



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สัปดาห์แพทยสัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2/2564

การจัดการเลือกตั้ง
คณะผู้บริหาร

การคุมกำเนิดในช่วง
การระบาดของไวรัสโควิด-19

การใช้ฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือน

บทความสูตินรีเวช-จริยธรรม

รายงานการประชุม
Interhospital Conference

มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health



คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ



ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์นายแพทย์อภิศักดิ์ ลุ่มพิกานนท์

ประธาน

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล

ผู้รั้งตำแหน่งประธาน

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์วิทยา ถิฐาพันธ์

รองประธาน คนที่ 1

นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์

รองประธาน คนที่ 2

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา

เลขาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์อรรณพ ใจสำราญ

เหรียญกษาปณ์

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรพิมล เรืองวุฒิเลิศ

กรรมการกลาง

ศาสตราจารย์นายแพทย์กัธร พฤกษานานนท์

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิตติมา สุนทรสัจ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริรัฐสาร

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปัญญา พันธุ์บุรณะ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์

นายแพทย์วิสิทธิ์ สุกครพงษ์กุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักรินทร์ มะโนทัย

ศาสตราจารย์นายแพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตกมล

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์อรรณพ ใจสำราญ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่

นายแพทย์ธีรวุฒิ ชันประกอบ

นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

แพทย์หญิงลลิตพร พัฒนาวินิจฉัย

เลขานุการ

นายพนพล มณีกุล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ นางสาววนาพร เงินเย็น

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี ”

(Standard and Ethics for Women's Health)

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักษะคิด ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ



หน้า

บรรณาธิการแถลง	3
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	4
สูตินรีเวช - จริยธรรมสากล	5
การคุมกำเนิดในช่วงระบาดของไวรัสโควิด - 19	8
การใช้โซเชียลมีเดียในวัยใกล้หมดประจำเดือนกับความเสี่ยง	15
ในวัยหมดประจำเดือน	
สรุป Interhospital Conference ครั้งที่ 3/2564	20
คาถามท้ายเล่ม	28

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี รพศูนย์วิจัย

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... ศ.นพ.อรรถพร ไฉ่สารณ
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

สวัสดีครับ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยทุกท่าน

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ซึ่งมีผลต่อการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีความจำเป็นต้องเลื่อนการประชุมวิชาการกลางปีของราชวิทยาลัยฯ ซึ่งเดิมมีกำหนดจัดขึ้นในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ออกไป หวังว่าหากสถานการณ์ดีขึ้น จะได้มีการจัดการประชุมวิชาการของเราในช่วงเวลา และรูปแบบที่เหมาะสมต่อไปครับ

กิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของราชวิทยาลัยฯ ในขณะนี้ คือ **การจัดการเลือกตั้งคณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย วาระวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567** โดยท่านสมาชิกสามารถเลือกวิธีการลงคะแนนได้ 2 วิธี คือ **แบบบัตรอิเล็กทรอนิกส์** และ **แบบบัตรเลือกตั้ง** ขอให้ท่านสมาชิกให้ความสนใจกับประกาศ รวมถึงเงื่อนไขการลงคะแนนด้วยครับ เพื่อให้ได้ผู้ที่เหมาะสม มาทำหน้าที่พัฒนาราชวิทยาลัยฯ ของเราให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ฉบับนี้มีเรื่องที่น่าสนใจติดตามเช่นเคย เริ่มด้วย**บทความพิเศษ-จริยธรรมสากล** โดย**ท่านรองประธาน คนที่ 1 อาจารย์พิษณุ ชันติพงษ์** ซึ่งเป็นการรวบรวมสรุปเนื้อหาการเป็นวิทยากรเพื่อให้ความรู้ และสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานให้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขกลุ่มต่าง ๆ ตามด้วยบทความวิชาการที่น่าสนใจ 2 เรื่อง จากคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ได้แก่ เรื่อง **การคุมกำเนิดในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19** โดย **รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงทวิวัน พันธศรี** และ **การใช้ฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม** โดย **รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรลักษณ์ สมบูรณ์พร** และเช่นเคยกับรายงานการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ 3/2564 ซึ่งเสนอกรณีผู้ป่วย โดยแพทย์ประจำบ้านกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และบทวิจารณ์ โดย **รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุชา ลิขวรรณ** ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปิดด้วยคำถามท้ายเล่ม

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อลดโลกร้อน โดยท่านสามารถ Download วารสารได้จากเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยฯ หากสมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับวารสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ทาง Email, Line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th หรือ QR Code ได้ครับ วารสารสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ที่ได้จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มจะส่งให้เฉพาะโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ และท่านสมาชิกที่ได้แจ้งความประสงค์จะรับวารสารเป็นรูปเล่มมาก่อนหน้านี้



พบกันใหม่ฉบับหน้าครับ



สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

เรียนท่านอาจารย์ และเพื่อนแพทย์ และสมาชิกสวทศน์แพทย์ที่รักและเคารพทุกท่าน

เวลาผ่านไปเหมือนติดปีกบิน คณะกรรมการบริหารชุดนี้ได้ปฏิบัติงานมาแล้ว 2 ปี 9 เดือน ได้นำพาและพัฒนาราชวิทยาลัยฯ ทั้งด้านวิชาการและด้านบริการสังคมตามความมุ่งหมายที่ได้วางไว้อย่างมั่นคงและมีประสิทธิภาพ ในปีนี้ประสบความสำเร็จในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของ WFME คือ การรับรอง Subspecialty ทั้ง 4 สาขา รวมไปถึงการพัฒนาการฝึกอบรม การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช หลักสูตร 1 ปี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จนเป็นแบบอย่างให้กับราชวิทยาลัยอื่น ๆ ทำตามด้านการบริการสังคม ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นหลักในการเปลี่ยนแปลงกฎหมายอาญาเกี่ยวกับการทำแท้งให้ถูกต้อง และปลอดภัยต่อประชาชนมากที่สุดท่ามกลางกระแสความเห็น และความต้องการที่หลากหลายในสังคมยุคศตวรรษที่ 21

การระบาดของโรคโควิด-19 ตลอด 2 ปีที่ผ่านมามีผลกระทบต่อสังคมไทย และสังคมโลกอย่างมหาศาล ราชวิทยาลัยฯ ได้ออกประกาศหลายฉบับเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดี ระวังความสับสน และเพื่อสร้างแนวทางเดินที่ถูกต้องให้กับสังคมไทย ตลอดจนร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกัน และรักษาโรคระบาด โควิด-19 มีการประชาสัมพันธ์ออกสื่อทุกชนิดเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้อง และทันต่อเหตุการณ์ ตลอดจนมีการบันทึกไว้ในเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยฯ เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชน และเพื่อนสมาชิกเข้ามาทบทวน หรือนำไปใช้อ้างอิงเชิงวิชาการ งานด้านนี้มีประสิทธิภาพ และได้รับความชื่นชมมากจากสังคม

โรคโควิด-19 ไม่ได้เป็นอุปสรรคในด้านความร่วมมือกับต่างประเทศแต่อย่างใด เพียงแต่เปลี่ยนแปลงในรูปแบบใหม่ เป็นการสื่อสารทางไกล ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นการพัฒนาอีกรูปแบบหนึ่ง เรามีความร่วมมืออย่างเข้มแข็งกับสถาบันนานาชาติ เช่น WHO FIGO AOFIGO ASGO AOGIN APAGE IGCS PSRM และ ICFP เป็นต้น ผมต้องขอขอบคุณเพื่อนสมาชิกหลายท่านที่มีความสามารถสูง และได้มีโอกาสเข้าไปเป็นผู้บริหารระดับสูงในสถาบันนานาชาติเหล่านี้ด้วยความจริงใจ เพราะนับเป็นความเสียสละอย่างมาก และนำชื่อเสียงมาสู่ราชวิทยาลัยฯ และประเทศไทย อนึ่งเราควรได้ระลึกเสมอว่านวัตกรรมต่าง ๆ ที่เราได้มาจากต่างประเทศ หรือผ่านกระบวนการวิจัยขั้นสูง นั้นจะเกิดประโยชน์ต่อเมื่อนำมาแปรเปลี่ยนลงสู่การปฏิบัติแล้วได้ผล ซึ่งเป็นหน้าที่ของเพื่อนสมาชิกที่ควรกระทำต่อไปอย่างต่อเนื่องโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคใด ๆ

ปลายปีนี้ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จะได้กรรมการบริหารชุดใหม่จากการเลือกตั้งของสมาชิกกว่า 3,500 คน มาต่อยอดการทำงานของกรรมการชุดนี้ต่อไป ผมเชื่อว่าเพื่อนสมาชิกจะได้ใช้สิทธิการเลือกตั้งกันอย่างเต็มที่ครับ และขอให้ทุกท่านและครอบครัวปลอดภัยจากโรคโควิด-19

ด้วยความเคารพและหวังใย

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล

ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สตินรีเวช - จริยธรรมสารก

โดย...นพ.พิชญ์ ชันติพงษ์

รองประธาน คนที่ 1

๑. โรงพยาบาลนิพนธ์ จันทบุรี

เนื่องในวาระครบ ๖๐ ปีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรก ที่อยู่นอกกรุงเทพฯ (ศิริราช จุฬาฯ) สร้างแพทย์ที่ต่อออกมาดูแลสุขภาพคนไทยมากมาย ถือเป็นเกียรติ อีกครั้งในชีวิตที่ได้รับคัดเลือกเป็นหนึ่งใน 18 คนของ “ศิษย์เก่าดีเด่น” เนื่องในโอกาสครบ ๖๐ ปี ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ครั้งนี้ ขอขอบคุณครู อาจารย์ทุกท่านที่ช่วยสร้าง ความเป็นแพทย์ที่ดีให้ศิษย์ คุณสมบัติที่สำคัญของแพทย์เชียงใหม่

