

ห้องปฏิบัติการโครโมโซมวินิจฉัยก่อนคลอด

หน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ติ๊กจุฑาธูช ชั้น 10
(หน้าลิฟท์)

หลักสำคัญ

1. สิ่งส่งตรวจต้องสามารถเพาะเลี้ยงได้ เก็บใน heparin
2. เป็นการเพาะเลี้ยง และหยุดเซลล์ในระยะที่กำลังแบ่งตัว แล้วย้อมแถบสีเพื่อแยกโครโมโซม ด้วยเทคนิคพิเศษต่างๆ
3. โดยทั่วไปจะนับจำนวน 20 เซลล์วิเคราะห์ 5 เซลล์และถ่ายภาพ 2 เซลล์
4. ความผิดปกติมีทั้งในจำนวน และในรูปร่าง โครงสร้าง
5. ถ้าตรวจพบความผิดปกติในโครงสร้าง ต้องตรวจบิดาและมารดาเสมอ ส่วนในความผิดปกติจำนวนมักไม่ต้องตรวจ

ชนิดส่งตรวจ

1. น้ำคร่ำ (Amniotic fluid)
2. ชี้น้ำคร่ำ/ เนื้อเยื่อต่าง ๆ/ ผลิตภัณฑ์จากการตั้งครรภ์ (product of conception)
3. เลือด (Cord blood, Fetal blood) และ Peripheral blood

ข้อบ่งชี้ในการตรวจ ขึ้นกับชนิดส่งตรวจ ซึ่งดูได้จากคู่มือส่งส่งตรวจของห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ใน Éclair และใน www.si.mahidol.ac.th

สิ่งส่งตรวจที่จะส่งต้องเก็บด้วยวิธีการปลอดเชื้อ


เมื่อเก็บส่งตรวจได้แล้วควรนำส่งทันที หรือถ้าไม่สามารถนำส่งทันที ให้เก็บในตู้เย็น 4 C

ถ้าท่านมีข้อสงสัยในการขอส่งตรวจโปรดโทรติดต่อเจ้าหน้าที่ และถ้าแพทย์ยืนยันขอส่งตรวจ กรุณาแนบไปยืนยัน ขอส่งตรวจมาด้วยทุกครั้ง

การรายงานค่าวิกฤตของห้องปฏิบัติการโครโมโซม

คือ กรณีเมื่อเกิดความล้มเหลวในการเพาะเลี้ยงเซลล์ (Culture failure) เนื่องจากผลโครโมโซมที่ผิดปกติไม่ได้มีผลต่อขบวนการบริหารจัดการในการรักษาผู้ป่วย แต่การที่จะได้ผลโครโมโซมเพื่อประกอบ การวินิจฉัยโรคจะมีความสำคัญมากกว่า ดังนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเพาะเลี้ยงเซลล์ได้ จะรีบแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทราบภายใน 3 วัน กรณี short term cultured และ 7 วัน ในกรณี long term cultured เพื่อพิจารณา การส่งตรวจซ้ำตามความเหมาะสม

*** หมายเหตุ มีการเปลี่ยนของใบขอส่งตรวจซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไข**

 <p>ใบแจ้งความจำนงการยืนยันขอตรวจในสิ่งส่งตรวจ ที่อยู่ในเกณฑ์ปฏิเสธส่งตรวจ</p>	<p>กรุณาติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ส่งตรวจ (HN, ชื่อ - นามสกุล, อายุ)</p>
<p>ห้องปฏิบัติการโครโมโซมวินิจฉัยก่อนคลอด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</p>	
<p>ชนิดส่งตรวจ <input type="checkbox"/> blood <input type="checkbox"/> Amniotic fluid <input type="checkbox"/> CVS/Tissue</p> <p>เกณฑ์ปฏิเสธส่งตรวจเรื่อง.</p> <p><input type="checkbox"/> ปริมาณน้อยกว่ากำหนด.....</p> <p><input type="checkbox"/> น้ำคร่ำและเนื้อรกที่มีเลือดปน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>แพทย์ที่ยืนยันขอส่ง.....Ward.....โทร.....</p>	
<p>กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยึดติดกับใบขอตรวจ และนำส่งพร้อมสิ่งส่งตรวจ</p> <p>รหัสเอกสาร : OG-51-3-001-F-OG2-00</p>	