

ผู้ป่วยมีบุตรยากที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 2531-2535

โกวิท คำพิทักษ์, พบ.
กนก สีจร, พบ.
พงษ์ ปทุมนากุล, พบ.

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Descriptive study : Infertile patients at Srinagarind Hospital. during 1988-1992

Kovit Compitak M.D.,

Department of Obstetrics & Gynecology.

Kanok Seejon M.D.,

Faculty of Medicine. Khon Kaen University, 40002.

Thailand.

Pong Pratumnakul M.D.

Abstract

A descriptive study of 1,098 infertile couples who came to Srinagarind hospital between 1988-1992 is reported. The female age was 15-45 years (26.98 years) and the male age was 18-67 years (30.17 years). Ninety eight point seven of the couples lived in the north-east of Thailand and there were 33.8% living in Khon Kaen province. The average infertility time was 4.55 years and post-married time was 4.94 years. Primary and secondary infertility were identified in 50.9% and 5.83% of the couples and there were no data records in 43.26% of the couples

The cases of infertility were male factors 31.42% female factors 19.30% and an be identified factors 53.55%. The numbers of treatment and follow up were analyzed as follow : 31.3% of the couples had one treatment, 50% of the couples came 2-5 times and only 18.7% of the couples that came to the hospital more than 5 times. There were 58 couples that got pregnant (5.3%).

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยภาวะมีบุตรยาก ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรินครินทร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2531-2535 จำนวน 1,098 คู่ อายุภรรยาอยู่ระหว่าง 15-45 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 26.98 ปี อายุสามีอยู่ระหว่าง 18-67 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 30.17 ปี ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 98.7 และอยู่ในจังหวัดขอนแก่นร้อยละ 33.8 ระยะเวลาภายหลังการแต่งงานโดยเฉลี่ย 4.94 ปี และระยะเวลาการมีบุตรยากโดยเฉลี่ย 4.55 ปี พบว่าเป็นผู้ป่วยมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิร้อยละ 50.91 ชนิดทุติยภูมิร้อยละ 5.83 และไม่ทราบข้อมูลร้อยละ 43.26 พบผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของฝ่ายชายร้อยละ 31.42 มีภาวะความผิดปกติของฝ่ายหญิงร้อยละ 19.30 ไม่สามารถพิสูจน์พบภาวะผิดปกติร้อยละ 53.55

ในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา 1 ครั้ง จำนวนร้อยละ 31.3, 2-5 ครั้ง จำนวนร้อยละ 50.0 และมากกว่า 5 ครั้ง จำนวนร้อยละ 18.7 พบว่าผู้ป่วยที่พิสูจน์ได้ว่ามีการตั้งครรภ์ระหว่างการรักษา 58 คู่ คิดเป็นร้อยละ 5.3

บทนำ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ให้บริการรักษาผู้ป่วยมีบุตรยาก เนื่องจากมีความตระหนักว่า แม้จะเป็นภาวะผิดปกติที่ไม่ถึงแก่ชีวิต แต่ทำให้คู่สมรสมีความทุกข์ทรมานและใจจากภาวะดังกล่าว

การกระจายตัวของผู้ป่วยมีบุตรยากพบได้ประมาณร้อยละ 10-20^(1,4) ของคู่สมรสทั้งหมด ซึ่งในการตรวจรักษา แพทย์มักคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วยระยะเวลาของภาวะมีบุตรยาก (duration of infertility) ความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของการมีบุตรยาก (etiologic factors) และความสามารถในการติดตามผลการรักษา ทั้งนี้ เพราะผลสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งสี่นี้^(1,2)

ความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของการมีบุตรยากมีอยู่หลายประการ เช่น สาเหตุจากฝ่ายชาย (male factor) ภาวะไม่มีไข่ตก (anovulation) และพยาธิสภาพของท่อนำไข่ (tubal factor)⁽⁵⁻¹³⁾ เป็นต้น สาเหตุของการมีบุตรยากแต่ละสาเหตุพบได้เล็กน้อยต่างกันในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาย้อนหลัง เพื่อต้องการทราบว่าผู้

ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรินครินทร์ มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลเหล่านี้เช่นไร เพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาหน่วยผู้มีบุตรยาก ทั้งในด้านการบริการการวิจัย และการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ทำการศึกษาเพิ่มผู้ป่วยมีบุตรยากที่มาใช้บริการที่คลินิกตรวจรักษาผู้มีบุตรยากของโรงพยาบาลศรินครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยศึกษาผู้ป่วยที่มาตรวจตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2531 จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2535 รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 1098 คู่

ผู้ป่วยทุกคนมีภาวะมีบุตรยากนานอย่างน้อย 1 ปี การสืบค้นหาสาเหตุการมีบุตรยากเริ่มด้วยการซักประวัติคู่สามีภรรยาและบันทึกไว้ การตรวจเลือดเพื่อหาการทำงานของต่อมไทรอยด์, ระดับโปรแลคติน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวัดอุณหภูมิพื้นฐานของร่างกาย (basal body temperature) และการตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ (semen analysis) หากการสืบค้นหาสาเหตุพบความผิดปกติ เช่นการวัดอุณหภูมิพื้นฐานของร่างกาย บ่งชี้ว่า ไม่มีการตกไข่ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขทันที หลังจากนั้นการสืบค้นหาสาเหตุขึ้นต่อไป ประกอบด้วยการตรวจมูกของปากมดลูก การตรวจทดสอบหลังเพศสัมพันธ์ (post coital test) การฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพรังสีของมดลูกและท่อนำไข่ (hysterosalpingography) การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน (laparoscopy) การตัดชิ้นเนื้อจากเยื่อโพรงมดลูก (endometrial biopsy) การตรวจระดับโปรเจสเตอโรนในซีรัม (serum progesterone)

ความผิดปกติของการตกไข่ได้แก่ ภาวะไม่มีไข่ตก รวมทั้ง oligoovulation ซึ่งหมายถึง การตกไข่ที่มีระยะเวลาระหว่างการตกไข่แต่ละครั้ง ห่างกันนานกว่า 6 สัปดาห์ การวินิจฉัยความผิดปกติของการตกไข่ ส่วนใหญ่ทำโดยการวิเคราะห์บันทึกอุณหภูมิพื้นฐานของร่างกาย ส่วนการตรวจระดับโปรเจสเตอโรนในซีรัมใช้ในผู้ป่วยเพียงบางราย

ในการตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ ค่าปกติที่ใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินคือ จำนวนตัวอสุจิไม่น้อยกว่า 20 ล้านตัวต่อมิลลิลิตร ตัวอสุจิเคลื่อนที่ไปข้างหน้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และมีรูปร่างปกติไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจทดสอบหลังเพศสัมพันธ์ ทำการตรวจในวันไข่ตกหรือก่อนวันไข่ตก 1-2 วัน โดยให้คู่สมรสมี

เพศสัมพันธ์ 6-10 ชั่วโมงก่อนการตรวจ หากตรวจพบตัวอสุจิเคลื่อนที่ไปข้างหน้าไม่น้อยกว่า 5 ตัวต่อ high power field (กำลังขยาย 400) ถือว่าผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การวินิจฉัยพยาธิสภาพของตัวมดลูกและท่อนำไข่ ทำโดยการฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพรังสีของมดลูกและท่อนำไข่ และ/หรือการส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน

การวินิจฉัยภาวะเยื่อโพรงมดลูกอักเสบ (endometriosis) ทำโดยการส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกรานหรือการเปิดผ่าตัดทางหน้าท้อง

การตัดสินใจเนื่องจากเยื่อโพรงมดลูกทำก่อนระดู จะมาประมาณ 2-3 วัน หากตรวจพบว่า histological date ช้ากว่า chronological date มากกว่า 2 วันเป็นอย่างน้อย 2 ครั้ง จะให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องของระยะหลังไข่ตก (luteal phase defect)

หากตรวจพบว่าเป็น proliferative phase ให้ถือว่าไม่มีการตกไข่ในรอบระดูนั้น

การตรวจหาภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิใช้แต่เพียงการตรวจทดสอบหลังเพศสัมพันธ์เท่านั้น ยังไม่มีการทดสอบเจาะจงเพื่อหาภูมิต้านทานตัวอสุจิ

การตรวจว่าตั้งครรภ์หรือไม่ใช้ urinary pregnancy test ภายหลังจากขาดประจำเดือนได้ 2 สัปดาห์ ถ้าตรวจได้ผลลบและประจำเดือนยังไม่มาให้นัดตรวจซ้ำอีกครั้ง 1 สัปดาห์

ผลการศึกษา

จากการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยมีบุตรยากที่มารักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่ พ.ศ.2531-2535 จำนวน 1098 คู่ ผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุระหว่าง 15-45 ปี โดยเฉลี่ย 26.98 ปี พบว่าร้อยละ 95.2 มีอายุต่ำกว่า 35 ปี และผู้ป่วยเพศชายมีอายุระหว่าง 18-67 ปี โดยเฉลี่ย 30.17 ปี พบว่าร้อยละ 96.4 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ดังตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยจำนวน 1,066 คู่ (ร้อยละ 98.7) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยแบ่งตามจังหวัดต่างๆ ดังในตารางที่ 3 และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังในตารางที่ 4

ระยะเวลาของการมีบุตรยากร้อยละ 43.4 อยู่ในระหว่าง 1-3 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิจำนวน 559 คู่ คิดเป็นร้อยละ 50.91 และผู้ป่วยมีบุตรยากทุติยภูมิจำนวน 64 คู่คิดเป็นร้อยละ 5.83 โดยตรวจพบสาเหตุของความผิดปกติ แบ่งตามเพศชายหญิงและสาเหตุร่วมกัน ดังในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ

ตารางที่ 7 และ 8 แสดงถึงผลการตรวจพบความผิดปกติของฝ่ายหญิงโดยการตรวจด้วยการฉีดสารทึบแสงเข้าโพรงมดลูก และการส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน ตามลำดับ

จากแฟ้มบันทึกพบว่ามี ความผิดปกติของระดูจำนวน 143 ราย และปกติจำนวน 772 ราย นอกนั้นไม่ได้รับการบันทึก

สามารถตรวจพบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ขณะทำการรักษาจำนวน 58 คู่ คิดเป็นร้อยละ 5.3

ตารางที่ 1 แสดงอายุของผู้ป่วย

อายุ (ปี)	อายุของผู้ป่วยเพศหญิง		อายุของผู้ป่วยเพศชาย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
20 หรือน้อยกว่า	114	10.6	11	1.4
21-25	301	27.9	131	16.9
26-30	431	39.9	310	40.1
31-35	181	16.8	218	28.2
36-40	45	4.2	76	9.8
มากกว่า 40	7	0.6	28	3.6
รวม	1079*	100	774*	100

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาของภาวะมีบุตรยากและระยะเวลาภายหลังการแต่งงาน

ระยะเวลา (ปี)	ระยะเวลานานของภาวะมีบุตรยาก		ระยะเวลาภายหลังการแต่งงาน	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1-3	418	43.4	456	48.0
มากกว่า 3-5	227	23.6	218	22.9
มากกว่า 5-10	254	26.4	229	24.1
มากกว่า 10	64	6.6	47	4.9
รวม	963*	100	950*	100

*หมายเหตุ ผลรวมไม่เท่ากับ 1098 คู่ เพราะว่ามีเพศหนึ่งที่มีข้อมูลไม่ครบ

ตารางที่ 3 ภูมิสำเนาของผู้ป่วยมีบุตรยาก

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น	365	33.8
กาฬสินธุ์	139	12.9
อุดรธานี	136	12.6
มหาสารคาม	94	8.7
ร้อยเอ็ด	78	7.2
ชัยภูมิ	72	6.7
หนองคาย	42	3.9
เลย	34	3.1
สกลนคร	30	2.8
นครพนม	15	1.4
บุรีรัมย์	15	1.4
นครราชสีมา	11	1.0
ยโสธร	11	1.0
มุกดาหาร	10	0.9
อุบลราชธานี	5	0.5
ศรีสะเกษ	5	0.5
สุรินทร์	1	0.4
อยู่ในภาคอื่นๆ	14	1.3
รวม	1080*	100

*หมายเหตุ ผลรวมไม่เท่ากับ 1098 คู่ เพราะว่ามีแฟ้มส่วนหนึ่งที่ข้อมูลไม่ครบ

ตารางที่ 4 จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

จำนวนครั้ง	ผู้ป่วยราย	ร้อยละ
1	350	31.9
2	206	18.8
3	162	14.8
4	108	9.8
5	69	6.3
6	41	3.7
7	32	2.9
8	27	2.5
9	24	2.2
10	20	1.8
11	15	1.4
12	11	1.0
>12	33	3.0
รวม	1098	100

ตารางที่ 5 แสดงสาเหตุของการมีบุตรยาก

สาเหตุของการมีบุตรยาก	ผู้ป่วย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สาเหตุจากฝ่ายชายอย่างเดียว	298	27.14
สาเหตุจากฝ่ายหญิงอย่างเดียว	117	15.02
สาเหตุร่วมฝ่ายชายและหญิง	47	4.28
ไม่ทราบความผิดปกติ	636	53.55
รวม	1,098	100

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ

ผลการตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ	ผู้ป่วย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Azoospermia	161	14.7
Oligospermia	162	14.8
Asthenozoospermia	21	1.9
Polyzoospermia	1	0.1
Unknown	261	23.8
Normal	492	44.8
รวม	1098	100

ตารางที่ 7 ความผิดปกติที่พบจากการฉีดสารทึบแสงเข้าโพรงมดลูกฯ

สิ่งที่ตรวจพบ	ผู้ป่วย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีความผิดปกติทางกายวิภาคของมดลูก	6	.7
Asthman's syndrome	3	2.9
ท่อนำไข่อุดตัน 1 ข้าง	31	29.5
ท่อนำไข่อุดตัน 2 ข้าง	37	35.2
ภาวะ Hydrosalpinx	27	25.7
ท่อนำไข่อุดตันร่วมกับ hydrosalping	1	1.0
รวม	105	100

ตารางที่ 8 ความผิดปกติที่ได้จากการส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน (Laparoscopy)

สิ่งที่ตรวจพบ	ผู้ป่วย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปกติ	16	42.1
มีท่อหน้าไข่อุดตัน 1 ข้าง (unilateral occlusion)	5	13.2
มีท่อหน้าไข่อุดตัน 2 ข้าง (bilateral occlusion)	6	15.8
ภาวะเยื่อโพรงมดลูกอยู่ผิดที่ (endometriosis)	5	13.2
อื่นๆ	6	15.8
รวม	38	100

ตารางที่ 9 ความผิดปกติของการมีบุตรยากในรายงานอื่นๆ เปรียบเทียบกับผลการศึกษาครั้งนี้ (แสดงเป็นร้อยละของผู้ป่วย)

สาเหตุของการมีบุตรยาก	ประเทศกำลัง พัฒนา	อเมริกา	เอเชีย	ลาตินอเมริกา	การศึกษา ครั้งนี้
สาเหตุจากฝ่ายชายอย่างเดียว	22	8	13	22	27.14
สาเหตุจากฝ่ายหญิงอย่างเดียว	31	37	34	25	15.02
สาเหตุทั้งชายและหญิงร่วมกัน	21	35	24	30	4.28
ไม่ทราบสาเหตุ	14	5	13	10	53.55

(จาก Insler V., 1993.)

วิจารณ์

ผู้ป่วยมีบุตรยากจัดเป็นปัญหาสังคมอย่างหนึ่ง โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 10-20 ในสหรัฐอเมริกา และยุโรป⁽¹⁻⁴⁾ สำหรับในประเทศไทย เคยมีผู้ทำการศึกษาพบว่า primary infertility พบร้อยละ 2 ส่วน secondary infertility พบร้อยละ 5.2-18.6⁽⁵⁾ หรือโดยเฉลี่ยทั้งประเทศมีคู่สมรสประมาณ 1-1.5 ล้านคู่ ที่มีปัญหาการมีบุตรยาก⁽³⁾

ผู้ป่วยส่วนมากมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบว่าผู้ป่วยในเขต จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง เดินทางมารักษามากกว่าจังหวัดที่อยู่ไกลออกไป ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากปัญหาการเดินทางเป็นสำคัญ

