

ลาพารอสโคปีในการตรวจประเมินพยาธิสภาพ ปีกมดลูกก่อนการต่อหมัน

กนก สีจร , พบ.

เมธา ทรงธรรมวัฒน์ ,พบ.

ศรีสุดา ไทยเลิศ , พบ.

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The role of laparoscopy in the evaluation of candidates for sterilization reversal

Kanok Seejorn , M.D.

Metha Songthamwattana ,M.D.

Srisuda Thailert , M.D.

Abstract

Laparoscopy is the useful diagnostic procedure for evaluation of pelvic organs pathology. Routine laparoscopy for evaluation of the patients who need tubal sterilization reversal has been used in some institutes. but it is an invasive and costly procedure, and some complications may occurred.

Two hundred and thirty cases of women who underwent laparoscopy for preoperative evaluation of tubal sterization revesal were reviewed. The average age of these patient was 31.9 years with average number of pregnancies of 1.9 times and average duration of tubal sterilization of 6.8 years .

The majority of these women 70.0 percent stated the reversal request because of remarriage. Laparoscopic finding revealed that Pomoroy's technic of tubal sterilization at isthmic part of the fallopian tubes was commonly used and 85.2 percent of cases were operable. The most common cause of inoperable cases was bilateral salpingectomy, 7.4 percent and the second common was total tubal length on each side was less than 4 centrimetres, 4.3 percent.

From this result ,we concluded that laparoscopy has little benefit in the evaluation of candidates for sterilization reversal but had the benefit in evaluation of prognosis and with the good counseling, in some cases, laparoscopy may be unnecessary.

บทคัดย่อ

ลาพาโรสโคปเป็นหัตถการที่มีประโยชน์ในการประเมินพยาธิสภาพเพื่อพิจารณาในการเลือกผู้ป่วยที่จะรับการต่อหมันและบอกโอกาสสำเร็จของการผ่าตัดในบางสถาบันจะทำการส่องตรวจก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยทุกราย แต่ในบางรายงานพบว่าอาจสามารถหลีกเลี่ยงการทำการตรวจได้ เนื่องจากลาพาโรสโคปเป็นหัตถการที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้พอสมควร ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลและสูญเสียค่าใช้จ่าย ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลและประเมินบทบาทของการทำหัตถการดังกล่าว

จากข้อมูลผู้เข้ารับบริการการตรวจด้วยกล้องลาพาโรสโคปก่อนการผ่าตัดต่อหมัน จำนวน 230 ราย พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้มาขอรับบริการเท่ากับ 31.9 ปี จำนวนของการตั้งครรภ์เฉลี่ย 1.9 โดยร้อยละ 70 ของผู้มาขอรับการต่อหมันมีเหตุผลมาจากการแต่งงานใหม่ ช่วงเวลาหลังการทำหมันเฉลี่ย 6.8 ปี โดยมักเป็นการทำหมันแบบ Pomoroy ที่บริเวณ isthnus ของท่อนำไข่

ผลการส่องกล้องพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 85.2 สามารถทำการผ่าตัดต่อหมันได้ โดยสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถต่อหมันได้มากที่สุด ได้แก่ การที่บริเวณ fimbria ทั้งสองด้านถูกตัดไป ร้อยละ 7.4 รองลงมาได้แก่ การที่ท่อนำไข่ที่เหลือทั้ง 2 ด้านมีความยาวรวมกันน้อยกว่า 4 ซม.

จากผลการตรวจประเมินดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าการทำลาพาโรสโคปมีผลกับการคัดเลือกผู้ที่มารับบริการค่อนข้างน้อย แต่หัตถการดังกล่าวจะช่วยในด้านการให้คำแนะนำและพยากรณ์ผลสำเร็จของการผ่าตัด หากให้คำแนะนำที่ดีแก่ผู้มาขอรับบริการตามข้อมูลที่ถูกต้อง น่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการทำหัตถการนี้ได้จากผู้มาขอรับบริการบางราย

บทนำ

การคุมกำเนิดถาวรหรือการทำหมัน เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้กันแพร่หลายโดยประมาณในโลกนี้จะมีประชากร 138 ล้านคู่ที่คุมกำเนิดโดยวิธีนี้ โดยคิดเป็นร้อยละ 16 ของสตรีทั่วโลกที่อยู่ระหว่างอายุ 15 - 44 ปี ในประเทศไทยประมาณว่ามีการทำหมันประมาณ 1 ล้าน 5 แสนคนหรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของสตรีวัย

เจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15 - 44 ปี อย่างไรก็ตามหลังการทำหมันไปแล้วคู่สมรสบางคู่ต้องการมีบุตรใหม่และต้องการแก้หมันที่ได้รับการทำไปแล้วให้คืนสภาพเดิม ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของแต่ละคู่ เช่น การหย่าร้าง แต่งงานใหม่ หรือบุตรสิ้นชีวิตลง โดยประมาณว่า คู่สมรสหลังจากได้รับการทำหมัน 1 - 3 คู่ต่อ 100 คู่จะมีการเปลี่ยนใจขอแก้หมัน^(1,2)

ลาพาโรสโคปเป็นการตรวจวินิจฉัยที่มีประโยชน์ในการประเมินพยาธิสภาพ ของท่อนำไข่และบริเวณอุ้งเชิงกรานเพื่อบอกความเป็นไปได้ของการต่อหมันและพยากรณ์โรค อย่างไรก็ตาม การตรวจลาพาโรสโคปเป็นการตรวจที่ค่อนข้างมีผลกับผู้ป่วยมากโดยมีผลทั้งทางด้านความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยาและยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการดังกล่าวได้รวมทั้งผู้ป่วยต้องได้รับความเจ็บปวด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในกรณีที่การตรวจลาพาโรสโคปเป็นคนละขั้นตอนกับการต่อหมัน

นรีแพทย์บางท่านมีความเห็นว่าลาพาโรสโคปเป็นหัตถการที่จำเป็นในทุกๆรายก่อนการต่อหมันโดยไม่สนใจประวัติและชนิดของการทำหมันเดิม^(1,2) และในขณะที่นรีแพทย์บางท่านจะทำการตรวจเฉพาะในบางรายโดยใช้ประวัติการทำหมันเดิม เพื่อพิจารณา

Opsahl และ Klein⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาโดยหลีกเลี่ยงการทำลาพาโรสโคป ในผู้ป่วยที่ทำหมันแบบ Pomoroy, single burn cauterly, loop, และ Hulka clip โดยจะทำลาพาโรสโคป เฉพาะในกรณีที่เป็น multiple burn cauterly, unknown procedure เท่านั้น พบว่ามีเพียงร้อยละ 3.8 เท่านั้นที่ไม่สามารถทำการต่อหมันได้

ในโรงพยาบาลศรินครินทร์ นรีแพทย์มักทำลาพาโรสโคปก่อนที่จะทำการต่อหมันทุกรายพบว่าส่วนใหญ่จากการประเมินมักทำการต่อหมันได้และเนื่องจากในประเทศไทยการทำหมันส่วนใหญ่เป็นแบบ Pomoroy และเป็นไปได้ยากที่จะได้ประวัติในการทำหมันของผู้ป่วยมาเพื่อพิจารณา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานของผู้มาขอต่อหมันและผลการประเมินจากลาพาโรสโคป รวมทั้งหาปัจจัยที่อาจนำมาใช้ในการพิจารณาหลีกเลี่ยงการทำลาพาโรสโคปที่ไม่จำเป็นในผู้ที่มาขอรับการต่อหมันบางรายต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ทำการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ที่มาขอรับการต่อหมันที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 230 ราย ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2528 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2536 โดยทำการบันทึกข้อมูลอายุ อาชีพ โรคประจำตัว เหตุผลของการขอต่อหมัน ระยะเวลาก่อนการต่อหมัน ผลการตรวจน้ำเชื้อของสามี วิธีของการต่อหมัน ความยาวของท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง ตำแหน่งที่ทำหมัน การมีท่อนำไข่ที่มีความยาวมากกว่า 4 ซม. พยาธิสภาพที่พบร่วม และทำการประเมินว่าสามารถต่อหมันได้หรือไม่ รวมทั้งบันทึกจำนวนวันของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ และค่าเฉลี่ยและหาปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินโดยหาค่า relative risk ผลการวิจัย ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ.2528 มีผู้มารับบริการการส่องกล้องลาพาพาโรสโคปีก่อนการต่อหมันที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 230 ราย โดยมีมาขอรับบริการในแต่ละปีดังนี้ ปี 2528 3 ราย ปี 2529 15 ราย ปี 2530 22 ราย ปี 2531 45 ราย ปี 2532 39 ราย ปี 2533 41 ราย ปี 2534 32 ราย ปี 2535 22 ราย และในปี 2536 จนถึงเดือนมิถุนายน 11 ราย

เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุพบว่าในช่วงอายุที่มีผู้มารับบริการมากที่สุดได้แก่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี มีจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.2 ของผู้มารับบริการทั้งหมด รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 25-29 ปี มีจำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.8 กลุ่มอายุ 35-39 ปี มีจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.5 กลุ่มอายุ 40-44 ปี มีจำนวน 8 รายคิดเป็นร้อยละ 3.5 กลุ่มอายุ 20-24 มีจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุของผู้มารับบริการ เท่ากับ 31.9 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้มารับบริการแบ่งตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20-24	7	3.0
25-29	57	24.8
30-34	104	46.2
35-39	54	23.5
40-44	8	3.5
ค่าเฉลี่ย	31.9	

ในด้านอาชีพของผู้มารับบริการพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ โดยมีจำนวน 74 รายคิดเป็นร้อยละ 32.2 และรองลงมาได้แก่อาชีพเกษตรกร จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 อาชีพค้าขายและแม่บ้าน จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.8 อาชีพรับจ้าง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 10

ผู้มารับบริการส่วนมากอยู่ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 จากจังหวัดกาฬสินธุ์ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.2 มาจาก จังหวัดอุดรธานี จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.9 จากจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1 จากจังหวัดร้อยเอ็ด 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 ส่วนที่เหลือมาจากจังหวัดต่าง ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 44 รายคิดเป็นร้อยละ 19.1

เหตุผลในมารับบริการต่อหมันพบว่าเหตุผลที่พบมากที่สุดได้แก่ แต่งงานใหม่ จำนวน 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.0 เหตุผลที่พบรองลงไปได้แก่ บุตรเสียชีวิต จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.4 อื่น ได้แก่ ยังไม่ได้บุตรตามเพศที่ต้องการและจำนวนบุตรที่ยังไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุที่ผู้บริการมาขอรับบริการการต่อหมัน

เหตุผลในการต่อหมัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แต่งงานใหม่	161	70.0
บุตรเสียชีวิต	40	17.4
ยังไม่ได้เพศบุตรที่ต้องการ	8	3.4
จำนวนบุตรยังไม่พอ	20	8.7
อื่นๆ	1	0.4

เมื่อพิจารณาจำนวนบุตรของผู้มารับบริการพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน (จำนวน 133 ราย) คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมามีบุตรจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 และมีบุตร 3 คน จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.8 จำนวนบุตรที่มากที่สุดของผู้มารับบริการ ได้แก่ 7 คน จำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้มารับบริการ เท่ากับ 1.97

เมื่อพิจารณาถึงวิธีการทำหมันพบว่าผู้มารับบริการได้รับการทำหมันหลังคลอดปกติเป็นจำนวนมากที่สุด โดยมีจำนวน 166 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.2 ได้รับการทำหมันแห่ง 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.3 และได้รับการทำหมันขณะทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.7 ที่เหลือได้รับการทำหมันขณะผ่าตัดปีกมดลูก

ระยะเวลาหลังการทำหมันก่อนที่จะมาขอรับบริการพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 - 9 ปี จำนวนร้อยละ 50 รองลงมาได้แก่ในช่วง 0- 4 ปี จำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.7 ในช่วง 10 -14 ปี จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.7 และในช่วง 15 -19 ปี 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาก่อนมารับบริการทั้งหมดเท่ากับ 6.8 ปี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาหลังการทำหมันก่อนมาขอรับบริการ

ระยะเวลาก่อนการทำหมัน (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
0-4	66	28.7
5-9	105	50.0
10-14	43	18.7
15-19	6	2.6

เมื่อทำการตรวจด้วยการส่องกล้องลาฟาโรสโคปพบว่าวิธีการของการทำหมันส่วนใหญ่เป็นแบบ Pomoroy จำนวน 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.5 วิธีอื่น ๆ ได้แก่

การทำหมันแบบ Pomoroy ร่วมกับการทำ Fimbriectomy หรือ Salpingectomy และการทำ bilateral salpingectomy ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงวิธีการทำหมันเมื่อตรวจด้วยการส่องกล้องลาฟาโรสโคป

