



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health

สุรินทร์แพทย์สัมพันธ์

ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย

www.rtcog.or.th

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๘ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙



กราบแทบฝ่าพระบาท น้อมเกล้าฯ ถวายอาลัย เสด็จฯสู่สวรรคาลัย

น้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ ข้าพระพุทธเจ้า

คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการจัดประชุมวิชาการ

วิทยากร และผู้เข้าประชุมวิชาการครั้งที่ 31

ราชวิทยาลัยสุรินทร์แพทย์แห่งประเทศไทย



มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี
Standard and Ethics to Improve Women's Health



ราชวิทยาลัยสุตินิกะแพทย์แห่งประเทศไทย

“มาตรฐานและจริยธรรมเพื่อสุขภาพของสตรี”
(Standard and Ethics to Improve Women's Health)

คณะผู้บริหาร ราชวิทยาลัยสุตินิกะแพทย์แห่งประเทศไทย

- **ประธาน**
ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์
- **ผู้ริเริ่มตำแหน่งประธาน**
พลอากาศโทนายแพทย์การุณ เก่งสกุล
- **รองประธาน**
นายแพทย์พิษณุ ชันติพงษ์
- **เลขาธิการ**
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุกฤทธา วิไลลักษณ์
- **รองเลขาธิการ**
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เชาวรัตน์
- **เหรัญญิก**
แพทย์หญิงสุวรรณา อัครพิริยานนท์
- **กรรมการกลาง**
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศรีฐาน
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญศรี จันทร์รัชชกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เบญจาทิบาล
 - ศาสตราจารย์นายแพทย์วรพงศ์ ภู่งศ์
 - นายแพทย์วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศักดิ์นันท์ มะโนทัย
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุภัคดี จุลวิจิตรพงษ์
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ
 - ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุณาใจ กอนันตกุล
 - รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอกชัย โค้ววีสารัช

CONTENT

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	๓
สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ	๔
สุตินิกะเวช - จริยธรรมสากล	๖
ภาวะรพังตัวลึกลับผิดปกติ	๘
Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙	๑๔
คำถามท้ายเล่ม	๒๑๒
ฉบับนี้... ฉบับด้วยภาพ	๒๓๓

สุตินิกะแพทย์สัมพันธ์

เป็นหนังสือภายในของราชวิทยาลัยสุตินิกะแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิกในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ ทักษะคิด ข้อคิดเห็น การบริหารงาน และอื่นๆ ของราชวิทยาลัยฯ บทความข้อคิด จดหมาย เป็นความเห็นของผู้อ่านทุกท่าน มีใช้ความเห็นของราชวิทยาลัยฯ

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสุตินิกะแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑๑-๒๔ โทรสาร : ๐-๒๓๗๑๖-๕๓๗๑๐

www.rtcog.or.th

E-mail : pr_rtcog@rtcog.or.th, sc_rtcog@rtcog.or.th

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุกฤทธา วิไลลักษณ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์โกวิท คำพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ดุสิต สิกขิมวงค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมิ่งรุสมิ์ สุขประเสริฐ
แพทย์หญิงลลิตพร พัทธนาวิจารย์

เลขานุการ

นางสาวจิระพันธุ์ มวลมูลพล

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวรัชดาพร พูลประเสริฐ, นางสาวอริสรา พวงมาลี

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย

บริษัท กรีน-ดี สแกน จำกัด

โทรศัพท์ : ๐-๒๖๑๙-๖๔๒๖, ๐๘-๖๓๐๙-๖๔๒๗

บรรณาธิการแถลง

โดย... ศ.พญ.สุกฤษฎา วิไลลักษณ์

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ



ก๊อสดั๊วะ สมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แห่งประเทศไทย ที่เคารพรัก

!เดือนพฤศจิกายน ลมหนาวเริ่มโชยมา แต่ยังมีฝนตกในบางวัน อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย ท่านสมาชิกโปรดดูแลสุขภาพด้วยนะคะ

สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ เริ่มต้นด้วยสารจากประธานราชวิทยาลัยฯ ได้นำ **“แนวทางการวินิจฉัย และดูแลหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยในระยะที่มีภาวะของเชื้อไวรัส Zika”** ที่ราชวิทยาลัยฯ ได้ร่วมจัดทำกับกรมการแพทย์ มาเผยแพร่ให้ท่านสมาชิกทราบอีกครั้งหนึ่ง ต่อด้วยบทความสูตินรีเวช-จริยธรรม สาธก เรื่อง **“Better Health For Better Service”** โดย **นพ.พิษณุ ชันติพงษ์** ซึ่งสรุปไว้ดีมากว่า **“การทำงานวิจัยให้ได้ดี ควรทำด้วยหัวใจ มีศรัทธาในตัวเองและองค์การ”** ตามมาด้วยเรื่อง **“ภาวะรกฝังตัว ลึก Placenta Accreta”** โดย **ศ.พญ.อุ๋นใจ กอนันตกุล** ประธาน อฝส. และ อนุกรรมการ เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ตามด้วย สรุปการประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙ นำเสนอรายงานผู้ป่วยโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บทวิจารณ์โดย **พญ.ณัฐชา พูลเจริญ** ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ **พญ.ฐานิดา ตันติเตมิก** ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปิดท้ายด้วยคำถามท้ายเล่ม และซุบซิบ..ซุบซิบด้วยภาพ จากการประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๓๑ และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จะมีท่านใดบ้าง ติดตามได้ที่ท้ายเล่มค่ะ

ทางกองบรรณาธิการรณรงค์ให้เหล่าสมาชิกรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์มาชิกท่านใดประสงค์ที่จะรับสูตินรีแพทย์สัมพันธ์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ **PDF file ทาง E-mail, line หรือ Facebook** กรุณาแจ้งมาที่ **E-mail address: sc_rtcog@rtcog.or.th หรือ QR Code** ได้เลยคะ



พบกันใหม่ฉบับหน้าคะ

สารจากประธานราชวิทยาลัยฯ

โดย... ศ.บพ.ภิศก ลุมพิกานนท์
ประธานราชวิทยาลัยฯ



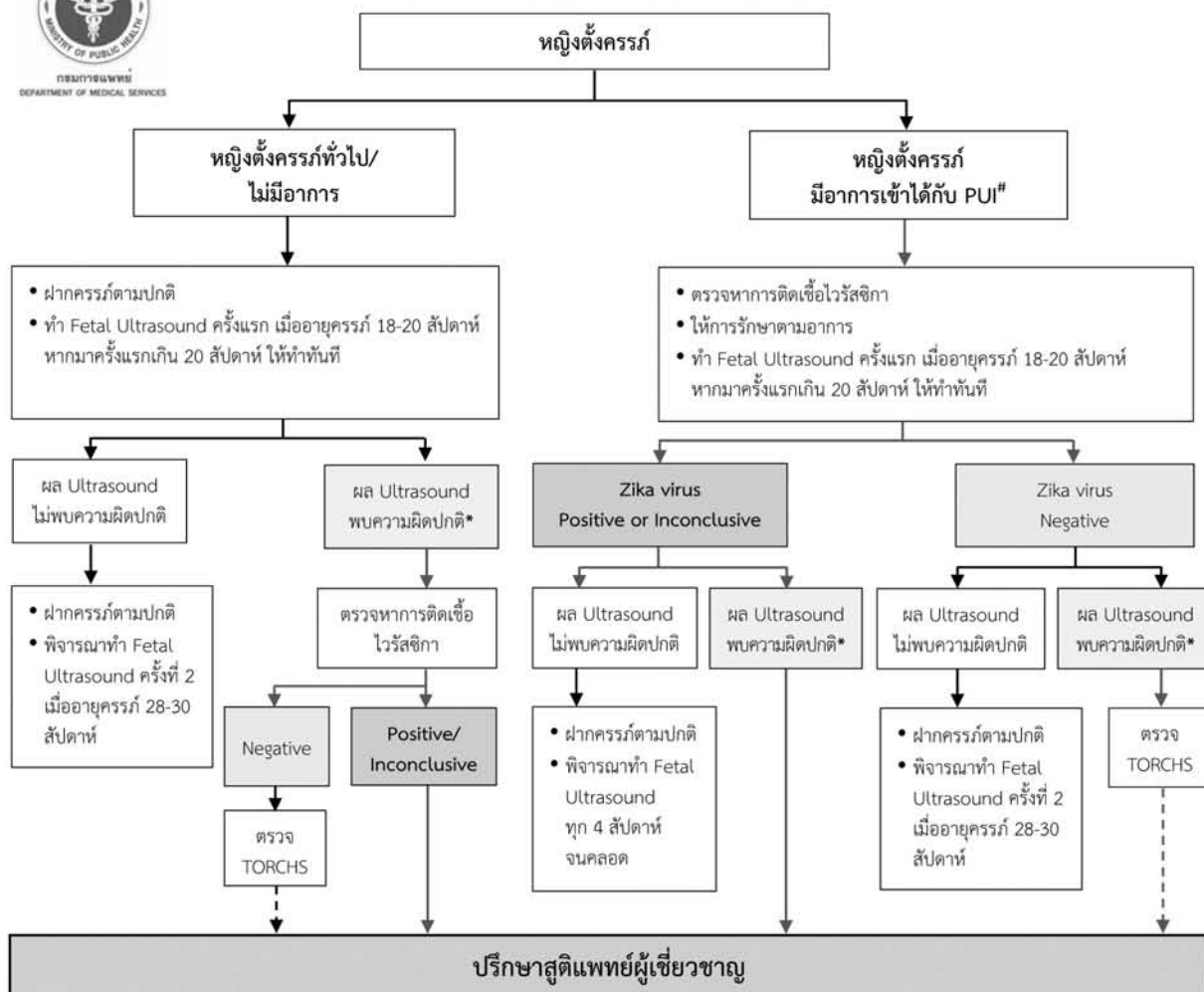
เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยสุตินิกแพทย์แห่งประเทศไทย ที่เคารพ

ในการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ ๓๑ ของราชวิทยาลัยฯ กระผมได้บรรยายเรื่อง **แนวทาง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างที่มีการระบาดของเชื้อไวรัส Zika** ผมได้ติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง และพบว่าการระบาดของเชื้อไวรัส Zika ถึงแม้จะไม่ได้เพิ่มขึ้นแต่ก็ยังไม่น้อยลง พวกเราคงยังต้อง ระมัดระวังกันต่อไป ผมจึงขอแนะนำแนวทางการวินิจฉัยและดูแลหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยในระหว่างที่มี การระบาดของเชื้อไวรัส Zika ที่ราชวิทยาลัยฯ ได้ร่วมจัดทำกับกรมการแพทย์ มาเผยแพร่ทาง สุตินิกแพทย์สัมพันธ์ เพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกได้นำไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะนี้

ขออำนวยการให้สมาชิกราชวิทยาลัยสุตินิกฯ ทุกคนโชคดี มีความสุขทั้งกายและใจ



แนวทางการวินิจฉัยและดูแลหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยในระหว่างที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา



สตินรีเวช - จริยธรรมสากล

โดย... นพ.พิษณุ อันติพวงษ์
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรม



“Better Health For Better Service”

การทำงานวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ด้วยหัวใจ มีศรัทธาในตัวเองและองค์กร อยากที่จะพัฒนางานของหน่วยงาน มีความต้องการที่จะดูแลรักษาคนไข้ให้มีอาการดีขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ต้องไม่มองว่าการทำงานวิจัยเป็นภาระ ให้มองว่ามันคือ **“ความสุข”** เพราะการทำงานวิจัยทำให้บุคลากรมีการเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ๆ เกิดพัฒนาตนเอง เพื่อนร่วมงานและองค์กร สร้างความสามัคคีในองค์กร และสามารถนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับคนไข้และคนในองค์กร โดยคนที่เรียนมาหรือเป็นนักวิจัยแล้วทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ช่วยให้ผู้ร่วมงานเข้าใจในการทำวิจัยและมีบทบาทร่วมกันขอร้องให้ทุกคนทำวิจัยในด้านการส่งเสริมและป้องกันให้มากขึ้นเพื่อทำให้คนมีสุขภาพพลานามัยดี สร้างครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็งลดปัญหาทางสังคมและการเจ็บป่วย

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการทำวิจัยคือเรื่องคุณธรรม จริยธรรม สิทธิของคนไข้ ความซื่อสัตย์ในการทำวิจัยและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน งานวิจัยทำให้เกิดประโยชน์ต่อคนไข้คือทำให้ได้รับการดูแลรักษาดีขึ้น

ส่วนตัวผู้ทำวิจัยทำให้เกิดการพัฒนาตนเอง ความก้าวหน้าทางวิชาการ หน่วยงานและกลุ่มงานเกิดความภาคภูมิใจ ในระดับโรงพยาบาลช่วยสร้างชื่อเสียงจากการดูแลรักษาที่ดีขึ้นเกิดความพึงพอใจในบริการ

บทบาทผู้บริหารต่อการทำวิจัยผู้บริหารต้องสร้างแรงบันดาลใจให้เจ้าหน้าที่กล้าคิดกล้าทำงาน ต้องสนับสนุนกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพิจารณาการทำวิจัย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อคนไข้ ต้องชื่นชมในความมุ่งมั่นของบุคลากรในการทำงานวิจัย และสนับสนุนให้มีการทำงานวิจัยทุกหน่วยงาน ลักษณะของงานวิจัยที่ดีเริ่มตั้งแต่การ

- ๑) การตั้งคำถามวิจัย จากคำถามหรือปัญหาและมีสมมุติฐาน มีเป้าหมายที่ชัดเจน
- ๒) ทำถูกต้องตามหลักการวิจัยและทำตามแผน
- ๓) มีการแบ่งปัญหาย่อยจากปัญหาใหญ่
- ๔) ต้องมีการเก็บข้อมูลและแปลผล
- ๕) ขบวนการทำสามารถอธิบายและทำใหม่ได้

- ๖) ต้องมีจริยธรรม
- ๗) ข้อจำกัดทั้งหลายได้มีการกล่าวถึง
- ๘) มีการทบทวนบทความ สิ่งที่ใช้วัดผลงานวิจัยคือ แก้ปัญหาได้ พิสูจน์ความเชื่อได้ สามารถนำไปใช้ได้จริงและขยายผลได้

สาเหตุที่งานวิจัยไม่ผ่านการประเมินเมื่อนำไปประกอบการเลื่อนขั้น เกิดจากปัจจัยหลายด้าน

- ๑) วัตถุประสงค์การวิจัยไม่ชัดเจน
- ๒) เป็นการศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลไม่สมบูรณ์
- ๓) จำนวนผู้ป้อนน้อย ติดตามผลสั้นเกินไป
- ๔) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป้อนไม่ได้มาตรฐาน
- ๕) การกำหนดตัวชี้วัดไม่ชัดเจน
- ๖) ไม่บ่งถึงการเป็นผู้เชี่ยวชาญ
- ๗) ไม่มีองค์ความรู้ใหม่
- ๘) การตีพิมพ์ในวารสารที่ต่ำกว่าเกณฑ์

อาจารย์ยกตัวอย่างงานวิจัยที่ทำในประชากร ๗๒๔ คน โดยให้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านหน้าที่การงาน ด้านสังคม ด้านชีวิตส่วนตัว รวมไปถึงการขอสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวด้วย โดยจะทำทุก ๒ ปี และทุก ๕ ปี พวกเขาจะได้รับตรวจสอบสุขภาพอย่างละเอียด ปัจจุบันจากจำนวน ๗๒๔ คนเหลือชีวิตอยู่เพียงแค่ ๖๐ คนซึ่งแต่ละคนอายุไม่ต่ำกว่า ๘๐ ปี ผลการวิจัยทำให้ได้เรียนรู้ว่า

- ความร่ำรวยมีหน้ามีตาในสังคม หรือการทำงานอย่างหนักนั้นไม่ใช่คำตอบของ **“ชีวิตที่มีความสุข”**
- คำตอบที่แท้จริงของชีวิตที่มีความสุข คือ **“ความสัมพันธ์ที่ดี”** บุคคลที่มีให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้คนรอบข้างนั้น จะเป็นผู้ที่พบกับความสุขที่แท้จริง

ความสัมพันธ์ที่ดีเริ่มต้นได้จาก การเงยหน้ามาจากจอโทรศัพท์ สบตาคนที่ข้าง ๆ ชวนกันออกไปทำอะไรใหม่ๆ เติมเต็มความสัมพันธ์ที่จืดจางให้มีชีวิตชีวาอีกครั้ง อย่าปล่อยให้เวลาผ่านไป เพราะ **“ชีวิตคนเรา มันสั้นนัก”**

ฝากถึงนักวิจัยทุกท่าน หัวใจของการพัฒนางาน ๓ H พลังใจ (Heart) พลังความรู้ (Head) พลังปฏิบัติ (Hand)

“ขอบคุณที่เป็นคนดี”

ภาวะรกฝังตัวลึกผิดปกติ (Placenta Accreta)

โดย... ศ.พญ.อุ๋นใจ กออนันตกุล

ประธาน อพส. และ อนุกรรมการเวชศาสตร์มารดาและการก่อกำเนิด

นิยาม

การฝังตัวของรกผิดปกติ ใช้คำศัพท์โดยรวมว่า **placental accreta (PA)** เป็นภาวะที่ chorionic villi เจริญเติบโตลงลึกผิดปกติ ทำให้รกฝังแน่นไม่สามารถลอกตัวได้หลังคลอด

คำว่า **“creta”** หมายถึง การฝังตัวที่ผิดปกติ placenta accreta vera (PC) คือ ภาวะที่ chorionic villi เกาะติดที่ชั้นผิว (abnormally adherence) โดยไม่พบชั้นของ decidual basalis ที่อยู่ระหว่าง anchoring villi และ เซลล์กล้ามเนื้อมดลูก “placenta increta” (PI) หมายถึง ภาวะที่ chorionic villi ฝังตัวลึกเข้ากล้ามเนื้อมดลูก ส่วน **“placenta percreta”** (PP) หมายถึง ภาวะที่ chorionic villi ฝังตัวลึกเข้ากล้ามเนื้อมดลูกจนทะลุผิวชั้นนอกของมดลูก (uterine serosa) และอาจลุกล้ำเข้าอวัยวะข้างเคียง^(๑)

อุบัติการณ์

จากการศึกษาด้านระบาดวิทยา อุบัติการณ์ของ PA สูงขึ้นมากตั้งแต่อ่อนศตวรรษที่ ๒๐ และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการผ่าตัดคลอด^(๒) ในปี ค.ศ. ๑๙๖๐ พบอัตราเกิด ๑ ต่อ ๓๐,๐๐๐ การตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นเป็น ๑ ต่อ ๓๐๐ การตั้งครรภ์ในปี ค.ศ. ๒๐๑๓^(๓) ทั้งนี้ภาวะนี้ถือเป็นความผิดปกติแบบ iatrogenic ของการฝังตัวของรกในศตวรรษที่ ๒๐^(๔) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PA คือ เคยผ่าตัดคลอด และหรือร่วมกับการมีภาวะรกเกาะต่ำ โดยพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง ๙ เท่า^(๕) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่ต่ำช่วยลดการเกิด PA ได้^(๖) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ คือประวัติการทำผ่าตัดที่มดลูก เช่น การทำ myomectomy, การขูดมดลูก การตั้งครรภ์หลายครั้ง มารดาตั้งครรภ์อายุน้อย เป็นต้น

การพัฒนารกปกติ

ทางกายวิภาคสามารถแบ่งได้เป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนทารกและส่วนมารดา ส่วนทารกเกิดจากการฝังตัวของ blastocyst ในเยื่อบุมดลูกในวันที่ ๕-๖ หลังการปฏิสนธิ เยื่อบุมดลูกที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็น decidual จะแทรกเข้ามา ระหว่าง blastocyst และผนังมดลูก เยื่อบุมดลูกนี้คือ decidual basalis ประมาณ ๓-๔ สัปดาห์หลังการปฏิสนธิ เซลล์ชั้นนอกของ blastocyst มีการเปลี่ยนแปลงเป็น trophoblastic cell mass ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงต่อเป็น cytotrophoblast และ syncytiotrophoblast โดยเซลล์ตัวหลังเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเนื้อรก (chorionic villi) ปกติ chorionic villi จะล่งล้ำและทำลาย decidual โดยมีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงจากหลอดเลือดสายสะดือ ส่วนเยื่อ decidual จะกลายเป็นรกด้านมารดา รกมีระบบการไหลเวียนเลือด ๒ ระบบคือ uteroplacental และ fetoplacental ระบบ uteroplacental เริ่มต้นเมื่อ uterine spiral arterioles มีภาวะความดันที่ต่ำ (low impedance) ในปลายไตรมาสแรก ทำให้เลือดมารดาสามารถไหลเข้าทาง decidual spiral arteries สู่อintervillous spaces ส่วนระบบ fetoplacental มีเลือดทารก

จากหลอดเลือดแดง umbilical ผ่านเข้า terminal villi หลังการรับออกซิเจนและสารอาหารแล้ว เลือดส่วนนี้จะไหลกลับสู่ทารกทางหลอดเลือดดำ umbilical ในครั้งแรกของการตั้งครรภ์ ส่วนครึ่งหลังของการตั้งครรภ์การเติบโตจะลดลงแต่มี maturation มากขึ้น ที่อายุครรภ์ครบกำหนดปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปรก คือ ๖๐๐-๗๐๐ มิลลิลิตรต่อนาที

การวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

คลื่นเสียงความถี่สูง ใช้ตรวจรกได้ตั้งแต่อายุครรภ์ ๖ สัปดาห์ทางช่องคลอด และที่อายุครรภ์ ๑๐ สัปดาห์ทางหน้าท้อง ลักษณะเห็นเป็น hyperechoic thin rim อยู่รอบถุงการตั้งครรภ์ คลื่นเสียง Doppler ใช้ตรวจการไหลเวียนของเลือดที่ intervillous space ได้ที่อายุครรภ์ ๑๒-๑๓ สัปดาห์ ลักษณะรกสามารถตรวจได้ชัดเจนที่อายุครรภ์ ๑๔-๑๕ สัปดาห์ Retroplacental complex (space) คือ บริเวณหลังเนื้อรก ประกอบด้วย decidual basalis, กล้ามเนื้อมดลูก และหลอดเลือดมดลูก เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นเนื้อรก จะ homogeneous และ hyperechoic มากขึ้นเปรียบเทียบกับกล้ามเนื้อมดลูกซึ่งมีลักษณะ hypoechoic มากกว่า ภายในเนื้อรกปกติอาจพบบริเวณของ ill-defined hypoechoic ซึ่งเป็นลักษณะที่เรียกว่า placental lake (intervillous space, รูปที่ ๑) ภายใน placental lake ประกอบด้วยเลือดมารดา placental lake มักมีรูปร่างกลมและเปลี่ยนแปลงรูปร่างได้จากการหดตัวของมดลูก

ลักษณะการตรวจพบของคลื่นเสียงความถี่สูงที่ทำให้นึกถึงภาวะ PA^(๓)

ไตรมาสแรก ถุงการตั้งครรภ์อยู่ในส่วนล่างของโพรงมดลูก และ/หรือฝังตัวในตำแหน่งแผลผ่าตัดคลอดครั้งก่อน มี multiple irregular vascular spaces (placental lacunae) ภายในเนื้อรก

ไตรมาสสอง พบ placental lacunae ภายในเนื้อรก

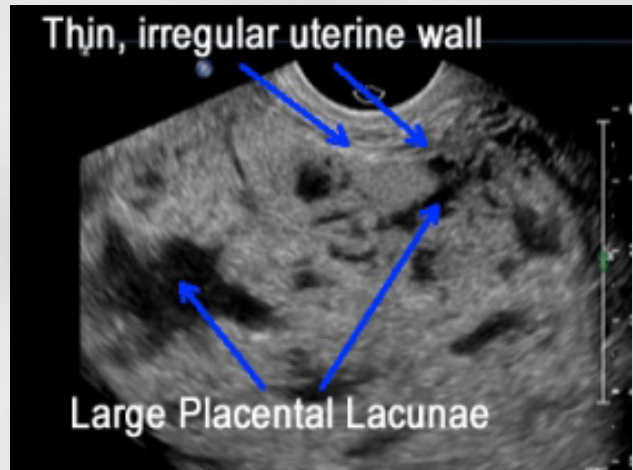
ไตรมาสสาม มักพบลักษณะดังนี้

- พบ placental lacunae (Swiss cheese appearance) ภายในเนื้อรก (รูปที่ ๒)
- ไม่พบ hypoechoic retroplacental zone (รูปที่ ๓)
- Uterine serosa-bladder interface ผิดปกติ ได้แก่ interruption of the line, thickening of the line, irregularity of the line และพบการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น (รูปที่ ๔)
- การลุกล้ำของ chorionic villi เข้ากล้ามเนื้อมดลูก ทะลุเยื่อ serosa และหรือผนังกระเพาะปัสสาวะ (รูปที่ ๕)
- กล้ามเนื้อมดลูกหลังตำแหน่งที่รกเกาะบาง มีความหนาน้อยกว่า ๑ มิลลิเมตร (รูปที่ ๒)
- การตรวจด้วยคลื่นเสียง Doppler ภายใน lacunae พบการไหลเวียนเลือดแบบ turbulent (รูปที่ ๖)
- การไหลเวียนเลือดของเลือดใต้รก (subplacental) เพิ่มขึ้น (รูปที่ ๗)
- พบหลอดเลือดจากเนื้อรกเชื่อม (bridging) เข้าสู่ขอบของมดลูก (รูปที่ ๘)
- พบ gap ในการไหลเวียนเลือดของกล้ามเนื้อมดลูก (รูปที่ ๙) gap นี้เกิดจาก villi ที่ล่งล้ำเข้าไปในกล้ามเนื้อ

ทั้งนี้อาจพบลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือ พบหลายลักษณะร่วมกันได้ โดยลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุด คือ placental lacunae การใช้ Magnetic resonance imaging (MRI) มีประโยชน์ช่วยเสริมการวินิจฉัยในบางราย ได้แก่ รกที่รกเกาะด้านหลัง และภาวะรกล้ำเข้าสู่ parametrium^(๔)



ຮູບທີ່ ໑ ແສດໆ placental lake ບໍ່ດີ



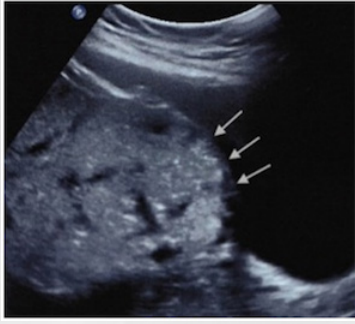
ຮູບທີ່ ໒ ແສດໆ placental lacunae ແລະ thin uterine wall



ຮູບທີ່ ໓ A-ແສດໆ normal hypoechoic retroplacental zone ແລະ B-ແສດໆ absence of hypoechoic retroplacental zone



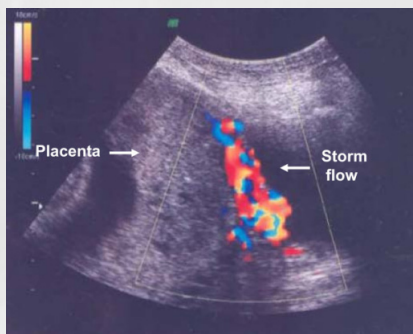
ຮູບທີ່ ໔ ແສດໆ normal uterine serosa-bladder interface (white regular thin line, ຫ້າຍ) ແລະ uterine serosa-bladder interface ທີ່ພົດປະຕິ (interruption and irregularity of the line, ຫວຍ)



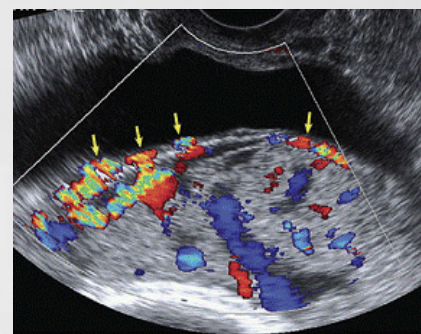
รูปที่ ๕ แสดงการลุกล้ำของ chorionic villi เข้ากล้ามเนื้อ มดลูกทะลุ เยื่อ serosa มดลูก และผนังกระเพาะปัสสาวะ



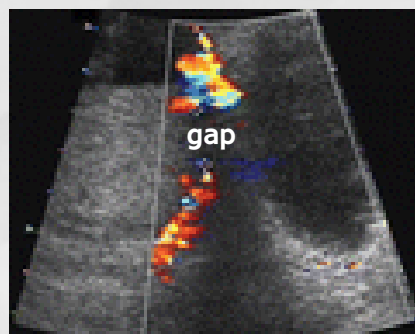
รูปที่ ๖ แสดงการไหลเวียนเลือดแบบ turbulent ภายใน placental lacuna ด้วยคลื่นเสียง doppler



รูปที่ ๗ แสดงการไหลเวียนเลือดของเลือดใต้รก (subplacental) ที่เพิ่มขึ้นมากด้วยคลื่นเสียง doppler



รูปที่ ๘ แสดงหลอดเลือดจากเนื้อรกที่เชื่อม (bridging vessels) เข้าสู่ uterine-bladder interface ด้วยคลื่นเสียง Doppler



รูปที่ ๙ แสดง gap ในการไหลเวียนเลือดของกล้ามเนื้อมดลูก ด้วยคลื่นเสียง Doppler

อาการแสดงทางคลินิก

หญิงตั้งครรภ์ที่มี PA มักไม่มีอาการแสดงทางคลินิกขณะตั้งครรภ์ อาการเกิดจากการเสียเลือดปริมาณมาก เมื่อมีการลอกตัวของรก คือ เมื่อมีการหลุดตัวของมดลูก หรือหลังทารกคลอด ในผู้ป่วยหลังคลอดที่มีการตกเลือดมากทั้งที่มดลูกหดตัวได้ดีให้คำนึงถึงภาวะ PA ไว้เสมอ PA เป็นสาเหตุสำคัญที่พบบ่อยของการตัดมดลูกหลังคลอด (emergent postpartum hysterectomy) โดยเฉลี่ยจะเสียเลือดประมาณ ๓-๕ ลิตร และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือดมากตามมา ได้แก่ disseminated intravascular coagulopathy (DIC), adult respiratory distress syndrome, ไตวาย และอาจเสียชีวิตได้ ภาวะทุพพลภาพอื่น ๆ ที่พบเกิดร่วมได้สูง เช่น กระเพาะปัสสาวะฉีกขาด อันตรายเป็นท่อไต ลิ้มเลือดอุดกั้น ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ต้องได้รับการดูแลต่อในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

การดูแลรักษา

วิธีการดูแลรักษายังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอน เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาแบบ randomized clinical trial ประเด็นสำคัญในการดูแล คือ การวินิจฉัยภาวะนี้ให้ได้ก่อนคลอด และการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อ placental mapping เพื่อวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม ในกรณีสงสัยภาวะ PA ให้ส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การผ่าตัดต้องทำในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง มีทีมแพทย์แบบสหสาขา ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ แพทย์มะเร็งรังสี รังสีแพทย์ด้านร่วมรักษา ศัลยแพทย์หลอดเลือด ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ แพทย์ทางการให้เลือด อายุรแพทย์เวชบำบัดวิกฤต วิทยุณิแพทย์ และกุมารแพทย์ทารกแรกเกิด

การดูแลก่อนการผ่าตัด ต้องซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด แจ้งข้อมูลและแผนการรักษาแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ได้แก่ การผ่าตัดคลอด การตัดมดลูก การเย็บซ่อมมดลูกที่เสียหาย การแทง arterial line การใส่ stent, การรับเลือด เป็นต้น แจ้งและปรึกษากับทีมแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลรักษาพร้อมกัน มีธนาคารเลือดที่พร้อม มีเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพียงพอ ตรวจเช็คเลือดและภาวะการแข็งตัวของเลือด (complete blood cell count, prothrombin time, partial thromboplastin time, and international normalized ratio) เตรียมความพร้อมในการต้องให้เลือดปริมาณมาก มียาที่จำเป็น เช่น ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น การเข้าห้องผ่าตัดถือเป็นรายหลัก (Case scheduled in the "main" operating room)

อายุครรภ์ที่เหมาะสมในการยุติการตั้งครรภ์ คือ ระหว่าง ๓๔-๓๖ สัปดาห์^(๙) โดยต้องพิจารณาถึงความพร้อม ความเสี่ยงของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ทำให้เกิดการเสียเลือด และภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด

สรุป

ภาวะรกฝังตัวลึกผิดปกติพบเพิ่มขึ้นสูงมาก จากการทำผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้น การวินิจฉัยก่อนคลอดมีบทบาทสำคัญช่วยลดภาวะทุพพลภาพและอัตราการตายของมารดา คลื่นเสียงความถี่สูงเป็นวิธีการตรวจวิธีแรกที่ใช้บ่อย และมีความแม่นยำสูง การใช้ MRI เป็นวิธีการตรวจเสริม โดยต้องมีการแปลผลร่วมกัน ลักษณะการตรวจพบของคลื่นเสียงความถี่สูงที่เชื่อถือได้ดีคือ placental lacunae การดูแลรักษาต้องทำในสถานที่ที่มีความพร้อมสูง และต้องมีทีมแพทย์สหสาขา ร่วมให้การรักษาด้วย

เอกสารอ้างอิง

๑. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta* 2012; 33: 244–51.
๒. Benirschke K, Burton GJ, Baergen RN. *Pathology of the human placenta*, 6th ed. Berlin: Springer-Verlag; 2012.
๓. Morlando M, Samo L, Napolitano R, Capone A, Tessitore G, Maruotti GM, et al. Placenta accreta: incidence and risk factors in an area with a particularly high rate of cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 457–60.
๔. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta* 2012; 33: 244–51.
๕. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1458–61.
๖. Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, Colmorn LB, Klungsoyr K, Bjarnadóttir RI, et al. Abnormally invasive placenta—prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries. *BJOG* 2016; 123(8): 1348–55.
๗. Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls CK, et al. Center of excellence for placenta accrete. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 561–8.
๘. Jaraquemada JMP, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 716–24.
๙. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 835–42.



การประชุม Interhospital Conference ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙

วันศุกร์ที่ ๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมราชวิทยาลัยฯ ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ

นำเสนอรายงานผู้ป่วยโดย แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย... คณะอนุกรรมการการศึกษาต่อยอดและต่อเนื่อง

ประวัติผู้ป่วยนรีเวชกรรม

ผู้หญิงไทยโตอายุ ๑๙ ปี อาชีพนักศึกษาปริญญาตรี ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดนนทบุรี ศาสนาพุทธ

Chief complaint : เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ๒ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness :

๑ ปีก่อนมาโรงพยาบาล ประจำเดือนมามากขึ้นจากเดิม ใช้ผ้าอนามัย ๓-๔ แผ่นต่อวัน เพิ่มขึ้นเป็น ๔-๕ แผ่นต่อวัน ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอทุก ๑-๔ เดือน ไม่มีอาการปวดระดู

๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ประจำเดือนมามากขึ้น ใช้ผ้าอนามัย ๖-๗ แผ่นต่อวัน นาน ๔-๕ วัน หลังจากนั้นเลือดออกกะปริบกะปรอยทุกวัน ต้องใช้ผ้าอนามัย ๑ แผ่นต่อวัน

๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกเหนื่อย เพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ ไม่มีแรง

๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก ใช้ผ้าอนามัย ๓ แผ่นชุ่มใน ๓ ชั่วโมง มีลิ้มเลือดปน ไม่มีหน้ามืดใจสั่น ไม่มีเลือดออกหรือจ้ำเลือดบริเวณอื่น ปัสสาวะอุจจาระปกติ มีอาการปวดหน่วงท้องน้อย บิ๊บ ๆ เป็นพัก ๆ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

Past History

- Morbid obesity
- Iron deficiency anemia พ.ค. ๕๘ กิน FeSo4 ไม่สม่ำเสมอ
- ปฏิเสธประวัติผ่าตัดในอดีต, ปฏิเสธประวัติมะเร็งนรีเวชในครอบครัว
- ปฏิเสธการดื่มสุราและการสูบบุหรี่

Ob-Gyn History

- Menarche 13 years
- LMP 5/9/58
- Duration ๔-๕ วัน Amount ๕-๖ แผ่นต่อวัน Interval ๑-๔ เดือน ไม่สม่ำเสมอ
- ไม่ปวดท้องประจำเดือน
- ปฏิเสธประวัติมีเพศสัมพันธ์

Physical Examination

GA : A Thai female, obese, good consciousness

Weight : 141 kg Height : 169 cm BMI 49.36 kg/m²

Vital signs : BT 37.3 °C, PR 99/min, BP 123/77 mmHg, RR 20/min

Skin: No rash, no petechiae

HEENT : Moderate pale conjunctiva, anicteric sclera

Lungs : Clear and equal breath sound

Heart : Normal S1S2, no murmur

Abdomen : Pendulous abdomen, soft, mild tender at lower abdomen, no guarding, no rebound tenderness

Extremities: No edema, no deformity

PV : Not done

PR : Limited due to obese abdomen

Problem lists :

- Abnormal uterine bleeding
- Morbid obesity
- Anemia from iron deficiency anemia and acute blood loss

Differential diagnosis :

- Ovulatory dysfunction
- Endometrial pathology : Endometrial polyp, Endometrial hyperplasia, Endometrial cancer
- Leiomyoma

Investigation :

TRS (4/10/58)

- Anteverted uterus size 7.8 x 4.4 cm, endometrial thickness 6 mm
- Mixed echoic mass at anterior wall of uterus size 6.6 x 6.2 cm with distorted uterine cavity
- Both adnexa were not visualized

Complete blood count (4/10/58)

● Hb	9.4 gm/dl	● Hct	30.6%
● MCV	72.5fl	● WBC	20,680/cu.mm
● Neutrophils	53.5%	● Eosinophils	0.1%
● Lymphocytes	40.5%	● Monocytes	5%
● Basophils	0.1%	● Platelet	372,000/cu.mm

Coagulogram (4/10/58)

● PT	14.7	● PTT	21.5
● INR	1.22		

Blood chemistry (4/10/58)

● BUN	7 mg/dL	● Creatinine	0.84 mg/dL
● AST	12 U/L	● ALT	12 U/L

Repeat TRS : Suspected prolapsed submucousmyoma uteri

Plan : Set OR for Vaginal myomectomy (9/10/58)

Operation : Tumor biopsy with vaginal packing (9/10/58)

Intra-op finding :

NIUB :	normal
Vagina :	normal mucosa, bloody discharge, prolapsed intrauterine mass size 5 cm, irregular surface, friable, contact bleeding
Cervix :	os opened 4 cm, no cervical lesion was seen
Uterus and adnexa :	Limited due to obese abdomen
RV :	free parametrium
Op time :	20 mins
EBL :	100 ml

Pathology report :

- Well differentiated endometrioid adenocarcinoma with small foci of atypical myxoid stroma
- Note : Carcinosarcoma cannot be totally excluded

MRI whole abdomen(12/10/58):

- Inverted uterus size which appears as invagination of upper uterine segment into lower uterine segment and dilated cervical os with endometrial lining at periphery and fallopian tubes pulled downward into center of inverted uterus
- 4.0x4.9x4.0 cm heterogenous enhancing fungating mass with necrotic portion at endometrial layer of uterine fundus with suspicious of myometrial invasion
- No involvement of cervix, vagina and both parametrium
- 3.3x3.1x3.7 cm thin wall simple cyst at right ovary
- 4.0x3.3x5.6 cm dermoid cyst at left ovary

Definitive surgery (13/10/59) : TAH with BSO with bilateral pelvic node dissection with omentectomy with peritoneal washing

Intra-op finding :

– Inverted uterus 8 weeks size with polypoid mass 5 cm in diameter (necrotic mass) protruding from endometrial cavity

- enlarged Lt ovary size 4 cm in diameter
- right partubal cyst 3 cm with clear content
- normal right ovary
- filmy adhesion between recto-sigmoid colon and Lt adnexa
- No ascites
- bilateral pelvic node enlargement 1 cm in diameter
- Op time : 165 mins
- EBL : 300 ml

Pathology report :

Cervix : chronic cervicitis

Endometrium and myometrium :

- Well differentiated endometrioid adenocarcinoma (G1) with extensive necrosis and inflammation with bacterial clumps
- Invades approximately 20% of myometrial thickness
- Presence of lymphovascular invasion
- No lower uterine segment involvement
- Both fallopian tubes : unremarkable
- Both ovaries : mature cystic teratoma, cystic follicles
- Omentum : fibroadipose tissue
- Lymph node, both pelvic LN : negative for malignancy

****uterine inversion is noted****

Definite diagnosis

Endometrial cancer stage IAG1 with uterine inversion with Mature cystic teratoma



บทวิจารณ์ โดย พ.ญ. นุชชา พูลเจริญ

ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ในกรณีที่เป็นอาจตรวจภายในภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกในช่องผ่าตัด (PV under anesthesia) โดยรายนี้ควรทำเพื่อประเมินหาสาเหตุของภาวะเลือดออกทางช่องคลอด

อาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

ผู้ป่วยมาด้วยอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ในผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว กลุ่มที่อายุตั้งแต่ ๔๕ ปี จนถึงกลุ่มที่หมดประจำเดือนแล้ว ควรได้รับการตรวจประเมินพยาธิสภาพของเยื่อบุโพรงมดลูก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า ๔๕ ปี อาจพิจารณาตรวจประเมินพยาธิสภาพของเยื่อบุโพรงมดลูก ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งส่วนมากเกิดจากภาวะ ovulatory dysfunction เนื่องจาก estrogenic proliferation

โดยข้อบ่งชี้ต่อการทำ endometrial sampling ในผู้หญิงอายุต่ำกว่า ๔๕ ปี ได้แก่

- ประวัติ unopposed estrogen exposure เช่น ภาวะอ้วน ภาวะการไม่ตกไข่เรื้อรัง
- มีประวัติความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก เช่น มีประวัติครอบครัว
- รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ ๖๐ ปี ในผู้ป่วยอายุน้อย ๒๐ – ๓๔ ปี พบเพียงร้อยละ ๑.๕ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้อายุเพียง ๑๙ ปี โดยในผู้ป่วยอายุน้อย หรือยังต้องการดำรงภาวะเจริญพันธุ์ ต้องประเมินว่าอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่สามารถรักษาด้วยยาได้หรือไม่ โดยการรักษาด้วยวิธี fertility preservation จะพิจารณาในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ได้แก่

- Histology grade 1 or 2
- พยาธิสภาพจำกัดอยู่เฉพาะในเยื่อบุโพรงมดลูก (ส่วนหนึ่งของ stage IA ตาม FIGO 2009)
- Pathology ไม่ใช่กลุ่มความเสี่ยงสูง ได้แก่ clear cell, serous หรือ carcinosarcoma

โดยการรักษาด้วยวิธี fertility preservation โดยการให้ progestin treatment สามารถให้ Megestrol acetate หรือ MPA โดยอัตราการตอบสนองประมาณร้อยละ ๕๐-๘๐ และต้องตรวจติดตามการตอบสนองโดย endometrial biopsy หลังการรักษา ๓ เดือน และตรวจติดตามหลังจากนั้นเป็นระยะ โดยการรักษาด้วยวิธีนี้ ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความเสี่ยง และข้อดีข้อเสียของการรักษาก่อนจะเลือกวิธีการรักษาดังกล่าว

Surgical site infection

หลักสำคัญอยู่ที่การป้องกัน โดยการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดที่ถูกต้องและถูกเวลา รวมทั้งการผ่าตัดอย่างระมัดระวัง

ในผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงหลักจากภาวะอ้วน ซึ่งการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในขนาดปกติอาจไม่เพียงพอ โดยในผู้ป่วยที่น้ำหนัก ๘๐ กิโลกรัมขึ้นไป แนะนำเพิ่มขนาดของ Cefazolin เป็น ๒ กรัม และในผู้ป่วยที่น้ำหนัก ๑๒๐ กิโลกรัมขึ้นไป แนะนำเพิ่มขนาดของ Cefazolin เป็น ๓ กรัม ทางเส้นเลือดดำก่อนการผ่าตัด

* * * * *



บทวิจารณ์ โดย พ.ญ. ฐานิตรา ตันติเตตมิก

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่ได้เกิดภายหลังคลอด (Non Puerperal Uterine inversion)

ภาวะมดลูกปลิ้น (Uterine inversion) เป็นภาวะที่พบน้อย ส่วนมากมักเกิดภายหลังการคลอด (puerperal inversion) และเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ส่วนภาวะที่ไม่ได้เกิดตามหลังการคลอด (Non-Puerperal uterine inversion) พบน้อยกว่ามาก จากการรายงานเคสตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๔๐-๒๐๐๖ พบเพียง ๑๐๑ ราย โดยร้อยละ ๙๐ เกิดขึ้นมานาน (chronic inversion) มีเพียงร้อยละ ๘-๑๐ เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (acute inversion)^(๑)

ภาวะ Non Puerperal Uterine inversion มักมีความผิดปกติที่มดลูกร่วมด้วย โดยประมาณร้อยละ ๒๐ เป็นเนื้อร้าย^(๒,๓) มีรายงานว่า พบร่วมกับ leiomyosarcoma, endometrial carcinoma, rhabdomyosarcoma, malignant mixed mullerian tumour และ endometrial stromal sarcoma ส่วนภาวะมดลูกปลิ้นที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีภาวะอื่นร่วม (idiopathic) พบเพียงร้อยละ ๕-๘^(๔, ๕) ในประเทศไทยมีการรายงานเคสจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบภาวะมดลูกปลิ้นร่วมกับ endometrial stromal sarcoma ในสตรีอายุ ๔๕ ปี^(๖) ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือผลให้มดลูกปลิ้นง่ายขึ้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอก ความหนาของชั้นเนื้องอก ขนาดของเนื้องอก ความบางของผนังมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูก^(๗)

ผู้ป่วยมักมาด้วยเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีก้อนในช่องคลอด ตกขาวเรื้อรัง ปวดท้องน้อยหรือมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนอาการเลือดออกรุนแรงจนเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ยังไม่มีรายงานใน Non Puerperal Uterine Inversion^(๗, ๘) ตรวจภายในจะพบก้อนยื่นลงมาในช่องคลอด (inverted pyriform swelling mass) ผิวเรียบ สีแดงคล้ำ และมีเลือดออกได้ง่าย บางครั้งแยกได้ยากจากก้อนที่ปากมดลูก ในกรณีที่มีมดลูกปลิ้นออกมาทั้งหมด (complete inversion) ตรวจภายในจะไม่พบปากมดลูกปกติ พบก้อนยื่นลงมาในช่องคลอดซึ่งมีเลือดออกได้ง่ายเมื่อสัมผัสไม่มี constriction ring รอบก้อน คล้ายอดมดลูกหรือใส่เครื่องมือเข้าไปในโพรงมดลูกไม่ได้^(๒, ๙) การวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ prolapsed or pedunculated uterine fibroid, uterine sarcoma, carcinosarcoma of uterus, carcinoma of the cervix และ uterovaginal prolapse

การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการวินิจฉัย โดยใน sagittal view จะเห็นลักษณะ U-shaped uterine cavity and a thickened and inverted uterine fundus และ ใน Axial view จะเห็นลักษณะ Bull's eye^(๓๐)

ในรายนี้ทำให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น submucous myoma และวางแผนการรักษาโดย vaginal myomectomy แต่ก่อนที่ตรวจพบเป็น irregular surface, friable, contact bleeding ซึ่งไม่เหมือนลักษณะโดยปกติของเนื้องอกมดลูก จึงได้ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ และพบว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial cancer)

แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอายุน้อย แต่มีภาวะอ้วน และมีประวัติ anovulation ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ผู้ป่วยได้ตรวจ MRI เพื่อวางแผนการรักษามะเร็งที่เยื่อบุโพรงมดลูก ทำให้สามารถวินิจฉัย uterine inversion ได้ก่อนผ่าตัด จากรายงานเคสที่ผ่านมาส่วนมาก มักจะวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ปากมดลูก และวินิจฉัยภาวะนี้ได้ในระหว่างการผ่าตัด

จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ คศ.๑๙๔๐-๒๐๐๖ พบภาวะมดลูกปลิ้นที่สัมพันธ์กับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก เพียง ๗ ราย^(๔) และมีการรายงานเพิ่มอีกเพียง ๓ ราย ในปี ๒๐๐๖-๒๐๑๖^(๑๑-๑๓) กลไกที่อธิบายการเกิดภาวะทั้งสองร่วมกัน เชื่อว่าเกิดจากเนื้องอกที่บริเวณยอดมดลูกมีขนาดโตขึ้น ทำให้มีการบีบตัวของมดลูกเพื่อขับเนื้องอกที่ผิดปกติออก เมื่อเนื้องอกถูกบีบลงมาที่ปากมดลูก ยอดมดลูกจึงถูกดึงตามลงมาและปลิ้นอยู่ในช่องคลอด^(๔)

การรักษาขึ้นกับภาวะที่ตรวจพบร่วมด้วย ระดับความรุนแรงที่มดลูกปลิ้นออกมา และความต้องการในการมีบุตร ส่วนมากภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่ได้เกิดภายหลังการคลอดเกิดขึ้นมานานจึงไม่สามารถดันมดลูกกลับทางช่องคลอดได้ ต้องอาศัยการผ่าตัดเพื่อหามดลูกกลับสู่ตำแหน่งปกติโดย สามารถทำได้ทั้งทางช่องคลอด และการเปิดหน้าท้อง^(๑๔, ๑๕) ในรายนี้ตรวจพบร่วมกับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก จึงผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดมดลูก และประเมินการกระจายของโรคตามมาตรฐานการรักษา

สรุป

ภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่ได้เกิดภายหลังการคลอดเป็นภาวะที่พบน้อยมาก และวินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้ยาก ควรนึกถึงภาวะนี้ หากก่อนที่ยื่นออกมาจากช่องคลอดมีผิวเรียบ สีแดงคล้ำ มีเลือดออกได้ง่าย ตรวจไม่พบปากมดลูก คล้ายยอดมดลูกไม่ได้ หรือมีลักษณะไม่เหมือนเนื้องอกมดลูกทั่วไป ภาวะนี้พบร่วมกับเนื้อร้ายได้ ร้อยละ ๒๐ ควรตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาก่อนเสมอ เนื่องจากการวินิจฉัยโรคที่พบร่วมด้วยเป็น ปัจจัยสำคัญในการวางแผนการรักษา

