

ย่อวารสาร

รายนามผู้ย่อ กติกา นพพันธุ์

Superiorty of Electrocautery Over the Suture Method for Achieving Cervical Cone Bed Hemostasis

Kamat AA, Kramer P, Sposson AP.

Obstet Gynecology 2003;102:726-30.

monsel ทั้ง 2 การศึกษาสนับสนุนวิธีการใช้ monsel มากกว่า

วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบการห้ามเลือดหลังการตัดปากมดลูกด้วยวิธีการเย็บ และการใช้ไฟฟ้าห้ามเลือด

บทนำ

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกปริมาณมากขึ้นเป็นผลมาจากการตรวจคัดกรองที่ดี ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรอง (PAP) ผิดปกติ สุดท้ายต้องตัดปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 10-20 โดยการตัดปากมดลูกมี 2 วิธี คือ 1) การตัดปากมดลูกด้วยลวดไฟฟ้า และ 2) การตัดปากมดลูกด้วยมีด กล่าวคือ

การตัดปากมดลูกด้วยลวดไฟฟ้ามีข้อดีในแง่ผลข้างเคียงต่ำ แต่ก็มีข้อจำกัดในการทำ คือ ต้องไม่มีมะเร็งระยะลุกลามแฝงอยู่ ตำแหน่งรอยโรคต้องขนาดเล็ก

การตัดปากมดลูกด้วยมีด แม้จะมีผลข้างเคียงสูงกว่าโดยเฉพาะภาวะเลือดออกขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 15 แต่บริเวณของของปากมดลูกสามารถตรวจเซลล์มะเร็งได้ อีกทั้งยังทำได้ถ้ารอยโรคขนาดใหญ่มากกว่า 1 ซม.

การศึกษาก่อนหน้านี้มี 2 การศึกษาที่เป็น prospective, randomized trial เปรียบเทียบการห้ามเลือดหลังผ่าตัดปากมดลูก ด้วยการเย็บและการใช้น้ำยา

วิธีการศึกษา

Retrospective chart review โดยการตรวจ OPD card และประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง โดยสูตินรีแพทย์เลือกผู้หญิงที่ได้รับการทำการตัดปากมดลูกด้วยมีด ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2542 ที่ West Virginia University

ข้อกำหนดการเลือกผู้ป่วย

- 1) ผู้หญิงที่ได้รับการตัดปากมดลูกด้วยมีด
- 2) ห้ามเลือดด้วยวิธีไฟฟ้า หรือเย็บผูกอย่างใดอย่างหนึ่ง
- 3) มีข้อมูลครบถ้วนในแง่การผ่าตัดและการติดตามผลการรักษา

- ผู้ทำเป็นแพทย์ประจำบ้านภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์ 2 คน โดยใช้วิธีการดมยาสลบในขณะผ่าตัด และเลือกจะใช้วิธีไหนเป็นวิธีการห้ามเลือดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด วิธีป้องกันเลือดออกที่ใช้กันคือ ใช้สารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว การเย็บผูกเส้นเลือดด้านข้างปากมดลูก

และการฉีดสารที่ทำให้มีการแข็งตัวของเลือดคัดแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม

1. การเย็บห้ามเลือดโดยใช้ Vicryl No.0 เย็บขอบแบบ continuous locking
2. การจี้ไฟฟ้าห้ามเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปริมาณเลือดที่เสีย
2. เวลาทำผ่าตัด
3. ภาวะแทรกซ้อนหลังทำการตัดปากมดลูก
4. วิธีการป้องกันการเสียเลือด การเย็บผูกเส้นเลือดด้านข้างปากมดลูก การใช้สารทำให้หลอดเลือดหดตัว หรือการใช้สารทำให้เลือดแข็งตัว ก่อนทำการผ่าตัด

การวิเคราะห์ทางสถิติ

● Statistic soft ware : SAS Institute cary, NC

● Student test : ใช้วิเคราะห์ ปริมาณเลือดที่เสีย เวลาทำผ่าตัด

● Linear Regression : ใช้วิเคราะห์ ผลของวิธีป้องกันการเสียเลือด

● χ^2 : ใช้วิเคราะห์ ภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

จำนวนผู้หญิงทั้งหมด 246 คน ที่ได้รับการตัดปากมดลูกด้วยมีด (เป็นเวลา 5 ปี) คัดออก 55 คน เนื่องจาก

- 33 คน : ข้อมูลไม่ครบ
- 10 คน : มีวิธีการห้ามเลือดหลายวิธีปนกัน
- 12 คน : มีการใช้การห้ามเลือดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอนที่ต้องการ

คงเหลือ 191 คน แบ่งเป็น

- 156 คน ใช้จี้ไฟฟ้าห้ามเลือดร้อยละ 82
- 35 คน ใช้เย็บผูกห้ามเลือดร้อยละ 18

โดยที่ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างในแง่ของอายุ การมี

บุตร การสูบบุหรี่ มีผลการศึกษาดังนี้

1. ปริมาณเลือดเสียระหว่างผ่าตัด : การจี้ไฟฟ้าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จี้ไฟฟ้า 27 ± 32 ml, เย็บผูก $101 (111)$ ml)
2. ระยะเวลาทำผ่าตัด : การจี้ไฟฟ้าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จี้ไฟฟ้า 34 ± 10 min, เย็บผูก 43 ± 12 min)
3. ภาวะแทรกซ้อน : ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จี้ไฟฟ้าร้อยละ 6.4, เย็บผูกร้อยละ 14.3) ผลข้างเคียง

I การจี้ไฟฟ้าร้อยละ 6.4 = 10 คน โดย

4 คน : ปากมดลูกอักเสบ รักษาแบบผู้ป่วยนอก

6 คน : เลือดออกหลังทำผ่าตัด จำแนกเป็น

4 คน รักษาเป็นผู้ป่วยนอก

1 คน ใช้น้ำยา pack ช้องคลอดค้างคืน

1 คน ต้องผ่าตัดหยุดเลือด

II การเย็บผูกร้อยละ 14.3 = 5 คน โดย

2 คน : ปากมดลูกอักเสบ รักษาแบบผู้ป่วยนอก

1 คน : ปากมดลูกตีบ รักษาโดยชุดมดลูกและยาฆ่าเชื้อทางเส้นเลือด

2 คน : เลือดออกหลังผ่าตัด จำแนกเป็น

1 คน น้ำยา pack ช้องคลอดตลอดคืน

1 คน ผ่าตัดหยุดเลือด

สรุป : วิธีการจี้ไฟฟ้าห้ามเลือดดีกว่าวิธีการเย็บผูกในแง่ปริมาณการเสียเลือดและเวลาทำการผ่าตัด และไม่มีผลแตกต่างกันในแง่ของผลข้างเคียง

อภิปราย

● การทำการตัดปากมดลูกด้วยมีด มีข้อดี ในแง่การอ่านชิ้นเนื้อบริเวณขอบของชิ้นเนื้อ แต่มีผลข้างเคียงตามมามาก เช่น เลือดออก ติดเชื้อ ปากมดลูกตีบหรือปากมดลูกปิดไม่สนิท แต่ที่พบบ่อยคือเลือดออกหลังทำการตัดปากมดลูก

● ยังไม่มีการสรุปวิธีการตัดปากมดลูกที่ได้ประโยชน์มากที่สุด

● เมื่อก่อนมีการเปรียบเทียบการหยุดเลือด

หลังตัดปากมดลูกด้วยมีดด้วยวิธีการเย็บผูกกับการใช้น้ำยา monsel ผลปรากฏว่าสนับสนุนการใช้ monsel

● วิธีการจี้ไฟฟ้าหยุดเลือดหลังตัดปากมดลูกด้วยมีดถือเป็นอีก 1 ทางเลือกที่ราคาถูกและน่าสนใจ ซึ่งจากผลการศึกษา การจี้ด้วยไฟฟ้าดีกว่าการเย็บผูกในการห้ามเลือดหลังตัดปากมดลูกด้วยมีดปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดและระยะเวลาของการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นเพียงการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study, non-randomization) อาจขาดความน่าเชื่อถือ และทำการศึกษาในสถาบันเดียว รวมทั้งอาจมีอคติในแง่

1. ผู้ทำการผ่าตัด

2. วิธีตัวช่วยป้องกันเลือดออก โดยใช้สารอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง

น่าจะให้มีการทำการศึกษเกี่ยวกับการห้ามเลือดหลังการตัดปากมดลูกแบบ prospective randomized study ต่อไป

กติกาน พันธ์ พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

2001 Consensus Guideline for the Management of Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia
Wright TC, Jr., Cox JT, Massad LS, Carson J, Twigg LB, Wilkinson EJ,

Am J Obstet Gynecol 2003; 189:295-302.

บทนำ

ในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยในกลุ่ม CIN มากขึ้น เพราะมีการตรวจ PAP smear กันอย่างแพร่หลาย ในแต่ละปีตรวจพบ CIN I ประมาณ 1 ล้านราย พบ CIN II, III ประมาณ 5 แสนราย

มีข้อมูลมากมายเกี่ยวกับ CIN แต่ยังไม่ชัดเจน

สรุปให้การรักษาเป็นไปในทางเดียวกัน จึงมีการประชุมและสรุปแนวทางการรักษา โดย ASCCP [American Society for Colposcopy and Cervical pathology] ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจาก 29 สถาบันทั่วโลก การประชุมจัดขึ้นในเดือนกันยายน พ.ศ. 2544

โดยมีการแบ่งคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลแต่ละข้อมูล และกำหนดศัพท์ให้เข้าใจตรงกัน อย่างไรก็ตามคงเป็นไปได้ที่ข้อสรุปจากการประชุมในครั้งนี้จะใช้ได้กับในทุกสถานการณ์

CIN I

CIN I มีโอกาสหายได้เองค่อนข้างสูง กล่าวคือประมาณร้อยละ 57 และเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงร้อยละ 11 เปลี่ยนแปลงไปจนกระทั่งเป็นมะเร็งร้อยละ 0.3 อย่างไรก็ตามไม่มีวิธีทำนายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มใดจะเปลี่ยนเป็นแบบใด

การดูแลผู้ป่วย CIN I

1. Colposcopy

ถ้า satisfactory colposcopy : เลือกวิธีการรักษา คือ

- ตรวจติดตาม โดยยังไม่รักษา หรือ
- รักษาโดยวิธีจี้ หรือตัดชิ้นเนื้อ (ไปตรวจ)

ถ้า unsatisfactory colposcopy :

- ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ อาจยกเว้นได้ในกลุ่มตั้งครรภ์ วัยรุ่น ภูมิคุ้มกันต่ำ

รายละเอียดของการตรวจติดตาม และการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ

ตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน, 2 ครั้ง

- ถ้า ผลตรวจติดตามเป็นปกติ : ให้ตรวจตามโปรแกรมปกติ

- ถ้า ผลการตรวจผิดปกติตั้งแต่ ASC : ให้ทำ colposcopy

HPV DNA test เดือนที่ 12

- ถ้าผลบวก ให้ทำ colposcopy
- ถ้าผลลบ ให้ตรวจตามโปรแกรมปกติ การจี้รักษา หรือ ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ

- การจี้รักษาอาจทำได้ด้วยไฟฟ้า หรือ ความเย็น และจำเป็นต้องทำการตรวจ endocervical sampling ก่อนทำการรักษา

- การตัดปากมดลูกไปตรวจมีข้อดี คือ ได้ตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดไป การตัดปากมดลูกไปตรวจมี 2 วิธี คือ ตัดด้วยลวดไฟฟ้า และตัดด้วยมีด

CIN II & III

CIN II & III มีโอกาสเปลี่ยนไปเป็นพยาธิสภาพที่มากขึ้นได้สูง

ใน CIN II เปลี่ยนเป็นพยาธิสภาพที่มากขึ้น หรือเท่าเดิมร้อยละ 57

ใน CIN III เปลี่ยนเป็นพยาธิสภาพที่มากขึ้น หรือเท่าเดิมร้อยละ 70

การดูแลผู้ป่วย CIN II & III

1. Colposcopy

ถ้า **satisfactory colposcopy** เลือกวิธี

- จี้ทำลาย : ในคนที่ทำการจี้ทำลายทั้งหมด 3,783 คน มี 9 คนที่รุกรามมากขึ้น หรือ

- ตัดปากมดลูกออก (conization) : แนะนำใน case ที่มี lesion ขนาดใหญ่

หมายเหตุ : เป้าหมายต้องเอา transformation zone ออกให้หมด

การตัดปากมดลูกออกมีข้อดีในแง่ได้รู้ผลชิ้นเนื้อ และป้องกันการหลบซ่อนของมะเร็งระยะแพร่กระจาย

ถ้า **unsatisfactory colposcopy** เลือกวิธี

- conization (ตัดปากมดลูกออก)

ร้อยละ 7 ของกลุ่มนี้มีมะเร็งรุกรามซ่อนอยู่ ดังนั้น การสังเกตโดยไม่ทำการตัดปากมดลูกถือเป็นการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน และการตัดมดลูกก็ถือว่าเป็นการรักษาที่เกินความจำเป็นเช่นกัน

Margin status

(สภาวะการรุกรามที่ขอบของชิ้นเนื้อ)

Margin status สัมพันธ์กับการเปลี่ยนเป็น มะเร็งระยะรุกราม โดยถ้ามีมะเร็งอยู่ที่ขอบของชิ้นเนื้อ

จะเป็นระยะรุกรามมากขึ้นประมาณร้อยละ 16 โดยถ้า ไม่มีมะเร็งอยู่ที่ขอบของชิ้นเนื้อ จะเป็นระยะรุกรามมากขึ้นประมาณร้อยละ 4

แต่บางกลุ่มบอกว่า margin status ไม่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของโรค และเหตุผลที่สนับสนุนกลุ่มนี้คือ

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมะเร็งที่ขอบของชิ้นเนื้อ แต่กลับหายจากโรค

- ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ทำ LEEP (ตัดปากมดลูกออกด้วยลวดไฟฟ้า) มีมะเร็งที่ขอบของชิ้นเนื้อ

การตรวจติดตามหลังรักษา CIN II, III

อัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำ แต่มากกว่าประชากรปกติ โดยอัตราการกลับเป็นซ้ำขึ้นอยู่กับขนาดของ lesion เดิม

การตรวจติดตามต้องอาศัยการ ตรวจเซลล์มะเร็ง และ HPV DNA

1. ตรวจเซลล์มะเร็ง ทุก 4-6 เดือน

- ผลลบติดต่อกัน 3 ครั้ง ให้ตรวจตามโปรแกรมปกติ

- ผลตั้งแต่ ASC ให้ทำ colposcopy

2. ตรวจ HPV DNA 6 เดือนหลังจากรักษา

- ถ้าได้ผลลบ ให้ทำ colposcopy

- ถ้าได้ผลลบ ให้ตรวจติดตามด้วยเซลล์

มะเร็งตามปกติ

หมายเหตุ : ถ้าการตัดปากมดลูกไปตรวจนั้น ได้ผลว่ายังมีระยะก่อนมะเร็งที่ขอบของชิ้นเนื้อ อีก 4-6 เดือน ให้ทำ colposcopy และ endocervical sampling ถ้ายังพบว่ายังมีระยะก่อนมะเร็งที่ขอบของชิ้นเนื้อเช่นเดิม ให้ทำการตัดปากมดลูกอีกครั้ง

- ถ้าไม่สามารถตัดปากมดลูกได้ให้ตัดมดลูกออก

- ถ้าตัดปากมดลูกได้และผลเป็น CIN II & III ซ้ำ ให้ทำการตัดมดลูกเช่นกัน

กติกานวพันธ์ พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี