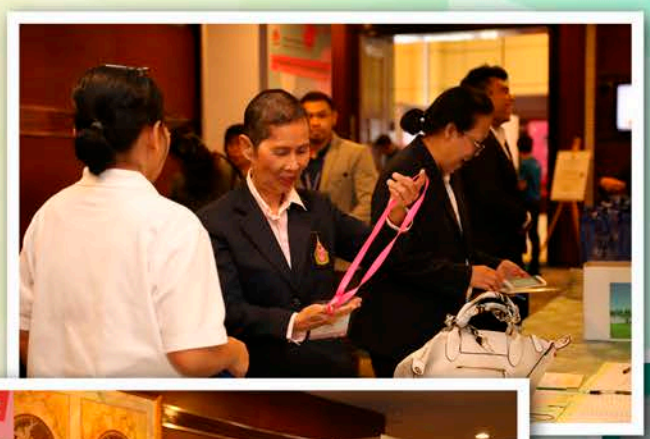
มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๒/๒๕๖๑



การประชุมวิชาการกลางปี 2561
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

CHECK before CHAT
in OB-GYN 2018

วันที่ 25 - 27 เมษายน พ.ศ. 2561
ณ โรงแรม Golden Tulip พระรามเก้า กรุงเทพมหานคร

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

" มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาวะของสตรี "

(Standard and Ethics for Women's Health)

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สูตินรีเวช - จริยธรรมสาธก	๖
คำแนะนำกรณีไม่สมควรให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์แก่คู่สมรสซึ่งฝ่ายภรรยาเป็นผู้ประสงค์จะตั้งครรภ์เองทั้งจากการโดยอาศัยไข่ตนเองและไข่บริจาค	๘
ภาวะแพลติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัดทางนรีเวช	๑๑
Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐	๑๘
คำถามท้ายเล่ม	๒๓

คณะผู้บริหาร
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

- **ประธาน**
  ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- **ผู้รั้งตำแหน่งประธาน**
  พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- **รองประธาน**
  นายแพทย์พิษณุ ขันติพงษ์
- **เลขาธิการ**
  ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรรณ วิไลลักษณ์
- **รองเลขาธิการ**
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์
- **เหรัญญิก**
  แพทย์หญิงสุวรรณา อัศวพิริยานนท์
- **กรรมการกลาง**
  ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกูล
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจาภิบาล
  ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่พงศ์
  นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักนัน มะโนทัย
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรณพ ใจสำราญ
  ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ่นใจ กออนันตกุล
  รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โควาวิสารัช

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทัศนคติ ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิดจดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซ.ศูนย์วิจัย
ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๗๒๑-๒๔ แฟกซ์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๗๒๐
www.rtcog.or.th
E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรรณ วิไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ฤลย์ สิทธิสมวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมัธชุพร สุขประเสริฐ
แพทย์หญิงลัลธพร พัฒนาวิจารย์,
นายแพทย์เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล, นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่
นายแพทย์ธีรวุฒิ ขันประกอบ, นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

เลขานุการ

นางสาวจีระพันธุ์ มวลจุมพล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท ทรี-ดี สแกน จำกัด
โทรศัพท์ : ๐-๒๖๑๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

บรรณาธิการแถลง

โดย... ศ.พญ.สฤกพรรณ วิไลลักษณ์
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

สวัสดีค่ะ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

สุขสันต์วันสงกรานต์ ปีใหม่ไทยนะคะ พี่น้องกันออเจ้า เหล่าสมาชิกทุกท่าน

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ เริ่มด้วยบทความจาก ท่านประธานราชวิทยาลัยฯ ของพวกเราเช่นเคย ท่านเขียนถึง**การประชุม WHO Technical Consultation on Care Bundles for Postpartum Hemorrhage** ซึ่งท่านได้รับเชิญจาก Department of Reproductive Health and Research, องค์การอนามัยโลก (WHO) และ Bill & Melinda Gates Foundation ให้เป็นประธาน ณ Harvard University, Boston, Massachusetts, USA ตามด้วยบทความ สูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก เรื่อง **"เริ่มต้นจากตัวตน ชวนทุกคนเป็นคนดี (๒)"** โดย **นพ.พิษณุ ขันติพงษ์** ซึ่งอาจารย์กล่าวถึง **"โรงพยาบาลคุณภาพสร้างระบบ โรงพยาบาลคุณธรรมสร้างคน"** ไว้อย่างน่าสนใจ ติดตามได้ในฉบับค่ะ และต่อด้วย **Reproductive Medicine Sub-committee Recommendation : คำแนะนำกรณีไม่สมควรให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์แก่คู่สมรสซึ่งฝ่ายภรรยาประสงค์จะเป็นผู้ตั้งครรภ์เอง ทั้งจากการโดยอาศัยไข่ของตนเองหรือไข่บริจาค** จากคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จากนั้นเป็นบทความวิชาการจากคณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช เรื่อง **"ภาวะติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัดทางนรีเวช"** โดย **พ.อ.หญิง กฤษณมน ฤทธิฦาชัย** ต่อด้วยรายงานการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ นำเสนอกรณีผู้ป่วยโดยแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และบทวิจารณ์โดย **ผศ.นพ.ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร** จากภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปิดท้ายด้วยคำถามท้ายเล่มเช่นเคยค่ะ

ท้ายนี้ **ขอเชิญสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ส่งผลงานเข้าชิงรางวัล RTCOG Innovation Award 2018** เพื่อนำเสนอผลงานและประกาศผลรางวัล ในการประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๓๓ และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ.๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๒๓ – ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี สอบถามรายละเอียด และส่งผลงานได้ที่ **Line ID : @nkb6221h** หรือ **E-mail address:dr.prasit_v@hotmail.com/dr.thirawut@gmail.com** สำหรับรายละเอียดและกติกาติดตามได้ที่ **www.rtcog.or.th**

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเลคทรอนิกส์เพื่อลดโลกร้อน สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับ อิเลคทรอนิกส์ในรูปแบบ PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้ค่ะ

พบกันใหม่ฉบับหน้านะคะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ

เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

เมื่อวันที่ ๗-๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ ผมได้รับเชิญจาก Department of Reproductive Health and Research, WHO และ Bill & Melinda Gates Foundation ให้เป็นประธานการประชุม WHO Technical Consultation on Care Bundles for Postpartum Hemorrhage ณ Harvard University, Boston, Massachusetts, USA

เมื่อปี 2012 WHO ได้ออก Recommendation for the **"Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage"** เพื่อให้สมาชิกใช้เป็นแนวทางที่ทันสมัยและตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่การยอมรับและการนำเอา evidence based interventions ตาม recommendation นี้ไปใช้ยังต่ำในหลายภูมิภาคของโลก ในช่วงกลางปี 2017 WHO จึงเริ่มโครงการ Evidence – and Consensus based PPH Care Bundle โดยตั้งความหวังว่าการนำเอา effective interventions มาจัดรวมเป็น bundle จะทำให้การยอมรับและนำไปใช้ดีขึ้น

เมื่อปี 2001 Institute for Healthcare Improvement (IHI) ได้เริ่มพัฒนา bundle care อย่างเป็นทางการเพื่อเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาลโดยนิยาม Bundles as **“small set of evidence based interventions for a defined patient population and care setting that, when implemented together result in significantly better outcomes than when implemented individually”** และในปี 2004 IHI ได้ทำ Implementation Research และสรุปว่า care bundles เพิ่มการนำการปฏิบัติที่ดีไปใช้และใช้ต่ออย่างสม่ำเสมอ ตัวอย่างที่ชัดเจนของ care bundle ทางด้านสูติกรรมคือ Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดซึ่งก็ได้ผลดีมาก แต่ปัจจุบันยังไม่มี care bundles สำหรับการรักษาการตกเลือดหลังคลอด ในการประชุมครั้งนี้ WHO วางแผนจะจัดทำ care bundles สำหรับ ๑. PPH Prevention bundle ๒. PPH first response bundle และ ๓. Refractory PPH management bundle

การประชุมครั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการศึกษาและองค์กรที่สำคัญทั่วโลก (WHO, Bill & Melinda Gates Foundation, Jhpiego, French Research Institute, Gynuity Health Project, FIGO, USAID, International Federation of Midwife) ได้รับเชิญเข้าร่วมประชุมประมาณ ๓๐ คนโดยผมได้รับมอบหมายให้เป็นประธานการประชุม ซึ่งการประชุมก็ดำเนินการไปได้อย่างเรียบร้อยดี คาดว่า WHO Recommendation เกี่ยวกับเรื่องนี้จะออกมาเป็นทางการในช่วงกลางปี ๒๐๑๘ นี้

ขออำนวยพรให้สมาชิกราชวิทยาลัยฯ ทุกท่านและครอบครัวมีสุขภาพดี มีความสุขทั้งกายและใจเพื่อเป็นพลังในการทำความดีเพื่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

สูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก

โดย... นพ.พิษณุ ขันติพงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม

เริ่มต้นจากตัวตน ชวนทุกคนเป็นคนดี (๒) / Humannized health care

(การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจบนพื้นฐานความรู้)

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ ๑๘ ประจำปี ๒๕๖๐ ณ อิมแพคเมืองทองธานี เดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐ ที่ผ่านมา ผมมีโอกาสเป็นวิทยากรในห้องประชุมใหญ่แกรนไดมอนด์ ช่วงไมค์ต่อไมค์ จากความตั้งใจของชายคนหนึ่งส่งถึงสังคม ในหัวข้อที่อยากพูดมานาน **“เริ่มต้นจากตัวตน ชวนทุกคนเป็นคนดี”**

ตั้งแต่ครบอายุราชการผมเดินสายบรรยายไปทุกที่ ไม่ว่าจะไกลเพียงใดด้วยความตั้งใจที่จะสร้างคนดี ผมพบว่าทุกโรงพยาบาลมีการทำ HA (Hospital Accreditation) เพื่อคุณภาพสถานพยาบาล ให้เกิดความปลอดภัยต่อคนไข้มานานร่วม ๒๐ ปีแล้ว ทุกแห่งมีการสร้างระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งด้านโครงสร้าง งานบริการตลอดจนด้านสิ่งแวดล้อมกันมากมาย แต่ก็ยังไม่สามารถให้ความมั่นใจได้ว่า ระบบที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้คนไข้ปลอดภัยไม่เกิดความผิดพลาดอย่างแน่นอน เพราะสำคัญที่สุดคือคนดีมีคุณภาพ ต่อให้ระบบดีเพียงใด ถ้าคนไม่ดีย่อมมีช่องทางที่จะหลีกเลี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อคนไข้ได้ แต่ถ้าคนดีแม้ระบบจะยังไม่ดีนัก ก็มีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยกว่า ผมเชื่อว่า **“โรงพยาบาลคุณภาพสร้างระบบ โรงพยาบาลคุณธรรมสร้างคน”** ถ้าทั้งระบบและคนดีจะสร้างความปลอดภัยให้คนไข้อย่างแน่นอนที่สุด

ผมเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเองว่าตำแหน่งปัจจุบัน คือ ข้าราชการบำนาญของแผ่นดิน เพื่อเตือนให้รู้ถึงบุญคุณที่ยังได้รับเงินบำนาญจากแผ่นดินซึ่งเป็นเงินภาษีอากรจากประชาชน จึงต้องทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมเพื่อทดแทนคุณแผ่นดินตลอดไป

เนื่องจากเรียนแพทย์ทำให้ได้เห็นสัจธรรมของชีวิต ได้แก่การ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ทุกวัน ได้เห็นความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของคนไข้ซึ่งคงไม่มีทุกข์ใดเทียบได้ จึงเกิดความมุ่งมั่นในการที่จะเป็นหมอที่ดีของคนไข้เมื่ออายุได้ ๔๐ ปี หลังจากสร้างฐานะมั่นคง มีครอบครัวมีบ้านมีรถ และสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม เริ่มมีคำถามตัวเองว่าคนเรานั้นเกิดมาทำไม ผมจำได้ว่าเมื่อเจอเพื่อนที่จบหมอเหมือนกัน แต่ผันตัวเองมาเป็นนักธุรกิจ ก็ถามผมเหมือนกันว่า **“What is life?”** ผมเชื่อว่าหลาย ๆ คนก็คงเคยถามตัวเองเหมือนกัน ผมจำได้ว่า ขณะนั้นมีการประชุมที่โรงแรมแห่งหนึ่ง เพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็กของเชียงราย ซึ่งผมเป็นประธานกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมจากทุกอำเภอ มีการนำเสนอปัญหาและแนวทางการแก้ไขแม่และเด็กของแต่ละอำเภอ โดยมีผมเป็นผู้วิพากษ์ ร่วมกับหัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลเชียงราย และ

หัวหน้าฝ่ายส่งเสริม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขณะที่ผมกำลังคิดว่าเกิดมาทำไม? นั้น มีแพทย์พยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนขุนตาล มานำเสนอบนเวที โรงพยาบาลขุนตาลเป็นโรงพยาบาลใหม่ พบว่ามีปัญหาคนไข้จากหมู่บ้านม้ง ซึ่งอยู่บนดอยห่างไกลไม่มาฝากครรภ์ ทำให้เมื่อมาคลอดเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันสูง ครรภ์เป็นพิษเกิดอันตรายทั้งแม่และลูก ทางโรงพยาบาลจึงจัดหน่วยฝากครรภ์เคลื่อนที่ไปให้บริการถึงหมู่บ้าน

ไปครั้งแรกก็เกิดปัญหารถเสียกลางทาง ทั้งแพทย์และเจ้าหน้าที่ ต้องช่วยกันขนเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เดินขึ้นไปเอง กว่าจะถึงก็บ่ายแล้วเมื่อตรวจเสร็จก็เย็นมากแล้ว ผู้ใหญ่บ้านไม่ให้เดินทางกลับ เพราะกลางคืนเดินทางมีอันตราย เนื่องจากเส้นทางคดเคี้ยวมาก จึงจัดที่นอนให้ค้างบนดอย แพทย์และทีมงานต่างพากันเดินสำรวจหมู่บ้านม้ง พบว่าชาวม้งนิยมเลี้ยงไก่ มีไข่ไก่มากมาย และยังปลูกผักสวนครัวทุกหลังคาเรือน แต่แม่บ้านม้งปรุงอาหารด้วยการต้มเท่านั้น ไข่ต้ม ผักต้ม ทีมงานจึงช่วยกันทำอาหารให้ม้งทานด้วยการทอดไข่เจียว ไข่ดาว ผัดผัก และลงท้ายด้วยของหวาน ได้แก่ ไข่หวาน พบว่าทุกคนทั้งเจ้าหน้าที่ และชาวบ้านต่างทานกันอย่างเอร็ดอร่อย ผมยังจำสีหน้าและท่าทางแพทย์ที่มานำเสนอได้ว่า มีความสุขและภาคภูมิใจมาก หมอบอกว่านับแต่วันนั้นเป็นต้นมา **“ไข่หวาน”** ได้กลายเป็นของหวานประจำหมู่บ้านชาวม้ง และชาวม้งให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์เป็นอย่างดี ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนได้มาก

ในขณะที่ผมกำลังคิดว่าคนเราเกิดมาทำไม? นั้น แพทย์พยาบาลและทีมงานจากโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกลไปทำกับข้าวให้ชาวม้งทาน ทำให้ผมได้คิดเลยว่าคนเรานั้นเกิดมาเพื่อทำความดี ขณะที่วิพากษ์มีความสุขมาก น้ำเสียงสั่นเครือด้วยความปิติที่พบคำตอบว่าเกิดมาเพื่อ **“ทำความดี”** ผมจำได้ว่าร่วม ๓๐๐ ชีวิตในห้องประชุมวันนั้นต่างก็ร้องไห้สะอื้นด้วยความปิติร่วมกับประธาน

ผมเพิ่งได้รับคำตอบว่าความดีคืออะไร? ที่เข้าใจได้ง่ายไม่นานมานี้เอง จากพระราชมุนี ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดบวรนิเวศวิหาร ท่านเจ้าคุณเป็นศิษย์เก่าโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษารุ่น ๓๓ ห้องเดียวกัน หลังจากจบวิศวกรรมศาสตร์จากจุฬาฯ และทำงานเพียง ๒ – ๓ ปี ท่านได้บวชมาตลอดร่วม ๓๘ พรรษาแล้ว ท่านได้บอกว่า **“ความดีคือสิ่งที่กระทำแล้วก่อให้เกิดประโยชน์ ความเกื้อกูลและความสุขทั้งต่อตนเองและผู้อื่น”** ฟังแล้วเข้าใจได้ง่าย พวกเราสามารถทำความดีได้ทุกเวลา

หลายคนถามผมว่าคนดีคือใคร? ผมพยายามค้นหาคำตอบอย่างง่ายๆ จนวันหนึ่งอ่านหนังสือเกี่ยวกับการสอบสัมภาษณ์เพื่อเข้ารับราชการของกระทรวงมหาดไทยครั้งแรก สมัยรัชกาลที่ ๕ มีสมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุภาพทรงเป็นประธาน วันแรกมีลูกท่านหลานเธอมาสอบ ต่างบอกถึงสรรพคุณมากมาย จบจากมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงจากต่างประเทศ พระองค์ทรงนั่งฟังเฉย ๆ วันรุ่งขึ้นมีชาวบ้านแต่งตัวธรรมดามาสอบ พระองค์ทรงสนพระทัยถามว่า **“เธอมีความรู้ความสามารถอะไรจึงได้อยากมาทำงานที่กระทรวงมหาดไทย”** ชายคนนั้นตอบว่า **“ใต้เท้าขอรับ กระผมเพียงแค่อ่านออกเขียนได้นอกเหนือจากนั้นกระผมรู้น้อยมากคือ รู้ว่าอะไรควรทำกระผมก็ทำ อะไรควรเว้นกระผมก็เว้น”** ได้ยินเพียงเท่านี้สมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุภาพ ทรงลุกจากเก้าอี้เดินมาตบไหล่ผัวะตรัสว่า **“เธอรู้แค่นี้แหล่ะ พรุ่งนี้มาทำงานกับฉันได้เลย สยามไม่ต้องการคนมีความรู้สูงแต่คุณธรรมต่ำ แผ่นดินนี้ต้องการคนที่รู้ว่าอะไรควรทำก็ทำ อะไรควรเว้นก็เว้น รู้เพียงแค่นี้ก็เป็นคนดีคนงามได้แล้ว”**

ผมจึงได้ข้อคิดว่า... **”คนดี คือคนที่รู้ว่าอะไรควรทำ ทำ อะไรไม่ควรทำ ไม่ทำ”** จะเห็นได้ว่าการเป็นคนดีนั้น ไม่ยากเลย

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

Reproductive Medicine Sub-committee Recommendation: The Recommendation of unadvisable conditions for proving assisted reproductive technology to the infertile couple whose female partner desire to carry the pregnancy by her own (RM-ART-001-2018)

คำแนะนำกรณีไม่สมควรให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ แก่คู่สมรสซึ่งฝ่ายภรรยาประสงค์จะเป็นผู้ตั้งครรภ์เอง ทั้งจากการโดยอาศัยไข่ของตนเองหรือไข่บริจาค

โดย... คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

หลักการและเหตุผล

แม้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ จะช่วยให้คู่สมรสที่มีบุตรยากจำนวนมากมีโอกาสที่จะมีการตั้งครรภ์ได้ อย่างไรก็ตาม ความปลอดภัยของสตรีที่ตั้งครรภ์ยังเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงด้วย โดยเฉพาะสตรีที่มีโรคประจำตัวทั้งทางด้านอายุรกรรม หรือมีภาวะความเสี่ยงสูงทางสูติศาสตร์ ซึ่งอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะรับการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ตลอดจนเมื่อคลอดบุตร ซึ่งในบางกรณีอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ในปัจจุบันสตรีที่มีอายุมากซึ่งไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้โดยวิธีธรรมชาติ อาจสามารถตั้งครรภ์ได้ด้วยการใช้ไข่บริจาค ซึ่งจากรายงานการศึกษาพบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่มาก จะพบมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น เช่น เบาหวาน ครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอด และอัตราการตายปริกำเนิดของทารก เป็นต้น[๑] โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการตั้งครรภ์จะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น[๒-๔] ดังนั้นคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จึงได้ออกคำแนะนำกรณีไม่สมควรให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ฉบับนี้ขึ้น เพื่อความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

คำแนะนำกรณีไม่สมควรให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์แก่คู่สมรส ซึ่งฝ่ายภรรยาประสงค์จะเป็นผู้ตั้งครรภ์เอง ทั้งจากการโดยอาศัยไข่ของตนเองหรือไข่บริจาค อันเนื่องมาจากฝ่ายภรรยามีภาวะความเสี่ยงตามข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้

๑. อายุมากกว่า ๔๘ ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ทำการย้ายกลับตัวอ่อน[๕]

๒. มีภาวะอ้วนรุนแรง (morbid obesity) โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่า 40 kg/m2)[๖-๗]

๓. เคยมีการคลอดบุตรรวมทั้งสิ้นตั้งแต่ ๔ ครั้งขึ้นไป หรือเคยผ่าตัดคลอดบุตรตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป

๔. มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชขั้นรุนแรง ที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชลงความเห็นว่า ไม่สมควรที่จะให้มีการตั้งครรภ์

๕. เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม (advanced-stage cancer)

๖. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ ตับ ไต

๗. มีโรคประจำตัวที่รุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตถ้าหากมีการตั้งครรภ์ เช่น

๗.๑ โรคหัวใจที่มีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการที่มารดาจะเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์หรือคลอด ได้แก่

- โรคหัวใจที่มี Functional class III/IV ตาม New York Heart Association (NYHA) classification หรือ
- โรคหัวใจที่อยู่ใน Class IV ตาม Modified WHO classification (extremely high risk of maternal mortality or severe morbidity) ได้แก่[๘-๑๑]
  - Pulmonary hypertension,
  - Severe systemic ventricular dysfunctuon (LVEF < 30%)
  - เคยมีประวัติ peripartum cadiomyopathy with any residual impairment of left ventricular function
  - Severe left heart obstruction
  - Marfan syndrome with aorta dilated > 40 mm เป็นต้น

๗.๒ Post myocardial infarction หรือ uncontrolled severe hypertension หรือ active autoimmune disease หรือ uncontrolled hyperthyroidism ที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรกรรมลงความเห็นว่า ไม่สมควรที่จะให้มีการตั้งครรภ์

๗.๓ โรคเบาหวานที่มี end organ damage แล้ว เช่น diabetic nephropathy

๗.๔ โรคตับระยะรุนแรง ได้แก่ Child-Pugh class B/C

๗.๕ โรคไตระยะสุดท้าย (end-stage renal disease)

เอกสารอ้างอิง

๑. Phadungkiatwattana P, Rujivejpongsathron J, Tunsatit T, Yanase Y. Analyzing pregnancy outcomes in women of extremely advanced maternal age (> or = 45 years). J Med Assoc Thai. 2014;97:1-6.

๒. Creanga AA, Berg CJ, Syverson C, Seed K, Bruce FC, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2006-2010. Obstet Gynecol. 2015;125:5-12.

๓. McCall SJ, Nair M, Knight M. Factors associated with maternal mortality at advanced maternal age: a population-based case-control study. BJOG. 2017;124:1225-33.

๔. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, Mori R, Ganchimeg T, Vogel JP, et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. BJOG. 2014;121 Suppl 1:49-56.

๕. Kocourkova J, Konecna H, Burcin B, Kucera T. How old is too old? A contribution to the discussion on age limits for assisted reproduction technique access. Reprod Biomed Online 2015:30:482-92.

๖. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. Obstet Gynecol 2004;103:219-24.

๗. Tremellen K, Wilkinson D, Savulescu J. Should obese women's access to assist fertility treatment be limited? A scientific and ethical analysis. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2017; 1-6 doi:10.1111/ajo.12600.

๘. Emmanuel Y, Thorne SA. Heart disease in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015;29:579-97.

๙. Simpson LL. Maternal cardiac disease: update for the clinician. Obstet Gynecol 2012;119:345-59.

๑๐. Thorne SA. Pregnancy in heart disease. Heart 2004;90:450-6.

๑๑. The Task Force on the management of cardiovascular diseases in pregnancy. Euro Heart J 2011;32:3147-97.

ภาวะติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัดทางนรีเวช

โดย... พ.อ.หญิงกฤษณมน ฤทธิฦาชัย
ในนามของคณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช

การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด หรือ Surgical site infection (SSI) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดหลังการผ่าตัด พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวพบตั้งแต่ร้อยละ ๒ ถึง ร้อยละ ๕ ขึ้นกับชนิดของบาดแผลและการผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ[๑] สำหรับการผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) พบอัตราการเกิด SSI ได้ร้อยละ ๓.๙ จากการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และร้อยละ ๑.๔ จากการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด[๒] อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก SSI มักเกิดภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไปรับการรักษายังสถานพยาบาลในที่ต่าง ๆ ทำให้การรายงานอุบัติการณ์ของการเกิด SSI อาจต่ำกว่าความเป็นจริง ภาวะ SSI ไม่ว่าจะเกิดที่ตำแหน่งใดก็จะส่งผลให้เพิ่มภาวะทุพพลภาพ อัตราการเสียชีวิต สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ จึงได้มีการศึกษาถึงสาเหตุและหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะ SSI

นิยาม

หน่วยงานป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control, CDC) ได้ให้คำนิยามของภาวะ SSI ว่า เป็นการติดเชื้อที่ตำแหน่งหรือใกล้กับตำแหน่งแผลผ่าตัด โดยเกิดขึ้นภายใน ๓๐ วันหลังการผ่าตัด หรือภายใน ๑๒ เดือนหากเป็นการผ่าตัดที่มีการใส่อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม[๓] โดยสามารถแบ่งตามตำแหน่งที่มีการติดเชื้อดังนี้

- Superficial incisional เป็นการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (subcutaneous) ซึ่งรวมถึงการติดเชื้อที่บริเวณแผลเย็บปิดในช่องคลอดหรือ vaginal cuff cellulitis ที่เกิดหลังการผ่าตัด hysterectomy
- Deep incisional เป็นการอักเสบติดเชื้อที่ชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อในตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการติดเชื้อในเชิงกรานหรือ pelvic cellulitis
- Organ or space เป็นการติดเชื้อที่อวัยวะหรือช่องโพรงในร่างกายหลังถูกสัมผัสขณะผ่าตัด ทำให้เกิดแผลฝีหนองในช่องเชิงกรานหรือ pelvic abscesses พบอุบัติการณ์ได้ประมาณร้อยละ ๑ ของการผ่าตัดทางนรีเวช[๔]

พยาธิสรีรวิทยา

การผ่าตัดทางนรีเวชส่วนใหญ่จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มแผลสะอาด (clean wound) หรือ กลุ่มแผลสะอาดปนเปื้อน (clean–contaminated wound) แผลผ่าตัดทั้งสองชนิดนี้มีอัตราการเกิด SSI อยู่ที่ประมาณร้อยละ ๒ และร้อยละ ๔ ตามลำดับ โดยทั่วไป SSI อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เชื้อโรคที่เป็นต้นเหตุของการอักเสบ อาจเป็นเชื้อโรคที่แฝงตัวอยู่ในตัวผู้ป่วยเองอยู่แล้ว (endogenous flora) หรือเชื้อโรคจากภายนอก (exogenous flora) ที่ปนเปื้อน เครื่องมือเครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม หรือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สำหรับการผ่าตัดทางนรีเวช เชื้อโรคส่วนใหญ่มักเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิด

endogenous flora ที่พบบริเวณผิวหนัง ทางเดินอาหารและในช่องคลอด ทำให้การเลือกใช้ยาต้านเชื้อจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (prophylactic antibiotic) ต้องครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมบวก กรัมลบ และแอนแอโรบิค โดย prophylactic antibiotic จะช่วยลดปริมาณเชื้อที่ปนเปื้อนในตำแหน่งผ่าตัด และกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายให้ต้านทานเชื้อเหล่านี้ได้ดีขึ้น[๔] ช่วงหลังผ่าตัดที่แผลผ่าตัดมีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียชนิดก่อโรครุนแรงปริมาณมาก หากเกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายร่วมกับได้รับ prophylactic antibiotic อย่างไม่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้[๔]

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด SSI ตามหลักฐานเชิงประจักษ์[๑]

๑. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย (Host risk factors)

๑) ภาวะอ้วน (obesity) ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) สูงกว่า ๔๐ หรือน้ำหนักมากกว่า ๑๒๐ กิโลกรัม หรือมีความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนังมากกว่า ๒ เซนติเมตร พบว่ามีโอกาสเกิด SSI ได้เพิ่มขึ้น[๕] เนื่องจากคนอ้วนมักมีภูมิต้านทานโรคต่ำ การผ่าตัดมักใช้เวลานาน การนำส่งออกซิเจนและยาต้านจุลชีพไปสู่เนื้อเยื่อไม่ดีเท่ากับคนที่ดัชนีมวลกายน้อย

๒) การสูบบุหรี่ (smoking) จะส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และการหายของแผลที่ล่าช้า จากการศึกษาแบบ randomized control trial ในปี ๒๐๐๓[๖] พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการเกิด SSI สูงถึงร้อยละ ๑๒ เทียบกับร้อยละ ๒ ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย ๔ สัปดาห์ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดโอกาสเกิด SSI ได้

๓) โรคเบาหวาน (diabetes) หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากการมีน้ำตาลสูงจะทำให้เกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันและขัดขวางการหายของแผล

๔) มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน (immunodeficiency) ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน มีโรคติดเชื้อหรือโรคประจำตัวเรื้อรัง ที่ทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง

๕) การติดเชื้อ Methicillin–resistant Staphylococcus aureus (MRSA) พบว่าร้อยละ ๕๐ ของการติดเชื้อนี้จะเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล (nosocomial infection) ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานก่อนการผ่าตัด จะทำให้มีโอกาสสัมผัสเชื้อและมีเชื้อซ่อนอยู่ในร่างกาย (colonized bacterial) ซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อรุนแรงหลังการผ่าตัดหากไม่ได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันก่อนผ่าตัดอย่างเหมาะสม

๒. ปัจจัยที่เกิดจากการผ่าตัด (Surgical risk factors)

๒.๑ ก่อนการผ่าตัด (preoperative)

๑) การอาบน้ำสระผม ทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย คืนก่อนวันผ่าตัดหรือเช้าวันผ่าตัด โดยเฉพาะหากอาบน้ำด้วย 4% chlorhexidine และทิ้งไว้ประมาณ ๑ นาที ก่อนล้างออก จะช่วยป้องกันการเกิด SSI ได้ดียิ่งขึ้น[๗]

๒) การกำจัดขนตามร่างกายในตำแหน่งผ่าตัด จากการศึกษาอย่างเป็นระบบในปี ๒๐๑๑ พบว่าการกำจัดขนบริเวณผิวหนังที่จะผ่าตัดไม่ช่วยลด SSI[๘] นอกจากนี้การโกน (shaving) ยังเพิ่มความเสี่ยงของแผลผ่าตัดติดเชื้อถึง ๒ เท่าเมื่อเทียบกับการตัดขน (clipping) ดังนั้นหากจำเป็นควรเลือกใช้วิธีการตัดขนในการเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด

๓) เชื้อ Bacterial vaginosis (BV) ที่เป็น endogenous flora ภายในช่องคลอด เป็นสาเหตุหลักของ vaginal cuff infection หลังการผ่าตัด hysterectomy ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปว่าควรตรวจคัดกรองหาเชื้อ BV หรือควรให้ยารักษาก่อนการผ่าตัด hysterectomy ในผู้ป่วยทุกราย (treating all) ถึงแม้มีบางรายงานสนับสนุนว่าการรักษาแบบ treating all มี cost effective หรือมีความคุ้มค่ามากที่สุดก็ตาม[๑]

๔) ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่าควรทำการตรวจคัดกรองหาเชื้อ MRSA ก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช

๒.๒ ระหว่างการผ่าตัด (intraoperative)

๑) การผ่าตัดด้วยวิธี minimally invasive surgical techniques ได้แก่ laparoscopic หรือ robotic surgery จะช่วยลด SSI ได้ถึงร้อยละ ๕๐ เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง[๙]

๒) การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันก่อนการผ่าตัด (preoperative antibiotic prophylaxis) ในปี ๒๐๐๙ สมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือ The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ได้ออกแนวทางการเลือกใช้ยา antibiotic prophylaxis ในการผ่าตัดทางนรีเวชชนิดต่าง ๆ[๑๐] ยาที่เลือกใช้บ่อยในการผ่าตัด hysterectomy คือ cefazolin ๒ กรัม โดยพบว่าการให้ยา antibiotic prophylaxis ภายใน ๖๐ นาทีก่อนเริ่มผ่าตัดจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อได้[๑๑] สำหรับในคนที่มีภาวะอ้วน BMI มากกว่า ๔๐ หรือหนักมากกว่า ๑๒๐ กิโลกรัม ควรมีการเพิ่มขนาดยาเป็น ๓ กรัม เพื่อให้มีระดับของยาเพียงพอต่อการป้องกันการเกิด SSI นอกจากนี้มีข้อแนะนำว่าควรให้ยาซ้ำ (redosing) หากการผ่าตัดนานเกินกว่า ๑ ถึง ๒ เท่าของค่า half-life ของยานั้น ๆ ดังแสดงในตารางที่ ๑[๑๒] หรือระหว่างผ่าตัดมีการเสียเลือดมากกว่า ๑,๕๐๐ มิลลิลิตร โดยที่ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะต่อภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นในกลุ่มแผล clean และ clean-contaminate[๑๓]

๓) การทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด (skin antiseptic) ด้วย 4% chlorhexidine-alcohol จะช่วยป้องกันการติดเชื้อบริเวณ superficial และ deep tissue ได้ดีกว่า povidone-iodine scrub[๑] CDC ได้สนับสนุนการใช้ alcohol-based preparation เป็นตัวทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด[๑๓]

๔) การทำความสะอาดในช่องคลอด (vaginal preparation) เพื่อลดจำนวนแบคทีเรียปนเปื้อนในช่องคลอดก่อนผ่าตัด พบว่า ๔% chlorhexidine-alcohol มีประสิทธิภาพเหนือกว่า povidone-iodine ในการลดจำนวนแบคทีเรีย แม้ในตำแหน่งที่มีเลือดหรือหนองปนเปื้อนมาก[๑๔]

๕) การล้างทำความสะอาดภายในช่องท้องระหว่างการผ่าตัด (peritoneal cavity irritation) เพื่อหวังว่าจะช่วยกำจัดสิ่งตกค้างหรือเชื้อที่ปนเปื้อนนั้น จากการศึกษาในปัจจุบันยังไม่พบว่าช่วยลดอัตราการเกิด SSI แต่อย่างใด[๑]

๖) การปิดแผลผ่าตัด

- การวางสายระบายของเหลวในชั้น subcutaneous เพื่อป้องกันการเกิดก้อนลิ่มเลือด (hematoma) หรือน้ำเหลือง (seroma) ขัง ซึ่งนำไปสู่แผลติดเชื้อที่ชั้น superficial tissue จากการศึกษาอย่างเป็นระบบในปี ๒๐๑๓ พบว่าการวางสายระบายของเหลวในชั้น subcutaneous ที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดโดยต่อเป็นระบบดูดแบบปิด (closed suction drainage) ไม่ช่วย ลดอัตราการเกิด SSI แม้ในผู้ป่วยที่มีชั้น subcutaneous หนามากกว่าหรือเท่ากับ ๓ เซนติเมตรก็ตาม

- การเย็บปิดชั้น subcutaneous มีเพียงการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอด พบว่าการเย็บชั้น subcutaneous ที่หนาเกิน ๒ เซนติเมตร จะช่วยลดการเกิดแผลแยก ป้องกันการเกิดช่องว่างและ xeroma แต่ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยทางนรีเวช[๑]

๗) การควบคุมอุณหภูมิแกนในร่างกาย (core temperature) ให้ปกติ (normothermia) ในระหว่างการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ต้องได้รับยาดมสลบ (general anesthesia) ซึ่งทำให้เกิดภาวะ hypothermia ที่จะส่งผลให้หลอดเลือดส่วนปลายทั่วร่างกายหดตัว (vasoconstriction) นำส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อได้ไม่ดี และทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ดังนั้นจึงควรควบคุมอุณหภูมิแกนร่างกายระหว่างการผ่าตัดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อช่วยลดการเกิด SSI[๒, ๑๓] โดยอาจใช้วิธีการให้สารน้ำที่อุ่น หรือการใช้เครื่องเป่าลมร้อน (forced air warmer) ระหว่างทำการผ่าตัด[๒]

๘) การให้ออกซิเจนระหว่างการผ่าตัด (supplement intraoperative oxygen) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการหายของบาดแผล พบว่าการเพิ่มระดับความเข้มข้นออกซิเจนในการหายใจเข้า (fractional inspired oxygen, FiO2) ระหว่างและหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับยาดมสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด SSI ได้[๑๓]

๒.๓ หลังการผ่าตัด (postoperative)

๑) ควรควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยทั้งที่เป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน ในช่วงระหว่างผ่าตัดจนถึง ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ให้มีระดับน้ำตาลไม่เกิน ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะช่วยลดอัตราการเกิด SSI[๑๓]

๒) การให้เลือดทดแทนหลังการผ่าตัด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อ SSI อย่างไรก็ตามหากมีความจำเป็นต้องให้เลือดทดแทนก็ควรให้ตามความเหมาะสม โดยไม่ต้องคำนึงถึงเรื่องการป้องกันภาวะแผลติดเชื้อ[๑๓]

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด SSI สามารถป้องกันได้ หากระวังและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด มีหลายหน่วยงานได้ดำเนินการเพื่อลดภาวะดังกล่าว โดยมีการกำหนดบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในแต่ละส่วนของทีมผ่าตัดให้ชัดเจนขึ้น การใช้ checklist หรือการทำ time out ในการช่วยเตือนและลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการเกิด SSI

ภาวะติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดที่พบได้ภายหลังการผ่าตัดทางนรีเวช[๔]

Vaginal cuff cellulitis

เป็นการติดเชื้อบริเวณ superficial tissue ที่ตำแหน่งแผลเย็บปิดในช่องคลอด (vaginal stump) ภายหลังการทำ hysterectomy

อาการ ปวดท้องและมีตกขาวเป็นลักษณะสีเหลืองข้นคล้ายหนองหลังออกจากโรงพยาบาล

อาการแสดง อาจตรวจพบว่าตำแหน่งแผลเย็บปิดในช่องคลอดมีลักษณะบวม แดงและกดเจ็บ แต่จะไม่เจ็บเมื่อกดบริเวณตำแหน่งอื่น ๆ เช่น adnexa หรือ parametrium เป็นต้น

การรักษา ให้การรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ดังนี้

๑) Amoxicillin/clavulanate (875/125 mg) 1 tab oral bid

๒) Ciprofloxacin (500 mg) 1 tab oral bid with metronidazole (500 mg) 1 tab oral bid

๓) Trimethoprim/sulfamethoxazole (160/800 mg) 1 tab oral bid with metronidazole (500 mg) 1 tab oral bid

Pelvic cellulitis

เป็นการติดเชื้อในส่วน deep tissue มักเกิดอาการประมาณวันที่ ๕ ถึงวันที่ ๑๐ หลังผ่าตัด

อาการ มีไข้ ปวดท้องน้อยโดยที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน อืดแน่นท้อง อาจมีเบื่ออาหารแต่มักไม่มีอาการแสดงของโรคระบบทางเดินอาหารหรือโรคระบบทางเดินปัสสาวะอย่างชัดเจน

อาการแสดง จะบวมและกดเจ็บบริเวณเหนือตำแหน่งแผลเย็บปิดในช่องคลอดหรือในเชิงกราน แต่จะไม่พบลักษณะของก้อนหรือถุงน้ำ

การรักษา จำเป็นต้องรับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับสังเกตอาการและการตอบสนองต่อการรักษา ยาปฏิชีวนะที่ใช้จะต้องครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียกรัมบวก กรัมลบ และแอนแอโรบิค และปรับชนิดของยาตามผลการเพาะเชื้อที่ได้ โดยจะให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดจนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีไข้อย่างน้อย ๒๔ ถึง ๔๘ ชั่วโมง แล้วจึงเปลี่ยนเป็นยารับประทานต่อเนื่องจนครบ ๑๔ วัน

ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด

๑) Clindamycin 900 mg IV q 8 hr or Metronidazole 500 mg IV q 12 hr plus Ceftriaxone 2 g IV q 24 hr OR

๒) Clindamycin 900 mg IV q 8 hr or Metronidazole 500 mg IV q 12 hr plus Penicillin 5 mU IV q 6 hr or Ampicillin 2 g IV q 6 hr plus
Gentamicin 5 mg/kg IV q 24 hr or Azetreonam 2 g IV q 8 hr (ในกรณี renal insufficiency)

ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน

๑) Metronidazole (500 mg) 1 tab oral q 12 hr plus Trimethoprim/sulfamethoxazole (160/180 mg) 1 tab oral q 12 hr OR

๒) Amoxicillin/clavulanate (875/125 mg) 1 tab oral q 12 hr

Pelvic abscess

จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พบไม่บ่อย เกิดเมื่อมีการติดเชื้อลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อ parametrium ในเชิงกราน มักเกิดตามหลังภาวะ pelvic cellulitis

อาการ ไข้สูง ปวดท้องรุนแรง

อาการแสดง คล้าย pelvic cellulitis แต่อาจสามารถตรวจพบก้อนภายในเชิงกราน ซึ่งยืนยันได้จากการตรวจอัลตร้าซาวน์หรือทางภาพถ่ายรังสี

การรักษา จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับอาจพิจารณาการผ่าตัดระบายหนอง

๑. ยาปฏิชีวนะ (antibiotic therapy) เพียงอย่างเดียว

สามารถให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียวหากผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้

๑) มีสัญญาณชีพคงที่

๒) ไม่มีอาการแสดงของภาวะก้อนหนองแตกในช่องท้องหรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)

๓) แสดงการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

๔) ก้อนหนองในเชิงกรานไม่ควรมีขนาดเกิน ๘ เซนติเมตร

โดยการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะเหมือนกับการรักษา pelvic cellulitis ดังที่กล่าวข้างต้น

๒. ผ่าตัดระบายหนอง (surgical treatment) ร่วมกับยาปฏิชีวนะ

ปัจจุบันมีข้อมูลสนับสนุนว่า การผ่าตัดระบายหนองร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ จะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ การผ่าตัดระบายหนองอาจทำตั้งแต่แรกวินิจฉัย ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะหรือทำการผ่าตัดระบายหนอง หลังจากให้ยาปฏิชีวนะไปแล้วระยะหนึ่งก็ได้ การผ่าตัดระบายหนอง สามารถทำได้โดยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (laparotomy) ผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopy) หรืออาจใช้วิธีระบายหนองด้วยการเจาะดูด (aspiration) โดยใช้ computed tomography (CT) or ultrasound guide หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่

ตารางที่ ๑ Recommended dose and redosing intervals for commonly used antimicrobials for surgical prophylaxis for gynecological procedure*[๑๒]

Antimicrobial	Recommended dose	Half-life (hours)	Recommended redosing interval (hours) **
Ampicillin–sulbactam	3 g	0.8–1.3	2
Aztreonam	2 g	1.3–2.4	4
Cefazolin	2 g or 3 g (if BW >120kg)	1.2–2.2	4
Cefotaxime	1 g	0.9–1.7	3
Cefoxitin	2 g	0.7–1.1	2
Cefotetan	2 g	2.8–4.6	6
Ceftriaxone	2 g	5.4–10.9	NA
Cefuroxime	1.5 g	1–2	4
Ciprofloxacin	400 mg	3–7	NA
Clindamycin	900 mg	2–4	6
Gendamicin	5 mg/kg based on DW ***	2–3	NA
Levofloxacin	500 mg	6–8	NA
Metronidazole	500 mg	6–8	NA
Vancomycin	15 mg/kg	4.8	NA

Not applicable (NA), Body weight (BW)

* Dosing and redosing interval for adult patients with normal renal function.

** Redosing in the operating room is recommende at an interval of approximately twon times the half–life of the agent in patients with normal renal function.

*** In general, gentamicin for surgical antibiotic prophylaxis should be limited to a single dose given preoperatively. Dosing is based on the patient"s actual body weight. If the patient's actual weight is more than 20% above ideal body weight (IBW), the dosing weight (DW) can be determinged as follows: DW = IBW + 0.4(actual weight − IBW).

เอกสารอ้างอิง

๑. Steiner HL, Strand EA. Surgical-site infection in gynecologic surgery: pathophysiology and prevention. American journal of obstetrics and gynecology. 2017;217:121-8.

๒. Pellegrini JE, Toledo P, Soper DE, Bradford WC, Cruz DA, Levy BS, et al. Consensus Bundle on Prevention of Surgical Site Infections After Major Gynecologic Surgery. AANA journal. 2017;85:1-12.

๓. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infection control and hospital epidemiology. 1992;13:606-8.

๔. Lachiewicz MP, Moulton LJ, Jaiyeoba O. Pelvic surgical site infections in gynecologic surgery. Infectious diseases in obstetrics and gynecology. 2015;2015:614950.

๕. Lake AG, McPencow AM, Dick-Biascoechea MA, Martin DK, Erekson EA. Surgical site infection after hysterectomy. American journal of obstetrics and gynecology. 2013;209:490.e1-9.

๖. Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup F. Abstinence from smoking reduces incisional wound infection: a randomized controlled trial. Annals of surgery. 2003;238:1-5.

๗. Edmiston CE, Jr., Lee CJ, Krepel CJ, Spencer M, Leaper D, Brown KR, et al. Evidence for a Standardized Preadmission Showering Regimen to Achieve Maximal Antiseptic Skin Surface Concentrations of Chlorhexidine Gluconate, 4%, in Surgical Patients. JAMA surgery. 2015;150:1027-33.

๘. Tanner J, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane database of systematic reviews. 2011:Cd004122.

๙. Gandaglia G, Ghani KR, Sood A, Meyers JR, Sammon JD, Schmid M, et al. Effect of minimally invasive surgery on the risk for surgical site infections: results from the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Database. JAMA surgery. 2014;149:1039-44.

๑๐. ACOG practice bulletin No. 104: antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Obstetrics and gynecology. 2009;113:1180-9.

๑๑. Steinberg JP, Braun BI, Hellinger WC, Kusek L, Bozikis MR, Bush AJ, et al. Timing of antimicrobial prophylaxis and the risk of surgical site infections: results from the Trial to Reduce Antimicrobial Prophylaxis Errors. Annals of surgery. 2009;250:10-6.

๑๒. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists. 2013;70:195-283.

๑๓. Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA surgery. 2017;152:784-91.

๑๔. Committee Opinion No. 571: Solutions for surgical preparation of the vagina. Obstetrics and gynecology. 2013;122:718-20.

การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐

วันศุกร์ที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๐๓.๓๐ - ๐๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๘๐๙ ชั้น ๘อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยสูติกรรม

ผู้ป่วยหญิงคู่ชาวเวียดนาม อายุ ๓๕ ปี ภูมิลำเนาประเทศเวียดนาม สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มาตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐

G_4P_{2012} GA 22^{+3} weeks/ LMP

Chief complaint

มีเลือดออกทางช่องคลอด ๓ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness

๓ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ ด้วยเรื่องเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณเล็กน้อย ประมาณ ๗ วัน ลักษณะเป็นมูกปนเลือด ออกตามหลังปัสสาวะ ไม่เคยมีอาการแบบนี้มาก่อน ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ

ไม่เคยมีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีเจ็บครรภ์ท้องแข็ง ไม่มีน้ำเดิน รู้สึกลูกดิ้น ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

ที่โรงพยาบาลศูนย์ ได้ตรวจพบความผิดปกติ จึงส่งตัวมารักษาต่อที่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Past history

- No underlying disease
- No drug/food allergy
- No family history of genetic disease/cancer
- No previous surgery/radiation therapy
- No history bleeding tendency

Gynecologic and Obstetrics history

- 1st sexual intercourse at age 21 years old, 2 sexual partners
- No contraception
- No previous pap smear
- Previous menstruation history: regular cycle, no AUB, LMP 14/08/2559
- Previous child
  - ✓ G1: last 15 years, ND, term female NB, BW 2,600 g
  - ✓ G2: last 4 years, complete abortion, no D & C
  - ✓ G3: last 3 years, ND, term female NB, BW 2,800 g

- G4: planned, wanted pregnancy
  - ✓ ANC: 1st ANC at GA 8^{+2} weeks by LMP, PV not performed
  - ✓ LAB I: normal
  - ✓ Not a couple at risk for severe thalassemia disease
  - ✓ US screening anomaly at GA 19^{+2} weeks by LMP: no gross anomaly, placenta anterior, no placenta previa
  - ✓ Amniocentesis due to elderly gravida : 46, XY

Physical examination

General appearance : A pregnancy woman looked well

Vital signs : BP 107/73 mmHg, PR 100/min, RR 16/min, BT 36.4°C

BW 47 kg, Height 158 cm, BMI 18.8 kg/m^2

HEENT : not pale conjunctiva, anicteric sclerae, supraclavicular and cervical LN can't be palpated

Breasts : no palpable mass

Heart : normal S1S2, no murmur

Lungs : clear and equal breath sound of both lungs

Abdomen : FH 22 cm, FHB 150 bpm, no distention, liver and spleen can't be palpated, shifting dullness negative, no fluid thrill

Extremities : no edema, inguinal LN can't be palpated

Per-Vaginal examination

MIUB : WNL

Vagina : normal mucosa, no abnormal discharge

Cervix : exophytic tumor 4 cm in diameter involved the whole cervix, not extended to fornices, no active bleeding

Uterus : enlarged 24 weeks size

Adnexa : free, mass can't be palpated

PRV : smooth rectal mucosa, no parametrial involvement

Problem list

- G_4P_{2012} GA 22^{+3} weeks by LMP with cervical mass
- Advanced maternal age

Investigation for diagnosis

Cervical biopsy : Poorly differentiated adenocarcinoma (predominant exophytic portion), No lymphovascular space invasion seen

Further investigation

CBC : Hb 11.8 g/dL, Hct 33.7%, WBC 11,020/cu.mm., N77.7%, E1.1%, B0.2%, L16%, M3.7%, Plt 201,000/cu.mm., MCV 89.6 fL.

