

# ภาวะฉุกเฉินทางสูติรีเวชกรรม

## Obstetric & Gynecologic Emergencies

ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2



เฟื่องลดา ทองประเสริฐ (บรรณาธิการ)

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม : Obstetric & Gynecologic Emergencies

ผศ.พญ. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ (บรรณาธิการ)

ISBN

พิมพ์ครั้งที่ 2

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สงวนลิขสิทธิ์

มีนาคม 2557

**บรรณานุกรมหนังสือ**

ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม / เพ็ญลดา ทองประเสริฐ บรรณาธิการ.

: เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2557

ISBN

[DNLM WQ 100

1. Emergency Medicine

2. Obstetrics

3. Gynecology]

อาร์ตกราฟิค

ธีระ ทองสง

# คำนำ

ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรมเป็นปัญหาที่พบบ่อย จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรมจึงเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่แพทย์และสูตินรีแพทย์ทุกคนควรรู้หนังสือ “ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม” ฉบับนี้ได้รวบรวมและปรับปรุงหัวข้อและเนื้อหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรมที่พบบ่อย โดยเน้นเนื้อหาสำคัญที่ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกได้จริง จึงเป็นหนังสือที่มีประโยชน์สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน สูตินรีแพทย์ และแพทย์ทุกคน

รศ. ดร. นพ. วีรวิทย์ ปิยะมงคล  
หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
กุมภาพันธ์ 2557

# คำนำ

ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม เป็นภาวะที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และในบางครั้งถ้าให้การดูแลไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย และอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้น หนังสือฉบับนี้ได้รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรมโดยคณาจารย์ที่มีประสบการณ์ การเรียบเรียงจะเป็นลักษณะที่นำไปปฏิบัติจริง แนวการเขียนจะกระชับ ระบุเล่มกระทัดรัด จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ทั่วไป และแพทย์ประจำบ้าน ที่สนใจ

ผศ. พญ. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ  
ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
10 มีนาคม 2557

# สารบัญ

บทที่ 1	การแท้ง.....	1
	รศ. พญ. ประภาพร สุประเสริฐ.....	13
บทที่ 2	ภาวะตกเลือดก่อนคลอด .....	13
	ผ.ศ. พญ. เพ็ญงลดา ทองประเสริฐ.....	13
บทที่ 3	ภาวะตกเลือดหลังคลอด .....	27
	ผ.ศ. พญ. เพ็ญงลดา ทองประเสริฐ.....	27
บทที่ 4	ภาวะทารกเครียดในครรภ์.....	43
	ผ.ศ. พญ. เพ็ญงลดา ทองประเสริฐ.....	43
บทที่ 5	ภาวะติดไหล่.....	55
	อ. พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ.....	55
บทที่ 6	การคลอดทารกทำกันทางช่องคลอด .....	65
	อ. พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ.....	65
บทที่ 7	ภาวะสายสะดือไหลย้อน.....	79
	ผศ. พญ. เพ็ญงลดา ทองประเสริฐ.....	79
บทที่ 8	ครรภ์เป็นพิษและภาวะชัก.....	85
	อ. พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ.....	85
บทที่ 9	ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด.....	93
	อ. พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ.....	93

# สารบัญ

บทที่ 10	การตั้งครรภ์นอกมดลูก.....	99
	อ. พญ. อุษณีย์ แสนหมี.....	99
บทที่ 11	การบิดตัวของปีกมดลูก.....	111
	อ. พญ. อุบล แสงอนันต์.....	111
บทที่ 12	ก้อนเลือดคั่งบริเวณปากช่องคลอดและช่องคลอด.....	119
	รศ. พญ. ประภาพร สู่ประเสริฐ.....	119
บทที่ 13	โรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน.....	123
	อ. พญ. อุษณีย์ แสนหมี.....	123
บทที่ 14	ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก.....	133
	อ. พญ. อุบล แสงอนันต์.....	133
บทที่ 15	ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งนรีเวช.....	147
	รศ. พญ. ประภาพร สู่ประเสริฐ.....	147
บทที่ 16	มะเร็งนรีเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป.....	153
	รศ. พญ. ประภาพร สู่ประเสริฐ.....	153
บทที่ 17	การคุมกำเนิดฉุกเฉิน.....	163
	อ. พญ. ทวีวัน พันธศรี.....	163
บทที่ 18	การดูแลรักษาผู้ถูกส่งละเมิดทางเพศ.....	173
	อ. พญ. ทวีวัน พันธศรี.....	173

# บทที่ 1

การแท้ง

Abortion

รศ. พญ. ประภาพร สุประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความหมายของการแท้ง คือ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ก่อนที่ทารกในครรภ์ จะมีชีวิตอยู่รอด โดยทั่วไปจะหมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือ ก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักตัวเกิน 500 กรัม<sup>1</sup> ในที่นี้จะกล่าวถึง แต่ การดูแลการแท้งที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous abortion) ซึ่งจะแบ่งเป็น การดูแลการแท้งในไตรมาสแรก ที่พบได้มากกว่าร้อยละ 80 ของการแท้งทั้งหมด และการดูแลการแท้งในไตรมาสที่ 2

### สาเหตุ<sup>1</sup>

1. โครโมโซมผิดปกติ พบว่ากว่าครึ่งของการแท้งที่เกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เกิดจากโครโมโซมผิดปกติ โดยเฉพาะที่พบบ่อยคือ trisomy ที่ 13,16,18 และ 21
2. การติดเชื้อ แต่หลักฐานไม่ชัดเจน เชื่อว่าการติดเชื้อ bacterial vaginosis อาจจะเพิ่มการแท้งในไตรมาสที่ 2
3. โรคที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น การเกิดภาวะ hypothyroidism, เบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องใช้อินซูลิน และควบคุม น้ำตาลได้ไม่ดี
4. การขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนหรือที่เรียกว่า luteal phase defect ซึ่งจะ ทำให้ corpus luteum สร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนได้ไม่เพียงพอ
5. ภาวะโภชนาการที่บกพร่อง
6. การสูบบุหรี่ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เกินกว่า 14 มวนต่อวัน จะเพิ่มการแท้งเป็น 2 เท่าของผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่



7. การตีมเครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์ ผู้หญิงที่ตีมเครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จะเพิ่มความเสี่ยงในการแท้งเป็น 2 เท่าของผู้หญิงที่ไม่ตีม
8. การตีมกาแฟ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นถ้าตีมกาแฟ หรือ เครื่องตีมที่มีคาเฟอีนเกิน 5 แก้วต่อวัน
9. โรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันบางอย่าง เช่น antiphospholipid syndrome
10. ความผิดปกติของมดลูก หรือ ปากมดลูก มักจะพบในการแท้งไตรมาสที่ 2 โดยเฉพาะ incompetent cervix

### ประเภทของการแท้ง<sup>1, 2</sup>

1. การแท้งคุกคาม (threatened abortion) คือ การมีเลือดออกจากมดลูก โดยที่ปากมดลูกยังปิด ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์
2. การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable abortion) คือ การมีเลือดออกจากมดลูกและมีการเปิดขยายของปากมดลูก โดยที่ยังไม่มีเนื้อรก หรือชิ้นส่วนของทารกในครรภ์ออกมา ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์
3. การแท้งครบ (complete abortion) คือการที่ทารกในครรภ์ และเนื้อรกทั้งหมดแท้งออกมาจากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ ปากมดลูกจะปิด
4. การแท้งไม่ครบ (incomplete abortion) คือ การที่ทารกในครรภ์ หรือ เนื้อรกบางส่วน แท้งออกมาจากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ ปากมดลูกมักจะเปิดอยู่
5. การแท้งค้าง (missed abortion) คือ การที่ทารกในครรภ์เสียชีวิตเป็นเวลาหลายวัน และปากมดลูกยังปิดอยู่

## การดูแลการแท้งในไตรมาสแรก <sup>3,4</sup>

การแท้งในไตรมาสแรกพบได้ประมาณร้อยละ 15 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และมักเกิดก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ความเสี่ยงในการเกิดการแท้งจะมากขึ้นถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอายุมากขึ้น เคยแท้งมาก่อนหลายครั้ง หรือมีโรคประจำตัว

### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาศัยจากประวัติ โดยที่อาการแท้งที่พบบ่อยคือ การมีเลือดออกทางช่องคลอด การปวดท้องน้อย การมีชิ้นเนื้อหลุดออกมาจากช่องคลอด แต่อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจ不会有อาการ โดยแพทย์อาจจะสงสัยว่าเกิดการแท้งถ้าตรวจร่างกายแล้วขนาดมดลูกโตไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่ขาดประจำเดือน หรือ ตรวจเลือดหาปริมาณ  $\beta$ -hCG แล้วพบว่าไม่เพิ่มขึ้นตามปกติ โดยที่  $\beta$ -hCG จะเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 24 ใน 24 ชั่วโมงแรก และ ร้อยละ 53 ในเวลา 48 ชั่วโมงในการตั้งครรภ์ปกติ <sup>4</sup>

การตรวจร่างกายต้องตรวจตั้งแต่สัญญาณชีพ โดยทั่วไปถ้าเสียเลือดไม่มาก และไม่มีการติดเชื้อ จะไม่มีความดันโลหิตต่ำ หรือมีไข้ ต้องตรวจร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะคลำท้องดูว่าขนาดมดลูกโตเท่าใด และต้องทำการตรวจภายในประเมินว่ามี การเปิดของปากมดลูกแล้วหรือยัง ถ้ายังต้องส่งตรวจพิเศษ เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นการแท้ง ไม่ใช่ภาวะอื่น เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

### การตรวจอัลตราซาวด์ <sup>3,5</sup>

ในปัจจุบันการใช้การตรวจอัลตราซาวด์มีบทบาทมากในการช่วยวินิจฉัยและบอกพยากรณ์โรคของการแท้งในหญิงตั้งครรภ์ อัลตราซาวด์สามารถทำให้ทราบว่าทารกในครรภ์มีชีวิตอยู่หรือไม่ การแท้งครบ หรือ การแท้งค้าง แยกภาวะการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก หรือ การตั้งครรภ์นอกมดลูกออกไป

### ลักษณะของการตรวจอัลตราซาวด์ที่ช่วยวินิจฉัยภาวะแท้ง<sup>3,5,6</sup>

1. การพบถุงน้ำการตั้งครรภ์ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางอย่างน้อย 15 มม. เมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ และ 21 มม. เมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ โดยที่ไม่พบตัวทารก สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดการแท้งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการได้ถึงร้อยละ 90.8 นอกจากนี้ถ้าพบถุงน้ำการตั้งครรภ์ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 17 มม. โดยไม่มีตัวอ่อน หรือ ถุงน้ำการตั้งครรภ์ขนาด 13 มม. โดยไม่เห็น yolk sac สามารถทำนายการเกิดการตั้งครรภ์ที่ตัวอ่อนเสียชีวิตแน่นอนได้ถึงร้อยละ 100
2. ถ้าพบการเต้นของหัวใจตัวอ่อนเมื่อตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด ในตัวอ่อนที่มีความยาว 5 มม. ขึ้นไป ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการสงสัยการแท้งจะมีอัตราการเกิดการแท้งเพียงร้อยละ 3.4-5.5 แต่ถ้าไม่พบการเต้นของหัวใจตัวอ่อน อัตราการแท้งจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20-31
3. ขนาดของตัวอ่อนหรือถุงน้ำการตั้งครรภ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วง 1 สัปดาห์
4. อัตราการเต้นของหัวใจตัวอ่อนที่ช้าร่วมกับการที่ขนาดของถุงน้ำการตั้งครรภ์ และ ขนาดตัวอ่อนไม่ไปด้วยกัน จะเพิ่มโอกาสการเกิดการแท้งสูงขึ้น
5. การตรวจพบ subchorionic hematoma จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดการแท้ง

### การตรวจเลือด

ถ้าการตรวจเลือดค่าต่อไปนี้ และพบว่ามีขนาดต่ำ จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการแท้งอย่างมาก ได้แก่<sup>5</sup>

- ตรวจ free  $\beta$ -hCG พบต่ำกว่า 20 ng/ml
- ระดับ  $\beta$ -hCG เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 66 ใน 48 ชั่วโมง
- โปรเจสเตอโรน น้อยกว่า 45 nmol/l ในไตรมาสแรก
- CA 125 เกิน 43.1 unit/L ในไตรมาสแรก

## การรักษา

### การแท้งคุกคาม<sup>5</sup>

การรักษาการแท้งคุกคาม คือ การนอนพัก ส่วนการให้ โปรเจสเทอโรน ยังไม่พบว่ามีประโยชน์มากนักในการรักษาการแท้งคุกคาม

### การแท้งอื่นๆ

การรักษาการแท้งครบคงไม่ต้องทำอะไร แต่ถ้าเป็นการแท้งค้าง หรือ แท้งไม่ครบสามารถรักษาได้ 2 แบบ คือ surgical และ non-surgical management

### *Surgical management*<sup>1,3</sup>

ประกอบด้วย

- การขยายปากมดลูก กรณีที่ปากมดลูกปิดอยู่ ตามด้วย
  - การขูดมดลูก (*sharp curettage*)
  - การดูด (*vacuum aspiration*)
  - *Evacuation*
- Hysterotomy
- การตัดมดลูก (*hysterectomy*)

วิธีที่นิยม คือ การดูด และ การขูดมดลูก โดยทั่วไปถ้าปากมดลูกยังปิดอยู่ควรขยายปากมดลูกก่อน ซึ่งอาจจะใช้ *dilator* หรือ ใส่สารบางอย่างเช่น *laminaria*คาไว้ที่ปากมดลูก แต่ในประเทศไทยยังไม่มีใช้ ที่ใช้บ่อยในประเทศไทย คือ การทำ *dilatation & curettage*

## เทคนิคของการทำ *dilatation & curettage* <sup>1</sup>

- ให้ยาระงับอาการปวด
- ตรวจภายในเพื่อประเมินขนาดมดลูก และ ทิศทาง
- ใส่ speculum ปรับให้เห็นปากมดลูกอย่างชัดเจน
- เช็ดปากมดลูกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น providone iodine
- ใช้ tenaculum จับปากมดลูกด้านบน
- ใช้ dilator ค่อยๆ สอดผ่านคอปากมดลูก โดยเริ่มจากขนาดเล็กๆ ก่อน
- ใช้ uterine sound ค่อยๆ สอดเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อประเมินทิศทางและความลึกของมดลูก
- ใช้ที่คีบชิ้นเนื้อค่อยๆ สอดเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อคีบเอาเนื้อเยื่อต่างๆ ออก กรณีที่มีเนื้อเยื่ออยู่ในโพรงมดลูกมาก หลังจากนั้นใช้ที่ขูดมดลูก (curettage) ค่อยๆ ขูดให้ทั่วโพรงมดลูก จนแน่ใจว่าไม่มีเนื้อเยื่อเหลือ

## ภาวะแทรกซ้อน

- มดลูกทะลุ ซึ่งจะหลีกเลี่ยงได้โดยการค่อยๆ สอดเครื่องมือเข้าโพรงมดลูก
- การติดเชื้อ ควรให้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังขูดมดลูก ที่ใช้ง่ายคือให้ doxycycline 100 มก รับประทาน ก่อนทำ และให้รับประทานอีก 200 มก หลังทำ
- การเกิดพังผืดในโพรงมดลูก (uterine synechiae) หลีกเลี่ยงได้โดยการอย่าขูดมดลูกอย่างรุนแรง
- การเกิด cervical incompetence แต่พบได้น้อยมาก

## *Non-surgical management*

ปัจจุบันการรักษาภาวะแท้งโดยใช้ non-surgical management เป็นที่นิยม เพราะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขูดมดลูกลงได้

## Non-surgical management ประกอบด้วย <sup>6</sup>

### 1. การเฝ้าสังเกต (expectant)

พบว่าการเฝ้าสังเกตอาการเพียงอย่างเดียวจะมีการแท้งเกิดขึ้นเองอย่างสมบูรณ์ถึงร้อยละ 85 ในเวลา 1 เดือน และถ้าเป็นการแท้งแบบไม่ครบ จะมีการแท้งออกมจนครบในเวลา 3 วันถึงร้อยละ 79 แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยมักจะกังวล และ เกิดเลือดออกมากจนต้องมาขูดมดลูกฉุกเฉินได้บ่อย

### 2. การใช้ยา

ยาที่มีที่ใช้ <sup>1</sup>

- การใช้ prostaglandins ที่นิยม และ หาได้ง่าย คือ misoprostol
- การใช้ antiprogesterones : RU 486 (mifepristone)
- การใช้ methotrexate ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือ รับประทาน

ยาที่นิยมใช้ คือ misoprostol เพราะมีราคาถูก หาง่าย เก็บรักษาสะดวก โดยอาจจะให้รับประทาน อนุมัติลิน หรือ เหน็บทางช่องคลอด ซึ่งเป็นการให้ที่นิยมมากที่สุด สำหรับขนาดที่ใช้ยังไม่เป็นที่สรุป โดยมากถ้ายังไม่มีการแท้งออกมาเลยส่วนใหญ่แนะนำคือ 800 มก. เหน็บช่องคลอด ให้ทุก 24 ชม. ติดต่อกัน 3 วัน หากยังไม่มีการแท้ง แนะนำให้ขูดมดลูกเลย ส่วนถ้าเป็นการแท้งไม่ครบมักนิยมให้ 400 มก.

## การดูแลการแท้งในไตรมาสที่ 2 <sup>1,7</sup>

การแท้งในไตรมาสที่ 2 เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 10-15 ของการทำชักนำให้เกิดการแท้ง (induced abortion) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากทารกมีความผิดปกติ การแท้งในไตรมาสนี้ อาจจะทำให้เกิดการเสียเลือดอย่างมากได้ วิธีการทำให้เกิดการแท้งในไตรมาสนี้ อาจทำได้โดย การให้ oxytocin ทางหลอดเลือดดำ หรือ การฉีด hyperosmotic solution เช่น 20% saline, 30% urea เข้าไปในถุงน้ำคร่ำ แต่วิธีที่ปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับคือการใช้ misoprostol

## อย่างไรก็ตาม กรณีต่อไปนี้ถือเป็นข้อห้ามในการใช้ *misoprostol* คือ

- ไม่แน่ใจว่าเป็นการท้องนอกมดลูกหรือไม่
- มีประวัติแพ้ยา *misoprostol*
- เป็น inherited porphyria
- มีภาวะ chronic adrenal failure
- มีภาวะ hemorrhagic disorder
- มีภาวะโรคหัวใจรุนแรง
- มีภาวะโรคปอดรุนแรง

### ข้อควรระวังคือ

- กำลังรับการรักษาโดยใช้สเตียรอยด์
- มีภาวะซีดมาก
- มีความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ

### ขนาดยาที่แนะนำ <sup>(7,8)</sup>

กรณีที่ทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่ ให้ยา *misoprostol* เหน็บทางช่องคลอด 400 มก. ให้ซ้ำทุก 3-6 ชม. ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูก แต่ให้ได้ไม่เกิน 5 ครั้ง พบว่าประมาณร้อยละ 80-90 จะแท้งออกมาใน 24 ชม ระหว่างให้ยาต้องดูแลในด้านความเจ็บปวด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ท้องเสีย การฉีกขาดของปากมดลูก และยังเกิดมดลูกแตกได้ จึงต้องระวังโดยเฉพาะในรายที่มีการผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน

### กรณีที่ทารกในครรภ์เสียชีวิตแล้ว

#### อายุครรภ์ 13-17 สัปดาห์

ให้ *misoprostol* เหน็บทางช่องคลอด 200 มก. ให้ซ้ำทุก 6-12 ชม. ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูกที่ตีพอ ให้ทั้งหมดไม่เกิน 4 ครั้ง โดยครั้งที่สอง

อาจให้เพิ่มได้เป็น 400 มก.

### **อายุครรภ์ 18-26 สัปดาห์**

ให้ misoprostol หนึ่งทางช่องคลอด 100 มก. ให้ซ้ำทุก 6-12 ชม ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูกที่ดีพอ ให้ทั้งหมดไม่เกิน 4 ครั้ง โดยครั้งที่สอง อาจให้เพิ่มได้เป็น 200  $\mu\text{g}$  แต่ขนาดโดยรวมต้องไม่เกิน 800 มก.

### **อายุครรภ์เกิน 26 สัปดาห์**

ถ้า Bishop score น้อยกว่า 6 ให้ misoprostol หนึ่งทางช่องคลอด 25-50 มก. ให้ซ้ำทุก 4 ชม ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูกที่ดีพอ ให้ทั้งหมดไม่เกิน 6 ครั้ง โดยครั้งที่สอง อาจให้เพิ่มได้เป็น 50-100 มก. แต่ขนาดโดยรวมต้องไม่เกิน 600 มก. ถ้าปากมดลูกเริ่มเปิดแล้ว และต้องการให้ oxytocin ต่อ ต้องเริ่มให้หลังจากให้ misoprostol ครั้งสุดท้ายเกิน 4 ชม

### **การพิจารณาการให้ยาครั้งที่ 2**

สังเกตการหดตัวของมดลูก โดยถ้ามีการหดตัวของมดลูกเกิน 2 ครั้ง ใน 10 นาที ไม่ต้องให้ dose ต่อไป แต่ถ้าการหดตัวกลับมาน้อยไปอีก สามารถพิจารณาให้ dose ที่ 2 ได้

ส่วนใหญ่แล้วประมาณร้อยละ 67-83 จะมีการคลอดทารกออกมาในเวลา 24 ชม

### **ผลข้างเคียงของการให้ยา misoprostol**

- อาการปวดเกร็งท้อง จากการที่มีการหดตัวของมดลูก อาจจะให้ยาแก้ปวด NSAIDS หรือกลุ่มมอร์ฟินช่วย
- อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
- อาการไข้ หนาวสั่น



## สรุป

การดูแลภาวะแท้ง ต้องแยกเป็น ไตรมาสแรก และไตรมาสที่ 2 ในไตรมาสแรกสามารถรักษาได้ทั้งการผ่าตัดโดยการ การใช้ยา หรือ การขูดมดลูก ส่วนในไตรมาสที่ 2 การใช้ยามีแนวโน้มจะปลอดภัยมากกว่า

## เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw Hill; 2005. p. 231-51.
2. Stovall TG, Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy. In: Berek JS, editor. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p 601-604.
3. Ramphal SR, Moodley J. Emergency gynaecology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006;20:729-50.
4. Cowett AA, Lichtenberg ES. Pregnancy loss and termination. In: SokolAI, SokolER, editors. General gynecology. The requisites in obstetrics and gynecology. Philadelphia: Mosby; 2007:225-56.
5. Sotiriadis A, Papatheodorou S, Makrydimas G. Threatened miscarriage: evaluation and management. BMJ 2004;329:152-5.
6. Tang OS, Ho PC. The use of misoprostol for early pregnancy failure. Curr Opin Obstet Gynecol 2006;18:581-6.
7. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. Reprod Health Matters 2008;16:162-72.
8. Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. Int J Gynaecol Obstet 2007;99 (Suppl 2) :S190-3.



# บทที่ 2

ภาวะตกเลือดก่อนคลอด

Antepartum Hemorrhage

พญ. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะตกเลือดก่อนคลอด หมายถึง การมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังพ้นระยะแท้ง (ส่วนใหญ่นับตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์) เกิดจากสาเหตุดังแสดงในตารางที่ 1 ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะสาเหตุที่พบได้บ่อย และทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อมารดาและทารก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ได้แก่ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก และการแตกของ vasa previa สำหรับภาวะ excessive bloody show นั้นเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในระยะเจ็บครรภ์คลอด เป็นผลจากปากมดลูกเปิดและบางตัวลง ทำให้มีการฉีกขาดของหลอดเลือดขนาดเล็กบริเวณปากมดลูก เลือดที่ออกมักส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก การดูแลรักษาคือการเฝ้าระวังและสังเกตอาการในระยะรอคลอด จึงไม่กล่าวรายละเอียดในที่นี้

### ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุของภาวะตกเลือดก่อนคลอด

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ (obstetric causes)	สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ (non-obstetric causes)
1. รกเกาะต่ำ (placenta previa)	1. หลอดเลือดขอดช่องคลอดแตก (varicose veins rupture)
2. รกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption)	2. ตึงเนื้อหรือรอยโรคที่ปากมดลูก (polyp or cervical lesion)
3. มดลูกแตก (uterine rupture)	3. ปากมดลูกหรือผนังช่องคลอดอักเสบ (infection)
4. การแตกของ vasa previa	4. มะเร็งปากมดลูก (cervical cancer)
5. Excessive bloody show	5. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

## การประเมินและรักษาขั้นต้น

### 1. ประเมินสภาวะและกักซีพมารดา (ก่อนทารกเสมอ)

- ตรวจสอบสัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะ (อาจต้องใส่สายสวนปัสสาวะถ้าเสียเลือดมาก)
- เปิดหลอดเลือดด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ (ขนาดเข็มเบอร์ 18 เป็นอย่างน้อย)
- ให้น้ำเกลือชนิด crystalloid (LRS หรือ 0.9% NSS)
- ให้ออกซิเจน
- เก็บเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เช่น CBC and platelets count, blood grouping and cross matching for PRC 2 – 6 units (โดยพิจารณาตามปริมาณการเสียเลือด), PT and PTT

### 2. การประเมินสาเหตุและวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น

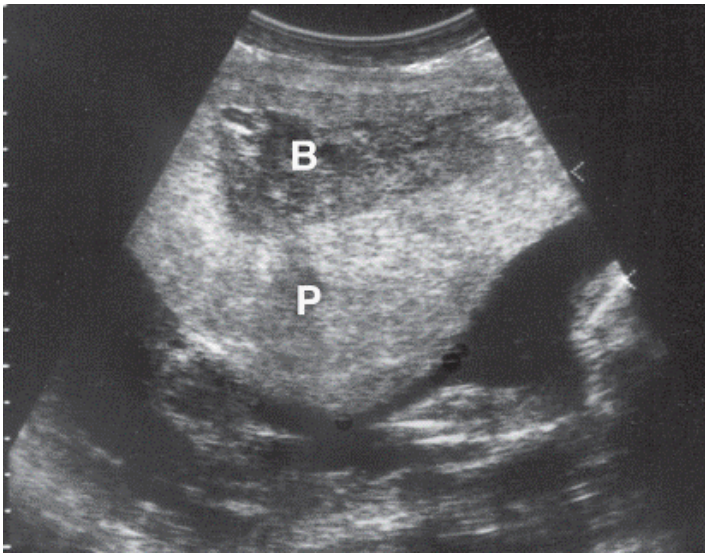
- ชักประวัติ และพบทวนประวัติการฝากครรภ์
- ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง (leopold maneuver) เพื่อประเมินขนาดของทารก ทำ ส่วนนำ และการ engagement และประเมินการหดตัวของมดลูก
- ห้ามตรวจภายในและห้ามตรวจทางทวารหนัก (No PV, No PR)
- ตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูตำแหน่งของรก (ช่วยวินิจฉัยรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนดในบางราย)
- ตรวจภายในด้วย sterile speculum เพื่อหาตำแหน่งที่เลือดออกและรอยโรคเฉพาะที่ (ในกรณีที่ไม่มียรกเกาะต่ำ)

### 3. ประเมินสภาวะทารกในครรภ์

- ตรวจอัลตราซาวด์อย่างรวดเร็วเพื่อดูอัตราการเต้นของหัวใจทารก และประเมินอายุครรภ์
- ทำ FHR monitoring เช่น non stress test (NST) ในกรณีสภาวะมารดาคงที่

## รกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption)

รกลอกตัวก่อนกำหนด หมายถึง ภาวะที่มีการลอกตัวของรกที่เกาะในตำแหน่งปกติ วินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิก ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง มดลูกหดรัดตัวบ่อยหรือแข็งเกร็ง อาจดเจ็บที่มดลูก หัวใจทารกเต้นผิดปกติ<sup>1</sup> ในรายที่เป็นรุนแรง ทารกอาจเสียชีวิตในครรภ์ มารดามีภาวะช็อค และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (consumptive coagulopathy) การตรวจอัลตราซาวด์อาจช่วยในการวินิจฉัยในรายหากพบเลือดออกหลังรกตั้งแสดงในรูปที่ 2-1 อย่างไรก็ตามการไม่พบความผิดปกติจากการตรวจอัลตราซาวด์ก็ไม่สามารถวินิจฉัยแยกภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดออกไปได้<sup>2</sup> สาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ประวัติรกลอกตัวก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน อุบัติเหตุกระทบกระเทือนบริเวณหน้าท้อง การลดขนาดอย่างฉับพลันของมดลูกขนาดใหญ่ เช่น ครรภ์แฝดน้ำ การทำหัตถการของแพทย์ เช่น การหมุนกลับตัวเด็กทางหน้าท้อง เป็นต้น



**รูปที่ 2-1** แสดงภาพอัลตราซาวด์ผ่านทางหน้าท้องมารดา เห็นลักษณะก้อนเลือด (blood clot; B) อยู่บริเวณด้านหลังของรก (placenta; P)

## การดูแลรักษาภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

1. ประเมินสภาวะและก๊วซีพมารดาก่อนทารกเสมอ เน้นแก้ไขภาวะช็อค และระวังภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
  - 1.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะ อาจต้องใส่สายสวนปัสสาวะถ้ามีอาการช็อคหรือช็อค
    - 1.2 เจาะเลือดเพื่อตรวจ
      - CBC and platelets count
      - Blood grouping and cross matching for PRC, fresh frozen plasma (FFP) หรือ cryoprecipitate และ platelets
      - PT and PTT (หรือทำ clotting time)
      - Fibrinogen
    - 1.3 ให้น้ำเกลือชนิด *crystalloid* (LRS หรือ 0.9% NSS)
    - 1.4 ให้ออกซิเจน
    - 1.5 ให้เลือด PRC ถ้ามีภาวะช็อค ให้ *fresh frozen plasma* หรือ *cryoprecipitate* ถ้ามีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
2. ประเมินสภาวะทารกในครรภ์
  - 2.1 ทารกยังมีชีวิต และไม่มีภาวะ *fetal distress*
    - Vaginal delivery เจาะถุงน้ำคร่ำเมื่อไม่มีข้อห้าม ให้ oxytocin หากมดลูกหดตัวไม่ดี
    - Emergency cesarean section ในกรณี
      - ปากมดลูกยังปิด หรือคาดว่าใช้เวลานานหากรอให้คลอดทางช่องคลอด
      - ภาวะรกลอกตัวรุนแรงมาก หรือความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นระหว่างรอคลอดทางช่องคลอด
    - Expectant management (ไม่ยุติการตั้งครรภ์) โดยการรักษาแบบประคับประคองเพื่อยืดอายุครรภ์ ถือเป็นกรณีพิเศษที่ไม่กระทำโดยทั่วไป อาจพิจารณาในรายที่อายุครรภ์ยังน้อย (< 34 สัปดาห์) รกลอกตัวไม่รุนแรง เลือดหยุดแล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสภาวะของมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์ดี อาจให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกเพื่อรอให้

สเตรียรอยด์ออกฤทธิ์ และต้องตรวจติดตามสถานะของมารดาและทารกอย่างใกล้ชิด<sup>3</sup>

- ติดตามเสียงหัวใจทารกอย่างใกล้ชิดด้วย electronic continuous fetal heart rate monitoring (การเฝ้าระวังภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดจากการได้รับอุบัติเหตุ ควรตรวจ electronic continuous fetal heart rate monitoring อย่างน้อย 2-6 ชั่วโมง ถ้าปกติ ไม่มีเลือดออก ไม่มีการหดตัวของมดลูก สถานะของมารดาและทารกปกติ สามารถอนุญาตให้กลับบ้านได้<sup>4</sup>

## 2.2 ทารกยังมีชีวิต แต่มีภาวะ fetal distress

- Emergency cesarean section

## 2.3 ทารกเสียชีวิตแล้ว

- Vaginal delivery

## 3. ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

### 3.1 ภาวะซีด

### 3.2 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

### 3.3 ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลัน

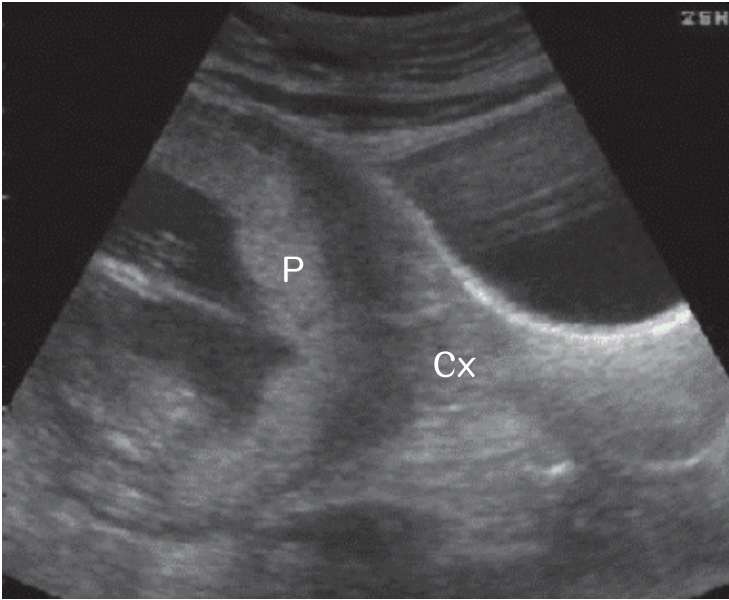
### 3.4 ภาวะตกเลือดหลังคลอด

## รกเกาะต่ำ (placenta previa)

รกเกาะต่ำ หมายถึง ภาวะที่รกเกาะต่ำลงมาถึงบริเวณส่วนล่างของมดลูก (lower uterine segment) มีลักษณะทางคลินิก ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์ (painless bleeding) มักไม่มีการหดตัวของมดลูกหรือมดลูกแข็งเกร็ง กดไม่เจ็บ เสียงหัวใจทารกส่วนใหญ่จะปกติ ส่วนนำทารกไม่ลงยุ่งเชิงกราน (unengagement) ทารกอาจอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง หรือ oblique lie

การวินิจฉัยยืนยันขึ้นด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ (ทางหน้าท้อง หรือทางช่องคลอด) ดังแสดงในรูปที่ 2-2 การตรวจภายใน เป็นวิธีที่วินิจฉัยโรคได้แม่นยำที่สุด แต่อาจทำให้เกิดการตกเลือดอย่างรุนแรงได้ จึงต้องทำการตรวจแบบ double setup ในห้องผ่าตัด โดยเตรียมพร้อมที่จะทำการผ่าตัดได้ทันที ซึ่งโดยทั่วไปมีน้อยรายมากที่จำเป็น





**รูปที่ 2-2** แสดงภาพอัลตราซาวด์ผ่านทางหน้าท้องมารดา (sagittal view) เห็นลักษณะรก (placenta; P) เกาะบริเวณปากมดลูก (cervix; Cx)

ต้องทำการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีนี้ เนื่องจากการตรวจอัลตราซาวด์สามารถวินิจฉัยรกเกาะต่ำได้อย่างถูกต้องถึงร้อยละ 96<sup>5</sup> ภาวะรกเกาะต่ำแบ่งได้ 4 ชนิด ได้แก่

1. *Low-lying placenta* คือ รกเกาะต่ำที่ขอบรกยังไม่ถึง *internal os* (ไม่เกิน 2 ซม. วัดจากอัลตราซาวด์)<sup>6</sup>
2. *Marginal placenta previa* คือ รกเกาะต่ำชนิดที่ขอบรกเกาะที่ขอบของ *internal os* พอดี
3. *Partial placenta previa* คือ รกเกาะต่ำที่ขอบรกคลุมปิด *internal os* เพียงบางส่วน
4. *Total placenta previa* คือ รกเกาะต่ำที่ขอบรกคลุมปิด *internal os* ทั้งหมด

## การดูแลรักษาภาวะรกเกาะต่ำ

1. ประเมินสภาวะและก๊วซีพมารดา ก่อนทารกเสมอ
  - 1.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะ อาจต้องใส่สายสวนปัสสาวะถ้าเสียเลือดมาก
  - 1.2 เจาะเลือดเพื่อตรวจ
    - CBC and platelets count
    - Blood grouping and cross matching for PRC 2 – 6 units โดยพิจารณาตามปริมาณการเสียเลือด
  - 1.3 ให้น้ำเกลือชนิด *crystalloid* (LRS หรือ 0.9% NSS)
  - 1.4 ให้ออกซิเจน
  - 1.5 ห้ามตรวจภายในและห้ามตรวจทางทวารหนัก (No PV, No PR)
  - 1.6 ให้เลือด PRC ถ้ามีภาวะซีด
2. ประเมินอายุครรภ์ ปริมาณเลือดที่ออก สภาวะทารก และชนิดของรกเกาะต่ำ (ตามลำดับ)
  - 2.1 อายุครรภ์เสี่ยงรอด<sup>ก</sup>
    - เลือดออกมาก : emergency cesarean section<sup>ข</sup>
    - เลือดออกไม่มาก / เลือดหยุดแล้ว แต่มี fetal distress : emergency cesarean section
    - เลือดออกไม่มาก / เลือดหยุดแล้ว และไม่มี fetal distress : close observation<sup>ค</sup>
      - รกเกาะต่ำชนิด total หรือ partial : elective cesarean section
      - รกเกาะต่ำชนิด marginal หรือ low-lying : spontaneous vaginal delivery<sup>ง</sup>
  - 2.2 อายุครรภ์น้อย
    - เลือดออกมาก : vaginal delivery
    - ทารกเสียชีวิต : vaginal delivery
    - เลือดออกไม่มาก / เลือดหยุดแล้ว และ สภาวะทารกปกติ : close observation
3. ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

3.1 ภาวะซีด

3.2 ภาวะรกเกาะลึก (placenta adherence)

3.3 ภาวะตกเลือดหลังคลอด

3.4 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

3.5 ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลัน

<sup>n</sup> preterm viable fetus : ในรายที่อายุครรภ์ 24 – 34 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้ยากกระตุ้นปอดทารก (corticosteroids) ในรายที่มีการเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วย อาจพิจารณาให้ยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก (หลีกเลี่ยงการใช้ยากกลุ่ม beta-sympathomimetic drugs แนะนำให้ magnesium sulfate หรือยากกลุ่ม calcium channel blockers แต่ต้องระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ ส่วนยา indomethacin ไม่แนะนำให้ใช้หลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และในครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อย)

<sup>u</sup> cesarean section : การผ่าตัดคลอดควรทำในสถานที่ที่มีความพร้อม โดยสูติแพทย์ที่มีประสบการณ์ เตรียมเลือดให้พอ และวางแผนการผ่าตัดก่อนลงมีดเสมอ โดยพิจารณาจากตำแหน่งของรกที่เกาะ ส่วนใหญ่สามารถลงแผลที่ส่วนล่างของมดลูกตามแนวขวาง (low transverse uterine incision) ในบางรายอาจพิจารณาลงแผลที่ส่วนบนของมดลูกตามแนวยาว (classical uterine incision) เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าทะลุรก ในกรณีรกเกาะด้านหน้าควรวางแผนล่วงหน้าว่าจะผ่าทะลุรก หรืออ้อมชายรก (ใช้นิ้วเข่าจรกจากผนังมดลูกไปยังชายรกที่ใกล้ที่สุดเพื่อเจาะถุงน้ำคร่ำ) <sup>7</sup> หลังเด็กและรกคลอดแล้ว ระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด ในบางรายอาจติดแน่นจึงต้องเตรียมพร้อมผ่าตัดมดลูกเสมอ

<sup>k</sup> close observation : ให้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ควบคุมแลอย่างใกล้ชิดในห้องคลอด เจาะเลือดตรวจ CBC, platelet count, cross match (งตน้ำและอาหารให้น้ำเกลือ เตรียมพร้อมผ่าตัดคลอดฉุกเฉินไว้เสมอ) ฝ้าสังเกตอาการเลือดออกทางช่องคลอด อัตราการเต้นของหัวใจทารก สัญญาณชีพ ห้ามตรวจทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก และห้ามสวนอุจจาระ ในกรณีเลือดหยุดแล้ว และสภาวะทารกปกติสามารถให้กลับบ้านได้ แต่ต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันทีที่มีเลือดออกซ้ำ นัดตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำในไตรมาสสุดท้ายว่าภาวะรกเกาะต่ำยังคงมีอยู่หรือไม่และเป็นชนิดใดเพื่อวางแผนการคลอด

<sup>9</sup> vaginal delivery : ควรคลอดในสถานที่ที่มีความพร้อม สามารถผ่าตัดฉุกเฉินได้ตลอดเวลา เตรียมเลือดให้พอ หลีกเลี่ยงการตรวจภายในบ่อย และควรทำด้วยความนุ่มนวล (ในกรณีทารกอายุครรภ์น้อยหรือเสียชีวิตแล้ว การให้คลอดทางช่องคลอดถือเป็นกรณีพิเศษที่ต้องการหลีกเลี่ยงการผ่าตัดคลอด ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมากและควรให้เลือดชดเชยอย่างพอเพียง)

## มดลูกแตก (uterine rupture)

ภาวะมดลูกแตก มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ การเคยมีแผลที่ตัวมดลูกมาก่อน เช่น การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดก่อนเนื้องอกมดลูก การขูดมดลูก เป็นต้น ภาวะมดลูกผิดปกติแต่กำเนิด การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น oxytocin หรือ misoprostol การคลอดติดขัดจากการกดทับส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานหรือทารกอยู่ในท่าผิดปกติ การใช้หัตถการช่วยคลอด หรือมีประวัติได้รับอุบัติเหตุรุนแรง มีลักษณะทางคลินิก คือ เลือดออกทางช่องคลอดหรือในช่องท้อง ปวดท้อง มีภาวะซีดหรือช็อค ทารกมีภาวะ fetal distress หรือเสียชีวิตอย่างฉับพลัน<sup>8</sup> ตรวจภายในอาจคลำไม่ได้ส่วนนำของทารก ตรวจหน้าท้องอาจคลำได้ส่วนนำของทารกลอยสูงขึ้น และคลำได้ส่วนต่างๆ ของทารกชัดเจนหากทารกหลุดเข้าไปอยู่ในช่องท้อง

