

รายงานผู้ป่วย : ภาวะมดลูกปลิ้นเจ็บปล้นหลังคลอด

A case report : Acute puerperal uterine inversion

อนันต์ มุ่งเจริญสันติกุล พ.บ.*

Abstract

A 27 years old pregnant woman had severe lower Abdominal pain with hypovolemic shock due to acute puerperal uterine inversion which was the rare incidence. Acute puerperal uterine inversion was found in adherent placenta, abnormal uterine contraction, placental removal ,increased abdominal pressure, incorrect care in 3rd. stage of labour and given magnesium sulfate intramuscular or intravenous. Johnson ,Henderson and Alles's maneuver was done without any complication. The patient was safely discharged on the fifth day after admission.

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 27 ปี มีภาวะมดลูกปลิ้นเจ็บปล้นหลังคลอด โดยมีอาการปวดท้องน้อยรุนแรง ร่วมกับมี hypovolemic shock ซึ่งภาวะนี้พบน้อยมาก มักพบร่วมกับภาวะรกเกาะติดแน่น การหดรัศตัวที่ผิดปกติของมดลูก การล้าวงจร การเพิ่มความดันในช่องท้อง การดูแลการคลอดในระยะที่ 3 ไม่ถูกต้อง การให้ Magnesium sulfate ทางกล้ามเนื้อ หรือ ทางหลอดเลือดดำ ได้รับการรักษาโดยการดันมดลูกกลับเข้าไปในสภาพปกติ โดยวิธีของ Johnson Henderson and Alles ผู้ป่วยปลอดภัยและออกจากโรงพยาบาลได้ในวันที่ 5 หลังจากเข้าอยู่ในโรงพยาบาล

* นายแพทย์ 7 กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์

บทนำ

ภาวะมดลูกปลิ้นหลังคลอดเป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วหากได้รับการวินิจฉัยได้ล่าช้าหรือได้รับการรักษาผิดวิธี ก็มักจะเป็นสาเหตุให้ตกเลือดหลังคลอดมากจนช็อค ติดเชื้อ และ เสียชีวิตได้⁽¹⁾ อุบัติการณ์ของภาวะนี้แตกต่างกันได้มากตั้งแต่ 1:200 จนถึง 1:90,000 ของการคลอดทั้งหมด⁽²⁻⁵⁾ และมีอัตราการตายร้อยละ 0 - 18⁽⁶⁾

สาเหตุ

สาเหตุของการเกิดมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอด⁽⁷⁾

1. เหตุชวนให้เกิด (predisposing factors) ได้แก่

ก. พยาธิสภาพของมดลูกและรกได้แก่ รกเกาะติดแน่นกับผนังมดลูก สายสะดือสั้น ผนังมดลูกไม่แข็งแรงบริเวณรกเกาะ รกเกาะบริเวณยอดมดลูก หรือมีก้อนทุมบริเวณยอดมดลูก เป็นต้น

ข. การหย่อนตัวของมดลูก หรือ การหดตัวผิดปกติของมดลูก

ค. การให้ magnesium sulfate เข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ^(8,9)

2. เหตุทำให้เกิด (exciting factors) ได้แก่

ก. การล้วงรก

ข. การเพิ่มความดันในช่องท้อง

ค. การดูแลในระยะที่ 3 ของการคลอดไม่ถูกต้อง ได้แก่ การกดบีบยอดมดลูกไม่ถูกต้อง การดึงสายสะดือ

อาการและอาการแสดงของภาวะนี้ทั่ว ๆ ไป

มีอาการปวดท้องน้อยรุนแรงร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมากหลังคลอดรก และต่อมามีภาวะช็อค ตรวจร่างกายพบความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเต้นเร็ว ตรวจทางหน้าท้อง คลำพบยอดมดลูกอยู่กึ่งกลางระหว่างสะดือกับหัวหน้า มดลูกหดตัวดีแต่คลำได้รอยบวมบริเวณส่วนบน (fundus) ของมดลูก ตรวจภายในพบก้อนเนื้อสีแดงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 ซม. อยู่บริเวณเหนือปากมดลูกเล็กน้อย มีเลือดไหลซึมออกมาตลอดเวลา

การวินิจฉัยโรค

1. การตรวจทางหน้าท้องและการตรวจภายใน คลำพบยอดมดลูกอยู่กึ่งกลางระหว่างสะดือกับหัวหน้า คลำได้รอยบวมบริเวณส่วนบนของมดลูก ตรวจภายในพบก้อนเนื้อสีแดง อยู่บริเวณเหนือปากมดลูกเล็กน้อย

2. Abdominal ultrasound หรือ MRI (magnetic resonance imaging) ใช้ในกรณีที่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย จะตรวจพบมดลูกมีลักษณะรอยบวมบริเวณส่วนบน (fundus)

การศึกษา

หลักการสำคัญในการดูแลรักษาภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอด ประกอบด้วย^(6,7,10) การให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว การดูแลรักษาภาวะช็อค การให้ยาระงับความรู้สึกที่พอเพียงในการดันทันตมดลูกกลับสู่ตำแหน่งปกติ และ aseptic technique รวมทั้งการให้ prophylactic antibiotic เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด อย่างไรก็ตามภาวะนี้เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้หากผู้ทำคลอดใช้ความระมัดระวังและรอบคอบในการทำคลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 3 ของการคลอด

ในกรณีที่ได้พยายามดันมดลูกโดยวิธีดังกล่าวข้างต้นแล้วไม่สำเร็จ ต้องใช้การผ่าตัดช่วยทำได้ทั้งทางช่องคลอด และทางหน้าท้อง โดยอาจใช้วิธีดันมดลูกกลับขึ้นมา เช่น วิธีของ Haultain, Spinelli, Huntington⁽¹¹⁾ หรือตัดมดลูกออกไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี อาชีพทำนา ภูมิลำเนาจังหวัดบุรีรัมย์

อาการสำคัญ เจ็บครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ที่สถานอนามัยมาตลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ขณะฝากครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์เป็นระยะๆ ไม่มีมูกเลือดหรือน้ำเดินทางช่องคลอด

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและการแพ้ยา ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆ มาก่อน ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา

ประวัติระดู มีระดูครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี มาสม่ำเสมอทุก 28 - 30 วัน มานานครั้งละ 3 - 4 วัน ใช้ผ้าอนามัยวันละ 3 ผืน ไม่มีอาการปวดระดู วันแรกของระดูครั้งสุดท้าย 21 มีนาคม 2542 นาน 3 วัน ปริมาณปกติ

ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และการคุมกำเนิด ผู้ป่วยตั้งครรภ์แรกเมื่อ 3 ปีก่อน โดยครรภ์แรกคลอดปกติ น้ำหนัก 3,100 กรัม รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดอยู่ 2 ปี และหยุดรับประทานยาเพราะผู้ป่วยต้องการมีบุตร

ประวัติการฝากครรภ์ ผู้ป่วยไปฝากครรภ์ที่สถานอนามัยครั้งแรก ขณะตั้งครรภ์ได้ 18 สัปดาห์ ไม่มีอาการเบื่ออาหารหรือคลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกทรมานครั้งแรกปลายเดือนสิงหาคม 2542

การตรวจร่างกายแรกรับ

น้ำหนัก 63 กิโลกรัม

ส่วนสูง 154 เซนติเมตร

อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส

ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที

การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท

ลักษณะทั่วไป รู้สึกตัวดี ไม่ซีด ไม่เหลือง
ไม่บวม

ต่อมธัยรอยด์ และเต้านม ปกติ

หัวใจและปอด ปกติ

แขน ขา ปกติ

การตรวจหน้าท้อง ยอคมดลูกอยู่สูง 3/4
เหนือระดับสะดือ ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ
เคลื่อนลงช่องเชิงกราน หลังอยู่ทางด้านขวา ฟัง
เสียงหัวใจทารกได้ 144 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ
มดลูก มีการหดตัวทุก 2 นาที 50 วินาที
นานครั้งละประมาณ 45 วินาที คะเน้น้ำหนัก
ทารกประมาณ 3,200 กรัม

การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 2 ซม.
ความบางตัวร้อยละ 50 ศีรษะอยู่ระดับ -1 ท่าROA
ถุงน้ำแตก สภาพช่องเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจเลือด

Hematocrit ร้อยละ 35 โดยปริมาตร

2. การตรวจปัสสาวะ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การวินิจฉัยเบื้องต้น

Pregnancy 41 weeks, in latent
phase of labour

การดูแลการคลอดในระยะที่ 1

หลังจากทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
ภายนอกและสวนอุจจาระแล้ว ได้ย้ายผู้ป่วยไปที่
เตียงรอกคลอด ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปาก
ให้ 5% dextrose in half strength normal
saline 1,000 มล. หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ
ในอัตรา 30 หยดต่อนาที มดลูกหดตัวทุก 2
นาที 50 วินาที นานครั้งละ 45 วินาที อัตรา
การเต้นของหัวใจของทารกหลังมดลูกคลายตัว
140 ครั้งต่อนาที อย่างสม่ำเสมอ การดำเนิน
การคลอดในระยะที่หนึ่งปกติดี และปากมดลูก
เปิดหมด เวลา 06.45 น. การคลอดระยะที่หนึ่ง
ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 45 นาที

การดูแลการคลอดในระยะที่ 2

จัดผู้ป่วยนอนในท่าขบนิ้ว (lithotomy)
ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
รอบรูทวารหนัก และ โคนขาด้วยน้ำยา
Savlon 1 : 100 แล้วคลุมด้วยผ้าปราศจากเชื้อ
เปิดเฉพาะบริเวณปากช่องคลอดและฝีเย็บ สวน
ปัสสาวะได้ประมาณ 80 มล. สีเหลืองใส ตรวจ
ภายในอีกครั้งพบปากมดลูกเปิดหมด มองเห็น
เส้นผมทารกที่ปากช่องคลอด และ sagittal su-
ture อยู่ในแนวตรง ใช้ 1.5% xylocaine 20
มล. ทำ pudendal nerve block และ 1%
xylocaine 10 มล. ฉีดบริเวณฝีเย็บ ได้ทำการ
คลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด เพราะผู้ป่วยไม่มีแรง
เบ่งคลอด และการคลอดระยะที่สองยาวนาน
การคลอดในระยะที่สองใช้เวลา 1 ชั่วโมง 20 นาที

การดูแลทารก

เป็นทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,300 กรัม ยาว 51 ซม. คลอดเวลา 08.05 น. ของวันที่ 5 มกราคม 2542 Apgar score 9 และ 10 ที่ 1 นาทีและ 5 นาที ตามลำดับ ตรวจร่างกายทารก พบว่ามีขี้เล็กน้อยบริเวณหน้าผากและแก้มทั้งสองข้าง ส่วนอื่นปกติ

การดูแลการคลอดในระยะที่ 3

หลังจากทารกคลอดแล้ว 5 นาทีต่อมาได้เติม oxytocin 10 หน่วยใน 5% dextrose in half strength normal saline จำนวน 900 มล. ที่เหลืออยู่ได้ทำคลอดรกด้วยวิธี modified Crede's maneuver และ controlled cord traction รกและถุงน้ำคร่ำคลอดออกมาครบ รกหนัก 700 กรัม สายสะดือยาว 54 ซม. เกาะที่จุดกลางของรก หลังรกคลอดมีเลือดสดๆไหลออกจากช่องคลอดประมาณ 1,000 มล. ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นในท้องน้อย วัดความดันโลหิตได้ 80/40 มม.ปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที คลำพบยอดมดลูกอยู่กึ่งกลางระหว่างสะดือกับหัวหน้า มดลูกหดตัวดีแต่คลำได้รอยบวมบริเวณส่วนบนของมดลูก ตรวจภายในพบก้อนเนื้อสีแดง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 ซม. อยู่บริเวณเหนือปากมดลูกเล็กน้อย มีเลือดไหลซึมออกมาตลอดเวลา

การวินิจฉัย

Acute puerperal uterine inversion

การรักษา

Immediate manual replacement

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยอายุ 27 ปี ตั้งครรภ์ที่สอง อายุครรภ์ประมาณ 41 สัปดาห์ ฝากครรภ์สม่ำเสมอที่สถานอนามัย ระหว่างฝากครรภ์ไม่พบสิ่งผิดปกติ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด การดำเนินการคลอด พบว่ามีการคลอดระยะที่สองยาวนาน จึงได้ใช้เข็มช่วยคลอด ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,300 กรัม ทำคลอดรกด้วยวิธี modified Crede's maneuver และ controlled cord traction หลังคลอดตรวจพบว่ามีเลือดสดๆ ไหลออกจากช่องคลอด ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยและ ช็อค คลำทางหน้าท้องพบยอดมดลูกอยู่กึ่งกลางระหว่างสะดือกับหัวหน้า มีรอยบวมบริเวณส่วนบนของมดลูก ตรวจภายในพบยอดมดลูกปลิ้นอยู่เหนือปากมดลูกเล็กน้อย จึงให้การวินิจฉัยว่าเกิดภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอด (acute puerperal uterine inversion : incompleated type) ⁽¹⁻³⁾

ปัจจัยที่ชักนำให้เกิดภาวะมดลูกปลิ้นในผู้ป่วยรายนี้ อาจจะเป็นการทำคลอดรกผิดวิธี โดยการดึงรั้งสายสะดือขณะที่ยังไม่ลอกตัว และมดลูกหดตัวไม่ดีร่วมกับการใช้มือดันยอดมดลูก

ภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอด ถึงแม้ว่าพบไม่บ่อย^(7,9) แต่เป็นอันตรายต่อผู้คลอดได้มากคือ มีอัตราร้อยละ 0-18⁽⁶⁾ ทั้งนี้ขึ้น

อยู่กับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสมเพียงใด การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว จะทำให้การรักษาง่ายขึ้นเพราะมดลูกที่ปลิ้นออกมา นั้นจะยังไม่มีการบวมและคั่งของเลือดมากทำให้ การดันกลับสู่สภาพเดิมทำได้ง่ายขึ้น

การเกิดภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลัน หลังคลอด ทำให้เกิดภาวะช็อคได้ ดังเช่นผู้ป่วย รายนี้

สาเหตุของการเกิดภาวะช็อค อาจทำให้เกิดอันตรายและการตายในภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอดสูง เกิดจาก

ก. Hypovolemic shock จากการเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ซึ่งมักพบร่วมกับการหดตัวไม่ดีของมดลูกโดยเฉพาะ รกเกาะแน่น กับผนังมดลูก การหย่อนของผนังมดลูกบริเวณ รกเกาะและการฉีก รก

ข. Neurogenic shock จากการกระตุ้น nerve reflex โดยการดึงรั้ง ligament ต่างๆ ของมดลูกโดยเฉพาะ broad ligament และ peritoneum รวมทั้งการกดบนรังไข่จากผลของการปลิ้นของมดลูก^(6,12) อาการปวดท้องน้อยนั้นก็เกิดจากการดึงรั้งเนื้อเยื่อต่างๆ

อาการสำคัญของภาวะมดลูกปลิ้นหลังคลอดคือ ตกเลือดหลังคลอด พบได้ร้อยละ 73-94^(10,13) บางรายอาการช็อคไม่สัมพันธ์กับการเสียเลือด ซึ่งอาจจะเป็น neurogenic shock จากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรายนี้อาการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับความเจ็บปวดเป็น

สาเหตุของภาวะ ช็อค ผู้ป่วยเหล่านี้อาการจะดีขึ้นทันทีหลังจากดันมดลูกกลับเข้าที่⁽³⁾ ดังเช่น ผู้ป่วยรายนี้ การตรวจทางหน้าท้องจะพบว่ามดลูกปลิ้นออกมาอยู่ในปากมดลูกหรือผ่านปากมดลูกมาอยู่ในช่องท้องหรือโผล่ออกมาให้เห็นภายนอก ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรง^(1,2,14) บางครั้งมดลูกที่ปลิ้นออกมาอาจทำให้การวินิจฉัยผิดเป็นเนื้องอกมดลูกชนิด submucous myoma ที่โผล่ยื่นออกมา สามารถวินิจฉัยโรคได้จากอาการ โดยในผู้ป่วยเหล่านี้เลือดที่ออกจะน้อยกว่าและมักไม่มีภาวะช็อค การตรวจร่างกายโดยละเอียดจะสามารถแยกภาวะนี้ออกไปได้ ในกรณีที่ไม่น่าใจในการวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย โดยเฉพาะใน incomplete type การใช้ abdominal ultrasound⁽¹⁵⁾ หรือ MRI⁽¹⁶⁾ ตรวจจะช่วยในการวินิจฉัยได้แม่นยำยิ่งขึ้น ผู้ป่วยรายนี้มีอาการและการตรวจพบที่ชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็ว⁽¹³⁾

การจำแนกชนิดของมดลูกปลิ้นหลังคลอด อาจจำแนกได้ตามระยะเวลาที่เกิดจนกระทั่งวินิจฉัยได้ ดังนี้⁽¹²⁾

1. Acute puerperal uterine inversion มดลูกปลิ้นเกิดทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และให้การวินิจฉัยได้ในขณะที่ contraction ring ยังไม่หดตัว ดังเช่น ในผู้ป่วยรายนี้

2. Subacute puerperal uterine inversion มดลูกปลิ้นที่ให้การวินิจฉัยได้หลังจาก 24

ชั่วโมงหลังคลอด แต่ยังไม่ถึง 4 สัปดาห์ ซึ่งมี การหดรัศตัวของ contraction ring แล้ว

3. Chronic puerperal uterine inversion มดลูกปลิ้นเกิดมานานกว่า 4 สัปดาห์ หลังคลอด

นอกจากนี้ยังจำแนกชนิดตามความรุนแรงของการเกิดภาวะนี้ คือ ^(3,17)

1. First degree (incomplete) inversion ยอดมดลูกปลิ้นลงมาแต่ยังไม่ผ่าน ปากมดลูก ซึ่งพบในผู้ป่วยรายนี้

2. Second degree inversion ยอดมดลูกปลิ้นผ่านปากมดลูกลงมาอยู่ในช่องคลอด เป็นชนิดที่พบได้บ่อย (ร้อยละ 73)

3. Third degree (complete) inversion ยอดมดลูกโผล่พ้นช่องคลอดออกมา

4. Total inversion มีส่วนของผนังช่องคลอดปลิ้นออกมาร่วมด้วย

หลักสำคัญในการรักษาภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอดคือ การรักษาภาวะช็อก โดยการให้สารน้ำหรือเลือดอย่างรวดเร็วและเพียงพอ ร่วมกับการนำมดลูกที่ปลิ้นออกมากลับสู่ตำแหน่งปกติในทันทีที่เหมาะสม ในผู้ป่วยรายนี้ ผู้ทำคลอดได้ตรวจพบและให้การวินิจฉัยได้ในทันทีที่เกิด จึงได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที 2 เส้นเพื่อรักษาภาวะช็อก ขณะเดียวกันก็ได้ขอเลือดมาให้ผู้ป่วย 2 ยูนิต ให้ยาระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia โดยใช้ endotracheal tube ช่วยหายใจ ทำการดัน

มดลูกกลับเข้าไปในสภาพปกติ โดยใช้วิธีของ Johnson⁽¹⁸⁾ ร่วมกับของ Henderson และ Alles⁽¹⁹⁾ กล่าวคือ เมื่อใช้มือดันยอดมดลูกให้ลอยขึ้นไปสูงกว่าระดับของสะดือเพื่อให้ ligament ต่างๆ ถูกดึงรั้งจนตึงเต็มที่ uterosacral และ cardinal ligament ที่ยึดปากมดลูกไว้ จะดึงรั้งช่วยถ่างขยายปากมดลูกออกไปให้กว้างขึ้นทีละน้อย เมื่อ round ligament ที่ติดอยู่บริเวณใกล้ยอดมดลูกถูกดึงรั้งให้ตึงมากขึ้น จะช่วยดึงรั้งให้ยอดมดลูกเคลื่อนขึ้นไป ขณะเดียวกันเมื่อปากมดลูกถูกถ่างขยายให้กว้างขึ้นให้ใช้ oval forceps จับปากมดลูก เพื่อการดึงรั้งปากมดลูกไว้ และเมื่อดันผนังมดลูกเข้าไปอยู่ในสภาพปกติแล้ว ใช้มือที่ดันผนังมดลูกคาไว้ในโพรงมดลูก จนกว่ามดลูกมีการหดรัศตัวร่วมกับการให้ oxytocin จึงเอามือออกจากโพรงมดลูกตามวิธีการของ Harris⁽¹⁰⁾

วิธีการนำผนังมดลูกกลับเข้าสู่ตำแหน่งปกติ นอกจากวิธีการของ Johnson ร่วมกับของ Henderson และ Alles ซึ่งเป็นที่นิยมและได้ผลดี ทำได้ง่าย และใช้สำเร็จในผู้ป่วยรายนี้ดังกล่าวแล้ว มีผู้แนะนำไว้อีกหลายวิธี เช่น วิธีการของ O'sullivan⁽²⁰⁾ ซึ่งใช้น้ำผ่านเข้าไปเก็บไว้ในช่องคลอดเพื่อเพิ่มความดันในช่องคลอด (sterile douche) นอกจากนั้นก็มียาละลายเยื่อของวิธีการที่มีผู้แนะนำต่างกัน เช่นวิธีการของ Bunke และ Bell⁽²¹⁾ เป็นต้น

เมื่อนำมดลูกกลับเข้าสู่ตำแหน่งปกติแล้ว ต้องให้ยากระตุ้นการหดรัศตัวของมดลูก กระตุ้น

ให้มีการหดตัวของมดลูกก่อนจึงค่อยๆเอามือออกจากโพรงมดลูกเพื่อช่วยในการห้ามเลือด และป้องกันการเกิดซ้ำขณะที่เอามือออก^(18,21) และทำ bimanual uterine compression ช่วยในการหดตัวของมดลูกและห้ามเลือดร่วมด้วย^(7,21) เช่นเดียวกับที่ปฏิบัติในผู้ป่วยรายนี้ได้ให้ oxytocin ทางหลอดเลือดดำตลอดเวลาอีกระยะหนึ่ง นอกจากการให้ oxytocin drug แล้วการใช้ prostaglandin F2 alpha หรือ methyl analogue (prostin 15 - M)⁽⁴⁾ หรือ prostaglandin E2 สามารถกระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้ดี⁽²²⁾

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอดนั้น มีความเห็นที่แตกต่างกัน มีทั้งผู้ที่เห็นด้วย^(6,10) และผู้ที่เห็นว่าไม่ได้ช่วยลดอัตราการติดเชื้อหลังคลอดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาปฏิชีวนะหลังคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

บางรายงานพบโอกาสภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอดซ้ำได้ในครรภ์ต่อไปถึงร้อยละ 44⁽⁶⁾ จึงให้ความเห็นว่าไม่ควรตั้งครรภ์ต่อไป แต่รายงานส่วนใหญ่พบว่าไม่ได้เป็นปัญหาต่อการคลอดในครรภ์ต่อไปแต่อย่างใด⁽⁶⁾ ในผู้ป่วยรายนี้ ควรให้ตั้งครรภ์ต่อไปได้ เพราะสาเหตุของมดลูกปลิ้นเกิดจากการทำคลอดรกผิดวิธี การคลอดครั้งต่อไป แพทย์ต้องระมัดระวังในการทำคลอดรก

มีผู้เสนอความเห็นที่แตกต่างกันในการลอกรกออกจากผนังมดลูกในกรณีที่รกยังไม่ลอกตัว

(ซึ่งไม่พบในผู้ป่วยรายนี้) ว่าควรทำการก่อนการดันผนังมดลูกกลับเข้าสู่ตำแหน่งปกติหรือควรจะทำภายหลังการดันผนังมดลูกกลับแล้ว จึงทำการล้วงรกภายหลัง โดยให้เหตุผลว่า การลอกรกก่อนจะทำให้เกิดการเสียเลือดมาก^(6,7) โดยเฉพาะ adherent placenta แม้ว่าการลอกรกออกก่อนจะลดขนาดของก้อนลง ทำให้การดันผนังมดลูกกลับทำได้ง่ายขึ้น⁽¹⁸⁾ และสามารถตรวจสอบส่วนของรกที่อาจค้างอยู่ได้อย่างละเอียด⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามการลอกรกออกก่อนนั้น ควรกระทำเมื่อได้เตรียมผู้ป่วยพร้อมที่จะสามารถดันผนังมดลูกกลับเข้าสู่ตำแหน่งปกติในทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาภาวะช็อก⁽⁷⁾ ถ้ายังแก้ไขภาวะช็อกไม่ได้ ห้ามดันมดลูกกลับเข้าที่เด็ดขาด เพราะจะเพิ่มความเจ็บปวดจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้^(2,3) ควรดันมดลูกพร้อมรกกลับเข้าที่ก่อน แล้วจึงล้วงรกออกมา ซึ่งโดยทั่วไปแล้วรกจะออกมาโดยง่ายในกรณีที่ไม่สามารถดันมดลูกพร้อมรกกลับเข้าไปได้ จึงจำเป็นต้องเอารกออกก่อน^(3,5,12)

การดันมดลูกกลับเข้าที่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่⁽⁷⁾ การทำให้ contraction ring คลายตัวโดยอาจใช้ยาสลบ halothane หรือ tocolytic drugs เช่น magnesium sulfate หรือ beta-sympathomimetic drugs^(4,12) ผู้ป่วยรายนี้ ไม่จำเป็นต้องใช้ tocolytic drugs เพราะยังไม่มี contraction ring ในกรณีที่ได้พยายามดันมดลูกโดยวิธีการดังกล่าวข้างต้นแล้วไม่สำเร็จ ต้องใช้การผ่าตัดช่วยทำได้ทั้งทางช่องคลอดและ

ทางหน้าท้อง โดยอาจใช้วิธีการดึงมดลูกกลับขึ้นมา เช่น วิธีของ Haultain, Spinelli, Huntington⁽²¹⁾ หรือตัดมดลูกออกไป⁽³⁾ ในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากวินิจฉัยได้เร็ว ยังไม่เกิด contraction ring หลังจากได้แก้ไขภาวะซ็อกแล้ว ได้ดันมดลูกกลับเข้าที่สำเร็จโดยที่ผู้ป่วยเสียเลือดประมาณ 1,000 มล.

โดยสรุปแล้ว หลักการสำคัญในการดูแลรักษาภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอด ประกอบด้วย^(6,10,18) การให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว การดูแลรักษาภาวะซ็อก การให้ยาระงับความรู้สึกที่พอเพียงในการดันผนังมดลูกกลับเข้าสู่ตำแหน่งปกติ และ aseptic technique รวมทั้งการให้ prophylactic antibiotic เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้สามารถป้องกันได้ หากผู้ทำคลอดใช้ความระมัดระวังและรอบคอบในการทำคลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 3 ของการคลอด

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยรายนี้ค่อนข้างดี เนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดไม่มาก สามารถดันมดลูกกลับเข้าที่ได้เร็ว เกิดภาวะซ็อกไม่นาน และไม่มีการติดเชื้อแทรกซ้อน สำหรับการป้องกันภาวะมดลูกปลิ้นสามารถทำได้ โดยไม่ปล่อยให้การคลอดเนิ่นนาน จนกระทั่งมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ช่วยคลอดทารกอย่างถูกวิธี และทำคลอดรกโดยวิธี Brandt - Andrews maneuver จะปลอดภัยและเสี่ยงต่อภาวะมดลูกปลิ้นน้อย หลีกเลี่ยงการทำคลอดรกโดยวิธี cord traction

และ Crede's maneuver⁽³⁾ หลังคลอดรกกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว และตรวจสภาพมดลูกทันทีเพื่อให้สามารถวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขได้โดยเร็ว

สรุป

ผู้ป่วยอายุ 27 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ คลอดโดยคีม ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,300 กรัม แข็งแรงดี ทำคลอดรกโดยวิธี modified Crede's maneuver และ controlled cord traction เกิดภาวะมดลูกปลิ้นเฉียบพลันหลังคลอด ให้การรักษาโดยดันมดลูกกลับเข้าที่โดยวิธีของ Johnson ร่วมกับของ Henderson และ Alles ได้สำเร็จ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 5 วัน การตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ ไม่พบอาการผิดปกติใดๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.เฉลิมชัย เหล่าพูนสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พญ.พจนากองเงิน หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม - นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา และเผยแพร่ผลงานในครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และ เจ้าหน้าที่ตึกสูติ-นรีเวชกรรมทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้

อ้างอิง

1. Van Vugt PJH, Baudoin P, Blom VM, Van Deursen CThBM. Inversio uteri puerperalis. Acta Obstet Gynecol Scand 1981 ; 60 : 353 - 62.
2. Kapernick PS. Postpartum hemorrhage & the abnormal puerperium In : Pernoll ML, Benson RC, eds. Current obstetric & gynecological diagnosis & treatment. 6 th. ed. Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange, 1987 : 524 - 40.
3. สมหมาย อุสุวรรณ. มดลูกปลิ้นหลังคลอด. ใน : สมหมาย อุสุวรรณ, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางสูติ - นรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการตำราศิริราช กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิมพ์เนส, 2524 : 281 - 6.
4. Catanzarite VA, Moffitt KD, Baker ML, Awadalla SG, Argubright KF, Perkins. New approach to the management of acute puerperal uterine inversion. Obstet Gynecol 1986 ; 68 : 7s - 10s.
5. Lipitz S, Frenkel Y. Puerperal inversion of the uterus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1988 ; 27 : 271 - 4.
6. Watson P, Besch N, Bowes WA Jr. Management of acute and subacute puerperal inversion of the uterus. Obstet Gynecol 1980 ; 55 : 12 - 6.
7. Kitchin JD, Thiagarajar S, May HV, Thornton WN. Puerperal inversion of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1975 ; 123 : 51 - 8.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, Gant NF. William obstetrics. 21 th. ed. Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange, 1997 ; 25 : 642 - 3.
9. Platt LD, Druzin ML. Acute puerperal inversion of the uterus. Am J Gynecol 1981 ; 141 : 187 - 90.
10. Harris BA. Acute puerperal inversion of the uterus. Clin Obstet Gynecol 1984 ; 27 : 134 - 8.
11. Wendel PJ, Cox SM. Emergent obstetric management of uterine inversion. Obstet Gynecol Clin North Am 1995 ; 22 : 261 - 74.
12. Quilligan EJ, Zuspan F. In : Douglas - Stromme Operative Obstetrics. 4 th. ed. New York : Appleton - Century - Crofts, 1982 : 764 - 70.
13. Rachagan SP, Sivanesaratnam V, Kok KP, Raman S. Acute puerperal inversion of the uterus and obstetrics emergency. Aust NZ J Obstet Gynecol 1988 ; 28 : 29 - 32.

14. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Normal and problem pregnancies. 2nd. Ed. Churchill Livingstone, 1991 ; 18 : 599 - 600.
15. Hsieh TT, Lee JD. Sonographic finding in acute puerperal uterine inversion. J Clin Ultrasound 1991 ; 19 : 306 - 9.
16. Lewin JS, Bryan PJ. MR imaging of uterine inversion. J Comput Assist Tomogr 1989 ; 13 : 57 - 9.
17. Brar HS, Greenspoon JS, Platt LD, Paul RH. Acute puerperal uterine inversion : new approaches to management. J Reprod Med 1989 ; 34 : 173 - 7.
18. Johnson AB, Rockaway F. A new concept in the replacement of the inverted uterus and a report of nine cases. Am J Obstet Gynecol 1949 ; 57 : 557 - 62.
19. Henderson H, Alles PW. Puerperal inversion of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1948 ; 56 : 133 - 42.
20. O'Sullivan JV. Acute inversion of the uterus. Br Med J 1945 ; 2 : 282 - 3.
21. Bell JE Jr, Wilson GF, Wilson LA. Puerperal inversion of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1953 ; 66 : 767 - 80.
22. Thiery M, Delbeke L. Acute puerperal uterine inversion : two-step management with a beta - mimetic and a prostaglandin. Am J Obstet Gynecol 1985 ; 153 : 891 - 2.