

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

รายงานผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนจากการขูดมดลูก

Report of a Complication from Uterine Curettage

เพ็ญพรรณ ศิริสุทธิ์ พ.บ.

กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมฯ

รพ.ลพบุรี

Penpun Sirisoot M.D.

Department of Obstetrics, Lopburi Hospital

Lopburi Province

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงอายุ 28 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ประมาณ 1 เดือนเศษ ได้รับการขูดมดลูกจากคลินิก จากนั้นมีอาการเลือดออกทางช่องคลอดมากและปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง ต่อมาได้ถูกส่งตัวมาที่โรงพยาบาลลพบุรี ตรวจพบอาการแสดงถึงภาวะ hypovolemic shock และมีเลือดออกในช่องท้อง ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่า uterine perforation with right broad ligament hematoma จึงได้รับการผ่าตัด total abdominal hysterectomy under proximal and distal arterial control โดยการ clamp descending aorta และ femoral vessels ทั้งสองข้าง หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

ABSTRACT

A 28-year-old female patient with gravida 3 and gestational age about 5-6 weeks, was referred to Lopburi hospital due to excessive vaginal bleeding and severe abdominal pain after receiving uterine curettage from a general practitioner working at a privately-owned clinic. She had signs and symptoms of hypovolemic shock and intra-abdominal hemorrhage. Exploratory laparotomy was subsequently performed, and a huge right broad ligament hematoma was found. Total abdominal hysterectomy was carried out under proximal and distal arterial control, by clamping descending aorta and both sides of femoral vessels. Post-operation examination found no complication in the patient.

รายงานผู้ป่วย

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลลพบุรี 30 กันยายน

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 28 ปี อาชีพ ค้าขาย ภูมิลำเนาเดิม อ. ลอง จ.แพร่ 2546

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลลพบุรี 22 กันยายน 2546

ประวัติการตั้งครรภ์

วันที่ทำการผ่าตัด 22 กันยายน 2546

G₃P₂ Last 2 year L.M.P. กลางเดือนสิงหาคม

2546 x 4 วัน ตั้งครรภ์ 5-6 สัปดาห์

อาการสำคัญ

ปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง และมีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยขาดประจำเดือนมาแล้ว 1 เดือนเศษ ตรวจปัสสาวะพบว่าตั้งครรภ์ แต่ยังไม่ได้ฝากครรภ์

7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขณะเดินทางไปทำธุระที่ อ.โคกสำโรง ลื่นล้มหลังจากนั้นมีอาการปวดท้องน้อย และมีเลือดออกทางช่องคลอด

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลไปรับการตรวจที่คลินิกใน อ.โคกสำโรง แพทย์ที่คลินิกตรวจแล้วบอกว่าแท้งบุตร และทำการขูดมดลูกให้ หลังจากขูดมดลูกแล้วมีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่ามีมีอาการปวดท้องน้อยมากขึ้น แพทย์ที่คลินิกจึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโคกสำโรง และแพทย์โรงพยาบาลโคกสำโรงส่งตัวผู้ป่วยมาการรักษาต่อที่โรงพยาบาลลพบุรี

ผู้ป่วยปฏิเสธการทำแท้งที่คลินิก

การตรวจร่างกายแรกรับ

Vital signs : T 37.7° C PR 98 / min

BP 80/40 mmHg RR 28 / min

General appearance : good conscious, looked sick, pale, no cyanosis tachypnea

HEENT : pale conjunctiva, no jaundice

Chest & Lung : normal chest contour, normal breath sound

Heart : no heaving, no thrill, normal S1, S2

Abdomen : distension at lower abdomen, tender with guarding at lower abdomen

PV : MIUB normal

Vagina normal mucosa, excessive blood discharge

Cervix erosion at anterior lip of cervix, active bleeding per os, os dilated a finger tip

Uterus } huge pelvic mass ข้างขวา ย้อยลงใน cul de sac
Adnexa }

Cul de sac bulging Rt. > Lt.

PR : mass ขนาดใหญ่ ใน pelvic cavity ค่อนไปทางข้างขวา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb 7.3 gm% Hct 22%

WBC 19,500 cell / mm³

Platelete 241,000 cell / mm³

PMN 88% Lymphocyte 12%

BUN : 10 mg / dl

Creatinine : 0.7 mg / dl

Electrolyte : Na 136 mEq / L

K 5 mEq / L

Cl 115 mEq / L

CO₂ 20 mEq / L

การวินิจฉัยเบื้องต้น

Uterine perforation with intra-abdominal hemorrhage

การดำเนินการดูแลรักษา

การดูแลเบื้องต้นและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ให้งดอาหารและน้ำดื่ม เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจอง pack red cell 4 units, whole blood 2 units , fresh frozen

plasma 4 units

- แก้ไขภาวะ hypovolemic shock ให้ 0.9% NSS 1,000 cc. หยดเข้าทางหลอดเลือดดำที่แขนผ่าน cathlon เบอร์ 18 free flow บันทึกชีพจร และความดันโลหิตทุก 15 นาที ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้ปัสสาวะสีเหลืองเข้มประมาณ 10 cc.

- ปฏิบัติเวชปฏิบัติแพทย์ เพื่อร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย และได้ให้ 0.9% NSS 1,000 cc. หยดเข้า internal jugular vein ข้างขวา ผ่าน cathlon เบอร์ 16 เพื่อแก้ไขภาวะ hypovolemic shock และประโยชน์ในการวัด central venous pressure

การระงับความรู้สึก

General anesthesia with endotracheal intubation

การผ่าตัด

Total abdominal hysterectomy under proximal and distal arterial control

สิ่งที่ตรวจพบขณะผ่าตัด

มดลูกขนาดใหญ่กว่าปกติเล็กน้อย หลังผ่าตัด มดลูกออกมาแล้วตรวจพบรอยทะลุบริเวณ ischmus ข้างขวา ขนาด 0.5 x 2 cm.

ท่อนำไข่และรังไข่ข้างซ้ายปกติ, รังไข่ข้างขวาปกติ
ท่อนำไข่ข้างขวายืดขยายยาว เนื่องจากบริเวณ broad ligament ข้างขวา มี hematoma ขนาดใหญ่ ประมาณ 20 x 30 cm. แผ่ขยายไปตาม pelvic wall ข้างขวา ด้านบนถึงกะบังลม ด้านล่างถึงกระเพาะปัสสาวะ

วิธีทำผ่าตัด

- ทำการผ่าตัดเข้าสู่ช่องท้อง โดยลงแผลผ่าตัดแบบ midline incision จนเข้าสู่ช่องท้อง ตรวจหาความผิดปกติพบ hematoma ขนาดใหญ่บริเวณ broad ligament ข้างขวา จึงปรึกษาศัลยแพทย์หัวใจและหลอดเลือด มาร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย

- วางแผน ที่จะเปิด broad ligament ข้างขวา

ภายใต้ proximal and distal arterial control จึงทำการเปิดแผลบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง ตำแหน่ง femoral vessels และคล้อง femoral vessels ทั้งสองข้างไว้ด้วยสายยาง หลังจากนั้นเปิด peritonium ด้านหลังเพื่อหา descending aorta จากนั้น clamp femoral vessels ทั้งสองข้างและ descending aorta ด้วย arterial clamp

- เปิด broad ligament ข้างขวา และควักก้อนเลือดออก จนสามารถทำผ่าตัดมดลูกได้ จากนั้นทำการตัดมดลูก ภายในระยะเวลา 30 นาที

- Off arterial clamp ที่ descending aorta และ femoral vessels ทั้งสองข้าง

- ตรวจจุดเลือดออก ตรวจดูอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องพบว่าปกติ ล้างช่องท้องด้วย normal saline solution ดูดและซับเลือดออกให้มากที่สุด เย็บปิดหน้าท้องตามลำดับชั้น และเย็บปิดแผลบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง 10 นาที ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปรวมที่อยู่ในช่องท้องประมาณ 2,500 cc. ระหว่างการผ่าตัดให้ pack red cell 4 unit, fresh frozen plasma 4 units, Vit K₁ 10 mg และ calcium gluconate 1 gm.

ผลทางพยาธิวิทยา

GROSS DESCRIPTION :

Formalin fixed specimen consists of a previously opened uterus without adnexa, weighing 110 g. The uterus measures 8 x 5.5 x 4 cm. The outer surface is smooth. The right side of the uterine wall and broad ligament shows a hemorrhagic area, measuring 4.5 x 3 x 1.5 cm. in length. The cervix measures 2.5 cm. in length and 4 cm. in diameter. The external os shows erosion around the os. The endocervix is unremarkable. The uterine cavity measures 4.5 cm. in length. The endometrium measures 0.2-0.7 cm. in thickness. The myometrium

measures 1.7 cm. in thickness. The cut surface is unremarkable.

Section A1-A2 : Cervix II.

A3-A5 : Endometrium and myometrium
III.

