

การวินิจฉัยภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะในระยะตั้งครรภ์ ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง : รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล

ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Prenatal diagnosis of anencephaly by ultrasound : Two cases report

Yuthapong Werawatakul M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University.

Anencephaly was a lethal congenital anomalies of the central nervous system. The cerebral hemispheres were either rudimentary or absent and absence of the overlying skull. Both genetic and environmental factors were involved in the causes of these anomalies. It caused several obstetric complications in antepartum, intrapartum and post partum periods. Two cases of anencephalic fetuses were diagnosed in antepartum period by ultrasound at 25 and 18 weeks of gestations respectively. Termination of pregnancies were done without any complications.

ภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) เป็นภาวะพิการแต่กำเนิดของระบบประสาทและสมองอย่างหนึ่งซึ่งรุนแรงมากจนทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ แม้จะคลอดเมื่อครบกำหนดก็ตาม เนื่องจากส่วนที่เป็นเนื้อสมองมีการเจริญน้อยมากหรือไม่เลย และไม่มีส่วนกะโหลกศีรษะปกคลุมบริเวณเนื้อสมอง สาเหตุของภาวะนี้เชื่อว่าเกิดมาจากทั้งกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม ภาวะ

ทารกไม่มีกะโหลกศีรษะนี้ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ได้มาก ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วย 2 รายที่ตั้งครรภ์ ภาวะดังกล่าวและสามารถวินิจฉัยได้ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในขณะตั้งครรภ์ 25 และ 18 สัปดาห์ ตามลำดับ แล้วทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทันทีที่ทำการวินิจฉัยได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

บทนำ

ปัจจุบันอัตราตายของทารกแรกเกิดได้ลดลงมาก เนื่องจากมีความก้าวหน้าในการดูแลทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยหรือคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น มีเครื่องมือที่ละเอียดอ่อนสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด เช่น ตู้ปรับอุณหภูมิ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเรายังไม่สามารถลดอัตราตายของทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงลงได้ ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองและความสูญเสียอย่างมากในการให้การรักษาทารกดังกล่าว ในรายที่รอดชีวิตมักจะมีภาวะพิการหรือภาวะปัญญาอ่อนเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของมารดาของทารกที่พิการแต่กำเนิดดังกล่าวด้วย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ดูแลผู้ตั้งครรภ์ในการให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์มีความพิการที่รุนแรงให้ได้ตั้งแต่การตั้งครรภ์ระยะแรก และพิจารณาทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์เสียก่อน วิธีการนี้จะเป็นการลดอัตราตายของทารกแรกเกิด ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตลอดจนการเลี้ยงดูทารกที่พิการและปัญญาอ่อน นอกจากนี้ยังเป็นผลดีต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจของมารดาด้วย

อุบัติการณ์ของภาวะทารกพิการและ विकฤรูปแต่กำเนิดโดยทั่วไปพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1-3 ของการคลอดซึ่งอาจจะเป็นเพียงเล็กน้อยจนถึงเป็นรุนแรงมากก็ได้ ภาวะพิการแต่กำเนิดของระบบประสาทและสมอง (Neural tube defect) เป็นความพิการแต่กำเนิดอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อย โดยอาจจะเป็นชนิดรุนแรงจนไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เช่น ภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) หรือเป็นชนิดที่รุนแรงน้อยกว่าเช่น มีทางติดต่อระหว่างไขสันหลังกับภายนอก ซึ่ง

อาจจะทำให้มีอัมพาตหรืออ่อนแรงของร่างกายบางส่วน บางรายมีการอุดตันของระบบน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid) ทำให้เกิดภาวะทารกหัวบาตร (Hydrocephalus) เกิดขึ้น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 23 ปี บ้านอยู่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประวัติทางสูติศาสตร์ ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ครรภ์ที่ 1 คลอดครบกำหนด คลอดปกติที่โรงพยาบาลศรินครินทร์ เมื่อปี พ.ศ.2526 น้ำหนักทารกแรกคลอด 3,300 กรัม เป็นเพศชาย

ประวัติระดู มีระดูครั้งแรกอายุ 16 ปี มาสม่ำเสมอทุก 30 วัน ครั้งละ 3 วัน ปริมาณปกติ มีอาการปวดระดูเล็กน้อย

ระดูปกติครั้งสุดท้าย วันที่ 12 กันยายน 2529

กะเนวันกำหนดคลอด วันที่ 19 มิถุนายน 2530

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต แข็งแรงดี ไม่มีประวัติวัณโรคปอด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต ตับอักเสบ โรคเลือด หัดเยอรมัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประวัติครอบครัวและสังคม ไม่มีประวัติโรคติดต่อหรือโรคทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว, สามีอายุ 24 ปี ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นครั้งคราว

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการฝากครรภ์

ผู้มีครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรินครินทร์ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2529

ขณะตั้งครรภ์ได้ 10 สัปดาห์ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แพ้ท้องมาก ได้ยาแก้คลื่นไส้ Debendox^(R) ไปรับประทานวันละ 1 เม็ดก่อนนอน และวิตามิน B1-6-12 ครั้งละ 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร

การตรวจร่างกายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก

ลักษณะทั่วไปปกติ น้ำหนัก 42 กก. สูง

154 ซม. ไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่บวม ความดันโลหิต 100/70 มม.ปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 84 ครั้งต่อนาที

ตรวจหู ตา คอ จมูก ฟัน ต่อมไทรอยด์ ต้านม ผิวหนัง หัวใจ ปอด และระบบอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจครรภ์ พบว่ายังคล้ายขดมดลูก ไม่ได้จากทางหน้าท้อง

การดูแลในระยะฝากครรภ์

วัน เดือน ปี	20 พ.ย. 2529	18 ธ.ค. 2529	5 ก.พ. 2530	23 ก.พ. 2530	5 มี.ค. 2530
น้ำหนัก (กก.)	42	42.2	46.5	46.7	46.5
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	100/70	100/60	110/60	110/70	110/70
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	10	14	21	23	25
ระดับยอดมดลูก	not palpable	above pubic symphy	⊙	2FB > ⊙	$\frac{1}{4}$ > ⊙
เสียงหัวใจทารก	—	—	—	—	Positive
ความผิดปกติ	แพ้ท้อง	ไม่มี	เป็น	ปัสสาวะแสบ, ชัด	ทารกคืบน้อย
การตรวจปัสสาวะ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	เม็ดเลือดขาว 20-30/HPF ไข่ขาว + 2	ปกติ
การรักษาที่ได้รับ	Debendox ^B 1-6-12	Obimin AF Ferli-6	Obimin AF Brompheniramine	Ampicillin Urispa	ตรวจ Ultrasound

ตารางที่ 1 แสดงการดูแลในระยะฝากครรภ์ของผู้ป่วยรายที่ 1

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hematocrit ร้อยละ 34 เม็ดเลือดขาว 10,700 เซลล์ต่อ ลบ.มม. Neutrophil ร้อยละ 66 Lymphocyte ร้อยละ 26 Monocyte ร้อยละ 6 Basophil ร้อยละ 1 และ Eosinophil ร้อยละ 1 รูปร่างลักษณะเม็ดเลือดแดงปกติ เกร็ดเลือดจำนวนปกติ

ปัสสาวะไม่พบไข่ขาวหรือน้ำตาล ตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเซลล์ผิดปกติ

VDRL ได้ผล Non reactive

FBS ร้อยละ 91 มก.

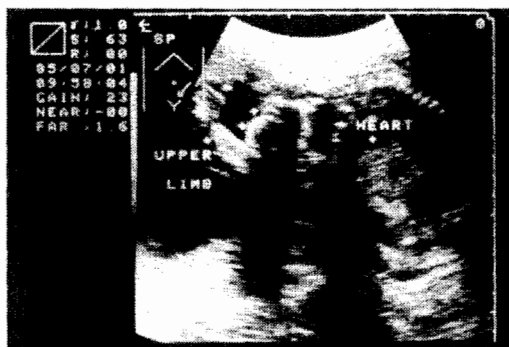
BUN ร้อยละ 4.6 มก.

Creatinine ร้อยละ 0.5 มก.

Uric acid ร้อยละ 3.6 มก.

ตรวจ Electrolyte ในเลือดได้ sodium 138 mEq/L, Potassium 3.5 mEq/L, Bicarbonate 27.8 mEq/L และ chloride 105 mEq/L

ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2530 พบว่าทารกคนเดียว มีก้นเป็นส่วนนำ เห็นการเต้นของหัวใจทารก มีความวิกลรูปของศีรษะไม่มีกะโหลกศีรษะ ไม่สามารถวัด Biparietal diameter ได้ ความยาวของกระดูกต้นขา (Femur length) เท่ากับ 47 มม. เข้าได้กับอายุครรภ์ 25 สัปดาห์ รกเกาะที่ผนังมดลูกด้านหลัง น้ำคร่ำปริมาณปกติ (รูปที่ 1, 2)



รูปที่ 1 แสดงภาพจากคลื่นเสียงความถี่สูงมองจากด้านข้างของทารกพบมีความวิกลรูปของศีรษะ ไม่มีกะโหลกศีรษะ



รูปที่ 2 แสดงภาพจากคลื่นเสียงความถี่สูง มองจากด้านบนลงล่าง พบมีความวิกลรูปของศีรษะ ไม่สามารถวัดระยะ Biparietal diameter ได้

การวินิจฉัยเบื้องต้น

ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ทารกเป็น Anencephaly (ภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ)

การดำเนินการรักษา

รับไว้ในโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ตั้งครรภ์เข้าใจถึงภาวะการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ ภาวะทารก

พิการแต่กำเนิดที่รุนแรงซึ่งทารกจะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้เมื่อคลอดครบกำหนด และพิจารณาทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์

การทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ใช้ Prostaglandin E₁ analogue ชนิดสอดช่องคลอด Cervagem^(R) เม็ด 1 มิลลิกรัม สอดช่องคลอด 1 เม็ด ทุก 3 ชั่วโมง เมื่อเวลา 10.00, 13.00, 16.00, 19.00 และ 22.00 น. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง

คือ ถ่ายอุจจาระเหลวและอาเจียนได้ให้การรักษาด้วยยาแก้ท้องเสียและยาป้องกันอาเจียน คือ Immodium^(R) 2 เม็ด และ Plasil^(R) 1 เม็ด ฉีดยาที่มีฤทธิ์ระงับอาการอาเจียนและทำให้พักผ่อน คือ Phenergan^(R) เข้ากล้ามเนื้อ ผู้ป่วยแท้งเมื่อเวลา 0.08 น. เป็นแท้งครบ น้ำหนักรวมทารกและรก 830 กรัม เป็นทารกเพศชายน้ำหนัก 600 กรัม ส่วนศีรษะไม่มีกะโหลก และขนาดเล็กผิดปกติ (รูปที่ 3, 4, 5)



รูปที่ 3 แสดงภาพทารกไม่มีกะโหลกศีรษะพร้อมรก (แท้งครบ)



รูปที่ 4 แสดงภาพทารกไม่มีกะโหลกศีรษะภายหลังแท้ง มองจากด้านหน้า



รูปที่ 5 แสดงภาพทารกไม่มีกะโหลกศีรษะภายหลังแท้ง มองจากด้านบน

หลังแท้งผู้ป่วยปกติดี ความดันโลหิต 100/70 มม.ปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.7° ซ.

ให้ยับยั้งการหลั่งของน้ำนมด้วย Bromocriptine เม็ด 2.5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน

การตรวจติดตามหลังแท้ง 4 สัปดาห์ ตรวจร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจภายในพบว่ปกติ ได้แนะนำคุมกำเนิดชั่วคราว ผู้ป่วยเลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด แนะนำมาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ในครรภ์ต่อไป

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 36 ปี อาชีพทำนา บ้านอยู่ตำบลบ้านทุ่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประวัติทางสูติศาสตร์ ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 5 โดยครรภ์ที่ 1 ทำแท้งขณะตั้งครรภ์ได้ 2 เดือน ครรภ์ที่ 2 คลอดครบกำหนด คลอดปกติที่บ้าน เมื่อปี พ.ศ.2523 น้ำหนักทารกแรกคลอด 2,500

กรม เป็นเพศหญิง ครรภ์ที่ 3 เป็นครรภ์ไข่-
ปลาอุกเมื่อปี พ.ศ.2527 ครรภ์ที่ 4 เป็นการ
ตั้งครรภ์ที่ส่วนทารกไม่เจริญ (blighted ovum)
ได้รับการขูดมดลูกเมื่อปี พ.ศ.2528

ประวัติระดู มีระดูครั้งแรกอายุ 14 ปี มา
สม่ำเสมอทุก 30 วัน ครั้งละ 3 วัน ปริมาณปกติ
มีอาการปวดระดูเล็กน้อย

ระดูปกติครั้งสุดท้าย วันที่ 3 พฤศจิกายน
2529

กะเนวันกำหนดคลอด วันที่ 10 สิงหาคม
2530

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต แข็งแรงดี ไม่มี
ประวัติวัณโรคปอด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง
เบาหวาน โรคไต ตับอักเสบ โรคเลือด หัด-
เยอรมัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประวัติครอบครัวและสังคม ไม่มีประวัติ
โรคติดต่อหรือโรคทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว

การดูแลในระยะฝากครรภ์

วัน เดือน ปี	6 ม.ค. 2530	3 ก.พ. 2530	3 มี.ค. 2530	10 มี.ค. 2530
น้ำหนัก (กก.)	58	58.3	60.5	60.6
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	110/70	110/70	110/70	110/70
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	9	13	17	18
ระดับยอดมดลูก	not palpable	above pubic symphysis	2FB < ⊙ (Tabpe 16 ซม.)	2FB < ⊙
เสียงหัวใจ ทารก	—	—	—	—
ความผิดปกติ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
การตรวจปัสสาวะ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ
การรักษที่ได้รับ	ตรวจ Ultrasound	Obimin AF	Obimin AF ตรวจ Ultrasound	ตรวจ Ultrasound

ตารางที่ 2 แสดงการดูแลในระยะฝากครรภ์ของผู้ป่วยรายที่ 2

สามีอายุ 38 ปี อาชีพทำนา ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
เป็นครั้งคราว

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการฝากครรภ์

ผู้มีครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาล
ศรินกรินทร์ เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2530 ขณะ
ตั้งครรภ์ได้ 9 สัปดาห์ ปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้
อาเจียน

การตรวจร่างกายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก

ลักษณะทั่วไปปกติ น้ำหนัก 58 กก. สูง
160 ซม. ไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่บวม ความดัน-
โลหิต 110/70 มม.ปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ
80 ครั้งต่อนาที

ตรวจหู ตา กอ จมูก ฟัน ต่อมไทรอยด์
เต้านม ผิวหนัง หัวใจ ปอด และระบบอื่นๆ อยู่
ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจครรภ์ พบว่ายังคล้ายยอดมดลูก
ไม่ได้จากหน้าท้อง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hematocrit ร้อยละ 37 เม็ดเลือดขาว 7,800 เซลล์ต่อ ลบ.มม. Neutrophil ร้อยละ 61 Lymphocyte ร้อยละ 35 Eosinophil ร้อยละ 4 รูปรังสีขณะเม็ดเลือดแดงปกติ เกร็ดเลือด จำนวนปกติ

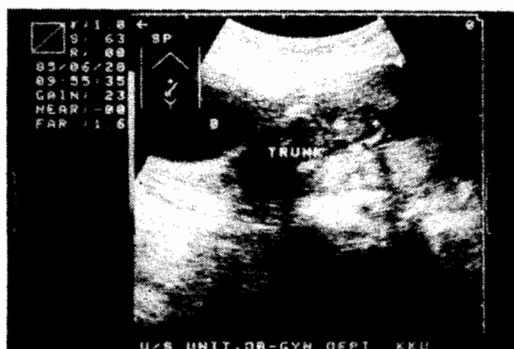
ปัสสาวะไม่พบไข่ขาวหรือน้ำตาล ตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเซลล์ผิดปกติ

VDRL ได้ผล Non reactive

ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography)

1. เมื่อวันที่ 6 ม.ค.2530 พบทารก คนเดียว วัดความยาวจากศีรษะถึงบริเวณก้น (Crown - rump length) ได้ 27 มม. เข้าได้กับ อายุครรภ์ 9 สัปดาห์

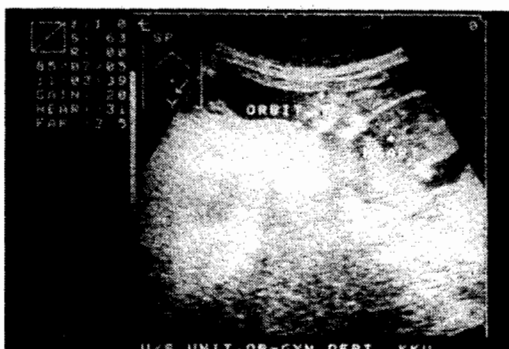
2. เมื่อวันที่ 3 มี.ค.2530 พบทารก คนเดียว อยู่ในท่าขวาง เห็นการเต้นของหัวใจ ทารก ไม่สามารถวัดขนาด Biparietal diameter ได้ สงสัยภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ นัดมา ตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ถัดไป (รูปที่ 6)



รูปที่ 6 แสดงภาพจากคลื่นเสียงความถี่สูง ไม่สามารถวัดระยะ Biparietal diameter สงสัยภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ

3. เมื่อวันที่ 10 มี.ค.2530 พบทารก คนเดียว อยู่ในท่าขวาง เห็นการเต้นของหัวใจ

ทารก มีความผิดปกติของศีรษะไม่มีกะโหลกศีรษะ ไม่สามารถวัด Biparietal diameter ได้ ความยาวกระดูกต้นขา (Femur length) เท่ากับ 27 มม. เข้าได้กับอายุครรภ์ 18 สัปดาห์ รกเกาะที่ผนังมดลูกด้านหน้า น้ำคร่ำปริมาณปกติ (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 แสดงภาพจากคลื่นเสียงความถี่สูงอีก 1 สัปดาห์ถัดมา แสดงความผิดปกติของศีรษะ ไม่มีกะโหลกศีรษะ

การวินิจฉัยเบื้องต้น

ครรภ์ที่ 5 อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ทารก เป็น Anencephaly (ภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ)

การดำเนินการรักษา

รับไว้ในโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ตั้งครรภ์ เข้าใจถึงภาวะการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ ภาวะทารกพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง ซึ่งทารกจะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เมื่อคลอดครบกำหนดและพิจารณา ทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์

การทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ใช้ Prostaglandin E₂ derivative ชนิดฉีด Sulprostone^(R) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณตะโพก 1 Ampule ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อเวลา 18.00, 24.00, 6.00 และ 12.00 น. ของวันที่ 11 และ 12 มี.ค. 2530 ตามลำดับ ไม่พบมีอาการข้างเคียง ผู้ป่วยแท้ง

เมื่อเวลา 16.45 น. เป็นแท้งไม่ครบ น้ำหนักทารก 100 กรัม เป็นเพศชาย ส่วนศีรษะไม่มีกะโหลกและขนาดเล็กผิดปกติ (รูปที่ 8, 9, 10) น้ำหนักรกประมาณ 90 กรัม ได้ทำการขูดมดลูกเอาส่วนรกที่แท้งไม่ครบออก

หลังแท้งผู้ป่วยปกติดี ความดันโลหิต 100/70 มม.ปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8° ซ.

การตรวจติดตามหลังแท้ง 2 สัปดาห์ ตรวจร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจภายในพบว่าปกติ ได้แนะนำคุมกำเนิดชั่วคราว ผู้ป่วยเลือกใช้ถุงยางอนามัย ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตรอีกเนื่องจากมีบุตรเพียง 1 คน แนะนำมาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ในครรภ์ต่อไป



รูปที่ 8 แสดงภาพทารกไม่มีกะโหลกศีรษะภายหลังแท้ง มองจากด้านหลัง



รูปที่ 9 แสดงภาพทารกไม่มีกะโหลกศีรษะภายหลังแท้ง มองจากด้านหน้า



รูปที่ 10 แสดงภาพทารกไม่มีกะโหลกศีรษะภายหลังแท้ง มองจากด้านบน

วิจารณ์

ภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) เป็นความพิการแต่กำเนิดของระบบประสาทและสมองชนิดที่รุนแรงจนทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ แม้จะคลอดเมื่อครบกำหนดก็ตาม เนื่องจากการเจริญของส่วนที่เป็นเนื้อสมองน้อยมาก นอกจากนี้ยังทำให้มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ได้มากดังนี้ ในระยะตั้งครรภ์เกิดภาวะครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) ครรภ์เกินกำหนด (Post term) ได้บ่อย ในระยะคลอดเกิดภาวะการคลอดนานผิดปกติ กลอดทำผิดปกติ กลอดติดไหล่ เป็นต้น และในระยะหลังคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เกิดภยันตรายต่อช่องทางคลอดเนื่องจากการคลอดผิดปกติ เป็นต้น⁽¹⁾ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้ดูแลการตั้งครรภ์ ในการสืบค้นและวินิจฉัยภาวะดังกล่าวให้ได้ตั้งแต่ในระยะการตั้งครรภ์ แล้วพิจารณาทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา⁽²⁾

การวินิจฉัยภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) ในระยะตั้งครรภ์ที่แม่นยำที่สุด ในปัจจุบันคือ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง⁽³⁾

ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะครรภ์อ่อนๆ อย่างไรก็ตามการที่จะตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในผู้ตั้งครรภ์ทุกรายนั้นยังมีข้อจำกัดอยู่ เนื่องจากเครื่องมือรวมทั้งผู้ที่ชำนาญในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงยังมีไม่เพียงพอ วิธีการที่ควรจะทำในขณะนี้ก็คือ การเลือกตรวจในรายที่ตั้งครรภ์ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทารกพิการแต่กำเนิด เช่น เคยตั้งครรภ์ทารกพิการแต่กำเนิดมาก่อน มีประวัติทารกพิการแต่กำเนิดในครอบครัว มารดาที่เป็นเบาหวาน มารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และในรายที่มีค่าแอลฟาฟิโตโปรตีนในเลือดสูงผิดปกติ เป็นต้น^(4,5)

ตัวอย่างผู้ป่วยที่รายงาน 2 รายข้างต้น จะเห็นว่าในรายที่ 1 ไม่มีประวัติหรือสิ่งตรวจพบผิดปกติ ซึ่งทำให้คิดถึงภาวะทารกพิการแต่กำเนิดเลย การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในรายนี้ก็เนื่องจากมีปัญหาเรื่องทารกคั่นน้อย และน้ำหนักมารดาไม่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ตรวจพบภาวะดังกล่าวโดยบังเอิญ กรณีที่ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ซึ่งมีความเสี่ยงสูง อาจจะต้องอาศัยการตรวจแอลฟาฟิโตโปรตีนในเลือดในผู้ตั้งครรภ์ทุกราย หากพบว่ารายใดมีค่าสูงผิดปกติแล้วก็จะทำการสืบค้นหาภาวะตั้งครรภ์ผิดปกติต่อไป ในผู้ตั้งครรภ์รายที่ 2 เป็นรายที่มีข้อบ่งชี้ให้ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงอยู่แล้ว เนื่องจากเคยตั้งครรภ์ไขปลาคูกตั้งครรภ์ที่ส่วนทารกไม่เจริญและอายุ 36 ปี การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในครั้งแรกขณะอายุครรภ์ 9 สัปดาห์ ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะได้ เนื่องจากทารกยังมีขนาดเล็กมาก การคำนวณอายุครรภ์ในระยะนี้ยังใช้การวัดระยะจากปลายศีรษะถึงส่วนก้น (Crown-rump-length) อยู่⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามรายนี้ก็สามารถให้การวินิจฉัยได้ในการตรวจครั้งต่อมา

ซึ่งยังเป็นการตั้งครรภ์ระยะแรกอยู่ การทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในทั้ง 2 รายนี้เลือกใช้ prostaglandin เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงกว่าวิธีอื่นๆ⁽⁷⁾

การวินิจฉัยภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ขณะอายุครรภ์ 17 สัปดาห์ มีรายงานครั้งแรกโดย Campbell และคณะ ในปี ค.ศ.1972⁽⁸⁾ ลักษณะที่ตรวจพบจากคลื่นเสียงความถี่สูงคือ ไม่มี Cranial vault ไม่มี brain tissue และไม่สามารถวัด Biparietal diameter ได้⁽⁸⁾ การวินิจฉัยที่แน่นอนควรทำหลังอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ ซึ่งสามารถเห็นส่วนต่างๆ ของศีรษะทารกได้ชัดเจนแล้วเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามควรให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้มีปัญหาในการพิจารณาทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์⁽⁶⁾

ภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะเกิดขึ้นระหว่างสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ภายหลังการปฏิสนธิ จากการที่ Neural fold ไม่สามารถเชื่อมติดกันเป็น forebrain ตามปกติ ทำให้มีเยื่อหนาของ Angiomatous stroma ขวางกั้นอยู่⁽⁸⁾ สาเหตุเชื่อว่ามีผลมาจากทั้งกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม คือพบมีอุบัติการณ์แตกต่างกันในส่วนต่างๆ ของโลกดังนี้ ใน South Wales พบ 3.5 ต่อการคลอด 1,000 ราย คนผิวขาวในสหรัฐอเมริกา พบ 1.2 ต่อการคลอด 1,000 ราย คนผิวดำในสหรัฐอเมริกา พบ 0.2 ต่อการคลอด 1,000 ราย และในญี่ปุ่นพบ 0.6 ต่อการคลอด 1,000 ราย⁽⁶⁾

สำหรับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในระยะก่อนมีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง จะพบภาวะทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ ที่ตั้งครรภ์ครบ

กำหนดและมาตลอดเฉลี่ยปีละ 4-5 ราย ดังนั้น ถ้าหากมีการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในผู้ที่มาฝากครรภ์ ในรายที่มีข้อบ่งชี้เพื่อวินิจฉัยภาวะทารกพิการแต่กำเนิดดังกล่าวแล้วเชื่อว่าน่าจะลดอุบัติการณ์การคลอดทารกพิการแต่กำเนิดลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Pritchard JA, Mac Donald PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 17th ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1985; 798-807.
2. Johnson A, Losure TA, Weiners S. Early diagnosis of fetal anencephaly. JCU 1985; 13 (7): 503-5.
3. Cunningham ME, Walls WJ. Ultrasound in the evaluation of anencephaly. Radiology 1976; 118 (1): 165-7.
4. Campbell S. Early prenatal diagnosis of neural tube defects by ultrasound. Clin Obstet Gynecol 1977; 20 (2): 351-9.
5. Robinson HP, Hood VD, Adam AH, et al. Diagnostic ultrasound: Early detection of fetal neural tube defects. Obstet Gynecol 1980; 56 (6): 705-10.
6. Sanders RC, James JR; AE. The Principles and Practice of Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology. 3rd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1985: 243-56.
7. Osathanondh R, Donnenfeld AE, Frigoletto FD, et al. Induction of labor with anencephalic fetus. Obstet Gynecol 1980; 56 (5): 655-7.
8. Callen PW. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology, Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1983: 97-112.