

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การผ่าตัดมดลูกฉุกเฉินเนื่องจากไม่สามารถควบคุมภาวะตกเลือดหลังคลอด : ระยะเวลา 5 ปี ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Emergency Obstetric Hemorrhage, Uncontrolled Postpartum Hemorrhage : A Period of 5 years in Paholpolpayuhasena Hospital

ยุพา ศรีวราสารัตน์ พ.บ., ว.ว. สูตินรีเวชวิทยา,
กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
จังหวัดกาญจนบุรี

Yupa Srivarasat M.D., Thai Board of OBGYN,
Division of Obstetrics and Gynecology
Paholpolpayuhasena Hospital,
Kanchanaburi Province

บทคัดย่อ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังพบการตัดมดลูกฉุกเฉิน 14 ราย จากจำนวนหญิงที่มาคลอดจำนวน 14,757 ราย คิดเป็นอัตรา 95 ราย ต่อหญิงคลอด 100,000 ราย ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาระหว่าง พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2549

ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดในกรณีตัดมดลูกฉุกเฉิน คือ ภาวะมดลูกไม่หดตัวพบร้อยละ 50 จากความผิดปกติของรกพบร้อยละ 42.86 ได้แก่ รกเกาะติดแน่น 3 ราย รกเกาะติดแน่นผิดปกติ 2 ราย และรกเกาะต่ำ 1 ราย

เมื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงพบอายุมารดาที่มาก และการดำเนินการคลอดที่ยาวนานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตัดมดลูกฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 1 ราย โดยมีภาวะเลือดไม่แข็งตัวร่วมกับปอดบวมน้ำร่วมกับต้องผ่าตัดซ้ำ เพื่อนำเลือดตกค้างออก แต่ไม่พบมารดาตายจากสาเหตุทางตรง

Abstract

Retrospective study of 14 cases of emergency obstetric hysterectomies among 14,757 deliveries, at Paholpolpayuhasena Hospital from 2002 to 2006.

Most indications for emergency hysterectomy were uterine atony (50%) and abnormal placentation (42.86%) which were placenta accreta 3 cases, placenta increta 2 cases and placenta previa 1 case.

The risk factor for emergency hysterectomy were advance maternal age and prolonged labour. In this study, there was one case of severe complication (DIC, pulmonary edema and reexplore laparotomy for remove blood clot) but there was no maternal mortality from direct cause.

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเป็นอันตรายถึงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอ การเฝ้าระวังทำได้โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยง และให้การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะช่วยรักษาชีวิตมารดา และลดอัตราการตายมารดาได้ ในสหรัฐอเมริกาอัตราการตายมารดาประมาณ 8.9 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย¹ สำหรับประเทศไทยพบอัตราการตายมารดา 23.93 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เดือนธันวาคม 2548) สาเหตุที่ทำให้มารดาตายเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นอันดับแรก และภาวะพิษแห่งครรภ์ การติดเชื้อ น้ำคร่ำอุดตันเส้นเลือดเป็นสาเหตุรองลงมาตามลำดับ²

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด คือ มีความผิดปกติของรก^{2,4} เช่น ภาวะเกาะติดแน่น รกเกาะต่ำ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูกฉุกเฉิน นอกจากนี้ภาวะมดลูกไม่หดตัว มดลูกแตก น้ำคร่ำอักเสบ การผ่าท้องคลอดเมื่อการคลอดไม่ก้าวหน้า การใช้ยา เช่น Oxytocin ยา $MgSO_4$ น้ำหนักเด็กแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและตัดมดลูกฉุกเฉิน⁵

วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอด
- เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดที่ไม่สามารถควบคุมได้
- เพื่อหาแนวทางในการดูแล ภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีระบบ

วิธีการ

ศึกษาข้อมูลย้อนหลังและเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดมดลูกฉุกเฉินในหญิงไทยที่มาคลอดในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่าง พ.ศ. 2545-2549 ระยะเวลา 5 ปี โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย บัตรตรวจโรค ผู้ป่วยนอก สมุดจดบันทึกการผ่าตัด รายงานการผ่าตัด และผลเนื้อทางพยาธิวิทยา

เกณฑ์การวินิจฉัย

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง มีการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังคลอดปกติ หรือมีการเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังผ่าท้องคลอด
- ภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ไม่สามารถควบคุมได้ หมายถึงหญิงหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดดังกล่าว และได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด และใช้วิธีการเพื่อให้เลือดหยุด เช่น การคลึง มดลูก ให้ยาฉีดกระตุ้นมดลูกด้วย Methylergometrine และหรือใช้ Syntocinon ร่วมด้วย และหรือใช้ Misoprostol เหน็บทวารหนัก และหรือใช้ Sulprostone ฉีด ร่วมด้วยแล้วเลือดไม่หยุด

