

รายงานผลการผ่าตัดเนื้องอกมดลูก

(INTRALIGAMENTARY MYOMECTOMY)

และตกแต่งท่อนำไข่

ในหญิงที่มีบุตรยาก 1 ราย

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

Abstract : The Result of Intraligamentary Myomectomy and Salpingolysis in One Primary Infertility Case.

Tanayapong S.

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

Reg 7 Med J 1991 ; 2 : 88-93.

One Thai married woman, 40 years old, primary infertility for 14 years, revealed right pelvic mass diameter approximately 10 centimetres by pelvic examination. Diagnostic laparoscopy was done for final diagnosis, revealed right intraligamentary myoma, normal right uterine tube. Corpus luteum was seen at right ovary. There was some adhesions at left uterine tube. The uterus was normal. The patient was corrected conservatively by intraligamentary myomectomy and salpingolysis. Four years later the patient pregnant and was terminated pregnancy at 34⁺ weeks gestational age by low transverse Cesarean section. The indication was uncontrolled severe pre-eclampsia and elderly primigravida with unripen cervix. Enucleated myomectomy was done again for subserous myoma at the right anterior surface of the pregnant uterus.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วยหญิงไทย 1 ราย อายุ 40 ปี แต่งงานมา 14 ปี ไม่มีบุตร ตรวจภายในพบก้อนที่บริเวณปีกมดลูกข้างขวา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร ส่องกล้องตรวจทางช่องท้องพบ intraligamentary myoma ข้างขวา ท่อนำไข่ข้างซ้ายมีพังผืดยึดติดอยู่ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้องอก intraligamentary myoma ออก และตกแต่งท่อนำไข่ข้างซ้าย อีก 4 ปีต่อมาผู้ป่วยตั้งครรภ์และคลอดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง เมื่ออายุครรภ์ 34⁺ สัปดาห์ เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (severe pre-eclampsia) มีบุตรเมื่ออายุมาก และปากมดลูกไม่เปิด ได้ผ่าตัด enucleated subserous myomectomy อีกครั้งหนึ่ง เมื่อพบ subserous myoma ที่บริเวณด้านหน้าค่อนไปทางขวาของมดลูก

บทนำ

เนื้องอกมดลูกชนิด intraligamentary myoma พบได้ยากมาก เกิดจาก subserous myoma ที่ยื่นเข้าไปใน broad ligament ต่อมา pedicle หลุดสลายไป กลายเป็น intraligamentary myoma ที่ได้รับเลือดหล่อเลี้ยงจากเส้นเลือดใน broad ligament^{1,2,3} การวินิจฉัยจากการตรวจภายในมักจะผิดพลาด เนื่องจากตรวจได้คล้ายกับเนื้องอกรังไข่มาก การวินิจฉัยที่แน่นอนได้จากการผ่าตัดเปิดช่องท้อง หรือส่องดูด้วยกล้องทางช่องท้อง (diagnostic laparoscope)⁴ intraligamentary myoma ทำให้มีบุตรยากเนื่องจากทำให้ขัดขวางการเคลื่อนไหวของท่อนำไข่ (tubal factor)⁴ เมื่อผ่าตัดเนื้องอกนี้ออก และตกแต่งท่อนำไข่ด้วยความประณีต ทำให้อุปสรรคของ tubal factor หดไป ทำให้ผู้ป่วยตั้งครรภ์ได้

รายงานผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วยหญิงไทยคู่ 1 ราย อายุ 40 ปี แต่งงานมา 14 ปี ไม่ได้คุมกำเนิด ไม่มีบุตร อาชีพค้าขาย อยู่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี มาโรงพยาบาลด้วยอาการคลำก้อนได้ในท้องน้อยด้านขวา ไม่มีอาการเจ็บที่ท้องน้อย หรือปวดท้องน้อย ระบุมาปกติ สม่ำเสมอทุกเดือน

การตรวจร่างกายแรกรับ รูปร่างสันทัด ผิวคล้ำ ไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่บวม แกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ปอดและหัวใจปกติ ต่อมธัยรอยด์ไม่โต เต้านมปกติ ตับม้ามคลำไม่พบ

