

ผลการแก้หมันหญิงแบบจุกัลยกรรมเปิดแผลเล็กเหนือหัวหน้า ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ทองทวี สุภาคม กัญยา สลิดแก้ว นงนุช วุฒิปริชา สีนวล ทาแฮ บังอร เขาวนพูนผล
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

วิธีคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมในภาคเหนือคือการทำหมันหญิง หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรสสตรีที่เคยทำหมันส่วนหนึ่งแสดงความประสงค์ขอแก้หมันหญิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงที่มีศักยภาพในการแก้หมันหญิง ได้ดำเนินการช่วยการเจริญพันธุ์แก่คู่สมรสที่เคยผ่านการทำหมันหญิงและต้องการมีบุตร ตั้งแต่ปี 2550 - 2558 มีผู้มารับบริการจำนวน 59 คน อายุเฉลี่ย 34.75 ± 5.04 ปี ติดตามผลไม่ได้ 17 คน พบมีผู้รับบริการหลังแก้หมันตั้งครรรค์จำนวน 27 คน (64.29%) คิดเป็นการตั้งครรรค์รวม 45.76% พบว่าสาเหตุของการขอแก้หมันหญิงที่มากที่สุด คือ การแต่งงานใหม่ (93.1%) โดยส่วนใหญ่พบว่า 94.83% ของผู้รับบริการเคยทำหมันแบบหลังคลอดมาก่อน พบว่า 42.6% ของตำแหน่งที่เคยทำหมันอยู่บริเวณท่อนำไข่ส่วนแอมพูลล่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มที่ตั้งครรรค์และกลุ่มที่ไม่ตั้งครรรค์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (97.81 ± 36.13 และ 88.60 ± 32.15 นาที, $p = 0.4188$) กลุ่มอายุ 31 - 35 ปี เป็นกลุ่มที่พบมีการตั้งครรรค์มากที่สุด (68.18%) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 20-30 ปี (55.56%) ผู้รับบริการทุกคนมีความพึงพอใจต่อแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็ก และระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล คະแนนอาการเจ็บแผลในวันที่ 1 หลังผ่าตัด อยู่ในระดับคะแนน 4.08 ± 1.34 การให้ยาแก้ปวดแบบฉีดหลังผ่าตัดเท่ากับ 0.58%

คำสำคัญ: ช่วยการเจริญพันธุ์, แก้หมันหญิง, การตั้งครรรค์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

ทองทวี สุภาคม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เลขที่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน

อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ 50100

อีเมล: goldplatonum@gmail.com

The result of tubal reversal by microsurgical suprapubic mini-laparotomy in the Health promoting hospital, region1, Chiangmai, Thailand

Thongthawee Suphakom Kunya Salidkaew Nongnuch Wutthipreecha
Srinol Thahae Bungon Chaowanapoolpol.

Abstract

One of the common methods of contraception in the northern part of Thailand is tubal sterilization. After changing of marital status, some of the women who had previous tubal sterilization change their decision to reverse the tubal ligation. The Health promoting hospital region 1 is a 60 bed size hospital that has the facilities to perform a tubal reversal. There were 59 patients requested for this procedure during 2007-2015 in the Health Promoting Hospital, region 1. Their average age was 34.75 ± 5.04 yr. The percentage of loss follow up was 28.81 %. Total number of pregnancy after tubal reversal was 27 (64.29%). The crude pregnancy rate was 45.76%. Most of them (94.83%) had performed tubal sterilization during period of postpartum. The main site of tubal scar is on ampulla part (42.6%). Average surgical time in pregnant and non-pregnant group was not statistically different (97.81 ± 36.13 vs 88.60 ± 32.15 min, $p = 0.4188$). The age group of 31 - 35 yr. had the highest percentage of total pregnancy (68.18%). The second rank was on the age group 20 - 30 yr. (55.56%). All of them were satisfied with the small incision on suprapubic area and admission time. Average pain score after 1 day of surgery was 4.08 ± 1.34 . Requirement of analgesic drug injection was 0.58%.

