

ผลการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสี ของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย*
ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์* สุรีย์ ฐิตะฐาน*
ประภัศร รัชตะปิติ* ภิญโญ กำภู ณ อยุธยา*
จงจินต์ ภัทรมนตรี* ศิวลี สุริยาปี*

Lertsanguansinchai P, Rojpornpradit P, Thitathan S, Rajatapiti P, Kambhu Na-Ayudhya P, Pataramontree J, Suriyapee S. Analysis of 515 cases of cervical carcinoma treated with radiotherapy at Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1990 Jan;34(1): 31-40

From January 1981 to December 1983, 515 patients with cervical carcinoma had completed radiation treatment at the Radiotherapy Unit, Department of Radiology, Chulalongkorn University Hospital. Of 515 patients, 482 had completed the follow-up. The majority of patients were FIGO stage II and III. All patients had been followed for at least 5 years or until death. Local recurrences for stage II and III were 16.35% and 30.58% respectively. Distant metastases were 12.98% in stage II and 21.49% in stage III with the lung being the most frequent site for metastases. The 5-year actuarial survival rate in stage I, II, III and IV were 85.4%, 71.4%, 41.3% and 0% respectively, with a mean of 56.1%. Most treatment complications were grade 1, grade 3 complications were found in 2.70%. Rectum is the major site of treatment complication.

Reprint request : Lertsanguansinchai P, Department of Radiology, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. May 8, 1989.

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประเทศไทย^(1,2) รองลงมาจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีแนวโน้มว่าจะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศไทยนั้น พบอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับหนึ่งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 จนถึงปัจจุบันนี้⁽³⁾ สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 1 เช่นกัน ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมารับการรักษาไม่น้อยกว่า 300 รายต่อปี คิดเป็น 16-17% ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด หรือคิดเป็น 30% ของผู้ป่วยมะเร็งในสตรี⁽⁴⁾

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่สามารถตรวจพบได้ง่าย มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ในระยะที่ 2,3 และ 4 การรักษาต้องใช้รังสีเป็น การรักษาหลัก⁽⁵⁻⁷⁾ และใช้เวลารักษานานเป็นเดือน เพื่อที่จะได้ผลในการรักษาที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษารังสีเป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อให้ทราบถึงผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี ในด้าน

1. การล้มเหลวของการรักษาเฉพาะที่ (Locoregional failure)
2. ลักษณะการแพร่กระจายของโรค (Distant metastasis)
3. อัตราการรอดชีวิต (Survival rate)
4. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา (Complication of treatment)

วัสดุและวิธีการ

ได้ทำการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ส่งมารับการรักษาด้วยรังสี ที่หน่วยรังสีรักษาภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2524 ถึงเดือนธันวาคม 2526 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 677 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีจนครบ 515 ราย และสามารถมาตามผลการรักษาได้ 482 ราย

ผู้ป่วยทั้ง 482 รายนี้ ได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกาย ตรวจภายในและตรวจทางทวารหนัก (Pelvic and rectal examination) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ปอด ฉีดสารทึบรังสีเพื่อตรวจไต (IVP) ส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก ทำการประเมินระยะของโรคตาม International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO 1976)

ผู้ป่วยทุกราย ได้รับการติดตามผลการรักษาหลังจากรักษาด้วยรังสีจนครบแล้วเป็นช่วง ๆ อย่างน้อยเป็นระยะเวลา 5 ปี หรือจนกระทั่งขาดการติดต่อหรือเสียชีวิตลง

คำจำกัดความที่ใช้

Point A เป็นจุดสมมุติที่อยู่ทางด้านข้างของปากมดลูกด้านใน (Internal os) ห่างออกไป 2 ซม. หรือเป็นจุดที่อยู่เหนือ lateral vaginal fornix ขึ้นไป 2 ซม. คือเป็นจุดที่จะเป็นตัวจำกัดปริมาณรังสีสูงสุด⁽⁸⁾

