

การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะ Ib โดยการผ่าตัด Radical Hysterectomy and Pelvic Node Dissection ในโรงพยาบาลมหาราชครราชสีมา

วิศาล ชาญพานิช, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรงพยาบาลมหาราชครราชสีมา ได้เริ่มพัฒนาการรักษามะเร็งปากมดลูกระยะ Ib ด้วยการผ่าตัดเมื่อเดือนกันยายน 2545 เนื่องจากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib ที่ได้รับการผ่าตัด radical hysterectomy and pelvic node dissection ผู้ป่วยและวิธีการ: ศึกษาเชิงพรรณน่าย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib ที่ได้รับการผ่าตัด radical hysterectomy and pelvic node dissection ในโรงพยาบาลมหาราชครราชสีมา ตั้งแต่กันยายน 2545 ถึงธันวาคม 2548 ผลการศึกษา: พบผู้ป่วยทั้งหมด 44 ราย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 75) น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 51-60 กิโลกรัม (ร้อยละ 43.2) ร้อยละ 36.4 มีรอยโรคขนาด 1-2 เซนติเมตร และผู้ป่วยมีโรคประจำตัว 12 ราย ซึ่งทุกรายสามารถควบคุมโรคได้ก่อนการผ่าตัด 2 ราย (ร้อยละ 4.5) มีระยะของโรคมกกว่า Ib ระยะเวลาในการผ่าตัดส่วนมากอยู่ในช่วง 3-4 ชั่วโมง (ร้อยละ 47.7) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 11.3 ใช้หลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 36.4 ระยะติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วย 1 รายที่เป็น adenocarcinoma เกิด recurrence ขึ้นหลังผ่าตัด 8 เดือน สรุป: ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib ที่ได้รับการผ่าตัด radical hysterectomy and pelvic node dissection ในโรงพยาบาลมหาราชครราชสีมา จำนวน 44 ราย มีการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ แม้ในรายที่มีโรคประจำตัวซึ่งสามารถควบคุมได้อย่างดีก่อนการผ่าตัด แต่บางรายมีการประเมินระยะโรคก่อนผ่าตัดยังไม่ดี ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะค่อนข้างสูง แต่ปัญหาใช้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยทั่วไป

* กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

Abstract: Radical Hysterectomy and Pelvic Node Dissection in Patients with Cervical Cancer Stage Ib at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital
 Wisan Chanpanich, M.D.
 Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.
Nakhon Ratch Med Bull 2006; 30: S13-20.

Background: Treatment of patients with cervical cancer stage IB with radical hysterectomy and pelvic node dissection has been performed in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (MNRH), the tertiary care center, since September of 2002. **Objective:** To analyze the outcomes and complications in patients with cervical cancer stage IB treated with radical hysterectomy and pelvic node dissection. **Patients and Methods:** Retrospective study on the patients with cervical cancer stage IB treated with radical hysterectomy and pelvic node dissection in MNRH during September 2002 – December 2005. **Results:** There were 44 patients recruited, most were 41-50 kg (43.2%). Tumor size was 1-2 cm (36.4%). Twelve patients had well controlled underlying diseases before operation. Two patients had the cancer stage after operation beyond IB (4.5%). Operation time was 3-4 hours (47.7%). Complications of operation were urinary bladder damage 11.3%, fever within 48 hours 36.4%. During follow-up period, only one patient diagnosed as adenocarcinoma, recurred within 8 months. **Conclusion:** Forty-four patients with cervical cancer stage IB were appropriately selected to be treated with radical hysterectomy and pelvic node dissection in MNRH. The results were generally satisfied, even in patients who had some underlying diseases. However, in few cases, the disease staging before operation was not proper. The prominent complication of was urinary bladder damage, the other was fever within 48 hours.

ภูมิหลัง

มะเร็งปากมดลูกระยะ Ib สามารถให้การรักษาค่าทั้งรังสีรักษาและวิธีผ่าตัด การผ่าตัดมีข้อได้เปรียบในผู้ที่ต้องการเก็บรักษารังไข่ไว้เพื่อสร้างฮอร์โมนต่อไป รังสีรักษาทำให้เกิดปัญหาเรื้อรังกับกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ได้ร้อยละ 8 ซึ่งแก้ไขได้ยาก⁽¹⁾ เนื่องจากเกิดผังผืดและมีเลือดมาหล่อเลี้ยงอวัยวะนั้นลดลง การผ่าตัดทำให้เกิดปัญหาเสื่อมสมรรถภาพทางเพศน้อยกว่ามากเพราะไม่มีผังผืด และการผ่าตัดของผนังช่องคลอด ส่วนช่องคลอดที่สั้นลงเนื่องจากการผ่าตัดนั้นจะค่อยๆ ยาวขึ้นได้จากกิจกรรมทางเพศ ผนังช่องคลอดไม่ฝ่อเพราะยังมีรัง

