

การศึกษาเปรียบเทียบพยาธิสภาพที่พบ จากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังใน อุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

พงษ์ธร วิโรจน์ชัยวงศ์ พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความชุกของพยาธิสภาพชนิดต่างๆ ที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

ชนิดของการวิจัย : การวิจัยแบบวิเคราะห์เปรียบเทียบย้อนหลัง

กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานเนื่องจากอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานจำนวน 116 ราย และเป็นการตรวจตามปกติในหญิงที่มีบุตรยากซึ่งไม่มีอาการปวดในอุ้งเชิงกรานจำนวน 114 ราย ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวนรวมทั้งสิ้น 230 ราย ระหว่างเดือนมกราคม 2537 - เดือนธันวาคม 2543

วิธีดำเนินการวิจัย : เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในรายงานผลการผ่าตัด รายงานการตรวจโรคผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลลักษณะทั่วไป เช่นอายุ น้ำหนัก ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชนิดของพยาธิสภาพ เช่น เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน และไม่พบพยาธิสภาพ ลักษณะที่สำคัญของพยาธิสภาพ เช่น ความรุนแรง รูปแบบ และตำแหน่งลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์

ตัววัดที่สำคัญ : ความชุกของพยาธิสภาพชนิดต่างๆ ที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน เช่น เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกรานและการไม่พบพยาธิสภาพ

ผลการวิจัย : ความชุกของพยาธิสภาพที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึ่งได้แก่ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ร้อยละ 53.44 และ 54.38 พังผืดในอุ้งเชิงกรานร้อยละ 31.04 และ 28.07 และไม่พบพยาธิสภาพร้อยละ 15.52 และ 17.55 ตามลำดับ

สรุป : ความชุกของพยาธิสภาพที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึ่งได้แก่ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน และไม่พบพยาธิสภาพมีสัดส่วนใกล้เคียงกันและพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Abstract**Comparative Study between Laparoscopic Pathological Findings in Chronic Pelvic Pain and Asymptomatic Patients****Phongthorn Virojchaiwong MD****Department of Obstetrics and Gynecology, BMA Medical College and Vajira Hospital****Objective :** To compare the prevalence of any type of laparoscopic pathological findings in chronic pelvic pain and asymptomatic patients.**Study design :** Retrospective case control study.**Subjects :** Two hundred and thirty female patients which were received laparoscopy due to chronic pelvic pain (116) or as a routine evaluation in infertile patients (114) whom were asymptomatic for pelvic pain in BMA Medical College and Vajira Hospital between January 1994 - December 2000.**Method :** Retrospective collection the data from medical records, operative notes, out patient department cards, then record the data such as age, weight, history of previous abdominal surgery or sexual transmitted disease, type of pathological findings such as endometriosis, pelvic adhesive lesions, and negative study, important characteristics such as severity, form, location in patient record forms for further analysis.**Main outcome measures :** The prevalence of any type of laparoscopic pathological findings such as pelvic endometriosis, pelvic adhesive lesions, and negative study.**Results :** The prevalence of laparoscopic pathological findings in chronic pelvic pain and asymptomatic patients which were pelvic endometriosis 53.44 % and 54.38 %, pelvic adhesive lesions 31.04 % and 28.07 %, and negative study 15.52 % and 17.55 % respectively.**Conclusion :** The prevalence of laparoscopic pathological findings in chronic pelvic pain and asymptomatic patients which were pelvic endometriosis, pelvic adhesive lesions and negative study were in the same proportion and no statistically significant differences.**Key words :** laparoscopic pathological findings, chronic pelvic pain, infertility**บทนำ**

อาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน (chronic pelvic pain) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยทางนรีเวชกรรมและสร้างความสับสนให้แก่แพทย์ผู้รักษาเนื่องจากยังไม่มีใครทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริง การตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน (laparoscopy) อาจทำให้พบพยาธิสภาพซึ่งแอบแฝงอยู่รวมทั้งบ่อยครั้งที่การใช้วิธีการรักษาผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน

(operative laparoscopy) ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ให้การรักษาโรคตามพยาธิสภาพที่พบและคาดว่าเป็นสาเหตุของภาวะนี้ไม่มีผลให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นแต่อย่างใด หรือไม่พบพยาธิสภาพใดๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะนี้จากการตรวจ ซึ่งผลที่ตามมาจากความสับสนวนวายใจทั้งผู้ให้และผู้รับการรักษาคือแนวโน้มที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคน (definitive surgery) ซึ่งประกอบไปด้วยการตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง

ออก ซึ่งบางครั้งปราศจากพยาธิสภาพใดๆ ทั้งสิ้น และยังสามารถนำมาซึ่งผลอันไม่พึงประสงค์ในภายหลังโดยไม่จำเป็น

ในรายงานต่างๆ จะพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานจะพบพยาธิสภาพได้ประมาณสองในสามซึ่งส่วนใหญ่คือเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน ฯลฯ¹⁻² และไม่พบพยาธิสภาพใดๆ (negative study) เป็นสัดส่วนถึงหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมด³ เนื่องจากรายงานส่วนใหญ่มักจะเป็นรายงานความชุกของพยาธิสภาพต่างๆ จากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานเพียงกลุ่มเดียว เช่น Newham⁴ และ Kontraravdis⁵ การรายงานเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดอุ้งเชิงกรานยังมีน้อยอยู่ นอกจากนี้ มีผู้รายงานถึงการที่ไม่พบพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน ในผู้ป่วยที่มีภาวะนี้สูงถึงหนึ่งในสาม³ ซึ่งในปัจจุบันเชื่อว่าอาจเกิดจากการวินิจฉัยผิดพลาดในกลุ่ม deep lesions ของ pelvic endometriosis หรือเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น irritable bowel syndrome, psychological factors⁶ ฯลฯ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาว่าพยาธิสภาพต่างๆ ที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานมีความชุกและลักษณะที่สำคัญบางประการแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดในอุ้งเชิงกรานอย่างไร ซึ่งการศึกษานี้อาจทำให้เข้าใจพื้นฐานของภาวะนี้และนำไปประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

ประชากรตัวอย่างและวิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ได้ศึกษาผู้ป่วยหญิงที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน และมีบุตรยากที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน ณ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมกราคม 2537 ถึงเดือนธันวาคม 2543 จำนวนทั้งสิ้น 230 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

Inclusion criteria

1. หญิงที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน
2. หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก

Exclusion criteria

1. หญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทางอายุรกรรม เช่น โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด ฯลฯ ซึ่งเป็นข้อบ่งห้ามของการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน

2. หญิงที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานหรือหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากที่มีอาการปวดในอุ้งเชิงกรานหรือที่จากการตรวจร่างกายทางคลินิก เช่น การตรวจภายใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานอย่างชัดเจน

วิธีการดำเนินการวิจัย

คัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วย ในรายงานผลการผ่าตัด และรายงานการตรวจโรคผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มที่ทำการศึกษา ในช่วงเวลาดังกล่าวข้างต้นจากหน่วยเวชระเบียนและสถิติ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล บันทึกข้อมูลลักษณะทั่วไป เช่น อายุ น้ำหนัก ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชนิดของพยาธิสภาพ เช่น เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน และไม่พบพยาธิสภาพ ลักษณะที่สำคัญของพยาธิสภาพ เช่น ความรุนแรง รูปแบบ และตำแหน่ง จากเวชระเบียนที่คัดเลือกไว้ลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จัดทำขึ้น และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS version 7.5 for window

นิยามตัวแปร

1. Chronic pelvic pain⁷

อาการปวดอุ้งเชิงกรานที่เกิดขึ้นเป็นรอบและไม่เป็นรอบเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งไม่พบสาเหตุที่ชัดเจนจากการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกซึ่งกระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวันทั้งร่างกายและจิตใจ

2. Asymptomatic patient

ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากซึ่งไม่มีอาการปวดในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานซึ่งเป็นการตรวจตามปกติในหญิงที่มีบุตรยาก

3. Laparoscopy

การใช้กล้อง laparoscope ตรวจวินิจฉัยโรคในอุ้งเชิงกรานโดยอาศัยภาพของพยาธิสภาพที่เห็นเป็นเกณฑ์

4. Infertile patient⁸

ภาวะซึ่งคู่สมรสมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอโดยไม่ได้คุมกำเนิดและไม่ตั้งครรภ์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีหรือภาวะซึ่งคู่สมรสเคยตั้งครรภ์มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ทั้งนี้รวมถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูกและการแท้งบุตรแต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ใหม่ได้อีกแม้ว่าจะมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอโดยไม่ได้คุมกำเนิดและไม่ตั้งครรภ์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

