๒. ผนังช่องคลอดหย่อนและมดลูกย้อย

การหย่อนของผนังช่องคลอด และการเลื่อนต่ำลงของมดลูกเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยมาก, รองจากการตกเลือด. ในสตรีที่อยู่ในวัยหมดระดูจะมีอาการมากขึ้น.

การหย่อนของผนังช่องคลอด

แบ่งออกเป็น :

๑. ผนังช่องคลอดด้านหน้าหย่อน. ในวัยหมดระดู ทิสชู ทั่วไปในอุ้งเชิงกรานจะหย่อนยานมากขึ้น. ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีการหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่เป็นไม่มากนักก็จะสังเกตพบว่าส่วนที่หย่อนอยู่แล้วนั้นจะหย่อนมากขึ้น, มีขนาดโตขึ้น, เลื่อนย้อยออกมากขึ้น, เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นซีสโต-ยูเรโธรซีล หรือ เร็คโตซีล เป็นต้น. ในรายที่เป็นมดลูกที่เคลื่อนต่ำลงมามักจะเห็นได้ชัดเจน. ในคนที่เคยมีบุตร การสูญเสียความตึงของ ทิสชู อาจทำให้ปากช่องคลอดกว้างออกและผนังช่องคลอดปลิ้นออกมาได้. ในการคลอดบุตร เนื้อกล้ามที่เหนี่ยวรั้งผนังช่องคลอด, เพลวิคฟาสเซีย และมดลูกให้อยู่ในระดับปรกติ, ถูกทำให้ยืดและฉีกขาด, ทำให้กระเพาะปัสสาวะถูกดันมาทางด้านหน้าและลงล่าง, แล้วดันผนังด้านหน้าของช่องคลอดให้โป่งยื่นลงไปหา วง ซัยเมน. ถ้าเป็นมากจะโป่งโผล่พ้นปากช่องคลอดออกมาข้างนอกในขณะที่ผู้ป่วยเบ่ง; ภาวะเช่นนี้เรียกว่า *ซีย์สโตซีล*. ภาวะนี้จึงมักพบในผู้ป่วยที่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดมาแล้ว. ขนาดของ ซีย์สโตซีล จะโตหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ : การดึงเอาเด็กออกก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด; เด็กที่คลอดมีขนาดโตมาก; ผู้ตั้งครรภ์สุขภาพไม่ดี อ่อนเพลีย; มีบุตรถี่เกินไป, เนื้อหนังผู้ป่วยหย่อน; ขาดการดูแลในระยะก่อนและหลังคลอด; ภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงขึ้น, เช่น ทำงานหนัก, หอบหืด, หรือไอเรื้อรัง; และจะเป็นมากขึ้นในวัยหมดระดูแล้ว.

ซีย์สโตซีล ขนาดเล็กไม่มีอาการ. บางรายมีอาการถ่วง หรือรู้สึกตุงที่ฝีเย็บ. ในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไวอาจรู้สึกคล้ายจะมีอะไรหลุดออกมา. ก้อนเนื้อมักจะโป่งออกมาในขณะเบ่ง, ไอ, จามหรือออกกำลังกาย; เวลานอนกลับเข้าไปได้. ระยะต่อมาจะไม่กลับเข้าไปในเวลานอน. ในรายที่มี

ขนาดโตทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่หมด, กระเพาะปัสสาวะอักเสบเป็น ๆ หาย ๆ, ถ่ายปัสสาวะบ่อยและปวดขณะถ่าย, ต้องลุกขึ้นถ่ายในเวลากลางคืน, และมีปัสสาวะไหลออกมาขณะไอหรือจาม.

