

การศึกษาติดตามระดับฮอร์โมน Human Chorionic Gonadotropin (HCG) และมะเร็ง
หลังการตั้งครรภ์ไขปลาคอกในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไขปลาคอก ที่มารักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

The Study for Follow Up Human Chorionic Gonadotropin (HCG) Levels and Gestational
Trophoblastic diseases in Women With Molar Pregnancy in Uttaradit Hospital

เสกสรรค์ แซ่เต้ พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาติดตามระดับฮอร์โมน Human Chorionic Gonadotropin (HCG) และการเกิดมะเร็งหลังการตั้งครรภ์ไขปลาคอกในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไขปลาคอก ที่มารักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วิธีการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ไขปลาคอกที่มารับการรักษาระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2548 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 20 ราย ที่ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการรักษาและติดตามผลการรักษา ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งครรภ์ไขปลาคอกและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 20 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี 7 ราย (ร้อยละ 30) ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก 7 ราย

(ร้อยละ 35) มีอายุครรภ์ 10-15 สัปดาห์ 7 ราย (ร้อยละ 35) มาพบแพทย์ด้วยอาการเลือดออกทาง ช่องคลอด 18 ราย (ร้อยละ 90) มีอาการซีดร่วมด้วย 4 ราย (ร้อยละ 20) และมีความผิดปกติของ thyroid hormone 2 ราย (ร้อยละ 10) ชนิดของครรภ์ไขปลาคอก พบว่า ตั้งครรภ์ไขปลาคอกชนิด complete mole 12 ราย (ร้อยละ 40) ตั้งครรภ์ไขปลาคอกชนิด partial mole 8 ราย (ร้อยละ 40) รักษาด้วยการทำ suction curettage 19 ราย (ร้อยละ 95) ทำ hysterectomy 1 ราย (ร้อยละ 5) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำให้มารับการติดตามการรักษาทุกสัปดาห์ จนกว่าระดับ HCG ปกติติดต่อกัน 2 ครั้ง หลังจากนั้นติดตามทุก 1 เดือน อย่างน้อย 6 เดือน ต่อไปตรวจ 2 เดือนครั้งจนครบ 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดครบตามแผนการรักษา 16 ราย (ร้อยละ 80) โดยพบว่า ผู้ป่วย 17 ราย (ร้อยละ 85) มีระดับฮอร์โมนลดลงอย่างรวดเร็วภายในสัปดาห์ที่ 4 หลังการทำ suction curettage

* นายแพทย์ 7 กลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

มีผู้ป่วยจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) มีระดับ HCG สูงขึ้นอย่างมาก หลังจากทำ suction curettage ในสัปดาห์ที่ 4-12 และ พบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ไปปลาทูกชนิด complete mole กลายเป็นมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไปปลาทูก (Gestational trophoblastic disease :GTD) stage I จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10)

คำสำคัญ : มะเร็งครรภ์ไปปลาทูก, การติดตามการรักษา

Abstract

Objective : The purpose of this study to follow up human chorionic gonadotropin (HCG) levels and gestational trophoblastic diseases in women with molar pregnancy in Uttaradit Hospital.

Method : This is a retrospective study of cases of hydatidiform moles seen from 1 September 2003 to 31 October 2005 in Uttaradit Hospital. Cases were identified through the records of names with the pathological diagnosis of hydatidiform mole, in Uttaradit hospital. The case records were then retrieved from the Medical Records Office and the data analysed. A total of 20 patients were studied.

