

The Results of Uterine Prolapse Surgery in Elderly Woman with Partial Colpocleisis Procedure and Anterior Posterior Vaginal Repair

Abstract

Noppadol Arthiratpunya, M.D.*

This prospective study aims to show the results of uterine prolapse surgery with partial colpocleisis procedure and anterior posterior repair in elderly women from Khaoyoi and Banlart hospital Petchaburi Province during August 2008 and August 2015. The objective of this study was to show the underwent prolapse repair, the duration of operation times, the complication of intraoperation, post operation and the results for correcting uterine prolapse. There were 25 patients whose the age of 70 and over. The average age was 74.6 years (SD = 13.42). The average operation time was 56.8 minutes (SD = 43.5). There were 24 (96%) successful cases in this study. There were 2 cases with intraoperative complications from mild hypoglycemia. There was 1 case recurrence of uterine prolapse and was successfully treated with complete colpocleisis operation. The results from this preliminary study showed that partial colpocleisis procedure and anterior posterior repair offers significant advantages in elderly patients in whom conservative management is not feasible.

Keywords: uterine prolapse, partial colpocleisis, anterior posterior vaginal repair, elderly women.

*Department of Medical Services, Banlart Hospital, Petchaburi Province.

ผลการผ่าตัดมดลูกหย่อนในผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธี Partial Colpocleisis และ Anterior Posterior Vaginal Repair

บทคัดย่อ

นพดล อธิรัตน์ปัญญา, พ.บ.*

การศึกษาด้วยวิธีเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective) ถึงผลการผ่าตัดมดลูกหย่อนของผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธี partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior posterior repair ในโรงพยาบาลเขาย้อยและโรงพยาบาลบ้านลาดในจังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 เพื่อศึกษาการดำเนินการผ่าตัด โดยศึกษาระยะเวลาในการผ่าตัด ความผิดปกติระหว่างผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผลสำเร็จของการผ่าตัดโดยมีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี มีจำนวน 25 ราย อายุเฉลี่ย 74.6 ปี (SD = 13.42) ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 56.8 นาที (SD = 43.5) จำนวนที่ประสบผลสำเร็จ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.7 พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด 2 ราย จากภาวะน้ำตาลต่ำในกระแสเลือดแต่อาการไม่รุนแรง พบเกิดเป็นมดลูกหย่อนซ้ำหลังผ่าตัด 1 ราย ได้รับการรักษาต่อด้วยวิธี complete colpocleisis และได้ตรวจติดตามหลังผ่าตัด ไม่พบการเป็นซ้ำอีก จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดด้วยวิธี partial colpocleisis ร่วมกับการ

ทำ anterior posterior repair เป็นทางเลือกที่เหมาะสมผลลัพท์ดีและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่มีอายุมาก ขณะที่การรักษาแบบประคับประคองไม่สามารถแก้ปัญหาได้

คำสำคัญ: ภาวะมดลูกหย่อน, partial colpocleisis, anterior posterior vaginal repair, ผู้ป่วยสูงอายุ

*กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

บทนำ

ภาวะมดลูกหย่อนคือภาวะที่มดลูกบางส่วนหรืออาจจะทั้งหมดเลื่อนต่ำลงมาที่ปากช่องคลอด โดยมากจะมีผนังช่องคลอด ลำไส้ใหญ่ และกระเพาะปัสสาวะยื่นตามออกมาด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) ที่ยึดอวัยวะเหล่านี้มีอายุการอ่อนแรงลง จึงมีผลทำให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา เช่น หนองใน ช่องคลอดหรือบริเวณหลังส่วนล่าง รู้สึกมีก้อนภายในหรือภายนอกช่องคลอด มีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะไหลช้า ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะบ่อย ปวดปัสสาวะอย่างรุนแรงเป็นประจำ อาการเกี่ยวกับลำไส้ เช่น ขับถ่ายอุจจาระลำบาก รู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่สุดหรือต้องกดบริเวณผนังช่องคลอดด้านหลังเพื่อช่วยในการถ่ายอุจจาระ โดยที่ความรุนแรงของอาการมักจะสัมพันธ์กับระดับความหย่อนของมดลูกซึ่งมี 4 ระดับดังนี้⁽¹⁻²⁾

