

การแก้ไขการเป็นหมัน

กอบจิตต์ ลิมปพยอม*
บรรพต บุญศิริ**

การทำหมันด้วยวิธีการตัดหลอดมดลูก เป็นวิธีการที่ได้ออมรับกันทั่วไปแล้วว่า ปลอดภัย ทำง่ายและได้ผลดีที่สุดวิธีหนึ่งสำหรับการวางแผนครอบครัว การตั้งครรภ์ภายหลังการผ่าตัดชนิดนี้ อาจมีได้น้อยกว่าร้อยละหนึ่งเท่าตนเอง รายงานทั่วๆ ไปกล่าวว่าร้อยละ 95 ของสตรีที่ได้รับการทำหมันแบบนี้แล้ว ยังพอใจที่จะให้ความเป็นหมันนั้นคงไว้อย่างถาวร แต่เมื่อได้ปฏิบัติการทำหมันไปแล้วมากๆ ก็พบว่ายังมีสตรีจำนวนหนึ่ง (ถึงแม้จำนวนน้อยมาก) มีปัญหาเกิดขึ้น กลับต้องการให้ได้สภาพความมีบุตรกลับคืนมาอีก ปัญหาดังกล่าวนี้มีมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีในประเทศกำลังพัฒนา⁽⁵⁾ สังคมไทยเราก็กำลังมีการทำหมันแบบนี้กันอยู่มาก แพทย์จึงน่าจะท้อรู้และเข้าใจหลักการผ่าตัดเพื่อแก้ไขการทำหมันไว้ด้วย เพื่อความครบถ้วนของความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว ที่มีทั้ง “เรียนผูก” และ “เรียนแก้”

แนวความคิดการแก้ไขการเป็นหมัน

Kocks ในปี 2421 ได้พยายามผ่าตัดทำให้สตรีเป็นหมันโดยการจี้ cornue ผ่านทาง cervix ต่อมาปี 2424 Lundgren ได้ผูกหลอดมดลูกทั้งสองข้างของสตรีหลังการทำ cesarean

section. Kehler ในปี 2440 ได้แสดงวิธีการผูกหลอดมดลูกทั้งสองข้างโดยผ่านทาง colpotomy

ความคิดริเริ่มในการแก้การทำหมัน ก็ได้เริ่มขึ้นในเวลาไล่เลี่ยกันนั่นเอง ปี พ.ศ.

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

** หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2451 Pearl และคณะรายงานการผ่าตัดต่อหลอดมดลูกไก่อแบบ end-to-end 4 ปีหลังจากนั้น Christian และ Sanderson รายงานการต่อมดลูกแบบ isthmic-isthmic ในผู้หญิง 3 คน นับแต่นั้นก็มีรายงานก้าวหน้าเกี่ยวกับการแก้ไขการเป็นหมันเพิ่มเติมตลอดมา

ในปัจจุบันนี้สูติ-นรีแพทย์ยังต้องมีความรับผิดชอบอย่างสูงในการช่วยทำหมันให้ผู้ป่วย ต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสม กำหนดอายุและจำนวนบุตรของสตรีที่มาขอรับการทำหมัน รวมทั้งมีการกำหนดข้อชี้บ่งโรคทางอายุรกรรม สูติกรรมไว้อย่างชัดเจน และถ้าศึกษาจากแนวโน้มในสังคมต่าง ๆ ทั่วโลกคงจะมีการร้องขอให้แพทย์แก้ไขการเป็นหมันมากขึ้นแน่ ๆ เราทำหมันให้แก่สตรีอายุน้อยลง ๆ นานวันเข้าคู่สมรสเดิมของเขามักมีสันชีวิตลง มีการหย่าร้าง การแต่งงานใหม่กันขึ้น หรือบุตรเสียชีวิตไป และยังมีรายงานจากประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศมาแล้วว่ามีสตรีขอให้แพทย์แก้ไขการเป็นหมันให้จากเหตุผลว่าเศรษฐกิจดีขึ้น หรือเพื่อลดทางด้านจิตใจ

เคยมีผู้สนใจศึกษาสตรีที่ทำหมันไปแล้วจำนวนมาก ๆ ได้ผลว่ามีสตรีร้อยละ 1.3-15

เกิดรู้สึกเสียใจที่ตนเองได้ทำหมันไป สตรีเหล่านี้ส่วนใหญ่มีลูกน้อยกว่า 4 คน และพบมากในพวกที่ทำหมันหลังจากการแท้งบุตร ถ้าศึกษาให้ลึกซึ้งไปอีก สตรีที่มีปัญหาเหล่านี้มักมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับทางจิตใจ เหตุผลทางศาสนา และกลุ่มที่ไม่สามารถจะปรับตัวเองได้ง่ายหลายรายรู้สึกว่สภาพความเป็นหญิงลดน้อยลงลดความสนใจทางเพศ และอาจมีอาการแบบ dysfunctional uteri bleeding และ/หรือ dyspareunia ได้ด้วย⁽⁸⁾

