



ปัญหาการฟ้องร้อง / ร้องเรียน ที่พบบ่อยด้านเวชศาสตร์

เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมซอมเสริม

รศ.นพ.สุวิทย์ บุนนยะเวชชีวิน

Southeastern Asia Representative, International Advisory Board, International Urogynecologist Association (IUGA)

Board member, Urogynecology committee, Federation of International Gynecologists and Obstetricians (FIGO)

Vice President, Asia Pacific Urogynecologist Association (APUGA)

Chairman of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery (FPMRS) committee, RTCOG

Chairman of Aesthetic and Regenerative Gynecology committee, RTCOG

Chief of FPMRS division, Department of Ob-Gyn, Chulalongkorn University, Thailand



Topic

- เคสที่มีการร้องเรียน/ ปรีกษาด้านเวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรม
ช่องมเสวิม
- อภิปราย ชักถาม



Legal Perspective on Urogynecology Malpractice

- **Common Claims:**

- Surgical errors (e.g., mesh complications, nerve damage)
- Failure to diagnose pelvic floor disorders
- Inadequate informed consent

- **Compensation May Include:**

- Medical expenses
- Pain and suffering
- Loss of income
- Long-term care costs

Toma-Tumbar L, Nagy RD, Marinaş MC, Iliescu DG, Cara ML. Navigating the Complex Terrain of Obstetrics and Gynecology Malpractice: Stakeholders, Expectations, and Legal Implications. J Clin Med. 2025 Mar 26;14(7):2266.



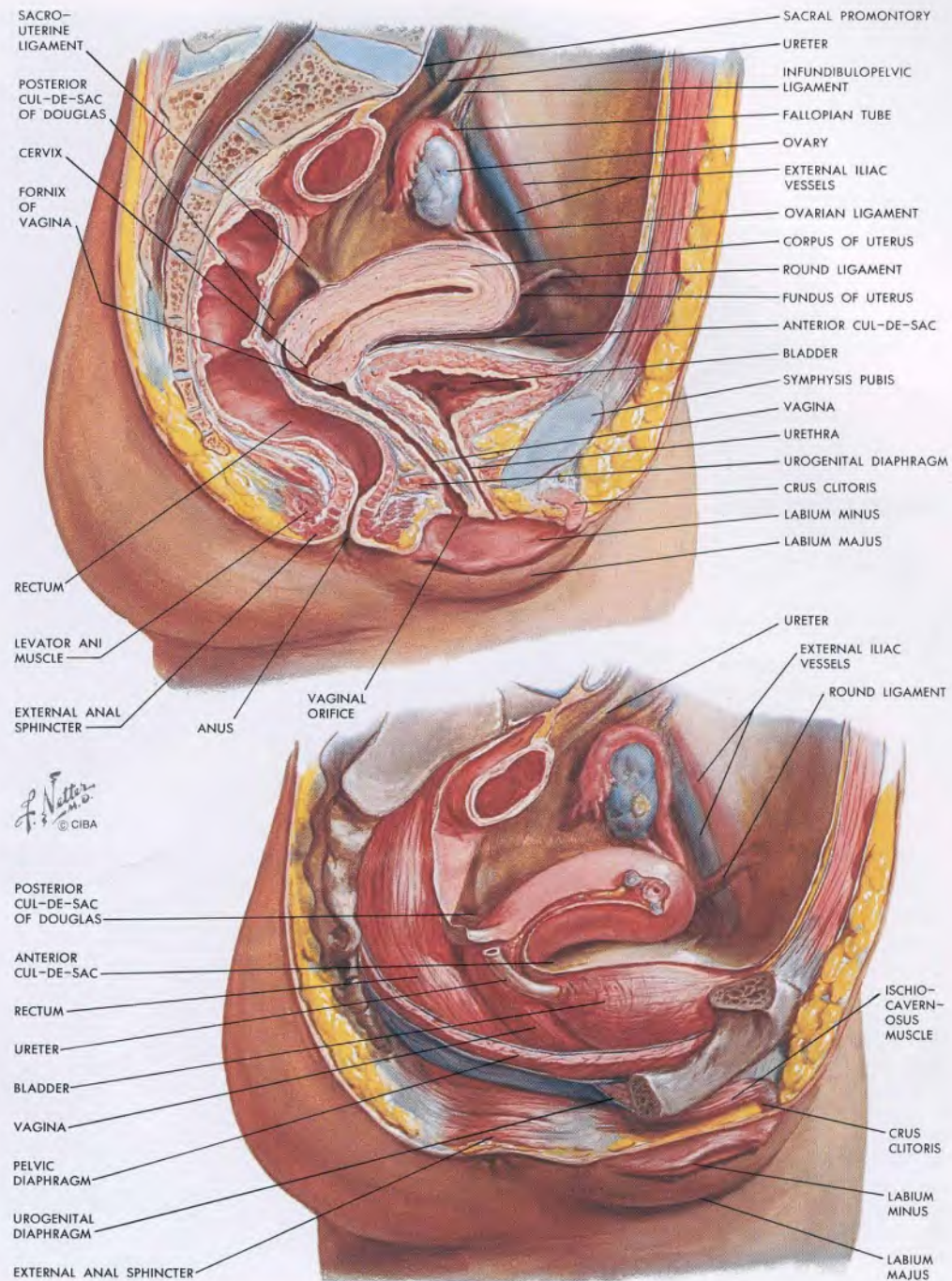
Surgical complications during vaginal surgery

- Bladder injury
- Uretrrer injury
- Rectal injury
- etc

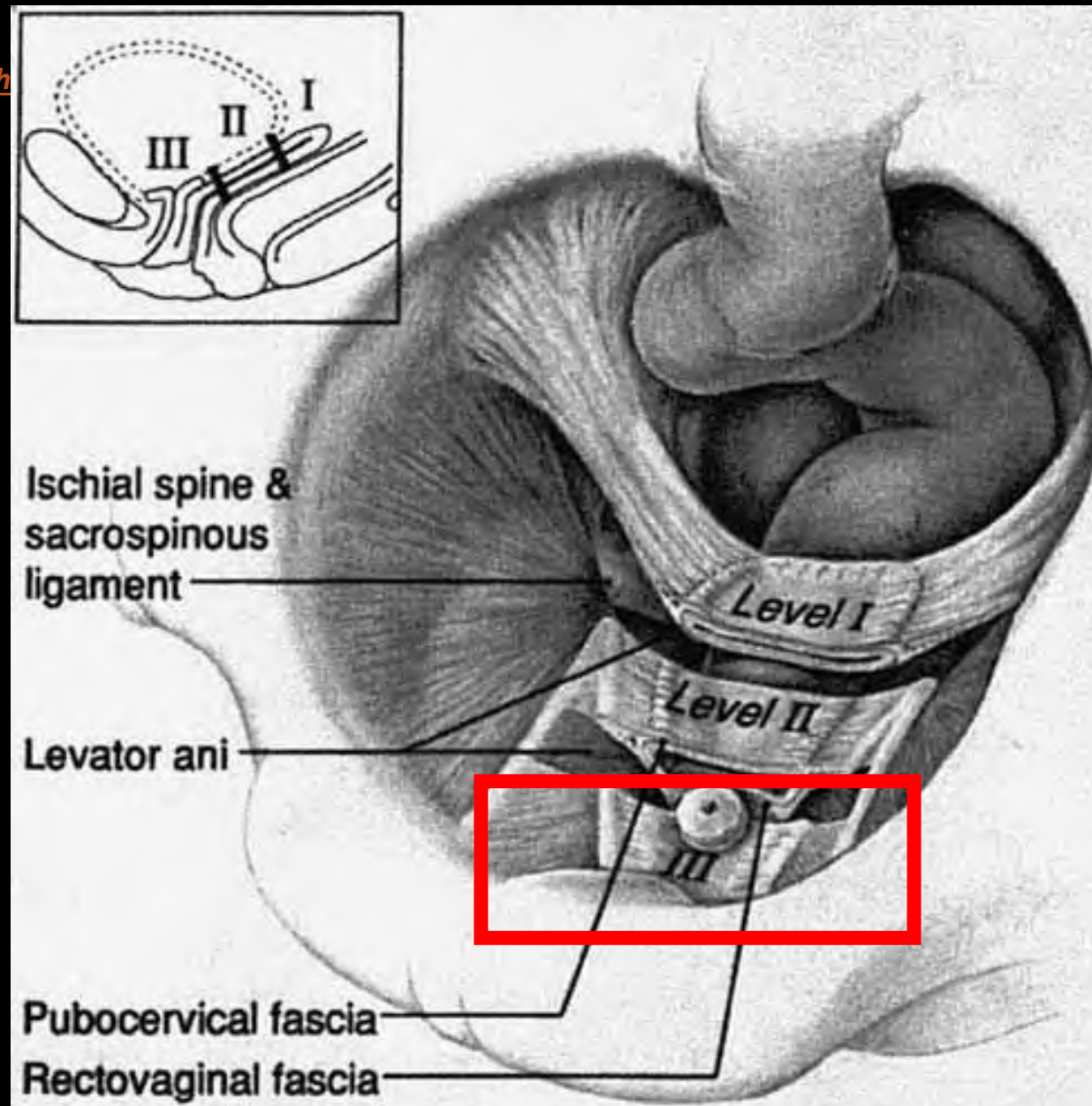


Case #1

- At a private clinic in BKK. A 45 years women , Para 2-0-0-2 last 20 years, with history of vaginal relaxation. She feels loose in vaginal and need to tight vagina.
- PV mild cysto-rectocele, Pelvic floor muscle grade 2
- Treated by Posterior repair with perineoplasty using CO2 laser.
- After surgery 2 months, she developed severe dyspareunia , can not have sexual intercourse. She perform legal action.



Ref
Roger P. Smith MD .
2nd ed Netter's
Obstetrics and
Gynecology





Relaxation of vaginal outlet

Well Supported
Introitus

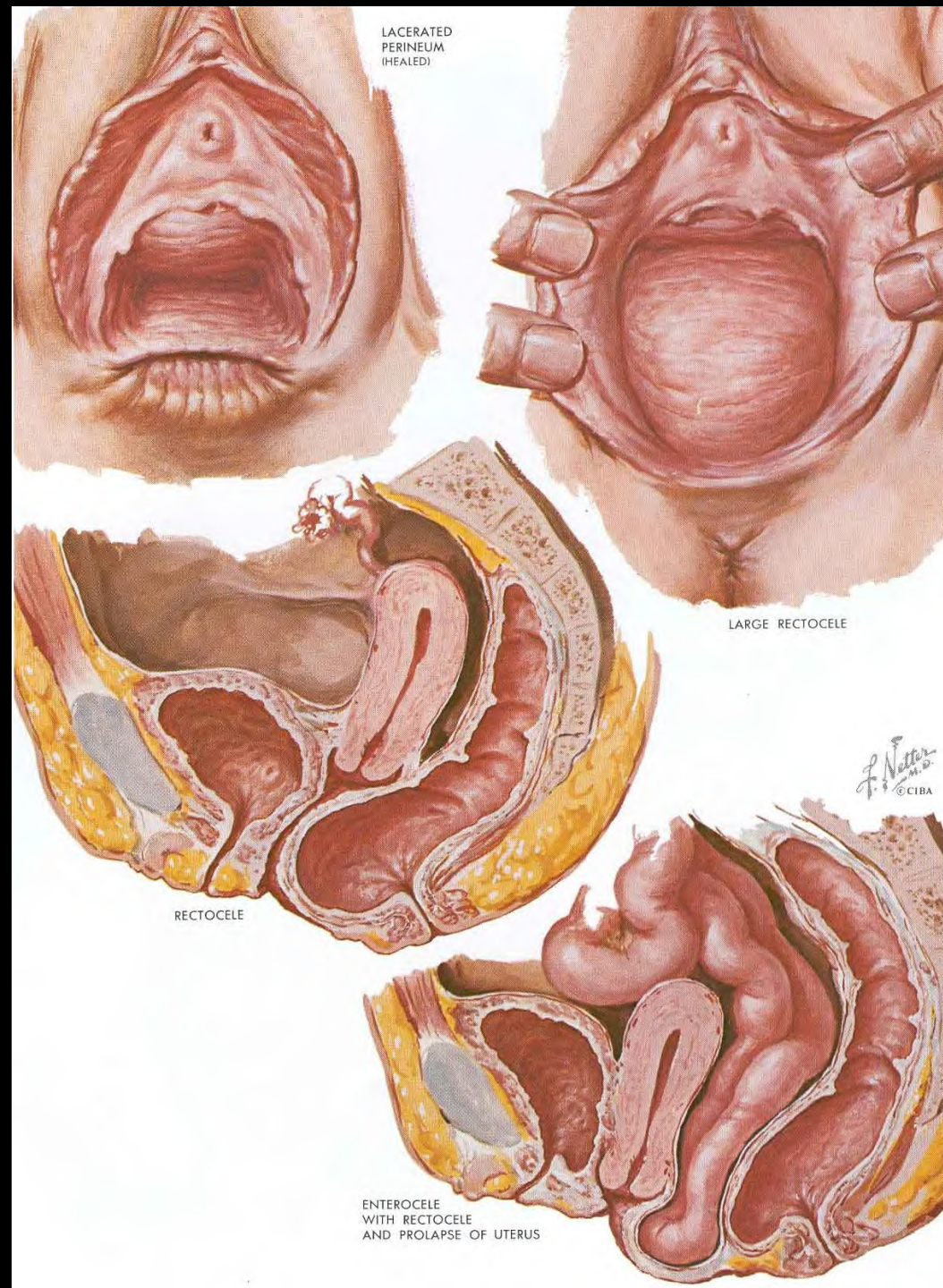


Relaxed Vaginal
Outlet





Rectocele



Ref
Roger P. Smith MD
.
**2nd ed Netter's
Obstetrics and
Gynecology**



(a)



(b)





Table 1 Cosmetic gynecology terminology

Anatomic region	Therapeutic descriptor*	Therapeutic Approach °	Recommended patient-centered synonyms	Alternate synonyms
Labia minora	Reduction	Surgical	Labiaplasty	Labioplasty Nymphoplasty
Clitoral frenulum	Reduction	Surgical	Frenulectomy	
Clitoral prepuce	Reduction	Surgical	Clitoral hood lift	Clitoridotomy Hoodectomy Clitoral Hood Resection
Clitoral	Amplification	Filler	Clitoral amplification	Platelet-rich plasma injection O-Shot™
Labia majora	Augmentation	Filler	Labia majora augmentation	
Labia majora	Reduction	Surgical	Labia majoraplasty	
Labia majora	Tightening	Energy based	Labia majoraplasty	
Vaginal	Reduction	Surgical	Vaginal tightening	Vaginal Rejuvenation Vagina revitalization Vaginoplasty Colpoperineoplasty
Vaginal	Tightening	Energy based	Vaginal tightening	Vaginal rejuvenating Vaginal revitalization Vaginoplasty
Vaginal	Augmentation	Filler	Vaginal augmentation	O-Shot™ G-Shot™ G-spot amplification Platelet-rich plasma injection Hyaluronic acid injection
Mons pubis	Reduction	Surgical	Monsplasty	Monspexy
Mons pubis	Reduction	Lipectomy	Monsplasty	
Mons pubis	Tightening	Energy based	Monsplasty	
Genital	Depigmentation	Energy based	Genital brightening	
Genital	Depigmentation	Topical	Genital brightening	Genital bleaching Anal bleaching

Developed by the Joint Writing Group of the International Urogynecological Association and the American Urogynecologic Society. Joint Report on Terminology for Cosmetic Gynecology. Int Urogynecol J. 2022 Jun;33(6):1367-1386.



Vaginoplasty





Vaginoplasty: surgical technique

Includes

- High-posterior colporrhaphy
- Lateral colporrhaphy
- Or a combination of techniques
 - Lateral colporrhaphy reportedly causes less scarring



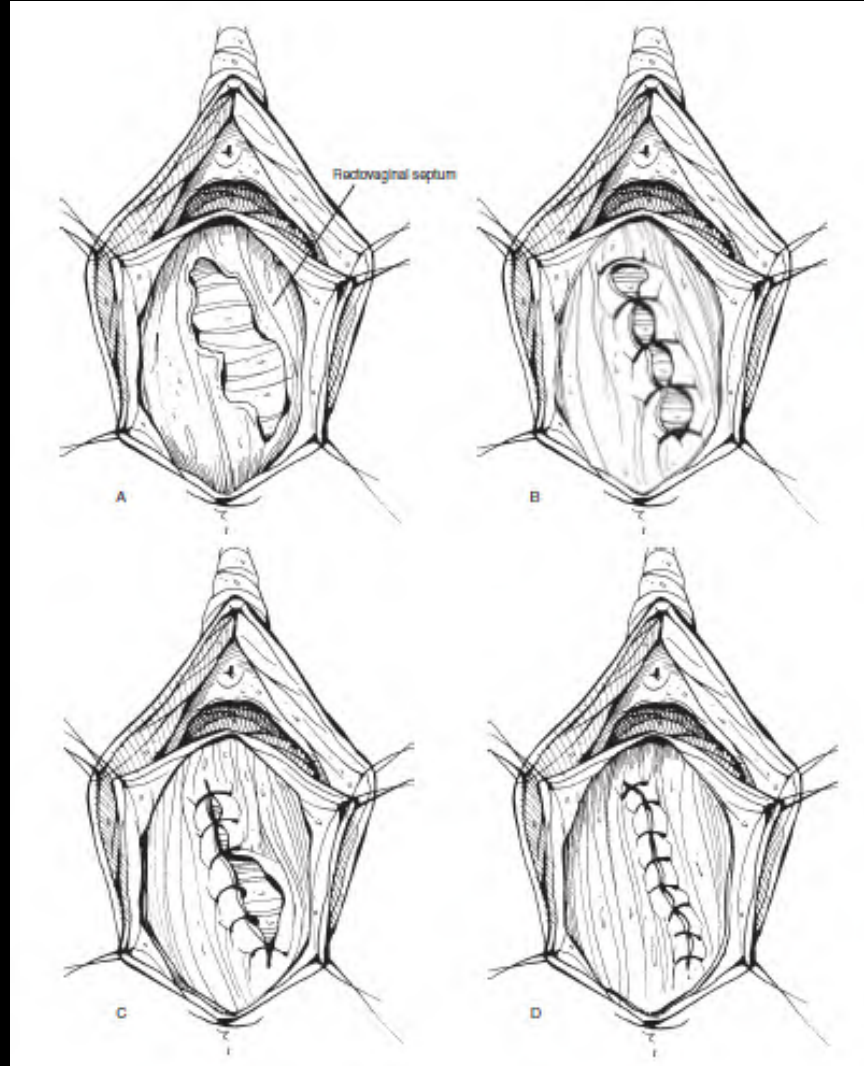
Vaginoplasty: surgical technique

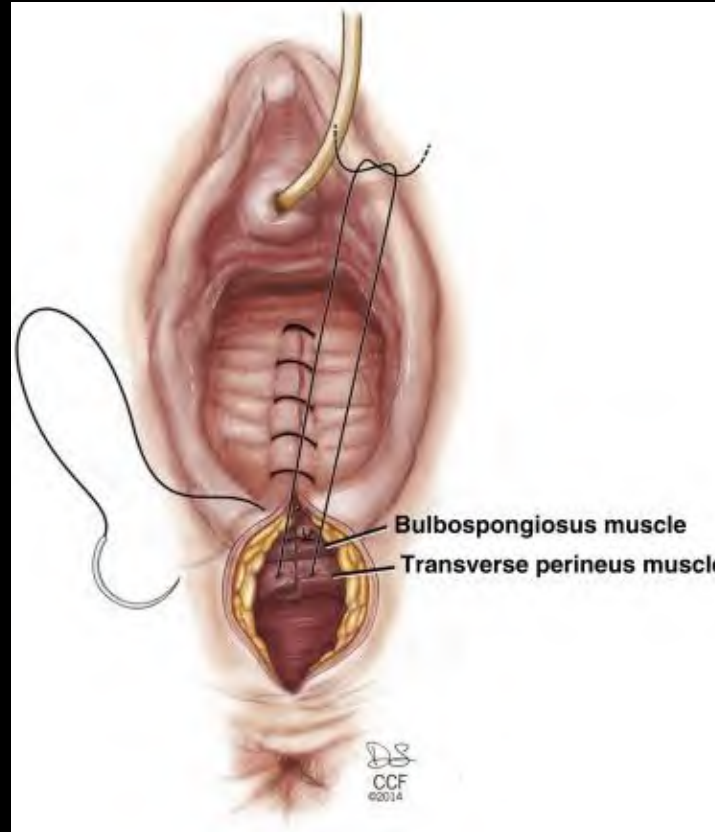
Includes

- High-posterior colporrhaphy
- Lateral colporrhaphy
- Or a combination of techniques
 - Lateral colporrhaphy reportedly causes less scarring



Posterior Colpoperineorrhaphy





Posterior vaginal repair

Levator plication- not recommended

Perineal repair



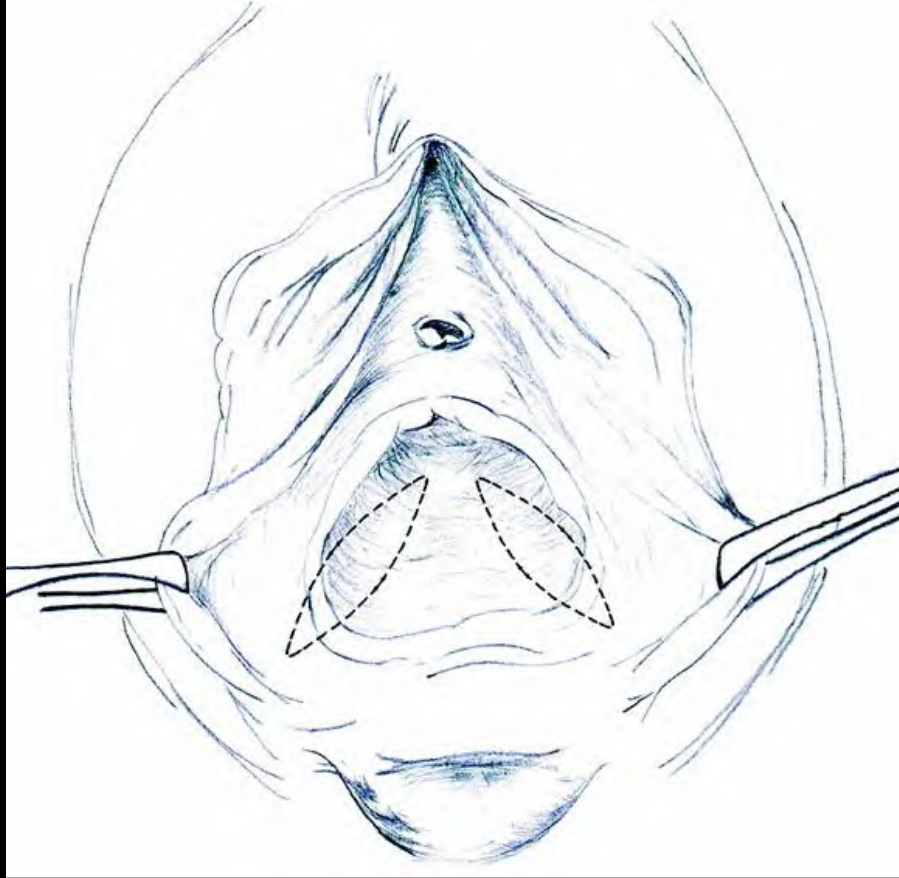
Vaginoplasty: surgical technique

Include

- High-posterior colporrhaphy
- **Lateral colporrhaphy**
- Or a combination of techniques
 - Lateral colporrhaphy reportedly causes less scarring



Lateral colporrhaphy



Fein, L.A., Medina, C.A., Joudi, N. (2017). Lateral Colporrhaphy. In: Anh Tran, T., Panthaki, Z., Hoballah, J., Thaller, S. (eds) Operative Dictations in Plastic and Reconstructive Surgery. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40631-2_26.



Post operative Colpoharphy

- Native tissue repair tends to improve sexual function in general
- Except for posterior colporrhaphy, which was frequently associated with dyspareunia.

Tvarožek S, Szypulová M, Šteflová A, Huser M, Rušavý Z. Sexual function in women with pelvic organ prolapse. Ceska Gynekol. 2025;90(1):64-70.