ระดับ 1 มีการเลื่อนต่ำของมดลูกปากมดลูกจากตำแหน่งปกติ แต่ยังไม่ถึงปากช่องคลอด

ระดับ 2 มีการเลื่อนต่ำของมดลูกปากมดลูกจนกระทั่งปากมดลูกเลื่อนลงมาจนถึงระดับเหนือกว่าปากช่องคลอด (ตำแหน่งเยื่อพรหมจารีย์) มากกว่า 1 เซนติเมตร

ระดับ 3 มีการเลื่อนต่ำของมดลูกปากมดลูกจนกระทั่งปากมดลูกเลื่อนลงมาจนถึงระดับต่ำกว่าปากช่องคลอด (ตำแหน่งเยื่อพรหมจารีย์) น้อยกว่า 1 เซนติเมตร

ระดับ 4 มีการเลื่อนต่ำของมดลูกปากมดลูกจนกระทั่งปากมดลูกมดลูกรวมทั้งผนังหน้าหลังช่องคลอดหลุดออกมาข้างนอกช่องคลอด

การผ่าตัดแก้ไขภาวะมดลูกหย่อนในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการผ่าตัดที่จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยในเรื่องของวิธีการในการใช้เวลาทำผ่าตัดให้สั้นที่สุด และได้ผลลัพท์ที่ดี กล่าวคือสามารถแก้ไขอาการผิดปกติที่มีร่วมกับภาวะมดลูกหย่อนที่เกิดขึ้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากมักมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจผิดปกติ ปอดผิดปกติ และอาจมีภาวะชดชวยร่วมด้วยทำให้ต้องเลือกวิธีการในการให้การรักษาที่เหมาะสม ซึ่งโดยปกติการผ่าตัดที่ดีที่สุด คือการผ่าตัดด้วยวิธี vaginal hysterectomy (ตัดมดลูกทั้งหมดผ่านทางช่องคลอด) แต่เมื่อผู้ป่วยมีอายุมากและอาจมีโรคประจำตัวการผ่าตัดดังกล่าวต้องใช้เวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ง่าย ปัจจุบันจึงมีการแนะนำวิธีผ่าตัดด้วยวิธี colpocleisis⁽¹⁻⁵⁾ ซึ่งมีหลายรูปแบบในการทำเพื่อหาวิธีที่จะลดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด เพิ่มผลสำเร็จโดยลดการกลับมาเป็นซ้ำ และยังเพิ่มวิธีแก้ไขภาวะต่างๆ ที่เกิดร่วมกับภาวะมดลูกหย่อน เช่น ปวดถ่วงช่องคลอด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเล็ด ท้องผูก อาการอักเสบปากมดลูกและบริเวณปากช่องคลอด

การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดวิธี colpocleisis มีข้อดี คือ⁽⁵⁻⁷⁾ ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย การสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดไม่มาก สามารถใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการทำผ่าตัด แต่มีวิธีทำ 2 รูปแบบหลัก คือ complete (total) colpocleisis และ partial colpocleisis ซึ่งทั้งสองวิธีสามารถแก้ไขภาวะมดลูกหย่อน ปัสสาวะเล็ดและอุจจาระลำบากจากการที่มีผนังช่องคลอดหย่อนได้ผลดีแตกต่างกัน⁽⁷⁻⁹⁾ Langmade และ Oliver⁽¹⁰⁾ เปรียบเทียบการผ่าตัด

partial colpocleisis กับ complete colpocleisis ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีเพศสัมพันธ์อีกแล้ว พบว่าการทำ complete colpocleisis ก่อให้เกิดภาวะปัสสาวะเล็ดได้ จากการที่มีการเย็บผนังหน้าหลังช่องคลอดจนปิดสนิททำให้เมื่อแผลหาย จะกลายเป็นแผลเป็นที่แข็ง จะเกิดการตึงรั้งส่วนคอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) ซึ่งแตกต่างจากการทำผ่าตัดแบบ partial colpocleisis ผนังช่องคลอดส่วนที่ไม่ได้เย็บยังคงมีความยืดหยุ่น จึงไม่ทำให้เกิดแผลเป็นตึงรั้ง Fit Gerald และ Brubaker⁽¹¹⁾ รายงานการทำ colpocleisis ร่วมกับการทำ suburethral plication (เย็บรั้งเนื้อเยื่อใต้ท่อปัสสาวะ) พบว่าการเกิดปัสสาวะเล็ดหลังผ่าตัด colpocleisis น้อยลงเช่นเดียวกับ Macher และคณะ⁽¹²⁾ การทำ anterior repair (การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมชั้นเนื้อเยื่อซึ่งอยู่ระหว่างช่องคลอดและกระเพาะปัสสาวะ เพื่อทำหน้าที่พยุงช่องคลอดไว้) ร่วมการเย็บแก้ไขปัสสาวะเล็ดไว้ จะพบว่าการเกิดภาวะนี้หลังผ่าตัดน้อยลง

