที่จะขอคำปรึกษาได้โดยไม่ถือว่าเป็นการเสียหน้าแต่อย่างใดเนื่องจากเราควรคำนึงถึงความปลอดภัยของคนไข้เป็นสำคัญ ผมจึงบอกกับทุกคนอยู่เสมอ ๆ ว่าเมื่อถือนั้นไม่ควรเปลี่ยนเบอร์ถ้าไม่จำเป็นและต้องเปิดอยู่ตลอดเวลา พร้อมทั้งจะรับสายอยู่เสมอ เมื่อรับสายโดยเฉพาะในยามวิกาลจะต้องทำให้สงบ น้ำเสียงที่รับควรอ่อนนุ่มโดยไม่ด่วนต่อว่าหรือพูดในลักษณะที่ไม่พอใจ เนื่องจากไม่มีใครที่อยากกรบถในเวลาเช่นนี้แสดงว่าผู้ที่โทรฯ มาคงมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือโดยด่วน ถ้าเรารับสายด้วยน้ำเสียงที่ไม่ดีจะทำให้เขารู้สึกเหมือนหมดที่พึ่งได้ ผมถือว่าการที่เรารับโทรฯ จากผู้ที่กำลังเดือดร้อนและเราสามารถช่วยเหลือ ให้ความคิดเห็นเขาได้เป็นการสร้างกุศลอย่างมหาศาลให้กับชีวิต ผมเคยมีประสบการณ์ครั้งหนึ่งราวสิบกว่าปีแล้วได้รับโทรฯ จากน้องโรงพยาบาลชุมชนเวลาประมาณเกือบ 3 ทุ่มสอง ทั้ง ๆ ที่ผมไม่ได้อยู่เวร น้องดีใจที่ผมรับสายพร้อมกล่าวขอโทษที่รบกวนกลางดึก เนื่องจากมีคนไข้ท้องแรกเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดปากมดลูกเปิดหมดแล้วตรวจภายในพบว่าเป็นทารกท่าก้น โรงพยาบาลชุมชนอยู่ห่างจากโรงพยาบาลจังหวัดมากใช้เวลาเดินทางเกือบ 3 ชั่วโมงแพทย์ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำคลอดท่าก้นและที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ทำผ่าตัดใหญ่ไม่ได้ ผมได้ให้คำแนะนำเริ่มตั้งแต่ให้ตั้งสติให้ดีกว่าก่อนและพูดคุยกับคนไข้และญาติถึงท่าเด็กผิดปกติ แพทย์ไม่เคยทำคลอดท่าก้น แต่จะพยายามให้ดีที่สุดโดยมีผมเป็นที่ปรึกษา จึงต้องการความร่วมมือจากคุณแม่ในการเบ่งคลอด ผมได้เล่าวิธีการช่วยคลอดเด็กท่าก้นอย่างละเอียดตั้งแต่การเตรียมคนไข้ที่ต้องขึ้นขาหยั่ง ให้ก้นอยู่เลยขอบเตียงออกมา จะได้ช่วยคลอดไหล่ได้สะดวกจนกระทั่งวิธีช่วยคลอดหัวเด็ก การเตรียมแก้เด็กแรกเกิด พร้อมกับให้กำลังใจคุณแม่จนเกิดความมั่นใจ หลังจากวางหู

ผมกลับไปราวชั่วโมงเศษได้รับโทรฯ จากน้องหม่ออีกครั้งแต่ครั้งนี้ฟังเสียงเป็นคนละคน เป็นเสียงที่บ่งบอกถึงความภาคภูมิใจและดีใจ เนื่องจากช่วยคลอดเด็กเพศหญิงน้ำหนัก 3 กิโลกรัม คะแนนแอ๊ปค่าได้ 7 / 9 / 10 ใน 1 / 5 / 10 นาที ถือว่าประสบความสำเร็จปลอดภัยทั้งแม่และลูก ผมได้กล่าวแสดงความยินดีและชื่นชมที่น้องได้ช่วยชีวิตเด็กได้อีกคนหนึ่ง (ได้ทราบว่าคุณแม่เด็กขอตั้งชื่อเด็กตามชื่อน้องหม่อด้วย) ผมได้แหย่น้องไปว่าความจริงโทรฯ บอกผมตอนเช้าก็ได้ แล้วเราทั้งคู่ก็หัวเราะกันอย่างมีความสุข ผมหลับต่ไปด้วยรอยยิ้มที่ได้มีส่วนร่วมในความสำเร็จครั้งนี้ ผมไม่เพียงแต่ช่วยให้แม่ลูกปลอดภัยเท่านั้น แต่ยังช่วยให้มีหม่อที่ดีเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งคนด้วย

ที่โรงพยาบาลน่านมีวัฒนธรรมที่ดั่งามในการสร้างบุคลากรทางการแพทย์รุ่นใหม่เพื่อยังคงคุณภาพที่ดีในงานบริการคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้ โดยยึดหลักคำสอนของ **อ.นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร** อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ที่ใช้กันมาตลอดว่า **“สอนให้จำ ทำให้ดู อยู่ให้เห็น”** ผมถือว่าเป็นคำสอนที่ทรงคุณค่าที่สุดเนื่องจากการที่เราจะให้น้องใหม่ทำในสิ่งที่เราเห็นว่าดี ถูกต้องนั้นเราจะต้องเป็นแบบอย่างให้เขาได้เห็นก่อน น้องจึงจะเจริญรอยตามแบบอย่างที่ดี ทุกปีในการเลือกสถานที่ทำงานสำหรับแพทย์จบใหม่โรงพยาบาลน่านจะเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่คนรุ่นใหม่ไฟแรงต้องการจะไปปฏิบัติงาน และทุกคนที่เลือกจะตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า **“รู้ว่างานหนัก แต่พี่ ๆ สอนดี ได้ทำเยอะ”** โรงพยาบาลน่านจึงเป็นแหล่งสำหรับสร้างแพทย์รุ่นใหม่ให้มีคุณภาพคุณธรรม ที่ทำเช่นนี้ได้เนื่องจากแพทย์รุ่นพี่ ๆ ได้เห็นตัวอย่างจากการทุ่มเททำงานหนักเพื่อคนไข้มาโดยตลอดของ **อ.นพ.บุญยงค์** ทำให้ทุก ๆ คนเต็มใจที่จะปฏิบัติตามคำสอนที่ได้รับการอบรมมาในการดูแลน้อง ๆ ให้เจริญรอยตามรุ่นพี่ ๆ อย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดั่งามสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างแพทย์รุ่นพี่กับรุ่นน้อง แพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับแพทย์โรงพยาบาลน่าน เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนที่เข้ามาใช้บริการไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเนื่องจากมีการส่งต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับการให้คำปรึกษากันได้ตลอดเวลา

ผมต้องขอขอบคุณรุ่นพี่ ๆ ทุกคนที่เป็นตัวอย่างในทางที่ดีแก่น้อง ๆ และก็หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารุ่นน้อง ๆ ก็จะทำในสิ่งที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้รุ่นต่อ ๆ ไปเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนไข้ที่ยังคงรอคอยความช่วยเหลือจากพวกเราตลอดไป

โรงແມ່ແປໂຍເຕ ຈັງຫວັດເຢັງຣາຍ

ได้รับเกียรติบรรยายให้กำลังใจและสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) ให้ทีมงานเขต 1 8 จังหวัด ในหัวข้อ **“2 ทศวรรษในการทำงานช่วยเหลือเด็กและสตรี”** จะก่ทศวรรษก็ตาม ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ยังคงเป็นที่พึ่งของผู้ถูกกระทำอยู่เสมอ ห้องทำงานของศูนย์ไม่จำเป็นต้องใหญ่โตหรือโอ้อ่า ขอเพียงมีความเป็นส่วนตัวและที่สำคัญคือบรรยากาศภายในศูนย์จะต้องเต็มไปด้วยพลังบวกที่พร้อมรับฟัง ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและติดตามจนกว่าผู้เสียหายจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

การทำงานเป็นทีมในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นเพราะมีหน่วยงานเกี่ยวข้องอยู่มากมายทั้งภาครัฐและเอกชนที่จำเป็นต้องมีการประสานงานกันอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าจะกลางวันหรือกลางคืนไม่มีวันหยุด จึงจำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวของทีมงานเป็นสำคัญ