Keywords: Assisted reproduction, Tubal reversal, Pregnancy

Corresponding author:

Thongthawee Suphakom
Health promoting hospital, region 1,
51 Prachasamphun Rd. Changclan, Muang
Chiangmai, Thailand, 50100.
E-mail: goldplatonum@gmail.com

บทนำ

วิธีคุมกำเนิดด้วยการทำหมันหญิง เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ได้รับความนิยมมากที่สุดวิธีหนึ่ง พบว่า สตรีไทยอายุระหว่าง 15 - 44 ปี นิยมคุมกำเนิดด้วยการทำหมันหญิงถึงร้อยละ 30¹ หลังทำหมันจะเป็นช่วงเวลา que สตรีรู้สึกมีความสุขกับการคุมกำเนิดด้วยการทำหมัน แต่เมื่อกาลเวลาผ่านไป เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวหรือสถานภาพการสมรส เช่น การเลิกรากัน การแต่งงานใหม่ การสูญเสียบุตร การไม่มีบุตรต่างประเทศ หรือมีจำนวนบุตรไม่เพียงพอ สตรีที่เคยผ่านการทำหมันหญิง เริ่มมีการเปลี่ยนทัศนคติต่อวิธีคุมกำเนิดเดิม มีความรู้สึกถูกกดดัน ไม่มีอิสระทางการเจริญพันธุ์ จึงเข้ามารับบริการการแก้หมันหญิง สถิติการแก้หมันหญิงมีตั้งแต่ 1-3/1000 ถึง 1-3/100² การทำหมันหญิง ซึ่งขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของแต่ละประเภท ประเทศที่พัฒนาแล้วมีแนวโน้มที่จะมารับการแก้หมันหญิงมากกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา คล้ายคลึงกับในประเทศไทย การทำหมันหญิงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ได้รับความนิยมกันมากในภาคเหนือ เนื่องจากการแก้หมันหญิงทำได้โดยทำให้ท่อนำไข่ทั้งสองข้างกลับมาต่อกันได้ เป็นวิธีการที่ช่วยให้คู่สมรสสามารถกลับมา มีบุตรตามธรรมชาติได้ และความก้าวหน้าในวิทยาการ การผ่าตัดแบบจุลศัลยกรรม ทำให้ความสำเร็จในการแก้หมันหญิงเพิ่มสูงขึ้น³ และมีผลสัมฤทธิ์สูงกว่าการทำเด็กหลอดแก้ว การแก้หมันหญิงซึ่งนำมาใช้แก้ไขภาวะเจริญพันธุ์ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 สามารถตอบสนองตามยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย ในการที่จะต้องมีการให้บริการการแก้หมันหญิงเพื่อแก้ไขภาวะเจริญพันธุ์ให้กับคู่สมรส จึงเริ่มเปิดการให้บริการการแก้หมันหญิงตั้งแต่ปี 2550 มีผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการแก้หมันสตรีด้วยวิธี Mini-laparotomy with microsurgery โดยใช้ magnifocuser loupe และทางโรงพยาบาลได้ทำการแก้หมันด้วยสูติแพทย์ท่านเดียวกัน และทีมงานเดียวกัน แต่ยังไม่มียางานถึงอัตราความสำเร็จ

และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงมุ่งหวังที่จะรวบรวมข้อมูล และผลการให้บริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับปรุงวิธีการให้บริการให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้นไป

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการแก้หมันหญิงด้วยวิธีจุลศัลยกรรมเปิดแผลเล็กเหนือหัวหน้าว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2. วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาย้อนหลังแบบ cross-sectional study

ระยะเวลา ตุลาคม 2550-พฤษภาคม 2559

กลุ่มตัวอย่าง

Inclusion criteria

สตรีวัยเจริญพันธุ์ช่วงอายุ 18-45 ปี ที่เคยทำหมันหญิงมาก่อน และมาขอแก้หมันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2558

Exclusion criteria

ผู้มาขอรับบริการที่ตรวจพบมีผลเลือดบวกต่อเชื้อ HIV

3. วิธีการดำเนินงาน

สตรีที่ขอแก้หมันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2558 เป็นสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ได้รับการชักประวัติ ตรวจร่างกาย รวบรวมข้อมูลที่จำเป็นและเกี่ยวข้อง ประเมินความพร้อมและความเหมาะสมของคู่สมรส ก่อนการผ่าตัด ได้รับการอธิบายผลดี ผลเสียของการผ่าตัด ผลสัมฤทธิ์ของการผ่าตัด โอกาสตั้งครรภ์ โอกาสเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้อธิบายข้อจำกัดของการผ่าตัดในบางรายที่มีพังผืดในเชิงกรานมาก มีโรคของท่อนำไข่ เช่น เยื่อぶมดลูกเจริญผิดที่ที่ท่อนำไข่

ท่อนำไข่บวมน้ำมาก การทำหมันบริเวณปลายสุดของ ท่อนำไข่ ซึ่งทำให้ได้ผลการรักษาไม่เต็มที่เท่าที่ควร ซึ่ง จะทำการผ่าตัดให้ตามความเหมาะสม สำหรับคู่สมรสฝ่าย ชาย จะตรวจดูคุณภาพของน้ำเชื้อโดยต้องมีคุณภาพน้ำ เชื้อปกติ ทำการผ่าตัดให้ผู้ป่วยบริการที่เหมาะสมต่อการ ผ่าตัดแก้หมันหญิงเลือกช่วงเวลาในการผ่าตัดในช่วงที่ ผู้รับบริการไม่มีประจำเดือน ติดตามผลการตั้งครรภ์ ตั้งแต่หลังต่อหมัน โดยนัดติดตามเป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน ให้ทำการฉีดสปีดทู่นำไข่หลังแก้หมันหญิงตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป หลังการผ่าตัดทุกรายที่สามารถติดตาม ได้ และผู้รับบริการได้ไปตรวจจริง มีการนัดติดตามที่ โรงพยาบาล ติดตามทางโทรศัพท์ ทางจดหมายและ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ให้คำแนะนำปรึกษาและช่วยเหลือ การเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตั้งครรภ์หลังการ แก้หมันหญิง รวบรวมและติดตามผู้รับบริการจาก แฟ้มประวัติผู้รับบริการแก้หมันหญิง บันทึกผู้ใช้บริการ ของห้องผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล ติดตามผลการตั้งครรภ์จากผลการตรวจ การตั้งครรภ์ด้วยแถบตรวจทางปัสสาวะ และผลการตรวจ คลื่นเสียงความถี่สูง ในโรงพยาบาล เมื่อผู้รับบริการมา ตามนัด หรือมาตรวจตามคำแนะนำเมื่อพบว่าตั้งครรภ์ หรือส่งผลการตรวจการตั้งครรภ์ดังกล่าวทางจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ หรือแจ้งทางโทรศัพท์ หรือจากการโทร ติดตามผู้รับบริการ

4. เทคนิคการผ่าตัด

ใช้การต่อท่อนำไข่ส่วนปลายให้เชื่อมกันโดยวิธี end to end anastomosis with one stent, two stitches holding and continuing suture.

4.1. ใส่สายสวนปัสสาวะเบอร์ 8 เข้าใน โพรงมดลูกก่อนเริ่มผ่าตัด โดยดึง plastic guide เก็บไว้ ก่อนใส่น้ำในบอลูนของสายสวนประมาณ 2 มิลลิลิตร

