

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

อัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ ที่หลงเหลืออยู่ในชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดซ้ำ ในผู้ป่วยของ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบ ของชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดครั้งแรก

Residual Tumor Rate of Re-excision in the Patients with Positive Margin Basal Cell Carcinoma at Samutsakhon Hospital

กิตติพงษ์ ชมภูพองเกษม พ.บ.,

ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป,

ว.ว. ศัลยศาสตร์ตกแต่ง

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Kittpong Chompoopongkasem M.D.,

Thai Board of General Surgery,

Thai Board of Plastic Surgery

Division of Surgery

Samutsakhon Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) ในผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) ที่พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก รวมทั้งศึกษาอัตราการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง (recurrence rate) ภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา: ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ชนิดการศึกษา cohort (descriptive cohort study) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2555 โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 และในกรณีที่ผ่าตัดก่อนออกได้ไม่ทั้งหมดในการผ่าตัดครั้งแรก ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดซ้ำภายในเวลา 1 สัปดาห์และนำมาคำนวณหาอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่หลังจากนั้นได้ทำการผ่าตัดตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 ปีภายหลังการผ่าตัด และนำมาคำนวณหาอัตราการเกิดซ้ำของโรคมะเร็งภายในเวลา 3 ปี

ผลการศึกษา: ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 37 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.0 ± 9.7 ปี แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 19 คน (ร้อยละ 51) และเป็นเพศหญิงจำนวน 18 คน (ร้อยละ 49) ตำแหน่งที่พบได้บ่อยที่สุดของก้อนมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ ได้แก่ บริเวณจมูกและแก้ม โดยพบที่บริเวณจมูกจำนวน 15 คน (ร้อยละ 40.5) และบริเวณแก้มจำนวน 15 คน (ร้อยละ 40.5) ขนาดของก้อนมะเร็ง มีขนาดเฉลี่ยเท่ากับ 13.59 ± 7.44 มิลลิเมตร ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง

สำหรับขอบด้านข้าง (lateral margin) เฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ± 2.35 มิลลิเมตร และขอบด้านลึก (deep margin) เฉลี่ยเท่ากับ 3.43 ± 1.98 มิลลิเมตร พบผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) จากการผ่าตัดครั้งแรก มีจำนวน 6 คน คิดเป็นอัตราการพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชั้นเนื้อผ่าตัด (positive margin rate) เท่ากับร้อยละ 16.2 โดยตำแหน่งบริเวณของร่างกายที่พบอัตราการผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมดจากการผ่าตัดครั้งแรก ได้แก่ บริเวณจมูก (จำนวน 3 คน) และแก้ม (จำนวน 3 คน) หลังจากผู้ป่วยทั้ง 6 คนได้รับการผ่าตัดซ้ำภายในเวลา 1 สัปดาห์ ผลปรากฏว่าไม่พบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่จากการผ่าตัดซ้ำ (residual tumor rate เท่ากับ 0) และไม่พบการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง ภายในเวลา 3 ปีหลังจากการผ่าตัด (recurrence rate เท่ากับ 0)

สรุป: การผ่าตัดรักษาโรคผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์มีโอกาสเกิดกรณีผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมดจากการผ่าตัดครั้งแรกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณใบหน้า แนวทางการรักษาเมื่อเกิดกรณีเช่นนี้อาจเลือกวิธีการผ่าตัดจริงตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี แทนที่จะทำการผ่าตัดซ้ำทันที ทั้งนี้ขึ้นกับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยและญาติ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: โรคผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ การตรวจพบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลือ การตรวจพบเซลล์มะเร็งบริเวณขอบของชั้นเนื้อ การผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด การผ่าตัดซ้ำ

ABSTRACT

Objectives: This research aims to study residual tumor rate of re-excision in the patients with positive margin basal cell carcinoma and recurrence rate within 3 years at Samutsakhon Hospital

Material and Methods: This is a descriptive cohort study in the patients with basal cell carcinoma at Samutsakhon Hospital between July 2007 to July 2012. The patients that underwent surgery during July 2007 to July 2009 were enrolled. The patients' demographic data were collected. In cases of incomplete excision, the patients were scheduled to re-excision within 1 week. The residual tumor rate of re-excision was analyzed. All of the patients were followed up for 3 years after surgery. The 3-year recurrence rate was analyzed.

Results: Thirty seven patients were enrolled. Mean age of the patients was 73.0 ± 9.7 years. Nineteen patients were male (51%) and 18 patients were female (49%). Most common sites of tumor were the nasal area, 15 patients (40.5%) and the cheek area, 15 patients (40.5%). Mean tumor size was 13.59 ± 7.44 millimeters. Mean lateral margin was 3.19 ± 2.35 millimeters. Mean deep margin was 3.43 ± 1.98 millimeters. Incomplete excision occurred in 6 patients (positive margin rate was 16.2%) and all of them appeared in the nasal and the cheek areas (3 patients and 3 patients, respectively). After re-excision within 1 week, no residual tumor was detected in all patients with positive-margin basal cell carcinoma (residual tumor rate = 0) and no 3-year recurrence rate.

Conclusion: Wide excision of basal cell carcinoma had a chance of positive margin rate, especially in facial area. Conservative treatment by observation at least 3 years might be an alternative choice instead of re-excision, however modes of treatment depended on the decisions of the surgeons, the patients and their families.

