

1-1-1976

มดลูกแตกเนื่องจากเกิด Placenta percreta ขริเวณที่ท่า Cornual resection

วีระ อิงคภาสกร

ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

อิงคภาสกร, วีระ and ชูติวงศ์, ศุภวัฒน์ (1976) "มดลูกแตกเนื่องจากเกิด Placenta percreta ขริเวณที่ท่า Cornual resection," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 20: Iss. 1, Article 7.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol20/iss1/7>

This Case Report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

มดลูกแตกเนื่องจากเกิด Placenta percreta

บริเวณที่ทำการ Cornual resection

วีระ อิงคภาสกร*
ศุภวัฒน์ ชูวงศ์**

มดลูกแตกในระหว่างตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งมารดาและเด็ก บางรายอาจถึงแก่ชีวิต อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันแล้วแต่สถาบันระหว่าง 1 : 760 ถึง 1 : 1570^{9,15} ของจำนวนผู้คลอด เป็นสาเหตุการตายของมารดาถึงร้อยละ 5-9^{14,15} และอัตราการตายของทารกสูงถึงร้อยละ 41¹⁴

แม้ว่าสาเหตุที่พบบ่อยของมดลูกแตกเกิดจากรอยแผลเป็นเนื่องจากการผ่าตัดทำคลอด แต่การทำ cornual resection ในการผ่าตัดตั้งครรภ์ที่หลุดมดลูก และ หรือร่วมกับการฝังตัวของรกผิดปกติ ก็เป็นสาเหตุได้เช่นเดียวกัน^{1,12} ผู้เขียนขอเสนอรายงานผู้ป่วยมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัดตั้งครรภ์ที่หลุดมดลูก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย เลขที่ภายนอก 669728/17 เลขที่ภายใน 37106/17 อายุ 22 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ปวดท้องน้อยอย่างเฉียบ

พลัน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (วันที่ 5 ธันวาคม 2517)

ประวัติปัจจุบัน

ผู้ป่วยมีระดูปกติครั้งสุดท้ายวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2517 ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 3 มาฝากครรภ์เมื่อวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2517 การตรวจที่ห้องฝากครรภ์พบว่าปกติ อายุครรภ์ประมาณ 24 สัปดาห์ ฟังเสียงหัวใจเด็กได้ชัดเจน ผู้ป่วยมาฝากครรภ์สม่ำเสมอครั้งสุดท้าย วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2517 ไม่พบอาการหรืออาการแสดงผิดปกติเลย

วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2517 เวลาประมาณ 10.30 น. ขณะผู้ป่วยนั่งซักผ้ารู้สึกปวดท้องอย่างเฉียบพลันตรงบริเวณทางด้านขวาเหนือสะดือเล็กน้อย ปวดตลอดเวลา และร้าวไปที่ไหล่ทั้งสองข้าง คลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่นในช่องท้อง ใจสั่น หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม และรู้สึกเด็กดิ้นมากกว่าปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

* โรงพยาบาลประจำจังหวัดสุรินทร์

** แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประวัติอดีต

ที่สำคัญเกี่ยวกับการตั้งครรภ์คือ แท้งบุตรโดยไม่ทราบสาเหตุ เมื่อ พ.ศ. 2516 ขณะอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ เดือนมกราคม พ.ศ. 2517 ตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูกได้รับการผ่าตัดที่ประเทศเยอรมัน หลังจากนั้นไม่เคยคุมกำเนิดเลย

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม

ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ค่อนข้างซีด ตามตัวมีเหงื่อ ตัวเย็น ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3°C ปอดและหัวใจปกติ ตรวจหน้าท้องพบว่ามีลักษณะแข็งตึง เกร็ง กดเจ็บโดยเฉพาะด้านขวาส่วนบน ยอดมดลูกอยู่ระดับ 2 ใน 4 เทเนอระดับสะดือ เด็กอยู่ในท่าศีรษะ ฟังเสียงหัวใจได้ชัดเจน 152 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ การตรวจภายในไม่พบสิ่งผิดปกติ

เนื่องจากประวัติและอาการแสดงภาวะคล้ายมีเลือดออกในช่องท้อง จึงใช้เข็มเจาะช่องท้องได้เลือดไม่แข็งตัวประมาณ 5 มล. ตรวจ Hematocrit ร้อยละ 32

การวินิจฉัย

เลือดออกในช่องท้อง และที่หน้าท้องมากที่สุดคือ ภาวะมดลูกแตก

การรักษา

ได้ให้เลือดเพื่อรักษาช็อก และทำการผ่าตัดฉุกเฉิน สิ่งที่พบเมื่อเปิดช่องท้อง

1. เลือดและลิ่มเลือดประมาณ 2500 มล.
2. มดลูกโตขนาดอายุครรภ์ 32 สัปดาห์
3. หลอดมดลูกและรังไข่ข้างซ้ายปกติ ส่วนทางขวาไม่พบ

4. พบรอยแตกของมดลูกบริเวณ cornu ด้านขวา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 ซม. มีก้อนเนื้อจุกอยู่ และมีเลือดออกตลอดเวลา
5. อวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องปกติ

ทำ classical Cesarean section และเนื่องจากรอยแตกกว้างและผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อคตลอดการผ่าตัด จึงทำ subtotal hysterectomy ภาวะหลังผ่าตัดปกติ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

ลักษณะมดลูกขนาดครรภ์ 20 สัปดาห์ มีรอยแตกเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 ซม. ที่ด้านขวามีเนื้อลักษณะคล้ายรกจุกอยู่ เด็กชายตายในครรภ์ น้ำหนัก 1900 กรัม ไม่พบสิ่งผิดปกติมาแต่กำเนิด

ผลการตรวจจากกล้องจุลทรรศน์ ตรงตำแหน่งที่มีการแตกพบมีการแยกตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและมีส่วนของ chorionic villi และเซลล์ชนิด trophoblast แทรกตามกล้ามเนื้อ และเลยออกมาถึง serosal surface ของมดลูก แสดงว่าบริเวณนั้นเป็นตำแหน่งที่รกเกาะ เยื่อผนังมดลูกส่วนอื่นแสดง decidual reaction

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา มดลูกแตก
เนื่องจาก placenta percreta

บทวิจารณ์

อุบัติการณ์การเกิด interstitial pregnancy พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมด¹¹ การตั้งครรภ์นอกมดลูกตรงตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมดลูกข้างนั้นออกแล้ว เป็นอุบัติการณ์ที่พบน้อยมาก ในปี ค.ศ. 1930 Richardson¹⁶ พบว่ามีรายงานในวารสารทั่วโลกเพียง 7 รายเท่านั้น เพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้มีผู้สนับสนุนให้ทำ cornual resection ในรายตั้งครรภ์ที่หลุดมดลูก เพื่อป้องกันการเกิด interstitial pregnancy^{5, 8, 19, 20} แต่คำแนะนำดังกล่าวก็มีผู้คัดค้าน^{2, 4, 10, 18} โดยให้เหตุผลว่านอกจากจะเสียเวลาผ่าตัดนานเกินสมควร⁴ และยังไม่ได้ป้องกันการเกิด interstitial pregnancy ได้ทุกราย Kalchmann¹³ พบว่าร้อยละ 20 ของ interstitial pregnancy เป็นผู้ป่วยที่เคยทำ cornual resection มาแล้ว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดแผลเป็นที่กล้ามเนื้อมดลูกตรงบริเวณนั้น ในกรณีที่ต้องการให้ตั้งครรภ์อีกครั้ง อาจจะเกาะตรงตำแหน่งแผลเป็นและลึกลับผิดปกติ ซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดมดลูกแตกในขณะตั้งครรภ์ ผู้รายงานมีความเห็นสนับสนุนกับรายงานของผู้อื่น^{13, 18} ที่ว่าในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่หลุดมดลูก

ควรตัดเฉพาะ หลอดมดลูกแล้วเย็บเย็บช่องท้องปิด stump ก็เป็นการเพียงพอแล้ว

ผู้ป่วยรายนี้ตั้งครรภ์หลังจากทำ cornual resection เพียง 3 เดือน ซึ่งบริเวณแผลเป็นอาจยังหายไม่สนิท และการทำ cornual resection อาจจะลึกไป ถึงชั้นเยื่อผนังมดลูก เมื่อรกเกาะตรงตำแหน่งนั้น ทำให้รกเกาะลึกลับผิดปกติเป็น placenta percreta เกิดมดลูกแตกเมื่ออายุครรภ์เพียง 32 สัปดาห์เท่านั้น ผู้รายงานสนับสนุนความเห็นของผู้รายงานอื่น^{1, 12} ที่ว่าถ้าจะทำ cornual resection แล้วควรแนะนำผู้ป่วยไม่ให้ตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ปี หลังผ่าตัด

การรักษาผู้ป่วยมดลูกแตกโดยทั่วไป แนะนำให้ทำ total hysterectomy^{9, 15} แต่ Felmus⁶ และ Mathews¹⁴ แนะนำให้ทำ subtotal hysterectomy เพราะใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย และลดอันตรายของโรคแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากใช้เวลาผ่าตัดนานเกินไป Scheffey¹⁷ รายงานผู้ป่วยที่ทำ subtotal hysterectomy 554 ราย พบอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกที่เหลืออยู่เพียงร้อยละ 0.9 ในเวลา 6-21 ปี ซึ่งจะเห็นว่ น้อยมาก เมื่อเทียบกับการเสี่ยงกับโรคแทรกซ้อนซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้จากการทำ total hysterectomy ในภาวะฉุกเฉิน เช่นผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเสียเลือดมากและอยู่ในภาวะช็อคตลอดการทำผ่าตัด

สรุป

รายงานผู้ป่วย 1 ราย เกิดมดลูกแตกเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ สาเหตุการทำหัตถ์มดลูกแตกได้พิจารณาไว้แล้ว ผู้รายงานไม่แนะนำให้ทำ cornual resection ในรายที่ตัดหลอดมดลูกในการผ่าตัดครรภ์ที่หลอดมดลูก และในกรณีที่จะทำ ควรคัดให้ต้น ๆ และแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีหลังการผ่าตัด

ผู้รายงาน ขอขอบคุณ นายแพทย์ประยูรศักดิ์ ชาวสะอาด ที่อนุญาตให้รายงานผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Auamkul S: Rupture of gravid uterus after cornual resection. A case report. J of Reprod. Med 5: 218-219, 70
2. Chabrut A: Recurrent interstitial pregnancy after salpingectomy. JAMA 92: 2142, 29
3. Clark JF, Bourke J: Advanced ectopic pregnancy. Amer J Obstet Gynec 78: 340-350, 59
4. Conley DT, Klieger JA: Interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy. Report of three cases. Obstet Gynec 9: 605-607, 57
5. D'Errico E: Interstitial pregnancy ruptured through a tubal stump. New Eng J Med 216: 654-658, 37
6. Felmus LB, Pedowitz P, Nasseberg S: Spontaneous rupture of the apparently normal uterus during pregnancy. Obstet Gynec Survey 8: 155-172, 53
7. Ferguson RK, Reid DE: Rupture of the uterus. A twenty-year report from the Boston Lying-in Hospital. Amer J Obstet Gynec 76: 172-180, 58
8. Fulsher RW: Tubal pregnancy following homolateral salpingectomy. Amer J Obstet Gynec 78: 355-368, 59
9. Golden ML, Betson JR: Rupture of the uterus. Obstet Gynec 13: 506-512, 59
10. Guibe M: Sur deux cas rares de roodives de grossesse extra-uterine. Ball et mem Soc nat de chir 54: 748-750, 28
11. Hellman LM, Pritchard JA: Williams Obstetrics, Fourteenth edition, Appleton Century-Crofts Corp, New York, 1971 pp. 551
12. Hogans CW, Friedman S: Rupture of the uterus due to placenta accreta at the site of a previous cornual resection. Amer J Obstet Gynec 76: 188-191, 58
13. Kalchmann GG, Meltzer RM: Interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy. Report of 2 cases and review of the literature. Amer J Obstet Gynec 96: 1139-1143, 66
14. Mathews RI: Rupture of the uterus during pregnancy. Obstet Gynec 17: 551-555, 61
15. Menon MKK: Rupture of the Uterus: A review of 161 cases. J Obstet Gynec Brit Comm 69: 18-28, 62
16. Richardson LA: Interstitial pregnancy in a tubal stump. Lancet 2: 296-297, 30
17. Scheffey LC: Carcinoma of the cervical stump: JAMA 107: 837, 36
18. Simpson JW, Alford PE, Miller AC: Interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy: A report of 6 new cases and review of the literature. Amer J Obstet Gynec 82: 1173-1179, 61
19. Steadmar HE: Ruptured interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy. Report of a case. Obstet Gynec 7: 572-575, 56
20. Wiznitzer T, Peleg H, Salzberger M: Report of 2 cases. J Internat Coll Surgeon 36: 503-506, 61