

การตั้งครรภ์นอกมดลูก: การรักษาในปัจจุบัน

ลาวิณี รัชชานนท์ พ.บ., ว.ว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ว.ว.เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์,
วท.ม.ชีววิทยาการเจริญพันธุ์

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของตัวอ่อนนอกโพรงมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชที่พบได้บ่อยและมีอันตรายถึงชีวิตถ้าได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ในปัจจุบันการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำขึ้น ทำให้ตรวจพบในขณะที่ยุติกรรภ์ยังน้อย ขนาดของก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่ใหญ่มากและยังไม่มีมีการแตกของก้อน ทำให้การรักษาที่แต่เดิมมักได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดเอาท่อนำไข่ออกทั้งหมด ได้เปลี่ยนมาเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อตัดเอาท่อนำไข่ออกเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งมีประโยชน์มากในการเก็บรักษาท่อนำไข่ให้แก่ผู้ป่วยที่ยังมีความต้องการบุตร นอกจากการผ่าตัดยังมีการรักษาโดยการให้ยาและการรักษาแบบประคับประคองซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

Abstract

Ectopic Pregnancy: Update Management

Sarwinee Ratchanon MD, MSc (Reproductive Biology)

Department of Obstetrics and Gynecology, BMA Medical College and Vajira Hospital

Ectopic pregnancy is one of emergency gynecologic problems requiring early diagnosis and treatment to prevent serious complications. Now, there are many methods to diagnose ectopic pregnancy in early gestational age with small unruptured ectopic pregnancy mass. Then the management has been changed from exploratory salpingectomy removing the whole fallopian tube to laparoscopic conservative surgery removing only conceptive product. This technique can preserve the fallopian tube and fertility of the patients. Moreover there are alternative modalities for this group of patients such as medical treatment or conservative management for the selected patients.

Key words: ectopic pregnancy, management

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของตัวอ่อนนอกโพรงมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติเวชที่พบได้บ่อย และอาจมีอันตรายถึงชีวิตถ้าได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และพบว่าอุบัติการณ์สูงขึ้น 6 เท่าในช่วง 20 ปี (ระหว่าง ค.ศ. 1970-1992)^{1,2} สำหรับประเทศไทยทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ศึกษาพบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกปีละประมาณ 50 ราย คิดเป็นประมาณ 25.5 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 ราย³ สาเหตุที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นน่าจะเกิดจาก ในปัจจุบันการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำขึ้น การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของ การเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก และการนำเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์มาใช้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ถึง 2 เท่าหรือมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4-4.5^{1,2} สำหรับตำแหน่งที่พบการตั้งครรภ์นอกมดลูก ร้อยละ 95 เกิดขึ้นในท่อนำไข่ (tubal pregnancy) ร้อยละ 2 เกิดขึ้นในบริเวณมุมของโพรงมดลูกที่เปิดเข้าสู่ท่อนำไข่ (interstitial or cornual pregnancy) ร้อยละ 2 เกิดขึ้นในบริเวณรังไข่ (ovarian pregnancy) ส่วนที่เหลือพบบริเวณปากมดลูก (cervical pregnancy) และในช่องท้อง (abdominal pregnancy)²

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

เนื่องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้นเกิดจากมีภาวะที่ไปขัดขวางการเคลื่อนตัวของตัวอ่อนจากท่อนำไข่ไปฝังตัวในโพรงมดลูก โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะดังกล่าว ได้แก่ การที่ท่อนำไข่งูกทำลายจากการที่เคยเป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบ มีประวัติเคยตั้งครรภ์นอกมดลูก เคยได้รับการผ่าตัดที่ท่อนำไข่ รวมทั้งการทำหมันสตรีโดยการผูกหรือตัดส่วนของท่อนำไข่ ภาวะมีบุตรยาก เคยได้รับการผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน และการคุมกำเนิดโดยการใส่ห่วงอนามัย^{1,2}

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดท้อง มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด และอาจมีภาวะช็อคร่วมด้วย จากการตรวจภายในมักพบว่าปากมดลูกมีสีคล้ำและนุ่ม มีอาการเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก มดลูกโตเล็กน้อยและนุ่ม อาจคลำพบก้อนที่บริเวณปีกมดลูกและมีอาการเจ็บที่ก้อน ในรายที่มีการแตกของก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูก

และมีเลือดออกมากในช่องท้อง จะพบอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็วและความดันเลือดต่ำลง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบทำการผ่าตัดรักษา

การตรวจวินิจฉัย

มีการตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัยอยู่หลายวิธี ได้แก่

1. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

ในการตั้งครรภ์ปกติเมื่อตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงจะพบว่าในโพรงมดลูก จะมีถุงการตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 4 สัปดาห์ เมื่อตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด หรือตั้งแต่อายุครรภ์ 5 สัปดาห์เมื่อตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง ถ้าอายุครรภ์เพิ่มขึ้นก็จะตรวจพบทารกและเห็นการเต้นของหัวใจได้ หากตรวจไม่พบการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกร่วมกับการตรวจพบก้อนที่บริเวณปีกมดลูก จะต้องคิดถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูกด้วยเสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการปวดร่วมด้วย อย่างไรก็ตามภาวะอื่น ๆ ที่มีลักษณะการตรวจพบดังกล่าวที่ต้องนึกถึงและอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรคได้แก่ การตั้งครรภ์ปกติที่อายุครรภ์ยังน้อยร่วมกับมีถุงน้ำจากการตกไข่ (corpus luteum) ถุงน้ำรังไข่อื่น ๆ (ovarian cyst) หรือถุงน้ำของท่อนำไข่ (hydrosalpinx) ส่วนการตรวจพบที่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การพบทารกที่มีการเต้นของ หัวใจอยู่ในถุงการตั้งครรภ์ซึ่งอยู่นอกมดลูกอย่างชัดเจน⁴

2. การตรวจระดับ beta subunit of human chorionic gonadotropin (HCG) ในเลือด

Human chorionic gonadotropin (HCG) เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากรกเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกหรือการตั้งครรภ์นอกมดลูกก็ตาม โดยทั่วไปสำหรับการตั้งครรภ์ปกติ เมื่อระดับ HCG ในเลือดสูงกว่า 1,000-2,000 IU/L จะตรวจพบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกได้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด และเมื่อระดับ HCG ในเลือดสูงกว่า 6,500 IU/L ในกรณีที่ตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง กาดังกล่าวเรียกว่าเป็น discriminatory zone นอกจากนั้นสำหรับการตั้งครรภ์ปกติจะพบระดับ HCG ในเลือดสูงขึ้นเป็น 2 เท่าทุก 48-72 ชั่วโมงในการตั้งครรภ์ระยะแรก ถ้าหากการเพิ่มขึ้นดังกล่าวน้อยกว่าร้อยละ 66 ในเวลา 48 ชั่วโมงจะจัดว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ ได้แก่ มีภาวะแท้งบุตรเป็นต้น⁴

3. ระดับ progesterone ในเลือด

พบว่าประมาณร้อยละ 70 ของการตั้งครรภ์ปกติจะมีระดับ progesterone ในเลือดสูงกว่า 25 ng/ml ในขณะที่ระดับ progesterone ในเลือดที่ต่ำกว่า 5 ng/ml นั้น น่าจะเป็นการตั้งครรภ์

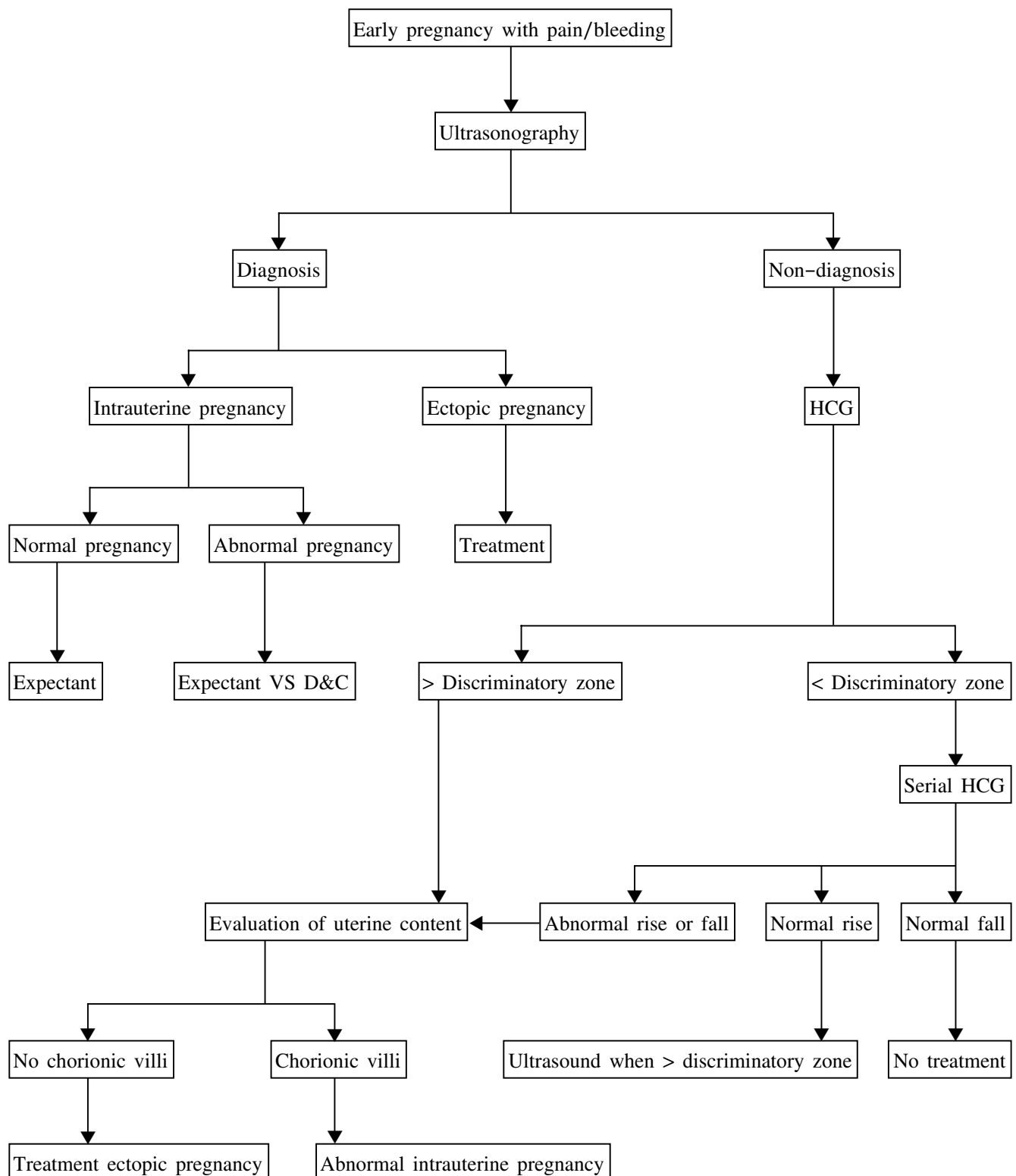
ที่ผิดปกติ ได้แก่ การตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ เช่น มีภาวะแท้งบุตร แต่อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณ 1:1,500 ของการตั้งครรภ์ปกติในโพรงมดลูกมีระดับ progesterone ในเลือดที่ต่ำกว่า 5 ng/ml และร้อยละ 1.5 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีระดับ progesterone ในเลือดสูงกว่า 25 ng/ml ดังนั้น ระดับ progesterone ในเลือดจึงไม่นิยมใช้ในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก⁴

4. การตรวจอื่น ๆ

โดยทั่วไปการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด ร่วมกับการตรวจระดับ beta subunit of human chorionic gonadotropin (HCG) ในเลือด ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 97 และความจำเพาะร้อยละ 95² ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การขูดมดลูกเพื่อนำชิ้นเนื้อไปตรวจดูทางพยาธิวิทยาว่าพบชิ้นส่วนของเนื้อรกหรือไม่ การใช้กล้องส่องตรวจอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดท้องและสงสัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก แต่ตรวจไม่พบก้อนที่ปีกมดลูกและไม่พบหลักฐานการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด^{1,2} นอกจากนี้ยังมีการเจาะดูดเลือดในอุ้งเชิงกรานผ่านทางช่องคลอด (culdocentesis) ซึ่งปัจจุบันไม่นิยมทำเพราะเป็นหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บและสามารถใช้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทดแทนได้⁴

แนวทางในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก เมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ทำให้สงสัยว่าจะมีการตั้งครรภ์นอกมดลูก

ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อหาตำแหน่งของการตั้งครรภ์ ในกรณีที่พบว่ามีการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก จะให้การรักษาตามสถานภาพของการตั้งครรภ์นั้น ๆ หากไม่พบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจหาระดับ HCG ในเลือด ถ้าหาระดับ HCG ในเลือดสูงกว่า discriminatory zone แสดงว่าน่าจะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก แต่อาจต้องวินิจฉัยแยกโรคจากการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก ได้แก่ ภาวะแท้งบุตร โดยการนำชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูกมาตรวจหาชิ้นส่วนของเนื้อรกทางพยาธิวิทยา หากพบชิ้นส่วนของเนื้อรกจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก แต่ถ้าไม่พบชิ้นส่วนของเนื้อรกจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกและการรักษาต่อไป หากระดับ HCG ในเลือดต่ำกว่า discriminatory zone ให้ตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือดภายหลัง 48 ชั่วโมง หากมีการเพิ่มขึ้นของระดับ HCG ในเลือดเป็นปกติ น่าจะเป็นการตั้งครรภ์ปกติในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ยังน้อยทำให้ยังไม่พบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกให้ตรวจติดตามโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงต่อไปจะพบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับ HCG ในเลือดผิดปกติให้นำชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูกมาตรวจหาชิ้นส่วนของเนื้อรกทางพยาธิวิทยา หากพบชิ้นส่วนของเนื้อรกจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก แต่ถ้าไม่พบชิ้นส่วนของเนื้อรกจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกและการรักษาต่อไป โดยในรูปที่ 1 จะแสดงแผนภูมิแนวทางในการวินิจฉัย



รูปที่ 1 แผนภูมิแนวทางการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การรักษา

การรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การตรวจพบว่ามี การแตกของท่อหน้าไข่หรือไม่ ปริมาณการเสียเลือดในช่องท้อง มีระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติหรือไม่ ขนาดของก้อนการตั้งครรภ์ที่ปีกมดลูก และระดับของ HCG ในเลือด การรักษา มีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาด้วยยา

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัด คือผู้ป่วยที่มีอาการและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่อายุครรภ์มากไม่เหมาะกับการรักษาด้วยยา หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการตรวจติดตามได้อย่างใกล้ชิด การผ่าตัดทำได้โดยการเปิดหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้อง

การรักษาด้วยการผ่าตัดแบ่งเป็น การผ่าตัดเอาท่อหน้าไข่ออกทั้งหมด (salpingectomy) และการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ ทั้งนี้ แนวทางการรักษาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย ความรุนแรงของพยาธิสภาพ ความพร้อมของทีมแพทย์และโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดต้องคำนึงถึงผลการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลการรักษาในระยะสั้น ได้แก่ ความสำเร็จของการรักษาครั้งแรกและอัตราการค้างของเนื้องอกที่ต้องรับการรักษาเพิ่มเติม ผลการรักษาในระยะยาว ได้แก่ การรักษาสภาพของท่อหน้าไข่ไม่ให้ตีตัน อัตราการตั้งครรภ์ในมดลูก และอัตราการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำ โดยทั่วไปการผ่าตัดเอาท่อหน้าไข่ออกทั้งหมดจะพิจารณาในรายที่ท่อหน้าไข่แตกหรือมีการถูกทำลายอย่างมาก เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำในท่อหน้าไข่เดิม การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เกิดภายหลังการทำหมันสตรีหรือพบมีพยาธิสภาพอื่น ๆ ของท่อหน้าไข่ร่วมด้วย และในกรณีที่การผ่าตัดแบบอนุรักษ์ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดเลือดที่ออกจากท่อหน้าไข่ได้ ส่วนการผ่าตัดแบบอนุรักษ์จะพิจารณาในรายที่ยังมีความต้องการบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากท่อหน้าไข่ด้านตรงข้ามมีพยาธิสภาพที่บ่งชี้ว่าไม่น่าจะตั้งครรภ์ได้ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ อัตราการค้างของเนื้องอกที่ต้องรับการรักษาเพิ่มเติมซึ่งพบได้ร้อยละ 4-15 และอัตราการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำร้อยละ 18²

การผ่าตัดแบบอนุรักษ์แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดท่อหน้าไข่ออกเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพ (segmental salpingectomy) และการผ่าตัดเปิดท่อหน้าไข่ทางด้านข้างเพื่อนำก้อนของการตั้งครรภ์ออกมา (linear salpingotomy) ซึ่งอาจจะเย็บปิดแผลของท่อหน้าไข่หรือไม่ก็ได้ จากการศึกษาแบบย้อนหลังในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ที่ท่อหน้าไข่ทั้งหมด 75 รายที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อทำ linear salpingotomy

ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกไม่เย็บปิดแผลของท่อหน้าไข่ 43 ราย และกลุ่มที่สองเย็บปิดแผลของท่อหน้าไข่ 32 ราย ตรวจติดตามโดยใช้กล้องส่องตรวจทางช่องท้องภายหลังการผ่าตัด 3 เดือน พบว่าอัตราท่อหน้าไข่ไม่ตันภายหลังการผ่าตัดในกลุ่มแรกร้อยละ 90 และในกลุ่มที่สองร้อยละ 94 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเกิดพังผืดรอบท่อหน้าไข่ที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มแรกและกลุ่มที่สองเท่ากับร้อยละ 33 และ 29 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มแรกและกลุ่มที่สองเท่ากับร้อยละ 79 และ 92 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³

นอกจากเราจะใช้กล้องส่องตรวจทางช่องท้องเป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกในรายที่การตรวจโดยวิธีอื่นให้ผลไม่ชัดเจน ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องได้พัฒนามากขึ้น จึงได้ถูกนำมาใช้เป็นทางเลือกแทนการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อรักษาโรคทางนรีเวชอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะพยาธิสภาพที่อยู่บริเวณปีกมดลูก เนื่องจากร้อยละ 95 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกอยู่ที่ท่อหน้าไข่ การผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องจึงมีบทบาทอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ การผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อตัดท่อหน้าไข่ทั้งหมดออกได้เริ่มทำครั้งแรกในปี ค.ศ. 1973 และในอีก 5 ปีต่อมาได้เริ่มพัฒนาการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ผ่านกล้องส่องช่องท้องขึ้นมา ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดวิธีนี้ได้ถูกนำมาใช้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากการศึกษาแบบย้อนหลังในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก 1,046 รายในช่วงปี ค.ศ. 1995-ค.ศ. 2004 โดยแบ่งเป็นกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้อง 468 รายและผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้อง 578 ราย พบว่าอัตราการผ่าตัดรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกโดยการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.9 ในปี ค.ศ. 1995 เป็นร้อยละ 86.3 ในปี ค.ศ. 2004 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแทนการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องลดลงอย่างชัดเจนจากตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นไปเมื่อเปรียบเทียบกับในปี ค.ศ. 1995 เท่ากับร้อยละ 4.0 และ 18.5 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴

การผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดเปิดหน้าท้องมีข้อได้เปรียบ คือ ลดการเสียเลือดจากการผ่าตัด ลดการรั่วยาแก่ปอดหลังผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลสั้นกว่า และสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น จากการศึกษาแบบย้อนหลังในฮ่องกง ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก 61 รายที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องกับ 44 รายที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องพบว่า

ระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับร้อยละ 57.3 ± 22.7 นาที เทียบกับกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 54.5 ± 16.8 นาที ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเสียเลือดจากการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับ 46.7 ± 76.8 มล. น้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 213.4 ± 149.3 มล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความต้องการยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ (odds ratio 0.08, 95%CI, 0.02-0.32) ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับ 2.9 ± 2.2 วัน น้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 5.1 ± 1.2 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะพักฟื้นก่อนกลับไปทำงานในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ คือ 11.0 ± 9.3 วันและ 21.7 ± 8.5 วันตามลำดับ ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันและไม่มีการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแทนผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง ผลการศึกษาดังกล่าวเข้าได้กับการศึกษาอื่นหลังแบบจับคู่ที่ควบคุมปัจจัยเรื่องอายุครรภ์ ระดับของ HCG ในเลือด และขนาดก้อนของการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง 25 รายเปรียบเทียบกับกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้อง 25 ราย พบว่าระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับร้อยละ 77.5 ± 26.1 นาที น้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 103.6 ± 26.7 นาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความต้องการยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ คือ 0.84 ± 2.3 ครั้ง และ 4.64 ± 2.9 ครั้งตามลำดับ ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับ 1.34 ± 0.8 วัน น้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 3.92 ± 1.1 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะพักฟื้นก่อนกลับไปทำงานในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ คือ 8.7 ± 7.8 วันและ 25.7 ± 16.2 วันตามลำดับ ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นได้รับการสนับสนุนจากอีกหนึ่งการศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง 26 รายกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง 37 ราย พบว่าระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องและกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องไม่แตกต่างกันคือ 118 นาทีและ 109 นาทีตามลำดับ การเสียเลือดจากการผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับ 62 มล. น้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 115 มล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความต้องการยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ คือ 26 มก. และ 58 มก.ตามลำดับ ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลเฉลี่ย

ในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับ 26 ชั่วโมง น้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 63 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเฉลี่ยเท่ากับ 5,528 ดอลลาร์ น้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 6,793 ดอลลาร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการค้างของเนื้องอกที่ต้องรับการรักษาเพิ่มเติมในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับร้อยละ 18 ส่วนในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องเท่ากับ 0 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นพอจะสรุปได้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนน้อย แม้แต่ในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวมาก ในการศึกษาแบบย้อนหลังในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยเปรียบเทียบผลการการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ในกลุ่มที่ body mass index (BMI) ≤ 30 และกลุ่มที่ BMI > 30 พบว่าการเสียเลือดจากการผ่าตัด อัตราการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแทนการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สำเร็จโดยการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน¹⁰

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยมีระบบไหลเวียนเลือดไม่ปกติ มีพยาธิสภาพที่พบว่าการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องจะทำได้โดยยาก หรือไม่มีความพร้อมในการผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดเปิดหน้าท้องยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำในผู้ป่วยดังกล่าวเพื่อความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุด

2. การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้ คือ methotrexate (MTX) เป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งเนื้อเยื่อ ยาดังกล่าวจะทำให้เซลล์เนื้อเยื่อตาย จากนั้นร่างกายจะดูดซึมก้อนเลือดส่วนที่เหลือไปเอง จึงต้องทำการตรวจติดตามระดับของ HCG ในเลือดจนกระทั่งไม่พบ HCG ในเลือด ใช้ในรายที่ขนาดก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกเล็กกว่า 3.5 ซม. และไม่พบการเต้นของหัวใจทารกจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด ระดับของ HCG ในเลือดน้อยกว่า 5,000 IU/L ไม่พบการแตกของท่อนำไข่ ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งห้ามของการใช้ยา การรักษาด้วยยานี้นอกจากจะใช้เป็นการรักษาเบื้องต้น ยังใช้รักษาในรายที่มีการค้างของเนื้องอกภายหลังจากการผ่าตัดรักษาแบบอนุรักษ์ หรือใช้ในรายที่การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ตำแหน่งอื่น ๆ ในอุ้งเชิงกรานที่ไม่ใช่ในท่อนำไข่ซึ่งการผ่าตัดอาจจะทำได้ยาก^{1,2}

การให้ยาโดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อมี 2 แบบ คือ ให้ครั้งเดียว

(single dose) โดยให้ยา MTX ขนาด 50 mg/m² หรือให้แบบหลายครั้ง (multiple doses) โดยให้ยา MTX ขนาด 1 mg/kg day วันเว้นวันสลับกับการให้ citrovorum factor ขนาด 0.1 mg/kg/day เพื่อลดผลข้างเคียงจากยา MTX โดยให้ยาละ 4 วัน ระหว่างช่วงการให้ยาและภายหลังการให้ยาจนครบจะมีการตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือด ถ้าพบว่าระดับลดลงไปเรื่อยๆ ถือว่าการรักษาได้ผลดี ให้ตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือดทุกสัปดาห์ จนกระทั่งตรวจไม่พบในเลือด ถ้าหากระดับ HCG ในเลือดไม่ลดลงหรือกลับสูงขึ้นแสดงว่ามีการค้างของเนื้อรกยังถูกทำลายไม่หมด อาจให้ยาซ้ำหรือเปลี่ยนการรักษาเป็นการผ่าตัดแทน^{1,2} จากการศึกษาแบบไปข้างหน้าในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก 120 รายที่ได้รับการรักษาด้วยยา ไข่เวลาในการรักษาทั้งหมด 35.5 ± 11.8 วันและร้อยละ 3.3 จะต้องได้รับยาซ้ำอีกเป็นครั้งที่สองหลังจากการได้รับยาครั้งแรก ไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา ภายหลังการรักษาได้ฉีดสารทึบรังสีในโพรงมดลูกเพื่อประเมินท่อนำไข่ พบว่าท่อนำไข่ไม่ตันถึงร้อยละ 82.3 และอัตราการตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 79.6 โดยมีอัตราการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกร้อยละ 87.2 และอัตราการตั้งครรภ์นอกมดลูกร้อยละ 12.8¹¹ ผลข้างเคียงของยา MTX เช่น คลื่นไส้อาเจียน กดไขกระดูกในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ มีผลกระทบต่อการทำงานของตับหรือไต มีการอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้ ดังนั้นก่อนและหลังให้ยา MTX จึงต้องมีการเจาะเลือดเพื่อประเมินความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ปริมาณของเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด หน้าที่ตับและไต พบอุบัติการณ์ของผลข้างเคียงใกล้เคียงกันทั้งการให้ยาแบบครั้งเดียวหรือหลายครั้ง คือ ประมาณร้อยละ 30-40¹

3. การรักษาแบบประคับประคอง

ใช้ในรายที่อายุครรภ์น้อย อาการไม่มากนัก ไม่มีการแตกของท่อนำไข่ ระดับของ HCG ในเลือดน้อยกว่า 1,500 IU/L และลดลงเมื่อตรวจติดตามภายหลัง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการรักษา สามารถตรวจติดตามระดับของ HCG ในเลือด และตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดเป็นระยะ ๆ ได้ จนกระทั่งไม่พบ HCG ในเลือดซึ่งอาจต้องใช้เวลาาน อัตราความสำเร็จของการรักษาประมาณร้อยละ 50-70²

การตรวจติดตาม

ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาท่อนำไข่ออกทั้งหมดให้ตรวจติดตามผลการผ่าตัดรักษาโดยปกติ ไม่ต้องตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือด ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการรักษาแบบประคับประคองการรักษาด้วยยา หรือรักษาโดยการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ จะต้องตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือดทุกสัปดาห์จนกระทั่งไม่พบระดับ HCG ในเลือด นอกจากนั้นควรแนะนำผู้ป่วยถึงโอกาสการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกในครรภ์ถัดไปว่ามีโอกาสสูงมาก ดังนั้นหากผู้ป่วยพบว่าตั้งครรภ์ควรรีบมาพบแพทย์

สรุป

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของตัวอ่อนนอกโพรงมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติรีเวชที่พบได้บ่อย และมีอันตรายถึงชีวิตถ้าได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ในปัจจุบันการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำขึ้น โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงร่วมกับตรวจระดับ HCG ในเลือดซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 97 และความจำเพาะร้อยละ 95 นอกจากนี้เครื่องมืออื่น ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคในรายที่ไม่แน่ใจภายหลังได้รับการตรวจด้วยวิธีข้างต้น ได้แก่ การขูดมดลูก การใช้กล้องส่องตรวจอุ้งเชิงกราน ทำให้ตรวจพบในขณะที่อายุครรภ์ยังน้อย ขนาดของก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่ใหญ่มากและยังไม่มีมีการแตกของก้อน ทำให้การรักษาที่แต่เดิมมักได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดเอาท่อนำไข่ออกทั้งหมดได้เปลี่ยนมาเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อตัดเอาท่อนำไข่ออกเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งมีประโยชน์มากในการเก็บรักษาท่อนำไข่ให้แก่ผู้ป่วยที่ยังมีความต้องการบุตร นอกจากการผ่าตัดยังมีการรักษาโดยการให้ยาและการรักษาแบบประคับประคองเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยดังกล่าวทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. Seeber BE, Barnhart KT. Suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 399-413.
2. Farquhar KM. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005; 366: 583-91.
3. หทัย ถิ่นธรา. การรักษาการตั้งครรภ์ในท่อนำไข่ผ่านกล้องส่องช่องท้อง. ใน: หทัย ถิ่นธรา, บรรณาธิการ. การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง; 2546. หน้า 287-308.
4. Stovall TG. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In: Berek JS, ed. *Novak's Gynecology*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 507-42.
5. Fujishita A, Masuzaki H, Khan KN, Kitajima M, Hiraki K, Ishimaru T. Laparoscopic salpingotomy for tubal pregnancy: comparison of linear salpingotomy with and without suturing. *Hum Reprod* 2004; 19: 1195-200.
6. Takacs P, Chakhtoura N. Laparotomy to laparoscopy: Changing trends in the surgical management of ectopic pregnancy in a tertiary care teaching hospital. *J Minimally Invasive Gynecol* 2006; 13: 175-7.
7. Yuen PM, Rogers MS, Chang A. A review of laparoscopy and laparotomy in the management of tubal pregnancy. *HKMJ* 1997; 3: 153-7.
8. Brumsted J, Kessler C, Gibson C, Nakajima S, Riddick DH, Gibson M. A comparison of laparoscopy and laparotomy for the treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 889-92.
9. Murphy AA, Nager CW, Wujek J, Kettel LM, Torp VA, Chin HG. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy: a prospective trial. *Fertil Steril* 1992; 57: 1180-5.
10. Hsu S, Mitwally M, Aly A, Al-Saleh M, Batt RE, Yeh J. Laparoscopic management of tubal ectopic pregnancy in the obese women. *Fertil Steril* 2004; 81: 198-202.
11. Stovall TG, Ling FW. Single-dose methotrexate: An expanded clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1759-65.