การทำงานเป็นทีมนี้สำคัญที่ความจริงใจ ให้เกียรติและเรียนรู้ซึ่งกันและกันจึงจะมีประสิทธิภาพ

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

ฉบับที่ 1/2563 | 7



บทความวิชาการ

โดย... รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ชำนาญ เกียรติพิรุณ
ภาควิชาสถิติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ

Standard reporting guidelines for health research

บทนำ

การทำงานวิจัยทางการแพทย์สุขภาพจะมีประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติได้อย่างเต็มที่นั้น นอกเหนือไปจากการที่นักวิจัยจะต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมกับคำถามของงานวิจัยและข้อมูลที่ต้องการวัดผลแล้ว นักวิจัยจะต้องรายงานผลดังกล่าวให้ชัดเจนและครบถ้วน⁽¹⁾ ปัญหาหนึ่งที่เกิดจากการทบทวนผลงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่คือ การทำงานวิจัยทางสุขภาพจำนวนหนึ่งมีการรายงานผลที่ไม่ครบถ้วนชัดเจน ขาดข้อมูลที่สำคัญบางประการที่อาจจะทำให้ไม่สามารถนำผลการวิจัยดังกล่าวไปอ้างอิงหรือเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น^(1,2) การที่มีแนวทางการรายงานตามมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพจึงน่าจะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้ ในบทความนี้จะกล่าวถึงแนวทางการรายงานตามมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาจากคณะทำงานที่ใช้ชื่อว่า ‘Equator network’⁽³⁾

Equator network

Equator ย่อมาจาก Enhancing the QUality and Transparency Of health Research ซึ่งเป็นการริเริ่มระดับสากลของนักวิจัยด้านสุขภาพและบรรณาธิการของวารสารทางการแพทย์ มุ่งหวังให้เกิดความน่าเชื่อถือและเพิ่มคุณค่าของงานวิจัยทางสุขภาพที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ โดยส่งเสริมเกิดการรายงานผลการวิจัยอย่างโปร่งใส ถูกต้อง และครบถ้วน ผ่านการใช้แนวทางการรายงานมาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อลดการสูญเสียทรัพยากรไปในงานวิจัยทางสุขภาพที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง⁽³⁾

วัตถุประสงค์หลักของ Equator network ได้แก่⁽³⁾

- พัฒนาแนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ
- ส่งเสริมให้เกิดการนำแนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพไปใช้จริง ทั้งการนำไปใช้ในขั้นตอนการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (manuscript) ก่อนตีพิมพ์เผยแพร่ และการนำไปใช้ในฝึกรอบรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางสุขภาพ

- ให้ความช่วยเหลือและจัดปัญหาการเข้าถึงแนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้น
- สนับสนุนให้วารสารและสถาบันการศึกษา นำแนวทางการรายงานมาตรฐานไปใช้
- ริเริ่มความร่วมมือระดับสากล โดยการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มความร่วมมือในแต่ละพื้นที่ เพื่อรับผิดชอบในการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้แนวทางการรายงานมาตรฐานทั้งในด้านการฝึกอบรมด้านวิจัยทางสุขภาพและการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ

แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพคือ เครื่องมือสำหรับนักวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับของงานวิจัย แนวทางการรายงานมาตรฐานจะประกอบไปด้วยรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการในการรายงานและเผยแพร่ โดยสามารถทำให้ผู้อ่านเข้าใจได้ มีรายละเอียดมากพอสำหรับการนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น และข้อมูลดังกล่าวจะต้องเพียงพอในการนำไปพิจารณาใช้ในเวชปฏิบัติ⁽³⁾ นอกจากนี้ ข้อมูลต้องถูกรายงานอย่างครบถ้วนและชัดเจนเพียงพอเพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ต่อยอดทางการวิจัยอื่น เช่น สามารถนำข้อมูลไปใช้ในงานวิจัยชนิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)

แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพยังมีประโยชน์สำหรับการนำไปเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัยของนิพนธ์ต้นฉบับ เนื่องจากรายงานมาตรฐานดังกล่าวจะมีรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยที่จะต้องมีการรายงาน

ตารางที่ 1 แสดงถึงแนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพที่จัดทำโดย equator network แยกตามรูปแบบการศึกษาหลัก โดยจะมีแนวทางการรายงานมาตรฐานหลักและแนวทางมาตรฐานที่ขยายเพิ่มเติม (extensions) โดย**ตารางที่ 2** แสดงถึงตัวอย่างของ extensions ของแนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยแบบ randomized trial และ systematic review

โดยแต่ละแนวทางการรายงานมาตรฐาน จะมีการสร้างแบบที่ใช้ในการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล (checklist) เพื่อให้ให้นักวิจัยใช้ตรวจสอบได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ บรรณาธิการของหลายวารสารได้กำหนดให้นักวิจัยที่ต้องการส่งนิพนธ์ต้นฉบับไปเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์ ทำการตรวจสอบตาม checklist และต้องแนบ checklist ดังกล่าวไปพร้อมกับนิพนธ์ต้นฉบับที่ต้องการส่งเข้ารับการพิจารณา **ตารางที่ 3** แสดงตัวอย่างของ CONSORT checklist ในส่วนของ ‘methods’ สำหรับงานวิจัยชนิด randomized trial⁽³⁾

ตารางที่ 1 แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาโดย equator network
แยกตามรูปแบบการศึกษาหลัก

ที่มา : ดัดแปลงจาก <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>

Reporting guidelines for main study designs		
Study design	Main reporting guidelines	Extensions of guidelines
Randomized trial	Consolidated Standards of Reporting Trials: CONSORT	Extensions
Observational studies	Strengthen the Reporting of Observation Studies in Epidemiology: STROBE	Extensions
Systematic review	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses: PRISMA	Extensions
Study protocol	Standard Protocol Items : Recommendations for Interventional Trials: SPIRIT	PRISMA-P
Diagnostic/prognostic studies	Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy Studies: STARD	Transparent Reporting of a multivariable prediction model for Individual prognosis Or Diagnosis: TRIPOD
Case report	Consensus-based clinical Case Report: CARE	Extensions
Clinical practical guidelines	AGREE	RIGHT
Qualitative research	Standards for Reporting Qualitative Research: SRQR	Consolidated Criteria for REporting Qualitative research: COREQ
Animal pre-clinical studies	Animal Research: Reporting of In Vivo Experiments: ARRIVE	--
Quality improvement studies	SQUIRE	--
Economic evaluations	CHEERS	--

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแนวทางมาตรฐานที่ขยายเพิ่มเติมในรายละเอียด (extensions) ของการศึกษาระบบ
randomized trial และ systematic review

Examples of an extensions of reporting guidelines for randomized trial
Reporting of multi-arm parallel-group randomized trials
Reporting of stepped wedge cluster randomized trial
Reporting randomized controlled trial of social and psychological interventions
Reporting of non-inferior and equivalence randomized trials
Reporting of patient-reported outcomes in randomized trials
Reporting randomized controlled trials of herbal interventions
Examples of an extensions of reporting guidelines for systematic reviews
Preferred Reporting Items for a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy Studies: PRISMA-DTA
Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis of individual participant data: PRISMA-IPD
PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Review Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions

ที่มา: ดัดแปลงจาก <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>

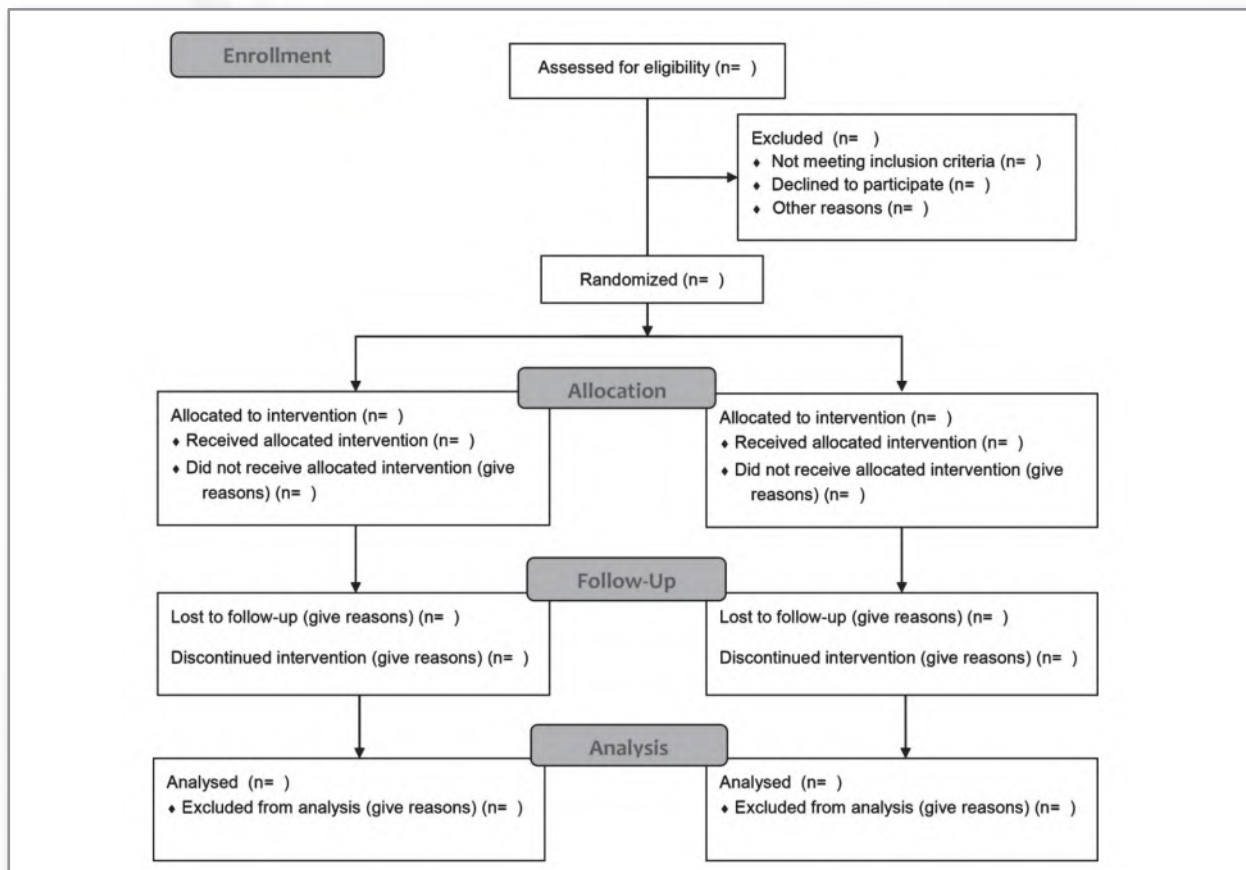
ตารางที่ 3 Method part of CONSORT 2010 checklis

Section: methods	Items	Details of items	page
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	
	4b	Settings and locations where the data were collected	
Intervention	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	
Outcome	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	
Sample size	7a	How sample size was determined	
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	
Sequence	8a	Method used to generate the random allocation sequence	
generation	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	
Allocation concealment	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	
Imple mentation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	

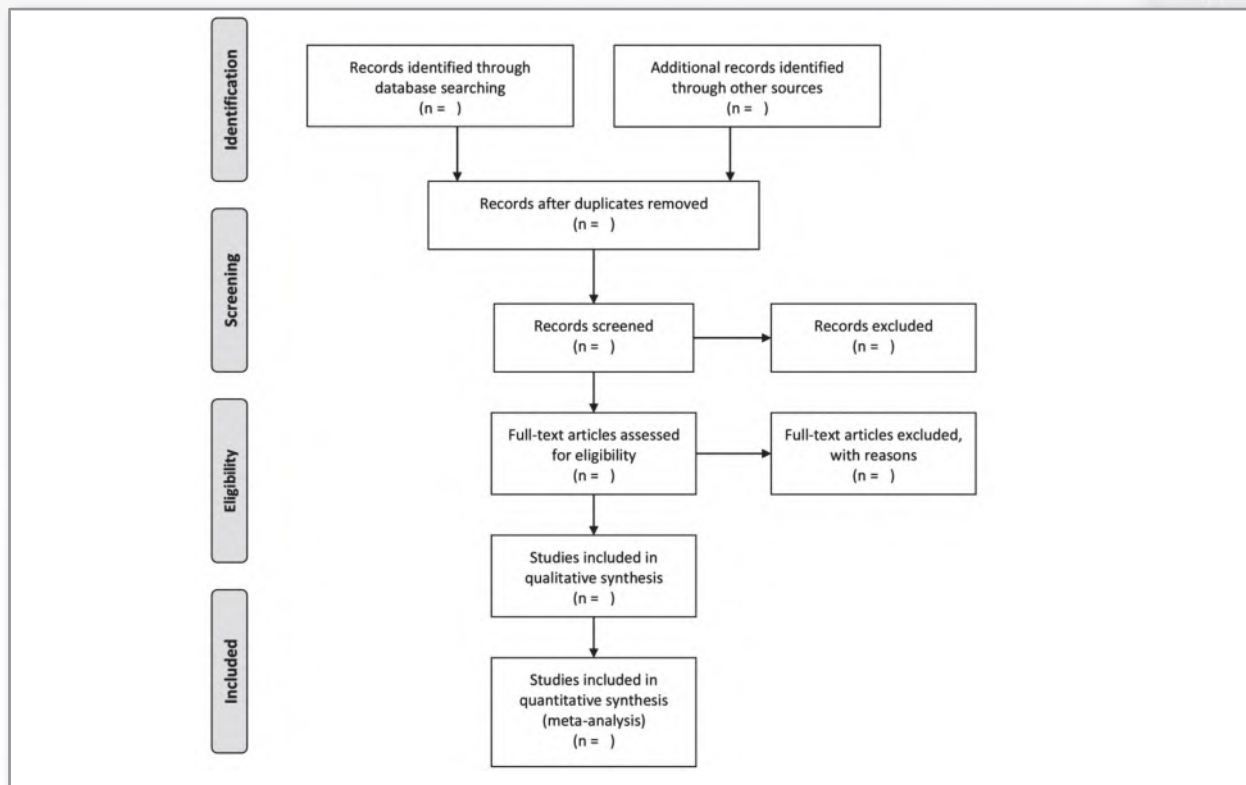
ที่มา: ดัดแปลงจาก <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>

บางแนวทางการรายงานมาตรฐาน จะมีการกำหนดให้นักวิจัยต้องรายงานขั้นตอนการศึกษา (study flow) เป็นรูปประกอบ ตัวอย่างเช่น แนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยชนิด randomized trial จะกำหนดให้มีการรายงาน study flow ตาม CONSORT flow (รูปที่ 1)⁽³⁾ ส่วนแนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยชนิด systematic review จะกำหนดให้มีการรายงาน study flow ตาม PRISMA flow (รูปที่ 2)⁽³⁾

รูปที่ 1 CONSORT flow



รูปที่ 2 PRISMA flow



นอกจากนี้ เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงแนวทางการรายงานมาตรฐานสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพดังกล่าวทาง equator network ได้ทำการเผยแพร่แนวทางมาตรฐานดังกล่าวใน website <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>⁽³⁾ และยังมีกรณีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์หลายฉบับ เพื่อให้นักวิจัยสามารถเข้าถึงได้ในหลายช่องทาง โดยบางวารสารจะเปิดให้เข้าถึงโดยไม่จำกัด (open access)⁽⁴⁻⁶⁾

สรุป

การรายงานผลการวิจัยทางสุขภาพตามแนวทางมาตรฐานจะช่วยลดปัญหาการรายงานข้อมูลไม่ครบถ้วน ทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัยและข้อมูลที่พบจากการวิจัย ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มคุณค่าของงานวิจัยดังกล่าวในแง่ของการที่จะสามารถนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในเวชปฏิบัติ และเป็นข้อมูลสำหรับงานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Altman DG, Simera I. A history of the evolution of guidelines for reporting medical research: the long road to the EQUATOR Network. *J R Soc Med* 2016;109:67-77.
2. Hopewell S, Dutton S, Yu LM, Chan AW, Altman DG. The quality of reports of randomised trials in 2000 and 2006: comparative study of articles indexed in PubMed. *BMJ* 2010;340:c723.
3. The Equator network. Available at: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/> (accessed 14 July 2019).
4. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340:c332.
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med* 2009;151:264-9.
6. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 2007;335:806-8.

