

ประสบการณ์ปีแรกของการริเริ่มผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องในโรงพยาบาลอำเภอ First Year Experience of Laparoscopic Hysterectomy in District Hospital

นพมาศ หวังธีระนนท์, พ.บ.

ว.ว. สูติศาสตร์และนรีเวชกรรม

โรงพยาบาลบางสะพาน

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Noppamart Whangteeranon, M.D.

Thai Board of Obstetrics and Gynecology

Certificate in MIS of BMEC (APAGE Center)

Bangsaphan Hospital,

Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง ในปีแรกของการเริ่มผ่าตัดที่โรงพยาบาลอำเภอ

วิธีการศึกษา: ศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทั้งหมด ในระยะเวลา 1 ปีแรก โดยเก็บข้อมูลของผู้ป่วย รายละเอียดการผ่าตัด ผลการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนโดยใช้ค่าร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: กลุ่มผู้ป่วยหญิง 27 ราย มีอายุ 17 - 59 ปี ผ่าตัดผ่านกล้องสำเร็จ 25 ราย มี 2 รายที่เปลี่ยนแผนระหว่างผ่าตัดเป็นเปิดหน้าท้อง น้ำหนักมดลูกอยู่ในช่วง 80 - 720 กรัม ค่าเฉลี่ย 251.4 กรัม ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 184.5 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 196.2 มิลลิลิตร ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 2 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องผ่าตัดแก้ไข

สรุป: การริเริ่มผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องในโรงพยาบาลอำเภอที่มีเครื่องมือ โดยสูตินรีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางแล้วนั้น สามารถทำได้จริง และปลอดภัยเพียงพอ

คำสำคัญ : การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง โรงพยาบาลอำเภอ

วารสารแพทย์ เขต 4-5 2560 ; 36(4) : 229-236.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the surgical outcomes of laparoscopic hysterectomy in the district hospital.

Materials and methods: All cases in the first year of performing laparoscopic hysterectomy were studied retrospectively. The patient data, details of operations and surgical outcomes were collected and analyzed by descriptive statistics.

Results: Patient age ranged from 17 to 59 years. The 25 patients underwent laparoscopic hysterectomy completed, whereas 2 patients were converted to open hysterectomy due to severe adhesion. The uterine weight ranged from 80 to 720 grams and the mean weight was 251.4 grams. Average operating time was 184.5 minutes. Average blood loss was 196.2 ml. Median length of post-operative stay was 2 days. There was no complication in need of surgical intervention.

Conclusion: Our first-year experience suggests that laparoscopic hysterectomy is feasible and safe in small equipped hospital with well-trained gynecologic surgeon.

Keywords : laparoscopic hysterectomy, district hospital

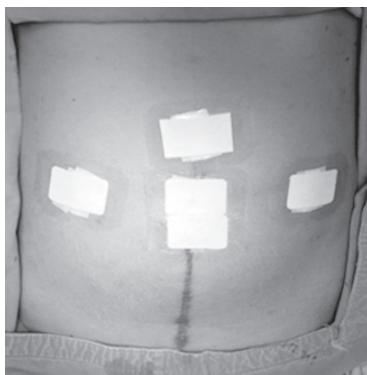
Reg 4-5 Med J 2017 ; 36(4) : 229-236.