ดังนั้นจุดประสงค์ในการศึกษานี้คือเพื่อรายงานผลการทำผ่าตัดโดยวิธี partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior และ posterior repair (การผ่าตัดแก้ไขกระบังลมด้านหลังที่หย่อนเพื่อเย็บกล้ามเนื้อ Levatorani ที่ห่างกันเข้าหากันเพื่อปิดบริเวณส่วนบกพร่องในส่วนช่องคลอดใหญ่ที่ยื่นออกมา) เพื่อแก้ไขภาวะมดลูกหย่อน ปัสสาวะเล็ดหรืออาจยังไม่มีปัสสาวะเล็ด และอุจจาระลำบากจากการที่มีผนังช่องคลอดหย่อนโดยวิธีนี้จะใช้เวลาในการทำผ่าตัดน้อย ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการกำจัดปัจจัยเดิมที่เป็นสาเหตุของภาวะมดลูกและอวัยวะอื่นภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนอันเป็นแนวทางมาใช้แก้ไขอาการผิดปกติต่างๆ ดังที่กล่าว และสามารถนำมาใช้ทดแทนการผ่าตัดมดลูกออกโดยวิธี vaginal hysterectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน มีการเสียเลือดมาก เสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก⁽¹³⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัดมดลูกหย่อนโดยวิธี partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior posterior repair ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective) เชิงบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกคนที่มาผ่าตัดด้วยภาวะมดลูกหย่อนที่โรงพยาบาลเขาย้อยและโรงพยาบาลบ้านลาด ในจังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมดลูกหย่อนระดับ 3 และ 4 จำนวน 40 ราย โดยคัดแยกผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี มารักษาด้วยการผ่าตัดด้วยวิธี partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior posterior repair ซึ่งจากข้อมูลเวชระเบียนพบผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 70 ปี มีจำนวน 25 ราย อายุต่ำกว่า 70 ปี มี 15 ราย โดยในกลุ่มอายุต่ำกว่า 70 ปี ผ่าตัดด้วยวิธี vaginal hysterectomy 12 ราย ผ่าตัดด้วยวิธี modified Manchester operation (คือ การตัดปากมดลูกออกพร้อมกับการเย็บติดกับ uterosacral ligaments ทางด้านหลัง และเย็บติดกับ cardinal ligaments ทางด้านหน้า) 3 ราย สำหรับกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปี พบว่ามีภาวะมดลูกหย่อน ระดับ 4 ทั้ง 25 ราย ไม่เคยมีภาวะเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติภายหลังหมดประจำเดือน (postmenopausal bleeding) ไม่มีประวัติเคยเป็นมะเร็งในอุ้งเชิงกราน ก่อนทำผ่าตัดมีการเตรียมพร้อมด้วยการตรวจประเมินสุขภาพทั่วไปเพื่อควบคุมเบาหวานความดันเลือดสูงความผิดปกติของหัวใจและภาวะความผิดปกติทั่วไปของเลือด (CBC) ให้ผู้ป่วยหยุดยาที่เป็นข้อห้ามในการทำผ่าตัด

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะมดลูกหย่อนจะมีความผิดปกติในการถ่ายปัสสาวะร่วมด้วย ก่อนทำผ่าตัดได้ดำเนินการตรวจเพิ่มเติมดังนี้ ตรวจปัสสาวะ (urinalysis) เป็นการตรวจดูความผิดปกติเบื้องต้น โดยดูว่ามีภาวะเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวที่บ่งบอกถึงโรคของไต หรือมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเพื่อที่จะดำเนินการรักษาก่อนทำการผ่าตัด ตรวจปัสสาวะตกค้าง (residual urine) ทำโดยให้ผู้ป่วยปัสสาวะให้สุดแล้วสวนปัสสาวะดูว่ามีปัสสาวะตกค้างหรือไม่ ถ้ามีปัสสาวะตกค้างมากกว่า 100 มิลลิลิตร แปลผลว่ามีความผิดปกติ ต้องดำเนินการส่งตรวจค้นหาสาเหตุผิดปกติจากภาวะอื่นร่วมด้วย ไม่พิจารณาทำผ่าตัดแก้ไขให้ เพราะอาจเกิดภาวะปัสสาวะไม่ออกไปตลอดได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวอ่อนแรงผิดปกติ จากการตรวจทั้ง 25 ราย ไม่พบความผิดปกติ

ขั้นตอนดำเนินการผ่าตัดเริ่มจากการใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (subarachnoid space) ด้วย 0.5% bupivacaine ขนาดน้อยเพียง 9 มิลลิกรัม (หรือ 1.8 ซีซี) ในระดับช่องกระดูกเอวที่ 3-4 หรือ 4-5 หลังจากนั้นจึงจัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงายยกหัวสูงให้ระดับเข่าทั้ง 2 ข้างพาดบนขาหยั่ง (lithotomy) ใส่สายสวนปัสสาวะ (foley's catheter) เบอร์ 18 ก่อนดำเนินการผ่าตัดตามขั้นตอน

การผ่าตัดจะเริ่มจากการทำ anterior repair ร่วมกับการทำ suburethralplication (การเย็บผิวนอกของกระเพาะปัสสาวะรอบส่วนคอกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้ผนังของกระเพาะปัสสาวะชิดกับส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะมีผลให้ส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้น) โดยเมื่อถึงขั้นตอนเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านหน้าจะเหลือผนังช่องคลอดส่วนบนสุดที่ชิดปากมดลูกไว้เป็นช่องขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร ส่วนการทำผ่าตัดด้านหลังของผนังช่องคลอดจะใช้วิธี posterior

repair โดยเมื่อถึงขั้นตอนการเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านหลังจะเหลือผนังช่องคลอดส่วนบนสุดที่ชิดปากมดลูกไว้เป็นช่องว่างขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร เช่นเดียวกับขั้นตอนการเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านหน้าจากนั้นจะเย็บปิดผนังช่องคลอดทั้งด้านหน้าและด้านหลังส่วนที่เหลือจากการทำ anterior repair และ posterior repair ด้วย 2/0 chromic catgut โดยให้ไหมใหม่ที่ผูกอยู่ด้านนอกของแผลจนครบรอบของผนังช่องคลอดส่วนที่เหลือ

การดูแลหลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 12 ชั่วโมง เพื่อติดตามสัญญาณชีพดูแลอาการเจ็บแผลผ่าตัด ตรวจติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ให้ผู้ป่วยลุกนั่งได้เมื่อพ้น 12 ชั่วโมง ลุกเดินได้หลัง 24 ชั่วโมง ตรวจติดตามภาวะหลังผ่าตัดทุกวันจนไม่พบอาการผิดปกติจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยนัดถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 7 วัน นับจากวันที่ทำการผ่าตัด และจะนัดทุก 7 วัน กรณีที่ไม่สามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้เพราะมีปัสสาวะเหลือค้างมากกว่า 100 มิลลิลิตร (ใช้วิธีตรวจโดยใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อทำการวัด ภายหลังจากผู้ป่วยได้ถ่ายปัสสาวะเอง 2-3 ครั้ง) กรณีถอดสายสวนปัสสาวะได้จะมีการนัดตรวจติดตามผลของการผ่าตัดแก้ไขอาการผิดปกติในอีก 6 สัปดาห์ และนัดตรวจติดตามเป็นระยะในหน่วยตรวจโรคทางนรีเวช

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก บันทึกของวิสัญญีพยาบาล บันทึกการผ่าตัดของแพทย์ และบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยนำมาวิเคราะห์

1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำผ่าตัด
2. ภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัด
3. ภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด
4. ประสิทธิภาพในการแก้ไขอาการผิดปกติที่มีก่อนผ่าตัด
5. ผลสำเร็จจากการผ่าตัด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้ง 25 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดภาวะมดลูกหย่อนในระดับ 4 มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ถึง 80 ปี ค่าเฉลี่ย 74.6 ปี มีค่า SD = 13.42