ถ้าส่วนล่าง $\frac{1}{3}$ ของผนังช่องคลอดด้านหน้าพร้อมทั้งหลอดปัสสาวะหย่อนโป่งลงมาข้างล่าง เรียกภาวะนี้ว่า *ยูเรโธรศีล,* เกิดขึ้นเนื่องจากการหย่อนของเอ็น โพสุทยูเรธรัล ซึ่งทำหน้าที่รั้งหลอดปัสสาวะให้ติดกับกระดูกหัวหน่าว. ผู้ป่วยมักมีอาการที่เรียกว่า สเตร์สส์ ยูรินารีย์ อินคอนติเน็นศ, คือเวลาเบ่ง, ไอ, จาม หรือวิ่งจะมีปัสสาวะไหลออกมา, เกิดจากกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะหย่อนสมรรถภาพ. ศีย์สโตศีล หรือ ยูเรโธรศีล แยกจากกันได้โดยให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงตรวจ, ใช้ที่รองขาทั้งสองข้าง, ให้เบ่ง, แล้วผู้ตรวจเอานิ้วกดฝีเย็บไปทางด้านหลัง ก็จะเห็นก้อนโป่งออกมาได้. เวลาเบ่งแรงก็จะเห็นปัสสาวะไหลออกมา.

๒. <u>ผนังช่องคลอดด้านหลังหย่อน</u>

พบน้อยกว่าการหย่อนของผนังด้านหน้า.

เอ็นเตโรศีล คือภาวะที่เกิดจากมีการหย่อนและยื่นโป่งลงต่ำของเยื่อบุช่องท้องที่คลุม คุล เดอ สัค และส่วนบน $\frac{1}{3}$ ของผนังช่องคลอดด้านหลัง, ลงมาระหว่างผนังช่องคลอดด้านหลังกับผนัง เร็คตัม ด้านหน้า, โดยผ่านแผ่นกั้นระหว่าง เร็คตัม และช่องคลอด. ผู้ป่วยบางคนหลังคลอดบุตรแล้วมี คุล เดอ สัค อยู่ต่ำมาก โดยที่ไม่มีอาการหรือทราบมาก่อน, จนกระทั่งหลังจากตั้งครรภ์และคลอดบุตร. ในการคลอดทำให้เกิดการฉีกขาดของ ฟาสเคีย ภายในอุ้งเชิงกรานและของเนื้อกล้ามรอบผนังช่องคลอด, ซึ่งทำหน้าที่เป็นพื้นอุ้งเชิงกรานที่เรียกกันว่ากะบังลมและ เพอริเนียล บอดีย์, ทำให้เกิดการเลื่อนต่ำลงมาของลำไส้จนอาจโผล่เป็นถุงออกมาสู่ภายนอกได้, และอาจที่จะคลำลำไส้ที่ขดอยู่ในถุงได้. ส่วนมากลำไส้ที่เลื่อนลงมาเป็น เอ็นเตโรศีล นี้ไม่เคยมีการยิบเค้นเลย, เนื่องจากว่าถุงไส้เลื่อนที่ยื่นลงมาไม่มีรอยคอดเหมือนกับไส้เลื่อน อินไกวนัล. เอ็นเตโรศีลขนาดเล็กจะไม่มีอาการ. ถ้าขนาดโตจะยื่นโผล่พ้นปากช่องคลอดออกมาภายนอก, และจะคลำได้ อิมพัลส ในขณะที่ไอ.

เร็คโตศีล เป็นผลที่เกิดจากการฉีกขาดของฝีเย็บและผนังช่องคลอดด้านหลังที่ไม่ได้รับการเย็บภายหลังคลอด, จะเกิดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับทิศทางและขนาด

ของรอยฉีกขาด. ถ้าผู้เย็บขาดปากช่องคลอดก็จะเข้าไปอยู่ใกล้กับผนังด้านหน้าของทวารหนักมากขึ้น, อาจคั่นกันเพียงมีเนื้อแผลเป็นแผ่นบาง ๆ เท่านั้น, เพราะว่ากล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่อยู่ทางด้านหน้าทวารหนักขาดด้วยเหมือนกัน. เหนือรอยขาดนี้ขึ้นไปข้างบนแผ่นกั้นระหว่าง เร็คตัม และช่องคลอดอาจยังไม่ฉีกขาด แม้ว่าเยื่อบุ เร็คตัม อาจปลิ้นออกมาที่รอยขาด, ในรายนี้ไม่จำเป็นต้องเย็บ เร็คโตศีล ด้วย.

การฉีกขาดที่ผนังช่องคลอดด้านหลังในตำแหน่งที่สูงกว่านี้ โดยเฉพาะในเมื่อรอยขาดเฉออกไปทางด้านข้างนอก นอกจากจะไม่ทำให้ ฟาสเคีย ที่หุ้มรอบ ๆ เร็คตัม ฉีกขาดเท่านั้น ยังทำให้กล้ามเนื้อลิเวเตอร์ แอไน แยกห่างออกจากกันทำให้เกิดการโป่งเป็นถุงทางด้านหลังได้อีกด้วย. เร็คโตศีล และการหย่อนของพื้นอุ้งเชิงกราน จะเป็นภายหลังหลายเดือน. เหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดขึ้นซ้ำอีกในการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งต่อ ๆ ไปเหมือนกับศีย์สโตศีล โดยที่ไม่ได้รับภยันตรายมากเลย แต่จะไม่มีอาการอะไรมาก, ไม่เหมือนกับการขาดของผีเย็บขั้นที่ ๓ ซึ่งถ้าหากว่าผู้ป่วยเป็นอะไรก็ตาม ที่ทำให้แรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเป็นเวลานาน ๆ, อ่อนแอ สุขภาพไม่สมบูรณ์ ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เพียงพอ, ก็จะทำให้เกิด เร็คโตศีล ได้เหมือนกับการหย่อนชนิดอื่น ๆ.

เร็คโตศีล ที่เป็นอย่างเดียว ไม่เป็นร่วมกับการหย่อนชนิดอื่นมักจะไม่มีอาการอะไร. บางคนจะรู้สึกถ่วง ๆ, ถ่ายอุจจาระลำบากในเมื่อมีอุจจาระเข้าไปอยู่ในส่วนถุงโป่งยื่นออกไปข้างนอกปากช่องคลอด. อาการท้องผูกเป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดเร็คโตศีล มากกว่าเป็นผลของ เร็คโตศีล. ผู้ป่วยจะไปหาแพทย์เรื่องมีก้อนโผล่ออกมาทางช่องคลอด, มีตกขาวมาก, มีอาการคัน, ผนังช่องคลอดหนากว่าปรกติ, ในบางครั้งอาจมีริดสีดวงทวาร, ผนังของเร็คตัม ปลิ้นออกมา หรือรอย ๆ ทวารหนักมีการอักเสบ.

มดลูกย้อย

การย้อยยื่น ของมดลูก รู้จักกันดีในชื่อว่า โปรศีเดนเทีย หรือ เดสเค็นสุส ยูเตอไร, ซึ่งหมายความถึงภาวะที่มดลูกได้เลื่อนต่ำเข้าไปในช่องคลอด จนอยู่ต่ำกว่าระดับปรกติ. สาเหตุที่ทำให้เกิดการย้อยเกิดจากการฉีกขาดของ ฟาสเคีย, เอ็น และ

กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ประคับประคองให้มดลูกอยู่ในตำแหน่งปรกติ, ซึ่งเกิดขึ้นในขณะแห่งการคลอดบุตรเมื่ออายุมากเข้าและอยู่ในวัยที่หมดระดู รังไข่หยุดทำงาน, ร่างกายขาดเอสโตรเจน, กล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย ฟาสเคีย จะหย่อน, ทำให้มดลูกหย่อนและเลื่อนต่ำลงไปได้มากยิ่งขึ้น.

เอ็นที่รั้งมดลูกให้อยู่ในระดับปรกติมี ๓ เส้น, คือ เอ็น เรานด, เอ็น คาร์ดินัล (แมคเคนร็อดท), และ เอ็น ยูเตอโรสะครัล.

หลังคลอดบุตร หรือหลังถ่ายปัสสาวะแล้ว เอ็น เรานด ทำหน้าที่ดึงรั้งมดลูกให้ไปข้างหน้า; คอมดลูกถูกรั้งไว้ข้างหลังโดย เอ็น ยูเตอโรสะครัล; ส่น เอ็น คาร์ดินัล รั้งคอมดลูกไว้ให้อยู่ในแนวกลาง ไม่ให้ติดกับผนังข้างอุ้งเชิงกราน. นอกจากนี้อวัยวะในอุ้งเชิงกรานจะถูกรองรับโดยกล้ามเนื้อ ลิเวเตอร์ แอไน, โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ พูโบ—คอคีย์เจียส ทำหน้าที่รองรับช่องคลอด, มดลูกและหลอดปัสสาวะ. การขาดจะทำให้ช่องคลอดหย่อนและมดลูกเลื่อนต่ำเข้าไปในช่องคลอด. ฟาสเคีย พูโบ เศอร์วิคัล ซึ่งติดอยู่จากขอบล่างด้านในของตะเข็บกระดูกหัวหน่าวไปยังเศอร์วิโค—ยูเตอรีน จังคชั่น, ทำหน้าที่รั้งมดลูก, ผนังช่องคลอดด้านหน้า, กระเพาะปัสสาวะและหลอดปัสสาวะ.

อาการย้อยของมดลูกส่วนมากจะเริ่มมีอาการเมื่อผู้ป่วยมีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป. พร้อม ๆ กันกับที่มดลูกเลื่อนต่ำลงไปในช่องคลอด, คอมดลูกจะเพิ่มความยาวและความหนามากขึ้น. ถ้ามดลูกโผล่ออกมาข้างนอก ผนังช่องคลอดจะหนา. ปากมดลูกอาจเป็นแผลเนื่องจากเสียดสีกับผ้านุ่งและมีการอักเสบ. ถ้ามดลูกย้อยออกมามากอาจทำให้เกิดเลือดคั่งของส่วนที่พลัดออกมาข้างนอก, ดังนั้น ส่วนที่ย้อยจะบวมและปวด. ถ้าให้ผู้ป่วยนอนและพยายามดันให้มดลูกกลับเข้าไปข้างในก็อาจทำให้อาการบวมและปวดหายไปได้.

การเลื่อนต่ำของมดลูกแบ่งออกได้เป็น ๓ พิกัด คือ

พิกัดที่ ๑. มดลูกอยู่ระดับต่ำกว่าปรกติ, แต่ยังอยู่ในช่องคลอด, ยังไม่โผล่ออกมาที่ปากช่องคลอด.

พิกัดที่ ๒. มดลูกเลื่อนต่ำลงมากขึ้นอีก, จนคอมดลูกจุกอยู่ที่ปากช่องคลอด.

พิกัดที่ ๓. มดลูกทั้งหมดพร้อมทั้งผนังช่องคลอดโดยรอบปลิ้นออกมาอยู่ข้างนอก,

มีรูปร่างเป็นไข่. ทางด้านหน้าหลอดปัสสาวะและยางส่วนของกระเพาะปัสสาวะก็ยื่นลงไปด้วย. ทางด้านหลังยางส่วนของเร็คตัม หรือ คุล เดอ สัค ยื่นลงตามไปด้วย.

เอกสาร :

๑. Gordon, C.A.: The Manchester Operation, with Special Reference to Parturition and Complete Prolapse. A Report of 206 Cases. Amer. J. Obstet. Gynec. 1946, 52 : 228.

๒. Gray, L.A.: Vaginal hysterectomy; Indications, Technique and Complications. 2nd Ed. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1963.

๓. Greenhill, J.P.: Surgical Gynecology. 3rd. Ed., Year Book Madical Publishers, Chicago, 1963.

๔. Kennedy, W.T.: Incontinence of Urine in the Female, the Urethral Sphincter Mechanism, Damage, of Function, and Restoration of Control. Amer. J. Obstet. Gynec. 1937, 34 : 576.

๕. Miller, N.F. and Brown, W.: The Surgical Treatment of Complete Perineal Tears in the Female. Amer. J. Obstet. Gynec. 1937, 34 : 196.

๖. Moschcowitz, A.V.: The Pathogenesis, Anatomy and Cure of Prolapse of the Rectum. Surg. Gynec. Obstet. 1912, 15 : 7.

๗. Phaneuf, L.E. : Posterior Vaginal Enterocele: Hernia of the Cul–de–sac of Douglas. Amer. J. Obstet. Gynec. 1943, 45 : 490.

๘. Read, C.D. : Enterocele. Amer. J. Obstet. Gynec. 1951, 62 : 743.

๙. Te Linde, R.W.: Operative Gynecology, 3rd. Ed. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1962.

ประพันธ์ อาริยมิตร พ.บ.
(ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา)