

A SIMPLIFIED SURGICAL TECHNIQUE AND COMPLICATION OF VAGINAL HYSTERECTOMY

วิโรจน์ พุทธิเมธี พ.บ.*

Abstract : A Simplified Surgical Technique and Complication of Vaginal Hysterectomy.

Budthimedhee V.

Department of Obstetrics and Gynecology, Nakornpathom Hospital, Thailand.

Reg 7 Med J 1990 : 9 : 3-8.

A simplified surgical technique for vaginal hysterectomy was described and a series of 120 cases was presented. The age, parity, operative time, morbidity, complications and mortality were discussed. There were no major complication and no mortality.

เรื่องย่อ : ได้รายงานวิธีผ่าตัด vaginal hysterectomy ซึ่งได้ดัดแปลงเพื่อลดขั้นตอนลงให้ทำงานง่ายขึ้น รวมทั้งรายงานผลการผ่าตัดในผู้ป่วย 120 ราย ในช่วงเวลา 3 ปี โดยรายงานอายุผู้ป่วย จำนวนบุตร เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ผลแทรกซ้อน และอัตราตายจากการผ่าตัด ไม่พบว่ามีผลแทรกซ้อนที่ร้ายแรง และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

บทนำ

การผ่าตัด vaginal hysterectomy เป็นการผ่าตัดทางนรีเวชวิทยานิดหนึ่ง ซึ่งหากเข้าใจวิธีและขั้นตอนการทำผ่าตัดแล้ว จะเป็นการผ่าตัดที่ไม่ยาก และมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสูงพอสมควร เนื่องจากโรงพยาบาลนครปฐม เป็นสถาบันสมทบในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสูตินรีเวชวิทยา ชั้นปีที่ 3 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีแพทย์ประจำบ้านหมุนเวียนกันมาฝึกอบรมทำการผ่าตัดตลอดปี ทั้งนี้ภายใต้การควบคุมและฝึกสอนของผู้รายงาน จึงขอเสนอวิธีการผ่าตัด vaginal hysterectomy ที่ผู้รายงานสอนให้แก่แพทย์ประจำบ้าน รวมทั้งรายงานผลการผ่าตัดและผลแทรกซ้อนที่ตามมาด้วย

วัสดุและวิธีการ

ทำการรวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด vaginal hysterectomy โดยผู้เขียนเอง และโดยแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 3 ภายใต้การควบคุมของผู้เขียน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2529 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2532 รวมทั้งหมด 201 ราย แต่สามารถค้นรายงานได้เพียง 120 ราย ทุกรายได้ทำ anterior และ posterior colporrhaphy ร่วมด้วย ทั้ง 120 รายได้นำมารายงานทั้งหมด

วิธีการผ่าตัด

วิธีการผ่าตัดได้ดัดแปลงมาจาก Heaney technique โดยลดและเปลี่ยนขั้นตอนการผ่าตัดให้ง่ายขึ้น โดยมีวิธีการย่อ ๆ ดังนี้

ให้ผู้ป่วยนอนในท่า lithotomy ศีรษะต่ำกว่าก้นเล็กน้อย ทำความสะอาดบริเวณผ่าตัดตามปกติแล้วใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ใส่ weighted speculum เพื่อดึง posterior vagina ลงมา จับปากมดลูกด้วย tenaculum ดึงออกและขึ้นด้านบน ทำ posterior colpotomy เข้าไปใน cul-de-sac ต่ำกว่าปากมดลูกเล็กน้อย แล้วตัดขยายปากแผลซึ่งเป็นเยื่อช่องคลอดและเยื่อช่องท้องขึ้นไปหาด้านข้างของปากมดลูกทั้ง 2 ข้าง เย็บขอบแผลรวมทั้งเยื่อช่องท้อง ด้วย 2-0 chromic catgut แบบ continuous