บทความวิชาการ

โดย... รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ทวีวัน พันธศรี
อนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

ภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดู Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM)

สตรีวัยหมดระดูมีความเปลี่ยนแปลงทั้งอาการร้อนวูบวาบ อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของไขมัน น้ำตาล ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกระดูกพรุนที่เพิ่มขึ้น และภาวะช่องคลอดแห้ง⁽¹⁾ ซึ่งการมีปากช่องคลอด-ช่องคลอดฝ่อลีบ (vulvovaginal atrophy (VVA) เป็นภาวะที่พบบ่อยโดยมีความชุกสูงถึงร้อยละ 65-84⁽²⁾ ในสตรีวัยหมดระดู และพบมากขึ้นเมื่อสตรีอายุมากขึ้น

อาการช่องคลอดแห้งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสบ ร้อน ปัสสาวะขัด และมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามมีรายงานการพบปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างสูงขึ้นถึงร้อยละ 32⁽²⁾ โดยอาจเป็นปัจจัยร่วมด้านอายุที่เพิ่มขึ้น หรือความเกี่ยวเนื่องกับการขาดฮอร์โมน ทั้งนี้เนื่องจากทางเดินปัสสาวะส่วนล่างมีการพัฒนามาร่วมกับช่องคลอดตั้งแต่ระยะตัวอ่อน และทางเดินปัสสาวะส่วนล่างก็มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน⁽³⁾ การขาดฮอร์โมนนาน ๆ จึงส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดและทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ทำให้อวัยวะเพศหญิงมีการบางตัว ปากช่องคลอดหดสั้นและมีความยืดหยุ่นลดลง โดยมีปากท่อปัสสาวะเด่นชัดขึ้น และง่ายต่อการระคายเคือง^(1, 3-6) โดยพบปัญหานี้ในผู้ป่วยอายุน้อยที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานานด้วย⁽⁷⁾

ปัญหาช่องคลอดแห้งร่วมกับระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง จึงควรมีการประเมินอย่างรอบด้านและให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ และได้มีผู้นิยาม ภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดู หรือ genitourinary syndrome of menopause (GSM) ขึ้นมาเพื่อใช้ทดแทนนิยามเดิมซึ่งเฉพาะเจาะจงเพียงช่องคลอดแห้ง หรือ vulvovaginal atrophy และเป็นคำที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงสภาวะเสื่อมในเชิงลบ^(4, 5)

นิยาม : ภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดู (Genitourinary syndrome of menopause; GSM) เป็นกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่อวัยวะเพศ ท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีอาการระคายเคือง-แสบร้อนบริเวณอวัยวะเพศ และมีอาการทางระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะรีบหรือกลั้นปัสสาวะลำบาก ปวดแสบ หรือมีปัสสาวะอักเสบ บ่อย ๆ ทั้งยังรวมถึงการมีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์และน้ำหล่อลื่นน้อยด้วย โดยผู้ป่วยอาจมีอาการทั้งหมดหรือเพียงบางอย่าง และไม่สามารถอธิบายด้วยการวินิจฉัยอื่น

ภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดู (GSM) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 30-70 ในสตรีวัยหมดระดู⁽⁸⁻¹⁰⁾ เป็นกลุ่มอาการที่มีความเรื้อรัง^(1, 4, 11-13) พบอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในสตรีสูงอายุ⁽⁵⁾ GSM มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการมีเพศสัมพันธ์ และความสัมพันธ์ในครอบครัว^(4, 9, 14-17) และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยอาจไม่ได้แจ้งแต่แรกด้วยความอายและคิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่จำยอมตามธรรมชาติ^(4,18) จากรายงานการศึกษาพบว่า สตรีร้อยละ 38-76 ไม่เคยแจ้งปัญหานี้แก่บุคลากรการแพทย์^(2, 19-21) สตรีวัยหมดระดูทุกคนจึงควรได้รับการคัดกรองอย่างน้อยด้วยการซักประวัติ และใส่ใจในรายละเอียดขณะตรวจภายในเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ครอบคลุมทั้งปัญหาช่องคลอดแห้งและทางเดินปัสสาวะ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(11, 13)

การประเมินภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะ (GSM)

นอกจากจะซักประวัติถามถึงอาการในระบบ GSM แล้วควรถามถึงสารที่อาจก่อให้เกิดอาการระคายเคือง⁽⁴⁾ การตรวจร่างกาย โดยตรวจลักษณะช่องคลอด คูสิซีด ผิวบางแห้ง มีจุดเลือดออก แผล โรคอื่นที่อาจจะเป็นได้ เช่น lichen sclerosus รวมถึงค้นหาสิ่งๆที่อาจก่อให้เกิดการระคายเคือง เช่น การอักเสบติดเชื้อรา แบคทีเรีย หรือมีวัตถุแปลกปลอม⁽⁴⁾ การประเมินอาการแสดงเกี่ยวกับอาการช่องคลอดแห้ง (vulvovaginal atrophy) มีหลายรูปแบบทั้งการประเมิน vaginal maturation index; VMI⁽²⁾, vaginal health index, vulva health index รวมถึงการประเมินความยืดหยุ่น ความชุ่มชื้น ภาวะกรด-ด่าง การประเมินปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์^(22, 23) อย่างเป็นระบบ แต่ไม่นิยมใช้ในทางเวชปฏิบัติเพราะมีความยุ่งยาก จึงนิยมกระทำเพียงสอบถามอาการและตรวจร่างกายเท่านั้น⁽²³⁾

สำหรับอาการและอาการแสดงในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างจำเป็นต้องมีการตรวจอย่างละเอียดโดยผู้เชี่ยวชาญรวมถึงโรคทางอายุรกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการปัสสาวะการประเมินภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน ปัสสาวะเล็ด การประเมินการตึมน้ำและปัสสาวะต่อวัน การตรวจหาการติดเชื้อในระบบปัสสาวะ จนถึง การส่องกล้องในกระเพาะปัสสาวะในรายที่จำเป็น⁽⁴⁾

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดู (GSM)^(4, 5, 11, 12)

ระบบ	อาการ	อาการแสดง
ช่องคลอดและปากช่องคลอด	- คันปากช่องคลอด - ช่องคลอดระคายเคือง แห้ง เจ็บ รู้สึกหน่วง - ตกขาว	- แคมฟลอเล็กลง บางคนมีการเชื่อมกันของแคมเล็ก - ช่องคลอดซีด แห้ง ฝ่อ สั้น แคบ รอยย่น ลดลง เยื่อบุบางตัว มีจุดเลือดออก ความยืดหยุ่นลดลง - ช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้น - มีการเปลี่ยนแปลงของเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่น - อุ้งเชิงกรานหย่อน
ทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง	- ปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ได้ - ปัสสาวะหยด ปัสสาวะเล็ด - ปัสสาวะกลางคืนบ่อยขึ้น - ปัสสาวะแสบขัด เลือดออก - กระเพาะปัสสาวะอักเสบบ่อย ๆ	- ท่อปัสสาวะตีบ แห้ง - Urethral prolapse/ polyp หรือหดเข้าไปในส่วนช่องคลอด - Trigone ของกระเพาะปัสสาวะขัด
การมีเพศสัมพันธ์	- สมรรถภาพทางเพศลดลง - น้ำหล่อลื่นลดลง - เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ - ปวดท้องน้อย - มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์	

การดูแลรักษาสตรีที่มีภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะ (GSM)

การศึกษาส่วนมากเน้นการรักษาอาการช่องคลอดแห้งหรือ vulvovaginal atrophy ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของ GSM ในที่นี้จึงขอสรุปการให้คำแนะนำและรักษาผู้ป่วย GSM ตามหลักฐานปัจจุบันด้วยยาที่มีในประเทศไทย ดังนี้

