

การตั้งครรภ์ขนาดใหญ่ที่ท่อนำไข่ รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สนิท อาชีปสมุทร พ.บ.,อ.ว.(เวชปฏิบัติทั่วไป)*

Abstract : Twenty-two Weeks Tubal Pregnancy : Report of 1 Case.

Archeepsamut S.

Department of Outpatient, Prachuap Khirikhan Hospital, Thailand.

Reg 7 Med J 1990 ; 9 : 181-183

One case of 22 weeks tubal pregnancy was reported. She had imperforated hymen 4 years ago. The treatment was incision and drainage at that time and she was dilated vaginal wall many times later because of the thick hymen at O.P.D.

After she had been pregnant for 22 weeks, she had severe abdominal pain. We suspected ectopic pregnancy by the roentgenographic finding. After we were sure that the fetus was dead. The operation was done and found large tubal pregnancy with ruptured. The fetus, 22 cm in length and 330 gm in weight, was dead. Thus right salpingo-oophorectomy was performed.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่มีภาวะการตั้งครรภ์ขนาดใหญ่ที่ท่อนำไข่ เป็นผู้ป่วยอายุ 20 ปี ขนาดประจำเดือน 22 สัปดาห์ มาด้วยอาการปวดท้องรุนแรง แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ก่อนหน้านี้อ 3 เดือน ได้รับการทดสอบทางปัสสาวะว่าตั้งครรภ์ แพทย์และพยาบาลฟังเสียงหัวใจทารกไม่ได้มาตลอด จึงส่งถ่ายภาพเอ็กซเรย์ เห็นเงามดลูกแยกได้กับโครงกระดูกตัวเด็ก จึงสงสัยว่าเป็นท้องนอกมดลูก ได้ตัดสินใจทำการผ่าตัด พบว่าเป็นการตั้งครรภ์ขนาดใหญ่ที่ท่อนำไข่บริเวณ ampulla และได้รับการรักษาโดยทำ right salpingo-oophorectomy เมื่อ 4 ปีก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยเคยได้รับการทำผ่าตัดแก้ไขภาวะเยื่อพรหมจารีย์ไม่เปิด และได้รับการขยายช่องคลอดเป็นระยะ ๆ มาก่อน

บทนำ

การตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นโรคที่ต้องการการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรีบด่วน ซึ่งมีสาเหตุที่ทำให้เกิดได้ต่าง ๆ กัน ดังนี้คือ¹

1. Salpingitis
2. Pelvic adhesion
3. Infantile tube with imperfect development of cilia
4. Excessively long tube
5. Diverticula and accessory tubes
6. Spasm of the tube, muscular insufficiency and antiperistalsis
7. Endometriosis of the tube

ในโรงพยาบาลศิริราชพบอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ 1 : 178 ของการคลอดหรือ 1 : 198 ของการตั้งครรภ์² ซึ่งส่วนใหญ่สาเหตุมักจะเกิดจากการอักเสบของท่อนำไข่ ในรายงานของ Papayotis³ พบว่ามีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 45 แต่จากการศึกษาของนายแพทย์อมร เกิดสว่างพบร้อยละ 27² อย่างไรก็ตามจากรายงานต่าง ๆ การอักเสบของท่อนำไข่ เกิดขึ้นภายหลังการแท้ง และการทำแท้งทั้งสิ้น ผู้รายงานขอเสนอรายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่เกิดการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ จากการอักเสบของท่อนำไข่ ที่มีได้เกิดภายหลังแท้ง และการทำแท้ง แต่เกิดภายหลังการทำผ่าตัด incision และ drainage และการ dilate ภาวะ imperforated hymen

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 20 ปี อาชีพแม่บ้าน รับไว้ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เมื่อ 21 มิถุนายน 2526 H.N. 6443

อาการสำคัญ ปวดท้อง แน่นหน้าอก รับประทานอาหารแล้วอาเจียน มา 1 วัน

ประวัติปัจจุบัน ขาดประจำเดือนมาประมาณ 5 เดือน 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ทดสอบการตั้งครรภ์

ด้วยวิธีตรวจปัสสาวะ พบว่าให้ผลบวก ครึ่งเดือนก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ มีอาการปวดท้องทั่วท้อง โดยเฉพาะปวดมากบริเวณท้องน้อยด้านขวา ร่วมกับมีอาการอาเจียน แพทย์ได้ให้พักในโรงพยาบาล 9 วัน วินิจฉัยว่าเป็นโรคแท้งคุกคาม (threatened abortion) ร่วมกับมีพยาธิไส้เดือน (ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ) จึงได้ให้ยาถ่ายพยาธิ ให้ยาแก้ปวดท้องและรักษาแบบประคับประคอง เมื่ออาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

ภายหลังจากกลับบ้านได้ 1 อาทิตย์ ผู้ป่วยมีอาการอย่างเดิมอีก แต่รู้สึกรุนแรงกว่าจึงได้กลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง

ประวัติอดีต 4 ปีก่อนเคยมาโรงพยาบาลนี้ด้วยก้อนในท้อง และปวดท้องมาก แพทย์ตรวจพบว่าเป็น imperforated hymen ได้ทำ incision และ drainage และเนื่องจาก septum ของ hymen หนา แพทย์ได้ทำ plastic operation ต่อมาเกิด adhesion ต้องมา dilate แบบผู้ป่วยนอกทุก 2 อาทิตย์ อีก 6 ครั้ง

