

สรุปรายงาน
การประชุมวิชาการครบรอบ ๑๐๕ ปี ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ประจำปี ๒๕๖๕
THEME : Towards A New Horizon
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
ในรูปแบบออนไลน์

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นางสาวปิยะฉัตร นิยมจันทร์
อายุ ๔๘ ปี
การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม

ตำแหน่งหัวหน้าห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม รับนโยบาย เพื่อนำมาวางแผนทำงานร่วมกับทีมพัฒนา
บริการให้แก่ผู้มารับบริการ ตรงตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามหลักวิชาชีพ มอบหมายงานแก่สมาชิกในทีม
ความรู้ความสามารถ นิเทศการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ในระดับรองลงมา ประสานงานทั้งในและนอก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ ชื่อ/นามสกุล นางสาวนัยนา อังศรวณีย์
อายุ ๕๑ ปี
การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยคลอด ทำหน้าที่ให้การพยาบาล

ผู้คลอดปกติ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการและผ่าตัด ดูแล
ทารกแรกเกิด รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้คลอดและญาติที่มาใช้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้คลอด

๑.๓ ชื่อ/นามสกุล นางสาวนิจรีรา การนอก
อายุ ๒๙ ปี
การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยคลอด ทำหน้าที่ให้การพยาบาล

ผู้คลอดปกติ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการและผ่าตัด ดูแล
ทารกแรกเกิด รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้คลอดและญาติที่มาใช้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้คลอด

๑.๔ ชื่อ/นามสกุล นางสาวเจนจิรา วิชัยวงษ์
อายุ ๒๖ ปี
การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ทำหน้าที่ให้บริการ การพยาบาลดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรม เกี่ยวกับมดลูกและรังไข่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด ตลอดจนดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน - หลังผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและการตรวจ ติดตามนัด ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก เตรียมผู้ป่วย เพื่อให้ ยาเคมีบำบัด และดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัด ให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นหลังจาก ได้รับยาเคมีบำบัด ให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนมีความเสี่ยงสูง เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดูแลการชักนำการคลอด หรือการเตรียมผ่าตัดคลอด ให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีความผิดปกติ เช่น Trisomy ๑๘ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ หรือภาวะแท้งบุตร

๑.๕ ชื่อเรื่อง การประชุมวิชาการครบรอบ ๑๐๕ ปี ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ประจำปี ๒๕๖๕ **THEME : Towards A New Horizon**

เพื่อ ศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน

สัมมนา ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน เป็นเงินคนละ ๒,๒๐๐.- บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

รวมเป็นเงิน ๘,๘๐๐.- บาท (แปดพันแปดร้อยบาทถ้วน)

วันเดือนปี ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

สถานที่ ในรูปแบบออนไลน์

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มพูน ความรู้ และความเข้าใจ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ตั้งแต่ห้องฝากครรภ์ ตลอดจนถึงระยะรอคลอดและหลังคลอด และดูแลผู้ป่วยทางด้านนรีเวชวิทยา

๒. เพื่อให้ผู้เข้าประชุม สามารถวางแผนให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ และผู้ป่วย ทางนรีเวชวิทยาได้

๓. เพื่อให้ผู้เข้าประชุม มีความรู้เกี่ยวกับวิถีใหม่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ในสถานการณ์ ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด - ๑๙

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

๑. โควิด - ๑๙ กับการตั้งครรภ์

ความรุนแรงของโควิด - ๑๙ จะขึ้นกับสองปัจจัย คือ ตัวไวรัส SARS-CoV-๒ และระบบภูมิคุ้มกันของ ร่างกาย การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสตรีอย่างมาก ในแต่ละช่วงของการตั้งครรภ์จะมีความสัมพันธ์กับโควิด - ๑๙ ที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ร่างกายจะเริ่มมีการทำงานของระบบ ภูมิคุ้มกันที่แย่งลง เพื่อให้ทารกในครรภ์ ซึ่งมีสารพันธุกรรมของสตรีตั้งครรภ์เพียงครั้งเดียว สามารถเติบโตได้ อย่างเต็มที่ มีรายงานหนึ่งในสหรัฐอเมริกาเปรียบเทียบสตรีตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอื่น ๆ พบว่า จำนวนสตรีตั้งครรภ์เป็นโควิด - ๑๙ แต่ไม่มีอาการมีมากกว่าถึง ๑๕ เท่า แต่เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไป ทารกในครรภ์ มีขนาดโตขึ้น จนทำให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจทำงานแย่งลง โดยเฉพาะข้อจำกัดในการขยาย

ของปอด ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่แย่งไปตามลำดับ ทำให้เมื่อมีการติดเชื้อ SARS-CoV-๒ จึงมีความรุนแรงอย่างมาก

การถ่ายทอดเชื้อ SARS-CoV-๒ ผ่านรกเกิดขึ้นได้น้อย เนื่องจากปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อย และปริมาณของสารที่จำเป็นต่อการผ่านเข้าเซลล์ของ SARS-CoV-๒ ได้แก่ angiotensin converting enzyme (ACE๒) และ transmembrane serine protease ๒ (TMPRSS๒) ที่บริเวณรกมีน้อย การติดเชื้อส่วนใหญ่ มักเกิดหลังคลอดผ่านระบบทางเดินหายใจจากผู้เลี้ยงดู ทารกที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคโควิด - ๑๙ จะได้รับภูมิคุ้มกันผ่านทารกแต่เพียงระยะสั้น จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดโควิดจำนวน ๗๗ คน สามารถตรวจพบระบบภูมิคุ้มกันในหลอดเลือดสายสะดือได้ถึงร้อยละ ๖๐ - ๗๐ แต่พบการคงอยู่สั้นเพียง ๑ - ๒ เดือน

การรักษา Covid-๑๙ ในสตรีตั้งครรภ์

ให้พิจารณาการใช้ยาต้านไวรัสเหมือนกับผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ยกเว้นบางกรณี ดังต่อไปนี้

๑. การใช้ยา favipiravir ในสตรีตั้งครรภ์อาจมี teratogenic effect ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรพิจารณาตรวจการตั้งครรภ์ก่อนเริ่มยา