4.2. ลงแผลที่ท้องน้อยเหนือหัวหน้าตาม แนวขวาง หรือแนวยาว แล้วแต่ความเหมาะสม

ประมาณ 5-6 เซนติเมตร เปิดหน้าท้องที่ละชั้นจนเข้าสู่ ช่องท้อง ตรวจสอบสภาพมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ หากตรวจพบมีพังผืดในช่องท้องอาจขยายแผลผ่าตัดได้ ตรวจหาส่วนปลายท่อนำไข่สองข้างให้พบ และแผล เดิมจากการทำหมันออก แยกส่วน serosa ออกจาก ปลายท่อ เปิดปลายท่อสองข้างให้มีขนาดพอดีกัน ใช้ plastic guide ของสายสวนปัสสาวะเบอร์ 8 สอดผ่าน จากปลายท่อนำไข่เข้าเชื่อมท่อนำไข่ทั้งสองด้าน เย็บโยงท่อ 2 ด้านโดยไม่ผูก บริเวณ 6 และ 12 นาฬิกา แบบผ่านทุกชั้น ด้วย vicryl 8-0 แบบมีเข็ม 2 ด้าน ยาว 30 เซนติเมตร

4.3. ผูกไหมที่ 6 นาฬิกาจับปลายไหมไว้ เย็บท่อสองด้านบริเวณ 6-12 นาฬิกาให้เชื่อมกันแบบ ผ่านทุกชั้น ด้วยการเย็บแบบต่อเนื่อง แล้วผูกปมไว้ ผูกไหมที่ 12 นาฬิกาจับปลายไหมไว้ เย็บท่อสองด้าน บริเวณ 12-6 นาฬิกาให้เชื่อมกันแบบผ่านทุกชั้น ด้วยการเย็บแบบต่อเนื่อง แล้วผูกปมไว้ เย็บ serosa ด้วย vicryl 6/0 แบบต่อเนื่อง ต่อท่อนำไข่อีกด้านด้วย วิธีเดียวกัน วัดความยาวท่อนำไข่หลังการต่อท่อนำไข่ ทั้งสองด้านเป็นเซนติเมตร

4.4. ทดสอบความต่อเนื่องของท่อนำไข่ด้วย การฉีดน้ำเกลือสำหรับฉีดยา 100 มิลลิลิตร ผสม อินดิโกคาร์มิน 2 มิลลิลิตร เข้าทางสายสวนเบอร์ 8 ที่ใส่ไว้ในโพรงมดลูก ดูสีที่ผ่านทางปลายท่อนำไข่ ทั้งสองด้านแล้วบันทึกผล

ผลการศึกษา

มีสตรีที่มารับการผ่าตัดจำนวน 59 ราย โดยส่วนใหญ่ (96.61%) ใช้การต่อท่อนำไข่แบบปลาย ต่อปลาย (end to end anastomosis) มี 2 ราย (3.40%) ได้ทำ neosalpingostomy เนื่องจากส่วน ปลายสุดของท่อนำไข่ (fimbria) ถูกทำลายจากการ ทำหมันมานานมากกว่า 10 ปีและผ่อไป

ผู้รับบริการจำนวน 59 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงที่ทำหมัน 26.02 ± 5.85 ปี และอายุเฉลี่ยเมื่อมาขอแก้หมันคือ 34.75 ± 5.04 ปี ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ทำหมันถึงแก้หมันเฉลี่ย 8.72 ± 4.94 ปี จำนวนบุตร ก่อนแก้หมันเฉลี่ย 2.05 ± 0.78 คน คู่สมรสส่วนใหญ่ ยังไม่เคยมีบุตรมาก่อน (72.41%) ดังตารางที่ 1

เหตุผลของการขอแก้หมันส่วนใหญ่ คือ การแต่งงานใหม่ [(54(93.10%)] สาเหตุรองลงมา คือ การสูญเสียบุตร [2(3.45%)] และความต้องการมีบุตรเพิ่ม [2(3.45%)]

ชนิดของการทำหมันส่วนใหญ่เป็นการทำหมัน หลังคลอดแบบ Pomeroy [53(94.83%)] และมี 2 ราย (3.35%) ที่ทำหมันแบบตัดปลายท่อ นำไข่ทิ้ง (fimbriectomy) รองลงมาเป็นการทำหมันแห้ง 6 ราย (5.17%)

