

นิพนธ์ฉบับ

ประสิทธิผลและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดผ่านกล้องในการรักษาโรคทางนรีเวชในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ: ประสพการณ์ ๑๐ ปี

สกล มนุษุข*, คมสันต์ สุวรรณฤกษ์*, กรณ์กาญจน์ ภมรประวัติดิณะ**, ชำนาญ แทนประเสริฐกุล*

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องมีบทบาทอย่างมากในการรักษาโรคทางนรีเวช การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดรักษาโรคทางนรีเวชผ่านกล้องในช่วงที่ผ่านมา
- วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยรวบรวมรายงานย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๐ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๐
- ผลการศึกษา:** พบข้อมูลผู้ป่วยจำนวน ๓๓๕ ราย แยกเป็นการผ่าตัดแบบ laparoscopic surgery จำนวน ๓๐๑ ราย และ hysteroscopy จำนวน ๓๔ ราย ตามลำดับ พบว่า laparoscopic cystectomy เป็นการผ่าตัดที่บ่อยที่สุด ร้อยละ ๔๔.๕ การผ่าตัดชนิด diagnostic hysteroscopy ใช้เพื่อการวินิจฉัย ภาวะผิดปกติในโพรงมดลูกมากที่สุด ร้อยละ ๓๘.๒ ข้อแทรกซ้อนของการส่องกล้อง โดยรวม ร้อยละ ๙.๙ (๓๐/๓๐๑) การให้เลือด การเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นชนิดเปิดหน้าท้อง ภาวะ vesico-vaginal fistula การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ เป็นข้อแทรกซ้อนที่พบ ร้อยละ ๔.๖, ๒.๖, ๑.๓, ๑.๐ และ ๐.๓ ตามลำดับ โดยมักพบร่วมกับการผ่าตัดที่ซับซ้อน เช่น การตัดมดลูกผ่านกล้อง หรือ การผ่าตัดรักษาภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญอยู่ผิดที่ชนิดที่มีพยาธิสภาพรุนแรง สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัด แบบ hysteroscopy ได้แก่ ภาวะมดลูกทะลุจำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๘
- สรุปผลการศึกษา:** การผ่าตัดผ่านกล้องทั้งชนิดแบบ laparoscopic surgery และ hysteroscopy สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยสูง โดยมีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถแก้ไขได้ ควบคุมได้และไม่ถึงแก่ชีวิต
- คำสำคัญ:** การส่องกล้อง, การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก, ภาวะแทรกซ้อน

วันที่รับบทความ: ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๕

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๙ ตุลาคม ๒๕๕๕

* โครงการจัดตั้งภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** สถานะวิทยาศาสตร์ปริคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

ในปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic surgery) เป็นที่ยอมรับกันในการแพทย์หลายสาขาส่งผลการรักษาของการผ่าตัดว่ามีประสิทธิภาพในการผ่าตัดเทียบเท่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบเดิม (exploratory laparotomy) ทำให้การผ่าตัดผ่านกล้องเริ่มได้รับการยอมรับและนิยมทำกันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในประเทศไทยเริ่มมีการใช้การผ่าตัดผ่านกล้องโดยได้รับการยอมรับจากแพทย์และมีบทบาทอย่างมากในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา พบว่าการผ่าตัดชนิดนี้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี สามารถใช้ผ่าตัดรักษาโรคทางนรีเวชได้หลากหลาย เช่น โรคเนื้องอกที่มดลูก โรคเนื้องอกที่รังไข่ เช่น ถุงน้ำที่รังไข่ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ การตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะพังผืดในช่องท้อง หรือแม้แต่การทำหมัน นอกจากนี้ ยังสามารถนำมาใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างแน่ชัด เช่น ภาวะปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

ข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้องเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องได้แก่^{๑-๔} อาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องอย่างชัดเจน ขนาดแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กกว่าการผ่าตัดแบบผ่าตัดหน้าท้อง เนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเพียง ๐.๕ เซนติเมตร เมื่อเทียบกับขนาดของแผลผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ซึ่งมีขนาดยาว ๕-๑๐ เซนติเมตร สามารถผ่าตัดเอารอยโรคและพยาธิสภาพในช่องท้อง เช่น ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ออกได้มากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เพราะการผ่าตัดผ่านกล้องจะใช้เลนส์ขยายภาพ ทำให้สามารถเห็นรอยโรคที่มีขนาดเล็กได้ชัดเจนมากขึ้น การเกิดพังผืดในช่องท้องจากแผลผ่าตัดเกิดน้อยกว่า เนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กกว่า ทั้งนี้ยังพบว่า ภาวะมีไข้หลังผ่าตัดเกิดน้อยกว่า รวมถึงระยะเวลาการนอนพักฟื้นในโรงพยาบาล และระยะเวลาฟื้นตัวเพื่อกลับไปทำกิจกรรมได้ตามปกติ ใช้ระยะเวลาน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาส่วนมากพบว่ายังมีภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า^{๕, ๖} ซึ่งปัจจัยที่สำคัญคือประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัดและความพร้อมของเครื่องมือรวมถึงทีมผู้ช่วยผ่าตัดในสถาบันนั้นๆ

ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้มีการนำ การผ่าตัดชนิดนี้เข้ามาใช้เช่นกัน โดยในระยะหลายปีที่ผ่านมา มีการผ่าตัดไปมากกว่า ๓๐๐ ราย แต่ยังไม่เคยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือรายงานถึงประสิทธิผลและภาวะแทรกซ้อน

ของการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะรวบรวมข้อมูลดังกล่าว เพื่อการพัฒนาและทำให้เกิดมีการส่งเสริมในแนวทางที่ชัดเจนต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดผ่านกล้องในการรักษาโรคทางนรีเวชวิทยา

วิธีการศึกษา

การศึกษาพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study)

วิธีดำเนินการวิจัยและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

รวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๐ ถึง ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยทางนรีเวชที่มาปรึกษาโรคทางนรีเวชด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องในระยะเวลาดังกล่าว โดยมีการรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกได้แก่ อายุ ๑๕ - ๗๐ ปี มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษาโรคที่ชัดเจน มีบันทึกข้อมูลทั้งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลของโรคและการผ่าตัดที่ครบถ้วน และมีการติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๑ เดือน โดยเกณฑ์การไม่รับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (exclusion criteria) ได้แก่ การไม่สามารถหาประวัติและข้อมูลได้จากเวชระเบียน หรือการบันทึกชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด หรือข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ ไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีการติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ความถี่และร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพการดำเนินการวิจัยทั้งหมดนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมรายงานย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยทางนรีเวชที่มาผ่าตัดผ่านกล้องในระยะเวลาตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๐ ถึง ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า มีเวชระเบียนที่สามารถรวบรวมได้และมีข้อมูลเพียงพอต่อการวิเคราะห์ได้ทั้งหมด ๓๓๕ ราย โดยแยกเป็น การผ่าตัดแบบ laparoscopic surgery จำนวน ๓๐๑ ราย และ hysteroscopy จำนวน ๓๔ ราย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ ๑ และตารางที่ ๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวน ร้อยละ และชนิดของการผ่าตัด แบบ laparoscopic surgery

ชนิดของการผ่าตัด แบบ laparoscopic surgery	จำนวน (๓๓๕ ราย)	ร้อยละ
Laparoscopic cystectomy	๑๓๔	๔๔.๕
Diagnostic laparoscopy	๕๑	๑๖.๔
LAVH- TLH	๓๘	๑๒.๖
Laparoscopic salpingo-oophorectomy	๒๑	๖.๓
Laparoscopic lysis of adhesion	๑๙	๖.๓
Laparoscopic myomectomy	๑๗	๕.๖
Laparoscopic salpingectomy	๑๒	๓.๖
Tubal resection	๙	๒.๗

LAVH: laparoscopic assisted vaginal hysterectomy

TLH: total laparoscopic hysterectomy

จากตารางที่ ๑ แสดงจำนวนและร้อยละของการผ่าตัดแบบ laparoscopic surgery พบว่า laparoscopic cystectomy เป็นการผ่าตัดที่กระทำมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๔๔.๕

โดยใช้รักษาภาวะ endometriotic cyst และ benign ovarian cyst ตามลำดับ

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนของชนิดของการผ่าตัด แบบ hysteroscopy

ชนิดของการผ่าตัด แบบ hysteroscopy	จำนวน (๓๔ ราย)	ร้อยละ
Diagnostic hysteroscopy	๑๓	๓๘.๒
Myomectomy	๑๑	๓๒.๓
Polypectomy	๖	๑๗.๖
IUD removal	๔	๑๑.๗

IUD: intra uterine device

จากตารางที่ ๒ แสดงจำนวนและร้อยละของการผ่าตัดแบบ hysteroscopic surgery พบว่า มีการผ่าตัดชนิด hysteroscopy เพื่อการวินิจฉัยภาวะผิดปกติในโพรงมดลูกมากที่สุด โดยมีข้อบ่งชี้คือ อาการเลือดออกผิดปกติจากมดลูก

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดส่องกล้องชนิด laparoscopic surgery ที่พบบ่อยที่สุดคือ การให้เลือด และ

ต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง ร้อยละ ๔.๖ และ ๒.๖ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ ๓ โดยพบร่วมกับการผ่าตัดที่ซับซ้อน เช่น laparoscopic hysterectomy และกรณีผ่าตัดรักษาภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญอยู่ผิดที่ชนิดที่มีพยาธิสภาพรุนแรง (severe endometriosis)

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัด แบบ hysteroscopy ได้แก่การเกิดมดลูกทะลุ ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๘

ตารางที่ ๓ แสดงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด แบบ laparoscopic surgery

ชนิดของภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (๓๐/๓๐๑ ราย)	ร้อยละ (๙.๙)
Blood transfusion	๑๔	๔.๖
Conversion to laparotomy	๘	๒.๖
Vesico -vaginal fistula	๔	๑.๓
Bladder injury	๓	๑.๐
Bowel injury	๑	๐.๓

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

ในทศวรรษที่ผ่านมาหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงคุณประโยชน์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในช่องท้องอย่างชัดเจนที่มากกว่าเป็นเพียงเพื่อความสวยงามของแผลผ่าตัด ประโยชน์ดังกล่าวได้แก่ การเจ็บปวดแผลน้อยกว่า การใช้เวลาพักฟื้นที่สั้นลง และระยะเวลาการพักอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่า ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (laparoscopic hysterectomy; LH) มีการรายงานการผ่าตัดชนิดนี้เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา จากข้อมูลที่รวบรวมใน Cochrane database systematic review^๕ พบว่าปริมาณเลือด

ที่เสียระหว่างผ่าตัดลดลงเฉลี่ย ๔๕ มิลลิลิตร ระยะเวลาที่ต้องพักอยู่ในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย ๒ วันและผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้นเฉลี่ย ๑๓.๖ วัน เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดมดลูกโดยการเปิดหน้าท้องแบบเดิม (abdominal hysterectomy) อย่างไรก็ตามพบว่า LH ใช้ระยะเวลาผ่าตัดที่นานกว่า รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเกิดการบาดเจ็บต่อระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้น ๒.๔ เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะร้อยละ ๑ ซึ่งเกือบทั้งหมดเกิดร่วมกับการผ่าตัดที่ซับซ้อนคือการตัดมดลูกผ่านกล้อง ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ แสดงการเปรียบเทียบ ผลการผ่าตัดชนิดส่องกล้อง ในประเทศไทย

ปีที่ทำการศึกษา (ค.ศ.)	๒๐๐๔ ^๑	๒๐๐๗ ^๒	๒๐๐๘ ^๓	๒๐๐๙ ^๔	๒๐๑๑ ^๕	๒๐๑๒ ^๖	๒๐๑๒ ^๗	การศึกษานี้
จังหวัด	นนทบุรี	อุดรธานี	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ	สุพรรณบุรี	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ	ปทุมธานี
ชนิดการผ่าตัด	LAVH	LAVH	TLH	TLH	TLH	TLH	LAVH/TLH	LAVH/TLH
จำนวน (ราย)	๒๖	๕๐	๑๒๕	๗๕	๓๐	๑๑๕	๑๐๑/๓๐	๓๘
ข้อแทรกซ้อน (ร้อยละ)								
รุนแรง	๑ (๓.๘)	๖ (๑๒)	๑ (๐.๘)	๕ (๘.๕)	๑๘ (๓๐)	๒๑ (๑๘.๓)	๑๐ (๗.๖)	๘ (๒๑.๗)
Bladder injury	๑ (๓.๘)	๑ (๒)	๑ (๐.๘)	๑ (๑.๓)	๑ (๓.๓)	๑ (๐.๙)	๔ (๓.๑)	๓ (๑๐)
Ureteric injury					๒ (๖.๗)		๓ (๒.๓)	
Bowel injury					๒ (๖.๗)		๒ (๑.๕)	๑ (๓.๓)
V-V fistula							๑ (๐.๘)	๔ (๑๓.๓)
Conversion rate	๐	N/A	๖ (๔.๘)	๐	๐	๕ (๔.๓)	๒๐ (๑๕.๓)	๘ (๒๑.๗)

LAVH: laparoscopic assisted vaginal hysterectomy

TLH: total laparoscopic hysterectomy

V-V fistula: vesico-vaginal fistula

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ขึ้นอยู่กับโรคหรือตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การเคยมีประวัติผ่าตัดช่องท้องมาก่อนหน้า มีโรคที่เกิดพังผืดติดแน่นในอุ้งเชิงกราน เช่น อุ้งเชิงกรานอักเสบ (pelvic inflammatory diseases) หรือโรคเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญอยู่ผิดที่ (endometriosis) ก่อนในอุ้งเชิงกรานมีขนาดใหญ่ มีโรคหรือภาวะที่ทำให้ลำไส้ยึดขยาย ผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคหัวใจ หรือ โรคไส้เลื่อนกะบังลม (diaphragmatic hernia) ซึ่งเป็นข้อห้ามต่อการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยที่ไม่เคยทราบหรือไม่เคยตรวจพบมาก่อนหน้า ประสบการณ์และความชำนาญของทีมแพทย์ผู้ผ่าตัด แพทย์ผู้ผ่าตัดควรได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี ก่อนการ

ทำผ่าตัดในผู้ป่วยจริง โดยหากแพทย์ที่ไม่ได้รับการฝึกฝน จะเพิ่มการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงเป็น ๓.๔ เท่า นอกจากนี้ แพทย์ผู้ทำผ่าตัดเพียงคนเดียว หรือไม่มีทีมผู้ช่วยที่แน่นอน จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ๔.๘-๗.๗ เท่า^๘ ในการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาสำคัญคือการลงข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนของแพทย์ผู้ผ่าตัดในเวชระเบียนทำให้การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงทำได้ยาก อย่างไรก็ตามควรจะได้มีการปรับปรุง และศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

อุปบัติการณ์ แตกต่างกันตามรายงานการศึกษา โดยขึ้นกับความซับซ้อนของการผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญจากการศึกษาขนาดใหญ่ พบอัตราเสียชีวิตจากการผ่าตัด

ประมาณ ๓.๓๓ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ราย^{๑๐, ๑๑} อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยรวมประมาณ ๔.๐ – ๕.๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย^{๑๒, ๑๓} โดยมีอัตราการเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ๓.๒ – ๓.๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย^{๑๐} หากเป็นการผ่าตัดส่องกล้องที่ไม่ซับซ้อนจะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าอย่างชัดเจน เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องตรวจอุ้งเชิงกราน ๒.๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย หรือจากการส่องกล้องทำหัตถ์ ๔.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย แต่หากเป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อนอาจสูงถึง ๑๗.๙ ต่อ ๑๐๐๐ ราย^{๑๓} ภาวะที่ได้รับความเจ็บปวดที่สุด คือ ระบบทางเดินปัสสาวะเกิด ๒.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย การบาดเจ็บต่อลำไส้ ๐.๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย และการบาดเจ็บต่อหลอดเลือด ๐.๑ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย ตามลำดับ^{๑๓} ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่ออัตราภาวะแทรกซ้อนที่สูงกว่าอัตราที่เคยรายงาน เช่น การเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง พบถึงร้อยละ ๒.๖๖ (๘ รายใน ๓๐๑ ราย) โดยเฉพาะการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะพบมากในช่วง ๕-๗ ปีแรก อาจเนื่องจากเป็นช่วงของการเรียนรู้ (learning curve) ในช่วงแรกของการผ่าตัดผ่านกล้อง สำหรับ ภาวะบาดเจ็บที่พบน้อยที่สุดจากการผ่าตัดผ่านกล้อง พบว่าเป็นระบบทางเดินปัสสาวะ มากที่สุด เช่นเดียวกับรายงานที่ผ่านมา แต่มีอัตราที่สูงกว่าเช่นกัน สำหรับภาวะแทรกซ้อนต่อลำไส้ พบเพียง ๑ ราย หรือร้อยละ ๐.๓๓ ซึ่งถือว่าไม่สูงมากเมื่อเทียบกับรายงานอื่น^{๑๔-๑๖}

การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ในกรณีที่ทำผ่าตัด laparoscopic assisted vaginal hysterectomy หรือ LAVH^{๑๗} พบมีรายงานอุบัติการณ์ประมาณ ๓.๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ราย มักพบการบาดเจ็บได้บ่อยขณะทำการผ่าตัดเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากเยื่อบุด้านหน้าของมดลูกในการตัดมดลูกหรืออาจเกิดในขณะที่แทง port บริเวณเหนือหัวหน่าวก็ได้^{๑๘} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าที่การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะมักเกิดในช่วงเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากมดลูก โดยรายละเอียดในการบันทึกการผ่าตัดบ่งว่าปัจจัยเสี่ยงหลักที่พบร่วมคือการมีพังผืดติดแน่นที่เกิดจากการผ่าตัดก่อนหน้า

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทย โดยเฉพาะการผ่าตัดมดลูกชนิด LAVH และ TLH (total laparoscopic hysterectomy) พบว่า การรายงานอัตราการเกิดของภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันค่อนข้างมาก^{๑,๒,๑๙-๒๓} ดังแสดงในตารางที่ ๔ อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีไม่มากและการศึกษาส่วนมากเป็นการศึกษาย้อนหลังทำให้ข้อมูลขาดความสมบูรณ์

จากรายงานศึกษาข้างต้นทำให้สามารถทราบประสิทธิผลของการผ่าตัดส่องกล้องชนิดต่างๆ รวมถึงโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด อันควรจะนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ในทางปฏิบัติถึงสาเหตุและแนวทางปฏิบัติเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการผ่าตัดชนิดนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. Kulvanitchaiyanunt A. A retrospective and comparative study between laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH) and total abdominal hysterectomy (TAH). J Med Assoc Thai 2004;87:745-9.
๒. Jaturasrivilai P. A comparative study between laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy. J Med Assoc Thai 2007; 90:837-43.
๓. Mendilcioglu I, Zorlu CG, Trak B, Ciftci C, Akinzi Z. Laparoscopic management of adnexal masses. Safety and effectiveness. J Reprod Med 2002;47:36-40.
๔. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 2005;330:1478-85.
๕. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;19: CD003677.
๖. Ostrzenski A, Radolinski B, Ostrzenska KM. A review of laparoscopic ureteral injury in pelvic surgery. Obstet Gynecol Surv 2003;58:794-9.
๗. Garry R, Fountain J, Brown J, Manca A, Mason S, Sculpher M, et al. E valuate hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. Health Technol Assess 2004;8:1-154.
๘. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2009: CD003677.

- | | | | |
|------|---|------|---|
| ୧୯. | See WA, Cooper CS, Fisher RJ. Predictors of laparoscopic complications after formal training in laparoscopic surgery. JAMA 1993;270:2689-92. | ୧୧୭. | Soong YK, Yu HT, Wang CJ, Lee CL, Huang HY. Urinary tract injury in laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. J Minim Invasive Gynecol 2007;14:600-5. |
| ୧୦. | Chapron C, Pierre F, Querleu D, Dubuisson JB. Complications of laparoscopy in gynecology. Gynecol Obstet Fertil 2001;29:605-12. | ୧୧୮. | Makai G, Isaacson K. Complications of gynecologic laparoscopy. Clin Obstet Gynecol 2009;52:401-11. |
| ୧୧. | Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. Hum Reprod 1998;13:867-72. | ୧୧୯. | Ratchanon S, Hanidhikul P, Virojchaiwong P, Triwitayakorn A, WiriyaSirivaj B. Results of total laparoscopic hysterectomy for benign diseases in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Vajira Med J 2008;52:5-13. |
| ୧୧୨. | Harkki-Siren P, Sjöberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: a follow-up Finnish study. Obstet Gynecol 1999;94:94-8. | ୧୧୦. | WiriyaSirivaj B, Ratchanon S, Triwitayakorn A. Comparison of total laparoscopic hysterectomy and total abdominal hysterectomy for benign diseases in BMA Medical College and Vajira Hospital. Vajira Med J 2009;53:7-16. |
| ୧୧୩. | Jansen FW, Kapiteyn K, Trimbo-Kemper T, Hermans J, Trimbo JB. Complications of laparoscopy: a prospective multicentre observational study. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:595-600. | ୧୧୧. | Sutasanasuang S. Laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: A retrospective comparative study. J Med Assoc Thai 2011;94:8-16. |
| ୧୧୪. | Brosens I, Gordon A, Campo R, Gordts S. Bowel injury in gynecologic laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2003;10:9-13. | ୧୧୨. | Chalermchockchareonkit A, Tekasakul P, Chaisilwattana P, Sirimai K, Wahab N. Laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy for severe pelvic endometriosis. Int J Gynaecol Obstet 2012;116:109-11. |
| ୧୧୫. | van der Voort M, Heijnsdijk EA, Gouma DJ. Bowel injury as a complication of laparoscopy. Br J Surg 2004;91:1253-8. | ୧୧୩. | Teerapong S, Rungaramsin P, Tanprasertkul C, Bhamarapravata K, Suwannarurk K. Major complication of gynaecological laparoscopy in Police General Hospital: a 4-year experience. J Med Assoc Thai 2012;95:1378-83. |
| ୧୧୬. | Lam A, Khong SY, Bignardi T. Principles and strategies for dealing with complications in laparoscopy. Curr Opin Obstet Gynecol 2010;22:315-9. | | |

Abstract

Efficacy and complications of gynecologic endoscopic surgery in Thammasat university hospital: A 10-year experience

Sakol Manusook*, Komsun Suwannarurk*, Kornkarn Bhamarapratana**, Chamnan Tanprasertkul*

* Department of Obstetrics and Gynecology, Thammasat University

** Department of Preclinical Science, Thammasat University

Introduction: The role of endoscopic surgery for gynecology has significantly increased. The objective of the study was to evaluate the efficacy and complications of gynecologic endoscopic surgery in Thammasat university hospital in the past decade.

Methods: Retrospective, descriptive study was conducted by a retrospective analysis of medical records from 335 women who underwent gynecological endoscopy surgery in Thammasat university hospital. A total of 335 women in this study were recruited during 1 January 1997 to 31 December 2007.

Results: The endoscopic surgery consisted of laparoscopy and hysteroscopy at 301 and 34 cases, respectively. The most common therapeutic procedure was laparoscopic cystectomy. It was contributed at percentage of 44.5. Another most common investigation procedure was diagnostic hysteroscopy. The percentage of diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding cases was 38.2%. Laparoscopic complication rate was 9.9% (30/301) in overall. The blood transfusion, conversion to exploratory laparotomy, vesico-vaginal fistula, urinary bladder and bowel injury were 4.6%, 2.6%, 1.3%, 1.0% and 0.3%, respectively. These adverse events were related to the complexity of procedure such as laparoscopic hysterectomy and severe endometriosis. There were two cases of uterine perforation (5.8%). It was the major complication of hysteroscopy in this study.

Conclusion: The laparoscopy and hysteroscopy have high efficacy. It is considered as safe procedures. Most complications are correctable, controllable and non-mortality.

Key words: Laparoscopy, Hysteroscopy, Complications