locking จากซ้ายไปขวา เพื่อลดการเสียเลือดบริเวณนี้ ใช้มีดกรีดเยื่อช่องคลอดด้านหน้าของปากมดลูกต่อจากแผลที่ตัดไว้แล้วให้ครบรอบปากมดลูก ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำพันปลายนิ้วมือดันเยื่อช่องคลอดและกระเพาะปัสสาวะขึ้นไปจนกระทั่งถึง peritoneum reflection (plica vesico uterine) แล้วเปิดเยื่อช่องท้องเข้าไปด้วยกรรไกร สอด retractor แคบ ๆ ยาว ๆ ตามเข้าไปและยกกระเพาะปัสสาวะขึ้นให้ออกห่างจากมดลูก ถึงตอนนี้ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของมดลูกจะไม่มียึดไว้แล้ว มดลูกจะถูกยึดอยู่ด้วย ligament ต่าง ๆ และเส้นเลือดทางด้านข้างทั้ง 2 ข้างเท่านั้น clamp ตัดและเย็บ uterosacral ligament และ cardinal ligament ทั้ง 2 ข้าง ด้วย no. 1 chromic catgut ตามลำดับ จับ catgut ดึงไว้ clamp ตัด uterine vessels แล้วเย็บผูกด้วย no. 1 chromic catgut 2 ครั้งทั้ง 2 ข้าง กระจกเอา fundus ของมดลูกออกมาทางด้านล่างของช่องคลอด แล้ว clamp uterine tube ตามด้วย suspensory ligament of ovary และ round ligament รวมกัน แล้วเย็บผูกด้วย no. 1 chromic catgut 2 ครั้ง แล้ว clamp catgut ดึงไว้ ถึงตอนนี้มดลูกก็จะหลุดออกมาแล้วตรวจจุดเลือดออกให้เรียบร้อย แล้วเย็บปิดเยื่อช่องท้องด้วย purse string suture ให้ stump ของ ligament ทั้งหมดยกเว้น uterine tube อยู่นอกเยื่อช่องท้อง เอาชาย catgut ที่ผูกติด uterosacral ligament และ cardinal ligament ทั้ง 2 ข้าง มาผูกกันเองเป็นคู่ ๆ ไว้ตรงกลาง เพื่อดึงรั้ง cuff ของช่องคลอดไว้ไม่ให้ prolapse เปิด stump ของช่องคลอดไว้เพื่อให้มีการระบายสะดวก ป้องกันการเกิด abscess และ febrile morbidity

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 120 รายนี้ มีอายุตั้งแต่ 26 ปี ถึง 85 ปี ดังตารางที่ 1 ผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดอยู่ระหว่างอายุ 60-90 ปี คือมี 28 คน หรือ 23.4%

จำนวนบุตรของผู้ป่วย มีตั้งแต่ไม่มีบุตรเลย ถึงมีบุตร 12 คน ดังตารางที่ 2 จำนวนมากที่สุดคือ มีบุตรระหว่าง 3-4 คน จำนวน 34 ราย หรือ 28.3%

ข้อบ่งชี้หรือสาเหตุที่ต้องผ่าตัด ดังตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดหรือ 116 คน ผ่าตัดเนื่องจาก pelvic

ตารางที่ 1 อายุของผู้ป่วย

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 30	4	3.3
30-39	24	20.0
40-49	23	19.2
50-59	23	19.2
60-69	28	23.4
70-79	16	13.3
มากกว่า 80	2	1.6

ตารางที่ 2 จำนวนบุตร

จำนวนบุตร	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ไม่มีบุตร	1	0.8
1-2	19	15.8
3-4	34	28.3
5-6	27	22.5
7-8	23	19.2
9-10	14	11.7
มากกว่า 10	1	1.6

ตารางที่ 3 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้*	จำนวนคน (N = 120)
Pelvic relaxation	116
Stress incontinence	81
Myoma uteri	10
Bleeding (DUB, hypermenorrhea, etc.)	6
Carcinoma in situ	2

* ในผู้ป่วยหนึ่งราย อาจมีข้อบ่งชี้มากกว่าหนึ่งอย่าง

ตารางที่ 4 เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (ชั่วโมง)	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1-2	71	54.2
2-3	45	37.5
มากกว่า 3	4	3.3

ตารางที่ 5 จำนวนเลือดที่ต้องใช้ในการผ่าตัด

จำนวนเลือดที่ใช้ (ขวด)*	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
0	103	85.8
1	13	10.8
2	4	3.4

* เลือด 1 ขวด = 400 มล.

relaxation และอีก 81 คน มี stress incontinence ร่วมด้วย นอกนั้นก็ยังมี myoma uteri 10 คน เลือดออกจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น DUB hypermenorrhea endometrial polyp เป็นต้น อีก 6 คน และมี carcinoma in situ ของปากมดลูกอีก 2 คน

เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด vaginal hysterectomy รวมทั้ง การทำ anterior และ posterior colporrhaphy ด้วยทุกคน ประมาณ 1-3 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะทำเสร็จภายใน 2 ชั่วโมง ซึ่งมีจำนวนถึง 71 คน หรือ 59.2% ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของการผ่าตัดรายนั้นๆ ดังตารางที่ 4 ถ้าทำเฉพาะ vaginal hysterectomy ไม่ทำ colporrhaphy ร่วมด้วย อาจจะใช้เวลาเพียง 30-45 นาทีเท่านั้น

จำนวนเลือดที่จำเป็นต้องให้เนื่องจากการเสียเลือด ในการผ่าตัดส่วนใหญ่ (103 ราย หรือ 85.8%) ไม่จำเป็นต้องให้เลือด มีเพียง 4 ราย หรือ 3.4% ที่จำเป็นต้องให้เลือด คือให้ถึงประมาณ 800 มล. ส่วนอีก 13 ราย หรือ 10.8% ให้เลือดเพียง 400 มล. (ซึ่งในกลุ่มนี้จะให้หรือไม่ให้เลือด

ก็ได้) ดังตารางที่ 5

Febrile morbidity หมายถึงมีไข้ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไปเป็นเวลา 2 วัน ยกเว้น 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในรายงานนี้พบเพียง 16 ราย หรือ 13.3% ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานอื่นๆ ดังตารางที่ 6 ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะการทำ vaginal hysterectomy ในรายงานนี้ใช้วิธี opened vaginal cuff ทำให้มีการระบายได้ดี

Urinary retention เป็นผลแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ในรายงานนี้ โดยพบถึง 28 ราย หรือ 23.3% ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Dicker และคณะ ที่พบถึง 24.0% ในรายงานนี้ผู้ป่วยที่ทำ vaginal hysterectomy ทุกรายจะได้รับการทำ anterior และ posterior colporrhaphy และถือว่า urinary retention เมื่อถอดสายสวนปัสสาวะออกในวันที่ 5 หลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยยังปัสสาวะไม่ได้ แต่ในบางรายงานเช่น รายงานของ Pratt และคณะ พบผลแทรกซ้อนนี้น้อยมาก เพราะรายงานดังกล่าวถือว่า urinary retention คืออาการที่ผู้ป่วยปัสสาวะเองไม่ออก 15 วันหลังผ่าตัด อีกทั้งยังไม่ได้

ตารางที่ 6 ผลแทรกซ้อนที่พบเปรียบเทียบกับรายงานต่าง ๆ

ผลแทรกซ้อน	วิโรจน์ พุทธิเมธี		Dicker et al.	Pratt et al.	Taylor et al.
	จำนวนคน	%	(%)	(%)	(%)
Febrile morbidity	16	13.3	15.3	27.0	41.0
Urinary retention	28	23.3*	24.0*	3.1**	-
Urinary tract infection	7	5.8	3.4	7.6	-
Vaginal cuff infection	2	1.7	2.1	1.6	-
Pelvic abscess	0	0	0.9	0.5	5.0
Pelvic hematoma	0	0	-	3.2	6.0
Hemorrhage, requiring transfusion	17	14.2	8.3	6.4	19.0
Bladder trauma	1	0.8	1.6	0.6	-
Bowel trauma	1	0.8	0.6	0	-
Mortality	0	0	0.2	0	-

* บัสสาวะไม่ออกภายหลังผ่าตัด 5 วัน จึงถือว่ามี urinary retention และทุกคนทำ anterior และ posterior colporrhaphy ร่วมด้วย

