นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Article

การตั้งครรภ์นอกมดลูก ในโรงพยาบาลลำปลายมาศ

Ectopic pregnancy in Lamplaimat hospital

*ปริญญา ราชกิจ, พ.บ.**

*Parinya Rajchakit, M.D.**

**กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 31110*

**Department of Department of Obstetrics–Gynecology, Nangrong Hospital, Buriram, Thailand, 31110*

**Corresponding author. E-mail address : par.kong@hotmail.com*

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบในการตั้งครรภ์ไตรมาสแรก มีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ การตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่มีอาการที่จำเพาะเป็นเหตุให้วินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา การเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์นอกมดลูก

สถานที่ศึกษา : โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง

วิธีการศึกษา : รวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลลำปลายมาศ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2558 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวนทั้งสิ้น 41 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูก 6.4/1,000 การคลอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 48.8) ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ มีประวัติเคยแท้ง (ร้อยละ 24.4) มีประวัติเคยตั้งครรภ์นอกมดลูก (ร้อยละ 9.8) มีประวัติทำหมัน (ร้อยละ 4.9) ประวัติผ่าตัดแก้หมัน (ร้อยละ 4.9) ประวัติรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 12.2) และประวัติฉีดยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 2.4) อาการที่พบมากที่สุด คือ ปวดท้องน้อย (ร้อยละ 92.7) รองลงมา คือ ขาดประจำเดือน (ร้อยละ 75.6) และเลือดออกทางช่องคลอด (ร้อยละ 65.9) ตามลำดับ อาการแสดงที่พบมากที่สุดคือ กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง (ร้อยละ 87.8) กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก (ร้อยละ 61.0) และเจ็บ

ขณะโยกปากมดลูก (ร้อยละ 61.0) ตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูก พบมากที่สุดที่ท่อนำไข่ส่วน ampulla (ร้อยละ 68.3) พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกแตก 18 ราย (ร้อยละ 43.9) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด salpingectomy (ร้อยละ 92.7) ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด (ร้อยละ 12.2) และได้รับเลือด (ร้อยละ 31.7) ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุป : การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ตั้งแต่ต้นสามารถลดการเสียชีวิตและทุพพลภาพ การวินิจฉัยผิดพลาดพบได้บ่อย เฝ้าระวังการตั้งครรภ์นอกมดลูกในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอาการปวดท้องน้อยแม้จะไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือขาดประจำเดือน

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์นอกมดลูก, เลือดออกทางช่องคลอด, การผ่าตัดท่อนำไข่

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2560;32(1):33-42.

ABSTRACT

Background : Ectopic pregnancy is the leading cause of maternal death during the first trimester of pregnancy. Trend of the incidence is increasing. Clinical presentation of ectopic pregnancy is highly variable, ranging from asymptomatic state to abdominal pain, in which frequently results in missed or delayed diagnosis.

Objective : To study the incidence, risk factors, clinical presentation, treatment, morbidity and mortality associated with ectopic pregnancy.

Setting : Lamplaimat hospital, Buriram province

Studydesign : Retrospective descriptive study

Methods : Data from in-patient medical records of all ectopic pregnancy patients received surgical treatment at Lamplaimat hospital during October 1st, 2010 and September 30th, 2015 were reviewed. The obtained data were analyzed and presented by frequency and percentage.

Results : A total of 41 cases of ectopic pregnancy underwent surgery and incidence of ectopic pregnancy was 6.4/1000 deliveries. The majority of patients (48.8%) were 25-34 years old. Risk factors were previous history of abortion (24.4%), previous ectopic

pregnancy (9.8%), tubal sterilization (4.9%), tubal reversal (4.9%), receiving contraceptive pills (12.2%) and Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) (2.4%). The commonest symptoms were abdominal pain (92.7%), amenorrhea (75.6%) and vaginal bleeding (65.9%). The commonest signs were abdominal tenderness (87.8%), adnexal tenderness (61.0%) and cervical motion tenderness (61.0%). The most common site was ampulla part (68.3%). Ruptured ectopic pregnancy was presented in 18 cases (43.9%). The most common surgery was salpingectomy (92.7%). Morbidity included hypovolemic shock and blood transfusion were 12.2% and 31.7% respectively. There was no maternal mortality in this study.

Conclusion : Early diagnosis will reduces the morbidity and mortality from ectopic pregnancy. According to misdiagnosis is frequent, ectopic pregnancy in reproductive women presenting abdominal pain without vaginal bleeding or amenorrhea should be primarily considered.

Keywords : ectopic pregnancy, vaginal bleeding, salpingectomy

Med J Srisaket Surin Buriram hosp 2017;32(1):33-42.

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ประมาณร้อยละ 6 ของการตั้งครรภ์[1,2] ในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ[2] โดยพบอุบัติการณ์การเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกประมาณ ร้อยละ 1.3 ของการคลอด[3] แม้ว่าผู้ป่วยหลายรายไม่พบปัจจัยเสี่ยง แต่จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ คือ เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก เคยผ่าตัดบริเวณท่อนำไข่ เคยแท้งบุตร เคยเป็นปีกมดลูกอักเสบ คุมกำเนิดด้วยวิธีใส่ห่วง เป็นต้น การตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่มีอาการที่จำเพาะเป็นเหตุให้วินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด มักมีหลายๆ อาการร่วมกัน โดยอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดท้องน้อย ขาดประจำเดือน และมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก[4] กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก และเจ็บขณะโยกปากมดลูก[5]

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะเร่งด่วนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากปัญหาในการวินิจฉัยทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ อาการและอาการแสดงทางคลินิคที่สำคัญ เพื่อ

นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็ว สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตจากการวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา การเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์นอกมดลูก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558 จำนวนทั้งสิ้น 41 ราย ในช่วงเวลาเดียวกันมีการคลอด 6,441 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูก 6.4=1,000 การคลอด หรือร้อยละ 0.6 ของการคลอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-34 ปี จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 48.8) อายุเฉลี่ยประมาณ 27.4 ปี (พิสัย 17-38 ปี) โดยพบมากสุดพบในการตั้งครรภ์ ครั้งที่ 3 จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 31.7) พบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 18 ราย (ร้อยละ 43.9) บางรายมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ข้อ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ(ปี)	
15-24	16 (39.0)
25-34	20 (48.8)
35-44	5 (12.2)
ลำดับการตั้งครรภ์	
ครรภ์แรก	11 (26.8)
ครรภ์ที่ 2	12 (29.3)
ครรภ์ที่ 3	13 (31.7)
ครรภ์ที่ 4	5 (12.2)
ปัจจัยเสี่ยงและการคุมกำเนิด	
เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก	4 (9.8)
เคยทำหมัน	2 (4.9)
เคยต่อหมัน	2 (4.9)
เคยแท้ง	10 (24.4)
รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด	5 (12.2)
ฉีดยาคุมกำเนิด	1 (2.4)

อาการที่พบมากที่สุด คือ ปวดท้องน้อย 38 ราย (ร้อยละ 92.7) ซึ่งเป็นอาการปวด ท้อง

น้อยอย่างเดียวและอาการปวดท้องน้อยร่วมกับอาการอื่น รองลงมา คือ ขาดประจำเดือน (ร้อยละ 75.6) และเลือดออกทางช่องคลอด (ร้อยละ 65.9) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีหลายอาการร่วมกัน มีจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 85.4) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 20 ราย (ร้อยละ 48.8) ที่มีครบทั้ง 3 อาการ พบรองลงมาคือ ปวดท้องน้อยและขาดประจำเดือน มีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 21.9) อาการแสดงที่พบมากที่สุดคือ กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง 36 ราย (ร้อยละ 87.8) ตรวจภายใน พบการกดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก และเจ็บขณะโยกปากมดลูก 25 ราย (ร้อยละ 61.0) ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงหลายอย่างร่วมกัน 18 ราย (ร้อยละ 43.9) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 26.9) ที่มีครบทั้ง 3 อาการแสดง ข้อมูลที่น่าสนใจ คือ มีผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกถึง 4 ราย (ร้อยละ 9.8) (ตารางที่ 2) แต่มีผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ไม่ได้รับการตรวจภายในเนื่องจาก ตรวจอัลตราซาวด์พบลักษณะการตั้งครรภ์นอกมดลูกแตก และได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน โดยผลอัลตราซาวด์พบสารน้ำในอุ้งเชิงกราน 2 ราย และพบสารน้ำในอุ้งเชิงกรานและก้อนที่ปีกมดลูก 8 ราย (ผู้ป่วย 3 รายมีภาวะช็อก) จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 14.6) ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากประวัติและอาการไม่ชัดเจน โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยใส้ติ่งอักเสบ 1 ราย กระเพาะอาหารอักเสบ 1 ราย ลำไส้อุดตัน 1 ราย และแท้งไม่ครบ 3 ราย (ได้รับการขูดมดลูกทั้ง 3 ราย)

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
อาการ	
ปวดท้องน้อย	5 (12.2)
เลือดออกทางช่องคลอด	1 (2.4)
ปวดท้องน้อย และขาดประจำเดือน	9 (21.9)
ปวดท้องน้อย และเลือดออกทางช่องคลอด	4 (9.8)
ขาดประจำเดือน และเลือดออกทางช่องคลอด	2 (4.9)
ปวดท้องน้อย ขาดประจำเดือน และเลือดออกทางช่องคลอด	20 (48.8)
อาการแสดง	
กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง	19 (46.3)
กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง และกดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก	3 (7.3)
กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง และเจ็บขณะโยกปากมดลูก	3 (7.3)
กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก และเจ็บขณะโยกปากมดลูก	1 (2.4)
กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก และเจ็บขณะโยกปากมดลูก	11 (26.9)
ตรวจไม่พบอาการแสดง	4 (9.8)

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

ทุกรายพบมดลูกว่างเปล่าไม่มีถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก พบก้อนบริเวณปีกมดลูก 10 ราย (ร้อยละ 24.3) พบสารน้ำในอุ้งเชิงกราน 11 ราย (ร้อยละ 26.9) พบก้อนบริเวณปีกมดลูกและสารน้ำในอุ้งเชิงกราน 18 ราย (ร้อยละ 43.9) (ตารางที่ 3) จากการศึกษานี้พบว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจอัลตราซาวด์สามารถให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ทันที 34 ราย (ร้อยละ 82.9) ส่วนผู้ป่วยอีก 7 ราย สามารถวินิจฉัยหลังจากติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนการตั้งครรภ์ในเลือด (β-hCG) ใน 48 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 ผลการตรวจอัลตราซาวด์ของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

ข้อมูล	จำนวน(ราย)
Empty uterus only	2 (4.9)
Empty uterus with adnexal mass	10 (24.3)
Empty uterus with free fluid in cul de sac	11 (26.9)
Empty uterus with adnexal mass and free fluid in cul de sac	18 (43.9)
รวม	41 (100)

ตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูก พบมากที่สุดที่ท่อนำไข่ส่วน ampulla 28 ราย (ร้อยละ 68.3) รองลงมาคือ fimbria 5 ราย (ร้อยละ 12.2) cornu และ isthmus พบอย่างละ 3 ราย (ร้อยละ 7.3) การตั้งครรภ์นอกมดลูกแตก 18 ราย (ร้อยละ 43.9) (ตารางที่ 4) หากพิจารณาแยกแต่ละส่วนของท่อนำไข่ ตำแหน่งบริเวณที่มีอัตราการแตกมากที่สุด คือ isthmus (ร้อยละ 66.7)

ตารางที่ 4 ตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณท่อนำไข่

ข้อมูล	ตำแหน่ง ราย(ร้อยละ)	ไม่มีการฉีกขาดของ ท่อนำไข่ ราย (ร้อยละ)	มีการฉีกขาดของ ท่อนำไข่ ราย(ร้อยละ)
Ampulla	28 (68.3)	15 (53.6)	13 (46.4)
Cornu	3 (7.3)	2 (66.7)	1 (33.3)
Isthmus	3 (7.3)	1 (33.3)	2 (66.7)
Fimbria	5 (12.2)	4 (80.0)	1 (20.0)
ไม่ได้ระบุตำแหน่ง	2 (4.9)	1 (50.0)	1 (50.0)
รวม	41 (100)	23 (56.1)	18 (43.9)

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด salpingectomy 38 ราย และอีก 3 ราย ผ่าตัด cornual resection ปริมาณเลือดในช่องท้องที่พบส่วนใหญ่น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 58.5) (พิสัย 50-2,800 มิลลิลิตร) (ตารางที่ 5) ได้รับเลือด 13 ราย เฉลี่ย 1.9 ยูนิต (พิสัย 1-3 ยูนิต) ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการมีเลือดออกในช่องท้อง 5 ราย (ร้อยละ 12.2) ผู้ป่วยนอนรักษาตัวโดยเฉลี่ยประมาณ 3 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

ตารางที่ 5 ปริมาณเลือดในช่องท้องของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

ปริมาณเลือดในช่องท้อง(มิลลิลิตร)	จำนวน(ราย)
< 500	24 (58.6)
500-999	7 (17.1)
1,000-1,499	3 (7.3)
1,500-1,999	3 (7.3)
2,000-2,499	3 (7.3)
≥ 2,500	1 (2.4)
รวม	41 (100)

วิจารณ์

การศึกษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก ในช่วงเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยจำนวน 41 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 0.6 ของการคลอด ซึ่งต่ำกว่าอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่[3] (ร้อยละ 1.3 ของการคลอด) ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลลำปาง[6] (ร้อยละ 0.9 ของการคลอด) พบความชุกสูงสุดในช่วงอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 48.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา[7] และจีน[8] แม้จะพบกลุ่มผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำนวนน้อย (ร้อยละ 12.2) แต่จากการศึกษาของ Hoover KW และคณะ[9] พบว่าอัตราการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี พบร้อยละ 0.3 และกลุ่มอายุ 35-44 ปี เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 1.0

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ ผู้ป่วยมีประวัติเคยแท้ง (ร้อยละ 24.4) มีประวัติเคยตั้งครรภ์นอกมดลูก (ร้อยละ 9.8) มีประวัติทำหมัน (ร้อยละ 4.9) ประวัติผ่าตัดแก้หมัน (ร้อยละ 4.9) ประวัติรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 12.2) ประวัติฉีดยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 2.4) ใกล้เคียงกับวิจัยอื่นที่ผ่านมา[5]

อาการและอาการแสดงสำคัญ คือ ปวดท้องน้อย (ร้อยละ 92.7) ขาดประจำเดือน (ร้อยละ 75.6) เลือดออกทางช่องคลอด (ร้อยละ 65.9) กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง (ร้อยละ 87.8) กดเจ็บตำแหน่งปีกมดลูก (ร้อยละ 61.0) เจ็บขณะโยกปากมดลูก (ร้อยละ 61.0) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Shraddha S และ Anil S[5] จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนครบทั้ง 3 อาการ มีเพียง 20 ราย (ร้อยละ 48.8) ดังนั้น

จะมีผู้อีกครึ่งหนึ่งที่มีเพียงอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง และผู้ป่วยบางรายไม่มีประวัติขาดประจำเดือน (ร้อยละ 24.4) อาจทำให้แพทย์ไม่สงสัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน ต้องนึกถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูกเสมอ แม้จะไม่มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอด หรือขาดประจำเดือน เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าเลือดที่ออกผิดปกติเป็นประจำเดือน ซึ่งการซักประวัติประจำเดือนโดยละเอียดอาจพบว่ารอบเดือนครั้งล่าสุดมาน้อยกว่าปกติหรือมาล่าช้ากว่าที่ควรเป็น จากการศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 14.6) ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากประวัติและอาการไม่ชัดเจน ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา[6] โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นไส้ติ่งอักเสบ (1 ราย) กระเพาะอาหารอักเสบ (1 ราย) และลำไส้อุดตัน (1 ราย) ไม่มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอด ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแท้งไม่ครบ (3 ราย) มีประวัติก้อนชิ้นเนื้อหลุดออกมาด้วย ซึ่งหากไม่ซักประวัติให้ละเอียดแยกระหว่างชิ้นเนื้อกับก้อนเลือดก็อาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาดได้

อัลตราซาวด์ถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยวินิจฉัย หากพบหลักฐานการตั้งครรภ์ในมดลูกชัดเจนก็สามารถตัดครรภ์นอกมดลูกออกไปได้ สามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ทันทีถ้าพบถุงการตั้งครรภ์หรือตัวอ่อนอยู่นอกโพรงมดลูก ส่วนการศึกษานี้พบเฉพาะลักษณะโดยอ้อมที่ช่วยวินิจฉัย โดยทุกรายพบมดลูกว่างเปล่า พบก้อนบริเวณปีกมดลูก (ร้อยละ 24.3) พบสารน้ำในอุ้งเชิงกราน (ร้อยละ 26.9) พบก้อนบริเวณปีกมดลูกและสารน้ำในอุ้งเชิงกราน (ร้อยละ 43.9) ไม่พบก้อนบริเวณปีกมดลูกและสารน้ำในอุ้งเชิงกราน (ร้อยละ 4.9) การศึกษานี้การตรวจอัลตราซาวด์สามารถให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ 34 ราย (ร้อยละ 82.9) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Kirk E และคณะ[10] ซึ่งวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจากการตรวจอัลตราซาวด์ได้ร้อยละ 75 ส่วนผู้ป่วยอีก 7 ราย (ร้อยละ 17.1) ไม่สามารถวินิจฉัยจากการอัลตราซาวด์ครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วย 2 ราย พบเพียงมดลูกว่างเปล่า ไม่พบก้อนบริเวณปีกมดลูกและสารน้ำในอุ้งเชิงกราน และอีก 5 ราย พบสารน้ำในอุ้งเชิงกรานปริมาณเล็กน้อย โดยทั้ง 7 ราย สามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้หลังจากติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนการตั้งครรภ์ในเลือดใน 48 ชั่วโมง

ตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูก พบสูงสุดบริเวณท่อนำไข่ส่วน ampulla (ร้อยละ 68.3) fimbria (ร้อยละ 12.2) cornu (ร้อยละ 7.3) และ isthmus (ร้อยละ 7.3) พบการแตกของท่อนำไข่ร้อยละ 43.9 โดยตำแหน่งที่ท่อนำไข่แตกมากที่สุด คือ isthmus (ร้อยละ 66.7) เนื่องจากเป็นบริเวณที่แคบที่สุดของท่อนำไข่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น[5,6]

ผลการรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด salpingectomy 38 ราย (ร้อยละ 92.7) และผ่าตัด cornual resection 3 ราย (ร้อยละ 7.3) ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการมีเลือดออกในช่องท้อง 5 ราย (ร้อยละ 12.2) โดยผู้ป่วย 2 ราย พบภาวะช็อกตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วย 1 รายพบขณะรอผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วย 1 รายมีภาวะช็อกขณะ

ทำการผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูก และอีก 1 ราย พบภาวะช็อกขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลหลังได้รับวินิจฉัยลำไส้อุดตัน ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดทั้งหมด 13 ราย (ร้อยละ 31.7) เฉลี่ย 1.9 ยูนิต (พิสัย 1-3 ยูนิต) ใช้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลประมาณ 3 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุป

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ตั้งแต่ต้นสามารถลดการเสียชีวิตและทุพพลภาพ การวินิจฉัยผิดพลาดพบได้บ่อย ควรเฝ้าระวังการตั้งครรภ์นอกมดลูกในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอาการปวดท้องน้อยแม้จะไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือขาดประจำเดือน

ข้อมูลจากการศึกษานี้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยบางรายยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ข้อมูลอาการและอาการแสดงที่สำคัญ รวมทั้งข้อผิดพลาดต่างๆ สามารถนำมาใช้กำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสตรีปวดท้องน้อยเฉียบพลัน โดยเฉพาะการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ทุกรายเพื่อลดข้อผิดพลาดเรื่องประจำเดือน ปรับปรุงระบบการปรึกษาสูตินรีแพทย์ให้กับแพทย์เวชกรรมทั่วไป ควบคู่ไปกับแพทย์ผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดรอบคอบ รวมทั้งพัฒนาศักภาพในการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อลดการวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ยิ่งเกียรติ พิษณุวงษ์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปลายมาศ ที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณวิไลลักษณ์ แก่นจันทร์ เจ้าหน้าที่ห้องคลอด ห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Farquhar CM: Ectopic pregnancy. Lancet 2005;366:583-91.
2. Barnhart KT: Clinical practice. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 2009;361: 379-87.
3. ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, ธีระพร วุฒิยวนิช, ประภาพร สู่ประเสริฐ, สายพิณ พงษธา. ครรภ์นอกมดลูก. ใน:ธีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาฉบับสอบบอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:พีบีฟอเรนบุ๊คส์เซนเตอร์;2551. หน้า 281-93.
4. Walker JJ. Ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2007;50:89-90.
5. Shraddha SK, Anil SK. A clinical study of ectopic pregnancies in a tertiary care hospital of Mangalore, India. IJMHS. 2014;4:305-9.
6. ประเทือง เหลี่ยมพงศาพุทธิ. ระบาดวิทยาของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร 2553;1:20-6.

7. Rubin GL, Peterson HB, Dorfman SF, Layde PM, Mage JM, Ory HW. Ectopic pregnancy in the United States: 1970 through 1978. JAMA 1983;249:1725-9.
8. Li C, Zhao WH, Zhu Q, Cao SJ, Ping H, Xi X, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:187-96.
9. Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. Obstet Gynecol 2010;115:495-502.
10. Kirk E, Papageorghiou AT, Condous G, Tan L, Bora S, Bourne T. The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. Hum Reprod 2007;22:2824-8.