

ครรภ์ไขปลาทูในหญิงที่มีมดลูก 2 ชุด : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สุวัฒน์ ตนายะพงศ์ พ.บ.,ว.ว.(สูติ-นรีเวช)*

Abstract : Molar Pregnancy in Uterine Didelphys : A Case Report.

Tanayapong S.

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

Reg 7 Med J 1991 ; 2 : 83-87.

Uterine didelphys is a rare abnormality of the reproductive tract. In this case report, the patient developed a molar pregnancy in the right uterus, and decidua cast in the left uterus. She was treated by suctional curettage and followed by sharp curettage with blood replacement. She was followed up for one year after terminated molar pregnancy.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วยหญิงไทย 1 ราย มีช่องคลอด ปากมดลูก และมดลูก 2 ชุด เกิดการตั้งครรภ์ไขปลาทูในมดลูกชุดขวา และเกิด decidua cast ในมดลูกชุดซ้าย ได้รับการรักษาโดยการขูดมดลูกด้วยเครื่องดูดสูญญากาศ และตามด้วยการขูดมดลูกด้วย curet เหล็ก เพื่อเอาเนื้อเยื่อที่ติดผนังมดลูกออก ให้เลือดทดแทนกับเลือดที่เสียไประหว่างการขูดมดลูก แยกเนื้อเยื่อส่งสำหรับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี

บทนำ

มดลูก 2 ชุด (uterine didelphys) เป็นความผิดปกติ¹ ของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่พบได้ยากมาก ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ชนิดนี้เกิดจากการที่ไม่มีการรวมของท่อ mullerian ในระยะตัวอ่อน จึงทำให้เกิดมดลูก ปากมดลูก ช่องคลอด 2 ชุด ในบางกรณีที่เกิดการรวมของท่อ mullerian ไม่สมบูรณ์ อาจเกิดความผิดปกติได้หลายแบบ ตามระดับและช่วงเวลาในช่วงชีวิตของตัวอ่อนที่เกิดการพัฒนาการของท่อ mullerian สำหรับการตั้งครรภ์ไขปลาคูกนั้นทางซีกโลกตะวันตก² พบอุบัติการณ์ประมาณ 1:2000 ของการคลอดทางซีกโลกตะวันออกที่ได้หวั่นพบอุบัติการณ์ 1:125 ของการคลอดในประเทศไทยที่โรงพยาบาลศิริราช ในระยะปี พ.ศ. 2517-พ.ศ. 2522 พบอุบัติการณ์ 1:361³ ของการคลอด ส่วนมากพบในพวกที่มีเศรษฐฐานะยากจน มีบุตรมาก ในผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่น่าสนใจอย่างยิ่ง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีมดลูก 2 ชุด มีมดลูก ปากมดลูก และช่องคลอดครบทั้ง 2 ชุด เกิดการตั้งครรภ์ไขปลาคูกในมดลูกชุดขวา แล้วปริมาณ HCG ฮอร์โมนที่เกิดขึ้นจากครรภ์ไขปลาคูกมีจำนวนมาก ไปชักนำให้เกิด decidua ในโพรงมดลูกชุดซ้าย เมื่อมีการแท้งไขปลาคูกในมดลูกชุดขวาโดยวิธี suctional curettage ทำให้เกิด decidua cast หลุดออกจากโพรงมดลูก⁴ชุดซ้าย ซึ่งยืนยันโดยผลตรวจทางพยาธิวิทยา สำหรับการรักษากรณีไขปลาคูกในผู้ป่วยรายนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ทำให้การตั้งครรภ์ไขปลาคูกสิ้นสุดลง ระยะที่ 2 การติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี

รายงานผู้ป่วย

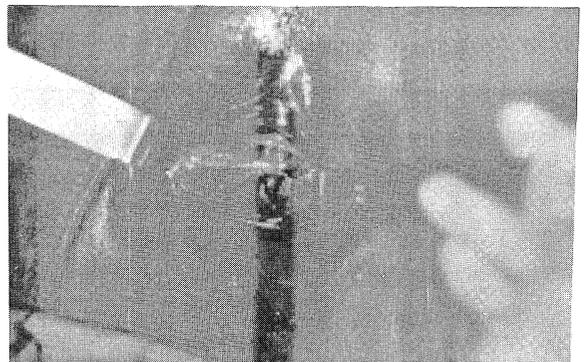
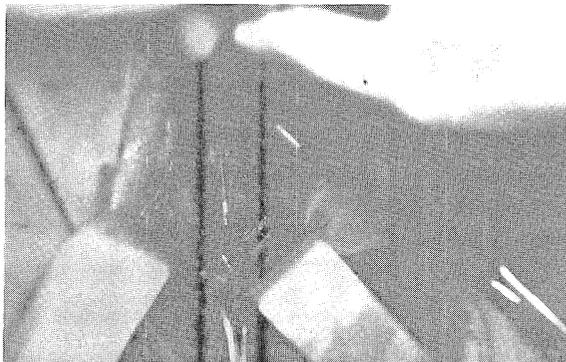
ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 25 ปี อาชีพรับจ้าง อยู่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ตั้งครรภ์ที่ 2 ขาดระดู 3 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดมาประมาณ 10 วัน ผู้ป่วยสังเกตว่ามีอาการแพ้ท้องมาก และท้องโตเร็วผิดปกติ ขนาดครรภ์อยู่ระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอดผสมกับถุงน้ำใส ๆ เล็ก ๆ ผู้ป่วยเคยทำแท้งเมื่อตั้งครรภ์แรก เมื่ออายุครรภ์ได้ 3 เดือน ผู้ป่วยไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนเองมีมดลูกและช่องคลอด 2 ชุด

การตรวจร่างกายแรกรับ ร่างเล็ก ซีด คล้ามดลูกได้ขนาดอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ คลำส่วนของเด็กไม่พบ ฟังเสียงหัวใจเด็กไม่ได้ ความดันโลหิต 130/80 มม.ปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ปอดและหัวใจปกติ ต่อมธัยรอยด์ไม่โต ตับม้ามคลำไม่พบ

การตรวจภายใน ตรวจพบว่ามีช่องคลอด 2 ชุด (ดังรูปที่ 1 A และ 1 B) พบ mole ในช่องคลอดด้านขวา และมีชิ้นเนื้อรูปสามเหลี่ยมแบน ๆ อยู่ในช่องคลอดด้านซ้าย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน 9.0 กรัม% ฮีมาโตคริต 28% เม็ดเลือดขาว 6,200 เซลล์/ล.บ.ม.ม. เกร็ดเลือดปกติ

การตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ ให้ผลบวก การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่พบสิ่งผิดปกติ การรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะ
ระยะที่ 1 การทำให้การตั้งครรภ์ไขปลาคูกสิ้นสุดลง



รูปที่ 1 A, B แสดงช่องคลอด 2 ชุด

เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มเกิดการแท้ง โดยให้ oxytocin 10 หน่วย ผสมในน้ำเกลือ 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้มดลูกหดตัวได้ดี และดูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ภายหลังจากใช้เครื่องดูดสุญญากาศแล้ว ขูดมดลูกด้วย curet เหล็ก และคีบชิ้นเนื้อจากช่องคลอดด้านซ้าย แยกส่งสำหรับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ให้เลือดทดแทน 6 ขวด ชดเชยเลือดที่เสียไปโดยตวงจากขวด suction 3,000 มิลลิลิตร

ระยะที่ 2 การติดตามผลการรักษา โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกายทุกเดือนใน 6 เดือนแรก และทุก 2 เดือน จนครบหนึ่งปี ตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยหาปริมาณ HCG สดโรโมน จากปัสสาวะทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกเดือนละครั้งเป็นเวลา 6 เดือน ป้องกันการตั้งครรภ์เป็นเวลา 1 ปีโดยให้รับประทานยาคุมกำเนิด การติดตามผลการรักษาผู้ป่วย 1 ปี พบว่าผู้ป่วยปกติ แข็งแรงดี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบว่าปกติ

ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

Left : Decidua without chorionic element

Right : Hydatidiform mole

วิจารณ์

มดลูก 2 ชุด เป็นความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ตั้งแต่กำเนิดที่พบได้ยากมาก เกิดจากความล้มเหลวของการวิวัฒนาการรวมตัวของท่อ mullerian อย่างสิ้นเชิง ทำให้เกิดมดลูก ปากมดลูก และช่องคลอด 2 ชุด ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ สำหรับความผิดปกติของการวิวัฒนาการรวมตัวของท่อ mullerian ในระยะตัวอ่อน แบ่งได้สามระดับและสามช่วงเวลา ทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีได้หลายแบบ โดยจำแนกแบบง่าย ๆ ตามชนิดของมดลูก ปากมดลูก และช่องคลอด

วิธีจำแนกตามชนิดของมดลูกได้ 5 ชนิดคือ

1. *Single uterus* มีมดลูกเป็นปกติ เกิดจากการรวมตัวของท่อ mullerian เป็นปกติ

2. *Septate uterus* มดลูกดูเหมือนมดลูกปกติถ้าดูจากลักษณะภายนอก แต่ภายในมดลูกจะมีแผ่นเนื้อยื่นจากส่วน fundus ลงมายังปากมดลูก แบ่ง uterine cavity เป็น 2 ช่อง แผ่น septum จะยื่นยาวมากน้อยขึ้นกับความผิดปกติ

ของการรวมตัวของท่อ mullerian ในระยะตัวอ่อน

3. *Bicornuate uterus* มดลูกคู่คล้ายอักษร y มองจากข้างนอก degree ของการหว่า (notch) ที่ fundus ลงมายังปากมดลูกมากน้อยเท่าไรก็ตามแต่ก็ยังมีปากมดลูกอันเดียว

4. *double uterus* มดลูกมี 2 ชุด รวมทั้งปากมดลูก และช่องคลอด เรียก uterine didelphys ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้

5. *single hemiuterus* มีการวิวัฒนาการอย่างสมบูรณ์ของท่อ mullerian ข้างเดียว จึงมีมดลูกซีกเดียว สังเกตว่าจะมี oviduct เพียงข้างเดียว

วิธีจำแนกตามปากมดลูกได้ 3 ชนิด คือ

1. *Single cervix*

2. *Double cervix*

3. *Single hemicervix*

จำแนกตามชนิดของช่องคลอดได้ 4 ชนิดคือ

1. *Single vagina*

2. *Longitudinally septate vagina*

3. *Double vagina*

4. *Transversely septate vagina*

ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดเหล่านี้ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ยากขึ้น มีโอกาสแท้งได้ง่าย คลอดก่อนกำหนด เด็กอยู่ในท่าผิดปกติ การดำเนินการคลอดยาก มดลูกแตก ทั้งนี้ขึ้นกับ degree ของความผิดปกติของมดลูก ในประเทศไทยเคยมีรายงานมดลูก 2 ชุด⁵ ในหญิงโสด มี unilateral imperforated vagina ได้รับการรักษาโดยการตัด vaginal septum และ drain ที่แผนกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2533 และอีก 1 ราย⁶ พบที่โรงพยาบาลพะเยา ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2524 ผู้ป่วยเคยแท้ง 2 ครั้ง ตั้งครรภ์ที่สามเป็นครรภ์นอกมดลูกร่วมกับ bicornuate uterus

ในผู้ป่วยรายนี้ มีมดลูก ปากมดลูกและช่องคลอด 2 ชุด อย่างสมบูรณ์ แต่ตั้งครรภ์ไขปลาลูกทำให้ฮอร์โมนจากรก (HCG) มีจำนวนมาก กระตุ้นให้เกิด decidua ในโพรงมดลูก ชุดทางซ้าย เมื่อผู้ป่วยขาดระดู 3 เดือน แต่ขนาดครรภ์ที่แพทย์ตรวจได้ประมาณ 20 สัปดาห์

อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์คือ เลือดออกทางช่องคลอด แพทย์ตรวจภายในพบเม็ด mole ผสมออกมาด้วย จึงวินิจฉัยได้ว่าเป็นการตั้งครรภ์ไขปลาลูก

สำหรับอาการสำคัญทางคลินิกของครรภ์ไข่ปลาอุกที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค^{7,8} ได้แก่

1. การขาดระดู
2. มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด พบถึง 90%
3. อาการแพ้ท้องคลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง
4. ขนาดมดลูกโตมากกว่าอายุครรภ์ พบได้ 50%
5. เมื่อขนาดลูกโตได้ 20 สัปดาห์ คลำไม่พบตัวเด็ก และฟังเสียงหัวใจเด็กไม่ได้ยิน
6. รังไข่ทั้งสองข้างโตขึ้นเป็นถุงน้ำ (thecalutein cyst) พบประมาณ 20-30%
7. ภาวะครรภ์เป็นพิษ พบประมาณ 25%
8. ภาวะธัยรอยด์เป็นพิษ พบประมาณ 2%
9. พบเม็ด mole แท้งออกมา

ในรายที่วินิจฉัยครรภ์ไข่ปลาอุกได้ยาก การตรวจพิเศษด้วยเครื่องอัลตราซาวด์จะช่วยวินิจฉัยได้ดีที่สุด จะเห็นเป็นจุดเล็กกระจายทั่วไปในโพรงมดลูก (snow storm pattern) การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ให้ความแม่นยำสูงถึง 93.75%⁹ โดยผู้ป่วยไม่เจ็บ เสียเวลาน้อย ไม่มีอันตรายต่อแม่และเด็กในครรภ์ถ้าการตั้งครรภ์นั้นปกติ หรือตั้งครรภ์แฝด สำหรับผู้ป่วยรายนี้พบเม็ด mole แท้งออกมาจึงวินิจฉัยได้ชัดเจน ไม่จำเป็นต้องใช้อัลตราซาวด์ช่วยในการวินิจฉัยสำหรับการรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ^{7,8} คือ

ระยะที่ 1 การทำให้การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกสิ้นสุดลง โดยใช้ suctional curettage ตามด้วย sharp curet ในขณะที่ทำการขูดมดลูกให้ oxytocin 10 ยูนิต ผสมใส่น้ำเกลืออินอร์มัลหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อทำให้มดลูกหดตัวดีขึ้นเพื่อลดการเสียเลือดและลดการเสี่ยงต่อมดลูกทะลุ⁷ ขณะเดียวกันก็ให้เลือดทดแทนกับเลือดที่สูญเสียไป และในผู้ป่วยรายนี้พบ decidua จุกอยู่ที่ปากช่องคลอดชุดทางซ้ายจึงได้ส่งตรวจได้ผลตามรายงานการตรวจทางพยาธิวิทยา

ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ให้ prophylactic chemotherapy เนื่องจาก 80% ของผู้ป่วยมี spontaneous regression ได้ และการใช้ยา methotrexate นั้นพบว่าทำให้มีอัตราตาย 2.2% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้ยาพบเพียง 0.5%¹¹

ระยะที่ 2 การติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี โดยการตรวจหาปริมาณ HCG จากปัสสาวะทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ค่า HCG ลงสู่ระดับศูนย์ภายใน 8

สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยมาตรวจร่างกายทุกเดือนใน 6 เดือนแรก และทุก 2 เดือนจนครบ 1 ปี ถ่ายภาพรังสีทรวงอกเดือนละครั้งพบว่าปกติ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาคุมกำเนิดชนิด low dose estrogen เป็นเวลา 1 ปี เนื่องจากรายงานของ Ratnum พบว่า 90% ของ malignancy sequelae จะเกิดหลังแท้ง mole และการเลือกใช้ยาคุมกำเนิด oral low dose estrogen เพราะจะไม่ทำให้เกิด prolong positive HCG interval หรือเพิ่มการเกิด postmolar trophoblastic tumors หรือ invasive complication

สำหรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของมดลูกที่เป็น septate uterus และ bicornute uterus ที่ทำให้เกิดการแท้งเป็นอาเจิน หรือมีบุตรยาก มีได้หลายวิธี เช่นวิธีของ Strassmann¹⁴ วิธีของ Jones and Jones¹⁵ และวิธีของ Tompkins¹⁶ ในผู้ป่วยรายนี้มีมดลูก 2 ชุด โดยสมบูรณ์ จึงไม่จำเป็นต้องผ่าตัดแก้ไข¹⁷

สรุป

รายงานผู้ป่วย 1 รายที่พบยากมาก ไม่เคยมีรายงานในประเทศไทยมาก่อน กล่าวคือ ผู้ป่วยมีมดลูก 2 ชุด โดยสมบูรณ์ ชุดทางขวาดังครรภ์ไข่ปลาอุก ชุดทางซ้ายเกิด decidua ได้รับการรักษาโดยการขูดมดลูก และติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์วรา โรจนหัสติน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี ที่ได้อนุญาตให้นำรายงานนี้ออกเผยแพร่ นายแพทย์สุนทร บุญญานิตย์ พยาธิแพทย์ และแพทย์หญิงอมร เกิดสว่าง หัวหน้าหน่วยพยาธิภาควิชาสูตินรีเวช โรงพยาบาลศิริราชที่ได้ให้การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และนายแพทย์ธีรพล หงษ์ทอง ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี ที่ช่วยในการวินิจฉัย และถ่ายภาพช่องคลอด 2 ชุด

เอกสารอ้างอิง

1. Pritchard JA, MacDonald PC. Williams obstetrics. 17th ed. New York : Appleton-Century-Crofts, 1985.
2. อุทัย ชัยกิตติศิลป์. Trophoblastic diseases. ใน : สมหมาย อุงสุวรรณ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2.

- กรุงเทพ ฯ : โครงการตำราศิริราช, เจริญวิทย์การพิมพ์, 2527 : 135.
3. Koetsawang A. Molar pregnancy : A clinical study of 347 cases. *J Med Ass Thailand* 1984 ; 67 : 73.
 4. ชัยยศ อัครจินดาวัฒน์, สมหมาย อุงสุวรรณ, ครรภ์นอกมดลูก. ใน : สมหมาย อุงสุวรรณ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ ฯ : โครงการตำราศิริราช, เจริญวิทย์การพิมพ์, 2527 : 117.
 5. พิบูลย์ ลีละพัฒนะ, จุฑาทิพย์ ทิริโอตโปปะ. Uterus didelphys with unilateral imperforate vagina. *วารสารแพทย์นาวิ* 2525 ; 2 : 75-81.
 6. กระจำวงศ์ ศิริวัฒนา. การตั้งครรภ์ในช่องท้องร่วมกับมดลูกแฝด. *วารสารกรมการแพทย์* 2525 ; 4 : 305-313.
 7. Curry SL, Hammond CB, Tyrey L, et al. Hydatidiform mole. Diagnosis, management, and long-term follow up of 347 patients. *Obstet Gynecol* 1975 ; 45 : 1.
 8. Goldstein DP, Berkowitz RS, Bernstein MR. Management of molar pregnancy. *J Rep Med* 1981 ; 26 : 208.
 9. ประมูล สุขวัฒนา, อภรณ์ภิรมย์ เกตุปัญญา, สายสุดใจ ตูจินดา. การวินิจฉัยครรภ์ไข่ปลาอุกด้วยเครื่องอัลตราซาวด์. *วิทยาสารเสนารักษ์* 2526 ; 1 : 23-25.
 10. Lurain JR, Brewer JI, Torok EE, Halpen B. Natural history of hydatidiform mole after primary evacuation. *Am J Obstet Gynecol* 1983 ; 145 : 591.
 11. Ratnum SS, Teoh ES, Dawood MY. Methotrexate for prophylaxis of choriocarcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1971 ; 111 : 1021.
 12. Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR, Bernstein M. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 1981 ; 58 : 474.
 13. Yuen BH, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentrations of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1983 ; 145 : 214.
 14. Strassmann P. Die operative vereinigung eines doppelten uterus. *Zentralbl Gynaekol* 1907 ; 31 : 1322-1335.
 15. Jones HW, Jones GES. Double uterus as an etiological factor in repeated abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1953 ; 65 : 325-339.
 16. Tompkins P. Comments on the bicornuate uterus and twinning. *Surg Clin North Am* 1962 ; 42 : 1049-1062.
 17. Benson RC. *Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment*. 3rd ed. Japan : Lange Medical Publications, 1980.

อภิธานนาการ จาก

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหภัณฑ์เภสัช

1875/125 ถนนเจริญนคร เขตคลองสาน กรุงเทพ 10600