

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# การผ่าตัดมดลูกหย่อนระดับโผล่พ้นปากช่องคลอด ด้วยวิธี Modified Le Fort ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวในโรงพยาบาลเขาย้อย

## Surgical Management of Complete Uterine Prolapse with Modified Le Fort Procedure in Medically Compromised Elderly Women in Khaoyoi Hospital

นพดล อธิรัตน์ปัญญา พ.บ.,

ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Noppadol athiratpunya M.D.,

Thai Board of Obstetrics and Gynecology

Khaoyoi Hospital, Petchaburi

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาการผ่าตัดภาวะมดลูกหย่อนระดับโผล่พ้นจากปากช่องคลอดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวด้วยวิธี Modified Le Fort

**วิธีการ:** เป็นการศึกษาย้อนหลังระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะมดลูกหย่อนระดับโผล่พ้นจากปากช่องคลอดด้วยวิธี Modified Le Fort จำนวน 12 ราย โดยศึกษาถึงระยะเวลาในการทำผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัด และผลของการแก้ไขปัญหอาการผิดปกติที่มีก่อนการผ่าตัด

**ผลการศึกษา:** อายุเฉลี่ยผู้ป่วย 75.04 ปี (67-80 ปี) ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 47.22 นาที (40-60 นาที) พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด 1 ราย จากการฉีดยาชาเข้าช่องประสาทไขสันหลังแต่อาการไม่รุนแรง พบการเกิดเป็นซ้ำหลังผ่าตัด 1 ราย ได้รับการรักษาต่อด้วยวิธี Le Fort

**สรุป:** จากการศึกษาเบื้องต้นในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดด้วยวิธี Modified Le Fort เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากมีโรคประจำตัว ซึ่งการใช้การรักษาแบบประคับประคองไม่สามารถแก้ปัญหาได้

**คำสำคัญ:** ภาวะมดลูกหย่อนระดับโผล่พ้นจากปากช่องคลอด การผ่าตัดด้วยวิธี Modified Le Fort ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว

## ABSTRACT

**Objective:** To study the effectiveness of surgical management of complete uterine prolapse with Modified Le Fort Procedure in medically compromised elderly women.

**Method:** This was a descriptive retrospective study between August 2008 - July 2012 in 12 medically compromised elderly women who underwent Modified Le Fort Procedure for uterine prolapse. The study showed the duration of operation times, the duration of hospital stay, the complication of operation and the effectiveness of operation for correcting the symptom of complete uterine prolapse.

**Results:** The median age of patients was 75.04 years (range 67 to 80 years). The median operation time was 47.22 minutes (range 40 to 60 minutes), and for the hospital stay was 3 days. There was 1 case which had complications between operation from spinal anesthesia but this was not severe. Recurrence occurred 1 case which was successful in Le Fort Operation.

**Conclusion:** In this preliminary study the Modified Le Fort Procedure offers significant advantages in a select population of elderly, medically compromise patient in whom conservative management is not feasible.

**Keywords:** complete uterine prolapse, Modified Le Fort Procedure, medically compromised elderly women.

## บทนำ

การผ่าตัดแก้ไขภาวะมดลูกหย่อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว เป็นการผ่าตัดที่จำเป็นต่ออวัยวะปัจจุบันในเรื่องของวิธีการในการใช้เวลาทำผ่าตัดให้สั้นที่สุด และได้ผลลัพธ์ที่ดีกล่าวคือสามารถแก้ไขอาการผิดปกติที่มีร่วมกับภาวะมดลูกหย่อนที่เกิดขึ้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากมักมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจผิดปกติ ปอดผิดปกติ และอาจมีภาวะซีดร่วมด้วยทำให้สูตินรีแพทย์ต้องเลือกวิธีการในการให้การรักษาที่เหมาะสมซึ่งโดยมากผู้ป่วยภาวะนี้มักจะถูกปฏิเสธให้เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากแพทย์เนื่องจากโรคประจำตัวและอายุที่มาก ขณะที่ภาวะมดลูกหย่อนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ลดลงจากปกติ อันเนื่องมาจากภาวะที่มดลูกโผล่พ้นจากปากช่องคลอดตลอดเวลาที่ลุกยืนหรือเดินจะก่อให้เกิดอาการต่างๆ ได้ เช่น ปวดถ่วงช่องคลอด บัสสาวะบ่อย บัสสาวะลำบาก บัสสาวะเล็ด ท้องผูก

