

รายงานผู้ป่วย

Case Report

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ใน Rudimentary Horn : รายงานผู้ป่วย

Outcome of Rudimentary Horn Pregnancy : A Case Report

ปฐม วงษ์อุบล พ.บ.,

ว.ว. สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลนครปฐม

Pathom Wongubol M.D.,

Thai Board of Obstetrics and Gynecology

Division of Obstetrics and Gynecology

Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยพบยากเป็นหญิง อายุ 35 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลเนื่องจากปวดท้องมากเวลาลูกดิ้น ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบทารกครบกำหนดมีชีวิต อยู่ในท่าก้นและน้ำคร่ำน้อย ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าส่วนนำเป็นเท้าทั้ง 2 ข้างโผล่ยื่นออกมาจากรอยแตกของถุงการตั้งครรภ์บริเวณ rudimentary horn ข้างขวาของมดลูกที่ติดปกติแต่กำเนิดชนิดไม่มีโพรงติดต่อกัน จึงได้ทำการคลอดทารกและตัดมดลูกและปีกมดลูกข้างขวาพร้อม rudimentary horn ดังกล่าว หลังผ่าตัดผู้ป่วยและทารกเพศหญิงแข็งแรงดี อนุญาตให้กลับบ้านหลังผ่าตัด 7 วัน

คำสำคัญ : มดลูกผิดปกติแต่กำเนิด, การตั้งครรภ์

ABSTRACT

A very rare case of 35 year-old, G2P1 and 39 weeks gestation woman presented with severe abdominal pain while fetal quickening. Oligohydramnios with breech presentation, term and viable fetus was detected by ultrasonography. Exploratory laparotomy was performed finding both feet of the fetus presented outside the rupture right non communicating rudimentary horn of uterus. Breech extraction, total hysterectomy with right salpingo-oophorectomy and resection of the rudimentary horn were done. She got well after operation without complication and the female infant was healthy. Both were discharged on 7th day after operation.

Keywords : rudimentary horn, pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ใน rudimentary horn ของมดลูกเป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก อุบัติการณ์ 1 : 100,000 ถึง 1 : 140,000 ของการตั้งครรภ์¹ ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ใน rudimentary horn มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการแตกของ rudimentary horn ซึ่งมีขนาดเล็กและมีการยึดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกได้น้อยกว่ามดลูกปกติ ตามด้วยการเสียชีวิตในช่องท้องในปริมาณมาก และเสียชีวิตได้บ่อย ในอดีตการแตกของการตั้งครรภ์ใน rudimentary horn มีอัตราการตายของมารดาถึงร้อยละ 87 แต่ในปัจจุบันอัตราการตายของมารดาตกลงเหลือประมาณร้อยละ 5² เนื่องจากมีการวินิจฉัยและให้การรักษาได้ตั้งแต่วัยแรกของการตั้งครรภ์มากขึ้น มีการตั้งครรภ์ถึงครบกำหนดประมาณร้อยละ 10 และคลอดทารกมีชีวิตประมาณร้อยละ 2³ เคยมีรายงานคลอดทารกมีชีวิตจากการตั้งครรภ์ใน rudimentary horn 1 ราย ในระยะที่ส่วนของมดลูก rudimentary horn ยังไม่แตกเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ซึ่งเป็นกรณีวินิจฉัยได้ขณะทำการผ่าตัดคลอด⁴

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 35 ปี อาชีพรับจ้าง รับประทานในโรงพยาบาลนครปฐม วันที่ 19 กรกฎาคม 2550 ทำการผ่าตัดวันที่ 20 กรกฎาคม 2550 จำหน่าย วันที่ 27 กรกฎาคม 2550

อาการสำคัญ

ปวดท้องมากขณะลูกดิ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

2 เดือนก่อน : ขณะอายุครรภ์ 31 สัปดาห์มีอาการปวดเสียดท้องบริเวณลิ้นปี่ ปวดมากขึ้นเวลาลูกดิ้น ไม่มีอาการท้องแข็งตึง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ได้รับความรักษาโรคแผลในกระเพาะไปรับประทานอาหารดีขึ้น แต่ยังมีอาการเป็นๆหายๆ

2 สัปดาห์ก่อน : ปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงซ้าย ปวดมากเวลาลูกดิ้น ไม่มีอาการเจ็บครรภ์รับไว้ในโรง-

พยาบาล ได้รับการรักษาตามอาการและยารักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร อาการดีขึ้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันต่อมา

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล: มีอาการปวดท้องมาก เวลาลุกเดิน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ไม่มีท้องแข็งตึง จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต

เคยได้รับการผ่าตัดในช่องท้องที่โรงพยาบาลนครปฐม เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2546 เนื่องจากแผลกระเพาะอาหารทะลุ หลังจากนั้นมีอาการปวดท้อง ท้องอืด เป็นๆหายๆ ต้องรับประทานยารักษาโรคแผลกระเพาะอาหารเป็นประจำ

ประวัติการตั้งครรภ์

- G2P1A0L1
- ครรภ์แรกคลอดปกติที่โรงพยาบาลนครปฐม เมื่อ 9 ปีก่อนทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,700 กรัม
- ประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 20 ตุลาคม 2549
- กำหนดคลอดวันที่ 27 กรกฎาคม 2550 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 6 วัน
- ฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐม 7 ครั้ง (รายละเอียดตามบันทึกการฝากครรภ์ ตารางที่ 1)

การตรวจร่างกายแรกรับ

Vital signs: T 37 °C, PR 88/minute, BP 120/80 mmHg, RR 20/minute

General appearance : good consciousness, mild pale conjunctiva, no jaundice, height 144 cm, weight 51 kg

Heart and lungs: normal

Abdomen : fundal height 32 cm above pubic symphysis, longitudinal lie, breech SL position; fetal heart beat 144/minute, regular; no uterine contraction in 10 minutes, mild tenderness at uterine fundus, no rebound tenderness, no guarding.

PV: cervix; tip of finger dilatation, no effacement

ตารางที่ 1

วันที่	นน. (kg)	BP (mmHg)	Alb Sug	มดลูก (cm)	ท่าเด็ก	FHS	GA (wk)	อาการ ผิดปกติ	การ รักษา	นัด
02/04/50	42.5	110/60	neg	21	-	+ve	23 ⁺²	-	TT1	4 wk
29/04/50	42.0	100/60	neg	24	Br	148	27 ⁺¹		US	4 wk
26/05/50	43.0	100/60	neg	26	Br	140	31 ⁺¹		TT2	2wk
09/06/50	45.0	100/60	neg	29	Br	144	33 ⁺¹			2wk
24/06/50	46.0	120/60	neg	29	Br	148	35 ⁺²	ปวดท้อง		1wk
03/07/50	46.5	100/60	neg	30	Br	144	36 ⁺⁴	ปวดท้อง	NST react	1wk
08/07/50	48.0	100/60	neg	32	Br	144	37 ⁺²	ปวดท้อง		1wk

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hct 35%, WBC 13,000/mm³, platelets 279,000/mm³, neutrophil 73%, lymphocyte 20%, monocyte 6%, eosinophil 1%, normochromic, normocytic RBC

Non stress test (NST) : reactive

(No uterine contraction, fetal heart beat base line 140/minute, normal short and long term variability, no late deceleration, four fetal movements in 30 minutes)

Ultrasonography (20 กรกฎาคม 2550)

Term single viable fetus, complete breech presentation, right antero-lateral placental lying, severe oligohydramnios with intrauterine growth restriction.

การวินิจฉัยเบื้องต้น

G₂P₁A₀L₁ 39 weeks gestation with breech presentation with severe oligohydramnios and intrauterine growth restriction

การดูแลรักษา

การดูแลเบื้องต้นและการเตรียมผู้ป่วยก่อน

ผ่าตัดคลอดบุตร

- รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ให้งดอาหารและน้ำดื่ม
- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น RLS อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
- เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเจาะเลือด whole blood 1 ยูนิต
- ให้ O₂ canula อัตรา 5 ลิตร/นาที
- นอนตะแคงซ้าย
- คาสายสวนปัสสาวะ
- ทำความสะอาดหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

การระงับความรู้สึก

- General anesthesia with endotracheal intubation

การผ่าตัด

Exploratory laparotomy

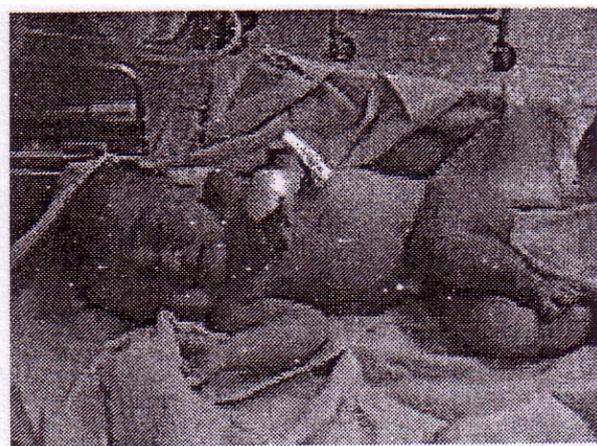
- Breech extraction and partial removal of placenta
- Adhesiolysis
- Total abdominal hysterectomy with right

salpingo-oophorectomy and rudimentary horn resection.

- Abdominal toilet.

สิ่งตรวจพบขณะผ่าตัด

- พบน้ำคร่ำเป็น thick meconium ปริมาณ 200 ลบ.ซม. ในช่องท้องนอกมดลูก
 - ไม่พบ haemoperitoneum
 - ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,390 กรัม
- Apgar score 9, 10 ส่วนน้ำเป็นเท่าทั้ง 2 ข้าง ยื่นออกมาจากรอยแตกของถุงการตั้งครรภและมดลูกทางด้านขวาที่เป็น rudimentary horn ออกมาอยู่ในช่องท้อง (รูปที่ 1)

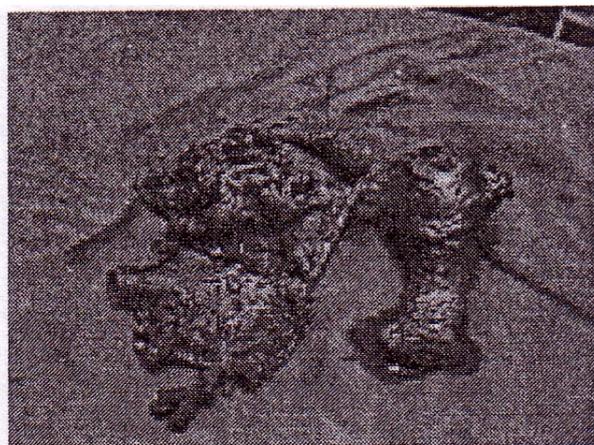


รูปที่ 1

- มีรอยแตกขนาดยาว ประมาณ 9 ซม. ที่ rudimentary horn ของมดลูกที่ยืดขยาย บริเวณผนังด้านหน้าค่อนมาทางขวาและเห็นขอบรกด้านหน้าอยู่บริเวณรอยแตก (รูปที่ 2, 3)

- มดลูก, ปีกมดลูกข้างซ้าย, รังไข่ข้างขวาและไตทั้ง 2 ข้างปกติ

- พบพังผืดติดแน่นระหว่างส่วนของลำไส้ มดลูก และ rudimentary horn เกิดการฉีกขาดของผนังมดลูกระหว่างการเลาะพังผืดและเสียเลือดมากจากบริเวณที่รกเกาะขณะทำการนำรกออกได้บางส่วน จึงทำการตัดมดลูก ปีกมดลูกข้างขวาและ rudimentary horn ออก



รูปที่ 2



รูปที่ 3

วิธีการผ่าตัด

1. ลงแผลผ่าตัดเข้าสู่ช่องท้องแบบ low midline incision
2. ดูดน้ำคร่ำในช่องท้องออกและสำรวจความผิดปกติของทารกและมดลูก
3. ทำคลอดทารกท่าก้นโดยวิธี breech extraction
4. ดึงสายสะดือและดันส่วนของมดลูกบริเวณที่รกเกาะ พบว่ารกเกาะติดแน่นและผนังมดลูกบางส่วนนำรกออกได้เพียงบางส่วน

5. เจอง whole blood เพิ่ม 4 ยูนิต และส่งตรวจดูความเข้มข้นของเลือด

6. เลาะแยกพังผืดบริเวณส่วนของลำไส้และมดลูก เกิดการฉีกขาดของผนังมดลูก มีเลือดออกปริมาณมาก จากบริเวณผนังมดลูกที่ฉีกขาดและบริเวณที่รกเกาะ

7. ทำการตัดมดลูก rudimentary horn และปีกมดลูกข้างขวาออก

8. ตรวจดูจุดเลือดออกและห้ามเลือด

9. ล้างช่องท้องด้วยน้ำเกลือ normal saline ชู้น ปริมาณ 1,000 ลบ.ซม. แล้วจึงดูดและซับน้ำในช่องท้อง

10. เย็บปิดหน้าท้องตามลำดับชั้น

- ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,400 ลบ.ซม.

- ระหว่างผ่าตัดให้เลือดเป็น whole blood 2 ยูนิต

- ความเข้มข้นเลือดหลังผ่าตัด 28%

- ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที

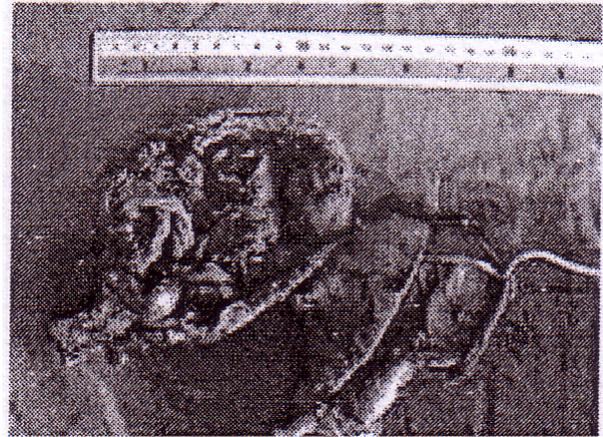
ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

Gross description :

An intact uterus with right adnexa weighing 450 gm. A placental sac adhered to rudimentary canal without



รูปที่ 4



รูปที่ 5

communication to the uterine cavity, measuring 13 cm in greatest dimension. It was sectioned showing hemorrhagic red brown blood clots filling the dilated lumen with soft tan villous like tissue, consistent with placental tissue without fetal part. The amniotic membrane was green. The uterus was opened showing 9 X 2 cm uterine cavity.

The endometrium was tan and 0.9 cm thick. The myometrium was measured 8.5 cm showing diffuse trabeculation and focal hemorrhagic foci. The endocervix showed tan focal hemorrhagic mucosa. The ectocervix was tan white with focal hemorrhage. Representative sections were submitted in 12 cassettes.

Microscopic description:

The uterine corpus showed endometrium with decidual changes. Sections showed rudimentary portion containing recent and organized blood clot with degenerated third trimester of chorionic villi, decidual tissue without fetal part. Amniotic membrane showed pigmented laden macrophages.

Pathological diagnosis

Uterus with right adnexa:

- Decidual changes of endometrium
- Chronic cervicitis with nabothian cyst
- Ectopic pregnancy at rudimentary part (placental tissue and amniotic membrane with meconium stain)
- Right ovary with atrophic corpus albicans
- Right fallopian tube with adhesion

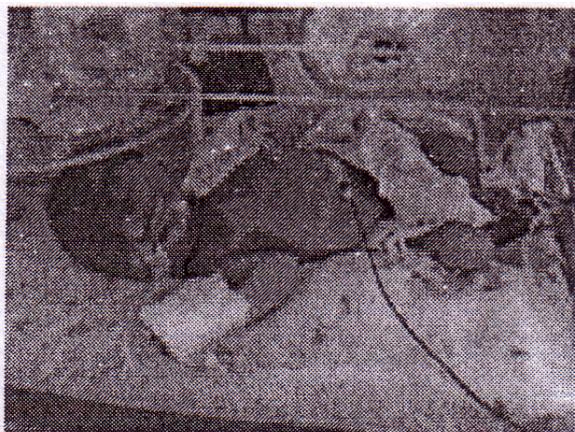
การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย

G2P1A0L1, 39 weeks gestation in rupture non-communicating rudimentary horn with breech delivery of a term viable fetus

ระยะหลังผ่าตัด

ภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับ whole blood อีก 2 ยูนิต ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มจาก 28% เป็น 35% สัญญาณชีพปกติ วันต่อมาผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ ปวดแผลพอนได้ ลูกนั่งได้เอง นมเริ่มคัดตึงได้ ส่งตรวจ IVP ผลปกติ ทารกหลังคลอดมีอาการหายใจเร็ว 70-90 ครั้งต่อนาที ซีดเล็กน้อย (ความเข้มข้นของเลือด 37.6%) ไม่พบภาวะ hypoglycemia ได้รับการวินิจฉัยเป็น pneumonia

ให้การรักษาโดย on incubator, O₂ box และ antibiotic เป็นเวลา 7 วัน จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้



รูปที่ 6

พร้อมบุตรในวันที่ 7 หลังผ่าตัด ตรวจติดตามผู้ป่วยและบุตรหลังผ่าตัดเป็นเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยแข็งแรงดี เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว บุตรน้ำหนักตัวเพิ่มเป็น 3,400 gm พัฒนาการปกติ ความเข้มข้นของเลือด 39%

วิจารณ์

มดลูกผิดปกติแต่กำเนิดในสตรีทั่วไปพบได้น้อย มีรายงานอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 0.5⁵ ถึงร้อยละ 2-4⁶ ความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูกชนิด unicornuate พบร่วมกับ rudimentary horn ได้ร้อยละ 65⁶ ถึงร้อยละ 74⁵ อาจเป็นชนิดที่ไม่มีโพรง หรือมีโพรงอยู่ภายใน⁷

โดยพบว่าประมาณมากกว่าร้อยละ 90⁵ จะเป็นชนิดที่โพรงภายในไม่มีทางเชื่อมกับโพรงมดลูกของ unicornuate uterus (non communicating type : Buttram class II-A-2) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของมดลูกชนิดนี้มักมีอาการปวดประจำเดือน และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) เนื่องจากเยื่อโพรงมดลูกที่หลุดลอกตามรอบประจำเดือนไม่มีทางระบายออกทางช่องคลอด

โดยทั่วไปความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิดมักไม่มีอาการ การวินิจฉัยส่วนใหญ่มักเป็นการตรวจพบโดยบังเอิญขณะทำการตรวจภายใน ขณะทำการตรวจค้นหาสาเหตุของการมีบุตรยากหรือขณะทำการผ่าตัดคลอดบุตร การสืบค้นเพื่อการวินิจฉัยที่สำคัญคือ การฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในโพรงมดลูกแล้วเอกซเรย์ดูลักษณะโพรงมดลูก จะเห็นภาพโพรงมดลูกมีลักษณะเป็นรูปกล้วย (banana shape) ร่วมกับการตรวจความผิดปกติของรูปร่างภายนอกของ rudimentary horn ด้วยการใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง (diagnostic laparoscopy)⁶ ซึ่งมีความถูกต้องและแม่นยำสูง รวมทั้งยังสามารถให้การรักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้องในครั้งเดียวกันได้

นอกจากนี้การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง 2 มิติ หลังจากตรวจพบมดลูกชนิด unicornuate จากการฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในโพรงมดลูก มีความแม่นยำสูงเช่นกัน โดย

Fedele และคณะ⁸ พบว่ามีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัย ร้อยละ 85.7 และร้อยละ 100 ตามลำดับ และการวินิจฉัยการมีโพรงใน rudimentary horn มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 80 และร้อยละ 100 ตามลำดับโดยยืนยันการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง

การตรวจค้นความผิดปกติของมดลูกด้วยวิธีอื่นได้แก่ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง 3 มิติหรือการตรวจด้วยสนามแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging: MRI) นั้นสามารถเห็นลักษณะของมดลูกได้ดีและปลอดภัยแต่ยังมีราคาแพงและไม่แพร่หลาย

ความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูกอาจพบร่วมกับความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบทางเดินปัสสาวะได้บ่อยถึงร้อยละ 36⁵ ดังนั้นควรสืบค้นหาโดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำและเอกซเรย์ตรวจรูปร่างของระบบทางเดินปัสสาวะในช่วงเวลาต่างๆ (intravenous pyelonephrography: IVP) ด้วย

โดยปกติการรักษาผิดปกติชนิด unicornuate และมีส่วนของ rudimentary horn คือการผ่าตัดนำส่วนของ rudimentary horn ออกซึ่งควรทำก่อนระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด แต่ถ้าวินิจฉัยในขณะที่ตั้งครรภ์ก็ควรทำผ่าตัดก่อนเกิดการแตกของ rudimentary horn ซึ่งมีโอกาสตรวจพบก่อนการแตกของ rudimentary horn เพียงร้อยละ 8 เท่านั้น⁵

โดยที่ถ้าการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปมักจะมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่นการแท้ง ทารกโตช้าในครรภ์ และคลอดก่อนกำหนด

กลไกการตั้งครรภ์ในกรณีที่ rudimentary horn เป็นชนิดที่ไม่มีโพรงมดลูกติดต่อกัน อาจเกิดจากการเคลื่อนที่ของตัวอสุจิจากปลายท่อหน้าไข่มดลูก unicornuate ผ่านทางช่องท้อง (transperitoneal migration) ไปปฏิสนธิกับไข่อีกข้างหนึ่งจากรังไข่ด้านเดียวกับ rudimentary horn แล้วเกิดการฝังตัวของตัวอ่อนในโพรงของ rudimentary horn หรือจากการที่อสุจิปฏิสนธิกับไข่จากรังไข่ข้างเดียวกับมดลูก unicornuate แล้วตัวอ่อน (fertilized ovum) เคลื่อนที่ผ่าน

ช่องท้องและมาฝังตัวที่ส่วนของ rudimentary horn อีกด้านหนึ่งส่วนการวินิจฉัย การตั้งครรภ์ในส่วนของ rudimentary horn ในการตั้งครรภ์ระยะแรกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง 2 มิติ นั้น Tsafir และคณะ¹ ได้รายงานลักษณะการตรวจพบที่สำคัญคือ

- 1) มดลูกมีรูปร่างไม่สมมาตรกัน
- 2) มีกล้ามเนื้อมดลูกหุ้มถุงน้ำคร่ำ
- 3) แนวกล้ามเนื้อมดลูกที่หุ้มถุงน้ำคร่ำไม่ต่อเนื่องกับแนวปากมดลูก

มีการศึกษาพบว่าการตั้งครรภ์ใน rudimentary horn จะมีการแตกของ rudimentary horn ที่อายุครรภ์ต่างๆ ตั้งแต่ 5 ถึง 35 สัปดาห์ โดยพบในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์หรือหลัง 12 สัปดาห์ ประมาณร้อยละ 70-90^{5,6,9,10} โดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ซึ่งเกิดซ้ำว่าการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูกทั่วไปเนื่องจากมีชั้นกล้ามเนื้อและเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงมากกว่าตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูกอื่นๆ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นหญิงไทย อายุ 35 ปี เคยคลอดบุตรปกติมาแล้ว 1 ครั้ง เคยได้รับการผ่าตัดในช่องท้องเนื่องจากภาวะเพาะอาหารทะลุเมื่อประมาณ 4 ปีก่อน มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ มีอาการปวดท้องเป็นๆหายๆ ปวดมากเวลาลุกขึ้น ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ ระหว่างฝากครรภ์ น้ำหนักขึ้นน้อยและขนาดมดลูกโตช้ากว่าอายุครรภ์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดเสียดท้องมากเวลาลุกขึ้น ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยวิธี non stress test พบว่าเด็กปกติ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่าทารกอยู่ในท่าก้น น้ำหนักน้อยและน้ำคร่ำน้อย จึงเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

จากข้อมูลประวัติและการตรวจค้นเบื้องต้น ไม่สามารถให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ใน rudimentary horn ได้เนื่องจากหลายปัจจัย ได้แก่

- 1) ความผิดปกติดังกล่าวเอง มักวินิจฉัยได้ยากก่อนที่จะมีการแตกของ rudimentary horn มีรายงาน

วินิจฉัยการตั้งครรภ์ใน rudimentary horn ได้ก่อนเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น⁵

2) ประวัติเคยผ่าตัดในช่องท้องเนื่องจากแผลกระเพาะอาหารทะเลทำให้แพทย์ผู้ดูแลเข้าใจว่าอาการปวดท้องเกิดจากโรคหรือภาวะผิดปกติเดิม

3) การมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก (23 สัปดาห์) ทำให้นึกถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูกน้อย เพราะโดยปกติการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะมาพบแพทย์ในระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

4) การแตกของ rudimentary horn ในผู้ป่วยรายนี้เป็นชนิดที่ไม่มีอาการและอาการแสดงจากการตรวจอย่างชัดเจน (asymptomatic rupture)¹¹ ไม่มีการเสียเลือดในช่องท้อง จึงนึกถึงภาวะนี้ก่อนผ่าตัดน้อย

5) ไม่มีภาวะ fetal distress แม้มีการแตกของถุงการตั้งครรภ์แล้ว

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยความผิดปกติได้ก่อนผ่าตัด ดังนั้น การซักประวัติผู้ป่วยและการตรวจร่างกายจะต้องมีความระมัดระวัง การตรวจค้นด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจะต้องตรวจด้วยความละเอียดรอบคอบมากขึ้นในรายที่ทารกอยู่ในตำแหน่งผิดปกติ และต้องนึกถึง ภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกในตำแหน่งที่พบน้อย เช่น ในผู้ป่วยรายนี้ไว้ด้วย แม้อายุครรภ์จะมากแล้วก็ตาม

ผู้ป่วยรายนี้เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง แสดงว่ามีการตั้งครรภ์ในตำแหน่งโพรงมดลูกของ unicornuate uterus ซึ่งโดยทั่วไปมักจะมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือทารกอยู่ในท่าผิดปกติ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสูญเสียทารกในครรภ์ได้สูงถึงร้อยละ 50-60⁶ และมีผู้ป่วยที่สามารถตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก unicornuate uterus จนกระทั่งทารกคลอดมีชีวิตได้เพียงร้อยละ 37-40 เท่านั้น⁵ แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวในการตั้งครรภ์ ครั้งแรกเนื่องจากลักษณะของมดลูก unicornuate มีลักษณะค่อนข้างสมบูรณ์

ใกล้เคียงกับลักษณะของมดลูกปกติทั่วไป

มีรายงานพบทารกคลอดครบกำหนดมีชีวิตเช่นผู้ป่วยรายนี้ 1 ราย⁴ แต่ไม่มีการแตกของ rudimentary horn เนื่องจากลักษณะของ rudimentary horn มีขนาดใหญ่และกล้ามเนื้อของ rudimentary horn สามารถยืด ขยายได้มากจนใกล้เคียงกับมดลูกปกติ

การรักษาภาวะมดลูกผิดปกติชนิด unicornuate uterus และมีส่วนของ rudimentary horn คือการผ่าตัดเอาส่วนของ rudimentary horn ออกเมื่อวินิจฉัยได้ ซึ่งจะเป็นที่สุจริตถ้าทำได้ก่อนการตั้งครรภ์ แต่ถ้าวินิจฉัยได้ขณะตั้งครรภ์แล้ว ก็ควรผ่าตัดเอาส่วนของ rudimentary horn ออกก่อนที่จะมีการแตกเกิดขึ้น เพราะถ้าเกิดการแตกของ rudimentary horn แล้ว จะมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการเสียเลือดมาก สำหรับผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยได้ขณะทำการผ่าตัดเพื่อคลอดบุตรทางหน้าท้องด้วยข้อบ่งชี้อื่น และวินิจฉัยได้ในขั้นตอนที่คลอดทารกออกมาแล้วและพยายามทำการคลอดรกร่วมกับเลาะพังผืดรอบบริเวณมดลูกจึงมีความเสี่ยงจากการเสียเลือดมากได้ เพราะไม่ได้ทำการเตรียมเลือดไว้สำหรับผู้ป่วยในปริมาณมากพอ ดังนั้นถ้าสามารถให้การวินิจฉัยความผิดปกติดังกล่าวได้ก่อนผ่าตัดจะต้องเตรียมเลือดไว้ในปริมาณที่มากพอและจะต้องปรึกษาศัลยแพทย์ทั่วไปเพื่อวางแผนการผ่าตัดก่อนเพราะผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดในช่องท้องจากภาวะกระเพาะอาหารทะเลและมีอาการปวดท้องจากการเกิดพังผืดในช่องท้องหลังผ่าตัดและการผ่าตัดไม่ควรนำรกออกจากตำแหน่งที่รกเกาะเพราะในขณะที่พยายามเอารกออกจะทำให้เสียเวลาเนื่องจากรกเกาะติดแน่นบริเวณผนังมดลูกที่บางและลอกออกยาก ทำให้เสียเลือดมากขึ้น ควรตัดส่วนของ rudimentary horn พร้อมกับรกที่ยังฝังอยู่ที่ผนังดังกล่าวออกไปพร้อมกัน ในผู้ป่วยรายนี้ทำการผ่าตัดนำมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ข้างขวาออกด้วย เนื่องจากเกิดการฉีกขาดของผนังมดลูกขณะทำการเลาะพังผืดออกจากลำไส้ นอกจากนี้ยังมีพังผืดยึดแน่นระหว่างท่อนำไข่และรังไข่ข้างขวา กับส่วนของมดลูก rudimentary horn ทำให้แยกออกจากกันได้ง่าย

สรุป

รายงานผู้ป่วยรายนี้เป็นรายงานผู้ป่วยซึ่งพบน้อยมากและมักจะมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการเสียเลือด นอกจากนี้ยังให้การวินิจฉัยได้ยากคือมีการแตกของการตั้งครรภ์ใน rudimentary horn ในระยะที่การตั้งครรภ์ครบกำหนด วินิจฉัยได้ในขณะทำการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทำกันและตัดมดลูกพร้อม rudimentary horn และปีกมดลูกข้างขวาออก สามารถช่วยคลอดทารกที่มีชีวิต สุขภาพแข็งแรงดี จนผู้ป่วยและทารกปลอดภัย สามารถกลับบ้านได้ภายหลังการผ่าตัด 7 วัน ทั้งนี้ผลการรักษาจะดียิ่งขึ้นถ้าสามารถให้การวินิจฉัยได้เร็ว ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยควรนึกถึงภาวะความผิดปกตินี้ไว้ด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายผู้ป่วยรายนี้และมาพบแพทย์ในระยะที่สองของการตั้งครรภ์ไปแล้ว

กิติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์จินดา แอกทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐมที่สนับสนุนและอนุญาตให้นำเสนอรายงานผู้ป่วยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tsafirir A, Rojansky N, Sela HY, Gomori JM, Nadjari M. Rudimentary horn pregnancy. *J Ultrasound Med* 2005;24:219-23.
2. Stein AL, March CM. Pregnancy outcome in females with Mullerian duct anomalies. *J Reprod Med* 1999;35: 411-4.
3. O'Grady JP, Salem FA. Rudimentary horn pregnancy with neonatal and maternal survival. *J Natl Med Assoc* 1978;70:863.
4. Chou MH, Ho ES, Lin SK, Yang SJ, Lee YH, Huang PC, Chang SM. Term pregnancy in a non communicating rudimentary horn of an unicornuate uterus: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1999; 66(6):383-7.
5. Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1456-67.
6. The American Fertility Society Classifications of adnexal adhesions, distal tube occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and interuterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-55.
7. Fedele L, Marchini M, Baglioni A, Carinelli S, Zamberletti D. Endometrium of cavity rudimentary horns in unicornuate uteri. *Obstet Gynecol* 1990;75:437-40.
8. Fedele L, Dorta M, Vercellini P, Brioschi D, Candiani GB. Ultrasound in the diagnosis of subclasses of unicornuate uterus. *Obstet Gynecol* 1988; 71:274-7.
9. Daskalakis G, Pilalis A, Lykeridou K, Antsaklis A. Rupture of noncommunicating rudimentary uterine horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;100: 1108-10.
10. O'Leary JL, O'Leary JA. Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 1963; 22:371-4.
11. Myram D, Mc Alister MS, Winer-Muram HT, Smith WC. Asymptomatic rupture of a rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol* 1987;69:486-7.