Result : Twenty molar pregnancies were eligible for study. The maximum number of cases (35%) were found to be in the age group 20 - 24 years. In 7 cases (35%) the first pregnancy was molar, 7 cases (35%) first presented in the 10 - 15 weeks of

pregnancy. In 18 case (90%) were found bleeding per vagina, was the most characteristic symptom, 4 case (20%) has anemia, 2 cases (10%) has a uterine height more than the period of amenorrhoea and 2 case (10%) has abnormal thyroid hormone. Twelve patients were complete mole, 8 case (40%) were partial. Management was suction curettage in 19 cases (95%) and subtotal hysterectomy in one case (5%). Four patients with complete mole required chemotherapy. After molar evacuation, patients were advised to have serum HCG values measured weekly until undetectable for 2 times then monthly until undetectable and then every 2 month for one years. All case require careful HCG follow-up after suction curettage, 16 case (80%) were completion of their full follow-up. The time interval from suction curettage to achievement of the rapid normal HCG level was 4 weeks. However 3 case (15%) has increased HCG level was 4-12 weeks. Two of the complete mole found to have Gestational trophoblastic disease stage I.

Key word : Molar pregnancy, Follow up.

บทนำ

ครรภ์ไปปลาทูก เกิดจากความผิดปกติของการปฏิสนธิ ระหว่างเซลล์สืบพันธุ์ (ไข่และอสุจิ) โดยปกติการปฏิสนธิเกิดจาก เซลล์สืบพันธุ์ที่สมบูรณ์อย่างละหนึ่งเท่านั้น ครรภ์ไปปลาทูกมักจะเกิดจาก "อสุจิ" 1 ตัว

ปฏิสนธิกับ "ไข่" 1 ใบ ซึ่งโครโมโซมเพศหลุดหายไป ทำให้ได้ "ตัวอ่อน" ที่มีโครโมโซมเพศเฉพาะจาก "อสุจิ" เท่านั้น อีกกรณีหนึ่ง จะเกิดจาก "อสุจิ" 2 ตัวเข้า ปฏิสนธิกับ "ไข่" 1 ใบ ทำให้มีจำนวนโครโมโซมมากเกินไป เซลล์ "ตัวอ่อน" ที่ได้จากทั้ง 2 กรณี จะไม่สมบูรณ์และเจริญเติบโตแบ่งตัวอย่างไร้ระเบียบ แทนที่จะเป็น "ตัวอ่อน" (embryo) ของคนกลับกลายเป็น "ถุงน้ำ" อย่างหนึ่ง ลักษณะเหมือน "เม็ดสาเก" หรือ "ไข่ปลา" จำนวนมากมายอยู่ภายในถุงน้ำคร่ำ อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกที่พบแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เชื้อชาติและเศรษฐกิจ คือ มักพบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกสูงในผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำ และพบในคนเอเชียสูงขึ้นเป็น 2 - 3 เท่า ส่วนใหญ่พบในหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 13 - 49 ปี พบได้น้อยมากในหญิงวัยหมดประจำเดือน ถ้าพบในหญิงที่อายุมากกว่า 50 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งสตรีที่มีประวัติการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกมาก่อน จะมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกซ้ำสูงมากขึ้น ในอเมริกาเหนือมีอุบัติการณ์พบประมาณ 1 - 2 ต่อการตั้งครรภ์ 1,000 ราย คุนิเซียพบสตรีตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก 1 ต่อการตั้งครรภ์ 793 ราย มีอายุเฉลี่ย 31.7 ปี อินโดนีเซียมีอุบัติการณ์ 9.9 ต่อการตั้งครรภ์ 1000 ราย และได้หวัน 8.3 ต่อการตั้งครรภ์ 1000 ราย โรงพยาบาลศิริราชพบผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล 1.82 ต่อการตั้งครรภ์ 1,000 ราย หรือ 1.96 ต่อการคลอด 1,000 ราย ในระหว่างปี 2527-2530 สำหรับโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ในปี พ.ศ. 2546-2547 มีจำนวนผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกทั้งสิ้น 34 ราย โดยมี

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกต่อการคลอด 1000 ราย เท่ากับ 4.42, 3.30 และ 2.80 ตามลำดับ