มีอาการอักเสบปากมดลูกและบริเวณปากช่องคลอด<sup>1-4</sup>

การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีได้หลายวิธี แต่จากรายงานของ Olsen และคณะ<sup>5</sup> ให้คำแนะนำว่าการผ่าตัดแก้ไขเป็นวิธีที่ดีที่สุด และวิธีที่ให้ผลดีวิธีหนึ่งคือการทำผ่าตัด colpocleisis<sup>1,5-8</sup> ซึ่งวิธี Modified Le Fort ก็เป็นวิธีการผ่าตัดในกลุ่ม colpocleisis<sup>1</sup> ข้อดีคือใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย การสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดไม่มาก สามารถใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการทำผ่าตัด เป็นวิธีการที่แก้ไขภาวะมดลูกหย่อน บัสสาวะเล็ด และอุจจาระลำบากจากการที่มีผนังช่องคลอดหย่อนได้ผลดี<sup>9-13</sup>

ดังนั้นจุดประสงค์ในการศึกษานี้ก็เพื่อรายงานผลการทำผ่าตัดด้วยวิธี Modified Le Fort ว่ามีความปลอดภัยใช้เวลาในการทำผ่าตัดน้อย ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการแก้ไขอาการผิดปกติต่างๆ ในภาวะผู้ป่วยมดลูกหย่อนระดับโผล่พ้นจากปากช่องคลอดที่มีอายุมากมีโรคประจำตัว สามารถนำมาใช้ทดแทนการผ่าตัดมดลูกออกโดยวิธี vaginal



hysterectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน มีการเสียเลือดมาก เสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก<sup>10</sup> และที่สำคัญคือเป็นทางเลือกสำหรับสตรีในโรงพยาบาลชุมชนที่จะนำไปใช้พัฒนาดูแลผู้ป่วยภาวะนี้โดยไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัดมดลูกหย่อนในระดับโผล่พ้นปากช่องคลอดโดยวิธี Modified Le Fort ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยศึกษา

1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำผ่าตัด และระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับการผ่าตัดด้วยวิธี vaginal hysterectomy
2. ภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัด
3. ภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด
4. ประสิทธิภาพในการแก้ไขอาการผิดปกติที่มีก่อนผ่าตัด
5. ผลสำเร็จจากการผ่าตัด

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบพรรณนาก่อนหลัง (retrospective descriptive study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในบันทึกการผ่าตัดของแพทย์ บันทึกทางวิสัญญีวิทยาของโรงพยาบาลเขาย้อย อำเภอยะย้อย จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 ในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมดลูกหย่อนระดับโผล่พ้นปากช่องคลอด จำนวน 18 ราย โดยแยกผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 67 ปี ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวแต่ยังมีสุขภาพทางร่างกายแข็งแรงทำผ่าตัดโดยวิธี vaginal hysterectomy ส่วนในกลุ่มอายุมากกว่า 67 ปี ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Modified Le Fort หรือคือการทำผ่าตัด colpocleisis with Kelly Urethral Plication and posterior colpoperineorrhaphy โดยขั้นตอนในการผ่าตัดมีการเตรียมพร้อมด้วยการตรวจประเมินสุขภาพทั่วไปเพื่อควบคุมเบาหวาน ความดันเลือด

สูง ความผิดปกติของหัวใจ และหยุดยาที่เป็นข้อห้ามในการทำผ่าตัดก่อนจะดำเนินการผ่าตัดใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (subarachnoid space) ด้วย 0.5% บิวพิวาเคน ขนาดน้อยเพียง 9 มิลลิกรัม หรือ 1.8 ซีซี ในระดับช่องกระดูกเอวที่ 3-4 หรือ 4-5 หลังจากนั้นจึงจัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงายยกหัวสูงให้ขาเรียดเข้าทั้ง 2 ข้างพาดบนขาหยั่ง (lithotomy) ใส่สายสวนปัสสาวะ (foley's catheter) เบอร์ 18 ก่อนดำเนินการผ่าตัดตามขั้นตอน

การผ่าตัดจะเริ่มจากการทำ anterior colporrhaphy ร่วมกับการทำ Kelly Urethral Plication (การเย็บผิวนอกของกระเพาะปัสสาวะรอบส่วนคอกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้ผนังของกระเพาะปัสสาวะติดกับส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะมีผลให้ส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้น) โดยเมื่อถึงขั้นตอนเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านหน้าจะเหลือผนังช่องคลอดส่วนบนสุดที่ติดปากมดลูกไว้เป็นช่องขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-2.5 เซนติเมตร ส่วนการทำผ่าตัดด้านหลังของผนังช่องคลอดจะใช้วิธี posterior colpoperineorrhaphy (การผ่าตัดแก้ไขกระบังลมด้านหลังที่ย่อนเพื่อเย็บกล้ามเนื้อ levator ani ที่ห่อหุ้มเข้าหากันเพื่อปิดบริเวณส่วนบกพร่องในส่วนของลำไส้ใหญ่ที่ยื่นออกมา) โดยเมื่อถึงขั้นตอนการเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านหลังจะเหลือผนังช่องคลอดส่วนบนสุดที่ติดปากมดลูกไว้เป็นช่องว่างขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-2.5 เซนติเมตรเช่นเดียวกับขั้นตอนการเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านหน้า จากนั้นจะเย็บปิดผนังช่องคลอดทั้งด้านหน้าและด้านหลังส่วนที่เหลือจากการทำ anterior colporrhaphy และ posterior colpoperineorrhaphy ด้วย 2/0 chromic catgut โดยให้ปมไหมที่ผูกอยู่ด้านนอกของแผลจนครบรอบของผนังช่องคลอดส่วนที่เหลือ

การดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 12 ชั่วโมง เพื่อติดตามสัญญาณชีพ ดูแลอาการเจ็บแผลผ่าตัด ตรวจติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ให้ผู้ป่วยลุกนั่งได้เมื่อพ้น 12 ชั่วโมง

ลูกเดินได้หลัง 24 ชั่วโมง ตรวจติดตามภาวะหลังผ่าตัด  
ทุกวันจนไม่พบอาการผิดปกติ จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้  
โดยนัดถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 7 วัน นับจากวัน  
ที่ทำการผ่าตัด และจะนัดทุก 7 วัน กรณีที่ไม่สามารถถอด  
สายสวนปัสสาวะได้เพราะมีปัสสาวะเหลือค้างมากกว่า  
100 มิลลิลิตร (ใช้วิธีตรวจโดยใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อ  
ทำการวัด ภายหลังจากผู้ป่วยได้ถ่ายปัสสาวะเอง 2-3 ครั้ง)  
กรณีถอดสายสวนปัสสาวะได้จะมีการนัดตรวจติดตามผล  
ของการผ่าตัดแก้ไขอาการผิดปกติในอีก 6 สัปดาห์ และ  
ตรวจติดตามต่อในคลินิกเฉพาะโรคของผู้ป่วย (เนื่องจาก  
ผู้ป่วยทุกรายมีโรคประจำตัว)

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วย 12 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดภาวะมดลูกห้อย  
ในระดับโผล่พ้นจากปากช่องคลอดด้วยวิธี Modified Le Fort

มีอายุตั้งแต่ 67 ปี ถึง 80 ปี ค่าเฉลี่ย 75.04 ปี โรคที่ตรวจ  
พบก่อนผ่าตัด (ตารางที่ 1) ความดันโลหิตสูง 6 ราย  
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 4 ราย โรคหัวใจเต้นช้า  
ผิดปกติ 1 ราย โรคปอด 1 ราย อาการที่มีก่อนผ่าตัด  
(ตารางที่ 2) ปวดท้องช่องคลอด 12 ราย ปัสสาวะเล็ด  
10 ราย อูจจะระล่ำปาก 8 ราย ผู้ป่วยทั้ง 12 ราย สามารถ  
ทำ spinal anesthesia ได้สำเร็จ ระยะเวลาในการผ่าตัด  
Modified Le Fort 40 นาที ถึง 60 นาที เฉลี่ย 47.22 นาที  
ส่วน vaginal hysterectomy (6 ราย) ใช้เวลา 95 นาที ถึง  
120 นาที เฉลี่ย 104.5 นาที ส่วนระยะเวลาในการพัก  
รักษาตัวในโรงพยาบาล วิธี Modified Le Fort ใช้เวลา  
3 วัน (ทุกราย) vaginal hysterectomy ใช้เวลา 5 วัน  
(ทุกราย)

ภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัดพบ 1 ราย ขณะที่  
จะเริ่มดำเนินการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการหัวใจเต้นช้าลง

