

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล

The Results of Care for Patients after Receiving Total Hysterectomy at Sichon Hospital

พฤกษากัทร คันธะ, มณฑิรา ชาญณรงค์
Preeksaphat Kantha, Montira Channarong
โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Retrospective Case control Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล โดยศึกษาในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนประชากรทุกราย (Census) จำนวน 232 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง จำนวน 206 ราย และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด 26 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่า CVI .93 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ สถิติ independent t-test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 49.43 ± 10.02 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $26.46 \pm 4.84 \text{ kg/m}^2$ มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ร้อยละ 61.2 ประวัติการคลอดบุตร ร้อยละ 75 การวินิจฉัยโรค ที่พบมากที่สุด คือ Myoma uteri ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ Adenomyosis และ Prolapse uteri ร้อยละ 26.7 และ 11.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการผ่าตัดน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 76.7 มีจำนวนเลือดที่สูญเสียน้อยกว่า 500 ซีซี ร้อยละ 83.6 การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 14.7 และมีการผ่าตัดร่วม ร้อยละ 78.4 ด้านผลลัพธ์การดูแลรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.61 ± 3.67 วัน ประเภทการจำหน่ายแบบ improve ร้อยละ 100 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด คิดเป็น ร้อยละ 92.2 และ 94.8 ตามลำดับ และพบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดโดยภาพรวม ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่มในทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง และหลังผ่าตัดในประเด็นย่อยพบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะมีการเสียเลือด และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดมีภาวะเลือดออก และการติดเชื้อแผลผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และทางช่องคลอดที่ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง

คำสำคัญ : ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย, การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง, การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด

Abstract

This study was a retrospective cohort study that aimed to study the results of care for patients after receiving total hysterectomy at Sichon Hospital. By studying the medical records of patients who had a total hysterectomy from the year 2021-2023, the sample consisted of 232 patients in the entire population (Census), divided into groups that received a total abdominal hysterectomy amount 206 pregnant women and 26 women who had a total vaginal hysterectomy. Using a data recording form developed based on literature review and validated through quality assessment of the tool with a CVI value of 0.93. The results of care for both groups of patients were analyzed using an independent t-test and Fisher's extract test.

The results of the study found that the patients had an average age of 49.43 ± 10.02 years, an average body mass index of $26.46 \pm 4.84 \text{ kg/m}^2$, 61.2% had a history of abdominal or pelvic surgery, 75% had a history of childbirth. The most common diagnosis was Myoma Uteri at 44.8 %, followed by Adenomyosis and Prolapse Uteri at 26.7% and 11.2%, respectively. Most had experienced an operation time of less than two hours, and 76.7% had an amount of blood loss less than 500 cc. approximately 83.6%. Patients received blood during surgery 14.7% and had joint surgery 78.4%. Regarding the results of care, it was found that patients had an average length of hospital stay of 5.61 ± 3.67 days, and the type of discharge improved by 100%. Most patients did not develop any complications during and after surgery accounting for 92.2% and 94.8%, respectively. The study found that the length of hospital stays, and complications during and after surgery was no statistical difference between the two groups. When comparing the results of complications during and after surgery, it was found that there was a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). In Patients who undergo abdominal hysterectomy will have blood loss and injury to nearby organs during surgery and after surgery there was postoperative bleeding and surgical wound infection. On the other hand, patients who had vaginal hysterectomies did not experience such complications.

The results of this study demonstrate the results of patient care after receiving total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy are not different. However, guidelines for caring for patients should be developed to be more efficient to reduce the length of hospital stay and reduce complications during and after surgery in total abdominal hysterectomy

Keywords : Results of patients care, Total abdominal hysterectomy, Total vaginal hysterectomy