สถิติ

- ร้อยละ
- Pearson Chi - Square test

ผลการศึกษา

จากการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีมารดาคลอด 14,757 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 166 ราย คิดเป็น 11.25 ราย ต่อการคลอด

1,000 ราย มีจำนวน 14 ราย ที่ตัดมดลูกฉุกเฉิน เนื่อง
จากรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ได้ผลคิดเป็น 0.95 รายต่อการ
คลอด 1,000 ราย ส่วนใหญ่คลอดปกติร้อยละ 60 มีอัตรา
การผ่าท้องคลอดร้อยละ 32 เมื่อจำแนกตามอายุมารดา
ที่มาคลอดอยู่ในช่วงอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 8 อายุมาก
กว่า 35 ปี มารดาคลอดบุตรน้ำหนัก 2,500-3,599 กรัม
ร้อยละ 88 มีร้อยละ 2 ที่คลอดบุตรน้ำหนักมากกว่าหรือ

เท่ากับ 4,000 กรัม จากการศึกษามารดาตายในครั้งนี้อย่างไม่พบ
มารดาตายจากสาเหตุทางตรง พบมารดาตายจากสาเหตุ
ทางอ้อม 3 ราย เป็นโรคหัวใจ 2 ราย เป็นเอดส์ระยะ
สุดท้าย 1 ราย คิดเป็นอัตรามารดาตายทางอ้อม 19.64
ราย ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 ราย (ตารางที่ 1)

เมื่อศึกษาหญิงหลังคลอดที่ตกเลือด และตัดมดลูก
ฉุกเฉิน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.43 ของหญิงตกเลือด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงไทยที่มาคลอดในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่าง พ.ศ. 2545 -2549

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนหญิงมาคลอด		
NL	9,000	60.99
C/S	4,784	32.45
อื่น ๆ	1,055	6.56
รวม	14,747	100
อายุมารดา		
< 20 ปี	5,109	21.07
20 - 35 ปี	10,451	70.82
> 35 ปี	1,197	8.11
รวม	14,747	100
น้ำหนักทารกแรกเกิด		
< 2,500 กรัม	1,422	9.31
2,500 - 3,999 กรัม	13,458	88.12
≥ 4,000 กรัม	393	2.57
รวม	14,747	100
ภาวะตกเลือด		
ตกเลือดก่อนคลอด*	165	49.85
ตกเลือดหลังคลอด	166	50.15
รวม	331	100

*ตกเลือดก่อนคลอด รวมทั้งภาวะ placenta previa และ abruptio placenta

หลังคลอด พบอยู่ในกลุ่มผ่าตัดคลอดร้อยละ 57.14 กลุ่ม
คลอดปกติร้อยละ 35.72 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบร้อยละ
64.29 อยู่ระหว่างอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 28.57 อายุ
มากกว่า 35 ปี ในการศึกษาพบ 4 รายมีเนื้องอกมดลูก
ร่วมด้วย 1 ราย มีครรภ์เป็นพิษและมีการใช้ยา $MgSO_4$
1 ราย อีก 2 ราย คลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
(ตารางที่ 2)

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือด

หลังคลอด พบว่าร้อยละ 50 ปี มีภาวะมดลูกไม่หดตัวร้อย
ละ 42.86 มีความผิดปกติของรก เช่น รกเกาะต่ำ รกเกาะ
ติดยึด รกเกาะติดยึดแน่นผิดปกติ (ตารางที่ 3) สำหรับการ
ศึกษานี้พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 1 ราย โดยมีความผิด
ปกตินหลายอย่างเข้ารักษาใน ICU โดยมีภาวะเลือดไม่แข็ง
ตัวร่วมกับน้ำท่วมปอด และต้องผ่าตัดซ้ำร้อยละ 92.86 ได้
รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัดมดลูก และกลุ่มไม่ตัด

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงหลังคลอดที่ตกเลือดหลังคลอดที่ไม่สามารถควบคุมได้ต้องตัดมดลูกฉุกเฉิน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนหญิงหลังคลอด ตกเลือด		
- ตัดมดลูก	14	8.43
- ไม่ตัด	152	91.57
รวม	166	100
จำนวนหญิงที่ตัดมดลูกฉุกเฉิน		
- วิธีการคลอด		
NL	5	35.72
C/S	8	57.14
อื่น ๆ	1	7.14
รวม	14	100
อายุมารดาที่ตัดมดลูก		
< 20 ปี	1	7.14
20 - 35 ปี	9	64.29
> 35 ปี	4	28.57
รวม	14	100
น้ำหนักเด็ก		
2,500 - 3,999 กรัม	12	85.71
≥ 4,000 กรัม	2	14.29
รวม	14	100

มดลูก เนื่องจากตกเลือดหลังคลอด โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีคลอดบุตร น้ำหนักเด็กที่มากกว่า 4,000 กรัม ความผิดปกติของการดำเนินการคลอด และอายุมารดาที่มาก

กว่า 35 ปี พบว่าอายุมารดาที่มากกว่า 35 ปี และความผิดปกติของการดำเนินการคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตัดมดลูกฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 สาเหตุที่ตัดมดลูกฉุกเฉินเนื่องจากควบคุมการตกเลือดไม่ได้ในหญิงไทยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลพลพยุหเสนา ระหว่าง พ.ศ. 2545 - 2549

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
- รกเกาะติดแน่น (Placenta accreta)*	3	21.43
- รกเกาะติดแน่นติดปกติ (Placenta increta)*	2	14.29
- มดลูกไม่หดตัว (uterine atony)	7	50.00
- รกเกาะต่ำ (Placenta previa)	1	7.14
- เลือดออกจากแผลผ่าตัดคลอด	1	7.14
รวม	14	100

* จากผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ตารางที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อน และการได้รับเลือดในกลุ่มที่ตัดมดลูกฉุกเฉินในหญิงไทยที่มาคลอดในโรงพยาบาลพลพยุหเสนา ระหว่าง พ.ศ. 2545-2549

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
- การรับเลือดหรือส่วนประกอบน้ำเลือด		
• ไม่ได้รับ	1	7.14
• ได้รับ (1 - 6 ถุง)	13	92.86
- เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว		
• มี	2	14.28
• ไม่มี	12	85.72
- รับไว้รักษาใน ICU		
• เข้า*	1	7.14
• ไม่เข้า	13	92.86
รวม	14	100

*มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง คือ ปอดบวม น้ำ เลือดไม่แข็งตัวและต้องผ่าตัดซ้ำ เพื่อนำก้อนเลือดออกจากช่องท้อง

ตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ตัดมดลูกและไม่ตัดมดลูก เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดมดลูก

ข้อมูล	ผ่าตัดมดลูกฉุกเฉิน		X ²	P-Value
	ตัด	ไม่ตัด		
- วิธีการคลอด NL	5	93	3.731	NS
C/S	8	49		
อื่น ๆ	1	10		
รวม	14	152		
อายุมารดา			7.017	< 0.05
< 20 ปี	1	32		
20-35 ปี	9	108		
> 35 ปี	4	12		
รวม	14	152		
ภาวะแทรกซ้อน			21.663	< 0.05
ไม่มี	2	101		
Prolonged labour	8	19		
อื่น ๆ	4	32		
รวม	14	152		
น้ำหนักเด็ก			4.134	NS
< 2,500 กรัม	0	14		
2,500-3,999 กรัม	12	132		
≥ 4,000 กรัม	2	6		
รวม	14	152		

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.12 และอุบัติการณ์การตัดมดลูกฉุกเฉินพบน้อยมากในการศึกษานี้พบ 0.9 ราย ต่อ 1,000 รายของการคลอด ถึงแม้จะพบน้อยแต่การตัดมดลูกฉุกเฉินมีความสำคัญต่ออัตรายเสียชีวิตที่มีความชำนาญ ต้องระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการผ่าตัด และต้องคำนึงถึง

ชีวิตของมารดาที่มีภาวะวิกฤตจากการตกเลือด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดมีหลายสาเหตุที่พบบ่อย เช่น มดลูกไม่หดรัดตัว⁵ ซึ่งพบเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในการศึกษารั้งนี้ นอกจากนี้ในการศึกษาของประเทศที่เจริญแล้วมีแนวโน้มเกิดจากความผิดปกติของรก⁶ ที่จะทำให้การตัดมดลูกถูกเงินเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีส่วนทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี ได้แก่ การคลอดที่ยาวนาน น้ำคร่ำ

อีกเสบ มดลูกที่ขยายตัวมาก เช่น บุตรตัวโต ครรภ์แฝด ตั้งครรภ์แฝดน้ำ อายุมารดาที่มากกว่า 35 ปี ซึ่งจากการศึกษาพบอายุมารดาที่มากกว่า 35 ปี มีโอกาสพบโรคของมดลูกได้ เช่น เนื้องอกมดลูก หรือมีโอกาสพบโรคอื่นร่วมมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้การดมยาสลบ การผ่าท้องคลอดโดยไม่นัดหมาย^{7,8} (Nonelective cesarean section) ทำให้พบการตกเลือดมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ พบอายุมารดาที่มากกว่า 35 ปี และพบการดำเนินการคลอดที่ยาวนาน มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดและตัดมดลูกฉุกเฉิน

ยังมีการรักษาวิธีอื่น ๆ อีก เช่นการให้ Recombinant factor VII a^{10,11} เพื่อให้เลือดหยุด เพื่อลดการตัดมดลูกฉุกเฉิน และช่วยให้สามารถมีบุตรได้อีก การเย็บผูกเส้นเลือดที่มดลูก การผูกเส้นเลือดแดง Hypogastric และการเย็บมดลูก¹² เพื่อกดให้เลือดหยุด เช่น B-Lynch, Modified B- Lynch หรือ Multiple square อาจจะช่วยลดการตกเลือดและลดการตัดมดลูกฉุกเฉินได้

สรุป

- การดูแลหญิงหลังคลอดต้องตระหนักว่าทุกคนมีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเสมอ

- ค้นหาปัจจัยเสี่ยงพร้อมป้องกัน เช่น การกินยาบำรุงเลือดขณะฝากครรภ์การใช้กราฟดูแลการคลอด การดูแลการคลอดขณะเจ็บครรภ์และการดูแลการคลอดแบบ active management การเย็บแผลให้เรียบร้อย ตลอดจนเฝ้าสังเกตอาการหลังคลอด 2 ชั่วโมงอย่างใกล้ชิด

- การใช้ยาหดตัวมดลูกทุกรายหลังคลอด
- การเตรียมความพร้อมของทีมสูติแพทย์ วิสัญญี เจ้าน้ำที่ห้องเลือด ห้องปฏิบัติการ ห้องผ่าตัด

- ขั้นตอนการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด
- 1. ตามคนช่วยเป็นทีมและปรึกษาผู้ที่ชำนาญกว่า
- 2. เตรียมเลือด สารประกอบของน้ำเลือดอย่างน้อย

4-6 ถุง, เจาะ Hct, Coagulogram

3. บันทึก Vital sign, ให้ IV fluid 2 เส้นด้วยเข็ม No.18 ใส่สายสวนปัสสาวะพร้อมบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออก

4. ให้สารน้ำในรูป Isotonic Solution หรือ Crystalloid อย่างรวดเร็ว

5. แจ้งผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ พร้อมบอกแนวทางในการรักษา

6. ค้นหาสาเหตุอย่างรวดเร็วและพร้อมให้การรักษาอย่างเหมาะสม

7. ติดตามการรักษาเป็นระยะพร้อมรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.วราพร วีระวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวช ที่สนับสนุนให้ทำการศึกษา และขอขอบคุณคุณอรรณพ คณานุกูล พยาบาลวิชาชีพ 7 ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Center for disease Control and Prevention. Available at :http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr_53/nvsr53-05.pdf. Accessed. September 2005.
2. Siriporn K : Maternal Mortality. Health Promotion : vol. NO. 2 November 1997.
3. Balkshi S, Meyer BA. Indications for and out comes of emergence peripartum hysterectomy. A Five-years review : J Reprod Med. 2000 Sep ; 45 (a) : 733-7.
4. Chunhatakij K. Emergency obstetric hemorrhage in Trang Hospital: Review of 5 year : Songkla Med L. 2000 ; 18 (3) : 167-73.
5. Steven LC, Sze-ya Y, Jeffrey PP, Samuel B, Richard HP : Emergency Hysterectomy for obstetric

- Hemorrhage : Obstet and Gynecol 1984 ; 64 : 376-80.
6. Elana SK, Reinaldo F, David G, Do and Dew M ; Emergency peripartum Hysterectomy : Experience at a Community Teaching hospital : obstet and Gynecol 2002 ; 99 : 971-5.
7. Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Jr : Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries. Obstet and Gynecol 1991 Jan ; 77 (1) : 77-82.
8. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, Collins R, Lannean G, Morrison Je : Postpartum Hemorrhage after cesarean delivery : an analysis of risk factors. South Med J. 2005 Jul ; 96(7) : 681-5.
9. Suwannarath C, Pinjaroen S : Pregnancy outcome in elderly primigravida in Songklanagarind Hospital. Songkla Med J 1998 ; 16(2) :57-63.
10. Stovan T, Viliyan P, Dimetar K : Administration of recombinant factor VII a for the management of massive bleeding due to uterine atony in the post placental period. Acta obstet Gynceol Scand 2005 ; 84 : 402-3.
11. Ahomen J, Jokola R : Recombinant factor VII a for life-threatening post partum hemorrhage. Br J Anaesth 2005 ; 94(5) : 592-5.
12. John Bonna MA. : massive obstetric hemorrhage Bailliere' s clin obstet and gynecol 2000 ; 14 (1) ; 1-18.