

ครรภ์ท่อนำไข่ก่อนแตก : การวินิจฉัยได้เร็ว และการรักษา : รายงานผู้ป่วย 2 ราย

สุวัฒน์ ตนายพงศ์

Abstract : This is a report of 2 cases of unruptured pregnancy which were early diagnosed and safely managed after 2 weeks of missed menstruation. Early operation was proposed to these 2 patients. The first case, who accepted the operation, did well after resection of unruptured pregnant tube and contralateral salpingorrhaphy. The second patient, who denied the operation, was put on a trial regimen of methotrexate. However, this patient developed acute abdominal pain 3 days after the first dose of intramuscular 50 mg. of methotrexate. The conservative treatment was then cancelled. It was revealed at operation that 30 ml. of blood was collected in the pelvic cavity while the left pregnant uterine tube was still intact. There was no substantial bleeding in both patients before or during operations.

Unruptured Tubal Pregnancy : The Early Dignosis and Management : Report of 2 Cases.
Suwat Tanayapong
Department of Obstetrics Gynecology and Family Planning, Banpong Hospital, Ratchaburi.
Region 7 Medical Journal 1992 : 3 : 247-253

บทคัดย่อ รายงานผู้ป่วย 2 ราย ที่วินิจฉัยได้เร็ว ว่าเป็นครรภ์ท่อนำไข่ก่อนแตก ตั้งแต่ขาดระดูได้ 2 สัปดาห์ โดยการทดสอบการตั้งครรภ์จากน้ำปัสสาวะ โดยวิธีที่มีความไวสูง และ การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ พบมีเลือดขังอยู่ในอุ้งเชิงกรานเล็กน้อย และพบถุงตัวอ่อนที่ปีกมดลูก ผู้ป่วยรายแรกประสงค์จะผ่าตัดทันทีเมื่อวินิจฉัยได้ จากการผ่าตัดพบว่า ท่อนำไข่ข้างซ้ายตั้งครรภ์ที่ส่วนแอมพูล่า เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 ซม. ยาว 7 ซม. ท่อนำไข่มีลักษณะตีบที่ส่วนคอของปากแตร และท่อนำไข่ข้างขวามีพังผืดยึด จึงทำการรักษาโดยการตัดท่อนำไข่ด้านซ้าย และตกแต่งท่อนำไข่ข้างขวาและพังผืดด้วยไฟฟ้าชนิดปลายเข็ม ประมาณการเสียเลือดทั้งหมด 50 มล. ผู้ป่วยรายที่สอง กลัวการผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด ขอรักษาด้วยยาก่อน แพทย์อธิบายถึงการรักษาแนวใหม่ พร้อมอาการแทรกซ้อน และการที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จึงได้รับยา Methotrexate 50 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและสังเกตอาการผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สามวันต่อมาผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก และปวดร้าวแถบซ้ายแพทย์จึงทำการผ่าตัดฉุกเฉิน พบว่าครรภ์ท่อนำไข่ข้างซ้ายยังไม่แตก แต่มีเลือดออกในช่องท้องแถบซ้ายประมาณ 30 มล. ท่อนำไข่ทั้งสองข้างมีพังผืดยึดติดผนังด้านหลังของมดลูกที่มีขนาดปกติ ส่วนกว้างสุดของท่อนำไข่ข้างซ้ายวัดได้ 2 ซม. ความยาว 7 ซม. ทำการรักษาโดยผ่าตัดท่อนำไข่ข้างซ้ายออก และตกแต่งท่อนำไข่ข้างขวา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หายดีไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการให้ยา Methotrexate.

