

INVASIVE MOLE WITH MASSIVE INTRAPERITONEAL BLEEDING DUE TO UTERINE PERFORATION : ONE CASE REPORT

นลินี เดียววัฒนวิวัฒน์

ร.พ. เจ้าพระยายมราช

ABSTRACT :

Diavatanavivat N. Invasive Mole With Massive Intraperitoneal Bleeding Due To Uterine Perforation : One Case Report. (Region 7 Medical Journal 1994 ; 2 : 89-93.)

Department of Obstetrics and Gynecology, Chaoprayayommaraj Hospital, Supanburi, Thailand.

One case of massive intraperitoneal bleeding due to uterine perforation of invasive mole. The treatments were bilateral internal iliac ligations and suture of infundibulopelvic ligaments. This patient was treated with 6 courses of Methotrexate and followed up for 2 years.

บทคัดย่อ :

นลินี เดียววัฒนวิวัฒน์. Invasive Mole With Massive Intraperitoneal Bleeding Due To Uterine Perforation : One Case Report. (วารสารแพทย์เขต 7 2537 ; 2 : 89-93.)

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว, ร.พ. เจ้าพระยายมราช, สุพรรณบุรี.

รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่มีอาการปวดท้องและซีด เพราะมีเลือดออกในช่องท้อง เนื่องจาก invasive mole ซึ่งทำให้เกิดการทะลุของมดลูกทางด้านหลังเหนือคอมดลูกราว 2 เซนติเมตร ได้รับการผ่าตัด bilateral internal iliac ligations ร่วมกับเย็บผูก infundibulopelvic ligament หลังผ่าตัดรักษาด้วยการให้ Metrotrexate ต่อ 6 ชุด ติดตามผลการรักษาต่อจนครบ 2 ปี

บทนำ

ครรภ์ไข่ปลาอุก เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอื่น ๆ เป็นโรคที่ไม่เพียงจะสร้างปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดมะเร็งของเซลล์รกได้อีกด้วย ดังนั้นแพทย์ไทยทุกคน โดยเฉพาะสูติ-นรีเวชแพทย์ จึงจำเป็นต้องรู้จักโรคนี้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัย การรักษา ระหว่างที่กำลังตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกและเมื่อเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง ในเวลานี้ยังไม่ทราบว่าเหตุใดโรคนี้จึงเกิดได้บ่อยในเอเชียและอเมริกาใต้ แม้จะทราบว่าเกิดจากความผิดปกติของการปฏิสนธิก็ตาม^{1,2} ผู้รายงานต้องการรายงานผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุก 1 ราย ที่สร้างปัญหาพิเศษในการรักษา และขอทบทวนรายงานและความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับครรภ์ไข่ปลาอุกในจุดที่น่าสนใจด้วย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยคู่ อายุ 17 ปี มีภูมิลำเนาที่จังหวัดกาญจนบุรี อาชีพทำนา มาโรงพยาบาลเนื่องจากปวดท้องมากที่ได้ลึนปี ท้องอืด และวิงเวียนเป็นลม

เมื่อ 2 เดือนก่อนเคยแท้งครรภ์ไข่ปลาอุก หลังจากขาดประจำเดือน 6 เดือน มีเลือดออกติดต่อกันอีก 2 เดือน ในช่วงที่ตั้งครรภ์ไม่เคยมีประวัติเด็กดิ้น ท้องโตเร็วขนาดครรภ์ครบกำหนด บวม ปวดศีรษะรับการรักษาโดยการดูดเอาเนื้อรกออกไปที่โรงพยาบาลนี้ ในช่วงที่ดูดไข่ปลาอุกนั้น ตกเลือดมาก ต้องรับการรักษาโดยเลือด 8 ขวด

