

# ทางรอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกในตับหรือตับแตก

วาราลักษณ์ ยมะสมิต พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ว.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์\*

ศนิตรา อนุวุฒินาวิน พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ว.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์\*

## บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในตับและตับแตกระหว่างตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก แต่มีความรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งมารดาและทารก ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้เกือบทั้งหมดพบร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ อาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยที่สุดคือปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือชายโครงด้านขวา การตรวจภาพเพื่อการวินิจฉัยที่ดีที่สุดได้แก่ การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมกับการฉีดสารทึบแสง ความสำเร็จในการรักษาจำเป็นต้องมีการดูแลร่วมกันเป็นทีม ซึ่งการรักษาเบื้องต้นที่สำคัญมากที่สุดคือการให้สารน้ำ เลือดและองค์ประกอบของเลือดทดแทนอย่างเพียงพอและรวดเร็ว แนวทางการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การเฝ้าสังเกตการณ์ ใช้วิธีอุดหลอดเลือดแดง การผ่าตัดเพื่อเข้าไปห้ามเลือดโดยวิธีกดหลอดเลือด porta hepatis หรือใช้ผ้าซับกุดทับไว้ การผ่าตัดผูกเส้นเลือดในตับ การใช้ Argon การตัดเนื้อตับบางส่วนออกหรือทำการเปลี่ยนตับ อย่างไรก็ตามจนถึงปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปว่าวิธีใดคือการรักษาที่ดีที่สุด การพิจารณาขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย ความรุนแรงของพยาธิสภาพที่พบ ตลอดจนความพร้อมของทรัพยากรและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

## Abstract

### Hepatic Hemorrhage and Rupture in Pregnancy: How to Survive

Waralak Yamasmit MD

Sanitra Anuwutnavin MD

Department of Obstetrics and Gynecology, BMA Medical College and Vajira Hospital

Hepatic hemorrhage and rupture during pregnancy is rare but carries a maternal and perinatal mortality. Almost all of affected women are associated with preeclampsia. The most common presenting symptom is epigastric or right upper quadrant pain. The best imaging modalities is computed tomography with contrast. Successful outcome requires a multidisciplinary team approach. Prompt and adequate resuscitation with intravenous fluid, blood and blood component transfusions are the most important part of initial management. Therapeutic options are observation, selective arterial embolization, porta hepatis compression or packing with laparotomy sponges, hepatic artery ligation, Argon beam electrocoagulation, hepatic resection or liver transplantation. However, there is still no consensus on the best approach to treat this complication. Patients' conditions, the severity of liver damage, and the availability of resources and medical personals are the factors determining the therapeutic strategy.

**Keywords:** hepatic hemorrhage, hepatic rupture, pregnancy

**บทนำ**

ภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกระหว่างตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก แต่มีความรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะดังกล่าวได้ถูกรายงานเป็นครั้งแรกโดย Abercrombie<sup>1</sup> ในปี ค.ศ. 1844 อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกพบประมาณ 1:45,000 ถึง 1:225,000 ของการคลอด<sup>2</sup> โดยมักพบในมารดาครรภ์หลังที่มีอายุก่อนข้างมาก คือมีอายุระหว่าง 30-40 ปี<sup>3</sup> และเกือบทั้งหมดหรือมากกว่าร้อยละ 98 พบร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) หรือโรคในกลุ่มเดียวกันได้แก่ ภาวะชัก (eclampsia) หรือกลุ่มอาการ HELLP (HELLP syndrome)<sup>4</sup> ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มอาการเม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis), ค่าเอนไซม์ของตับเพิ่มขึ้นผิดปกติ (elevated liver enzyme) และปริมาณเกล็ดเลือดลดต่ำลง ภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกมักเกิดในช่วงของการตั้งครรภ์ใกล้ครบกำหนด และประมาณ 1 ใน 3 อาจพบได้ในระยะหลังคลอด ซึ่งส่วนใหญ่จะพบภายใน 48 ชั่วโมงแรก อย่างไรก็ตามอาจพบได้จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด<sup>5-7</sup>