1. การบริหารช่องคลอดและอุ้งเชิงกราน (vaginal and pelvic floor activity) เป็นการบริหารที่มีการกระตุ้น ยืด และทำให้อวัยวะเพศมีความแข็งแรง มีน้ำหล่อลื่น เลือดหล่อเลี้ยง กล้ามเนื้อตึงขึ้น และอาการของ GSM โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่องคลอดแห้งมีอาการดีขึ้น ซึ่งการบริหารนี้หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้อุปกรณ์ถ่างขยายช่องคลอด (vaginal dilator)^(2, 4, 11, 12, 24) ส่วนการบริหารอุ้งเชิงกรานเพื่อช่วยอาการในระบบปัสสาวะมีวิธีการฝึกที่มีข้อแตกต่างเล็กน้อย⁽¹⁾

2. สารหล่อลื่นช่องคลอด (Lubricant) ใช้เพื่อลดการแห้งแสบเฉพาะขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาสั้น ๆ⁽²⁾ สารหล่อลื่นมีหลายชนิด ทั้ง water, silicone หรือ oil based ซึ่งชนิด water based มีข้อดีคือไม่เป็นคราบ ส่วนชนิดที่มี petroleum หรือ oil เป็นองค์ประกอบ จะทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ ในกรณีที่สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน (peri-menopause) ใช้เพื่อคุมกำเนิด หรือป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังอาจเพิ่มการอักเสบของช่องคลอด ชนิด bacterial vaginosis หรือ มีการเพิ่ม

จำนวนของเชื้อราในช่องคลอดได้ (candida colonization)⁽²⁵⁾ ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการลดอาการทางระบบปัสสาวะที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการขาดเอสโตรเจนในการใช้สารหล่อลื่น

สตรีที่มีอาการเจ็บขณะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ (insertional dyspareunia) มีรายงานการใช้ 4% aqueous lidocaine ทาที่บริเวณปากช่องคลอดก่อนมีเพศสัมพันธ์ พบว่าลดอาการเจ็บได้บ้าง^(2, 26)

3. สารให้ความชุ่มชื้นทางช่องคลอด (Moisturizer) ใช้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีความคงทนกว่าสารหล่อลื่น โดยจับกับผิวเยื่อช่องคลอดเพื่อคงความชุ่มชื้น และลดค่าความเป็นกรด (pH) เช่น ชนิดที่มี polycarbophil เป็นองค์ประกอบ มีคุณสมบัติทำให้เซลล์เยื่อช่องคลอดอุ้มน้ำได้ดีขึ้น ทำให้มีเพศสัมพันธ์ได้ดีขึ้น ลดอาการแห้งคันเพียงชั่วคราว^(4, 13) โดยไม่เปลี่ยนสัดส่วนเซลล์เยื่อช่องคลอด (VMI)⁽²⁴⁾ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจใช้บ่อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในช่วงแรก^(2, 24, 25) ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการลดอาการทางระบบปัสสาวะที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการขาดเอสโตรเจนในการใช้สารให้ความชุ่มชื้น

สำหรับการนำน้ำมันมะกอก น้ำมันมะพร้าว และ mineral oil มาใช้แทนสารหล่อลื่นและ/หรือใช้เพื่อคงความชุ่มชื้น เพื่อลดค่าใช้จ่าย ยังไม่มีหลักฐานการศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่ชัดเจน

4. เอสโตรเจนเฉพาะที่ (ช่องคลอด) มีประสิทธิภาพดีมากที่สุดในการรักษาอาการช่องคลอดแห้ง โดยสามารถลดอาการได้เร็วที่สุดและได้ผลดีที่สุด⁽¹²⁾ ลดค่า pH เพิ่มความหนาของเนื้อเยื่อ และความยืดหยุ่น เพิ่มสารคัดหลั่ง การรับสัมผัส และ ลดการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน 2-3 เดือน^(2, 4)

ผลการรักษาของเอสโตรเจนเฉพาะที่มีผลดีชัดเจนต่อการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เกิดจากพยาธิสภาพอื่น (เช่น นิ่วในทางเดินปัสสาวะ) เพราะเอสโตรเจนช่วยปรับแบคทีเรียประจำถิ่น (normal flora) และฟื้นฟูเยื่อช่องคลอดและท่อปัสสาวะให้หนาตัวมากขึ้น^(1, 4, 12, 27, 28)

เอสโตรเจนเฉพาะที่อาจรักษาภาวะปัสสาวะเล็ด (urinary incontinence) ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน (overactive bladder; OAB)^(1, 12) และ ปัสสาวะกลางคืน (nocturia)⁽²⁷⁾ โดยมีผลเพิ่มจำนวนเส้นเลือดรอบ ๆ ท่อปัสสาวะและคอกระเพาะปัสสาวะ ทั้งยังลดความถี่และความแรง (amplitude) ของการหดตัวของกล้ามเนื้อ detrusor ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ detrusor (relaxation) รวมถึงอาจช่วยเรื่องเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (collagen) แต่ยังไม่พบหลักฐานเกี่ยวกับผลต่อภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (pelvic organ prolapse)⁽¹²⁾

เอสโตรเจนเฉพาะที่มีการดูดซึมเข้ากระแสเลือดน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน เพราะผนังช่องคลอดมีการหนาตัวขึ้นทำให้มีการดูดซึมยาเข้ากระแสเลือดน้อยลง⁽¹³⁾ และไม่มีผลต่อความหนาของเยื่อโพรงมดลูก จึงไม่จำเป็นต้องใช้ฮอร์โมนโปรเจสตินร่วมด้วย หากใช้ติดต่อกันนานเป็นระยะเวลา 1 ปี แต่ยังมีการศึกษาของการใช้ยานานกว่า 1 ปีจำนวนน้อย^(2, 4, 12, 13, 24) และต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการตอบสนองต่อเอสโตรเจน⁽¹²⁾ แม้ว่าข้อมูลในปัจจุบันจะยังไม่พบรายงานผลกระทบบ แต่ข้อมูลการศึกษายังมีน้อย⁽¹²⁾ และควรมีการติดตามความหนาของเยื่อโพรงมดลูกด้วยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีที่ใช้ยาฮอร์โมนเอสโตรเจนเฉพาะที่ในช่องคลอดอย่างต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี⁽²⁵⁾

5. การใช้เอสโตรเจนแบบออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (systemic effect) พบว่าสามารถลดอาการ GSM ได้ แต่ไม่ดีเท่าการใช้ฮอร์โมนเฉพาะที่ในผู้ป่วยบางราย^(4, 18, 29) ทั้งยังมีบางรายงานกล่าวว่าอาจเพิ่ม ปัสสาวะเล็ดทั้งแบบ stress และ urgency incontinence^(1, 12) และอาจไม่ลดการกลับเป็นซ้ำของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ^(1, 24) อย่างไรก็ตามการรวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับปัสสาวะเล็ดมีการให้น้ำหนักการศึกษาที่ศึกษาผลของฮอร์โมน

ในสตรีสูงอายุ (ค่าเฉลี่ยอายุ 65 ปี)^(30, 31) ซึ่งผลการวิจัยเป็นในทางตรงข้ามกับการศึกษาที่มีขนาดเล็กกว่าในสตรีวัยหมดระดูที่จำเป็นต้องใช้ฮอร์โมนแบบ systemic ทั่วไปที่อายุไม่เกิน 60 ปี⁽³²⁾ โดยเชื่อว่าสตรีสูงอายุอาจมีปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่เพียงเกี่ยวกับการขาดฮอร์โมนและการให้เอสโตรเจนอาจรบกวนสมดุลของคอลลาเจนหรือการพองตัวของกระเพาะปัสสาวะ⁽⁶⁾

สำหรับ Tibolone ที่เป็นยาสังเคราะห์ให้มีสารออกฤทธิ์เช่นเดียวกับเอสโตรเจน มีการศึกษาไม่มาก รายงานผลต่อสัดส่วนเซลล์เยื่อช่องคลอด vaginal maturation index ดีขึ้นและมีเลือดมาเลี้ยงช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น ทั้งยังลดการปัสสาวะกลางคืน อาการปัสสาวะบ่อย และส่งผลต่อเพศสัมพันธ์ดีขึ้น⁽¹³⁾

