



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สัปดาห์แพทยสัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๖/๒๕๖๐



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.อุว.ภิศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ



เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพครับ

ในห้วงระยะเวลาที่ผ่านมาผมมีภารกิจเดินทางไปร่วมประชุมต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศหลายครั้ง ขอเรียนให้ท่านสมาชิกทราบพอสังเขปดังนี้ครับ

๑. วันที่ ๒๘-๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ มีการประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยการจัดการของคณะกรรมการฝ่ายกิจการพิเศษ ที่ท่าน **ดร.เอกชัย ไกรวัชร** เป็นประธาน มีกรรมการบริหารและสมาชิกราชวิทยาลัยฯ กรูณาไปเป็นวิทยากรบรรยายเรื่องที่น่าสนใจหลายเรื่องครับ มีผู้สนใจทั้งแพทย์และพยาบาลเข้าร่วมประชุมด้วยจำนวนมากครับ

มี maternal mortality case conference ของเขตนครชัยบุรินทร์ ๒ รายครับ เป็นที่น่าตกใจว่าสาเหตุของการตายทั้ง ๒ รายเป็นผลจากการทำ Cesarean section ครับ รายแรกเป็น primary cesarean section แล้วมี tear uterine vessels มี secondary hemorrhage และ retroperitoneal hematoma ตามมา อีก case เป็น previous cesarean และมี placenta percreta ต้องทำ Cesarean hysterectomy แต่มี massive bleeding จนเสียชีวิตครับ



ขอเรียนเตือนท่านสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯอีกว่าควรจะทำ Cesarean section เฉพาะที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้นครับ

๒. ผมได้รับเชิญให้เป็นประธานในที่ประชุม Technical Consultations on WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience, 17–18 September, 2017, Executive Board Room, WHO Headquarter, Geneva, Switzerland โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกมาเข้าร่วมประชุมประมาณ ๕๐ คน พิจารณาการดูแลต่าง ๆ ในระหว่างคลอด เช่น admission test, fetal monitoring, pain relief, partograph, delivery position, episiotomy, fundal pressure, etc. คาดว่าจะมี WHO recommendation ออกมาในช่วงต้นปีหน้าครับ แต่ละเรื่องมีคนขออภิปรายหลายคน ประธานต้องคอยควบคุมและหาข้อสรุปที่ทุกคนเห็นชอบครับ ไม่มีหัวข้อไหนที่ต้อง vote ครับ

๓. ผมได้รับเชิญให้เป็นประธานในที่ประชุม Technical Consultations on WHO Recommendations on Non-clinical Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Sections: Part II, 21–22 September 2017 WHO Headquarters – SALLE G, Geneva, Switzerland โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกมาเข้าร่วมประชุมประมาณ ๕๐ คน พิจารณาวิธีการ non-clinical ต่าง ๆ ที่จะใช้ลดการผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็น เช่น Educational intervention targeted at women, Interventions targeted at health organizations, facilities or systems, Interventions targeted at health care professionals มีการอภิปรายกันอย่างเข้มข้นและกว้างขวาง ประธานต้องทำหน้าที่อย่างหนักในการควบคุมเวลา ควบคุมคนพูดให้ตรงประเด็น และเสนอข้อสรุปให้ที่ประชุมยอมรับ แต่ก็ผ่านไปด้วยดีครับ คาดว่า WHO Recommendation เรื่องนี้จะออกมาช่วงต้นปีหน้าเช่นกันครับ

ขอให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านมีความสุขทั้งกายและใจเพื่อมีพลังในการสร้างชาติให้ประเทศชาติต่อไปครับ



สตินรีเวิล - จริยธรรมสากล

โดย... นพ.พิษณุ อันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



Humannized health care

(การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้)

“ความสุขที่แท้มีอยู่แต่ในงาน”

ความสุขที่แท้มีอยู่แต่ในงาน เป็นคำของท่านพุทธทาสที่พรั่งพร้อมให้เรามีความสุขกับงานที่ทำ ทั้งยังสอนอีกว่า **“ถ้าเราทำงานเพื่อเงิน ความสุขจะเกิดก็ต่อเมื่อได้รับเงินตอบแทน แต่ถ้าเราทำงานเพื่องาน ความสุขจะเกิดตั้งแต่เราเริ่มทำงาน”**

วันก่อนมีน้อง ๆ แพทย์และพยาบาลมาขอพบ เพื่อคุยเรื่องเงินเดือนและค่าล่วงเวลา โดยบอกว่าเข้าใจว่าตามที่ผมเคยบอกว่าเงินไม่ใช่สิ่งสำคัญที่สุด แต่ก็ถือว่ามีความจำเป็นกับชีวิตเหมือนกัน โดยเฉพาะเงินที่ควรได้ตามสิทธิ ผมฟังแล้วก็ดีใจที่น้อง ๆ ทุกคนยังมีความสุขจากการทำงานในโรงพยาบาลเรื่องเงินนั้นจริงอยู่ ว่ามีความจำเป็น แต่เราก็ควรรู้จักใช้ให้เป็นจึงจะเกิดความสุข บางคนใช้จนเกินตัวทำให้เป็นหนี้ต้องเอาเงินอนาคตมาใช้ เมื่อถึงสิ้นเดือนเหลือเงินไม่เท่าไรบางที่ต้องไปกู้หนี้ยืมเพิ่มอีก ไม่มีวันสิ้นสุด วันนั้นผมฟังแล้วปัญหาเกิดกับระบบการจ่ายเงินและข้อมูลรายละเอียดในการได้รับค่าตอบแทน จึงได้ให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ ผมเห็นด้วยว่าความยุติธรรมและโปร่งใส นั้นสำคัญที่สุดโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับเรื่องเงิน

ผมคิดอยู่เสมอว่า คนเราถ้าใจเป็นสุขเราก็พร้อมที่จะทำงานบริการให้คนอื่น ตรงกันข้ามเมื่อใจเราเป็นทุกข์การจะไปทำงานเพื่อให้บริการคนอื่นย่อมยากที่จะมีประสิทธิภาพเต็มที่ ผมจึงคำนึงถึงความสุขในครอบครัวต้องมาก่อนเสมอ ดังที่ผมมีความเชื่อมั่นว่า ความกตัญญูเป็นเครื่องหมายของคนดี คนใดที่ไม่มีความกตัญญูต่อพ่อแม่ จะให้เชื่อว่าเป็นคนดีนั้นคงเป็นไปได้ยาก ผมจึงเน้นอยู่เสมอให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องดูแลพ่อแม่ให้ดี แม้ว่าจะอยู่ไกลกันก็ต้องหมั่นส่งข่าวสื่อสารถึงกันอย่างสม่ำเสมอ แม้ไม่รู้จะพูดอะไรเพียงบอกถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อท่าน ก็รู้สึกว่าเป็นสุขแล้ว เหมือนที่ผมโทรถึงแม่ยายทุกเช้าได้รับพรที่ท่านให้ **“good day”** ทุกครั้ง ทำให้ใจเรามีความสุขพร้อมที่จะทำงานเพื่อคนอื่นทันที ทุกครั้งที่ผมถามว่าท่านต้องการอะไรหรือไม่ คำตอบก็คือพอถึงอายุ ๘๐ ปี แล้วก็รู้สึกว่าจะทำอะไรไม่ได้อะไร เพียงแต่ให้รู้ว่าลูกหลานมีความสุขก็พอแล้ว และที่สำคัญที่สุดก็คือ ขอให้ตัวเองไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน แม้ผมจะพร่ำบอกทุกครั้งว่า

เป็นหน้าที่ของลูกหลานอยู่แล้ว ที่จะได้ตอบแทนพระคุณอันยิ่งใหญ่ของท่านก็ตาม ช่างเป็นความรักอันยิ่งใหญ่ ดังคำสอนที่ว่า **“ความรักของแม่นั้นคือรักที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน”**

ผมยังจำได้แม่น เมื่อคราวที่คุณยายยังมีชีวิตอยู่และป่วยเป็นอัมพาต ทุกเช้าตี ๕ คุณพ่อผมจะตื่นเพื่อเช็ดตัวให้คุณย่า พร้อมปะแป้ง แต่งตัวให้ เสริจป้อนข้าว แล้วอุ้มนั่งรถเข็นรอใส่บาตรที่หน้าบ้านทุกเช้า เมื่อผมกลับไปเยี่ยมบ้าน คุณพ่อจะบอกเสมอให้รักษาหรือทำทุกอย่างให้ยายมีชีวิตอยู่ คุณพ่อไม่ถือว่าเป็นภาระแต่รู้สึกเป็นสุขที่ได้ปรนนิบัติท่าน แต่ทุกครั้งที่ได้คุยกับย่า ท่านจะบอกผมทุกครั้งว่าไม่ต้องรักษาหรือช่วยอะไรท่านอีก ไม่อยากมีชีวิตอยู่แล้วรู้สึกสงสารที่เป็นภาระให้พ่อผม เห็นไหมครับว่าสองความรู้สึกที่แตกต่าง แต่ก็เป็นความรักความผูกพันของแม่ลูกที่ยิ่งใหญ่

ครั้งหนึ่งที่ผมมีโอกาสได้พาแม่ชีคันสนีย์ไปเยี่ยมคนไข้ตามหอผู้ป่วย ระหว่างทางพบคุณยายอายุราว ๗๐ กว่าปีนอนอยู่บนเปลหน้าห้องฟอกไต ใบหน้าบ่งบอกถึงความทุกข์ความกังวล ไม่มีความสุข มีลูก ๒ คนชายหญิง ยืนอยู่ข้าง ๆ อายุน่าจะ ๕๐ ปีเศษแล้ว แม่ชีเข้าไปจับมือแล้วถามไถ่อาการต่าง ๆ และถามถึงความเจ็บป่วยว่าเป็นอย่างไร กังวลเรื่องใด ปรากฏว่าคุณยายไม่มีความสุข เพราะรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระให้ลูก ๆ ต้องพามาฟอกเลือด สัปดาห์ละ ๒ ครั้งเสียทั้งเวลาและเงินทอง แม่ชีจึงถามลูก ๆ ทั้ง ๒ คนว่ารู้สึกเป็นภาระหรือไม่ ลูก ๆ ตอบพร้อมรอยยิ้มว่าไม่รู้สึกเช่นนั้นและรู้สึกว่ายินดีที่จะพาแม่มารักษาดูตามหมอนัดทุกครั้ง แม่ชีจึงจับแขนคุณยายและพูดว่า เห็นไหม คุณยายกำลังทำบุญที่ยิ่งใหญ่ ให้ลูกหลานได้แสดงความกตัญญูรู้คุณปรนนิบัติแม่ยามเจ็บป่วย คุณยายควรมีความสุขที่ได้ให้ลูกหลานมีโอกาสได้ทำบุญกุศลอันยิ่งใหญ่ ไม่น่าเชื่อว่าจากคำพูดนี้จะทำให้ใบหน้าคุณยายคลายความกังวลลง และมีรอยยิ้มให้ลูกทั้งสอง เป็นภาพประทับใจที่ยังคงอยู่ในความทรงจำของผมอยู่เสมอ

ผมมักจะเล่าประสบการณ์ดี ๆ เช่นนี้ให้เจ้าหน้าที่ฟัง เช่นเมื่อตามแม่ชีคันสนีย์ไปเยี่ยมคนไข้ ผมจะเห็นภาษากายที่ท่านแสดงออกต่อคนไข้ ด้วยสายตาที่เปี่ยมไปด้วยความเมตตา ความปรารถนาดี และการสัมผัสที่อ่อนโยน แม้ในคนไข้ที่ไม่รู้สึกตัว หรือคำพูดที่กล่าวให้กำลังใจญาติผู้ดูแล พร้อมแววตาที่แสดงถึงความเห็นใจที่แสดงออกด้วยความจริงใจ เป็นการกระทำด้วยหัวใจที่ปราศจากการเสแสร้ง ทำให้ญาติ ๆ รู้สึกได้ถึงความปลอดภัยและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ดูแลคนไข้ด้วยความปรารถนาดี

ดังนั้น ทุกครั้งที่เราปฏิบัติต่อคนไข้ ต้องทำเสมือนว่าเป็นญาติพี่น้องของเราอยู่เสมอ ทำจนเป็นนิสัยเป็นวัฒนธรรมที่ดีงาม ซึ่งจะส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นให้คนรุ่นหลังที่มาใหม่ได้เห็น จะได้เข้าใจบริบทการทำงานในหน้าที่ของแพทย์ที่ดีในการดูแลคนไข้ด้วยหัวใจ ไม่ว่าโลกในยุคทุนนิยมจะเปลี่ยนไปอย่างไร ความเป็นแพทย์ต้องไม่เปลี่ยนแปลง

ผมขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุก ๆ ระดับทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ยังคงรักษาสິงที่ดีงามนี้ให้สืบเนื่องต่อกันต่อไป

“ขอมุนท์ที่มันดนตรี”



Gynecologic Cancers in Pregnancy

โดย... อ.นพ.วรสพนธ์ เขาวะพานิช

ในนามของ คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยาวิเทศ

แม่รู้ใจ

เป็นคำที่ผู้ป่วยทุกคนคงไม่อยากได้ยินจากแพทย์ ซ้ำร้ายหากมะเร็งเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ยิ่งมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นมาก มะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างตั้งครรภ์ พบได้ประมาณร้อยละ ๐.๐๕-๐.๑ หรือ ๑ ราย ต่อการตั้งครรภ์ ๑,๐๐๐-๒,๐๐๐ ราย^(๑) โดยพบมากที่สุดคือ มะเร็งเต้านม^(๒) ร้อยละ ๑๖.๒ รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ ๑๓.๕) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ร้อยละ ๑๒.๑) มะเร็งต่อมไทรอยด์ (ร้อยละ ๑๐.๖) และมะเร็งรังไข่ (ร้อยละ ๑๐.๕) เมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี มะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ ๑ คือ มะเร็งปากมดลูก ประมาณร้อยละ ๗๐ ส่วนมะเร็งรังไข่พบเพียงร้อยละ ๒๓ และมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีอื่น ๆ อีกร้อยละ ๗

การวินิจฉัยมะเร็งในระหว่างตั้งครรภ์ มักมีข้อจำกัดต่าง ๆ ทั้งในด้านมารดาและทารก นอกจากจะมีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยและทารกแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ สูตินรีแพทย์ด้านมะเร็ง สูตินรีแพทย์ด้านมารดาและทารกในครรภ์ กุมารแพทย์ด้านทารกแรกเกิด แพทย์รังสีรักษา และอายุรแพทย์ด้านมะเร็ง

การดูแลรักษามะเร็งทางนรีเวชที่พบในสตรีตั้งครรภ์นั้น มีหลักในการดูแลรักษาเช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่พบในสตรีตั้งครรภ์ มีข้อที่ควรพิจารณา ๓ ด้าน (ตารางที่ ๑) ได้แก่

- ๑) **ด้านโรคแม่:** ต้องคำนึงถึงชนิดของการรักษา ผลกระทบของการรักษาต่อผู้ป่วย ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษา นั้น ๆ การติดตามผลการรักษา รวมถึงพิจารณาการรักษาแบบอนุรักษ์ภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility-sparing therapy)
- ๒) **ด้านสูติศาสตร์:** ควรประเมินผลกระทบของการรักษาต่อทารกในครรภ์ การประเมินสุขภาพทารกระหว่างการฝากครรภ์ ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องมีการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เช่น การตรวจน้ำคร่ำ หรือ การเจาะเลือดจากสายสะดือทารก เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป สูติแพทย์มีหน้าที่พิจารณาระยะเวลาที่เหมาะสมในการคลอดและช่องทางการคลอด รวมถึงพิจารณาให้ corticosteroid หากต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงผลกระทบของการรักษา ที่อาจมีต่อทารกแรกเกิด หรือส่งผลในระยะยาวด้วย
- ๓) **ด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและกฎหมาย** หากการตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อโรคแม่ หรือทำให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ หรือโรคแม่ส่งผลเสียต่อมารดาและทารก การยุติการตั้งครรภ์อาจจะเป็นทางเลือกที่จำเป็น สิ่งสำคัญที่ใช้ประกอบการพิจารณา คือ อายุครรภ์ โอกาสการอยู่รอดของทารกเมื่อยุติการตั้งครรภ์ การดำเนินโรคของมารดา

ตารางที่ ๑ ข้อพิจารณาในการดูแลรักษา: เร็งในสตรีตั้งครรภ์^(๓)

Oncological aspect	Obstetric aspect	Ethical and Psychosocial aspect
Treatment modalities	Fetal effects of treatment	Termination of pregnancy Fetal
Timing of treatment	Antepartum fetal surveillance	viability Maternal risk Beneficene
Maternal effect of treatment	and prenatal diagnosis	Autonomy Maternal overall
Maternal surveillance	Corticosteroid administration	prognosis
Fertility-sparing therapy	Timing of delivery Route of delivery	
	Neonatal effects of treatment	
	Long-term effects of treatment	

ดัดแปลงจาก Phillip J Di Saia, William T Creasman. *Clinical Gynecologic Oncology*, Chapter 15 Cancer in Pregnancy. 2012; P208.

การดูแลรักษาตามะเร็ง

การดูแลรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวช ที่พบในสตรีตั้งครรภ์นั้น ต่างกับการดูแลรักษาในสตรีปกติ การทำหัตถการ การตรวจ หรือการรักษาใด ๆ ย่อมมีโอกาสส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ด้วย สุขภาพทารกในครรภ์จึงเป็นสิ่งที่พึงระลึกไว้เสมอ ดังนั้น การดูแลรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชที่พบในสตรีตั้งครรภ์ จึงพิเศษกว่าปกติซึ่งมีแนวทางการดูแล ๓ ส่วน^(๔) ได้แก่ Psychological support, Staging examination และ Treatments

๑. Psychological support

การวินิจฉัยโรคมะเร็งในสตรีตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งผู้ป่วยเองและญาติ รวมถึงความลำบากของแพทย์ในการวางแผนแนวทางการรักษา ดังนั้นการดูแลสภาพจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม แม้การศึกษาในอดีตจะมีระเบียบวิธีการวิจัยที่ไม่สมบูรณ์ แต่ก็แสดงถึงความสำคัญของการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งดังกล่าว

๒. Staging examination

Imaging

การตรวจต่าง ๆ เพื่อกำหนดระยะโรค ทำเช่นเดียวกับสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และช่วยกำหนดการรักษาที่เหมาะสมสำหรับมารดา รวมถึงป้องกันอันตรายต่อทารกมากที่สุด ดังนั้นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จึงเหมาะสมที่สุด

การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ไม่มีผลต่อทารกในทุก ๆ ไตรมาส^(๕) มีประโยชน์ในมะเร็งปากมดลูก ช่วยประเมินขนาดก้อนใน ๓ มิติ stromal invasion, vaginal and parametrial invasion และการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ส่วนการฉีดสาร gadolinium ซึ่งจัดเป็น category C ผ่านรกได้ และไม่ทราบ half life ในทารก การฉีดสารนี้ไม่มีประโยชน์ในการวินิจฉัย adnexal mass ต่าง ๆ นอกจากนี้การประเมิน parametrial invasion สามารถทำได้แม้ไม่ต้องฉีดสาร gadolinium

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์จากการได้รับรังสี ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และปริมาณรังสีที่ได้รับ ซึ่งการถ่ายภาพรังสีแต่ละอวัยวะ จะให้ปริมาณรังสีไม่เท่ากัน^(๒) (ตารางที่ ๒) จากการหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน พบว่าการถ่ายภาพรังสี หากได้รับรังสีขนาดน้อยกว่า 50 mGy (5 rad) ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อ fetal malformation, growth restriction, abortion ในทุกอายุครรภ์^(๓) (ตารางที่ ๓) แต่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ severe mental retardation หากได้รับรังสีมากกว่า 100 mGy (10 rad) โดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์ ๑๐-๑๗ สัปดาห์ เมื่ออายุครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่ ๓ ทารกอาจไม่ได้รับผลกระทบจากการถ่ายภาพรังสี แม้ปริมาณรังสีจะมากขึ้นก็ตาม

ตารางที่ ๒ ปริมาณรังสีจากการถ่ายภาพรังสีชนิดต่าง ๆ^(๒)

ชนิดการถ่ายภาพรังสี	ปริมาณรังสีต่ออวัยวะ (mGy)
ปริมาณรังสีระดับน้อยมาก (< 0.1 mGy)	
ภาพถ่ายรังสีกระดูกสันหลังส่วนคอ (AP and lateral views)	< ๐.๐๐๑
ภาพถ่ายรังสีแขนและขา	< ๐.๐๐๑
Mammography (two views)	๐.๐๐๑ - ๐.๐๑
ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (two views)	๐.๐๐๐๕ - ๐.๐๑
ปริมาณรังสีระดับน้อยถึงปานกลาง (0.1-10 mGy)	
ภาพถ่ายรังสีช่องท้อง	๐.๐๑ - ๓
ภาพถ่ายรังสีกระดูกสันหลังส่วนเอว	๑ - ๑๐
Intravenous pyelography (IVP)	๕ - ๑๐
Double-contrast barium enema	๑ - ๒
CT ส่วนศีรษะและคอ	๑ - ๑๐
CT ทรวงอก หรือ CT pulmonary angiography	๐.๐๑ - ๐.๖๖
CT อู้งเชิงกรานแบบจำกัด (Single axial section)	< ๑
Low-dose perfusion scintigraphy	๐.๑ - ๐.๕
Technetium-99 m bone scintigraphy	๕ - ๕
Pulmonary digital subtraction angiography	๐.๕
ปริมาณรังสีระดับสูง (10 - 50 mGy)	
CT ช่องท้อง	๑.๓ - ๓๕
CT อู้งเชิงกราน	๑๐ - ๕๐
PET/CT whole-body scintigraphy	๑๐ - ๕๐

ดัดแปลงจาก Tremblay E et al. Quality initiatives: guidelines for use of medical imaging during pregnancy and lactation. Radiographics. 2012

ตารางที่ ๓ ผลกระทบของรังสีในปริมาณต่างๆ ต่อทารกในแต่ละอายุครรภ์^(๗)

Menstrual or conceptional age	Conceptional age	Imaging radiation (Revised 2013) < 50 mGy	Imaging radiation (Revised 2013) 50 - 100 mGy	Imaging radiation (Revised 2013) > 100 mGy
women with age				
สัปดาห์ที่ ๐-๒	ก่อนปฏิสนธิ	ไม่มีผล	ไม่มีผล	ไม่มีผล
สัปดาห์ที่ ๓-๔	สัปดาห์ที่ ๑-๒	ไม่มีผล	อาจจะไม่มีผล	มีโอกาสดังกล่าว
สัปดาห์ที่ ๕-๑๐	สัปดาห์ที่ ๓-๘	ไม่มีผล	ผลกระทบไม่ชัดเจน และยังไม่มีรายงานทาง คลินิก	อาจเกิดความผิดปกติของ ทารก (Malformation) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อปริมาณรังสีมากขึ้น
สัปดาห์ที่ ๑๑-๑๗	สัปดาห์ที่ ๙-๑๕	ไม่มีผล	ผลกระทบไม่ชัดเจน และ ยังไม่มีรายงานทางคลินิก	IQ ต่ำ หรือ Mental retardation และมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น เมื่อปริมาณรังสีมากขึ้น
สัปดาห์ที่ ๑๘-๒๗	สัปดาห์ที่ ๑๖-๒๕	ไม่มีผล	ไม่มีผล	ไม่พบ IQ ลดลงเมื่อได้รับ ปริมาณรังสีในขนาดวินิจฉัย
> ๒๗ สัปดาห์	> ๒๗ สัปดาห์	ไม่มีผล	ไม่มีผล	ไม่สามารถบอกได้ชัดเจน

Tumor markers

ในสตรีปกติ การใช้ tumor markers อาจช่วยในการวินิจฉัยในมะเร็งบางชนิด หรือช่วยในการติดตามผลการรักษาของมะเร็งนั้น ๆ แต่สภาวะตั้งครรภ์ค่า tumor marker หลายชนิดสูงขึ้นได้ เช่น hCG, alpha-fetoprotein, CA 15-3, SCC antigen, CA 125 เป็นต้น ร้อยละ ๓๕ ของสตรีตั้งครรภ์ปกติสามารถพบระดับ CA 125 สูงขึ้นเกินค่าปกติได้ และอาจสูงที่สุดในช่วงไตรมาสแรก (อาจสูงได้ถึง 550 U/ml)

ส่วน tumor markers ที่ไม่สูงขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ inhibin A, antimullerian hormone, HE4 และ LDH ซึ่งอาจช่วยในการวินิจฉัยและติดตามการรักษามะเร็งบางชนิดได้

๓. Treatments

การวางแผนแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในสตรีตั้งครรภ์ ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ในขณะที่ได้รับการวินิจฉัย และความเร่งด่วนของการรักษานั้น ๆ^(๗) หรือมะเร็งนั้นสามารถเลื่อนการรักษาไปได้โดยไม่มีผลต่อการดำเนินโรค (แผนภาพที่ ๑) ถ้าได้รับการวินิจฉัยในไตรมาสแรก และจำเป็นต้องรีบให้การรักษา อาจต้องพิจารณายุติการตั้งครรภ์ แต่หากสามารถเลื่อนการรักษาได้ โดยต้องติดตามการดำเนินโรคอย่างใกล้ชิด

ในไตรมาสที่ ๒ แม้จะผ่านช่วง organogenesis แต่อวัยวะต่างๆยังไม่สมบูรณ์พร้อม เมื่อจำเป็นต้องให้การรักษา อาจพิจารณาการให้ยาเคมีบำบัดโดยหลีกเลี่ยงกลุ่ม Antimetabolites หรือการฉายรังสีร่วมกับใส่เสื้อกันรังสีบริเวณท้อง (หากเป็นมะเร็งส่วนอื่น ๆ นอกกระเพาะปัสสาวะหรือช่องท้อง) และติดตามการดำเนินโรค การเจริญเติบโตของทารกจนกระทั่งคลอดสมบูรณ์จึงพิจารณาให้คลอด ถ้าการรักษานั้น ๆ สามารถเลื่อนออกไปได้ หรือได้รับการวินิจฉัยในไตรมาสที่ ๓ อาจพิจารณาการให้ปอดของทารกทำงานสมบูรณ์ในช่วงอายุครรภ์ ๓๒-๓๔ สัปดาห์ หรือให้คอร์ติโคสเตียรอยด์

(Corticosteroid) เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารก แล้วยุติการตั้งครรภ์ก่อนให้การรักษามะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา หรือการผ่าตัด

แผนภาพที่ ๑ แนวทางทั่วไปในการพิจารณาให้การรักษามะเร็งที่รพพบในแต่ละไตรมาส



ดัดแปลงจาก Jonathan S Berek, Neville F Hacker. Berek and Hacker Gynecologic Oncology, Chapter 17 Cancer in Pregnancy, 2015.

๓.๑ Surgery

Anesthesia

การดมยาสลบในสตรีตั้งครรภ์ มีความปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกหลังการดมยาสลบมักเกิดจากมารดามีภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) อ็อกซิเจนต่ำ (Hypoxia) การเปลี่ยนแปลงการสังเคราะห์กลูโคส (Glucose metabolism) และอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) มากกว่าเกิดจากการใช้ยาดมสลบ^(๔)

Operation

จากรายงานของ Cohen-Kerem และคณะ^(๕) รวบรวมการศึกษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดระหว่างตั้งครรภ์ ๑๒,๔๕๒ ราย พบอัตราการแท้งร้อยละ ๕.๘ ตลอดการตั้งครรภ์ แต่พบมากขึ้น ๒ เท่า (ร้อยละ ๑๐.๕) เมื่อมีการผ่าตัดในไตรมาสแรก นอกจากนี้ยังพบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ ๓.๕ แต่มักพบในรายที่ผ่าตัด

ในไตรมาสที่ ๓ และมี peritonitis เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เป็นต้น ส่วนความพิการแต่กำเนิดของทารก (Major birth defects) พบร้อยละ ๒ ตลอดการตั้งครรภ์ และพบได้ร้อยละ ๓.๙ ในไตรมาสแรก ซึ่งอัตราความพิการแต่กำเนิดนี้ใกล้เคียงกับในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) ในสตรีตั้งครรภ์ สามารถทำได้อย่างปลอดภัย ในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า ๒๖-๒๘ สัปดาห์ ซึ่งก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) หรือคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) จากการ coagulation ไม่เป็นอันตรายต่อทารก ๑๐-๑๒ นอกจากนี้ควรทำโดยอาศัยผู้ที่มีประสบการณ์ ใช้ความดันในช่องท้อง ๑๐ มม.ปรอท ใช้เวลาผ่าตัดไม่ควรเกิน ๒๕-๔๐ นาที และในวิธี open technique ในการใส่ trocar

สภาวะร่างกายของมารดาที่อยู่ในระหว่างผ่าตัด จะเป็นเครื่องยืนยันถึงสุขภาพที่ดีของทารก (Fetal well-being)^(๔) ดังนั้น ข้อพึงระวังในมารดาขณะผ่าตัด ได้แก่ การป้องกันภาวะสำลัก (Aspiration) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercapnia) และการไหลเวียนเลือดลดลงต่ำลง ซึ่งอาจเกิดจากการเสียเลือดปริมาณมากจากการผ่าตัด หรือการผ่าตัดผ่านกล้องที่ใช้ความดันในช่องท้องสูง จะทำให้การไหลเวียนเลือดของมารดาลดต่ำ ส่งผลให้ปริมาณเลือดและออกซิเจนที่ไปสู่ทารกน้อยลง หากเป็นการผ่าตัดนอกบริเวณช่องท้อง สามารถประเมินภาวะขาดออกซิเจนในทารก (Fetal hypoxia) ได้โดยติดเครื่อง Cardiotocography นอกจากนี้สิ่งที่ต้องระวังในการผ่าตัดในบริเวณช่องท้อง คือ ขนาดของมดลูกยิ่งอายุครรภ์มากขึ้น โอกาสเกิดอันตรายต่อมดลูกจะมากขึ้นด้วย

Postoperative care

การประเมินสุขภาพทารกจำเป็นที่ต้องทำหลังผ่าตัดโดยการติดเครื่อง Cardiotocography หรือการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) ส่วนการดูแลหลังผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์นั้นมีความคล้ายคลึงกับการดูแลในการผ่าตัดทั่วไป แต่มีข้อพึงระวังเรื่องการหดตัวของมดลูก ซึ่งอาจถูกกระตุ้นความเจ็บปวดหรืออาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ดังนั้น จึงต้องให้ยาแก้ปวดและยาลดการคลื่นไส้อาเจียนที่เพียงพอ (ตารางที่ ๔) แต่การให้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ในช่วงไตรมาสที่ ๓ อาจสัมพันธ์กับการปิดของ Ductus arteriosus และโอกาสเกิดความดันปอดสูง (Pulmonary hypertension) ในทารกได้ถึงร้อยละ ๕๐-๘๐^(๑๓) นอกจากนี้อาจพิจารณาให้ยาป้องกันการหดตัวของมดลูกหากการผ่าตัดนั้น ๆ มีการรบกวนมดลูก

ในสตรีตั้งครรภ์พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ ๐.๕-๒ ต่อ ๑,๐๐๐ การตั้งครรภ์ ซึ่งมีโอกาสเกิดได้ทั้ง Deep vein thrombosis (DVT) และ Pulmonary embolism (PE) โดยพบการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันมากกว่าสตรีทั่วไป ๒-๕ เท่า^(๑๔) นอกจากนี้การขยับตัวหลังผ่าตัดอาจมีข้อจำกัด ทำให้เพิ่มความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดอุดตันมากขึ้น ดังนั้น จึงควรพิจารณาให้ยาป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันตามข้อบ่งชี้

ตารางที่ ๔ ความปลอดภัยของยาที่ให้หลังผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์

Drugs Pregnancy	category	Safety4
Pain medication		
● Paracetamol	B	Max 4 g/day
● NSAIDs	C	ระวังการให้ในช่วง 3 rd trimester อาจสัมพันธ์กับ Premature closure of ductus arteriosus และ Pulmonary hypertension ผ่านน้ำนมได้น้อย สามารถผ่านรกและน้ำนมได้
● Tramadol	C	
● Pethidine	B	
	D (Prolonged use/high doses at term)	หลีกเลี่ยงการใช้เป็นระยะเวลานาน และปริมาณมากในช่วงครบกำหนด ระวังการให้ยาในช่วงให้นมบุตร
● Morphine	C	
	D (Prolonged use/high doses at term)	สามารถผ่านรกได้รวดเร็ว และผ่านน้ำนมได้ การใช้เป็นระยะเวลานาน อาจเกิดการหายใจ ทารก
Antiemetics		
● Metoclopramide	B	–
● Domperidone	C	มีรายงานการเกิด Serious ventricular arrhythmia, sudden cardiac death, torsade de pointes, anaphylaxis, angioedema
● 5-HT antagonists	B	–
● NK1 antagonists	B	มีรายงานการเกิด Hypersensitivity reactions เช่น Stevens–Johnson syndrome, anaphylaxis, angioedema

๓.๒๓ Chemotherapy

การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ แบ่งได้เป็น ๓ ช่วง^(๒) ได้แก่ Implantation period, Embryonic period และ Fetal period ซึ่งพัฒนาการแต่ละช่วงได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดแตกต่างกัน

- Implantation period เป็นระยะ ๒ สัปดาห์แรกหลังมีการตกไข่ เริ่มตั้งแต่การปฏิสนธิ การสร้าง Blastocyst จนกระทั่งเกิดการฝังตัวและสร้าง Chorionic villi อันตรายต่อระยะนี้ใช้หลัก “All or none” หมายถึง อันตรายที่เกิดกับตัวอ่อนอาจทำให้เกิดการแท้ง หรือไม่เกิดอันตรายใด ๆ เลยก็ได้ ทั้งนี้ ขึ้นกับจำนวนเซลล์ที่ถูกทำลายจากยาเคมีบำบัด^(๔)

- Embryonic period เริ่มต้นหลังสัปดาห์ที่ ๒ ถึง ๘ หลังมีการตกไข่ เป็นช่วงที่ตัวอ่อนสร้างอวัยวะต่าง ๆ (Organogenesis) ซึ่งทำให้ช่วงนี้ตัวอ่อนจะได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดมากที่สุด^(๖) ดังนั้นการให้ยาเคมีบำบัดจึงเป็นข้อห้ามในช่วงนี้
- Fetal period เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๘ หลังมีการตกไข่ จนถึงครบกำหนดคลอด แม้การสร้างอวัยวะต่าง ๆ จะเสร็จสิ้นแล้ว แต่ระยะนี้ทารกในครรภ์จะมีการเจริญเติบโต บางอวัยวะหรือระบบอาจยังไม่สมบูรณ์ จึงมีโอกาสได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัด เช่น ตา ระบบสืบพันธุ์ ระบบการสร้างเม็ดเลือด ระบบประสาท เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันพบว่าการให้ยาเคมีบำบัดหลังไตรมาสแรก ไม่เพิ่มอัตราการทารกเกิดผิดปกติมากกว่าในประชากรทั่วไป^(๔) จึงแนะนำการให้ยาเคมีบำบัดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๑๔ สัปดาห์ หรือในช่วงไตรมาสที่ ๒-๓ จะมีความปลอดภัยมากกว่า^(๔) แม้จะมีรายงานการเกิดทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction) และการกดการสร้างเลือดจากไขกระดูกชั่วคราว (Transient myelosuppression)

อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาเคมีบำบัดในช่วง ๓ สัปดาห์สุดท้ายก่อนการผ่าตัดหรือการคลอด เนื่องจากอาจเกิดการกดการสร้างเม็ดเลือดและ/หรือเกร็ดเลือด ทั้งในมารดาและทารกได้

๓.๓ Radiotherapy

ปริมาณรังสีที่จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ขึ้นอยู่กับขนาดของรังสีรักษา ตำแหน่งและความกว้างของบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี^(๖) เช่น บริเวณศีรษะ ลำคอ หรือ สมอง จะส่งผลกระทบต่อทารกน้อยกว่าการฉายรังสีบริเวณช่องอกหรือช่องท้อง นอกจากนี้การใช้วัสดุป้องกันรังสีบริเวณช่องท้อง (Abdominal shielding) จะช่วยลดปริมาณรังสีต่อทารกได้

ในระยะ Implantation period ใช้หลัก All or none เช่นเดียวกับการได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนการเกิดทารกผิดปกติ (Fetal malformation) มักเกิดจากการได้รับรังสีในระยะ Organogenesis หรือได้รับปริมาณรังสีมากกว่า ๑๐๐-๒๐๐ mGy^(๖) อย่างไรก็ตามหากได้รับรังสีในระยะ Organogenesis จนถึง ๒๕ สัปดาห์จะส่งผลต่อพัฒนาการของระบบประสาทส่วนกลาง มีโอกาสเกิดสติปัญญาด้อย (Mental retardation) นอกจากนี้ปริมาณรังสีในระดับรักษาอาจส่งผลให้เกิดทารกศีรษะเล็ก (Microcephaly) ตาเล็ก (Microphthalmia) ต้อกระจก (Cataract) ความผิดปกติของกระดูก และถึงขั้นทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้

ในส่วนของมะเร็งนรีเวช โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม การรักษามาตรฐานคงไม่อาจหลีกเลี่ยงการฉายรังสีรักษาได้ ซึ่งการฉายรังสีบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน เป็นข้อห้ามในสตรีตั้งครรภ์^(๔) เนื่องจากส่งผลให้เกิดการแท้งในไตรมาสแรก และทารกเสียชีวิตในครรภ์ในไตรมาสที่ ๒ การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อเลื่อนการฉายรังสีรักษาหลังคลอดเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถทำได้ ทั้งนี้ขึ้นกับอายุครรภ์ที่ตรวจพบ ความต้องการตั้งครรภ์ ระยะและความรุนแรงของโรคมะเร็ง ซึ่งต้องให้ข้อมูลเหล่านี้แก่ผู้ป่วย สามีและญาติ เพื่อร่วมกันตัดสินใจวางแผนแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

ประเมินก่อนเริ่มการรักษา (Pretreatment evaluation)

โรคมะเร็งและการรักษามะเร็ง อาจมีผลกระทบจากต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการตั้งครรภ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป เช่น complete blood count, blood chemistry เป็นต้น จึงมีความสำคัญในการประเมินสภาพร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการตรวจพิเศษบางอย่างสำหรับการรักษาที่จำเพาะด้านมะเร็งนรีเวช^(๔) ได้แก่

- การตรวจการทำงานของไต (Renal function test) ระบบประสาท และการได้ยิน ในกรณีที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม platinum เช่น cisplatin, carboplatin เป็นต้น
- การตรวจการทำงานของหัวใจ เช่น electrocardiogram (ECG), echocardiogram, Holter monitoring เป็นต้น ในกรณีที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม anthracycline เช่น doxorubicin หรือการฉายรังสีบริเวณทรวงอก
- การตรวจการทำงานของปอด (Pulmonary function testing) ในกรณีที่ต้องได้รับยา Bleomycin หรือการฉายรังสีบริเวณทรวงอก

การดูแลด้านสูติศาสตร์

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง จำเป็นต้องได้รับการดูแลเช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงอื่น ๆ ดังนั้น สูตินรีแพทย์ด้านมารดาและทารกในครรภ์ จึงมีความสำคัญในการประเมินการเจริญเติบโตของทารก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยมะเร็ง นอกจากนี้กุมารแพทย์ด้านทารกแรกเกิดควรมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลทารกหลังคลอด รวมถึงเตรียมพร้อมสำหรับทารกที่อาจคลอดก่อนกำหนดได้

อายุครรภ์ที่ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งในขณะตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนแนวทางการรักษาให้เหมาะสมในแต่ละอายุครรภ์นั้น ๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อกำหนดอายุครรภ์ที่แน่นอน นอกจากนี้ยังต้องตรวจหาความผิดปกติของทารก (Fetal anomalies) ด้วยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรือการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis) ตามข้อบ่งชี้ โดยอาจพิจารณา noninvasive test ก่อน อย่างไรก็ตามหากจำเป็นต้องทำ invasive test ควรทำหัตถการหลีกเลี่ยงตำแหน่งของมะเร็งทางนรีเวชชนิดนั้น ๆ โดยทางผ่านทางช่องคลอดหรือทางหน้าท้อง ตามความเหมาะสม^(๔)

การวางแผนการคลอด ควรมีการปรึกษาระหว่างสูตินรีแพทย์ด้านมะเร็ง สูตินรีแพทย์ด้านมารดาและทารกในครรภ์ และกุมารแพทย์ด้านทารกแรกเกิด ซึ่งอายุครรภ์ที่เหมาะสม คือ ๓๕-๓๗ สัปดาห์^(๔) แต่หากการดำเนินโรคแย่ลงหรือมีข้อบ่งชี้อื่นที่จำเป็นต้องคลอดก่อนกำหนด ควรขอให้การทำงานของปอดทารกสมบูรณ์หรือให้ Corticosteroid ก่อนการคลอด นอกจากนี้การให้คลอดควรทาหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย ๓ สัปดาห์ เนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดและ/หรือเกร็ดเลือดทั้งในมารดาและทารกจะลดลงหลังได้รับยาเคมีบำบัดภายใน ๓ สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อหรือภาวะตกเลือดในมารดา ภาวะเลือดหยุดยากหรือการติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้ ส่วนวิธีคลอดแนะนำการคลอดทางช่องคลอด (Vaginal delivery) พิจารณาผ่าตัดคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องคลอด และมะเร็งปากช่องคลอด ไม่แนะนำการคลอดทางช่องคลอดเนื่องจาก

- (๑) มะเร็งขวางช่องทางคลอด
- (๒) เพิ่มโอกาสการแพร่กระจายผ่านระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง (Lymphovascular dissemination) และบริเวณแผลฝีเย็บ (Episiotomy site metastasis)
- (๓) เพิ่มโอกาสการฉีกขาดช่องทางคลอด และเสียเลือดปริมาณมาก
- (๔) เพิ่มโอกาสติดเชื้อ

การดูแลระยะหลังคลอด

การรักษา มะเร็งควรเริ่มต้นที่หากคลอดทางช่องคลอด หรือภายใน ๑ สัปดาห์หากผ่าตัดคลอด นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการดูแลระยะหลังคลอด นอกเหนือจากการรักษาโรคมะเร็งแล้ว ได้แก่ การตรวจรก การตรวจประเมินทารกแรกเกิด และการให้นมบุตร

๑. การตรวจรก

มีรายงานตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งนิวโรซไปยังรกในสตรีหลังคลอด(๔) ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องคลอดชนิด Angioblastic sarcoma และมะเร็งปากช่องคลอดชนิด Melanoma ดังนั้น ควรส่งรกเพื่อตรวจโดยพยาธิแพทย์ หากพบการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังรก อาจพิจารณาตรวจติดตามทารก เฝ้าระวังการเกิดมะเร็งในอนาคต

๒. การตรวจประเมินการรกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดทุกราย ควรได้รับการตรวจโดยกุมารแพทย์ด้านทารกแรกเกิด เพื่อหาความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด (Congenital malformation) และโอกาสการเกิดโรคอื่น ๆ ที่เป็นไปได้ การชั่งน้ำหนัก วัดความยาวลำตัวและรอบศีรษะ ใช้ในการประเมินการเจริญเติบโตของทารก

๔. การให้นมบุตร (Breast feeding)

การให้นมบุตรเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยและญาติแพทย์มักกังวล เนื่องจากความเชื่อที่ว่ายาเคมีบำบัดอาจผ่านน้ำนมเข้าสู่ทารกได้ อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงในการให้นมบุตรขึ้นอยู่กับ(๑๗)

๑. ยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดซึ่งมีเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ที่แตกต่างกัน และยาที่ทารกได้รับผ่านทางน้ำนมมีระดับน้อยกว่ายาที่ผ่านจากรก
๒. ผู้ป่วยมีโอกาสเว้นระยะการให้นมบุตรได้หากมีความเสี่ยงสูง
๓. ระยะเวลาระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดแต่ละรอบ เพียงพอให้ผู้ป่วยเตรียมน้ำนมให้เพียงพอในช่วงที่จะได้รับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไป

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการขับยาเคมีบำบัดผ่านทางน้ำนมและผลต่อทารก ในปัจจุบันมีข้อขัดแย้งจำกัด ส่วนใหญ่มักเป็นรายงานผู้ป่วย (Case report) พบว่ายาเคมีบำบัดที่มีการใช้ในทางมะเร็งนิวโรซ ได้แก่ cisplatin, carboplatin, paclitaxel, cyclophosphamide, doxorubin, methotrexate มีรายงานระดับยาเคมีบำบัดในน้ำนม จึงไม่แนะนำการให้นมบุตรหากได้รับยาเคมีบำบัดดังกล่าว^(๑๗-๒๐) (ตารางที่ ๕) ในทางตรงข้ามหลังได้รับยา etoposide ภายใน ๒๔ ชม. ตรวจพบระดับยาในน้ำนม หลังจากนั้นระดับยาจะลดลงอย่างรวดเร็ว ส่วน 5-fluorouracil (5-FU) ตรวจไม่พบระดับยาในน้ำนมทั้งช่วงระหว่างและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นยา etoposide และ 5-FU^(๑๘) จึงเป็นยาเคมีบำบัดที่อาจจะให้ได้ในระหว่างให้นมบุตร

ตารางที่ ๕ ข้อแนะนำและการศึกษายาเคมีบำบัดที่มีใช้ทางมะเร็งนิวโรซ ในระหว่างให้นมบุตร

ยาเคมีบำบัด	รายงานการศึกษาในสตรีที่ให้นมบุตร	ข้อแนะนำ ๑๗,๑๘
Cisplatin ^(๑๗, ๑๘)	หลายการศึกษาขัดแย้งทั้งในกลุ่มที่ได้รับยาขนาดสูงและขนาดต่ำ	ไม่แนะนำในขณะที่ให้นมบุตร
Carboplatin ^(๑๘)	พบระดับยาในน้ำนมเป็นร้อยละ ๒ ของปริมาณยาที่ได้รับ และยังสามารถตรวจพบระดับได้แม้ผ่านไป ๓๑๖ ชม.	ไม่แนะนำในขณะที่ให้นมบุตร
Paclitaxel ^(๑๘)	พบระดับยาในน้ำนมเป็นร้อยละ ๑๗ ของปริมาณยาที่ได้รับ แต่ถูกขับออกก่อน ๓๑๖ ชม.	ไม่แนะนำในขณะที่ให้นมบุตร

Cyclophosphamide ^(๑๗)	ไม่มีการศึกษาวัตรระดับยาในน้ำนม มีรายงานพบทารกมีภาวะเม็ดเลือดขาว ชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) และเกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)	ไม่แนะนำในขณะให้นมบุตร
Doxorubicin ^(๒๐)	มารดาที่ได้รับยา doxorubicin 70 mg/m ² พบระดับยาในน้ำนม 128 mg/L	ไม่แนะนำในขณะให้นมบุตร
Methotrexate ^(๑๗, ๑๘)	พบระดับยาในน้ำนม และยาถูกขับได้ช้า ขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ได้รับ	ไม่แนะนำในขณะให้นมบุตร อาจทำให้เกิดการอักเสบในทางเดิน อาหารของทารกได้
Etoposide ^(๑๘)	พบระดับยาในน้ำนมขึ้นสูงสุด 800 mg/L และลดลงจนวัตรระดับไม่ได้ภายใน ๒๔ ชม.	หลังรับยาอย่างน้อย ๗๒ ชม. สามารถให้นมบุตรได้
5-fluorouracil (5-FU) ^(๑๘)	ไม่พบระดับยาในน้ำนม ทั้งระหว่าง และหลังได้รับยา 5-FU	สามารถให้นมบุตรได้

การรักษาโรคมะเร็งในระหว่างตั้งครรภ์ ควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพทารก โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดา ในทางตรงข้ามการรักษาโรคมะเร็งต้องไม่ส่งผลกระทบต่อทารกเช่นกัน ดังนั้นการวางแผนทางการดูแลรักษาจึงมีความจำเพาะในแต่ละบุคคล และต้องอาศัยความร่วมมือของทีมแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ ส่วนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชในระหว่างตั้งครรภ์ มีความแตกต่างกับผู้ป่วยมะเร็งในระบบอื่นเล็กน้อย ได้แก่ (๑) การผ่าตัดหรือการฉายรังสีรักษาโรคมะเร็งนรีเวช กระทำโดยตรงต่ออวัยวะในระบบสืบพันธุ์สตรี ต่างจากมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ซึ่งห่างจากบริเวณช่องท้อง (๒) การวางแผนการคลอด เนื่องจากมะเร็งนรีเวชบางชนิดอาจขวางช่องทางคลอด เช่น มะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งปากช่องคลอด เป็นต้น นอกจากนี้โรคมะเร็งไม่ได้มีผลต่อร่างกายของผู้ป่วยและทารกเท่านั้น ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ดังนั้นจึงต้องรักษาแบบองค์รวมเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. Jonathan S Berek, Neville F Hacker. Berek and Hacker Gynecologic Oncology, Chapter 17 Cancer in Pregnancy, 2015.
๒. Cunningham F Cary, Leveno J Kenneth, Bloom L Steven, Spong Y Catherine, Dashe S Jodi, Hoffman L Barbara et al. William Obstetrics 24th edition, 2014.
๓. Phillip J Di Saia, William T Creasman. Clinical Gynecologic Oncology, Chapter 15 Cancer in Pregnancy, 2012
๔. F Amant, Halaska M J, Fumagalli Monica, Steffensen Dahl Karina, LokChristianne, Calsteren Van Kristel et al. Gynecologic Cancers in Pregnancy Guidelines of a Second International Consensus Meeting. International Journal of Gynecological Cancer, 2014.

๕. Kanal E, Barkovich AJ, Bell C, et al. ACR guidance document for safe MR practices: 2007. *AJR Am J Roentgenol*, 2007.
๖. Tremblay E, Th?rasse E, Thomassin-Naggara I, Trop I. Quality initiatives: guidelines for use of medical imaging during pregnancy and lactation. *Radiographics*. 2012.
๗. The American College of Radiology. ACR[®]SPR practice parameter for imaging pregnant or potentially pregnant adolescents and women with ionizing radiation (Revised 2013)
๘. F Amant, K Van Clasteren, I Vergote, N Ottevanger. Gynecological oncology in pregnancy. *Belgian Journal of Medical Oncology*, 2008.
๙. Cohen-Kerem R, Railton C, Oren D, Lishner M, Koren G. Pregnancy outcome following nonobstetric surgical intervention. *Am J Surgery*, 2005.
๑๐. Rizzo A. Laparoscopic surgery in pregnancy: long-term follow-up. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*, 2003.
๑๑. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol*, 2003.
๑๒. Yuen P, Ng P, Leung P, Rogers M. Outcome in laparoscopic management of persistent adnexal mass during the second trimester of pregnancy. *Surg Endosc*, 2004.
๑๓. Koren G, Florescu A, Costei AM, Boskovic R, Moretti ME. Nonsteroidal antiinflammatory drugs during third trimester and the risk of premature closure of the ductus arteriosus: a metaanalysis. *Ann Pharmacother*, 2006.
๑๔. Chunalil SD, Bates SM. Venous thromboembolism in pregnancy: diagnosis, management and prevention. *Thromb Haemost*, 2009.
๑๕. Cardonick E, Lacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol*, 2004.
๑๖. Kal HB, Struikmans H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction. *Lancet Oncol*, 2005.
๑๗. Gideon Koren, Nathalie Carey, Robert Gagnon, Cynthia Maxwell, Irena Nulman, Vyta Senikas. Cancer Chemotherapy and Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, 2013.
๑๘. Barbara Pistilli, Giulia Bellettini, Elisa Giovannetti, Giovanni Codacci-Pisanelli, Hatem A. Azim Jr., Giovanni Benedetti et al. Chemotherapy, targeted agents, antiemetics and growth factors in human milk: How should we counsel cancer patients about breastfeeding?. *Cancer Treatment Reviews*, 2012.
๑๙. Griffin SJ, Milla M, Baker TE, Liu T, Wang H, Hale TW. Transfer of carboplatin and paclitaxel into breast milk. *J Hum Lact*. 2012.
๒๐. Egan PC, Costanza ME, Dodion P, Egorin MJ, Bachur NR. Doxorubicin and cisplatin excretion into human milk. *Cancer Treat Rep*, 1985.

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๒๓/๒๕๖๐

วันศุกร์ที่ ๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๑๔.๔๕ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้านภาคสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยนรีเวชกรรม

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๓๐ ปี อาชีพพนักงานของรัฐ ภูมิลำเนาจังหวัดพัทลุง ลิขสิทธิ์การรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Chief complaint : ปวดท้องด้านขวามากขึ้น ๑ วัน

Present illness : ๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งอยู่มีอาการปวดท้องทั่ว ๆ แต่ปวดมากที่สุดบริเวณขวาบน ปวดนานประมาณ ๑๕ นาที หลังจากนั้นหายไปเอง ไม่ได้ทานยาใด ๆ

๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนอนอยู่ มีอาการปวดท้องขวาบนแบบฉับพลัน จากนั้นปวดไปทั่ว ๆ ท้อง ลักษณะปวดเสียด ๆ ไม่มีช่วงที่หายปวดสนิท รู้สึกท้องอืดมากขึ้น คลำไม่ได้ก้อน ไม่มีไข้ อาการปวดไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล

Past history :

- ปฏิเสธโรคประจำตัว
- ปฏิเสธแพ้ยาและแพ้อาหาร
- ปฏิเสธโรคเมร็งในครอบครัว
- เคยเป็น Rt. Empyema thoracis ทำ Decortication 14/1/59
 - ผล pleural fluid culture for aerobes, TB and fungus: no growth
 - pleural cytology: inflammation

Ob-Gyn history :

- Menstrual cycle: Regular, Interval 28-30 days, Duration 7-8 days, Amount 2-3 pads/day
- Dysmenorrhea on the first 3 days
- LMP 05/01/60 [๒ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล]
- Nulliparous
- Contraception: Condom
- No history of STD
- Never has had PV and PAP smear done

Physical examination

- **V/S :** Temp 36.6 c, BP 106/ 70 mmHg, PR 100/min, RR 20/min
- BW 44 kg, Ht 155 cm, BMI 18.3 Kg/m²
- **HEENT:** mild pale, anicteric sclera
- **Heart and lung :** normal S1S2, no murmur, normal breath sound, no adventitious sound
- **Abdomen :** moderate distension, normoactive bowel sound, marked tender with localized guarding and rebound tenderness at RUQ, no mass, shifting dullness positive

- **PV :** NIUB: normal

Vagina : normal vaginal discharge

Cervix : no lesion, no cervical motion tenderness

Uterus and Adexa : difficult to evaluate due to ascites, mild tender at pelvic area

CDS : nodularity, no bulging

Investigation

- **Complete blood count**

WBC	(H) 15.83 [4.5-10.0×10 ³ /uL]
Hb	(L) 9.7 [12.0-16.0g/dL]
Hct	(L) 31.2 [37-47%]
RBC	(L) 3.52 [4.2-5.5×10 ⁶ /uL]
MCV	88.6 [83.0-97.0fL]
MCH	27.6 [27.0-33.0pg]
MCHC	31.1 [31.0-35.0g/dL]
PMN	(H) 90 [40-70 %]
Band	1 [0-5 %]
Eos	1 [1-6 %]
Lymp	(L) 3 [20-50 %]
Mono	4 [2-10 %]

- **Blood chemistry**

⊙ *BUN	9.9 [6.0-20.0 mg/d
⊙ *CREAT	(L) 0.49 [0.51-0.95 mg/
⊙ *Na+	(L) 135.8 [136.0-145.0 m
⊙ *K +	3.76 [3.40-4.50 mmol
⊙ *Cl -	98.0 [98.0-107.0 mm
⊙ *T-CO2	23.8 [22.0-29.0 mmol

- **Liver function test**

⊙ *D-Bili	0.17 [0.00-0.30 mg/
⊙ *T-Bili	0.47 [0.00-1.20 mg/
⊙ *SGOT	12 [<= 32 U/L]
⊙ *SGPT	6 [<= 33 U/L]
⊙ *ALP	69 [35-105 U/L]
⊙ *TP	7.4 [6.4-8.3 g/dl]
⊙ *ALB	3.7 [3.5-5.2 g/dl]
⊙ GLOB	3.7 [g/dl]
⊙ eGFR-EP	131 [ml/min/1.73m
⊙ eGFR-MD	158 [ml/min/1.73m

- **Urinary analysis:** normal
- **Urine pregnancy test:** negative
- **Transvaginal ultrasound :** normal uterus with polycystic ovaries, presence of free fluid

- Computed tomography whole abdomen
 - The liver shows no focal lesion.
 - The pancreas, spleen, both adrenal glands, uterus and urinary bladder are unremarkable.
 - A few bilateral renal cyst, about 0.3–0.5 cm, is seen.
 - Duodenojejunal junction bowel wall thickening, 0.6 cm
 - Enlarged both ovaries
 - Moderate amount of hemoperitoneum (40 HU) at perihepatic, subhepatic, perisplenic, interbowel loops, CDS, and along both paracolic gutters
 - Diffuse pleural thickening, about 0.4 cm thick, at right basal lung could be due to post infection/inflammation

Provisional diagnosis : ruptured corpus luteum cyst

Management :

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ● NPO | ● Record V/S q 1 hr |
| ● Observe abdominal sign | ● NSS IV drip rate 120 m/hr |
| ● Serial hematocrit q 4 hrs | ● Retained Foley catheter |
| ● Record urine output q 1 hr | |

หลังจากสังเกตอาการและติดตามเป็นเวลา ๑๒ ชั่วโมง พบว่ามีอาการปวดท้องมากขึ้นร่วมกับความเข้มข้นเลือดลดลงเหลือร้อยละ ๒๔ แพทย์ผู้ดูแลจึงตัดสินใจผ่าตัดฉุกเฉิน

Operative findings:

- Purpish skin discolorization at umbilicus, 1 cm in diameter
- Hemoperitoneum with fresh blood clot, total amount total amount 1,000 cc
- Large amount of blood clot lodge in pelvic cavity and abdominal organ [small bowel loop, colon, spleen, liver] up to diaphragm.
- Omental thickening with omental mass 3 x 3 cm.
- Some yellowish nodules scattered on diaphragm.
- Severe pelvic adhesion between pelvic side wall and pelvic organ and bowel
- Scattered endometriotic spots and blebs in pelvic cavity.
- Only uterine fundus was seen.
- Endometriotic blebs and spots covered uterine fundus.
- Could not clearly identify pelvic organs due to dense adhesion.
- Both ovaries were not seen.
- Obliterated CDS.
- No active bleeding point was seen
-

Operative procedure :

- Explore laparotomy with evacuation of hemoperitoneum with biopsy at peritoneum nodule, right hemidiaphragm and omentum with umbilical mass excision

Operative time 2 hours 50 minules/minutes?

EML 1,000 ml

Definite diagnosis :

- Severe Endometriosis with hemoperitoneum

Pathology and Cytology reports

- > Peritoneal fluid
 - = Negative for malignancy, presence of blood with many neutrophils
- > Soft tissue at “Umbilicus” , “Rt. Diaphragm” , “Omentum”
 - = Endometriosis
- > Peritoneum tissue
 - = Fibrin, blood clot



บทวิจารณ์โดย... พศ.ดร.พญ.อารีย์พรรณ โสภณสุขัญญ์สูง
หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๓๕ ปี มาด้วยเรื่อง ปวดท้องน้อยด้านขวาบน (Rt upper quadrant pain) มาประมาณ ๑๐ ชั่วโมง จากการตรวจร่างกายพบสัญญาณชีพ ชีพจรเต้นเร็วสัญญาณชีพอื่นปกติ มีอาการซีด คลำท้องพบมีน้ำในช่องท้อง

การดูแลรักษาในผู้ป่วยรายนี้ มีประเด็นในการสืบค้น เพื่อให้ได้การวินิจฉัยดังนี้

๑. แยกว่า น้ำที่ตรวจพบในช่องท้องเป็นเลือดหรือ ascites fluid ที่มีสาเหตุมาจากภาวะความผิดปกติอย่างอื่น เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง ซึ่งแนวทางการสืบค้น อาจทำได้หลายทาง อาทิ เช่น ๑. การเจาะดูดน้ำในช่องท้องมาดูและส่งตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว polymorph nuclear neutrophil serum-ascites albumin gradient(๑) เป็นต้น ซึ่งได้กระทำในผู้ป่วยรายนี้ ข้อดีของการเจาะดูด ได้แก่ หัตถการที่ไม่ยาก ได้ผลทันที ทำได้ในหลายที่ ซึ่งไม่ต้องการอุปกรณ์ซับซ้อน อย่างไรก็ตามข้อเสีย ของการเจาะดูดมีหลายประการ อาทิเช่น เข็ม อาจโดนอวัยวะในช่องท้องได้ หรืออาจเจาะเข้าเส้นเลือด ได้เลือดออกมา และทำให้การแปลผลผิดพลาดได้ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เคยมีประวัติเป็นปอดติดเชื้อซึ่งอาจจะเป็นวัณโรคได้ ดังนั้นการเจาะช่องท้องต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมาก ๒. การเฝ้ารอ และเจาะเลือดติดตามความเข้มข้นของเลือด (serial hematocrit) ขั้นตอนการปฏิบัติไม่ยาก แต่ต้องมีการเฝ้ารอจำนวนของเหลวที่

เข้า และออกได้อย่างสมดุล ซึ่งได้กระทำในผู้ป่วยรายนี้เช่นกัน ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป ๑๒ ชั่วโมง ตั้งแต่ ๑๘.๐๐ น. ถึง ๖.๐๐ น. ความเข้มข้นของเลือดลดลงร้อยละ ๔.๕ ซึ่งถ้าคิดเป็นปริมาตรของเลือดที่ลดลง ประมาณ ๔๐๐ ซีซี ๓. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง โดยที่ signal ของสารในช่องท้องค่าที่แตกต่างกัน ๑ สามารถแยกได้ว่า เป็นเลือด หรือน้ำ มีการศึกษาพบว่า ค่า signal ที่ 0-20 HU คือ น้ำในช่อง fluid ค่า 30-45 HU คือ free unclothed blood ค่า 45-70 HU คือ clotted blood^(๒) ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจเช่นเดียวกัน และพบ hemoperitoneum อย่างไรก็ดีตามไม่พบตำแหน่งของการเสียเลือด

๒. ประเมินอัตราการเสียเลือดในช่องท้อง เพื่อช่วยประเมินขนาดของพยาธิสภาพ^(๓) ตามปกติแล้วปริมาตรของเลือดในร่างกายเท่ากับร้อยละ ๗ x ideal bodyweight (kg) และความสัมพันธ์ระหว่างปริมาตรที่เสียเลือดและอาการทางคลินิก^(๔) คือ

Class	Description	Clinical Manifestations
Class 1	Blood volume loss = 15% Can compare this with a blood donor	Mild tachycardia, headache, and postural dizziness
Class 2	Blood volume loss = 30%	Moderate tachycardia, tachypnea, and decreased pulse pressure
Class 3	Blood volume loss = 40%	Marked tachycardia, tachypnea, decreased mental status, hypotension, and decreased urine output
Class 4	Blood volume loss >40%	Marked tachycardia, marked tachypnea, decreased systolic blood pressure, obtundation to unconscious mental status, and no urine output

ดังนั้น ผู้ป่วยหญิงรายนี้มีเลือดออกประมาณร้อยละ ๗ x ๔๔ kg = ๓ ลิตร และผู้ป่วยเริ่มมีชีพจรเต้นเร็วประมาณ ๑๐๐ ครั้งต่อนาที ดังนั้นน่าจะเสียเลือดประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐ ประมาณ ๖๐๐ cc ในช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยเริ่มมีอาการประมาณ ๑๐ กว่าชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ดังนั้นเฉลี่ยแล้ว เสียเลือดประมาณ ๕๐-๖๐ cc ต่อชั่วโมง ซึ่งนับว่าเสียเลือดอย่างช้า ๆ ดังนั้นลักษณะพยาธิวิทยาตำแหน่งที่มีเลือดออก น่าจะมีขนาดเล็กมาก

๑. การหาตำแหน่งที่มีเลือดออก เนื่องจากจุดที่เกิดเลือดออก สันนิษฐานว่าน่าจะเล็กมาก ดังนั้นการหาจุดเลือดออกน่าจะทำได้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีทีมสนับสนุนอย่างพร้อมเพรียง รวมถึงมีศัลยแพทย์เตรียมสำรองไว้ เพื่อช่วยผ่าตัด ถ้าหาจุดเลือดออกไม่พบ หรือเมื่อเกิดจุดเลือดออกนอกอุ้งเชิงกราน การหาจุดเลือดอาจทำได้หลายวิธี การเปิดหน้าท้อง (explore laparotomy) มีข้อดีคือ ทำได้ทุกระยะของโรค อย่างไรก็ดีตามเนื่องจากการเปิดหน้าท้อง มีข้อจำกัดที่บางบริเวณอาจจะไม่ได้รับการตรวจเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ การส่องกล้องในช่องท้อง (laparoscopy) น่าจะสามารถเข้าถึงได้มากกว่า นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีอื่นอาจจะช่วยวินิจฉัยได้ดีขึ้น เช่น CT angiogram เป็นต้น

การให้การรักษาโรคเอนโดเมทริโอซิสภายหลังการผ่าตัด

ภายหลังการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิส ตามแนวทางการดูแลรักษาของสมาคม European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) แนะนำให้ยาฮอร์โมนป้องกันการกลับเป็นใหม่ซ้ำ (secondary prevention) อย่างน้อย ๒ ปี^(๔, ๖) สำหรับฮอร์โมนที่แนะนำให้ใช้เป็นลำดับแรก ๆ ได้แก่ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ยาคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม (combined oral contraceptive pills) สำหรับฮอร์โมนตัวรอง (secondary line) ได้แก่ GnRHa ห่วงคุมกำเนิดที่ปล่อยฮอร์โมน (levonorgestrel IUD) เป็นต้น การเลือกชนิดยา ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความตั้งใจจะมีบุตร เมื่อไหร่ เศรษฐฐานะ อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา เป็นต้น

สรุป เคสผู้ป่วยที่น่าสนใจมาด้วยเรื่องปวดท้องด้านขวาบน และมีของเหลวในช่องท้อง การ approach ปัญหาเริ่มจากการแยกภาวะน้ำ ออกจากการมีเลือดออกในช่องท้อง ประเมินอัตราการเสียเลือด และหาตำแหน่งเลือดออกในที่สุด นอกจากนี้ยังได้ทบทวนการใช้ยาฮอร์โมนในภาวะเอนโดเมทริโอซิส

เอกสารอ้างอิง

๑. Runyon BA. Ascites and Spontaneous Bacterial Peritonitis. In: Saunders, editor. Gastrointestinal and liver disease: Saunders; 1553–1576.e5. p. 1553–1576.e1555.
๒. Torigian DA. CT and MRI of the Acute Abdomen and Pelvis In: Torigian DA, Ramchandani P, editors. Radiology Secrets Plus. Philadelphia, PA: ELSEVIER; 2017. p. 335–347.
๓. Charbit J, Millet I, Martinez O, Roustan JP, Merigeaud S, Taourel P, et al. Does the size of the hemoperitoneum help to discriminate the bleeding source and guide therapeutic decisions in blunt trauma patients with pelvic ring fracture? J Trauma Acute Care Surg 2012;73:117–125.
๔. Harken AH. Posttraumatic Hemorrhagic Shock. In: Harken AH, Moore EE, editors. Abernathy's Surgical Secrets. Sixth Edition ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2009. p. 95–98.
๕. Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod 2013;28:1552–1568.
๖. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod 2014;29:400–412.



คำถามท้ายเล่ม...

จากคณะกรรมการ การศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

๑. มะเร็งชนิดใดที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด ขณะตั้งครรภ์

- ก. มะเร็งปากมดลูก
- ข. มะเร็งเต้านม
- ค. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
- ง. มะเร็งไทรอยด์

๒. ในช่วงไตรมาสแรก ปริมาณรังสีเท่าใดเป็นต้นไป ที่อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์

- ก. > 5 mGy
- ข. >10 mGy
- ค. >50 mGy
- ง. >100 mGy

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นส.วษาพร เงินเย็น

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

๓. การให้ยาเคมีบำบัด ควรให้ในช่วงใดของการ ตั้งครรภ์

- ก. ก่อนอายุครรภ์ 8 สัปดาห์
- ข. ช่วงอายุครรภ์ 8-14 สัปดาห์
- ค. อายุครรภ์มากกว่า 14 สัปดาห์ หรือไตรมาส
ที่ 2-3
- ง. 3 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดหรือก่อนคลอด

๔. สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็ง ช่องคลอด ไม่แนะนำให้คลอด ทางช่องคลอด เนื่องจากเหตุผลข้อใด

- ก. เพิ่มโอกาสการฉีกขาดช่องทางคลอดและเสีย
เลือดมาก
- ข. เพิ่มโอกาสการแพร่กระจายของมะเร็ง
- ค. มะเร็งขวางช่องทางคลอด
- ง. ถูกทุกข้อ

๕. ยาเคมีบำบัดชนิดใดที่สามารถให้ได้ในระหว่าง ให้นมบุตร

- ก. 5-fluorouracil
- ข. Cyclophosphamide
- ค. Cisplatin
- ง. Doxorubicin

เฉลยคำถามจากฉบับที่แล้ว

๑. ข้อใดเป็น ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ แผลผ่าตัดคลอด

- ง. ตั้งครรภ์ครั้งถัดไปที่เร็วเกินไป

๒. ข้อใดเป็นไม่ได้เป็น criteria ในการวินิจฉัยการตั้ง ครรภ์ ที่แผลผ่าตัดคลอด

- ค. เห็นถุงการตั้งครรภ์ที่มีเลือดมาเลี้ยง
จำนวนมาก

๓. ข้อใดเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดของการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอด

- ค. เลือดออกทางช่องคลอด

๔. ข้อใดเป็นการรักษาที่เหมาะสมในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ที่แผล ผ่าตัดคลอด

- จ. Hysteroscopy/laparoscopic hysterotomy

๕. ข้อใดเป็นการลดการเกิดการตั้งครรภ์ที่แผลผ่าตัดคลอดได้ดีที่สุด

- ก. ลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็น



Gossip

ซุบซิบ...ด้วยภาพ