** บัสสาวะไม่ออกภายหลังผ่าตัด 15 วัน จึงถือว่ามี urinary retention และไม่ได้ทำ colporrhaphy ทุกคน

ทำ colporrhaphy ทุกราย ในรายงานนี้ผู้ป่วยทั้ง 28 ราย บัสสาวะได้เองภายใน 15 วัน ยกเว้นเพียง 3 รายซึ่งมีเบาหวานร่วมด้วยบัสสาวะได้เองหลังจาก 15 วันไปแล้ว ส่วนผลแทรกซ้อนอื่น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานอื่นแล้ว ก็ใกล้เคียงกัน

Urinary tract infection พบ 7 ราย หรือ 5.8%

Vaginal cuff infection พบ 2 ราย หรือ 1.7%

Pelvic abscess และ pelvic hematoma ไม่มีเลย

Bladder trauma และ bowel trauma พบอย่างละ 1 ราย หรือ 0.8% ทั้ง 2 รายทำการผ่าตัดโดยแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีความชำนาญน้อย และหลังจากเย็บตักแต่งแผลแล้ว ก็ไม่มีผลแทรกซ้อนตามมา

ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการผ่าตัดเลย

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด พบว่า

54 รายหรือ 45.0% กลับบ้านได้ภายใน 6 วัน อีก 50 รายหรือ 41.7% กลับบ้านในวันที่ 7-10 หลังผ่าตัด ที่เหลือ 16 รายหรือ 13.3% กลับบ้านหลังจากวันที่ 10 พวกนี้ส่วนใหญ่เนื่องจากบัสสาวะเองยังไม่ได้ และไม่ยอมกลับบ้าน

วิจารณ์

จากรายงานนี้จะเห็นได้ว่า การทำ vaginal hysterectomy และ colpoplasty นั้น ถ้าเข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดและฝึกฝนมาอย่างดีแล้ว จะเป็นการผ่าตัดที่ค่อนข้างง่ายและปลอดภัย ไม่มีผลแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเลย ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและพักอยู่ในโรงพยาบาลก็ไม่มาก ความจริงเราสามารถจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วกว่านี้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะขออยู่โรงพยาบาลต่อถึงแม้แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้แล้วก็ตาม

วิธีการผ่าตัด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วผู้เขียนรายงาน
ใช้สอนแพทย์ประจำบ้านมาหลายปี พบว่าผู้เรียนเข้าใจ
และปฏิบัติตามได้ง่าย การเปิด vaginal cuff ไว้ ก็ทำให้
การระบายของเลือดและน้ำเหลืองจากบริเวณใต้กระเพาะ
ปัสสาวะออกมาได้สะดวก จึงไม่พบ pelvic abscess เลย
แม้แต่รายเดียว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณทัศนีย์ ทิพย์โสยาสน์ พยาบาล
ประจำกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม
ในการช่วยติดตามรายงาน และรวบรวมตัวเลขต่าง ๆ
ด้วยความยากลำบาก หากไม่ได้รับการช่วยเหลือนี้แล้ว
รายงานคงจะไม่สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Mattingly RF, Thompson JD. Te Linde's Operative Gynecology. 6 th ed. Philadelphia : J.P. Lippincott Company, 1985.
2. Hajj SN. A simplified surgical technique for the treatment of the vault in vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 133 : 851.
3. Dicker RC. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 144 : 841.
4. Pratt JH, Gralloway JR. Vaginal hysterectomy in patients less than 36 or more than 60 year of age. Am J Obstet Gynecol 1965 ; 93 : 812.
5. Taylor ES, Hansen RR. Morbidity following vaginal hysterectomy and colpoplasty. Obstet Gynecol 1961 ; 17 : 346.

ANTISEPTIC PREPARATIONS

IODINOL

Antiseptic Solution

Povidone Iodine 10% w/v

Povidone Iodine 7.5% w/v

SEPTANOL

Concentrated Solution

Chlorhexidine gluconate 1.5% w/v
+Cetrimide 15% w/v

SEPTICOL

Concentrated Solution

Chlorhexidine gluconate 5% w/v

จัดทำหน่ายโดย

ห้างหุ้นส่วนจำกัด

เชนเนอริค ปิโรมิชัน

33/428 ลาดพร้าว ซอย 53 ถนนลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

โทร 5381735 และ 5386421