

เวชกรรมบันทึก

การผ่าตัด Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy เป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลพระปกเกล้า : รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ปัญญา สนั่นพานิชกุล พ.บ.*

Abstract The First Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy in Prapokklao Hospital : 2 Cases Report.**Panya Sananpanichkul M.D.***

* Department of Obstetrics and Gynecology, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Edcat Center 2004;21:142-148.

Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (LAVH) is one of the gynecological procedure and can be done safely in Prapokklao hospital. Comparing to the standard total abdominal hysterectomy, LAVH is lower post operative pain ,less hospital stay, fewer adhesion and good cosmetic effect. The disadvantage of LAVH is high cost, high technology and instrument, more operation time that is depend on the operator skill and team. These two patients were selected to operated by laporoscopic assisted vaginal hysterectomy (LAVH). The result is good and no postoperative complications.

บทนำ

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนโฉมหน้าของการผ่าตัดจากวิธี radical surgery มาเป็นรูปแบบของ minimal invasive surgery มากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง วิธีการผ่าตัดชนิดนี้ได้มีการพัฒนามาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 80 ปี หลังจาก Jacobaeus ชาวสวีเดนเป็นคนแรกที่ได้ใช้กล้อง cystoscope ใส่เข้าไปในช่องท้องมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2543 ในระยะแรกนั้นมีการ

ยอมรับน้อยมากเนื่องจากเครื่องมือไม่สมบูรณ์แบบ เป็นวิธีการที่ค่อนข้าง มีความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วย เพราะมีภาวะแทรกซ้อนมาก จนนับได้ว่าเป็นวิธีการผ่าตัดที่เกือบจะถูกลืมไปแล้วก็ได้ จนมาถึงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 20 ได้มีการฟื้นฟูวิธีการผ่าตัด แบบใช้ laparoscope ขึ้นมาอีกครั้งหนึ่งโดย Prof. Palmer จากประเทศฝรั่งเศส ในปี พ.ศ. 2487 และ Prof. Semm จากประเทศเยอรมัน

* กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ในปี พ.ศ. 2507 ซึ่ง Semm เป็นผู้ที่ได้คิดเครื่องควบคุมการใส่ลมเข้าช่องท้องแบบอัตโนมัติ (automatic insufflator) และเครื่องมือในการผ่าตัดอีกมากมายหลายชนิด ทำให้การผ่าตัดปลอดภัยและง่ายขึ้น เขาได้เปลี่ยนจากการเรียกชื่อการผ่าตัดแบบ operative laparoscopy มาเป็น operative pelviscopy ต่อมาในปี พ.ศ. 2522 Bruhat ก็ได้ใช้ laser เข้ามาร่วมทำการผ่าตัดกับ laparoscope เป็นครั้งแรกในการผ่าตัดท่อนำไข่ (salpingostomy) หลังจากได้มีการพัฒนาการทั้งทางเทคโนโลยีทางเครื่องมือแพทย์และเทคนิคในการผ่าตัดแล้ว ผสมกับความก้าวหน้าทางด้านกล้องถ่ายภาพวิดีโอแบบ high technology สามารถทำให้วิธีการผ่าตัดแบบ minimal invasive surgery เห็นได้ชัด และสะดวกสบายมากขึ้น กลายเป็นที่นิยมกันมากขึ้นทุกวัน ในสหรัฐอเมริกาได้มีการนิยมใช้ laparoscope ช่วยในการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (laparoscope assisted vaginal hysterectomy หรือ LAVH) ผ่าตัดรังไข่ ท่อนำไข่และอวัยวะอื่น ๆ ในอุ้งเชิงกรานมากขึ้นทุกวัน คงเห็นว่าในอนาคตอันใกล้ก็คงเป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐาน อีกวิธีหนึ่งใน operative gynecologic surgery

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด (indication)¹

1. Adnexal mass
 - Ovarian cyst
 - Tubo-ovarian adhesion
 - Ectopic pregnancy
 - Salpingectomy
 - Salpingostomy
 - Fimbrioplasty
 - Polycystic ovarian disease
 - Salpingo-oophorectomy
2. Uterus
 - Myomectomy
 - Hysterectomy
3. Other
 - Endometriosis

Pelvic adhesion

Appendectomy

ข้อบ่งห้ามในการผ่าตัด (contraindication)¹

Absolute contraindications

Suspicious diagnosis or suspicious adnexal mass

Acute abdomen with unstable vital sign

Massive hemoperitoneum

Bowel obstruction

Ileus

Bowel injury

Cardiorespiratory disease

Diaphragmatic hernia

Relative contraindication

Pelvic peritonitis

Adhesive bowel disease

Mild to moderate Hemoperitoneum

Large abdominal or pelvic mass

Advanced pregnancy

Obesity

Insufficient surgical experience

วิธีการทำผ่าตัด

ผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดชนิดนี้จะต้องมีความพร้อม ความเหมาะสม การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ และการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดให้พร้อมเหมือนการผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยควรได้รับการวางยาสลบก่อนการผ่าตัด และผู้ป่วยจะต้องได้รับการสวนคาทอปัสสาวะไว้ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะแฟบขณะทำการผ่าตัด ควรใส่ nasogastric tube ไว้ในกระเพาะอาหารผู้ป่วย เพื่อไม่ให้กระเพาะอาหารโป่งพอง เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนจากกระเพาะอาหารทะลุจากปลายแหลมของ veress needle หรือ trocars

การผ่าตัดด้วย laparoscopic surgery ที่ใช้กันทั่วไปมี 2 วิธี วิธีแรก ใช้ การจัดตั้งด้วยกระแสไฟฟ้าด้วยเครื่องมือ unipolar และ bipolar coagulation and transection อีกวิธีหนึ่งคือการใช้เครื่องมือพิเศษในการหนีบ

เย็บ และตัดในเวลาเดียวกัน เป็นพวก automatic stapling device เช่นพวก endopath endoscopic linear cutter และ endo GIA เป็นต้น ถ้าใช้วิธีจี้ตัดด้วยกระแสไฟฟ้า จะผ่าแผลเล็กๆตรงใต้สะดือพอดี แล้วเจาะ veresse needle เข้าไป ใส่ก๊าซ CO₂ เข้าไปในท้องจนความดันในช่องท้องขึ้นสูง 15 - 20 มม.ปรอท เมื่อเอา veresse needle ออกแล้วใช้มีดกรีดรอยแผลให้กว้างประมาณ 10 มม. เพื่อใส่ trocar ขนาดเดียวกัน เข้าไปสำหรับสอดกล้อง laparoscope เข้าไปส่องในช่องท้อง แล้วใช้มีดกรีดอีกแผลขนาด 5 มม. ตรงกลางระหว่างสะดือกับ symphysis pubis เพื่อสอด trocar ขนาด 5 มม. เข้าช่องท้องโดยขณะที่กำลังใส่ trocar นั้นแพทย์จะต้องจ้องดูตำแหน่งที่ trocar เข้าสู่ช่องท้องด้วย laparoscope ตลอดเวลา เพื่อป้องกันอันตรายจากปลาย trocar ที่อาจไปทิ่มแทงอวัยวะภายในช่องท้องได้ในทำนองเดียวกันให้กรีดและสอด trocar ขนาด 5 มม. เข้าที่ lower quadrant of anterior abdominal wall แต่ละข้าง โดยให้ปลาย trocar แต่ละอันเข้าตรงกลางของ safety triangle ซึ่งเป็นรูปสามเหลี่ยมอยู่ระหว่าง medial umbilical ligament (the remnant of the umbilical artery) และ lateral umbilical ligament ซึ่งภายใน ligament นี้จะมี superficial inferior epigastric arteries ภายในบริเวณดังกล่าวจะไม่มีเส้นเลือดอยู่ หรือในบางครั้งเราอาจเจาะปลาย trocar เข้าไป lateral ต่อ superficial inferior epigastric arteries ก็ได้ซึ่งแถวนี้จะมีเส้นเลือดน้อย อย่างไรก็ตาม การเจาะ trocar เข้าบริเวณเหล่านี้ต้องระวังว่าอาจจะเกิดอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะได้ trocar 2 อันนี้ มักใช้สอดเครื่องมือที่ใช้หนีอวัยวะที่จะจี้ หรือตัดด้วยไฟฟ้า และใช้ในการกันลำไส้ให้ห่างจากอวัยวะที่ต้องการผ่าตัด trocar ที่อยู่ระหว่างสะดือกับ symphysis pubis จะใช้สอดเครื่องมือที่ใช้จี้ ใช้ตัด หรือกรรไกรไฟฟ้าเข้าไปเพื่อทำผ่าตัด ส่วน trocar ที่ตำแหน่งใต้สะดือจะใช้ใส่ laparoscope ที่ต่อเข้ากับกล้องโทรทัศน์ เพื่อช่วยในการผ่าตัด ในขณะที่ทำผ่าตัด เช่น การตัดมดลูก แพทย์จะใช้เครื่องมือ bipolar coagulation หนีบีจี้ utero - ovarian ligaments และ

vessels, round ligaments, ท่อนำไข่และ broad ligaments เพื่อให้ เส้นเลือดตีบตันเสียก่อน แล้วจึงตัดและเลาะด้วย unipolar scissors และห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยกระแสไฟฟ้า หรือ argon beam บางครั้งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้แสง laser เช่น CO₂ laser อาจใช้แสงชนิดนี้ในการตัดและห้ามเลือดแทนการใช้กระแสไฟฟ้า เมื่อทำการตัดส่วนต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว แพทย์จะใช้ bipolar หรือ unipolar coagulation เลาะตรง utero - vesicle peritoneum เลาะเอา bladder flap ดันห่างออกมาจาก anterior vaginal wall ขณะเดียวกันก็แยก anterior และ posterior leaves of broad ligaments ออกจากกันซึ่งในบางครั้งแพทย์อาจใช้ท่อพ่นและดูด ringer's lactate solution ผสมกับ heparin ช่วยในการล้างและแช่ให้เนื้อเยื่อแยกออกจากกันโดยไม่เสียเลือด เสร็จแล้วให้ผู้ช่วยเอาผ้า gauze ขนาด 4 x 4 ชุบน้ำแล้วพับแบบ wet sponge mounted on ring forceps สอดเข้าช่องคลอดดันเฉียงขึ้นไปทาง anterior fornix เพื่อให้เห็นตำแหน่งของ fold of anterior fornix ชัดเจนและช่วยเสริมให้ bladder flap ถอยห่างออกไปจาก vaginal wall ด้วย แพทย์จะใช้ bipolar tip จี้และตัด vaginal vault ด้านหน้าตามแนวขวางให้ทะลุจนเห็น wet sponge ที่อยู่ในช่องคลอด ต่อจากนั้นแพทย์จะใช้ bipolar tip จี้และตัด uterosacral ligaments และ posterior portion of vaginal vault ที่อยู่ระหว่างปลายของ uterosacral ligaments ที่ติดกับมดลูก โดยขณะที่กำลังจี้และตัดทำ posterior colpotomy ผู้ช่วยจะต้องใช้ wet sponge forceps ดันที่ posterior fornix เพื่อให้เห็นตำแหน่ง fold of posterior fornix นอกจากนี้แพทย์จะต้องคอยจ้องดูตำแหน่งของ ureters ทั้งสองข้างเพื่อไม่ให้ทำอันตรายต่อ ureters โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะที่กำลังจี้ และตัด uterosacral ligaments เพราะ ligament นี้อยู่ใกล้ ureters มาก จากการศึกษา พบว่าเมื่อมี ureteral injury เกิดขึ้นจะสามารถวินิจฉัยได้ในขณะผ่าตัดเพียงร้อยละ 8.6 เท่านั้น และร้อยละ 70 จะพบได้ในช่วงหลังผ่าตัด 2 เมื่อเสร็จขบวนการเหล่านี้แล้วจึงเปลี่ยนมาทำ vaginal hysterectomy โดยตัด

cardinal ligaments, uterine vessels และส่วนที่เหลือเล็ก ๆ น้อย ๆ ทางช่องคลอด แล้วเย็บปิดช่องคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดโดยทั่วไป เมื่อมดลูกออกมาแล้วแพทย์จะต้องใช้กล้อง laparoscope ที่ยังคงอยู่ในช่องท้องตรวจดูความเรียบร้อยของแผลผ่าตัด ห้ามเลือดให้หยุดสนิท และทำความสะอาดช่องท้องให้เรียบร้อย ดึง trocar ออกให้หมด แล้วเย็บปิดแผลให้แข็งแรง

การผ่าตัดชนิดนี้แพทย์บางท่านใช้ automatic stapling device ในการเย็บห้ามเลือดและตัด round ligaments, infundibulo-pelvic ligaments และ broad ligaments เครื่องมือนี้จะมี staples บรรจุอยู่ตรงปลายปากคิ๊บที่้าออก เมื่อสอดเนื้อเยื่อที่ต้องการตัดเข้าระหว่างปากคิ๊บทั้งสองให้ตรงตำแหน่งที่ต้องการการแล้วกดหนีบปากคิ๊บเข้าหากัน แพทย์ควรตรวจดูให้ละเอียดว่าโดยรอบปากคิ๊บ ไปหนีบถูกอวัยวะอื่นที่ไม่ต้องการจะตัดหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ureters เมื่อมองดูว่าปลอดภัยแล้วให้กดบีบ และลั่นไกยิง staples เข้าไปเย็บห้ามเลือดและตัดเนื้อเยื่อระหว่างแถวของ staples วิธีนี้ทำได้รวดเร็วและเสียเลือดน้อย แต่มีข้อเสียคือเครื่องมือมีราคาแพง ส่วนอื่น ๆ นอกจากนี้ให้ใช้ bipolar หรือ unipolar coagulation ดังที่กล่าวไว้เบื้องต้น แล้วตัดมดลูกออกทางช่องคลอด วิธีทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นวิธีผ่าตัดที่เรียกว่า Laparoscopy Assisted Vaginal Hysterectomy (LAVH) แพทย์บางท่านอาจจะตัดมดลูกด้วย laparoscopic surgery เพียงอย่างเดียวก็ได้ ที่เรียกว่า Laparoscopic Hysterectomy (LH) แต่จะใช้เวลานานกว่าเพราะต้องเลาะแยก ureter ให้ห่างออกมาจาก uterine vessels ก่อน วิธีเสียเลือดมากกว่าและทำยากกว่า LAVH โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีปากมดลูกที่ยาวมากจะยิ่งตัดลำบากมากขึ้น ดังนั้นโดยทั่วไปจึงนิยมทำ LAVH มากกว่า LH การผ่าตัดโดยใช้ automatic stapling device แทนที่จะเจาะรูเพื่อใส่ trocar ตรงระหว่าง umbilicus และ symphysis pubis เหมือนวิธีที่ตัดด้วยไฟฟ้า เรามักจะเจาะรูสำหรับใส่ trocar 10 – 12 มม. ที่จุดกึ่งกลางเส้นที่ลากระหว่างสะดือกับขอบล่างสุดของชายโครงซ้ายตรง

ตำแหน่ง mamary line เพื่อสอด laparoscope เข้าไป ส่วนตรงตำแหน่งใต้สะดือ (subumbilical incision) ซึ่งเป็นที่สำหรับใส่ laparoscope นั้น เราจะใช้สำหรับใส่เครื่องมือ automatic stapling device แทน จะทำให้การผ่าตัดสะดวกมากขึ้น

นอกจากนี้ laparoscopic surgery ยังสามารถนำมาใช้ผ่าตัดแก้ไขภาวะ urinary stress incontinence ได้ด้วยโดย Vancaillie ได้พัฒนาวิธีการผ่าตัด ของ Marshall – Marchetti หรือ Burch procedure ที่ใช้การผ่าตัดทางหน้าท้องตามปกติมาเป็น laparoscopic technique ซึ่งวิธีนี้สามารถมองเห็น กายวิภาคต่างๆ ได้เด่นชัดและไม่ผิดเพี้ยน ทำให้การผ่าตัดทำได้ง่าย เสียเลือดน้อย ได้ผลดี และผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการใส่ three-way foley's catheter เข้าในกระเพาะปัสสาวะก่อน เพื่อให้ปัสสาวะไหลออกมาจนทำให้กระเพาะปัสสาวะแฟบ และยังสามารถทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่งได้ โดยการฉีดน้ำเข้าไปเพื่อหาตำแหน่งท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะได้อย่างชัดเจนขณะที่กำลังทำผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน (complications)

1. Bowel injury , vascular injury , thermal injury, subcutaneous emphysema related to :

Insufflation (Veress needle, pressure probes etc.)

Trocar (i.e. visceral and vascular perforation)

Laparoscope (i.e.burn thermal injury)

Forceps

Cautery equipment

Staples,Clamping and cutting equipment

Laser

Suction equipment(i.e. unintended aspiration of fimbria during suction)

Shen และคณะ³ ได้ทำการศึกษา small bowel injury ในการทำผ่าตัด laparoscopic assisted vaginal hysterectomy จำนวน 2,682 ราย พบว่ามี small

bowel injury เกิดขึ้น 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.19 ในจำนวนผู้ป่วยทั้ง 5

รายนี้ พบว่า เกิดจาก thermal injury 2 ราย เกิดจาก trocar injury 2 ราย และอีก 1 ราย เกิดจาก cutting equipment

2. Anesthesia

Disease of the patients (congenital or acquired lung bleb, diaphragmatic hernia)

3. Postoperative

Hemorrhage

Infection

Perforation

Adhesion

Other (urinary retention, ileus, pain, shoulder pain, etc)

Leng และคณะ⁴ ได้รายงานภาวะแทรกซ้อนจากการทำ laparoscopic surgery ในผู้ป่วยทางนรีเวช จำนวน 1,769 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน 34 รายคิดเป็นร้อยละ 1.92 ซึ่งจำแนกเป็น

Complications associated with insertion of Veresse needle or trocar and creation of pneumoperitoneum (35.3 percent of all complications)

- severe emphysema 5 ราย
- vascular injury 7 ราย

Intraoperative complications (14.7 percent of complications)

- severe bleeding 3 ราย
- bladder injury 1 ราย
- skin burn จาก electrode ที่ชำรุด 1 ราย

Postoperative complications (50 percent of all complications)

- intraperitoneal hemorrhage 2 ราย
- bowel injury 2 ราย
- nerve paresis 4 ราย
- febrile morbidities 9 ราย

ซึ่งโดยรวมแล้วอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ยังถือว่าต่ำ และสามารถยอมรับได้ แต่ก็ไม่ควรมองข้าม จึงต้องระมัดระวังในการผ่าตัด และเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วงหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่เป็น advance procedure เช่น LAVH เนื่องจากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่าการผ่าตัดทางนรีเวชอื่น ๆ⁴

รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1

หญิงไทยคู่ (H.N. 4420696) อายุ 67 ปี สัญชาติไทย ภูมิลำเนาจังหวัดจันทบุรี para 3-0-0-3 มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง มีก้อนโผล่ออกทางช่องคลอดเป็นเวลาประมาณ 5 เดือน จากการตรวจภายใน ให้การวินิจฉัยว่าเป็น procidentia uteri grade 2 และคิดว่าจะมีพังผืดที่ปีกมดลูกร่วมด้วย ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและยินยอมที่จะได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง จากการส่องกล้อง พบว่ามีพังผืดมากที่บริเวณของปีกมดลูกด้านซ้าย ได้ทำผ่าตัด laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, laparoscopic right salpingo-oophorectomy, laparoscopic left salpingectomy และ anterior colporrhaphy ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดจากการผ่าตัดประมาณ 300 มิลลิลิตร ค่าใช้จ่ายในหองผ่าตัดคิดเป็นเงิน 9,770 บาท หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลที่ทำการส่องกล้อง และแผลที่ช่องคลอดจึงได้รับยาแก้ปวดเป็นระยะ ๆ แต่ก็ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ในวันที่สองหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และได้จำหน่ายผู้ป่วยในวันที่ 6 หลังผ่าตัด นัดตรวจหลังผ่าตัด 1 เดือนไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน

รายที่ 2

หญิงไทยคู่ (H.N. 4414537) อายุ 44 ปี สัญชาติไทย ภูมิลำเนาจังหวัดจันทบุรี para 4-0-1-4 มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องพบความผิดปกติจากการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) โดยผล Pap smear แปลผลเป็น moderate dysplasia ได้ทำ colposcopic direct biopsy ผลเนื้อเป็น moderate to severe

dysplasia of transitional zone of cervix หลังจากนั้นจึงแนะนำผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้ทำ large loop electro cauterization of transformation zone (LLETZ) ผลเนื้อเป็น moderate to severe dysplasia of transitional zone of cervix, estimated from 3 o'clock to 6 o'clock. จึงได้แนะนำผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดมดลูกในเวลา 6 สัปดาห์ต่อมา

ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ และยินยอมที่จะได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำผ่าตัด laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, laparoscopic bilateral salpingo-oophorectomy และ posterior perineorrhaphy ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที เสียเลือดจากการผ่าตัดประมาณ 200 มิลลิลิตร ค่าใช้จ่ายในห้องผ่าตัดคิดเป็นเงิน 12,300 บาท หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลที่ทำการส่องกล้อง และแผลที่ช่องคลอด จึงได้รับยาแก้ปวดเป็นระยะ ๆ แต่ก็ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ในวันที่สองหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และจำหน่ายผู้ป่วยในวันที่ 4 หลังผ่าตัด นัดตรวจหลังผ่าตัด 1 เดือน ไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผลเนื้อรายงานเป็น Uterus post conization of cervix, shows no residual dysplasia of transitional zone of cervix หลังจากนั้นอีก 10 เดือน ผู้ป่วยได้มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อย จากการตรวจภายใน ให้การวินิจฉัยเป็น myofascial pain และได้รับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก พบว่าเป็นเชื้อราในช่องคลอด และไม่พบเซลล์มะเร็ง จึงได้ให้ยาสอดช่องคลอดเพื่อรักษาเชื้อราแก่ผู้ป่วยไป

วิจารณ์

การผ่าตัดด้วยการใช้ laparoscope ในผู้ป่วยทางนี้เวชแม้ว่าจะมีมาเป็นเวลานานแล้วแต่จนถึงปัจจุบันในประเทศไทยก็ยังไม่แพร่หลายมากนัก คงมีให้พบเห็นได้ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ หรือในโรงเรียนแพทย์ สาเหตุอาจเนื่องจาก

1. แพทย์ขาดทักษะในการทำผ่าตัด ไม่มีการฝึกอบรมในโรงเรียนแพทย์อย่างเพียงพอ ขาดความมั่นใจในการทำผ่าตัด จึงต้องตัดสินใจทำการผ่าตัดในแบบเดิม

2. เครื่องมือที่ใช้ถือเป็น high technology และมีราคาแพง ไม่สามารถที่จะจัดหาให้มีในทุกโรงพยาบาล

3. ขาดทีมที่ร่วมในการผ่าตัด โดยเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ และรวมทั้งการล้างทำความสะอาดและการเก็บรักษาเครื่องมือ

4. ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดโดยการเปิดหน้าท้อง ทำให้แพทย์ที่มีงานประจำมากอยู่แล้ว รู้สึกว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น

5. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมากกว่าการผ่าตัดโดยการเปิดหน้าท้องและการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด⁵ ซึ่งเกิดจากค่าเครื่องมือพิเศษ และค่าดมยาสลบที่สูงขึ้น เนื่องจากใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจ่ายได้ หรือผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพทำให้เป็นการเพิ่มภาระให้แก่โรงพยาบาล

อย่างไรก็ดี การผ่าตัด laparoscopic assisted vaginal hysterectomy ก็ยังมีข้อดีอยู่หลายประการ คือ

1. Cosmetic Effect เนื่องจากแผลเล็ก ๆ 3 - 4 แผล ซึ่งมีขนาด 1 - 2 ซม. เท่านั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในภาคพื้นเอเชียที่แผลกลายเป็น keloid ในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยในภาคพื้นยุโรปมาก

2. สามารถทำการผ่าตัดรังไข่ออกได้ ในกรณีของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด vaginal hysterectomy ซึ่ง Wilcox และคณะ⁶ ได้ทำการศึกษาพบว่า มีการทำ prophylactic oophorectomy ร่วมด้วยถึงร้อยละ 85 เมื่อมีการทำผ่าตัด abdominal hysterectomy แต่จะพบเพียงร้อยละ 18 เมื่อมีการทำผ่าตัด vaginal hysterectomy ทั้งนี้เนื่องจากมีความยากลำบากในการผูก ovarian vessels การใช้ laparoscope เข้าช่วยผ่าตัดทำให้สามารถผูกตัด ovarian vessels ได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น

3. Post Operative Pain น้อย คนไข้ฟื้นตัวเร็ว ลำไส้ทำงานได้เร็วกว่า ระยะเวลาพักฟื้นตัวใน

โรงพยาบาลหลังการผ่าตัดสั้นลงประมาณ 1 ส่วน 3 เท่า และสามารถกลับไปทำงานในหน้าที่ได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อเศรษฐกิจของชาติ

4. หลังผ่าตัดมี adhesion น้อย ซึ่งเป็นข้อดีและข้อได้เปรียบกว่า การผ่าตัดแบบ เปิดช่องท้อง ทั้งนี้ เพราะการผ่าตัดโดยใช้ laparoscope นั้นมีการฉีกขาดของ peritoneum น้อยกว่า และไม่จำเป็นต้องมีการ pack bowel ด้วย swab ที่ทำให้ serosa ของอวัยวะในช่องท้องเกิด traumatic effect ได้และการผ่าตัดชนิดนี้ สามารถ stop bleeding ได้อย่างสมบูรณ์

เนื่องจากยังขาดความชำนาญอยู่บ้างจึงทำให้ใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ ถือเป็นสองรายแรกที่ได้รับการผ่าตัด LAVH จากการทำผ่าตัดแม้จะพบว่าสามารถทำผ่าตัด laparoscopic assisted vaginal hysterectomy ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้อย่างปลอดภัย แต่การฝึกฝนเพื่อพัฒนาทักษะในการผ่าตัดทั้งในส่วนของแพทย์ และทีมผ่าตัดยังเป็นสิ่งที่จะต้องทำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลทางด้านความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายลงด้วย⁷

เอกสารอ้างอิง

1. พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒน์, เรืองศิลป์ เชาว์รัตน์. เอกสารประกอบการอบรม workshop on pelviscopic surgery โดยชมรมนรีแพทย์ผ่าตัดผ่านกล้องแห่งประเทศไทย วันที่ 14-16 กรกฎาคม พ.ศ. 2542.
2. Ostrzenski A, Radolinski B, Ostrzenska KM. A review of laparoscopic ureteral injury in pelvic surgery. Obstet Gynecol Surv 2003;58:794-9.
3. Shen CC, Wu MP, Lu CH, Hung YC, Huang EY, Huang FJ, et al. Small intestine injury in laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2003;10:350-5.
4. Leng J, Lang J, Huang R, Liu Z, Sun D. Complications in laparoscopic gynecologic surgery. Chin Med Sci J 2000;15:222-6.
5. Campbell ES, Xiao H, Smith MK. Types of hysterectomy. Comparison of characteristics, hospital cost utilization and outcomes. J Reprod Med 2003;48:943-9.
6. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. Obstet Gynecol 1994;103:549-55.
7. Chang WC, Li TC, Lin CC. The effect of physician experience on costs and clinical outcomes of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy : a multivariate analysis. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2003;10:356.