บทนำ

การผ่าตัดมดลูก เป็นหัตถการทางนรีเวชที่พบบ่อยทั่วโลก เป็นอันดับที่ 2 รองมาจากการผ่าตัดคลอด ซึ่งการผ่าตัดมดลูกสามารถทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Alamelu et al., 2023) และปัจจุบันมีการพัฒนาการผ่าตัดมดลูกโดยใช้หุ่นยนต์อีกด้วยสำหรับโรงพยาบาลสิชล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) ให้บริการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกมาอย่างยาวนาน เฉลี่ยปีละ 60 ราย สตรีแพทย์มีการผ่าตัดมดลูก 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ยังไม่มีการผ่าตัดผ่านกล้อง และการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ โดยสามารถแบ่งประเภทการผ่าตัดเป็น 3 ประเภทตามเนื้อเยื่อที่ตัด ได้แก่ การตัดออกทั้งมดลูกและปากมดลูก (Total hysterectomy) การตัดออกเฉพาะมดลูกคงเหลือปากมดลูกไว้ (Supracervical hysterectomy) และการตัดมดลูกรวมทั้ง uterosacral; ligament, cardinal ligament และส่วนบนของช่องคลอดออก (Radical hysterectomy) (พัชรี เรื่องเจริญ, 2562)

จากสถิติการผ่าตัดมดลูกในโรงพยาบาลสิชลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดออกทั้งหมด (Total hysterectomy) ซึ่งการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด เป็นการตัดออกทั้งมดลูกและปากมดลูก สามารถใช้วิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดทางช่องคลอด ขึ้นอยู่กับขนาดของมดลูก และพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด พบว่า การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอดน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดทางหน้าท้อง (Tiwari et al., 2022) ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะช็อคหลังผ่าตัด อาการปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในการผ่าตัดทางช่องคลอดน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Alamelu et al., 2023) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ช่วงเวลาการผ่าตัด และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด ส่วนระยะเวลาการผ่าตัดนานกว่า 94 นาที ภาวะช็อคที่มีฮีโมโกลบินต่ำกว่า 2 g/dl และ ASA class III เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ

แทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Kaya et al., 2021) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจจะเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด (intraoperative complication) เช่น การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ (bladder injury) พบได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 1-2 การบาดเจ็บต่อลำไส้ พบร้อยละ 0.1-1 โดยลำไส้ที่บาดเจ็บบ่อย คือลำไส้เล็ก การบาดเจ็บต่อท่อไต พบร้อยละ 0.1-0.5 ภาวะเลือดออกโดยเฉพาะส่วนของ uterine artery และ ovarian artery และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (post-operative complication) เช่น การเสียเลือดจากการผ่าตัด การติดเชื้อ ได้แก่ แผลติดเชื้อ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบติดเชื้อ เกิดรอยทะลุระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistula) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 0.1-0.2 และการปวดแผลเรื้อรังเนื่องจากการบาดเจ็บของ ilioinguinal nerve และ iliohypogastric nerve โดยเฉพาะกรณีลงแผลแบบ Pfannenstiel incision (พัชรี เรื่องเจริญ, 2562)

จากสถิติการผ่าตัดมดลูกที่ผ่านมาของโรงพยาบาลสิชล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด และยังไม่มีความปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดที่ชัดเจน ทั้งการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด ถึงแม้การศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจัดเป็นหนึ่งในประเภทการผ่าตัดมดลูกแบบแผลเล็ก (Minimal invasive type) ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดประเภทอื่น การผ่าตัดทางช่องคลอดมีข้อได้เปรียบในเรื่องของเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สั้นกว่า และมีความเจ็บปวดน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง กลับมาทำงานได้เร็ว ลดต้นทุน อัตราการเจ็บป่วยลดลง (Pillarisetty, 2023) แต่การผ่าตัดทางหน้าท้องยังเป็นวิธีที่สตรีแพทย์ใช้ในการผ่าตัดมากที่สุดในโรงพยาบาลสิชล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล โดยศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดออกทั้งหมดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการ

ผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และนำผลที่ได้มาพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

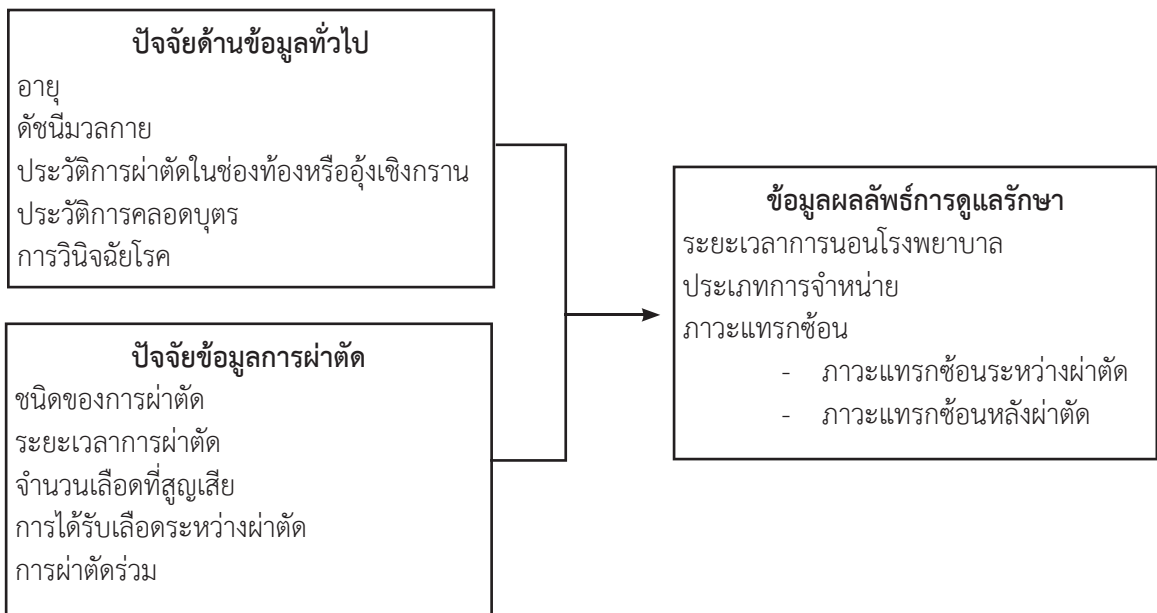
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้องและทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลสิทธิ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ระหว่างการผ่าตัดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดทางช่องคลอด

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลรักษาของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1980)

โดยแบ่งผลลัพธ์การดูแลรักษาออกเป็น 3 ประเภท คือ ผลลัพธ์ทางโครงสร้าง ผลลัพธ์ทางกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยที่ราชวิทยาลัยสูติแพทย์และนรีเวช (Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), 2018) แนะนำให้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) การบรรเทาอาการ: วัดจากอาการปวด เลือดออกผิดปกติ และคุณภาพชีวิต 2) การฟื้นตัว: วัดจากระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และแผลผ่าตัด 3) คุณภาพชีวิต: วัดจากสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ และ 4) ผลข้างเคียง: วัดจากอาการวิหจริตประจำเดือน ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และภาวะกระเพาะปัสสาวะอ่อนแอ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงใช้กรอบการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สามารถประเมินได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยเท่านั้น ได้แก่ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Retrospective Case control Study) โดยศึกษาในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ทั้งแบบผ่าตัดทางหน้าท้องและผ่าตัดทางช่องคลอด

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 240 ราย เนื่องจากจำนวนประชากรมีน้อย จึงใช้ประชากรทุกราย (Census) เป็นกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบตามข้อมูลที่ต้องการศึกษา และผู้ป่วยที่ไม่สิ้นสุดการรักษา ในโรงพยาบาลสิชล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 232 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง 206 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด 26 ราย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด เพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ครอบคลุม โดยมีข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ประวัติการคลอดบุตร การวินิจฉัยโรค และชนิดของการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาและผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด จำนวนเลือดที่สูญเสีย การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด การผ่าตัดร่วม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่าย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือด และการบาดเจ็บ

ต่ออวัยวะข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การได้รับเลือดหลังผ่าตัด การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบติดเชื้อ เกิดรอยทะเลาะระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistular) และการปวดแผลเรื้อรังเนื่องจากการบาดเจ็บของ ilioinguinal nerve และ iliohypogastric nerve

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั้ง 3 ส่วน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสูติกรรม จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมจำนวน 1 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI (Content Validity Index) .93

การรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และผ่านการอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ทั้ง Total vaginal hysterectomy และ Total abdominal hysterectomy ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566

2. ผู้วิจัยนำเวชระเบียนมาค้นหาข้อมูลและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลในระบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ตามเกณฑ์คัดเลือก และคัดออกจากการศึกษา

3. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลกับเวชระเบียนอีกครั้ง พร้อมใส่รหัสข้อมูล ตามแนวทางก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการผ่าตัด และข้อมูลผลลัพธ์การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 158/2566 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด จำนวน 232 ราย พบว่าเป็นการผ่าตัดแบบผ่าตัดทางหน้าท้อง จำนวน 206 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.8 และผ่าตัดทางช่องคลอด จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.2 ผู้ป่วยทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 49.43 ± 10.02 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $26.46 \pm 4.84 \text{ kg/m}^2$ มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ร้อยละ 61.2 ประวัติการคลอดบุตร ร้อยละ 75 การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ Myoma uteri ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ Adenomyosis และ Prolapse uteri ร้อยละ 26.7 และ 11.2 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการผ่าตัด ส่วนใหญ่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 76.7 โดยมีจำนวนเลือดที่สูญเสียเฉลี่ย 324.57 ± 289.71 และส่วนใหญ่มีจำนวนเลือดที่สูญเสียน้อยกว่า 500 ร้อยละ 83.6 การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด พบร้อยละ 14.7 และการผ่าตัดร่วม พบร้อยละ 78.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง 232 ราย

ข้อมูลจำนวนร้อยละ	การผ่าตัดทางหน้าท้อง N=206 (88.8%)		การผ่าตัดทางช่องคลอด N=26 (11.2%)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ, mean \pm SD	46.94 \pm 7.24		69.15 \pm 6.73	
ดัชนีมวลกาย, mean \pm SD	26.87 \pm 4.82		23.17 \pm 3.59	
ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน				
ไม่มี	84	40.8	6	23.1
มี	122	59.2	20	76.9
ประวัติการคลอดบุตร				
ไม่มี	54	26.2	4	15.4
มี	152	73.8	22	84.6
การวินิจฉัยโรค				
Adenomyosis	62	30.1	0	0
Endometriosis	18	8.7	0	0
Ovarian cyst/tumor	16	7.8	0	0
Myoma uteri	104	50.5	0	0
Prolapse uteri	0	0	26	100

ข้อมูลจำนวนร้อยละ	การผ่าตัดทางหน้าท้อง N=206 (88.8%)		การผ่าตัดทางช่องคลอด N=26 (11.2%)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
other	6	2.9	0	0
ระยะเวลาการผ่าตัด				
น้อยกว่า 2 ชม	156	75.7	22	84.6
มากกว่า 2 ชม	50	24.3	4	15.4
จำนวนเลือดที่สูญเสีย, mean \pm SD	342.62 \pm 293.93		181.54 \pm 207.53	
น้อยกว่า 500	170	82.5	24	92.3
500-1000	30	14.6	2	7.7
มากกว่า 1000	6	2.9	0	0
การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด				
ไม่มี	174	84.5	24	92.3
มี	32	15.5	2	7.7
การผ่าตัดร่วม				
ไม่มี	50	24.3	0	0
มี	156	75.7	26	100

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทั้งการผ่าตัดทางหน้าท้องและการผ่าตัดทางช่องคลอด พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.61 ± 3.67 วัน โดยมีระยะเวลา 3-5 วันมากที่สุด ร้อยละ 67.2 ประสิทธิภาพการจำหน่าย พบว่า ร้อยละ 100 มีประสิทธิผล improve ส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด คิดเป็น ร้อยละ 92.2 และ 94.8 ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือด ร้อยละ 6.1 และ

การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง (ระหว่างการผ่าตัด) ได้แก่ การบาดเจ็บกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 1.7 ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ร้อยละ 2.5 และ การติดเชื้อแผลผ่าตัด, ภาวะโพแทสเซียมต่ำ และ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 0.9 เท่ากัน ส่วนการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน, การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ, ปอดอักเสบติดเชื้อ และรอยทะลุระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistular) ไม่พบในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด

ข้อมูลผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, mean \pm SD	5.61 \pm 3.67	
ประสิทธิผลการจำหน่าย		
Improve	232	100
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด		
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด	214	92.2

ข้อมูลผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด	18	7.8
การเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด (14 ราย)	14	6.1
การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง	4	1.7
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	220	94.8
เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	12	5.2
ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด	6	2.5
การติดเชื้อแผลผ่าตัด	2	0.9
ภาวะโพแทสเซียมต่ำ	2	0.9
ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับหัวใจเต้นช้า	2	0.9

3. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ในภาพรวม ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่มในทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดในประเด็นย่อย พบว่า มีความแตกต่างกัน

ระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด ได้แก่ ระหว่างการผ่าตัด พบการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 87.5 และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ร้อยละ 12.5 ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ร้อยละ 60 และการติดเชื้อแผลผ่าตัด ร้อยละ 20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

ข้อมูลผลลัพธ์	การผ่าตัดมดลูก		P-value
	ทางหน้าท้อง	ทางช่องคลอด	
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, mean \pm SD	5.55 \pm 3.87	6.08 \pm 1.23	0.494 ^t
ประสิทธิภาพการจำหน่าย			
Improve	206 (100)	26 (100)	หาค่าไม่ได้
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด			0.701 ^f
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	189 (91.3)	26 (100)	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	18 (8.7)	0 (0)	
การเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด	14 (87.5)	0 (0)	0.000 ^f
การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง	4 (12.5)	0 (0)	

ข้อมูลผลลัพธ์	การผ่าตัดมดลูก		P-value
	ทางหน้าท้อง	ทางช่องคลอด	
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด			0.661 ^f
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	194 (94.2)	24 (92.3)	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	12 (5.8)	2 (7.7)	
ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด	6 (60.0)	0 (0)	
การติดเชื้อแผลผ่าตัด	2 (20.0)	0 (0)	0.045 ^f
ภาวะโพแทสเซียมต่ำ	0 (0)	2 (100)	
ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับหัวใจเต้นช้า	2 (20.0)	0 (0)	

Statistical use: t=Independent t-test, f=Fisher exact test

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด จำนวน 232 ราย ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง จำนวน 206 ราย เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นก้อนเนื้อในมดลูก (Myoma uteri) ร้อยละ 44.8 เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่แทรกตัวไปในกล้ามเนื้อมดลูก (Adenomyosis) ร้อยละ 26.7 เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่นอกมดลูก (Endometriosis) ร้อยละ 7.8 และก้อนเนื้อหรือถุงน้ำที่รังไข่ (Ovarian cyst/tumor) ร้อยละ 6.9 ส่วนการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด จำนวน 26 ราย เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะมดลูกหย่อน (Prolapse uteri) ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงไปคือ ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง ร้อยละ 41 และได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.8 (Harvey et al., 2022) ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดผ่านกล้องได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น และจำนวนการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องลดลง แต่สำหรับโรงพยาบาลสิชลยังไม่มีการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องหรือการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดทางช่องคลอด มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาจากขนาดของมดลูกหรือก้อนเนื้อในมดลูก

หากมีขนาดใหญ่ควรเลือกวิธีการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง โดยการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจัดเป็นหนึ่งในประเภทการผ่าตัดมดลูกแบบแผลเล็ก (Minimal invasive type) ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดประเภทอื่น การผ่าตัดทางช่องคลอดมีข้อได้เปรียบในเรื่องของเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สั้นกว่า และมีความเจ็บปวดน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง กลับมาทำงานได้เร็ว ลดต้นทุน อัตราการเจ็บป่วยลดลง (Pillarisetty, 2023) แต่การผ่าตัดทางหน้าท้องยังเป็นวิธีที่สูติแพทย์ใช้ในการผ่าตัดมดลูกที่สุดในโรงพยาบาลสิชล

สำหรับข้อมูลลักษณะทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 49.43 ± 10.02 ปี โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง มีอายุเฉลี่ย 46.94 ± 7.25 ปี ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดที่มีอายุเฉลี่ย 69.15 ± 6.73 ปี อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจะอ่อนแอลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะมดลูกหย่อนนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยหมดประจำเดือนยังส่งผลให้เนื้อเยื่อหย่อนคล้อยอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะมดลูกหย่อน ส่วนใหญ่จะไม่มีคามผิดปกติของมดลูกร่วมด้วย แพทย์จึงจะพิจารณาผ่าตัดผู้ป่วยที่มีภาวะมดลูกหย่อนทางช่องคลอด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยรวม 26.46 ± 4.84 kg/m² อธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดมดลูกมีอายุเฉลี่ย 46-69 ปี ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น มวลกล้ามเนื้อโครงร่างส่วนใหญ่จะลดลง เนื่องจากการลดฮอร์โมนอนุมูลอิสระซึ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อหลายส่วนของร่างกายลดการทำงาน การลดปริมาณกล้ามเนื้อทำให้เราใช้พลังงานน้อยลงในระหว่างกิจกรรมประจำวัน และยังลดความสามารถในการเผาผลาญพลังงานอีกด้วย นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นระบบย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารอาจทำงานช้าลง ทำให้มีการสร้างเสริมไขมันในร่างกายมากขึ้นเนื่องจากอาหารที่บริโภคเข้าไปไม่ได้ถูกใช้งานหรือไม่ได้ถูกเผาผลาญ พลังงานจึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดมดลูกส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ได้แก่ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดทำหมัน การขูดมดลูกและการผ่าตัดเปิดหน้าท้องทางศัลยกรรม และมีประวัติการคลอดบุตร มาก่อน การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 2 ชั่วโมง มีจำนวนเลือดที่สูญเสียน้อยกว่า 500 ซีซี และได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด 32 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 32 ราย มีการเสียเลือดตั้งแต่ 300-2390 ซีซี ผู้ป่วยจำนวน 182 ราย หรือ ร้อยละ 78.4 มีการผ่าตัดอื่นๆ ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด จำนวน 156 คน จะมีการผ่าตัดร่วม ได้แก่ การผ่าตัดรังไข่และท่อหน้าไข่ออก (Salpingo-oophorectomy) ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ร่วมกับการเลาะพังผืด การผ่าตัดซ่อมแซมกระเพาะปัสสาวะ การผ่าตัดไส้ติ่ง และบางรายมีการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด จะมีการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมผนังช่องคลอดทั้งส่วนหน้าและส่วนหลังให้กระชับเพื่อเสริมความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อที่พุงอุ้งเชิงกราน (Anterior – Posterior Vaginal Repair)

สำหรับข้อมูลผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินด้วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการจำหน่าย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย

5.61 ± 3.67 วัน ไม่มีการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล ผู้ป่วยทุกรายจำหน่ายโดยประภท improve ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเสียเลือด และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง (ระหว่างการผ่าตัด) ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด และการติดเชื้อแผลผ่าตัด การศึกษาที่ไม่พบรายงานการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบติดเชื้อ และรอยทะเลระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistular) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบทั้งระหว่างและหลังผ่าตัดเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องท้อง และสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาดใหญ่ จึงทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง และมีการติดเชื้อได้มากกว่า ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด ทำให้เกิดการเสียเลือดได้มากกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด ซึ่งโดยภาพรวมผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5-6 วัน ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการจำหน่ายแบบอาการดีขึ้น และส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง และหลังผ่าตัด

สำหรับผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มในทางสถิติ ทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการจำหน่าย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดโดยภาพรวม โดยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง เท่ากับ 5.55 ± 3.87 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอดเท่ากับ 6.08 ± 1.23 ส่วนประสิทธิภาพการจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยทุกรายที่