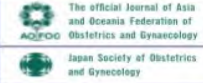


Complication of posterior compartment repair

- Early postoperative complications
 - Pain and constipation.
 - Hematoma
 - Surgical-site infection
 - Rectal injury resulting in rectovaginal fistula
- Long-term complications
 - Sexual dysfunction or dyspareunia
 - Defecatory dysfunction.
- Mean postoperative **dyspareunia rate of 18%** (range 5%–45%)



THE JOURNAL OF
Obstetrics and Gynaecology Research



doi:10.1111/jog.12195

J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 40, No. 2: 526–531, February 2014

Effectiveness of selective vaginal tightening on sexual function among reproductive aged women in Iran with vaginal laxity: A quasi-experimental study

- selective vaginal tightening in women with vaginal laxity may improve some aspects of sexual function
- 46.8% of women have dyspareunia most of the time at 6-month follow up



pitfall

- Shared decision making
- Informed about the efficacy and complications



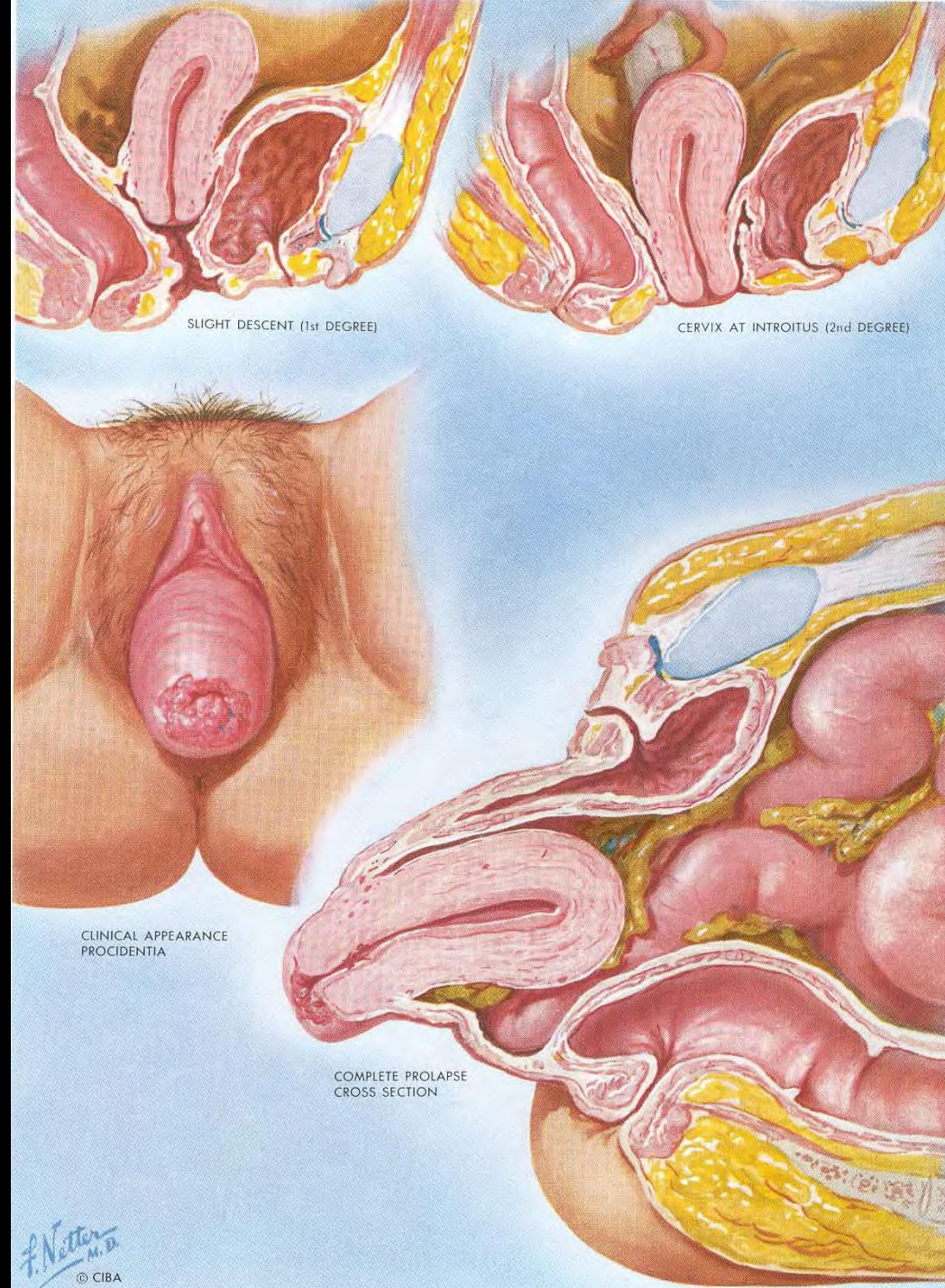


Case #2

- At a private hospital in BKK. A 50 years women , Para 4-0-0-4 last 30 years, with history of uterine prolapse stage 4,with cystocele stage 3, rectocele stage 3.
- No history of SUI, UUI, urinary frequency, but difficult voiding , have to use finger to reduce the prolapse to void



Uterine prolapse



Ref
Roger P. Smith MD
•
**2nd ed Netter's
Obstetrics and
Gynecology**





Case #2

- She had the Vaginal hysterectomy with AP repair without complication.
- 4 months after surgery, she develops.....





Post operative de novo SUI

- She thought that the surgery had some complications.
- The Gynecologist referred her to Urologist. He planned for Mid urethra Sling.
- She was upset and request for Free cost surgery, if not she threatened to have Lawsuite.





Treatment for stress urinary incontinence

- Non-surgical treatments
- Surgical treatments

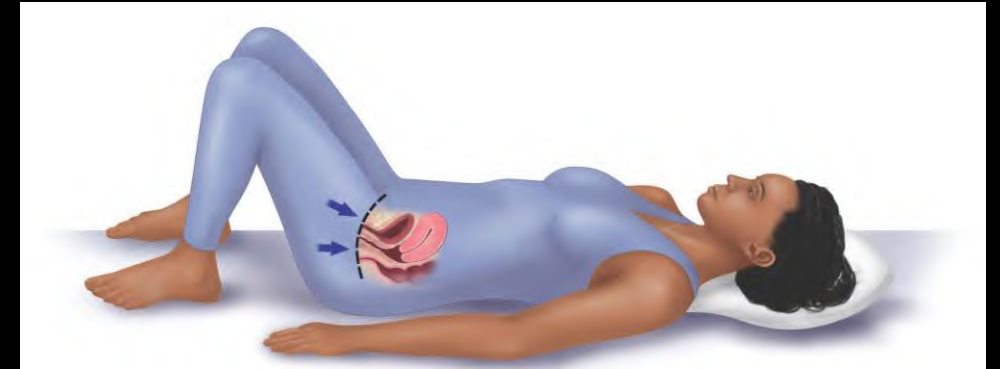


Non-surgical treatments

- Life style modification
- Pelvic floor exercise
- Pessary ring with knob
- Medication: estrogen, etc

Pelvic floor muscle training

- Increase awareness of and strengthen the pelvic floor muscles.
- The main aim is to improve pelvic floor muscle function in terms of strength, endurance and co-ordination.
- Improve muscular support of the bladder neck and the proximal urethra before and during an increase in intra-abdominal pressure, thus preventing stress-associated urine leakage





EAU guideline 2023

4.2.4.1.3.7 Summary of evidence and recommendations for pelvic floor muscle training

Summary of evidence	LE
Pelvic floor muscle training is better than no treatment for improving SUI and QoL in women with SUI and MUI across a range of outcomes, including cure rate, improvement rate, QoL, number and volume of urine leaks and treatment satisfaction.	1a
Pelvic floor muscle training exhibits a low rate of adverse events.	1a
Higher-intensity, supervised treatment regimens confer greater benefit in women receiving PFMT.	1a
There is no extra benefit of combining PFMT with biofeedback.	1b
Short-term benefits of intensive PFMT can be maintained in the long term.	2a
Pelvic floor muscle training in the antenatal period is associated with a reduced risk of UI in late pregnancy and in the short term postnatally.	1a
Postpartum PFMT is effective in women with persistent UI.	1b
The benefit of postpartum PFMT in mixed populations (continent and incontinent) of women is uncertain.	1b
Mid-urethral sling surgery is superior to PFMT in women with moderate-to-severe SUI.	1b
Pelvic floor muscle training commencing in the early postpartum period improves UI in women for up to six months.	1b
There is conflicting evidence on whether the addition of ES increases the effectiveness of PFMT alone.	2a
There is low to moderate certainty evidence suggesting benefit of ES in patients with SUI. In addition, ES may be useful for learning a correct PFM contraction.	1b

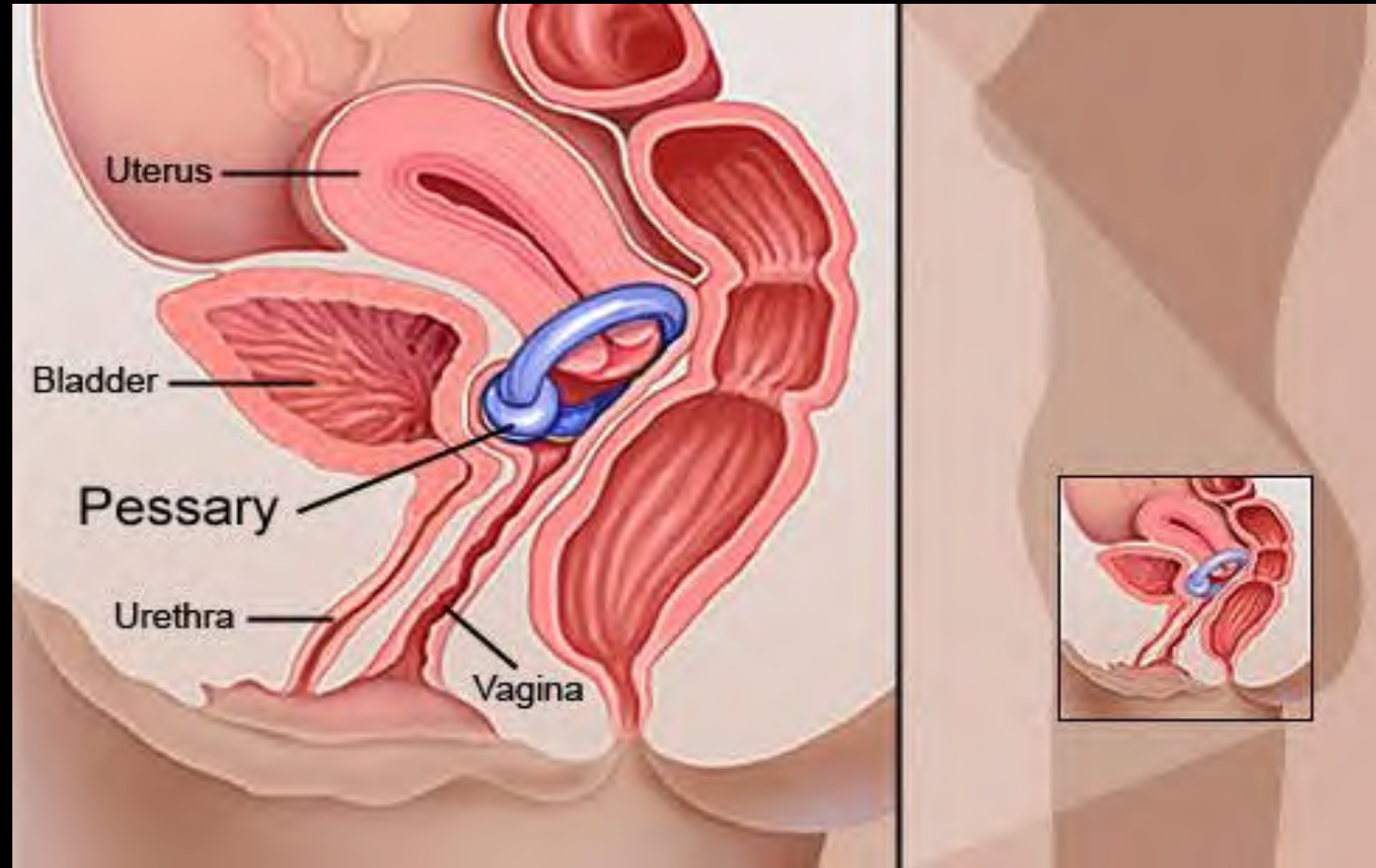


Non-surgical treatments

- Life style modification
- Pelvic floor exercise
- Pessary ring with knob
- Medication: estrogen, etc



Ring pessary for SUI





Pessary for SUI

- The Canadian Urological Association guidelines also **recommend pessaries** be considered in initial management of SUI, along **with PFMT**

Bettez M, Tu le M, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, Bailly G 2012 update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the canadian urological association Can Urol Assoc J. 2012 Oct; 6(5):354-63.





Medications for SUI

- Estrogen
- α -Adrenergic receptor agonists
 - 1. Non-subtype-selective agonists:
 - (a) Ephedrine and norephedrine
 - (b) Pseudoephedrine
 - (c) Phenylpropanolamine
 - 2. Subtype- selective α 1-adrenergic receptor agonists are midodrine and methoxamine
- β -Adrenergic receptor agonists (e.g., clenbuterol)
- β -Adrenergic receptor antagonist (e.g., propranolol)
- Tricyclic antidepressants (e.g., imipramine)
- Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (e.g., duloxetine)



Estrogen for SUI

- From WHI trial, **systemic Estrogen** Rx with or without a progestogen , **increase risk of SUI**, compared to placebo

H.D. Nelson, M. Walker, B. Zakher, J. Mitchell, Menopausal hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions: a systematic review to update the U. S. Preventive services task force recommendations, Ann. Intern. Med. (2012), <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00466>.

F. Grodstein, K. Lifford, N.M. Resnick, G.C. Curhan, Postmenopausal hormone therapy and risk of developing urinary incontinence, Obstet. Gynecol. 103 (2004) 254–260

- **Local estrogen**
 - improve SUI from Increasing urethral closure pressure and increase the number and sensitivity of α -adrenergic receptors
- **Inconclusive data for** the use of vaginal estrogens for SUI after the menopause.

Database J.D. Cody, M.L. Jacobs, K. Richardson, B. Moehrer, A. Hextall, Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women, Cochrane Syst. Rev.(2012), <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001405.pub3>.

Obstet. V. Simunic, I. Banovic, S. Ciglar, L. Jeren, D. Pavicic Baldani, M. Sprem, Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms, Int. J. Gynecol. 82 (2003) 187–197,

L.D. Cardozo, B.G. Wise, C.J. Benness, Vaginal oestradiol for the treatment of lower urinary tract symptoms in postmenopausal women - A double-blind placebo-controlled study, J. Obstet. Gynaecol. (Lahore). (2001), <https://doi.org/10.1080/01443610120059941>.

D.D. Rahn, C. Carberry, T.V. Sanses, M.M. Mamik, R.M. Ward, K.V. Meriwether, C. K. Olivera, H. Abed, E.M. Balk, M. Murphy, Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause, Obstet. Gynecol. 124 (2014) 1147–1156

Balk EM, Rofeberg VN, Adam GP, Kimmel HJ, Trikalinos TA, Jeppson PC. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Clinical Outcomes. Ann Intern Med. 2019 Apr 2;170(7):465-479



Vaginal oestrogen: EAU guideline 2023

4.2.4.2.1.1 Summary of evidence and recommendations for oestrogens

Summary of evidence	LE
Vaginal oestrogen therapy improves SUI for postmenopausal women in the short term.	1a
Neoadjuvant or adjuvant use of local oestrogens is ineffective as an adjunct to surgery for SUI.	2b
Systemic HRT using conjugated equine oestrogens does not improve SUI and may worsen pre-existing UI.	1a

Recommendations	Strength rating
Offer vaginal oestrogen therapy to postmenopausal women with stress urinary incontinence (SUI) and symptoms of vulvovaginal atrophy.	Strong
In women taking oral conjugated equine oestrogen as hormone replacement therapy (HRT) who develop or experience worsening SUI, discuss alternative HRT.	Strong

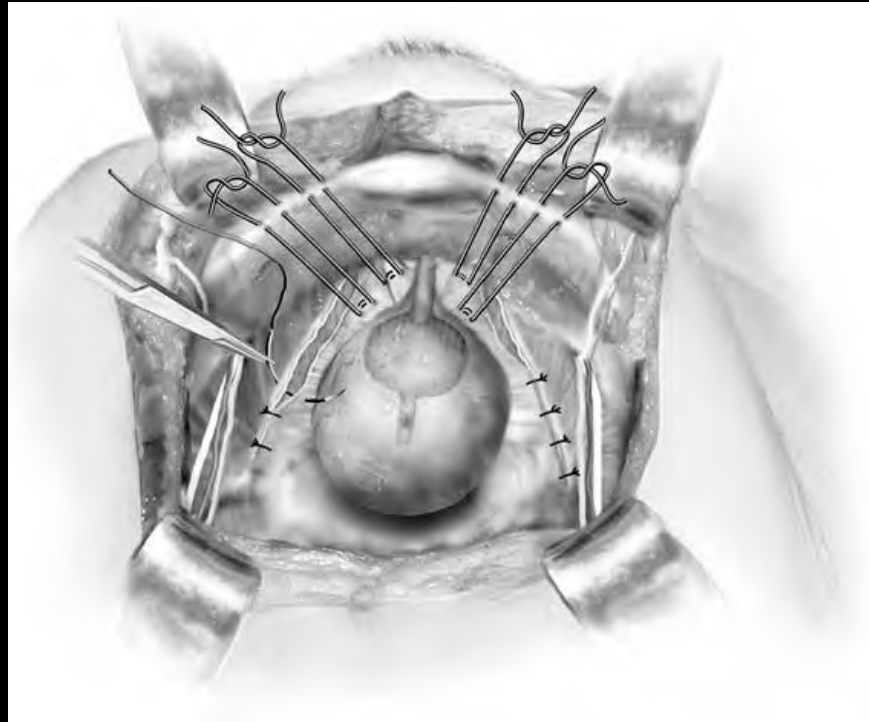


Surgical treatments

- Mid urethral sling
- Burch Colposuspension
- Bulking agent

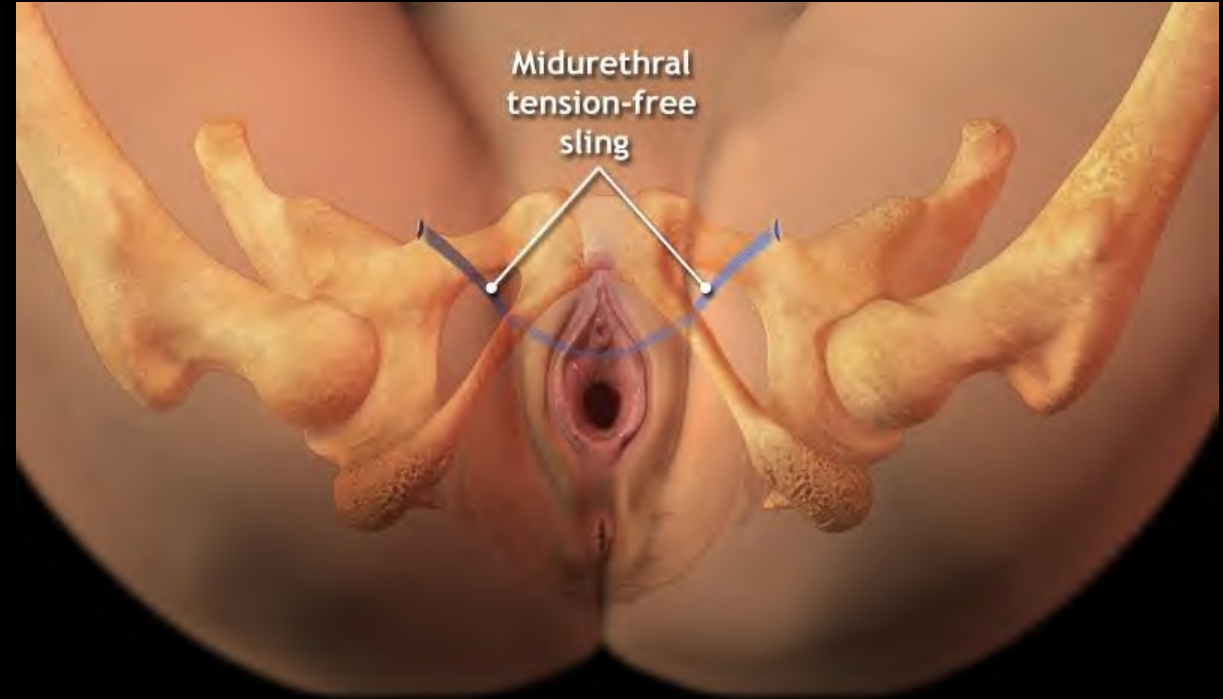
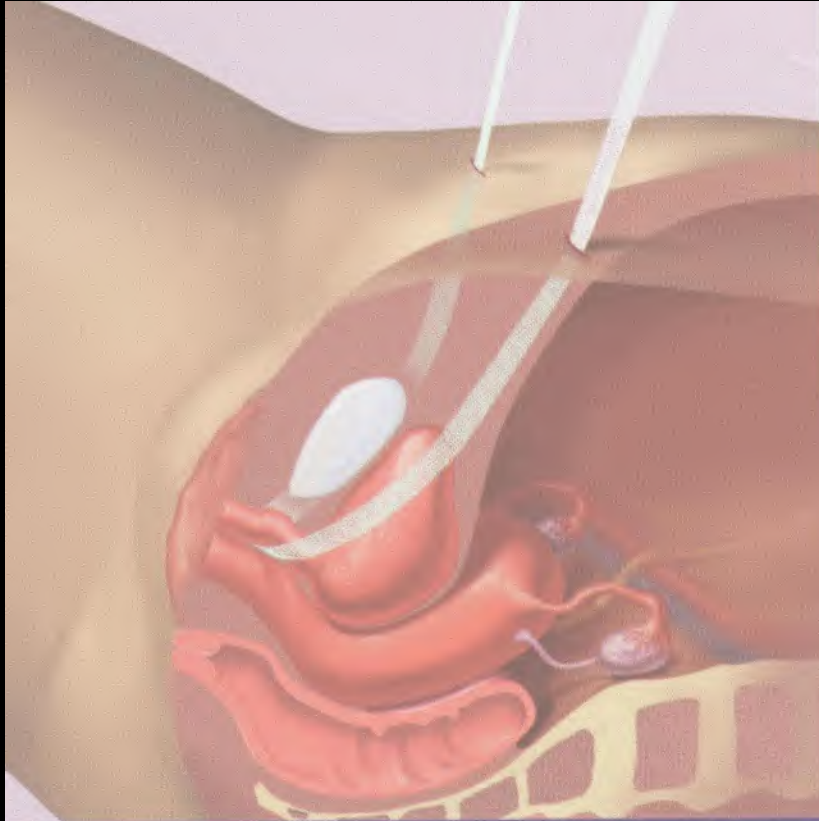


Retropubic colposuspension: Burch colposuspension



Baggish MS, Karram MM, [eds]: Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery. New York, Harcourt, 2001

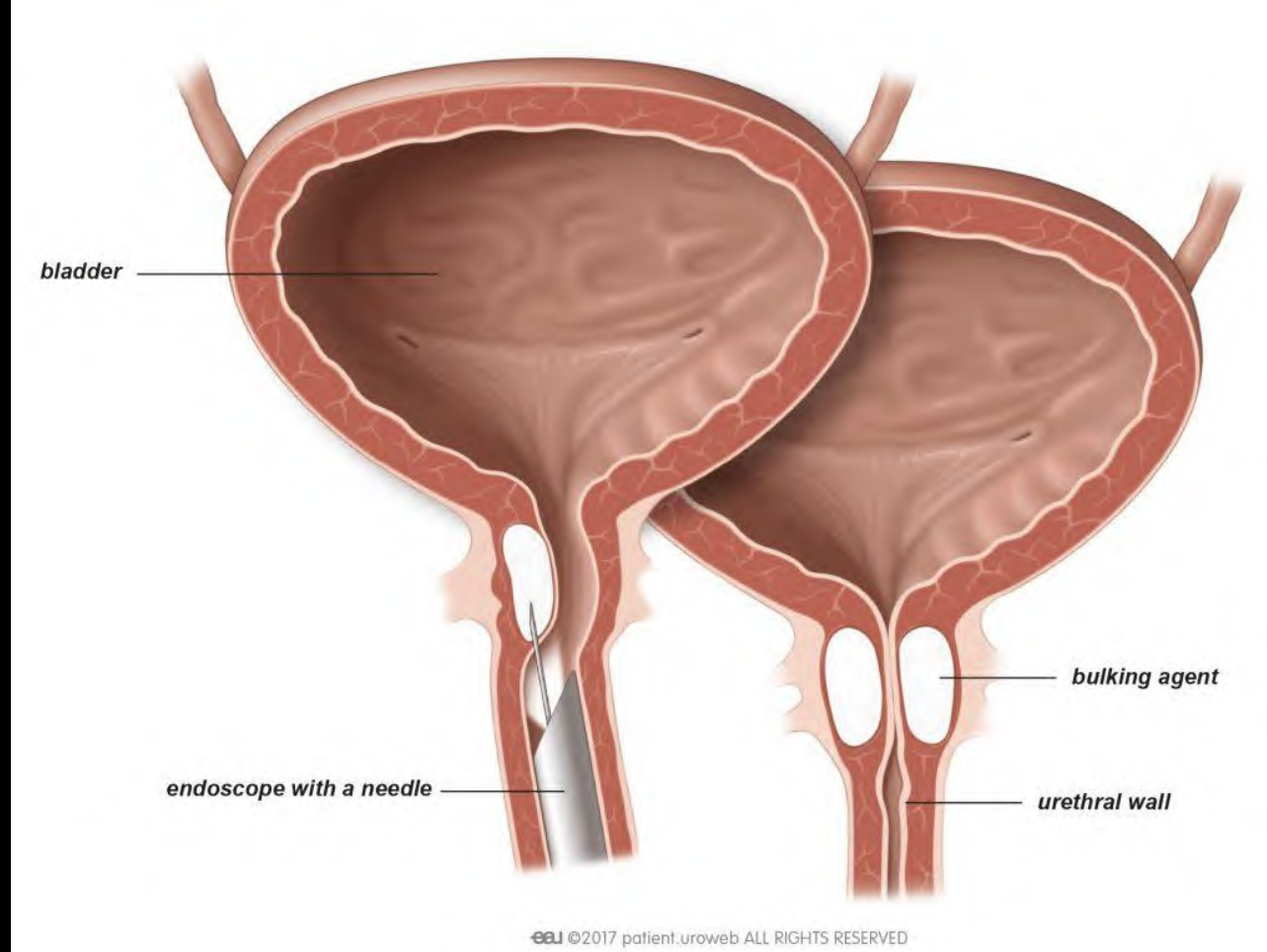
Mid urethral sling



TVT-O[®]