บทนำ

แต่เดิมกรรมรท่อนำไข่ เป็นโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วย และสตรี-นรีแพทย์ เมื่อเย็บถึงกรรมรท่อนำไข่หรือกรรมรนอก มดลูก จะเห็นภาพการสูญเสียหรือตกเลือดในช่องท้อง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อคแหลมต่อการเสียชีวิต ต้องมีการให้เลือด ก่อนหรือขณะผ่าตัด และอาจจะมีการให้เลือดหลังผ่าตัด เพิ่มเติมอีก ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด อาจมีโรคแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด มีอัตราการเสียชีวิต สูงกว่าการคลอดทางช่องคลอดถึง 10 เท่า¹ แต่ในปัจจุบันนี้มีวิวัฒนาการแผนการรักษากรรมรท่อนำไข่ไปหลายประการ^{2,3,4,5} ประการแรกได้แก่ การวินิจฉัยโรคได้รวดเร็ว ตั้งแต่ก่อนที่กรรมรท่อนำไข่ ยังไม่แตกทำให้ไม่สูญเสียเลือด การเสี่ยงและโรคแทรกซ้อนต่อการถ่ายเทเลือด โดยการตรวจทดสอบการตั้งครรภ์ที่มีความไวสูง^{3,4,5} การทำอัลตราซาวด์^{3,4,5} และการตรวจโดยกล้องส่องทางช่องท้อง^{2,3,5} ประการที่สองเกิดจากวิวัฒนาการทางด้านการรักษา คือ

1. การใช้ศัลยกรรมตกแต่งท่อนำไข่^{2,3} เช่นการ รูดท่อนำไข่อย่างนุ่มนวล การกรีดท่อนำไข่ การเย็บซ่อม หลังการกรีดท่อนำไข่ และ การตัดต่อท่อนำไข่

2. การรักษาโดยไม่ต้องใช้การผ่าตัด^{4,6,7,8} โดยใช้ ยายับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์อ่อนของทารก หรือยา รับประทาน เช่น Methotrexate,^{6,7} Actinomycin D,⁴ RU486⁸ หรือ Prostaglandins⁸ ทั้งนี้ต้องสังเกตอาการผู้ป่วยใกล้ชิด เตรียมพร้อมผ่าตัดเสมอ ในรายงานนี้ จะนำเสนอวิวัฒนาการ แผนการรักษาผู้ป่วยกรรมรท่อนำไข่ 2 ราย ของ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ทั้ง 2 รายวินิจฉัยได้ว่าเป็นกรรมร ท่อนำไข่ที่ยังไม่แตก รายแรกรักษาโดยการผ่าตัดที่ไม่สูญเสียเลือด รายที่สองใช้ยายับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์อ่อนของรก (Methotrexate)^{6,7} ก่อนและสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต่อมาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทันทีที่มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง การผ่าตัดไม่สูญเสียเลือดเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยรายแรก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายแรก เป็นหญิงไทยคู่ อายุ 40 ปี อาชีพ รับราชการ อยู่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี บุตรคนแรกอายุ 9 ปี เคยแท้งเมื่อ 1 ปีก่อน ได้รับการคุมดลูกหลังแท้ง 1 เดือน มีระดูมาเป็นปกติ มาโรงพยาบาลด้วยอาการมี เลือดออกกระปริบกระปรอยทางช่องคลอด หลังจากกระตุ้น เลือดกำหนด 2 สัปดาห์ ปวดท้องน้อยด้านซ้ายเล็กน้อย จะปวดมากขึ้นเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระ ไม่มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน

การตรวจร่างกายแรกพบ รูปร่างสันทัด ไม่ชิด กดเจ็บเล็กน้อย บริเวณปีกมดลูกข้างซ้าย ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ปอดและหัวใจ ปกติ ต่อมธัยรอยด์ไม่โต ตับม้ามคลำไม่พบ

การตรวจภายใน อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ช่องคลอดปกติ ปากมดลูกปกติ มดลูกขนาดปกติ คว้า หน้า ปีกมดลูกข้างขวาปกติ ปีกมดลูกข้างซ้ายกดเจ็บเล็กน้อย คลำไม่พบก้อนผิดปกติ