๒. ไม่แนะนำให้ใช้ favipiravir ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส ๑

๓. สามารถใช้ favipiravir ได้ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส ๒ และ ๓ ถ้ามีข้อบ่งชี้ และแพทย์พิจารณาแล้วว่า จะได้ประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง โดยตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

๔. มีข้อมูลความปลอดภัยของการใช้ remdesivir ในสตรีตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งแต่ไม่มาก ใช้ remdesivir ได้ในสตรีตั้งครรภ์ทุกไตรมาส ควรใช้ตามข้อบ่งชี้เหมือนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ถ้ามีข้อบ่งชี้และแพทย์พิจารณาแล้วว่า จะได้ประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง โดยมีการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

๕. ยังไม่มีข้อมูลการศึกษา paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir) ในสตรีตั้งครรภ์ แต่ถ้าแพทย์พิจารณาแล้วว่า มีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง ให้ได้ถ้ามีข้อบ่งชี้ โดยมีการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

๖. molnupiravir มี teratogenic effect จึงห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ทุกไตรมาส

๗. หากสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มอาการรุนแรง ให้รีบส่งต่อโรงพยาบาลที่สามารถดูแลได้ให้เร็วที่สุด ตามดุลยพินิจของแพทย์

๒. วัคซีนโควิด - ๑๙

วัคซีนโควิด - ๑๙ ที่มีใช้ในประเทศไทย สามารถป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรง แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ทั้งหมด องค์การอนามัยโลกยืนยันว่า ทุกวัคซีนสามารถใช้ในสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย และไม่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์

คำแนะนำในการฉีดวัคซีนโควิด - ๑๙ สำหรับสตรีตั้งครรภ์และสตรีให้นมบุตร

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถฉีดวัคซีนโควิด - ๑๙ ตั้งแต่ อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์เป็นต้นไป อย่างไรก็ตามการได้รับวัคซีนโควิด - ๑๙ ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ไม่ใช่ข้อบ่งชี้สำหรับการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีรายงานความปลอดภัยของวัคซีนทั่วโลกรองรับ วัคซีนที่มีในประเทศไทย สามารถนำมาใช้ได้โดยคำแนะนำไม่แตกต่างจากประชากรทั่วไป สำหรับสตรีให้นมบุตร สามารถฉีดวัคซีนได้เลย โดยไม่ต้องหยุดการให้นม โดยภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในร่างกายของแม่ อาจส่งไปยังลูกผ่านทางน้ำนม สามารถฉีดวัคซีนโควิด - ๑๙ พร้อมวัคซีนชนิดอื่นได้ หรือเว้นช่วงห่าง ๒ สัปดาห์

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (มกราคม พ.ศ.๒๕๖๕)

๑. สตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับวัคซีนโควิด-๑๙

๒. แนะนำ mRNA vaccine มากที่สุด สำหรับสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร

๓. สามารถฉีดวัคซีนได้ในทุกไตรมาส และควรได้รับเร็วที่สุด
๔. หากมีการปฏิเสธการรับวัคซีน ควรมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และในการนัดครั้งถัดไป แพทย์ควรแนะนำการฉีดวัคซีนอีกครั้ง
๕. วัคซีนโควิดสามารถฉีดพร้อมวัคซีนตัวอื่นได้
๖. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์และสตรีหลังคลอดบุตรรับวัคซีนกระตุ้นได้
๗. สตรีตั้งครรภ์ที่ฉีดวัคซีนควรลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยของวัคซีน

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) (มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕)

๑. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ในทุกไตรมาส และสตรีให้นมบุตรทุกคนฉีดวัคซีนโควิด - ๑๙
๒. วัคซีนทุกตัวที่ใช้ในประเทศแคนาดา สามารถใช้ได้สำหรับสตรีตั้งครรภ์และสตรีให้นมบุตร
๓. สตรีตั้งครรภ์และสตรีให้นมบุตรควรได้รับสิทธิในการฉีดวัคซีนเช่นเดียวกับประชากรกลุ่มอื่น
๔. เนื่องจากมีข้อมูลความเสี่ยงของโควิด - ๑๙ ต่อการตั้งครรภ์ที่ชัดเจน สตรีตั้งครรภ์ทุกคน จึงควรเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีน

ตารางที่ 12.1 วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับการรับรองการค้าขายโดยและมีใช้ในประเทศไทย¹¹

	Pfizer [®] /BioNTech	Moderna [®]	AstraZeneca [®]	Sinopharm [®]	Sinovac [®]
การให้วัคซีน	2 ครั้ง ห่างกัน 21 วัน	2 ครั้ง ห่างกัน 28 วัน	2 ครั้ง ห่างกัน 8-12 สัปดาห์	2 ครั้ง ห่างกัน 21-28 วัน	2 ครั้ง ห่างกัน 21-28 วัน
ประสิทธิภาพ	ร้อยละ 95	ร้อยละ 94.1	ร้อยละ 63.1	ร้อยละ 73	ร้อยละ 83.5
ผลข้างเคียง	เจ็บบวมที่ฉีดด้วยบริเวณฉีด เมื่อฉา ปรกติจะ บวมเล็กน้อย ปวดตามข้อ ไข้ มักจะพบภายหลังเข็มที่ 2				
ผลข้างเคียงที่รุนแรง	แพ้รุนแรง ได้แก่ Bell palsy, กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ, เนื้อเยื่อหัวใจอักเสบ	Thrombosis ที่มี Thrombocytopenia, Guillain Barre syndrome, ไซโตโรอกันยา	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
ข้อดี	สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบวัคซีนเพื่อทันต่อการกลายพันธุ์ของ SARS-CoV-2 ได้เร็ว และกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันอย่างรวดเร็ว	สามารถกระตุ้นการตอบสนองของภูมิคุ้มกันทั้งแบบ cellular และ humoral immunity ได้ดี	การใช้เข็มที่วางของไวรัส สามารถทำให้มีระดับ neutralizing antibody ที่สูง		
ข้อเสีย	การจับเป็นและขุ่นหลังจากที่วัคซีนชนิดอื่น เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - 70 °c	มีการรายงานหลอดเลือดอุดตัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุบ่อย (vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia, VITT)	SARS-CoV-2 สามารถกลายพันธุ์ได้เร็ว และการฉีดวัคซีนมีขึ้นค่อนข้างช้า		