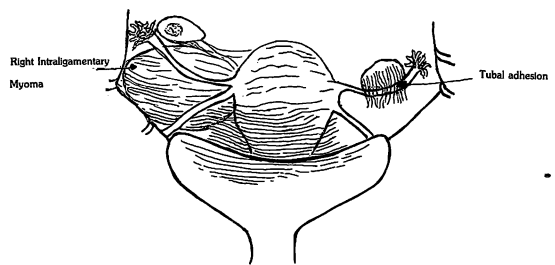
การตรวจภายใน อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ช่องคลอดปกติ ปากมดลูกปกติ มดลูกขนาดปกติคว่ำหน้า ปีกมดลูกด้านซ้ายปกติ คลำได้ก้อนบริเวณปีกมดลูกด้านขวา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นเนื้องอกรังไข่ข้างขวา

การตรวจห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน 12.0 กรัม% ฮีมาโตคริต 35% เม็ดเลือดขาว 9,200 เซลล์/ลบ. มม. เกร็ดเลือดปกติ neutrophils 75% eosinophils 3% lymphocytes 22%

การตรวจปัสสาวะ ผลพบว่าปกติ

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่พบสิ่งผิดปกติ

การส่องกล้องทางช่องท้อง (diagnostic laparoscopy) พบว่ามีเนื้องอกมดลูกชนิด intraligamentary myoma ที่บริเวณปีกมดลูกข้างขวา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร ท่อนำไข่ข้างขวาปกติ พบมี corpus luteum ที่รังไข่ข้างขวา ท่อนำไข่ข้างซ้ายมีพังผืดยึดติดอยู่ (ดังรูปที่ 1)



รูปที่ 1 ลักษณะที่พบเมื่อผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อทำ intra-ligamentary myomectomy และ salpingolysis

การรักษา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ทำ enucleated intraligamentary myomectomy และ ผ่าตัดตกแต่งและพังผืดที่ยึดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง ด้วยความนุ่มนวล (salpingolysis)

หลังจากผ่าตัด 7 วัน ผู้ป่วยได้รับการตัดไหมแผลหน้าท้อง แผลติดดี ไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ

4 ปีต่อมา ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการขาดระดู 2 เดือน ตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ ได้ผลบวก ระดูครั้งสุดท้ายวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2532 คณะแพทย์กำหนดคลอดวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2533

ผู้ป่วยฝากครรภ์ตามแพทย์นัด ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ เมื่อตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ พบว่า ทารกในครรภ์ปกติ แข็งแรงดี หัวใจเต้นปกติ ไม่พบความผิดปกติของทารก รกลักษณะปกติ จำนวนน้ำคร่ำปกติ

ผู้ป่วยมาฝากครรภ์สม่ำเสมอ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ จนกระทั่งเมื่ออายุครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการบวมขึ้นอย่างรวดเร็ว ปวด

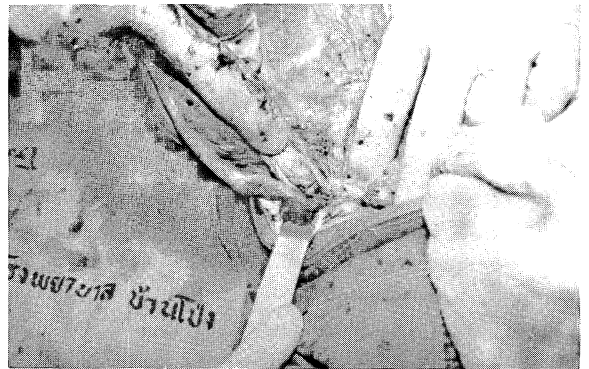
ศีรษะ แน่นหน้าอก จึงมาพบแพทย์ ตรวจพบว่า น้ำหนักเพิ่ม 4 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์ บวม 3+ ความดันโลหิต 180/120 มม.ปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที หัวใจและปอดปกติ ต่อมธัยรอยด์ไม่โต ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอดมดลูกอยู่ 2/4⁺ เหมือนระดับสะดือ เด็กอยู่ในท่า O.L.A. ฟังเสียงหัวใจได้ 140 ครั้งต่อนาที ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น elderly primigravida and severe pre-eclampsia รับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

