

## มดลูกแตก : ในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

เรื่องศักดิ์ ตั้งชีวันศิริกุล \*

นิพนธ์ ลิ้มพวงสารักษ์ \*\*

สมชาย ธารักษ์ \*

### บทคัดย่อ

สภาวะมดลูกแตกในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2521 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2531 พบ 26 ราย จากการคลอดทั้งหมด 103,971 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 : 4,000 การคลอด คัมประวัดิผู้ป่วยได้ 15 ราย ทั้ง 15 ราย อายุมากกว่า 25 ปี, ร้อยละ 80 อายุมากกว่า 30 ปี ทั้ง 15 ราย เป็นผู้ป่วยครรภ์หลัง, ร้อยละ 66.7 ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป, ร้อยละ 40 ไม่เคยได้รับการตรวจครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ สาเหตุของสภาวะมดลูกแตกมากที่สุด คือ การทำสูติศาสตร์หัตถการ; สาเหตุอื่นได้แก่ ขนาดของทารกโตหรือขนาดของมดลูกโตมากผิดปกติ ร่วมกับความผิดปกติของส่วนนำหรือท่าของทารกในครรภ์, Placenta increta, Rupture uterus, bicornis unicollis, และการให้ Oxytocin ตามลำดับ การรักษาโดยแก้ไขสภาวะช็อกและตัดมดลูกด้วยวิธี Total หรือ Subtotal hysterectomy. ผู้ป่วยมดลูกแตกมาที่บ้านหรือส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนได้เลือกอย่างน้อย 3 ร้อย ต่อราย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมดลูกแตกในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ได้เลือกน้อยกว่า 3 ร้อย ต่อราย ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล 7 วันต่อราย ไม่พบมารดาเสียชีวิต อัตราตายของทารกร้อยละ 73.3

\* แพทย์กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

\*\* พยาบาลกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

มดลูกแตกเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก พบได้ประมาณ 1 : 100 ถึง 1 : 11,000<sup>1,3,9</sup> โดยเฉพาะจะพบได้มากขึ้นในประเทศที่มีการฝากครรภ์และการคลอดยังไม่ทันัก อัตราตายของทารกจะพบได้ 30-83 %<sup>1,9,10,12</sup> อัตราตายของมารดาจะน้อยกว่า 1-5 %<sup>1,10</sup> สาเหตุการตายของมารดาในสหรัฐอเมริกา พบว่าเกิดจากมดลูกแตก 5 %<sup>3,4,13</sup>

มดลูกแตกเอง (Spontaneous uterine rupture) ส่วนใหญ่เกิดจาก Previous uterine operation; และยังพบได้ใน Congenital uterine Anomalies ประวัติของ Molar Pregnancies มาก่อน, Placenta Increta, Placenta Percreta, หรือผู้ป่วยครรภ์หลังที่ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดผิดปกติมาก่อน

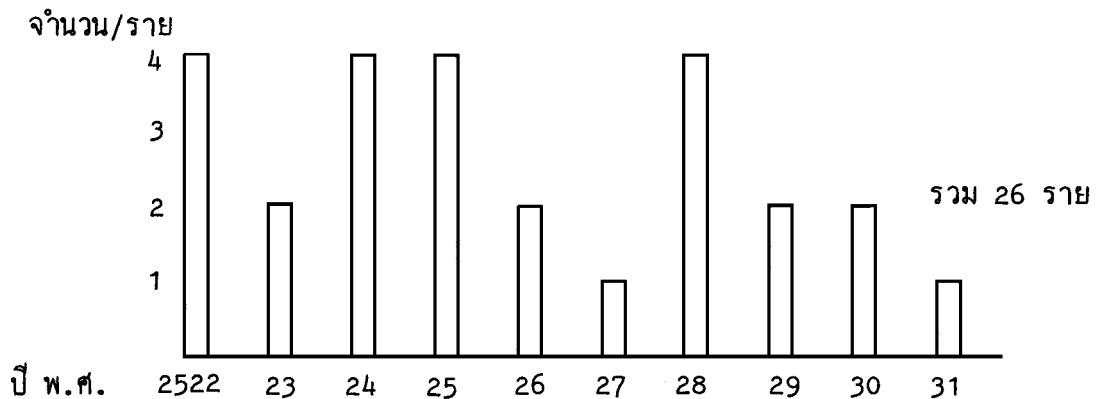
มดลูกแตกจากการบาดเจ็บต่อตัวมดลูก (Traumatic uterine rupture) เกิดจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ, การใช้ Oxytocin หรือ Prostaglandin, unattended labor ที่ร่วมกับทำผิดปกติของทารกในครรภ์, แรงกดต่อตัวมดลูก, และอาจพบได้ในการบาดเจ็บต่อช่องท้อง

การศึกษาภาวะมดลูกแตกในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเป็นระยะเวลา 10 ปี เพื่อหาสาเหตุของภาวะมดลูกแตก, การดูแลรักษา, และหาวิธีการป้องกัน สำหรับเป็นแนวทางในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน วิธีการและการรวบรวมข้อมูล

ได้รวบรวมประวัติผู้ป่วยมดลูกแตกทั้งหมด จากหน่วยงานเวชระเบียนฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2521 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2531 เป็นระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มากลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน, และมาที่บ้าน ข้อมูล

ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2521 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2531 รวมระยะเวลา 10 ปี มีผู้ป่วยคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาทั้งหมด 103,971 ราย พบผู้ป่วยมดลูกแตกทั้งหมด 26 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 : 4,000 การ

คลอด ใน 5 ปี แรกพบ 16 ราย และ 10 ราย ใน 5 ปีหลัง สามารถค้นหาทะเบียนประวัติได้ทั้งหมด 15 ราย, ตาม ภาพแสดงที่ 1 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละปี



ผู้ป่วยทั้ง 15 ราย อายุระหว่าง 25-44 ปี ; 5 ราย หรือร้อยละ 33.3 มีอายุระหว่าง 30-35 ปี, และ 5 ราย หรือร้อยละ 33.3 อายุระหว่าง 36-40 ปี; ทั้งหมด 15 ราย เป็นผู้ป่วยครรภ์หลัง โดย 10 ราย หรือร้อยละ 66.7 ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป

ตามตารางที่ 1 ผู้ป่วย 6 ราย หรือร้อยละ 40 มาจากบ้านเพราะคลอดไม่ได้ ; 2 ราย มดลูกแตกเองจากการคลอด ; 4 รายมี Uterine Overdistension, 3 ราย จาก 4 ราย มาด้วยแขนโผล่ในท่าขวางของทารกแฝดคนที่ 2 โดยมีสภาวะซีก 1 ราย ผ่าตัดพบมดลูกแตก 1 ราย และทำ Internal podalic version 1 ราย

ผู้ป่วย 3 ราย หรือร้อยละ 20 ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน; 2 ราย ทำ Vacuum Extraction โดย 1 ราย การทำคลอดล้มเหลว และ 1 ราย มีตกเลือดหลังคลอด , 1 ราย ทำคลอดด้วยวิธี Breech Extraction และมีสภาวะซีกหลังคลอด

ผู้ป่วย 6 ราย หรือร้อยละ 40 มาคลอดที่โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ; ผู้ป่วย 1 ราย ให้ Oxytocin Drip เพื่อเร่งคลอด พบมดลูกแตกระหว่างการเบ่งคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอด ; 1 ราย ให้การวินิจฉัยว่าเป็น CPD เนื่องจากมี Prolonged Active Phase การถ่ายภาพรังสีพบว่าเป็น hydrocephalus จึงทำ Craniotomy ทางช่องคลอด ; 1 ราย ให้ Syntocinon เพื่อเร่งคลอดและทำ Vacuum extraction ใน