1. มีมนุษยสัมพันธ์
2. มีความรับผิดชอบ
3. มีความรู้
4. ดูแลคนไข้ด้วยหัวใจ

ผมขอให้แพทย์รุ่นหลังได้เจริญรอยตามแพทย์รุ่นพี่ รักษาคุณสมบัติที่ดีนี้ ให้ดำรงอยู่ ตลอดไป

๑. โรงพยาบาลสาธิตาเดอ์ กรุงเทพฯ

เป็นวิทยากรให้กรมอนามัย ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หัวข้อ

1. “ทัศนคติ แนวคิด ความเข้าใจ ที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์”

2. กระบวนการจัดการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยแบบองค์รวม ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “นวัตกรรมการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย” โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ ได้เน้นในเรื่องทัศนคติของผู้เข้าอบรมที่มีต่อหญิงที่ท้องไม่พร้อมและแพทย์ที่ ยุติการตั้งครรภ์เป็นสำคัญ “เรื่องคุณธรรมจริยธรรม เราจะไปตัดสินคนอื่นไม่ได้เพราะเราไม่รู้หรอก ว่าชีวิตของเขาคืออย่างไร ต้องเจอกับอะไรมาบ้าง” ขอให้มองหญิงที่ท้องไม่พร้อมเหมือนเป็นคนไข้ คนหนึ่งที่กำลังเป็นทุกข์ และต้องการความช่วยเหลือจากพวกเรา ผมขอให้ทุกคนดูแลช่วยเหลือ หญิงเหล่านี้ด้วยหัวใจ ไม่ว่าเขาจะตัดสินใจต่อไปอย่างไร ซึ่งอาจไม่ตรงกับที่เราต้องการ ก็ขอให้เคารพ ในการตัดสินใจของเขาด้วย

“แม้ไม่เห็นด้วย ก็ไม่ขัดขวาง พร้อมทั้งส่งต่อให้คนอื่นที่พร้อมดูแลเขาต่อไปด้วยความยินดี”

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

18-19 มีนาคม พ.ศ.2563 จังหวัดอุบลราชธานี

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อุบลราชธานี เยี่ยมหน่วยบริการ โรงพยาบาลเดชอุดม และบรรยายวิชาการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของอุบัติเหตุการที่ไม่พึงประสงค์ในการลดอัตราตาย ของมารดาและการกีดกันในภาพรวมของเขต ได้เห็นการทำงานเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง สูติแพทย์รุ่นใหม่ที่มีหัวใจเกิน 100 โรงพยาบาลเดชอุดมมีสูติแพทย์ 3 คน แต่คนหนึ่งไม่สบาย เหลือสองคนแต่ทำงานเกิน 100 คลอดเดือนละกว่า 250 ราย

อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องการคลอดติดไหล่ยังคงต้องหาทางแก้ไขอย่างรีบด่วนเนื่องจากทำให้เกิดความพิการ หรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ ต้องหาวิธีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เชื่อถือได้แล้วให้มาคลอดในโรงพยาบาลที่สามารถผ่าตัดได้ทุกเวลา อย่างไรก็ตามต้องมีแนวปฏิบัติอย่างชัดเจนเมื่อติดไหล่ มีแนวทางการแก้ไขเพื่อการช่วยเหลือให้ดีที่สุด

การผ่าตัดคลอดพบร้อยละ 41 ได้ขอให้เปลี่ยนความเชื่อของตัวเองเกี่ยวกับทางคลอด ยอมรับว่าปัจจุบันการผ่าตัดคลอดไม่ได้ช่วยให้อัตราตายของมารดาและการกดขี่เหมือนที่ WHO ได้แสดงตัวเลขที่เหมาะสมในการผ่าตัดคลอดไม่เกินร้อยละ 10-15 ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ยังนิยมผ่าตัดคลอดอยู่ จะลดการผ่าตัดคลอดได้อย่างไร สุดท้ายได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของงานแม่และเด็กที่จะต้องบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนจึงจะสำเร็จได้ การทำงานเป็นทีมต้องให้เกียรติ จริงใจ และเรียนรู้ซึ่งกันและกันงานจึงจะสำเร็จได้

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

ผ. โรงพยาบาลกลางเส้าไห้ สระบุรี

หัวใจที่ได้กลับมาสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานและชี้ให้เห็นถึงความสุขที่แท้จริงของชีวิต นอกเหนือจากการดิ้นรนกระเสือกกระสนเพื่อให้มีวัตถุสิ่งของทัดเทียมกับคนอื่น ทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน คิดแต่เรื่องค่าตอบแทนที่จะได้ สัมผัสถึงคุณค่าของชีวิตที่มีความหมายมากกว่า ปลอ่ยให้เวลาผ่านไปโดยลืมทำหน้าที่ด้วยความมีเมตตา กรุณาต่อคนไข้และเพื่อนร่วมงาน ลืมที่จะสร้างคุณค่าควบคู่ไปกับมูลค่าที่หาเลี้ยงชีวิตและครอบครัว

หัวใจที่สุดที่พบว่า หลังฟังการบรรยายทั้งวันที่อาจารย์ณูมาสะกิด แล้วทุกคนต่างก็สัญญาว่าจะเปลี่ยนตัวเอง “ทำในสิ่งที่ควรทำและไม่ทำในสิ่งที่ไม่ควรทำ” จะเป็นตัวอย่างที่ดีให้สมกับที่มีโอกาสได้ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลกลางเส้าไห้ โรงพยาบาลที่มีเพียง 10 แห่ง ในประเทศไทยที่กระทรวงสาธารณสุขสร้างถวาย เนื่องในวโรกาสที่ในหลวง รัชกาล ๙ มีพระชนมายุครบ ๘๐ พรรษา

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

13 กรกฎาคม พ.ศ.2563

มีความสุขมากที่ได้มีโอกาสมาล่าวปฐมนิเทศให้นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
พระจอมเกล้า เพรชบุรี ชอบที่ทางวิทยาลัยจัดให้ผู้ปกครองนั่งปรกนักศึกษา ส่วนใหญ่จะเป็น
แม่กับลูก ได้กล่าวขอบคุณพ่อแม่ที่เลี้ยงลูกมาจนโตและสนับสนุนให้มาเรียนพยาบาล อาชีพ
ที่หาเลี้ยงชีพแล้วยังได้บุญทุกวัน ถ้าลูกเป็นพยาบาลที่ดี บุญบารมีจะส่งถึงพ่อแม่ด้วย

บอกกับเด็ก ๆ ทุกคนว่าไม่ว่าจะมาเรียนพยาบาลด้วยเหตุใดแต่เมื่อเรียนจบแล้ว
ขอให้รู้ได้ว่า อาชีพพยาบาลนั้นมีคุณค่าเพียงใด และไม่ว่าในอนาคตจะทำงานที่ใดก็ขอให้เป็น
นางฟ้าของคนที่ใช่และเป็นคนดีของแผ่นดินตลอดไป

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

โรงพยาบาลกลางกรุงเทพอัมรินทร์ อำเภอกัลยาณิวัฒนา
จังหวัดเชียงใหม่ เขต 3

สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดความรักความภูมิใจที่ได้มาทำงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
๙๐ พรรษา ที่มีเพียง 10 แห่งทั่วประเทศ โรงพยาบาลกลางวัดจันทร์ โรงพยาบาลเล็ก ๆ บนดอย
ที่อยู่ห่างไกลไม่ได้เป็นเพียงแค่โรงพยาบาล แต่เป็นแบบอย่างการใช้ชีวิตพอเพียง เรียบง่ายตามแบบ
พ่อหลวง ร.๙ ให้ความอบอุ่นเหมือนคนครอบครัวเดียวกัน ในการดูแลรักษาคนไข้

ภายในโรงพยาบาลมีพื้นที่ทำการเกษตร ปลูกผัก เลี้ยงหมูแบบปลอดสารเคมีเพื่อเป็นแบบอย่าง
ให้กับชาวบ้านด้วย เริ่มจากผู้อำนวยการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นคนในพื้นที่
ส่วนใหญ่เป็นชาวปกาเกอญอที่มีความรักช่วยเหลือกันดูแลป่าและสิ่งแวดล้อมให้พื้นดินไทยมายาวนาน
ถือเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับคนรุ่นใหม่ที่ควรเรียนรู้

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

การคุมกำเนิดในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19 Contraception during COVID-19 pandemic



โดย...ศ.พญ.กวิวัน พันธศรี

ในนามคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

การวางแผนครอบครัวในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19 มีความสำคัญมากกว่าในช่วงปกติ เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สตรีเข้าถึงการบริการด้านการวางแผนครอบครัวได้ยากขึ้น และหากตั้งครรภ์ก็มีข้อจำกัดในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ความเสี่ยงและผลกระทบต่อทารกในครรภ์ รวมถึงการวางแผนฉีดวัคซีน การดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์มีบริบทต่างกันในแต่ละประเทศ และแต่ละช่วงเวลาตามสถานะการระบาดของโรค^(1,2) แม้สตรีควรละเว้นการตั้งครรภ์ในสภาวะโรคระบาด แต่สตรีบางกลุ่ม เช่น สตรีที่อายุมาก มีบุตรยาก หรือมีข้อจำกัดด้านเวลา อาจงดเว้นการคุมกำเนิด แต่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์⁽³⁾