บทนำ

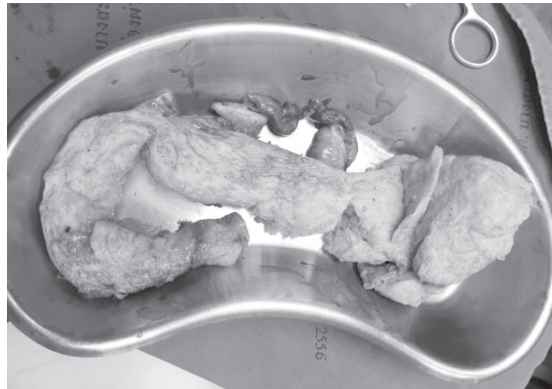
การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแพร่หลายในช่วง 20 ปีมานี้ และได้รับการยอมรับถึงประโยชน์ที่เหนือกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบดั้งเดิมอย่างมาก อันได้แก่ แผลผ่าตัดขนาดเล็กกว่า ความเจ็บปวดจากการผ่าตัดน้อยกว่า การฟื้นตัวได้เร็วกว่า และมีภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน^{1,2} แต่ในประเทศไทยนั้น การผ่าตัดผ่านกล้องยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านนี้น้อย เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องมีราคาสูง และความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของการผ่าตัดผ่านกล้อง การศึกษานี้จึงทำขึ้นเพื่อรวบรวมประสบการณ์ ผลการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องในรอบปีแรกของผู้วิจัยที่โรงพยาบาลอำเภอในต่างจังหวัด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เพื่อเป็นแบบอย่างในการพัฒนาการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องของโรงพยาบาลขนาดเล็กต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทั้งหมดในโรงพยาบาลอำเภอในต่างจังหวัด ในรอบ 1 ปีแรก นับตั้งแต่ 27 ตุลาคม 2558 ถึง 26 ตุลาคม 2559 จำนวน 27 ราย ทุกรายได้รับการผ่าตัดโดยคณะผู้ผ่าตัดกลุ่มเดิมทุกครั้ง ได้แก่ แพทย์ 1 คน คือ ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และพยาบาลวิสัญญีดมยาสลบ ระหว่างผ่าตัดใช้กล้องแลพารอสโคปขนาด 5 มิลลิเมตร ผ่าตัดผ่านทางรูหน้าท้อง 3 - 4 รู ตำแหน่งใดมอนต์ เลือกตามความเหมาะสมในแต่ละราย หากก่อนมีขนาดใหญ่มากจะลงแผลที่ตำแหน่งลิฮวง (Lee Huang point)³ เพื่อไม่ให้ก้อนเนื้ออกกีดขวางเครื่องมือขณะผ่าตัด ดังแสดงในรูปที่ 1 จากนั้นทำการตัดมดลูกผ่านกล้องตามขั้นตอนมาตรฐาน รวมทั้งตัดช่องคลอดด้านหน้าและด้านหลังด้วยไฟฟ้า (American Association of Gynecologic Laparoscopists ; AAGL classification system type IVE)⁴ ใช้มีดตัดย่อยมดลูกให้เป็นเส้นเพื่อดึงมดลูกออกจากช่องคลอด (hand morcellation)⁵ ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 1 ตัวอย่างแผลผ่าตัดตำแหน่งลิฮวง วันผ่าตัด และ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัดตามลำดับ



รูปที่ 2 ตัวอย่างมดลูกที่ผ่านการย่อยให้เป็นชิ้นขนาดเล็กด้วยมิดผ่านทางช่องคลอด

ก่อนเริ่มต้นการผ่าตัดผ่านกล้องในโรงพยาบาล
ชุมชนนั้น ผู้วิจัยได้เตรียมการดังนี้

ขั้นที่หนึ่งเตรียมทีมผ่าตัด ได้แก่ พยาบาลวิสัญญี
ต้องผ่านการศึกษาดูงานด้านการดมยาสลบในการผ่าตัด
ผ่านกล้อง เนื่องด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องนั้นมีการใส่แก๊ส
คาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง และมีการนอน
เอียงศีรษะลงต่ำ ทำให้กลไกการหายใจและระบบการทำงานของ
หัวใจและหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงจากปกติมาก⁶
วิสัญญีพยาบาลสามารถติดตามอาการระหว่างผ่าตัด
และรู้อาการแสดงสำคัญ เพื่อวินิจฉัยได้ทันเวลาที่เมื่อเกิด
ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ส่วนพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด
ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรช่วยผ่าตัดผ่านกล้องระยะสั้น
จากสถาบันที่ได้รับการยอมรับ คือ โรงพยาบาลศิริราช
และศูนย์ตรวจรักษาและผ่าตัดผ่านกล้องกรุงเทพมหานคร
(Bangkok Metropolitan Excellence Endoscopic
center : BMEC The Asia-Pacific Association for
Gynecologic Endoscopy and Minimally Invasive
Therapy : APAGE center in Thailand) ก่อนที่จะเริ่ม
เปิดทำการผ่าตัด

