

นิพนธ์ฉบับ

การรักษาภาวะหนังหุ้มปลายองคชาตตีบในเด็กโดยยาทาไตรแอมซิโนโลน อะเซไต์ไนด์ ร่วมกับการรูดเปิดหนังหุ้มปลายอย่างนุ่มนวล

ศิริภัทร เกียรติพันธุ์สุดใส

บทคัดย่อ

- บทนำ:** การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของไตรแอมซิโนโลน อะเซไต์ไนด์ร่วมกับการรูดเปิดอย่างนุ่มนวลสำหรับภาวะหนังหุ้มปลายองคชาตตีบ
- วิธีการศึกษา:** ศึกษาแบบไปข้างหน้า ในเด็กชายอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ใช้ร้อยละ ๐.๑ ไตรแอมซิโนโลน อะเซไต์ไนด์ ทาวันละครั้งหลังอาบน้ำนาน ๔ สัปดาห์ และเปิดรูอย่างนุ่มนวลวันละครั้งต่อไปอีก ๔ สัปดาห์ ประเมินระดับการเปิดของหนังหุ้มปลายที่ ก่อนทายา สัปดาห์ที่ ๒ ที่ ๔ และที่ ๘ ของการรักษา ร่วมกับการตอบแบบสอบถามเป็น ๔ ระดับ สำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล (ผู้ปกครอง ญาติ หรือพี่เลี้ยง) เมื่อสิ้นสุดการรักษา
- ผลการศึกษา:** จากผู้เข้าร่วมวิจัย ๕๕ คน อาการนำที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาทางเดินปัสสาวะอุดกั้นร้อยละ ๗๔.๕๔ ความสำเร็จในการรักษาที่สัปดาห์ที่ ๔ และ ๘ เท่ากับ ร้อยละ ๘๓.๐๕ และ ๙๔.๕๔ ตามลำดับ โดยไม่มี ความแตกต่างทั้งในวัยทารก เด็กเล็ก (อายุ ๑ – ๕ ปี) และเด็กโต (อายุมากกว่า ๕ ปีถึงต่ำกว่า ๑๕ ปี) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการรักษา การประเมินจากผู้ปกครองด้านความสะดวก ความง่ายในการทายา ระยะเวลาการรักษา การปราศจากความเจ็บปวด และความพึงพอใจ ได้คะแนนเท่ากับ ๓.๗๒, ๓.๒๖, ๓.๖๙, ๓.๑๐ และ ๓.๘๔ จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนนตามลำดับ
- วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา:** การรักษาภาวะหนังหุ้มปลายตีบโดยการทายาไตรแอมซิโนโลน อะเซไต์ไนด์ ทาวันละครั้งนาน ๔ สัปดาห์ และเปิดรูอย่างนุ่มนวลได้ผลการรักษาดี ผู้ปกครองมีความพึงพอใจสูง และไม่ยุ่งยากในการมีส่วนร่วมในการรักษา
- คำสำคัญ:** ภาวะหนังหุ้มปลายองคชาตตีบ, ไตรแอมซิโนโลน อะเซไต์ไนด์, ขริบหนังหุ้มปลายองคชาต

วันที่รับบทความ: ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

บทนำ

ภาวะหนังหุ้มปลายของคชาตตีบในเด็กเป็นภาวะที่พบบ่อย ทำให้เกิดการอักเสบของหนังหุ้มปลาย ปัสสาวะลำบาก หรือทางเดินปัสสาวะอุดตันทำให้มีปัสสาวะย้อนและการอักเสบของทางเดินปัสสาวะส่วนต้นตามมา เดิมการรักษาภาวะนี้ทำโดยการขี้นหนังหุ้มปลาย ทำให้เด็กเจ็บและสูญเสียหนังหุ้มปลาย ซึ่งยังมีข้อถกเถียงถึงบทบาทของหนังหุ้มปลายในแง่ของความรู้สึกทางเพศ ทำให้มีผู้ต่อต้านการขี้นหนังหุ้มปลายในเด็กมากขึ้นในหลายประเทศ^{๑-๔}

ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์ทำให้ผิวหนังบางและแผลเป็นอ่อนตัว มีการศึกษาใช้ยาเบตาเมทาโซนทาที่หนังหุ้มปลาย^{๕-๘} ในเด็กที่มีภาวะหนังหุ้มปลายของคชาตตีบพบว่า สามารถรักษาได้สำเร็จ ลดอัตราการขี้นหนังหุ้มปลายได้มากและไม่พบอาการข้างเคียงจากการทายาสเตียรอยด์

มีการศึกษาโดยใช้ยาทาไตรแอมซิโนโลน อะเซโตนไนด์เช่นกัน^{๙-๑๐} ทาเข้าเย็บ นานหนึ่งเดือนพบว่า สามารถลดการขี้นหนังหุ้มปลายได้ระดับหนึ่ง แต่จากการปฏิบัติที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ใช้ยาทาเพียงวันละครั้ง เป็นเวลาหนึ่งเดือนร่วมกับการพยายามเปิดรูหนังหุ้มปลายโดยไม่ให้มีการบาดเจ็บเพิ่มเติมพบว่า ได้ผลสูงมาก การศึกษานี้ต้องการศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาร่วมกับประเมินความพึงพอใจในการรักษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบ prospective descriptive study กลุ่มประชากรคือ เด็กชายอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะหนังหุ้มปลายตีบที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา คือ กลุ่มที่เป็น pathologic phimosis หรือกลุ่ม physiologic phimosis ซึ่งมีปัญหาทางเดินปัสสาวะอุดตัน หรือมีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะหรือมีการอักเสบของปลายองคชาตหรือตัวหนังหุ้มปลายเอง บันทึกเป็นระดับคะแนนของการเปิดของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ถ้าคะแนน ๐ - ๒ ต้องรักษา ถ้าคะแนนตั้งแต่ระดับ ๔ ถือว่าไม่มีภาวะหนังหุ้มปลายตีบ

