

เปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดกับ ทางหน้าท้องในผู้ป่วยไม่มีภาวะมดลูกหย่อน

จิตรา วิทยานุกูล

กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนรายงานการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและทางหน้าท้องในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อนทุกรายจำนวนรวม 1,030 ราย ในระหว่างเดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนมกราคม 2549 มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อนของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเพิ่มแนวทางในการผ่าตัดมดลูก เปรียบเทียบผลสำเร็จของการผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด น้ำหนักมดลูก ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติ Independent t- test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจำนวน 236 รายมีน้ำหนักมดลูก เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องจำนวน 794 ราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้นในการผ่าตัดมดลูกในรายที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อน สามารถเลือกผ่าตัดได้ทั้งทางช่องคลอดและทางหน้าท้อง แม้ว่าจะมีภาวะมดลูกโต มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานมาก่อน ไม่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอด การผ่าตัดทางช่องคลอดได้ผลดีกว่า ในแง่ของระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการสูญเสียเลือด และระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การผ่าตัดมดลูก, ผลการรักษา

บทนำ

การผ่าตัดมดลูกในกรณีไม่มีภาวะมดลูกหย่อน เป็นการผ่าตัดที่สามารถทำได้ทั้งทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy :TAH), ทางช่องคลอด (Vaginal Hysterectomy :VH), การผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Total Laparoscopic Hysterectomy : TLH) หรือ

ใช้ทั้ง 3 ทางร่วมกัน (Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy : LAVH)⁽¹⁾ แต่ 2 แนวทางหลัง แม้ว่าจะมีข้อดีในเรื่องของความสวยงาม คือมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ลดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง⁽²⁻⁴⁾ ฟื้นตัวเร็ว นอนรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น แต่ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในทุกราย เนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายในการ

ผ่าตัดค่อนข้างสูง เครื่องมือราคาแพง ใช้เวลาผ่าตัดนาน และยังต้องอาศัยประสบการณ์ การฝึกฝนพิเศษของ ศัลยแพทย์ จนเกิดความชำนาญเป็นพิเศษ การผ่าตัดมดลูกโดยวิธี TLH หรือ LAVH จึงไม่แพร่หลาย

โดยทั่วไปในผู้ป่วยไม่มีภาวะมดลูกหย่อน ที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องตัดมดลูก ส่วนใหญ่มักผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยเฉพาะในรายที่มีมดลูกโต และมีประวัติเคยผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานมาก่อน แต่เลือกการผ่าตัดทางช่องคลอด จำนวนน้อย ใน ค.ศ. 1990⁽⁵⁾ American College of Obstetricians and Gynecologists ได้วางแนวทาง ในการเลือกผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ในรายที่มีมดลูกโต มีการยึดติดรั้งของตัวมดลูก โดยเกิน 12 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์ มดลูกเคลื่อนได้ดีเวลาตรวจภายใน มีประวัติเคยผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน suprapubic angle แคบ ในอดีตที่ผ่านมา มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดมดลูกเพื่อหาเทคนิค และวิธีการที่ใช้ผ่าตัดมดลูก ให้สะดวก ปลอดภัย เสียค่าใช้จ่ายน้อย ผู้ป่วยพึงพอใจที่ฟื้นตัวเร็ว นอนพักรักษาตัวระยะสั้นในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ทำการผ่าตัดได้ตามข้อบ่งชี้ที่ใกล้เคียงกับวิธีอื่นไม่มีข้อห้ามชัดเจน แม้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยผ่าตัดหรือไม่เคยคลอดบุตรภาวะแทรกซ้อนน้อย

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดในกรณีไม่มีภาวะมดลูกหย่อน มีประโยชน์และความปลอดภัยสูง ดังนั้นจึงสามารถเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ใช้ในการผ่าตัดมดลูก Netto และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลของการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดกรณีมดลูกไม่หย่อน พบว่าประสบความสำเร็จในการผ่าตัดถึงร้อยละ 99 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน ถึง ร้อยละ 73 Rupali และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าแม้ขนาดมดลูกโต การผ่าตัดทางช่องคลอดยังคงปลอดภัย โดย Morcellation techniques

ในโรงพยาบาลนครพิงค์ เริ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดในกรณีไม่มีภาวะมดลูกหย่อน เมื่อกลางปี 2546 แต่ยังมีผู้ป่วยน้อยรายที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีนี้ ปี 2547-

2549 ได้ใช้วิธีการผ่าตัดลักษณะนี้มากขึ้น โดยจำนวนรวมประมาณ 1 ใน 3 ของการผ่าตัดทางหน้าท้อง แต่ยังไม่เคยรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดของทั้งสองทาง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและทางหน้าท้อง กรณีไม่มีภาวะมดลูกหย่อน เพื่อเป็นการเพิ่มแนวทางในการผ่าตัดมดลูก และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง จากรายงานการผ่าตัดมดลูกในกรณีไม่มีภาวะมดลูกหย่อน ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกทุกราย ไม่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ไม่มีเนื้องอกหรือมะเร็งรังไข่ รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานและไม่เคยคลอดทางช่องคลอด โดยได้เก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคม 2547 ถึง เดือน มกราคม 2549 ได้ผ่าตัดโดยทีมสูติ นรีแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 1,030 ราย เป็นการผ่าตัดทางช่องคลอด จำนวน 236 ราย ผ่าตัดทางหน้าท้อง จำนวน 794 ราย ได้รวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์จาก OPD card และรายงานผู้ป่วยขณะนอนอยู่โรงพยาบาล นำข้อมูลส่วนตัว (อายุ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน) เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด น้ำหนักมดลูก ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล หลังผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอข้อมูลในค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องและทางช่องคลอดในกรณีที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อน จำแนกตามอายุ จำนวนบุตร ระยะ

เวลาผ่าตัด ระยะเวลาอนโรพยาบาล น้ำหนักมดลูก และการสูญเสียโลหิต โดยการทดสอบ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ในกรณีที่ไม่มีการมีภาวะมดลูกหย่อน จำนวน 1,030 ราย เป็นการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (VH) 236 ราย ผ่าตัดทางหน้าท้อง (TAH) จำนวน 794 ราย ในรายละเอียด ข้อมูลส่วนตัว อายุเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่ผ่าตัดทางหน้าท้องอายุเฉลี่ยมากกว่า สำหรับจำนวนบุตรและประวัติการเคยผ่าตัดในช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1) ข้อบ่งชี้ใน

การผ่าตัดแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งโดยส่วนใหญ่ในทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเรื่องของ Myoma Uteri รองลงมาคือ squamous intraepithelial lesion of cervix มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในเรื่องของเวลาการผ่าตัดใน VH (71.08 นาที) กับ TAH (107.93 นาที), ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด ใน VH (190.50 ซีซี) TAH (379.67 ซีซี) น้ำหนักของมดลูกใน VH (161.88 กรัม) TAH (383.12 กรัม) ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล หลังผ่าตัดกลุ่ม VH (3.00 วัน) TAH (5.35 วัน) (ตารางที่ 3) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มในระหว่างการผ่าตัดส่วนมากคืออันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ ในการผ่าตัดทางหน้าท้อง และเส้นเลือดที่ผูกไว้หลุดในกรณีผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด แต่หลังการผ่าตัดนั้น

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและทางหน้าท้องในกรณีที่ไม่มีการมีภาวะมดลูกหย่อน

	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
	TAH (n=794 ราย)	VH (n=236 ราย)	
อายุ (ปี)	47.38 (9.705) (22-80)	44.63 (6.647) (26.68)	<0.001
จำนวนบุตร (คน)	1.21 (0.746) (0-2)	1.23 (0.796) (0-3)	0.725
ประวัติการผ่าตัดช่องท้องและอุ้งเชิงกรานมาก่อน-ครั้ง	(%)101 (12.72)	28 (13.79)	

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดในกรณีที่ไม่มีการมีภาวะมดลูกหย่อน

ข้อบ่งชี้	TAH (n=794 ราย)		VH (n= 236 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Fibroid uterus	369	46.47	78	33.05
Cervical intraepithelial lesion	266	33.50	128	54.24
Adenomyosis	92	11.59	26	11.02
Pelvic inflammatory disease	54	6.80	-	-
Dysfunctional uterus bleeding	13	1.64	4	1.69

เปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดกับทางหน้าท้องในผู้ป่วยไม่มีภาวะมดลูกหย่อน

ตารางที่ 3 ผลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดในกรณีที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อน

ลักษณะ	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
	TAH (n=794 ราย)	VH (n=236 ราย)	
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) (ต่ำสุด-สูงสุด)	107.93 (37.961) (60-260)	71.08 (25.612) (30-135)	<0.001
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (ต่ำสุด-สูงสุด)	5.35 (6.687) (2-139)	3.00 (0.704) (2-7)	<0.001
น้ำหนักมดลูก (กรัม) (ต่ำสุด-สูงสุด)	383.12 (293.413) (25-3010)	161.88 (108.696) (30-570)	<0.001
การสูญเสียโลหิต(มิลลิลิตร) (ต่ำสุด-สูงสุด)	379.67 (182.723) (200-1200)	190.50 (149.452) (50-1200)	<0.001

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดในกรณีที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อน

ภาวะแทรกซ้อน	TAH (n=794 ราย)		VH (n= 236 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Intra operative period				
ureter injury	7	0.88	-	-
bladder injury	11	1.39	2	0.84
bowel injury	2 *	0.25	-	-
slipped uterine vessels	-	-	3**	1.27
Postoperative period				
vaginal stump hematoma	18	2.27	4	1.69
infected abdominal wound	21	2.64	-	-
fever infest 3 days	68	8.56	19	8.06

*1 ราย peritonitis ได้ Explore Laparotomy for colostomy and bowel resection

**2 รายต้องผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อผูกเส้นเลือด และได้รับเลือด

ภาวะแทรกซ้อนสำหรับทั้งสองวิธีคือใช้

วิจารณ์

การศึกษาเปรียบเทียบ แนวทางการผ่าตัดมดลูก 2 ช่องทาง ในกรณีไม่มีภาวะมดลูกหย่อน ของโรงพยาบาล นครพิงค์ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2547-มกราคม 2549 นั้น ข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องของประวัติการคลอด จำนวน

บุตร ไม่มีความแตกต่างในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม และไม่เป็นที่อุปสรรคในการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด แม้ในผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตรซึ่งก็ตรงกับรายงานของ Agostini⁽⁷⁾ และ Chauveaud⁽⁸⁾ สำหรับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดทางช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน และไม่มีผลต่อการผ่าตัดทั้ง 2 ช่องทาง การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดกรณีผู้ป่วยที่ไม่มี

ภาวะมดลูกหย่อน (VH) สามารถประสบความสำเร็จได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดทางหน้าท้อง (TAH) คือ ดีกว่าทั้งในเรื่อง เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด, ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด, ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง แต่ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เพิ่งเริ่มมีการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (VH) กรณีผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อน เมื่อกลางปี 2546 การเก็บข้อมูลศึกษา เริ่มเก็บข้อมูลภายหลังเริ่มมีการผ่าตัดประมาณ 6 เดือน ดังนั้น ประสิทธิภาพและความชำนาญ อาจมีผลต่อการเลือกวิธีการผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป ตัวอย่างในที่นี่ คือ กรณีของขนาดมดลูก (ดูจากน้ำหนักที่ชั่งเป็นกรัม) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มของการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด น้ำหนักมดลูก น้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ (ในจำนวนนี้ 2 รายที่มีขนาดมดลูก 480 กรัม และ 520 กรัม มีการหลุดของเส้นเลือดที่ผูกไว้ ต้องเปิดผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อผูกเส้นเลือด) Das and Sheth⁽⁹⁾ ได้ประเมินขนาดมดลูก โดยการใช้ คลื่นเสียงความถี่สูง และการตรวจภายใน โดยใช้ยาให้ผ่อนคลาย เพื่อเลือกใช้วิธีการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด แต่ในการศึกษานี้การประเมินขนาดมดลูกก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่ได้จากการตรวจภายใน มีข้อมูลการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในบางรายเท่านั้น

สำหรับเทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดให้ประสบผลสำเร็จนั้น ไม่ได้ลงบันทึกข้อมูลไว้ชัดเจนในผู้ป่วยทุกราย แต่จากการศึกษาหลาย ๆ แห่ง พบว่าการผ่าตัดมดลูกขนาดใหญ่ออกทางช่องคลอดนั้น^(4,10) จะใช้ Morcellation techniques, hemisection, myomectomy, wedge resection, intramyometrial coring โดยใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีรวมกัน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะและหลังผ่าตัด พบว่าการผ่าตัดทางช่องคลอดเกิดน้อยกว่าทางหน้าท้อง โดยเฉพาะเรื่องอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง คือ กระเพาะปัสสาวะ พบได้ร้อยละ 0.84 น้อยกว่าการผ่าตัดทาง

หน้าท้อง (ซึ่งเท่ากับ 1.39 โดยทั่วไปจากการศึกษาที่พบได้ 0.5-1.5)^(11,12) หรือไม่มีอันตรายต่อลำไส้เลย ซึ่งในขณะที่มีการผ่าตัดมดลูกทางช่องท้อง พบได้ร้อยละ 0.25 เป็นต้น

ในรายที่เกิดมีการหลุดของเส้นเลือดที่ผูกไว้ นั้น ต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อเย็บผูกเส้นเลือดนั้น จากรายงานพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 4 รายที่จะต้องเปิดผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งส่วนใหญ่พบในช่วงแรกเริ่มปีแรกของการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ แต่พอทีมแพทย์มีประสบการณ์ ความชำนาญในการผ่าตัดทางช่องคลอดมากขึ้น ก็ไม่พบภาวะแทรกซ้อนนี้อีก Cravello และคณะ⁽¹²⁾ ได้รวบรวมผลการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด 1,008 รายในเวลา 12 ปีพบว่า แพทย์มีความชำนาญมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างชัดเจน

การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ผลการผ่าตัดที่ผ่านมา ยังมีบางจุดที่ไม่ครบสมบูรณ์ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์มากขึ้น ควรวางแผน การศึกษาเปรียบเทียบให้ชัดเจน ระหว่างการผ่าตัดมดลูกทั้งทางช่องคลอด ทางหน้าท้อง LAVH หรือ TLH ในกลุ่มประชากรเดียวกัน ในหลาย ๆ ด้าน เพิ่มเติมจากที่ศึกษามาแล้ว อาทิ วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนเวลาที่ใช้ผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ เป็นต้น เพื่อจะไดวางแนวทางในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมให้ได้คุณภาพต่อไปในอนาคต

สรุป

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะมดลูกหย่อน มีทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัย ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือเพิ่มมากขึ้น ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีแผลผ่าตัด เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ไม่ต้องได้รับบาดเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและไม่สวยงาม ลดการ

อีกเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ดังนั้น การผ่าตัดวิธีนี้จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่เหมาะสมในการนำมาใช้ผ่าตัดมดลูก เพียงแต่แพทย์ผู้ผ่าตัดต้องฝึกฝนให้ได้เกิดความชำนาญและประสบการณ์ที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Chapron C, Laforest L, Arnaud Y. Techniques used for benign pathologies: results of a French multicenter study. Hum reprod 1990; 14(10):2464-70.
2. Colaco J, Campos AP, Nunes F, Percire A, Pereira A, Retto H. Route of hysterectomy : vaginal versus abdominal. J pelvic Med Surg 2003; 9(2):69-73.
3. Abha S, Shweta B. Vaginal hysterectomy for nonprolapsed uterus. J obstet Gynecol India 2006; 56:152-5.
4. Rupali D, Shivani A, Manisha N, Bharti M, Soumendra SK. Non-descent vaginal hysterectomy -an experience. J Obstet Gynecol India 2004; 54(4):376-8.
5. Precis I. An update in obstetrics and gynecology. CD - ROM. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1989.
6. Netto OF, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi MA. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus : experience with 300 consecutive operations. Obstet Gynecol 1999; 94:348-51.
7. Agostini A, Bretello F, Cravello L, Maisonneure AS, Roger V, Blanc B. Vaginal hysterectomy in multiparous women without prolapse : a prospective comparative study. Br J Obstet Gynecol 2004; 54:68-72.
8. Chauveaud A, de Tayrac R, Gervaise A, Anquetil C, Fernandez H. Total hysterectomy for nonprolapsed, benign uterus in women without vaginal deliveries. J Reprod Med 2002; 47:4-8.
9. Das S, Sheth S. Uterine volume : an aid to determine the route and technique of hysterectomy. J Obstet Gynecol India 2004; 54:68-72.
10. Benassi L, Rossi T, Kaihura CT, Ricci L, Bedocchi L, Galati B, et al. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(6):1561-5.
11. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss Lt, Scally MJ, Peterson HB, De Stefano F, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United State. Am J Obstet Gynecol 1982; 144:841-8.
12. Cravello L, Bretelle F, Cohen D, Roger V, Giuly J, Blanc B. Vaginal hysterectomy : apropos of a series of 1008 interventions. Gynecol Obstet Fertil 2001; 29:288-94.

Abstract

Comparison of Vaginal and Abdominal Hysterectomy for Nonprolapsed Uterus

Jittra Witthayanukool

Department of Obstetrics and Gynaecology, Nakhornping Hospital

Journal of Health Science **2008; 17:598-604.**

A retrospective comparative study was carried out on 1,030 women with nonprolapsed uterus with indication of hysterectomy in order to compare the effectiveness and safety of vaginal and abdominal hysterectomy in Nakhornping hospital during January 2004 - January 2006. The two routes of surgery were compared by employing independent t-test at 0.05 level of significance in term of operative time, estimated blood loss or blood transfusion need, intraoperative and post operative complications and length of hospital stay. Vaginal hysterectomy in nonprolapsed uterus was successfully performed in 236 women (98.7%). In 3 cases, vaginal hysterectomy failed due to slipped uterine vessels and was converted to explore laparotomy to stop intraperitoneum bleeding. There were statistically significant differences in the mean operative time ($p < 0.001$), mean estimated blood loss ($p < 0.001$) and mean hospital stay ($p < 0.001$) favoring vaginal hysterectomy. It was concluded that vaginal hysterectomy is an effective and safe procedure, even for nonprolapsed uterus. This route of hysterectomy is associated with less complications, operative time, blood loss and shorter length of hospital stay relative to abdominal hysterectomy. Satisfactory results can always be expected once technical skills in vaginal surgery are fully improved

Key words: vaginal hysterectomy, nonprolapsed uterus, abdominal hysterectomy, mean blood loss, operative time