ผลการแก้หมันหญิงในผู้รับบริการ 59 คน พบตำแหน่งที่ทำการแก้หมันที่ท่อ นำไข่ในบริเวณที่ แตกต่างกัน ส่วนใหญ่พบบริเวณท่อ นำไข่ส่วน ampulla-ampulla (39.64%) รองลงมาเป็นตำแหน่ง isthmic-ampulla (32.75%) และ ampulla-fimbria (19.00%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้รับบริการ

ลักษณะผู้รับบริการ	จำนวน (n=59)
อายุเมื่อมาขอแก้หมัน (ปี)	34.75 ± 5.04
จำนวนบุตร ก่อนแก้หมัน (คน)	2.05 ± 0.78
อายุขณะทำหมัน (ปี)	26.02 ± 5.85
ระยะเวลาที่ทำหมันถึงวันที่ต่อหมัน (ปี)	8.72 ± 4.94
คู่สมรสไม่เคยมีบุตรมาก่อน	42 (72.41%)

ตารางที่ 2 ตำแหน่งของท่อ นำไข่ที่แก้หมันหญิงคิดตามจำนวนข้าง

ลำดับที่	ตำแหน่งท่อ นำไข่ที่เชื่อมต่อ	จำนวน (ร้อยละ)
1	Ampullar-ampullar	46 (39.64)
2	Isthmic-ampullar	38 (32.75)
3	Ampullar-fimbria	22 (19.00)
4	Isthmic-Isthmic	7 (5.93)
5	Isthmic-fimbria	3 (2.54)
6	Fimbriotomy	2 (1.72)

ความยาวของท่อนำไข่หลังการแก้หมั้นหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-8 เซนติเมตร และตำแหน่งที่ต่อ ท่อนำไข่อยู่ที่บริเวณท่อนำไข่ส่วน ampulla-ampulla (28.45%) รองลงมาคือ ส่วนของ isthmic-ampulla (25.00%) และ ส่วน ampulla-fimbria [9(7.76%)] การต่อหมั้นในส่วน of isthmic-fimbria และ neosalpingostomy ให้ความยาวของท่อนำไข่น้อย ที่สุด คือ น้อยกว่า 6 เซนติเมตร (1.72%) ดังตารางที่ 3 กลุ่มที่ตั้งครรภ์มีความยาวท่อนำไข่เฉลี่ย 6.68 ± 1.26 เซนติเมตร กลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์มีความยาวท่อนำไข่เฉลี่ย 6.14 ± 1.39 เซนติเมตร โดยไม่มีความแตกต่างทาง สถิติ, $p = 0.1345$

ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 97.81 ± 36.13 นาที ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ และ 88.60 ± 32.15 นาที ในกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p = 0.4188$) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อผล

ผ่าตัดที่มีขนาดเล็ก และระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล คะแนนอาการเจ็บแผลหลังผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ในระดับ คะแนน 4.08 ± 1.34 ความต้องการยาแก้ปวดแบบฉีด หลังผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 0.58

จำนวนผู้รับบริการที่ฉีดสีดูท่อนำไข่หลังแก้หมั้น ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป เท่ากับ 16 คน จำนวนท่อนำไข่ เท่ากับ 32 ข้าง พบว่าการเชื่อมต่อที่ท่อนำไข่ส่วน ampulla-ampulla มีอัตราการฉีดสีผ่านมากที่สุด [12(37.56%)] รองลงมาคือ isthmic-ampulla [7(21.91%)] และ ampulla-fimbria [6(18.78%)] ตำแหน่งที่พบท่อนำไข่อุดตันจากผลการฉีดสีท่อนำไข่ พบในกลุ่มที่ทำ fimbriotomy [2(6.25%)] การต่อท่อนำไข่บริเวณ ampulla-fimbria [2(6.25%)] การต่อ ท่อนำไข่ส่วน isthmic-ampullar [1(3.13%)] และ การต่อท่อนำไข่ส่วน isthmic-isthmic [1(3.13%)]