หลังการรักษาความดันโลหิตลดลงเป็นปกติ ตรวจเลือดพบว่า beta - HCG สูง 11,500 mIU/ml เมื่อติดตามต่อไปอีก 1 เดือนระดับ HCG ลดเหลือ 5,530 mIU/ml หลังจากนั้นผู้ป่วยก็ไม่ได้มารับการตรวจติดตามหรือรับยาแต่อย่างใด มาอีกครั้งเมื่อมีอาการดังกล่าวแล้ว หลังจากกลับไปบ้านผู้ป่วยไม่ได้คุมกำเนิดแต่ไม่ได้รับหมั่นบนอนกับสามี เพราะมีเลือดกระปริบกระปรอยตลอดเวลา ไม่มีประวัติหกล้มหรือถูกทำร้ายร่างกายมาก่อน

ตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยซีดมาก กระสับกระส่าย ไม่รู้สึกตัว อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท ท้องอืดมาก กดเจ็บทั่วท้อง เคาะมีลักษณะเหมือนมีน้ำในช่องท้อง

ตรวจภายในทางช่องคลอด ในช่องคลอดมีเลือดเก่า ๆ เล็กน้อย เยื่อช่องคลอดซีด คอมดลูกแข็งและขนาดปกติ รูปากมดลูกปิด คลำมดลูกได้ขนาดไม่ชัดเจนเพราะมีลักษณะเหมือนมดลูกลอยอยู่ในน้ำ กดเจ็บมาก บริเวณตำแหน่งของมดลูก ตรวจทางทวารหนักได้ culdesac ตึงโป่ง และกดเจ็บ

ให้การวินิจฉัยจากประวัติและการตรวจร่างกายว่า intraperitoneal hemorrhage with shock due to invasive mole with uterine perforation

การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ

1. ผลการตรวจเลือด Hct 20%, W.B.C. 37,000/cu.mm, neutrophils 83%, lymphocytes 13%
2. บัสสาวะ positive pregnancy test (ผลเลือดที่ส่งตรวจพร้อมกันแต่ได้ผลทีหลังมี beta - HCG 4,500 mIU/ml)

การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด

invasive mole with massive internal hemorrhage and shock

การรักษา

1. ให้เลือดและ Ringer's lactate solution พร้อมกันด้วยเข็มขนาดใหญ่เบอร์ 18 ที่แขนทั้งสองข้าง
2. ผ่าตัดในช่องท้องมีเลือดใหม่ปนกับเลือดเก่าประมาณ 3 ลิตร หลังจากดูดเอาเลือดออกไปบ้าง พบว่ามดลูกมีขนาดโตรวมมดลูกที่ตั้งครรภ์ประมาณ 2 เดือน ที่ด้านหลังมดลูกเห็นคอมดลูกขึ้นมาราว 2 เซนติเมตร มีรอยเลือดออกเป็นจ้ำ ๆ เนื่อเยื่อ ๆ ไม่มีรูทะลุชัดเจน แต่

มีเลือดไหลซึมจากตำแหน่งนี้ พยายามเย็บห้ามเลือด แต่กระทำได้ยากและไม่ได้ผลเพราะเนื้อเยื่อและผูกไม่ได้ จึงลองทำ bilateral internal iliac ligations ร่วมกับเย็บผูก infundibulopelvic ligaments เลือดหยุดดี จึงให้การรักษาเพียงเท่านี้เพื่อเก็บมดลูกเอาไว้ ให้สารต้านจุลชีพระหว่าง การผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ให้เลือดรวมทั้งสิ้น 4 ขวด ก่อนและระหว่างผ่าตัด

3. การดูแลหลังการผ่าตัด ให้ตรวจวัด vital signs และ intake/output ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างใด ให้รับประทานอาหารและน้ำ รวมทั้งลุกขึ้นนั่งและเดินได้หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

4. เริ่มให้ยาบำรุงที่มีเหล็กในวันที่ 3 หลังการผ่าตัดและให้ metotrexate ขนาด 10 มก. เข้าหลอดเลือดดำติดต่อกัน 5 วัน หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ หลังการตรวจเลือดแล้วว่าปกติ หรือ Hct ไม่ต่ำกว่า 35%, W.B.C. ไม่ต่ำกว่า 3,500/cu.mm. และเกร็ดเลือดไม่น้อยกว่า 100,000 /cu.mm. ซึ่งจำเป็นต้องตรวจทุกวันก่อนจะให้ยา ให้ซ้ำทุก 4 สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจเลือดหาระดับ beta - HCG ว่าลดลงหรือไม่ อย่างไร³

หลังจากให้ยา 5 ชุด ผล beta-HCG ในเลือดลดลงเป็นปกติหรือเป็น negative ได้ให้ยาซ้ำอีก 1 ชุด แล้วนัดมาตรวจซ้ำทุกเดือน จนครบ 2 ปี ไม่พบว่ามี recurrence แต่อย่างใด ในช่วงที่รักษาและติดตามได้ให้คุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด ผู้ป่วยไม่แพ้ยามากนัก เพียงแต่มีผมร่วงและเจ็บปากบ้างในวันแรก ๆ ที่ได้รับยาแต่ละชุด

เนื่องจากการตกเลือดที่เกิดขึ้นจาก uterine perforation เกิดในช่วง 2 เดือน หลังจากดูแลรักษาโรคครรภ์ ไขปลาคู มีระดับ beta - HCG ในเลือด 4,500 mIU/ml และไม่พบพยาธิสภาพที่อื่นอีกนอกจากในมดลูก ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้จึงเป็น stage I gestational trophoblastic tumor ที่มีอัตราเสี่ยงต่ำ โอกาสที่จะรักษาให้หายด้วยสารเคมีบำบัดสูง ดังนั้น จึงได้พยายามรักษาหรือเก็บมดลูกเอาไว้เพื่อให้โอกาสที่จะมีบุตรต่อไป⁴

ปัญหาในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้อยู่ที่การให้สาร

เคมีบำบัด แต่อยู่ที่การรักษาในระยะแรกที่มีการตกเลือด และ shock หลังจากได้พยายามเย็บซ่อมและห้ามเลือดที่ตำแหน่งที่มีรอยทะลุ ปรากฏว่ากระทำได้ยาก จึงได้มาผูก internal iliac arteries ร่วมกับการผูก infundibulopelvic ligaments แทน ปรากฏว่าเลือดหยุดดี ดังนั้น วิธีนี้จึงน่าจะเป็นอีกวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ที่มักจะหายไปไม่มาตรวจตามนัดหลังจากให้การรักษาโรคครรภ์ ไขปลาคู เมื่อเกิดปัญหาจึงทำให้มีอันตรายมาก แต่ยังคงดีที่ยังสามารถควบคุมได้ง่าย แต่น่าจะดีกว่านี้ ถ้าได้ให้สารเคมีบำบัดเพื่อป้องกันก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ในรายที่คิดว่าจะติดตามได้ยากทุกราย

ผู้ป่วยรายนี้มาหาแพทย์ที่โรงพยาบาล ขณะที่ตั้งครรภ์ ไขปลาคูด้วยการตกเลือด ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มครรภ์ ไขปลาคูนี้³ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยรายนี้มีอาการเกือบทุกอย่างครบตามที่ควรจะเป็น ไม่ว่าจะเป็นมดลูกโตกว่าอายุครรภ์หรือโตมากกว่าเกณฑ์ครรภ์ ไขปลาคูกำหนดมีอาการบวมและความดันโลหิตสูง³ ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้จึงจัดเป็นกลุ่มที่มีอัตราสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้ง medical complication และ malignant complication³

ก่อนการรักษาได้ตรวจซ้ำด้วยเครื่องตรวจเสียงความถี่สูงเพื่อยืนยัน และเพื่อตรวจแยกว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็น partial mole เนื่องจากมดลูกโตมาก การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไม่เพียงแต่จะมีประโยชน์ในการวินิจฉัยเท่านั้น ยังช่วยชี้แนะในการรักษาและการพยากรณ์โรคด้วย^{5,6} เพราะในรายที่มดลูกโตมากยากที่จะตรวจคลำ theca luteal cyst ได้ และในรายที่มีทารกร่วมด้วย ถ้าทารกโตมากอาจจำเป็นต้องให้การรักษา โดยการให้ยากระตุ้นให้ปากมดลูกเปิดหรือทำ hysterotomy ก็ได้^{7,8}

การติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาครรภ์ ไขปลาคูเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสูงที่จะเกิด malignant gestational neoplasia ได้ง่าย โอกาสที่จะเกิดนั้นมักเกิดขึ้นในปีแรกหลังการรักษาหรือดูเอาเนื้อรกออก การติดตามกระทำได้ง่าย ๆ โดยการตรวจหา beta - HCG

หรือ tumor marker ในเลือด^๑ ซึ่งกระทำได้เกือบทุกแห่งในประเทศไทย การตรวจรังสีวินิจฉัยก็ควรจะได้กระทำด้วยก่อนจะดูต่อน้ำอวัยวะและหลังการติดตามนาน 1 ปี หรือเมื่อตรวจพบ beta - HCG ในเลือดขณะที่กำลังติดตาม

ในช่วงแรกหลังการดูต่อน้ำอวัยวะ ควรจะได้ตรวจหา beta - HCG ทุกสัปดาห์จนกว่าจะปกติ แล้วตรวจทุกเดือนจนครบ 6 เดือนหรือ 1 ปี ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้กลับมารับการตรวจอีกเลย หลังจากให้กลับบ้านซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสตรีไทยต่างจังหวัด ดังนั้น การให้สารเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดเป็นมะเร็งที่หลังจึงเป็นสิ่งที่น่าจะได้นำมาพิจารณา

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งเกิดมี intraperitoneal hemorrhage with shock เนื่องจาก invasive mole with uterine perforation ได้รับการผ่าตัด bilateral internal iliac ligations ร่วมกับเย็บผูก infundibulopelvic ligaments และหลังผ่าตัดได้ให้ chemotherapy คือ metotrexate 6 ชุด ติดตามผู้ป่วยครบ 2 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชัย เจริญพานิช ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำแนะนำและแก้ไขรายงาน และนายแพทย์เจตน์ อจลพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Health JM, Bu TH, Brereton WF. Hydatidiform moles. Am-Fam-Physician 1985 ; 31(5) : 123-31.
2. Lawlar SD, Fisher RA. Genetic studies in hydatidiform mole with clinical correlations. Placenta 1987 ; 8(1) : 77-80.
3. อมร เกิดสว่าง, สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์, พิชัย เจริญพานิช. เนื้องอกและมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี. 1 st ed. กรุงเทพฯ : สมานการพิมพ์, 2528.
4. Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Reproductive experience after complete and partial molar pregnancy and gestational trophoblastic tumors. J - Reprod - Med 1991 ; 36(1) : 3-8.
5. Lingard DA. Patterns and pitfalls in the ultrasonic diagnosis of molar pregnancy. Australas - Radiol 1982 ; 26(1) : 73-8.
6. Johns HW, John GS. Novak's textbook of gynecology. 10 th ed. Baltimore : Williams and Wilkins, 1981 : 659-89.
7. Stubblefield PG. Surgical techniques of uterine evacuation in first - and second - trimester abortion. Clin - Obstet - Gynecol : 1986 13(1) : 53-70
8. Schlaerth JB. Methodology of molar pregnancy termination. Clin-Obstet - Gynecol 1984 ; 27(1) : 192-8.
9. Ozturk M, Berkowitz R, Goldstein D, Bellet D, Wands JR. Differential production of human chorionic gonadotropin and free subunits in gestational trophoblastic disease. Am - J - Obstet - Gynecol 1988 ; 158(1) : 193-8.