

การตัดมดลูกในโรคทางนรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลนครปฐม

เจลา ราชพลพิจารณ์ พ.บ.*

Abstract : Hysterectomy in Gynecologic Patients at Nakornpathom Hospital.

Rajpolpijarn C.

Department of Obstetrics and Gynecology, Nakornpathom, Thailand.

Reg 7 Med J 1988 ; 8 : 73-80

The prospective study of 211 cases of hysterectomy performed at Nakornpathom hospital in the past two years (1987-1988). There were 130 cases of trans - abdominal hysterectomy and 81 cases of vaginal hysterectomy.

Most of the trans - abdominal hysterectomy was myoma uteri and ovarian tumor. The second was the endometrium abnormality. The third was carcinoma of corpus and carcinoma of ovary.

All of the vaginal hysterectomy was related to the pelvic relaxation.

Cystitis was the most common complication found. No patient was dead.

เรื่องย่อ : ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกในโรงพยาบาลนครปฐม 2 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2530-2531) จำนวน 211 ราย เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง 130 ราย ผ่าตัดทางช่องคลอด 81 ราย การผ่าตัดทางหน้าท้องพบว่าเนื้องอกของมดลูก เนื้องอกของรังไข่ มีมากเป็นอันดับแรก เนือเยื่อมดลูกที่ผิดปกติเป็นอันดับสอง และมะเร็งของมดลูก มะเร็งรังไข่ พบเป็นอันดับสาม ส่วนพวกผ่าตัดทางช่องคลอด เป็นการหย่อนยานของมดลูกและผนังช่องคลอดเกือบทั้งหมด ภาวะที่แทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

บทนำ

การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่พบบ่อยที่สุดในอเมริกา ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ มีหญิง 3.5 ล้านคน ที่มีอายุ 15-41 ปี ได้รับการตัดมดลูกในระหว่างปี ค.ศ. 1970-1978 แต่ละปีจะมีการตัดมดลูกราว 80,000 คน จากการสำรวจในปี ค.ศ. 1978 พบว่า 19% ของหญิงที่มีอายุ 40-44 ปี ได้รับการตัดมดลูกแล้ว

อัตราการตัดมดลูกได้ลดลงในช่วงต่อมา จนถึงปี ค.ศ. 1980 อัตราการตัดมดลูกเหลือ 7.6 ต่อ 1,000 คนของหญิงที่มีอายุ 15-44 ปี ซึ่งเป็นอัตราต่ำที่สุด

การผ่าตัดนี้กระทำได้มากขึ้นโดยไม่ถูกตามข้อบ่งชี้ เช่นตัดเพื่อป้องกันมะเร็งมดลูก ใช้เป็นวิธีคุมกำเนิด ใช้เป็นวิธีการรักษา pelvic relaxation ที่เป็นไม่มาก และการรักษา menopausal menorrhagia ซึ่งต่อมาวิธีการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำขึ้น และพบวิธีการรักษาใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยไม่ต้องผ่าตัด ทำให้อัตราการผ่าตัดมดลูกลดน้อยลง กลวิธีหลักที่ใช้ในการลดการตัดมดลูกที่ไม่จำเป็นคือ

1. การพิจารณาวิธีการตัดมดลูก โดยคณะกรรมการชั้นเนื้อ (Tissue committee) หรือ Special peer review groups มีรายงานว่าได้ผล

2. อาศัยแพทย์อีกท่านหนึ่ง (Second opinion) ที่มีประสบการณ์ มีการบันทึกข้อมูลและการรักษา และเป็นที่เชื่อถือของผู้ป่วย จะเป็นผู้ที่น่าจะตัดสินใจได้แม่นยำที่สุดว่าต้องทำการตัดมดลูกหรือไม่

ข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูกแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม

- เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ถ้าเก็บมดลูกไว้จะมีอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย มากกว่าอันตรายจากการผ่าตัด
- เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ตลอดจนอาการที่รบกวนผู้ป่วย โดยที่ไม่มีการรักษาอื่นได้ผลดีเท่าการผ่าตัด
- เพื่อแก้ความพิการที่รบกวนต่อภาระหน้าที่ของผู้ป่วย¹