DIAGNOSIS : Uterus without both adnexae ;

- Acute and chronic cervicitis
- Foci of decidual tissue and conceptive product with secretory endometrium
- Unremarkable myometrium

ระยะหลังผ่าตัด

ภายหลังการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 7 หลังการผ่าตัด

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย

Uterine perforation with right broad ligament
hematoma

วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 28 ปี แต่งงานและมีบุตรแล้ว 2 คน ตั้งครรภ์ 1 เดือนเศษ ได้ลื่นล้ม จากนั้นมีอาการปวดท้องน้อยและมีเลือดออกทางช่องคลอด ไปรับการรักษาที่คลินิก และได้รับการขูดมดลูก หลังจากนั้นก็มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก อีกทั้งมีอาการปวดท้องน้อยมากขึ้น เมื่อตรวจร่างกายแรกรับที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยซีด ชีพจรเบาเร็ว 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท แสดงถึงภาวะ hypovolemic shock ตรวจบริเวณหน้าท้องพบผนังหน้าท้องโป่งตึง กดเจ็บทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะบริเวณท้องน้อย มี guarding และ rigidity ตรวจภายในพบเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก ปากมดลูกเปิดเล็กน้อย มีเลือดออกจากรูปากมดลูกปริมาณมาก คลำพบบ่อนขนาดใหญ่ในอุ้งเชิงกรานข้างขวา และ

ย้อยลงใน cul de sac เจาะ hematocrit ได้ 22% จากประวัติการขูดมดลูก ร่วมกับอาการที่ตรวจพบดังกล่าว จึงวินิจฉัยว่าน่าจะเกิดภาวะมดลูกทะลุและมีเลือดออกในช่องท้อง

การรักษาภาวะเลือดออกในช่องท้องคือการผ่าตัดเปิดหน้าท้องฉุกเฉิน ก่อนนำผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้ให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อแก้ไขภาวะ hypovolemic shock โดยให้สารน้ำทดแทน และได้จองเลือด pack red cell, whole blood, fresh frozen plasma ไว้

หลังจากผ่าตัดเปิดหน้าท้องแล้วพบพยาธิสภาพคือ broad ligament hematoma ขนาดใหญ่ประมาณ 20 x 30 cm. แผ่ขยายไปตาม pelvic wall ข้างขวา ด้านบนถึงกะบังลม ด้านล่างถึงกระเพาะปัสสาวะ เมื่อพบพยาธิสภาพที่ประเมินแล้วว่ารุนแรงและยากต่อการทำผ่าตัด จึงได้ปรึกษาศัลยแพทย์หัวใจและหลอดเลือด มาร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาว่า broad ligament hematoma ที่เกิดขึ้น น่าจะเกิดจากการทะลุของมดลูกบริเวณตำแหน่งของ uterine vessels ข้างขวามากที่สุด การจะเปิด broad ligament เพื่อที่จะหาตำแหน่งเลือดออกนั้นจะเป็นการยากหากไม่ได้ควบคุมภาวะเลือดออกใน broad ligament เสียก่อน จึงวางแผนทำ proximal และ distal arterial control ที่ตำแหน่ง descending aorta และ femoral vessels ทั้งสองข้าง หลังจากนั้นได้เปิด broad ligament และควักก้อนเลือดออก จนสามารถทำผ่าตัดมดลูกได้ ภายหลังผ่าตัดมดลูกออกมาแล้ว ได้ตรวจพบรอยทะลุบริเวณ ischmus ข้างขวา ซึ่งเป็นตำแหน่งของ uterine vessels ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือด และเกิด broad ligament hematoma ขนาดใหญ่

มดลูกทะลุเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของการขูดมดลูก การป้องกันที่ดีที่สุดที่จะไม่ให้เกิดการทะลุขึ้นอยู่กับการประสบการณ์ของแพทย์ ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการของแพทย์ทั่วไป สูงกว่าแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว² มีรายงานว่า การ

ชุดมดลูกโดยแพทย์ประจำบ้าน (resident) มีโอกาสเกิดมดลูกทะลุสูงกว่า attending physician ถึง 5.5 เท่า³ ดังนั้นแพทย์ที่จะทำหัตถการจะต้องได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี ซึ่งนับว่าเป็นข้อที่สำคัญมาก⁴ ส่วนใหญ่แล้วการเกิดมดลูกทะลุจะเกิดในผู้ป่วยที่มีมดลูกคว่ำหน้า หรือคว่ำหลังมาก ๆ และมักเกิดจากการใส่ uterine sound หรือ dilator การตรวจประเมินตำแหน่งของมดลูกได้ถูกต้อง รวมทั้งการสอดใส่เครื่องมืออย่างระมัดระวังจะช่วยป้องกัน การทะลุของมดลูกได้ การเตรียมพร้อมให้ปากมดลูกนุ่ม ก่อนที่จะชุดมดลูกช่วยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของปากมดลูกและมดลูกทะลุได้⁵ มีรายงานการใช้ยา misoprostol อมใต้ลิ้นหรือเหน็บทางช่องคลอดซึ่งให้ผลใกล้เคียงกัน เพื่อช่วยให้ปากมดลูกเปิดขยายก่อนการทำหัตถการ ซึ่งจะช่วยลดเวลาการทำหัตถการ ลดการเสียเลือด และลดภาวะแทรกซ้อนเช่นมดลูกทะลุได้^{6,7}

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการชุดมดลูกที่คลินิกโดยแพทย์ทั่วไปที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสูติ-นรีแพทย์ หลังการชุดมดลูกเกิดภาวะแทรกซ้อน คือมดลูกทะลุและเสียเลือดมาก จนเกิดภาวะ hypovolemic shock ถือว่าเป็นการแท้งที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต อีกทั้งสถานที่ ผู้ช่วยแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ก็ไม่พร้อม

การแก้ไขภาวะ hypovolemia ในผู้ป่วยที่เสียเลือดมาก ทำโดยการให้เลือดและสารน้ำ และต้องป้องกันภาวะ clotting defect ด้วยโดยการให้ FFP และ แคลเซียมตามความเหมาะสม⁸

การพิจารณาทำ hypogastric artery ligation เป็นวิธีการที่นิยมทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยทางสูติ-นรีเวชกรรมที่มีภาวะเลือดออกมาก⁹ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถทำ hypogastric artery ligation ได้เพราะ broad ligament hematoma มีขนาดใหญ่ จนบดบังบริเวณอุ้งเชิงกราน ดังนั้นจึงเลือกที่จะทำ proximal และ distal arterial control ในผู้ป่วยรายนี้ โดยการ clamp descending aorta และ femoral vessels ทั้งสองข้าง เพื่อควบคุมการเสียเลือด

ก่อนการผ่าตัดเปิด broad ligament และตัดมดลูก การทำ arterial control จะต้องไม่นานเกิน 30 นาที ถ้านานเกินกว่านี้จะเกิดภาวะ ischemia ของร่างกายส่วนที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ clamp

การทำ selective transcatheter arterial embolization เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยควบคุมภาวะเลือดออกมาก ซึ่งมีรายงานว่าการทำวิธีนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยและผลสำเร็จสูง^{8,9} แต่โรงพยาบาลลพบุรีไม่มีแพทย์ที่ชำนาญในการทำ embolization จึงไม่ได้เลือกวิธีการนี้

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างที่แสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดจากการชุดมดลูก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ของแพทย์ นอกจากนี้สถานที่ บุคลากร และเครื่องมือทางการแพทย์ก็ไม่พร้อม จึงเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ รายงานผู้ป่วยนี้เป็นตัวอย่างที่แสดงการควบคุมการเสียเลือดขณะผ่าตัดด้วย proximal และ distal arterial control ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งช่วยลด morbidity และ mortality ของผู้ป่วยลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Lauersen NH. Spontaneous and therapeutic abortion. In: Schaeter G, Graber EA. Complications in obstetric and gynecologic surgery. Philadelphia: Harper & Row, 1981 : 70-90.
2. Darney PD. Training physicians in elective abortion techniques in the United States. In: Landy U and Ratnam SS. Prevention and treatment of contraceptive failure. New York: Plenum Press, 1986 : 133-40.
3. Grimes DA, Schulz KF, Cates Jr WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. JAMA 1984 ; 251 : 2108-11.
4. Child TJ, Thomas J, Rees M, MacKenzie IZ. Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. Human Reproduction 2001 ; 16 : 875-8.

5. Keder LM. Best practices in surgical abortion. Am J Obstet Gynecol 2003 ; 189 : 18-22.
6. Vimala N, Mittal S, Kumar S. Sublingual misoprostol for preabortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination. Contraception 2003 ; 67 : 295-7.
7. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. A randomized controlled comparison of sublingual and vaginal administration of misoprostol for cervical priming before first-trimester surgical abortion. Am J Obstet Gynecol 2004 ; 190 : 55-9.
8. Brun JL, Gregori CA, Kindzierski JA. Hemorrhage in gynecologic surgery. In: Schaefer G, Graber EA. Complications in obstetric and gynecologic surgery. Philadelphia: Harper & Row, 1981 : 430-41.
9. Vedantham S, Goodwin SC, McLucas B, Mohr G. Uterine artery embolization: An underused method of controlling pelvic hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 1997 ; 176 : 938-48.