

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด ที่หกสัปดาห์หลังคลอดบุตร

ปฐุม ยะจ่อ พ.บ.,ว.ว. สุภาพันท์ วัฒนเจริญ พ.บ.,ว.ว. สุภาวี กิตติสัตยกุล พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Corresponding author, Email: nureeza.zazaa@gmail.com

(วันรับบทความ : 25 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ : 30 เมษายน 2568, วันตอบรับบทความ : 26 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดเป็นภาวะอุบัติใหม่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมารดาในระยะยาว เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การตั้งครรภ์ตำแหน่งแผลเป็นมดลูก และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการตั้งครรภ์ในอนาคต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของร่องแผลเป็นมดลูกที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะนี้

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นแบบพรรณนาไปข้างหน้า ดำเนินการที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างวันที่ 15 เมษายน 2567 ถึง 15 พฤศจิกายน 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์เดียวที่มีสุขภาพดี อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์ประเมินภาวะแผลเป็นมดลูกที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด

ผลการศึกษา: จากผู้เข้าร่วม 101 ราย พบร่องแผลเป็นมดลูกร้อยละ 74.3 (75/101) โดยร้อยละ 38.7 (29/75) เป็นร่องแผลขนาดใหญ่ มดลูกกว่าหน้าเพิ่มความเสี่ยงการเกิดร่องแผลเป็นมดลูก 18 เท่า (adjusted OR = 18.00, 95% CI = 4.17 – 77.77, $p < 0.001$) และอายุน้อยกว่า 35 ปีเพิ่มความเสี่ยงการเกิดร่องแผลขนาดใหญ่ 6.19 เท่า (adjusted OR = 6.19, 95% CI = 1.59 – 24.09, $p = 0.009$)

สรุป: ความชุกของร่องแผลเป็นมดลูกที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตอยู่ที่ร้อยละ 74.3 แสดงถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะนี้ โดยเฉพาะในกรณีมดลูกกว่าหน้า ควรตรวจอัลตราซาวนด์เพิ่มเติมเพื่อประเมินภาวะแผลเป็นมดลูก ติดตามอาการ ภาวะแทรกซ้อน และการหายของแผลในช่วง 6 เดือนหลังคลอด

คำสำคัญ: ผ่าตัดคลอด ภาวะร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด

The Prevalence and Risk Predictors of Cesarean Scar Defect at Six Weeks Postpartum

Pathom Yachaw, M.D., Board Certified Supapun Wattanacharoen, M.D., Board Certified
Supavee Kittisattayakul, M.D.,

Department of Obstetrics and Gynecology, Vachira Phuket Hospital

Abstract

Background: Cesarean scar defect following cesarean section is an emerging condition that can have long-term implications for maternal health, particularly abnormal vaginal bleeding, cesarean scar pregnancy, and other complications that may arise during future pregnancies.

Objectives: To determine the prevalence of uterine niche following cesarean section at 6 weeks postpartum and to analyze factors potentially associated with the development of uterine niche.

Materials and Methods: This descriptive prospective cohort study was conducted at Vachira Phuket Hospital from April 15, 2024, to November 15, 2024. The study population included healthy, singleton pregnant women aged 18 years or older who underwent cesarean delivery. Participants were assessed for uterine niche using ultrasound at 6 weeks postpartum.

Results: Among 101 participants, the prevalence of uterine niche was 74.3% (75/101), with 38.7% (29/75) of these cases classified as large niches. The study found that anteverted uterus was significantly associated with the development of uterine niche, increasing the risk by 18-fold (adjusted OR = 18.00, 95% CI = 4.17 – 77.77, $p < 0.001$). Additionally, women under 35 years of age had a 6.19-fold increased risk of developing large uterine niches (adjusted OR = 6.19, 95% CI = 1.59 – 24.09, $p = 0.009$).

Conclusions: The prevalence of uterine niche in postpartum patients at Vachira Phuket Hospital was 74.3%, highlighting the importance of monitoring this condition, particularly in cases of anteverted uterus. Additional ultrasound evaluation is recommended to confirm the presence of uterine niche, monitor symptoms, assess potential complications, and evaluate healing progress over a 6-month period.

Keywords: Cesarean section, Uterine niche, cesarean scar defect

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นวิวัฒนาการสำคัญทางสูติศาสตร์ นับเป็นหัตถการที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับมารดาที่ไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดอย่างปลอดภัย การทำผ่าตัดคลอดบุตรเป็นหัตถการเพื่อช่วยชีวิตมารดาและทารก แต่อย่างไรก็ตามถ้าให้คลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย การคลอดทางช่องคลอดก็ยังคงถือว่าเป็นวิธีการคลอดในอุดมคติ แม้การผ่าตัดในปัจจุบันมีความปลอดภัยสูงก็ตาม แต่จากการประมวลความรู้ในปัจจุบันพบว่า การผ่าตัดคลอดในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ มีผลเสียมากกว่าผลดี ปัจจุบันอัตราการทำการผ่าตัดคลอด (Cesarean section rate) เพิ่มขึ้นมาก ทั่วโลกในทศวรรษที่ผ่านมา⁽¹⁾

ร่องแผลเป็นที่มดลูกจากการผ่าตัดคลอด (Cesarean scar defect: CSD) คำนิยามคือมีการแยกตัวของกล้ามเนื้อมดลูกบริเวณแผลผ่าตัดคลอดที่สามารถมองเห็นได้จากการทำอัลตราซาวนด์อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร⁽²⁾ หลายการศึกษาอาจใช้คำจำกัดความที่แตกต่างกันไป เช่น uterine niche หรือ uterine isthmocele CSD อาจทำให้สตรีมีปัญหาเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (abnormal vaginal bleeding 75%-82%) เลือดออกกะปริดกะปรอย หลังรอบเดือน (postmenstrual spotting 29%-34%) ท้องนอกมดลูกที่ตำแหน่งร่องแผลเป็นจากการผ่าตัดคลอด (CSD ectopic pregnancy 1:1800- 1: 2216) และภาวะมีบุตรยาก^(2,3) นอกเหนือจากนี้หากสตรีที่มี CSD มีการตั้งครรภ์ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่รุนแรงได้เช่น แผลผ่าตัดที่มดลูกปริแตก ตั้งครรภ์นอกมดลูกที่แผลผ่าตัด ภาวะรกเกาะต่ำและเกาะตรงรอยแผลผ่าตัดที่มดลูก^(4,5)

นอกจากนี้มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ของอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด กับร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่⁽⁶⁾ ความชุกของการตรวจพบ CSD จากการตรวจอัลตราซาวนด์โดยใช้หัวตรวจทางช่องคลอด (Transvaginal Ultrasound: TVS) จากการศึกษาของ Tulandi T และ Cochen A⁽³⁾ ในสตรีชาวยุโรปคือ ร้อยละ 24 -88 ส่วนการศึกษาในสตรีชาวเอเชีย Pan H และคณะ⁽⁷⁾ รายงานความชุกของการตรวจพบ CSD ที่ตรวจภายหลังผ่าตัดคลอดที่ 6 สัปดาห์ คือ ร้อยละ 43

ตัวทำนายหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด มีการศึกษาของ Antila-Langsjö RM และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาในประเทศฟินแลนด์ พบว่าดัชนีมวลกายภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการผ่าตัดคลอดซ้ำ เป็นความเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด ส่วนการศึกษาในเอเชีย Pan H และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาที่เชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด ในสตรีที่มีการติดเชื้อ มีไข้ ในช่วงของการเจ็บครรภ์คลอดและหลังคลอดและสตรีที่มีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 150,000 ต่อเดซิลิตร และสตรีที่มีค่า fibrinogen สูง ส่วนในกลุ่มที่มีการให้ยาฆ่าเชื้อหลายครั้ง พบการเกิดร่องแผลเป็นจากการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า

การศึกษาในประเทศไทย ณภัทร นิตยพันธ์ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับร่องแผลเป็นมดลูกขนาดใหญ่จากการผ่าตัดคลอด คือพบความสัมพันธ์ของร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ร้อยละ 22.3 กับ การผ่าตัดคลอดซ้ำ มดลูกกว่าหลัง และปากมดลูกเปิดขยายมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เซนติเมตรก่อนผ่าตัดคลอด

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรสูงขึ้นในทุกๆปี และมีสตรีที่มารับการรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปวดประจำเดือน มีบุตรยาก ที่อาจสัมพันธ์กับร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ร่องแผลเป็นมดลูกบ่อยครั้งทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกของร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะนี้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

- เพื่อทราบความชุก (Prevalence) ของการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดที่ตรวจพบในสตรีหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัตถุประสงค์รอง

- เพื่อทราบความชุกของการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ที่ตรวจพบในสตรีหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
- เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เช่น อายุ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการทำผ่าตัดคลอด การเปิดขยายของปากมดลูกก่อนผ่าตัด และปัจจัยอื่นๆ กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดที่ตรวจพบในสตรีหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาแบบDescriptive Prospective Cohort studyหน่วยบริการผู้ป่วยในสูติกรรมหลังคลอดและหน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตโดยขอความยินยอมจาก

อาสาสมัครให้เข้าร่วมงานวิจัย ตรวจหาร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. สตรีอายุมากกว่า 18 ปี
2. เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว
3. แผลที่มดลูกสำหรับการผ่าตัดคลอดต้องเป็นแผลแนวขวางที่ส่วนล่างของมดลูก (A low transverse uterine incision)
4. ไม่เคยมีแผลผ่าตัดอื่นๆที่มดลูก นอกเหนือไปจากการทำผ่าตัดคลอด
5. ไม่มีการทำผ่าตัดที่กล้ามเนื้อของมดลูกอื่นๆ (เช่น myomectomy, เย็บซ่อมแผลที่มดลูกจากมดลูกแตกและอื่นๆ) ร่วมกับการทำผ่าตัดคลอดบุตร
6. ไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ และหรือรกเกาะติดแน่นร่วมด้วย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีการอักเสบติดเชื้อในโพรงมดลูกหลังคลอด
2. มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันและรุนแรง ได้รับการรักษาโดยการตัดมดลูก
3. มีภาวะตกเลือดที่เวลามากกว่า 24 ชั่วโมงที่หลังคลอด
4. ไม่ประสงค์จะมาตรวจหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการ (Subject withdrawal criteria)

1. ไม่สามารถตรวจแสดงภาพอัลตราซาวนด์เพื่อมองหาและตรวจขนาดมดลูก และร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดตามหลักวิธีวัดอ้างอิงได้
2. อาสาสมัครไม่มาตรวจหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ ตามนัดที่โรงพยาบาล

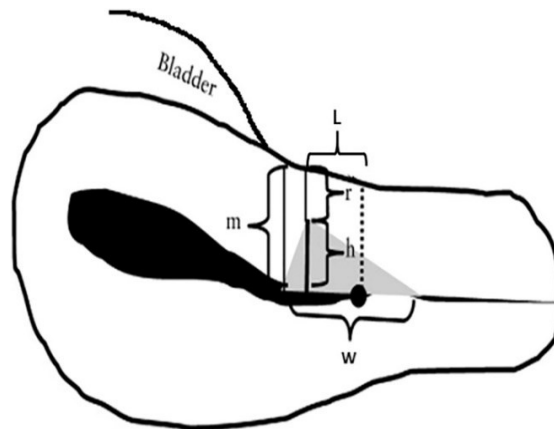
โดยผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่แผนกผู้ป่วยหลังคลอดก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยออกเลหะรหัสแก่อาสาสมัคร และลงบันทึกข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด ประวัติการผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด เทคนิคการผ่าตัดคลอด โรคประจำตัว เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดคลอด ปริมาณเลือดที่เสียจากการผ่าตัดคลอด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ ลงในแบบฟอร์มส่วนที่ 1 ที่ได้รับการรับรองโดยคณะ กรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 200 ราย จะได้รับการนัดหมายให้มาตรวจหลังคลอดอีก 6 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชเวชกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ร่วมกับได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด ซึ่งจะตรวจโดยผู้ทำวิจัยหลัก ที่ได้รับการอบรมขั้นตอนการอัลตราซาวด์เพื่อตรวจหาร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด และลงบันทึก

ในแบบบันทึกส่วนที่ 2 โดยอาสาสมัครที่มาตามนัด 101 ราย (แพทย์ที่ทำอัลตราซาวด์ จะไม่ทราบข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร เช่น เคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อนหรือไม่ โรคประจำตัว และอื่นๆ และไม่ทราบข้อมูลในแบบบันทึกการทำผ่าตัดซึ่งบันทึกไว้ในส่วนที่1) รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกทั้งสองส่วนของอาสาสมัครแต่ละราย (ยึดตามเลหะรหัสที่ออกไว้ตั้งแต่อาสาสมัครเริ่มเข้าโครงการ) เพื่อบันทึกข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล (Study tools and outcome measurement)

เครื่องอัลตราซาวด์ที่ใช้ จะใช้เครื่องอัลตราซาวด์ที่ประจำอยู่ที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตหัวตรวจทางช่องคลอด สองมิติ (2D)

Ultrasound: Powered by CrystalLive™ HS50 (Samsung Healthcare)



ภาพที่ 1 แสดง CSD parameter, w=เส้นตรงที่ base of triangular defect, h=เส้นตั้งฉากจาก apex ถึง base, r=ระยะทางจาก apex ถึง uterine serosa, m=ระยะทางจาก base ถึง uterine serosa

Sonographic protocol

ใช้แนวทางการตรวจตาม Osseous OV และ คณะ⁽¹⁰⁾ การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เลขที่ COA No.005C2023 ซึ่งข้อมูลที่ได้จะมากำหนดทาง สถิติใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 ความถูกต้องของการตรวจพบร่องแผลเป็นมดลูกจากการทำ ผ่าตัดคลอด (CSD) รายงานผลใช้ค่า proportion หรือร้อยละ ข้อมูลที่เป็นตัวแปรชนิดปริมาณ เช่น อายุ อายุครรภ์ที่คลอด ดัชนีมวลกายของสตรีก่อน ตั้งครรภ์ รายงานผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย บวกลบ ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐานใช้ student's t test เพื่อ เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงปริมาณ 2 กลุ่ม และยอมรับค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ ค่า P-value < 0.05 จากผล univariate

analysis ตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.2 จะนำมา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยวิธี multivariable binary logistic regression analysis และยอมรับ ค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

ผลการศึกษา

Demographic Data

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วน ใหญ่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 68.3 ประกอบ อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 32.7 มี Body weights index (BMI) ≥ 25 ร้อยละ 76.2 ไม่มีผู้ที่ สูบบุหรี่ ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Factors of patient characteristic (N = 101)

Demographic Data	Number	Percent
Age		
<35 ปี	69	68.3
≥ 35 ปี	32	31.7
Occupation		
company employee	33	32.7
general employee	26	25.7
unemployed	19	18.8
own business	13	12.9
government officer	9	8.9
other (Student)	1	1.0
Body weights Index (BMI)		
< 25	24	23.8
≥ 25	77	76.2
Smoking		
No	100	100
Underlying disease		
No	86	85.1
Yes	15	14.9

Obstetrics Data

ลักษณะปัจจัยทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 41.6 ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนร้อยละ 45.5 ผ่าตัดคลอดครั้งแรกร้อยละ 58.4 ผู้ที่ต้องผ่าคลอดฉุกเฉินร้อยละ 45.5 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.15 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ปากมดลูกเปิดขณะ

ตัดสินใจผ่าคลอด < 6 เซนติเมตรร้อยละ 91.1 การผ่าคลอดผ่าโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 85.1 หลังการผ่าคลอดส่วนใหญ่ไม่มีการตกเลือดร้อยละ 99.0 โดยมี EBL เฉลี่ย 422.57 ml มากที่สุด 1,200 ml (1 ราย) น้อยที่สุด 300 ml ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 41.24 นาที มากที่สุด 90.0 นาที และน้อยที่สุด 20.0 นาที ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Factors of patient obstetrics (N = 101)

Obstetrics Data	Number	Percent
Number of gravidity		
1	42	41.6
2	34	33.7
3	14	13.9
4	7	6.9
5	4	4.0
Number of parity		
0	46	45.5
1	38	37.6
2	12	11.9
3	4	4.0
4	1	1.0
Previous cesarean section		
Primary c/s	59	58.4
Repeat c/s	42	41.6
Emergency c/s		
No	55	54.5
Yes	46	45.5
Gestational age at delivery		
$\bar{X} = 38.15$, $SD = 1.68$, min = 32.0 , max = 41.1		

Obstetrics Data		Number	Percent
Cervical dilatation at the time of decision for C/S			
	< 6 cm.	92	91.1
	≥ 6 cm.	9	8.9
Operator			
	Attending physician	86	85.1
	Internist	15	14.9
Post-partum Hemorrhage (> 1,000 ml)			
	No	100	99.0
	Yes	1	1.0
EBL	$\bar{X} = 422.57$, SD = 174.01, min = 300 , max = 1,200.0		
Operative time	$\bar{X} = 41.24$, SD = 13.42, min = 20.0 , max = 90.0		

Obstetrics complication during pregnancy เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 16.8, มีภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 7.9, มีไข้หลังการผ่าตัดคลอดร้อยละ 1.0 และได้รับยาปฏิชีวนะ แบบ Multiple dose ร้อยละ 98.0 ดังตารางที่ 3

ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 8.9, เป็น

ตารางที่ 3 Factors of patient obstetrics complication during pregnancy (N = 101)

Obstetrics complication during pregnancy	Number	Percent
Maternal anemia		
Hct ≤ 33%		
No	92	91.1
Yes	9	8.9
Gestational diabetes		
No	84	83.2
Yes	17	16.8
Pre-eclampsia		
No	93	92.1
Yes	8	7.9
Post C/S fever		
No	100	99.0
Yes	1	1.0
Antibiotic		
single dose	2	2.0
Multiple dose	99	98.0

Ultrasound finding

หลังการผ่าตัดคลอด 6 สัปดาห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งมดลูก Antelex ร้อยละ 53.5 ตรวจพบร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัด

คลอด (CSD) ร้อยละ 74.3 และพบการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD) ร้อยละ 38.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Ultrasound finding of patient after cesarean (N = 101)

Ultrasound finding	Number	Percent
Uterine position		
Anteflex	54	53.5
Mid-position	2	2.0
Retroflex	45	44.6
CSD		
Absent	26	25.7
Present	75	74.3
Large CSD (CSD Present = 75)		
No	46	61.3
Yes	29	38.7

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด (CSD)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดวิเคราะห์แบบ univariate พบว่า Uterine position มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด (CSD) จากผลการวิเคราะห์แบบ multivariate พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

การเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด (CSD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ได้แก่ Uterine position โดยภาวะมดลูก Antelex เมื่อเทียบกับ Retroflex พบว่า Antelex มีโอกาสเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด (CSD) เพิ่มขึ้น 18 เท่า (adjusted OR = 18.00, 95% CI = 4.17– 77.77, $p < 0.001$) ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด (CSD) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 Multivariate analysis of predictive factors of CSD

Factors	Adjusted Odd ratio (95% confidence interval)	p-value
Underlying disease		
No	1	0.106
Yes	0.26 (0.05-1.33)	
Number of gravidity		
1	1	0.574
2	1.20 (0.25-5.89)	0.821
3	349077183.2 (0.00)	0.998
4	0.17 (0.017-1.67)	0.127
5	0.91 (0.17-4.75)	0.655
Previous cesarean section		
Primary c/s	1	0.909
Repeat c/s	0.91 (0.17-4.75)	
Uterine position		
Anteflex	18.00 (4.17-77.77)	<0.001*
Mid-position	1404206944.0 (0.00)	0.999
Retroflex	1	0.001*

* P-value <0.05

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการ
เกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD)**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD) วิเคราะห์แบบ univariate พบว่า อายุ (Age) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD)

จากผลการวิเคราะห์แบบ multivariate พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่อง

แผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ได้แก่ Age โดยอายุน้อยกว่า 35 ปี เมื่อเทียบกับอายุ 35 ปีขึ้นไปพบว่า อายุน้อยกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD) เพิ่มขึ้น 6.19 เท่า (adjusted OR = 6.19 , 95% CI =1.59 – 24.09, $p = 0.009$) ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 Multivariate analysis of predictive factors of Large CSD

Factors	Adjusted Odd ratio (95% confidence interval)	p-value
Age (years old)		
<35 ปี	6.19 (1.59-24.09)	0.009*
≤ 35 ปี	1	
BMI		
< 25	1	0.146
≥ 25	2.69 (0.71-10.21)	
Uterine position		
Anteflex	1	0.349
Mid-position	1096910506.0 (0.00)	0.999
Retroflex	0.42 (0.13-1.36)	0.147

* P-value <0.05

วิจารณ์

การศึกษาเรื่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยคนไทยที่มาคลอดบุตร และตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นทุกปี สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น การศึกษานี้สามารถตรวจสอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย พบความชุกของร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดร้อยละ 74.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tulandi T และ Cochen A⁽³⁾ ในสตรีชาวยุโรปคือ ร้อยละ 24 -88 ซึ่งข้อมูลที่ตรวจพบเป็นร้อยละที่ค่อนข้างสูง ข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมว่าควรตรวจ อัลตราซาวด์เพื่อประเมินภาวะแผลเป็นมดลูก

ร่องแผลเป็นมดลูกขนาดใหญ่พบร้อยละ 38.7 ในจำนวนที่ศึกษา 29 ราย ใน 75 ราย ข้อมูล

จากการศึกษาของณภัทร นิตยพันธ์ และคณะ⁽⁹⁾ พบร้อยละ 22.3 ซึ่งเป็นร้อยละที่ค่อนข้างสูง ในผู้ป่วยที่มาตรวจหลังคลอดแพทย์ควรให้ความสำคัญต่อภาวะนี้ นอกจากนี้ปัจจัยที่สัมพันธ์ที่พบในการศึกษาพบมดลูกลักษณะคว่ำหน้า (Anteflex) มีโอกาสเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด (CSD) เพิ่มขึ้น 18 เท่า (adjusted OR = 18.00, 95% CI = 4.17 – 77.77, p < 0.001) ซึ่งไม่สัมพันธ์กับข้อมูลจากการศึกษาของณภัทร นิตยพันธ์ และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่ามดลูกคว่ำหลังสัมพันธ์กับร่องแผลเป็นขนาดใหญ่ ซึ่งการศึกษาในอนาคตอาจต้องศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้น และการควบคุมสัดส่วนในแต่ละกลุ่มให้ใกล้เคียงกันเมื่อมองในด้านกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ไม่มีความแตกต่าง ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจาก

การผ่าตัดคลอด (CSD) ปัจจัยที่สัมพันธ์การเกิดร่องแผลเป็นมดลูกขนาดใหญ่คือ อายุ โดยอายุน้อยกว่า 35 ปี เมื่อเทียบกับอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าอายุน้อยกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD) เพิ่มขึ้น 6.19 เท่า (adjusted OR = 6.19 , 95% CI = 1.59 – 24.09, p = 0.009) แต่เนื่องจากสัดส่วนกลุ่มอาสาสมัครในการศึกษา อายุน้อยกว่า 35 ปี เป็นร้อยละ 68.3 อาจต้องมีการควบคุมกลุ่มการศึกษาทั้งสองกลุ่มให้เหมาะสมในการศึกษาในลำดับถัดไป ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอดขนาดใหญ่ (Large CSD)

การออกแบบการวิจัยขนาดของกลุ่มศึกษา 95 ราย ผู้ช่วยวิจัยจะให้ข้อมูลอาสาสมัครและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาซึ่งจะแยกเป็นส่วนที่ 1 ในหอผู้ป่วยหลังคลอดช่วง 15 เมษายน 2567 ถึง 15 พฤศจิกายน 2567 เพื่อกระจายอาสาสมัครยอดรวม 200 ราย ผู้ทำวิจัยหลักจะเป็นผู้ตรวจอัลตราซาวด์หาร่องแผลเป็นมดลูก ลงข้อมูลในส่วนที่ 2 ช่วยลด Bias ที่จะเกิดขึ้น อาสาสมัครที่มาตรวจ 6 สัปดาห์หลังคลอดตามนัดยอด 101 ราย คิดเป็นยอดร้อยละ 50.5 จากยอดที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา อาจเกิดจากปัจจัยเช่น ผู้ป่วยที่ไม่คลอดที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัด เมื่อคลอดบุตรเสร็จก็กลับภูมิลำเนาเดิมจึงไม่มาตรวจตามนัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานการมารับการตรวจในช่วงเวลาดังกล่าว

อาจไม่สะดวก ซึ่งการศึกษานี้ไม่มีเกณฑ์กำหนดเรื่องภูมิลำเนาไว้ การศึกษาในลำดับถัดไปควรมีการกำหนดไว้เพื่อให้ได้ข้อมูล

การศึกษาลำดับถัดไปในอนาคต ควรมีการจำกัดเรื่องของภูมิลำเนาของผู้ป่วย การศึกษาแบบ Cross-sectional ในกลุ่มประชากรหลังคลอด 6 สัปดาห์ การศึกษากลุ่มประชากรที่มีร่องแผลเป็นมดลูกขนาดใหญ่ เพื่อติดตามการหายของแผล และอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนและ 12 เดือนหลังตรวจพบ และยังเป็นจุดเริ่มต้นเพื่อศึกษาและวิจัยการแก้ไขร่องแผลเป็นมดลูก และเทคนิคการเจ็บแผลเมื่อผ่าตัดคลอดเพื่อลดภาวะร่องแผลเป็นมดลูก

สรุป

การศึกษานี้พบร่องแผลเป็นมดลูกจากการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 74.3 และเป็นร่องแผลเป็นขนาดใหญ่ร้อยละ 38.7 ลักษณะมดลูกคว่ำหน้าสัมพันธ์ต่อการเกิดร่องแผลเป็นมดลูก สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในผู้ป่วยตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ เมื่อตรวจภายในพบลักษณะมดลูกคว่ำหน้า ควรพิจารณาตรวจอัลตราซาวด์เพิ่มเติมเพื่อตรวจหาร่องแผลเป็นมดลูก และเมื่อตรวจพบร่องแผลมดลูกขนาดใหญ่ควรแนะนำอาการ ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และติดตามการหายของแผลเป็นมดลูกอีก 6 เดือน – 1 ปี ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดคลอดเมื่อวางแผนตั้งครรภ์ควรมีการประเมินร่องแผลเป็นมดลูกว่ามีหรือไม่ หากพบร่องแผลเป็นขนาดใหญ่ควรแนะนำให้ผ่าตัดแก้ไขก่อนตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. Betran AP, Ye J, Moller AB, et al. The Increasing trend in cesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990- 2014. PLoS One 2016;11:e0148343.
2. Allornuvor G, Xue M, Zhu X, Xu D. The definition, aetiology, presentation, diagnosis and management of previous cesarean scar defects. J Obstet Gynaecol. 2013;33(8):759-63.
3. Tulandi T, Cohen A. Emerging manifestations of cesarean scar defect in reproductive-aged women. J Minim Invasive Gynecol. 2016;23(6):893-902.
4. Pomorski M, Fuchs T, Zimmer M. Prediction of uterine dehiscence using ultrasonographic parameters of cesarean section scar in the nonpregnant uterus: a prospective observational study. BMC pregnancy Childbirth. 2014;14:365-71.
5. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;44(3):346-53.
6. van der Voet LF, Bij de Vaate AM, Veersema S, Brolmann HA, Huirne JA. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. BJOG. 2014; 121: 236-44.
7. Pan H, Zeng M, Xu T, et al. The prevalence and risk predictors of cesarean scar defect at 6 weeks postpartum in Shanghai, China : A Prospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand 2019;98:413-22.
8. Antila-Langsjo RM, Maenpaa JU, Huhtala, et al. Cesarean scar defect: a prospective study on risk factors, Am J Obstet Gynecol 2018;219:458.e1-8.
9. Nitayaphan N, Laosooksathit W, Kongsomboon K, Kitporntheranunt M. Prevalence of and Factors Associated with Large Cesarean Scar Defects in Women at Six Weeks Postpartum. Thai J Obstet Gynaecol 2023;31(5):350-8.
10. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L. High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. Ultrasound Obstet Gynecol 2009;34:90-7