

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลมะการักษ์ ในปีงบประมาณ 2536-2538

ชาตรี ตันติยวงศ์
ภาวิณี กาญจนฉวีชัย
รพ. มะการักษ์

ABSTRACT :

Tuntiyawarong C, Kanchanatawan P. Total Abdominal Hysterectomy in Makarak Hospital in October 1992 - September 1995. (Region 7 Medical Journal 1996 ; 4 : 521-529).

Department of Obstetrics and Gynecology, Makarak Hospital, Kanchanaburi, Thailand.

During October 1992 - September 1995, 51.13 percent of major gynecologic operation in Makarak Hospital was total abdominal hysterectomy. The most common indication was myoma uteri. The second was dysfunction uterine bleeding and the third was adenomyosis. The peak of age was 40 - 44 years old group. The morbidity was blood loss and 8.96 percent of patients need blood replacement. The additional procedures performed at the time of hysterectomy, require comparison of advantages, disadvantages and informed consent.

บทคัดย่อ :

ชาตรี ตันติยวงศ์, ภาวิณี กาญจนถวัลย์. การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลมะเร็ง ในปีงบประมาณ 2536 - 2538. (วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 4 : 521-529).

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, รพ. มะเร็ง

ในปีงบประมาณ 2536-2538 โรงพยาบาลมะเร็ง มีการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 51.13 ของการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวช ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย คือ myoma uteri, DUB และ adenomyosis กลุ่มอายุที่มีการตัดมดลูกสูงสุด คือ อายุ 40-44 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะผ่าตัด คือ การเสียเลือด และร้อยละ 8.96 ของผู้ป่วยต้องได้เลือดทดแทน การทำผ่าตัดอื่นร่วมกับการตัดมดลูก ควรต้องพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการผ่าตัด รวมทั้งความยินยอมของผู้ป่วยด้วย

บทนำ

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Total abdominal hysterectomy) เป็นหัตถการหนึ่งที่สุติ - นรีเวชแพทย์รักษาผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน ในสหรัฐอเมริกาการผ่าตัดนี้ทำกันมากกว่า 650,000 ครั้ง ต่อปี^{1,2} และเป็นหัตถการที่ทำบ่อยเป็นอันดับสองรองจากการผ่าตัดคลอด³

ในประเทศไทย เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้จัดการกระจายสุติ - นรีเวชแพทย์ไปปฏิบัติงานอยู่ตามโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในเครือข่ายเกือบทั่วประเทศ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลมะเร็ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 230 เตียง ในกลุ่มงานสุติ - นรีเวชกรรม มีสุติ - นรีเวชแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ปฏิบัติงาน 3 คน แนวโน้มการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากปีละประมาณ 20 รายในปีงบประมาณ 2533 เป็นปีละประมาณ 80-90 รายในปีงบประมาณ 2538 ผู้รายงานจึงศึกษาเรื่องการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเพื่อหาข้อมูลการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ศึกษาอายุ อาชีพ ภูมิลำเนาของผู้ป่วยที่มาผ่าตัด ศึกษาข้อบ่งชี้ ภาวะแทรกซ้อน การใช้จ่ายด้านจุลชีพในผู้ป่วย และผลทางพยาธิวิทยา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ ได้เก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยรวบรวมรายงานผู้ป่วยที่มารับการรักษา โดยการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (TAH) ระหว่างปีงบประมาณ 2535-2538 นำมาวิเคราะห์หาข้อมูลการผ่าตัดจำแนกอายุ อาชีพ ภูมิลำเนา ข้อบ่งชี้ ภาวะแทรกซ้อน การใช้จ่ายด้านจุลชีพ รวมทั้งผลทางพยาธิวิทยา

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2536-2538 มีการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวช 487 ราย เป็นการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง 249 ราย เก็บข้อมูลได้ 212 ราย (ตารางที่ 1) หญิงกลุ่มอายุ 40-44 ปี ผ่าตัด TAH สูงที่สุดถึงร้อยละ 30.19 รองมาคือกลุ่มอายุ 44-49 ปี ผ่าตัด TAH ร้อยละ 25.94 (ตารางที่ 2) กลุ่มอาชีพรับจ้าง และทำไร่ - ทำนา ผ่าตัด TAH ร้อยละ 39.15 และ 25.10 (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยที่มาผ่าตัด TAH มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอท่ามะกา และอำเภอใกล้เคียง ร้อยละ 79.72 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 แสดงหัตถการที่แพทย์ทำร่วมกับการผ่าตัด TAH พบว่าเป็นการผ่าตัด TAH + BSO + Appendectomy มากที่สุดร้อยละ 53.30 ข้อบ่งชี้ที่ผ่าตัด TAH พบว่าเป็น Myoma uteri ร้อยละ 46.23 รองลงมาคือ

ตารางที่ 1 แสดงการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวช* และการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (TAH)

การผ่าตัด	ปีงบประมาณ 2536-2538
การผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวช (ราย)	487 (100%)
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (ราย)	249 (51.13%)
คั่นหารายงานการผ่าตัด TAH พบ (ราย)	212 (85.14% ของการผ่าตัด TAH)
รายงานการผ่าตัด TAH หาย (ราย)	37 (14.86% ของการผ่าตัด TAH)

* การผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวช หมายถึง การผ่าตัดใหญ่ที่ทำในท้องผ่าตัด ไม่รวมการทำหัตถการเล็กในท้องผ่าตัดเล็ก เช่น ขูดมดลูก การตัดชิ้นเนื้อเล็ก (biopsy) การจี้หูด (ผู้ป่วยนอก) และไม่รวมการทำหมันหญิงแบบต่าง ๆ

ตารางที่ 2 จำแนกการผ่าตัด TAH ตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	ราย	ร้อยละ
≤ 29	4	1.88
30 - 34	19	8.96
35 - 39	40	18.88
40 - 44	64	30.19
45 - 49	55	25.94
50 - 54	18	8.49
55 - 59	8	3.77
≥ 60	4	1.89
รวม	212	100

ตารางที่ 3 แสดงอาชีพของผู้ป่วยที่ผ่าตัด TAH

อาชีพ	ราย	ร้อยละ
รับราชการ	8	3.78
รับจ้าง	60	28.30
ทำไร่ ทำนา	83	39.15
งานบ้าน	38	17.92
เย็บผ้า	2	0.94
ค้าขาย	20	9.44
นักเรียน	1	0.47
รวม	212	100

ตาราง 4 แสดงภูมิถิ่นอาศัยของผู้มาผ่าตัด TAH

ภูมิถิ่นอาศัย	ผู้มาผ่าตัด TAH (ราย)	ร้อยละ
อำเภอท่ามะกา อำเภอข้างเคียงอำเภอท่ามะกา ระยะห่างไม่เกิน 50 กิโลเมตร	169	79.72
อำเภอในกาญจนบุรี ห่างจากอำเภอท่ามะกาเกิน 50 กิโลเมตร	23	10.85
จังหวัดข้างเคียง	20	9.43
รวม	212	100

ตารางที่ 5 แสดงหัตถการที่ทำในรายผ่าตัด TAH

การผ่าตัด	ราย	ร้อยละ
TAH + unilateral SO + Appendectomy	38	17.93
TAH + bilateral + Appendectomy	113	53.30
TAH + BSO	37	17.45
TAH + unilateral SO	14	6.60
TAH + BSO + Appendectomy + omentectomy + peritoneal washing	5	2.36
TAH + Appendectomy	4	1.89
TAH	1	0.47
รวม	212	100

ตารางที่ 6 แสดงข้อบ่งชี้และอาการสำคัญที่แพทย์ผ่าตัด TAH

ข้อบ่งชี้	อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล								
	ปวด ท้อง	เลือด ออก	ก้อน	ต้องการ ผ่าตัด	แพทย์ ตรวจพบ	ตก ขาว	ปัสสาวะ ลำบาก	รวม	ร้อยละ
DUB	7	23	-	-	-	-	-	30	14.15
Myoma Uteri	16	27	53	-	-	1	1	98	46.23
Benign ovarian cyst	4	1	10	-	-	-	-	15	7.08
Malignant ovarian tumor	2	-	3	-	1	-	-	6	2.83
PID, TOA	5	1	1	-	-	-	-	7	3.30
Endometriosis	10	4	7	-	-	-	-	21	9.90
CIN	-	1	-	-	-	-	-	1	0.47
Adenomyosis	7	8	7	1	1	-	-	24	11.33
Mental Retardation	-	-	-	-	1	-	-	1	0.47
Dysmenorrhea	3	-	-	-	-	-	-	3	1.42
CA Cervix	1	-	-	-	-	-	-	1	0.47
PPH	-	1	-	-	-	-	-	1	0.47
Ectopic pregnancy	1	-	-	-	-	-	-	1	0.74
Cervicitis	1	-	-	-	-	-	-	1	0.74
CA Corpus	-	1	-	-	-	-	-	1	0.47
Traumatic ruptured uterus	-	1	-	-	-	-	-	1	0.47
รวม	57	68	81	2	2	1	1	212	100

ตารางที่ 7 แสดงการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด TAH

ภาวะเจ็บป่วยก่อนผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อน	ราย
การเจ็บป่วย	
- DM	4
- HT	4
- MI	4
- Asthma	2
- MS	1
ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด	
- Tear ureter	1
- Tear bladder	1
- post operative vaginal bleeding	1
- blood loss $\geq$ 1,000 ml.	21 (9.9%)
- blood transfusion	19 (8.96%)
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	
- V - V fistula	1
- cellulitis, wound disruption	2
- UTI	1
- ไข้	11
Mortality	0