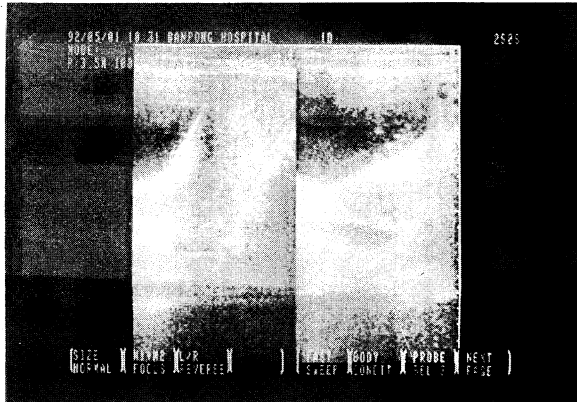
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน 12.0 กรัม% ฮีมาโตคริต 35% เม็ดเลือดขาว 5,200 เซลล์/ลบ.มม. เกร็ดเลือดปกติ Neutrophils 53% Lymphocytes 45% Monocytes 2%

การตรวจปัสสาวะทางกล้องจุลทรรศน์ ผลพบว่า ปกติ

การทดสอบการตั้งครรภ์ทางปัสสาวะชนิดความ ไวสูง ให้ผลบวก

การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง พบว่ามดลูก ลักษณะปกติ ไม่พบถุงตัวอ่อนในโพรงมดลูก พบมีน้ำ เลือดขังอยู่ใต้มดลูกเล็กน้อย และพบถุงตัวอ่อนบริเวณ ปีกมดลูกข้างซ้าย เส้นผ่านศูนย์กลางที่กว้างที่สุด 3 ซม. ดัง ภาพที่ 1 จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็น กรรมรท่อนำไข่ก่อนแตก ข้างซ้ายก่อนแตก

การรักษา เนื่องจากผู้ป่วยต้องการรักษา โดย วิธีการผ่าตัดทันที จึงได้รับการผ่าตัดช่องชนิดแผลเล็ก

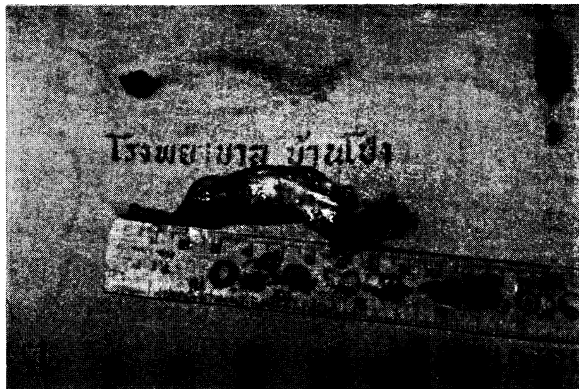


พบกรรมท่อนำไข่ข้างซ้ายก่อนแตกที่ส่วนแอมพูล่า เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 ซม. ความยาว 7 ซม. ท่อนำไข่มีลักษณะตีบที่ส่วนคอของปากแตร ท่อนำไข่ข้างขวามีพังผืดบาง ๆ ยึดติดกับผนังมดลูก จึงทำการรักษา โดยการตัดท่อนำไข่ข้างซ้าย (ภาพที่ 2) และตกแต่งท่อนำไข่ข้างขวา เลาะพังผืด จัดด้วยไฟฟ้า ชนิดปลายเข็ม เพื่อห้ามเลือดประมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด และที่ซึ่งอยู่ในอุ้งเชิงกรานรวมกับประมาณ 50 มล. หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสบายดี ไม่มีไข้ สิวหลังผ่าตัดมีขึ้นเนื้อหลุดจากช่องคลอดของผู้ป่วย เก็บส่งตรวจ เจ็ดวันหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการตัดไหมแผลหน้าท้อง พบว่าแผลติดดี จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ชิ้น ก. tubal pregnancy ชิ้น ข. decidua

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นหญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี อาชีพ



รับจ้าง อยู่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีบุตรคนแรกอายุ 2 ปี เพิ่งแต่งโดยการใส่สายยาง เมื่อ 1 ปีก่อน ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องข้างซ้าย หลังจากกระดูเลยกำหนดมา 2 สัปดาห์ และมีเลือดออกกระปริบกระปรอยทางช่องคลอดประมาณ 1 สัปดาห์

การตรวจร่างกายแรกพบ รูปร่างสันทนต์ ไม่ชิด กดเจ็บบริเวณท้องน้อยบริเวณปีกมดลูกข้างซ้ายปานกลาง ความดันโลหิต 120/70 มม.ปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ปอดและหัวใจปกติต่อมธัยรอยด์ไม่โต

การตรวจภายใน อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ช่องคลอดปกติ มีเลือดเก่า ๆ อยู่ประมาณ 1 มล. ปากมดลูกปกติ มดลูกขนาดปกติ คอว่าหน้า ปีกมดลูกข้างขวาปกติ ปีกมดลูกข้างซ้ายกดเจ็บปานกลาง คลำไม่พบก้อนผิดปกติ

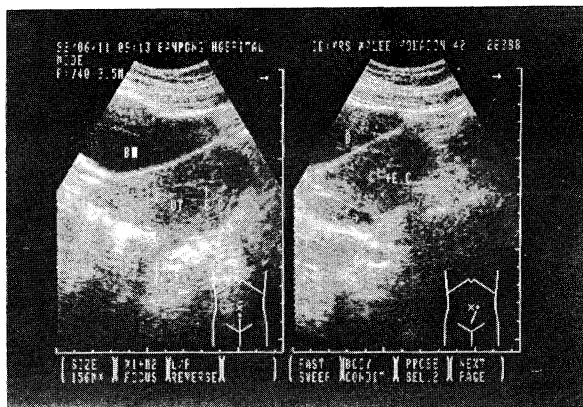
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน 13.0 กรัม% ฮีมาโตคริต 39% เม็ดเลือดขาว 10,700 เซลล์ต่อลบ.มม. เกร็ดเลือดปกติ Neutrophils 70%, Lymphocytes 27%, Monocytes 2%, Eosinophils 1%, SGOT 15 Sigma U, SGPT 22 SigmaU, Creatinine 1 mg%

การตรวจปัสสาวะทางกล้องจุลทรรศน์ ผลพบว่าปกติ

การทดสอบการตั้งครรภ์ทางปัสสาวะชนิดความไวสูง ให้ผลบวก

การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง พบว่ามดลูกมีลักษณะปกติ ไพรอมดลูกมีลักษณะหนาขึ้นไม่พบถุงตัวอ่อนในโพรงมดลูก มีน้ำเลือดขังอยู่ใต้มดลูกเล็กน้อย พบถุงตัวอ่อนที่บริเวณปีกมดลูกข้างซ้าย เส้นผ่าศูนย์กลางกว้างที่สุด 3 ซม. ดังภาพที่ 3 จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นกรรมท่อนำไข่ข้างซ้ายก่อนแตก

การรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลัวการผ่าตัดมาก ปฏิเสธการผ่าตัด จึงถามแพทย์ว่ารักษาด้วยยาได้หรือไม่ แพทย์อธิบายถึงการรักษาแนวใหม่ โดยการฉีดยาทำลายเซลล์ของรก เพื่อให้การตั้งครรภ์ท่อนำไข่สิ้นสุดลง พร้อม



กับอธิบายอาการแทรกซ้อนของยา และการที่ต้องอยู่โรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นจึงได้รับยา Methotrexate 50 ม.ก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และสังเกตอาการในหอผู้ป่วย ในสองวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น อาการปวดท้องน้อยลดลง ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีลักษณะอาการแพ้ยา แต่ในวันที่สาม ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดท้องน้อยเพิ่มขึ้น และปวดมากเวลา 4 ทุ่ม มีอาการปวดร้าวแถบซ้าย ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย แพทย์จึงอธิบายกับผู้ป่วยว่า ครรภ์ที่อ่อนโยนอาจแตกได้ ควรรีบผ่าตัด ในครั้งนี้หลังจากอธิบายแล้ว ผู้ป่วยได้ยินยอมให้แพทย์ผ่าตัด แพทย์จึงทำการผ่าตัดฉุกเฉิน พบว่า ครรภ์ที่อ่อนโยนข้างซ้ายยังไม่แตก แต่มีเลือดออก ในช่องท้องข้างซ้ายประมาณ 30 มล. ท่อนำไข่ทั้งสองข้างมีพังผืดติดผนังด้านหลังของมดลูกที่มีขนาดปกติ ส่วนกว้างที่สุดของท่อนำไข่ข้างซ้ายวัดได้ 2 ซม. ความยาว 7 ซม. แพทย์ทำการผ่าตัดท่อนำไข่ข้างซ้ายออก (ภาพที่ 4) และ ตกแต่งเลาะพังผืด จัดวางไฟฟ้าชนิดปลายเข็มเพื่อห้ามเลือด

หลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ไข้หายไป ในวันที่สองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา Methotrexate และ ตัดไหมในวันที่เจ็ดหลังผ่าตัด ผลหายดี ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด เพื่อตรวจ HCG titer ในวันที่สี่ และ วันที่เจ็ดหลังการใช้ยา Methotrexate ผล HCG titer = 1,280 และ 40 IU/L ตามลำดับ ผล SGOT, SGPT อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่เจ็ดหลัง

ผ่าตัด

ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเป็น Hemorrhagic salpinx



วิจารณ์

ในปัจจุบันนี้ ความก้าวหน้าในการวินิจฉัย และการรักษาครรภ์ที่อ่อนโยนได้พัฒนาไปมาก ทำให้การวินิจฉัยได้รวดเร็ว ตั้งแต่ครรภ์ที่อ่อนโยนก่อนแตก^{2,3,4,5} เช่น ผู้ป่วยทั้งสองราย สามารถวินิจฉัยเป็นครรภ์ที่อ่อนโยนก่อนแตก ตั้งแต่ขาดระยะได้ 2 สัปดาห์ จากอาการแสดง ที่ไม่มากพอ ที่จะวินิจฉัยได้ แต่อาศัยวิทยาการสมัยใหม่ มาช่วยในการวินิจฉัย อันได้แก่การทดสอบการตั้งครรภ์ที่มีความไวสูง^{3,4,5} และการตรวจโดยเครื่องอัลตราซาวด์^{3,4,5} การทดสอบการตั้งครรภ์ โดยตรวจ HCG ในปัสสาวะ หรือในน้ำเหลือง (serum) นอกจากมีประโยชน์ในการวินิจฉัยแล้ว ยังใช้ประโยชน์ในการติดตามผลของการรักษาแบบก้าวหน้า ในปัจจุบัน ในประเทศที่เจริญแล้ว สามารถตรวจทาง radioimmuno assay จะสามารถตรวจหา beta HCG ในน้ำเหลือง (serum) ได้ปริมาณ 0.01 ng/mL⁹ แต่ในบ้านเราสามารถตรวจได้ไม่กี่แห่งในกรุงเทพมหานครซึ่งต่อไป ในระบบ พบส. อาจมีการพัฒนาให้โรงพยาบาลแม่ข่ายในแต่ละเครือข่ายสามารถตรวจได้แต่อย่างไรก็ตาม การใช้การตรวจ โดยวิธี ELISA technique ก็สามารถบอกได้ละเอียดค่าต่ำสุดถึง 20 IU/L¹⁰ ซึ่ง

จะช่วยให้การวินิจฉัยได้รวดเร็ว ดังเช่นผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ และ จากการ dilute serum ครั่งละหนึ่งเท่า จะช่วยบอกค่า HCG titer ได้

สำหรับการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ในปัจจุบันนี้ทางกระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และได้พัฒนาให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในประเทศ มีไว้ใช้ในการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์มากต่อการวินิจฉัยทางด้านเวชกรรมสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะสาขาสตรีเวชกรรม เช่นการวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นครรภ์ท่อนำไข่ก่อนแตกทั้งสองรายนี้ การตรวจพบลักษณะผิดปกติทางอัลตราซาวด์ ทำได้ไม่ยากนัก ต้องใช้ความสังเกตอย่างถี่ถ้วน เทคนิคการตรวจอันสำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องกลั้นปัสสาวะให้เต็มทีก่อนตรวจภาพทางอัลตราซาวด์จึงจะเห็นได้ชัด และผู้รายงานคิดว่า สตรี-นรีแพทย์ทุกคนที่มีเครื่องมือนี้ใช้ควรวินิจฉัยได้ และคิดถึงโรคนี้ไว้ในใจเสมอ เมื่อผู้ป่วยมีประวัติ ระบุผิดปกติ เช่นขาดประจำ หรือมากระปริบกระปรอย มีอาการปวดท้องน้อยร่วมด้วย และ การทดสอบการตั้งครรภ์ให้ผลบวกจากภาพอัลตราซาวด์ จะแสดงให้เห็นลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ ที่ใช้วินิจฉัยโรคนี้^{11,12}

1. ไม่พบถุงตัวอ่อนในโพรงมดลูก (no gestational sac in the uterine cavity = empty uterus)
2. ได้ต่อมมดลูก หรือปากมดลูกพบเงาดำเป็นลักษณะของน้ำขังอยู่ (echogenic fluid posterior to the uterus or cervix)
3. พบก้อนถุงตัวอ่อนที่ปีกมดลูก (gestational sac or adnexal complex mass)

ถ้าพบลักษณะทั้ง 3 ประการ ร่วมกับผลการตรวจการตั้งครรภ์ ให้ผลบวกการวินิจฉัยครรภ์ท่อนำไข่ก่อนแตก จะให้ความถูกต้องเกือบ 100% ในโรงพยาบาลที่มีเครื่องตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจผ่านทางช่องคลอด ภาพที่ได้จะแสดงได้ชัดเจนกว่านี้อีก ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ ตรวจอัลตราซาวด์ผ่านทางช่องท้อง โดยใช้เครื่องเล็กที่มีอยู่ประจำที่ห้องคลอดก่อน เพื่อที่จะแสดงภาพให้ชัดเจนประ-

กับการรายงาน จึงใช้เครื่องใหญ่ของกลุ่มงานรังสีวิทยาเพื่อถ่ายภาพ

การรักษาครรภ์ท่อนำไข่ก่อนแตก (management of unruptured tubal pregnancy) ในต่างประเทศมีความก้าวหน้า ในการพัฒนาด้านการรักษาไปมาก ในปัจจุบันนี้ จากการที่วินิจฉัยโรคได้รวดเร็ว ทำให้วินิจฉัยได้ตั้งแต่ท่อนำไข่ก่อนแตก ในช่วงปี 1970-1978^{4,5} การรักษาใช้ผ่าตัดแบบ salpingectomy ทั้งสิ้นในปี 1979-1987 มีการผ่าตัดแบบ conservative^{3,4,5} คือ salpingostomy เพื่อรักษาท่อนำไข่ไว้ และ ตั้งแต่ปี 1988 จนถึง 1992^{5,6,7,8} ได้มีการใช้ยารักษาครรภ์ท่อนำไข่ก่อนแตก ด้วยยาที่ใช้มีหลายชนิด มีทั้งชนิด systemic และ ชนิด local injection ชนิด systemic ใช้ง่าย มีวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าหลอดเลือดดำ เช่นฉีด Methotrexate อย่างเดียว single dose⁷ หรือ แบบหลาย doses⁶ อาจใช้ Citrovorum factor¹³ ร่วมด้วย เพื่อลด toxicity ของ Methotrexate ก่อนให้ยา ควรตรวจดูหน้าที่ของตับ, ไต ลักษณะของเม็ดเลือดเป็น control ก่อนระหว่างให้ยา ควรตรวจค่าเหล่านี้ซ้ำเพื่อระวัง toxicity ของ Methotrexate และการที่จะทราบว่าการรักษาได้ผลดีหรือไม่ เราสามารถตรวจดูระดับ HCG ว่าลดต่ำลงจนเหลือกระทั่ง ศูนย์ IU/L จึงถือว่าหายเป็นปกติ สำหรับการให้ทาง local ค่อนข้างยุ่งยาก ต้องใช้ laparoscope ชนิดเปลี่ยนเป็นเข็มฉีดยา สองข้างอุ้งเชิงกรานเพื่อฉีดยา Methotrexate เฉพาะที่ครรภ์ท่อนำไข่ แต่จะเกิด toxicity จากยาได้น้อย เพราะที่ใช้ยาเพียง 5% ของที่ใช้ฉีดทาง systemic¹⁴ ไม่ว่าจะใช้ยาฉีดแบบ sytemic หรือ แบบ local ผลการรักษา ขึ้นกับ อายุครรภ์ของท่อนำไข่ก่อนแตก ถ้าวัดเส้นผ่าศูนย์กลางได้ไม่เกิน 3.5 ซม. และยังไม่เห็น cardiac activity จากการทำอัลตราซาวด์⁶ จะได้ผลดี

สำหรับรายงานนี้ ผู้ป่วยรายแรกประสงค์จะผ่าตัดทันที จึงได้รับการรักษาแบบผ่าตัดและไม่ได้ทำแบบ conservative เนื่องจากเห็นว่าท่อนำไข่ข้างที่เป็นครรภ์ท่อนำไข่ก่อนแตก มีพยาธิสภาพไม่เหมาะสม มีรอยคอด

ตรงคอของส่วน fimbria จึงทำ salpingectomy ในผู้ป่วยรายที่ 2 ที่สมัครใจรักษา แบบไม่ต้องผ่าตัดก่อน แพทย์ตัดสินใจให้ Methorexate single dose เนื่องจาก มีรายงานว่าได้ผลดี ไม่พบ Toxicity ของยา⁷ แต่เมื่อผู้ป่วยปวดท้องมากทันที จำเป็นต้องผ่าตัด เนื่องจากอาจมีการแตกของครรภ์ที่นำไข่ได้ จากการเปิดช่องท้อง พบว่า ครรภ์ที่นำไข่ยังไม่แตก เพียงแต่มีเลือดออกจากรูเปิดทาง fimbria และ พบว่า มีพังผืดยึดท่อไข่ทั้งสองข้างกับมดลูกมาก ซึ่งจากการทำอัลตราซาวด์ไม่สามารถเห็นในส่วนนี้ได้ สาเหตุของพังผืดนี้น่าเกิดจากการอักเสบของอุ้งเชิงกรานมาก่อน และเป็นสาเหตุของครรภ์ที่นำไข่ในครรภ์นี้ การเปิดช่องท้องในผู้ป่วยรายนี้มีประโยชน์ คือ นอกจากจะทำ salpingectomy เพื่อรักษาครรภ์ที่นำไข่แล้ว ยังแก้ไขภาวะมีบุตรยากให้กับผู้ป่วยด้วย โดยการทำการตกแต่งเลาะพังผืด ในท่อไข่ข้างที่เหลือ ผู้ป่วยทั้งสองราย หายดี ไม่ต้องให้เลือดทดแทนหลังผ่าตัดเจ็ดวัน ตัดไหม และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

สรุป

ผู้ป่วยสองราย ที่วินิจฉัยได้รวดเร็วกว่าเป็นครรภ์ที่นำไข่ก่อนแตก จากประวัติอาการแสดง การทดสอบการตั้งครรภ์ที่มีความไวสูง และ การทำอัลตราซาวด์ โดยทั้งนี้ต้องคิดถึงโรคนี้อยู่ในใจเสมอ ที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ปวดท้องน้อย มีเลือดออกกะปริบกะปรอย แม้จะไม่มีภาวะช็อค หรือซีด มาพบแพทย์ และแสดงถึงวิธีการรักษาครรภ์ที่นำไข่ก่อนแตกแบบใหม่ โดยการใช้ยารักษา ซึ่งกำลังเป็นที่นิยมในต่างประเทศ และคงเป็นรายแรกของประเทศไทย ที่ใช้ยารักษาครรภ์ที่นำไข่ก่อนแตก ในรายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ในระบบ พบส. น่าจะมีการพัฒนาให้ โรงพยาบาลแม่ข่ายแต่ละแห่ง สามารถตรวจทาง radioimmuno assay ได้ เพื่อจะได้ติดตาม ผลการรักษาโรคต่าง ๆ

เช่น ครรภ์ที่นำไข่ก่อนแตก ที่รักษาด้วยยา เนื่องจากรังไข่ชนิด germ cells มะเร็งเต้านม ภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ และ โรคอื่น ๆ ที่มี tumor markers เป็นตัวบ่งบอกถึงการพยากรณ์ของโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF. Williams Obstetric. 18th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1989;511-532.
2. Young PL, Saftlas AF, Atrash HK, Lawson HW, Petrey FF. National trends in the management of tubal pregnancy, 1970-1987. Obstet Gynecol 1991;78:749-752.
3. Nager CW, Murphy AA. Ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1991;34:403-411.
4. Pansky M, Golan M, Bukovsky I, Caspi E. Nonsurgical management of tubal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1991;194:888-895.
5. Ory SJ. New Options for diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. JAMA 1992;267:534-537.
6. Stovall TG, Ling FW, Gray LA, Carson SA, Buster JE. Methotrexate treatment of unruptured ectopic pregnancy : a report of 100 cases. Obstet Gynecol 1991;77:749-753.
7. Stovall TG, Ling FW, Gray LA. Single dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1991;77:754-757.
8. Fernandez H, Baton C, Lelaidier C, Frydman R. Conservative management of ectopic pregnancy : prospective randomized clinical trial of methotrexate versus prostaglandin sulprostone by combined transvaginal and systemic administration. Fertil Steril 1991;55:746-750.
9. Wilcox A, Weinberg C, O'Connor J, et al. Incidence of early loss of pregnancy. N Engl J Med. 1988;319:189.

10. Bocciolone L, Vercellini P, Villa L, Rognoni MT, Dorton M, Fedele L. Early detection of ectopic pregnancy ; use of a sensitive urine pregnancy test and transvaginal ultrasonography. J Reprod Med. 1991;36:496-499.
11. Kivikoski, AI, Martin CM, Smeltzer JS. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy : a comparative study. Am J Obstet Gynecol 1990;163: 123-128.
12. Nyberg DA, Hughes MP, Mack LA, Wang KY. Extrauterine findings of ectopic pregnancy at vaginal U S : importance of echogenic fluid. Radiology 1991;178: 823-826.
13. Rodi IA, Sauer MV, Gorriall MJ, et al. Medical treatment of unruptured ectopic pregnancy with methotrexate and citrovorum rescue : preliminary experience. Fertil Steril 1986;46:811-813.
14. Feichtinger W, Kemeter P. Treatment of unruptured ectopic pregnancy by needling of sac and injection of methotrexate or PGE2 under transvaginal sonography control. Arch Gynecol Obstet 1989;146:85-89.

อนินันทนาการ

จาก

บริษัท เครื่องมือแพทย์ (ประเทศไทย) จำกัด

อนินันทนาการ

จาก

บริษัทเบอรัลียุกเกอร์จำกัด
แผนกยา Pharma2