

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ประกาศ หมีทอง

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกมารับการรักษาที่แผนกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2550 จำนวน 63 ราย คิดเป็นอุบัติการ 1 ต่อ 88 การคลอด หรือ 11.29 ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 ราย กลุ่มผู้ป่วยพบมากที่สุดในการตั้งครรภ์ครั้งแรก (42.86%) และกลุ่มอายุ 21-30 ปี (41.27%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดท้อง ร้อยละ 87.30 เลือดออกทางช่องคลอดร้อยละ 74.60 และขาดประจำเดือนร้อยละ 57.14 ตำแหน่งที่พบการตั้งครรภ์นอกมดลูก มากที่สุด คือ ท่อนำไข่ (96.83%) ส่วนแอมพูลลา (50.79%) และพบการแตก 47 ราย (74.60%) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 57 ราย (90.48%) และส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่ 48 ราย (76.19%) ขณะที่ผู้ป่วย 6 ราย (9.52%) ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด และติดตามอาการหายเป็นปกติทั้งหมด ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการศึกษานี้

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวช ที่ต้องการการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และให้การรักษาที่เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสมีบุตรในอนาคต

คำสำคัญ:

การตั้งครรภ์นอกมดลูก, การตัดท่อนำไข่, การรักษาโดยไม่ผ่าตัด

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว (fertilized ovum) นอกโพรงมดลูกและเจริญเป็นตัวอ่อน^(1,2) โดยมีอุบัติการแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค โดยเฉลี่ยพบระหว่าง 1:64 ถึง 1:222 หรือ 4.5 ถึง 15.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย⁽³⁾ ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการการตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้น 5 เท่า จากปี ค.ศ. 1970 ถึง 1989 เนื่องจากการตื่นตัวในการสืบค้น การพัฒนาเทคโนโลยีที่ดีขึ้น การคุมกำเนิดที่ป้องกันการตั้งครรภ์ปกติ เช่นห่วงอนามัย การทำหมันที่ล้มเหลว เทคโนโลยีช่วยเหลือผู้มีบุตรยาก การเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการทำแท้ง

เป็นต้น⁽¹⁻⁴⁾ ขณะที่อัตราตายลดลงร้อยละ 90 จากปี ค.ศ. 1979 ถึง 1992⁽⁴⁾ เนื่องจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ดีและรวดเร็วขึ้น สำหรับประเทศไทยยังไม่มี การรวบรวมข้อมูลที่มาพอจะสรุปโดยเฉพาะข้อมูลของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ซึ่งพบ บ่อยและยังไม่มีการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย บางรายหายเป็นปกติโดยไม่ต้องผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัด เป็นการรักษามาตรฐาน เคยมีรายงานเปรียบเทียบการ รักษาทั้งสองวิธีมาก่อนในปี พ.ศ. 2508⁽⁵⁾ พบว่า เมื่อมีการเลือกผู้ป่วยที่ไม่ปวดท้องมากหรือมีเลือดออกมากใน ช่องท้อง การรักษาโดยไม่ผ่าตัดสำเร็จร้อยละ 57 ซึ่งยังไม่เคยมีรายงานการรักษาโดยไม่ผ่าตัดในประเทศไทย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ในแง่อุบัติการณ์ ระบาดวิทยา ปัจจัยเสี่ยง ตำแหน่งที่เกิด อาการทางคลินิก และการรักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในตึกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 63 ราย ได้รับการบันทึก ประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย และการรักษา โดยละเอียดลงในเวชระเบียน และแบบฟอร์มบันทึก แล้วศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยผู้ป่วยยินยอม และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