ตารางที่ 1

| ประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในรพ.มหาราชนครราชสีมา | จำนวนผู้ป่วยราย | อาการและการตรวจพบของมดลูกแตก | สาเหตุของมดลูกแตก        | ตำแหน่งของมดลูกแตก |
|---------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|
| มีปัญหาการคลอดมาที่บ้าน                           | 6               | 1. ปวดท้องอย่างรุนแรง        | แตกเอง                   | Low vertical       |
|                                                   |                 | คลำส่วนของทารกได้            |                          |                    |
|                                                   |                 | ทางหน้าท้อง                  |                          |                    |
|                                                   |                 | 2. พบโดยบังเอิญ              | แตกเอง                   | Low vertical       |
|                                                   |                 | เลือดออกทางช่องคลอด          |                          |                    |
|                                                   |                 | 3. ปวดท้องอย่างรุนแรง        | Obstructed labor         | Low vertical       |
| ส่งต่อมาจาก รพ. ชุมชน                             | 3               | 4. ปวดท้องอย่างรุนแรง        | Obstructed Hematoma      |                    |
|                                                   |                 | Hypovolemic                  | labor                    | Lower seg.         |
|                                                   |                 | Shock                        |                          |                    |
|                                                   |                 | 5. พบโดยบังเอิญ              | Obstructed labor         | Low vertical       |
|                                                   |                 | 6. Manual Explor             | Internal Podalic version | Low vertical       |
|                                                   |                 | 1. พบโดยบังเอิญ              | Vacuum extraction        | Low transverse     |
|                                                   |                 | 2. ตกเลือดหลังคลอด           | Vacuum extraction        | Low vertical       |
|                                                   |                 | Hypovolemic                  |                          |                    |
|                                                   |                 | Shock                        |                          |                    |
|                                                   |                 | 3. Hypovolemic               | Breech                   | Low transverse     |
|                                                   |                 | Shock                        | extraction               |                    |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับไว้ใน รพ.มหาราชนครราชสีมา | จำนวนผู้ป่วยราย | อาการและการตรวจพบของมดลูกแตก                       | สาเหตุของมดลูกแตก                | ตำแหน่งของมดลูกแตก |
|----------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| คลอดใน รพ.มหาราช                                   | 6               | 1. ปวดท้องอย่างรุนแรง คลำส่วนของทารกได้ทางหน้าท้อง | Oxytocin Drip                    | Low vertical       |
|                                                    |                 | 2. ปวดท้องอย่างรุนแรง Manual Explor                | Obstructed labor                 | Low vertical       |
|                                                    |                 | 3. ตกเลือดหลังคลอด Hypovolemic Shock               | Vacuum Extraction                | Low vertical       |
|                                                    |                 | 4. พบโดยบังเอิญ                                    | Bicornis unicollis               | Angle              |
|                                                    |                 | 5. พบโดยบังเอิญ                                    | Placenta previa placenta increta | Lower Seg.         |
|                                                    |                 | 6. พบโดยบังเอิญ                                    | Placenta increta                 | Uterine Scar       |

ตารางที่ 2

| ลักษณะการแตกของมดลูก       | การผ่าตัด (นาที) | ระยะเวลาของการผ่าตัด | จำนวนเลือดที่ให้ทั้งหมด | สภาพของทารก            |
|----------------------------|------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|
| 1. Low vertical            | Total Hyst.      | 65                   | 3                       | เสียชีวิต ♂ 3,500 กรัม |
| 2. Low vertical c hematoma | Total Hyst.      | 90                   | 5                       | เสียชีวิต ♀ 3,150 กรัม |

|                                |                   |     |   |                        |
|--------------------------------|-------------------|-----|---|------------------------|
| 3. Low vertical c hematoma     | Subtotal Hyst.    | 90  | 2 | เสียชีวิต ♂ 4,900 กรัม |
| 4. Hematoma lower segment      | Repair c IR.      | 50  | 4 | เสียชีวิต ♂ 2,600 กรัม |
| 5. Low vertical                | Total Hyst.       | 64  | 4 | เสียชีวิต ♀ 2,500 กรัม |
| 6. Low vertical ถึง cornu      | Total Hyst.       | 120 | 6 | เสียชีวิต ♀ 2,000 กรัม |
| 1. Low transverse              | Subtotal Hyst.    | 95  | 4 | เสียชีวิต ♂ 2,600 กรัม |
| 2. Low vertical ถึง cervix     | Subtotal Hyst.    | 92  | 7 | มีชีวิต                |
|                                | c cervical repair |     |   |                        |
| 3. Low transverse              | Subtotal Hyst.    | 90  | 6 | เสียชีวิต              |
| c Hematoma                     |                   |     |   |                        |
| 1. Low vertical                | Total Hyst.       | 80  | 2 | เสียชีวิต ♂ 2,600 กรัม |
| 2. Low vertical c hematoma     | Total Hyst.       | 91  | 3 | เสียชีวิต ♂ 4,450 กรัม |
| 3. Low vertical : posterior    | Total Hyst.       | 55  | 5 | เสียชีวิต ♂ 3,250 กรัม |
| 4. Angle of bicornis-unicollis | Total Hyst.       | 109 | 1 | มีชีวิต ♂ 2,700 กรัม   |
| 5. Placenta increta            | Subtotal Hyst.    | 60  | 2 | มีชีวิต ♀ 2,500 กรัม   |
| 6. Placenta increta            | Subtotal Hyst.    | 105 | 1 | มีชีวิต ♂ 3,100 กรัม   |

ทารกท่า Occiput posterior , 1 ราย เป็น Previous cesarean section และผ่าตัดพบมดลูกแตกที่มุมรอยต่อของ Uterus bicornis unicollis , 2 ราย เป็น Placenta Increta, 1 ราย นัดผ่าตัดเนื่องจากการวินิจฉัยว่าเป็น รกเกาะต่ำมาก่อน 1 ราย นัดผ่าตัดเนื่องจาก Previous cesarean section

## วิจารณ์

จากประวัติผู้ป่วยทั้งหมดที่รวบรวมได้ตั้งแต่ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2521

ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2531 รวมระยะเวลา 10 ปี ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการคลอดทั้งหมด 103,971 ราย พบสภาวะมดลูกแตก 26 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1:4,000 ของการคลอดโดยพบในระยะ 5 ปีแรก 16 ราย และ 10 รายใน 5 ปีหลัง แสดงว่าการเกิดมดลูกแตกมีความโน้มเอียงที่จะลดลง ซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลจากโครงการที่สนับสนุนให้มีการฝากครรภ์และการคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาทางด้านบริการและวิชาการ ในการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์และการคลอด ; กลุ่มผู้ศึกษาสามารถค้นประวัติผู้ป่วยได้ 15 ราย ในจำนวน 12 ราย จาก 15 ราย หรือร้อยละ 80 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยครรภ์หลัง; 10 ราย หรือร้อยละ 66.7 เป็นผู้ป่วยตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป

จากตารางที่ 1 สาเหตุของมดลูกแตกที่มากที่สุดคือ การทำสูติศาสตร์หัตถการ ซึ่งตรงกับสาเหตุสำคัญของ Traumatic Rupture ตามรายงานของ David B.cotton<sup>4</sup> แต่สาเหตุที่พบมากที่สุดของสภาวะมดลูกแตกตามรายงานของ Pritchard และ Daniel C. Schrimsky and Ralph C. Benson<sup>1,13</sup> คือ Previous cesarean section อาจเนื่องจากว่า ผู้ป่วยที่มี Previous cesarean section ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ส่วนใหญ่มักจะทำ Repeat cesarean section ยกเว้น ในรายที่มาถึงห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดเกือบหมดและส่วนนำเป็นศีรษะลงมาต่ำในช่องทางคลอด ; สาเหตุดังกล่าวได้แก่ ขนาดของทารกที่โตมากผิดปกติ หรือขนาดของมดลูกที่โตมากผิดปกติร่วมกับส่วนนำของทารกผิดปกติ ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการคลอดมาที่บ้าน ไม่เคยฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ และเป็นผู้ป่วยที่เคยคลอดบุตรมาแล้วหลายครั้ง และในทำนองเดียวกับผู้ป่วยอีก 2 ราย ที่มดลูกแตกเองมาที่บ้าน ; สาเหตุอื่นที่พบได้อีก คือ Placenta increta, uterus bicornis unicollis และการให้ Oxytocin ซึ่งควรจะเป็นสาเหตุที่พบได้มากกว่าตามรายงานอื่น<sup>1,4</sup> แต่จากรายงานนี้พบสภาวะมดลูกแตกจาก Oxytocin เพียง 1 รายซึ่งเกิดนอกเวลาราชการ อาจจะเป็นเพราะว่าการให้ Oxytocin เพื่อกระตุ้นการคลอดหรือเร่งคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นั้น ส่วนใหญ่มักจะกระทำในเวลาราชการที่มีการเฝ้าคลอดดีกว่านอกเวลาราชการ

อาการและการตรวจพบมากที่สุดของสภาวะมดลูกแตก ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้แก่ อาการปวดท้องอย่างรุนแรงและสภาวะช็อค อาการอื่น ได้แก่ การคลำส่วนของทารกได้ทางหน้าท้อง และการล้วงตรวจโพรงมดลูกพบรอยแตก, มี 3 รายของผู้ป่วย Traumatic Rupture ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมดลูกแตก แต่พบเมื่อทำการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง แสดงว่าการวินิจฉัยมดลูกแตกในบางราย อาจทำได้ยาก เนื่องจากอาการแสดงต่าง ๆ ไม่ชัดเจน หรืออาจจะเนื่องจากไม่ได้บันทึกอาการและการตรวจพบไว้, การเฝ้าคลอดไม่ถี่พอ , การขาดประสบการณ์ของผู้เฝ้าคลอด, หรือผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด หรือการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ระหว่างการคลอด<sup>1,11</sup> ทำให้บดบังอาการแสดงต่าง ๆ, โดยทั่วไปแล้วจากรายงานส่วนใหญ่<sup>1,2,3</sup> ก่อนที่จะเกิดสภาวะมดลูกแตกควรจะมีอาการเตือนมาก่อน ได้แก่ ปวดท้องส่วนล่างมาก มี Bandl's Ring ซึ่งพบบรรดาเด่นเร็ว หรือมีความผิดปกติของเสียงหัวใจเด็ก

จากตารางที่ 2 การผ่าตัดส่วนใหญ่จะทำ Total hysterectomy และ Sub-total hysterectomy พบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ทำ Total hysterectomy ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่าง ลักษณะแผลแตกของมดลูก และผู้ทำการผ่าตัดที่เหมือนกันแล้ว ซึ่งตรงข้ามกับรายงานอื่นที่เคยทำไว้<sup>1,2,3</sup> กลุ่มผู้ศึกษามีความเห็นว่าง่ายใต้การดูแลรักษาและการผ่าตัดของผู้ที่มีความชำนาญดีพอ การทำผ่าตัดทั้ง 2 วิธี ไม่น่าจะใช้เวลาในการผ่าตัดต่างกันมากนัก จึงน่าจะทำ Total hysterectomy เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดจากปากมดลูกที่มีการฉีกขาด ซึ่งพบได้มากในการทำสุติศาสตร์หัตถการ<sup>2,9</sup> และเป็นสาเหตุการแตกของมดลูกมากที่สุดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และการทำ Total hysterectomy ก็ยังถือว่าเป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุด ในการรักษาสภาวะมดลูกแตก<sup>1</sup> ในรายที่มีเลือดออกมาก หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาวะช็อค และต้องการผ่าตัดอย่างเร็วอาจทำ Repair และ Tubal sterilization ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม<sup>2,9</sup> ยกเว้นในรายที่แผลแตกไม่สามารถจะ Repair ได้

ผู้ป่วย 8 ราย ใน 9 ราย ที่รับจากโรงพยาบาลชุมชน หรือมาจากบ้าน ต้องให้เลือดอย่างน้อย 3 ๙ ต่อราย เมื่อเทียบกับผู้ป่วย 5 ใน 6 ราย ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

นครราชสีมา ได้เล็กน้อยกว่า 30 ต่อราย อาจจะเนื่องจากความแตกต่างกันของตำแหน่งที่มดลูกแตก, ระยะเวลาในการวินิจฉัยความรวดเร็วในการรักษา, ความชำนาญของแพทย์ผู้ทำการรักษา, และระยะทางในการส่งต่อผู้ป่วย

จากประวัติผู้ป่วยมดลูกแตกทั้งหมด 15 ราย ไม่พบมารดาเสียชีวิต ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 7 วัน ต่อราย มี 1 ราย อยู่โรงพยาบาล 14 วัน เนื่องจากบัสสาวะเองไม่ได้ ต้องคาสายยางสวนบัสสาวะไว้ 13 วัน, การลดสภาวะเสี่ยงต่ออันตรายของมารดาจะทำได้โดยให้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว, ให้การรักษาเร่งด่วน, ป้องกันสภาวะช็อกและให้เลือดอย่างเพียงพอ, รวมถึงการช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ; พบทารกเสียชีวิต 11 ราย เทียบเท่ากับอัตราตาย ร้อยละ 73.3

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยมดลูกแตกในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบได้ประมาณ 1:4,000 การคลอด ร้อยละ 40 ไม่เคยฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์นี้ และตั้งใจจะคลอดที่บ้าน, ทั้งหมด 15 ราย เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 66.7 ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป, ร้อยละ 80 อายุมากกว่า 30 ปี จึงน่าจะมีการสนับสนุนให้มีการฝากครรภ์ และการคลอดในสถานบริการสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น ตามแผนพัฒนาฉบับที่ 6<sup>8</sup> และแนะนำให้มีการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม ในสตรีที่มีอายุมาก หรือมีบุตรหลายคน การฝากครรภ์ที่ดีจะสามารถแยกสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีเกณฑ์เสี่ยงต่อสภาวะมดลูกแตก เช่น สตรีตั้งครรภ์หลังมาก ๆ, สตรีที่เคยผ่าตัดมดลูก, ท้องแข็ง, ท้องทูล, และสตรีที่มีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่มีอาการแทรกซ้อน, รวมทั้งการตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของส่วนน้ำ หรือท่าของทารกในครรภ์ และความผิดปกติของทารกที่ไม่สามารถจะคลอดได้ เนื่องจากสาเหตุสำคัญของมดลูกแตก คือ การทำสูติศาสตร์หัตถการ จึงควรคำนึงถึงข้อบ่งชี้, สภาวะที่เหมาะสม, ข้อห้าม, รวมทั้งต้องมีความรู้ความชำนาญในการใช้เครื่องมือ และการป้องกันวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน, ควรหลีกเลี่ยง การทำสูติศาสตร์หัตถการที่ยาก ๆ และต้องมีการดูแลผู้ป่วยรอลคลอดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะถ้ามีการให้ Oxytocin หรือในผู้ป่วยครรภ์หลัง

การเฝ้าคลอดต้องสามารถให้การวินิจฉัยอาการเตือนของมดลูกแตกและสภาวะ

ของมดลูกแตกได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การรักษาอย่างเร่งด่วน

