



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ห้องปฏิบัติการสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล



บริการตรวจวิเคราะห์ ทางด้านฮอร์โมนและอนุพันธุศาสตร์
เพื่อหาสาเหตุประกอบการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรค
ทางระบบต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ดังนี้

1. Adrenal gland : 17-OH progesterone

2. Diabetes Mellitus :



- Autoantibodies of glutamic acid decarboxylase (Anti-GAD)
- Autoantibodies of Protein tyrosine phosphatase (IA-2)
- Autoantibodies of Zinc transporter 8 (ZnT8)

3. Growth : Growth hormone , IGF-1 (Insulin-like growth factor I)

4. Molecular Genetic Testing :

- DNA analysis for CAH due to 21-OHD (CYP21A2 gene)
- DNA analysis for 5-Alpha Reductase Deficiency, 5-ARD (SRD5A2 gene)
- DNA Extraction

การทดสอบที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีดังนี้

ประเภทของสิ่งส่งตรวจ	ชื่อการทดสอบ	วิธีการทดสอบ	ราคา (บาท)			การประกันเวลา การทดสอบ
			ศิริราช	หน่วยงาน รัฐ	หน่วยงาน เอกชน	
 Clotted Blood 3 cc.	17 – OH progesterone	ELISA	650	720	780	1 เดือน
	Anti – GAD	ELISA	650	720	780	1 เดือน
	IA-2	ELISA	650	720	780	1 เดือน
	ZnT8	ELISA	1,100	1,210	1,320	1 เดือน
	IGF-1	CLIA	1,000	1,100	1,200	1 วันทำการ
	Growth Hormone	CLIA	600	660	720	1 วันทำการ
 EDTA Blood 5 cc. (Unclotted Blood)	DNA Analysis for Diagnosis of CAH (CYP21A2 gene)	PCR-ASA Sequencing	5,250	5,775	6,300	2 เดือน
	DNA analysis for 5-Alpha Reductase Deficiency, 5-ARD (SRD5A2 gene)	Sequencing	5,110	5,620	6,130	2 เดือน
	DNA Extraction	Salting out	500	550	600	14 วันทำการ

สถานที่รับส่งตรวจ

ห้องปฏิบัติการสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม
ตึกกุมารเวชศาสตร์ ชั้น 4 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 2 ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทรศัพท์ 0-2419-5975 ,5704 และ โทรสาร 0-2419-5676
ในเวลาราชการ 08.30 – 15.30 น.

ดูรายละเอียดการส่งตรวจเพิ่มเติมได้ที่



ยินดีให้บริการ
และรับฟัง
ข้อเสนอแนะค่ะ





ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการ
สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตึกกุมารเวชศาสตร์ ชั้น 4 โทร.02-419-5975, 02-419-5704

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN..... OPD..... WARD..... เบอร์ติดต่อ..... ว.ด.ป.เกิด เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ Diagnosis โรงพยาบาล โทร..... ข้อมูลแพทย์ผู้ส่งตรวจ แพทย์ผู้ส่งตรวจ รหัส ภาควิชา รพ..... โทร.....	สำหรับติดสติ๊กเกอร์หมายเลขขอตรวจ สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ในการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ จำนวนตัวอย่าง.....หลอด/ชิ้น ปริมาตร..... มล. <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เพราะ..... ลงชื่อผู้ตรวจสอบ วันที่ เวลา
--	---

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ (**คำแนะนำการเก็บสิ่งส่งตรวจและการขนส่งตรวจอยู่ด้านหลัง**) <input type="checkbox"/> Clotted blood <input type="checkbox"/> EDTA blood <input type="checkbox"/> Tissues <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Other..... เหตุผลในการส่งตรวจ <input type="checkbox"/> Diagnostic testing <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Research <input type="checkbox"/> Repeat <input type="checkbox"/> ขอทำเพิ่มโดยใช้สิ่งส่งตรวจเดิม <input type="checkbox"/> Carrier testing <input type="checkbox"/> Prenatal diagnosis (Gestation.....weeks) <input type="checkbox"/> DNA banking วันที่เก็บ...../...../..... เวลา ชื่อผู้เจาะเลือด / เก็บสิ่งส่งตรวจ.....	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน (ประทับตราพร้อมลายมือชื่อผู้เก็บเงิน)
--	---

Hormones and Endocrine Test

Specimen requirement: Clotted blood 3 cc.

352006 IGF-1

352008 Growth Hormone ที่ 0 นาที

352015 Growth Hormone ที่ 15 นาที

352009 Growth Hormone ที่ 30 นาที

352016 Growth Hormone ที่ 45 นาที

352010 Growth Hormone ที่ 60 นาที

352011 Growth Hormone ที่ 90 นาที

352012 Growth Hormone ที่ 120 นาที

352013 Growth Hormone ที่ 180 นาที

****กรณี ทดสอบการหลั่ง Growth Hormone โปรดระบุชื่อการทดสอบ :**
การทดสอบ.....

Adrenal gland

Specimen requirement: Clotted blood 3 cc.

