

ย่อวารสาร

รายนามผู้ย่อ พิพัฒน์ คงทรัพย์ , วนากานต์ สิงห์เสนา

Multilayered Amniotic Membrane Transplantation for Severe Ulceration of the Cornea and Sclera
Hanada K, Shimazaki J, Shimura S, Tzubota K.
Am J Ophthalmol 2001; 131 : 324-31

วัตถุประสงค์

เพื่อการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เนื้อเยื่อรกเด็กในการรักษาแผลที่กระจกตาดำและ sclera

วิธีการศึกษา

การคัดเลือกผู้ป่วย : ผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีจำนวน 11 ราย มีแผลทะลุที่กระจกตาดำ (4 ราย) แผลที่กระจกตาดำใกล้ทะลุ (5 ราย) แผลที่ sclera (2 ราย) ซึ่งแผลเหล่านี้เกิดจากผงเข้าตา ขนตาแยงตา สารเคมีเข้าตา ผ่าตัดต้อเนื้อ โรครูมาตอยด์ เป็นต้น

วิธีการผ่าตัด : แผลที่กระจกตาดำและ sclera ถูกปิดโดยการผ่าตัดใส่เนื้อเยื่อรกเด็ก ซึ่งตัดเป็นชิ้นเล็กๆ อุดลงไปใ้ในแผลส่วนที่ลึกก่อน หลังจากนั้นใช้เนื้อเยื่อรกเด็กขนาดใหญ่กว่าแผลพอสมควร วางปิดบนแผลและเย็บด้วย 10/0 nylon ทีละชั้นจำนวน 2 ชั้น หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการหยอดตาด้วยน้ำตาเทียม ยาปฏิชีวนะและสเตียรอยด์ autologous scrum และ sodium hyaluronate

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีแผลดังกล่าวจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 72.7) แผลหายสนิทในเวลา 16.4 ± 8.0 วัน ส่วนอีก 3 ราย ซึ่งแผลเกิดจากกระจกตาและจากโรครูมาตอยด์ ยังคงมีแผลหลงเหลืออยู่

สรุป

Multilayered amniotic membrane transpantation อาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่มีแผลที่กระจกตาดำและ sclera ซึ่งทะลุเป็นรูขนาดเล็กหรือใกล้ทะลุ ทั้งนี้ต้องใช้ร่วมกับการรักษาโดยวิธีอื่น ๆ ด้วย เช่น น้ำตาเทียม autologous scrum sodium hyaluronate

พิพัฒน์ คงทรัพย์
กลุ่มงานจักษุวิทยา
โรงพยาบาลพระปกเกล้า

Intent to Treat Analysis of Stage Ib and IIa Cervical Cancer in the United States : Radiotherapy or Surgery 1988– 1995

Brewster WR, Monk BJ, Zogas A, Anton-Culver H, Yamada D, Berman ML.

Obstet Gynecol 2001;97:248–53.

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินรูปแบบในการรักษาและผลลัพธ์ของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกในสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบการรักษาระหว่างการผ่าตัดและการฉายแสง

การรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib และ IIa คือ radical hysterectomy and bilateral pelvic lymphnode dissection หรือ radiation therapy ได้มีการทำการศึกษามากครั้งเพื่อเปรียบเทียบการรักษาทั้ง 2 วิธี ซึ่งทำในโรงเรียนแพทย์ พบว่าทั้ง 2 วิธีมีประสิทธิภาพเท่ากันทั้งในด้านการควบคุมโรคและการอยู่รอด การคัดเลือกประชากรเพื่อการศึกษา โดยรวบรวมข้อมูลจาก คอมพิวเตอร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยดูจาก Surveillance, Epidemiology และ End Results program ในช่วงปี พ.ศ. 2513 – 2538 ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก เวชระเบียนของสถาบันมะเร็ง 9 แห่ง โดยมีจำนวนประชากร ร้อยละ 13.9 ของประชากรสหรัฐอเมริกา จึงเชื่อว่าข้อมูลดังกล่าวจะสามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรสหรัฐอเมริกาได้

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจาก CD-ROM

- เนื่องจากการกำหนดระยะของมะเร็งปากมดลูก โดยการใช้ FIGO เริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ดังนั้น ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2513 – 2530 จึงไม่รวมในการศึกษานี้

- เลือกจากสตรีอายุระหว่าง 15–80 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib

และ IIa

- ไม่รวมคนที่ผ่าตัดโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน หรือไม่ทราบระยะของโรค รวมทั้งคนที่ไม่ได้รับการศึกษา และได้รับการรักษาหลายอย่างรวมกัน

