

การตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับ การตั้งครรภ์ปกติ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วราพร วีระเวทวัฒน์ พ.บ., ว.ว. (สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา)*

Abstract : Combined Pregnancy.

Weerawetwat W.

Department of Obstetrics and Gynecology, Phraholpolprayuhasena Hospital, Kanchanaburi, Thailand.
Reg 7 Med J 1988 ; 7 : 87-90

A case of 25 years old patient was operated because of right tubal pregnancy. 8 weeks later it was found that she also had about 14-16 weeks intrauterine pregnancy. After 5 months a normal female child was born at term. The child is well developed through a year follow up.

เรื่องย่อ : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 25 ปี 1 ราย ได้รับการผ่าตัดปีกมดลูกด้านขวา เนื่องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก หลังการผ่าตัด 8 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ปกติขนาดอายุครรภ์ประมาณ 14-16 สัปดาห์ เท่ากับระยะประจำเดือนที่ขาด ผู้ป่วยให้กำเนิดบุตรสาวตามกำหนดคลอด เป็นเด็กปกติเมื่อแรกคลอดและมีพัฒนาการปกติตลอดระยะ 1 ปี หลังคลอด

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับการตั้งครรภ์ในมดลูกเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้น้อยมากเพียง 1 : 30,000 ของการคลอด^{1,2,3} และเป็นการยากที่จะวินิจฉัยได้^{1,4} อัตราการสูญเสียทารกในครรภ์สูง จึงเสนอรายงานผู้ป่วย 1 รายที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับการตั้งครรภ์ปกติภายในโพรงมดลูกโดยที่เด็กคลอดครบกำหนด และสมบูรณ์ แข็งแรงดี

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย HN.1929/30 AN.4115/30 อายุ 25 ปี อาชีพทำไร่

ประวัติผู้ป่วย ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งแรกเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2529 ด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวา และจุกแน่นหน้าอก

ประวัติประจำเดือนและการตั้งครรภ์ PARA 0-0-0-0 LMP 20 มิถุนายน 2529

การตรวจร่างกายแรกรับ ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.5 ซ. เจาะ hematocrit ได้ 18%

การตรวจร่างกายทั่วไปพบว่าผู้ป่วยซีด หายใจปกติ มีอาการกดปวดเล็กน้อยบริเวณท้องน้อย ไม่พบความผิดปกติอื่น

การตรวจภายในพบว่ามดลูกโตเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกจากปากมดลูก culdesac โป่ง เจาะได้เลือดซึ่งไม่แข็งตัว

การวินิจฉัยโรค ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกและมีเลือดออกภายในช่องท้อง

การผ่าตัด Premedication ให้ atropine gr1/150 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

การผ่าตัดดมยาสลบใช้ fluothane

วิธีการผ่าตัด ตัดต่อมดลูกด้านขวาซึ่งเป็นตำแหน่งที่ตั้งครรภ์ออก

เวลาในการทำผ่าตัด 35 นาที

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยแข็งแรงเป็นปกติ ตัดไหมหน้าท้องหลังผ่าตัด 7 วันแล้ว อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านโดยนัด

มาตรวจหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ผลชิ้นเนื้อต่อมดลูกที่ส่งไปตรวจที่สถาบันพยาธิวิทยา พญาไท ผลการตรวจหมายเลข S-29-10340 เป็นการตั้งครรภ์ภายในต่อมดลูก

การตรวจติดตามผล ผู้ป่วยมารับการตรวจ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2529 พบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ประมาณว่ามดลูกมีขนาดตั้งครรภ์ 14-16 สัปดาห์ จึงนำจะเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับ การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ผ่าตัดไปแล้ว ซึ่งควรจะครบกำหนดคลอดวันที่ 27 มีนาคม 2530 ผู้ป่วยได้ตรวจฝากครรภ์ตามคำแนะนำ ได้รับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ไม่พบสิ่งผิดปกติตลอดระยะการตั้งครรภ์

การคลอด ผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดและได้มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาล วันที่ 12 มีนาคม 2530 เป็นการคลอดปกติ ทารกเพศหญิงลักษณะครบกำหนด ปกติ น้ำหนักตัว 2,700 กรัม APGAR score = 10 น้ำหนักรก 690 กรัม เด็กกลับบ้านพร้อมมารดา วันที่ 2 หลังคลอด

ติดตามดูเด็กที่คลอดเป็นเวลา 1 ปี พบว่าเด็กแข็งแรง สุขภาพดี และมีพัฒนาการเป็นปกติ

วิจารณ์

การตั้งครรภ์นอกมดลูกพบได้ประมาณ 1 : 67 - 1 : 230 ของการคลอด^{1,3,5} สถิติของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2528-2530) พบการตั้งครรภ์นอกมดลูก 1 : 122 ของการคลอด มากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์มักเกิดขึ้นภายในต่อมดลูก^{1,5} สาเหตุของการตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดจากสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้ไข่ที่ถูกผสมไม่สามารถเดินทางเข้าสู่โพรงมดลูกได้ หรือเดินทางล่าช้ากว่าปกติ^{1,3,5} เช่น การอักเสบของท่อนมดลูก การมีพังผืดหรือเนื้องอกกดทำให้ท่อนมดลูกยาว คดเคี้ยว หรือท่อนภายในตีบ การผ่าตัดท่อนมดลูก ความพิการแต่กำเนิดของท่อนมดลูก หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มท่อนมดลูกทำให้เหมาะกับการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสม การใส่ห่วงอนามัย เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การตั้งครรภ์แฝดโดยที่เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับการตั้งครรภ์ภายในโพรงมดลูกตามปกติจึงเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับกันว่ามี การตั้งครรภ์แฝดเช่นนี้

ประมาณ 1 : 30,000 ของการคลอด¹⁻³ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีการอักเสบในอุ้งเชิงกรานมาก่อนซึ่งเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดของการตั้งครรภ์นอกมดลูก คือเป็นภาวะที่ทำให้พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้มากกว่าคนปกติถึง 7-10 เท่า และก็จะพบ combined pregnancy ได้มากขึ้นเช่นกัน^{2,6,7} บางรายงานเชื่อว่าอัตราการใช้ combined pregnancy จะมากกว่าที่เข้าใจกันนี้หลายเท่า^{4,9}

เกณฑ์การตัดสิน (criteria) ที่ช่วยในการวินิจฉัย combined pregnancy ได้แก่² 1. ขนาดของมดลูกสัมพันธ์กับอายุครรภ์ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก 2. พบ corpus luteum 2 ใบ 3. หลังการผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูกแล้ว ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งเกิดจากการหลุดลอกตัวของ decidua และยังคงมีอาการของการตั้งครรภ์อยู่ 4. พบเลือดออกในช่องท้องหลังการแท้งบุตรในครรภ์ 5. มีอาการปวดท้องตรวจพบก้อนที่ปีกมดลูก กดเจ็บ มี peritoneal irritation และมดลูกโต

เมื่อวินิจฉัย combined pregnancy ได้ การรักษาต้องทำผ่าตัดเอาการตั้งครรภ์นอกมดลูกออก² แต่การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ร่วมเช่นนี้ทำได้ยาก^{1,4} การตรวจที่อาจจะช่วยในการวินิจฉัยได้ คือการตรวจด้วย ultrasound^{3,4,9-11} ผู้ป่วยรายนี้แรกรับวินิจฉัยได้เพียงการตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วยมีเลือดออกภายในช่องท้องเป็นผลจากการแตกของท่อมดลูกบริเวณที่ตั้งครรภ์ซึ่งมักจะเกิดภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์^{1,12} ทำให้จำเป็นต้องทำการผ่าตัด และก็เป็นที่น่าทึ่งที่ทราบกันดีว่าการผ่าตัดในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการแท้งบุตรในครรภ์สูงทั้งที่เกี่ยวกับการดมยาสลบและวิธีการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะในอุ้งเชิงกราน¹ ดังนั้นในกรณีที่เกิด combined pregnancy ภายหลังการผ่าตัดเรื่องการตั้งครรภ์นอกมดลูกแล้วโอกาสแท้งบุตรในครรภ์จึงเป็นไปได้มาก พบอัตราสูญเสียการตั้งครรภ์ในมดลูกประมาณร้อยละ 20-70² ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าเด็กในครรภ์มีโอกาสเกิดปัญญาอ่อนและมีความพิการแต่กำเนิดได้มากซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการขาดออกซิเจนจากการแตกของท่อมดลูก² อย่างไรก็ตามภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ไม่มีเลือดออกจากช่องคลอด ซึ่งเป็นเกณฑ์ตัดสินที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของ combined pregnancy^{2,6,9,13,14} ผู้ป่วย

ไม่มีอาการของการตั้งครรภ์ เช่น อาการแพ้ท้อง เป็นต้น จึงทำให้การวินิจฉัยล่าช้าจนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามระยะหลังผ่าตัด 2 เดือนต่อมา โดยการตรวจพบว่าผู้ป่วยมีการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกขนาดสัมพันธ์กับระยะประจำเดือนที่ขาด สิ่งที่ต้องคิดถึงในการวินิจฉัยแยกโรคแม้ความน่าจะเป็นน้อย คือภาวะการตั้งครรภ์แฝดและการตั้งครรภ์ไขปลาคู แต่เมื่อตรวจติดตามในการฝากครรภ์ต่อไปพบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ปกติ

แพทย์บางท่านอาจตัดสินใจยุติมดลูกภายหลังการผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูกแล้วโดยเฉพาะเมื่อมีอาการเลือดออกทางช่องคลอดของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย แต่โดยเหตุที่ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ที่ปีกมดลูกมีโอกาสตั้งครรภ์ได้ยากต่อไป^{1,12} และอาจเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำใหม่ได้ถึงร้อยละ 12-15^{1,3} ในกรณีที่สงสัยว่าจะเป็น combined pregnancy ซึ่งนับว่าเป็นโชคคิของผู้ป่วยอย่างยิ่ง จึงไม่ควรด่วนรีบยุติมดลูกจนกว่าจะได้ investigate โดยถี่ถ้วนแล้ว ผู้ป่วยในรายงานนี้เป็นข้อพิสูจน์ได้อย่างหนึ่งว่าการตั้งครรภ์ปกติสามารถดำเนินต่อไปได้ภายหลังการผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูก และบุตรที่คลอดออกมาเป็นเด็กที่สมบูรณ์และแข็งแรงทั้งทางสมองและร่างกายทุกประการตลอดระยะ 1 ปีหลังคลอด

สรุป

รายงานผู้ป่วยหญิงอายุ 25 ปี 1 รายมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก ภายหลังการผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูกแล้ว ผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์และคลอดบุตรตามกำหนด โดยที่เด็กที่คลอดมีความสมบูรณ์ทั้งทางสมองและร่างกาย

เอกสารอ้างอิง

1. Prichard JA, Macdonald PC. Williams Obstetrics. 16th ed. New York : Appleton-Century-Croft, 1980 : 527-48, 588-91.
2. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestation : A review. Am J Obstet Gynecol 1983 ; 146 : 323-30.
3. De Chermey AH, Jones EE. Ectopic pregnancy. Clin OB Gyn 1985 ; 28 (2) : 365-74.

4. Bello GV, Schonholz D, Moshirpur J, Jeng DY, Berkowitz RL. Combined pregnancy : the Mount Sinai experience. *Obstet Gynecol Surg* 1986 ; 41 (10) : 603-13.
5. สุรศักดิ์ พงษ์นิกร. การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาล ลำปาง. *วารสารกรมการแพทย์* 2528 ; 10 (10) : 45-50.
6. Falo PA, Solano S, O'Regan M. Combined pregnancy. *Va Med* 1979 ; 106 : 666.
7. Westrom L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized contries. *Am J Obstet Gynecol* 1980 ; 138 : 880.
8. Vanderheyden JS, Van Dam PA. The rising incidence of heterotropic pregnancy : Two case reports. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987 ; 24 (4) : 341-6.
9. Kurzel RB. Ultrasound detection of combined pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979 ; 134 : 100.
10. Stoecher RA, Foy DJ, Kupperstein PM. Combined intrauterine and ectopic pregnancy diagnosed by ultrasonography : Report of two cases. *J Am Osteopath Assoc* 1983 May ; 82 (9 Suppl) : 727-8.
11. Hyes HR, Haley EC. Intrauterine and ruptured tubal ectopic pregnancy : A diagnostic challenge. *Ann Emerg Med* 1984 ; 13 (5) : 355-8.
12. Wolfman W, Holtz G. Update on ectopic pregnancy. *Can Med Assoc J* 1983 ; 129 (2) : 1265-9.
13. Honore LH, Nirkerson KG. Combined intrauterine and tubal ectopic pregnancy : A possible case of superfetation. *Am J Obstet Gynecol* 1977 ; 127 : 885.
14. Freilich IH. Combined intrauterine and extrauterine pregnancy. *J Am Osteopathol assoc* 1977 ; 76 : 374.

FOR YOUR ELDERLY PATIENTS...



**Geriatric
Pharmaton®**

brings life into life!

You may not be prescribing Geriatric Pharmaton but do you know that there is available on the market a world-renowned Swiss geriatric preparation called Geriatric Pharmaton.

Geriatric Pharmaton®

- contains 20 essential vitamins and minerals plus dimethylaminoethanol (DMAE) bi-tartrate
- is indicated for the therapy and prophylaxis of symptoms of senility, retarded convalescence, vitamin-mineral deficiencies and premature aging

Further information available on request

Sole Distributor:

Sriprasit Dispensary R.O.P.

878/1 Charoen Rath Road Klongsarn, Bangkok 10600

Tel. 437-0343-5