ระดับคะแนนการเปิดหนังหุ้มปลาย

๕ คือ สามารถเปิดได้ดี เห็น coronal sulcus ครบ ไม่มีวงแหวนรัด

๔ คือ สามารถเปิดได้ เห็น coronal sulcus ครบ แต่ยังมียวงแหวนรัดอยู่บ้าง

๓ คือ สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของความกว้างของ glans penis

๒ คือ สามารถเปิดหนังหุ้มปลาย ได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของความกว้างของ glans penis

๑ คือ สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้เพียงเห็น

urethral orifice

๐ คือ ไม่สามารถเปิดรูหนังหุ้มปลายได้เลย

ความสำเร็จในการรักษา หมายถึง หนังหุ้มปลายสามารถเปิดได้ เห็น coronal sulcus ครบ คือเท่ากับหรือมากกว่าระดับ ๔

รักษาโดยใช้ทายา 0.1% triamcinolone acetonide cream (aristocort®) วันละครั้ง โดยสอนให้ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติดังนี้ ให้เด็กอาบน้ำ หรือแช่น้ำนาน ๕ - ๑๐ นาที แล้วจึงพยายามรูดเปิดหนังหุ้มปลายให้มากที่สุดโดยไม่ให้เกิดการฉีกขาดของหนังหุ้มปลาย และทายาที่ปลายสุดของหนังหุ้มปลาย แล้วรูดหนังหุ้มปลายกลับ ทายานาน ๔ สัปดาห์

ติดตามการรักษา โดยการประเมินผลการเปิดของหนังหุ้มปลายในสัปดาห์ที่ ๑, ๒, ๔ และ ๘ เมื่อครบ ๔ สัปดาห์ให้หยุดทายาแต่เปิดรูเช่นเดิม และผู้ปกครองตอบแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ ๘ เพื่อประเมินความพึงพอใจ ความสะดวกในการรักษาโดยใช้ยาทา แบบสอบถามเป็น scale ๕ ระดับในแต่ละคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาการ อาการแสดง และคะแนนการเปิดหนังหุ้มปลายนำเสนอในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลของแต่ละกลุ่มอายุใช้ Chi-square หรือ Fisher's exact test โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อ $p < 0.05$ คำนวณโดยโปรแกรม STATA ซึ่งได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ ๑ รหัสโครงการ I-1-050/2549

ผลการศึกษา

ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๔ - เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ มีเด็กชายอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะหนังหุ้มปลายตีบที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา จำนวน ๖๒ ราย เข้าร่วมในการศึกษา ๕๙ ราย อายุเฉลี่ย ๕.๑๔ ปี + ๓.๙๒ แบ่งเป็น ๓ ช่วงอายุ คือ เด็กทารก (neonate), เด็ก ๑-๕ ปี (young children) และ เด็กมากกว่า ๕ ปีและต่ำกว่า ๑๕ ปี (older children) เท่ากับจำนวน ๙ ราย ๒๙ ราย และ ๒๑ ราย ตามลำดับ อาการที่นำมาพบแพทย์ ร้อยละ ๗๔.๕๘ มาพบแพทย์ด้วยเรื่องปัสสาวะอุดตัน (obstruction) คือ ปัสสาวะลำบาก ปลายโป่ง ไม่พุ่ง เจ็บ ผู้ป่วยเคยมีประวัติหนังหุ้มปลายองคชาตอักเสบ (history of posthitis) พบร้อยละ ๑๑.๘๖ และมีประวัติทางเดินปัสสาวะอักเสบ (history of urinary tract infection (UTI)) มีร้อยละ ๑๐.๑๗ ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำแนกอาการของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มอายุ

	จำนวน (คน)	ประวัติหนังหุ้ม ปลายองคชาตอักเสบ	ประวัติการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะ	ประวัติการอุดตัน ทางเดินปัสสาวะ	ตระหนักด้วยตนเอง
เด็กวัยทารก	๙	๒ (ร้อยละ ๒๒.๒๒)	๑ (ร้อยละ ๑๑.๑๑)	๙ (ร้อยละ ๑๐๐)	๐ (ร้อยละ ๐)
เด็ก ๑ - ๕ ปี	๒๙	๔ (ร้อยละ ๑๓.๗๙)	๓ (ร้อยละ ๑๐.๓๔)	๒๐ (ร้อยละ ๖๘.๙๗)	๐ (ร้อยละ ๐)
เด็ก > ๕ ปี, < ๑๕ ปี	๒๑	๑ (ร้อยละ ๔.๗๖)	๒ (ร้อยละ ๙.๕๒)	๑๘ (ร้อยละ ๘๖.๔๓)	๖ (ร้อยละ ๒๘.๖)
รวม	๕๙	๗ (ร้อยละ ๑๑.๘๖)	๖ (ร้อยละ ๑๐.๑๗)	๔๗ (ร้อยละ ๗๙.๕๘)	๖ (ร้อยละ ๑๐.๑๗)

จากการตรวจร่างกาย ในช่วงเริ่มการศึกษาพบมีวงแผลเป็นที่หนังหุ้มปลาย (phimotic scar) ในเด็กโต ร้อยละ ๕๒.๓๘ แต่ไม่พบในเด็กทารก ดังแสดงในตารางที่ ๒ การมีขี้เปียก (smegma)

ใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มอายุ ในเด็กโตไม่พบภาวะหนังหุ้มปลายองคชาตอักเสบ (posthitis) สอดคล้องกับประวัติการมีหนังหุ้มปลายองคชาตอักเสบที่พบน้อยในเด็กโต

ตารางที่ ๒ จำแนกอาการแสดงของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มอายุ

	จำนวน (คน)	อาการหนังหุ้มปลายองคชาตอักเสบ	แผลเป็นที่หนังหุ้มปลาย	ขี้เปียก
เด็กวัยทารก	๙	๒ (ร้อยละ ๒๒.๒๒)	๐ (ร้อยละ ๐)	๑ (ร้อยละ ๑๑.๑๑)
เด็ก ๑ - ๕ ปี	๒๙	๑ (ร้อยละ ๓.๔๕)	๔ (ร้อยละ ๑๓.๗๙)	๓ (ร้อยละ ๑๐.๓๔)
เด็ก > ๕ ปี, < ๑๕ ปี	๒๑	๐ (ร้อยละ ๐)	๑๑ (ร้อยละ ๕๒.๓๘)	๓ (ร้อยละ ๑๔.๒๙)
รวม	๕๙	๓ (ร้อยละ ๕.๐๘)	๑๕ (ร้อยละ ๒๕.๔๒)	๗ (ร้อยละ ๑๑.๘๖)