ถ้ามดลูกแตกในสถานที่ที่ไม่พร้อมที่จะผ่าตัดได้ หรือมีเลือดไม่เพียงพอต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่สุด โดยให้ Lactated Ringer Solution เข้าเส้น 2 เส้น โดยใช้เข็มโตเบอร์ 18 พร้อม Cross - matching ไว้ การให้ Oxytocin Drip ร่วมกับหลังคลอดเด็กอาจจะช่วยลดจำนวนเลือดที่ออก<sup>1</sup> ต้องเขียนประวัติใบส่งตัวให้ละเอียดชัดเจน เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ในการตัดสินใจ ให้การรักษาของแพทย์ผู้รับผู้ป่วย

จุดมุ่งหมายสำคัญในการรักษาภาวะมดลูกแตก คือ การป้องกันการเสียเลือด และการรักษาภาวะช็อก จึงต้องให้เลือดเพียงพอ และรวดเร็ว, ทำการผ่าตัดที่เหมาะสมอย่างรีบด่วนและให้ยาปฏิชีวนะ

### กิตติกรรมประกาศ

กลุ่มผู้ทำการศึกษาขอขอบพระคุณ นพ.บุญเหลือ ญาติ หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอ. ขอบคุณแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามธิบดีและแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ช่วยค้นเอกสารอ้างอิง. ขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและห้องสมุดที่อำนวยความสะดวกและทำย่นย่อขอขอบพระคุณ นพ.ประมวล จารุตระกูลชัย ที่ช่วยให้รายงานนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Pritchard, Macdonald, Gant. Williams obstetrics ; Seventeenth edition, Appleton - Century - Crofts : 1985 , P 098
2. P.R. Myerscough. Munro Kerr's operative obstetrics ; Tenth edition, Bailliere Tindall, London : 1982 , P. 441
3. Denis Cavanagh , Ralphme. Woods. Hemorrhage in late pregnancy. Obstetric Emergencies ; Third edition 1982 , P.200

4. David B. Cotton , M.D. Infant survival with prolonged uterine rupture. Am J obstet gynecol 1982 April ; Vol 142 (No 8) : P 1059-60
5. Clamanp , Carpenter RJ , Reiter A. Uterine rupture with the use of vagina prostaglandin E2 for induction of laeor. Am. J. obstet gynecol.1984 Dec 1 ; 150 (7) : p 889 - 90
6. Stepmen H. Cruikshank . M.D. Management of postpartum and pelvic Hemorrhage. Clinical obstetrics and gynecology , June 1986 ; Vol 29, No 2 P. 213
7. Warrer M. Crosby , M.D. Traumatic injuries during pregnancy. Clinical obstet gynecol 1983 ; Vol 26 : No 4 , P 902
8. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 - 2534 ; โดยคณะกรรมการวางแผนสาธารณสุข
9. B.U. Ezem , J.A. Otubu , and B. Barnes , Rupture of the Pregnant uterus. Asia - oceania J. obstet gynecol ; Vol 9 No 9 : 2 : 163 - 167 June 1983
10. Laura J. Zuidema , M.D. , Jomn W. Goldkrand . M.D., and bruce A. Work , Jr., M.D. Uterine contractility of ter ruture of the Gravid uterus :a case report. Am J obstet gynecol ; No 15 , P 783 - 784 , 1984.
11. B G Molloy , O Sheil , N M Duignan. Delivery after caesarean section : Review of 2176 Consecutive cases. British medical journal ; Vol 294 : P 1645 , 27 June 1987
12. Warren C., Plauche , William von almen , Robert muller. Catastrophic uterine rupture, Obstet. Gynecol ; Vol. 64 No. 6 : December 1984.
13. Daniel C. Schrinsky , Ralph C., Benson. Rupture of the pregnant uterus : A review. Obstet. Gynecol survey ; Vol 33 , No 4 : P 217-232 Copyright 1978 by the Williams & Wilicins co.