

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยครรภ์ ไข่ปลาอุก ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และปัญหาในการดูแลรักษา

บรรจง อุดมถาวรสุข
ประสิทธิ์ เฟ็งสา

ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Clinical Characteristics of Hydatidiform Mole Patients in Srinagarind Hospital and Problems in Management.

Banchong Udomthavornsuk M.D., Prasit Pengsaa M.D.

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

Thirty six pathologically proved hydatidiform mole patients during the period from December 1980 to October 1986 were studied. The incidence of the disease was 1:415 hospital deliveries. The age ranges with the highest incidences were between 16-20 and 26-30 years old. Most of the patients were farmers and had low incomes, with the gravidity of 1-4 and parity of 0-2. There were 86.11% of the patients with no history of any contraception. The most common symptoms were bleedings (91.67%). The duration of amenorrhea were between 16-19 weeks in 30.56% of the patients. There were 66.67% of the patients with large-for-date uterine size and 13.89% of the patients had theca lutein cysts. One half of the patients were diagnosed by ultrasonography. The evacuation procedures composed largely of suction curettage and dilatation curettage. The major complications of treatments were incomplete evacuations. The incidence of malignant GTD was 17.24%. Only 8 patients (22.22%) completely attended the follow up program. The major problems in management of the patients were the problems of quantitative urinary HCG test and the large proportion of the patients not attending follow up program after evacuation of the moles.

ศึกษาผู้ป่วยครรภ์ ไข่ปลาอุกที่มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาทั้งหมดตั้งแต่เดือนธันวาคม ค.ศ. 1980 ถึงเดือนตุลาคม ค.ศ.1986 จำนวน 36 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1 : 415 ของการคลอดอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 16-20 และ 26-

30 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาและฐานะยากจน มีประวัติตั้งครรภ์ 1-4 ครั้ง และคลอด 0-2 ครั้ง ร้อยละ 86.11 ของผู้ป่วยไม่เคยคุมกำเนิด อาการที่พบมากที่สุดคือเลือดออก (ร้อยละ 91.67) ระยะเวลาที่ขาดประจำเดือนอยู่ในระหว่าง

16-19 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 30.56) ผู้ป่วย ร้อยละ 66.67 มีขนาดของมดลูกใหญ่กว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์และมีถุงน้ำรังไข่ร้อยละ 13.89 การวินิจฉัยร้อยละ 50 ได้จากการตรวจ ultrasonography การรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธี suction curettage และ dilatation curettage ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญคือ incomplete evacuation มีอุบัติการณ์ของการเกิด malignant GTD ร้อยละ 17.24 ผู้ป่วยจำนวนเพียง 8 ราย (ร้อยละ 22.22) มาตรวจติดตามหลังการรักษาตามนัดทุกครั้ง ปัญหาสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยก็คือ ปัญหาในการตรวจหาปริมาณ HCG ในปัสสาวะ และผู้ป่วยจำนวนมากไม่มาตรวจติดตามหลังการรักษา - X -

บทนำ

ประเทศไทยอยู่ในภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์ของครรภ์ไข่ปลาอุกสูง รายงานจากโรงพยาบาลศิริราช มีอุบัติการณ์ 1 : 349 ของการคลอด ในช่วงปี ค.ศ. 1966-1972⁽¹⁾ และ 1 : 361 ของการคลอด ในช่วงปี ค.ศ.1974-1979⁽²⁾ เปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ 1 : 1,200 ของการตั้งครรภ์ในรัฐ North Carolina สหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ.1966 - 1972⁽³⁾ สำหรับในโรงพยาบาลศรึนครินทร์มีผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกเข้ามารับการรักษาดังแต่ปลายปี ค.ศ.1980 แต่ยังไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย การศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกทั้งหมด ศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะทางคลินิก การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การตรวจติดตามและผลการรักษา ค้นหาปัญหาในการดูแลรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาจากรายงานผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุก ที่มีผลพยาธิวิทยาพิสูจน์ว่าเป็นครรภ์ไข่ปลาอุก ในโรงพยาบาลศรึนครินทร์ทั้งหมดตั้งแต่เดือน ธันวาคม ค.ศ.1980 ถึงเดือนตุลาคม ค.ศ.1986 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ อายุ อาชีพและฐานะ ประวัติการตั้งครรภ์และคลอด การคุมกำเนิด กลุ่มเลือด ลักษณะทางคลินิก วิธีการวินิจฉัยและการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การตรวจติดตามผู้ป่วยและผลการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยมาตรวจติดตามหลังการรักษา หรือมาตรวจติดตามเพียงระยะแรก ๆ นั้น ได้ส่งจดหมายสอบถามทางไปรษณีย์ สอบถามถึงสุขภาพภายหลังการรักษาและสุขภาพในปัจจุบัน การตั้งครรภ์ใหม่ คลอด หรือแท้งหลังการรักษา และเหตุผลที่ไม่ได้มาตรวจติดตาม

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์

จากเดือนธันวาคม ค.ศ.1980 ถึงเดือนตุลาคม ค.ศ.1986 มีผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกที่ได้รับการรักษาดังแต่เริ่มแรกที่โรงพยาบาลศรึนครินทร์ทั้งหมด 36 ราย ในช่วงเวลาเดียวกันมีการคลอดทั้งสิ้น 14,928 ราย ดังนั้นอุบัติการณ์ของครรภ์ไข่ปลาอุกในโรงพยาบาลศรึนครินทร์จึงเท่ากับ 1 : 415 ของการคลอด

อายุ

อายุน้อยที่สุดของผู้ป่วยคือ 16 ปี และมากที่สุด 50 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในระหว่าง 16-20 ปี และ 26-30 ปี (Table 1)

อาชีพและฐานะ

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.89) มีอาชีพทำนา และฐานะยากจน อาชีพอื่นได้แก่ แม่บ้าน (ร้อยละ

13.89) รับประทาน (ร้อยละ 11.11) รับประทาน (ร้อยละ 5.56) และกำยาข (ร้อยละ 5.56)

ประวัติการตั้งครรภ์ คลอด และแท้ง

ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 1-4 (Table 2) และ
 เคยคลอด 0-2 ครั้ง มี 12 ราย (ร้อยละ 33.33)
 ที่เคยมีประวัติแท้งในครรภ์ก่อน ๆ ตั้งแต่ 1-4
 ครั้ง แต่ไม่มีรายใดเคยมีประวัติแท้งครรภ์ไขปลาดุก
 มาก่อน

Table 1 Age Distribution

Age	Number of patients (%)
16 - 20	10 (27.78)
21 - 25	7 (19.44)
26 - 30	10 (27.78)
31 - 35	3 (8.33)
36 - 40	1 (2.78)
41 - 45	1 (2.78)
46 - 50	4 (11.11)
Total	36 (100)

Table 2 Gravidity and Parity

Gravidity	Number of patients (%)	Parity	Number of patients (%)
1	9 (25)	0	11 (30.56)
2	6 (16.67)	1	13 (36.11)
3	7 (19.44)	2	4 (11.11)
4	7 (19.44)	3	2 (5.56)
5	1 (2.78)	4	-
6	-	5	-
7	1 (2.78)	6	1 (2.78)
8	-	7	1 (2.78)
9	2 (5.56)	8	2 (5.56)
10	3 (8.33)	9	2 (5.56)
Total	36 (100)	Total	36 (100)

การคุมกำเนิด

ผู้ป่วย 31 ราย (ร้อยละ 86.11) ไม่เคย
 คุมกำเนิด มีเพียง 5 รายที่มีประวัติคุมกำเนิด
 โดยใช้ยาเม็ด 2 ราย ยาฉีด 2 ราย และใส่ห่วง
 อนามัย 1 ราย

กลุ่มเลือด

กลุ่มเลือดของผู้ป่วย (Table 3) มีเลือด
 กลุ่ม B มากที่สุด คือ 12 ราย (ร้อยละ 33.33)
 รองลงมาคือ กลุ่ม O มี 9 ราย (ร้อยละ 25)

Table 3 Blood group

Group	Number of Patients (%)
A	6 (16.67)
B	12 (33.33)
AB	1 (2.78)
O	9 (25)
Unknown	8 (22.22)
Total	36 (100)

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยทั้งหมดมีประวัติขาดประจำเดือน (Table 4) อาการนำที่พบมากที่สุดคือเลือดออก (ร้อยละ 91.67) รองลงมาคือ คลื่นไส้ อาเจียน มากผิดปกติ (ร้อยละ 38.89)

รายที่ไม่มีอาการเป็นผู้ป่วยที่ขาดประจำเดือน ประมาณ 1 เดือน แต่ไม่ต้องการบุตรและ ต้องการทำหมันด้วย ผลพยาธิวิทยาจากเนื้อที่ ได้จากการขูดมดลูกเป็นครรภ์ไข่ปลาอุก

ระยะเวลาที่ขาดประจำเดือน (Table 5) อยู่ในระหว่าง 18-19 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 30.56) รองลงมาคือระหว่าง 12-15 สัปดาห์ (ร้อยละ 27.78) ระยะเวลาที่ขาดประจำเดือน ที่สั้นที่สุดคือ 4 สัปดาห์ นานที่สุด 24 สัปดาห์

Table 4 Clinical Picture

Clinical picture	Number of Patients (%)
Amenorrhea	36 (100)
Bleeding	33 (91.67)
Nausea & vomiting	14 (38.89)
Passing of moles	10 (27.78)
Pain	9 (25)
Pre-eclampsia	6 (16.67)
Hyperthyroidism	2 (5.56)
None	1 (2.78)

Table 5 Duration of Amenorrhea

Duration (wk)	Number of Patients (%)
4 - 7	2 (5.56)
8 - 11	6 (16.67)
12 - 15	10 (27.78)
16 - 19	11 (30.56)
20 - 23	6 (16.67)
24 - 27	1 (2.78)
Total	36 (100)

ขนาดของมดลูกเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Table 6) ร้อยละ 66.67 มีขนาดใหญ่กว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ มีเพียงร้อยละ 19.44 ที่มีขนาดของมดลูกเล็กกว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ ขนาดของมดลูกที่ใหญ่ที่สุดที่พบคือ ขนาดเท่ากับอายุครรภ์ครบกำหนด พบในผู้ป่วย 1 รายที่มีประวัติขาดประจำเดือน 16 สัปดาห์

ตรวจพบถุงน้ำรังไข่ (theca lutein cyst) ในผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 13.89) ทั้ง 5 รายมีถุงน้ำรังไข่ทั้ง 2 ข้าง (bilateral)

Table 6 Uterine Size

Size	Number of Patients (%)
Large for date	24 (66.67)
Normal for date	5 (13.89)
Small for date	7 (19.44)
Total	36 (100)

วิธีการวินิจฉัย

ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยวินิจฉัยได้จาก ultrasonography (Table 7) ที่วินิจฉัยได้จากการที่ผู้ป่วยแท้งเป็นไข่ปลาอุกออกมาทั้งที่บ้านและในหอผู้ป่วยมี 10 ราย (ร้อยละ 27.78) และมีผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 13.89) ที่ไม่ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกตั้งแต่นั้น แต่มีผลตรวจทางพยาธิวิทยาของเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูกเป็น hydatidiform mole ใน 5 รายนี้วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นแท้งคุกคาม 3 ราย แท้งหลีกเลี่ยงไม่ได้ 1 ราย และครรภ์ที่ไม่ต้องการ 1 ราย

การตรวจหาปริมาณ HCG (human chorionic gonadotropin) ในปัสสาวะ มีผลการตรวจก่อนให้การรักษาเพียง 6 ราย (ร้อยละ 16.67) นอกนั้นไม่มีผลการตรวจ ซึ่งมีทั้งที่ไม่ได้เก็บ

Table 7 Diagnostic Method

Method	Number of Patients (%)
Ultrasonography	18 (50)
Passing of moles	10 (27.78)
Pathological report	5 (13.89)
Amniocentesis & amniography	3 (8.33)
Total	36 (100)

ตรวจหรือไม่มีรายงานผลการตรวจ แต่ทุกรายมีผลการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test) ให้ผลบวก สำหรับ 6 รายที่มีผลตรวจปริมาณ HCG ในปัสสาวะ พบว่ามีค่าต่ำสุด 19,520 IU ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และสูงสุด 983,040 IU ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และส่วนใหญ่มีค่ามากกว่า 1 แสน IU ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

การรักษา

ผู้ป่วย 18 ราย (ร้อยละ 50) ได้รับการรักษาด้วยวิธี suction curettage (Table 8) อีก 14 ราย (ร้อยละ 38.89) ทำ dilatation curettage ที่เหลืออีก 4 ราย (ร้อยละ 11.11) ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกเป็นวิธีแรก และมีผู้ป่วยจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 19.44) ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกภายหลังการรักษาโดย suction curettage หรือ dilatation curettage โดยทำหลัง suction curettage 4 ราย เนื่องจากมี retained mole, มี retained mole และ carcinoma in situ ของ cervix, เป็น myoma uteri ในเวลาต่อมา และเพราะอายุมากอย่างละ 1 ราย และทำหลัง dilatation curettage 3 ราย เนื่องจากมี invasive mole, choriocarcinoma และเพราะอายุมากอย่างละ 1 ราย

Table 8 Evacuation Procedure

Procedure	Number of Patients (%)
Dilatation curettage	14 (38.89)
Suction curettage	18 (50)
Primary hysterectomy	4 (11.11)
Secondary hysterectomy	7 (19.44)

Table 9 Complication of Treatment

Complication	Number of Patients (%)
Incomplete evacuation	5 (13.89)
massive bleeding	4 (11.11)
Endometritis	1 (2.78)
Total	10 (27.78)

สำหรับ prophylactic chemotherapy ได้มีการให้ในผู้ป่วยเพียง 3 ราย (ร้อยละ 8.33) โดยให้ actinomycin-D

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 27.78) (Table 9) ที่พบมากที่สุดคือ incomplete evacuation 5 ราย (ร้อยละ 13.89) รองลงมาคือเสียเลือด 4 ราย (ร้อยละ 11.11) และเยื่อโพรงมดลูกอักเสบ 1 ราย (ร้อยละ 2.78)

การตรวจติดตาม

หลัง evacuation ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจติดตามทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะนัดตรวจทุกเดือนจนครบ 1 ปี ต่อไปจะนัดตรวจทุก 3-6 เดือนตลอดไป มีผู้ป่วยจำนวนเพียง 8 ราย (ร้อยละ 22.22) ที่มาตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง (Table 10) อีก 11 ราย (ร้อยละ 30.56) มาตรวจเพียงบางครั้ง ที่เหลืออีก 17 ราย (ร้อยละ 47.22) ไม่เคยมาตรวจหลังการรักษาเลย

Table 10 Follow up Attending

Follow up	Number of patients (%)
Complete	8 (22.22)
Partial	11 (30.56)
None	17 (47.22)
Total	36 (100)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามครบทุกครั้ง 8 ราย พบว่า 4 รายหายเป็นปกติ มี 1 ราย เป็นเนื้องอกมดลูก (myoma uteri) ในเวลาต่อมา และได้รับการผ่าตัด myomectomy แล้วมี recurrent myoma อีก จึงได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออก มี non metastatic malignant GTD 1 ราย และ metastatic malignant GTD (lung metastasis) 2 ราย โดยรายหนึ่งเป็น choriocarcinoma ทั้งหมดเกิดขึ้นภายใน 4 เดือนหลังการรักษา ครรภ์ ไข่ปลาอุก และได้รับการรักษาด้วย actinomycin-D รายที่เป็น choriocarcinoma ได้รับการรักษาด้วย actinomycin-D ร่วมกับการผ่าตัดเอามดลูกออกด้วย จากการตรวจติดตามต่อมาทุกรายหายเป็นปกติ แต่ไม่มีการตั้งครรภ์ใหม่อีกหลังการรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามเพียงบางครั้ง พบว่าทั้ง 11 รายหายเป็นปกติ

ไม่มีการเกิด malignant GTD ในการตรวจครั้งสุดท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยมาตรวจติดตาม หลังจากออกจากโรงพยาบาลพบว่าขณะที่ยังอยู่ในโรงพยาบาลมีการเกิด malignant GTD 2 ราย เป็น non metastatic invasive mole ทั้ง 2 ราย รายหนึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออกตั้งแต่แรก อีกรายหนึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออกหลัง dilatation curettage ทั้ง 2 รายหายเป็นปกติตอนที่ออกจากโรงพยาบาล

จากการส่งจดหมายสอบถามผู้ป่วยที่ไม่เคยมาตรวจติดตามหรือมาตรวจเพียงบางครั้งจำนวน 28 ราย ได้รับตอบทั้งหมด 21 ราย ไม่มีผู้รับ 1 ราย และไม่ตอบ 6 ราย ทั้ง 21 รายที่ตอบจดหมายสอบถามบอกว่ายังมีชีวิตอยู่และส่วนใหญ่สบายดี มีเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ 2 ราย มีการตั้งครรภ์ใหม่อีก 14 ราย โดยมี 2 ราย ตั้งครรภ์ 2 ครั้ง อีก 12 รายตั้งครรภ์คนละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 16 ครรภ์ มีแท้ง 1 ครั้ง คลอดแฝด 1 ครั้ง คลอดปกติ 9 ครั้ง ยังไม่คลอด 5 ครรภ์ รวมได้บุตร 11 คน ไม่มีครรภ์ไข่ปลาอุกเกิดขึ้นอีก ส่วนเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจติดตามหลังการรักษาส่วนใหญ่ (14 ราย หรือร้อยละ 66.67) ตอบว่าเพราะสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติคิดว่าหายแล้ว มี 4 ราย (ร้อยละ 19.05) มีปัญหาเรื่องเงินเพราะฐานะยากจนและรู้สึกสบายดีคิดว่าหายแล้ว ส่วนอีก 3 ราย (ร้อยละ 14.29) ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

สรุปผลการรักษาและตรวจติดตาม

จากผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง 8 ราย และผู้ป่วยที่ตอบจดหมายสอบถามอีก 21 ราย รวมทั้ง 29 ราย พบว่าผลการรักษาไม่มีปัญหาแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทั้งหมดตอบสนองต่อ

การรักษาดี มี malignant GTD เกิดขึ้น 5 ราย (ร้อยละ 17.24) โดยเป็น non metastatic malignant GTD 3 ราย และ metastatic malignant GTD 2 ราย ทั้งหมดเกิดภายใน 4 เดือน หลังการรักษาครรภ์ไข่ปลาอุก ทุกรายได้รับการรักษาแบบ malignant GTD และเป็นปกติดี จนถึงปัจจุบันทั้ง 5 ราย ผู้ป่วยจำนวน 14 ราย มีการตั้งครรภ์ใหม่อีก 16 ครั้ง

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุก อายุ อาชีพและฐานะ จำนวนการตั้งครรภ์และคลอด ตลอดจนลักษณะทางคลินิก วิธีการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ส่วนใหญ่ใกล้เคียงและคล้ายคลึงกับรายงานของโรงพยาบาล ศิริราช Srivannaboon และคณะ⁽¹⁾ รายงานอุบัติการณ์ 1 : 349 ของการคลอดในช่วงปี ค.ศ. 1966-1972 และพบอุบัติการณ์สูงในผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-34 ปี จำนวนครรภ์ 0-3 Koetsawang⁽²⁾ รายงานอุบัติการณ์ 1 : 361 ของการคลอดในช่วงปี ค.ศ. 1974-1979 ผู้ป่วยร้อยละ 67.1 มีอายุระหว่าง 15-29 ปี ส่วนใหญ่ฐานะยากจน ร้อยละ 68.8 เคยคลอดบุตร 0-2 ครั้ง ลักษณะทางคลินิกพบ hyperemesis ร้อยละ 48.7 และ toxemia ร้อยละ 31.7 ระยะเวลาที่ขาดประจำเดือนพบในช่วง 12-19 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 58.2) พบขนาดมดลูกใหญ่กว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ในผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 90.1 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.5) อาศัยจากประวัติหรือเห็นการแท้งเป็นไข่ปลาอุก (passing of moles) จาก amniocentesis ร้อยละ 16.1 และจาก amniography ร้อยละ 17.3 การรักษาส่วนใหญ่ใช้ sharp curettage หรือ suction curettage (ร้อยละ 69.1) มี primary hysterectomy

ร้อยละ 12.9 และ post curettage hysterectomy ร้อยละ 17.03 จากการติดตามผู้ป่วยหลังรักษาพบมีอุบัติการณ์ของ malignant GTD ร้อยละ 12.39 สำหรับรายงานจากต่างประเทศ Curry และคณะ⁽³⁾ รายงานอุบัติการณ์ 1 : 1,200 ของการตั้งครรภ์ และพบอุบัติการณ์สูงในหญิงอายุมาก ส่วนจำนวนคลอดและกลุ่มเลือดไม่พบมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ ผู้ป่วยร้อยละ 40 มีประวัติขาดประจำเดือนระหว่าง 16-20 สัปดาห์ อาการที่พบมากที่สุดคือเลือดออก (ร้อยละ 89) รองลงมาคือ กลิ่นเสียอาเจียนมากผิดปกติ (ร้อยละ 14) pre-eclampsia (ร้อยละ 12) ปวดท้อง (ร้อยละ 10) และ hyperthyroidism (ร้อยละ 2) ผู้ป่วยร้อยละ 46 มีขนาดมดลูกใหญ่กว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ อีกร้อยละ 38 ขนาดเล็กกว่าที่ควรจะเป็น และพบรังไข่โตร้อยละ 14 ของผู้ป่วยที่นำแปลกใจก็คือผู้ป่วยร้อยละ 82 ได้รับการวินิจฉัยโดยผลตรวจพยาธิวิทยาของเนื้อที่ได้จากการแท้งหรือการขูดมดลูก มีเพียงร้อยละ 15 ที่วินิจฉัยได้จาก amniography และร้อยละ 2 จาก sonography การรักษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) ใช้วิธี dilatation curettage และ suction curettage มีอุบัติการณ์ของ malignant GTD ร้อยละ 20 และผู้ป่วยร้อยละ 27 สามารถตั้งครรภ์ใหม่หลังการรักษา Menczer และคณะ⁽⁴⁾ รายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.5) มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ระยะเวลาที่ขาดประจำเดือนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.8) อยู่ในระหว่าง 11-18 สัปดาห์ ผู้ป่วยร้อยละ 76 มีขนาดมดลูกใหญ่กว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ และมีอุบัติการณ์ของ persistent GTD หลังครรภ์ไข่ปลาอุก ร้อยละ 12.2 Gold stein⁽⁵⁾ รายงานว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดประจำเดือน 12-20 สัปดาห์ และมีอุบัติการณ์ของ malignant GTD ร้อยละ 20 Morrow และ

คณะ⁽⁶⁾ รายงานอุบัติการณ์ของ persistent GTD ร้อยละ 26.4 ส่วน Lurain และคณะ⁽⁷⁾ รายงานอุบัติการณ์ของ malignant GTD ร้อยละ 19.2 โดยเป็น invasive mole ร้อยละ 16.9 และ choriocarcinoma ร้อยละ 2.3

ปัญหาสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ ปัญหาแรกได้แก่ ปัญหาการตรวจปริมาณ HCG ในปัสสาวะ ซึ่งพบว่ามีผลการตรวจน้อยราย (เพียง 6 รายหรือร้อยละ 16.67) ที่เหลืออีก 30 รายไม่มีผลการตรวจ ซึ่งมีทั้งที่ไม่ได้เก็บตรวจ ไม่มีผลการตรวจ หรือรายงานผลการตรวจไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ปัญหาประการที่สองซึ่งสำคัญมากเช่นกันคือ การขาดการตรวจติดตามหลังการรักษาของผู้ป่วยจำนวนมาก (17 ราย หรือร้อยละ 47.22) ซึ่งจากคำตอบที่ได้จากจดหมายสอบถามผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เพราะเข้าใจว่าหายดีแล้ว จึงไม่ได้สนใจที่จะมาตรวจติดตามอีก

ปัญหาทั้ง 2 ประการนี้ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุก ปริมาณ HCG ในปัสสาวะนอกจากจะช่วยในการวินิจฉัยแล้ว ยังเป็น base line ที่จะใช้ตรวจติดตามผลการรักษา เพราะ trophoblastic neoplasia เป็น hormone producing tumor สร้าง HCG⁽⁸⁾ ปริมาณ HCG เป็น most specific prognostic indicator ในการติดตามผู้ป่วย⁽⁹⁾ การดูแลรักษาและตรวจติดตามผู้ป่วยโดยไม่มีการตรวจปริมาณ HCG ที่แน่นอนจึงไม่อาจประเมินการตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างถูกต้องทุกราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลศรินครินทร์ที่ผ่านมาใช้การตรวจติดตามโดย urinary pregnancy test ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ผลบวกเมื่อมีปริมาณ HCG ในปัสสาวะมากกว่า 1,000 IU/ลิตร แต่ Hammond และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาไว้ว่า ผู้ป่วย malignant GTD

ร้อยละ 25-30 อาจมีปริมาณ HCG ในปัสสาวะต่ำกว่า 1,000 IU/24 ชม. ดังนั้น Urinary pregnancy test ถ้าให้ผลลบจะไม่มี ความหมายในการติดตามผู้ป่วยเลย แม้ต่อมาภายหลังจะมีการใช้ urinary pregnancy test ที่ไวมากขึ้น คือ Preg-color ของบริษัท Organon ซึ่งอ้างว่าสามารถตรวจปริมาณ HCG ได้ต่ำถึง 200 IU/ลิตร แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ส่วนการตรวจติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาครรภ์ไข่ปลาอุกก็เป็นหัวใจของการดูแลรักษาผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกแม้จะได้ evacuation เอา mole ออกไปแล้วก็ไม่ได้หมายความว่า จะหายขาด มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20 จะเกิด malignant GTD ดังกล่าวแล้วตอนต้น โดยกว่าร้อยละ 90 ที่จะเกิด malignant GTD จะเกิดในปีแรก⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการตรวจติดตามเพื่อค้นหาผู้ป่วยเหล่านี้และให้การรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญมากโดยเฉพาะในปีแรก การแก้ปัญหาสำคัญทั้ง 2 ประการนี้น่าจะทำได้โดยการตั้ง Trophoblastic Disease Unit ขึ้น ให้มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกทั้งหมด ดูแลและรับผิดชอบตั้งแต่การตรวจปริมาณ HCG ซึ่งถ้าจะให้ดีควรจะสามารถทำได้เอง ให้มีการลงทะเบียนและให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยให้รู้ถึงความเสี่ยงและอันตรายของการเกิด malignant GTD เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจติดตามหลังการรักษา รวมทั้งมีหน้าที่ตรวจสอบและติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งถ้าสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพก็น่าจะแก้ปัญหาสำคัญทั้ง 2 ประการดังกล่าวได้

เอกสารอ้างอิง

1. Srivannaboon S, Vatananusara C, Boonyanit S. The incidence of trophoblastic disease in Siriraj hospital. J Med Ass Thailand 1974; 57: 537-42.

2. Koetsawang A. Molar pregnancy: A clinical study of 347 cases. *J Med Ass Thailand* 1984; 67: 73-8.
3. Curry SL, Hammond CB, Tyrey L, et al. Hydatidiform mole. Diagnosis, management and long-term follow up of 347 patients. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 1-8.
4. Menczer J, Modan M, Serr DM. Prospective follow-up of patients with hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 346-9.
5. Goldstein DP. Prophylactic chemotherapy of patients with molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1971; 38: 817-22.
6. Morrow CP, Kletzky OA, Disaia PJ. Clinical and laboratory correlates of molar pregnancy and trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 128: 424-9.
7. Lurain JR, Brewer JI, Torok EE, et al. Natural history of hydatidiform mole after primary evacuation. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 591-5.
8. Tomoda Y, Asai Y, Arai Y, et al. Criteria of complete remission from trophoblastic neoplasia with the use of human chorionic gonadotropin (HCG) excretion pattern as a parameter. *Cancer* 1977; 40: 1016-25.
9. Hammond CB, Parker RT. Diagnosis and treatment of trophoblastic disease. A report from the southeastern regional center. *Obstet Gynecol* 1970; 35: 132-43.
10. Ratnam SS, Teoh ES, Dawood MY. Methotrexate for prophylaxis of choriocarcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 111: 1021-7.