

รายงานผู้ป่วย

ภาวะตกเลือดในช่องท้องจากการแตกเองของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกมดลูก

นิตยา ภิญญะทรกุล พ.บ.*

Abstract Hemoperitoneum Secondary to the Spontaneous rupture of Superficial Vein of a Uterine Leiomyoma

Nittaya Pinyotrakool M.D.*

* Department of Obstetrics and Gynecology Ratchaburi Hospital.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2005;22:36-40.

Hemoperitoneum secondary to the spontaneous rupture of superficial vein of a uterine leiomyoma is extremely rare. A case report which previous diagnosed myoma uteri and was scheduled for surgery in the next two weeks. She came to the hospital due to abdominal pain and 6 hours later she became pale and hemodynamically unstable. The provisional diagnosis was hemoperitoneum and she was underwent exploratory laparotomy. An intrawmural leiomyoma was found with actively bleeding vein on posterior surface of the uterine fundus, hemoperitoneum about 2,000 ml. She was treated with total abdominal hysterectomy with blood transfusion. The result was successful without any postoperative complication.

บทนำ

เนื้องอกมดลูก (myoma uteri) เป็นโรคทางนรีเวชที่พบบ่อยและนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดมากที่สุด อุบัติการณ์ที่แน่นอนบอกได้ยาก เพราะส่วนมากไม่มีอาการ แต่ประมาณว่าน้อยที่สุด พบได้ร้อยละ 20 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และเนื้องอกมดลูกที่ไม่มีอาการพบได้มากถึงร้อยละ 40-50 ในสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบได้จากการตรวจร่างกายประจำปีโดยการตรวจภายในและการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง อาการและอาการแสดงที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมีได้หลายแบบขึ้นกับชนิดและตำแหน่งของเนื้องอกมดลูก และบางครั้งอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมีได้หลาย

แบบ ขึ้นกับชนิดและตำแหน่งของเนื้องอกมดลูก และบางครั้งอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาจเป็นอาการที่พบได้ไม่บ่อยหรือพบได้น้อยมาก ทำให้การวินิจฉัยโรคผิดพลาด และล่าช้าได้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 26 ปี อาชีพลูกจ้างประจำโรงพยาบาล ภูมิลำเนา อำเภอมะนัง จังหวัดราชบุรี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2547 ด้วยอาการปวดท้อง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

1 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกมดลูก

* กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

ขนาดประมาณ 4 เซนติเมตร ที่ตัวมดลูก ขณะมารับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์นัดตรวจติดตามการรักษาทุก 3 เดือน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวอ่อน โตขึ้น สามารถคลำได้ทางหน้าท้อง ตรวจพบมดลูกโต ขนาดเท่ากับการตั้งครรภ์ 14 สัปดาห์ มีอาการปวดท้องเล็กน้อย ยังไม่พร้อมผ่าตัด ได้ยาแก้ปวดรับประทาน

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล มาตรวจตามนัด ตรวจพบมดลูกโตเท่ากับการตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์ ไม่มีอาการปวดท้อง แพทย์แนะนำให้ผ่าตัด ผู้ป่วยตัดสินใจผ่าตัด และไม่ต้องการมีบุตรแล้ว แพทย์นัดผ่าตัดอีก 2 สัปดาห์ต่อมา

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องขึ้นมาทันทีหลังตื่นนอน ไม่มีไข้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกเสียดในท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีตกขาวผิดปกติ ปวดมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุหรือกระแทกที่หน้าท้อง ไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนเกิดอาการปวดท้อง

มีบุตร 1 คน อายุ 1 ปี 4 เดือน คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไม่มีการบันทึกหรือแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า พบเนื้องอกมดลูกในการผ่าตัดคลอด ฉีดยาคุมกำเนิดตั้งแต่มาตรวจหลังคลอด หยุดฉีดยาคุมกำเนิด 2 เดือนก่อน และยังไม่ประจำเดือนมา ไม่ได้คุมกำเนิดวิธีอื่น ไม่มีโรคประจำตัว

ตรวจร่างกายแรกรับ BT 36° C, RR 20/min, PR 100/min, BP 90/60 mmHg., not pale conjunctiva, abdomen pelvic mass to umbilical level, mild tender at lower abdomen, rebound tenderness ไม่ชัดเจน ตรวจภายใน สิ่งคัดหลั่งในช่องคลอดปกติ ปากมดลูกปกติโยกไม่เจ็บ มดลูกขนาดเท่ากับการตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ กดเจ็บเล็กน้อย ปีกมดลูกปกติ

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC : WBC 7500, N 66%, L 30%, M 4%, platelet 189,000, Hct 30%, BUN 9, Cr 0.4, UA : WNL, urine pregnancy test-ve

แพทย์เวรให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็น myoma uteri with degeneration ได้รับการรักษาโดยการ

ฉีดยาแก้ปวด อาการปวดท้องทุเลาลง รอกลับบ้านในตอนเย็น และนัดผ่าตัดตามเดิม

6 ชั่วโมงต่อมา ยังมีอาการปวดท้องอยู่ แน่นท้อง ท้องอืด เวียนศีรษะ หน้ามืด จะเป็นลม ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีอาเจียน

ตรวจร่างกาย BP 80/60 mmHg, PR 120/min, marked pale conjunctiva, abdomen : distended, generalized tender with rebound tenderness, Hct 23 percent ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น myoma uteri with hypovolemic shock R/O intraabdominal hemorrhage ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบและเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดฉุกเฉิน

การผ่าตัด พบมีเลือดออกในช่องท้อง ประมาณ 2,000 มล. มดลูกโตขนาดเท่ากับการตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ พบมีการแตกของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกบริเวณยอดมดลูกด้านหลังและมีเลือดไหลออกมาตลอด และที่ผิวของเนื้องอกมีหลอดเลือดจำนวนมากเต็มบริเวณ ก่อนเนื้องอกอยู่ที่ตัวมดลูกด้านบน ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 10X12 เซนติเมตร รังไข่ทั้งสองปกติ อวัยวะอื่นๆ ในช่องท้องปกติ ได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดมดลูก (total abdominal hysterectomy) และให้โลหิตทดแทนจำนวน 2 ถุง หลังผ่าตัดอาการทุเลาลงตามลำดับ ได้อธิบายถึงการตรวจพบและการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ และผู้ป่วยกลับบ้านได้ 5 วันหลังการผ่าตัด และนัดมาตรวจหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ อาการปกติดี



รูปที่ 1 การแตกของหลอดเลือดที่ยอดมดลูกด้านหลัง และมีเลือดไหลออกตลอด



รูปที่ 2 มดลูกและเนื้องอกมดลูก

ผลทางพยาธิวิทยา

Uterus : Proliferative endometrium with varicosity of subserosal blood vessel Intramural leiomyoma

Cervix : Chronic cervicitis

วิจารณ์

ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกมดลูก จะมาพบแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ ซึ่งในส่วนที่มีอาการ พบเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้น และสาเหตุที่นำผู้ป่วย มาพบแพทย์บ่อยที่สุด คือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่อง คลอด¹ อาการต่าง ๆ ของเนื้องอกมดลูกที่พบบ่อย ได้แก่

1. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ลักษณะของ เลือดที่ออกขึ้นกับชนิดและตำแหน่งของเนื้องอก ส่วน มากลักษณะของเลือดที่ออกจะเป็นแบบประจำเดือนมา มาก และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เนื่องจาก เนื้องอกทำให้พื้นที่ผิวของเยื่อโพรงมดลูกขยายมาก กว่าปกติ มีการคั่งและขยายตัวของหลอดเลือดดำที่มา เลี้ยงมดลูก และเยื่อโพรงมดลูก การมีแผลที่ผิวนอก ของเนื้องอกโดยเฉพาะชนิด submucous

2. อาการถูกกดเบียดจากก้อนเนื้องอก ที่พบ ได้บ่อยคือ กด เบียดกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะ บ่อย ปัสสาวะไม่ออก มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ หรือปัสสาวะไหลไม่รู้ตัว อาการถูกเบียดที่ rectosigmoid

colon อาจทำให้ท้องผูก นอกจากนี้อาจกดทับหลอด เลือดเส้นประสาท ทำให้มีอาการปวดและบวม หรือกด ทับท่อไตทำให้เกิด hydronephrosis ได้

3. ก้อนในท้อง ซึ่งอาจจะไม่มีอาการอะไรเลย เพียงแต่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีก้อนในท้อง ท้องโตขึ้น หรือคลำ พบก้อนได้โดยบังเอิญ

4. อาการเจ็บปวด อาจเกิดได้จากการบิดตัวของ เนื้องอกมดลูกชนิด pedunculated subserous myoma มีการเสื่อมสภาพของก้อนเนื้องอก (degeneration) และมีเลือดออกในก้อน ซึ่งมักพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น เนื้องอก หรือมีการพยายามบีบตัวของเนื้องอกชนิด submucous ที่มีขั้วยื่น ให้ผ่านออกมาทางปากมดลูก หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเนื้อมะเร็ง (sarcomatous change) โดยเฉพาะในรายที่เนื้องอกโตเร็วผิดปกติ หรือ มีพังผืดติดกับอวัยวะข้างเคียง²

นอกจากนี้อาจพบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของเนื้องอกมดลูกที่พบน้อย ซึ่งหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ น้อยหรือน้อยมาก คือ การตกเลือดในช่องท้องจากการ แตกของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกมดลูก การค้นข้อมูล ทาง Internet. ใน Pubmed พบมีการรายงานผู้ป่วยใน ลักษณะเช่นเดียวกันนี้แต่ไม่มากนัก ทุกรายงานกล่าว ตรงกันว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยมาก จากการ ศึกษาพบ มีการรายงานครั้งแรกโดย Von Rokitansky ในปี พ.ศ. 2404 จากการตรวจศพของผู้ที่เสียชีวิตจาก การตกเลือดในช่องท้อง³

การแตกของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกมดลูก จากการศึกษานี้ของ Deopuris⁴ พบว่า สาเหตุที่เกี่ยวข้อง กับการแตกของหลอดเลือด ได้แก่ การเพิ่มแรงดันใน ช่องท้องที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานหนัก การมีเพศ สัมพันธ์ที่รุนแรง การนอนที่หน้าท้อง การเบ่งอุจจาระ การเล่นกีฬา และการตรวจภายในโดยการดมยาสลบ⁵ ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ทำให้เกิดการคั่งของ เลือดในหลอดเลือด และทำให้หลอดเลือดแตกได้

การมีประจำเดือนหรือการตั้งครรภ์ ทำให้มีการ คั่งของเลือดในหลอดเลือด⁶ การบาดเจ็บที่พบมีกระดูกเชิง กรานหัก^{7,8} รวมถึงภาวะที่มีการเสื่อมสภาพของเนื้องอก

มดลูก (degeneration) และเกิด necrosis ซึ่งมักเกิดในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแตกของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกมดลูกได้³

การแตกเองของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกมดลูกโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน พบน้อยมาก^{3,9,10} และผู้ป่วยรายนี้ ก็ไม่พบสาเหตุเช่นกัน โดยเกิดอาการปวดท้องหลังตื่นนอนทันที

Saidi และคณะ¹¹ ให้ข้อสันนิษฐานว่า เนื้องอกมีการเจริญเติบโตและดันตัวเองออกมาจากกล้ามเนื้อมดลูก แรงดันจากเนื้องอกอาจทำให้เกิดการยืดออกและมีการฉีกขาดของหลอดเลือดที่ผิวของก้อนเนื้องอก ทำให้มีการตกเลือดในช่องท้องได้ ซึ่งการที่ก้อนเนื้องอกเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และมีหลอดเลือดมาหล่อเลี้ยงมากอาจมีส่วนสนับสนุนให้เกิดภาวะนี้ได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ ที่ขนาดก้อนเนื้องอกโตอย่างรวดเร็ว

ตำแหน่งที่น่าจะเกิดการแตกได้ของหลอดเลือดได้มากที่สุดคือ ด้านหลังมดลูก บริเวณที่มดลูกจะเกาะกับกระดูกโดยตรงกับกระดูก promontary of sacrum³

อาการที่เริ่มเป็นมักเกิดเป็นอาการปวดแบบทันทีทันใด และจะปวดแบบ sharp pain ที่บริเวณท้องน้อย ต่อมาจะมีอาการปวดทั่ว ๆ ท้อง เนื่องจากมีการตกเลือดในช่องท้องและกระตุ้นที่เยื่อช่องท้อง ทำให้มีอาการกดเจ็บ ปล่อยเจ็บ และมีการเกร็งของหน้าท้องได้ จากการตรวจภายในตรวจพบมดลูกมีขนาดโต ตรวจพบอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคจากการเสียเลือด ซึ่งความรุนแรงขึ้นกับปริมาณเลือดที่ออกในช่องท้อง

อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดในช่องท้อง อาจต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก หรือมีการแตกของ corpus luteum และมีการตกเลือดในช่องท้อง ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยกว่า¹² การซักประวัติ อาการและอาการแสดง ประวัติประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคุมกำเนิด รวมถึงประวัติการตรวจพบเนื้องอกก่อนหน้า อาจจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้ ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ เนื่องจากขณะนี้ไม่ได้คุมกำเนิดนาน 2 เดือน และไม่มีประจำเดือนหลังหยุดฉีด

ยาคุม การตรวจให้ผลลบ อย่างไรก็ตามก็ยังไม่อาจตัดภาวะที่มีการแตกของ corpus luteum และมีการตกเลือดในช่องท้องได้ก่อนการผ่าตัด

การตรวจวินิจฉัยด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่มีอาการช็อค ต้องตรวจหาความเข้มข้นของเลือดเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สามารถให้การวินิจฉัยเนื้องอกมดลูกได้แม่นยำ และสามารถตรวจพบ free fluid ในช่องท้องได้¹³ ซึ่งอาจหมายถึงมีการตกเลือดในช่องท้องในกรณีที่ได้เคยตรวจพบมาก่อน การทำ culdocentesis จะตรวจพบเลือดที่ไม่แข็งตัว^{6,9} อาจมีประโยชน์ในกรณีที่อาการยังไม่ชัดเจน

เป็นการยากมากที่จะวินิจฉัยภาวะตกเลือดในช่องท้องที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกมดลูกได้ก่อนการผ่าตัด⁶ จากการศึกษาของ Deopuria พบว่ามีเพียง 5 ใน 64 ราย เท่านั้นที่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนการผ่าตัด⁴ ดังนั้นการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดจึงสามารถให้การวินิจฉัยได้เพียง ภาวะ acute abdomen หรือภาวะตกเลือดในช่องท้องโดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเท่านั้น เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้

การให้การรักษาผู้ป่วยในภาวะนี้ทั้งหมดคือการผ่าตัดฉุกเฉิน วิธีการผ่าตัดขึ้นกับความตึงเครียดจำนวนก้อนเนื้องอก ขนาดของก้อน พยาธิสภาพของเนื้องอกและหลอดเลือด รวมถึงสภาพของผู้ป่วยขณะที่ทำผ่าตัด ซึ่งทำได้ทั้งการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนเนื้องอกออก (myomectomy) หรือการตัดมดลูกออก (total abdominal hysterectomy) บางกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการช็อคอย่างรุนแรง และไม่สามารถทนการผ่าตัดที่นานได้ การเย็บซ่อมและผูกหลอดเลือดอย่างรวดเร็วเพื่อห้ามเลือด และแก้ไขภาวะช็อคก่อนและนำผู้ป่วยมารับการผ่าตัดใหม่ ก็เป็นสิ่งที่อาจจะทำได้เพื่อความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย³ ในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะช็อคจากการตกเลือดในช่องท้อง และก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่โตเร็ว จึงพิจารณาให้การรักษาโดยการตัดมดลูกออก ซึ่งสามารถทำได้รวดเร็ว และปลอดภัยกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ

และตัดสินใจเลือกผ่าตัดมดลูกออกก่อนหน้าแล้ว และมีการให้เลือดทดแทนในผู้ป่วยรายนี้

สรุป

รายงานผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดในช่องท้องจากการแตกเองของหลอดเลือดที่ผิวของเนื้องอกมดลูก เป็นภาวะแทรกซ้อนของเนื้องอกมดลูกที่พบได้น้อยมาก ทำให้วินิจฉัยโรคได้ล่าช้าและผิดพลาดได้ การรายงานผู้ป่วยรายนี้จะเป็นข้อเตือนใจในการดูแลผู้ป่วยที่อาจมาด้วยอาการที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้การเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง รวดเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Paula J, Adams Hillard. Benign disease of the female reproductive tract : Symptoms and Signs. In : Jonathan SB, ed. Novak's Gynecology 13th ed., Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2002:351-420.
2. จิรศักดิ์ มนัสสารกร. เนื้องอกมดลูก (myoma uteri) ใน : สมบูรณ์ คุณาธิคม, สุวินิตย์ วีระศักดิ์วิทยา, ภาควิชา โภธิพงษ์, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา, กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2544:221-32.
3. Danikas D, Theodorou SJ, Kotrotsios J, Sills C, Cordero PE. Hemoperitoneum from spontaneous bleeding of a uterine leiomyoma : a case report. Am Surg. 1999 Dec;65(12):1180-2.
4. Deopuria RH. Hemoperitoneum secondary to rupture of coronary veins on a fibroid uterus (Review). J Obstet Gynecol India. 1970;20:409-13.
5. Bratschi HU, Limacher F. Ruptured pedicled myoma node with hemoperitoneum : a case report. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1986 Aug;46(8):547-8.
6. Mattison DR, Yeh Sy. Hemoperitoneum from rupture of a uterine vein overlying a leiomyoma. Am J Obstet Gynecol 1980;136:415-6.
7. Akahira J, Ito K, Nakamura, Yajima A. Massive intraperitoneum hemorrhage and hypovolemic shock due to rupture of a coronary vessel of a coronary vessel of a uterine leiomyoma : a report of two cases. Tohoku J Exp Med. 1998 Jul : 185(3):217-22.
8. Venables CW, Craft IL. Hemoperitoneum after traumatic avulsion of a uterine fibroid. Br Med J 1967;3:723-4.
9. Dahan MH, Ahmadi R. Spontaneous subserosal venous rupture overlying a uterine leiomyoma. A case report. J Reprod Med 2002 May;47(5):419-20.
10. Sakhri J, Bakir D, Sabri Y, Ammara H. Hemoperitoneum secondary to the rupture of superficial veins of a uterine leiomyoma. Gynecol Obstet Fertil. 2002 Feb;30(2):133-5.
11. Saidi F, Constable JD, Ulfelder H, Massive intraperitoneal hemorrhage due to uterine fibroids. Am J Obstet Gynecol 1961;82:367-74.
12. Hallatt JG, Steele CH, Jr, Snyder M, Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum : a study of 173 surgical cases. Am J Obstet Gynecol 1984;149:5-9.
13. Paajanen H, Lahti P, Nordback I. Sensitivity of transabdominal ultrasonography in detection of intraperitoneal fluid in humans. Eur Radiol. 1999;9(7):1423-5.