หมายเหตุ: หากมีอาการแพ้ตั้งแต่เข็มแรก ไม่ควรรับเข็มสอง ยานนี้ได้รับการตรวจประเมินและยืนยันจากแพทยผู้รับราชการว่าสามารถรับวัคซีนได้
ที่มา: เจนจิต ฉายะจินดา หน่วยโรคติดเชื้อทางคลินิกศิริราช ศิริราชสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2565

ที่มา : เจนจิต ฉายะจินดา หน่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สตรี ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราชพยาบาล พ.ศ.๒๕๖๕

๓. การพยาบาลกับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวช

Nursing care towards enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecologic patients

แนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วย ERAS

จากคำแนะนำขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทั้ง Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society และ The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (preoperative) ระหว่างผ่าตัด (perioperative) และหลังผ่าตัด (postoperative) ในส่วนของพยาบาล ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่พักรักษา

ในโรงพยาบาล มีส่วนสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานให้ ERAS protocol เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมตาม protocol

๑. การให้ความรู้ และคำปรึกษาก่อนการผ่าตัด (preoperative education and counseling)
๒. การเตรียมตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมที่สุดก่อนการผ่าตัด (preoperative patient optimization)
๓. การอดอาหารก่อนผ่าตัด และการให้สารละลายคาร์โบไฮเดรตปริมาณสูง (preoperative fasting and carbohydrate loading)
๔. การป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting prophylaxis)
๕. การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด (preoperative bowel preparation)
๖. การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism (VTE) prophylaxis)
๗. การผสมผสานยาระงับปวดหลายขนาน เพื่อลดความต้องการใช้กลุ่มโอปิออยด์ (multimodal opioid-sparing analgesia)
๘. การให้สารน้ำตามเกณฑ์ที่ตรงตามเป้าประสงค์ (goal-directed fluid therapy)
๙. การควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (normothermia maintenance)
๑๐. กระบวนการเตรียมตัวเพื่อลดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (surgical site infection (SSI) reduction)
๑๑. หลีกเลี่ยงการใส่ท่อระบายน้ำจากหน้าท้อง การใส่สายยางทางจมูก เข้าสู่กระเพาะอาหาร และการใส่ผ้าก๊อชในช่องคลอด (avoidance of drains, nasogastric tube and vaginal packs)
๑๒. การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็วที่สุด (early ambulation)
๑๓. เริ่มรับประทานอาหารโดยเร็วที่สุด (early feeding)
๑๔. นำสายสวนปัสสาวะออกโดยเร็วที่สุด (early urinary catheter removal)
๑๕. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัด (prevention of postoperative gastrointestinal complications)
๑๖. การเตรียมความพร้อม และวางแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge pathway and planning)

๔. ภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ (Obesity in pregnancy)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แบ่ง BMI ออกเป็น ๖ กลุ่มด้วยกัน ได้แก่

- ๑) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ BMI < ๑๘.๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- ๒) น้ำหนักปกติ คือ BMI ๑๘.๕-๒๔.๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- ๓) ภาวะน้ำหนักเกิน คือ BMI ๒๕-๒๙.๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- ๔) ภาวะอ้วนระดับที่ ๑ BMI ๓๐-๓๔.๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- ๕) ภาวะอ้วนระดับที่ ๒ BMI ๓๕-๓๙.๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- ๖) ภาวะอ้วนระดับที่ ๓ BMI มากกว่าหรือเท่ากับ ๔๐ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ผลกระทบของภาวะอ้วนต่อการตั้งครรภ์

เพิ่มความเสี่ยงในการแท้งบุตร การแท้งซ้ำและความผิดปกติของทารก (recurrent miscarriage)

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่ากัน ภาวะอ้วน ยังเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defects, NTD) ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephaly) ความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของใบหน้าและช่องปาก และความพิการที่แขนขา (limb reduction anomalies)

เพิ่มภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอด

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงต่อการทำงานของหัวใจผิดปกติ ภาวะมีโปรตีนในปัสสาวะ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (sleep apnea) โรคไขมันสะสมในตัวที่ไม่ได้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ (non alcoholic fatty liver disease) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และยังมีความเสี่ยงต่อการตายคลอด (stillbirth) โดยอัตราเสี่ยงต่อการเกิด stillbirth สูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะอ้วน

เพิ่มภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด

มีรายงานว่า ภาวะอ้วนสัมพันธ์กับการให้คลอดก่อนกำหนด โดยมีข้อบ่งชี้ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าท้อง ทำคลอด ความล้มเหลวในการคลอดทางช่องคลอด เยื่อโพรงมดลูกอักเสบ แผลแยก และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thrombosis)

เพิ่มภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและผลระยะยาว (long term outcomes)

พบว่า ภาวะอ้วนขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในขบวนการเผาผลาญ (metabolic dysfunction) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่า ภาวะอ้วนตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับการเล็กลงด้วยนมแม่เร็ว ภาวะซีดหลังคลอด และภาวะซึมเศร้า

เพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ และความเจ็บป่วยในวัยเด็ก

ทารกในครรภ์ของสตรีที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงที่จะมี macrosomia และการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ และเมื่อเป็นทารกแรกเกิดก็มีแนวโน้มจะมีปริมาณไขมันในร่างกายสูงกว่าทารกที่คลอดโดยมารดาที่มีน้ำหนักปกติ ผลระยะยาว ได้แก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) และภาวะอ้วนในวัยเด็ก โรคหอบหืดในวัยเด็ก โรคออทิสติก (autism spectrum disorder) การพัฒนาการช้า โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactive disorder)

การดูแลในระยะคลอดสำหรับสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ (Fetal monitoring)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน จะมีผนังหน้าท้องหนาและย้อยลงมา ทำให้การตรวจจับเสียงหัวใจทารกของตัวแปรสัญญาณโดยการใช้ external fetal monitoring ทำได้ยาก สำหรับการใช้นิยาม internal fetal monitoring