โควิด-19 (Coronavirus disease 2019 ; COVID-19) เป็นไวรัสที่มีการระบาดทั่วโลก มีอาการส่วนใหญ่คือ ไข้ ไอ เหนื่อย และอ่อนเพลีย แต่อาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดศีรษะ น้ำมูกไหล และจมูกไม่ได้กลิ่น ผู้ป่วยที่มีอาการหนักมักจะมีปฏิกิริยาอักเสบในร่างกาย และปอดอักเสบ โดยอาจมีอวัยวะอื่นล้มเหลวร่วมด้วย ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมีลิ้มเลือดที่หลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง (thromboembolic) ได้ ร้อยละ 10- 25 และเพิ่มสูงเป็นร้อยละ 27- 59 ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง⁽⁴⁻⁶⁾ แม้ว่าเพศหญิงจะมีโอกาสติดเชื้อได้เท่ากับเพศชาย แต่อัตราการเสียชีวิตในผู้ชายสูงกว่าหญิง ซึ่งอาจอธิบายจากระบบภูมิคุ้มกันที่ต่างกัน การแสดงออกของ angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) ที่ต่างกัน การใช้ชีวิต และโรคประจำตัวที่ต่างกัน^(6, 7)

การเปลี่ยนแปลงและประเด็นการให้บริการด้านการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวในช่วงที่มีโรคระบาดโควิด-19 ได้แก่

1. **พฤติกรรมทางเพศในช่วงที่มีการระบาด** การเว้นระยะทางสังคมอาจลดหรือเพิ่มพฤติกรรมทางเพศในบางประเทศ⁽⁸⁻¹¹⁾ สตรีส่วนใหญ่มีความเครียดและไม่ต้องการตั้งครรภ์⁽⁹⁾ แต่อาจเข้าถึงบริการด้านการคุมกำเนิดได้น้อยลง⁽⁹⁾ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์แต่ละช่วงเวลาและบริบทของแต่ละประเทศในช่วงของการระบาด
2. **การเว้นระยะห่างทางสังคม** ทำให้การเข้าถึงการบริการเป็นไปได้ยาก สถานพยาบาลจำเป็นต้องลดการบริการที่ไม่เร่งด่วนเมื่อมีการระบาดขึ้นสูง⁽¹²⁾ นอกจากนี้บางพื้นที่ยังมีการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์^(2,13) ทำให้มีการลดลงของการให้บริการวางแผนครอบครัวในช่วงที่มีการระบาดสูงถึงร้อยละ 23-65^(3,13) ส่งผลถึงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อัตราการทำแท้งที่สูงขึ้น^(13,14) สุขภาวะของสตรีและเด็ก ปัญหาครอบครัวและสังคม

สถานพยาบาลที่มีศักยภาพ ควรมีช่องทางการให้บริการให้คำปรึกษาผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคม เพื่อลดการเดินทางและการสัมผัสสำหรับบุคคลทั่วไป โดยมีประเด็นสื่อสารคือลักษณะการคุมกำเนิด ผลข้างเคียง และข้อพึงระวังในการคุมกำเนิดแต่ละวิธี^(1,2,12,13,15,16)

การคุมกำเนิดระยะยาว long-acting reversible contraception (LARC) อันประกอบด้วยยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย เป็นการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ผลข้างเคียงน้อย และลดการเดินทางเข้ามาที่สถานพยาบาล⁽³⁾ สำหรับยาฉีดคุมกำเนิดชนิดทุก 3 เดือนก็ถือเป็นยาที่น่าสนใจในแง่ของการลดการเดินทาง แต่ยังมีควมถึในการเดินทางมากกว่ายาฝังและห่วงอนามัย อย่างไรก็ตาม บางประเทศมียาฉีดคุมกำเนิดชนิดฉีดใต้ผิวหนัง ซึ่งสตรีสามารถฉีดยาได้เอง ก็ถือเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดการเดินทางเข้าสู่สถานพยาบาลในทางตรงกันข้าม หากสตรีที่ใช้ LARC จนครบอายุประสิทธิภาพของยาฝังหรือห่วงอนามัย และยังไม่สามารถเดินทางเข้ามาที่สถานพยาบาลเนื่องด้วยสถานการณ์โรคระบาด ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้ยาฝังหรือห่วงอนามัยต่อได้อีก 1 ปี เนื่องจากมีการศึกษาพบอัตราการตั้งครรภ์ต่ำมากคือร้อยละ 0-0.03 ใน 1 ปีแรก ที่ไม่ได้นำยาฝังหรือห่วงอนามัยออก โดยอาจคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยร่วมด้วย^(2,3,13,15,17) แต่ไม่แนะนำให้ใช้ LARC เกินเวลาที่กำหนดในสถานการณ์ปกติทั่วไป สำหรับสตรีที่ต้องการเริ่มการคุมกำเนิดระยะสั้น และมีโรคประจำตัวหรือข้อพึงระวังในการใช้ฮอร์โมน แต่ไม่สามารถรับคำแนะนำจากสถานพยาบาลได้ แนะนำให้ใช้การคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนโปรเจสตินเชิงเดี่ยว เนื่องจากมีข้อพึงระวังต่อการใช้น้อยกว่ายาคุมกำเนิดชนิดที่มีเอสโตรเจน⁽¹⁷⁾

ในสถานการณ์การระบาดรุนแรงที่สตรีไม่สามารถเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดใด ๆ ได้ แนะนำให้คุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ เช่น การนับวัน หรือการหลังภายนอก⁽¹²⁾

3. ลักษณะการติดเชื้อโคโรนาไวรัสทำให้เกิดก้อนเลือดในหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงและเลือดหนืด (thrombosis and hypercoagulability) เป็นปฏิกิริยาจากการอักเสบที่ผนังหลอดเลือด และมีการกระตุ้นการเกาะตัวของเกล็ดเลือด⁽¹⁸⁾ แม้จะไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเรื่องผลกระทบของการใช้ฮอร์โมนในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 แต่ความกังวลในเรื่องความเสี่ยงของหลอดเลือดดำอุดตันที่เพิ่มขึ้นในผู้ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม^(19, 20) ทำให้หลายสถาบันในยุโรปที่เป็นเชื้อชาติที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดลิ่มเลือดมากกว่าเอเชีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม⁽²⁰⁻²²⁾ แนะนำให้พิจารณาว่าการใช้ฮอร์โมนชนิดที่เพิ่มความเสี่ยงในการมีก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือดโดยให้ผู้ป่วยโคโรนาไวรัส-19 ที่มีอาการหนักหยุดการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม หรือเปลี่ยนเป็นการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดโปรเจสตินเชิงเดี่ยว หากผู้ป่วยมีอาการน้อย^(5, 12) เนื่องจากการใช้โปรเจสตินอย่างเดียวไม่เพิ่มการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน^(19, 20) อย่างไรก็ตามยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมสามารถมีผลด้านการแข็งตัวของเลือดยาวนานได้ถึง 6-8 สัปดาห์หลังหยุดยา จึงทำให้บางสถาบันไม่แนะนำให้หยุดยาเม็ดคุมกำเนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีอาการไม่รุนแรง เพราะอาจไม่ได้ประโยชน์ชัดเจน^(3,12,17) ทั้งนี้หากสตรีที่อยู่ในแหล่งระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-19 มีปัจจัยเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตันอื่น ๆ เช่น มีภาวะอ้วน⁽²¹⁾ มีโรคประจำตัวอื่นๆ หรือมีพันธุกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดลิ่มเลือดได้ง่าย จะต้องคำนึงถึงความเสี่ยงเรื่องลิ่มเลือดและความรุนแรงของโรคติดเชื้อมากกว่าสตรีทั่วไป

อาจแนะนำให้ใช้การคุมกำเนิดเป็นชนิดที่ไม่ใช้ฮอร์โมน หรือใช้ยาฮอร์โมนชนิดโปรเจสทินเชิงเดี่ยว เพื่อลดโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันในกรณีที่มีการติดเชื้อภายหลัง

สำหรับการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยังไม่พบรายงานเรื่องผลกระทบต่อการดำเนินโรค จึงสามารถใช้ได้ หากเข้าถึงสถานบริการได้⁽¹⁷⁾

4. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 อาจมีปฏิริยากับยาที่ใช้ในการคุมกำเนิด แม้จะยังไม่มีหลักฐานแต่มีข้อพึงระวังสำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม อาจเพิ่มการขับ Flavipiravir ออกจากร่างกาย ทำให้การใช้ยาต้านไวรัสได้ผลน้อยลง สำหรับยาด้านไวรัสอื่น ๆ มีการศึกษาน้อยแต่น่าจะไม่ลดประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน ส่วนการใช้สเตียรอยด์ในการการรักษาสภาพผลกระทบของการติดเชื้อ ยังไม่พบหลักฐานว่ามีผลกระทบต่อการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน⁽³⁾
5. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยังไม่มีรายงานที่ชัดเจนเรื่องผลกระทบของการใช้ฮอร์โมนต่อการตอบสนองของวัคซีน แม้ในประเทศแถบยุโรปที่เป็นชนชาติที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดลิ่มเลือดมากกว่าเอเชีย⁽²⁰⁻²²⁾ สตรีที่วางแผนจะมีบุตรควรทำการฉีดวัคซีนให้ครบก่อนจะเริ่มตั้งครรภ์ สตรีที่มีความกังวลสูงในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ควรรับคำแนะนำจากสูติรีแพทย์ ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงอื่นที่อาจมีร่วมด้วย เช่น โรคประจำตัว หรือภาวะอ้วน และอาจพิจารณาเลือกใช้ยาหรือเปลี่ยนเป็นการคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนโปรเจสทินเชิงเดี่ยว 1-2 เดือนก่อนการรับบริการที่เพิ่มโอกาสในการเกิดลิ่มเลือด

