Review Articles/บทความฟื้นฟูวิชาการ

อวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน (Pelvic Organ Prolapse)

สมเกียรติ สีตวาริน, พบ.

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรมีแนวโน้มที่จะมีอายุยาวนานขึ้น เนื่องจากการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้น ร่วมกับประชากรมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทำให้แนวโน้มประชาชนมีอายุยาวนานขึ้น คาดการว่าประชากรเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 68 ปี และประชากรเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 75 ปีซึ่งยาวนานกว่าประชากรเพศชาย อายุเฉลี่ยของหญิงไทยในการเข้าสู่วัยหมดระดู 48 ปีทำให้หญิงไทยที่อยู่ในวัยหมดระดูมีจำนวนมากขึ้น ปัญหาหนึ่งที่สำคัญที่พบบ่อยในประชากรกลุ่มนี้คือภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน คาดการณ์ว่าหญิงไทยวัยหมดระดูที่มีปัญหาอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนถึงร้อยละ ซึ่งแนวโน้มจะพบสูงขึ้น

นิยาม

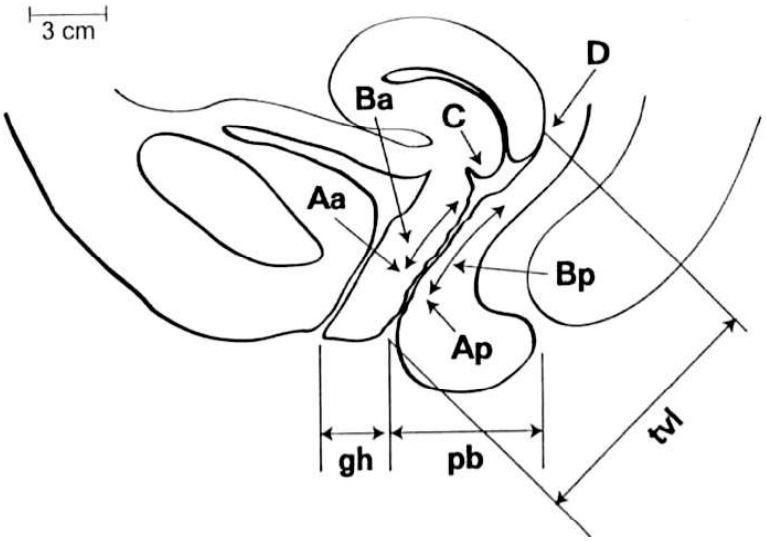
อวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนคือภาวะที่มีลักษณะคล้ายก้อนยื่นออกมาทางผนังช่องคลอด[1] ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ตั้งแต่ผนังช่องคลอดส่วนหน้า (Anterior compartment) ซึ่งเป็นฐานรองกระเพาะปัสสาวะ ส่วนตรงกลาง (Apical compartment) ซึ่งเป็นปากมดลูกและมดลูก และส่วนหลัง (Posterior compartment) ซึ่งเป็นฐานรองลำไส้ระบบทางเดินอาหาร

อาการและอาการแสดง

กรณีที่อวัยวะในอุ้งเชิงกรานยังหย่อนไม่เลยระดับเยื่อพรหมจรรย์ ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อยเพียงรู้สึกหนักๆ หรือหน่วงๆ ในอุ้งเชิงกราน อาการของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนมักมาร่วมกับอาการของระบบทางเดินปัสสาวะไม่ว่าอาจพบร่วมกับอาการปัสสาวะราด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือไอ จาม ปัสสาวะเล็ด ในบางกรณีก็มาร่วมกับอาการระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องผูก ถ่ายอุจจาระลำบาก หรือถ่ายอุจจาระไม่สุด เนื่องจากอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนขวางทางระบบขับถ่าย อาการของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนอาจสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาเวลามีเพศสัมพันธ์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายเวลามีเพศสัมพันธ์ หรือปัสสาวะเล็ดราดเวลามีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ก็ได้ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ด้วย[2]

การตรวจร่างกาย

การตรวจปัญหาอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนจะตรวจในขณะผู้ป่วยขึ้นขาหยั่งตรวจภายใน ตรวจภายหลังผู้ป่วยปัสสาวะออกหมดแล้ว[3] และให้ผู้ป่วยเบ่งมากที่สุดขณะตรวจเพื่อดูจุดที่จะหย่อนสูงสุด โดยการตรวจภายในจะแบ่งช่องคลอดเป็นส่วน 3 ส่วนคือ ส่วนหน้า (Anterior Compartment) ส่วนกลาง (Apical Compartment) และส่วนหลัง (Posterior Compartment) โดยยึดการตรวจตามแบบ Pelvic Organ Prolapse Quantitative System (POP-Q System) ซึ่งเป็นการตรวจที่เป็นมาตรฐานสากล โดยกำหนดจุดต่างๆ ในช่องคลอดดังรูป และบันทึกเป็นตัวเลขจำนวน 9 ตัว