ห้องคลอด (labor room) ต้องมีเตียงคลอด เก้าอี้นั่งรอ อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย เช่น ลิฟต์ในการเคลื่อนย้าย เตียงล้อเลื่อน รถเข็นผู้ป่วยที่มีขนาดใหญ่ และมีความแข็งแรงพอ สามารถรองรับสรีระ และน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนได้

อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่มีขนาดใหญ่หรือยาวกว่าปกติ เช่น แล็บพันแขนเพื่อวัดความดันโลหิต (blood pressure cuffs) ขนาดใหญ่พอดี ถุงมือ และเครื่องถ่างตรวจแบบปากเปิด (speculum) สำหรับใช้ในการตรวจภายใน ที่อาจมีความลึกและยาวกว่าปกติ

การผ่าตัดคลอด (Cesarean section)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน มีโอกาสที่จะต้องผ่าตัดคลอดสูงพบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าสตรีที่มีน้ำหนักปกติประมาณสองเท่า แนะนำให้เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ เพราะอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (emergency cesarean section)

ห้องผ่าตัดคลอด ห้องต้องมีขนาดใหญ่เพียงพอ ต่อทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มากขึ้น จำนวนบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

เตียงผ่าตัด เติงขนาดมาตรฐานจะสามารถรองรับน้ำหนักได้มากถึง ๑๓๐ ถึง ๑๖๐ กิโลกรัม แต่เตียงพิเศษบางชนิด สามารถรองรับน้ำหนักได้มากกว่า โดยรับได้ตั้งแต่ ๒๐๐ ถึง ๓๐๐ กิโลกรัม

การดูแลในระยะหลังคลอดสำหรับสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

สตรีหลังคลอดที่มีภาวะอ้วน มีความเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักค้างหลังคลอดเกินมาก ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือด (Thromboembolism) แนะนำให้ใส่เครื่องอัดลมป้องกันหลอดเลือดดำอุดตัน (pneumatic compression device) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ที่ไม่ได้รับยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน โดยใส่ตั้งแต่ก่อนเริ่มทำการผ่าตัดคลอด จนกระทั่งสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติหลังคลอด และกระตุ้นให้เริ่มลุก และมีการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดให้เร็ว

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหราชอาณาจักร (The Royal College of Obstetrician and Gynaecologists, RCOG)* มีคำแนะนำให้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันด้วย low molecular weight heparin (LMWH) ในสตรีหลังคลอดบุตรที่มี BMI ก่อนตั้งครรภ์มากกว่า ๔๐ กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีความเสี่ยงตั้งแต่ ๒ ข้อ ได้แก่ อายุมากกว่า ๓๕ ปี BMI ก่อนตั้งครรภ์มากกว่า ๓๐ กิโลกรัมต่อตารางเมตร ผ่าตัดคลอด ครรภ์เป็นพิษ การไม่เคลื่อนไหว เป็นต้น จะให้เป็น LMWH โดยขนาดปรับตามน้ำหนักตัว และให้นาน ๑๐ วันหลังคลอด

น้ำหนัก ๕๐ - ๙๐ กิโลกรัม ให้ enoxaparin ๔๐ มิลลิกรัม วันละครั้ง

น้ำหนัก ๙๑ - ๑๓๐ กิโลกรัม ให้ enoxaparin ๖๐ มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือแบ่งเป็น ๒ ครั้งต่อวัน

น้ำหนัก ๑๓๑ - ๑๗๐ กิโลกรัม ให้ enoxaparin ๘๐ มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือแบ่งเป็น ๒ ครั้งต่อวัน

น้ำหนัก > ๑๗๐ กิโลกรัม ให้ enoxaparin ๐.๖ มิลลิกรัมต่อน้ำหนักเป็นกิโลกรัมต่อวัน วันละครั้ง หรือแบ่งเป็น ๒ ครั้งต่อวัน

การคุมกำเนิด (Contraception)

ภาวะอ้วน มีผลต่อการเลือกวิธีการคุมกำเนิดมาก และโรคที่มียังเป็นข้อจำกัดในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นการทำหมันหลังคลอด ที่การผ่าตัดในสตรีที่มีภาวะอ้วนนั้น อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ควรทำการตรวจประเมิน และให้คำปรึกษาถึงความเป็นไปได้ในการทำหมัน รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างละเอียดก่อนการทำหมัน การคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนนั้น ภาวะอ้วน อาจส่งผลถึงประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด แต่ในเรื่องความปลอดภัยจากหลายการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นไม่ได้มีมากนัก การใช้ห่วงคุมกำเนิดชนิดเคลือบฮอร์โมน levonorgestrel จะได้ประโยชน์เพิ่มเติม คือ ช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งเยื่อบุมดลูก ซึ่งพบมากขึ้นในสตรีที่มีภาวะอ้วน

๕. แนวความคิดปัจจุบันและการคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่หนึ่ง

Current concepts and first trimester screening of preeclampsia

นิยามและความสำคัญของภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)

ภาวะครรภ์เป็นพิษ คือ ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูง โดยที่ไม่เคยมีความดันโลหิตสูงมาก่อน ร่วมกับมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ หรือมีค่าผลเลือดของอวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติ ที่อายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ขึ้นไป

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะแรก คือ กลุ่มอาการ HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low platelets) และภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) สตรีตั้งครรภ์จะมีภาวะแทรกซ้อนที่ตับและระบบการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีอาการปวดท้อง เลือดออกผิดปกติ รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับมีการขาดเลือดและแตก เลือดออกในช่องท้อง และมีภาวะบวมในรูปร่างกาย ส่วน eclampsia นั้น สตรีตั้งครรภ์จะมีอาการชักแบบ generalized tonic-clonic และมีอาการวิฤติจากที่สมองบวม น้ำ และมีโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

ส่วนทารกในครรภ์ จะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น

- การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึง ร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ของการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด

- ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

- โรคปอดเรื้อรังในทารก (bronchopulmonary dysplasia)

- ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (stillbirth)

