

# การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย เปรียบเทียบกับ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

คำนำรศ จิตธมนีวรรณ พ.บ., ว.ว. สุนิตศาสตร์-นรีเวชวิทยา\*

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: LAVH) และการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม (total abdominal hysterectomy: TAH)

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบ retrospective cohort

สถานที่ทำการวิจัย: กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด LAVH จำนวน 23 ราย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 และกลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TAH ในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 46 ราย คัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ 2 ราย ต่อกลุ่มศึกษา 1 ราย โดยเลือกกลุ่มเปรียบเทียบที่มีขนาดมดลูก และน้ำหนักตัวใกล้เคียงกลุ่มศึกษามากที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย บันทึกในแบบบันทึกข้อมูล

ตัววัดที่สำคัญ: เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ต้องพักฟื้นในโรงพยาบาล และการให้เลือดทดแทนในการผ่าตัด

ผลการวิจัย: จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐานของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ น้ำหนักผู้ป่วย และขนาดมดลูก พบว่ามีความใกล้เคียงกัน กลุ่มที่ผ่าตัดโดยวิธี LAVH ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย  $128.3 \pm 35.1$  นาที นานกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดโดย TAH ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย  $105.4 \pm 39.2$  นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.021$ ) และเวลาที่พักฟื้นในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ผ่าตัดโดยวิธี LAVH เฉลี่ย  $5.4 \pm 1.1$  วัน สั้นกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดโดยวิธี TAH ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย  $6.6 \pm 1.5$  วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) ส่วนการให้เลือดทดแทนจากการเสียเลือดพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.730$ )

สรุป: การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่า แต่ผู้ป่วยใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล สั้นกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม

\* กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

## Abstract

### Comparative Study of Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy and Total Abdominal Hysterectomy in Pranangklaao Hospital

Khamnuan Jitmaneevan MD

Department of Obstetrics and Gynecology, Pranangklaao Hospital, Nonthaburi

**Objective:** To compare operative outcomes of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH) and total abdominal hysterectomy (TAH).

**Study design:** Retrospective Cohort.

**Setting:** Department of Obstetrics and Gynecology, Pranangklaao Hospital.

**Subjects:** Twenty three patients who underwent LAVH between September 2003 and October 2007 were recruited as cases. Controls were 46 patients, who underwent TAH during the same period. Each case has two controls. Controls were those who had uterine size and body weight nearest to cases.

**Methods:** Data from medical records of 23 cases and 46 controls were reviewed and recorded.

**Main outcome measures:** Operative time, length of hospital stay, blood replacement during surgery.

**Results:** Basic characteristics such as age, body weight and uterine size of cases and controls were comparable. Mean operative time was  $128.3 \pm 35.1$  minutes for LAVH group which was significantly longer than  $105.4 \pm 39.2$  minutes for TAH group ( $p$ -value = 0.021). The mean hospitalization was significantly shorter for LAVH group  $5.4 \pm 1.1$  days compared to  $6.6 \pm 1.5$  days in TAH group, ( $p$ -value = 0.001). There was no difference in blood replacement between the two groups ( $p$ -value = 0.730).

**Conclusion:** LAVH had longer operative time but with shorter hospital stay in comparison with TAH.

**Key words:** laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (LAVH), total abdominal hysterectomy (TAH)

## บทนำ

ในปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกได้มีการพัฒนาเทคนิคใหม่ ๆ มากขึ้นตามลำดับเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลหลังการผ่าตัดให้น้อยลงระยะเวลาที่ต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง ใช้เวลาพักฟื้นหลังการผ่าตัดน้อยลง และสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (total abdominal hysterectomy: TAH) เริ่มครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1843<sup>1</sup> และพัฒนาให้

ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ในปีค.ศ. 1853<sup>1</sup> และการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องนี้ได้รับความนิยมเรื่อยมาจนถึงในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าด้วยเช่นกัน โดยพบว่ามีการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดส่วนมากจะใช้ในผู้ที่มีมดลูกหย่อน การผ่าตัดมดลูกได้มีการพัฒนาอีกครั้งในปี ค.ศ. 1989<sup>1</sup> ได้มีรายงานการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: LAVH) เป็นครั้งแรก หลังจากนั้นได้มีรายงานการ

ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยมากขึ้นในหลายแห่ง<sup>1</sup>