ตารางที่ 1 โรคเรื้อรังที่เป็นขณะผ่าตัด

| โรคประจำตัวเดิม                 | ชนิดของการผ่าตัด          |                               |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|                                 | Modified Le Fort<br>จำนวน | Vaginal hysterectomy<br>จำนวน |
| โรคความดันโลหิตสูง              | 6                         | 2                             |
| โรคเบาหวาน + โรคความดันโลหิตสูง | 4                         | 2                             |
| โรคหัวใจ*                       | 1                         | -                             |
| โรคปอด**                        | 1                         | -                             |
| ไม่มีโรคประจำตัวเดิม            | -                         | 2                             |
| รวม                             | 12                        | 6                             |

\* โรคหัวใจเต้นช้าผิดปกติ

\*\* มีประวัติตัดปอดออก 1 ซ้างจากวัณโรค



ความดันโลหิตลดลง ระดับออกซิเจนที่วัดได้จากเครื่องวัดลดลง ได้ให้ adrenaline 0.1 มิลลิกรัมหรือ 0.1 มิลลิลิตรฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นใน 1 นาที โดยอาการทุกอย่างกลับเป็นปกติ ได้ดำเนินการทำผ่าตัดจนเสร็จทุกขั้นตอน ทุกรายไม่มีการเสียโลหิตเกินกว่า 100 มิลลิลิตร ไม่มีรายใดต้องให้โลหิตทดแทน สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองหลังผ่าตัดภายใน 3 วัน มี 8 ราย

สามารถกลับมาถ่ายปัสสาวะเป็นปกติใน 7 วัน อีก 4 รายสามารถกลับมาถ่ายปัสสาวะเป็นปกติภายใน 14 วัน จากการตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3 เดือน ถึง 48 เดือน พบการกลับมามีอาการปวดลูกหย่อนในระดับเผล่พ้นปากช่องคลอดซ้ำ 1 ราย หรือคิดเป็นผลสำเร็จจากการผ่าตัดร้อยละ 93.33 ไม่พบอาการปัสสาวะเล็ด อุจจาระลำบากและปวดถ่วงช่องคลอด ผู้ป่วยทุกรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงก่อนผ่าตัด

| อาการที่มีก่อนผ่าตัด | ชนิดของการผ่าตัด          |                               |
|----------------------|---------------------------|-------------------------------|
|                      | Modified Le Fort<br>จำนวน | Vaginal hysterectomy<br>จำนวน |
| ปวดถ่วงช่องคลอด      | 12                        | 6                             |
| ปัสสาวะเล็ด          | 10                        | 2                             |
| อุจจาระลำบาก         | 8                         | 2                             |

## ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลสำเร็จของการผ่าตัด

| Author [reference]     | N   | Length of follow up  | Success rate (ร้อยละ) |
|------------------------|-----|----------------------|-----------------------|
| Ubachs <sup>8</sup>    | 141 | 3 or more years      | 95                    |
| Denehy <sup>11</sup>   | 21  | 4-40 months          | 95                    |
| Hanson <sup>12</sup>   | 288 | 5 years or more      | 92                    |
| Goldman <sup>13</sup>  | 118 | 1-15 years           | 91                    |
| Falk <sup>16</sup>     | 100 | 2-22 years           | 96                    |
| Ardekany <sup>17</sup> | 15  | 10 months to 5 years | 100                   |
| Langmade <sup>18</sup> | 102 | 1-14 years           | 97                    |
| Present study          | 12  | 3-48 months          | 93.33                 |

