

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาล พระจอมเกล้าในปีงบประมาณ 2546 - 2548

Total Abdominal Hysterectomy in Phra Chom Klao Hospital during October 2002 - September 2005

ศิริวัฒน์ จันทเวชศิริ พ.บ.

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Siriwat Chantawetsiri M.D.

Division of Obstetrics & Gynecology

Phra Chom Klao Hospital, Petchaburi Province

บทคัดย่อ

ในปีงบประมาณ 2546-2548 โรงพยาบาลพระจอมเกล้า มีการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง 354 ราย กลุ่มอายุมากที่สุดระหว่าง 40-45 ปี ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมากที่สุด คือ myoma uteri ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการมีก้อนในท้อง วิธีการผ่าตัดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ TAH + BSO + Appendectomy ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดที่สำคัญคือการเสียเลือดมาก ต้องให้เลือดทดแทน พบร้อยละ 8.5 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบ leiomyoma ในผู้ป่วย 221 ราย

Abstract

During October 2002 - September 2005, 354 women in Phra Chom Klao Hospital were performed total abdominal hysterectomy. The peak of age was 40-49 years old. The most common symptom was pelvic mass and the most common indication was myoma uteri. TAH + BSO + Appendectomy was the most common procedure. The severe complication was blood loss and pathological finding of leiomyoma was detected in 221 women.

บทนำ

การผ่าตัดมดลูก เป็นการผ่าตัดที่ทำกันมากที่สุดในผู้ป่วยทางนรีเวชวิทยา และมากเป็นอันดับสองของการผ่าตัดทางสูติ - นรีเวชวิทยา รองจากการผ่าตัดคลอด¹

จุดประสงค์ของการผ่าตัด เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย บรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค และเพื่อแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะ ปัจจุบันทำได้ 3 วิธี คือการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และการผ่าตัดมดลูก

ผ่านกล้อง ซึ่งการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็นวิธีที่ทำกันมากที่สุด

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ส่วนใหญ่จากเนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก (myoma)² ซึ่งการผ่าตัดจะเป็นการกำจัดสาเหตุของโรค และบรรเทาอาการเจ็บป่วย เช่น ปวดท้อง เลือดออกผิดปกติ จากโพรงมดลูก อาการกดทับของก้อนต่ออวัยวะอื่น ซึ่งหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะหายจากอาการทุกขัทรมาณของโรค และดำรงชีวิตต่อไปอย่างปกติสุข ผู้รายงานจึงศึกษาเรื่องการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเพื่อหาข้อมูลในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้

ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย และทะเบียนห้องผ่าตัด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2548 รวม 3 ปี

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องจำนวน 354 ราย ผลการศึกษามี ดังนี้

ตารางที่ 1 จำแนกผู้ป่วยตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
19 และน้อยกว่า	3	0.8
20 - 29	6	1.7
30 - 39	78	22.0
40 - 49	199	56.2
50 - 59	51	14.4
60 และมากกว่า	17	4.8

อายุน้อยที่สุด 12 ปี มากที่สุด 72 ปี

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	ราย	ร้อยละ
โสด/0	99	28.0
1	38	10.7
2	120	33.9
3	58	16.4
4	21	5.9
5 และมากกว่า	18	5.1

ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน จำนวนบุตรมากที่สุด 10 ราย

ตารางที่ 3 แสดงอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

อาการนำ	ราย	ร้อยละ
มีก้อนในท้อง	148	41.8
ปวดท้องน้อย	124	35.0
เลือดออกทางช่องคลอด	59	16.7
ผล pap smear ผิดปกติ	16	4.5
mental retardation	3	0.85
แพทย์ตรวจพบ	3	0.85
ตกเลือดหลังคลอด	1	0.3

ตารางที่ 4 แสดงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้	ราย	ร้อยละ
myoma	238	67.2
Ovarian tumor	44	12.4
adenomyosis / endometriosis	28	7.9
CIN / CIS	16	4.5
Endometrial hyperplasia	9	2.5
Cervical mass / polyps	8	2.3
Mental retardation	3	0.85
Tubo ovarian abscess	3	0.85
อื่น ๆ	5	1.4

อื่น ๆ ได้แก่ ห่วงอนามัยค้างในมดลูก 2 ราย ครรภ์ไข่ปลาอุก มดลูกปลิ้นหลังคลอด และเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก อย่างละ 1 ราย

ตารางที่ 5 แสดงวิธีการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้	ราย	ร้อยละ
TAH+BSO+Appendectomy	142	40.1
TAH+BSO	107	30.2
TAH+uni SO+Appendectomy	28	7.9
TAH	24	6.8
TAH+Appendectomy	23	6.5
TAH+uni SO	20	5.7
TAH+BSO+Appendectomy +omentectomy	10	2.8

ตารางที่ 6 แสดงภาวะแทรกซ้อน

1) ก่อนผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน
เบาหวาน	16
ความดันโลหิตสูง	13
โรคต่อมไทรอยด์	7
คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ	2
อื่น ๆ	5

อื่น ๆ ได้แก่ หอบหืด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลมชัก จิตเภท และซีฟิลิส อย่างละ 1 ราย

2) ขณะผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน
เสียเลือดมากต้องให้เลือด	30
บาดเจ็บต่อลำไส้	3
บาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ	1
บาดเจ็บต่อท่อไต	1

ต้องให้เลือดคิดเป็นร้อยละ 8.5 ของการผ่าตัด

3) หลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน
ไข้	50
wound infection	13
Vaginal cuff infection	12
ทางเดินปัสสาวะอักเสบ	10
wound hematoma	5
vesicovaginal fistula	1

ผู้ป่วยมีไข้หลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 14.12

ตารางที่ 7 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ผู้ป่วยบางรายมีพยาธิสภาพมากกว่า 1 โรค

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา	จำนวน
Leiomyoma	221
Adenomyosis	85
Endometriotic cyst	35
Benign ovarian tumor	22
CA ovary	18
CIN / CIS	15
Endometrial polyps	8
Endometrial hyperplasia	7
Chronic adnexitis	6
CA uterus	4
Unremarkable	3
Cervical polyps	2
CA cervix	2
Chronic Cervicitis	2
Molar	1
Cervical leiomyoma	1
Decidual endometrium	1
Ruptured + Infected of ovary	1

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 354 ราย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง 30 กันยายน 2548 รวม 3 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-49 ปี สอดคล้องกับการศึกษาอื่น³⁻⁵ ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดได้แก่ คลำพบก้อนที่ท้องน้อย ปวดท้อง และมีเลือดออกทางช่องคลอดตามลำดับ มีผู้ป่วย 1 รายที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกปลิ้น ไม่สามารถดันกลับที่เดิมได้ ต้องผ่าตัด TAH มีผู้ป่วย 3 รายที่มาตรวจสุขภาพประจำปีแล้วแพทย์ตรวจพบเนื้องอกของมดลูกและแนะนำให้ผ่าตัด

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมากที่สุดคือ myoma uteri (ร้อยละ 67.2) เช่นเดียวกับรายงานอื่น³⁻⁵ และตรงกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งพบ leiomyoma ถึง 221 ราย (ร้อยละ 61.1) ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 12 ปี เป็นผู้ป่วย mental retardation ซึ่งได้รับคำแนะนำให้ทำ TAH ก่อนจะมีประจำเดือน ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาอ่านเป็น Unremarkable

วิธีการผ่าตัดที่ใช้มากที่สุด คือ TAH+BSO+ Appendectomy (ร้อยละ 40.1) ซึ่งการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง จะทำในรายที่อายุ 45 ปี ขึ้นไป หรือมีพยาธิสภาพรุนแรง กรณีผ่าตัดรังไข่ออกหมดในผู้ป่วยที่อายุน้อยอาจให้ฮอร์โมนทดแทน ร่วมกับการออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่เหมาะสม จะลดอาการของการขาดฮอร์โมน และโรคกระดูกผุได้ ส่วนการตัดไส้ติ่งออกเพื่อป้องกันการเกิดไส้ติ่งอักเสบภายหลังนั้นจะทำเมื่อผู้ป่วยยินยอม โดยผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการผ่าตัดไส้ติ่งออกร่วมด้วย^{6,7}

ภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคของต่อมไทรอยด์ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยอายุรแพทย์ เพื่อควบคุมโรคให้ดีขึ้นก่อนผ่าตัด ดังนั้นการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

จึงมีความสำคัญเพื่อลด morbidity และ mortality⁸

ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ที่พบมากที่สุดคือ เสียเลือดมาก มีผู้ป่วยได้รับเลือดทดแทนร้อยละ 8.5 ส่วนการบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นพบว่ามีการบาดเจ็บต่อลำไส้ 3 ราย (ร้อยละ 0.8) กระเพาะปัสสาวะ และท่อไตอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 0.3) ซึ่ง Aronson MP และ Bose TM⁹ พบบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะร้อยละ 1.8 ต่อท่อไตร้อยละ 0.4-2.5 มักพบในรายที่มีพังผืด หรือก้อนมีขนาดใหญ่

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.12 หมายถึงผู้ป่วยมีไข้ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียส ขึ้นไป 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ไม่รวม 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด¹⁰ ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังผ่าตัดได้แก่ แผลอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ มีเลือดออกใต้แผล เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบ vaginal cuff infection 12 ราย มีผู้ป่วย 1 ราย เป็น vesicovaginal fistula ซึ่งได้รับการผ่าตัดแก้ไขภายหลังจนหายเป็นปกติ

เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกัน^{8,11} โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เป็นเบาหวาน อ้วนมาก หรืออาจผ่าตัดยากเนื่องจากก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ซึ่ง Tamussino K¹¹ ให้ยาในกลุ่ม Cephalosporin ก่อนผ่าตัด ลดการติดเชื้อหลังผ่าตัดจากร้อยละ 21 เหลือเพียงร้อยละ 9

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบ Leiomyoma 221 ราย รองลงมาได้แก่ adenomyosis และ endometriosis พบมะเร็งรังไข่ 18 ราย (ร้อยละ 5.1) ส่วนใหญ่เป็น adenocarcinoma และพบมะเร็งปากมดลูก 2 ราย เป็น adenocarcinoma ทั้ง 2 ราย

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เพื่อรักษาโรคทางนรีเวชยังเป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าจะมีทางเลือกในการรักษาวิธีอื่น เช่น การให้ยาหรือฮอร์โมนรักษาเนื้องอกของมดลูก การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง การทำ uterine artery embolization การใช้ growth factor รักษาเนื้องอกของมดลูก เป็นต้น¹² ความรอบคอบและระมัดระวังในการตรวจ

ร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งความ
ชำนาญของแพทย์ จะลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของการ
ผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ป่วย
ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง
ความจำเป็นในการผ่าตัดข้อดี ข้อเสีย และภาวะ
แทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติหลังผ่าตัด จะทำให้
ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และสามารถปรับตัวหลัง
ผ่าตัดได้เร็ว ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างปกติสุข และมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ นายแพทย์เจตต์ ศิริธรร
นนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
เพชรบุรี ซึ่งอนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ และขอขอบคุณ
เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด และเวชระเบียน ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Stovall TG. Hysterectomy. In : Berek JS. ed. Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 2002 : 761-801.
2. Thompson JD, Warshaw J. Hysterectomy. In : Rock JA, Thompson JD. Eds. Te Linde's operative gynecology. 8th ed. Philadelphia : Lippincott - Raven Publisher. 1997 : 771-854.
3. กมลพันธ์ ชมเสวี. Hysterctomy in Central Hospital. J Central Hospital. 1989 ; 26 : 71-82.
4. ชาตรี ดันตยวงค์, ภาวินี กาญจนภักดิ์. การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลมะการักษ์ ในปีงบประมาณ 2536-2538 วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 4 : 521-9.
5. ยุพาพร วิจักขณาลัญจ. การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นูร์รัมย์ 2545 ; 17(2) : 1-17.
6. Summitt RL. Additional Surgical Procedure at the time of hysterectomy. In : Stovall TG. Ed. Hysterectomy. Amsterdam : Elsaine Science Publishing. 1993 : 115-31.
7. Loeffur F, Stearn R. Abdominal hysterectomy with appendectomy. Acta Obstet Gynecol Scana 1976 ; 46 : 435-43.
8. Rock JA, Markhan SM. Preoperative care. In : Rock JA, Thompson JD, eds. Te Linde's operative gynecology. 8th ed. Philadelphia : Lippincott - Raven Publisher ; 1997 : 95-113.
9. Aronson MP, Bose TM. Urinary tract injury in pelvic surgery. Clin Ostet Gynecol 2002 ; 45 : 428-38.
10. Hager WD. Postoperative infection : prevention and management. In : Berek JS, ed. Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 2002 : 233-43.
11. Tamussino K. Postoperative infection. Clin Ostet Gynecol 2002 ; 45 : 562-73.
12. Voorhis BV. Management optional for uterine fibroids, Forward. Clin Obstet Gynecol 2001 ; 44 : 314.