

9-1-1980

## การรักษาโรคครรภ์ไข่ปลาอุกโดยการตัดมดลูก

ศุภวิวัฒน์ ชูติวงศ์

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



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

---

### Recommended Citation

ชูติวงศ์, ศุภวิวัฒน์ (1980) "การรักษาโรคครรภ์ไข่ปลาอุกโดยการตัดมดลูก," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 24: Iss. 5, Article 7.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol24/iss5/7>

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](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

# การรักษาโรครกรรภ์ไข่ปลาอุกโดยการตัดมดลูก

ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์\*

โรครกรรภ์ไข่ปลาอุก (hydatidiform mole) ยังเป็นปัญหาสำคัญต่อสูติแพทย์ทั่วโลก โดยเฉพาะการกลายเป็นมะเร็ง (choriocarcinoma) มีผู้รายงานการป้องกันโรครกรรภ์ไข่ปลาอุกกลายเป็นมะเร็ง โดยการให้ยาที่มีพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) เช่น methotrexate, actinomycin D เป็นต้น แต่ก็เพียงลดอัตราการกลายเป็นมะเร็งลงเท่านั้น และไม่สามารถป้องกันได้ทุกราย ในขณะเดียวกันยาเหล่านี้ยังมีอันตรายมากโดยเฉพาะใช้โดยแพทย์ผู้ไม่มีประสบการณ์เพียงพอผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากยามากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ<sup>(1,2,5)</sup>

เป็นที่ทราบแล้วว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรครกรรภ์ไข่ปลาอุกในประเทศทวีปเอเชียมากกว่าประเทศทางตะวันตกประมาณสิบเท่า<sup>(4)</sup> ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบอุบัติการณ์ได้ 1 : 365 ของจำนวนผู้คลอดซึ่งใกล้เคียงกับสถิติจากสถาบันอื่น ๆ ในประเทศไทย<sup>(7)</sup> เนื่องจาก

มีรายงานอัตราการกลายเป็นมะเร็งจะเพิ่มขึ้นมากในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี หรือเคยตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ปัจจุบันสูติกรแพทย์จึงมีแนวโน้มที่จะให้การรักษาโรคในผู้ป่วยที่มีอายุและจำนวนครรภ์ดังกล่าวโดยการตัดมดลูก เพื่อป้องกันการกลายเป็นมะเร็ง<sup>(2,4,8)</sup> รายงานเบื้องต้นนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงว่าการรักษาโรครกรรภ์ไข่ปลาอุกโดยการเพิ่มข้อขัดขวางในการตัดมดลูกให้มากขึ้นกว่าวิธมาตรฐานแล้วน่าจะสามารถลดอัตราการกลายเป็นมะเร็ง และเป็นวิธีที่น่าจะเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคในประเทศไทย สมควรได้เสนอไว้ในโอกาสนี้ด้วย

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

1. เป็นการศึกษาลักษณะ "prospective" มีการตรวจดูแลรักษาและติดตามผลการดำเนินโรคตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้โดยผู้รายงานคนเดียว การวินิจฉัยโรคทุกรายใช้พยาธิสภาพทางกล้องจุลทรรศน์เป็นสิ่งตัดสิน

\* ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ศึกษาผู้ป่วยโรคครรภ ไข่ปลาออกทั้งที่แห้งแล้วและยังไม่แห้งระหว่าง พ.ศ. 2515-2520 จำนวน 165 คน

3. การรักษาโดยการตัดมดลูกจะทำในรายที่มีข้อชี้บ่งข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 3.1 อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
- 3.2 มีบุตรมีชีวิตอยู่มากกว่า 3 คน
- 3.3 มีบุตรมีชีวิตอยู่ 2 คน *ถ้า*
  - 3.3.1 อายุมากกว่า 35 ปี *หรือ*
  - 3.3.2 คาดคะเนว่าจะไม่สามารถกลับมารับการติดตามผลการรักษาได้ *หรือ*
  - 3.3.3 ผู้ป่วยและสามีมีความพอใจที่จะมีบุตรเพียง 2 คน

ข้อชี้บ่งในการตัดมดลูกตามข้อ 3.1 และ 3.2 เป็นไปตามข้อชี้บ่งมาตรฐาน<sup>3,4</sup> ส่วนข้อ 3.3 เป็นข้อชี้บ่งที่เพิ่มขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

4. ติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยวิธีมาตรฐานทั่วไป<sup>3,6</sup> สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตัดมดลูกจะได้รับยาเม็ดคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

## ผล

1. ผู้ป่วย 165 ราย ได้รับการรักษาโดยวิธีขูดมดลูก 100 ราย อีก 55 ราย (ร้อยละ 33.4) ได้รับการตัดมดลูก 37 รายหรือร้อยละ 22.4 ได้รับการตัดมดลูกตามข้อชี้บ่งมาตรฐาน 18 รายหรือร้อยละ 11 ได้รับการตัดมดลูกตามข้อชี้บ่งที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)

2. การติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี กระทำได้เพียง 134 รายหรือร้อยละ 81.21 ซึ่ง 126 รายหรือร้อยละ 94 หายเป็นปกติ 4 รายหรือร้อยละ 2.9 มีการกลายเป็นมะเร็ง (ตารางที่ 2) ซึ่งทั้ง 4 รายนี้ไม่ได้รับการตัดมดลูก

3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคครรภ ไข่ปลาออกทั้งหมดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตลอดระยะเวลาการศึกษามี 4 รายและ 2 รายมีสาเหตุจากพิษของยา methotrexate (ตารางที่ 3)

## วิจารณ์

ในประเทศไทยซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคครรภ ไข่ปลาออกค่อนข้างสูง ประกอบกับประชาชนโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคมีเศรษฐกิจต่ำและด้อยการศึกษา ไม่เข้าใจความสำคัญในการติดตามผลการรักษา และขาดความสนใจที่จะกลับมาให้แพทย์ตรวจซ้ำอีกตามเวลา

นัดเป็นระยะเวลา 1 ปี แต่จะกลับมามีครรภ์ก็เมื่อโรคกลายเป็นมะเร็งมีการกระจายลุกลามแล้ว จากการศึกษาแม้จะพยายามติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกวิถีทาง เช่น ส่งจดหมายลงทะเบียน จัดเจ้าหน้าที่ไปติดตามผู้ป่วยถึงที่อยู่ก็สามารถติดตามได้เพียงร้อยละ 81.6 ร้อยละ 35 กลับมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลา 1 ปี ซึ่งปัญหานี้อาจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การสรุปผลข้อมูลในรายงานเบื้องต้นนี้ไม่น่าอนปัจจุบันในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคแพทย์มีภาระมากมีเวลาน้อยที่จะมาคอยติดตามตรวจสอบว่า ผู้ป่วยคนใดบ้างที่ไม่กลับมาพบแพทย์ตามกำหนดเวลา ยิ่งทำให้การติดตามผลการรักษาน่าจะน้อยกว่าร้อยละ 81.6 น่าอนหนึ่ง ถ้าจะใช้ยาที่มีพิษต่อเซลล์เพื่อป้องกันการกลายเป็นมะเร็งในผู้ป่วยทุกรายก็ไม่เหมาะสมเพราะโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคส่วนมากยังขาดความพร้อมของห้องปฏิบัติการที่จะตรวจสอบพิษของยา และประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์ก็ยังมีน้อย อันตรายจากการใช้ยา ย่อมจะเพิ่มขึ้นมาก<sup>1,2,5</sup> และเมื่อพิษของยาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้ว อาจแก้ไขไม่ได้ทันทั่วทั้งที่ ซึ่งจากรายงานนี้แม้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเชื่อว่าน่าจะมีความพร้อมทุกประการ ก็ยังเกิดผลแทรกซ้อนจากพิษของ methotrexate ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม 2 ราย

หรือครั้งหนึ่งของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ถึงแก่กรรมโดยโรคนี้ทั้งหมดในระยะเวลาดังกล่าวเท่าที่ติดตามผลการรักษาได้ จากการศึกษาผู้ป่วยถึงแก่กรรม 1 ราย ซึ่งเป็นผลจากการดูแลภายหลังการผ่าตัดไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งในปอดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งภาวะเช่นนี้น่าจะสามารถป้องกันได้

รายงานอัตราการกลายเป็นมะเร็งทั่วไปประมาณร้อยละ 4-20<sup>2,4,8</sup> แต่จากรายงานเบื้องต้นนี้พบเพียง 4 ราย หรือร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 2) และทุกรายไม่ได้รับการตัดมดลูกในจำนวนนี้ 1 รายเป็นผู้ป่วยที่สมควรได้รับการตัดมดลูกตามข้อชี้บ่งที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยที่เพิ่งแต่งงานเป็นครั้งที่สอง และไม่กลับมาพบแพทย์เลยจนถึงระยะเวลา 8 เดือน ก็กลับมาด้วยอาการไอเป็นเลือด ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าโรคลงกลายเป็นมะเร็ง และมีการกระจายลุกลามไปที่ปอดแล้วสิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือเมื่อตรวจมดลูกที่ตัดออกด้วยข้อชี้บ่งที่เพิ่มขึ้น 18 รายนั้น 3 รายมีพยาธิสภาพเป็น chorioadenoma destruens และ 1 รายมีพยาธิสภาพเป็นมะเร็งแล้ว ซึ่งทั้ง 3 รายนั้น ถ้าไม่ได้รับการตัดมดลูกโดยข้อบ่งที่เพิ่มขึ้นแล้วการรักษาคงต้องใช้เวลานาน เพราะไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องทันที อย่างไรก็ตามแม้หลักฐานจากหลายๆ แห่งจะชี้บ่งว่า การตัด

มดลูกโดยเพิ่มข้อซั้งจะช่วยลดอัตราการกลายเป็นมะเร็งก็ตาม แต่สิ่งสำคัญยิ่งไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันคือการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อการดำเนินโรคน้อย 1 ปี

จากผลการศึกษาเบื้องต้นนี้ผู้รายงานขอสรุปว่าในโรงพยาบาลที่สามารถติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาได้อย่างใกล้ชิด และแพทย์ผู้รักษามีประสบการณ์การใช้ยาที่มีพิษต่อเซลล์อย่างดีแล้ว การเพิ่มข้อซั้งในการตัดมดลูกก็ไม่มีผลจำเป็น แต่สำหรับโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคผู้รายงานมีความเห็นว่าข้อซั้งในการตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐานไม่เพียงพอและขอเสนอการรักษาโรคครรภ์ ไข่ปลาอุกโดยการตัดมดลูกเมื่อมีข้อซั้งข้อใดข้อหนึ่งคือ

1. อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

2. มีบุตรมีชีวิต 2 คนแล้ว

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหานี้ยังดำเนินอยู่และคงจะได้มีโอกาสเสนอรายงานสมบูรณ์ในโอกาสอันสมควร

### ขอบคุณ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์ บรรพต บุญศิริ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชศาสตร์ประชากร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำและร่วมมือตลอดระยะเวลาการศึกษา

### ตารางที่ 1 แสดงวิธีการรักษาโรคครรภ์ ไข่ปลาอุก

| วิธีการรักษา                                    | จำนวนผู้ป่วย (ราย) | ร้อยละ |
|---|--------------------|--------|
| 1. ขูดมดลูก                                     | 110                | 66.6   |
| 2. ตัดมดลูก                                     | 55                 | 35.5   |
| 2.1 ตัดมดลูกตามข้อซั้งมาตรฐาน (ข้อ 3.1 และ 3.2) | 37                 | 22.4   |
| 2.2 ตัดมดลูกตามข้อซั้งที่เพิ่มขึ้น (ข้อ 3.3)    | 18                 | 11     |

ตารางที่ 2 แสดงผลการดำเนินโรค เมื่อครบระยะเวลา 1 ปี

| ผลการดำเนินโรค              | จำนวนผู้ป่วย<br>(ราย) | ร้อยละ |
|-----------------------------|-----------------------|--------|
| 1. หายปกติ                  | 126                   | 94.03  |
| 2. เกิดซ้ำอีก               | 2                     | 1.49   |
| 3. กลายเป็น                 |                       |        |
| 3.1 Chorioadenoma destruens | 2                     | 1.49   |
| 3.2 Choriocarcinoma         | 4                     | 2.99   |
| รวม                         | 134                   | 100    |

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรครรภไข่ปลาอุก

| สาเหตุ                                       | จำนวนผู้ป่วย |
|--|--------------|
| 1. พิษของยา methotrecsate                    | 2            |
| 2. ภาวะน้ำคั่งปอดอย่างเฉียบพลันหลังการผ่าตัด | 1            |
| 3. Pulmonary embolism หลังการแท้งไข่ปลาอุก   | 1            |

**อ้างอิง**

1. Curry SL, Hammond CB, Tyrey L, et al : Hydatidiform mole : diagnosis, management and long-time follow up of 347 patients. *Obstet Gynecol* 45 : 1-8, 1975.
2. Goldstein DP : Prevention of gestational trophoblastic disease by the use of actinomycin D in molar pregnancies. *Obstet Gynecol* 43 : 475-479, 1974.
3. Goldstein DP : Gestational trophoblastic disease. *Gynecology Principles and Practice* Edited by Robert W Kistner 3<sup>rd</sup> edition. Chicago : Year Book Medical Publishers Inc, 1979, pp. 551-593.
4. Pritchard JA, Macdonald PC : *Williams Obstetrics*. 15<sup>th</sup> edition New York : Appleton-Century-Crofts, 1976. pp. 456-462.
5. Ratnam SS, Toeh ES, Dawood MY : Methotrexate for prophylaxis of choriocarcinoma. *Am. J. Obstet Gynecol* 111 : 1021-1027, 1971.
6. Reid DE, Bernicschke K : Gestational trophoblastic disease. *Principles and Management of Human Reproduction*. Edited by Duncan E Reid, Kenneth J Ryan, Kurt Bernicschke, Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1972. pp. 286-301.
7. Srivannaboon S, Vatananusara Ch, Boonyanit S : The incidence of Trophoblastic disease in Siriraj Hosital. *J. Med. Ass. Thai.* 57 : 537-542, 1974.
8. Tow, WSH : The influence of the primary treatment of hydatidiform mole on its subsequent course. *J. Obstet Gynecol Brit. Commonwealth* 73 : 544-552, 1966.