ศึกษาได้รับการจำหน่ายแบบอาการทุเลา Improve ผลการศึกษาชี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้องจะมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบ minimal invasive surgery ทั้งการผ่าตัดทางช่องคลอด และการผ่าตัดผ่านกล้อง (Casarin et al., 2023) เนื่องจากความรุนแรงของการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะมากกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด แม้ว่าโดยทั่วไปการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด แต่ก็ยังมีบางกรณีที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอาจไม่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของการผ่าตัด สุขภาพของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของการผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องสามารถฟื้นตัวได้เร็วทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดโดยภาพรวมในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ทั้งนี้เนื่องจากความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ดีของทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การมีสูติแพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการผ่าตัดอย่างรอบคอบ รวมทั้งการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการหรือช่องทางการผ่าตัดมดลูกที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัจจัยของผู้ป่วย จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้การประเมินภาวะสุขภาพก่อนการผ่าตัด เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งดำเนินการเฝ้าระวังและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลและการรักษาที่เหมาะสมหลังผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติหลังผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก

ความเจ็บปวด และการติดตามการดูแลที่เป็นไปตามแผนการรักษาช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดระหว่างผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดหลังผ่าตัด ได้แก่ การเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด และการติดเชื้อแผลผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่างและหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาดใหญ่และดึงลำไส้และอวัยวะอื่นๆ ออกเพื่อให้สามารถเข้าถึงมดลูก จึงทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง และมีการติดเชื้อได้มากกว่า นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องยังใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด ทำให้เกิดการเสียเลือดได้มากกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในกรณีที่มีวิธีการผ่าตัดแตกต่างกัน ทั้งการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดต้นทุน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในระยะยาว เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- พัชรี เรื่องเจริญ. (2562). การตัดมดลูกทางหน้าท้อง. (Abdominal hysterectomy). <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6074/>
- Alamelu, D. N., Bharathi, K. R., Sridhar, D., Vijayalakshmi, S., & BHARATHI, K. (2023). Comparative Study of Vaginal Hysterectomy and Total Abdominal Hysterectomy in Non-descent Uterus in a Rural Tertiary Care Center. *Cureus*, 15(3): e36017. doi: 10.7759/cureus.36017. eCollection 2023 Mar. PMID: 37050998
- Casarin, J., Ghezzi, F., Pinelli, C., Laganà, A. S., Ambrosoli, A., Longo, M., & Cromi, A. (2023). Hysterectomy for Non-Prolapsed Uterus in Elderly Patients: Predictors of Prolonged Hospital Stay. *Gynecologic and obstetric investigation*, 88(2), 91–97. <https://doi.org/10.1159/000528392>
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and measurement. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Harvey, S. V., Pfeiffer, R. M., Landy, R., Wentzensen, N., & Clarke, M. A. (2022). Trends and predictors of hysterectomy prevalence among women in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(4), 611-e1.
- Kaya, A. C., Radosa, M. P., Zimmermann, J. S. M., Stotz, L., Findekle, S., Hamza, A., Sklavounos, P., Takacs, F. Z., Wagenpfeil, G., Radosa, C. G., Solomayer, E. F., & Radosa, J. C. (2021). Intraoperative and postoperative complications of gynecological laparoscopic interventions: incidence and risk factors. *Archives of gynecology and obstetrics*, 304(5), 1259–1269. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06192-7>
- Pillarsetty, L. S., & Mahdy, H. (2023). Vaginal Hysterectomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. PMID: 32119369
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). Hysterectomy. RCOG Green-top Guideline No. 41. <https://www.rcog.org.uk/media/u32b3nkv/ca4-15072010.pdf>
- Tiwari KD, Dangal G, Karki A, Pradhan HK, Shrestha R, Bhattachan K, Bharati S. (2022). Clinical Outcome of Non-descent Vaginal Hysterectomy Versus Abdominal Hysterectomy. *J Nepal Health Res Counc*; 20(2): 326-330. doi: 10.33314/jnhrc.v20i02.3924.PMID: 36550708
- Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM, Marchbanks PA. (2008). Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198:34–37.