

การผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด
เปรียบเทียบกับมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

Emergency postpartum hysterectomy: a comparison of
postpartum and cesarean hysterectomy

Yupapron Wijakkhanalun M.D.*

ยุพาพร วิจักขณาลัญญ์ พ.บ.*

ABSTRACT

Background : Emergency postpartum hysterectomy is often performed for life threatening obstetric conditions, such as intractable hemorrhage or severe uterine infection those failed to conservative management. It included both postpartum hysterectomies that are done after vaginal delivery and cesarean hysterectomies, those that are done after cesarean delivery. The purpose of this study was to compare the difference of emergency postpartum hysterectomy in both groups.

Objective : To evaluate the incidence, maternal characteristics, outcome of delivery and hysterectomy, cause of emergency postpartum hysterectomy and complication of hysterectomy.

Research Design : A retrospective analytical study.

Setting : Department of Obstetrics and Gynecology, Surin Hospital.

Material and methods : Forty-seven pregnant women GA > 28 weeks who underwent emergency postpartum hysterectomy within 24 hours after delivery at Surin Hospital during October 1, 2003 and September 30, 2010 were examined. Information obtained included a complete medical records and operating room registration records. Comparisons were made between postpartum and cesarean hysterectomy. For statistical analysis p-value from Fisher Exact Test.

Result : There were 47 cases of emergency postpartum hysterectomy (15 postpartum hysterectomies and 32 cesarean hysterectomies) for a rate of 0.98 : 1,000 deliveries, 0.52 : 1,000 vaginal deliveries and 1.71 : 1,000 cesarean deliveries respectively. Overall, maternal age 32.94 ± 4.73 years gestational age 37.68 ± 2.96 weeks. The most common primary indication for hysterectomy was uterine atony (57.5%), follow by uncontrolled bleeding (17%) but pathological finding 46.8% was placenta adherent follow by gravid uterus 25.5%. The operation performed at night time 68.1%. Average operating time was 74.13 ± 28.21 minutes, average estimated blood loss was $2,606.38 \pm 1,247.15$ mL, average blood transfusion was $1,574.36 \pm 1,054.94$ mL, average estimated fetal weight was $2,712.34 \pm 949.49$ grams, and average length of hospitalization was 5.21 ± 1.97 days. A total hysterectomy was performed 61.7% (90.6% in cesarean hysterectomy and none in postpartum hysterectomy $p = 0.000$). Postoperative complications were needed for blood transfusion 100% follow by respiratory support (on ETT and admitted in ICU) 27.7% DIC 25.5% statistically significant difference between postpartum and cesarean hysterectomy (46.7% and 15.6% respectively $p=0.034$). Two maternal mortality were founded a day after hysterectomy.

Conclusion : Placenta adherent was the most common cause of emergency postpartum hysterectomy in both vaginal and cesarean deliveries. DIC was founded in postpartum hysterectomy more than cesarean hysterectomy.

Key words : Emergency postpartum hysterectomy, postpartum hysterectomy, cesarean hysterectomy.

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม) กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : การผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด เป็นการผ่าตัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชีวิตมารดาจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังคลอดจนคุกคามต่อชีวิตของมารดาโดยไม่สามารถรักษาแบบประคับประคองได้ เช่น ตกเลือดมาก หรือติดเชื้อที่มดลูก การผ่าตัดอาจทำหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดหรือหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องก็ได้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความแตกต่างของมารดาทั้ง 2 กลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาอุบัติการณ์ ลักษณะของมารดา ผลของการคลอดและการผ่าตัดมดลูกสาเหตุของการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดจากข้อบ่งชี้ของแพทย์ในการตัดสินใจตัดมดลูก ลักษณะทางพยาธิวิทยาของมดลูก และผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

รูปแบบวิจัย : เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง

สถานศึกษา : กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา : รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และทะเบียนห้องผ่าตัด

กลุ่มที่ศึกษา : มารดาที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาคลอดและได้รับการตัดมดลูกฉุกเฉิน จากการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด จำแนกเป็นกลุ่มมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดกับมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 – 30 กันยายน พ.ศ. 2553

ผลการศึกษา : ในระยะเวลา 8 ปี ที่ศึกษามีมารดาที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด จำนวน 47 คน จากมารดาที่คลอดทั้งหมด 47,726 คน (0.98 : 1,000 การคลอด) เป็นมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด 15 คน (0.52 : 1,000 การคลอดบุตรทางช่องคลอด) และมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 32 คน (1.71:1,000 การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง) มารดาอายุ 32.94 ± 4.73 ปี อายุครรภ์ 37.68 ± 2.96 สัปดาห์ ข้อบ่งชี้เริ่มต้นในการผ่าตัดมดลูก คือ uterine atony 27 คน (ร้อยละ 57.5) uncontrolled bleeding 8 คน (ร้อยละ 17) placenta adherent และ uterine and cervical tear อย่างละ 5 คน (ร้อยละ 10.6) เป็นการผ่าตัดในเวลาฉุกเฉิน ร้อยละ 68.1 ใช้เวลาผ่าตัด 74.13 ± 28.21 นาที เสียเลือด 2606.38 ± 1247.15 มิลลิลิตร ต้องให้เลือดทดแทน 1574.36 ± 1054.94 มิลลิลิตร ทารกมีน้ำหนัก 2712.34 ± 949.49 กรัม เป็นการผ่าตัด total hysterectomy ร้อยละ 61.7 (ร้อยละ 90.6 ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่วนมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด ได้รับการผ่าตัดมดลูกชนิด subtotal hysterectomy ทั้งหมด $p = 0.000$) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 5.21 ± 1.97 วัน ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เป็น placenta adherent ร้อยละ 46.8 gravid uterus ร้อยละ 25.5 ผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบ DIC ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด มากกว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (ร้อยละ 46.7 กับ 15.6 ตามลำดับ $p = 0.034$) ต้องให้เลือดทดแทนในมารดาทุกคน ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและนอน ICU ต่อหลังผ่าตัดร้อยละ 27.7 มารดา 2 คนเสียชีวิตในวันแรกหลังผ่าตัด

สรุป : placenta adherent เป็นสาเหตุในการผ่าตัดมดลูกหลังคลอดทั้งในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เกิดภาวะ DIC ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดบุตรทางหน้าท้อง

คำสำคัญ : การตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด การตัดมดลูกหลังคลอดบุตรทางช่องคลอด การตัดมดลูกหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

บทนำ

การตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด(emergency postpartum hysterectomy) เป็นการผ่าตัดมดลูกที่กระทำในระยะเวลาที่มีการคลอดหรือหลังคลอดอย่างเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต (lifesaving) ของมารดา โดยมีสาเหตุหลัก คือ การตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอดอย่างรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดอย่างรวดเร็วและรุนแรง ต้องให้เลือดจำนวนมากเกิดผลแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด เป็นการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนโดยไม่ได้มีการเตรียมการมาก่อน ทำให้เกิดความไม่พร้อมทั้งด้านห้องผ่าตัด คลังเลือด ICU รวมทั้งสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ถ้าทำการผ่าตัดไม่ทันการมารดาอาจถึงแก่ชีวิตได้

ภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง อันเป็นเหตุให้ต้องตัดมดลูก เพื่อรักษาชีวิตของมารดา อาจเกิดในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด หรือเกิดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งอาจมีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันในด้านความเสี่ยงของมารดาที่ตั้งครรภ์ อุบัติการณ์ของการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและแต่ละการศึกษา เช่น ตุรกี พบ 5.38 : 1,000 การคลอด⁽¹⁾ สหรัฐอเมริกา 1.55 : 1,000 การคลอด⁽²⁾ 1.3 : 1,000 การคลอด⁽³⁾ และ 0.77:1,000⁽⁴⁾ การคลอดตามลำดับไทย 0.96 : 1,000 การคลอด⁽⁵⁾ เมื่อศึกษาถึงชนิดของการคลอดบุตรแล้ว รายงานของ Simoes และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีความเสี่ยงต่อการตัดมดลูกหลังคลอดมากกว่าการคลอดบุตรทางช่องคลอด อุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด ในประเทศนอร์เวย์ ซึ่งพบเพียง0.2:1,000การคลอดเพราะมีการผ่าตัดคลอด