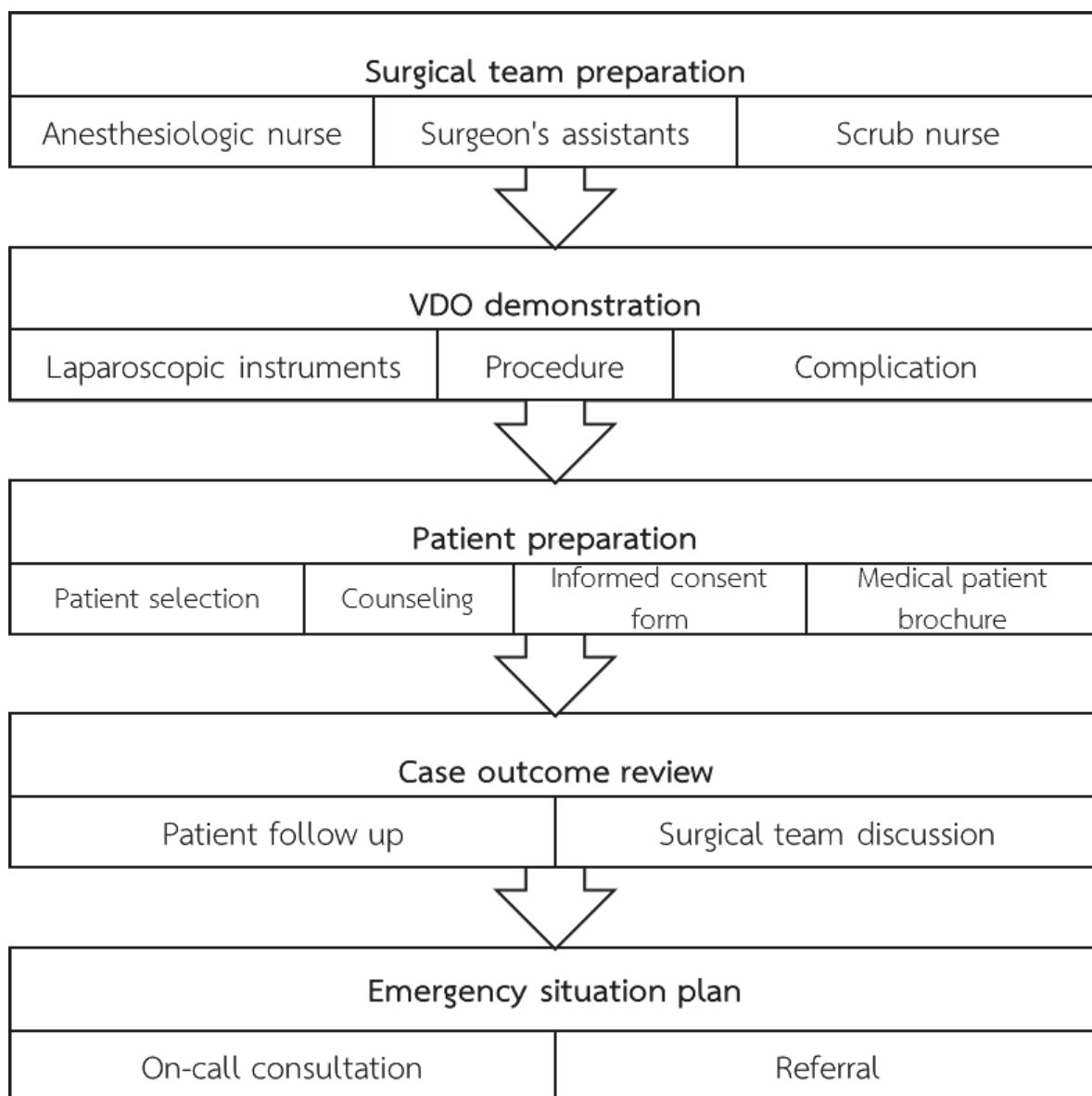
ขั้นที่สอง ใช้วิดีโอเป็นสื่อการสอนเพื่อปรับ
พื้นฐานของทุกคนในห้องผ่าตัด ทั้งพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยจ่ายกลาง เพื่อสอน
แสดงให้รู้จักเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง ทั้งชื่อเครื่องมือ
วิธีการใช้ วิธีการดูแลทำความสะอาดและการทำให้
ปลอดเชื้อ สาธิตวิธีการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การจัดท่าผู้ป่วย
ที่ปลอดภัย การจัดห้องผ่าตัด การวางตำแหน่งจอภาพ
วิธีการใช้เครื่องจ่ายแก๊ส และการควบคุมตั้งค่ากล้อง

