

8-1-1993

Female genital tuberculosis

S. Maleemonkol

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



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

Recommended Citation

Maleemonkol, S. (1993) "Female genital tuberculosis," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 37: Iss. 8, Article 2.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol37/iss8/2>

This Special Article 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.

วัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

สุนนมาลย์ มาลีมงคล*

Maleemonkol S. Female genital tuberculosis. Chula Med J 1993 Aug; 37(8): 489 - 494

Female genital tuberculosis has become much less frequent during recent decades but it remains a problem in the country where pulmonary or other forms of tuberculosis are prevalent. Genital tuberculosis is nearly always secondary from focus elsewhere in the body especially lung. Fallopian tubes are involved in almost all cases with genital tuberculosis and about one half of patients will have tuberculous endometritis. The most common symptom is infertility, the second most common symptom is lower abdominal and pelvic pain and some patients are completely asymptomatic. Since the clinical presentation is obscure in many cases, the clue to the diagnosis is to have this condition in mind.

Key words : Female, Genital, Tuberculosis.

Reprint request: Maleemonkol S, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.

Received for publication. March 4, 1993.

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญ พบได้เกือบทุกอวัยวะ ในร่างกาย สำหรับวัณโรคของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้น Morgagni ได้บรรยายไว้ตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 18(1) ในระยะหลังนี้แม้อุบัติการณ์ของวัณโรครวมทั้งวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจะลดลง แต่โรคนี้ก็ยังคงเป็นปัญหา โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย อุตุนิการของโรคนี้ไม่สามารถบอกได้แน่นอน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการ(2-4) ตรวจพบโดยบังเอิญถึง 11%(1) ส่วนมากพบจากการสืบค้นในผู้ป่วยที่มาปรึกษาภาวะมีบุตรยาก(4-6)ซึ่งพบว่ามิสาเหตุจากวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ประมาณ 4-10%(1,5-7)แต่โรคนี้เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานน้อยกว่า 1%(3) อุตุนิการโดยทั่วไปพบได้ 0.45-0.56% ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล(5,8) วัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีพบได้ 3% ของวัณโรคระบบอื่น ๆ ไม่นับวัณโรคปอด (non - respiratory tuberculosis)(9) และในผู้ป่วยวัณโรคปอดจะพบวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมด้วย 10-20%(3,10,11)

อายุที่พบบนนั้น 80-90% ของผู้ป่วยจะมีอายุระหว่าง 20-40 ปี(1) ในระยะหลังพบโรคนี้ในอายุที่สูงขึ้น แต่ในวัยหมดประจำเดือนพบเพียง 3-7%(6,8) สำหรับเชื้อที่เป็นสาเหตุของวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้น 95% เกิดจาก *Mycobacterium tuberculosis*(12) ที่เหลืออาจเกิดจาก *Mycobacterium bovine*, *Mycobacterium kansasii*.

การเกิดวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนมากเป็นการติดเชื้อแบบทุติยภูมิ มาจากอวัยวะอื่น โดยเฉพาะ ปอด ไต ระบบทางเดินอาหาร กระดูก ข้อ ซึ่ง 90% เชื้อจะมาจากกระแสเลือด(12) นอกนั้นอาจมาทางระบบน้ำเหลือง จากวัณโรคของช่องท้อง ลำไส้ หรือลุกลามมาจากอวัยวะข้างเคียง ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยวัณโรคของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมากกว่า 80% จะมีวัณโรคที่ระบบอื่นร่วมด้วย(9,13)

การติดเชื้อแบบปฐมภูมิพบได้น้อยมากคือ 0.2%(2) จะนึกถึงภาวะนี้ต่อเมื่อพบวัณโรคเฉพาะที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ช่องคลอด ปากมดลูก โดยไม่พบโรคที่อวัยวะอื่นใดในร่างกายเลย ซึ่งเชื่อว่าวัณโรคสามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เนื่องจากมีการตรวจพบเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ในน้ำอสุจิของชายที่เป็นวัณโรคของระบบอวัยวะสืบพันธุ์(14)

