



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี  
Standard and Ethics to Improve Women's Health

# สูติตำรับแพทยสมาคมฯ

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูติฯแพทยแห่งประเทศไทย

[www.rtcog.or.th](http://www.rtcog.or.th)

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๗ เดือนตุลาคม ๒๕๕๙



ตั้งดวงใจถูกกระชากพรากจากร่าง  
ตั้งสายฟ้าฟ้าดกลางเขตเกศาคำ  
ไอองค์พระมิ่งขวัญชาวประชา  
พระจอมหล้าจากไปไม่หวนคืน  
ทั้งแผ่นดินถวิลกษัตริย์ชัตติยราช  
พลกไทยทั้งชาติเศร้าสดฟัน  
ไร่เรียวแรงไร่กำลังยังหยดยืน  
สุดกล้ากลืนความระทมตรมตรอมใจ

ขอประนมสองกรขึ้นเหนือเกล้า  
ส่งเสด็จจรชกาลที่เก้าสับสนมัย  
ภูมิพลมหาราชของชาติไทย  
สู่สวรรคาลัยนิจนรันดร

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อมขอเดชะ  
ข้าพระพุทธเจ้า พญ. สุกพรรณ วิไลลักษณ์





## ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

“ มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี ”  
(Standard and Ethics to Improve Women’s Health)

### คณะผู้บริหาร

#### ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

- ประธาน**  
ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- ผู้ริ่ตั้งตำแหน่งประธาน**  
พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- รองประธาน**  
นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์
- เลขาธิการ**  
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรธรม วิไลลักษณ์
- รองเลขาธิการ**  
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์
- เหรัญญิก**  
แพทย์หญิงสุวรรณา อิศวพิริยานนท์
- กรรมการกลาง**
  - ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกุล
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจาทิบาล
  - ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์
  - นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักดิ์นันทน์ มะโนทัย
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภัคดี จุลวิจิตรพงษ์
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพรพ ใจสำราญ
  - ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ๋นใจ กอนันตกุล
  - รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โค้ววีสารัช

# CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สตินรีเวช - จริยธรรมสากล	๖
การตัดต่อนำใจออกแบบฉวยโอกาสเพื่อลดความเสี่ยง สำหรับมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่ออบุพ	๑๐
การป้องกันมะเร็งปากมดลูก	๑๘
คำถามท้ายเล่ม	๒๓๓
ชูปชบ... ชูปชบด้วยภาพ	๒๓๔

## รุดินรีแพทย์สัมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักษะคดี ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิดจดหมาย เป็นความเห็นของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

### เจ้าชอง

**ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**  
ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย  
ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐  
โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑๑-๒๓๔ โทรสาร : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑๐  
[www.rtcog.or.th](http://www.rtcog.or.th)  
E-mail : [pr\\_rtcog@rtcog.or.th](mailto:pr_rtcog@rtcog.or.th), [sc\\_rtcog@rtcog.or.th](mailto:sc_rtcog@rtcog.or.th)

### บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสฤกพรธรม วิไลลักษณ์

### กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ดุสิต สิกข์สมวงศ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิมลสุพร สุขประเสริฐ  
แพทย์หญิงวิมลสุพร พัทธนาวิจารณ์

### เลขานุการ

นางสาวจิระพันธ์ มวลอุบล

### ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาพร พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

### ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรี-ดี สแแกน จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๖๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

# บรรณาธิการแปล

โดย... ศ.พญ.สุกฤษฎา วิไลลักษณ์  
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



## วิสัยทัศน์: สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

1 เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ มาพร้อมกับสายฝนที่ตกแทบทุกวัน และในวันที่ ๑๓ ตุลาคมสายฝนก็ได้ปนกับน้ำตาของปวงชนชาวไทยทั่วแผ่นดิน ที่ร่ำไห้ อาดูร ไปกับการสูญเสีย **“พ่อหลวงของแผ่นดิน”** ยังคงเหลือไว้แต่คุณูปการที่ท่านทรงทำเพื่อประเทศไทยแม้จะเศร้าสักเพียงไหน พี่น้องมวลสมาชิกในทุกภาคส่วนก็ต้องทำหน้าที่ และเป็นกำลังใจให้กันและกัน ก้าวผ่านความทุกข์ทเวาชนี้ไปได้

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ เริ่มต้นด้วยสารจากประธานราชวิทยาลัยฯ ซึ่งได้หยิบยก**ปัจจัยโอกาสสำหรับสมาชิกใหม่**ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๙ ต่อด้วยบทความ เรื่อง **Humanized health care : การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้ตอ** **“ความคาดหวังของชุมชนต่องานอนามัยแม่และเด็ก”** โดย **บพ.พิษณุ ชันติพงษ์** ซึ่งสรุปไว้ดีมากว่า **“การสร้างคน ก็เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุด”** ตามมาด้วยเรื่อง การตัดต่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาสเพื่อลดความเสี่ยงสำหรับมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อผิวโดย คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช ซึ่งเป็นแนวคิดที่น่าสนใจ ซึ่งจะประยุกต์ใช้ในทางคลินิกได้ **ศ.พญ.สุกฤษฎา วิไลลักษณ์** ได้กล่าวถึง การป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแบบที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ปิดท้ายด้วยคำถามท้ายเล่ม และซุบซิบ..ซุบซิบ เช่นเคย

ท้ายนี้ขอเชิญชวนมวลสมาชิก เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีในวันที่ ๑๗-๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๙ ที่มีห้องประชุมที่น่าสนใจมากมาย และร่วมแสดงความยินดีในพิธีมอบวุฒิปัตริ/เกียรติบัตรแก่สมาชิกใหม่ และยินดีกับผู้ที่ได้รับรางวัลต่าง ๆ มา ณ ที่นี้ด้วย

ก่อนจบ ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์สมาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ **PDF file mp3 E-mail, line** หรือ **Facebook** กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc\_rtcog@rtcog.or.th** หรือ **QR Code** ได้เลยคะ



พบกันใหม่ฉบับหน้าคะ

# สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์  
ประธานราชวิทยาลัยฯ



## เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสุตินิกีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

เมื่อระหว่างวันที่ ๑๗-๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ผ่านมาราชวิทยาลัยสุตินิกีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ได้จัดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๓๑ และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ และในวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้จัดให้มีพิธีมอบหนังสืออนุมัติและแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขา ๔ สาขา ได้แก่ อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ และอนุสาขาเวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมช่องคลอด และ พิธีมอบวุฒิบัตรสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พร้อมเกียรติบัตรสมาชิกใหม่ ในครั้งนี้ผมได้ให้ปัจฉิมโอวาทแก่น้อง ๆ ที่เข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ของราชวิทยาลัยฯ ของเรา ผมเห็นว่าอาจจะเป็นประโยชน์สำหรับท่านสมาชิก จึงขอยกมาไว้ ณ ที่นี้อีกครั้ง



# ปัจฉิมโอวาท

สำหรับสมาชิกใหม่ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

วันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๙



ขอแสดงความยินดีกับผู้ที่ได้รับวุฒิปัตตราสาสุติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และอนุสาขา  
ทั้ง ๔ อนุสาขา

ขอขอบคุณสถาบันฝึกอบรม และคณาจารย์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และทักษะให้กับ  
ผู้เข้ารับการฝึกอบรม จนประสบความสำเร็จในวันนี้

การได้รับวุฒิปัตตรา เป็นการเริ่มต้นของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในฐานะผู้เชี่ยวชาญ  
ขอให้คุณหมอยึดหลักการของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (Evidence Based Medicine) ซึ่งประกอบด้วย  
สิ่งสำคัญ ๓ อย่าง ได้แก่ ๑) การฝึกฝนทักษะอย่างต่อเนื่อง ๒) การติดตามความรู้ ความก้าวหน้า  
ทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อได้ความรู้ที่ทันสมัยมาดูแลผู้ป่วย และ ๓) ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว  
เพื่อให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม การประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
ตามแนวทางนี้ จะทำให้คุณหมอดูแลคนไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลดี และยังเป็นการป้องกัน  
การถูกฟ้องร้องด้วย

ขอให้คุณหมอปฎิบัติงานให้เป็นที่พึงของประชาชน โดยการปฏิบัติงานด้วยความวิริยะ อุตสาหะ  
รับผิดชอบต่อหน้าที่ นอบน้อมถ่อมตน ซื่อสัตย์สุจริต เมตตากรุณา และมีความสามัคคีในหมู่คณะ

ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกท่านเคารพนับถือ จงดลบันดาล  
ให้ทุกท่านมีความสุขทั้งกายและใจ เพื่อเป็นพลังในการประกอบความดี เพื่อตนเอง ครอบครัว และสังคม  
ตลอดไป



# สตินรีเอบ - จริยธรรมสากล



โดย... นพ.พิชญ์ ชันติพงษ์  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรม

## Humanized health care : การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจบนพื้นฐานของความรู้

### ตอน “ความคาดหวังของชุมชนต่องานอนามัยแม่และเด็ก”

เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ผมได้รับเกียรติจากสมาคมแพทย์ปริกำเนิด ให้ไปร่วมบรรยายในหัวข้อ “ความคาดหวังของชุมชนในงานอนามัยแม่และเด็ก” ที่พัทธยา เนื่องจากมีประสบการณ์ขับเคลื่อนงานแม่และเด็กมานานกว่า ๒๐ ปี จึงถือโอกาสนำมาเขียนบทความเรื่องนี้ เพื่อให้ทุกคนได้เห็นความสำคัญเนื่องจากเป็นงานที่สร้าง “คน” ซึ่งเป็นทรัพยากรอันทรงคุณค่า ในการที่จะดูแลโลกของเราในรุ่นต่อไป ถ้าได้คนที่มีคุณภาพตั้งแต่เกิด ย่อมจะมีต้นทุนที่ดีตั้งแต่เริ่มต้น

แต่เดิมนั้น การตั้งครรภ์และคลอดบุตรถือเป็นเรื่องธรรมชาติ เมื่อเด็กคลอดออกมามีความพิการ เสียชีวิต หรือมารดาตายจากการตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตร ทุกคนยอมรับได้ว่าเป็นเรื่องของกรรม การคลอดจะทำที่บ้าน โดยมีหมอตำแยผู้ที่ทุกคนยอมรับว่าได้รับการเรียนรู้สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ หรือผดุงครรภ์ที่ผ่านการเรียนรู้ในวิชาแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้ดูแลครรภ์และทำคลอด ผมและน้อง ๆ อีก ๓ คนก็คลอดที่บ้านทั้งหมดโดยนางผดุงครรภ์คนเดียวกัน จำได้ว่าคุณนายแวว (ชื่อที่พวกเราคุ้นเคย) ผดุงครรภ์ที่ทำคลอด มีรูปร่างอ้วนใหญ่ จะนั่งรถสามล้อถีบประจำตัวมาตรวจครรภ์คุณแม่ทุกเดือนจนเจ็บครรภ์คลอด พ่อจะซื้อรถจักรยานยนต์ไปตามที่บ้าน ทุกคนในบ้านจะตื่นตื่นกันไปหมด ผมยังจำได้ว่าเมื่อครั้งน้องชายคนเล็กคลอด ผมอายุได้ ๖ ขวบ ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเตรียมน้ำอุ่นเพื่ออาบให้น้องแรกคลอดด้วย เป็นประสบการณ์ที่ดีเยี่ยมยังจำได้ถึงทุกวันนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างคนทำคลอดกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เป็นหนึ่งเดียวเหมือนกับเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน หลังคลอดคุณนายแววยังคงมาเยี่ยมคุณแม่อีกหลายครั้ง ผมจำได้ว่าพวกเราทุกคนได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่นานเป็นปี ๆ ผมยังเคยขอแม่ดูนมเมื่อเห็นน้องกำลังดูนมแม่อย่างเอร็ดอร่อย แต่ก็ดูได้เพียงเล็กน้อย จำได้ว่ารสชาติไม่อร่อย แม่ยังหัวเราะบอกว่าเมื่อก่อนผมชอบดูดจนหลับคาอกแม่ช่างเป็นความทรงจำที่งดงาม ผมยังคงอยากให้การคลอดเป็นกลไกทางธรรมชาติที่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม สติแพทย์และทีมงานเพียงช่วยประคับประคองให้เป็นไปอย่างปลอดภัยทั้งแม่และลูก

เมื่องานอนามัยแม่และเด็กมีการพัฒนาดีขึ้น บริการฝากครรภ์และการคลอดใน รพ. มีความปลอดภัยมากขึ้น จึงทำให้ในปัจจุบันการคลอดที่บ้านแทบจะไม่มีแล้ว บรรดาหมอตำแยตามชนบทเมื่ออายุมากแล้ว ก็ไม่มีใครที่จะรับช่วงต่อ เนื่องจากไม่ได้รับความนิยม ทำให้สิ้นอายุของการคลอดเองที่บ้านไป นอกจากบางแห่งที่ห่างไกลสถานพยาบาล เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน บางพื้นที่มีภูเขาสูงการคมนาคมลำบาก หมอตำแยยังคงมีบทบาทสำคัญ โดยแพทย์จะให้ความรู้

เกี่ยวกับการคัดกรองแม่ที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อแนะนำให้มาคลอดใน รพ. จะได้ปลอดภัย เพราะมีแม่ เสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากคลอดที่บ้านห่างไกลจาก รพ. มาก ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตระหว่างทาง

การคลอดใน รพ. ทำให้การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวลดน้อยลง รพ. ส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้สามีหรือ ญาติเข้าไปในห้องคลอด ปล่อยให้แม่เผชิญกับความเจ็บปวดตามลำพัง ท่ามกลางเจ้าหน้าที่ รพ. ที่ล้วนแล้วแต่เป็นคน แปรพักตร์ กำลังใจจึงถูกบั่นทอนลงไปมาก โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น น้ำคร่ำเข้ากระแสเลือดอุดตัน ในปอดที่มักเสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่ แม่ไม่มีโอกาสได้พบหน้าคนในครอบครัวอีกเลย ไม่ต่างจากในสมัยโบราณ ที่เปรียบแม่ที่กำลังคลอดบุตรว่าเหมือนเข้าสู่สนามรบที่อาจเสียชีวิตได้แต่อย่างไรก็ตามความปลอดภัยในการคลอดปัจจุบัน ดีขึ้นมากแล้ว มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อประเมินสุขภาพของแม่และเด็กในครรภ์ระหว่างการคลอดตลอดเวลา มีคลังเลือดที่สามารถให้เลือดได้ ๒๔ ชม. และสามารถทำผ่าตัดคลอดได้ภายใน ๓๐ นาที สำหรับ รพ. ระดับจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการตายของมารดา ให้ไม่เกิน ๑๕ ต่อการคลอดบุตรมีชีวิต ๑ แสนคนต่อปี ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ โดยเฉพาะการตายจากภาวะที่ป้องกันได้ เช่น ตกเลือดหลังคลอดจะต้องไม่ให้เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเมื่อไหร่ที่แม่เสียชีวิตจากการคลอดบุตร ถือเป็นความเสียหายที่เกิดผลกระทบต่อมารดาเสมอ

ความคาดหวังของประชาชนในงานอนามัยแม่และเด็ก ย่อมหวังที่จะได้ทั้งแม่และลูกปลอดภัย มีความสมบูรณ์ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ลูกมีพัฒนาการดี ฉลาดเป็นพื้นฐาน แต่อย่างไรก็ตามระบบบริการที่ดี และการเข้าถึง บริการได้ตั้งแต่การฝากครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอดและการดูแลทารกแรกคลอด เป็นความคาดหวังของทุกคน แม้ว่าจะมีการพัฒนาสถานพยาบาลใกล้บ้านให้ดีขึ้น สะดวกต่อการรับบริการ แต่ปัญหาการฝากครรภ์ช้าหรือไม่ฝากครรภ์ ยังคงมีอยู่เสมอ แม้ว่าตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์และการคลอด สำหรับ สิทธิบัตรทอง ซึ่งดูแลประชาชนราว ๔๗ ล้านคนทั่วประเทศ แต่บางพื้นที่ก็ยังคงมีปัญหาในเรื่องการเดินทาง จึงทำให้ หญิงตั้งครรภ์ยังไม่ได้ไปรับบริการตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ จำเป็นที่จะต้องให้บริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ เพื่อคัดกรองภาวะ ผิดปกติตั้งแต่ก่อนคลอด สำหรับการคลอดนั้น รพ.ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรือสถานีอนามัยเดิม ไม่มีบริการ ทำคลอดแล้วนอกจากในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

รพ. ของรัฐเกือบทุกแห่ง จะมีคลินิกให้บริการด้านการให้คำแนะนำก่อนแต่งงานหรือมีบุตร เพื่อจะได้ตรวจ คัดกรองความผิดปกติทางพันธุกรรม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะได้ให้คำปรึกษาและหาแนวทางป้องกัน ไม่ให้ ติดต่อคู่สมรส หรือปัญหาลูกที่เกิดมาเป็นโรคทางพันธุกรรม แต่เนื่องจากการให้บริการนี้ไม่ครอบคลุมในสิทธิบัตรทองของ สปสช. จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เป็นเหตุให้ไม่ได้รับความนิยม

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่กำลังเป็นปัญหาของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่าในแต่ละปีมีเด็กที่คลอดจากแม่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีถึง ๑๒๐,๐๐๐ คน มีการเพิ่มขึ้นมากติดอันดับต้น ๆ ของอาเซียนและโลก ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้เด็ก ที่คลอดก่อนกำหนด เด็กน้ำหนักตัวน้อย ตลอดจนความเสี่ยงของการคลอดบุตร เนื่องจากกระดูกเชิงกรานยังไม่พร้อม ที่จะมีการขยายตัวในช่วงตั้งครรภ์ มีโอกาสผ่าตัดสูง แม่วัยรุ่นมักไม่ได้เอาใจใส่กับสุขภาพเด็กในครรภ์เท่าใดนัก ไม่ค่อย ไปฝากครรภ์ตามนัด ไม่ทานยาบำรุงครรภ์และได้รับสารอาหารไม่ครบตามที่ควรจะเป็น หลังคลอดมักได้นมแม่อย่างเดียว ไม่ถึงสามเดือน และมีโอกาสถูกทอดทิ้งสูง เป็นเหตุให้การพัฒนาลำไส้ มีปัญหาทั้ง IQ และ EQ เป็นภาระ ให้สังคมต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เนื่องจากยังไม่มีสถานบริการที่ให้บริการอย่างทั่วถึง ทำให้ ยังคงมีการเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้งเถื่อน จึงควรต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในกรณี ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ไม่ต้องการบุตร มีการให้คำแนะนำที่ได้มาตรฐานและมีการส่งต่อไปรับบริการบริการในเครือข่ายที่ปลอดภัย



มีหญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่ง ที่ผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี โดยไม่ทราบมาก่อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาไปสู่ลูก เดิมที่มีการติดเชื้อถึงร้อยละ ๓๐ แต่ในปัจจุบันมียาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพดี ทำให้การติดเชื้อไม่ถึงร้อยละ ๒ ทำให้ความคาดหวังของครอบครัวมีมากขึ้น ขณะเดียวกันมีคู่สมรสจำนวนมากที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี แต่ทานยาต้านไวรัสจนตรวจไม่พบเชื้อแล้ว สามารถใช้ชีวิตเหมือนปกติ มีความต้องการบุตร ก็เกิดความคาดหวังที่จะได้ลูกที่สมบูรณ์และไม่ติดเชื้อเอชไอวี

การวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมสำหรับทารกในครรภ์ โดยเฉพาะโรคธาลัสซีเมียซึ่งถือเป็นโรคประจำท้องถิ่นของภาคเหนือและอีสาน บางพื้นที่มีคนเป็นพาหะถึงร้อยละ ๕๐ จึงทำให้เกิดความคาดหวังว่า ทารกในครรภ์ที่เกิดในคู่เสี่ยงที่เป็นพาหะโรคสายพันธุ์เดียวกัน ซึ่งมีโอกาสถึงร้อยละ ๒๕ ที่ทารกในครรภ์จะเป็นโรค ปัจจุบันสามารถให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ (ตัดเนื้อเยื่อรกตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๔ สัปดาห์ ขณะที่เจาะเลือดสายสะดือเด็กอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์) ทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ในกรณีเป็นโรคได้ปลอดภัยกว่าอายุครรภ์มาก เช่นเดียวกับการวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ในมารดาอายุมาก หรือมีประวัติครอบครัว สร้างความมั่นใจว่าจะได้ลูกที่มีความสมบูรณ์ปลอดโรคทางพันธุกรรม

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าของงานอนามัยเจริญพันธุ์ ที่นำเทคโนโลยีมาช่วยกรณีมีบุตรยาก ทำให้ครอบครัวมีความคาดหวังสูงที่จะได้เด็กที่สมบูรณ์ แต่ขณะเดียวกันมารดามีโอกาสตั้งครรภ์แฝดมากขึ้น และมารดามักมีอายุค่อนข้างมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอดมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์ ที่มีความชำนาญพร้อมมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย

สุขภาพของทารกในครรภ์ ถือว่ามีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากในปัจจุบันนิยมมีบุตรเพียงหนึ่งถึงสองคน ความคาดหวังของทุกคนต่อเด็กในครรภ์จึงมีสูงมาก สถานบริการทุกระดับจึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานในการให้บริการ การฝากครรภ์ มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงของมารดาและทารก มีการส่งพบสูติแพทย์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อยืนยันอายุครรภ์ และตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เบื้องต้น มีการตรวจครรภ์ด้วยเครื่องความถี่สูง มีการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง Fetal monitor ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงและมีการนัดตรวจครรภ์ถี่ห่างตามความเสี่ยงที่ตรวจพบ ในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์ปกติหรือไม่มีความเสี่ยง นโยบายของกรมอนามัยจะแนะนำให้ฝากครรภ์ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกเพียง ๕ ครั้งจนคลอด แต่ในรายที่มีความเสี่ยงสูง อาจมีการนัดตรวจครรภ์มากกว่า ๑๐ ครั้งจนคลอด ทั้งนี้เพื่อให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูก

สำหรับการคลอดนั้น ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมาคลอดใน รพ. เกือบทั้งหมด จึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานของห้องคลอดในสถานบริการแต่ละระดับ ในระดับจังหวัดจะมีสูติแพทย์อยู่ประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมง และสามารถทำผ่าตัดคลอดในกรณีเร่งด่วนได้ทุกเวลา ในระดับ รพ. ชุมชนขนาดใหญ่ ที่มีสูติแพทย์ กุมารแพทย์ สามารถให้บริการการคลอดผิบบกได้เช่นกัน เพียงแต่ในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนในมารดา หรือเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด อาจจำเป็นต้องส่งต่อมารดาคลอดใน รพ. จังหวัด อย่างไรก็ดีตามห้องคลอดเกือบทุกแห่งจะมีเครื่องบันทึกหัวใจเด็กในครรภ์ เพื่อการวินิจฉัยภาวะเครียดของทารก (fetal distress) เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่ และโดยทั่วไปจะพยายามไม่ให้เกิดครรภ์เกิน ๔๑ สัปดาห์เพื่อป้องกันครรภ์เกินกำหนด ที่อาจเป็นอันตรายต่อเด็กในครรภ์ โดยทั่วไปยังแนะนำให้คลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอด ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นหลายเท่าตัว เป็นเหตุให้เกิดความคาดหวังสูง เมื่อมีความผิดพลาดเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งกันได้

ปัจจุบันมีการทำงานในลักษณะเครือข่าย โดยมีคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก ในระดับจังหวัดและเขต เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน มีการติดตามข้อมูลบริการเป็นระยะ เพื่อประเมินและหาแนวทางการแก้ไข กรณีที่เกิดความผิดพลาด ทั้งนี้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพของทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะ



เด็กแรกเกิดต้องให้มีคุณภาพตั้งแต่เกิด และมีการพัฒนาการสมวัย เพื่อให้เป็นกำลังสำคัญของชาติต่อไป มีการประสานงานภายในจังหวัดและเขต เพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ จำเป็นต้องมีการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานกันก่อนส่งต่อแบบ two ways referral system เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในบางพื้นที่ที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวกยังมีความจำเป็นต้องคลอดที่บ้าน โดยหมอดำแยหรือแม่จ้าง จะมีการอบรมผดุงครรภ์โบราณ เพื่อสอนความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ พร้อมมอบอุปกรณ์ทำคลอด และวิธีทำลายเชื้อโรค ตลอดจนสอนให้สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้มาคลอดใน รพ. เนื่องจากมีมารดาเสียชีวิตหลายราย ในกรณีคลอดที่บ้านจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และไม่สามารถมารักษาที่รพ. ได้ทัน

ในอดีตนั้น ชาวบ้านจะถือว่าการคลอดเป็นเรื่องของธรรมชาติ จึงไม่มีปัญหาการฟ้องร้องใด ๆ เมื่อมารดาหรือเด็กคลอดมาเสียชีวิต แต่ปัจจุบันเนื่องจากมีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้น ทุกคนจึงคาดหวังผลการตั้งครรภ์ว่าจะต้องได้แม่และลูกที่ปลอดภัย และปลอดภัยสมบูรณ์ เมื่อผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจึงเกิดความไม่พอใจ นำพาไปถึงการฟ้องร้องเป็นเหตุให้บุคลากรทางการแพทย์ท้อใจ ถึงขนาดเกิดการขาดแคลนสูติแพทย์ในรพ. ของรัฐหลายแห่ง

อย่างไรก็ตาม ปัญหาใหญ่ที่สุดก็คือ **การเสียชีวิตของมารดาจากการคลอด ซึ่งยังคงพบได้อยู่** แม้ว่าจะมีการวางแนวทางการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีที่สามารถป้องกันได้ เช่น การตกเลือดหลังคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือครรภ์เป็นพิษ แต่ในกรณีที่เกิดภาวะน้ำคร่ำเข้ากระแสเลือดอุดตันในปอด (Amniotic fluid embolism) ยังไม่สามารถป้องกันได้ ยังมีโอกาสเกิดได้ ๑ : ๑๐,๐๐๐ การคลอด ทุกครั้งที่มีการตายของมารดา จะเกิดความไม่พึงพอใจอย่างมาก เนื่องจากส่วนใหญ่มารดาที่เสียชีวิต จะเดินมาคลอดเอง ไม่มีอาการแสดงว่ามีโรคประจำตัวใด ๆ การฝากครรภ์ก็มักปกติไม่มีความเสี่ยง เมื่อเสียชีวิตญาติยอมทำใจไม่ได้ เมื่อไม่สามารถอธิบายด้วยเหตุผลที่เข้าใจง่าย จะทำให้เกิดการขัดแย้งต่อไปได้

ต้องยอมรับว่า ม.๔๑ ของ สปสช. เป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้การขัดแย้งจบลงได้ โดยมีหลักการเพื่อเยียวยาความเดือดร้อน ถือหลัก win-win ไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว (พยายามพิจารณาให้ได้รับเงินภายใน ๓๐ วันหลังยื่นคำร้อง) แต่จะใช้ได้เฉพาะในสิทธิบัตรทองเท่านั้น กรณีสิทธิข้าราชการ หรือประกันสังคมใช้ไม่ได้ ทำให้ยังเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำ ในการขอรับเงินเยียวยาเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนนี้ และพบว่าตั้งแต่มี ม.๔๑ การยื่นคำร้องขอเงินเยียวยา จะเป็นจากงานอนามัยแม่และเด็กมาก เป็นอันดับหนึ่งทุกปี (ซึ่งรวมทั้งจากมารดาและทารกแรกเกิด)

เชื่อว่าในอนาคตงานอนามัยแม่และเด็กจะมีการพัฒนาดีขึ้นทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก มีการติดตามพัฒนาการของทารกที่มีความเสี่ยง เช่น คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย และขาดออกซิเจนแรกคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อกระตุ้นการพัฒนาการให้ทันเด็กปกติทั่วไป

อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของชุมชนต่องานอนามัยแม่และเด็ก จะสมหวังได้ก็ต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนด้วย ให้เข้าใจงานที่เรากำลังทำ และพยายามพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาแม่และเด็ก ควรคืนข้อมูลต่าง ๆ ให้ชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อทราบปัญหาจะได้แก้ไขร่วมกัน เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อย ฝากครรภ์ช้าหรือไม่ฝากครรภ์ ฯลฯ โดยเฉพาะกรณีที่ผลไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ชุมชนมีส่วนที่จะใกล้ชิดเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง หรือกระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งรุนแรงขึ้นก็ได้ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรเปิดใจเข้าหาชุมชน เพื่อร่วมเป็นทีมเดียวกันช่วยกันแก้ปัญหาแม่และเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างคน ถือเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุด ความอยู่รอดของประเทศขึ้นอยู่กับคนรุ่นใหม่ ๆ ที่จะมาแทนคนรุ่นเก่า ถ้าได้คนที่มีประสิทธิภาพจะสามารถนำพาประเทศให้ก้าวหน้าและคนในประเทศล้วนมีความสุข

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

# การตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาส

## เพื่อลดความเสี่ยงสำหรับมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว

### Opportunistic salpingectomy for ovarian carcinoma risk reduction

โดย... น.พ.สมภพ กุศลรสบนท์, พศ.นพ.อรรณพ ใจชื่น  
ในนามของคณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยาเนื้องอก

#### มะเร็งชนิดเยื่อบุผิวของรังไข่

มะเร็งชนิดเยื่อบุผิวของรังไข่ (epithelial ovarian carcinoma; EOC) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งทางนรีเวช นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๕ ในสตรีทั่วโลก<sup>(๑)</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิดนี้ มักจะมาพบแพทย์ในระยะลุกลาม ซึ่งการพยากรณ์โรคไม่ดี ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในเรื่องของวิธีการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกเข้าได้กับมะเร็งรังไข่ เช่น ก้อนบริเวณปีกมดลูก การตรวจประเมินก่อนผ่าตัดยังมีความจำเพาะต่ำ<sup>(๒, ๓)</sup> จากการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ ๓.๕ ของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากการผ่าตัดด้วยเรื่องก้อนที่ปีกมดลูก<sup>(๔)</sup>

นอกจากนี้ แนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ ยังพัฒนาไปเพียงเล็กน้อย ถึงแม้ว่าจะมีนวัตกรรมในการผ่าตัดรักษา และยาเคมีบำบัด เช่น การรักษาโดยใช้ยาที่จำเพาะเจาะจงต่อมะเร็ง (targeted therapy) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับใกล้เคียงกับในอดีต ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า อัตราการรอดชีวิตที่ ๑ และ ๕ ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ และ ๔ ตามลำดับ<sup>(๕, ๖)</sup>

เนื่องจากข้อจำกัดของการตรวจคัดกรอง และการรักษาสำหรับมะเร็งรังไข่ จึงได้มีการเสนอการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ทั้งในสตรีที่มีความเสี่ยงระดับทั่วไป (average risk) และความเสี่ยงสูง (high risk) ต่อการเกิดมะเร็งกลุ่มนี้<sup>(๗, ๘)</sup> โดยการตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาส (opportunistic salpingectomy) คือการตัดท่อนำไข่ออก เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิด EOC ซึ่งรวมไปถึงมะเร็งท่อนำไข่ (fallopian tubal carcinoma) และมะเร็งเยื่อบุผิวผนังช่องท้อง (peritoneal carcinoma) ในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานด้วย ข้อบ่งชี้อื่น ๆ วิธีนี้จัดเป็นการป้องกันในสตรีที่มีความเสี่ยงในระดับทั่วไป สำหรับในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงแนะนำให้ตัดท่อนำไข่และรังไข่ ออกเพื่อลดความเสี่ยง (risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy, rrBSO)

#### ลักษณะทางจุลกายวิภาค (histologic subtypes)

EOC ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ high-grade serous carcinoma (HGSC) พบประมาณร้อยละ ๗๐ โดยมากผู้ป่วยมักเป็นระยะที่ ๓ หรือ ๔ และมีพยากรณ์โรคไม่ดี ชนิดอื่นที่พบได้แก่ endometrioid, clear-cell, mucinous และ low-grade serous carcinoma (LGSC) ประมาณร้อยละ ๑๐, ๑๐, ๔ และ ๔ ตามลำดับ<sup>(๙)</sup> จากข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราช ชนิดที่พบบ่อยคือ serous และ clear-cell โดยพบร้อยละ ๒๔ และ ๒๑ ตามลำดับ ส่วนที่พบน้อยได้แก่ endometrioid

ร้อยละ ๘ และ mucinous ร้อยละ ๗



ข้อมูลในปัจจุบันพบว่า EOC ไม่ใช่กลุ่มโรคที่มีลักษณะทางคลินิกเหมือนกันทั้งหมด การศึกษาในระดับโมเลกุลและพฤติกรรมของมะเร็งที่แตกต่างกัน ตามลักษณะทางจุลกายวิภาค เป็นข้อสนับสนุนแนวคิดนี้ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลมากขึ้นว่า EOC กลุ่ม serous carcinoma มีต้นกำเนิดจากท่อนำไข่ และแพร่กระจายไปยังรังไข่ นอกจากนี้อาจแพร่กระจายเข้าสู่ผนังช่องท้อง และเกิดเป็นมะเร็งเยื่อผนังช่องท้อง โดยไม่พบรอยโรคบริเวณรังไข่ได้

## มะเร็งท่อนำไข่ (fallopian tube carcinoma)

มะเร็งท่อนำไข่พบได้น้อย แต่ในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ อาจตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็ง (precancerous lesion) หรือมะเร็งระยะแรก (early stage) ในท่อนำไข่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการทำหมัน (tubal sterilization) ซึ่งส่วนปลายของท่อนำไข่ได้ถูกผูกหรือตัดออกไป สัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการเกิด EOC

สตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ร้อยละ ๔๐-๖๐ และร้อยละ ๒๐-๓๐ ตามลำดับ<sup>(๑๑)</sup> การผ่าตัด rrBSO ในสตรีกลุ่มนี้เมื่ออายุ ๔๐ ปี หรือมีบุตรเพียงพอ สามารถลดความเสี่ยงได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ โดยเมื่อตรวจทางพยาธิวิทยาของท่อนำไข่ที่ได้จากการผ่าตัด rrBSO พบว่ามีรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งท่อนำไข่แบบซ่อนเร้น (occult tubal carcinoma) ร้อยละ ๕-๑๕ ในทางตรงกันข้าม การตรวจทางพยาธิวิทยาของรังไข่โดยละเอียด กลับไม่พบรอยโรคก่อนมะเร็ง หรือมะเร็ง<sup>(๑๑, ๑๒)</sup> นอกจากนี้ยังพบรอยโรคก่อนมะเร็งบริเวณท่อนำไข่ชนิด serous (serous tubal intraepithelial neoplasia, STINs) ได้ร้อยละ ๑-๖ ในสตรีกลุ่มนี้เช่นกัน<sup>(๑๓, ๑๔)</sup>

จุดสำคัญในการตรวจทางพยาธิวิทยา ของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด rrBSO คือ การใช้ Sectioning and Extensively Examining the Fimbria (SEE-FIM) protocol ซึ่งเป็นเทคนิคในการตรวจพยาธิสภาพของท่อนำไข่และสามารถเพิ่มอัตราการตรวจพบความผิดปกติได้<sup>(๑๕)</sup> จากการใช้ SEE-FIM protocol ในสตรีที่เป็น EOC หรือมะเร็งเยื่อผนังช่องท้อง พบมีพยาธิสภาพในท่อนำไข่ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ ๗๕ และพบ STINs ได้ร้อยละ ๔๐-๖๐<sup>(๑๖, ๑๗)</sup> ในปัจจุบันการวินิจฉัย STINs มีรายงานทั้งในสตรีที่ไม่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิด EOC และสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดสำหรับภาวะอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง<sup>(๑๘)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าว ได้มีการเสนอว่าพยาธิสภาพในท่อนำไข่ เป็นจุดเริ่มต้นของมะเร็งชนิด HGSC ในอุ้งเชิงกราน โดยพยาธิสภาพนี้จะแพร่กระจายไปยังเยื่อผนังรังไข่และผนังช่องท้อง<sup>(๑๙)</sup> มีข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษา พบว่าในสตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 หรือ BRCA2 ซึ่งได้รับการผ่าตัดรังไข่โดยไม่ได้ตัดท่อนำไข่ออก ยังคงพบโอกาสเกิดมะเร็งเยื่อผนังช่องท้องได้สูงถึงร้อยละ ๑๑<sup>(๒๐)</sup>

## การทำหมันและความเสี่ยงต่อมะเร็งรังไข่ (tubal sterilization and ovarian cancer risk)

ความสำคัญของท่อนำไข่ต่อการเกิด EOC ได้รับการสนับสนุนโดยข้อมูลจากการศึกษา Nurse's Health Study และ Nurse's Health Study II ในสตรีมากกว่า ๒๓๐,๐๐๐ ราย พบว่าการทำหมันสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเกิด EOC ที่ร้อยละ ๒๔ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมะเร็งชนิด non-serous ที่ร้อยละ ๔๓ สำหรับกลุ่มมะเร็งชนิด serous ลดความเสี่ยงได้ร้อยละ ๑๑ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(๒๑)</sup>

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งรวบรวม ๑๓ การศึกษาในสตรีมากกว่า ๑๐,๐๐๐ ราย พบว่าในกลุ่มมะเร็งชนิด serous การทำหมันช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด EOC ลงร้อยละ ๑๙ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมะเร็งชนิด non-serous ได้แก่ endometrioid, clear-cell และ mucinous มีความเสี่ยงลดลงร้อยละ ๕๒, ๔๘ และ ๓๒ ตามลำดับ<sup>(๒๒)</sup>

อีกหนึ่งข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาในสตรีที่เป็น EOC มากกว่า ๑๓,๐๐๐ ราย ซึ่งมี ๓๔๕ รายที่ได้รับการทำหมันพบว่า โดยรวมแล้วการทำหมันลดความเสี่ยงต่อการเกิด EOC ร้อยละ ๑๓ ในการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มย่อยพบว่า ในกลุ่มมะเร็งชนิด endometrioid มีความเสี่ยงลดลงร้อยละ ๓๔ สำหรับกลุ่มมะเร็งชนิด serous มีความเสี่ยงลดลงร้อยละ ๘ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(๒๓)</sup>

ผลจากการศึกษาข้างต้นในกลุ่มมะเร็งชนิด non-serous นำไปสู่ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดที่แตกต่างกันของมะเร็งแต่ละชนิด โดยเชื่อว่ากลุ่มมะเร็งชนิด endometrioid และ clear-cell เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งที่มีเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis, ectopic endometrium)<sup>(๒๔)</sup> เนื่องจากท่อหน้าไข่เป็นแหล่งสะสมของเลือดประจำเดือนที่ไหลย้อนกลับ จนทำให้เกิดการฝังตัวของเยื่อบุมดลูกไปบนรังไข่และเยื่อบุผนังช่องท้อง ดังนั้นการทำหมันโดยปิดกั้นบริเวณท่อหน้าไข่จึงช่วยป้องกันกระบวนการนี้

## การทำหมัน (tubal sterilization)

การทำหมัน หมายถึงหลายวิธีการที่ทำลายหรือตัดท่อหน้าไข่ เช่น การใช้ตัวหนีบ (clip) หรือห่วงรัด (ring) การใช้จี้ไฟฟ้า (cauterization) หรือการตัดท่อหน้าไข่ออกบางส่วน (partial salpingectomy) การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการทำหมันต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ ไม่ได้ระบุวิธีการเฉพาะในการทำหมันไว้ มีบางการศึกษาที่ได้ประเมินผลของการตัดท่อหน้าไข่ออกไว้ ได้แก่

- การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มย่อยจากการศึกษา Nurse's Health Study และ Nurse's Health Study II พบว่า ความเสี่ยงต่อมะเร็งรังไข่ลดลงชัดเจนในสตรีที่ได้รับการทำหมันโดยการผูก (ligation) และใช้ห่วงรัด (ring) คือร้อยละ ๔๒ และ ๕๒ ตามลำดับ สำหรับในกลุ่มที่ใช้วิธีการจี้ไฟฟ้า พบว่าความเสี่ยงลดลงร้อยละ ๑๖<sup>(๒๑)</sup>
- การศึกษา The Rochester Epidemiology Project พบว่า โดยรวมการทำหมันทุกวิธี ช่วยลดการเกิดมะเร็งรังไข่ได้ร้อยละ ๔๑ และในกลุ่มที่ได้รับการตัดท่อหน้าไข่ (salpingectomy) เพื่อทำหมันสามารถลดความเสี่ยงได้ถึงร้อยละ ๖๔<sup>(๒๕)</sup>
- การศึกษาจากประเทศเดนมาร์กพบว่าในสตรี ๑๗ คนที่ได้รับการตัดท่อหน้าไข่ออกทั้งสองข้าง (bilateral salpingectomy) มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ลดลงร้อยละ ๔๒ เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่ได้รับการผ่าตัดดังกล่าว<sup>(๒๓)</sup>



# การตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาสและความเสี่ยงต่อมะเร็งรังไข่

(opportunistic salpingectomy and ovarian cancer risks)

## นิยาม (Definition)

การตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาส (opportunistic salpingectomy) หมายถึงการตัดท่อนำไข่ออกทั้งสองข้างในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานด้วยข้อบ่งชี้อื่น ๆ ซึ่งเหมาะสมสำหรับสตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้ว หรือไม่มีแผนที่จะตั้งครรภ์เองอีกต่อไป เป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิในสตรีที่มีความเสี่ยงระดับทั่วไป ต่อการเกิดมะเร็งชนิดเยื่อบุผิวของรังไข่ท่อนำไข่และผนังช่องท้อง

แนวคิดนี้ได้รับการเสนอขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยกลุ่ม British Columbia Ovarian Cancer Research (OVCARE) เนื่องจากเดิมที่การวางแผนทางการรักษา หรือแผนการผ่าตัด ไม่ได้พิจารณาจากท่อนำไข่เป็นหลัก การจะตัดท่อนำไข่ออกหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับแผนการผ่าตัดของรังไข่เป็นสำคัญ หัตถการหรือการผ่าตัดที่สามารถทำการตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาส ได้แก่

- การตัดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง
- การตัดท่อนำไข่ออกเพื่อทำหมันในสตรีที่มีบุตรเพียงพอ

หลักการของการผ่าตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาสนั้น คือการตัดส่วนปลายของท่อนำไข่ทั้งสองข้างออก ซึ่งได้แก่ ส่วนของ fimbria infundibulum และบางส่วนของ ampulla เนื่องจากข้อมูลการศึกษาพบว่า ส่วนปลายของท่อนำไข่เป็นตำแหน่งหลักของการเกิดมะเร็งหรือรอยโรคก่อนมะเร็ง ทั้งในสตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 BRCA2 และสตรีทั่วไป โดยหากเป็นไปได้ควรตัดท่อนำไข่ออกทั้งหมด ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ผ่าตัดทางช่องคลอด หรือผ่าตัดส่องกล้อง

สำหรับการตัดท่อนำไข่ออกเพื่อทำหมัน สามารถทำได้ทั้งแบบตัดท่อนำไข่ออกบางส่วน (partial salpingectomy) โดยการตัดบริเวณรอยคออด (isthmus) ของท่อนำไข่ที่ประมาณ ๐.๕-๑ เซนติเมตรจากมุมของตัวมดลูก (cornua) หรืออาจพิจารณาตัดท่อนำไข่ออกทั้งหมด (complete salpingectomy) ก็ได้ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาสนี้ ไม่สามารถทดแทนการผ่าตัด rBSO ในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงได้

## ผลของการผ่าตัด (Outcomes)

การผ่าตัดท่อนำไข่แบบฉวยโอกาสได้รับการเสนอขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเกิดมะเร็งชนิดเยื่อบุผิวของรังไข่ ท่อนำไข่ และผนังช่องท้อง รวมไปถึงผลกระทบต่อการทำงานของรังไข่ ดังนั้นอาจต้องใช้ระยะเวลาติดตามอย่างน้อยประมาณ ๑๐ ปี จึงจะมีข้อมูลเพียงพอในการประเมินประสิทธิภาพของการผ่าตัดตามแนวทางนี้ รวมทั้งอาจต้องใช้เวลานานขึ้นเพื่อแสดงให้เห็นผลของการตัดท่อนำไข่เพื่อทำหมัน เนื่องจากอายุเฉลี่ยของสตรีที่เข้ารับการทำการทำหมันคือ ๓๔.๘ ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาประมาณ ๒๐ ปีก่อนอายุเฉลี่ย ที่ได้รับการวินิจฉัยของผู้ป่วย EOC<sup>(๒๖)</sup> ปัจจุบันมีเพียงข้อมูลจากการศึกษาย้อนหลังที่แสดงการลดลงของ EOC ในกลุ่มสตรีที่ได้รับการทำหมันเท่านั้น

การผ่าตัดตามแนวทางนี้ได้รับความนิยมสูงขึ้นในบางประเทศ โดยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น<sup>(๒๗)</sup> เช่น การศึกษา จากประเทศแคนาดาในสตรีมากกว่า ๔๐,๐๐๐ รายพบว่า มีการตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้างร่วมกับการผ่าตัดมดลูก หรือเพื่อการทำหมันเพิ่มมากขึ้น<sup>(๒๖)</sup> จากจำนวนการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดพบว่า สัดส่วนของการตัดท่อนำไข่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๕ เป็นร้อยละ ๓๕ ในขณะที่การตัดมดลูกร่วมกับท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยคือจากร้อยละ ๔๐ เป็นร้อยละ ๔๔ สำหรับสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดทำหมันทั้งหมดพบว่า สัดส่วนของการตัดท่อนำไข่เพิ่มขึ้น จากน้อยกว่าร้อยละ ๑ เป็นร้อยละ ๓๓ นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้างในระหว่างการผ่าตัดมดลูก เพิ่มขึ้น ๑๖ นาที และในการทำหมันเพิ่มขึ้น ๑๐ นาที โดยไม่พบความแตกต่างของอัตราการได้รับเลือด ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล และการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ

ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่า การผ่าตัดท่อนำไข่มีผลกระทบต่อปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงรังไข่ และระดับฮอร์โมนการศึกษาจากประเทศอิตาลีในสตรี ๑๕๘ รายที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกโดยการส่องกล้อง (total laparoscopic hysterectomy, TLH) ร่วมกับการตัดหรือไม่ตัดท่อนำไข่ ไม่พบความแตกต่างของระดับฮอร์โมน follicle-stimulating hormone (FSH) และ follicle count ระหว่างสองกลุ่ม ทั้งในช่วงก่อนผ่าตัดและ ๓ เดือนหลังผ่าตัด<sup>(๒๘)</sup>

## การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (clinical application)

ในสตรีที่มีความเสี่ยงระดับทั่วไปต่อการเกิด EOC แนะนำให้พิจารณาการผ่าตัดท่อนำไข่แบบฉวยโอกาสในการทำหมันหรือร่วมกับการผ่าตัดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้อื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ทั้งโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง หรือผ่าตัดส่องกล้อง การผ่าตัดท่อนำไข่แบบฉวยโอกาสนี้ได้รับการยอมรับจากหลายองค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกาได้แก่ The Society of Gynecologic Oncology (SGO), The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)<sup>(๒๙, ๓๐)</sup> สำหรับสตรีที่มีความเสี่ยงสูงแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัด rrBSO

แนวโน้มประโยชน์ที่จะได้รับการผ่าตัดท่อนำไข่แบบฉวยโอกาสคือ การลดโอกาสเกิดมะเร็งชนิด serous ในอุ้งเชิงกราน เนื่องจากมีข้อมูลว่าท่อนำไข่เป็นแหล่งกำเนิดของมะเร็งชนิดเยื่อบุมดลูกของรังไข่และผนังช่องท้อง ดังนั้น การตัดท่อนำไข่จึงเปรียบเสมือนการป้องกันมะเร็งกลุ่มนี้ สำหรับมะเร็งชนิด endometrioid และ clear-cell ประโยชน์ของการตัดท่อนำไข่มีข้อมูลสนับสนุนจากการทำหมัน ซึ่งลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดดังกล่าว แม้ว่าข้อมูลที่อธิบายพยาธิกำเนิดในมะเร็งทั้งสองชนิดนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่การตัดท่อนำไข่อาจป้องกันไม่ให้เซลล์ของเยื่อบุมดลูกไปฝังตัวบริเวณรังไข่ได้

การผ่าตัดท่อนำไข่แบบฉวยโอกาสอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากระยะเวลาผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งอาจต้องใช้อุปกรณ์ผ่าตัดเพิ่มเติม แต่หากแนวทางการป้องกันในระดับปฐมภูมินี้ สามารถลดอุบัติการณ์ของ EOC ได้ ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ประเด็นด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และความปลอดภัยของการผ่าตัดตามแนวทางนี้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด EOC ยังคงต้องได้รับการศึกษาและประเมินประสิทธิภาพก่อนที่จะนำมาใช้ในกลุ่มประชากรทั่วไป

การที่จะศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นแบบ randomized controlled trial นั้นทำได้ยาก เนื่องจากอาจต้องรอระยะเวลาเก็บข้อมูลหลายปี อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาแบบ metaanalysis ซึ่งได้รวบรวม ๓ การศึกษาใหญ่ที่เป็นแบบ population-



based และ nationwide-based สรุปว่า การผ่าตัดท่อนำไข่แบบฉวยโอกาสสามารถลดโอกาสการเป็นมะเร็งรังไข่ในผู้ที่ไม่มี BRCA mutation แต่ยังคงต้องการข้อมูลมากขึ้นเพื่อให้สรุปได้ชัดเจนมากขึ้น<sup>(๓๑)</sup>

## เอกสารอ้างอิง

๑. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin* 2013; 63: 11-30.
๒. Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, Ryan A, Burnell M, Sharma A, et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol* 2009; 10: 327-40.
๓. Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2011; 305: 2295-303.
๔. Buys SS, Partridge E, Greene MH, Prolok PC, Reding D, Riley TL, et al. Ovarian cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial: findings from the initial screen of a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1630-9.
๕. Vogl SE, Pagano M, Kaplan BH, Greenwald E, Arseneau J, Bennett B, et al. Cisplatin-based combination chemotherapy for advanced ovarian cancer. High overall response rate with curative potential only in women with small tumor burdens. *Cancer* 1983; 51: 2024-30.
๖. Bristow RE, Chang J, Ziogas A, Randall LM, Anton-Culver H. High-volume ovarian cancer care: survival impact and disparities in access for advanced-stage disease. *Gynecol Oncol* 2014; 132: 403-10.
๗. Olivier RI, Lubsen-Brandsma MA, Verhoef S, van Beurden M. CA125 and transvaginal ultrasound monitoring in high-risk women cannot prevent the diagnosis of advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006; 100: 20-6.
๘. Woodward ER, Sleightholme HV, Considine AM, Williamson S, McHugo JM, Cruger DG. Annual surveillance by CA125 and transvaginal ultrasound for ovarian cancer in both high-risk and population risk women is ineffective. *BJOG* 2007; 114: 1500-9.
๙. Gilks CB, Ionescu DN, Kalloger SE, Kobel M, Irving J, Clarke B, et al. Tumor cell type can be reproducibly diagnosed and is of independent prognostic significance in patients with maximally debulked ovarian carcinoma. *Hum Pathol* 2008; 39: 1239-51.

๑๐. Boyd J. Specific keynote: hereditary ovarian cancer: what we know. *Gynecol Oncol* 2003; 88: S8–10.
๑๑. Finch A, Shaw P, Rosen B, Murphy J, Narod SA, Colgan TJ. Clinical and pathologic findings of prophylactic salpingo-oophorectomies in 159 BRCA1 and BRCA2 carriers. *Gynecol Oncol* 2006; 100: 58–64.
๑๒. Callahan MJ, Crum CP, Medeiros F, Kindelberger DW, Elvin JA, Garber JE, et al. Primary fallopian tube malignancies in BRCA-positive women undergoing surgery for ovarian cancer risk reduction. *J Clin Oncol* 2007; 25: 3985–90.
๑๓. Powell CB, Chen LM, McLennan J, Crawford B, Zaloudek C, Rabban JT, et al. Risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO) in BRCA mutation carriers: experience with a consecutive series of 111 patients using a standardized surgical-pathological protocol. *Int J Gynecol Cancer* 2011; 21: 846–51.
๑๔. Reitsma W, de Bock GH, Oosterwijk JC, Bart J, Hollema H, Mourits MJ. Support of the 'fallopian tube hypothesis' in a prospective series of risk-reducing salpingo-oophorectomy specimens. *Eur J Cancer* 2013; 49: 132–41.
๑๕. Powell CB, Kenley E, Chen LM, Crawford B, McLennan J, Zaloudek C, et al. Risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA mutation carriers: role of serial sectioning in the detection of occult malignancy. *J Clin Oncol* 2005; 23: 127–32.
๑๖. Seidman JD, Zhao P, Yemelyanova A. "Primary peritoneal" high-grade serous carcinoma is very likely metastatic from serous tubal intraepithelial carcinoma: assessing the new paradigm of ovarian and pelvic serous carcinogenesis and its implications for screening for ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2011; 120: 470–3.
๑๗. Tang S, Onuma K, Deb P, Wang E, Lytwyn A, Sur M, et al. Frequency of serous tubal intraepithelial carcinoma in various gynecologic malignancies: a study of 300 consecutive cases. *Int J Gynecol Pathol* 2012; 31: 103–10.
๑๘. Morrison JC, Blanco LZ Jr, Vang R, Ronnett BM. Incidental serous tubal intraepithelial carcinoma and early invasive serous carcinoma in the nonprophylactic setting: analysis of a case series. *Am J Surg Pathol* 2015; 39: 442–53.
๑๙. Crum CP, Drapkin R, Kindelberger D, Medeiros F, Miron A, Lee Y. Lessons from BRCA: the tubal fimbria emerges as an origin for pelvic serous cancer. *Clin Med Res* 2007; 5: 35–44.
๒๐. Piver MS, Jishi MF, Tsukada Y, Nava G. Primary peritoneal carcinoma after prophylactic oophorectomy in women with a family history of ovarian cancer. A report of the Gilda Radner Familial Ovarian Cancer Registry. *Cancer* 1993; 71: 2751–5.



๒๑. Rice MS, Hankinson SE, Tworoger SS. Tubal ligation, hysterectomy, unilateral oophorectomy, and risk of ovarian cancer in the Nurses' Health Studies. *Fertil Steril* 2014; 102: 192-8.
๒๒. Sieh W, Salvador S, McGuire V, Weber RP, Terry KL, Rossing MA, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer subtypes: a pooled analysis of case-control studies. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 579-89.
๒๓. Madsen C, Baandrup L, Dehlendorff C, Kjaer SK. Tubal ligation and salpingectomy and the risk of epithelial ovarian cancer and borderline ovarian tumors: a nationwide case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 86-94.
๒๔. Garrett LA, Growdon WB, Goodman A, Boruta DM, Schorge JO, del Carmen MG. Endometriosis-associated ovarian malignancy: a retrospective analysis of presentation, treatment, and outcome. *J Reprod Med* 2013; 58: 469-76.
๒๕. Lessard-Anderson CR, Handlogten KS, Molitor RJ, Dowdy SC, Cliby WA, Weaver AL, et al. Effect of tubal sterilization technique on risk of serous epithelial ovarian and primary peritoneal carcinoma. *Gynecol Oncol* 2014; 135: 423-7.
๒๖. McAlpine JN, Hanley GE, Woo MM, Tone AA, Rozenberg N, Swenerton KD, et al. Opportunistic salpingectomy: uptake, risks, and complications of a regional initiative for ovarian cancer prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210: 471.e1-11.
๒๗. Sandoval C, Fung-Kee-Fung M, Gilks B, Murphy KJ, Rahal R, Bryant H. Examining the use of salpingectomy with hysterectomy in Canada. *Curr Oncol* 2013; 20: 173-5.
๒๘. Morelli M, Venturella R, Mocciano R, Di Cello A, Rania A, Lico D, et al. Prophylactic salpingectomy in premenopausal low-risk women for ovarian cancer: primum non nocere. *Gynecol Oncol* 2013; 129: 448-51.
๒๙. SGO Clinical Practice Statement <https://www.sgo.org/clinical-practice/guidelines/sgo-clinical-practice-statement-salpingectomy-for-ovarian-cancer-prevention/> (Accessed on Mar 31, 2016).
๓๐. Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion no. 620: Salpingectomy for ovarian cancer prevention. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 279-81.
๓๑. Yoon SH, Kim SN, Shim SH, Kang SB, Lee SJ. Bilateral salpingectomy can reduce the risk ovarian cancer in the general population: A meta-analysis. *Eur J Cancer* 2016; 55: 38-46.



# การป้องกันมะเร็งปากมดลูก



โดย... ศ.พญ.สุกตาวรรณ วิไลลักษณ์  
เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

**มะเร็งปากมดลูกศัตรูร้ายหรือภัยเงียบต่อสุขภาพของสตรี** ทั้งนี้ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติระบุว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับสองของผู้หญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม อุบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูก (age-standardized incidence rate; ASR) ๑๔.๔ รายต่อประชากรหญิง ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี<sup>(๑)</sup> โดยที่สถิติจาก International Agency for Research on Cancer (IARC) รายงานผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ.๒๕๕๕ จำนวน ๘,๑๘๔ ราย และมีผู้เสียชีวิต ๔,๕๑๓ ราย สรุปรว่าผู้หญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกจำนวนมากถึง ๑๒ คนในทุกๆ วันที่ผ่านไป นับว่าเป็นเรื่องที่น่าเศร้าเสียใจยิ่งนัก เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ โดยที่จะกล่าวถึงวิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูกในลำดับต่อไป

## สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

HPV (Human papilloma virus) เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก โดย

- **HPV กลุ่มเสี่ยงสูง (High risk)** สายพันธุ์ ๑๖, ๑๘, ๓๑, ๓๓, ๓๕, ๓๙, ๔๕, ๕๑, ๕๒, ๕๖, ๕๘, ๕๙, ๖๖ และ ๖๘<sup>(๒, ๓)</sup> เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั่วโลกมากกว่าร้อยละ ๙๙ (สายพันธุ์ ๑๖, ๑๘ เป็นสาเหตุร้อยละ ๗๐)
- **HPV กลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low risk)** สายพันธุ์ ๖, ๑๑, ๔๒, ๔๓, ๔๔, ๕๓, ๕๕, ๖๒ และ ๗๐ เป็นสาเหตุของรอยโรคหูดหงอนไก่

HPV ติดโดยการสัมผัส ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นจากเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ที่ติดเชื้อ HPV กลุ่มเสี่ยงสูงแล้วกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก มีระยะเวลาการดำเนินโรคจากรอยโรคก่อนมะเร็งจนกลายเป็นมะเร็งเป็นเวลา ๑๐-๒๐ ปี ดังนั้นการคัดกรองให้พบเสียตั้งแต่รอยโรคก่อนมะเร็งแล้วรักษา จึงมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและการเสียชีวิตจากโรคนี้อันได้

## การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกได้เป็น ๒ ระดับ คือ

๑. **การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention)** คือ การหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งก็คือการป้องกันไม่ให้ปากมดลูกติดเชื้อ HPV นั้นเอง เช่น ละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจไม่เป็นจริงในทางปฏิบัติ การลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV เช่น การมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยอันควร การมีคู่นอนคนเดียว และการฉีดวัคซีน HPV เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันไม่ให้ติดเชื้อ

**วัคซีน HPV** ใช้หลักการกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ HPV ในประเทศไทยในปัจจุบันมีแบบป้องกันเชื้อ HPV ๒ สายพันธุ์ และ ๔ สายพันธุ์ โดยมีประสิทธิภาพในการป้องกันรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกมากกว่าร้อยละ ๘๐-๙๐ ที่เกิดจากเชื้อ HPV ๑๖, ๑๘ ในสตรีที่ไม่เคยติดเชื้อมาก่อน และได้รับการฉีดวัคซีนครบสามเข็ม<sup>(๔, ๕)</sup>



จะเห็นได้ว่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันสามารถป้องกันการเกิดระยะก่อนมะเร็งได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐-๙๐ โดยช่วงที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดวัคซีนคือ ในเด็กผู้หญิงอายุ ๑๑-๑๒ ปีหรือช่วงก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

**๒. การป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention)** คือ การคัดกรองตรวจหาเพื่อวินิจฉัยและรักษา รอยโรคก่อนมะเร็ง

๒.๑ *Cervical cytology screening* การตรวจเซลล์วิทยาแบบมาตรฐานมี ๒ วิธี คือ Conventional Papanicolaou smear และ liquid-based cytology ใช้หลักการตรวจหาเซลล์ที่ปากมดลูก ซึ่งทั้งสองวิธีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแง่ของความไวและความจำเพาะในการคัดกรอง (มีความไวร้อยละ ๓๐-๘๐ เฉลี่ยร้อยละ ๔๗ ความจำเพาะร้อยละ ๗๙-๑๐๐ เฉลี่ยร้อยละ ๙๕)<sup>(๖)</sup> liquid-based cytology มีข้อดีที่สามารถแก้ปัญหาการเกิดตัวอย่างเซลล์ที่ไม่เพียงพอ ลดอัตราการเกิดผลลบลง ลดระยะเวลาที่ใช้ในการแปลผลของนักเซลล์วิทยา<sup>(๖-๘)</sup> นอกจากนี้ยังนำสิ่งที่เป็นของเหลวไปตรวจหาเชื้อ HPV ต่อได้ (reflex HPV testing)<sup>(๙)</sup>

๒.๒ *HPV testing* เป็นการตรวจเพื่อหา HPV DNA

HPV testing มี ๒ วิธี คือ signal amplification (hybrid capture) และ target amplification (PCR, polymerase chain reaction) โดยมีความไวร้อยละ ๖๖-๑๐๐ ความจำเพาะร้อยละ ๖๑-๙๖ บทบาทของ HPV testing ทางเวชปฏิบัติมีดังนี้

- ใช้ร่วมกับ cervical cytology ที่เรียกว่า co-testing ซึ่งมีความไวในการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งถึงร้อยละ ๙๙ และมีคุณค่าในการทำนายผลลบสูงมากถึงร้อยละ ๑๐๐<sup>(๑๐-๑๓)</sup>
- ใช้ดูแลจัดการ (triage) ผล cytology ที่กำกวมได้แก่ Atypical squamous cell undetermined significance (ASC-US) เพื่อกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป
- ใช้ตรวจติดตามหลังการรักษา CIN II- III ที่เรียกว่า "test of cure"
- ใช้เป็นการตรวจคัดกรองปฐมภูมิ (primary screening) ในสตรีที่มีอายุมากกว่า ๒๕ ปีขึ้นไป ในบางประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

๒.๓ VIA (visual inspection with acetic acid) ใช้หลักการคล้ายกับการส่องกล้องขยายที่ปากมดลูก (colposcopy) โดยใช้สารละลายกรดน้ำส้ม (acetic acid) เจือจางร้อยละ ๓-๕ ซิลอมลงบนปากมดลูกนาน ๑ นาที แล้วสังเกตการเปลี่ยนแปลงเป็นสีขาวของเยื่อบุปากมดลูกด้วยตาเปล่า พบว่าวิธีนี้มีความไวร้อยละ ๗๙-๘๒ มีความจำเพาะร้อยละ ๙๑-๙๒<sup>(๑๔)</sup> มีผลบวกลวง (false positive) ทำให้มีโอกาสรักษาเกินความจำเป็นได้ร้อยละ ๘-๙ ข้อดีของวิธีนี้คือ เห็นผลได้ทันที และถ้ามีข้อบ่งชี้ในการรักษาก็สามารถทำได้เลยในรูปแบบ "single visit approach - SVA"<sup>(๑๕, ๑๖)</sup> โดยการจี้ทำลายด้วยความเย็น (cryotherapy) แบบ double freeze technique ซึ่งมีประสิทธิภาพร้อยละ ๘๖-๙๕ ซึ่งไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยวิธีการตัดปากมดลูกโดยห่วงลวดไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure; LEEP), LASER หรือ cold-knife conization การจี้ทำลายด้วยความเย็นนี้เป็นวิธีการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย มีผลแทรกซ้อนน้อย เครื่องมือที่ใช้มีราคาไม่แพง สำหรับข้อด้อยของ VIA คือไม่มีชิ้นเนื้อมาตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และมีข้อจำกัดในรอยโรคบางแบบ (รอยโรคขนาดใหญ่กว่า ๗๕% ของปากมดลูก, รอยโรคที่ต่อเนื่องเข้าปากมดลูกด้านในหรือเห็นรอยโรคไม่ครบวง) การศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ของการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear, VIA, และ HPV DNA testing ในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าวิธี VIA ในรูปแบบ SVA เป็นวิธีที่มีต้นทุนต่ำที่สุดในการลดการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก<sup>(๑๗, ๑๘)</sup> ในประเทศกำลังพัฒนาพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ดีพอ ๆ กับการตรวจคัดกรองโดย Pap smear<sup>(๑๙)</sup>

## II แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ทำแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๖<sup>(๒๐)</sup> โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และดัดแปลงมาจาก The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)<sup>(๒๑)</sup> American Cancer Society (ACS, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) และ American Society of Clinical Pathology (ASCP)<sup>(๒๒)</sup>

### ตารางแสดง คำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อนุมัติโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๖

	การตรวจเซลล์วิทยา (Pap smear หรือ liquid-based cytology)	Cytology + HPV DNA testing
อายุที่เริ่มตรวจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ๒๕ ปี ในสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว</li> <li>■ ๓๐ ปี ในสตรีที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์</li> </ul>	๓๐ ปี โดยตรวจร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยา
ความถี่	ทุก ๒-๓ ปี	ทุก ๓-๕ ปี
อายุที่หยุดตรวจ	>๖๕ ปี ถ้าผลตรวจปกติติดต่อกัน ๓ ครั้ง*	>๖๕ ปี ถ้าผลตรวจปกติติดต่อกัน ๓ ครั้ง*
	สตรีที่ตัดมดลูกและปากมดลูกออกแล้ว และไม่มีประวัติเป็น CIN หรือมะเร็งปากมดลูก ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง	
	ในพื้นที่ที่การดำเนินการตรวจคัดกรองโดยเซลล์วิทยาไม่สามารถเชื่อมโยงกับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ/หรือมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมาย การตรวจคัดกรองโดยวิธี VIA และการรักษาโดยวิธีจี้เย็น (อาจทำโดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมและนิเทศงาน) เป็นอีกทางหนึ่งของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีช่วงอายุ ๓๐-๔๕ ปี โดยตรวจทุก ๕ ปี ถ้าอายุมากกว่า ๔๕ ปี ให้ตรวจคัดกรองด้วยเซลล์วิทยา	

\* ยกเว้นในสตรีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ ควรตรวจคัดกรองต่อไปตามปกติ แต่ควรมารับการตรวจภายในเพื่อตรวจหาโรคอื่น ๆ ของอวัยวะเพศเป็นประจำทุกปีต่อไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยังคงเป็นวิธีหลักในการวินิจฉัยและรักษาโรคระยะก่อนมะเร็งที่แพร่หลายและมาตรฐาน ได้รับความนิยมในสตรีไทย วิทยาการใหม่ ๆ ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เพิ่มความแม่นยำ และความจำเป็นต่อรอยโรคสำหรับการวางแผนดูแลรักษา ตลอดจนติดตามผลการรักษา การตรวจคัดกรองบางชนิดอาจมีราคาและค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงซึ่งการลดอุปสรรคของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ในภาพรวมของประเทศชาติจะต้องพิจารณาด้านงบประมาณ ความคุ้มค่า และความครอบคลุม การตรวจแบบเสมีียร์และการป้ายปากมดลูกด้วยน้ำสัสมายซู ยังคงเป็นวิธีการตรวจที่ดีราคาถูกลง สะดวก และให้ผลได้ชัดเจนรวดเร็ว ทำให้แพทย์สามารถทำการดูแลรักษาสตรีที่ตรวจพบว่าเป็นโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกได้อย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกได้อย่างเหมาะสม ส่วนในรายบุคคล การคัดกรองอาจเลือกได้ตามประสิทธิภาพ ความพึงใจ และความเหมาะสมตามสถานภาพที่แตกต่างกัน



สตรีที่แม้จะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกแล้ว ก็ยังควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากวัคซีนยังป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่ได้ร้อยละ ๑๐๐ เสียทีเดียว

โดยสรุปแล้วเป็นที่ชัดเจนว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ทั้งแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ทำให้แพทย์สามารถทำการดูแลรักษาสตรีที่ตรวจพบว่าเป็นรอยโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกได้อย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นการลดความทุกข์กายทุกข์ใจของสตรีที่ต้องตกอยู่ในสภาพที่เป็นมะเร็งปากมดลูก และญาติรอบข้างที่ต้องร่วมได้รับผลกระทบไปด้วยไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน อันจะนำไปสู่สุขภาพของสตรีตามวิสัยทัศน์ของ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

## เอกสารอ้างอิง

๑. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, et al eds. Cancer in Thailand Volume VIII, 2010–2012. Bangkok; 2015. p.10. (Level III).
๒. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsagu? X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Eng J Med 2003;348:518–27. (Level II)
๓. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high–grade cervical lesions: a meta–analysis update. Int J Cancer 2007;121:621–32. (Level I)
๔. Apter D, Wheeler CM, Paavonen J, Castellsague X, Garland SM, Skinner SR, et al. Efficacy of human papillomavirus 16 and 18 (HPV–16/18) AS04–adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer in young women: final event–driven analysis of the randomized, double–blind PATRICIA trial. Clin Vaccine Immunol 2015 Apr;22:361–73.
๕. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high–grade cervical lesions. N Engl J Med, 2007;356:1915–27.
๖. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow–up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. Ann Intern Med 2000;132:810–9. (Level I)
๗. Hutchinson ML, Zahniser DJ, Sherman ME, Herrero R, Alfaro M, Bratti MC, et al. Utility of liquid–based cytology for cervical carcinoma screening: results of a population–based study conducted in a region of Costa Rica with a high incidence of cervical carcinoma. Cancer 1999;87:48–55. (Level II)
๘. Karnon J, Peters J, Platt J, Chilcott J, McGoogan E, Brewer N. Liquid–based cytology in cervical screening: an updated rapid and systematic review and economic analysis. Health Technol Assess 2004;8:iii, 1–78. (Level I)

๘. 9.Cervical cytology screening. ACOG Committee Opinion No. 109. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2009;114:1409–20. (Level I)
๙. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin* 2012;62:147–72. (Level I)
๑๐. Wright TC Jr, Schiffman M, Solomon D, Cox JT, Garcia F, Goldie S, et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. *Obstet Gynecol* 2004;103:304–9. (Level I)
๑๑. Petry KU, Menton S, Menton M, van Loenen-Frosch F, de Carvalho Gomes H, Holz B, et al. Inclusion of HPV testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany: results for 8466 patients. *Br J Cancer* 2003;88:1570–7. (Level II)
๑๒. Clavel C, Masure M, Bory JP, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M, et al. Human papillomavirus testing in primary screening for the detection of high-grade cervical lesions: a study of 7932 women. *Br J Cancer* 2001;84:1616–23. (Level II)
๑๓. Sauvaget C, Fayette JM, Muwonge R, Wesley R, Sankaranarayanan R. Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening. *Int J GynaecolObstet* 2011;113:14–24. (Level II)
๑๔. International Agency for Research on Cancer (IARC). Cervix cancer screening. Lyon, IARC press, 2005. (IARC Handbook of Cancer Prevention, Volume 10).
๑๕. International Agency for Research on Cancer (IARC). A practical manual on visual screening for cervical neoplasia. Lyon, IARC press, 2003.
๑๖. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mah? C, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med* 2005;353:2158–68. (Level II)
๑๗. Mandelblatt JS, Lawrence WF, Gaffikin L, Limpahayom KK, Lumbiganon P, Warakamin S, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:1469–82. (Level II)
๑๘. Sankaranarayanan R, Esmy PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: A cluster-randomised trial. *Lancet* 2007;370:398–406. (Level I)
๑๙. คำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๖ (Level I)
๒๐. Huh WK, Ault KA, Chelmow D, Davey DD, Goulart RA, Garcia FA, et al. Practice Bulletin No. 157: Cervical Cancer Screening and Prevention. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2016;127:e1–20. (Level I)



# คำถามท้ายเล่ม

## จากคณะอนุกรรมการการศึกษาต่อของคณะต่อห้อง

### สำหรับสะสมคะแนน CME

#### ๑. ข้อใดต่อไปนี้ไม่ถูกต้อง

- ก. ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma) มักจะมาพบแพทย์ในระยะที่ลุกลามแล้ว
- ข. ในปัจจุบันยังไม่มียาวิธีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เหมาะสม
- ค. ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma) มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องน้อย
- ง. แนวทางการรักษาในปัจจุบันมีการพัฒนา นวัตกรรมในการผ่าตัดรักษา และยาเคมีบำบัด เช่น การรักษาโดยใช้ยาที่จำเพาะเจาะจงต่อมะเร็ง (targeted therapy) ทำให้สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้เป็นอย่างดี

#### ๒. การตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาส (opportunistic salpingectomy) คือการตัดท่อนำไข่ออกในสตรีที่มีความเสี่ยงระดับทั่วไป (average risk) เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดใด

- ก. มะเร็งท่อนำไข่
- ข. มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma)
- ค. มะเร็งเยื่อเมือกผนังช่องท้อง (peritoneal carcinoma)
- ง. ถูกทุกข้อ

#### ๓. การผ่าตัดเพื่อเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในสตรีที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma) ได้แก่

- ก. Bilateral salpingo-oophorectomy
- ข. Bilateral salpingectomy
- ค. Bilateral oophorectomy
- ง. Hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy

#### ๔. จากการศึกษาในหลายสถาบัน พบว่าความเสี่ยงต่อมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma) ลดลงชัดเจนในสตรีที่ได้รับการทำหมันโดยวิธีใด

- ก. การผูก (ligation)
- ข. ใช้ห่วงรัด (ring)
- ค. ใช้วิธีการจี้ไฟฟ้า (cauterization)
- ง. ถูกทุกข้อ

#### ๕. ข้อใดต่อไปนี้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma)

- ก. ในสตรีที่มีความเสี่ยงระดับทั่วไป (average risk) ต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma) แนะนำให้พิจารณาการผ่าตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาส ในการทำหมันหรือร่วมกับการผ่าตัดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้อื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ทั้งโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง หรือผ่าตัดส่องกล้อง
- ข. ในสตรีที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก (epithelial ovarian carcinoma) แนะนำให้พิจารณาการผ่าตัด bilateral salpingo-oophorectomy
- ค. แนวโน้มประโยชน์ที่จะได้รับจากการผ่าตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาสคือ การลดโอกาสเกิดมะเร็งชนิด endometrioid และ clear-cell ในอุ้งเชิงกราน
- ง. จากการศึกษาไม่พบว่าการผ่าตัดท่อนำไข่ออกแบบฉวยโอกาส มีผลกระทบต่อปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงรังไข่และระดับฮอร์โมน

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นส.วนาพร เจริญ

E-mail address: ngoenyen-beer@hotmail.com

### เฉลยคำถามจากฉบับที่แล้ว

- ๑. ข้อใดไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตั้งครรภ์แฝด
  - จ. การตั้งครรภ์เกินกำหนด
- ๒. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยที่นำมาพิจารณาจำนวนตัวอ่อนที่จะย้ายกลับโพรงมดลูก
  - ก. อายุฝ่ายชาย
- ๓. ผู้มารับบริการคนใดมีความเสี่ยงต่ำ สามารถพิจารณาย้ายกลับตัวอ่อนได้มากกว่า ๑ ตัว
  - ค. เคยคลอดบุตร ตั้งแต่ ๑ ครั้งขึ้นไป

- ๔. สตรีที่มีโรคหรือประวัติทางสูติ-นรีเวชใดที่อาจจะพิจารณาย้ายตัวอ่อนได้มากกว่า ๑ ตัว
  - จ. มีประวัติเคยผ่าตัดถุงน้ำที่รังไข่
- ๕. ข้อใดไม่ใช่ Favourable prognosis factors ในการพิจารณาย้ายกลับตัวอ่อน
  - ก. เป็นการย้ายกลับตัวอ่อนในครั้งที่สอง (second cycle embryo transfer)