ตารางที่ 8 แสดงการใช้ Antibiotics ในผู้ป่วยที่ผ่าตัด TAH

Antibiotics	ราย	ร้อยละ
Oral form, post operation	41	19.34
prophylactic antibiotics	35	16.51
Antibiotic treatment for complications	14	6.60
ไม่ได้ใช้ Antibiotics	122	57.55
รวม	212	100

ตารางที่ 9 แสดงผลทางพยาธิวิทยา*

ผลทางพยาธิวิทยา	ราย
Leiomyoma	99
Endometrial hyperplasia	14
Benign ovarian cyst	18
Malignant ovarian tumor	6
PID, TOA	24
Endometriosis	36
Adenomyosis	38
SCC of cervix	2
CIN of cervix	6
Gravid uterus	2
Adenocarcinoma of endometrium	3
normal specimen	16

* ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีผลทางพยาธิวิทยาหลายอย่าง

DUB และ Adenomyosis ร้อยละ 14.15 และ 11.33 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

การเจ็บป่วยก่อนผ่าตัด เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างละ 4 ราย ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด พบเลือดออกมาก และอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง หลังผ่าตัดพบว่ามีไข้ แผลแยก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และ fistula (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 8 แสดงการใช้จ่ายด้านจุลชีพ พบว่าไม่ใช้จ่ายด้านจุลชีพ ร้อยละ 57.55 ใช้จ่ายด้านจุลชีพหลังผ่าตัดในรูปยารับประทาน ร้อยละ 19.34

ผลทางพยาธิวิทยา พบเป็น leiomyoma มากที่สุดถึง 99 ราย รองลงมาเป็น adenomyosis และ endometriosis (ตารางที่ 9)

วิจารณ์

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (TAH) ในโรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างปีงบประมาณ 2536-2538 เท่ากับร้อยละ 51.13 ของการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 39-49 ปี รวมร้อยละ 75.01 อัตราการตัดมดลูก (TAH) พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 40 ถึง 45 ปี ซึ่งต่างจากในสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มที่มีอัตราการตัดมดลูก (TAH) สูงสุด อยู่ระหว่าง 30-40 ปี³ ผู้ป่วยที่ตัดมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็ง ส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกรและรับจ้าง และมีภูมิลำเนาอยู่ใกล้เคียงโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลอยู่ในเขตชุมชน และการคมนาคมสะดวก

หัตถการที่ทำร่วมกับ TAH พบว่าแพทย์ผ่าตัด

TAH + BSO + Appendectomy มากที่สุดถึงร้อยละ 53.30 ทั้งนี้ การผ่าตัดรังไข่และ/หรือไส้ติ่งร่วมกับการทำ TAH ควรต้องพิจารณาว่าการผ่าตัดดังกล่าวจะเพิ่ม morbidity ต่อผู้ป่วยหรือไม่ และคำนึงถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดดังกล่าวด้วย การตัดรังไข่ เป็นการผ่าตัดร่วมกับการทำ TAH ป้อย ๆ และมีเหตุผลเพื่อป้องกันการ เกิดพยาธิสภาพต่อไปในอนาคต ซึ่งต้องคำนึงถึงการที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาดฮอร์โมนหลังผ่าตัด⁴ ในโรงพยาบาลมะเร็งฯ พิจารณาตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ในกรณีที่มียาธิสภาพมาก หรือเมื่อผู้ป่วยอายุเกิน 40 ปี ไปแล้ว⁵ การตัดไส้ติ่งนัยว่าเป็นการป้องกันการเกิดไส้ติ่งอักเสบในเวลาต่อมา เป็นเหตุผลที่มาประกอบการตัดสินใจผ่าตัด ภายใต้ความยินยอมของผู้ป่วย แต่ผู้ผ่าตัดควรพิจารณาถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดด้วย^{4,6,7} เช่น ไข้หลังผ่าตัด แผลอักเสบ ติดเชื้อ การเสียเลือด การเพิ่มเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ที่ผ่าตัด TAH (ตารางที่ 6) พบว่า เป็น Myoma uteri มากที่สุด และอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือ คลำพบก้อน ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด TAH ในโรงพยาบาลมะเร็งฯ นี้ สอดคล้องกับผลตรวจทางพยาธิวิทยา (ตารางที่ 9) อย่างไรก็ดี ผลทางพยาธิวิทยา พบ normal specimen ถึง 16 ราย สามารถอธิบายได้ว่า ในรายที่มีข้อบ่งชี้เป็น CIN (ผู้ป่วยเคยผ่านการวินิจฉัยมาก่อน โดย Biopsy หรือ Conization) หรือ severe dysmenorrhea หรือ DUB บางราย ก็อาจพบ normal specimen ได้ และเพื่อเป็นการป้องกันการตัดมดลูกโดยไม่จำเป็น สถาบันต่าง ๆ จึงควรมีมาตรการสำคัญ 2 ประการ คือ การเฝ้าระวังจากผลทางพยาธิวิทยา และการมีแพทย์คนอื่นให้ความเห็นก่อนนำผู้ป่วยไปผ่าตัด⁵ ซึ่งในโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง จะมีการประชุมก่อนผ่าตัด โดยมีแพทย์อาวุโสร่วมออกความเห็น เป็นต้น

สำหรับภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด มีโรคที่พบบ่อย คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบมากในกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ดังนั้น ก่อน

ผ่าตัดจึงควรมีขั้นตอนการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น^{1,5,8} ซึ่งจะช่วยลด morbidity ลงได้มาก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด มักพบในรายที่มีพังผืด หรือก้อนใหญ่มาก⁵ หลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 1 ราย คือ Vesicovaginal fistula ซึ่งเกิดเนื่องจากผ่าตัดยาก เพราะมดลูกติดแน่นกับกระเพาะปัสสาวะจากพังผืด ซึ่งได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่ออย่างเหมาะสมต่อไป ไม่พบ mortality ในผู้ป่วยที่ผ่าตัด TAH

การให้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล แบ่งเป็น การใช้ในรูปของยารับประทาน สำหรับในรายที่มีการติดเชื้อเล็กน้อย เช่น เจ็บคอหลังผ่าตัด แผลมีรอยแดงบวม เป็นต้น

Prophylactic antibiotics มีการแนะนำการใช้ในแบบต่าง ๆ⁹ และในโรงพยาบาลมะเร็งฯ ใช้ Ampicillin 1 - 2 gm v ก่อนผ่าตัด และอีก 1 dose หลังผ่าตัด โดยเลือกใช้ใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีภาวะบางอย่าง เช่น เบาหวาน คนอ้วน เป็นต้น

การให้ยาต้านจุลชีพ เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พิจารณาตามลักษณะของโรคแทรกซ้อน และการเพาะเชื้อทางแบคทีเรีย และร้อยละ 57.55 ของผู้ป่วยตัดมดลูก ไม่ได้ใช้ยาต้านจุลชีพ ในรายที่ไม่ใช้ยาต้านจุลชีพหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงใด ๆ

สรุป

ในปีงบประมาณ 2536-2538 การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลมะเร็งฯ เท่ากับร้อยละ 51.13 ของการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวช ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย³ ลำดับแรก คือ Myoma uteri, DUB และ Adenomyosis ซึ่งสอดคล้องกับผลตรวจทางพยาธิวิทยา กลุ่มนี้มีอัตราการตัดมดลูกสูงสุด คือ อายุระหว่าง 40-44 ปี พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด คือ เสียเลือดมาก และอันตรายต่ออวัยวะใกล้เคียง หลังผ่าตัดพบผู้ป่วยมีไข้ และแผลติดเชื้อ เป็นต้น การทำหัตถการร่วมกับการทำ TAH ควรพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย และความยินยอมของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธี สังขรัตน์ อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ที่กรุณาให้คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้ ขอบพระคุณ นายแพทย์เชาวโรจน์ อุบลวิโรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ ขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และ ฝ่ายวิชาการ ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล และ คุณสุพัตรา ศุภภัทรกาญจน์ ที่ช่วยพิมพ์รายงานนี้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. Easterday CL, Grimes DA, Riggs JA. Hysterectomy in United States. *Obstet Gynecol* 1983 ; 62 : 203-12.
2. Pokras R. Hysterectomy : Post, present and future. *Stat Bull Metrop Insur Co* 1989 ; 70 : 12.
3. Timmons MC, Addison WA. Current indications for hysterectomy. In : Stovall TG, ed. *Hysterectomy*. Amsterdam : Elsevire Science Publishing, 1993 : 17-25.
4. Summitt RL. Additional surgical procedures at the time of Hysterectomy. In : Stovall TG, ed. *Hysterectomy*. Amsterdam : Elsevire Science Publishing, 1993 : 115-31.
5. Mattingly RF, Thompson JD. *Te Linde's Operative Gynecology*. 6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1985.
6. Waters EG. Elective appendectomy with abdominal and pelvic surgery. *Obstet Gynecol* 1977 ; 50 : 511-17.
7. Loeffler F, Stearn R. Abdominal hysterectomy with appendectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1976 ; 46 : 435-43.
8. Quint EH, Elkins TE. Preoperative Considerations for hysterectomy. In : Stovall TG, ed. *Hysterectomy*. Amsterdam : Elsevire Science Publishing, 1993 ; : 1-15.