

## โพรงหนองในอุ้งเชิงกรานหลังการผ่าตัดคลอดและเย็บผูกมดลูก ในมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสและเป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

นवलอนงค์ วงศ์ชินแก้ว, พบ.\*

### บทคัดย่อ

- บทนำ:** การเกิดโพรงหนองในอุ้งเชิงกรานหลังการผ่าตัดคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่พบได้น้อย
- กรณีศึกษา:** ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 22 ปี ขณะตั้งครรภ์ตรวจพบภาวะเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ติดเชื้อซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาขณะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 38<sup>+2</sup> สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดช่วงคลอดได้ใช้ยาส่งเสริมการคลอดและผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเนื่องจากทารกอยู่ในภาวะคับขัน ขณะผ่าตัด มดลูกไม่หดรัดตัวใช้เทคนิคการเย็บผูกมดลูกเพื่อหยุดเลือด หลังคลอด 17 วัน มีอาการปวดท้อง คลำได้ก้อนที่ท้องน้อยด้านซ้าย ตรวจภาพถ่ายรังสี พบมีโพรงหนองขนาดใหญ่ที่สุดอยู่ข้างมดลูกด้านซ้ายขนาด 7.6x7.9x9.9 cm ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์เพื่อรับการเจาะระบายหนองทางหน้าท้องและให้ยาฆ่าเชื้อ ตรวจเพาะเชื้อจากหนองไม่พบเชื้อ สามารถถอดสายระบายหนองและกลับบ้าน 7 วันหลังการรักษา
- บทสรุป:** จากกรณีดังกล่าวมีหลายปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อหลังคลอด ทั้งปัจจัยจากมารดาที่มีภาวะติดเชื้อซิฟิลิสระยะแฝง ภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ปัจจัยจากการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินจากทารกอยู่ในภาวะคับขัน และการเย็บผูกมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายอื่นที่มีความเสี่ยงต่อไป
- คำสำคัญ:** โพรงหนองในอุ้งเชิงกราน, ผ่าตัดคลอด, ซิฟิลิส, เบาหวาน

\* กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

## Pelvic Abscess after Cesarean Section with Hayman Compression Suture in Maternal Syphilis and Uncontrolled Diabetes Mellitus

Nuananong Wongkhankaew, MD.\*

### Abstract

**Introduction:** Pelvic abscess is a low incident rate complication after cesarean section, otherwise it can cause re-operation and hysterectomy.

**Case study:** A Thai 22-year-old pregnancy was detected uncontrolled diabetic mellitus and late latent syphilis that treatment during pregnancy. At Gestational age 38<sup>+2</sup> weeks presented with labor pain. Admit for augmentation and then cesarean section due to non-reassuring fetal heart rate pattern. After cesarean section, Hayman compression suture was done due to uterine atony. At Day 17<sup>th</sup> after delivery presented with pelvic pain and mass at left lower quadrant. CT scan whole abdomen revealed multiple pelvic abscess, the largest pocket abuts left-sided uterus, about 7.6×7.9×9.9 cm Patient was referred to tertiary care for per cutaneous drainage and antibiotics treatment. No organism in pus culture. Off drain 7 days after treatment.

**Conclusion:** There are multiple factors that causing infection after delivery. The main factor is maternal factor: uncontrolled diabetic and late latent syphilis. Operative factor are emergency cesarean section and compression suture. Therefore, should beware the complication in other case that cesarean section or compression suture operation.

**Key words:** pelvic abscess, cesarean section, syphilis, diabetes mellitus

---

\* Obstetrics Gynecology Department, Phrae Hospital.

## บทนำ

ภาวะมดลูกอักเสบหลังคลอดเป็นภาวะที่แทรกซ้อนช่วงหลังคลอดที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่สามารถรักษาได้ด้วยยาปฏิชีวนะ การติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้นในช่องท้อง ทำให้มีเยื่อช่องท้องอักเสบ เป็นโพรงหนองในช่องท้อง หรือทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้<sup>(1,2)</sup> สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเกิดจากปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ การผ่าตัดคลอด การไม่ได้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และมีภาวะติดเชื้อในระหว่างการคลอด<sup>(3)</sup> ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อมดลูกอักเสบหลังการผ่าตัดคลอด ได้แก่ มารดาอายุน้อย เศรษฐฐานะต่ำ ระยะคลอดนาน น้ำเดินเป็นเวลานาน ได้รับการตรวจภายในหลายครั้ง และผ่าคลอดจากภาวะ cephalopelvic disproportion<sup>(3-5)</sup> พบภาวะมดลูกติดเชื้อจากการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินโดยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อมาถึง 30-40% ส่วนกรณีที่มีการวางแผนการผ่าตัดคลอด พบการติดเชื้อได้น้อยกว่า 10%<sup>(6)</sup>

เชื้อที่พบจากการติดเชื้อในมดลูกหลังคลอดส่วนใหญ่เป็นเชื้อรวมกันหลายชนิดทั้ง aerobes และ anaerobes จากทางระบบสืบพันธุ์เพศหญิง กรณีที่เชื้อเกิดจากเชื้อ aerobes bacteria, genital mycoplasma หรือ Chlamydia trachomatis สามารถหายเองได้ 80% แต่มากกว่า 60% ของการติดเชื้อเกิดจากเชื้ออื่น เช่น anaerobes bacteria หรือ Gardnerella vaginalis รวมถึงการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะพบอาการรุนแรงกว่า และสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่แผลได้<sup>(7-8)</sup>

การเกิดโพรงหนองในช่องท้องตามหลังการติดเชื้อในมดลูก เป็นภาวะที่พบบได้น้อยกว่า 1% โดยตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่เกิดบริเวณ board ligament ด้านหลังของ Cul-de-sac และบริเวณระหว่างมดลูกด้านหน้าและกระเพาะปัสสาวะ<sup>(6)</sup> ภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดคลอดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการผ่าตัดซ้ำ พบสาเหตุการผ่าตัดซ้ำหลังคลอด 0.53% ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากตกเลือด 66% จากโพรงหนองในช่องท้อง 17% ซึ่งในจำนวน 5% ของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำนั้นจำเป็นต้องได้รับการตัดมดลูก<sup>(9)</sup>

## กรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 22 ปี ตั้งครรภ์แรก ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7<sup>+1</sup> สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลชุมชน ผลตรวจเลือดขณะผ่าครรภ์ครั้งแรก (Lab 1) พบความผิดปกติ คือ VDRL 1:8 ผล HBsAg และ anti-HIV ให้ผลเป็นลบ ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ไม่ใช่คู่เสี่ยงธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีประวัติมารดาเป็นเบาหวาน จึงได้ตรวจคัดกรองเบาหวาน โดย Glucose challenge test (GCT) พบความผิดปกติเท่ากับ 463 mg% จึงตรวจวินิจฉัยด้วย Oral glucose tolerance test (OGTT) พบว่าผิดปกติมากกว่า 2 ค่า (265, 394, 362 และ 344 mg% ตามลำดับ) วินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลแพร์ที่อายุครรภ์ 12<sup>+6</sup> สัปดาห์ ตรวจยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิสด้วย TPHA ได้ผลเป็นบวก วินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิส

ระยะแฝง (late latent syphilis) เริ่มรักษาด้วยยา Benzathine penicillin G 2.4 mlU ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุกสัปดาห์ รวม 3 สัปดาห์ และตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เท่ากับ 10.1% ดังนั้นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยได้ในตอนแรกนั้น ผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ (pregestational DM) เริ่มให้การรักษาดูแลด้วยอินซูลินฉีดใต้ผิวหนังเป็น Novorapid 6-6-6 U ก่อนอาหาร และ NPH 12 U ก่อนนอน ติดตามอาการโดยให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้าน (self-monitoring blood glucose: SMBG) ก่อนอาหาร หลังอาหาร และก่อนนอน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ชักประวัติพบว่าไข้ยาไม่สม่ำเสมอ ได้แนะนำให้ปรับพฤติกรรม แต่หลังจากนั้นก็ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ตลอดการตั้งครรภ์จึงได้เพิ่มยาขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งก่อนคลอดได้ Novorapid 12-12-12 U ก่อนอาหาร และ NPH 26 U ก่อนนอน

ระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่พบความผิดปกติอื่นที่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ได้ตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่พบความพิการภายนอกของทารก (gross anomaly) ขนาดทารกสัมพันธ์กับอายุครรภ์ ที่อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ ตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (lab 2) ระดับ VRRl ลดลงเป็น 1:4

สรุปการฝากครรภ์ทั้งหมด 13 ครั้ง น้ำหนักขึ้น 5.8 kg (จาก 68 kg ขึ้นเป็น 73.8 kg) ส่วนสูง 159 cm BMI 26.9 kg/m<sup>2</sup> โปรตีนในปัสสาวะ เป็นลบ ความดันโลหิตปกติ ขนาดมดลูกสัมพันธ์กับอายุครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์

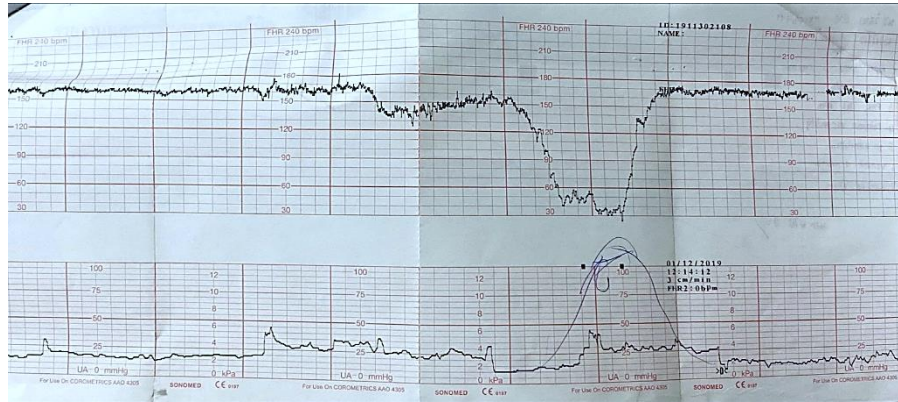
ที่อายุ 38<sup>+2</sup> สัปดาห์ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแพร์ ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ตรวจร่างกายแรก รับ สัญญาณชีพปกติ วัดยอดมดลูกได้ 34 cm อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150-155 bpm การแข็งตัวของมดลูกทุก 5 นาที ระยะเวลาหดตัว 30-40 วินาที ปากมดลูกเปิด 2 cm ความบางตัว 25% ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ ส่วนนำเป็นท่าหัว ระดับ -2 (cx 2 cm, effacement 25%, MI, vertex, station -2) จึงรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ รอคคลอดปกติทางช่องคลอด (Go on labor) ผลตรวจทางห้องตรวจปฏิบัติการ WBC 11,800 /cumm neutrophil 74.6%, lymphocyte 20.5% Hb 14.6 g/dL Hct 43.2% platelet 178,000 /cumm

ขณะรอคลอด 6 ชั่วโมงมีน้ำเดิน มดลูกแข็งตัวถี่ขึ้นเป็นทุก 2-3 นาที เวลาหดตัว 40 วินาที ตรวจภายในพบปากมดลูก เปิด 2 cm ความบางตัว 50% ถุงน้ำคร่ำแตก ส่วนนำเป็นท่าหัว ระดับ -1 (cx 2 cm, effacement 50%, MR, vertex, station -1) ได้ส่งเสริมการคลอด (augmentation) โดยใช้ oxytocin ติดเครื่องตรวจสุขภาพลูกในครรภ์ (external fetal monitor) เป็น category 1 ปกติดี

