

การศึกษาเปรียบเทียบผลการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมวิธี Modified Radical Mastectomy โดยการใส่สายระบาย 2 วิธี

ธวัช อังศิริรัตน์ พ.บ., สิกิри เซวชื่น พ.บ.

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41330

Abstract: A Comparative Study of 2 Radivac Drain Placement Methods for Prevention of Complications after Modified Radical Mastectomy

Engsirot T, Chaocheun S

Udonthani Cancer Hospital, Mueang Udon Thani, Udon Thani, 41330

(E-mail: popkopsi2@gmail.com)

(Received: September 11, 2019; Revised: November 25, 2019; Accepted: April 24, 2020)

Background: Breast cancer is the most common cancer in women. Modified radical mastectomy (MRM) is standard operation for treatment of breast cancer. Two most early frequent complications from MRM are seroma formation and surgical site infection. Suction drainage was used in nearly all hospital that performed MRM operation, with vary methods for type and duration of drainage removal due to unknown of the best method to prevent seroma formation. **Objective:** To find out the incidence of seroma formation and surgical site infection after MRM in Udon Thani cancer hospital by compared 2 methods. **Method:** Retrospective review medical records of breast cancer patients who had been operated by modified radical mastectomy in Udon Thani cancer hospital since August 1st, 2014 to October 31st, 2018. All data were collected and statistical analysis was performed to define the difference between 2 drainage methods in term of seroma formation and surgical site infection. **Results:** 303 patients record were reviewed. 150 patients in standard group and 153 patients in study group. Seroma formation of study groups with the incidence of 13.73% less than standard group incidence of 29.33%. Surgical site infection and Seroma with surgical site infection was found only in study group with incidence of 5.23% and 2.61% respectively. But due to the relatively low incidence and both groups have different in preoperative antibiotic and postoperative antibiotic, therefore, it is not possible to conclude that study group has incidence of surgical site infection higher more than standard group. **Conclusion:** This study can be applied in the hospital that has problem of overcrowded inpatient and to decrease expenses on breast cancer patients treated with MRM by early discharged often 48-72 hour post-operation with drains in place without effecting the incidence of seroma formation.

Keywords: Breast cancer, Seroma formation, Modified radical mastectomy

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของหญิงไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธี modified radical mastectomy (MRM) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อยคือ ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (seroma)

และภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (surgical site infection) การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด MRM ในกรณีที่เกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดคือ การใส่สายระบายหลังผ่าตัดเพื่อระบายของเหลวที่คั่งค้างบริเวณใต้แผลผ่าตัดและรั้งไว้ แต่ยังไม่สามารถมีข้อสรุป

ถึงวิธีการในการใส่สายระบายได้ดีที่สุด **วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดรักษาด้วยวิธี modified radical mastectomy (MRM) ที่ได้รับการใส่สายระบายทั้ง 2 วิธี **วิธีการ:** เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการใส่สายระบายหลังผ่าตัดทั้ง 2 วิธี ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธี modified radical mastectomy (MRM) ทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2557 ถึง 31 ตุลาคม 2560 เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้การพรรณนาอธิบายคุณลักษณะทั่วไป **ผล:** ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM ทั้งหมดจำนวน 303 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ใส่สายระบายด้วยวิธีการมาตรฐาน (standard group) จำนวน 150 ราย และกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน (study group) จำนวน 153 ราย พบว่าอัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดในกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ร้อยละ 13.73 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ใส่สายระบายด้วยวิธีการมาตรฐาน ร้อยละ 29.33 สำหรับอัตราการเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ และภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดร่วมกับแผลผ่าตัดติดเชื้อ พบได้เฉพาะในกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับไปดูแลเองที่บ้าน ร้อยละ 5.23 และ 2.61 ตามลำดับ แต่เนื่องจากอัตราการเกิดที่ค่อนข้างต่ำ และกลุ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องการได้รับยาปฏิชีวนะ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับไปดูแลเองที่บ้านจะเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล **สรุป:** จากผลการศึกษานี้อาจนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่มีปัญหาเรื่องผู้ป่วยในแออัด และลดค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM โดยให้ใส่สายระบาย และสามารถกลับบ้านพร้อมสายระบายได้ภายหลังการผ่าตัด 48-72 ชั่วโมง โดยไม่มีผลต่อการเกิดอัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดที่สูงขึ้นแต่อย่างใด

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด การผ่าตัดเต้านม และเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

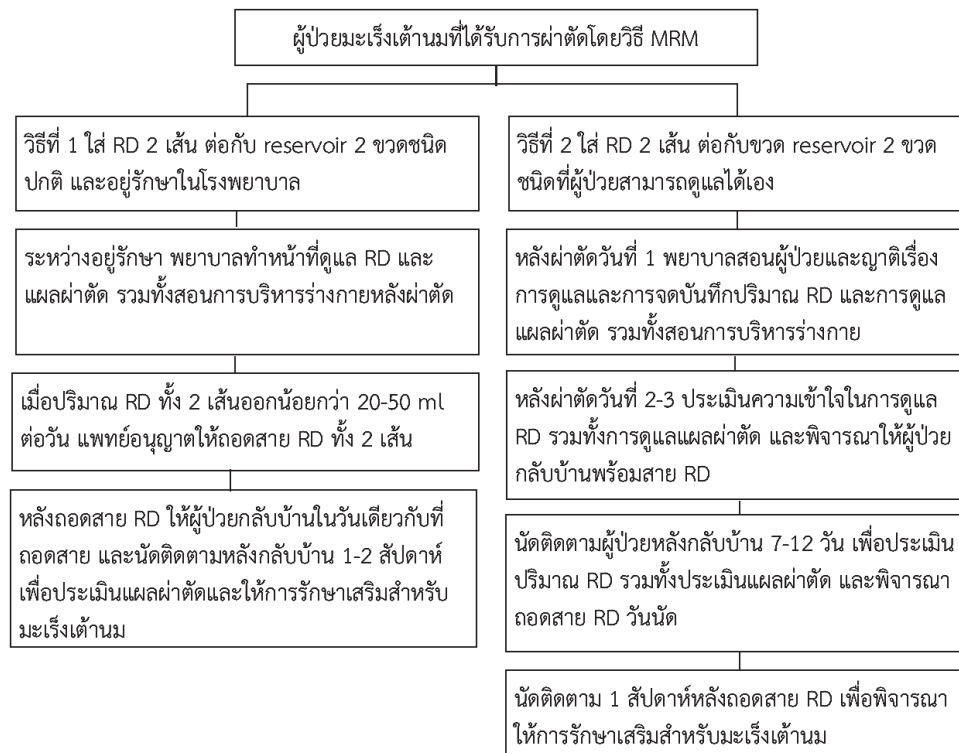
บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของหญิงไทยอุบัติการณ์ในประเทศไทยประมาณ 31.4 : 100,000 คนต่อปี (Cancer in Thailand Vol.IX, 2018) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

ด้วยวิธี modified radical mastectomy (MRM) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยคือ ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (seroma) อุบัติการณ์ร้อยละ 3-85^{1,2} และภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (surgical site infection) อุบัติการณ์ร้อยละ 6-14^{3,4} ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแม้ไม่มีอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตผู้ป่วย แต่ก่อให้เกิดความกังวลไม่สุขสบายกายและจิตใจ ตลอดจนการหายของแผลผ่าตัดที่ช้าลง ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีความจำเป็นต้องทำหัตถการเพิ่มขึ้นเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เช่น การเจาะระบายน้ำเหลือง การล้างทำความสะอาดแผล อีกทั้งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นอย่างมาก ผลที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือการให้การรักษาสเสริมสำหรับมะเร็งเต้านมต้องล่าช้ายิ่งขึ้น

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด MRM ในกรณีที่เกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด คือ การใส่สายระบายหลังผ่าตัดเพื่อระบายของเหลวที่คั่งค้างบริเวณใต้แผลผ่าตัดและรักแร้ วิธีการใส่สายระบายชนิดนี้มีการเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1947⁵ และจากผลของการศึกษาจำนวนมากถือเป็นวิธีมาตรฐานเพื่อลดการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด^{6,7} แต่ยังไม่มียกข้อสรุปถึงวิธีการในการใส่สายระบายในประเด็นจำนวนวัน ชนิดของสาย ตลอดจนตำแหน่งที่ต้องใส่สายระบายที่จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ดีที่สุด⁸⁻¹² การใส่สายระบายหลังการผ่าตัด MRM มีการใช้แพร่หลายในทุกโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดด้วยวิธีนี้โดยทั่วไป มักจะให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด จนกระทั่งปริมาณของเหลวจากสายระบายออกน้อยกว่า 20-50 ml ใน 24 ชม.¹³ จึงจะทำการถอดสายระบาย และให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ เฉลี่ยแล้วโดยทั่วไปผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 5-15 วัน ในระหว่างที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลไม่ได้มีการให้การรักษาใดๆ เพิ่มเติม มีเพียงสังเกตและบันทึกปริมาณของเหลวที่ระบายออกมาในแต่ละวันเท่านั้น มีการศึกษาในเรื่องการให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM คาสายระบายกลับบ้านเพื่อดูแลด้วยตนเองหรือโดยญาติ และนัดกลับมาประเมินเพื่อถอดสายระบายที่โรงพยาบาล ในระยะเวลาหลังจากผ่าตัดประมาณ 7 – 12 วัน โดยวิธีการดังกล่าวมีข้อมูลสนับสนุนที่อ้างอิงจากการศึกษาของ Kopelman รวมไปถึงการศึกษาจากนักวิจัยท่านอื่นๆ¹⁴⁻¹⁸

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีการให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM คาสายระบายกลับบ้านตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2557 โดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดประมาณ 2-3 (ภาพที่ 1)



MRM = modified radical mastectomy, RD = radivac drain

ภาพที่ 1 แสดงการคายสายระบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด MRM

แพทย์ผู้ทำการรักษาและผ่าตัดได้เห็นความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในกรณีที่มีการให้ผู้ป่วยคายสายระบายกลับบ้าน และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลง โดยไม่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการใส่สายระบายทั้ง 2 วิธีดังกล่าว โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของทั้ง 2 วิธีจากอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย 2 ลำดับแรกของการผ่าตัดด้วยวิธี MRM ได้แก่ ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด และภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ ผลจากการศึกษานี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติของการใส่สายระบายที่เหมาะสมของแพทย์ผู้ทำการรักษา และผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยวิธี MRM ที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธี modified radical mastectomy (MRM) ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2557 ถึง 31 ตุลาคม 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการผ่าตัด MRM ทุกราย และอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM ร่วมกับมีการสร้างเต้านมเทียมทุกชนิด ทำการทบทวน และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล (case record form) โดยข้อมูลที่ทำการเก็บรวบรวม ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรครวม การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณของเหลวที่ออกหลังผ่าตัด 48

ชั่วโมง รูปแบบการใส่สายระบายหลังจากการผ่าตัด จำนวนวันที่ใส่สายระบาย การให้ยาปฏิชีวนะหลังการผ่าตัด ลักษณะของมะเร็งเต้านม การเกิดภาวะแทรกซ้อน

ลักษณะต่างๆ ไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยตัวแปรเจนนับนำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติจะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติจะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด และภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ โดยการแสดงด้วยค่าร้อยละของการเกิดภาวะดังกล่าวในแต่ละวิธีของการใส่สายระบาย

ผล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2557 ถึง 31 ตุลาคม 2560 ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมดจำนวน 303 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการใส่สายระบายด้วยวิธีการมาตรฐาน (standard group) จำนวน 150 ราย และกลุ่มที่ได้รับการใส่สายระบายและให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน (study group) จำนวน 153 ราย นำเสนอรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.57 ปี ส่วนดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธี MRM

ลักษณะทางประชากร	Standard group		Study group	
	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
Age				
≤ 50	72	48.00	74	48.37
> 50	78	52.00	79	51.63
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	51.57 ± 10.35			
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	51.0 (26 : 84)			
BMI				
< 18.5	8	5.33	8	5.23
18.5 – 22.9	52	34.67	47	30.72
23.0 – 24.9	43	28.67	38	24.84
25.0 – 29.9	34	22.67	40	26.14
≥ 30.0	13	8.67	20	13.07
Underlying				
No	90	60.00	97	63.40
Hypertension	20	13.33	20	13.07
Diabetes mellitus	7	4.67	6	3.92
Others	18	12.00	10	6.54
Hypertension and diabetes mellitus	10	6.67	6	3.92
Hypertension and others	4	2.67	9	5.88
Diabetes mellitus and others	0	0	2	13.1
Hypertension and diabetes mellitus and others	1	0.67	3	1.96

2. กระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธี MRM

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้รับการรักษาด้วยเคมีก่อนผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) แต่ทั้ง 2 กลุ่มศึกษามีความแตกต่างได้แก่ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใน standard group ได้รับยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยกลุ่ม study group เกือบทั้งหมดไม่ได้รับยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ในส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (operative time)

ผู้ป่วยกลุ่ม standard group มีระยะเวลาใกล้เคียงกัน ในขณะที่กลุ่ม study group ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัดระหว่าง 60-90 นาที ปริมาณของเหลวที่ออกหลังจากการผ่าตัด 48 ชั่วโมง (after 48 hrs. total drainage volume) ในกลุ่ม standard group ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 301-400 ml ในกลุ่ม study group ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 200-300 ml สำหรับจำนวนวันที่ใส่สายระบายผู้ป่วยกลุ่ม standard group ส่วนใหญ่ ถอดสายระบาย < 7 วัน แต่ในส่วน study group ส่วนใหญ่ถอดสายระบาย ระหว่าง 8-14 วัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM

กระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM	Standard group		Study group	
	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
Neoadjuvant chemotherapy				
No	125	83.33	131	85.62
Yes	25	16.67	22	14.38
Preoperative antibiotic				
No	0	0	152	99.35
Yes	150	100.00	1	0.65

ตารางที่ 2 กระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM (ต่อ)

กระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM	Standard group		Study group	
	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
Operative time (min.)				
< 60	51	34.00	1	0.65
60-90	47	31.33	103	67.32
> 90	52	34.67	49	32.03
After 48 hrs. total drainage volume				
<200	33	22.00	49	32.03
200 – 300	32	21.33	62	40.52
301 – 400	43	28.67	34	22.22
>400	42	28.00	8	5.23
Number of day removed				
≤ 7	91	60.67	1	0.65
8 – 14	56	37.33	149	97.39
>14	3	2.00	3	1.96
Postoperative antibiotic				
No	2	1.33	149	97.39
Yes	148	98.67	4	2.61

3. ลักษณะมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM

ในผู้ป่วยศึกษาทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีขนาดก้อนของมะเร็งอยู่ระหว่าง 2-5 เซนติเมตร สำหรับชนิดของมะเร็งทางพยาธิวิทยาที่พบสูงสุดคือ invasive ductal carcinoma ระยะของมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IIA จำนวน lymph node ที่มะเร็งแพร่กระจาย (lymph node status) ส่วนใหญ่ไม่แพร่กระจาย จำนวนการตัด

ออกของ lymph node (dissected node) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 12-20 node ลักษณะการ invasion ของมะเร็งส่วนใหญ่ไม่รุกรานทั้ง lymphatic, vascular, perineural, skin และ muscular invasion สำหรับลักษณะ hormonal status ของมะเร็งส่วนใหญ่มีผลเป็น positive ยกเว้น HER2 status ส่วนใหญ่มีผลเป็น negative and 1+ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ตารางลักษณะมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM

ลักษณะมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM	Standard group		Study group	
	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
Tumor size				
≤ 2 cm	38	25.33	27	17.64
2 – 5 cm	92	61.33	106	69.28
> 5 cm	13	8.67	13	8.50
Unknown	7	4.67	7	4.58
Tumor type				
Invasive ductal carcinoma	110	73.33	95	62.09
Mixed invasive ductal and lobular carcinoma	1	0.67	4	2.61
Ductal carcinoma in situ	4	2.67	7	4.58
Phyllodes tumor	2	1.33	0	0
Others	4	2.67	7	4.58
Invasive ductal carcinoma and invasive lobular carcinoma	0	0	1	0.65
Invasive ductal carcinoma and ductal carcinoma in situ				
Invasive ductal carcinoma and others	25	11.67	36	23.53
Ductal carcinoma in situ and others				
Unknown	2	1.33	2	1.31
	1	0.67	0	0
	1	0.67	1	0.65

ตารางที่ 3 ตารางลักษณะมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM (ต่อ)

ลักษณะมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM	Standard group		Study group	
	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
Cancer staging				
Carcinoma in situ	7	4.67	7	4.58
IA	33	22.00	16	10.46
IIA	49	32.67	46	31.35
IIB	8	5.33	25	16.34
IIIA	27	18.00	19	12.42
IIIB	11	7.33	16	10.46
IIIC	13	8.67	16	10.46
IV	1	0.67	8	5.23
Unknown	1	0.67	0	0
Lymph node status				
0	81	54.00	67	43.79
1 – 3	30	20.00	42	27.45
4 – 7	18	12.00	21	13.73
>7	21	14.00	23	15.03
Dissected lymph				
<12	35	23.33	27	17.65
12 – 20	94	62.67	102	66.67
>20	21	14.00	24	15.69
Cancer invasion				
Lympahtic invasion				
No	87	58.00	89	58.17
Yes	63	42.00	64	41.83
Vascular invasion				
No	100	66.67	100	65.36
Yes	50	33.33	53	34.64
Perineural invasion				
No	147	98.00	147	96.08
Yes	3	2.00	6	3.92
Skin invasion				
No	139	92.67	139	90.85
Yes	11	7.33	14	9.15
Muscular invasion				
No	149	99.33	151	98.69
Yes	1	0.67	2	1.31
Hormonal status				
ER status				
Negative	57	38.00	57	43.79
Positive	87	58.00	86	56.21
Unknown	6	4	0	0
PR status				
Negative	68	45.33	80	52.29
Positive	76	50.67	73	47.71
Unknown	6	4.00	0	0
HER2 status				
Negative and 1+	75	50.00	87	56.86
Positive 2+	27	18.00	15	9.80
Positive 3+	42	28.00	51	33.33
Unknown	6	4.00	0	0

4. ลักษณะการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) จากการที่ได้ใส่สายระบาย (radivac drain) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรับการผ่าตัดโดยวิธี MRM ใน standard group และ study group

ลักษณะการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการที่ได้ใส่สายระบาย (radivac drain) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรับการผ่าตัดโดยวิธี MRM ในกลุ่มที่มีการใส่สายระบายแบบมาตรฐาน และกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้านไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ ร้อยละ 40.67 และ 78.43 ตามลำดับ

อัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (seroma) จากการที่ได้ใส่สายระบาย (radivac drain) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรับการผ่าตัดโดยวิธี MRM ในกลุ่มที่มีการใส่สายระบายแบบมาตรฐาน และกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้านพบว่า อัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดมีอัตราเท่ากับ ร้อยละ 29.33

และ 13.73 ตามลำดับ

อัตราการเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (surgical site infection) จากการที่ได้ใส่สายระบาย (radivac drain) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรับการผ่าตัดโดยวิธี MRM ในกลุ่มที่มีการใส่สายระบายแบบมาตรฐาน และกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้าน พบว่า พบเฉพาะในกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้านมีอัตราการเกิดเท่ากับ ร้อยละ 5.23

อัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดร่วมกับภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (seroma with surgical site infection) จากการที่ได้ใส่สายระบาย (radivac drain) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรับการผ่าตัดโดยวิธี MRM ในกลุ่มที่มีการใส่สายระบายแบบมาตรฐาน และกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้านพบว่า พบเฉพาะในกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้าน มีอัตราการเกิดเท่ากับ ร้อยละ 2.61 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) ใน standard group และ study group ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	Standard group		Study group	
	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
No complication	106	40.67	120	78.43
Seroma	44	29.33	21	13.73
Surgical site infection	0	0	8	5.23
Seroma and surgical site infection	0	0	4	2.61
Total	150	100.00	153	100.00

วิจารณ์

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (seroma) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี MRM ในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการใส่สายระบายแบบมาตรฐาน (standard group) และกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้าน (study group) พบว่าอัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด ร้อยละ 29.33 และร้อยละ 13.73 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดจากการศึกษาต่างๆ ก่อนหน้าที่มีอุบัติการณ์ร้อยละ 3-85 และนอกจากนี้ความรุนแรงของภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด ที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 โดยได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำ simple aspiration เท่านั้น

ในส่วนของภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (surgical site infection) และภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดร่วมกับภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (seroma with surgical site infection) ในการศึกษานี้พบเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายชนิดกลับไปดูแลที่บ้าน (study group) โดยมีอัตราการเกิดร้อยละ 5.23 และ 2.61 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อระดับ superficial incisional SSI ซึ่งได้รับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน และ

มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่มีภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดร่วมกับภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (seroma with surgical site infection) อยู่ในระดับ deep incisional SSI ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการระบายสารน้ำติดเชื้อ และมีการใส่สายระบายเพิ่ม (surgical intervention) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ ในการศึกษานี้พบว่ายังต่ำกว่าอุบัติการณ์ที่พบจากการศึกษาต่างๆ ก่อนหน้าที่มีอยู่ระหว่างร้อยละ 6-14 และยังอยู่ในระดับอุบัติการณ์การติดเชื้อของแผลผ่าตัดชนิดสะอาด (clean wound) ที่เกิดได้ร้อยละ 1-5

ถึงแม้ว่าภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ ในการศึกษานี้จะพบเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มที่ใส่สายระบายกลับบ้าน (study group) เท่านั้น แต่ยังไม่สามารถสรุปหรือวิเคราะห์ได้ว่า การเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อดังกล่าวในผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกับกลุ่มใส่สายระบายแบบมาตรฐาน (standard group) เนื่องจากจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มใส่สายระบายแบบมาตรฐานเกือบทั้งหมดได้รับยาปฏิชีวนะทั้งก่อน และหลังการผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ใส่สายระบายแล้วกลับบ้านเกือบทั้งหมดไม่ได้รับยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ซึ่งการให้ยาปฏิชีวนะดังกล่าวอาจมีผลต่อภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ และภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดร่วมกับภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (seroma with surgical

site infection) ได้ ซึ่งหากจะทำการวิเคราะห์ความแตกต่างในเรื่องภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาควรได้รับการควบคุมเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังการผ่าตัดให้ไม่มีความแตกต่างกัน จึงจะสามารถสรุปได้ว่าการใส่สายระบายกลับบ้านในผู้ป่วยกลุ่มใส่สายระบายแล้วกลับไปดูแลเองที่บ้านจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

สรุป

จากการศึกษานี้พบอัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดหลังการผ่าตัด MRM ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบได้ร้อยละ 13.73 ในกลุ่มที่มีการใส่สายระบายแบบมาตรฐาน (standard group) และร้อยละ 29.33 ในกลุ่มที่ได้รับการใส่สายระบายชนิดกลับไปดูแลที่บ้าน (study group) ส่วนอัตราการเกิดภาวะแผล

