

วัณโรคของเยื่อบุโพรงมดลูก : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ธีรพงศ์ เมฆสงค์

รพ. ราชบุรี

ABSTRACT :

Meksong T. Tuberculosis of the Endometrium : A Case Report. (Region 4 Medical Journal 1999 ; 2 : 73-79).

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

A case report of tuberculosis of the endometrium presented with foul smell vaginal discharge. The uterus was enlarged and had pyometra. Dilatation and fractional curettage was performed. Pathological section was caseating granulomatous endometritis, suggestive of tuberculosis. She was treated by short course therapy of tuberculosis for 9 months. The result was good but should be followed up.

บทคัดย่อ :

ธีรพงศ์ เมฆสงค์. วัณโรคของเยื่อโพรงมดลูก : รายงานผู้ป่วย ๑ ราย. (วารสารแพทย์เขต ๔ ๒๕๔๒ ; ๒ : ๗๓-๗๔).

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว รพ. ราชบุรี.

รายงานผู้ป่วยวัณโรคของเยื่อโพรงมดลูก ๑ ราย มีตกขาวกลิ่นเหม็น ตรวจพบมดลูกโต มีหนองในโพรงมดลูก ได้ทำการขยายปากมดลูกและดูดมดลูกแบบแยกส่วน ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อที่ดูดได้วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคของเยื่อโพรงมดลูก ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบ short course เป็นเวลา ๙ เดือน ผลการรักษาดี แต่ยังคงต้องติดตามดูอาการในระยะยาวต่อไป

บทนำ

การติดเชื้อวัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (genital tuberculosis) พบได้น้อยยังไม่ทราบอุบัติการณ์ที่แน่นอน การศึกษาพบว่าผู้ป่วย genital tuberculosis เพียงร้อยละ 0.002 ของผู้ป่วยทางนรีเวชทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹ ช่วงอายุที่พบได้บ่อย คือระหว่าง 20-40 ปี แต่เนื่องจากโรคนี้มีการดำเนินโรคนาน ทำให้พบโรคในระยะ active ได้แม้กระทั่งวัยหมดระดูไปแล้ว² โรคนี้แสดงอาการในวัยหลังหมดระดูเพียงร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วย genital tuberculosis ทั้งหมด³

การติดเชื้อวัณโรคของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนใหญ่ จะเป็นการติดเชื้อตามหลังการติดเชื้อของอวัยวะอื่น (Secondary infection)^{2,4-6} โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีการติดเชื้อครั้งแรกที่ปอด⁵ การติดเชื้อครั้งแรกที่อวัยวะสืบพันธุ์ (primary infection) พบได้น้อยมาก⁷ พยาธิสภาพพบที่ท่อนำไข่มากที่สุดคือร้อยละ 90-100 รองลงมาคือ มดลูก รังไข่ ปากมดลูก และช่องคลอด พบร้อยละ 50-60, 20-30, 5-15 และ 1 ตามลำดับ⁸

อาการนำที่พบบ่อยที่สุดคือการมีบุตรยาก รองลงมาคือ ปวดท้องน้อยเรื้อรัง และมีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกตามลำดับ อาการนำอื่น ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ ขาดระดู ตกขาวผิดปกติ ท้องโตขึ้น pelvic relaxation และ fistula formation⁶ การวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจงที่สุดคือการตรวจเพาะเชื้อพบ Mycobacterium tuberculosis หรือการตรวจย้อมเชื้อพบ acid fast bacilli การรักษามี 2 วิธี คือ การรักษาทางยา และการรักษาด้วยการผ่าตัด จึงขอเสนอรายงานผู้ป่วยวัณโรคของเยื่อโพรงมดลูกซึ่งพบได้น้อย เพื่อเป็นตัวอย่างในการวินิจฉัยและการรักษาต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา อยู่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มารับการตรวจที่คลินิกนรีเวช โรงพยาบาลราชบุรี เมื่อวันที่ 8 มกราคม