มีผู้รายงานว่าการมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ มีอัตราเพิ่มขึ้นในบริเวณที่มีการระบาดของกาฬโรคสูง⁽⁵⁾ เมื่อทำการศึกษาถึงสาเหตุการทำให้มีบุตรยาก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยในกลุ่มผู้ที่มีบุตรยากปฐมภูมิ พบว่าร้อยละ 50 สาเหตุมาจากฝ่ายชาย ส่วนพยาธิสภาพของท่อหน้าไข่พบเพียงร้อยละ 19.1 ซึ่งในทางตรงข้ามในกลุ่มผู้ป่วยทุติยภูมิร้อยละ 18.1 ตรวจพบสาเหตุจากฝ่ายชาย แต่พยาธิสภาพของท่อหน้าไข่พบมากถึงร้อยละ 48.6⁽⁵⁾ จากการวิจัยครั้งนี้ พบผู้ป่วยมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ จำนวน 559 คู่ และชนิดทุติยภูมิ จำนวน 64 คู่ คิดเป็นอัตราส่วนผู้ที่มีบุตรยากชนิดปฐมภูมิต่อทุติยภูมิเป็น 8.75 ต่อ 1 (ผู้ป่วยส่วนที่เหลือไม่ได้รับการบันทึกข้อมูลส่วนนี้ลงในแฟ้ม)

Dor และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาถึงระยะเวลาของการมีบุตรยาก กับผลสำเร็จของการรักษา เมื่อติดตามการรักษาอย่างน้อย 1 ปี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการมีบุตรยาก ตั้งแต่ 1-3 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 60.2 ตั้งแต่ 3-5 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 40 และตั้งแต่ 5-10 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 23.6 ซึ่งจากรายงานฉบับนี้มีระยะเวลาการมีบุตรยากโดยเฉลี่ย 4.55 ปี ดังนั้นจึงมีผู้แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการมีบุตรยากควรมาพบแพทย์ตั้งแต่เนิ่น ๆ ไม่ควรทิ้งให้นานเกินกว่า 3 ปี^(10,15)

สาเหตุของผู้มีบุตรยากแบ่งตามเพศนั้น โดยทั่วไปพบว่ามีสาเหตุจากฝ่ายชายประมาณร้อยละ 30-40 ฝ่ายหญิงประมาณร้อยละ 40-50 และพบสาเหตุร่วมกันประมาณร้อยละ 10-20^(6,8) ซึ่งจากการวิจัยนี้พบสาเหตุการมีบุตรยากจากฝ่ายชายจำนวนร้อยละ 31.40 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่สาเหตุจากฝ่ายหญิงยังตรวจพบได้น้อย เพราะมีความยุ่งยากมากกว่าในการวินิจฉัยและจำเป็นต้องมีการติดตามผลการรักษาใกล้ชิด

เมื่อทำการสืบค้นถึงรายละเอียดของความผิดปกติในฝ่ายหญิงพบว่าน้อยกว่าร้อยละ 10 มีสาเหตุจากช่องคลอด ร้อยละ 20 มีสาเหตุจากปากมดลูกและมดลูก ส่วนความผิดปกติของท่อนำไข่และรังไข่ตรวจพบได้ร้อยละ 40 และปัจจัยจากรังไข่พบร้อยละ 40⁽¹⁴⁾ ซึ่งจากการวิจัยฉบับนี้ความผิดปกติที่สำรวจได้พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของประจำเดือน จำนวน 143 ราย จากจำนวนที่ได้นำมาศึกษา 915 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.6

การฉีดสารทึบแสงเข้าโพรงมดลูกและถ่ายภาพรังสีของมดลูกและท่อนำไข่ (Hystero salpingogram, HSG) สามารถพบความผิดปกติของโพรงมดลูกได้หลายอย่าง เช่น โพรงมดลูกเป็นรูปตัวที (T-shape), endometrial polyp, submucous myoma, submucous fibroids หรือผนังด้านในของโพรงมดลูกติดกัน (uterine synechiae) เป็นต้น ส่วนความผิดปกติของท่อนำไข่ที่พบได้คือ ความผิดปกติของส่วน tubocornual, ความผิดปกติส่วน isthmus, ความผิดปกติส่วน ampullar และ infundibulum, ความผิดปกติส่วน fimbria และความผิดปกติของการกระจายสารทึบแสงเข้าไปในช่องท้อง (peritoneal spread)⁽¹⁾ จากการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากแฟ้มผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ฉีดสารทึบแสงเข้าโพรงมดลูกฯ จำนวน 105 ราย พบความผิดปกติของท่อนำไข่จำนวน 96 รายคิดเป็นร้อยละ