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ได้ศึกษาผู้ป่วยสตรีทุกรายที่ได้รับการตัดมดลูกออกในหน่วยนรีเวชกรรมของโรงพยาบาลนครปฐม ช่วงเวลา 2 ปี (พ.ศ. 2530 และ 2531)

- เพื่อศึกษาถึงข้อบ่งชี้ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกออก

- เพื่อศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อน อัตราตายและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

คาดว่าจะการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2530, 2531) ในโรงพยาบาลนครปฐม พบผู้ป่วยตัดมดลูกออก 348 ราย แต่สามารถค้นรายงานประวัติเพื่อการศึกษาได้เพียง 211 ราย ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ชนิดของการผ่าตัดมดลูกในผู้ป่วย 348 ราย

การผ่าตัดมดลูกออก	พ.ศ. 2530		พ.ศ. 2531		รวม 2 ปี	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ทางหน้าท้อง	117	67.6	110	62.8	227	65.2
ทางช่องคลอด	56	32.4	65	37.2	121	34.8
รวม	173	100.0	175	100.0	348	100.0

ตารางที่ 2 โรคที่ทำให้ต้องตัดมดลูกออกในผู้ป่วยที่ทำการศึกษา 211 ราย

โรค	จำนวน	ร้อยละ (ราย)	หมายเหตุ
1. เนื้องอกมดลูก	43	20.4	Abdominal hysterectomy (ในข้อ 1-8)
2. เนื้องอกรังไข่	23	10.9	
3. มะเร็งมดลูก	6	2.8	
4. มะเร็งรังไข่	6	2.8	
5. เนื้อเยื่อมดลูกที่ผิดปกติ	13	6.3	
6. การอักเสบบริเวณมดลูก	6	2.8	
7. มีอาการของโรคร่วมกัน 2 อย่าง (Combine)	31	14.7	
8. อื่น ๆ เช่น D.U.B., Pelvic varicose vein เป็นต้น	8	3.8	
9. การหย่อนยานของมดลูกและผนัง ช่องคลอด	75	35.5	Vag. hysterectomy
รวม	211	100.0	

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง จะพบผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกมดลูกและรังไข่มากที่สุด ส่วนการตัดมดลูกทางช่องคลอดพบการหย่อนยานของมดลูกและผนังช่องคลอดเกือบทั้งหมด

จากตารางที่ 3 ซึ่งแสดงถึงอาการสำคัญของผู้ป่วย จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อย มีก้อนในท้อง และมีอาการร่วมกันสองอย่างขึ้นไป พบมากน้อยตามลำดับ

จากตารางที่ 4 แสดงว่าอายุของผู้ป่วยทางนรีเวชกรรมที่ได้รับการตัดมดลูกอยู่ในวัย 45-59 ปี ซึ่งจะพบตั้งแต่อายุต่ำกว่า 30 ปี จนถึงอายุเกิน 75 ปี และร้อยละ 80 เป็นช่วงอายุ 30 ถึง 60 ปี

พบว่ามีการทำ total abdominal hysterectomy

๕ Bilat S.O. มากที่สุด ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยก็ทำ TAH ๕ unilateral S.O. สำหรับ Subtotal abdominal hysterectomy ทำเฉพาะในรายที่มี adhesion มากหรือเนื้องอกโตมาก ๆ เท่านั้น ดังตารางที่ 5

เวลาที่ใช้ในการทำ total abdominal hysterectomy เฉลี่ยมากที่สุด 1.00-1.30 ชั่วโมง แต่การทำ Vaginal hysterectomy เฉลี่ยมากที่สุด 1.31-2.00 ชั่วโมง ดังตารางที่ 6

สำหรับระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดนั้น พบว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ย 7-10 วัน ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ ดังตารางที่ 7 ส่วนอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แสดงไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 3 อาการสำคัญของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก

อาการสำคัญ	พ.ศ. 2530 จำนวน	พ.ศ. 2531 จำนวน	รวม 2 ปี จำนวน	ร้อยละ
1. ปวดท้องน้อย	31	8	79	37.4
2. มีก้อนในท้อง	37	29	66	31.3
3. ตกเลือด	20	10	30	14.2
4. มีตกขาวมาก	5	0	5	2.4
5. มีอาการร่วมกัน 2 อย่างขึ้นไป	12	19	31	14.7
รวม	105	106	211	100.0

ตารางที่ 4 อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก

อายุ	พ.ศ. 2530 (ราย)	พ.ศ. 2531 (ราย)	รวม 2 ปี (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่า 30 ปี	4	4	8	3.8
30-44 ปี	47	36	83	39.3
45-59 ปี	43	43	86	40.7
60-74 ปี	10	21	31	14.7
มากกว่า 75 ปี	1	2	3	1.5
รวม	105	106	211	100.00

ตารางที่ 5 วิธีผ่าตัดมดลูกออก

วิธีการผ่าตัด	พ.ศ. 2530	พ.ศ. 2531	รวม 2 ปี	ร้อยละ
T.A.H.	2	6	8	3.8
T.A.H. + S.O. (or B.S.O.)	70	52	122	57.8
V - hyst. c A-P repair	33	48	81	38.4
รวม	105	106	211	100.0

ตารางที่ 6 เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด	พ.ศ. 2530		พ.ศ. 2531		รวม 2 ปี		ร้อยละ	
	(ราย)		(ราย)		(ราย)			
	TAH V-hyst		TAH V-hyst		TAH V-hyst		TAH V-hyst	
น้อยกว่า 1.00 ชม.	1	0	0	0	1	0	0.5	0
1.00-1.30 ชม.	31	5	28	8	59	13	27.8	6.3
1.31-2.00 ชม.	25	15	19	19	44	34	20.8	16.2
2.01-2.30 ชม.	9	11	7	18	16	29	7.6	13.8
2.31-3.00 ชม.	5	1	4	3	9	4	4.2	2.0
มากกว่า 3.00 ชม.	1	1	0	0	1	1	.4	.4
	72	33	58	48	130	81	61.3	38.7
รวม	105		106		211		100.0	

ตารางที่ 7 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

จำนวนวัน	พ.ศ. 2530	พ.ศ. 2531	รวม 2 ปี	ร้อยละ
น้อยกว่า 7 วัน	22	28	50	23.6
7 - 10 วัน	75	65	140	66.4
11 - 14 วัน	6	10	16	7.6
15 - 19 วัน	0	3	3	1.5
มากกว่า 20 วัน	2	0	2	0.9
รวม	105	106	211	100.0

ตารางที่ 8 อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

อาการแทรกซ้อน	พ.ศ. 2530	พ.ศ. 2531	รวม 2 ปี	ร้อยละ
ไม่พบ	93	91	184	87.2
ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ	8	12	20	9.5
แผลอักเสบ	3	3	6	2.8
เลือดออกจากรอยเย็บช่องคลอด	1	0	1	0.5
รวม	105	106	211	100.0

ประโยชน์จากการวิจัย

1. การวางแผนในการดูแลผู้ป่วย และการจัดบริการการแพทย์ และสาธารณสุขแก่ประชาชน

90% ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกจะอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 10 วัน เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดของการดำเนินของคนที่ไข้หลังผ่าตัดในตารางที่ 8 อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งสามประเภทจะเกิดประมาณวันที่ 3-5 หลังผ่าตัด เพราะฉะนั้นการให้ผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่บ้าน หรือจากสถานพยาบาลในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัย โดยมีคำแนะนำและการอบรมแก่ญาติ และบุคลากรประจำสถานีอนามัยให้รับผิดชอบในระยะเวลาที่เหลือ ย่อมเกิดประโยชน์ทางด้านจิตวิทยา และเศรษฐกิจของคนไข้และครอบครัว ตลอดจนการใช้ทรัพยากรของรัฐให้ได้ประโยชน์สูงสุด