ภายหลังส่งเสริมการคลอดโดยใช้ oxytocin ประมาณ 3 ชั่วโมง ในอัตรา 18 ml/hr มารดามีไข้ 38.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจทารกปกติต่ำกว่า 160 ครั้งต่อนาที ระดับน้ำตาลในเลือด 113 mg% ยังไม่มีลักษณะอื่นที่บ่งชี้ถึงภาวะน้ำคร่ำติดเชื้อ (chorioamnionitis) วินิจฉัยเป็น intrapartum fever ให้ Ampicillin 2 g IV ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ Group B streptococcus ในทารกขณะคลอด

หลังจากนั้น 1 ชั่วโมง หัวใจทารกเต้นช้าลง ผล EFM category 3 พบ prolong deceleration และ minimal variability หัวใจทารกเต้นช้าลง

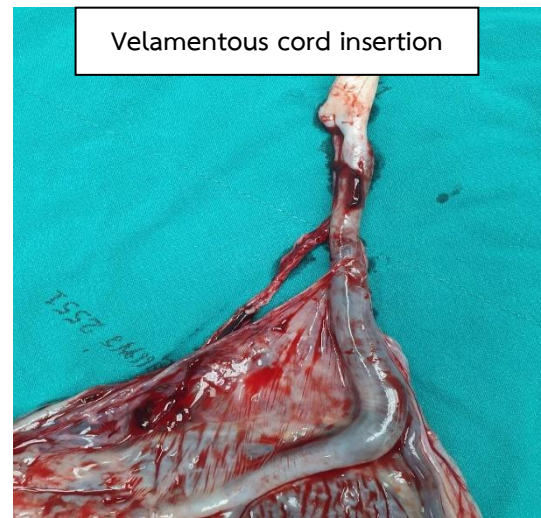
จนถึง 30 ครั้งต่อนาที นาน 2 นาที ในช่วงที่มีการแข็งตัวของมดลูก (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 External fetal monitor category 3 minimal variability with prolong deceleration

วินิจฉัยภาวะ fetal distress เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉินและให้ทำ intrauterine resuscitation (IUR) โดยให้มารดานอนตะแคงซ้าย ให้สารน้ำ และออกซิเจน และผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ผลการผ่าตัดพบลักษณะ ดังนี้

- การเกาะของสายสะดือผิดปกติเกาะบนเยื่อหุ้มทารก เรียกว่า velamentous cord insertion
- รกมีลักษณะผิดปกติและบวมน้ำ (รูปที่ 2)

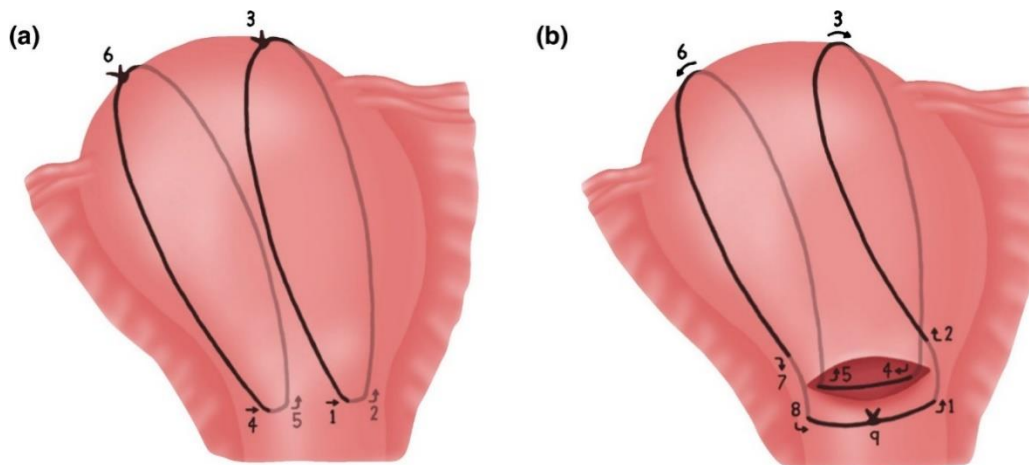


รูปที่ 2 แสดงลักษณะของรกที่บวมและมีการเกาะของสายสะดือบริเวณเยื่อหุ้มรก

- ทารกเพศชาย APGAR score 8, 10 หักสี่และเสี้ยวหัวใจทารก น้ำหนักแรกคลอด 2,860 g APGAR score 8, 10, 10 พบ asymmetrical head shape, polydactyly and hypodactyly คือ มือขวา มีนิ้วมือ 6 นิ้ว เกินมา 1 นิ้ว (accessory thumb) มือซ้าย มีนิ้วมือ 4 นิ้ว ขาดนิ้วกลาง

- มีภาวะ uterine atony หลังรักษาด้วยยา Oxytocin Methylergonovine และ Misoprostol ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดแล้วไม่ดีขึ้น อีกทั้งคลั่งยา Sulprostone ขาดยาทั่วประเทศ จึงไม่สามารถให้ยาครบทั้งหมดตามแนวทางปฏิบัติได้ จึงให้ Transamic acid 1 g และทำหัตถการเพื่อช่วยหยุดเลือด โดยทำ uterine compression suture โดยวิธี Hayman รวมเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 800 ml

การทำ uterine compression suture วิธี Hayman นั้นเป็นวิธีที่ประยุกต์จาก B-Lynch suture ซึ่งสามารถทำได้โดยไม่ต้องเปิดโพรงมดลูก และมีขั้นตอนที่ง่ายกว่า ขั้นตอนการทำ คือ ใช้ delay absorbable suture ( เลือกใช้เป็น Vicryl No. 1) เย็บมดลูกจาก lower segment ด้านหน้าไปยังด้านหลัง เริ่มจากส่วนเหนือต่อ reflection ของกระเพาะปัสสาวะ บีบมดลูกที่ไม่แข็งตัวเข้าหากัน ด้านหน้าและด้านหลัง พร้อมกับพบบมดลูกลงและผูกปมให้แน่นที่บริเวณ fundus ส่วนใหญ่จะทำขนานกัน 2 suture แต่หากมดลูกมีขนาดใหญ่หรือเพื่อให้ compression ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถทำได้มากกว่านั้น (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 การเย็บผูกมดลูกโดยวิธี Hayman suture และ B-Lynch suture (10)

(a) The six steps (three simple steps repeated twice) of the Hayman suture.

(b) The traditional B-Lynch compression suture, involving a hysterotomy and nine steps.

หลังผ่าตัดวันที่ 1-2 มีไข้ 38-38.5 องศาเซลเซียส ตรวจร่างกายพบ tonsil enlargement, injected pharynx, lung clear, breast no engorgement, abdomen mild tender around wound, lochia rubra ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม CBC: WBC 12,500 /cumm, Neutrophil 75%, lymphocyte 12.1% Hb 12.5 g/dL Hct 37% platelet 185,000 /cumm ตรวจปัสสาวะไม่พบภาวะติดเชื้อ รักษาภาวะ acute tonsillitis ให้ Ampicillin 1 g IV ทุก 6 ชั่วโมง หลังได้ยาใช้ลงเปลี่ยนยาเป็น amoxicillin (500) 2 tab oral bid ต่อจนครบ 7 วัน มีปัญหาระดับน้ำตาลไม่คงที่จึงรื้อปรับ insulin ในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้านให้อินซูลินเท่าก่อนคลอด ให้วางแผนให้กลับบ้านได้เมื่อครบ 4 วันหลังคลอด ทารกรักษา neonatal sepsis ให้อาหามะเชื้อต่อ 7 วัน ภาวะนิ้วขาดและนิ้วเกิน ไม่นึกถึงกลุ่มอาการผิดปกติมารดาพร้อมทารก เมื่อครบ 7 วัน ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง น้ำคาวปลาสีจางลง ตรวจแผลผ่าตัดแห้งดี เปิดแผลผ่าตัดได้

หลังผ่าตัดคลอด 17 วัน มีอาการปวดท้องด้านซ้าย คลำได้ก้อนที่ท้อง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไปโรงพยาบาลชุมชน ตรวจร่างกายพบ tense cystic mass 8 cm at Lt adnexa, mild tender at uterus ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบ hypoechoic mass 8.7 cm at Lt. adnexa ส่งตัวมาโรงพยาบาลแพร์

ที่โรงพยาบาลแพร์แรกรับ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 mmHg DTX 401 mg% ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

- CBC: WBC 12,200 /cumm, Neutrophil 77%, lymphocyte 11.2% Hb 11.8 g/dL Hct 34.7% platelet 232,000 /cumm

- UA: urine ketone 3+ ไม่พบการติดเชื้อ

- Blood ketone 3.7 mmol/L, blood glucose 395 mg%

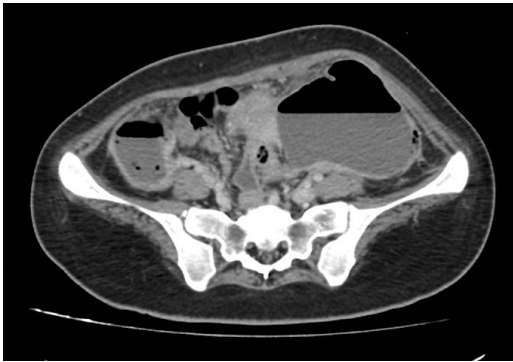
- BUN 5 mg/dL Cr 0.39 mg/dL

- Electrolyte imbalance พบภาวะ hyponatremia (Na 126 mmol/L) และภาวะ hypokalemia (K 2.29 mmol/L)

- Venous blood gas พบภาวะ metabolic acidosis: pH 7.254, pCO<sub>2</sub> 20.4 mmHg, pO<sub>2</sub> 51.5 mmHg, HCO<sub>3</sub> 12.4 mmol/L

วินิจฉัยภาวะ intraabdominal abscess with diabetic ketone acidosis with electrolyte imbalance ให้อาหามะเชื้อทางหลอดเลือดดำเป็น clindamycin 900 mg IV q 8 hr และ Gentamycin 240 mg IV OD เก็บเลือดเพาะเชื้อ (hemoculture) ก่อนให้อาหามะเชื้อปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อร่วมรักษาภาวะ diabetic ketone acidosis with electrolyte imbalance ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ Enlarge uterus containing intra uterine fluid and air bubbles. Uterine wall disruption at left-sided anterior lower uterine segment. Multiple rim enhancing abscesses with air fluid level in the pelvic cavity, cecal mesocolon, and cul-de-sac. The largest pocket abuts left-sided uterus, about 7.6 x 7.9 x 9.9 cm จึงปรึกษาแผนกรังสีรักษา

โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษา  
หนองทางหน้าท้อง (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบโพรงหนองในช่องท้อง

ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ เป็นเวลา 7 วัน โดยรักษาด้วยวิธีเจาะใส่สายระบาย หนองทางหน้าท้อง (percutaneous drainage) 2 ตำแหน่ง ผลเพาะเชื้อจากหนองและจากเลือดไม่พบ เชื้อ ผลการย้อม AFB ไม่พบเชื้อ ระหว่างรักษา ไข้ลง ดี ไม่ปวดท้อง หนองระบายออกได้ดี ติดตามด้วยการ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง ไม่พบหนอง ถอดสายระบายหนองก่อนกลับบ้าน ให้ยาฆ่าเชื้อเป็น Clindamycin และ Ciprofloxacin กินต่อ จนครบ 14 วัน ปัญหาเรื่อง diabetic ketone acidosis ดี ขึ้น ให้ฉีดอินซูลินต่อ ปรับยาเป็น Mixtard 10-0-20 U ภาวะ electrolyte imbalance หายเป็นปกติ

ติดตามอาการผู้ป่วยหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่ โรงพยาบาลแพร์ ไม่ปวดท้อง แผลหน้าท้อง และแผล จากการเจาะสายระบายหนองแห้งดี ตรวจปาก มดลูกและเซ็คมะเร็งปากมดลูกผลปกติ ผล VDRL titer 1:1 คุมกำเนิดโดยใช้ DMPA นัดติดตามภาวะ เบาหวานต่อเนื่องกับอายุรแพทย์

ติดตามอาการทารก หลังคลอดพบภาวะ  
ดังนี้

- Breast feeding jaundice รักษาด้วยการส่องไฟ
- Maternal syphilis ตรวจ VDRL ในทารก ผล nonreactive
- ตรวจร่างกายพบ diastolic ejection murmur ตรวจ echo หัวใจ พบ ASD secundum 3 mm ติดตามอาการ close ASD, perimembranous VSD 7-8 mm mild TR and pulmonary hypertension รักษาด้วย Spironolactone Furosemide และ Digoxin ติดตามอาการต่อเนื่องกับกุมารแพทย์
- Polydactyly (accessory thumb) ศัลยแพทย์พลาสติกดูอาการแล้ว ไม่จำเป็นต้องรักษาต่อ
- พัฒนาการสมวัย



## สรุป

การเกิดโพรงหนองในช่องท้องหลังการผ่าตัดคลอดและเย็บแผลมดลูกในผู้ป่วยรายนี้ มีปัจจัยจากผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งที่มีการติดเชื้อซิฟิลิส และมีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ การเย็บแผลมดลูกอาจเป็นปัจจัยเสริมแต่เนื่องด้วยการศึกษาต่าง ๆ ยังไม่มีรายงานการเกิดโพรงหนองในช่องท้องที่เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการเย็บแผลมดลูกจึงยังไม่สามารถใช้เป็นข้อสรุปได้ อย่างไรก็ตามก็ควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้หลังการทำหัตถการเย็บแผลมดลูกในผู้ป่วยรายต่อ ๆ ไป

## วิจารณ์

กรณีศึกษานี้ได้เรียนรู้การใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ในการรักษาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด กล่าวคือการใช้หัตถการเย็บแผลมดลูก รักษาภาวะมดลูกไม่แข็งตัว ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบอนุรักษ์นิยมที่ช่วยลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในกรณีตกเลือดหลังคลอด ทำให้ไม่ต้องตัดมดลูก โดยเฉพาะในกรณีครรภ์แรกหรือผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร ซึ่งกรณีนี้ได้ให้การรักษาดำเนินการตามหลักวิชาการ และถึงแม้จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ได้พิจารณาหลีกเลี่ยงการผ่าตัดซ้ำ โดยปรึกษาโรงพยาบาลศูนย์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้แพทย์เฉพาะทางในการรักษาแบบกึ่งประคับประคองและไม่ต้องผ่าตัด (intervention) ซึ่งลดความเสี่ยงความเจ็บป่วย การเสียชีวิตในขณะที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004;103(5 Pt1):907-12.
2. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 2007;109(3):669-77.
3. Lehfelddt H. Ernst Grafenberg and his ring. *Mt Sinai J Med* 1975;42(4):345-52.
4. Duff P. Infections in pregnancy. *Glob. libr. McGraw-Hill*; 2001.
5. Cunningham FG, Hauth JC, Strong JD, Kappus SS. Infectious morbidity following cesarean section. Comparison of two treatment regimens. *Obstet Gynecol* 1978;52(6):656-61.
6. Duff P. Pathophysiology and management of postcesarean endomyometritis. *Obstet Gynecol* 1986;67(2):269-76.
7. Cunningham FG. The bacterial pathogenesis of infection following cesarean section. *Obstet Gynecol* 1979;53(5):545-9.

8. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004;103(5 Pt1):907-12.
9. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 2007;109(3):669-77.
10. Karoshi, Mahantesh. The Hayman uterine compression suture. *BJOG*: 2015;122(8):1137.