ครรภ์ไข่ปลาอุกแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ complete mole และ partial mole ผู้ป่วย partial mole มักไม่มีอาการและอาการแสดงอย่าง complete mole สหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ 1 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 1,000 ราย ส่วน partial mole พบได้ร้อยละ 25 - 74 การวินิจฉัยครรภ์ไข่ปลาอุกปัจจุบันทำได้รวดเร็วขึ้น มีการตรวจระดับ HCG ได้แม่นยำและรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น อาการของครรภ์ไข่ปลาอุกมักเกิดในไตรมาสแรก พบว่าขนาดของมดลูกโตเร็วกว่าปกติอาการขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ คือ ขนาดของมดลูกใหญ่กว่าอายุครรภ์ เนื่องจากลักษณะของ grape-like villi ในครรภ์ไข่ปลาอุก จะทำให้มดลูกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์แต่ไม่พบว่ามีตัวทารก โดยพบว่าผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกร้อยละ 50 มดลูกโตกว่าอายุครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole จะมีมดลูกโตน้อยกว่าชนิด complete mole มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นอาการที่พบมากที่สุดและบ่อย โดยพบว่าครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete moles มีอาการเลือดออกทางช่องคลอดร้อยละ 84 ส่วนครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole พบอาการและอาการแสดงของเลือดออกเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายหรืออาจมีเม็ด mole หลุดออกมทางช่องคลอด ในคนที่เป็นอย่างนั้น จะมีอาการแท้งเด็ก เลือดออก หรือเด็กตายในท้อง ร้อยละ 26 ของหญิงตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกมีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง (hyperemesis) เนื่องจากมีระดับฮอร์โมน เบต้า

HCG จะสูงมาก ระดับฮอร์โมน HCG สูงขึ้นผิดปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกร้อยละ 50 มีระดับฮอร์โมน HCG สูงผิดปกติ ระดับฮอร์โมน HCG ในครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete mole จะเพิ่มสูงกว่าชนิด partial mole ผู้ป่วยอาจต้องทำการตรวจพิเศษ เช่น อัลตราซาวด์ การตรวจชิ้นเนื้อ ถ้าพบว่าเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกส่วนใหญ่ให้การรักษาโดยทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง วิธีที่ได้ผลดีคือการดูดและขูดออกและผู้ป่วยต้องคุมกำเนิดโดยการกินยาเม็ดคุมกำเนิดนาน 6 เดือน ภายหลังจากขูดมดลูก หรือผ่าตัดมดลูกตามแต่สภาพของผู้ป่วยและต้องมารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การติดตามการรักษาผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกมีจุดประสงค์เพื่อตรวจหาการลุกลามของโรค และให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การเกิดมะเร็งเนื้อรกหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (post molar gestational trophoblastic disease) อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเนื้อรกหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก พบ 20-50% โดยพบว่าการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete mole เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งร้อยละ 8-15 และครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ร้อยละ 1.5 - 6 อเมริกาเหนือพบมะเร็งเนื้อรกหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกประมาณ 1 ต่อการคลอด 20,000-40,000 ราย ปัจจัยเสี่ยงนี้สูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมาก มดลูกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ และมีระดับ HCG สูง การรักษามะเร็งเนื้อรกหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีทางที่จะรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้าได้รับการรักษาล่าช้า

หรือขาดการรักษาอย่างจริงจัง ก็อาจลุกลามและแพร่กระจายตามกระแสเลือดไปทั่วร่างกายเป็นอันตรายถึงตายได้ ในปัจจุบันวิธีที่ดีที่สุดในการติดตามโรค คือ การติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับ HCG โดยพบว่าการตรวจติดตามระดับ HCG สามารถให้การวินิจฉัย post molar GTD ได้รวดเร็ว โดยดูการเปลี่ยนแปลงของระดับ HCG หลังทำ suction curettage 48 ชั่วโมงไว้เป็นค่าพื้นฐาน หลังจากนั้นตรวจหาระดับ HCG ทุกสัปดาห์จนกลับลงสู่ปกติ แล้วตรวจต่อไปทุก 1-2 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน การติดตามระดับ HCG จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวินิจฉัยและตรวจติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจติดตามระดับฮอร์โมน HCG และมะเร็งหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ที่มารักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย ค้นหาและให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกหลังจากการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อป้องกันการลุกลามของโรคและอันตรายต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามระดับฮอร์โมน Human Chorionic gonadotropin (HCG) และการเกิดมะเร็งหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ที่มารักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อติดตามระดับฮอร์โมน HCG และมะเร็งหลังการตั้งครรภ์ไขเปลาอุกในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไขเปลาอุก ที่มารักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ไขเปลาอุก ที่มารับการรักษาระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2548 ทั้งชนิด partial mole pregnancy และ complete mole pregnancy ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ไขเปลาอุก ที่ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการรักษาและติดตามผลการรักษา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นครรภ์ไขเปลาอุกที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการรักษาและติดตามผลการรักษา ในระหว่างปี พ.ศ.2546-2548 มีจำนวน 20 ราย

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อาชีพ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร อายุครรภ์ อาการที่มาพบแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. แบบบันทึกการรักษาและผลการรักษา ได้แก่ ชนิดของครรภ์ไขเปลาอุก การรักษา ระดับ HCG และผลลัพธ์การรักษา

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 24 ปี มากที่สุด คือ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35) มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คือ 9 ราย (ร้อยละ 45) แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุและอาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 20	1	5.00
20-24	7	35.00
25-29	1	5.00
30-34	2	10.00
35-39	6	30.00
>40	3	15.00
อาชีพ		
เกษตรกร	5	25.00
ค้าขาย	2	10.00
รับจ้าง	9	45.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	20.00

กลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์แรกมากที่สุด จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35) มีอายุครรภ์ 10 - 15 สัปดาห์มากที่สุด จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35) 90 ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ ด้วยอาการเลือดออกทางช่อง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 20) มีอาการซีดร่วมด้วย 4 ราย (ร้อยละ 20) และท้องขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ 2 ราย (ร้อยละ 10) แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนการตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	7	35.00
ครรภ์ที่ 2	4	20.00
ครรภ์ที่ 3	5	25.00
มากกว่า 3 ครรภ์	4	20.00
อายุครรภ์		
<10 สัปดาห์	6	30.00
10-15 สัปดาห์	7	35.00
16-20 สัปดาห์	6	30.00
> 20 สัปดาห์	1	5.00
อาการที่มาพบแพทย์		
เลือดออกช่องคลอด	18	90.00
คลื่นไส้ อาเจียน	1	5.00
ท้องขนาดใหญ่กว่า-		
อายุครรภ์	2	10.00
ซีด	4	20.00

กลุ่มตัวอย่าง มีระดับ Hematocrit มากกว่า 30% จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20) มีระดับ Thyroid hormone ผิดปกติ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10) แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Hematocrit (%)		
<30	4	20.00
30-35	6	30.00
>35	10	50.00
Thyroid hormone		
ปกติ	18	90.00
สูง	2	10.00

ระดับของฮอร์โมน HCG ก่อนทำ suction curettage ของกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ไปปลาอุกชนิด partial mole อยู่ระหว่าง 1,778 - 280,000 มีค่าเฉลี่ย 112,387 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ไปปลาอุกชนิด complete mole อยู่ระหว่าง 6,950 - 58,4630 มีค่าเฉลี่ย 176,037 แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 ระดับของฮอร์โมน HCG ก่อนทำ suction curettage ระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Partial mole และ Complete mole

	n	HCG range (mIU/L)	Mean HCG(mIU/L)
Partial mole	12	1,778-280,000	112,387
Complete mole	8	6,950-58,4630	176,037

กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole มีจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 60) ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete mole จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 40) รักษาด้วยการทำ suction curettage จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 95) และทำ Hysterectomy จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20) แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกชนิดของการครรภ์ปลาอุก และการรักษา

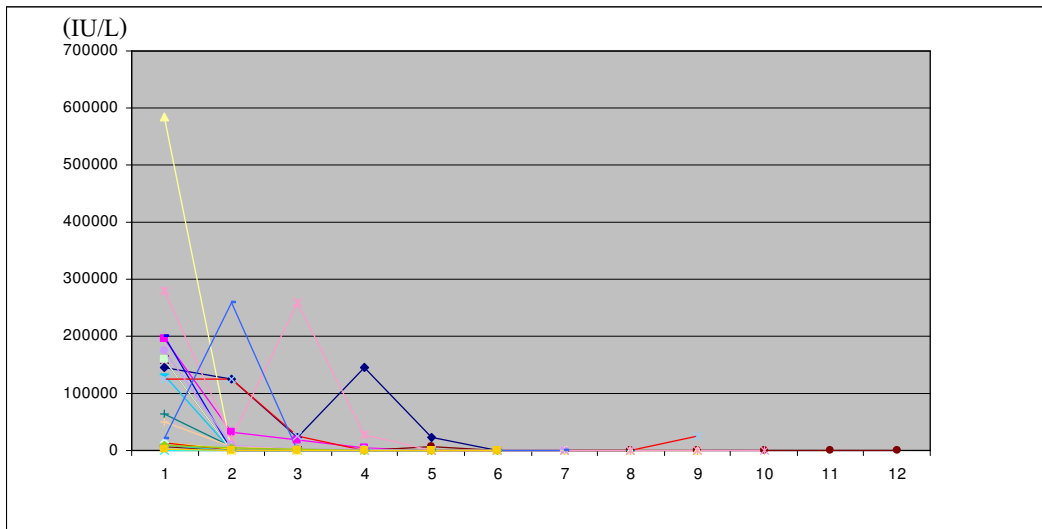
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชนิดของครรภ์ไข่ปลาอุก		
Partial mole	12	60.00
Complete mole	8	40.00
การรักษา		
Suction curettage	19	95.00
Hysterectomy	1	5.00
รักษาด้วยเคมีบำบัด		
ได้รับเคมีบำบัด	4	20.00
ไม่ได้รับเคมีบำบัด	16	80.00

กลุ่มตัวอย่างรับการตรวจติดตามครบตามแผนการรักษา จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 80) มารับการตรวจตามนัดครบตามแผนการรักษา จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจติดตาม (follow up)

การติดตามการรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รับการติดตามการรักษาครบ	16	80.00
รับการติดตามการรักษาไม่ครบ	3	15.00
ส่งต่อการรักษา	1	5.00

ผลการติดตามระดับฮอร์โมน HCG ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 85) ระดับฮอร์โมนลดลงอย่างรวดเร็วในสัปดาห์ที่ 4 หลังการทำ suction curettage กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) ที่มีระดับฮอร์โมน HCG ลดลง ในสัปดาห์ที่ 12 และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) มีระดับฮอร์โมน HCG สูงขึ้นมากหลังการทำ suction curettage ในสัปดาห์ที่ 4 - 12 และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5) มีระดับฮอร์โมน HCG สูงขึ้นอีกเล็กน้อยหลังการทำ suction curettage ในสัปดาห์ที่ 36 แสดงดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงผลการติดตามระดับฮอร์โมน HCG ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาครบตามแผนการรักษา ไม่เป็นมะเร็งหลังตั้งครรภ์ที่ไขปลาอุก จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 90) และพบว่าเป็นมะเร็งหลังตั้งครรภ์ที่ไขปลาอุก (Gestational trophoblastic disease :GTD) stage I จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10) แสดงดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลังตั้งครรภ์ที่ไขปลาอุก (Gestational trophoblastic disease : GTD)

การติดตามรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มะเร็งเนื้อรก		
ไม่เป็น	18	90.00
GTD stage I	2	10.00

ผู้ป่วยมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไปปลาทูก A มีอายุ 49 ตั้งครรภ์จำนวน 7 เป็นครรภ์ไปปลาทูกชนิด Complete mole มีระดับ HCG ก่อนทำ suction curettage 58,4630 และมีระดับ HCG เพิ่มสูงขึ้นในเดือนที่ 2 หลังทำ suction curettage และผู้ป่วย B มีอายุ 36 ตั้งครรภ์จำนวน 3 เป็นครรภ์ไปปลาทูกชนิด Complete mole มีระดับ HCG ก่อนทำ suction curettage 6,950 และมีระดับ HCG เพิ่มสูงขึ้นในเดือนที่ 2 หลังทำ suction curettage แสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลังการตั้งครรภ์ไปปลาทูก (n = 20)

ผู้ป่วย	A	B
อายุ (ปี)	49	36
จำนวนการตั้งครรภ์ (ครั้ง)	7	3
ชนิดของครรภ์ไปปลาทูก	Complete mole	Complete mole
ระดับ HCG ก่อนทำ evacuations	58,4630	6,950
เดือนที่ระดับ HCG เพิ่ม (หลังทำ evacuations)	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-24 ปี จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 45) มีอาชีพรับจ้าง เนื่องจากครรภ์ไปปลาทูกส่วนใหญ่พบในหญิงวัยเจริญพันธุ์จะพบได้น้อยมาก ในหญิงหลังหมดประจำเดือน พบว่าผู้ป่วยครรภ์ไปปลาทูกจะพบในผู้ที่พื้นฐานะเศรษฐกิจไม่ดี โดย เชื่อว่ามีความเกี่ยวข้องกับสภาพเศรษฐกิจ ฐานะยากจน และการตั้งครรภ์เมื่อแม่มีอายุมาก จะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของครรภ์ไปปลาทูกในทวีปเอเชียสูงกว่าอเมริกา 2 -3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของรานา และจุงหรง ศึกษาผู้ป่วยครรภ์ไปปลาทูกพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-25 ปี และเช็กเซียและคณะ ศึกษาผู้ป่วยครรภ์ไปปลาทูก

ในตุนิเซีย พบอุบัติการณ์การเกิดครรภ์ไปปลาทูก 1 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 793 ราย มีอายุเฉลี่ย 31.7 ปี และมีผู้ป่วยอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 16 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ 10 - 15 สัปดาห์ มากที่สุด จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35) หรือเป็นไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งครรภ์ไปปลาทูกส่วนใหญ่จะพบในระดับไตรมาสแรก และอาการสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ คือ มาพบแพทย์ด้วยอาการเลือดออกทางช่องคลอด จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 90) มีอาการซีดจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20) และมีความผิดปกติของ thyroid hormone จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10) เนื่องจากพบว่าอาการเลือดออกทางช่องคลอดเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไปปลาทูก บางรายมีเลือดออกมาก ออกนาน เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือนจนทำให้มีอาการซีด

อ่อนเพลีย ส่วนอาการแสดงของภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไปหรือคอพอกเป็นพิษร่วมด้วยเนื่องจากฮอร์โมนเอชซีจีที่สร้างโดยรกปริมาณสูง จะมีฤทธิ์อ่อน ๆ ในการ กระตุ้นให้ต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่า

ชนิดของครรภ์ไข่ปลาอุก พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete mole 8 ราย (ร้อยละ 40) เป็นครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole 12 ราย (ร้อยละ 60) รักษาด้วยการทำ suction curettage จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 95) รักษาโดยการทำ Hysterectomy จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5) และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20) ผลการติดตามระดับฮอร์โมน HCG ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 85) ระดับฮอร์โมนลดลงอย่างรวดเร็วในสัปดาห์ที่ 4 หลังการทำ suction curettage กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) ที่มีระดับฮอร์โมน HCG ลดลง ในสัปดาห์ที่ 12 และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) มีระดับฮอร์โมน HCG สูงขึ้นมากหลังการทำ suction curettage ในสัปดาห์ที่ 4-12 และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5) มีระดับ ฮอร์โมน HCG สูงขึ้นอีกเล็กน้อยหลังการทำ suction curettage ในสัปดาห์ที่ 36 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phasuk และคณะ ที่ได้ศึกษาติดตามระดับฮอร์โมน HCG ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกจำนวน 131 คน และผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรก 34 คน โดยพบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธี suction curettage แล้ว ระดับฮอร์โมน HCG จะลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเริ่มแรก และลดลงอยู่ในระดับ 10 mIU/L ใน 65 วันถ้าระดับ