วิธีการทำหมัน	จำนวน (ข้าง)	ร้อยละ
Pomoroy	153	66.5
rings	2	0.9
Pomoroy 1 ข้างและ salpingectomy 1 ข้าง	3	1.3
Pomoroy 1 ข้างและ fimbriectomy 1 ข้าง	15	6.5
bilateral fimbriectomy	17	7.4
Pomoroy 1 ข้าง ร่วมกับ ไม่สามารถประเมินได้ 1 ข้าง	33	14.3
ไม่สามารถประเมินได้	7	3.0

สำหรับตำแหน่งที่ได้รับการทำหมันพบว่า ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ตำแหน่ง isthmus คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมาได้แก่ ตำแหน่ง ampulla คิดเป็นร้อยละ 25.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงตำแหน่งที่ได้รับการทำหมันเมื่อตรวจด้วยกล้องลาฟาโรสโคป

ตำแหน่งที่ทำหมัน	จำนวน (ข้าง)	ร้อยละ
isthmus	242	52.6
ampulla	119	25.8
fimbria	49	10.6
salpingectomy	3	0.6
ไม่สามารถประเมินได้	47	10.2

ภาวะที่พบร่วมด้วยเมื่อทำการตรวจด้วยการส่องกล้องลาฟาโรสโคปตรวจบริเวณรังไข่ซึ่งกรานพบว่าตรวจพบพังผืดในช่องท้องจำนวน 45 รายคิดเป็นร้อยละ 19.5 ส่วนมากเป็นพังผืดที่มีปริมาณไม่มากนัก พยาธิสภาพอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ hydrosalpinx, endometriosis, myoma uteri, ovarian tumor คิดเป็นร้อยละ 2.6, 1.7, 1.7 และ 1.3 ตามลำดับ

เมื่อทำการประเมินพยาธิสภาพโดยรวมเพื่อประเมินว่าสามารถทำการต่อหมันได้หรือไม่ พบว่าส่วนใหญ่สามารถทำต่อหมันได้ โดยมีจำนวน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.2 และไม่สามารถทำการต่อหมันได้ จำนวน 27 รายคิดเป็นร้อยละ 11.7 ส่วนอีก 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 ไม่สามารถประเมินพยาธิสภาพได้ดังแสดงในตารางที่ 6 โดยสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถทำการต่อหมันได้ส่วนใหญ่

ตารางที่ 7 แสดงผลการประเมินเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ทำหมัน

	ต่อหมันได้	ต่อหมันไม่ได้	รวม
หมันหลังคลอด	145 (87.4%)	21 (12.7%)	166 (100%)
หมันแห้ง	44 (89.8%)	5 (10.2%)	49 (100%)
รวม	189 (87.9%)	26 (11.4%)	215 (100%)

จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.4 เกิดจากการถูกตัด fimbria ทั้งสองข้างซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงไปทำการผ่าตัด fimbrioplasty แทนได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าได้ผลไม่ดีนัก ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ควรต้องได้รับการปรึกษาให้คำแนะนำและต้องการการตัดสินใจจากผู้มาขอรับบริการอีกครั้ง ส่วนสาเหตุที่พบรองลงมา ได้แก่ การตรวจพบท่อหน้าไข่ที่เหลือทั้งสองข้างมีความยาวรวมกันไม่เกิน 4 ซม.

ตารางที่ 6 แสดงผลการประเมินโดยรวมจากการส่องกล้องลาฟาโรสโคป

สรุปผลการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สามารถต่อหมันได้	196	85.2
ไม่สามารถต่อได้	27	11.7
ไม่สามารถประเมินได้	7	3.0

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่อาจมีผลกับพยาธิสภาพหลังการต่อหมัน โดยพิจารณาถึง ช่วงเวลาที่ทำหมันว่าเป็นหมันหลังคลอด หรือหมันแห้งและระยะเวลาหลังการทำหมันก่อนมาขอรับบริการ พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการทำหมันหลังคลอดสามารถทำการต่อหมันได้ ร้อยละ 87.4 และในกลุ่มที่ทำหมันแห้งสามารถต่อหมันได้ร้อยละ 89.8 ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการทำหมันมานานน้อยกว่า 5 ปี พบว่าสามารถต่อหมันได้ร้อยละ 90.9 และในกลุ่มที่ได้รับการทำหมันมานานกว่า 5 ปี สามารถต่อหมันได้ร้อยละ 86.6 ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นกัน ทั้งสองปัจจัยดังแสดงในตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลการประเมินเปรียบเทียบกับระยะเวลาหลังการทำหมันก่อนมาขอรับบริการ

	ต่อหมันได้	ต่อหมันไม่ได้	รวม
ระยะเวลาก่อนการต่อหมันน้อยกว่า	60 (90.9)	6 (9.1 %)	66 (100 %)
ระยะเวลาก่อนการต่อหมันมากกว่า 5 ปี	136 (86.6%)	21 (13.4%)	157 (100%)
รวม	196 (87.9%)	27 (12.1%)	223 (100%)

วิจารณ์

จากจำนวนผู้มารับบริการการส่องกล้องสาฟารอสโคปี จำนวน 230 ราย พบค่าเฉลี่ยของอายุผู้ป่วยเท่ากับ 31.9 ปี ซึ่งมากกว่าที่รายงานจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย กอบจิตต์ ลิมปพยอม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.8 ปี ส่วนค่าเฉลี่ยของจำนวนบุตรพบว่าไม่แตกต่างกันคือมีค่าเท่ากับ 1.97 ทั้งสองรายงาน⁽⁴⁾ ผู้มาขอรับบริการส่วนใหญ่มาจากภายในเขตจังหวัดขอนแก่นและบริเวณจังหวัดใกล้เคียงและส่วนมากมีอาชีพรับราชการ

สาเหตุของการมาขอรับบริการต่อหมันพบว่าสาเหตุมาจากการเปลี่ยนสถานภาพสมรส ถึงร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานต่าง ๆ ทั้งจากในประเทศไทย และต่างประเทศ ซึ่งรายงานการต่อหมันจากสาเหตุดังกล่าว ร้อยละ 64 - 89^(5,6,7)

ชนิดของการทำหมันพบว่าส่วนใหญ่ ผู้มาขอรับบริการมักได้รับการทำหมันหลังคลอด และมักเป็นชนิด Pomoroy โดยพบว่าระยะเวลาส่วนใหญ่ จะทำหมันมานานกว่า 5 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาก่อนมารับบริการเท่ากับ 6.8 ปี ซึ่งมีผู้รายงานว่าระยะเวลาก่อนการต่อหมันที่มากกว่า 5 ปี จะทำให้ความสำเร็จของการต่อหมันลดน้อยลงจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อโพวท่อนำไข่ และก็มีรายงานที่คัดค้านผลดังกล่าวด้วยเช่นกัน^(8, 9) ส่วนอัตราสำเร็จของการแก้หมันที่ทำโดยวิธี Pomoroy พบว่ามีโอกาสสำเร็จถึง ร้อยละ 61⁽⁴⁾

ตำแหน่งที่ได้รับการทำหมันพบว่ามักเป็นตำแหน่ง isthmus ซึ่งพบว่าเป็นตำแหน่งที่เหมาะสมกับการต่อหมัน เนื่องจากปลายทั้งสองส่วน proximal และส่วน distal มีความกว้างได้ขนาดกันและมีชั้นกล้ามเนื้อให้ต่อกันง่าย และเส้นเลือดที่มาเลี้ยงน้อย โอกาสเกิด hematoma จึงต่ำ⁽⁴⁾

พยาธิสภาพอื่น ๆ ก็อาจมีผลต่อความสำเร็จของการต่อหมันด้วยเช่นเยื่อพังผืดที่พบมาก hydrosalpinx ที่

มีขนาดใหญ่ endometriosis และ myoma uteri ก็จะทำให้ผลสำเร็จดังกล่าวลดลงและอาจต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม การส่องกล้องสาฟารอสโคปีช่วยให้สามารถประเมินพยาธิสภาพดังกล่าวและมีประโยชน์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วย

ในการประเมินพยาธิสภาพโดยรวมพบว่าอยู่ในกลุ่มที่สามารถต่อหมันได้จำนวน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.2 และอยู่ในกลุ่มซึ่งต่อหมันไม่ได้จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 และประเมินพยาธิสภาพไม่ได้ 7 ราย จำนวนร้อยละ 3 ซึ่งมักเกิดจากปัญหาทางด้านเทคนิคของการทำและความชำนาญของผู้ทำ

