

## Modified Suction Curettage สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

วัชร ตรีณย์รัตน์, พ.บ.\*

ปัญหาที่น่าหนักใจสำหรับสูตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนคือ ไม่มีเครื่อง suction curettage สำหรับใช้ในการขูดมดลูกในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกเนื่องจากอุปกรณ์มีราคาแพงและไม่ได้พบผู้ป่วยแบบนี้บ่อย ทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้น อันเป็นการเพิ่มภาระงานและผู้ป่วยมักไม่สะดวกในการรักษาติดตามต่อเนื่อง จึงได้หาแนวทางในการรักษาโรคนี้ในโรงพยาบาลชุมชน โดยปรับเปลี่ยนเครื่องมืออุปกรณ์ที่หาใช้ได้ในโรงพยาบาลมาใช้ทดแทนเครื่องมือที่มีราคาสูงดังกล่าวได้ ดังกรณีผู้ป่วยที่จะนำเสนอต่อไป

### รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 35 ปี ภูมิลำเนา อ.ปทุมราชวงศา จ.นครราชสีมา

CC: มีเลือดออกทางช่องคลอดมา 2 เดือน

PI: 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอดและปวดหน่วงท้องน้อย ไม่มีชิ้นเนื้อปนออกมาคลื่นไส้ อาเจียนบ่อยๆ รับประทานได้เพียงน้ำกับนม

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกมากขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสระบุรี ตรวจพบเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติ แนะนำให้กลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

Past Hx: ปฏิเสธประวัติการทำแท้ง หรือรับประทานยาขับเลือด

ปฏิเสธโรคประจำตัวใด ๆ ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ไม่เคยแพ้ยา

Ob-Gyn Hx: G<sub>3</sub> P<sub>1011</sub> GA 14<sup>+4</sup> weeks

G<sub>1</sub> : ปี 2545, Spontaneous abortion at 3 month, no dilatation & curettage

G<sub>2</sub> : ปี 2548, normal labour, male, BW 2,900 gm, healthy

LMP: 31 พ.ค. 2550

Contraception: no

### Physical examination

A Thai woman, well cooperative

BT 38.2 C, BW 40 kg, BP 130/70 mmHg, PR 78/min, RR 22/min

Not pale conjunctivae, no icteric sclera

Thyroid gland not enlarged

Neck: no cervical lymphadenopathy

Heart: regular rhythm, normal heart sound

Lung: clear

Abdomen: fundal height 16 weeks size, no ascites

PV: MIUB: normal

Vg: old bloody discharge

Cx: Os opened 1 fingertip, no conceptus per os, cervical motion tenderness negative, no active bleeding

Ut: 16 weeks size, not tender

Adx: no mass, not tender

Cul de sac: free, no bulging

### Investigations

CBC: Hb 12 gm, Hct 35 vol%, WBC 7,490 cells/cu.mm., Platelet 227,000/cu.mm

UA: RBC 0-1, WBC 0, epi 0

BUN 10.5 mg%, Creatinine 0.74 mg%

Electrolytes: Sodium 139 mmol/L, Potassium 3.6 mmol/L, Chloride 108 mmol/L, CO<sub>2</sub> 18.9 mmol/L

Liver function test: Albumin 2.9 gm%, Globulin 2.9 gm%, T. bilirubin 0.3 mg%, I. Bilirubin 0.3 mg%, AST 22 IU/L, ALT 10 IU/L, AP 70 IU, Cholesterol 176 mg%

TSH 1.04 ng/ml (0.46 – 4.68), FT<sub>4</sub> 3.93 ng/ml (2.77-5.34)

B-hCG level > 200,000 mIU/ml

CXR- normal heart and lungs shadow, no definite infiltration

TAS: Enlarged uterus with intrauterine content “Snowstorm appearance<sup>(1)</sup>” (รูปที่ 1)

Imp: G<sub>3</sub> P<sub>1011</sub> GA 14<sup>+</sup> wks with molar pregnancy

ในผู้ป่วยรายนี้ให้การวินิจฉัยเป็นการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก จึงได้ให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมอธิบายถึงสิ่งที่ตรวจพบรวมถึงการวินิจฉัยและการดูแลรักษาเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยทำการเจาะเลือด



รูปที่ 1 แสดงภาพอัลตราซาวด์ พบลักษณะของ snowstorm ซึ่งเข้าได้กับครรภ์ไข่ปลาอุก

CBC, BUN/Cr., LFT, TFT, B-HCG ตรวจปัสสาวะ และเอกซเรย์ทรวงอกเพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกหรือการกระจายของโรค ร่วมกันได้ของเลือดทิ้งไว้จำนวน 4 ถุง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

แผนการรักษานั้น จะขูดมดลูกแบบ suction curettage<sup>(1-3)</sup> โดยใช้เครื่องมือที่ประยุกต์ขึ้นเอง ซึ่งเครื่องดูดสูญญากาศนั้นได้ใช้เครื่องดูดสูญญากาศสำหรับทำคลอด ตั้งให้ดูดที่ลบ 0.8 นิวตันต่อตารางเมตร ใช้สายยางสำหรับต่อทำคลอดทารกโดยใช้หลอดชนิดขนาด 2 มิลลิเมตร ตัดหัวท้ายเป็นตัวเชื่อมต่อระหว่างสายและท่อดูด และใช้ท่อดูด(canula) จากเครื่องมือทำ manual



รูปที่ 2 แสดงเครื่องมือที่ใช้ในการขูดมดลูก



รูปที่ 3 แสดงลักษณะของชิ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก



รูปที่ 4 แสดงชิ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก มีลักษณะเป็นถุงน้ำ กล้ายเม็ดสาธุ

vacuum aspiration ขนาดเบอร์ 12 เมื่อประกอบเครื่องมือเสร็จและพร้อมใช้งาน ดังรูปที่ 2

ในห้องผ่าตัดได้ทำการวางยาสลบแบบ general anesthesia undermask และได้ขูดมดลูกด้วยเครื่องมือดังกล่าว รวมถึง sharp curettage<sup>(1-3)</sup> ใช้เวลารวม 20 นาที ได้ชิ้นเนื้อเป็นลักษณะคล้ายไข่ปลาผสมเลือดปริมาณ 800 มิลลิลิตร (รูปที่ 3) โดยระหว่างการขูดมดลูก ได้ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อลดการเสียเลือด ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติตลอด ขนาดของมดลูกลดลงอย่างรวดเร็วจาก ขนาดเท่ากับการตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์ เหลือเพียงขนาดมดลูกโตกว่าปกติเล็กน้อย ลักษณะชิ้นเนื้อที่ได้เป็นถุงน้ำคล้ายเม็ดสาธุ (รูปที่ 4) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.5 ถึง 1.0 เซนติเมตร ได้ส่งชิ้นเนื้อทั้งหมดตรวจทางพยาธิวิทยา

หลังการขูดมดลูก ตรวจความเข้มข้นของเลือด หลังขูดมดลูกได้เท่ากับ ร้อยละ 31 และในวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอดลดลง รู้สึกสดชื่นขึ้น รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการปวดท้องน้อย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับ B-HCG ซ้ำพบว่าระดับลดลงเหลือ 63,057 mIU/ml หลังจากสังเกตอาการหลังขูดมดลูกได้ 3 วัน จึงได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยได้อธิบายถึงโรค การตรวจพบ การรักษา รวมถึงการตรวจ

ติดตามเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องหลังจากระดับ B-HCG กลับเป็นปกติแล้วอย่างน้อย 1 ปี รวมถึงความสำคัญของการคุมกำเนิดในระหว่างการตรวจติดตามการรักษาด้วย จากตัวอย่างผู้ป่วยที่นำเสนอ จะเห็นได้ว่าแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถทำการรักษาครรภ์ไข่ปลาอุกได้ด้วยการประยุกต์ใช้วัสดุและเครื่องมือที่มีอยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้วคือ เครื่องดูดสูญญากาศที่ใช้สำหรับการคลอดศีรษะทารก สายยางต่อ ข้อต่อที่ประดิษฐ์ได้เองจากการตัดหัวและท้ายของกระบอกฉีดยา และท่อพลาสติกสำหรับขูดมดลูกขนาด เบอร์ 12 (ชุดขูดมดลูก MVA) ก็สามารถใช้งานแทนเครื่อง suction curettage ที่มีราคาแพงได้ ซึ่งช่วยให้แพทย์สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกได้ โดยไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใหญ่

### สรุป

จากแนวความคิดดังกล่าวนี้ สะท้อนให้เห็นว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนก็สามารถ ประดิษฐ์ หรือดัดแปลงแก้ไข เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ให้สามารถใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับเครื่องมือที่มีอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ได้ โดยไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ สมกับ คำกล่าวเศรษฐกิจพอเพียงได้

**เอกสารอ้างอิง**

1. Ross SB, Donald PG. Gestational Trophoblastic Disease.  
In: Berek JS, editor. Novak's Gynecology. 14th ed.  
Baltimore: Williams & Wilkins; 2007. p.1581-604.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists.  
Management of gestational trophoblastic disease. ACOG  
Technical Bulletin 178. Washington: ACOG; 1993.
3. Policy and Practice Guidelines Committee of the Society  
of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).  
Gestational Trophoblastic Disease, SOGC Clinical  
Practice Guidelines, J Obstet Gynaecol Can 2002; 24:  
434-9.