

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย Malignant Gestational Trophoblastic Diseases ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และปัญหาในการดูแลรักษา

ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ
บรรจง อุดมถาวรสุข
ประสิทธิ์ เพ็งสา

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Clinical Characteristics of Malignant Gestational Trophoblastic Diseases in Srinagarind Hospital and Problems in Management.

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

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

There were 43 malignant GTD patients who were admitted to Srinagarind Hospital from March 1983 to October 1987. The incidence of the disease was 1:329 hospital deliveries. 21 patients (48.8%) had the history of molar abortions. Only 27 patients (62.8%) had pathological diagnosis of choriocarcinoma and of invasive mole in 22 cases (51.2%) and 5 cases (11.6%) respectively. 28 patients (65.1%) had metastatic disease. The majority of patients had chemotherapy alone. The remission rates of the patients in non-metastatic, low-risk metastatic and high-risk metastatic were 100, 50 and 36.8% respectively. There were 16 deaths (37.2%). Only 6 patients (20.7%) visited for follow up examination program completely. The major problems found in this study were the high mortality rate of the patients, the problem of urinary hCG level analysis and the large proportion of patients not attending the follow up program after treatment.

ศึกษาผู้ป่วย malignant GTD ทั้งหมดตั้งแต่
เดือนมีนาคม 2526 ถึงเดือนตุลาคม 2530 จำนวน
43 รายคิดเป็นอุบัติการณ์ 1:329 ของการคลอด มี
21 ราย (ร้อยละ 48.8) เคยมีประวัติแท้งครรภ์
ไข่มูก มีเพียง 27 ราย (ร้อยละ 62.8) ที่มีผล

ตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งเป็น choriocarcinoma 22
ราย (ร้อยละ 51.2) และ invasive mole 5 ราย
(ร้อยละ 11.6) ผู้ป่วย 28 ราย (ร้อยละ 65.1) มีการ
แพร่กระจายของโรค การรักษาส่วนใหญ่คือ เคมี
บำบัดอย่างเดี่ยว อัตราการหายจากโรคของผู้ป่วย

ในกลุ่ม non-metastatic, low-risk metastatic และ high-risk metastatic เท่ากับร้อยละ 100, 50 และ 36.8 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 16 ราย (ร้อยละ 37.2) มีผู้ป่วยเพียง 6 รายเท่านั้น (ร้อยละ 20.7) ที่มาตรวจติดตามผลหลังการรักษาตามนัดทุกครั้ง ปัญหาสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือ อัตราการตายของผู้ป่วยสูงมาก ปัญหาในการตรวจหาระดับฮอร์โมน hCG ในปัสสาวะ และผู้ป่วยจำนวนมากไม่มาติดตามผลหลังการรักษา

บทนำ

อุบัติการณ์ของ gestational trophoblastic diseases ในประเทศไทยสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศทางตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะ choriocarcinoma ซึ่งเป็น gestational trophoblastic disease ชนิดที่ร้ายแรงที่สุด พบว่ามีอุบัติการณ์มากเป็น 40 เท่าของสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ ในปัจจุบันโรงพยาบาลศรินครินทร์มีบทบาทเป็นโรงพยาบาลศูนย์สำหรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มโรค malignant GTD เป็นกลุ่มโรคหนึ่งที่มีการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลนี้มากพอสมควร วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ก็เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย malignant GTD เกี่ยวกับอุบัติการณ์ ลักษณะทางคลินิก การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การตรวจติดตามและผลการรักษา ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาย้อนหลังจากรายงานผู้ป่วย malignant GTD ในโรงพยาบาลศรินครินทร์ทั้งหมดตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ.2526 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2530 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอายุ อาชีพ และ

ฐานะ ประวัติการตั้งครรภ์ กลอดและแท้ง การคุมกำเนิด กลุ่มเลือด พยาธิวินิจฉัย ลักษณะทางคลินิก วิธีการวินิจฉัย การแพร่กระจาย และตำแหน่งที่แพร่กระจาย การรักษาและผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และสาเหตุการตายตลอดจนการตรวจติดตามผลหลังการรักษา

