



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ 29 ฉบับที่ 4/2563

การประชุมวิชาการครั้งที่ 35 วันที่ 14-16 ตุลาคม 2563

50 Years Golden Jubilee RTCOG:

New Normal

2020

The Royal Gynecological Society of Thailand, Bangkok
(อาคารเรียน โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร)



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standards and Ethics for Women's Health

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยฯ



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี ”

(Standard and Ethics for Women's Health)

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักษะคิด ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ไม่ใช่มติของราชวิทยาลัยฯ



ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์

ประธาน

พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล

ผู้จัดทำหนังสือประธาน

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์วิทยา ธิวาทิน

รองประธาน คนที่ 1

นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์

รองประธาน คนที่ 2

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา

เลขาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ

เหรัญญิก

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรพิมล เรืองวุฒิเลิศ

กรรมการกลาง

ศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร พุกษานานนท์

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชนนินทร์ วานาภิรักษ์

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงฐิติมา สุนทรสัง

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริฐาน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปัญญะ พันธุ์บุรณะ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภูพงค์

นายแพทย์วิสิทธิ์ สุกครพงษ์กุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศกนัน มะโนทัย

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตกมล

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์

นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่

นายแพทย์ธีรวุฒิ ชันประกอบ

นายแพทย์ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

แพทย์หญิงลลิตพร พัฒนาวินิจฉัย

เลขานุการ

นายพนดล มณีกุล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาวัลย์ พูลประเสริฐ นางสาววนาพร เงินเย็น

หน้า

บรรณาธิการแถลง	3
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	4
สูตินรีเวช - จริยธรรมสากล	5
การช่วยชีวิตฟื้นตัวเร็วหลังการผ่าตัดทำคลอด (ตอน 3)	8
รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก	16
สรุป Interhospital Conference ครั้งที่ 4/2563	28
เฉลยคำถามท้ายเล่ม	31

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี รอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง กทม. 10310 โทรศัพท์ 0-2716-5721-22, แฟกซ์ 0-2716-5720

www.rtcog.or.th E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th sc_rtcog@rtcog.or.th



บรรณาธิการแถลง

โดย... รศ.นพ.อรรถพร ไจ้สารณ
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

สวัสดิ์คับ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยทุกท่าน

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับที่ 4 ของปี พ.ศ. 2563 นี้ ออกมาส่งท้ายปีเก่า และต้อนรับปีใหม่ พ.ศ. 2564 ในนามกองบรรณาธิการ กระผมขอให้สมาชิกและผู้อ่านทุกท่านมีความสุข สมหวัง และสุขภาพดีในปีใหม่นี้ และตลอดไปครับ

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมาเป็นที่น่ายินดีที่ คณะผู้บริหาร และหม่อมวลสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นกันในการประชุมวิชาการ ณ อาคารเฉลิมพระบารมีฯ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้ง ณ สถานที่จัดงาน หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ร่วม 1,000 ท่าน ส่วนในปี พ.ศ. 2564 นั้น มีกำหนดจัดการประชุมวิชาการกลางปี ในวันที่ 31 มีนาคม – 2 เมษายน พ.ศ. 2564 ท่านสมาชิกสามารถติดตามรายละเอียดได้จากเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยฯ

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ฉบับนี้มีเรื่องที่น่าสนใจติดตามเช่นเคย เริ่มด้วยบทความสูตินรีเวช-จริยธรรมสาธก โดยท่านรองประธาน **อาจารย์พิษณุ ชันติพงษ์** เรื่อง **การทำงานตามรอยพระยุคลบาท** ตามด้วยบทความทางวิชาการที่น่าสนใจ เรื่อง การช่วยให้ฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดคลอด ตอนที่ 3 ซึ่งเป็นตอนสุดท้าย โดย **รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงฐิติมา สุนทรสัง** ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบทความเรื่อง รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก โดย **รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงไอริน เรื่องขจร** ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และเช่นเคยกับรายงานการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ 4/2563 ซึ่งเสนอกรณีผู้ป่วย โดยแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบทวิจารณ์โดย **รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงอารีย์พรรณ โสภณสฤษฏ์สุข** ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง มหาวิทยาลัยมหิดล

ในฉบับนี้ขอตอบคำถามปิดท้ายเล่มครับ โดยได้นำสรุปสาระสำคัญของแนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด ซึ่งได้มีการปรับปรุงใหม่ล่าสุดมาลงแทนครับ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อลดโลกร้อน โดยท่านสามารถ Download วารสารได้จากเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยฯ หากสมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับวารสาร ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ทาง Email, Line หรือ Facebook กรุณาแจ้งมาที่ E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th หรือ QR Code ได้ครับ วารสารสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ที่ได้จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มจะส่งให้เฉพาะโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ และท่านสมาชิกที่ได้แจ้งความประสงค์จะรับวารสารเป็นรูปเล่มมาก่อนหน้านี้



พบกันใหม่ฉบับหน้าครับ



สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

เรียนท่านอาจารย์ และเพื่อนสมาชิกสวทศนรีแพทย์ที่เคารพทุกท่าน

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2564 กระผมขอกราบอาราธนา คุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากลโลก โปรดดลบันดาลประทานพร ให้ทุกท่านถึงพร้อมด้วยอายุ วรรณะ สุข พละ มีความสุข ความอบอุ่นในครอบครัว ท่ามกลางกัลยาณมิตร และเป็นกำลังสำคัญของชาติไทยในการดูแล สุขภาวะของประชาชนชาวไทยสืบไป

คณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยสวทศนรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชุดปัจจุบันได้ปฏิบัติงานอย่างเข้มข้น มาแล้ว 2 ปีเต็ม อย่างเข้าปีที่ 3 ผลงานได้ปรากฏให้เพื่อนสมาชิกได้รับทราบ และเป็นไปตามถ้อยแถลงในการรับงาน บริหารตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานทุกประการ ทั้งงานในประเทศ และการติดต่อกับต่างประเทศ เนื่องจากงานสวทศนรีเวชกรรม มีส่วนสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งต่อกลไกการขับเคลื่อนสุขภาวะของประชาชนชาวไทย ราชวิทยาลัย สวทศนรีแพทย์แห่งประเทศไทย จึงได้รับเกียรติเข้าร่วมเป็นกรรมการเกือบทุกชุดในการขับเคลื่อนดังกล่าว ส่งผลตามมาด้วยภาระงานใหม่ ๆ เป็นอันมาก ราชวิทยาลัยสวทศนรีแพทย์แห่งประเทศไทย มีจุดยืนชัดเจน ในการให้คำแนะนำด้านวิชาการด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา อย่างถูกต้อง เพื่อสุขภาวะของพี่น้องประชาชนชาวไทย ขอกราบเรียนเพื่อนสมาชิกทุกท่านว่า คณะกรรมการบริหาร และคณะอนุกรรมการทุกชุด ทุกท่าน มีความเป็นมืออาชีพ และมีความร่วมมือในการปฏิบัติงานอย่างดียิ่ง ตลอดเวลา 2 ปีที่ผ่านมา และเรากำลัง ก้าวสู่ปีที่ 3 อย่างมั่นคงต่อไปครับ

เรื่องใหม่ล่าสุด คือ การแก้ไขพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 301 และ มาตรา 305 เรื่องการทำแท้ง ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2564 ขณะนี้อยู่ในกระบวนการนิติบัญญัติในรัฐสภา ขอเรียนให้ท่านอาจารย์ และเพื่อนสมาชิกสวทศนรีแพทย์ ทุกท่านทราบเป็นข้อมูลว่า ราชวิทยาลัยสวทศนรีแพทย์ แห่งประเทศไทย มีหน้าที่โดยตรงในการให้ความรู้ด้านวิชาการสูติศาสตร์ เพื่อความปลอดภัยของหญิง ตั้งครรภ์เป็นสำคัญ และในขณะเดียวกันก็พิจารณาให้เกิดความสมดุลของสิทธิของมารดา และสิทธิของ ทารกในครรภ์ เราได้เข้าร่วมปรึกษาหารือ และขับเคลื่อนการแก้ไขพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายอาญานี้ อย่างใกล้ชิด ร่วมกับแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการกฤษฎีกา และคณะกรรมการสิทธิ มนุษยชนแห่งชาติ จนตกผลึกเป็นร่างกฎหมายเข้าสู่รัฐสภา ซึ่งเป็นหน้าที่ของสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา โดยพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายอาญา ในฉบับแก้ไขเพิ่มเติมนี้ จะเปลี่ยนโฉมหน้าการดูแลสุขภาวะของ สตรีในประเทศไทยให้แตกต่างไปจากอดีตหลายประการ จึงควรติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป



สุทินรีเวช - จริยธรรมสารก

โดย...นพ.พิษณุ ชันติพงษ์
รองประธาน คนที่ 1

บทความนี้เขียนเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2562...

ครบ 3 ปีในการจากไปของพ่อ ผมรอฝากบทความที่เขียนกันสำหรับทุกคน
ที่ฮิลด์เบิร์กและสวามันต์ใจกำลังวัยหกขวบรอพ่อ มาเป็นกำลังใจรับ

"การทำงามตามรอยพระยุคลบาท"

ระยะนี้ผมได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรบรรยายเรื่องการทำงานตามรอย
พระยุคลบาทให้กับโรงพยาบาลหน่วยงานและสถาบันทางการแพทย์หลายครั้ง ทำให้
นึกถึงสิ่งต่าง ๆ ที่พระองค์ทรงปฏิบัติเป็นแบบอย่างให้เราเห็นมากมายตลอด 70 ปี
แต่มีเพียงส่วนน้อยที่นำไปเป็นแนวทางในการทำงานและการดำเนินชีวิต พวกเรา
ส่วนใหญ่รอจนกระทั่งพระองค์เสด็จสู่สวรรคาลัยแล้วจึงได้นึกถึงคุณค่าของสิ่ง
ที่พระองค์ทรงทำไว้ให้เรา

พระองค์ทรงสอนเราในเรื่องความพอเพียงโดยทรงปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างให้เห็นมาตลอด ขณะทรงงาน
จะแต่งกายด้วยชุดที่เรียบง่ายตัดโดยช่างตัดเสื้อคนไทยไม่ใช่สูทแบรนด์เนมที่มีราคาแพง มีดินสอเหน็บกระเป๋าเสื้อ
ทางสำนักพระราชวังเคยให้ข้อมูลว่าพระองค์ทรงเบิกดินสอปีละ 1 โหล เฉลี่ยแล้วทรงใช้เดือนละ 1 แท่ง
จะทรงใช้จนเหลือสั้นเท่าที่จะทรงจับเขียนได้ มีวิทยุ walky-talky ติดพระองค์เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร
มีแผนที่ซึ่งให้รายละเอียดถึงระดับหมู่บ้านและที่ขาดไม่ได้คือกล้องถ่ายรูป เราจะเห็นคลังที่พระคตติดพระองค์
ตลอดเวลาสำหรับถ่ายภาพบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ไว้ใช้ประกอบการพิจารณาเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาให้
พลกนิกรอยู่ดีกินดี พระองค์ทรงเน้นคำว่า“พอ”ก่อนจึงจะใช้คำพอเพียงได้ เปรียบเช่นเราต้องเติมน้ำในแก้ว
เสียก่อนจึงจะมีน้ำให้ใช้ได้ เมื่อน้ำพร่องก็ต้องเติมใหม่เพื่อให้ในแก้วมีน้ำตลอดเวลา เมื่อเติมจนน้ำเต็มแก้ว
แสดงว่าเพียงพอแล้ว เมื่อมีน้ำให้เติมอีกก็จะล้นแก้ว ทรงให้แบ่งปันคนอื่น

ขณะเดินสายบรรยายผมจะถามเจ้าหน้าที่ทุกครั้งว่าใครบ้างที่ไม่มีหนี้สินเลย พบว่าทุกแห่งจะยกมือ
ไม่ถึง 10 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่าเกือบทุกคนใช้จ่ายเงินเกินตัว เอาเงินอนาคตมาใช้ บางคนเงินเดือน 2 หมื่นเศษแต่รับจริง
ไม่ถึง 5,000 บาท ที่เหลือถูกหักให้สถาบันการเงินเพื่อใช้หนี้ที่กู้มาก่อน แต่ละคนบอกว่ามีเงินค่าแรงแทนเวลา
สามารถอยู่ได้ ผมถามทุกคนว่าเคยคิดไหมว่าถ้าเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเราจะทำอย่างไรอยู่เวรก็ไม่ได้
ที่สำคัญพบว่าไม่มีใครทำประกันชีวิตที่จะให้เงินชดเชยในยามเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุแต่อย่างใด เป็นการ
ใช้ชีวิตอย่างประมาท ทั้ง ๆ ที่พระองค์ทรงสอนพวกเรามายาวนานถึงการใช้ชีวิตพอเพียง

ในหลวงรัชกาลที่ 9 ทรงคำนึงถึงการแก้ปัญหาแบบองค์รวมอยู่เสมอ ทรงเห็นว่าคนเรานั้นจะมีชีวิตที่มีความสุขจะต้องประกอบไปด้วยหลายปัจจัย ทรงให้เริ่มต้นจากสิ่งที่จำเป็นที่สุดของประชาชนก่อน ได้แก่ สาธารณสุข ต่อไปจึงเป็นเรื่องสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานและสิ่งจำเป็นสำหรับประกอบอาชีพ การพัฒนาประเทศจะต้องสร้างพื้นฐานคือ ความพอมี พอกิน พอใช้ ของประชาชนส่วนใหญ่ก่อน จึงค่อยสร้างค่อยเสริมความเจริญและเศรษฐกิจขั้นสูงโดยลำดับต่อไป เมื่อมีร่างกายและจิตใจดีแล้วจึงจะคิดถึงปัจจัยอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาเรื่องปากท้อง จะทำมาหากินอย่างไรจึงจะอยู่ได้

ทรงสอนเรื่องการรักษาแบบองค์รวมให้กับทันตแพทย์เมื่อ 20 ปีที่แล้วว่า เวลาออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่อย่าดูแต่เรื่องฟันอย่างเดียว ให้ดูเรื่องอื่น ๆ ด้วยเช่นสังเกตขาเจ็บ ตาบวม เจ็บคอ ฯลฯ เพราะทันตแพทย์ก็เป็นแพทย์เหมือนกัน เรียนมาเหมือนกัน ถ้ารักษาได้ก็ควรให้การรักษาก็ได้ ถ้ารักษาไม่ได้ควรให้คำแนะนำส่งต่อไปรักษา ราษฎรจะได้รับการดูแลแต่เนิ่น ๆ และต้องซักถามทุกข้อสงสัยเรื่องการทำมาหากิน ถนนหนทาง น้ำท่า เพราะถ้าไม่มี จะให้แปรงฟันวันละ 2 ครั้งได้อย่างไร ถนนไม่ดีจะให้มาพบหมอปีละ 2 ครั้งได้อย่างไร ไม่ควรรักษาเฉพาะกายอย่างเดียว ต้องดูถึงสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณด้วย ทรงมีวิธีคิดอย่างองค์รวม ทรงมองอย่างครบวงจร ทรงมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขอย่างเชื่อมโยง

การดูแลสุขภาพคนไข้แบบองค์รวมจำเป็นต้องคำนึงถึงสุขภาพกาย ใจ จิตวิญญาณและสังคม ปัจจุบันเรื่องของกายและใจนั้นเราทำได้ดีแล้วแต่เรื่องของจิตวิญญาณและสังคม มีเพียงส่วนน้อยที่จะคำนึงถึง ทำให้ผมนึกถึงกรณีคนไข้คนหนึ่ง เพศชาย อายุราว 45 ปีได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์ ทำให้เกิดอัมพาตของร่างกาย ท่อนล่างตั้งแต่บริเวณต่ำกว่าสะดือลงไป ต้องนั่งล้อเข็นและใส่สายสวนปัสสาวะตลอดเวลา ก่อนกลับบ้านมีการอธิบายให้คนไข้และญาติเข้าใจถึงแนวทางการดูแลต่อ ทั้ง ๆ ที่คนไข้บ่นหลายครั้งว่าไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไปเพราะเป็นภาระให้ครอบครัว รู้สึกว่าไม่มีศักดิ์ศรีของความเป็นคนอีก ต้องพึ่งพาคนอื่นเป็นภาระให้สังคมทำให้ไม่เห็นคุณค่าของตัวเอง ดังนั้นหลังกลับไปบ้านได้ไม่นานก็ทานยาฆ่าหญ้าจบชีวิตตนเอง ทุกคนที่มีส่วนในการรักษารู้สึกเสียใจอย่างมาก สมควรที่จะมีการเตรียมความพร้อมให้มากกว่านี้ ต้องมีการประเมินสุขภาพจิต พร้อมยกระดับจิตวิญญาณให้เห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่และมีตัวอย่างให้เห็นถึงคนอื่นที่สามารถสร้างคุณค่าให้ตนเองและสังคมแม้จะมีร่างกายที่พิการ การรักษาแบบครบองค์รวมจึงต้องอาศัยทีมงานสหสาขาวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นที่จะทำเพื่อคนไข้ ช่วยครอบครัวเตรียมความพร้อมโครงสร้างที่บ้านเพื่อความสะดวกและปลอดภัยให้ช่วยตัวเองได้มากที่สุด คนในชุมชนจะต้องร่วมมือเพื่อเป็นกำลังใจและช่วยดูแล ในขณะที่คนในครอบครัวต้องประกอบภาระกิจ โดยมีทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา

อีกรายหนึ่งเป็นหญิงอายุราว 28 ปีมีลูก 2 คนและได้รับการทำหมันหลังคลอดบุตรคนที่สองแล้ว ไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเลี้ยงลูก (คนโต 5 ขวบ คนเล็ก 2 ขวบ) สามีทำงานไฟฟ้า เกิดเหตุไม่คาดคิดสามีประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่ถูกไฟช็อตตกจากเสาไฟฟ้า เสียชีวิต หลังจากนั้นสองเดือนตรวจพบว่าตั้งครรภ์ได้ร่วมสามเดือนเศษ เมื่อมาปรึกษากับทีมงานตั้งครรภ์ไม่พร้อม พบว่ามีความเป็นอยู่ลำบากมากเนื่องจากกำพร้าพ่อแม่ทั้งสองฝ่าย และไม่มีรายได้อะไรอาศัยเงินเดือนสามี คงไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรในครรภ์ให้มีคุณภาพอีก ทั้งได้รับการทำหมันแล้ว จึงให้ทางเลือกว่าจะตั้งครรภ์ต่อจนคลอดแล้วมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหาพ่อแม่บุญธรรมหรือจะสิ้นสุดการตั้งครรภ์เนื่องจากอายุครรภ์น้อยสามารถทำโดยปลอดภัยได้

เมื่อตัดสินใจได้แล้ว แพทย์ทำการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ เมื่อจะออกจากโรงพยาบาลผมสังเกตเห็นว่ามีอาการ
ซึมเศร้าและร้องไห้ จากการสอบถามพบว่าตัวเองรู้สึกว้าดยคุณค่าเป็นคนไม่ดี ทำบาป เนื่องจากขณะอยู่
โรงพยาบาลถูกเจ้าหน้าที่หลายคนพูดกระทบว่าเป็นแม่อย่างไร้ค่าลูกตนเอง ผมรู้สึกเศร้าและหดหู่มาก
ทำไมพวกเราจึงไปตัดสินว่าการกระทำของคนไข้ผิดทั้ง ๆ ที่ตัวเขาเองก็รู้สึกไม่ดีอยู่แล้ว แต่มีความจำเป็น
ต้องทำ พวกเราจึงควรที่จะช่วยกันทำให้คนไข้ไม่รู้สึกผิดหรือด้อยคุณค่าเพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตต่อไป
เลี้ยงดูลูกทั้งสองคน ให้เติบโตเป็นคนดีมีคุณค่าในสังคม

การดูแลคนไข้และการแก้ปัญหาสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องคิดแบบองค์รวมเป็นสำคัญจึงจะสำเร็จ
เหมือนที่พ่อทรงปฏิบัติให้พวกเราเห็นมาตลอด 70 ปี

"ขอบคุณที่เป็นหนี้"



บทความวิชาการ

โดย... รศ.พญ.จิตติมา สุนทรสัจ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การช่วยให้ฟื้นตัวเร็วหลังผ่าท้องทำคลอด (ตอนที่ 3)

Enhanced Recovery After Cesarean Delivery (Part 3)

การดูแลรักษาหลังผ่าตัด

1. การป้องกันและรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting management)

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนพบได้บ่อยทั้งในช่วงกำลังผ่าตัดและที่ห้องพักรักษาตัว อุบัติการณ์ร้อยละ 21-79 ในรายที่ใช้การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน⁽¹⁻⁴⁾ ภาวะนี้ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการสำลักอาหาร ลงไปในหลอดลม เพิ่มระยะเวลาของการผ่าตัด เกิดความเสี่ยงของเลือดออกและการบาดเจ็บ ขณะผ่าตัด ลดความพึงพอใจของผู้ป่วยและทำให้กลับบ้านช้าลง

การเกิดความดันโลหิตต่ำจากการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของภาวะคลื่นไส้อาเจียน ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตต่ำจะช่วยลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนลง Cochrane review พบว่า การให้สารน้ำแบบ colloid หรือ crystalloid อย่างเพียงพอก่อนทำ spinal block ร่วมกับการให้ยา ephedrine หรือ phenylephrine และพันผ้าที่ขาทั้งสองข้างหรือใส่ถุงน่อง จะช่วยลดการเกิดความดันโลหิตต่ำ⁽⁵⁾

ยาที่ใช้ป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพดี คือกลุ่ม 5-HT₃ antagonist เช่น ondansetron, granisetron กลุ่ม dopamine antagonist เช่น metoclopramide, droperidol กลุ่ม sedative เช่น midazolam, propofol⁽⁵⁾ ยากลุ่ม corticosteroids เช่น dexamethasone ช่วยลดภาวะคลื่นไส้อาเจียน ช่วงกำลังผ่าตัดได้ ปัจจุบันแนะนำให้ยาหลายกลุ่มร่วมกัน เช่น ยากลุ่ม 5-HT ร่วมกับ droperidol หรือ dexamethasone จะได้ผลดีกว่าใช้ยาตัวเดียว⁽⁶⁾ มีงานวิจัยพบว่าการให้ยา tropisetron 2 มิลลิกรัมร่วมกับ metoclopramide 20 มิลลิกรัมมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนขณะและหลังผ่าท้องทำคลอดในรายที่ทำ spinal anesthesia⁽⁷⁾

สรุปคำแนะนำ

1. การให้สารน้ำก่อนผ่าตัด ให้ยา ephedrine หรือ phenylephrine ทางหลอดเลือดดำ และใส่ถุงน่องที่ขาทั้งสองข้างเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสำหรับป้องกันการเกิดความดันโลหิตต่ำ และภาวะคลื่นไส้อาเจียนขณะและหลังผ่าท้องทำคลอด (Evidence level: moderate; recommendation grade: strong)

2. การให้ยาป้องกันและรักษาอาการอาเจียนหลังผ่าตัดซึ่งทำคลอดควรใช้ยาหลายตัวร่วมกัน (evidence level: moderate (multiple interventions); recommendation grade: strong)

2. การระงับปวดหลังผ่าตัด (Postoperative Analgesia)

สตรีหลังคลอดที่เจ็บแผลผ่าตัดจะทำให้ไม่ค่อยขยับตัวหรือเคลื่อนไหวและส่งผลต่อการดูแลบุตร การให้ยา morphine ฉีดเข้าในช่องไขสันหลังและการทำ plane field block บริเวณหน้าท้องจะช่วยระงับความปวดหลังผ่าตัดได้นานหลายชั่วโมง การระงับความปวดหลังผ่าตัดซึ่งทำคลอดควรใช้ยาหลายตัวร่วมกัน เช่น ยากลุ่ม NSAIDs ร่วมกับ paracetamol รับประทาน ซึ่งมีประสิทธิภาพดี ราคาถูก ใช้สะดวกและไม่มีผลข้างเคียงแบบยากลุ่ม opioid⁽⁸⁾

สรุปคำแนะนำ

การให้ยาระงับความปวดหลังผ่าตัดซึ่งทำคลอดควรใช้ยาร่วมกัน คือ ยากลุ่ม NSAIDs ร่วมกับ paracetamol (evidence level: moderate; recommendation grade: strong)

3. การให้รับประทานอาหารเร็ว (Perioperative nutritional care/early feeding)

การให้รับประทานอาหารเร็ว คือ เริ่มให้รับประทานอาหารได้ตั้งแต่ 30 นาที⁽⁹⁾ จนถึง 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งทำคลอด⁽¹⁰⁾ มีการศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่มในผู้ป่วย 1,154 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ให้รับประทานอาหารภายใน 18 ชั่วโมงกับกลุ่มที่ให้รับประทานอาหารภายใน 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มที่ให้รับประทานอาหารเร็วจะลดความหิวและกระหายน้ำ มีความพึงพอใจสูงกว่า ขยับเคลื่อนไหวได้ดีกว่า ลดวันนอนโรงพยาบาล โดยไม่มีผลต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ อาการทางกระเพาะและลำไส้หรือการติดเชื้อ⁽¹¹⁾ และมีอีกรายงานที่สนับสนุนการให้รับประทานอาหารเร็วกว่าส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น กระตุ้นให้ลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วขึ้น ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อน เช่น การหายใจของแผลผ่าตัดหรือแผลติดเชื้อ⁽⁹⁻¹⁶⁾ อาหารที่ให้รับประทานเช่น นม ผัก ผลไม้ อาหารที่ให้พลังงานและมีเส้นใยสูงเพื่อป้องกันท้องผูก

สรุปคำแนะนำ

ให้รับประทานอาหารได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งทำคลอด (evidence level: high; recommendation grade: strong)

4. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose control)

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและได้รับการผ่าตัดซึ่งทำคลอดจะมีความเสี่ยงของแผลติดเชื้อเพิ่มวันนอนโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลที่เจาะจากปลายนิ้ว (capillary blood glucose, CBG) อยู่ในช่วง 4-7 มิลลิโมลต่อลิตรในช่วงคลอด เพื่อป้องกันทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁽¹⁷⁾ สตรีตั้งครรภ์

1. ที่เป็นเบาหวานซึ่งต้องใช้ยาอินซูลินควรให้ผ่าตัดเป็นคิวแรก ๆ เพื่อไม่ให้อดอาหารนาน จะช่วยลดการขาดน้ำ ภาวะกรดในเลือดและคีโตนในเลือด

หลังจากคลอดทารกแล้ว ความต้องการอินซูลินในมารดาจะลดลงอย่างรวดเร็ว จึงต้องตรวจ CBG ในผู้ป่วยที่ได้รับอินซูลิน นอกจากนี้จะต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำช่วงที่ให้นมบุตรด้วย กรณีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถหยุดการรักษาได้ ส่วนคนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (type II diabetes mellitus) สามารถกลับมารับประทานยา metformin หรือ glibenclamide ได้แม้จะให้นมบุตร⁽¹⁷⁾

ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นเบาหวานจะต้องได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างใกล้ชิดโดยกุมารแพทย์

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานจะต้องได้รับการปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร น้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลระยะยาวต่อสุขภาพในอนาคต

สรุปคำแนะนำ

ให้ควบคุมระดับน้ำตาลที่เจาะจากปลายนิ้วอย่างเข้มงวดหลังผ่าท้องทำคลอด (evidence level: low; recommendation grade: strong)

5. การป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด (Thromboembolism prevention)

สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด การป้องกันภาวะนี้หลังผ่าท้องทำคลอด มีทั้งการใส่ถุงน่อง (graduated compression stockings) ถุงน่องปั๊มลมแบบเป็นจังหวะ (intermittent pneumatic compression) การให้ยาในกลุ่ม heparin

Cochrane review รายงานว่า การให้ heparin ไม่ว่าจะเป็น low molecular weight หรือ unfractionated เปรียบเทียบกับยาหลอกหรือไม่ให้ยา เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหลังผ่าท้องทำคลอด ไม่มีความแตกต่างของการเกิดโรคนี้ (relative risk 1.30; 95% CI 0.39–4.27), pulmonary embolism (relative risk 1.10; 95% CI, 0.25–4.87) หรือ deep vein thrombosis (relative risk 1.74; 95% CI, 0.23–13.31)⁽¹⁸⁾ จึงยังไม่แนะนำให้ยากกลุ่ม heparin เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสำหรับสตรีหลังผ่าท้องทำคลอดทุกราย

มีการศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการตายจาก pulmonary embolism ในสตรีหลังผ่าท้องทำคลอดใน 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนและหลังการใส่ถุงน่องปั๊มลมทุกราย พบว่าลดการตายลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 7/458,097 ราย เหลือ 1/456,880 ราย ($P=0.038$)⁽¹⁹⁾

สรุปคำแนะนำ

ควรใส่ถุงน่องปั๊มลมที่ขาเพื่อป้องกันโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าท้องทำคลอด (evidence level: low; recommendation grade: strong)

6. การดูแลสายสวนปัสสาวะ (Urinary drainage management)

การใส่สายสวนปัสสาวะมีประโยชน์สำหรับติดตามและวัดปริมาณน้ำปัสสาวะหลังผ่าตัด ช่วยลดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัด และปัสสาวะไม่ได้หลังผ่าตัด แต่มีความเสี่ยงต่อ

การติดเชื้อ เจ็บที่ท่อปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ทำให้ผู้ป่วยขยับตัวได้ช้า อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่าย

ในปี ค.ศ. 2003 Ghoreishi และคณะ⁽²⁰⁾ ทำการศึกษาผู้ป่วย 270 รายที่ได้รับการผ่าตัดทำคลอด พบว่า การใส่สายสวนปัสสาวะไม่ได้ช่วยให้มองเห็นมดลูกส่วนล่างดีขึ้นหรือลดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะจะขยับตัวหลังผ่าตัดได้เร็วกว่า อยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า

มีการศึกษาแบบไปข้างหน้าในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดทำคลอดแบบ elective 420 คน สุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่ใส่สายสวนปัสสาวะกับใส่สายสวนปัสสาวะและเอาออกที่ 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มที่ไม่ใส่สายสวนปัสสาวะขยับตัวได้เร็วกว่า ปัสสาวะเองได้เร็วกว่า ดื่มน้ำและลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วกว่า อยู่โรงพยาบาลสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้จะเอาสายสวนปัสสาวะออกเร็วที่ 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มนี้ยังมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5.7% ต่อ 0.5%, $P < .001$)⁽²¹⁾

งานวิจัยของ El-Mazny⁽²²⁾ ทำการศึกษาแบบสุ่มไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำคลอดแบบ elective แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 150 คน พบว่ากลุ่มที่เอาสายสวนปัสสาวะออกทันทีจะมีอุบัติการณ์ของแบคทีเรียในน้ำปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อยและต้องรีบถ่ายปัสสาวะต่ำกว่า ปัสสาวะได้เองครั้งแรกเร็วกว่า ขยับตัวได้เร็วกว่า และอยู่โรงพยาบาลน้อยวันกว่ากลุ่มที่เอาสายสวนปัสสาวะออกที่ 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

นอกจากนี้ Cochrane review จากงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ 5 การศึกษาในจำนวนผู้ป่วย 1,065 ราย พบว่าการใส่สายสวนปัสสาวะในสตรีที่ผ่าตัดทำคลอดจะถ่ายปัสสาวะได้เองครั้งแรกช้ากว่า อุบัติการณ์ของความรู้สึกไม่สบายจากการคาสายสวนสูงกว่า ขยับตัวหลังผ่าตัดได้ช้ากว่าและอยู่โรงพยาบาลนานกว่า⁽²³⁾

สรุปคำแนะนำ

กรณีที่ไม้จำเป็นต้องวัดปริมาณน้ำปัสสาวะอย่างใกล้ชิดหลัง ควรเอาสายสวนปัสสาวะออกทันทีหลังผ่าตัดทำคลอดเสร็จแล้ว (evidence level: low; recommendation grade: strong)

สรุป

การช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทำคลอดฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด สามารถทำได้ตั้งแต่มาระหว่างและหลังผ่าตัดด้วยกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารก สถานพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัดทำคลอดควรจะนำไปใช้หรือปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตน

ตารางที่ 1 คำแนะนำเพื่อช่วยให้ฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด⁽²⁴⁻²⁶⁾

ช่วงเวลา	คำแนะนำ
ขณะฝากครรภ์	- ควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด ท้อง ทำคลอดไม่ว่าจะทำผ่าตัดแบบวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือผ่าตัดฉุกเฉิน - ไม่แนะนำให้ผ่าตัดท้องทำคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ถ้าไม่มีการ ประเมินประโยชน์และความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารกอย่างชัดเจน
ก่อนทำผ่าตัด	
การให้ยาก่อนระงับความรู้สึก	- ควรให้ยากลุ่ม antacids และ histamine H2 receptor antagonists ก่อนผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด aspiration pneumonitis - ไม่ให้ยากลุ่ม sedation ก่อนผ่าตัดเพราะจะส่งผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก
การเตรียมลำไส้	ไม่แนะนำให้เตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดไม่ว่าจะใช้ยารับประทานหรือสวน
การงดน้ำและอาหาร	- สนับสนุนให้ดื่มน้ำ น้ำผลไม้ที่ไม่มีเนื้อมัน น้ำชาหรือกาแฟดำ ได้จนถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด - อาจจะรับประทานอาหารอ่อน ๆ ได้จนถึง 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด
การลดความเสี่ยงด้านมารดา	ควรแก้ไขหรือควบคุมปัจจัยด้านมารดาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัด ท้อง ทำคลอด เช่น อ้วน (body mass index > 40 kg/m₂) ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซีด สูบบุหรี่
ขณะทำผ่าตัด	
การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกัน	ควรให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีก่อนลงมีดที่ผิวหนัง ในผู้ป่วยทุกราย แนะนำให้ยากลุ่ม first-generation cephalosporin ในรายที่ เจ็บครรภ์คลอดหรือมีถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว การให้ยา azithromycin เพิ่มจะ ช่วยลดการติดเชื้อหลังผ่าตัด
การเตรียมผิวหนัง	การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้องที่จะผ่าตัดควรใช้น้ำยา chlorhexidine-alcohol
การให้ยาระงับความรู้สึก	ให้ใช้การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนสำหรับการผ่าตัดท้องทำคลอด
การป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ	- ให้ตรวจติดตามอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยขณะทำผ่าตัดเพื่อจะใช้อุปกรณ์ทำให้อุ่นและป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ - forced air warming ให้สารน้ำทางหลอดเลือดแบบอุ่นและปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น จะช่วยป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดท้องทำคลอด
การให้สารน้ำ	การดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ euvolemia ทั้งก่อนและขณะผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผลลัพธ์ของทั้งมารดาและทารกดี

ช่วงเวลา	คำแนะนำ
ขณะทำผ่าตัด	
การดูแลทารกแรกเกิด	1. สำหรับทารกคลอดครบกำหนด การหนีบตัดสายสะดือควรรออย่างน้อย 1 นาทีหลังคลอด 2. สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด การหนีบตัดสายสะดือควรรออย่างน้อย 30 วินาทีหลังคลอด 3. รักษาอุณหภูมิร่างกายทารกให้อยู่ในช่วง 36.5 ถึง 37.5 องศาเซลเซียส หลังคลอดจนถึงห่อผู้ป่วย 4. หลีกเลี่ยงการดูดสิ่งคัดหลั่งในทางเดินหายใจหรือน้ำในกระเพาะอาหารเป็นกิจวัตร ยกเว้นรายที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจด้วยสิ่งคัดหลั่งหรือซีเทา 5. ให้ทารกหายใจด้วยอากาศในห้อง ไม่แนะนำให้ออกซิเจนเพราะอาจเกิดอันตรายได้ 6. ทุกโรงพยาบาลที่ทำผ่าตัดทำคลอดได้ ต้องมีศักยภาพในการช่วยกู้ฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดได้ทันที
หลังผ่าตัด	
การป้องกันและรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียน	1. การให้สารน้ำก่อนผ่าตัด ให้ยา ephedrine หรือ phenylephrine ทางหลอดเลือดดำ และใส่ถุงนอนที่ขาทั้งสองข้างเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสำหรับป้องกันการเกิดความดันโลหิตต่ำและภาวะคลื่นไส้อาเจียนขณะและหลังผ่าตัดทำคลอด 2. การให้ยาป้องกันและรักษาอาการอาเจียนหลังผ่าตัดทำคลอดควรใช้ยาหลายตัวร่วมกัน
การให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด	1. การให้ยาระงับความปวดหลังผ่าตัดทำคลอดควรใช้ยาาร่วมกัน คือ ยากลุ่ม NSAIDs ร่วมกับ paracetamol
การรับประทานอาหาร	1. ให้รับประทานอาหารได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัดทำคลอด
การควบคุมน้ำตาลในเลือด	1. ให้ควบคุมระดับน้ำตาลที่เจาะจากปลายนิ้วอย่างเข้มงวดหลังผ่าตัดทำคลอด
การป้องกันโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด	1. ควรใส่ถุงน่องปั๊มลมที่ขาเพื่อป้องกันโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทำคลอด
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	1. กรณีที่ไม่จำเป็นต้องวัดปริมาณน้ำปัสสาวะอย่างใกล้ชิดหลัง ควรเอาสายสวนปัสสาวะออกทันทีหลังผ่าตัดทำคลอดเสร็จแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Griffiths JD, Gyte GML, Paranjothy S, Brown HC, Broughton HK, Thomas J. Interventions for preventing nausea and vomiting in women undergoing regional anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD007579.
2. Pan PH, Moore CH. Comparing the efficacy of prophylactic metoclopramide, ondansetron and placebo in cesarean section patients given epidural anesthesia. *J Clin Anesth* 2001;13:430–5.
3. Harmon D, Ryan M, Kelly A, Bowen M. Acupressure and prevention of nausea and vomiting during and after spinal anaesthesia for cesarean section. *Br J Anaesth* 2000;84:463–7.
4. Carvalho JCA, Cardoso MMSC, Capelli EL, et al. Prophylactic ephedrine during cesarean delivery under spinal anesthesia. Dose-response study of bolus and continuous infusion administration. *Braz J Anesthesiol* 2000;11:32–7.
5. Emmett RS, Cyna AM, Andrew M, Simmons SW. Techniques for preventing hypotension during spinal anesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD002251.
6. Habib AS, El-Moalem HE, Gan TJ. The efficacy of the 5-HT₃ receptor antagonists combined with droperidol for PONV prophylaxis is similar to their combination with dexamethasone. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anaesth* 2004;51:311–9.
7. Voigt M, Fröhlich CW, Hüttel C, et al. Prophylaxis of intra- and postoperative nausea and vomiting in patients during cesarean section in spinal anesthesia. *Med Sci Monit* 2013;19:993–1000.
8. Tan M, Siu-Chun Law L, Joo Gan T. Optimizing pain management to facilitate enhanced recovery after surgery pathways. *J Can Anesth* 2015;62:203–18.
9. Teoh WHL, Shah MK, Mah CL. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Med J* 2007;48:152.
10. Izbizky GH, Minig L, Sebastiani MA, Otano L. The effect of early versus delayed post caesarean feeding on women's satisfaction: a randomized controlled trial. *BJOG* 2008;115:332–8.
11. Jalilian N, Ghadami MR. Randomized clinical trial comparing postoperative outcomes of early versus late oral feeding after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40:1649–52.
12. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, Ogunniyi AO. A randomized controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22:65–71.
13. Masood SN, Masood Y, Naim U, Masood MF. A randomized comparative trial of early initiation of oral maternal feeding versus conventional oral feeding after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;126:115–9.
14. Nantasupha C, Ruengkachorn I, Ruangvutilert P. Effect of conventional diet schedule, early feeding and early feeding plus domperidone on postcesarean diet tolerance: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res* 2016;42:519–25.

15. Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001;98:113–6.
16. Hsu YY, Hung HY, Chang YI. Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: a systematic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol* 2013;121:1327–34.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>. Accessed October 1, 2017.
18. Bain E, Wilson A, Tooher R, Gates S, Davis L–J, Middleton P. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2:CD001689.
19. Clark SL, Christmas JT, Frye DR, Meyers JA, Perlin JB. Maternal mortality in the United States: predictability and the impact of protocols on fatal postcesarean pulmonary embolism and hypertension–related intracranial hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:32.
20. Ghoreishi J. Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83:267–70.
21. Nasr AM, El Bigawy AF, Abdelamid AE, Al–Khulaidi S, Al–Inany HG, Sayed EH. Evaluation of the use vs nonuse of urinary catheterization during cesarean delivery : a prospective, multicenter, randomized controlled trial. *J Perinatol* 2009;29:416–21.
22. El–Mazny A, El–Sharkawy M, Hassan A. A prospective randomized clinical trial comparing immediate versus delayed removal of urinary catheter following elective cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;181:111–4.
23. Abdel–Aleem H, Aboelnasr MF, Jayousi TM, Habib FA. Indwelling bladder catheterisation as part of intraoperative and postoperative care for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:CD010322.
24. Wilson RD, Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, et al. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1). *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:523–32.
25. Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:533–44.
26. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3) *Am J Obstet Gynecol* 2019;221:247.e1–247.e9.





บทความวิชาการ

โดย... รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงไอริน เรืองขจร

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก (Premalignant Lesion of Endometrium)

รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก หรือ premalignant lesion of endometrium เดิมเรียกว่า endometrial hyperplasia (EH) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้แบ่งความรุนแรงออกเป็นสี่ระดับ แต่ละระดับมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดหรือเจริญเติบโตกลายเป็นมะเร็งได้แตกต่างกัน แต่การจัดแบ่งความรุนแรงแบบนี้มีข้อด้อยในด้าน reproducibility ที่ไม่ดี และปัจจุบันมีข้อมูลในระดับชีวโมเลกุลที่ทำให้เข้าใจกระบวนการเกิดรอยโรคชนิดนี้ได้มากขึ้น จึงกำหนดเรียกรอยโรคที่เสี่ยงต่อการกลายเป็นมะเร็งสูงกว่า endometrial หรือ endometrioid intraepithelial neoplasia (EIN)

พยาธิสรีรวิทยา พยาธิสภาพ และการดำเนินโรค

Endometrial hyperplasia เกิดจากการเซลล์เยื่อบุมดลูกได้รับการกระตุ้นจากฮอร์โมนเอสโตรเจนอยู่ยาวนานโดยที่ไม่มีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนมาต้านฤทธิ์ หรือที่เรียกว่า unopposed estrogen มักมีความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุทั่วทั้งโพรงมดลูก

โดยความร่วมมือของ International Society of Gynecologic Pathologists (ISGP), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) และองค์การอนามัยโลก ในการประชุมครั้งล่าสุดปี ค.ศ. 1994 ได้ให้คำจำกัดความเพื่อจำแนกระดับความรุนแรงของ EH 4 แบบ (WHO-94 classification system) ดังนี้

1. Endometrial hyperplasia (EH) – without atypia

1.1 Simple endometrial hyperplasia ทางพยาธิวิทยาจะตรวจพบเยื่อบุมดลูกหนาตัวเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มจำนวนและขยายขนาดของเยื่อบุดม (gland) และชั้น stroma จะดูหนาแน่นเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่ำต่อการกลายเป็นมะเร็ง

1.2 Complex (adenomatous) endometrial hyperplasia เยื่อบุดมเพิ่มจำนวนขึ้นอยู่กันอย่างหนาแน่นเรียก back-to-back glands มีการหนาตัวของ epithelium ประมาณ 2-4 ชั้น และมี mitotic activity ได้แตกต่างกันอาจมากถึง 10 เซลล์ต่อ high-power field สิ่งที่ใช้แยกจาก simple hyperplasia คือ ตรวจพบ back-to-back glands และ intraluminal papillae

2. **Atypical endometrial hyperplasia (AEH)** ทางพยาธิวิทยามีลักษณะ atypia ของเซลล์ ได้แก่ พบนิวเคลียสขนาดใหญ่ขนาดแตกต่างกัน nuclear membrane หนา ปริมาณโครมาตินเพิ่มมากขึ้น และ nucleolus เด่น มีความเสี่ยงสูงต่อการกลายเป็นมะเร็ง AEH แบ่งเป็น 2 ชนิดย่อย คือ

2.1 Simple atypical endometrial hyperplasia

2.2 Complex (adenomatous) atypical endometrial hyperplasia

จากการศึกษาแบบย้อนหลังของ Kurman และคณะ ในผู้ป่วย 170 ราย ที่ได้รับการขูดมดลูก และวินิจฉัย simple EH, complex EH, simple AEH และ complex AEH เมื่อตรวจติดตามพบว่ามีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคกลายเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก (endometrial carcinoma, ECA) เท่ากับร้อยละ 1, 3, 8 และ 29 ตามลำดับ⁽¹⁾ แต่ข้อด้อยของการวินิจฉัยแบบ WHO-94 นั้นมี reproducibility ที่ไม่ดี เพราะเมื่อนำกระจกสไลด์ผลพยาธิวิทยาที่รายงานว่าเป็น AEH มาอ่านซ้ำ พบว่าร้อยละ 26 ได้ผลรุนแรงลดลงเป็น EH และร้อยละ 29 ได้ผลรุนแรงขึ้นเป็น ECA⁽²⁾ และในปี ค.ศ. 2000 โดย the International Endometrial Collaborative Group ค้นพบว่ารอยโรคก่อนจะกลายเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูกนั้นเกิดจาก monoclonal origin โดยเริ่มจากจุดเล็ก ๆ ก่อนแล้วจึงกระจายไปทั่วทั้งโพรงมดลูก จึงได้กำหนดการแปลผลพยาธิสภาพแบบใหม่เรียกว่า “**EIN classification**” (ตารางที่ 1) โดยดูจากลักษณะของ gland crowding architecture ลักษณะทาง cytology, ขนาดรอยโรค >1 มม.⁽³⁾ การอ่านผลพยาธิวิทยาแบบ EIN classification มี reproducibility ดีถึงร้อยละ 70⁽⁴⁾ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศสนับสนุนให้ใช้ระบบ EIN หมายถึง endometrial precancerous lesion รวมถึง the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 และ the Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016 ได้สนับสนุนให้ใช้ระบบ EIN ใน clinical practice guidelines⁽⁵⁾

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการแบ่งรอยโรภายในเยื่อบุมดลูกแบบต่าง ๆ^(3,6)

Cambell & Barter et al 1961	Gusberg & Kaplan 1963	Gore & Hartig 1966	Vellios 1972	Tavassoli & Kraus 1978	Hendrickson & Kempson 1979	Kurman et al 1985	EIN 2000
Cystic hyperplasia	Mild adenomatous hyperplasia	Cystic hyperplasia	Cystic hyperplasia	Cystic hyperplasia	Hyperplasia without atypia	Simple, non-atypical	Endometrial/ Benign hyperplasia
Atypical hyperplasia type I	Moderate adenomatous hyperplasia	Adenomatous hyperplasia	Adenomatous hyperplasia	Adenomatous hyperplasia	Hyperplasia with mild atypia	Complex, non-atypical	
Atypical hyperplasia type II		Anaplasia	Atypical hyperplasia			Simple atypical	Endometrial intraepithelial neoplasia
Atypical hyperplasia type III	Marked adenomatous hyperplasia	Carcinoma in situ	Carcinoma in situ	Atypical hyperplasia	Hyperplasia with severe atypia	Complex atypical	

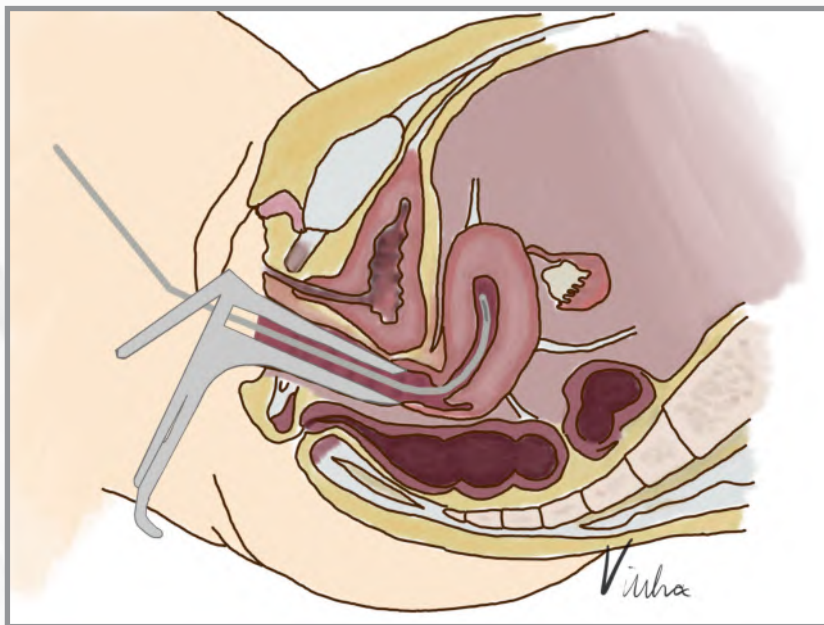
อาการและอาการแสดง

รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูกมักพบในสตรีอายุ 40 ปี หรืออายุเฉลี่ยน้อยกว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก 10 ปี และมักไม่มีอาการ ในรายที่มีอาการมักมีอาการเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะนี้ ได้แก่ สตรีที่ไม่มีบุตร รูปร่างอ้วน มีภาวะไม่ตกไข่เรื้อรัง ระบุหมดซ้า มีประวัติได้รับฮอร์โมนทดแทน ได้รับยา tamoxifen เป็นต้น ซึ่งต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคกับ ภาวะ endometrial atrophy, การได้รับฮอร์โมน, endometrial polyps, endometrial hyperplasia, EIN หรือ endometrial cancer

การตรวจคัดกรอง และการวินิจฉัยโรค

ปัจจุบันการตรวจคัดกรองมะเร็งเยื่อบุมดลูกเป็นที่ยอมรับเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น เช่น มี hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPPC หรือ Lynch II syndrome) เป็นที่ยอมรับว่าไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งเยื่อบุมดลูกในสตรีทั่วไป หรือแม้แต่สตรีที่ได้รับยา tamoxifen⁽⁷⁻⁹⁾

การวินิจฉัยต้องได้จากการตรวจทางพยาธิวิทยา วิธีที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) ในการเก็บเนื้อเยื่อ คือ การขูดมดลูกแบบแยกส่วน (fractional and curettage, F&C) หรือโดยการส่องกล้องตรวจโพรงมดลูกแล้วตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (hysteroscopic biopsy) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกทั้งในสตรีวัยเจริญพันธุ์และวัยหมดระดู สามารถทำได้ทันทีขณะตรวจภายใน เพราะมีกล้องขนาดเล็กทำได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องถูกดมยาสลบ ที่เรียกว่า office hysteroscopy พบว่ามีความแม่นยำสูง ผลข้างเคียงชนิดรุนแรงพบได้น้อย^(10, 11) ในปัจจุบันพบว่าการดูดเนื้อเยื่อบุมดลูก (endometrial sampling) โดยใช้ endometrial samplers หรือ endometrial aspirators ดังแสดงใน **รูปที่ 1** มีความแม่นยำที่ดีเช่นกัน และไม่ยุ่งยาก สามารถทำแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยไม่ต้องให้การระงับความรู้สึก



รูปที่ 1 แสดงการทำ endometrial sampling

การดูดเนื้อเยื่อบุผนังมดลูกเริ่มมีใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 1943⁽¹²⁾ และมีการพัฒนารูปแบบท่อดูดให้มีขนาดเล็กลง เพื่อลดความเจ็บปวด และรูปร่างที่ใช้ได้สะดวกยิ่งขึ้น ลักษณะอุปกรณ์ที่ใช้มี 2 แบบ แบบแรกจะเป็นท่อต่อกับ syringe เช่น Karman aspirator, Vabra aspirator, Endometrial sampler เป็นต้น ส่วนอีกแบบคือจะเป็น plunger mechanism ได้แก่ Endocell, Pipelle พบว่าการดูดเนื้อเยื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยานั้นได้เนื้อเยื่อเพียงพอต่อการวินิจฉัยร้อยละ 70-98 มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัย EH หรือ ECA ร้อยละ 70-80 และ 93-100 ตามลำดับ สำหรับตัวอย่างการศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือเก็บเนื้อเยื่อบุผนังมดลูกแต่ละชนิด ได้สรุปไว้ดังตารางที่ 2⁽¹³⁻²³⁾ จากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ถึงประสิทธิภาพในการวินิจฉัย AEH หรือ ECA ของชิ้นเนื้อที่ได้จากการทำ endometrial sampling ด้วย endometrial samplers ชนิดต่าง ๆ ได้แก่ Vabra, Novak, Pipelle, Z-sampler, Endoscann, Gynoscann, Accurette เปรียบเทียบกับผลพยาธิวิทยาที่ได้จากการขูดมดลูก หรือการตัดมดลูก พบว่า endometrial samplers มีความไวในการวินิจฉัย ร้อยละ 92-100 และมีความจำเพาะ ร้อยละ 91-98⁽²⁴⁻²⁶⁾

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือดูดเยื่อบุผนังมดลูกแต่ละชนิด เช่น Pipelle เปรียบเทียบกับ Vabra พบว่า Pipelle ได้เนื้อเยื่อที่เพียงพอต่อการตรวจทางพยาธิวิทยามากกว่า⁽²⁷⁾ Lambert และคณะ⁽²⁸⁾ เปรียบเทียบประสิทธิภาพของ Endocell กับ Vabra พบว่าได้ปริมาณเนื้อเยื่อพอ ๆ กัน

การดูแลรักษา เมื่อได้รับผลพยาธิวิทยาว่าเป็น EIN มีสิ่งที่ต้องคำนึงถึง 2 ประการ

1. ความแม่นยำของการวินิจฉัย เพราะขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น วิธีการทำ endometrial biopsy, classification หรือ terminology ที่สื่อสารกันระหว่างพยาธิแพทย์และสูติ-นรีแพทย์ และโอกาสพบมะเร็งเยื่อบุผนังมดลูกซ่อนเร้นอยู่ (concurrent endometrial carcinoma) หรือโอกาสที่โรคจะดำเนินเป็นมะเร็งเยื่อบุผนังมดลูกในอนาคต (risk of progression) มากน้อยเพียงใด
2. ความต้องการการตรวจภาวะเจริญพันธุ์ ข้อห้ามของการใช้ยาฮอร์โมน หรือข้อห้ามในการผ่าตัด ทั้งจากโรคประจำตัวหรือความพึงพอใจของผู้ป่วย

Concurrent Endometrial Carcinoma

นิยามของ concurrent ECA คือ การที่ตรวจพบ ECA ภายในเวลา 1 ปี นับจากวันที่ทำ endometrial biopsy จากการศึกษาขณะที่ใช้ WHO-94 classification รอยโรค AEH มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งได้สูงจากรายงานของ Gynecologic Oncology Group (GOG) ในการศึกษาผู้ป่วย 306 รายที่ได้รับการวินิจฉัย AEH และได้รับการรักษาโดยตัดมดลูกส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่า 123 ราย (ร้อยละ 43) ของผู้ป่วยกลายเป็น ECA ในจำนวนนี้ผู้ป่วย 77 ราย (ร้อยละ 63) มีมะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะชั้นเยื่อบุ ร้อยละ 31 พบมะเร็งลุกลามชั้นกล้ามเนื้อ และร้อยละ 11 มะเร็งลุกลามมากกว่าครึ่งหนึ่งของกล้ามเนื้อมดลูก⁽²⁹⁾ ซึ่งจากรายงานถัดมาก็พบสัดส่วนของ ECA เช่นเดียวกัน^(30, 31) ดังแสดงในตารางที่ 3 จะสังเกตได้ว่าการตรวจพบ concurrent ECA ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย AEH จากการขูดเยื่อบุผนังมดลูกนั้นมีสัดส่วนกว้างถึงร้อยละ 20-52 แต่เมื่อใช้ระบบ EIN จะมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบ concurrent ECA ที่ดีกว่า คือ ร้อยละ 40-47⁽³²⁻³⁶⁾ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิภาพในการวินิจฉัย endometrial hyperplasia หรือ endometrial carcinoma ของเครื่องมือดูดเนื้อเยื่อบุผนังมดลูกแต่ละชนิด⁽¹³⁻²³⁾

Investigators	Number	Samplers	Control	Sensitivity	Specificity
Goldberg GL, et al S Afr Med J 1982	40	Vabra	Curettage	100	90
Stovall TG, et al Obstet Gynecol 1991	176	Novak	Hysterectomy	100	99
Guisa-Chiferi MG, et al Int J Gynaecol Obstet 1996	80	Novak	Curettage/ Hysterectomy	95	100
Moberger B, et al Acta Obstet Gynecol Scand 1998	30	Pipelle	Curettage	100	96
Gupta JK, et al Acta Obstet Gynecol Scand 1996	69	Pipelle	Curettage	100	100
Kavak Z, et al Auz N Z J Obstet Gynaecol 1996	68	Pipelle	Curettage	100	100
Van den Bosch T, et al Obstet Gynecol 1995	140	Pipelle	Hysterectomy	100	99
Kunaviktikul K, et al J Obset Gynaecol Res 2011	202	Endocell	Curettage	60	99.5
Sirimai K, et al J Med Assoc Thai 2015	132	MVA	Curettage	100	100
Gilberto MU, et al Medicine 2019	45	Pipelle	Hysteroscopic biopsies	100	100
Abdelazim IA, et al Arch Gynecol obstet 2015	220	Tao Bruch	Curettage	100	100

MVA, manual vacuum aspiration

ตารางที่ 3 สัดส่วนการพบ concurrent ECA ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย AEH จากการขูดเยื่อมดลูก⁽²⁹⁻³¹⁾

Authors	AEH (N)	Concurrent ECA (%)	MI (%)
Gusberg SB & Kaplan AL 1963	18	20	N/A
Tavassoli F & Krauss D 1978	48	25	2.1
Kurman RJ & Norris HJ 1982	89	17	7.9
Janicek MF & Rosenshein NB 1994	44	43	39
Dunton KH et al 1996	23	52	26
Trimble CL et al. GOG 167 Cancer 2006	289	42.6	30.9
Pennant S et al (abstract) J Obstet Gynaecol 2008	not available data	45.9	not available data
Suh-Burgmann E et al Obstet Gynecol 2009	824	48	18

AEH, atypical endometrial hyperplasia; ECA, endometrial carcinoma; MI, myometrial invasion

ตารางที่ 4 สัดส่วนการพบ concurrent ECA ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย EIN จากการขูดเยื่อมดลูก⁽³²⁻³⁶⁾

Authors	EIN (N)	Concurrent ECA (%)
Baak JP et al. Cancer 2005	110	39.1
Mutter GL et al. Hum Pathol 2008	239	47.3
Semere LG et al. Obstet Gynecol 2011	157	16.6
Yang YF et al. Pathol Res Pract 2012	103	40.1
Travaglino A et al. Histopathology 2019	507	42.8

ECA, endometrial carcinoma; EIN, endometrial intraepithelial neoplasia

Risk of Progression

จากข้อมูลของ Kurman และคณะ พบว่า การดำเนินโรคจากรอยโรคภายในเยื่อบุมดลูกชนิด SH, CH และ AEH จนกลายเป็น ECA ใช้ระยะเวลา 11, 8.3, และ 4.2 ปี ตามลำดับ⁽¹⁾ จากการศึกษาของ Kaiser Permanente Center for Health Research, California, USA ในผู้ป่วยที่ได้รับการขูดมดลูกหรือ endometrial biopsy และได้รับการวินิจฉัย EH ในช่วงปี ค.ศ. 1973–2003 จำนวน 10,273 ราย พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อวินิจฉัย EH เท่ากับ 52 ปี ณ ขณะนั้นผู้ป่วย 308 ราย (ร้อยละ 23) มี concurrent ECA, ผู้ป่วย 1,397 ได้รับการรักษา EH ด้วยการตัดมดลูก และผู้ป่วยอีก 639 ไม่มาตรวจติดตามการรักษา คงเหลือผู้ป่วยที่ตรวจติดตามการรักษาเกิน 1 ปีอยู่ 7,949 ราย ในจำนวนนี้ 127 รายพบมี progression กลายเป็น ECA เมื่อย้อนกลับไปดูผล endometrial biopsy ของทั้ง 127 รายนี้ พบว่ามีผล disorder proliferative endometrium 33 ราย non-atypical 62 ราย และ AEH 43 ราย และผู้ป่วย 109 ราย (ร้อยละ 86) ได้รับการรักษาด้วย progestin โดยมีค่ากลางของระยะเวลาการดำเนินโรคเป็น ECA เท่ากับ 6.7 ปี เมื่อคำนวณ cumulative risk ในระยะเวลา 20 ปี พบว่า AEH เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลายเป็นมะเร็ง 14 เท่า (Relative Risk [RR] 14, ร้อยละ 95 Confidence Interval [CI] 5–38) หรือร้อยละ 27.5^(37, 38) ส่วนโอกาสดำเนินโรคของ EIN กลายเป็น ECA จากการศึกษาของ Baak JP และคณะทำการ review ผลพยาธิวิทยาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย EH และมีผลการตรวจติดตามนานกว่า 1 ปี จำนวน 477 ราย พบเข้าเกณฑ์วินิจฉัย EIN จำนวน 118 ราย และ progression เป็น ECA 22 ราย (ร้อยละ 18.6) โดยมีค่ากลาง ระยะเวลากลายเป็น ECA 48 เดือน [range 13–120 เดือน]⁽³²⁾ ดังแสดงในตารางที่ 5^(1, 32, 34, 38)

ตารางที่ 5 แสดงโอกาสการดำเนินโรคจาก AEH หรือ EIN จนกลายเป็น ECA^(1, 32, 34, 38)

Authors	Endometrial biopsy pathology (N)	Risk of progression (%)	Time to diagnosed ECA
Kurman RJ et al. Cancer 1985	48 AEH	29	4.2 years [1–11]
Lacey Jr JV et al. J Clin Oncol 2010	7,947 EH	AEH, 27.5 non-AEH, 4.6	6.7 years [1–24.5] (20-yr cumulative risk)
Baak JP et al. Cancer 2005	118 EIN	18.6	48 months [13–120]
Semere LG et al. Obstet Gynecol 2011	132 EIN	23.6	>1 year

AEH, atypical endometrial hyperplasia; ECA, endometrial carcinoma; EIN, endometrial intraepithelial neoplasia

จากข้อมูลดังกล่าว Society of Gynecologic Oncology และ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2015, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) 2016 และ European Society for Medical Oncology (ESMO) and European Society for Radiotherapy & Oncology (ESTRO) and European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) 2017 จึงแนะนำให้รักษา EIN ด้วยการตัดมดลูก ดังนี้^(6, 39-41)

- Exploratory laparotomy หรือ laparoscopic surgery
- ทำ peritoneal cytology
- ขณะผ่าตัดต้องเปิดหน้าตัดดูว่า มี ECA หรือไม่ หากสงสัย ควรส่ง frozen section เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และพิจารณาตัดรังไข่ในรายที่เป็น ECA พยาธิแพทย์ยังช่วยประเมิน histopathology type, grading รวมถึงช่วยประเมิน myometrial invasion ร่วมด้วย ซึ่งหากเข้าเกณฑ์ของ FIGO criteria จำเป็นต้องทำ complete surgical staging ต่อไป ซึ่งความแม่นยำในการประเมิน histopathology, grading และ myometrial invasion สูงถึง ร้อยละ 97.5, 88 และ 98.2

ในผู้ป่วยที่ไม่ต้องการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัด จำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และพิจารณาให้การรักษาในกลุ่มโปรเจสติน ดังตารางที่ 6 ซึ่งพบว่ามี regression rate ร้อยละ 70-90 ในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่ายาใดดีที่สุด ผู้ป่วยควรได้รับการคุมดลูกเพื่อสังเกตทางพยาธิวิทยาทุก ๆ 3-6 เดือน แม้เย็บจะกลับสู่ปกติแล้วก็ยังสมควรให้ยารับประทานต่อเนื่องไปอย่างน้อย 1 ปี แนะนำให้ผ่าตัดมดลูกเมื่อไม่ต้องการมีบุตรหรือเมื่อสามารถรักษาโรคประจำตัวให้พร้อมต่อการผ่าตัดได้ เพราะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 20-40

ตารางที่ 6 แสดงชนิดและขนาดยาฮอร์โมนเพื่อรักษาภาวะ AEH หรือ EIN^(6, 39)

ชนิดยา	วิธีบริหารยา
Medroxyprogesterone acetate	10-20 mg/day หรือ cyclic 12-14 days per month
Micronized vaginal progesterone	100-200 mg/day หรือ cyclic 12-14 days per month
Megestrol acetate	40-200 mg/day
Depot medroxyprogesterone	150 mg IM every 3 months
Levonorgestrel intrauterine system	52 mg a steroid reservoir over 5 years

สรุป

การวินิจฉัยและรักษารอยโรคก่อนเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูกที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันมิให้กลายเป็นมะเร็งในอนาคต การรักษาดังกล่าวต้องพิจารณาพร้อมกับลักษณะทางพยาธิวิทยาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ในกลุ่ม EH มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาที่ดีมากโอกาสกลายเป็นมะเร็งน้อย ส่วนในกลุ่ม EIN นั้นมีโอกาสพบมะเร็งซ่อนเร้นหรือกลายเป็นมะเร็งในอนาคตได้สูง ดังนั้นในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรอีก ควรรักษาโดยการผ่าตัดมดลูก หรือในรายที่เลือกให้ยารักษาต้องรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดและทำการขูดมดลูกส่งตรวจทางพยาธิวิทยาซ้ำเพื่อประเมินผลการรักษาเป็นระยะ ในอนาคตความรู้ในระดับชีวโมเลกุลน่าจะมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านสาเหตุและการพยากรณ์โรค ซึ่งจะทำให้มีแนวทางป้องกันหรือรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of “untreated” hyperplasia in 170 patients. *Cancer* 1985;56:403–12.
2. Zaino RJ, Kauderer J, Trimble CL, Silverberg SG, Curtin JP, Lim PC, et al. Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 2006;106:804–11.
3. Mutter GL and the Endometrial Collaborative Group. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): Will it bring order to chaos? *Gynecol Oncol* 2000;76:287–90.
4. Sobczuk K, Sobczuk A. New classification system of endometrial hyperplasia WHO 2014 and its clinical implications. *Menopaus Rev* 2017;16:107–11.
5. Sanderson PA, Critchley HOD, Williams ARW, Arends MJ, Saunders PTK. New concepts from an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. *Human Reprod Update* 2017; 23:232–54.
6. Trimble CL, Method M, Leitao M, Lu K, Ioffe O, Hampton M, et al: For the Society of Gynecologic Oncology Clinical Practice Committee. Management of endometrial precancers. *Obstet Gynecol* 2012;120:1160–75.
7. ACOG committee opinion. No. 336: Tamoxifen and uterine cancer. *Obstet Gynecol* 2006;107:1475–8.
8. ACOG Committee Opinion No. 356: Routine cancer screening. *Obstet Gynecol* 2006;108:1611–3.
9. Smith RA, Kimberly S, Andrews BA, Books D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2019;69:184–210.

10. Clark TJ, Mann CH, Shah N, Khan KS, Song F, Gupta JK. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. *BJOG*. 2002;109:313–21.
11. van Dongen H, de Kroon CD, Jacobi CE, Trimbos JB, Jansen FW. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2007;114:664–75.
12. Cary WH. A method of obtaining endometrial smears for study of their cellular content. *Am J Obstet Gynecol*. 1943;46:422–3.
13. Gupta JK, Wilson S, Desai P, Hau C. How should we investigate women with postmenopausal bleeding? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996;75:475–9.
14. Goldberg GL, Tsalacopoulos G, Davey DA. A comparison of endometrial sampling with the Accurette and Vabra aspirator and uterine curettage. *S Afr Med J*. 1982;61:114–6.
15. Stovall TG, Photopulos GJ, Poston WM, Ling FW, Sandles LG. Pipelle endometrial sampling in patients with known endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol*. 1991;77:954–6.
16. Giusa-Chiferi MG, Goncalves WJ, Baracat EC, de Albuquerque Neto LC, Bortoletto CC, de Lima GR. Transvaginal ultrasound, uterine biopsy and hysteroscopy for postmenopausal bleeding. *Int J Gynaecol Obstet*. 1996;55:39–44.
17. Van den Bosch T, Vandendael A, Van Schoubroeck D, Wranz PA, Lombard CJ. Combining vaginal ultrasonography and office endometrial sampling in the diagnosis of endometrial disease in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 1995;85:349–52.
18. Kavak Z, Ceyhan N, Pekin S. Combination of vaginal ultrasonography and pipelle sampling in the diagnosis of endometrial disease. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1996;36:63–6.
19. Moberger B, Nilsson S, Palmstierna S, Redvall L, Sternby N. A multicenter study comparing two endometrial sampling devices--Medscand Endorette and Pipelle de Cornier. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77:764–9.
20. Kunaviktikul K, Suprasert P, Khunamornpong S, Settakorn J, Natpratan A. Accuracy of the Wallach Endocell endometrial cell sampler in diagnosing endometrial carcinoma and hyperplasia. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011;37:483–8.
21. Sirimai K Mail, Lertbunnaphong T, Malakorn K, Warnnissorn M. Comparison of Endometrial Pathology between Tissues Obtained from Manual Vacuum Aspiration and Sharp Metal Curettage in Women with Abnormal Uterine Bleeding. *J Med Assoc Thai* 2016;99:111
22. Utida GM, Kulak, Jr. J. Hysteroscopic and aspiration biopsies in the histologic evaluation of the endometrium, a comparative study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98:e17183.

23. Abdelazim IA, Abdelrazak KM, Elbiaa AAM, Al-Kadi M, Yehia AH. Accuracy of endometrial sampling compared to conventional dilatation and curettage in women with abnormal uterine bleeding. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291:1121–6.
24. Van Hanegem N, Prins MMC, Bongers MY, Opmeer BC, Sahota DS, Mol BW, et al. The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;197:147–55.
25. Narice BF, Delaney B, Dickson JM. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2018;19:135.
26. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brolmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. *Cancer* 2000;89:1765–72.
27. Naim NM, Mahdy ZA, Ahmad S, Razi ZR. The Vabra aspirator versus the Pipelle device for outpatient endometrial sampling. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007;47:132–6.
28. Lambert B, Gonthier M, Dery JP, Lepage Y. Compared randomized roles and pain factor by Vabra and Wallach Endocell in endometrial evaluation. *Gynecol Obstet Invest*. 1998;45:258–61.
29. Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke JJ, 2nd, et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 2006;106:812–9.
30. Pennant S, Manek S, Kehoe S. Endometrial atypical hyperplasia and subsequent diagnosis of endometrial cancer: a retrospective audit and literature review. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:632–3.
31. Suh-Burgmann E, Hung YY, Armstrong MA. Complex atypical endometrial hyperplasia: the risk of unrecognized adenocarcinoma and value of preoperative dilation and curettage. *Obstet Gynecol* 2009;114:523–9.
32. Baak JP, Mutter GL, Robboy S, van Diest PJ, Uytterlinde AM, Orbo A, et al. The molecular genetics and morphometry-based endometrial intraepithelial neoplasia classification system predicts disease progression in endometrial hyperplasia more accurately than the 1994 World Health Organization classification system. *Cancer* 2005;103:2304–12.
33. Mutter GL, Kauderer J, Baak JP, Alberts D.: Gynecologic Oncology Group: Biopsy histomorphometry predicts uterine myoinvasion by endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Hum Pathol* 2008;39:866–74.

34. Semere LG, Ko E, Johnson NR, Vitonis AF, Phang LJ, Cramer DW, et al. Endometrial intraepithelial neoplasia clinical correlated and outcomes. *Onstet Gynecol* 2011;118:21–8.
35. Yang YF, Liao YY, Peng NF, Li LQ, Xie SR, Wang RB. Prediction of coexistent carcinomas risks by subjective EIN diagnosis and comparison with WHO classification in endometrial hyperplasias. *Pathol Res Pract* 2012;208:708–12.
36. Travaglini A, Raffone A, Saccone G, Mollo A, De Pacido G, Insabato L, et al. Endometrial hyperplasia and the risk of coexistent cancer: WHO versus EIN criteria. *Histopathology* 2019;74:676–87.
37. Lacey JV, Ioffe OB, Ronnett BM, Rush BB, Richesson DA, Chatterjee N, et al. Endometrial carcinoma risk among women with endometrial hyperplasia: the 34-year experience in a large health plan. *Br J Cancer* 2008;98:45–53.
38. Lacey JV, Sherman ME, Rush BB, Ronnett BM, Ioffe OB, Duggan MA, et al. Absolute risk of endometrial carcinoma during 20-year follow-up among women with endometrial hyperplasia. *J Clin Oncol* 2010;28:788–92.
39. ACOG committee opinion. No. 631: Endometrial intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 2015 (reaffirmed 2019);125:1272–8.
40. Management of endometrial hyperplasia. Gree-top guideline No.67. RCOG/BSGE joint guideline 2016. <https://www.rcog.org.uk> (Accessed on 10 January, 2020)
41. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, Gonzalez–Martin A, Ledermann J, et al. ESMO–ESGO–ESTRO consensus conference on endometrial cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016;27:16–41.





การประชุมวิชาการ

Interhospital Conference ครั้งที่ 4/2563

วันศุกร์ที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม 809 ชั้น 8 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร

นำเสนอโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้ป่วยนรีเวชกรรม

หญิงไทยใสด อายุ 18 ปี อาชีพนักศึกษา ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันจังหวัด กรุงเทพมหานคร

- **Chief complaint:** ไม่มีประจำเดือนตั้งแต่กำเนิด
- **Present illness:** ไม่เคยมีประจำเดือนมาตั้งแต่เกิด
- **Past history:**
 - No underlying disease
 - No drug and food allergy
 - No previous surgery, chemotherapy, or radiation
 - No current medication, hormonal or herbal use
- **Social History:** Deny smoking, alcohol, or substance use
- **Family History:**
 - Deny any family members of similar symptoms
 - Elder sister: menarche aged at 12 years
 - Mother: menarche aged at 19 years
 - Deny family history of gynecologic malignancy
- **OBGYN and Growth History**
 - Para 0, single, deny sexual activity
 - Growth and development
 - ☐ At 13 years old: found fine pubic hair
 - ☐ Growth spurts at age 15 years old

- **Physical Examination:**

General appearance: A Thai Female, good consciousness

Height 159 cm, Weight 44 kg, BMI 17.89 kg/m² Arm span 162 cm

Vital signs: BP 104/63 mmHg, PR 72/min, RR 14/min, BT 36.7°C

HEENT: pink conjunctivae, anicteric sclerae, no thyroid gland enlargement

Heart and Lungs: within normal limit

Abdomen: no distension, soft, not tender, no palpable mass



โดย... รศ.ดร.พญ.อารีย์พรรณ ไสภณสฤกษ์สุข

หน่วยเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์และมิบุตรยาก

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



เคสผู้ป่วยทางนรีเวชที่น่าสนใจในการประชุม Interhospital Conference ครั้งนี้ มาด้วยปัญหา Primary amenorrhea จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยไม่มีพัฒนาการเพศ (lack of secondary sexual characteristics) ซึ่งได้แก่ ไม่มีเต้านม มีขนรักแร้และหัวหน้าน้อย ลักษณะทางเพศผู้หญิงไม่ชัดเจน ซึ่งจากปัญหา Primary amenorrhea with lack of secondary sexual characteristics ทำให้คิดถึงการวินิจฉัยแยกโรคได้สองทางคือ 1. Hypergonadotropic hypogonadism 2. Hypogonadotropic hypogonadism ซึ่งถ้าคิดถึงทางด้านข้อ 1 การส่งตรวจแยกโรคได้แก่ FSH ก็เพียงพอ อย่างไรก็ตามถ้าคิดถึงสาเหตุที่ 2 แนะนำให้ส่งตรวจ FSH, LH และ estradiol สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผลการตรวจ FSH = 69 mIU และ E2=13 pg/ml ทำให้คิดถึง Hypergonadotropic hypogonadism สาเหตุของการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ 1. Turner syndrome 2. Gonadal dysgenesis ทั้ง XX gonadal dysgenesis และ XY gonadal dysgenesis (Swyer syndrome) และ 3. Mixed gonadal dysgenesis ซึ่งการแยกโรคจำเป็นต้องใช้การตรวจโครโมโซม ซึ่งผลการตรวจได้เป็น 46, XY ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Swyer syndrome

โรคนี้ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในปีค.ศ. 1955 โดย Dr.Swyer อุบัติการณ์การเกิดโรคอาจประมาณ 1:80,000 การเกิด ผู้ป่วยมักมีอวัยวะเพศลักษณะเป็นผู้หญิง อวัยวะเพศภายนอกมักจะไม่ใช่ ambiguous genitalia และมีมดลูกปกติ ต่อมเพศของผู้ป่วยไม่มีการพัฒนา ไม่มีการสร้างฮอร์โมนเพศ ทำให้ผู้ป่วยจะมีภาวะขาดเอสโตรเจน นอกจากนี้ต่อมเพศที่ไม่ทำงานนี้อาจจะเกิดเนื้องอก gonadoblastoma และ dysgerminoma ได้ ร้อยละ 15-35 เนื้องอก gonadoblastoma เป็นเนื้องอกธรรมดา (benign) ไม่ใช้มะเร็ง แต่เนื้องอกนี้เป็น precursor ของการเกิดมะเร็ง ได้ เช่น dysgerminoma, teratomas, embryonal carcinomas and endodermal sinus tumours

โรค Swyer หรือ 46 XY GD dysgenetic gonad ไม่หลั่ง Antimüllerian hormone (AMH) ทำให้มีการพัฒนาของมดลูก ร้อยละ 10–20 ของผู้ป่วย Swyer syndrome พบว่ามีการกลายพันธุ์โดยมี deletion ที่ตำแหน่ง DNA-binding domain บนยีน SRY gene ที่เหลืออีก ร้อยละ 80–90 พบว่ายีนนี้ปกติ และอาจมีการกลายพันธุ์ของยีนอื่น อาทิเช่น MAP3K1, DHH, NR5A1, SOX9, DAX1, WT1 และ SF1 SRY gene เป็นยีนที่กำหนดการสร้างโปรตีน sex-determining region Y ซึ่งโปรตีนนี้ทำหน้าที่เป็น transcription factor (TF) ซึ่งตามปกติ TF จะจับกับส่วนของ DNA ควบคุมการทำงานของยีนอื่น โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทางเพศ เป็นลักษณะผู้ชาย อาทิ เช่นทำให้ต่อมเพศพัฒนาเป็น อัณฑะ ยับยั้งการพัฒนาทางกายวิภาคให้เป็นลักษณะผู้หญิง ซึ่งเมื่อ SRY gene กลายพันธุ์ จะทำให้สร้างโปรตีนที่ไม่สามารถทำงานได้แบบเดิม ไม่เกิดการพัฒนาเป็นอัณฑะแต่เกิดการสร้างมดลูกและท่อำไข่

การวินิจฉัยกระทำโดย การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย รวมทั้งการตรวจโครโมโซม ซึ่งการวินิจฉัยควรจะทำอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเอสโตรเจนต่ำมาก อาจส่งผลให้มวลกระดูกน้อยลงมากได้ และจำเป็นต้องทำการผ่าตัดเอาต่อมเพศออก เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งรังไข่

สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้แก่

1. ผ่าตัดเอาต่อมเพศออกผ่านทางช่องท้อง
2. ให้ฮอร์โมนทดแทนเพื่อป้องกันการเกิดกระดูกบางและพรุนในอนาคต
3. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัวรวมทั้งการให้การสนับสนุนทางจิตใจ ให้ผู้ป่วยเลือกเพศที่ต้องการจะเป็น อาจจะไปปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา เพื่อช่วยให้คำปรึกษาด้านจิตใจ
4. การมีบุตร เนื่องจากต่อมเพศไม่ทำงาน และผ่าตัดออกไป ดังนั้นผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสตั้งครรภ์เองได้ตามปกติ แต่ผู้ป่วยยังมีมดลูกอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยสามารถมีบุตรได้โดยการรับบริจาคไข่ และทำเด็กหลอดแก้ว
5. ตรวจติดตามผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อสังเกต

จากประสบการณ์ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประจำเดือน (primary amenorrhea) มีประเด็นที่พึงสังวรหลายประการได้แก่

1. การใช้ MRI ในการตรวจพิสูจน์ว่ามีมดลูกหรือไม่ ความถูกต้องแม่นยำมักจะต่ำกว่าการตรวจทั่วไป เช่น ตรวจเนื้องอกมดลูก myoma หรือ adenomyoma ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในภาวะฮอร์โมนเพศต่ำเป็นระยะเวลานาน ซึ่งมักทำให้มดลูกมีขนาดเล็กมาก บางครั้งเห็นเป็นเหมือน streak structure ได้
2. การให้ยาฮอร์โมนทดแทน แนะนำให้เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนคล้ายกับที่ให้ในผู้ใหญ่ ไม่แนะนำให้ใช้ยากุมกำเนิดฮอร์โมนรวม นอกจากจะอยู่ในสถานที่ที่ไม่มียาฮอร์โมนทดแทน เนื่องจากยากุมกำเนิดเองสามารถกดการทำงานของต่อมไฮโปธาลามัส และต่อมใต้สมองได้ ทำให้สร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ปริมาณน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. Michala L, Goswami D, Creighton S, Conway G. Swyer syndrome: presentation and outcomes. BJOG 2008; 115:737–741.
2. <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/swyer-syndrome#statistics>
3. Berek and Novak gynecology. Sixteen edition

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด

RTCOG Clinical Practice Guideline

Intrapartum fetal monitoring

เอกสารหมายเลข OB 63-025 (ใช้แทนเอกสารหมายเลข OB 017)

จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564

วันที่อนุมัติฉบับ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

อนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพได้ปรับปรุง CPG เรื่อง Intrapartum fetal monitoring ฉบับใหม่ เพื่อให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรมได้นำไปใช้ โดยมีรายละเอียดในเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/12/OB-63-025_-Intrapartum-fetal-monitoring-12Dec20.pdf)

สรุปสาระสำคัญของการปรับปรุง เปรียบเทียบกับ CPG เดิม มีดังนี้

CPG เดิม (20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558)	CPG ใหม่ (27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563)
การแปลผลและการดูแลรักษา FHR pattern แบบต่าง ๆ	
การดูแลรักษา ไม่ได้เขียนแยกออกมาให้ชัดเจน	- เขียนแยกหัวข้อ การดูแลรักษา ของแต่ละ Category ชัดเจน - เพิ่ม Tachysystole และการดูแลรักษา
ตารางที่ 3 การทำ intrauterine resuscitation สำหรับ FHR tracing ที่เป็น Category II หรือ III	- แก้เป็น ตารางที่ 3 แนวทางแก้ไขความผิดปกติของ Fetal heart rate tracing - เขียนให้เข้าใจง่ายขึ้น

ตารางที่ 3 แนวทางแก้ไขความผิดปกติของ Fetal heart rate tracing

ความผิดปกติของ FHR	วิธีการ	เป้าหมาย
- Recurrent late deceleration - Prolonged deceleration หรือ bradycardia - Minimal หรือ absent variability	1. ทำ intrauterine resuscitation - จัดท่าให้มารดาอนตะแคงซ้ายหรือขวา - ให้ออกซิเจนแก่มารดา	เพิ่มออกซิเจนให้แก่ทารกและเพิ่ม uteroplacental blood flow

	- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (อาจให้ normal saline 500-1,000 มิลลิลิตร) 2. แก้ไขความดันโลหิตต่ำในมารดา โดยเฉพาะในรายที่ได้ epidural block หรือ มีการเสียเลือด	
- Tachysystole ร่วมกับ FHR tracing ชนิด Category II หรือ III	1. ทำ intrauterine resuscitation 2. หยุดยากระตุ้นการหดตัวของ มดลูก เช่น oxytocin, misoprostol 3. ถ้ายังไม่ดีขึ้น พิจารณาให้ยา tocolysis เช่น terbutaline 250 ไมโครกรัม ฉีดใต้ ผิวหนัง	ลดการหดตัวของมดลูก
- Recurrent variable deceleration - Prolonged deceleration หรือ bradycardia	1. ทำ intrauterine resuscitation 2. ทำ amnioinfusion (ถ้าทำได้) 3. ตรวจภายในประเมินดูว่า - มีสายสะดือย้อย หรือ - ปากมดลูกเปิดเร็ว หรือ - มีการเคลื่อนลงของศีรษะทารกเร็ว ถ้าพบสายสะดือย้อย ให้ดันส่วนนำของเด็กขึ้นและเตรียมการผ่าท้องทำคลอดโดยด่วน	ลดการกดสายสะดือทารกในครรภ์

เฉลยคำถามท้ายเล่มฉบับที่แล้ว

1. ข้อใดเป็นผลของยาเคมีบำบัดที่ส่งผลต่อรังไข่

ตอบ D. ถูกทุกข้อ

2. ข้อใดคือตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการทำ Ovarian transposition

ตอบ A. ผนังหน้าท้องทางด้านหน้าและด้านข้าง (anterolateral abdominal wall) ประมาณ 3 ถึง 5 เซนติเมตรเหนือระดับสะดือ

3. การทำ Fertility preservation โดยยังอยู่ในชั้นทดลอง

ตอบ D. Ovarian tissue cryopreservation

4. การทำ Fertility preservation ในคนไข้ prepuberty ควรใช้วิธีใด

ตอบ D. Ovarian tissue cryopreservation

5. การทำ Fertility preservation วิธีใดที่ยังไม่มีข้อมูล Live-birth rates

ตอบ A. Ovarian suppression with GrRH agonist