

บทความพื้นฟูวิชาการ

Review Articles

บทความทางวิชาการเรื่อง ภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก

The academic article on "Myoma uteri"

ดวงพร หรรษาวงศ์สกุล, พ.บ.*

Daungporn Hunsawongsakul, M.D.*

*กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

*Department of Obstetrics and Gynecology, Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000

Corresponding author, Email address: daungporn.ob@gmail.com

Received: 23 Jun 2024. Revised: 08 Jul 2024. Accepted: 19 Jul 2025

บทคัดย่อ

ภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยจะพบได้ร้อยละ 77 ในสตรีที่ทำการตัดมดลูก โดยอาการที่เกิดจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกมีตั้งแต่ไม่มีอาการ ไปจนถึงอาการเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอดในปริมาณมาก ก้อนใหญ่จนกดเบียดอวัยวะข้างเคียงทำให้ปัสสาวะหรืออุจจาระลำบาก ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการรักษา ในบทความนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้จากวารสารนานาชาติและตำราจากต่างประเทศ ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านได้ทราบตั้งแต่สาเหตุของการเกิดโรคละเอียดในระดับยีนส์ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและการรักษาเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกทั้งหมดที่มีในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่อ่านบทความนี้มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นในการรักษาภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่คนไข้ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยมารักษาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก

ABSTRACT

Uterine fibroids are a common condition among women of reproductive age, affecting 77% of those who undergo hysterectomy. Symptoms of uterine fibroids range from asymptomatic to experiencing severe abnormal uterine bleeding, or the presence of large fibroid masses that compress adjacent organs, leading to urinary difficulties or bowel obstruction, conditions that require treatment.

This article compiles knowledge from international journals and medical textbooks, providing readers with a comprehensive understanding of the condition. It covers the causes of uterine fibroids down to the genetic level, associated risk factors, clinical symptoms and signs, diagnostic methods, and all currently available treatment options.

The aim is to enhance the knowledge and understanding of healthcare professionals in managing uterine fibroids, offering initial patient counseling, and ensuring appropriate referral for specialized care.

Keywords : Myoma Uteri.

หลักการและเหตุผล

ภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (myoma uteri) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง เกิดจากการกลายในเซลล์ร่างกายของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกเพียงเซลล์เดียวที่มีความผิดปกติ โดยภายในเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกนั้นประกอบด้วย extracellular matrix ปริมาณมาก ซึ่งประกอบด้วย collagen, elastin, fibronectin, และ proteoglycan^(1,2)

ความชุกของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกพบได้ร้อยละ 4.5-68.6 ขึ้นกับเชื้อชาติรวมถึงวิธีที่ใช้ในการวินิจฉัย โดยมีการศึกษาพบว่าสตรีชาวแอฟริกันที่อายุ 50 ปี พบเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกร้อยละ 80 แต่สตรีผิวขาวที่อายุ 50 ปี พบเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกร้อยละ 70⁽³⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าสตรี 100 คนที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกนั้นพบเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกร้อยละ 77⁽⁴⁾ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกนั้นพบเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้ถึงร้อยละ 60⁽⁵⁾ นอกจากนี้ร้อยละ 50 ของสตรีที่มีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะมีอาการประจำเดือนออกมากและนานผิดปกติจนทำให้มีภาวะซีด อ่อนเพลีย มีอาการจากก้อนที่ไปกดเบียดอวัยวะข้างเคียง รวมถึงมีอาการปวดได้⁽⁶⁾ จากข้อมูลทางสถิติดังกล่าวบ่งบอกว่าภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกนั้นเป็นโรคทางนรีเวชที่พบได้บ่อย ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย และการรักษาเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก เพื่อที่จะให้คำแนะนำหรือรักษาในเบื้องต้นได้ และสามารถส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้อย่างเหมาะสม

สาเหตุของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก

Pathogenesis ยังไม่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตามจากองค์ความรู้ในปัจจุบันพบปัจจัยบางอย่างที่ทำให้เกิดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้แก่ genetic, gonadal steroids และ growth factors

Genetic

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกแต่ละก้อนในผู้ป่วยหนึ่งราย อาจมีลักษณะทางพันธุกรรมที่แตกต่างกันได้⁽⁷⁾ ซึ่งเกิดจาก somatic chromosomal rearrangement พบได้ร้อยละ 40-50 ของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก⁽⁸⁾

ความผิดปกติของโครโมโซมดังกล่าวทำให้เกิดการแสดงออกของยีนในกล้ามเนื้อมดลูกผิดปกติ ได้แก่ MED 12, HMG 2, fumarate hydratase (FH), COL4A5 และ COL4A6⁽⁷⁾

การกลายของยีน fumarate hydratase (FH) นั้นพบได้น้อยมาก แต่มีความสำคัญเพราะสัมพันธ์กับโรค Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer (HLRCC) ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดทางยีนเด่น ลักษณะคือจะตรวจพบ cutaneous leiomyomas และ papillary renal cell carcinoma (RCC)⁽⁷⁾

การขาดหายไปของยีน COL4A5 และ COL4A6 นั้นสัมพันธ์กับโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรมในครอบครัว ได้แก่ diffuse leiomyomatosis ที่พบร่วมกับ Alport syndrome และในบางกรณีพบร่วมกับ nonsyndromic fibroids⁽⁷⁾

ฮอร์โมนเพศ

ฮอร์โมน estrogen และ progesterone สัมพันธ์กับการโตของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก โดยฮอร์โมน estrogen ได้มาจากรังไข่ ต่อมหมวกไต และเนื้อเยื่อส่วนปลาย เช่น ผิวหนัง ไขมันใต้ผิวหนัง นอกจากนี้ในเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกมี aromatase enzyme ซึ่งสามารถเปลี่ยนฮอร์โมน androstenedione ที่ผลิตจากต่อมหมวกไตและรังไข่ให้กลายเป็นฮอร์โมน estrogen ได้ โดยฮอร์โมน estrogen และ estrogen receptor α (ER α) จะไปทำให้ progesterone receptor (PR) เพิ่มขึ้นในเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก และเมื่อฮอร์โมน progesterone จับกับ PR จึงกระตุ้นทำให้เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกเจริญเติบโต^(7,8)

ฮอร์โมน progesterone เมื่อจับกับ PR ทำให้เนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกโตขึ้นได้จาก cell proliferation และ cellular hypertrophy ผ่านกลไก β -cell lymphoma 2 (*Bcl 2*) induction ทำให้ยับยั้งการตายของเซลล์เนื้องอกกล้ามเนื้อดลูก และ ไปยับยั้ง Kruppel-like tran-scription factor 11 (KLF11) ซึ่งเป็น tumor suppressor gene^(7, 8)

Growth factor

Smooth muscle cells และ fibroblast สร้าง growth factor, polypeptide ทำให้เกิดการสะสมของเมทริกซ์นอกเซลล์ ส่งผลให้เนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกโตขึ้น Growth factor พบได้มากในเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูก และมีกลไกที่ต่างกันในการทำให้เนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกโตขึ้นได้แก่ กล้ามเนื้อเรียบมีจำนวนเซลล์เพิ่มขึ้นเกิดจาก TGF- β และ bFGF การสังเคราะห์ DNA มากขึ้นเกิดจาก epidermal growth factor [EGF], PDGF การสะสมของเมทริกซ์นอกเซลล์เกิดจาก TGF- β มี mitogenesis มากขึ้นเกิดจาก TGF- β , EGF, IGF, prolactin มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (angiogenesis) เกิดจาก bFGF, VEGF(2)

ปัจจัยเสี่ยงของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกอายุ

อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูก โดยอุบัติการณ์ในการวินิจฉัยเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกจะเพิ่มตามอายุ โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดที่อายุ 50 ปี มีการศึกษาพบว่าสตรีชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกาอายุ 35 ปี มีอุบัติการณ์ของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกร้อยละ 60 และอุบัติการณ์ของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกพบมากกว่าร้อยละ 80 เมื่ออายุ 50 ปี ในขณะที่สตรีชาวคอเคเซียนที่อายุ 35 ปี มีอุบัติการณ์ของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกร้อยละ 40 และอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 เมื่ออายุ 50 ปี⁽⁹⁾

เชื้อชาติ

อุบัติการณ์ของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกพบในสตรีผิวดำสูงกว่าเชื้อชาติอื่น 2-3 เท่า ในขณะที่อุบัติการณ์ของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกของสตรีชาวฮิสแปนิก สตรีชาวเอเชียและสตรีผิวขาวนั้นไม่ต่างกัน⁽⁹⁾

สตรีผิวดำจะพบเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกได้เร็วกว่าเชื้อชาติอื่นและมักพบเนื้องอกหลายก้อน มีขนาดใหญ่กว่า รวมถึงอาการจากเนื้องอกรุนแรงกว่า เมื่อเทียบกับเชื้อชาติอื่น นอกจากนี้ยังพบว่ามีโอกาสตัดมดลูกจากเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกสูงกว่าเชื้อชาติอื่น 2.4 เท่า และมีโอกาสผ่าตัดเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูก (myomectomy) 6.8 เท่า เมื่อเทียบกับเชื้อชาติอื่น ซึ่งอธิบายได้ว่าในกลุ่มสตรีผิวดำนี้มีการสังเคราะห์ฮอร์โมน estrogen และ metabolism ที่ต่างไปจากเชื้อชาติอื่น⁽⁹⁾

ประวัติครอบครัว

หากสตรีนั้นมีญาติสายตรงลำดับที่ 1 เป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกจะมีโอกาสเกิดเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกเพิ่ม 2.5 เท่า และมีการศึกษาพบว่าในกลุ่ม monozygotic twin จะพบว่าเป็นเนื้องอกมดลูกมากกว่า heterozygous twins⁽²⁾

การตั้งครรภ์

การมีบุตรหลายคนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จะลดอุบัติการณ์ของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูก 5 เท่า⁽⁹⁾ เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อดลูกหลังคลอด คือ dedifferentiation รวมถึงเส้นเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อดลูกมีจำนวนลดลงช่วงที่มดลูกมีขนาดลดลงหลังคลอด ทำให้ขนาดของเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกเล็กลง⁽²⁾

ปัจจัยทางด้านฮอร์โมน

ปัจจัยที่ทำให้มีการได้รับฮอร์โมน estrogen จากภายในร่างกายมากขึ้น จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกมากขึ้นได้แก่ ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 10 ปี และภาวะเข้าสู่วัยทองช้า^(2, 9)

ภาวะอ้วน

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทุก 10 กิโลกรัม จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเนื้องอกมดลูก ร้อยละ 21 รวมถึงคนที่ดัชนีมวลกายสูงก็จะเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกมดลูก⁽²⁾ กลไกคือฮอร์โมนและการอักเสบที่พบในคนอ้วนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก คนอ้วนจะมีการเปลี่ยนฮอร์โมนแอนโดรเจนจากต่อมหมวกไตไปเป็นเอสโตรเจน และยับยั้ง sex hormone binding globulin (SHBG) ลดลง ส่งผลให้ฮอร์โมน estrogen ที่ออกฤทธิ์ได้มีปริมาณมากขึ้น นอกจากนี้คนอ้วนมักจะมีภาวะ insulin resistance หรือมีภาวะ hyperinsulinemia ทำให้กระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกของกล้ามเนื้อมดลูกให้มีเซลล์เพิ่มจำนวนมากขึ้น⁽⁹⁾

วิถีชีวิตและอาหาร

การออกกำลังกาย กินปลา ผัก ผลไม้ และการสูบบุหรี่จะลดโอกาสการเกิดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก แต่การกินเนื้อวัว เนื้อแดง และการขาดวิตามินดีจะเพิ่มโอกาสการเกิดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก^(2, 9)

อาการ

ประจำเดือนออกมากผิดปกติ

ประจำเดือนออกมากผิดปกติมักสัมพันธ์กับเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกชนิดที่ยื่นเข้าโพรงมดลูก (submucous myoma uteri) ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะประจำเดือนออกมากผิดปกติได้แก่ ความผิดปกติที่เส้นเลือดของมดลูก กลไกการหยุดเลือดของผนังมดลูกผิดปกติ การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกที่อยู่รอบๆ เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกผิดปกติ⁽⁷⁾ หรืออาจมีโรคเลือดอื่นร่วมกับเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกเช่น von Willebrand disease⁽²⁾

อาการจากก้อนกดเบียด

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกมีจำนวนมากหรือมีขนาดใหญ่ ไปกดเบียดอวัยวะข้างเคียงเช่น กระเพาะปัสสาวะทำให้มีการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะลำบาก หากกดเบียดลำไส้จะทำให้มีอาการท้องผูก

หากไปกดเบียดเส้นเลือดดำจะทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ หากกดเบียดท่อไตจะทำให้ท่อไตบวม^(2, 7)

ปวด

สตรีที่มีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะมีอาการปวดได้หลายลักษณะได้แก่ ปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ ปวดเวลามีประจำเดือน ปวดไม่สัมพันธ์กับรอบเดือน หากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกโตมากจะทำให้เส้นเลือดไปเลี้ยงเนื้องอกไม่เกิดการขาดเลือดและเกิด degeneration ส่งผลให้มีอาการปวดท้องได้ ส่วน twisted pedunculated subserous myoma uteri จะทำให้มีอาการปวดท้องได้เช่นกัน มักจะมีไข้ต่ำๆ และกดเจ็บที่มดลูก โดยทั่วไปการรักษาคือ ให้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการ ยกเว้นเกิดจากการบิดตัวของก้านเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะต้องผ่าตัด^(2, 7)

มีบุตรยาก

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกที่สัมพันธ์กับภาวะมีบุตรยากมีดังต่อไปนี้ submucous myoma uteri, intramural myoma uteri ชนิดสัมผัสกับเยื่อโพรงมดลูก (FIGO type 3) ที่มีขนาดตั้งแต่ 2 เซนติเมตรขึ้นไป และ เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกชนิด FIGO type 4 และ 5 ที่มีขนาดตั้งแต่ 3 เซนติเมตรขึ้นไป⁽¹⁰⁾

กลไกของการมีบุตรยากที่เกิดจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้แก่⁽¹⁰⁾

1. โพรงมดลูกมีรูปร่างผิดปกติทำให้ endometrium receptivity ผิดปกติ
2. เส้นเลือดมาเลี้ยงผนังมดลูกและกล้ามเนื้อมดลูกลดลง
3. มดลูกมีการหดตัวมากขึ้น

การวินิจฉัย

การตรวจร่างกายสตรีที่มีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกอาจตรวจพบขนาดมดลูกโตกว่าปกติ โดยสามารถได้เท่าขนาดมดลูก 20 สัปดาห์ หรืออาจคลำได้ผิวมดลูกไม่เรียบ

การตรวจด้วยเทคนิคการถ่ายภาพเพื่อประเมินลักษณะก้อน ตำแหน่ง ขนาด และแยกจากโรคอื่นๆ โดยมีวิธีต่างๆ ดังต่อไปนี้⁽⁶⁾

1. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นวิธีที่ใช้บ่อยมากที่สุด และมีความคุ้มค่าคุ้มราคามากที่สุดในการวินิจฉัยเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ช่วยบอกขนาด ตำแหน่ง และจำนวนก้อนเนื้องอกได้ สามารถแยกเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกกับเนื้องอกของปีกมดลูกได้ แต่มีข้อจำกัดหากปริมาตรของมดลูกใหญ่ตั้งแต่ 375 มิลลิเมตรขึ้นไป หรือมีจำนวนเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่า 4 ก้อน

2. Saline infusion sonohysterography (SIS) เป็นการตรวจโดยฉีดน้ำเกลือเข้าโพรงมดลูกร่วมกับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ช่วยให้เห็นรอยโรคที่อยู่ในโพรงมดลูกได้ดีขึ้น เช่น submucous myoma uteri

3. Hysteroscopy เป็นวิธีการส่องกล้องตรวจในโพรงมดลูก ทำเมื่อสงสัยมีรอยโรคในโพรงมดลูก

4. Magnetic resonance imaging (MRI) ช่วยแยกเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกกับภาวะมะเร็งมดลูก ชนิดซาร์โคมาหรือใช้วางแผนผ่าตัด

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกในสตรีตั้งครรภ์

อุบัติการณ์เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกในสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกันตามเชื้อชาติโดยพบร้อยละ 18 ในสตรีชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน ร้อยละ 10 ในสตรีชาวฮิสแปนิก และร้อยละ 8 ในสตรีผิวขาว

ผลของการตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกนั้นค่อนข้างหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะไม่โตขึ้นขณะตั้งครรภ์ หากมีการโตจะพบมากที่สุดช่วงอายุครรภ์ก่อน 10 สัปดาห์ ขนาดของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกตั้งต้นไม่สัมพันธ์กับอัตราการโตในขณะตั้งครรภ์ ช่วงหลังคลอดบุตรขนาดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะกลับมาสู่ขนาดเดิมใน 4 สัปดาห์ หลังคลอด ในระหว่างการตั้งครรภ์สิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้คือ fibroid degeneration พบได้ร้อยละ 5 สาเหตุเกิดจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกมีขนาดใหญ่เกินกว่าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยง ทำให้เซลล์ตายและเกิดการอักเสบส่งผลให้มีอาการปวด เมื่อตรวจเพิ่มเติมด้วยคลื่นความถี่สูง อาจพบลักษณะ anechoic space หรือ coarse heterogeneous pattern ซึ่งสามารถรักษาด้วยยาบรรเทาอาการปวด

ผลของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ตกเลือดหลังคลอด เพิ่มโอกาสการผ่าตัดคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนดในกรณีที่บริเวณตำแหน่งที่รกเกาะมีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก หรืออาจทำให้ทารกมีรูปร่างผิดปกติจากการโดนเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกกดเบียด แต่พบได้ไม่บ่อย

หากสตรีตั้งครรภ์เคยผ่าตัด myomectomy ก่อนตั้งครรภ์ จะมีโอกาสมดลูกแตกได้ร้อยละ 0.5 เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งพอๆ กับสตรีที่เคยผ่าตัดคลอดบุตรแล้วมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดคืออยู่ที่ร้อยละ 0.5 -1⁽²⁾

การรักษา

การตัดสินใจรักษาภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะต้องคำนึงถึงอาการของคนไข้ ได้แก่ อาการจากการกดของก้อน อาการปวดจากก้อน อาการประจำเดือนออกมากผิดปกติ ภาวะมีบุตรยาก การวางแผนมีบุตรในอนาคต รวมถึงอายุของคนไข้ โดยปัจจุบันมีแนวทางการรักษาดังต่อไปนี้

1. ตรวจติดตามอาการ เหมาะกับสตรีที่ไม่มีอาการจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก หรือคนที่อยากมีบุตรและเนื้องอกไม่เบียดโพรงมดลูก หรือสตรีที่กำลังจะเข้าสู่วัยทอง เนื่องจากอาการจะหายไปเมื่อเข้าสู่วัยทอง รวมถึงขนาดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะลดลงด้วย⁽²⁾

2. ยา โดยในคนไข้ที่มีประจำเดือนออกมากจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกจะมีอาการดังต่อไปนี้ช่วยลดปริมาณเลือดออกได้ ได้แก่ tranexamic acid 1.3 กรัม 3 ครั้งต่อวัน ให้ระยะเวลา 3-5 วันในช่วงที่มีเลือดออกยากุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมช่วยลดปริมาณประจำเดือนลงได้ และ Levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) สามารถลดปริมาณประจำเดือนออกมาที่เกิดจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้ โดยพิจารณาใส่ในคนไข้ที่มีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกไม่เบียดโพรงมดลูก และขนาดมดลูกไม่เกิน 12 สัปดาห์ ส่วนยาทางเลือกที่สองคือ Gonadotropin-Releasing

Hormone Agonists (GnRH-a) โดยหากให้ยาต่อเนื่องติดต่อกัน 6 เดือน จะช่วยลดขนาดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้ร้อยละ 30 และลดปริมาตรมดลูกได้ร้อยละ 35 ช่วยลดปริมาณเลือดที่ออกได้ หากหยุดยา GnRH-a ประจำเดือนจะกลับมาภายใน 4-8 สัปดาห์ และขนาดมดลูกจะกลับมามีขนาดเท่ากับก่อนฉีดยาภายใน 4-6 เดือน สำหรับผลข้างเคียงของยาได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง มวลกระดูกลดลงได้ โดยเฉพาะใช้ยาติดต่อกันนานเกิน 6 เดือน อาจพิจารณาใช้ยาช่วงสั้นๆ ในสตรีที่ใกล้เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนที่มีอาการจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก⁽²⁾

3. Intervention ได้แก่

3.1 Uterine artery embolization (UAE) คือการอุดเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมดลูก โดยหัตถการนี้ช่วยลดปริมาณเลือดออก ลดอาการปวดจากก้อน และลดขนาดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้ แต่ไม่แนะนำในคนที่มีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกขนาดใหญ่ หรือคนที่อยากมีบุตรในอนาคต หลังจากทำหัตถการไป 5 ปี มีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 10-25 ผลข้างเคียงได้แก่ มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ มีไข้ต่ำๆ หากเจาะเลือดอาจพบเม็ดเลือดขาวขึ้นได้โดยอาการเหล่านี้พบได้ประมาณ 1-2 วัน ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ประจำเดือนไม่มา เข้าสู่วัยทองเร็ว มีการติดเชื้อในมดลูก และติดเชื้อในกระแสเลือด ลำไส้อุดตัน ลิ้มเลือดอุดตันที่ปอด เสียชีวิต หรือ มีพังผืดในช่องท้อง

3.2 MR-guided focused ultrasound (MRg-FUS) โดยกระบวนการคือใช้ MRI ในการดูตำแหน่งเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก จากนั้นปล่อย high-energy ultrasound เพื่อทำลายเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก โดยผลข้างเคียงคือ ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อปกติได้รับบาดเจ็บจากความร้อน⁽¹⁾

4. ผ่าตัด ได้แก่

4.1 Myomectomy คือการผ่าตัดเลาะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกออกจากมดลูก เหมาะกับคนที่ต้องการมีบุตรอีกในอนาคต

4.2 Hysterectomy คือการตัดมดลูกออกเลย เหมาะกับคนที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว

การกลับเป็นซ้ำของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก

เกิดได้หลังจาก myomectomy ซึ่งอาจเกิดจากเลาะเนื้องอกออกไม่หมด หรือกลับเป็นซ้ำใหม่ โอกาสกลับเป็นซ้ำอยู่ที่ร้อยละ 10 หลังจาก myomectomy เกิน 5 ปี ดังนั้นหลังจาก myomectomy จะต้องมีการตรวจติดตามเป็นระยะ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้แก่ 1. อายุมาก 2. จำนวนเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกมีจำนวนมากในการผ่าตัดก่อนหน้านี้ 3. ฉีดยา GnRH-a เพื่อลดขนาดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกก่อนผ่าตัด 4. ไม่เคยคลอดบุตร

สรุป

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 60 ของสตรีที่มาผ่าตัดมดลูก สาเหตุของเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกได้แก่ พันธุกรรม ฮอร์โมนเพศ และ growth factor ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ อายุมาก สตรีชาวผิวดำ ญาติสายตรง ฮอร์โมน อ้วน ส่วนอาการได้แก่ ประจำเดือนออกมาก อาการจากก้อน กดเบียด ปวดท้อง และมีบุตรยาก สำหรับการส่งตรวจเพิ่มเติมที่ใช้บ่อยได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง สำหรับการรักษารักษาขึ้นกับอาการของคนไข้โดยหากคนไข้ไม่มีอาการก็แนะนำให้ตรวจติดตามเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ส่วนการให้ยารักษาจะเหมาะกับคนที่มีประจำเดือนออกมากจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก การทำหัตถการได้แก่ UAE และ MRg-FUS และผ่าตัด ส่วนเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกที่พบในสตรีตั้งครรภ์อาจมีอาการปวดท้องได้ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ตกเลือดหลังคลอด เพิ่มโอกาสการผ่าตัดคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งการที่แพทย์เวชปฏิบัติเข้าใจองค์ความรู้ทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก จะทำให้คุณภาพชีวิตของคนไข้ดีขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Taylor HS, Pal U, Seli E. The Uterus, Endometrial Physiology, and Menstruation. 2020. In: Taylor HS, Pal U, Seli E. Spheroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 9th.ed. Philadelphia : Wolters Kluwer ; 2020 : 71-101.
2. Parker WH. Uterine Fibroids. In: Jonathan S. Berek M, MMS, Deborah L. Berek M, editors. Berek & Novak's Gynecology. 16th. ed. Philadelphia : Wilters Kluwer ; 2020. : 223-50.
3. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. Int J Gynaecol Obstet 2020;149(1):3-9. doi: 10.1002/ijgo.13102.
4. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. Am J Clin Pathol 1990;94(4):435-8. doi: 10.1093/ajcp/94.4.435.
5. Naphatthalung W, Cheewadhanaraks S. Prevalence of endometriosis among patients with adenomyosis and/or myoma uteri scheduled for a hysterectomy. J Med Assoc Thai 2012;95(9):1136-40. PMID: 23140029.
6. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine Fibroids. N Engl J Med 2024;391(18):1721-33. doi: 10.1056/NEJMcp2309623.
7. Rauchfuss LK, Stewart EA. Benign Uterine Diseases and Dysfunction. In: Strauss JF, Barbieri RM, Dokras AM, Williams CJ, Williams MZ, editors. Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management. 9th. ed. Philadelphia : Elsevier ; 2024 : 601-18.
8. Bulun SE. Uterine fibroids. N Engl J Med 2013; 369(14):1344-55. doi: 10.1056/NEJMra1209993.
9. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2018;46:3-11. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.004.
10. Donnez J, Taylor HS, Marcellin L, Dolmans MM. Uterine fibroid-related infertility: mechanisms and management. Fertil Steril 2024;122(1):31-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.02.049.