

เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการทำตัดมดลูกทางช่องคลอด กับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง Comparison of Operative Outcomes between Non-Descent Vaginal Hysterectomy and Total Laparoscopic Hysterectomy

อภิชาติ ใจดีเจริญ พ.บ.,
ว. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร

Apichart Jaideecharoen M.D.,
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetric and Gynecology
Kratumbaen Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอุ้งเชิงกราน (NDVH) กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง (TLH)

วิธีการศึกษา: เป็นศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทั้งสองวิธี ได้แก่ การตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอุ้งเชิงกราน (NDVH) และการตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง (TLH) ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 มีนาคม 2563 ที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยสูตินรีแพทย์คนเดียว

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยจำนวน 49 ราย ถูกคัดเลือกในการศึกษานี้ (กลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด 31 รายและกลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง 18 ราย) ระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (123.6 ± 58.0 นาที) สั้นกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้องผ่านหน้าท้อง (174 ± 60.2 นาที) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .005$) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (1.7 ± 0.6 วัน) สั้นกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง (2.3 ± 0.5 วัน) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาในการผ่าตัด คือ น้ำหนักของมดลูก ($p = .002$)

สรุป: การตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยทางนรีเวชที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูก ดังนั้นผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดได้ ควรได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมเกี่ยวกับทางเลือกในการผ่าตัดมดลูก

คำสำคัญ : การผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะกระบังลมหย่อน การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง การผ่าตัดแบบรุกรานต่อเนื้อเยื่อน้อย

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 324-332.

ABSTRACT

Objective: The aim was to compare the operative outcomes in patients who underwent non-descent vaginal hysterectomy (NDVH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH).

Methods: A retrospective study was done by collecting the data from medical records. All women who underwent NDVH and TLH in Kratumbaen Hospital by one surgeon during 1 January 2017 to 31 March 2020 were included. Those patients having malignancy as diagnosed by Pap smear or pathologic report or cases with concomitant sacral colpoxies, were excluded from the study.

Results: Forty-nine patients were included (31 in the NDVH group and 18 in the TLH group). Total procedure time was significantly less in the NDVH group (123.6±58.0 minutes) as compared to TLH (174±60.2 minutes, $p=.005$). Mean postoperative hospital stay was significantly shorter in NDVH group than TLH group (1.7±0.6 vs 2.3±0.5 days, $p=.001$). A greater number of patients who underwent NDVH were discharged on postoperative day 1 as compared to those receiving TLH ($p=.002$). Uterine weight was associated with the operative time ($p=.002$).

Conclusion: NDVH can be performed safely with better operative times to those of conventional laparoscopic hysterectomy. NDVH is a safe alternative to TLH and may offer some operative advantages, including reduced procedure time and earlier discharge. So NDVH should be offered to a large group of appropriately selected women.

Keywords : hysterectomy, non-descent vaginal hysterectomy(NDVH), total laparoscopic hysterectomy(TLH), minimal invasive surgery

Received : April 14 , 2020 Revised : April 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 324-332.

บทนำ

การผ่าตัดมดลูกเป็นหัตถการทางนรีเวชที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติของสูตินรีแพทย์ทั่วโลก ซึ่งการผ่าตัดมดลูกสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ 1.การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (transabdominal hysterectomy; TAH) 2.การผ่าตัดทางช่องคลอด (transvaginal hysterectomy; TVH) และ 3.การผ่าตัดแบบส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (total laparoscopic hysterectomy; TLH) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ถือเป็นการผ่าตัดที่มี

การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อย (minimal invasive surgery) เนื่องจากไม่มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ที่บริเวณผนังหน้าท้อง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า และมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง นอกจากนี้ยังมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน¹ การศึกษาก่อนหน้าจำนวนมากที่สนับสนุนให้การผ่าตัดมดลูกที่มีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยเป็นทางเลือก

อันดับแรกในการพิจารณาวิธีการตัดมดลูก อย่างไรก็ตามการผ่าตัดมดลูกที่ไม่ใช่เนื้อร้ายในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (TAH) เนื่องจากสามารถเห็นพยาธิสภาพได้ชัดเจน ทำให้ผลการได้ง่ายและใช้เวลาในการผ่าตัดสั้น ทำให้วิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องยังได้รับความนิยมเหนือกว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและแบบส่องกล้อง

โดยในปี ค.ศ.1984 มีการรายงานการผ่าตัดมดลูกโดยใช้การส่องกล้องช่วยผ่าตัด (laparoscopic assisted vaginal hysterectomy; LAVH)² ต่อมา มีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการผ่าตัดนำไปสู่การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH) ซึ่งวิธีการผ่าตัดเหล่านี้ล้วนแต่มีการบาดเจ็บต่อนอเยื่อที่น้อยเมื่อเทียบกับการการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้อง (TAH) ในอีกทศวรรษถัดมาการผ่าตัดส่องกล้องเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2002 มีเริ่มรายงานการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องที่ใช้หุ่นยนต์ช่วย (robotic hysterectomy; RH)³ และถูกพัฒนาให้มีการผ่าตัดด้วยวิธีนี้มากขึ้น แม้ว่าเทคโนโลยีจะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นตามลำดับ แต่ทักษะการผ่าตัดทางช่องคลอดและการผ่าตัดส่องกล้องยังเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งยังไม่มีหลักฐานที่ระบุว่า การผ่าตัดมดลูกด้วยหุ่นยนต์มีข้อดีเหนือกว่า⁴

การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องมีข้อดีคือสามารถมองเห็นอวัยวะต่างๆ และพยาธิสภาพภายในอุ้งเชิงกรานได้โดยตรงและสามารถที่จะผ่าตัดหรือเลาะพังผืดในช่องท้องได้ด้วย อย่างไรก็ตามการผ่าตัดส่องกล้องจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย ชุดเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงสูง รวมทั้งทักษะการผ่าตัดที่ดี วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องจะสัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานขึ้นและการเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อน⁵ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด⁶

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีข้อดีเหนือกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องอย่างชัดเจนในผู้ป่วย

ที่มีน้ำหนักตัวมาก นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลำไส้ไม่บีบตัว ไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัด หรือการติดเชื้อของแผลผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดมดลูกเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ⁷ ดังนั้นการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจึงเป็นทางเลือกในการผ่าตัด ในกรณีที่สามารถผ่าตัดทางช่องคลอดได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ พบว่า การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลง⁸

ปัจจัยที่ทำให้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดทำได้ยาก ได้แก่ ไม่มีประวัติคลอดบุตรทางช่องคลอด ไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน มดลูกที่มีขนาดใหญ่ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ อุ้งเชิงกรานอักเสบ ประวัติผ่าตัดในอุ้งกรานหรือช่องคลอดแคบ อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่ข้อบ่งห้ามในการผ่าตัดมดลูกที่บาดเจ็บต่อนอเยื่อน้อย (minimal invasive surgery) โดยจากการศึกษาพบว่าสามารถทำผ่าตัดมดลูกได้อย่างปลอดภัยและมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ^{9,10} ทำให้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (TVH) และการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH) มีบทบาทมากขึ้นและได้รับความนิยมมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งในต่างประเทศมีข้อเสนอแนะว่า การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดควรเป็นวิธีการผ่าตัดที่ควรพิจารณาเป็นอันดับแรก เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วว่าสามารถทำผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาเป็นจำนวนน้อยที่เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (non-descent vaginal hysterectomy; NDVH) กับ การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH)

เป้าหมายของการศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (NDVH) และการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH) เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาและพิจารณาวิธีการผ่าตัดมดลูกที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับอนุญาตทำการศึกษาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกระบี่เลขที่ 009/63 การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสังเกตชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง (retrospective cohort study)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกซึ่งได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (NDVH) หรือการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (TLH) ช่วงเวลาระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึง 31 มีนาคม 2563 ที่โรงพยาบาลกระบี่ โดยทุกหัตถการทำโดยสูตินรีแพทย์คนเดียวกัน โดยผลลัพธ์การผ่าตัดจะถูกบันทึกในเวชระเบียน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนเพื่อเก็บข้อมูลย้อนหลัง

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเป็นเนื้อร้าย โดยการวินิจฉัยจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือผลตรวจชิ้นเนื้อของพยาธิแพทย์ และการผ่าตัดมดลูกที่มีการผ่าตัดรักษาภาวะกระบังลมหย่อนร่วมด้วย อย่างไรก็ตามการผ่าตัดร่วมในเวลาเดียวกันได้แก่การผ่าตัดปีกมดลูกด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้านจะถูกบันทึกแต่ไม่ถูกคัดออกจากการศึกษา

ข้อมูลต่างๆถูกเก็บย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดระหว่างสองกลุ่ม ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ประวัติการคลอดบุตร ระยะเวลาในการผ่าตัด น้ำหนักของมดลูก จำนวนเลือดที่สูญเสีย การผ่าตัดเพิ่มเติม ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

วิธีการผ่าตัดทางช่องคลอดใช้เทคนิคตามมาตรฐานดังที่บรรยายไว้โดย Dagent¹¹ และวิธีการผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางหน้าท้องจะใช้กล้องขนาด 10 มิลลิเมตร และแผลขนาด 5 มิลลิเมตรจำนวน 3 แผล

ในการผ่าตัด โดยเทคนิคการผ่าตัดส่องกล้องที่ใช้เช่นเดียวกับวิธีที่บรรยายไว้โดย Koh¹² เมื่อเสร็จขั้นตอนการผ่าตัด มดลูกจะถูกนำออกจากช่องท้องผ่านทางช่องคลอด ร่วมกับการลดขนาดของมดลูก (scapel morcellation) ในกรณีที่มดลูกมีขนาดใหญ่กว่าช่องคลอด

โดยระยะเวลาในการผ่าตัดจะเริ่มบันทึกตั้งแต่เริ่มลงแผลผ่าตัด จนถึงเย็บปิดช่องแผลผ่าตัดแผลสุดท้าย ปริมาณเลือดที่สูญเสีย คำนวณจากปริมาณของเหลวในกระบอกตวงของเครื่องดูดสุญญากาศ น้ำหนักมดลูกได้จากการชั่งน้ำหนักก่อนส่งตรวจทางพยาธิ ซึ่งจะถูกบันทึกไว้ในใบบันทึกการผ่าตัด

นิยามของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเลือดออกมากที่ต้องได้รับการผ่าตัดระบายเลือด มีการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต หรือลำไส้ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด และจากการระงับความรู้สึก

ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิก ถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ผลลัพธ์จะถูกนำเสนอในรูปแบบของความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องใช้การทดสอบทางสถิติการทดสอบที แบบอิสระต่อกัน (independent t-test), การทดสอบแบบไคสแควร์ (chi-square test) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น (linear regression) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ค่า p-value น้อยกว่า .05 ถือว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS รุ่น 18

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่าทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของอายุเฉลี่ยและดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีประวัติการคลอดบุตร (2.2 ± 1.2 คน) มากกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (1.3 ± 1.4 คน) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.032$) อย่างไรก็ตามเมื่อแบ่งกลุ่มย่อยของวิธีการคลอดทั้งการ

ผ่าตัดคลอดบุตร และการคลอดทางช่องคลอดพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีประวัติเคยผ่าตัดในช่องท้อง (ร้อยละ 22.2) สูงกว่ากลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (ร้อยละ 0) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.014$) โดยมีประวัติผ่าตัดปีกมดลูก 2 ราย, ผ่าตัดไตและปีกมดลูก 1 ราย และผ่าตัดไส้ติ่ง 1 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	วิธีผ่าตัดทางช่องคลอด (n=31)	วิธีผ่าตัดส่องกล้อง (n=18)	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	45.3 $\pm$ 6.6	42.7 $\pm$ 9.0	.248
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม. ²)	25.5 $\pm$ 3.8	27.7 $\pm$ 6.0	.117
จำนวนการคลอดบุตร	2.2 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.4	.032
-ทางช่องคลอด	2.6 $\pm$ 1.0	2.2 $\pm$ 1.4	.503
-ผ่าตัดคลอด	1.8 $\pm$ 0.4	1.5 $\pm$ 0.6	.407
ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง (cystectomy, appendectomy, nephrectomy)	0	4	.014

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดของกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (123.6 ± 58.0 นาที) น้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (174 ± 60.2 นาที) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.005$) ในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีการผ่าตัดร่วม 10 ราย (ผ่าตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้าง 5 ราย, ผ่าตัดปีกมดลูก 1 ข้าง 2 ราย, ผ่าตัดเนื้องอกมดลูกทางช่องคลอด 1 ราย, และเลาะพังพืดในช่องท้อง 3 ราย) สูงกว่ากลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด 6 ราย (ผ่าตัดปีกมดลูก 2 ข้าง 2 ราย, ผ่าตัดปีกมดลูก 1 ข้าง 2 ราย และเลาะพังพืดในช่องท้อง 2 ราย) อย่าง

มีนัยสำคัญ ($p=.009$) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านของ น้ำหนักมดลูกเฉลี่ย ปริมาณเลือดที่สูญเสียและการได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด ในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องผู้ป่วยจำนวน 6 รายต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เนื่องจากมดลูกมีขนาดใหญ่และมีพังพืดในช่องท้องมาก ส่วนในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอดมีผู้ป่วย 9 ราย ที่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เนื่องจาก มดลูกมีขนาดใหญ่ 5 ราย, มีพังพืดในช่องท้องมาก 2 ราย, และเสียเลือดมากขณะผ่าตัดทางช่องคลอด 2 ราย อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ปัจจัยระหว่างผ่าตัดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัจจัย	วิธีผ่าตัดทางช่องคลอด (n=31)	วิธีผ่าตัดส่องกล้อง (n=18)	P-value
น้ำหนักของมดลูกเฉลี่ย (กรัม)	364.9±290.2	354.2±249.5	.896
ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย (นาที)	123.6±58.0	174±60.2	.005
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (ลบ.ซม.)	446.4±519.0	411.1±276.3	.791
การผ่าตัดร่วม	6	10	.009
ได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด	6	5	.503
เปลี่ยนเป็นวิธีการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง	9	6	.753
ภาวะแทรกซ้อน	0	1	.367
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ย	1.7±0.6	2.3±0.5	.001
ออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 วันหลังผ่าตัด	12	0	.002
ออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 วันหลังผ่าตัด	27	12	.063

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มตัดมดลูกทางช่องคลอด (1.7 ± 0.6 วัน) สั้นกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (2.3 ± 0.5 วัน) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.001$) และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 วันหลังผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (ร้อยละ 40) สูงกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (ร้อยละ 0) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.002$) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่สามารถออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 วันหลังผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p=.063$)

ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด แต่ในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตร 2 ครั้ง และได้รับผ่าตัดแก้ไขทันทีด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง อย่างไรก็ตามอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.367$)

ตารางที่ 3 เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด พบว่าน้ำหนักของมดลูกที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานขึ้น ($p=.002$)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด

ปัจจัย	Beta (95%CI)	P-value
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	1.01(-2.89,4.89)	.601
จำนวนการคลอดบุตร	-5.43(1896,8.11)	.424
น้ำหนักของมดลูก	0.098(0.036,0.160)	.002
ประวัติผ่าตัดคลอดบุตร	40.923(-8.43,90.28)	.101

ตารางที่ 4 แสดงผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาที่พบบ่อยที่สุดคือ เนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก (myoma uteri) รองลงมาคือ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในกล้ามเนื้อมดลูก (adenomyosis) ใน

กลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาไม่พบความผิดปกติ 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีพัฒนาการช้าและไม่สามารถดูแลเรื่องประจำเดือนได้

ตารางที่ 4 ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

	วิธีผ่าตัดทางช่องคลอด(n=31)	วิธีผ่าตัดส่องกล้อง(n=18)	P-value
ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา			.602
- เนื้องอกมดลูก(myoma uteri)	23	12	
- เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่(adenomyosis)	6	4	
- ตึงเนื้อในโพรงมดลูก(endometrial polyp)	1	0	
- เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ(endometrial hyperplasia)	1	1	
- ไม่พบความผิดปกติ(unremarkable)	0	1	

วิจารณ์

การผ่าตัดมดลูกเป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติของสูตินรีแพทย์ ซึ่งการผ่าตัดสามารถทำได้โดยการผ่าตัดหน้าเปิดท้อง การผ่าตัดส่องกล้อง หรือการผ่าตัดทางช่องคลอด อย่างไรก็ตามวิธีการผ่าตัดแต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การฟื้นตัวหลังผ่าตัดและค่าใช้จ่าย ซึ่งการตัดสินใจพิจารณาวิธีการผ่าตัดมดลูกที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการคลอดบุตร ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง ขนาดและรูปร่างของช่องคลอดและมดลูก พยาธิสภาพที่อยู่นอกมดลูก ร่วมกับประสบการณ์การผ่าตัดของแพทย์

จากการศึกษาพบว่า จำนวนการคลอดบุตรในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (2.2 ± 1.2 คน) สูงกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดส่องกล้อง (1.3 ± 1.4 คน) และประวัติเคยผ่าตัดในช่องท้องในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (ร้อยละ 0)

น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดส่องกล้อง (ร้อยละ 22.2) อย่างอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่เคยผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด จะมีการขยายขนาดเพิ่มขึ้นของช่องคลอด และโอกาสเกิดพังพืดในช่องท้องน้อยกว่า เนื่องจากไม่มีประวัติผ่าตัดในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะถูกเลือกวิธีการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paparella⁹ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด เช่น เคยมีประวัติผ่าตัดคลอดบุตร หรือเคยผ่าตัดในช่องท้องหรือไม่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอด พบว่า ร้อยละ 97 ของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถทำการผ่าตัดทางช่องคลอดได้

ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (123.6 ± 58.0 นาที) น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (174 ± 60.2 นาที)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ ซึ่งเปรียบเทียบผลลัพธ์ของวิธีผ่าตัดทางช่องคลอดกับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง พบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สั้นกว่าและมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดกับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องในกลุ่มที่มีมดลูกมีขนาดใหญ่ พบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สั้นกว่าและมีค่าใช้จ่ายโดยรวมต่ำกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง^{13,14} อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ระยะเวลาในการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องอาจจะเกิดจากการผ่าตัดร่วม เช่น การผ่าตัดปีกมดลูกหนึ่งหรือทั้งสองข้าง หรือการผ่าตัดและพังพืดในช่องท้อง ซึ่งในรายที่ตรวจพบว่ามีพยาธิสภาพที่ปีกมดลูกร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะถูกเลือกผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้อง

ในการศึกษานี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด แต่มีการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ 1 รายในกลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ ที่พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดแบบส่องกล้อง อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Clarke-Pearson¹⁵ พบว่าโอกาสในการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะเท่ากับร้อยละ 1.2-4 นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่า อัตราการเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยสาเหตุที่ต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกมีขนาดใหญ่และพังพืดในช่องท้องมาก รองลงมาคือมีการเสียเลือดมากระหว่างผ่าตัด

ในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอดมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ภายใน 1 วันหลังผ่าตัด ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญ

โดยไม่มีผู้ป่วยที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (readmission) และระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้เป็นการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายโดยรวมและภาระงานของเจ้าหน้าที่ต่างๆในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลในวันเดียวกันหลังผ่าตัด¹⁰ พบว่ามีผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดี (ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 34 นาที ปริมาณเลือดที่สูญเสีย 45 ลบ.ซม.) และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำเพียงร้อยละ 0.5