- ข้อมูลจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ถ้าพบว่ามีอาการผ่าตัดเป็นครั้งแรกไม่ว่าจะเป็น Abdominal or pelvic exploration แต่ถ้าวินิจฉัยการเล็กน้อยที่ปากมดลูก เช่น examination under anesthesia or biopsy ก่อนได้รับการฉายแสงหรือได้รับการฉายแสงอย่างเดียว หรือได้รับการฉายแสงก่อนการผ่าตัด จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 คือการรักษาโดยการฉายแสง

2. ผู้ป่วยบางส่วนจะทำการศึกษาต่อโดย Survival analysis การศึกษาเพื่อวิเคราะห์การอยู่รอด โดยต้องได้รับการวินิจฉัยก่อนปีพ.ศ. 2537 และต้องมีการติดตามการรักษาอย่างน้อย 2 ปี และมีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการตายโดยใช้ ICD (International Classification of Disease) บอกรหัสสาเหตุการตาย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ

- χ^2 - test ใช้ในการแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบ

- The Kaplan Meier-method, Wilcoxon log rank test ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของ Survival analyses

- Cox regression analysis ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการตาย ซึ่งจะมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $P < .05$ by two-tailed analysis

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลโดยวิธีดังกล่าวได้ข้อมูล 1,228 คน ซึ่ง 189 คนไม่สามารถใช้ในการศึกษานี้ได้เนื่องจาก

- 34 คน ขนาดเนื้องอกกลูกลามน้อยกว่า 5 มม.

- 88 คน ไม่ได้รับการรักษาต่อหลังจาก simple hysterectomy

- 55 คน ได้รับการฉายแสงภายหลัง simple

hysterectomy

- 12 คน ไม่ได้รับการรักษา

ดังนั้นมีประชากรทั้งหมด 1,039 คน เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib 869 คน (ร้อยละ 84) ระยะ IIa 170 คน (ร้อยละ 16) แบ่งตามเชื้อชาติดังนี้ non-Hispanic white 696 (ร้อยละ 67) ชาวผิวดำ 114 (ร้อยละ 11) Hispanic 86 (ร้อยละ 8) ชาวเอเชีย 96 (ร้อยละ 9)

จากการศึกษาแบบ Cohort โดยแบ่งตามอายุและวิธีการรักษาในกลุ่มสตรีที่อายุน้อย (40 ปีหรือน้อยกว่า) พบว่าได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่า เมื่อเทียบกับการฉายแสง (ร้อยละ 82 และ ร้อยละ 18 ตามลำดับ) และการผ่าตัดก็เป็นวิธีการรักษาที่ใช้มากกว่าในสตรีที่อายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 63, ร้อยละ 37) อย่างไรก็ตามจะเห็นว่า สตรีที่อายุน้อยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าการฉายแสง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 82, ร้อยละ 63, $p = .001$)

เมื่อศึกษาโดยแบ่งตามขนาดของเนื้องอกจากการศึกษาแบบ Cohort ในสตรีอายุน้อยที่มีขนาดเนื้องอก 4 ซม.หรือน้อยกว่า พบว่าได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าการฉายแสง (ร้อยละ 93, ร้อยละ 7) เช่นเดียวกับกับในกลุ่มอายุมากกว่า (ร้อยละ 71, ร้อยละ

29) จะเห็นได้ว่าสตรีที่อายุน้อยกว่าซึ่งมีเนื้องอกขนาดเล็กกว่าได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าในกลุ่มอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 93, ร้อยละ 71 $p=.001$) แต่จากการศึกษา Cohort ในกลุ่มที่มีขนาดเนื้องอกใหญ่กว่า 4 ซม. ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติไม่ว่าจะใช้การรักษาแบบใดไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า (ร้อยละ 50, ร้อยละ 50) หรืออายุมากกว่า (ร้อยละ 42, ร้อยละ 58) ดังตาราง

- ในด้านเชื้อชาติพบว่า ชาวผิวดำ , Hispanic, non-Hispanic white ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าในกลุ่มที่มีเนื้องอกขนาด 4 ซม. หรือน้อยกว่า $p < .01$ แต่ในชาวเอเชียไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p = .05$

- จากประชากร 1,039 คน มีเพียง 784 คน (ร้อยละ 75) ที่ได้รับการศึกษาต่อไป โดยวิเคราะห์ถึงการอยู่รอด (survival analyses)

- 576 คน มีขนาดเนื้องอกน้อยกว่า 4 ซม. (ร้อยละ 74)

- 207 คน มีเนื้องอกขนาดใหญ่

- 584 คน จาก 784 คน อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และ ร้อยละ 27 ของกลุ่มนี้ (150) ได้รับการฉายแสงหลังจากการผ่าตัด