6. Dehydroepiandrosterone (DHEA) เฉพาะที่ เป็นยาที่ยังมีการศึกษาน้อย มีรายงานผลการศึกษามีผลทำให้เยื่อช่องคลอดดีขึ้นและลดการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์^(4, 12, 13) แม้จะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในกระแสเลือด⁽²⁾ แต่ยังต้องการการศึกษาระยะยาวถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย^(4, 33) ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการลดอาการทางระบบปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการขาดเอสโตรเจนในการใช้ DHEA

7. ฮอร์โมนแอนโดรเจนเฉพาะที่ การใช้ testosterone vaginal cream 150– 300 มก. ต่อวัน พบว่าลดอาการช่องคลอดแห้ง ลดอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ pH ลดลง และ สัดส่วนเซลล์เยื่อช่องคลอด (VMI) เพิ่มขึ้นร้อยละ 20^(24, 33) แต่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มขึ้น และยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดอาการทางระบบปัสสาวะ ที่เกี่ยวข้องกับการขาดเอสโตรเจนในการใช้แอนโดรเจน

8. เลเซอร์และคลื่นวิทยุทางช่องคลอด (Laser และ Radiofrequency) มีการศึกษาระยะสั้นพบว่าเลเซอร์ ทำให้เกิดการสร้างใหม่ของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและทำให้เยื่อช่องคลอดหนาตัวดีขึ้น พบว่าลดอาการช่องคลอดแห้ง ระคายเคือง ปัสสาวะขัด การเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์และปัสสาวะเล็ดแบบ stress incontinence ได้^(13, 25, 34) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเลเซอร์ชนิด fractional microablative carbondioxide, Erbium laser และ low-energy dynamic quadripolar radiofrequency (DQRF)^(4, 34) แต่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมถึงรูปแบบการใช้เลเซอร์ที่เหมาะสมผลการรักษาระยะยาวรวมถึงความปลอดภัย^(2, 13, 24)

9. สมุนไพร และ phytoestrogen ยังไม่พบข้อมูลประสิทธิภาพที่ชัดเจนในการรักษาภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดูในขณะนี้^(4, 13, 24, 35)

สาเหตุและความรุนแรงของอาการทางระบบปัสสาวะ ในภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดูอาจไม่ได้เกิดเพียงจากการขาดเอสโตรเจน ปัญหาปัสสาวะเล็ด อาจมีสาเหตุทางกายวิภาคหรือประสาทวิทยา^(36, 37) ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่เด่นชัดควรต้องรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์โดยตรงหรือผ่าตัดตามรอยโรค^(36, 37) เนื่องจากการรักษาด้วยฮอร์โมนอาจได้ประโยชน์เพียงเล็กน้อย

บทสรุป

ภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดูเป็นภาวะที่พบบ่อยและเรื้อรังในสตรีวัยหมดระดูและมีผลต่อคุณภาพชีวิต บุคลากรการแพทย์จึงควรสืบค้นด้วยการซักถามและตรวจร่างกายผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่ตระหนักและอายุที่จะแจ้งปัญหาแก่แพทย์ การประเมินและรักษาควรครอบคลุมทั้งอาการในระบบทางเดินปัสสาวะ อาการช่องคลอดแห้ง และปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Baber RJ, Panay N, Fenton A, Group IMSW. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19:109–50.
2. Shifren JL. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61:508–16.
3. Blakeman PJ, Hilton P, Bulmer JN. Oestrogen and progesterone receptor expression in the female lower urinary tract, with reference to oestrogen status. *BJU Int*. 2000;86:32–8.
4. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215:704–11.
5. Portman DJ, Gass ML, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference P. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Maturitas*. 2014;79:349–54.
6. Robinson D, Cardozo L. Estrogens and the lower urinary tract. *Neurourol Urodyn*. 2011;30:754–7.
7. Cheng CL, Li JR, Lin CH, de Groat WC. Positive association of female overactive bladder symptoms and estrogen deprivation: A nationwide population-based cohort study in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e4107.
8. Chua Y, Limpaphayom KK, Cheng B, Ho CM, Sumapradja K, Altomare C, et al. Genitourinary syndrome of menopause in five Asian countries: results from the Pan-Asian REVIVE survey. *Climacteric*. 2017;20:367–73.
9. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillan C, Gonzalez PM, et al. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*. 2018;21:167–73.
10. Geng L, Zheng Y, Zhou Y, Li C, Tao M. The prevalence and determinants of genitourinary syndrome of menopause in Chinese mid-life women: a single-center study. *Climacteric*. 2018;21:478–82.
11. Kagan R, Rivera E. Restoring vaginal function in postmenopausal women with genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*. 2018;25:106–8.
12. The NHTPSAP. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2017;24:728–53.
13. Palacios S, Castelo-Branco C, Currie H, Mijatovic V, Nappi RE, Simon J, et al. Update on management of genitourinary syndrome of menopause: A practical guide. *Maturitas*. 2015;82:308–13.
14. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, Bushmakina AG, Kumar M, Bobula J. The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24:713–22.
15. Indhavivadhana S, Leerasiri P, Rattanachaiyanont M, Laiwejpithaya S, Tanmahasamut P, Techatrasak K, et al. Vaginal atrophy and sexual dysfunction in current users of systemic postmenopausal hormone therapy. *J Med Assoc Thai*. 2010;93:667–75.
16. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014;17:3–9.
17. Pinkerton JV, Bushmakina AG, Komm BS, Abraham L. Relationship between changes in vulvar-vaginal atrophy and changes in sexual functioning. *Maturitas*. 2017;100:57–63.
18. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:87–94.

19. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*. 2010;67:233–8.
20. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*. 2012;15:36–44.
21. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016;19:188–97.
22. Chedraui P, Perez-Lopez FR. Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. *Maturitas*. 2015;82:299–303.
23. Panay N. Genitourinary syndrome of the menopause--dawn of a new era? *Climacteric*. 2015;18 Suppl 1:13–7.
24. Palacios S, Mejia A, Neyro JL. Treatment of the genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric*. 2015;18 Suppl 1:23–9.
25. Faubion SS, Sood R, Kapoor E. Genitourinary Syndrome of Menopause: Management Strategies for the Clinician. *Mayo Clin Proc*. 2017;92:1842–9.
26. Goetsch MF, Lim JY, Caughey AB. A Practical Solution for Dyspareunia in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015;33:3394–400.
27. Rahn DD, Carberry C, Sanses TV, Mamik MM, Ward RM, Meriwether KV, et al. Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2014;124:1147–56.
28. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD005131.
29. Sturdee DW, Panay N, International Menopause Society Writing G. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010;13:509–22.
30. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD001405.
31. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA*. 2005;293:935–48.
32. Long CY, Liu CM, Hsu SC, Chen YH, Wu CH, Tsai EM. A randomized comparative study of the effects of oral and topical estrogen therapy on the lower urinary tract of hysterectomized postmenopausal women. *Fertil Steril*. 2006;85:155–60.
33. Simon JA, Goldstein I, Kim NN, Davis SR, Kellogg-Spadt S, Lowenstein L, et al. The role of androgens in the treatment of genitourinary syndrome of menopause (GSM): International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *Menopause*. 2018;25:837–47.
34. Gambacciani M, Levancini M, Russo E, Vacca L, Simoncini T, Cervigni M. Long-term effects of vaginal erbium laser in the treatment of genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric*. 2018;21:148–52.
35. Najaf Najafi M, Ghazanfarpour M. Effect of phytoestrogens on sexual function in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric*. 2018;21:437–45.
36. Banakhar MA, Al-Shaiji TF, Hassouna MM. Pathophysiology of overactive bladder. *Int Urogynecol J*. 2012;23:975–82.
37. Cervigni M, Gambacciani M. Female urinary stress incontinence. *Climacteric*. 2015;18 Suppl 1:30–6.