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังและมีจำนวนประชากรในการศึกษาค่อนข้างน้อย หากมีจำนวนประชากรมากขึ้น ผลลัพธ์อาจมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ระยะเวลาในการผ่าตัดอาจจะมีผลจากประสบการณ์การผ่าตัดของแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่ได้นำมาพิจารณาในการศึกษานี้ รวมทั้งอาจมีอคติในการแบ่งกลุ่มวิธีการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงมักจะถูกเลือกวิธีผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องมากกว่าวิธีผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด

สรุป

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดมดลูกพบว่า การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอุ้งเชิงกรานใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สั้นกว่าและมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ยสั้นกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดยังได้ประโยชน์ด้านความสวยงาม เนื่องจากไม่มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องอีกด้วย ทำให้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีข้อดีเหนือกว่าการ

ผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง ดังนั้นวิธีการผ่าตัดมดลูกทาง
ช่องคลอดควรพิจารณาเป็นลำดับแรกในการผ่าตัดมดลูก
ในโรคที่ไม่ใช่เนื้องอก ส่วนการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง
ถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัด
มดลูกทางช่องคลอดได้ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัด
มดลูกแบบเปิดหน้าท้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Matteson KA, Butts SF. Committee Opinion
No 701: Choosing the Route of Hysterec-
tomy for Benign Disease. *Obstet Gynecol.*
2017; 129(6): e155-9.
2. Sparić R, Hudelist G, Berisava M, et al.
Hysterectomy throughout history. *Acta
Chir Iugosl.* 2011; 58(4): 9-14.
3. Diaz-Arrastia C, Jurnalov C, Gomez G,
et al. Laparoscopic hysterectomy using a
computer-enhanced surgical robot. *Surg
Endosc.* 2002; 16(9): 1271-3.
4. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, et al.
Surgical approach to hysterectomy for
benign gynaecological disease. *Cochrane
Database Syst Rev.* 2015; (8): CD003677.
5. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is
laparoscopic hysterectomy a waste of time.
Lancet. 1995; 345(8941): 36-41.
6. Fuzayel AB, Bhadra B, Choudhury N, Shyam
DJ. Total laparoscopic hysterectomy ver-
sus non-descent vaginal hysterectomy:
An observational study. *Internation Journal
of Recent Trends in Science And Technol-
ogy.* 2017; 24(2): 40-3.
7. Pratt JH, Daikoku NH. Obesity and vaginal
hysterectomy. *J Reprod Med.* 1990; 35(10):
945-9.
8. Wright JD, Herzog TJ, Tsui J, et al. Nationwide
trends in the performance of inpatient
hysterectomy in the United States. *Obstet
Gynecol.* 2013; 122 (2 Pt 1): 233-41.
9. Paparella P, Sizzi O, Rossetti A, et al.
Vaginal hysterectomy in generally consid-
ered contraindications to vaginal surgery.
Arch Gynecol Obstet. 2004; 270(2): 104-9.
10. Zakaria MA, Levy BS. Outpatient vaginal
hysterectomy: optimizing perioperative
management for same-day discharge.
Obstet Gynecol. 2012; 120(6): 1355-61.
11. Dargent D. Vaginal and laparoscopic vaginal
surgery. London: Taylor & Francis; 2004.
12. Koh CH. A new technique and system for
simplifying total laparoscopic hysterectomy.
J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1998; 5(2):
187-92.
13. Kim HB, Song JE, Kim GH, et al. Comparison
of clinical effects between total vaginal
hysterectomy and total laparoscopic
hysterectomy on large uteruses over 300
grams. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010; 36(3):
656-60.
14. Cho HY, Park ST, Kim HB, et al. Surgical
outcome and cost comparison between
total vaginal hysterectomy and laparoscopic
hysterectomy for uteri weighing >500 g. *J
Minim Invasive Gynecol.* 2014; 21(1): 115-9.
15. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications
of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013;
121(3): 654-73.

