

**บทคัดย่อ**

บทความนี้กล่าวถึงโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับมดลูก โดยเฉพาะการเกิดก้อนเนื้องอกในมดลูก การรักษาที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดคือการผ่าตัด แต่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทั้งระบบหายใจและระบบกล้ามเนื้อ เช่น ภาวะปอดอักเสบและภาวะถุงลมแฟบหลังการผ่าตัดรวมทั้งการมีเสมหะค้างค้างอยู่ในหลอดลม ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ อาการปวดหลังจากการบล็อกหลัง หรือ อาการปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลดลง ดังนั้น วัตถุประสงค์ของบทความครั้งนี้เพื่อให้ให้นักกายภาพบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดมดลูกได้ทบทวนรูปแบบของการผ่าตัดและตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เพื่อสามารถให้การรักษาที่ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมดลูก

**ABSTRACT**

This article discussed the diseases or disorders that occurred in the uterus, especially, tumors in the uterus. Treatment frequently used is hysterectomy, but this treatment may be risks for post-operative complications, including respiratory and musculoskeletal systems such as pneumonia, alveoli deflation. In additions, a blockade of a trachea by phlegm may result in the infection of the respiratory system. Additionally, the back pain after the spinal block or lesion pain after abdominal surgery causes the patients to reduce mobility. Therefore, the purpose in this article was to inform physical therapists the role in

prevention, treatment and rehabilitation for the relief of symptoms and giving the patients with the ultimate benefits after the surgery.

**Key words:** physical therapy, abdominal surgery, physical complications, hysterectomy

**บทนำ**

การผ่าตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดที่พบมากที่สุดของนรีเวชกรรม ในแต่ละปีประเทศสหรัฐอเมริกามีการผ่าตัดมดลูกออกประมาณปีละ 600,000 ราย<sup>1</sup> และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า หญิงไทยมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งมดลูก สูงรองลงมาจากระดับมะเร็งเต้านม โดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงอายุ 45-60ปี<sup>2,3</sup> นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า ผู้หญิงกว่าร้อยละ 60<sup>3</sup> มีก้อนเนื้องอกที่มดลูก (Myoma uteri หรือ uterine fibroid หรือ leiomyoma ) และอาจพบว่ามีก้อนเนื้องอกขนาดเล็กในบริเวณมดลูกร่วมด้วย แต่ไม่แสดงอาการ บ่อยครั้งที่แพทย์ตรวจไม่พบจากการตรวจภายในแต่จะพบได้จากการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับมดลูกที่จำเป็นต้องผ่าตัด จึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย<sup>1,2,3</sup> แม้ว่าจะมีโอกาสที่ก้อนเนื้องอกมดลูก (Sarcoma) พบน้อยกว่า 1 ต่อ 10,000 ที่จะเป็นเนื้อร้าย<sup>4</sup>

แพทย์จะพิจารณาการผ่าตัดเมื่อมีอาการ เช่น ก้อนเนื้อโตเร็วมากกว่าปกติ ก้อนเนื้อที่โตไปกดหรือเบียดอวัยวะข้างเคียงเช่นกระเพาะปัสสาวะ มีประจำเดือนผิดปกติ หรือตำแหน่งที่พบของก้อนเนื้องอกนั้นอยู่ในตำแหน่งที่จะทำให้เกิดอันตราย<sup>3</sup> โดยพบว่า ตำแหน่งที่อันตรายที่สุดคือ ตำแหน่งที่ก้อนเนื้ออยู่ในมดลูกซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้มาก ส่วนตำแหน่งที่

อันตรายน้อยคือ ตำแหน่งที่ก้อนอยู่ข้างนอกมดลูก ในทางคลินิกตำแหน่งของก้อนเนื้อมักพบที่ด้านนอกมดลูก ในกล้ามเนื้อมดลูก ภายในโพรงมดลูก ปากมดลูก และภายในมดลูก ส่วนจุดประสงค์ในการตัดมดลูก หรือก้อนเนื้อที่มีพยาธิสภาพเพื่อการรักษาอาการและภาวะต่างๆที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และในบางครั้งอาจต้องมีการตัดท่อนำไข่ และรังไข่ร่วมด้วย<sup>5</sup>

เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด แพทย์จะกรีดกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อเปิดทางให้สามารถเข้าสู่อวัยวะภายในช่องท้อง จึงอาจทำให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด<sup>5,6</sup> ทั้งทางด้านระบบการหายใจและระบบกล้ามเนื้อ เช่น ภาวะปอดอักเสบและถุงลมแฟบหลังการผ่าตัด การมีเสมหะค้างคั่งอยู่ในหลอดลมซึ่งอาจทำให้มีภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ อาการปวดหลังจากการบล็อกหลัง หรืออาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องส่งผลให้การเคลื่อนไหวลดลง มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องจากการผ่าตัด อาจมีท้องอืดชั่วคราวเนื่องจากกล้ามเนื้อทำงานและบางรายมีอาการปวดศีรษะอย่างมากหลังการผ่าตัด ปัญหาเหล่านี้มักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นหนึ่งในที่ทำการแพทย์สามารถช่วยเหลือและให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการแก่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด<sup>7,8,9,10,11</sup>