กล่าวโดยสรุป การระบาดของโควิด-19 ทำให้การเข้าถึงบริการด้านการวางแผนครอบครัวลดลง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการส่งยาทางไปรษณีย์ จะเป็นช่องทางให้สตรีเข้าถึงการบริการการวางแผนครอบครัวได้มากขึ้นในช่วงที่มีโรคระบาด นอกจากนี้การพิจารณาใช้การคุมกำเนิดระยะยาว จะทำให้ผู้รับบริการลดการเดินทางมาที่สถานพยาบาล สำหรับข้อพึงระวังประเด็นหลอดเลือดอุดตันเมื่อมีการติดเชื้อ ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงผลกระทบของการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนที่มีเอสโตรเจนแต่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อาจพิจารณาเลือกการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนโปรเจสทินเชิงเดี่ยวหรือเลือกใช้วิธีที่ไม่มีฮอร์โมน

โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความรู้ในด้านพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค การดูแล รักษา และป้องกัน เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ยังมีความต้องการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอีกมาก บทความนี้อ้างอิงตามองค์ความรู้ ณ วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ.2564 และอาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีหลักฐานความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น

1. Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorfinger LJ. Contraception in the Era of COVID-19. *Glob Health Sci Pract.* 2020;8:166–8.
2. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020;5:808–11.
3. Ferreira-Filho ES, de Melo NR, Sorpreso ICE, Bahamondes L, Simoes RDS, Soares-Junior JM, et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020;13:615–22.
4. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA.* 2020;324:782–93.
5. Connors JM, Levy JH. Thromboinflammation and the hypercoagulability of COVID-19. *J Thromb Haemost.* 2020;18:1559–61.
6. Lamberghini F, Testai FD. COVID-2019 fundamentals. *J Am Dent Assoc.* 2021;152:354–63.
7. Chang WH. A review of vaccine effects on women in light of the COVID-19 pandemic. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020;59:812–20.
8. Li W, Li G, Xin C, Wang Y, Yang S. Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in China. *J Sex Med.* 2020;17:1225–8.
9. Yuksel B, Ozgor F. Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150:98–102.
10. Caruso S, Rapisarda AMC, Minona P. Sexual activity and contraceptive use during social distancing and self-isolation in the COVID-19 pandemic. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020;25:445–8.
11. Li G, Tang D, Song B, Wang C, Qunshan S, Xu C, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Partner Relationships and Sexual and Reproductive Health: Cross-Sectional, Online Survey Study. *J Med Internet Res.* 2020;22:e20961.
12. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/q-a-detail/contraception-and-family-planning>: World Health Organization; 2020

13. Aly J, Haeger KO, Christy AY, Johnson AM. Contraception access during the COVID-19 pandemic. *Contracept Reprod Med.* 2020;5:17.
14. Endler M, Al-Haidari T, Benedetto C, Chowdhury S, Christilaw J, El Kak F, et al. How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: Results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(4):571-8.
15. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic: scoping review. *BMC Public Health.* 2021;21(1):276.
16. Mmeje OO, Coleman JS, Chang T. Unintended Consequences of the COVID-19 Pandemic on the Sexual and Reproductive Health of Youth. *J Adolesc Health.* 2020;67:326-7.
17. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, et al. Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020;25:231-2.
18. Spratt DI, Buchsbaum RJ. COVID-19 and Hypercoagulability: Potential Impact on Management with Oral Contraceptives, Estrogen Therapy and Pregnancy. *Endocrinology.* 2020;161:bgaa121.
19. Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ.* 2009;339:b2890.
20. Machin N, Ragni MV. Hormones and thrombosis: risk across the reproductive years and beyond. *Transl Res.* 2020;225:9-19.
21. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet.* 1995;346:1575-82.
22. Herrmann FH, Koesling M, Schroder W, Altman R, Jimenez Bonilla R, Lopaciuk S, et al. Prevalence of factor V Leiden mutation in various populations. *Genet Epidemiol.* 1997;14:403-11.

การใช้ฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม (Menopausal Hormone Therapy and Breast Cancer Risk)



โดย... รศ.พญ.วรลักษณ์ สมบูรณ์พร
คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์



Unna

เมื่อกล่าวถึงการใช้ฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนแล้ว เรื่องหนึ่งที่ทำให้เกิดความกังวลเมื่อจะต้องใช้ฮอร์โมนสำหรับแพทย์ที่ดูแลและผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนคือ ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมที่อาจจะเพิ่มขึ้นจากการใช้ฮอร์โมน ในบทความนี้จะได้กล่าวถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังกล่าวโดยอ้างอิงจากผลการวิจัยล่าสุดของ the Women's Health Initiative (WHI) Trials ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ใน JAMA เมื่อเดือนกรกฎาคม 2563⁽¹⁾ ในแง่มุมของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์

The Women's Health Initiative (WHI) Trials

ในแวดวงของสูตินรีแพทย์ เมื่อกล่าวถึง WHI trials แล้วคิดว่าคงเป็นที่รู้จักกันดีพอสมควร จึงจะขอสรุปประเด็นที่สำคัญโดยสังเขปดังนี้ WHI trials เป็นการวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นยาหลอก (randomized placebo-controlled trials) ที่มีจำนวนของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่เข้ารับการศึกษามากที่สุดในโลก โดยมี 2 การศึกษาย่อยที่อยู่ใน WHI trials^(2, 3) งานวิจัยได้เริ่มมีการรวบรวมผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนเข้ารับการศึกษาดังแต่ปี ค.ศ.1993 ถึง ค.ศ.1998 จำนวนทั้งสิ้น 27,347 ราย คุณลักษณะของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่เข้าร่วมการศึกษาคือ ประมาณ 2/3 ของจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุค่อนข้างมาก คือ เท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี และมีเพียงร้อยละ 30 ที่เป็นประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในค่าปกติคือน้อยกว่า 25 kg/m² และร้อยละ 30 มีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 30 kg/m² นอกจากนี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษาคือเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความดันโลหิตที่มากกว่า 140/90 mmHg ถึงร้อยละ 36⁽⁴⁾ การศึกษาแรกเป็นการประเมินประสิทธิภาพของ conjugated equine estrogen (CEE) ขนาด 0.625 mg ต่อวัน เปรียบกับการได้ยาหลอกในผู้หญิงที่ไม่มีมดลูก⁽³⁾ ส่วนอีกหนึ่งการศึกษาเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการใช้ conjugated equine estrogen (CEE) ขนาด 0.625 mg ต่อวันร่วมกับ medroxyprogesterone acetate (MPA) ขนาด 2.5 mg ต่อวัน เปรียบเทียบกับการได้ยาหลอกในผู้หญิงที่มีมดลูก⁽²⁾ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการใช้ฮอร์โมน CEE+MPA เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคลิ้มเลือดอุดตัน (thromboembolic disease) และมะเร็งเต้านม (breast cancer) ในขณะที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการเกิดกระดูกสะโพกหัก⁽²⁾ สืบเนื่องจากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวที่พบว่าการใช้ฮอร์โมนรวมนั้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ทำให้การวิจัยนี้ต้องหยุดทำการศึกษาในปี ค.ศ. 2002 รวมระยะเวลาทั้งหมด 5.6 years⁽²⁾ ต่อมาในปี ค.ศ.2004 การวิจัยของการใช้ฮอร์โมน CEE ตัวเดียวก็ได้หยุดลงก่อนกำหนดเช่นเดียวกันด้วยเหตุผลของความปลอดภัย รวมระยะเวลาที่ศึกษาได้ 7.2 ปี⁽³⁾

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยทั้ง 2 การวิจัย มีผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่ผ่านการศึกษาดังกล่าวมา ได้รับการติดตามต่อเนื่องทั้งในช่วงระยะแรกของการสิ้นสุดการวิจัย (early postintervention phase) และระยะท้ายของการสิ้นสุดการวิจัย (late postintervention phase) ซึ่งเป็นที่มาของตีพิมพ์ผลการศึกษาลำดับของ WHI trials หลาย ๆ การศึกษา^(1,5-9)

Association of Menopausal Hormone Therapy with Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials⁽¹⁾

ข้อมูลการศึกษาล่าสุดของ WHI trials ที่ตีพิมพ์ใน JAMA เดือนกรกฎาคม ค.ศ.2020⁽¹⁾ Chlebowski และคณะได้รายงานการติดตามผลในระยะยาวของ WHI trials โดยมุ่งประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ของการใช้ฮอร์โมนกับอุบัติการณ์การเกิดโรค และอัตราการตายที่เกิดจากมะเร็งเต้านมในระยะยาวคือมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการติดตามสะสม (median cumulative follow-up) มากกว่า 20 ปี ในการศึกษานี้ได้มีการติดตามผู้หญิงที่ได้รับ CEE ตัวเดียวเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ได้รับยาหลอก โดยมีจำนวนผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการติดตามทั้งสิ้น 10,739 ราย ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมลดลงในกลุ่มที่ได้ CEE ตัวเดียวเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (238 cases [annualized rate, 0.30%] vs 296 cases [annualized rate, 0.37%]; HR, 0.78; 95% CI, 0.65–0.93) อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมก็น้อยกว่าอีกด้วย (30 deaths [annualized mortality rate, 0.031%] vs 46 deaths [0.046%]; HR, 0.60; 95% CI, 0.37–0.97)⁽¹⁾ ผลการศึกษาดังกล่าวตรงข้ามกับผลการศึกษาของการใช้ CEE + MPA โดยในจำนวนผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่ศึกษาจำนวน 16,608 ราย อุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับ CEE + MPA (584 cases [annualized rate, 0.45%] vs 447 cases [annualized rate, 0.36%]; HR, 1.28; 95% CI, 1.13–1.45) แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม (71 deaths [annualized mortality rate, 0.045%] vs 53 [annualized mortality rate, 0.035%]; HR, 1.35; 95% CI, 0.94 to 1.95)⁽¹⁾

เมื่อพิจารณาถึงชนิดของมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าในผู้ที่ใช้ CEE ตัวเดียว จะมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมชนิด estrogen receptor (ER)–positive, progesterone receptor (PR)–negative ต่ำกว่าในกลุ่มผู้ที่ใช้ยาหลอก (HR, 0.44; 95% CI, 0.27–0.74) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในผู้ที่ใช้ฮอร์โมนรวม⁽¹⁾