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์

จากเดือน มีนาคม 2526 ถึงเดือน ตุลาคม 2530 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น malignant GTD จำนวนทั้งหมด 43 ราย ในช่วงเวลาเดียวกันมีการคลอดจำนวนทั้งหมด 14,164 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ของ malignant GTD เท่ากับ 1:329 ของการคลอด

อายุ

อายุน้อยที่สุดของผู้ป่วยคือ 21 ปี มากที่สุดคือ 55 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ระหว่าง 21-25 ปี (Table 1)

อาชีพและฐานะ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.7) มีอาชีพทำนาและฐานะยากจน ที่เหลือมีอาชีพรับจ้างและค้าขาย (ร้อยละ 7) รับราชการ (ร้อยละ 4.7) และแม่บ้าน (ร้อยละ 4.6)

Table 1 Age distribution

Age (yrs.)	Number of patients (%)
21-25	14 (32.56)
26-30	4 (9.30)
31-35	3 (6.98)
36-40	1 (2.33)
41-45	8 (18.60)
46-50	9 (20.93)
51-55	4 (9.30)
Total	43 (100)

Table 2 Gravidity, parity and abortion

Gravidity	Number of patients	Parity	Number of patients	Abortion	Number of patients
1	5	0	5	0	8
2	6	1	8	1	23
3	2	2	1	2	7
4	6	3	5	3	4
5	4	4	4	4	1
6	4	5	5	5	-
7	4	6	5	6	-
8	4	7	3	7	-
9	3	8	3	8	-
10	1	9	2	9	-
11	1	10	-	10	-
12	-	11	-	11	-
13	1	12	-	12	-
14	1	13	1	13	-
15	1	14	1	14	-
Total	43	Total	43	Total	43

ประวัติการตั้งครรภ์ คลอดและแท้ง

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอดก่อนข้างกระจัดกระจาย (Table 2) มีตั้งแต่ตั้งครรภ์ 1-15 ครั้ง และคลอด 0-14 ครั้ง ผู้ป่วย 35 รายมีประวัติแท้งอย่างน้อย 1 ครั้ง และเคยแท้งเป็นไข่ปลาอกในครรภ์ก่อนจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 48.8) (Table 4)

การคุมกำเนิด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.7) ไม่เคยคุมกำเนิด มี 5 ราย (ร้อยละ 11.6) ทำหมันแล้ว อีก 3 ราย (ร้อยละ 7) เคยรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด และเคยฉีดยาคุมกำเนิดกับใส่ห่วงคุมกำเนิดอีกอย่างละ 1 ราย

กลุ่มเลือด

กลุ่มเลือด B มากที่สุด คือ 17 ราย หรือร้อยละ 39.5 (Table 3) รองลงมาคือ กลุ่ม O มี 8 ราย (ร้อยละ 18.6)

พยาธิวิทยา

ในผู้ป่วยทั้งหมด 43 ราย มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเพียง 27 ราย (ร้อยละ 62.8) ที่เหลืออีก 16 ราย ไม่มีผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Table 4)

Table 3 Blood group

Blood group	Number of patients (%)
A	4 (9.30)
B	17 (39.53)
AB	4 (9.30)
O	8 (18.60)
Unknown	10 (23.26)
Total	43 (100)

Table 4 Pathology and previous history of hydatidiform mole

Pathology	Previous history of hydatidiform mole		
	Positive (%)	Negative (%)	Total (%)
Choriocarcinoma	10 (23.26)	12 (27.90)	22 (51.16)
Invasive mole	4 (9.30)	1* (2.33)	5 (11.63)
Unclassified	7 (16.28)	9 (20.93)	16 (37.21)
Total	21 (48.84)	22 (51.16)	43 (100)

* Clinically diagnosed as hydatidiform mole, hysterectomy specimen revealed invasive mole.