Aa จุดที่อยู่ทางด้านหน้าผนังช่องคลอด 3 เซนติเมตร เหนือเยื่อพรหมจรรย์

Ba จุดที่อยู่ต่ำสุดของผนังช่องคลอดด้านหน้า

C จุดที่เป็นตำแหน่งของปากมดลูก

D จุดที่เป็นตำแหน่งในผนังช่องคลอดด้านหลัง สูงสุด (Posterior Fornix)

Ap จุดที่อยู่ทางด้านหลังผนังช่องคลอด 3 เซนติเมตร เหนือเยื่อบุพรหมจรรย์

Bp จุดที่ต่ำสุดของผนังช่องคลอดด้านหลัง

gh คือความกว้างของปากช่องคลอด (Genital hiatus) หน่วยเป็นเซนติเมตร

pb คือความกว้างของฝีเย็บ (Perineal body) หน่วยเป็นเซนติเมตร

tvl คือความยาวของช่องทางคลอด หน่วยเป็นเซนติเมตร

โดยกำหนดระยะทางของแต่ละจุดวัดจากระดับเยื่อบุพรหมจรรย์เป็นจุดอ้างอิงเป็น 0 ถ้าอยู่สูงกว่าเยื่อบุพรหมจรรย์เข้าไปในช่องคลอด นับเป็นตัวเลขติดลบวัดเป็นเซนติเมตร ถ้าอยู่ต่ำกว่าเยื่อบุพรหมจรรย์ลงมา นับเป็นตัวเลขบวกวัดเป็นเซนติเมตรและได้แบ่งระดับของความหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานเป็น 5 ระดับ

ระดับ 0 คือปกติไม่มีการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

ระดับ 1 คือจุดที่หย่อนที่สุด อยู่สูงกว่า 1 เซนติเมตร เหนือระดับเยื่อบุพรหมจรรย์

ระดับ 2 คือจุดที่หย่อนที่สุด อยู่ไม่เกิน 1 เซนติเมตร เหนือหรือใต้ระดับเยื่อบุพรหมจรรย์

ระดับ 3 คือจุดที่หย่อนที่สุด อยู่ต่ำกว่า 1 เซนติเมตร นับจากระดับเยื่อบุพรหมจรรย์

ระดับ 4 คือมีการหย่อนของช่องคลอดออกมาทั้งหมด

โดยการตรวจภายในจำเป็นต้องใช้ Bivalve speculum เพื่อกันช่องคลอดทางด้านหน้าเวลาประเมินการหย่อนทางด้านหลัง (Posterior compartment) และใช้กันช่องคลอดทางด้านหลัง เพื่อประเมินเวลาหย่อนทางด้านหน้า (Anterior compartment) กันด้านหน้าและด้านหลังช่องคลอดเพื่อประเมินการหย่อนตรงกลาง (Apical compartment)

แนวทางการรักษา

แนวทางการรักษามี 2 แบบคือแบบไม่ผ่าตัดและแบบผ่าตัด ซึ่งการรักษาทั้ง 2 แบบ ทำไปร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor exercise) การรักษาแบบไม่ผ่าตัดคือการรักษาด้วยการใส่อุปกรณ์พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกราน (Vaginal pessary) อุปกรณ์พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกรานมี 2 ประเภทคือ ชนิดที่พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกรานโดยสร้างเป็นชั้นในช่องคลอดเพื่อพยุงอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (Supportive type) และชนิดที่เป็นอุปกรณ์เพื่อลดช่องว่างในช่องทางคลอด (Space occupying type) โดยทั่วไปการรักษาอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนด้วยอุปกรณ์พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกรานประสบความสำเร็จถึงร้อยละ 73[4] โดยร้อยละ 90 มีความพึงพอใจ