Renal function : BUN 11 mg/dL, Creatinine 0.54 mg/dL

LFT : AST 16U/L, ALT 11 U/L, ALP 64 U/L

MRI Whole abdomen

- There is about 1.7 x 2.9 cm in size of the ill-defined abnormal intermediate SI T2W lesion in posterior lip of cervix with partial involved adjacent stroma
- The gestational sac with fetus is seen. Breech presentation. Placenta is located in anterior part
- No regional lymph node metastasis seen
- Mild dilated right ureter and renal pelvis; secondary mass effect from pregnancy
- Normal left kidney/ureter
- There is about 4.3 x 3.9 cm in size of abnormal liver mass at segment 2/3 that is ill defined hypodense SI on T1W suggested focal nodular hyperplasia
- No distance metastasis seen

Provisional diagnosis

G_4P_{2012} GA 22^{+3} weeks/ LMP with cervical cancer stage IB1

Management

- Multidisciplinary approach: gynecologic oncologist, MFM, pediatricians
- Surgical management: Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy
- Counseling:
  1. Timing of surgery
     - ✓ Termination of pregnancy;RHPL with fetus in situ
     - ✓ Continue pregnancy with Neoadjuvant chemotherapy then Cesarean section with RHPL at GA 30-32 weeks
  2. Disease progression
  3. Adverse effects to patient and fetus
- ผู้ป่วยและสามีเลือก Continue pregnancy with Neoadjuvant chemotherapy
- Neoadjuvant chemotherapy: Paclitaxel 175mg/m^2, Carboplatin 400mg/m^2 (1^{st} Cycle: GA 24^{+1}weeks, 2^{nd} Cycle: GA 27^{+1}weeks) ตรวจติดตามทั้งในมารดาและทารก ไม่พบผลข้างเคียงจากการให้ยาเคมีบำบัด
- ระหว่างให้การรักษาด้วย Neoadjuvant chemotherapy เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมสองประการ ได้แก่
  1. GDM (diagnosis at GA 27^{+1} weeks) ให้การรักษาด้วย diet control และ fetal surveillance ด้วย weekly NST
  2. Threatened Preterm labor/preterm labor หลังจากได้ Neoadjuvant chemotherapy ครั้งที่สอง ๑ วัน ตรวจพบ Regular uterine contraction, Interval 3 min, Duration 30 – 40 sec, moderate intensity แต่ไม่ได้ตรวจภายในประเมิน cervical progression เนื่องจากมี cervical mass จึงไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นภาวะ Threatened Preterm labor หรือ preterm labor แต่ตัดสินใจ Stop labor ไปเลย เนื่องจากผู้ป่วยเพิ่งได้ Neoadjuvant chemotherapy หากคลอดระหว่างนี้อาจจะเกิด myelosuppression ทั้งในมารดาและทารกได้ จึงให้การรักษาโดย
     - ✓ Dexamethasone 1 course

✓ Tocolytic drugs: nifedipine 2 courses → failed, Then terbutaline 0.25 mg SC → tachycardia with palpitation, Then indomethacin → success, no ductal stenosis

- ผู้ป่วยสามารถ continue pregnancy จนสามารถเข้ารับการผ่าตัด Low transverse Cesarean section with RHPL with appendectomy ที่ GA 31^{+1} weeks (หลังจากได้รับ Neoadjuvant chemotherapy ครั้งที่สอง ๔ สัปดาห์) สาเหตุที่เลือกลง Uterine incision แบบ Low transverse เนื่องจากคิดว่า ในรายนี้ tumor เป็น exophytic cervical lesion ไม่น่าจะมี infiltration ที่ lower uterine segment ที่จะทำให้เกิด surgical spilled อีกทั้งน่าจะลดโอกาสการเสียเลือดขณะผ่าตัดได้ดีกว่าการลงแบบ classical incision
- Intra-operative finding: Exophytic lesion 4 cm involve the whole cervix invade inner half of stroma, Normal both tubes and ovaries, No pelvic and paraaortic lymphadenopathy, EBL 1,000 ml, หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
- ผล Pathology :

Cervix : Poorly differentiated adenocarcinoma, Location: Entire circumference

Tumor size 3.5 cm, tumor thickness 10 mm, width of invasion 15 mm

Extent of stromal invasion: Inner third of cervical wall

Distance from tumor to outermost cervical stroma: 11 mm

Lymphovascular space invasion: Positive (1 space)

Vaginal involvement: Negative

Parametrial tissue: Negative, including 1 left parametrial node

Lymph nodes: No malignancy seen in 18 nodes

- การรักษาหลังผ่าตัดคือ closed follow up เนื่องจากประเมิน prognosis variables แล้วไม่มี high risk factor และ intermediate risk factor ไม่เข้าเกณฑ์ที่ต้องเข้ารับการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัด ตรวจติดตามหลังการผ่าตัด ๓ เดือน ผลตรวจปกติดี

Neonatal care

Birth weight 1,700 grams, APGAR 5 → 6 → 6T, admit NICU เนื่องจากมีปัญหา respiratory distress due to amniotic fluid aspiration ต้องหายใจด้วย ventilator via ETT และมี patent ductus arteriosus (PDA) ได้ indomethacin 1 course หลังได้รับการรักษา อาการดีขึ้นตามลำดับ นอนโรงพยาบาล ๒๔ วัน จากนั้นผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ น้ำหนักก่อนกลับบ้าน ๒,๒๕๕ กรัม

บทวิจารณ์ โดย ผศ.นพ.ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร

ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มะเร็งที่ตรวจพบในสตรีตั้งครรภ์ ถือว่าพบได้ไม่บ่อยมากนัก แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่าจะพบภาวะนี้ได้บ่อยขึ้น อาจเนื่องมาหลายปัจจัย เช่น เรื่องของอายุของสตรีตั้งครรภ์ ที่เริ่มตั้งครรภ์ในอายุที่มากขึ้นเป็นต้น ในกลุ่มของมะเร็งที่พบในสตรีตั้งครรภ์ ในปัจจุบันมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุด คือ มะเร็งเต้านม และอันดับสองที่พบบ่อยตามลงมาคือมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างที่ดีในการเรียนรู้เรื่องการดูแลรักษาภาวะมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งขอกล่าวโดยกว้าง ๆ ดังนี้

จากรายงานประวัติผู้ป่วยอายุ ๓๔ ปี มีประวัติการคลอดบุตรมาแล้วหลายครั้ง แต่กลับพบว่าไม่มีประวัติได้รับการตรวจภายในเช็คเซลล์มะเร็งปากมดลูกเลย ซึ่งขัดกับคำแนะนำในปัจจุบันจากหลายสถาบันที่ออกคำแนะนำ ซึ่งหากสูตินรีแพทย์หรือผู้ให้การดูแลได้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่มี น่าจะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ลงได้มาก ผู้ป่วยได้ไปฝากครรภ์ครั้งแรกขณะอายุครรภ์ ๘ สัปดาห์ ซึ่งในขณะนั้นยังไม่พบว่ามีอาการผิดปกติใด ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด จึงไม่ได้รับการตรวจภายในเพิ่มเติม ซึ่งในประเด็นนี้ในเวชปฏิบัติของประเทศไทยยังมิได้กำหนดว่าจะต้องทำการตรวจภายในคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก แต่อย่างไรก็ตามหากสตรีตั้งครรภ์รายใดมีปัญหาเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการตรวจภายใน เพื่อหาสาเหตุของเลือดออกผิดปกติในทุกราย ซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคของภาวะเลือดออกผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ๑. สาเหตุที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ ๒. สาเหตุที่ไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ โดย สาเหตุที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะแท้งต่าง ๆ การตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ส่วนสาเหตุที่ไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ ถ้าเป็นกลุ่ม Lower genital tract lesions ได้แก่ ภาวะ infection, benign neoplasm เช่น polyp หรือ ภาวะมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีเกี่ยวกับ medical disease ต่าง ๆ ที่ทำให้มีปัญหาเลือดออกผิดปกติได้ เช่น ITP เป็นต้น