## วิจารณ์

การผ่าตัดด้วยวิธี Modified Le Fort เป็นหัตถการที่  
อยู่ในกลุ่ม colpocleisis มีรายงานการทำผ่าตัดมาตั้งแต่ปี  
1937 โดย Goodall และ Power<sup>9</sup> เป็นวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสม  
กับผู้ป่วยมดลูกหย่อนในระดับโผล่พ้นปากช่องคลอดที่มี  
อายุมากมีโรคประจำตัว ไม่มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์อีก เป็น  
การทำผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาที่สั้นเสียเลือดน้อยและสามารถ  
ใช้วิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ทำผ่าตัดในกรณีที่ไม่สามารถทำ  
spinal anesthesia ได้สำเร็จ<sup>12,14,15</sup> และเมื่อเปรียบเทียบกับ  
การทำผ่าตัดด้วยวิธี vaginal hysterectomy จากการศึกษา  
ของ Moore และคณะ<sup>12</sup> พบว่าระยะเวลาในการทำผ่าตัด  
ลดลงร้อยละ 50 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ใช้เวลาลดลง  
ประมาณร้อยละ 50 เช่นเดียวกัน โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ย  
ในการทำผ่าตัด Modified Le Fort อยู่ที่ 47.22 นาที ขณะที่  
ที่ทำการผ่าตัด vaginal hysterectomy อยู่ที่ 104.5 นาที  
นอกจากนี้แล้วความเสี่ยงระหว่างการผ่าตัด และหลัง  
ผ่าตัดพบน้อยกว่า เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัด  
น้อย ไม่ต้องทำผ่าตัดผ่านเข้าเยื่อช่องท้อง (peritoneum)  
จึงเป็นการช่วยลดโอกาสเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (peri-  
tonitis) หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายสามารถลุกขึ้นยืนหรือเดิน  
ได้เร็วทำให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักหลังผ่าตัด  
นาน ทำให้สามารถกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้ใน  
เวลาอันสั้น<sup>9,10</sup>

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น มีการฉีก  
ขาดของกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ใหญ่ขณะทำผ่าตัด  
เสียเลือดมากระหว่างผ่าตัด ก่อนเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด  
ภาวะแผลอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือโพรง  
มดลูกเป็นหนอง<sup>1</sup> ไม่พบจากรายงานนี้ ส่วนภาวะแทรก  
ซ้อนที่พบ 1 ราย จากการทำ spinal anesthesia เกิดจาก  
ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ (bradycardia) อยู่เดิม  
ภายหลังได้ให้ยา adrenaline 0:1 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอด  
เลือดดำ ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติและดำเนินการผ่าตัดจน  
เสร็จสิ้นโดยไม่พบอาการผิดปกติอีก

เนื่องจากการผ่าตัดภาวะมดลูกหย่อนระดับโผล่พ้น

ปากช่องคลอดด้วยวิธี Modified Le Fort เป็นการผ่าตัด  
ที่มีการเย็บผนังหน้าหลังของช่องคลอดยึดติดกันทำให้มี  
การปิดช่องคลอดบางส่วนไปทำให้ภาวะที่ต้องคำนึงถึงใน  
อนาคต คือ กรณีการเกิดมะเร็งปากมดลูกและมะเร็ง  
เยื่อบุมดลูก Adam<sup>14</sup> และ Svesko<sup>15</sup> แนะนำว่าก่อนทำ  
ผ่าตัดควรจะได้มีการประเมินสภาพปากมดลูกและเยื่อบุ  
มดลูกทุกราย ซึ่งในรายงานนี้มีเพียง 1 ราย ที่ได้ทำการตัด  
ปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cone biopsy) เนื่องจากสภาพ  
ปากมดลูกมีแผลอักเสบรุนแรง แต่ผลเนื้อทางพยาธิวิทยา  
ไม่พบมะเร็งปากมดลูก

จากการตรวจติดตามเปรียบเทียบผลสำเร็จจากการ  
ผ่าตัดกับรายงานอื่น (ตารางที่ 3) ให้ผลสำเร็จใกล้เคียงกับ  
รายงานนี้โดยผลสำเร็จจากรายงานอื่นมีค่าระหว่างร้อยละ  
91-100<sup>16-18</sup> จากรายงานนี้มีค่าร้อยละ 93.31 สำหรับผล  
ของความสำเร็จในการผ่าตัด Adair<sup>19</sup> รายงานว่าขึ้นอยู่กับ  
ขนาดพื้นที่ที่ทำให้เกิดผนังกันของช่องคลอดส่วนบน ซึ่งจาก  
รายงานนี้จะมีพื้นที่ผนังกันเป็นเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ  
2-2.5 เซนติเมตร เพื่อพยุงมดลูกในส่วนของด้านบนของ  
ช่องคลอด ประกอบกับการทำ anterior colporrhaphy และ  
posterior colpoperineorrhaphy เป็นการช่วยพยุงไว้ในส่วน  
ของด้านล่างของช่องคลอด จึงมีผลทำให้สามารถป้องกัน  
ไม่ให้มดลูกหย่อนลงมาได้อีก ทำให้ไม่จำเป็นต้องตัดมดลูก  
ออก แต่ถ้าหากเกิดกรณีมีการกลับเป็นภาวะมดลูกหย่อน  
ซ้ำ Hanson<sup>12</sup> แนะนำให้ทำผ่าตัดอีกครั้งด้วยวิธี Le Fort  
ซึ่งเป็นการผ่าตัดเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านล่างทั้งหมด  
ข้อเสียคือเมื่อมีความผิดปกติของปากมดลูกและโพรงมดลูก  
จะไม่สามารถตรวจสอบได้ สำหรับผู้ป่วยที่เกิดกลับเป็น  
ภาวะมดลูกหย่อนซ้ำจากรายงานนี้ 1 รายได้รับการผ่าตัด  
อีกครั้งด้วยวิธี Le Fort ได้รับการตรวจติดตามเป็นระยะ  
เวลา 10 เดือน ยังไม่พบความผิดปกติ