**พยาธิสรีรวิทยา**

ปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกของการมีเลือดออกในตับหรือตับแตกที่แน่ชัด Rademaker<sup>8</sup> ได้เสนอพยาธิสรีรวิทยาของภาวะดังกล่าว โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังแผนภูมิที่ 1 การตรวจด้วยตาเปล่ามักพบบริเวณของเนื้อตาย (necrosis) และมีรอยฉีกขาดของตับหลายแห่ง (multiple laceration) โดยร้อยละ 75 พบก้อนเลือด (hematoma) ในตับกลีบขวาบริเวณผิวหน้าด้านบน ร้อยละ 11 พบเลือดออกในตับกลีบซ้าย และร้อยละ 14 พบเลือดออกในตับทั้ง 2 กลีบ ส่วนพยาธิสภาพที่พบจากการตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์ จะพบลักษณะของเนื้อตายบริเวณรอบหลอดเลือดดำ portal (periportal necrosis) โดยจะพบ fibrin เกาะอยู่ตามหลอดเลือดฝอยที่อยู่รอบ ๆ หลอดเลือดดำ portal<sup>9</sup>

**อาการทางคลินิก**

ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ หรือชายโครงด้านขวา ซึ่งเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยเกือบทุกรายก่อนที่ตับจะแตก และอาจมีอาการปวดร้าวไปบริเวณหัวไหล่ข้างขวาในกรณีที่มึเลือดออกเป็นจำนวนมากและมีการระคายเคืองต่อกระบังลม การตรวจร่างกายจะพบภาวะซีดอย่างรุนแรง ความดันเลือดต่ำและช็อค ท้องอืด กดเจ็บ การตรวจตับมักพบตับโตและกดเจ็บ นอกจากนี้อาจตรวจพบน้ำในช่องปอดด้านขวา (right-sided pleural effusion) ซึ่งอาจมี

ระยะที่ 1: เป็นระยะที่ตับมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (hepatic ischemic stage) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ อันเป็นผลจากภาวะครรภ์เป็นพิษ และส่งผลให้เริ่มเกิดเนื้อตายในตับเป็นบริเวณเล็ก ๆ



ระยะที่ 2: เนื้อตับมีการซ่อมแซม (tissue remodeling) ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น



ระยะที่ 3: ความดันในตับเพิ่มสูงขึ้น ในกรณีที่พบร่วมกับกลุ่มอาการ HELLP จะมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติอย่างรุนแรง ทำให้เกิดเลือดออกในตับเป็นจุดเล็ก ๆ หลาย ๆ จุด และค่อย ๆ ขยายวงกว้างออกไปกลายเป็นก้อนเลือด (hepatic hematoma)



ระยะที่ 4: ก้อนเลือดในตับขยายขนาดขึ้นเรื่อย ๆ จนทะลุเยื่อหุ้มตับ (capsule of Glisson) และเลือดที่ออกทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อช่องท้อง ความดันเลือดต่ำ และช็อค (hypovolumic shock)

แผนภูมิที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของการมีเลือดออกในตับหรือตับแตก

ผลรบกวนการหายใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในระยะที่มีเลือดออกในตับแต่ตับยังไม่แตก ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้องแบบทั่ว ๆ ไป ร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และปวดศีรษะได้หลายวันจนถึงเป็นสัปดาห์ ก่อนที่อาการปวดจะมาเด่นชัดบริเวณลิ้นปี่หรือชายโครงด้านขวา โดยอาจยังไม่พบความผิดปกติของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ<sup>10,11</sup> ซึ่งอาการดังกล่าวไม่บ่อยจำเพาะ จึงเป็นเหตุให้การวินิจฉัยล่าช้าจนกระทั่งตับแตก บางรายอาจได้รับการวินิจฉัยขณะทำการผ่าตัดคลอดบุตรแล้วพบมีการตกเลือดในช่องท้อง<sup>12</sup>

## การวินิจฉัย

สิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกคือต้องมีความสงสัยและนึกถึงภาวะดังกล่าว การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบความเข้มข้นเลือดลดลงอย่างมาก ร่วมกับการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ (abnormal coagulogram) และอาจพบความผิดปกติในลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มอาการ HELLP ได้แก่ เม็ดเลือดแดงแตก โดยมีลักษณะแบบ microangiopathic hemolytic anemia (MAHA) มีการเพิ่มปริมาณของเอนไซม์ lactate dehydrogenase (LDH) ปริมาณเกล็ดเลือดลดลงต่ำกว่า 50,000/ลบ.มม. และค่าของเอนไซม์ของตับที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ<sup>13,14</sup> อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความผิดปกติของเอนไซม์กับความผิดปกติของการตรวจภาพตับ (liver imaging) หรือโอกาสในการเกิดตับแตก ในขณะที่พบว่า ความรุนแรงของเกล็ดเลือดต่ำมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความรุนแรงของความผิดปกติที่พบจากการตรวจภาพตับ<sup>15</sup>

สำหรับการตรวจภาพเพื่อการวินิจฉัย (imaging modalities) อาจทำได้หลายวิธี<sup>11,16-18</sup> ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography; CT scan) การตรวจด้วยคลื่นสนามแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging; MRI) หรือการใช้วิธีฉีดสารทึบแสงเข้าหลอดเลือด (angiography) ทั้งนี้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมีความไว้น้อยกว่าการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในการระบุการมีเลือดออกในตับ วิธีที่ดีที่สุดได้แก่ การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมกับการฉีดสารทึบแสง (contrast) ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถให้การวินิจฉัยการมีเลือดออกในระยะเวลาที่ไม่นาน (acute hemorrhage) ได้ดี นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่ายและมีการใช้อย่างแพร่หลายมากกว่าการใช้การตรวจด้วยคลื่นสนามแม่เหล็ก อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยคลื่นสนามแม่เหล็กมีข้อดีคือสามารถให้การวินิจฉัยเลือดออกที่เป็นมานาน (chronic hematoma) ได้ดีกว่า และทารกในครรภ์ไม่ต้องสัมผัสกับรังสี ส่วนการฉีดสารทึบแสงเข้าหลอดเลือดเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำเช่นเดียวกัน และอาจให้การรักษาโดยทำการอุดหลอดเลือดแดง (selective arterial embolization) ได้เลยในผู้ป่วยบางกรณี

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกระหว่างตั้งครรภ์จากรายงานต่าง ๆ มักพบร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษหรือกลุ่มอาการ HELLP แต่ภาวะดังกล่าวอาจพบได้ในการตั้งครรภ์ปกติที่ไม่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ<sup>13,16,17-19</sup> สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกระหว่างตั้งครรภ์ได้แก่ การได้รับการ

บาดเจ็บหรือการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) เนื้องอกในตับ (hepatic adenoma), acute fatty liver of pregnancy และการใช้โคเคน (cocaine abuse) ซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคสามารถทำได้โดยการซักประวัติอย่างละเอียดร่วมกับการใช้การตรวจภาพเพื่อการวินิจฉัย<sup>19</sup>

## การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปว่าวิธีใดคือการรักษาที่ดีที่สุด<sup>3,12</sup> การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการรักษาแต่ละวิธีโดยการศึกษาทดลองแบบสุ่ม (randomized trial) นั้นยังมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้นการศึกษาจากรายงานผู้ป่วย (case report) ต่าง ๆ ถึงความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือภาวะแทรกซ้อนของแต่ละวิธีน่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับภาวะที่พบได้ยากแต่มีอันตรายดังเช่นภาวะนี้ จากการทำทบทวนรายงานผู้ป่วยพอสรุปแนวทางได้ดังต่อไปนี้

1. ความสำเร็จในการรักษาจำเป็นต้องอาศัยการดูแลร่วมกันเป็นทีม<sup>3,9,20</sup> ซึ่งประกอบด้วยสูติแพทย์ รังสีแพทย์ วิชาญแพทย์ ศัลยแพทย์ และกุมารแพทย์ที่ชำนาญด้านทารกแรกเกิด
2. แจ้งธนาคารเลือดเตรียมสำรองเลือด และองค์ประกอบของเลือดจำนวนมาก มีรายงานผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะตับแตกที่ต้องได้รับ pack red cells, fresh frozen plasma และเกล็ดเลือดรวมทั้งสิ้น 82 ยูนิต 78 ยูนิต และ 24 ยูนิต ตามลำดับ<sup>21</sup>
3. การให้สารน้ำ เลือดและองค์ประกอบของเลือดทดแทนอย่างเพียงพอและรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก<sup>9,20</sup>
4. ควรพิจารณาให้คลอทดัทนัที่ ซึ่งการผ่าตัดคลอทดัทน่าจะ เป็นวิธีที่เหมาะสมกว่า เนื่องจากการเบ่งคลอทดัทอาจเป็นผลให้เลือดที่อยู่ อู่ใต้เยื่อหุ้มตับมีการปริแตก<sup>13,22</sup> อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการรอดชีวิตของทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอทดัทหรือคลอทดัททางช่องคลอด ไม่แตกต่างกัน<sup>3</sup>
5. ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในตับจากการตรวจภาพเพื่อการวินิจฉัย แต่ตับยังไม่แตก และระบบการไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยเป็นปกติ (stable hemodynamic status) มีทางเลือกในการรักษา 2 ทางคือ การใช้วิธีอุดหลอดเลือดแดง<sup>3</sup> หรือการใช้วิธีผ่าตัดการฉีกแผลร่วมกับการให้สารน้ำ เลือดและองค์ประกอบของเลือดทดแทน ซึ่งการใช้วิธีนี้จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมิให้เกิดการกระทบกระเทือน เพราะการกระทบกระเทือน แม้เพียงเล็กน้อยอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยตับแตกได้ นอกจากนี้ยัง ต้องมีการตรวจติดตามโดยใช้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง หรือตรวจ

ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นระยะ ๆ เนื่องจากมีรายงานพบตับแตก ภายหลังการได้รับการวินิจฉัยเลือดออกในตับครั้งแรกนานถึง 6 สัปดาห์<sup>1,3,15,23</sup>

6. หากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ระบบการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ (unstable hemodynamic status) ไม่ว่าผู้ป่วยจะเกิดตับแตกแล้วหรือไม่ก็ตาม การให้การรักษาโดยการผ่าตัดเพิ่มโอกาสรอดมากกว่าการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) โดย Henry และคณะ<sup>14</sup> ได้รายงานในปี ค.ศ. 1982 ว่าโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยหากรักษาแบบอนุรักษ์เท่ากับร้อยละ 96 เมื่อเทียบกับร้อยละ 33 หากรักษาโดยการผ่าตัด อย่างไรก็ตามในเวลานั้น เทคโนโลยีการใช้วิธีอุดหลอดเลือดแดง ซึ่งถูกนำเสนอในเวลาต่อมา เป็นวิธีที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้อย่างมาก นั้นยังมิได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายนัก สำหรับรูปแบบของการรักษาโดยการผ่าตัดที่มีรายงานถึงความสำเร็จได้แก่

6.1 การนำก้อนเลือดออก แล้วใช้ผ้าซับกดทับไว้ (laparotomy sponges packing) และวางท่อระบายเลือกรอบตับ (perihaptic drains) และมาผ่าตัดเปิดเอาผ้าซับออกในภายหลัง<sup>1,13,10</sup>

6.2 การใช้วิธีปิดบริเวณ porta hepatis วาง gelfoam หรือ collagen impregnated materials ร่วมกับวางท่อระบายเลือด<sup>11</sup>

6.3 การใช้วิธีผูกหลอดเลือดแดงตับ (hepatic artery ligation)<sup>21,23</sup>

6.4 การห้ามเลือดโดยวิธีใช้ Argon (Argon beam electrocoagulation) Shrivastova และคณะ<sup>24</sup> ได้รายงานเมื่อไม่นานมานี้ถึงความสำเร็จของการใช้ Argon beam coagulator ในการห้ามเลือดในผู้ป่วยกลุ่มอาการ HELLP ที่เกิดตับแตก โดยอธิบายว่าความร้อนจากเครื่องมือที่ใช้แก๊ส Argon เป็นตัวนำจะสามารถหยุดเลือดได้โดยไม่ต้องสัมผัสกับเนื้อเยื่อโดยตรง ซึ่งต่างจากการใช้ spray electrocautery ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน ดังนั้นการใช้ Argon จะมีการทำลายเนื้อเยื่อน้อยกว่า และสามารถใช้กับเนื้อเยื่อที่มีการตายแล้วได้ นอกจากนี้เถ้า (eschar) ที่เกิดจาก Argon beam coagulator จะติดแน่นกับเนื้อเยื่อมากกว่าเถ้าจากการใช้ spray electrocautery ทำให้โอกาสในการที่จะมีเลือดออกซ้ำต่ำกว่า Argon beam electrocoagulation จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นทางเลือกใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพเหนือวิธีอื่นในการรักษาตับแตกกระหว่างตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการ HELLP

6.5 การตัดเนื้อตับบางส่วนหรือทั้งกลีบออก (hepatic resection or lobectomy) มักใช้ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมเลือดที่ออกได้โดยการใช้วิธีอื่น ๆ<sup>21</sup>

6.6 การผ่าตัดเปลี่ยนตับ (liver transplantation) มักใช้ในกรณีที่มียืดออกปริมาณมาก จนเกิดตับวายเฉียบพลัน (acute liver failure) หรือมีเนื้อตับตายเป็นจำนวนมาก (severe hepatic necrosis)<sup>5,25</sup>

6.7 การรักษาแบบประคับประคองที่มีรายงานว่าได้ผลดี ในกรณีที่การรักษาโดยการผ่าตัดไม่ประสบความสำเร็จได้แก่ การให้ activated factor VII<sup>26,27</sup>

ในระยะหลังได้มีหลักฐานจำนวนมากที่แสดงถึงความสำเร็จในการรักษาโดยใช้วิธีอุดหลอดเลือดแดง<sup>4,11,12,28,20</sup> ซึ่งวิธีนี้สามารถใช้เป็นทางเลือกในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาแบบผ่าตัดได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติอย่างรุนแรง (severe coagulopathy) มีเลือดออกในตับหลายตำแหน่ง (multiple hepatic hematoma) หรือผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการผ่าตัด หรืออาจใช้เป็นวิธีรักษาร่วมกันกับการผ่าตัด (adjunctive therapy) โดยมีรายงานพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10<sup>12</sup> อย่างไรก็ตามรายงานดังกล่าวมีลักษณะเป็นรายงานผู้ป่วยเป็นชุด (cases series) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพียง 10 ราย สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบได้จากการรักษาโดยวิธีอุดหลอดเลือดแดง ได้แก่ การเกิดเนื้อตาย (ischemic necrosis) จากการขาดเลือดไปเลี้ยงของตับและถุงน้ำดี การติดเชื้ออย่างรุนแรง (sepsis) และตับวาย<sup>11,28</sup>

### การพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในตับ และตับแตกนั้นการพยากรณ์โรคไม่ดี และมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC), น้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) และไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure)<sup>30</sup> อัตราการเสียชีวิตของมารดาที่ตับแตกลดลงจากร้อยละ 100 ในช่วงก่อนปี ค.ศ. 1970 เป็นร้อยละ 30 ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำวิธีการรักษาโดยการอุดหลอดเลือดแดงมาใช้ สำหรับอัตราการเสียชีวิตของทารกพบว่าลดลงเป็นอัตราส่วนที่น้อยกว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน กล่าวคือลดลงจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 39 ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของทารกที่ลดลงนี้จะเป็นผลจากศักยภาพในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้ดีขึ้นมากกว่าที่จะเป็นผลจากอัตราการรอดชีวิตของมารดาที่เพิ่มมากขึ้น<sup>4</sup>

สำหรับผู้รอดชีวิตจากภาวะดังกล่าว พบว่าเกือบทุกรายพบพยาธิสภาพในตับสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างช้า ๆ ซึ่งยืนยันจากการตรวจติดตามโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในระยะ 4-6 เดือนหลังการวินิจฉัยภาวะดังกล่าว จะพบภาพของตับกลับมา

เป็นปกติ<sup>11,21</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงความสำเร็จของการตั้งครรภ์ที่  
 ด้ไปโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ในผู้ป่วยที่มีประวัติตับแตก  
 ในครรภ์ก่อน<sup>21,31</sup>

## สรุป

ทางรอดของภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกระหว่าง  
 ตั้งครรภ์ขึ้นกับปัจจัยสำคัญ 2 ประการ กล่าวคือการได้รับการวินิจฉัย  
 แต่เนิ่น ๆ ซึ่งประเด็นสำคัญคือแพทย์ต้องมีความสงสัยและคิดถึง  
 ภาวะดังกล่าว เนื่องจากบางครั้งอาการทางคลินิกที่ไม่จำเพาะ  
 ประกอบกับอุบัติการณ์ของภาวะนี้ที่พบได้น้อยมากทำให้การวินิจฉัยล่าช้า  
 ผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและกลุ่มอาการ HELLP ที่มีอาการ  
 ปวดท้องควรได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิสภาพของตับอย่างละเอียด  
 และหากมีความดันเลือดลดต่ำลงร่วมกับเกิดภาวะซีดอย่างรวดเร็ว  
 ควรคิดถึงภาวะตับแตก ถึงแม้ว่าอาการหรืออาการแสดงดังกล่าวจะ  
 เกิดในระยะหลังคลอดก็ตาม ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือการให้  
 สารน้ำ เลือด และองค์ประกอบของเลือดทดแทนอย่างเพียงพอ  
 ซึ่งเป็นการรักษาเบื้องต้นที่มีความสำคัญมากและมีผลต่อการพยากรณ์  
 โรค หากผู้ป่วยยังไม่คลอดบุตรควรพิจารณาให้คลอดโดยเร็ว ส่วนการ  
 รักษาที่จำเพาะของภาวะเลือดออกในตับหรือตับแตกนั้นยังไม่มี  
 ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าวิธีใดคือการรักษาที่ดีที่สุด การพิจารณาขึ้นกับ  
 ภาวะของผู้ป่วย ความรุนแรงของพยาธิสภาพที่พบ ตลอดจน  
 ความพร้อมของทรัพยากรและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. Abercrombie J. Hemorrhage of the liver. *Lon Med Gaz* 1844; 34: 792-4.
2. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flecsh I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: evaluation of diagnostic and therapeutic options—a unicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 106-112.
3. Poo JL, Góngora J. Hepatic hematoma and hepatic rupture in pregnancy. *Ann Hepatol* 2006; 5: 224-6.
4. Rinehart BK, Terrone DA, Magann EF, Martin RW, May WL, Martin JN Jr. Preeclampsia-associated hepatic hemorrhage and rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54: 196-202.
5. Reck T, Bussenius-Kammerer M, Ott R, Müller V, Beinder E, Hohenberger W. Surgical treatment of HELLP syndrome-associated liver rupture—an update. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99: 57-65.
6. Marsh FA, Kaufmann SJ, Bhabra K. Surviving hepatic rupture in pregnancy—a literature review with an illustrative case report. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23: 109-13.
7. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 311-6.
8. Rademaker L. Spontaneous rupture of liver complicating pregnancy. *Ann Surg* 1943; 118: 396-401.
9. Sheikh RA, Yasmeeen S, Pauly MP, Riegler JL. Spontaneous intrahepatic hemorrhage and hepatic rupture in the HELLP syndrome: four cases and a review. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 323-8.
10. Knox TA, Olans LB. Liver disease in pregnancy. *N Engl J Med* 1996; 335: 569-76.
11. Loevinger VH, Vujic I, Lee WM, Anderson MC. Hepatic rupture associated with pregnancy: treatment with transcatheter embolotherapy. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 281-4.
12. Araujo AC, Leao MD, Nobrega MH, Bezerra PF, Pereira FV, Dantas EM, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 129-33.
13. Hibbard LT. Spontaneous rupture of the liver in pregnancy: a report of eight cases. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126: 334-8.
14. Henny CP, Lim TE, Brummelkamp WH, Büller HR, ten Cate JW. Spontaneous rupture of the Glisson's capsule during pregnancy: an acute surgical emergency. *Neth J Surg* 1982; 34: 72-5.

15. Barton JR, Sibai BM. Hepatic imaging in HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count). *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1820-5.
16. Paley MR, Ros PR. MR imaging of the liver: a practical approach. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 1997; 5: 415-29.
17. Sommer DG, Greenway GD, Bookstein JJ, Orloff MJ. Hepatic rupture with toxemia of pregnancy: angiographic diagnosis. *Am J Roentgenol* 1979; 132: 455-6.
18. Yotsumoto G, Tanaka K, Ishizaki N, Ikoma A, Kawashima S, Taira A. Spontaneous subcapsular hepatic hemorrhage associated with pregnancy: report of a case. *Surg Today* 1997; 27: 657-60.
19. Stevenson JT, Graham DJ. Hepatic hemorrhage and the HELLP syndrome: a surgeon's perspective. *Am Surg* 1995; 61: 756-60.
20. Miguelote RF, Costa V, Vivas J, Gonzaga L, Menezes CA. Postpartum spontaneous rupture of a liver hematoma associated with preeclampsia and HELLP syndrome. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279: 923-6.
21. Barton JR, Sibai BM. Care of the pregnancy complicated by HELLP syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 4: 937-50.
22. Heller TD, Goldfarb JP. Spontaneous rupture of the liver during pregnancy, a case report and review of the literature. *N Y State J Med* 1986; 86: 314-6.
23. Geary M. The HELLP syndrome. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 887-91.
24. Shrivastava VK, Imagawa D, Wing DA. Argon beam coagulator for treatment of hepatic rupture with hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets (HELLP) syndrome. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 525-6.
25. Hunter SK, Martin M, Benda JA, Zlatnik FJ. Liver transplant after massive spontaneous hepatic rupture in pregnancy complicated by preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1995; 85(5 Pt 2): 819-22.
26. Merchant SH, Mathew P, Vanderjagt TJ, Howdieshell TR, Crookston KP. Recombinant factor VIIa in management of spontaneous subcapsular liver hematoma associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 103(5 Pt 2): 1055-8.
27. Dart BW 4th, Cockerham WT, Torres C, Kipikasa JH, Maxwell RA. A novel use of recombinant factor VIIa in HELLP syndrome associated with spontaneous hepatic rupture and abdominal compartment syndrome. *J Trauma* 2004; 57: 171-4.
28. Terasaki KK, Quinn MF, Lundell CJ, Finck EJ, Pentecost MJ. Spontaneous hepatic hemorrhage in preeclampsia: treatment with hepatic arterial embolization. *Radiology* 1990; 174(3 Pt 2): 1039-41.
29. Goodlin RC, Anderson JC, Hodgson PE. Conservative treatment of liver hematoma in the postpartum period: a report of two cases. *J Reprod Med* 1985; 30: 368-70.
30. Barton JR, Sibai BM. HELLP and the liver diseases of preeclampsia. *Clin Liver Dis* 1999; 3: 31-48.
31. Wüst MD, Bolte AC, de Vries JI, Dekker GA, Cuesta MA, van Geijn HP. Pregnancy outcome after previous pregnancy complicated by hepatic rupture. *Hypertens Pregnancy* 2004; 23: 29-35.