

ภาวะเอนโดเมทริโอสิสในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ศรีสุดา ไทยเลิศ, ภิศก ลุมพิกานนท์, เมธา ทรงธรรมวัฒน์

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Endometriosis in Srinagarind Hospital

Srisuda Thailert, Pisake Lumbiganon, Metha Songthamwattana

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

หลักการและเหตุผล: ภาวะเอนโดเมทริโอสิสเป็นภาวะทางนรีเวชที่พบได้ค่อนข้างบ่อยแต่ยังไม่เคยมีรายงานเกี่ยวกับความชุกและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะนี้จากภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์: 1. ศึกษาความชุกของภาวะเอนโดเมทริโอสิสในผู้ป่วยในแผนกนรีเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส ในด้านอาการ อาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ความรุนแรงของพยาธิสภาพ ตลอดจนการรักษาและผลการรักษา

ชนิดของการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยในแผนกนรีเวช คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2534 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2535 จำนวน 3626 ราย

ตัววัดที่สำคัญ: ความชุกของภาวะเอนโดเมทริโอสิสในผู้ป่วยในแผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย อาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ความรุนแรงของพยาธิสภาพ การติดตามผลการรักษาและผลการรักษา

ผลการวิจัย: ความชุกของภาวะเอนโดเมทริโอสิสเป็นร้อยละ 8.6 ของผู้ป่วยในแผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยแบ่งออกเป็นเอนโดเมทริโอสิสเอ็กเทอรนา ร้อยละ 3.1 แอดิโอไมโยสิส ร้อยละ 3.1 พบทั้งสองชนิดร่วมกันร้อยละ 0.8 และที่พบร่วมกับภาวะอื่นร้อยละ 1.6 ในกลุ่มเอนโดเมทริโอสิสอินเทอรนา พบว่ามีอายุเฉลี่ย 43.9 ปี อาการที่พบบ่อยได้แก่ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (ร้อยละ 42.9) ปวดท้องน้อยเรื้อรัง (ร้อยละ 33.9) และปวดกระดูก (ร้อยละ 21.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกและตอบสนองต่อการรักษาดี ในกลุ่มเอนโดเมทริโอสิสเอ็กเทอรนา พบมีอายุเฉลี่ย 32.5 ปี ส่วนใหญ่ยังไม่มียบุตร (ร้อยละ 54.4) อาการที่พบบ่อยได้แก่ มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 46.5) ปวดกระดูก (ร้อยละ 44.7) พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบที่บริเวณรังไข่ (ร้อยละ 52.6) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 42.1) ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบ conservative (ร้อยละ 74.2) ผู้ป่วยร้อยละ 30.7 ได้รับการรักษาโดยให้ยาฮอร์โมน และร้อยละ 15.8 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาฮอร์โมน ผู้ป่วยส่วนใหญ่

Background: Endometriosis is a relatively common gynecological condition. There was no report related to the prevalence and description in the northeast region of Thailand.

Objectives: 1. To assess the prevalence of endometriosis in inpatient unit of Obstetric - Gynecology department of Srinagarind hospital.

2. To assess the characteristics of endometriotic patients regarding clinical manifestations, results of investigations, modalities of treatment and results .

Design: A descriptive study.

Setting: Srinagarind hospital, Khon Kaen University. Subjects: 3,626 gynecologic patients who were admitted to Srinagarind hospital from January 1 , 1991 to December 31, 1992.

Main Outcome Measures: The prudent indicators used in this study were the prevalence of endometriosis, clinical manifestation, results of investigations, modalities and result of treatment.

Results: The prevalence of endometriosis in Srinagarind hospital during the study period was 8.6 % which consisted of 3.1% endometriosis externa, 3.1% adenomyosis, 0.8% combined and 1.6% with other diseases. In the adenomyosis group, this study revealed the mean age of 43.9 years. The most common presenting symptoms were abnormal vaginal bleeding (42.9%), chronic pelvic pain (33.9%) and dysmenorrhea (21.4%). Most of the patients were treated by hysterectomy. The results of therapy were good, 99.1% of patients had no symptoms and normal pelvic examination. In the endometriosis externa group, this study revealed the mean age of 32.5 years, most of patients (54.4%) were nullipara. The most common presenting symptoms were infertility (46.5%) and dysmenorrhea (44.7%). Most of the pathology were found in ovaries (52.6%). Forty two percents of the patients were treated by surgery , in which 74.2% were conservative surgery. Other patients were treated by hormonal therapy and combined hor-

(ร้อยละ 76.3) ไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สรุป: ภาวะเอนโดเมทริโอสิสเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยในของแผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องก่อนการผ่าตัดน้อยผลการรักษาโดยเฉพาะในกลุ่มเอนโดเมทริโอสิสเอ็กเทอรนา ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้ เนื่องจากการขาดการติดตามการรักษาของผู้ป่วย ส่วนในกลุ่มเอนโดเมทริโอสิสอินเทอรนา มีผลการรักษาที่ดี

monal-surgical therapy in 30.7% and 15.8% respectively. Most of the patients (76.3%) were lost follow up.

Conclusions: Endometriosis is a common disease in Gynecologic inpatient unit of Srinagarind hospital. The results of therapy especially in adenomyosis group was quite effective but there was a high rate of lost follow up in endometriosis externa group so the success rate of treatment could not be accurately evaluated .