ในส่วนของระยะเวลาตั้งแต่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจนถึงเวลาที่ใช้ฮอร์โมนหรือที่เรียกว่า gap time พบว่าถ้ามีระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปจะลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามช่วงแรก แต่เมื่อติดตามไปในระยะเวลายาวนานขึ้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง gap time กับอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมแต่อย่างใด⁽¹⁾

ข้อมูลพบว่าการใช้เอสโตรเจนตัวเดียวในผู้หญิงที่ไม่มีมดลูกนั้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ลดลงจำนวน 4 รายต่อประชากร 10,000 personyears⁽¹⁾ ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมที่ลดลงมากที่สุด จะพบได้ในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยมีประวัติตัดชิ้นเนื้อที่เต้านม (breast biopsy) และในกลุ่มที่

ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งทั้งสองประการนี้เป็นปัจจัยที่ใช้ในการคำนวณความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมในอนาคตโดยวิธี the Gail risk score⁽¹⁰⁾ และ Tyrer-Cuzick model⁽¹¹⁾ ทำให้นำไปสู่แนวคิดที่ว่า การใช้ CEE น่าจะเป็นแนวทางในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นมะเร็งเต้านมได้ เมื่อพิจารณาข้อมูลการศึกษาของ tamoxifen ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้ tamoxifen สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมได้ในการวิจัยแบบสุ่มที่ทำในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นมะเร็งเต้านม แต่ไม่ได้ลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมแต่อย่างใด^(12, 13) ในการวิจัย WHI trials อันล่าสุดนี้⁽¹⁾ ถึงแม้ว่าการใช้ CEE จะทำให้เพิ่มความหนาแน่นของเนื้อเยื่อเต้านมจากการตรวจเต้านมด้วยเอกซเรย์ (increased mammographic breast density) ก็ตาม แต่กลับลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม⁽¹⁴⁾

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine)

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์หรือ evidence-based medicine (EBM) คือการตัดสินใจให้การตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานจากงานวิจัยที่คุณภาพดีและทันสมัยที่สุดอย่างเหมาะสม ชี้อตรงเปิดเผย⁽¹⁵⁾ โดยการใช้หลักฐานนี้จำเป็นต้องพิจารณาร่วมกับประสบการณ์ความชำนาญของแพทย์ผู้ดูแลความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล⁽¹⁶⁾

เมื่อเรียงลำดับของความน่าเชื่อถือของงานวิจัยในประเด็นของผลของการรักษาแล้ว⁽¹⁷⁾ Oxford Centre for Evidence-Based Medicine ได้กำหนดให้งานวิจัยการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มและมีการเปรียบเทียบอย่างเป็นระบบ (systematic review of randomized controlled trials) เป็นหลักฐานทางการแพทย์ที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด สำหรับงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยแบบสุ่มและมีการเปรียบเทียบเพียงหนึ่งการวิจัย จัดเป็นหลักฐานทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือในลำดับรองลงมา⁽¹⁷⁾

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ของการใช้ฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม

งานวิจัยที่การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มและมีการเปรียบเทียบอย่างเป็นระบบที่มีการรวบรวมงานวิจัยแบบสุ่มและมีการเปรียบเทียบทั้งหมดที่มีในโลก ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมนั้น มีการตีพิมพ์ล่าสุดใน Cochrane library ในปี ค.ศ.2017⁽¹⁸⁾ ในงานวิจัยดังกล่าว เมื่อทำการวิเคราะห์เฉพาะการใช้ CEE 0.625 mg กับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม ตามระยะเวลาที่ใช้คือ 7.1, 10.7 และ 13 ปี จะพบว่ามีความเสี่ยง ratio 0.79 (95% CI, 0.61–1.01), 0.78 (95% CI, 0.63–0.96) และ 0.8 (95% CI, 0.65–0.97) ตามลำดับ⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้มีเพียงข้อมูลจากการวิจัยเดียวที่นำมาใช้ในการทำ meta-analyses เหล่านี้คือ WHI trials ที่ได้มีตีพิมพ์ผลการวิเคราะห์ในระยะเวลาต่าง ๆ กัน เช่นเดียวกับการใช้ CEE+MPA กับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมตามระยะเวลาที่ใช้ ซึ่งจะมีเพียงข้อมูลจากการวิจัยเดียวที่นำมาใช้ในการทำ meta-analyses คือ WHI trials ที่ได้มีตีพิมพ์ผลการวิเคราะห์ในระยะเวลาต่าง ๆ กันคือ 5.6, 7.9, 11 และ 13.2 ปี โดยมีค่า risk ratio 1.27 (95% CI, 1.03–1.56), 1.27 (95% CI, 1.07–1.52), 1.25 (95% CI, 1.08–1.45) และ 1.28 (95% CI, 1.11, 1.47) ตามลำดับ

ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าในเรื่องความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมที่สัมพันธ์กับการใช้ CEE 0.625 mg หรือการใช้ CEE 0.625 mg + MPA 2.5 mg ในระยะยาวนั้น ข้อมูลที่อาจจะถือว่าดีที่สุดในโลกได้มาจาก WHI trials

งานวิจัยอีกงานหนึ่งที่ต้องกล่าวถึงคือ งานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Lancet ปี ค.ศ.2019⁽¹⁹⁾ งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยชนิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีการรวบรวมงานวิจัยที่เป็น cohort หรือ case-control studies ที่มีการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ.1992 จนถึงปี ค.ศ.2018⁽¹⁹⁾ ลักษณะของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนในการศึกษานี้พบว่า มีผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมจำนวนทั้งสิ้น 108,647 ราย โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 65 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ใช้ฮอร์โมนทั้งสิ้น 55,575 รายหรือร้อยละ 51 ระยะเวลาโดยเฉลี่ยของการใช้ฮอร์โมนคือ 10 ปี (SD 6) ในผู้ที่กำลังใช้ฮอร์โมน และ 7 ปี (SD 6) ในผู้ที่เคยใช้ฮอร์โมน อายุเฉลี่ยที่หมดประจำเดือนคือ 50 ปี (SD 5) โดยมีอายุที่เริ่มใช้ฮอร์โมนเฉลี่ยอยู่ที่ 50 ปี (SD 6) เช่นกัน⁽¹⁹⁾ ผลการศึกษาพบว่าฮอร์โมนที่ใช้ในวัยหมดประจำเดือนทุกชนิด (ยกเว้นการใช้เอสโตรเจนทางช่องคลอด) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในเป็นมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงดังกล่าวยังเพิ่มขึ้นอย่างคงที่ตามระยะเวลาที่ใช้ โดยความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมจะพบในผู้ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสตินเจนมากกว่าผู้ใช้เอสโตรเจนแต่เพียงอย่างเดียว โดยมีค่าความเสี่ยงดังนี้ ในผู้ที่กำลังใช้ฮอร์โมนในระยะเวลา 1-4 ปี การใช้เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสตินเจนจะมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk, RR) 1.60, 95% CI 1.52-1.69 และเอสโตรเจนอย่างเดียว RR 1.17, 95% CI 1.10-1.26 ส่วนในผู้ที่กำลังใช้ฮอร์โมนในระยะเวลา 5-14 ปี การใช้เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสตินเจนจะมีค่า RR 2.08, 95% CI 2.02-2.15 และเอสโตรเจนอย่างเดียว RR 1.33, 95% CI 1.28-1.37 แต่ค่าความเสี่ยงจะลดลงเมื่อมีการเริ่มใช้หลังจากที่มีอายุ 60 ปีหรือมีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นจะยังคงอยู่นานกว่า 10 ปี ภายหลังการหยุดใช้ฮอร์โมนแล้ว⁽¹⁹⁾

ในงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Lancet นี้⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับข้อมูลของ WHI trials โดยพบว่าความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมในผู้ใช้เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสตินเจนจะสูงกว่าการได้รับเอสโตรเจนตัวเดียว

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องตระหนักคือ การที่พบว่าค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์มีนัยสำคัญทางสถิตินั้นมีความสัมพันธ์กับขนาดของผลการศึกษา (effect size) และจำนวนของประชากรที่ใช้ในการศึกษา⁽²⁰⁾ แต่ไม่ได้หมายความว่าความมีนัยสำคัญทางสถิตินี้จะมีความสำคัญในทางคลินิกแต่อย่างใด⁽²¹⁾ ในงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Lancet นี้⁽¹⁹⁾ ได้รวบรวมข้อมูลมาจากการวิจัยชนิดเฝ้าสังเกตหลาย ๆ การศึกษา ดังนั้นผลของการวิจัยที่ได้อาจจะเกิดจากความลำเอียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในงานวิจัยในลักษณะนี้ ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่นักระบาดวิทยาบางท่านแนะนำว่าน่าจะเป็นค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่แท้จริง (true relative risk) จากงานวิจัยแบบเฝ้าสังเกตจึงควรจะมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ตั้งแต่ 3 ขึ้นไป⁽²²⁾ และจะต้องมีค่าของช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval, CI) ที่แคบอีกด้วย⁽²²⁾

สำหรับการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสตินเจนนั้น ทั้ง WHI trials⁽¹⁾ และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Lancet⁽¹⁹⁾ พบว่าการใช้เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสตินเจนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้น โปรเจสตินเจนที่ใช้ใน WHI trials คือ medroxyprogesterone acetate⁽¹⁾ ส่วนในงานวิจัย