352001 17-OH progesterone

Diabetes Mellitus

Specimen requirement: Clotted blood 3 cc.

352002 Anti-GAD

352003 IA2

352021 ZnT8

Test ที่ส่งตรวจนอกโรงพยาบาล รับเฉพาะคนไข้เด็กเท่านั้น

หมายเหตุ ** ก่อนเจาะเลือด กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โทร 95975, 95704 เพื่อชำระเงินสด

Specimen requirement: Clotted blood 3 cc.

Calcitonin** (ราคา 550 บาท)

DHT** (ราคา 1200 บาท)

Molecular Genetic Testing

Specimen requirement: EDTA blood 5 cc.

352005 DNA analysis for CAH due to 21-OHD (CYP21A2 gene)*

อาการสำคัญของโรค CAH :

Salt-wasting Ambiguous genitalia Precocious puberty

Amenorrhea / Oligomenorrhea Other.....

ยาที่ผู้ป่วย CAH ได้รับขณะนี้ :

Prednisolone Hydrocortisone Dexamethasone

Florinef Other.....

352020 DNA analysis for 5-Alpha Reductase Deficiency, 5-ARD (SRD5A2 gene)*

352017 DNA Extraction*

352018 DNA analysis 1 Fragment*

352019 DNA analysis 2 Fragment*

*กรุณา ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โทร 95975, 95704 เพื่อรับใบยินยอม (Consent form) สมาชิกครอบครัวที่ส่งตัวอย่างร่วมกับผู้ป่วยครั้งนี้ (ถ้ามี)

ชื่อ-สกุล	เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	ว.ด.ป.เกิด	HN.	สถานะโรค
1.				
2.				
3.				

พงศาวลี (Pedigree)

**คำแนะนำในการขอส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**

การกรอกใบขอตรวจ

- กรอกข้อมูลของผู้ป่วยลงในใบขอตรวจให้ครบทุกช่อง ประกอบด้วย ชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ HN. เพศ การวินิจฉัยโรค และระบุชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ
- ทำเครื่องหมายระบุ ชนิดของสิ่งส่งตรวจ ผู้เจาะเลือด วันที่เก็บ เวลาเก็บ หอผู้ป่วยและเบอร์โทรศัพท์
- ทำเครื่องหมาย ลงในช่อง เพื่อเลือกกรายการขอตรวจ

หมายเหตุ หากมีรายการขอส่งตรวจใน Test ที่ส่งตรวจนอกโรงพยาบาล ร่วมด้วย ให้เขียนใบขอส่งตรวจแยกต่างหาก

ข้อปฏิบัติในการเก็บ-ส่ง สิ่งส่งตรวจ

การส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมโดยทั่วไปสามารถส่งได้ในเวลา 08.30 น. - 15.30 น. ในวันหยุดราชการ

- Clotted blood** แนะนำเมื่อเจาะเลือดเสร็จแล้ว นำหลอดเลือดตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 30 นาที และนำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชั่วโมง หากไม่สามารถนำส่งได้ในวันเดียวกัน ให้ตั้งไว้ 30 นาที บั่นแยกซีรัม แชนซีรัมในช่องแข็ง (ช่องแช่แข็งสำหรับตู้เย็นบ้าน หรือตู้แช่แข็ง-20°C) แต่ถ้าไม่สามารถบั่นแยกซีรัมได้ หลังตั้งไว้ 30 นาทีให้นำหลอดเลือดเข้าสู่เย็นช่องธรรมดา (อุณหภูมิ 2-8°C) แล้วนำส่งห้องปฏิบัติการในวันเวลาราชการ
- EDTA blood** แนะนำเมื่อเจาะเลือดเสร็จ พลิกหลอดเลือดกลับไปมา 180 องศา 8-10 ครั้ง เพื่อให้เลือดผสมกับ EDTA จนแน่ใจว่าเลือดไม่แข็งเป็นลิ่ม แล้วนำหลอดเลือดเข้าสู่เย็นในช่องธรรมดา อุณหภูมิ 2 - 8 °C เพื่อรอส่งตรวจในวันเวลาราชการ
**ในกรณีติดวันหยุดราชการมากกว่า 1 วันไม่แนะนำให้เจาะ แต่กรณีจำเป็น ให้โทรปรึกษากับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการล่วงหน้าก่อนเจาะเลือดเป็นรายๆ ไป
- Tissue (Frozen or Fresh)** แนะนำขนาด tissue อย่างน้อย 5x5 mm² (50-200mg) ห้ามแช่ Formalin หรือ Fixative ใดๆ ใส่ภาชนะปลอดเชื้อ (sterile tube) นำส่งห้องปฏิบัติการทันทีที่อุณหภูมิห้อง
- Buccal cells** แนะนำใช้ อุปกรณ์เก็บตัวอย่างตรวจเป็น sterile cytobrush ก่อนเก็บตัวอย่าง ควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าเพื่อกำจัดเศษอาหาร
- กด brush ที่กระพุ้งแก้มด้านใน อุ้งขึ้นลงโดยหมุนแปลงไปด้วย ให้ทั่วกระพุ้งแก้ม
- ผึ่ง brush ให้แห้งที่อุณหภูมิห้องประมาณ 10 นาที แล้วเก็บใน sterile tube หรือ ใส่ในซองพลาสติกที่มากับ sterile cytobrush ปิดฉลากให้เรียบร้อย นำส่งห้องปฏิบัติการทันทีที่อุณหภูมิห้อง
**กรณีไม่นำส่งในวันนั้น ให้แช่ตู้เย็นในช่องธรรมดา อุณหภูมิ 2 - 8 °C เพื่อรอส่งตรวจในวันเวลาราชการ (นำส่งที่อุณหภูมิห้องได้)
- Amniotic fluid (AF)** แนะนำให้เก็บปริมาณ 15-20 ml ใส่ sterile tube นำส่งที่อุณหภูมิห้องภายในวันเดียวกัน และต้องไม่มีเซลล์ของมารดาปนเปื้อนมา (อย่าให้มีเลือดปน)
**ควรส่งเลือดมารดาเป็น EDTA blood มาพร้อมกัน เพื่อใช้ตรวจสอบการปนเปื้อน