Point B คือ เป็นจุดสมมุติอยู่ห่างออกไปทางด้านข้างของ Point A อีก 3 ซม. ถือเป็นจุดที่เป็นตัวแทนของต่อมหน้าเหลืองในพารามิตรีียม (Parametrium)

สำหรับการล้มเหลวของการรักษาแบ่งตาม Graham⁽⁹⁾ คือ

Central failure หรือ Local failure (C) หมายถึงการล้มเหลวของการรักษาที่บริเวณปากมดลูก และ/หรือในช่องคลอด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

- Persistent disease คือมีมะเร็งเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนแรกหลังการรักษา

- Recurrent disease คือมีมะเร็งเกิดขึ้นใหม่หลังการรักษาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

Pelvic failure (P) หมายถึงการล้มเหลวที่เกิดขึ้นภายในอุ้งเชิงกราน ยกเว้นปากมดลูก และช่องคลอด

Distant failure (D) คือการล้มเหลวที่เกิดขึ้นที่บริเวณนอกอุ้งเชิงกราน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการคำนวณอัตราการรอดชีวิตนั้น ใช้ Actuarial survival rate analysis ตามแบบของ Kaplan and Meier method⁽¹⁰⁾

การประเมิน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา ใช้ตาม Kottmeier grade⁽¹¹⁾ คือ

Grade 1 mild symptoms, no specific treatment needed

Grade 2 repeated bleeding per rectum or hematuria need blood transfusion or medication

Grade 3 Fistula, Surgical treatment for complication

วิธีการ ผู้ป่วยส่วนมากจะได้รับการฉายแสงจากภายนอกร่วมกับการใส่แร่ในช่องคลอด มีผู้ป่วยในระยะเริ่ม

แรก (Stage I B) 4 รายที่รักษาด้วยการใส่แร่ในช่องคลอด
อย่างเดียว และผู้ป่วยในระยะที่เป็นมากแล้ว (Stage III-IV)
10 รายได้รับการรักษาโดยการฉายแสงจากภายนอกอย่าง
เดียว

การฉายแสงจากภายนอก (Teletherapy) ใช้
ลำรังสีจากเครื่องโคบอลต์-60 ฉายไปที่อุ้งเชิงกราน วันละ
200 cGy สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นปริมาณรังสีรวมทั้งตั้งแต่
2,000-5,000 cGy ทั้งนี้ขึ้นกับระยะของโรคและขนาดของ
มะเร็งที่ปากมดลูก

**การสอดใส่แร่ในช่องคลอด (Intracavitary
therapy)** ใช้เครื่องมือของ Manchester หรือ Fletcher
applicator โดยใช้รังสีจากแร่เรเดียม-226 ใส่ในช่องคลอด
ของผู้ป่วยครั้งละ 48-72 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นกับว่าผู้ป่วยได้รับ
ปริมาณรังสีจากภายนอกไปมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยแต่ละ
รายจะได้รับการสอดใส่แร่ในช่องคลอด 1-2 ครั้ง แต่ละครั้ง
เว้นช่วงห่างประมาณ 2 สัปดาห์ สำหรับปริมาณของแร่
เรเดียม-226 ที่ใช้เป็น Standard loading 15-10-10 mg in
Tandem and 20 mg in each standard vagina ovoids⁽¹²⁻¹⁴⁾

ในรายที่มีมะเร็งลุกลามออกไปที่ Parametrium
มาก ก็จะเพิ่มปริมาณรังสีจากภายนอกไปที่ parametrium
อีก 500-1,000 cGy

ผลการศึกษา

ระยะเวลาตั้งแต่ มกราคม 2524 ถึง ธันวาคม 2526
มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รับการรักษาด้วยรังสีจนครบและ
ติดตามผลการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 482
ราย มีรายละเอียดดังนี้

อายุ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 49 ปี ส่วนใหญ่
จะมีอายุอยู่ในช่วง 40-55 ปี อายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุ
สูงที่สุด 78 ปี

จำนวนของการมีบุตร มีตั้งแต่ 0-17 คน เฉลี่ย
จำนวนของการมีบุตร 5.22 คน

อาการและอาการแสดง ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะ
มาด้วยเรื่องการมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด ซึ่งพบถึง
63.07% (304/482) รองลงมาเป็น การมีตกขาวผิดปกติหรือ
มีกลิ่นเหม็น 27.39% (132/482) ผู้ป่วยที่มาตรวจเช็คหามะเร็ง
ในระยะแรกเริ่มแล้วพบเป็นมะเร็งมีเพียง 3.94% (19/482)
เท่านั้น

ระยะเวลาของอาการและอาการแสดง ระยะ
เวลาเฉลี่ยของการมีอาการผิดปกติก่อนที่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์
เท่ากับ 3.18 เดือน

ลักษณะและขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ พบ
ลักษณะของมะเร็งปฐมภูมิเป็นแบบ Exophytic lesion
53.94% Infiltrative lesion และ Ulcerative lesion เป็น
35.68% และ 10.38% ตามลำดับ

ส่วนขนาดของมะเร็งปฐมภูมิมิเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ย
3.6 ซม. ขนาดเล็กที่สุด 1 ซม. และขนาดใหญ่ที่สุด 10 ซม.

ระยะของโรค (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่ของผู้
ป่วยอยู่ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3.

TABLE 1. STAGING OF DISEASE.

Stage	No.	Percent (n = 482)
IB	24	4.98
IIA	4	43.15
IIB	204	
IIIA	1	50.21
IIIB	241	
IVA	5	1.66
IVB	3	
Total	482	100

ลักษณะทางพยาธิวิทยา (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่เป็น Squamous cell carcinoma (84.85%) ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบเป็น Adenocarcinoma 11.83% (57/482)

TABLE 2. Number of cases by types of cervical cancer.

Types	No.	Percent
Squamous cell carcinoma (SCC)	409	84.85
Well differentiated SCC	123	25.52
Moderate differentiated SCC	141	29.25
Poorly differentiated SCC	145	30.08
Adenocarcinoma	57	11.83
Other*	16	3.32
Total	482	100.00

* Clear cell carcinoma 7 cases, Undifferentiated carcinoma 4 cases, Adenosquamous 3 cases, Papillary carcinoma 1 case and sarcoma 1 case

ปริมาณของรังสี

ปริมาณรังสีเฉลี่ยที่ Point A 84.7 Gy

ปริมาณรังสีเฉลี่ยที่ Point B 59.6 Gy

ได้แสดงความสัมพันธ์ของค่า Time-Dose Fractionation (TDF)^(15,16) ที่ Point A และปริมาณรังสีที่ Point B กับระยะของโรคในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

TABLE 3. TDF AT POINT A AND STAGE.

Stage	TDF at Point A					Total
	< 120	120-130	130-140	140-150	> 150	
I	6	5	6	6	1	24
II	8	6	95	89	10	208
III	23	—	49	150	20	242
IV	7	—	—	1	—	8
Total	44	11	150	246	31	482

TABLE 4. POINT B DOSES AND STAGE.

Stage	Point B doses (Gy)					Total
	< 45	45-50	50-55	55-60	> 60	
I	12	1	—	4	7	24
II	1	1	6	107	93	208
III	1	2	3	112	124	242
IV	1	—	1	2	4	8
Total	15	4	10	225	228	482

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มี 3 ราย ที่เกิดมะเร็งในตำแหน่งที่ 2 คือมะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งตับอ่อน อย่างละ 1 ราย นอกจากนี้มีอีก 2 ราย ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกคนที่สองหลังจากรักษาด้วยรังสีครั้งแรก เมื่อ 13 และ 21 ปีก่อน