ภาวะครรภ์เป็นพิษแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. Early-onset preeclampsia คือ เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๔ สัปดาห์ ซึ่งมักจะมีการดำเนินโรคที่รวดเร็ว และมีภาวะแทรกซ้อนมาก

๒. Late-onset preeclampsia คือ เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษที่อายุครรภ์มากกว่า ๓๔ สัปดาห์ ซึ่งมักมีผลกับทารกในครรภ์ไม่รุนแรงเท่ากลุ่มแรก

ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่หนึ่ง

การตรวจคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษตั้งแต่ไตรมาสที่หนึ่ง จะช่วยบ่งชี้ได้ตั้งแต่แรกว่า สตรีใดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ จะได้เริ่มกินยาแอสไพรินในช่วงอายุครรภ์ ๑๒ - ๑๖ สัปดาห์ โดยกินในขนาด ๗๕ - ๑๕๐ มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อลดการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ร้อยละ ๕๐ - ๙๐ นอกจากนี้ยังสามารถติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงนี้ ได้อย่างใกล้ชิดไปจนถึงคลอด

วิธีการตรวจคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่หนึ่ง

๑. ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (risk factors) ของสตรีตั้งครรภ์ คือ ประวัติทางสูติเวชและโรคประจำตัวต่าง ๆ ได้แก่

- อายุ

- น้ำหนัก

- ส่วนสูง

- เชื้อชาติ ได้แก่ ขนผิวขาว (White) ขนผิวดำ (Black) ขนเอเชียใต้ (South Asian) ขนเอเชียตะวันออก (East Asian) ขนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South East Asian) หรืออื่น ๆ

- ประวัติการคลอดก่อนหน้านี เช่น ครรภ์แรก (nulliparous) เคยคลอดบุตรมาก่อน โดยไม่เป็นภาวะครรภ์เป็นพิษ (parous without preeclampsia) หรือ เคยคลอดบุตรมาก่อน และเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมด้วย (parous with preeclampsia)

- การตั้งครรภ์ครั้งก่อนห่างจากการตั้งครรภ์ปัจจุบันมากกว่า ๑๐ ปีหรือไม่

- อายุครรภ์ที่คลอดของครรภ์ก่อน

- น้ำหนักทารกที่คลอดของครรภ์ก่อน

- มีโรคประจำตัวเหล่านี้หรือไม่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (ชนิดที่ ๑ หรือ ๒ หรือต้องใช้อินซูลิน) โรคเอสแอลอี และภาวะ antiphospholipid syndrome (APS)

- มีประวัติครอบครัว (มารดา) เป็นภาวะครรภ์เป็นพิษหรือไม่

- การตั้งครรภ์นี้มาจากการปฏิสนธิตามธรรมชาติ (spontaneous) การกระตุ้นไข่ (ovulation induction) หรือการปฏิสนธิเทียมในหลอดแก้ว (in vitro fertilization)

๒. ปัจจัยทางชีวกายภาพ (biophysical) ได้แก่

๒.๑ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต หรือ mean arterial blood pressure (MAP) ซึ่งมีสูตรคำนวณจาก

$$MAP = DBP + \frac{1}{3}(SBP - DBP)$$

DBP คือ ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว หรือ diastolic blood pressure

SBP คือ ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว หรือ systolic blood pressure

๒.๒ ค่า pulsatility index (PI) ของหลอดเลือดแดงมดลูก (uterine artery) หรือ UtA-PI เป็นค่าที่บ่งบอกถึงการไหลเวียนเลือดของมดลูกและรกได้ (uteroplacental circulation) หากมีค่า PI ที่สูงจะบ่งบอกว่า การไหลเวียนเลือดนั้นไม่ดี

๓. ปัจจัยทางชีวเคมี (biochemical) คือ การตรวจค่า placental growth factor (PIGF) ซึ่งเป็น proangiogenic factor อยู่ในกลุ่มของ vascular endothelial growth factors (VEGF) จะช่วยส่งเสริมการเพิ่มจำนวน (proliferation) ของเซลล์เยื่อหลอดเลือด (endothelial cells) และกระตุ้นความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือด (vascular permeability) ในสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงกับภาวะครรภ์เป็นพิษ จะมีค่า PIGF ที่ต่ำลง

สรุป

การตรวจคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่หนึ่ง เป็นสิ่งที่จะช่วยทำนายการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น หากทราบเร็วว่า มีความเสี่ยงก็จะช่วยลดการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ด้วยการกินยาแอสไพริน ตั้งแต่ระยะที่รกฝังตัวเริ่มแรกที่ยุคครรภ์ ๑๒ - ๑๖ สัปดาห์ จึงเหมาะสมที่จะส่งเสริม เผยแพร่ ให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ พร้อมกับผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในระดับประเทศต่อไป

๖. ความสัมพันธ์ของแองรอยแผลผ่าตัดคลอดบุตรกับภาวะมีบุตรยาก

Cesarean scar defect and infertility

การที่มีแองรอยแผลผ่าตัดคลอดบุตร หรือ cesarean scar defect (CSD) หลังผ่าตัดคลอดบุตร อาจทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากได้ ซึ่งพบได้ร้อยละ ๔ - ๑๙ อัตราการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยที่มี CSD ลดลง ร้อยละ ๙ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่คลอดบุตรทางช่องคลอด และมีอัตราการคลอดมีชีวิตลดลง ร้อยละ ๑๑ ในการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่คลอดบุตรจำนวน ๕๒,๔๙๘ ราย พบว่าความเสี่ยงที่จะมีภาวะมีบุตรยากเพิ่มขึ้น ๑.๑๖ เท่า (๙๕% CI: ๑.๑๓-๑.๑๙) ในรายที่รับการผ่าตัดคลอดบุตร

การที่มี CSD แล้ว ก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยากเรียกว่า cesarean scar syndrome โดยมีนิยามว่ามีของเหลวค้างอยู่ในแองรอยแผลของกล้ามเนื้อมดลูก และโพรงมดลูกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วง follicular phase ตั้งแต่วันที่หมดระดูจนถึงวันก่อนไข่ตก (รูปที่ ๑๓.๑) ผู้ป่วยไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ แม้จะได้รับการรักษาด้วยวิธีเด็กหลอดแก้ว โดยได้รับการใส่ตัวอ่อนอย่างน้อย ๒ ตัวอ่อนต่อครั้ง และตรวจไม่พบสาเหตุอื่นที่ก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยาก

แนวทางการรักษา

วิธีการรักษา CSD นั้น มีตั้งแต่สังเกตอาการ การใช้ยาฮอร์โมนในการรักษา และการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ และตรวจพบโดยบังเอิญนั้น ไม่ต้องทำการรักษา ในรายที่มีอาการแต่มีรอยโรค CSD ที่ไม่ใหญ่ อาจไม่จำเป็นต้องรักษา

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาฮอร์โมนนั้น ได้รับการศึกษาไม่มากนัก เนื่องจากการรักษาช่วงแรกที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมนั้นไม่ค่อยได้ผล

การรักษาด้วยยานั้น ยังมีข้อมูลการศึกษาค่อนข้างน้อย อาจพิจารณาใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ในผู้ป่วยที่ยังไม่ต้องการมีบุตร อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลการรักษา และวิธีการใช้ยาที่เหมาะสมที่ใช้ได้ในผู้ป่วยที่ต้องการมีบุตรด้วย

การรักษาด้วยการผ่าตัด

ในกรณีที่เกิดมีความล้มเหลว หรือมีข้อห้ามในการรักษาด้วยยา ควรพิจารณาการผ่าตัดตามความรุนแรงของอาการ ขนาดของ CSD และกล้ามเนื้อมดลูกที่เหลือที่ร่อยโรครวมทั้งความต้องการมีบุตรยาก ในรายที่ขนาดของ CSD ใหญ่ ความหนาของกล้ามเนื้อมดลูกที่แผลนั้นบางกว่า ๓ มิลลิเมตร หรือผู้ป่วยมีปัญหาไม่มีบุตรยาก หรือต้องการมีบุตรแต่มีอาการปวดระดู เลือดออกระหว่างรอบระดู หรือมีอาการปวดท้องน้อย อาจพิจารณารักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

- การผ่าตัดในโพรงมดลูกผ่านกล้อง (Hysteroscopic resection)
- การผ่าตัดซ่อมแซมทางช่องคลอด (Vaginal repair)

การป้องกันการเกิด cesarean scar defect

ตำแหน่งของ uterotomy มีความสำคัญ ไม่ควรจะลงแผลต่ำเกินไป เนื่องจากอาจผ่าตัดเข้าไปในส่วนของปากมดลูกได้ นอกจากนี้หลังทำการคลอดรก แนะนำให้ทำการขยายปากมดลูกในรายที่ยังไม่ได้เจ็บครรภ์คลอด หรือปากมดลูกเปิด เพื่อให้หน้าควาปลาสามารถระบายออกได้สะดวกขึ้น ทำให้แผลผ่าตัดติดดีขึ้น

สรุป

การผ่าตัดคลอดและมี CSD มีผลเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะมีบุตรยาก การรักษา CSD สามารถทำได้ด้วยการให้ยาฮอร์โมนและการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดมีหลายเทคนิค เช่น การผ่าตัดในโพรงมดลูกผ่านกล้อง การผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง หรือผ่าตัดผ่านทางช่องคลอด ซึ่งทุกวิธีได้ผลการรักษาที่น่าพึงพอใจ และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

๗. Cesarean Scar Defect (CSD) : ปัญหาที่ส่งผลต่อเลือดออกผิดปกติจากมดลูก และอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต

อาการทางนรีเวชที่พบได้บ่อยที่สุดจาก CSD คือ เลือดออกผิดปกติจากมดลูก หรือ Abnormal Uterine Bleeding (AUB) มักเป็นเลือดที่ออกในช่วงหลังระดูหมด อาการปวดประจำเดือน และปวดท้องน้อย มีความสัมพันธ์กับ CSD ได้เช่นเดียวกัน โดยสาเหตุเกิดจากกระบวนการอักเสบ ทำให้เกิดพังผืดที่บริเวณแผลผ่าตัด และทำให้กายวิภาคบริเวณของผนังมดลูกส่วนนั้นผิดเพี้ยนไป จึงทำให้มีอาการปวดได้ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สัมพันธ์กับ CSD ประกอบด้วย ภาวะรกเกาะต่ำ รกฝังแน่น มดลูกมีรอยแยก หรือแตกบริเวณแผลผ่าตัดคลอด และการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณแผลผ่าตัดคลอด ซึ่งหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ มดลูกแตก ในขณะที่ตั้งครรภ์ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในกรณีที่มี CSD ขนาดใหญ่ การวินิจฉัย CSD ยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน แต่การตรวจ U/S ทางช่องคลอด การฉีดสีดูโพรงมดลูก การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก การทำ MRI เพื่อประเมินผนังมดลูกด้านหน้าบริเวณรอบแผลผ่าตัดคลอด สามารถใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัย CSD ได้

สรุป CSD เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งพบได้มากขึ้นในปัจจุบัน แม้ว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติ หรือบังเอิญตรวจพบจาก U/S ทางช่องคลอดซึ่งหากวินิจฉัยได้รวดเร็ว และแม่นยำก็สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมได้ทันท่วงที และสามารถลดความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนจาก CSD ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาในภายหลังได้ **Common , Non – Specific Symptoms Of Menopause Menopausal**

ภาวะที่สตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ประจำเดือนขาดหายไป ๑๒ เดือนต่อเนื่อง โดยรังไข่จะหยุดสร้างฮอร์โมนเพศหญิงที่มีชื่อว่า Estrogen และ Progesterone ส่งผลให้ไม่มีประจำเดือน แสดงว่ารังไข่ได้หยุดทำงานแล้ว

