

## Flexible Office Hysteroscopy in Maharat Nahorn Ratchasima Hospital : 4-years experience

Siraya Kitiyodom M.D.\*, Montarop Srakaethomg B.N.S.\*, Pitchamon Nogkhontod B.N.S.\*

### ABSTRACT

**Background** : Hysteroscopy is currently considered as the most reliable procedure to assess pathologic conditions in the endometrial cavity. The endoscopic techniques are divided into two methods depending on instruments; first is rigid and flexible hysteroscopy. Maharat Nakhon Ratchasima hospital has been applied the flexible office hysteroscopy for 4 years to more than 300 patients. The objective of this study was therefore to evaluate the efficacy and complications of flexible office hysteroscopy in Maharat Nakorn Ratchasima hospital.

**Objective** : To evaluate the efficacy and complications of flexible office hysteroscopy in Maharat Nakorn Ratchasima Hospital

**Setting** : Obstetric and gynecology department of Maharat Nakhon Ratchasima hospital.

**Study design** : Retrospective descriptive study

**Methods** : Retrospective descriptive study was conducted by a retrospective review of medical records from 379 women who underwent flexible office hysteroscopy in Maharat Nakhon Ratchasima hospital during April 2011 to March 2014.

**Results** : From 379 patient's records, the most frequent indications for flexible office hysteroscopy were abnormal ultrasound, abnormal uterine bleeding and infertile screening. Abnormal results were detected 60.7% of cases (230 cases) and the procedure failure rate was 7.4% (28 cases) in which resulted from cervical stenosis, pain and insufficient visualization. The complications were two cases of traumatic cervix and no severe complications were found.

**Conclusion** : The flexible office hysteroscopy had high efficacy with acceptable complications.

**Keywords** : Hysteroscopy, Efficacy, Complications

---

\*Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital,  
Nakhon Ratchasima, Thailand

## การส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา: ประสพการณ์ 4 ปี

สิริยา กิติโยดม, พ.บ.\*, มณฑารพ สระแกทอง, พย.บ.\*, พิชามญญ์ นอกขุนทด, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**หลักการและเหตุผล :** การส่องกล้องโพรงมดลูก (Hysteroscopy) ปัจจุบันเป็นการส่งตรวจวินิจฉัยพยาธิสภาพในโพรงมดลูก ที่ได้ผลการตรวจเป็นที่น่าเชื่อถือมากกว่าการส่งตรวจอื่น โดยการส่องกล้องโพรงมดลูกแบ่งเป็นสองวิธีตามเครื่องมือที่ใช้ในการส่องกล้อง ได้แก่ Rigid hysteroscopy (กล้องแบบแข็ง) และ Flexible hysteroscopy (กล้องแบบอ่อน) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้เริ่มมีการนำเครื่องมือส่องกล้องโพรงมดลูกมาใช้ตั้งแต่เมษายน พ.ศ. 2553 โดยทำการส่องกล้องแบบอ่อนในการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นแบบผู้ป่วยนอก ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมาได้มีการทำการส่องกล้องโพรงมดลูกไปมากกว่า 300 รายการศึกษาเพื่อทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นทั้งประสิทธิผลและภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องโพรงมดลูก สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและเทคนิคการส่องกล้องในโพรงมดลูกต่อไป

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาประสิทธิผลและภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

**สถานที่ศึกษา :** กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

**รูปแบบการศึกษา :** การศึกษาแบบ retrospective hospital-based descriptive study

**วิธีการศึกษา :** โดยรวบรวมรายงานย้อนหลัง จากข้อมูลบันทึกการส่องกล้องโพรงมดลูกจากเวชระเบียนโรงพยาบาลของสตรีทุกรายที่มาทำการส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง เมษายน พ.ศ. 2553 – มีนาคม พ.ศ. 2557

**ผลการศึกษา :** พบสตรีที่เข้ารับการส่องกล้องโพรงมดลูกจำนวน 379 ราย โดยข้อบ่งชี้ที่มาทำการส่องกล้องโพรงมดลูกมากที่สุดได้แก่ พบความผิดปกติจากอัลตราซาวด์ ภาวะเลือดออกผิดปกติ และภาวะมีบุตรยาก ตามลำดับ ผลการส่องกล้องโพรงมดลูกพบความผิดปกติจำนวน 230 ราย ร้อยละ 60.7 ของสตรีที่มาทำการส่องกล้องทั้งหมด พบไม่สามารถส่องกล้องได้สำเร็จจำนวน 28 ราย ร้อยละ 7.4 โดยสาเหตุที่ส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จมากที่สุดได้แก่ ปากมดลูกตีบ ภาวะความเจ็บปวด และการให้ภาพจากการส่องกล้องไม่สมบูรณ์ ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนปากมดลูกฉีกขาด 2 รายและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการส่องกล้องโพรงมดลูก

**สรุป :** การส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูง

**คำสำคัญ :** การส่องกล้องโพรงมดลูก, ประสิทธิผล, ภาวะแทรกซ้อน

\*กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

## บทนำ

การส่องกล้องโพรงมดลูก (Hysteroscopy) ปัจจุบันเป็นการส่องตรวจวินิจฉัยพยาธิสภาพในโพรงมดลูก ที่ได้ผลการตรวจเป็นที่น่าเชื่อถือมากกว่าการส่องตรวจอื่นๆ<sup>1-4</sup> อาทิเช่น การขูดมดลูก การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องและทางช่องคลอด การฉีดสีในโพรงมดลูก เป็นต้น โดยได้รับความนิยมนำมาวินิจฉัย สาเหตุเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด<sup>5-6</sup> ภาวะมีบุตรยาก<sup>7</sup> ความผิดปกติในโพรงมดลูกตั้งแต่กำเนิดและภายหลังเช่นพังผืดในโพรงมดลูกติ่งเนื้อหรือเนื้องอกในโพรงมดลูก<sup>3,5-7</sup> เป็นต้น

โดยการส่องกล้องโพรงมดลูกแบ่งเป็นสองวิธีตามเครื่องมือที่ใช้ในการส่องกล้อง<sup>4-8</sup> วิธีแรก Rigid hysteroscopy เป็นการใช้กล้องแบบแข็ง เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 3-5 มิลลิเมตร และวิธีที่สอง Flexible hysteroscopy เป็นการส่องโดยใช้กล้องแบบอ่อนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร สามารถเคลื่อนไหวบริเวณปลายกล้องได้ในช่วงองศา 120-160 องศา โดยการส่องกล้องแบบอ่อนได้รับความนิยมในการใช้ตรวจแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าเนื่องจากการผ่านเครื่องมือผ่านปากมดลูกทำได้ง่ายกว่าแบบแข็งในขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางกล้องเท่ากัน

ในประเทศไทยได้เริ่มมีรายงานการส่องกล้องโพรงมดลูกในปี 2540 ที่โรงพยาบาลรามธิบดี<sup>9</sup> ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้เริ่มมีการนำเครื่องมือส่องกล้องโพรงมดลูกมาใช้ โดยทำการส่องกล้องแบบอ่อนด้วยกล้องขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร ร่วมกับการใช้ สารละลายน้ำเกลือเป็นสารสื่อในการ

ทำการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ เมษายน ปี 2553 ในการตรวจรักษาและช่วยวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะมีบุตรยาก ความผิดปกติของมดลูกตั้งแต่กำเนิดและภายหลัง เป็นต้น โดยในระยะ 4 ปีที่ผ่านมาได้มีการทำการส่องกล้องโพรงมดลูกไปมากกว่า 300 ราย แต่ยังไม่เคยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือรายงานถึงประสิทธิผลและภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารวบรวมข้อมูลดังกล่าว เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและเทคนิคการส่องกล้องในโพรงมดลูกต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลและภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective hospital-based descriptive study) ได้รับความอนุเมตตาจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยรวบรวมรายงานย้อนหลัง จากข้อมูลบันทึกการส่องกล้องโพรงมดลูกและจากเวชระเบียนโรงพยาบาลของสตรีทุกรายที่มาทำการส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง เมษายน พ.ศ. 2553 – มีนาคม พ.ศ. 2557

ในการศึกษานี้พบสตรีที่เข้ารับการส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งหมด 393 ราย นำออกจากการศึกษา 14 ราย เนื่องจากมีบันทึกการส่องกล้องหรือเวชระเบียนไม่สมบูรณ์จึงมีข้อมูลมาวิเคราะห์จำนวน 379 ราย

## ผลการศึกษา

จากการรวบรวมรายงานย้อนหลังเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาสารคามราชธานีมาพบสตรีที่เข้ารับการส่องกล้องโพรงมดลูกจำนวน 379 ราย มีอายุเฉลี่ย  $37.6 \pm 8.1$  ปี โดยอายุน้อยสุด 19 ปี และมากที่สุด 68 ปี โดยข้อบ่งชี้ที่มาทำการส่อง

กล้องโพรงมดลูกมากที่สุดได้แก่ พบความผิดปกติจากอัลตราซาวด์ ภาวะเลือดออกผิดปกติ และภาวะมีบุตรยาก ตามลำดับ พบความชุกของผลผิดปกติจากการส่องกล้องโพรงมดลูกและการส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จ ดังแสดงใน ตารางที่ 1 และจำแนกผลผิดปกติจากการส่องกล้องโพรงมดลูกตามข้อบ่งชี้ ดังแสดงใน ตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** แสดงข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกและความชุกของผลการส่องกล้องโพรงมดลูก

ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องโพรงมดลูก	จำนวน (ร้อยละ)	ผลการส่องกล้องโพรงมดลูก		
		ไม่สำเร็จ	ผลปกติ	ผลผิดปกติ
ภาวะมีบุตรยาก	91(24.0)	6(6.6)	48(52.7)	37(40.7)
ภาวะไม่มีประจำเดือน	39(10.2)	5(12.8)	7(18.0)	27(69.2)
ภาวะเลือดออกผิดปกติ	108(28.5)	10(9.3)	40(37.0)	58(53.7)
ภาวะเลือดออกหลังหมดประจำเดือน	25(6.6)	4(16.0)	8(32.0)	13(52.0)
พบความผิดปกติจากอัลตราซาวด์	112(29.6)	3(2.7)	18(16.1)	91(81.2)
IUD retained	4(1.1)	0(0)	0(0)	4(100)
รวม	379(100)	28(7.4)	121(31.9)	230(60.7)

ตารางที่ 2 แสดงผลผิดปกติจากการส่องกล้องโพรงมดลูกตามข้อบ่งชี้

ผลผิดปกติจากการส่องกล้องโพรงมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาวะมีบุตรยาก</b>	37	
ติ่งเนื้อในโพรงมดลูก (endometrial polyp)	18	48.7
เนื้องอกในโพรงมดลูก (myoma uteri)	8	21.6
พังผืดในโพรงมดลูก(uterine synechiae)	7	18.9
ความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูก	4	10.8
<b>ภาวะไม่มีประจำเดือน</b>	27	
พังผืดในโพรงมดลูก(uterine synerchia)	27	100
<b>ภาวะเลือดออกผิดปกติ</b>	58	
ติ่งเนื้อในโพรงมดลูก	31	53.5
เนื้องอกโพรงมดลูก	21	36.2
ความผิดปกติของมดลูกอื่นๆ	6	10.3
<b>ภาวะเลือดออกหลังหมดประจำเดือน</b>	13	
ติ่งเนื้อในโพรงมดลูก	11	84.6
เนื้องอกในโพรงมดลูก	1	7.7
มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก	1	7.7
<b>พบความผิดปกติจากอัลตราซาวด์</b>	91	
ติ่งเนื้อในโพรงมดลูก	24	26.4
เนื้องอกในโพรงมดลูก	50	54.9
ความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูก	8	8.8
ความผิดปกติของมดลูกอื่นๆ	9	9.9

การศึกษานี้พบการส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 7.4) โดยสาเหตุที่ทำให้การส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จมากที่สุดได้แก่ ภาวะปากมดลูกตีบ ในการศึกษานี้พบต้องทำการขยายปากมดลูกเพื่อทำการส่องกล้องโพรงมดลูกจำนวน 56 ราย แต่ไม่สามารถขยายเพื่อทำการส่องกล้อง

โพรงมดลูกได้สำเร็จจำนวน 14 ราย เกิดความเจ็บปวดต้องทำการหยุดส่องกล้องโพรงมดลูกจำนวน 8 ราย และการส่องกล้องโพรงมดลูกสามารถดำเนินการได้แต่ให้ข้อมูลสภาพในโพรงมดลูกได้ไม่ครบถ้วน (Insufficient visualization) จำนวน 6 ราย ดังแสดงในตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุการส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จ

สาเหตุส่องกล้องไม่สำเร็จ	จำนวน	ร้อยละ
ปากมดลูกตีบ (cervical stenosis)	14	50.0
ปวด	8	28.6
Insufficient visualization	6	21.4

การศึกษานี้พบภาวะแทรกซ้อนปากมดลูกฉีกขาดจำนวน 2 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

เช่น มดลูกทะลุ การติดเชื้อโพรงมดลูก เป็นต้น

### วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบสตรีที่มาทำการส่องกล้องโพรงมดลูกจากข้อบ่งชี้มากที่สุดสามลำดับแรกได้แก่ ความผิดปกติจากอัลตราซาวด์ (ร้อยละ 29.6) ภาวะเลือดออกผิดปกติ (ร้อยละ 28.5) และภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 24.0) ตามลำดับ ซึ่งข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องโพรงมดลูกคล้ายกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>9-13</sup> แต่อาจแตกต่างกันลำดับ เช่น ในการศึกษาของแสงชัย และคณะ<sup>9</sup> และ Kapur และคณะ<sup>13</sup> พบส่องกล้องโพรงมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ภาวะมีบุตรยากและภาวะเลือดออกผิดปกติมากเป็นสองลำดับแรก ซึ่งในการศึกษานี้พบส่องกล้องโพรงมดลูกมากที่สุดจากข้อบ่งชี้ ความผิดปกติจากอัลตราซาวด์มากกว่าภาวะเลือดออกผิดปกติ เนื่องจากในโรงพยาบาลมหาราชยังไม่ได้กำหนดให้การส่องกล้องเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการส่งตรวจวินิจฉัยสตรีที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติทุกราย ทั้งที่ปัจจุบันการส่องกล้องโพรงมดลูกถือเป็นวิธีมาตรฐาน(gold standard)<sup>14-15</sup> ในการให้การวินิจฉัย แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดหลายปัจจัย อาทิเช่น การส่องกล้องเป็นการตรวจที่ต้องมีหัตถการภายในร่างกายอาจเกิดภาวะไม่สุขสบาย (invasive) ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและปริมาณ

ทรัพยากร ทำให้มีการส่งตรวจเฉพาะในรายที่สงสัยว่ามีภาวะผิดปกติในโพรงมดลูกเช่น พบความผิดปกติจากอัลตราซาวด์ มีภาวะเลือดออกซ้ำ หรือทำการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น เป็นต้น ในข้อบ่งชี้ภาวะมีบุตรยากมีการส่งตรวจเป็นลำดับสามซึ่งต่างจากสองการศึกษาก่อนหน้านี้ เนื่องจากช่วง 4 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลมหาราชอยู่ในช่วงเริ่มก่อตั้งหน่วยรักษาผู้มีบุตรยากทำให้จำนวนสตรีที่เข้ารับบริการการส่องกล้องโพรงมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ภาวะมีบุตรยากจึงยังมีไม่มากเหมือนในสองการศึกษาก่อนหน้านี้

ในการศึกษานี้พบสตรีที่มาทำการส่องกล้องโพรงมดลูกด้วยภาวะมีบุตรยากจำนวน 91 ราย พบความผิดปกติจากการส่องกล้องโพรงมดลูก ร้อยละ 40.7 (จำนวน 37 ราย) ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาก่อนหน้า<sup>16</sup> พบความผิดปกติของโพรงมดลูกในสตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ 34-62 ปัจจุบันได้มีหลายสถาบัน<sup>15-17</sup> นำการส่องกล้องโพรงมดลูกมาใช้เป็นการส่งตรวจเบื้องต้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัยความผิดปกติของโพรงมดลูกเนื่องจากความผิดปกติของโพรงมดลูกอาจมีผลต่อการฝังตัวและการเจริญเติบโตของตัวอ่อนและสามารถวางแผนการรักษา

การเตรียมโพรงมดลูกให้เหมาะสมกับการฝังตัวของตัวอ่อน ในการศึกษาพบความชุกของภาวะความผิดปกติได้แก่ ตึงเนื้อโพรงมดลูก เนื้องอกในมดลูก พังผืดในโพรงมดลูก และความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูก ตามลำดับ Moty<sup>16</sup> ได้ทำการศึกษากการส่องกล้องโพรงมดลูกเพื่อประเมินภาวะในโพรงมดลูกก่อนทำการรักษาสตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก พบความผิดปกติร้อยละ 30 และพบความชุกของภาวะผิดปกติ ได้แก่ ความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูกร้อยละ 40 ตึงเนื้อในโพรงมดลูกร้อยละ 20 พังผืดในโพรงมดลูกร้อยละ 12.5 และเนื้องอกในโพรงมดลูกร้อยละ 7.8 ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษานี้เนื่องจากเป็นการศึกษาคนละกลุ่มประชากรซึ่งอาจมีความแตกต่างในด้านเชื้อชาติ

ข้อบ่งชี้ส่องกล้องโพรงมดลูกในสตรีภาวะไม่มีประจำเดือนในการศึกษานี้คือการส่องกล้องโพรงมดลูกในสตรีที่ไม่มีประจำเดือนหลังจากมีประวัติตกเลือดรุนแรง หลังแท้งบุตร เคยขูดมดลูกมาก่อน หรือสงสัยมีภาวะพังผืดในโพรงมดลูก (Intrauterine synechiae) ปัจจุบันการวินิจฉัยภาวะดังกล่าวด้วยการส่องกล้องโพรงมดลูกถือเป็นการวินิจฉัยที่มีความแม่นยำสูงสุด<sup>18</sup> ในการศึกษาพบความผิดปกติในสตรีที่สงสัยภาวะดังกล่าวสูงร้อยละ 69.2 และเป็นพังผืดในโพรงมดลูกทั้งหมด เนื่องจากมีการคัดกรองจากประวัติก่อนทำการส่องกล้องโพรงมดลูกทำให้พบความชุกความผิดปกติค่อนข้างสูง

การส่องกล้องโพรงมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ ภาวะเลือดออกผิดปกติและภาวะเลือดออกหลังหมดประจำเดือนในการศึกษานี้พบความผิดปกติร้อยละ 53.7 และ 52.0 ตามลำดับ โดยความชุกของความ

ผิดปกติที่พบจากการส่องกล้องโพรงมดลูกได้แก่ ตึงเนื้อโพรงมดลูก เนื้องอกโพรงมดลูก และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ตามลำดับซึ่งคล้ายกับการศึกษาก่อนหน้า<sup>14-15</sup> จากการรวบรวมการศึกษาในผลความแม่นยำและความเหมาะสมของการส่องกล้องโพรงมดลูกในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติทั้งก่อนและหลังหมดประจำเดือน<sup>19</sup> พบว่าการส่องกล้องโพรงมดลูกเพื่อการวินิจฉัยมี Sensitivity ในการวินิจฉัย 0.96 (95%CI 0.93-0.99) และ Specificity 0.90 (95%CI 0.83-0.95) ดังนั้นปัจจุบันการวินิจฉัยความผิดปกติด้วยการส่องกล้องโพรงมดลูกจึงได้รับการยอมรับเป็นวิธีมาตรฐานที่ดีที่สุด (gold standard) ในการประเมินสภาพในโพรงมดลูก

ในปัจจุบันแม้การส่องกล้องโพรงมดลูกจะเป็นวิธีมาตรฐานที่ดีที่สุดในการประเมินสภาพโพรงมดลูก แต่การอัลตราซาวด์ยังคงเป็นวิธีการคัดกรองเบื้องต้นที่แพร่หลาย<sup>20</sup> เนื่องจากขั้นตอนการทำที่ไม่ยุ่งยาก ราคาถูกกว่าและไม่รุกรานผู้ป่วย เมื่อสงสัยความผิดปกติจากอัลตราซาวด์จึงมีการตรวจวินิจฉัยต่อดังนั้นจึงพบข้อบ่งชี้อัลตราซาวด์ผิดปกติเป็นข้อบ่งชี้หลัก ในการศึกษาพบการส่องกล้องโพรงมดลูกจากข้อบ่งชี้พบความผิดปกติจากอัลตราซาวด์สูงสุด 112 ราย (ร้อยละ 29.6) ในจำนวนนี้ไม่พบความผิดปกติจากการส่องกล้อง (ผลบวกลวง) จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 16.1) ดังนั้นในการศึกษานี้พบค่าพยากรณ์บวกจากการอัลตราซาวด์ (Predictive value positive) ร้อยละ 83.49

การศึกษานี้พบการส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จร้อยละ 7.4 โดยสาเหตุที่ทำให้การส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จมากที่สุดได้แก่ ภาวะปากมดลูกตีบ ความเจ็บปวด ข้อมูลสภาพในโพรงมดลูกได้ไม่ครบถ้วน

(Insufficient visualization) ตามลำดับ จากการศึกษา ก่อนหน้าพบว่าอัตราการส่องกล้องโพรงมดลูกไม่สำเร็จร้อยละ 2-17<sup>21-22</sup> โดยพบว่าความเจ็บปวดเป็นปัจจัยหลักในการทำให้การส่องกล้องไม่สำเร็จ<sup>23-24</sup> โดยความเจ็บปวดจากการส่องกล้องอาจเพิ่มขึ้น<sup>24-26</sup> จากการที่ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการขยายปากมดลูกก่อนทำการส่องกล้อง เช่นในผู้ป่วยที่ไม่เคยคลอดบุตร สตรีวัยหมดประจำเดือน ภาวะปากมดลูกตีบ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอีกหลายอย่างที่มีผลกระทบต่อความเจ็บปวด อาทิเช่น ภาวะเครียด เคยทำการผ่าตัดมดลูกมาก่อน การปวดท้องประจำเดือน เป็นต้น ดังนั้นแพทย์ผู้ทำการส่องกล้องจึงมีการเตรียมผู้ป่วยหลายแบบขึ้นกับผู้ทำการส่องกล้องเพื่อให้ความสำเร็จในการส่องกล้องสูงขึ้น<sup>27-29</sup> เช่นการให้ยาบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบเฉพะที่และแบบรับประทาน การเตรียมปากมดลูกด้วยยา อย่างไรก็ตามในหลายการศึกษาพบว่า การเตรียมผู้ป่วยไม่มีความจำเป็น<sup>30</sup> ซึ่งการพัฒนาเทคนิคการส่องกล้องโพรงมดลูก การเตรียมผู้ป่วยด้วยวิธีที่เหมาะสมน่าจะสามารถลดการเกิดความล้มเหลวและเพิ่มประสิทธิผลการส่องกล้องโพรงมดลูกได้ต่อไป

ในการศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง พบภาวะปากมดลูกฉีกขาด 2 ราย จากการศึกษาขยายปากมดลูก

### สรุป

การส่องกล้องโพรงมดลูกแบบผู้ป่วยนอกสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากการศึกษานี้พบผลการส่องกล้องโพรงมดลูกผิดปกติ (ให้ผลบวก) ร้อยละ 61.8 จากสตรีที่รับการส่องกล้องด้วยข้อบ่งชี้ต่างๆ จำนวน 364 ราย และมีความ

ปลอดภัยสูงโดยจากการศึกษาพบปากมดลูกฉีกขาด 2 ราย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรงและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในการศึกษานี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Corosu R, Petracca R. Hysteroscopy: instrumentation and techniques. *Minerva Ginecol* 1996;48:53-57.
2. Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. *Am J Obstet Gynecol* 1988;58:489-492.
3. Gramberg GS, Wiklandm M, Karlsson B, Norstrom A, Friber GLG. Endometrial thickness as measured by endovaginal ultrasonography for identifying endometrial abnormality. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:47-52.
4. Valle RF. Office hysteroscope. *Clin Obstet Gynecol*. 1999;42:276-289.
5. Serden SP. Diagnostic hysteroscope to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:177-86.
6. Walton SM, Macphail S. The value of hysteroscopy in postmenopausal and perimenopausal bleeding. *J Obstet Gynecol* 1988;8:332-6.
7. Shamma FN, Lee G, Gutmann JN et al. The role of office hysteroscope in In vitro fertilization. *Fertile Steril* 1999;58:1237-9.



8. Sinawat S. Hysteroscope. Srinagarind Med J 2001;16:2:134-8.
9. Preutthipan S, Linasmita V, Theppisai U. Diagnostic hysteroscopy: a result of 125 patients at Ramathibodi Hospital. J Med Assoc Thai 1997; 80:9:575-9.
10. Sciarra JJ, Valle RF. Hysteroscopy: a clinical experience with 320 patients. Am J Obstet Gynecol 1977; 127:4:340-8.
11. Wisawasukmongchol W, Bunyavejchevin S, Veerananarapanich S, Suwajanakorn S, Limpaphayom K. Diagnostic hysteroscopy at King Chulalongkorn Memorial Hospital: 7 years experience. J Med Assoc Thai 2001; 84:S321-5.
12. Manusook S, Suwannarurk K, Bhamarapratana K, Tanprasertkul C. Efficacy and complications of gynecologic endoscopic surgery in Thammasat university hospital: A 10-year experience. Thammasat Medical Journal 2013; 13:29-35.
13. Kapur K, Biswas M. Office hysteroscopy. J Obstet Gynecol India 2005;55:2: 174-7.
14. Oehler MK, Rees MC. Menorrhagia: an update. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 62:5: 405-22.
15. Ravel A, Shushan A. Hysteroscopy with endometrial biopsy is the gold standard investigation for abnormal uterine bleeding: Investigation of the infertile couple. Human Reproduction 2002; 17:8: 1947-49.
16. Brown SE, Coddington CC, Schnorr J, Toner JP, Gibbons W, Oehninger S. Evaluation of outpatient hysteroscopy, Saline infusion hysterosonography and hysterosalpingography in infertile women: a prospective, randomized study. Fertil Steril 2000;74:1029-34.
17. Pansky M, Feingold M, Sagi R, Herman A, Schneider D, Halperin R. Diagnostic hysteroscopy as a primary tool in a basic infertility workup JSLS 2006; 10:2:231-35.
18. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL practice report: practice guidelines for management of intrauterine synechiae. J Minim Invasive Gynecol 2010;17:1:1-7
19. Van Dongen H, de Kroon CD, Jacobi CE, Trimbos JB, Jansen FW. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2007; 114:6:664-75.

20. Shalev J, Meizner I, Bar-Hava I, Dicker D, Mashiach R, Ben Rafael Z. Predictive value of transvaginal sonography performed before routine diagnostic hysteroscopy for evaluation of infertility. *Fertil Steril* 2000; 73: 412-7.
21. Cooper NA, Smith P, Khan KS, Clark TJ. Vaginoscope approach to outpatient hysteroscopy: a review of the effect on pain *BJOG* 2010; 117: 532-9.
22. Soleymani Majd H, Ismail L, Haldar K, Rai VS. Factors Impacting the success of outpatient hysteroscopy in the rapid access clinic. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)* 2013; 4:1:1000192.
23. Giorda G, Scarabelli C, Franceschi S, Campagnutta E. Feasibility and pain control in outpatient hysteroscopy in postmenopausal women: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:593-7.
24. Perez-Medina T, Bajo JM, Martinez-Cortes L, Castellanos P, Perez de Avila I. Six thousand office diagnostic-operative hysteroscopies. *Int J Gynecol Obstet* 2000;71:33-8.
25. Cicinelli E, Rossi AC, Marinaccio M, Matteo M, Saliani N, Tinelli R. Predictive factors for pain experience at office fluid minihysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14:4:485-8.
26. de Carvalho Schettini JA, Ramos de Amorim MM, Ribeiro Costa AA, Albuquerque Neto LC. Pain evaluation in outpatients undergoing diagnostic anesthesia-free hysteroscopy in a teaching hospital: a cohort study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14:6: 729-35.
27. Zullo F, Pellicano M, Stigliano CM, Di Carlo C, Fabricio A, Nappi C. Topical anaesthesia for office hysteroscopy: a prospective, randomized study comparing two modalities. *J Repro Med* 190;44:865-9.
28. Yang J, Vollenhoven B. Pain control in outpatient hysteroscopy. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57:694-702.
29. Fung TM, Lam MH, Wong SF, Ho LC. A randomized placebo controlled trial of vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy in postmenopausal women. *BJOG* 2002; 109:561-5.
30. Best Practice in Outpatient Hysteroscopy. *RCOG* 2011;59:1-22.