

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ที่โรงพยาบาลตราด

Outcome of Pregnancies with Threatened Abortion in Trat Hospital

สมพงษ์ กิตติพิบูลย์. พ.บ.*

Sompong Kittipibul, M.D.*

ABSTRACT

- Problem** : The management and prediction in Threatened abortion patients
- Objective** : This study was done to predict the outcome of threatened abortion and help the obstetricians in planning the treatment and to minimize the complication and stress of the patients
- Setting** : Department of OB-GYN, Trat hospital, Trat, Thailand
- Materials** : Groups of patients who were diagnosed as threatened abortion in Trat hospital 204 cases from october 1, 2004 - september 30, 2007 [3 years]
- Methods** : This group of patients who primarily diagnosed as threatened abortion from history, physical examination, pelvic examination, and urine pregnancy test were further evaluation by ultrasound [abdominal, transvaginal]. We recorded on the size and shape of gestational sac, together with the size, movement and fetal heart beat of the Embryo and we also look for other abnormalities in pelvic cavity.
- Results** : The total 204 cases of threatened abortion have average age of 27.3 years. Most of them are multiparous and no history of abortion, 2.8 days of vaginal bleeding, gestational age of 9.6 weeks, result of ultrasound were normal in 83 cases [40.7%], abnormal pregnancy 121 cases [59.3%] which were blighted ovum 58 cases [28.4%], missed abortion and death embryo 40 cases [19.6%], completed abortion 13 cases [6.4%], Ectopic pregnancy 6 cases [2.9%], molar pregnancy 4 cases [2.0%]
- Conclusion** : From this study we found that the threatened abortion were normal pregnancy 40.7% with the rest of abnormal pregnancy 59.3%. So this will help in planning the treatment and predict the outcome and decrease the stress of the patient
- Key words** : threatened abortion, outcome

*วุฒิบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาสตรี-นรีเวชกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

Thai Board of OB-GYN : Department of Obstetrics and Gynecology, Trat Hospital, Trat, Thailand

บทคัดย่อ

- ปัญหา** : การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิกขึ้นอยู่กับผลของการตรวจวินิจฉัยแยกโรคว่าภาวะแท้งคุกคามนั้นต่อไปจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม เพื่อกำหนดแผนการดูแลรักษาและพยากรณ์โรคเฉพาะรายให้ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว
- สถานที่** : กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลตราด
- กลุ่มเป้าหมาย** : สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 สัปดาห์ มีเลือดออกทางช่องคลอดมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตราด และได้รับการวินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิกว่ามีภาวะแท้งคุกคาม จำนวน 204 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 รวม 3 ปี
- รูปแบบการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะแท้งคุกคามจากประวัติ การตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ จะถูกส่งตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องและ/หรือทางช่องคลอด โดยบันทึกขนาดและรูปร่างของ gestational sac, yolk sac, ขนาด การเคลื่อนไหว และการเต้นของหัวใจของตัวอ่อน ความผิดปกติอื่น ๆ ในโพรงมดลูกและอุ้งเชิงกราน ในรายที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยทางคลื่นเสียงความถี่สูงได้แน่ชัดในครั้งแรกจะนัดตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงอีกครั้งห่างกัน 1-2 สัปดาห์ จนได้การวินิจฉัยที่ชัดเจน
- ผลการศึกษา** : สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม จำนวน 204 ราย อายุเฉลี่ย 27.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังและไม่เคยแท้งบุตร จำนวนวันที่มีเลือดออกเฉลี่ย 2.8 วัน อายุครรภ์เฉลี่ย 9.6 สัปดาห์ ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบเป็นการตั้งครรภ์ปกติ 83 ราย (ร้อยละ 40.7) การตั้งครรภ์ผิดปกติ 121 ราย (ร้อยละ 59.3) ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีตัวอ่อน (blighted ovum) 58 ราย (ร้อยละ 28.4) ทารกเสียชีวิตในระยะแรก (missed abortion และ death embryo) 40 ราย (ร้อยละ 19.6) การแท้งครบ (complete abortion) 13 ราย (ร้อยละ 6.4) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) 6 ราย (ร้อยละ 2.9) การตั้งครรภ์ไปพลาก (molar pregnancy) 4 ราย (ร้อยละ 2.0)
- สรุป** : ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม พบเป็นการตั้งครรภ์ปกติร้อยละ 40.7 เป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติร้อยละ 59.3 ทำให้สูติแพทย์สามารถวางแผนการดูแลรักษาและพยากรณ์โรคทั้งที่ปกติและผิดปกติได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์
- คำสำคัญ** : ภาวะแท้งคุกคาม, ผลลัพธ์

บทนำ

ภาวะแท้งคุกคามเป็นอาการแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยถึงร้อยละ 20-40^(1,2) ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออกทางช่องคลอดไม่มาก ไม่มีอาการปวดท้องหรือปวดเพียงเล็กน้อย การตรวจภายในพบมดลูกโตได้สัดส่วนกับอายุครรภ์ ปากมดลูกปิดแต่มีเลือดออกจากโพรงมดลูก ซึ่งเมื่อติดตามการดำเนินของโรคต่อไป อาจพบเป็นการตั้งครรภ์ที่ปกติ การแท้งค้าง การแท้งไม่ครบ การแท้งครบ การตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกหรือครรภ์ไข่ปลาอุก การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องและหรือทางช่องคลอดมาช่วยในการตรวจวินิจฉัยแยกโรค ทำให้การวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ผิดปกติจะช่วยลดเวลาที่จะต้องรอให้แท้งเองเนื่องจากตัวอ่อนส่วนหนึ่งได้เสียชีวิตไปแล้ว และไม่ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งในภาวะช็อกจากการแตกของการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกหรือวินิจฉัยว่าเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกในเวลาต่อมา ซึ่งความแน่นอนและแม่นยำในการวินิจฉัยโรคทำให้ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะมีเลือดออกมากทางช่องคลอดนานและหรือมากจนช็อกไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ลดการติดเชื้อแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ แต่ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับแพทย์ผู้ดูแลรักษา คือ ไม่ทราบว่าคุณสมบัติของภาวะแท้งคุกคาม (threatened abortion) ในแต่ละรายจะเป็นอย่างไร เพื่อจะได้วางแผนการดูแลรักษาเฉพาะรายได้รวดเร็วถูกต้องและแม่นยำ

จากรายงานที่ผ่านมาพบว่าการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ปกติ (viable pregnancy) ร้อยละ 38.5-67.6 และเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ (nonviable pregnancy) ร้อยละ 32.4-61.5^(3,4,5,6) ในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ปกติ (viable pregnancy) เมื่อติดตามต่อไปในอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น การตรวจ

พบตัวอ่อนยาว 5 มิลลิเมตร, 6-10 มิลลิเมตร และมากกว่า 10 มิลลิเมตร โอกาสแท้งจะลดลงเหลือร้อยละ 7.2, 3.2, 0.5 ตามลำดับ⁽⁷⁾ และพบว่าการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนคลอดร้อยละ 85.2-97.6^(3,6,8)

การศึกษานี้ต้องการทราบถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามที่โรงพยาบาลตราดเพื่อวางแผนการรักษาเฝ้าระวังและพยากรณ์ของโรค ในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ปกติ (viable pregnancy) และกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ (nonviable pregnancy) อย่างรวดเร็วถูกต้องและแม่นยำ เพื่อลดความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาเชิงพรรณนาไปข้างหน้า (prospective descriptive study) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลตราด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. ได้รับการตรวจปัสสาวะยืนยันการตั้งครรภ์
2. มีเลือดออกทางช่องคลอดและได้รับการตรวจพบว่าปากมดลูกปิด ขนาดมดลูกได้สัดส่วนเท่ากับอายุครรภ์
3. อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 สัปดาห์
4. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิก
5. ยินยอมรับการตรวจรักษาและเข้าร่วมการศึกษานี้

สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 204 ราย ได้รับการซักประวัติทั่วไปเกี่ยวกับอายุประจำเดือนครั้งสุดท้าย จำนวนการตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอดบุตร โรคประจำตัว ประวัติครอบครัว ประวัติปัจจุบันเกี่ยวกับจำนวนวันและปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด อาการปวด

ท้องน้อย ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจภายในและได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องและหรือทางช่องคลอดเพื่อดูขนาดและความผิดปกติของมดลูก ขนาด และรูปร่างของ gestational sac, yolk sac, ขนาดของตัวอ่อน การเคลื่อนไหวและการทำงานของหัวใจของตัวอ่อน ความผิดปกติอื่น ๆ ในโพรงมดลูกและอุ้งเชิงกราน ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่ม viable** หมายถึง กลุ่มที่พบการเต้นของชีพจรของทารกหรือเห็นการเคลื่อนไหวของทารก

2. **กลุ่ม nonviable** หมายถึง กลุ่มที่มีลักษณะการตรวจพบทางคลื่นเสียงความถี่สูงผิดปกติชัดเจน แบ่งได้เป็น

ก. **Blighted ovum** ในที่นี้จะวินิจฉัยโดยอาศัยเฉพาะ major criteria ซึ่งมี specificity และ positive predictive value ร้อยละ 100 คือ^(5,9,10)

- ตรวจไม่พบ embryo ใน gestational sac ที่มี MSD มากกว่าหรือเท่ากับ 25 มม.

- ตรวจไม่พบ yolk sac ใน gestational sac ที่มี MSD มากกว่าหรือเท่ากับ 20 มม.

- มีความผิดปกติของรูปร่างของ gestational sac อย่างชัดเจน

ข. **Early fetal death** มี 2 กลุ่ม คือ

- **Death embryo** วินิจฉัยเมื่อวัดความยาว crown rump length ของทารกได้มากกว่า 10 มม. แต่ไม่เห็นการเต้นของชีพจรทารก รายที่ไม่แน่ใจจะถูกจัดไว้ในกลุ่ม inconclusive และตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ ถัดไปด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด^(4,5,9)

- **Missed abortion** วินิจฉัยเมื่อตรวจพบ gestational sac มีรูปผิดปกติชัดเจน

ร่วมกับปริมาณน้ำคร่ำน้อย ความหนาและความชัดของ choriodecidual reaction ลดลง ตัวอ่อนเสียชีวิตแล้ว และตำแหน่งมักกองอยู่ด้านล่างหรือเห็นเป็นเพียงกลุ่มก้อนของ hyperechoic หรือ mixed echoic (hyper and hypoechoic) ที่รูปร่างผิดจากปกติอย่างชัดเจน ในรายที่อายุครรภ์มาก มักพบการเกาะทับของกระดุกครีษะ^(5,10)

ค. **Complete abortion** วินิจฉัยเมื่อตรวจพบมดลูกขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ไม่พบ gestational sac, fetal tissue, placenta พบเฉพาะ central echo จาก decidual reaction โดยแปลผลร่วมกับลักษณะทางคลินิกที่มีเลือดออกน้อยลง และตรวจพบปากมดลูกปิด^(5,11)

ง. **Ectopic pregnancy** วินิจฉัยตรวจไม่พบ gestational sac ในโพรงมดลูก (ร้อยละ 10-20 อาจพบ pseudogestational sac ซึ่งไม่มีลักษณะของ double ring echos) ร่วมกับตรวจพบมี free fluid ใน cul-de-sac และ mixed echoic mass ที่แยกได้ชัดจากรังไข่บริเวณ adnexa หรือสามารถพบ gestational sac (ซึ่งอาจมีตัวอ่อนอยู่ภายใน) นอกโพรงมดลูก รายที่ไม่แน่ใจจะถูกจัดไว้ในกลุ่ม inconclusive และตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ ถัดไปด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด โดยแปลผลร่วมกับลักษณะทางคลินิก^(5,11)

จ. **Molar pregnancy** วินิจฉัยเมื่อตรวจพบลักษณะเฉพาะ คือ vesicle-like echoes หรือ snow-flakes appearance^(5,11)

3. **กลุ่ม inconclusive** หมายถึง กลุ่มที่ตรวจพบในครั้งแรกไม่สามารถระบุว่ายู่ในกลุ่มใดข้างต้นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดใน 1-2 สัปดาห์ต่อมา จนได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนว่าเป็น viable หรือ nonviable ชนิดใด

นำบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจภายในและการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมา

วิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาค่าเฉลี่ยและความสัมพันธ์ร้อยละระหว่างการวินิจฉัยการแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิกกับอายุ จำนวนการตั้งครรภ์และการแท้ง อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรก จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอด และผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

ผลการศึกษา

1. อายุ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแท้งคุกคามและเข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 204 ราย มีอายุตั้งแต่ 17-42 ปี อายุเฉลี่ย 27.3 ปี กลุ่มอายุ 25-29 ปี พบมากที่สุดจำนวน 85 ราย (ร้อยละ 41.7) (ตารางที่ 1)

2. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์/จำนวนครั้งของการแท้ง เป็นครรภ์แรกจำนวน 62 ราย (ร้อยละ 30.4) เป็นครรภ์หลังจำนวน 142 ราย (ร้อยละ 69.6) ยังไม่เคยแท้งบุตรจำนวน 165 ราย (ร้อยละ 80.9) เคยแท้งบุตร จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 19.1) (ตารางที่ 2)

3. อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรก อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรกอยู่ในช่วง 6 สัปดาห์ 1 วัน - 17 สัปดาห์ 2 วัน อายุครรภ์เฉลี่ย 9.6 สัปดาห์ กลุ่มอายุครรภ์ที่พบมากที่สุด คือ 9-12 สัปดาห์ จำนวน 105 ราย (ร้อยละ 51.5) (ตารางที่ 2)

4. จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาพบแพทย์ จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอดเฉลี่ย 2.8 วัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 วัน จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 84.3) มีเลือด 2-3 วัน จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 45.1) จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอดมากที่สุด คือ 9 วัน ไม่พบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกมากจนทำให้โลหิตจางหรือสัญญาณชีพ (vital signs) ผิดปกติ (ตารางที่ 2)

5. ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม (ตารางที่ 3) จากผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงครั้งแรกพบว่าเป็นกลุ่ม viable pregnancy 79 ราย กลุ่ม nonviable pregnancy 116 ราย และกลุ่ม inconclusive 9 ราย เมื่อตรวจติดตามกลุ่ม inconclusive พบวินิจฉัยสุดท้ายเป็นกลุ่ม viable pregnancy 4 ราย และในกลุ่ม nonviable pregnancy 5 ราย พบว่าเป็น blighted ovum 3 ราย missed abortion 2 ราย

สรุปการวินิจฉัยสุดท้ายหลังการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงจนได้วินิจฉัยที่แน่นอนแล้ว

1. กลุ่ม viable pregnancy พบการตั้งครรภ์ปกติ (alive fetus) รวมทั้งสิ้นจำนวน 83 ราย (ร้อยละ 40.7)

2. กลุ่ม nonviable pregnancy พบรวมทั้งสิ้นจำนวน 121 ราย (ร้อยละ 59.3)

- Blighted ovum จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 28.4)

- Early fetal death (death embryo และ missed abortion) จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 19.6)

- Complete abortion จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 6.4)

- การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 2.9)

- การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.0)

ตารางที่ 1 อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งของการแท้งของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม (n = 204)

อายุของหญิงตั้งครรภ์ (ปี)	จำนวน (ร้อยละ)
< 20	6 (2.9)
20-24	41 (20.1)
25-29	85 (41.7)
30-34	49 (24.0)
> 34	23 (11.3)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	
ครรภ์แรก	62 (30.4)
ครรภ์หลัง	142 (69.6)
จำนวนครั้งของการแท้ง	
ไม่เคยแท้ง	165 (80.9)
เคยแท้ง	39 (19.1)

ตารางที่ 2 อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรกและจำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาพบแพทย์ (n = 204)

อายุครรภ์ที่มีเลือดออกครั้งแรก (สัปดาห์)	จำนวน (ร้อยละ)
≤ 8	70 (34.3)
9-12	105 (51.5)
≥ 13	29 (14.2)
จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอด	
1	80 (39.2)
2-3	92 (45.1)
4-5	8 (3.9)
6-7	9 (4.4)
> 7	15 (7.4)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (n = 204)

Viable pregnancy	จำนวน (ร้อยละ)
การตั้งครรภ์ปกติ (alive fetus)	83 (40.7)
Nonviable pregnancy	
การตั้งครรภ์ที่ไม่มีตัวอ่อน (blighted ovum)	58 (28.4)
Early fetal death (death embryo และ missed abortion)	40 (19.6)
การแท้งครบ (complete abortion)	13 (6.4)
การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy)	6 (2.9)
การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy)	4 (2.0)

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบสตรีที่มีภาวะแท้งคุกคาม มีอายุเฉลี่ย 27.3 ปี พบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 41.7) ซึ่งน่าจะเป็นเพราะเป็นกลุ่มอายุที่มีอัตราการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มอื่น ผู้ป่วยร้อยละ 69.6 เป็นครรภ์หลัง ผู้ป่วยร้อยละ 80.9 ไม่เคยแท้งบุตรมาก่อน เหมือนกับรายงานการศึกษาอื่น

อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรกพบร้อยละ 34.3 เกิดก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ ร้อยละ 85.8 เกิดก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ส่วนอายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์พบมากที่สุด (ร้อยละ 51.5) หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ พบลดลงเหลือร้อยละ 14.2 บ่งถึงโอกาสพบการวินิจฉัยการแท้งคุกคามลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โดยเฉพาะหลัง 12 สัปดาห์ ร้อยละ 84.3 ของผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางช่องคลอดไม่เกิน 3 วัน ผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากกว่า 7 วัน พบร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีเลือดออกน้อยและกะปริดกะปรอย

ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยว่ามีภาวะแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิก พบเป็นกลุ่ม viable ร้อยละ 40.7 เป็นกลุ่ม nonviable ร้อยละ 59.3 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของธีระ ทองสง⁽⁶⁾ ที่ได้ทำการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นการแท้งคุกคามในไตรมาสแรกจากลักษณะทางคลินิกจำนวน 224 ราย ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยตรวจคลื่นความถี่สูงทางช่องคลอด และติดตามจนคลอด พบเป็นกลุ่ม nonviable ร้อยละ 60.3 (blighted ovum ร้อยละ 23.2, embryonic death หรือ fetal demise ร้อยละ 13.8, complete abortion ร้อยละ 12.5, incomplete abortion ร้อยละ 5.8, ectopic pregnancy ร้อยละ 3.1 และ molar pregnancy ร้อยละ 1.8) กลุ่ม viable ร้อยละ 39.7 เมื่อติดตามกลุ่มนี้ต่อไปพบแท้งเองร้อยละ 9.0 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 14.8 คลอดปกติ ร้อยละ 85.2

จากการศึกษากลุ่ม nonviable จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 59.3) พบเป็น blighted ovum 58 ราย (ร้อยละ 28.4) early fetal death (death embryo และ missed abortion) 40 ราย (ร้อยละ 19.6) complete abortion 13 ราย (ร้อยละ 6.4) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) 6 ราย (ร้อยละ 2.9) การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy) 4 ราย (ร้อยละ 2.0) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานที่ผ่านมา^(5,6)

ผู้ป่วยทุกรายในกลุ่ม nonviable จะได้รับการวางแผนการดูแลรักษาก่อนหน้านี้ที่จะมีอาการเลือดออกมากหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งการวินิจฉัยที่รวดเร็วและแม่นยำนี้ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนครั้งที่ต้องมาตรวจติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลงได้

สรุป

ผลลัพธ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามจากการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการวินิจฉัยแยกโรค พบว่ามีร้อยละ 40.7 เท่านั้น เป็นการตั้งครรภ์ปกติที่จะต้องดูแลฝากครรภ์ต่อไป และส่วนใหญ่อีกร้อยละ 59.3 เป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมตามพยาธิสภาพของโรค เพื่อลดความวิตกกังวล ลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้การวางแผนดูแลรักษาและพยากรณ์โรคในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามมีประสิทธิภาพ ถูกต้องแม่นยำ สามารถลดอัตราการเกิดโรค อัตราการตายในสตรีตั้งครรภ์ลงได้

บรรณานุกรม

1. Stovall TG. Early Pregnancy loss and ectopic pregnancy. In : Berk JS, editors. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 601-35.
2. Abortion. In : Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD, editors. Williams Obstetrics. 22nd ed. McGRAW-Hill ; 2005. p. 231-51.
3. Mantoni M. Ultrasound signs in threatened abortion and their prognostic significance. Obstet Gynecol 1985; 65:471-5.
4. Liabsuetrakul T, Krisanapan O. The outcomes of vaginal bleeding in the first half of pregnancy at Songklanagarind hospital. Thai J Obstet Gynecol 1999; 11: 75-80.
5. Kittipibul V. Ultrasonographic findings in pregnant women with clinically diagnosed threatened abortion at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Nakhon Ratcha Med Bull 2000;24:61-8.
6. Tongsong T, Srisomboon J, Polsrisuthikul Y. Outcome of pregnancies with first trimester threatened abortion : a prospective study. Thai J Obstet Gynecol 1995;7:1-7.
7. Goldstein SR. Embryonic death in early pregnancy : a new look at the first trimester. Obstet Gynecol 1994; 84:294-7.
8. Tannirandorn Y, Sangsawang S, Manotaya S, Uerpairojkit B, Samritpradit P, Charoenvidhya D. Fetal loss in threatened abortion after embryonic/fetal heart activity : Int J Gynaecol Obstet 2003 Jun ; 81(3) : 263-3.
9. Goldstein SR. Early detection of pathologic pregnancy by transvaginal sonography. J Clin Ultrasound 1990; 18:262-73.
10. Nyberg DA, Laing FC, Filly RA. Threatened abortion: sonographic distinction of normal and abnormal gestational sac. Radiology 1986;158:397-400.
11. Kara L, Mayden A. First trimester ultrasonography and normal fetoplacental landmarks. In : Sandra L, Hagen-Ansert, editors. Text book of diagnostic ultrasonography. 3rd ed. Baltimore : CV Mosby ; 1989. p.406-40.