จากการศึกษาต่าง ๆ ทั้งในประเทศ และในต่างประเทศ พบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับการใช้กล้องส่องช่องท้อง จะใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม<sup>2-5</sup> แต่ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นกว่า ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานและใช้ชีวิตกลับสู่ปกติได้เร็วกว่า<sup>3,4,6</sup> และแผลผ่าตัดเล็กกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง<sup>3-5</sup>

ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้มีการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เพื่อเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาบริการต่าง ๆ ให้มีขีดความสามารถมากขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย เปรียบเทียบกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมว่าจะมีความแตกต่างกันในระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล การให้เลือดทดแทนในการผ่าตัดหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาต่อไปในอนาคตเพื่อพัฒนาต่อยอดในการปรับปรุงการผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น ขนาดมดลูก น้ำหนักตัวของผู้ป่วย เป็นต้น

## ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

Retrospective Cohort

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549

#### เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกโดยผ่าตัดปีกมดลูกหรือรังไข่หรือไม่ก็ได้

**กลุ่มศึกษา** คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่อง-คลอดร่วมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย

**กลุ่มเปรียบเทียบ** คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม

#### เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยข้อบ่งชี้เป็นมะเร็งทางนรีเวช

ยกเว้น ระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก (carcinoma in situ) หรือผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

### นิยามตัวแปร

**การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: LAVH)** คือ การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องช่องท้อง (laparoscope) ช่วยผ่าตัดโดยการสอดเครื่องมือนี้ทางหน้าท้องผ่านช่องเจาะเล็ก ๆ ที่หน้าท้องหลังเป้าแก่สการ์บอนไดออกไซด์จนท้องโป่งพร้อมทั้งสอดกรรไกร กล้องโทรทัศน์เพื่อเห็นภาพในขณะผ่าตัดผ่านช่องเจาะเล็ก ๆ ทางหน้าท้องอีก 2-3 ช่อง การผ่าตัดมดลูกและ/หรือปีกมดลูกทำโดยใช้เครื่องมือไฟฟ้า และตัดเลาะ broad ligaments เข้าช่องคลอดทาง posterior fornix ก่อนแล้วจึงผ่าตัดเข้า anterior fornix จากนั้นจึงเริ่มผ่าตัดทางช่องคลอดเอามดลูกออกทางช่องคลอดแล้วจึงเย็บปิดแผลในช่องคลอดต่อไป

**การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม (total abdominal hysterectomy: TAH)** คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้องกว้างตามขนาดของมดลูก และความสะดวกในการผ่าตัดของแพทย์ผู้ผ่าตัด โดยตัดมดลูกและ/หรือปีกมดลูกทางหน้าท้องทั้งหมด **ขนาดมดลูก** วัดจากการประเมินขนาดของมดลูกของแพทย์ผู้ผ่าตัด โดยขนาดมดลูกแสดงเป็นขนาดเทียบกับมดลูกขณะตั้งครรภ์เป็นลำดับ

**ระยะเวลาผ่าตัด** เริ่มจากแพทย์เริ่มลงมือผ่าตัดจนสิ้นสุดการเย็บแผลเสร็จนับเวลาเป็นนาที

**ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล** นับตั้งแต่วันเตรียมผ่าตัด 1 วันก่อนผ่าตัดถึงวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้นับเป็นวัน

**การให้เลือดทดแทน** จะนับเฉพาะที่ให้ขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดเท่านั้นโดยนับเป็นหน่วยเลือด (unit) โดยเกณฑ์ผู้ป่วยที่จะเข้าผ่าตัดจะต้องมี hematocrit มากกว่าร้อยละ 30 หากในขณะผ่าตัดพบว่ามีภาวะสูญเสียเลือดมากกว่า 400 มิลลิลิตร หรือ vital signs มีการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ว่ามีการสูญเสียเลือดมากเกินไปและวิสัญญีแพทย์พิจารณาแล้วว่าควรให้เลือดทดแทน

### วิธีดำเนินการวิจัย

ค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดมดลูกในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยมีจำนวนทั้งหมด 23 รายและมีผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม 151 ราย คัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 46 ราย โดยเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ 2 ราย สำหรับกลุ่มศึกษา

1 ราย ทั้งนี้จะเลือกกลุ่มเปรียบเทียบที่มีขนาดมดลูกใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา น้ำหนักตัวใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา และการวินิจฉัยใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา หากมีลักษณะใกล้เคียงกันหลายรายจะเลือกผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่วงเวลาใกล้เคียงกันมากที่สุด

บันทึกอายุ น้ำหนักตัวผู้ป่วย ขนาดมดลูกที่ตรวจพบโดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เวลาที่พักฟื้นในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด จำนวนเลือดที่ต้องให้ทดแทนจากการผ่าตัด วิธีผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ในแบบบันทึกข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows version 15 โดยข้อมูลพื้นฐานเชิงปริมาณ เช่น น้ำหนักตัว ขนาดมดลูก จำนวนเลือดที่ให้ทดแทน และเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจะรายงานเป็นค่าเฉลี่ย  $\pm$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ independent t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การวินิจฉัยโรคที่พบ แสดงแจกแจงเป็นจำนวนเต็ม และร้อยละ ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาวิเคราะห์โดยใช้ independent t-test โดยถือค่า  $p$ -value  $< 0.05$  ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ และใช้ linear regression เพื่อพยากรณ์ว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดผันแปรเป็นเส้นตรงถดถอยตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย และขนาดมดลูก โดยถือค่า  $p$ -value  $< 0.05$  ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

### ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย 23 ราย มีอายุเฉลี่ย  $43.9 \pm 6.7$  ปี ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม 46 ราย มีอายุเฉลี่ย  $45.7 \pm 7.3$  ปี ( $p$ -value = 0.331) ทั้ง 2 กลุ่มมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย และขนาดมดลูกเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

การวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น myoma uteri พบร้อยละ 52.4 ในกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย และร้อยละ 71.7 ในกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม (ตารางที่ 1)

จากการผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการให้เลือดทดแทนทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวผู้ป่วยและขนาดมดลูกเพื่อการพยากรณ์ความสัมพันธ์กับเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ในทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.486 และ 0.315 ตามลำดับ) ดังนั้นเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดไม่ได้ผันแปรตามน้ำหนักตัวผู้ป่วยและขนาดมดลูก

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่ผ่าตัดโดย LAVH และ TAH

ข้อมูลพื้นฐาน	LAVH (n=23)	TAH (n=46)	p-value
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
อายุ (ปี)	43.9 $\pm$ 6.7	45.7 $\pm$ 7.3	0.331
น้ำหนักผู้ป่วย (กก.)	58.6 $\pm$ 13.2	28.7 $\pm$ 9.6	0.980
ขนาดมดลูก (สัปดาห์)	9.0 $\pm$ 2.6	9.6 $\pm$ 2.4	0.413
การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Myoma uteri	12 (52.2)	33 (71.7)	
Endometriotic cyst	0 (0)	4 (8.7)	
Ovarian tumor	1 (4.4)	4 (8.7)	
Adenomyosis	3 (13.0)	1 (2.2)	
Carcinoma in situ	7 (30.4)	4 (8.7)	

LAVH = laparoscopically assisted vaginal hysterectomy

TAH = total abdominal hysterectomy

ตารางที่ 2 เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการให้เลือดทดแทน

ตัวชี้วัด	LAVH (n=23)	TAH (n=46)	p-value
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	128.3 $\pm$ 35.1	105.4 $\pm$ 39.2	0.021
เวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (วัน)	5.4 $\pm$ 1.1	6.6 $\pm$ 1.5	0.001
การให้เลือดทดแทน (unit)	0.6 $\pm$ 1.5	0.5 $\pm$ 1.1	0.730

LAVH = laparoscopically assisted vaginal hysterectomy

TAH = total abdominal hysterectomy

## วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าเวลาผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยจะใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>2-5</sup> ในการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยในการศึกษานี้ใช้เวลาเฉลี่ย 128 นาที เปรียบเทียบกับการศึกษาของโอภาส เศรษฐบุตรและคณะ<sup>2</sup> ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 176 นาที ส่วนการศึกษาของ Doucette และ Scott<sup>4</sup> ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 80 นาที เวลาผ่าตัดที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากทักษะความชำนาญของแพทย์ และทีมผ่าตัด หรือรายละเอียดเทคนิคในการผ่าตัดแตกต่างกัน การคัดเลือกผู้ป่วยที่แตกต่างกัน หรือความพร้อมด้านเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Lenihan และคณะ<sup>6</sup> พบว่าการผ่าตัดทั้ง 2 วิธีใช้เวลาใกล้เคียงกัน