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการต่อหมันไม่ได้พบว่า เกิดจากการที่ fimbria ถูกตัดไปทั้งสองด้านมากที่สุด เป็นจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.4 ซึ่งในกลุ่มนี้สามารถเปลี่ยนไปทำการผ่าตัด fimbrioplasty ได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ต่ำ มีรายงานเพียงน้อยกว่าร้อยละ 20⁽⁴⁾ ส่วนอีกสาเหตุหนึ่งได้แก่การที่มีท่อนำไข่ทั้งสองด้านมีความยาวน้อยกว่า 4 ซม. พบ 10 รายคิดเป็นร้อยละ 4.3 ซึ่งจากรายงานของ กอบจิตต์ ลิมปพยอม และไพโรจน์ วิฑูรพานิช รวมทั้ง Winston^(10,11) พบว่าในกลุ่มนี้ อัตราการตั้งครรภ์หลังการแก้หมันจะต่ำมากหรือไม่มีเลย เนื่องจากปลาย fimbria จะไม่สามารถไปโอบรอบรังไข่เพื่อรับไข่ได้

ดังนั้นหากจะพิจารณาในกลุ่มที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้เนื่องจากไม่มีโอกาสประสบความสำเร็จ หรือโอกาสต่ำมาก ก็จะพบประมาณร้อยละ 4.3 ของผู้ป่วยซึ่งมารับบริการการส่องกล้องสาฟารอสโคปีเท่านั้น

เนื่องจากการส่องกล้องสาฟารอสโคปีเป็นหัตถการซึ่งมีผลกับผู้ป่วยในหลายด้าน โดยมีความเสี่ยงทางด้านวิสัญญี และภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 0.28⁽¹²⁾ รวมทั้งค่าใช้จ่ายและความ

เจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ดังนั้นข้อมูลส่วนที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จึงน่าที่จะได้รับการพิจารณาจากแพทย์และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อพิจารณาทางเลือกเกี่ยวกับการทำลาพาโรสโคปีในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

สรุป

ลาพาโรสโคปีในการตรวจวินิจฉัย เพื่อประเมินพยาธิสภาพของท่อนำไข่และบริเวณอุ้งเชิงกราน ก่อนการต่อหมั้นนั้นมีประโยชน์ค่อนข้างน้อยในด้านของการแยกผู้ที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ออกเพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัด แต่ประโยชน์ที่ได้รับมักเป็นในด้านของการบอกพยากรณ์ผลสำเร็จแก่ผู้มารับบริการ ดังนั้นการตัดสินใจใช้หัตถการดังกล่าวควรพิจารณาถึงผลที่ได้รับและผลเสีย ภายใต้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- Musich JR, Behrman SJ. Infertility laparoscopy in perspective : review of five hundred cases. *Am J Obstet Gynecol* 1982 ; 143 : 293 - 303.
- Taylor PJ , Leader AL. Reversal of female sterilization : how reliable is the previous operative report ? *J Reprod Med* 1982 ; 27 : 246 - 8.
- Opsahl MS, Klein TA. The role of laparoscopy in the evaluation of candidates for sterilization reversal. *Fertil Steril* 1987 : 48 ; 546 - 9.
- กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม . จุลศัลยศาสตร์นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535 : 1 - 94.
- Thranov I, Hertz J, Rytto N. Results of reversal of sterilization performed in Danish women 1978 - 1983. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1987 : 66 ; 611-6.
- Limpaphayom K. The reversal of female sterilization by microsurgery : Experience with first 50 cases, *J Med Assoc Thai* 1985 : 68 ; 237 - 42.
- Leader A. Reversal of sterilization. *Advances in contraception* 1989 : 5 ; 213 - 6.
- Hulka J, Halme J. Sterilization reversal : results of 101 attempts. *Am J Obstet Gynecol* 1988 : 159 ; 767 - 74.
- Rock JA, Chang YS, Limpaphayom K, Kostsvang S, Moelock FA , Guzick DS, et al. Microsurgical tubal anastomosis : a controlled trial in four Asian centers. *Microsurgery* 1984 ; 5 : 95 -7.
- Limpaphayom K, Witoonpanich P. Microsurgical tubal reanastomosis (A controlled trial in Thailand). *J Med Assoc Thai* 1987 ; 70 : 223-7.
- Winston RML. Microsurgical tubocornal anastomosis for reversal of sterilization. *Lancet* 1977 : 1 ; 284-5.
- Murphy AA. Diagnostic and Operative laparoscopy. In : Thompson JD, Rock JA, eds. *Te Linde's Operative Gynecology*. 7 th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1992 : 361 - 84.