

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

นลินทิพย์ ลิ้มล้อมวงศ์ พ.บ.

Complication of gynecologic laparoscopic surgery in Samutprakarn hospital

Abstract

Objective : To determine the complication of gynecologic laparoscopic surgery in Samutprakarn hospital.

Material and Method : A retrospective and descriptive analysis of medical records from 205 women who underwent gynecologic laparoscopic surgery in Samutprakarn hospital.

Result Two hundred five women were recruited between July 2013 and July 2017. One-fourth of subjects had history of previous gyneco-logic surgery. Major complication rate was 2.4%. Urinary bladder, bo-wel were 1.9% and 0.5%, respectively. The conversion rate to explora-tory laparotomy was 1.5%.

Conclusion The major complication rate was 2.4%.

Nalintip Limlomwongse M.D.

Department of Obstetrics

& Gynecology

Sumutprakarn Hospital

Sumutprakarn 10270

Thailand

Keyword : Complication, Gynecologic laparoscopy

วารสารวิชาการแพทย์ ;31

เขต **112560**
Reg Med J 2017

: 633 - 640

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัจจุบันการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช มีบทบาทมากในการรักษาโรคทางสูตินรีเวช

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

รูปแบบการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณน่าย้อนหลัง โดยรวบรวมรายงานจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึง กรกฎาคม 2560 จำนวน 205 ราย

ผลการศึกษา : หนึ่งในสี่ของสตรีมีประวัติการผ่าตัดทางนรีเวช อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ร้อยละ 2.4 พบว่ามีการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 1.9 และร้อยละ 0.5ตามลำดับ อัตราการเปลี่ยนจากการผ่าตัดส่องกล้องเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 1.5

สรุปผลการศึกษา : ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงพบในอัตราร้อยละ 2.4

คำรหัส : ภาวะแทรกซ้อน, การผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช (gynecologic laparoscopic surgery) เป็นการผ่าตัดโดยการสอดกล้องผ่านเข้าไปในช่องท้องเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคในช่องท้อง ทั้งของมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ การรักษาด้วยวิธีนี้จะกระทบกระเทือนต่ออวัยวะภายในน้อยที่สุด ลดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยใช้เวลาพักฟื้นไม่นานและหายเร็ว^(1,2) วิธีนี้เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมาก และเหมาะสมมากสำหรับผู้ป่วยอายุน้อยและต้องการมีบุตร^(1,2) โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ส่องผ่านรูเปิดขนาดเล็กทางหน้าท้อง ประมาณ 1 - 4 รู เพื่อเข้าไปสำรวจหรือร่วมกับการผ่าตัดรักษาโดยภาพที่เห็นจะปรากฏทางหน้าจอทีวีเพื่อให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้เห็นภาพอย่างชัดเจนและผ่าตัดได้แม่นยำ จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศที่รวบรวมไว้⁽²⁾ มีการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช พบข้อดีเมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในเรื่องของปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดลดลงเฉลี่ย 45 มิลลิลิตร ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 2 วัน ระยะการพักฟื้นกลับไปทำงานได้เร็วขึ้นเฉลี่ย 13.6 วัน แต่พบระยะเวลาผ่าตัดที่นานกว่าการบาดเจ็บต่อทางเดินปัสสาวะที่มากกว่าประมาณ 24 ต่อ 1,000 ราย เมื่อเทียบกับผ่าตัดทางหน้าท้อง 10 ต่อ

1,000 ราย ส่วนการบาดเจ็บต่อลำไส้ไม่แตกต่างกัน ในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช^(1,3-7) พบข้อดีของการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชที่เหมือนกันเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ⁽²⁾ ส่วนภาวะแทรกซ้อนพบได้มากกว่าได้แก่การบาดเจ็บต่อทางเดินปัสสาวะพบร้อยละ 1-6.7 และการบาดเจ็บต่อลำไส้ร้อยละ 0.95-6.7 ซึ่งแตกต่างกันตามแต่ละรายงาน ในโรงพยาบาลสมุทรปราการเริ่มมีการให้บริการการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชเพื่อรักษาและวินิจฉัยโรคทางนรีเวชตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยจำนวน 205 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึง กรกฎาคม 2560 เข้ามาได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช ได้แก่ โรคเนื้องอกมดลูก เนื้องอกปีกมดลูก ตั้งครรภ์นอกมดลูก อังเชิงการอักเสบ เป็นต้น⁽²⁾ การศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชในระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่โรงพยาบาลสมุทรปราการได้ให้บริการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชมา จะทำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อน ข้อบกพร่อง ที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนางานและบุคลากรด้านการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 205 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2556 ถึง เดือนกรกฎาคม 2560 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ซึ่งการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสีย ระหว่างผ่าตัด ข้อมูลต่าง ๆ ได้รับการรวบรวมและวิเคราะห์ทางสถิติโดยโปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย

จากการรวบรวมรายงานย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2 และ 3 ลำดับ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ทางนรีเวช และนัดดูแผลหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และนัดฟังผลชิ้นเนื้อที่ 4 สัปดาห์

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 205 ราย

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน	Range
อายุ (ปี)	34.09±13.79	9-68
ดัชนีมวลกาย (BMI) (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	23.8±4.33	14.7-44
โรคประจำตัว* ราย (ร้อยละ)	24(11.7)	-
ประวัติเคยผ่าตัดทางหน้าท้อง ราย (ร้อยละ)	53(25.9)	-
ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด (มิลลิลิตร)	134.74±145.53	5-900
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด (วัน)	3±1.03	1-7
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	116±74	15-480

* โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบ โรคโลหิตจาง และโรคไทรอยด์

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

ข้อมูล	จำนวนราย (ร้อยละ)
ข้อบ่งชี้	
Myoma uteri & adenomyosis	69(33.7)
Endometriotic cysts	35(17)
Other ovarian cyst	30(14.6)
Tubal pregnancy	27(13.2)
Multiparity	11(5.4)
Other	33(16.1)

ข้อมูล	จำนวนราย (ร้อยละ)
Minor Surgery	
Hysteroscopic resection	10(4.9)
Diagnostic laparoscopy	5(2.4)
LTR	14(6.8)
Major Surgery	
Ovarian cystectomy	48(23.3)
Salpingectomy, oophorectomy, salpingo-oophorectomy	35(17.1)
Advanced surgery	
TLH, TLH with BSO, TLH with bilateral salpingectomy	45(22)
LAVH	34(16.6)
Myomectomy	10(4.9)
NOTES hysterectomy	1(0.5)
Conversion to open abdominal surgery	3(1.5)

LAVH = laparoscopic assisted vaginal hysterectomy

TLH = total laparoscopic hysterectomy

LTR = laparoscopic tubal resection

BSO = bilateral salpingo-oophorectomy

NOTES = natural orifice transluminal endoscopic surgery

ตารางที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด Minor, Major และ Advanced surgery

ชนิดการผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)
Minor	29	35±24
Major	83	83±46
Advanced	93	174±59

ตารางที่ 4 แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนราย (ร้อยละ)
Major complication	5(2.4)
Bladder injury	4(1.9)
Ureteric injury	0
Bowel injury	1(0.5)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนราย (ร้อยละ)
Minor complication	11(5.4)
Blood transfusion	5(2.4)
Port site infection	3(1.5)
Vaginal stump infection	3(1.5)

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 34 ปี จำนวนร้อยละ 25.9 เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จำนวนวันที่นอนหลังผ่าตัด ระยะเวลาตั้งแต่ 1-7 วัน โดยผู้ป่วยที่นอน 1 วันมักจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถ์แบบส่องกล้อง

ตารางที่ 2 แสดงถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด และหัตถ์การในการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ที่พบมากที่สุดคือเนื้องอกมดลูกคิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาคือเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่คิดเป็นร้อยละ 17

ตารางที่ 3 แสดงถึงระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดจากแต่ละหัตถ์การ

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดผ่านกล้องซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดคือ การได้รับเลือดขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 2.4 ส่วนการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 1.9 การบาดเจ็บต่อลำไส้คิดเป็นร้อยละ 0.5

การผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชที่โรงพยาบาลสมุทรปราการตั้งแต่ปี 2556 พบชนิดของภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาโดยศึกษาถึงการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะท่อไตและลำไส้⁽³⁻⁹⁾ แต่มีความแตกต่างเรื่องของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะแต่ละชนิดซึ่งขึ้นกับความซับซ้อนของการผ่าตัด เมื่อเทียบกับการศึกษาขนาดใหญ่ที่ผ่านมาพบอัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดประมาณ 3.3 ต่อ 100,000 ราย⁽¹⁰⁾ อัตราการเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง 3.2-3.3 ต่อ 1,000 ราย⁽¹⁰⁾ อวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บบ่อยที่สุดคือ ระบบทางเดินปัสสาวะเกิด 2.5 ต่อ 1,000 ราย การบาดเจ็บต่อลำไส้ 0.7 ต่อ

1,000 ราย และการบาดเจ็บต่อหลอดเลือด 0.1 ต่อ 1,000 ราย ตามลำดับ⁽⁸⁾ และเมื่อเทียบกับรายงานการศึกษาในประเทศไทย พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยรวมประมาณร้อยละ 8.98 ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงพบร้อยละ 2.4 อัตราการให้เลือดร้อยละ 3.55⁽¹⁾ อัตราการเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องร้อยละ 0-4.8^(1,3-7) ในการศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยรวมประมาณร้อยละ 7.8 โดยพบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (major complication) ร้อยละ 2.4 อัตราการให้เลือดร้อยละ 2.4 ซึ่งไม่แตกต่างมากจากการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁾ พบอัตราการเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องที่สูงกว่า พบร้อยละ 1.5 (3 ใน 205 ราย) ซึ่ง 3 รายที่พบ 2 คน มีประวัติการผ่าตัดเปิดหน้าท้องมาก่อนและอีก 1 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่อย่างรุนแรง โดยประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ผ่าตัดพิจารณาว่าการเปิดผ่าตัดทางหน้าท้องน่าจะปลอดภัยมากกว่า และจากการศึกษานี้มีอัตราการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดน้อยกว่า⁽⁸⁾ คือไม่พบการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดแต่การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาน้อยกว่ามากคือ 205 รายเมื่อเทียบกับการศึกษานานาชาติ⁽⁸⁾ ซึ่งมีจำนวนคนที่ศึกษาถึง 32,205 ราย สำหรับภาวะแทรกซ้อนต่อลำไส้พบ 1 ราย (ร้อยละ 0.5) ซึ่งแตกต่างไม่มากเมื่อเทียบกับร้อยละ 0.33 จากการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ และการศึกษานี้ไม่พบการบาดเจ็บต่อท่อไต จากการศึกษาที่ผ่านมาพบร้อยละ 0.33 และ 0.13^(12,13) ซึ่งน่าจะเกิดจากจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าและเป็นการศึกษาขนาดเล็กเมื่อเทียบกับการศึกษาขนาดใหญ่ที่ผ่านมาการบาดเจ็บต่อลำไส้และกระเพาะปัสสาวะในการศึกษานี้จะพบในขณะที่ผ่าตัดอยู่และทำการรักษาได้ทันทีซึ่ง

จะพบในผู้ป่วยที่เคยรับการผ่าตัดโดยเปิดทางหน้าท้องหรือเป็นโรคที่วินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่แบบรุนแรง

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เวชระเบียนจากจำนวนผู้ป่วย 205 คน ภายในระยะเวลา 4 ปี ทำให้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล ร่วมกับเป็นการศึกษาของผู้ผ่าตัดเพียงคนเดียวจึงอาจมีความแปรผันของข้อมูลได้ แต่ข้อมูลจากการศึกษานี้ ทำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแต่สามารถตรวจพบและดำเนินการแก้ไขได้ทันที จึงไม่พบอัตราการเสียชีวิตเลยแม้แต่คนเดียว ด้วยเหตุนี้จึงสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงงานด้านผ่าตัดผ่านกล้องทางรีเวช ร่วมกับศึกษาต่อในเรื่องการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดส่องกล้องทางรีเวช เป็นการผ่าตัดที่ปลอดภัย กระบวนการที่ค่อนข้างง่ายและรวดเร็ว ในผู้ป่วยที่มีขนาดเล็ก ใช้กล้องส่องขยายขณะผ่าตัด ทำให้เห็นกายวิภาคได้ชัดเจน ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดได้ลดลง เสียเลือดน้อยลง ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งสามารถพัฒนางานผ่าตัดให้เป็นมาตรฐานเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลสมุทรปราการให้ก้าวหน้าต่อไปได้อีกในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Teerapong S, Rungaramsin P, Tanprasertkul C, Bhamarapravatana K, Suwannarurk K. Major complication of gynaecological laparoscopy in Police General Hospital: a 4-year experience. J Med Assoc Thai. 2012 Nov;95(11):1378-83.
2. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2009; (3): CD003677.

3. Kulvanitchaiyanunt A. A retrospective and comparative study between laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH) and total abdominal hysterectomy (TAH). J Med Assoc Thai 2004; 87: 745-9.
4. Jaturasrivilai P. A comparative study between laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy. J Med Assoc Thai 2007; 90: 837-43.
5. Ratchanon S, Hanidhikul P, Virojchaiwong P, Triwitayakorn A, Wi-riyasirivaj B. Results of total laparoscopic hysterectomy for benign diseases in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Vajira Med J 2008; 52: 5-13.
6. Wiriya-sirivaj B, Ratchanon S, Triwitayakorn A. Comparison of total laparoscopic hysterectomy and total abdominal hysterectomy for benign diseases in BMA Medical College and Vajira Hospital. Vajira Med J 2009; 53: 7-16.
7. Sutasanasuang S. Laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: a retrospective comparative study. J Med Assoc Thai 2011; 94: 8-16.
13. Chalerm-chockchareonkit A, Tekasakul P, Chaisilwattana P, Sirimai K, Wahab N. Laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy for severe pelvic endometriosis Int J Gynaecol Obstet 2012; 116: 109-11.
8. Harkki-Siren P, Sjoberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: a follow-up Finnish study. Obstet Gynecol 1999; 94: 94-8.
9. Jansen FW, Kapiteyn K, Trimbo-Kemper T, Hermans J, Trimbo JB. Complications of laparoscopy: a prospective multicentre observational study. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 595-600.
10. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA,

Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. *Hum Reprod* 1998; 13: 867-72.

11. Brosens I, Gordon A, Campo R, Gordts S. Bowel injury in gynecologic laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10: 9-13.

12. Makai G, Isaacson K. Complications of gynecologic laparoscopy. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 401-11.

13. Ostrzenski A, Radolinski B, Ostrzenska KM. A review of laparoscopic ureteral injury in pelvic surgery. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58: 794-9.

