

ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นการแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิก ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วีรพล กิตติพิบูลย์ พ.บ.*

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นการแท้งคุกคาม จากลักษณะทางคลินิก เพื่อนำไปวางแผนการดูแลรักษาเฉพาะรายให้ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว

ชนิดของการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการศึกษา กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้ป่วยและวิธีการ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 สัปดาห์ มีเลือดออกทางช่องคลอด มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และได้รับการวินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิกเป็นการแท้งคุกคาม จำนวน 156 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2542 ถึง 31 มีนาคม 2543 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า เป็นการแท้งคุกคามจากประวัติ การตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ จะถูกส่งตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องและ/หรือทางช่องคลอด โดยบันทึกขนาดและรูปร่างของ gestational sac, yolk sac, ขนาด การเคลื่อนไหว และการเต้นของหัวใจของตัวอ่อน ความผิดปกติอื่น ๆ ในโพรงมดลูกและอุ้งเชิงกราน ในรายที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยทางคลื่นเสียงความถี่สูงได้แน่ชัดในครั้งแรก จะนัดตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงอีกครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์จนได้การวินิจฉัยที่ชัดเจน

ผลการศึกษา สตรีตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม 156 ราย อายุเฉลี่ย 28.4 ปี ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง และไม่เคยแท้งบุตร จำนวนวันที่มีเลือดออกเฉลี่ย 3.6 วัน อายุครรภ์เฉลี่ย 9.9 สัปดาห์ ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบเป็นการตั้งครรภ์ปกติ 60 ราย (ร้อยละ 38.5) การตั้งครรภ์ผิดปกติ 96 ราย (ร้อยละ 61.5) ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีตัวอ่อน (blighted ovum) 39 ราย (ร้อยละ 25.0) ทารกเสียชีวิตในระยะแรก (missed abortion และ death embryo) 32 ราย (ร้อยละ 20.5) การแท้งครบ (complete abortion) 18 ราย (ร้อยละ 11.5) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) 5 ราย (ร้อยละ 3.2) และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy) 2 ราย (ร้อยละ 1.3)

สรุป ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะทางคลินิกเป็นการแท้งคุกคามพบเป็นการตั้งครรภ์ปกติร้อยละ 38.5 ผิดปกติร้อยละ 61.5 ทำให้สูติแพทย์สามารถวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งที่ปกติและผิดปกติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์

Abstract: Ultrasonographic Findings in Pregnant Women with Clinically Diagnosed Threatened Abortion at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Verapol Kittipibul, M.D.

Department of Obstetrics & Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital,
Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2000;24:61-8.

Objective. To determine the ultrasonographic findings in pregnant women with threatened abortion.

Study design. Prospective descriptive study

Setting. Department of Obstetrics & Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Patients and methods. During April 1, 1999 to March 31, 2000, 156 pregnant women of equal to or under 20 weeks of gestation, diagnosed as threatened abortion and attended the out-patient clinic, Department of Obstetrics & Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, were recruited for ultrasonographic study. The ultrasonographic findings were recorded in regard to gestational sac size and appearance, fetal pole, fetal movement, fetal cardiac activity, yolk sac and other abnormalities in uterine and pelvic cavity. Patients with inconclusive findings were followed weekly until final diagnoses were established.

Results. The mean age of pregnant women with threatened abortion was 28.4 years. Most of them had multigravidarum and no history of abortion. Mean gestational age was 9.9 weeks and mean day of vaginal bleeding was 3.6 days. The ultrasonographic findings were 60 alive fetuses (38.5%), 39 blighted ovums (25.0%), 32 early fetal deaths (missed abortion and death embryo) (20.5%), 18 complete abortions (11.5%), 5 ectopic pregnancies (3.2%) and 2 molar pregnancies (1.3%).

Conclusion. The ultrasonographic findings in pregnant women with threatened abortion demonstrated alive fetuses in 38.5% and non-alive fetuses in 61.5% of cases. The results may assist obstetricians in differential diagnosis so that a proper and appropriate treatment could be offered to the patients to reduce anxiety, complications, morbidity and mortality.

สตรีตั้งครรภ์ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการเลือดออกก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ อาจมีสาเหตุจากโรคหรือภาวะที่ไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น vaginal ulceration, cervical polyps, cervical carcinoma, trauma, foreign bodies และโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น implantation bleeding, ectopic pregnancy, gestational trophoblastic disease และ abortion ชนิดต่าง ๆ^(1,2) หลัง

การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจภายในแล้ว โรคหรือภาวะที่ไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มักจะถูกวินิจฉัยแยกโรคออกไปได้ ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกที่ชัดเจนของ ectopic pregnancy, molar pregnancy, inevitable abortion และ incomplete abortion มักจะไม่มีปัญหาในการวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างถูกต้องในระยะเวลาอันรวดเร็ว

อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกเบื้องต้นเป็นการแท้งคุกคาม (threatened abortion) ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 25-40 ของการตั้งครรภ์^(1,2) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีเฉพาะอาการเลือดออกผิดปกติไม่มาก ไม่มีอาการปวดท้องหรือปวดเล็กน้อย การตรวจภายในพบมดลูกโตได้สัดส่วนกับอายุครรภ์ ปากมดลูกปิดแต่มีเลือดออกจากโพรงมดลูก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อติดตามต่อไปอาจเป็นการตั้งครรภ์ปกติ การแท้งค้าง การแท้งไม่ครบ การแท้งครบ การตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก หรือครรภ์ไข่ปลาอุก ในช่วงก่อนที่จะมีตรวจทางคลื่นเสียงความถี่สูงอย่างแพร่หลายเราทราบแต่เพียงว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นการแท้งคุกคามประมาณ ร้อยละ 50 จะสิ้นสุดด้วยการแท้งบุตร⁽³⁾ การรักษาโดยอาศัยเฉพาะข้อมูลทางคลินิกในอดีต เช่น ให้อาหาร progesterone บางครั้งกลับทำให้ผู้ป่วยบางรายยืดเวลาที่จะแท้งออกไปโดยไม่จำเป็น เพราะทารกกลุ่มหนึ่งจะเสียชีวิตไปก่อนหน้านี้อแล้ว⁽³⁾ บางรายผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งในภาวะช็อค จากการแตกของการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก บางรายวินิจฉัยเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกในระยะต่อมา ซึ่งความล่าช้าและความไม่แม่นยำในการวินิจฉัยโรคส่งให้เกิดผลเสียที่ตามมามากมาย เช่นทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอดนานและ/หรือมากจนช็อค มีการติดเชื้อแทรกซ้อน ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง สร้างความวิตกกังวลให้กับ ผู้ป่วยและญาติ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับแพทย์ผู้ดูแลรักษาคือไม่ทราบว่าการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายจะเป็นอย่างไรจากลักษณะทางคลินิกเพื่อจะได้วางแผนการดูแลรักษาเฉพาะรายให้ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว

ในปี พ.ศ. 2528 Mantoni⁽⁴⁾ ได้รายงานการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอด 244 ราย พบ nonviable pregnancy ร้อยละ 32.4, viable pregnancy ร้อยละ 67.6 ซึ่งเมื่อติดตามต่อไปพบว่าการตั้งครรภ์สำเร็จที่ดำเนินต่อไปจนคลอด ร้อยละ 87 ปัจจัยที่พบร่วมในรายที่การตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ 22 ราย

พบว่ามีความสัมพันธ์กับเลือดที่ออกมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน และการตรวจพบความผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่างทางคลื่นเสียงความถี่สูง

พ.ศ. 2537 Goldstein⁽⁵⁾ รายงานโอกาสแท้งลดลงเมื่อตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ viability ที่สอดคล้องกับอายุครรภ์ที่มากขึ้น เมื่อพบ gestational sac, yolk sac, ตัวอ่อนยาว 5 มม., ตัวอ่อนยาว 6-10 มม. และตัวอ่อนยาว 10 มม. โอกาสแท้งเหลือ ร้อยละ 11.5, 8.5, 7.2, 3.2, และ 0.5 ตามลำดับ

พ.ศ. 2537 ซีระ ทองสง และคณะ⁽⁶⁾ รายงานการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดเพียงครั้งเดียวสามารถแยกกลุ่ม viable และ nonviable ได้โดยการวัด mean sac diameter (MSD) โดยถ้า MSD มากกว่าหรือเท่ากับ 13 มม. โดยไม่พบ yolk sac หรือ MSD มากกว่าหรือเท่ากับ 17 มม. โดยไม่มีตัวอ่อนจะพยากรณ์ว่าเป็นกลุ่ม nonviable ได้แม่นยำ โดยมี specificity ร้อยละ 100 และ positive predictive value ร้อยละ 100

พ.ศ. 2542 Tippawan และ Oempom⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาแบบ retrospective descriptive ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกเป็น threatened abortion 285 ราย เมื่อตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบเป็นกลุ่ม viable ร้อยละ 46.7, nonviable ร้อยละ 51.6 (รวม ectopic pregnancy ร้อยละ 0.3 และ molar pregnancy ร้อยละ 1.8) และไม่สามารถสรุปการวินิจฉัย ร้อยละ 0.7

ผู้ศึกษาต้องการทราบถึงผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทั้งทางหน้าท้องและ/หรือทางช่องคลอด ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากลักษณะทางคลินิกเป็นการแท้งคุกคาม (threatened abortion) ที่มาตรวจที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อแยกกลุ่ม viable และ nonviable ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วในกลุ่ม nonviable และบอกพยากรณ์โรคในกลุ่ม viable ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ

ผู้ป่วยและวิธีการ

ทำการศึกษาเชิงพรรณนาไปข้างหน้า (prospective descriptive study) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2542 ถึง 31 มีนาคม 2543 โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. ได้รับการตรวจปีสภาวะขึ้นชั้นการตั้งครรภ์
2. มีเลือดออกทางช่องคลอดและได้รับการตรวจพบว่าปากมดลูกปิด
3. อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 สัปดาห์
4. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิก
5. ยินยอมรับการตรวจรักษาและเข้าร่วมการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 156 ราย ได้รับการซักประวัติทั่วไปเกี่ยวกับ อายุ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย จำนวนการตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอดบุตร โรคประจำตัว ประวัติครอบครัว ประวัติปัจจุบันเกี่ยวกับจำนวนวันและปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด อาการปวดท้องน้อย ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจภายใน และได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องและ/หรือทางช่องคลอดเพื่อดูขนาดและความผิดปกติของมดลูก ขนาดและรูปร่างของ gestational sac, yolk sac, ขนาดของตัวอ่อน การเคลื่อนไหวกและการทำงานของหัวใจของตัวอ่อน ความผิดปกติอื่น ๆ ในโพรงมดลูกและอุ้งเชิงกราน ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 3 กลุ่มคือ^(3,6,8,9,10)

1. กลุ่ม **viable** หมายถึง กลุ่มที่พบการเต้นของชีพจรของทารกหรือเห็นการเคลื่อนไหวกของทารก

2. กลุ่ม **nonviable** หมายถึง กลุ่มที่ลักษณะการตรวจพบทางคลื่นเสียงความถี่สูงผิดปกติชัดเจน แบ่งได้เป็น

ก. *Blighted ovum* ในที่นี้จะวินิจฉัยโดยอาศัยเฉพาะ major criteria ซึ่งมี specificity และ positive predictive

value ร้อยละ 100 คือ^(3,8,9)

- ตรวจไม่พบ embryo ใน gestational sac ที่มี MSD มากกว่าหรือเท่ากับ 25 มม.

- ตรวจไม่พบ yolk sac ใน gestational sac ที่มี MSD มากกว่าหรือเท่ากับ 20 มม.

- มีความผิดปกติของรูปร่างของ gestational sac อย่างชัดเจน

ข. *Early fetal death* มี 2 กลุ่ม คือ

- Death embryo วินิจฉัยเมื่อวัดความยาว crown-rump length ของทารกได้มากกว่า 10 มม. แต่ไม่เห็นการเต้นของชีพจรทารก รายที่ไม่แน่ใจจะถูกจัดไว้ในกลุ่ม inconclusive และตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ถัดไปด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด^(3,7,8)

- Missed abortion วินิจฉัยเมื่อตรวจพบ gestational sac มีรูปร่างผิดปกติชัดเจน ร่วมกับปริมาณน้ำคร่ำน้อย ความหนาและความชัดของ chorionic reaction ลดลง ตัวอ่อนเสียชีวิตแล้ว และตำแหน่งมักกองอยู่ด้านล่างหรือเห็นเป็นเพียงกลุ่มก้อนของ hyperechoic หรือ mixed echoic (hyper and hypoechoic) ที่รูปร่างผิดปกติอย่างชัดเจน ในรายที่อายุครรภ์มากมักพบการเกยทับของกระดูกศีรษะ^(3,9)

ค. *Complete abortion* วินิจฉัยเมื่อตรวจพบมดลูกขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ไม่พบ gestational sac, fetal tissue, placenta พบเฉพาะ central echo จาก decidual reaction โดยแปลผลร่วมกับลักษณะทางคลินิกที่มีเลือดออกน้อยลง และตรวจพบปากมดลูกปิด⁽¹⁰⁾

ง. *Ectopic pregnancy* วินิจฉัยเมื่อตรวจไม่พบ gestational sac ในโพรงมดลูก (ร้อยละ 10-20 อาจพบ pseudogestational sac ซึ่งไม่มีลักษณะของ double ring echos) ร่วมกับตรวจพบมี free fluid ใน cul-de-sac และ mixed echoic mass ที่แยกได้ชัดจากรังไข่บริเวณ adnexa หรือสามารถพบ gestational sac (ซึ่งอาจมีตัวอ่อนอยู่ภายใน) นอกโพรงมดลูก รายที่ไม่แน่ใจจะถูกจัดไว้ในกลุ่ม inconclusive และ

ตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ถัดไปด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทาง
ช่องคลอด โดยแปลผลร่วมกับลักษณะทางคลินิก^(3,10)

จ. *Molar pregnancy* วินิจฉัยเมื่อตรวจพบลักษณะ
เฉพาะ คือ vesicle-liked echoes หรือ snow-flakes
appearance^(3,10)

3. กลุ่ม *inconclusive* หมายถึงกลุ่มที่การตรวจพบ
ในครั้งแรกไม่สามารถระบุว่ายอยู่ในกลุ่มใดข้างต้นอย่าง
ชัดเจน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จะได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียง
ความถี่สูงทางช่องคลอดใน 1-2 สัปดาห์ต่อมาจนได้รับ
การวินิจฉัยที่แน่นอนว่าเป็น *viable* หรือ *nonviable* ชนิดใด
นำบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจภายใน
และการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง มาวิเคราะห์ทาง
สถิติเพื่อหาค่าเฉลี่ยและความสัมพันธ์ร้อยละระหว่าง
การวินิจฉัยการแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิกกับ
อายุ จำนวนการตั้งครรภ์และการแท้ง อายุครรภ์ที่มีเลือด
ออกทางช่องคลอดครั้งแรก จำนวนวันที่มีเลือดออกทาง
ช่องคลอด และผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

ผลการศึกษา

1. อายุ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการ
แท้งคุกคามและเข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 156 ราย มีอายุ
ตั้งแต่ 18-45 ปี อายุเฉลี่ย 28.4 ปี กลุ่มอายุ 25-29 ปีพบมาก
ที่สุดจำนวน 63 ราย (ร้อยละ 40.4) (ตารางที่ 1)

2. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์/จำนวนครั้งของ
การแท้ง เป็นครรภ์แรกจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 34.6) เป็น
ครรภ์หลังจำนวน 102 ราย (ร้อยละ 65.4) ยังไม่เคยแท้ง
บุตรจำนวน 126 ราย (ร้อยละ 80.8) เคยแท้งบุตรมากกว่า
1 ครั้ง (2 ครั้ง) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.9) (ตารางที่ 1)

3. อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรก
อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรก อยู่ในช่วง
5 สัปดาห์ 6 วัน-20 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 9.9 สัปดาห์
กลุ่มอายุครรภ์ที่พบมากที่สุดคือ 9-12 สัปดาห์จำนวน 75
ราย (ร้อยละ 48.1) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 อายุจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวน
ครั้งของการแท้งของหญิงตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นการแท้ง
คุกคามจากลักษณะทางคลินิก (n = 156)

	จำนวน (ร้อยละ)
อายุของหญิงตั้งครรภ์ (ปี)	
<20	3 (1.9)
20-24	33 (21.2)
25-29	63 (40.4)
30-34	39 (25.0)
>34	18 (11.5)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	
1	54 (34.6)
2-4	102 (65.4)
จำนวนครั้งของการแท้ง	
0	126 (80.8)
1	27 (17.3)
2	3 (1.9)

4. จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมา
พบแพทย์ จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอดเฉลี่ย
3.6 วัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 วันจำนวน 120 ราย (ร้อยละ
77.0) มีเลือดออก 1 วัน จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 36.6)
มีเลือดออก 2-3 วัน จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 40.4) จำนวน
วันที่มีเลือดออกมากที่สุดคือ 16 วัน ไม่พบว่าผู้ป่วยมี
เลือดออกทางช่องคลอดมากจนทำให้โลหิตจางหรือ
สัญญาณชีพ (vital signs) ผิดปกติ (ตารางที่ 2)

5. ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ผลการตรวจ
คลื่นเสียงความถี่สูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม
(ตารางที่ 3) จากผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงครั้งแรก
พบว่าเป็นกลุ่ม *viable pregnancy* 55 ราย กลุ่ม *nonviable*
pregnancy 89 ราย และกลุ่ม *inconclusive* 12 ราย เมื่อ
ตรวจติดตามกลุ่ม *inconclusive* พบวินิจฉัยสุดท้ายเป็น
กลุ่ม *viable pregnancy* 5 ราย และในกลุ่ม *nonviable*

ตารางที่ 2 อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรก และจำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาพบแพทย์ (n = 156)

	จำนวน (ร้อยละ)
อายุครรภ์ที่มีเลือดออกครั้งแรก (สัปดาห์)	
≤8	54 (34.6)
9-12	75 (48.1)
≥13	27 (17.3)
จำนวนวันที่มีเลือดออกทางช่องคลอด	
1	57 (36.6)
2-3	63 (40.4)
4-5	6 (3.8)
6-7	6 (3.8)
>7	24 (15.4)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (n = 156)

ผลการตรวจ	ราย (ร้อยละ)
Viable pregnancy	
การตั้งครรภ์ปกติ (alive fetus)	60 (38.5)
Nonviable pregnancy	
การตั้งครรภ์ที่ไม่มีตัวอ่อน (blighted ovum)	39 (25.0)
Early fetal death (death embryo และ missed abortion)	32 (20.5)
การแท้งครบ (complete abortion)	18 (11.5)
การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy)	5 (3.2)
การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy)	2 (1.3)

pregnancy 7 ราย พบว่าเป็น blighted ovum 4 ราย missed abortion 2 ราย และ complete abortion 1 ราย

สรุปการวินิจฉัยสุดท้ายหลังการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงจนได้วินิจฉัยที่แน่นอนแล้ว

1. กลุ่ม viable pregnancy พบการตั้งครรภ์ปกติ (alive fetus) รวมทั้งสิ้นจำนวน 60 ราย (ร้อยละ 38.5)
2. กลุ่ม nonviable pregnancy พบรวมทั้งสิ้นจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 61.5)
 - Blighted ovum จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 25.0)
 - Early fetal death (death embryo และ missed abortion) จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 20.5)
 - Complete abortion จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 11.5)
 - การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 3.2)
 - การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy) จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.3)

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นการแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิก มีอายุเฉลี่ย 28.4 ปี พบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 40.4) ซึ่งน่าจะเป็นเพราะเป็นกลุ่มอายุที่มีอัตราการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มอื่น ผู้ป่วยร้อยละ 65.4 เป็นครรภ์หลัง แต่การศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าครรภ์หลังแท้งมากกว่าครรภ์แรก เพราะช่วงที่ทำการศึกษาอาจมีสตรีตั้งครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรก ผู้ป่วยร้อยละ 80.8 ไม่เคยแท้งบุตรมาก่อน เหมือนกับรายงานการศึกษาอื่น⁽⁸⁾ แต่ไม่สามารถสรุปได้เช่นกันว่าความต่างของอุบัติการณ์ในพวกที่เคยแท้งต่างจากไม่เคยแท้งอย่างไร เพราะไม่ได้ติดตามประชากรที่ไม่มีลักษณะทางคลินิกเป็นการแท้งคุกคามหรือเป็นการแท้งชนิดอื่นในช่วงที่ศึกษาว่ามีลักษณะทางระบาดวิทยาเป็นอย่างไร

อายุครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรก

พบร้อยละ 34.6 เกิดก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ ร้อยละ 82.7 เกิดก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (อายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์ พบมากที่สุด ร้อยละ 48.1) หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ พบลดลงเหลือร้อยละ 17.3 บ่งถึงโอกาสพบการวินิจฉัยการแท้งคุกคามลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โดยเฉพาะหลัง 12 สัปดาห์ ร้อยละ 77.0 ของผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่เกิน 3 วัน ผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากกว่า 7 วันพบร้อยละ 15.4 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีเลือดออกน้อยและกะปริดะปรอย

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเบื้องต้นในสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นการแท้งคุกคามจากลักษณะทางคลินิก พบเป็นกลุ่ม viable ร้อยละ 38.5 เป็นกลุ่ม nonviable ร้อยละ 61.5 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ ชีระ ทองสง และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นการแท้งคุกคามในไตรมาสแรกจากลักษณะทางคลินิก จำนวน 224 ราย โดยตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด และ ติดตามจนคลอด พบเป็นกลุ่ม nonviable ร้อยละ 60.3 (blighted ovum ร้อยละ 23.2, embryonic death หรือ fetal demise ร้อยละ 13.8, complete abortion ร้อยละ 12.5, incomplete abortion ร้อยละ 5.8, ectopic pregnancy ร้อยละ 3.1 และ molar pregnancy ร้อยละ 1.8) กลุ่ม viable ร้อยละ 39.7 เมื่อติดตามกลุ่มนี้ต่อไปพบแท้งเอง ร้อยละ 9.0 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 14.8 คลอดปกติ ร้อยละ 85.2

จากการศึกษานี้กลุ่ม nonviable จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 61.5) พบเป็น blighted ovum 39 ราย (ร้อยละ 25.0) early fetal death (death embryo และ missed abortion) 32 ราย (ร้อยละ 20.5) complete abortion 18 ราย (ร้อยละ 11.5) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) 5 ราย (ร้อยละ 3.2) การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy) 2 ราย (ร้อยละ 1.3) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ ชีระ ทองสง และคณะ⁽¹¹⁾ เช่นกัน ต่างกันเฉพาะในรายงานนี้ไม่มีการวินิจฉัยโรค incomplete abortion เพราะได้ตัดกลุ่มนี้ออก

ไปแต่แรกและในการติดตามผู้ป่วยบางรายที่กลับมาด้วยลักษณะทางคลินิกของ incomplete abortion เช่นกลุ่ม early fetal death ก็จะไม่เปลี่ยนกลุ่มจากการวินิจฉัยแรก

ผู้ป่วยทุกรายในกลุ่ม nonviable ได้คำแนะนำการดูแลรักษา ก่อนหน้าที่จะมีอาการตกเลือดมากหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อันตรายของโรคนั้นการรักษาและการติดตามผลการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งการวินิจฉัยแต่แรกเริ่มนี้ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนครั้งที่ต้องมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย

สรุป

การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงมีประโยชน์มากในการตรวจวินิจฉัยแยกโรคในสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคลินิกเป็นการแท้งคุกคาม พบว่ามีเพียงร้อยละ 38.5 เท่านั้นเป็นการตั้งครรภ์ปกติ ที่ควรได้รับการดูแลฝากครรภ์ต่อไป และส่วนใหญ่อีกร้อยละ 61.5 เป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมตามพยาธิสภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล และลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคามมีประสิทธิภาพ ถูกต้องแม่นยำ สามารถลดอัตราการเกิดโรค อัตราการตาย และรายจ่ายในสตรีตั้งครรภ์ลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Stovall TG, McCord ML. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, editors. Novak's Gynecology. 12th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 487-524.
2. Scott JR. Early pregnancy loss. In: Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, editors. Danforth's obstetrics and gynecology. 8th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1999. p. 143-53.

3. คำรง ตรีสุโกศล, ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ. การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการตรวจครรภ์ระยะเริ่มแรก. ใน: ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์, สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, ไพโรจน์ วิฑูรพนิชย์, บรรณาธิการ. คลื่นเสียงความถี่สูงในสูติศาสตร์.กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์; 2535. หน้า 14-31.
4. Mantoni M. Ultrasound signs in threatened abortion and their prognostic significance. *Obstet Gynecol* 1985;65:471-5.
5. Goldstein SR. Embryonic death in early pregnancy: a new look at the first trimester. *Obstet Gynecol* 1994;84: 294-7.
6. Tongsong T, Wanapirak C, Srisomboon J, Sirichotiyakul S, Polsrisuthikul T, Pongsatha S. Transvaginal ultrasound in threatened abortion with empty gestational sacs. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;46:297-301.
7. Liabsuetrakul T, Krisanapan O. The outcomes of vaginal bleeding in the first half of pregnancy at Songklanagarind hospital. *Thai J Obstet Gynecol* 1999;11:75-80.
8. Goldstein SR. Early detection of pathologic pregnancy by transvaginal sonography. *J Clin Ultrasound* 1990;18:262-73.
9. Nyberg DA, Laing FC, Filly RA. Threatened abortion: sonographic distinction of normal and abnormal gestational sac. *Radiology* 1986;158:397-400.
10. Kara L, Mayden A. First trimester ultrasonography and normal fetoplacental landmarks. In: Sandra L, Hagen-Ansert, editors. *Text book of diagnostic ultrasonography*. 3rd ed. Baltimore: CV Mosby; 1989. p. 406-40.
11. Tongsong T, Srisomboon J, Polsrisuthikul Y. Outcome of pregnancies with first trimester threatened abortion: a prospective study. *Thai J Obstet Gynecol* 1995;7:1-7.