ตารางที่ 3 ความยาวของท่อนำไข่หลังแก้หมั้นหญิง จำแนกตามตำแหน่งของการแก้หมั้น

ลำดับที่	ตำแหน่งท่อนำไข่ที่เชื่อมต่อ	<6 เซนติเมตร	เซนติเมตร	>8 เซนติเมตร
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	Isthmic-Isthmic	0	3 (2.60)	3 (2.60)
2	Isthmic-ampullar	9 (7.63)	29 (25.00)	4 (3.45)
3	Ampullar-ampullar	6 (5.17)	33 (28.45)	2 (1.72)
4	Ampullar-fimbria	16 (13.56)	9 (7.76)	0
5	Isthmic – fimbria	2 (1.72)	0	0
6	Salpingoneostomy	2 (1.72)	0	0

จากผู้รับบริการจำนวน 59 ราย สามารถติดตามภายหลังการแก้หมันได้ 42 ราย คิดเป็น 71.19% มีอัตราการตั้งครรภ์รวม 64.29% (27/42) เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยวในมดลูก 88.89% (24/27) ตั้งครรภ์นอกมดลูก 7.4% (2/27) และมีการแท้ง 11.11% (3/27) ผู้รับบริการกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี มีจำนวนผู้รับบริการตั้งครรภ์หลังแก้หมันหญิงมากที่สุด จำนวน 15 คน (68.18%) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี จำนวน 5 คน (45.45%) และกลุ่มอายุ 36 - 40 ปี [6(35.30%)] ดังตารางที่ 4

ในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์หลังแก้หมัน พบว่ากลุ่มที่มีความยาวของท่อนำไข่หลังต่อหมันอยู่ในช่วง

ตารางที่ 4 การตั้งครรภ์แยกตามกลุ่มอายุ

การตั้งครรภ์ แยกตาม กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวน ผู้รับบริการ (คน)	จำนวน ผู้รับบริการที่ ติดตามได้ (คน) (ร้อยละ)	จำนวน ผู้รับบริการที่ ติดตามไม่ได้ (คน) (ร้อยละ)	จำนวน ผู้รับบริการที่ ไม่ตั้งครรภ์ (คน) (ร้อยละ)	จำนวน ผู้รับบริการ ที่ตั้งครรภ์ (คน) (ร้อยละ)
20 - 30	11	9 (81.81)	2 (18.18)	4 (36.34)	5 (55.56)
31 - 35	22	19 (86.34)	3 (13.64)	4 (18.18)	15 (68.18)
36 - 40	17	9 (52.94)	8 (47.06)	4 (23.53)	6 (35.30)
>40	9	5 (55.56)	4 (44.44)	4 (44.44)	1 (11.11)
รวม	59	42 (71.19)	17 (28.81)	16 (38.10)	27 (64.29)

6 - 8 เซนติเมตร มีผู้รับบริการตั้งครรภ์มากที่สุด [18(67.8%)] และบริเวณท่อนำไข่ที่ทำการแก้หมันแล้วพบมีจำนวนการตั้งครรภ์มากที่สุดคือ ส่วนของ ampulla ต่อกับ ampulla [15(60.42%)]

ระยะเวลาตั้งแต่แก้หมันถึงวันที่ทราบว่าตั้งครรภ์ที่พบเร็วที่สุดคือ 6 สัปดาห์หลังแก้หมัน ระยะเวลาการตั้งครรภ์เฉลี่ยในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า ช่วงอายุ 36 - 40 ปี มีระยะเวลาสั้นที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นคือ 4.33 เดือน ในกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี พบระยะเวลาตั้งแต่แก้หมันหญิงถึงวันที่ทราบว่าตั้งครรภ์นานที่สุดเฉลี่ย 13 เดือนดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระยะเวลาตั้งแต่แก้หมันหญิงถึงวันที่ทราบว่าตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ

การตั้งครรภ์ แยกตามกลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนผู้รับบริการ (คน)	จำนวนผู้รับบริการ ที่ติดตามได้ (คน) (ร้อยละ)	ระยะเวลาตั้งแต่แก้หมัน หญิงถึงวันที่ทราบว่าตั้ง ครรภ์ (เดือน)
20 - 30	11	9 (81.81)	13
31 - 35	22	19 (86.34)	10
36 - 40	17	13 (76.47)	4.33
>40	9	6 (66.67)	6.5

โรคที่พบร่วมในกลุ่มผู้มารับบริการ ซึ่งอาจมีผลให้ระยะเวลาการตั้งครรภ์หลังแก้หมั้นยาวนานออกไป ที่พบได้แก่ ภาวะไข่ไม่ตกเรื้อรัง โรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ โรคของท่อนำไข่ ภาวะไคล้หมดประจำเดือน และโรคทางอายุรกรรม ซึ่งในกลุ่มอายุ 20-30 ปี พบมีภาวะไข่ไม่ตกเรื้อรังมากที่สุด [4(36.36%)] รองลงมาพบโรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ [1(9.09%)] มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ

อภิปรายผล

การทำหมันหญิงเป็นการคุมกำเนิดที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย จากการวิจัยนี้พบว่าผู้รับบริการมีอายุเฉลี่ย 34.75 ± 5.04 ปี มีบุตรโดยเฉลี่ย 2.05 ± 0.78 คน ระยะเวลาทำหมันมานานเฉลี่ย 8.72 ± 4.94 ปี สาเหตุของการขอแก้หมั้นส่วนใหญ่คือการแต่งงานใหม่ (84.1%) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เคยทำมาก่อนที่ศูนย์อนามัยที่ 12 โดยสุทธิศักดิ์⁴ พบว่าผู้รับบริการมีอายุเฉลี่ย 33.9 ปี มีบุตรโดยเฉลี่ย 2.3 คน ทำหมันมานานเฉลี่ย 9.2 ปี เหตุผลในการแก้หมั้นหลักคือการแต่งงานใหม่ และแตกต่างจากการศึกษาของ Kim และคณะ⁵ ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักเกิดจากการสูญเสียบุตร ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวไทยว่า มีการเปลี่ยนคู่มากกว่าที่เกิดในประเทศเกาหลีใต้ นอกจากนี้ยังพบว่าการทำหมันก่อนอายุ 26 ปี สตรีที่ทำหมันแล้วส่วนหนึ่งจะมาขอแก้หมั้นภายหลังทำหมันประมาณ 8 ปี ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อควรพิจารณาในการทำหมันในสตรีที่อายุน้อยกว่า 26 ปี เนื่องจากมีอัตราการกลับมาแก้หมั้นได้

ผลการแก้หมั้นพบว่า มีอัตราการตั้งครรภ์รวมในกลุ่มที่ติดตามได้ 64.29% (27/42) ซึ่งพบว่าผลสำเร็จสูงกว่าเมื่อเทียบกับผลการศึกษาของสุทธิศักดิ์⁴ (42.1%) และใกล้เคียงกับอัตราการตั้งครรภ์รวมของ Chapel Hill Tubal Reversal Center [68.94%(2775/4025)]⁶ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้รับบริการจำนวนมากและมีอุปกรณ์พร้อมกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งความสำเร็จดังกล่าว