การรักษา ลดความดันโลหิต โดยให้ hydralazine ชนิดฉีดครั้งละ 5-12.5 มิลลิกรัม จนกระทั่งความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการชัก โดยให้ MgSO₄ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ 3 กรัม และฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก 10 กรัม หลังจากนั้นให้ 5 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกทุกๆ 4 ชั่วโมง โดยระวังพิษจาก MgSO₄ เกินขนาดโดยดูผลการหายใจ ปริมาณของปัสสาวะในแต่ละชั่วโมง และ knee-jerk reflex เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยให้คงที่ได้ แม้จะให้ hydralazine ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ จึงพิจารณาการคลอดโดยตรวจอัลตราซาวด์ พบว่าเด็กอยู่ในท่าศีรษะ BPD = 8.3 เซนติเมตร หัวใจเด็กเต้นปกติ รกเกาะทาง anterior right lateral grade III จำนวนน้ำคร่ำปกติ ทำ amniocentesis ตรวจ foam stability test ให้ผลบวก ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกยังไม่เปิด พิจารณาให้คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ชนิด low transverse Cesarean section ได้เด็กเพศหญิงหนัก 1,750 กรัม Apgar = 6,7,8 ไม่พบความพิการตั้งแต่กำเนิด ส่งตักกุมารให้กุมารแพทย์ดูแลต่อ ตรวจปากมดลูกข้างขวาที่เคยผ่าตัด intraligamentary myomectomy ไว้เมื่อ 5 ปีก่อน พบว่าแผลหายสนิท ท่อนำไข่ข้างขวาจับเคลื่อนไหวไปมาได้สะดวก ท่อนำไข่ข้างซ้ายก็เช่นเดียวกัน และที่บริเวณด้านหน้าเยื่อไปทางซ้าย พบมีก้อนเนื้ออกชนิด subserous myoma เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 7 เซนติเมตร จึงทำการผ่าตัด enucleated myometomy เอาก้อนเนื้อออกมดลูกออก (ดังรูปที่ 2,3,4 และ 5)

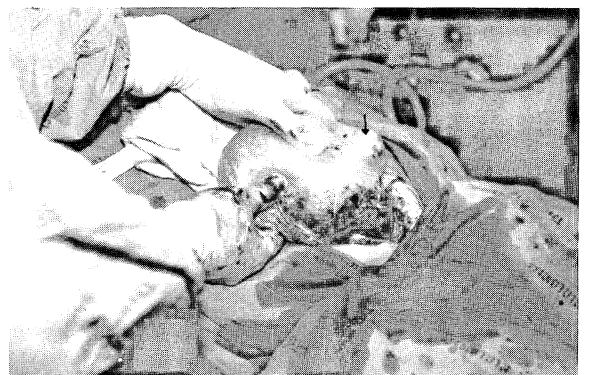
หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสบายดี ไม่มีไข้ ขนาดมดลูกและ



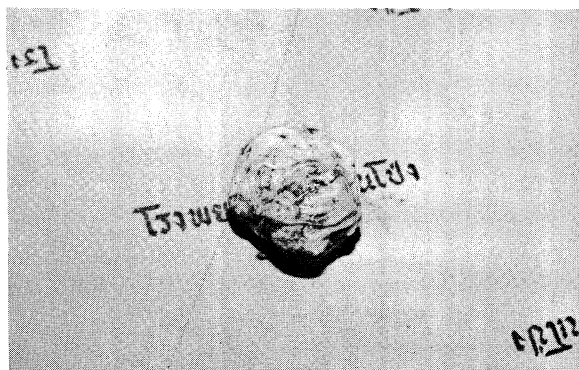
รูปที่ 2 แสดงถึง uterine tube ข้างขวาเคลื่อนไหวได้สะดวก ไม่มี adhesion หลังการผ่าตัด intraligamentary myomectomy ในครั้งก่อน



รูปที่ 3 แสดงให้เห็น uterine tube และ ovary ข้างซ้าย ที่เคยทำ salpingolysis ในการผ่าตัดครั้งก่อน



รูปที่ 4 ก้อน myoma ที่พบขณะทำ Cesarean section



รูปที่ 5 แสดงให้เห็นก้อน myoma ที่ตัดออกมา

น้ำคาวปลาเปลี่ยนแปลงตามปกติ ผู้ป่วยยังบวมมาก ปัสสาวะน้อย และความดันโลหิตไม่ค่อยลด จึงให้ diuretic เพื่อช่วยขับปัสสาวะ และให้ nifedipine เพื่อช่วยขยายหลอดเลือด และลดความดันโลหิตจนความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แผลวันหลังคลอดผู้ป่วยได้รับการตัดไหมแผลหน้าท้องพบว่าแผลดีดี จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

วิจารณ์

Intraligamentary myoma เป็นเนื้องอกที่พบได้ยาก เกิดจากเนื้องอกมดลูกชนิด Subserous myoma ยื่นเข้าไปใน broad ligament ต่อมาได้รับเลือดหล่อเลี้ยงจากเส้นเลือดใน broad ligament และ pedicle ที่เชื่อมกับตัวมดลูกเสื่อมสลายไป อุบัติการณ์พบได้น้อยมาก จากอุบัติการณ์ของ myoma ทั้งหมดรวมพบได้ 4-11% พบได้บ่อยในช่วงอายุ 30-45 ปี^{2,6} สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่นอน ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจาก immature muscle cell เจริญผิดปกติ⁷ ปัจจัยอื่นที่พบร่วมด้วยได้แก่ เชื้อชาติ จำนวนการมีบุตร และอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน กล่าวคือพบว่าไม่ค่อยเกิดเนื้องอกมดลูกในหญิงก่อนมีระดูและในหญิงวัยหมดระดู ถ้าพบเนื้องอกก่อนวัยหมดระดู เมื่อหมดระดูก่อนจะเล็กลงหรือจะยุบหายไป มีเพียง 10% ที่ก้อนเนื้องอกยังคงโตต่อไป⁶ ซึ่งพบว่ามักจะเป็น secondary degeneration หรือ sarcomatous change ได้ประมาณ 0.1-0.6%

ผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์ ด้วยอาการคล้ำพองในท้องน้อยและมีบุตรยากมา 14 ปี จากการตรวจร่างกายและตรวจภายใน ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นเนื้องอกรังไข่ข้างขวา จากการส่องด้วยกล้องทางช่องท้อง (diagnostic laparoscopy) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย⁴ จึงพบว่าเป็น intra-ligamentary myoma และพบพังผืดยึดเกาะหน้าโพรงข้างขวา ที่แสดงว่าผู้ป่วยยังมีไข่ตกอยู่จึงให้การรักษาโดยผ่าตัด conservative surgery ทำenucleated intra-ligamentary myomectomy และ salpingolysis เพื่อแก้ไขภาวะ infertility ที่เกิดจาก tubal factor ให้แก่ผู้ป่วย จากรายงานปี ค.ศ. 1990 พบว่า ผู้ป่วยที่เป็น myoma 64 คน อายุระหว่าง 27 ถึง 47 ปี และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 40 ปีอยู่ 13 คน ทั้งหมดนี้มี primary indication เพื่อการทำ myomectomy เนื่องจาก pelvic mass 58 คน หลังการผ่าตัด myomectomy แล้วพบการตั้งครรภ์ถึง 40%⁸

ในผู้ป่วยรายนี้พบว่า อีก 4 ปีต่อมาตั้งครรภ์ ผู้ป่วยอยากได้บุตรมากได้มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ได้รับการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์เนื่องจากผู้ป่วยตั้งครรภ์เมื่ออายุ 44 ปี มีโอกาสให้กำเนิดบุตรเป็น Down syndrome ได้ 1 ต่อ 41⁹ โดยเมื่อตรวจอัลตราซาวด์จะพบ thickened nuchal folds และกระดูก femur สั้นกว่าปกติ^{10,11} ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ไม่พบความผิดปกติดังกล่าว ในการศึกษาความผิดปกติแต่กำเนิดในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยอาจศึกษาโดยทำ amniocentesis เพื่อทำ cell culture หรือทำ chorionic villous biopsy เพื่อศึกษาความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดของทารกในครรภ์เพื่อพิจารณาการแท้ง⁹ แต่ในสถานภาพของโรงพยาบาลบ้านโป่งจึงได้แต่ทำอัลตราซาวด์ ก็ไม่พบความผิดปกติของทารกในครรภ์

เมื่อผู้ป่วยอายุครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ เกิดอาการบวมขึ้นอย่างรวดเร็วน้ำหนักเพิ่ม 4 กิโลกรัมในหนึ่งสัปดาห์ มีอาการปวดศีรษะ แน่นหน้าอก ตรวจพบ protein ในปัสสาวะ 3+ ความดันโลหิต 180/120 มม.ปรอท ให้การวินิจฉัยเป็นภาวะ severe pre-eclampsia รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

เนื่องจากความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงถึง 180/120 มม.ปรอท จึงให้ hydralazine เพื่อป้องกันการเกิด cardiovascular accident ยานี้ลดความดันโลหิตโดยออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด และยังช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตไปที่มดลูกและไตดีขึ้น และเพื่อป้องกันการชักจึงให้ $MgSO_4$ ตามวิธีของ Parkland Memorial Hospital¹³ ทั้งนี้ต้องระวังภาวะ Mg^{++} ในเลือดสูงจนเกิดการกดการหายใจและการเต้นของหัวใจซึ่งมักจะเกิดเมื่อระดับของ Mg^{++} ในเลือดมากกว่า 10 mEq/L ในขณะที่ขนาดเพียง 4-7 mEq/L ก็เพียงพอต่อการระงับการชัก¹³ หลังจากการให้ hydralazine ฉีดเข้าหลอดเลือดดำขนาดสูงแล้ว ความดันโลหิตของผู้ป่วยก็ยังไม่คงที่ จึงพิจารณาการคลอดเพื่อรักษาภาวะ severe pre-eclampsia จึงตรวจอัลตราซาวด์ พบเด็กอยู่ในท่าศีรษะ BPD = 8.3 เซนติเมตร หัวใจเด็กเต้นปกติ รกเกาะทาง anterior right lateral grade III จำนวนน้ำคร่ำปกติ ทำ amniocentesis ตรวจ foam stability test ให้ผลบวก แสดงว่ามี lung maturity ของทารกในครรภ์¹⁴ ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกไม่เปิดจึงพิจารณาให้คลอดโดยการผ่าตัดเด็กออกทางหน้าท้องชนิด low transverse Cesarean section ได้เด็กเพศหญิง หนัก 1,750 กรัม Apgar score 6,7,8 ไม่พบความพิการตั้งแต่กำเนิด ส่งตึกกุมารเพื่อดูแลต่อโดยกุมารแพทย์ หลังจากเย็บปิดกล้ามเนื้อมดลูกแล้ว ตรวจปีกมดลูกข้างขวาที่เคยผ่าตัด intraligamentary myomectomy ไว้เมื่อ 5 ปีก่อนพบว่าแผลหายสนิทดี ไม่มีพังผืด จับท่อนำไข่ข้างขวาเคลื่อนไหวไปมาได้สะดวก ท่อนำไข่ข้างซ้ายก็เช่นเดียวกัน และที่บริเวณด้านหน้าของมดลูกเยื้องไปทางซ้ายพบมีก้อนเนื้ออกชนิด subserous myoma เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 7 เซนติเมตร (รูปที่ 4) จึงทำการผ่าตัด enucleated myomectomy เอาก้อนเนื้อมดลูกออก (รูปที่ 5) หลังผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องผู้ป่วยยังบวมมาก บัสสาวะออกน้อย และความดันโลหิตไม่ค่อยลด จึงให้ diuretic เพื่อช่วยขับบัสสาวะ และให้ nifedipine เพื่อช่วยขยายหลอดเลือดและลดความดันโลหิต¹⁵ จนความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แปรวันหลังคลอดผู้ป่วยได้รับการตัดไหมแผลหน้าท้อง พบว่าแผลดีดี จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

ได้

สรุป

รายงานผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการผ่าตัดเนื้ออกมดลูก และผ่าตัดตกแต่งท่อนำไข่ (intraligamentary myomectomy and salpingolysis) เมื่ออายุ 40 ปี ต่อมา 4 ปี ตั้งครรภ์และกำเนิดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเนื่องจากสาเหตุภาวะ severe pre-eclampsia และตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุมาก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประสิทธิ์ วันสม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี ที่ได้อนุญาตให้นำรายงานนี้ออกเผยแพร่ แพทย์หญิงอมร เกิดสว่าง หัวหน้าหน่วยพยาธิ ภาควิชาสูติศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้ให้การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และนายสมชาย มีขำ เจ้าหน้าที่โสตทัศนศึกษา โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี ที่ช่วยถ่ายภาพการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mattingly RF, Thompson JD. Te Linde's operative gynecology. 6 th ed. Philadelphia : JB Lippincott Company, 1985.
2. Jones HW Jr, Jones GS. Novak's textbook of gynecology. 10 th ed. Baltimore : William and Wilkins, 1981.
3. Benson RC. Current Obstetric & gynecologic diagnosis & treatment. 3 rd ed. Japan : Lange Medical Publications, 1980.
4. กิจประมุข ดันตยาภรณ์. การมีบุตรยากที่มีสาเหตุจากมดลูก. ใน: เอนก อารีพรรค, ประมวล วิรุฒเสน, บรรณาธิการ. การมีบุตรยาก. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : บริษัทเอียร์บีดี พับลิชเชอร์ จำกัด, 2532, 113-134.
5. Kistner RW. Gynecology : Principles and practice. 3 rd ed. Chicago : Year book medical publishers, 1979.
6. Jeffcoate N. Principle of gynecology. 4 th ed. London : Butterworths, 1975.
7. Baggish MS. Mesenchymal tumors of the uterus. Clin Obstet Gynecol 1974 ; 17 : 51.
8. Smith DC, Uhler JK. Myomectomy as a reproductive procedure. Am J Obstet Gynecol 1990 ; 162 : 1476.
9. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Williams obstetrics. 18 th ed. New York : Appleton & Lange, 1989.

10. Benacerraf BR, Gelman R, Frigoletto FD Jr. Sonographic identification of second trimester fetus with Down's syndrome. N Eng J Med 1987 ; 317 : 1371.
11. Perrella R, Duerinckx AJ, Grant EG, Tessler F, Tabsh K, Grandall BF. Second trimester sonographic diagnosis of Down syndrome : Role of femur-length shortening and nuchal-fold thickening. A J R 1988 ; 151 : 981.
12. Berkowitz RL. Antihypertensive drugs in the pregnant patients. Obstet Gynecol Surv 1980 ; 35 : 191.
13. Pritchard JA. The use of magnesium sulfate in pre eclampsia, eclampsia. J Reprod Med 1979 ; 23 : 107.
14. Roux JF, Nakamura J, Brown E. Assessment of fetal maturation by the foam test. Am J Obstet Gynecol 1973 ; 117 : 280.
15. Burrow GN, Ferris TF. Medical complications during pregnancy. 3rd ed. Philadelphia : WB Saunders, 1988.

ด้วยอภินันทนาการ

จาก

บริษัท เมย์แออนด์เบเกอร์ จำกัด

ผู้แทนจำหน่าย

ESSENTIALE

ORUVAIL

DENOL