ความพยายามที่จะคิดค้นวิธีการทำหมันเพื่อให้แก้ไขได้ ได้มีความจำเป็นยิ่งขึ้นในระยะหลังๆ เช่นมีการใช้ plastic tubal clips, cornual plugs รัศค้วย silicone band⁽⁹⁾

การผ่าตัดต่อหลอดมดลูก (tuboplasty)

การเลือกสตรีเพื่อทำ tuboplasty : หลักทั่วไปที่แพทย์ควรระลึกถึง คือสุขภาพทั่วไป อายุ เศรษฐฐานะ วิธีทำหมันที่เคยได้รับ และสาเหตุของการเป็นหมัน Rosenfield และ Garcia⁽⁶⁾ ได้แนะนำว่าควรทำ diagnostic laparoscopy ค้วยทุกรายเพื่อดูพยาธิสภาพและความยาวของหลอดมดลูก คุณลักษณะของ fimbria ดูพยาธิสภาพของปีกมดลูกโดยทั่วไปว่ามีการทำลายมากน้อยเพียงใด

วิธีการทำผ่าตัด

Castallo⁽²⁾ ได้ทำ Tubal re-anastomosis ในลิง ในปี 2493 พบว่าถ้าใส่ splint ด้วย polyethylene จะทำให้ได้ผลดี แต่ในปัจจุบัน ได้มีผู้พบว่า การใส่ indwelling splint นี้ จะทำให้เกิด obstruction, fibrosis และ post operative adnexal adhesions^(8,4) และถ้าใส่ splint ไว้นานกว่า 2 สัปดาห์ จะทำให้เกิด distortion ของหลอดมดลูกด้วย

การทำให้หลอดมดลูกติดต่อกันใหม่ หลังจากการที่หลอดมดลูกถูกผูกและตัดทิ้ง อาจใช้วิธีฝังหลอดมดลูกลงในตัวมดลูก หรือ การต่อชนิด end to end ก็ได้ ถึงแม้ว่าเราจะแน่ใจว่าการตัดหลอดมดลูกนั้นส่วนใหญ่เกิดจาก tubal ligation แต่ทุกครั้งก่อนที่จะทำ reanastomosis ควรต้อง evaluate intramural segment ของหลอดมดลูกเสมอ โดยการทำ hysterosalpingogram

CLASSIFICATION OF OPERATIONS

ในการประชุมของ The International Fertility Society ในปี 2517 คณะกรรมการ ซึ่งมี Dr. Reoul Palmer เป็นประธาน ได้ตกลงจัด classification ของการแก้ไขการเป็นหมันดังนี้

- I. Lysis of adhesions (classified according to adnexa with least pathology): salpingolysis and/or ovariolysis and/or ovariolysis
 - A. Mild (less than 1 cm of tube or ovary involved in band or strings)
 - B. Moderate (partially surround tube or ovary)
 - C. Severe (encapsulating peritubal and/or periovarian adhesions)
- II. Fimbrioplasty
 - A. Degglutination and, or dilatation of fimbriae
 - B. By incision of peritoneal ring
- III. Salpingoneostomy (salpingostomy)
 - A. Terminal
 - B. Midampullary
 - C. Isthmic
- IV. Tubo-tubal anastomosis
 - A. Intermural (tubo-cornual anastomosis)

1. Isthmic
 2. Ampullary
- B. Isthmic
1. Isthmic
 2. Ampullary
- C. Ampullary
1. Ampullary
- V. Tubo-uterine implantation
- A. Isthmic
- B. Ampullary
- VI. Combinations
- A. Different operations on right and left tubes
- B. Multiple operations on same tube

การใช้วิธีจุกัลยกรรม สำหรับการ แก้การเป็นหมัน

Kurt Swolin ได้อธิบายวิธีการทำผ่าตัดทางนรีเวชด้วยการใช้กล้องขยายในปี 2509 ต่อมาปี 2513 Victor Gomel ได้ใช้วิธี microsurgical technique ในการแก้ไขการเป็นหมัน^(8,7)

คำว่า Microsurgery มิได้หมายถึงการทำผ่าตัดด้วยกล้องขยายเท่านั้น ยังหมายถึงการปรับปรุงวิธีการต่างๆ ทางศัลยศาสตร์ เพื่อให้

สามารถใช้ได้ดีกับการเชื่อมต่อเนื้อเยื่อเล็กๆ เหล่านี้ด้วย

1. ใช้ความระวังในการ handling tissue ได้แก่ serosa ของหลอดมดลูกต้องใช้มือที่ใส่ถุงมือจับ หรือหลอดแก้วหรือพลาสติก เชี่ยว ไม่ใช่ sharp instrument handling เลย serosa ของ tube ต้องเปียกชื้นเสมอ และใช้ continuous irrigation แทนการ swab ด้วย gauze

