RUPTURED RIGHT OVARIAN PREGNANCY : A CASE REPORT

เทอด ชลดารัตน์

รพ. ราชบุรี

ABSTRACT :

Choldarat T. Ruptured Right Ovarian Pregnancy : A Case Report. (Region 7 Medical Journal 1997 ; 1 : 107-112).

Department of Obstetrics and Gynecology, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi, Thailand.

A case of 21 - years old woman with lower abdominal pain, vaginal spotting and amenorrhea for 2 months, was treated in Ratchaburi hospital. The diagnosis was ruptured right ovarian pregnancy. The patient was treated with right oophorectomy and blood transfusion. The result was good without complications.

บทคัดย่อ :

เทอด ชลดารัตน์. การแตกของการตั้งครรภ์ที่รังไข่ข้างขวา : รายงานผู้ป่วย 1 ราย. (วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 1 : 108-112).

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, รพ. ราชบุรี.

รายงานผู้ป่วยหญิงไทยคู่ 1 ราย อายุ 21 ปี มาด้วยอาการปวดท้องน้อยและมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังขาดประจำเดือน 2 เดือน ให้การวินิจฉัยว่าเป็น การแตกของการตั้งครรภ์ที่รังไข่ข้างขวา ได้ให้การรักษาโดยการทำผ่าตัดรังไข่ข้างขวาออกและให้เลือดทดแทน ผลการรักษาดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

บทนำ

การตั้งครรภ์ที่รังไข่ พบได้น้อยเพียงร้อยละ 0.2-0.5[1-5] ของการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกทั้งหมด และประมาณ 1 : 7,000[3] การตั้งครรภ์ การวินิจฉัยมักทำได้ขณะผ่าตัด เนื่องจากอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่รังไข่คล้ายคลึงกับการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่[2,3] โดยผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่รังไข่มักจะมาด้วยอาการปวดท้องน้อย ร้อยละ 91.65 โดยมีอาการปวดเรื้อรังมาก่อน หรือมีอาการปวดทันทีจากการแตกของ gestational sac ที่สำคัญคือพบภาวะ hypovolemic shock ได้ร้อยละ 37.5 เมื่อเทียบกับร้อยละ 25 ในการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่[4] และมีอาการระคายเยื่อบุช่องท้องจากการมีเลือดออกในช่องท้อง ซึ่งจะพบได้บ่อยกว่าการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่[4] นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของการมีประจำเดือนถึงร้อยละ 79.2 และคลำพบก้อนได้ถึงร้อยละ 62.55 การวินิจฉัยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัย (Spiegelberg's criteria)[1,2,3,6] คือ

1. มีการตั้งครรภ์ในตำแหน่งของรังไข่
2. โดยที่ gestational sac และรังไข่มีการติดต่อกับตัวมดลูกด้วย ovarian ligament proper
3. ท่อนำไข่ข้างเดียวกันกับที่ gestational sac อยู่ต้องมีลักษณะปกติ แยกจาก gestational sac ได้ชัดเจน
4. การตรวจทางพยาธิวิทยา พบเนื้อเยื่อของรังไข่อยู่ร่วมกับ conceptive product

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 21 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

อาการสำคัญ

ปวดท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อยข้างขวา เลือดออกทางช่องคลอดมากกว่าเดิม ไม่มีไข้ มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และได้รับการส่งตัวมาเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลราชบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

แข็งแรงดี ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัว

ผู้ป่วยมีบุตร 2 คน คลอดปกติทุกคน คนสุดท้ายอายุ 4 ปี เคยคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ขณะนี้หยุดยามาประมาณ 6 เดือน ประจำเดือนมาเป็นปกติทุกเดือน วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย 8 เมษายน 2539 มา 3 วัน

การตรวจทางร่างกาย

อุณหภูมิ 36.8 เซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะทั่วไป รู้สึกตัวดี ซีดเล็กน้อย ไม่เหลือง ไม่บวม, ตา หู คอ จมูก ซีดเล็กน้อย, ต่อมธัยรอยด์ปกติ, หัวใจและปอด ปกติ, เต้านม ปกติ, หน้าท้องโป่งเล็กน้อย กดเจ็บที่บริเวณท้องน้อยทั้งสองข้าง ข้างขวามากกว่าข้างซ้าย มี guarding และ rebound tenderness ชัดเจน

การตรวจภายใน

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ปกติ, ช่องคลอด มีเลือดในช่องคลอดเล็กน้อย, ปากมดลูกปิด สีคล้ำเล็กน้อย เวลาโยกปากมดลูกจะเจ็บที่ท้องน้อยมาก, มดลูก คลำขนาดไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยเกร็งหน้าท้องมาก, ปีกมดลูกกดเจ็บทั้งสองด้าน ด้านขวามากกว่าด้านซ้าย คลำไม่ได้ก้อน เนื่องจากผู้ป่วยเกร็งหน้าท้อง, cul de sac โป่งตึง กดเจ็บ

การตรวจทางทวารหนัก ตรวจพบเช่นเดียวกับการตรวจภายใน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hematocrit 27%, WBC 10,200 cells/cu.mm., N 65%, L 35%, Platelets ปกติ

urine analysis : ปกติ, urine pregnancy test : positive

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง : Massive free fluid in cul de sac, complex mass right adnexa, 3 x 4 cms in diameter, normal size uterus with no intrauterine gestational sac.

การรักษาและสิ่งที่ตรวจพบ

ในผู้ป่วยรายนี้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น ว่ามีภาวะตกเลือดในช่องท้อง เข้าได้กับการแตกของการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่มากที่สุด ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการวินิจฉัยโรค แผนการรักษา เตรียมเลือดไว้ให้พร้อม และนำผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน

สิ่งที่ตรวจพบขณะผ่าตัด มีเลือดในช่องท้องปริมาณประมาณ 500 มิลลิลิตร ลักษณะเป็นเลือดสดปนลิ่มเลือด มดลูกขนาดปกติคว่ำหลัง ผิวเรียบ ท่อนำไข่ทั้งสองข้างปกติ ไม่มีลักษณะบวมแดง ไม่มีพังผืด บริเวณท่อนำไข่หรือในช่องท้อง รังไข่ข้างขวาขนาด 4.5 x 3.5 x 3 เซนติเมตร มีรอยแตกยาวประมาณ 2.5 เซนติเมตร มีเนื้อเยื่อลักษณะคล้ายรกยุ่ย ๆ ติดแน่นกับเนื้อรังไข่ ไม่สามารถแยกออกจากรังไข่ได้โดยง่าย มีเลือดไหลซึมจากรอยแตกตลอดเวลา รังไข่ยึดติดกับตัวมดลูกด้วย ovarian ligament proper รังไข่แยกกับท่อนำไข่ได้อย่างชัดเจน รังไข่ข้างซ้าย ขนาด 3 x 3 x 1.5 เซนติเมตร ลักษณะปกติ อวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องปกติ

การรักษา

การรักษาได้ทำการผ่าตัดโดยใช้วิธี oophorectomy เนื่องจากรอยแตกมีขนาดใหญ่เหลือเนื้อดีของรังไข่ไม่มาก และมีปัญหาในการหยุดเลือด หลังจากที่ได้พยายามเย็บซ่อมแล้ว ได้ทำการซับเลือดในช่องท้องออกจนหมด และเย็บปิดหน้าท้อง หลังผ่าตัดได้ให้เลือดทดแทน 2 ยูนิต เจาะเลือดหาความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 32% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 7 วัน จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดผู้ป่วยมาตรวจหลังผ่าตัดและฟังผลชิ้นเนื้อในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา

รายงานผลทางพยาธิวิทยา (39-1164)

Macroscopic finding :

The specimen of right ovary measures 4.5 x 3.5 x 3 cm in size. The cut surface of the ovary is black brown in colour and blood-clot like in appearance.

Microscopic finding :

Right ovary : Histology of the ovarian stroma shows extensive area of blood clot. Chorionic villi are seen in one part of the specimen.

Pathological diagnosis

Right ovary : ovarian pregnancy with hemorrhage

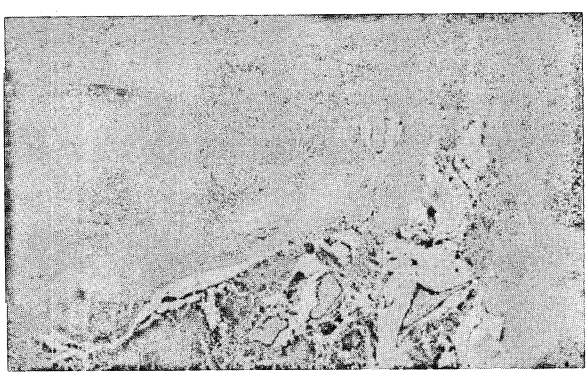


Fig. 1 Histology shows presence of chorionic villi and hemorrhage in the ovarian stroma. (x 20, H&E stain)



Fig. 2 Higher magnification of chorionic villi. (x100, H&E stain)

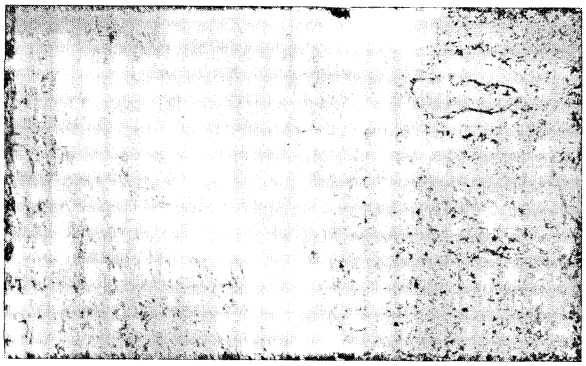


Fig. 3 Presence of chorionic villi and blood clot in the ovarian stroma.

วิจารณ์

ในผู้ป่วยรายนี้ จากประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำให้คิดว่ามีภาวะตกเลือดในช่องท้อง ซึ่งน่าจะเกิดจากการแตกของการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่จะพบที่บริเวณท่อนำไข่ได้บ่อยที่สุด จะเห็นว่าให้การวินิจฉัยได้ไม่ยากนัก เพราะมาพบแพทย์ในขณะที่มีการตกเลือดในช่องท้องแล้ว และเป็นภาวะรีบด่วนที่ต้องรีบทำการรักษา นอกจากนี้ยังมีภาวะอื่น ๆ ที่ต้องนึกถึงและจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ การแตกของ corpus luteum หรือ follicular cyst[1,7] ซึ่งมีอาการคล้ายคลึงกันมาก และสามารถให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายได้จากการตรวจพบระหว่างผ่าตัดหรือการตรวจทางพยาธิวิทยา ในกรณีที่ยังไม่มีการตกเลือดในช่องท้องอย่างมาก ยังต้องนึกถึงภาวะอื่น ๆ อีก ได้แก่ การบิดขั้วของถุงน้ำรังไข่ การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ไส้ติ่งอักเสบ[1]

ในผู้ป่วยรายนี้ ผลการผ่าตัดพบว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก ที่บริเวณรังไข่ข้างขวา มีเลือดออกในช่องท้องประมาณ 500 มิลลิลิตร ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่รังไข่ของ Spiegelberg[1,2,3,6] และการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยา จากการทบทวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรีย้อนหลัง 10 ปี คือปีงบประมาณ 2530-2539 พบการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกทั้งหมด 206 ราย ไม่พบการตั้งครรภ์ที่รังไข่เลย

เกี่ยวกับเรื่องปัจจัยเสี่ยง ไม่พบว่าประวัติตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ การเคยผ่าตัดที่ท่อนำไข่ ตลอดจนการมีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่รังไข่[1,2,8] แต่พบว่าการคุมกำเนิดโดยใช้ห่วงอนามัยอาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่รังไข่ การใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิด สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกได้ร้อยละ 99.5 ป้องกันการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ได้ร้อยละ 95 แต่ไม่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ที่รังไข่[3] อย่างไรก็ตาม การใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดก็มิได้เพิ่มอุบัติการของการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก แต่ถ้ามีการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดแล้ว โอกาสจะเป็นการตั้งครรภ์ที่รังไข่ต่อการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่เท่ากับ 1 ต่อ 9 ราย ตรงกันข้ามกับในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิด เท่ากับ 1 ต่อ 34 ราย[3]

การรักษาการตั้งครรภ์ที่รังไข่ แนะนำให้ทำการผ่าตัดด้วยวิธี wedge resection[1,2,4,6,9,10] ในกรณีที่ gestational sac อยู่ที่รังไข่ทั้งหมด ไม่ได้ติดต่อกับอวัยวะอื่นในช่องท้อง และรังไข่ยังเหลือส่วนที่มีลักษณะปกติอยู่ ส่วนกรณีที่รังไข่มีพยาธิสภาพมากจนไม่มีลักษณะปกติเหลืออยู่ หรือขณะผ่าตัดมีปัญหาในการห้ามเลือดบริเวณรังไข่ที่ทำผ่าตัด ก็ให้ทำการตัดรังไข่ข้างนั้นออก (oophorectomy) ในผู้ป่วยรายนี้ทำการผ่าตัดรังไข่ออก เนื่องจาก

มีพยาธิสภาพมากและมีปัญหาในการห้ามเลือด ซึ่งการตัดรังไข่ออกทำได้เร็วกว่าและแก้ไขภาวะเสียเลือดได้รวดเร็ว ถึงแม้ว่าจะเหลือรังไข่เพียงข้างเดียว รังไข่อีกข้างก็สามารถทำหน้าที่ได้อย่างดี นอกจากนี้การรักษาประคับประคองไปพร้อมกัน ได้แก่ การให้สารน้ำและเลือดทดแทน ในปริมาณที่เหมาะสมก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับเลือดชดเชย หลังผ่าตัดความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยรายนี้อยู่ในเกณฑ์ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พบว่า การตั้งครรภ์ที่รังไข่ ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปของผู้ป่วย โอกาสเกิดการตั้งครรภ์ที่รังไข่ซ้ำพบน้อยมาก ต่างจากผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ ซึ่งพบโรคซ้ำได้ถึงร้อยละ 6-23[4,11] และในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจน รวมทั้งอุบัติการของโรคนี้ค่อนข้างต่ำมากอยู่แล้ว

สรุป

รายงานผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 21 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด ขาดประจำเดือน 2 เดือนเศษ ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะตกเลือดในช่องท้องจากการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก ได้รับการผ่าตัด emergency exploratory laparotomy และ right oophorectomy ผลการผ่าตัดร่วมกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ให้การวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่รังไข่ข้างขวา ได้รับเลือดทดแทน หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน การตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกเป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อย และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ถ้าวินิจฉัยและรักษาล่าช้า การตั้งครรภ์ที่รังไข่ ถึงแม้จะมีอุบัติการพบได้น้อยแต่ก็เป็นอันตรายได้ เนื่องจากพบภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือดได้มากกว่า จึงนำเสนอเป็นรายงานทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์มงคล จิตวัฒนากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี และ นายแพทย์ธาดา ศรีสงคราม หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ นายแพทย์ภูริปกรณ์ ภักดีรัตน์ กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาคที่ได้ให้ความช่วยเหลือทางด้านผลการตรวจพยาธิวิทยา

เอกสารอ้างอิง

1. Stovall TG, McCord ML. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In : Berek JS, Adashi EL, Sillard PA, ed. Novak, sgynecology. 12th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996 : 487-523.
2. Bayless RB. Non-tubal ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1987 ; 30 : 191-9.
3. Grimes HG, Hosal RA, Gallagher JC. Ovarian pregnancy : a series of 24 cases. Obstet Gynecol 1983 ; 61 : 174-84.
4. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III. Williams obstetrics. 19th ed. East Norwalk : Appleton & Lange, 1993 : 691-719.
5. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 5th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1994 : 947-64.
6. Weckstein LN. Clinical diagnosis of ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1987 ; 30 : 236-44.
7. Hallat JG, Steele CH, Snyder M. Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum : Study of 173 surgical cases. Am J Obstet Gynecol 1984 ; 149 : 5-9.
8. Stabile I, Greedjinstons JG. Ectopic pregnancy : a survey of incidence, etiology and diagnostic aspects. Obstet Gynecol Surv 1990 ; 45 : 335-47.
9. Leipzig S. Ectopic pregnancy. In : Cherry SH, Merkatz IR, ed. Complications of pregnancy : medical, surgical, gynecologic, psychosocial and perinatal. 4th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1991 : 1029-35.
10. Rock JA. Ectopic pregnancy. In : Thompson JD, Rock JA, ed. Te Linde's operative gynecology. 7th ed. Philadelphia : JB. Lippincott, 1992 : 411-36.
11. Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 1993 ; 329.