พึงจะได้รับจากการที่ได้คัดกรองผู้ป่วยก่อนการแก้หมั้น การนัดติดตามเพื่อช่วยให้ตั้งครรภ์ ตำแหน่งที่ต่อหมั้นส่วนใหญ่เป็นท่อนำไข่ส่วน Ampulla และความยาวของท่อนำไข่หลังต่อหมั้นส่วนใหญ่ >4 เซนติเมตร⁴ ซึ่งเป็นปัจจัยช่วยเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตั้งครรภ์หลังการแก้หมั้นหญิงโดยวิธีจูลศัลยกรรมนั้น ขึ้นกับอายุของผู้รับบริการ อายุเมื่อทำหมั้น ชนิดของการทำหมั้น ความยาวของท่อนำไข่ และโรคที่พบร่วม⁷ ในงานวิจัยนี้ไม่พบผลอายุของสตรีเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดอัตราการตั้งครรภ์ พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี (68.18%) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุ 20 - 30 ปี ซึ่งอาจอธิบายจากการที่กลุ่มอายุ 20 - 30 ปีที่มาขอรับการแก้หมั้นในการศึกษานี้มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไข่ไม่ตกเรื้อรัง โรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ ซึ่งตามปกติพบได้ร้อยละ 25 - 30⁸ ซึ่งมีผลทำให้อัตราการตั้งครรภ์ลดลง การเจาะท้องส่องกล้อง (laparoscopy) ก่อนแก้หมั้น อาจช่วยวินิจฉัยโรคของท่อนำไข่ โรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ และการอุดตันของท่อนำไข่ส่วนต้นก่อนการผ่าตัดแก้หมั้น แต่เนื่องจากการตรวจดังกล่าวเป็นภาระเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้รับบริการส่วนใหญ่ จึงมิได้กระทำในงานวิจัยนี้

การผ่าตัดแก้หมั้นหญิงแบบเปิดแผลเล็กเหนือหัวหน่าวในงานวิจัยนี้พบว่า ได้ผลการตั้งครรภ์ที่ยอมรับได้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแก้หมั้นผ่านกล้อง⁹ และการใช้หุ่นยนต์ผ่าตัด¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cha และคณะ¹¹ และสามารถทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอกได้¹² จึงช่วยลดค่าใช้จ่าย เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณกัญญา สลิตแก้ว ที่ช่วยดูแลและช่วยติดตามผู้รับบริการก่อนและหลังการแก้หมั้น และคุณสินวล ทาแย ที่ช่วยดูแลและบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ในห้องผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Limpapayom G. Microsurgery Gynecology. Chulalongkorn university printing. 1992.
2. Rimdusit P. Infertility factor from Tubal cause. First ed. Bangkok: Khawfang printing 1990;93-112.
3. Chi IC JD. Incidence Risk Factor, and Prevention of Poststerilization Regret in Women: an Updated International Review from an Epidemiological Perspective. *Obstet Gynecol Surv* 1994;46(10):722-32.
4. Pattanapreechakul S. The results of tubal reversal in mother and child hospital in Yala. *Thailand J of Health Promot environ* 1997(4):10-20.
5. Kim SH SC, Kim JG, Moon SY, et al. Microsurgical reversal of tubal sterilization a report on 1118 cases. *Fertil Steril* 1997;68(5):865-70.
6. M. J. Pregnancy Rates After Tubal Reversal At Chapel Hill Tubal Reversal Center Tubal Reversal Study 2007 Report 2007.
7. Gordts S, Campo R, Puttemans P, et al. Clinical factors determining pregnancy outcome after microsurgical tubal reanastomosis. *Fertil Steril* 2009;92(4): 1198-202.
8. Practice Committee of the American Society for Reproductive M. Role of tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: a committee opinion. *Fertil Steril* 2015;103(6):e37-43.
9. Wiegerinck MA, Roukema M, van Kessel PH, et al. Sutureless re-anastomosis by laparoscopy versus microsurgical re-anastomosis by laparotomy for sterilization reversal: a matched cohort study. *Hum Reprod* 2005;20(8):2355-8.
10. Dharia Patel SP, Steinkampf MP, Whitten SJ, et al. Robotic tubal anastomosis: surgical technique and cost effectiveness. *Fertil Steril* 2008;90(4):1175-9.
11. Cha SH, Lee MH, Kim JH, et al. Fertility Outcome after Tubal Anastomosis by Laparoscopy and Laparotomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8(3):348-52.
12. Slowey MJ CC. Microsurgical tubal anastomoses performed as an outpatient procedure by minilaparotomy are less expensive and as safe as those performed as an inpatient procedure. *Fertil Steril* 1998;69(3):492-5.