ศรีนครินทร์เวชสาร 2540; 12(3), 129-138 • Srinagarind Med J 1997; 12(3), 129-138

บทนำ

ภาวะเอนโดเมทริโอสิสเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับสตรีจำนวนมาก และเป็นปัญหาทั้งทางด้านการวินิจฉัยของแพทย์ และการดูแลรักษา เนื่องจากโรคดังกล่าวมีอาการ และอาการแสดงที่แปรปรวนมาก การวินิจฉัยที่แน่นอนก่อนการผ่าตัดต้องอาศัยการส่องกล้องตรวจบริเวณอุ้งเชิงกราน การรักษาก็ต้องใช้ยาที่มีราคาแพง และติดตามการรักษาเป็นระยะเวลานาน แต่ผู้วิจัยพบว่าข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยด้วยโรคนี้ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์และของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังไม่ได้มีการศึกษาอย่างจริงจัง การมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยก็ค่อนข้างน้อย และโอกาสได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็ทำได้ค่อนข้างยาก จึงได้ทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาได้มองเห็นภาพรวมของผู้ป่วยโรคนี้ได้ดีขึ้น สามารถให้คำแนะนำ และให้การรักษาแก่ผู้ป่วยได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเอนโดเมทริโอสิสของผู้ป่วยในแผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสในแง่ของข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ความรุนแรงของพยาธิสภาพ ตลอดจนการรักษาและผลการรักษา

วิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยในแผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2534 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม

พ.ศ. 2535 ในกลุ่มที่มีผลทางพยาธิวิทยา หรือผลการส่องกล้องตรวจบริเวณอุ้งเชิงกรานเป็น เอนโดเมทริโอสิส

ลักษณะตัวอย่างที่เลือกเข้าทำการศึกษา

ผู้ป่วยในแผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงเวลาข้างต้นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเอนโดเมทริโอสิสจากการส่องกล้องตรวจหรือจากผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด

ลักษณะตัวอย่างที่เลือกออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถค้นทะเบียนประวัติได้ครบถ้วน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิสร่วมกับภาวะอื่นๆ เนื่องจากอาจมีอาการแสดงทางคลินิกที่คล้ายกัน ซึ่งมีผลกับการวิเคราะห์ข้อมูลได้

วิธีการ

ทำการบันทึก อาการ อาการแสดง ผลการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม การรักษา การมาติดตามผลการรักษา และผลการรักษา นำมาคำนวณ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลในทะเบียนประวัติ และผลพยาธิวิทยาของผู้ป่วยใน แผนกนรีเวชของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2534 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2535 มีผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 3626 ราย พบว่ามีภาวะเอนโดเมทริโอสิสจำนวน 313 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6 ของผู้ป่วยในทั้งหมด โดยแบ่งเป็น

- ภาวะเอนโดเมทริโอสิส จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 ของผู้ป่วยใน
- ภาวะแอดิโนมายโอสิส จำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 ของผู้ป่วยใน

- ภาวะเอนโดเมทริโอสิส ร่วมกับแอดิโนมายโอสิส จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 ของผู้ป่วยใน
- ภาวะเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับภาวะอื่นๆ จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 ของผู้ป่วยใน
- ภาวะที่พบร่วม ได้แก่ myoma uteri 25 ราย เป็นร้อยละ 42.3, CA cervix 17 ราย เป็นร้อยละ 28.8, ovarian tumor 13 ราย เป็นร้อยละ 22.0, CA corpus 4 ราย เป็นร้อยละ 6.8, มีผู้ป่วย 22 รายที่ไม่สามารถค้นเวชระเบียนได้ คิดเป็นร้อยละ 7 ของผู้ป่วยในทั้งหมด

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

1. อายุ

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส มีอายุเฉลี่ย 32.5 ปี (19 - 47 ปี) ช่วงอายุที่พบบ่อย 30 - 39 ปี

ผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิส มีอายุเฉลี่ย 43.9 ปี (25 - 67 ปี) ช่วงอายุที่พบบ่อย 40 - 49 ปี

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส มีอายุเฉลี่ย 39.6 ปี (27 - 57 ปี) ช่วงอายุที่พบบ่อย 30 - 39 ปี

2. จำนวนการตั้งครรภ์

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส มีจำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 1.1 ครั้ง (0-10 ครั้ง) ส่วนใหญ่จำนวน 62 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 54.4 ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน จำนวนการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ 1 ครั้ง มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7

ผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิส มีจำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 3.8 ครั้ง (0-15 ครั้ง) ตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ 3 ครั้ง มีจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.6

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส มีจำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 2.2 ครั้ง (0 - 7 ครั้ง) การตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ 1 ครั้ง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.3

3. ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.5 ระดับปริญญาหรือเทียบเท่าจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.4 ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.3

ผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิส ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.5 ระดับปริญญาหรือเทียบเท่าจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.8

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.3

4. อาชีพ

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับ

ราชการมีจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3 เกษตรกรจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.1 ค้าขาย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.3 รับจ้าง จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7

ผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิส ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.2

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7

5. วิธีการคุมกำเนิด

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส ส่วนใหญ่จำนวน 100 ราย ไม่เคยคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 87.7 คุมกำเนิดถาวรโดยการทำหมันหญิงจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1

ผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิส ส่วนใหญ่ จำนวน 58 ราย ไม่เคยคุมกำเนิดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 51.8 คุมกำเนิดถาวรโดยการทำหมันหญิง จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส คุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.