2. ใช้ microsurgical instruments และ suture ขนาดเล็กและมีปฏิกิริยาต่ำน้อย

3. ถ้ามีเลือดต้องมีการห้ามเลือดอย่างถี่ถ้วน (meticulous hemostasis) ด้วยการใช้ microelectrode และหรือ microbipolar forceps

4. เย็บ peritoneum ของ mesosalpinx อย่างถูกต้องด้วย suture เล็กๆ

Zeiss OPMI-6 เป็นกล้อง operating microscope ที่ใช้กันแพร่หลายในวงการ gynecologic microsurgery มีกำลังขยายสูง และการปฏิบัติการต่างๆ นี้จะได้ผลดี ศัลยแพทย์หรือแพทย์ผู้ใช้ต้องผ่านการอบรมมาเป็นพิเศษ⁽⁸⁾ ในปัจจุบันได้มีผู้ใช้แว่นขยายที่เรียกว่า Magnifocuser ซึ่งมีกำลังขยายเพียง 1.5-7 เท่าเพื่อการผ่าตัดนี้ พบว่าได้ผลดี การ

ลงทุนสูงกว่า Operating microscope⁽⁵⁾ ซึ่ง
เหมาะกับประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศ
ไทยเรา

วิจารณ์

ปัญหาประชากรในขณะนี้ ส่วนใหญ่
เกือบทั้งหมดต้องการลดจำนวนประชากร แต่
มีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ต้องการเพิ่มจำนวน
บุตร วิธีการแก้การทำหมันน่าจะได้รับความ
สนใจจากสูติ-นรีแพทย์เพิ่มขึ้น เพื่อช่วยแก้ไข
ปัญหาประชากรให้ผู้ป่วยส่วนน้อยเหล่านั้น วิธี
การแก้การเป็นหมันต้องเลือกผู้ป่วย แพทย์ที่ทำ
ต้องได้รับการฝึกพิเศษ มาตรฐานดีและต้องทำ
ผ่าตัดนี้อยู่เสมอ ผลสำเร็จโดยทั่วไป ได้
ประมาณร้อยละ 30 และโดยวิธีจุกัลยกรรม
ร้อยละ 70⁽⁵⁾

ในประเทศไทย ที่ภาควิชาสูติศาสตร์-
นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย มีผู้มาขอรับการแก้หมันประมาณ
4-6 คนต่อเดือน และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้น
เรื่อย ๆ เพราะผู้ที่มาขอรับบริการการทำหมันมี
อายุน้อยลง ๆ⁽¹⁾ ฉะนั้นปัญหานี้จึงเป็นปัญหา
ประชากรที่นับวันก็แต่จะทวีความสำคัญขึ้น จึง
น่าจะมีการตั้งเป็นศูนย์ที่รับปรึกษา เพื่อ
ประโยชน์ในการช่วยแก้ปัญหานี้ และควบคุม
มาตรฐานการแก้ไข สูติ-นรีแพทย์ควรคำนึง
ไว้เสมอว่าการแก้ไขการเป็นหมันนี้ ไม่ควร
บอกให้ผู้มารับบริการการทำหมันทราบแต่แรก
เป็นอันขาด ควรเป็นเพียงแต่การบริการอัน
หนึ่งที่เตรียมพร้อมไว้สำหรับช่วยเหลือในราย
ที่จำเป็นเพื่อความสมบูรณ์ในท่านโครงการ
วางแผนครอบครัวของสังคมไทยเท่านั้น

อ้างอิง

1. กอบจิตต์ ลิมปพยอม และคณะ : ข้อมูลที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์
2. Castallo MA : Eperimental recaualization of fallopian tubes in Macacus rhesus monkey. *Fertil. Steril J.* 1 : 435, 1950
3. Paterson P., Wood C., : The use of microsurgery in the reanastomsis of fallopian tubes, *J. Reprod Med.* 17 : 257, 1976.
4. Phillips, Jordon M. : Introduction to gneecology microsurgery : microsurgery in gynecology, American Association of Gynecologic Laparospists, Christan Board of Publication, St. Louis, Missouri
5. Rock, J.D., Personnal communication.
6. Rosenfeld DL, Garcia CRL : Laparoscopy prior to tubal reanastomosis. *J. Reprod Med.* 17 : 247, 1976.
7. Swolin K., : Experimental studies on the prophylaxis of post operative intra abdominal adhesion : Studies on the rat with one emulsion of lipid and prednisolone. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 45 : 473, 1966.
8. Schwyhart WR, Kutner SJ : A reanalysis of female reaction to contraceptive Sterilization. *Nevr. Ment. Dis.* 156 : 354, 1973
9. Yoon IB, King TM., The laparoscopic Falope technique, *Adv. Plan Par* 10 : 154, 1975.