Pre – Menopausal สตรีอายุ ๔๐ – ๕๐ ปี

Post – Menopausal สตรีอายุ ๕๐ – ๖๐ ปี

หลังอายุ ๖๐ ปี คือ ผู้สูงอายุ

สตรีวัยทอง คือ ช่วงอายุ ๔๕ – ๖๐ ปี

Health Problem in Menopausal

๑. Vasomotor Symptoms อาการร้อนวูบวาบตามเนื้อตามตัว
 ๒. Vaginal Dryness ช่องคลอดแห้ง เมื่อขาดฮอร์โมนเพศหญิง จะไม่มีสารหล่อลื่นช่องคลอด
- อาการทั้ง ๒ ข้อดังกล่าวรักษาโดยใช้ฮอร์โมนทดแทน นอกจากนี้ยังมีอาการต่างๆที่พบได้
- Palpitation อาการใจสั่น
 - Forgetfulness อาการหลงๆลืมๆ
 - Headache ปวดศีรษะ
 - Muscle & Joint Pain ปวดตามกล้ามเนื้อ และตามข้อต่าง ๆ
 - Emotional อารมณ์เปลี่ยนแปลง มีภาวะ Depression, หงุดหงิด
 - Sleep Difficult นอนหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ
 - Urinary Incontinence กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

Menopausal เป็นส่วนหนึ่งของ Musculoskeleton Pain สตรีวัยทอง R/O Serious Condition ก่อนให้ตั้งคำถาม “กังวลว่าจะเป็นอะไร” ให้ฟังปัญหารอบด้านและ Human Touch

๘. การชักนำการคลอด (Induction of Labor)

Induction of labor คือ การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด หรือทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยทำให้มดลูกมีการหดตัวและ/หรือ ร่วมกับการทำให้ปากมดลูกนุ่ม เพื่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดขึ้นมาโดยที่สตรีตั้งครรภ์นั้นยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์เองมาก่อน

Elective Induction of labor คือการชักนำการคลอดแบบนัดหมาย

Augmentation of labor คือการส่งเสริมการคลอด เป็นการช่วยเสริมให้มดลูกมีการหดตัวที่ดียิ่งขึ้น หลังจากที่มีการเจ็บครรภ์คลอดเองมาก่อนแล้ว

ข้อบ่งชี้ในการชักนำการคลอด

ข้อบ่งชี้ทางทารก

- Fetal growth restriction
- Premature rupture of membranes(PROM)
- Chorioamnionitis
- Oligohydramnios
- Postterm pregnancy
- Abruptio placentae
- Fetal demise
- Fetal anomaly requiring specialized neonatal care

ข้อบ่งชี้ทางมารดา

- Hypertensive disorder in pregnancy (preeclampsia, eclampsia, CHT, PAH)
- Maternal medical problems (DM, heart, lung and renal disease)
- Precipitate labor / rapid labor
- Distance from hospital
- Advanced cervical dilatation in the absence of active labor
- Psychosocial indication

ข้อบ่งห้ามในการชักนำการคลอด

- Placenta previa
- Vasa previa
- Funic presentation
- Prolapsed cord
- Transverse lie
- CPD
- Prior classical cesarean section
- Previous full thickness myomectomy
- Active genital herpes infection in mother
- Fetal distress, nonreassuring fetal status
- Hypersensitivity to cervical ripening agent

การประเมินสถานะของปากมดลูก

ตารางที่ 5.1 ระบบคะแนนบิชอป (Bishop score)⁽¹⁰⁾

คะแนน	0	1	2	3
การเปิดขยายปากมดลูก (เซนติเมตร)	ปิด	1 ถึง 2	3 ถึง 4	มากกว่าหรือตั้งแต่ 5 - 6
ความบางตัว (เปอร์เซ็นต์)	0 - 30	40 ถึง 50	60 ถึง 70	ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป
ตำแหน่งของส่วนนำ*	-3	-2	-1, 0	+1, +2
ความเหนียวของปากมดลูก	แข็ง	ปานกลาง	นุ่ม	
ตำแหน่งของปากมดลูก	ชี้หลัง	ชี้กลาง	ชี้หน้า	

* ระยะตั้งแต่ -3 ถึง +3.

ที่มา : สายฝน ขวาลไพบุลย์ หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราชพยาบาล

การประเมินสถานะของปากมดลูกด้วย Bishop pelvic score เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และทำนายความสำเร็จของการชักนำการคลอด นอกเหนือจากอายุครรภ์และจำนวนครั้งของการคลอด โดยดูจากการเปิดขยาย ความบาง ความนุ่ม ตำแหน่งของปากมดลูก และตำแหน่งของส่วนนำทารก นำคะแนนมารวมกัน หากได้คะแนนยิ่งมากเท่าใด โอกาสประสบผลสำเร็จยิ่งมากขึ้นเท่านั้น (โดยเฉพาะถ้า Bishop score \geq ๙) และโอกาสจะลดลงเมื่อคะแนนน้อยกว่านี้

Bishop score เริ่มต้นก็เป็นปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกเทคนิคที่ใช้ชักนำการคลอดด้วย เช่น Bishop score ที่น้อย ๆ โอกาสจะประสบผลสำเร็จในการชักนำการคลอดด้วยการเจาะถุงน้ำคร่ำย่อมน้อยกว่า การใช้ในากลุ่ม prostaglandin เป็นต้น

โดยทั่วไปเชื่อว่า Bishop score ≤ 4 เป็นปากมดลูกที่อยู่ในสถานะที่ไม่เหมาะสมอย่างมากต่อการชักนำการคลอด (unfavorable cervix) และเป็นข้อบ่งชี้ของการใช้ prostaglandins เพื่อให้ปากมดลูกพร้อมเสียก่อน (cervical ripening)

เทคนิคต่าง ๆ ของการชักนำการคลอด แบ่งเป็น ๒ วิธีหลัก คือ

๑. การชักนำการคลอดโดยหัตถการ (Surgical Induction of labor)
๒. การชักนำการคลอดโดยการให้ยา (Medical induction of labor)

การชักนำการคลอดโดยหัตถการ

๑. การเขาสก๊อปน้ำคร่ำ (Membrane stripping or membrane sweeping)
๒. การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy)
๓. การกระตุ้นเต้านม (Breast stimulation)
๔. การใช้บอลูนถ่างขยายปากมดลูก
๕. การใช้ Hygroscopic Dilators