การติดเชื้อวัณโรคของระบบนี้อาการจะค่อยเป็นค่อยไป อาจจะมีอาการหลังติดเชื้อนาน 1-10 ปี(1) หรืออาจถึง 30 ปี(3) ท่อนำไข่มักจะเป็นตำแหน่งแรกที่ติด

เชื้อและส่วนใหญ่จะเป็นทั้งสองข้าง แล้วจึงลุกลามไปอวัยวะอื่น การติดเชื้อของระบบนี้ พบที่ท่อนำไข่ 90-100% มดลูก 50-60% รังไข่ 20-30% ปากมดลูก 5-10% ส่วนช่องคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกพบน้อยกว่า 1%(1) ซึ่งการติดเชื้อที่อวัยวะเหล่านี้ จะมีพยาธิสภาพได้ต่าง ๆ กันดังนี้คือ

ท่อนำไข่ พยาธิสภาพของท่อนำไข่ที่เป็นโรค อาจจะมีลักษณะปกติ บวมแดงเล็กน้อย หรือบวมโต มี caseous material ภายใน อาจจะถูกเกาะติดแน่นเป็นก้อนกับรังไข่ มดลูก ลำไส้ หรือ mesentery 25-50% ของท่อนำไข่จะไม่อุดตันแต่มี everted fimbria(1) ต่างจากการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรียอื่น ซึ่ง fimbria มักจะอุดตัน(3) ท่อนำไข่อาจจะมีลักษณะไตโป่ง ที่เรียกว่า "Tobacco pouch appearance" ผนังท่อนำไข่จะพบหรือไม่พบ tubercle ก็ได้(1) ทำให้แยกยากจากการติดเชื้ออื่น ต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยาช่วย ซึ่งจะมีลักษณะของ granuloma มี epithelioid cell, lymphocyte, plasma cell, giant cell ร่วมกับ caseous necrosis ถ้าเป็นเรื้อรังจะมี calcification, hyalinization และ fibrous tissue.

มดลูก พยาธิสภาพจะเป็นที่เยื่อโพรงมดลูก ไม่ค่อยพบที่กล้ามเนื้อมดลูก(10) ส่วนมากขนาดมดลูกจะปกติ(5) และ 96% จะไม่เห็นลักษณะผิดปกติจากการมองด้วยตาเปล่า(2) ที่เหลือจะพบลักษณะเป็นแผล, granular หรือ fungating lesion พยาธิสภาพของเยื่อโพรงมดลูกจะไม่เป็นมาก ไม่ค่อยพบ caseation, fibrous หรือ calcification เนื่องจากมีการหลุดลอกไปกับประจำเดือนทุกเดือน caseation จะพบได้บ่อยขึ้นในรายที่ไม่มีประจำเดือน การตรวจทางพยาธิวิทยา พบ classic lesion ได้ 60%(16) คือเป็น granuloma ที่ประกอบด้วย epithelioid cells, Langhan's giant cell, lymphocyte, plasma cell ร่วมกับ central caseation เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย

รังไข่ การติดเชื้อที่รังไข่จะพบร่วมด้วยเมื่อโรคลุกลามค่อนข้างมาก ส่วนมากจะเป็น perioophoritis เนื่องจากมักกระจายมาจากท่อนำไข่ ลักษณะภายนอกอาจจะมีปฏิกิริยาหรือมี capsule หนา มี tubercle หรือ ฟังซิดีติดติดภายนอก บางรายพบ caseation ใน parenchyma ถ้าเชื้อกระจายมาทางกระแสโลหิต

ปากมดลูก ปากมดลูกที่เป็นโรคมักจะมีลักษณะปกติ ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาจจะมีการอักเสบเป็นแผล หรือมีก้อนเนื้อคล้ายมะเร็งปากมดลูกได้ ลักษณะเฉพาะของเซลล์

วิทยาจากปากมดลูกคือ พบกลุ่มของ epitheloid cells ร่วมกับ Langhan's giant cell⁽¹⁷⁾

ช่องคลอด และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก พบวัณโรคได้น้อยมาก ส่วนมากจะเกิดในรายที่มีวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบนร่วมด้วย รอยโรคจะมีลักษณะเป็นแผล ซึ่งอาจจะเหมือนมะเร็ง หรืออาจจะบวมคล้าย elephantitis

เยื่อช่องท้อง วัณโรคของเยื่อช่องท้องพบร่วมกับวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีถึง 45 %⁽¹⁻³⁾ พยาธิสภาพจะมี 2 ชนิด คือ wet type คือมีน้ำในช่องท้อง และ dry type หรือ adhesive type ซึ่งลำไส้ และอวัยวะต่าง ๆ จะเป็นพังผืดติดกันในช่องท้อง

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ค่อนข้างยาก เนื่องจากเป็นโรคที่พบน้อย บางรายไม่มีอาการ หรือมีอาการทั่วไปเล็กน้อย เช่น ไข้ต่ำ ๆ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร 2 ใน 3 ของผู้ป่วยวินิจฉัยได้โดยบังเอิญจากการผ่าตัดด้วยข้อบ่งชี้อื่น หรือจากการสืบค้นภาวะมีบุตรยาก หรือมีเลือดออกผิดปกติ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นสิ่งสำคัญคือจะต้องนึกถึงโรคนี้จึงจะวินิจฉัยได้ เพราะโรคนี้มาด้วยอาการ และอาการแสดงแปลก ๆ ได้บ่อย แต่สิ่งที่จะช่วยชักนำให้เรานึกถึงโรคนี้คือ

1. ผู้ป่วยอยู่ใน endemic area เช่น เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เม็กซิโก ฟิลิปปินส์ ไทย เป็นต้น
2. มีประวัติครอบครัว หรือสัมผัสกับผู้ที่เป็วัณโรค
3. พบวัณโรคที่ระบบอื่นของร่างกายร่วมด้วย
4. ภาวะมีบุตรยากที่ไม่พบสาเหตุ
5. การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ที่ต้องยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาโดยทั่วไป
6. โรคของปีกมดลูก ร่วมกับมีน้ำในช่องท้อง ในสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

อาการที่มักจะทำนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ 40-74 % คือภาวะมีบุตรยาก^(1,2,6,13) สำหรับอาการปวดท้องน้อย หรือ ปวดในอุ้งเชิงกราน พบรองลงมาคือ 25-50 %^(1,2,12) ซึ่งจะปวดไม่มาก ไม่เหมือนการติดเชื้อแบคทีเรียอื่น นอกจากจะมีการติดเชื้อซ้ำซ้อน หรือมี acute exacerbation ดังนั้นผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการมาหลายเดือนก่อนมาพบแพทย์

อาการผิดปกติของประจำเดือนในวัณโรคระบบนี้พบได้ตั้งแต่ประจำเดือนมา นานผิดปกติ เลือดออกผิดปกติ

ปรกติระหว่างรอบเดือน ประจำเดือนมาน้อย ห่าง หรือไม่มี ประจำเดือน แม้ในวัยหมดประจำเดือน ก็อาจจะมีเลือดออกผิดปกติได้ อาการอื่น ๆ ที่พบได้ คือ ท้องโตขึ้น มี discharge ผิดปกติ มีการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน มี fistula เช่น uterovesical, tubointestinal หรือ tuboperitoneal fistula เป็นต้น

การตรวจร่างกาย และตรวจภายใน อาจมีเพียงอาการกดเจ็บเล็กน้อยบริเวณปีกมดลูก จนถึงคลำก้อนได้ขนาดต่าง ๆ กัน หรืออาจจะตรวจภายในได้ปกติถึง 35-53 %^(1,4-6)

สำหรับไข้ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วย จะมีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส⁽¹⁾ อาการแสดงอื่น ๆ ที่ตรวจพบได้คือ ท้องโตขึ้น คลำได้ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น

การตรวจที่ช่วยยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอนคือ การเพาะเชื้อขึ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก หรือ เลือดประจำเดือน แต่โอกาสพบเชื้อมี 16.7 - 65 % จากการขูดมดลูก^(5,13) และ 10 % จากเลือดประจำเดือน⁽¹⁾ การศึกษาของ Seaward PG. และ Mitchell RW.⁽¹⁸⁾ พบว่าการนำชิ้นเนื้อจากการขูดมดลูกฉีดเข้าหูดตะเกา จะให้ผลบวก 75 % เทียบกับการเพาะเชื้อที่ให้ผลบวก 57 % อย่างไรก็ตามถ้าคิดถึงความคุ้มค่าแล้วการเพาะเชื้อคุ้มค่ากว่า แต่ข้อเสียของการเพาะเชื้อคือ ใช้เวลานาน พบว่า 75 % ของเชื้อที่ขึ้นนั้นใช้เวลามากกว่า 40 วัน⁽¹⁾ ฉะนั้นต้องรอถึง 6-8 สัปดาห์ จึงบอกผลได้แน่นอน

การขูดมดลูกเพื่อนำชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ส่งเพาะเชื้อและย้อม acid fast bacilli ควรทำช่วงใกล้มีประจำเดือนเพราะ ช่วงนี้เยื่อโพรงมดลูกเจริญมากที่สุด ก่อนที่จะหลุดลอกไป และควรขูดบริเวณ cornue ด้วย จะมีโอกาสพบพยาธิสภาพมากที่สุด บางท่านไม่แนะนำให้ขูดมดลูก เนื่องจากกลัวว่าจะเกิด reactivation ของ latent tuberculous lesion การวินิจฉัย ปัจจุบันนี้เชื่อว่าไม่จำเป็นต้องพบเชื้อวัณโรค เพียงแต่ผลพยาธิวิทยามี characteristics granuloma ก็เพียงพอแล้ว⁽⁹⁾

การย้อม acid fast bacilli มีประโยชน์ในการยืนยันการวินิจฉัย รัผลเร็ว แต่จะพบต่อเมื่อมีเชื้อในสารคัดหลั่งมากกว่า 10⁵ ต่อ มล.⁽¹⁻²⁾ การเพาะเชื้อจะมีโอกาสพบเชื้อสูงกว่า แต่แม้ย้อมพบเชื้อก็ควรจะต้องเพาะเชื้อเพื่อแยกจาก acid fast bacilli อื่น ๆ

การตรวจพิเศษอื่น ๆ ที่อาจจะช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ภาพถ่ายรังสีช่องท้อง (plain abdomen) ซึ่งไม่มีลักษณะ

pathognomonic แต่สิ่งที่ช่วยให้นึกถึงโรคนี้คือ calcified ของต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน⁽¹⁾ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ในโรคนี้อาจจะพบปีกมดลูกและอวัยวะใกล้เคียงเกาะกันเป็นก้อนทั้งสองข้าง และอาจจะมี scattered calcification (1,19)

สำหรับ Hysterosalpingogram มีประโยชน์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะมีบุตรยากโดยไม่มีอาการอื่น จะพบความผิดปกติของโพรงมดลูก ท่อนำไข่อาจจะมีลักษณะเป็น "Beaded like appearance", "Rigid pipe-stem pattern" หรือ "Tobacco pouch" deformity ของ ampulla end และอาจจะพบ fistula ด้วย Hysterosalpingogram นี้ ห้ามทำในกรณีที่เพิ่งมีการติดเชื้อเฉียบพลันในอุ้งเชิงกราน และมีหลายรายงานพบว่าเกิด exacerbation ของวัณโรคในอุ้งเชิงกรานตามหลังการทำ

Laparoscopy, Culdoscopy, peritoneoscopy ไม่ค่อยมีประโยชน์ จะใช้กรณีที่สงสัยมาก แต่การตรวจอย่างอื่นให้ผลลบหมด จึงทำ endoscopy เหล่านี้ เพื่อให้ได้เนื้อเยื่อมาช่วยในการวินิจฉัย แต่เสี่ยงต่อการทะลุของลำไส้จากอวัยวะต่าง ๆ ยึดติดกัน การทำ small open biopsy จะปลอดภัยกว่า

Tuberculin skin test ถ้า skin reaction ยิ่งขนาดใหญ่จะสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่สำคัญ⁽²⁰⁾ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว skin test นี้บอกได้เพียงว่าเคยมีการติดเชื้อด้วย tubercle bacilli แต่ไม่สามารถบอกถึง activity ของโรคได้ ถ้า skin test ให้ผลลบ จะช่วยให้นึกถึงวัณโรคได้น้อยลง อย่างไรก็ตาม skin test นี้ มีผลลบเทียม 15-20 %⁽²⁰⁾ พบในผู้ป่วยที่มีไข้กำลังตั้งครรภ์ measles, influenza, miliary tuberculosis

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ โดยทั่วไป เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ มักจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ แม้ว่าเม็ดเลือดขาวอาจเพิ่มได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญ⁽²⁰⁾

เมื่อได้การวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีแล้ว ควรสืบค้นว่ามีวัณโรคที่ระบบอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งส่วนมากขณะมีอาการวัณโรคระบบสืบพันธุ์ จะไม่ค่อยพบ active lesion ที่ตำแหน่งอื่น แต่ก็ควรตรวจหาว่ามีรอยโรคที่ตำแหน่งใดบ้าง โดย

1. ถ่ายภาพรังสีปอดทุกราย แม้ไม่ค่อยพบวัณโรคปอดระยะ active ร่วมกับวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ จากรายงานของ Sutherland⁽¹³⁾ ที่ศึกษาภาพถ่ายรังสีปอดในผู้ป่วยวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรี 679 ราย พบ active lesion เพียง 1.6 % healed lesion 58.9 % ฉะนั้นพบบ่อยที่ภาพ

รังสีปอดปกติ เพราะส่วนมากพยาธิสภาพที่ปอดจะหยุดการดำเนินโรคแล้ว ในขณะที่วัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีแสดงอาการ แต่ต้องตรวจดูให้ละเอียด เนื่องจากอาจมองข้ามรอยโรคเล็ก ๆ ที่หายแล้ว

2. Intravenous pyelography (IVP) เนื่องจากพบวัณโรคระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย 10-30 %⁽¹⁻²⁾

สำหรับการเก็บเสมหะหรือตัวอย่างน้ำจากกระเพาะและการเก็บปัสสาวะตอนเช้า เพื่อส่งตรวจย้อม acid fast bacilli และเพาะเชื้อ เป็นเวลา 3 วัน ปัจจุบันไม่นิยมทำแล้ว

การรักษา

การรักษาหลักของโรคนี้คือ การใช้ยาต้านวัณโรค ร่วมกับการแก้ไขสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะรักษาด้วยยาต้านวัณโรคที่เป็น bactericidal 2 ชนิด ในเวลา 9 เดือน⁽²⁰⁾ หรือใช้ยา 3-4 ชนิด ใน 2-3 เดือนแรกจนกว่าจะรู้ drug sensitivity แล้วจึงให้ต่อ 2 ตัว จนครบ course^(12,14) อย่างไรก็ตามบางรายงานพบว่าการรักษาวัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยยาระยะสั้น (short course) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคสูง

Regimen ที่แนะนำให้ใช้คือ (9,12-14,21) Isoniazid 300 มก.ต่อวัน, Rifampicin 450 หรือ 600 มก.ต่อวัน แล้วแต่น้ำหนักเป็นเวลา 9-12 เดือน ร่วมกับ Ethambutol 15-20 มก./กก. ใน 2-3 เดือนแรก ถ้าจะให้ยา 4 ชนิด อาจจะให้ pyrazinamide 15-30 มก./กก. ใน 2-3 เดือนแรกด้วย สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงคือ ต้องระวังติดตามอาการข้างเคียง ที่อาจจะเกิดจากยาเหล่านี้

การผ่าตัด แต่เดิมก่อนจะมียารักษาวัณโรค การผ่าตัดมีอัตราการตาย 2.2 - 4 %^(1,9) และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง คือพบการเกิดรูรั่วของลำไส้ได้ 15 %⁽⁹⁾ ปัจจุบันก่อนผ่าตัดจะให้ยารักษาวัณโรค 1 - 2 สัปดาห์ จะลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้ การผ่าตัดจะทำในช่วงกึ่งกลางรอบเดือน หลังผ่าตัด จะให้ยาต่อ 6-12 เดือน การผ่าตัดที่ได้ผลดีที่สุดคือ การตัดมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ ออกทั้งสองข้าง ทั้งนี้ขึ้นกับอายุ ความต้องการบุตร และพยาธิสภาพว่าเป็นมากน้อยเพียงไร ส่วนข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่

1. มีการคงอยู่ หรือกลับเป็นซ้ำของโรคหลังรักษาด้วยยา เป็นเวลา 1 ปี
2. มีก้อนอยู่ หรือ ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น หลังรักษา 4 - 6 เดือน

3. อาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องน้อย เลือดออกผิดปกติ ยังคงเป็นอยู่ ไม่หายไป หรือกลับเป็นใหม่ หลังรักษา

4. ยังมีรูรั่วที่รักษาไม่หาย (non-healing fistula)

5. โรคติดต่อหลายชนิด

6. สงสัยว่ามีเนื้องอกอื่นร่วมด้วยเช่นเนื้องอกมดลูกหรือรังไข่

7. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ไม่สามารถติดตามการรักษาได้

สิ่งสำคัญในการรักษาโรคนี้นอกจากยา และการผ่าตัด คือผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่ดี ได้พักผ่อนเพียงพอ ทั้งร่างกาย จิตใจ ระวังรักษาสุขอนามัยของร่างกาย

ผลการรักษา

วัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์นี้ ถ้าไม่รักษาจะไม่หายไปเอง⁽¹³⁾ แต่ถ้ารักษาครั้งแรกให้ครบ course จะหายได้ถึง 90-95 %^(1,21) และหลังรักษาจะกลับเป็นภาวะไม่ติดเชื่อเร็ว คือ ประมาณ 2 สัปดาห์⁽¹⁾ อาการปวดในอุ้งเชิงกราน จะตอบสนองต่อการรักษาดี และเร็ว สำหรับอาการผิดปกติของประจำเดือนเช่นประจำเดือนมากกว่าปกติหรือขาดประจำเดือน อาการจะหายได้ถึง 75 %⁽¹³⁾ แต่ผลการรักษาเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากมักได้ผลไม่ค่อยดี และถ้าตั้งครรรภ์ก็มีโอกาสเป็นการตั้งครรรภ์นอกมดลูกหรือการแท้ง⁽¹⁴⁾

การติดตามผู้ป่วย และการพยากรณ์โรค

การตรวจติดตามผู้ป่วยหลังรักษาเป็นสิ่งสำคัญ Sutherland⁽⁹⁾ แนะนำว่าใน 3 เดือนแรกควรนัดตรวจทุกเดือน หลังจากนั้นนัดทุก 3 เดือน จนครบ course ของยา แล้วนัดตรวจทุก 6 เดือน และนัดตรวจตลอดไป เนื่องจากอาจมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ซึ่งพบน้อย⁽¹⁾ แต่การกลับเป็นซ้ำนี้ อาจเกิดขึ้นนานถึง 5 ปี หลังรักษา^(9,10,13) มีรายงานที่พบการกลับเป็นซ้ำ 19 ปีหลังรักษา⁽⁹⁾ ทุกครั้งจะตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจภายใน ส่วนการถ่ายภาพรังสีปอด การขูดมดลูกเพื่อส่งตรวจพยาธิวิทยา และการเพาะเชื้อ จะทำเป็นครั้งคราว 6 - 12 เดือนตลอดไป แต่ในรายที่หมดประจำเดือนแล้ว การติดตามผลการรักษาด้วยการขูดมดลูก ไม่จำเป็น ถ้าผู้ป่วยสบายดี ไม่มีอาการ และคลำไม่พบก้อนแล้ว

สรุป

วัณโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนัก บางครั้งผู้ป่วยจะไม่มีอาการหรือถ้ามีอาการแพทย์ก็มักจะนึกถึงสาเหตุอื่นที่พบได้บ่อยกว่า ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัย และการรักษาผิดพลาดได้ ฉะนั้นสิ่งที่ช่วยคือควรคิดถึงภาวะนี้บ้างโดยเฉพาะในรายที่มีประวัติสัมผัสโรคหรือมีวัณโรคที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย เมื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องแล้ว การตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี อาการต่าง ๆ จะหายไปเร็ว นอกจากปัญหาที่มีบุตรยาก ซึ่งบางครั้งอาจจะต้องใช้วิธีเด็กหลอดแก้ว (IVF)

อ้างอิง

1. Anderson JR. Genital tuberculosis. In: Jones III HW, Wentz AC, Burnett LS, eds. Novak's Textbook of Gynecology. 11th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1988: 557-69
2. Schaefer G. Tuberculosis of the female genital tract. Droegemueller W, Sciarra JJ, eds. Clinical Gynecology. In: Sciarra JJ, ed. Gynecology and Obstetrics. Vol 1. Philadelphia; Harper & Row, 1986:1-18
3. Eschenbach DA. Pelvic infections and sexually transmitted diseases. In: Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, eds. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 6thed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1990:954-6
4. Droegemueller W. Upper genital tract infections. In: Herbst AL, Mishell DR, Stenchever MA, Droegemueller W, eds. Comprehensive Gynecology. 2nded. St. Louis: Mosby, 1992:637-9
5. Chattopadhyay SK, Sengupta BS, Edress YB, Al-Meshari AA. The pattern of female genital tuberculosis in Riyadh, Saudi Arabia. Br J Obstet Gynaecol 1986 Apr; 93(4):367-71
6. Margolis K, Wranz PA, Kruger TF, Joubert JJ, Odendaal HJ. Genital tuberculosis at Tygerberg Hospital - prevalence, clinical presentation and diagnosis. S Afr Med J 1992;81(1):12-5

7. Schaefer G. Female genital tuberculosis. *Clin Obstet Gynecol* 1976 Mar;19(1):223-37
8. Sutherland AM. Postmenopausal tuberculosis of the female genital tract. *Obstet Gynecol* 1982; 59 (supp 6): 54S-7S
9. Sutherland AM. Tuberculosis of the female genital tract. *Tubercle* 1985 Jun;66(2):79-83
10. Thompson JD, Spence MR. Pelvic Inflammatory Disease. In: Thompson JD, Rock JA, eds. *Te Linde's Operative Gynecology*. 7th ed. Philadelphia; J.B. Lippincott, 1992:593-9
11. Tripathy SN. Genital manifestation of pulmonary tuberculosis. *Int J Gynecol Obstet* 1981 Aug;19(4):319-26
12. Tindall VR. *Jeffcoate's Principles of Gynecology*. 5th ed. London: Butterworths, 1987:301-8
13. Sutherland AM. Gynaecological tuberculosis: analysis of a series of a personal series of 710 cases. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1985 Aug;25(3):203-7
14. Varma TR. Genital tuberculosis and subsequent fertility. *Int J Gynecol Obstet* 1991 May;35(1):1-11
15. Sutherland AM. The changing pattern of tuberculosis of the female genital tract; a thirty year survey. *Arch Gynecol* 1983; 234(4):95-101
16. Bazaz-Malik G, Maheshwari B, Lal N. Tuberculous endometritis: a clinicopathological study of 1000 cases. *Br J Obstet Gynaecol* 1988 Jan;90(1):84-6
17. Vuong PN, Houissa Vuong S, Bleus B, Schoonaert MF. Pseudotumoral tuberculosis of the uterine cervix. Cytologic presentation. *Acta Cytol* 1989 May-June: 33(3):305-8
18. Seaward PG, Mitchell RW. Guinea-pig inoculation and culture for mycobacterium tuberculosis in infertile women. A study of cost-effectiveness. *S Afr Med J* 1985 Jan 26; 67(4):126-9
19. Walzer A, Koenigsberg M. Ultrasonographic demonstration of pelvic tuberculosis. *J Ultrasound Med* 1983 Mar;2(3):139-40
20. Stead WW, Bates JH. Tuberculosis. In: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 9th ed. Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha, 1987 : 700-11
21. Sutherland AM. The treatment of tuberculosis of the female genital tract with rifampicin, ethambutol, and isoniazid. *Arch Gynecol* 1981 ;230(4):315-9