ขั้นตอนการทำผ่าตัดมดลูกโดยใช้วิธีโหวตตัดจริงที่ตัดต่อ
เหลือความยาว 5 นาที รวมทั้งสอนแสดงข้อควรระวัง
ในขั้นตอนนั้นๆ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ว่าจะรู้
เมื่อไร และแก้ไขได้อย่างไร

ขั้นที่สาม เตรียมผู้ป่วย การคัดเลือกผู้ป่วยเป็น
ขั้นตอนสำคัญ⁷ ต้องมีการตรวจประเมินข้อบ่งชี้ ความเสี่ยง
ก่อนผ่าตัด มีการอธิบายถึงข้อดี ข้อเสีย การปฏิบัติตัว
ก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมลงชื่อในใบยินยอมเข้ารับ
การผ่าตัด รายละเอียดคำอธิบายเหล่านี้ทางผู้วิจัยเขียน
รวบรวมทำเป็นเอกสารแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อ
ไปอ่านทบทวนที่บ้านด้วย

ขั้นที่สี่ ติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่วงที่
อยู่ในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด มีการนัดติดตามอาการ
ผู้ป่วย 1, 2 และ 6 สัปดาห์ เพื่อตรวจแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง
เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากไฟฟ้าที่ใช้ผ่าตัดต่ออวัยวะ
ข้างเคียง เช่น ลำไส้ ท่อไต แฉกผลขึ้นเนื้อทางพยาธิ และ
ตรวจแผลในช่องคลอดตามลำดับ จากนั้นแพทย์แจ้งผล
การผ่าตัดแก่ทีมผู้ร่วมผ่าตัดเป็นระยะ นอกจากเพื่อการ
พัฒนาแก้ไขข้อผิดพลาดแล้ว เมื่อผลการผ่าตัดออกมาดี
ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง
แบบเดิม จะเป็นการสร้างกำลังใจให้แก่ทีมผู้ผ่าตัดอย่างมาก

ขั้นที่ห้า เตรียมแผนการแก้ปัญหากรณีเกิด
ปัญหาฉุกเฉินระหว่างการผ่าตัด โดยติดต่อประสานงาน
กับทางสถาบันใหญ่ให้สามารถปรึกษาอาจารย์แพทย์
เฉพาะทางผ่าตัดผ่านกล้องทางโทรศัพท์ได้ และส่งต่อ
ผู้ป่วยไปรักษาต่อหากมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการ
แก้ไข ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แผนการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มผ่าตัด

การศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย รายละเอียดวิธีการผ่าตัด ผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน เพื่อวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ค่าเฉลี่ย พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยหญิง 27 ราย มีอายุระหว่าง 17 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 43.6 ± 8.7 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.7 ± 3.6 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดเป็นเนื้องอกมดลูก ร้อยละ 55.6 และเคยผ่าตัดในช่องท้องมาก่อนร้อยละ 66.7 ได้แก่ การผ่าตัดทำหมันที่สะดือ ผ่าตัดคลอดบุตร และผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n = 27)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X} \pm S.D.$
อายุ (ปี)		43.6 $\pm$ 8.7
17 - 30	3 (11.1)	
31 - 45	11 (40.7)	
45 - 59	13 (48.2)	
ดัชนีมวลกาย		24.7 $\pm$ 3.6
19.2 - 24.9	13 (48.2)	
25 - 29.9	12 (44.4)	
30 - 34.6	2 (7.4)	
วินิจฉัยก่อนผ่าตัด		
Myoma uteri	15 (55.6)	
Adenomyosis	8 (29.6)	
Endometriosis	3 (11.1)	
CIN	2 (7.4)	
Mental retardation	1 (3.7)	
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	15 (55.6)	
มีโรคประจำตัว	12 (44.4)	
- ความดันโลหิตสูง	3 (11.1)	
- เบาหวาน	3 (11.1)	
- โลหิตจาง	5 (18.5)	
- อื่นๆ (epilepsy, hyperthyroid, SVT)	3 (11.1)	
การผ่าตัดในช่องท้องครั้งก่อน*		
ไม่เคยผ่าตัด	9 (33.3)	
เคยผ่าตัดในช่องท้อง	18 (66.7)	
- ทำหมันที่สะดือ	14 (51.9)	
- ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	3 (11.1)	
แผล midline	1 (3.7)	
แผล Pfannenstiel	2 (7.4)	
- ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ	2 (7.4)	

หมายเหตุ * ผู้ป่วย 1 ราย เคยผ่าตัดมากกว่า 1 ชนิด

การผ่าตัดผ่านกล้องสำเร็จ 25 ราย มี 2 ราย
ที่เปลี่ยนแผนระหว่างผ่าตัดเป็นเปิดหน้าท้อง มีมดลูก
ขนาดใหญ่ที่ต้องใช้แผลตำแหน่งลิซวง 8 ราย ใช้เครื่องมือ
หลักหนีบเส้นเลือดเป็นไปโพลาร์ธรรมดา มากกว่า
ไปโพลาร์ชนิดพิเศษ ดังแสดงในตารางที่ 2

น้ำหนักมดลูกมีขนาดแตกต่างกัน ตั้งแต่ 80 กรัม
ถึง 720 กรัม ค่าเฉลี่ย 251.4 กรัม ใช้เวลาผ่าตัด

เฉลี่ย 184.5 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัดค่าเฉลี่ย
196.2 มิลลิลิตร ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลหลัง
ผ่าตัด 2 วัน พบภาวะเลือดจางที่ต้องให้เลือดและมีลม
ในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง 2 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน
รุนแรง หรือการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงทั้งทาง
เดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ หรือหลอดเลือดใหญ่ ที่ต้อง
ผ่าตัดแก้ไข ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 รายละเอียดการผ่าตัด (n=27)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดการผ่าตัด	
Laparoscopic hysterectomy (LH)	8 (29.6)
LH with adnexal surgery	8 (29.6)
LH with lysis adhesion	9 (33.4)
Convert to abdominal hysterectomy	2 (7.4)
จำนวนรูแผลหน้าท้อง (ports) (0.5 เซนติเมตร)	
สาม	21 (77.8)
สี่	6 (22.2)
ตำแหน่งแผลหน้าท้อง	
โดมอนด์	19 (70.4)
ลิซวง	8 (29.6)
เครื่องมือหลักในการหนีบเส้นเลือด	
Bipolar	20 (74.1)
Advanced bipolar	7 (25.9)
ความรุนแรงของพังผืดในช่องท้อง	
ไม่มีพังผืด	10 (37.0)
พังผืดน้อย	9 (33.4)
พังผืดมาก	8 (29.6)