3 ปีก่อนเป็นไส้ติ่งอักเสบ แพทย์ได้ทำการผ่าตัดไส้ติ่งให้ โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ลักษณะทั่วไปดูดี หน้าท้องคลำได้มดลูกโต ขนาดตั้งครรภ์ 5 เดือน แต่หน้าท้องเบา ๆ เจ็บมาก มดลูกไม่บีบตัว ฟังเสียงหัวใจเด็กไม่ได้ยิน มีน้ำออกทางช่องคลอดเล็กน้อย การตรวจระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

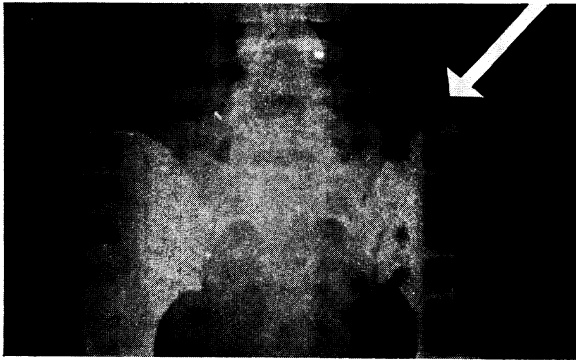
การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ

1) Routine lab : Hb = 7.0 gm%, W.B.C. 26,750/cu.mm. (N = 93% L = 7%) การตรวจปัสสาวะปกติ การตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิ

2) การทดสอบการตั้งครรภ์ทางปัสสาวะ ให้ผลบวก

3) การตรวจทางรังสีของช่องท้อง ดังรูปที่ 1

การดำเนินโรค ในวันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีอาการกระสับกระส่าย ปวดบริเวณสีข้างตลอดเวลา บางครั้งคลื่นไส้ อาเจียน แน่นอึดอัดในท้อง หายใจไม่สะดวก ระยะนี้ชีพจรเร็วประมาณ 110-125 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 30-38 ครั้ง/นาที ความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120/80-



รูปที่ 1 แสดง small fetus ทางด้านซ้ายของช่องท้อง (ลูกศรชี้) จะเห็นเงามดลูกแยกได้กับโครงกระดูกตัวเด็ก

140/80 มม.ปรอท บางครั้งมีไข้ต่ำ

หลังรับไว้ในโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยอาการสบายขึ้น ยังมีปวดท้องอยู่บ้าง แต่ไม่กระสับกระส่ายมีไข้ต่ำ ๆ ตลอด ฟังเสียงหัวใจทารกไม่ได้

การตรวจภายใน

M.I.U.B. - Neg

Vagina - Normal discharge

Cervix - Adhesion

Os - Close

หน้าท้อง - คลำได้ก้อนขนาดท้อง 5 เดือน กดเจ็บมาก

การผ่าตัด พบว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ปีกมดลูกข้างขวา บริเวณ ampulla เด็กเสียชีวิตแล้ว มีขนาดยาว 22 ซม.หนัก 330 กรัม จึงได้ทำ right salpingo-oophorectomy

หลังผ่าตัดผู้ป่วยสบายดี อาการต่าง ๆ หายไป แผลหน้าท้องหายปรกติ ตัดไหมวันที่ 7 แผลหายเรียบร้อย

วิจารณ์

การตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยปรกติจะวินิจฉัยจากอาการสำคัญ 3 ประการคือ²

1. ระดูเกินกำหนด
2. มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ
3. มีอาการปวดท้องน้อย

สำหรับในผู้ป่วยรายนี้ เราทราบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์จากการที่ผู้ป่วยขาดประจำเดือนและผลการตรวจฮอร์โมนทางปัสสาวะ ฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยปวดท้องน้อยมาก และฟังเสียงหัวใจเด็กไม่ได้มาตลอด จึงทำให้แพทย์ตัดสินใจส่งถ่ายภาพเอ็กซเรย์ ทำให้แน่ใจว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก และตัดสินใจทำการรักษาโดยวิธีผ่าตัดในที่สุด

การตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่โดยปรกติจะสิ้นสุดภายใน 12 สัปดาห์⁴ แต่ในรายงานนี้สิ้นสุดเมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไปถึง 22 สัปดาห์

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย เกิดการตั้งครรภ์ที่มีขนาดใหญ่ที่ท่อนำไข่ ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะเยื่อพรหมจารีย์ไม่เปิด ร่วมกับการขยายช่องคลอดเป็นระยะเป็นเวลา 4 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์เจริญ มีชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ที่สนับสนุนให้เสนอรายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Greenhill JP. Obstetrics. 13 th ed. Philadelphia : W B Saunder, 1965.
2. อมร เกิดสว่าง. การตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่: การศึกษาในผู้ป่วย 249 ราย. สารศิริราช 2522 ; 31 : 1741-1749.
3. Papayotis P, Dionysios B, Olli S. Induced abortion and ectopic pregnancy. Amer J Oestet Gynecol 1972 ; 114 : 507.
4. Pritchard JA, MacDonald PC. Williams Obstetrics. 15 th ed. New York : Appleton-Century-Crofts, 1976 : 434.