

(Case Report)

Uterine Scar Dehiscent in Directorate of Medical Service

Schwinn S. MD.

OB-GYN, preventive aviation medicine, Chandrubeksa Hospital, RTAF.

Correspondence to : schwinnree@gmail.com, schwinn@rtaf.mi.th

(Received : 12 July 21, Revised : 13 August 2021, Accepted : 30 August 2021)

Abstract

Uterine scar dehiscence is a complication in pregnancy, and can lead to uterine rupture that cause maternal death, therapeutic abortion and preterm cesarean section and increase perinatal complications. A case of a 39-year-old gravida 2 para 1 gestational age 22 weeks visit Chandrubeksa hospital with bleeding per vagina after midpregnancy. She did not has uterine tenderness and no sign broken bag of water. She went to sonogram examination that found viable fetus with oligohydramnios and uterine scar dehiscence, ruptured uterus was a most likely diagnosis. Patient was referred to Siriraj Hospital then 7 days later she received hysterotomy operation for terminate pregnancy because of uncontrolled vaginal bleeding.

Keywords : *uterine scar dehiscence, uterine rupture, oligohydramnios in second trimester, Bleeding after midpregnancy*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 67 No. 1 January - April 2021

(รายงานผู้ป่วย)

Uterine Scar Dehiscent ในกรมแพทย์ทหารอากาศ

ชวินทร์ ศรีวิชัยเลิศกุล พบ., ว.ว.สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

รพ.จันทบูรเบกษา กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ 39 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง อายุครรภ์ 22 สัปดาห์ 0 วัน เคยผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อนในครรภ์แรก ผู้ป่วยมีอาการเลือดออกจากช่องคลอดตั้งแต่เริ่มเข้าไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะแท้งคุกคาม และได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน Progesterone มาเป็นเวลา 2 เดือน จากโรงพยาบาลปทุมธานี ต่อมา 3 วันก่อน อาการกลับมาเป็นซ้ำอีก แต่ไม่มีอาการปวดท้องที่รุนแรงชัดเจน ผู้ป่วยได้มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินของ รพ.จันทบูรเบกษา พอ. ตรวจพบเลือดออกจากช่องคลอด แต่ไม่พบน้ำคร่ำรั่วออกมาทางช่องคลอด และตรวจอัลตราซาวด์พบน้ำคร่ำเป็นปริมาณปกติอยู่ในวันที่มาพบสูติศาสตร์แพทย์ พบภาวะ oligohydramnios และ uterine scar dehiscence จึงส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ต่อมาอีก 7 วัน อาการเลือดออกจากช่องคลอดของผู้ป่วยก็รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัด hysterotomy ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ที่ รพ.ศิริราช การวินิจฉัยในผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับภาวะมดลูกแตกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์มากที่สุด การตรวจอัลตราซาวด์ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยและให้การรักษาได้ทัน่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะมดลูกแตกได้

คำสำคัญ : *แผลเป็นที่มดลูกแยก, มดลูกแตก, น้ำคร่ำน้อย, เลือดออกจากช่องคลอดในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์*

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ 39 ปี ภูมิลำเนา จังหวัด สุพรรณบุรี อาชีพข้าราชการ ประวัติได้จากผู้ป่วยเชื่อถือได้ 100 % อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ กำลังตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 21 สัปดาห์ 5 วัน มีเลือดออกจากช่องคลอด 3 วัน ก่อนมา รพ.

ประวัติปัจจุบัน ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง อายุครรภ์ 22 สัปดาห์ 0 วัน ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลอุทอง ประจำเดือน ครั้งสุดท้ายวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ครรภ์แรกผ่าตัด คลอดบุตรเมื่อ 3 ปีก่อนจากภาวะ maternal exhaustion เมื่อ 2 เดือนก่อน มีเลือดออกจากช่องคลอดวันละ 2 ผืน ผ่าอนามัยไม่ชุ่ม ไม่ปวดท้อง ไม่มีลิ้มเลือดออกมา เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ รพ.อุทอง เป็นเวลา 3 วัน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะแท้งคุกคาม และได้รับยา Micronised Progesterone 100 mg เหน็บช่องคลอด 1 เม็ด ทุกวัน ก่อนนอน ผู้ป่วยเข้ายาต่อเนื่องทุกวันไม่ขาดยา ต่อมา 2 สัปดาห์ ก่อน มีเลือดออกจากช่องคลอดอีก ไปเข้ารับการรักษาที่ รพ.อุทองอีกครั้ง แพทย์ให้เพิ่มขนาดยาตัวเดิมเป็น 2 เม็ด ก่อนนอน