## สรุป

การผ่าตัดภาวะมดลูกหย่อนในระดับโผล่พ้นจาก  
ปากช่องคลอดในผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย



โดยวิธี Modified Le Fort เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขความผิดปกติที่ได้ผลดี ปลอดภัยในการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อย ภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังผ่าตัดพบน้อย ใช้เวลารักษาตัวภายในโรงพยาบาลเพียง 3 วัน เป็นวิธีการทำผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นทางเลือกในการผ่าตัดลดลูกหย่อนในระดับโผล่พ้นปากช่องคลอดทดแทนการทำผ่าตัด vaginal hysterectomy ได้

### เอกสารอ้างอิง

1. FitzGerald MP, Richter HE, Siddique S, et al. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(3):261-71.
2. Richter HE, Varner RE. Pelvic Organ Prolapse. In: Berek JS, Editor. *Berek & Novak's Gynecology.* 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott William & Winkin; 2007. p. 897-934.
3. จิตติมา มโนชัย, อภิชาติ จิตต์เจริญ. การหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและปัสสาวะเล็ด. ใน: เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. *ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2550. หน้า 265-80.*
4. สมหมาย กุศลวรรณ. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่. ใน: สมหมาย กุศลวรรณ, บรรณาธิการ. *นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์; 2527. หน้า 469-93.*
5. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89:501-6.
6. Rubovits W, Litt S. Colpocleisis in the treatment of uterine and vaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 1935;29:222-30.
7. Wyatt J. Le Fort's operation for prolapse, with an account of eight cases. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1912;22:266-9.
8. Ubachs JM, van Sante TJ, Schellekens LA. Partial colpocleisis by a modification of LeFort's operation. *Obstet Gynecol.* 1973;42:415-20.
9. Goodall JR, Power RMH. A modification of the Le Fort operation for increasing its scope. *Am J Obstet Gynecol.* 1937;34:968-76.
10. Moore RD, Miklos JR. Colpocleisis and tension-free vaginal tape sling for severe uterine and vaginal prolapse and stress urinary incontinence under local anesthesia. *J Am Assoc Gynecol Laprosc.* 2003;10:276-80.
11. Denehy TR, Choe JY, Gregori CA, et al. Modified Le Fort partial colpocleisis with Kelly urethral plication and posterior colpoperineoplasty in the medically compromised elderly: a comparison with vaginal hysterectomy, anterior colporrhaphy, and posterior colpoperineoplasty. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:1697-702.
12. Hanson GE, Keettel WC. The Neugebauer Le Fort operation (a review of 288 colpocleisis). *Obstet Gynecol.* 1969;34:352-7.
13. Goldman J, Ovadia J, Feldberg D. The Neugebauer-Le Fort operation: a review of 118 partial colpocleisis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1981;12:31-5.
14. Adams HD. Total colpocleisis for pelvic eventration. *Surg Gynecol Obstet.* 1951;92:321-4.
15. Svesko V. Total colectomy in the treatment of a case of irreducible uterine procidentia. *Am J Obstet Gynecol.* 1958;75:213-5.
16. Falk H, Kaufman S. Partial colpocleisis: the Le Fort procedure (analysis of 100 cases). *Obstet*

- Gynecol. 1955;5:617.
17. Ardekany MS, Rafee R. A new modification of colpocleisis for treatment of total procidentia in old age. *Int J Gynaecol Obstet.* 1978;15:358-60.
18. Langmade CF, Oliver JA. Partial colpocleisis. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;154:1200-5.
19. Adair FL, DaSef L. The Le Fort colpocleisis. *Am J Obstet Gynecol.* 1936;32:218-26.