6. อาการแสดงของผู้ป่วย (คิดร้อยละจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละกลุ่ม)

6.1 อาการของผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส (ผู้ป่วยแต่ละรายมีได้หลายอาการ)

อาการที่พบบ่อยคือ มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.5 ปวดระดู จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.7 ปวดท้องน้อยเรื้อรัง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.8 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดู เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ มีจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 และมีอาการสองในสามอย่างดังกล่าวมีจำนวน 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.1 และอาการอื่นๆ อีกร้อยละ 25.4

6.2 อาการของผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิส (ผู้ป่วยแต่ละรายมีได้หลายอาการ)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 ปวดท้องน้อยเรื้อรังมีจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.9 ปวดระดูมีจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 มดลูกหย่อน จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 และอาการอื่นๆ ร้อยละ 19.7

6.3 อาการของผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส (ผู้ป่วยแต่ละรายมีได้หลายอาการ)

ผู้ป่วยจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีอาการปวดระดู มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.3 คลำก้อนได้ในช่องท้อง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุจำนวน

6 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 และอาการอื่นๆ ร้อยละ 10.8 (ตารางที่ 1)

7. การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน

การรักษาในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิส ส่วนใหญ่รับประทานยาบรรเทาปวด จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.1 เคยรักษาภาวะมีบุตรยาก จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.8 เคยรักษาภาวะเอนโดเมทริโอซิสมาก่อน จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.0 และอื่นๆ ร้อยละ 0.9

การรักษาในผู้ป่วยแอดิโนมายโอซิส ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.3 และอื่นๆ ร้อยละ 1.8

การรักษาในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิสร่วมกับแอดิโนมายโอซิส รับประทานยาบรรเทาปวดจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.7 ผ่าตัดจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1 และอื่นๆ ร้อยละ 3.6

8. ผลการตรวจภายใน

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจภายในทุกราย ยกเว้นในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิสไม่ได้รับการตรวจภายใน 1 ราย เนื่องจากได้รับการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์เพราะวินิจฉัยโรคเบื้องต้นเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (ตารางที่ 2)

9. ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงบริเวณอุ้งเชิงกราน

9.1 ผลตรวจในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิส ผู้ป่วยได้รับการตรวจทั้งหมด 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.1 ผลการตรวจพบก้อนที่รังไข่จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.8 ตรวจพบมดลูกโตจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 ตรวจพบมดลูกโตและมีก้อนที่รังไข่จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 และตรวจปกติจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.2

9.2 ผลตรวจในผู้ป่วยแอดิโนมายโอซิส ผู้ป่วยได้รับการตรวจทั้งหมด 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 ผลการตรวจพบมดลูกโตจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 ตรวจพบก้อน

ตารางที่ 1 อาการแสดงของผู้ป่วย

อาการ	เอนโดเมทริโอซิส จำนวน (ร้อยละ)	แอดิโนมายโอซิส จำนวน (ร้อยละ)	สองภาวะร่วมกัน จำนวน (ร้อยละ)
ปวดระดู	51 (44.7)	24 (21.4)	12 (42.9)
เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์	15 (13.2)	1 (0.9)	1 (3.6)
มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ	53 (46.5)	6 (5.4)	6 (21.4)
ปวดท้องน้อยเรื้อรัง	26 (22.8)	38 (33.9)	11 (39.3)
มีก้อนในช่องท้อง	16 (14.0)	9 (8.0)	7 (25.0)
เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	8 (7.0)	48 (42.9)	7 (25.0)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจภายในโดยรวม

ผลการตรวจ	เอนโดเมทริโอซิส 113 คน จำนวน (ร้อยละ)		แอดิโนมายโอซิส 112 คน จำนวน (ร้อยละ)		สองภาวะร่วมกัน 28 คน จำนวน (ร้อยละ)	
	ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ	ผิดปกติ
มดลูก	89 (78.8)	24 (21.2)	17 (15.2)	95 (84.8)	6 (21.4)	22 (78.6)
ปีกมดลูก	79 (69.9)	34 (30.1)	108 (96.4)	4 (3.6)	26 (92.9)	2 (7.1)
Cul-de-sac	107 (94.7)	6 (5.3)	110 (98.2)	2 (1.8)	26 (92.9)	2 (7.1)
RV examination*	-	3 (2.7)	-	-	-	-

*ผู้ป่วยได้รับการตรวจและบันทึกข้อมูลไว้เพียง 3 ราย

ที่รังไข่จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ผลการตรวจพบมดลูกโตและมีก้อนที่รังไข่จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5

9.3 ผลตรวจในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส ผู้ป่วยได้รับการตรวจทั้งหมด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ผลการตรวจพบมดลูกโตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 ตรวจพบก้อนที่รังไข่จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 และผลการตรวจปกติจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3

10. ผลการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

9.1 ผลการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสสามารถวินิจฉัยถูกต้องจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.1 รองลงมาวินิจฉัยเป็นภาวะมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.1

10.2 ผลการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นในผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิส ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 58 รายได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Myoma uteri คิดเป็นร้อยละ 51.8 มดลูกหย่อนจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.1 สามารถวินิจฉัยถูกต้องมีแค่ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3

10.3 ผลการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิส ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Myoma uteri จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.6 สามารถวินิจฉัยถูกต้องก่อนผ่าตัดจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.9 (ตารางที่ 3)

11. ผลการส่องตรวจอวัยวะในอุ้งเชิงกรานโดยกล้อง Laparoscope

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสได้รับการส่องกล้อง 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.9 ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิสร่วมกับแอดิโนมายโอสิสได้รับการส่องกล้องตรวจ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.6 ซึ่งพบมีพยาธิสภาพที่ uterosacral ligament ส่วนผู้ป่วยแอดิโนมายโอสิสไม่มีรายใดได้รับการส่องกล้อง

ผลการส่องตรวจอวัยวะในอุ้งเชิงกรานโดยใช้กล้อง Laparoscope ในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอสิส ตรวจพบความผิดปกติที่มดลูก 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 รังไข่ 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 cul-de-sac 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.4 uterosacral ligament 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.9 หลอดมดลูก 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.2 broad ligament 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 (ผู้ป่วยหนึ่งรายมีความผิดปกติหลายแห่ง)

ผลคะแนนรวมตาม AFS score จากการส่องกล้องตรวจ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงได้ดังนี้

ระดับความรุนแรงเล็กน้อย (minimal degree) จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.0

ระดับความรุนแรงน้อย (mild degree) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2

ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate degree) จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.2

ตารางที่ 3 ผลการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

การวินิจฉัยโรค	เอนโดเมทริโอสิส จำนวน (ร้อยละ)	แอดิโนมายโอสิส จำนวน (ร้อยละ)	สองภาวะร่วมกัน จำนวน (ร้อยละ)
เอนโดเมทริโอสิส	40 (35.1)	3 (2.7)	2 (7.1)
แอดิโนมายโอสิส	0	7 (6.3)	3 (10.7)
มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ	32 (28.1)	0	0
ปวดท้องน้อยเรื้อรัง	4 (3.5)	2 (1.8)	1 (3.6)
Myoma uteri	9 (7.9)	58 (51.8)	15 (53.6)
มดลูกหย่อน	2 (1.8)	27 (24.1)	1 (3.6)
เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	0	10 (8.9)	0
ก้อนที่รังไข่	22 (19.3)	2 (1.8)	6 (21.4)
รวม	114 (100)	112 (100)	28 (100)

ระดับความรุนแรงมาก (severe degree) จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7

12. พยาธิสภาพโดยรวมของเอนโดเมทริโอซิส

ผลการตรวจพยาธิสภาพของผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 114 ราย พบพยาธิสภาพที่รังไข่ 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.6 cul-de-sac 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.1 หลอดมดลูก 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.2 uterosacral ligament 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3 มดลูก 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 broad ligament 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 และ inguinal area 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9

การแบ่งความรุนแรงของเอนโดเมทริโอซิสโดยรวมตาม AFS score เป็นดังนี้

ระดับความรุนแรงเล็กน้อย (minimal degree) จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.9

ระดับความรุนแรงน้อย (mild degree) จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9

ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate degree) จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.0

ระดับความรุนแรงมาก (severe degree) จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.2

13. การรักษาและผลการรักษา

13.1 การรักษาผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิส

พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.1 ได้รับการรักษาโดยใช้ยาฮอร์โมน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.7 และได้รับการรักษาทั้งสองวิธี 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.8 มีผู้ป่วยจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.4 ที่ไม่มาติดตามการรักษาหลังจากส่งกล้องตรวจ

13.1.1 การรักษาโดยใช้ยาฮอร์โมน ทั้งหมด 53 ราย พบดังข้อมูลต่อไปนี้

ชนิดของยาฮอร์โมน (ผู้ป่วยได้รับยาครบตามกำหนด จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาฮอร์โมน) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- Danazol จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.1
- DMPA จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.8
- Buserelin จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.3
- Danazol แล้วเปลี่ยนเป็น DMPA จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9
- DMPA แล้วเปลี่ยนเป็น Buserelin จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9

ระยะเวลาในการให้ยาฮอร์โมน 1-12 เดือน เฉลี่ย 2.6 เดือน โดยมีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

DMPA ระยะเวลาในการรักษา 0-9 เดือน มีผู้ป่วย 5 ใน 19 รายที่ได้ยาครบ

ภาวะแทรกซ้อนพบมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 1 ราย คลื่นไส้อาเจียน 1 ราย

Danazol ระยะเวลาในการรักษา 1-10 เดือน มีผู้ป่วย 10 ใน 26 รายที่ได้ยาครบ

ภาวะแทรกซ้อนที่พบมีเป็นสิวมาก 3 ราย ปวดศีรษะ 2 ราย หงุดหงิด 1 ราย เสี่ยงเปลี่ยน 1 ราย น้ำหนักตัวเพิ่ม 1 ราย