ผู้ป่วยรายนี้มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ในขณะอายุครรภ์ ๒๒ สัปดาห์ ได้รับการตรวจภายในพบความผิดปกติ และได้รับการตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติม จึงพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก สำหรับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อการกำหนดระยะของโรค FIGO ได้แนะนำให้ทำการตรวจดังนี้ คือ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ตรวจเอกซเรย์ปอด Cystoscopy Proctoscopy และ MRI without contrasted และสิ่งสำคัญมาก ๆ ในการดูแลรักษาภาวะนี้ในสตรีตั้งครรภ์ คือ การดูแลแบบสหสาขา และดูแลแบบองค์รวม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนสำคัญในการร่วมตัดสินในดูแลรักษา ซึ่งในแนวทางการดูแลรักษาในภาวะนี้ ในปัจจุบันส่วนใหญ่แล้วเป็นคำแนะนำที่มีหลักฐานทางการแพทย์มากขึ้นเรื่อย ๆ แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงไม่มากพอที่จะสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า จะต้องทำอย่างใดเป็นการเฉพาะเท่านั้นแต่อย่างใด การให้คำปรึกษาแนะนำ ควรจะประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญคือ ลักษณะโรคมะเร็ง ตัวโรค และการดำเนินโรค อธิบายการรักษาว่าขึ้นกับระยะของโรคและอายุครรภ์ขณะที่ตรวจพบ ผลลัพธ์ของมารดาและทารกหากตั้งครรภ์ต่อ และการมีบุตรในครรภ์ถัดไป หลังการรักษามะเร็งหากต้องการตั้งครรภ์ต่อในอนาคต

ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติม แล้วพบว่ามะเร็งปากมดลูกอยู่ในระยะ IB1 ในขณะอายุครรภ์ ๒๒ สัปดาห์ ซึ่งในอายุครรภ์นี้ เป็นอายุครรภ์ที่เป็นปัญหาในการตัดสินใจของทั้งแพทย์และครอบครัว ว่าจะยุติการตั้งครรภ์และดำเนินการรักษาทันที หรือการตั้งครรภ์ต่อแล้วให้การรักษาที่ทำได้ระหว่างตั้งครรภ์ และรักษาต่อเนื่องหลังคลอดอีกครั้ง ซึ่งในอดีตการพิจารณานั้นพิจารณาตาม FIGO staging ในปัจจุบันมีคำแนะนำของ ESGO ให้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะตั้งครรภ์เป็นกลุ่ม low-risk หรือ high-risk ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถทำให้แพทย์ได้ข้อมูลเพื่อการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพิจารณาหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมร่วมกันต่อไปได้ดียิ่งขึ้น

ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับคำปรึกษาแนะนำแล้วได้เลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไป ทีมแพทย์ผู้ดูแลจึงได้ให้การดูแลรักษาด้วย NAC และติดตามดูแลการตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ความเสี่ยงสูง และได้พิจารณาคลอดที่อายุครรภ์ ๓๑ สัปดาห์ สำหรับช่องทางการคลอดส่วนมากแนะนำการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด การคลอดทางช่องคลอดนั้น ไม่แนะนำ เนื่องจาก อาจมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิด cervical tear และเสียเลือดมาก เพิ่มความเสี่ยงเกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และทำให้เกิด recurrence disease บริเวณ episiotomy site ได้ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและทำ RHPL with appendectomy และนัดมาตรวจติดตามต่อเนื่องต่อไป ซึ่งคำแนะนำในการตรวจติดตามที่มีคือ ๒ ปีแรก แนะนำตรวจทุก ๓ เดือน / ๓ - ๕ ปี แนะนำตรวจทุก ๖ เดือน / และมากกว่า ๕ ปี แนะนำตรวจประจำทุกปี การตรวจติดตามผู้ป่วยนั้น ได้แก่ การตรวจร่างกายอย่างละเอียดทุกระบบ การตรวจ vaginal cytology และการทำ investigation เพิ่มเติมในรายที่สงสัยมีการแพร่กระจายของโรค เช่น การทำ Chest x ray และ การทำ CT whole abdomen

คำถามท้ายเล่ม...
จากคณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

สำหรับสะสมคะแนน CME

๑. ข้อใดคือนิยามของ การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical site infection)

ก. Superficial incisional เป็นการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (subcutaneous) ซึ่งรวมถึงการติดเชื้อที่บริเวณแผลเย็บปิดในช่องคลอดหรือ vaginal cuff cellulitis ที่เกิดหลังการผ่าตัด hysterectomy

ข. Deep incisional เป็นการอักเสบติดเชื้อที่ชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อในตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการติดเชื้อในเชิงกรานหรือ pelvic cellulitis

ค. Organ or space เป็นการติดเชื้อที่อวัยวะหรือช่องโพรงในร่างกายหลังถูกสัมผัสขณะผ่าตัด ทำให้เกิดแผลฝีหนองในช่องเชิงกรานหรือ pelvic abscesses

ง. ถูกทุกข้อ

๒. แผลผ่าตัดทางนรีเวชส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มใด

ก. Clean wound

ข. Clean-contaminated wound

ค. Dirty wound

ง. ข้อ a และ b

๓. ปัจจัยใดไม่ส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical site infection) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ก. ภาวะอ้วน (obesity)

ข. การสูบบุหรี่ (smoking)

ค. โรคเบาหวาน (diabetes)

ง. ความดันโลหิตสูง (hypertension)

๔. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical site infection)

ก. การอาบน้ำสระผมทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียคืนก่อนวันผ่าตัดหรือเช้าวันผ่าตัด

ข. การกำจัดขนตามร่างกายในตำแหน่งผ่าตัดโดยวิธีการโกน

ค. ให้ยารักษา Bacterial vaginosis ก่อนการผ่าตัด hysterectomy ในผู้ป่วยทุกราย

ง. การผ่าตัดด้วยวิธี minimally invasive surgical techniques

๕. ข้อใดผิดเกี่ยวกับ pelvic cellulitis

ก. เป็นการติดเชื้อในส่วน superficial tissue

ข. มักเกิดอาการประมาณวันที่ ๕ ถึงวันที่ ๑๐ หลังผ่าตัด

ค. จะบวมและกดเจ็บบริเวณเหนือตำแหน่งแผลเย็บปิดในช่องคลอดหรือในเชิงกราน แต่จะไม่พบลักษณะของก้อนหรือถุงน้ำ

ง. จำเป็นต้องรับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นร.วนาพร เงินเย็น E-mail address: ngoenyen-beer@hotmail.com

เฉลยคำถามฉบับที่แล้ว

๑. ข้อใดเป็นความหมายของภาวะ uterine tachysystole

จ. มดลูกบีบรัดตัวมากกว่า ๔ ครั้งใน ๑๐ นาที

๒. ข้อใดเหมาะสมให้ชักนำให้เกิดการคลอด

ข. ตั้งครรภ์ครบกำหนดและมีน้ำเดิน

๓. การใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดแบบรับประทานตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำนั้น มีการบริหารยาอย่างไร

ก. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๒ ชั่วโมง

๔. การใช้ยา misoprostol ในการชักนำให้เกิดการคลอดโดยการเหน็บทางช่องคลอดตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำนั้น มีการบริหารยาอย่างไร

ค. ขนาด ๒๕ ไมโครกรัม ทุก ๖ ชั่วโมง

๕. ข้อใดไม่เหมาะสมในการนำมาชักนำให้เกิดการคลอดหากไม่สามารถให้ยาในกลุ่ม prostaglandins

ก. Amniotomy

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

โดย คณะอนุกรรมการวิจัย

ขอเชิญชวนเข้าร่วม...

ประกวดผลงานวิจัยของสมาชิกสามัญ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2561 เพื่อเชิดชูเกียรติสมาชิกฯ

สามารถ ส่งผลงานได้ที่

สำนักงานเลขาธิการฯ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310 หรือส่งที่

E - Mail address: congressrtcog@hotmail.com

ภายในวันที่ 31/08/2561

หลักเกณฑ์การพิจารณาการประกวดผลงานวิจัย ปี พ.ศ.2561 สามารถอ่านรายระเอียด ได้ที่ www.rtcog.or.th

02-716-5721 congressrtcog@hotmail.com www.rtcog.or.th