

ระบาดวิทยาของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ในโรงพยาบาลลำปาง

ประเทือง เหลี่ยมพงศาพุทธิ พว.
กลุ่มงานสูติเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกและระบาดวิทยาของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่พบใน รพ.ลำปาง

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง จากเวชระเบียนผู้ป่วยในของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่ได้รับการผ่าตัดใน รพ.ลำปาง ระหว่างวันที่ 1 มี.ค. 2547 - 30 เม.ย. 2550 จำนวน 115 ราย บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทางนรีเวช การคุมกำเนิด อาชีพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณเลือดที่พบในช่องท้อง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ของอาการแสดงทางหน้าท้องกับการฉีกขาดของท่อหน้าไขด้วย Fisher's exact test

ผลการศึกษา : พบอุบัติการณ์ 9.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 28.7 ปี (พิสัย 16-43 ปี) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง สองในสามไม่ได้คุมกำเนิด หนึ่งในสามเป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 57.4 มีเลือดออกทางช่องคลอด เฉลี่ย 9.7 วันโดยร้อยละ 10.4 ได้รับการการขูดมดลูก หนึ่งในสี่อยู่ในภาวะช็อค การตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ให้ผลบวกร้อยละ 98.9 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงให้ผลบวกร้อยละ 98.7 ผู้ป่วยร้อยละ 19 ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าแต่ไม่มีรายใดเสียชีวิต การผ่าตัดเกือบทั้งหมดใช้การเปิดหน้าท้องโดยพบที่บริเวณท่อหน้าไขร้อยละ 97.4 และมีการฉีกขาดร้อยละ 48.7 ผู้ป่วยร้อยละ 92 มีการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้อง (tenderness) และร้อยละ 36 มีการปวดเกร็งหน้าท้อง (guarding) พบความสัมพันธ์ของการฉีกขาดของท่อหน้าไขกับ guarding อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับ tenderness ($p=0.49$)

สรุป : ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกในรพ.ลำปางมีอุบัติการณ์ใกล้เคียงกับรายงานอื่นๆ ผู้ป่วยหนึ่งในห้ามีความล่าช้าในการวินิจฉัย การปวดเกร็งหน้าท้องมีความสัมพันธ์การฉีกขาดของท่อหน้าไขอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ : ระบาดวิทยา, อุบัติการณ์, ตั้งครรภ์นอกมดลูก

ติดต่อบทความ : นพ.ประเทือง เหลี่ยมพงศาพุทธิ กลุ่มงานสูติเวชกรรม รพ.ลำปาง 280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทรศัพท์ 054-223623-31 ต่อ 8321 โทรสาร 054-226126 E-mail:prateung@yahoo.com

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกหมายถึง การที่ตัวอ่อนมีการฝังตัวภายนอกโพรงมดลูก เช่น บริเวณท่อนำไข่ ในช่วงท้อง บริเวณคอมดลูก บริเวณรังไข่ หรือเกิดร่วมกับการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก มีแนวโน้มพบมากขึ้นในปัจจุบัน (1,2) เนื่องจากสาเหตุหลายประการได้แก่ การขัดขวางทำให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วเดินทางเข้าสู่มดลูกช้ากว่าปกติ เช่น ภาวะปีกมดลูกอักเสบ การตีบแคบของท่อนำไข่ภายหลังการติดเชื้อ แท้งบุตร ใส่ดักแสบหรือ endometriosis เคยมีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือผ่าตัดท่อนำไข่มาก่อน เช่น การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะมีบุตรยาก หรือผ่าตัดทำหมัน นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนเพียงอย่างเดียว หรือยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูงหลังการมีเพศสัมพันธ์ (3)

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้มารดาเสียชีวิต⁽⁴⁾ เนื่องจากปัญหาในการวินิจฉัย ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและมีภาวะแทรกซ้อนจนเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดมากจนเสียชีวิตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะปัญหาที่พบทางคลินิกของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่พบใน รพ.ลำปาง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ภายหลังการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช รพ.ลำปาง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2547 - 30

เมษายน 2550 จำนวน 115 ราย บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทางนรีเวช การคุมกำเนิด อาชีพ การตรวจร่างกาย ผลทดสอบการตั้งครรภ์ การตรวจพบปริมาณเลือดในช่วงท้องระหว่างการผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ของอาการแสดงทางหน้าท้อง กับปริมาณเลือดที่พบระหว่างการผ่าตัด อาการกดเจ็บ อาการปวดเกร็งที่สัมพันธ์กับการฉีกขาดของท่อนำไข่โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

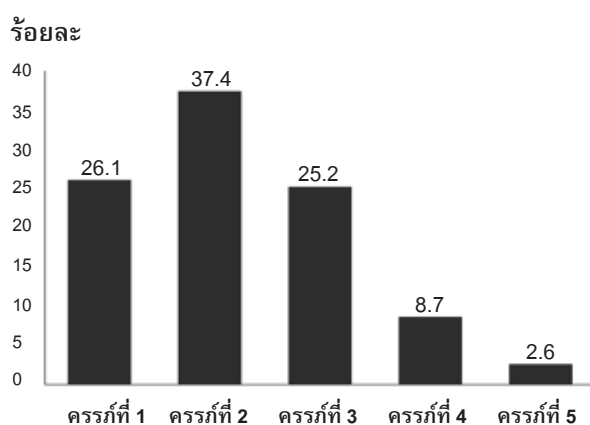
ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 28.7 ปี (พิสัย 16-43 ปี) พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 26 - 30 ปี (ร้อยละ 27.8) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ เกษตรกร (ตารางที่ 1) สองในสามของผู้ป่วยไม่ได้คุมกำเนิด และร้อยละ 37.4 เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 (รูปที่ 1-2) ผู้ป่วยร้อยละ 57.4 มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นระยะเวลาดังแต่ 1-60 วัน (เฉลี่ย 9.7 วัน) โดยร้อยละ 10.4 ได้รับการรักษาโดยการขูดมดลูก การตรวจสัญญาณชีพเมื่อแรกรับไว้ในหอผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 24.4 ที่อยู่ในภาวะช็อค (ความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นเกิน 100 ครั้ง/นาที ร่วมกับอาการซีด) ร้อยละ 18.3 มีชีพจรเต้นเร็วแต่ความดันโลหิตปกติ

การตรวจฮอร์โมน beta-HCG ในปัสสาวะพบว่า มีผู้ป่วยได้รับตรวจเพียง 94 ราย ในจำนวนนี้ให้ผลบวก 93 ราย (ร้อยละ 98.9) มีผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง 75 ราย (ร้อยละ 65.2) ตรวจพบการตั้งครรภ์นอกมดลูก 74 ราย (ร้อยละ 98.7) และพบถุงน้ำที่รังไข่ร่วมด้วย 1 ราย

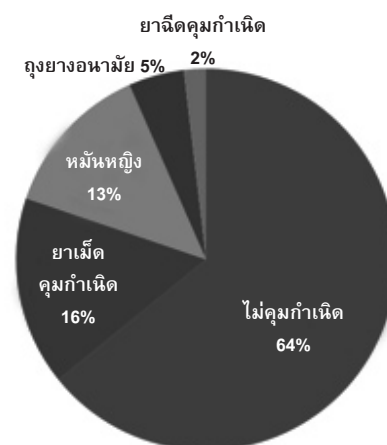
ตำแหน่งของการตั้งครรภ์นอกมดลูกเกือบทั้งหมดพบที่บริเวณท่อนำไข่ (ร้อยละ 97.4, ตารางที่ 2) พบการตั้งครรภ์ในปีกมดลูกข้างขวาและซ้ายใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด โดยส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัด salpingectomy และเกือบทั้งหมดใช้การเปิดหน้าท้อง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก จำแนกตามอายุ และลำดับครรภ์ (n=115)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
16-20 ปี	14	12.2
21-25 ปี	26	22.6
26-30 ปี	32	27.8
31-35 ปี	25	21.7
36-40 ปี	13	11.3
41-45 ปี	5	4.4
อาชีพ		
รับจ้าง	42	36.5
เกษตรกร	35	30.4
แม่บ้าน กิจการส่วนตัว ค้าขาย	17	14.8
นักเรียน นักศึกษา	11	9.6
รับราชการ	7	6.1
ครู	2	1.7
ไม่ระบุ	1	0.9



รูปที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามลำดับของการตั้งครรภ์ (n=115)



รูปที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการคุมกำเนิด (n=106)

ตารางที่ 2 ตำแหน่งของการตั้งครรภ์นอกมดลูก (n=115)

ตำแหน่ง	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ท่อนำไข่		
ampulla	35	30.5
cornu	6	5.2
isthmus	7	6.1
fimbria	19	16.5
ไม่ระบุ	45	39.1
รังไข่	2	1.7
ovarian fossa	1	0.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำแนกตามวิธีการผ่าตัด (n=115)

วิธีการผ่าตัด	ผ่าตัดเปิดช่องท้อง		ผ่าตัดผ่านกล้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
salpingectomy	101	87.8	3	2.6
salpingo-oophorectomy	7	6.1	1	0.9
partial salpingectomy	3	2.6	-	-

ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4 ± 1 วัน ไม่มีผู้ป่วยรายใดเสียชีวิตจากการรักษาในโรงพยาบาล มีผู้ป่วย 22 ราย (ร้อยละ 19.1) ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอื่น ก่อนย้ายมายังหอผู้ป่วยนรีเวชในภายหลัง เนื่องจากความล่าช้าในการวินิจฉัย

ผู้ป่วย 106 ราย (ร้อยละ 92.2) มีการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้อง (tenderness) และ 42 ราย (ร้อยละ 36.5) มีการปวดเกร็งหน้าท้อง (guarding) ร่วมด้วย ในขณะที่พบการฉีกขาดของท่อนำไข่ 56 ราย (ร้อยละ 48.7) เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติแล้วพบความสัมพันธ์ของการฉีกขาดของท่อนำไข่กับการปวดเกร็งหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p=0.001$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้อง ($p=0.49$, ตารางที่ 4)

ปริมาณเลือดที่ตรวจพบในช่องท้องขณะมีค่าเฉลี่ย 693 มิลลิลิตร (พิสัย 10 - 2,500 มล.) เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการแสดงทางคลินิกพบว่า หากมีอาการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้องร่วมกับอาการปวดเกร็งหน้าท้องจะมีค่ามัธยฐานของปริมาณเลือดที่ออกในท้อง 1,000 มล. หากมีอาการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้องเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีอาการปวดเกร็งหน้าท้อง จะมีปริมาณเลือดในช่องท้อง 300 มล. หากไม่มีอาการแสดงทั้ง 2 อย่างก็จะพบเลือดในช่องท้อง 200 มล. (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการฉีกขาดของท่อหน้าไข กับอาการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้องและอาการปวดเกร็งหน้าท้อง

อาการแสดง	การฉีกขาดของท่อหน้าไข				ค่า p
	ไม่มี (n=59)		มี (n=56)		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
อาการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้อง					
มี	53	(89.8)	53	(94.6)	0.49
ไม่มี	6	(10.2)	3	(5.4)	
อาการปวดเกร็งหน้าท้อง					
มี	13	(22.0)	29	(51.8)	0.001
ไม่มี	46	(78.0)	27	(48.2)	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเลือดในช่องท้องกับอาการกดเจ็บที่หน้าท้อง และอาการปวดเกร็งหน้าท้อง

อาการกดเจ็บที่ผนังหน้าท้อง	อาการปวดเกร็งหน้าท้อง	ค่ามัธยฐานของปริมาณเลือดในช่องท้อง (มล.)	จำนวนที่พบ (ร้อยละ)
มี	มี	1,000	42 (36.5)
มี	ไม่มี	300	63 (55.7)
ไม่มี	ไม่มี	200	9 (7.8)

วิจารณ์

ผู้ตั้งครรภ์นอกมดลูกในรพ.ลำปางมีจำนวน 115 ราย ในช่วงเวลาดังกล่าวมีการคลอดมีชีพในโรงพยาบาล 12,321 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 0.93 หรือ 9.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ (ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95 %, 7.7-11.2) ซึ่งต่ำกว่าอุบัติการณ์ในรพ.มหาราชนครเชียงใหม่เล็กน้อยที่พบร้อยละ 1.25 และใกล้เคียงกับประเทศไนจีเรียที่พบ ร้อยละ 0.87⁽⁵⁾ ผู้ป่วยร้อยละ 19 มีความล่าช้าในการวินิจฉัยเนื่องจากอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอื่นก่อน

สอดคล้องกับรายงานของ Stovall และคณะที่พบว่า น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกจะได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องเมื่อมารับตรวจที่ห้องฉุกเฉิน⁽⁶⁾

การวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกโดยอาศัยอาการและอาการแสดงทางคลินิกเพียงอย่างเดียวจะมีความแม่นยำเพียงร้อยละ 50⁽⁷⁾ การตรวจร่างกายมักพบกดเจ็บเฉพาะที่บริเวณท้องส่วนล่าง หากยังไม่มีการฉีกขาดของท่อหน้าไข อาการแสดงจะชัดเจนขึ้นเมื่อท่อหน้าไขมีการฉีกขาดและตกเลือดในช่องท้อง มีการระคายเคืองเยื่อช่องท้องทำให้

เจ็บที่ผืนหนังหน้าท้องเวลาปล่อยมือ (rebound tenderness) หรือการปวดเกร็งหน้าท้อง⁽⁸⁾ จากการศึกษานี้ของ Buckley และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า อาการแสดงของการระคายเคืองเยื่อช่องท้องมีความจำเพาะร้อยละ 94 ความไวร้อยละ 34 ค่า positive predictive value ร้อยละ 29 ส่วนอาการปวดท้องหรือกดเจ็บที่ผืนหนังหน้าท้องมีความจำเพาะร้อยละ 25 ความไวร้อยละ 98 ค่า positive predictive value ร้อยละ 7 ในขณะที่ Mol และคณะพบว่า หากพบการเจ็บที่ผืนหนังหน้าท้องเวลาปล่อยมือและการปวดเกร็งหน้าท้อง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก 3.7 และ 8 เท่า ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ไม่พบความสัมพันธ์การวินิจฉัยของท่อนำไข่กับอาการกดเจ็บที่ผืนหนังหน้าท้อง แต่พบความสัมพันธ์กับการปวดเกร็งหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป

ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกในรพ.ลำปางมีอุบัติการณ์ใกล้เคียงกับรายงานอื่นๆ ผู้ป่วยหนึ่งในการวินิจฉัยไม่พบความสัมพันธ์การฉีกขาดของท่อนำไข่กับอาการกดเจ็บที่ผืนหนังหน้าท้อง แต่พบความสัมพันธ์กับการปวดเกร็งหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณธรรมวรรณ ศิริกาญจนางกูร ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล แพทย์กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.ลำปาง เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและหอผู้ป่วย นรีเวชที่ให้ความช่วยเหลือและมีส่วนในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย. นรีเวชวิทยา(ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บুকส์เซนเตอร์; 2539. หน้า 208-18.
2. Stovall TG. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In : Berek JS, editors. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2007. p. 601-35.
3. ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, พัทธ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. การตั้งครรภ์นอกมดลูก. ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม, มงคล เบญจามิบาล, มณีรัตน์ รัตนไชยานนท์, สุนิตย์ ชีระศักดิ์วิทยา, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลีฟวิ่ง. 2548; 318-30.
4. Walker JJ. Ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2007 ; 50: 89-90.
5. Swende TZ, Jogo AA. Ruptured tubal pregnancy in Makurdi, north central Nigeria. Niger J Med 2008; 17:75-7.
6. Stovall TG, Kellerman AL, Ling FW, Buster JE: Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. Ann Emerg Med 1990;19:1098-103.
7. Newton J. Ectopic pregnancy better diagnostic methods but still nothing perfect. BMJ 1988; (207): 633-5.
8. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Canadian Med Assoc J 2005;173:905-12.
9. Buckley RG, King KJ, Disney JD, Gorman JD, Klausen JH. History and physical examination to estimate the risk of ectopic pregnancy: validation of a clinical prediction model. Ann Emerg Med 1999; 33:283-90
10. Mol BW, Hajenius PJ, Engelsbel S, Ankum WM, van der Veen F, Hemrika DJ, et al. Should patients who are suspected of having an ectopic pregnancy undergo physical examination?. Fertil Steril 1999;71:155-7.

Epidemiological Study of Ectopic Pregnancy in Lampang Hospital

Prateung Liampongsabhuddhi, MD

Department of Obstetrics and Gynecology, Lampang Hospital, Lampang, Thailand

Lampang Med J 2010; 31(1) : 20-27

Abstract

Objective: To explore the epidemiological and clinical findings of ectopic pregnancy in Lampang Hospital

Material and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 115 ectopic pregnant women who underwent surgery in Lampang Hospital between 1st March 2004 and 30th April 2007. Medical records were retrospectively reviewed for gynecological history, contraception, occupation, physical examination, investigation and intra-peritoneal blood loss. The data was analyzed by descriptive statistics. Correlation between abdominal signs and tubal rupture was analyzed by Fisher's exact test.

Results: The incidence was 9.3 per 1,000 life-birth. Mean age of the patients was 28.7 years (range, 16-43). Most of them were employee, two-third had no contraception and one-third was second pregnancy. Vaginal bleeding was found in 57.4% of cases at average of 9.7 days, among these, 10.4% underwent uterine curettage. One-fourth had hypovolemic shock. Urine beta-HCG and ultrasonography were positive in 98.9% and 98.7% respectively. Nineteen percent of the patients had delayed diagnosis in non-gynecologic wards. Laparotomy was performed in most of cases, 97.4% was found at fallopian tube and 48.7% was ruptured. Abdominal tenderness and guarding was found in 92% and 36% of cases respectively. Tubal rupture was significantly correlated with guarding ($p=0.001$), but not correlated with tenderness ($p=0.49$).

Conclusion: The incidence of ectopic pregnancy in Lampang Hospital was comparable with other series. One fifth had delayed diagnosis. Abdominal guarding was significantly correlated with tubal rupture.

Keywords: Epidemiology, Incidence, Ectopic pregnancy