Buserelin ระยะเวลาในการรักษา 1-6 เดือน มีผู้ป่วย 2 ใน 4 รายที่ได้ยาครบ

ไม่มีรายงานภาวะแทรกซ้อน

13.1.2 การรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งหมด 66 ราย พบข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิธีการผ่าตัด -การผ่าตัดแบบ conservative จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.2

- การผ่าตัดแบบ radical จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.8

2. ชนิดของการผ่าตัด ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด ovarian cystectomy และ appendectomy 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 unilateral SO 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.2

13.1.3 ผลการรักษาในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิส ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาจนครบมีจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.7 โดยพบว่าผู้ป่วยตั้งครรรภ์จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.1 โดยผู้ป่วย 1 รายตั้งครรรภ์เองหลังผ่าตัดแบบ conservative ไป 1 ปี อีก 1 รายตั้งครรรภ์หลังผ่าตัดร่วมกับใช้ assisted reproductive technology และผู้ป่วยรายสุดท้ายตั้งครรรภ์หลังได้รับยาฮอร์โมนร่วมกับใช้ assisted reproductive technology

ในกลุ่มที่มาติดตามการรักษามีทั้งหมด 27 ราย พบว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการผิดปกติ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.1 มีผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.8 โดยพบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Danazol 2 ราย และได้รับยา DMPA ร่วมกับ Buserelin 1 ราย ซึ่งต่อมาทั้งสามรายได้รับการผ่าตัดแบบ radical ผู้ป่วยรายสุดท้ายได้รับยา DMPA ต่อไปอีกและไม่มาติดตามการรักษาในเวลาต่อมา

ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาทั้งสิ้น 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.3 โดยไม่มาติดตามการรักษาหลังการส่งกล้องตรวจบริเวณอุ้งเชิงกราน 13 ราย และในระหว่างการรักษา 74 ราย

13.2 การรักษาผู้ป่วยแอดิโนมายโอซิส

พบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบว่าได้รับการผ่าตัดแบบ radical ทั้งหมด

1. ชนิดของการผ่าตัด ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด hysterectomy 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7 และ hysterectomy

tomy, bilateral salpingo-oophorectomy, appendectomy จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.6

2. ผลการรักษา

จากการตรวจติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมาติดตามการรักษา 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.3 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและตรวจภายในปกติ 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.1 และอีกรายที่เหลือมีอาการปวดท้องเล็กน้อย ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาหลังผ่าตัด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7

13.3 การรักษาในผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิสร่วมกับแอดิโนมายโอซิส

พบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ radical ทุกราย มีผู้ป่วยได้รับยาฮอร์โมน DMPA หลังการผ่าตัด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3

1. ชนิดของการผ่าตัด

พบว่าโดยมากได้รับการผ่าตัด hysterectomy, unilateral salpingo-oophorectomy 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.3 ส่วน hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, appendectomy 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 25

2. ผลการรักษา

ผลการรักษาหลังจากตรวจติดตามหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมาติดตามการรักษา 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.1 ไม่มาติดตามการรักษา 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.7 ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาใกล้บ้าน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1 ในกลุ่มที่มาติดตามการรักษาพบว่าไม่มีอาการผิดปกติและตรวจภายในปกติ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

วิจารณ์

จากการศึกษาพบความชุกของเอนโดเมทริโอซิสร้อยละ 8.6 โดยแบ่งเป็นเอนโดเมทริโอซิส ร้อยละ 3.1 และแอดิโนมายโอซิส ร้อยละ 3.1 ทั้งสองภาวะร่วมกันร้อยละ 0.8 และพบร่วมกับภาวะอื่นๆ ร้อยละ 1.6 ซึ่งพบน้อยกว่าจากรายงานอื่นๆ ซึ่งพบความชุกของเอนโดเมทริโอซิสร้อยละ 4-17^{1,2} ของผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ทำเฉพาะในผู้ป่วยในเท่านั้นและมีพบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทำให้ไม่ได้นำมาศึกษาด้วย ส่วนในภาวะแอดิโนมายโอซิสที่มีรายงานความชุกทั่วไปมากกว่าในรายงานนี้อาจเนื่องจากแนวการปฏิบัติของพยาธิในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มักนิยมตัดชิ้นเนื้อมดลูกเพียง 1 ถึง 2 ชิ้น ถ้าไม่พบพยาธิสภาพที่สงสัยซึ่งอาจทำให้โอกาสที่จะวินิจฉัยโรคลดลง³

กลุ่มอายุที่พบมีความแตกต่างกันชัดเจนโดยภาวะแอดิโน-

มายโอซิสจะพบในช่วงอายุ 40-49 ปีบ่อยที่สุดและมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 43.9 ปี ในขณะที่กลุ่มเอนโดเมทริโอซิสจะพบในช่วงอายุน้อยกว่าโดยพบบ่อยที่สุดช่วง 30-39 ปี และมีอายุเฉลี่ย 32.5 ปี ซึ่งก็สอดคล้องกับรายงานอื่นๆ^{4,5} ในด้านจำนวนบุตรก็มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยแอดิโนมายโอซิส ร้อยละ 94.6 มีบุตรแล้วและมีจำนวนร้อยละ 31.2 ที่มีบุตร 5 คนขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มเอนโดเมทริโอซิสกลับพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 54.4 ที่ยังไม่เคยมีบุตร ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมีบุตรยากจากภาวะเอนโดเมทริโอซิส

การประกอบอาชีพ และระดับการศึกษา จากข้อมูลที่พบจะเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยแอดิโนมายโอซิสส่วนใหญ่ร้อยละ 70.5 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 48.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มเอนโดเมทริโอซิสนั้นมีเพียงร้อยละ 39.5 ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีถึงร้อยละ 44.7 ที่สำเร็จการศึกษาเกินระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 26.3 ประกอบอาชีพรับราชการ ถึงแม้เรื่องการศึกษาไม่ได้เก็บข้อมูลรายได้ของผู้ป่วยแต่จากข้อมูลที่ได้ก็อาจพอสรุปได้ว่าภาวะเอนโดเมทริโอซิสน่าจะพบในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐฐานะดีกว่ากลุ่มแอดิโนมายโอซิสดังเช่นที่เคยมีรายงานไว้⁶

ผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิส มักมาพบนรีแพทย์ด้วยอาการมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 46.5 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานโดยส่วนใหญ่ที่พบประมาณร้อยละ 20-40¹ มีอาการปวดระดูร้อยละ 44.7 ซึ่งน้อยกว่ารายงานของ Kresch AJ และคณะ⁷ สำหรับอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์พบร้อยละ 13.2 มากกว่ารายงานอื่นๆ ที่พบเพียงร้อยละ 6⁸ หากพิจารณาในกลุ่มที่มีอาการเด่นของโรคซึ่งได้แก่ ปวดระดู เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุจะพบเพียงร้อยละ 13.2 ของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ถ้าพิจารณาอาการ 2 ใน 3 ข้างต้นพบถึงร้อยละ 71.1

ในกลุ่มแอดิโนมายโอซิสพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 42.9 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่นๆ³

ผลการตรวจภายในพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิสจะตรวจไม่พบความผิดปกติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยถูกละเลยการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยเชื่อแต่เพียงผลการตรวจภายในที่ปกติจะทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง

ผู้ป่วยกลุ่มเอนโดเมทริโอซิสที่มีผลการตรวจภายในผิดปกตินั้น ตรวจพบมีก้อนที่ปีกมดลูก (ร้อยละ 19.3) นอกจากนี้มีการตรวจพบการกดเจ็บที่ปีกมดลูกร้อยละ 8.8 ดังนั้นหากตรวจพบลักษณะดังกล่าวร่วมกับอาการปวดท้องน้อยหรือปวดระดู ควรต้องนึกถึงภาวะเอนโดเมทริโอซิสไว้ด้วย

เสมอ สำหรับการตรวจทาง rectovagina นั้นพบว่าได้รับการตรวจเพียงร้อยละ 2.7 เท่านั้น เป็นผลให้การตรวจพบความผิดปกติน้อยกว่าที่เคยมีรายงานไว้ ในส่วนนี้ก็ถือเป็นจุดบกพร่องที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยนรีแพทย์ควรให้ความใส่ใจในการตรวจทาง rectovagina มากขึ้น สำหรับผู้ป่วยแอดิโนมายโอซิสส่วนใหญ่จะตรวจพบมดลูกมีขนาดโตขึ้น (ร้อยละ 60.7)

ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงบริเวณอุ้งเชิงกรานพบว่าผู้ป่วยเอนโดเมทริโอซิสได้รับการตรวจร้อยละ 21.1 ซึ่งส่งตรวจเพราะมีก้อนในอุ้งเชิงกราน จะเห็นได้ว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับการวินิจฉัยเป็นเอนโดเมทริโอซิสหรือแอดิโนมายโอซิสเพิ่มหลังการตรวจเลย สอดคล้องกับรายงานส่วนใหญ่ที่พบว่าการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงบริเวณอุ้งเชิงกรานไม่ได้มีประโยชน์ทุกราย^{9,10}

ผลการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ในภาวะเอนโดเมทริโอซิสพบว่าได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดเพียงร้อยละ 35.1 เท่านั้น ซึ่งมากกว่ารายงานของ Azziz R¹¹ ที่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดร้อยละ 20 แต่น้อยกว่ารายงานของ Lee NC⁴ ที่วินิจฉัยได้ถึงร้อยละ 47 ส่วนอีกร้อยละ 64.9 ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดเป็นโรคอื่น เช่น myoma uteri ร้อยละ 7.9 ก้อนที่รังไข่ ร้อยละ 19.3 ในทำนองเดียวกับในภาวะแอดิโนมายโอซิสที่วินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้เพียงร้อยละ 6.3 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานโดยทั่วไป^{12,13,14,15} ที่สามารถวินิจฉัยได้ร้อยละ 2 - 26 แต่น้อยกว่าของ Lewinski H และ Emge LA¹² ที่วินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดถึงร้อยละ 65 - 70 โดยการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดมักได้แก่ myoma uteri (ร้อยละ 51.8) ซึ่งบ่งบอกถึงอาการและอาการแสดงทางคลินิกของโรคที่ไม่จำเพาะ และส่วนนี้อาจเกิดจากการตระหนักถึงภาวะนี้ของนรีแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาที่มีน้อยเกินไป