5. Laparoscopic pathological findings

พยาธิสภาพที่วินิจฉัยจากภาพที่เห็นจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ

5.1 เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (pelvic endometriosis) พบตุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ คือ black, blue-black, red, และ white lesion และในกรณีที่พบพังผืดเป็นพยาธิสภาพส่วนใหญ่จะต้องพบตุ่มที่มีลักษณะเฉพาะร่วมด้วยอย่างน้อยหนึ่งตุ่มจึงจะให้การวินิจฉัยเป็นเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่

5.2 พังผืดในอุ้งเชิงกราน (pelvic adhesive lesions) พบพังผืดที่เกิดในอุ้งเชิงกราน จากสาเหตุอื่นๆ นอกเหนือจากภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่

5.3 ไม่พบพยาธิสภาพ (negative study) ไม่พบพยาธิสภาพชนิดใดจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน

6. AFS classification

การแบ่งความรุนแรงของโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ตาม American Fertility Society Classification โดยแบ่งความรุนแรงเป็น minimal, mild, moderate, severe ตาม Revised AFS Classification (1985)^๑

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล สามารถแบ่งได้เป็น

2 ส่วน ตามชนิดของข้อมูลคือ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) ได้แก่ อายุ น้ำหนัก จะนำเสนอโดยใช้ค่า mean และ standard deviation ส่วนการเปรียบเทียบ mean แต่ละตัวใช้ student t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) เช่น ประวัติ การผ่าตัดในช่องท้อง ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความชุกของพยาธิสภาพแต่ละชนิดที่ตรวจพบในอุ้งเชิงกราน ฯลฯ จะนำเสนอโดยใช้ค่าร้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher’s exact test, Odds ratio, และ 95% confidence interval (95% CI)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือน มกราคม 2537 ถึงเดือนธันวาคม 2543 สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการที่ได้รับการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานจำนวน 230 ราย พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน (study group) จำนวน 116 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (control group) จำนวน 114 ราย ซึ่งผลการวิจัยแสดงดังในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการที่ได้รับการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกราน (ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับการผ่าตัดหลายอย่าง)

ลักษณะทั่วไป	Study group (n=116)				Control group (n=114)				p-value
	mean	SD	No	%	mean	SD	No	%	
อายุ (ปี)	35.62	6.84			34.75	5.12			0.278
น้ำหนัก(กิโลกรัม)	53.15	8.41			51.32	5.99			0.060
ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง (คน)			41	35.34			14	12.28	0.001
ไส้ติ่งอักเสบ			12				14		
ท่อน้ำ			25				0		
ปีกมดลูกหรือรังไข่			4				2		
ผ่าตัดคลอด			7				4		
อื่นๆ			0				1		
ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (คน)			2	1.72			2	1.75	0.986

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการที่ได้รับการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานซึ่งได้แก่ อายุเฉลี่ย น้ำหนักเฉลี่ย จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ส่วนประวัติการผ่าตัดในช่องท้องในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีอาการซึ่งเกิดจากการทำหมันเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 2 ความชุกของพยาธิสภาพที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

พยาธิสภาพ	Study group		Control group		p-value	Odds ratio	95 % CI	
	(n = 116)		(n = 114)				lower	upper
	No	%	No	%				
เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	62	53.44	62	54.38	0.887	1.038	0.618	1.744
พังผืดในอุ้งเชิงกราน	36	31.04	32	28.07	0.622	1.153	0.654	2.033
ไม่พบพยาธิสภาพ	18	15.52	20	17.55	0.679	1.158	0.577	2.325

ในการศึกษานี้ พบว่าความชุกของพยาธิสภาพที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึ่งได้แก่ เยื่อโพรง

มดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน และไม่พบพยาธิสภาพมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน และพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3 ความชุกของพยาธิสภาพชนิดเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่แบ่งความรุนแรงตาม AFS classification ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

ความรุนแรง ของพยาธิสภาพ	Study group		Control group		p-value	Odds ratio	95 % CI	
	(n = 62)		(n = 62)				lower	upper
	No	%	No	%				
Minimal	20	32.26	20	32.26	1.000	1.000	0.471	2.123
Mild	31	50.00	38	61.29	0.206	1.583	0.776	3.232
Moderate	5	8.06	4	6.45	1.000*	0.786	0.201	3.078
Severe	6	9.68	0	0.00	0.028*	1.107	1.021	1.201

*Fisher's exact test

จากข้อมูลที่ได้พบว่าความชุกของพยาธิสภาพชนิดเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่แบ่งความรุนแรงตาม AFS classification คือ minimal, mild, moderate ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการมีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ยกเว้น ในกลุ่ม severe ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพยาธิสภาพเป็น minimal และ mild เป็นส่วน

ใหญ่ในทั้งสองกลุ่ม

จากตารางที่ 4 พบว่าความชุกของตำแหน่งของดุมเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่บริเวณปีกมดลูกและรังไข่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ส่วนบริเวณอื่นๆ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 4 ความชุกของตำแหน่งของดุมเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriotic nodule) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (ตำแหน่งของพยาธิสภาพในผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีได้หลายตำแหน่ง)

ตำแหน่งของ พยาธิสภาพ	Study group		Control group		p-value	Odds ratio	95 % CI	
	(n = 62)		(n = 62)				lower	upper
	No	%	No	%				
เยื่อช่องท้อง	36	58.06	46	74.19	0.058	0.482	0.225	1.030
มดลูก	8	12.90	4	6.45	0.363*	2.148	0.612	7.544
ปีกมดลูกและรังไข่	30	48.38	18	29.03	0.027	2.292	1.092	4.807
uterosacral ligament	8	12.90	14	22.58	0.158	0.508	0.196	1.316

* Fisher’s exact test

ตารางที่ 5 ความชุกของตำแหน่งของพังผืดในอุ้งเชิงกรานที่เกิดและไม่ได้เกิดจากเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (ตำแหน่งของพยาธิสภาพในผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีได้หลายตำแหน่ง)

ตำแหน่งที่เชื่อมต่อของ พังผืดในอุ้งเชิงกราน	Study group		Control group		p-value	Odds ratio	95 % CI	
	(n = 98)		(n = 94)				lower	upper
	No	%	No	%				
ปีกมดลูกและรังไข่ -								
ปีกมดลูกและรังไข่	22	22.44	28	29.78	0.247	0.682	0.357	1.305
เยื่อช่องท้อง -								
เยื่อช่องท้อง	10	10.20	8	8.51	0.687	1.222	0.460	3.242
มดลูก - เยื่อช่องท้อง	7	7.14	3	3.19	0.332*	2.333	0.585	9.306
มดลูก - ปีกมดลูกและรังไข่	4	4.08	3	3.19	1.000*	1.291	0.281	5.928
ปีกมดลูกและรังไข่-								
เยื่อช่องท้อง	26	26.53	14	14.89	0.047	2.063	1.001	4.254
ลำไส้ - ปีกมดลูกและรังไข่	6	6.12	2	2.12	0.279*	3.000	0.590	15.253
ลำไส้ - เยื่อช่องท้อง	32	32.65	36	38.29	0.414	0.718	0.432	1.413
หลายอวัยวะ	11	11.22	5	5.31	1.000*	1.161	0.342	3.940

* Fisher’s exact test

จากตารางที่ 5 พบว่าความชุกของตำแหน่งของพังผืดในอุ้งเชิงกรานที่เกิดและไม่ได้เกิดจากเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการบริเวณปีกมดลูกและรังไข่กับเยื่อช่องท้องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนบริเวณอื่นๆ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในทั้งสองกลุ่ม

วิจารณ์

อาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 15 - 30 ของผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจทางนรีเวช¹⁰ เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ จนอาจก่อให้เกิดปัญหาทางครอบครัวและสังคมและยังทำให้เกิดการสูญเสียตามาทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นจำนวนมาก

การรักษาผู้ป่วยที่ประสพภาวะนี้ในปัจจุบัน โดยอาศัยพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานไม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่พบพยาธิสภาพใดๆ อย่างชัดเจนในอุ้งเชิงกราน การศึกษาเชิงเปรียบเทียบในแง่ระบาดวิทยาและลักษณะของพยาธิสภาพบางอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับกลไกการเกิดภาวะนี้ อาจช่วยให้เรามีความเข้าใจหรือพบแนวทางในการศึกษาเชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลอันมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

พยาธิสภาพที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน คือ เชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน และไม่พบพยาธิสภาพใดๆ อย่างชัดเจนร้อยละ 53.44, 31.04 และ 15.52 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับที่มีผู้รายงานไว้ คือร้อยละ (16 - 24.60), (35.40 - 40) และ (24 - 30)^{4,5} ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ คือร้อยละ 54.38, 28.07 และ 17.55 ตามลำดับในทำนองเดียวกันพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 ซึ่งมีความแตกต่างจากที่มีการรายงานไว้โดย Kresh¹¹ ซึ่งพบเชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานร้อยละ 32 เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการร้อยละ 15 และ พังผืดในอุ้งเชิงกรานเท่ากับร้อยละ 51 เทียบกับ ร้อยละ 12 ตามลำดับ การพบพยาธิสภาพจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอาจเป็นเพียงการพบร่วมกันโดยบังเอิญของอาการปวดและพยาธิสภาพ แม้ว่าการเลือกเปรียบเทียบโดยใช้กลุ่มหญิงที่มีบุตรยากมาเป็นกลุ่มควบคุม (control group) จะมีข้อจำกัดอยู่ที่ภาวะมีบุตรยากบางส่วนเกิดจากเชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ แต่เนื่องจากความรุนแรงของโรคตาม AFS classification ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็น minimal และ mild ดังตารางที่ 3 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในรายงานต่างๆ ส่วนใหญ่กล่าวว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะมีบุตรยาก^{12,13} นอกจากนี้ยังมีบางรายงานกล่าวถึงการที่พบเชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในหญิงปกติได้ถึงร้อยละ 45-50¹⁴ และร่างกายจะมีการกำจัดโรคให้หายไปได้เองในบางคน^{15,16} ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานอาจไม่สัมพันธ์กับชนิดของพยาธิสภาพแต่เพียงปัจจัยเดียว อาจมีลักษณะอื่นของพยาธิสภาพที่เป็นปัจจัยที่สำคัญและควรคำนึงถึงด้วย เมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะเชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ตาม AFS classification ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานและกลุ่มผู้ป่วย

ที่ไม่มีอาการพบว่า ความชุกของกลุ่มย่อยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ severe แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 3 ซึ่งรายงานส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับความรุนแรงของโรค^{12,17} แต่ก็ยังมีรายงานที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างระดับ severe กับ อาการปวดในอุ้งเชิงกรานอยู่บ้างเช่น Thornton¹⁸ อาจเป็นเพราะความแตกต่างของลักษณะของพยาธิสภาพ เช่น ตำแหน่ง รูปแบบของพยาธิสภาพเป็นตุ่มเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriotic nodule) หรือพังผืด ความรุนแรงของการอักเสบ (active lesion) ฯลฯ ซึ่งคงต้องศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดต่อไป สำหรับความชุกของพยาธิสภาพชนิดตุ่มเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่บริเวณปีกมดลูกและรังไข่ และพังผืดในอุ้งเชิงกรานชนิดที่เชื่อมต่อระหว่างปีกมดลูกและรังไข่กับเยื่อช่องท้อง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการดังตารางที่ 4 และ 5 ตามลำดับ อาจอธิบายจากกลไกของการเกิดอาการปวด visceral sensation และ somatic sensation โดยที่ visceral sensation คือความรู้สึกปวดหรือความรู้สึกอื่นๆ ที่ได้รับจากอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (rectum) มดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ ส่วน somatic sensation จะรับความรู้สึกจากส่วนของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงมาจากผิวหนัง เอ็นและกล้ามเนื้อ ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ เยื่อช่องท้อง การกระตุ้นความรู้สึกปวดจาก visceral sensation เกิดจากการยืดขยาย (distention) การหดรัดตัวเป็นระยะ (contraction) การขาดออกซิเจน (hypoxia) การเหยียดขยายอย่างเฉียบพลัน (suddenly stretching) และการกระตุ้นจากสารเคมีบางอย่าง เช่น prostanooids ซึ่งเกิดจากเชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ส่วน somatic sensation เกิดจากการกด กดทับ ดึงรั้งอวัยวะรับความรู้สึก เช่น การดึงรั้งบริเวณเยื่อช่องท้อง¹⁹ ซึ่งการเคลื่อนไหวบริเวณปีกมดลูกและรังไข่ถูกชักนำให้เกิดขึ้นได้ง่ายโดยการเคลื่อนไหวร่างกายเพราะลักษณะจากการที่รังไข่มีลักษณะคล้ายค้อนน้ำหนักซึ่งแกว่งได้ทำให้มีการเหนี่ยวรั้งบริเวณที่มีการอักเสบจากเชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่และบริเวณเยื่อช่องท้อง สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องขาดข้อมูลด้านอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน เช่น โรคทางระบบทางเดินอาหาร กระดูกและกล้ามเนื้อ จิตเวช ระบบทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ⁶ เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังจึงไม่อาจประเมินความสัมพันธ์กับการพบหรือไม่พบพยาธิ

สภาพในอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้

การรักษาอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานโดยอาศัยพยาธิสภาพที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานอาจไม่เพียงพอ อาจต้องคำนึงถึงความรุนแรงและตำแหน่งของพยาธิสภาพที่พบด้วย โดยการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเชิงลึก และควรให้ความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานดังกล่าวข้างต้น เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะนี้และประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

สรุป

ความชุกของพยาธิสภาพที่พบจากการตรวจผ่านกล้องในอุ้งเชิงกรานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึ่งได้แก่ เชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน และไม่พบพยาธิสภาพมีสัดส่วนใกล้เคียงกันมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในทั้งสองกลุ่ม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยเวชระเบียนและสถิติ พยาบาลประจำห้องผ่าตัดภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานและช่วยให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณ หัวหน้าภาควิชาฯ ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอได้

เอกสารอ้างอิง

- Sharp TH. Endoscopic Surgery. In: Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, eds. Danforth's Obstetrics & Gynecology. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 1999 : 737-48.
- Howard FM. The role of Laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. Baillieres Clin Obstet Gynecol 2000 ; 14 : 467-94.
- Beckmann CRB, Ling FW, Barzansky BM, Bates GW, Herbert WN, Laube DW, Smith RP. Obstetrics and Gynecology. 2nd ed. Maryland : Williams & Wilkins, 1995 : 271-7.
- Newham AP, Van Der Spuy ZM, Nugent F. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain. S Afr Med J 1996 ; 86(9 Suppl) : 1200-3.
- Kontoravdis A, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Liapia A, Zourlas PA. The diagnostic value of laparoscopy in 2365 patients with acute and chronic pelvic pain. Int J Gynaecol Obstet 1996 ; 52 : 243-8.
- Mooore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain. Baillieres Clin Obstet Gynecol 2000 : 14 : 389-402.
- Steege JF. Persistent or Chronic Pelvic Pain. In : Rock JA, Thompson JD, eds. Te Linde's Operative Gynecology. 8th ed. New York : Lippincott-Raven Publishers, 2000 : 645-56.
- หะทัย เทพพิสัย. บทนำ. ใน : หะทัย เทพพิสัย, อรุษา เทพพิสัย, บรรณาธิการ. การมีบุตรยาก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2533 : 285-94.
- American Fertility Society : Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis. Fertil Steril 1985 ; 43 : 351-2.
- Lindheim SR. Chronic pelvic pain : presumptive diagnosis and therapy using GnRH agonist. Int J Fertil Womens Med 1999 ; 44 : 131-8.
- Rosenfeld PA. Chronic pelvic pain. In : Mattox JH, ed. Core Textbook of Obstetrics & Gynecology. Missouri : Mosby Year Book Inc, 1998 : 348-51.
- DHooghe TM, Hill JA, Endometriosis. In : Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds. Novak's Gynecology. 12th ed. Maryland : Williams & Wilkins, 1996 : 887-914.
- Surrey ES. Endometriosis and adenomyosis. In : Quilligan EJ, Zuspan PF, eds. Current Therapy in Obstetrics and Gynecology. 5th ed. Pennsylvania : WB Saunders Company, 2000 : 44-7.
- Blasch J, Creus M, Fabregues F, Carmona F, Ordi J, Martinez-Roman S, Vanrell JA. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain : a prospective study. Hum Reprod 1996 ; 11 : 387-91.

15. Farquhar CM. Extracts from the "clinical evidence" Endometriosis. Br Med J 2000 ; 320 : 1449-52.
16. Martin DC, Ling FW. Endometriosis and pain. Clin Obstet Gynecol 1999 ; 42 : 664-86.
17. Vercellini P, Trespidi L, DEGiorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain : relation to disease stage and localization. Fertil Steril 1996 ; 65 : 299-304.
18. Thornton JG, Morley s, Lilleyman J, Onwude JL, Currie I, Crompton AC. The relationship between laparoscopic disease, pelvic pain and infertility ; an unbiased assessment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997 ; 74 : 57-62.
19. Rapkin AJ. Neuroanatomy, Neurophysiology and Neuropharmacology of pelvic pain. Clin Obstet Gynecol 1990 ; 33 : 119-29.