การชักนำการคลอดโดยการให้ยา

๑. การใช้ oxytocin ทางหลอดเลือดดำ
๒. การใช้ Prostaglandins

ภาวะแทรกซ้อนจากการชักนำการคลอด

๑. ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก

- ทารกคลอดกำหนด จากความผิดพลาดในการคะเนอายุครรภ์
- ทารกขาดออกซิเจนจากมดลูกหดตัวมากเกินไป
- อันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเจาะถุงน้ำ เช่น สายสะดือย้อย การติดเชื้อ การเจาะถุงเส้นเลือดที่ทอดอยู่บนถุงบริเวณที่เจาะ (vasa previa)
- ภาวะตัวเหลือง เกิดได้น้อยในรายที่ได้ oxytocin มากหรือนานเกินไป

๒. ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา

- มดลูกแตกจากการหดตัวที่มากหรือแรงเกินไป
- การคลอดที่เร็วเกินไป อาจทำให้ปากมดลูกหรือช่องคลอดฉีกขาดได้
- การติดเชื้อในโพรงมดลูกถ้าระยะเวลาตั้งแต่เจาะถุงน้ำจนกระทั่งคลอดนานเกินไป
- การตกเลือดหลังคลอด จากการที่มดลูกอ่อนล้า
- Amniotic fluid embolism อาจเกิดขึ้นได้ในขณะที่เจาะถุงน้ำ
- ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น prostaglandins (ใช้ คลื่นไส้ ท้องเสีย แต่ขนาดที่ใช้ชักนำการคลอดพบผลข้างเคียงน้อยมาก) Nitric oxide (เวียนศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิตลดต่ำลง)

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อบุคคล

๑. ได้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ และผู้ป่วยนรีเวชวิทยาในยุคปัจจุบัน ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
๒. เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ
๓. ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

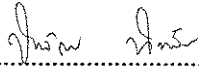
๑. นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้กับสตรีตั้งครรภ์ และผู้ป่วยนรีเวชวิทยาได้อย่างมีมาตรฐาน
๒. การปรับเปลี่ยนและพัฒนาต่อยอดเทคนิคการบริหารยาที่ใช้กับสตรีตั้งครรภ์ และการดูแลผู้ป่วยนรีเวชวิทยาเกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดคลอด

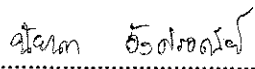
ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

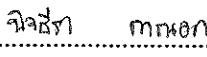
การอบรมการประชุมวิชาการภาคทฤษฎี-นรีเวชวิทยา ได้จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยประกอบไปด้วยกิจกรรมการบรรยายภาคทฤษฎี และกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อรับฟังบรรยายการดูแลคนไข้เฉพาะทางลงไปอีก ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นช่วงที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙) จึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการอบรมแบบ on site ด้วยจำนวนจำกัด และระบบ on line ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถเข้าฟังการบรรยายภาคทฤษฎี และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยใช้ระบบ Live แต่ไม่สามารถเข้าร่วมรับฟังบรรยายแบบ on site ได้ทั้งหมด และแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อรับฟังความเฉพาะด้านการดูแลคนไข้ได้

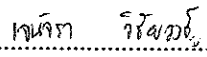
ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ได้เข้ารับการอบรมการประชุมวิชาการภาคทฤษฎี-นรีเวชวิทยาเป็นประจำทุกปี เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และได้นำเทคนิคแนวทางใหม่ ๆ มาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด และมีแนวทางที่มาตรฐาน เพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ ผู้ป่วยทางนรีเวชและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในผู้ป่วยแผนกสูตินรีเวช

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นางสาวปิยะฉัตร นิยมจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นางสวณัยนา อังศรณีย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นางสาวนิจธีรา การนอก)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นางสาวเจนจิรา วิชัยวงศ์)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ..........

(นางสาวอรไพลิน นาคสวัสดิ์)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายบริหาร
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

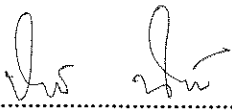
แบบรายงานผลการประชุมในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๖๐๒/๙๒๑๘ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล) นางสาวปิยะฉัตร นามสกุล นิยมจันทร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง - สำนัก/สำนักงานเขต สำนักการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติภารกิจ) ประชุมวิชาการครบรอบ ๑๐๕ ปี
ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ประจำปี ๒๕๖๕ THEME : Towards A New Horizon
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบออนไลน์
เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๒๐๐.- บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการประชุมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการประชุมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ..... 

(นางสาวปิยะฉัตร นิยมจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานผลการประชุมในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๖๐๒/๙๒๑๘ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล) นางสาวนัยนา นามสกุล อังครวณีย์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง - สำนัก/สำนักงานเขต สำนักการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติภารกิจ) ประชุมวิชาการครบรอบ ๑๐๕ ปี
ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ประจำปี ๒๕๖๕ THEME : Towards A New Horizon
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบออนไลน์
เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๒๐๐.- บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการประชุมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการประชุมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ..... นัยนา อังครวณีย์
(นางสาวนัยนา อังครวณีย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานผลการประชุมในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่..... กท ๐๖๐๒/๙๒๑๘..... ลงวันที่..... ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕.....
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล)..... นางสาวนิจธีรา..... นามสกุล..... การนอก.....
ตำแหน่ง..... พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ..... สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... ฝ่ายการพยาบาล.....
กอง..... -..... สำนัก/สำนักงานเขต..... สำนักการแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย)..... ประชุมวิชาการครบรอบ ๑๐๕ ปี.....
ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ประจำปี ๒๕๖๕ THEME : Towards A New Horizon.....
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบออนไลน์.....
เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๒๐๐.- บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการประชุมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการประชุมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ..... *นิจธีรา*..... มรตท.....
(นางสาวนิจธีรา การนอก)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

แบบรายงานผลการประชุมในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท.๐๖๐๒/๙๒๑๘ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล) นางสาวเจนจิรา นามสกุล วิชัยวงษ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง - สำนัก/สำนักงานเขต สำนักงานการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ประชุมวิชาการครบรอบ ๑๐๕ ปี
ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ประจำปี ๒๕๖๕ THEME : Towards A New Horizon
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบออนไลน์
เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๒๐๐.- บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการประชุมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการประชุมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ..... กนกนิต วิชัยวงษ์

(นางสาวเจนจิรา วิชัยวงษ์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