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยมีข้อดีหลายประการโดยเฉพาะความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวดแผลมีน้อยกว่า<sup>2-4</sup> ซึ่งจากหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยจะมีความต้องการยาบรรเทาปวดน้อยกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>2-4</sup> แต่ในการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลด้านนี้ไว้ แต่จากการสังเกตผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วย จะสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี และเร็วกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ การผ่าตัดทั้ง 2 วิธี พบว่ามีความจำเป็นในการให้เลือดทดแทนระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าเวลาผ่าตัดทั้ง 2 วิธีเสียเลือดจากการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน<sup>2-4</sup>

การศึกษานี้พบว่าระยะเวลาในการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์

กับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยและขนาดมดลูก จึงพยากรณ์ไม่ได้ว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมากหรือขนาดมดลูกใหญ่ จะมีผลต่อระยะเวลาผ่าตัดที่จะมากขึ้นตาม แสดงว่าระยะเวลาในการผ่าตัดขึ้นกับวิธีที่ผ่าตัด หรือปัจจัยอื่นซึ่งต้องศึกษาต่อไป แต่จากการศึกษาน้ำหนักตัวผู้ป่วยที่ผ่าตัดของ Shen และคณะ<sup>7</sup> พบว่าคนอ้วนที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยจะมีโอกาสผ่าตัดไม่สำเร็จและเสียเลือดมากต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมมีมากกว่าผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวปกติ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวผู้ป่วยกับระยะเวลาที่ผ่าตัด ส่วนการศึกษาของ สาวินี รัชชานนท์ และคณะ<sup>8</sup> พบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยในกลุ่มที่มีน้ำหนักเกิน และอ้วน แม้จะใช้เวลาผ่าตัดนานกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนระยะเวลาที่ผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับ การใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยจะใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดมีโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยเพิ่มทักษะของแพทย์ผู้ผ่าตัดโดยการฝึกฝนให้มีประสบการณ์มากขึ้น การพัฒนาเทคนิคใหม่ ๆ ในการผ่าตัดก็จะทำให้ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยลงได้เช่นในการศึกษาของ Doucette และ Scott<sup>4</sup> ที่ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ยน้อยจนถึงการศึกษาของ Lenihan และคณะ<sup>6</sup> ที่พบว่าเวลาผ่าตัดทั้ง 2 วิธีใช้เวลาใกล้เคียงกัน นอกจากนี้การพัฒนาเครื่องมือใหม่ ๆ ให้สามารถที่จะตัดเนื้อ และหยุดเลือดได้เร็วขึ้นก็จะทำให้การผ่าตัดเร็วขึ้นได้

ขนาดมดลูกที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้แสดงไว้เป็นสัปดาห์ของมดลูกสตรีตั้งครรภ์โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินในขณะที่ผ่าตัดเป็นการวัดโดยประมาณการซึ่งไม่ละเอียดเพียงพอเมื่อเทียบกับการวัดโดยเครื่องมือมาตรฐานเช่น ไม้มบรรทัด หรือการชั่งน้ำหนัก แต่การ

วัดขนาดมดลูกโดยเทียบกับมดลูกสตรีตั้งครรภ์ก็สามารถเข้าใจได้ง่าย ในการประเมินจากการตรวจภายในและระหว่างผ่าตัด หากขนาดมดลูกสามารถพยากรณ์ระยะเวลาในการผ่าตัดได้จะใช้ในการเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสมได้ล่วงหน้า มีการศึกษาของ Ferrari และคณะ<sup>9</sup> ในผู้ป่วยที่มีขนาดมดลูกหนักมากกว่า 500 กรัม พบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับใช้กล้องส่องช่องท้องจะช่วยใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างขนาดมดลูกกับระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับใช้กล้องส่องช่องท้องจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะสร้างความรู้สึกที่ดีต่อการผ่าตัดเนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผลน้อยกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม และสามารถฟื้นตัวเร็ว อยู่โรงพยาบาลสั้นลง<sup>2-6</sup> และจากการศึกษาของ Lenihan และคณะ<sup>8</sup> และ Sculpher และคณะ<sup>10</sup> พบว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม

สำหรับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยปกติก่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม เช่นในการศึกษาของ Sculpher และคณะ<sup>10</sup> และ Campbell และคณะ<sup>11</sup> รายงานค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดรวมกับการใช้กล้องส่องช่องท้องจะช่วยสูงกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมมากจนไม่คุ้มค่ากับการที่ผู้ป่วยจะประหยัดค่าพักฟื้นในโรงพยาบาลที่สั้นลง และกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่การผ่าตัดนี้จะใช้เครื่องมือแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง แต่หากมีการใช้เครื่องมือแบบนำกลับใช้ซ้ำให้มากขึ้นก็จะลดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับใช้กล้องส่องช่องท้องช่วยให้ลดลงได้ เพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในค่าใช้จ่ายที่แท้จริงในการผ่าตัดทั้ง 2 วิธี เพื่อประเมินประสิทธิภาพให้ชัดเจน เพราะแม้ชุดเครื่องมือผ่าตัดแบบกล้องส่องในขั้นต้นจะมีราคาแพงกว่า แต่มีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองเพียงแอสที่เป่าเข้าท้อง และใช้ไหมเย็บน้อยกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิมมาก ดังนั้นการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดร่วมกับใช้กล้องส่องช่องท้องอาจมีประสิทธิภาพคุ้มค่ามากกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม และถือเป็นมาตรฐานสำหรับการผ่าตัดมดลูกในอนาคต

## สรุป

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องช่องท้องจะช่วยใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบดั้งเดิม แต่ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นกว่า โดยที่ความจำเป็นในการให้เลือดทดแทนทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ส่วนน้ำหนักตัวผู้ป่วย และขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณนายแพทย์สมชาย เทพเจริญนิรันดร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และนายแพทย์สุรชัย พิพัฒกุลชัย หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม ที่อนุญาตให้เผยแพร่การศึกษานี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนที่ช่วยเหลือค้นหาข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. ประสงค์ ตันมหาสมุทร. การตัดมดลูก. ใน: ชาญชัย วันทนาศิริ, ดวงสิทธิ์ วัฒนการ, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2550. หน้า 181-93.
2. Sreshthaputra O, Vutyavanich T, Uttavichai C, Wongtra-ngan S, Chaovitsere S, Sreshthaputra R. Two-year experience with laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH) in Maharaj Nakorn Chiangmai hospital: a retrospective study with total abdominal hysterectomy. Thai J Obstet Gynecol 2001; 13: 165-70.
3. Falcone T, Paraiso MF, Marcha E. Prospective randomized clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 955-62.
4. Doucette RC, Scott JR. Comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy with abdominal and vaginal hysterectomy. J Reprod Med 1996; 41: 1-6.

5. Casey MJ, Garcia-padial J, Johnson C, Osborne NG, Sotolongo J, Watson P. A critical analysis of laparoscopic assisted vaginal hysterectomies compared with vaginal hysterectomies unassisted by laparoscopy and transabdominal hysterectomies. *J Gynecol Surg* 1994; 10: 7-14.
6. Lenihan JP Jr, Kovanda C, Cammarano C. Comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy with traditional hysterectomy for cost-effectiveness to employers. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1714-20.
7. Shen CC, Hsu TY, Huang FJ, Huang EY, Huang HW, Chang HY, et al. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy in woman of all weights and the effects of weight on complications. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9: 468-78.
8. ศาวิณี รัชชานนท์, ประทีป หาญอิทธิกุล, พงษ์ธร วิโรจน์ชัยวงษ์, อนุสรณ์ ไตรวิทยากร, นุชบา วิริยะศิริเวช. ผลของการผ่าตัดมดลูกทั้งหมดผ่านกล้องส่องช่องท้องสำหรับโรคที่ไม่ใช่มะเร็งในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. *วชิรเวชสาร* 2551; 52: 5-13.
9. Ferrari MM, Berlanda N, Mezzopane R, Ragusa G, Cavallo M, Pardi G. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. *BJOG* 2000; 107: 620-5.
10. Sculpher M, Manca A, Abbott J, Foutain J, Mason S, Garry R. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomized trial. *BMJ* 2004; 328: 134-40.
11. Campbell ES, Xiao H, Smith MK. Types of hysterectomy. Comparison of characteristics, hospital costs, utilization and outcomes. *J Reprod Med* 2003; 48: 943-9.