บุตรทางหน้าท้องในอัตราที่ต่ำมาก⁽⁷⁾ การศึกษารังนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังการคลอดบุตรทางช่องคลอด (postpartum hysterectomy) กับการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (cesarean hysterectomy) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ในเรื่องอุบัติการณ์ ลักษณะของมารดา ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูก ผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในขณะนอนรักษาอยู่โรงพยาบาล และลักษณะทางพยาธิวิทยาของมดลูกเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาและป้องกันการเกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาที่มาคลอดหากต้องมีการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อหาอุบัติการณ์ ลักษณะของมารดา ผลของการคลอดและการผ่าตัดมดลูก สาเหตุของการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดจากข้อบ่งชี้ของแพทย์ในการตัดสินใจตัดมดลูก ลักษณะทางพยาธิวิทยาของมดลูก และผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และทะเบียนห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2546 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2553

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test Chi-square test และ Fisher Exact Test

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ลักษณะของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด

ลักษณะของมารดา	ทั้งหมด (n =47)	คลอดบุตรทาง ช่องคลอด*	ผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง (n = 32)	p-value
อายุ (ปี)	32.94 ± 4.73	32.67 ± 4.29	33.06 ± 4.94	0.47
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	37.68 ± 2.96	37.60 ± 4.15	37.72 ± 2.29	0.09
จำนวนการตั้งครรภ์	2.62 ± 1.09	2.60 ± 1.06	2.63 ± 1.13	0.53
- ครรภ์แรก	6 (12.8)	1 (6.7)	5 (15.6)	0.572
- ครรภ์ที่ 2	20 (42.6)	8 (53.3)	12 (37.5)	
- ครรภ์ที่ ≥ 3	21 (44.7)	6 (40.0)	15 (46.9)	
จำนวนบุตร				
- ไม่เคยมีบุตร	7 (14.9)	1 (6.7)	6 (18.75)	0.518
- มีบุตร 1 คน	28 (59.6)	11 (73.3)	17 (53.1)	
- มีบุตร 2 คน	7 (14.9)	1 (6.7)	6 (18.8)	
- มีบุตร ≥ 3 คน	5 (10.6)	2 (13.3)	3 (9.4)	

* คลอดบุตรทางช่องคลอด = รวมถึงการใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น V/E, F/E

ในระยะเวลา 8 ปี ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ มีจำนวนมารดาคลอด 47,726 คน จำนวนมารดาที่ได้รับการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด 47 คน (0.98 : 1,000 การคลอด) ในจำนวนนี้เป็นมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด 15 คน (15 :29,052 = 0.52 :1,000 การคลอดบุตรทางช่องคลอด) และคลอด

บุตรโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 32 คน (32:18,674 = 1.71:1,000 การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง) โดยเป็นการตัดมดลูกในช่วงเดียวกันกับผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 22 คน ร้อยละ 68.75 และต้องผ่าตัดใหม่ (Reoperation) 10 คน ร้อยละ 31.25

ตารางที่ 1 มารดาที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก
ฉุกเฉินหลังคลอด มีอายุเฉลี่ย 32.94 ± 4.73 ปี อายุ
ครรภ์ 37.68 ± 2.96 สัปดาห์ เป็นครรภ์แรก ร้อย
ละ 12.8 ครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 42.6 ครรภ์ที่ 3 ร้อย
ละ 44.7 ส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว 1 คน (ร้อยละ 59.6)

โดยพบร้อยละ 73.3 ของมารดาคลอดบุตรทาง
ช่องคลอด และร้อยละ 53.1 ของมารดาที่ผ่าตัด
คลอดบุตรทางหน้าท้อง ไม่พบความแตกต่างทาง
สถิติในลักษณะของมารดาทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดของแพทย์ (1° Indication)

ข้อบ่งชี้	ทั้งหมด (n =47)	คลอดบุตรทาง ช่องคลอด (n=15)	ผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง (n = 32)	p-value
uterine atony	27 (57.5)	8 (53.3)	19 (59.4)	0.948
uncontrolled bleeding	8 (17.0)	3 (20.0)	5 (15.6)	
placenta adherent	5 (10.6)	2 (13.3)	3 (9.4)	
uterine and cervical tear	5 (10.6)	2 (13.3)	3 (9.4)	
organ injury	1 (2.1)	-	1 (3.1)	
placental abruption	1 (2.1)	-	1 (3.1)	

ข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด
ในมารดาทั้ง 2 กลุ่ม คือ uterine atony ร้อยละ 57.5
uncontrolled bleeding ร้อยละ 17 placenta
adherent ร้อยละ 10.6 uterine and cervical
tear ร้อยละ 10.6 Organ injury ร้อยละ 2.1 (tear

broad ligament) และ placental abruption
ร้อยละ 2.1 ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของทั้ง
2 กลุ่ม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 Outcome ของการคลอดบุตรทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

Outcome	ทั้งหมด (n =47)	คลอดบุตรทาง ช่องคลอด (n=15)	ผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง (n = 32)	p-value
เวลาที่เริ่มผ่าตัด				
- Daytime (08.01-16.00น.)	15 (31.9)	3 (20.0)	12 (37.5)	0.195
- Night time (16.01-08.00น.)	32 (68.1)	12 (80.0)	20 (62.5)	
ระยะเวลาในการผ่าตัดมดลูก (นาที)	74.13 ± 28.21	84.0 ± 28.98	69.5 ± 27.07	0.100
ปริมาณการเสียเลือด (มิลลิลิตร)	2606.38±1247.15	2766.67±1530.48	2531.35±1109.91	0.552
ปริมาณเลือดที่ให้ (มิลลิลิตร)	1574.36±1054.94	1860.0±1493.45	1440.47±765.59	0.207
น้ำหนักทารก (กรัม)	2712.34±949.49	2980.0±856.71	2586.88±977.43	0.188
APGAR score (คะแนน)				
- ที่ 1 นาที	6.43 ± 3.67	6.67 ± 3.85	6.31 ± 3.64	0.757
- ที่ 5 นาที	7.66 ± 3.81	7.20 ± 4.14	7.88±3.69	0.573
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	5.21±1.97	5.40±2.13	5.13±1.91	0.665
ชนิดของการผ่าตัดมดลูก				
- total Hysterectomy	29 (61.7)	0 (0.0)	29 (90.6)	0.000
- subtotal Hysterectomy	18 (38.3)	15 (100.0)	3 (9.4)	

ช่วงเวลากลางคืน (16.01-08.00 น.) เป็นช่วงเวลาที่มีการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินมากกว่าเวลากลางวัน (08.01-16.00 น.) (ร้อยละ 68.1 และ ร้อยละ 31.9 ตามลำดับ) ร้อยละ 80 ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด และร้อยละ 62.5 ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ได้รับการผ่าตัดมดลูกในช่วงเวลากลางคืนแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของทั้ง 2 กลุ่ม ($p = 0.195$) ชนิดของตัดมดลูก มีการตัดมดลูกแบบ total hysterectomy ร้อยละ 61.7 และ subtotal hysterectomy ร้อยละ 38.3 พบว่า มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมีการตัด

มดลูกชนิด subtotal hysterectomy ร้อยละ 100 ขณะที่มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการผ่าตัดมดลูกชนิด total hysterectomy ร้อยละ 90.6 ระยะเวลาในการผ่าตัดมดลูก 74.13 ± 28.21 นาที ปริมาณการสูญเสียเลือด $2,606.38 \pm 1,247.15$ มิลลิลิตร ปริมาณเลือดที่ให้ทดแทน $1,574.36 \pm 1,054.94$ มิลลิลิตร ทารกมี APGAR score ที่ 1 นาที 6.43 ± 3.67 คะแนน ที่ 5 นาที 7.66 ± 3.81 คะแนน มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 5.21 ± 1.97 วัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 ผลทางพยาธิวิทยาของมดลูก

Outcome	ทั้งหมด (n =47)	คลอดบุตร ทางช่องคลอด (n=15)	ผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง (n = 32)	p-value
placenta adherent	22 (46.8)	5 (33.3)	17 (53.1)	0.536
gravid uterus	12 (25.5)	6 (40.0)	6 (18.8)	
uterine and cervical tear	5 (10.6)	2 (13.3)	3 (9.4)	
myoma uteri	2 (4.3)	1 (6.7)	1 (3.1)	
hematoma of uterine wall	2 (4.3)	-	2 (6.3)	
adenomyosis	2 (4.3)	1 (6.7)	1 (3.1)	
placental abruption	1 (2.1)	-	1 (3.1)	
retained fragment of placenta	1 (2.1)	-	1 (3.1)	

ผลตรวจทางพยาธิวิทยาของมดลูกเป็น placenta adherent (placenta accreta และ increta) ร้อยละ 46.8 พบในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมากกว่า มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด (ร้อยละ 53.1 และ 33.3 ตามลำดับ) รองลงมา คือ gravid uterus ร้อยละ 25.5 พบในมารดาคลอดบุตรทางช่องคลอดมากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (ร้อยละ 40 และ 18.8 ตามลำดับ) ในมารดาที่มีข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูกเป็น uterine atony 27 คนนั้น มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น placenta adherent 13 คน (ร้อยละ 48.15) ส่วนมารดา

ที่มีข้อบ่งชี้เป็น uncontrolled bleeding 8 คน มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น Placenta adherent 3 คน hematoma of uterine wall 2 คน retained fragment of placenta และ adenomyosis อย่างละ 1 คน (ตารางที่ 4)

การผ่าตัดอื่นๆ ที่ทำร่วมกับการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดมีดังนี้ ตัดรังไข่ 1 ข้าง 7 คน (ร้อยละ 14.9) ตัดรังไข่ 2 ข้าง 3 คน (ร้อยละ 6.4) ตัดไส้ติ่ง 1 คน (ร้อยละ 2.1) นอกจากนี้ได้มีการทำ uterine artery ligation และ uterine compression (B-lynch procedure) แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดขณะนอนโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	ทั้งหมด (n =47)	คลอดบุตรทาง ช่องคลอด (n=15)	ผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง (n = 32)	p-value
ให้เลือดทดแทน	47 (100.0)	15 (100.0)	32 (100.0)	1.000
ใส่ท่อช่วยหายใจ + นอน ICU	13 (27.7)	6 (40.0)	7 (21.9)	0.295
DIC ^(a)	12 (25.5)	7 (46.7)	5 (15.6)	0.034*
shock	4 (8.5)	1 (6.7)	3 (9.4)	1.000
volume overload	3 (6.4)	-	3 (9.4)	0.541
wound infection	3 (6.4)	1 (6.7)	2 (6.3)	1.000
dead	2 (4.3)	1 (6.7)	1 (3.1)	0.541
pneumonia	1 (2.1)	-	1 (3.1)	1.000
ATN ^(b)	1 (2.1)	-	1 (3.1)	1.000
UTI ^(c)	1 (2.1)	-	1 (3.1)	1.000

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	ทั้งหมด (n =47)	คลอดบุตรทาง ช่องคลอด (n=15)	ผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง (n = 32)	p-value
hypertension	1 (2.1)	-	1 (3.1)	1.000

(a) DIC = Disseminated Intravascular Coagulopathy

(b) ATN = Acute Tubular Necrosis

(c) UTI = Urinary Tract Infection

หมายเหตุ ภาวะแทรกซ้อนมีมากกว่า 1 ชนิดในมารดา 1 คน

มารดาทุกคนต้องให้เลือดทดแทน (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจต่อหลังผ่าตัดและต้องนอนใน ICU ร้อยละ 27.7 (ร้อยละ 40, 21.9 ตามลำดับ) เกิด DIC ร้อยละ 25.5 (ร้อยละ 46.7, 15.6 ตามลำดับ $p = 0.034$) พบมารดาเสียชีวิต 2 คน (ร้อยละ 4.3) เป็นการคลอดติดไหล่ รกค้าง ต้องล้างรกและขูดมดลูก ตกเลือด DIC shock ผลจากการผ่าตัดและผลทางพยาธิวิทยาเป็นมดลูกแตกที่ยอดมดลูก (uterine rupture, tear) 1 คน อีก 1 คนเป็นมารดาที่มีรกเกาะต่ำ ตกเลือดก่อนคลอด shock หลังผ่าตัดมี DIC ATN ทั้ง 2 คนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและเสียชีวิตใน ICU (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

ในระยะเวลา 8 ปี (ปีงบประมาณ 2546-2553) โรงพยาบาลสุรินทร์มีอุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด 0.98 :1,000 การคลอด พบในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็น 2 เท่าของมารดาคลอดบุตรทางช่องคลอดบางรายงานพบ