การผ่าตัด ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดร่วมด้วย ดังนี้

ระยะที่ 1 มีผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับการผ่าตัดและตามด้วยการรักษาด้วยรังสี และ 1 ราย ได้รับการผ่าตัดหลังจากรักษาด้วยรังสีครบแล้ว

ระยะที่ 2 มีผู้ป่วย 4 ราย ที่ได้รับการผ่าตัด

ก่อนแล้วตามด้วยการฉายรังสี และอีก 4 ราย ได้รับการผ่าตัดหลังการรักษาด้วยรังสี

ระยะที่ 3 มีผู้ป่วย 3 ราย ที่เคยได้รับการผ่าตัดมดลูกมาก่อนที่จะวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก (Carcinoma of cervical stump)

ผลการรักษา

ผู้ป่วยทั้ง 482 รายนี้ ได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 5 ปี หรือจนกระทั่งขาดการติดต่อหรือเสียชีวิต พบว่ามีการล้มเหลวของการรักษาแยกตามระยะของโรค ดังแสดงในตารางที่ 5

TABLE 5. FAILURE OF TREATMENT AND STAGE.

Stage	C	P	C+P	— Distant failure —			D	Unknown	Total
				C+D	P+D	C+P+D			
—————Locoregional failure—————									
I (n=24)	—	2	—	—	—	—	1	—	3
II (n=208)	20	7	1	2	4	—	21	2	57
III (n=242)	41	19	7	—	5	2	45	2	121
IV (n=8)	3	1	—	—	—	—	3	—	7
Total (n=482)	64	29	8	2	9	2	70	4	188

จะเห็นว่า ในระยะที่ 1 พบมี Pelvic failure 2 ราย และ Distant failure 1 ราย แต่ไม่พบว่ามี central failure เลย

ในระยะที่ 2 มี Locoregional failure 16.35% (34/208) และ Distant failure 12.98% (27/208)

สำหรับในระยะที่ 3 พบมี Locoregional failure 30.58% (74/242) และ Distant failure 21.49% (52/242)

ส่วนในระยะที่ 4 มี Locoregional failure 50.0% (4/8) และ Distant failure 37.5% (3/8)

มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ 4 ราย ที่ไม่ทราบสาเหตุการตายที่แน่นอน ซึ่งอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 อย่างละ 2 ราย การล้มเหลวของการรักษา ส่วนมากจะเกิดขึ้นในระยะเวลา 3 ปีแรกของการรักษา คือคิดเป็น 86.96% (160/184) ซึ่งไม่แตกต่างไปจากรายงานอื่น ๆ^(17,18) ตารางที่ 6

TABLE 6. DURATION OF TREATMENT FAILURE

Failure	Duration (Mo)							Total
	< 6	6-12	12-24	24-36	36-48	48-60	> 60	
Locoregional	21	38	23	11	5	3	—	101
Locoregional + Distant	2	2	5	3	—	—	1	13
Distant alone	9	16	16	14	5	7	3	70
Total	32	56	44	28	10	10	4	184

การล้มเหลวเฉพาะที่ (central failure) นั้น พบว่า ถ้าให้ค่า TDF ที่ Point A สูงขึ้น จะมี central failure น้อยลง (แสดงในตารางที่ 7) ซึ่งจะเห็นได้ชัดในผู้ป่วยระยะที่ 2 ถ้าค่า TDF ที่ Point A น้อยกว่า 120 จะมี central failure 37.5% แต่ถ้าค่า TDF ที่ Point A สูงขึ้น Central failure ก็น้อยลง ผู้ป่วยในระยะที่ 3 ก็เช่นเดียวกัน central failure จะสูงมากถ้าค่า TDF ที่ Point A น้อยกว่า 120 ส่วน Pelvic failure นั้น ได้แสดงในตารางที่ 8

พบว่า การให้ปริมาณรังสีที่ Point B สูงขึ้นก็จะเกิด pelvic failure น้อยลง ซึ่งผลที่ได้เหมือนกับรายงานอื่น⁽⁶⁾

การกระจายของมะเร็งปากมดลูก (Distant metastasis)

การกระจายของมะเร็งปากมดลูกออกนอกอวัยวะเชิงกราน พบมากที่สุดที่ปอด⁽¹⁹⁾ และรองลงมาที่กระดูก ต่อมน้ำเหลืองไหปลาร้าข้างซ้าย ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง ตับ และสมอง ตามลำดับ

TABLE 7. Central failure and TDF at Point A.