ไข่สร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือได้รับฮอร์โมนทดแทนในรายที่หมดประจำเดือน

โดยทั่วไปการผ่าตัดมักทำในผู้ป่วยอายุน้อยและร่างกายแข็งแรง แต่ในปัจจุบันการดมยาสลบได้พัฒนาขึ้นมาก ทำให้ผู้สูงอายุก็สามารถผ่าตัดได้โดยปลอดภัย⁽²⁾ การเลือกผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดมีความสำคัญมากไม่ควรผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีรอยโรคมากกว่า 4 เซนติเมตร ผู้ป่วยอ้วนมากและมีโรคประจำตัวที่อันตรายต่อการดมยาสลบ รวมทั้งหากคัดเลือกผู้ป่วยได้ดีจะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง เช่น urinary fistula น้อยกว่า ร้อยละ 2⁽³⁾ อัตราตายน้อยกว่าร้อยละ 1⁽⁴⁾

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้เริ่มพัฒนาการรักษา มะเร็งปากมดลูก ระยะ Ib ด้วยการผ่าตัดเมื่อเดือนกันยายน 2545 เนื่องจากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงได้ทำการศึกษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะ Ib ที่ได้รับการผ่าตัด radical hysterectomy and pelvic node dissection ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นนำไปใช้ในการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะ Ib

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเป็นแบบพรรณนาย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและทะเบียนผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะ Ib ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนกันยายน 2545 ถึงเดือนธันวาคม 2548 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลแสดงด้วยสถิติร้อยละ

นิยามศัพท์

1. การผ่าตัดแบบ Radical hysterectomy หมายถึง การผ่าตัดมดลูกที่เอา uterosacral และ cardinal ligaments ออกเกือบทั้งหมดรวมทั้งช่องคลอดด้านบน 1/3 ออกด้วยหรือบางครั้งอาจเรียกว่า Type III radical hysterectomy⁽⁵⁾

2. Pelvic node dissection หมายถึง การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานออกให้มากที่สุด ได้แก่ ต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม external iliac internal iliac และ obturator lymph node

3. มะเร็งปากมดลูก ระยะ Ib หมายถึง มองเห็นรอยโรคที่ปากมดลูกได้ด้วยตาเปล่าหรือผลทางพยาธิวิทยาพบว่ามีการ invasion ต่ำกว่า basement membrane มากกว่า 5 มิลลิเมตร

4. มะเร็งปากมดลูก ระยะ IIa หมายถึง มะเร็งที่แพร่กระจายไปถึงบริเวณ 1/3 ของช่องคลอดด้านบน

5. มะเร็งปากมดลูก ระยะ IIb หมายถึง มะเร็งที่แพร่กระจายไปบริเวณ parametrium ทั้ง 2 ข้างแต่ไม่ถึง pelvic wall

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 เริ่มมีการผ่าตัด radical hysterectomy and pelvic node dissection เพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะ Ib ทั้งหมด 44 ราย โดยจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546-2548 ผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 75) ดังตารางที่ 1 น้ำหนักตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 กิโลกรัม รองลงมาคือ 61-71 กิโลกรัม (ร้อยละ 43.2 และ 31.8 ตามลำดับ) ผลทางพยาธิวิทยา ก่อนผ่าตัด 42 ราย (ร้อยละ 95.5) เป็นมะเร็งชนิด squamous cell และ adenocarcinoma เพียง 2 ราย ขนาดของรอยโรคก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 36.4 มีขนาด 1-2 เซนติเมตร และขนาด 3.1-4 เซนติเมตร มีร้อยละ 15.9 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว 12 ราย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 5 ราย เบาหวาน 4 ราย หอบหืด 2 ราย และ ไทรอยด์เป็นพิษ 1 ราย ผู้ป่วยทุกรายสามารถควบคุมโรคได้ดีก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลระหว่างผ่าตัดพบว่า ระยะเวลาในการผ่าตัด ร้อยละ 47.7 อยู่ระหว่าง 3-4 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 6.8 ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่า 5 ชั่วโมง ปริมาณเลือดที่เสียส่วนมากประมาณ 600-800 ซีซี และ 801-1,000 ซีซี (ร้อยละ 47.7 และ 36.4 ตามลำดับ) surgical staging ร้อยละ 95.5 ยังคงเป็น Ib มีระยะ IIa และ IIb อย่างละ 1 ราย ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาต่อด้วยรังสีรักษาในระหว่างผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 18.1 ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่สุดคือ การฉีกขาดของ external iliac vein ดังตารางที่ 2

ระยะหลังผ่าตัดระหว่างนอนในโรงพยาบาล พบไข้หลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 36.4 ต้องให้เลือดร้อยละ 29.5 มีแผลติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.5

และร้อยละ 6.8 ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ หลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก ต้องคาสายสวนปัสสาวะใหม่ และนัดมาเอาออกภายหลังอีก 1 สัปดาห์ ระหว่างนั้นได้สอนให้ผู้ป่วยฝึกกระดั้นกระเพาะปัสสาวะเองที่บ้าน สุดท้ายสามารถปัสสาวะเองได้ทุกราย ดังตารางที่ 2 ผลพยาธิวิทยาชิ้นสุดท้ายเป็นมะเร็งชนิด squamous cell 42 ราย (ร้อยละ 95.5) ที่เหลือเป็น adenocarcinoma ซึ่ง

ตรงกับผลพยาธิวิทยาก่อนการผ่าตัด มี lymph node metastasis 1 ราย ในกลุ่มมะเร็งชนิด squamous cell ซึ่งก็คือรายที่มี staging IIb นั้นเอง ดังตารางที่ 3

ติดตามการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 3 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 8 เดือน พบว่ามี vaginal stump cellulitis 7 ราย (ร้อยละ 15.9) มี ureterovaginal fistula และ vesicovaginal fistula อย่างละ 1 ราย ruptured bladder

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูล	2545		2546		2547		2548		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ										
≤ 40 ปี	0	0	2	15.4	2	14.3	1	6.3	5	11.4
41-45 ปี	1	100	4	30.8	4	28.6	6	37.5	15	34.1
46-50 ปี	0	0	5	38.5	7	50.0	6	37.5	18	40.9
≥ 51 ปี	0	0	2	15.4	1	7.1	3	18.8	6	13.6
2. น้ำหนัก										
≤ 50 kg	0	0	0	0	2	14.3	3	18.8	5	11.4
51-60 kg	1	100	5	38.5	6	42.9	7	43.8	19	43.2
61-70 kg	0	0	6	46.2	5	35.7	3	18.8	14	31.8
≥ 71 kg	0	0	2	15.4	1	7.1	3	18.8	6	13.6
3. ผลพยาธิวิทยาก่อนผ่าตัด										
- squamous cell carcinoma	1	100	13	100	13	92.9	15	93.8	42	95.5
- adenocarcinoma	0	0	0	0	1	7.1	1	6.3	2	4.5
4. ขนาดของรอยโรค										
< 1 cm	0	0	2	15.4	4	28.6	4	25.0	10	22.7
1-2 cm	1	100	4	30.8	6	42.9	5	31.3	16	36.4
2.1-3 cm	0	0	4	30.8	2	14.3	5	31.3	11	25.0
3.1-4 cm	0	0	3	23.1	2	14.3	2	12.5	7	15.9
5. โรคประจำตัว										
เบาหวาน	0	0	1	7.7	2	14.3	1	6.3	4	9.1
ความดันโลหิตสูง	0	0	2	15.4	1	7.1	2	12.5	5	11.4
หอบหืด	0	0	0	0	2	14.3	0	0	2	4.5
อื่น ๆ	0	0	0	0	0	0	1*	6.3	1	2.3
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1	100	13	100	14	100	16	100	44	100

* ผู้ป่วยไตโรคเป็นพิษ ซึ่งสามารถควบคุมโรคได้ก่อนผ่าตัด

1 ราย เนื่องจากปีสสาวะเองไม่ได้หลังเอาสายสวนปีสสาวะออก และไม่รู้สึกปวดปีสสาวะเลย 1 รายเกิด recurrence บริเวณ vaginal stump หลังผ่าตัดได้ 8 เดือน ซึ่งก็คือราย adenocarcinoma ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib ได้รับการผ่าตัด radical hysterectomy and pelvic node dissection ในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

ตารางที่ 2 ข้อมูลการผ่าตัด

ข้อมูล	2545		2546		2547		2548		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลาในการผ่าตัด										
3-4 ชั่วโมง	0	0	7	53.8	6	42.9	8	50.0	21	47.7
4-5 ชั่วโมง	1	100	5	38.5	6	42.9	8	50.0	20	45.5
> 5 ชั่วโมง	0	0	1	7.7	2	14.3	0	0	3	6.8
2. ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด										
400-600 ซีซี	0	0	0	0	2	14.3	3	18.8	5	11.4
601-800 ซีซี	0	0	8	61.5	7	50	6	37.5	21	47.7
801-1,000 ซีซี	1	100	5	38.5	4	28.6	6	37.5	16	36.4
> 1,000 ซีซี	0	0	0	0	1	7.1	1	6.3	2	4.5
3. Surgical staging										
Ib	1	100	12	92.3	13	92.9	16	100	42	95.5
IIa	0	0	1	7.7	0	0	0	0	1	2.3
IIb	0	0	0	0	1	7.1	0	0	1	2.3
4. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด										
- Ureteric trauma	0	0	1	7.7	0	0	1	6.3	2	4.5
- Tear bladder	0	0	1	7.7	2	14.3	0	0	3	6.8
- Tear external iliac vein	0	0	0	0	0	0	1	6.3	1	2.3
- Tear small bowel	0	0	0	0	1	7.1	1	6.3	2	4.5
5. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด										
- ไข้ภายใน 48 ชั่วโมง										
หลังผ่าตัด	1	100	5	38.5	4	28.6	6	37.5	16	36.4
- ได้รับเลือดหลังผ่าตัด	0	0	4	30.8	4	28.6	5	31.3	13	29.5
- แผลติดข้อ	0	0	0	0	1	7.1	1	6.3	2	4.5
- ปีสสาวะไม่ออกหลังเอาสายสวนปีสสาวะออก	0	0	5	38.5	4	28.6	7	43.8	16	36.4
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1	100	13	100	14	100	16	100	44	100

ตารางที่ 3 ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด

ข้อมูล	2545		2546		2547		2548		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลาในการผ่าตัด										
- Squamous cell carcinoma	1	100	12	92.3	13	92.9	15	93.8	42	95.5
- Adenocarcinoma	0	0	0	0	1	7.1	1	6.2	2	4.5
- Lymph node metastasis	0	0	0	0	1	7.1	0	0	1	2.3
- invade vaginal fornix (free margin)	0	0	1	7.7	0	0	0	0	1	2.3
- invade parametrium (free margin)	0	0	0	0	1	7.1	0	0	1	2.3
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1	100	13	100	14	100	16	100	44	100

จำนวน 44 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ซึ่งตรงกับที่เคยรายงานโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี⁽⁶⁾ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยต่างประเทศจะเห็นว่าผู้ป่วยไทยพบในกลุ่มอายุน้อยกว่า⁽⁶⁾ ซึ่งอาจเนื่องมาจากค่านิยมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป คือเริ่มมีเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อยลงและมีคู่นอนหลายคนมากขึ้น สำหรับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนมากอยู่ระหว่าง 51-70 กิโลกรัม ซึ่งเป็นช่วงน้ำหนักที่ไม่มากเกินไป

ทำผ่าตัดได้สะดวก และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ถ้าน้ำหนักเกิน 70 กิโลกรัม ถือว่ามากและทำผ่าตัดได้ยาก⁽⁶⁾ ดังนั้นการคัดเลือกผู้ป่วยในเรื่องน้ำหนักตัวในการศึกษาจึงนับว่าเหมาะสม

ขนาดของรอยโรคที่ปากมดลูกพบว่า ไม่มีผู้ป่วยที่มีรอยโรคมมากกว่า 4 เซนติเมตร ซึ่งถูกต้องสำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาโดยการผ่าตัด เพราะถ้ารอยโรคมมากกว่า 4 เซนติเมตร จะพบภาวะแทรกซ้อนจากการ

ตารางที่ 4 ข้อมูลระยะติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อมูล	2545		2546		2547		2548		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- Vaginal stump cellulitis	0	0	2	15.4	2	14.3	3	18.8	7	15.9
- Ureterovaginal fistula	0	0	0	0	1	7.1	0	0	1	2.3
- Vesicovaginal fistula	0	0	0	0	0	0	1	6.2	1	2.3
- Ruptured bladder	0	0	0	0	1	7.1	0	0	1	2.3
- Recurrence	0	0	0	0	0	0	1	6.2	1	2.3
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1	100	13	100	14	100	16	100	44	100

ผ่าตัดมาก รวมทั้งผู้ป่วยเองยังคงต้องรักษาโดยรังสีรักษาต่อไป

ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ มีโรคประจำตัวทั้งหมด 12 ราย (ร้อยละ 27.3) ซึ่งทุกรายสามารถควบคุมโรคได้ก่อนการผ่าตัด ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

ระยะเวลาในการผ่าตัดส่วนมากอยู่ระหว่าง 3-5 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁽⁶⁾ ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด ส่วนมากอยู่ระหว่าง 600-800 ซีซี ตามที่รายงานในบันทึกผ่าตัดแต่ในความเป็นจริงพบว่าผู้ป่วยยังคงมีภาวะช็อคหลังผ่าตัด และต้องให้เลือดสูงถึงร้อยละ 29.5 แสดงว่าการประเมินปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งโดยทั่วไปพบว่าเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 800 ซีซี⁽⁷⁾ ดังนั้นแพทย์ผู้ผ่าตัดจึงควรประเมินการเสียเลือดให้ถูกต้องยิ่งขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะได้ดีขึ้น

ระยะของโรคหลังผ่าตัดพบว่ามากกว่าระยะ Ib 2 ราย แสดงถึงการประเมินก่อนผ่าตัดยังไม่ดีพอ จึงควรระมัดระวังในเรื่องนี้ให้มากขึ้น และการรักษาที่ถูกต้องคือ การยกเลิกการผ่าตัดและให้การรักษาโดยรังสีรักษาแทน จะให้ผลการรักษาดีกว่า⁽⁶⁾

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด พบมีการบาดเจ็บต่อระบบทางเดินปัสสาวะค่อนข้างสูง คือร้อยละ 11.3 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังตามมาคือ ureterovaginal และ vesicovaginal fistula อย่างละ 1 ราย ซึ่งโดยทั่วไปจะพบประมาณร้อยละ 3⁽⁷⁾ ดังนั้นจึงควรปรับปรุงวิธีการผ่าตัดในบางเรื่อง เช่น จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงายศีรษะต่ำและให้มี hyperextension ของข้อสะโพกเล็กน้อยเพื่ออุ้งเชิงกรานจะให้เห็น ได้ดีขึ้น⁽⁶⁾ จะทำผ่าตัดได้ง่ายขึ้น

ระยะหลังผ่าตัดพบผู้ป่วยมีไข้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 36.4 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยทั่วไปคือร้อยละ 25-50⁽⁸⁾ พบมีผลติดเชื้อ 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ซึ่งถือว่าไม่สูง เพราะเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานานและก่อนผ่าตัด

ได้ให้ยาปฏิชีวนะป้องกันก่อนทุกรายอยู่แล้ว เมื่อเอาสายสวนปัสสาวะออกหลังผ่าตัด 7 วัน พบผู้ป่วยปัสสาวะเองไม่ได้ร้อยละ 36.4 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยทั่วไป⁽⁶⁾ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี แนะนำให้ทำ suprapubic cystostomy แทนการใส่สายสวนปัสสาวะ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่รำคาญ การดูแลและวัดปัสสาวะที่ค้างในกระเพาะปัสสาวะทำได้สะดวกยิ่งขึ้น และจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ruptured bladder อย่างที่พบในการศึกษานี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบมีการกลับซ้ำของโรค 1 ราย คือรายที่เป็น adenocarcinoma ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่รักษาได้ยาก⁽⁶⁾ ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ ถึงแม้ได้รับรังสีรักษาหลังผ่าตัด ก็ยังเกิด recurrence อยู่ดี

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib ที่ได้รับการผ่าตัด radical hysterectomy and pelvic node dissection ในโรงพยาบาลมหาราชครราชสีมา จำนวน 44 ราย มีการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ แม้ในรายที่มีโรคประจำตัวซึ่งสามารถควบคุมได้อย่างดีก่อนการผ่าตัด แต่บางรายมีการประเมินระยะโรคก่อนผ่าตัดยังไม่ดี ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะค่อนข้างสูง แต่ปัญหาไขภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์เรืองศักดิ์ ตั้งชีวินศิริกุล ที่ให้คำปรึกษาในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Van Nagell JR Jr, Parker JC Jr, Maruyama Y, et al. Bladder or rectal injury following radiation therapy for

- cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 119: 727-32.
2. Lawton FG, Hacker NF. Surgery for invasive gynecologic cancer in the elderly female population. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 287-9.
 3. Hatch KD, Parham G, Shingleton HM, et al. Ureteral strictures and fistula following radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1984; 19: 17-23.
 4. Webb M, Symmonds R. Wertheim hysterectomy: a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1979; 54: 140-5.
 5. Piver M, Rutledge F, Smith J. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974; 44: 265-72.
 6. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. มะเร็งปากมดลูก. ใน: วสันต์ สีนะสมิต, สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ. ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา เรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: PB. Book. 2540. หน้า 447-82.
 7. Boyee J, Fruchter R, Nicastrì A. Prognostic factors in stage I carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1981; 12: 154-65.
 8. Orr JW Jr, Shingleton HM, Hatch KD. Correlation of perioperative morbidity and conization to radical hysterectomy internal. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 726-31.