ดังนั้น วัตถุประสงค์ของบทความเพื่อให้ นักกายภาพบำบัดที่ดูแลหรือให้คำแนะนำเข้าใจถึงชนิดของเนื้องอก โรคหรือภาวะที่เป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูก รูปแบบของการผ่าตัดทางหน้าท้อง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด<sup>1,6</sup> เช่น ภาวะไข้ อาการปวดศีรษะที่เป็นผลข้างเคียงจากการดมยา และการบล็อกหลัง (Postdural puncture headache, PDPH)<sup>12,13</sup> เพื่อให้การป้องกัน รักษาและฟื้นฟูเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

### ชนิดของเนื้องอก<sup>14</sup>

ในทางการแพทย์ เรียกชื่อ เนื้องอกที่ไม่ใช่ มะเร็งที่มดลูกว่า Myoma uteri หรือ Fibroid

- 1) ก้อนเนื้องอกที่อยู่ในโพรงมดลูก (Submucous Myoma) หมายถึง เนื้องอกที่ตัวก้อนหรือส่วนใหญ่ของก้อนยื่นเข้าไปในโพรงมดลูก เนื้องอกชนิดนี้ มักจะทำให้มีอาการปวดท้องและมีประจำเดือนมาผิดปกติ และในบางครั้งจะรบกวนต่อการฝังตัวของตัวอ่อนก่อให้เกิดปัญหาการมีบุตรยาก หรือเกิดการแท้งบุตรง่าย
- 2) ก้อนเนื้องอกที่อยู่ในเนื้อมดลูก (Intramural Myoma) หมายถึง ก้อนเนื้องอกที่เกิดฝังและแทรกตัวอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อของมดลูก ทำให้มีประจำเดือนมาผิดปกติ เกิดอาการปวดประจำเดือนและถ้าก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่หรือโตไปเบียดโพรงมดลูก ก็อาจทำให้เกิดการแท้งบุตรหรือมีบุตรยากได้แต่ไม่พบบ่อยนัก
- 3) ก้อนเนื้องอกที่อยู่ผิวของมดลูก (Subserous Myoma) หมายถึง ตัวก้อนเนื้องอกที่เกิดขึ้นอยู่ที่ขอบด้านนอกของตัวมดลูก ซึ่งมักไม่ทำให้เกิดอาการหรือเกิดปัญหาเหมือนเนื้องอก 2 ชนิดแรก ส่วนมากก้อนเนื้อชนิดนี้มักจะไปกดทับอวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ หรือลำไส้ ทำให้มีปัสสาวะบ่อย หรือท้องผูกในผู้ป่วยบางราย อาจพบว่า มีก้อนเนื้องอกเกิดขึ้นพร้อมกันหลายก้อนหลายตำแหน่งได้

### การผ่าตัดจะถูกแบ่งออกเป็น<sup>14</sup>

1. การผ่าตัดบางส่วนเฉพาะที่มีพยาธิสภาพ (Myomectomy) ในกรณีนี้ มดลูกยังคงอยู่เหมาะสมกับผู้ที่ต้องการมีบุตร
2. การตัดมดลูก (Hysterectomy) และ/หรือ ปากมดลูกออก ในกรณีที่ไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป
  - การตัดมดลูกและปากมดลูกออก (Total Hysterectomy) เหลือรังไข่ไว้ข้างหรือสองข้าง เพื่อให้คงการทำงานสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนต่อไปช่วยลดความเสี่ยงต่อ

การรับฮอร์โมนทดแทนโดยไม่จำเป็น และเข้าสู่ภาวะวัยทองโดยธรรมชาติ

- ตัดเฉพาะส่วนของมดลูกออก เหลือปากมดลูกไว้ (Subtotal Hysterectomy) วิธีนี้บางคนเชื่อว่า การเก็บปากมดลูกไว้จะช่วยป้องกันการหย่อนของช่องคลอดที่เหลืออยู่และอาจเกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศ ในกรณีที่เหลือปากมดลูกไว้ทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งที่ปากมดลูกได้เหมือนเดิม ดังนั้น ผู้ป่วยต้องมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี
- การตัดมดลูกออกพร้อมทั้งปากมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง (Total Abdominal Hysterectomy-Bilateral Salpingo-Oophorectomy) นิยมทำในกรณีที่ผู้ป่วยอายุมากและรังไข่ที่หมดหน้าที่แล้วมีรอยโรค หรือมีเนื้องอกมะเร็งที่อื่น ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มะเร็งลุกลามมากขึ้น เช่นมะเร็งเต้านม เป็นต้น

**การผ่าตัดมดลูก<sup>1,14</sup>**

1. การผ่าตัดทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy)  
การผ่าตัดวิธีนี้สามารถเห็นพยาธิสภาพภายในได้ชัดเจนจึงเป็นที่นิยมสามารถทำการผ่าตัดแนวกลางลำตัว (Vertical incision) หรือ แนวนอน แบบขวางลำตัว (Low transverse incision, Bikini line) มีความยาวแผลประมาณ 10-15 เซนติเมตร แผลภายนอกที่หน้าท้องอาจใช้เวลาหนึ่งสัปดาห์ก็จะแห้งสนิทแต่แผลจากการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกทำให้ต้องเย็บปิดที่ยอดช่องคลอดนั้นอาจใช้เวลานานเป็นเดือน กว่าที่จะหายเป็นปกติ
2. การผ่าตัดทางช่องคลอด (Vaginal Hysterectomy)  
เป็นการผ่าตัดมดลูกและนำออกมาผ่านทางช่องคลอดซึ่งยากกว่าวิธีแรก แต่วิธีนี้จะไม่ทำให้เกิดแผลที่หน้าท้อง ถ้าก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่ หรือ มีจำนวนมาก การผ่าตัดวิธีนี้ไม่เหมาะสม นิยมทำในรายที่

มดลูกมีขนาดเล็กหรือมีภาวะมดลูกหย่อนแต่ไม่มีพังผืดในช่องท้อง แพทย์สามารถตัดออกได้ง่าย ข้อดีคืออาการปวดและภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า อีกทั้งระยะเวลาในการฟื้นตัวเร็วกว่าวิธีแรก

3. การผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic Hysterectomy) โดยเจาะรูเล็กๆที่หน้าท้องประมาณ 0.5 เซนติเมตรจำนวน 3 รู เพื่อที่จะใส่กล้องและเครื่องมือเข้าไปตัดมดลูก นำมดลูกที่ถูกตัดออกทางช่องคลอด (Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy) หรือเมื่อตัดมดลูกแล้วจะใช้เครื่องมือย่อยมดลูกเป็นชิ้นเล็กๆ (Total Laparoscopic Hysterectomy) พร้อมนำออกมาผ่านทางรูแผลเล็กๆ วิธีนี้สามารถทำได้แม้ว่าก้อนเนื้อหรือมดลูกจะมีขนาดใหญ่ ทำให้อาการเจ็บแผลหรือ โรคแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดลงมาก ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลจึงสั้นเพียง 1-2 วัน และการฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น<sup>1</sup>

การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องมีความจำเป็นและแพร่หลาย แพทย์ผู้ผ่าตัดต้องมีความชำนาญและรอบคอบ และควรคำนึงถึงผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ การวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด กล่าวโดยสรุป ไม่ว่าจะได้รับการผ่าตัดในรูปแบบใด การรักษาในช่วงที่ผู้ป่วยนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลในช่วง 1-3 วันแรกหลังการผ่าตัด นักกายภาพบำบัดที่ให้การปรึกษาคควรตระหนักถึงผลกระทบจากการผ่าตัดมดลูกโดยเฉพาะการผ่าตัดทางช่องท้อง รวมถึงควรมีบทบาทในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด<sup>3,6,7,13,16</sup>

**อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด**  
-อาการปวดศีรษะหลังการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Postdural puncture headache, PDPH)<sup>12</sup>

เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการทำบล็อกหลัง spinal anesthesia โดยอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นแม้จะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ในบางรายการปวดศีรษะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลุกหรือเคลื่อนไหวทันทีหลังการผ่าตัดได้และอาการปวดศีรษะนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา เช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจสั้นและถี่ รู้สึกเหนื่อย บางรายอาจส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด เป็นต้น อาการปวดศีรษะนี้ นักกายภาพบำบัดสามารถเข้ามามีบทบาทลดอาการปวดได้ ในวันแรกของการผ่าตัดนี้ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านอนราบเนื่องจากอาการปวดศีรษะจะสัมพันธ์กับท่าของผู้ป่วยในท่าลูกนั่งหรือยืน จึงควรหลีกเลี่ยงท่าเหล่านี้ ส่วนตำแหน่งของการปวดมักพบที่หน้าผาก ท้ายทอย หรือทั้ง 2 แห่ง บางรายมีอาการปวดคอ คอแข็ง และปวดหลังมากทั้งในขณะนอนหงายและมีอาการมากขึ้นขณะพลิกตะแคงตัว บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ร่วมด้วย ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพบมีอาการปวดไหล่ ตาพร่ามัว หูอื้อ อาเจียน หรือการได้ยินผิดปกติ การรักษาที่เหมาะสมในช่วงนี้คือการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing exercise) ร่วมกับการนวด (Massage) บริเวณศีรษะและคอ เพื่อการผ่อนคลายได้

ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ที่นิยมใช้ในประเทศไทยได้แก่ 5% hyperbaric lidocaine, 0.05% hyperbaric bupivacaine และ 0.05% isobaric bupivacaine ยาเหล่านี้นิยมนำมาใช้ในการบล็อกหลังเพื่อระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัด เพราะสามารถออกฤทธิ์รวดเร็วมีประสิทธิภาพดีและมีผลข้างเคียงน้อย อย่างไรก็ตาม สามารถพบอาการแทรกซ้อนได้ หลังผ่าตัดแพทย์จะให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง นอนราบอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation)<sup>12</sup> ในระหว่างนี้จะทำการวัดสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ปริมาณออกซิเจนที่อวัยวะส่วนปลาย ความดันโลหิต และปริมาณน้ำปัสสาวะ ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการ

ปวดศีรษะ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ควรรายงานแพทย์ทันที

#### - อาการปวดแผลผ่าตัด

ความรู้สึkpวดแผลผ่าตัดเป็นเรื่องปกติที่พบได้ในช่วง 2- 3 วันแรกหลังผ่าตัด หากไม่ได้รับการดูแล อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เนื่องจากอาการปวดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระบบหัวใจทำงานมากขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อย ถ้าได้ทำงานเป็นปกติได้ช้า ใอไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีเสมหะตกค้างในหลอดลมเกิดภาวะปอดแฟบได้<sup>8</sup> อาจต้องใช้ยาระงับอาการปวด ช่วงแรกแพทย์จะระงับอาการปวดแผลผ่าตัดโดยการให้ยามอร์ฟีน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ และอาจเปลี่ยนเป็นยาทานแก้ปวด เมื่อมีอาการปวดลดลง

#### - ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด<sup>6,7</sup>

ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) พบได้ถึง 90 % ของภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจหลังการผ่าตัด ถุงลมที่แฟบทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดี ความดันออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง การที่ถุงลมแฟบนี้ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย อาจมีไข้ต่ำๆ การหายใจสั้นลงและเร็วขึ้น อาจได้ยินเสียง crepitation ระหว่างหายใจเข้าได้ ในช่วง 3 วันแรกหลังการผ่าตัด วัตถุประสงค์หลักของการรักษาทางกายภาพบำบัด เช่น สอนการหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breathing) การฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ รวมถึงการพยายามลุกจากเตียงให้อยู่ในท่านั่งบนเตียง หรือนั่งข้างเตียง ก็เพื่อมุ่งเน้นให้ถุงลมขยายเป็นปกติให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ ภาวะปอดอักเสบ อาการไข้ หรืออาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้น

ดังนั้นวัตถุประสงค์ในการรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดขณะผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกที่พักอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่

1. ป้องกันการคั่งค้างและสะสมตัวของเสมหะ

2. ช่วยให้เห็นะหะที่อยู่ในระบบทางเดินหายใจถูก ร่อนหลุดและระบายออกไปง่ายขึ้น
3. ช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปได้ดีขึ้น
4. เพื่อปรับปรุงรูปแบบการหายใจให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
5. ทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น
6. ช่วยให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกดีขึ้น
7. ทำให้ปอดขยายตัว ถ่ายเทอากาศดีขึ้น
8. ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดพลังงานที่ใช้ในการหายใจที่มากเกินไป
9. เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว

### เทคนิคการรักษาทางกายภาพบำบัดมีหลายวิธี ได้แก่ 8,9,17,18,20,21,22

#### 1. การฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing exercise)

โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหรือท่านั่ง พิงหมอน ท่าที่สบายที่สุดผ่อนคลายอาการเกร็งที่หัวไหล่และบ่าทั้งสองข้าง หลังจากนั้นให้ชันเข่าทั้งสองข้าง เท้าวางราบกับพื้น ปลายเท้าแยกห่างกันเล็กน้อย สอนการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ช้าโดยการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆจนหน้าท้องป่องขึ้น แล้วกลั้นหายใจไว้สักครู่ 2-3 วินาที แล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ อาจทำการสาธิตให้ผู้ป่วยดูแล้วปฏิบัติตามอย่างช้าๆ เพื่อให้เข้าใจและทำได้ถูกต้อง แนะนำให้ผู้ป่วยทำซ้ำ 5-7 ครั้ง ทุกชั่วโมง ควรระวังอย่าทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น ประโยชน์ที่ได้จากการฝึกหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆก็เพื่อช่วยขยายถุงลมเล็กๆในปอด และสามารถป้องกันภาวะปอดอักเสบและถุงลมแฟบหลังการผ่าตัดได้ นอกจากนี้การหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆจะช่วยเร่งขับสารที่ใช้ในการดมยาสลบออกจากร่างกายและช่วยให้เสมหะที่ตกค้างอยู่ในหลอดลมถูกขับออกมาได้ง่ายขึ้น

#### 2. การฝึกการกระแอม (Huffing) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)

การกระแอมและการไอจะช่วยให้เสมหะที่ตกค้างอยู่ในท่อหลอดลมและทางเดินหายใจเคลื่อนตัว

และถูกขับออกจากร่างกายได้ง่าย สิ่งที่ต้องระวังคือแผลผ่าตัดและการไปกระตุ้นอาการปวดให้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมกับผู้ป่วยทั้งการให้คำอธิบายถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การประคบแผลผ่าตัดและท่าทางที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหลังพิงพนักเตียง ใช้ผ้าขนหนู หมอน หรือผ้าห่ม วางประคบไว้ที่หน้าท้องบริเวณแผลผ่าตัด กอดหรือประคบให้กระชับ หลังจากนั้นหายใจเข้าลึกๆผ่านทางจมูกกลั้นไว้สักครู่ทำการกระแอมเบาๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นการเคลื่อนตัวของเสมหะในลำคอ ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง

#### 3. การสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยการออกกำลังกาย (Strengthening exercise)

สิ่งสำคัญนักกายภาพบำบัดควรสื่อสารและได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้หรือสูตินรีแพทย์ ก่อนที่จะเริ่มทำการออกกำลังกาย และควรจับน้ำหนักน้อยทั้งก่อนออกกำลังกาย ขณะและหลังการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะการขาดน้ำของร่างกาย เริ่มต้นการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและควรระมัดระวังถึงข้อจำกัดในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ควรหักโหมจนเกินไป ควรคำนึงถึงสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัดในแต่ละวันร่วมด้วย

#### 4. ท่าการออกกำลังกายหน้าท้องหลังการผ่าตัด <sup>18,19</sup> (Abdominal exercise after surgery)

ท่าที่ 4.1 การเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมกับการกระดกเชิงกราน <sup>18</sup>

ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย งอเข่างอสะโพกให้ปลายเท้าวางราบกับเตียงทั้งสองข้าง วางมือทั้งสองข้างไว้ข้างลำตัวหรืออาจวางไว้ที่หน้าท้องเพื่อประคบแผลผ่าตัดหายใจเข้าเต็มที่แล้วหายใจออกพร้อมกับการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกดหลังลงกับเตียงเกร็งค้างไว้เล็กน้อย 2-3 วินาที แล้วคลาย พึงระลึกเสมอว่าการออกกำลังกายหน้าท้องหลังการผ่าตัดนั้น อย่าเร่งรีบควรทำด้วยความนุ่มนวล ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง 2-3 รอบ ต่อวัน

ท่าที่ 4.2 บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมกับการบิดลำตัว

นอนหงายชันเข่าทั้งสองข้าง แขนทั้งสองข้าง วางแนบลำตัว หายใจเข้าช้าๆ แล้วหายใจออกพร้อมเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องไว้แล้วค่อยๆ พับเข่าทั้งสองข้างไปทางด้านขวา นำกลับมาไว้ตรงกลาง หลังจากนั้นให้พับไปทางซ้าย อย่าเร่งรีบควรทำด้วยความนุ่มนวล ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง 2-3 รอบ ต่อวัน

#### ท่าที่ 4.3 บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน<sup>22</sup>

นอนหงายชันเข่าทั้งสองข้าง แขนทั้งสองข้าง วางแนบลำตัว หายใจเข้าช้าๆ แล้วหายใจออกพร้อมเกร็งขมับก้น เกร็งค้างไว้สักครู่ 3-5 วินาที เหมือนการกลั้นปัสสาวะ แล้วผ่อนคลาย อย่าเร่งรีบควรทำด้วยความนุ่มนวล ทำซ้ำ 4-5 ครั้ง ต่อวัน

#### ท่าที่ 4.4 ท่ายกก้น

นอนหงายชันเข่าทั้งสองข้าง แขนทั้งสองข้าง วางแนบลำตัว เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องแล้วเกร็งขาทั้งสองข้างยกสะโพกลอยขึ้นจากพื้น ค้างไว้สักครู่แล้วเอาลง อย่าเร่งรีบควรทำด้วยความนุ่มนวล ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง 2-3 รอบ ต่อวัน

ท่าที่ 4.5 การบริหารขา ในท่างอเข่า-เหยียดเข่า ขณะนอนหงายและท่านั่ง

ในช่วงแรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในท่านอน สามารถออกกำลังกายได้ในท่างอเข่างอสะโพก ลากขาเข้ามาอย่างช้าๆ ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง ทำทีละข้างไม่ควรทำพร้อมกันทั้งสองข้าง นักกายภาพบำบัดอาจช่วยในการพยุงปลายขาพร้อมด้วยได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ง่ายขึ้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น นักกายภาพบำบัดสามารถแนะนำการออกกำลังกายขาทั้งสองข้างในท่านั่ง โดยให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องพร้อมกับการเหยียดเข่าขึ้น ค้างไว้สักครู่และเอาลงไม่ควรเกร็งค้างไว้นานในช่วงต้น

#### ท่าที่ 4.6 ท่ากระดกข้อเท้าขึ้นลง

การกระดกข้อเท้าขึ้นลงทั้งสองข้าง เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย โดยการอยู่ในท่านอนหงาย แยกเท้าทั้งสองข้างห่างกันเล็กน้อย หลังจากนั้นให้กระดกข้อเท้า ขึ้น ลง สลับกัน

ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วเปลี่ยนเป็นท่าหมุนข้อเท้าทั้งสองข้างไปตามเข็มนาฬิกา และในท่าทวนเข็มนาฬิกา ทำละ 5-10 ครั้ง

#### ท่าที่ 4.7 ท่ายกศีรษะขึ้น

ในท่ายกศีรษะขึ้นนี้จะเริ่มใช้ในการฝึกในช่วง 10-14 วันหลังการผ่าตัด เริ่มต้นในท่านอนหงาย ชันเข่าทั้งสองข้าง สิ่งสำคัญขณะออกกำลังกายท่านี้ควรหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากอย่างช้าๆ และขณะหายใจออกให้เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมด้วย หลังแนบชิดพื้นพร้อมกับยกศีรษะและหัวไหล่ทั้งสองข้างขึ้นจากพื้น เกร็งค้างไว้ 2-3 วินาที แล้วปล่อยลงทำซ้ำ 10-20 ครั้งต่อรอบ 3 รอบต่อวัน อย่าเร่งรีบควรทำด้วยความนุ่มนวล

#### 5. การลุกจากเตียง<sup>10</sup> และการเดิน<sup>6</sup>

ภายหลังจากการผ่าตัดแพทย์จะให้ผู้ป่วยนอนราบกับพื้นเตียงโดยไม่หนุนหมอนอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ในช่วงนี้เป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก-จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ส่วนบนและไม่เคลื่อนไหวจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนทางปอด เช่น ปอดแฟบ และทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบหายใจตามมาสูงถึง 13%<sup>10</sup> สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนจากการบล็อกหลัง การเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด เช่น การลุกจากเตียง การนั่งขอบเตียง การเดิน และการปฏิบัติตามโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจและช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับมาปกติได้เร็วที่สุด เพราะนอกจากจะช่วยให้ออกกำลังกายได้ดีขึ้นแล้วยังช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายอีกด้วย เช่น ช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ การไหลเวียนเลือด และยังช่วยป้องกันการติดเชื้อที่กระเพาะปัสสาวะเป็นต้น สิ่งสำคัญนักกายภาพบำบัดควรให้การดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมอย่างใกล้ชิดเพื่อความปลอดภัย และถ้าพบว่ามีอาการเวียนศีรษะหรือปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียนควรให้หยุดพักทันที ถ้าไม่มีอาการใดๆ ควรให้โปรแกรมการนั่งหรือเดินรอบเตียง โดยอาจเริ่ม

จากระยะสั้นๆ จากเตียงเข้าห้องน้ำ หรือเดินรอบเตียงก่อน แล้วจึงเพิ่มระยะเวลาขึ้นในวันต่อไป อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรกควรหลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยเดินขึ้นบันไดหรือทางลาดชัน

### คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน<sup>18</sup>

ระยะเวลาที่จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติภายหลังการผ่าตัดมดลูกในแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ในการฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ แต่ในบางรายอาจใช้เวลานานถึง 3 เดือน กรณีที่มีโรคแทรกซ้อนหรือได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

1. การดูแลแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่แพทย์จะนัดติดตามผลในวันที่ 7-10 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้หลังตัดไหม และ 15 วันหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยสามารถเดินได้คล่องขึ้น แต่ยังคงต้องระวัง และในช่วง 25 วันหลังการผ่าตัดสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่ควรยกของหนัก ให้ระมัดระวังการกระแทกที่หน้าท้อง
2. การทำความสะอาดร่างกายกรณีที่มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องและปิดแผลด้วยพลาสติกกันน้ำสามารถอาบน้ำได้ แต่ถ้าไม่มั่นใจ ใช้การเช็ดตัวหรือหลีกเลี่ยงอย่าให้แผลโดนน้ำเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ
3. การออกกำลังกาย
  - 1-2 สัปดาห์แรกการเดินทางราบเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด อย่างน้อย 5-10 นาที และค่อยๆเพิ่มระยะเวลาหรือระยะทางให้มากขึ้นทุกวัน ในช่วงนี้ยังไม่ควรเดินขึ้นลงบันไดมากนัก
  - สัปดาห์ที่ 2-3 สามารถทำกิจกรรมประจำวันปกติ แต่ไม่ควรออกกำลังกายเร็วหรือหักโหมมากเกินไป
  - สัปดาห์ที่ 4-6 ควรเดิน 30-45 นาที ต่อวัน หลีกเลี่ยงการยกของหนัก และการยืนเป็นระยะเวลานาน

- สัปดาห์ที่ 6 เป็นต้นไป ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมประจำวันได้คล่องขึ้น และพบว่าร่างกายจะฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติในสัปดาห์ที่ 12 เป็นต้นไป
4. การพักผ่อนทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าจะถูกตัดมดลูกจะมีความวิตกกังวลใจต่างๆ เช่น ถ้าไม่มีมดลูก ไม่มีประจำเดือน ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ บางรายกลัวว่าถ้าไม่มีมดลูกจะทำให้แก่ลง บางรายคิดมากจนเกิดอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ
  5. การมีเพศสัมพันธ์อาจเริ่มได้หลังผ่าตัดมดลูกไปแล้ว 6 สัปดาห์ ควรเริ่มแบบค่อยเป็นค่อยไป เพราะอาจยังมีอาการตึงเจ็บได้บ้าง ใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือน จึงจะปกติ
  6. การทำงานควรเริ่มจากน้อยๆและเพิ่มมากขึ้นตามสภาพความพร้อมของร่างกาย
  7. การขับรถจะสามารถขับรถได้เมื่อมีความสามารถในการเบรครถได้อย่างปลอดภัยในช่วงเวลาที่คับขัน (คือไม่เจ็บแผลผ่าตัดจนส่งผลต่อการเหยียบเบรค) โดยทั่วไปคือ 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การขับรถเป็นระยะทางไกล หรือขับในที่ชุมชนที่แออัดรถติดที่ต้องเหยียบคันเร่ง หรือเบรคอยู่เป็นประจำเป็นสิ่งควรระมัดระวัง
  8. การมาตรวจตามนัด อาจพบว่ายังมีเลือดออกจากช่องคลอดภายหลังการผ่าตัด เป็นเรื่องที่ได้เป็นปกติ และอาจคงอยู่ได้นานเป็นเดือน แต่ปริมาณจะลดลงเรื่อยๆและสีจางลง หรือมีลักษณะคล้ายเลือดเก่า แต่ไม่ควรมึกกลิ่นเหม็น
  9. ให้ความรู้ความเข้าใจภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ถึงอาการที่อาจเกิดขึ้นตามมาเช่น ภาวะวัยทอง (menopause) ถ้าผู้ป่วยถูกตัดมดลูกพร้อมรังไข่จะทำให้ฮอร์โมนของรังไข่หายไปด้วย ตามธรรมชาติหญิงวัยใกล้หมดประจำเดือน ฮอร์โมนจะค่อยๆลดลงแบบ

ค่อยเป็นค่อยไป ไม่หมดทันที ร่างกายจึงสามารถปรับสภาพได้ทัน แต่เมื่อมีการตัดรังไข่ ออกไปก่อนเวลาอันควรจะทำให้ร่างกายขาดฮอร์โมนทันที ทำให้อาจมีอาการร้อนวูบวาบ เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน อาจมีอาการซึมเศร้า ในระยะยาวอาจทำให้เกิดภาวะกระดูกบาง ช่องคลอดแห้งบาง ขณะมีเพศสัมพันธ์จะเจ็บ มีความสนใจทางเพศลดลง หรือกระเพาะปัสสาวะแห้ง อักเสบง่าย และอาจมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ตัดรังไข่ รังไข่ที่เหลือจะยังคงสร้างฮอร์โมนตามปกติ อาจยังมีการคัดหน้าอก เพียงแต่จะไม่มีการบวมเต้าน และไม่สามารถ ตั้งครรภ์ได้

### สรุป

วงการแพทย์สามารถตรวจและวินิจฉัยโรคก่อนเนื้องอกในมดลูกของสตรีได้แม่นยำมากขึ้น การผ่าตัดมดลูกจึงเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมเพื่อป้องกันการลุกลามหรือการเปลี่ยนเป็นก้อนเนื้อร้าย อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ดังนั้น บทความนี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของงานกายภาพบำบัดที่หลากหลายและสามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดมดลูกได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ ลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่ผลดีต่อสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. Khavanin N, Lovecchio FC, Hanwright PJ, Brill E, Milad M, Bilimoria KY, et al. The influence of BMI on perioperative morbidity following abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208:449.e1-6.

2. Patrick DL, Murray TP, Bigby JA, Auerbach J, O'keefe GF, Gershman ST. Data report: cervical and uterine cancers in Massachusetts 1982-2007. Massachusetts Department of Public Health .August. 2011:1-28.
3. Wilailak S. Epidemiologic report of gynecologic cancer in Thailand. *J Gynecol Oncol.* 2009;20(2):81-3.
4. Cook T. *Gynaecological surgery.*In, *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology.* Mantle J, Haslam J, Barton S. Butter Worth Heinemann. 2 nd ed. 2004;309-31.
5. จิตติ หาญประเสริฐพงษ์, ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล. มะเร็งมดลูกชนิดซาร์โคมา.ใน :จตุพร ศรีสมบูรณ์, ชำนาญ เกียรติพิรุณ,บรรณานิการ. มะเร็งนรีเวชวิทยา.กรุงเทพฯ:บริษัทพิมพ์ดี จำกัด. 2554:181-98.
6. Solomon ER, Muffly TM, Barber MD. Common postoperative pulmonary complications after hysterectomy for benign indication. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208:54.e1-5.
7. Junior Forgiarini LA, de Carvalho AT, Ferreira TS, et al. Physical therapy in the immediate postoperative period after abdominal surgery. *J Bras Pneumol.* 2009;35(5):455-9.
8. Manzano RM, de Carvalho CRF, Romanholo BMS, Vieira JE. Chest physiotherapy during immediate postoperative period among patients undergoing upper abdominal surgery: randomized clinical trial. *Sao Paulo Med J.* 2008;126(5):269-73



9. Agostini P, Reeve J, Dromard S, Singh S, Steyn RS, Naidu B. A survey of physiotherapeutic provision for patients undergoing thoracic surgery in the UK. *Physiotherapy*. 2013;99:56-62.
10. Haines KJ, Skinner EH, Berney S. The Austin health post study investigators. Association of postoperative pulmonary complications with delayed mobilization following major abdominal surgery: an observational cohort study. *Physiotherapy*. 2013;99:119-25.
11. Olsen MF, Hahn I, Nordgren S, Lonroth H, Lundholm K. Randomized controlled trial of prophylactic chest physiotherapy in major abdominal surgery. *Br J Surg*. 1997;84(11):1535-8.
12. อักษร พูลนิตติพร. Postdural puncture headache (PDPH) ชนิดก้นเข็ม. 2541; มกราคม-เมษายน:72-80.
13. Finucane BT. Complication of regional anesthesia ,2 nd ed. Newyork :Churchill Livingstone. 1999.
14. ณัฐพงษ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, เฉลิมศรี ธนันต์ เศรษฐ. เนื้ออกก้ำมเนื้อเรียบมดลูก. ใน: เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรพรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3.นนทบุรี: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2551:281-92.
15. Erekson EA, Yip SO, Ciarleglio MM, Fried TR. Postoperative complications after gynecologic surgery. *Obstet Gynecol*. 2011;118:785-93.
16. Lake AMG, McPencow AM, Dick-Biascoechea MA, Martin DK, Erekson EA. Surgical site infection after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209:490.e1-9.
17. Scholes RL, Browning L, Sztendur EM, Denehy L. Duration of anesthesia, type of surgery, respiratory co-morbidity, predicted VO2 max and smoking predict postoperative pulmonary complications after upper abdominal surgery: an observational study. *Aust J Physiother*. 2009;55:191-8.
18. ปัทมา พรหมสนธิ, เสวกคนธ์ อัจจิมากร. การประเมินก่อนการผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัด. ใน: เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรพรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3.นนทบุรี: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2551:51-63.
19. Brooks-Brunn JA. Predictors of postoperative pulmonary complications following abdominal surgery. *Chest* 1997;111(3):564-71.
20. Physiotherapy department, Cambridge university hospitals. Advice following abdominal surgery. [http://www.cuh.org.uk/resources/pdf/patient\\_information\\_leaflets/PIN3047\\_advice\\_following\\_abdominal\\_surgery.pdf](http://www.cuh.org.uk/resources/pdf/patient_information_leaflets/PIN3047_advice_following_abdominal_surgery.pdf). (cited 2013 July 1)
21. Silva YR, Li SK, Rickard MJFX. Does the addition of deep breathing exercises to physiotherapy-directed early mobilization alter patient outcomes following high-risk open upper abdominal surgery? Cluster randomized controlled trial. *Physiotherapy*. 2013;99:187-93.
22. Quartly E, Hallam T, Kilbreath S, Refshauge K. Strength and endurance of the pelvic floor muscles in continent women: An observational study. *Physiotherapy*. 2010;96:311-6.