

มดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

สายัณห์ บุรณวนิช

รพ. พหลพลพยุหเสนา

ABSTRACT :

Buranawanich S. Rupture of the Pregnant Uterus in Paholpolpayuhasaena Hospital.
(Region 7 Medical Journal 1996 ; 4 : 391-396).

Department of Obstetrics and Gynecology, Paholpolpayuhasaena Hospital, Kanchanaburi.

A review study of rupture of the pregnant uterus in 5 years from August 1991 to July 1996 in Paholpolpayuhasaena hospital. The objective of the study was to estimate the incidence, possible causes, clinical features, treatment and maternal and fetal outcome. A total of seven cases of uterine rupture were collected. The incidence was 1 per 2021 deliveries. The mean age of patients was 28 years old. Three patients (42.9%) were presented with shock and absence of fetal heart sound on admission. The cause of one was rupture previous cesarean scar. Six patients (85.7%) occurred in patients with previously unscarred uterus, two were uterine anomaly and car accident, the other four were multiparity. Total abdominal hysterectomy was done in four, subtotal hysterectomy in two, only one was repaired. There was one maternal death (14.3%). The fetal death rate was 85.7%. In conclusion most ruptured uterus is preventable if good observation of the process of labor and good antenatal care. Oxytocic stimulation should be used in caution with experienced observer. Oxytocin infusion in multipara is not advised.

บทคัดย่อ :

สายัณห์ บุรณวนิช. มดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. (วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 4 : 383-388).

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, รพ. พหลพลพยุหเสนา, กาญจนบุรี.

การศึกษาภาวะมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่างสิงหาคม 2534 ถึงกรกฎาคม 2539 เป็นเวลา 5 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงอุบัติการณ์ สาเหตุ อาการทางคลินิก การรักษาและผลต่อมารดาและทารก ผลการศึกษาพบว่ามดลูกแตกจำนวน 7 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 ต่อ 2021 ของการคลอดทั้งหมด ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 28 ปี ผู้ป่วย 3 ราย มีภาวะช็อกและไม่ได้ยินเสียงหัวใจของทารกขณะแรกรับ สาเหตุของมดลูกแตกในผู้ป่วย 1 ราย เกิดจากการแตกของแผลผ่าตัดมดลูกจากการผ่าคลอดทางหน้าท้องเดิม อีก 6 ราย เกิดในมดลูกที่ไม่มีแผลเป็นมาก่อน โดย 2 ราย เกิดจากความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิด และอุบัติเหตุรถยนต์ อีก 4 รายที่เหลือเป็นการตั้งครรภ์ลำดับหลัง การรักษาได้ทำ total abdominal hysterectomy 4 ราย subtotal hysterectomy 2 ราย และ repair 1 ราย มารดาเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ทารกเสียชีวิตขณะคลอด 6 ราย (ร้อยละ 85.7)

ภาวะมดลูกแตกเป็นภาวะที่มีอันตรายสูงทั้งกับมารดาและทารก และส่วนใหญ่ป้องกันได้หากผู้คลอดได้ฝากครรภ์และได้รับการดูแลการคลอดอย่างถูกต้อง การใช้ oxytocin ช่วยคลอด ควรใช้อย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะกับผู้คลอดครรภ์ลำดับหลัง และต้องมีบุคลากรที่ชำนาญคอยดูแลอย่างใกล้ชิด

บทนำ

มดลูกแตกระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นระหว่างการคลอด เป็นภาวะที่เป็นอันตรายอย่างสูงสำหรับมารดาและทารกหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว สาเหตุของมดลูกแตกเกิดจากการแยกของรอยแผลเดิมบนผนังมดลูก หรือเกิดจากมดลูกซึ่งมีผนังปกติมาก่อนแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้คือ การตั้งครรภ์ลำดับหลัง, การฉีกส่วนระหว่างเด็กกับเชิงกราน, ความผิดปกติของท่าเด็ก, การช่วยคลอดด้วย oxytocin, ทารกตัวใหญ่, placenta previa - percreta, การตั้งครรภ์ในผู้ที่เคยเป็น invasive mole, ความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิด โดยมีปัจจัยเหล่านี้หนึ่งอย่างหรือหลายอย่างร่วมกัน นอกจากนี้ยังเกิดจากอันตรายต่อตัวมดลูกโดยตรง ได้แก่ อุบัติเหตุรถยนต์ การคลอดด้วยสูติศาสตร์ หัตถการที่ยากหรือไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และสาเหตุของมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดง การรักษา และผลต่อมารดาและทารก

วัสดุและวิธีการ

ได้รวบรวมประวัติผู้ป่วยมดลูกแตกระหว่างตั้งครรภ์จากเวชระเบียนเป็นเวลา 5 ปี (สิงหาคม 2534 - กรกฎาคม 2539) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ตำแหน่งที่แตกของมดลูก สาเหตุการรักษา และผลต่อมารดาและทารก

ภาวะมดลูกแตก หมายถึง แตกทั้งหมดของผนังมดลูก (Complete separation of the uterine wall)

อาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการศึกษานี้ ภาวะช็อกหมายถึง ความดัน systolic น้อยกว่า หรือเท่ากับ 80 มม.ปรอท และมีชีพจรเบาเร็ว, ชีตหมายถึง ผู้ป่วยมีระดับฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 25, การตรวจไม่ได้ยินเสียงหัวใจของทารกโดยใช้เครื่อง Doppler

ผลการศึกษา

ระหว่าง สิงหาคม 2534 ถึง กรกฎาคม 2539 มีผู้มาคลอดที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 14,086 ราย มีผู้ป่วยมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ 7 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 ต่อ 2021 ของการคลอดทั้งหมด คนไข้ 5 ราย ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากการคลอดที่เนิ่นนาน 4 ราย และจากอุบัติเหตุรถยนต์ 1 ราย

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแรกรับ (ตารางที่ 1) อาการที่พบมากที่สุดคือ ปวดท้องมาก 4 ราย (ร้อยละ 57.1) ช็อก 3 ราย (ร้อยละ 42.9) พังไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 3 ราย (ร้อยละ 42.9) ชีต 3 ราย (ร้อยละ 42.9) มีเลือดออกจากช่องคลอด 2 ราย (ร้อยละ 28.6) และคล้ำส่วนของทารกได้จากหน้าท้อง 1 ราย (ร้อยละ 14.3)

รายละเอียดของผู้ป่วยมดลูกแตกทั้ง 7 ราย (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยทั้ง 7 ราย มีอายุเฉลี่ย 28 ปี ผู้ป่วย 4 ราย เป็นการตั้งครรภ์ลำดับที่ 4, ครรภ์ครบกำหนด 6 ราย ส่วน 1 ราย ที่เกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ สาเหตุของมดลูกแตก 1 ราย เกิดจาก previous CS scar อีก 6 ราย ไม่มีรอยแผลเป็นบนมดลูกมาก่อน โดย 1 ราย เกิดจากความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิด, 1 ราย เกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์ ที่เหลืออีก 4 ราย เป็นการตั้งครรภ์ลำดับที่ 4 โดย 2 ราย ได้รับ oxytocin ร่วมด้วย และ 1 ราย มีทารกน้ำหนักมาก 4,200 กรัม การรักษา ได้ทำ total abdominal hysterectomy (TAH) 4 ราย (ร้อยละ 57.1), subtotal hysterectomy (sub TAH) 2 ราย (ร้อยละ 28.6), repair 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ผู้ป่วย 6 ราย (ร้อยละ 85.7) ต้องให้เลือด และเฉลี่ยใช้เลือดคนละ 4.2 units เฉลี่ยระยะเวลาที่อยูโรงพยาบาลของมารดาที่รอดชีวิตเท่ากับ 6.8 วัน ทุกคนไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มารดาที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ 1 ราย มีบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมด้วย เสียชีวิตหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล 2 วัน ทารกเสียชีวิต

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงแรกเริ่มของผู้ป่วยมดลูกแตก 7 ราย

อาการและอาการแสดง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ซีด	3	42.9
ซีด	3	42.9
มีเลือดออกช่องคลอด	2	28.6
ไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารก	3	42.9
ปวดท้องมาก	4	57.1
คลำได้ส่วนของทารกจากหน้าท้อง	1	14.3

ตารางที่ 2 รายละเอียดของผู้ป่วยมดลูกแตก 7 ราย

รายที่	ปี/อายุ(ปี)	ครรภ์ที่	ตำแหน่ง	สาเหตุ	การรักษา	ผลต่อมารดา	ผลต่อทารก
1	2534/27	4	lower segment	multiparity	TAH	รอดชีวิต	เสียชีวิต
2	2536/28	4	lower segment	multiparity + oxytocin	TAH	รอดชีวิต	เสียชีวิต
3	2536/36	4	anterior fundal part	multiparity + macrosomia	TAH	รอดชีวิต	เสียชีวิต
4	2537/26	2	previous CS scar	previous CS	sub TAH	รอดชีวิต	เสียชีวิต
5	2538/24	1	lower segment	double uterus	repair	รอดชีวิต	รอดชีวิต
6	2539/21	1	body of uterus	car accident	sub TAH	เสียชีวิต	เสียชีวิต
7	2539/36	4	posterolateral part of uterus	multiparity + oxytocin	TAH	รอดชีวิต	เสียชีวิต

ขณะคลอด 6 ราย(ร้อยละ 85.7) รอดชีวิต 1 ราย(ร้อยละ 14.3) แต่มี severe birth asphyxia เสียชีวิตอีก 1 วันต่อมา

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ในอดีตพบได้ 1 : 93 ถึง 1 : 6673 ของการคลอด²⁻⁵ อุบัติการณ์ของ

การศึกษานี้เท่ากับ 1 : 2021 สาเหตุของมดลูกแตกในอดีตเกิดจากการแตกของ previous CS scar เป็นส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 22-61²⁻⁵ Mokgokong และ Marivate ได้รายงานเปรียบเทียบการแตกของมดลูกที่มีแผลเป็นและไม่มีเท่ากับ 3 : 1³ ในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 85.7 เกิดกับมดลูกที่ปกติไม่มีแผลเป็นมาก่อน เช่นเดียวกับการศึกษาของ รลิก รังสิปการ และ กำแหง จาตุรจินดา

จากโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งรวบรวมผู้ป่วยมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ ปี 2524-2533 พบว่า ร้อยละ 90 เกิดในมดลูกที่ไม่มีแผลเป็นมาก่อน โดยทุกรายได้รับ oxytocin ช่วยคลอดและได้รับ prostaglandin ร่วมด้วย 2 ราย⁶ อุบัติการณ์ของมดลูกแตกจาก previous CS scar ลดลงมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่จะมาฝากครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และได้รับการผ่าตัดคลอดในครรภ์ต่อมาทั้งหมด การคลอดทางช่องคลอดหลังจากที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้ว แม้ว่ามีรายงานว่าปลอดภัย หากมีการเลือกผู้คลอดและมีการดูแลการคลอดอย่างใกล้ชิด ก็ยังพบว่าการคลอดทางช่องคลอดในมดลูกที่มีแผลเป็นมาก่อน จะมีโอกาสมดลูกแตกมากกว่าการคลอดในมดลูกปกติ คิดเป็นร้อยละ 1.2 และ 0.03 ตามลำดับ⁷ ปัจจุบันในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผู้ตั้งครรภ์ทุกรายที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน ยกเว้นในรายที่มาถึงห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิด เกือบหมด และศีรษะเด็กลงมาต่ำในช่องคลอด ดังนั้นปัจจุบันสาเหตุมดลูกแตกจาก previous CS scar จึงลดลงมาก สาเหตุมดลูกแตกในการศึกษานี้ เกิดในการตั้งครรภ์ลำดับหลังถึง 4 ราย (ร้อยละ 57.1) ซึ่งผนังมดลูกอาจไม่แข็งแรง ร่วมกับมีทารกตัวโต 1 ราย และมีการใช้ oxytocin ช่วยคลอด 2 ราย ปัจจุบันพบว่า การใช้ oxytocin เป็นสาเหตุของมดลูกแตกมากขึ้น¹⁶ นอกจากนี้การใช้สูติศาสตร์หัตถการที่ยากและไม่เหมาะสม ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของมดลูกแตกหลังคลอด ดังรายงานของ เรืองศักดิ์ ตั้งชีวินศิริกุล จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา ได้รวบรวมผู้ป่วยมดลูกแตก ปี 2521-2531 พบว่าสูติศาสตร์หัตถการเป็นสาเหตุของมดลูกแตกมากที่สุด⁸ สำหรับอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในการศึกษานี้เท่ากับ 28 ปี ซึ่งค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีบุตรตั้งแต่อายุน้อย

การรักษามดลูกแตกขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย การเสียเลือด ตำแหน่งและขนาดรอยแตก อายุ และจำนวนบุตร รวมทั้งขีดความสามารถของแพทย์ผู้ผ่าตัด

อัตราการตายของมารดาและทารกจากมดลูกแตกก็ยัง

ขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ มาตรฐานการสาธารณสุข การดูแลการคลอด รวมทั้งการคมนาคม (ในรายที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย) รายงานของ Mulumba Nkata จาก Zambia ซึ่งรวบรวมผู้ป่วยมดลูกแตกในปี 2536-2537 พบว่าอัตราการตายของมารดาสูงถึงร้อยละ 44 และ ทารกร้อยละ 100⁹ ในการศึกษานี้มีมารดาเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ซึ่งเป็นรายที่ได้รับอุบัติเหตุรถยนต์และมีบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ร่วมด้วย ทารกเสียชีวิตขณะคลอด 6 ราย (ร้อยละ 85.7) อาการทางคลินิก แรกเริ่มมีซีก 3 ราย (ร้อยละ 42.9) เสียเลือดมากผู้ป่วยต้องได้รับเลือด 6 ราย (ร้อยละ 85.7) เฉลี่ยให้เลือดคนละ 4.2 units การที่อัตราการตายทารกสูงและมารดามีอาการแรกเริ่มรุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย 5 รายได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดซึ่งต้องเดินทางไกล

มดลูกแตกเป็นภาวะที่มีอันตรายสูงทั้งมารดาและทารก มารดาจะเสี่ยงกับการเสียชีวิตจากการเสียเลือดมาก และยังเสี่ยงกับการที่ต้องได้รับเลือดจำนวนมากอีกด้วย ทารกยังมีอัตราเสี่ยงสูงมาก ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัย และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทันเวลาที่ มดลูกแตกเป็นภาวะป้องกันได้ การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์อย่างทั่วถึงมีผลให้มดลูกแตกเนื่องจาก previous CS scar ลดลง การใช้ oxytocin ช่วยการคลอด บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการอบรมให้รู้ถึง ข้อบ่งชี้ ข้อบ่งห้าม และต้องสามารถให้การวินิจฉัยภาวะมดลูกแตกคุกคาม หรือมดลูกแตกได้อย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกล และมีขีดจำกัดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หากผู้ป่วยมีการคลอดเนิ่นนาน หรือตรวจพบสิ่งบอเหตุว่า จะคลอดไม่ได้ ควรรีบส่งต่อผู้ป่วยโดยเร็ว

สรุป

มดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่างสิงหาคม 2534 - กรกฎาคม 2539 เป็นเวลา 5 ปี มี 7 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 : 2021 ของการคลอดทั้งหมด สาเหตุเกิดจาก previous CS scar 1 ราย

นอกนั้นเกิดในมดลูกที่ไม่มีแผลเป็นมาก่อน โดยเกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์ 1 ราย ความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิด 1 ราย จากการตั้งครรภ์ล้มเหลว 4 ราย โดย 2 ราย ได้รับ oxytocin ช่วยคลอด 1 ราย มีทารกตัวโต การรักษาได้ทำ TAH 4 ราย sub TAH 2 ราย และ repair 1 ราย มารดาเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ทารกเสียชีวิตขณะคลอด 6 ราย (ร้อยละ 85.7)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ธงชัย พุทธบริวาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพยุหเสนา ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่เวรระเบียน ที่ช่วยเหลือในการค้นหาประวัติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ช่วยค้นหาบทความทางวิชาการที่ใช้ในการอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. Sweeten KM, Graves WK, Athanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 172 : 1851-55.
2. Schrimsky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus : a review. *Obstet Gynecol Surv* 1978 ; 33 : 217-32.
3. Mokgokong ET, Marivate M. Treatment of the ruptured uterus. *Afr Med J* 1976 ; 50 : 1621-6.
4. Golan A, Sandbak O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980 ; 56 : 549-54.
5. Konje JC, Odukoya OA, Ladipo OA. Rupture uterus in Ibadan - a twelve year review. *Int J Gynecol Obstet* 1990 ; 32 : 207-13.
6. Rasig Rounsiprakarn, Kamheang Chaturachinda. Rupture of the Pregnant uterus : Ramathibodi's Experience 1981 - 1990. *J Med Assoc Thai* 1993 ; 76 : 48-50.
7. Mor - Yosef S, Zeevi D, Samueloff A, Donhin M, Frankfurter H, Schenker JG. Vaginal Delivery following one Previous Cesarean Birth : Nation wide Survey. *Asia - Oceania J Obstet Gynecol* 1990 ; 16 : 33 - 37.
8. เรืองศักดิ์ ตั้งชีวินศิริกุล, นิภาภรณ์ ลิ้มพวงศานุรักษ์, สมชาย ธนารักษ์. มดลูกแตก : ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* 2531, 12 : 75-85.
9. Nkata M, Rupture of the uterus : a review of 32 cases in general hospital in Zambia. *BMJ* 1996 ; 132 : 1204-5.