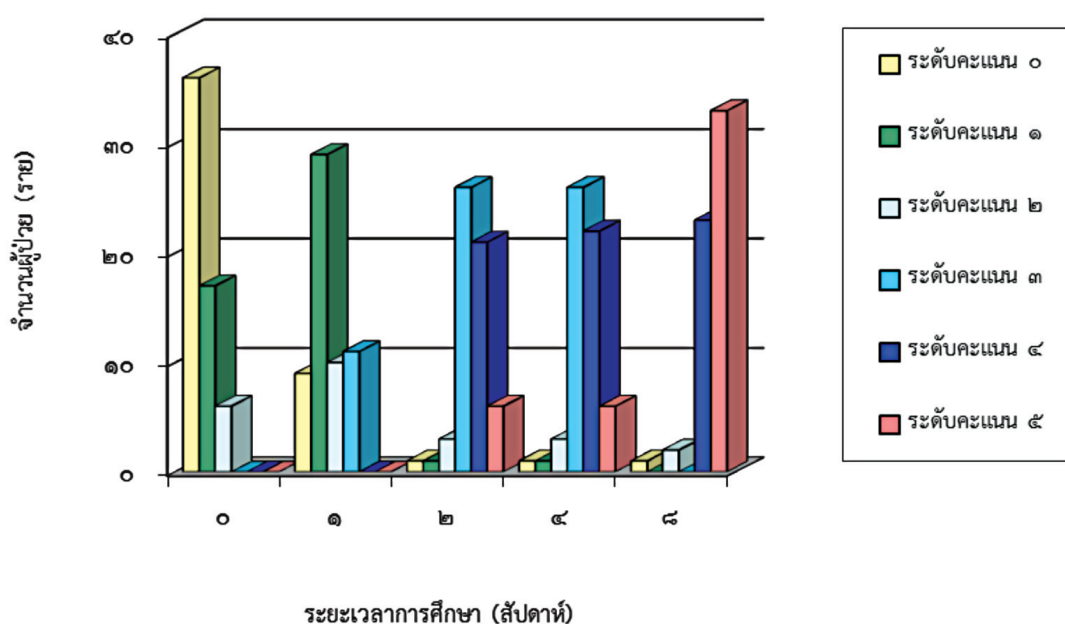
คะแนนระดับการเปิดของหนังหุ้มปลายเมื่อเริ่มการรักษา แยกตามกลุ่มอายุ แสดงดังตารางที่ ๓ โดยกลุ่มทารกมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ

กว่ากลุ่มเด็กเล็กและเด็กโต แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ ๓ ระดับคะแนนการเปิดของหนังหุ้มปลายองคชาตเมื่อเริ่มการศึกษา

	จำนวน (คน)	ระดับคะแนน ๐	ระดับคะแนน ๑	ระดับคะแนน ๒	ค่าเฉลี่ย
เด็กวัยทารก	๙	๘ (ร้อยละ ๘๘.๘๙)	๑ (ร้อยละ ๑๑.๑๑)	๐ (ร้อยละ ๐)	๐.๑๑ ± ๐.๓๓
เด็ก ๑ - ๕ ปี	๒๙	๑๖ (ร้อยละ ๕๕.๑๗)	๑๑ (ร้อยละ ๓๗.๙๓)	๒ (ร้อยละ ๖.๙)	๐.๕๒ ± ๐.๖๓
เด็ก > ๕ ปี, < ๑๕ ปี	๒๑	๑๒ (ร้อยละ ๕๗.๑๔)	๕ (ร้อยละ ๒๓.๘๑)	๔ (ร้อยละ ๑๙.๐๕)	๐.๖๒ ± ๐.๘
รวม	๕๙	๓๖ (ร้อยละ ๖๑.๐๒)	๑๗ (ร้อยละ ๒๘.๘๑)	๖ (ร้อยละ ๑๐.๑๗)	๐.๕๙ ± ๐.๖๘

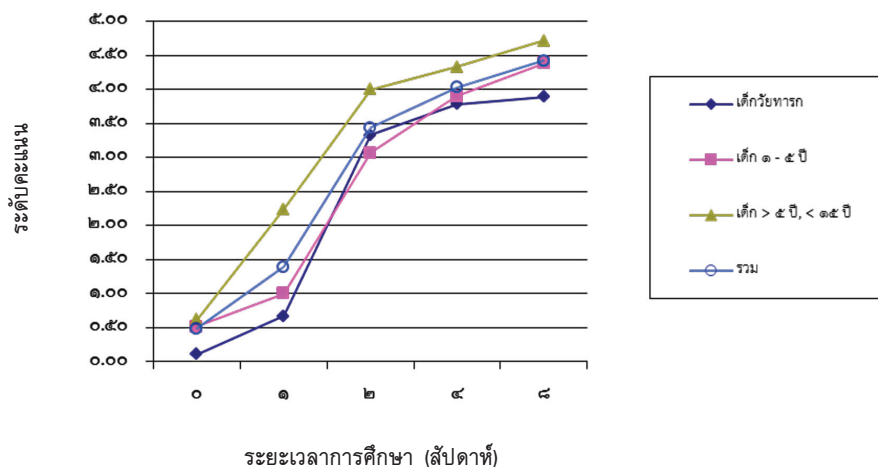
ผลการรักษาผู้ป่วย ๕๙ ราย สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้มากขึ้นตามลำดับเวลาทุกกลุ่มอายุ ตามแผนภูมิที่ ๑