ผ่าตัดติดเชื้อ พบได้ร้อยละ 2.61 ในกลุ่มที่มีการใส่สายระบายแบบมาตรฐาน และร้อยละ 5.23 ในกลุ่มที่ได้รับการใส่สายระบายชนิดกลับไปดูแลที่บ้าน

จากผลการศึกษาที่น่าสนใจนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลซึ่งมีปัญหาเรื่องผู้ป่วยในแออัด และลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM ให้ใส่สายระบาย และสามารถกลับบ้านพร้อมสายระบายได้ภายหลังการผ่าตัด 48-72 ชั่วโมง โดยไม่มีผลต่อการเกิดอัตราการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดที่สูงขึ้นแต่อย่างใด

ส่วนภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ จากการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มที่ใส่สายระบายหลังผ่าตัดและกลับไปดูแลเองที่บ้าน จะเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ เนื่องจากอัตราการเกิดที่ค่อนข้างต่ำ

References

1. Kumar S, Lal B, Misra MC. Post-mastectomy seroma: a new look into the aetiology of an old problem. J R Coll Surg Edinb 1995; 40: 292-4.
2. Srivastava V, Basu S, Shukla VK. Seroma Formation after Breast Cancer Surgery: What We Have Learned in the Last Two Decades [internet].2012 [Cited 2017 Nov 24]. J of Breast Cancer 2012; Available from: <http://dx.doi.org/10.4048/jbc>.
3. Say CC, Donegan W. A biostatistical evaluation of complications from mastectomy. Surg Gynecol Obstet 1974; 138 : 370-6.
4. Di Leo A, Piffer S, Ricci F, Manzi A, Poggi E, Porretto V, et al. Surgical site infections in an Italian surgical ward: a prospective study. Surg Infect (Larchmt) 2009; 10: 533-8.
5. Mansel RE. How long should suction drains stay in after breast surgery with axillary dissection? Ann R Coll Surg Engl1998; 80: 376.
6. Murphey DR Jr. The use of atmospheric pressure in obliterating axillary dead space following radical mastectomy. South Surg 1947; 13: 372-5.
7. Moss JP. Historical and current perspectives on surgical drainage. Surg Gynecol Obstet 1981; 152: 517-27.
8. Barwell J, Campbell L, Watkins RM, Teasdale C. How long should suction drains stay in after breast surgery with axillary dissection. Ann R Coll Surg Engl 1997; 79: 435-7.
9. Terrell GS, Singer JA. Axillary versus combined axillary and pectoral drainage after modified radical mastectomy. Surg Gynecol Obstet 1992; 175: 437-40.
10. Whitfield PC, Rainsbury RM. Suction versus siphon drainage after axillary surgery for breast cancer: a prospective randomized trial. Br J Surg 1994; 81: 547.
11. Morris AM. A controlled trial of closed wound suction. Br J Surg 1973; 60: 357-9.
12. Bourke JB, Balfour TW, Hardcastle JD, Wilkins JL. A comparison between suction and corrugated drainage after simple mastectomy: a report of a controlled trial. Br J Surg 1976; 63: 67-9.
13. Tadych K, Donegan WL. Postmastectomy seromas and wound drainage. Surg Gynecol Obstet 1987; 165: 483-7.
14. Kopelman D, Klemm O, Bahous H, Klein R, Krausz M. Postoperative suction drainage of the axilla: for how long? Prospective randomised trial. Eur J Surg 1999; 165: 117-20.
15. Holcombe C, West N, Mansel RE, Horgan K. The satisfaction and savings of early discharge with drain in situ following axillary lymphadenectomy in the treatment of breast cancer. Eur J Surg Oncol 1995 ; 21 : 604-6.
16. Boman L, Björvell H, Cedermarck B, Theve NO, Wilking N. Effects of early discharge from hospital after surgery for primary breast cancer. Eur J Surg 1993 ; 159 : 67-73.
17. Tan LR, Guenther JM. Outpatient definitive breast cancer surgery. Am Surg 1997; 63: 865-7.
18. Bonnema J, van Wersch AM, van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Paul MA, et al. Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial. BMJ 1998; 316: 1267-71.