การประชุมวิชาการ

Interhospital Conference ครั้งที่ 3/2561

วันศุกร์ที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 เวลา 13.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุม 809 ชั้น 8

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

ประวัติผู้ป่วยนรีเวชกรรม

หญิงไทยคู่ อายุ 33 ปี อาชีพ พนักงานร้านอาหาร ภูมิลำเนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

อาการสำคัญ: หน้ามืด เป็นลม 20 นาที

ประวัติปัจจุบัน

ปวดท้องทั่ว ๆ ท้องอืดขึ้น ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน มีเลือดออกทางช่องคลอด ลักษณะเหมือนเลือดประจำเดือน ใช้ผ้าอนามัย 2 แผ่นไม่ชุ่ม ปัสสาวะปกติ ขับถ่ายได้ปกติ ไม่มีตกขาวผิดปกติ ไม่มีไข้ รู้สึกหน้ามืดเป็นลม เวียนศีรษะ เพื่อนจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติอดีตและประวัติส่วนตัว

- ผู้ป่วยเป็นไข้ สามารถฟังได้
- ปฏิเสธโรคประจำตัว
- ปฏิเสธประวัติ แพ้ยาแพ้อาหาร
- ไม่เคยได้รับการผ่าตัด
- ปฏิเสธประวัติ อุบัติเหตุ หรือประวัติการตกจากที่สูง
- ปฏิเสธเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์, บุหรี่ และสารเสพติด
- ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม

ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติโรคในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว
- ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

ประวัติทางสูติ-นรีเวช

- First menarche 13 ปี
- LMP: 16 เมษายน 2561 x 4 วัน
- PMP: 19 มีนาคม 2561 x 3 วัน
- Duration: 3-4 วัน ปริมาณ 2-3 pads/day No dysmenorrhea interval 28-30 days

- Last SI: 14 เมษายน 2561
- P0
- Contraception: No
- Single partner
- ปฏิเสธโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ โรคติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

Physical Examination

- vital sign

BP 72/54 mmHg

PR 123/min

RR 22/min

BT 36.3°C

BW 40 kg Ht. 150 cm.

BMI 17.78 kg/m²

- General Appearance: A Thai female good consciousness, marked pale, no jaundice
 - HEENT: Symmetrical, anicteric sclerae, marked pale conjunctivae, no nasal discharge, no injected pharynx and larynx
 - CVS: Regular rhythm, tachycardia, normal S1 S2, no murmur, weakened peripheral pulse
 - RS: Clear sound of both lungs, equal both lungs, no dyspnea
 - Abdomen: Marked distention, Hypoactive bowel sound, Generalized rebound tenderness, no guarding, pelvic mass as umbilicus, firm consistency, movable
 - Extremities: no pitting edema, capillary refill 3 sec
- PV ; NIUB : normal
- Vagina : minimal old bloody discharge, no gross lesion
- Cervix : no gross lesion, os close, no bleeding per os,
no cervical motion tenderness
- Uterus : pelvic mass as umbilicus, generalized tender, firm consistency, movable
- Adnexa : mild tender both side
- CDS : bulging, marked tender
- Imp pelvic mass c hypovolemic shock

บทวิจารณ์

ในผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการ acute abdominal pain และมี sign of hypovolemic shock ทำให้นึกถึงภาวะตกเลือดในช่องท้องมากที่สุด (hemoperitoneum) โรคทางนรีเวชที่มักเกิดการตกเลือดในช่องท้อง ได้แก่ การแตกของตั้งครรภ์นอกมดลูก การแตกของถุงน้ำรังไข่ หรือการบิดตัวของถุงน้ำรังไข่ ส่วนโรคที่ไม่ใช่ของนรีเวชที่ทำให้เกิดภาวะนี้ ได้แก่ ตับหรือม้ามแตก เส้นเลือดภายในช่องท้องแตก หรือมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้การตรวจร่างกายยังพบก้อนแข็งกดเจ็บบริเวณช่องท้องส่วนล่าง และผู้ป่วยไม่ได้ตั้งครรภ์ ทำให้คิดถึงภาวะแทรกซ้อนจากทางนรีเวชมากกว่า โดยเป็นไปได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนจากเนื้องอกรังไข่หรือเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินพบว่ามียีสต์ออกนอกในช่องท้อง และมีการแตกของหลอดเลือดที่ผิวนอกของกล้ามเนื้อมดลูก

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (myoma uteri) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงของกล้ามเนื้อมดลูกที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ส่วนอาการแสดงที่พบบ่อยได้แก่มีเลือดประจำเดือนออกมากและนาน อาการถูกกดเบียดจากเนื้องอก โดยทั่วไปก้อนเนื้องอกนี้มักไม่มีอาการปวด ถ้ามีอาการปวดมักเกิดจากการบิดของก้อนชนิด subserous มีการเสื่อมสภาพของก้อน (degenerative change) มีเลือดออกในก้อน การตกเลือดในช่องท้องดังที่พบในผู้ป่วยรายนี้พบได้น้อยมากมักเกิดจากการแตกหรือฉีกขาดของหลอดเลือดที่ผิวนอกของก้อน (rupture of a vein or an artery overlying a myoma) เป็นภาวะที่อันตรายถึงแก่ชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

การแตก หรือฉีกขาดของหลอดเลือดที่ผิวนอกของก้อน (rupture of a vein or an artery overlying a myoma) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการเกิดน้อยกว่า 100 ราย สาเหตุที่ทำให้เกิดการแตกหรือฉีกขาดของหลอดเลือดได้แก่มีการเพิ่มความดันของหลอดเลือดดำ (increased venous pressure) หรือความดันในช่องท้อง (increased abdominal pressure) เช่น ขณะมีประจำเดือน ตั้งครรภ์ เบ่งถ่ายอุจจาระ การออกกำลังกายอย่างหนัก ยกของหนัก มีการบิดตัวของก้อนเนื้องอกชนิด subserous หรือมีการกระแทกอย่างรุนแรงบริเวณหน้าท้อง บางรายงานพบว่าก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่หรือก้อนที่โตเร็วมีความสัมพันธ์กับการแตกหรือฉีกขาดของหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดแดง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดท้องเฉียบพลัน มีก้อนบริเวณท้องมีความดันต่ำจากการตกเลือดในช่องท้อง ดังที่พบได้ในผู้ป่วยรายนี้ ส่วนใหญ่ภาวะนี้มักไม่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัด การตรวจเพิ่มเติมด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasonography) หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของช่องท้องมักพบว่ามียีสต์ออกนอกในช่องท้อง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่สามารถบอกได้ว่ามีเลือดออกจากบริเวณไหน การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดฉุกเฉิน มีรายงานการผ่าตัดตั้งแต่ myomectomy ซึ่งมักจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ (hemodynamic stable), hysterectomy หรือแม้กระทั่งการทำ uterine artery embolization ก่อนแล้วตามด้วย myomectomy หรือ hysterectomy



พ.ญ. กนิษฐา เกียนทอง
หน่วยม:เรื้อนริวเอช
กลุ่มงานสูติรีวเอชศาสตร
โรงพยาบาลราชวดี

ในผู้ป่วยรายนี้มีอาการขณะมีประจำเดือนซึ่งอธิบายกลไกในการเกิดการแตกหรือฉีกขาดของหลอดเลือดได้ ร่วมกับมีภาวะ generalized peritonitis และมี hypovolemic shock ซึ่งเป็น surgical condition อยู่แล้วการตรวจเพิ่มเติมด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จึงไม่มีความจำเป็น เนื่องจากจะทำให้การรักษาล่าช้า ส่งผลให้เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วย อีกประเด็นที่ควรพิจารณาในการรักษาคือบทบาทของการทำ myomectomy เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีบุตร

References

1. Cerruto E, Sudano MC, Ettore C, La Greca G, La Greca MG. Difficult diagnosis of hemoperitoneum in a patient with a pelvic mass of large size. Int J Surg Case Rep. 2016;26:197–8.
2. Gulati N, Raman S, Srinivasan M, Bakour S. Rare gynaecological emergency: massive intraperitoneal haemorrhage from spontaneous rupture of a superficial vessel on a large leiomyoma. BMJ Case Rep. 2016.
3. Tajima S, Yonezawa I, Waki M, Hoshi S. Massive hemoperitoneum following spontaneous rupture of an arterial aneurysm overlying a uterine myoma. Int J Clin Exp Med. 2015;8(2):3002–5.
4. Jenayah AA, Saoudi S, Sferi N, Skander R, Marzouk SB, Cherni A, et al. Spontaneous subserosal venous rupture overlying a uterine leiomyoma in a young woman. Pan Afr Med J. 2017;28:205.
5. Schwitkis A, Shen S, Vos E, Torbati SS. Spontaneous Hemoperitoneum from Rupture of Massive Leiomyoma. Clin Pract Cases Emerg Med. 2017 May;1:148–9.
6. Schwartz M, Powell K. Spontaneous Rupture of a Leiomyoma Causing Life-Threatening Intra-Abdominal Hemorrhage. Case Rep Obstet Gynecol. 2017;2017:3701450.

คำถามท้ายเล่ม

ภาวะเสื่อมของอวัยวะเพศและระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีวัยหมดระดู Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM)

1. การใช้ menopause hormone therapy แบบใดที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด venous thrombosis สูงที่สุด

- A. Estrogen alone
- B. Estrogen plus progestin
- C. Tibolone
- D. Transdermal estrogen

๒. สูตรยา menopause hormone therapy ชนิดใดที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด venous thrombosis สูงที่สุด

- A. Conjugated equine estrogen plus medroxyprogesterone acetate
- B. 17- β estradiol plus dydrogesterone
- C. Transdermal 17- β estradiol
- D. 17- β estradiol plus vaginal progesterone

๓. ปัจจัยสำคัญที่สุดในสูตรยาสำหรับ menopause hormone therapy ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิด venous thrombosis คือข้อใด

- A. Route of estrogens และ type of progestogens
- B. Type of estrogens และ route of progestogens
- C. Type of estrogens และ type of progestogens
- D. การเลือกใช้ anti-androgenic progestins

๔. ข้อใด มีความสำคัญน้อยที่สุดในการพิจารณา menopause hormone therapy ต่อโอกาสในการเกิด venous thrombosis

- A. การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม ไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา
- B. วิธีการบริหารยาฮอร์โมน
- C. ชนิดของยาฮอร์โมน
- D. การใช้ยาตามแนวคิด window of opportunity (ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี หรือหมดประจำเดือนมาไม่เกิน 10 ปี)

5. ข้อใดคือผลดีต่ออุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากการใช้ menopause hormone therapy จากการศึกษาทางคลินิกชนิด randomized controlled trial

- A. ลดมะเร็งเต้านมจากการใช้ conjugated equine estrogen alone
- B. ลดการเกิด venous thrombosis จากการใช้ transdermal estrogen
- C. ลดการเกิดโรคของถุงน้ำดีจาก conjugated equine estrogen plus medroxyprogesterone acetate
- D. ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการใช้ tibolone

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นส.วนาพร เกษมพันธ์

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

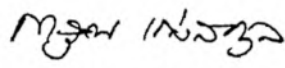


ประกาศเจตยืนของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการตั้งครรภ์แทน

เจตยืน (Position statement) ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การตั้งครรภ์แทน (surrogacy) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “การอุ้มบุญ”

1. กระบวนการตั้งครรภ์แทน ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 เท่านั้น
2. การตั้งครรภ์แทน ต้องทำเรื่องขออนุญาตต่อคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (กคทพ.) ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน นายกแพทยสภาเป็นรองประธาน และ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นเลขานุการ
3. การฝ่าฝืนพระราชบัญญัตินี้ เช่น การรับจ้างตั้งครรภ์แทน การตั้งครรภ์แทนโดยมิใช่ญาติโดยสายโลหิต การซื้อขายอสุจิหรือไข่ หรือ ตัวอ่อน มีความผิดอาญา ถึงขั้นจำคุก ทั้งแพทย์ผู้ให้บริการ ผู้จ้างวาน ผู้โฆษณา และผู้รับจ้างอุ้มบุญ
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ขออย่าเตือนให้สมาชิกสูตินรีแพทย์ผู้ได้รับอนุญาตให้ทำการรักษาพยาบาลด้านการตั้งครรภ์แทน ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และตามข้อบังคับ แพทยสภาว่าด้วยการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยเคร่งครัด
5. แพทย์ผู้ต้องคดีอาญาในคดีให้การบริการเพื่อการตั้งครรภ์แทนอย่างผิดกฎหมาย อาจได้รับผลต่อเนื่องถึงการถูกระงับใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างถาวร
6. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบการสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และประชาชนผู้ต้องการรับบริการ ผู้ทำการโฆษณา หรือผู้คิดจะรับจ้างตั้งครรภ์แทนทุกท่าน ควรศึกษารายละเอียดในพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์นี้โดยละเอียด เพราะท่านอาจทำผิดกฎหมายอาญาได้โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์
7. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มีนโยบายในการควบคุมดูแลสถาบันฝึกอบรม และตัวแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในมนุษย์ ทั้งด้านวิชาการและด้านจริยธรรมอย่างเคร่งครัด
8. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ยินดีให้ความร่วมมือทุกด้านอย่างเต็มที่กับคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และ แพทยสภา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อประชาชนตามข้อบังคับของกฎหมาย และเพื่อจริยธรรมอันดีงามของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
9. ประเทศต่าง ๆ มีกฎหมายเรื่องการตั้งครรภ์แทนต่างกัน ประเทศที่ห้ามการตั้งครรภ์แทนมักมีบทลงโทษรุนแรงถึงขั้นจำคุก

ประกาศ ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

พลอากาศโทนายแพทย์ 
(การณ เก่งสกุล)

ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



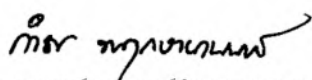
ประกาศเจตจำนง เรื่อง การให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในประเทศไทย

Position Statement for Assisted Reproductive Technology in Thailand

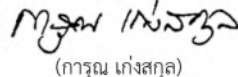
ในปัจจุบันนี้การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในการรักษาภาวะมีบุตรยาก มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและนานาชาติ องค์การอนามัยโลกจัดภาวะมีบุตรยากเป็นโรค และ International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) ให้ความสำคัญและตระหนักถึง ความสำเร็จ ความปลอดภัยของสตรีที่มีบุตรยาก และบุตรที่เกิดจากการรักษา รวมทั้งการเข้าถึงบริการของสามีภริยาที่มีบุตรยาก ประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ในการกำกับดูแลการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในประเทศไทย ดังนั้นเพื่อให้การให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในประเทศไทย เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงผลกระทบทางด้านสังคม จริยธรรม และกฎหมาย รวมทั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ในฐานะองค์กรหลักในการกำกับดูแลด้านวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ขอประกาศเจตจำนงเกี่ยวกับการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในประเทศไทยดังต่อไปนี้

1. การให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ควรทำเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ได้แก่ ภาวะมีบุตรยาก การที่เคยมีการตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดลงโดยไม่ได้บุตรเลย หรือ การแท้งเป็นอาเจิน เป็นต้น
2. ประชาชนควรทราบว่าการรับบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพิ่มความเสี่ยงจากการกระตุ้นรังไข่ การเก็บไข่ และการย้ายฝากตัวอ่อน โดยมีความรุนแรงหลายระดับทั้งต่อสตรีที่มีบุตรยาก สตรีที่บริจาคไข่ สตรีที่ตั้งครรภ์และทารกที่เกิดจากการรักษา มากกว่าการตั้งครรภ์เองตามธรรมชาติ
3. การรับบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์โดยคาดหวังให้มีการตั้งครรภ์แฝดเป็นการเพิ่มความเสี่ยงสูงต่อสตรีที่ตั้งครรภ์และทารก
4. การเลือกเพศบุตร การรับจ้างบริจาคไข่หรือสpermหรือตัวอ่อน การรับจ้างตั้งครรภ์แทนมีความผิดตามกฎหมายและมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ
5. การตรวจวินิจฉัยทางพันธุกรรมก่อนการฝังตัวในตัวอ่อนควรทำตามที่กฎหมายกำหนด
6. ก่อนการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ สามีภริยาที่ขอด้วยกฎหมายที่มีบุตรยากทุกราย ควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม เกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ จนเข้าใจดี และลงนามยินยอมรับการรักษา
7. สามีภริยาที่ขอด้วยกฎหมายที่มีบุตรยากทุกราย ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ควรสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์กำธร พุกขานานนท์
ประธานคณะกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

พลอากาศโทนายแพทย์ 

(การณ เก่งสกุล)
ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย