

การตั้งครรภ์นอกมดลูก: การรักษาในปัจจุบัน

สาวนี รัชชานนท์ พ.บ., ว.ว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ว.ว.เวชศาสตร์การเจริญพัณฑ์,
วท.ม.ชีววิทยาการเจริญพัณฑ์

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของตัวอ่อนนอกโพรงมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทางสุตินรีเวชที่พบได้บ่อย และมีอัตราถึง 1% ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ในปัจจุบันการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้อย่างรวดเร็ว และแม่นยำขึ้น ทำให้ตรวจพบในขณะที่อายุครรภ์ยังน้อย ขนาดของก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่ใหญ่มากและยังไม่มีการแตกของก้อน ทำให้การรักษาที่แต่เดิมมักได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดเอาท่อน้ำไปออกทั้งหมด ได้เปลี่ยนมาเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้อง เพื่อตัดเอาท่อน้ำไปออกเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งมีประโยชน์มากในการเก็บรักษาท่อน้ำไว้ให้แก่ผู้ป่วยที่ยังมีความต้องการบุตร นอกจากการผ่าตัดยังมีการรักษาโดยการใช้ยาและการรักษาแบบประคับประคองซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

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

การตั้งครรภ์อุกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของตัวอ่อนนอกโพรงมดลูก เป็นภาวะลูกนิ่นทางสุตินรีเวชที่พบได้บ่อย และอาจมีอันตรายถึงชีวิตถ้าได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์อุกมดลูกในประเทศไทยสูงเมริการะบุรีประมาณร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และพบว่าอุบัติการณ์สูงขึ้น 6 เท่าในช่วง 20 ปี (ระหว่าง ก.ศ. 1970-1992)^{1,2} สำหรับประเทศไทยทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพรัฐบาลได้ศึกษาพบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่าเป็นการตั้งครรภ์อุกมดลูกปีละประมาณ 50 ราย คิดเป็นประมาณ 25.5 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 ราย³ สาเหตุที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นน่าจะเกิดจาก ในปัจจุบันการวินิจฉัยการตั้งครรภ์อุกมดลูกทำได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำขึ้น การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดการตั้งครรภ์อุกมดลูก และการนำเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์มาใช้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ถึง 2 เท่าหรือมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4-4.5^{1,2} สำหรับตำแหน่งที่พบการตั้งครรภ์อุกมดลูก 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

เนื่องจากการตั้งครรภ์อุกมดลูกนั้นเกิดจากมีภาวะที่ไปขัดขวางการเคลื่อนตัวของตัวอ่อนจากท่อนำไข่ไปฝังตัวในโพรงมดลูก โดยมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะดังกล่าว ได้แก่ การที่ท่อนำไข่ถูกทำลายจากการที่เคยเป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบ มีประวัติเคยตั้งครรภ์นอกมดลูก เกย์ได้รับการผ่าตัดที่ท่อนำไข่ รวมทั้งการทำหมันสตรี โดยการผูกหรือตัดส่วนของท่อนำไข่ ภาวะมีบุตรยาก เกย์ได้รับการผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน และการคุณกำนานิดโดยการใส่ห่วงอนามัย^{1,2}

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดท้อง มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด และอาจมีภาวะขาดระดูร่วมด้วย จากการตรวจภายในมักพบว่าปากมดลูกมีสีคล้ำและนุ่ม มีอาการเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก นดลูกโดยเด็กน้อยและนุ่ม อาจคลำพอก้อนที่บริเวณปีกมดลูกและมีอาการเจ็บที่ก้อน ในรายที่มีการแตกของก้อนการตั้งครรภ์อุกมดลูก

และมีเลือดออกมากในช่องท้อง จะพบอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ชีพจรเดินเร็วและความดันเลือดต่ำลงซึ่งเป็นภาวะลูกนิ่นที่ต้องรีบทำการผ่าตัดรักษา

การตรวจวินิจฉัย

มีการตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัยอยู่หลายวิธี ได้แก่

1. การตรวจลิ่นเสียงความถี่สูง

ในการตั้งครรภ์ปกติเมื่อตรวจลิ่นเสียงความถี่สูงจะพบว่าในโพรงมดลูก จะมีถุงการตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 4 สัปดาห์ เมื่อตรวจด้วยคลิ่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด หรือตั้งแต่อายุครรภ์ 5 สัปดาห์เมื่อตรวจด้วยคลิ่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง ถ้าอายุครรภ์เพิ่มขึ้นก็จะตรวจพบหากแต่เดินของหัวใจได้ หากตรวจไม่พบการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกร่วมกับการตรวจพบก้อนที่บริเวณปีกมดลูก จะต้องคิดถึงการตั้งครรภ์อุกมดลูกด้วยเสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการปวดร่วมด้วย อย่างไรก็ตามภาวะอื่น ๆ ที่มีลักษณะการตรวจพบดังกล่าวที่ต้องนึกถึงและอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ การตั้งครรภ์ปกติที่อายุครรภ์ยังน้อยร่วมกับมีถุงน้ำจากการตกไข่ (corpus luteum) ถุงน้ำรังไข่ (ovarian cyst) หรือถุงน้ำของท่อนำไข่ (hydrosalpinx) ส่วนการตรวจพบที่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าเป็นการตั้งครรภ์อุกมดลูก คือ การพบหากที่มีการเดินของหัวใจอยู่ในถุงการตั้งครรภ์ซึ่งอยู่นอกอย่างชัดเจน⁴

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

Human chorionic gonadotropin (HCG) เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากกลไกเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกหรือการตั้งครรภ์อุกมดลูกก็ตาม โดยทั่วไปสำหรับการตั้งครรภ์ปกติ เมื่อระดับ HCG ในเลือดสูงกว่า 1,000-2,000 IU/L จะตรวจพบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกได้โดยใช้คลิ่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด และเมื่อระดับ HCG ในเลือดสูงกว่า 6,500 IU/L ในกรณีที่ตรวจโดยใช้คลิ่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง ค่าดังกล่าวเรียกว่าเป็น discriminatory zone นอกจากนั้นสำหรับการตั้งครรภ์ปกติจะพบระดับ HCG ในเลือดสูงขึ้นเป็น 2 เท่าทุก 48-72 ชั่วโมงในการตั้งครรภ์ระยะแรก ถ้าหากการเพิ่มขึ้นตั้งกล่าววันอย่างร้อยละ 66 ในเวลา 48 ชั่วโมงจะจัดว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นการตั้งครรภ์อุกมดลูกหรือการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ ได้แก่ มีภาวะแท้บบุตรเป็นคัน⁴

3. ระดับ progesterone ในเลือด

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

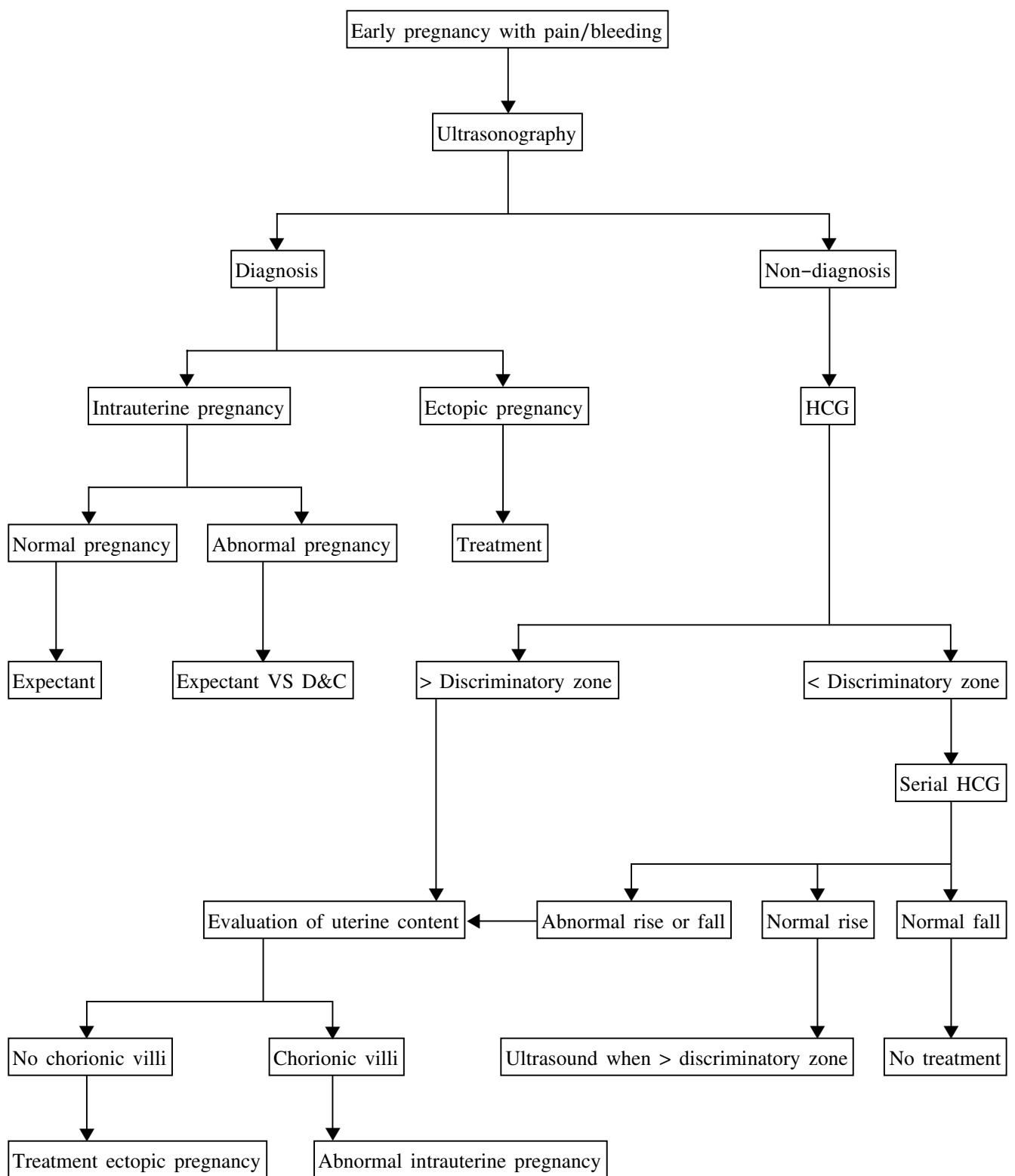
ที่ผิดปกติ ได้แก่ การตั้งครรภ์ nokomclotuk หรือการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ เช่น มีภาวะแท้บบุตร แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ประมาณ 1:1,500 ของการตั้งครรภ์ปกติในโพรงมดลูกมีระดับ progesterone ในเลือดที่ต่ำกว่า 5 ng/ml และร้อยละ 1.5 ของการตั้งครรภ์ nokomclotuk มีระดับ progesterone ในเลือดสูงกว่า 25 ng/ml ดังนั้น ระดับ progesterone ในเลือดจึงไม่นิยมใช้ในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ nokomclotuk⁴

4. การตรวจอื่น ๆ

โดยทั่วไปการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด ร่วมกับการตรวจระดับ beta subunit of human chorionic gonadotropin (HCG) ในเลือด ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 97 และความจำเพาะร้อยละ 95² ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้การตรวจวินิจฉัยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การขูดมดลูกเพื่อนำขึ้นเนื้อไปตรวจดูทางพยาธิวิทยาว่าพบชิ้นส่วนของเนื้อรกรหรือไม่ การใช้กล้องส่องตรวจอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดท้องและสงสัยการตั้งครรภ์ nokomclotuk แต่ตรวจไม่พบก้อนที่ปีกมดลูกและไม่พบหลักฐานการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด^{1,2} นอกจากนี้ยังมีการเจาะคุณเดือดในอุ้งเชิงกรานผ่านทางช่องคลอด (culdocentesis) ซึ่งปัจจุบันไม่นิยมทำ เพราะเป็นหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บและสามารถใช้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทั้งแบบ⁴

แนวทางในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ nokomclotuk เมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ทำให้สงสัยว่าจะมีการตั้งครรภ์ nokomclotuk

ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อหาตำแหน่งของการตั้งครรภ์ ในกรณีที่พบว่ามีถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก จะทำการรักษาตามสถานภาพของการตั้งครรภ์นั้น ๆ หากไม่พบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจหาระดับ HCG ในเลือด ถ้าหากระดับ HCG ในเลือดสูงกว่า discriminatory zone แสดงว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ nokomclotuk แต่อาจต้องวินิจฉัยแยกโรคจากการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก ได้แก่ ภาวะแท้บบุตร โดยการนำขึ้นเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูกมาตรวจหาชิ้นส่วนของเนื้อรกรทางพยาธิวิทยา หากพบชิ้นส่วนของเนื้อรกรจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก แต่ถ้าไม่พบชิ้นส่วนของเนื้อรกรจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก และถ้าไม่พบชิ้นส่วนของเนื้อรกรจะให้การรักษาต่อไป หากระดับ HCG ในเลือดต่ำกว่า discriminatory zone ให้ตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือดรายหลัง 48 ชั่วโมง หากมีการเพิ่มขึ้นของระดับ HCG ในเลือดเป็นปกติ น่าจะเป็นการตั้งครรภ์ปกติในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ยังน้อยทำให้ยังไม่พบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก ให้ตรวจติดตามโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงต่อไปจะพบถุง ของระดับ HCG ในเลือดผิดปกติให้นำขึ้นเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูกมาตรวจหาชิ้นส่วนของเนื้อรกรทางพยาธิวิทยา หากพบชิ้นส่วนของเนื้อรกรจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก แต่ถ้าไม่พบชิ้นส่วนของเนื้อรกรจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ nokomclotuk และให้การรักษาต่อไป โดยในรูปที่ 1 จะแสดงแผนภูมิแนวทางในการวินิจฉัย



รูปที่ 1 แผนภูมิแนวทางการวินิจฉัยการตั้งครรภ์อุบัติ

การรักษา

การรักษาการตั้งครรภ์ nokmดลูกทำได้หากวัยชีวีขึ้นอยู่กับอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การตรวจพบว่ามีการแทรกของท่อน้ำไข่หรือไม่ ปริมาณการเสียเลือดในช่องท้อง มีระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติหรือไม่ ขนาดของก้อนการตั้งครรภ์ที่ปีกมดลูก และระดับของ HCG ในเลือด การรักษาไม่หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาด้วยยา

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ ผู้ป่วยที่มีอาการและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่อายุครรภ์มากไม่เหมาะสมกับการรักษาด้วยยา หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการตรวจติดตามได้อย่างใกล้ชิด การผ่าตัดทำได้โดยการเปิดผ่านท้องและการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้อง

การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเป็น การผ่าตัดเอาท่อน้ำไข่ออกทั้งหมด (salpingectomy) และการผ่าตัดแบบอนุรักย์ ทั้งนี้ แนวทางการรักษาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย ความรุนแรงของพยาธิสภาพ ความพร้อมของทีมแพทย์และโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดต้องคำนึงถึงผลการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลการรักษาในระยะสั้น ได้แก่ ความสำเร็จของการรักษาครั้งแรกและอัตราการค้างของเนื้อรักที่ต้องรับการรักษาเพิ่มเติม ผลการรักษาในระยะยาว ได้แก่ การรักษาสภาพของท่อน้ำไข่ไม่ให้ดีดัน อัตราการตั้งครรภ์ในมดลูก และอัตราการตั้งครรภ์ nokmดลูกซ้ำ³ โดยทั่วไปการผ่าตัดเอาท่อน้ำไข่ออกทั้งหมด จะพิจารณาในรายที่ท่อน้ำไข่แตกหรือมีการดูดทำลายอย่างมาก เกิดการตั้งครรภ์ nokmดลูกซ้ำในท่อน้ำไข่เดิม การตั้งครรภ์ nokmดลูกที่เกิดภายหลังการทำหมันสตอร์หรือพบมีพยาธิสภาพเพิ่ม ๆ ของท่อน้ำไข่ร่วมด้วย และในกรณีที่การผ่าตัดแบบอนุรักย์ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดเลือดที่ออกจากการท่อน้ำไข่ได้ ส่วนการผ่าตัดแบบอนุรักย์จะพิจารณาในรายที่ยังมีความต้องการบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากห่อน้ำไข่ด้านตรงข้ามมีพยาธิสภาพที่บ่งชี้ว่าไม่น่าจะตั้งครรภ์ได้ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ อัตราการค้างของเนื้อรักที่ต้องรับการรักษาเพิ่มเติมซึ่งพบได้ร้อยละ 4-15 และอัตราการตั้งครรภ์ nokmดลูกซ้ำร้อยละ 18²

การผ่าตัดแบบอนุรักย์แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดท่อน้ำไข่ ออกเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพ (segmental salpingectomy) และการผ่าตัดเปิดท่อน้ำไข่ทางด้านข้างเพื่อนำก้อนของตั้งครรภ์ออกมา (linear salpingotomy) ซึ่งอาจจะเป็นปีดแพลงของท่อน้ำไข่หรือไม่ก็ได้ จากการศึกษาแบบย้อนหลังในประเทศไทยมีผู้พบว่าผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ท่อน้ำไข่ทั้งหมด 75 รายที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อทำ linear salpingotomy

ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกไม่เป็นปีดแพลงของท่อน้ำไข่ 43 ราย และกลุ่มที่สองเป็นปีดแพลงของท่อน้ำไข่ 32 ราย ตรวจติดตามโดยใช้กล้องส่องตรวจทางช่องท้องภายหลังการผ่าตัด 3 เดือน พบว่าอัตราท่อน้ำไข่ไม่ตันภายในร้อยละ 90 และในกลุ่มที่สองร้อยละ 94 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเกิดพังผืดรอบท่อน้ำไข่ที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มแรกและกลุ่มที่สองเท่ากันร้อยละ 33 และ 29 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มแรกและกลุ่มที่สองเท่ากันร้อยละ 79 และ 92 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

นอกจากเราจะใช้กล้องส่องตรวจทางช่องท้องเป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ nokmดลูกในรายที่การตรวจโดยวิธีอื่นให้ผลไม่ชัดเจน ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องได้พัฒนาขึ้น จึงได้ถูกนำมาใช้เป็นทางเลือกแทนการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อรักษาโรคทางรีเวชอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะพยาธิสภาพที่อยู่บริเวณปีกมดลูก เนื่องจากร้อยละ 95 ของการตั้งครรภ์ nokmดลูกอยู่ที่ห่อน้ำไข่ การผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องจึงมีบทบาทอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ การผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อตัดห่อน้ำไข่ทั้งหมดออกได้เริ่มทำครั้งแรกในปี ก.ศ. 1973 และในอีก 5 ปีต่อมาได้เริ่มพัฒนาการผ่าตัดแบบอนุรักย์ผ่านกล้องส่องช่องท้องขึ้นมา ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดวิธีนี้ได้ถูกนำมาใช้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากการศึกษาแบบย้อนหลังในประเทศไทย สารัชอเมริกา ได้ศึกษาผู้ป่วยตั้งครรภ์ nokmดลูก 1,046 รายในช่วงปี ก.ศ. 1995-ก.ศ. 2004 โดยแบ่งเป็นกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้อง 468 รายและผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้อง 578 ราย พนวจอัตราการผ่าตัดรักษาการตั้งครรภ์ nokmดลูกโดยการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.9 ในปี ก.ศ. 1995 เป็นร้อยละ 86.3 ในปี ก.ศ. 2004 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแทนการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องลดลงอย่างชัดเจน จากตั้งแต่ปี ก.ศ. 2000 เป็นต้นไปเมื่อเปรียบเทียบกับในปี ก.ศ. 1995 เท่ากันร้อยละ 4.0 และ 18.5 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

การผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์ nokmดลูกเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องมีข้อได้เปรียบ คือ ลดการเสียเลือดจาก การผ่าตัด ลดการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลสั้นกว่า และสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น จากการศึกษาแบบย้อนหลังในช่องกง ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยตั้งครรภ์ nokmดลูก 61 รายที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องกับ 44 รายที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องพบว่า

ระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับร้อยละ 57.3 ± 22.7 นาทีเทียบกับกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 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 สรุวภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันและไม่มีการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแทนผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง⁷ ผลการศึกษาดังกล่าวเข้าได้กับการศึกษาข้อมูลแบบฉบับที่ควบคุมปัจจัยเรื่องอายุครรภ์ ระดับของ HCG ในเลือด และขนาดก้อนของการตั้งครรภ์ก่อนลดลูก โดยกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง 25 รายเปรียบเทียบกับกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้อง 25 ราย พนวาระระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับร้อยละ 77.5 ± 26.1 นาทีน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 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 วันตามลำดับ⁸ ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ว่าการศึกษาแบบไปข้างหน้าในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยตั้งครรภ์ก่อนลดลูกที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง 26 รายกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง 37 ราย พนวาระระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องและกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องไม่แตกต่างกัน *คือ* 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 *ค่า* ใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเฉลี่ยเท่ากับ 5,528 ดอลลาร์ น้อยกว่าในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องซึ่งเท่ากับ 6,793 ดอลลาร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการค้างของเนื้อรักที่ต้องรักษาเพิ่มเติมในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องเท่ากับร้อยละ 18 ส่วนในกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องเท่ากับ 0 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

จากการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า การผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์ก่อนลดลูกสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนน้อย แต่ในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวมาก ในการศึกษาแบบข้อมูลหลังในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยเปรียบเทียบผลการการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ท่อน้ำไปในกลุ่มที่ *body mass index* (BMI) ≤ 30 และกลุ่มที่ BMI > 30 พนวาระเสียเลือดจากการผ่าตัด อัตราการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแทนการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สำเร็จโดยการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน¹⁰

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องเพื่อรักษาการตั้งครรภ์นอกน้ำจะเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยมีระบบไหลเวียนเลือดไม่ปกติ มีพยาธิสภาพที่พบว่าการผ่าตัดผ่านกล้องสองช่องท้องจะทำได้โดยยาก หรือไม่มีความพร้อมในการผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดเปิดหน้าท้องยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำในผู้ป่วยดังกล่าวเพื่อความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุด

2. การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้ *คือ* methotrexate (MTX) เป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งเนื้อรัก ยาดังกล่าวจะทำให้เซลล์เนื้อรักตาย จากนั้นร่างกายจะดูดซึมก้อนเลือดส่วนที่เหลือไปเอง จึงต้องทำการตรวจติดตามระดับของ HCG ในเลือดจนกระทั่งไม่พบ HCG ในเลือดให้ในรายที่ขนาดก้อนการตั้งครรภ์ก่อนลดลูกเล็กกว่า 3.5 ซม. และไม่พบการเต้นของหัวใจจากการตรวจลิ้นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด ระดับของ HCG ในเลือดน้อยกว่า 5,000 IU/L ไม่พบการแตกของท่อน้ำไป ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยา การรักษาด้วยยาันนนอกจากจะใช้เป็นการรักษาเนื้องต้น ยังใช้รักษาในรายที่มีการค้างของเนื้อรักภายหลังจากการผ่าตัดรักษาแบบอนุรักษ์ หรือใช้ในรายที่การตั้งครรภ์ก่อนลดลูกที่ดำเนินการอ่อน ๆ ในอุ้งเชิงกรานที่ไม่ใช่ในท่อน้ำไปซึ่งการผ่าตัดอาจจะทำได้ยาก^{11,12}

การให้ยาโดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อมี 2 แบบ *คือ* ให้ครั้งเดียว

(single dose) โดยให้ยา MTX ขนาด 50 mg/m^2 หรือให้แบบหลายครั้ง (multiple doses) โดยให้ยา MTX ขนาด 1 mg/kg day วันเว้นวันสลับกับการให้ citrovorum factor ขนาด 0.1 mg/kg/day เพื่อลดผลข้างเคียงจากยา MTX โดยให้อย่างละ 4 วัน ระหว่างช่วงการให้ยาและภายหลังการให้ยาจนครบจะมีการตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือด ถ้าพบว่าระดับลดลงไปเรื่อยๆ ถือว่าการรักษาได้ผลดี ให้ตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือดทุกสัปดาห์ จนกระทั่งตรวจไม่พบในเลือด ถ้าหากระดับ HCG ในเลือดไม่ลดลง หรือกลับสูงขึ้นแสดงว่ามีการค้างของเนื้อรักษาลูกทำลายไม่หมด อาจให้ยาซ้ำหรือเปลี่ยนการรักษาเป็นการผ่าตัดแทน^{1,2} จากการศึกษาแบบไปข้างหน้าในประเทศสหราชอาณาจักรพบว่า ผู้ป่วยตั้งครรภ์ น่องมดลูก 120 รายที่ได้รับการรักษาด้วยยา ใช้เวลาในการรักษาทั้งหมด 35.5 ± 11.8 วัน และร้อยละ 3.3 จะต้องได้รับยาซ้ำอีกเป็นครั้งที่สองหลังจากการได้รับยาครั้งแรก ไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา ภายหลังการรักษาได้ฉีดสารทึบรังสีในโพรงมดลูกเพื่อประเมินท่อน้ำไป พบว่าท่อน้ำไปไม่ตันถึงร้อยละ 82.3 และอัตราการตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 79.6 โดยมีอัตราการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกร้อยละ 87.2 และอัตราการตั้งครรภ์น่องมดลูกซึ่งร้อยละ 12.8¹¹ ผลข้างเคียงของยา MTX เช่น กลืนไม่ได้อาจเจ็บ กดไข่กระดูกในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่างๆ มีผลกระทบต่อการทำงานของตับหรือไต มีการอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้ ดังนั้นก่อนและหลังให้ยา MTX จึงต้องมีการเจาะเลือดเพื่อประเมินความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ปริมาณของเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด หน้าที่ตับและไต พับอุบัติการณ์ของผลข้างเคียง包括 เกี่ยวกับทั้งการให้ยาแบบครั้งเดียว หรือหลายครั้ง คือ ประมาณร้อยละ 30-40¹

3. การรักษาแบบประคับประคอง

ใช้ในรายที่อยุติรักน้อย อาการไม่น่ากันนัก ไม่มีการแตกของท่อน้ำไป ระดับของ HCG ในเลือดน้อยกว่า 1,500 IU/L และลดลงเมื่อตรวจติดตามภายหลัง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการรักษา สามารถตรวจติดตามระดับของ HCG ในเลือด และตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดเป็นระยะๆ ได้ จนกระทั่งไม่พบ HCG ในเลือดซึ่งอาจต้องใช้เวลานาน อัตราความสำเร็จของการรักษาประมาณร้อยละ 50-70²

การตรวจติดตาม

ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาท่อน้ำไปออกทั้งหมดให้ตรวจติดตามผลการผ่าตัดรักษาโดยปกติ ไม่ต้องตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือด ล้วนๆ ที่ได้รับการรักษาโดยการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาด้วยยา หรือรักษาโดยการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ จะต้องตรวจติดตามระดับ HCG ในเลือดทุกสัปดาห์จนกระทั่งไม่พบระดับ HCG ในเลือด นอกจากนั้นควรแนะนำผู้ป่วยถึงโอกาสการเกิดการตั้งครรภ์ น่องมดลูกในครรภ์ถัดไปว่ามีโอกาสสูงมาก ดังนั้นหากผู้ป่วยพบว่าตั้งครรภ์ควรรีบมาพบแพทย์

สรุป

การตั้งครรภ์น่องมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของตัวอ่อนนอกโพรงมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทางสุขโนริเวชที่พบได้บ่อย และมีอันตรายถึงชีวิตถ้าได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ในปัจจุบันการวินิจฉัยการตั้งครรภ์น่องมดลูกทำได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำขึ้น โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงร่วงกับตรวจระดับ HCG ในเลือดซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 97 และความจำเพาะร้อยละ 95 นอกเหนือนี้เครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคในรายที่ไม่แน่ใจภายหลังได้รับการตรวจด้วยวิธีข้างต้น ได้แก่ การขูดมดลูก การใช้กล้องส่องตรวจอุ้งเชิงกราน ทำให้ตรวจพบในขณะที่อยุติรักยังน้อย ขนาดของก้อนการตั้งครรภ์น่องมดลูกไม่ใหญ่มากและยังไม่มีการแตกของก้อน ทำให้การรักษาที่แต่เดิมมักได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดเอาท่อน้ำไปออกทั้งหมด ได้เปลี่ยนมาเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้องเพื่อตัดเอาท่อน้ำไปออกเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งมีประโยชน์มากในการเก็บรักษาท่อน้ำไปให้แก่ผู้ป่วยที่ยังมีความต้องการบุตร นอกจากการผ่าตัดยังมีการรักษาโดยการใช้ยาและการรักษาแบบประคับประคองเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยดังกล่าวทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

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. หेतियุ ถินชารา. การรักษาการตั้งครรภ์ในท่อน้ำไข่ผ่านกล้องส่องช่องท้อง. ใน: หेतियุ ถินชารา, บรรณาธิการ. การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช. กรุงเทพฯ: ไฮลิสติก พับลิชิ่ง; 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.