## การดูแลรักษาภาวะมดลูกแตก

1. ประเมินสภาวะและกักซีพมารดา ก่อนทารกเสมอ

1.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะ (ใส่สายสวนปัสสาวะ)

1.2 เจาะเลือดเพื่อตรวจ

- CBC and platelets count
- Blood grouping and cross matching for PRC, FFP และ platelets
- PT and PTT (หรือทำ clotting time)

1.3 ให้น้ำเกลือชนิด crystalloid (LRS หรือ 0.9% NSS)

1.4 ให้ออกซิเจน

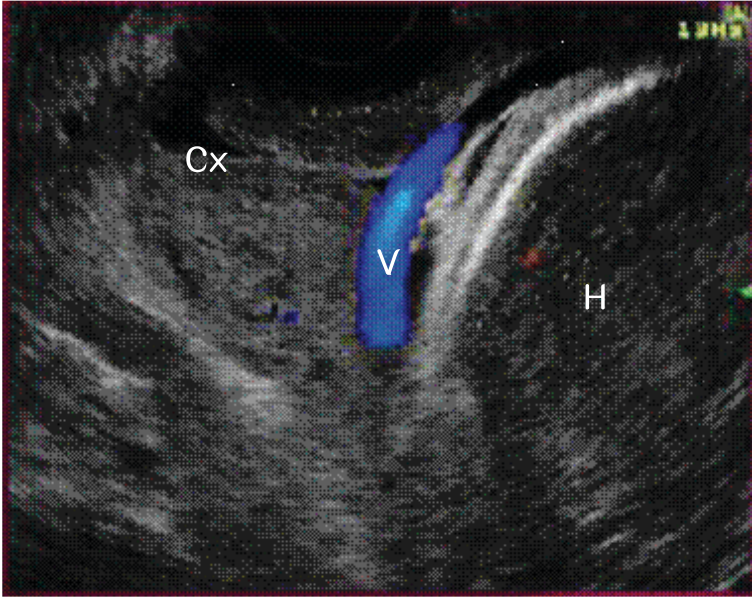
- 1.5 ให้เลือด PRC ถ้ามีภาวะชืด ให้ FFP หรือ platelets ถ้ามีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
2. ผ่าตัดดูเกิน (exploratory laparotomy) ทุกรายทันที ไม่ว่าทารกจะมีชีวิตอยู่หรือไม่
3. เย็บซ่อมแซมหรือตัดมดลูกขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของรอยแตกและความต้องการมีบุตรอีกหรือไม่<sup>9</sup> (ในรายที่เย็บซ่อมแซมอาจพบมีความเสี่ยงต่อมดลูกแตกซ้ำในครรภ์ต่อไปได้ จึงอาจต้องพิจารณาทำหมันร่วมด้วย)

## การแตกของ vasa previa

Vasa previa หมายถึง หลอดเลือดที่ทอดอยู่บนเยื่อหุ้มทารกผ่านปากมดลูกหรืออยู่ต่ำกว่าส่วนน้ำ มักพบในกรณีรกมีความผิดปกติ เช่น สายสะดือของทารกเกาะที่เยื่อหุ้มทารก (velamentous insertion) การมีรกน้อย (placenta succenturiata) หรือ bilobe placenta ซึ่งจะมีหลอดเลือดบนเยื่อหุ้มทารกเชื่อมระหว่างรกทั้งสองอัน มีลักษณะทางคลินิกคือ ตรวจภายในเห็นหรือคลำพบหลอดเลือดที่เด่นเข้าจังหวะ (synchronous) กับเสียงหัวใจทารก มีเลือดออกทางช่องคลอดตามหลังหรือพร้อมๆ กับการแตกของถุงน้ำคร่ำ (ทุกครั้งที่ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำ (amniotomy) ต้องแน่ใจเสมอว่าไม่มีภาวะ vasa previa) และมีภาวะ fetal distress หรือทารกเสียชีวิตอย่างฉับพลันหลังเลือดออก การวินิจฉัยจากการตรวจอัลตราซาวด์จะพบหลอดเลือดทอดอยู่ต่ำกว่าส่วนน้ำ<sup>10</sup> ดังแสดงในรูปที่ 2-3 การตรวจรกหลังคลอดจะพบรอยฉีกขาดของหลอดเลือดที่ทอดอยู่บนเยื่อหุ้มทารก

## การดูแลรักษาภาวะ vasa previa

1. ประเมินสภาวะมารดาและทารก (สภาวะมารดามักไม่มีปัญหาเนื่องจากเลือดที่ออกเป็นเลือดทารก)
  - 1.1 ตรวจสัญญาณชีพ
  - 1.2 ให้น้ำเกลือชนิด crystalloid (LRS หรือ 0.9% NSS)
  - 1.3 ให้ออกซิเจน



**รูปที่ 2-3** แสดงภาพอัลตราซาวด์ color Doppler ผ่านทางช่องคลอด เห็นลักษณะรกเส้นเลือด (*vasa previa*; V) อยู่ระหว่างศีรษะทารก (*head*; H) กับปากมดลูก (*cervix*; Cx)

2. ถ้าวินิจฉัยได้หลังถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ต้องให้คลอดทันที
  - 2.1. ทารกอายุครรภ์เสี่ยงรอด
    - ปากมดลูกเปิดหมดแล้ว ให้คลอดโดยใช้คีมดิง (forcep extraction) ถ้าทำได้
    - ปากมดลูกยังไม่หมด ให้ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
  - 2.2. ทารกอายุครรภ์น้อย หรือ เสียชีวิตแล้ว
    - ปลอ่ยให้คลอดเอง (spontaneous vaginal delivery)
3. ถ้าวินิจฉัยได้ก่อนถุงน้ำคร่ำแตก ให้ผ่าตัดคลอด <sup>11</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Hurd WW, Miodovnik M, Hertzberg V, Lavin JP. Selective management of abruptio placentae: a prospective study. *Obstet Gynecol* 1983;61:467-73.
2. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med* 2002;21:837-40.
3. Bond AL, Edersheim TG, Curry L, Druzin ML, Hutson JM. Expectant management of abruptio placentae before 35 weeks gestation. *Am J Perinatol* 1989;6:121-3.
4. ACOG educational bulletin. Obstetric aspects of trauma management. Number 251, September 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;64:87-94.
5. Laing FC. Placenta previa: avoiding false-negative diagnoses. *J Clin Ultrasound* 1981;9:109-13.
6. Oppenheimer LW, Farine D, Ritchie JW, Lewinsky RM, Telford J, Fairbanks LA. What is a low-lying placenta? *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1036-8.
7. Ward CR. Avoiding an incision through the anterior previa at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003;102:552-4.
8. Committee opinion. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002;99:679-80.
9. Carlin A, Alfirevic Z. Intrapartum fetal emergencies. *Semin Fetal Neonatal Med* 2006;11:150-7.
10. Oyelese KO, Turner M, Lees C, Campbell S. Vasa previa: an avoidable obstetric tragedy. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:138-45.
11. Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, et al. Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. *Obstet Gynecol* 2004;103:937-42.





# บทที่ 3

ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Postpartum Hemorrhage

พญ. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มล. หลังการผ่าตัดคลอด<sup>1</sup> การคะเนปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1000 มล. ดังแสดงในตารางที่ 3-1

**ตารางที่ 3-1** แสดงระดับความรุนแรงและปริมาณการเสียเลือดในสตรีตั้งครรภ์<sup>2</sup>

ระดับความรุนแรง	ปริมาณการเสียเลือด	ความดันโลหิต	อาการและอาการแสดง
ปรับตัวได้	ร้อยละ 10-15 (500-1000 มล.)	ปกติ	ใจสั่น วิงเวียน หัวใจเต้นเร็ว
น้อย	ร้อยละ 15-25 (1000-1500 มล.)	ต่ำกว่าปกติ เล็กน้อย	อ่อนเพลีย เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว
ปานกลาง	ร้อยละ 25-35 (1500-2000 มล.)	70-80 มม. ปรอท	กระสับกระส่าย ซีด ปัสสาวะออกน้อย
มาก	ร้อยละ 35-45 (2000-3000 มล.)	50-70 มม. ปรอท	เป็นลม เหนื่อยหอบ ปัสสาวะไม่ออก

## แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

### 1. ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด

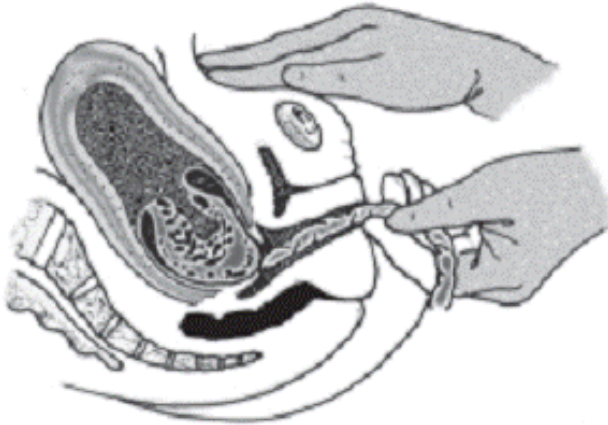
- ค้นหาปัจจัยเสี่ยงดังแสดงตัวอย่างในตารางที่ 3-2 หลีกเสี่ยงหรือรักษาปัจจัยเสี่ยง และให้การเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
- แก้ไขปัญหาภาวะซีดก่อนคลอด (ถ้ามี)
- เจาะเลือด ส่งตรวจ CBC, blood grouping and cross matching
- เปิดหลอดเลือดสำหรับน้ำเกลือพร้อมไว้ (ขนาดเข็มเบอร์ 18 เป็นอย่างน้อย)
- เตรียมทีม (สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ธนาการเลือด) หรือส่งตัวเพื่อคลอดในสถานที่ที่มีความพร้อม

#### ตารางที่ 3-2 แสดงปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด<sup>3</sup>

- เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน
- เคยคลอดบุตรหลายคน
- เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน หรือเคยผ่าตัดเนื้องอกมดลูก
- มดลูกขนาดใหญ่ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต
- มีเนื้องอกที่ตัวมดลูก (myoma uteri)
- รกมีขนาดใหญ่ เช่น ในกรณีทารกมีภาวะ hydrops fetalis
- มีภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด
- มีภาวะรกติดแน่น (placenta adherence)
- ได้รับการชักนำการคลอด (induction of labor) หรือได้รับยากระตุ้น เช่น oxytocin นาน
- ระยะคลอดยาวนาน หรือคลอดเร็วเกินไป
- คลอดโดยการใช้หัตถการช่วยคลอด
- มีภาวะติดเชื้ในถุงน้ำคร่ำ
- ทารกตายในครรภ์
- มีภาวะ severe preeclampsia หรือ HELLP syndrome
- มีโรคประจำตัวเป็นโรคเลือดต่างๆ เช่น ITP, aplastic anemia
- ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น heparin, warfarin

## 2. ระยะที่สามของการคลอด (แนะนำให้ทำทุกรายไม่ว่าจะมีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่)

- ให้ oxytocin หลังคลอดโหล่หน้า หรือหลังคลอดรก<sup>4</sup> มี 2 วิธีดังนี้
  - IV : ผสม oxytocin 10-20 ยูนิต ในน้ำเกลือ (LRS หรือ 0.9% NSS) 1000 มล. หยดต่อเนื้อ 100-150 มล./ชม.
  - IM : ฉีด oxytocin 10 ยูนิต
- ทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction<sup>5</sup> ดังแสดงในรูปที่ 3-1
- ตรวจรกว่าครบหรือไม่
- เช็ทช่องทางคลอด (ถ้าใช้หัตถการช่วยคลอดให้เช็ทปากมดลูกด้วย)



**รูปที่ 3-1** แสดงการทำ controlled cord traction โดยจับสายสะดือใกล้ฝีเย็บโดยอาจใช้ sponge forceps หรือ clamp หนีบสายสะดือและจับดึงให้ตึงเล็กน้อย รอจนมดลูกหดรัดตัวดีแล้วดึงสายสะดือลงอย่างนุ่มนวล ขณะที่มีมืออีกข้างวางเหนือกระดูกหัวหน่าว (ไม่ใช่ยอดมดลูก) คอยดันมดลูกไม่ให้เคลื่อนตามลงมา (counteraction) เพื่อป้องกันมดลูกพลิกนัยพยายามให้มารดาช่วยเบ่งขณะดึงด้วย ถ้ารกไม่เคลื่อนตามขณะดึง 30-40 วินาที ให้หยุดและทำใหม่ในการหดรัดตัวครั้งต่อไป (ที่มา: สุขยา ลีวรรณ และ อีระ ทองสง. การดูแลระยะคลอดและการช่วยคลอด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง; 2555. หน้า 160.)

- นวดมดลูกหลังคลอดให้แข็งตัว<sup>6</sup>
- ตรวจสอบคลำมดลูกเข็กรการแข็งตัวทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก และนวดซ้ำตามความจำเป็น
- ให้ oxytocin ต่อใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (ในกรณีที่ให้ oxytocin แบบหยดต่อเนื่อง)

## แนวทางการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

### ขั้นตอนที่ 1: การประเมินและรักษาขั้นต้น

#### 1. การกู้ชีพเบื้องต้น

- เปิดหลอดเลือดเพิ่มอีกหนึ่งเส้นด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ (ขนาดเข็มเบอร์ 18 เป็นอย่างน้อย)
- ให้น้ำเกลือชนิด crystalloid (LRS หรือ 0.9% NSS) ในอัตรา 3 ต่อ 1 ของปริมาณการเสียเลือด<sup>2</sup>
- ให้ออกซิเจน
- ตรวจสอบติดตามสัญญาณชีพ
- ใส่สายสวนปัสสาวะ และติดตามปริมาณปัสสาวะ (อย่างน้อย 30 มล./ชม.)

#### 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC and platelets
- PT and PTT
- Blood grouping and cross matching ตามปริมาณการเสียเลือดดังแสดงในตารางที่ 3-3
- ถ้าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ให้ตรวจ fibrinogen, D-dimer, blood smear เพิ่มเติม<sup>2</sup>

**ตารางที่ 3-3** แสดงชนิดและส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์เลือด<sup>1</sup>

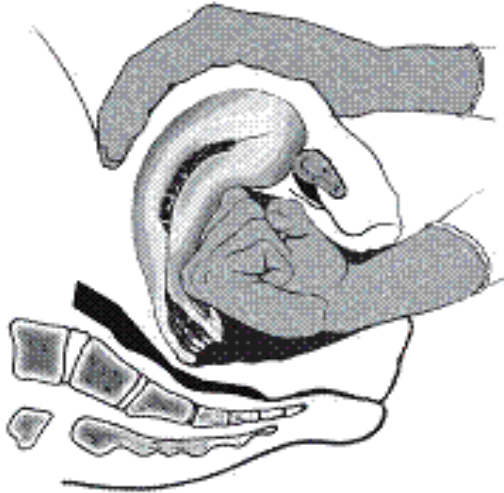
ชนิดของเลือด (มล.)	องค์ประกอบ	ผลที่ได้รับ (ต่อ 1 ยูนิต)
Pack red cell (240)	RBCs, WBCs, plasma	เพิ่ม Hct ร้อยละ 3 เพิ่ม Hb 1 กรัม/ดล.
Platelets (50)	Platelets, RBCs, WBCs, plasma	เพิ่ม platelet count 5,000–10,000 มม <sup>3</sup>
Fresh frozen plasma (250)	Fibrinogen, antithrombin III, factors V, VIII	เพิ่ม fibrinogen 10 มก./ดล.
Cryoprecipitate (40)	Fibrinogen, factors VIII, XIII, von Willebrand factor	เพิ่ม fibrinogen 10 มก./ดล.

**3. การประเมินสาเหตุ (4T's)**

1. การหดรัดตัวของมดลูก (uterine tone)
2. การตรวจรก (placental tissue)
3. บาดเจ็บของช่องทางคลอดและแยกภาวะมดลูกแตก (genital tract trauma)
4. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (abnormal thrombin clotting time)

**ขั้นตอนที่ 2: การดูแลรักษาตามสาเหตุหลัก (4T's)****1. การหดรัดตัวของมดลูก (uterine tone) ไม่ดี**

- นวดคลึงมดลูก
- ล้างก้อนเลือดในช่องคลอด
- Bimanual uterine compression ดังแสดงในรูปที่ 3-2



**รูปที่ 3-2** แสดงการทำ *bimanual uterine compression* โดยใช้มือหนึ่งวางบนหน้าท้อง พับยอดมดลูกมาทาง *pubic symphysis* ให้มาดกกับมือที่อยู่ในช่องคลอด (ที่มา: อีระ ทองสง และ สุปัทรา ศิริโชติยะกุล. การตกเลือดหลังคลอด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษ์มีรุ่ง; 2555. หน้า 261.)

- ให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูกดังแสดงในตารางที่ 3-4 โดยแนะนำให้ oxytocin เป็นลำดับแรก และ/หรือ methylergonovine<sup>7</sup> ประเมินการตอบสนองโดยเร็ว (ภายใน 10-20 นาที) ถ้าไม่ได้ผลอาจให้ยากลุ่ม prostaglandins เช่น sulprostone และ/หรือ misoprostol (หลังให้ prostaglandins 30 นาทีแล้วไม่ดีขึ้นควรพิจารณาว่าล้มเหลว)

## 2. รกไม่คลอด / คลอดไม่ครบ (*placental tissue*)

- ถ้ารกยังไม่คลอด ให้ล้วงรก (*manual removal of placenta*) ดังแสดงในรูปที่ 3-3
- ถ้ารกคลอดแล้ว แต่ไม่แน่ใจว่าครบหรือไม่ ควรเช็คด้วยอัลตราซาวด์ว่ามีเศษรกค้างหรือไม่<sup>8</sup>
- ถ้ารกคลอดไม่ครบ หรือมีเศษรกค้าง ให้ขูดมดลูก (แนะนำให้ใช้ *curette* ตัวใหญ่ หรือ *ring forceps* และทำด้วยความระมัดระวัง)

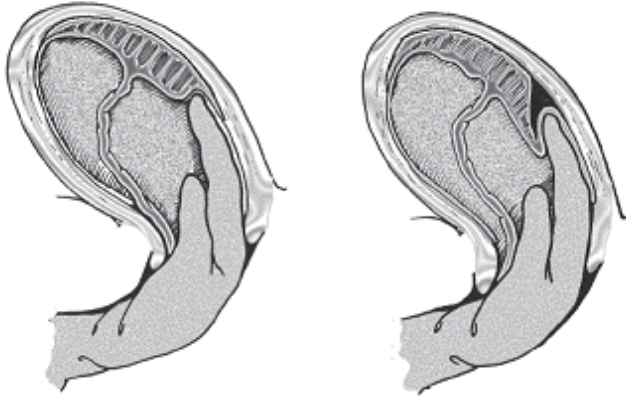
**ตารางที่ 3-4** แสดงชนิดของยาช่วยการหดตัวของมดลูก<sup>1</sup>

ชนิดของยา	ขนาดและวิธีการให้	ความถี่	ข้อควรระวัง
Oxytocin 10 ยูนิท/มล.	IV : 10-40 ยูนิทใน LRS หรือ NSS 1 ลิตร IM: 10 ยูนิท	หยุดต่อ เนื่อง	หลีกเลี่ยงการฉีดเข้า หลอดเลือดแบบไม่ผสม (ทำให้ความดันโลหิต ต่ำ)
Methylergono- vine (Methergin, Ex- pogin) 0.2 มก/ มล	0.2 มก. IM หรือ IV ซ้ำ ๆ	ทุก 2-4 ชม.	หลีกเลี่ยงกรณีความดัน โลหิตสูง
Sulprostone (Nalador) 500 มกก./หลอด	IM: 500 มกก. IV : 500 มกก. (ผสม น้ำ 250 มล. หยุด ต่อเนื่องใน 20 - 30 นาที)	ทุก 10- 15 นาที	หลีกเลี่ยงในโรคที่ตี โรครุนแรงของตับ ไต หัวใจ ต้อหิน และแพ้ยา
Misoprostol (Cytotec) 200 ไมโครกรัม/เม็ด	800 - 1000 มกก. (4 - 5 เม็ด) สอดทางทวารหนัก		ทำให้มีไข้ หนาวสั่น ถ่ายเหลว

**3. บาดเจ็บช่องทางคลอด / มดลูกปลิ้น (genital tract trauma)**

- เย็บซ่อมตำแหน่งฉีกขาด (ควรให้ยาระงับปวดให้เพียงพอ และใช้เครื่องมือช่วยให้เห็นตำแหน่งที่ฉีกขาดได้ชัดเจน)
- ผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดมดลูก (กรณีมดลูกแตก)
- ใส่มดลูกกลับคืนกรณีมดลูกปลิ้น (manual replacement of uterine inversion) ดังแสดงในรูปที่ 3-4





**รูปที่ 3-3** แสดงการทำ manual removal of placenta โดยจับสายสะดือด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด ใช้มือข้างที่ถนัดตามสายสะดือเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อคลำหาขอบรก มืออีกข้างย้ายมาจับที่หน้าท้องเพื่อตรึงมดลูกให้อยู่กับที่ ใช้สันมือที่อยู่ในโพรงมดลูกดันนิ้วก้อยเขาระกจนลอกตัวทั้งหมด (ไม่ใช่ปลายนิ้วตะกุก) แล้วจับรกทั้งอันออกมาทางปากมดลูก (หากไม่สามารถเขาะได้ หรือสงสัยว่ารกติด ควรหยุด) (ที่มา: อีระ ทองสง และ สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การตกเลือดหลังคลอด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทหลักชัยรุ่ง; 2555. หน้า 260.)

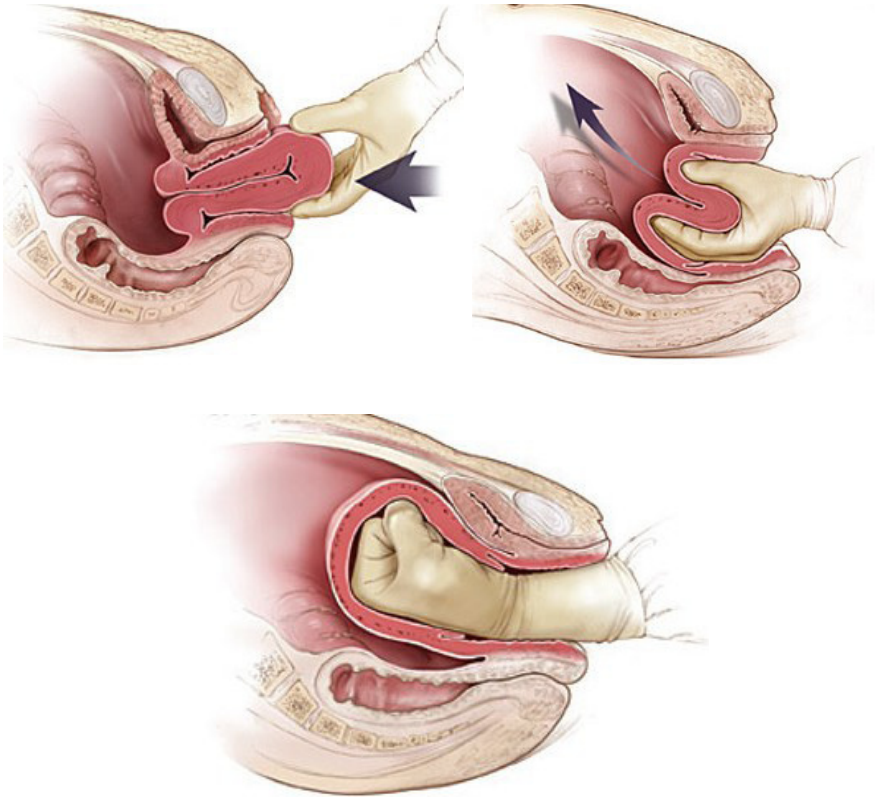
#### 4. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (abnormal thrombin clotting time)

- แก้ไข / ให้เลือดทดแทน
- ปรึกษาอายุรแพทย์

### ขั้นตอนที่ 3: กรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น

#### 1. ขอความช่วยเหลือ

- สูติแพทย์ผู้มีความชำนาญ / วิสัญญีแพทย์
- ส่งตัวผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (ประสานงานกับโรงพยาบาลที่รับ แพทย์ควรไปพร้อมผู้ป่วย)



**รูปที่ 3-4** แสดงการทำ manual replacement of uterine inversion (Johnson method) โดยก่อนทำหัตถการควรให้ยาคลายกล้ามเนื้อมดลูก หรือยาระงับปวดให้เพียงพอ เช่น terbutaline, magnesium sulfate, halogen general anesthesia หรือ nitroglycerin ใช้ฝ่ามือข้างที่ถนัดจับที่ยอดมดลูก (ซึ่งปลิ้นออกมาจากปากมดลูก หรือปากช่องคลอด) คล้ายการจับลูกเทนนิส ดันมดลูกขึ้นไปด้านบนโดยใช้ปลายนิ้วจนกระทั่งยอดมดลูกอยู่ในตำแหน่งปกติ คามือไว้ในโพรงมดลูกสักครู่ขณะที่ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ใช้มืออีกข้างวางบนหน้าท้องและจับยอดมดลูกไว้ขณะที่ค่อยๆ ถอนมือออกจากโพรงมดลูก และหยุดให้ยาคลายกล้ามเนื้อมดลูก (หากมดลูกปลิ้นขณะรอกยังไม่ลอกตัว ไม่ควรเขาระก ก่อนใส่มดลูกกลับคืน) (ที่มา: Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician* 2007;75:875-82.)

## เพ็องลดา ท้องประเสีริฐ

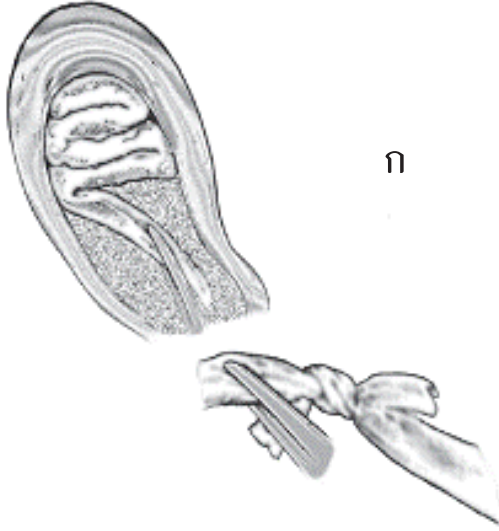
- ใช้มาตรการต่างๆ เพื่อให้มีการเสียเลือดน้อยที่สุดระหว่างการส่งตัว เช่น การอัดแน่นในโพรงมดลูกดังแสดงในตารางที่ 3-5 หรือ bimanual uterine compression (การแป้คในช่องคลอดเพียงอย่างเดียวไม่มีประโยชน์ในกรณี uterine atony)
- ให้น้ำเกลือ / เลือด / ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก เพื่อรักษาสัญญาณชีพให้ดีที่สุด

**ตารางที่ 3-5** แสดงวิธีการอัดแน่นในโพรงมดลูกเพื่อแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด <sup>1,9</sup>

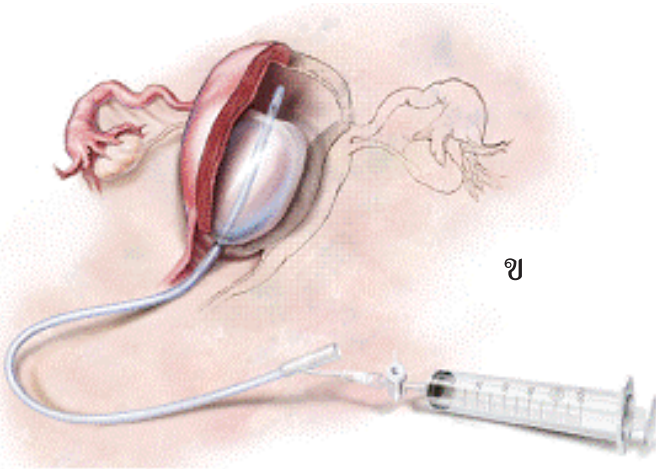
เทคนิค	วิธีการ
Gauze packing (รูปที่ 3-5ก)	ใช้ sponge stick ช่วยจัดเรียง gauze จากมุมบน (cornu) ด้านหนึ่งไปยังอีกด้านหนึ่ง พับทบไปมาให้แน่นในโพรงมดลูก และปล่อยชายออกมาทางปากมดลูก
Foley catheter	ใส่สายสวนปัสสาวะเข้าไปในโพรงมดลูก (อาจใช้มากกว่าหนึ่งอัน) เติมน้ำเกลือ 60-80 มล. ในกระเปาะ
Condom balloon หรือ Sengstaken-Blakemore tube หรือ SOS Bakri tamponade balloon (รูปที่ 3-5ข)	ใส่สายสวนปัสสาวะ (สายยางแดง) ที่หุ้มด้วยถุงยางอนามัยตัดปลายให้เหลือ 4-5 นิ้ว มัดให้แน่น (หรือใส่อุปกรณ์เข้าไปในโพรงมดลูก) เติมน้ำเกลือ 300-500 มล.

## 2. ปฏิบัติการกู้ชีพ

- ดูแลแบบผู้ป่วยหนัก (ห้องไอซียู)
- ควบคุมความดันโลหิตและการแข็งตัวของเลือด
- ให้เลือด / น้ำเกลือ / องค์ประกอบเลือด



ก



ข

**รูปที่ 3-5** แสดงวิธีการอัดแน่นในโพรงมดลูก ก) การทำ *uterine packing* ข) *SOS Bakri tamponade balloon* (Cook OB/GYN Products) (ที่มา: อีระ ทองสง และ สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การตกเลือดหลังคลอด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษ์มีรุ่ง; 2555. หน้า 261.)

### 3. วิธีการหยุดเลือด

#### 3.1. ควบคุมเลือดออกเฉพาะที่ (อนุรักษ์ภาวะเจริญพันธุ์) (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

- เย็บผูกหลอดเลือดมดลูก uterine arteries / อาจร่วมกับเย็บผูกเส้นเลือดรังไข่ (แนะนำ)
- เย็บผูกหลอดเลือดแดง internal iliac arteries (เฉพาะผู้มีประสบการณ์สูง)
- B-Lynch sutures <sup>10</sup> (ทางเลือก)
- Uterine tamponade / embolization (ทางเลือก)
- Recombinant Factor VIIa (ทางเลือก)

#### 3.2. ตัดมดลูก (กรณีมีบุตรพอแล้ว หรือข้อ 3.1 ไม่ได้ผล หรือรทิด)

#### ขั้นตอนที่ 4: เลือดไม่หยุดหลังตัดมดลูก

- แนะนำ: Abdominal packing / umbrella packing
- ทางเลือก: Arterial embolization / Recombinant Factor VIIa

## Clinical Practice Guideline for Primary Postpartum Hemorrhage

### ลำดับขั้นตอนในการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

#### ขั้นตอนที่ 1: การประเมินและรักษาขั้นต้น

<p><b>การกู้ชีพ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ให้นำเกลือทางหลอดเลือด</li> <li>■ เปิดเส้นเลือดเพิ่มด้วยเข็มใหญ่</li> <li>■ ดมออกซิเจน</li> <li>■ ตรวจสอบสัญญาณชีพและปริมาณปัสสาวะ</li> <li>■ ใส่สายสวนปัสสาวะ/ oxy-gen saturation</li> </ul>	<p><b>การประเมินสาเหตุ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ การหดตัวของมดลูก</li> <li>■ การคลอตรก</li> <li>■ บาดเจ็บของช่องทางคลอดและแยกภาวะมดลูกแตก</li> <li>■ การแข็งตัวของเลือด</li> </ul>	<p><b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ CBC</li> <li>■ PT /PTT</li> <li>■ Cross match</li> </ul>
--	---	--

#### ขั้นตอนที่ 2: ดูแลรักษาตามสาเหตุหลัก

<p><b>Tone</b> การหดตัวของมดลูกไม่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ นวดคลึงมดลูก</li> <li>■ ยาช่วยการหดตัวของมดลูก</li> <li>■ Bimanual compression</li> </ul>	<p><b>Tissue</b> รกไม่คลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ล้างรก</li> <li>■ ขูดมดลูก (ควรเช็คด้วยอัลตราซาวด์ก่อนว่ามีค้าง)</li> </ul>	<p><b>Trauma</b> บาดเจ็บช่องทางคลอด / มดลูกปลิ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ใส่มดลูกกลับคืน กรณีมดลูกปลิ้น</li> <li>■ เย็บซ่อมตำแหน่งฉีกขาด</li> <li>■ ตัดมดลูก กรณีมดลูกแตก</li> </ul>	<p><b>Thrombin</b> การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ แก๊ซ</li> <li>■ ปรึกษาอายุรแพทย์</li> <li>■ ให้ห้องปฏิบัติการเลือดทดแทน</li> </ul>
---	---	---	--

### ขั้นตอนที่ 3 : ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น

<p><b>ขอความช่วยเหลือ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ แพทย์ผู้มีส่วนการณ</li> <li>■ วิสัญญีแพทย์</li> </ul> <p>ดูแลแบบผู้ป่วยหนัก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ให้เลือด / น้ำเกลือ</li> <li>■ องค์ประกอบเลือด</li> <li>■ ปฏิบัติการกู้ชีพ</li> </ul> <p>ส่งตัวผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uterine tamponade</li> </ul>	<p><b>ควบคุมเลือดออกเฉพาะที่</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ เย็บซ่อมตำแหน่งจิกขาด</li> <li>■ เย็บผูกเส้นเลือดมดลูก</li> <li>■ เย็บผูกเส้นเลือดรังไข่</li> <li>■ B-Lynch sutures</li> <li>■ เย็บผูกเส้นเลือดแดง internal iliac arteries</li> <li>■ ถ้าไม่ได้ผลให้ตัดมดลูก</li> </ul>	<p><b>ตัดมดลูก (total หรือ subtotal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ วิธีอนุรักษ์ไม่ได้ผล</li> <li>■ รกติด</li> <li>■ ไม่ต้องการมีบุตรอีกแล้ว</li> </ul>
--	---	---

### ขั้นตอนที่ 4 : เลือดออกหลังตัดมดลูก

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abdominal packing</li> <li>■ Umbrella packing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angiographic embolization</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recombinant Factor VIIa</li> </ul>
---	---	---

## เอกสารอ้างอิง

1. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2006;108:1039-47.
2. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:1-18.
3. Combs CA, Murphy EL, Laros RK, Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991;77:69-76.
4. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:CD001808.
5. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD000007.
6. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD006431.
7. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD003249.
8. Hertzberg BS, Bowie JD. Ultrasound of the postpartum uterus. Prediction of retained placental tissue. *J Ultrasound Med* 1991;10:451-6.
9. Georgiou C. Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review. *BJOG* 2009;116:748-57.
10. Allam MS, B-Lynch C. The B-Lynch and other uterine compression suture techniques. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:236-41.



# บทที่ 4

ภาวะทารกเครียดในครรภ์  
Fetal Distresse

พญ. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะทารกเครียดในครรภ์ (fetal distress) หมายถึง ภาวะที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจนมากขึ้น ปัจจุบันการวินิจฉัยภาวะทารกเครียดขึ้นอยู่กับลักษณะรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกจาก electronic fetal heart rate monitoring (EFM) ซึ่งหากรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกปกติมักจะทำให้ความมั่นใจได้ว่าทารกปลอดภัย (reassuring fetal status) ในขณะที่ทารกที่มีรูปแบบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไปจากเกณฑ์ที่ตั้งไว้มีความเป็นไปได้ที่ทารกมีความเสี่ยงมากขึ้น (non-reassuring fetal status) แต่ในกรณีนี้ไม่ได้หมายความว่าทารกจะอยู่ในสภาวะอันตรายทุกราย (หากใช้คำว่า fetal distress จะหมายถึงความถึงทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนแล้ว) ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้คำว่า non-reassuring fetal heart rate pattern แทนคำว่า fetal distress ในกรณีที่รูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติและแพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารกในครรภ์<sup>1</sup>

ดังนั้น การแปลผล electronic fetal heart rate monitoring จึงมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยภาวะทารกเครียดในครรภ์ โดยมีหลักการแปลผล fetal heart rate (FHR) patterns ตามหัวข้อดังต่อไปนี้<sup>2</sup>

## 1. FHR baseline:

คือการประมาณค่าเฉลี่ยของ FHR ให้เป็นตัวเลขหลักถ้วน (เพิ่มหรือลดครั้งละ 5 bpm) โดยการบอกว่าเป็น FHR baseline ต้องประเมิน FHR นานอย่างน้อย 2 นาที ในช่วงเวลา 10 นาทีของการบันทึก โดยต้องไม่มีหัวข้อต่อไปนี้ระหว่างการประเมิน FHR baseline ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงของ FHR เช่น decelerations ชนิดต่างๆ
- ช่วงที่มี marked FHR variability
- ท่อนไตของการบันทึกที่ baseline แตกต่างกันมากกว่า 25 bpm ขึ้นไป

## 2. Baseline variability:

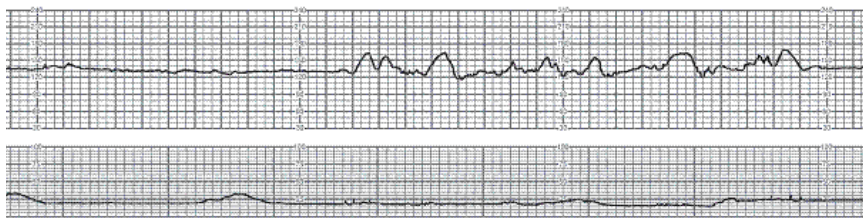
คือความแปรปรวนขึ้นลง (fluctuations) ของ FHR ตั้งแต่ 2 รอบต่อนาที (bpm) ขึ้นไป โดยประเมินการขึ้นลงของ FHR จากจุดสูงสุดถึงจุดต่ำสุดด้วยตาเปล่า ดังนี้

- Absent variability: ไม่พบการขึ้นลงของ FHR (undetectable)
- Minimal variability: พบมีการขึ้นลงของ FHR แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 รอบต่อนาที
- Moderate variability: พบมีการขึ้นลงของ FHR ตั้งแต่ 6-25 รอบต่อนาที (ทารกปกติ)
- Marked variability: พบมีการขึ้นลงของ มากกว่า 25 รอบต่อนาทีขึ้นไป

## 3. Acceleration:

คือการพบการเพิ่มขึ้นของ FHR จาก baseline ก่อนหน้านั้น โดยจุดที่ FHR เริ่มเพิ่มขึ้น (onset) จนถึงจุดสูงสุด (peak) ของ FHR ใช้เวลาน้อยกว่า 30 วินาที แต่การนับระยะเวลา (duration) ของ acceleration นับจากจุดที่ FHR เริ่มเพิ่มขึ้น จนถึงจุดที่ FHR ลงสู่ baseline

- ในทารกอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป acceleration หมายถึง การเพิ่มขึ้นของ FHR อย่างน้อย 15 bpm จาก baseline และระยะเวลานานอย่างน้อย 15 วินาที (แต่ไม่เกิน 2 นาที)
- ในทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ acceleration หมายถึง การเพิ่มขึ้นของ FHR อย่างน้อย 10 bpm จาก baseline และระยะเวลานานอย่างน้อย 10 วินาที (แต่ไม่เกิน 2 นาที)
- Prolonged acceleration หมายถึง การเพิ่มขึ้นของ FHR ที่มีระยะเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที (แต่ไม่เกิน 10 นาที)
- FHR baseline change หมายถึง การเพิ่มขึ้นของ FHR ที่มีระยะเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 นาทีขึ้นไป



**รูปที่ 4-1** แสดง FHR pattern ปกติที่มี accelerations

#### 4. Bradycardia:

คือ FHR baseline ที่น้อยกว่า 110 bpm

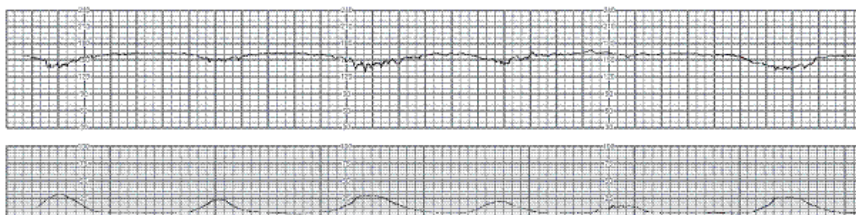
#### 5. Tachycardia:

คือ FHR baseline ที่มากกว่า 160 bpm

#### 6. Early deceleration:

คือการลดลงของ FHR ชนิดค่อยเป็นค่อยไป และสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก โดย

- จุดที่ FHR เริ่มลดลง (onset) จนถึงจุดที่ FHR ต่ำสุด (nadir) ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 30 วินาที
- จุดต่ำสุด (nadir) ของ FHR ที่ลดลงตรงกับจุดสูงสุด (peak) ของการหดตัวของมดลูก

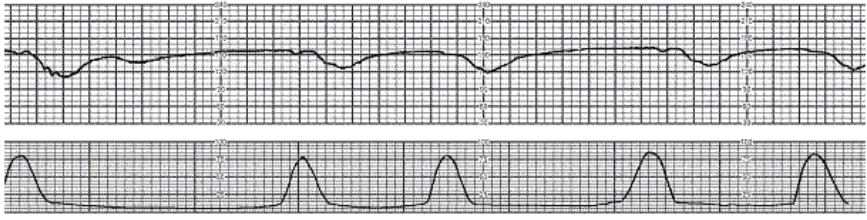


**รูปที่ 4-2** แสดง FHR pattern ที่มี early decelerations

## 7. Late deceleration:

คือการลดลงของ FHR ชนิดค่อยเป็นค่อยไป และสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก โดย

- จุดที่ FHR เริ่มลดลง (onset) จนถึงจุดที่ FHR ต่ำสุด (nadir) ใช้เวลานานกว่าหรือเท่ากับ 30 วินาที
- จุดเริ่มต้น จุดต่ำสุด และจุดสิ้นสุดของ FHR ที่ลดลงเกิดขึ้นหลังจุดเริ่มต้นจุดสูงสุด และจุดสิ้นสุดการหดตัว ตามลำดับ

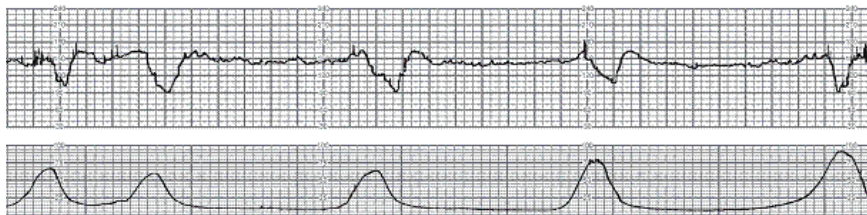


รูปที่ 4-3 แสดง FHR pattern ที่มี late decelerations

## 8. Variable deceleration:

คือการลดลงของ FHR ชนิดฉับพลัน อาจสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกหรือไม่ก็ได้ โดย

- จุดที่ FHR เริ่มลดลง (onset) จนถึงจุดที่ FHR ต่ำสุด (nadir) ใช้เวลาน้อยกว่า 30 วินาที

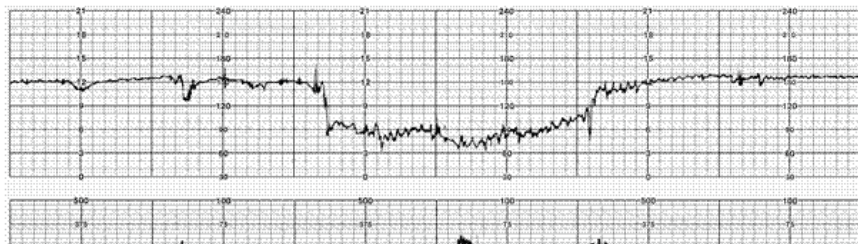


รูปที่ 4-4 แสดง FHR pattern ที่มี variable decelerations

- การลดลงของ FHR อย่างน้อย 15 bpm จาก baseline และระยะเวลานานอย่างน้อย 15 วินาที (แต่ไม่เกิน 2 นาที)

## 9. Prolonged deceleration:

คือการลดลงของ FHR อย่างน้อย 15 bpm จาก baseline และระยะเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที (แต่ไม่เกิน 10 นาที)



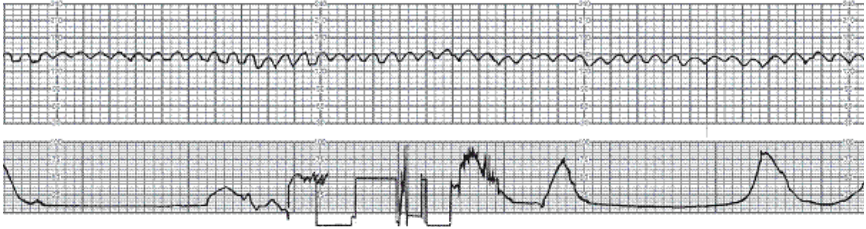
รูปที่ 4-5 แสดง FHR pattern ที่มี prolonged deceleration

## 10. Sinusoidal pattern:

คือการเปลี่ยนแปลงของ FHR ที่มีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้

- FHR baseline คงที่ และอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที
- รูปแบบของ FHR เป็นแบบลูกคลื่น (sine wave) ขึ้นลงอย่างสม่ำเสมอจาก baseline
- การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของ FHR (amplitude) หรือ ขนาดความสูงของคลื่น อยู่ระหว่าง 5-15 bpm
- Long-term variability หรือ ความถี่ของคลื่น อยู่ระหว่าง 2-5 รอบ (cycles) ต่อนาที
- Short-term variability มีน้อยมากหรือราบเรียบ
- ไม่มี acceleration

## เฟื่องลดา ทองประเสริฐ



**รูปที่ 4-6** แสดง FHR pattern ที่มี sinusoidal pattern

การแบ่งกลุ่ม FHR patterns เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะทารกเครียดในครรภ์

แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม โดยใช้หลักการแปลผล FHR patterns 10 ข้อข้างต้น ดังแสดงในตารางที่ 4-1 และตารางที่ 4-2

การติดตามการเปลี่ยนแปลงของ FHR patterns ในกรณีอยู่ใน category II มีความสำคัญมาก จำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสเปลี่ยนไปเป็น category III ซึ่งทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนและควรให้คลอดโดยเร็ว ทั้งนี้การทำ fetal stimulation test อาจช่วยยืนยันสัญญาณทารกในครรภ์ว่ายังมีสภาวะปกติ เช่น การตรวจภายในเพื่อกระตุ้นศีรษะทารก (digital scalp stimulation) หรือ การใช้ vibroacoustic stimulation เพื่อสังเกตการตื่นของทารก หรือสังเกตว่าเสียงหัวใจทารกเพิ่มขึ้น หรือมี accelerations หลังการกระตุ้น เป็นต้น

**ตารางที่ 4-1** แสดงการวินิจฉัยความผิดปกติของ FHR patterns โดยใช้หลักการแปลผลที่แนะนำโดย National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) workshop on fetal heart rate monitoring ปี 2008<sup>3</sup>

Category I (ปกติ)	Category II (ก้ำกึ่ง) ประกอบด้วย FHR patterns ที่ไม่ได้อยู่ใน category I และ III	Category III (ผิดปกติ)
FHR baseline		
■ 110-160 bpm	■ < 110 bpm (ที่ไม่มี absent variability) ■ > 160 bpm	■ < 110 bpm (ที่มี absent variability)
Baseline FHR variability		
■ Moderate variability	■ Minimal variability ■ Absent variability (ที่ไม่มี recurrent deceleration) ■ Marked variability	■ Absent variability (ที่มี recurrent deceleration*)
Acceleration		
■ มี หรือ ไม่มี	■ ไม่มี (หลังการกระตุ้นทารก)	



Deceleration		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ มี หรือ ไม่มี early deceleration ก็ได้</li> <li>■ ไม่มี late deceleration</li> <li>■ ไม่มี variable deceleration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ มี recurrent late deceleration (ที่มี moderate variability)</li> <li>■ มี recurrent variable deceleration (ที่มี minimal หรือ moderate variability)</li> <li>■ มี prolonged deceleration</li> <li>■ มี variable deceleration ที่มีลักษณะ slow return to baseline, overshoots หรือ shoulders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ มี recurrent late deceleration (ที่มี absent variability)</li> <li>■ มี recurrent variable deceleration (ที่มี absent variability)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sinusoidal pattern</li> </ul>

\* Recurrent deceleration หมายถึง การมี deceleration มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของจำนวน contraction ในช่วงเวลา 10 นาทีของการบันทึก

**ตารางที่ 4-2** แสดงการดูแลรักษาความผิดปกติของ FHR patterns โดยใช้หลักการแปลผลที่แนะนำโดย National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) workshop on fetal heart rate monitoring ปี 2008

Category I (ปกติ)	Category II (กำกวม)	Category III (ผิดปกติ)
เฝ้าติดตามทารก ในครรภ์ต่อไป	<p>1. การแก้ไขเบื้องต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ปรับท่ามารดา เช่น นอนตะแคง<sup>4</sup></li> <li>■ ให้ออกซิเจน</li> <li>■ ให้ IV fluid (หากมีภาวะความดันโลหิตต่ำจาก regional anesthesia ให้แก้ไข)</li> <li>■ หยุดให้ oxytocin</li> <li>■ ตรวจสอบภายในเพื่อประเมินปากมดลูก และภาวะสายสะดือโผล่ย่อย (prolapsed cord)</li> <li>■ ให้ terbutaline 0.25 มก. (½ amp) subcutaneous หรือ intravenous ในกรณี FHR ที่ผิดปกติสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก<sup>5</sup></li> </ul>	<p>ให้คลอดโดยเร็วที่สุด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ให้คลอดทางช่องคลอดหากปากมดลูกเปิดหมดแล้ว</li> <li>■ ผ่าตัดคลอดหากปากมดลูกยังไม่เปิด</li> </ul>

	<p><b>2. การแก้ไขจำเพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ พิจารณาทำ amnioinfusion (เติม normal saline 500 มล. เข้าไปในโพรงมดลูก และหยดต่อเนื่องในอัตราเร็ว 3 มล.ต่อนาที)<sup>6</sup> ในกรณี recurrent severe variable deceleration หรือ prolonged deceleration ที่ปากมดลูกเปิดพอสมควร</li> <li>■ ผ่าตัดคลอด ในกรณี recurrent severe variable deceleration หรือ prolonged deceleration ที่ปากมดลูกยังอยู่ในระยะแรกของการคลอด หรือทำ amnioinfusion แล้วไม่ได้ผล</li> <li>■ ผ่าตัดคลอด ในกรณี bradycardia ที่ปากมดลูกยังเปิดไม่หมด โดยไม่ต้องทำ amnioinfusion<sup>7</sup></li> </ul>	
	<p><b>3. ผ่าติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในกรณียังไม่คลอด</b></p>	

## เอกสารอ้างอิง

1. ACOG Committee Opinion. Number 326, December 2005. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. *Obstet Gynecol* 2005;106:1469-70.
2. Intrapartum assessment. In: Kenneth J.Leveno, James M.Alexander, Steven L.Bloom, Brian M.Casey, Jodi S.Dashe, Scott W.Roberts, et al., editors. *Williams Obstetrics*. 23 ed. New York: Mc Graw Hill; 2013. p. 415.
3. Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. *Obstet Gynecol* 2008;112:661-6.
4. Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labor: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. *Obstet Gynecol* 1996;88:797-800.
5. Kulier R, Hofmeyr GJ. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD000035.
6. Hofmeyr GJ. Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD000013.
7. Morrison EH. Common peripartum emergencies. *Am Fam Physician* 1998;58:1593-604.

# บทที่ 5

ภาวะติดไหล่

Shoulder Dystocia

พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การคลอดไหล่ยาก (shoulder dystocia) หมายถึง การคลอดช่วงไหล่ของทารกที่ต้องการกระบวนการทำคลอดที่มากกว่าการดึงอย่างนุ่มนวลเพื่อให้ไหล่คลอดออกมาโดยธรรมชาติ โดยสิ่งที่สนับสนุนอาจเป็นอาการแสดงที่เรียกว่า turtle sign<sup>1</sup> ซึ่งคือการเกิด retraction หรือการผลุบเข้าไปของส่วนศีรษะทารกภายหลังจากที่คลอดพ้น perineum ของมารดาออกมาแล้วและกลไกของภาวะติดไหล่นี้จะพบว่าไหล่หลังอยู่ติดต่อ promontary of sacrum ขณะที่ไหล่หน้ายังอยู่เหนือรอยต่อกระดูกหัวหน่าว ดังนั้นส่วนไหล่ของทารกจึงยังคลอดไม่ได้จนกว่าไหล่หน้าจะเคลื่อนลงมาอยู่ติดต่อย่อยต่อกระดูกหัวหน่าวโดยอุบัติการณ์คลอดติดไหล่พบได้ประมาณร้อยละ 0.2-3<sup>2</sup>

### สาเหตุ

โดยทั่วไปแล้วแม้ว่าจะไม่อาจทำนายการเกิดการคลอดไหล่ยากได้ แต่ภาวะนี้พบได้บ่อยขึ้นเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้<sup>1,3</sup>

1. ภาวะใดก็ตามที่ส่งผลให้ทารกตัวใหญ่กว่าปกติ (macrosomia) หรือมีน้ำหนักที่ค่อนข้างมากกว่า ปกติ เช่น มารดาเป็นเบาหวาน มารดาอ้วน ครรภ์หลังครรภ์เกินกำหนด
2. มีประวัติคลอดไหล่ยากมาก่อนให้ครรภ์ที่แล้ว
3. มีประวัติทารก macrosomia มาก่อนในครรภ์ที่แล้ว
4. การชักนำการคลอด
5. การใช้ epidural anesthesia
6. การคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น คีมช่วยคลอด หรือ เครื่องดูดสุญญากาศ

จากข้อแนะนำขององค์กรหลักทางสูติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetrics and Gynecology : ACOG)<sup>4,5</sup> ยังไม่ได้แนะนำให้วางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทุกราย สำหรับทารกที่น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม โดยมารดาไม่ได้มีปัญหาเบาหวาน เนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่ได้มีประโยชน์ในการช่วยลดการคลอดไหล่ยากได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่กลับเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่จำเป็น และข้อแนะนำในปัจจุบันถือว่า การวางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจเป็นข้อพิจารณาได้ ในกรณีที่สงสัยภาวะ macrosomia โดยถือเกณฑ์ที่น้ำหนักทารกมากกว่า 5,000 กรัม และ 4,500 กรัม ในมารดาที่ไม่เป็นเบาหวานและเป็นเบาหวานตามลำดับ อย่างไรก็ตามอาจมีข้อสังเกตคือ ธรรมชาติของน้ำหนักทารกของไทยน่าจะน้อยกว่าทารกในซีกโลกตะวันตก แต่จากหลักฐานการศึกษาหรือข้อแนะนำของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังไม่ได้มีข้อสรุปไว้ชัดเจนว่าควรปรับเกณฑ์ของน้ำหนักทารกที่นำมาใช้พิจารณาทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อป้องกันการคลอดไหล่ยากหรือไม่

สำหรับมารดาที่เคยมีประวัติการคลอดไหล่ยากในครรภ์ก่อนนั้น พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดการคลอดไหล่ยากซ้ำอีกในครรภ์ต่อมาประมาณร้อยละ 12 หรือโอกาสเกิดประมาณ 1 ต่อ 86 และโอกาสเกิด brachial plexus injury ของทารกในกรณีของ recurrent shoulder dystocia จะเพิ่มขึ้น ซึ่งควรมีการปรึกษาร่วมกันกับสตรีตั้งครรภ์และคู่สมรสเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของวิธีการคลอดว่าต้องการเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือไม่

### ภาวะแทรกซ้อน<sup>1,2</sup>

1. ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา เช่น การตกเลือดหลังคลอด การฉีกขาดของช่องทางการคลอด และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ตามมาเช่น fistula หรือ แผลติดเชื้อ
2. ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก เช่น brachial plexus injuries (กว่าร้อยละ 90 ของทารกที่มีปัญหานี้มักหายได้เองโดยไม่มีควมพิการใดๆเกิดขึ้น) กระดูกโหลปลาร้าหักสมองขาดออกซิเจนระหว่างการคลอดทารกเสียชีวิต เป็นต้น

## แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก

ในกรณีที่ประเมินแล้วพบว่ามีความเสี่ยง เช่น ทารกตัวโต มารดาเป็นเบาหวาน ควรมีการเตรียมพร้อมก่อนล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นสูติแพทย์ผู้ทำคลอด ซึ่งควรได้มีการทบทวนวิธีการช่วยคลอดไหล่ทารกอย่างถูกต้อง, เตรียมทีมและซักซ้อมความเข้าใจก่อนเกิดเหตุการณ์ และเมื่อทำการช่วยเหลือทารกที่เกิดภาวะคลอดติดไหล่เรียบร้อยแล้ว ควรมีการบันทึกเวชระเบียนอย่างละเอียดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมถึงวิธีที่ได้ทำการช่วยเหลือ เพื่อเป็นหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษรในกรณีที่เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา

ในการทำคลอดทารกที่มีปัญหาติดไหล่เวลานั้น ควรมีการนิดยาชาและตัดแผลฝีเย็บให้กว้างมากพอ ดูดปากและจุมุกทารกให้โล่ง และกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยไม่ควร มีปัสสาวะค้างอยู่ แต่สิ่งที่สำคัญคือผู้ทำคลอดควรมีสติ เนื่องจากการช่วยคลอดอย่างรีบเร่งเกินไป เช่น การดึงทารกอย่างรุนแรง จะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารกมากขึ้น หรือการช่วยคลอดด้วยวิธีที่ผิด เช่น การกดยอดมดลูก (fundal pressure) จะทำให้ไหล่ของทารกติดแน่นมากขึ้น และอาจมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเช่น มดลูกแตกตามมาได้ซึ่งวิธีช่วยคลอดไหล่ที่ถูกต้องนั้น ควรทำเป็นขั้นตอนดังนี้

1. **เริ่มต้นด้วยวิธี McRoberts maneuver** โดยปลดขาของผู้คลอดออกจากที่ตรง ยกขึ้นแล้วงอเข้าพบกับทางหน้าท้อง ดังรูปที่ 5-1 ซึ่งเป็นการทำให้เกิด hyperflexion และ abduction ของข้อสะโพกมารดา ทำให้ส่วนของ symphysis pubis หมุนมาทางด้านศีรษะ ร่วมกับเกิด flattening ของ lumbar lordosis ทำให้ไหล่หน้าเกิดมีความคล่องตัวมากขึ้นและหลุดออกมาจาก pubic symphysis ได้
- การทำ McRoberts maneuver ควรปฏิบัติรวมกับการกดบริเวณหัวเหน่า (suprapubic pressure) เพื่อเป็นการช่วยกดให้ไหล่ด้านหน้าหลุดออกจาก pubic symphysis อีกแรงหนึ่ง โดยจังหวะในการกดควรเป็นจังหวะเดียวกันกับการที่ผู้ทำคลอดค่อยๆดึงทารกออกมา และเป็นช่วงที่ขาของมารดาทั้งสองข้างถูกยกขึ้นจนเข้าชิดกับส่วนหน้าอก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถ้ามีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ยังไม่เกิดภาวะติดไหล่เกิดขึ้น ควรมีการปลดขาของมารดาออกจากที่ตรงตั้งแต่วินาทีแรก มีผู้ช่วยประจำที่ขาของมารดาแต่ละข้าง ร่วมกับผู้ช่วยอีกหนึ่งคนอยู่ที่บริเวณ

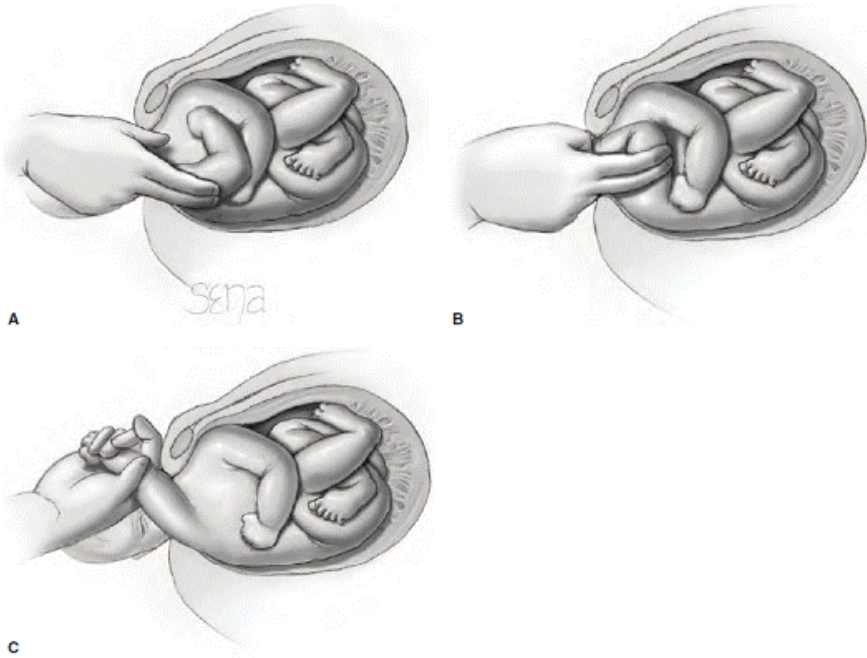




**รูปที่ 5-1** แสดงการช่วยคลอดด้วยวิธี McRoberts maneuver โดยการงอเข้าทั้งสองข้างของสตรีตั้งครรภ์ให้ชิดหน้าอก ร่วมกับการกดบริเวณหัวเหน่า และดึงศีรษะทารกออกมาในจังหวะประสานกัน(ที่มา: *Abnormal labour*. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Levano, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2010. p. 481-7.)

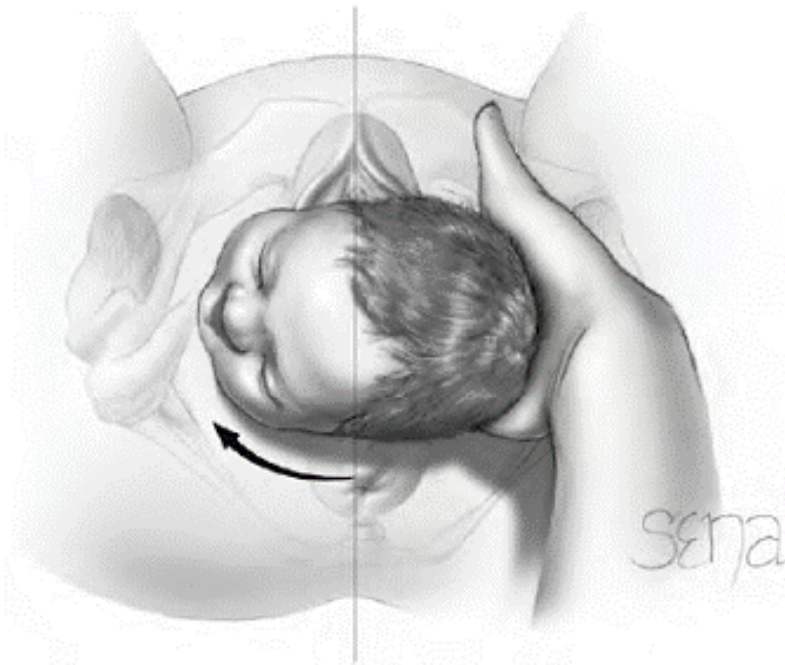
หัวเหน่าเพื่อเตรียมพร้อมในการกดบริเวณหัวเหน่า เป็นต้น ซึ่งส่วนมากแล้วถ้าทำการช่วยคลอดด้วยวิธี McRoberts maneuver ร่วมกับการกดบริเวณหัวเหน่าอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถทำการคลอดไหล่ทารกได้สำเร็จเกือบร้อยละ 90<sup>7</sup>

2. **Posterior arm release** คือทำการคลอดไหล่หลังก่อนโดยใช้มือผู้ทำคลอดทำการปาดแขนหลังของทารกผ่านทางหน้าอกออกมา แล้วคลอดแขนข้างนั้น จากนั้นหมุนหัวไหล่ให้อยู่ในแนวเฉียง แล้วตามด้วยการคลอดไหล่หน้า ดังรูปที่ 5-2



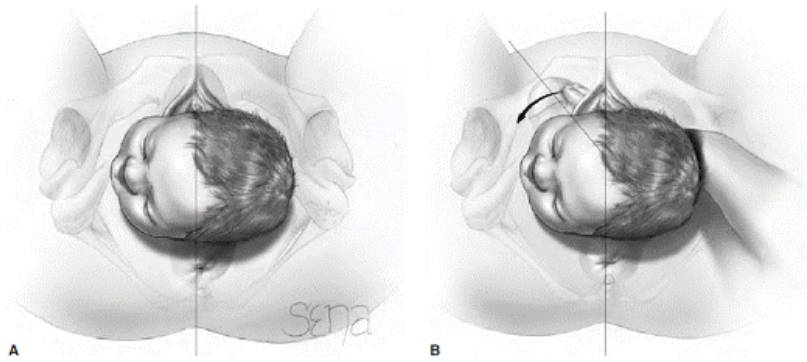
**รูปที่ 5-2** การช่วยคลอดไหล่ยากด้วยวิธี *posterior arm release* โดยผู้ช่วยคลอดสอดนิ้วเข้าไปในช่องคลอดตามแนวด้านหลังของแขนหลัง แล้วผลักกวาดไปทางด้านทรวงอกพยายามให้งอแขนและข้อศอกทารก จากนั้นจับแขนและดึงให้เหยียดมาทางด้านหน้า และคลอดไหล่หลังออกมา (ที่มา: *Abnormal labour*. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Levano, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2010. p. 481-7.)

- 3. Woods maneuver หรือ Corkscrew maneuver:** เทคนิคนี้เป็นการหมุนลำตัวทารกให้คล้ายสกรู โดยผลักจากทางไหล่หลัง เพื่อให้ไหล่หน้าหลุดออกจากการติดแน่น โดยการสอดมือเข้าไปทางด้านหลังของไหล่หลังของทารก แล้วออกแรงผลักหมุนแบบเกลียวไปทางด้านหน้าทารก 180 องศา ให้ไหล่หลังกลายมาเป็นไหล่หน้า ทำให้ไหล่หน้าเดิมคลายจากการอัดแน่นออกมาได้ ดังรูปที่ 5-3



**รูปที่ 5-3** Woods maneuver ใช้มือของผู้ช่วยคลอควางทาบไปที่ด้านหลังของไหล่หลังแล้วหมุนไป 180 องศา หมุนไปในลักษณะเกลียวสกรู เพื่อให้ไหล่หน้าที่ติดแน่นหลุดออกมา(ที่มา: Abnormal labour. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2010. p. 481-7.)

4. **Rubin's maneuver** หลักการคือการโยกหรือผลักไหล่ทารกโดยไม่ต้องหมุนลำตัวของทารก แต่เป็นเพียงการผลักหรือโยกเพื่อให้ไหล่หน้าหลุดจากการติดแน่น โดยสามารถทำได้สองวิธีคือ วิธีแรก เป็นการขยับโยกไหล่ทารกแบบไปกลับซ้ายขวา (rocked) ด้วยการออกแรงผ่านทางหน้าท้องมารดา แต่ถ้าไม่สำเร็จให้ใช้วิธีที่สองคือ ผลักไหล่หน้าของทารกจากด้านหลังให้ห่อตัวงุ้มเข้าหาหน้าอก ทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางช่วงไหล่ทั้งสองลดลง และทำให้ไหล่หน้าหลุดจากที่อัดแน่นอยู่ใต้กระดูกหัวเหน่อออกมาได้ ดังรูปที่ 5-4



**รูปที่ 5-4** Rubin's maneuver แสดงวิธีการพลิกไหล่หน้าที่อยู่ใต้กระดูกหัวเหน่าไปทางด้านหน้าของทรงอกทารกทำให้ระยะห่างของสองหัวไหล่ลดลง และทำให้ไหล่หน้าหลุดออกมาจากที่อึดแน่นอยู่ได้ (ที่มา: *Abnormal labour. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2010. p. 481-7.*)

ในระดับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรรู้วิธีช่วยคลอดไหล่เบื้องต้น 4 วิธีที่กล่าวไปแล้ว ส่วนวิธีอื่นๆเป็นสิ่งที่ใช้ไม่บ่อยในทางปฏิบัติ ทำได้ยากและมีภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย เช่น การหักกระดูกไหปลาร้าของทารกโดยการใช้นิ้วมือกดด้านหน้าของกระดูกไหปลาร้าต้านกับ pubic rami ของเชิงกรานมารดาหรือ Zavanelli maneuver (cephalic replacement) ซึ่งเป็นการดันศีรษะทารกกลับเข้าไปแล้วนำไปผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น

## ข้อสรุปสำหรับการคลอดโหล่ยากจากองค์กรหลักทาง สูตินรีเวชของสหรัฐอเมริกา (ACOG)<sup>4,5</sup>

### *Level B recommendation (based on limited or inconsistent scientific evidence)*

1. ภาวะคลอดโหล่ยาก ไม่สามารถทำนายหรือป้องกันได้ เนื่องจากยังไม่มีวิธีใดที่สามารถทำนายได้อย่างแม่นยำว่าทารกแรกเกิดจะเกิดภาวะนี้ขึ้น
2. การชักนำการคลอดหรือการวางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องล่วงหน้าในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ทารกตัวใหญ่กว่าปกติถือว่าไม่เหมาะสม

### *Level C recommendation (based on consensus and expert opinion)*

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดโหล่ยากในครรภ์ก่อน ควรได้รับการประเมินน้ำหนักทารก อายุครรภ์ ผลการตรวจคัดกรองเรื่องเบาหวานของมารดา และความรุนแรงของการบาดเจ็บของทารกในครรภ์ที่แล้ว แล้วจึงให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับข้อดีและความเสี่ยงของการวางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องล่วงหน้า
2. พิจารณาวางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อป้องกันภาวะคลอดโหล่ยากในกรณีที่สงสัยว่าทารกตัวใหญ่กว่าปกติ และมีน้ำหนักมากกว่า 5,000 กรัม ในมารดาที่ไม่เป็นเบาหวาน และ น้ำหนักมากกว่า 4,500 กรัมสำหรับมารดาที่เป็นเบาหวาน
3. สำหรับวิธีการช่วยคลอดโหล่ทารก ยังไม่มีวิธีใดที่ถือว่าดีที่สุดหรือดีกว่าวิธีอื่นในการทำให้ไหล่พ้นจากภาวะติดแน่นหรือลดการบาดเจ็บของทารก อย่างไรก็ตามการช่วยคลอดโดยวิธี McRoberts maneuver ถือว่าเป็นวิธีช่วยคลอดเบื้องต้นที่เหมาะสมที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. Politi S, D'emidio L, Cignini P, Giorlandino M, Giorlandino C. Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach. *J Prenat Med* 2010;4:35-42.
2. Grobman W. Shoulder dystocia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013;40:59-67.
3. Gottlieb AG, Galan HL. Shoulder dystocia: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007;34:501-31.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Compendium of selected publications 2009. Washington, DC: ACOG Distribution Center, 2005: 801-05.
5. Sokol RJ, Blackwell SC. ACOG practice bulletin: Shoulder dystocia. Number 40, November 2002. (Replaces practice pattern number 7, October 1997). *Int J Gynaecol Obstet* 2003;80:87-92.
6. Bingham J, Chauhan SP, Hayes E, Gherman R, Lewis D. Recurrent shoulder dystocia: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65:183-8.
7. Chauhan SP, Laye MR, Lutgendorf M, McBurney JW, Keiser SD, Magann EF, et al. A Multicenter Assessment of 1,177 Cases of Shoulder Dystocia: Lessons Learned. *Am J Perinatol* 2013 (In press).

# บทที่ 6

การคลอดทารกทำกัน

ทางช่องคลอด

Vaginal Breech Delivery

พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แม้ในปัจจุบันการคลอดทารกที่เป็นท่าก้นทางช่องคลอดจะมีการปฏิบัติน้อยลงมากเมื่อเทียบกับในอดีต แต่ในหลายสถานการณ์สตรีตั้งครรภ์มาถึงโรงพยาบาลเมื่อการคลอดดำเนินไปมากและใกล้เข้าสู่ระยะที่สองของการคลอดแล้วและไม่สามารถผ่าตัดได้ทัน (advanced labor หรือ imminent delivery) ดังนั้นความรู้เรื่องการคลอดทารกท่าก้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปยังเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการคลอดทารกท่าก้นแตกต่างจากการคลอดทารกท่าศีรษะทั่วไป ต้องใช้ความเชี่ยวชาญและความระมัดระวังสูงกว่า และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกได้มากกว่าการคลอดท่าศีรษะปกติ ด้วยสาเหตุที่การคลอดท่าก้นมีโอกาสที่จะต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการสูง และมีโอกาสคลอดติดขัดได้มากโดยเฉพาะการคลอดส่วนศีรษะ ทำให้โอกาสเกิดการบาดเจ็บต่อช่องทางคลอดที่เป็นผลจากการคลอดยากพบได้มากกว่าปกติ รวมถึง การบาดเจ็บต่อทารก ภาวะตกเลือดหลังคลอด มดลูกหดตัวไม่ดี และการติดเชื้อของแผล แม้แต่อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการคลอดทารกท่าก้นสูงกว่าการคลอดทารกท่าศีรษะเช่นกัน

### การทำคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด

ก่อนตัดสินใจให้ทารกท่าก้นคลอดทางช่องคลอดควรตรวจหาข้อห้ามของการคลอดทางช่องคลอด เช่น ภาวะ hyperextended head, ส่วนนำเป็นชนิด footling breech หรือประเมนแล้วพบว่าทารกตัวโตมากและอาจมีปัญหาการคลอดติดขัดได้ เป็นต้นและควรมีกุมารแพทย์และวิสัญญีแพทย์เตรียมพร้อมอยู่เสมอ รวมถึงกุมารแพทย์สว่างหน้า นอกจากนี้ในช่วงระยะที่ 1 ของการคลอด ถ้ามีการแตกของถุงน้ำคร่ำเกิดขึ้น ควรตรวจภายในทันที เพื่อเฝ้าระวังภาวะสายสะดือโผล่ย่อย (prolapsed cord) และควรให้ความสนใจกับการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างน้อยในช่วง 5-10 นาทีหลังจากที่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ<sup>1,2</sup>



### การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ<sup>3</sup>

1. **Spontaneous breech delivery** ปล่อยให้ทารกคลอดผ่านช่องคลอดออกมาเองทั้งหมดโดยไม่ต้องใช้แรงดึง ผู้ทำคลอดเพียงแต่พุงส่วนของทารกให้คลอดตามกลไกธรรมชาติ พร้อมกับใช้มือช่วยกดบริเวณเหนือหัวเหน่าเพื่อให้ศีรษะทารกจมลงไปช่องคลอดเท่านั้น การคลอดวิธีนี้นี้มักจะพบในครรภ์หลังที่ทารกมีขนาดเล็ก มดลูกหดรัดตัวดี หรือมารดาออกแรงเบ่งคลอดได้ดี แต่สำหรับในทารกครบกำหนดทั่วไปมักจะจำเป็นต้องช่วยคลอดเพื่อไม่ให้สายสะดือถูกดอยู่นานในช่องทางคลอด
2. **Partial breech extraction หรือ breech assisting delivery** ปล่อยให้ทารกคลอดออกมาเองตามธรรมชาติจนถึงระดับสะดือ แล้วจึงช่วยคลอดส่วนที่เหลือโดยใช้หัตถการการช่วยคลอดส่วนต่างๆ ของทารก ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป นับว่าเป็นการคลอดทารกท่าก้นที่พบได้บ่อยที่สุด และเมื่อกล่าวถึงการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด โดยทั่วไปมักหมายถึงการคลอดชนิดนี้
3. **Total breech extraction delivery** ช่วยคลอดทุกส่วนของทารก

### วิธีการทำคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดแบบ breech assisting delivery<sup>3-5</sup>

คือการเริ่มช่วยคลอดทารกเมื่อก้นคลอดออกมาแล้วจนถึงระดับสะดือของทารก โดยใช้หัตถการช่วยคลอดส่วนขา ลำตัว แขน และศีรษะ ตามลำดับ

#### การช่วยคลอดส่วนขา

ใช้นิ้วมือบิดหรือเขี่ยที่บริเวณด้านในของขาพับ (popliteal fossa) ให้ต้นขาพลิกกางออก (external rotation และ abduction of thigh) และคอยจัดท่าทารกให้ส่วนหลังอยู่ด้านบนหรือทางด้านหน้าของเชิงกรานมารดาอยู่เสมอ ซึ่งการบิดขาทารกต้องระมัดระวังไม่ให้แรงเกินไปและบิดให้ถูกทิศทาง เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อขาหรือสะโพกของทารกได้

## การช่วยคลอดไหล่และแขน

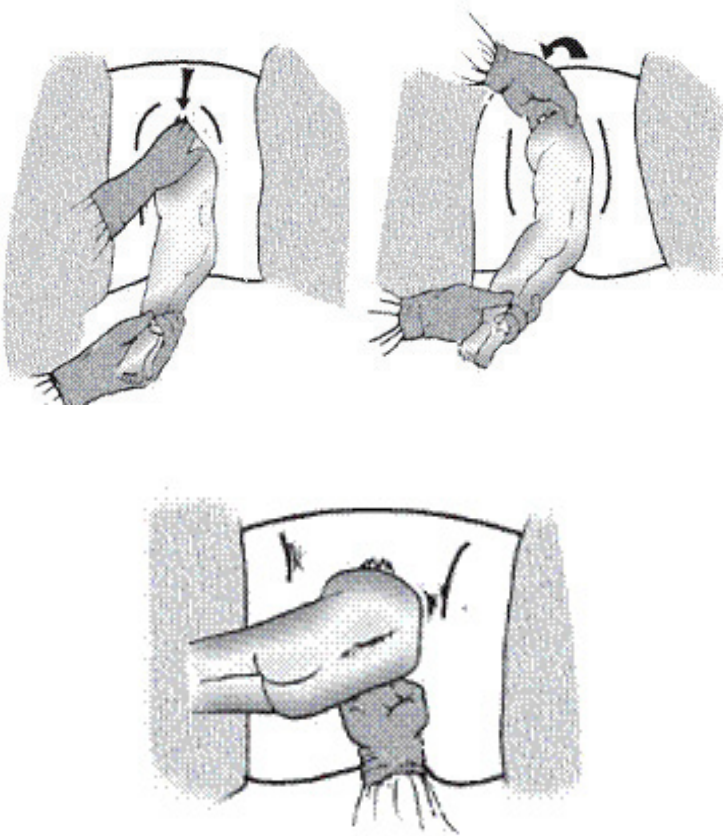
การช่วยคลอดไหล่และแขนจะเริ่มกระทำเมื่อเห็นรักแร้ของทารก (visible axilla) แล้วเท่านั้น โดยการช่วยคลอดไหล่มีหลายวิธีเช่น ใช้นิ้วมือเกี่ยวแขนคล้ายแมวตะกุษย์ ที่เรียกว่า “cat’s paw method” และวิธีของ Muller ซึ่งใช้ช่วยคลอดได้ทั้งแขนหน้าและแขนหลัง แต่ต้องเป็นแขนที่อยู่ในลักษณะหรือท่าปกติ นอกจากนี้ยังมีวิธี classical ซึ่งเป็นการช่วยคลอดแขนหลังให้คลอดออกมาทางด้านหลังของเชิงกราน และวิธี Lovset ซึ่งเป็นวิธีการช่วยคลอดแขนหลังให้คลอดออกมาทางด้านหน้าของเชิงกราน โดยการหมุนตัวเด็กให้ไหล่และแขนหมุนจากด้านหลังของเชิงกรานไปคลอดออกทางด้านหน้าใต้กระดูกหัวเหน่า การเลือกว่าจะใช้วิธีใดช่วยคลอดไหล่และแขนนั้นขึ้นกับความชำนาญและความยากง่ายในการช่วยคลอด ถ้าแขนแนบกับลำตัวเด็กจะคลอดได้ง่าย ซึ่งวิธีที่เหมาะสมคือ cat’s paw หรือวิธีของ Muller แต่ถ้าแขนเหยียดขึ้นไปเหนือศีรษะ (extended arm) หรืออยู่บริเวณด้านหลังคอเด็ก (nuchal arm) จะคลอดค่อนข้างยาก ซึ่งวิธีที่เหมาะสมในการช่วยคลอดคือ classical และ Lovset

### Cat’s paw method (รูปที่ 6-1)

คือการใช้ปลายนิ้วมือช่วยคลอดไหล่ในลักษณะคล้ายแมวตะกุษย์ออกมา คลอดไหล่หน้าโดยสอดมือเข้าไประหว่างไหล่เด็กและรอยต่อกระดูกหัวเหน่า แล้วเกี่ยวต้นแขนลงมา โดยให้ต้นแขนแนบกับตัวเด็ก หากไหล่และแขนยังอยู่สูง อาจเพิ่มช่องว่างโดยสอดมือเข้าไปแล้วคว่ำมือกดกระดูกสะบักเข้าไปหาตัวเด็ก ส่วนการคลอดไหล่หลังก็หงายมือรองตัวเด็ก อีกมือก็จับที่ขาคอตัวเด็กขึ้น แล้วใช้มือที่รองส่วนของอกเด็กนั้นสอดเข้าไปเกี่ยวต้นแขนปาดผ่านฝีเย็บออกมา

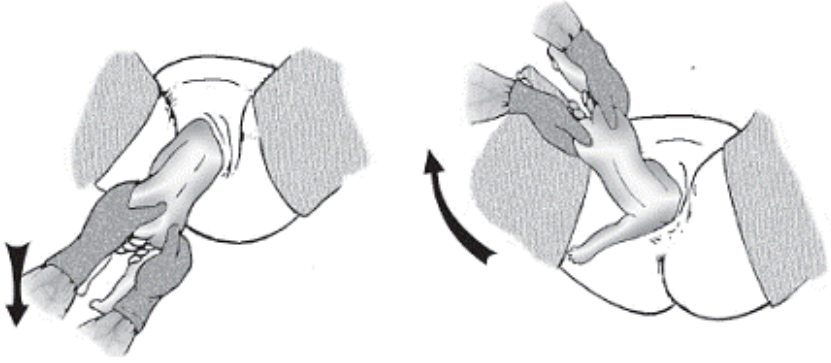
### Muller’s method (รูปที่ 6-2)

เป็นวิธีช่วยเหลือให้แขนเด็กคลอดออกมาตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องใช้มือเกี่ยวไหล่หน้าออกมาแต่ใช้ทักษะการหมุนและดึงลำตัวเด็กแทน คือคลอดไหล่หน้าโดยการจับเด็กให้แน่นที่บริเวณสะโพก 2 ข้าง โดยนิ้วหัวแม่มือแนบขนานกับส่วนหลังของเด็ก และนิ้วอื่นๆ ของทั้ง 2 มือ อ้อมไปจับที่ด้านหน้าของต้นขา แล้วดึงตัวเด็กลงข้างๆ สม่่าเสมอตลอดเวลาโดยไม่หย่อนแรงดึงเลย แนะนำให้ดึงพร้อมกับการหมุนไหล่



**รูปที่ 6-1** การช่วยคลอดไหล่และแขนโดยใช้นิ้วเกี่ยวแบบ *cat's paw* (ที่มา: การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด (Vaginal breech delivery). ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษ์มีรุ่ง; 2555. หน้า 607-18.)

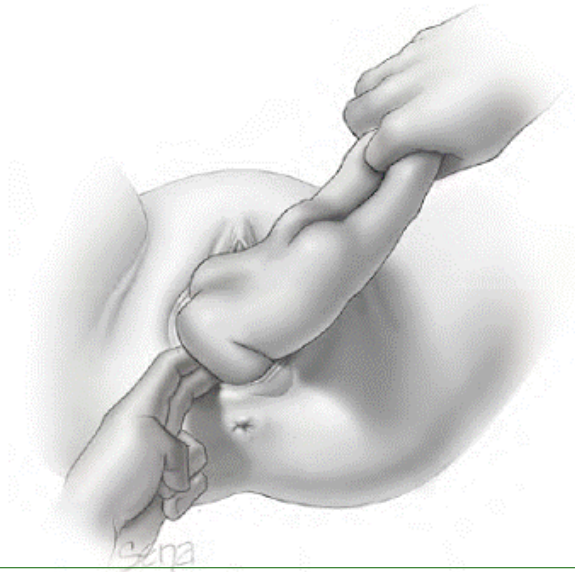
มาอยู่ในแนวตรง (แนวหน้าหลัง) ดึงจนไหล่หน้าของเด็กคลอดมาเองพร้อมกับแขนและมือ เมื่อไหล่หน้าคลอดแล้วให้ยกเด็กขึ้นในแนวตั้งต่างๆ ที่ไหล่ยังอยู่ในแนวหน้าหลังของช่องคลอด โดยให้ตัวเด็กอ้อมมากไปทางหัวเหน่าและหน้าท้องแม่ แขนหลังและไหล่หลังจะเคลื่อนผ่านฝีเย็บออกมาได้ ทั้งนี้หากแขนไม่คลอดออกมาเองก็ใช้นิ้วเข้าไปเกี่ยวต้นแขนออกมาผ่านทางหน้าอก



**รูปที่ 6-2** การช่วยคลอดไหล่และแขน ตามวิธีของ Muller (ที่มา: การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด (Vaginal breech delivery). ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษณะมีรุ่ง; 2555. หน้า 607-18.)

### Classical method (รูปที่ 6-3)

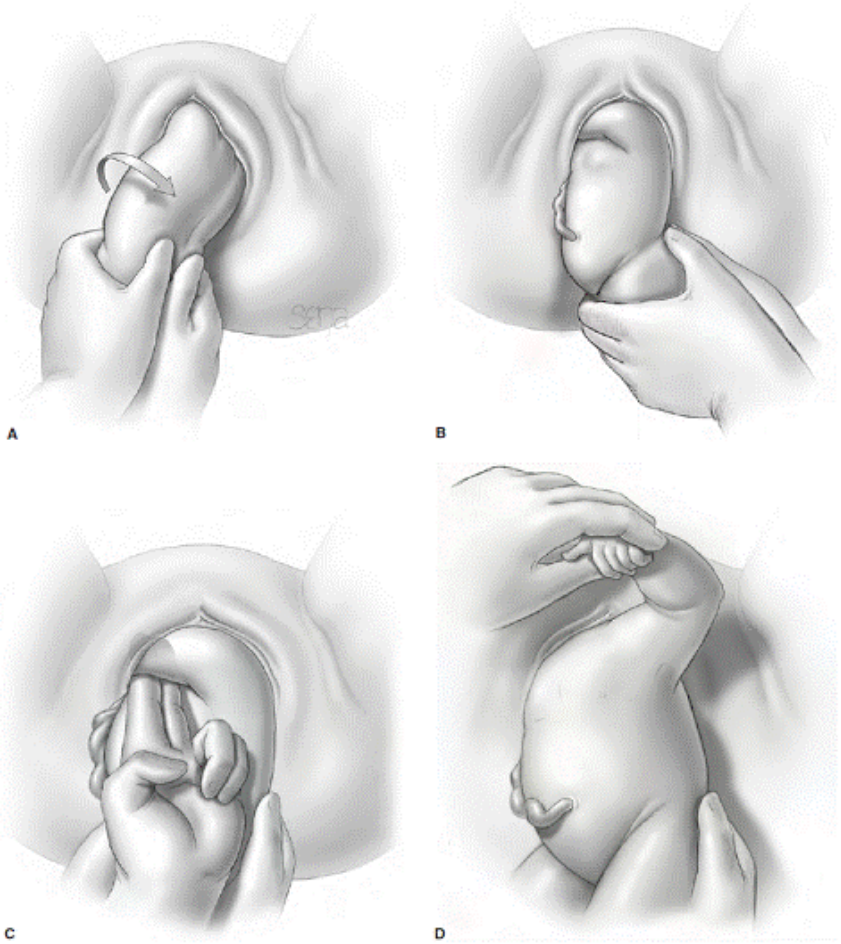
หลักการคือเป็นการทำคลอดส่วนของไหล่หลังหรือแขนที่อยู่ทางด้านหลังก่อน และเมื่อจะทำคลอดแขนทางด้านหน้า ให้ทำการหมุนตัวเด็กให้ไหล่หน้ากลายเป็นไหล่หลังเช่นกัน เริ่มจากให้ตัวเด็กและไหล่เด็กอยู่ในแนวตรงกับทางออกช่องเชิงกราน (แนว AP) เสียก่อน สามารถช่วยคลอดได้โดยมือซ้ายของผู้คลอดที่อยู่ด้านหน้า ท้องเด็กจับข้อเท้าเด็กทั้งสองข้างไว้ด้วยกัน แล้วโยกลำตัวเด็กไปด้านหน้า และสอดมือขวาเข้าทางด้านหลังของช่องคลอดและทางหลังเด็ก ผู้ทำคลอดจะสอดนิ้วมือเข้าไปเกี่ยวแขนไม่เกินข้อศอกแนบผ่านหน้าอกเด็กออกมา ต่อมาจึงจับตัวเด็ก หมุนให้แขนหน้ากลับไปเป็นแขนหลัง และช่วยคลอดตั้งวิธีเดิมที่กล่าว วิธี classical นี้เหมาะที่จะใช้ในรายที่คลอดยาก จึงนิยมใช้ใน total breech extraction นอกจากนี้ยังสามารถช่วยเหลือการคลอดแขนที่ติดปกติชนิดแขนเหยียดขึ้นไปข้างศีรษะได้



**รูปที่ 6-3** การช่วยคลอดไหล่และแขนแบบ classical (ที่มา: Breech presentation and delivery. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 534-39.)

### Lovset's method (รูปที่ 6-4ก และ 6-4ข)

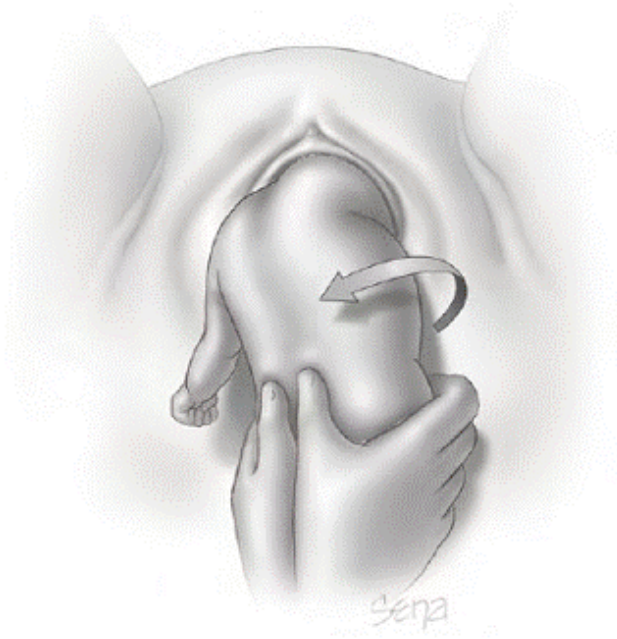
ข้อดีของวิธีนี้คือแรงที่กระทำต่อแขนและไหล่ทารกน้อยจึงมีอันตรายน้อยต่อทารก และสามารถช่วยเหลือการคลอดไหล่และแขนของทารกในกรณีที่มีความผิดปกติของแขนแบบแขนเหยียด (extended arm) คือแขนเด็กเหยียดขึ้นไปอยู่ข้างหัวเด็ก หรือความผิดปกติของแขนแบบ nuchal arm คือ แขนเหยียดขึ้นข้างบนและข้อศอกงอพับเอาส่วนปลายแขนไปพาดไว้ที่ด้านหลังของคอเด็ก หลักการคือเป็นการคลอดที่หมุนลำตัวเด็กให้ไหล่ทั้งไหล่หลังและไหล่หน้ามาคลอดทางด้านหน้าทั้งหมด เมื่อช่วยคลอดให้ทำการหมุนตัวเด็กพร้อมกับดึงลงให้หลังเด็กผ่านทางด้านหน้าของช่องเชิงกราน ไหล่หลังจะถูกดึงลงและหมุนไปอยู่ด้านหน้าทำให้ฟันปากช่องคลอดออกมา และเมื่อหมุนกลับอีก 180 องศา ไหล่หลังก็จะกลับขึ้นไปอยู่ด้านหน้า ไหล่ก็จะหลุดออกมาเช่นเดียวกัน สำหรับแขนหากไม่หลุดออกมาเอง ก็อาจใช้นิ้วช่วยเกี่ยว



**รูปที่ 6-4ก** การช่วยคลอดโหล่ตามวิธีของ Lovset: โหล่หลัง (โหล่ซ้ายตามรูป) จะถูกหมุนให้กลายเป็นโหล่หน้า และคลอดออกมาทางด้านหน้า(ที่มา: *Breech presentation and delivery*. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 534-39.)



ออกมาเช่นเดียวกับวิธีของ cat's paw อย่างไรก็ตามในขณะที่ทำการหมุนลำตัวเด็ก พยายามให้หลังของเด็กอยู่ทางด้านหน้าของเชิงกราน (sacrum anterior) เสมอถ้าเป็นไปได้ เนื่องจากเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการหงายหน้าของเด็ก ซึ่งจะทำให้การคลอดส่วนศีรษะทำได้ลำบากได้

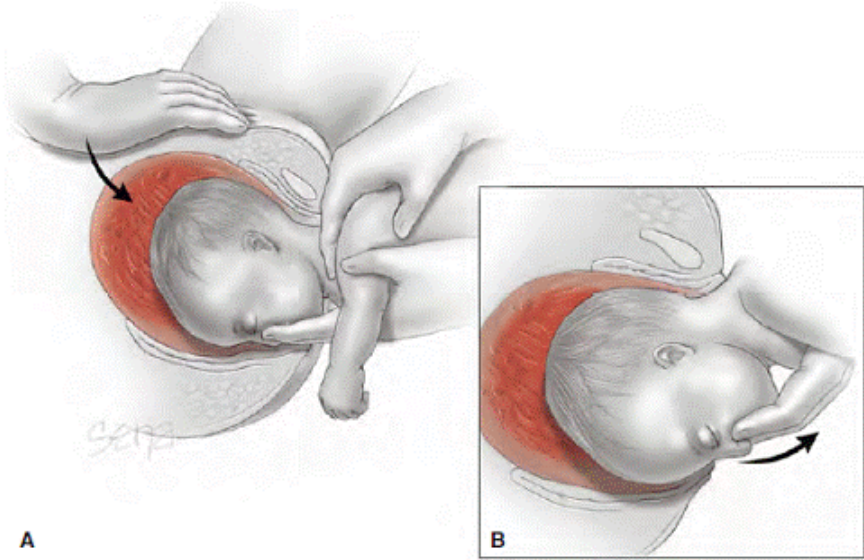


**รูปที่ 6-4ข** การช่วยคลอดไหล่ตามวิธีของ Lovset: หลังจากไหล่ทางด้านหน้าคลอดออกมาแล้ว ไหล่หลัง (ไหล่ขวาตามรูป) จะถูกหมุนให้กลายเป็นไหล่หน้าอีกครั้ง และคลอดออกมาทางด้านหน้า(ที่มา: *Breech presentation and delivery*. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 534-39.)

### การช่วยคลอดศีรษะ

ก่อนจะช่วยคลอดศีรษะ ควรจะสอดมือเข้าไปตรวจดูจนแน่ใจว่าศีรษะเด็กได้หมุนมาอยู่ในแนวหน้าหลังหรือคว่ำหน้าเรียบร้อยแล้ว (ศีรษะอยู่ในแนว AP และควรเป็นการคว่ำหน้าแบบ occiput anterior) ซึ่งการช่วยคลอดศีรษะที่นิยมกันมี 2 วิธี คือ

1. การช่วยคลอดด้วยมือตามวิธีของ Mauriceau-Smellie-Veit
2. การช่วยคลอดด้วยคีม Piper



**รูปที่ 6-5** การช่วยคลอดศีรษะเด็กด้วยวิธี Mauriceau-Smellie-Veit ใช้นิ้วมือซ้ายสอดเข้าไปในปากทารก หรือกดบนขากรรไกรล่าง (mandible) เพื่อให้หัวเด็กก้ม มือขวาจับคร่อมบริเวณไหล่เพื่อใช้ดึง ควรให้ผู้ช่วยกดบริเวณเหนือหัวเหมาเพื่อให้หัวเด็กก้มได้เต็มที่(ที่มา: Breech presentation and delivery. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Levano, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 534-39.)

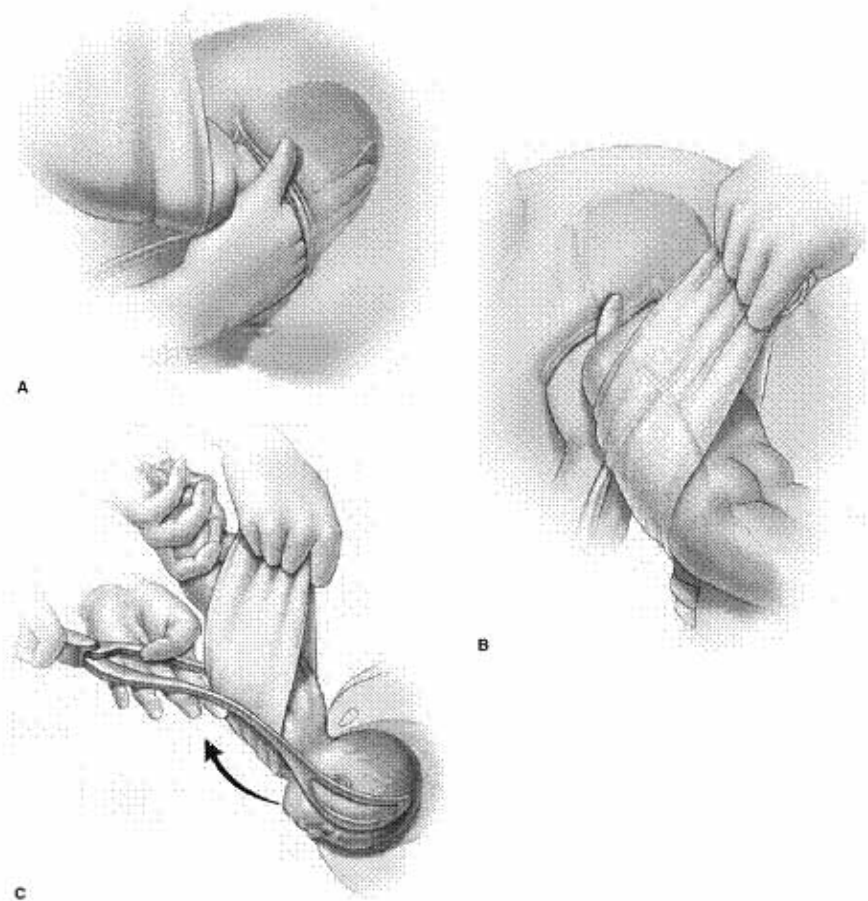


## Mauriceau-Smellie-Veit method (รูปที่ 6-5)

1. **มือซ้าย** อุ้มมือประคองบริเวณตัวเด็กแล้วใช้นิ้วตั้งให้หัวเด็กก้ม โดยอาจจะใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางแตะที่บริเวณขากรรไกรบนข้างละนิ้วเพื่อรั้งให้หัวเด็กก้ม หรือสอดนิ้วกลางเข้าไปในปากเด็กโดยวางนิ้วอยู่เหนือลิ้น นิ้วชี้และนิ้วนางแตะรั้งที่ขากรรไกรบน (maxilla) เพื่อตั้งรั้งเบาๆ ให้หัวเด็กก้ม
2. **มือขวา** คว่ำมือคร่อมจับหัวไหล่โดยนิ้วนางและนิ้วก้อยอยู่ทางด้านไหล่ขวา นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้อยู่ที่ไหล่ซ้าย นิ้วกลางให้เหยียดตรงทาบกับกระดูกคอกของเด็กและช่วยกดบริเวณท้ายทอยให้หัวเด็กก้มด้วย ถ้าหัวเด็กยังไม่ก้มให้ดึงเด็กลงมาตรงๆ ในแนวตั้ง ส่วนท้ายทอยจะยันกับกระดูกหัวหน่าว ทำให้หัวเด็กก้มได้แล้วจึงดึงให้หัวคลอดต่อไป ส่วนใหญ่จะออกแรงดึงด้วยมือขวา ส่วนมือซ้ายให้พยายามก้มหัวเด็กให้มากที่สุด

## การช่วยคลอดด้วยคีม Piper (รูปที่ 6-6)

1. ก่อนใส่คีม Piper ต้องสอดนิ้วเข้าไปตรวจให้แน่ใจว่าหัวเด็กอยู่ในแนวตรงและลงมาต่ำแล้ว ถ้าหัวเด็กยังเฉียงอยู่ให้สอดนิ้วเข้าไปในปากเด็กเพื่อหมุนให้หัวอยู่ในแนวตรงเสียก่อน ให้ผู้ช่วยยกตัวเด็กขึ้นไปทางหน้าท้องแม่ โดยมือข้างหนึ่งรวบขาเด็กทั้ง 2 ข้าง อีกมือรวบแขนทั้ง 2 ข้างไว้ข้างหลังเด็ก หรือจะใช้ผ้ารองพุงของเด็กไว้ก็ได้
2. การใส่คีม Piper ผู้ทำคลอดควรนั่งคุกเข่าข้างหนึ่งลงกับพื้น และใส่คีมเข้าไปตรงๆ ในแนวขนานกับแนวราบ ไม่จำเป็นต้องใส่ในแนวตั้งแล้วปิดลงด้านล่าง เหมือนการใส่คีม Simpsons ในการคลอดทำศีรษะ การเริ่มใส่คีม ให้ใส่ข้างซ้ายก่อนเสมอ โดยมือซ้ายจับตามคีมซ้าย สอด blade เข้าทางด้านซ้ายของช่องคลอดที่บริเวณ 3 นาฬิกา เข้าไปจับทางด้านขวาของหัวเด็ก จากนั้นมือขวาจับตามคีมข้างขวา สอด blade เข้าทางด้านขวาของช่องคลอดที่บริเวณ 9 นาฬิกา เข้าไปจับทางด้านซ้ายของหัวเด็ก แล้วลือคีมทั้ง 2 ข้างเข้าหากัน และยกตามขึ้นเล็กน้อยเพื่อให้หัวเด็กก้มหน้า ส่วนลำตัวของเด็กอาจวางพาดลงบนส่วนด้ามของคีม หรือจะให้ผู้ช่วยจับรวบตัวเด็กไว้ด้วยผ้าก็ได้
3. เมื่อทำการดึงให้ใช้มือขวาจับตามคีมดึงลงติดต่อกัน เมื่อหัวเด็กเคลื่อนลงมาอยู่ในระดับฝีเย็บจึงยกตามคีมขึ้นเพื่อให้หัวเด็กคลอด โดยเอาส่วนใต้ท้ายทอยยื่นไว้ใต้รอยต่อกระดูกหัวหน่าว ให้ปากและจมูกคลอดผ่านฝีเย็บออกมา ดูดมูกออกจากปากและจมูก แล้วทำคลอดหัวต่อไปจนคลอดออกมาทั้งหมด



**รูปที่ 6-6** การใส่คีม Piper เข้ากับหัวเด็กในช่องคลอด (aftercoming head) ดึงคีมในแนวเฉียงลงล่างจนส่วน subocciput ยันใต้กระดูกหัวหน้า จึงค่อย ๆ ยกคีมขึ้น โดยใช้ผ้ารวบแขนทั้ง 2 ข้างและพุงของเด็กในขณะช่วยคลอดด้วยคีม Piper(ที่มา: Breech presentation and delivery. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 534-39.)

## ปัญหาของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด<sup>3,6</sup>

การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดพบอันตรายต่อทารกได้สูงกว่าการคลอดท่าศีรษะ เนื่องจากสาเหตุหลายประการคือ

1. การกดสายสะดือ ถ้าคลอดศีรษะลำบากหรือช้าเกินไปทารกอาจจะมีปัญหาอ่อนหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้โอกาสเกิดสายสะดือโผล่ข้อย (prolapsed cord) ในทารกท่าก้นชนิด frank หรือ complete หรือ incomplete breech สูงกว่าในทารกท่าศีรษะถึง 3 เท่า, 10 เท่า และ 20 เท่า ตามลำดับ
2. การบาดเจ็บต่อกระดูกและข้อจากการทำหัตถการช่วยคลอด พบได้บ่อยในกรณีที่ทำให้เกิดการยากๆ
3. การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ ตับแตกหรือม้ามแตกจากการจับหรือกดบริเวณช่องท้องแรงเกินไป เวลาจับลำตัวเด็กเพื่อช่วยคลอดจึงควรใช้ผ้าขนหนูรองจับอีกทีเพื่อกันสั่น และไม่ให้จับตัวเด็กแน่นเกินไป
4. การบาดเจ็บต่อสมอง จากการดึงทารกรุนแรงหรือดึงคลอดศีรษะออกมาเร็วเกินไป ทำให้มีการฉีกขาดของ tentorium และมีเลือดออกในสมองได้
5. กระดูกสันหลังบริเวณส่วนคอหัก พบในทารกท่าก้นที่แขนหน้ามากเกินไป (hyperextended head) ซึ่งถือว่าเป็นข้อห้ามหนึ่งของการคลอดท่าก้นทางช่องคลอด

มารดาของทารกท่าก้นก็มีความเสี่ยงต่ออันตรายมากกว่ามารดาของทารกท่าศีรษะได้หลายประการ ที่สำคัญคือการฉีกขาดของช่องคลอดจากการคลอดยาก คลอดติดขัดหรือการทำสูติศาสตร์หัตถการและมีโอกาสที่ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่เพิ่มขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, et al. Vaginal delivery of breech presentation. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:557-78.
2. Papp Z. Breech deliveries and cesarean section. *J Perinat Med* 2003;31:415-9.
3. Breech presentation and delivery. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 527-43.
4. Mukhopadhyay S, Arulkumaran S. Breech delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002;16:31-42.
5. วราวุธ สุมาวงศ์. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 13. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 2533. หน้า 502-633.
6. Bergenhenegouwen LA, Meertens LJ, Schaaf J, Nijhuis JG, Mol BW, Kok M, et al. Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;172:1-6.

# บทที่ 7

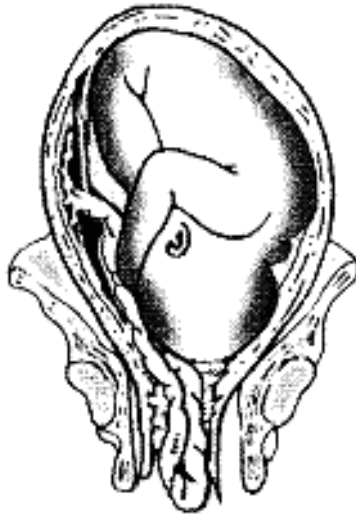
ภาวะสายสะดือโผล่ยื่น

Umbilical Cord Prolapse

ผศ. พญ. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Umbilical cord prolapse หมายถึง ภาวะที่สายสะดืออยู่ต่ำกว่าส่วนนำของทารกหลังจากการแตกของถุงน้ำคร่ำ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินหากส่วนนำของทารกกดสายสะดือจะทำให้ทารกขาดออกซิเจน ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ทารกท่าก้น ท่าขวาง คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ การทำหัตถการทางสูติศาสตร์ เช่น การหมุนกลับท่าทารกทางหน้าท้อง การเจาะถุงน้ำคร่ำ หรือ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์โดยส่วนนำยังไม่ลงสู่ช่องเชิงกราน เป็นต้น

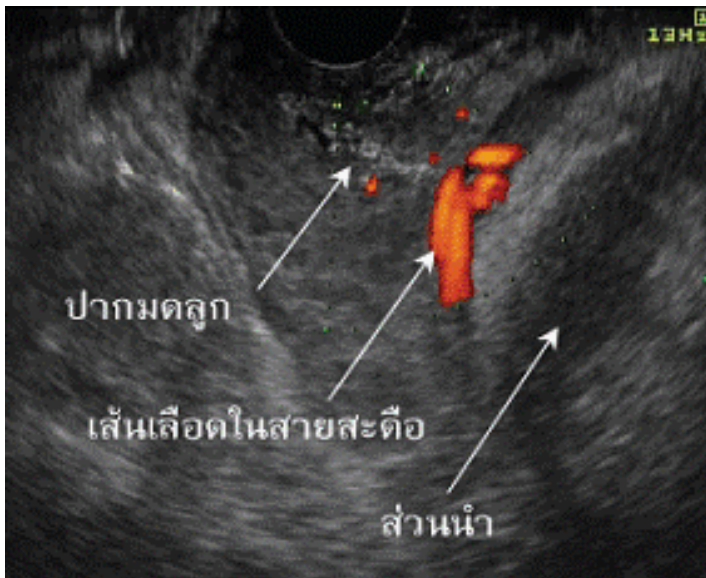


**รูปที่ 7-1** แสดงสายสะดือทารกโผล่ย่อยผ่านปากมดลูกลงมาในช่องคลอด (ที่มา: สุขยา ลีอรรณ. การดูแลระยะคลอดและการช่วยคลอด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัททักษิมีรุ่ง; 2555. หน้า 378.)

## เฟื่องลดา ทองประเสริฐ

การวินิจฉัยได้จากการคลำพบสายสะดือจากการตรวจภายใน หรือเห็นสายสะดือไหลผ่านปากช่องคลอดออกมาตั้งแสดงในรูปที่ 7-1 หากทารกยังมีชีวิตจะคลำได้ชีพจรทารกเต้นเป็นจังหวะ แต่อาจเต้นช้าลงเมื่อสายสะดือถูกกดทับจากส่วนนำหรือขณะที่มดลูกหดตัว หากสายสะดือถูกกดเป็นเวลานาน ทารกอาจเสียชีวิตได้

การตรวจอัลตราซาวด์ อาจช่วยในการวินิจฉัยภาวะสายสะดืออยู่ต่ำกว่าส่วนนำของทารกก่อนที่ถุงน้ำคร่ำจะแตกได้ตั้งแสดงในรูปที่ 7-2 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง ทำให้เพิ่มความระมัดระวังในการเจาะถุงน้ำคร่ำ (amniotomy) อย่างไรก็ตาม ก่อนทำการเจาะถุงน้ำคร่ำในทุกกรณี ไม่ว่าจะมียปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสายสะดือไหลล้อยหรือไม่ ต้องตรวจภายในจนแน่ใจเสมอว่าคลำไม่ได้สายสะดืออยู่ต่ำกว่าส่วนนำของทารก และให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในกรณีครรภ์แฝดน้ำ หรือรายที่มีปัจจัยเสี่ยง



**รูปที่ 7-2** แสดงภาพอัลตราซาวด์ color Doppler ผ่านทางช่องคลอด พบสายสะดือทารกไหลอยู่ต่ำกว่าส่วนนำของทารก (ที่มา: สุขยา ลีสุวรรณ. การดูแลระยะคลอดและการช่วยคลอด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษ์มีรุ่ง; 2555. หน้า 379.)

## การดูแลรักษาภาวะสายสะดือโผล่ย่อย

การดูแลรักษาควรคำนึงถึงอายุครรภ์หรือสภาวะของทารกในครรภ์ การเปิดของปากมดลูก และความพร้อมของทีมแพทย์ ตามลำดับ โดยสรุปได้ดังนี้

### 1. ทารกอายุครรภ์น้อย หรือเสียชีวิตแล้ว

- ให้คลอดทางช่องคลอด

### 2. ทารกอายุครรภ์เสี่ยงรอด ปากมดลูกเปิดหมด

#### 2.1. ทำคีร์ษะ

- ให้คลอดทางช่องคลอด โดย vacuum extraction<sup>1</sup>

#### 2.2. ทำกัน

- ให้คลอดทางช่องคลอด โดย breech extraction (เฉพาะผู้มีประสบการณ์) หรือ
- ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

#### 2.3. ทำขวาง

- ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

### 3. ทารกอายุครรภ์เสี่ยงรอด ปากมดลูกยังเปิดไม่หมด

- ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

### การดูแลภาวะสายสะดือโผล่ย่อยขณะรอผ่าตัดคลอด

1. ให้น้ำเกลือ ให้ออกซิเจน
2. จัดท่ามารดาให้ก้นสูง เช่น ใช้หมอนรองก้น, ใช้หมอนนอน (bed pan) รองก้น, ให้นอนท่า Trendelenburg position (นอนหงายราบบนเตียงที่เอียงลาด 45 องศา โดยด้านศีรษะต่ำกว่าเท้า) หรือ ให้นอนท่า knee-chest position (นอนคว่ำโดยวางเข่าสองข้างและหน้าอกบนเตียง)



3. ใช้มือดันส่วนนำทารกไว้ไม่ให้กดสายสะดือในช่องคลอด ไม่แนะนำให้พยายามดันสายสะดือกลับเข้าไปในโพรงมดลูก เนื่องจากอาจทำให้เกิดการหดเกร็งของเส้นเลือด ทำให้ทารกขาดออกซิเจนมากยิ่งขึ้น<sup>2</sup>
4. ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยหนีบสายไว้เพื่อให้ปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ (หรือเติมน้ำเกลือประมาณ 500 มล.) เพื่อดันส่วนนำไม่ให้กดสายสะดือทารก ปล่อยให้ปัสสาวะลงถุงเมื่อพร้อมจะลงมีด<sup>3</sup>
5. ให้ยาช่วยป้องกันการหดรัดตัวของมดลูก เช่น *terbutaline* 0.25 mg. ( $\frac{1}{2}$  amp) *subcutaneous* หรือ *intravenous* ในกรณีมดลูกหดรัดตัวบ่อย<sup>3</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. Panter KR, Hannah ME. Umbilical cord prolapse: so far so good? *Lancet* 1996;347:74.
2. Carlin A, Alfirovic Z. Intrapartum fetal emergencies. *Semin Fetal Neonatal Med* 2006;11:150-7.
3. Katz Z, Shoham Z, Lancet M, Blickstein I, Mogilner BM, Zalel Y. Management of labor with umbilical cord prolapse: a 5-year study. *Obstet Gynecol* 1988;72:278-81.



# บทที่ 8

.....  
ครรภ์เป็นพิษและภาวะชัก

Severe Preeclampsia and  
Eclampsia

.....  
อ. พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Severe preeclampsia และ eclampsia เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของ hypertensive disorder in pregnancy ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงมากและทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งการรักษาให้หายขาดมีเพียงทางเดียวคือการยุติการตั้งครรภ์หรือให้คลอด แต่ในช่วงรอคลอดนั้นควรต้องมีการดูแลอย่างเหมาะสมและจำเพาะ เพื่อให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกน้อยที่สุด

### เกณฑ์การวินิจฉัย<sup>1</sup>

#### Severe preeclampsia

1. ความดันโลหิต  $\geq 160/110$  มม.ปรอท
2. มีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 2 กรัมต่อวัน หรือ urine dipstick 3+

นอกจากนี้อาจมีอาการแสดงอื่น ๆ ที่บ่งชี้ถึง *severe preeclampsia* ได้แก่

1. serum creatinine มากกว่า 1.2 มก./ดล. โดยก่อนหน้านี้ serum creatinine ปกติมาก่อน
2. เกล็ดเลือดมีค่า  $< 100,000$  ต่อไมโครลิตร
3. มีภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (microangiopathy hemolysis) หรือค่า LDH สูงกว่าปกติ
4. serum transaminase ไม่ว่าจะ เป็น AST หรือ ALT สูงขึ้น
5. มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ปัสสาวะออกน้อย น้ำท่วมปอด หรือทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์ร่วมด้วย

## Eclampsia

วินิจฉัยเมื่อมีอาการชักเกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น preeclampsia โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่อธิบายได้ เช่น ภาวะ cerebral embolism, โรค epilepsy เดิมของผู้ป่วย หรือ electrolyte imbalance เป็นต้น

### ภาวะแทรกซ้อนของ severe preeclampsia และ eclampsia<sup>2</sup>

1. ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา เช่น เลือดออกในสมอง หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในมารดา และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เกิดได้หลายประการ เช่น ไตวายเฉียบพลัน เกล็ดเลือดต่ำ ความผิดปกติในการมองเห็น และอาจมีเลือดออกบริเวณตับได้
2. ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งนำไปสู่ภาวะเครียดหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ นอกจากนี้ในกรณีที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนด ทำให้ทารกมีปัญหาที่เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดซ้ำเติมอีกด้วย

### การรักษา<sup>1,3-8</sup>

หลักการรักษาสภาวะ severe preeclampsia และ eclampsia มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. **การดูแลรักษาเฉพาะหน้าเบื้องต้น (first aid treatment)** โดยเฉพาะกรณี eclampsia ที่สตรีตั้งครรภ์กำลังมีอาการชัก โดยดูแลเรื่องการหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก ด้วยการให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย และพยายามเคลียร์สารคัดหลั่งที่อยู่ในปาก ซึ่งวิธีการอาจใช้ oral airway ใส่ปากสตรีตั้งครรภ์ หรือใช้ไม้กีดลิ้นป้องกันไม่ให้สตรีตั้งครรภ์กัดลิ้นตนเอง รวมถึงการให้ออกซิเจน และพยายามเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือด

2. **Stabilization** ด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักในกรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำใน eclampsia รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยหลักการสำคัญคือ

- ให้ยา magnesium sulfate โดยการให้ loading dose มีวิธีบริหารยาโดยการฉีดทางหลอดเลือดดำวิธีเดียว แต่การให้ maintenance dose สามารถทำได้ ทั้งการฉีดเข้ากล้ามเนื้อและการให้ยาทางหลอดเลือด ซึ่งโดยทั่วไปนิยมการให้ยาทางหลอดเลือดดำมากกว่า แต่การให้ด้วยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจเป็นประโยชน์ ในกรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยมาในโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า และระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยในรถ ไม่มีเครื่องมือที่สามารถควบคุมปริมาณการหยดของยาเข้าทางหลอดเลือดได้ ซึ่งในกรณีนี้ การให้ยาโดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจมีความปลอดภัยกว่า

ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ ซึ่งอาจมีการปรับเปลี่ยนเล็กน้อยสำหรับประชากรไทย คือ<sup>1,7,8</sup>

1. ให้ loading dose โดย ฉีด Magnesium sulfate ( $MgSO_4 \cdot 7H_2O$ , USP) 4 กรัม ในสารละลาย 20% (20%  $MgSO_4$  20 mL) โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ในอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที
2. ให้ maintenance dose ต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยการบริหารยาทำได้ 2 วิธีคือ
  - การให้ทางหลอดเลือดดำ (continuous intravenous infusion) ให้ Magnesium sulfate หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 1-2 กรัมต่อชั่วโมง (50%  $MgSO_4$  20 g + 5% D/W 1000 mL IV drip 100-200 mL/hr)
  - การให้ด้วยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intermittent intramuscular injections) ให้ 50% magnesium sulfate solution 10 กรัม (อาจผสม 2% lidocaine ปริมาณ 1 มล. ร่วมไปด้วยเพื่อลดอาการปวด) โดยให้แบ่งฉีดที่บริเวณสะโพกข้างละ 5 กรัม ใช้เข็มเบอร์ 20 ยาว 3 นิ้ว หลังจากนั้นให้ฉีด 50%  $MgSO_4$  5 กรัม เข้ากล้ามเนื้อที่สะโพกทุกๆ 4 ชั่วโมง
3. ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์เกิดการชักซ้ำหรือการชักไม่หายหลังจากได้  $MgSO_4$  loading dose ไปแล้ว ให้ 20%  $MgSO_4$  solution loading dose ซ้ำอีกครั้งในปริมาณ 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ในอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที

ในระหว่างที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ  $MgSO_4$  ต้องมีการติดตามภาวะ magnesium toxicity<sup>6</sup> เช่น ประเมิน deep tendon reflexes, อัตราการหายใจ, วัด serum magnesium level โดยระดับที่ต้องการคือ 4-7 mEQ/ลิตร (ถ้าไม่ได้เจาะทุกราย อาจพิจารณาทำในกรณีที่ serum creatinine > 1.0 มก./ลิตร), ปัสสาวะออกใน ปริมาณอย่างน้อย 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และควรเตรียมยา calcium gluconate 1 กรัม สำหรับให้ทางหลอดเลือด เพื่อใช้การแก้พิษจาก magnesium ไปด้วยซึ่ง ถ้ามีลักษณะที่บ่งชี้ว่าอาจเกิด magnesium toxicity เช่น patella reflex หายไป, อัตราการหายใจช้ากว่า 12-14 ครั้งต่อนาที หรือปัสสาวะออก < 25 มล.ต่อชั่วโมง หรือ 100 มล.ใน 4 ชั่วโมง ควรหยุดให้ maintenance magnesium sulphate ประเด็นเพิ่มเติมคือควรให้สตรีตั้งครรภ์อยู่ในห้องที่สงบ ไม่มีแสงไฟฟ้าหรือเสียง ดังรบกวนมากเกินไป เพราะอาจกระตุ้นทำให้ความดันโลหิตสูงหรือเกิดการชัก ขึ้นได้

ข้อควรพิจารณาอีกประการหนึ่งคือ เมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะชักจาก eclampsia นั้น ยาที่ควรให้เป็นลำดับแรกคือ magnesium sulfate loading dose ไม่ใช่ยา กลุ่ม Diazepam (Valium) เนื่องจากการใช้ diazepam ไม่ได้ป้องกันการชักซ้ำ และมีผลทำให้ทารกหลับและอัตราการเต้นของหัวใจทารกช้าลง ซึ่งธรรมชาติ ของ eclampsia นั้นจะเกิดการชักในระยะสั้นๆ ซึ่งมักจะหยุดได้เองโดยไม่ต้อง พึงยา diazepam ดังนั้นในระหว่างที่เกิดการชักควรดูแลเรื่อง airway ก็เพียงพอแล้ว

### 3. ควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันเส้นเลือดในสมองแตก

ถ้าความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์มีระดับ > 160/110 มม.ปรอท ควรมีการให้ ยาลดความดัน โดยยาที่นิยมใช้ได้แก่

- Hydralazine 5 มก. IV และให้ซ้ำได้อีก 5-10 มก. ทุก 20 นาที โดยขนาด สูงสุดไม่เกิน 30 มก. ผลข้างเคียงคือใจสั่น ปวดศีรษะ อาเจียน
- Nifedipine 10 มก. oral โดยให้ซ้ำได้ทุก 30 นาที ขนาดสูงสุด 120 มก./วัน ซึ่งต้องระวังในเรื่องการให้ยาร่วมกับ magnesium sulfate ทำให้ความ ดันลดลงอย่างรวดเร็ว
- Labetalol 20 มก. IV ถ้าไม่ได้ผลใน 10 นาที ให้ซ้ำได้ 40 และ 80 มก. ทุกๆ 10 นาที ขนาดสูงสุดไม่เกิน 220 มก. ซึ่งต้องระวังในกรณีมีโรคหอบหืด หัวใจ ล้มเหลว และ heart block

#### 4. ยุติการตั้งครรภ์

เป็นวิธีเดียวในการทำให้ภาวะ severe preeclampsia และ eclampsia หายขาด ซึ่งวิธีการคลอดที่ปลอดภัยที่สุดคือการให้คลอดทางช่องคลอด เพราะภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงน้อยที่สุด ดังนั้นการชักนำการคลอดควรเริ่มทำหลังจากอาการต่างๆ ของผู้ป่วยคงที่แล้ว โดยพิจารณาจากความพร้อมของปากมดลูกด้วย BISHOP score เพื่อเลือกวิธีการชักนำการคลอดที่เหมาะสม เช่น การใช้ prostaglandins, oxytocin หรือการเจาะถุงน้ำคร่ำ สำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยทั่วไปควรเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์หรือในบางกรณีที่พิจารณาแล้วว่าอาการครรภ์เป็นพิษรุนแรงมากและการชักนำการคลอดไม่สามารถทำได้สำเร็จในเวลาอันใกล้ เป็นต้นในกรณีที่คลอดทางช่องคลอดควรพิจารณาเรื่อง painless labor<sup>4</sup> และ การใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น คีมช่วยคลอด เพื่อไม่ให้สตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์มากหรือต้องออกแรงเบ่งมากเกินไปและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

### การดูแลในระยะหลังคลอด

โดยทั่วไปอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นในระยะหลังคลอด แต่การให้ maintenance dose ของ magnesium sulfate ต้องให้จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด เพราะยังมีรายงานการชักในช่วงหลังคลอดได้เช่นกัน<sup>9</sup> รวมถึงในกรณีที่ physiologic diuresis ยังเกิดไม่เต็มที่ ควรระมัดระวังเรื่อง volume overload และอาจนำไปสู่ pulmonary edema ได้สำหรับอาการอื่น เช่น อาการบวมและโปรตีนในปัสสาวะจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด แต่ความดันโลหิตจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์จึงกลับเป็นปกติ ถ้าความดันโลหิตไม่ได้สูงเกิน 160/110 มม.ปรอท ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาลดความดันแต่อย่างใด และสตรีหลังคลอดสามารถให้ลูกกินนมแม่ได้ตามปกติ



## เอกสารอ้างอิง

1. Pregnancy hypertension. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom,John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 706-56.
2. Roos NM, Wiegman MJ, Jansonius NM, Zeeman GG. Visual disturbances in (pre) eclampsia. *Obstet Gynecol Surv* 2012;67:242-50.
3. Alexander JM, Wilson KL. Hypertensive emergencies of pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013;40:89-101.
4. Sibai BM, Caritis S, Hauth J. What we have learned about preeclampsia. *Semin Perinatol* 2003;27:239-46.
5. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003;102:181-92.
6. Sibai BM. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1520-6.
7. Eclampsia. In: Kenneth J.Leveno, James M.Alexander, Steven L.Bloom, Brian M.Casey, Jodi S.Dashe, Scott W.Roberts, et al., editors. Williams manual of pregnancy complications. 23<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2013. p. 180-7.
8. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension during pregnancy). ใน: อีระ ทองสง, บรรณานิการ. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง; 2555. หน้า 293-307.
9. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:470-5.



# บทที่ 9

ภาวะน้ำคร่ำอุดตัน  
ในกระแสเลือด

Amniotic Fluid Embolism

อ. พญ. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะนี้แม้เป็นสิ่งที่พบได้ไม่บ่อยนัก กล่าวคืออุบัติการณ์ประมาณ 1 ต่อ 20,000 ถึง 1 ต่อ 40,000 ของการคลอด<sup>1,2</sup> แต่เป็นสิ่งที่อันตรายรุนแรงในทางสูติศาสตร์ เนื่องจากมีโอกาสสูงมากที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ โดยพบว่าประมาณร้อยละ 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตในมารดาเกิดจากน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด<sup>2</sup> เนื่องจากธรรมชาติของโรคเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและไม่สามารถทำนายหรือป้องกันได้ ดังนั้นเมื่อเกิดขึ้นแล้วจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต้องวินิจฉัยได้รวดเร็วและให้การรักษาเบื้องต้นได้อย่างทัน่วงที เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของมารดาและทารก

### พยาธิกำเนิดของโรค<sup>3,4</sup>

สมมติฐานของการเกิดโรคคือการที่มีน้ำคร่ำเข้าไปในกระแสเลือดของมารดา โดยอาจเกิดตามหลังเหตุการณ์ต่างๆ ทางสูติศาสตร์ เช่น หลังยุติการตั้งครรภ์ หลังการทำหัตถการเช่น เจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยก่อนคลอด หรือมีอุบัติเหตุกระทบกระเทือนบริเวณท้อง หลังระยะเจ็บครรภ์คลอดหรือการคลอด การฉีกรก และแม้แต่สามารถเกิดภายหลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้เช่นกัน ซึ่งเมื่อเกิดภาวะน้ำคร่ำเข้ากระแสเลือดมารดาแล้วจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายหลายประการ คล้ายปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรง ซึ่งบางครั้งเรียกโรคนี้อีกว่า anaphylactoid syndrome of pregnancy<sup>5</sup> เช่น เกิดภาวะความดันในปอดสูงขึ้นอย่างเฉียบพลันจากการหดตัวหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดในปอด ทำให้การทำงานของหัวใจห้องขวาล้มเหลวและเกิดการขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว มีภาวะน้ำท่วมปอด และยังเกิดหลอดลมตีบอย่างเฉียบพลันเป็นต้น นอกจากนี้ภาวะ disseminated intravascular coagulopathy (DIC) จะเกิดร่วมด้วยเกือบทุกราย ทำให้อาการของผู้ป่วยแยลงอีกจากการเสียชีวิตและกลไกการห้ามเลือดผิดปกติ

## อาการแสดงและการวินิจฉัย <sup>2,3,6</sup>

ลักษณะสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือดที่พบบ่อยคือ มักเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในระยะท้ายๆ ของการเจ็บครรภ์คลอดหรืออยู่ในช่วงหลังคลอดทันที มีลักษณะหายใจลำบาก (gaspings of air) อย่างฉับพลัน อยู่ในภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ตามด้วยอาการช็อกหรือความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็วจนวัดสัญญาณชีพไม่ได้ (cardiorespiratory arrest) และเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (consumptive coagulopathy / DIC) มีเลือดออกปริมาณมาก และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งการวินิจฉัยต้องใช้อาการแสดงทางคลินิกเป็นสำคัญ และตัดโรคอื่นที่สามารถอธิบายอาการของผู้ป่วยได้ออกไป (diagnosis of exclusion) อย่างไรก็ตามในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน ออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำ และมีกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ควรนึกถึงภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือดเสมอ

## โดยทั่วไปการดำเนินโรคจะแบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ <sup>3,4</sup>

1. **ระยะแรก** : ภาวะไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (hemodynamic collapse) เป็นระยะที่เริ่มด้วยอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจและปอดหยุดทำงาน ชักเกร็ง เป็นต้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 50 และเกิดภาวะเครียดของทารกในครรภ์ได้
2. **ระยะที่สอง** : ภาวะเลือดไม่แข็งตัว (coagulopathy) ผู้ป่วยมีอาการเลือดไม่แข็งตัว ตกเลือด มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดภาวะ DIC ร่วมด้วย

## การรักษา <sup>3</sup>

โอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยขึ้นกับความรวดเร็วในการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษา การตัดสินใจแก้ไขปัญหามิใช่เฉพาะหน้า ที่มบุคคลากรและอุปกรณ์กู้ชีพที่ต้องมีพร้อมเสมอ โดยหลักการรักษามีประเด็นหลักๆ ได้แก่ การให้ออกซิเจนให้เพียงพอ การป้องกันความดันโลหิตต่ำและหัวใจล้มเหลว และการแก้ไขภาวะเลือดไม่แข็งตัวโดยเร็ว

1. การรักษาเบื้องต้นคือการกู้ชีพ เช่น ทำ CPR (cardiopulmonary resuscitation) ให้ออกซิเจนและ inotropic drug เพื่อช่วยการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยอาจให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้ายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น หรือแม้แต่พิจารณาเรื่องการทำ perimortem cesarean section ในบางกรณี
2. ให้สารน้ำ crystalloid อย่างรวดเร็วและเพียงพอ รวมถึงเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อรักษาระบบการไหลเวียน ในกรณีที่ภาวะ DIC ยังไม่เกิดขึ้นควรเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือดไว้ให้พร้อมล่วงหน้า เพราะโอกาสเกิด DIC ในเวลาต่อมาสูงมาก
3. ถ้ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้รีบทำการรักษาทันที
4. เนื่องจากเป็นภาวะที่รุนแรงและโอกาสเสียชีวิตของมารดาและทารกสูงมาก จึงควรแจ้งญาติผู้ป่วยให้ทราบเป็นระยะถึงอาการในขณะนั้น รวมทั้งบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอย่างละเอียดและถูกต้อง เพื่อเป็นเอกสารสำคัญในการทบทวนภายหลัง

## พยากรณ์โรค

อัตราการเสียชีวิตของมารดามีรายงานตั้งแต่ร้อยละ 20-60<sup>1</sup> ซึ่งผู้ที่รอดชีวิตมักมีอาการบกพร่องทางระบบประสาทตามมาได้ถึงร้อยละ 85 โดยมีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่รอดชีวิตโดยไม่มีคามผิดปกติใดๆ สำหรับโอกาสรอดชีวิตของทารกขึ้นกับระยะเวลาห่างที่เกิด cardiac arrest ในมารดาจนถึงช่วงที่ทารกคลอด โดยรวมแล้วโอกาสรอดชีวิตของทารกประมาณร้อยละ 70 แต่กว่าครึ่งหนึ่งของทารกจะมีความบกพร่องทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ได้<sup>2</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Clark SL. Amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol* 2014;123:337-48.
2. Amniotic fluid embolism. In: Kenneth J. Leveno, James M. Alexander, Steven L. Bloom, Brian M. Casey, Jodi S. Dashe, Scott W. Roberts, et al., editors. *Williams manual of pregnancy complications*. 23 ed. New York: Mc Graw Hill; 2013. p. 223-4.
3. ความผิดปกติของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid disorder). ใน: ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง; 2555. หน้า 287-91.
4. Conde-Agudelo A, Romero R. Amniotic fluid embolism: an evidence-based review. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:445-13.
5. Gilmore DA, Wakim J, Secrest J, Rawson R. Anaphylactoid syndrome of pregnancy: a review of the literature with latest management and outcome data. *AANA J* 2003;71:120-6.
6. Brennan MC, Moore LE. Pulmonary embolism and amniotic fluid embolism in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013;40:27-35.





# บทที่ 10

.....  
การตั้งครรภ์นอกมดลูก

Ectopic pregnancy

.....  
อ. พญ. อุษณีย์ แสนหมี

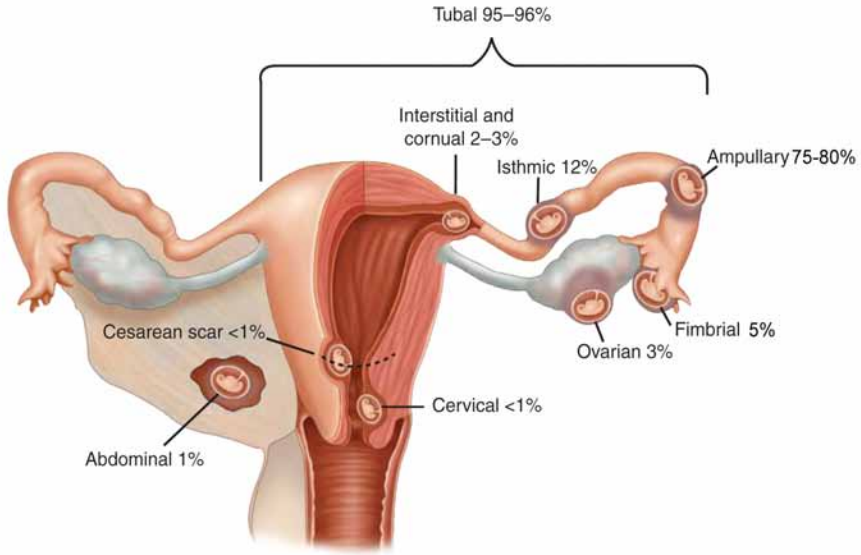
ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) หมายถึงการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้อยู่ในโพรงมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุร้อยละ 10 ของการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก <sup>1</sup> ดังนั้นจึงจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างทันเวลาที่ <sup>2</sup>

### ชนิดของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

มากกว่าร้อยละ 95 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดบริเวณท่อนำไข่ <sup>3</sup> โดยส่วนที่พบบ่อยที่สุดคือ ampulla (ร้อยละ 75-80) รองลงมาคือ ส่วน isthmic (ร้อยละ 12), fimbrial end (ร้อยละ 5) และ interstitial (ร้อยละ 2-3)

- **Cervical pregnancy** คือการตั้งครรภ์ที่บริเวณปากมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ 0.15 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมด <sup>4</sup>
- **Ovarian pregnancy** คือการตั้งครรภ์ที่รังไข่ พบได้ประมาณร้อยละ 0.15-3 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมด <sup>3</sup>
- **Cesarean scar pregnancy** คือการตั้งครรภ์บริเวณแผลผ่าตัดคลอดเดิม เป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก ประมาณ 1:1,800 การตั้งครรภ์ <sup>5</sup>
- **Abdominal pregnancy** คือการตั้งครรภ์ในช่องท้อง พบได้ประมาณร้อยละ 1.3 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมด <sup>3</sup>
- **Heterotopic pregnancy** คือการตั้งครรภ์ที่มีทั้งนอกมดลูกและการตั้งครรภ์ปกติในโพรงมดลูกเกิดขึ้นพร้อมกัน พบได้น้อยกว่า 1:30,000 ในกรณีเกิดโดยธรรมชาติ แต่อาจพบได้ถึงร้อยละ 1 ในกรณีตั้งครรภ์จากการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ <sup>6</sup>



**รูปที่ 10-1** แสดงตำแหน่งต่างๆ ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ที่มา: ดัดแปลงจาก *Ectopic pregnancy*. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. *Williams Obstetrics*. 23 ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 239.)

## ปัจจัยเสี่ยง

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้เสมอ แต่มีบางคนที่มีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปในการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้แก่คนที่มีปัจจัยเสี่ยงดังในตารางที่ 10-1

**ตารางที่ 10-1** แสดงปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์นอกมดลูก<sup>7-9</sup>

	ปัจจัย	ความเสี่ยง (เท่า)
ความเสี่ยงสูง	เคยผ่าตัดท่อนำไข่	21
	ตั้งครรภ์ตามหลังการทำหมัน	9.3
	เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก	8.3
	เคยเป็นอุ้งเชิงกรานอักเสบ	7
	ได้รับ Diethylstilbestrol (DES) ขณะอยู่ในครรภ์	5.6
	ตั้งครรภ์ขณะใส่ห่วงคุมกำเนิด	4.5-10.0
ความเสี่ยงปานกลาง	ภาวะมีบุตรยาก	2.5-21.0
	มีคู่นอนหลายคน	2.1
ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย	เคยผ่าตัดอุ้งเชิงกราน	0.9-3.8
	สูบบุหรี่	1.3-2.5
	สวนล้างช่องคลอด	1.1-3.1
	มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปี	1.6

## อาการและอาการแสดง

อาการที่พบได้แก่ อาการปวดท้องน้อย เลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด และขาดประจำเดือน<sup>10</sup> ซึ่งมีร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอาการทั้งสามอย่างดังกล่าว (classic triad) โดยพบว่าอาการปวดท้องน้อยเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 95)

อาการแสดงที่พบได้แก่ อาการกดเจ็บที่ปีกมดลูกและเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก, คลำได้ก้อนที่ปีกมดลูกพบได้เพียงร้อยละ 20 เท่านั้น, ร้อยละ 25 ตรวจพบมดลูกมีขนาดโตได้ เป็นผลจากฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ กรณีที่มีการแตกของถุงการตั้งครรภ์จะทำให้เกิดภาวะเลือดออกในช่องท้องจนมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพได้

## การวินิจฉัย

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจำเป็นต้องอาศัยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเสมอ จะไม่สามารถวินิจฉัยจากเพียงการซักประวัติและตรวจร่างกายเท่านั้น

### 1. การตรวจอัลตราซาวด์

เป็นการตรวจที่สำคัญที่สุด ถ้าเห็นการตั้งครรภ์อยู่ในหรือนอกโพรงมดลูกก็สามารถวินิจฉัยได้เลยโดยไม่ต้องตรวจเพิ่มเติมอีก แต่ถ้าไม่เห็นถุงการตั้งครรภ์ต้องอาศัยการตรวจ  $\beta$ -hCG ร่วมด้วย

### 2. การตรวจ $\beta$ -hCG (beta-human chorionic gonadotropin) ในเลือด

hCG หลังจาก syncytiotrophoblast สามารถตรวจพบในเลือดแม่ได้ตั้งแต่ 8-10 วันหลังตกไข่ ดังนั้นถ้าผลการตรวจไม่พบ  $\beta$ -hCG ในเลือด สามารถตัดภาวะการตั้ง

ครรภ์ออกได้เลย ค่า  $\beta$ -hCG ยังสามารถใช้ประกอบกับผลอัลตราซาวด์ในการบ่งบอกชนิดของการตั้งครรภ์ได้ด้วย (discriminatory level) <sup>11</sup> นั่นคือ เมื่อ  $\beta$ -hCG  $> 1,500$  mIU/ml จะต้องเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกเมื่อทำอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด หรือ  $\beta$ -hCG  $> 6,500$  mIU/ml จะต้องเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกเมื่อทำอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง ถ้าไม่เห็นแสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก (นิยมทำอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดมากกว่า เพราะสามารถให้การวินิจฉัยได้เร็วกว่า)

ในรายที่  $\beta$ -hCG  $< 1,500$  mIU/ml ให้ทำการตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมง (doubling time) โดยพบว่าการตั้งครรภ์ปกติจะมีการเพิ่มขึ้นของ  $\beta$ -hCG มากกว่าร้อยละ 66 ในขณะที่การตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูกและการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะมีการเพิ่มขึ้นของ  $\beta$ -hCG น้อยกว่าร้อยละ 66 <sup>12</sup>

แต่มีร้อยละ 15 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่พบว่า  $\beta$ -hCG เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 66 ใน 48 ชั่วโมงดังนั้นควรนัดติดตามจนกระทั่งเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก <sup>13</sup>

### 3. การขูดมดลูก (Dilatation and curettage) <sup>14</sup>

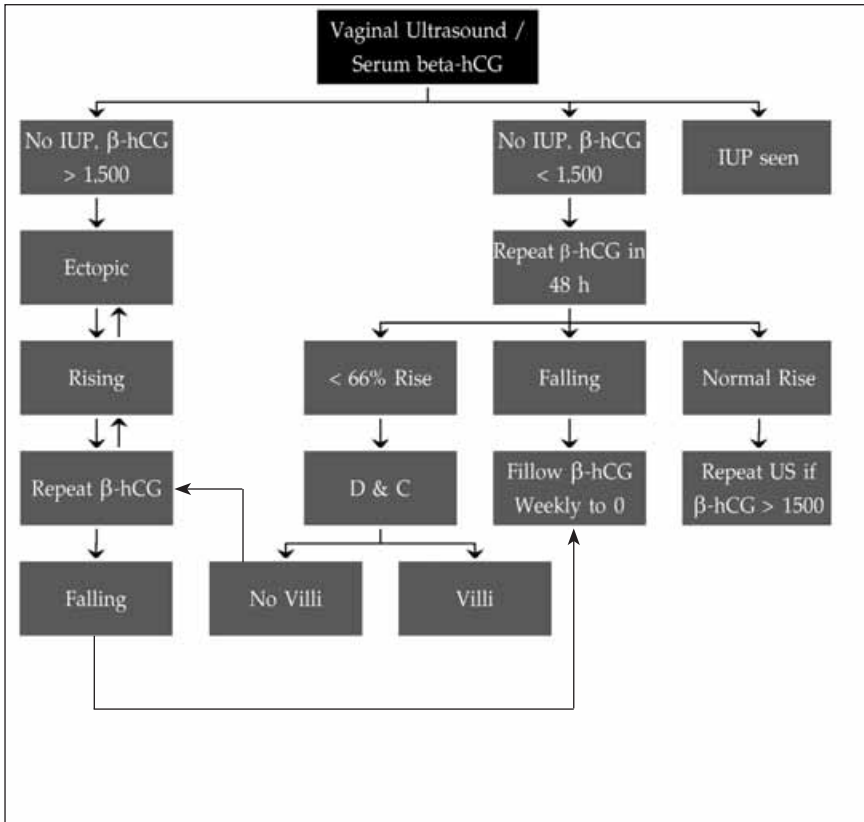
จะทำเมื่อสงสัยการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ แต่ยังไม่สามารถแยกได้ว่าอยู่ในโพรงมดลูกหรือเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก เพื่อนำชิ้นเนื้อที่ได้ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าพบ villi แสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก แต่ถ้าไม่พบแสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกซึ่งต้องทำการรักษาต่อไป

แต่หากไม่สามารถได้ผลพยาธิวิทยาในวันที่ทำการขูดมดลูก และไม่พบลักษณะที่เหมือน villi จากชิ้นเนื้อที่ได้ การรอผลตรวจอาจใช้เวลา ซึ่งไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยให้ส่ง  $\beta$ -hCG ซ้ำดูอีกที ถ้าค่ายังสูงขึ้นอีก แสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกสามารถให้การรักษาได้เลย

### 4. การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน (Laparoscopy)

เป็น gold standard ในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื่องจากเข้าไปมองเห็นพยาธิสภาพโดยตรง แต่เป็นวิธีที่ invasive และมีโอกาสที่จะตรวจไม่พบความผิดปกติได้เนื่องจากก้อนมีขนาดเล็กและอาจเป็นการตั้งครรภ์ตรงตำแหน่งอื่นที่

ไม่ใช่ท่อนำไข่ได้ ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้ในการวินิจฉัยเนื่องจากการตรวจอัลตราซาวด์,  $\beta$ -hCG และการขูดมดลูก สามารถให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ 100%  
 ดังแผนผังแสดงแนวทางการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก



**รูปที่ 10-2** แผนผังแสดงแนวทางการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ที่มา: ดัดแปลงจาก Jennifer LK, Kurt TB. Ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Women's Health* 2008;4:79-87)

## การรักษา

การรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก ประกอบด้วย

### การรักษาแบบประคับประคองและสังเกตอาการ

จะทำได้ในกรณีนี้

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการ ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกว่ามีเลือดออกในช่องท้อง
- 2) มีค่า  $\beta$ -hCG  $< 1,000$  mIU/ml
- 3) เมื่อติดตาม  $\beta$ -hCG แล้วค่าลดลงมากกว่าร้อยละ 50 ในเวลา 7 วัน<sup>15-16</sup>

### การรักษาด้วยยา

ปัจจุบันใช้ methotrexate ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยยาออกฤทธิ์เป็น folic acid antagonist ไปยับยั้ง dihydrofolate reductase ยับยั้งขบวนการสร้าง DNA จึงมีประสิทธิภาพในการต้านการเจริญของ trophoblast

**ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราสำเร็จของการรักษาด้วยยา คือ**

- 1) ขนาดก้อน ไม่ควรมีขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร
- 2) การเต้นของหัวใจทารก ถ้าเต้นอยู่จะมีโอกาสล้มเหลวสูง
- 3) ระดับ  $\beta$ -hCG ไม่ควรเกิน 5,000-10,000 mIU/ml (ยิ่งค่าน้อยโอกาสสำเร็จยิ่งสูง คือ ถ้า  $\beta$ -hCG  $< 1,000$  mIU/ml โอกาสสำเร็จร้อยละ 98, 1,000-4,999 mIU/ml โอกาสสำเร็จร้อยละ 92, 5,000-10,000 mIU/ml โอกาสสำเร็จร้อยละ 87 และถ้า  $> 15,000$  mIU/ml โอกาสสำเร็จเหลือเพียงร้อยละ 68)

**ข้อห้ามในการใช้ methotrexate คือ**

- 1) มีเลือดออกในช่องท้อง บ่งบอกว่าการแตกของก้อน
- 2) มีการทำงานของตับและไตผิดปกติ
- 3) มีความผิดปกติทางเม็ดเลือด
- 4) ไม่สามารถมาตรวจติดตามการรักษาได้<sup>17</sup>



**ตารางที่ 10-2** แสดงรูปแบบการให้ยา methotrexate ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก<sup>21</sup>

รูปแบบ	การติดตาม
<i>Single dose</i>	
Methotrexate 50 mg/m <sup>2</sup> IM day 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ เอะ b-hCG ใน day 4 และ 7 เทียบกัน ถ้าลดลง &gt; 15% ให้เอะทุกสัปดาห์จนตรวจไม่พบ</li> <li>■ ลดลง &lt; 15% ให้ methotrexate ซ้ำอีกครั้งแล้ว นับเป็น day 1</li> <li>■ ยังพบ fetal heart beat อยู่ใน day 7 ให้ methotrexate ซ้ำอีกครั้งแล้ว นับเป็น day 1</li> <li>■ ให้ยา 3 ครั้งแล้ว b-hCG ยังไม่ลดลงหรือยังพบ fetal heart beat อยู่ควรพิจารณาผ่าตัดรักษา</li> </ul>
<i>Two dose</i>	
Methotrexate 50 mg/m <sup>2</sup> IM day 0, 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ติดตามเหมือนกรณี single dose</li> </ul>
<i>Variable dose</i>	
Methotrexate 1 mg/kg IM day 1, 3, 5, 7 Leukovarin 0.1 mg/kg IM day 2, 4, 6, 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ให้ยาไปจนกว่า b-hCG ลดลง &gt; 15% ใน 48 ชั่วโมง โดยให้สูงสุดที่ 4 dose จากนั้นเอะทุกสัปดาห์จนตรวจไม่พบ</li> </ul>

ตั้งนั้นก่อนเริ่มยาต้องทำการตรวจเลือดดู  $\beta$ -hCG, CBC (ต้องมี WBC > 2,000 cells/mm<sup>3</sup> และ platelet > 100,000 cells/mm<sup>3</sup>), BUN, Creatinine, liver function test และ Rh (กรณี Rh- ควรให้ Anti-D ด้วย)

รูปแบบการให้ยาหลายแบบ<sup>18-20</sup> ดังแสดงในตารางที่ 10-2 (แม้ว่าการให้ multiple dose จะมีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้ single dose แต่การให้ครั้งเดียวยังคงเป็นที่นิยมมากกว่าเนื่องจากสะดวกกว่า และใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าจึงเกิดผลข้างเคียงน้อยกว่า บางตำราแนะนำให้ใช้ multiple dose เมื่อ  $\beta$ -hCG > 5,000 mIU/ml<sup>17</sup>)

### ผู้ป่วยต้องมารับการตรวจติดตาม

- 1) เจาะเลือดดู  $\beta$ -hCG ทุกสัปดาห์จนตรวจไม่พบ (โดยส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 27 วัน)
- 2) ประเมินอาการ โดยพบว่ามีร้อยละ 65-75 ของผู้ป่วยหลังได้ methotrexate 3-7 วันจะมีการปวดท้องน้อยมากขึ้น เชื่อว่าเกิดจากการลอกตัวของการตั้งครรภ์จากบริเวณที่ฝังตัว (separation pain) แต่ต้องระวังว่าไม่ใช่อาการปวดจากการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก
- 3) ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้ methotrexate เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปวดท้องเนื่องจากเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นต้น และควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้งดรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS ยาที่มีส่วนผสมของ folic acid งดดื่มสุรา และงดมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะสิ้นสุดการติดตามการรักษา<sup>13,17</sup>

### การรักษาด้วยการผ่าตัด<sup>22</sup>

การผ่าตัดสามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดทางหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง สำหรับกรณีการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ มีวิธีการผ่าตัดคือ

1. การผ่าตัดแบบ salpingostomy เป็นการผ่าตัดที่เก็บท่อนำไข่ไว้เพื่อการตั้งครรภ์ในอนาคต (conservative surgery) โดยจะกรีดเปิดท่อนำไข่บริเวณด้าน antemesosalpinx ยาวประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร จากนั้นทำการคีบเอาชิ้นเนื้อการตั้งครรภ์ออก แล้วทำการห้ามเลือดด้วยจี้ไฟฟ้า ปล่อยให้หายเองโดยไม่ต้องเย็บปิด
2. การผ่าตัดแบบ salpingectomy เป็นการตัดท่อนำไข่ข้างที่เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกออก จะทำในรายที่

1. ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว
2. เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำในท่อนำไข่ข้างเดิม
3. ท่อนำไข่ที่มีความเสียหายรุนแรง
4. มีอาการเลือดออกอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมได้

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ salpingostomy จะมีโอกาสเกิดการหลงเหลือเนื้อเยื่อการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องรับการตรวจติดตาม  $\beta$ -hCG ทุกสัปดาห์จนกว่าจะตรวจไม่พบ (โดยส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 20 วัน)

### เอกสารอ้างอิง

1. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet 2005;366:583-91.
2. Dickens BM, Faundes A, Cook RJ. Ectopic pregnancy and emergency care: ethical and legal issues. Int J Gynaecol Obstet 2003;82:121-6.
3. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002;17:3224-30.
4. Webb EM, Green GE, Scutt LM. Adnexal mass with pelvic pain. Radiol Clin North Am 2004;42:329-48.
5. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 2004;23:247-53.
6. Rojansky N, Schenker JG. Heterotopic pregnancy and assisted reproduction-an update. J Assist Reprod Genet 1996;13:594-601.
7. Karaer A, Avsar FA, Batioglu S. Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2006;46:521-7.
8. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril 1996;65:1093-9.
9. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. Am J Epidemiol 2003;157:185-94.
10. Majhi AK, Roy N, Karmakar KS, Banerjee PK. Ectopic pregnancy-an analysis of 180 cases. J Indian Med Assoc 2007;105:308.
11. Barnhart KT, Simhan H, Kamelle SA. Diagnostic accuracy of ultrasound above and below the beta-hCG discriminatory zone. Obstet Gynecol 1999;94:583-7.

12. Dart RG, Mitterando J, Dart LM. Rate of change of serial beta-human chorionic gonadotropin values as a predictor of ectopic pregnancy in patients with indeterminate transvaginal ultrasound findings. *Ann Emerg Med* 1999;34:703-10.
13. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:443-53.
14. Barnhart KT, Katz I, Hummel A, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;100:505-10.
15. Trio D, Strobelt N, Picciolo C, Lapinski RH, Ghidini A. Prognostic factors for successful expectant management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1995;63:469-72.
16. Shalev E, Peleg D, Tsabari A, Romano S, Bustan M. Spontaneous resolution of ectopic tubal pregnancy: natural history. *Fertil Steril* 1995;63:15-9.
17. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2008;90:S206-12.
18. Lipscomb GH. Medical therapy for ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med* 2007;25:93-8.
19. Barnhart K, Hummel AC, Sammel MD, Menon S, Jain J, Chakhtoura N. Use of "2-dose" regimen of methotrexate to treat ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2007;87:250-6.
20. Stovall TG, Ling FW, Buster JE. Outpatient chemotherapy of unruptured ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1989;51:435-8.
21. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse, DJ, Spong CY. Ectopic pregnancy. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill, 2010: 238-56.
22. Agdi M, Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:519-27.

# บทที่ 11

การบิดตัวของปีกมดลูก

Adnexal torsion

อ. พญ. อุบล แสงอนันต์

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การบิดตัวของปีกมดลูก (adnexal torsion) หมายถึง ภาวะที่เกิดการบิดหมุนของของอวัยวะที่อยู่ข้างต่อตัวมดลูก (รังไข่และท่อนำไข่) ทำเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงบริเวณรังไข่และท่อนำไข่ได้ ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยนัก (เพียงร้อยละ 3) แต่ก็ถือได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรับการผ่าตัดรักษาโดยเร็วเป็นอันดับที่ 5 รองจากภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก<sup>1,2</sup> ดังนั้นการที่สามารถให้การวินิจฉัยได้ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้รังไข่และ / หรือท่อนำไข่สูญเสียการทำงานอย่างถาวรจนไม่สามารถที่จะเก็บรักษาไว้ได้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

## ปัจจัยเสี่ยงและพยาธิกำเนิด

ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของการเกิดพยาธิสภาพดังกล่าว แต่พบว่าการที่รังไข่โตขึ้นไม่ว่าจะเป็นจากสาเหตุใดก็ตามจะทำให้เกิดการบิดหมุนขั้วและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันโดยรอบได้ง่ายขึ้น<sup>1</sup> การบิดตัวของปีกมดลูกนี้สัมพันธ์ผู้ป่วยที่มีก้อนที่รังไข่ซึ่งเกือบทั้งหมดมักจะเป็นก้อนเนื้องอกธรรมดาและถุงน้ำ ที่พบได้บ่อยคือ cystic teratoma (dermoid cyst), serous และ mucinous adenomas ส่วนมะเร็งรังไข่จะพบว่าบิดขั้วได้น้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากมะเร็งรังไข่มักจะมีพังผืดติดแน่นกับอุ้งเชิงกรานจนทำให้ไม่สามารถเกิดการบิดหมุนของตัวก้อนได้นั่นเอง<sup>2</sup>

การบิดตัวของปีกมดลูกมักพบทางด้านขวามากกว่าด้านซ้าย (อัตราส่วน 3:2)<sup>3</sup> และมักเกิดขณะที่มีการออกกำลังกายหรือมีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องท้องไม่ว่าจะเกิดจากการไอ สะอึก การเบ่งถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ หรือแม้แต่การที่มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนก็มีส่งผลให้เกิดการบิดหมุนของขั้วรังไข่ได้เช่นกัน<sup>4</sup> การตั้งครรภ์เองก็ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง เนื่องจากเกิดการขยายตัวของมดลูกเข้าไป

ในช่องท้องตึงส่วนของปีกมดลูกให้สูงขึ้นตามไปด้วย ทำให้ก้อนที่รังไข่มีพื้นที่โดยรอบมากขึ้นเกิดการบิดขั้วได้ง่ายขึ้น<sup>5,6</sup> โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถพบการบิดขั้วของรังไข่ได้ถึงร้อยละ 20<sup>7</sup>

สำหรับอาการปวดที่เกิดจากการบิดขั้วนั้นเกิดจากมีการไหลเวียนของเลือดในบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพน้อยลง ส่งผลบริเวณดังกล่าวเกิดการขาดเลือด หากบิดขั้วแน่นมากจนทำให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดเลยจะทำให้เนื้อเยื่อตายและมีเลือดออก เกิดการบวมของเนื้อเยื่อจากการคั่งของเลือดดำและน้ำเหลือง ซึ่งหากเกิดเป็นระยะเวลาานานจะทำให้อวัยวะนั้นสูญเสียความสามารถในการทำงานแบบถาวร ดังนั้นการวินิจฉัยการบิดขั้วนี้จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะรักษาหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของรังไข่<sup>8</sup>

### อาการและอาการแสดง

สำหรับอาการที่พบได้บ่อยของการบิดขั้วของปีกมดลูก คือ อาการปวดท้องบริเวณอุ้งเชิงกรานแบบเฉียบพลัน เริ่มจากอาการปวดเป็นพักๆ ต่อมาอาการปวดจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และมักจะมีอาการปวดร้าวไปที่หลัง เอว ขาหนีบและต้นขา นอกจากนี้ยังพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วยได้ถึงร้อยละ 70 หากได้รับการวินิจฉัยล่าช้าอาจเกิดการตายของเนื้อเยื่อทำให้ตรวจพบว่ามีใช้ร่วมด้วยได้<sup>2</sup> แต่ถ้าหากการบิดขั้วนั้นไม่แน่นมากจนเกินไปหรือมีการบิดและคลายตัวสลับกัน ผู้ป่วยก็อาจจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องปวดท้องน้อยเรื้อรังได้เช่นกัน

เมื่อทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีการบิดขั้วของปีกมดลูกนั้นจะพบมีการกดเจ็บที่ท้องน้อยบริเวณรังไข่ข้างที่มีพยาธิสภาพร่วมกับการตรวจพบก้อนในอุ้งเชิงกรานได้ถึงร้อยละ 50-70 ซึ่งขนาดของก้อนที่มีโอกาสเกิดการบิดขั้วได้ง่ายนั้นจะมีขนาด 6-8 เซนติเมตร ขึ้นไป<sup>9,10</sup> ส่วนการตรวจพบว่ามี rebound tenderness และ guarding นั้นพบได้เพียงร้อยละ 15-20<sup>11</sup>

## การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องปวดท้องน้อยแบบเฉียบพลันควรจะต้องวินิจฉัยแยกภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์นอกมดลูก ไข่ตึงอักเสบ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ นิ้วในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะเอ็นโดเมทริโอสิสและการแตกรั่วหรือการติดเชื้อของถุงน้ำหรือเนื้องอกรังไข่ชนิดอื่นๆออกไปด้วยเสมอ ซึ่งภาวะดังกล่าวข้างต้นมักจะมีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกับที่พบในผู้ป่วยที่มีการบิดตัวของรังไข่

กรณีที่สงสัยว่ามีการบิดตัวของรังไข่ควรทำการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงซึ่งมักจะพบว่าขนาดของรังไข่โตขึ้นเป็น solid หรือ cystic หรือ complex mass และมีลักษณะ heterogeneous echogenicity ของรังไข่ข้างที่มีพยาธิสภาพ รวมทั้งอาจพบมีน้ำใน cul-de-sac ได้เล็กน้อย<sup>12,13</sup> แนะนำให้ใช้ Doppler ultrasound เพื่อดูการไหลเวียนของเลือด ซึ่งหากพบว่าการไหลเวียนของเลือดน้อยลงหรือไม่พบว่ามี การไหลเวียนของเลือดไปยังก้อนหรือรังไข่เลยก็ยิ่งสนับสนุนการวินิจฉัยได้มากขึ้น<sup>11,14</sup> ไม่แนะนำให้ทำ CT scan หรือ MRI เนื่องจากต้องใช้เวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง<sup>15</sup>

## การรักษา

การรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดในกรณีที่สงสัยว่ามีการบิดตัวของรังไข่ก็คือ การผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อที่จะพยายามรักษาการทำงานของรังไข่ให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็วเพื่อที่จะได้ไม่เสียรังไข่ข้างที่เกิดพยาธิสภาพนั้นไป การผ่าตัดนั้นสามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopy) และผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (laparotomy) แล้วแต่ความถนัดของแพทย์และศักยภาพของโรงพยาบาลนั้นๆ<sup>16,17</sup> โดยแนะนำให้ทำการผ่าตัดเพื่อคลายข้อที่บิดออกโดยไม่ต้องสนใจว่าลักษณะของรังไข่ที่เห็นเป็นอย่างไร มีเนื้อตายหรือสีคล้ำกว่าปกติหรือไม่ เนื่องจากการศึกษาติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ภายหลังจากที่คลายข้อออกโดยไม่ตัดรังไข่ออกนั้น ไม่พบว่าการเกิดก้อนเลือดขนาดเล็กลง เนื้อเยื่อที่ตายหลุดกระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆอย่างที่เคยกังวลกันในอดีตและรังไข่



สามารถกลับมาสร้างฮอร์โมนปกติภายหลังการรักษาได้มากกว่าร้อยละ 90<sup>16-18</sup>

กรณีที่มีถุงน้ำที่รังไข่แนะนำให้ทำ ovarian cystectomy ภายหลังการคลายชั่วคราวที่บิตมากกว่าการเจาะดูด (aspiration/drainage) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่วนการทำ salpingo-oophorectomy นั้นแนะนำให้ทำกรณีสงสัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ ซึ่งโอกาสเกิดการบิตซ้ำของมะเร็งรังไข่นั้นพบได้น้อยมาก ๆ<sup>8</sup>

กรณีผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ก็สามารถทำการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อคลายการบิตซ้ำได้ แต่การผ่าตัดในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์อยู่นี้จะทำได้ไม่ย่ายนัก เนื่องจากติดขัดในเรื่องของขนาดมดลูกที่ขยายขนาดใหญ่ขึ้น<sup>19</sup>

วิธีการเย็บรังไข่ที่บิตซ้ำติดกับมดลูกและผนังอุ้งเชิงกราน (oophoropexy) หรือการตัด utero-ovarian ligament ให้สั้นลงในข้างที่เกิดการบิตซ้ำหรือทั้งสองข้างนั้น อาจพิจารณาทำในผู้ป่วยอายุน้อยที่เกิดการบิตซ้ำของโดยไม่พบมีพยาธิสภาพใดๆของปีกมดลูกหรือทำในกรณีที่ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำก็ได้<sup>20, 21</sup>

## การตรวจติดตามและการกลับเป็นซ้ำ

แนะนำตรวจติดตามผู้ป่วยเหมือนกับหลังการผ่าตัดทั่วไป แต่ต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงโอกาสของการกลับเป็นซ้ำด้วยเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการบิตซ้ำของรังไข่พบว่ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำในข้างเดิมหรืออีกข้างหนึ่งได้ร้อยละ 2-5<sup>3,16</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่เกิดการบิตซ้ำโดยไม่พบมีพยาธิสภาพของปีกมดลูก จะเกิดซ้ำได้ถึงร้อยละ 2-11<sup>3,22</sup> ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการบิตซ้ำของรังไข่ควรที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยที่เร็วขึ้นหากมีอาการปวดกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้อาจต้องแนะนำให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหรือออกแรงมากเกินไปด้วยเพราะจะเพิ่มโอกาสการเป็นซ้ำได้สูงขึ้น

สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติการบิตซ้ำของรังไข่ที่เกิดจาก functional cyst นั้น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่ช่วยป้องกันการเกิด functional cyst จะมีประโยชน์ในการป้องกันการบิตซ้ำของรังไข่ซ้ำได้<sup>2</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยที่มีการบิดตัวของรังไข่หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วนั้นจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีมาก เนื่องจากทำให้สามารถที่จะเก็บรังไข่ไว้และรักษาการทำงานของรังไข่ให้กลับมาสู่สภาวะที่เทียบเท่ากับปกติได้ การวินิจฉัยอาศัยอาการและอาการแสดงโดยเฉพาะอาการปวดท้องน้อยเฉียบพลันร่วมกับตรวจพบก้อนที่ปีกมดลูก การรักษาที่เหมาะสมคือการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องหรือผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแพทย์และศักยภาพของโรงพยาบาลนั้นๆด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Hibbard LT. Adnexal torsion. American journal of obstetrics and gynecology 1985;152:456-61.
2. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. Clinical obstetrics and gynecology 2006;49:459-63.
3. Beaunoyer M, Chapdelaine J, Bouchard S, Ouimet A. Asynchronous bilateral ovarian torsion. Journal of pediatric surgery 2004;39:746-9.
4. Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: a fifteen-year review. Annals of emergency medicine 2001;38:156-9.
5. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. Obstetrics and gynecology 2005;105:1098-103.
6. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Kontoravdis A, Gogas L, Aravantinos L, Vitoratos N. Adnexal torsion during pregnancy: report of four cases and review of the literature. The journal of obstetrics and gynaecology research 2008;34:683-7.
7. Bider D, Mashiach S, Dulitzky M, Kokia E, Lipitz S, Ben-Rafael Z. Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and nonpregnant women. Surgery, gynecology & obstetrics 1991;173:363-6.
8. Rousseau V, Massicot R, Darwish AA, Sauvat F, Emond S, Thibaud E, et al. Emergency management and conservative surgery of ovarian torsion in children: a report of 40 cases. Journal of pediatric and adolescent gynecology 2008;21:201-6.

9. Bayer AI, Wiskind AK. Adnexal torsion: can the adnexa be saved? American journal of obstetrics and gynecology 1994;171:1506-10.
10. Littman ED, Rydfors J, Milki AA. Exercise-induced ovarian torsion in the cycle following gonadotrophin therapy: case report. Human reproduction 2003;18:1641-2.
11. Bar-On S, Mashiach R, Stockheim D, Soriano D, Goldenberg M, Schiff E, et al. Emergency laparoscopy for suspected ovarian torsion: are we too hasty to operate? Fertility and sterility 2010;93:2012-5.
12. Albayram F, Hamper UM. Ovarian and adnexal torsion: spectrum of sonographic findings with pathologic correlation. Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine 2001;20:1083-9.
13. Breech LL, Hillard PJ. Adnexal torsion in pediatric and adolescent girls. Current opinion in obstetrics & gynecology 2005;17:483-9.
14. Zanforlin Filho SM, Araujo Junior E, Serafini P, Guimaraes Filho HA, Pires CR, Nardoza LM, et al. Diagnosis of ovarian torsion by three-dimensional power Doppler in first trimester of pregnancy. The journal of obstetrics and gynaecology research 2008;34:266-70.
15. Chiou SY, Lev-Toaff AS, Masuda E, Feld RI, Bergin D. Adnexal torsion: new clinical and imaging observations by sonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging. Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine 2007;26:1289-301.
16. Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. Human reproduction 2003;18:2599-602.
17. Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons / Society of Laparoendoscopic Surgeons 2003;7:295-9.
18. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S. Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. Fertility and sterility 1993;60:976-9.
19. Levy T, Dicker D, Shalev J, Dekel A, Farhi J, Peleg D, et al. Laparoscopic unwinding of hyperstimulated ischaemic ovaries during the second trimester of pregnancy. Human reproduction 1995;10:1478-80.
20. Weitzman VN, DiLuigi AJ, Maier DB, Nulsen JC. Prevention of recurrent adnexal torsion. Fertility and sterility 2008;90:2018 e1-3.

21. Crouch NS, Gyampoh B, Cutner AS, Creighton SM. Ovarian torsion: to pex or not to pex? Case report and review of the literature. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2003;16:381-4.
22. Cass DL. Ovarian torsion. *Seminars in pediatric surgery* 2005;14:86-92.

# บทที่ 12

ก้อนเลือดคั่งบริเวณปากช่อง  
คลอดและช่องคลอดที่ไม่ได้มี  
สาเหตุจากการคลอด

Non-obstetric vulvar  
andvagina hematoma

รศ. พญ. ประภาพร สู่ประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## สาเหตุ

ก้อนเลือดคั่ง (hematoma) บริเวณปากช่องคลอด และช่องคลอด อาจเกิดจากการคลอด แต่ถ้าไม่เกี่ยวข้องกับการคลอด มักเกิดจากการกระทบกระแทกบริเวณนี้ เช่นจากการขี่จักรยาน ซี่ม้า หรือเล่นสกี การเล่นสเก็ต การตกลงมาจากที่สูง หรืออุบัติเหตุทางรถยนต์ อย่างไรก็ตามก้อนเลือดคั่งนี้อาจจะเกิดจากการแตกของเส้นเลือดดำขอด (varicose vein) บริเวณนี้ โดยเฉพาะช่วงตั้งครรภ์แก่ หรือหลังคลอด และอาจจะเกิดจากการถูกทารุณกรรมทางเพศก็ได้<sup>1,2</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานเกิดจากการแตกของหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) บริเวณ hypogastric artery<sup>3</sup>

## อาการ และ อาการแสดง

ผู้ป่วยจะอาการปวดบริเวณที่มีก้อนเลือดคั่งชัดเจน และถ้าเป็นในช่องคลอดผู้ป่วยจะบอกรู้สึกปวดถ่วงในช่องคลอด อาจจะมีปัญหาปัสสาวะ หรืออุจจาระลำบาก<sup>1</sup>

## การวินิจฉัย<sup>1</sup>

ถ้าผู้ป่วยมีประวัติได้รับบาดเจ็บรุนแรงบริเวณนี้ต้องตรวจดูก่อนว่ามีกระดูกเชิงกรานหักหรือไม่ และถ้ามีการแทงบริเวณนี้ต้องตรวจดูว่ามีกระดูกขาตของกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ หรือ เยื่อบุช่องท้อง โดยถ้าได้ประวัติปัสสาวะเป็นเลือด ควรตรวจพิเศษโดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ร่วมกับทำ voiding cystourethrogram

ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ(Foley catheter)และอาจต้องส่องกล้องตรวจดูภายใน กระเพาะปัสสาวะว่ามีรอยฉีกขาดหรือไม่ ถ้ามีต้องผ่าตัดเข้าไปเย็บซ่อมก่อน

การตรวจภายในควรทำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด หรือ ถ้าจำเป็นต้องวางยาสลบก่อน การตรวจต้องดูตำแหน่ง และขนาดของก้อนเลือดคั่งให้ทำการตรวจภายใน และทวาร (rectovaginal examination) เพื่อประเมินบริเวณอุ้งเชิงกรานด้วย ถ้าเป็นในเด็ก การตรวจควรใช้วิธีให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ และ โกงกัน (frog-leg position) หรือ นอนหงายแล้วยกเข่าชนหน้าอก (knee to chest position) การประเมินในช่องคลอดอาจใช้น้ำเกลือสวนล้าง ซึ่งจะเป็นการเอาสิ่งแปลกปลอมออกมาด้วย

### การรักษา<sup>1,3</sup>

การรักษาโดยทั่วไปถ้าขนาดของก้อนเลือดคั่งไม่ใหญ่ มักไม่ต้องทำอะไรเพียงแต่รักษาตามอาการและใช้น้ำแข็งประคบ ให้ยาแก้ปวด ยาแก้แอสเสบ ถ้าผู้ป่วยปัสสาวะเองไม่ได้ ต้องใส่สายสวนปัสสาวะไว้ โดยมีการศึกษาพบว่าการรักษาตามอาการ ได้ผลดีกว่าการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเข้าไปเอาก้อนเลือดคั่งออก<sup>5</sup> แต่ถ้ามีขนาดเกิน 10 ซม. และโตเร็ว ต้องสงสัยว่าอาจจะมีหลอดเลือดแดงฉีกขาดด้วย จึงต้องสำรวจก้อนเลือดคั่งหาจุดเลือดออก แล้วผูกถ้าไม่เห็นอาจใช้วิธี embolization<sup>6</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich CS 3rd. Gynecologic emergencies. Surg Clin North Am 2008;88:265-83.
2. Jana N, Santra D, Das D, Das AK, Dasgupta S. Nonobstetric lower genital tract injuries in rural India. Int J Gynaecol Obstet 2008;103:26-9.
3. Egan E, Dundee P, Lawrentschuk N. Vulvar hematoma secondary to spontaneous rupture of the internal iliac artery: clinical review. Am J Obstet Gynecol 2009;200:e17-8.
4. Gianini GD, Method MW, Christman JE. Traumatic vulvar hematomas. Assessing and treating nonobstetric patients. Postgrad Med 1991;89:115-8.

5. Propst AM, Thorp JM Jr. Traumatic vulvar hematomas: conservative versus surgical management. *South Med J* 1998;91:144-6.
6. Kunishima K, Takao H, Kato N, Inoh S, Ohtomo K. Transarterial embolization of a nonpuerperal traumatic vulvar hematoma. *Radiat Med* 2008;26:168-70.



# บทที่ 13

โรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน  
Acute pelvic inflammatory  
disease

อ. พญ. อุษณีย์ แสนหมี

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน (acute pelvic inflammatory disease) เป็นการอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบนของเพศหญิง โดยอาจเกิดการอักเสบเพียงส่วนเดียวหรือหลายส่วนร่วมกัน ได้แก่ การอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก (endometritis) การอักเสบของปีกมดลูก (salpingitis) ก้อนฝีหนองที่ปีกมดลูก (tubo-ovarian abscess) จนเกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง (pelvic peritonitis)<sup>1</sup> โดยส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อหนองในแท้ (*N. gonorrhoea*) และหนองในเทียม (*C. trachomatis*) ดังนั้นทุกรายที่เป็นโรคนี้นี้จึงต้องทำการตรวจหาเชื้อหนองในด้วย แต่ก็สามารถเกิดจากเชื้ออื่นๆ ในช่องคลอดได้ (เช่น anaerobes, *G. vaginalis*, *H. influenzae*, *Streptococcus agalactiae* เป็นต้น)<sup>2</sup>

### การวินิจฉัย

โรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคที่วินิจฉัยได้ค่อนข้างยากเนื่องจากมีอาการและอาการแสดงหลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงอาการรุนแรงมาก การให้การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้าอาจส่งผลเสียต่ออวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบนได้ การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกรานจะสามารถทำให้วินิจฉัยภาวะปีกมดลูกอักเสบ (salpingitis) ได้แม่นยำมากขึ้น และการตรวจหาเชื้อจากสารคัดหลั่งในอุ้งเชิงกรานให้ผลน่าเชื่อถือกว่าการเก็บตรวจทางช่องคลอด แต่อย่างไรก็ตามการส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกรานไม่สามารถบอกภาวะการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก (endometritis) หรือปีกมดลูกอักเสบเล็กน้อยก็อาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการวินิจฉัยโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันจึงอาศัยอาการและอาการแสดงทางคลินิกเป็นหลัก คือ ประกอบด้วย<sup>3</sup>

**อาการและอาการแสดงหลักที่ต้องพบอย่างน้อย 1 ข้อ (minimum criteria)**

1. เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก (cervical motion tenderness)
2. กดเจ็บที่มดลูก (uterine tenderness)
3. กดเจ็บที่ปีกมดลูก (adnexal tenderness)

**อาการ อาการแสดงและผลการตรวจค้นที่จะต้องพบร่วมอย่างน้อย 1 ข้อ (additional criteria)**

1. อุณหภูมิร่างกาย (วัดทางปาก) สูงกว่า 38.3 องศาเซลเซียสหรือ 101 องศาฟาเรนไฮต์
2. พบสารคัดหลั่งลักษณะ mucopurulent ที่บริเวณปากมดลูกหรือช่องคลอด
3. พบเม็ดเลือดขาวจำนวนมากเมื่อตรวจ wet smear สารคัดหลั่งจากช่องคลอด
4. มีการเพิ่มขึ้นของ erythrocyte sedimentation rate (ESR)
5. มีการเพิ่มขึ้นของ c-reactive protein (CRP)
6. ตรวจพบเชื้อ N. gonorrhoea หรือ C. trachomatis ที่บริเวณปากมดลูก

(คนที่ เป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันจริงมักจะพบมีสารคัดหลั่งลักษณะ mucopurulent บริเวณปากมดลูก หรือเมื่อนำสารคัดหลั่งจากช่องคลอดตรวจ wet smear จะพบเม็ดเลือดขาวจำนวนมาก แต่ถ้าไม่มีทั้งสองอย่างดังกล่าว โอกาสที่จะเป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันน้อยมาก ควรคิดถึงสาเหตุอื่นมากกว่า)

สิ่งตรวจพบบางอย่าง (แต่ไม่จำเป็นต้องทำในทุกราย) จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยให้แม่นยำมากยิ่งขึ้น ได้แก่ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบการอักเสบของเยื่อบุโพรงมดลูก, การตรวจอัลตราซาวด์พบมีก้อนฝึหนองที่บริเวณปีกมดลูก หรือ การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกรานพบความผิดปกติ เช่น ท่อนำไข่บวมแดง มีหนองไหลออกจากปลายท่อนำไข่ เป็นต้น

## การรักษา

ยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาจะต้องออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อก่อโรคทั้งหมด โดยเฉพาะ N.gonorrhoea และ C.trachomatis แม้จะตรวจไม่พบเชื้อที่บริเวณปากมดลูกก็ตาม และควรให้การรักษาทันทีที่วินิจฉัยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่จะเกิดขึ้น และอาจจำเป็นต้องรับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน เช่นกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคที่อาจต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉินออกไปได้เช่น ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
- ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์
- ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (สูตรยารับประทาน)
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของสูตรยารับประทานได้
- ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก เช่น มีไข้สูง, มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
- ผู้ป่วยที่ตรวจพบมีก้อนฝีหนองที่บริเวณปากมดลูก

การรักษาโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันในรายที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ไม่ว่าจะให้ยาปฏิชีวนะในรูปแบบยาฉีดหรือยารับประทาน ประสิทธิภาพในการรักษาเทียบเท่ากัน 4 พิจารณาใช้ตามความเหมาะสม

### การรักษาที่เริ่มด้วยยาฉีด <sup>3</sup>

#### ยาฉีดตำรับ A

- Cefotetan 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง  
**หรือ**
- Cefoxitin 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง  
**ร่วมกับ**
- Doxycycline 100 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือรับประทานทุก 12 ชั่วโมง (ยาฉีดจะปวดมาก จึงนิยมใช้เป็นยารับประทานมากกว่า โดยพบว่า ประสิทธิภาพไม่ต่างกัน)

## ยาฉีดตำรับ B

- Clindamycin 900 มก.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง  
*ร่วมกับ*
- Gentamicin 2 มก./กก.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อในครั้งแรก จากนั้นให้ในขนาด 1.5 มก./กก.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง หรือ 3-5 มก./กก.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละครั้ง

## ยาฉีดทางเลือกอื่นๆ

- Ampicillin/Sulbactam 3 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง  
*ร่วมกับ*
- Doxycycline 100 มก.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือรับประทานทุก 12 ชั่วโมง

สามารถหยุดยาฉีดได้หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็น ยารับประทาน

### กรณียาฉีดตำรับ A :

เปลี่ยนเป็น doxycycline 100 มก.รับประทานวันละ 2 ครั้งต่อจนครบ 14 วันนับจากเริ่มรักษา กรณีที่มีฝีหนองที่ปีกมดลูกควรให้ clindamycin หรือ metronidazole ร่วมกับ doxycycline จะมีประสิทธิภาพดีกว่าเพราะคลุมเชื้อ anaerobe ได้ดีกว่า

### กรณียาฉีดตำรับ B :

เปลี่ยนเป็น doxycycline 100 มก.รับประทานวันละ 2 ครั้ง หรือ clindamycin 450 มก.รับประทานวันละ 4 ครั้งจนครบ 14 วันนับจากเริ่มรักษา กรณีที่มีฝีหนองที่ปีกมดลูกควรให้ clindamycin มากกว่า doxycycline เพราะคลุมเชื้อ anaerobe ได้ดีกว่า

### การรักษาที่เริ่มด้วยยารับประทาน<sup>3</sup>

- Ceftriaxone 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว  
*หรือ*
- Cefoxitin 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ร่วมกับ probenecid 1 กรัมรับประทาน  
*หรือ*
- 3rd generation cephalosporin เช่น ceftizoxime หรือ cefotaxime  
*ร่วมกับ*
- Doxycycline 100 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้งนาน 14 วัน  
*ให้ตัวเดียว หรือให้ร่วมกับ*
- Metronidazole 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้งนาน 14 วัน

ผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารับประทานไปแล้ว 72 ชั่วโมง ควรได้รับการตรวจประเมินซ้ำเพื่อยืนยันการวินิจฉัย หากยังคงเหมือนโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน ควรให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน และให้ยาปฏิชีวนะแบบฉีดแทน

เนื่องจากโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นๆ ด้วยเช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบนิตบิ เชื้อซิฟิลิส และเชื้อเอชไอวี แพทย์ผู้ดูแลควรมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันของผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

คู่นอนที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน ควรจะได้รับการตรวจรักษาด้วยถ้ามีเพศสัมพันธ์ในช่วง 60 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการ หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายนานมากกว่า 60 วัน ควรตามคู่นอนคนสุดท้ายมาทำการตรวจรักษา แม้ว่าจะไม่มีอาการใดๆ เนื่องจากการติดเชื้อดังกล่าวในผู้ชายมักจะไม่มีอาการ<sup>5,6</sup> บางท่านแนะนำให้รักษาคู่นอนของผู้

ป่วยที่เป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันเลยแม้จะตรวจไม่พบเชื้อ เพราะวิธีการตรวจหาเชื้อหนองในแท้และหนองในเทียมทั้งแบบเพาะเชื้อและไม่เพาะเชื้อล้วนแต่มีความไวต่ำทั้งสิ้น และในระหว่างที่รับการรักษาควรงดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะหาย

การตรวจพบเชื้อ N.gonorrhoea และ C.trachomatis จะบ่งบอกโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง ภายใน 6 เดือนหลังการรักษา จึงแนะนำให้ทำการตรวจหาเชื้อซ้ำในผู้ป่วยอีกครั้งภายหลังสิ้นสุดการรักษาแล้ว 3-6 เดือนแม้ว่าคุณอนจะได้รับการรักษาด้วยแล้วก็ตาม <sup>7</sup>

## ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของสตรีที่เป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน จะมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเกิดขึ้นอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่

- การกลับเป็นซ้ำของโรค แม้ว่าจะได้รับการรักษาดีแล้วก็ตาม <sup>8</sup>
- อาการปวดท้องเรื้อรัง โดยอาจปวดเป็นครั้งคราวหรือปวดตลอดเวลา <sup>4,9</sup>
- ภาวะมีบุตรยาก มีสาเหตุจากท่อไข่ตัน <sup>10</sup> โดยความเสี่ยงจะแปรผันตามจำนวนครั้งที่เป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันและความรุนแรงของโรค
- การตั้งครรภ์นอกมดลูก <sup>11</sup> พบอุบัติการณ์สูงขึ้น 6-10 เท่า

## การป้องกัน

การตรวจคัดกรองและรักษาโรคหนองในเทียมในสตรีวัยเจริญพันธุ์ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันได้ <sup>12</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, Krohn MA, Amortegui AJ, Hillier SL. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis* 2005;32:400-5.
2. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, Soper DE, Stamm CA, Sweet RL, et al. A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease. *Am J Epidemiol* 2005;162:585-90.
3. Kimberly A, Workowski K, Stuart B. Center for Disease Control sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010;59:63-7.
4. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:929-37.
5. Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, Hughes JP, Stamm WE, Hogben M, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. *N Engl J Med* 2005;352:676-85.
6. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, Whittington WL, Ransom RL, Sternberg MR, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia trachomatis infection among women: a randomized, controlled trial. *Sex Transm Dis* 2003;30:49-56.
7. Hosenfeld CB, Workowski KA, Berman S, Zaidi A, Dyson J, Mosure D, et al. Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis* 2009;36:478-89.
8. Trent M, Haggerty CL, Jennings JM, Lee S, Bass DC, Ness R. Adverse adolescent reproductive health outcomes after pelvic inflammatory disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165:49-54.
9. Westrom L. Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:707-13.
10. Cates W, Jr., Joesoef MR, Goldman MB. Atypical pelvic inflammatory disease: can we identify clinical predictors? *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:341-6.
11. Westrom L, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis* 1992;19:185-92.



12. Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, Andrilla H, Holmes KK, Stamm WE. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. *N Engl J Med* 1996;334:1362-6.



# บทที่ 14

ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรง  
มดลูก

Dysfunctional Uterine  
Bleeding

อ. พญ. อุบล แสงอนันต์

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (abnormal uterine bleeding หรือ AUB) หมายถึง ภาวะเลือดออกจากโพรงมดลูกโดยมีรูปแบบที่แตกต่างไปจากประจำเดือนปกติ โดยอาจมีความผิดปกติในช่วงระยะห่างระหว่างรอบ ระยะเวลาที่มีเลือดออกหรือปริมาณเลือดที่ออกหรือพบหลายลักษณะร่วมกัน<sup>1,2</sup>

ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกถือว่าเป็นภาวะที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยอาจจะมาพบแพทย์ในสถานการณฉุกเฉินได้หากว่าเลือดที่ออกนั้นมีปริมาณมาก แบ่งได้เป็น 2 สาเหตุ คือ สาเหตุจากการที่มีพยาธิสภาพจำเพาะ (organic causes) และความผิดปกติจากการทำงานของระบบฮอร์โมนเพศที่เรียกว่า dysfunctional uterine bleeding (DUB) ซึ่งในบนี้จะเน้นการดูแลรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนเพศเป็นสำคัญ

DUB เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดหรือประจำเดือนผิดปกติ หากเลือดที่ออกมีปริมาณมากอาจทำให้เกิดภาวะซีดจากการเสียเลือดซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ในระยะยาวยังเพิ่มความเสี่ยงของภาวะขาดเลือด (anemia) และขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่องอีกด้วย<sup>3</sup>

## พยาธิสรีรวิทยา

การเกิดรอบประจำเดือนของสตรีที่มีรอบประจำเดือนปกติทุก ๆ 28 วันนั้น ในช่วง 14 วันนับตั้งแต่ประจำเดือนวันแรก เรียกว่า follicular phase โดยเริ่มมีการพัฒนาของฟองไข่ ซึ่งทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับของ estrogen กระตุ้นให้เยื่อโพรงมดลูกหนาตัวขึ้น (proliferative endometrium) ขณะเดียวกันก็กระตุ้นการหลั่ง follicle stimulating hormone (FSH) และ luteinizing hormone (LH) เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของ dominant follicle และมีการตกไข่ในที่สุด สำหรับ follicle ที่มีการตกไข่จะถูกเรียกว่า corpus luteum ซึ่งจะเป็นตัวสร้าง progesterone ช่วยปรับเปลี่ยนเยื่อโพรงมดลูกหนาที่ตัวขึ้นให้พร้อมสำหรับรองรับการฝังตัวของตัวอ่อน หากไม่มีการฝังตัวของตัวอ่อนก็จะมีการสร้าง human gonadotropin (beta-hCG) ก็จะทำให้เกิดการฝ่อตัวของ corpus luteum ระดับของ estrogen และ progesterone ก็จะลดลงทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก เกิดการขาดเลือดและหลุดลอกตัวของเยื่อโพรงมดลูก กลายเป็นประจำเดือนในที่สุด ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่ไข่ตกจนถึงเริ่มมีประจำเดือนรอบใหม่จะใช้เวลาทั้งสิ้น 14 วัน เรียกว่า luteal phase<sup>4</sup>

ประจำเดือนปกติของแต่ละบุคคลนั้นจะมีปริมาณและระยะห่างแตกต่างกัน โดยทั่วไปแล้วปริมาณเลือดที่ออกจะอยู่ในช่วง  $40 \pm 20$  มล. ระยะห่างระหว่างรอบประจำเดือนประมาณ  $28 \pm 7$  วัน และระยะเวลาที่มีประจำเดือนประมาณ  $4 \pm 2$  วัน 5 ดังนั้นในบางตำราอาจใช้คำว่าภาวะประจำเดือนผิดปกติ (abnormal menstruation) แทนก็ได้

รูปแบบของความผิดปกติของประจำเดือนแบ่งออกได้ดังตารางที่ 14-1 อย่างไรก็ตาม คำจำกัดความของความผิดปกติของประจำเดือนปกติอาจมีความแตกต่างกันไปบ้างในแต่ละการศึกษา

**ตารางที่ 14-1** คำจำกัดความของความผิดปกติของประจำเดือน <sup>1</sup>

ความผิดปกติ	ระยะห่าง (interval)	ระยะเวลา (duration)	ปริมาณ (amount)
Menorrhagia	สม่ำเสมอ	นานกว่าปกติ (>7 วัน)	มากขึ้น (>80 มล./วัน)
Metrorrhagia	ไม่สม่ำเสมอ	อาจจะนานกว่า ปกติ	ปกติ
Menometror- rhagia	ไม่สม่ำเสมอ	นานกว่าปกติ (>7 วัน)	มากขึ้น (>80 มล./วัน)
Hypermenorrhea	สม่ำเสมอ	ปกติ	มากขึ้น (>80 มล./วัน)
Hypomenorrhea	สม่ำเสมอ	ปกติหรือน้อยลง	น้อยลง
Oligomenorrhea	สม่ำเสมอ (> 35 วัน)	ไม่แน่นอน	น้อยลง

### นอกจากนี้ยังมีคำจำกัดความอื่นๆ อีก ได้แก่

- **Intermenstrual bleeding** คือการมีเลือดออกทางช่องคลอดระหว่างรอบประจำเดือนปกติ มีปริมาณไม่แน่นอน
- **Midcycle spotting** คือการมีเลือดออกทางช่องคลอดแบบกะปริดกะปรอยในช่วงก่อนการตกไข่ ซึ่งสาเหตุนี้เกิดจากการลดลงของระดับ estrogen
- **Postmenopausal bleeding** คือการมีเลือดออกทางช่องคลอดในสตรีที่หมดประจำเดือนไปแล้วอย่างน้อย 6-12 เดือน
- **Amenorrhea** คือการที่ไม่มีเลือดประจำเดือนมาเลยอย่างน้อย 3 เดือนในผู้ป่วยที่เคยมีรอบประจำเดือนสม่ำเสมอหรืออย่างน้อย 6 เดือนในผู้ป่วยที่รอบประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ

## อาการและอาการแสดง

### *DUB แบ่งออกตามสาเหตุได้เป็น 2 ชนิดดังนี้*

1. DUB ชนิดที่มีการตกไข่ (ovulatory DUB) มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการห้ามเลือดของชั้นเยื่อโพรงมดลูก ซึ่งอาจเป็นไปได้จากความผิดปกติของการสร้าง prostaglandins และการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) ดังนั้น menorrhagia จึงเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมีอาการที่สัมพันธ์กับการมีรอบประจวบด้วย (premenstrual symptoms) พบได้ในสตรีอายุ 30-40 ปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเสียเลือดมากกว่าคนปกติได้ถึง 3 เท่าในแต่ละรอบประจวบ<sup>6</sup> แต่มีโอกาสพัฒนากลายเป็นมะเร็งได้น้อยกว่าร้อยละ 1 เท่านั้น<sup>7</sup>
2. DUB ชนิดที่ไม่มีการตกไข่ (anovulatory DUB) ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ ช่วง 2-3 ปีหลังมีระดูครั้งแรกและช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป เกิดจากความผิดปกติของระบบการทำงานของ hypothalamus-pituitary-ovarian (HPO) axis เมื่อไม่มีการตกไข่ก็ไม่มีการสร้าง progesterone ทำให้เยื่อโพรงมดลูกคงสภาพของ proliferative phase ไว้ตลอดจากการกระตุ้นของ estrogen เพียงอย่างเดียว ดังนั้นอาการที่พบสามารถเป็นได้ตั้งแต่ amenorrhea, metrorrhagia และ menometrorrhagia พบว่าผู้ป่วย DUB ถึงร้อยละ 80-90 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสาเหตุมาจากภาวะไม่ตกไข่<sup>8</sup> และมีโอกาสเกิด endometrial cancer ได้ถึงสูงร้อยละ 14<sup>7</sup>

## การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน คือ

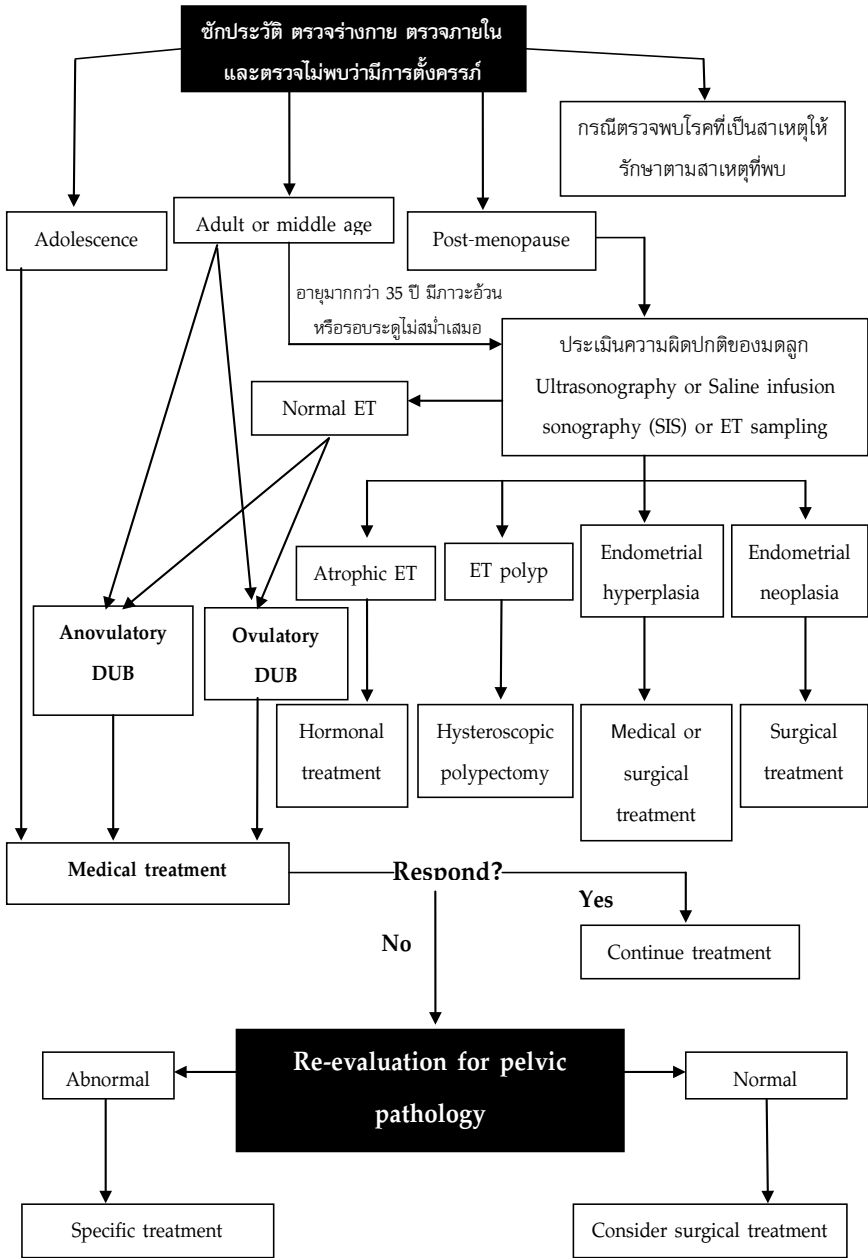
1. การประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด เพื่อประเมินความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษา ซึ่งควรจะเน้นในเรื่องของปริมาณและระยะเวลาที่เลือดออกเป็นสำคัญ นอกเหนือไปจากรูปแบบของรอบประจำปกติ
2. การตรวจหาโรคที่เป็นสาเหตุ เนื่องจาก DUB เป็นภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนเพศโดยที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหรือพยาธิสภาพใดๆ ดังนั้นจึงต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ ออกไปก่อน ซึ่งต้องอาศัยประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจภายในอย่างละเอียด และข้อมูลเบื้องต้นเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการสืบค้นหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมโดยมีแนวทางในการวินิจฉัยและดูแลรักษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 14-1<sup>9</sup>

### สำหรับการวินิจฉัยแยกโรคนั้นหากแบ่งตามชนิดของ DUB แล้วสามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) Ovulatory DUB ควรวินิจฉัยแยกโรค hypothyroidism, late stage liver diseases, bleeding disorders (von Willebrand disease, platelet disorder, factor deficiency, leukemia) หรือ structural change (submucous myoma หรือ endometrial polyps)
- 2) Anovulatory DUB ควรวินิจฉัยแยกโรค polycystic ovarian syndrome (PCOS), pregnancy, hyper- หรือ hypothyroidism, hyperprolactinemia, uncontrolled diabetes mellitus, eating disorder และ medication effects (antiepileptic หรือ antipsychotic drugs)

**แผนภูมิที่ 14-1** แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ที่มา: ดัดแปลงมาจาก มณี, รัตนไชยานนท์, บรรณาธิการ. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก. ภาวะผิดปกติที่สัมพันธ์กับการมีระดู กรุงเทพมหานคร. 2550 หน้า 115-62.





## การรักษา

หลักในการรักษา DUB ได้แก่ การหยุดเลือดและการควบคุมรอบประจำเดือนให้กลับมาเป็นปกติ ซึ่งการรักษาต้องขึ้นกับชนิดของ DUB ด้วย นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความรุนแรงของการเสียเลือด อายุและความต้องการมีบุตรของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และหากตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดร่วมด้วยก็จำเป็นต้องพิจารณาให้เลือดทดแทนหรือให้ธาตุเหล็กเสริมตามความรุนแรงที่พบด้วยเสมอ

### การรักษาสามารถแบ่งได้ตามชนิดของ DUB ดังนี้

#### 1. Ovulatory DUB

- 1) การรักษาด้วยยา: เพื่อลดปริมาณรอบประจำเดือนให้ปกติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14-2
- 2) การรักษาด้วยการผ่าตัด: กรณีที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพในโพรงมดลูก
  - การตัดมดลูกเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกในทุกๆ สาเหตุ แต่อย่างไรก็ตาม อายุ และความ ต้องการมีบุตรในอนาคตก็เป็นข้อจำกัดของการรักษาโดยวิธีนี้
  - การทำ endometrial ablation ได้ผลดีในกลุ่มที่มีภาวะ essential menorrhagia

#### 2. Anovulatory DUB

- 1) การเฝ้าระวัง และให้คำแนะนำผู้ป่วย: เหมาะสำหรับกลุ่มวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งต้องมีการนัดตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ แต่หากมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตก็พิจารณาให้การรักษาด้วยยาได้
- 2) การรักษาด้วยยา: มีวัตถุประสงค์คือเพื่อหยุดเลือดและควบคุมรอบประจำเดือนให้ปกติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14-2

ในผู้ป่วย anovulatory DUB บางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยเรื่องเลือดออกปริมาณมากอาจเกิดสัญญาณชีพผิดปกติ (hemodynamically unstable) ควรที่จะต้องได้รับการประเมินและแก้ไขสภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดอย่างเร่งด่วนด้วยการให้สารน้ำและเลือดทดแทน ขณะเดียวกันต้องรีบทำการหยุดเลือดให้ได้เร็วที่สุด โดยพิจารณาใช้วิธีการดังต่อไปนี้<sup>2,8,10,11</sup>

- ให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง โดยใช้ conjugated equine estrogen (Premarin<sup>®</sup>) 25 มก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมงจนเลือดหยุดหรือรับประทานครั้งละ 2.5-5 มก. ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อเลือดออกลดลงให้เปลี่ยนเป็นรับประทานวันละ 1.25 มก. นาน 7-10 วัน ร่วมกับการให้ฮอร์โมนโปรเจสตินเพื่อให้เกิด withdrawal bleeding หลังรักษา หรือ
- ให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม โดยรับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6-8 ชั่วโมงเป็นเวลา 7 วัน หรือ ทุก 8 ชั่วโมงใน 3 วันแรก จากนั้นลดเหลือทุก 12 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วันจากนั้นวันละ 1 เม็ดจนหมดแผง หรือ
- กรณีที่ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา หรือมีเลือดไหลออกมามีปริมาณมากผิดปกติ พิจารณาทำการขูดมดลูกเพื่อหยุดเลือด นอกจากนี้ยังสามารถเก็บชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยาได้อีกด้วย

## ตารางที่ 14-2

ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ชนิด ovulatory DUB และ anovulatory DUB <sup>11-13</sup>

ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	คำแนะนำ
<i>Ovulatory DUB</i>		
1. NSAIDs ■ Ibuprofen ■ Naproxen sodium ■ Mefenamic acid (Ponstan®)	■ รับประทาน 600-1,200 มก.ต่อวัน ■ รับประทาน 550-1,100 มก.ต่อวัน ■ รับประทาน 1,500 มก.ต่อวัน	■ เริ่มวันแรกของการมีประจำเดือน ให้นาน 5 วันต่อเดือนหรือจนกว่าเลือดจะหยุด ■ สามารถใช้รักษาอาการปวดประจำเดือนได้ ■ ใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อ GI bleeding
2. Anti-fibrinolytic drugs ■ Tranexamic acid (Transamin®)	■ รับประทาน 500-1,000 มก. วันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มวันแรกของการมีประจำเดือน ให้นาน 5 วัน	■ ใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด thromboembolic or renal disease และห้ามใช้ใน active intravascular clotting หรือ sub-arachnoid hemorrhage
3. โปรเจสติน ■ Medroxyprogesterone acetate (Provera®)	■ รับประทานวันละ 10 มก. นาน 10-14 วันต่อเดือน	■ ไม่สามารถใช้คุมกำเนิดได้ และห้ามใช้กรณีมี severe hepatic dysfunction

**ตารางที่ 14-2** ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกชนิด ovulatory DUB และ anovulatory DUB <sup>11-13</sup> (ต่อ)

ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	คำแนะนำ
4. Levonorgestrel-releasing intra-uterine system (Mirena®)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ หลั้ว levonorgestrel 20 ไมโครกรัมต่อวัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ สามารถคุมกำเนิดได้ 5 ปีและ FDA รับรองการใช้ในการรักษา menorrhagia ในปี 2009</li> <li>■ ห้ามใช้ใน breast cancer, uterine anomaly, acute PID, cervical infection และ severe cirrhosis หรือ liver cancer</li> </ul>
<b>Anovulatory DUB</b>		
1. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดออร์โมนรวม	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ethinyl estradiol &lt; 35 ไมโครกรัม ทั้งชนิดที่เป็น monophasic และ triphasic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ใช้สำหรับคุมกำเนิด</li> <li>■ ห้ามใช้กรณีที่มีสูบบุหรี่และมีอายุมากกว่า 35 ปี หรือมีความเสี่ยงในการเกิดการอุดตันของหลอดเลือด</li> </ul>
2. โพรเจสติน	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ รับประทานวันละ 10 มก. นาน 10-14 วันต่อเดือน</li> <li>■ รับประทานครั้งละ 5 มก. วันละ 3 ครั้ง นาน 7-10 วัน (หยุดเลือด)</li> <li>■ รับประทานครั้งละ 5 มก. วันละ 1-2 ครั้ง 10-14 วันต่อเดือน (คุมรอบประจำเดือน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ไม่สามารถใช้คุมกำเนิดได้และห้ามใช้กรณีมี severe hepatic dysfunction</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Medroxyprogesterone acetate (provera®)</li> <li>■ Norethisterone (Primolut-N®)</li> </ul>		

## สรุป

ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาทางด้านนรีเวช การช้กประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยและการให้การรักษาที่จำเพาะในแต่ละสาเหตุ สำหรับ DUB นั้นนับว่าเป็นภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกที่ไม่มีความผิดปกติทางกายภาพใดๆ ดังนั้นจึงต้องทำการแยกการวินิจฉัยโรคหรือภาวะที่ทำให้มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดอื่นๆ ออกไปก่อนเสมอ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DUB แล้วก็ต้องทำการจำแนกว่าเป็นชนิด ovulatory DUB หรือ anovulatory DUB ก่อนที่พิจารณาให้การรักษา เนื่องจาก DUB ทั้งสองชนิดมีพยาธิสภาพและวิธีการรักษาที่แตกต่างกันออกไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Woolcock JG, Critchley HO, Munro MG, Broder MS, Fraser IS. Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding. *Fertility and sterility* 2008;90:2269-80.
2. Strickland J, Gibson EJ, Levine SB. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2006;19:49-51.
3. Frick KD, Clark MA, Steinwachs DM, Langenberg P, Stovall D, Munro MG, et al. Financial and quality-of-life burden of dysfunctional uterine bleeding among women agreeing to obtain surgical treatment. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2009;19:70-8.
4. Schorge JO SJ, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Abnormal uterine bleeding. *Williams Gynecology: McGraw-Hill; 2008. 174-96.*
5. Munro MG. Abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Part I- pathogenesis and clinical investigation. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 1999;6:393-416.
6. Pitkin J. Dysfunctional uterine bleeding. *Bmj* 2007;334:1110-1.
7. Ash SJ, Farrell SA, Flowerdew G. Endometrial biopsy in DUB. *The Journal of reproductive medicine* 1996;41:892-6.

8. Tibbles CD. Selected gynecologic disorders. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Adams JG Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Mosby (Elsevier); 2009. 1325-32.
9. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก. ใน: มณี รัตนโชยานนท์, บรรณาธิการ. ภาวะผิดปกติที่สัมพันธ์กับการมีระดู. กรุงเทพมหานคร. 2550 หน้า 115-62.
10. McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich CS, 3rd. Gynecologic emergencies. The Surgical clinics of North America 2008;88:265-83.
11. อรรณพ ใจสำราญ. Update in management of dysfunctional uterine bleeding. ใน: สมชัย นิรุตติศาสตร์ และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. 2549 หน้า 87-91.
12. Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. American family physician 2012;85:35-43.
13. Casablanca Y. Management of dysfunctional uterine bleeding. Obstetrics and gynecology clinics of North America 2008;35:219-34.





# บทที่ 15

ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งนรีเวช

Gynecologic Oncology

Emergency

รศ. พญ. ประภาพร สู่ประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งนรีเวช ที่พบได้บ่อย อาจเกิดได้หลายสาเหตุ ดังนี้

- การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ซึ่งอาจจะออกมาจากก้อนมะเร็งบริเวณปากมดลูก
- เกิดจากการรักษา เช่น การเกิด ภาวะ febrile neutropenia จากการให้ยาเคมีบำบัดรักษามะเร็ง
- เกิดจากการที่โรคมะเร็งลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอด หรือ กระดูกสันหลัง ทำให้เกิดภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือ ทำให้พิการได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่

ดังนั้นการให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี ก่อนที่จะส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง ในที่นี้จะกล่าวถึงการดูแลภาวะฉุกเฉินใน 3 กรณี คือ การมีเลือดออกมากทางช่องคลอดจากมะเร็งปากมดลูก, การดูแลภาวะ febrile neutropenia, การกดเส้นประสาทไขสันหลังจากการกระจายของมะเร็งไปกระดูกสันหลัง และ การอุดต้นหลอดเลือด superior vena cava

### การมีเลือดออกมากทางช่องคลอดจากมะเร็ง<sup>1</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่มีรอยโรคอยู่บริเวณ ปากช่องคลอด ช่องคลอด ปากมดลูก อาจจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกมากทางช่องคลอดได้ จนทำให้ผู้ป่วยเกิด hypovolemic shock และต้องรักษาอย่างทันเวลาที่ ผู้ป่วยจะให้ประวัติว่ามีเลือดออกทางช่องคลอด จนต้องใช้ผ้าอนามัยวันละหลายแผ่น เลือดที่ออกมักจะออกมาจากก้อนมะเร็ง โดยเฉพาะที่เป็นแบบก้อนยื่น (exophytic lesion) ขนาดใหญ่ และอาจจะเห็นเส้นเลือดพุ่งออกมาจากก้อนมะเร็งนั้น การรักษาต้องแก้ไขภาวะเสียเลือด โดยอาจจะต้อง

ให้สารละลายน้ำเกลือ หรือ เติมเลือดทดแทน และต้องตรวจภายในเพื่อดูตำแหน่งที่เลือดออก ถ้าตำแหน่งนั้นเป็นจุดเลือดออก อาจจะจี้โดยใช้สารsclerosing agent เช่น ferric subsulfate (Monsel's solution) แต่ถ้าออกมากต้องใช้วิธี pack ด้วยผ้าก๊อชยาวๆเข้าไปในช่องคลอดให้แน่นๆ ถ้าความยาวของผ้าก๊อชไม่พอ ต้องใช้ผ้าชั้นใหม่ pack ต่อ จะต้องมัดผ้าก๊อชไว้ด้วยกันเพราะเวลาเอาผ้าก๊อชออกจะได้เอาออกมาทั้งหมด ไม่เหลือค้างในช่องคลอด การชุบผ้าก๊อชด้วยน้ำยา acetone อาจจะทำให้การห้ามเลือดดีขึ้น แต่ไม่แนะนำให้ชุบด้วยน้ำยา Monsel's solution เพราะจะทำให้เกิดการหลุดลอกของชั้นเยื่อผิวช่องคลอด หลังจาก pack ผ้าก๊อชในช่องคลอดจนแน่นแล้ว ควรใส่สายสวนปัสสาวะไว้ โดยทั่วไปจะใส่ผ้าก๊อชทิ้งไว้นาน 24-48 ชม. แล้วจึงค่อยเอาออก หรือระหว่างนี้อาจจะส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถดูแลรักษาต่อไป เพราะถ้าไม่สามารถทำให้เลือดหยุดได้ หลังจาก pack ผ้าก๊อชไว้แล้ว อาจจะต้องอาศัยการผ่าตัดเข้าไปในช่องท้องเพื่อทำ hypogastric ligation หรืออาจจะเป็น hypogastric embolization โดยการใช่วิธี selective arteriography

### การดูแลภาวะ febrile neutropenia<sup>2,3</sup>

การกดไขกระดูกพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่ภาวะ neutropenia จะต่ำสุดในวันที่ 7-10 หลังจากรับยา และมักจะดีขึ้นเองภายในเวลาประมาณ 5 วัน ในช่วงที่เกิด neutropenia ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงมาก และจะเกิดภาวะ febrile neutropenia ได้

ภาวะ neutropenia คือ การที่ระดับของ absolute neutrophil count (ANC) หรือ ปริมาณของ neutrophil น้อยกว่าหรือเท่ากับ  $500 \text{ cells/mm}^3$  หรือ มีปริมาณ  $1,000 \text{ cells/mm}^3$  ที่มีแนวโน้มจะลดลงเป็น  $500 \text{ cells/mm}^3$  ในเวลา 24-48 ชม. และจะเรียก febrile neutropenia ถ้าตรวจพบว่า มีไข้สูงเกินหรือเท่ากับ  $38^\circ\text{C}$  ร่วมด้วย ซึ่งจะมีโอกาสติดเชื้อร่วมด้วยถึงร้อยละ 50 โดยเชื่อที่พบบ่อยมีทั้งเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมลบ แต่ในระยะหลังพบการติดเชื้อแกรมบวกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะถ้ามีการแทงน้ำเกลือทิ้งไว้ และถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษาจะเกิดการติดเชื้อรา และเชื้อพยาธิ ตามมา

อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะ neutropenia อาจจะไม่เกิดใช้ร่วมด้วยแม้ว่าจะมีการติดเชื้อ ถ้าร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอมาก หรือรับยาสเตียรอยด์อยู่

การรักษาควรประกอบด้วยการเพาะเชื้อจากเลือดเพื่อหาเชื้อ และควรให้ยาแก้ อักเสบที่คลุมเชื้อทั้งแกรมบวก แกรมลบ เช่น fortum และ amikin หรือ fortum และ ciprofloxacin และควรพิจารณาให้ยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว ถ้าหากเกิดภาวะ neutropenia นาน

บางสถาบันมีการให้ยาแก้อักเสบป้องกัน โดยใช้เป็นกลุ่ม quinolone พบว่าได้ผลดี แต่บางสถาบันไม่ให้เนื่องจากกลัวการดื้อยา

## การกดเส้นประสาทไขสันหลังจากการกระจายของมะเร็งไป กระดูกสันหลัง (metastatic spinal cord compression)<sup>2</sup>

การกระจายของมะเร็งไปยังกระดูกสันหลัง จนทำให้ประสาทไขสันหลังถูกกด เป็นภาวะที่ต้องรักษาให้ทันเวลาที่ เพราะถ้ารักษาช้า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพิการ และอาจอันตรายถึงชีวิตได้ ตำแหน่งไขสันหลังที่ถูกกดมากที่สุดคือ บริเวณกระดูกทรวงอก รองลงมาคือที่กระดูกที่เอว และ ส่วนที่กระดูกคอพบน้อยที่สุด

อาการปวดหลังที่แย่งเรื่อยๆ พบบ่อยถึงร้อยละ 95 และมีอาการไม่มีแรงที่ขา ได้ถึงร้อยละ 85 ซึ่งอาจจะค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นทันทีก็ได้ บางครั้งจะมีอาการ ปัสสาวะไม่ออก หรือกลั้นอุจจาระไม่ได้เกินร้อยละ 50

ถ้าสงสัยภาวะนี้ควรจะสืบค้นด้วยการส่งตรวจ magnetic resonance imaging (MRI) ของบริเวณไขสันหลัง และควรสืบค้นอย่างเร่งด่วนภายใน 24 ชม ที่ผู้ป่วย เริ่มมีอาการ อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดมาก ไม่สามารถนอนราบนานๆ ได้ หรือมีข้อห้ามของการทำ MRI เช่นผู้ป่วยใส่ pacemaker อาจจะเสี่ยงมาใช้ในการตรวจ ด้วยวิธี เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แทน

ถ้าวินิจฉัยภาวะนี้ได้ ต้องให้การดูแลเบื้องต้นตามอาการ เช่น ถ้าปัสสาวะเองไม่ได้ ให้ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ถ้ามีอาการปวด ต้องให้ยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม ถ้าผู้ป่วยไม่พบว่า มี spinal instability แนะนำว่าให้ผู้ป่วยขยับตัวเมื่อพอจะขยับได้ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แต่ถ้าสงสัยภาวะนี้ การรีบให้ยาสเตียรอยด์ เช่น ให้รับประทาน dexamethasone วันละ 8 มก จะช่วยลดอาการบวมของเส้นประสาทที่ถูกกด แล้วส่งตัวผู้ป่วยมารับการฉายรังสีบริเวณหลัง หรือ อาจจะมีการผ่าตัดเข้าไปเอา tumor ออกเพื่อช่วยลดการกดทับ

### หลอดเลือด superior vena cava อุดตัน (superior vena cava obstruction)<sup>2</sup>

หลอดเลือด superior vena cava (SVC) เป็นหลอดเลือดดำที่รับเลือดมาจากศีรษะ คอ แขน และทรวงอกส่วนบน หลอดเลือด SVC มีผนังบาง จึงถูกกดได้ง่ายจากมะเร็งทางนรีเวชที่กระจายมาบริเวณนี้ อาการที่พบบ่อยได้แก่ หอบเหนื่อย ไอ เสียงแหบ เป็นลม และ ปวดหัว การตรวจร่างกายพบ หน้าบวมโดยเฉพาะในตอนเช้า หลอดเลือดดำที่คอ และ ออก มีการขยายตัว แขนขวาบวม และ หน้าแดง

การวินิจฉัย ทำได้โดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณปอด การรักษา เบื้องต้นประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยนั่ง ให้ออกซิเจน และยาสเตียรอยด์ โดยฉีด dexamethasone 4 มก วันละ 4 ครั้ง เพื่อให้ยุบบวม การใส่ stent เข้าไปในหลอดเลือดเป็นวิธีที่ทำให้อาการดีขึ้นเร็ว และ ควรฉายรังสีบริเวณ mediastinum จะทำให้อาการโรคดีขึ้นใน 2-3 วันเป็นส่วนใหญ่

## เอกสารอ้างอิง

1. Monk BJ, Tewari KS. Invasive cervical cancer. In :Disaia PJ, Creasman WT. Clinical gynecologic oncology. 17th ed. China: Mosby; 2007. p 55-124.
2. Walji N, Chan AK, Peake DR. Common acute oncological emergencies: diagnosis, investigation and management. Postgrad Med J 2008;84:418-27.
3. Pascoe J, Steven N . Antibiotics for the prevention of febrile neutropenia. CurrOpinHematol 2009;16:48-52.

# บทที่ 16

มะเร็งนรีเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป  
Gynecologic Oncology for  
General Practice Physicians

รศ. พญ. ประภาพร สู่ประเสริฐ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื้อหาในบทนี้มีความตั้งใจจะเรียบเรียงเรื่องของมะเร็งทางนรีเวชซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสตรีไทย ให้กับแพทย์ทั่วไปได้อ่านทบทวนเวลาพบผู้ป่วย เพราะโดยทั่วไปแล้วจะได้เรียนหลักสูตรเรื่องนี้ค่อนข้างน้อยในโรงเรียนแพทย์ เนื่องด้วยมีเนื้อหาทางวิชาการที่มากมายที่จะต้องเรียน

มะเร็งทางนรีเวชถ้าเรียงลำดับที่พบได้บ่อย จากสถิติของหน่วยมะเร็งนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในช่วง 10 ปี จะเป็น มะเร็งปากมดลูก พบประมาณปีละ 400-500 รายต่อปี มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก พบเท่าๆกัน ประมาณ 100 รายต่อปี มะเร็งท่อนำไข่ มะเร็งปากช่องคลอด มะเร็งช่องคลอด และ มะเร็งของเนื้อรก จะพบน้อยประมาณ 10 รายต่อปี ในบทนี้จะกล่าวถึงแต่ละมะเร็งทางนรีเวชโดยสังเขป เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ในประเด็นที่แพทย์ทั่วไปควรทราบ

## มะเร็งปากมดลูก

### การตรวจคัดกรอง<sup>2</sup>

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีการตรวจคัดกรองที่ดีที่สุดในการบรรเทาภาระของมะเร็งทางนรีเวชทั้งหมด วิธีที่ใช้กันมานานคือ การตรวจด้วยวิธี Pap smear ซึ่งเป็นวิธีที่ราคาไม่แพง มีความไว ความจำเพาะ ที่ดี ถ้าทำถูกวิธี คือ ต้องเก็บเซลล์บริเวณ transformation zone ของปากมดลูกให้ได้ และต้องเก็บในขณะที่ผู้มารับการตรวจคัดกรองไม่มีเลือดออกจากมดลูก หรือมีการติดเชื้อบริเวณปากมดลูก ซึ่งจะทำให้เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว มาบดบังเซลล์ที่นำมาตรวจ ดังนั้นถ้าเป็นไปได้จึงควรตรวจ Pap smear ในขณะที่ผู้มารับการตรวจคัดกรองไม่เป็นประจำเดือน ไม่มีปาก



มดลูกอักเสบ ผู้มารับการตรวจควรงดเพศสัมพันธ์ก่อนมารับการตรวจประมาณ 2 วัน เพื่อลดการอักเสบบริเวณปากมดลูกรวมทั้งไม่ควรสอดยา หรือสวนล้างช่องคลอดมา ภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อลดปัญหา ยาตกค้าง และเซลล์ปากมดลูกหายไปจากการสวนล้างช่องคลอด ความถี่ในการตรวจควรจะเป็นปีละครั้งเพื่อลดปัญหาการเกิดผลลบลงอย่างไรก็ตามมีคำแนะนำจากทางสมาคมที่ดูแลเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าอาจจะตรวจห่างทุก 3 ปี ส่วนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำตรวจห่างทุก 2 ปี ถ้าผลปกติ และเมื่อผลการตรวจผิดปกติตั้งแต่ ASCUS (atypical squamous cell of undetermined significant) ขึ้นไป ควรส่งต่อมารับการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปี (colposcopy) ต่อไป

นอกจากวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ชนิด Pap smear แล้ว ยังมีวิธีตรวจแบบ liquid-based cytology (LBC) จะใช้วิธีเก็บเซลล์คล้ายกัน แต่แทนที่จะป้ายสไลด์แก้ว จะใช้วิธีนำไม้ที่เก็บเซลล์มาแกว่งในน้ำยาเพื่อส่งตรวจต่อไป โดยน้ำยานี้จะถูกนำไปปั่นเพื่อแยกเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว ออกไปก่อน จากนั้นจึงนำส่วนที่เป็นเซลล์เยื่อปากมดลูกมาป้ายบนสไลด์ โดยอาจจะใช้เครื่อง หรือใช้คนป้าย จากนั้นจึงย้อม และส่งอ่านอีกครั้ง วิธีนี้มีข้อดีคือ cytologist สามารถอ่านเซลล์ได้ดีขึ้น และนอกจากนี้ น้ำยาที่เหลือ ยังนำไปใช้หาเชื้อ human papilloma virus (HPV) ชนิดความเสี่ยงสูงได้ ซึ่งปัจจุบันสามารถตรวจโดยระบุได้ว่าเป็นชนิด 16,18 หรือไม่ โดยที่ถ้าตรวจ HPV test แล้วพบเชื้อ type 16,18 จะบ่งบอกถึงความรุนแรงโดยทั่วไป แนะนำให้ตรวจ HPV test เมื่อมีอายุ 30 ปีขึ้นไป เพราะถ้าตรวจในคนอายุน้อยกว่านี้มักพบ แต่ไม่มีความหมายทางคลินิกเพราะถ้าการติดเชื้อที่จะก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจะพบในสตรีที่มีอายุเกิน 30 ปี เนื่องจากมักเป็นการติดเชื้อแบบถาวร (persistent) อย่างไรก็ตาม การตรวจด้วยวิธี LBC ร่วมกับการตรวจหาเชื้อ HPV มีราคาแพงมาก จึงยังไม่ได้รับความนิยมมากนัก

### ส่วนการดูแลต่อเมื่อทราบผล LBC นั้นมีดังนี้

- กรณีเป็น ASCUS ให้ดูว่าได้รับการตรวจ HPV test ร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าได้รับการตรวจแล้วผล negative สามารถตรวจติดตามได้ปกติ โดยไปตรวจซ้ำอีกทีที่ 3-5 ปี แต่ถ้าตรวจพบ ASCUS ร่วมกับ HPV test positive ต้องส่งตรวจ colposcopy

- กรณีที่ตรวจพบเชื้อ HPV ชนิด 16,18 หรือ ตรวจเจอเซลล์ผิดปกติ ที่เป็นมากกว่า ASCUS ให้ส่งตรวจ colposcopy
- กรณีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ แต่ พบการติดเชื้อ HPV high risk ที่ไม่ใช่ type 16,18 ให้ตรวจติดตามที่ 6 เดือน และ ควรทำ HPV test อีกครั้งที่ 1 ปี
- กรณีที่ไม่พบเซลล์ผิดปกติ และ ไม่พบการติดเชื้อ HPV ให้ตรวจติดตามอีกที่ 3-5 ปี

### มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม<sup>3,4</sup>

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่ตรวจพบได้จากการทำ Pap smear แล้วมีการตัดชิ้นเนื้อผ่านการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโกปี ถ้าผลชิ้นเนื้อเป็น LSIL (low grade squamous cell intraepithelial lesion) จะใช้วิธีตรวจติดตามด้วย Pap smear ทุก 6 เดือน ถ้าปกติ 2 ครั้ง ก็ให้ตรวจตามปกติ ปีละครั้ง แต่ถ้าเป็น HSIL (high grade squamous cell intraepithelial lesion) จะรักษาโดยการทำให้ conization คือการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย โดยมากมักตัดโดยใช้ห่วงไฟฟ้า ที่เรียกว่า loop electrosurgical excision procedure (LEEP) และถ้าผลชิ้นเนื้อเป็นแค่ HSIL ก็ใช้วิธีตรวจติดตามด้วย Pap smear ทุก 6 เดือน ไปเรื่อยๆ จนครบ 5 ปี หลังจากนั้นห่างออกเป็นทุก 1 ปีได้ แต่ถ้าผลออกมาเป็น adenocarcinoma in situ (AIS) แนะนำให้รักษาโดยการทำให้ hysterectomy เพราะมักมีเซลล์ผิดปกติเหลืออยู่มาก

### มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม<sup>5</sup>

ผู้ป่วยมักมีอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ เพราะจะมีก้อนมะเร็งอยู่ที่ปากมดลูกแล้ว และถ้าลุกลามไปอวัยวะข้างๆ หรือต่อมน้ำเหลือง จะทำให้มีขาบวม ปวดท้องน้อย หลายรายจะเกิดภาวะไตวาย เพราะมะเร็งลุกลามไปด้านข้างมดลูกแล้วไปกดรัดท่อไต เกิดไตบวม และไตวายในที่สุด ถ้ากระจายไปปอด ก็อาจจะมีอาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือดได้ การตรวจภายในจะพบก้อนมะเร็งที่ปากมดลูก และต้องยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตัดชิ้นเนื้อ

## การรักษาจะขึ้นกับระยะโรค ดังนี้

### ระยะที่ 1

ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ ถ้าจะมีอาจจะมีเลือดออกผิดปกติบ้าง โดยเฉพาะหลังมีเพศสัมพันธ์ (post-coital bleeding) หรือตกขาว เนื่องจากมะเร็งอยู่เฉพาะปากมดลูก แบ่งย่อยดังนี้

- ระยะที่ 1A1: มะเร็งกินลึกเข้าไปในชั้น cervical stroma ไม่เกิน 3 มม. และกว้างไม่เกิน 7 มม. วินิจฉัยจากการทำ conization เท่านั้น ถ้าไม่พบ lymphovascular space invasion (LVSI) สามารถรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกแบบธรรมดา (simple hysterectomy) แต่ถ้ามี LVSI ควรผ่าตัดมดลูกแบบกว้าง และเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานด้วยที่เรียกว่าการผ่าตัดแบบ radical hysterectomy & bilateral pelvic lymphadenectomy (RHPL)
- ระยะที่ 1A2: มะเร็งกินลึกเข้าไปในชั้น cervical stroma 3-5 มม. และ กว้างไม่เกิน 7 มม. วินิจฉัยจากการทำ conization เท่านั้น รักษาโดยการผ่าตัด RHPL
- ระยะที่ 1B, 2A: ระยะนี้อาจจะมีอาการเลือดออกหรือ ตกขาวผิดปกติมากขึ้น มะเร็งกินลึกเข้าไปในชั้น cervical stroma เกิน 5 มม. และ กว้างเกิน 7 มม. หรือ เห็นรอยโรคชัดเจน ถ้ากระจายมาช่องคลอดจะเป็นระยะ 2A โดยที่ยังไม่กระจายไปที่ parametrium รักษาโดยการผ่าตัด RHPL ถ้ามะเร็งลามมาที่ช่องคลอดส่วนบนไม่มาก

ปัจจุบันในผู้ป่วยระยะที่ 1 บางรายที่ยังต้องการมีบุตร สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนของปากมดลูก และเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างๆออก ที่เรียกว่า radical trachelectomy ได้ โดยทั่วไปแนะนำในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไม่เกิน 2 ซม. และ เป็นชนิด squamous cell carcinoma

### ระยะที่ 2-4

ถ้าลุกลามเฉพาะที่จะรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีในอุ้งเชิงกราน แต่ถ้ากระจายไปไกลเช่น ไปปอด ไปต่อมน้ำเหลืองที่คอ การรักษาหลักจะเป็นยาเคมีบำบัด

## มะเร็งรังไข่<sup>6</sup>

มะเร็งรังไข่มักจะทำให้มีอาการอืดแน่นท้อง เพราะมักจะเกิดร่วมกับ ascites หรือคลำพบบ่อนท้องน้อย ก่อนจะโตเร็วมาก มักจะตรวจยืนยันด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ บริเวณท้อง แล้วเห็นถุงน้ำรังไข่ ขนาดโตกว่า 10 ซม. มีผนังกั้นภายใน มีส่วนที่เป็น solid ปะปน มะเร็งรังไข่แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

### 1. มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อผิว (epithelial cell)

มะเร็งรังไข่ชนิดนี้พบบ่อยที่สุด โดยมักพบในคนอายุมากกว่า 50ปีขึ้นไป โดยมักพบในคนที่ไม่ใช่บุตร ชนิดของเซลล์ที่พบบ่อยได้แก่ serous cystadenocarcinoma ซึ่งมักจะตรวจพบ tumor marker ชนิด CA 125 ขึ้นสูง เซลล์ชนิดอื่นในกลุ่มนี้ที่น่าสนใจคือ clear cell adenocarcinoma และ endometrioid tumor จะพบร่วมกับภาวะ endometriosis ได้บ่อย ส่วนชนิด mucinous cystadenocarcinoma พบได้บ้าง และจะมี tumor marker ที่โดดเด่นคือ CEA และ CA 19-9

### 2. มะเร็งรังไข่ชนิด germ cell

มะเร็งรังไข่ชนิดนี้พบน้อย แต่จะพบได้เป็นส่วนใหญ่ในคนอายุน้อย โดยมากมักจะมีส่วนที่เป็น solid part ร่วมด้วย ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อย ก่อนมักมีขนาดใหญ่ โตเร็ว เซลล์ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ dysgerminoma, immature teratoma, endodermal sinus tumor และบ่อยครั้งจะพบร่วมกัน (mixed type) เนื่องจากพบในอายุน้อย และ เป็นเซลล์ที่มีการตอบสนองดี จึงสามารถรักษาแบบอนุรักษ์ได้ คือ เก็บมดลูกและรังไข่ข้างที่ปกติไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยจะยังสามารถมีบุตรได้ในอนาคตมะเร็งชนิดนี้มักตอบสนองดีกับยาเคมีบำบัด

### 3. มะเร็งรังไข่ชนิด sexcord stromal tumor

มะเร็งชนิดนี้พบน้อยเช่นกัน แต่มีลักษณะที่โดดเด่นคือ สามารถสร้าง estrogen ได้ โดยเฉพาะเซลล์ชนิด granulosa cell tumor ดังนั้นผู้ป่วยมักจะมีภาวะ estrogen เกิน ซึ่งสามารถทำให้เกิด เยื่อโพรงมดลูกหนาตัวผิดปกติ หรือ อาจจะ

กลายเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมด้วยได้ อย่างไรก็ตาม มะเร็งชนิดนี้แบ่งตัวช้ากว่าจะกลับเป็นซ้ำใช้เวลาานานมาก ดังนั้นจึงมีพยากรณ์โรคค่อนข้างดี

การรักษามะเร็งรังไข่ต้องทำการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกมากที่สุด และมักจะต้องมีการผ่าตัดเอา retroperitoneal node ในช่องท้อง รวมทั้งมีการตัด omentum ออกมาบางส่วน เพื่อดูการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งสูติแพทย์ทั่วไปมักทำไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งต่อ

หลังจากผ่าตัดแล้ว โดยมากต้องให้ยาเคมีบำบัดต่อ

ในส่วนมะเร็งท่อนำไข่ อาการนำ การรักษา จะเหมือนมะเร็งรังไข่เลย แต่พบน้อยกว่ามาก

## มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก <sup>7</sup>

มะเร็งชนิดนี้มักพบในผู้ป่วยที่อ้วน เป็นเบาหวาน มีความดันโลหิตสูง หรือ รับประทานฮอร์โมนทดแทนที่มีแต่ตัวยา estrogen เพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยเรื่องมีเลือดออกผิดปกติทางมดลูก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใกล้หมดประจำเดือน หรือ หมดประจำเดือนไปแล้ว การตรวจภายในอาจพบมดลูกมีขนาดโตขึ้น อาจพบ ascites ร่วมด้วยได้ การวินิจฉัยมักต้องทำการขูดมดลูก ซึ่งเซลล์ชนิดที่พบบ่อยมักเป็น endometrioid carcinoma การรักษามะเร็งชนิดนี้ควรทำการผ่าตัดเอามดลูก และ ปีกมดลูกออกทั้ง 2 ข้าง และอาจจะต้องผ่าตัดอมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานมาตรวจด้วย ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดโตเกิน 2 ซม. กินลึกเข้าผนังกล้ามเนื้อมดลูกเกินครึ่ง หรือได้ข้อมูลก่อนผ่าตัดว่าเป็นชนิดที่ดุ เช่น grade 3 endometrioid, clear cell, serous type

หลังการรักษาอาจจะต้องใส่แร่ หรือ ฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานถ้าพบเซลล์มะเร็งกระจายออกไปอวัยวะข้างเคียงแล้ว ในระยะหลังมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี เพื่อหวังผลให้การรักษาดีขึ้น

## มะเร็งเนื้อรก<sup>8</sup>

พบได้น้อย แต่เป็นมะเร็งที่ตอบสนองกับยาเคมีบำบัดได้ดี ถ้าให้การรักษาได้ทันเวลาที่ โดยทั่วไปมักจะได้ประวัติว่าเคยเป็น molar pregnancy มาก่อน แต่หลังจากรักษาด้วยการ suction curettage หรืออาจจะตัดมดลูกเลย เมื่อตรวจติดตามไปแล้ว ค่า serum  $\beta$ -hCG ซึ่งโดยมากจะตรวจสัปดาห์ละครั้ง เพิ่มขึ้น หรือ ไม่ลดลง หรือ ลดแล้วเพิ่มขึ้น ที่เราเรียกภาวะนี้ว่า persistent mole ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวมารับการรักษาที่แพทย์ทางมะเร็งนรีเวชต่อ อย่างไรก็ตาม มะเร็งของเนื้อรกอาจจะได้ประวัติการตั้งครรภ์ชนิด molar pregnancy นำมาก่อนก็ได้ โดยอาจจะได้ประวัติการตั้งครรภ์ลักษณะอื่น เช่น คลอดธรรมชาติ แท้ง ท้องนอกมดลูก หรือ อาจจะให้ประวัติว่าไม่เคยตั้งครรภ์ เพราะผู้ป่วยแท้งบุตรโดยไม่รู้ตัว แต่มาพบแพทย์ด้วยอาการ ไอเป็นเลือด หรือ ชัก เมื่อตรวจพิเศษ จะพบลักษณะของมะเร็งกระจายไปหลายอวัยวะพร้อมๆกัน ให้คิดถึง มะเร็งเนื้อรกชนิด choriocarcinoma ไว้ด้วย โดยสามารถพิสูจน์ว่าใช่ภาวะนี้หรือไม่ได้ด้วยการส่งตรวจ serum  $\beta$ -hCG ถ้าพบว่าขึ้น ให้คิดถึงภาวะ choriocarcinoma เลย แล้วรีบส่งต่อทันที ห้ามประเมินด้วยการส่งตรวจ urine pregnancy test เพราะถ้ามีปริมาณ  $\beta$ -hCG สูงๆ อาจจะทำให้ผลลบลวงได้

## มะเร็งปากช่องคลอด<sup>9</sup>

มะเร็งปากช่องคลอด มะเร็งชนิดนี้พบน้อย โดยมากจะพบในคนสูงอายุมากๆ อาการนำที่พบบ่อยคือ อาการคัน มีก้อนบริเวณปากช่องคลอด อาจจะแตกเป็นแผล มีหนองไหล มักมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตร่วมด้วย การวินิจฉัยคือควรทำการ biopsy เอาบางส่วนของก้อนเนื้อมาพิสูจน์ ไม่แนะนำให้ตัดออกทั้งหมด เพราะถ้าต้องมาทำการผ่าตัดเพิ่ม แพทย์จะหารอยโรคเดิมไม่พบ ทำให้มีโอกาสผ่าตัดเอาเซลล์มะเร็งออกมาไม่หมด

การรักษา มะเร็งปากช่องคลอด ทำได้โดยการผ่าตัดเอามะเร็ง และ เนื้อเยื่อที่อยู่ข้างๆออก โดยให้ห่างจากของมะเร็งอย่างน้อย 1 ซม. ร่วมกับเลาะเอาต่อม

น้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไปส่งตรวจ ถ้าสามารถเอามะเร็งออกได้หมด และไม่พบการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง ก็ไม่ต้องให้การรักษาเพิ่ม แต่ถ้าตัดออกได้ไม่เพียงพอ หรือมีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว ต้องให้การฉายรังสีต่อ หรือถ้าผู้ป่วยเป็นมาก ก้อนมีขนาดใหญ่ จนผ่าไม่ได้ ต้องรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

### มะเร็งช่องคลอด <sup>10</sup>

พบเป็น primary site ได้น้อยมาก โดยมากจะเป็น secondary site คือ กระจายมาจากปากมดลูก หรือ ปากช่องคลอด ดังนั้นถ้าจะวินิจฉัยมะเร็งช่องคลอด คือ ต้องตรวจไม่พบรอยโรคบริเวณ ปากมดลูก และปากช่องคลอดเลย อาการที่ผู้ป่วยมักจะมีเลือดออกผิดปกติ มีหนองไหลจากช่องคลอด วินิจฉัยได้จากการตัดชิ้นเนื้อ ถ้าเป็นไม่มาก และอยู่ในตำแหน่งช่องคลอดส่วนบน อาจจรักษาโดยการตัดมดลูกแบบกว้าง พร้อมเอาช่องคลอดส่วนบนที่มีรอยโรคออกไป หรือ ถ้าเป็นตำแหน่งติดกับปากช่องคลอด ก็ตัดเอาปากช่องคลอดพร้อมช่องคลอดส่วนนั้นออกไป แต่ถ้าอยู่ในตำแหน่งที่ผ่าตัดไม่ได้ ต้องให้การรักษาด้วยการฉายรังสี และใส่แร่ในช่องคลอดเป็นหลัก

### เอกสารอ้างอิง

1. สถิติหน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol* 2013;121:829-46.
3. Lindeque BG. Management of cervical premalignant lesions. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19:545-61.
4. Garrett LA, McCann CK. Abnormal cytology in 2012: management of atypical squamous cells, low-grade intraepithelialneoplasia, and high-grade intraepithelialneoplasia. *Clin Obstet Gynecol* 2013;56:25-34.

5. Kesic V. Management of cervical cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006;32:832-7.
6. Salani R, Bristow RE. Surgical management of epithelial ovarian cancer. *Clin Obstet Gynecol* 2012;55:75-95
7. Arora V, Quinn MA. Endometrial cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2012;26:311-24.
8. Monchek R, Wiedaseck S. Gestational trophoblastic disease: an overview. *J Midwifery Womens Health* 2012;57:255-9.
9. Fuh KC, Berek JS. Current management of vulvar cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2012;26:45-62.
10. Lilic V, Lilic G, Filipovic S, Visnjic M, Zivadinovic R. Primary carcinoma of the vagina. *J BUON* 2010;15:241-7.



# บทที่ 17

การคุมกำเนิดฉุกเฉิน

Emergency Contraception

อ. พญ. ทวีวัน พันธศรี

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การคุมกำเนิดฉุกเฉิน หมายถึง การป้องกันการตั้งครรภ์ หลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้มีการป้องกัน หรือป้องกันแล้วล้มเหลว เช่น ถุงยางอนามัยหลุด สิมฉีดยาฉีดคุมกำเนิด<sup>1,2</sup> เป็นต้น

ก่อนการให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดฉุกเฉิน ควรซักประวัติผู้รับบริการโดยละเอียด เช่น ประวัติประจำเดือน การคุมกำเนิด และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บางกรณี ผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่าตั้งครรภ์อยู่ก่อน

### ระยะเวลาที่เหมาะสม

แม้ว่าโอกาสตั้งครรภ์ของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่ห่างจากระยะไข่ตกมากจะน้อย แต่ก็ยังแนะนำให้ใช้การคุมกำเนิดฉุกเฉินเสมอ ไม่ว่าจะมียุติสัมพันธ์อยู่ในช่วงใดก็ตามของรอบประจำเดือน<sup>3</sup> ทั้งนี้การคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฮอร์โมนทุกชนิดจะมีประสิทธิภาพสูงสุด หากใช้หลังการมีเพศสัมพันธ์ทันที และประสิทธิภาพจะลดลงเมื่อใช้หลังการมีเพศสัมพันธ์เป็นระยะเวลานานขึ้น อย่างไรก็ตามหากระยะเวลา นั้นไม่เกิน 72 ชั่วโมงก็ถือว่ายังอยู่ในช่วงที่มีประสิทธิภาพสูง<sup>4</sup> และมีบางรายงานที่ยืนยันว่าแม้ระยะเวลาเลยไปกว่า 120 ชั่วโมงก็ยังมีประสิทธิภาพค่อนข้างดีอยู่ แต่ส่วนใหญ่จะแนะนำให้เปลี่ยนไปคุมกำเนิดด้วยห่วงอนามัยแทนเพราะมีประสิทธิภาพสูงกว่าในช่วง 72 - 120 ชั่วโมง<sup>1,2</sup>

## การคุมกำเนิดฉุกเฉินด้วยยาฮอร์โมน

ยาฮอร์โมนจะยับยั้งการเจริญของฟองไข่ในระยะฟอลลิคูลาร์ ยับยั้งการตกไข่ มีผลต่อการเคลื่อนตัวของตัวอ่อนในท่อ นำไข่ อาจทำให้มีการสร้างฮอร์โมนผิดปกติในครึ่งหลังของรอบประจำเดือน (luteal phase dysfunction) และอาจมีผลต่อเยื่อโพรงมดลูก จึงป้องกันการตั้งครรภ์ได้<sup>1,2,5-7</sup> แต่หากการคุมกำเนิดล้มเหลว ก็อาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดท้องนอกมดลูกได้เนื่องจากท่อ นำไข่อาจเคลื่อนตัวช้าลง<sup>1,4</sup>

ทั้งนี้แม้ว่ายาฮอร์โมนคุมกำเนิดฉุกเฉินจะมีประสิทธิภาพดี แต่ก็ยังไม่ดีเท่าการคุมกำเนิดมาตรฐาน เช่น รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดทุกวัน ทั้งยังต้องใช้ฮอร์โมนขนาดสูงกว่า ดังนั้นจึงใช้ในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

การใช้ยาฮอร์โมนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์แบบฉุกเฉินสามารถยับยั้งหรือชะลอการตกไข่ แต่ส่วนใหญ่ (ยกเว้น mifepristone) ไม่มีผลโดยตรงต่อเยื่อโพรงมดลูก และอาจมีการตกไข่ตามมาหลังรับประทานยาแล้ว 1 สัปดาห์ ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้รับคำปรึกษาคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยหรือวิธีมาตรฐานอื่นหลังรับประทานยาด้วย<sup>8</sup>

ดังกล่าวข้างต้นว่าการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพควรรับประทานภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ แต่หากรับประทานแล้วอาเจียนออกมาภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา ให้รับประทานยาใหม่แทนทันที<sup>9-11</sup> ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตับรุนแรง และผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการดูดซึมของลำไส้ไม่ควรใช้การคุมกำเนิดฉุกเฉินด้วยฮอร์โมน<sup>1</sup>

นอกจากระยะเวลาที่รับประทานยาหลังมีเพศสัมพันธ์จะมีผลต่อประสิทธิภาพการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินแล้ว ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดฉุกเฉินได้แก่ วันรับประทานยาที่ใกล้ช่วงไข่ตก odds ratio 4.4 (2.3-8.2) การมีเพศสัมพันธ์หลังรับประทานยา odds ratio 4.6 (2.2-9.0) และดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) odds ratio 3.6 (1.9-6.5) โดยพบว่าหญิงที่มี BMI มากกว่า 30 กก./ม.<sup>2</sup> มีโอกาสตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 25 กก./ม.<sup>2</sup> ถึง 3 เท่า ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดฉุกเฉินด้วย levonorgestrel ลดลงในหญิงที่มีน้ำหนักมากกว่า 70 กก. และ 88 กก. สำหรับหญิงที่ใช้ ulipristal<sup>11</sup>

## ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพดีในประเทศไทยประกอบด้วย

### 1. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

วิธีนี้มักมีผลข้างเคียงที่สำคัญคือ คลื่นไส้-อาเจียน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการคุมกำเนิดด้วย จึงแนะนำให้ใช้ยาแก้อาการคลื่นไส้ร่วมด้วย<sup>1,2</sup>

1. **Yuzpe regimen** คือการนำยาเม็ดคุมกำเนิดที่ประกอบด้วย *ethinyl estradiol (EE)* 100 มก. และ *dl-norgestrel* 1 มก. (หรือยาเม็ด *Oral®* 2 เม็ด) รับประทานทันที และรับประทานยาขนาดเดียวกันซ้ำในอีก 12 ชั่วโมง ต่อมา วิธีนี้มีประสิทธิภาพร้อยละ 75<sup>11</sup> โดยมีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 0.4 – 3.2 และมีผลข้างเคียงมาก คือร้อยละ 50–70 มีอาการคลื่นไส้<sup>2,11-14</sup> และอาจมีอาการอ่อนเพลีย คัดตึงเต้านม ปวดศีรษะ และ ปวดท้อง<sup>2,11</sup>
2. **ยาคุมกำเนิดชนิดที่มี EE 30** มก. และ *progestin* ชนิดอื่น รับประทานทันที 4 เม็ด และรับประทานยาขนาดเดียวกันซ้ำในอีก 12 ชั่วโมง วิธีนี้มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 2.3–4<sup>2,12,13,15</sup> (มีรายงานว่าผู้ที่ตั้งครรภ์มักจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงรับประทานยาไม่ครบจำนวน) วิธีนี้จึงใช้ทดแทนในกรณีที่ไม่มียา *Oral®*

สำหรับการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน จากการใช้ยาฮอร์โมน มีการให้ *meclizine* ซึ่งเป็นยากกลุ่ม *anticholinergic* ก่อนให้ยาฮอร์โมนสูตร *Yuzpe* 1 ชั่วโมง พบว่าช่วยลดอาการคลื่นไส้ และอาเจียนได้ แต่ยา *metoclopramide* จะลดได้เพียงอาการคลื่นไส้<sup>2,10</sup>

ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้เอสโตรเจน เช่น ผู้มีโรคหลอดเลือดอุดตัน ไม่ควรใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม<sup>2,11</sup>

ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นหลังรับประทานยาสูตร *Yuzpe* ไม่พบว่ามีส่วนต่อทารกแต่อย่างใด<sup>11</sup>

### 2. Levonorgestrel ปริมาณสูง

เป็นการใช้ *levonorgestrel* ขนาด 1.5 มก. โดยอาจแบ่งเป็น 0.75 มก. รับประทาน

2 ครั้งห่างกัน 12 ชั่วโมง หรือรับประทานครั้งเดียว 1.5 มก.<sup>2,11,16,17</sup> มีชื่อทางการค้า เช่น Postinor-2®, Plan B®, Levonelle-2®, Levonelle one step® เป็นต้น

Levonorgestrel มีผลต่อการเจริญของฟองไข่ในระยะ follicular และในช่วงเวลาการตกไข่ แต่หากใช้ในช่วงที่มีการเพิ่มขึ้นของ luteinizing hormone (LH) แล้วจะไม่สามารถยับยั้งการตกไข่ได้<sup>8</sup> ผู้ใช้อาจปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ และมีประจำเดือนในรอบเดือนที่รับประทานยาผิดปกติ<sup>4</sup> แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาสูตร Yuzpe (คลื่นไส้ ร้อยละ 15 – 23 และมีประจำเดือนผิดปกติ ร้อยละ 20 – 30)<sup>4,10,11,16,17</sup> จึงไม่จำเป็นต้องให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย<sup>2</sup> ทั้งยังมีประสิทธิภาพสูงกว่า โดยมีประสิทธิภาพร้อยละ 75–85<sup>11</sup> และมีโอกาสตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 0.4–2<sup>2,7,8,11,15-19</sup> จึงเป็นที่นิยมมาก

ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นหลังรับประทานยา levonorgestrel ไม่พบว่า มีผลต่อทารกแต่อย่างใด<sup>4,11,20</sup> ทั้งนี้ ในการผลิตยา levonorgestrel จำเป็นต้องใส่สารประกอบอื่นด้วย เช่น lactose ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูดซึม lactose<sup>1</sup>

## ยาที่ไม่มีใช้ในประเทศไทย ประกอบด้วย

### 1. RU 486 (Mifepristone)

Mifepristone เป็นยาด้านโปรเจสโตโรนร่วมกับ มีฤทธิ์ต้านเอสโตรเจนและต้านกลูโคคอร์ติคอยด์ด้วย เมื่อใช้ยานี้ในสัปดาห์ที่ 2 หลังมีประจำเดือนจึงสามารถยับยั้ง หรือเลื่อนการตกไข่ได้ และหากใช้ยานี้ในช่วงต้นระยะลูเตียล จะทำให้เกิดการพร่องฮอโมนในระยะลูเตียล และมีผลต่อการฝังตัวของตัวอ่อน<sup>8,12,19</sup>

ยานี้มีประสิทธิภาพในการใช้สูงกว่าร้อยละ 95<sup>11</sup> การทดลองใช้ mifepristone 600 มก. เพื่อคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินในหญิง 400 และ 300 คน ไม่พบการตั้งครรภ์เลย (ร้อยละ 0) ทั้งยังมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาสูตร Yuzpe (คลื่นไส้ประมาณร้อยละ 40) แต่ทำให้ประจำเดือนเลื่อนออกได้มากกว่า<sup>8,12,17,19</sup> จึงมีผู้ลงลดขนาดยา ลงเป็น 25-50 มก. และพบว่าป้องกันการตั้งครรภ์ได้ผลดีโดยมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ร้อยละ 1.5<sup>8,11,17,18</sup>

ปัญหาของการใช้ Mifepristone คือ ราคาแพง และเป็นยาที่ใช้ทำแท้งได้ผลดี จึงมีการควบคุมการใช้ในหลายประเทศ (รวมทั้งประเทศไทย)

## 2. Ulipristal acetate

เป็นยาที่อยู่ในกลุ่มไกล์เคียกับ mifepristone แต่เป็นกลุ่ม selective progesterone receptor modulator ตัวใหม่ที่จับกับ progesterone receptor ทำให้โปรเจสเตอโรนไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ จึงยับยั้งการเจริญของไข่ การตกไข่รวมถึงเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของ LH แล้ว และมีผลต่อการหนาตัวของเยื่อโพรงมดลูก แต่ไม่มีผลต่อการฝังตัวของตัวอ่อน<sup>2,8,11,17</sup> ขนาดที่ใช้คือ 30 มก.<sup>2,8</sup> มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินดีกว่า levonorgestrel คือมากกว่าร้อยละ 85 โดยมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นร้อยละ 1.5<sup>4,8,11,17</sup> และยังมีประสิทธิภาพค่อนข้างดีหลังมีเพศสัมพันธ์แล้วนานกว่า 120 ชั่วโมง<sup>8</sup> แต่ยาสามารถจับกับ glucocorticoid receptor ได้ดีและจับกับ androgen receptor ได้เล็กน้อย<sup>11</sup> ยังไม่มีรายงานเรื่องความปลอดภัยมากนักและผลต่อทารกยังไม่ชัดเจน<sup>2,8</sup> ยานี้มีผลข้างเคียงคล้าย levonorgestrel คือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 18, คลื่นไส้ร้อยละ 12 และปวดท้องร้อยละ 12<sup>2,10,11</sup>

### ยาที่มีประสิทธิภาพต่ำ ได้แก่

#### 1. Estrogen ปริมาณสูง

เป็นวิธีที่คิดค้นในช่วงแรก แต่เนื่องจากมีผลข้างเคียงสูง (คลื่นไส้-อาเจียน ปวดศีรษะ คัดตึงเต้านม ประจำเดือนผิดปกติ) มีประสิทธิภาพเพียงร้อยละ 75 จึงไม่นิยมในปัจจุบัน

#### สูตรที่ใช้ในการคุมกำเนิด เช่น

- 1.1 Ethinyl estradiol (EE) 2-5 มก. ต่อวัน นาน 5 วัน มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 0.6 – 0.9<sup>14</sup>
- 1.2 Conjugated estrogen 30 มก. ต่อวัน นาน 5 วัน มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 1.6
- 1.3 Diethylstilbestrol ไม่แนะนำให้ใช้เพราะอาจมีผลต่อการพัฒนาของ มดลูก ท่อนำไข่และช่องคลอดของทารก ในกรณีที่มีการคุมกำเนิดไม่ได้ผล<sup>12</sup>

## 2. Danazol

Danazol คือ androgenic progestogen ซึ่งเมื่อใช้ในขนาด 800 – 1,200 มก. ภายใน 120 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ จะมีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 0.9 – 7.6 ทั้งนี้เนื่องจากยามีฤทธิ์ androgen ผู้เชี่ยวชาญบางท่านจึงเกรงว่ายาจะมีผลต่อพัฒนาการทางเพศของทารกที่เกิดขึ้นหลังการล้มเหลวของ danazol<sup>12</sup> แต่ในทางทฤษฎี การให้ยาเพียงระยะสั้นในช่วงที่ยังไม่มีพัฒนาการทางเพศของตัวอ่อนไม่น่าจะมีผลกระทบ อย่างไรก็ตามไม่นิยมใช้ danazol เพื่อคุมกำเนิดฉุกเฉินเนื่องจากประสิทธิภาพไม่ดีนักและราคาแพง<sup>11</sup>

### การคุมกำเนิดฉุกเฉินด้วยห่วงอนามัย

ห่วงที่ใช้ในการคุมกำเนิดฉุกเฉินเป็นห่วงชนิดทองแดง มีกลไกป้องกันการตั้งครรภ์โดย ป้องกันการปฏิสนธิ จากการที่มีทองแดงซึ่งเป็นพิษต่ออสุจิและไข่ มีผลต่อมูกปากมดลูก และทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบของเยื่อโพรงมดลูกจึงไม่เอื้อต่อการฝังตัว<sup>1,8</sup> ทั้งนี้มีรายงานว่าตัวอ่อนจะฝังตัวในโพรงมดลูกหลังการปฏิสนธิ 5 – 7 วัน (ในบางกรณีอาจช้าถึง 12 วัน)<sup>21,22</sup> การใช้ห่วงในกรณีฉุกเฉินจึงยังมีประสิทธิภาพดีหลังการมีเพศสัมพันธ์ถึง 120 ชั่วโมง โดยมีประสิทธิภาพสูงถึงมากกว่าร้อยละ 99<sup>11</sup> และอัตราการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 0.1–1<sup>1,6,12</sup> จึงเป็นวิธีคุมกำเนิดฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในประเทศไทย<sup>4,8</sup> นอกจากนี้ห่วงอนามัยยังสามารถใช้ต่อเนื่องเป็นการคุมกำเนิดระยะยาวและ สามารถใช้ในหญิงที่มีข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมน

ผลข้างเคียงของการใช้ห่วงอนามัยคือ อาจมีเลือดออกผิดปกติและปวดท้องน้อย

สำหรับห่วงอนามัยชนิดใหม่ที่มีการบรรจุฮอร์โมน levonorgestrel เข้าไปในห่วง (ชื่อการค้า Mirena®) ไม่แนะนำให้ใช้เพื่อคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน เนื่องจากยังไม่มีการวิจัยรองรับ และในทางทฤษฎีพบว่า นอกจากห่วงจะไม่มีพิษของทองแดงในมดลูกแล้ว ยังมีระดับฮอร์โมนน้อยจนไม่น่าจะใช้ได้ผลดีในการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน<sup>23,24</sup>

อย่างไรก็ตาม ห่วงอนามัยมีข้อห้ามในหญิงที่กำลังมีโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และถ้าไม่สามารถตรวจหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ก็ควรให้ยาป้องกันคลา มิยเดียมเดี่ยวใส่ห้วงด้วย<sup>4</sup> สำหรับหญิงอายุน้อยหรือไม่เคยมีบุตรแม้จะใส่ห้วงอนามัย ได้ยาก ก็ไม่เป็นข้อห้ามในการใช้ห่วงอนามัย โดยอาจจะใช้ยาชาเฉพาะที่ร่วมด้วยเพื่อ ลดอาการปวด<sup>4</sup>

## การติดตามหลังคุมกำเนิดฉุกเฉิน

ผู้รับบริการอาจมีประจำเดือนผิดปกติ หรือเว้นระยะห่าง เพราะความเครียด และผลจากฮอร์โมนที่ได้รับ อย่างไรก็ตามแนะนำให้ตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หากประจำเดือนเว้นห่างนานกว่าวันที่คาดไว้ 7 วัน<sup>1,2</sup>

## เอกสารอ้างอิง

- 1 Black KI. Developments and challenges in emergency contraception. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009;23:221-31.
- 2 Committee On Adolescence. Emergency contraception. Pediatrics 2012;130:1174-82.
- 3 Espinos JJ, Rodriguez-Espinosa J, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Gispert M, et al. The role of matching menstrual data with hormonal measurements in evaluating effectiveness of postcoital contraception. Contraception 1999;60:243-7.
- 4 Glasier A. Emergency contraception: clinical outcomes. Contraception 2013;87:309-13.
- 5 Baird DT. Emergency contraception: how does it work? Reprod Biomed Online 2009;18 Suppl 1:32-6.
- 6 Brunton J, Beal MW. Current issues in emergency contraception: an overview for providers. J Midwifery Womens Health 2006;51:457-63.
- 7 Fontenot HB, Harris AL. The latest advances in hormonal contraception. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37:369-74.
- 8 Gemzell-Danielsson K, Berger C, P GLL. Emergency contraception - mechanisms of action. Contraception 2013;87:300-8.
- 9 FFPRHC Guidance (April 2006). Emergency contraception. J Fam Plann Reprod Health Care 2006;32:121-8.



- 10 Rodriguez MI, Godfrey EM, Warden M, Curtis KM. Prevention and management of nausea and vomiting with emergency contraception: a systematic review. *Contraception* 2013;87:583-9.
- 11 Gemzell-Danielsson K, Rabe T, Cheng L. Emergency contraception. *Gynecol Endocrinol* 2013;29 Suppl 1:1-14.
- 12 Derman SG, Peralta LM. Postcoital contraception: present and future options. *J Adolesc Health* 1995;16:6-11.
- 13 Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T, et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101:1160-7.
- 14 Van Santen MR, Haspels AA. A comparison of high-dose estrogens versus low-dose ethinylestradiol and norgestrel combination in postcoital interception: a study in 493 women. *Fertil Steril* 1985;43:206-13.
- 15 Levonorgestrel: new preparation. *Emergency contraceptive. Prescrire Int* 2000;9:202-4.
- 16 von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
- 17 Cheng L, Che Y, Gulmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD001324.
- 18 Cheng L, Gulmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2:CD001324.
- 19 Haspels AA. Emergency contraception: a review. *Contraception* 1994;50:101-8.
- 20 Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Hum Reprod* 2009;24:1605-11.
- 21 Navot D, Scott RT, Drosch K, Veeck LL, Liu HC, Rosenwaks Z. The window of embryo transfer and the efficiency of human conception in vitro. *Fertil Steril* 1991;55:114-8.
- 22 Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N Engl J Med* 1999;340:1796-9.
- 23 Intrauterine devices and intrauterine systems. *Hum Reprod Update* 2008;14:197-208.
- 24 Jensen JT. Contraceptive and therapeutic effects of the levonorgestrel intrauterine system: an overview. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60:604-12.



# บทที่ 18

การดูแลรักษาผู้ถูกล่วงละเมิด

ทางเพศ

Care of Patient after Sexual  
Assault

อ. พญ. ทวีวัน พันธศรี

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปัญหาการถูกล่วงละเมิดทางเพศเกิดขึ้นได้ทั้งชายและหญิง และมักมีรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง<sup>1,2</sup> ผู้ถูกล่วงละเมิดมักเป็นหญิงแต่ก็อาจเป็นชายได้ โดยอาจถูกข่มขืน มีการสอดใส่ของอวัยวะเพศหรือไม่ก็ได้<sup>2,3</sup>

การดูแลรักษาผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศควรมีการดูแลแบบองค์รวมโดยผู้เชี่ยวชาญแบบเบ็ดเสร็จ ไม่ยึดเชื้อและก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ผู้ป่วย การดูแลประกอบด้วย การเก็บวัตถุพยาน รักษาอาการบาดเจ็บ ป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงให้การประคับประคองจิตใจ<sup>4</sup> สำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ได้มีการกล่าวไว้ในบทการคุมกำเนิดฉุกเฉิน ในบทนี้จึงขอกกล่าวถึงเฉพาะการดูแลเบื้องต้นและการป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยจะกล่าวถึงการเก็บวัตถุพยานเบื้องต้นเท่านั้น

## การซักประวัติและตรวจร่างกาย

ควรหลีกเลี่ยงการซักประวัติหลายครั้งโดยทำงานเป็นทีม และสอบถามด้วยความเห็นใจ ระมัดระวังการกระเทือนสภาพจิตใจให้มากที่สุด ควรขออนุญาตผู้ถูกล่วงละเมิดในการซักประวัติและตรวจร่างกายและให้โอกาสผู้ถูกล่วงละเมิดยุติการให้ประวัติหรือการตรวจร่างกาย รวมถึงมีบุคคลใกล้ชิดอยู่ร่วมตลอดการซักประวัติและ/หรือการตรวจร่างกาย<sup>3,5</sup> แต่บางครั้งอาจต้องมีการซักประวัติกับผู้ถูกล่วงละเมิด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก) ตามลำพัง เพราะการที่มีผู้ปกครองอาจทำให้เด็กไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลบางอย่างได้<sup>3</sup>

การซักประวัติควรถามถึงประวัติทางนรีเวชทั่วไป คือ ประจำเดือน การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฉีดยาคุม การใส่ยา รวมถึงโรคประจำตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่อาจมีผลต่อการพิจารณาให้ยาฮอร์โมนเพื่อการคุมกำเนิด

แบบฉุกเฉิน เช่น โรคตับ ความดันโลหิตสูง และ thrombosis การชักประวัติเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียดเพื่อโยงกับการเก็บวัตถุพยาน เช่น เวลาและสถานที่เกิดเหตุ จำนวนและพฤติกรรมผู้ก่อเหตุ บริเวณที่บาดเจ็บและถูกสัมผัสและการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ควรสอบถามเรื่องการอาบน้ำ ล้างแผล หรือเปลี่ยนเสื้อผ้า อาการปวดท้อง เลือดออก ตกขาว หรือปัสสาวะขัดด้วย<sup>3,5</sup>

การตรวจร่างกาย ผู้ตรวจควรใส่ถุงมือเสมอเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเซลล์ในการเก็บวัตถุพยาน<sup>5</sup> การบาดเจ็บจากการถูกล่วงละเมิดมีได้ทั้งที่บริเวณร่างกายทั่วไปและบริเวณอวัยวะเพศ โดยมีการบาดเจ็บบริเวณร่างกายทั่วไปมากกว่าบริเวณอวัยวะเพศ<sup>1,2,5</sup> เช่น รอยถูกรัด ถูของแข็งทูป ฟกช้ำ รอยกัด รอยบริเวณด้าน extensor และด้านในของต้นขา<sup>2</sup> ซึ่งควรมีการบันทึกรายละเอียดของบาดแผลให้ชัดเจน หรืออาจขอถ่ายภาพบันทึกรอยแผลต่างๆเช่น รอยกัด รอยฟกช้ำไว้<sup>3,5</sup> เมื่อต้องตรวจบริเวณอวัยวะเพศแต่ผู้ถูกล่วงละเมิดที่เป็นเด็กไม่ยินยอมควรให้ยาแก้ปวดและ/หรือยานอนหลับก่อนตรวจร่างกายและเก็บวัตถุพยาน<sup>3</sup> รอยแผลที่พบบ่อยที่อวัยวะเพศมักเป็นรอยฉีกหรือถลอกที่ posterior fourchette และ fossa navicularis (บริเวณที่ labia minora มาบรรจบกันด้าน posterior) หรืออาจพบรอยฉีกหรือข้ำที่เยื่อพรหมจรรย์<sup>2,6</sup> จึงต้องมีการตรวจให้เห็นบริเวณช่องคลอด เยื่อพรหมจรรย์ แคมทั้งด้านในและด้านนอก และทวารหนัก<sup>3</sup> ทั้งนี้การตรวจไม่พบร่องรอยที่อวัยวะเพศก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่ได้ผ่านการร่วมเพศมาก่อน เพราะการสมานแผลบริเวณอวัยวะเพศเกิดขึ้นได้เร็วถึง 24 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับอายุ ความยืดหยุ่น และการมีเพศสัมพันธ์<sup>2,4</sup>

## การเก็บวัตถุพยาน

การเก็บวัตถุพยานจากผู้ป่วยควรทำเร็วที่สุดหลังเกิดเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนที่ผู้ถูกล่วงละเมิดจะอาบน้ำ รับประทานอาหาร หรือ ขับถ่าย ควรทำการเก็บวัตถุพยานก่อนล้างแผล<sup>4</sup> ยกเว้นกรณีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บรุนแรงเช่น บาดเจ็บที่ศีรษะหรือมีภาวะฉุกเฉิน ควรให้การรักษาเพื่อฟื้นสภาพผู้ป่วยโดยเร็วแล้วค่อยพิจารณาการเก็บวัตถุพยาน<sup>1,4</sup>

ฝารองนั่งหรือผ้าคลุมตัว เสื้อผ้า ฝ้ายอนามัย ผ้าเช็ดตัว หมากฝรั่ง ล้วนมีประโยชน์ในการเก็บวัตถุพยาน<sup>5</sup> และควรเก็บไว้ในถุงกระดาษแห้ง เนื่องจากเซลล์และดีเอ็นเอ (DNA) สามารถสลายด้วยแบคทีเรียในสภาพอับชื้น<sup>1,2,4,5</sup> ขณะเปลี่ยนเสื้อผ้าควรให้ผู้ป่วยยืนบนกระดาษขนาดใหญ่เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจที่อาจหลุดติดมาได้<sup>1</sup> ในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บและจำเป็นต้องตัดเสื้อผ้า ควรตัดโดยหลีกเลี่ยงรอยฉีกขาดเดิม หากมีเชือกมัดก็ควรตัดเชือกแทนการคลายปม<sup>2</sup> การตรวจปัสสาวะและเลือดอาจมีความจำเป็นในการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์หรือยา เช่น chloral hydrate, ketamine และ benzodiazepines ที่ยังสามารถตรวจพบในปัสสาวะหลังรับประทานยา 72 ชั่วโมง<sup>1,2</sup> การเก็บเลือดของผู้ถูกล้วงละเมิดยังเป็นประโยชน์ในการเทียบเคียงกับเลือดหรือดีเอ็นเอที่พบในที่เกิดเหตุ<sup>2</sup>

การเก็บวัตถุพยานควรกระทำเร็วที่สุดหรือภายใน 3-7 วัน หรือ 3 วันสำหรับผู้ถูกล้วงละเมิดที่เป็นชายและเด็ก<sup>2-4</sup> หลายสถาบันนิยมจัดชุดตรวจการล้วงละเมิดเป็นชุดเพื่อสะดวกและครอบคลุมสิ่งส่งตรวจสำคัญทุกรายการ เช่น ไม้พันสำลีใช้เก็บสารคัดหลั่งแยกบริเวณที่ปากช่องคลอด ในช่องคลอดและทวารหนัก ทวีแปรงขนหัวเหน่า และหลอดเก็บเลือด<sup>1,5</sup> นอกจากนี้ควรเก็บสิ่งส่งตรวจบริเวณเล็บ และรอยกัดด้วย<sup>1,2</sup> ทั้งนี้ให้ใช้ไม้พันสำลีแห้งเก็บสิ่งส่งตรวจที่เปียกและใช้ไม้พันสำลีหมาดๆ เก็บคราบสิ่งส่งตรวจที่แห้ง โดยก่อนเก็บใส่ถุงกระดาษจะต้องวางฝั่งสำลีให้แห้งก่อน<sup>5</sup> และหากมีประวัติการร่วมเพศทางทวารหนัก สามารถสวนล้างทวารหนักด้วยน้ำเกลือ normal saline 10 มล. แล้วเก็บน้ำที่ไหลออกมาตรวจ<sup>5</sup>

การตรวจหาคราบอสุจิด้วย Wood light จะทำให้คราบน้ำอสุจิติดสีน้ำเงินเขียวหรือส้ม ทำให้เก็บเป็นวัตถุพยานได้ง่าย<sup>5</sup> ควรตรวจหาตัวอสุจิจากน้ำในช่องคลอดด้วยกล้องจุลทรรศน์ และเก็บเพื่อส่งหา acid phosphatase และ/หรือ ตรวจ DNA<sup>5</sup>

ประชากรทั่วไปร้อยละ 80 เป็นผู้สามารถแสดงหมู่เลือดได้ทางสารคัดหลั่ง ดังนั้นควรเก็บน้ำลายของผู้ถูกล้วงละเมิดเพื่อส่งตรวจดูหมู่เลือดด้วย เพราะถ้าผู้เสียหายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถแสดงหมู่เลือดได้ทางสารคัดหลั่ง แต่ตรวจพบสารคัดหลั่งในช่องคลอดที่แสดงหมู่เลือดได้ก็จะแสดงถึงการถูกข่มขืนโดยผู้แสดงหมู่เลือดได้<sup>5</sup> นอกจากนี้บริเวณที่ผู้ล้วงละเมิดได้พนมหายใจออกมาก็สามารถใช้สำลีหมาดๆ เก็บส่งตรวจหา DNA ได้<sup>5</sup>

ในกรณีที่ผู้ถูกล่วงละเมิดเป็นเด็ก การตรวจพบโรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในช่วงทารก 1-2 เดือนแรกอาจเป็นได้ว่าเด็กติดโรคจากมารดา แต่หากพบโรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กช่วงอายุอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่อายุมากกว่า 2 ปี น่าจะแสดงว่าเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ<sup>7</sup>

## การป้องกันการตั้งครรภ์

แม้ว่าการตั้งครรภ์หลังถูกข่มขืนเกิดได้ประมาณร้อยละ 5<sup>4</sup> ผู้ถูกข่มขืนทุกคนควรได้รับคำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดฉุกเฉิน<sup>5</sup> ควรตรวจสอบการตั้งครรภ์ในวันที่ผู้ถูกล่วงละเมิดมาตรวจและตรวจติดตามถ้าประจำเดือนขาดช่วง<sup>3</sup> วิธีการคุมกำเนิดฉุกเฉินได้กล่าวแล้วในบทการคุมกำเนิดฉุกเฉิน

## การสืบค้นและป้องกันโรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่อาจเกิดตามหลังการถูกล่วงละเมิดได้แก่ หนองใน คลามัยเดีย ทริโคโมแนส ซิฟิลิส HIV และไวรัสตับอักเสบบี<sup>2,4,7</sup> ผู้ถูกล่วงละเมิดควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาร่องรอยการติดเชื้อซิฟิลิส HIV และไวรัสตับอักเสบบี และเก็บส่งตรวจจากบริเวณที่ถูกล่วงละเมิด (เช่น ช่องคลอด ทวารหนัก หรือ ลำคอ) เพื่อเพาะเชื้อหรือตรวจหา antigen ของเชื้อหนองในและคลามัยเดีย รวมถึงตรวจ wet smear เพื่อสืบค้นการมี bacterial vaginosis และทริโคโมแนสด้วย<sup>1,3,5,7</sup> ในทางทฤษฎีควรตรวจหาเชื้อเหล่านี้ และตรวจติดตามในอีก 1-2 สัปดาห์ก่อนพิจารณาการรักษา<sup>3,5,7</sup> แต่ในความเป็นจริงผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศมักไม่มาพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้การตรวจหาเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังถูกล่วงละเมิดทางเพศไม่นานอาจพบเชื้อก่อโรคได้ยาก จึงควรให้ยาป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในการพบแพทย์ครั้งแรกเลย แม้ว่าประสิทธิภาพของการให้ยาจะยังไม่มีการศึกษาที่ตีพิมพ์<sup>1,3-5,7</sup>

ในกรณีที่มีความยุ่งยากในการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอด อาจตรวจหาเชื้อ คลามัยเดียและหนองในจากปัสสาวะ ด้วยวิธี Nucleic acid amplification ซึ่งมีความไวและจำเพาะต่อการตรวจสูง<sup>4</sup>

### ยาป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย<sup>1-3,5,7</sup>

- วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและฉีดซ้ำในอีก 1-2 และ 4-6 เดือนต่อมา (โอกาสในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่า HIV ถึง 20 เท่า<sup>5</sup>)
- Ceftriaxone 125 มก. หรือ spectinomycin 2 กรัม หรือ cefixime 250 มก.<sup>2,3,7</sup> ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันหนองใน
- รับประทาน azithromycin 1 กรัม หรือ doxycycline 200 มก. ต่อวัน นาน 7 วัน เพื่อป้องกันคลามัยเดีย
- รับประทาน metronidazole 2 กรัม เพื่อป้องกันทริโคโมแนส
- Tetanus toxoid ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ในกรณีที่มีแผลสกปรก
- รับประทาน zidovudine 300 มก. ร่วมกับ lamivudine 150 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 28 วัน และเพิ่มยากลุ่ม protease inhibitor ในกรณีที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV สูง
- สำหรับเชื้อซิฟิลิสนั้น มีอุบัติการณ์ต่ำ และการให้ยาป้องกันการหนองในก็อาจป้องกันซิฟิลิสได้ด้วย<sup>2</sup>

เนื่องจากการให้ยาป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ประกอบด้วยยาหลายตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง metronidazole และ doxycycline ที่มีผลข้างเคียงในเรื่องการคลื่นไส้ อาเจียน อีกทั้งผู้ป่วยยังอาจได้รับยาฮอร์โมนป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีผลข้างเคียงเช่นเดียวกัน ดังนั้นอาจจำเป็นต้องให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนแก่ผู้ป่วยด้วย<sup>7</sup>

สำหรับการป้องกันการติดเชื้อ HIV เนื่องจากจะต้องรับประทานยา และ มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา จึงควรประเมินความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HIV ก่อน โดยที่โอกาสติดเชื้อจะมากขึ้นในกรณีที่มีการบาดเจ็บเลือดออก การร่วมเพศทางทวารหนัก มีผู้ล่วงละเมิดหลายคน และการทราบว่าผู้ล่วงละเมิดมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น เป็นผู้เสพยาเสพติด หรือเกิดเหตุในบริเวณที่มีความชุกของโรคนี้มาก<sup>3-5,7</sup> ยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการให้ยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ในผู้ถูกล่วง



ละเมิดทางเพศ แต่การอิงข้อมูลของการป้องกันการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกหรืออุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน<sup>7</sup> เชื่อว่าลดโอกาสติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 80 ถ้าให้ยาทันทีหรือภายใน 1 วัน<sup>2,4</sup> แต่การให้ยาภายใน 72 ชั่วโมงก็น่าจะยังมีประโยชน์อยู่<sup>7</sup> การร่วมเพศทางช่องคลอดกับผู้ติดเชื้อ HIV มีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 0.2 แต่เพิ่มเป็นร้อยละ 0.5–3 ในกรณีที่มีร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะเนื้อเยื่อทวารหนักมีโอกาสฉีกขาดง่ายกว่าช่องคลอด<sup>2,3,6,7</sup> แต่การข่มขืนอาจเพิ่มโอกาสติดเชื้อเนื่องจากมักมีรอยแผลหรือรอยถลอกร่วมด้วย<sup>2,3,6</sup> นอกจากนี้หากมีการต่อสู้ขัดขืนจนทั้งผู้ล่วงละเมิดและผู้ถูกล่วงละเมิดมีแผลเลือดออกก็จะมีโอกาสติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้น<sup>6</sup>

ตัวอย่างการคำนวณความเสี่ยง เช่น หญิงถูกข่มขืนจากผู้ร้าย 1 คน ในเมืองที่มีความชุกของการติดเชื้อ HIV เป็น 1 ใน 14 นำมาคูณกับความเสี่ยงจากการร่วมเพศทางช่องคลอดคือ 1 ใน 1,000 จึงได้ความเสี่ยงรวมเท่ากับ 1 ใน 14,000 และถ้าถูกข่มขืนโดยชาย 2 คน ก็จะทำให้ความเสี่ยงเพิ่มเป็น 1 ใน 7,000<sup>4</sup>

ผู้รับยาต้านไวรัสมักจะมีผลข้างเคียงคือ ปวดศีรษะ ท้องเสีย คลื่นไส้-อาเจียน และอ่อนเพลียจึงทำให้รับประทานยาไม่ครบ<sup>8</sup> ซึ่งต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยพยายามรับประทานยาสม่ำเสมอเมื่อตัดสินใจรับประทานยาต้านไวรัสแล้วและตรวจติดตาม complete blood count (CBC) และการทำงานของตับหลังให้ยา<sup>2,7</sup>

ทั้งนี้ควรมีการติดตามหลังการรักษาโดยตรวจหา anti-HIV ไวรัสตัวอีกเสปปี และซีพีเอสอีกครั้งใน 6 สัปดาห์ 3 และ 6 เดือน<sup>1,3</sup> และหากให้ยาป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ แล้วผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในช่วงการตรวจติดตามก็ควรตรวจซ้ำอีกครั้ง<sup>7</sup>

## การดูแลสภาพจิตใจ

ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศเกือบทั้งหมดมักมีภาวะ post-traumatic stress disorder และเกิดภาวะนี้ได้สูงกว่าผู้รับผลกระทบจากคดีอาชญากรรมอื่นๆ<sup>4</sup> ซึ่งอาจต้องใช้เวลายาวนาน้อย 3 เดือนหรือหลายปี ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และปรับตัวให้อยู่ร่วมกับสังคมได้<sup>4</sup> แพทย์ผู้ตรวจเก็บวัตถุพยานและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจึงควรประเมินสภาพจิตใจและอาจส่งผู้ป่วยพบจิตแพทย์หรือให้ยาคลายเครียด<sup>4</sup>

สำหรับผลระยะยาวหลังถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้องเรื้อรัง ซึมเศร้า ติดสารเสพติด เครียดและนอนไม่หลับเรื้อรัง<sup>1</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Luce H, Schrage S, Gilchrist V. Sexual assault of women. *Am Fam Physician* 2010;15:81:489-95.
2. Linden JA. Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med* 2011;365:834-41.
3. Mollen CJ, Goyal MK, Frioux SM. Acute sexual assault: a review. *Pediatr Emerg Care* 2012;28:584-90.
4. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ* 2007;334:1154-8.
5. Basson RaB, D.A. Sexuality, Sexual Dysfunction, and Sexual Assault. In: Berek JS, editor. *Berek & Novak's Gynecology*. 15 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. p. 294-301.
6. Draughon JE. Sexual assault injuries and increased risk of HIV transmission. *Adv Emerg Nurs J* 2012;34:82-7.
7. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1-110.
8. Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect* 2012;88:335-41.

# ดัชนี

## ก

- กระตุกสันหลัง 148
- ก้อนเลือดคั่ง 120
- การกดบริเวณหัวเหน่า 58
- การขูดมดลูก 141
- การคลอดโหล่ยาก 56
  - แนวทางปฏิบัติ 58
  - ภาวะแทรกซ้อน 57
  - สาเหตุ 56
- การคุมกำเนิดฉุกเฉิน 163, 177
  - การใช้ยาฮอร์โมน 165
  - ห่วงอนามัย 169
- การฉายรังสี 157
- การช่วยคลอดด้วยคีม Piper 75
- การตั้งครรภ์นอกมดลูก 100
  - การรักษา 106
    - การรักษาด้วยยา 106
    - แบบประคับประคอง 106
  - การวินิจฉัย 103
  - ชนิด 100
  - ปัจจัยเสี่ยง 101
  - อาการและอาการแสดง 103
- การติดเชื้อ 2
- การทำคลอดทารกท่าก้น 66
  - การช่วยคลอดศีรษะ 74
  - การช่วยคลอดส่วนขา 67
  - การช่วยคลอดโหล่และแขน 68
- การแท้ง 2
  - คุกคาม 3, 6
  - ไตรมาสที่ 2 8
  - แท้งครบ 3
  - แท้งค้าง 3, 6
  - แท้งไม่ครบ 3, 6
  - หลีกเลี่ยงไม่ได้ 3
- การบิดตัวของปีกมดลูก 112
  - การรักษา 114
  - การวินิจฉัย 114
  - อาการและอาการแสดง 113
- การมีเลือดออกมากทางช่องคลอดจากมดลูก 148
- การล่วงละเมิดทางเพศ 174, 181
  - การช้กประวัติ 174
  - การดูแลสภาพจิตใจ 179
  - การตรวจร่างกาย 174
  - การป้องกันการตั้งครรภ์ 177

**ค**

คีม Piper 75  
เคมีบำบัด 159, 160  
โครโมโซมผิดปกติ 2

**ฉ**

ฉายรังสี 159

**ช**

ชนิดของเลือด 32

**ต**

ตกเลือดก่อนคลอด 14  
สาเหตุ 14  
ตกเลือดหลังคลอด 28  
การดูแลรักษา 31  
การป้องกัน 29  
ปัจจัยเสี่ยง 29  
ต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอด 148  
ตั้งครรภ์นอกมดลูก 114  
โตบวม 156  
โตวาย 156

**ท**

ท่อไต 156  
ทารกเครียดในครรภ์ 44  
ทารกทำกัน 66  
ทารกในครรภ์เสียชีวิต 9

**ป**

ปากช่องคลอด 160  
โปรเจสเทอโรน 5

**ภ**

ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด 93  
การรักษา 95  
การวินิจฉัย 95  
อาการแสดง 95  
ภาวะประจำเดือนผิดปกติ 135

**ม**

มดลูกแตก 22  
การดูแลรักษา 22  
ปัจจัยเสี่ยง 22  
ลักษณะทางคลินิก 22  
มดลูกปลิ้น 34  
มะเร็งช่องคลอด 161  
primary site 161  
secondary site 161  
มะเร็งเนื้ออวัยวะ 160  
มะเร็งปากช่องคลอด 160  
มะเร็งปากมดลูก 154  
การตรวจคัดกรอง 154  
การรักษา 157  
ระยะที่ 1A1 157  
ระยะที่ 2-4 157  
ระยะก่อนลุกลาม 156  
ระยะลุกลาม 156

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก 159

มะเร็งรังไข่ 158

epithelial cell 158

ชนิด germ cell 158

mixed type 158

ชนิด sexcord stromal tumor 158

ชนิดเยื่อบุผิว 158

## ย

ยาเคมีบำบัด 148

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม 141

## ร

รกเกาะต่ำ 18

การดูแลรักษา 20

การวินิจฉัย 18

ภาวะแทรกซ้อน 20

ลักษณะทางคลินิก 18

รกลอกตัวก่อนกำหนด 16

การดูแลรักษา 17

การวินิจฉัย 16

ภาวะแทรกซ้อน 18

ลักษณะทางคลินิก 16

โรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 177

## ล

เลือดออกผิดปกติ 148

เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก 134

เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 156

## ว

วัฏศุนยาน 175

## ส

สเต็มเซลล์ 151

ใส่แร่ 159

ไส้ติ่งอักเสบ 114

## อ

อัลตราซาวด์ 4

อาการคัน 160

อุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน 124

การป้องกัน 129

การรักษา 126

การวินิจฉัย 124

additional criteria 125

minimum criteria 125

ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว 129

เอ็นโดเมทริโอสิส 114

ฮอร์โมนโปรเจสติน 141

ฮอร์โมนเพศ 134

ฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง 141

การอัดแน่นในโพรงมดลูก 37

## A

abdominal pregnancy 100

abnormal uterine bleeding 134

abortion

complete 3  
 incomplete 3  
 induced 8  
 inevitable 3  
 missed 3  
 non-surgical management 6, 7, 8  
   การใช้ยา 8  
 spontaneous 2  
 surgical management 6  
 threatened 3  
 acceleration 45  
 acid phosphatase 176  
 adenocarcinoma in situ 156  
 adnexal torsion 112  
 AIS 156  
 amenorrhea 136, 137  
 amnioinfusion 53  
 amniotic fluid embolism 93  
 anaphylactoid syndrome of pregnancy 94  
 aneurysm 120  
 anovulatory DUB 137  
 anti-fibrinolytic drugs 142  
 antiprogesterones 8  
 ascites 159  
 ASCUS 155, 156

## B

bimanual uterine compression 33  
 B-Lynch sutures 39

brachial plexus injuries 57  
 bradycardia 46  
 breech assisting delivery 67  
 breech delivery 67  
   breech assisting 67  
   classical method 70  
   Lovset's method 71  
   partial breech extraction 67  
   spontaneous 67  
   total breech extraction 67

## C

CA 19-9 158  
 CA 125 5, 158  
 cardiopulmonary resuscitation 96  
 cat's paw method 68  
 CEA 158  
 cervical pregnancy 100  
 cesarean scar pregnancy 100  
 choriocarcinoma 160  
 ciprofloxacin 150  
 clear cell adenocarcinoma 158  
 clear cell carcinoma 159  
 coagulopathy 95  
 colposcopy 155, 156  
 condom balloon 37  
 conization 156, 157  
 consumptive coagulopathy 95  
 controlled cord traction 30  
 Corkscrew maneuver 60

corpus luteum 135  
 CT scan 150  
 cystadenocarcinoma 158  
 cytologist 155

## D

danazol 169  
 dexamethasone 151  
 dilatation and curettage 104  
 dilatation & curettage 7  
 ภาวะแทรกซ้อน 7  
 discriminatory level 104  
 disseminated intravascular coagulation 94  
 doubling time 104  
 DUB 134  
 dysfunctional uterine bleeding 134  
 dysgerminoma 158

## E

early deceleration 46  
 eclampsia 86, 87  
 ectopic pregnancy 100  
 abdominal 100  
 cervical 100  
 cesarean scar 100  
 classic triad 103  
 heterotopic 100  
 ovarian 100

embolization 121  
 emergency contraception 163  
 endodermal sinus tumor 158  
 endometrial ablation 140  
 endometrioid carcinoma 159  
 endometrioid tumor 158  
 estrogen 135, 158, 159, 168  
 excessive bloody show 14  
 exophytic lesion 148

## F

febrile neutropenia 148, 149  
 ferric subsulfate 149  
 fetal distress 44  
 fetal stimulation test 49  
 FHR baseline 44  
 FHR pattern  
 การวินิจฉัย 50  
 follicular phase 135  
 fortum 150  
 fossa navicularis 175  
 frog-leg position 121  
 FSH 135  
 functional cyst 115

## G

genital tract trauma 34  
 granulosa cell tumor 158

**H**

- hCG 4, 5, 103, 135, 160
  - discriminatory level 104
  - doubling time 104
- hematoma 120
- hemodynamic collapse 95
- heterotopic pregnancy 100
- high grade squamous cell intraepithelial lesion 156
- HPO axis 137
- HPV 155
  - high risk 156
  - persistent 155
- HPV test 155
  - positive 155
  - type 16,18 155
- HSIL 156
- human papilloma virus 155
- hydralazine 89
- hypermenorrhea 136
- hyperosmotic solution 8
- hypogastric embolization 149
- hypogastric ligation 149
- hypomenorrhea 136
- hysterectomy 157

**I**

- immature teratoma 158
- intermenstrual bleeding 136

**J**

- Johnson method 36

**K**

- knee to chest position 121

**L**

- labetalol 89
- laparoscopy 104, 114
- laparotomy 114
- late deceleration 47
- LBC 155
- LEEP 156
- levonorgestrel 165, 166, 167
- LH 135
- liquid-based cytology 155
- loop electrosurgical excision procedure 156
- Lovset's method 71
- low grade squamous cell intraepithelial lesion 156
- LSIL 156
- luteal phase 135
- luteal phase defect 2
- LVSII 157

**M**

- macrosomia 56



magnesium sulfate 88  
 magnetic resonance imaging 150  
 manual removal of placenta 35  
 manual replacement of uterine  
 inversion 36  
 Mauriceau-Smellie-Veit method 75  
 McRoberts maneuver 58  
 mediastinum 151  
 menometrorrhagia 136, 137  
 menorrhagia 136, 137  
 methotrexate 8, 106, 107  
 methylergonovine 34  
 metrorrhagia 136, 137  
 midcycle spotting 136  
 mifepristone 8, 167  
 misoprostol 8, 9, 10, 34  
 molar pregnancy 160  
 Monsel's solution 149  
 MRI 150  
 Muller's method 68

## N

neutropenia 150  
 neutrophil count 149  
 nifedipine 89  
 non-reassuring fetal status 44  
 NSAIDs 142

## O

oligomenorrhea 136  
 omentum 159  
 oophoropexy 115  
 ovarian cystectomy 115  
 ovarian pregnancy 100  
 ovulatory DUB 137  
 oxytocin 8, 30, 34

## P

pack ผ้าก๊อช 149  
 Pap smear 154, 155, 156  
 partial breech extraction 67  
 pelvic inflammatory disease 124  
 pelvic lymphadenectomy 157  
 persistent mole 160  
 placental abruption 16  
 placenta previa 18  
 post-coital bleeding 157  
 posterior arm release 59  
 posterior fourchette 175  
 postmenopausal bleeding 136  
 post-traumatic stress 179  
 preeclampsia 86  
 severe 86  
 การรักษา 87  
 เกณฑ์การวินิจฉัย 86  
 pregnancy test 160  
 progesterone 135  
 prolonged deceleration 48  
 prostaglandins 8

**Q**

quinolone 150

**R**

radical trachelectomy 157  
 reassuring fetal status 44  
 rectovaginal examination 121  
 retroperitoneal node 159  
 Rubin's maneuver 61

**S**

salpingectomy 108  
 salpingitis 124  
 salpingostomy 108  
 selective arteriography 149  
 Sengstaken Blakemore tube 37  
 separation pain 108  
 shoulder dystocia 56  
 sinusoidal pattern 48  
 SOS Bakri tamponade balloon 37,  
 38  
 spinal cord compression 150  
 spinal instability 151  
 suction curettage 160  
 sulprostone , 34  
 superior vena cava obstruction  
 151  
 suprapubic pressure 58

**T**

tachycardia 46  
 terbutaline 52  
 total breech extraction delivery 67  
 transformation zone 154  
 tumor marker 158  
 turtle sign 56

**U**

ulipristal 165, 168  
 umbilical cord prolapse 80  
 uterine rupture 22

**V**

variability 45  
 variable deceleration 47  
 varicose vein 120  
 vasa previa 23  
 การดูแลรักษา 23  
 ลักษณะทางคลินิก 23

**W**

Wood light 176  
 Woods maneuver 60

**Y**

Yuzpe regimen 166