ที่ตีพิมพ์ใน Lancet นั้น โปรเจสโตเจนที่ใช้ส่วนใหญ่คือ medroxyprogesterone acetate และ norethisterone (norethindrone)⁽¹⁹⁾ ซึ่งข้อมูลในการศึกษาทั้งใน vivo และ invitro และ clinical studies พบว่าอาจจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้น⁽²³⁾ ในปัจจุบัน medroxyprogesterone acetate และ norethisterone เป็นโปรเจสโตเจนที่เราอาจจะไม่ค่อยได้ใช้แล้วในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ส่วนโปรเจสโตเจนที่เรานิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบันคือ micronized progesterone, dydrogesterone, และ drospirenone ในงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Lancet นี้มีจำนวนผู้ใช้โปรเจสโตเจนชนิด micronized progesterone และ dydrogesterone เข้าร่วมในการศึกษาเพียง 50 และ 253 รายตามลำดับ⁽¹⁹⁾ ซึ่งไม่เพียงพอที่จะสรุปผลการวิเคราะห์ที่แม่นยำได้

สรุป

ในปัจจุบัน การใช้ฮอร์โมนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนลดลงอย่างมาก ความเสี่ยงในเรื่องของการเกิดมะเร็งเต้านมเป็นเพียงหนึ่งประเด็นในอีกหลาย ๆ ประเด็นที่แพทย์และผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนยังมีความกังวลที่จะตัดสินใจเริ่มใช้ฮอร์โมน ข้อมูลการศึกษาของ Chlebowski และคณะที่ได้ตีพิมพ์ล่าสุดนี้⁽¹⁾ จะทำให้มีความมั่นใจในความปลอดภัยของการใช้เอสโตรเจนมากยิ่งขึ้นในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการตัดมดลูกไปแล้วและมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับฮอร์โมน และแพทย์สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการอธิบายเพื่อประกอบในการตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้ฮอร์โมนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน

ข้อควรระวังคือ ถึงแม้ข้อมูลการศึกษาของ Chlebowski และคณะที่พบว่าการใช้ CEE เพียงแค่ตัวเดียวจะลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากการเป็นมะเร็งเต้านม⁽¹⁾ ข้อมูลการศึกษาจาก WHI trials ชิ้นนี้ไม่ได้ชี้ไปสู่การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนด้วยเหตุผลในการลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม แต่เป็นการช่วยในการให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้เอสโตรเจนตัวเดียวว่าไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมตามระยะเวลาที่ผ่านมา

ส่วนการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตเจนนั้น จากข้อมูลของ WHI trials และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Lancet สนับสนุนว่าโปรเจสโตเจนที่นำมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นคือ medroxyprogesterone acetate และ norethisterone ส่วนโปรเจสโตเจนที่ใช้ในนิยมนปัจจุบัน เช่น micronized progesterone และ dydrogesterone นั้น ข้อมูลจาก Lancet ยังไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนได้ หากท่านผู้อ่านสนใจในประเด็นดังกล่าว สามารถกลับไปอ่านได้ในบทความเรื่องการให้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือนกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ได้ตีพิมพ์ในสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ปีที่ 28 ฉบับที่ 3/2562⁽²⁴⁾ และหนังสือคำแนะนำเวชปฏิบัติการรักษาด้วยฮอร์โมนในวัยหมดระดู 2563 โดยสมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย⁽²⁵⁾

References

1. Chlebowski RT, Anderson GL, Aragaki AK, Manson JE, Stefanick ML, Pan K, et al. Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA*. 2020;324:369–80.
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:321–33.
3. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291:1701–12.
4. Pedersen AT, Ottesen B. Issues to debate on the Women's Health Initiative (WHI) study. Epidemiology or randomized clinical trials—time out for hormone replacement therapy studies? *Human Reproduction*. 2003;18:2241–4.
5. Chlebowski RT, Aragaki AK, Anderson GL, Pan K, Neuhaus ML, Manson JE, et al. Dietary Modification and Breast Cancer Mortality: Long-Term Follow-Up of the Women's Health Initiative Randomized Trial. *J Clin Oncol*. 2020;38:1419–28.
6. Chlebowski RT, Aragaki AK, Anderson GL, Thomson CA, Manson JE, Simon MS, et al. Low-Fat Dietary Pattern and Breast Cancer Mortality in the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2017;35:2919–26.
7. Chlebowski RT, Rohan TE, Manson JE, Aragaki AK, Kaunitz A, Stefanick ML, et al. Breast Cancer After Use of Estrogen Plus Progestin and Estrogen Alone: Analyses of Data From 2 Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA Oncol*. 2015;1:296–305.
8. Joshi PA, Goodwin PJ, Khokha R. Progesterone Exposure and Breast Cancer Risk: Understanding the Biological Roots. *JAMA Oncol*. 2015;1:283–5.
9. Prentice RL, Aragaki AK, Van Horn L, Thomson CA, Beresford SA, Robinson J, et al. Low-fat dietary pattern and cardiovascular disease: results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2017;106:35–43.
10. Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK, Green SB, Schairer C, et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst*. 1989;81:1879–86.

11. Tyrer J, Duffy SW, Cuzick J. A breast cancer prediction model incorporating familial and personal risk factors. *Stat Med*. 2004;23:1111–30.
12. Cuzick J, Sestak I, Cawthorn S, Hamed H, Holli K, Howell A, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: extended long-term follow-up of the IBIS-I breast cancer prevention trial. *Lancet Oncol*. 2015;16:67–75.
13. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM, Robidoux A, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97:1652–62.
14. McTiernan A, Chlebowski RT, Martin C, Peck JD, Aragaki A, Pisano ED, et al. Conjugated equine estrogen influence on mammographic density in postmenopausal women in a substudy of the women’s health initiative randomized trial. *J Clin Oncol*. 2009;27:6135–43.
15. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn’t. *BMJ*. 1996;312:71–2.
16. Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ*. 2000;163:837–41.
17. Phillips BB, C; Sackett, D; Badenoch, D; Straus, S; Haynes, B; Dawes, M. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009)2009 November 20, 2020.
18. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1:CD004143.
19. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet*. 2019;394:1159–68.
20. Leppink J, Winston K, O’Sullivan P. Statistical significance does not imply a real effect. *Perspectives on Medical Education*. 2016;5:122–4.
21. Leung W-C. Balancing statistical and clinical significance in evaluating treatment effects. *Postgraduate Medical Journal*. 2001;77:201–4.
22. Taubes G. Epidemiology faces its limits. *Science*. 1995;269(5221):164–9.
23. Armeni E, Cano A, Rees M, Lambrinoudaki I. Menopausal Hormone Therapy and breast cancer risk: Individualization is the key to safety. *Maturitas*. 2020;141:85–6.
24. วรลักษณ์ สมบูรณ์พร.การให้ฮอร์โมนทดแทนในวัยหมดประจำเดือน. *สูตินรีแพทย์สัมพันธ์* 2562;28. 7–12.
25. สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย. คำแนะนำเวชปฏิบัติการรักษาด้วยฮอร์โมนในวัยหมดระดู. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: บริษัท คอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด; 2563.

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ 3/2564

วันศุกร์ที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ชั้น 8 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ประวัติผู้ป่วยนรีเวช

หญิงไทย อายุ 32 ปี อาชีพรับจ้าง

ภูมิลำเนาจังหวัดนครราชสีมา สหิการรักษาก่อนหน้านี้

Chief Complaint: ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงที่โรงพยาบาลชุมชนพบน้ำในช่องท้องของทารกในครรภ์

Present Illness: G1 GA 20⁺¹ weeks by LMP (EDC 25 กรกฎาคม 2564) มาฝากครรภ์ตามนัด เริ่มรู้สึกลูกดิ้น ปฏิเสธภาวะเลือดออกหรือน้ำเดิน ปฏิเสธภาวะเจ็บครรภ์ ได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อคัดกรอง ภาวะของทารกในครรภ์ แพทย์ตรวจพบน้ำในช่องท้องของทารก จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อ

Past History:

- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติรับประทานยาอื่น ๆ นอกจากยาบำรุงการตั้งครรภ์
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

Personal History:

- ปฏิเสธประวัติโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติโรคเลือดธาลัสซีเมียหรือโรคพันธุกรรมในครอบครัว

Physical Examination:

- Vital signs : Temp 36.7°C, PR 80 bpm, RR 16/min, BP 96/63 mmHg
- Weight 47.6 kg. Height 146 cm. BMI 22.3 kg/m²
- General appearance: a Thai pregnant woman, good consciousness
- HEENT: not pale conjunctivae, anicteric sclera, no thyroid gland enlargement

- Skin: no abnormal pigmentation, no petechiae or ecchymosis, no skin lesion
- Heart: normal S1S2, no murmur
- Lungs: normal breath sound, equal both lungs
- Abdomen: height of fundus 2/3 above pubic symphysis, FHR 150 bpm
- Extremities: no pitting edema, no deformity
- Genitalia : no abnormal lesion
- Neurological exam: grossly intact

Ultrasonographic finding

- Single fetus with positive FHM, FHR 140 bpm.
- Vertex presentation, GA 20 weeks, EFW 316 g. (P50–90), SDP 2.03 cm.
- Placenta anterior fundus without placentomegaly.
- Presence of cardiomegaly with pericardial effusion 2.7 mm. and fetal ascites 7.6 mm., no skin edema, no pleural effusion.
- No other gross anomalies seen.
- Doppler studies:
 - UA: positive EDF, UAPI 1.24 (P50 at GA 20 weeks).
 - MCA: MCA PI 1.7, MCA PSV 38.56 cm/s (> 1.5 MoM at GA 20 weeks).

Diagnosis: G1 GA 20⁺¹ weeks by LMP with hydrops fetalis with suspected fetal anemia

Differential diagnosis (High output hydrops fetalis)

- **Infection:** parvovirus B19, toxoplasmosis, cytomegalovirus (CMV), coxsackie virus, and syphilis
- **Maternal alloimmunization:** Rh (D) other antigens of the Rh blood group system (c, C, e, E) other atypical antibodies such as anti-Kell (K, k), anti-Duffy (Fya), and anti-Kidd (Jka, Jkb)
- **Aneuploidy:** trisomy 21
- **Inherited:** Lysosomal storage diseases (eg, mucopolysaccharidosis type VII, Niemann–Pick disease, Gaucher disease) Blackfan–Diamond anemia Fanconi anemia Alpha–thalassemia, Pyruvate kinase deficiency G-6-PD deficiency
- **Other:** Fetomaternal hemorrhage

Advise and counseling ผู้ป่วยและสามี

- ตรวจพบทารกในครรภ์มีภาวะบวมน้ำร่วมกับสงสัยทารกในครรภ์มีภาวะซีด โดยสาเหตุของภาวะดังกล่าวเกิดได้จากหลายสาเหตุ
- ทารกบวมน้ำร่วมกับมีภาวะซีดนั้นมีโอกาสเกิดภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์และการพยากรณ์โรคนั้นขึ้นกับสาเหตุของการเกิดภาวะบวมน้ำ
- จำเป็นต้องมีการเจาะเลือดมารดา การเจาะเลือดสายสะดือทารกเพื่อตรวจสอบสาเหตุและเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป และแนะนำเรื่องข้อดีข้อเสียของการให้เลือดทารกในครรภ์ทำให้มีโอกาสทำให้ทารกในครรภ์ดีขึ้น
- เนื่องจากพบภาวะทารกบวมน้ำตั้งแต่ช่วง previable period อาจพิจารณายุติการตั้งครรภ์ได้ สตรีตั้งครรภ์และสามีตัดสินใจขอตั้งครรภ์ต่อ ขอตรวจหาสาเหตุของการเกิดภาวะทารกบวมน้ำและให้เลือดทารกในครรภ์

Fetal intrauterine transfusion

- Pre-transfusion: Hct 25%, MCA PSV 38.56 cm/s (> 1.5 MoM).
- Irradiated, type O, D-negative, CMV-negative PRC was used (donor Hct 75%).
- Cefazolin 2 g IV before fetal IUT 20 minutes.
- Xylocaine was subcutaneously infiltrated for local anesthetics.
- Pethidine 50 mg IM.
- Fetal blood transfusion was done 20 mL.
- Hct after transfusion: 50%.
- Post-transfusion status (1 hour): MCA PSV 29.49 cm/s (< 1.5 MoM).
- No immediate complication

Maternal investigations

- TORCH titer IgM: Negative
- Toxoplasma, rubella, HSV titer IgG: Negative, CMV titer IgG: >250 AU/mL
- Parvovirus B19 IgM and IgG Negative
- Cross matching PRC for IUT

Fetal investigations

- Complete blood count: Hemoglobin 7.8 g/dL, hematocrit 25.5%, WBC 64,900 /uL (WBC differential: N 24%, L56%, M11%, E4%, band 6%), Platelet 14,000 /uL, Polychromasia 2+, Anisocytosis 1+, Present giant platelet.
- Conventional karyotyping: 46,XX
- Toxoplasma, rubella, HSV titer IgM : Negative, CMV titer IgM : Positive
- Toxoplasma, rubella, HSV titer IgG: Negative, CMV titer IgG: 116 AU/mL
- Parvovirus B19 IgM: Negative, IgG: Negative
- Bedside Hemoglobin 7.5 mg/dL

Provisional diagnosis : G1 GA 21+1 weeks by LMP with hydrops fetalis from congenital CMV infection with fetal anemia

Advise and counseling ผู้ป่วยและสามี

- พบว่าภาวะทารกบวมน้ำและซีดเกิดจากการติดเชื้อ CMV
- การติดเชื้อดังกล่าวจะมีโอกาสทำให้ทารกในครรภ์มีศีรษะเล็ก ระบบประสาทผิดปกติ ตับม้ามโต มีภาวะเหลือง มีภาวะซีดและเกล็ดเลือดต่ำ มีโอกาสโตช้าในครรภ์และมีโอกาสเสียชีวิตในครรภ์ได้
- หลังคลอดทารกอาจมีการมองเห็นและการได้ยินที่ผิดปกติ ระบบประสาทผิดปกติ อาจมีการเรียนรู้และพัฒนาการผิดปกติ
- มีแนวทางการรักษา คือ ยุติการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ต่อ

Progression : ติดตามการรักษาต่อมาพบทารกโตช้าในครรภ์ 34 สัปดาห์

Ultrasonographic finding: single fetus with positive FHS, vertex presentation, EFW 1,679 g.(P5-10 at GA 34 wks), AFI 14 cm., ascites 0.48 cms., UA PI 1.13(P50-95) , MCA PI 2.1(P10-50), PSV 54.5 cm/sec (<1.5 MoM) DV positive a wave PI 0.5

Diagnosis at GA 34⁺¹ weeks : G1 GA 34⁺¹ weeks by LMP with history of hydrops fetalis from congenital CMV infection with fetal anemia S/P intrauterine transfusionX 1 with fetal growth restriction.

Management:

- Follow up 1-2 time per week for fetal surveillance (NST, BPP, Doppler studied) and fetal growth
- Timing of delivery 37-38 weeks
- Route of delivery: vaginal delivery (Cesarean section when there is obstetric indication)

Progression : Admit วันที่ 22/04/2564 เวลา 14.00 น. (GA 38⁺¹ weeks)

- สตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ ลูกดิ้นดี มีเจ็บครรภ์ 1-2 ชั่วโมงครั้ง ครั้งละประมาณ 30 วินาที ปฏิเสธประวัติมูกเลือดออกจากช่องคลอด ปฏิเสธประวัติเลือดออกหรือน้ำเดิน
- **Ultrasonographic finding :** single fetus with positive FHM, GA 32⁺⁵ weeks, vertex presentation, EFW 2,095 g. (P5-10), AFI 9.88 cm, no fetal pericardial effusion, no fetal ascites. BPP 10/10.
- **Doppler studies:**
 - UA: positive EDF, UA PI 1.21 (P50-95).
 - MCA: PI 1.9 (P5-95), PSV 47.78 cm/s (<1.5 MoM at GA 38 weeks).
 - DV: Positive a wave PI 0.6
 - EFM : NICHD (2008) Category I.
 - PV: cervical dilation 2 cm, effacement 50%, intact membrane, station -2, posterior position, soft consistency (Bishop scores 6).

Management:

- Plan: induction of labor วันที่ 23/04/2564
- Notify neonatologists
- Continuous intrapartum electronic fetal monitoring
- Blood for complete blood count, PRC 1 unit

Progression : 22/04/2564 เวลา 21.00 น. Notify fetal heart rate drop > 2 นาที NICHD (2008) Category II จึง set cesarean section due to non-reassuring FHR pattern

- **Delivered 21.56 น.** ทารกเพศหญิง, vertex, BW 1,880 g. APGAR 6, 7, 8.

Pathological diagnosis of placenta:

- Mild edematous chorionic villi.
- Presence of placental infarction 5%.
- Unremarkable umbilical vessels.
- No evidence of chorioamnionitis.

Investigation การหลังคลอด:

- Ultrasound brain: calcification of left thalamus and bilateral lentiform nuclei and two periventricular cysts at bilateral parietal lobes probably CMV infection.
- CSF for CMV PCR: not detected.
- Urine for CMV PCR: detected.
- CMV viral load 161 IU/mL.
- Eye examination: normal fundal examination.

Management การหลังคลอด:

- Gancyclovir 12 mg IV every 12 hours (6 mg/kg/dose) for 6 weeks.

บทวิจารณ์รายงานผู้ป่วย

โดย... รศ.พญ. สุธยา ลีวรรณ
ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ป่วยรายนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ตรวจอัลตราซาวด์ พบความผิดปกติของทารกในครรภ์ดังนี้คือ หัวใจโต มีสารน้ำสะสมในช่องเยื่อหุ้มหัวใจและช่องท้อง ซึ่งเข้าได้กับภาวะบวมน้ำ โดยสามารถจำแนกเป็นบวมน้ำที่เกิดจากภาวะซีด ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จากสารน้ำในร่างกายที่มีปริมาณมาก โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในประเทศไทย คือ โรคฮีโมโกลบินบาร์ท ซึ่งควรต้องแยกภาวะนี้ออกไปให้ได้ก่อน นอกจากนี้ยังมีการติดเชื้อในครรภ์ หรือการไม่เข้ากันของหมู่เลือด และภาวะบวมน้ำที่ไม่ได้เกิดจากภาวะซีด เช่น ทารกพิการโดยกำเนิด ซึ่งที่พบบ่อยที่สุดคือ cystic hygroma รองลงไปได้แก่หัวใจพิการ หรือหัวใจเต้นผิดปกติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง supraventricular tachycardia หรือ complete heart block ความผิดปกติของการระบายน้ำเหลืองหรือ หลอดเลือดดำอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุอื่น ๆ เป็นไปตามการวินิจฉัยแยกโรคที่ทีมผู้นำเสนอรายงาน ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ผลการตรวจอัลตราซาวด์โดยละเอียด ไม่พบความผิดปกติทางโครงสร้างอื่น ๆ ของร่างกาย นอกเหนือจากภาวะบวมน้ำที่มีหัวใจโต ซึ่งการมีหัวใจโตจะสัมพันธ์กับภาวะชืด ในขณะที่บวมน้ำจากสาเหตุอื่นหัวใจมักจะไมโต นอกจากนี้ยังพบลักษณะที่เข้าได้กับภาวะชืด คือ ค่าความเร็วของหลอดเลือดแดง มิติเดิลซีรีบรัล (middle cerebral artery peak systolic velocity, MCA-PSV) สูงเกิน 1.5 MoM ซึ่งเป็นสิ่งที่สนับสนุนการวินิจฉัยภาวะชืดของทารกในครรภ์ จากในปี 2009 ของ Srisupundit K และคณะ พบว่า ในช่วงอายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์ MCA-PSV มีความไวและความจำเพาะในการทำนายโรคฮีโมโกลบินบาร์ท ซึ่งทำให้ทารกมีภาวะชืดในครรภ์ได้ร้อยละ 85 และร้อยละ 100 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีลักษณะอื่น ๆ ที่จะช่วยในการวินิจฉัยภาวะชืด แต่ไม่พบในรายงานเคสนี้คือ รกโตผิดปกติ ตับม้ามโตในครรภ์ และน้ำคร่ำปริมาณมากได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตรวจเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสม และสรุปผลการตรวจเลือดของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จากการเจาะเลือดสายสะดือ พบว่า ทารกในครรภ์มีภาวะชืด ระดับฮีโมโกลบิน 7.8 g/dl ระดับเม็ดเลือดขาวสูง (WBC 64,900 /uL) และระดับของเกล็ดเลือดที่ต่ำผิดปกติ (Platelet 14,000 /uL) ซึ่งเข้าได้กับการติดเชื้อในครรภ์ เพราะถ้าเป็นจากสาเหตุอื่น ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับเกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาว แต่อย่างไรก็ดีในการตรวจหาสาเหตุในเลือดจากสายสะดือ ควรตรวจ hemoglobin typing เพื่อแยกจากโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย เช่น ฮีโมโกลบินบาร์ท หรือ ความผิดปกติของสายแอลฟาอื่น ๆ เช่น Hemoglobin H disease หรือ Constant Spring ที่ทำให้เกิดภาวะชืดในครรภ์ได้ รวมถึงการดู peripheral blood smear ซึ่งก็ได้ทำในรายนี้ได้รับการตรวจอย่างเหมาะสมเพื่อหาความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง เช่น กลุ่มโรค red cell membrane defect เป็นต้น

