

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด Gestational trophoblastic disease: ประสพการณ์ 5 ปีในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

คนัย สังข์ทรัพย์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ครรภ์ไข่ปลาอุกและมะเร็งไข่ปลาอุก (Gestational trophoblastic disease; GTD) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการแบ่งตัวมากผิดปกติของเซลล์ trophoblast ซึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์ จะพบมากในประเทศชีกโลกตะวันออกมากกว่าในประเทศชีกโลกตะวันตกประมาณ 5-10 เท่า **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนการตั้งครรภ์และอายุต่อการเกิด GTD ในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก รวมทั้งอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วย GTD มาพบแพทย์มากที่สุด **วัสดุและวิธีการ:** ศึกษาย้อนหลังโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย GTD และหญิงที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในช่วงปี พ.ศ. 2543-2547 โดยต้องมาฝากครรภ์ในเดือนและปีเดียวกันกับผู้ป่วย GTD และคัดเลือกโดยวิธีสุ่ม **ผลการศึกษา:** ความชุกของการเกิด GTD ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่ปี 2543-2547 เท่ากับ 1.75:1,000 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย GTD คือ 26.7 ± 10.2 ปี โดยอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด GTD ($p > 0.05$) ส่วนจำนวนการตั้งครรภ์ พบว่าในการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง เมื่อการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 1 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด GTD 1.5 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดคือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดร่วมกับตรวจมองเห็น mole หลุดมาทางช่องคลอดคิดเป็น ร้อยละ 13.6 **สรุป:** ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในช่วงปี พ.ศ. 2543-2547 พบผู้ป่วย Gestational trophoblastic disease (GTD) 22 ราย ที่ได้รับการยืนยันด้วยผลทางพยาธิวิทยา มีอายุเฉลี่ย 26.7 ± 10.2 ปี โดยที่การเกิด GTD มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วย

* โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000

Abstract : Associated Factors of Gestational Trophoblastic Disease: 5 Year Experience in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital
Danai Sungsub, M.D.
Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok, 65000
Nakhon Ratch Med Bull 2005; 29: 167-73.

Introduction: Gestational trophoblastic disease (GTD) consists of molar pregnancy and choriocarcinoma. It is derived from abnormal proliferation of pregnancy related trophoblastic cell. It is more frequently found in oriental 5-10 times than in western world. **Objective:** To verify the relationship between its occurrence and numbers of pregnancy as well as maternal age and to identify its leading problems. **Patients & Methods:** Medical records of GTD in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok during 2000-2004 were retrospectively reviewed and compared to control. The control group was randomly selected from normal pregnant women who attended antenatal care within the same month and year as GTD. **Results:** The prevalence of GTD was 1.75:1,000, it did not relate to maternal age ($p>0.05$). Mean age was 26.7 ± 10.2 years. About numbers of pregnancy, in cases of more than 2, every pregnancy could significantly raise 1.5 folds of the risk of GTD ($p<0.05$). The most common leading problem was spotted vaginal bleeding (63.6%), the second common was spotted bleeding with frank mole (13.6%). **Conclusion:** During year 2000-2003, 22 GTD cases were diagnosed in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok by pathologist. Mean age was 26.7 ± 10.2 years. Its occurrence was found relating to numbers of pregnancy, not to maternal age.

ภูมิหลัง

สตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นวัยที่ร่างกายกำลังพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปเพื่อเตรียมพร้อมในการดำรงเผ่าพันธุ์ แต่ในปัจจุบันพบโรคต่าง ๆ ในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ มากมาย ครรภ์ไข่ปลาอุกและมะเร็งไข่ปลาอุก (Gestational trophoblastic disease; GTD) เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ทางผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนการตั้งครรภ์และอายุต่อการเกิด Gestational trophoblastic disease

ครรภ์ไข่ปลาอุกและมะเร็งไข่ปลาอุก เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการแบ่งตัวมากเกินไปผิดปกติของเซลล์ trophoblast ซึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์ โรคนี้จึงน่าจะมาพร้อมกับ