การวินิจฉัย การตั้งครรภ์นอกมดลูกอาศัยอาการและอาการแสดง เช่น ประวัติขาดระดู ปวดท้องน้อย เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ร่วมกับการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ในรายที่สัญญาณชีพคงที่จะตรวจหาและติดตามระดับ β hCG ในน้ำเหลือง และความเข้มข้นของเลือด โดยเฉพาะในรายที่ อายุครรภ์น้อย ไม่มีอาการของ acute distress คือกังวล ปวดท้องมาก ไม่มีหรือมีเลือดในช่องท้องเล็กน้อย จะพิจารณาให้การรักษาแบบเฝ้าดูอาการ ถ้าผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ ส่วนในรายที่สัญญาณชีพผิดปกติ มีภาวะซีด ปวดท้องมาก มีอาการ acute distress และต้องการผ่าตัด จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดทันที หลังจากแก้ไขภาวะซีดด้วยสารน้ำเพียงพอแล้ว

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกมากที่สุดในช่วงอายุ 21-30 ปี (41.27%) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่สมรส หรือมีคู่แล้ว (69.84%) และมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (46.03%)

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูก (n=63 ราย)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
11 - 20	11	17.46
21 - 30	26	41.27
31 - 40	16	25.40
มากกว่า 40	10	15.87
สถานภาพสมรส		
โสด	19	30.16
สมรส, คู่	44	69.84
อาชีพ		
รับจ้าง	29	46.03
ข้าราชการ	15	23.81
นักเรียน, นักศึกษา	9	14.29
งานบ้าน	7	11.11
ทำสวน, ทำไร่	2	3.17
ค้าขาย	1	1.59
การตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	27	42.86
ครรภ์ที่ 2	18	28.57
ครรภ์ที่ 3	10	15.87
มากกว่าครรภ์ที่ 3	8	12.70
การคุมกำเนิด		
ไม่ได้คุมกำเนิด	55	87.30
ยากินคุมกำเนิด	4	6.35
ถุงยางอนามัย	2	3.17
ทำหมัน	2	3.17
ปัจจัยเสี่ยง		
ไม่พบ	41	65.08
การอักเสบในอุ้งเชิงกราน	12	19.05
ประวัติทำแท้ง	8	12.70
เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก	1	1.59
ตั้งครรภ์หลังทำหมัน	1	1.59
อาการและอาการแสดง		
ปวดท้อง	55	87.30
เลือดออกทางช่องคลอด	47	74.60
ขาดประจำเดือน	36	57.14
ซีด เป็นลม	17	26.98
ไข้	2	3.17
กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง	51	80.95
กดเจ็บบริเวณปีกมดลูก	44	69.84
คลำพบก้อนที่ปีกมดลูก	31	47.62
ผลทดสอบการตั้งครรภ์ให้ผลบวก	59	93.65

การตั้งครรภ์นอกมดลูกส่วนใหญ่จะพบในครรภ์แรก (42.86%) และไม่ได้คุมกำเนิด (87.30%) ส่วนที่เหลือเป็นข้อผิดพลาดจากการคุมกำเนิดด้วย ยาากิน ถุงยางอนามัย และทำหมัน การไม่ได้คุมกำเนิดทำให้เกิดการตั้งครรภ์ทั้งในและนอกมดลูก แต่ไม่ได้ทำให้การตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้น โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน และการทำแท้ง

อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดท้อง (87.30%) รองลงไปคือเลือดออกทางช่องคลอด (ตารางที่ 1) โดยผลทดสอบการตั้งครรภ์ทางปัสสาวะเป็นบวกถึงร้อยละ 93.65

ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด คือ ท่อนำไข่ส่วน ampulla

พบทางด้านขวามากกว่าด้านซ้าย 1.4 เท่า และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูกแล้ว (74.60%) ที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ (69.84%)

การรักษาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 90.48 และผ่าตัด Salpingectomy มากที่สุด โดยผู้ป่วยร้อยละ 9.52 รักษาโดยไม่ผ่าตัด (ตารางที่ 2) และหายกลับมาปรกติทุกราย

วิจารณ์

ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ 63 ราย ขณะที่มารดาคลอดเด็กมีชีวิตในช่วงเวลาดังกล่าว 5,528 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1

ตารางที่ 2 การวินิจฉัย ตำแหน่งครรภ์นอกมดลูก และการรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก (n=63 ราย)

ตำแหน่งที่พบและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งครรภ์นอกมดลูก		
ท่อนำไข่	61	96.83
Cornu (interstitial)	4	6.35
Isthmus	17	26.98
Ampula	32	50.79
Fimbria	2	3.17
ไม่ได้ผ่าตัด	6	9.52
รังไข่	2	3.17
ภาวะของการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ที่ผ่าตัด)	57	90.48
แตก (ruptured)	47	74.60
ไม่แตก (unruptured)	5	7.94
แท้ง (abortion)	5	7.94
วิธีการรักษา		
ผ่าตัด	57	90.48
- ตัดท่อนำไข่ (Salpingectomy)	48	76.19
- ตัดท่อนำไข่และรังไข่ (Salpingo-oophorectomy)	2	3.17
- ตัดท่อนำไข่และคอหนู (Salpingectomy with cornual resection)	4	6.35
- ตัดท่อนำไข่ส่วนปลาย (Fimbriectomy)	2	3.17
- ตัดรังไข่ (Oophorectomy)	1	1.59
ไม่ได้ผ่าตัด	6	9.52

ต่อ 88 การคลอด หรือ 11.29 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายซึ่งใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ 9.85-10.58 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย⁽²⁾ แต่พบมากกว่าที่โรงพยาบาลตรัง รายงานไว้เมื่อปี พ.ศ. 2542 ที่ 6.2 ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 ราย⁽⁶⁾ อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ค่อนข้างคงที่ (12.13 และ 11.40 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ตามลำดับ) น่าจะเป็นเพราะว่า หลังจากโรคเอดส์แพร่ระบาด ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อและอักเสบในอุ้งเชิงกรานไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อพยาธิสภาพของมดลูก และท่อรังไข่ที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การศึกษานี้พบในครรภ์แรก (42.56%) และช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 21-30 ปี (87.30%) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่นคือ ร้อยละ 40.7 แต่ในอเมริกามักจะพบในครรภ์หลังและพบมากที่สุดในช่วงอายุ 35-44 ปี⁽³⁾ อาการที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์นอกมดลูกมากที่สุด คือ ปวดท้อง (87.30%) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานก่อนหน้านี้ที่พบประมาณร้อยละ 90-100^(1,3,7-9) อาจจะเป็นปวดท้องข้างเดียว ปวดทั่วท้องหรือปวดท้องร้าวไปที่หัวไหล่ รongลงมา คือ เลือดออกทางช่องคลอด (74.60%) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพช็อกจากการเสียเลือดประมาณ 1 ใน 4 (26.98%) ซึ่งขึ้นกับความล่าช้าในการวินิจฉัยและปริมาณเลือดในช่องท้อง เลือดในช่องท้อง 500 ซีซี ทำให้ปวดท้อง ลำไส้ขยาย ปวดไหล่และต้นคอ ถ้าปริมาณเลือดมากกว่า 1,000 ซีซี ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ในสภาพช็อกได้⁽¹⁻³⁾ การทดสอบการตั้งครรภ์ให้ผลบวก ร้อยละ 93.65 เนื่องจากชุดทดสอบในปัจจุบันมีความไวมากและใช้เวลาน้อย จึงควรทำการทดสอบทุกราย

ตำแหน่งที่พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกมากที่สุด คือ ท่อรังไข่ (96.83%) ซึ่งใกล้เคียงกับการ ศึกษาอื่น^(1-3,6,7) โดยส่วนของท่อนำไข่ที่พบมากที่สุด คือ ampulla การศึกษานี้ไม่พบการตั้งครรภ์ที่ปากมดลูก และในช่องท้อง แต่พบที่รังไข่ถึงร้อยละ 3.17 เช่นเดียวกับการศึกษาของ

ไตรภพ จารุทัศน์ พบร้อยละ 3.8 ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกเมื่อมาพบแพทย์ ส่วนใหญ่จะแตกแล้ว (74.60%) หรือแท้ง (7.94%) แสดงให้เห็นว่ายังวินิจฉัยได้ช้า และผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ที่รังไข่เพิ่มขึ้นจาก 1/40,000 - 1/60,000⁽¹²⁻¹⁴⁾ ในสมัยก่อนเป็น 1/4,000 - 1/7,000 ของการเกิดมีชีพ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ อาจเป็นเพราะว่ามีรายงานผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่รังไข่เพิ่มขึ้น จึงตระหนัก และค้นหาโดยเฉพาะในรายที่มีพยาธิสภาพ หรือมีเลือดออกที่รังไข่และให้การวินิจฉัยว่าเป็น ruptured corpus luteum cyst โดยไม่ได้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ อาจเป็น ruptured ovarian pregnancy โรงพยาบาลเพชรบูรณ์พบอุบัติการณ์ถึง 1/2,764 ของการเกิดมีชีพ และเป็น primary ovarian pregnancy ทั้ง 2 รายตาม Spiegelberg's criteria คือท่อนำไข่ข้างที่มีพยาธิสภาพ ต้องปรกติ ถุงหุ้มทวารอยู่ในตำแหน่งรังไข่ รังไข่ต้องติดกับมดลูกด้วย ovarian ligament และตรวจพบเนื้อเยื่อของรังไข่ในผนังถุงหุ้มทวาร^(2,12-16)

การรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกในปัจจุบัน คือ การผ่าตัด การเฝ้าติดตามอาการ (expectant) และการใช้ยา (methotrexate) โดยการผ่าตัดสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การผ่าตัดเปิดช่องท้อง (laparotomy) และการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopy) การรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ส่วนใหญ่ยังใช้การผ่าตัด ร้อยละ 90.48 โดยเฉพาะการตัดท่อรังไข่ (Salpingectomy) ร้อยละ 76.19 มีการรักษาแบบ expectant management 6 ราย (9.52%) และพบว่าผู้ป่วยหายเป็นปรกติ ทั้ง 6 ราย เมื่อติดตามอาการทางคลินิกและค่า β hCG ในน้ำเหลืองก็กลับมาปรกติ โดยจะให้การรักษาแบบ expectant ในกรณีผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการของ acute distress หรือมีเลือดออกมากในช่องท้อง อายุครรภ์น้อยกว่า 6 สัปดาห์ โดยเฉพาะในรายที่ β hCG ในน้ำเหลืองมีค่าต่ำกว่า 2,000 มิลลิยูนิตสากลต่อมิลลิลิตร มีรายงานการรักษาแบบ expectant โดยไม่ผ่าตัดพบว่า สำเร็จ ร้อยละ 40-60^(5,17,18) ในการศึกษาไม่มีข้อจำกัดเรื่องจริยธรรมและความยินยอมจากผู้ป่วยจึงเป็นการ

เลือกผู้ป่วยในการให้วิธีการรักษา ไม่ได้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ น่าจะมีการศึกษาและทำวิจัยต่อไปถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้การรักษาแบบ expectant ในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกประสบความสำเร็จ โดยผู้ป่วยต้องยินยอม เข้าใจแนวทางการรักษาและที่สำคัญ สามารถติดตามอาการได้ ซึ่งจะช่วยลดการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น เพราะมีรายงานว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดและมี complete resorption⁽¹⁹⁻²⁰⁾

การศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต หรือ มีภาวะแทรกซ้อน

สรุป

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวช และเป็นหนึ่งในสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์จากการศึกษานี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรก อายุระหว่าง 21-30 ปี และมีอาชีพรับจ้างควรได้รับคำแนะนำในการตั้งครรภ์แต่เนิ่น ๆ รวมทั้ง สังเกตอาการ ผิดปกติของการตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ ปวดท้องและเลือดออกทางช่องคลอด เพื่อให้การวินิจฉัยได้ในระยะแรก ๆ ตลอดจนการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสมีบุตรในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สตรี-นรีแพทย์ พยาบาลประจำตึกนรีเวชกรรม และผู้ป่วยนอกแผนกนรีเวช โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Glistrap LC III, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw - Hill; 2005. p. 253-69.
2. วิรัช วิศวสมงคล. การตั้งครรภ์นอกมดลูก. ใน: ธีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินติ้ง เฮ้าส์; 2548. หน้า 287-97.
3. Cartwright PS. Ectopic pregnancy. In: Jone HW III,

- Wentz AC, Burnett LS, editors. Novak's textbook of gynecology. 11th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. p. 497-506.
4. Lipscomb GH, Stovall TG, Ling FW. Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. New Eng J Med 2000; 348(18):1325-9.
5. Shapiro BS. The nonsurgical management of ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1987; 34:169-71.
6. ไตรภพ จารุทัศน์. การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลต้ง : วิเคราะห์ผู้ป่วย 53 ราย. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2542; 17(4): 127-9.
7. Durfee RB. Obstetric complication of pregnancy. In: Pernoll ML, Benson RC, editors. Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment. 6th ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1987. p. 262-73.
8. Aboud E. A five-year review of ectopic pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol 1997; 24(3):127-9.
9. Ehsan N, Mehmood A. Eetopic pregnancy: an analysis of 62 cases. JPMA 1998; 48(2):26-9.
10. Ramirez NC, Lawrence WD, Ginsberg KA. Ectopic pregnancy. A recent five-year study and review of the last 50 years' literature. J Reprod Med 1996; 41(10): 733-40.
11. Williams PC, Malvar TC, Kraft JR. Term ovarian pregnancy with delivery of a live female infant. Am J Obstet Gynecol 1982; 142:589-91.
12. Mercus SF, Brinsden PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. Fertil Steri 1993; 60:167-9.
13. Shuster J, Alger L, Mighty H, Guzinski G, Crenshaw C Jr. Ovarian pregnancy diagnosis after a failed midtrimester therapeutic abortion: a case report. J Reprod Med 1990; 35:187-90.
14. Grimes HG, Nosal RA, Gallagher JC. Ovarian pregnancy. A series of 24 cases. Obstet Gynecol 1983; 61:174-80.
15. Raziell A, Golan A, Pansky M, Ron-El R, Bukovsky I, Caspi E. Ovarian pregnancy: a report of twenty cases in one situation. Am J Obstet Gynecol 1990; 163:1182-5.
16. Schwartz LB, Carcangiu ML, De Cherney AH. Primary ovarian pregnancy: a case report. J Reprod 1993; 38:155-8.
17. Elson J, Tailor A, Banerjee S, Salim R, Hillary K, Jorkovic D. Expectant management of tubal pregnancy: prediction of successful outcome using decision tree analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23(6):552-6.
18. Hajenius PJ, Mol BW, Ank m WM, van der VeenF, Bossuyt PM, Lammes FB. Suspected ectopic pregnancy: expectant management in patients with nega-

- tive sonographic findings and low serum hCG concentration. Early pregnancy 1995; 1(4):258-62.
19. Lehfeltdt H, Tietz C, Gorstein F. Ovarian pregnancy and the intrauterine device. Am J Obstet Gynecol 1970; 108:1005.
20. Hallatt JG. Primary ovarian pregnancy: a report of twenty-five cases. Am J Obstet Gynecol 1982; 143:55-60.

Abstract Ectopic Pregnancy in Phetchabun Hospital

Prapas Meethong

Department of Obstetrics and Gynecology, Phetchabun Hospital

Journal of Health Science 2008; 17:SIII828-33.

Sixty-three cases of ectopic pregnancy were admitted to gynecological ward, Phetchabun hospital from January 1st, 2006 to December 31st, 2007. The incidence of ectopic pregnancy during 2-year prospective descriptive study was 1:88 births or 11.29/1,000 live births. It occurred mainly in first gravidarun (42.80%) and the age group of 21-30 years (41.27%). The common presenting symptoms were abdominal pain (87.30%), vaginal bleeding (74.60%) and amenorrhe (57.14%). The ectopic pregnancies were tubal in 96.83 percent of the cases and common at ampulla part (50.79%). Laparotomy was performed in 57 cases (90.48%) and salpingectomy was done in 48 cases (76.19%). Six cases (9.52%) had expectant management with complete resolution.

Ectopic pregnancy was the gynecological emergency, need early diagnosis and proper management to decrease morbidity, mortality and increase fertility in the future.

Key words: ectopic pregnancy, salpingectomy, expectant management