3 วันก่อน มีเลือดออกจากช่องคลอด ใช้ผ้าอนามัย 2 ผืนต่อวันไม่ชุ่ม ลูกดิ้นดี ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีหน้ามืดวิงเวียน ไม่มีไข้ ปัสสาวะปกติไม่มีแสบขัด ไม่มีท้องผูก ผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินของ รพ.จันทบุรีเกษร พอ. ผลตรวจร่างกาย ยอดมดลูกสูงเท่ากับระดับสะดือ ตรวจภายในพบลิ้มเลือด เล็ก ๆ ในช่องคลอด ไม่พบภาวะเลือดออกมากจากมดลูก ตรวจอัลตราซาวด์พบว่าทารกยังมีการเต้นของหัวใจอยู่ น้ำคร่ำปกติ จึงวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นภาวะแท้งคุกคามให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยให้นอนพัก ร่วมกับเหน็บยารักษาต่อตามเดิม และนัด มาตรวจอีกครั้งในเวลาราชการ หลังกลับบ้านยังมีเลือดออก จากช่องคลอดอยู่วันละ 1 ผืน วันนี้ได้มาพบแพทย์ตามนัด ที่ห้องตรวจสูติรีเวชกรรม รพ.จันทบุรีเกษร พอ.

ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วย

สัญญาณชีพ Blood Pressure 105/54 mmHg, RR 16/min, PR 87/min, Height 165 cm
GA: A pregnant Thai women, good consciousness, normal walk gait, not pale, no jaundice
HEENT: not pale conjunctivae, no icteric sclera

CVS: normal heart sound, regular rhythm, no murmur

Respiratory system: no tachypnea, normal chest wall, symmetry, normal chest expansion

Abd: Fundal height reach to level of umbilicus, soft, not tender, no uterine tenderness

Ext: no deformities, no edema

PV:

NIUB = with in normal limits

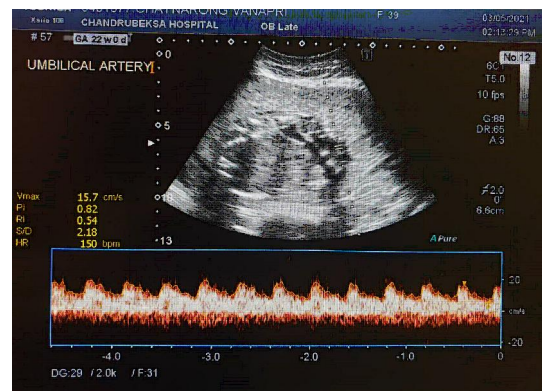
Vagina = normal mucosa, some white discharge and minimal blood stain

Cervix = Os closed, no lesion, no active bleeding per Os, not seen amniotic fluid leakage

Uterus = 20 weeks size, not tender

ผลการตรวจอัลตราซาวด์

Single viable fetus, estimated fetal weight 405 grams = 31 % tile, amniotic fluid index = 1.0 cm., uterine scar dehiscence (Niche) wide 0.62 cm. - depth more than 50 % of myometrium thickness, placenta placed at anterior - distance from cervix 7.57 cm. - not involve Niche, normal both fetal kidneys, normal fetal heart size, no major fetal anomalies detected



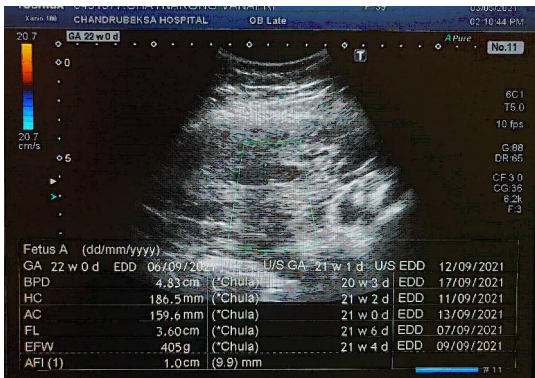
คำบรรยายใต้ภาพ Umbilical artery doppler



คำบรรยายใต้ภาพ uterine scar dehiscence Niche wide



คำบรรยายใต้ภาพ 4 chamber view of fetal heart



คำบรรยายใต้ภาพ amniotic fluid deepest vertical pocket



คำบรรยายใต้ภาพ placenta cervix distance



คำบรรยายใต้ภาพ fetal kidneys

จากการตรวจ จึงให้การวินิจฉัยเป็น antepartum hemorrhage (Bleeding after midpregnancy) with uterine scar dehiscence and oligohydramnios in second trimester ซึ่งภาวะน้ำคร่ำที่ลดลงอย่างรวดเร็วใน 2 วันนี้ ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าน้ำคร่ำที่หายไปนั้น เกิดการรั่วเข้าไปในช่องท้องจริงหรือไม่ จึงให้ยาปฏิชีวนะที่ป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก ถ้าหากเกิดภาวะ premature rupture of membrane ที่มีกรร่วของ amniotic fluid ออกมาทางช่องคลอด ด้วยที่สะดวกในการบริหารยา คือ ceftriaxone 250 mg. IM stat อีกทั้งการที่มีภาวะเลือดออกจากโพรงมดลูก ทำให้มีดยา Micronised Progesterone อาจจะมีผลออกมาหลังเหน็บยาได้ จึงเลือกใช้ Hydroxyprogesterone caproate 250 mg. 1 amp IM stat และส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาตัวต่อตามสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยไปรักษาตัวที่ รพ.ศิริราช ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยากกลุ่ม progestin ต่อ และวางแผนผ่าตัดคลอดบุตรที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ แล้วให้ผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน

7 วันต่อมา ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินของ รพ.จันทบุรี-เบกษา ด้วยอาการมีเลือดออกจากทางช่องคลอดประมาณ 100 mL. ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียน ตรวจร่างกาย BP 111/73 mmHg, RR 16/min, PR 73/min, good consciousness, fundal height = umbilicus, no uterine tenderness ตรวจอัลตราซาวด์พบ viable fetus, intra uterine pregnancy and oligohydramnios การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยยังเป็นเช่นเดิม แต่อาการเลือดออกจากช่องคลอดรุนแรงมากขึ้น และได้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลเดิม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด hysterotomy with bilateral tubal ligation and adheolysis

ผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามอาการที่ รพ.จันทบุรี-เบกษา อีก 2 ครั้ง คือหลังผ่าตัด 9 วัน และ 6 สัปดาห์ ผลตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติและไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

บทวิเคราะห์

ภาวะแผลแยกที่ผนังมดลูก (Uterine Scar Dehiscence) คือการแยกออกจากกันของชั้นกล้ามเนื้อมดลูกจากรอยแผลการผ่าตัดแต่ยังไม่ถึงชั้น serosa ของผนังมดลูก ซึ่งภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การแตกของมดลูก (Rupture Uterus) หากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือรักษาด้วยการคลอดก่อนกำหนด ส่วนภาวะมดลูกแตกนั้น คือการแยกออกจากกันของชั้นกล้ามเนื้อมดลูกจากรอยแผลการผ่าตัดจนถึงชั้น serosa ของผนังมดลูก ซึ่งทั้งสองภาวะมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยและการตายของมารดา รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดอย่างสูง⁽¹⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะนี้คือ การผ่าตัดต่าง ๆ ที่ตัวมดลูก คือ การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดต่าง ๆ ในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก และการผ่าตัดรักษาทารกในครรภ์^(1,2,3) โดยอุบัติการณ์ของภาวะมดลูกแตกคือ 1 ใน 4,366 ของการคลอดทั้งหมด และเกิดเพียง 1 ใน 19,765 ของการคลอดเมื่อผู้ป่วยไม่เคยมีการผ่าตัดที่มดลูกมาก่อน

