

รกเกาะลึกทะลุกล้ามเนื้อมดลูก สาเหตุของมดลูกทะลุ

องอาจ วัฒนธำรงค์

รพ. บ้านโป่ง

ABSTRACT :

Wattanathamrong O. Placenta Percreta Presenting with Uterine Rupture : A Case Report. (Region 7 Medical Journal 1997 ; 2 : 123-127).

Department of Obstetrics and Gynecology, Banpong Hospital, Ratchaburi, Thailand.

Placenta percreta, a deeper penetrating subtype of placenta accreta, is a rare, potentially life-threatening complication of pregnancy. It occurs when chorionic villi penetrate the myometrium up to the peritoneum.

A case report of a 20 years' old woman at full term pregnancy with labor pain. Third stage of her labor was prolonged. Manual placental removal was done. Bleeding uterus was ruptured. On exploration laparotomy reveal intra-abdominal bleeding and ruptured uterus. Placenta percreta was presented. Total hysterectomy was carried out without complication. Risk factor, incidence and management were discussed.

บทคัดย่อ :

องอาจ วัฒนธำรงค์. รกเกาะลึกทะลุกล้ำเนื้อมดลูก สาเหตุของมดลูกทะลุ. (วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 2 : 123-127).

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว, รพ. บ้านโป่ง, ราชบุรี.

Placenta percreta จัดอยู่ในกลุ่มของ placenta accreta ซึ่ง chorionic villi ไชทะลุชั้นกล้ามเนื้อมดลูกออกไปถึงเยื่อช่องท้อง เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบน้อย แต่มีอันตรายต่อชีวิต รายงานนี้เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอด มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด พบว่าระยะที่สามของการคลอดเนิ่นนาน จึงได้ทำการล้วงรก ปรากฏว่ามดลูกทะลุ เมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้วจึงวินิจฉัยได้ว่าเป็น placenta percreta และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออก ได้อภิปรายถึงปัจจัยเสี่ยงอุบัติการณ์และแนวทางการรักษาของโรคนี้

บทนำ

Placenta percreta คือ รกที่เกาะลึกเลยชั้นกล้ามเนื้อมดลูกจนถึงชั้น serosa ภาวะนี้พบได้น้อย มักจะมาด้วยอาการและอาการแสดงของมดลูกทะลุ เช่น ปวดท้อง มีเลือดออกในช่องท้อง ช็อก ซึ่งพบในระหว่างการตั้งครรภ์ หรือก่อนการเจ็บครรภ์ ระหว่างการคลอด และในระยะเวลาของการคลอด การวินิจฉัยตั้งแต่แรกนั้นค่อนข้างลำบาก การรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดมดลูกออก ผู้ป่วยที่รายงานนี้ ระยะเวลาของการคลอดเนิ่นนาน จึงได้ทำการฉีดยาออก ปรากฏว่ามดลูกทะลุ หลังจากผ่าตัดแล้วจึงทราบว่าเป็น placenta percreta

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทย คู่ ครรภ์ที่ 2 ครรภ์แรกคลอดปกติ อายุ 20 ปี อาชีพแม่บ้าน รับไว้เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2534 ประจำเดือนครั้งสุดท้ายจำไม่ได้ ไม่เคยฝากครรภ์

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ และถี่ขึ้นเรื่อย ๆ และ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดิน จึงได้มาโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ประวัติในอดีต ไม่มีประวัติแท้งบุตร หรือขูดมดลูกแต่อย่างใด

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท การตรวจหัวใจและปอดเป็นปกติ การตรวจหน้าท้อง พบว่าขนาดมดลูกโต 3/4 เน้นระดับสะดือ หลังเด็กอยู่ทางด้านขวา ศีรษะเด็กอยู่ทางด้านล่าง เข้าที่อุ้งเชิงกรานแล้ว น้ำหนักเด็กโดยประมาณ 2,700 กรัม พังเสียงหัวใจเด็กเต้น 140 ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัว interval 3 นาที 10 วินาที duration 45 วินาที

การตรวจภายในช่องคลอด พบว่า ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร effacement 80% station 0

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน 9.5 กรัมเปอร์เซ็นต์ ฮีมาโตคริตร้อยละ 26 เม็ดเลือดขาว 12,000

เซลล์/มม.³ neutrophil ร้อยละ 84, lymphocyte ร้อยละ 16, และการตรวจปัสสาวะผลปกติ

ได้ให้การวินิจฉัยว่า ตั้งครรภ์ครบกำหนด และอยู่ ในระยะที่สองของการคลอด

การดำเนินการคลอดระยะที่สอง เป็นไปตามปกติ คลอดบุตรเพศชาย น้ำหนัก 2,600 กรัม สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ดี

การดำเนินการคลอดระยะที่สาม เนิ่นนาน จึงได้ทำการฉีดยาออก ปรากฏว่ามดลูกทะลุ ผู้ป่วยมีอาการ ช็อก ตัวซีด เย็น ชีพจรเร็วเบา 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 60/40 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ได้ทำการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย และนำไปผ่าตัด จากการผ่าตัดพบ เลือดและลิ่มเลือดประมาณ 1,500 มิลลิลิตร ในช่องท้อง พบรอยฉีกขาดด้านหน้าข้างบนของมดลูกยาวประมาณ 8 เซนติเมตร มีเลือดออกตลอดเวลา จึงได้ทำการตัดมดลูกออก โดยเหลือรังไข่ไว้ทั้งสองข้าง ตรวจมดลูกพบว่ามี รกเกาะกับผนังโพรงมดลูกด้านหน้า รกเกาะติดแน่นไม่ลอกตัว โดยที่ไม่มีกล้ามเนื้อมดลูกมากันไว้ ได้ให้เลือด Fresh Whole blood 1,600 มิลลิลิตร หลังผ่าตัด ไม่มีโรคแทรกซ้อน ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในวันที่เจ็ด หลังวันผ่าตัด ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น Placenta percreta with perforate uterus การติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ เป็นปกติดี

วิจารณ์

ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ครบกำหนด มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง การดำเนินการคลอดในระยะที่สอง เป็นไปตามปกติ มีการเนิ่นนานของการดำเนินการคลอด ในระยะที่สาม จึงได้ทำการฉีดยาออก ปรากฏว่ามดลูกทะลุ ได้ทำการผ่าตัดมดลูกออก พบว่า Placenta percreta เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะนี้

Placenta percreta เป็นชนิดหนึ่งของ placenta accreta ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ตามการฝังตัวของ cho-

ionic villi ได้แก่^{1,2}

1. Placenta accreta vera villi ผังตัวลงไปตลอดชั้น spongiosa ของเยื่อมดลูก แต่ไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ
2. Placenta increta villi ผ่านไปถึงชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ในความลึกต่างกัน แต่ไม่ถึงชั้น serosa
3. Placenta percreta villi กินลึกลงไปตลอดชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ถ้ายังไม่ทะลุชั้น serosa ก็เป็น incomplete rupture ของมดลูก แต่ถ้าทะลุชั้น serosa ด้วย ก็เป็น complete rupture

นอกจากนี้ยังแบ่ง placenta accreta ออกไปอีกตามพื้นที่ของพยาธิสภาพ ได้แก่

1. Focal placenta accreta มีพยาธิสภาพเกิดกับ cotyledon อันเดียว
2. Partial placenta accreta มีหลาย cotyledon ผิดปกติ
3. Complete or total placenta accreta ทุก cotyledon ของรกผิดปกติ

อุบัติการณ์ของ placenta accreta มีแตกต่างกันไป ตั้งแต่ 1 : 540 ของจำนวนการคลอด ถึง 1 : 7,000 ของจำนวนการคลอด¹

สาเหตุของการเกิด placenta percreta¹ เชื่อว่าเนื่องจากความผิดปกติที่เยื่อโพรงมดลูกบริเวณที่รกฝังตัว มีความบางตัวผิดปกติ และกลไกที่ยับยั้งการทำลายของ trophoblast ขาดไป ชั้น decidua basalis และชั้น fibrinoid หรือ Nitabuch จะไม่ค่อยเห็น หรืออาจจะไม่เห็นเลยก็ได้ ความผิดปกติของเยื่อโพรงมดลูกนี้เกิดได้จาก

1. Constitutional คือ เกิดขึ้นเอง ได้แก่ บริเวณ lower segment พบว่าเกิดร่วมกับ placenta previa ถึงหนึ่งในสาม¹
2. Acquired คือ เกิดขึ้นภายหลัง
 - 2.1 Infection เยื่อโพรงมดลูกอักเสบจากการคลอด หรือการแท้ง พบได้ประมาณร้อยละ 3.8²
 - 2.2 Trauma อาจเกิดจาก
 - Mechanical เช่น การล้วงรกพบร้อยละ

10.3² เช่นผู้ป่วยรายนี้

- Chemical เช่น จากสารที่ใส่เข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อทำแท้ง
- Irradiation จากการฉายรังสี เพื่อการรักษา

2.3 Tumor พบร่วมกับ leiomyoma ร้อยละ 2.8²

2.4 Others ได้แก่

- Maternal gravidity ประมาณร้อยละ 25^{1,2} เป็นผู้คลอดบุตรที่หกหรือมากกว่า
- Previous uterine surgery เช่น การทำ cesarean section พบรวมถึง ร้อยละ 25¹
- Maternal age มารดาที่มีอายุมากขึ้น (เฉลี่ย 31-35 ปี) มีโอกาสเกิดภาวะนี้มากขึ้น^{1,2}

ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่พบสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิด Placenta percreta

ผู้ป่วย placenta percreta มักจะมาด้วยอาการและอาการแสดงของ uterine rupture เช่น ปวดท้อง และซีด ซึ่งพบในระหว่างการตั้งครรภ์หรือก่อนการเจ็บครรภ์ร้อยละ 66.7 ระหว่างการคลอดร้อยละ 13.7 และในระยะที่ 3 ของการคลอดร้อยละ 19.6² การที่มีเลือดออกมากในภาวะ placenta percreta เชื่อว่า เนื่องจากการเปิดขยายของหลอดเลือดในกล้ามเนื้อมดลูก และการขาดสาร thromboplastin จาก decidua ซึ่งเป็นตัวที่ช่วยทำให้เลือดหยุด³

การวินิจฉัย placenta percreta ตั้งแต่แรกนั้นค่อนข้างจะลำบาก อาศัยประวัติและการตรวจร่างกายก็เป็นเพียงสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและทำให้นักถึงภาวะนี้ได้เท่านั้น การวินิจฉัยที่แน่นอนยังต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเข้าไป สำหรับผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ หลังคลอดบุตร มีการฉีกรก เนื่องจากระยะที่สามของการคลอดเนิ่นนาน ทำให้มดลูกทะลุ หลังจากผ่าตัดเปิดหน้าท้อง จึงสามารถวินิจฉัยว่าเป็น placenta percreta

การรักษา placenta percreta คือ การตัดมดลูกออก ซึ่งถือว่าการรักษาที่ดีที่สุด¹³ ลด mortality และ morbidity ลงได้มาก ส่วนการรักษาแบบประคับประคอง (conservative-treatment) เช่น placenta in utero and packing, piece meal blunt dissection, localized excision และ oversewing of the defect or bleeding site พบว่าเพิ่มอันตรายจากการตกเลือดและการติดเชื้อได้มาก² เพิ่ม maternal mortality rate เป็น 4 เท่าของกลุ่มที่ตัดมดลูกทันที² นอกจากนี้การรักษาแบบประคับประคองจะเพิ่มอันตรายในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้มาก

ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการผ่าตัดมดลูกออก โดยเก็บรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้างไว้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ระหว่างการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยปกติดี และกลับบ้านได้ในวันที่เจ็ดหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์เป็นปกติ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็น placenta percreta

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิทยา จารุพูนผล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่ได้อนุญาตให้เสนอรายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 18th ed. Norwalk : Appleton & Lange, 1989 : 419-22.
2. Fox H. Placenta accreta 1945-1969. Obstet Gynecol Sury 1972 ; 27 : 475-84.
3. Gribble RK, Fitz Simmons JM. Placenta previa percreta with fetal survival. Am J Obstet Gynecol 1985 ; 153 : 314-6.