2541 ด้วยอาการสำคัญว่ามีตกขาวกลิ่นเหม็นมา 2 สัปดาห์ โดย 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีตกขาวกลิ่นเหม็น สีขุ่นขาวคล้ายหนอง เป็นทุกวัน มีไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่ายและกลางคืนร่วมด้วย เบื่ออาหารและผอมลง จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีบุตร 3 คน หมดระดูแล้ว 8 ปี ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์มาก่อน 3 ปีที่ผ่านมามีอาการไอเป็นเลือดปนเสมหะประมาณ 1 เดือน ไม่ได้รักษาที่ใด อาการไอหายไปเอง

ตรวจร่างกายเบื้องต้น ส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 35 กิโลกรัม อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยรูปร่างผอม ไม่ชืด ไม่เหลือง ตรวจพบก้อนบริเวณท้องน้อยตรงกลางขนาดเท่ากับมดลูกอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ก้อนนุ่ม ผิวขรุขระ เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย กดเจ็บเล็กน้อย คลำไม่พบติ่งม้าม

การตรวจภายใน ผังช่องคลอดปกติ ตกขาวเป็นหนองปนเลือด ปากมดลูกมีแผลรอบ ๆ รูเปิด ขนาดโตกว่าปกติ มีหนองปนเลือดออกจากปากมดลูก มดลูกขนาดเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ คิวหน้า ผิวขรุขระ นุ่ม เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย กดเจ็บเล็กน้อย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb. 12.5 gm/dl Hct. 37% W.B.C. 13,000 cell/mm³ เป็น neutrophil 68% lymphocyte 30% และ eosinophil 2% FBS 91 mg% LFT, BUN, Cr ปกติ HBs Ag, VDRL และ Anti HIV ได้ผลลบ ผลการตรวจปัสสาวะปกติ

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ fibropatchy infiltration บริเวณกลีบบนของปอดข้างซ้าย จึงให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นว่าเป็น Pyometra ได้ส่งตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่า มดลูกขนาด 14.5 x 8.0 x 5.3 เซนติเมตร มีของเหลวอยู่ในโพรงมดลูก ขนาดโพรงมดลูก 12.0 x 5.5 x 2.8 เซนติเมตร วัดความหนาของเยื่อโพรงมดลูกรวมกันได้ 5 มิลลิเมตร ไม่ขรุขระ ตรวจของเหลวที่ได้จากโพรงมดลูกย้อมเชื้อพบ Gram positive cocci จำนวนเล็กน้อย ตรวจ

เพาะเชื้อพบ *Staphylococcus aureus* และ *beta hemolytic streptococci* จำนวนเล็กน้อย ตรวจย้อมเชื้อเสมหะ 3 วันติดต่อกัน ไม่พบแบคทีเรียชนิด *acid fast bacilli* ได้ทำการขยายปากมดลูกและโพรงมดลูกแบบแยกส่วน (dilatation and fractional curettage) ระวังความรู้สึกโดยวิธี paracervical nerve block เริ่มขูดบริเวณ endocervical canal พบว่าผนังเรียบ ขูดไม่ได้เนื้อเยื่อใส่ uterine sound วัดความยาวของโพรงมดลูกได้ 14 เซนติเมตร ใช้ Hegar dilator ขยายปากมดลูกจนถึงเบอร์ 6 พบมีหนองปนเลือดออกจากโพรงมดลูกประมาณ 20 มิลลิลิตร ขูดภายในโพรงมดลูกพบผิวขรุขระได้เนื้อเยื่อโพรงมดลูกประมาณ 15 กรัม มีลักษณะอยู่ปนเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว

ผลทางพยาธิวิทยา

Microscopic finding

Sections reveal caseous necrosis surrounded by epithelioid cells and some Langhans giant cells, with aggregation of lymphocytes and plasma cells. Purulent exudate is also found, mixed in hemorrhagic area. Two acid fast bacilli are found in one granuloma.

Pathological diagnosis

Endometrium, curettage : caseating granulomatous endometritis, suggestive of tuberculosis.

หลังขูดมดลูก ได้ให้การรักษาแบบมีการติดเชื้อในโพรงมดลูก (Pyometra) โดยให้ยาปฏิชีวนะ 3 ชนิดคือ ampicillin ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ครั้งละ 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง metronidazole ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ครั้งละ 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง และ gentamicin ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งละ 80 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง และให้ยาบำรุง ยาแก้ปวดรับประทาน 3 วัน ต่อมาได้รับผลการตรวจว่าไม่

พบแบคทีเรียชนิด *acid fast bacilli* จากการตรวจเสมหะทั้ง 3 ครั้ง จึงปรึกษาอายุรแพทย์ ซึ่งให้ความเห็นว่า อาจจะเป็นวัณโรคปอดเก่า (Old pulmonary tuberculosis) ควรจะติดตามตรวจเสมหะและถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำในอีก 1 เดือนข้างหน้า 1 สัปดาห์หลังขูดมดลูก ได้ทราบผลขึ้นเนื้อว่าเป็นวัณโรค (tuberculosis of the endometrium) จึงหยุดยาปฏิชีวนะทั้งสามชนิด และปรึกษาอายุรแพทย์ จึงพิจารณาร่วมกันตัดสินใจให้ยารักษาวัณโรค โดยให้ยา 3 ชนิดคือ isoniazid (100 มิลลิกรัม) ครั้งละ 3 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน rifampicin (450 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า และ ethambutol (400 มิลลิกรัม) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน ให้วิตามินบีรวมครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหารร่วมด้วยเป็นเวลา 9 เดือน โดยให้ยา ethambutol เฉพาะ 2 เดือนแรกเท่านั้น หลังจากรับยารักษาวัณโรค 2 วัน ไม่พบว่ามีอาการแพ้ยาหรือภาวะแทรกซ้อน จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านและนัดมาตรวจติดตามและรับยาเป็นประจำ ทุก 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยปกติรับประทานอาหารได้ ไม่มีไข้ หลังรักษา 6 เดือนได้ถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงจากเดิมตรวจภายในไม่พบเลือดออกหรือตกขาวผิดปกติ หลังจากรักษาครบ 9 เดือน ผู้ป่วยแข็งแรงดี น้ำหนักขึ้น 6 กิโลกรัมจากตอนที่เริ่มรักษา ตรวจภายในและตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงซ้ำ พบว่าขนาดมดลูกปกติ ได้ขูดมดลูกซ้ำได้เนื้อเยื่อโพรงมดลูกเล็กน้อย ผลทางพยาธิวิทยาวินิจฉัยเป็น atrophic change, no evidence of granulomatous endometritis จึงหยุดการรักษา และนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาอีก 6 เดือนถัดไป

วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี มีบุตร 3 คน หมดระดูแล้ว 8 ปี มาด้วยอาการตกขาวผิดปกติออกจากช่องคลอดมา 2 สัปดาห์ จากการตรวจภายในพบว่าตกขาวมีลักษณะเป็นหนองปนเลือดไหลออกจากโพรงมดลูก สาเหตุ

ที่นึกถึงมากที่สุดคือ มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก เนื่องจากผู้ป่วยมีเลือดออกจากโพรงมดลูกในวัยหลังหมดระดู และมีการเบื่ออาหาร ผอมลง ในผู้ป่วยสูงอายุ จะมี cervical stenosis ทำให้ตกขาวเป็นหนอง และเกิดภาวะ hemato-metra หรือ pyometra ได้ โรคที่นึกถึงอันดับสอง คือ ภาวะการอักเสบติดเชื้อในโพรงมดลูก เนื่องจากผู้ป่วยมีตกขาวผิดปกติ ร่วมกับมีไข้ และตกขาวออกมาจากโพรงมดลูก โรคที่นึกถึงอันดับสามคือ มะเร็งตัวมดลูก เนื่องจากมีเลือดออกพร้อมกับมีก้อนบริเวณท้องน้อย ซึ่งโรคนี้พบได้น้อยมาก โดยพบเพียงร้อยละ 2-6 ของมะเร็งของมดลูกทั้งหมด⁹

หลังจากได้ทำการขยายปากมดลูก และขูดมดลูกแบบแยกส่วน พบว่าบริเวณโพรงมดลูกขรุขระและได้เนื้อเยื่ออยู่ ๆ ประมาณ 15 กรัม และมีหนองปนเลือดไหลออกมาจริง ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็น caseating granulomatous endometritis, suggestive of tuberculosis จึงวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่าเป็นวัณโรคของเยื่อโพรงมดลูก ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มการติดเชื้อวัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่เรียกว่า **genital tuberculosis**

การติดเชื้อวัณโรคของเยื่อโพรงมดลูกในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นการติดเชื้อตามหลังการติดเชื้อของอวัยวะอื่น เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่อวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบน และไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์มาก่อนโดยการติดเชื้อครั้งแรกน่าจะเกิดที่ปอด เพราะพบรอยโรคแบบ fibro-patchy infiltration บริเวณกลีบบนของปอดข้างซ้าย ซึ่งเข้าได้กับรอยโรคเก่าของวัณโรคปอด การกระจายของโรคจากปอดมายังอวัยวะสืบพันธุ์มักจะผ่านไปตามกระแสเลือดภายใน 1 ปี หลังจากเริ่มติดเชื้อที่ปอด² โดยมีการติดเชื้อที่ท่อนำไข่ก่อนและกระจายต่อไปตามเยื่อโพรงมดลูก และปากมดลูกตามลำดับ การกระจายของโรคทางอื่นได้แก่ ผ่านไปตามทางเดินน้ำเหลืองหรือกระจายมาโดยตรง (direct extension) ซึ่งมักจะมีแหล่งติดเชื้อแห่งแรกมาจากต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะภายในช่องท้องมากกว่า

พยาธิสภาพของผู้ป่วยรายนี้น่าจะมีพยาธิสภาพ

บริเวณท่อนำไข่ร่วมด้วย เนื่องจากบริเวณเยื่อโพรงมดลูกเกิดพยาธิสภาพน้อยกว่าบริเวณท่อนำไข่ถึงประมาณครึ่งหนึ่ง เนื่องจากเยื่อโพรงมดลูกมีการหลุดลอกตามรอบเดือน ทำให้ไม่เกิดพยาธิสภาพที่ชัดเจน⁴ แต่มี 2 การศึกษาพบว่าอัตราการเกิดพยาธิสภาพบริเวณเยื่อโพรงมดลูกสูงกว่าที่กล่าวข้างต้น โดยพบร้อยละ 79¹⁰ และ 90¹¹ ของ genital tuberculosis ทั้งหมด ผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์ด้วยเรื่องตกขาวผิดปกติ ซึ่งพบได้น้อยทำให้ยากต่อการวินิจฉัย อย่างไรก็ตามถ้าแพทย์เพิ่มความสงสัยตั้งแต่เริ่มแรก และทำการซักประวัติเกี่ยวกับการเป็นวัณโรคในอดีต ร่วมกับการพบรอยโรคที่ปอดจากภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกก่อน อาจให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรก การตรวจร่างกายในผู้ป่วย genital tuberculosis มักจะพบว่าอาการนำและสิ่งที่ตรวจพบมีความสัมพันธ์กันน้อย มีผู้ป่วยจำนวนถึงร้อยละ 30-50 ที่ผลการตรวจร่างกายปกติ ส่วนที่เหลือมักจะตรวจพบก้อนที่ปีกมดลูก หรือมีพังผืดในช่องเชิงกราน⁶ ในผู้ป่วยรายนี้ตรวจพบว่ามดลูกโตขนาด 12 สัปดาห์ ซึ่งเข้าได้กับภาวะ pyometra ที่เรามักจะพบได้บ่อยในผู้ป่วย genital tuberculosis ช่วงวัยหลังหมดระดู^{4,6} และจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่พบว่ามิของเหลวในโพรงมดลูกนั้นสามารถนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนได้อีกทางหนึ่ง

การวินิจฉัย genital tuberculosis ที่เฉพาะเจาะจงที่สุดคือการตรวจเพาะเชื้อพบ Mycobacterium tuberculosis หรือการตรวจย้อมเชื้อพบ acid fast bacilli ซึ่งการตรวจทั้งสองชนิดรวมกันให้ผลบวกประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วย ในขณะที่การตรวจทางพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อโพรงมดลูกให้ผลบวกมากกว่าร้อยละ 50⁶ วิธีนำเนื้อเยื่อมาตรวจทำได้โดยวิธี endometrial biopsy หรือ endometrial curettage ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายจากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของเยื่อโพรงมดลูก ซึ่งการตรวจวินิจฉัยโดยอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของเยื่อโพรงมดลูกอย่างเดียวนั้นก็เป็นที่ยอมรับจากหลายการศึกษา^{1,12} ลักษณะทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะเป็น caseating granulomatous endometritis

ซึ่งอาจต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก granulomatous lesions อื่น ๆ ด้วย ได้แก่ sarcoidosis, brucellosis, tularemia และ foreign body reaction¹² ซึ่งภาวะเหล่านี้พบได้น้อยมาก ประกอบกับลักษณะทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยรายนี้พบ acid fast bacilli ใน granuloma ร่วมด้วย ทำให้แน่ใจได้ว่าการวินิจฉัยคือ tuberculosis of the endometrium ซึ่งการพบ acid fast bacilli จากการตรวจทางพยาธิวิทยาพบได้น้อยมากเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น¹⁰ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกสามารถพบรอยโรคของวัณโรคได้ร้อยละ 30-50² โดยมักจะพบรอยโรคที่สงบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุมาก¹³ ดังเช่นที่พบในผู้ป่วยรายนี้ อย่างไรก็ตาม ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ปกติก็ไม่สามารถนำมาใช้ในการตัดโรค genital tuberculosis ออกไปจากการวินิจฉัยได้⁶

การรักษา genital tuberculosis ปัจจุบันมี 2 วิธี คือ การรักษาทางยา (medical treatment) และการรักษาด้วยการผ่าตัด (surgical treatment) ทางเลือกอันดับแรกคือการรักษาทางยา¹⁴ มีการศึกษาพบว่าการได้รับยาต้านวัณโรคก่อนการผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น รวมทั้งการที่ได้รับยาต้านวัณโรคทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดยังทำให้ภาวะแทรกซ้อนลดน้อยลงอีกด้วย¹⁵ ในผู้ป่วยรายนี้พิจารณาให้การรักษาทางยาเป็นอันดับแรก โดยให้การรักษาแบบ short course เช่นเดียวกับการรักษาวัณโรคปอด ซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน โดยใช้สูตรยา 9 เดือน คือ isoniazid, rifampicin และ ethambutol เป็นเวลา 2 เดือน ตามด้วย isoniazid และ rifampicin อีก 7 เดือน⁴ ซึ่งมีผลการศึกษายืนยันว่าได้ผลดีและมีภาวะแทรกซ้อนน้อย¹⁶

ส่วนการรักษาด้วยการผ่าตัดจะพิจารณาใช้ถ้ามีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ โรคยังคงอยู่หรือกลับเป็นซ้ำหลังการรักษาทางยา ยังคงพบก้อนในช่องเชิงกรานหรือมีก้อนขึ้นมาใหม่หลังการรักษาทางยาเป็นระยะเวลา 6 เดือน ยังคงมีอาการปวดท้องน้อย หรือเลือดออกผิดปกติหรืออาการกลับเป็นซ้ำ มี fistula ที่ไม่สามารถหายได้เอง เชื้อวัณโรค

ติดยาหลายตัว กรณีสงสัยว่าอาจมีมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมด้วย⁶

ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ อาการตกขาวผิดปกติเล็กน้อยลงจนหายสนิท ไม่มีเลือดออกผิดปกติ ไม่พบอาการแทรกซ้อนจากยาต้านวัณโรค ตรวจภาพถ่ายรังสีซ้ำ 6 เดือน หลังจากการรักษา ไม่พบรอยโรคใหม่เกิดขึ้น เมื่อรักษาครบ 9 เดือน ตรวจภายในและตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงซ้ำ พบว่าขนาดมดลูกปกติ ไม่พบก้อนผิดปกติในช่องเชิงกราน ได้ทำการขูดมดลูกซ้ำ ผลทางพยาธิวิทยาวินิจฉัยเป็น atrophic change, no evidence of granulomatous endometritis จึงตัดสินใจหยุดการรักษา แต่อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่จะต้องนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาเป็นระยะทุก 6 เดือน

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย tuberculosis of the endometrium ซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการตกขาวกลิ่นเหม็น และตรวจพบมดลูกโต มีหนองในโพรงมดลูก (pyometra) ซึ่ง genital tuberculosis ในวัยหลังหมดระดูพบได้น้อย แต่มีแนวโน้มที่จะพบได้บ่อยขึ้นและมีปัญหาในการวินิจฉัย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบ short course เป็นระยะเวลา 9 เดือน ซึ่งมีผลการตอบสนองที่ดี ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องทำการผ่าตัด หลังจกหยุดรักษาแล้วยังคงต้องติดตามดูอาการในระยะยาวต่อไป และพิจารณาตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ซ้ำในกรณีที่มีอาการผิดปกติหรือสงสัยว่าโรคยังไม่หาย หรือกลับเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Falk V, Ludviksson K, Agren G. Genital tuberculosis in women : analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten-year period 1968 to 1977. Am J Obstet Gynecol 1980 ; 138 : 974-7.
2. Eschenbach DA. Pelvic infections and sexually

- transmitted diseases. In : Scott JR, Disain PJ, Hammond CB, Spellacy WN, eds. Danforth's obstetrics and gynecology. 7th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1994 : 641-64.
3. Sutherland AM. Postmenopausal tuberculosis of the female genital tract. *Obstet Gynecol* 1982 ; 59 (Suppl) : 54-7.
 4. Thompson JD, Spence MR. Pelvic inflammatory disease. In : Thompson JD, Rock JA, eds. Te Linde's operative gynecology. 7th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1992 : 555-602.
 5. Carty MJ. Pelvic tuberculosis. In : MacLean AB, ed. Clinical infection in obstetrics and gynecology. 1st ed. Oxford : Blackwell Scientific Publication, 1990 : 255-61.
 6. Anderson JR. Genital tuberculosis. In : Jones III HW, Wentz AC, Burnett LS, eds. Novak's textbook of gynecology. 11th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1988 : 557-69.
 7. Schaefer G. Tuberculosis of the female genital tract. *Clin Obstet Gynecol* 1970 ; 13 : 965-98.
 8. Schaefer G. Female genital tuberculosis. *Clin Obstet Gynecol* 1976 ; 19 : 223-39.
 9. Lurain JR. Uterine cancer. In : Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds. Novak's gynecology. 12th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996 : 1057-110.
 10. Nogales-Ortiz F, Tarancon I, Nogales FF Jr. The pathology of female genital tuberculosis. A 31-year study of 1436 cases. *Obstet Gynecol* 1979 ; 53 : 422-8.
 11. Sutherland AM. Gynaecological tuberculosis : analysis of a personal series of 710 cases. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1985 ; 25 : 203-7.
 12. Klein TA, Richmond JA, Mishell DR Jr. Pelvic tuberculosis. *Obstet Gynecol* 1976 ; 48 : 99-104.
 13. Hutchins CJ. Tuberculosis of the female genital tract-a changing picture. *Br J Obstet Gynaecol* 1977 ; 84 : 534-8.
 14. Tuomala R. Gynecologic infections. In : Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, eds. Kistner's gynecology : principles and practice. 6th ed. St. Louis : Mosby, 1995 : 496-531.
 15. Sutherland AM. Surgical treatment of tuberculosis of the female genital tract. *Br J Obstet Gynaecol* 1980 ; 87 : 610-2.
 16. British Thoracic and Tuberculosis Association. Short-course chemotherapy in pulmonary tuberculosis. *Lancet* 1976 ; II : 1102-4.