ตำแหน่งของรอยโรคเอนโดเมทริโอซิสที่พบบ่อยที่สุดคือรังไข่ ร้อยละ 52.6 รองลงมาเป็นที่บริเวณ cul-de-sac ร้อยละ 35.1 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์¹⁶ ระดับความรุนแรงของโรคยึดหลักตาม AFS classification พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของรอยโรคระดับปานกลาง ร้อยละ 36.0 รองลงมา มีระดับความรุนแรงเล็กน้อย ร้อยละ 28.9

ผู้ป่วยแอดิโนมายโอซิสได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกออกทุกราย ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มเอนโดเมทริโอซิสร้อยละ 42.1 ได้รับการผ่าตัด และเป็นการผ่าตัดแบบ conservative เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่เหลือร้อยละ 30.7 ได้รับการใช้ยาฮอร์โมนรักษา และร้อยละ 15.8 ได้รับการรักษาทั้งสองวิธีร่วมกัน ซึ่งก็สอดคล้องกับอาการส่วนใหญ่ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์คือการมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุจึงให้การรักษา

แบบ conservative ก่อนแม้ว่าจากพยาธิสภาพส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง การเลือกวิธีการผ่าตัดในการศึกษานี้ การทำ ovarian cystectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบ conservative พบว่ามีการผ่าตัดได้ตั้งร่วมด้วยร้อยละ 22.7 ซึ่งค่อนข้างสูง ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นการไม่เหมาะสม ที่ทำผ่าตัดร่วมกัน เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีรายงานไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ตั้งร่วมด้วยในการผ่าตัดแบบ conservative แต่ก็ไม่ได้รับประกันว่าจะไม่เกิดเยื่อพังผืดที่บริเวณอุ้งเชิงกรานและรอบๆ หลอดมดลูกได้ อันจะส่งผลทำให้ลดการเจริญพันธุ์¹⁷ และจากการศึกษาของ Malinak LR¹⁸ พบว่ามีพยาธิสภาพที่ได้ตั้งร่วมด้วยน้อยกว่าร้อยละ 3 และแนะนำให้ตัดได้ตั้งเฉพาะมองเห็นรอยโรคชัดเจนเท่านั้น

ผู้ป่วยร้อยละ 11.4 ไม่มาติดตามการรักษาหลังการส่องกล้องบริเวณอุ้งเชิงกราน ซึ่งน่าจะเกิดจากการไม่ให้คำแนะนำที่ดีพอ ในจุดนี้ควรต้องปรับปรุงแก้ไขโดยให้คำแนะนำเพิ่มเติมในผู้ป่วยรายต่อไป

ยาฮอร์โมนที่มีใช้ในขณะศึกษา ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม Progestins Danazol และ Buserelin เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยภาวะมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นยาที่ได้รับจึงมักเป็นยาในกลุ่ม Danazol มากที่สุดร้อยละ 49.1 ส่วนยาในกลุ่ม Buserelin มีการใช้น้อยเนื่องจากมีราคาแพงและมีเฉพาะยาในรูปพ่นจมูกซึ่งไม่สะดวกในการใช้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ได้รับยาไม่ครบจำนวนที่ควรต้องได้รับ โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการรับยาเพียง 2.6 เดือน และมีถึงร้อยละ 67.9 ที่ได้รับยาไม่ครบ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการไม่เห็นความสำคัญของผู้ป่วย ความยากจน ปัญหาในการติดตามการรักษาและที่สำคัญที่สุดน่าจะมาจากการให้คำแนะนำที่ไม่เพียงพอของนรีแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของโรคและความจำเป็นของการต้องได้รับยาฮอร์โมน นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการเลือกยาไม่เหมาะสม ข้อมูลในจุดนี้นรีแพทย์ผู้ดูแลควรได้รับทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง มีโอกาสหายขาดมากขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางสาธารณสุข

ผลแทรกซ้อนจากการรักษาพบในยาคุม Danazol ได้บ่อย โดยพบมีสิวมาก ปวดศีรษะ หงุดหงิด เสียงเปลี่ยน และน้ำหนักเพิ่ม ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา DMPA พบมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด คลื่นไส้อาเจียนมาก ในผู้ป่วยที่ได้ยา Buserelin ไม่พบมีอาการแทรกซ้อน สาเหตุที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าในรายงานอื่นเป็นเพราะมีผู้ป่วยจำนวน

น้อยที่ได้รับยาในระยะยาว จึงทำให้พบอาการแทรกซ้อนน้อยกว่า อีกเหตุผลหนึ่งคงร่วมกับที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในจำนวนน้อยและนรีแพทย์ผู้ดูแลไม่ได้สนใจซักถามหรือบันทึกไว้

ผลการรักษาในกลุ่มแอดิโนมายโอสิสพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 97.3 มาติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด มีเพียงร้อยละ 2.7 ที่ไม่มาติดตามการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 99.1 มีผลการรักษาดีซึ่งสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ได้แก่ ประจำเดือนมามากและปวดระดู เมื่อได้รับการตัดมดลูกจึงมีอาการดีขึ้น