แผนภูมิที่ ๑ ระดับคะแนนการเปิดของหนังหุ้มปลายองคชาตตามระยะเวลาการศึกษา

ในกลุ่มที่มีอาการการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยทุกคนรู้สึกว่าการลดลงตั้งแต่สัปดาห์ที่หนึ่งของการรักษา แม้ว่าระดับการเปิดของหนังหุ้มปลายจะไม่เปลี่ยนแปลงก็ตาม ซึ่งอาการที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่ ระยะเวลาการเบ่งหรือการปัสสาวะลดลง การโป่งของปลายอวัยวะเพศขณะปัสสาวะลดลง อาการเจ็บลดลง และขนาดลำปัสสาวะใหญ่ขึ้นกว่าก่อนรักษา การเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนการเปิดหนังหุ้มปลายเริ่มเห็นในสัปดาห์ที่ ๒ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้ถึงระดับ ๔ และ ๕ และมีจำนวนมากขึ้นตาม

ลำดับตามเวลาการรักษา แผนภูมิที่ ๒ แสดงคะแนนค่าเฉลี่ยการเปิดหนังหุ้มปลายแยกตามกลุ่มอายุ ซึ่งจากแผนภูมิที่ ๒ จะเห็นว่า แนวโน้มการเปิดของหนังหุ้มปลายของแต่ละกลุ่มอายุมีความใกล้เคียงกันไปในทิศทางเดียวกัน โดยกลุ่มเด็กโตจะมีการเปลี่ยนแปลงในสัปดาห์แรกชัดเจนกว่า กลุ่มทารกและเด็กเล็ก หลังสัปดาห์ที่ ๔ เมื่อให้หยุดการทายา triamcinolone และให้เปิดรูตเพียงอย่างเดียว ยังพบว่ามีความสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้นได้ทุกกลุ่มอายุ เมื่อติดตามการรักษาที่ ๘ สัปดาห์



แผนภูมิที่ ๒ ค่าคะแนนเฉลี่ยการเปิดของหนังหุ้มปลายองคชาต

อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงระดับการเปิดหนังหุ้มปลายองคชาตในแต่ละกลุ่มอายุในแต่ละช่วงการติดตามการรักษา เมื่อครบสัปดาห์ที่ ๔ และสัปดาห์ที่ ๘ มีผู้ป่วยที่หนังหุ้มปลายองคชาตเปิดได้ตั้งแต่ระดับ ๔ จำนวน ๒๘ ราย และ ๕๖ รายตามลำดับ คิดเป็นความสำเร็จที่สัปดาห์ที่ ๘ ร้อยละ ๙๔.๘๒

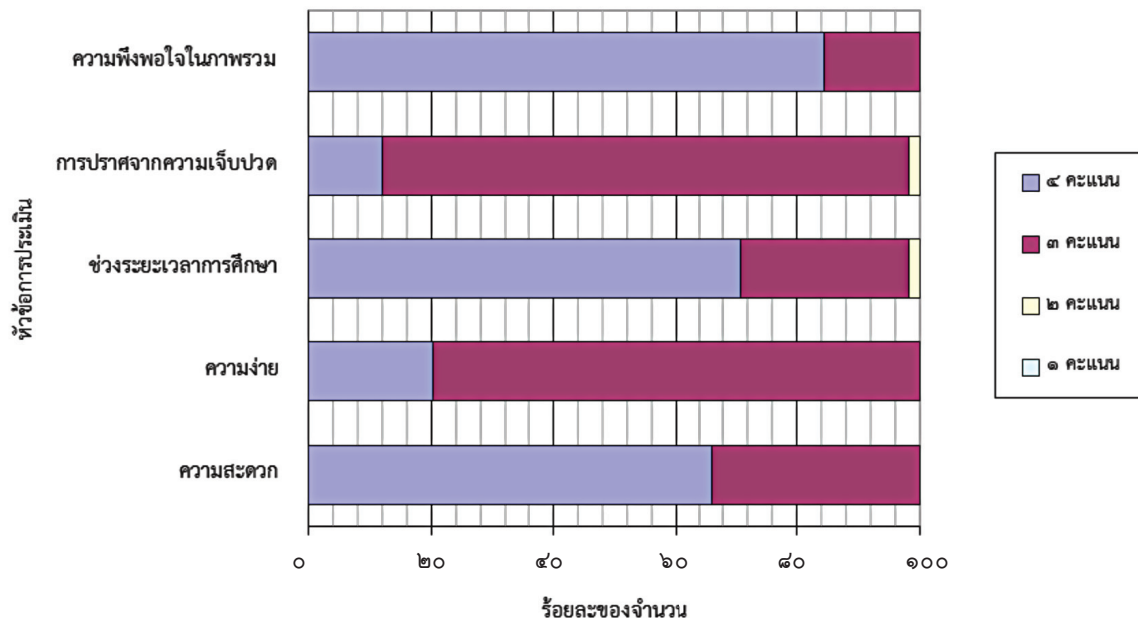
คิดแยกตามกลุ่มอายุ ทารก ร้อยละ ๘๘.๘๘ เด็กเล็ก ร้อยละ ๙๖.๕๕ และ เด็กโต ร้อยละ ๙๕.๒๔ ดังแสดงในตารางที่ ๔ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของความสำเร็จการรักษาระหว่างกลุ่มอายุทั้งที่ ๔ สัปดาห์และ ๘ สัปดาห์ ($p = 0.33$ และ 0.37 ตามลำดับ) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในการรักษา

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษา

	จำนวน (คน)	สัปดาห์ที่ ๐	สัปดาห์ที่ ๒	สัปดาห์ที่ ๔	สัปดาห์ที่ ๘
เด็กวัยทารก	๓	๐	๔ (ร้อยละ ๔๔.๔๔)	๗ (ร้อยละ ๗๗.๗๗)	๘ (ร้อยละ ๘๘.๘๘)
เด็ก ๑ - ๕ ปี	๒๙	๐	๗ (ร้อยละ ๒๔.๑๓)	๒๓ (ร้อยละ ๗๙.๓๑)	๒๘ (ร้อยละ ๙๖.๕๕)
เด็ก > ๕ ปี, < ๑๕ ปี	๒๑	๐	๑๗ (ร้อยละ ๘๑)	๑๙ (ร้อยละ ๙๐.๔๗)	๒๐ (ร้อยละ ๙๕.๒๔)
รวม	๕๓	๐	๒๘ (ร้อยละ ๕๒.๘๓)	๔๙ (ร้อยละ ๙๒.๐๗)	๕๖ (ร้อยละ ๙๔.๘๒)