การกำเนิดมนุษย์ โดยจะพบมากในประเทศซีกโลกตะวันออกมากกว่าในประเทศซีกโลกตะวันตก ประมาณ 5-10 เท่าและจะพบมากในแถบประเทศเอเชีย เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย ไทย โดยพบอัตราที่สูงกว่าคือ 1 ใน 300-600 ของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นทางผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนการตั้งครรภ์และอายุต่อการเกิด GTD ในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก รวมทั้งอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วย GTD มาพบแพทย์มากที่สุด ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยโรค รวมทั้งเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังการเกิดรวมทั้งการเกิดเป็นซ้ำอีก

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (analytic study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย GTD และหญิงที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในช่วงปี พ.ศ. 2543-2547

ระเบียบวิธีวิจัย

- **กลุ่มศึกษา:** ผู้ป่วย GTD ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2547

- **กลุ่มควบคุม:** หญิงตั้งครรภ์ปกติ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2547 โดยต้องมาฝากครรภ์ในเดือนและปีเดียวกันกับผู้ป่วย GTD และคัดเลือกโดยวิธีสุ่ม (simple random sampling)

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษานี้

1. Gestational trophoblastic disease (GTD) หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากการแบ่งตัวมากผิดปกติของ

เซลล์ trophoblastic ที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ซึ่งวินิจฉัยได้จากอาการทางคลินิก และคลื่นเสียงความถี่สูง ยืนยันการวินิจฉัยสุดท้ายด้วยผลทางพยาธิวิทยา

2. Abnormal uterine bleeding (AUB) หมายถึง มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

3. Size หมายถึง ขนาดของมดลูกที่โตมากกว่าขนาดอายุครรภ์จริง

4. Visible หมายถึง เห็นเม็ด mole หลุดออกมาทางช่องคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะนำมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี binary logistic regression

ผลการศึกษา

ในระหว่างปี พ.ศ. 2543-2547 มีผู้ป่วย GTD และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ถูกคัดเลือกในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวนทั้งหมด 110 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง 22 ราย กลุ่มควบคุม 88 ราย โดยความชุกของการเกิด GTD เท่ากับ 1.75:1,000

ตารางที่ 1 อายุ, จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ของผู้ป่วย GTD และกลุ่มควบคุม

	ผู้ป่วย GTD (n=22)	กลุ่มควบคุม (n=88)
อายุ (ปี) (ร้อยละ)		
อายุ ≥ 25 , <30 ปี	10 (45.5)	39 (44.3)
อายุ ≥ 30 , <35 ปี	7 (32.0)	15 (17.1)
อายุ ≥ 35 ปี	4 (18.2)	6 (6.9)
พิสัย (ปี)	16-51	14-38
อายุเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	26.7 $\pm$ 10.2	24.2 $\pm$ 6.5
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ครั้ง) (ร้อยละ)		
ตั้งครรภ์ > 1 ครั้ง	11 (50.0)	46 (52.3)
ตั้งครรภ์ > 2 ครั้ง	8 (36.4)	10 (11.4)
ตั้งครรภ์ > 3 ครั้ง	4 (18.2)	4 (4.5)
พิสัย	1-9	1-5
จำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.6 $\pm$ 2.4	1.7 $\pm$ 0.9

ผู้ป่วย GTD มีอายุตั้งแต่ 16-51 ปี อายุเฉลี่ย 26.7±10.2 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมคือ 24.2±6.5 ปี โดยกลุ่มควบคุมจะมีการกระจายตัวที่น้อยกว่า เนื่องจากอายุน้อยสุด 14 ปี และมากที่สุด 38 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1 จากการศึกษาพบว่าที่อายุมากกว่าเท่ากับ 25, 30 และ 35 ปี รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ binary logistic regression มีค่าความน่าจะเป็นมากกว่า 0.05 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด GTD

พิสัยของจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ในกลุ่ม GTD เท่ากับ 1-9 ครั้ง ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 2.6±2.4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.7±0.9 ครั้ง เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลน้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 1

จำนวนการตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง มีค่าความน่าจะเป็นมากกว่า 0.05 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด GTD แต่จำนวนการตั้งครรภ์ที่มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป มีค่าความน่าจะเป็นน้อยกว่า 0.05 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิด GTD โดยมีค่า Odds ratio เท่ากับ 4.1 คือ โอกาสของการเกิด GTD ของหญิงที่ตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปสูงเป็น 4.1 เท่าของหญิงที่ตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด GTD ระหว่าง 1.5 เท่าถึง 27.9 เท่าด้วยความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ

ตารางที่ 3 แสดงความเสี่ยงของการเกิด GTD ที่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ binary logistic regression

	Sig.	Exp (B)	95.0% CI for EXP (B)	
			Lower	Upper
Age	0.016	1.526	1.083	2.151

Cox & Snell R Square = 0.062

binary logistic regression พบว่ามีค่าความน่าจะเป็นน้อยกว่า 0.05 โดยจำนวนการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น 1 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด GTD 1.5 เท่า (Odds ratio =1.526) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด GTD ระหว่าง 1.1 ถึง 2.2 เท่าด้วยความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ดังตารางที่ 3

จากการศึกษาอาการนำที่ผู้ป่วย GTD มาพบแพทย์ พบว่าการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (AUB) เป็นอาการที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 63.7 อันดับที่สองคือ เลือดออกผิดปกติร่วมกับเห็นเม็ด mole ร้อยละ 13.7 เลือดออกผิดปกติร่วมกับเห็นเม็ด mole และมีก้อนในช่องท้องร้อยละ 4.6 เลือดออกผิดปกติร่วมกับปวดท้องน้อยร้อยละ 4.6 และไม่พบอาการแสดงใด ๆ เลยร้อยละ 13.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ค่า Odds ratio, P-value, Chi-Square และ 95 % confident interval ของจำนวนการตั้งครรภ์

จำนวนการตั้งครรภ์	Odds ratio	P-value	95% confident interval		Chi-Square
			Lower	Upper	
มากกว่า 1	0.92	0.85	0.3	2.6	0.04
มากกว่า 2	4.14	0.00	1.5	27.9	9.31
มากกว่า 3	4.00	0.02	0.8	68.8	5.14

ตารางที่ 4 อาการนำที่ผู้ป่วย GTD มาพบแพทย์

อาการนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N=22	
AUB	14	63.7
AUB + visible mole	3	13.7
AUB + visible mole + palpable abdominal mass	1	4.6
AUB + abdominal pain	1	4.6
No data	3	13.7

ABU: Abnormal uterine bleeding

วิจารณ์

Sebire NJ และคณะ⁽¹⁾ ได้ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง ในหญิงที่เคยตั้งครรภ์ complete หรือ partial hydatidiform mole ในระหว่างปี ค.ศ. 1992-1998 พบว่ากลุ่ม complete moles มีการกลับเป็นซ้ำใหม่ของ hydatidiform mole ในครรภ์ต่อไปพบได้ร้อยละ 1.9 และเป็น complete moles ถึงร้อยละ 81 ในขณะที่เป็น partial moles เพียงร้อยละ 19 ส่วนกลุ่ม partial moles พบว่าการกลับเป็นซ้ำใหม่ของ hydatidiform mole ครั้งต่อไปพบได้ร้อยละ 1.7 และพบว่าเป็น partial moles ร้อยละ 68 เป็น complete moles ร้อยละ 32 Fallahian M⁽²⁾ พบว่า complete and partial moles, repeated moles, gestational trophoblastic disease, early abortion, blighted ovum and secondary infertility เกิดจากความผิดปกติของไข่ และสายพันธุ์กรรมของมารดา Chong CY และคณะ⁽³⁾ ทำการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วย Hydatidiform mole ระหว่างปี ค.ศ. 1988-1992 ในโรงพยาบาล Kandang Kerbau มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 คน โดย 35 คน เป็น complete hydatidiform mole และ 40 คน เป็น partial hydatidiform mole พบอุบัติการณ์

1 ใน 1,601 และ 1 ใน 721 ตามลำดับ อุบัติการณ์จะสูงกว่าในผู้ป่วยชาว Malay และ Indian

