

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

Total Abdominal Hysterectomy at Sisaket hospital

Siriroong Dechasilapachaigoon M.D.

ศิริรุ่ง เดชาศิลปชัยกุล พ.บ.*

ABSTRACT

Background : Hysterectomy is the most common operation performed by the gynecologist. The uterus can be removed via the abdominal route, transvaginally, or laparoscopically. However abdominal hysterectomy continues to be the most common approach used worldwide.

Objective : To study incidence, indication, pathological report and complication of Total Abdominal Hysterectomy in Sisaket hospital.

Setting : Sisaket hospital

Research design : Descriptive retrospective study

Materials & Methods : Collected data from medical records of 186 patients who underwent Total Abdominal Hysterectomy from January 1st, 2008 to December 31st, 2008.

Results : There were 93.5% of Total Abdominal Hysterectomy from the whole hysterectomized patients at Sisaket hospital. Most of the patients were age between 40-49 years old (58.6%). The most common symptom was lower abdominal pain (34.9%) and the most common indication was utrine leiomyomas (62.9%). The most common pathological report was uterine leiomyomas (57.0%). The morbidity were fever, excessive bleeding and infection.

Conclusion : The incidence of Total Abdominal Hysterectomy was 93.5% from the whole hysterectomized patients in Sisaket hospital. The most common indication was utrine leiomyomas. The most common pathological report was uterine leiomyomas. The morbidity were fever, excessive bleeding and infection

Key words : Total Abdominal Hysterectomy, indication, complication

บทคัดย่อ

- ความเป็นมา** : การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดที่ทำกันมากในสตรีแพทย์ การผ่าตัดมดลูกสามารถทำผ่าตัดได้ทางหน้าท้อง ทางช่องคลอดและโดยการใช้ Laparoscope แต่การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องยังเป็นที่นิยมทำกันทั่วโลก
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ข้อบ่งชี้ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
- สถานที่ศึกษา** : โรงพยาบาลศรีสะเกษ
- รูปแบบการศึกษา** : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง
- วิธีการศึกษา** : รวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย 186 ราย ที่มารับการตัดมดลูกทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศรีสะเกษตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551
- ผลการศึกษา** : พบว่ามีการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร้อยละ 93.5 ของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดในโรงพยาบาลศรีสะเกษส่วนใหญ่ อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 58.6 อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ปวดท้องน้อย ร้อยละ 34.9 ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดคือ Uterine leiomyomas ร้อยละ 62.9 รายงานผลพยาธิวิทยาที่พบมาก คือ Uterine leiomyomas ร้อยละ 57.0 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ภาวะไข้ มีเลือดออกมาก และภาวะอักเสบติดเชื้อ
- สรุป** : อุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร้อยละ 93.5 ของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุด คือ Uterine leiomyomas รายงานผลพยาธิวิทยาที่พบมาก คือ Uterine leiomyomas ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ภาวะไข้ เลือดออกมาก และภาวะอักเสบติดเชื้อ



บทนำ

การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดที่ทำกันมากในทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โดยทำการผ่าตัดมากเป็นอันดับที่สองรองจากการผ่าตัดคลอดบุตร^(1,2) การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นที่นิยมทำกันมาก แต่การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดมดลูกโดยใช้กล้อง (Laparoscope) ก็เริ่มมีการทำกันมากขึ้นในปัจจุบัน⁽¹⁾

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกมีหลักการเดียวกันกับการผ่าตัดทั่วไป คือ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในรายที่ตกเลือดมากหลังคลอดอย่างรุนแรงและรักษาด้วยยาไม่ได้ผล เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกปวดท้องน้อยเรื้อรัง เยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัวที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีเนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่⁽²⁾

เนื้องอกมดลูก (Uterine leiomyomas) เป็นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดในการตัดมดลูก⁽²⁾ แต่ปัจจุบันก็มีทางเลือกอื่นที่ทำให้การผ่าตัดมดลูกลดลง เช่น การใช้ยาประเภท GnRH analog⁽³⁾ ทำให้เนื้องอกเล็กลงได้ผล ร้อยละ 95-98⁽¹⁾ มีการใช้ Hysteroscope⁽⁴⁾ ในการวินิจฉัยและรักษาอาการผิดปกติโดยไม่ต้องตัดมดลูก เช่น Endometrial polyp, Submucous myoma ที่มีขนาดเล็ก และมีการทำ Uterine artery occlusion ในการรักษา Uterine leiomyomas^(4,5)

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังผ่าตัดได้ เช่น เสียเลือดมากขณะทำการผ่าตัด การบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นในอุ้งเชิงกรานไขหลังการผ่าตัด ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลผ่าตัดติดเชื้อ^(2,6)

นอกจากนี้ยังเกิดความสับสนเปลืองจากการใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัด ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยผ่าตัด ห้องผ่าตัด คลังเลือด ทำให้มีการสูญเสียงบประมาณจำนวนมาก การให้

คำแนะนำและปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติจะช่วยลดปัญหาในการดูแลรักษา ลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นของผู้ป่วยลงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ข้อบ่งชี้ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัสดุและวิธีการ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยทั้งหมด 186 ราย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ แพทย์จะอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา การพยากรณ์ของโรค พยาบาลจะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทั้งหมด 199 ราย แบ่งเป็นผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง 186 ราย ร้อยละ 93.5 ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด 13 ราย ร้อยละ 6.5 ส่วนการผ่าตัดมดลูกโดยใช้ Laparoscope ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ไม่มีการทำผ่าตัดโดยวิธีนี้ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ส่วนมากมีอายุอยู่นอกเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 74.2 (ตารางที่ 1) ช่วงอายุที่พบบ่อย 40-49 ปี ร้อยละ 58.6 (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยมีอาชีพทำนาร้อยละ 75.8 (ตารางที่ 3) อาการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ปวด

ท้องน้อยร้อยละ 34.9 (ตารางที่ 4) พบมีภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นก่อนการผ่าตัด 47 ราย (ตารางที่ 5) ข้อบ่งชี้พบมากที่สุดในการตัดมดลูก คือ Uterine leiomyomas ร้อยละ 62.9 (ตารางที่ 7) การผ่าตัดที่ทำร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องมากที่สุด คือ TAH + BSO ร้อยละ 62.9 (ตารางที่ 6) รายงานผลพยาธิวิทยาเป็น Uterine leiomyoma

ร้อยละ 57.0 รองลงมาเป็น Adenomyosis ร้อยละ 10.8 (ตารางที่ 8) รายงานผลพยาธิวิทยาที่พบร่วมเป็น Adenomyosis ร้อยละ 24.2 (ตารางที่ 9) พบมีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด 19 ราย (ตารางที่ 10) มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 20 ราย (ตารางที่ 11) แต่มีการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล 4 ราย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลภูมิสำเนา

ภูมิสำเนา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อำเภอเมือง	48	25.8
นอกเขตอำเภอเมือง	138	74.2
รวม	186	100

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลอายุที่พบ

อายุ (ปี)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
20-29	1	0.5
30-39	28	15.1
40-49	109	58.6
50-59	38	20.4
≥ 60	10	5.4
รวม	186	100

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ทำนา	141	75.8
รับจ้าง	12	6.5
ค้าขาย	6	3.2
แม่บ้าน	10	5.4
รับราชการ	17	9.1
รวม	186	100

ตารางที่ 4 แสดงอาการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

อาการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	34	18.3
ปวดท้องน้อย	65	34.9
มีก้อนในท้อง	50	26.9
มดลูกหย่อน	9	4.8
ปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติ (CIN*+CIS*)	23	12.4
ตกเลือดหลังคลอด	5	2.7
รวม	186	100

CIN*-Cervical Intraepithelial Neoplasia

CIS*-Carcinoma in situ

ตารางที่ 5 แสดงภาวะแทรกซ้อนก่อนการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนก่อนการผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เบาหวาน	12	6.5
ความดันโลหิตสูง	19	10.2
วัณโรค	1	0.5
หอบหืด	2	1.0
ไทรอยด์เป็นพิษ	1	0.5
โลหิตจาง	12	6.5

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลการผ่าตัด

การผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
TAH	10	5.4
TAH + Unilat.SO	33	17.7
TAH + Unilat.SO + Appendectomy	9	4.8
TAH + Appendectomy	1	0.5
TAH + BSO	117	62.9
TAH + BSO + Appendectomy	16	8.6
รวม	186	100

ตารางที่ 7 แสดงข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูก

ข้อบ่งชี้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Uterine leiomyomas	117	62.9
Adenomyosis	4	2.2
Ovarian tumor	19	10.2
CIN*+CIS*	18	9.7
Carcinoma of endometrium	4	2.2
Procidentia uteri	9	4.8
Uterine perforation	4	2.2
Endometrial hyperplasia	3	1.6
Uterine atony	5	2.7
Persistent mole	1	0.5
Tubo-ovarian abscess	2	1.0
รวม	186	100

ตารางที่ 8 แสดงรายงานผลพยาธิวิทยา

ผลพยาธิวิทยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Uterine leiomyomas	106	57.0
Adenomyosis	20	10.8
Benign ovarian cysts	10	5.4
Ca. ovary	9	4.8
CIN* + CIS*	11	5.9
Carcinoma of endometrium	4	2.2
Uterine perforation	4	2.2
Endometrial hyperplasia	1	0.5
Decidual change	5	2.7
Invasive mole	1	0.5
Atrophic endometrium	5	2.7
Placenta accreta	1	0.5
Tubo-ovarian abscess	1	0.5
Normal	8	4.3
รวม	186	100

ตารางที่ 9 รายงานผลพยาธิวิทยาที่พบร่วม

ผลพยาธิวิทยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Uterine leiomyomas	13	7.0
Adenomyosis	45	24.2
Benign ovarian cysts	43	23.1
Ca. ovary	1	0.5
CIN* + CIS*	3	1.6
Ovarian abscess	1	0.5
Endometriosis	3	1.6
Endometrial hyperplasia	6	3.2
Cervical polyp	1	0.5

ตารางที่ 10 แสดงภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Excessive bleeding	18	9.7
Bladder injury	1	0.5

ตารางที่ 11 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Fever	10	5.4
Infected vaginal cuff	3	1.6
Gut obstruction	1	0.5
Wound infection	3	1.6
Wound dehiscence	2	1.1
Acute pyelonephritis	1	0.5

วิจารณ์

จากการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยมารับผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง 186 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.5 ภูมิสำเนาส่วนมากอยู่นอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 74.2 และมีอาชีพทำนาร้อยละ 75.8 อาจเนื่องจากขาดความรู้จึงไม่ได้ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเท่าที่ควร จึงเกิดโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้มากกว่ากลุ่มอื่น ช่วงอายุที่พบมาก 40-49 ปี ร้อยละ 58.6 อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 76 ปี อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล คือ ปวดท้องน้อยร้อยละ 34.9 ซึ่งเป็นอาการที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยในรีเวช แพทย์ต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนการผ่าตัดโรคที่เป็นก่อนการผ่าตัด ส่วนมากเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีสะเกษ คือ Uterine leiomyomas เช่นเดียวกับรายงานอื่น ๆ^(1,2) Uterine leiomyomas จะทำการผ่าตัดเมื่อเนื้องอกมีขนาดโตเท่ากับหรือมากกว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จะทำการผ่าตัดเนื้องอกที่เล็กกว่านี้ถ้ามีภาวะกดเบียดอวัยวะข้างเคียง, เลือดออกมากผิดปกติทางช่องคลอด⁽²⁾ การใช้ยาประเภท GnRH analog⁽³⁾ ทำให้เนื้องอกเล็กลงได้ผลร้อยละ 95-98 หลังมีการใช้ยาประมาณ 3 เดือน เหมาะที่จะใช้ร่วมกับการผ่าตัด Myomectomy ช่วยลดการเสียเลือดจากการผ่าตัด, ผ่าตัดง่ายขึ้น⁽²⁾ หรือใช้ในผู้ป่วยใกล้หมดประจำเดือนเพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัด เพราะเนื้องอกจะมีขนาดเล็กลงหลังหมดประจำเดือน การรักษาด้วยยาถ้าให้นานเกิน 6 เดือน อาจทำให้กระดูกพรุนได้ เนื้องอกที่มีขนาดไม่โตมากอาจวินิจฉัยว่าเป็น Adenomyosis ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่พบร่วมกันได้บ่อยกับ Uterine leiomyomas เป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการนำ

คือ ปวดท้องน้อยซึ่งเป็นอาการจากพยาธิสภาพร่วมมากกว่าจะเป็นเรื่องของเนื้องอกมดลูกโดยตรง พยาธิสภาพที่มักพบกับร่วมกับ Uterine leiomyomas ได้แก่ Adenomyosis, Endometriosis, Endometrial hyperplasia และ Benign ovarian cysts

หัตถการที่ทำร่วมกับ TAH มากที่สุด คือ TAH with BSO รองลงมา คือ TAH with unilat.SO ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จะพิจารณาตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง เมื่ออายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป การผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ในสตรีอายุน้อยจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจากรังไข่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ และจิตใจ ระยะสั้น ได้แก่ Hot flush หงุดหงิด ภาวะกระดูกพรุน นอนไม่หลับ อาการระยะยาว ได้แก่ Coronary heart disease, Osteoporosis⁽²⁾ หลังการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายรวมทั้งการให้ออร์โมนทดแทนจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีที่เก็บรังไข่ไว้ข้างเดียวหรือ 2 ข้าง มีการพบว่าเป็นเนื้องอกรังไข่ภายหลังได้ โดยพบว่ามีแนวโน้มจะเป็น Benign มากกว่า Malignant ในครอบครัวที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่ก็มีการพิจารณาทำ Prophylactic oophorectomy⁽²⁾

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการผ่าตัด ได้แก่ เลือดออก (hemorrhage) มีการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง (injuries to adjacent organs) และติดเชื้อ (infection)^(1,7) ขณะทำการผ่าตัดพบว่ามี การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ 1 ราย มีการเสียเลือดมากระหว่างการผ่าตัด 18 ราย การป้องกันและลดภาวะดังกล่าวขึ้นกับความชำนาญ ความรู้ทางกายวิภาคของแพทย์และทีมผู้ช่วยผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 20 ราย ได้แก่ ภาวะไข้ 10 ราย ร้อยละ 5.4 (อุณหภูมิกาย > 38°C ปรากฏอยู่อย่างน้อย 2 วัน ใน 10 วันแรก ยกเว้น

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด)⁽⁷⁾ ที่ทราบสาเหตุมีแผลติดเชื้อ Infected vaginal cuff แผลแยก และ Acute pyelonephritis แต่มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่อีก 4 ราย สาเหตุจากแผลติดเชื้อ 1 ราย ร้อยละ 0.5 แผลแยก 2 ราย ร้อยละ 1.1 และลำไส้อุดตัน 1 ราย ร้อยละ 0.5 การป้องกันและลดภาวะดังกล่าว มีการให้ Prophylactic antibiotics ในผู้ป่วยที่มีโรคทางอายุรศาสตร์ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ทูพอิกซ์นาการ ก่อนการผ่าตัดจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวลงได้ ส่วนภาวะลำไส้อุดตันป้องกันโดยให้ผู้ป่วยมี Early ambulation

ผลพยาธิวิทยาที่พบมาก คือ Uterine leiomyomas รองลงมา คือ Adenomyosis การวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดกับผลพยาธิวิทยาของผู้ป่วยบางรายไม่ตรงกันจากการตรวจร่างกายที่ผู้ป่วยหน้าท้องหนาหรือตรวจไม่ละเอียด ไม่มีการตรวจ Ultrasound ร่วมด้วย ส่วนผลพยาธิวิทยาที่ปกติ มี 8 ราย ได้แก่ CIN และ CIS 5 ราย จากการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยก่อนหน้านี้ได้นำพยาธิสภาพออกไปหมดแล้ว Endometrial hyperplasia 2 ราย และ Carcinoma of endometrium 1 ราย ก็เกิดจากการขาดเยื่อโพรงมดลูกที่มีพยาธิสภาพออกไปหมดก่อนการตัดมดลูก

การผ่าตัดมดลูกเพื่อการรักษาผู้ป่วยทางสูตินรีเวชยังมีความจำเป็น แพทย์จะต้องใช้ข้อมูลจากประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการมาพิจารณาในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์จึงต้องมีความรอบคอบ ความชำนาญในการทำผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามร่วมตัดสินใจเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

สรุป

การศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร้อยละ 93.5 ของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ อาการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากที่สุดคือ ปวดท้องน้อย ข้อบ่งชี้ที่พบมาก คือ Uterine leiomyomas ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากหลังผ่าตัดคือ ภาวะไข้ เลือดออกมาก และแผลติดเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ชาย อีระสุต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ นายแพทย์อภิศักดิ์ เขาว์ชำนาญ เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ห้องเวชสถิติ บรรณรักษ์ห้องสมุด และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



บรรณานุกรม

1. Jones III HW. Adominal hysterectomy. In : Rock JA, Jones III HW. Te Linde's Operative Gynecology. 10th ed. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 727-43.
2. Stovall TG. Hysterectomy. In: Berek JS. ed. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 805-46.
3. สุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์ และจิรศักดิ์ มนัสสากร. เนื้องอกมดลูก. ใน : สมบูรณ์ คุณาธิคม, มงคล เบญจภิบาล, มณี รัตนไชยานนท์ และ สุวณิทยั อีระศักดิ์วิเชียร, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลิฟวิง; 2548. หน้า. 202-10.
4. Munro MG. The evolution of uterine surgery. Clin Obstet Gynecol 2006; 49 : 713-21.
5. Baakdah H, Tulandi T. Uterine fibroid embolization. In: Clin Obstet and Gynecol 2005; 48 : 361-8.
6. Hager WD, Larsen JW. Postoperative infections: prevention and management. In : Rock JA, Jones III HW. Te Linde's Operative Gynecology. 10th ed. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 190-202.
7. Katz VL. Postoperative counseling and management. In: Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia : Mosby Elsevier; 2007. p. 661-710.