HCG เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างที่ติดตามผู้ป่วย จะต้องสงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งได้

ผลการติดตามมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่เป็นมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 90) โดยพบว่าเป็นมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (Gestational trophoblastic disease :GTD) stage I จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10) คือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 45 ปี และ 35 ปี เนื่องจากผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกแม้ว่าจะได้รับการทำ suction curettage แล้วก็ตาม ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากและตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete mole มีโอกาสเกิดมะเร็งเนื้อรกได้สูง โดยพบว่าการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกกลายเป็นมะเร็งหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกได้ร้อยละ 10 - 20 และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกที่มีอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 40 ปี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนผู้ป่วย Gestational trophoblastic tumor ร้อยละ 2.1 ในสหรัฐอเมริกาครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete mole พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 18 - 29 เมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole ซึ่งพบเพียง ร้อยละ 2 - 4 เท่านั้น ในตุนิเซียผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete molar พบว่า ร้อยละ 18.18 กลายเป็นมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก สอดคล้องกับการศึกษาของอดัมและคณะ ศึกษาผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกใน New England Trophoblastic Disease Center พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete hydatidiform

molar เป็นมะเร็ง (GTN) ถึงร้อยละ 15-28 และต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยที่มีระดับ HCG ลดต่ำกว่า 50 mIU/ml ระหว่างติดตามการรักษาพบว่า เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง มากกว่าร้อยละ 1.1 ผู้ป่วยที่มีระดับ HCG ต่ำกว่า 200 mIU/ml ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากการทำ suction curettage มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่ำกว่า ร้อยละ 9 ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับ HCG ในสัปดาห์ที่ 4 หลังทำ suction curettage สูงกว่า 200 mIU/ml มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ร้อยละ 13.3 และ Tuncer ศึกษาติดตามผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole และ complete mole ด้รับการติดตามการระดับฮอร์โมน HCG ครบตามแผนการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกจำนวน 67 คนตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole จำนวน 35 คน (ร้อยละ 52.2) ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด complete mole จำนวน 32 คน (ร้อยละ 47.8) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ฮอร์โมน HCG อยู่ในระดับปกติในผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกชนิด partial mole และ complete mole คือ 3.1 และ 3.4 เดือน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จตามผลลัพธ์ที่กำหนด เป็นผู้ป่วย partial mole มีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 83.3) และผู้ป่วย complete mole จำนวน 13 คน (ร้อยละ 65.0) ส่วนในคู่มือเขียนจากการศึกษาของ Chechia, Koubaa, Makhoul และคณะ พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งหลังตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกสูงกว่า คือ พบร้อยละ 18.18 ผู้ป่วยที่กลายเป็น gestational trophoblastic tumor เป็นชนิด complete molar ทั้งหมด

สรุปว่าการติดตามผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกตามมาตรฐานการรักษา มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง โดยพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งเนื้อรกจะต่ำลงและผลลัพธ์ของการเจริญพันธุ์จะดีถ้าควบคุมระดับฮอร์โมน HCG ได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าพบว่าการติดตามผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยบางรายมีระดับฮอร์โมน HCG เพิ่มขึ้น ครั้งแรกคือ ในระยะ 4-12 สัปดาห์ หลัง suction curettage และหลังจากทำ suction curettage สัปดาห์แล้วถึง 36 สัปดาห์ และพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 10 กลายเป็นมะเร็งหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก การติดตามระดับ HCG อย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง และควรมีการศึกษาซ้ำในเรื่องนี้ในลักษณะของการศึกษาไปข้างหน้า (prospective research) เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก และข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาได้กว้างขวางและเป็นประโยชน์กว่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. รายงานประจำปี ; 2548.
2. จตุพล ศรีสมบัติ และคณะ. รายงานประจำปี. หน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวช วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2005.
3. สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา, วีรศักดิ์ ไทยธน์ในสวรรค์. ครรภ์ไข่ปลาอุกในโรงพยาบาลศิริราช. สารศิริราช 1993; 45: 1-6.
4. อยู่ยง อนันตโชค. การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกและมะเร็งเนื้อรก (Gestational trophoblastic disease) [serial online] January 2004 [cited 2006].
5. Adam J. Wolfberg, Ross S. Berkowitz, Donald P. Goldstein, Feltmate C, Lieberman E. Postevacuation HCG Levels and Risk of Gestational Trophoblastic Neoplasia in Women.
6. Berkowitz R S, Goldstein D P. Chorionic tumors [serial online]1996 [cited 2006 February 1]. Available from: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/335/23/1740>.
7. Davison C M, Kaplan R M, Wenig LN, Burmeister D. Qualitative beta-HCG urine assays may be misleading in the presence of molar pregnancy: a case report. [serial online]: 2004 Jul [cited 2006 February 1]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih>.
8. Garcia M, Romaguera RL, Gomez - Fernandez C.A. Hydatidiform Mole in a ostmenopausal Woman : A Case Report and Review of the Literature [serial online] 2004 [cited 2006 February 1]. Available from:[http://www.molar preg\A Hydatidiform Mole in a Postmenopausal Woman.htm](http://www.molarpreg\A Hydatidiform Mole in a Postmenopausal Woman.htm).
9. Gerulath A H, Ehlen T. G, Bessette P. Gerulath A H, Jolicoeur L, Savoie R. Gestational Trophoblastic Disease [serial online] May 2002 [cited 2006 February 1]. Available from:<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps114.pdf>.
10. Greenfield AW. Gestational trophoblastic disease: Prognostic variables and staging. Semin Oncol 1995;22:142–8.
11. Kaiser U B. The Pathogenesis of the Ovarian Hyperstimulation Syndrome [serial online] August 2003 21 [cited 2006 February 1]. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez.fcgi?db=PubMed>.
12. Kajii T, Ohama K. Androgenetic origin of hydatidiform mole. Nature 1977;268:633-4.
13. Kurowsk K, Yakoub N. Staying Alert for Gestational Trophoblastic Disease Implications for primary care clinicians [serial online] January 2003 1 [cited 2006 February 1]. Available from: <http://www.womenshealthpc.com>

14. Page R D, Kudelka A P, Freedman R S, Kavanagh J J. Gestational Trophoblastic Tumors [serial online] 1997 [cited 2006 February 1]. Available from http://www.CancerNetwork_com Cancer Screening, Diagnosis, and Treatment.htm. January 1] Available from :<http://www.ipst.ac.th/biology/Bio-Articles/mag>.
15. Palmer JR. Advances in the epidemiology of gestational trophoblastic disease [serial online]1994 [cited 2006 February 1]. Available from:<http://www.womenshealthpc>.
16. Phasuk N, Pkeehachinda R, Suwanic R, Anumanrajfthon U. Serum HCG levels in molar pregnancy and choriocarcinoma. Siriraj Hospital Gazette 1981; 33(11): 789-92.
- 17 Phillip, B. Hyperemesis gravidarum: Literature review. [serial online] 2003.[cited 2006 February 1]. Available from: <http://www.wisconsinmedicalsociety.org/12>.
18. Ross S B, Erkowitz D, Onald P G. Chorionic tumors [serial online] December 1996 5 [cited 2006 February 1]. Available from: <http://www.womenshealthpc.com>.
19. Therasakvichya S. Gestational Trophoblastic Disease in 2005. J Med Assoc Thai 2005; 88 (Suppl 2): S119-23.
20. Tuncer. Persistent gestational trophoblastic tumor after patial hydatidiform mole. Gynaecol Oncol. 1999 ; 36 : 358.