

รายงานผู้ป่วย

การเย็บมดลูกวิธีใหม่ : ทางเลือกแทนการตัดมดลูก กรณีตกเลือดอย่างรุนแรงหลังคลอด

กิตตินันท์ ไทศรีวงศ์ พ.บ.*

Abstract **Hemostatic Suturing Technique for Massive Uterine Bleeding During Cesarean Delivery : An Alternative to Hysterectomy**

Kittinan Thaisriwong M.D.*

*Department of Obstetrics & Gynecology, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2005;22:136-139.

This paper presents the efficacy and safety of hemostatic suturing technique for management of massive postpartum hemorrhage due to uterine atony during cesarean delivery that did not respond to uterotonic agents.

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียภาวะเจริญพันธุ์ และการเสียชีวิตของมารดา สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการตกเลือดหลังคลอดได้แก่ มดลูกไม่หดตัว (uterine atony) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง เช่น overdistended uterus, prolonged labor, prolonged oxytocin induction or augmentation, and chorioamnionitis¹ วิธีควบคุมการตกเลือดหลังคลอดจาก uterine atony ได้แก่ การทำ bimanual uterine compression, ให้ uterotonic agents เช่น oxytocin, ergot alkaloids, prostaglandin agents² ถ้าการรักษาด้วยยาดังกล่าว ไม่ได้ผล ขั้นตอนต่อมาคือ การผ่าตัดแบบอนุรักษ์ (conservative

surgical treatment) เช่น ligation of uterine, ovarian, or hypogastric artery^{3,4}, systemic devascularization of the uterus⁵ และถ้าหากยังไม่สามารถควบคุมการตกเลือดได้ก็มักจะตัดมดลูก (hysterectomy) เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

จากการศึกษารายงานในระยะ 5 - 6 ปี ที่ผ่านมา มีการรายงานวิธีการเย็บมดลูกที่สามารถควบคุมการตกเลือดหลังคลอดจาก uterine atony ได้ผลดี สามารถหลีกเลี่ยงการตัดมดลูกได้ เช่น the B-Lynch surgical technique⁶, hemostatic multiple square suturing technique⁷

รายงานนี้นำเสนอการเย็บมดลูกแบบ square knot suturing technique ในผู้ป่วย 1 ราย ที่มีการตก

* กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

เลือดอย่างรุนแรงขณะทำผ่าตัดคลอด และไม่ตอบสนองต่อ uterotonic agents

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 27 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดจันทบุรี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า เมื่อวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2548 ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยตั้งครรภ์ได้ 37 สัปดาห์ PARA 0-0-1-0 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน 10 ครั้ง ผลเลือดขณะฝากครรภ์ ความเข้มข้นของโลหิต ร้อยละ 34 VDRL non-reactive anti HIV negative ตรวจครรภ์มารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขณะตั้งครรภ์ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ครรภ์แรกแท้งเองขณะอายุครรภ์ 2 เดือน รักษาโดยการขูดมดลูกเมื่อปี พ.ศ. 2545

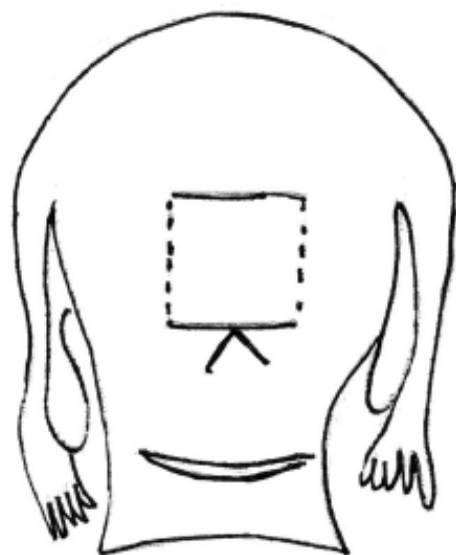
2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ลูกดิ้นดี ตรวจร่างกายแรกพบ BT 36.8 C PR 80/min RR 20/min BP 130/90 mmHg ไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่บวม มดลูกอยู่ 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกในครรภ์อยู่ในท่าศีรษะ หลังอยู่ทางด้านขวา ศีรษะเข้าสู่เชิงกรานแล้ว FHS 138/min มดลูกหดตัวทุก ๆ 5-6 นาที นาน 30 วินาที

ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 1 ซม. บาง ร้อยละ 50 มุม ชีกลาง ฤกษ์น้ำโป่ง ระดับส่วนนำ -0- 12 ชั่วโมงต่อมา ปากมดลูกเปิด 3 ซม. บาง ร้อยละ 80 ส่วนนำ -0- เจาะถุงน้ำคร่ำได้น้ำใส หลังเจาะถุงน้ำคร่ำผู้ป่วยเจ็บครรภ์ถี่ ทุก ๆ 2-3 นาที หลังจากนั้นอีก 2 ชั่วโมงตรวจภายในซ้ำได้ผลเท่าเดิม ให้การวินิจฉัยว่าเป็น CPD (cephalopelvic disproportion) จึงตัดสินใจให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอด

ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบโดย general anesthesia และทำผ่าตัดคลอดแบบ low transverse cesarean section ได้ทารกเพศชายหนัก 3,310 กรัม Apgar score^{9,10} ระหว่างผ่าตัดเกิด immediate postpartum hemorrhage due to uterine atony

ให้การรักษาโดยการทำ bimanual uterine compression, syntocinon 20 unit (synto 10 unit in RLS 600 cc IV drip, 10 unit IV push) methergin 0.2 mg. IV and 0.2 mg. intramyometrium x 2 ครั้ง ต่อมาให้ Nalardol 500 microgram IV drip รวมทั้งการให้ IV crystalloid 2,500 cc, haemacel 500 cc, PRC 2 ถุง, FFP 2 ถุง estimated blood loss 1,600 cc with intractable uterine atony จึงตัดสินใจทำการผ่าตัดโดยวิธีเย็บมดลูกแบบ square knot suture 1 stitch ที่บริเวณกลาง ๆ มดลูก (ตำแหน่งที่รกเกาะ) ขนาด 5 x 5 ซม.

เทคนิคและวิธีการ ใช้เข็มตรงเบอร์ 7 และ chromic catgut เบอร์ 1 โดยปักเข็มจากด้านหน้าของมดลูก ทะลุโพรงมดลูกไปออกด้านหลังแล้วปักเข็มเหนือจุดเดิม 5 ซม. จากด้านหลังมดลูกทะลุมาออกด้านหน้า ต่อจากนั้น ปักเข็มห่างจากจุดที่ออกทางด้านหน้าไปทางซ้าย 5 ซม. จากด้านหน้ามดลูกทะลุไปออกด้านหลัง แล้วจึงปักเข็มต่ำจากจุดเดิม 5 ซม. จากด้านหลังทะลุออกมาด้านหน้า เสร็จแล้วจึงผูกเงื่อนปมให้แน่น สังเกตทางช่องคลอด พบว่าเลือดออกน้อยลงมากจนเกือบหยุดสนิท จึงเย็บปิดหน้าท้อง (ในกรณีที่เลือดยังไม่หยุดสามารถเย็บได้หลาย stitch)



Hemostatic square suture method

หลังการผ่าตัด ย้ายผู้ป่วยมาสังเกตอาการในห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติ จึงให้ย้ายไปยังหอผู้ป่วย และให้ whole blood ต่ออีก 1 ยูนิต

วันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกผิดปกติ มดลูกหดตัวดี blood coagulogram ปกติ ความเข้มข้นโลหิต ร้อยละ 27 BT 38 C PR 90/min RR 20/min BP 120/80 mmHg ให้ PRC อีก 1 ยูนิต หลังให้เลือดผลความเข้มข้นของโลหิต ร้อยละ 29 ในวันต่อ ๆ มาผู้ป่วยสบายดีขึ้น ไม่มีไข้ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี นอนหลับดี และให้กลับบ้านได้ในวันที่ 6 หลังผ่าตัด

ผู้ป่วยมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ต่อมา ไม่พบอาการผิดปกติ มดลูกขนาดปกติ กุมกำเนิดด้วยการฉีดยาคุมกำเนิด

วิจารณ์

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่ต้องประเมินสภาวะผู้ป่วย และค้นหาสาเหตุอย่างรีบด่วน เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และทันทั่วทั้งที่ มิฉะนั้นแล้วมารดาอาจเสียชีวิตจากการเสียเลือดได้ ผู้ป่วยรายนี้ตกเลือดขณะผ่าตัดคลอดหลังจากเด็กและรอกออกมาแล้ว โดยมีสาเหตุจาก uterine atony และได้รับการรักษาด้วย bimanual uterine compression, transfusions และ uterotonic agents คือ oxytocin, methergin และ prostaglandins ซึ่งเป็นมาตรฐานการรักษาเบื้องต้นในกรณี uterine atony แล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษาดังกล่าว ยังคงมีอาการมดลูกไม่หดตัว และมีเลือดออกตลอดเวลา ถือเป็นการตกเลือดอย่างรุนแรงขั้นวิกฤตที่ต้องตัดสินใจหยุดการเสียเลือดโดยเร็ว ถ้าทำการตัดมดลูก (hysterectomy) ซึ่งเป็นหัตถการที่ทำกันโดยทั่วไปเพื่อควบคุม atony bleeding จะทำให้สูญเสียภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและยังต้องการมีบุตรต่อเช่นผู้ป่วยรายนี้ หัตถการเพื่อหยุดการเสียเลือดโดยไม่ต้องตัดมดลูกที่ได้ผลดี มีเทคนิคการผ่าตัดแบบอนุรักษ์วิธีต่าง ๆ (conservative surgical treatment) ซึ่งมักจะเป็นการผูกหลอดเลือดในเชิงกราน

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดแรงดันเลือดแดง (artery pulse pressure) เพื่อควบคุมการตกเลือด การทำ uterine artery ligation และ hypogastric (internal iliac) artery ligation มีรายงานว่าได้ผลดีร้อยละ 40-95 แต่มักไม่ค่อยได้ผลในรายที่มี placenta accreta หรือเกิด coagulopathy ขึ้นแล้ว^{4,8} มีรายงานการทำ stepwise uterine devascularization จากประเทศอียิปต์ว่าได้ผลดีทุกรายเมื่อทำตามลำดับ 5 ขั้นตอน คือ

- 1) unilateral uterine vessel ligation
- 2) bilateral uterine vessel ligation
- 3) low bilateral uterine vessel ligation
- 4) unilateral uterine vessel ligation and
- 5) bilateral ovarian vessel ligation.

และพบว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยตอบสนองได้ดีเพียงทำสองขั้นตอนแรก การผ่าตัดผูกหลอดเลือดที่กล่าวมาข้างต้น เป็นหัตถการที่ต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญสูง ใช้เวลานานข้างมาก และมักไม่ค่อยได้ผลในรายที่เกิด coagulopathy แล้ว มีรายงานการผ่าตัดเทคนิคใหม่ที่ได้ผลดีในการควบคุมการตกเลือดหลังคลอด โดยการเย็บบนตัวมดลูกเพื่อกดบีบให้ผนังมดลูกด้านหน้าและด้านหลังเข้ามาเบียดชิดกัน (surgical temponade of the uterus or compression suture on the uterus) The B-Lynch suturing technique (brace suture) ซึ่งน่าจะเกิดจากการสังเกตการทำ bimanual uterine compression ว่าสามารถหยุดหรือควบคุมการตกเลือด โดยเฉพาะในกรณี uterine atony ได้ Cho JH และคณะ⁷ รายงานการเย็บมดลูกแบบ multiple square suturing technique ในผู้ป่วยตกเลือดรุนแรงขณะผ่าตัดคลอดจำนวน 23 ราย ว่าได้ผลดีทุกราย โดยที่สามารถหยุดการเสียเลือดได้ และต่อมาทุกรายมีระดูมาตามปกติ มีรายงานการตั้งครรภ์ 4 ราย ผู้เขียนได้ทำหัตถการในผู้ป่วยที่มีการตกเลือดอย่างรุนแรงในขณะที่ทำการผ่าตัดคลอด โดยเย็บ square knot suture ตรงกลางมดลูกบริเวณที่รูกะเพาะ 1 stitch สามารถหยุดการเสียเลือดในผู้ป่วยรายนี้ได้ และพบว่าเป็นหัตถการที่ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และรวดเร็ว จึงเป็น

อีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยไม่ต้องตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิตและคงสภาพผู้ป่วยไม่ให้อายุสั้นภาวะเจริญพันธุ์

สรุป

การเย็บมดลูกแบบ square knot suture เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดรุนแรง ซึ่งนอกจากรักษาชีวิตแล้ว ยังคงสภาพผู้ป่วยไม่ให้อายุสั้นภาวะเจริญพันธุ์

เอกสารอ้างอิง

1. Roberts WE. Emergent obstetric management of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:283–302.
2. Drife J. Management of primary postpartum hemorrhage. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:275–7.
3. O’Leary JL, O’Leary JA. Uterine artery ligation for control of postcesarean section hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1974;43:849–53.
4. Clark SL, Phelan JP, Yeh SY, Bruce SR, Paul RH. Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1985;66:353–6.
5. Abd Rabbo SA. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171: 694–700.
6. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:372–5.
7. Cho JH, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2000;96:129–31.
8. O’Leary JA. Uterine artery ligation in the control of post cesarean hemorrhage. *J Reprod Med* 1995;40:189–93.