๑. P. Das. Inversion of the uterus J ObstetGynaecol Br Emp, 47 (1940), pp. 527-548
๒. Takano K, Ichikawa Y, Tsunoda H, Nishida M. Uterine inversion caused by uterine sarcoma: a case report. Japanese journal of clinical oncology 2001;31:39-42.
๓. Mwinyoglee J, Simelela N, Marivate M. Non-puerperal uterine inversions. A two case report and review of literature. The Central African journal of medicine 1997;43:268-71.
๔. Ueda K, Okamoto A, Yamada K, Saito M, Takakura S, Tanaka T, et al. Nonpuerperal inversion of the uterus associated with endometrial cancer: a case report. International journal of clinical oncology 2006;11:153-5.
๕. deVries M, Perquin DAM. Non-puerperal uterine inversion due to submucousmyoma in a young woman: a case report. Journal of Medical Case Reports 2010; 4:21.
๖. Suprasert P, Srisomboon J, Phongnarisorn C, Euathrongchit J, Siriaunkgul S, Trungtawatchai S. Non-Puerperal Uterine Inversion. Thai Journal of Obstetric and Gynecology 2000;12:61-65
๗. Birge O, Tekin B, Merdin A, Coban O, Arslan D. Chronic Total Uterine Inversion in a Young Adult Patient. The American journal of case reports 2015;16:756-9.
๘. Rathod S, Samal SK, Pallavee P, Ghose S. Non puerperal uterine inversion in a young female- a case report. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR 2014;8:Od01-2.
๙. Lascarides E, Cohen M. Surgical management of nonpuerperal inversion of the uterus. Obstetrics and gynecology 1968;32:376-81.
๑๐. Lewin JS, Bryan PJ. MR imaging of uterine inversion. Journal of computer assisted tomography 1989;13:357-9.
๑๑. Kumar G, Reynolds K. Uterine inversion associated with endometrial carcinoma: a case report. Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology 2005;25:91-2.
๑๒. Prefontaine M. Complete uterine inversion in a patient with endometrial cancer. Journal of obstetrics and gynaecologyCanada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC 2012;34:609.
๑๓. Zhang C, Hu W, Jia N, Li Q, Hua K, Tao X, et al. Uterine carcinosarcoma and high-risk endometrial carcinomas: a clinicopathological comparison. International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society 2015;25:629-36.
๑๔. Fofie CO, Baffoe P. Non-Puerperal Uterine Inversion: A Case Report. Ghana Medical Journal 2010;44:79-81.
๑๕. Safdarian L, Aleyassin A, Forootan M, Kamalian N, Ahmadzadeh A. Non puerperal uterine inversion: a case report. ActaMedicaliranica. 2003;41:59-61

คำถามท้ายชม...

จากคณะกรรมการ การศึกษาต่อของดุษฎีบัณฑิต สำหรับสะสมคะแนน CME

๑. ข้อใดไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะ placenta accreta

- ก. Previous cesarean section
- ข. Placental previa
- ค. Myomectomy
- ง. Multiple gestation
- จ. Elderly pregnancy

๒. ข้อใดเป็นลักษณะที่มักพบในภาวะ placenta accreta ในช่วงไตรมาสที่สาม

- ก. Swiss cheese appearance
- ข. เห็น hypoechoic retroplacental zone ชัดเจน
- ค. กล้ามเนื้อมดลูกหลังตำแหน่งที่รกเกาะบาง มีความหนาน้อยกว่า ๑ มิลลิเมตร
- ง. พบการไหลเวียนเลือดแบบ turbulent ภายใน lacunae หากตรวจด้วย Doppler ultrasound
- จ. พบหลอดเลือดจากเนื้อรกเชื่อม (bridging) เข้าสู่ขอบของมดลูก

๓. การใช้ Magnetic resonance imaging (MRI) มีความเหมาะสมในการช่วยวินิจฉัยในภาวะใดมากที่สุด
- ก. ยืนยันการวินิจฉัย
 - ข. รกเกาะอยู่ด้านหลัง
 - ค. ทารกทำกัน
 - ง. สงสัยภาวะรกเกาะต่ำร่วมด้วย
 - จ. วางแผนผ่าตัดมดลูกออกพร้อมด้วย

๔. อายุครรภ์ที่เหมาะสมในการยุติการตั้งครรภ์ในสตรี ที่มีภาวะ placenta accreta

- ก. ๒๘ - ๓๐ สัปดาห์
- ข. ๓๐ - ๓๒ สัปดาห์
- ค. ๓๒ - ๓๔ สัปดาห์
- ง. ๓๔ - ๓๖ สัปดาห์
- จ. ๓๖ - ๓๘ สัปดาห์

๕. ภาวะแทรกซ้อนใดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในการผ่าตัด สตรีที่มีภาวะ placenta accreta ยกเว้น

- ก. Disseminated intravascular coagulopathy
- ข. Adult respiratory distress syndrome
- ค. Renal failure
- ง. Genitourinary trauma
- จ. Amniotic embolism

ท่านสามารถส่งคำตอบไปได้ที่ นงนพ เบียร์เบียร์
E-mail address: ngoenyen-beer@hotmail.com

เฉลยคำถามจากฉบับที่ ๖

๑. ข้อใดต่อไปนี้ไม่ถูกต้อง

- ง. แนวทางการรักษาในปัจจุบันมีการพัฒนา นวัตกรรมในการผ่าตัดรักษา และยาเคมีบำบัด เช่น การรักษาโดยใช้ยาที่จำเพาะเจาะจงต่อมะเร็ง (targeted therapy) ทำให้สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้เป็นอย่างดี

๒. การตัดท่อนำไข่ออกแบบด้วยโอกาส (opportunistic salpingectomy) คือการตัดท่อนำไข่ออกในสตรีที่มีความเสี่ยงระดับทั่วไป (average risk) เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่

- ง. ถูกทุกข้อ
- ๓. การผ่าตัดเพื่อเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในสตรีที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ต่อการเกิดมะเร็งรังไข่เยื่อบุโพรง (epithelial ovarian carcinoma) ได้แก่
- ก. Bilateral salpingo-oophorectomy

๔. จากการศึกษาในหลายสถาบัน พบว่าความเสี่ยงต่อมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุโพรง (epithelial ovarian carcinoma) ลดลงชัดเจนในสตรีที่ได้รับการทำหมันโดยวิธีใด

- ง. ถูกทุกข้อ

๕. ข้อใดต่อไปนี้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่เยื่อบุโพรง (epithelial ovarian carcinoma)

- ข. แนวโน้มประโยชน์ที่จะได้รับจากการผ่าตัดท่อนำไข่แบบฉวยโอกาสคือ การลดโอกาสเกิดมะเร็งชนิด endometrioid และ clear-cell ในอุ้งเชิงกราน



Gossip

ซุบซิบ...ซุบซิบ



Gossip

ซบซบ...ซบซบ

มัญญ ประจำปี พ.ศ. 2559

ประเทศไทย

20 ตุลาคม 2559

รีตติใหม่ เข...

N' GYN

