

UTERINE INVERSION รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ชาตรี ตันติยวงค์ พบ.ว. (สูติ-นรีเวช)*

ภาวิณี กาญจนวัลย์ พบ.ว. (สูติ-นรีเวช)*

บทคัดย่อ รายงานผู้ป่วยหญิงไทย 1 ราย ตั้งครรภ์ 41 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ ผู้ป่วยคลอดทารกโดยวิธีปกติ น้ำหนัก 3,700 กรัม หลังคลอดรกโดยวิธี modified Crede ผู้ป่วยเกิด uterine inversion และตกเลือด มีความดันโลหิตต่ำ แพทย์ทำ manual uterine replacement แต่ไม่สำเร็จ จึงนำผู้ป่วยไปผ่าตัด หลังจากแก้ไขภาวะ uterine inversion ได้ เกิด uterine atony จึงทำ subtotal hysterectomy.

Abstract A 41 weeks pregnant woman delivered active infant, 3,700 gms. Placenta was delivered by modified Crede maneuver follow by uterine inversion. Postpartum hemorrhage was noted also with hypotension. Manual replacement of the inversion was unsuccessful. Exploratory laparotomy was performed to replace the uterus but patient developed uterine atony. Finally, subtotal hysterectomy was done.

Uterine inversion, a case report.

Tantiywarong C., Kanchanatawan P. Makarak Hospital, Kanchanaburi.

Region 7 Medical Journal 1992; 1 : 55-58.

ภาวะ uterine inversion หรือมดลูกปล้นนี้ คือ การที่มดลูกปล้นตกลงกลับเอาผนังด้านในออกมาอยู่ด้านนอก¹ ทำให้เกิดการดึงรั้งเยื่อในช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องมาก และตกเลือดจนช็อคได้ ภาวะนี้มีอุบัติการณ์ต่ำ พบได้ตั้งแต่ 1:20,000² ถึง 1:2,500³ ของการคลอด ภาวะนี้แบ่งตามพยาธิสภาพที่พบได้เป็น 3 แบบ คือ

incomplete inversion, complete inversion และ prolapse uterine inversion³ บางรายงานแบ่งตามระยะเวลาที่เกิด คือ acute, subacute และ chronic inversion⁴ สาเหตุของการเกิดพบได้ทั้งที่เกี่ยวข้อง หรือไม่เกี่ยวข้องกับการคลอดก็ได้¹ ในรายงานฉบับนี้ ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย พบว่าเป็น acute, incomplete uterine inversion เกิดขึ้นภายหลังการคลอดรก

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยคู่ อายุ 25 ปี อาชีพรับจ้าง อยู่ตำบลวังขนาย อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์

อาการสำคัญ เจ็บท้องก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติปัจจุบัน ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ 2 มาฝากครรภ์ 6 ครั้ง ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บท้องเป็นพักๆ มีมูกเลือดเล็กน้อย ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี

ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัว และประวัติครอบครัว อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ประวัติระดู การคลอด และการคุมกำเนิด เริ่มมีระดูครั้งแรก อายุ 15 ปี ระดูมาสม่ำเสมอ คลอดบุตรคนแรกเมื่อ 3 ปีก่อน ทารกหนัก 3,000 กรัม แข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ หลังคลอดคุมกำเนิดโดยการฉีดยาคุมกำเนิด หยุดคุมกำเนิด 1 ปี จึงตั้งครรภ์

ประวัติการฝากครรภ์ ส่วนสูง 153.5 ซม. การตรวจร่างกายอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยาบำรุงเลือดไปรับประทาน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง

ค่า Hct. 33% ผลการเจาะเลือดตรวจหาซีฟิไลส ไวรัสตับอักเสบบี และเอดส์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มเลือด AB

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท น้ำหนัก 48.5 กิโลกรัม การตรวจร่างกายระบบอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจหน้าท้อง หน้าท้องนุ่ม ยอดมดลูกสูงระดับ $\frac{3}{4}$ เหนือสะดือ หลังทารกอยู่ข้างซ้ายทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ และเข้าสู่ช่องเชิงกรานแล้ว ฟังเสียงหัวใจของทารกได้สม่ำเสมอ 140 ครั้ง/นาที คะแนนน้ำหนักทารกประมาณ 3,600 กรัม มดลูกหดตัวสม่ำเสมอทุก 2 นาที นานครั้งละ 45 วินาที

การตรวจภายใน อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก มีมูกเลือดในช่องคลอด ปากมดลูก 8 ซม. effacement 100% ดึงน้ำโป่ง ศีรษะเป็นส่วนนำ อยู่ระดับ 0 sagittal suture อยู่เฉียงขวา

การวินิจฉัย pregnancy 41 weeks with labour pain

การดำเนินโรค หลังจากเตรียมผู้ป่วยแล้ว ได้ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องคลอด แล้วเจาะถุงน้ำพบว่าน้ำคร่ำสีขาวขุ่น ฟังเสียงหัวใจทารกสม่ำเสมอ 140 ครั้ง/นาที

30 นาทีต่อมา ผู้ป่วยอยากเบ่ง ตรวจภายในซ้ำพบว่าปากมดลูกเปิดหมด ศีรษะเป็นส่วนนำ station + 2 sagittal suture อยู่ในแนว anteroposterior ผู้ป่วยเบ่งนานประมาณ 10 นาที ปากช่องคลอดเริ่มขยายมองเห็นศีรษะทารก จึงตัด perineum ในแนวกึ่งกลาง แล้วทำคลอดทารก พบว่าทารกแข็งแรง Apgar 10, 10 ผู้ดูแลสังเกตว่ามีเลือดไหลออกทางช่องคลอดค่อนข้างมาก จึงให้ LRS 1,000 มล. หยดเข้าหลอดเลือดดำเร็วๆ เตรียมเลือดไว้ 2 ยูนิต วัดความดันโลหิตได้ 100/70 มม.ปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ฉีด Methergin 1 amp. เข้าหลอดเลือดดำ มดลูกหดตัวได้ แต่ความแรงไม่มาก แล้วรายงานแพทย์สักรู้ต่อมาแพทย์ตรวจพบว่า มี signs ของรกหลุดตัวแล้ว จึงทำคลอดรกโดยวิธี modified Crede รกคลอดครบ แต่มีเลือดออกทางช่องคลอดตลอดเวลา ขณะโกยมดลูกขึ้นและคลึงมดลูกพบว่า บริเวณยอดมดลูกเป็นแอ่งเว้า ผู้ป่วย

ปวดท้องน้อย แพทย์จึงตรวจภายในซ้ำ พบว่าเหนือต่อปากมดลูกมีก้อนเนื้อขนาดใหญ่ คลำพบ cervical ring คลำหน้าท้องบริเวณยอดมดลูกเป็นแอ่งลงไป แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า incomplete uterine inversion ได้ให้ LRS หยดเข้าหลอดเลือดดำอีกเส้นหนึ่ง วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 60/0 มม.ปรอท จึงให้เลือดเร็วๆ ได้อธิบายภาวะที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบ แล้วแจ้งวิสัญญีพยาบาลทราบ ระหว่างนั้นแพทย์พยายามทำ manual uterine replacement โดยวิธีของ Johnson แต่ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยปวดท้องมากจึงตัดสินใจย้ายผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

การวินิจฉัย incomplete uterine inversion
การให้ยาระงับความรู้สึก general anesthesia with endotracheal intubation

การผ่าตัด Exploratory laparotomy
Subtotal hysterectomy

สังเกตพบขณะผ่าตัด

มดลูกโตขนาดตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ บริเวณยอดมดลูกเว้าลงเป็นแอ่ง เมื่อไขว้มือนิ้วทั้ง 2 จับบริเวณ isthmus แล้วบีบลงบนตัวมดลูกในแนว anteroposterior สามารถแก้ไขภาวะ uterine inversion ได้ หลังทำ uterine replacement สำเร็จ มดลูกมีการหดตัวไม่ดี

ปีกมดลูก และรังไข่ 2 ข้าง ปกติ

พบน้ำในช่องท้องเล็กน้อย

คะแนนเสียเลือดตั้งแต่ทารกคลอด จนถึงสิ้นสุดการผ่าตัดประมาณ 1,800 มล.

ให้เลือดระหว่างผ่าตัด 3 ยูนิต

การดูแลและการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ปัสสาวะไหลออกได้สะดวก Hct 18% จึงให้เลือดอีก ให้ ampicillin ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละ 4 กรัม นาน 3 วัน แล้วรับประทาน ampicillin ต่อ เมื่อครบ 7 วัน ตัดไหมแผลหน้าท้อง แผลติดสนิทดี แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้พร้อมบุตร และนัดมาติดตามหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

วิจารณ์

ภาวะ uterine inversion หรือมดลูกปลิ้นนี้ เป็น

ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่สำคัญภาวะหนึ่ง แม้ว่าภาวะนี้จะพบได้ยาก^{1,3} แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตาย หรือทุพพลภาพได้สูงมาก⁴ สาเหตุที่น่าที่เกี่ยวกับการคลอด คือ เกิดขึ้นเอง ในรายที่ผู้ป่วยมีบุตรหลายคน รายที่รกเกาะบริเวณยอดมดลูก รายที่รกเป็นชนิด placenta accreta สายสะดือสั้น การเพิ่มความดันในช่องท้องขึ้นอย่างรวดเร็วทันที การทำคลอดรกโดยใช้ fundal pressure ในขณะมดลูกคลายตัว การดึงสายสะดือ เป็นต้น ส่วนสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับการคลอด มักพบเป็นแบบ chronic เช่น ในรายที่เป็น submucous myoma^{1,3,5,6}

เนื่องจากภาวะมดลูกปลิ้นนี้ ทำให้ผู้ป่วยปวดท้องรุนแรง และตกเลือดได้มาก โดยเฉพาะในระยะที่ 3 ของการคลอด จึงต้องแยกโรคจาก postpartum hemorrhage จาก uterine atony การฉีกขาดของทางคลอด มดลูกแตก ในรายที่มีก้อนยื่นพ้นปากมดลูก หรือยื่นนอกนอกช่องคลอด ต้องแยกจากเนื้องอกของปากมดลูกด้วย ในผู้ป่วยรายนี้ อาการปวดท้องเกิดขึ้นทันทีภายหลังรกคลอด ผู้ป่วยเสียเลือดมาก คล้ายอมมดลูกพบเป็นแอ่ง ตรวจภายในคลำได้ก้อนเนื้ออยู่เหนือต่อปากมดลูก จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็น incomplete, uterine inversion

การรักษาขั้นต้น เมื่อให้การวินิจฉัยได้ ประกอบด้วย การให้ fluid replacement การให้เลือด วัด vital signs เป็นระยะ พยายามแก้ไขภาวะ hypovolemia และ replace uterus ซึ่งควรทำในทันที³ หากทำ uterine replacement ไม่สำเร็จ อาจพิจารณาใช้ tocolytic agent เช่น Ritodine หรือ Terbutaline sulfate^{3,4,6} ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ แล้วทำ manual uterine replacement หากไม่สำเร็จอีก ควรทำ replace uterus under general anesthesia^{3,6,7} อย่างไรก็ดี การใช้ tocolytic agents นั้น ไม่ควรใช้ในรายที่ผู้ป่วยเสียเลือดมาก และมีความดันโลหิตต่ำ⁴

การใช้ magnesium sulfate เพื่อให้เกิดการคลายตัวของมดลูกในการทำ uterine replacement นั้น มีผู้รายงานว่า ใช้ได้ผล⁶ แต่บางรายงานมีผู้เสนอว่า magnesium sulfate อาจมีส่วนทำให้เกิด uterine inversion ได้^{8,9}

ในผู้ป่วยรายนี้ สาเหตุอาจเกิดจากการทำคลอดรก ในขณะที่มดลูกหดตัวไม่ดีพอ เพราะผู้ดูแลรีบทำคลอดรก

เนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดมากตั้งแต่ก่อนรกคลอด การทำ uterine replacement ในผู้ป่วย ไม่ได้ใช้ tocolytic agent เพราะผู้ป่วยเสียเลือดมาก และมีความดันโลหิตต่ำ

การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะ uterine inversion มีหลายวิธี มีทั้งการผ่าตัดทางช่องคลอด และการผ่าตัดทางหน้าท้อง^{1,3,10} การผ่าตัดทางช่องคลอดอาจทำได้ยาก โดยเฉพาะในรายที่มี cervical ring การผ่าตัดทางหน้าท้อง อาจใช้วิธีของ Huntington โดยการดึงบริเวณ round ligament ของมดลูก เพื่อแก้ไขภาวะ uterine inversion วิธีอื่นอาจใช้ของ Ocejo หรือ Haultain โดยการกรีดมดลูกบริเวณหน้า หรือหลังของ cervical ring ตามลำดับ ในประเทศไทย เคยมีรายงานการแก้ไขภาวะ uterine inversion โดยวิธีของ Haultain พบว่าได้ผลดี ผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ได้ในเวลาต่อมา¹⁰

ในผู้ป่วยรายนี้ แพทย์ตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง เมื่อเปิดเข้าสู่ช่องท้องแล้ว ได้ใช้อุ้งมือทั้ง 2 ข้าง กดบริเวณ isthmus ของ uterus พร้อมๆ กัน ก็สามารถแก้ไขภาวะ uterine inversion ได้ แต่ผู้ป่วยเกิด uterine atony หลังจากทำ uterine massage ร่วมกับการใช้ methergin และ Syntocinon แล้ว มดลูกยังหดตัวไม่ดี จึงตัดสินใจทำ subtotal hysterectomy อนึ่ง ในขณะดมยาสลบผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้ใช้ halothane เลย

การใช้สารกลุ่ม prostaglandin อาจมีประโยชน์ในการแก้ไขภาวะ uterine atony แต่ในโรงพยาบาลยังไม่มียากลุ่มนี้ในขณะนั้น

การทำ internal iliac artery ligation อาจเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในผู้ป่วยรายนี้ แทนที่จะทำ subtotal hysterectomy แต่เนื่องจากธนาการเลือดมีเลือดจำนวนมาก จำกัด และอาจมีปัญหาเรื่องตกเลือดซ้ำอีกภายหลังทำ internal iliac artery ligation แล้วประกอบกับผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้ว จึงตัดสินใจทำ radical surgery ไป

การใช้ antibiotics ในผู้ป่วยโรคนี้นั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน^{3,8} แต่มีหลายรายงาน³ พบว่าการใช้ antibiotics สามารถลด febrile morbidity ลงได้ ในรายนี้จึงให้ ampicillin ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ไม่พบ febrile morbidity

หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังผ่าตัดผู้ป่วยสบายดี ครบ 7 วัน จึงตัดไหมแผลหน้าท้อง และอนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมบุตร

สรุป

รายงานผู้ป่วย หญิงไทย 1 ราย คลอดทารกปกติ หลังคลอดตรวจพบว่ามี uterine inversion มีการตกเลือดมาก และความดันโลหิตต่ำ แพทย์ทำ manual uterine replacement แต่ไม่สำเร็จ จึงนำผู้ป่วยไปผ่าตัด เมื่อแก้ไขภาวะ uterine inversion ได้ ผู้ป่วยเกิด uterine atony จึงทำ subtotal hysterectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยสบายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์เชาวโรจน์ อุบล-วิโรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ จ.กาญจนบุรี ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเผยแพร่ได้ ขอขอบคุณคุณสุพัตรา ศรีม่วงประเสริฐ เจ้าหน้าที่ธุรการ ที่กรุณาพิมพ์ต้นฉบับให้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. วราวุธ สุมาวงศ์. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 12 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2527 ; 422-427.
2. Watson P, Besch N, Bowes WA Jr. Management of acute and subacute puerperal inversion of the uterus. *Obstet Gynecol* 1980 ; 55 : 12.
3. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage ; placenta accreta, Uterine inversion and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol* 1990 ; 33 : 422-431.
4. Kovacs BW, Devose GR. Management of acute and subacute puerperal uterine inversion with turbutaline sulfate, *Am J Obstet Gynecol* 1984 ; 150 : 784-785.
5. อัสนี สุวดี. การตกเลือดหลังคลอด ใน: สาโรจน์ ประักษ์ขาม, ยวัญ อนุมานราชธน, อัสนี สุวดี, บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 1 โครงการตำราศิริราช โรงพิมพ์พิมพ์เนศ 2525 ; 271-278.
6. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF. Williams obstetrics. 17th ed. Appleton & Lange 1989 ; 422-424.
7. กาญจนา กาญจนารณ. อุ้งใจ กอมนันตกุล. Acute puerperal uterine inversion : a case report and review of the literatures. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2532 ; 1 : 28-44.
8. Platt LD, Druzin ML. Acute puerperal inversion of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1981 ; 141 : 187-189.
9. Pritchard JA. Magnesium sulfate and uterine inversion. *Am J Obstet Gynecol* 1982 ; 143 : 725.
10. ชัยวัฒน์ โมกษะเวส. สาโรจน์ ประักษ์ขาม, สมหมาย ถุงสุวรรณ. มดลูกปลิ้นหลังคลอดสารศิริราช 2520 ; 29 : 1160-1165.