มีผู้ป่วย ๓ รายที่ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา โดยรายแรกเป็นเด็กอายุ ๒ ปี ในสัปดาห์ที่สองของการรักษามีปัญหาทางเดินปัสสาวะอักเสบ โดยที่หนังหุ้มปลายองคชาตไม่สามารถเปิดได้ (ระดับ ๐) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดขลิบหนังหุ้มปลายตั้งแต่ช่วงสัปดาห์ที่ ๓ ของการรักษา อีกสองรายเป็นผู้ป่วย อายุ ๑๑ เดือน และ ๘ ปี ในสัปดาห์ที่ ๘ ของ

การรักษา สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้ถึงระดับ ๒ ผู้ป่วยได้สมัครใจเข้ารับการรักษาดังวิธีเดิม คือ ทายา triamcinolone ๔ สัปดาห์ และเปิดรูตต่ออีก ๔ สัปดาห์ พบว่า ประสบความสำเร็จในการรักษา คือสามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้ถึงระดับ ๔ เมื่อสัปดาห์ที่ ๔ ของการรักษารอบที่สอง ซึ่งผลสำเร็จของการศึกษารอบสองไม่รวมในการศึกษารอบนี้



แผนภูมิที่ ๓ คะแนนประเมินจากผู้ดูแลผู้ป่วย

เมื่อจบการรักษาได้ทำการการสอบถามความเห็นจากผู้ดูแลผู้ป่วย ๕๕ ราย ผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดา ๒๐ ราย (ร้อยละ ๓๖.๓๖) ญาติใกล้ชิด ๓๑ ราย (ร้อยละ ๕๖.๓๖) และพี่เลี้ยง ๗ ราย (ร้อยละ ๑๒.๖๖) คิดเป็น เพศชาย ๑๖ ราย (ร้อยละ ๒๙.๐๙) เพศหญิง ๔๒ ราย (ร้อยละ ๗๖.๙๐) อายุเฉลี่ย 42.41 ± 10.72 ปี สอบถามถึง ความสะดวก ความง่าย ช่วงระยะเวลาการรักษา การปราศจากความเจ็บปวด และความพึงพอใจในภาพรวม โดยเป็นคะแนน ๔ ระดับ ได้ผล ๓.๗๒, ๓.๖๖, ๓.๖๘, ๓.๑๐ และ ๓.๘๔ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๓)

จะเห็นว่า ผู้ดูแลให้คะแนนความสะดวกและช่วงระยะเวลาการรักษา คือยาวนาน ๔ สัปดาห์และเปิดรูตต่ออีก ๔ สัปดาห์ สูงกว่า ๓.๕ ซึ่งถือว่าดีมาก ส่วนความง่ายและการปราศจากความเจ็บปวดอยู่ในเกณฑ์ ซึ่งทั้งสองหัวข้อนี้มีแนวโน้มได้คะแนนน้อยในกลุ่มอายุ เด็กเล็ก คิดว่าเป็นจาก ทารก ไม่แสดงอาการเจ็บปวดเมื่อทา และเด็กโตเมื่อให้ความร่วมมือก็จะทาได้ง่าย เปิดรูตได้ไม่เจ็บ แต่เด็กเล็กอาจมีการงอแงทำให้ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ ผู้ปกครองบางส่วนเปลี่ยนเวลาทาและเปิดรูตเป็นตอนที่เด็กหลับ เพื่อให้สามารถทาได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามความพึงพอใจในภาพรวมมีคะแนนสูงมาก

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

ภาวะหนังหุ้มปลายองคชาตตีบหรือ phimosis เป็นภาวะที่ไม่สามารถรูดหนังหุ้มปลายลงจนเห็นส่วน glans penis ทั้งหมดได้ คือไม่เห็นส่วนของ coronal sulcus ทำให้เกิดปัญหาทางเดินปัสสาวะอักเสบหรือเกิดการอุดตันทางเดินปัสสาวะ

กลุ่มของ physiologic phimosis ที่มีอาการได้แก่ ร้องกวน ผิดปรกติก่อนที่จะปัสสาวะ ปัสสาวะลำบาก ไม่พุ่ง ปลายอวัยวะเพศบวมแดงอักเสบ (balano-posthitis) หรือปลายอวัยวะเพศโป่งพองออกมาคล้ายลูกโป่งใส่น้ำ (ballooning prepuce) ร่วมกับปัสสาวะเป็นหยดๆ บ่อย ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นๆ หายๆ และ pathologic phimosis ในสองกลุ่มนี้แพทย์มักจะลงความเห็นว่าควรรักษาโดยการขีบริหนังหุ้มปลายร่วมกับการหาสาเหตุของการอุดตันทางเดินปัสสาวะจากสาเหตุอื่นๆ เช่นเดียวกับการวินิจฉัยขึ้นนี้ ในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี จะได้รับการรักษาภาวะหนังหุ้มปลายตีบเมื่อมีการอุดตันทางเดินปัสสาวะ เป็นอาการหลัก

ในอดีตการขีบริหนังหุ้มปลายเป็นหัตถการที่ทำการแพร่หลายทั่วโลก นอกจากขีบริเพื่อการรักษาภาวะหนังหุ้มปลายตีบและขีบริตามความเชื่อของศาสนาแล้วยังเชื่อว่า การขีบริหนังหุ้มปลายช่วยลดอุบัติเหตุ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ลดการติดเชื้อเอชไอวี และลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งขององคชาต^{๑๑-๑๓} แต่ก็มีรายงานคัดค้านว่าอุบัติเหตุ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี รวมทั้งการเป็นมะเร็งองคชาตที่ลดลง น่าจะมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความประพฤติทางเพศสัมพันธ์และการรักษาความสะอาดมากกว่าการขีบริหนังหุ้มปลาย^{๑๔} อีกทั้งการขีบริหนังหุ้มปลายเป็นหัตถการที่เจ็บปวด และมีรายงานว่าในระยะยาวเกิดเป็นแผลเรื้อรังและเกิดการอักเสบที่ปลายอวัยวะเพศมากกว่าเด็กที่ไม่ได้ขีบริภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบได้บ้างเช่น ภาวะเลือดออกหรือการติดเชื้อหลังผ่าตัด พบได้ประปราย^{๑๕} ทำให้การขีบริหนังหุ้มปลายได้รับความนิยมลดลง

ตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๑๙๙๓ - ๑๙๙๕ เริ่มมีรายงานการรักษาภาวะหนังหุ้มปลายติบในเด็ก โดยมีการใช้ยาทาหลายกลุ่ม เช่น การใช้ NSAIDS^{๕๕} พบความสำเร็จ ร้อยละ ๗๗ หรือ hormonal cream โดย Yanagisawa N^{๖๖} ได้ทดลองใช้ premarin cream (estrogen) ทาพบว่า หนังหุ้มปลายเปิดได้ร้อยละ ๘๕ แต่มีรายงานพบอาการข้างเคียงคือภาวะเต้านมผู้หญิง (gynecomastia) ความนิยมในการใช้ estrogen cream จึงน้อยลงไป

Topical steroid เริ่มใช้ในการรักษาเด็กที่มีหนังหุ้มปลายติบ จากฤทธิ์ steroid ส่งผลให้มีผิวหนังบางตัวลง ทำให้แผลเป็นคล้ายตัว สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้ โดยช่วงแรกเริ่มการรักษา งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาโดยใช้ steroid แบบ high potency^{๖๗-๖๙} พบว่า ความสำเร็จในการรักษาในระดับหนึ่ง ลดการขริบหนังหุ้มปลายได้ มีการศึกษาโดยลดความแรงของชนิด topical steroid พบว่า มีความสำเร็จในการรักษาสูงเช่นกัน

ปัจจุบันนิยมการใช้ steroid ทาที่ปลายอวัยวะเพศหลากหลายรูปแบบ โดยอาจใช้เป็น 0.05 - 0.1% betamethasone^{๖๘}, 0.1% triamcinolone acetate^{๖๙}, clobetasol propionate^{๗๐-๗๑} ทา ๒ - ๓ ครั้งต่อวันนานเป็นเวลา ๓ - ๔ สัปดาห์ พบว่า หนังหุ้มปลายเปิดได้มากขึ้น ลดการเกิด balanitis, posthitis ไม่มีการพบภาวะแทรกซ้อน systemic steroid effects ความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ ๘๒ - ๙๕ จะเห็นว่า การเลือกชนิดของยาทาสเตียรอยด์มีความหลากหลาย เนื่องจากแต่ละประเทศมีการเตรียมยาแตกต่างกัน โดยรวมการใช้ยาทาสเตียรอยด์ จะเลือกระดับความแรงของยาให้ต่ำและระยะเวลาที่ใช้สั้นที่สุด ที่หน่วยกุมารศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ใช้ 0.1% triamcinolone acetate ซึ่งจัดเป็นยาทาสเตียรอยด์ class 4 (mid-strength)^{๗๐} คือ ความแรงระดับปานกลาง ทาบางๆ วันละครั้ง ร่วมกับการแช่น้ำอุ่น ๕ - ๑๐ นาทีก่อนจะทายาหรือหลังอาบน้ำ และการพยายามเปิดหนังหุ้มปลายเพิ่มขึ้นวันละน้อย อย่างนุ่มนวล ไม่ให้มีเลือดออกหรือ ไม่ให้เกิดการปริของหนังหุ้มปลาย พบว่า สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้มาก ได้ผลทั้ง pathologic phimosis และ physiologic phimosis ที่มีปัญหาภาวะทางเดินปัสสาวะอุดตัน ทำให้ลดการขริบหนังหุ้มปลายได้ โดยการติดตามการรักษาพบว่า ในสัปดาห์แรก ปัสสาวะออกสะดวก เป็นลามากขึ้น ลดการเกิดการโป่งของปลายอวัยวะเพศ และสัปดาห์ที่สอง จะสามารถเปิดได้มากขึ้น เมื่อทายาครบสี่สัปดาห์ พบว่า แผลเป็นหรือ phimotic ring จะนุ่มขึ้น สามารถเปิดขยายได้ดี ไม่เจ็บขณะทำการเปิดรู

และแม้ว่าจะหยุดทายาแล้วคงแต่การเปิดรูวันละครั้งที่สัปดาห์ที่ ๘ จะพบว่า ระดับการเปิดของหนังหุ้มปลายไม่ลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่มากขึ้นอีกด้วย เช่นเดียวกับการวิจัยที่ได้ทำในกรณีของ physiologic phimosis^{๗๒}

การศึกษาของ Nicola Zampieri และคณะ^{๗๒} ศึกษาในผู้ป่วย ๒๔๗ ราย ใช้ 0.05% betamethasone เช่นกัน ทา เข้าเย็น ๑๕ วัน หลังจากนั้นทาวันละครั้ง ต่อเนื่องอีก ๑๕ วัน ร่วมกับการดัดหนังหุ้มปลายตั้งแต่วันที่ ๗ หลังทายา โดยดัดแบบไม่ให้มีการบาดเจ็บของผิวหนัง นาน ๑ นาที วันละ ๔ ครั้ง ตลอด ๑ เดือน พบว่า ในเดือนแรก ประสบความสำเร็จร้อยละ ๗๗.๓ และในรายที่ไม่ได้ผลก็รักษา เช่นเดิมซ้ำอีกสองเดือน รวม ๓ เดือน สามารถเปิดได้ร้อยละ ๙๖ เทียบกับการดัดโดยไม่ทายนาน ๓ เดือน สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้ ร้อยละ ๗๖ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า การดัดหนังหุ้มปลายโดยไม่ให้เกิดบาดแผลก็เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้หนังหุ้มปลายเปิดได้เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากฤทธิ์ของยาทา สเตียรอยด์แล้ว แต่ว่าการเปิดถึง ๔ ครั้งต่อวันเป็นสิ่งที่อาจจะทำให้มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเปิดเพียงวันละครั้ง ซึ่งก็ได้ผลดีไม่ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