2. จากการศึกษาในเรื่องอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปรากฏว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัด เป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะครอบคลุมเพื่อป้องกันการติดเชื้อมีประมาณ 70%

2.2 กลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะครอบคลุมการติดเชื้อมีประมาณ 30%

ระยะเวลาในการรักษาไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและการอักเสบร่วมด้วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นกลุ่มที่ใช้ระยะเวลารักษานานที่สุด จึงควรมีมาตรการหลีกเลี่ยงการผ่าตัดในระยะที่มีการอักเสบรุนแรง และผู้ป่วยดังกล่าวควรมีการแนะนำติดตามและได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดในระยะก่อนผ่าตัด

วิจารณ์

จากการศึกษาย้อนหลังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูกออกนั้น โรคที่ต้องตัดมดลูกออกทางหน้าท้องพบเนื้องอกบริเวณมดลูกมากเป็นอันดับหนึ่ง เยื่อบุมดลูกผิดปกติเป็นอันดับสอง มะเร็งมดลูกเป็นอันดับสาม และการอักเสบของบริเวณมดลูกเป็นอันดับสี่ และโรคอื่น ๆ ตามลำดับ ส่วนพวกที่ตัดมดลูกทางช่องคลอดส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีการหย่อนยานของมดลูกและผนังช่องคลอด

Myoma uteri เป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกในโรงพยาบาลนครปฐม ผู้ป่วย Myoma uteri ได้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป รายที่ยังไม่เคยมีบุตร หรือผู้ป่วยที่ยังต้องการมีบุตร หรือเป็น subserous myoma ก้อน myoma ขนาด

เล็ก ก็ทำแค่ myomectomy แล้วนัดตรวจติดตามต่อไป แต่ถ้าก้อนมีขนาดใหญ่ผู้ป่วยอายุมากหรือตกเลือดมาก ก็พิจารณาทำ abdominal hysterectomy ไปเลย

Endometriosis เป็นเนื้องอกของมดลูกที่พบเป็นอันดับสอง การรักษา endometriosis ปัจจุบันในรายที่ก้อนไม่ใหญ่หรือต้องการมีบุตรอีกก็ยังใช้ pharmacologic suppression แบบ pseudomenopause โดยใช้ Danazol หรือ pseudopregnancy โดยให้รับประทาน estrogen progestine combination หรือให้โปรเจสโตเจนหรือให้แอนโดรเจน⁴ แต่ในรายที่ก้อนขนาดใหญ่ มีอาการมาก หรือมีเศษฐานะที่ไม่ค่อยดี ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดก็ยังนิยมทำ total abdominal hysterectomy เนื่องจากยาขณะนี้ยังมีราคาแพง และใช้เวลาในการรักษานาน

มะเร็งของปากมดลูก ของมดลูกและของรังไข่ ซึ่งพบเป็นอันดับสามในผู้ป่วยที่ตัดมดลูกออกนั้น เป็นเพราะว่าปัจจุบันการตรวจ Pap smear ของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ เพื่อคัดหามะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูก เป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข

เนื้องอกของรังไข่ ไม่ว่าจะเป็นเนื้องอกธรรมดาหรือเนื้องอกชนิดร้าย เมื่อตรวจพบว่ามีก้อน จะทำผ่าตัดทุกราย

Dysfunctional uterine bleeding (D.U.B.) นั้น จะพิจารณาตัดมดลูกออกในผู้ป่วยอายุเกิน 40 ปี พวก recurrent D.U.B. ที่แม้แต่ขูดมดลูกและให้ยาแล้วเลือดก็ยังไม่หยุด และพวก adenomatous hyperplasia ที่เป็น precancerous⁵

การอักเสบของบริเวณมดลูก ซึ่งพบเป็นอันดับสี่ในโรงพยาบาลนครปฐม ส่วนมากพบการอักเสบที่เรื้อรังหรือเป็น recurrent pelvic inflammation ซึ่งทางโรงพยาบาลใช้ข้อชี้บ่ง 4 ประการที่ต้องทำผ่าตัดคือ

1. การรักษาทางยาต้านจุลชีพไม่ได้ผล
 2. ขนาดของก้อน adnexal mass ไม่เล็กลง
 3. ปวดท้องน้อยเรื้อรัง
 4. มีการแตกของ adnexal abscess
- เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจะมากขึ้นเพียงใดก็ขึ้นกับ

พยาธิสภาพของผู้ป่วย ความชำนาญ ตลอดจนประสบการณ์ของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดนั้น ๆ

โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เนื่องจากผู้ป่วยตัดมดลูกออกจะทำให้คาสายสวนปัสสาวะไว้หลังผ่าตัดทุกราย ทำให้เกิดอักเสบของกระเพาะปัสสาวะได้ง่าย แต่การให้ยาต้านจุลชีพก็จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้ทุกราย

Diker และคณะพบว่า การตัดมดลูกทางช่องคลอด มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ เพราะในผู้หญิงมีโรคในอุ้งเชิงกรานจำนวนมากที่เมื่อทำ abdominal hysterectomy แล้ว จะเสี่ยงอันตรายต่อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินอาหารมากขึ้น²

Amirikia รายงานผู้ป่วย 4,283 ราย ที่ทำ abdominal - hysterectomy พบผู้ป่วยตายเพียง 7 ราย เท่ากับ 0.16% การตายจากการผ่าตัดมดลูกไม่ค่อยได้ มีการพูดถึงมากนัก ปัจจุบันในระยะ 25 ปีนี้ อันตรายก็ลดไปมากแล้ว เนื่องจาก

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างระมัดระวัง
 2. การวินิจฉัยและการรักษาในปัญหาาระบบหัวใจ หลอดเลือด ระบบหายใจและระบบเมตาบอลิซึมดีขึ้นมาก
- ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ vaginal hysterectomy ส่วนมากมีความหย่อนยานของมดลูกและผนังช่องคลอดเกือบทั้งหมด

สรุป

การตัดมดลูกออกในทางนรีเวชกรรมในโรงพยาบาลต่างจังหวัด เป็นการรักษาวินัยหนึ่งที่ช่วยรักษาโรคให้ได้ผลดี และประหยัดด้านเวลาและเศรษฐกิจของผู้ป่วย แม้ว่าในบางโรค เช่น Endometriosis จะมีารักษา แต่ยากก็ยังมีราคาแพงและใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งไม่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในต่างจังหวัด โรคแทรกซ้อนก็พบไม่มากนัก ผู้ป่วยปลอดภัยต่อการผ่าตัด

การเก็บรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างจังหวัด ยังไม่ค่อยสมบูรณ์ จากสถิติผู้ป่วยตัดมดลูกออกย้อนหลัง 2 ปี จำนวน 348 ราย สามารถค้นหารายงานได้เพียง 211 ราย คิดเป็น 60.63% ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า โรงพยาบาล

ต่างประเทศต้องพัฒนาในด้านการเก็บข้อมูลและสถิติต่อไปอีก

เอกสารอ้างอิง

1. Mattingly RF, Thomson JD. Te Linde's operative gynecology. 6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1985.
2. Dicker RC, Scolly MJ. Hysterectomy among women of reproductive age : Trends in the United State 1970-1978. JAMA 1982 ; 248 : 323-325.
3. Amirikia H, Evans TN. Ten-years review of hysterectomies : Trends, indications and risk. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 134 : 431-434.
4. Garcia CR, Mikuta J, Rosenblum NG. Current therapy in surgical gynecology. Philadelphia : B.C. Decker Inc, 1987.
5. สมหมาย อุงสุวรรณ. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากมดลูก. ใน : สมหมาย อุงสุวรรณ, บ.ก. ภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวช. พิมพ์ครั้งแรก. โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ ๑: โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ. 2526 : 404-406.