91.4 และมีความผิดปกติของมดลูกจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6

พบว่าการฉีดสารทึบแสงเข้าโพรงมดลูกฯ เมื่อเปรียบเทียบกับ การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน (Laparoscopy) ให้ผลตรงกันร้อยละ 55-89^(16,20) Randolph และคณะ⁽²¹⁾ พบว่าการฉีดสารทึบแสงเข้าโพรงมดลูกฯ มีผลบวกเท็จ (false positive) ร้อยละ 16 และให้ผลลบเท็จ (false negative) ร้อยละ 13 เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจทางหน้าท้อง

ความผิดปกติที่พบจากการส่องกล้องตรวจทางอุ้งเชิงกราน จากการวิจัยครั้งนี้จำนวน 22 ราย พบว่าเกิดจากมีพยาธิสภาพของท่อนำไข่จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และเกิดจากภาวะเยื่อโพรงมดลูกอยู่ผิดที่ (endometriosis) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 และอื่นๆ เช่น bicornuate uterus จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.8

การตรวจน้ำเชื้อฝ่ายชาย แม้จะเป็นการตรวจวินิจฉัยที่ง่าย แต่พบว่ามีผลสำคัญและอาจเกิดข้อผิดพลาดขึ้นได้ โดยอาจเกิดจากการเก็บน้ำเชื้อผิดวิธี จำนวนวันทั้งที่มีเพศสัมพันธ์ (abstinence) ตลอดจนมาตรฐานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน^(3,10) ดังนั้นจึงควรทำการตรวจน้ำเชื้อซ้ำอีกครั้ง ในกรณีที่พบความผิดปกติ มีผู้รายงานว่าจำนวนความเข้มข้นของตัวเชื้อจะไม่เพิ่มขึ้นถ้างดมีเพศสัมพันธ์นานกว่า 11 วัน⁽¹¹⁾ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าน้ำเชื้อที่ผิดปกติจำนวนร้อยละ 31.5 โดยไม่พบตัวเชื้อเลย (azoospermia) ร้อยละ 14.7 พบตัวเชื้อน้อย (oligospermia) ร้อยละ 14.8 พบตัวเชื้อที่เคลื่อนที่ผิดปกติ (astheno zoospermia) ร้อยละ 1.9 และพบตัวเชื้อมากกว่าปกติ (polyzoospermia) ร้อยละ 0.1

จากตารางสาเหตุของการมีบุตรยากเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทย และกลุ่มประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก (ตารางที่ 9)⁽⁴⁾ พบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มีความแตกต่างกับข้อมูลอื่นอยู่มาก โดยเฉพาะการพบความผิดปกติของฝ่ายหญิงเพียงร้อยละ 19.3 ซึ่งน้อยกว่าข้อมูลอื่นมาก และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุความผิดปกติในวิจัยฉบับนี้ พบสูงถึงร้อยละ 53.55 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ (ตารางที่ 4) พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 31.9 เข้ารับการรักษเพียง 1 ครั้ง และร้อยละ 63.2 ที่เข้ารับการรักษาระหว่าง

1-4 ครั้ง ทั้งนี้ข้อมูลในส่วนที่ไม่ทราบสาเหตุความผิดปกติส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการขาดการติดตามผลการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผู้ป่วยมีบุตรยาก

บทสรุป

จากการวิจัยผู้ป่วยมีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรินกรินทร์ตั้งแต่ พ.ศ. 2531-2535 จากเพิ่มผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 1,098 คู่ พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีอายุอยู่ระหว่าง 18-67 ปี (เฉลี่ย 30.17 ปี) ผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุอยู่ระหว่าง 15-45 ปี (เฉลี่ย 26.98 ปี) ระยะเวลาการมีบุตรยากโดยเฉลี่ย 4.55 ปี พบสาเหตุของความผิดปกติจากฝ่ายชายร้อยละ 31.42 จากฝ่ายหญิงร้อยละ 19.30 และไม่สามารถพิสูจน์พบภาวะผิดปกติร้อยละ 53.55 ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถพิสูจน์พบภาวะผิดปกติ สาเหตุอาจเนื่องมาจากการขาดการติดตามผลการรักษา เนื่องจากพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนถึง 1 ใน 3 ที่เข้ารับการรักษาเพียงครั้งเดียว จึงอาจไม่สามารถวินิจฉัยถึงสาเหตุได้อย่างละเอียดลึกซึ้งซึ่งส่งผลกระทบต่อการสัมฤทธิ์ผลของการรักษาพยาบาลคือการมีบุตรได้ และควรพยายามหาวิธีแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พวงเพ็ญ ริมดุสิต. ความก้าวหน้าในหลักการและวิธีการแก้ไขปัญหามีบุตรยาก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง. 2533.
2. หะทัย-อุรุษ เทพพิสัย. การมีบุตรยาก. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร. 2533.
3. สมชาย สุวจนกรณ์. การมีบุตรยากและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. สุทธิศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร. 1994;3:1-11.
4. Lunenfeld B, Insler V. Infertility : the dimension of the problem. In : Insler V, Lunenfeld B. eds. Infertility : male and female. London : Churchill Livingstone, 1993:3-7.
5. Koetsawang S, Satayapan S, Jivasak-Aplmas S, Belsey EM, Pimol A. Prevalence of infertility in urban and rural Thailand. Asia-Oceania J Obstet Gynecol 1985;11:315-9.

6. de Kretser DM. Clinical male infertility. Prevalence of and progress in understanding male infertility. Reprod Fertil Dev 1994;6:3-8.
7. Gunnell DJ, Ewings P. Infertility prevalence, needs assessment and purchasing. J Public Health Med 1994;16:29-35.
8. Fuentes A, Devoto L. Infertility after 8 years of marriage : a pilot study. Hum Reprod 1994; 9:273-8.
9. Dawood MY. Corpus luteal insufficiency. Curr Opin Obstet Gynecol. 1994;6:121-7.
10. Tietze C, Guttmacher AF, Rubin S. Time required for conception in 1727 planned pregnancies. Fertil Steril 1950;1:338-40.
11. Lee S. Male Infertility letter ; comment. Lancet 1994;344:415.
12. Baird P. Treatment and causes of female infertility (letter ; comment). Lancet 1994; 344:334.
13. Healy DL, Trounson AO, Anderson AN. Female infertility : causes and treatment. Lancet 1994; 343:1539-40.
14. Dor J, Homburg, Rabau E. An evaluation of etiologic factors and therapy in 665 infertile couples. Fertil Steril 1977;28: 718-22.
15. Sproff L. The effect of aging on fertility. Curr Opin Obstet Gynecol 1994;6:115-20.
16. Keirse MJN, Vandervellen R. A comparison of hysterosalpingography and laparoscopy in the investigation of infertility. Obstet Gynecol 1973; 41:685-8.
17. Swolin K, Rosencrantz M. Laparoscopy VS hysterosalpingography in sterility investigation. A comparative study. Fertil Steril 1972;23: 270-3.
18. Gabos P. A comparison of hysterosalpingography and endoscopy in evaluation of tubal function in infertile women. Fertil Steril 1976; 27:238-42.

19. Snowden EU, Jarrett JC II, Dawood MY. Comparison of diagnostic accuracy of laparoscopy, hysteroscopy, and hysterosalpingography in evaluation of female infertility. *Fertil Steril* 1984;41: 709-13.
20. Wadin K, Lonnemark M, Rasmussen C, Magnusson A. Frequency of proximal tubal obstruction in patients undergoing infertility evaluation. *Acta Radiol* 1994;34:357-60.
21. Randolph JR Jr, Ying YK, Maier DB, et al. Comparison of real-time ultrasonography, hysterosalpingography, and laparoscopy/hysteroscopy in the evaluation of uterine abnormalities and tubal patency. *Fertil Steril* 1986;46:828-32.