จากแผนภูมิที่ ๒ แสดงการเปลี่ยนแปลงโดยเฉลี่ยของคะแนนการเปิดหนังหุ้มปลายในแต่ละช่วงเวลา แยกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มเด็กโตมีแนวโน้มการตอบสนองได้ดีตั้งแต่สัปดาห์แรก และทุกสัปดาห์จนเสร็จสิ้นการวิจัย แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งต่างกับการศึกษาของ Webster TM^๕ ซึ่ง รายงานการใช้ 0.1% triamcinolone acetate ทาเข้าเย็น นาน ๔ สัปดาห์ ติดตามผลที่ ๖ สัปดาห์พบความสำเร็จร้อยละ ๘๒ และพบว่า เด็กที่อายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการทายารักษา มากกว่าเด็กอายุน้อยหรือการศึกษาของ Monsour MA และคณะ^{๖๓} ใช้ 0.05% betamethasone ทาเข้าเย็น นาน ๑ เดือน ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า ๓ ปี พบว่า ได้ผลร้อยละ ๖๗ และการศึกษาของ Elmore JM และคณะ^{๖๗} ได้ศึกษาในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี โดยใช้ 0.05% betamethasone ทาเข้าเย็น นาน ๑ เดือน พบว่า ได้ผลร้อยละ ๗๔ และ ๙๒ ที่ ๑ และ ๒ เดือนตามลำดับ จะเห็นว่าจากการศึกษาที่ผ่านมากลุ่มอายุมากกว่า ๓ ปี มีความสำเร็จต่ำกว่า

เมื่อผู้วิจัยดูข้อมูลโดยละเอียด พบว่า ในกลุ่มเด็กโต สัปดาห์แรก มีเด็ก ๙ คน มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนขึ้น ๒ ระดับ ๖ คนมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนขึ้นถึง ๓ ระดับ มีเพียงคนเดียวที่ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้วิจัยประเมิน

จากที่เด็กโตตรวจร่างกายพบมี scar มากกว่าร้อยละ ๕๐ เมื่อพยายามทำให้ scar นุ่มและยืดขยายหนังหุ้มปลายได้ หนังหุ้มปลายที่เคยเปิดอยู่แล้วจึงเปิดออกอย่างเห็นได้อย่างชัดเจน ต่างกับเด็กเล็กและทารก ซึ่งหนังหุ้มปลายยังไม่เคยเปิดหรือยังไม่แยกตัวจาก glans penis และอาจเป็นจากการศึกษานี้ทำให้สมัครงใจคือผู้ป่วยเด็กโตกล้วในการขลิบหนังหุ้มปลายจึงให้ความร่วมมืออย่างดีมากร่วมด้วย

จากผู้ป่วย ๕๔ ราย มีผู้ป่วย ๓ รายที่ไม่สามารถเปิดหนังหุ้มปลายได้ถึงระดับ ๔ รายแรกเป็นเด็กชาย อายุ ๒ ปี มีปัญหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร่วมกับภาวะปัสสาวะไหลย้อน หลังจากการรักษาไปสองสัปดาห์หนังหุ้มปลายยังเป็นระดับ ๐ และมีการอักเสบทางเดินปัสสาวะซ้ำ จึงได้เปลี่ยนไปทำการขลิบหนังหุ้มปลาย อีกสองราย อายุ ๑๑ เดือน และ ๘ ปี ตามลำดับ สามารถเปิดได้ถึงระดับ ๒ ที่แปดสัปดาห์ แม้ว่าไม่สำเร็จในการรักษา แต่ผู้ป่วยปัสสาวะออกได้สะดวกมากขึ้น ไม่เจ็บ และพึงพอใจกับการรักษาโดยการทายา จึงได้ให้คำแนะนำให้ทายาต่ออีก ๔ สัปดาห์พบว่าสามารถเปิดได้ถึงระดับ ๕ ทั้งสองราย ที่สัปดาห์ที่ ๔ หลังการรักษารอบที่สอง ซึ่งมีการศึกษาการทายาซ้ำว่ามีประโยชน์ในผู้ป่วยที่ไม่มีประสบความสำเร็จในการรักษาโดยการทายาในครั้งแรกและผู้ป่วยที่มีหนังหุ้มปลายตีบซ้ำ^{๒๖, ๒๘} ทั้งนี้ควรมีการติดตามการศึกษาต่อไปว่าจะมีการทรมองของ phimotic ring หรือไม่ ซึ่งทางผู้วิจัยแนะนำให้เปิดรูหนังหุ้มปลายเพื่อทำความสะอาดอย่างน้อยวันละครั้งตลอดไป การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาไม่พบภาวะข้างเคียงจากการรักษาหนังหุ้มปลายตีบ อย่างไรก็ตามควรหลีกเลี่ยงการใช้ topical steroid เป็นเวลานาน และเลือกใช้ยาที่มีความแรงของยาต่ำ

จากงานวิจัยนี้ ใช้ 0.1% triamcinolone acetonide (mid-strength) ทาวันละครั้ง และนาน ๑ เดือนพบว่า ปริมาณการใช้ยาใน ๑ เดือน น้อยกว่า ๕ กรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่ต่ำมาก ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในการรักษา เมื่อสิ้นสุดงานวิจัยได้ทำการสอบถามผู้ดูแล เนื่องจากการรักษาโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติและผู้ปกครอง ประเมินความสะดวก ความง่ายในการปฏิบัติ การปราศจากความเจ็บปวด ช่วงเวลาการรักษา และความพึงพอใจในภาพรวม จะเห็นว่าอยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้ ในงานวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลให้ความสำคัญในการปฏิบัติและการติดตามการรักษาอาจเป็นได้ว่า ความร่วมมือในการรักษานี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อัตราความสำเร็จสูงไปด้วย มีงานวิจัยของ Erdal Yilmaz^{๒๘} ได้มี

การประเมินภาวะความเครียดของผู้ปกครองพบว่าความเครียดในกลุ่มขลิบหนังหุ้มปลายสูงกว่ากลุ่มที่รักษาโดยการให้ยาทา

การใช้ 0.1% triamcinolone acetonide ทาวันละครั้ง ร่วมกับการเปิดรูหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศนาน ๑ เดือน สามารถใช้รักษา pathologic phimosis และ physiologic phimosis ที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะอุดตันได้ผลความสำเร็จสูง เลี่ยงการทำผ่าตัดขลิบหนังหุ้มปลายองคชาต (circumcision) ได้ในเด็กทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้ผลความสำเร็จขึ้นกับการปฏิบัติให้ถูกต้อง ทายาถูกตำแหน่งและ ความร่วมมือในการเปิดรูหนังหุ้มปลายองคชาตโดยไม่ให้เกิดแผล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. Rickwood AM, Kenny SE, Donnell SC. Towards evidence based circumcision of English boys: survey of trends in practice. BMJ 2000;321:792-3.
2. Spilsbury K, Semmens JB, Wisniewski ZS, Holman CD. Circumcision for phimosis and other medical indications in Western Australian boys. Med J Aust 2003;178:155-8.
3. Quaba O, MacKinlay GA. Changing trends in a decade of circumcision in Scotland. J Pediatr Surg 2004; 39:1037-9.
4. Nobre YD, Freitas RG, Felizardo MJ, Ortiz V, Macedo Jr A. To circ or not to circ: clinical and pharmacoeconomic outcomes of a prospective trial of topical steroid versus primary circumcision. Int Braz J Urol 2010; 36:75-85.
5. Steadman B, Ellsworth P. To circ or not to circ: indications, risks, and alternatives to circumcision in the pediatric population with phimosis. Urol Nurs 2006;26:181-94.
6. Chu CC, Chen KC, Diao GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. J Urol 1999;162:861-3.
7. Elmore JM, Baker LA, Snodgrass WT. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. J Urol 2002;168:1746-7.

๘. Marques TC, Sampaio FJ, Favorito LA. Treatment of phimosis with topical steroids and foreskin anatomy. *Int Braz J Urol* 2005;31:370-4.
๙. Webster TM, Leonard MP. Topical steroid therapy for phimosis. *Can J Urol* 2002;9:1492-5.
๑๐. Ng WT, Fan N, Wong CK, Leung SL, Yuen KS, Sze YS, et al. Treatment of childhood phimosis with a moderately potent topical steroid. *ANZ J Surg* 2001; 71:541-3.
๑๑. Wiswell TE, Roscelli JD. Corroborative evidence for the decreased incidence of urinary tract infections in circumcised male infants. *Pediatrics* 1986;78:96-9.
๑๒. Schoen EJ, Anderson G, Bohon C, Hinman F Jr, Poland RL, Wakeman EM. Report of the task force on circumcision. *Pediatrics* 1989;84:388-91.
๑๓. Simpson ET, Barraclough P. The management of the paediatric foreskin. *Aust Fam Physician* 1998;27:381-3.
๑๔. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. *Br J Surg* 1993;80:1231-6.
๑๕. Atilla MK, Dündaröz R, Odabaş O, Oztürk H, Akin R, Gökçay E. A nonsurgical approach to the treatment of phimosis: local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. *J Urol* 1997;158:196-7.
๑๖. Yanagisawa N, Baba K, Yamagoe M, Iwamoto T. Conservative treatment of childhood phimosis with topical conjugated equine estrogen ointment. *Int J Urol* 2000;7:1-3.
๑๗. Jørgensen ET, Svensson A. The treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Acta Derm Venereol* 1993;73:55-6.
๑๘. Lindhagen T. Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unretractable foreskin. *Eur J Surg* 1996;162:969-72.
๑๙. ter Meulen PH, Delaere KP. A conservative treatment of phimosis in boys. *Eur Urol* 2001;40:196-200.
๒๐. Habif, Thomas P. *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1990. p. Inside front cover.
๒๑. Tassanee Raweepakawat. Conservative treatment of physiologic phimosis in children using topical steroid and foreskin retraction. *Thai Pharm Health Sci J* 2006;1:80-5.
๒๒. Zampieri N, Corroppolo M, Camoglio FS, Giacomello L, Ottolenghi A. Phimosis: stretching methods with or without application of topical steroids? *J Pediatr* 2005;147:705-6.
๒๓. Monsour MA, Rabinovitch HH, Dean GE. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. *J Urol* 1999;162:1162-4.
๒๔. Ku WH, Chiu BS, Huen KF. Outcome and recurrence in treatment of phimosis using topical betamethasone in children in Hong Kong. *J Paediatr Child Health* 2007;43:74-9.
๒๕. Yilmaz E, Batislam E, Basar MM, Basar H. Psychological trauma of circumcision in the phallic period could be avoided by using topical steroids. *Int J Urol* 2003; 10:651-6.

Abstract

Treatment of childhood phimosis with triamcinolone acetonide cream and gentle retraction

Siriphut Kiatipunsodsai

Department of Surgery, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathumthani, Thailand

Introduction: This study aimed to evaluate the effectiveness of triamcinolone acetonide cream combined with gentle retraction for childhood phimosis.

Method: A prospective study, the boys (less than 15 years old) who suffered from phimosis were treated with 0.1% triamcinolone acetonide cream with gentle retraction once daily after bathing for 4 weeks then gentle retraction was performed alone for 4 weeks. The opening degree of prepuce was evaluated at 0, 2nd, 4th and 8th week of treatment. After completed course, caregivers (parents, relative, or babysitting) filled 4 scale questionnaires for assessment.

Results: 59 boys were included in this study. Most presented symptom was obstructive symptom (74.58%). Success rates at 4th and 8th week of treatment were 83.05 and 94.92% respectively. There was no difference between infant, young children (1 – 5 years old), and older children (more than 5 to less than 15 years old) groups in the outcome. No complication was noted. The scores from caregiver assessment for convenience, ease, duration, pain-free and satisfaction were 3.72, 3.26, 3.69, 3.10 and 3.84 respectively (total score = 4).

Discussion and Conclusion: Application of 0.1% triamcinolone acetonide with gentle retraction once daily for 4 weeks is safe and effective treatment for both physiologic and pathologic phimosis. It is convenient and easy to apply for caregiver.

Key words: Childhood phimosis, Triamcinolone acetonide, Circumcision