และต้องการที่จะใช้อุปกรณ์พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกรานต่อไป[5] การรักษาด้วยอุปกรณ์พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกรานมักใช้กรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการผ่าตัด กลัวการผ่าตัดหรือมีโรคประจำตัวต่างๆ เช่นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะดำเนินการผ่าตัดหรือวางยาสลบ ปัจจัยที่มีผลต่อความล้มเหลวของการรักษาด้วยอุปกรณ์พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกรานคือ กรณีที่มีช่องเชิงกรานด้านหลังหย่อน และกว้างมากและกรณีที่กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนอย่างรุนแรง[6-8] การผ่าตัดรักษาอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนเป็นอีกทางหนึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธหรือล้มเหลวจากการรักษาด้วยอุปกรณ์พยุงอวัยวะอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดแบ่งง่ายๆเป็น 2 แบบคือแบบซ่อมแซม (Reconstructive)และแบบปิดกั้น (Obliterative) การผ่าตัดแบบซ่อมแซมเพื่อที่จะรักษาอาการอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน ซึ่งผ่าตัดได้ทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอด ซึ่งร้อยละ 80-90 จะผ่าตัดทางช่องคลอด[9-11] การผ่าตัดเพื่อรักษาอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนส่วนกลาง (Apical compartment) ที่ทำบ่อย 2 แบบคือ การเย็บซ่อมอวัยวะที่หย่อนแขวนกับเยื่อบุกระดูกก้นกบผ่านทางหน้าท้อง (Abdominal sacral colpopexy) ซึ่งทำผ่านการส่องกล้องได้และการเย็บซ่อมอวัยวะที่หย่อนแขวนกับเอ็น sacrospinous ผ่านทางช่องคลอด (Vaginal sacrospinous ligament suspension) การเย็บซ่อมอวัยวะที่หย่อนแขวนกับเยื่อบุกระดูกก้นกบผ่านทางหน้าท้องมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าการเย็บซ่อมอวัยวะที่หย่อนแขวนกับเอ็น sacrospinous ผ่านทางช่องคลอด แต่ใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าและทำยากกว่า[12] การผ่าตัดเพื่อรักษาอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนส่วนกลางทางช่องคลอดแบบอื่นๆ เช่น iliococcygeus ligament fixation, high uterosacral ligament suspension, McCall culdoplasty การเย็บซ่อมผนังช่องคลอดทางด้านหน้า (Anterior colporrhaphy) เพื่อรักษาอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนส่วนหน้า (Anterior compartment) มีรายงานความสำเร็จร้อยละ 40-100[13-16] การเย็บซ่อมผนังช่องคลอดทางด้านหลัง (Posterior colporrhaphy) มีประสิทธิภาพสูงเพื่อรักษาอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนส่วนหลัง (Posterior compartment)แต่พบบสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์สูงภายหลังการผ่าตัด[17-19] การผ่าตัดแบบปิดกั้นใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุมาก มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมไม่สามารถทนการผ่าตัดได้นาน และไม่ได้มีเพศสัมพันธ์แล้ว

แนวทางการป้องกัน

ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่แน่นอนว่า การลดน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หลีกเลี่ยงการท้องผูก จะช่วยป้องกันภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์ (Elective cesarian section) สามารถลดการเกิดอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนได้แต่ก็ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่[20] การขมิบช่องคลอดเพื่อป้องกันภาวะอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนก็ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่[21]

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Obstetricians and Gynecologist. Pelvic organ prolapsed. ACOG Technical Bulletin. Int J Gynaecol Obstet 1996;52:197-205.
2. Hauda VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapsed. Am J Obstet Gynecol 2004;191:751-6.
3. Silva WA, Kleeman S, Segal J, Pauls R, Woods SE, Karram MM. Effect of a full bladder and patient positioning on pelvic organ prolapsed assessment. Obstet Gynecol 2004;104:37-41.
4. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapsed. Am J Obstet Gynecol 2004;190:345-50.
5. Sitavarin S, Wattanayingcharoenchai R, Manonai J, Sarit-apirak S, Chittacharoen A. The characteristics and satisfaction of the patients using vaginal pessaries. J Med Assoc Thai 2009;92:744-7.
6. Viera AJ, Larkins-Pettigrew M. Practical use of the pessary. Am Fam Physician 2000;61:2719-26.

7. Pott-Grinstein E, Newcomer JR. Gynecologists patterns of prescribing pessaries. J Reprod Med 2001;46: 205-8.
8. Zeitlin MP, Lebherz TB. Pessaries in the geriatric patient. J Am Geriatr Sci 1992;40:635-40
9. Brown JS, Waetijen LE, Subak LL, Thorn DH, Van den Eeden S, Vittinghoff E. Pelvic organ prolapsed surgery in the United States, 1997. Am J Obstet Gynecol 2002;186:712-6.
10. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for urinary incontinence in the United States, 1979-1997. Am J Obstet Gynecol 2003;189:70-5.
11. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapsed and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1997;89:501-6.
12. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapsed in women. Cochrane Database Syst Rev 2004;4:CD004014.
13. Macer GA. Transabdominal repair of cystocele, a 20 year experience, compared with the traditional vaginal approach. Am J Obstet Gynecol 1978;131:203-7.
14. Walter S, Olesen KP, Hald T, Jensen HK, Pedersen PH. Urodynamic evaluation after vaginal repair and colposuspension. Br J Urol 1982;54:377-80.
15. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. Am J Obstet Gynecol 2001;185:1299-304.
16. Sand PK, Koduri S, Lobel RW, et al. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectocele. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1357-62.
17. Francis WJ, Jeffcoate TN. Dyspareunia following vaginal operations. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1961;68:1-10.
18. Kahn MA Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:82-6.
19. Mellgren A, Anzen B, Nilsson BY, et al. Results of rectocele repair:a prospective study. Dis Colon Rectum 1995;38:7-13.
20. Sand PK. Should women be offered elective cesarean section in the hope of preserving pelvic floor function ? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005;16:255-6.
21. Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. J Obstet Gynaecol Can 2003;25:487-98.