ในรายนี้ตรวจพบการติดเชื้อ cytomegalovirus(CMV) ของทารกในครรภ์ โดยพบ CMV IgG ในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งบ่งชี้ว่าเคยติดเชื้อมาก่อน และ พบ CMV IgM และ IgG ในเลือดจากสายสะดือทารก แสดงถึงมารดาอาจมีการติดเชื้อในช่วงก่อนตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกและมีการติดเชื้อมาสู่ทารกในครรภ์ ถ้าพบว่าภาวะบวมน้ำนี้เกิดจากการติดเชื้อ CMV และทำให้ชืด เมื่อย้อนกลับมาที่ลักษณะทางอัลตราซาวด์ ลักษณะสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อของทารกในครรภ์ คือ แคลเซียมเกาะในเนื้อสมอง น้ำในช่องสมองหรือคิระเล็ก แต่ทั้งนี้อาจวินิจฉัยยากในช่วงไตรมาสที่สอง แต่พอเข้าไตรมาสที่สาม จะทำให้เห็นลักษณะดังกล่าวได้ชัดขึ้น ลักษณะของลำไส้ที่มีสีเข้มขึ้น (echogenic bowel) มักเจอได้ตั้งแต่ไตรมาสที่สอง ซึ่งในรายนี้ไม่ได้มีรายงานไว้

การรักษา

ในรายนี้ถึงแม้จะมีภาวะบวมน้ำแล้ว แต่การให้ทางเลือกในการดูแลรักษาถือว่าตัดสินใจยาก เพราะมีการติดเชื้อของทารกในครรภ์ที่ได้แสดงอาการบวมน้ำ มีภาวะขาดออกซิเจน บอกลถึงพยากรณ์โรคหลังคลอดไม่ดี มีผลต่อการเจริญและพัฒนาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทารกในครรภ์ โดยเฉพาะสมองและ

ระบบประสาท ในบางรายถ้าผู้สมรสร้องขอยุติการตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์นี้ก็สามารถทำได้ แต่ในรายนี้ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ดังนั้นการรักษาต่อไปคือ การเติมเลือดให้ทารกในครรภ์เพื่อรักษาภาวะซีด ซึ่งในรายนี้ทำได้อย่างเหมาะสมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ในบางรายอาจต้องทำการเติมเลือดทารกในครรภ์มากกว่าหนึ่งครั้ง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกเร็ว ซึ่งไม่พบในรายนี้ สำหรับการรักษาด้วยยา ganciclovir หรือ valacyclovir ในการรักษาทารกในครรภ์ช่วงก่อนและหลังคลอด ทั้งนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016 ยังไม่มีองค์กรใดออกคำแนะนำให้การรักษาด้วยยาในช่วงก่อนคลอด แต่ยังมีการศึกษาหลังจากนั้นมาทั้งที่เป็น randomized controlled trial พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับ valacyclovir ทารกที่คลอดไม่แสดงอาการ ถึงร้อยละ 82 ทั้งรวมถึงความผิดปกติของระบบประสาทของทารกหลังคลอดที่ลดลงด้วย นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วย Immunoglobulin ที่กำลังศึกษาอยู่ อย่างไรก็ตามในรายงานส่วนใหญ่ไม่ได้มีผลการศึกษาในทารกติดเชื้อ CMV ที่มีภาวะบวมน้ำในครรภ์ ที่เคยหรือไม่ได้รับการเติมเลือดในครรภ์

การพยากรณ์โรค

มีการติดตามดูการเจริญเติบโตและคลื่นเสียงดอปเพลอร์ในทารกที่มีปัญหาโตช้าในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม แต่ควรเพิ่มการติดตามดูความผิดปกติของสมองด้วยอัลตราซาวด์ การมีแคลเซียมหรือน้ำในช่องสมอง หรือ ขนาดศีรษะเล็กผิดปกติ จะช่วยประเมินความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งมีความสำคัญในการให้คำปรึกษา และคำแนะนำกับคู่สามีภรรยาเป็นระยะ ๆ ในช่วงก่อนคลอด และเพื่อวางแผนดูแลทารกในครรภ์หลังคลอด แต่อย่างไรก็ตามถึงไม่มีลักษณะดังกล่าวตั้งแต่ก่อนคลอด ก็อาจเกิดตอนหลังคลอดได้ โดยเฉพาะปัญหาการสูญเสียการได้ยิน

เอกสารแนะนำเพิ่มเติม

1. Society for Maternal–Fetal Medicine (SMFM), Norton ME, Chauhan SP, Dashe JS. Society for maternal–fetal medicine (SMFM) clinical guideline #7: nonimmune hydrops fetalis. Am J Obstet Gynecol. 2015 Feb;212:127–39.
2. Society for Maternal–Fetal Medicine (SMFM), Hughes BL, Gyamfi–Bannerman C. Diagnosis and antenatal management of congenital cytomegalovirus infection. Am J Obstet Gynecol. 2016 Jun;214: B5–B11.
3. Practice bulletin no. 151: Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. Obstet Gynecol. 2015 Jun;125:1510–1525.

คำถามท้ายเล่ม

1

หากมีสตรี อายุ 50 ปี ยังมีมดลูกและรังไข่ มาปรึกษา ท่านว่ามีอาการวัยทอง ต้องการปรึกษาเรื่องการรับประทาน ยาฮอร์โมนทดแทน แต่กังวลว่าจะเป็นมะเร็ง ข้อใดต่อไปนี้เป็นผลจาก WHI trials ที่ท่านสามารถแนะนำได้

- ก. การใช้ฮอร์โมน CEE+MPA เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม (breast cancer)
- ข. การใช้ฮอร์โมน CEE+MPA ลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ค. ระยะเวลาดังแต่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจนถึงเวลาที่ใช้ฮอร์โมนหรือที่เรียกว่า gap time พบว่าถ้ามีระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปจะลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามในระยะยาว
- ง. การใช้ tamoxifen สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมได้ในการวิจัยแบบสุ่มที่ทำในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นมะเร็งเต้านม
- จ. ความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมในผู้ที่ใช้ออสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตเจนจะสูงกว่าการได้รับเอสโตรเจนตัวเดียว

2

ข้อใดกล่าวถึง CEE+MPA เปรียบเทียบกับการได้ยา หลอกในผู้หญิงที่มีมดลูก ไม่ถูกต้องตาม WHI Trials

- ก. เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ข. เพิ่มความเสี่ยงโรคกล้ามเนื้ออุดตัน (thromboembolic disease)
- ค. เพิ่มความเสี่ยงมะเร็งเต้านม (breast cancer)
- ง. เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก
- จ. ลดการเกิดกระดูกสะโพกหัก

3

ข้อใดกล่าวถึง CEE ตัวเดียวเปรียบเทียบกับยาหลอก ในผู้หญิงที่ไม่มีมดลูก ไม่ถูกต้องตาม WHI Trials

- ก. การเกิดมะเร็งเต้านมลดลง
- ข. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมน้อยกว่า
- ค. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม
- ง. อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมชนิด estrogen receptor (ER)-positive, progesterone receptor (PR)-negative ต่ำกว่า
- จ. ผิดทุกข้อ

4

การใช้เอสโตรเจนตัวเดียวในผู้หญิงที่ไม่มีมดลูก และการใช้ tamoxifen มีความสัมพันธ์อย่างไรบ้างกับมะเร็งเต้านม

- ก. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ลดลง
- ข. ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมที่ลดลงมากที่สุด จะพบได้ ในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยมีประวัติตัดชิ้นเนื้อที่เต้านม (breast biopsy) และในกลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม
- ค. การใช้ tamoxifen สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมได้
- ง. การใช้ tamoxifen ไม่ได้ลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม
- จ. ถูกทุกข้อ

5

จากงานวิจัยฮอร์โมนที่ใช้ในวัยหมดประจำเดือนทุกชนิด มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้น ยกเว้นชนิดใด

- ก. ชนิดรับประทาน
- ข. ชนิดครีม
- ค. ชนิดทางช่องคลอด
- ง. ชนิดฉีด
- จ. ความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นทุกชนิด