ถึง 10 เท่า^(2,8) มีการอธิบายว่า ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องนั้นมดลูกพร้อมที่จะถูกตัดออกง่ายกว่าการคลอดบุตรทางช่องคลอดที่มีการใช้เวลาในการรักษาแบบประคับประคองเช่น การนวดคลึงมดลูก การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ก่อนตัดสินใจตัดมดลูก⁽⁹⁾

Maura และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าอัตราการผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดนอกจากจะสัมพันธ์กับอายุของมารดาแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับชนิดของการคลอดด้วย โดยพบต่ำสุดในการคลอดบุตรทางช่องคลอด (0.25:1,000 การคลอด) สูงสุดใน previous C/S (2.99:1,000การคลอด) ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องถือเป็นความเสี่ยงที่ทำให้มีการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดมากที่สุดไม่ว่าจะเป็น primary C/S หรือ previous C/S⁽⁶⁾ และ primary C/S ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในครรภ์นี้จะกลายเป็น previous C/S ที่มีภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ต่อไปทั้งภาวะ placenta previa, placenta accreta และมดลูกแตก^(10,11)

Lydon-Rochelle และคณะ⁽¹²⁾ พบมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะเกิด placenta accreta และ increta ในครรภ์ต่อไปถึง 5 เท่า จากการศึกษาพบมารดาที่มี placenta adherent 22 คน เป็น previous C/S 14 คน (ร้อยละ 63.64) (previous C/S อย่างเดียว 8 คน และ previous C/S ร่วมกับ placenta previa 6 คน) ส่วนในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด 15 คน นั้นมี placenta adherent 5 คน (ร้อยละ 22.73) ต้องล้างรกเนื่องจากการคลอดระยะที่ 3 นานกว่า 30 นาที จำนวน 4 คน เป็นครรภ์ที่ 2-4 ไม่มีประวัติผ่าตัดเกี่ยวกับมดลูกหรือเคยขูดมดลูกมาก่อน ปัจจุบัน placenta adherent เป็นข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอด แทนที่ uterine atony^(3,9,13) การวินิจฉัย placenta adherent นั้นต้องมีการตรวจทางพยาธิวิทยาของรกและมดลูกหรือมีการขูดมดลูก จนถึงชั้นกล้ามเนื้อของมดลูกด้วย⁽¹⁴⁾ ร้อยละ 65 ของ Placenta adherent ทำให้เกิดการตกเลือดอย่างรุนแรง จนต้องตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิตของมารดา⁽²⁾ มารดาที่มี placenta adherent เพียงเล็กน้อยที่สามารถควบคุมการตกเลือดหลังคลอดได้ จึงอาจไม่ได้รับการวินิจฉัย

การตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดามากกว่าการตัดมดลูกหลังคลอดที่มีการวางแผน⁽²⁾ มารดาที่ศึกษาได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินทั้งหมดโดยร้อยละ 68.1 ผ่าตัดในเวลากลางคืนที่มีความพร้อมของสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ ห้องผ่าตัด คลังเลือด และ ICU น้อยกว่าช่วงเวลากลางวัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ เสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ร้อยละ 100 ต้องให้เลือดทดแทน รองลงมา คือ ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 27.7 DIC ร้อยละ 25.5 พบในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมากกว่ามารดา

ที่คลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 69.7 กับร้อยละ 50 ตามลำดับ) มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมีการผ่าตัดชนิด subtotal hysterectomy ร้อยละ 100 ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 90.6 ผ่าตัดชนิด total hysterectomy เนื่องจากการคลอดบุตรทางช่องคลอดปากมดลูกเปิดหมดแล้ว ทำให้หาตำแหน่งปากมดลูกยาก ร่วมกับมารดามีภาวะคุกคามจากการเสียเลือดในปริมาณมากและระยะเวลาที่นานกว่า และคาดว่า การผ่าตัดชนิด subtotal hysterectomy จะใช้เวลาสั้นกว่าชนิด total hysterectomy Forna และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าการผ่าตัดชนิด total hysterectomy มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่าชนิด subtotal hysterectomy แต่จากรายงานของ Imudia และคณะ⁽¹⁶⁾ ไม่พบว่า การผ่าตัดชนิด subtotal hysterectomy จะลดระยะเวลาผ่าตัดหรือลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแต่อย่างใด และสังเกตว่าตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1991-2008 มีอัตราการผ่าตัด total hysterectomy ลดลงทุกๆ 5 ปี จากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 24 เหตุผลที่ทำให้ยังมีการตัดมดลูกชนิด total hysterectomy คือ เพื่อลดภาวะเลือดออกจาก cervical branch ของ uterine artery และเหตุผลในการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกขึ้นภายหลัง^(2,8)

แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์การตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดได้ แต่การประเมินความเสี่ยงทำได้ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ การนัดมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น previous C/S, placenta previa มาผ่าตัดในช่วงเวลากลางวันที่มีบุคลากรและมีการเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน การทำคลอดหรือผ่าตัดมารดาที่มีความเสี่ยงโดยสูติแพทย์ที่มีประสบการณ์ การฝึกบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เรื่องการกะเนปริมาณของการเสียเลือด มีแนวทาง

ในการดูแลมารดาในกลุ่มนี้ รวมทั้งการให้ข้อมูลเรื่อง ความเสี่ยง การป้องกัน การรักษา และการแก้ไข เมื่อ มีเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น แก่มารดา และ ญาติอย่างเพียงพอในโรงพยาบาล นอกจากนี้การผ่าตัด ในมารดาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (uncomplicated pregnancy) หรือผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากเป็น ความต้องการของมารดา (maternal request) เป็น สาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้องสูงขึ้น การทบทวนกระบวนการดูแลมารดา ที่มาคลอดอย่างเหมาะสม และการให้ข้อมูลเรื่อง ความเสี่ยงแก่มารดาเป็นทางออกทางหนึ่งที่จะช่วย ให้ มารดามีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลมากขึ้น

สำหรับในโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัย ภาวะเสี่ยงแต่เนิ่นๆ การประสานการส่งต่ออย่าง เหมาะสม และทันเหตุการณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งต่อมารดา ต่อแพทย์ และต่อโรงพยาบาล

สรุป

การตัดมดลูกฉุกเฉินหลังคลอดในโรง พยาบาลสุรินทร์ มีสาเหตุมาจากภาวะ placenta adherent รองลงมาคือ uterine atony และพบ ภาวะ DIC ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด มากกว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ธงชัย ตริวิบูลย์- วณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ได้ให้ โอกาสทำการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม นักวิชาการสาธารณสุข (ชำนาญการ) ศูนย์ บริหารการพัฒนา สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สุราษฎร์ธานี ที่ช่วยให้คำแนะนำเรื่องสถิติในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนในการช่วยเหลือเรื่องการค้นหาข้อมูลมารดา ในการทำวิจัย

บรรณานุกรม

1. Yalingkaya A, Guzel AL, Kangal K. Emer gency peripartum hysterectomy : 16 year experience of a medical hospital, J Chin Med Assoc 2010 ; 73(7):360-3.
2. Zolop CM, Harlow BL, Frigoletto FD, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168:1443-8.
3. Stanco LM, Schrimmer DB, Paul RH, Mishell DR Jr. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Gynecol 1993 ; 168:879-83.
4. Maura K.W, Elena K, Susan D. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy obstet gynecol 2006; 1486-93.
5. Yamasmit W, Chaithong wongwatthana S. Risk factors for cesarean hysterectomy in tertiary center in Thailand : a case control study. J Obstet Gynecol Res 2009 ; 35(1):60-5.
6. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglenks M, Schmahl FW. Association between method of delivery, puerperal complication rate and post partum hysterectomy. Arch Gynecol Obstet 2005 ; 272:43-47.
7. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy incidence and maternal morbidity. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80 : 409-412.
8. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, Bruce S, Paul RH. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1985; 65:365-70.

9. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert J. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2003; 102:141-5.
10. Kwee A, Bots MS, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy : A prospective study in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124: 187-92.
11. Flamm BL. Vaginal birth after caesarean (VBAC). *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2001 ; 15:81-92.
12. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easteling Tr. Association between mode of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 283 : 2411-16.
13. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy : experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002; 99 :971-5.
14. Benirschke K, Kaufmann P (eds). *Pathology of the Human Placenta*. 4th ed. New York, Springer. 2000; 554.
15. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy : a comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004 ; 190:1440-4.
16. Imudia AN, Hobson DTG, Awonuga AO, et al. Determinants and complications of emergent cesarean hysterectomy : supracervical vs total hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2010 ; 203 ; x. ex-x. ex,