

การตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พิชิต เพื่อนงูเหลือม, พบ.*

บทคัดย่อ : การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ข้อบ่งชี้ ภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด วิเคราะห์จากผู้ป่วย 106 รายที่ได้รับการตัดมดลูก พบอุบัติการณ์ 1.47 ต่อ 1,000 การคลอด ปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการตกเลือดก่อนคลอด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ก่อนคลอด ตั้งครรภ์แฝด ไม่ได้รับการฝากครรภ์ เคยคลอดบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนคลอด เคยผ่าตัดคลอดบุตร คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร โดยมีข้อบ่งชี้ตัดมดลูกจาก ภาวะมดลูกไม่หดตัว (ร้อยละ 40.6) ภาวะรกเกาะติดแน่น (ร้อยละ 27.4) ภาวะรกเกาะต่ำ (ร้อยละ 7.5) และอื่นๆ เป็นการตัดมดลูกแบบออกไม่หมดโดยเหลือปากมดลูก ร้อยละ 64.2 และต้องให้เลือดทดแทนถึง ร้อยละ 87.7 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้แก่ภาวะไข้หลังผ่าตัด (ร้อยละ 14.2) และภาวะอื่น ๆ โดยมีเสียชีวิต 3 ราย (ร้อยละ 2.8) เวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.80 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 11,943.92 บาทต่อราย

Abstract : Peripartum Hysterectomy at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Pichit Puern-ngooluerm, MD.

Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Nakhon Ratchasima Province. 30000

Nakhon Rach Med Bull 2003;27;113-122.

The objective of this study was to verify the associated factors of peripartum hysterectomy. One hundred and six records were analysed. The incidence was 1.47 / 1,000. The risk factors were antepartum hemorrhage, dead fetus in utero, twins, no antepartum care, multiparity (≥ 3), preeclampsia during delivered, previous cesarean section, low birth weight delivered, elderly gravida (≥ 35 years) and cesarean delivered. The indications were uterine atony (40.6 %), placenta accreta (27.4%), placenta previa (7.5 %) and others. Subtotal hysterectomy was 64.2% and most patients needed blood transfusion (87.7%). Postoperative complications were febrile morbidity (14.2%) and others including death (2.8%). The mean of hospitalization was 6.80 days duration while the mean cost was 11,943.92 Baht.

* กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ. นครราชสีมา 30000

ภูมิหลัง

การตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอดเป็นการผ่าตัดที่เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง มีรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2412 จากสหรัฐอเมริกาโดย Horatio Storer ทำผ่าตัด subtotal hysterectomy และผู้ป่วยเสียชีวิตใน 68 ชั่วโมงหลังผ่าตัด⁽¹⁾ 7 ปีต่อมา Eduardo Porro รายงานการผ่าตัด cesarean subtotal hysterectomy ได้สำเร็จโดยมารดาและทารกปลอดภัยทั้งคู่⁽¹⁾ ปี พ.ศ. 2424 Spencer Wells รายงานการผ่าตัด cesarean total hysterectomy ได้สำเร็จเป็นรายแรก⁽¹⁾

อุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอดพบได้ 1.30-2.70 ต่อ 1,000 การคลอด⁽²⁻⁴⁾ สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 62.5 และ 12.5 ตามลำดับ⁽⁵⁾

ในอดีตข้อบ่งชี้การตัดมดลูกได้แก่ ภาวะติดเชื้อรุนแรงหลังคลอด หรือในกรณีที่ไม่ต้องการมีบุตรอีก⁽¹⁾ ในปัจจุบันข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะมดลูกไม่หดตัว ภาวะรกเกาะติดแน่น ภาวะรกเกาะต่ำ มดลูกแตก การฉีกขาดของแผลผ่าตัดมดลูก และภาวะอักเสบติดเชื้อรุนแรงของมดลูก เป็นต้น⁽²⁻⁴⁾ โดยแนวโน้มของภาวะรกเกาะติดแน่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.5 เป็นร้อยละ 41.7⁽⁶⁾

การผ่าตัดมี 2 แบบคือ แบบตัดมดลูกออกทั้งหมด (total hysterectomy) และแบบตัดออกไม่หมดโดยเหลือปากมดลูก (subtotal hysterectomy) โดยทั้งสองวิธีมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน^(5, 8-10) และยังพบว่า การผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินและเตรียมการไว้ล่วงหน้า (elective hysterectomy) พบว่ามีการสูญเสียเลือด เวลาผ่าตัด การให้เลือดทดแทน เวลานอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบ ฉุกเฉิน (emergency hysterectomy)⁽⁷⁾

ในประเทศไทย มีรายงานจากโรงพยาบาลรามาธิบดีเมื่อปี พ.ศ. 2534 พบอุบัติการณ์การตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด 1.14 ต่อ 1,000 การคลอด (1 ต่อ

875 การคลอด) โดยข้อบ่งชี้ 3 อันดับแรกได้แก่ ภาวะมดลูกไม่หดตัว ภาวะรกเกาะติดแน่น และมดลูกแตก⁽¹¹⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 มีรายงานจากโรงพยาบาลศิริราช พบอุบัติการณ์การตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด 0.50 ต่อ 1,000 การคลอด โดยข้อบ่งชี้ 3 อันดับแรกได้แก่ ภาวะมดลูกไม่หดตัว มดลูกแตก และภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือการเสียเลือดและการติดเชื้อหลังผ่าตัด⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อหาข้อมูลพื้นฐาน อุบัติการณ์ ปัจจัยที่พบร่วม ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของการตัดมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดหรือหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อจะนำไปพิจารณาหาแนวทางลดอัตราเจ็บป่วยและอัตราตายของมารดาและทารก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยศึกษาจากทะเบียนผู้ป่วยคลอด ทะเบียนผ่าตัดและแฟ้มบันทึก รายงานผู้ป่วยที่รับการตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2537 ถึง 30 กันยายน 2545 รวมเป็นเวลา 8 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ข้อมูลในระหว่างการรักษา ผ่าครรภ์ การคลอด ข้อบ่งชี้และวิธีการผ่าตัดมดลูก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ อัตรา อัตราส่วน และร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test โดยพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อค่าความน่าจะเป็นน้อยกว่า 0.05 (ทั้งค่า Odds ratio และความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์)

นิยามศัพท์

ไข้หลังผ่าตัด หมายถึงภาวะไข้ที่เกิดขึ้นหลัง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด โดยมีอุณหภูมิสูงกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และวัดห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง⁽⁷⁾

การให้เลือดทดแทน หมายถึงการให้เลือดทั้งหมดในระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะรวมทั้งก่อนระหว่างและหลังผ่าตัด

ปริมาณเลือดที่เสีย หมายถึงปริมาณเลือดที่เสียในระหว่างการผ่าตัด จากใบบันทึกการผ่าตัด และใบบันทึกของวิสัญญี

ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลจากใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล หมายถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในระหว่างนอนพัก รักษาในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา เช่น ค่ายาผ่าตัด ยาสลบ ค่าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ค่าห้องซึ่งคิดในอัตราห้องผู้ป่วยสามัญ ในกรณีที่นอนพักในห้องพิเศษจะหักค่าห้องพิเศษออกและคิดค่าห้องในอัตราห้องผู้ป่วยสามัญแทน

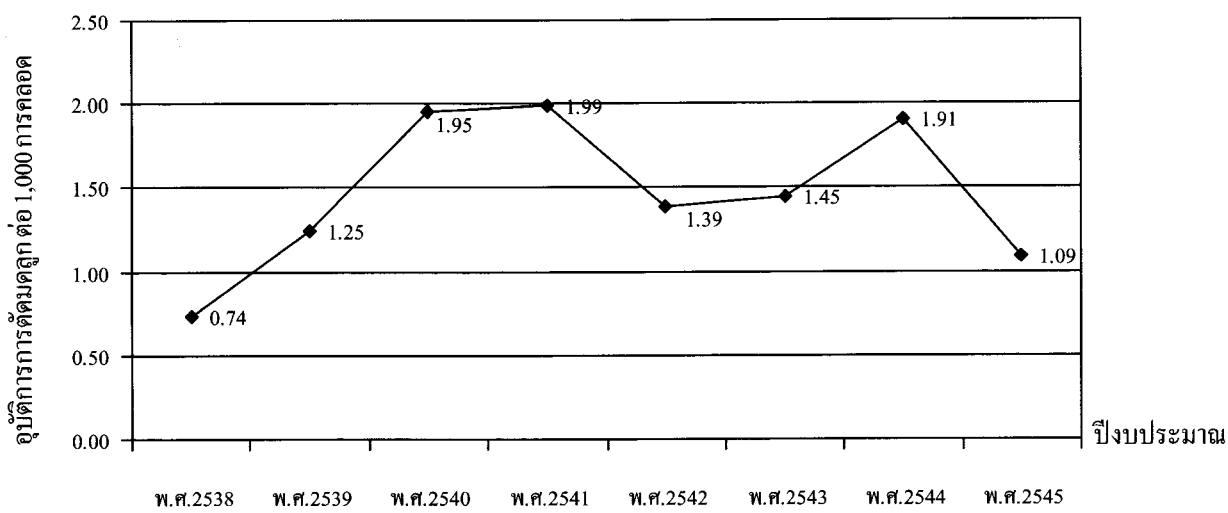
ผลการศึกษา

พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปมาคลอดบุตรและตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด 113 รายจากจำนวนผู้ที่มาคลอดทั้งหมด 76,718 ราย คิดเป็น 1.47 ต่อ 1,000 การคลอด (1 ต่อ 679 การคลอด) สามารถนำข้อมูลมาศึกษาได้ครบถ้วน 106 ราย (ร้อยละ 93.8)

อุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกในช่วง 8 ปี โดยพบมากที่สุดคือ 1.99 ต่อ 1,000 การคลอด ในปีงบประมาณ 2541 พบน้อยที่สุดคือ 0.74 ต่อ 1,000 การคลอด ในปีงบประมาณ 2538 ดังรูปที่ 1

ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูกจำนวน 106 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 32.0±5.9 ปี (20-45 ปี) ดังตารางที่ 1 เป็นผู้ป่วยส่งรักษาต่อ 63 ราย (ร้อยละ 59.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.2) ได้รับการตัดมดลูกแบบออกไม่หมดโดยเหลือปากมดลูก

ปัจจัยที่พบร่วมกับการตัดมดลูกในระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่มี



รูปที่ 1 อุบัติการณ์การผ่าตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก

	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัย
อายุ (ปี)	32.02 ± 5.91	20-45
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (ครั้ง)	3 ± 1.47	1-7
จำนวนบุตร (คน)	1 ± 1.23	0-5
จำนวนแท้งบุตร (คน)	0 ± 0.69	0-4
จำนวนครั้งการฝากครรภ์ (ครั้ง)	5 ± 3.03	0-13
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	37.81 ± 2.64	28-43
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	2,919.20 ± 668.78	900-5,200

ทารกตายในครรภ์ก่อนคลอด ครรภ์แฝด ไม่เคยฝากครรภ์ เคยคลอดบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ความดันโลหิตสูงก่อนคลอด ประวัติเคยได้รับการผ่าตัดคลอด คลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และได้รับการผ่าตัดคลอดโดยพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าความน่าจะเป็นน้อยกว่า 0.05) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด ผู้ป่วยที่ไม่มีทารกตายในครรภ์ก่อนคลอด ผู้ป่วยที่ไม่ได้ตั้งครรภ์แฝด ผู้ป่วยที่ได้รับการฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ผู้ป่วยที่เคยคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนคลอด ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500-3,999 กรัม ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20-34 ปี และผู้ป่วยที่คลอดปกติทางช่องคลอด ตามลำดับ ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในผู้ป่วยที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 42 สัปดาห์ขึ้นไปเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37-41 สัปดาห์ ดังตารางที่ 2

ข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูกได้แก่ ภาวะมดลูกไม่หดตัว ภาวะรกเกาะติดแน่น ภาวะรกเกาะต่ำ (8 รายเป็นรกเกาะต่ำชนิดคลุมปากมดลูกทั้งหมด) พบร้อยละ 40.6,

27.4, 7.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

การเสียเลือดและต้องให้เลือดทดแทนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 87.7 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบได้แก่ ภาวะติดเชื้อ 19 ราย (ภาวะไข้หลังผ่าตัด 15 รายและแผลผ่าตัดอักเสบติดเชื้อ 4 ราย) ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินปัสสาวะ 6 ราย ภาวะปอดบวมน้ำ 1 ราย ภาวะการหายใจล้มเหลว 2 ราย ชักหลังผ่าตัด 2 ราย และเสียชีวิต 3 ราย (เป็นผู้ป่วยส่งรักษาต่อทั้งหมด) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยส่งรักษาต่อและไม่ใช้ผู้ป่วยส่งรักษาต่อ ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรก่อนหน้า (previous cesarean section) จำนวน 31 รายซึ่งเป็นผู้ป่วยส่งรักษาต่อ 13 ราย (ร้อยละ 41.9) มีข้อบ่งชี้ตัดมดลูกจากภาวะรกเกาะติดแน่น 14 ราย (ร้อยละ 45.2) ภาวะมดลูกไม่หดตัว 12 ราย (ร้อยละ 38.7) และเลือดออกจากแผลฉีกขาดมดลูก 2 ราย (ร้อยละ 6.5) โดยผ่าตัดมดลูกแบบตัดออกไม่หมดโดยเหลือปากมดลูก 20 ราย (ร้อยละ 64.5)

ตารางที่ 2 ข้อมูลในระยะก่อนคลอดและระยะคลอดของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก

	ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก (n = 106)	ผู้ป่วยคลอดทั้งหมด (N=76,718)	อุบัติการณ์ต่อ 1,000 การคลอด	Odds ratio (ความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์)
อายุ				
- น้อยกว่า 20 ปี	0	8,393	0	-
- 20-34ปี	69	57,914	1.19	(*)
- ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	37	10,411	3.55	2.99 (1.97-4.54)
จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร				
- 0 ครั้ง	21	39,893	0.53	(*)
- 1-2 ครั้ง	72	34,408	2.06	3.98 (2.40-6.67)
- ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	13	2,417	5.38	10.27 (4.86-21.46)
จำนวนการฝากครรภ์				
- ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	80	66,637	1.20	(*)
- 1-3 ครั้ง	13	8,040	1.62	1.35 (0.72-2.49)
- ไม่เคยฝากครรภ์	13	2,041	6.37	5.33 (2.83-9.87)
อายุครรภ์				
- 28-36 สัปดาห์	22	12,720	1.73	1.38 (0.84-2.26)
- 37-41 สัปดาห์	78	62,233	1.25	(*)
- ตั้งแต่ 42 สัปดาห์ขึ้นไป	6	1,765	3.40	2.72 (1.07-6.48)
ประวัติเคยผ่าตัดคลอด				
- ไม่มี	75	68,921	1.09	(*)
- มี	31	7,797	3.98	3.66 (2.36-5.67)
ประวัติความดันโลหิตสูงก่อนคลอด				
- ไม่มี	94	74,205	1.27	(*)
- มี	12	2,513	4.77	3.78 (1.97-7.10)
ประวัติตกเลือดก่อนคลอด				
- ไม่มี	89	75,553	1.18	(*)
- มี	17	1,165	14.59	12.56 (7.18-21.67)
ประวัติครรภ์แฝด				
- ไม่มี	100	75,847	1.32	(*)
- มี	6	871	6.89	5.25 (2.08-12.45)
ประวัติทารกตายในครรภ์				
- ไม่มี	100	76,012	1.31	(*)
- มี	6	706	8.50	6.51 (2.57-15.42)
วิธีการคลอด				
- Normal delivery	25	40,466	0.62	(*)
- Vacuum extraction	8	10,194	0.78	1.27 (0.53-2.95)
- Forceps extraction	0	483	0	-
- Breech delivery	1	1,021	0.98	1.59 (0.22-11.69)
- Cesarean section	72	24,554	2.93	4.76 (2.96-7.70)
น้ำหนักทารกแรกคลอด(**)				
- น้อยกว่า 2,500 กรัม	28	7,348	3.81	3.23 (2.05-5.07)
- 2,500-3999 กรัม	80	67,723	1.18	(*)
- ตั้งแต่ 4,000 กรัมขึ้นไป	4	1,647	2.43	2.06 (0.64-5.84)

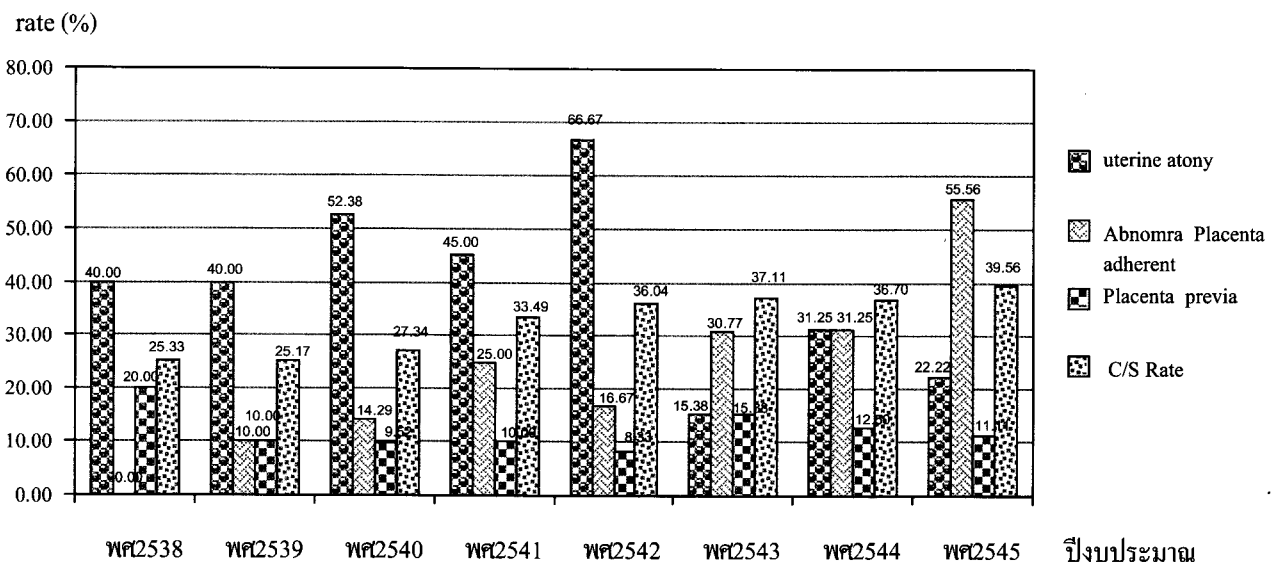
(*) ค่าที่ใช้เปรียบเทียบ
(**) มีครรภ์แฝด 6 ราย

ตารางที่ 3 ข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูก

ข้อบ่งชี้	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก	ร้อยละ
ภาวะมดลูกไม่หดตัว	43	40.6
ภาวะรกเกาะติดแน่น	29	27.4
ภาวะรกเกาะต่ำ	8	7.5
ภาวะมดลูกอักเสบติดเชื้อ	7	6.6
ภาวะรกลอกตัวก่อนคลอด	6	5.7
ภาวะมดลูกแตก	5	4.7
เลือดออกจากแผลฉีกขาดมดลูก	5	4.7
เนื้องอกมดลูก	3	2.8
รวม	106	100

จากการเปรียบเทียบข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูกในแต่ละปีงบประมาณ กับอัตราการผ่าตัดคลอด พบว่าข้อบ่งชี้ตัดมดลูกเนื่องจากภาวะรกเกาะติดแน่นมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับอัตราการผ่าตัดคลอด ซึ่งในปีงบประมาณ

2538 พบข้อบ่งชี้ตัดมดลูกเนื่องจากภาวะรกเกาะติดแน่นร้อยละ 0 และอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 25.3 เพิ่มเป็นร้อยละ 55.6 และร้อยละ 39.6 ตามลำดับในปีงบประมาณ 2545 ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ข้อบ่งชี้ตัดมดลูกและอัตราผ่าตัดคลอด

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก		รวม (ร้อยละ)
	ผู้ป่วยส่งรักษาต่อ (n = 63)	ไม่ใช่ผู้ป่วยส่งรักษาต่อ (n = 43)	
การให้เลือดทดแทน	56	37	93 (87.7)
ความคิดปรกติของระบบการแข็งตัวของเลือด	3	1	4 (3.8)
การผ่าตัดชั้นเนื่องจากภาวะเลือดออกในช่องท้อง	2	1	3 (2.8)
การติดเชื้อ			
- แผลผ่าตัดหน้าท้อง	4	0	4 (3.8)
- ใช้หลังผ่าตัด	11	4	15 (14.2)
ระบบทางเดินปัสสาวะ			
- การฉีกขาดของท่อไต	0	2	2 (1.9)
- การฉีกขาดของกระเพาะปัสสาวะ	2	0	2 (1.9)
- ภาวะไตวายเฉียบพลัน	2	0	2 (1.9)
ระบบการหายใจ			
- ภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema)	1	0	1 (0.9)
- ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure)	1	1	2 (1.9)
ช้ำ	2	0	2 (1.9)
เสียชีวิต	3	0	3 (2.8)

ตารางที่ 5 ข้อมูลการผ่าตัด เวลานอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทั้งหมด

	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด - สูงสุด
เวลาผ่าตัด (นาที)	86.49 ± 31.50	40-195
ปริมาณเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด (มล.)	1,394.81 ± 856.24	500-4,000
ปริมาณการให้เลือด (ยูนิต)	4.06 ± 3.13	0-15
เวลาดอนโรงพยาบาล (วัน)	6.80 ± 3.78	1-23
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	11,943.92 ± 6,737.89	5,260-37,905

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของการตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบได้ 1.47 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งพบมากกว่ารายงานอื่นของไทย^(11,12) เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของสาขารนสูชเขต 5 ต้องรักษาผู้ป่วยส่งต่อทุกประเภทจาก 5 จังหวัด ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลรามาริบัติซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ มีนโยบายรักษาเฉพาะผู้ป่วยได้รับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติเท่านั้น แต่พบน้อยกว่าการศึกษาจาก

ต่างประเทศ^(3,4) อาจเนื่องจากความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา ช่วงระยะเวลาที่ศึกษาต่างกัน และการคัดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ จากภาวะรกเกาะติดแน่นจากการศึกษาจากต่างประเทศพบสูงถึง ร้อยละ 51-64^(3,4) แต่การศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 27.4

แนวโน้มของอุบัติการณ์ก่อนข้างคงที่จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2539-2545 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.09-1.99 ต่อ 1,000 การคลอด บ่งว่าน่าจะมีปัจจัยที่ยังไม่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยที่ถูกคัดมดลูก หรือภาวะดังกล่าวก็ไม่น่าจะมีสาเหตุจากการดูแลเฝ้าระวังไม่ดีเพียงพออย่างเดียว เพราะถ้าเป็นเช่นนั้นจริงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอดก็น่าจะมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ตามความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการคัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด สอดคล้องกับผลที่ได้ศึกษาจากรายงานต่าง ๆ^(2-4,8,12) โดยมีอุบัติการณ์สูงใน ผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดพบ 14.59 ต่อ 1,000 การคลอด และมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้น 12 เท่า ผู้ป่วยที่มีทารกตายในครรภ์ก่อนคลอด ซึ่งพบ 8.50 ต่อ 1,000 การคลอด มีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้น 6.5 เท่า ผู้ป่วยตั้งครรภ์แฝด พบอุบัติการณ์ 6.89 ต่อ 1,000 การคลอด และมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้น 5 เท่า เนื่องจากการตั้งครรภ์แฝดมีการขยายของ กล้ามเนื้อมดลูกมากจึงมีผลทำให้เกิดภาวะมดลูกไม่หดตัวหลังคลอด ซึ่งในการศึกษานี้มีผู้ป่วยตั้งครรภ์แฝด 6 รายที่ได้รับการคัดมดลูก โดยมี 5 ราย (ร้อยละ 83.3) ที่คัดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ภาวะมดลูกไม่หดตัว ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ พบอุบัติการณ์ 6.37 ต่อ 1,000 การคลอดและมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้น 5 เท่า ผู้ป่วยที่เคยคลอดบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป พบอุบัติการณ์ 5.38 ต่อ 1,000 การคลอดและมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 10 เท่า ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนคลอด พบอุบัติการณ์เท่ากับ 4.78 ต่อ 1,000 การคลอดและมีโอกาสเสี่ยงต่อการ

คัดมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนคลอดและได้รับการคัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด 12 รายมี 6 รายที่ได้ MgSO₄ ก่อนคลอดและได้รับการคัดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ภาวะมดลูกไม่หดตัวถึง 6 ราย (ร้อยละ 50) สอดคล้องกับการศึกษาของ Clark SL และคณะ ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติผ่าตัด คลอดบุตรก่อนหน้านี้ พบอุบัติการณ์เท่ากับ 3.98 ต่อ 1,000 การคลอดและมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า ผู้ป่วยที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบอุบัติการณ์เท่ากับ 3.81 ต่อ 1,000 การคลอดและมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า โดยมีการศึกษาของ Zelop CM และคณะ พบว่าการคลอดก่อนกำหนด (ก่อน อายุครรภ์ครบ 35 สัปดาห์) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้น 10 เท่า⁽³⁾ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป⁽¹²⁾ พบอุบัติการณ์เท่ากับ 3.55 ต่อ 1,000 การคลอดและมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร^(2,4,6,12) พบอุบัติการณ์เท่ากับ 2.93 ต่อ 1,000 การคลอดและมีโอกาสเสี่ยงต่อการคัดมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า

ข้อบ่งชี้มากที่สุดของการคัดมดลูกที่พบคือ ภาวะมดลูกไม่หดตัวพบร้อยละ 40.6 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Clark SL และคณะ พบร้อยละ 43⁽⁸⁾ และรายงานของไทย พบร้อยละ 36-41.7^(12,13) ส่วนการศึกษาอื่นๆ ของต่างประเทศพบข้อบ่งชี้ของการคัดมดลูกมากที่สุดจากภาวะรกเกาะติดแน่นร้อยละ 48.9-64^(3,4,9)

ข้อบ่งชี้คัดมดลูกจากภาวะรกเกาะติดแน่นมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษานี้ของ Zorlu CG และคณะ พบว่าข้อบ่งชี้คัดมดลูกจากภาวะรกเกาะติดแน่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.5 เป็นร้อยละ 41.7 โดยที่พบข้อบ่งชี้จากภาวะมดลูกไม่หดตัวลดลงจากร้อยละ 42.1 เป็นร้อยละ 29.2⁽⁶⁾ การศึกษานี้พบว่าข้อบ่งชี้จากภาวะรกเกาะติดแน่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 0 ในปี พ.ศ. 2538

เป็นร้อยละ 55.6 ในปี พ.ศ. 2545 ขณะที่อัตราการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชราชนครราชสีมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 25.3 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 39.5 ในปี พ.ศ. 2545 รวมทั้งการผ่าตัดคลอดด้วยข้อบ่งชี้เคยผ่าตัดคลอดก่อนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากร้อยละ 28.3 ของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 37.4 ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งอาจบ่งว่าภาวะรกเกาะติดแน่นและการผ่าตัดคลอดโดยเฉพาะในกลุ่มเคยผ่าตัดคลอดก่อนหน้ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน

เหตุที่ภาวะรกเกาะติดแน่นเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการตัดมดลูกในปัจจุบัน อาจเนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดและการหูดมดลูกมากขึ้นในปัจจุบัน รวมทั้งมีการดูแลรักษาภาวะมดลูกไม่หดตัวได้ดีขึ้นจากการใช้ prostaglandins ทำให้ข้อบ่งชี้นี้ลดลง⁽⁹⁾ นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดบุตรก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกเกาะติดแน่นในครรภ์ต่อมาและมักจะลงเอยด้วยการผ่าตัดคลอดซ้ำส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะรกเกาะติดแน่น ได้แก่ อายุมารดาที่มากขึ้น (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) และภาวะรกเกาะต่ำ⁽¹⁴⁾

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ต้องมีการให้เลือดทดแทนถึงร้อยละ 87.7 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่มีการให้เลือดทดแทนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80-91.7^(2,4,13) ภาวะไข้หลังผ่าตัดพบร้อยละ 14.2 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Bakshi S และคณะ⁽⁴⁾ ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินปัสสาวะพบได้ร้อยละ 5.7 และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย (ร้อยละ 2.8) ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่งมารับการรักษาต่อทั้งหมดต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตเลย^(2,4)

ในปัจจุบันแนะนำให้ผ่าตัดมดลูกแบบตัดมดลูกออกทั้งหมด ถ้าไม่มีข้อจำกัดและสามารถทำได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะติดแน่น ภาวะรกเกาะต่ำ หรือมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดก่อนหน้า เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกแบบตัดออกไม่หมดโดยเหลือปากมดลูก

อาจมีเลือดออกซ้ำที่บริเวณแผลขั้วปากมดลูกจากหลอดเลือดสาขาของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณปากมดลูกเหลืออยู่ และยังช่วยลดโอกาสที่บริเวณแผลขั้วปากมดลูกเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งในภายหลัง ทั้งยังลดการตรวจ pap smear และลดปัญหาเกี่ยวกับเลือดออกผิดปกติหรือมีตกขาวผิดปกติ⁽¹⁰⁾ แม้ว่าการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่จะผ่าตัดมดลูกแบบตัดออกไม่หมดโดยเหลือปากมดลูก (ร้อยละ 64.2) ซึ่งมีความคล้ายและแตกต่างกับการศึกษาอื่น ๆ โดยขึ้นกับเทคนิคการผ่าตัด^(2,3,8,9,13) โดยที่สูติแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชราชนครราชสีมาส่วนใหญ่ถนัดและชำนาญผ่าตัดวิธีนี้ ซึ่งใช้เวลาผ่าตัดน้อยกว่าโอกาสเกิดการฉีกขาดต่อท่อไตหรือกระเพาะปัสสาวะน้อยกว่าและข้อบ่งชี้ตัดมดลูกส่วนใหญ่จากภาวะมดลูกไม่หดตัว

ผู้ป่วยที่ส่งรักษาต่อการศึกษานี้มีร้อยละ 59.4 พบปัจจัยที่พบร่วมกับการตัดมดลูกดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถค้นหาหรือวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนหรือพบได้ในช่วงฝากครรภ์หรือระยะก่อนคลอด ดังนั้นการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ การส่งต่อในช่วงเวลาที่เหมาะสม การให้คำแนะนำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด สามารถช่วยลดการตัดมดลูกได้ และการพยายามลดการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (primary cesarean section) จะช่วยลดโอกาสถูกตัดมดลูกในอนาคตได้

สรุป

การศึกษาแบบย้อนหลังผู้ป่วย 106 ราย ที่ถูกตัดมดลูกในระยะคลอดหรือหลังคลอด ที่โรงพยาบาลมหาราชราชนครราชสีมาระยะเวลา 8 ปี คิดเป็นอุบัติการณ์ 1.47 ต่อ 1,000 การคลอด พบข้อบ่งชี้ตัดมดลูกจากภาวะมดลูกไม่หดตัว (ร้อยละ 40.6) ภาวะรกเกาะติดแน่น (ร้อยละ 27.4) ภาวะรกเกาะต่ำ (ร้อยละ 7.5) โดยมีปัจจัยที่พบ

ร่วมได้แก่ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ก่อนคลอด ตั้งครรภ์แฝด ไม่ได้รับการฝากครรภ์ เคยคลอดบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนคลอด เคยผ่าตัดคลอดบุตร คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร

เอกสารอ้างอิง

1. Durfee RB. Evolution of cesarean hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1969; 12: 575-89.
2. Stanco LM, Schrimmer DB, Paul RH, Mishell DR. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 879-83.
3. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto Jr FD, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1443-8.
4. Bakshi S and Meyer BA. Indications for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy. A five-year review. J Reprod Med 2000 ; 45 : 733-7.
5. Ogunniyi SO, Esen UI . Obstetric hysterectomy in Ile-Ife, Nigeria. Int J Gynecol obstet 1990; 32: 23-7.
6. Zorlu CG, Turan C, Isik AZ, Danismass N, Mungan T, Gokmen O. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice: Changing clinical perspective in time. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 186-90.
7. Chestnut DH, Eden RD, Gall SA, Parker RT. Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy. Obstet Gynecol 1985; 65: 365-70.
8. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, Bruce S, Paul RH. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64: 376-80.
9. Thonet RG. Obstetric hysterectomy-an 11-year experience. Br J Obstet Gynaecol 1986; 93: 794-8.
10. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. Obstet Gynecol 2002; 99: 971-5.
11. Suchartwatnachai C, Linasmita V, Chaturachinda K. Obstetric hysterectomy: Ramathibodi's experience 1969-1987. Int J Gynaecol Obstet 1991; 36: 183-6.
12. มงคล เบญจาทิบาล, ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล, รณชัย อธิสุข, นพมาศ ชนะชัย. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการตัดมดลูกระยะคลอดหรือหลังคลอด. สารศิริราช 2539; 48: 104-11.
13. Chanrachakul B, Chaturachinda K, Phuapradit W, Rounsipragarn R. Cesarean and postpartum hysterectomy. Int J Gynecol Obstet 1996; 54: 109-13.
14. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 210-4.