Stage	% Failure					Total
	TDF at Point A					
	< 120	120-130	130-140	140-150	> 150	
I (n=24)	0/6 (0.0)	0/5 (0.0)	0/6 (0.0)	0/6 (0.0)	0/1 (0.0)	0/24 (0.0)
II (n=208)	3/8 (37.5)	0/6 (0.0)	9/95 (9.5)	11/89 (12.3)	0/10 (0.0)	23/208 (11.1)
III (n=242)	13/23 (56.5)	—	2/49 (4.1)	28/150 (18.7)	7/20 (35.0)	50/242 (20.7)
IV (n=8)	3/7 (42.9)	—	—	0/1 (0.0)	—	3/8 (37.5)
Total 482	19/44 (43.2)	0 (0.0)	11/150 (7.3)	39/246 (15.9)	7/31 (22.6)	76/482 (15.8)

TABLE 8. Pelvic failure and Point B doses.

Stage	Point B doses (Gy)					Total
	< 45	45-50	50-55	55-60	> 60	
I (n=24)	0/12 (0.0)	1/1 (100)	—	1/4 (25.0)	0/7 (0.0)	2/24 (8.3)
II (n=208)	0/1 (0.0)	0/1 (0.0)	1/6 (16.7)	6/107 (5.6)	5/93 (5.4)	12/208 (5.8)
III (n=242)	0/1 (0.0)	1/2 (50.0)	1/3 (33.3)	15/112 (13.4)	16/124 (12.9)	33/242 (13.6)
IV (n=8)	0/1 (0.0)	—	0/1 (0.0)	0/2 (0.0)	1/4 (25.0)	1/8 (12.5)
Total (n=482)	0/15 (0.0)	2/4 (50.0)	2/10 (20.0)	22/225 (9.8)	22/228 (9.7)	48/482 (10.0)

ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา (Complication)

พบมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทั้งหมด 134 ราย หรือคิดเป็น 27.8% (134/482) ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบการอักเสบของทวารหนักมากที่สุด^(19,20) รองลงมาเป็นการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ

88.05% (118/134) ของภาวะแทรกซ้อนจากการ

รักษา เกิดขึ้นภายใน 3 ปีแรกหลังการรักษา

สำหรับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 83.58% (112/134) เป็นภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ 1 6.72% (9/134) เป็นระดับที่ 2 และพบภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ 3 9.70% (13/134) หรือคิดเป็น 2.7% (13/482) ของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าภาวะแทรกซ้อนจะเกิดมากขึ้น เมื่อค่า TDF at point A สูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 9

TABLE 9. Complication and TDF at Point A.

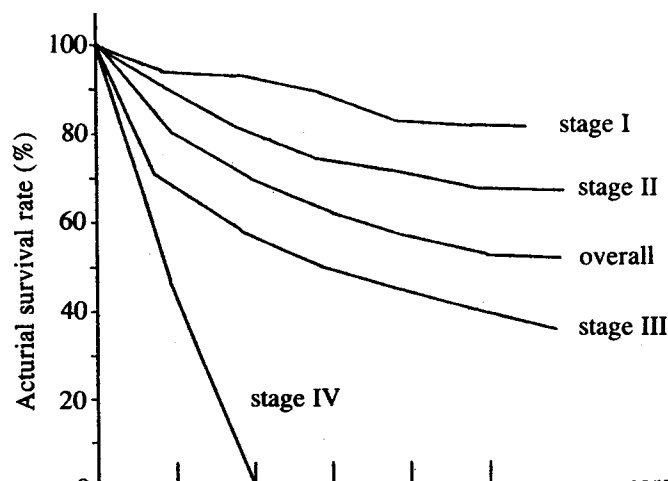
Complication	TDF at point A					Total
	< 120	120-130	130-140	140-150	> 150	
Proctitis	3	1	29	42	8	83
Cystitis	1	—	11	9	3	24
Proctitis + Cystitis	—	—	3	1	1	13
Fistula	2	—	2	2	—	6
Rectal stricture	—	—	2	2	—	4
Gut obstruction	1	—	1	—	1	3
Leg edema	—	—	—	—	1	1
Total	7/44 (15.9%)	1/11 (9.1%)	48/150 (32.0%)	64/246 (26.0%)	14/31 (45.2%)	134/482 (27.8%)

อัตราการมีชีวิตรอด (Survival rate)

จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่ามี overall 5 yr acturial survival 56.1% โดยจำแนกเป็น ระยะที่ 1 85.4%

ระยะที่ 2 และ 3 เท่ากับ 71.4% และ 41.3% ตามลำดับ ส่วนในระยะที่ 4 ไม่มีผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดหลังการรักษา 5 ปีเลย ดังแสดงในรูปที่ 1

Figure 1. Acturial survival rate after treatment.



วิจารณ์

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่มีอัตราสูงมาตลอดและยังมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ พบมากในกลุ่มคนอายุ 40-55 ปี^(21,22) ซึ่งเป็นช่วงที่สามารถทำประโยชน์แก่ประเทศชาติและครอบครัว แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากที่มารับการรักษา มักอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งการล้มเหลวของการรักษายังอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดคือการป้องกันสาเหตุ⁽²³⁾ และตรวจหามะเร็งในระยะแรกเริ่มซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้⁽²⁴⁾

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการล้มเหลวของการรักษาเฉพาะที่ (Locoregional failure) ในระยะที่ 2 และ 3 เท่ากับ 16.35% และ 30.58% มีการกระจายของโรคในระยะที่ 2 และ 3 เป็น 12.98% และ 21.49% ตามลำดับ 86.96% (160/184) ของการล้มเหลวในการรักษาเกิดขึ้นในระยะเวลา 3 ปีแรก ซึ่งไม่แตกต่างไปจากรายงานอื่น ๆ^(16,17)

Central failure เป็นปัญหาสำคัญของการรักษา พบว่าถ้าให้ค่า TDF ที่ Point A สูงขึ้น จะมี central failure น้อยลง แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าค่า TDF ที่ Point A สูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาก็จะสูงขึ้นด้วย จากการศึกษานี้ผู้รายงานพบว่า TDF ที่ Point A ที่เหมาะสมควรจะอยู่ในช่วง 140-150 นอกจากนี้พบว่าถ้าให้ปริมาณรังสีที่ Point B สูงขึ้นก็จะมี pelvic failure น้อยลง⁽¹⁵⁾ ในการศึกษานี้เกิดภาวะแทรกซ้อน 27.8% (134/482) ส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ 1 พบภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ 3 2.70% (13/482) และ 88.05% (118/134) ของภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายใน 3 ปีแรกของการรักษา

ด้านอัตราการรอดชีวิตหลังการรักษา 5 ปี (Actuarial survival) เท่ากับ 56.1% โดยแบ่งตามระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 เป็น 85.4%, 71.4%, 41.3% และ 0% ตามลำดับ ซึ่งก็ได้ผลดีเท่ากับรายงานใหญ่ ๆ จากสถาบันในต่างประเทศ⁽¹³⁾

แต่อย่างไรก็ตามผลการรักษาที่ได้ยังไม่เป็นที่น่า

พอใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะที่ 3 เนื่องจากมีการล้มเหลวของการรักษาเฉพาะที่และมีการกระจายของโรคสูง ในระยะหลังนี้เริ่มมีสถาบันต่าง ๆ นำสารเคมีบำบัด (chemotherapy) มาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยรังสี⁽²⁵⁻³⁰⁾ ซึ่งอาจจะเป็นการใช้สารเคมีบำบัดก่อนหรือหลังการใช้รังสี และบางแห่งก็ใช้สารเคมีบำบัดพร้อมกับการใช้รังสีรักษา ทั้งนี้เพื่อหวังผลให้เกิดการล้มเหลวของการรักษาน้อยลง มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น หน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เริ่มใช้สารเคมีบำบัดพร้อมกับการใช้รังสีในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 3 สำหรับผลที่ได้จะเป็นอย่างไรนั้นคงจะต้องรอการติดตามและประเมินผลในระยะต่อไป

สรุป

จากการติดตามผลการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีอย่างน้อย 5 ปี ในผู้ป่วย 482 ราย พบมีการล้มเหลวของการรักษาเฉพาะที่ (Locoregional failure) ในระยะที่ 2 และ 3 เท่ากับ 16.35% และ 30.58% ตามลำดับ

การกระจายของโรคนั้น พบมากที่สุดที่ปอด รองลงมาที่กระดูกและต่อมน้ำเหลืองไหลบาร้าข้างซ้ายในระยะที่ 2 และ 3 มีการกระจายของโรคคิดเป็น 12.98% และ 21.49% ตามลำดับ

อัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 56.1% โดยแบ่งตามระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 เป็น 85.4%, 71.4%, 41.3% และ 0% ตามลำดับ

พบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา 27.8% ส่วนมากเป็นภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ 3 เกิดขึ้น 2.70% (13/482)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ คุณประทุม แสงอุไร ที่ช่วยรวบรวมรายงานแฟ้มประวัติผู้ป่วยตลอดจนติดตามผู้ป่วย และ คุณเสิบศรี พูลสมบัติ ที่ช่วยพิมพ์ต้นฉบับ

อ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2519-2523
2. Cancer Statistics : National Cancer Institute, Department of Medical Services Ministry of Public Health 1982.
3. Cancer Statistics : National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry to Public Health 1971-1982
4. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. สถิติโรคมะเร็ง. พ.ศ. 2526-2527