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของภาวะมดลูกแตกในมารดาคือการเสียชีวิต ในบางพื้นที่ของโลกที่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ตั้งแต่ไตรมาสแรกหรือไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ พบการเสียชีวิตของมารดาได้มากถึง 4 % และมีการเสียชีวิตของทารกถึง 94.2 % ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็ต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอามดลูกออกทุกราย⁽⁴⁾ แต่ทว่าในประเทศที่สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ตั้งแต่ไตรมาสแรกหรือไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ การเสียชีวิตของมารดาสามารถลดลงได้เป็น 0 % และไม่มีการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดเลย แต่จะพบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเพิ่มเติม ได้แก่ การทำแท้งเพื่อการรักษาในไตรมาสแรก หรือไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดและการเย็บซ่อมแผลแยกที่มดลูกในการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นแทน^(6,7,8)

ในผู้ป่วยรายนี้ มีอาการเลือดออกจากช่องคลอดตั้งแต่เริ่มเข้าไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยแอมบูลาตอรีเป็นเวลา 2 เดือน และ 3 วันก่อนมาพบสูติรีแพทย์ การตรวจอัลตราซาวด์ผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินยังพบน้ำคร่ำเป็นปริมาณปกติอยู่ แต่มีการลดลงของระดับของน้ำคร่ำอย่างรวดเร็วในเวลาสั้น ๆ และไม่มีการรั่วของน้ำคร่ำออกมาทางช่องคลอด ซึ่งเข้าได้กับการแตกของถุงน้ำคร่ำเข้าไปในช่องท้อง แม้จะไม่มีอาการปวดท้องที่รุนแรงชัดเจนในมารดาก็ตาม ทำให้นึกถึงภาวะมดลูกแตกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์มากที่สุด อีกทั้งเมื่อเวลาผ่านไป อาการเลือดออกจากช่องคลอดของผู้ป่วยก็รุนแรงมากขึ้นตามลำดับ จนต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัด hysterotomy ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์

จากตัวอย่างของผู้ป่วยรายนี้ แสดงให้เห็นประโยชน์ของการตรวจอัลตราซาวด์ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเมื่ออายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่สอง อันนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาเพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะมดลูกแตกได้ ซึ่งโรคนี้อาจจะไม่มีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงนำมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจจะเลยการมาพบแพทย์ จนปล่อยให้อาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Lauren M. Hatstat. Sonographic Assessment of Uterine Dehiscence During Pregnancy in Women With a History of Cesarean Section: A Case Series. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*. 2016 Jul. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*. Vol: 32 issue: 5, page(s): 283-6.
2. Robert K. Creasy, Robert Resnik. editors. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine : principle and practice 7th edition*. Philadelphia, Saunders Elsevier Inc. 2014.
3. Myo Sun Kim, You Kyoung Uhm, Ju Yeong Kim, Byung Chul Jee and Yong Beom Kim. Obstetric outcomes after uterine myomectomy: Laparoscopic versus laparotomic approach. *Obstet Gynecol Sci*. 2013 Nov;56(6):375-81.
4. Ansa Islam, Azmat Ali Shah, Humaira Jadoon, Aneesa Fawad, Maria Javed, Aziz-un Nisa Abbasi. A TWO-YEAR ANALYSIS OF UTERINE RUPTURE IN PREGNANCY. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2018;30(4 Suppl 1).
5. Francois Gardeil, Sean Daly, Michael J. Turner. Uterine rupture in pregnancy reviewed. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 56 (I 994) IO7-110.
6. Nathan S. Fox, Rachel S. Gerber, Mirella Mourad, Daniel H Saltzman, Chad K. Klauser, Simi Gupta, et al. Pregnancy outcomes in patients with prior uterine rupture or dehiscence. *Obstet Gynecol*. 2014 Apr;123(4):785-9.
7. Masaaki Sawada, Shinya Matsuzaki, Ruriko Nakae, Tadashi Iwamiya, Aiko Kakigano, Keiichi Kumasawa, et al. Treatment and repair of uterine scar dehiscence during cesarean section. *Clin Case Rep*. 2017 Feb;5(2):145-9.
8. Michal C., Kornelia Z., Grzegorz J.. Laparoscopic management of uterine cesarean scar dehiscence during mid-trimester misoprostol-induced termination of pregnancy. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* Vol 57, Issue 4, Aug 2018: Pages 611-2.