ลักษณะทางคลินิก

อาการนำที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 72.1) คือ เลือดออกทางช่องคลอด (Table 5) รองลงมาคือ ไอเป็นเลือด (ร้อยละ 11.6)

วิธีการวินิจฉัย

ร้อยละ 58.1 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากผลตรวจทางพยาธิวิทยาร่วมกับฮอร์โมน hCG (Table 6) อีก 16 ราย (ร้อยละ 37.2) ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจฮอร์โมน hCG เพียงอย่างเดียว

Table 5 Clinical pictures

Clinical pictures	Number of patients (%)
Vaginal bleeding	31 (72.09)
Hemoptysis	5 (11.63)
Paralysis*	4 (9.30)
Pelvic pain	4 (9.30)
Pelvic mass	3 (6.98)
Vulvar mass	3 (6.98)
Hematuria	2 (4.65)
Acute abdomen**	2 (4.65)
RUQ pain	1 (2.33)
Headache and blur vision	1 (2.33)
Tachypnea	1 (2.33)

* Two cases of paraplegia and two cases of hemiplegia

** One case of twisted theca lutein cyst and one case of hemoperitoneum from perforation of the uterus.

Table 6 Diagnosis

Method	Number of patients (%)
hCG*	16 (37.21)
Pathology	2 (4.65)
hCG* + Pathology	25 (58.14)
Total	43 (100)

* Only 22 cases had the titers reported, the other 19 cases had only positive urinary pregnancy test.

Table 7 Metastasis

Evidence of metastasis	Number of patients (%)
Positive	19 (44.19) HR* 28 (65.12) → 6 (13.95) LR** 3 (6.98) U***
Negative	15 (34.88)
Total	43 (100)

* High-risk metastatic group

** Low-risk metastatic group

*** Unclassified

Table 8 Sites of metastasis

Sites	Number of patients (%)
Lung	24 (55.81)
Vagina	10 (23.26)
Liver	8 (18.60)
Brain	6 (13.95)
Vulva	3 (6.98)
Spinal Cord	2 (4.65)
Bladder	1 (2.33)
Kidney	1 (2.33)

ในจำนวน 41 รายที่ตรวจฮอร์โมน hCG มีเพียง 22 รายที่ได้ตรวจหาระดับ hCG titer จริง ๆ ที่เหลืออีก 19 รายเป็นการตรวจปัสสาวะแบบทดสอบการตั้งครรภ์ (urinary pregnancy test) ซึ่งให้ผลบวก

การแพร่กระจาย

ผู้ป่วย 28 ราย (ร้อยละ 65.1) มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น (Table 7) อีก 15 ราย (ร้อยละ 34.9) ไม่พบการแพร่กระจาย ในกลุ่มที่มีการแพร่กระจายพบว่ามี 19 รายมีลักษณะเข้าเกณฑ์เป็น high-risk หรือ poor prognosis metastatic GTD 6 รายเป็น low-risk หรือ good prognosis metastatic GTD อีก 3 รายไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ เนื่องจากไม่มีผลตรวจระดับฮอร์โมน hCG เป็น titer มีแต่ผลทดสอบการตั้งครรภ์ ซึ่งให้ผลบวกเท่านั้น

ตำแหน่งของการแพร่กระจาย

มีการแพร่กระจายไปที่ปอดมากที่สุด คือ 24 ราย (ร้อยละ 55.8) (Table 8) รองลงมาคือที่ช่องคลอดมี 10 ราย (ร้อยละ 23.3)

Table 9 Treatment

Treatment	Number of patients (%)
Chemotherapy	19 (44.19)
Surgery*	1 (2.33)
Combined	
Chemotherapy + Surgery	16 (37.21)
Chemotherapy + Radiation**	3 (6.98)
None***	4 (9.30)
Total	43 (100)

* Clinically diagnosed as hydatidiform mole, hysterectomy specimen revealed invasive mole, the patient lost to follow up.

** Brain metastasis

*** Patients died before definite treatment

Table 10 Complication of chemotherapy

Complication	Number of patients (%)
GI symptoms	35 (81.40)
Myelotoxic	7 (16.28)
Hepatotoxic	6 (13.95)
Oral ulceration	5 (11.63)

การรักษา

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด (Table 9) โดยมี 19 ราย (ร้อยละ 44.2) ได้รับเคมีบำบัด เป็นการรักษาเพียงวิธีเดียว 16 รายได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด และอีก 3 รายได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา มีเพียง 5 รายเท่านั้นที่ไม่ได้เคมีบำบัด ในจำนวนนี้มี 1 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกธรรมดา และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออก ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของมดลูกที่ตัดออก พบว่าเป็น invasive mole หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจติดตามอีกเลย อีก 4 รายที่เหลือเสียชีวิต ก่อนที่จะเริ่มให้เคมีบำบัด

ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด

พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน มากที่สุด คือ 35 ราย (ร้อยละ 81.4) ส่วนพิษต่อไขกระดูก หรือ ตับพบเพียง 7 ราย (ร้อยละ 16.3) และ 6 ราย (ร้อยละ 14.0) ตามลำดับ (Table 10)

Table 11 Result of treatment*

Result	Number of patients (%)				
Remission	26 (60.47)	<ul style="list-style-type: none"> NM** 15 (100) LR 3 (50) HR 7 (36.84) U 1 (33.33) 			
			Death	14 (32.56)	<ul style="list-style-type: none"> HR 12 (63.16) U 2 (66.67)
			Total	43 (100)	

* Not final result

** Non-metastatic group

*** One bladder (11 months) and one brain (8 months) recurrence, both died of disease, one lung (18 months) recurrence, now on treatment.

ผลการรักษา

มีผู้ป่วยหายจากโรค 26 ราย หรือร้อยละ 60.5 (Table 11) เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม non-metastatic GTD 15 ราย จาก 15 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่ม low-risk metastatic GTD 3 ราย จาก 6 ราย (ร้อยละ 50) กลุ่ม high-risk metastatic GTD 7 ราย จาก 19 ราย (ร้อยละ 36.8) และกลุ่ม unclassified metastatic GTD 1 ราย จาก 3 ราย (ร้อยละ 33.3) มีผู้ป่วยเสียชีวิตตั้งแต่การรักษากครั้งแรก 14 ราย (ร้อยละ 32.6) เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม high-risk metastatic GTD 12 ราย และ unclassified metastatic GTD 2 ราย มี recurrence หลังการรักษา 3 ราย เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม low-risk metastatic GTD ทั้ง 3 ราย รายหนึ่งมี recurrence ที่กระเพาะปัสสาวะ หลังการรักษากครั้งแรก 11 เดือน รายที่สองมี re-

currence ที่ส่องหลังการรักษาครั้งแรก 8 เดือน ทั้ง 2 รายเสียชีวิตในขณะที่เริ่มให้การรักษาใหม่ รายที่ 3 มี recurrence ที่ปอดหลังการรักษาครั้งแรก 18 เดือน ได้ให้การรักษาแบบ high-risk metastatic GTD ขณะนี้ผู้ป่วยสบายดีเป็นเวลา 3 เดือนแล้ว

สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากเลือดออกและภาวะ sepsis (Table 12)

ระยะเวลาที่ตาย

ผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 62.5) เสียชีวิตระหว่างการรักษา (Table 13) มี 4 ราย (ร้อยละ 25) ที่เสียชีวิตก่อนให้การรักษา และอีก 2 ราย (ร้อยละ 12.5) เสียชีวิตจาก recurrence

Table 12 Causes of death

Causes	Number of patients (%)
Massive bleeding	5 (31.25)
Sepsis	5 (31.25)
Intracranial bleeding	5 (31.25)
Renal failure	1 (6.25)
Total	16 (100)

Table 13 Time of death

Time	Number of patients (%)
Before treatment	4 (25)
During treatment	10 (62.5)
After treatment (Recurrence)	2 (12.5)
Total	16 (100)

การตรวจติดตาม

มีผู้ป่วยเพียง 6 ราย (ร้อยละ 20.7) ที่มาตรวจติดตามผลหลังการรักษาตามนัดทุกครั้ง อีก 13 ราย (ร้อยละ 44.8) มาตรวจเพียงบางครั้ง นอกนั้นอีก 10 ราย (ร้อยละ 34.5) ไม่เคยมาตรวจเลย (Table 14)

Table 14 Follow up

Follow up attending	Number of patients (%)
Complete	6 (20.69)
Partial	13 (44.83)
None	10 (34.48)
Total	29* (100)

*Excluding 14 cases died before or during treatment

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของ malignant GTD ในโรงพยาบาลศรินครินทร์พบ 1:329 ของการคลอด ซึ่งค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของโรงพยาบาลศิริราช⁽²⁾ ในช่วงปี พ.ศ. 2517-2522 พบอุบัติการณ์เพียง 1:1098 ของการคลอดและของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽³⁾ ในช่วงปี พ.ศ.2527-2530 พบอุบัติการณ์เพียง 1:812 ของการคลอด สาเหตุที่อุบัติการณ์ของ malignant GTD ในโรงพยาบาลศรินครินทร์สูงกว่าโรงพยาบาลอื่น อาจเป็นจากโรงพยาบาลศรินครินทร์มีบทบาทเป็นโรงพยาบาลศูนย์สำหรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ไม่ได้เป็นศูนย์สำหรับการคลอด

การรักษา malignant GTD ในโรงพยาบาลศรินครินทร์ยังได้ผลไม่ค่อนด้นัก จากการศึกษาพบว่าอัตราการหายจากโรคในกลุ่ม low-risk me-

tastatic ได้เพียงร้อยละ 50 และในกลุ่ม high-risk ได้เพียงร้อยละ 36.8 ซึ่งค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของ DuBeshter และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบอัตราการหายจากโรคในกลุ่ม low-risk ได้ถึงร้อยละ 100 และในกลุ่ม high-risk ได้ถึงร้อยละ 67 อัตราการตายของผู้ป่วย malignant GTD ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีอัตราตายค่อนข้างสูงคือพบร้อยละ 37.2 เมื่อเปรียบเทียบกับของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽³⁾ ซึ่งพบอัตราตายที่คิดเฉพาะ metastatic choriocarcinoma เพียงร้อยละ 33.3 สาเหตุของการตายที่พบบ่อยคือ การเสียชีวิตมาก ซึ่งพบได้ร้อยละ 31.2 ซึ่งตรงกับรายงานของ Lurain⁽⁵⁾ ส่วนอัตราติดตามผลหลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยมาติดตามผลหลังการรักษาเพียงร้อยละ 20.7 ซึ่งต่ำกว่าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽³⁾ ที่อัตราการติดตามผลหลังการรักษา (คิดเฉพาะ metastatic choriocarcinoma) มีถึงร้อยละ 33.3

ปัญหาสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้มี 3 ประการ คือ

ปัญหาที่ 1 ผลการรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่ากับสถาบันอื่น เช่น มีอัตราการหายจากโรคต่ำ อัตราการตายสูง เป็นต้น ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารักษาคือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีการแพร่กระจายของโรคมามากแล้วยังขาดการรักษาที่เหมาะสมหรือเต็มความสามารถเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลครั้งแรกโดยเฉพาะในกลุ่ม high-risk ยังขาดแผนการรักษาที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้คล้ายกันกับรายงานของ Lurain⁽⁵⁾

ปัญหาที่ 2 เป็นปัญหาเกี่ยวกับการตรวจปริมาณ hCG ในปัสสาวะซึ่งพบว่ามีการตรวจครั้งแรกเพียง 22 รายใน 41 ราย ที่รายงานผลเป็น

ปริมาณ hCG ในปัสสาวะ ส่วนอีก 19 รายมีแต่ผลการตรวจ urinary pregnancy test ให้ผลบวก การที่ไม่ทราบปริมาณของ hCG ในปัสสาวะครั้งแรกก่อนให้การรักษา ทำให้บางครั้งไม่สามารถจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยว่าเป็นกลุ่ม low-risk หรือ high-risk ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทำให้การรักษาที่เหมาะสมได้⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังทำให้ไม่ทราบค่า base line เพื่อที่จะใช้ตรวจติดตามผลหลังการรักษาอีกด้วย เพราะ trophoblastic neoplasia เป็น hormone producing tumor สร้าง hCG⁽⁷⁾ ปริมาณ hCG เป็น most specific prognostic indicator ในการติดตามผู้ป่วย^(6,8) การดูแลรักษาและการตรวจติดตามผู้ป่วยโดยไม่มี การตรวจปริมาณ hCG ที่แน่นอนจึงไม่อาจประเมินการตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างถูกต้องทุกราย

ปัญหาที่ 3 มีอัตราการติดตามผลหลังการรักษาต่ำ คือ มีเพียง 6 รายใน 29 ราย (ไม่นับรวมผู้ป่วยที่ตายก่อนและระหว่างการรักษาอีก 14 ราย) ที่ติดตามผลหลังการรักษาตลอด คิดเป็นร้อยละ 20.7 การติดตามผลหลังการรักษานี้ถือว่าเป็นหัวใจของการดูแลรักษาผู้ป่วย malignant GTD เพราะจะทำให้สามารถวินิจฉัยการเกิดซ้ำได้แต่แรกเริ่ม โดยที่ยังไม่มีอาการ ผลการรักษาก็จะได้ผลดี เข้าใจว่าผู้ป่วยคงจะไม่เข้าใจถึงวิธีการรักษาโรคนี้อย่างถูกต้อง คิดว่าหายดีแล้วจึงไม่ได้สนใจที่จะมาตรวจติดตามอีก

การแก้ปัญหาสำคัญทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นน่าจะทำได้โดย

วิธีที่ 1 จัดตั้ง trophoblastic disease unit ขึ้นในโรงพยาบาล ให้มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วย gestational trophoblastic disease ทั้งหมด มีแนวทางในการรักษาโรคที่เหมาะสม ให้มีการลงทะเบียนและให้การศึกษแก่ผู้ป่วยให้รู้ถึงความ

เสี่ยง และอันตรายของโรค เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจติดตามผลหลังการรักษา รวมทั้งมีหน้าที่ตรวจสอบและติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด

วิธีที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจหาปริมาณฮอร์โมน hCG ในปัสสาวะให้ได้ผลเชื่อถือได้ มีความอ่อนไหวสูง (Sensitivity) และได้ผลรวดเร็ว ตลอดจนเพิ่มบริการการตรวจหาฮอร์โมน hCG ชนิด B-subunit ในซีรัมให้ได้ซึ่งถือว่าเป็นชนิดที่ใช้วินิจฉัยและติดตามผลการรักษาได้ดีกว่าการหาปริมาณในปัสสาวะ⁽⁶⁾

แนวทางในการแก้ปัญหาทั้ง 2 วิธีนั้น ถ้าสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็น่าที่จะแก้ปัญหาสำคัญทั้ง 3 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. ธีรา ดัฒนาวิช, สมภพ ถิมพวงพานิช. Metastatic gestational trophoblastic disease. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2531;32 (ฉบับพิเศษ) : S-56.
4. DuBeshter B, Berkowitz RS, Goldstein DP, et al. Metastatic gestational trophoblastic disease : Experience at the New England Trophoblastic Center, 1965 to 1985. *Obstet Gynecol* 1987; 69:390-5.
5. Lurain JR. Causes of treatment failure in gestational trophoblastic disease. *J Repro Med* 1987; 32:675-9.
6. Patillo RA, Hussa RO. Gestational trophoblastic disease and human chorionic gonadotropin measurement. *J Repro Med* 1987; 32: 629-32.
7. Tomoda Y, Asai Y, Aril 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.
8. Morrow CP, Kletzky OA, Disaia PJ. Clinical and laboratory correlates of molar pregnancy and trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 128:424-9.