กรณีส่งตรวจจากภายนอกโรงพยาบาล

- กรณี clotted blood รับเฉพาะ serum เท่านั้น และต้องแช่เย็นในระหว่างการนำส่งตรวจถ้าสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้องทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถรับสิ่งส่งตรวจได้
- กรณี EDTA blood และสิ่งส่งตรวจอื่น สำหรับ Molecular Genetic Testing ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำการเก็บตัวอย่างกรณีส่งตรวจภายในโรงพยาบาล

เกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

ห้องปฏิบัติการสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์จะทำการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ในกรณีที่สิ่งส่งตรวจดังกล่าวไม่เหมาะสม อาจทำให้ผลการทดสอบให้ค่าที่เชื่อถือไม่ได้ เกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ มีดังนี้

1. ไม่มีใบขอตรวจ หรือ ไม่มีสิ่งส่งตรวจ	10. ปริมาณสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอที่จะทำการทดสอบ
2. ส่งผิดห้องปฏิบัติการ / การทดสอบนั้นไม่ได้เปิดบริการ	- สิ่งส่งตรวจที่เป็น Clotted blood < 2 cc.
3. ภาชนะสิ่งส่งตรวจไม่มีป้ายหรือสติ๊กเกอร์ ชื่อ-นามสกุล และ HN ของผู้ป่วย	- สิ่งส่งตรวจที่เป็น EDTA blood < 3 cc.
4. ใบขอส่งตรวจไม่มี ชื่อ - นามสกุล และ HN ของผู้ป่วย	11. มีลิ่มเลือด (Clot) ในภาชนะสิ่งส่งตรวจที่มีสารกันเลือดแข็ง (EDTA) ใน รายการตรวจ Molecular Genetic Testing
5. ชื่อ-นามสกุล และ HN ไม่ใช่ผู้ป่วยคนเดียวกัน	12. ซีรัม มีสีแดง จากการเกิด hemolysis ซึ่งมีผลกระทบต่อผลการทดสอบที่ขอส่งตรวจ
6. ชื่อ-นามสกุล และ HN ในใบขอตรวจไม่ตรงกับภาชนะสิ่งส่งตรวจ	13. ซีรัม มีสีเหลือง (icteric) ซึ่งมีผลกระทบต่อผลการทดสอบที่ขอส่งตรวจ
7. ไม่ระบุรายการขอตรวจ (ชื่อการทดสอบ) ที่ต้องการส่งตรวจ	14. ซีรัมขุ่น (Lipemic) ซึ่งมีผลกระทบต่อผลการทดสอบที่ขอส่งตรวจ
8. สิ่งส่งตรวจผิดประเภท / ไม่เก็บสิ่งส่งตรวจ ข้อปฏิบัติในการเก็บ-ส่ง สิ่งส่งตรวจ	15. อุณหภูมิสิ่งส่งตรวจขณะนำส่งไม่เหมาะสมตามที่ระบุไว้ใน ข้อปฏิบัติในการเก็บ-ส่ง สิ่งส่งตรวจ
9. สิ่งส่งตรวจมีการรับซ้ำซ้อน	

******ในกรณีที่ผู้ส่งตรวจยืนยันจะขอให้ทำการทดสอบ ทางห้องปฏิบัติการจะทำการทดสอบให้ หากสามารถกระทำได้ตามหลักวิชาการ แต่จะรายงานลักษณะที่ไม่เหมาะสมของสิ่งส่งตรวจนั้นๆ ในใบรายงานผลด้วย และบันทึกการติดต่อกันแบบบันทึกการติดต่อทางโทรศัพท์ และรายงานให้หัวหน้าห้องปฏิบัติการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายทราบทันที