

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลสุรินทร์

Total Abdominal Hysterectomy in Surin Hospital

ยุพาพร วิจัยฉัตรกุล *

Abstract

- Objective** : To study the incidence, indication, pathologic findings and complication of Total Abdominal Hysterectomy (TAH) in Surin Hospital.
- Design** : Retrospective study
- Setting** : Department of obstetrics and Gynecology, Surin Hospital.
- Subjects** : Two hundred and seventeen patients who underwent TAH in Surin Hospital, from January 1, 2001 to December 31, 2001.
- Result** : There were 73.56% of TAH from the whole hysterectomized patients in this year. Most of the patients were multipara (parity ≥ 2 70.05%) between 30-49 years old (84.33%). The most common symptom was lower abdominal pain (38.25%) and the most common indication was Leiomyoma (58.53%) followed by CIN+CIS and Adenomyosis. The morbidity were fever, excessive bleeding and infection.
- Conclusions** : The incidence of TAH was 73.56% from the whole hysterectomized patients. Most of the patients were married, multipara and came to hospital with symptom of lower abdominal pain. The most common indication was Leiomyoma and the morbidity were fever, excessive bleeding and infection.
- Keywords** : Total Abdominal Hysterectomy , Indication , Complication.

* นายแพทย์ 7 วุฒิปัตร์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาสุนัขศาสตร์ - นรีเวชวิทยา กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ผลทางพยาธิวิทยา และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลสุรินทร์
- รูปแบบการวิจัย** : การศึกษาย้อนหลัง
- สถานที่ศึกษา** : กลุ่มงานสูติ-นรีเวชวิทยา และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสุรินทร์
- กลุ่มตัวอย่าง** : ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2544 จำนวน 217 ราย
- ผลการศึกษา** : พบว่ามีการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ร้อยละ 73.56 ของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดในโรงพยาบาลสุรินทร์ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ช่วงอายุ 30-49 ปี ร้อยละ 84.33 มีบุตร 2 คน ขึ้นไป ร้อยละ 70.05 อาการที่นำมาโรงพยาบาลมากที่สุด คือ อาการปวดท้องน้อย ร้อยละ 38.25 ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุด คือ Leiomyoma พบร้อยละ 58.53 รองลงมาเป็น CIN+CIS และ Adenomyosis ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะไข้ มีเลือดออกมากต้องให้เลือดทดแทนและ ภาวะอักเสบติดเชื้อ
- สรุป** : อุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง พบร้อยละ 73.56 ของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดในโรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีบุตรเพียงพอ อาการปวดท้องน้อย เป็นอาการนำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุด คือ Leiomyoma (ร้อยละ 58.53) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะไข้ เลือดออกมากต้องให้เลือดทดแทน และภาวะอักเสบติดเชื้อ

บทนำ

การตัดมดลูก (Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดที่ทำกันมากในทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โดยจัดเป็นการผ่าตัดอันดับสองรองจากการผ่าตัดคลอด⁽¹⁾ การผ่าตัด TAH เป็นการผ่าตัดใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากเช่น เกิดไข้ แผลผ่าตัดติดเชื้อ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิด ความสิ้นเปลือง อันเนื่องมาจากการใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัด ผู้ช่วยผ่าตัด ห้องผ่าตัด คลังเลือด ทำให้มีการสูญเสียงบประมาณจำนวนมาก

เมื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูก⁽²⁾ ใช้หลักเดียวกันกับการผ่าตัดทั่วไป ประการแรก เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง โดยที่ระงับด้วยการให้ยาแล้วไม่ดีขึ้น ประการที่สอง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก อาการปวดท้องน้อย มีก้อนในท้อง เป็นต้น ประการที่สาม เพื่อแก้ไขความผิดปกติทางอวัยวะซึ่งรบกวนการทำหน้าที่ปกติ เช่น เนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีข้อบ่งชี้อื่นๆ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมนัก เช่น เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่ หรือเพื่อเป็นการคุมกำเนิดถาวร เป็นต้น ทำให้มีการผ่าตัดมดลูกอย่างไม่จำเป็น ปัจจุบันมีทางเลือกอื่น ที่ทำให้การผ่าตัดมดลูกลดจำนวนลง เช่น การให้ยาประเภท GnRH

analogue หรือ การใช้ Hysteroscope ในการวินิจฉัยและรักษาอาการผิดปกติ โดยไม่ต้องตัดมดลูก เช่น Endometrial Polyp, Submucous Myoma เป็นต้น นอกจากนี้ การให้คำแนะนำและปรึกษาร่วมกันกับผู้ป่วย ในแนวทางการรักษาก็เป็นแนวทางหนึ่ง ที่ช่วยลดปัญหา ในการรักษาและผ่าตัดลงได้ ในโรงพยาบาลสุรินทร์ยังไม่มีเครื่องมือดังกล่าว การศึกษาเรื่อง ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด และการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม จึงจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดข้อผิดพลาดและผลแทรกซ้อนน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy ; TAH) ลักษณะของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ผ่าตัด TAH จำนวน 217 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2544

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบมีการผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) ทั้งหมด 295 ราย แบ่งเป็นการผ่าตัด TAH 217 ราย (ร้อยละ 73.56) และผ่าตัดทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) 78 ราย (ร้อยละ 26.44)

ตารางที่ 1 จำแนกการผ่าตัด TAH ตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	ราย	ร้อยละ
≤ 19	2	0.92
20-29	4	1.84
30-39	53	24.42
40-49	130	59.91
50-59	23	10.60
≥ 60	5	2.31
รวม	217	100

ตารางที่ 1 พบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TAH ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 59.91 รองลงมา
เป็นกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 24.42

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	ราย	ร้อยละ
โสด/0	26	11.98
1	39	17.97
2	57	26.27
3	55	25.35
4	27	12.44
≥ 5	13	5.99
รวม	217	100

ตารางที่ 2 พบผู้ป่วยมีสถานภาพโสดและไม่มีบุตรร้อยละ 11.98 นอกนั้นส่วนใหญ่มีบุตร 2
คนขึ้นไป ร้อยละ 70.05

ตารางที่ 3 อาชีพของผู้ป่วยผ่าตัด TAH

อาชีพ	ราย	ร้อยละ
รับราชการ	25	11.52
รับจ้าง	22	10.14
เกษตรกรกรรม	138	63.60
ค้าขาย	8	3.68
แม่บ้าน	23	10.60
อื่นๆ	1	0.46
รวม	217	100

ตารางที่ 3 อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 63.60) รองลงมาเป็นอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 11.52)

ตารางที่ 4 แสดงอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

อาการนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวดท้องน้อย	83	38.25
มีก้อนในท้อง	65	29.95
เลือดออกทางช่องคลอด	39	17.97
แพทย์ตรวจพบ	25	11.52
ตกขาว	5	2.31
รวม	217	100

* ผู้ป่วยบางราย มีอาการนำมากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 4 อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดท้องน้อย (ร้อยละ 38.25) รองลงมาเป็น คลำได้ก้อนในท้อง และมีเลือดออกทางช่องคลอดตามลำดับ (ร้อยละ 29.95 และ 17.97)

ตารางที่ 5 แสดงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และผลทางพยาธิวิทยาที่พบร่วม

ข้อบ่งชี้	จำนวน	ร้อยละ	ผลทางพยาธิวิทยาที่พบร่วม
Leiomyoma	127	58.53	Adenomyosis Endometriosis Endometrial polyp Endometrial hyperplasia Benign ovarian cyst Leiomyosarcoma Normal (1 ราย)
CIN*, CIS*	24	11.06	Adenomyosis Benign ovarian cyst Leiomyoma Endometriosis
Adenomyosis	22	10.14	Leiomyoma Endometriosis Normal (2 ราย)
Ovarian tumor	11	5.07	Benign ovarian cyst Malignant ovarian tumor Infection - TB peritonitis , TOA*
Endometriosis	10	4.61	Adenomyosis Leiomyoma
AUB*	7	3.23	Leiomyoma Adenomyosis Endometrial polyp
Pelvic mass	4	1.84	Endometriosis Benign ovarian cyst Leiomyoma
Molar pregnancy	6	2.76	Choriocarcinoma
Recurrent DUB*	3	1.38	Submucous myoma Endometrial polyp
Uterine atony	2	0.92	
Mental Retardation	1	0.46	
รวม	217	100	

*CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasia

CIS - Carcinoma in situ

TOA - Tuboovarian abscess

AUB - Abnormal Uterine Bleeding

DUB - Dysfunctional Uterine Bleeding

ตารางที่ 5 ข้อบ่งชี้พบมากที่สุด ในการตัดมดลูก คือ Leiomyoma (ร้อยละ 58.53) รองลงมาเป็น CIN + CIS, Adenomyosis ตามลำดับ (ร้อยละ 11.06, 10.14)

ตารางที่ 6 แสดงหัตถการ

การผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
TAH	25	11.52
TAH + Unilat.SO	13	5.99
TAH+ Unilat.SO + Appendectomy	16	7.37
TAH+BSO	85	39.17
TAH+BSO+Appendectomy	54	24.89
TAH+BSO+Appendectomy+Omentectomy	5	2.30
TAH+Appendectomy	19	8.76
รวม	217	100

ตารางที่ 6 หัตถการที่แพทย์ทำร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องมากที่สุด คือ TAH+BSO (ร้อยละ 39.17) รองลงมาเป็น TAH + BSO+Appendectomy (ร้อยละ 24.89)

การเจ็บป่วยก่อนการผ่าตัด พบเป็นโรคเบาหวาน 10 ราย ความดันโลหิตสูง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างละ 8 ราย ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด มีเลือดออกมากต้องให้เลือดทดแทน 21 ราย มีอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง 2 ราย หลังผ่าตัด พบไข้, ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลอักเสบ และแผลแยก (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน
1. ก่อนการผ่าตัด	
เบาหวาน	10
ความดันโลหิตสูง	8
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	8
หอบหืด	2
2. ขณะผ่าตัด	
Ureter injury	1
Bladder injury	1
Excessive Bleeding	21 (9.68%)
3. หลังผ่าตัด	
Fever	48 (22.12%)
Vaginal cuff infection	8
UTI	7
Wound infection	3
Wound evisceration	1

วิจารณ์

สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (TAH) ทั้งหมด 217 ราย ส่วนใหญ่เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ มากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น^(3,4) พบอายุน้อยที่สุด 13 ปี เป็นผู้ป่วย Mental Retardation ซึ่งดูแลตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว และมีบุตร 2 คนขึ้นไป แต่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 11.98 ซึ่งยังไม่มีบุตรเลย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 63.60 ซึ่งส่วนมากมักขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ ทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ อาการปวดท้องน้อยเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมา โรงพยาบาล ซึ่งเป็นอาการที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยนรีเวช แพทย์ควรตรวจแยกให้ชัดเจนว่าอาการนั้นเป็นสาเหตุจากโรคทางนรีเวช

หรือไม่ ควรให้ความสนใจในการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดในการผ่าตัด TAH ในโรงพยาบาลสุรินทร์ คือ Leiomyoma (ร้อยละ 58.53) เช่นเดียวกับรายงานอื่นๆ^(3,4) ซึ่ง Leiomyoma พบในผู้ป่วยในรีเวชอันดับต้นๆ การพิจารณาผ่าตัดจะทำในรายที่มีอาการหรือมีก้อนโตเทียบเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป แม้ว่าในปัจจุบัน แนวทางการรักษาเปลี่ยนไป มีการใช้การตรวจติดตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ต้องการผ่าตัด และลักษณะของก้อนไม่มีการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง นอกจากนี้มีการใช้ยาบรรเทาอาการอักเสบ (NSAID)^(5,6) ในการลดความเจ็บปวดจาก Red degeneration และลดปริมาณเลือดออก ให้น้อยลง หรือใช้ GnRH analogue เพื่อทำให้เกิดภาวะ Pseudomenopause และทำให้ก้อนเนื้องอกปริมาตรลดลง ถึงร้อยละ 50 หลังใช้ยาไป 3 เดือน เหมาะที่จะใช้ร่วมกับการผ่าตัด Myomectomy ช่วยลดการเสียเลือด และทำให้ผ่าตัดได้ง่ายขึ้น หรือใช้ในผู้ป่วยใกล้หมดประจำเดือน เพื่อจะได้ไม่ต้องทำการผ่าตัด เพราะเนื้องอกจะมีขนาดเล็กลง เมื่อหมดประจำเดือน ข้อเสียคือ ถ้าให้เกิน 6 เดือน อาจมีปัญหาเรื่อง กระดูกพรุน กรณีที่ก้อนเนื้องอกมีขนาดไม่โตมากนัก อาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาด เป็น Adenomyosis ได้ ซึ่งผลทางพยาธิวิทยาพบร่วมกันได้บ่อย จึงอาจเป็นเหตุให้ อาการนำสำคัญ

ของผู้ป่วยเป็นอาการปวดท้องน้อย ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพร่วม มากกว่าจะเป็นเรื่องก้อนของเนื้องอกโดยตรงต่างจากการศึกษาอื่นที่ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องก้อนและเลือดประจำเดือนออกมาก⁽⁷⁾ ผลของพยาธิวิทยาที่มักพบร่วมกับ Leiomyoma เช่น Adenomyosis, Endometriosis, Endometrial hyperplasia เป็นต้น พบผลพยาธิวิทยาปกติ 1 ราย ข้อบ่งชี้อันดับรองลงมา คือ CIN+CIS (ร้อยละ 11.06) ซึ่งตรวจพบมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Papsmear) ทำให้พบพยาธิสภาพที่ผิดปกติของปากมดลูกแต่เนิ่นๆ ซึ่งเดิมเมื่อพบก็มีการลุกลามของมะเร็งปากมดลูกมากแล้ว ข้อบ่งชี้อันดับสาม คือ Adenomyosis มักพบร่วมกับ Leiomyoma, Endometriosis พบผลทางพยาธิวิทยาปกติ 2 ราย มีการศึกษาถึงความถูกต้องของ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด TAH ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า Leiomyoma เป็นข้อบ่งชี้ที่ถูกต้องมากที่สุด (ร้อยละ 84) และข้อบ่งชี้ Adenomyosis ถูกต้องน้อยที่สุด (ร้อยละ 34.9)⁽⁸⁾

หัตถการที่ทำร่วมกับการผ่าตัด TAH มากที่สุด คือ TAH+BSO (ร้อยละ 39.17) รองลงมา คือ TAH+BSO+Appendectomy (ร้อยละ 24.89) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ พิจารณาตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง ในกรณีที่มียาธิสภาพรุนแรงหรือผู้ป่วยอายุเกิน 45 ปี ขึ้นไป

การผ่าตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี จะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดฮอร์โมน เอสโตรเจนที่สร้างจากรังไข่เร็วเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติทั้งทางด้านสรีรวิทยาของระบบต่างๆ และทางด้านจิตใจ อาการในระยะสั้นได้แก่ hot flashes กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย เป็นต้น อาการระยะยาว ได้แก่ coronary heart disease และ osteoporosis การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องของ HRT และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรังไข่ดีขึ้น ในกรณีที่เก็บรังไข่ไว้ข้างเดียว หรือทั้ง 2 ข้าง มีการพบเนื้องอกรังไข่ เกิดขึ้นภายหลังได้ทั้ง Benign และ Malignant⁽⁹⁾ โดยแนวโน้ม Benign มากกว่า Malignant⁽¹⁰⁾ ในครอบครัวที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่ การทำ Prophylactic Oophorectomy อาจช่วยได้แต่อาจมีมะเร็งรังไข่เกิดขึ้นได้ถ้ามะเร็งนั้นเกิดจาก Ovarian remnant หรือ ectopic ovarian tissue ในช่องเชิงกราน หรือ retroperitoneum โดยเนื้อเยื่อรังไข่ดังกล่าวพบมากที่สุดที่ broad ligament

โรคประจำตัวผู้ป่วยที่พบก่อนผ่าตัดคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หอบหืด ขณะผ่าตัด พบว่า มีการบาดเจ็บคือ ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะอย่างละ 1 ราย เกิดการสูญเสียเลือดมากต้องให้เลือดทดแทน 21 ราย (ร้อยละ 9.68) หลังผ่าตัด มีภาวะไข้ ร้อยละ

22.12 (อุณหภูมิร่างกาย $> 38^{\circ}\text{C}$ ปรากฏอยู่อย่างน้อย 2 วันในช่วง 10 วันแรก ยกเว้น 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด) ที่ทราบสาเหตุมีการติดเชื้อที่ Vaginal cuff, UTI, แผลติดเชื้อ แผลแยก ต้องกลับเข้านอนโรงพยาบาลใหม่ (1 ราย) มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดไข้หลังผ่าตัด TAH พบว่าเกิดจาก 1. การใช้ Prophylactic antibiotic 2. ระยะเวลาในการผ่าตัด 3. ความชำนาญของผู้ผ่าตัด⁽¹¹⁾ นอกจากนี้การเย็บปิด Vaginal cuff ทำให้เกิดไข้จาก Vaginal cuff infection มากกว่าการเย็บเปิด Vaginal cuff อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 33.33 และ 18.33, $p < 0.05$)⁽¹²⁾ เนื่องจากมีการระบายน้ำเหลืองและเลือดที่อยู่เหนือ Vaginal cuff ให้ไหลออกมาทางช่องคลอดได้⁽²⁾ ทำให้ไม่เกิดก้อนเลือดค้างอยู่นานจนเกิดติดเชื้อขึ้น อย่างไรก็ตามมีผู้พบว่าการเย็บเปิด Vaginal cuff ทำให้เกิด granulation tissue บริเวณ Vaginal stump ได้มากกว่าเย็บปิด Vaginal cuff⁽¹³⁾ แต่ยังคงต้องการ การศึกษาสนับสนุนเพิ่มเติม

การให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด แก่ผู้ป่วยบางรายที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ เสี่ยงฐานะยากจน เคยผ่าตัด หรือชุดมดลูก มาก่อน หรือคาดว่าจะต้องทำการผ่าตัดนาน จะเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

การตัดมดลูกเพื่อรักษาพยาธิสภาพทางด้านนรีเวช ยังมีความจำเป็น นอกจากแพทย์จะต้องมีความรอบคอบและความชำนาญในการ

ผ่าตัดแล้ว ยังต้องคำนึงถึงผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การอธิบายถึงความจำเป็นในการผ่าตัด ผลแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ขณะผ่าตัด และผลกระทบหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล และปรับตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว

สรุป

พบอุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร้อยละ 73.56 ของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมด ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ส่วนใหญ่ อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และมีบุตรเพียงพอ อาการปวดท้องน้อยเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ข้อบ่งชี้ที่พบมากที่สุดคือ Leiomyoma (ร้อยละ 58.53) ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือภาวะไข้ เลือดออกมาก และภาวะติดเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ปรามิทธิ์ สุจินพรัหม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตได้ทำการศึกษา ตลอดจนอนุญาตให้นำเสนอรายงานฉบับนี้ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่เวชสารสนเทศ และกลุ่มงานพยาธิวิทยาในการให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และพิมพ์รายงานฉบับนี้จนลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Timmons MC, Addison WA. Current indication for hysterectomy. In : Stovall TG, ed. Hysterectomy. Amsterdam : Elsevier Science Publishing, 1993 : 17-25.
2. Thompson JD, Rock JA. Appropriate indication for hysterectomy. Te linde's operative gynecology 7th ed. Philadelphia : J.B.Lippincott, 1992 : 670.
3. กมลพันธ์ ชมเสวี. Hysterectomy in central hospital. J. Central Hospital 1989 ; 26: 71-82.
4. ชาทรี ดันติยวงศ์, ภาวิณี กาญจนถวัลย์. การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลมะเร็งในปิงบประมาณ 2536-2538. วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 4: 521-9.
5. Barbieri RL. Ambulatory management of uterine leiomyoma. Clin Obstet Gynecol 1999; 42 : 196 - 205.
6. Davis KM, Schlaff WD. Medical management of uterine fibromyomata . Obstet Gynecol Clin North Am 1995 ; 22: 727 - 38.
7. Arun Taensingtrong . Abdominal Hysterectomy at uthai thani hospital during 1990 - 1992 . Reg 11 Med J 1994 Jan - Dec 8 ; (1-3) : 29 - 42.

8. ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์, เทเวศน์ ถิ่นธรา. ความถูกต้องของข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2540 ; 15 : 101-5.
9. วรณเพ็ญ เบญจชัย, เทวินทร์ โกสยตระกูล, เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวรรณ. เนื้องอกรังไข่ ภายหลังการตัดมดลูก. วารสารโรคมะเร็ง 2531 ; 14 : 115-21.
10. Christ JE, Lotze EC. The residual ovary syndrome. Obstet Gynecol 1975 ; 46 : 551-6.
11. Pothinam S, Sirinavasatian P, Lumbiganon P. Febrile and infections morbidity after abdominal hysterectomy at srinagarind hospital. J Med Assoc Thai March 1992 ; 75 : 178-81.
12. อภิชาติ อัครวิพุธ. การเปรียบเทียบภาวะมีไข่ ภายหลังการผ่าตัดหน้าท้องระหว่างวิธีเย็บปิดส่วนปลายช่องคลอด และวิธีเย็บเปิดส่วนปลายช่องคลอด. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2540 ; 22: 1 - 14.
13. Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB. Danforth's Obstetrics and Gynecology 8th ed : Lippincott Williams and Wilkins 1999 : 746-747, 861-2.