ตารางที่ 3 ผลการผ่าตัดผ่านกล้องของผู้ป่วย (n = 25)

ผลการผ่าตัดผ่านกล้อง	ค่าแสดงผล	
	พิสัย	$\bar{X} \pm S.D.$
น้ำหนักมดลูก (กรัม)	80 - 720	251.4 $\pm$ 155.4
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	120 - 270	184.5 $\pm$ 44.8
ปริมาณการเสียเลือด (มิลลิลิตร)	5 - 700	196.2 $\pm$ 184.4
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด (วัน)	2 - 3	2.1 $\pm$ 0.3
ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	23 (92)	
มีภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง	2 (8)	
- เลือดจางที่ต้องให้เลือด	2 (8)	
- ภาวะลมในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง	2 (8)	
มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	0	

วิจารณ์

จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยที่ตัดมดลูกโดยการผ่าตัดผ่านกล้องนั้น มีผลขนาดเล็กเพียง 0.5 เซนติเมตร 3- 4 รู ทำให้ผู้ป่วยเจ็บแผลผ่าตัดน้อยฟื้นตัวได้เร็ว และใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลน้อยกว่าการเปิดหน้าท้องแบบเดิม ซึ่งเป็นแผลยาว 1 แผล ตรงแนวกลางท้องจากใต้สะดือถึงเหนือกระดูก pubic symphysis หรือแนว pfannenstiel จำนวน 1 แผล ยาว 12 - 20 เซนติเมตร แปรตามขนาดของมดลูก

และเมื่อเทียบเคียงผลของการศึกษานี้ กับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังการวิจัยของ O'Hanlan KA และคณะ⁸ ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง 830 ราย ซึ่งพบว่า น้ำหนักมดลูกเฉลี่ย 239 ± 291 กรัม ระยะเวลาผ่าตัด 132 ± 55 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 130 ± 189 มิลลิลิตร มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องผ่าตัดแก้ไขร้อยละ 4.7 ถือได้ว่าผลลัพธ์ใกล้เคียงกันทั้งน้ำหนักของมดลูกที่สามารถทำการผ่าตัดได้ ปริมาณเลือดที่เสียไปจากการผ่าตัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดของการศึกษานี้มากกว่าวิเคราะห์สาเหตุอาจมาจากความสามารถของผู้ผ่าตัดและผู้ช่วยผ่าตัด ซึ่งต้องใช้เวลาในการเรียนรู้พัฒนา

ทักษะและสะสมประสบการณ์ (learning curve)⁹ และหากมีพังผืดในช่องท้องมากทั้งจากโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่หรือจากการผ่าตัดในครั้งก่อนทำให้ความยากของการผ่าตัดเพิ่มขึ้น เครื่องมือจับหนีบหลอดเลือดไบโพลาร์ธรรมดาใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าใช้เครื่องมือห้ามเลือดไบโพลาร์ชนิดพิเศษ (advanced bipolar)¹⁰ รวมทั้งมดลูกที่มีขนาดใหญ่หรือแข็งมากจะใช้เวลาตัดย่อยให้เป็นชิ้นเล็กด้วยมือ เพื่อนำชิ้นเนื้อออกทางช่องคลอดที่เพิ่มขึ้น

กรณีผู้ป่วย 2 ราย ที่ต้องเปลี่ยนแผนการผ่าตัดเป็นเปิดหน้าท้องนั้น รายแรก เป็นผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปรวยด้วยไฟฟ้าเพื่อรักษาภาวะเซลล์ปากมดลูกผิดปกติก่อนระยะมะเร็ง (CIN III) ทำให้ปากมดลูกสั้นมากติดกับช่องคลอด และมีพังผืดล้อมรอบปากมดลูกติดแน่น การตัดเลาะพังผืดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ จึงเปลี่ยนแผนการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่สอง ประเมินก่อนผ่าตัดแล้วพบว่า การผ่าตัดผ่านกล้องทำได้ยาก เนื่องจากเคยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้วยแผล Pfannenstiel 2 ครั้ง และมดลูกมีขนาดใหญ่ประเมินก่อนผ่าตัดได้เท่าขนาดมดลูกขณะตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ และ

ขณะนั้นไม่มีเครื่องมือห้ามเลือดไปโพลาร์ชนิดพิเศษ ผู้วิจัยเลือกการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบเดิม แต่ผู้ป่วยมีอาชีพเป็นผู้ช่วยพยาบาล ต้องการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อลดความเจ็บปวดและใช้เวลาพักฟื้นน้อย เข้าใจในความเสี่ยงดี ไม่กังวลและยอมรับได้หากในระหว่างทำผ่าตัดเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการตัดมดลูกด้วยกล้อง หลังจากจี้หนีบเส้นเลือดใหญ่ของมดลูกแล้ว ยังมีพังผืดติดแน่นทางกระเพาะปัสสาวะด้านหน้า ไม่สามารถตัดผนังช่องคลอดด้านหน้าด้วยไฟฟ้าได้ (anterior colpotomy) จึงเปิดแผลหน้าท้องขนาด 6 เซนติเมตร (mini-Pfannenstiel incision) เพื่อเลาะพังผืดเพิ่มและตัดมดลูกชั้นตอนที่เหลือต่อ หลังผ่าตัดผู้ป่วยพึงพอใจเนื่องจากฟื้นตัวได้เร็ว นอนโรงพยาบาล 3 วันและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การเริ่มต้นทำการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องในโรงพยาบาลชุมชนนั้น เป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากทีมผู้ช่วยผ่าตัด เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและประชากรในพื้นที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน การเตรียมความพร้อมดังกล่าว จึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การผ่าตัดราบรื่นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแต่อย่างใด

สรุป

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องในโรงพยาบาลอำเภอ โดยสูตินรีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางแล้วนั้นเป็นประโยชน์ สามารถทำได้จริงและปลอดภัยเพียงพอ น่าจะเป็นการเพิ่มโอกาสที่ดีหากมีการอบรมเฉพาะทางด้านผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้องแก่สูตินรีแพทย์ มีการสนับสนุนเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องและส่งเสริมให้การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชแพร่หลายในโรงพยาบาลต่างๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;19:CD003677.
2. Schindlbeck C, Klausner K, Dian D, et al. Comparison of total laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomy. Arch Gynecol Obstet 2008;277:331-7.
3. Lee CL, Huang KG, Jain S, et al. A new portal for gynecologic laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001;8:147-50.
4. Olive DL, Parker WH, Cooper JM, et al. The AAGL classification system for laparoscopic hysterectomy. Classification committee of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000;7:9-15.
5. Clark Donat L, Clark M, Tower AM, et al. Transvaginal Morcellation. JSLS 2015;19(2). pii:e2014.00255.
6. Gerges FJ, Kanazi GE, Jabbour-Khoury SI. Anesthesia for laparoscopy: a review. J Clin Anesth 2006;18:67-78.
7. Roman JD. Patient selection and surgical technique may reduce major complications of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. J Minim Invasive Gynecol 2006;13:306-10.
8. O'Hanlan KA, Dibble SL, Garnier AC, et al. Total laparoscopic hysterectomy: technique and complications of 830 cases. JSLS 2007;11:45-53.
9. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB, et al. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002;9:339-45.
10. Diamantis T, Kontos M, Arvelakis A, et al. Comparison of monopolar electrocoagulation, bipolar electrocoagulation, Ultracision, and Ligasure. Surg Today 2006;36:908-13.