ตาราง แสดงขนาดของเนื้องอกและวิธีการรักษาโดยแบ่งตามอายุ

	การผ่าตัด N (%)	การฉายแสง N (%)
อายุ (ปี)		
< 40	371 (82)	82 (18)
≥ 41	370 (63)	216 (37)
ขนาดเนื้องอก (ซม.)		
≤ 4		
≤ 40 ปี	312 (93)	23 (7)
≥ 41 ปี	303 (71)	125 (29)
> 4		
≤ 40 ปี	59 (50)	59 (50)
≥ 41 ปี	67 (42)	91 (58)

- ร้อยละ 22 (102 จาก 460) ของกลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัดมีเนื้องอกขนาดเล็ก

- ร้อยละ 55 (48 จาก 88) มีเนื้องอกขนาดใหญ่ ซึ่งได้รับการผ่าตัดและรักษาต่อโดยการฉายแสง

- 236 คนได้รับการรักษาโดยการฉายแสงตั้งแต่แรก และร้อยละ 21 ของกลุ่มนี้ (50) ได้รับการผ่าตัดหลังจากการฉายแสง

- จากการศึกษาแบบ Cohort เกี่ยวกับ 5 year survival พบว่าการรักษาโดยการผ่าตัดมีอัตราการอยู่รอดดีกว่าการฉายแสง (ร้อยละ 84, ร้อยละ 69 $p < .001$) ในกลุ่มสตรีที่ขนาดมะเร็ง 4 ซม.หรือน้อยกว่า พบว่าเมื่อได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีการอยู่รอดดีกว่าการฉายแสงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- การศึกษาระหว่าง 5 year survival และสาเหตุการตายจากมะเร็งปากมดลูก พบว่าการรักษาโดยการผ่าตัดมีการอยู่รอดดีกว่า คือร้อยละ 86 เทียบกับกลุ่มรักษาโดยฉายแสง ร้อยละ 71 $p < .001$ แต่ในการศึกษา ในกลุ่มที่ขนาดมะเร็งมากกว่า 4 ซม. ไม่มีความแตกต่างกันจากสถิติไม่ว่าจะรักษาแบบใด (ร้อยละ 72, ร้อยละ 68 $p = .28$) และพบว่าอายุไม่มีอิทธิพลเกี่ยวกับ 5 year survival

- ในกลุ่มที่รักษาโดยการฉายแสงพบว่า มีการตายสูงกว่ากลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัด (relative risk RR = 2.75, ร้อยละ 95 confidence interval (I 1.53, 4.94) และปัจจัยเสี่ยงต่อการตายในสตรีที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติไม่ว่าจะรักษาแบบใด RR = 1.17 P = .6

บทวิจารณ์

- การศึกษาแบบ retrospective analyzed survival statistics ของ morley และคณะ เกี่ยวกับการอยู่รอดของมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib โดยไม่มีการแบ่งกลุ่มศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันใน 5 year survival ไม่ว่าจะรักษาแบบใด (radical hysterectomy and pelvic eymphadenectomy หรือ radiotherapy)

- การศึกษาแบบ prospective randomiza-

tional เปรียบเทียบการฉายแสงกับการผ่าตัดในมะเร็งปากมดลูกระยะ Ib และ IIa โดยแบ่งขนาดมะเร็งที่ 4 ซม. หรือน้อยกว่ากับมากกว่า 4 ซม. พบว่าอัตราการอยู่รอดเท่ากันทั้ง 2 กลุ่มการรักษา

- ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งแบ่งตามแนวทางในการรักษาอาจมีการแปลผลผิดพลาดได้โดยอาจประเมินต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริง ซึ่งทำให้ผลสรุปของการศึกษาอาจเปลี่ยนแปลงได้ เช่นอาจสรุปได้ว่าไม่มีความแตกต่างกัน และยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่นำมาคิด เช่น ลักษณะทางเซลล์วิทยาของมะเร็ง (histologic type) ความอ้วน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ซึ่งล้วนมีผลต่อการพยากรณ์โรค

โดยสรุปในการศึกษานี้ซึ่งแบ่งประชากรตามลักษณะดังกล่าว สรุปได้ว่า

1. มะเร็งที่มีขนาดตั้งแต่ 4 ซม. หรือน้อยกว่า ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าการฉายแสง โดยไม่คำนึงถึงอายุ

2. มะเร็งที่มีขนาดใหญ่
- ถ้าอายุมากกว่า 40 ปี รักษาโดยการฉายแสง

- อายุตั้งแต่ 40 ปีหรือน้อยกว่า รักษาโดยการผ่าตัด

วนากานต์ สิงหเสนา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลพระปกเกล้า