

11-1-1987

การตั้งครรภ์คลอดจากการปฏิสนธิออกร่างกาย

ประมวล วิจิตรเสน

ไพโรจน์ วิทยพัฒน์

วิสุทธิ์ ฤกษ์เกษมสันติ

ธีระพงศ์ เจริญวิทย์

ฉวีโร ฤกษ์รักษ์

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>

 Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

วิจิตรเสน, ประมวล; วิทยพัฒน์, ไพโรจน์; ฤกษ์เกษมสันติ, วิสุทธิ์; เจริญวิทย์, ธีระพงศ์; ฤกษ์รักษ์, ฉวีโร; จันทร์ประสิทธิ์, เย็นจิต; มารต้อม, กนกวรรณ; สนิทพัฒน์, ไชยบูลย์; สมัย, ตั้งชัยสิน; พริกมล; ธนะโสธร, ศิริแก้ว; อุษณาจิตต์, ฉัตรพร; สุรพงศ์, การุณพันธ์; พงศานานนท์, กำธร; ไทยธรรมยานนท์, พิมลรัตน์; ปากสมุทร, วันทน์; แซ่กัว, ชลธิชา; จันทรงาม, สมล; สว่างแจ้ง, อัมพร; เปรมมณี, สีเนาว์; คงเสรีพงศ์, รัชณี; นิตชัย, ยวสาร; วิชัยดิษฐ์, พูลศรี; มีคเสน, รัชฎา; กลกิจโกวิท, สุทัศน์; เจริญประยูร, ดำรง; สิมพงศาฤกษ์, สมภพ; สิงขวาสิ, กมล; and ชูติวงศ์, สุภวัฒน์ (1987) "การตั้งครรภ์คลอดจากการปฏิสนธิออกร่างกาย," *Chulalongkorn Medical Journal: Vol. 31: Iss. 11, Article 9*.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.31.11.9>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol31/iss11/9>

This Case Report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การตั้งครรภ์คลอดจากการขมิ้นจีนอกร่างกาย

Authors

ประมวล วิจิตรเสน, ไพโรจน์ วัชรพลชัย, วิสุทธิ บุญเกษมสันติ, ชีระพงศ์ เจริญวิทย์, ฉวีโร บุญรักษา, เย็นจิต จันทร์ประสิทธิ์, กนกวรรณ มารด้อม, สมัย สิชชัยวัฒน์ไพฑูรย์, พรภิมล ตั้งชัยสิน, ศิริแก้ว ธนะโสธร, ฉัตรพร ฤชณาจิตต์, การุณพันธ์ สุรพงษ์, กำธร พตพานานนท์, พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, วันทนีย์ ยากสมุทร, ชลธิชา แซ่กัว, สมล จันทรงาม, อัมพร สว่างแจ้ง, สีเนาว์ เขรมมณี, รัชณี คงเสริพงษ์, ขวสาร นิตธิชัย, พูลศรี วิชัยดิษฐ์, รัชฎา มีคเสน, สุทัศน์ กลกิจโกวิท, ดำรง เจริญประยูร, สมภพ ล้อมพงศาบุรุษ, กมล สิงขวาสิ, and สุภวัฒน์ บุติวงศ์

การตั้งครรภ์คลอดจากการปฏิสนธินอกร่างกาย*

ประมวล วิรุตมเสน** ไพโรจน์ วิฑูรพณิช**
วิสุทธิ บุญเกษมสันติ** ธีระพงศ์ เจริญวิทย์**
อุไร บุญรักษ์*** เย็นจิต จันทรประสิทธิ์**
กนกวรรณ มารต้อม** สมัย ถิพัฒน์ไพบูลย์**
พรภิมล ตั้งชัยสิน** ศิริแก้ว ธนะโสธร**
ฉัตรพร อุษณาจิตต์** การุณพันธ์ สุรพงศ์***
กำธร พดุกษานานนท์** พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์****
วันทนีย์ ปากสมุทระ** ชลธิชา แซ่แก้ว**
สุมล จันทรงาม** อัมพร สว่างแจ้ง**
สีเนาว์ เปรมมณี** รัชณี กงเสวีพงศ์**
ยุวสาร นิตชัย** พุศศรี วิชัยดิษฐ์**
รัชฎา มิคเสน*** สุทัศน์ กลกิจโกวินท์**
ดำรง เจริญประยูร** สมภพ ถิมพงสานุรักษ์***
กมล สังขวาตี** ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์**

Virutamasen P, Witoonpanich P, Boonkasemsanti W, Charoenvidhya D, Banraksa U, Chanprasit Y, Maltom K, Leepitapalboon S, Tangchala P, Thanasothorn S, Usasachit C, Surapong K, Prakasamononda K, Thakhamyanonda P, Parkamoot W, Kua C, Chan-Ngam S, Sawangchaeng A, Premanee S, Kongsayreepong R, Nitichai Y, Vichaidit P, Migasen R, Kolkijkovindha S, Reiaprayoon D, Limpongananurak S, Sangkhavani K, Chutivongse S. Pregnancy following in vitro fertilization. *Chula Med J* 1987 Nov ; 31 (11) : 911-917

A Thai couple who had been married for seven years and trying to conceive for 5 years were investigated at the infertility clinic for primary infertility. The husband, aged 32, and his wife, aged 33, lived in Nakhonrajsima province where they worked as employees of a private company. The wife gave a normal medical and menstrual history. General physical examination, including pelvic examination, was normal. Ovarian hormones were normal as well as ovulatory cycles. Occlusion of the left tube was demonstrated by hysterosalpingography. Detailed laparoscopic examination confirmed peritubal adhesion of both tubes. Her husband was essentially in good health with normal semen analysis. They were recruited for IVF and ET programme and superovulation was induced by the combination of clomiphene citrate and human menopausal gonadotropin (hMG). Follicular growth and development were monitored by daily ultrasonogram and serum estradiol level. Human chorionic gonadotropin (hCG) was given 51 hours after the last injection of hMG and 36 hours prior to oocyte collection. Two oocytes were retrieved via laparoscopy under general anesthesia. The oocytes were inseminated with the husband's sperms and incubated. Forty four hours after insemination, the embryo was transferred back to uterine cavity at 4-cells stage. Pregnancy was confirmed by raised serum hCG and by ultrasonographic examination. She attended antenatal clinic regularly and had an uneventful antenatal period. On 15 August 1987, her pregnancy was terminated at 37 weeks of gestation by cesarean section after 26 hours of/premature rupture of the membranes. The normal male infant, weighed 2,330 g. at birth, continued to progress well and weighed 3,300 g. at one month of age.

Reprint requests : Virutamasen P. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. October 5, 1987

- * ได้รับเงินทุนวิจัยจากเงินทุนรัชดาภิเษกสมโภช ๒๕๐๖-๒๕๐๗ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ** ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- *** ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- **** ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นับตั้งแต่มีรายงานการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการปฏิสนธิ นอกอวัยวะแล้วนำตัวอ่อนย้ายกลับเข้าสู่โพรงมดลูก และต่อมากลอดบุตรเป็นปกติเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2521 ที่ประเทศอังกฤษ ทำให้แพทย์และนักวิทยาศาสตร์จากสถาบันต่าง ๆ ทั่วโลกนำวิธีการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ทางคลินิกเพื่อแก้ปัญหาการมีบุตรยากของคู่สมรสที่ไม่สามารถจะทำการรักษาด้วยยาหรือผ่าตัด ประมาณว่ามีเด็กเกิดโดยวิธีการนี้ทั่วโลกมากกว่า 2,000 คน^(1,2,3) ความสำเร็จของการปฏิสนธิ นอกอวัยวะรวมทั้งการตั้งครรภ์คลอดของแต่ละสถาบันจะแตกต่างกัน โดยทั่วไปจะได้ผลประมาณร้อยละ 10-20^(4,5) ความล้มเหลวของกระบวนการนี้อยู่ที่การฝังตัวของตัวอ่อน รายงานนี้เป็นรายงานแรกของประเทศไทยที่การตั้งครรภ์เกิดจากการปฏิสนธินอกอวัยวะและคลอดเป็นทารกปกติ

รายงานสตรีผู้ตั้งครรภ์

คู่สามีภรรยาได้รับคำแนะนำจากแพทย์ต่างจังหวัด ให้มาปรึกษาเกี่ยวกับมีบุตรยากที่คลินิกมีบุตรยาก ภาควิชา สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2529 สามีอายุ 32 ปี ภรรยาอายุ 33 ปี แต่งงานมา 7 ปี คุมกำเนิด 2 ปี และหยุดการคุมกำเนิด 5 ปี ได้พบแพทย์เพื่อต้องการมีบุตรเมื่อ พ.ศ. 2525 การตรวจทางห้องปฏิบัติการของสามีพบว่า การตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ 2 ครั้งมีจำนวนตัวอสุจิ 37.4-88 ล้านตัว/มล. เคลื่อนไหวดีร้อยละ 80-90 มีรูปร่างดีร้อยละ 92 การตรวจทางห้องปฏิบัติการของภรรยา พบว่าการตรวจเลือด และปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจปริมาณน้ำตาลในเลือด, ภาวะต่อมธัยรอยด์และระดับโปรแลคตินในเลือดพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ทำ hysterosalpingogram พบว่าสีออกทางด้านซ้ายไม่ดี ข้างขวาปกติ รักษากับแพทย์โดยให้มีเพศสัมพันธ์ตรงเวลาไข่ตกและรับประทานยา แต่ล้มเหลว

การตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คู่สามี ภรรยา มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย เรื้อรัง ไม่มีโรคภูมิแพ้ ญาติพี่น้องไม่มีผู้ใดป่วยเป็นโรคกรรมพันธุ์ ประวัติระดูเป็นปกติ การตรวจร่างกายโดยทั่วไป พบว่าทั้งคู่มีร่างกายเป็นปกติ ตรวจอวัยวะเพศชายเป็นปกติ การตรวจภายในพบว่ามดลูกและรังไข่ปกติ

การตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิของสามีพบว่า มีตัวอสุจิ 80 ล้านตัว/มล. เคลื่อนไหวและรูปร่างดี fructose และ acid phosphatase ในน้ำอสุจิอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ตรวจระดับฮอร์โมนของรังไข่ คือโปรเจสเตอโรน พบว่ามีไข่สุก ระดับโปรแลคตินและ FSH ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงแนะนำให้ตรวจภายในอุ้งเชิงกรานโดยการส่องกล้อง (Laparoscope) และขณะเดียวกันจะเก็บไข่มาเลี้ยงภายนอก ร่างกาย ได้อธิบายถึงขั้นตอนต่าง ๆ ให้ทั้งคู่สามีภรรยาเข้าใจ และยินยอมให้ดำเนินการได้โดยให้คำมั่นสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร

1) การชักนำให้มีไข่ตก ภายหลังจากเตรียมคู่สมรสและทำความเข้าใจดีแล้ว ได้เริ่มให้ยา clomiphene citrate (Duinum) รับประทานวันละ 100 มก. (1 เม็ด รับประทานหลังอาหารและก่อนนอน) โดยเริ่มให้ตั้งแต่วันที่ 2 ของรอบประจำเดือน (ผู้ป่วยมีระดูวันแรกวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529) เป็นเวลา 5 วัน และฉีดยา human menopausal gonadotrophin:hMG (Pergonal-500, Serono, Italy) วันละ 150 ยูนิต (1 หลอดเข้ากล้ามเนื้อเข้า-เย็น Pergonal 1 ampule มี FSH 75 ยูนิตและ LH 75 ยูนิต) โดยเริ่มฉีดตั้งแต่วันที่ 6 ถึงวันที่ 9 ของรอบเดือน (30 พฤศจิกายน ถึง 3 ธันวาคม) ตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม (วันที่ 8 ของรอบเดือน) ได้เจาะเลือดตอนเช้าและตรวจวัดขนาดของ follicle ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทุกวัน ตั้งรายละเอียดยังนี้

Table I Follicular diameter and serum estradiol levels during superovulation

Day of Cycle	Follicular diameter in (mm)		estradiol (pmol/L)
	Rt ovary	Lt ovary	
8	9	12	1116.2
9	14	15	1173.9
10	-	-	2346.5

เมื่อปริมาณของเอสตราไดโอดในเลือดเป็น 2 เท่าของวันก่อนได้หยุดการให้ยา hMG เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม (วันที่ 10 ของรอบเดือน) และได้ฉีด human chorionic gonadotrophin : hCG (Profasi, Serono) 10,000 หน่วย เข้ากล้ามเนื้อเมื่อเวลา 22.00 น. วันที่ 5 ธันวาคม 2529 (วันที่ 11 ของรอบเดือน 51 ช.ม.หลังฉีด hMG เข็มสุดท้าย) และได้เจาะเลือดไว้ 20 มล. ก่อนฉีด hCG เพื่อแยกเก็บน้ำเหลืองไว้ผสมกับน้ำเพาะเลี้ยงต่อไป เลือกที่เจาะได้แล้วใส่ในหลอดแก้วที่ล้างสะอาดตามกระบวนการของเลี้ยงตัวอ่อนของคน⁽¹⁾

36 ชั่วโมงหลังฉีดยา hCG ได้ดำเนินการเก็บไข่เมื่อเวลา 9 : 00 น. ของวันที่ 13 ของรอบประจำ (7 ธันวาคม 2529)

2) การเตรียมน้ำเพาะเลี้ยงชนิด Ham's F-10 สารเคมี

1. Ham's F-10 powder (Flow Laboratories Mc LEAN Virginia 22102 U.S.A.)

2. Sodium bicarbonate (Sigma, Cat No. 55761)

3. Calcium lactate. 1 H₂O (Sigma Cat No. 4388)

4. Penicillin G Sodium (Sigma, Cat No. P 3032)

5. Streptomycin sulphate (Sigma Cat No.S. 9137) สารเคมีทั้งหมดใช้ชนิด IVF Grade

วิธีเตรียม ละลาย Ham's F-10 powder 1 ของ ในน้ำสะอาดที่กรองด้วยเครื่องกรองชนิด milli-Q ที่มีความบริสุทธิ์ของน้ำเท่ากับ 18 เมกกะโอห์ม ประมาณ 250 มล. ผสมให้เข้ากันดี ใส่ penicillin G Sod หนา 75 มก. และ streptomycin sulphate 75 มก. คนให้ละลาย ละลาย calcium lactate. 1 H₂O 232.8 มก. ในน้ำกลั่นบริสุทธิ์ 40 มล. แล้วนำไปรวมในสารละลาย Ham's F-10 คนให้เข้ากัน ละลาย Sodium bicarbonate 2.106 มก. ในน้ำกลั่นบริสุทธิ์ 40 มล. แล้วเติมลงในสารละลาย Ham's F-10 คนให้เข้ากัน เติมน้ำกลั่นบริสุทธิ์จนครบ 1,000 มล. วัดค่า Osmolarity ด้วย Osmometer (Advance 3W2) ให้ได้ประมาณ 280 5 mosm/kg H₂O ปรับ Osmolarity ด้วยน้ำกลั่น นำสารละลาย Ham's F-10 ไปกรองด้วย filter ขนาด 0.2 ไมครอน (Flow Pure D) ใส่ใน Sterile tissue culture flask เก็บไว้ในตู้เย็นที่ 4 องศาเซลเซียส สารละลาย Ham's F-10 1000 มล. สามารถเก็บไว้ใช้ภายใน

1 เดือน ก่อนนำไปผ่านแก๊สผสม (5% CO₂, 5% O₂ และ 90% N₂) นานประมาณ 10-15 นาที น้ำเพาะเลี้ยงจะเปลี่ยนจากสีชมพูเป็นสีชมพูอ่อน ๆ นำไปวัดค่าความเป็นกรด-ด่างให้ได้ pH 7.2 - 7.4 ปรับโดยแก๊สผสม 5% CO₂, 5% O₂ และ 90% N₂ แล้วเติมน้ำเหลืองที่เก็บไว้ตามความเข้มข้นที่ต้องการ

การเตรียม Human preovulatory serum เจาะเลือดผู้ป่วยก่อนฉีด hCG ประมาณ 15-20 มล. ใส่ conical centrifuge tube นำไปปั่นที่ 400 g นาน 10 นาที เพื่อแยกส่วนระหว่าง blood serum กับ particle ใช้ pasteur pipette ดูดเอาส่วนที่เป็นน้ำเหลืองใสใน sterile beaker ขนาด 30 มล. นำไปใส่ใน water-bath heater เพื่อให้เกิด heat-inactivated ที่อุณหภูมิ 56 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที แล้วนำมากรองด้วย filter ขนาด 0.45 ไมครอนและ 0.2 ไมครอน ใส่ใน sterile falcon tube with cap ก่อนนำไปผสมในน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10 ให้ได้ความเข้มข้นร้อยละ 10 และ 20 (Falcon 2063 12×75 mm. style polypropylene with cap)

3. การเก็บไข่

ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทางปากเหมือนการเตรียมผ่าตัดทั่วไป คมยาสลบโดยวิสัญญีแพทย์ในห้องผ่าตัด ทำความสะอาดหน้าท้อง บู๊ผ้าสะอาดปราศจากเชื้อ เจาะท้องด้วยเข็มเล็กได้สะดวกเพื่อผ่านแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าช่องท้องจนได้ปริมาณแก๊ส 3 ลิตร ขยายแผลเดิมให้กว้างพอสำหรับใส่ Trocar และกล้อง Laparoscope เจาะหน้าท้องบริเวณเหนือหัวหน้าเพื่อใส่เครื่องมืออีกครั้งไว้ให้อยู่กับที่ แล้วเจาะหน้าท้องด้วยเข็ม Three way เพื่อเก็บไข่โดยเจาะต่ำกว่าตำแหน่งรอยเจาะของกล้อง Laparoscope ประมาณ 5 ช.ม. ที่โคนเข็มจะมีทางต่อสำหรับดูดไข่โดยใช้กระบอกพลาสติกที่บรรจุน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10 ซึ่งผ่านแก๊สผสมจนมีความเป็นกรด-ด่าง 7.2-7.4 ส่วนอีกทางหนึ่งของเข็มเจาะ "Three way" กระบอกฉีดขนาด 20 มล. สำหรับล้าง (Flush) ไข่ที่อาจจะติดตกอยู่ภายใน follicle

ผู้เจาะ follicle จะเลือกเจาะไปที่โคที่ที่สุดและตำแหน่งที่บางที่สุดเมื่อเข็มผ่านผนังของ follicle แล้วผู้ดูดจะเริ่มดูดด้วยมือซึ่งผู้ดูดจะดู follicle ผ่าน teaching scope เมื่อได้ follicular fluid แล้วจะรีบนำหา oocyte ใน laminar flow hood ดูไปผ่านกล้องจุลทรรศน์ชนิด Inverted เมื่อพบไข่จะเก็บไข่โดยใช้ Eppendorf pipette ที่ต่อกับพลาสติกกรวยเล็ก (Eppendorf tip) ล้าง oocyte

ในน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10 2-3 ครั้ง แล้วจึงถ่ายใส่ 4-well multidish (Nunclon, Nunc Intermed Denmark) ซึ่งมีน้ำเลี้ยง Ham's F-10 กับน้ำเหลืองของแม่ร้อยละ 10 ที่ได้จากการเจาะเลือดเมื่อ 36 ชั่วโมงก่อนเก็บไข่ แต่หลอดจะมีปริมาณน้ำเพาะเลี้ยง 1 มล. ไข่ที่ได้จะล้างด้วยน้ำเพาะเลี้ยงอีก 2-3 ครั้ง จึงย้ายไปใส่หลอดที่ 2 หรือ 3 ตามจำนวนไข่ที่ได้ แล้วนำไปไว้ในตู้บ่มที่มีแก๊สผสมไหลผ่าน จากนั้นให้สามีเก็บน้ำเชื้อสุจิ เมื่อทำการเก็บไข่แล้วก็ตรวจสอบความผิดปกติในอุ้งเชิงกรานพบเป็น endometriosis และมีพังมีครอบหลอดมดลูกโดยเฉพาะข้างซ้าย

4) การล้างตัวอสุจิโดยวิธี Centrifugation-layering

เก็บตัวอย่างน้ำอสุจิจากสามีที่งดเว้นการร่วมเพศอย่างน้อย 2 วัน โดยวิธีช่วยเหลืองตนเอง (masturbation) ให้ผู้เก็บเชื้อทำความสะอาดมือ และอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค โดยแนะนำให้เก็บเฉพาะน้ำเชื้อสุจิเท่านั้น เก็บน้ำเชื้อสุจิในห้องที่สะอาดและใส่ใน Beaker ที่สะอาดวางทิ้งไว้ในอุณหภูมิห้องนานประมาณ 20-30 นาที เพื่อให้เกิดการเหลวตัวก่อนนำไปวิเคราะห์ เทน้ำอสุจิใส่ใน centrifuge tube วัดปริมาตรของน้ำอสุจิ ใช้ pasteur pipette ดูดน้ำอสุจิหยดบนแผ่น slide 1 หยดปิดด้วย cover slip นำไปดูด้วยกล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 200-400 เท่าเพื่อวิเคราะห์ดูความเข้มข้นของตัวอสุจิ (motility และ progressive motility) เติมน้ำยาเพาะเลี้ยงเชื้อ Ham's F-10 ลงไปในปริมาตร 1 : 3 (น้ำเชื้อสุจิ 1 มล.ต่อน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10 3 มล.) ผสมเบา ๆ โดยใช้ pasteur pipette ดูดขึ้นสูง ทั้งหมดนี้ต้องทำใน laminar flow hood แล้วนำไปปั่นที่ 200 g. นาน 10 นาที เทส่วนที่เป็น supernatant ออก นำส่วนที่ตกตะกอนไปเจือจางด้วยน้ำเพาะเลี้ยงเชื้อ Ham's F-10 2 มล.ผสมให้เข้ากันด้วย pasteur pipette แล้วนำไปปั่นที่ 200 g. นาน 10 นาที เทส่วนที่เป็น supernatant ออกนำส่วนที่ตกตะกอนไปเจือจางด้วยน้ำเพาะเลี้ยงเชื้อ Ham's F-10 ที่มีน้ำเหลืองของแม่มีความเข้มข้นร้อยละ 10 ในปริมาณ 1 มล. ผสมให้เข้ากันด้วย pasteur pipette ดูดส่วนผสมทั้งหมดใส่ใน sterile falcon tube with cap (Falcon 2063) ดูดน้ำเพาะเลี้ยงที่มีน้ำเหลืองของแม่และมีความเข้มข้นร้อยละ 10 ค่อย ๆ หยดลงข้าง ๆ ขอบหลอด falcon tube นี้จนเกิดเป็นชั้นแยกกันอย่างเห็นได้ชัด แล้วเป่าด้วยแก๊สผสม (5% CO₂, 5% O₂ และ 90% N₂) ประมาณ 1 นาที (ที่ปาก

tube) แล้วปิดด้วย cap พอหลวม ๆ เอาไปใส่ในตู้ที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความเข้มข้นของแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ร้อยละ 5 ในอากาศนานประมาณ 30-60 นาที ดูดส่วนที่อยู่ชั้นบนมาใส่ใน Falcon tube แล้วนำมาวิเคราะห์อีกครั้ง ก่อนนำไปผสมกับไข่โดยใช้ความเข้มข้นของตัวอสุจิประมาณ 0.1 × 10⁶ ตัว/มล.ต่อไข่ 1 ใบ

5) การผสมเชื้ออสุจิกับไข่

ไข่ที่เก็บได้ 2 ใบ 1 ใบแก่ (mature) อีก 1 ใบ อยู่ในระยะ Intermediate ไข่ทั้ง 2 ใบเก็บได้เวลา 9.50 น. เลี้ยงในตู้บ่มนาน 5 ชั่วโมง 10 นาที จึงใส่ตัวอสุจิที่อยู่ในน้ำเพาะเลี้ยง 25 ไมโครลิตร มีตัวอสุจิ 100,000 ตัว ใส่เมื่อเวลา 16.10 น. (วันที่ 7 ธันวาคม) โดยที่ incubate ตัวอสุจิอยู่ในตู้บ่มนาน 1 ชั่วโมง 20 นาที เมื่อใส่ตัวอสุจิผสมกับไข่แล้วนำใส่ตู้บ่มเพื่อเลี้ยงต่อไป

6) การย้ายตัวอ่อน

วันที่ 8 ธันวาคม เวลา 10.30 น. ได้ย้ายตัวอ่อน ซึ่งขณะนั้น oocyte ติดอยู่กับจานเลี้ยงเพลาสติก มีเซลล์ของ cumulus cell mass กระจายอยู่รอบ ๆ มีเซลล์ชนิด corona radiata ล้อมรอบ oocyte อยู่ 2-3 ชั้น มีตัวอสุจิที่เคลื่อนไหวดี วิ่งอยู่รอบ ๆ oocyte ให้ย้าย oocyte ทั้ง 2 ใบไปอยู่ในน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10 ที่มีความเข้มข้นของน้ำเหลืองของแม่ร้อยละ 20 โดยใช้ Eppendorf pipette รวมเวลาที่ผสมไข่กับตัวอสุจินาน 18 ชั่วโมง 30 นาที วันที่ 9 ธันวาคม เวลา 7.00 น. พบไข่ 1 ใบ แบ่งตัวเป็นระยะ 4 เซลล์ ดังรูปที่ 1 ส่วนอีก 1 ใบไม่แบ่งตัว

7) การย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรงมดลูก

เวลา 10.00 น. ของวันที่ 9 ธันวาคม ให้ผู้ป่วยรับประทานยาคลายประสาท (Diazepam) 10 มก. 1 ชั่วโมงต่อมา นำผู้ป่วยไปที่ห้องผ่าตัด ให้นอนบนเตียงผ่าตัดในท่า lithotomy ทำความสะอาดปากช่องคลอดและบุผ้าปราศจากเชื้อเหมือนเตรียมการผ่าตัด ใส่ Bivalve speculum ทำความสะอาดปากมดลูกและช่องคลอดด้วยน้ำกลั่นบริสุทธิ และทำความสะอาดปากมดลูกด้วยน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10

ใส่ Metallic catheter ที่มีตามตำแหน่งของมดลูก ซึ่งคว่ำหลังโดยถืออยู่ในตำแหน่งนั้นจนกว่าจะใส่ teflon catheter ที่มีตัวอ่อน

เก็บตัวอ่อนโดยล้าง teflon catheter ที่ล้างสะอาด

ดีแล้วด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 95 ล้าง catheter ด้วยน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10 2-3 ครั้ง จึงดูดน้ำเลี้ยง Ham's F-10 ที่มีความเข้มข้นของน้ำเหลืองแม่ร้อยละ 20 การเก็บตัวอ่อนนี้ทำใน Laminar Flow Hood ดูดน้ำเลี้ยง Ham's F-10 ให้ถึงตำแหน่งที่กำหนดไว้ แล้วดูดน้ำเลี้ยง ที่มีตัวอ่อนโดยการดูดจากกล้องจุลทรรศน์ชนิด Inverted ให้ตัวอ่อนอยู่ในน้ำเลี้ยงประมาณ 25-50 ไมโครลิตร แล้ว นำ teflon catheter สอดผ่าน metallic catheter ที่ ใส่เอาไว้ก่อน จากนั้นค่อย ๆ ดันกระบอกฉีดยา น้ำเพาะเลี้ยงจะเคลื่อนไปตามที่กำหนดตำแหน่งไว้ นำ metallic และ teflon catheter ออกจากโพรงมดลูก นำไปล้างที่ ส่วนปลายด้วยน้ำเพาะเลี้ยง Ham's F-10 อีกครั้งเพื่อดูว่า มีตัวอ่อนค้างอยู่หรือไม่ จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยนอนเตียงนำกลับ สู่ห่อผู้ป่วยให้นอนในท่านอนหงายนาน 24 ชั่วโมง ห้ามลุก จากเตียงนอน

วันที่ 10 ธันวาคมได้ฉีด hCG (Profasi) เข้า กล้ามเนื้อ 10,000 ยูนิต และ Proluton depot (Hydroxyprogesterone caproate) 250 มก. เข้ากล้ามเนื้อ เวลา 8.00 น. วันที่ 11 ธันวาคมอนุญาตให้กลับบ้าน

8) การตรวจสอบการตั้งครรภ์

วันที่ 28 ธันวาคม ผู้ป่วยไม่มีระดูมาให้อุณหภูมิจำลองร่างกายสูงตลอดเวลา (36.9-37 องศาเซลเซียส) ได้ตรวจ hCG ในเลือดได้ 1300 ยูนิต จึงวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์

วันที่ 20 มกราคม 2530 ได้ตรวจภายในพบมดลูก โต และได้ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงยืนยันการตั้งครรภ์ใน โพรงมดลูก ได้ทำการตรวจซ้ำอีก 2 ครั้ง พบว่าการเจริญเติบโตของทารกปกติเป็นเพศชาย ตลอดเวลาการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยได้รับประทานยาบำรุงเลือดวิตามิน และอยู่ในความดูแล ของสูติแพทย์ตลอดเวลา ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โดยคะเนวันคลอดที่ 2 กันยายน 2530

9) การคลอด

เวลา 23.30 น. วันที่ 14 สิงหาคม 2530 อายุ ครรภ์ได้ 37 สัปดาห์ ขณะอยู่ที่บ้านจังหวัดนครราชสีมา ผู้ตั้งครรภ์รู้สึกมีน้ำใส ๆ ออกมาทางช่องคลอดจึงมาที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์เป็นเวลา 8.30 น. วันที่ 15 สิงหาคม 2530 ได้นำน้ำในช่องคลอดตรวจ พบว่าเป็นน้ำคร่ำ ตรวจภายใน พบว่าปากมดลูกปิด นุ่ม บางตัวเล็กน้อย ทารกอยู่ในท่า ศีรษะ ให้ oxytocin เมื่อเวลา 10.00 น. หยอดเข้าหลอด เลือดดำ ไม่มีความก้าวหน้าจากการเจ็บครรภ์คลอด จึงได้ ตัดสินใจทำผ่าตัดคลอดเมื่อเวลา 14.30 น. วันที่ 15 สิงหาคม 2530 ทารกมีน้ำหนักตัวแรกคลอด 2,330 กรัม เด็กมีความ เจริญเติบโตสมอายุครรภ์ เป็นเพศชาย แข็งแรง สมบูรณ์ และได้ติดตามการเจริญเติบโตของเด็กเมื่ออายุ 1 เดือน พบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1,000 กรัม มีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจเหมือนเด็กทั่วไป⁽⁶⁾

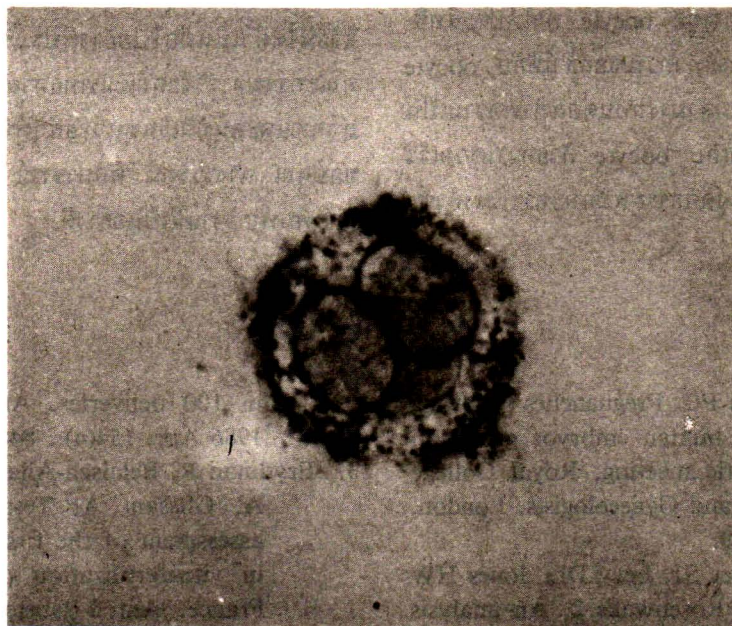


Figure 1 Human fertilized oocyte, 40 hours after insemination.

วิจารณ์และสรุปผล

การนำวิธีการปฏิสนธินอกร่างกายและนำตัวอ่อนที่แบ่งตัวระยะ 2-16 เซลล์เข้าสู่โพรงมดลูกเพื่อการตั้งครรภ์ต่อไป เป็นวิธีการที่นำมาใช้ทางการแพทย์เพื่อแก้ปัญหาสตรีผู้มีบุตรยากเนื่องจากหลอดมดลูกอุดตันหรือมีพยาธิสภาพ นอกจากนี้ยังอาจนำมาใช้แก้ปัญหาในคู่สมรสที่ฝ่ายชายมีตัวอ่อนน้อยหรือเคลื่อนไหวไม่ดี อย่างไรก็ตามการรักษาโดยให้ยาหรือผ่าตัดเป็นสิ่งที่ต้องเริ่มกระทำก่อน หากล้มเหลวจึงค่อยพิจารณาเริ่มการรักษาโดยวิธีการนี้⁽⁷⁾ การปฏิสนธินอกร่างกายในห้องปฏิบัติการ จึงทำหน้าที่เสมือนหน้าที่ของหลอดมดลูกของคนปกติ

การดูแลรักษาคู่สมรสที่มีบุตรยากในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะดำเนินการให้รวดเร็วเพื่อหาสาเหตุและวิธีการรักษาที่ถูกต้อง การตรวจดูพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานด้วยกล้อง Laparoscope จะต้องกระทำทุกรายโดยเฉพาะผู้ที่พยายามจะมีบุตรเกิน 3 ปีแล้วแต่ล้มเหลว หรือสตรีที่อายุเกิน 35 ปี ควรจะต้องได้รับการตรวจภายใน 6 เดือนหรือ 1 ปีภายหลังพยายามจะมีบุตร⁽⁸⁾ ดังเช่นในรายนี้เป็นตัวอย่าง เมื่อส่องกล้อง Laparoscope พบพยาธิสภาพเป็น endometriosis และมีพังผืดรอบหลอดมดลูกโดยเฉพาะข้างซ้าย ในขณะที่ภาพถ่ายรังสี พบว่าหลอดมดลูกไม่อุดตันมิได้หมายความว่าไม่มีพยาธิสภาพนอกหลอดมดลูก

วิธีการชักนำให้มีไข่สุกหลายใบในรายนี้ได้ทำตามที่เคยรายงานไว้⁽⁷⁾ แต่การตอบสนองยังไม่ดีเท่าที่ควร การใช้เข็ม three way เพื่อเก็บไข่โดยฉีคน้ำเพาะเลี้ยงตัวอ่อนเพื่อล้าง follicle คณะทางกับการดูด oocyte ทำให้ประสิทธิภาพการเก็บ oocyte ดีขึ้นและทำความชอกช้ำให้กับ oocyte น้อย เนื่องจาก oocyte ไม่สามารถทนต่อสภาพความเป็นกรดและด่างได้นาน จะต้องเก็บ oocyte ด้วยความรวดเร็วทั้งนี้จะมีความสำคัญโดยตรงต่อการผสมและการแบ่งตัวซึ่ง

ในรายนี้มี oocyte 1 ใบผสมและแบ่งตัว แต่อีก 1 ใบไม่ผสม อาจเกิดจาก oocyte ไม่แก่พอหรือได้รับการชอกช้ำขณะเก็บ การได้ oocyte หลายใบจะเป็นสิ่งที่ดีเพื่อสามารถเลือกนำ oocyte ที่สมบูรณ์ผสม จะทำให้อัตราการตั้งครรภ์สูง

แม้ว่าจะได้มีผู้พยายามดัดแปลงวิธีการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ แต่จุดล้มเหลวที่พบมากที่สุดคือการฝังตัวอ่อน ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่อเนื่องและเกี่ยวข้องกับหลายประการ ได้แก่การชักนำให้ไข่สุกในช่วงเวลาที่พอดี เพื่อให้ได้ oocyte แก่เต็มที่ การผสมและการแบ่งตัวของตัวอ่อนจะต้องอยู่ในอัตราที่ปกติพอดีกับความสมดุลของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อที่ได้จากรังไข่ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อเยื่อโพรงมดลูก น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งจะต้องศึกษาและวิจัยต่อไป

การศึกษาและวิจัยของการปฏิสนธินอกร่างกายและการย้ายฝังตัวอ่อนกลับเพื่อการตั้งครรภ์ตลอดตามรายงานนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นของวิชาการทางการแพทย์แขนงหนึ่งอันจะได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาการมีบุตรยากให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการเฝ้าติดตามการเจริญเติบโตของทารกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกระทำควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลศึกษานิเวศกรรม แพทย์ประจำบ้าน และคณาจารย์ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งเพื่อให้โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพและขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ทุกท่านที่ได้เห็นความสำคัญและอนุมัติเงินทุนวิจัยสำหรับโครงการนี้ สุดท้ายขอขอบคุณ นางวรรรัตน์ ศิลปาจารย์ ที่ได้กรุณาเตรียมเอกสารและพิมพ์รายงานนี้เป็นอย่างดี

อ้างอิง

1. Edwards RG, Steptoe PC. Pregnancies following implantation of human embryos grown in culture. Scientific meeting, Royal College of Obstetricians and Gynecologists. London, January 26, 1979.
2. Andrews MC, Marsh SJ, Levy DL, Jones HW Jr., Garcia JE, Rosenwaks 2. An analysis of the obstetric outcome of 125 consecutive pregnancies conceived in vitro and resulting in 100 deliveries. Am J Obstet Gynecol 1986 Apr; 154(4) : 848-854
3. Erydman R, Belaisch-Allart J, Fries N, Hazout A, Glissant A, Testart J. An Obstetric assessment of the first 100 births from the in vitro fertilization program at Clamart, France. Am J Obstet Gynecol 1986 Mr; 154(3) : 550-555
4. Trounson AO, Leeton. JF, Wood C. Pregnancies

- in humans by fertilization in vitro and embryo transfer in the controlled ovulatory cycle. *Science* 1981 May 8; 212(4495) : 681-682
5. Sher G, Knertzen V, Stratton C, Chotiner H, Mayville J. Invitro fertilization and embryo transfer : Two-year experience. *Obstet Gynecol* 1986 Mar(3) : 67 : 309-315
6. Lopata A, Johnston IWH, Hoult IJ, Speirs AI. Pregnancy following intraterine implantation of an embryo, obtained by invitro fertilization of a preovulatory egg. *Fertil Steril* 1980 Feb; 33(2) : 117-120
7. Jones GS. Update on invitro Fertilization. *Endocrine Rev* 1984; 5(1) : 62-75
8. Cohen M. Endometriosis and Infertility. *J Reprod Med* 1977 Jun; 18(6) : 291-298
6. Lopata A, Johnston IWH, Hoult IJ, Speirs AI.