TVT[®], Johnsons and Johnson LTD: 2007

Bulking agent





Other new techniques

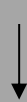
- All are in researches, no evidence of clear efficacy and long term data
 - Vaginal laser
 - Platelet rich plasma injection
 - Thread lifting
 - Stem cells



Occult SUI

POP patients with Symptomatic SUI or Asymptomatic SUI

- Positive Occult SUI
- Negative Occult SUI



POP surgery



Post op SUI

YES

NO



POP surgery



Post op SUI

YES

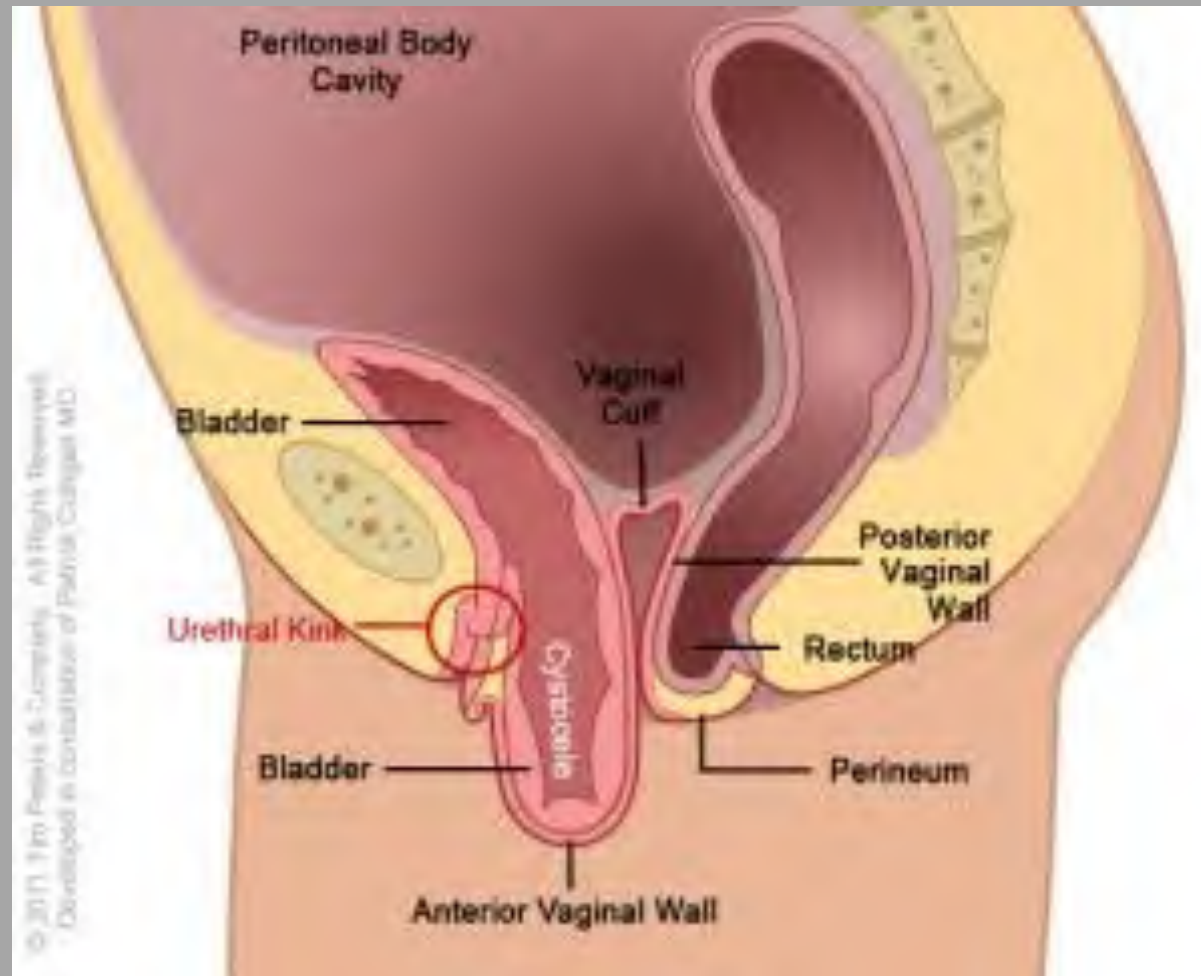
NO

Occult urinary stress incontinence (OSI)

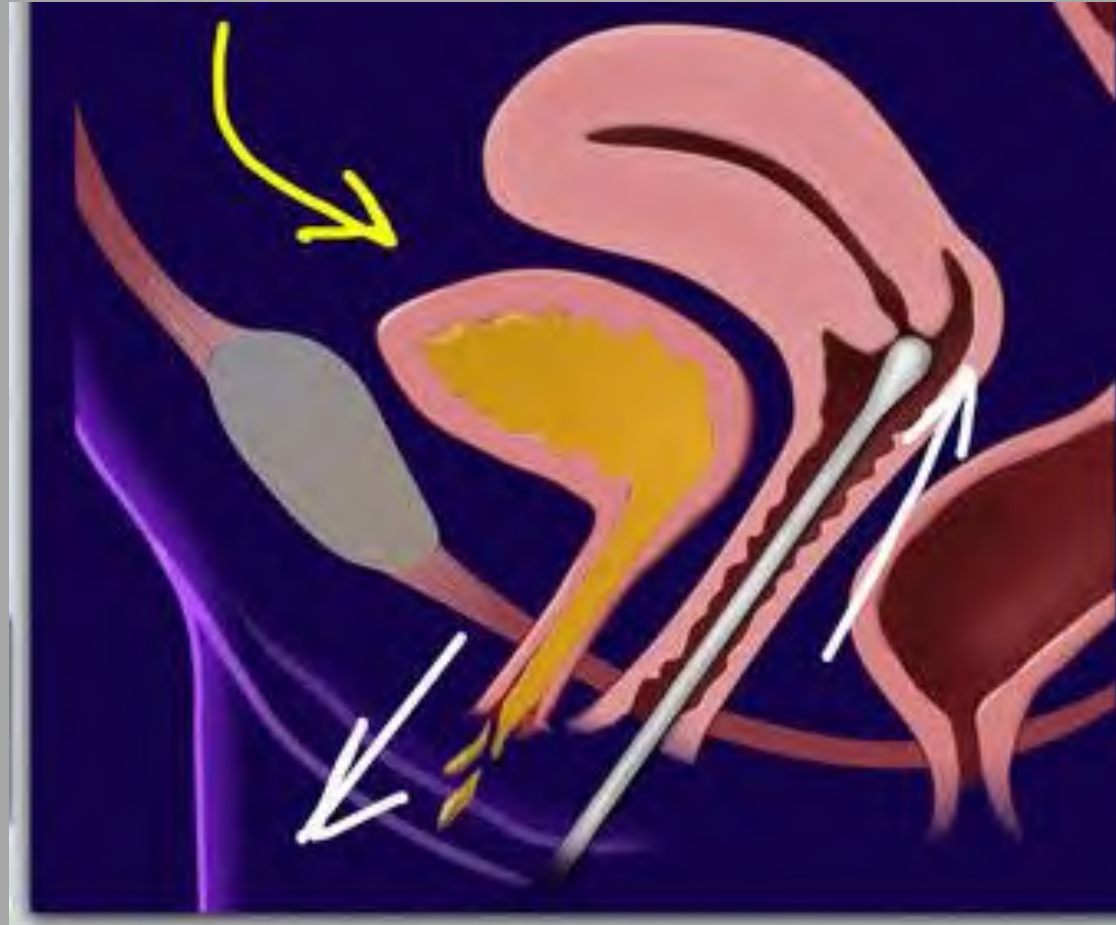
Defined by IUGA and ICS as:

“Stress incontinence on prolapse reduction”

- Haylen BT, et al (2010) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J



Original Images Courtesy of [BARD Medical](#) – Subject to Copyrights Labeling Enhanced for Educational Purposes by D. K. Veronikis, MD



Richardson DA, et al. The effect of uterovaginal prolapse on urethrovesical pressure dynamics. Am J Obstet Gynecol 1983

Occult incontinence: mechanism

Decreases in urethral closure pressure
upon reduction of the prolapse



occult incontinence



Incidence of post-operative SUI

- Around 40%
- 11% POSUI within 3 months of anterior colporrhaphy with or without vaginal hysterectomy.
- 22% POSUI 3 months after a Manchester procedure (anterior/posterior colporrhaphy with cervical amputation)

•Stanton SL, et al. Clinical and urodynamic effects of anterior colporrhaphy and vaginal hysterectomy for prolapse with and without incontinence. Br J Obstet Gynaecol 1982

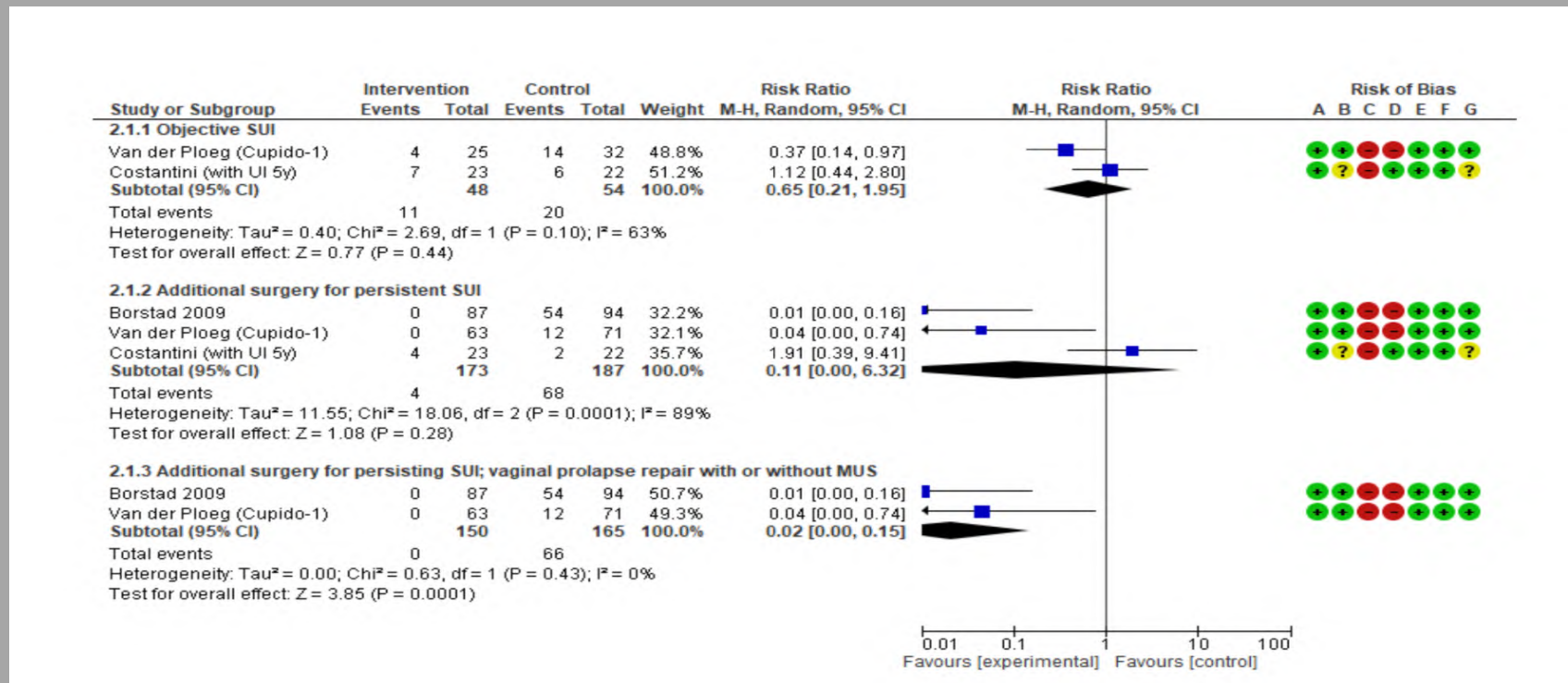
•Borstad E, Rud T. The risk of developing urinary stress-incontinence after vaginal repair in continent women. A clinical and urodynamic follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand 1989

PROLAPSE SURGERY WITH OR WITHOUT STRESS INCONTINENCE SURGERY FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMISED TRIALS

- Systematic review :5/7 RCTs found significantly lower rates of postoperative SUI after combination surgery relative to prolapse surgery alone
- Divided the outcomes into three categories:
 - (1) women with POP and coexisting SUI
 - (2) women with POP asymptomatic for SUI
 - (3) women with POP asymptomatic for SUI with occult SUI

van der Ploeg JM, van der Steen A, Zwolsman S, van der Vaart CH, Roovers J. Prolapse surgery with or without incontinence procedure: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2018 Feb;125(3):289-297.

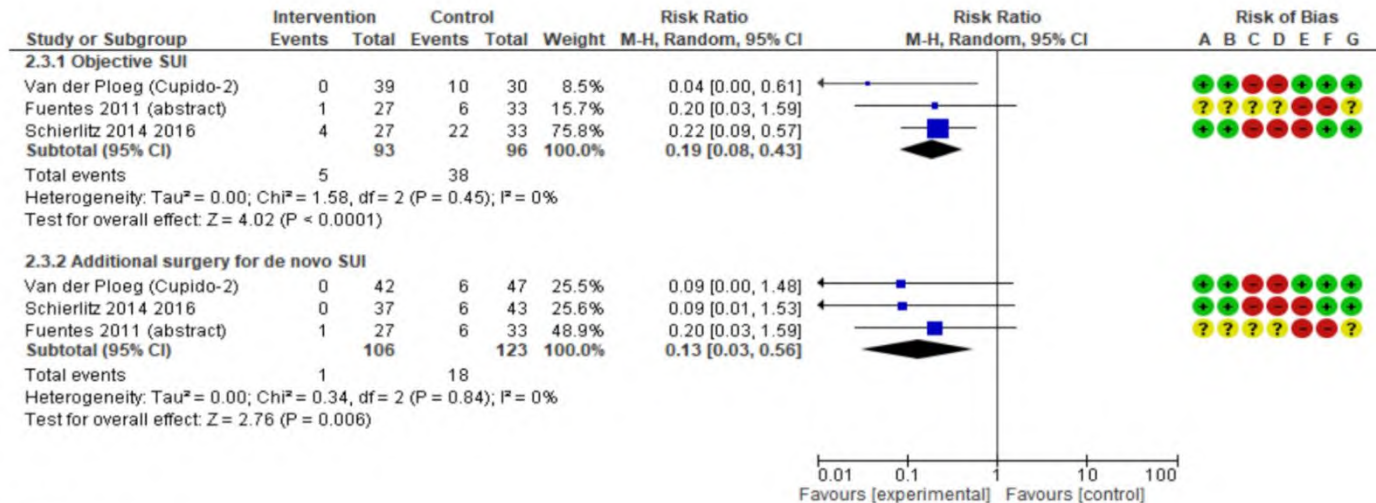
POP AND COEXISTING SUI



NNT to prevent one de novo objective
SUI with coexisting SUI (NNT 2.1)

van der Ploeg JM, van der Steen A, Zwolsman S, van der Vaart CH, Roovers J. Prolapse surgery with or without incontinence procedure: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2018 Feb;125(3):289-297.

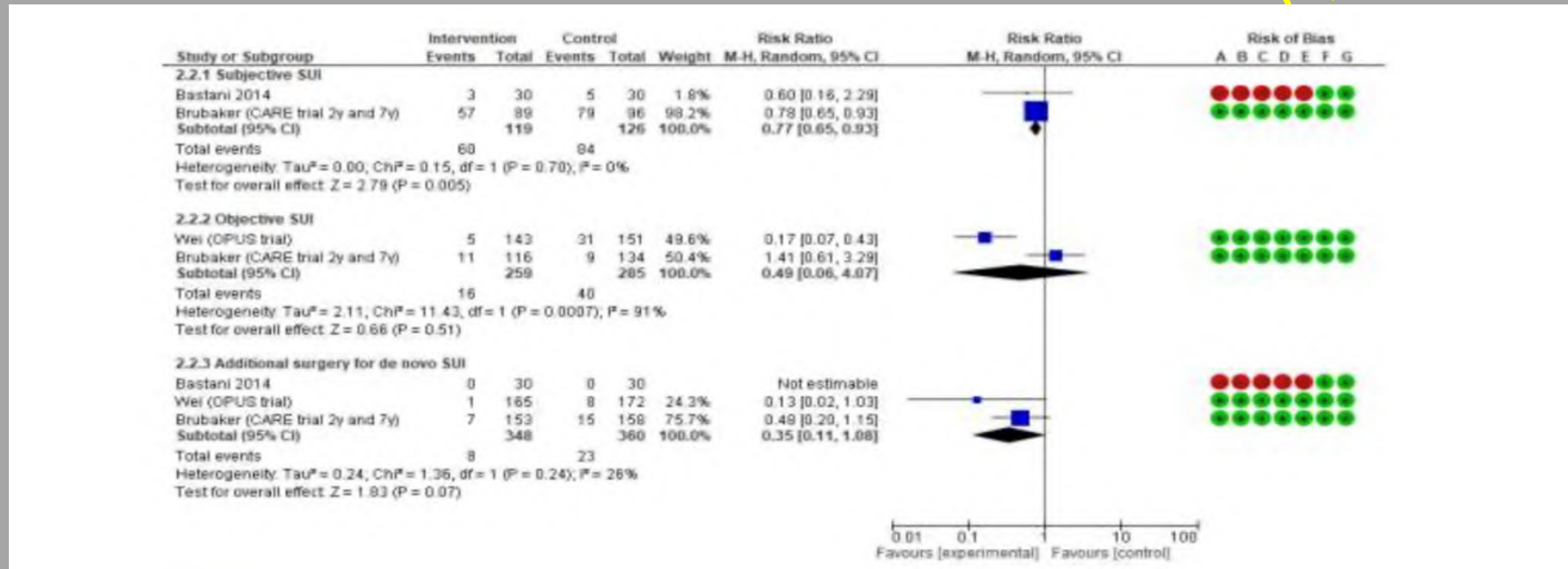
POP ASYMPTOMATIC FOR SUI WITH OCCULT SUI



In occult SUI women NNT to prevent
•one de novo objective SUI- (NNT 7.1)

van der Ploeg JM, van der Steen A, Zwolsman S, van der Vaart CH, Roovers J. Prolapse surgery with or without incontinence procedure: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2018 Feb;125(3):289-297.

POP ASYMPTOMATIC FOR SUI(1)



• In all asymptomatic women NNT to prevent

- one case undergoing an additional MUS - (NNT 20) (2014)
- 2 vs 4% , not statistical different (2017)

van der Ploeg JM, van der Steen A, Zwolsman S, van der Vaart CH, Roovers J. Prolapse surgery with or without incontinence procedure: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2018 Feb;125(3):289-297.

INTERPRETATION

- Meta-analysis showed that the incidence of adverse events related to tape placement was higher in combination group : POP is an isolated risk factor for complication, with the addition of a surgical procedure
- Support idea: **combination surgery** might be especially **beneficial** in women with **coexisting** or **occult SUI**

Management of Anti Incontinence Surgery (AIS) with POP surgery



To add vs Not to add

CHOICES: SUI Surgery at the Time of Vaginal POP Repair?

1. Perform an AIS in **ALL** patients undergoing POP surgery.
2. Perform an AIS in **SOME** patients undergoing POP surgery.
3. Perform an AIS in **NO** patients undergoing POP surgery

1. Goldman HB. SUI surgery at the time of vaginal POP repair: is a surgical algorithm possible or desirable? Neurourol Urodyn. 2011 Jun;30(5):758-61.

2. King AB, Goldman HB. Stress incontinence surgery at the time of prolapse surgery: mandatory or forbidden? World J Urol. 2015 Sep;33(9):1257-62.

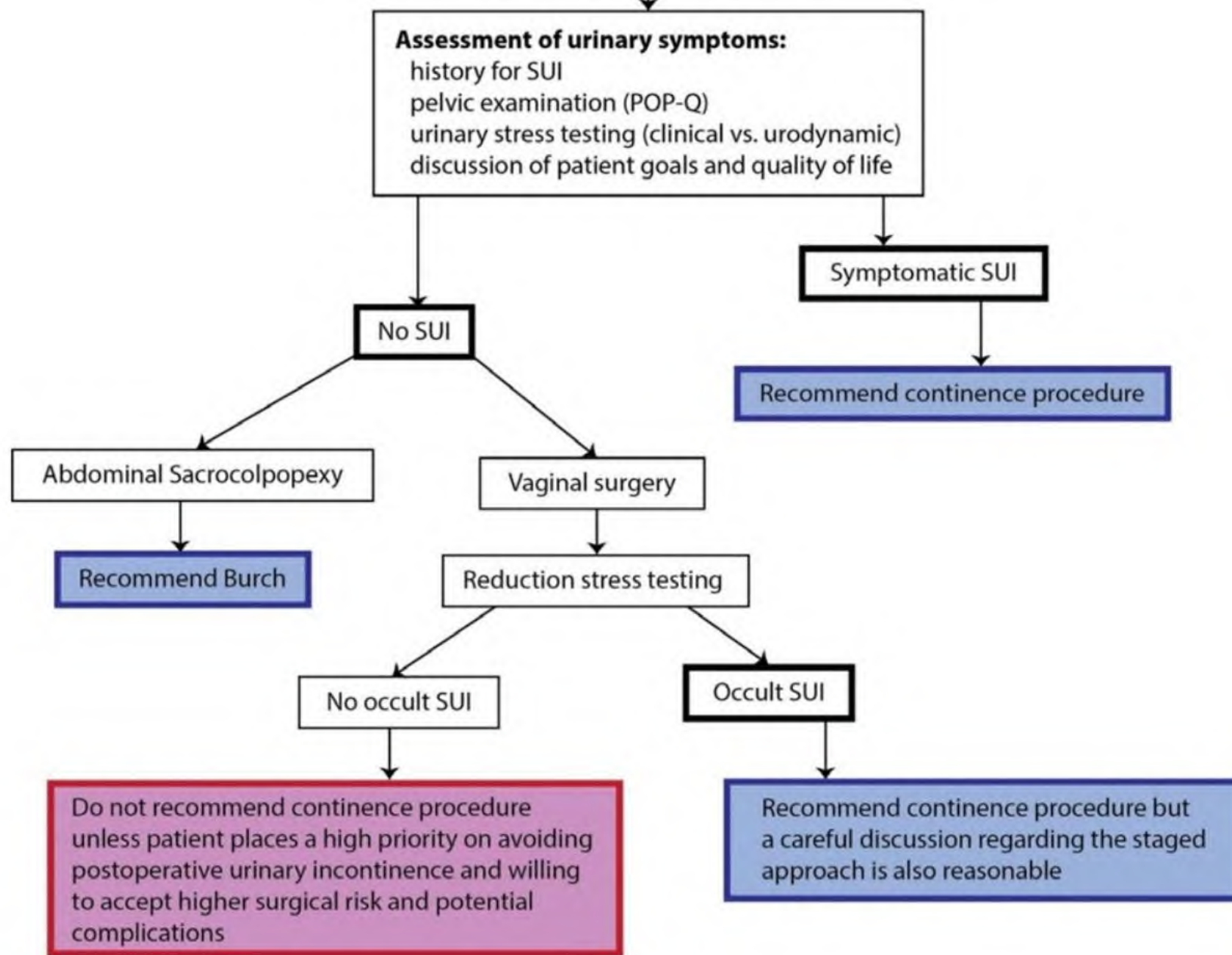


Figure 8. Decision making flow chart for women undergoing prolapse surgery with and without SUI.

Pitfall

- Not perform Occult stress test or advice about de novo SUI
- Shared descison making
- Informed about the efficacy and complications

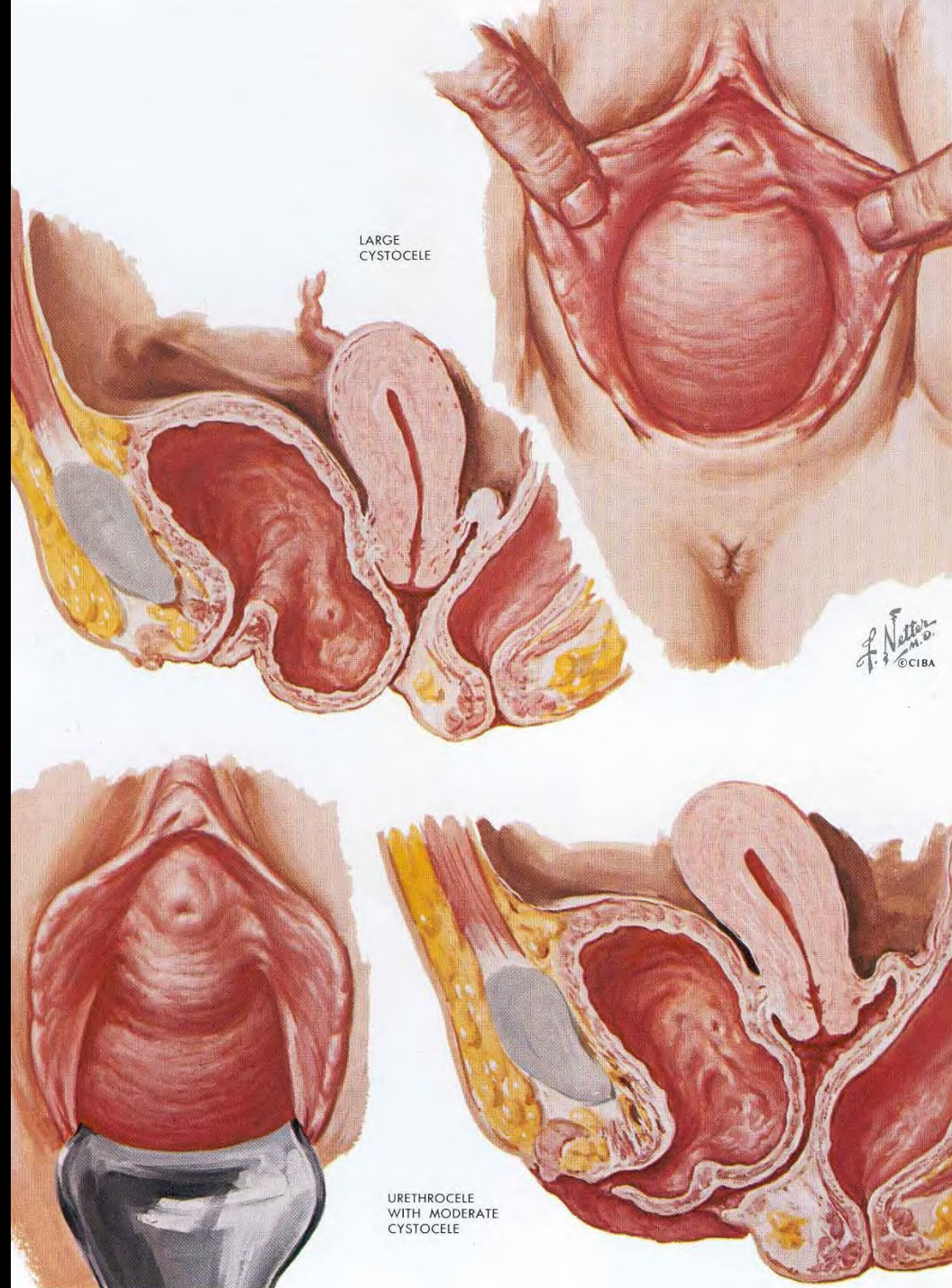




Case # 3

- 50 years diagnosed as having Cystocele grade 3 with bulging symptoms
- She had Anterior colporrhaphy done
- 2 months after operation: uneventful
- 6 months having recurrent cystocele.
- She is very angry and believe that the surgeon did bad surgery

Cystocele



Ref
Roger P. Smith MD .
2nd ed Netter's
Obstetrics and
Gynecology

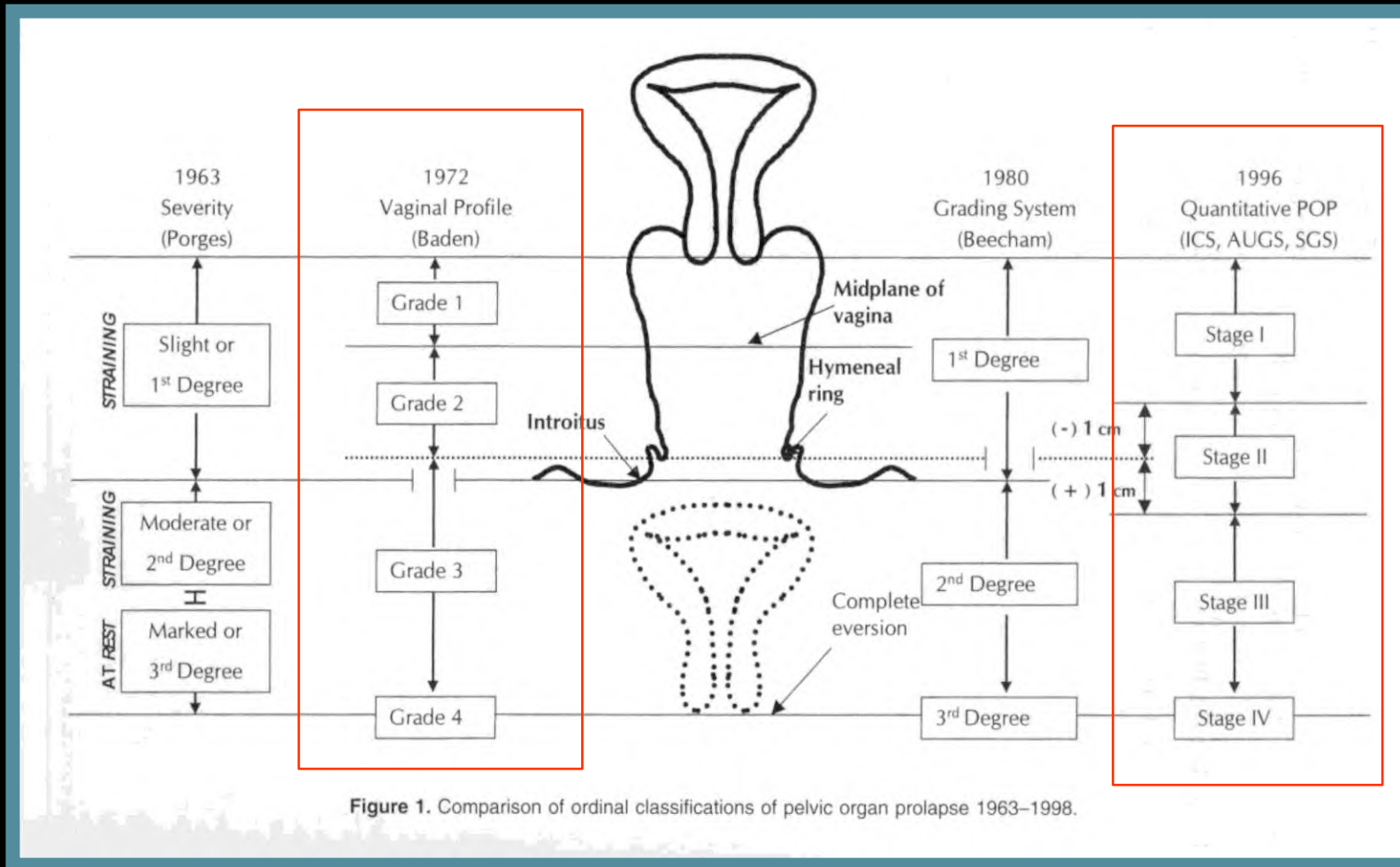
Symptoms and signs of POP

- Vaginal bulging
- Pelvic pressure
- Bleeding, discharge, infection
- Splinting/digitation
- Low backache

Symptoms and signs of POP

- Urinary incontinence symptoms : SUI, UUI
- Bladder storage symptoms : Increased daytime urinary frequency , Nocturia, OAB
- Sensory symptoms : increase/decrease or absent sensation
- Voiding and postmicturition symptoms : straining, hesitancy, slow stream, straining
- Symptoms of sexual dysfunction

CLASSIFICATIONS



- Baden WF, Walker TA. Physical diagnosis in the evaluation of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol* 1972;15:1055±69.
- Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul;175(1):10-7.

Choices of treatment

- Non surgical treatment
- Surgical treatment

Non surgical treatment

Choices

- **Lifestyle modification**
- **Physical intervention**
- **Mechanical intervention**

Non surgical treatment

Choices

- **Lifestyle modification**
- **Physical intervention**
- **Mechanical intervention**

Avoid



Avoid

Constipation

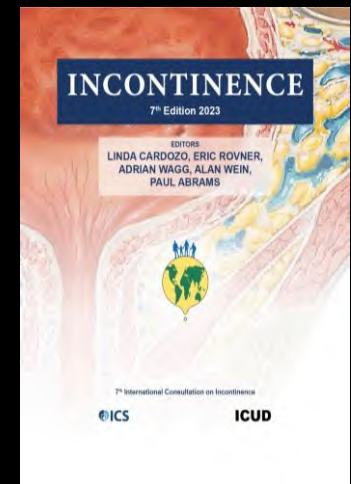


NO



Evidence of Lifestyle modification

- **Weight loss program** resulted in improved POP symptoms and POPQ measurements in women with UI. **(Level of evidence: 2)**
- A weight loss program in overweight women with UI could be considered for **improved prolapse symptoms and severity**. **(Grade of recommendation: C New)**



Cardozo, L., Rovner, E., Wagg, A., Wein, A., & Abrams, P. (Eds.). (2023). Incontinence (7th ed.).

Non surgical treatment

Choices

- Lifestyle modification
- **Physical intervention**
- Mechanical intervention

Pelvic floor muscle training (Kegel exercise)

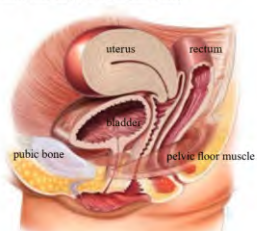
IUGA
International Urogynaecological Association

Pelvic Floor Exercises

A Guide for Women

1. What is the pelvic floor?
2. What do the pelvic floor muscles do?
3. What if my pelvic floor muscles are weak?
4. What causes pelvic floor muscle weakness?
5. The role of pelvic floor exercises
6. How to exercise your pelvic floor muscles
7. How quickly will I see results?
8. What if I can't contract my pelvic floor muscles?
9. Points to remember

What is the pelvic floor?
The pelvic floor is composed of a thin sheet of muscle fibers and associated connective tissue which spans the area underneath the pelvis between the pubic bone at the front and the sacrum or tail bone at the back (see illustration below).



What if my pelvic floor muscles are weak?
A weakness of the pelvic floor muscles may cause or worsen a number of problems including:

- Stress urinary incontinence – the complaint of involuntary loss of urine on effort or physical exertion, including sporting activities etc., or on sneezing or coughing.
- Urge urinary incontinence – the complaint of involuntary loss of urine associated with a sudden urgent need to pass urine
- Mixed urgency and stress incontinence – the complaint of involuntary loss of urine associated with urgency and with effort or physical exertion, or on sneezing or coughing.
- Pelvic Organ Prolapse – leading to a bulging of the bladder, bowel, or uterus (womb) into the vagina or out of the vaginal entrance if more severe
- A loss in sexual sensation or feeling of vaginal looseness

What causes pelvic floor muscle weakness?

- Under use. Like all muscles, the pelvic floor muscles need exercise to work well. Regular and adequate intensive exercise of the pelvic floor muscles should be maintained all through life (not just after having children) and is therefore very important.
- Damage to the muscles during pregnancy and childbirth.
- The change in hormones associated with menopause might play a role in weakening the muscles but is still debatable.
- Decreased muscle tone with aging.
- Damage to the muscles through long-term straining when constipated or associated with a chronic cough or obesity.

The role of pelvic floor exercises
Intensive and regular pelvic floor exercises help by both strengthening and relaxing the pelvic floor muscles, so they become firm and supportive, but not overactive. Many women will have a major improvement in or recovery from symptoms of stress urinary incontinence by learning effective pelvic floor exercises, thus avoiding or delaying the need for surgery.

How to exercise your pelvic floor muscles
It is important to learn to do the exercises in the right way, and to check from time to time that you are still doing them correctly. Your therapist can help you to understand this by using diagrams, drawings and models.

1. In the upright position, sit comfortably with your feet and knees wide apart. If preferred, you can also lie down flat (supine position) with your legs slightly apart. Remember to keep breathing throughout and keep your stomach, leg and buttock muscles relaxed.
2. Imagine that you are trying to stop yourself from passing gas from the bowel and at the same time trying to stop the flow of urine from the bladder. You should feel a lifting and tightening around the vagina and anus.
3. Observing the muscles can be an effective way of checking they are working correctly. Lie propped on the bed; place a small mirror between your legs with your knees bent and apart. As you pull up the pelvic floor you should

What do the pelvic floor muscles do?

- The pelvic floor muscles contract when you cough, sneeze or strain, helping to prevent the involuntary leakage of urine.
- They help to support the organs in your abdomen, especially when you are standing.
- They help to protect the pelvic organs from external damage.
- They help to hold the pelvic organs, like the bladder, in the correct position.
- They help in the control of passing of urine, gas, and bowel motions.
- They play a role in sexual function during intercourse.

In order for the pelvic floor muscles to carry out their function well, they need to be fit and adequately toned just like any other muscle in the body.

IUGA Office | office@iuga.org | www.iuga.org

©IUGA RV2

see your anus and entrance to the vagina lifting and drawing in. *Note: If you notice the entrance to the vagina widening, you are pushing down and not pulling up, which is the opposite to tightening the pelvic floor muscle. Also, if you leak urine or pass gas when doing the exercises, it is likely you are pushing down not pulling up.*

You may not be able to immediately contract and relax adequately at first. Don't be disappointed. Most patients will learn to contract and relax if they are given some time by themselves at home to practice.

How often should I practice?
First determine your 'starting block'. Use your diary. Tighten your pelvic floor muscles maximally without using your buttocks or thigh muscles as described above. Hold tight for as many seconds as you can (up to a maximum of 10 seconds). How long can you hold the maximal contraction?
_____ seconds (e.g. 2 seconds)

Release the contraction and rest for at least the same time of the contraction. Repeat the 'tighten, hold and release' as many times as you can (up to a maximum of 8-12 repetitions). How many times can you repeat the contraction?
_____ times (e.g. 4 times)

This becomes your 'starting block.' Repeat your starting block 4-6 times during the day. As a result of this muscle training, your pelvic floor will get stronger and your starting block will change, e.g. 4 secs, 6 times. This becomes your new starting block.

This program builds up the endurance of the muscle group. In other words, the muscle will be able to work harder for longer. Now perform the pelvic floor exercise but squeeze quickly and then let go. Rest 1-2 seconds before the next one. These are called quick contractions and will help your muscles react quickly when you laugh, cough, exercise or lift.

How many contractions can you do?
Aim to increase this number to 8-12 contractions, 3 times a day for at least 6 months. That's the easy bit; the most difficult part of the program is remembering to do the exercises! Here are some tips to help trigger your memory:

- Wear your watch on the wrong wrist
- Put stickers in places that will catch your eye (e.g. bathroom mirror, telephone, fridge, kettle, steering wheel)
- Exercise after you have emptied your bladder
- Exercise in any position

How quickly will I see results?
You may not feel your bladder control improve until after 3-6 weeks, but it may take up to 6 months to have improvement. DON'T GIVE UP!!

It is important to maintain the strength of the muscles once you have completed an exercise program. Practicing your exercises twice a week, 3 sets of 8-12 maximal contractions, 3 times a day should be sufficient. Try to incorporate these exercises into daily life activities. If you are not sure that you are doing the exercises correctly ask your family doctor, nurse, physiotherapist or continence nurse to check for you.

What if I can't contract my pelvic floor muscles?
If you are unable to contract your muscles, your health professional may suggest some additional treatments.

- Biofeedback. This aims to help women identify and selectively contract and relax the pelvic floor muscles using signals from their own bodies. Feeling the muscles with your fingers is one example of this. Other methods involve using small sticky electrodes placed on the abdomen and buttock area or an intra-vaginal or intrarectal probe connected to a computer. The strength and length of the contraction you perform can then be seen on the computer screen.
- Electrical Stimulation Therapy. Sometimes the pelvic floor muscles cannot (yet) contract due to nerve damage, e.g. from the delivery of a baby or after surgery. Electrical stimulation will provide an artificial contraction of the pelvic floor muscles, thus helping to strengthen them. This method is not suitable for women who can already contract their pelvic floor muscles even if those contractions are weak.

Points to Remember

- Weak pelvic muscles often cause bladder control problems
- Daily intensive exercises can strengthen pelvic muscles and improve bladder control
- Ask your therapist whether you are squeezing the right muscles
- Always tighten and contract your pelvic muscles before coughing, sneezing, jumping or lifting to help prevent involuntary loss of urine, gas or stool, or bulging down of your pelvic organs
- Try to maintain your weight within healthy limits

For more information, visit www.YourPelvicFloor.org.

IUGA
International Urogynaecological Association

The information contained in this brochure is intended to be used for educational purposes only. It is not intended to be used for the diagnosis or treatment of any specific medical condition, which should only be done by a qualified physician or other health care professional.

IUGA Office | office@iuga.org | www.iuga.org

©IUGA RV2

https://www.yourpelvicfloor.org/media/Pelvic_Floor_Exercises_RV2-1.pdf

Pelvic floor muscle training (Kegel exercise)

- Tighten pelvic floor muscles
- Hold tight for up to a maximum of 10 seconds increase this number to 8-12 contractions
- 3 times a day for at least 6 months
- Release the contraction and rest for at least the same time of the contraction.
- Practicing twice a week

https://www.yourpelvicfloor.org/media/Pelvic_Floor_Exercises_RV2-1.pdf

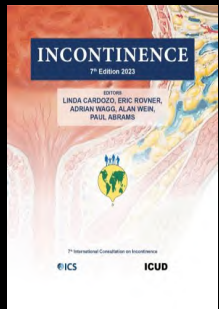
Physical intervention



Evidence of PFMT

- Prevention
 - Antenatal PFMT cannot be routinely offered for prevention of postnatal prolapse. (**Grade of Recommendation: B**)
 - Postnatal EStim in addition to PFMT could be recommended as beneficial in preventing prolapse in women in the post-partum period. (**Grade of recommendation: C New**)
- Treatment
 - PFMT can be offered to women with symptomatic prolapse as it is associated with a reduction in prolapse symptoms and pelvic floor symptoms. (**Grade of recommendation: A**) It is uncertain whether PFMT reduces prolapse stage (**Grade of recommendation: B**)
 - PFMT plus biofeedback may be recommended as this combination is shown to improve prolapse symptoms and pelvic floor symptoms compared with standard care. (**Grade of recommendation: C New**)

Cardozo, L., Rovner, E., Wagg, A., Wein, A., & Abrams, P. (Eds.). (2023). Incontinence (7th ed.).



Non surgical treatment

Choices

- Lifestyle modification
- Physical intervention
- Mechanical intervention

Vaginal Pessary

A = Ring without support



B = Ring with support



C = Incontinence ring



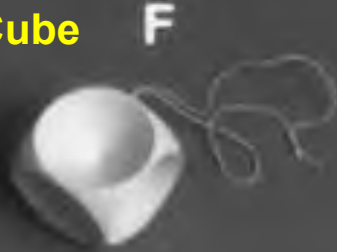
E = Inflatoball



D = Donut



F = Cube



G = Gellhorn



H = Shaatz



I = Gehrung



J = Hodge

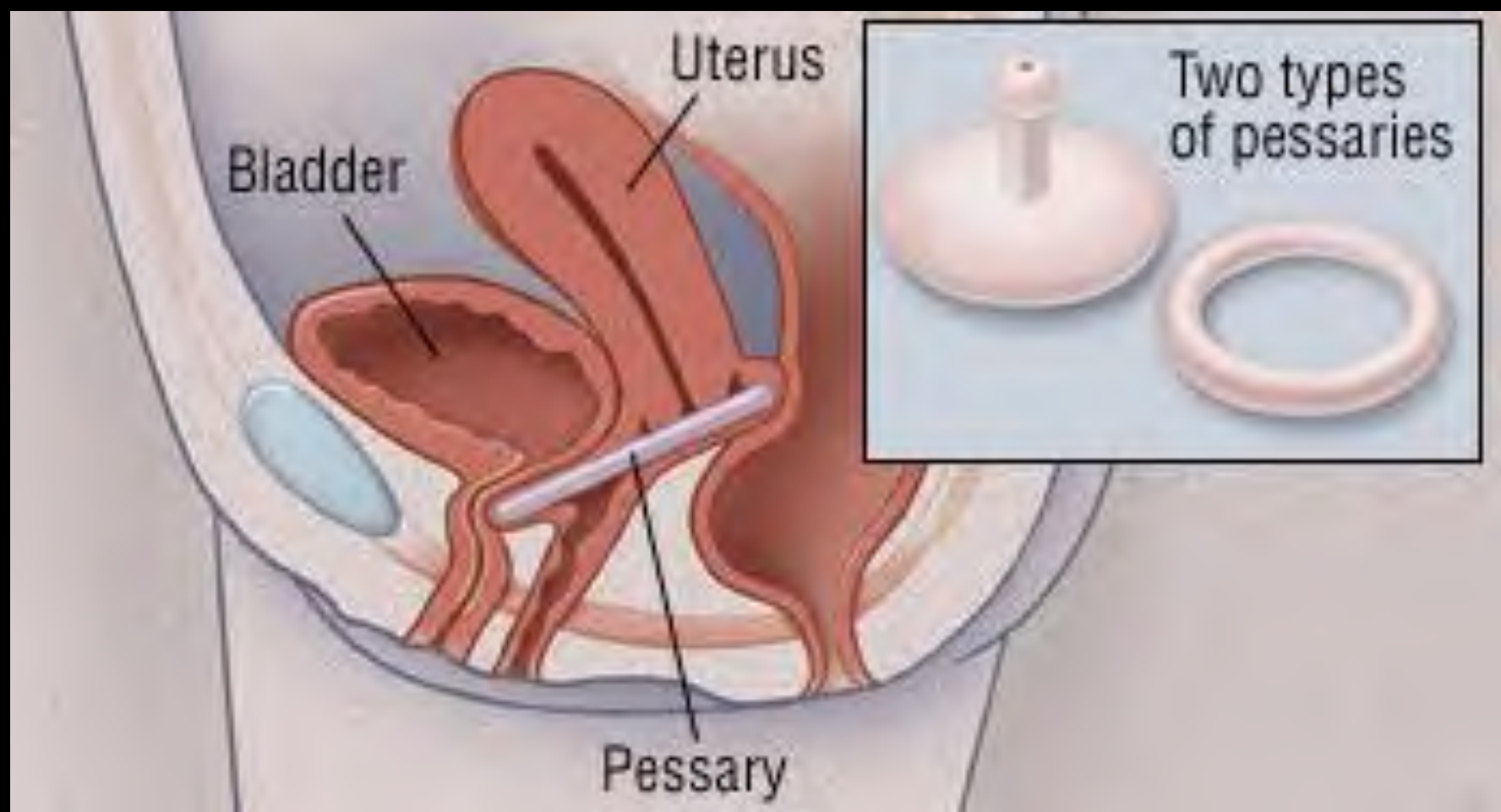


K = Smith



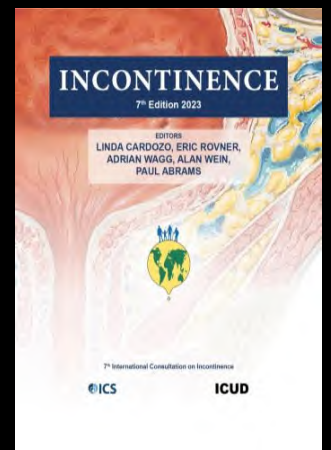
L = Risser





Pessary

- Prevention: No evidence
- **Treatments:**
 - **Pessary and PFMT could both be recommended** as treatment for prolapse, but cost and adverse events need to be taken into consideration. **(Grade of recommendation: C New)**
 - The combined use of a vaginal pessary plus PFMT, rather than PFMT alone, can be recommended for treatment of prolapse. **(Grade of recommendation: B New)**

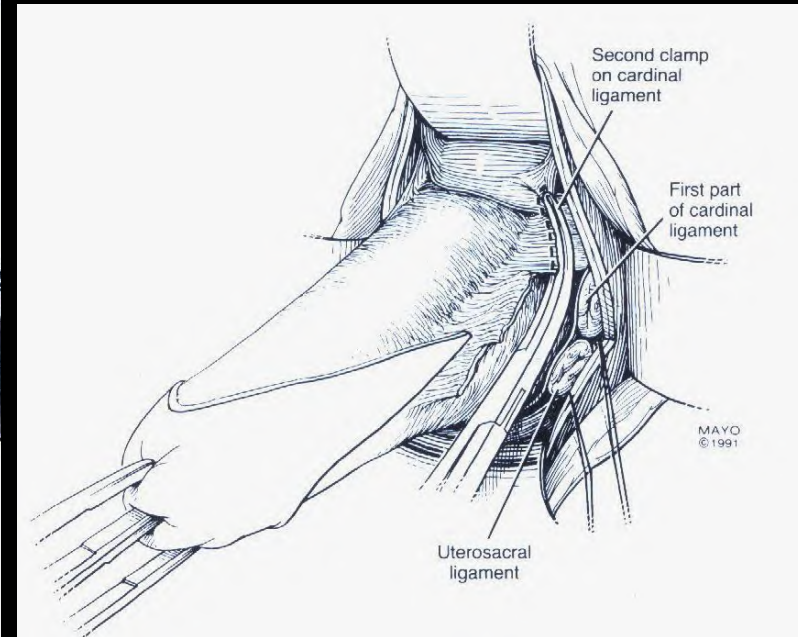
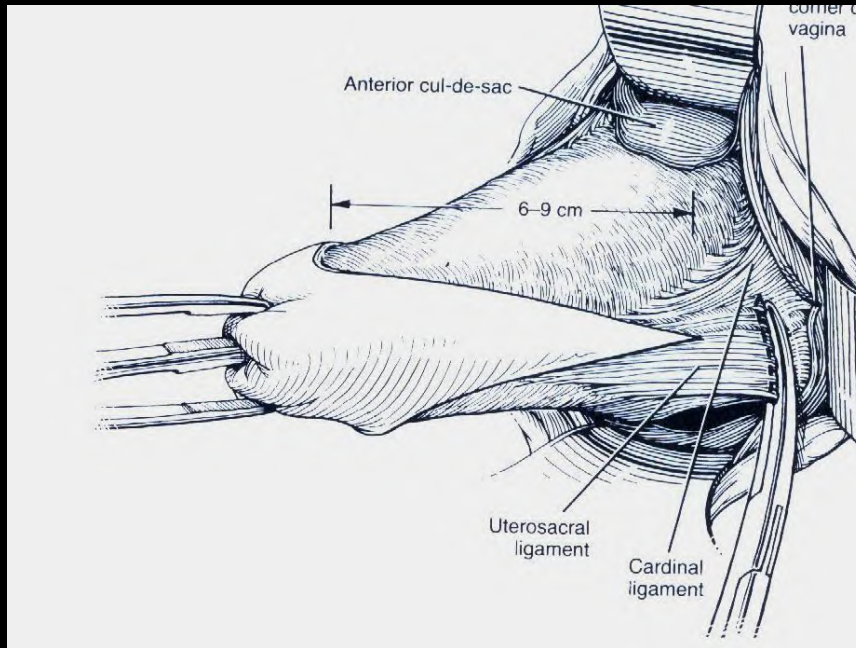


Cardozo, L., Rovner, E., Wagg, A., Wein, A., & Abrams, P. (Eds.). (2023). Incontinence (7th ed.).

Surgical treatment

- Vaginal procedures
- Abdominal procedures
- Laparoscopic procedures

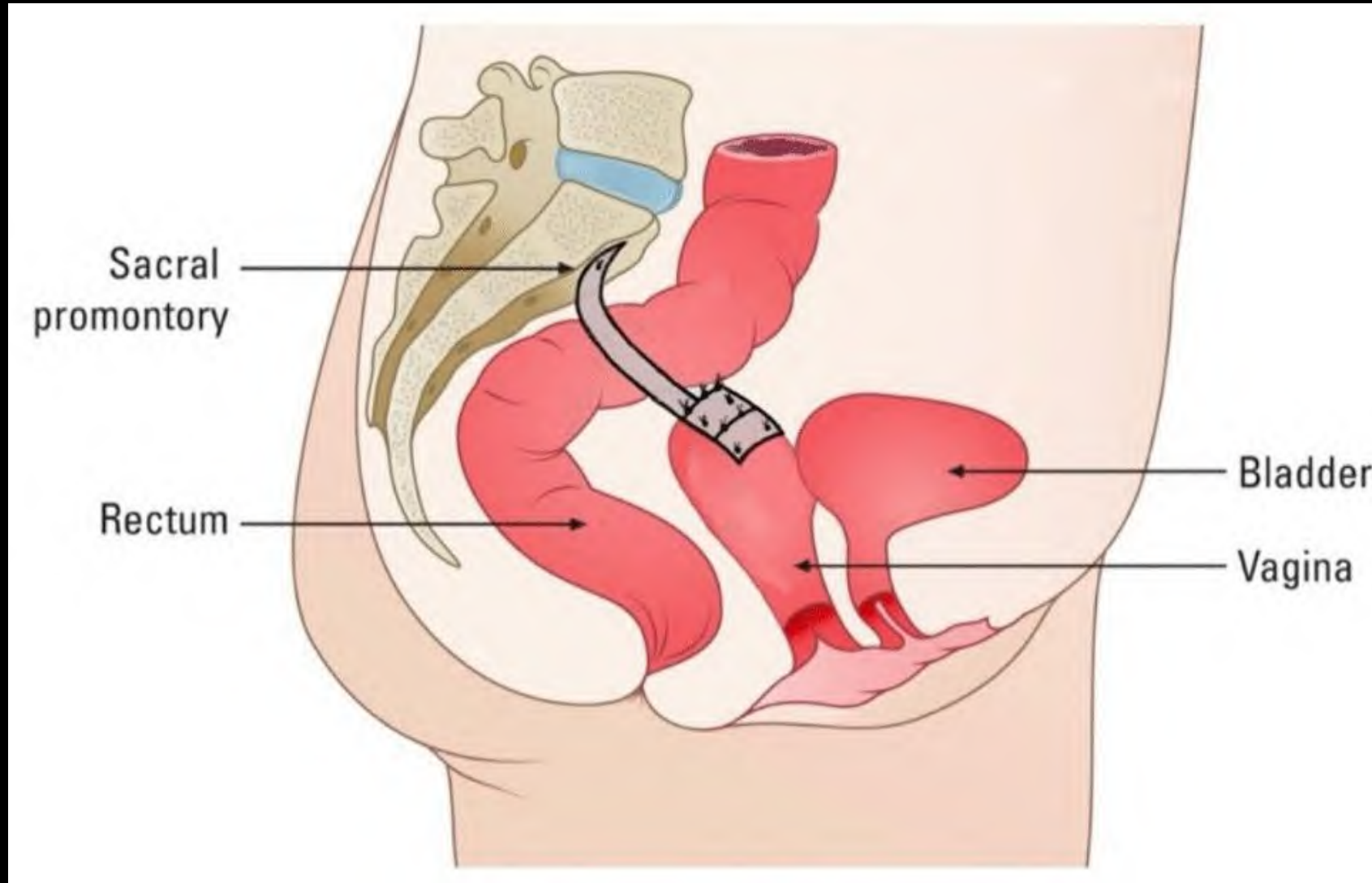
Level 1 :Vaginal hysterectomy



Zollinger's atlas of surgical operation 2016 McGraw Hill Education.

Uterine preservation vs Hysterectomy

- Manchester operation
- Sacrospinous hysteropexy
- Uterosacral hysteropexy
- Abdominal sacro-hysteropexy

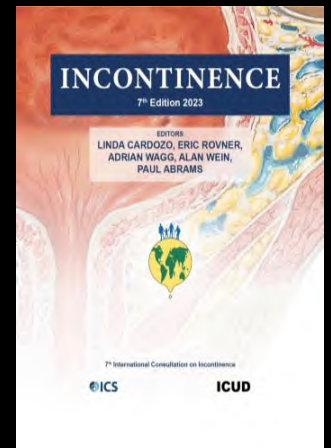


Yong, C., Raoofi, M. & Carey, M. Sacrocolpopexy: Alternatives to Mesh Grafts. *Int Urogynecol J* 36, 3–10 (2025)

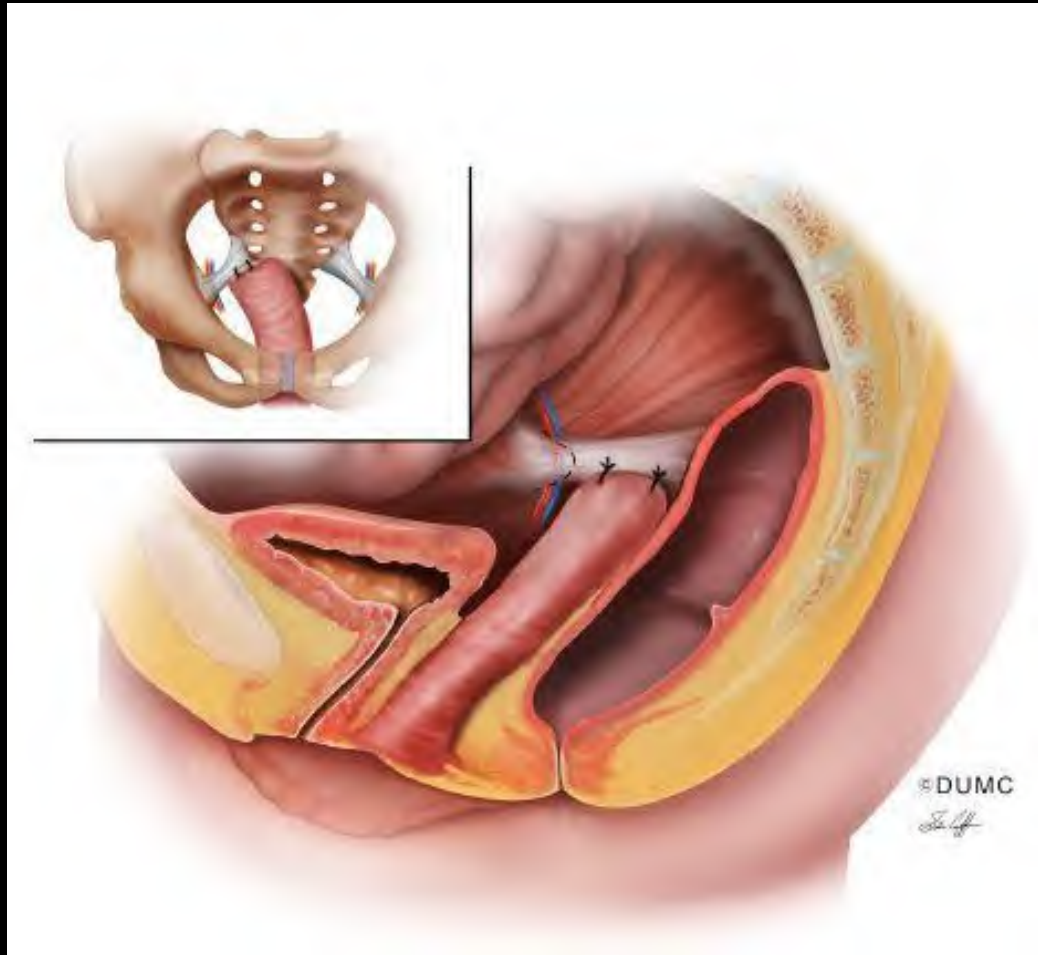
Uterine preservation vs Hysterectomy

- Vaginal hysterectomy :
 - lower reoperation rates for recurrent prolapse
 - slightly higher complication rates (GoR C).
- Sacrohysteropexy (abdominal) has similar success rate
- Sacrospinous hysteropexy (vaginal) has higher apical recurrent in some trials
- Overall similar success rate
- **Hysteropexy is reasonable** in women undergoing surgery for uterovaginal prolapse without contraindications to uterine preservation However **long-term data are limited** and the need for subsequent hysterectomy unknown (GoR C).

Cardozo, L., Rovner, E., Wagg, A., Wein, A., & Abrams, P. (Eds.). (2023). Incontinence (7th ed.).

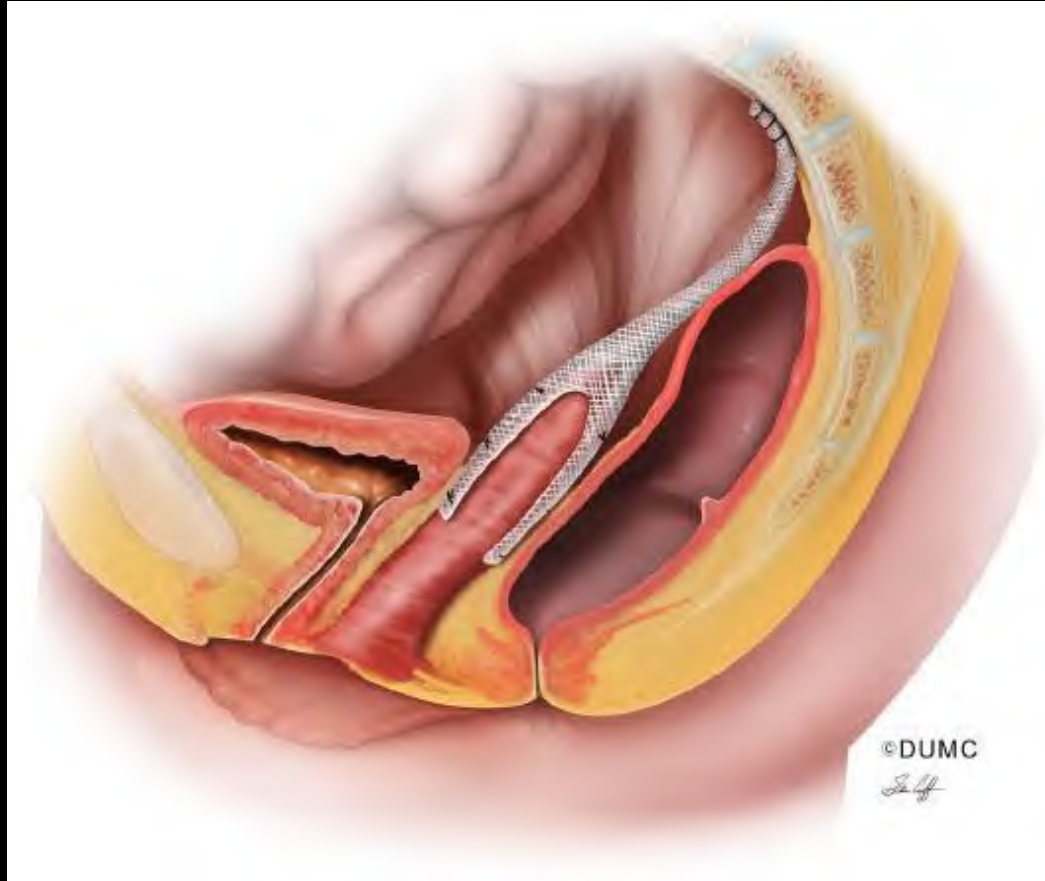


Vault prolapse treatment :Sacrospinous fixation



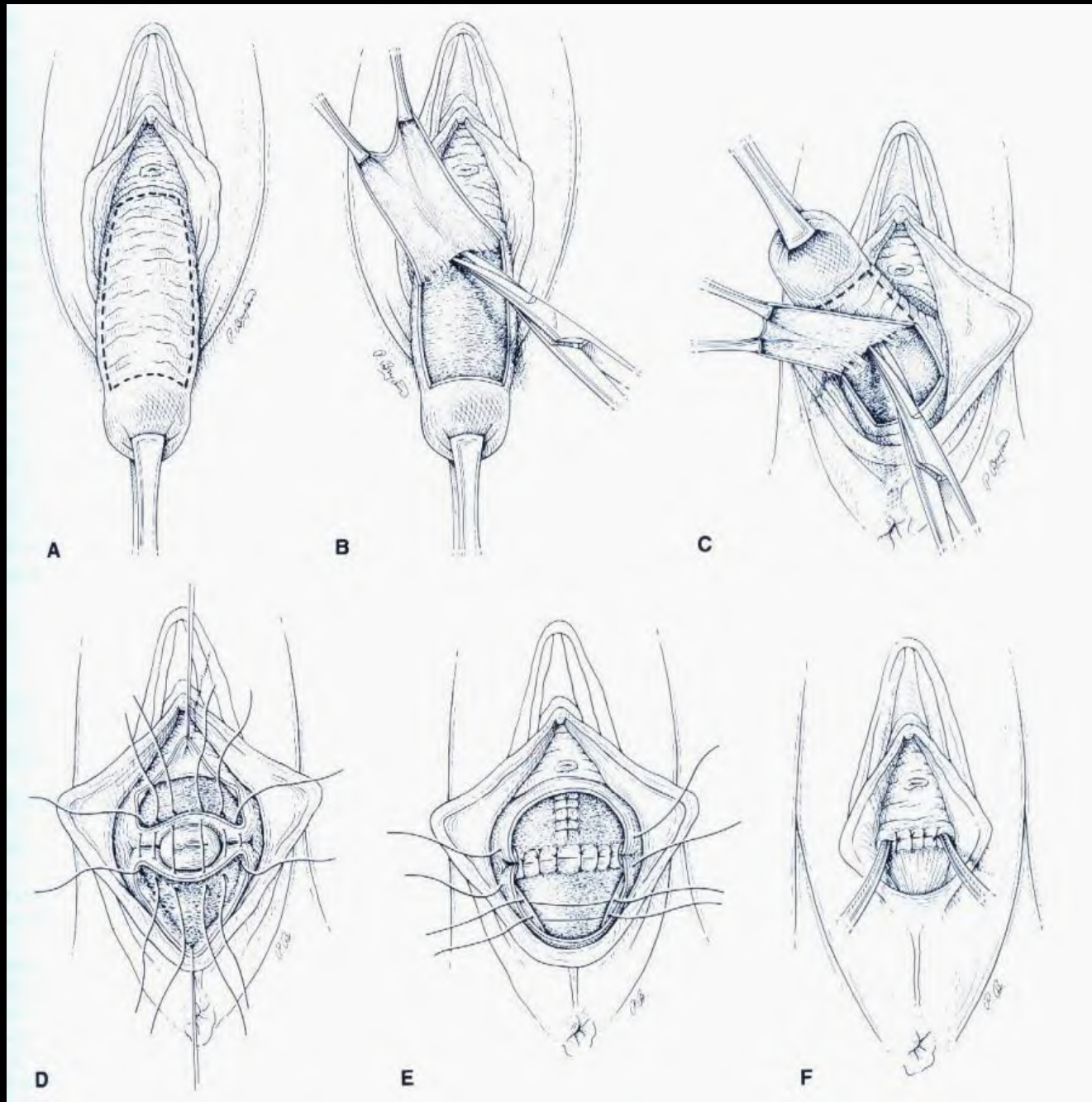
Siddiqui NY, Edenfield AL. Clinical challenges in the management of vaginal prolaps. International Journal of Women's Health. 2014;6: 83—9.

Vault prolapse treatment: Abdominal Sacralcolpopexy



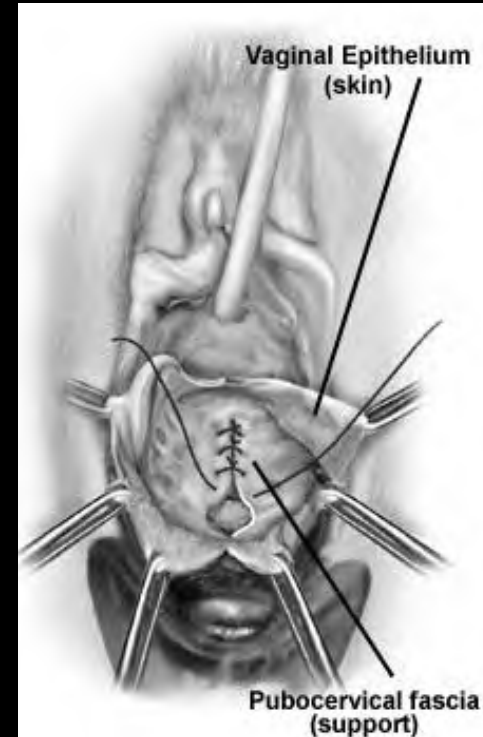
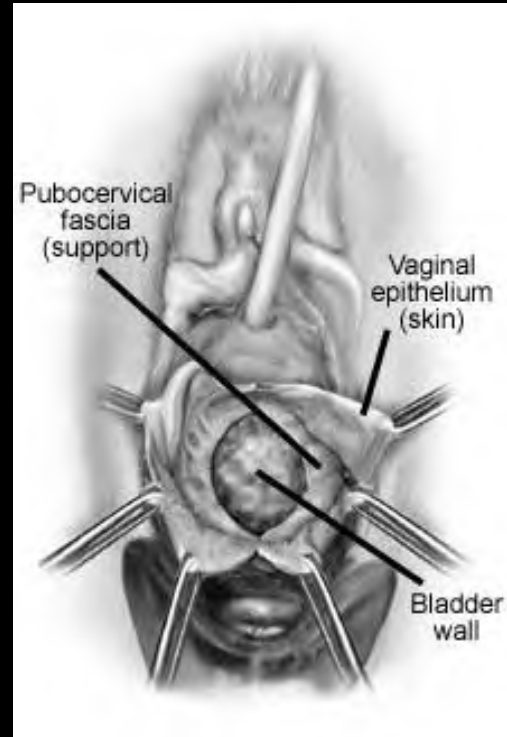
Siddiqui NY, Edenfield AL. Clinical challenges in the management of vaginal prolaps. International Journal of Women's Health. 2014;6: 83—9.

LeFort Colpocleisis

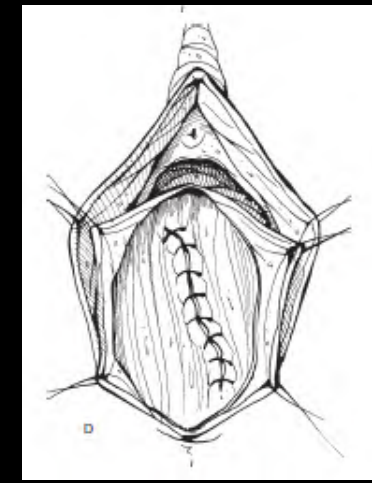
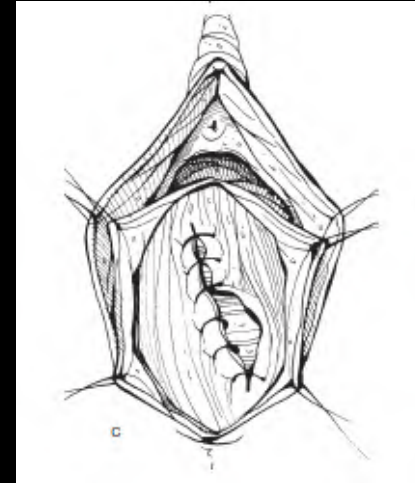
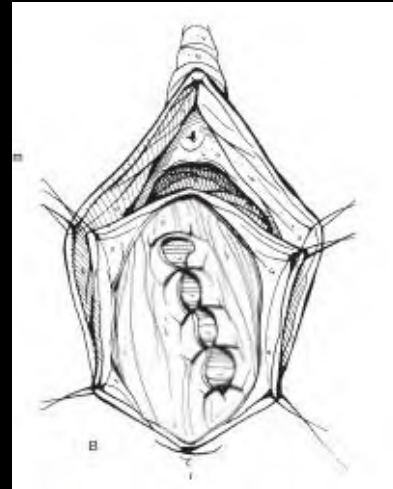
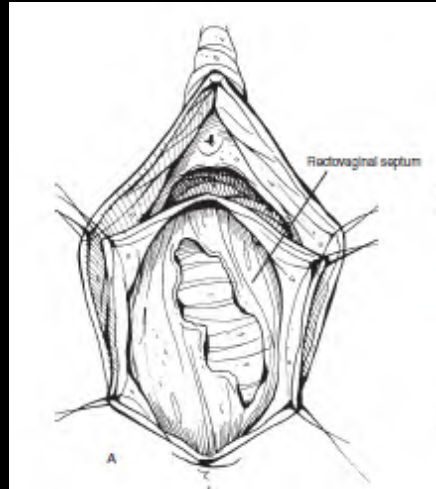


Ref: Zollinger's atlas of
surgical operation 2016
McGraw Hill Education.

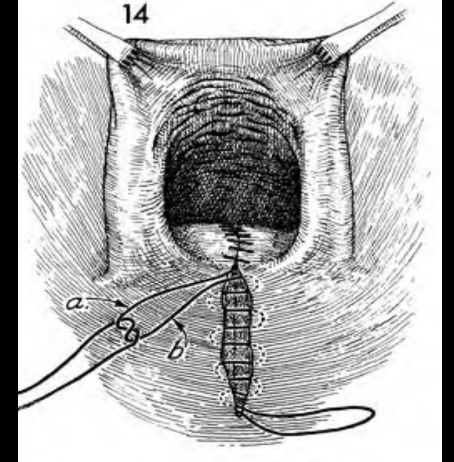
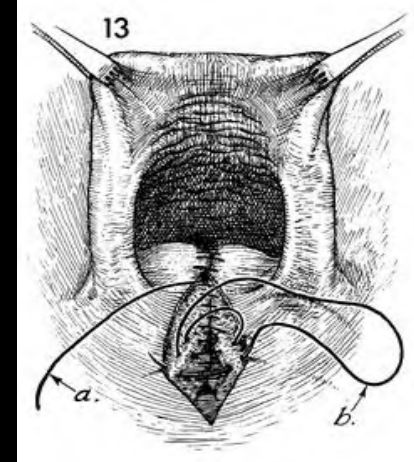
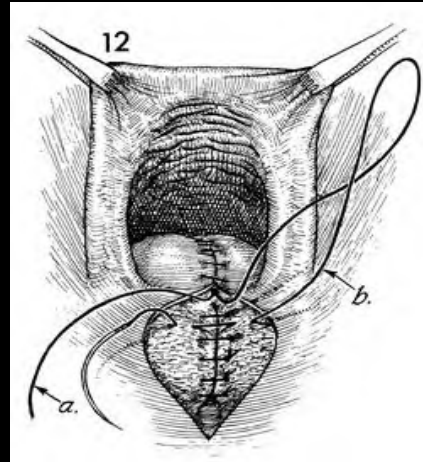
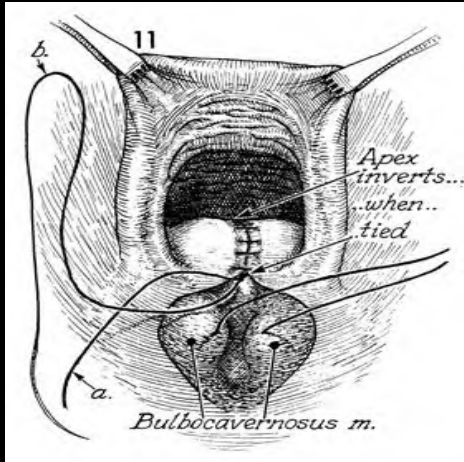
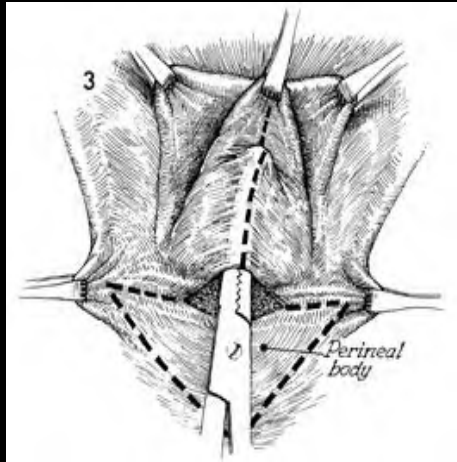
Level 2: Anterior colporrhaphy



Level 2: Posterior Colporrhaphy



Level 3: Perineorhaphy



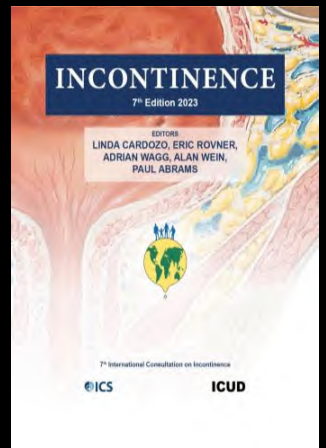
Total Vaginal Mesh surgery



Siddiqui NY, Edenfield AL. Clinical challenges in the management of vaginal prolaps. International Journal of Women's Health. 2014;6: 83—9.

Trans vaginal mesh

- Lower recurrence than native tissue repair
- Higher complications : erosion, chronic pelvic pain, reoperation
- US FDA warning since 2018 and withdraw all products in USA
- ICI 7th edition
 - No significant advantage over vaginal native tissue apical repairs and are associated with mesh erosions. (GoR A)



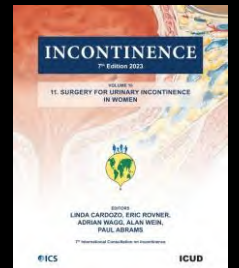
Cardozo, L., Rovner, E., Wagg, A., Wein, A., & Abrams, P. (Eds.). (2023). Incontinence (7th ed.).



Recurrence of anterior colporrhaphy

- Recurrence 30 %
- Reoperation of failure case 20%

Abrams,P, Cardozo, L, Wagg, A, Wein, A. (Eds) Incontinence 7th Edition (2023). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK





Pitfalls

- Not informed about the failure rate
- Should advices all possible choices
- Patient has high expectation



Case # 4.

- Female 40 years old Para 1-0-0-1 last 15 years
- CC palpable mass at the anterior vaginal wall 5 m
- PI dyspareunia , difficult having sexual intercourse. Pressure in vagina. Post void dripping.
- PH, SH WNL

Pelvic examination

MIUB: Normal

Vagina: Atrophic mucosa,

Cystic mass at anterior vaginal wall 5 cm
in diameter, 3cm from urethral meatus,
not tender

Cervix: No lesion

Uterus : Small size, not tender

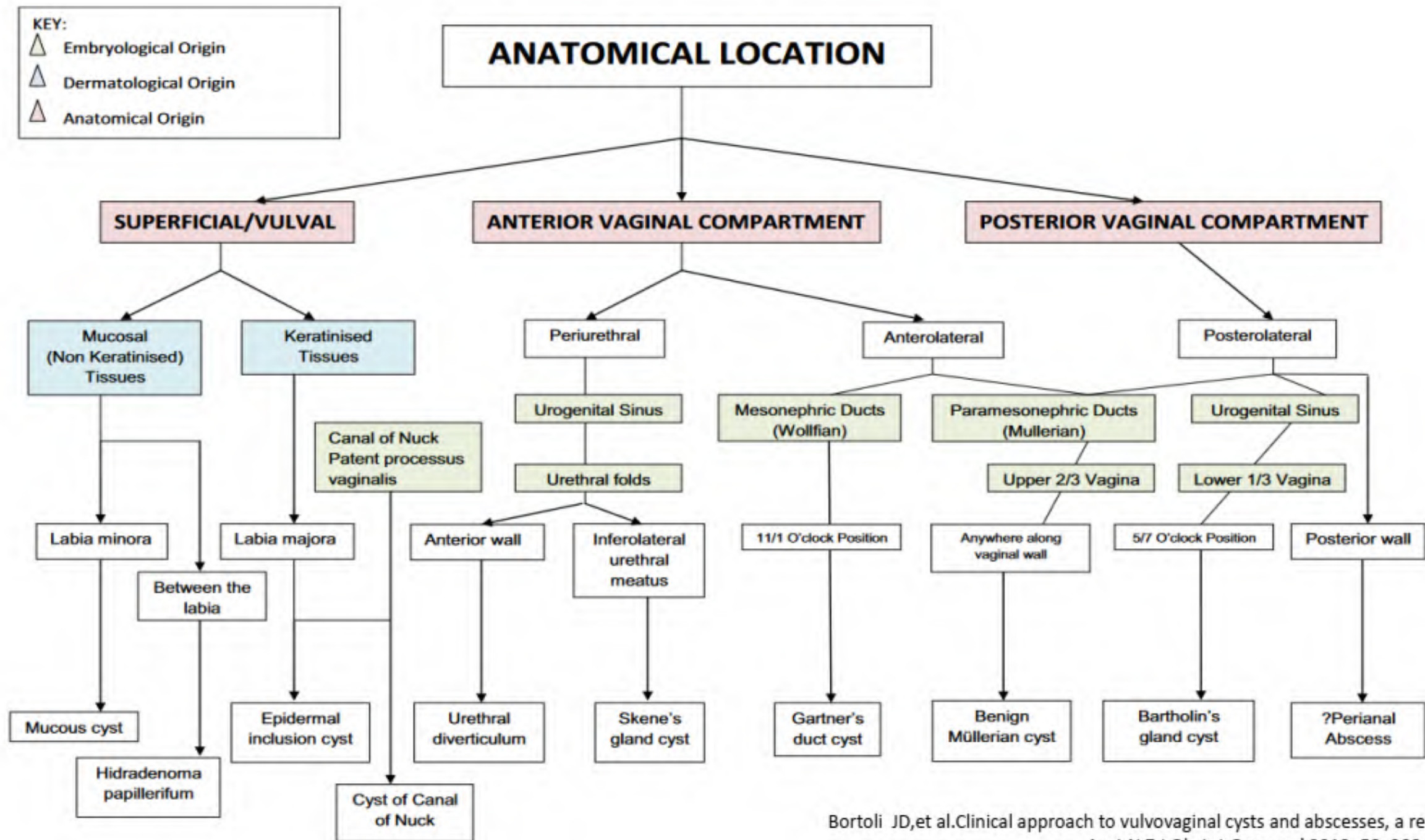
Adnexa: No mass, not tender





Case # 3.

- Gynecologist suspected Gartner duct cyst
- TVS notice the an -echogenic mass anterior vaginal wall diameter 5 cms
- She had the operation: excision of Gartner duct cyst
- During operation: injury to urethra, intra operative diagnosis: urethral diverticulum
- Consult Urologist: urethral repair.
- She developed urethral stricture and need frequent urethral dilatation





โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

Urethral diverticulum

- Urethral diverticula (UD) is urine-filled periurethral cystic structures adjacent to the urethra within the confines of the pelvic fascia, connected to the urethra via an ostium



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
มหาวิทยาลัย

Urethral diverticulum

- Incidence of female UD: 0.02%–6%
- Mean age of 45 years (30-60)

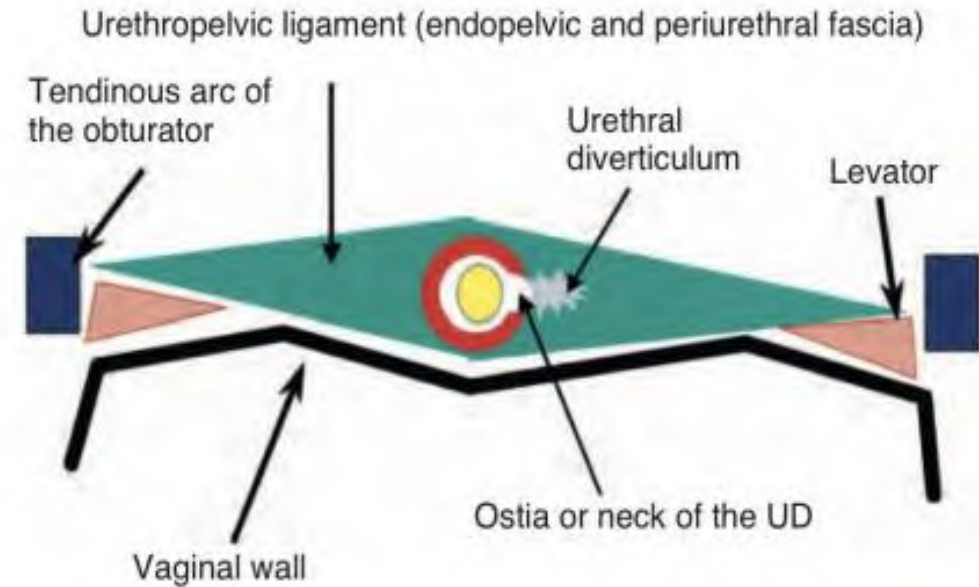
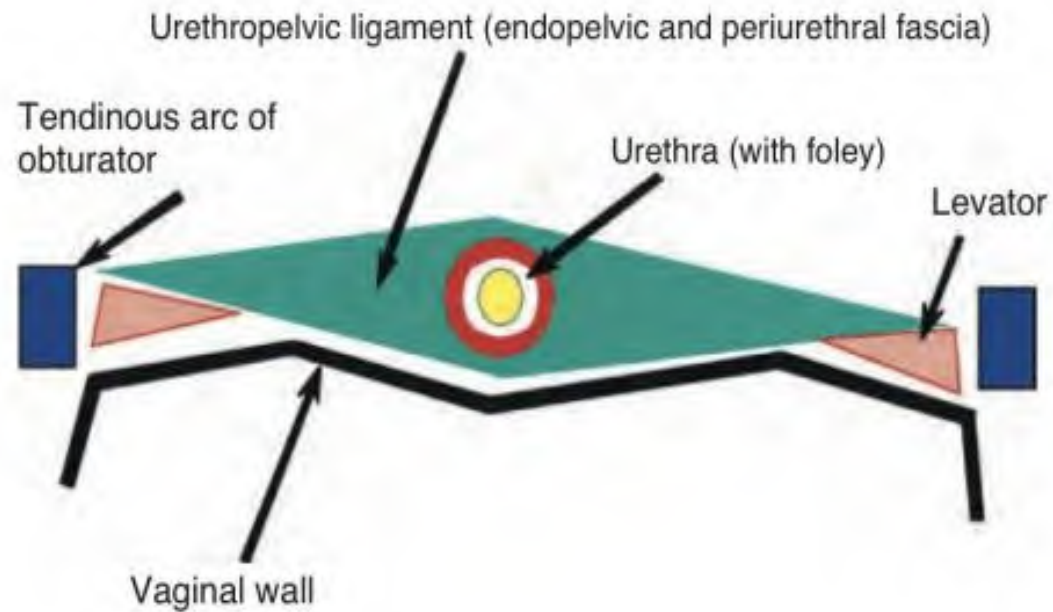


โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

Urethral diverticulum

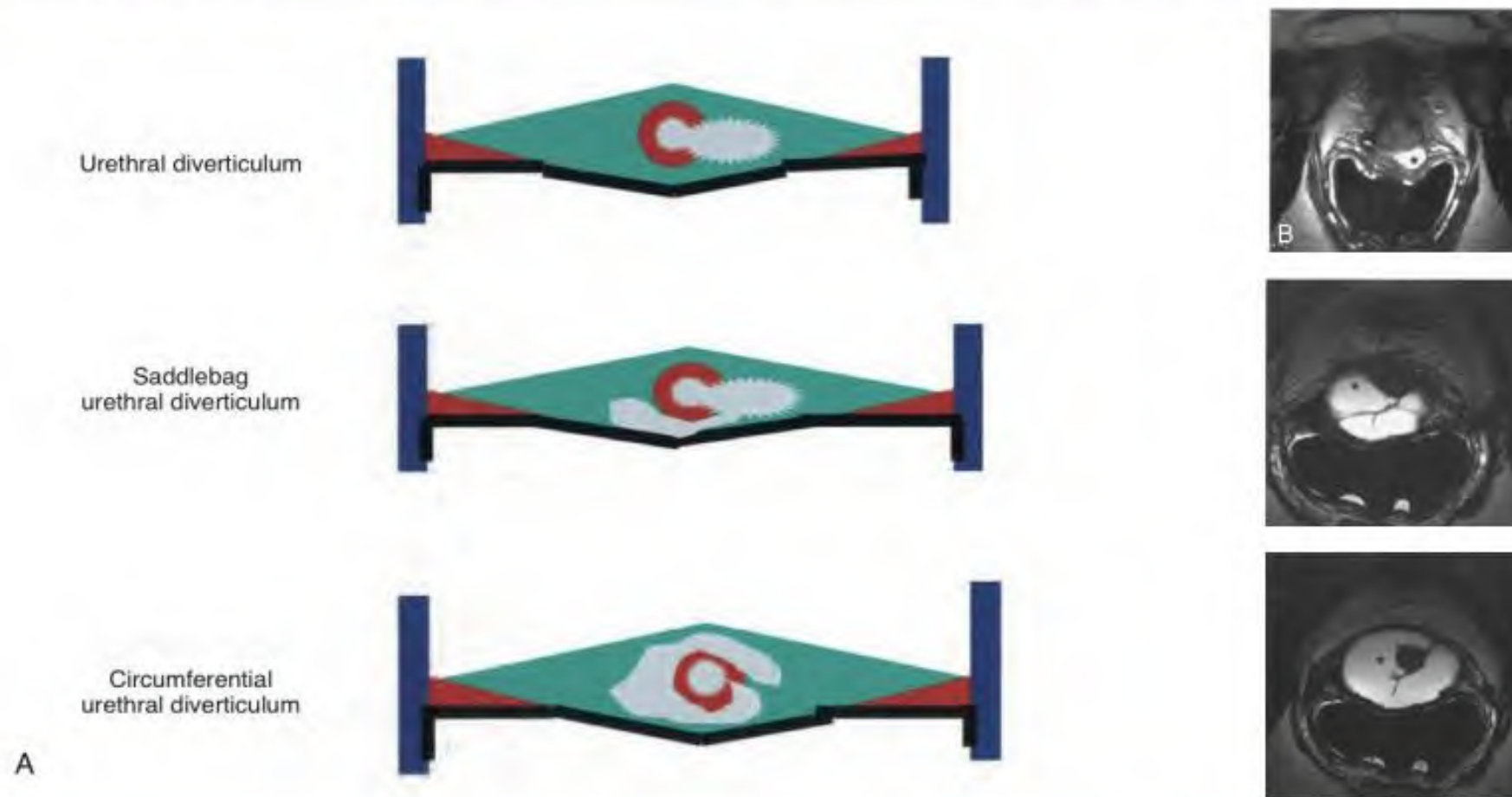
- Most UD are located ventrally over the middle and proximal portions of the urethra
- 1 to 3 cm anterior vaginal wall inside the introitus

Urethral diverticulum: Anatomy





Morphologies of urethral diverticulum





Etiology

- The etiology of UD: Acquired and congenital (rare)
- Most widely accepted theory is infection of periurethral glands
 - Leads to obstruction of the glands, local abscess formation -> rupture into the urethral lumen
- Trauma secondary to childbirth
 - In fact, 15%–20% of patients diagnosed with UD are nulliparous



Clinical symptoms

SYMPTOMS

- Vaginal or pelvic mass
- Pelvic or urethral pain
- Dysuria
- Frequency, urgency, incontinence
- Postvoiding dribbling
- Hesitancy
- Vaginal or urethral discharge
- Incomplete emptying

SIGNS

- Recurrent UTI
- Hematuria
- Vaginal or perineal tenderness
- Urinary retention
- Vaginal mass



Clinical symptoms

SYMPTOMS

- Vaginal or pelvic mass

SIGNS

- Recurrent UTI

The classic triad of UD is known as “3 Ds”

- Dysuria
- Dyspareunia
- Dribbling

- Hesitancy
- Vaginal or urethral discharge
- Incomplete emptying

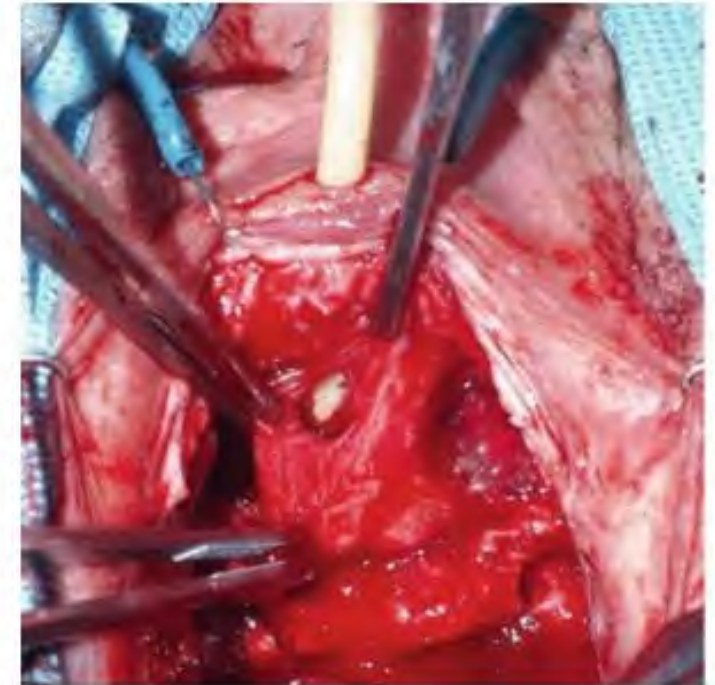
Urethral diverticulum



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย



Urethral diverticulum



Anterior vaginal cyst

Periurethral area

- Skene's gland cyst
 - Inferolateral and distal to urethra
 - Often distorting meatus
 - Not communicate with urethral lumen
- Urethral diverticulum
 - Most occur over mid- and proximal urethra





Anterolateral vaginal cyst

Gartner's duct cysts

- Fluctuant cysts
- Anterolateral wall of the upper third of vagina at 1 o'clock and 11 o'clock

Benign Müllerian cysts

- Anterolateral along the vaginal wall

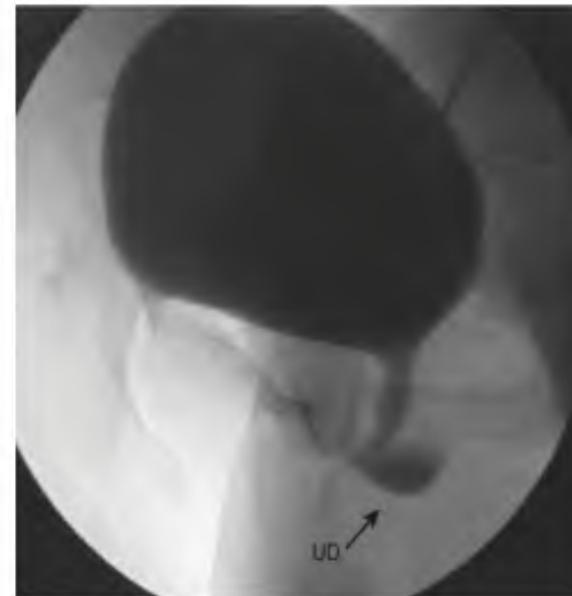
Endoscopic Examination

- A blunt-tip urethroscope and 0° or 30° lens is used to evaluate the urethra
- Anterior vaginal wall is compressed with a finger in the vagina, and the urethral lumen is inspected for any expression of effluent from the floor or roof of urethra



Voiding cystourethrogram

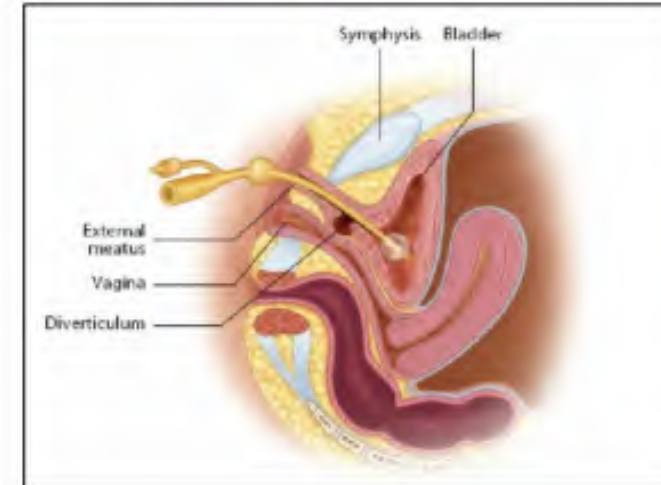
- Assessment of bladder neck and urethra
- Sensitivity for UD 44 – 95%
- In the absence of voiding, UD will often not be seen





Retrograde Positive-Pressure Urethrography

- Reported by Robertson to have a 90% accuracy
- However, this technique is now rarely utilized
 - PPU is a painful procedure for patients, often necessitating anesthesia
 - It is also a technically difficult study that requires a special catheter



Ultrasonography

- Transvaginal, translabial, suprapubic, perineal, and TRUS
- Ultrasonography is recommended as the first-line imaging modality
 - Availability, Cost-effective imaging and not involve ionizing radiation





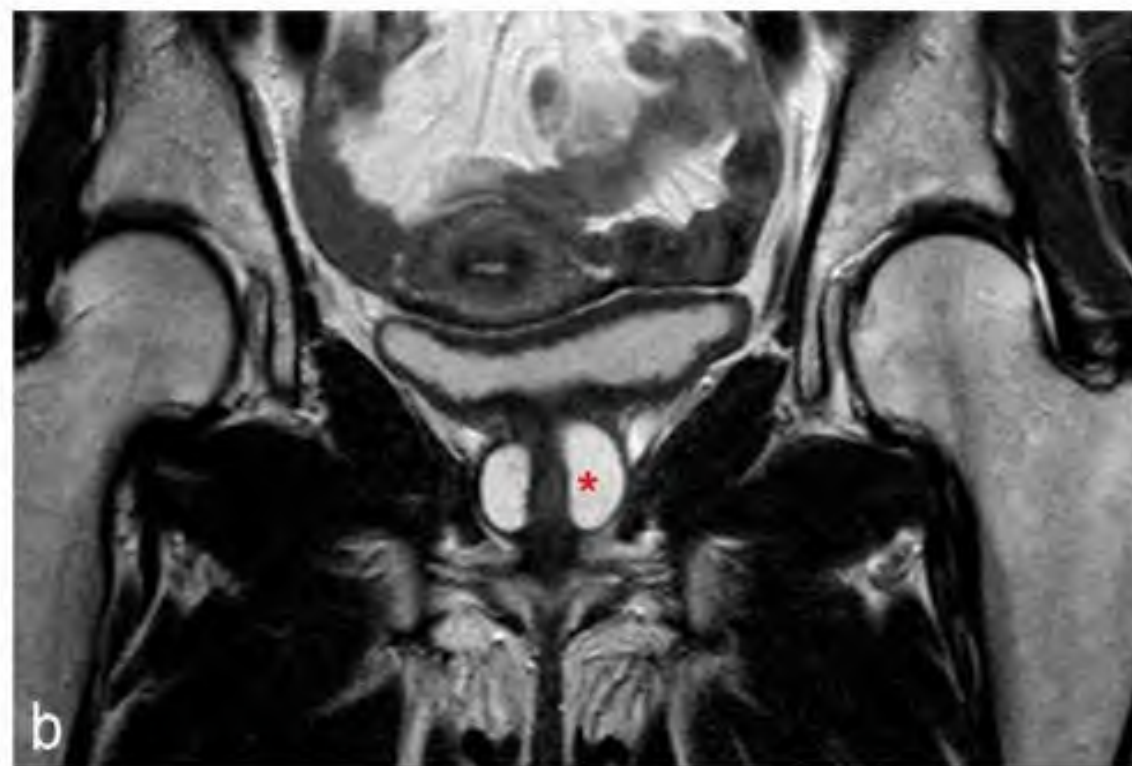
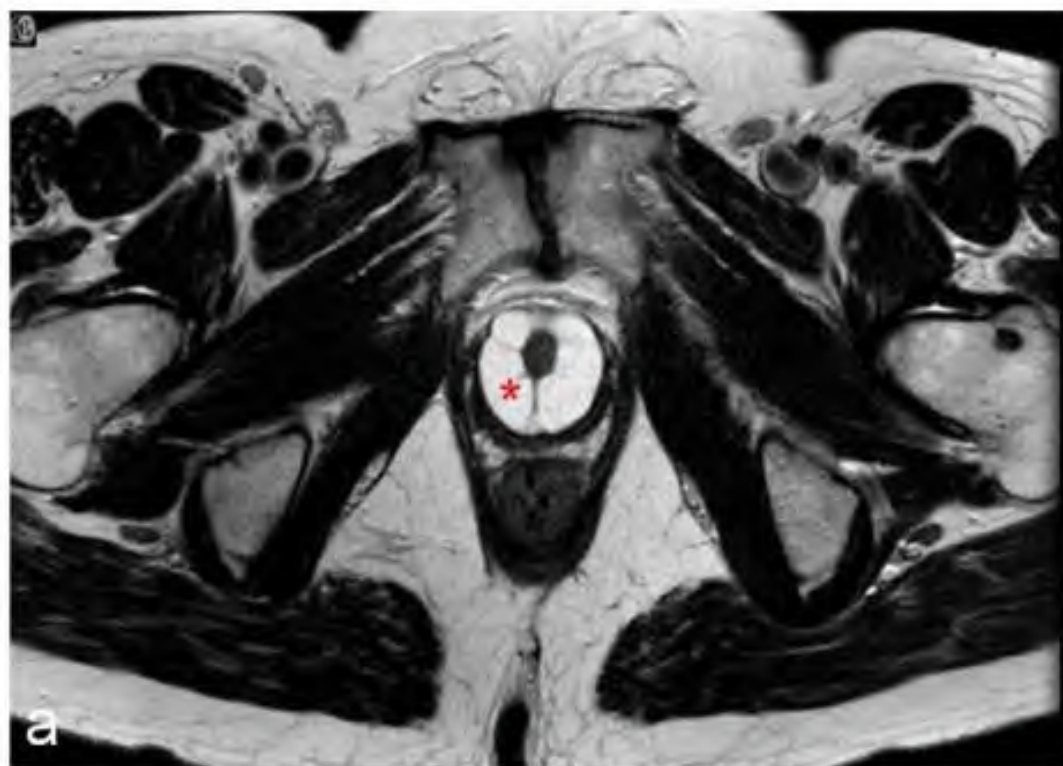
Magnetic resonance imaging

- Most useful diagnostic tool for UD
 - High sensitivity for identifying fluid-filled cavities
- Helpful in defining the extent of UD
- Differentiating it from other urethral or vaginal masses
 - Malignancy, paraurethral cysts, and Gartner's duct cysts



โรงพยาบาลพระปกเกล้า
มหาวิทยาลัย

Magnetic resonance imaging





Magnetic resonance imaging

- Kim et al. reported 100% sensitivity of MRI in the detection of UD
- Chung et al. reported up to a 24% discrepancy between MRI and surgical findings



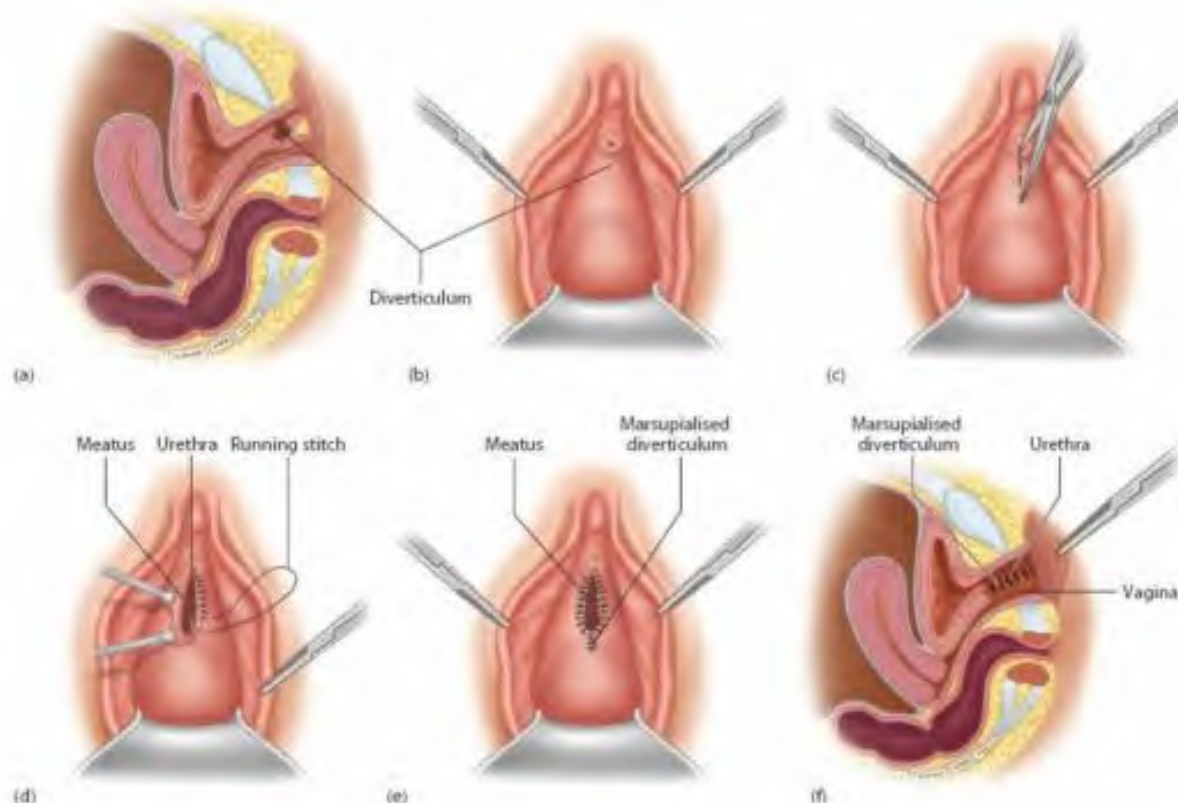
Magnetic resonance imaging

- **6th International Consultation on Incontinence**
 - In cases of suspected UD, appropriate imaging (PPU, VCUG, urethroscopy, ultrasound, MRI) is recommended
 - Data show a higher accuracy of MRI
 - **MRI remains the gold standard for diagnosis of UD**
 - Level of evidence 3 – Grade of recommendation C

Transvaginal marsupialization

Transvaginal marsupialization known as Spence procedure (OPD case)

- One blade of the scissors is placed in the vagina and the other in the urethra; the incision results in marsupialization of the cavity

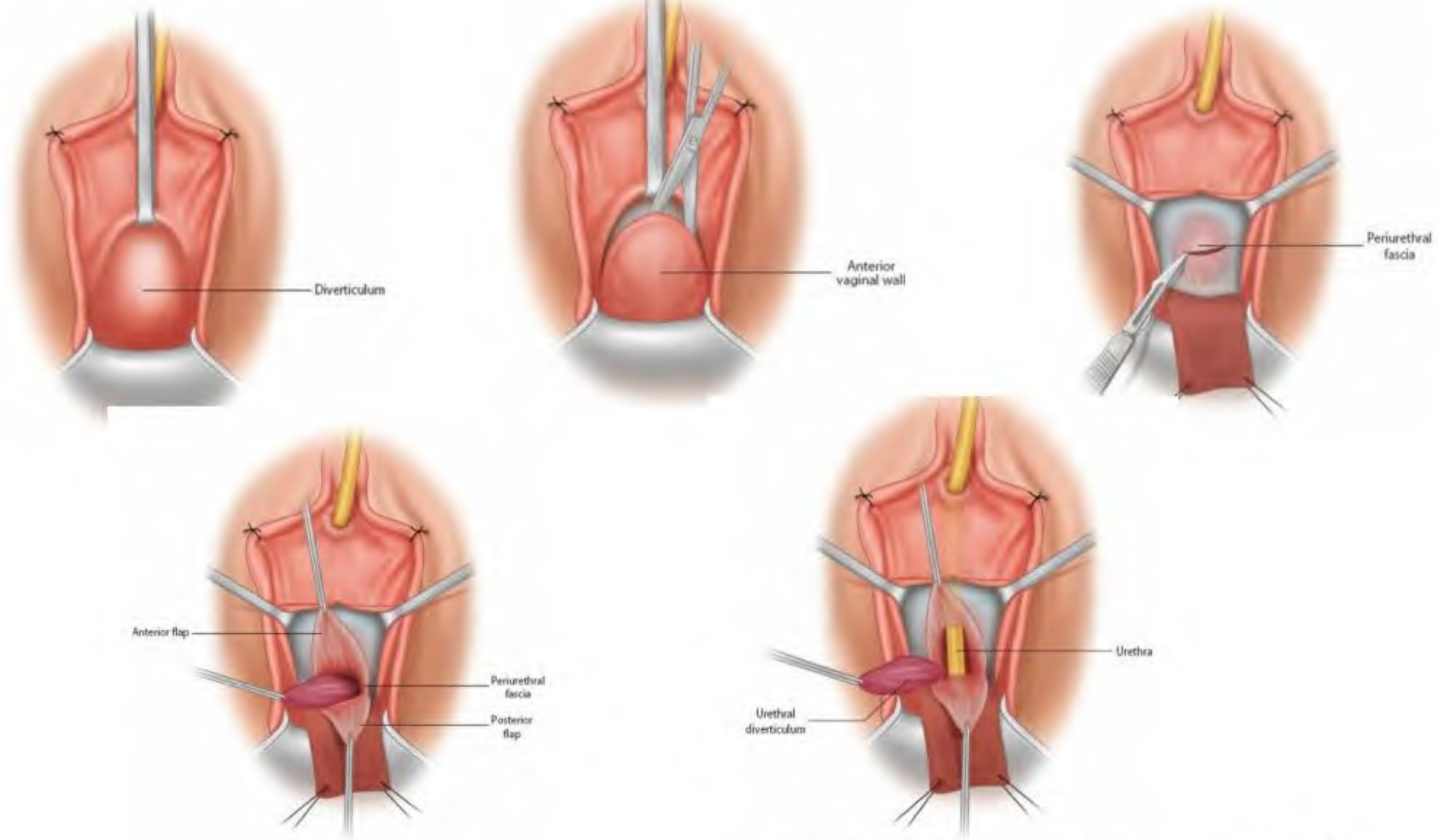


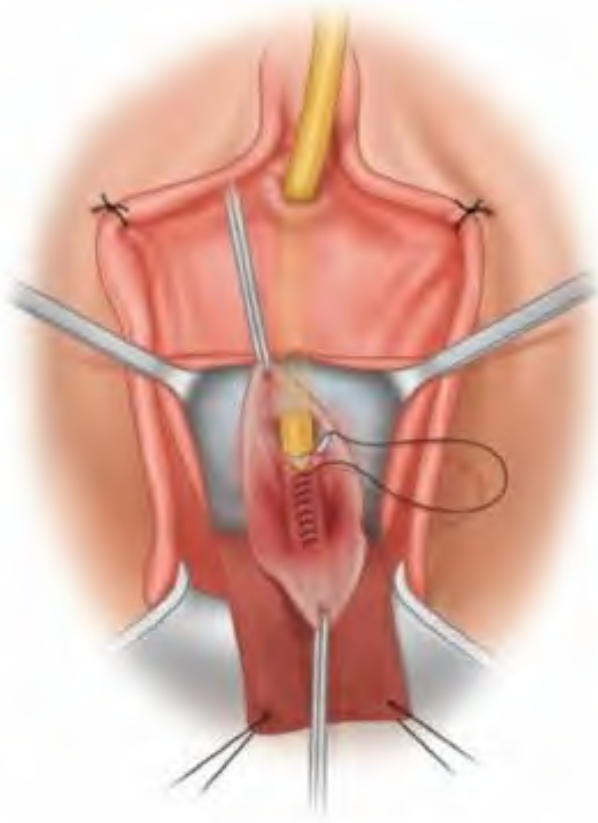


Excision with vaginal flap technique

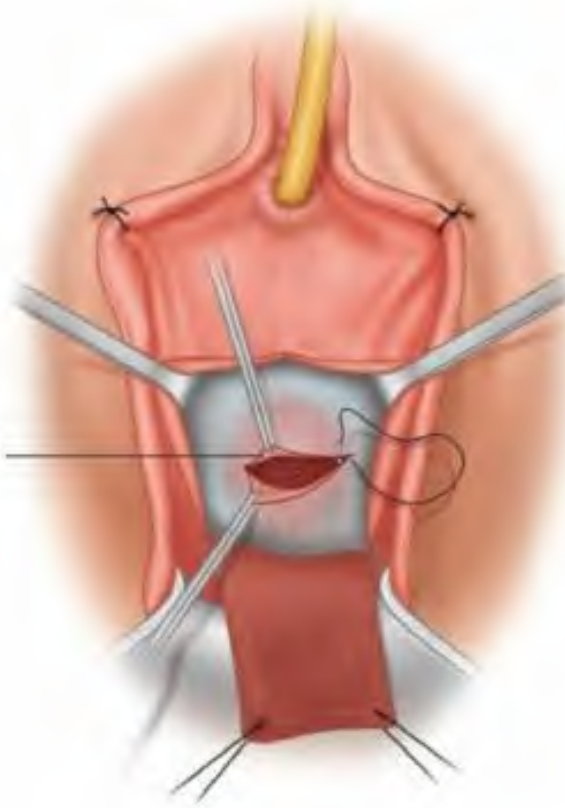
Transvaginal diverticulectomy

- For all midurethral or proximal UD preferred transvaginal flap technique
 - Complete resection of the UD
 - Three-layer closure and avoidance of overlapping suture lines
- Success rate > 90%

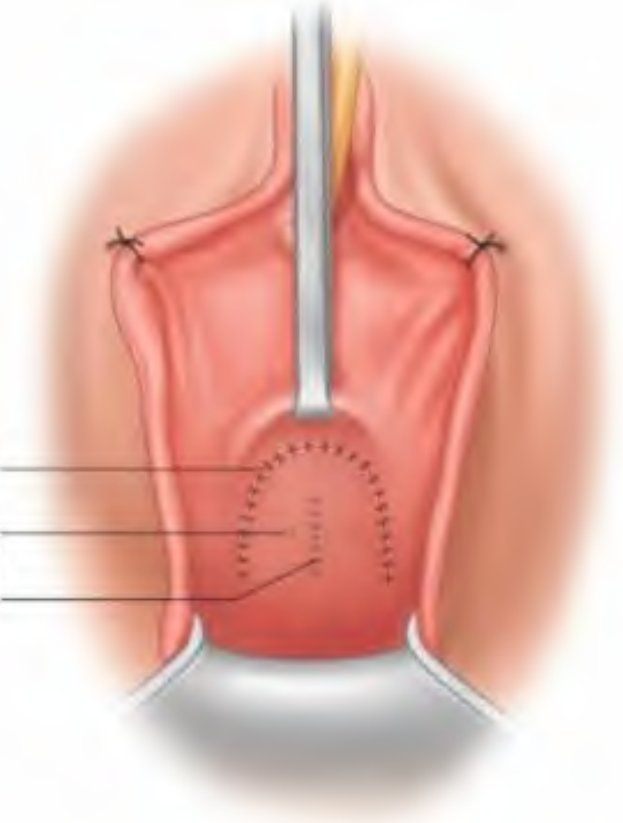




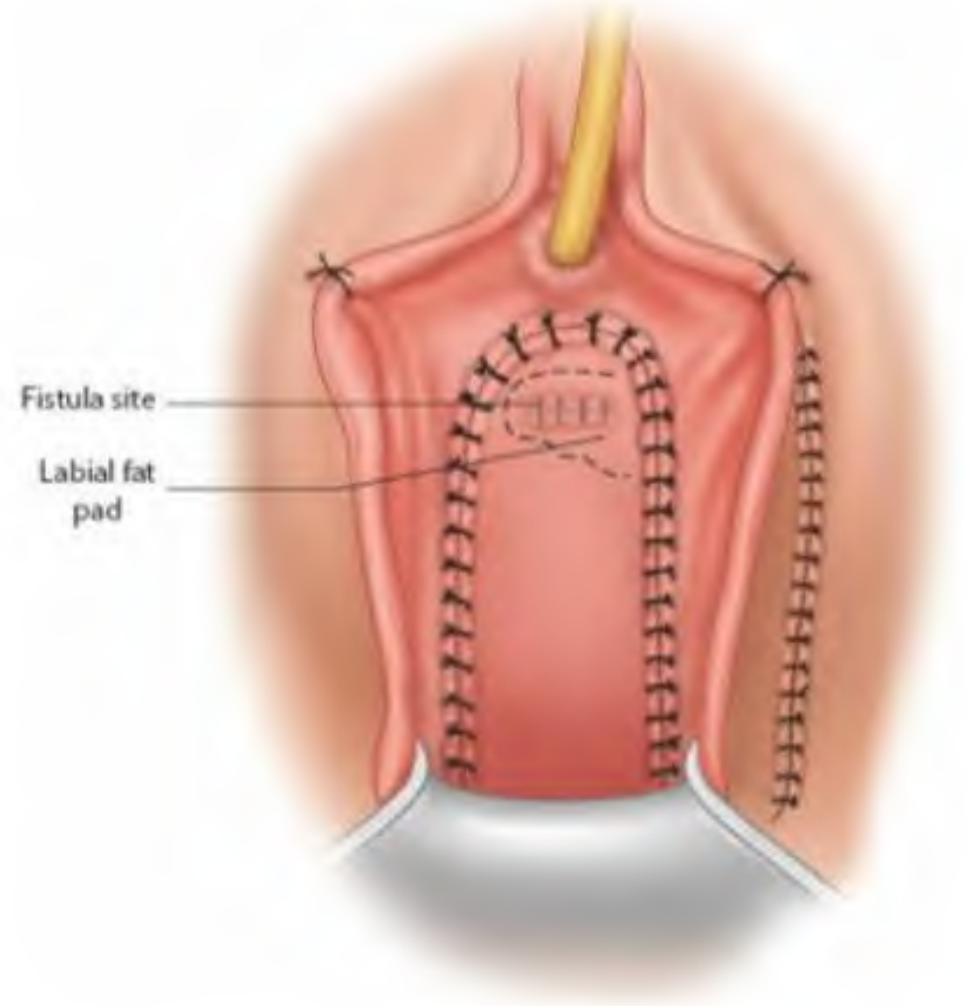
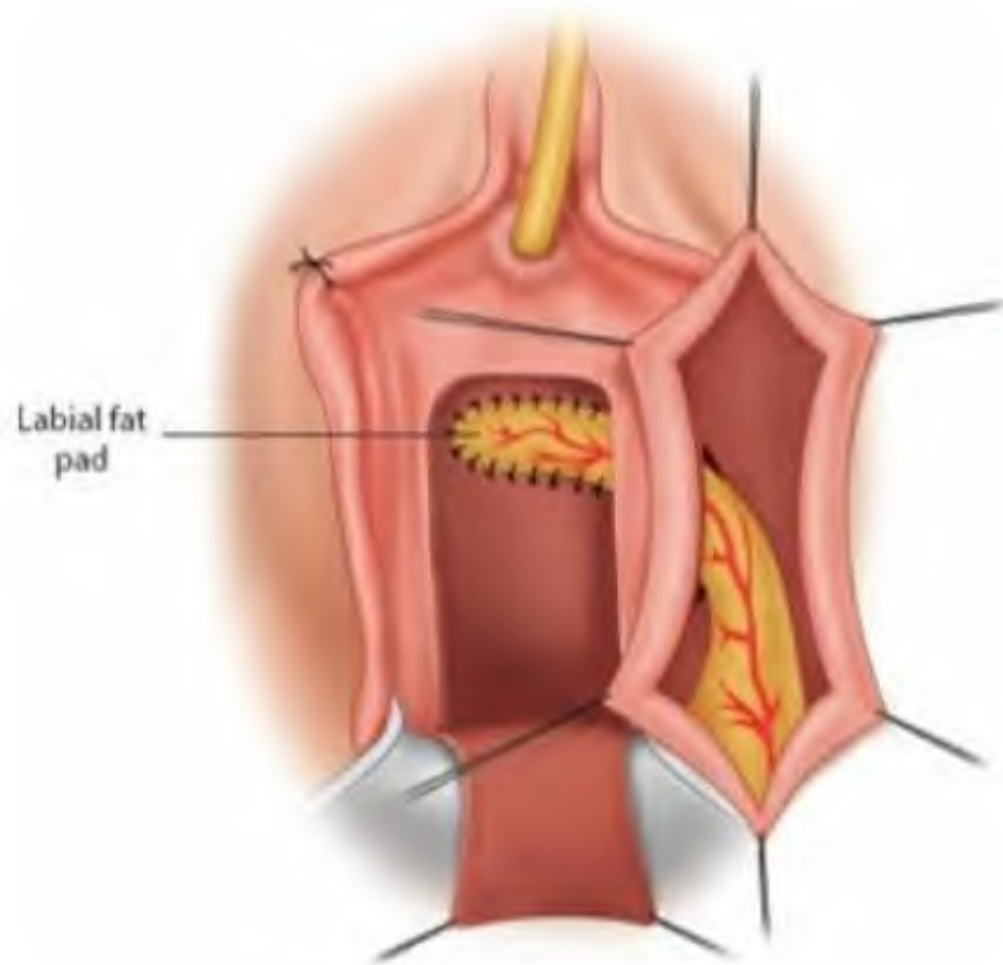
Periurethral
fascia



aginal wall
suture
eriurethral
scia suture
Urethral
suture



Leach GE and Ganabathi K, Atlas Urol Clin North Am, 2, 73, 1994.





Pitfall

- Wrong diagnosis led to improper management
- In case of suspected anterior vagina wall mass
 - MRI
- Or performed just marsupialization



Case #4

- 25 years old women G1P0 38 weeks having NL by nurse at a Center hospital
- She had OASIS undetected and developed Rectovaginal fistula
- She perform legal action for compensation



เคสฟ้องร้องต่างประเทศ #1 OASIS (สหราชอาณาจักร)

- มีเคสที่ได้รับการเปิดเผยโดยสำนักงานกฎหมาย Clarke Willmott:
- หญิงรายหนึ่งได้รับบาดเจ็บจากการคลอดโดยใช้ **forceps** ซึ่งทำให้เกิด **third-degree anal sphincter tear** แต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเพียง **second-degree tear** และไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยมีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ ต้องควบคุมอาหารและใช้ยาเหน็บทุกวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก
- เคสนี้จบลงด้วยการที่โรงพยาบาลยอมรับผิดชอบ และมีการชดเชยเป็นเงิน **£62,500**



เคสฟ้องร้องต่างประเทศ #2 OASIS (สหราชอาณาจักร)

- **GB Case 2: SP v. Luton & Dunstable University Hospitals NHS Trust – £85,000 Settlement**
- **Incident:** Forceps were used without performing an episiotomy during the birth of the claimant's second child, resulting in a fourth-degree tear.
- **Complications:** Permanent bowel and bladder symptoms, faecal urgency, dyspareunia, and nerve damage.
- **Legal Outcome:** The Trust admitted liability after prolonged litigation and the case settled for **£85,000**.
- **Key Failures:** No episiotomy, excessive force with forceps, poor documentation, and lack of postnatal follow-up



USA: Review of 19 Malpractice Cases (1964–2011)

- **Findings:** Out of 68 reviewed cases, 19 were relevant to OASI. Six were ruled in favor of plaintiffs.
- **Compensation Range:** Between \$110,000 to \$841,810.80.
- **Common Allegations:** Negligent episiotomy, poor documentation, lack of specialist referral.
- **Protective Factors for Physicians:** Thorough medical records, proper discharge instructions, and timely specialist referrals



Malaysia: Case: Kerajaan Malaysia & Anor v NRAR [2024] 5 MLRA 703

Background

- The plaintiff (Respondent) gave birth at **Taiping Hospital** on **3 May 2017**.
- She suffered a **third-degree perineal tear**, resulting in **obstetric anal sphincter injury**.
- Initial surgical repair was done the next day, but complications arose—**sutures reopened**, leading to further intervention

Medical Complications

- A **defunctioning stoma** was performed.
- Later, she underwent **graciloplasty and sacral neuromodulation (SN)** at **PPUM** due to failed initial repair and severe nerve damage.
- Her condition did not improve, and she alleged **negligence** in the hospital's management.



Malaysia Case

Medical Complications

- A **defunctioning stoma** was performed.
- Later, she underwent **graciloplasty and sacral neuromodulation (SN)** at **PPUM** due to failed initial repair and severe nerve damage.
- Her condition did not improve, and she alleged **negligence** in the hospital's management.



รัฐบาลมาเลเซียและโรงพยาบาล ยอมรับความรับผิดชอบ
มีการออกคำพิพากษาตามข้อตกลง (Consent Judgment) โดยมีรายละเอียดการชดเชยดังนี้

ประเภทของค่าเสียหาย	จำนวน (ริงกิตมาเลเซีย - RM)	รายละเอียด
ค่าเสียหายทั่วไป (General Damages)	1,000,000	ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และการสูญเสีย ความสามารถในการใช้ชีวิตตามปกติ
ค่ารักษาพยาบาลในอนาคต (Future Medical Treatment)	100,000	ค่ารักษาด้วย SN (Sacral Neuromodulation) และการทดสอบ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า
ค่าเสียหายเพิ่มเติม (Aggravated Damages)	300,000	ความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ
ค่าทนายความ (Counsel Costs)	7,500	ค่าดำเนินการในศาลสูง
ค่าผู้แทนทางกฎหมาย (Advocacy Costs)	50,000	ค่าจ้างตัวแทนทางกฎหมายในการว่าความ



ผลการอุทธรณ์ (Appeal Outcome)

- ศาลอุทธรณ์ได้ปรับลดค่าเสียหายทั่วไปจาก **RM1,000,000 (7,680,000 บาท)** เหลือ **RM300,000 (2,302,831 บาท)** โดยให้เหตุผลว่า จำนวนเดิมนั้นสูงเกินไป
- คำร้องขอเพิ่มเติมของโจทก์ (เช่น ค่าผ่าตัดกลับลำไส้, ฤๅงเก็บอวัยวะ, ค่าเดินทาง) ถูก ปฏิเสธ เนื่องจากไม่มีหลักฐานเพียงพอ

Reference: <https://monco.my/kerajaan-malaysia-anor-v-nrar-2024-5-mlra-703/>



แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การดูแลสตรีหลังคลอดที่มีการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก

RTCOG Clinical Practice Guideline

Obstetric Anal Sphincter Injury Surgery (OASIS)



เอกสารหมายเลข GYN 67-032

จัดทำโดย คณะอนุกรรมการนรีเวชระบบทางเดินปัสสาวะและเวชศาสตร์ซ่อมเสริม
พ.ศ. 2565-2567

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567

วันที่อนุมัติต้นฉบับ 21 มิถุนายน 2567



การวินิจฉัยการฉีกขาดของหลอดเลือดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

- การตรวจทางทวารหนักถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้การเย็บซ่อมแซมจุดที่ฉีกขาดได้ครบถ้วน
- ถ้าไม่ตรวจทางทวารหนัก อาจไม่ทราบว่ามี การฉีกขาดของเยื่อทวารหนักได้



การเย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

- แนะนำให้ดำเนินการตามระดับขีดความสามารถและความพร้อมของบุคลากร ดังนี้
 - ผู้ที่ทำการเย็บซ่อมช่องทางคลอดและหูรูดทวารหนักที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไปควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอนุสาขาเวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมซ่อมเสริมหรือสูตินรีแพทย์ที่มีประสบการณ์ หรือเคยได้รับการฝึกอบรมการเย็บซ่อมหูรูดทวารหนักมาแล้ว
 - สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือสูตินรีแพทย์ ที่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมการเย็บซ่อมหูรูดทวารหนักมาก่อน แนะนำให้ส่งต่อ
 - โดยอาจปิดผ้าก๊อชที่แผลไว้ก่อน เพื่อรอการเย็บซ่อมแซมหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีความพร้อมในการเย็บซ่อมแซม หลังจากกล่อมเนื้อหูรูดทวารหนักฉีกขาดได้นาน 8-12 ชั่วโมง มีรายงานพบว่า ผลลัพธ์ของการเย็บหูรูดทวารหนักที่มีการรอในช่วง 8-12 ชั่วโมง หลังจากการฉีกขาดไม่มีความแตกต่างของการเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ (anal incontinence) และอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่ออวัยวะเชิงกรานเมื่อเทียบกับการเย็บทันที⁽⁴⁾
- กรณีที่มีการฉีกขาดอย่างมาก ควรทำการเย็บซ่อมแซมหูรูดทวารหนักในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นห้องปราศจากเชื้อ มีอุปกรณ์สำหรับทำผ่าตัดเพียงพอและเหมาะสม มีแสงสว่างเพียงพอ
- กรณีที่ระงับปวดจากการใช้ยาชาเฉพาะที่ เช่น local infiltration หรือ pudendal nerve block ไม่เพียงพอ ควรทำภายใต้การระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล



การเลือกใช้ suture material

- ควรเลือกใช้ไหมชนิด absorbable หรือ delayed absorbable
- โดยสามารถเลือกใช้ชนิด monofilament หรือ multifilament ก็ได้ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการใช้ การเกิด

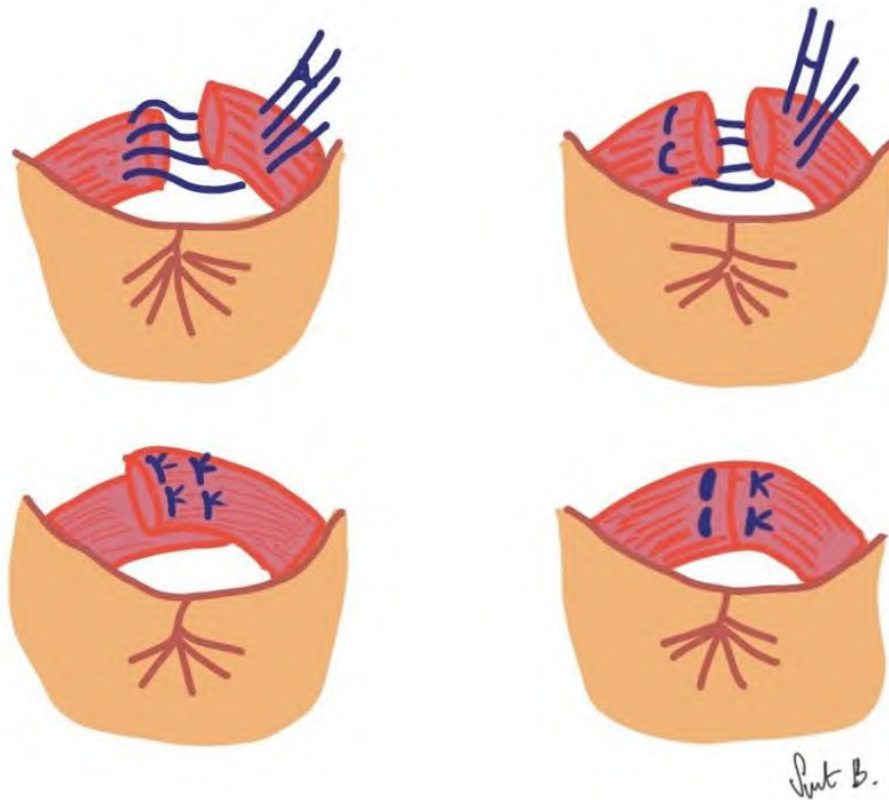
ภาวะแทรกซ้อนที่ 6 สัปดาห์

- การเย็บซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ควรมีการแยกชั้นของเนื้อเยื่อและเย็บแยกกันเป็นชั้น ๆ
- ไม่เย็บรวบทุกอย่างไว้ในการเย็บครั้งเดียว



เทคนิคการเย็บซ่อมแซมเยื่อบุทวารหนัก (anorectal mucosa)

มีเทคนิคในการเย็บซ่อมหลายวิธี⁽⁶⁾ เช่น เย็บแบบ interrupted โดยใช้ 3-0 Vicryl suture ผูกปมใหม่ให้อยู่ในรูทวารหนักหรือไม่อยู่ในรูทวารหนักก็ได้ หรืออาจเย็บแบบ continuous suture ด้วย 3-0 PDS suture ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาว่า การเย็บวิธีใดดีกว่ากันในการป้องกันการเกิด anovaginal และ rectovaginal fistula ไม่ควรเย็บด้วยเทคนิค figure-of-eight sutures เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด และขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อได้



ก.

ข.

รูปที่ 1 การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอก (external anal sphincter)

ก. เย็บแบบ overlapping ข. เย็บแบบ end to end





การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นในและชั้นนอก (internal and external anal sphincter)

- การเย็บซ่อมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน (internal sphincter)
 - การเย็บแบบ interrupted sutures และใช้เทคนิค end-to-end



การดูแลการฉีกขาดของรูทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

- ควรมีการตรวจทางทวารหนักอีกครั้งหลังจากที่เย็บซ่อมแซมแล้ว เพื่อตรวจสอบความเรียบร้อยในการเย็บ
- ไม่ควรพบไหมในรูทวารหนัก ในกรณีที่เย็บแบบไม่ให้ไหมอยู่ในทวารหนัก ในกรณีที่ฉีกขาดชนิด fourth degree tear เพื่อป้องกันการเกิด recto-vaginal fistula



การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Prophylactic Antibiotics)

- การศึกษาที่เป็นการทดลองแบบสุ่ม⁽⁸⁾ พบว่า การให้ยา second generation cephalosporin (cefotetan หรือ cefoxitin) ขนาด 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว
- หรือในกรณีที่แพ้ยา penicillin ให้ยา clindamycin ขนาด 900 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว
- สามารถลดการเกิดการติดเชื้อที่ฝีเย็บในช่วง 2 สัปดาห์หลังเย็บซ่อมแซมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก
- ยังไม่มีการศึกษาถึงประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องตามหลังการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก



• การใช้ยาระบาย (Postoperative bowel regimen)⁽⁷⁾

- กลุ่มของยาระบายที่ควรใช้คือ osmotic laxatives เช่น lactulose ระยะเวลาอย่างน้อย 3-10 วันหลังผ่าตัดซ่อมแซมฝีเย็บเพราะช่วยให้การถ่ายอุจจาระได้สะดวก
- ไม่ควรใช้ยาระบายกลุ่ม stimulant laxatives เช่น senna (senokot®) และ bulk-forming laxatives เช่น ispaghula husk (Fybogel®) เพราะอาจทำให้แผลที่เย็บเกิดการปริแตกได้เมื่อถ่ายอุจจาระ เนื่องจากอุจจาระแข็งและขนาดใหญ่ ในบางครั้งอาจทำให้ท้องผูกได้

• การให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (Postoperative analgesia)

- Non steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ acetaminophen เป็นยาแก้ปวดที่ควรใช้เพื่อลดอาการปวดจากแผลฝีเย็บ
- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ NSAIDs เน้นทางทวารหนัก ในกรณีที่มีการฉีกขาดเข้าไปในเยื่อทวารหนัก เพราะอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของบาดแผลที่ซึ้งลงได้
- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ opioids แก้ปวด เพราะอาจทำให้ท้องผูก แต่ถ้าจำเป็นที่จะต้องใช้ opioids ควรใช้ร่วมกับยาระบาย stool softener เช่น ยา docusate sodium (dioctyl®)

• การใส่สายสวนปัสสาวะ

- โดยพบภาวะปัสสาวะไม่ออกสูงถึงร้อยละ 33 ในรายที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักหลังการคลอด
- ควรพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะในรายที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ภายหลังจากที่ได้ทำการเย็บซ่อมแซมเรียบร้อยแล้ว ควรใส่สายสวนปัสสาวะทุกรายอย่างน้อย 24 ชั่วโมง⁽¹⁰⁾ และตรวจปัสสาวะคงค้างหลังถอดสายสวนว่าเกิน 150 มิลลิลิตรหรือไม่ ถ้าพบว่ามีปัสสาวะคงค้างเกิน 150 มิลลิลิตร ให้พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะต่อเนื่องไว้ 5-7 วัน⁽¹⁰⁾ ขึ้นกับความรุนแรงของแผลบริเวณฝีเย็บ โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปัสสาวะได้ปกติภายในเวลา 5-7 วัน^(11,12)



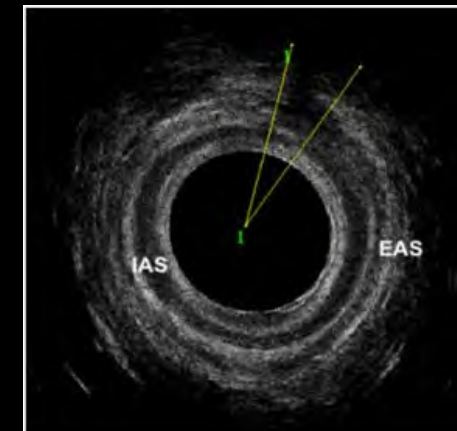
การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน

- ควรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถึงระดับความรุนแรงของการฉีกขาด การเย็บซ่อมแซมไหมที่ใช้เย็บและยาปฏิชีวนะที่ใช้
- ควรแจ้งสตรีหลังคลอดถึงการบาดเจ็บของหูดกล้ามเนื้อทวารหนักและการบาดเจ็บถึงชั้นเยื่อทวารหนักด้วย เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การดูแลหลังคลอดและวางแผนในการคลอดในครรภ์ถัดไป

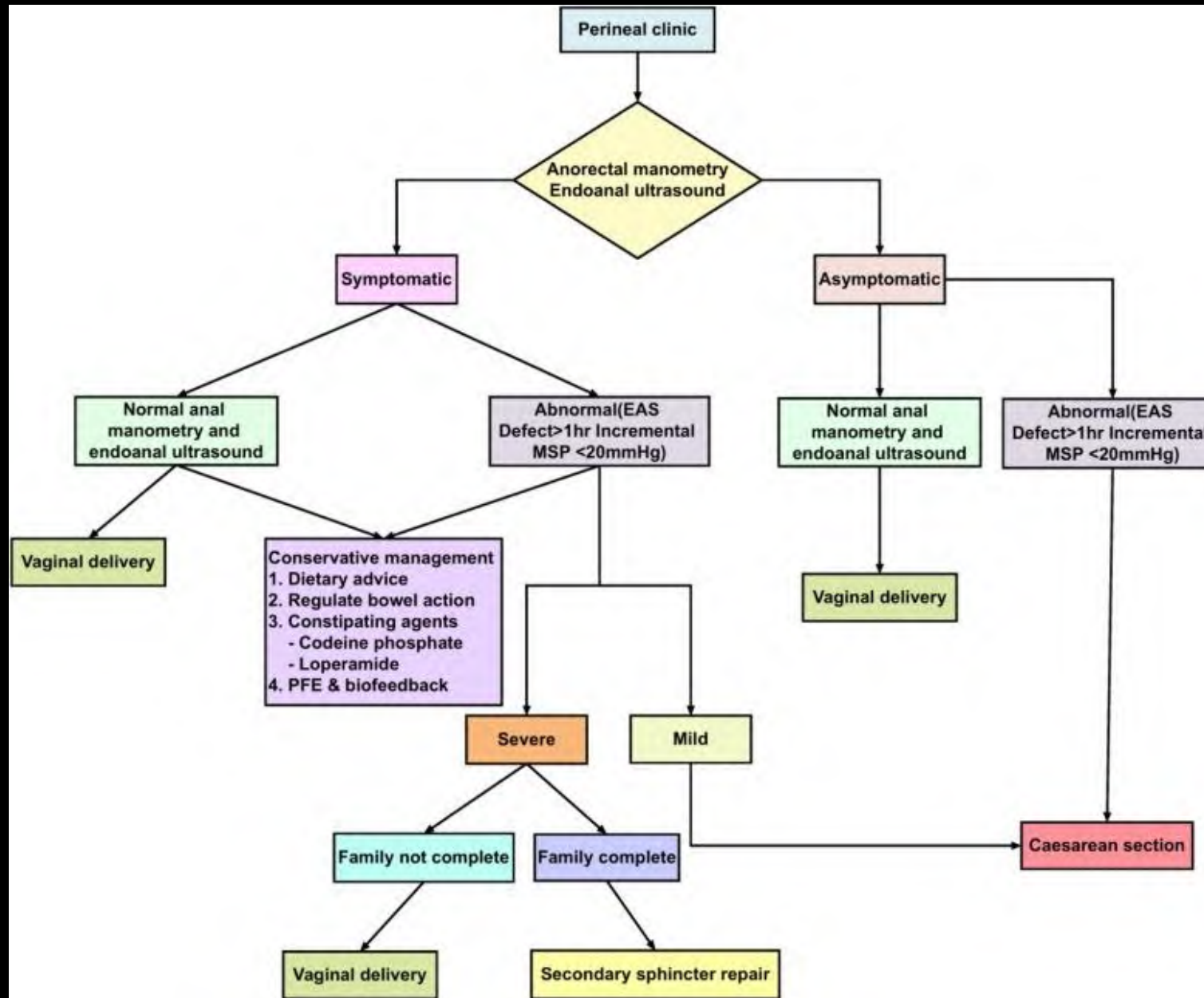


การคลอดบุตรในครรภ์ถัดไป

- ผู้ที่มีประวัติการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักมาก่อน จะมีโอกาสเกิดการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักซ้ำหลังการคลอดได้ร้อยละ 3-8 การตัดฝีเย็บแบบ mediolateral ในการคลอดทางช่องคลอดครั้งถัดไปจะช่วยลดการเกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักได้ถึงร้อยละ 80⁽¹³⁾
- Jordan และคณะ⁽¹⁴⁾ แนะนำการเลือกวิธีคลอดในสตรีที่เคยมีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักในครรภ์ก่อน โดยให้ประเมิน
 - ความสมบูรณ์ของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (endoanal ultrasound)
 - ปกติ คือ มีการขาดหายไปของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอกจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงน้อยกว่า 30 องศา
 - ประเมินแรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anal manometry)
 - มีแรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท



Protocol used to decide on the mode of subsequent delivery in women with a history of obstetric anal sphincter injuries (OASIs)





ถ้าไม่สามารถตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางทวารหนักและวัดแรงบีบ ของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักได้

- ก. ในรายที่ไม่มีอาการหรือมีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้เพียงเล็กน้อย แนะนำให้ทำผ่าตัด
คลอด
- ข. รายที่มีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้อย่างรุนแรง พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด และเย็บ
แผลตามระดับความรุนแรงของการคลอดครั้งนั้น
- ส่วนการเย็บซ่อมแซมหูรูดทวารหนักที่มีการฉีกขาด จะทำเมื่อมีบุตรเพียงพอแล้ว โดยต้อง
ทำภายหลังคลอดตั้งแต่ 4-6 สัปดาห์ขึ้นไป



สรุป

- การฝึกขาของหุรุดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตรถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและอาจพบได้หลังการคลอดบุตรทางช่องคลอด
- การตรวจภายในและการตรวจทางทวารหนักเป็นสิ่งที่ต้องทำก่อนที่จะทำการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเย็บซ่อมแซมที่ไม่ครบถ้วน
- เมื่อตรวจพบว่า มีการฝึกขาของหุรุดทวารหนัก ต้องทำการเย็บเป็นชั้น ๆ
- ผู้เย็บต้องมีประสบการณ์ในการเย็บ ทำในห้องปราศจากเชื้อและมีการติดตามหลังรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการฝึกขาของหุรุดทวารหนัก



Legal Perspective on Urogynecology Malpractice

- **Common Claims:**

- Surgical errors (e.g., mesh complications, nerve damage)
- Failure to diagnose pelvic floor disorders
- Inadequate informed consent

- **Compensation May Include:**

- Medical expenses
- Pain and suffering
- Loss of income
- Long-term care costs

Toma-Tumbar L, Nagy RD, Marinaş MC, Iliescu DG, Cara ML. Navigating the Complex Terrain of Obstetrics and Gynecology Malpractice: Stakeholders, Expectations, and Legal Implications. J Clin Med. 2025 Mar 26;14(7):2266.



Risk Mitigation Strategies

- Improve **documentation** and **informed consent**
- Follow **clinical guidelines** rigorously
- Use **multidisciplinary teams** for complex cases
- Provide **clear communication** about risks and alternatives
- Supervise trainees closely during procedures

Toma-Tumbar L, Nagy RD, Marinaş MC, Iliescu DG, Cara ML. Navigating the Complex Terrain of Obstetrics and Gynecology Malpractice: Stakeholders, Expectations, and Legal Implications. J Clin Med. 2025 Mar 26;14(7):2266.



คลินิกเวชศาสตร์ความงาม และฟื้นฟูสภาวะเสื่อมทาง นรีเวช

ให้บริการ

การรักษาแก้ไขโดยการผ่าตัด การใช้เครื่องมือ
เลเซอร์ การใช้คลื่นวิทยุ การกระตุ้นด้วยเก้าอี้แม่
เหล็กไฟฟ้า และการใช้ยาต่างๆ

แก้ไขปัญหของอวัยวะเพศภายนอกและช่องคลอด

- ✓ ด้านความสวยงาม
- ✓ มีปัญหาการออกกำลังกาย
- ✓ มีปัญหาด้านการติดเชื้ของช่องคลอดบ่อยครั้ง
- ✓ มีปัญหาต่อการมีเพศสัมพันธ์
- ✓ มีปัญหาต่อการใส่ชุดกีฬา กางเกง

ติดต่อสอบถาม



02-256-5304



ตึก ภปร ชั้น 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ถนนพระรามสี่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ
คลินิกเปิดให้บริการทุกวันจันทร์
เวลา 13.00-15.00





1. หลักสูตร อนุสาขาเวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมช่องมเสริม 2 ปี
- 2.หลักสูตร ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ความงามและ
ฟื้นฟูสภาวะเสื่อมทางนรีเวช 1 ปี



**Female Pelvic
Medicine and
Reconstructive
Surgery**

**Aesthetic and
Regenerative
Gynecology**

**Department of
Obstetric and
Gynecology**

Faculty of Medicine

**Chulalongklorn
University**

Thank you

King Chulalongkorn Memorial Hospital, BKK, Thailand