Rama Med J 2012; 35: 340-345

Review Article/บทฟื้นฟูวิชาการ

การใช้อุปกรณ์พยุงช่องคลอดในภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (Vaginal Pessary)

สมเกียรติ สีตะวาริน, พบ.

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญที่พบในสตรีวัยหมดระดู ซึ่งอาจพบร่วมกับความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น อาการปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราด ปัญหานี้มีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้นในสตรีไทย เนื่องจากสตรีไทยวัยหมดระดูมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้น และมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น แนวทางการรักษาภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (Pelvic organ prolapses) ซึ่งมีหรือไม่มีอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย มี 2 แนวทางคือ แบบผ่าตัดและแบบไม่ผ่าตัด ซึ่งทั้งสองวิธีทำไปร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน (Pelvic floor exercises) การรักษาแบบไม่ผ่าตัดใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการผ่าตัด กลัวการผ่าตัด มีโรคทางอายุรกรรมหรือสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงพอ มีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด หรือวางยาสลบ ปัจจัยที่มีผลต่อความล้มเหลวของการรักษาด้วยอุปกรณ์พยุงช่องคลอดในภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (Vaginal pessary) คือ กรณีที่ช่องเชิงกรานด้านหลังหย่อนและกว้างมาก และกรณีที่กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนรุนแรง[1-3]

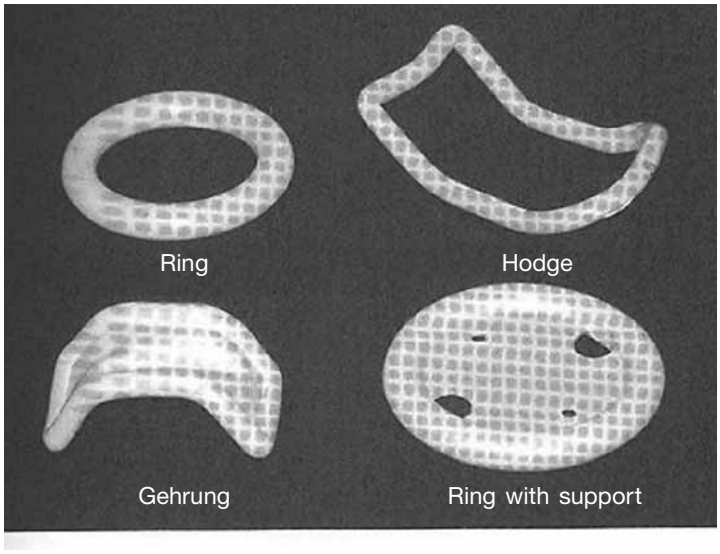
การใช้อุปกรณ์พยุงช่องคลอดในภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนมีใช้มาตั้งแต่สมัยโบราณนับเวลาเป็นพันปี ตั้งแต่สมัยฮิปโปเครติส และมีรายงานการใช้อุปกรณ์พยุงช่องคลอดในภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนที่ทำจากวัสดุต่างๆ เช่น ไม้ หยก และทองคำ[4] Vaginal pessary ส่วนใหญ่ใช้เพื่อรักษาภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน และรักษาภาวะปัสสาวะเล็ดได้ โดยเฉพาะชนิดที่มีตุ่มทางด้านหน้า (knob) ซึ่งรักษาภาวะไอ จาม ปัสสาวะเล็ด (Stress urinary incontinence) ได้ด้วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยไอ จาม ตุ่มทางด้านหน้า ก็จะไปดันท่อปัสสาวะไว้ ทำให้อาการไอ จาม ปัสสาวะเล็ดดีขึ้น นอกจากนี้ Vaginal pessary ยังใช้ในการทำนายผลภายหลังการผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนว่า ผู้ป่วยพึงพอใจหรือไม่ อาการต่างๆ ที่เป็นอยู่ดีขึ้นหรือไม่ภายหลังการผ่าตัด Vaginal pessary เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยพยุงอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่หย่อนประคับประคองอาการให้ดีขึ้น และยังมีรายงานว่า ทำให้ความรุนแรงของภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนดีขึ้น[5]

ชนิดของอุปกรณ์พยุงช่องคลอดในภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน

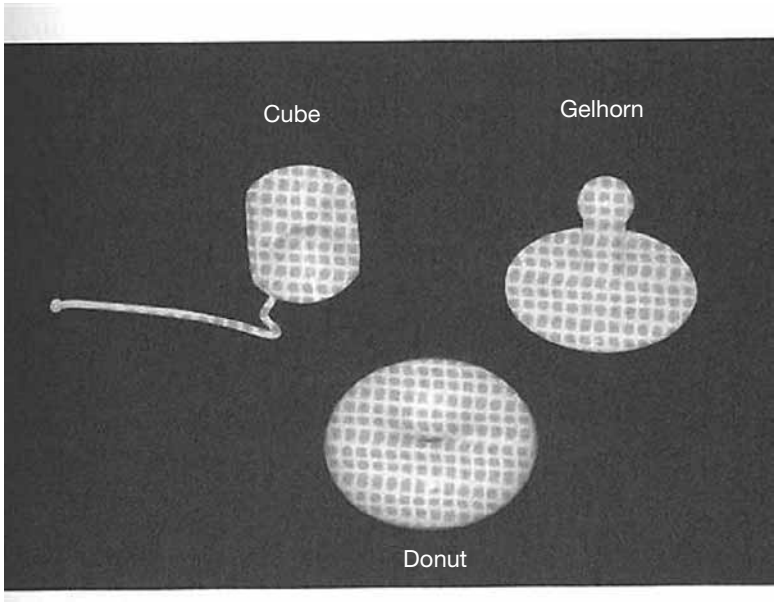
Vaginal pessary มีด้วยกันสองชนิด คือ Supportive type และ Space occupying type

Supportive type มีด้วยกันอีกหลายชนิด คือ Ring, Ring with support, Gehrung Hodge และ Schctz pessaries ดังแสดงในรูปที่ 1

Space occupying type มีด้วยกันอีกหลายชนิด คือ Cube, Donut, Gellhorn และ Inflatoball ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 1 *ภาพแสดง Vaginal pessary ชนิด Supportive ประกอบด้วย Ring, Hodge, Gehrung และ Ring with support : ดัดแปลงมาจากหนังสือ Pessaries in Clinical Practice; Farrell, Scott A. (Ed.) 2007:33*



รูปที่ 2 *ภาพแสดง Vaginal pessary ชนิด Space-occupying ประกอบด้วย Cube, Gellgorn และ Donut : ดัดแปลงมาจากหนังสือ Pessaries in Clinical Practice; Farrell, Scott A. (Ed.) 2007:33*

Vaginal pessary ส่วนใหญ่ที่ใช้จะเป็น Supportive type ซึ่งต้องอาศัยความแข็งแรงของ Levator ani muscle เพื่อพยุงอุปกรณ์ให้อยู่ในช่องคลอด Ring pessary มักใช้กับอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนด้านหน้าและส่วนกลาง Gellhorn pessary มักใช้กับภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนทั้งหมด และ Donut pessary มักใช้กับภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนทางด้านหลัง[6]

Space-occupying pessary มักใช้กรณีที่ใส่ชนิด Supportive แล้วไม่สำเร็จหรือใช้กรณีที่ภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนเป็นรุนแรงมาก และมักใช้กรณีที่กำลังของ Levator ani muscle ในการพยุง Supportive type ไม่มีเลย ที่คลินิกนรีเวชทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ Vaginal pessary พบอัตราความ

พึงพอใจและอัตราการคงใช้ Vaginal pessary สูง[7] โดยที่คลินิก จะเริ่มจากการให้คำแนะนำการใช้ ทดลองใส่ชนิด Ring with support ก่อน จนผู้ป่วยไม่มีผลข้างเคียง สามารถถอดและใส่ได้เองหรือญาติสามารถที่จะถอดและใส่ให้ผู้ป่วยได้ และนัดติดตามผลอย่างใกล้ชิด โดยช่วงแรกจะนัดทุก 1 สัปดาห์ ต่อมาเป็นทุก 4 สัปดาห์ และจะเป็นทุก 12 สัปดาห์ตามลำดับ จนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถใช้ Vaginal pessary ได้อย่างถูกต้อง จึงจะนัดติดตามอาการทุก 3-6 เดือน

ขั้นตอนการใส่อุปกรณ์พยุงช่องคลอดในภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน (รูปที่ 3)

ผู้ป่วยที่มีภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนหรือปัสสาวะเล็ดราด ได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจภายใน เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน ตามมาตรฐาน POP-Q (รูปที่ 4)

โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับ 0 คือปกติไม่มีการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

ระดับ 1 คือจุดที่หย่อนที่สุด อยู่สูงกว่า 1 เซนติเมตร เหนือระดับเยื่อบุพรหมจรรย์

ระดับ 2 คือจุดที่หย่อนที่สุด อยู่ไม่เกิน 1 เซนติเมตร เหนือหรือใต้ระดับเยื่อบุพรหมจรรย์

ระดับ 3 คือจุดที่หย่อนที่สุด อยู่ต่ำกว่า 1 เซนติเมตร นับจากระดับเยื่อบุพรหมจรรย์

ระดับ 4 คือมีการหย่อนของช่องคลอดออกมาทั้งหมด

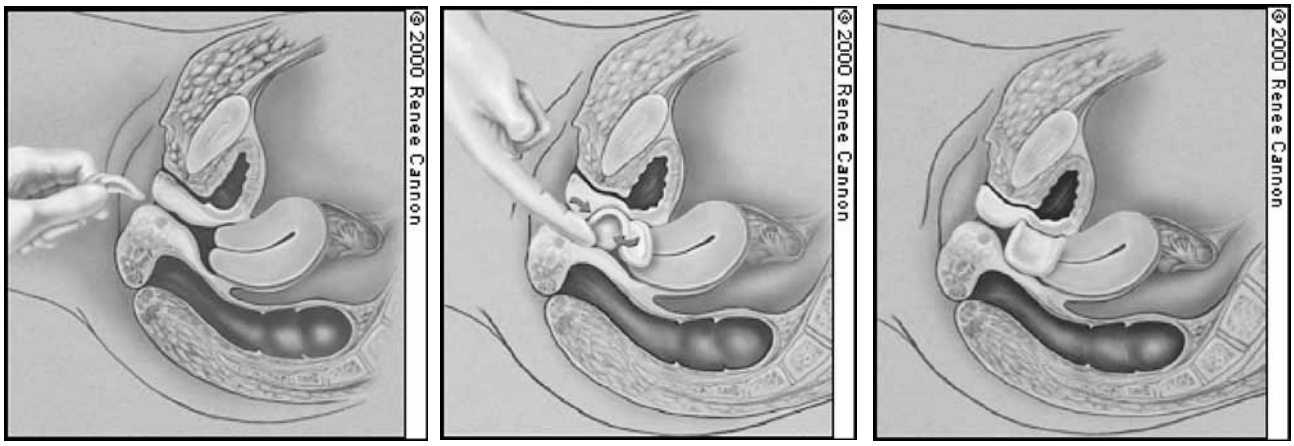
ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดเพื่อประเมินอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำถึงวิธีการบริหารกล้ามเนื้อพยุงอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (Pelvie floor muscle exercise) ได้รับทราบแนวทางการรักษาทั้งแบบผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดคือ

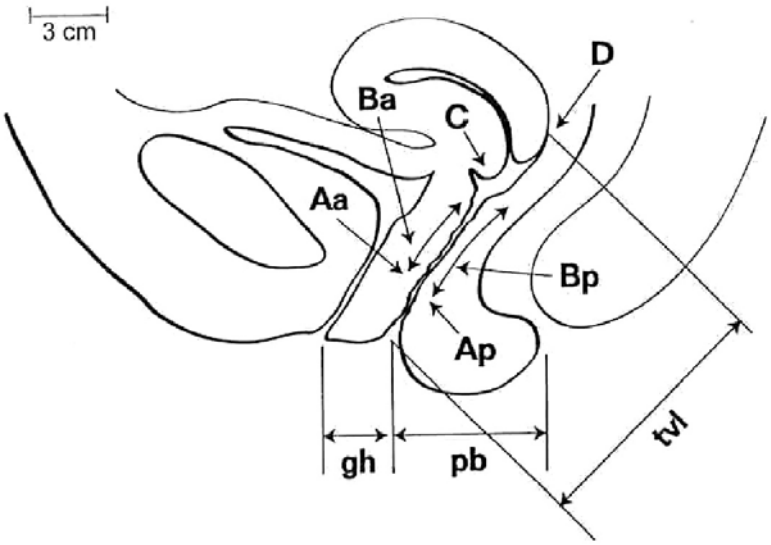
1. ไม่ต้องการการทำผ่าตัด
2. ร่างกายไม่แข็งแรงพอที่จะทนการผ่าตัด และการวางยาสลบ
3. ต้องการใช้ Vaginal pessary ช่วงรอการผ่าตัด

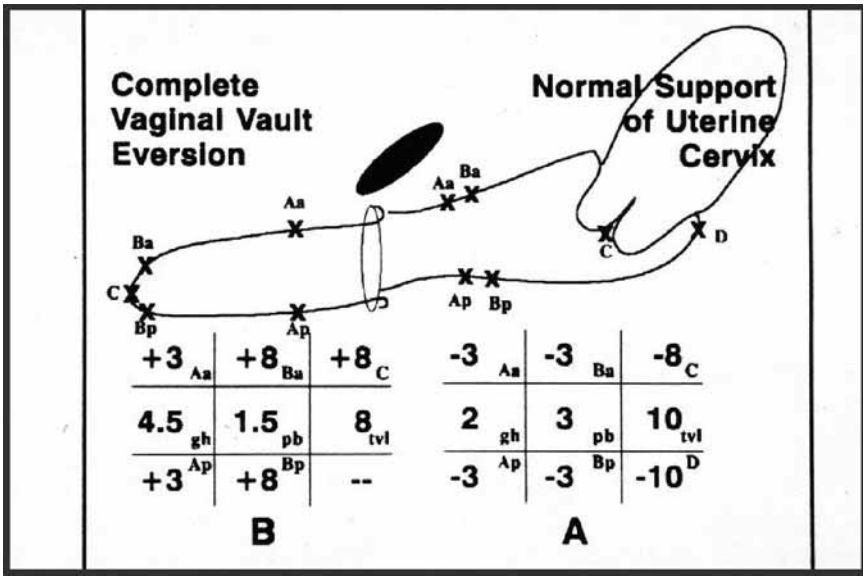
ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรักษาแบบไม่ผ่าตัด คือ ใส่ Vaginal pessary

เทคนิคการเลือกชนิดและขนาดของ Vaginal pessary ที่ดีที่สุด คือ การลองใส่และปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันแล้วอาการดีขึ้น Vaginal pessary ไม่คับจนทำให้รู้สึกเจ็บปวดหรือเป็นแผล ไม่หลวมเกินไปจนทำให้เวลาเข้าห้องน้ำ ถ่ายปัสสาวะหรือถ่ายอุจจาระ แล้วหลุดโดยปกติจะวัดขนาดจากปากช่องคลอดจนถึง Posterior fornix เป็นเส้นผ่าศูนย์กลางของ Vaginal pessary การถอดและใส่ต้องมีสารหล่อลื่นที่เพียงพอเพื่อลดการเสียดสีกับช่องคลอดในขณะใส่และถอด Vaginal pessary ต้องทา Estrogen cream ใส่ช่องคลอดสม่ำเสมอให้ผนังช่องคลอดชุ่มชื้น แข็งแรง ไม่แห้งเป็นแผลได้ง่าย อาทิตย์ละประมาณ 2-3 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับคำแนะนำวิธีการใส่และถอด Vaginal pessary และทดลองใส่และถอดเองจนสามารถที่จะกลับไปดูแลเองได้



รูปที่ 3 ภาพแสดงขั้นตอนการใส่ Gehrung pessary : ดัดแปลงมาจาก Am Fam Phys 2000;61:2719-26.[1]





รูปที่ 4 *ภาพแสดงแผนภูมิ POP-Q : ดัดแปลงมาจาก Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. J Med Life 2011;4:75-81.*[8]

Aa	*จุดที่อยู่ทางด้านหน้าผนังช่องคลอด 3 เซนติเมตร เหนือเยื่อพรหมจรรย์*
Ba	*จุดที่อยู่ต่ำสุดของผนังช่องคลอดด้านหน้า*
C	*จุดที่เป็นตำแหน่งของปากมดลูก*
D	*จุดที่เป็นตำแหน่งในผนังช่องคลอดด้านหลังสูงสุด (Posterior fornix)*
Ap	*จุดที่อยู่ทางด้านหลังผนังช่องคลอด 3 เซนติเมตร เหนือเยื่อบุพรหมจรรย์*
Bp	*จุดที่ต่ำสุดของผนังช่องคลอดด้านหลัง*
gh	*คือความกว้างของปากช่องคลอด (Genital hiatus) หน่วยเป็นเซนติเมตร*
pb	*คือความกว้างของฝีเย็บ (Perineal body) หน่วยเป็นเซนติเมตร*
tvl	*คือความยาวของช่องทางคลอด หน่วยเป็นเซนติเมตร*

นัดตรวจติดตามในระยะแรก 1 ถึง 2 สัปดาห์ ต่อมาจะเป็น 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ ตามลำดับเพื่อประเมินถึงวิธีการใส่และถอด Vaginal pessary คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ประสิทธิภาพการรักษา

ภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน

อัตราการคงใช้ของ Vaginal pessary ในระยะเวลา 1 ปี อยู่ที่ร้อยละ 60-90[7-9] Vaginal pessary ทำให้อาการต่างๆ เช่น อาการปวดหน่วงในอุ้งเชิงกรานที่เกิดจากภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนดีขึ้น และยังใช้ทำนายผลของการรักษาภายหลังการผ่าตัดภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนได้อีกด้วย[10]

ภาวะไอ จาม ปัสสาวะเล็ด

Vaginal pessary ชนิดมี Knob สามารถใช้เพื่อรักษาอาการไอ จาม ปัสสาวะเล็ดได้ โดยขณะไอ จาม หรือมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น Knob จะไปดันส่วนท่อปัสสาวะทำให้อาการดีขึ้น อัตราความสำเร็จของการรักษาภาวะไอ จาม ปัสสาวะเล็ดด้วย Vaginal pessary ได้ระหว่างร้อยละ 60-80[11,12]

ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงของการใส่ Vaginal pessary ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของช่องคลอด การเกิดแผลที่ช่องคลอดที่รุนแรงที่สุดคือ การเกิด Fistular ของช่องคลอดกับอวัยวะข้างเคียง[13] ผลข้างเคียงในเรื่องของแผลที่ช่องคลอดที่ไม่ติดเชื้อ สามารถรักษาได้จากการให้พักการใช้ Vaginal pessary ไว้ก่อน และทา Estrogen cream ในช่องคลอดให้เพียงพอ เพื่อให้ผนังช่องคลอดของสตรีวัยหมดระดูมีความแข็งแรงพอ ทนต่อการเสียดสีจากการใส่ Vaginal pessary ได้ การใช้สารหล่อลื่นที่เพียงพอในการถอดและใส่ Vaginal pessary ก็จะลดการเกิดแผลในช่องทางคลอดได้ การให้คำแนะนำและการนัดตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ สามารถที่จะลดอัตราการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ Vaginal pessary ได้

สรุป

Vaginal pessary เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีการใช้มาอย่างยาวนาน วัสดุที่ใช้ทำอุปกรณ์ในระยะหลังจะเป็นซิลิโคน ซึ่งเป็นวัสดุที่ดูแลรักษา ทำความสะอาดได้ง่าย และอยู่คงทน ไม่ดูดซับกลิ่นไว้ Vaginal pessary ยังเป็นอุปกรณ์ที่มีความสำคัญ มีบทบาทในการรักษา ภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนและภาวะไอ จาม ปัสสาวะเล็ดได้ดี การให้คำแนะนำที่ครบสมบูรณ์ การตรวจติดตามที่สม่ำเสมอ จะสามารถที่จะเพิ่มอัตราการคงใช้และลดผลข้างเคียงจากการใช้อุปกรณ์ได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Viera AJ, Larkins-Pettigrew M. Practical use of the pessary. Am Fam Physician 2000;61:2719-26.
2. Pott-Grinstein E, Newcomer JR. Gynecologists patterns of prescribing pessaries. J Reprod Med 2001;46: 205-8.
3. Zeitlin MP, Lebherz TB. Pessaries in the geriatric patient. J Am Geriatr Sci 1992;40:635-40.
4. Deger RB, Menzin AW, Mikuta JJ. The vaginal pessary : past and present. Postgrad Obstet Gynecol 1993; 13:1-6.
5. Hand VL, Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? Int Urogynecol J 2002;13:349-52.
6. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG. A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. Obstet Gynecol 2000;95:931-5.
7. Sitavarin S, Wattanayingcharoenchai R, Manonai J, Sarit-apirak S, Chittacharoen A. The characteristics and satisfaction of the patients using vaginal pessaries. J Med Assoc Thai 2009;92:744-7.

8. Persu C, Chapple CR, Cauni V, et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)- a new era in pelvic prolapsed staging. J Med Life 2011;4:75-81.
9. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. Obstet Gynecol 1997;90:990-4.
10. Sulak PJ, Kuehl TJ, Shull BL. Vaginal pessares and their use in pelvic relaxation. J Reprod Med 1993;38: 91-123.
11. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted success fully with a pessary for pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2004;190:1025-9.
12. Donnelly MJ, Powell-Morgan S, Olsen AL. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. Int Urogynecol J 2004;15:302-7
13. Davila GW, Osterman KV. The bladder neck support prosthesis : a nonsurgical approach to stress incontinence in adult women. Am J Obstet Gynecol 1994;171:206-11.
14. Davila GW, Neal D, Horbach N. A bladder-neck support prosthesis for women with stress and mixed incontinence. Obstet Gynecol 1999;93:938-42.