5. Fletcher GH. Radiation Treatment of Carcinoma of Cervix textbook of Radiotherapy, Philadelphia : Lee + Febiger, 1973.
6. Ferex CA, Breaux S, Madoc-Jones H, Bedwinek JN, Camel HM, Purdy JA. Radiation therapy alone in the treatment of carcinoma of uterine cervix: 1. Analysis of tumor recurrence. *Cancer* 1983 Apr 15; 51(8) : 1393-402
7. Marcial VA. Carcinoma of the cervix: present status and future. *Cancer* 1977 Feb; Suppl (2) : 945-58
8. Tod M, Meredith WJ. Treatment of cancer of the cervix uteri- a revised "Manchester Method". *By J Radiol* 1953 May; 26: 252-57
9. Graham JB, Solto SL. Carcinoma of the Cervix. Philadelphia : W.B. Saunders 1962. 135
10. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observation. *J Am Statis Assoc* 1958; 53: 457-81
11. Kottmeier HL, Gray MJ. Rectal and bladder injuries in relation to radiation dosage in carcinoma of the cervix, a five follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 1961 Jul; 82: 74-82
12. Paterson R. The Treatment of Malignant Disease by Radiotherapy. London : Edward Arnold Publishers. 1963. 336-42
13. จงจินต์ ภัทรมนตรี. รายงานการคำนวณปริมาณรังสีในการใส่แร่เรเดียมรักษา มะเร็งปากมดลูก. *รังสีวิทยาสาร* 2519 เมษายน; 13(1) : 102-9
14. Sivelee Suriyapee, Pinyo Kamphu, Prayuth Rojpornpradit. Studying the dose distribution of Afterloading Radium Applicator. *รังสีวิทยาสาร* 2526 ตุลาคม; 20(2) :
15. Orton CG. Time-dose (factors 75-80 (TDFs) in brachytherapy. *Br J Radiol* 1947 Sep; 47(561) : 603-7
16. Orton CG, Ellis F. A simplification in the use of the NSD concept in practical radiotherapy. *Br J Radiol* 1973 Jul; 46 (547) : 529-37
17. Jampolis S, Andras EJ, Fletcher GH. Analysis of sites and causes of failure of irradiation in invasive squamous cell carcinoma of the intact uterus cervix. *Radiology* 1975 Jun; 115(3) : 681-5
18. Kurohara SS, Vongtama VY, Webster JH, George FW. Post irradiation recurrent epidermoid carcinoma of the uterine cervix. *Am J Roent Radium ther Nucl Med* 1971 Feb; 111 (2) : 249-59
19. สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์, เฉลิมศรี โชติกวนิชย์. ผลการรักษา มะเร็งปากมดลูกด้วยรังสี. *วารสารโรคมะเร็ง* 2527 ตุลาคม-ธันวาคม; 10(4) : 115-21
20. Montana GS, Fowler WC, Varia MA, Walton LA, Mack Y. Analysis of results of radiation therapy for stage I B carcinoma of the cervix. *Cancer* 1987 Nov 1; 60(9) : 2195-200
21. เฉลิมศรี โชติกวนิชย์, สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์. การกระจายของมะเร็งปากมดลูกในเขตต่างๆ ของประเทศไทย. *วารสารโรคมะเร็ง* 2525 กรกฎาคม-กันยายน; 8(3) : 104-9
22. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, ภิญญ์ กำภู ณ อยุธยา, สุรีย์ วิจิตรฐาน, ประภัสสร รัชตะปิติ, ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์. การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีโคบอลต์-60 และซีเซียม-137. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2532 มีนาคม; 33(3) : 195-206
23. พิไลพันธ์ พุริพัฒน์, เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. Herpes Simplex Virus type 2 ในสตรีโรคมะเร็งปากมดลูก. *วารสารโรคมะเร็ง* 2532 เมษายน-พฤษภาคม; 6(2) : 105-112
24. เทวินทร์ โกสิยะตระกูล. วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกระยะต้น. *วารสารโรคมะเร็ง* 2523 เมษายน-มิถุนายน; 6(2) : 95-103
25. John M, Cooke JK, Flam M, Padmanabhan A, Mowry PA. Preliminary results of concomitant radiotherapy and chemotherapy in advanced cervical. *Carcinoma Gynecol Oncol* 1987 Sep; 28(1) : 101-10
26. Thomas G, Dembo A, Beale F, Beam H, Bush R, Herman J. Concurrent radiation, mitomycin C and 5-fluouracil in poor prognosis carcinoma of the cervix : preliminary results of aphase I-II study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1984 Sep; 10(9) : 1785-90
27. Friedlander ML, Coppleson JVM, Green PED, Solomon HHJ, Russell PR, Tattersall MHN. The integration of chemotherapy into the management of locally advanced cervical cancer : a pilot study. *Gyneologic Oncology* 1984 Sep; 19(1) : 1-7
28. George M, Haie C, Pejoric MH. Combination of radiotherapy chemotherapy in the primary treatment of advanced uterine carcinoma. *Proceeding 77th Annual meeting of American Association of Cancer Research* 1986; 27 : 121
29. O'Reilly Se, Swerrerton KD, Manji M. Concomitant cisplatin and Radiotherapy in advanced cervical squamous cell carcinoma. *Proceeding 77th Annual Meeting of American Association of Cancer Research*, 1986. 27 : 115
30. Lorvidhaya V, Charoeniam V, Tonusin A, Ployleumsang D, Issariyodom P. Induction chemotherapy and irradiation in advanced cervical carcinoma. *Thai J Radiol* 1986 Apr; 23(2) : 97-101