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่คืออาการเลือดออกทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 89.3 มีระลอกสง และคณะ⁽⁴⁾ ได้กล่าวถึงอุบัติการณ์ของการเกิด molar pregnancy พบอุบัติการณ์ในโลกซีกตะวันตก เช่น อเมริกา พบ 1:1,500 ของการตั้งครรภ์ อิตาลี 1:1,250 ของการคลอด สวีเดน 1:1,667 ของการตั้งครรภ์ ต่ำกว่าอุบัติการณ์การเกิดในซีกโลกตะวันออก เช่น ในอินโดนีเซีย 1:85 ของการคลอด เกาหลีใต้ 1:50 ของการคลอด และในประเทศไทยก็ได้มีรายงานอุบัติการณ์แตกต่างกันดังนี้ รพ.ศิริราช (พ.ศ. 2517) 1:363 ของการตั้งครรภ์, รพ.รามธิบดี (พ.ศ. 2526) 1:317 ของการคลอด, รพ.ศรีนครินทร์ (พ.ศ. 2530) 1:415 ของการคลอด, รพ.มหาสารคามเชียงใหม่ (พ.ศ. 2534) 1:416 ของการคลอด นอกจากนี้ยังแสดงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิด molar pregnancy ได้แก่

- อายุ สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกมากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 21-35 ปี ถึง 5 เท่า สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
- ประวัติการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก มีโอกาสตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกซ้ำอีก 20-40 เท่าในครรภ์ต่อไป พบได้น้อยในสตรีที่เคยคลอดบุตรปกติมาก่อน
- ประวัติการแท้ง พบบ่อยขึ้นในสตรีที่เคยแท้งมาก่อน
- เชื้อชาติ ชาวอินโดนีเซีย และชาวเกาหลี พบอุบัติการณ์ของไข่ปลาอุกสูงกว่าเชื้อชาติอื่น คือ 1:85 และ 1:50 ของการคลอด ตามลำดับ
- ภูมิภาคของโลก ประเทศในซีกโลกตะวันออกพบมากกว่าประเทศในซีกโลกตะวันตกประมาณ 5-10 เท่า
- ภาวะโภชนาการ พบครรภ์ไข่ปลาอุกได้สูงใน

สตรีที่มีภาวะทุโภชนาการ และพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในสตรีที่ขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น ไขมันจากสัตว์ และ Carotene ผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำพบได้มากกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะสูง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านจำนวนผู้ป่วยมีน้อย ซึ่งดูได้จากอุบัติการณ์ของการเกิดมีเพียง 1 ต่อ 500 เท่านั้น และเป็นการศึกษาถึงปัจจัยของการเกิดโรค ซึ่งใช้การศึกษาแบบ cross sectional study

จากผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด GTD แต่เมื่อพิจารณาโดยแบ่งเป็นกลุ่มอายุ ≥ 25 , 30 และ 35 ปี ตามลำดับ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น มีโอกาสเป็น GTD มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี Chong CY⁽³⁾ ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 75 รายที่เป็น GTD ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 17-34 ปี พบอุบัติการณ์ของ hydratidiform mole ในสตรีตั้งครรภ์ ที่อายุมากกว่า 35 ปี ถึงร้อยละ 20 ธีระ ทองสงและคณะ⁽⁴⁾ พบว่า กลุ่มอายุ ≥ 35 ปี มีค่าความน่าจะเป็นใกล้เคียง 0.05 ดังนั้นน่าจะให้มีการศึกษาอุบัติการณ์ในกลุ่มอายุ ≥ 35 ปี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและระยะเวลาการศึกษาที่นานขึ้น

Steigard SJ⁽⁵⁾ ได้รายงานพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุเชื้อชาติและประวัติของการเป็น hydratidiform มาก่อน นอกจากนี้ Altieri A และคณะ⁽⁶⁾ ได้พบความสัมพันธ์ของอายุมารดาและประวัติของการเป็น gestational trophoblastic disease มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด hydratidiform mole และ Choriocarcinoma

Djamhoer M⁽⁸⁾ ได้รายงานว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนมากลงความเห็นว่ามีความสัมพันธ์ของการเกิด hydratidiform mole สูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และสูงกว่า 35 ปี แต่จากการศึกษาของเขาเองพบ hydratidiform mole ในสตรีที่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20

ปีเพียงร้อยละ 4 และในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี เพียงร้อยละ 20

ในรายงานการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของอายุกับการเกิด GTD ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษามีจำนวนน้อย

จำนวนการตั้งครรภ์ พบว่าในการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง เมื่อการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 1 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด GTD 1.6 เท่า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีการศึกษาในปัจจัยดังกล่าว Khoo SK⁽⁷⁾ ได้รายงานการศึกษาจากข้อมูลจำนวนมาก พบความสัมพันธ์ ของการกลับเป็นใหม่ของ hydratidiform mole ภายหลังการเกิด moles ครั้งแรกร้อยละ 1.3 และภายหลังการเกิด moles ครั้งที่ 2 ถึงร้อยละ 20 Berkowitz RS และคณะ⁽⁹⁾ ความเสี่ยงในการเกิด mole ในครั้งที่สอง ภายหลังการเกิด complete หรือ partial mole จะเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่า นอกจากนี้ Bagshawe KD⁽¹⁰⁾ ยังพบความเสี่ยงในกรณีเดียวกัน ถึง 1 ต่อ 76 ของครรภ์ต่อมา

Chong CY⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาและพบว่าอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมารับการรักษามากที่สุดคือ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดมากถึงร้อยละ 89.3 สาเหตุที่พบรองลงมาคือปวดท้องน้อย พบได้ร้อยละ 10.7

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน จึงมีข้อจำกัด ทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถเก็บได้ครบ จึงอาจทำให้เกิดความอคติทางข้อมูลเพราะการบันทึกเวชระเบียนอาจไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลบางส่วนขาดหายไป รวมทั้งเป็นอุปสรรคในการค้นคว้าวิจัยในแง่มุมอื่นของการเกิด GTD แต่การศึกษาแบบย้อนหลังอาจช่วยลดความอคติของการแยกกลุ่มโรคผิด (misclassification bias) เนื่องจากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย GTD ทุกรายได้รับการยืนยันทางพยาธิวิทยา

สรุป

ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในช่วงปี พ.ศ. 2543-2547 พบผู้ป่วย Gestational trophoblastic disease (GTD) 22 ราย ที่ได้รับการยืนยันด้วยผลทางพยาธิวิทยา มีอายุเฉลี่ย 26.7 ± 10.2 ปี โดยที่เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด GTD และการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง เมื่อการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 1 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด GTD 1.5 เท่า อาการนำที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดคือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 63.7 รองลงมาคือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ร่วมกับเห็นเนื้อ mole หลุดมาทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 13.7

เอกสารอ้างอิง

1. Sebire NJ, Fisher RA, Foskett M, Rees H, Seckl MJ, Newlands ES. Risk of recurrent hydratidiform mole and subsequent pregnancy outcome following complete or partial hydratidiform molar pregnancy. BJOG 2003; 110: 22-6.
2. Fallahian M. Familial gestational trophoblastic disease. Placenta 2003; 24: 797-9.
3. Chong CY, Koh CF. Hydratidiform mole in Kandang Kerbau Hospital-A 5 Year Review. Singapore Med J 1999; 40: 256-70.
4. ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ดเรียบเรียง ครั้งที่ 2: 2539). กรุงเทพมหานคร: พี.บี. ฟอเรน นิกส์ เซนเตอร์, 2539; หน้า 279-93.
5. Steigard SJ. Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2003; 17: 837-47.
6. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchai C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic disease. Lancet Oncol 2003; 4: 670-8.
7. Khoo SK. Clinical aspects of gestational trophoblastic disease: a review based partly on 25-year experience of a statewide registry. Aust N Z Obstet Gynaecol 2003; 43: 280-9.
8. Djamhoer M. Gestational Trophoblastic Disease-Detection and Management. J Paeds Obstet Gynecol 1991; May/June: 5-10.
9. Berkowitz RS, Goldstien DP, Bernstien MR, Sablinski B. Subsequent pregnancy outcome in patients with molar pregnancy and gestational trophoblastic tumours. J Reprod Med 1987; 32: 680-4.
10. Bagshawe KD. Risk and Prognostic Factor in Trophoblastic Neoplasia. Cancer 1976; 38: 1373-85.