โรคที่ตรวจพบก่อนผ่าตัด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 โรคเบาหวาน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 โรคเบาหวานร่วมกับ

ความดันโลหิตสูง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 โรคหัวใจเต้นผิดปกติ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 โรคปอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4

อาการที่มีก่อนผ่าตัด (ตาราง 1) ปวดถ่วงช่องคลอด 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ปัสสาวะเล็ด 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 อูจจาระลำบาก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 24

ตาราง 1 อาการและอาการแสดงก่อนผ่าตัด

อาการที่มีก่อนผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)
ปวดถ่วงช่องคลอด	25(100)
ปัสสาวะเล็ด	20 (80)
อูจจาระลำบาก	12 (24)

ผู้ป่วยทั้ง 25 ราย ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัด partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior posterior repair 40 นาที ถึง 70 นาที เฉลี่ย 56.8 นาที (SD = 43.5) ส่วน vaginal hysterectomy (12 ราย) ใช้เวลา 95 นาที ถึง 120 นาที เฉลี่ย 108.5 นาที (SD = 101.5)

ส่วนระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล วิธี partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior posterior repair ใช้เวลา 3 วัน (ทุกราย) vaginal hysterectomy ใช้เวลา 5 วัน (ทุกราย)

ภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัดพบ 2 ราย ขณะที่ดำเนินการผ่าตัดใกล้เสร็จ ผู้ป่วยมีอาการหายใจออก และหน้าซีด แต่สัญญาณชีพยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับออกซิเจนที่วัดได้จากเครื่องวัดลดลงได้ให้ 50% glucose 20 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นใน 1 นาที โดยอาการทุกอย่างกลับเป็นปกติ ได้ดำเนินการทำผ่าตัดจนเสร็จทุกขั้นตอน ทุกรายไม่มีการเสียเลือดเกินกว่า 100 มิลลิลิตร ไม่มีรายใดต้องให้เลือดทดแทนสำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองหลังผ่าตัดภายใน 3 วัน

มี 16 ราย สามารถกลับมาถ่ายปัสสาวะเป็นปกติใน 7 วัน อีก 9 ราย สามารถกลับมาถ่ายปัสสาวะเป็นปกติภายใน 14 วัน จากการตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3 เดือน ถึง 7 ปี พบการกลับมามีภาวะมดลูกหย่อนในระดับโผล่พ้นปากช่องคลอดซ้ำ 1 ราย หรือคิดเป็นผลสำเร็จจากการผ่าตัดร้อยละ 96 ไม่พบอาการปัสสาวะเล็ด อูจจาระลำบากและปวดถ่วงช่องคลอด ผู้ป่วยทุกรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังทำผ่าตัดแก้ไข พบว่ามีการเสียชีวิตแล้ว 3 ราย เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวไม่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัด

วิจารณ์

การผ่าตัดด้วยวิธี partial colpocleisis เป็นหัตถการที่อยู่ในกลุ่ม colpocleisis มีรายงานการทำผ่าตัดมาตั้งแต่ปี 1937 โดย Goodall และ Power⁽⁶⁾ เป็นวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมดลูกหย่อนในระดับโผล่พ้นปากช่องคลอด ที่มีอายุมากมีโรคประจำตัวไม่มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์อีก เป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาที่สั้น เสียเลือดน้อย และสามารถใช้อธิบายเฉพาะที่ทำผ่าตัดในกรณีที่ไม่สามารถ

ทำ spinal anesthesia ได้สำเร็จ⁽⁷⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับการทำผ่าตัดด้วยวิธี vaginal hysterectomy จากการศึกษาของ Moore และ Mikilos⁽⁹⁾ พบว่าระยะเวลาในการทำผ่าตัดลดลงร้อยละ 50 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ใช้เวลาลดลงประมาณร้อยละ 50 เช่นเดียวกัน โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำผ่าตัด partial colpocleisis อยู่ที่ 56.8 นาที ขณะที่ทำการผ่าตัด vaginal hysterectomy อยู่ที่ 108.5 นาที นอกจากนี้แล้วความเสี่ยงระหว่างการทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดพบน้อยกว่า เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดน้อยไม่ต้องทำผ่าตัดผ่านเข้าเยื่อช่องท้อง (peritoneum) จึงเป็นการช่วยลดโอกาสเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายสามารถลุกขึ้นยืนหรือเดินได้เร็วจึงไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักหลังผ่าตัดนาน ทำให้สามารถกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้ในเวลาอันสั้น

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น มีการฉีกขาดของกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ใหญ่ขณะทำผ่าตัด เสียเลือดมากระหว่างผ่าตัด ก่อนเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด ภาวะแผลอักเสบและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ โพรงมดลูกเป็นหนอง⁽²⁾ ไม่พบจากรายงานนี้ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบ 2 ราย ระหว่างผ่าตัดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังฉีด 50% glucose 20 มิลลิลิตร เข้าหลอดเลือดดำผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติและดำเนินการผ่าตัดจนเสร็จสิ้นโดยไม่พบอาการผิดปกติอีก

เนื่องจากการผ่าตัดภาวะมดลูกหย่อนระดับ 4 ด้วยวิธี partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior posterior repair เป็นการผ่าตัดที่มีการเย็บผนังหน้าหลังของช่องคลอดยึดติดกันทำให้มีการปิดช่องคลอดบางส่วนไปทำให้ภาวะที่ต้องคำนึงถึงในอนาคต คือ กรณีการเกิดมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเยื่อบุมดลูก Karram และ Evans⁽⁷⁾ แนะนำว่าก่อนทำผ่าตัดควร

จะได้มีการประเมินสภาพปากมดลูกและเยื่อบุมดลูกทุกราย ซึ่งในรายงานนี้มีเพียง 1 ราย ที่ได้ทำการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cone biopsy) เนื่องจากสภาพปากมดลูกมีแผลอักเสบรุนแรง แต่ผลเนื้อทางพยาธิวิทยาไม่พบมะเร็งปากมดลูก

จากการตรวจติดตามเปรียบเทียบผลสำเร็จจากการผ่าตัดกับการศึกษาอื่น (ตาราง 2) ให้ผลสำเร็จใกล้เคียงกับการศึกษานี้โดยผลสำเร็จจากการศึกษาอื่นมีค่าร้อยละ 91.5-100 จากการศึกษานี้มีค่าร้อยละ 96 สำหรับผลของความสำเร็จในการผ่าตัด Kriss และคณะ⁽⁶⁾ รายงานว่าขึ้นอยู่กับการเหลือความยาวและความกว้างของผนังช่องคลอด ถ้าปล่อยให้เหลือมากเกินไปจะมีโอกาสเป็นซ้ำมากขึ้น ดังนั้นการทำผ่าตัดโดยให้ขนาดพื้นที่ที่ทำให้เกิดผนังกันของช่องคลอดส่วนบนจึงมีความสำคัญซึ่งจากรายงานนี้จะมีพื้นที่ผนังกันเป็นเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร เพื่อพยุงมดลูกในส่วนของด้านบนของช่องคลอด ประกอบกับการทำ anterior และ posterior repair ร่วมด้วย นอกจากเป็นการช่วยพยุงไว้ในส่วนของด้านล่างของช่องคลอดแล้วยังเป็นการลดความยาวและความกว้างของผนังช่องคลอด จึงมีผลทำให้สามารถป้องกันไม่ให้มดลูกหย่อนลงมาได้อีกทำให้ไม่จำเป็นต้องตัดมดลูกออก แต่ถ้าหากเกิดกรณีมีการกลับเป็นภาวะมดลูกหย่อนซ้ำ Hanson และ Keettel⁽¹⁴⁾ แนะนำให้ทำผ่าตัดอีกครั้งด้วยวิธี complete colpocleisis ซึ่งเป็นการผ่าตัดเย็บปิดผนังช่องคลอดด้านล่างทั้งหมด ข้อเสียคือเมื่อมีความผิดปกติของปากมดลูกและโพรงมดลูกจะไม่สามารถตรวจสอบได้ สำหรับผู้ป่วยที่เกิดกลับเป็นภาวะมดลูกหย่อนซ้ำ จากรายงานนี้ 1 ราย ได้รับการตรวจติดตามเป็นระยะเวลา 4 ปี ยังไม่พบความผิดปกติ

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลสำเร็จของการผ่าตัดกลุ่ม colpocleisis

ผู้นิพนธ์	จำนวน	ระยะเวลาการติดตาม	ผลสำเร็จ (ร้อยละ)
Krissi ⁽⁶⁾	47	2-37 เดือน	91.5
Langmade ⁽¹⁰⁾	102	1-14 ปี	97
FitzGerald ⁽¹¹⁾	64	≥2 ปี	97
Denehy ⁽¹³⁾	21	4-40 เดือน	95
Hanson ⁽¹⁴⁾	288	≥5	92
Falk ⁽¹⁵⁾	100	2-22 ปี	96
Ardekany ⁽¹⁶⁾	15	10 เดือนถึง 5 ปี	100
การศึกษานี้	25	5 เดือนถึง 7 ปี	96

สรุป

การผ่าตัดภาวะมดลูกหย่อนในระดับโปล์พันจากปากช่องคลอดในผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยวิธี partial colpocleisis ร่วมกับการทำ anterior posterior repair เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขความผิดปกติที่ได้ผลดี

ปลอดภัยในการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อย ภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังผ่าตัดพบน้อย ใช้เวลารักษาตัวภายในโรงพยาบาลเพียง 3 วัน เป็นวิธีการทำผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นทางเลือกในการผ่าตัดมดลูกหย่อนในระดับ 4 ทดแทนการทำผ่าตัด vaginal hysterectomy ได้

เอกสารอ้างอิง

1. จิตติมา มโนนัย, อภิชาติ จิตต์เจริญ. การหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและปัสสาวะเล็ด. ใน : เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, บรรณานิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2550. หน้า 265-80.
2. Ritcher HE, Varner RE. Pelvic Organ Prolapse. In: Berek JS, Editor. Berek & Novak's Gynecology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2007. p.897-934.
3. พิชัย ลีระศิริ. การผ่าตัดแก้ไขผนังช่องคลอดหย่อน. ใน : วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, มณีรัตน์ ชาญนันท, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจภิบาล, ไอริน เรืองขจร, บรรณานิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด ; 2554. หน้า 319-36.
4. FitzGerald MP, Ritcher HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H. Colpocleisis: A Review Int Urogynecol J 2006;17:261-71.
5. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1997;89:501-6.
6. Krissi H, Aviram A, Eitan R, From A, Wiznitzer A, Peled Y. Risk factors for recurrence after Le Fort colpocleisis for severe pelvic organ prolapsed in elderly women. Int J Surg 2015;20:75-9.

7. Karram M, Evans J. Step by step : Obliterating the vaginal canal to correct pelvic organ prolapsed. OBG Management Feb 2012 (cited 2018 sept 21);24(2): (4 screen). Available from URL:<http://www.obgmanagement.com/home/article/step-by-step-obliterating-the-vaginal-canal-to-correct-pelvic-organ-prolapse/7253ea9a00881e38ee477eeafc7fa2ba.html>.
8. Goodall JR, Power RMH. A modification of the Le Fortoperation for increasing its scope. Am J ObstetGynecol 1937;34:968-76.
9. Moore RD, Miklos JR. Colpocleisis and tension-free vaginal tapesling for severe uterine and vaginal prolapse and stress urinaryincontinence under local anesthesia. J Am Assoc Gynecol Laprosc 2003;10:276-80.
10. Langmade CF, Oliver JA Jr. Partial colpocleisis. Am J Obstet Gynecol.1986;154(6):1200-5.
11. Fitz Gerald MP, Brubaker. Colpocleisis and urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2003;189(5):1241-4.
12. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adam EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women : a short version review. Neurourodyn 2008;27(1):3-12.
13. Denehy TR, Choe JY, Gregori CA, Breen JL. Modified Le Fort partialcolpocleisis with Kelly urethral plication and posteriorcolpoperineoplasty in the medically compromised elderly : Acomparison with vaginal hysterectomy, anterior colporrhaphy, and posterior colpoperineoplasty. Am J ObstetGynecol 1995;173:1697-702.
14. Hanson GE, Keettel WC. The Neugebauer Le Fortoperation (a review of 288 colpocleisis). Obstet Gynecol 1969;34:352-7.
15. Falk H, Kaufman S. Partial colpocleisis: the Le Fort procedure (analysis of 100 cases). ObstetGynecol 1955;5:617.
16. Ardekany MS, Rafee R. A new modification of colpocleisisfor treatment of total procidentia in old age. Int J GynaecolObstet 1978;15:358-60.