

ผลการรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะเลือดออก ในช่องท้องโดย AUTOLOGOUS BLOOD TRANSFUSION

ต้องตา อูซชิน

รพ. เจ้าพระยายมราช

ABSTRACT :

Ujgin T. Result of Autologous Blood Transfusion in Hemoperitoneum in Ectopic pregnancy. (Region 4 Medical Journal 1998 ; 4 : 321-335).

Department of Obstetrics & Gynecology, Chaophrayayomraj Hospital, Suphanburi, Thailand.

An observational (cross-sectional) study to compare the result of treatment between autologous and homologous blood transfusion in hemoperitoneum in Ectopic pregnancies was conducted. The study was designed as two group : autologous blood transfusion in 52 cases (group 1) and homologous blood transfusion in 438 cases (group 2). Every cases was admitted in Chaophrayayomraj hospital between 1987-1997 and diagnosis of ectopic pregnancy with hemoperitoneum by clinical and intra-operative findings. The mean aged of the two groups were 23.37 ± 2.16 years and 26.28 ± 2.52 years respectively. The result was that the efficacy of treatment by autologous and homologous blood transfusion was no difference in these two groups, because it can raise the hematocrit significantly from 21% to 28% in group 1 and from 27% to 33% in group 2. Comparision of autologous with homologous blood transfusion, Demanding of homologous blood transfusion can be reduced 3.8 Unit/case. Autologous blood transfusion can be used to save life of the patient that have severe blood loss in ectopic pregnancy. Autologous blood transfusion may be regarded as a simple, safe, perfectly cross-matched method for blood transfusion. The procedure of intraoperative autologous blood transfusion was described, it could be used in hospitals where blood bank and referring facilities are poor.

บทคัดย่อ :

ต้องตา อุชิน. ผลการรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะเลือดออกในช่องท้องโดย Autologous Blood Transfusion. (วารสารแพทย์เขต 4 2541 ; 4 : 321-335).

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, รพ. เจ้าพระยายมราช, สุพรรณบุรี.

รายงานการศึกษาย้อนหลังแบบสังเกตการณ์ในผู้ป่วยสองกลุ่มที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกและมีเลือดออกในช่องท้อง กลุ่มที่ 1 จำนวน 52 ราย ที่รักษาโดยการผ่าตัดและให้เลือดที่เตรียมจากเลือดที่ออกในช่องท้องกลับมาให้ผู้ป่วยอีก เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 2 จำนวน 438 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดและให้เลือดที่เตรียมจาก Donor (Homologous Blood Transfusion) ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530-2540 โดยทุกรายได้รับการวินิจฉัยด้วยการผ่าตัดเพื่อรักษาตามข้อบ่งชี้ แล้วพบว่าป็นตั้งครรภ์นอกมดลูกและมีเลือดออกในช่องท้อง ซึ่งประชากรทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 คือ 23.37 ± 2.16 ปี กลุ่มที่ 2 คือ 26.28 ± 2.52 ปี และ 80-90% เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการรักษาทั้งสองวิธีได้ผลดีเท่าเทียมกัน โดยสามารถเพิ่มระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ขึ้นได้ทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญคือจาก 21% เพิ่มขึ้นเป็น 28% และ 27% เพิ่มขึ้นเป็น 33% ตามลำดับในกลุ่มที่ 1 และ 2 และสามารถลดความต้องการเลือดที่เตรียมจากธนาคารเลือดลงได้ถึง 3.8 Unit/ราย และไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังได้รับเลือดด้วยวิธีการนำเลือดในช่องท้องกลับมาให้ผู้ป่วยอีก ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสม สะดวก และปลอดภัยสำหรับสถานที่ที่ไม่มีเลือด หรือทุรกันดาร และยังสามารถป้องกันโรคติดเชื้อที่ติดต่อทางกระแสเลือด การให้เลือดผิดกลุ่มหรือภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดได้เป็นอย่างดี และยังประหยัดค่าใช้จ่ายลงอีกมาก

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นสาเหตุหนึ่งของการมีเลือดออกในช่องท้องที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์^{1,2} และเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยทางสูติ-นรีเวช หากวินิจฉัยได้ว่ามีเลือดออกในช่องท้อง จะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและอาจจำเป็นต้องให้เลือดร่วมด้วย ทำให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมาก ประกอบกับในสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเลือดมีมากขึ้นหากผู้ป่วยได้รับเลือด จะเป็นการดีหากสามารถนำเอาเลือดที่ออกในช่องท้องของผู้ป่วยเองนำกลับมาให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดชดเชย เพราะทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถป้องกันการติดเชื้อจากการให้เลือด การให้เลือดผิดกลุ่ม ประหยัดค่าใช้จ่าย และโดยเฉพาะในท้องถิ่นห่างไกลหรือสถานที่ยังมีระบบธนาคารเลือดไม่พร้อม หากจำเป็นต้องผ่าตัดฉุกเฉินและไม่สามารถหาเลือดได้^{1,3-5} ประโยชน์ที่เห็นได้ชัดมากในสถานการณ์ปัจจุบันของ Autologous blood transfusion คือสามารถลดอัตราการติดเชื้อจากการให้เลือดจากผู้อื่นได้ (Homologous blood transfusion) เช่น โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบีและซี โรคซิฟิลิส หรือ มาลาเรีย ซึ่งในปัจจุบันพบว่าถึงแม้มีการคัดกรองโรคติดเชื้อจากเลือดที่บริจาคแล้วก็ยังพบว่าสามารถพบการติดเชื้อจากการให้เลือดได้อีก

ในการออกหน่วยรับบริจาคเลือดของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จะต้องเสียทั้งบุคลากร ทีมงาน เสียเวลาและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมถึงเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง น้ำยา ขวดเลือด และอีกหลายอย่างโดยไม่สามารถประเมินเป็นมูลค่าได้ ซึ่งปกติแล้วในประเทศไทยไม่มีการซื้อขายเลือด มิเช่นนั้นจะทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีกมาก

อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกพบได้แตกต่างกันตั้งแต่ 1 : 84 - 1 : 230 ของการคลอด เฉลี่ยประมาณร้อยละ 0.5² ซึ่งพบเป็นครรภ์หลังมากกว่า โดยเฉพาะมากกว่า 50% จะพบในครรภ์ที่สามขึ้นไป และเป็นภาวะที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น

3-4 เท่าในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา เพราะ^{12,6} ความก้าวหน้าในการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่เดิมไม่ได้รับการวินิจฉัยเพราะสามารถหายไปได้เองในรายที่เป็นไม่มาก ก็สามารถวินิจฉัยได้ แนวโน้มในอุบัติการณ์ของการอักเสบในเชิงกรานสูงขึ้น การทำแท้งมากขึ้น มีการผ่าตัดท่อนำไข่มากขึ้น เช่น ผ่าตัดตั้งครรภ์นอกมดลูกโดยคงท่อนำไข่วั เป็นต้น แต่งงานมีลูกช้ามากขึ้นในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลในท้องถิ่นทั่วไปของประเทศไทย ยังขาดแคลนทั้งแพทย์ผู้ชำนาญการ และอุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคอยู่อีกมากหลายแห่ง และประกอบกับตัวผู้ป่วยเองที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจของการเจ็บป่วย จึงทำให้มาโรงพยาบาลช้าและได้รับการวินิจฉัยช้าเกินไป จนทำให้การดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไปจนเกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดคือการมีเลือดออกในช่องท้องอย่างมากจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของ Hemodynamic หรือช็อก^{12,7} จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาผ่าตัดด่วนและต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่กระนั้นก็ตาม ในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกลนอกจากจะทำการผ่าตัดได้แล้ว แต่การเตรียมเลือดเพื่อให้กับผู้ป่วยก็ยังเป็นปัจจัยสำคัญอีกอันหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ หาเลือดได้ยาก กระบวนการเตรียมเลือด จึงจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการนำเลือดในช่องท้องของผู้ป่วยกลับมาให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย (Autologous blood transfusion) ซึ่งมีรายงานการใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน แต่ไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของวิธีนี้³⁻⁵

ในการศึกษานี้ ต้องการศึกษาศักยภาพของการนำเลือดในช่องท้องผู้ป่วยมาใช้ จึงได้ทำการศึกษาในรายที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เกิดมีการเสียเลือดในช่องท้องเท่านั้นซึ่งประกอบด้วย การตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ (Fimbria, Ampular, Isthmic, Interstitial portion) และ Ovary เพราะมักจะมีเลือดในช่องท้องจากตำแหน่งเหล่านี้ได้⁷ ซึ่งไม่รวมถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูกในตำแหน่งอื่น เช่น Abdominal pregnancy, Cervical pregnancy

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกในการศึกษานี้

จะดูจากผู้ป่วยมีประวัติขาดกระดูกในวัยเจริญพันธุ์ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปวดท้องน้อยอย่างเฉียบพลันหรือคลำได้ก้อนที่ปีกมดลูก บางรายอาจมีอาการของการเสียเลือดร่วมด้วย ซึ่งควรนึกถึงโรคนี้ด้วยเป็นสำคัญ^{1,2} และเมื่อทำการตรวจภายใน อาจพบว่ามีการกดเจ็บที่ปีกมดลูกคลำได้ก้อน หรือเจ็บท้องน้อยเมื่อเคลื่อนไหวปากมดลูก Posterior fornix จะโป่งเนื่องจากมีเลือดขังอยู่ใน Cul-de-sac^{1,2}

ในรายที่มีประวัติดังกล่าวจะทำการตรวจเพิ่มเติมโดยการตรวจภายใน และตรวจปัสสาวะเพื่อการตั้งครรภ์เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย และแยกภาวะอื่น ๆ ออกไป และได้ทำการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ อีก เช่น คลื่นเสียงความถี่สูง Culdocentesis เป็นต้น ฯลฯ

การรักษา ในผู้ป่วยทุกรายในการศึกษาหลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้ว ได้ทำการรับตัวผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล งดน้ำและอาหาร เปิดเส้นเลือด ของเลือด และ Resuscitate จน Stable แล้วทำการผ่าตัดรักษาซึ่งประกอบด้วย การตัดหลอดมดลูก หรือการผ่าตัดโดยเก็บรักษาหลอดมดลูกไว้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นคือ พยาธิสภาพที่พบขณะผ่าตัดว่ามีการทำลายของท่อไข่ไม่มากหรือไม่ และภาวะการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วยว่ายังมีความต้องการมีบุตรอีกหรือไม่เพียงไร^{1,2,7,8}

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาถึงผลและประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีเลือดออกในช่องท้องด้วยการนำเลือดในช่องท้องของผู้ป่วยเองให้กับผู้ป่วย (Autologous blood transfusion)

2. ศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนของการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีดังกล่าว

ผู้ป่วยและวิธีการ

ได้ทำการศึกษาแบบ Observational-Cross sectional study จากประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มารับ

การรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ในช่วงปี พ.ศ. 2530-2540 จำนวนทั้งสิ้น 490 ราย โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกและมีอาการของเลือดออกในช่องท้องทุกรายโดยทราบผลจากการผ่าตัดแล้ว โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยสองกลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 52 ราย เป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาและได้รับเลือดที่เตรียมจากการนำเลือดในช่องท้องผู้ป่วยเองกลับมาให้ โดยมีข้อชี้แจงว่าต้องได้รับเลือดชดเชย กลุ่มที่ 2 จำนวน 438 ราย เป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาและได้รับเลือดจากธนาคารเลือดตามปกติ ในการศึกษานี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทั้งข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ อาชีพ ภูมิฐานะ และข้อมูลเฉพาะโรค เช่น ประวัติทางสูติ-นรีเวช สิ่งที่พบขณะผ่าตัด จำนวนเลือดที่เตรียมได้จากที่ออกอยู่ในช่องท้องของผู้ป่วย และติดตามการรักษา โดยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ได้ทำการเจาะเลือดดูค่าระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 จะทำการเพาะเชื้อในช่องท้องขณะทำการผ่าตัด และหลังการรักษาได้เพาะเชื้อจากกระแสเลือดอีกครั้งในวันที่ 3 หลังผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านได้นัดตรวจติดตามอีกเป็นระยะเวลา 1 เดือนเพื่อดูภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

การเตรียมเลือดจากช่องท้องเพื่อนำกลับมาให้กับผู้ป่วยใหม่ โดยดูดเลือดจากช่องท้องด้วย Suction sterile ลงในขวด Sterile ที่เตรียมไว้ แล้วนำเลือดที่ได้ไปกรองเอา Blood clot ออกด้วย Sterile Gauze จำนวน 6 ชั้น ลงในขวด Blood-donor set ผ่านกรวยกรอง Stainless มี Acid Citrate Dextrose 50 ml เป็น Anticoagulant จำนวน 8 ขวด (ที่เตรียมไปห้องผ่าตัด) อุปกรณ์เหล่านี้ผ่านการ Sterile แล้ว (รูปที่ 1-3) และจะไม่ใช้เลือดนั้น ๆ หากมีชิ้นส่วนของทารกที่ตกอยู่ในเลือดนั้น เพราะอาจมี Thromboplastin ซึ่งจะทำให้เกิด Disseminated intra-vascular coagulation³⁻⁵

การพิจารณาให้เลือดผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือด



รูปที่ 1 อุปกรณ์ที่ใช้เตรียมเก็บเลือดจากช่องท้อง คือ ขวด Sterile ที่มีสาร Anticoagulant, Gauze 6 ชั้น, กรวยกรอง Stainless, IV set



รูปที่ 2 นำเลือดที่ดูดได้จากช่องท้องมากรองเอา Blood clotted ออก โดยใช้กรวยกรอง Stainless sterile ผ่าน Gauze จำนวน 6 ชั้น ใส่ขวด ที่มี Anticoagulant



รูปที่ 3 เลือดที่เตรียมเสร็จและพร้อมที่ให้กับผู้ป่วย

ทางช่องท้องใกล้เคียงกับจำนวนเลือดที่ Suction ได้ จึงนำเลือดที่กรองได้นำกลับให้ผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง ซึ่งปริมาณจะใกล้เคียงกับที่เสียไป เมื่อหลังผ่าตัดจะทำการตรวจหาระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) อีกครั้งและพิจารณาประกอบกับ Vital sign ว่า Stable ดีหรือไม่ และพยาธิสภาพที่ผ่าตัดว่าสามารถหยุดเลือดได้ดีหรือไม่ ถ้าคาดว่าจะมีการเสียเลือดอยู่ หรือ Vital sign ไม่ Stable ก็อาจพิจารณาให้เลือดเพิ่มอีก

การดูแลหลังผ่าตัด ได้ทำการตรวจวัด Vital sign, Observe bleeding ที่บาดแผลและในช่องท้อง ให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 1 gm ทางกระแสเลือดทุก 6 ชม.

และ Gentamicin 80 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อวันละสองครั้งเป็นเวลา 3 วัน เมื่อรับประทานยาได้จะให้ Amoxycillin 500 mg วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ตัดไหมและกลับบ้านได้ภายใน 7 วัน และจากนั้นจะนัดตรวจติดตามอีกประมาณ 4-6 สัปดาห์

การคำนวณทางสถิติ

ในส่วนของข้อมูลทั่วไปใช้ค่าสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม Standard error (SE) ในเรื่องของอายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย จำนวนเลือดที่ออกในช่องท้องขณะผ่าตัด ค่าระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ตำแหน่งที่พบของพยาธิสภาพ

ได้ทำการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ของทั้งสองกลุ่มในเรื่องของตัวแปรทั่วไป เช่น อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย จำนวนเลือดที่ออกในช่องท้องขณะผ่าตัด ปริมาณเลือดที่ได้รับจากธนาคารเลือด ค่าระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-square test และหากค่าใน Expected cell ใด ๆ มีค่าน้อยกว่า 5 จะใช้ Fisher exact test หากข้อมูลเป็นเชิงปริมาณจะใช้ Unpaired T-test เพื่อทำ

การเปรียบเทียบผล และมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการให้เลือดทั้งสองวิธีว่าสามารถเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดได้หรือไม่ด้วยการทดสอบ Paired T-test โดยการประเมินว่าค่าสถิติตัวใดมีความแตกต่างหรือมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยถือค่า $P < 0.05$

Exclusion criteria

เฉพาะในกลุ่มที่ 1 จะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยไม่มีประวัติการติดเชื้อในช่องท้องหรือประวัติปีกมดลูกอักเสบมาก่อน และไม่พบเห็นสิ่งที่พบในขณะผ่าตัดว่าน่าจะเกิดจากสาเหตุการติดเชื้อที่ปีกมดลูก เช่น ท่อนำไข่มีพังผืด บิดเบี้ยว เสียรูปไป

เลือดที่ออกในช่องท้องมีการแตกของชิ้นส่วนของทารก หรือถุงน้ำ เพื่อป้องกัน Thromboplastin ดังกล่าวข้างต้นที่กระตุ้นให้เกิด Disseminated intravascular clotting

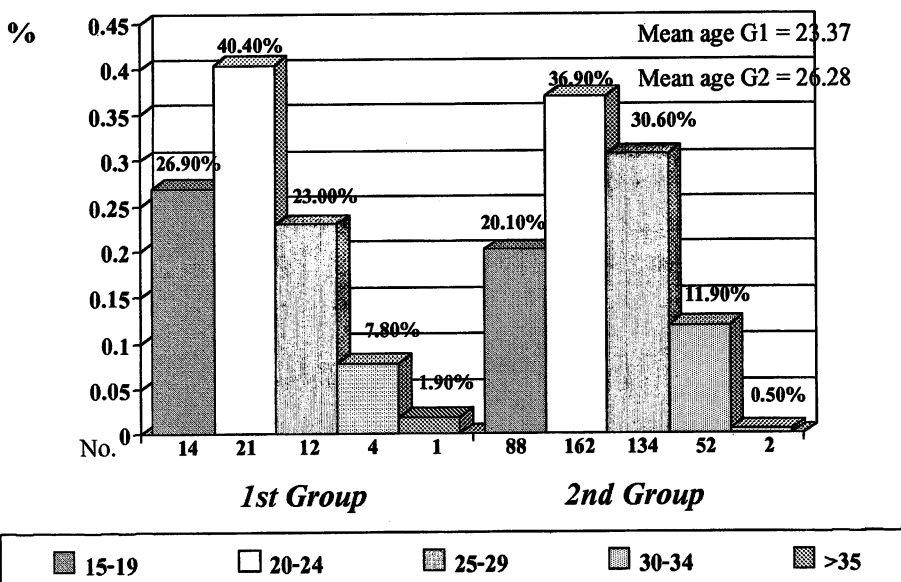
ผลการศึกษา

ได้ทำการเก็บข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ถิ่นที่อยู่อาศัย

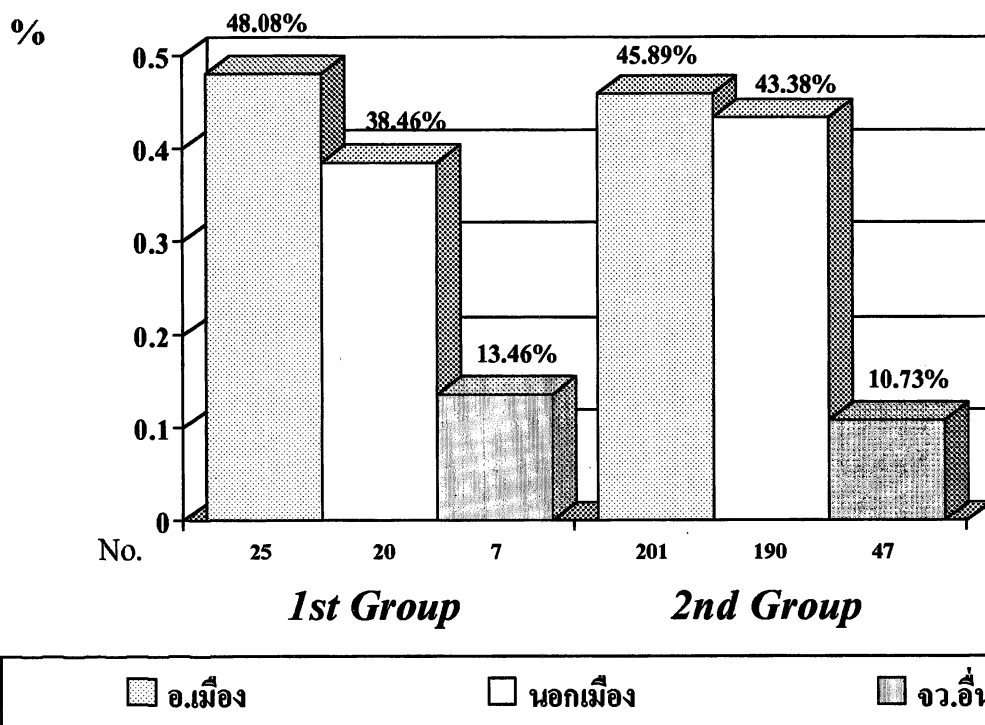
อาชีพ จำนวนการมีบุตร การทำแท้ง เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน ประวัติการคุมกำเนิด

ข้อมูลเฉพาะโรค ประวัติทางสูติ-นรีเวช สิ่งที่ตรวจพบในขณะผ่าตัด เช่น ตำแหน่งพยาธิสภาพ ปริมาณเลือดในช่องท้อง จำนวนเลือดที่เตรียมได้จากช่องท้องในกลุ่มที่ 1 และจำนวนเลือดที่ให้ไปทั้งสองกลุ่มในผู้ป่วยที่มีอาการ Hemodynamic change หรือมีข้อบ่งชี้ว่าต้องให้เลือด

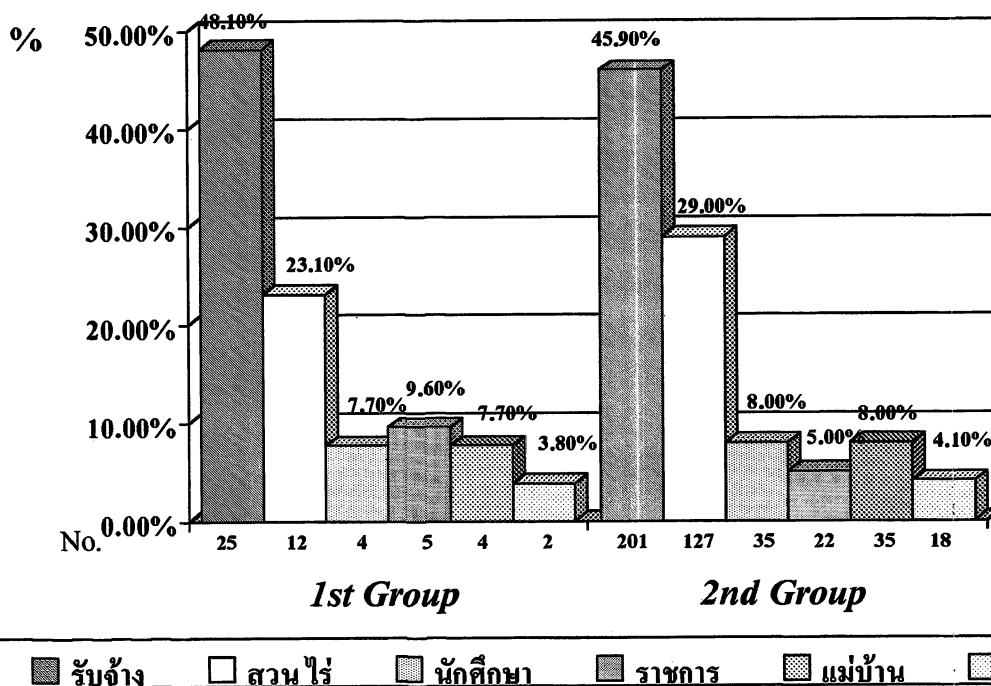
ผู้ป่วยทั้งสิ้น 490 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 จำนวน 52 ราย และกลุ่มที่ 2 จำนวน 438 ราย ทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก จากประวัติว่ามีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง มีอาการเสียเลือด และได้รับการผ่าตัดรักษาพบว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกและมีเลือดออกในช่องท้องจริง ผู้ป่วยเหล่านี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และมากที่สุดคือ 37 ปี อายุเฉลี่ยผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 คือ 23.37 ± 2.16 ปี กลุ่มที่ 2 คือ 26.28 ± 2.52 ปี ซึ่งทุกรายอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี การตรวจและประเมินร่างกายก่อนผ่าตัดไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางอายุรกรรม



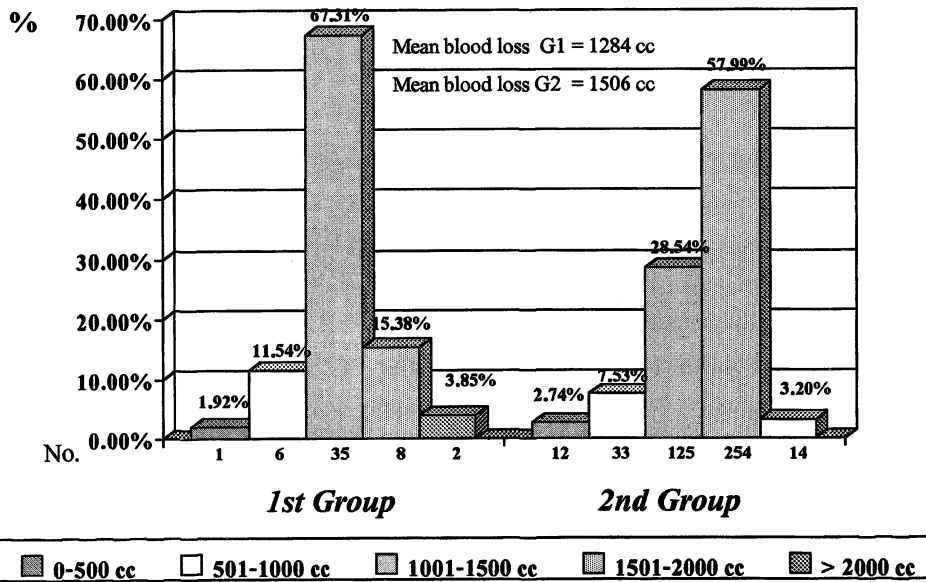
กราฟที่ 1 แสดง % ของกลุ่มอายุในประชากรสองกลุ่ม



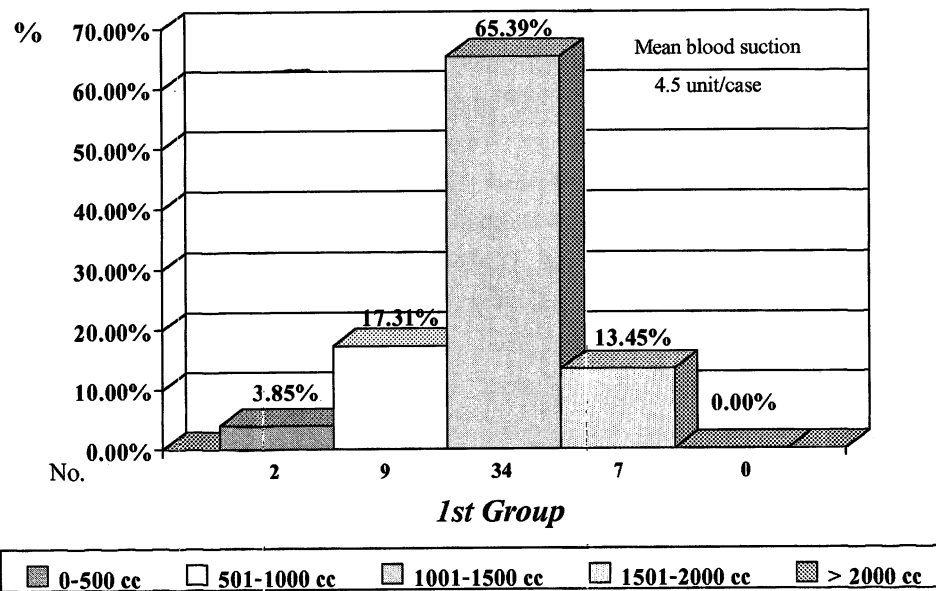
กราฟที่ 2 แสดง % ของถิ่นที่อยู่ของประชากรสองกลุ่ม



กราฟที่ 3 แสดง % ของกลุ่มอาชีพในประชากรสองกลุ่ม



กราฟที่ 4 แสดงปริมาณเลือดที่พบในช่องท้องขณะผ่าตัดเทียบกับในประชากรสองกลุ่ม



กราฟที่ 5 แสดงปริมาณเลือดที่สามารถเตรียมได้จากเลือดในท้องของกลุ่มที่ 1

ผลการวิเคราะห์ของลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่ม เปรียบเทียบกันในเรื่องของตัวแปรต่าง ๆ เช่น อายุ ถิ่น ที่อยู่ อาชีพ จำนวนการมีบุตร วิธีการคุมกำเนิด ตำแหน่ง ที่พบพยาธิสภาพ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล จาก กราฟที่ 1-3 และตารางที่ 1-4 พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึง

กัน และโดยการทดสอบของข้อมูลเชิงคุณภาพโดย Chi-square ในตารางที่ 5 และทดสอบข้อมูลเชิงปริมาณใน ตารางที่ 6 พบว่าประชากรทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่ แตกต่างกัน จึงพออนุมานได้ว่าประชากรทั้งสองกลุ่มมี ลักษณะทั่วไปเหมือนกัน จึงไม่น่าจะมีปัจจัยใดที่ทำให้ผล

ของการรักษาของทั้งสองวิธีแตกต่างกัน

ปริมาณเลือดที่พบในช่องท้องขณะผ่าตัด จากกราฟที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะเสียเลือดประมาณ 1001-1500 cc ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคือ $1284 \text{ cc} \pm 18.71 \text{ cc}$ และ $1506 \pm 14.83 \text{ cc}$ ในกลุ่มที่ 1 และ 2 ตามลำดับ จากกราฟที่ 4 และตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มที่ 2 มีการเสียเลือดในท้องมากกว่ากลุ่มที่ 1 แต่กลุ่มที่ 1 สามารถนำเลือดที่ได้จากในช่องท้องของผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้ผู้ป่วยเองอีก (Autologous blood transfusion) ซึ่งสามารถเตรียมได้เฉลี่ย 4.5 Unit/ราย จึงทำให้จำนวนเลือดที่ต้องให้เพิ่มเติมโดย Homologous Blood Transfusion น้อยลงอย่างมากคือเฉลี่ยเพียง 1.5 Unit/ราย แต่รวมแล้วต้องการเลือดทั้ง Autologous และ Homologous รวมเฉลี่ย 6 Unit/ราย เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ 2 ต้องการ Homologous อย่างเดียวเฉลี่ย 5.3 Unit/ราย ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติในตารางที่ 6 แล้วพบว่าสามารถลดความต้องการเลือดจากธนาคารเลือด (Homologous) ลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ 1 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ 2 (กลุ่มที่ 2 ต้องรับเลือดโดย Homologous blood มากกว่ากลุ่มที่ 1 เฉลี่ย 3.8 Unit/ราย)

ค่าความเข้มข้นเลือด (Hct) ในกลุ่มที่ 1 ก่อนผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 21% หลังให้เลือดเพิ่มขึ้นเป็น 28% มีเพียง 4 รายที่หลังผ่าตัดมีความเข้มข้นเลือด (Hct) ต่ำกว่า 24% และต้องให้เลือด 1 Unit และ 2 รายที่ต้องให้เลือดอีก 2 Unit

ค่าความเข้มข้นเลือด (Hct) ในกลุ่มที่ 2 ก่อนผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 27% หลังให้เลือดเพิ่มขึ้นเป็น 33% มีเพียง 3 รายที่หลังผ่าตัดมีความเข้มข้นเลือด (Hct) ต่ำกว่า 24% และต้องให้เลือด 1 Unit และ 1 รายที่ต้องให้เลือดอีก 2 Unit

จากตารางที่ 7 เมื่อทดสอบด้วย Paired T-test พบว่าการให้เลือดทั้งสองวิธีสามารถเพิ่มระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ในก่อนและหลังให้เลือดได้ทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ และประสิทธิภาพการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้น

เลือด (Hct) ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน (ดังในการทดสอบ Chi-square ตารางที่ 5) แสดงถึงประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดได้ดีเท่าเทียมกันทั้งสองวิธีคือ Autologous และ Homologous blood transfusion

ผลการเพาะเชื้อ

จากช่องท้องขณะผ่าตัดในกลุ่มที่ 1 พบว่ามีอยู่สองราย เป็น E.coli และ Klebsiella แต่ที่ตรวจดูผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะติดเชื้อใด ๆ หลังผ่าตัด

ส่วนผลเพาะเชื้อจากกระแสเลือดในกลุ่มที่ 1 พบว่าไม่มีเชื้อใดขึ้นเลย

เมื่อนัดตรวจติดตามที่ 4-6 สัปดาห์

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีผู้ป่วยกลับมาติดตามตามนัด 45 (86.65%) ราย และในกลุ่มที่ 2 มาตรวจตามนัด 425 (97.03%) ราย ซึ่งเป็นไปได้ว่าอาจเพราะอยู่นอกท้องที่หรือมาทำงานชั่วคราว แต่ผลที่ตรวจในผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามพบว่า ทุกรายปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ตรวจภายในพบมดลูกขนาดและคันอยู่ 3 ราย มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ 4 ราย แต่ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อทั่วร่างกาย ผลข้างเคียงจากการให้เลือด หรือมีไข้แต่อย่างใด

วิจารณ์

การตั้งครภ์นอกมดลูก เป็นโรคที่วินิจฉัยได้ยาก หากแพทย์ผู้ตรวจขาดประสบการณ์ หรือไม่ได้นึกถึง เพราะผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดท้องน้อยเป็นหลัก และหากแพทย์ไม่ได้ซักประวัติถึงเรื่องการขาดระดูหรือการมีเลือดออกผิดปกติร่วมด้วยแล้ว อาจจะคิดถึงเพียงโรคปวดท้องทั่ว ๆ ไป และเฝ้าสังเกตอาการจนเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียเลือดในช่องท้องแล้วก็ได้ โดยมากในท้องถื่นกันดารหรือชนบท ผู้ป่วยมักจะไม่อดทนมาก ประกอบกับการเดินทางไม่สะดวก จึงทำให้การวินิจฉัยล่าช้า และมัก

ตารางที่ 1 จำนวนการมีบุตรของประชากรทั้งสองกลุ่ม

จำนวนบุตร	กลุ่มที่ 1	%	กลุ่มที่ 2	%
0	1	1.92	59	13.47
1	8	15.38	58	13.23
2	37	71.15	301	68.73
3	4	7.69	15	3.43
4 คนขึ้นไป	2	3.85	5	1.14

ตารางที่ 2 ประวัติการคุมกำเนิดในระยะ 1 ปีก่อนนอนโรงพยาบาล

วิธีคุมกำเนิด	กลุ่มที่ 1	%	กลุ่มที่ 2	%
Combine pill	40	76.92	350	79.90
Progestin pill	1	1.92	15	3.42
DMPA or Norplant	10	19.23	72	16.44
IUD	3	5.77	42	9.59
อื่น ๆ	12	23.07	106	24.20
ไม่ได้คุม	20	38.46	190	43.38

ข้อมูลเฉพาะโรค

ตารางที่ 3 ตำแหน่งของพยาธิสภาพของประชากรทั้งสองกลุ่มที่พบขณะผ่าตัด

ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพ	กลุ่มที่ 1	%	กลุ่มที่ 2	%
Ampular	39	75.00	304	69.41
Isthmus	7	13.46	79	18.04
Fimbria	2	3.85	12	2.74
Interstitial	1	1.92	12	2.74
ที่อื่น ๆ	3	5.77	31	7.07

ตารางที่ 4 ค่าตัวแปรที่ศึกษาด้วยค่าสถิติทั่วไป

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
เคยทำแท้งมาก่อน	9 ราย (17.3%)	33 ราย (7.53%)
เคยตั้งครรรภ์นอกมดลูก	6 ราย (11.54%)	22 ราย (5.02%)
จำนวนวันพำนักรักษาในโรงพยาบาล	6.5 วัน	7.2 วัน
ระดับ Hct ก่อนผ่าตัด	21 $\pm$ 1.82%	27 $\pm$ 2.37%
ระดับ Hct หลังผ่าตัด 24 ชม.	28 $\pm$ 1.14%	33 $\pm$ 1.55%
จำนวนเลือดที่ให้จากธนาคารเลือด	1.5 $\pm$ 0.82 unit/ราย	5.3 $\pm$ 1.10 unit/ราย

ตารางที่ 5 ตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์กันด้วย Chi-square test ของทั้งสองกลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าที่ได้	Df	Chi-square	Significant
กลุ่มอายุ กับกลุ่มทั้งสอง	0.353287	4	0.98612	NS
ถิ่นที่อยู่ กับกลุ่มทั้งสอง	0.668131	2	0.716007	NS
อาชีพ กับกลุ่มทั้งสอง	0.788544	6	0.977758	NS
วิธีคุมกำเนิด กับกลุ่มทั้งสอง	0.931711	5	0.967884	NS
จำนวนบุตร กับกลุ่มทั้งสอง	0.043515	4	0.999767	NS
ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพ กับกลุ่มทั้งสอง	0.878849	4	0.927576	NS
ระดับ Hct ก่อนและหลังผ่าตัด กับกลุ่มทั้งสอง	0.822618	1	0.364416	NS

* Sig = Significant (p < 0.05)

** NS = Non-significant (p < 0.05)

ตารางที่ 6 ตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์กันด้วย Unpaired T-test ระหว่างสองกลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา Df = 488	กลุ่มที่ 1 X1 S1		กลุ่มที่ 2 X2 S2		t-test (two-tail)	Significant
อายุเฉลี่ย (ปี)	23.37	2.163	26.28	2.515	1.173 0.241488	NS
จำนวนวันที่นอน โรงพยาบาล (วัน)	6.5	1.517	7.2	1.095	0.610 0.541856	NS
ปริมาณเลือดที่ออกในท้อง (มิลลิลิตร)	1,284	18.71	1,506	14.83	14.53 0.00001	Sig*
ระดับ Hct ก่อนผ่าตัด (%)	21	1.82	27	2.37	2.59 0.00981	Sig*
ระดับ Hct หลังผ่าตัด (%)	28	1.14	33	1.55	3.31 0.00101	Sig*
ปริมาณเลือดที่ให้จากธนาคาร เลือดโดย Homologous Tx (unit)	1.5	0.82	5.3	1.10	3.537 0.000442	Sig*

* Sig = Significant ($p < 0.05$)** NS = Non-significant ($p > 0.05$)

ตารางที่ 7 ตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์กันด้วย Paired T-test ระหว่างสองกลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา	X diff	S diff	T-value	t-test (two-tail)	Significant
Hct ก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ 1 Df = 51	7	3.25	15.38154	2.310	*Sig
Hct ก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ 2 Df = 437	6	1.22	102.8092	2.2414	*Sig

จะมาพบแพทย์ด้วยปวดท้องร่วมกับอาการเสียเลือดแล้ว ซึ่งแพทย์ก็มักจะต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉิน ปัญหาที่มักพบได้บ่อยคือ ผู้ป่วยอาจจะเสียเลือดจนต้องได้รับเลือดชดเชย แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันของโรคติดเชื้อที่

ติดต่อทางเลือดมีมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเอดส์ และการตรวจคัดกรองอาจจะยังไม่ดีนัก ประกอบกับเลือดกลุ่มที่หายาก หรือธนาคารเลือดยังไม่ดีพอ จึงทำให้การนำเลือดจากช่องท้องที่ออกอยู่มาเตรียมเป็นเลือดที่สามารถให้กลับ

เข้าไปสู่ผู้ป่วยใหม่ได้ จะเป็นการดีทั้งในเรื่องของความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และยังประหยัดค่าใช้จ่ายในการให้เลือดจากผู้อื่น จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าวิธีการรักษาวิธีนี้มีความปลอดภัยพอควร หากอยู่ในที่ทุรกันดาร เลือดหาได้ยาก และจำเป็นต้องรีบผ่าตัดด่วน เพราะจะเห็นได้จากผลการเพาะเชื้อในช่องท้องและจากกระแสเลือดของการศึกษานี้พบว่า มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่เพาะเชื้อในช่องท้องขึ้น และผลจากการเพาะเชื้อจากกระแสเลือดไม่พบรายใดที่ขึ้น ซึ่งแสดงถึงไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดจากช่องท้องของผู้ป่วยเอง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการให้เลือดจากช่องท้องผู้ป่วยเอง (Auto-logous blood transfusion) เทียบกับการให้เลือดจากธนาคารเลือด (Homologous blood transfusion) โดยการทดสอบทางสถิติพบว่าประชากรทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายกันในเรื่องของ กลุ่มอายุ ที่อยู่อาศัย อาชีพ จำนวนการมีบุตร วิธีการคุมกำเนิด ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพในการผ่าตัด และจะเห็นได้ว่าอายุผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ โดยอายุเฉลี่ยผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 คือ 23.37 ± 2.16 ปี กลุ่มที่ 2 คือ 26.28 ± 2.52 ปี อายุน้อยที่สุด 18 ปีและมากที่สุด 37 ปี ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสุขภาพดีไม่มีโรคภัยแรงใด ๆ ขณะที่ทำการรักษา จึงไม่มีปัจจัยใดที่จะให้ผลการรักษาทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน ส่วนปริมาณเลือดที่ออกในช่องท้อง ปริมาณเลือดที่ต้องให้ชดเชย ระดับความเข้มข้นของเลือด ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ในกลุ่มประชากรศึกษาทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน คือผลการศึกษานี้พบว่า ปริมาณเลือด Autologous blood ที่เตรียมได้ในกลุ่มที่ 1 สามารถเตรียมได้มากถึงเฉลี่ย 4.5 Unit/ราย แต่ยังต้องการเลือดจาก Homologous blood เพิ่มอีกเฉลี่ย 1.5 Unit/ราย และในกลุ่มที่ 2 ต้องการเลือดโดย Homologous blood เฉลี่ย 5.3 Unit/ราย จึงสามารถลดความต้องการเลือดของธนาคารเลือดลงได้ถึง 3.8 Unit/ราย เมื่อใช้เลือดจากช่องท้องให้ผู้ป่วยก่อน ซึ่งจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้อย่างมาก และเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้วไม่จำเป็นต้อง

ที่จะต้องให้เลือดจากธนาคารเลือดเพิ่มเลยก็ได้ เพราะในกลุ่มที่ 1 มีเพียง 6 รายที่ต้องให้เลือดเพิ่มหลังผ่าตัด และจากค่าเฉลี่ยต้องการเลือดจาก Homologous blood เพียง 1.5 Unit/ราย

การศึกษาถึงผลของการรักษาทั้งสองกลุ่มพบว่า หลังจากให้เลือดแล้วทั้งสองวิธีสามารถเพิ่มระดับ ความเข้มข้นเลือด (Hct) ได้ทั้งสองกลุ่มอย่างเป็นที่น่าพอใจ คือ จาก 21% ไปเป็น 28% และ 27% ไปเป็น 33% ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มระดับความเข้มข้นเลือดหลังจากให้เลือดโดยทั้งสองวิธีได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงไม่พบว่ามีความแตกต่างกันของประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ส่วนผลของภาวะแทรกซ้อนและประสิทธิภาพของการให้เลือดทั้งสองวิธีก็พบว่าไม่แตกต่างกัน เพราะเมื่อติดตามการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันหลังผ่าตัดโดยการเพาะเชื้อจากกระแสเลือดในกลุ่มที่ 1 และผลในระยะยาวคือนัดตรวจติดตามอีก 4-6 สัปดาห์ พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่เป็นผลของการให้เลือดเลย

ปัจจุบันมีการมุ่งเน้นในการป้องกันการติดเชื้อจากการรับเลือด เพราะมีเชื้อที่เป็นอันตรายแพร่ทางการรับเลือดมากขึ้นในประชากรโลก อาทิ เชื้อ HIV เชื้อตับอักเสบชนิดต่าง ๆ แพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยที่รับเลือดควรมีความตระหนักร่วมกันอย่างมากคือ การป้องกัน Transfusion-transmitted disease (TTD) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อ HIV ซึ่งทราบกันดีว่าไม่มีคำว่า No zero risk in blood transfusion แม้จะมีการคัดกรอง Transmissible disease screening (TDS) แต่ปัญหาคืองบประมาณที่จำกัด ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการแพร่เชื้อ HIV อย่างรุนแรง ทำให้ต้องเพิ่มภารกิจและงบประมาณในการป้องกันการแพร่เชื้อ HIV โดยการรับเลือดมากขึ้น หากเกิดการติดเชื้อ HIV จากการรับเลือดจะมีผลกระทบต่องานมากกว่าการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และทางอื่น ๆ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันตนเองได้เลย ที่สำคัญคือ ปัญหาของการติดเชื้อจากการรับเลือด เกิดจากคุณสมบัติ

พิเศษของเชื้อบางชนิดที่แพร่โดยการรับเลือด ซึ่งทำให้มีโอกาสรักษาได้มากและนานได้แก่ เชื้อนั้นอาจจะอยู่ในเลือดได้นานเป็นเวลานาน และเชื้อบางชนิดมี Titer สูงอยู่นานมาก อาทิ เชื้อมาลาเรีย อาจอยู่ในเลือด โดยไม่มีอาการนานถึงกว่า 40 ปี มีระยะ Incubation period นานเป็นปีหรือหลายปีกว่าจะแสดงอาการให้ปรากฏ อาทิ เชื้อ HIV อาจะอยู่ในร่างกายใน Latent และ/หรือ Carrier stage ได้ และมีความคงทนอยู่ในเลือดที่ 40°C เป็นเวลานาน

และสถานการณ์ปัจจุบันอัตราผู้ติดเชื้อ HIV ในผู้บริจาคโดยการตรวจ HIV-Ab พบว่าสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในไทยคือพบ 0.65 : 10,000 donation ในปีพ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้นเป็น 4.7, 23, 40, 85 และ 95 ในปี พ.ศ. 2531-5 คือสูงขึ้น 150 เท่า ดังนั้นย่อมจะมีผู้ติดเชื้อใหม่ในระยะ 6-8 สัปดาห์แรกที่อยู่ใน Window period จำนวน ไม่น้อยเป็นข้อชี้บ่งว่าผู้รับเลือดในระยะนี้มีโอกาสที่จะติดเชื้อจากเลือดที่คัดกรองตรวจ HIV-Ab แล้ว ก่อนช่วงสูง และเป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ที่ติดเชื้อ HIV ใน 3 สัปดาห์แรก ยังไม่มี Detectable marker ที่จะทดสอบได้ ในระยะ สัปดาห์ที่ 3-5 ของการติดเชื้อจะตรวจ HIV p24 Ag ให้ผลบวก สัปดาห์ที่ 6-8 การตรวจ Ab จะให้ผลบวก ดังนั้น ผู้บริจาคที่รับเชื้อใน 6-8 สัปดาห์แรกจะสามารถแพร่เชื้อได้ เพราะ HIV-Ab ยังให้ผลลบ ในปี พ.ศ. 2534¹⁰⁻¹³ แพทย์ไทยได้ศึกษาการตรวจ HIV p24 Ag ให้ผลบวก และ HIV-Ab ให้ผลลบในเลือดบริจาคในอัตรา 1 : 3,400 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปีเดียวกันศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยได้พบผู้บริจาคที่อยู่ใน Window period ในอัตรา 1 : 10,000¹³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่น่ากลัวมากในการให้เลือดจาก Homologous blood transfusion

หากคำนวณค่าใช้จ่ายจากการต้องให้เลือดคือ ค่าตรวจเลือดที่สามารถติดต่อได้ทางกระแสเลือด เช่น AIDS, Syphilis, Hepatitis virus B หรือ C เป็นต้น คิดเป็น

ค่าใช้จ่ายประมาณ 500 บาท/เลือด 1 Unit ค่าตรวจหา กลุ่มเลือดประมาณ 70-100 บาท/เลือด 1 Unit ซึ่งรวมค่าใช้จ่ายประมาณ 600 บาท/เลือด 1 Unit ในการศึกษานี้พบว่าสามารถประหยัดเลือดได้ประมาณ 3.8 Unit/ราย ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายได้เป็นเงินประมาณ 1,280 บาท/ราย ซึ่งถ้าหากมีผู้ป่วยปีละ 50 ราย จะสามารถประหยัดเงินได้ปีละถึง 64,000 บาท

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าปัญหาจากการให้เลือดจาก Homologous blood transfusion จะเป็นปัญหาต่อแพทย์และตัวผู้ป่วยอย่างมาก และโดยเฉพาะปัญหา ค่าใช้จ่ายและการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ จึงเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการพิจารณาเลือกใช้เลือดจากผู้ป่วยเองในสถานการณ์ปัจจุบัน

สรุป

การนำเลือดที่ออกในช่องท้องของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกเพื่อนำกลับไปให้ผู้ป่วยอีกครั้ง (Autologous blood transfusion) มีความเหมาะสม สามารถได้ผลดี ปลอดภัย เหมาะสมกับโรงพยาบาลท้องถิ่นห่างไกล เพราะเตรียมอุปกรณ์ง่ายไม่เสียเวลา ผลการรักษาดี มีประสิทธิภาพ สามารถลดการให้เลือดจาก Homologous blood transfusion ได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดโดยวิธีนี้ แต่จะต้องระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ Pulmonary embolism หรือ DIC^{3,4} เพราะถึงแม้จะไม่เกิดขึ้นในการศึกษานี้ แต่มีรายงานว่าพบได้จากการศึกษาอื่น และการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยยังน้อยอยู่ และเนื่องจาก การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบการสังเกตการณ์ ไม่ใช่การศึกษาแบบการทดลองที่ควบคุมตัวแปร จึงยังไม่อาจสรุปได้ชัดเจนนัก แต่จะเห็นว่ามิประโยชน์อยู่มาก ในการช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นจึงควรมี การศึกษาเพิ่มเติมและมีการออกแบบการวิจัยที่ควบคุมตัวแปรปัจจัยต่าง ๆ ต่อไป เพื่อประโยชน์ในการนำมาใช้รักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Stovall TG, McCord ML. Ectopic pregnancy. In : Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds. Novak's textbook of gynecology. 12th ed. Baltimore : Williams & Wilkins. 1996 : 490-514.
2. ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, อภิชาติ ไผ่พารัตนชัย. ครรภ์นอกมดลูก. ใน : ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, อภิชาติ ไผ่พารัตนชัย, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). กรุงเทพฯ : พี.บี. ฟอเรน บั๊คส์ เซนเตอร์. 2539 : 209-18.
3. Jongen VH. Autotransfusion and ectopic pregnancy : an experience from Tanzania. Tropical Doctor 1997 ; 27(2) : 78-9.
4. Laaskey J, Wood PB. Ectopic pregnancies and intraoperative autotransfusion. Trop Doct 1991 ; 21 : 116-8.
5. Malik LR. Autotransfusion in ruptured tubal pregnancy. J Pakistan Med Assoc 1987 ; 37 : 78-9.
6. Ankum WM, Mol BW, Veen FV, bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy : a meta-analysis. Fertil Steril 1996 ; 65(6) : 1093-9.
7. Rock JA. Ectopic pregnancy. In : Thompson JD, Rock JA, eds. Te Linde's operative gynecology. 7th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1992 : 432-5.
8. Monaghan JM. Management of Extrauterine Gestation. In : Monaghan JM, ed. Bonney's Gynaecological Surgery. 9th ed. Philadelphia : WB Saunders Co. 1986 : 168-70.
9. ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา. โรคที่ติดต่อทางการรับเลือด. ใน : พงษ์จันทร์ หัตถรัตน์, อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์, ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. โลหิตวิทยาในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ. 2538 : 642.
10. ยุทธนา หมั่นดี, นวลชื่น คำหอม. Prevalence of infectious marker in blood donors at Maharaj Nakornchiangmai Hospital 1992-94. หนังสือประชุมวิชาการประจำปี ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มีนาคม 2538.
11. รายงานการประชุมอนุกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีทางการรับเลือด สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2538 วันที่ 27 กรกฎาคม 2538.
12. ศรีวิไล ดันประเสริฐ, ชัยเวช นุชประยูร, และคณะ. HIV antigen study in Thai voluntary blood donors. แพทย์สภาสาร 2534 ; 20 : 406-9.
13. Chiewsilp P, Isarangkura P, Poonkasem A, et al. Risk of transmission of HIV by seronegative blood. Lancet 1991 ; 338 : 1341-2.