ส่วนผลการรักษาในกลุ่มเอนโดเมทริโอสิสนั้นพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 23.7 ที่มาติดตามการรักษา โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 74.1 ตั้งครรภ์ร้อยละ 11.1 และผู้ป่วยร้อยละ 14.8 ที่อาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเห็นได้ว่ามีข้อจำกัดในการประเมินผลการรักษาเพราะต้องอาศัยการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าหากข้อมูลของผู้ป่วยส่วนดังกล่าวมีการกระจายของข้อมูลไม่เหมือนในกลุ่มที่มาติดตามการรักษาจนครบ อาจทำให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงไปจากความจริงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะได้มีการนัดมาติดตามการรักษาเป็นระยะๆ

สรุป

การศึกษาเพื่อหาความชุกของภาวะเอนโดเมทริโอสิสและภาพรวมของผู้ป่วยใน แผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.6 โดยแบ่งออกเป็นเอนโดเมทริโอสิส เอ็กเทอรันาร้อยละ 3.1 แอดิโนมายโอสิสร้อยละ 3.1 พบสองภาวะร่วมกันร้อยละ 0.8 และที่พบร่วมกับภาวะอื่นๆ ร้อยละ 1.6 ในกลุ่มแอดิโนมายโอสิส ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดมดลูก และมีผลการรักษาที่ดี มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 2.7 ที่มาติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่อง

ในกลุ่มเอนโดเมทริโอสิส เอ็กเทอรันาร อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 46.5) และปวดระดู (ร้อยละ 44.7) ผลการตรวจภายในส่วนใหญ่ปกติ (ร้อยละ 78.8) สามารถวินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดเพียงร้อยละ 35.1 พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบที่บริเวณรังไข่ (ร้อยละ 52.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (ร้อยละ 42.1) ร้อยละ 30.7 ได้รับการรักษาโดยให้ยาฮอร์โมน และร้อยละ 15.8 ได้รับการรักษาทั้งสองวิธีร่วมกัน โดยพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 23.7 ที่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 74.1 ตั้งครรภ์ร้อยละ 11.1 มีอาการเป็นมากขึ้นหรือมีอาการกลับเป็นซ้ำหลังหยุดการรักษาร้อยละ 14.8 จากข้อมูลทั้งหมดจะเห็นว่า

ผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ารายงานอื่นๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากผู้ป่วยมารับการติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่อง การเข้าใจปัญหาและให้คำแนะนำที่ดีกับผู้ป่วยน่าจะเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Wentz AC. Endometriosis. In : Jones HW III, Wentz AC, Burnett LS, editors. Novak's Textbook of Gynecology. 11th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1988 : 303 - 27 .
2. Barbieri RL, Hornstein MD. Endometriosis. In : Ryan KJ, Barbieri RL, Berkowitz R, editors. Kistner's Gynecology Principle and Practice. 5th ed. Chicago : Year Book Medical Publishers, 1990: 320, 324 - 5
3. Bird CC, McElin TW, Manalo - Estrella P. The elusive adenomyosis of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1972; 112: 583-93 .
4. Lee NC, Dicker RC, Rubin GL, Howard WO. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1984; 150: 283-7 .
5. Houston DE. Evidence for the risk of pelvic endometriosis by age, race and socioeconomic status. Epidemiol Rev 1984; 6: 167-91 .
6. Williams TJ, Pratt JH. Endometriosis in 1000 consecutive celiotomies : incidence and management. Am J Obstet Gynecol 1977; 129: 245-50
7. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1984; 64: 672-4 .
8. Williams TJ. Endometriosis. In : Thompson JD, Rock JA, editors. Te Linde's Operative Gynecology. 7th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1992: 463-97 .
9. Walsh JW, Taylor KJ, Rosenfield AT. Gray ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis. AJR 1979; 132: 87-90 .
10. Friedman H, Vogelzang RL, Mendelson EB, Neiman HL, Cohen M. Endometriosis by US with laparoscopic correlation. Radiology 1985; 157: 217-20.
11. Azziz R. Adenomyosis : Current perspective. Obstet Gynecol Clin North Am 1989; 16: 221-35 .
12. Lewinski H, Emge LA. The elusive adenomyosis of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1962; 83: 1541-61.
13. Benson RC, Sneed VD. Adenomyosis : A reappraisal

- of symptomatology. Am J Obstet Gynecol 1985; 76: 1044-61 .
14. Israel SL, Woutersz TB. Adenomyosis : A neglected diagnosis. Obstet Gynecol 1959; 14: 168-73 .
15. Molitor JJ. Adenomyosis : A clinical and pathological appraisal. Am J Obstet Gynecol 1971; 110: 275-84 .
16. เสริมศรี สีนฉนวนนท์. เนื้อเยื่อโพรงมดลูก. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531 : 291-326.
17. Thompson JD. The vermiform appendix in relation to gynecology. In : Thompson JD, Rock JA, editors. Te Linde's Operative Gynecology. 7th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1992: 1001-16 .
18. Malinak LR. Surgical treatment and adjunct therapy of endometriosis. Int J Gynecol Obstet 1993; 40(suppl): 43s-47s. 