Keywords: Basal cell carcinoma, residual tumor, positive margin, Incomplete excision, re-excision

บทนำ

โรคมะเร็งผิวหนังเป็นโรคมะเร็งที่พบได้ไม่บ่อยในประเทศไทย เมื่อเทียบกับโรคมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่ก็จัดอยู่ในสิบอันดับแรกของโรคมะเร็งในคนไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี 2541-2543 พบว่ามีอัตราการเกิดโรคมะเร็งผิวหนังในผู้ชายพบได้ 3.4 ต่อประชากร 100,000 คน และผู้หญิงพบได้ 3.3 ต่อประชากร 100,000 คน¹ และพบว่าโรคมะเร็งผิวหนังมีอุบัติการณ์เป็นอันดับ 8 ในผู้ชาย (ร้อยละ 4.2) และเป็นอันดับ 9 ในผู้หญิง (ร้อยละ 3.5) จากอุบัติการณ์โรคมะเร็งทั้งหมดในคนไทย² โดยมีโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในโรคมะเร็งผิวหนังทั้งหมด

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์มีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด (surgery) การฉายรังสี (radiotherapy) การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) การทายาเฉพาะที่ (topical agents) การขูดชิ้นเนื้อ (curettage) และการใช้ความเย็น (cryosurgery)³ ซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายแตกต่างกันไปขึ้นกับการประเมินสภาพร่างกายและโรคประจำตัวของผู้ป่วย ลักษณะของก้อนมะเร็ง ขนาดของก้อน ตำแหน่งของก้อน และความชำนาญของแพทย์ผู้รักษา

ผู้ป่วยที่รักษาโดยการผ่าตัด มีอัตราการหายขาดสูง ในปี 2551 สมาคมแพทย์ผิวหนังของประเทศไทย (The British Association of Dermatologists) แนะนำว่าการตัดชิ้นเนื้อให้ได้ขอบ (surgical margin) กว้างประมาณ 3 มิลลิเมตร ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 85 จะสามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้ทั้งหมดเมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์⁴ ซึ่งตรงกับข้อมูลจากการศึกษาวิจัยแบบ meta-analysis ในปี 2553 โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาวิจัยทั้งหมด 89 บทความ ซึ่งแนะนำว่าการตัดชิ้นเนื้อให้ได้ขอบกว้างประมาณ 3 มิลลิเมตร จะพบว่ามีอัตราการหายขาดประมาณร้อยละ 95 สำหรับก้อนมะเร็งที่มีขนาดเท่ากับ หรือน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร⁵

แต่ทั้งนี้ปัจจัยทางพยาธิวิทยาที่มีผลต่อการตัดสินใจเนื้อมากน้อยเพียงใดยังขึ้นกับว่ามีเซลล์มะเร็งที่อยู่นอกแนวขอบของการผ่าตัดชิ้นเนื้อหรือไม่และลักษณะของก้อนมะเร็งนั้นมีการแยกจากเนื้อดีได้ชัดเจนมากน้อยเพียงใดด้วย ซึ่งการที่แยกได้ยากทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำได้สูงขึ้น ดังนั้นในกรณีที่แยกด้วยตาเปล่าได้ยาก การผ่าตัดวิธี Mohs dermatographic surgery ซึ่งสามารถบอกได้ชัดเจนขึ้นว่าผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดหรือไม่จึงช่วยเพิ่มอัตราการหายขาดได้สูงขึ้น แต่การผ่าตัดวิธีนี้จำเป็นต้องอาศัยพยาธิแพทย์ที่ชำนาญเป็นผู้อ่านผลชิ้นเนื้อในขณะผ่าตัดทันที และต้องรอเวลาในการอ่านผลชิ้นเนื้อเพื่อตัดสินใจว่าจะต้องผ่าตัดชิ้นเนื้อเพิ่มอีกหรือไม่ ในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยจึงไม่สามารถใช้การผ่าตัดวิธีนี้ได้อย่างกว้างขวางเนื่องจากข้อจำกัดในด้านจำนวนพยาธิแพทย์ที่ไม่สามารถอ่านผลชิ้นเนื้อได้ในขณะผ่าตัดทันที

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์โดยส่วนใหญ่ คือ การผ่าตัดรักษาโดยให้ห่างจากเนื้อมะเร็งให้กว้างเพียงพอ (wide excision) เพื่อลดอัตราการเกิดซ้ำของมะเร็ง แต่อาจมีข้อจำกัดในบางบริเวณของร่างกายที่ไม่สามารถผ่าตัดเป็นวงกว้างมากเกินไปได้ เช่น หิ้งตา จมูก และหู เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดัดรั้งผิดรูปทำให้สูญเสียการทำงานปกติ หรือสูญเสียความสวยงามไปได้ จึงมีคำแนะนำเป็นแนวทางในการผ่าตัด โดยกำหนดระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง (surgical margin) สำหรับโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ประมาณ 3 มิลลิเมตร ซึ่งน่าจะเพียงพอสำหรับหวังผลการรักษาให้หายขาดได้ประมาณร้อยละ 85-95^{4,5}

ถึงกระนั้นเมื่อทำการผ่าตัดรักษาโดยการกะประมาณความห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็งให้ได้ตามคำแนะนำที่กำหนดไว้แล้วก็ตาม ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจากผลการศึกษาวิจัยหลายบทความก็พบว่าอัตราการเกิดการผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) ซึ่งทำให้พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่

ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin rate) อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 4 ถึง 16.6⁶⁻¹¹ ซึ่งทำให้แพทย์และผู้ป่วยต้องตัดสินใจว่าจะทำการรักษาอย่างไรต่อไป โดยอาจตัดสินใจทำการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ในทันที หรือรอเฝ้าตรวจติดตามการเกิดโรคมะเร็งซ้ำในภายหลัง (recurrence) แล้วจึงผ่าตัดซ้ำภายหลัง และจนถึงปัจจุบันแนวทางของการตัดสินใจดูแลรักษาต่อเมื่อเกิดกรณีการผ่าตัดก่อนได้ไม่ทั้งหมดซึ่งทำให้พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margins) ก็ยังเป็นที่ยกเถียงกัน ยังไม่ได้ข้อสรุปที่แน่นอน จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ เนื่องจากเกิดคำถามวิจัยว่า ในผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ถ้าเกิดกรณีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ที่พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรกและตัดสินใจผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ในทุกรายภายใน 1 สัปดาห์ จะพบว่ามีอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) มากน้อยเพียงใด และจะมีผลต่อการเกิดซ้ำของมะเร็งในช่วง 3 ปีหลังการผ่าตัดหรือไม่

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก: เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) ในผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) ที่พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรกที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์รอง:

1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก่อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) จากการผ่าตัดครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาดำเนินบริเวณของร่างกายที่พบอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก่อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) จากการผ่าตัดครั้งแรกได้บ่อยที่สุด
3. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยของระยะห่างของขอบชิ้น

เนื้อจากก้อนมะเร็ง (surgical margin) จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

4. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดซ้ำของโรคมะเร็งภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัด (recurrence rate)

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ชนิดการศึกษา cohort (descriptive cohort study)

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) ที่มาผ่าตัดรักษาโดยศัลยแพทย์ตกแต่งคนเดียว ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 จำนวนทั้งหมด 37 คน โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ โรคประจำตัว ตำแหน่งของก้อน ขนาดของก้อนจากการตรวจทางพยาธิวิทยา ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง (surgical margin) จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ทั้งขอบด้านข้าง (lateral margin) และขอบด้านลึก (deep margin) อัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก่อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) หรืออัตราการพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin rate) จากการผ่าตัดครั้งแรก

2. ผู้ป่วยที่เกิดกรณีการผ่าตัดก่อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก ทุกคนจะได้รับการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ภายใน 1 สัปดาห์ ภายหลังจากทราบผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และเก็บข้อมูลอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) ในผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision)

3. ผู้ป่วยทั้งที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำและผู้ป่วยที่เหลือทั้งหมด รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 37 คน จะนิรนัยตรวจติดตามเพื่อเก็บข้อมูลอัตราการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง

(recurrence rate) ภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัด โดยนัดมาตรวจติดตามผลทุก 6 เดือน (ผ่าตัดระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 แล้วติดตามผู้ป่วยจนถึงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนกรกฎาคม 2555)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

หลังจากได้ข้อมูลครบจะนำข้อมูลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมาคำนวณทางสถิติ โดยการพรรณนาข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วย จะใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ร่วมกับค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้จำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษา

จากผลศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2555 จำนวนทั้งหมด 37 คน มีข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของผู้ป่วย เกี่ยวกับ เพศ อายุ โรคประจำตัว ตำแหน่งของก้อน ขนาดของก้อน จากการตรวจทางพยาธิวิทยา ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง (surgical margin) จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา อัตราการเกิดกรณการผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) อัตราการพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก อัตราการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง (recurrence rate) ภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่าจากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 37 คน อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 73.0 ± 9.7 ปี แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 19 คน (ร้อยละ 51) และเป็นเพศหญิงจำนวน 18 คน (ร้อยละ 49) โดยมีโรคประจำตัวจำนวน 25 คน (ร้อยละ 68) และปฏิเสธโรคประจำตัวจำนวน 12 คน (ร้อยละ 32)

ตำแหน่งของก้อนมะเร็งพบได้บ่อยที่สุด ได้แก่

บริเวณจมูกและแก้ม โดยพบที่บริเวณจมูกจำนวน 15 คน (ร้อยละ 40.5) และบริเวณแก้ม จำนวน 15 คน (ร้อยละ 40.5)

ตำแหน่งที่พบได้รองลงมาได้แก่ บริเวณหูและริมฝีปาก โดยพบที่บริเวณหูจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.4) และบริเวณริมฝีปากจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.4)

ส่วนตำแหน่งที่พบได้น้อยที่สุด ได้แก่ บริเวณหนังศีรษะ หลัง และก้น โดยพบที่บริเวณหนังศีรษะจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.7) พบที่บริเวณหลังจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.7) และบริเวณก้นจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.7)

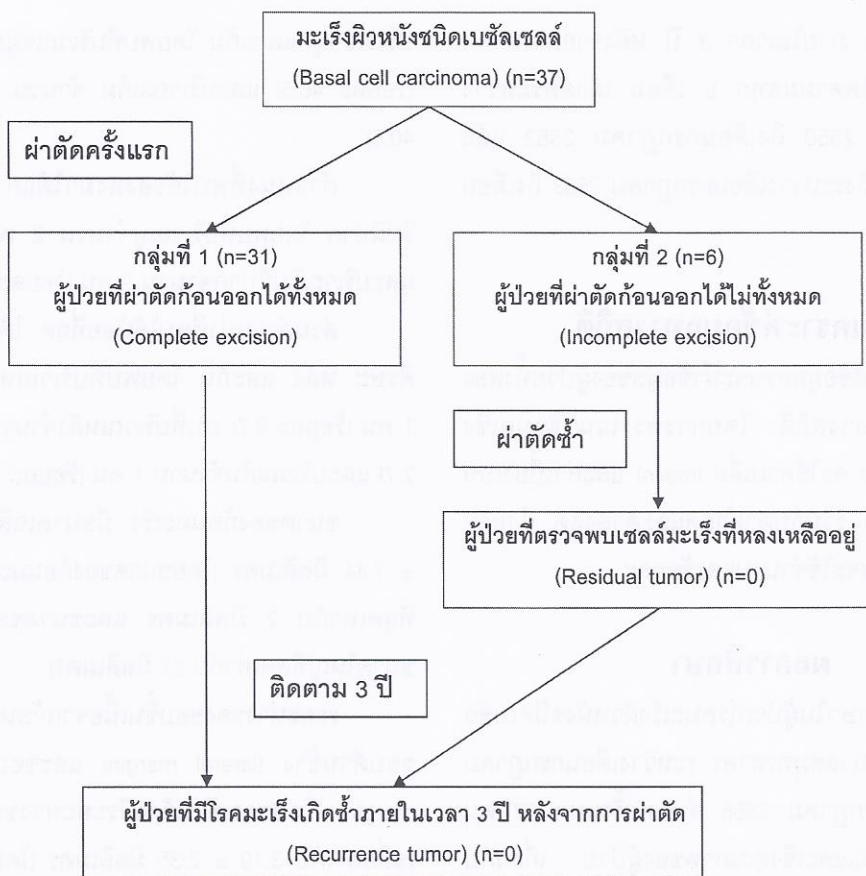
ขนาดของก้อนมะเร็ง มีขนาดเฉลี่ยเท่ากับ 13.59 ± 7.44 มิลลิเมตร (โดยขนาดของก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 2 มิลลิเมตร และขนาดของก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 27 มิลลิเมตร)

ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง แบ่งเป็น ขอบด้านข้าง (lateral margin) และขอบด้านล่าง (deep margin) โดยขอบด้านข้างมีระยะห่างของขอบด้านข้างเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ± 2.35 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของขอบด้านข้างน้อยที่สุดเท่ากับ 1 มิลลิเมตร และมีระยะห่างของขอบด้านข้างมากที่สุดเท่ากับ 7 มิลลิเมตร)

และสำหรับขอบด้านล่างมีระยะห่างของขอบด้านล่างเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 ± 1.98 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของขอบด้านล่างน้อยที่สุดเท่ากับ 1 มิลลิเมตร และมีระยะห่างของขอบด้านล่างมากที่สุดเท่ากับ 8 มิลลิเมตร)

จากผู้ป่วยทั้งหมด 37 คน พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ทั้งหมด ตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งบริเวณขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (free margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก มีจำนวน 31 คน (คิดเป็นร้อยละ 83.8) และผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก มีจำนวน 6 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ทั้งหมด ตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งบริเวณขอบของ



รูปที่ 1 แสดงวิธีการศึกษาวิจัย

ชิ้นเนื้อผ่าตัด (free margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก และผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก และอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมดพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัดจากการผ่าตัดครั้งแรก (positive margin rate) ของตำแหน่งบริเวณต่างๆ ในร่างกาย

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก มีจำนวนทั้งหมด 6 คน โดยตำแหน่งที่พบ ได้แก่ บริเวณจมูกจำนวน 3 คน และบริเวณแก้มจำนวน 3 คน

โดยที่บริเวณจมูก คิดอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก ได้เท่ากับร้อยละ 20 ของบริเวณจมูก (พบผู้ป่วย 3 คนจากผู้ป่วยที่มีบริเวณก้อนมะเร็งบริเวณจมูกทั้งหมด 15 คน) และเท่ากับร้อยละ 8.1 ของบริเวณทั้งหมดทั้งร่างกาย (พบผู้ป่วย 3 คนจากผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งทั้งหมด 37 คน)

ส่วนบริเวณแก้ม คิดอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก ได้เท่ากับร้อยละ 20 ของบริเวณแก้ม (พบ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของผู้ป่วย

ข้อมูล (n = 37)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน*	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
อายุ (ปี)	73.0 $\pm$ 9.7*	55.0-93.0
เพศ (จำนวนคน)		
- เพศชาย	19 (51%)	
- เพศหญิง	18 (49%)	
โรคประจำตัว** (จำนวนคน)		n/a
- มีโรคประจำตัว	25 (68%)	
- โรคความดันโลหิตสูง	16	
- โรคเบาหวาน	10	
- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	5	
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	6	
- โรคไตวาย	2	
- ปฏิเสธโรคประจำตัว	12 (32%)	
ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง (จำนวนคน)		n/a
- จมูก	15 (40.5%)	
- แก้ม	15 (40.5%)	
- หู	2 (5.4%)	
- ริมฝีปาก	2 (5.4%)	
- หนังศีรษะ	1 (2.7%)	
- หลัง	1 (2.7%)	
- ก้น	1 (2.7%)	
ขนาดของก้อนมะเร็ง*** (มิลลิเมตร)	13.59 $\pm$ 7.44*	2.00-27.00
ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง (มิลลิเมตร)		
- ขอบด้านข้าง (Lateral margin)****	3.19 $\pm$ 2.35*	1.00-7.00
- ขอบด้านล่าง (Deep margin)	3.43 $\pm$ 1.98*	1.00-8.00

*ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผู้ป่วยบาง人有โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

***ขนาดของก้อนมะเร็ง เป็นเส้นผ่านศูนย์กลางของก้อนที่เป็นระยะยาวที่สุด

****ขอบด้านข้าง เป็นระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็งทางด้านข้างที่เป็นขอบที่มีระยะห่างน้อยที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ทั้งหมดตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งบริเวณขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (free margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก และผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (Incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก และอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมดพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัดจากการผ่าตัดครั้งแรก (positive margin rate) ของตำแหน่งบริเวณต่างๆ ในร่างกาย

ตำแหน่ง	Free margin	Positive margin	ผู้ป่วยรวม	Positive margin rate ของบริเวณนั้น	Positive margin rate ของทุกบริเวณ
จมูก	12	3	15	3/15 (20%)	3/37 (8.1%)
แก้ม	12	3	15	3/15 (20%)	3/37 (8.1%)
หู	2	0	2	0/2 (0%)	0/37 (0%)
ริมฝีปาก	2	0	2	0/2 (0%)	0/37 (0%)
หนังศีรษะ	1	0	1	0/1 (0%)	0/37 (0%)
หลัง	1	0	19	0/1 (0%)	0/37 (0%)
ก้น	1	0	1	0/1 (0%)	0/37 (0%)
รวม	31	6	37	n/a	6/37 (16.2%)

ผู้ป่วย 3 คนจากผู้ป่วยที่มีบริเวณก้อนมะเร็งบริเวณแก้มทั้งหมด 15 คน) และเท่ากับร้อยละ 8.1 ของบริเวณทั้งหมดทั้งร่างกาย (พบผู้ป่วย 3 คนจากผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งทั้งหมด 37 คน)

รวมทั้งสองบริเวณ คืออัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก (positive margin rate) ได้เท่ากับร้อยละ 16.2 ของบริเวณทั้งหมดทั้งร่างกาย

รายละเอียดของผู้ป่วยทั้ง 6 คน เกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่งของก้อน ขนาดของก้อนจากการตรวจทางพยาธิวิทยา ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง (surgical

margin) จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ทั้งขอบด้านข้างและขอบด้านลึก และขอบด้านที่พบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่จากการผ่าตัดครั้งแรก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดกรณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก ทั้งหมด 6 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 3 คน และเป็นเพศชาย จำนวน 3 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71 ปี

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดกรณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก

ผู้ป่วย	เพศ	อายุ (ปี)	ตำแหน่ง	ขนาดก้อน (มิลลิเมตร)*	ขอบด้านข้าง (มิลลิเมตร)**	ขอบด้านลึก (มิลลิเมตร)	ขอบด้านที่พบ เซลล์มะเร็ง
1	หญิง	56	แก้ม	5	3	3	ขอบด้านข้าง
2	หญิง	93	แก้ม	27	2	6	ขอบด้านข้าง
3	หญิง	84	จมูก	17	1	3	ขอบด้านข้าง
4	ชาย	55	จมูก	2	1	2	ขอบด้านข้าง
5	ชาย	69	จมูก	18	1	2	ขอบด้านข้าง
6	ชาย	69	แก้ม	4	2	2	ขอบด้านข้าง
เฉลี่ย	n/a	71	n/a	12.17	1.67	3.0	n/a

*ขนาดของก้อนมะเร็ง เป็นเส้นผ่านศูนย์กลางของก้อนที่เป็นระยะยาวที่สุด

**ขอบด้านข้าง เป็นระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็งทางด้านข้างที่เป็นขอบที่มีระยะห่างน้อยที่สุด

ตารางที่ 4 แสดงอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) ในชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) และอัตราการเกิดซ้ำของมะเร็ง (recurrence rate) ภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัด

ตำแหน่ง	Re-excision Residual tumor rate	Recurrence rate in 3 years
จมูก	0/3 (0)	0/3 (0)
แก้ม	0/3 (0)	0/3 (0)
หู	n/a	0/2 (0)
ริมฝีปาก	n/a	0/2 (0)
หนังศีรษะ	n/a	0/1 (0)
หลัง	n/a	0/1 (0)
ก้น	n/a	0/1 (0)
รวม	0/6 (0)	0/37 (0)

มีก้อนมะเร็งอยู่บริเวณแก้มจำนวน 3 คนและบริเวณจมูกจำนวน 3 คน มีขนาดของก้อนมะเร็งเฉลี่ยเท่ากับ 12.17 มิลลิเมตร (โดยขนาดของก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 2 มิลลิเมตร และขนาดของก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 27 มิลลิเมตร)

ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง แบ่งเป็นขอบด้านข้าง (lateral margin) และขอบด้านลึก (deep margin) โดยขอบด้านข้างมีระยะห่างของขอบด้านข้างเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของขอบด้านข้างน้อยที่สุดเท่ากับ 1 มิลลิเมตร และมีระยะห่างของขอบด้านข้างมากที่สุดเท่ากับ 3 มิลลิเมตร)

และสำหรับขอบด้านลึกมีระยะห่างของขอบด้านลึกเฉลี่ยเท่ากับ 3 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของขอบด้านลึกน้อยที่สุดเท่ากับ 2 มิลลิเมตร และมีระยะห่างของขอบด้านลึกมากที่สุดเท่ากับ 6 มิลลิเมตร)

โดยขอบด้านที่พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรกในผู้ป่วยทั้งหมด 6 คน ทั้งหมดเป็นขอบด้านข้าง

ผู้ป่วยทั้ง 6 คนที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก ทุกคนทำการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากทราบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและเก็บข้อมูลอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) ในชั้นเนื้อจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) หลังจากนั้นผู้ป่วยทั้งหมด 37 คน จะมีนัดตรวจติดตามเพื่อเก็บข้อมูลอัตราการเกิดซ้ำของมะเร็ง (recurrence rate) ภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัด โดยนัดมาตรวจติดตามทุก 6 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) ในชั้นเนื้อจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) และอัตราการเกิดซ้ำของมะเร็ง (recurrence rate) ภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัด

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 6 คนที่ได้รับการ

ผ่าตัดซ้ำ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่แล้ว คิดเป็นอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual tumour rate) ได้เท่ากับร้อยละ 0 และจากการตรวจติดตามผลในช่วง 3 ปีหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 37 คน ก็ไม่พบการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง คิดเป็นอัตราการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง (recurrence rate) ภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัดได้เท่ากับร้อยละ 0

วิจารณ์

โรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในโรคมะเร็งผิวหนังทั้งหมดทั้งในคนไทยและต่างประเทศ¹⁻³ จากผลการศึกษาวิจัยนี้ในผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 37 คน พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 73.0 ± 9.7 ปี แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 19 คน (ร้อยละ 51) และเป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 49) ทั้งสองเพศมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยพบในเพศชายมากกว่าเล็กน้อย และมีโรคประจำตัวจำนวน 25 คน (ร้อยละ 68) ทั้งนี้คงเป็นเพราะโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จึงพบว่ามีโรคประจำตัวร่วมได้บ่อย

ตำแหน่งของก้อนมะเร็งพบได้บ่อยที่สุดได้แก่บริเวณจมูกและแก้ม โดยพบที่บริเวณจมูก จำนวน 15 คน (ร้อยละ 40.5) และบริเวณแก้ม จำนวน 15 คน (ร้อยละ 40.5) ตำแหน่งที่พบได้รองลงมาได้แก่ บริเวณหูและริมฝีปาก โดยพบที่บริเวณหู จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.4) และบริเวณริมฝีปาก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.4) ส่วนตำแหน่งที่พบได้น้อยที่สุดได้แก่ บริเวณหนังศีรษะ หลัง และก้น โดยพบตำแหน่งละ 1 คน (ร้อยละ 2.7) ซึ่งบริเวณตำแหน่งที่พบบ่อยเหล่านี้เป็นบริเวณที่ถูกแสงแดด (sun exposed area) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยอื่นที่พบว่าโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) จะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ถูกแสงแดดเป็นเวลานาน^{2,3}

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์มีหลายวิธี³ แต่วิธีที่นิยมเหมาะสมกับสภาพการณ์ของประเทศ

ไทยในขณะนี้ ได้แก่ การผ่าตัดรักษาโดยให้ห่างจากเนื้อ
มะเร็งให้กว้างเพียงพอ (wide excision) โดยในปี 2551
สมาคมแพทย์ผิวหนังของประเทศไทย (The British
Association of Dermatologists) แนะนำว่าการตัดชิ้นเนื้อ
ให้ได้ขอบกว้างประมาณ 3 มิลลิเมตร (surgical margin)
สามารถประมาณได้ว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 85 จะ
สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดเมื่อตรวจด้วยกล้อง
จุลทรรศน์⁴ ซึ่งตรงกับข้อมูลจากการศึกษาวิจัยแบบ meta-
analysis ในปี 2553 โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากการ
ศึกษาวิจัยทั้งหมด 89 บทความ ซึ่งแนะนำว่าการตัดชิ้น
เนื้อให้ได้ขอบกว้าง (surgical margin) ประมาณ 3 มิลลิเมตร
จะพบว่ามีอัตราการหายขาดประมาณร้อยละ 95 สำหรับ
ก้อนมะเร็งที่มีขนาดเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร⁵

การผ่าตัดรักษามะเร็งชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell
carcinoma) ในโรงพยาบาลสมุทรสาครก็ใช้แนวทางตาม
คำแนะนำนี้เช่นกัน และพบว่าขนาดของก้อนมะเร็ง มี
ขนาดเฉลี่ยเท่ากับ 13.59 ± 7.44 มิลลิเมตร (โดยขนาดของ
ก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 2 มิลลิเมตร และ
ขนาดของก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 27 มิลลิเมตร)

ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง แบ่งเป็น
ขอบด้านข้าง (lateral margin) และขอบด้านลึก (deep
margin) โดยขอบด้านข้างมีระยะห่างของขอบด้านข้าง
เฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ± 2.35 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของ
ขอบด้านข้างน้อยที่สุดเท่ากับ 1 มิลลิเมตร และมีระยะ
ห่างของขอบด้านข้างมากที่สุดเท่ากับ 7 มิลลิเมตร)

และสำหรับขอบด้านลึกมีระยะห่างของขอบด้านลึก
เฉลี่ยเท่ากับ 3.43 ± 1.98 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของ
ขอบด้านลึกน้อยที่สุดเท่ากับ 1 มิลลิเมตร และมีระยะห่าง
ของขอบด้านลึกมากที่สุดเท่ากับ 8 มิลลิเมตร)

จากผลการศึกษานี้พบว่าในผู้ป่วยบางราย
มีขนาดของก้อนมะเร็งที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่เห็นได้ชัดเจน
จึงอาจเป็นข้อควรตระหนักและส่งเสริมการให้ความรู้กับ
ประชาชนเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะก้อนผิดปกติที่
ผิวหนังที่มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ ซึ่งควรรีบมาพบแพทย์เพื่อ

ทำการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะแรกได้เร็วขึ้น เพื่อ
ลดโอกาสการสูญเสียพื้นที่ผิวหนังจากการผ่าตัด ลดโอกาส
เกิดการดื้อรังผิดปกติของอวัยวะบนใบหน้า และลดโอกาส
เกิดซ้ำของโรคมะเร็งได้ดียิ่งขึ้น และพบว่าระยะห่างของ
ขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็งโดยเฉลี่ยทั้งขอบด้านข้างและ
ขอบด้านลึก มากกว่า 3 มิลลิเมตร ตามคำแนะนำในการ
ผ่าตัด แต่พบว่าขอบด้านข้างจะมีระยะห่างของขอบน้อยกว่า
ขอบด้านลึก ทั้งนี้เพราะศัลยแพทย์ระมัดระวังการตัดขอบด้าน
ข้างไม่ให้ง่ายมากเกินไป ซึ่งจะทำให้สูญเสียพื้นที่ผิวหนัง
มากเกินไป โดยเฉพาะบริเวณหนังตา จมูก และแก้ม
อันอาจทำให้มีโอกาสเกิดการดื้อรังของผิวหนังและอวัยวะ
ได้เพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียการทำงานปกติหรือสูญเสียความ
สวยงามไปได้ ส่วนขอบด้านลึกไม่ค่อยเป็นปัญหามากนัก
จึงสามารถตัดได้ลึกทำให้ได้ระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อมาก
กว่าขอบด้านข้าง

ถึงกระนั้นเมื่อทำการผ่าตัดรักษาโดยการกะ
ประมาณความห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็งให้ได้
ตามคำแนะนำที่กำหนดไว้แล้วก็ตาม จากผลการศึกษา
วิจัยนี้พบว่าอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด
(incomplete excision) ซึ่งทำให้พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่
ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin rate) เท่ากับร้อยละ
16.2 ซึ่งอยู่ในช่วงเดียวกันกับผลการศึกษานี้ จากการศึกษา
ทบทวนวรรณกรรมที่อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 4 ถึง
16.6⁶⁻¹¹

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision)
พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive
margin) จากการผ่าตัดครั้งแรกทั้งหมด 6 คน เป็นเพศ
หญิงจำนวน 3 คน และเป็นเพศชายจำนวน 3 คน มีอายุ
เฉลี่ยเท่ากับ 71 ปี (อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ
 73.0 ± 9.7 ปี) มีก้อนมะเร็งอยู่บริเวณแก้มจำนวน 3 คน
และบริเวณจมูกจำนวน 3 คน มีขนาดของก้อนมะเร็ง
เฉลี่ยเท่ากับ 12.17 มิลลิเมตร (โดยขนาดของก้อนมะเร็ง
ที่มีขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 2 มิลลิเมตร และขนาดของก้อน
มะเร็งที่มีขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 27 มิลลิเมตร)

เมื่อดูในรายละเอียดเกี่ยวกับระยะห่างของขอบชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็งในผู้ป่วยทั้ง 6 คน พบว่าขอบด้านข้างมีระยะห่างของขอบด้านข้างเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของขอบด้านข้างน้อยที่สุดเท่ากับ 1 มิลลิเมตร และมีระยะห่างของขอบด้านข้างมากที่สุดเท่ากับ 3 มิลลิเมตร) และสำหรับขอบด้านลึกมีระยะห่างของขอบด้านลึกเฉลี่ยเท่ากับ 3 มิลลิเมตร (โดยมีระยะห่างของขอบด้านลึกน้อยที่สุดเท่ากับ 2 มิลลิเมตร และมีระยะห่างของขอบด้านลึกมากที่สุดเท่ากับ 6 มิลลิเมตร) โดยขอบด้านที่พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก ในผู้ป่วยทั้ง 6 คน ทั้งหมดเป็นขอบด้านข้าง ซึ่งจะเห็นได้ว่าขอบด้านข้างจะมีระยะห่างน้อยกว่าขอบด้านลึกดังเหตุผลที่เคยกล่าวข้างต้นแล้ว ดังนั้นในการผ่าตัดศัลยกรรมจึงต้องระวังตรงบริเวณขอบด้านข้างเพิ่มขึ้น เพื่อลดโอกาสเกิดกรณีผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) และพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) ให้น้อยลง

เมื่อเกิดกรณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) ซึ่งทำให้แพทย์และผู้ป่วย รวมทั้งญาติของผู้ป่วยต้องตัดสินใจร่วมกันว่าจะทำการรักษาอย่างไรต่อไป โดยอาจตัดสินใจทำการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ในทันที หรือรอผ่าตัดติดตามการเกิดโรคมะเร็งซ้ำ (recurrence) แล้วจึงผ่าตัดซ้ำภายหลัง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาวิจัยแบบ meta-analysis และหลายบทความที่สรุปผลว่าในกรณีพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งซ้ำ (recurrent rate) เฉลี่ยประมาณร้อยละ 27 (ต่ำสุดประมาณร้อยละ 12 ถึงสูงสุดประมาณร้อยละ 33)^{5,12-16} อันแสดงว่ามีโอกาสเกิดโรคมะเร็งซ้ำภายหลังจากการพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) สูงสุดเพียงประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้น ในทางตรงกันข้ามแสดงว่ามีผู้ป่วยอย่างน้อยถึง 2 ใน 3 ซึ่งแม้จะพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) แต่จากการผ่าตัดติดตามกลับไม่พบการเกิดโรคมะเร็งซ้ำในภายหลัง

และมีผลการศึกษาวิจัยที่น่าสนใจจากการศึกษาวิจัยของ Griffiths¹⁷ ในผู้ป่วย 74 คนที่พบว่าผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด (re-excision) เนื่องจากการณีการผ่าตัดก้อนได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) ในการผ่าตัดครั้งแรก พบว่ามีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual tumour) ร้อยละ 54 อันแสดงว่ามีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 2 ที่ยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลือ ในขณะที่อีกประมาณ 1 ใน 2 ตรวจไม่พบว่ามีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่

ส่วนในเรื่องของการผ่าตัดตรวจติดตามการเกิดมะเร็งซ้ำในภายหลัง (recurrence) ในกรณีพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) ก็พบว่ามีผลการศึกษาวิจัยของ Sussman¹⁸ ซึ่งทำในผู้ป่วย 82 คนที่ผ่าตัดก้อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) ในการผ่าตัดครั้งแรก พบมีอัตราการการเกิดมะเร็งซ้ำ (recurrent rate) โดยรวมประมาณร้อยละ 30 จากการตรวจติดตาม 18.5 เดือน (1.5 ถึง 55 เดือน) โดยส่วนใหญ่ของการเกิดมะเร็งซ้ำ (ร้อยละ 85) จะเกิดขึ้นในช่วง 2-3 ปีแรก จึงแนะนำให้ตรวจติดตามการเกิดมะเร็งซ้ำอย่างน้อยประมาณ 2-3 ปี

ผลของการศึกษาวิจัยนี้ไม่พบอัตราการตรวจพบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ (residual tumor rate) ในผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) ที่พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive margin) จากการผ่าตัดครั้งแรก และไม่พบการเกิดซ้ำของโรคมะเร็งภายในเวลา 3 ปี หลังจากการผ่าตัด (recurrence rate) ซึ่งอาจอธิบายได้จากเหตุผล 3 ประการ¹⁹ ได้แก่

1. แม้ว่าจะพบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive-margin) แต่ความจริงนั้นสามารถผ่าตัดก้อนออกได้ทั้งหมดแล้ว (complete excision)
2. จำนวนเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ (residual tumor) มีจำนวนน้อยและถูกกำจัดโดยระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเอง

3. ชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจจากการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) มีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่เป็นจำนวนน้อย ทำให้การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่สามารถตรวจพบ

แต่ถึงกระนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ก็อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) ที่มีจำนวนค่อนข้างน้อยเนื่องจากโรคนี้พบในคนไทยไม่บ่อยนักและเวลาในการตรวจติดตามผู้ป่วยอาจจะสั้นเกินกว่าที่จะตรวจพบการเกิดซ้ำของโรคมะเร็งทั้งหมดได้ การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมยิ่งขึ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

สรุป

การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดกรณีการผ่าตัดก่อนออกได้ไม่ทั้งหมด (incomplete excision) ซึ่งทำให้พบเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด (positive-margin rate) ของผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร อยู่ในอัตราใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยอื่นๆ ที่มีมาก่อนหน้านี้ และพบว่าในผู้ป่วยทุกคนผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดซ้ำ ไม่พบเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ (residual tumor) และจากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่าการศึกษาวิจัยอื่นๆ ก็พบเช่นเดียวกันว่าโอกาสที่จะไม่พบว่ามีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (tumor-free) มีมากกว่าที่จะพบว่ามีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual tumor) ฉะนั้นการตัดสินใจผ่าตัดซ้ำจึงควรคำนึงถึงปัจจัยนี้ด้วย

อีกทั้งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาควรต้องระบุให้ชัดเจนว่าพบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่บริเวณขอบชิ้นเนื้อ (positive margin) หรือว่าก้อนมะเร็งอยู่ชิดขอบชิ้นเนื้อ (closed margin) และถ้าความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งซ้ำมีน้อยการตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 3 ปี อาจดูคุ้มค่ากว่าการตัดสินใจผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยทุกรายที่พบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่บริเวณขอบชิ้นเนื้อ (positive margin)

แต่ทั้งนี้ข้อควรคำนึงถึงที่สำคัญที่สุดคือ การให้ข้อมูล

กับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เข้าใจและจะได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้รักษาถึงแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากนายแพทย์สกล ภูมิรัตนประพิณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร และนายแพทย์วิบูลย์ ภู่ว่าง หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ทำให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมุทรสาครทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยนี้ และทำให้การดำเนินงานลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kruhapprema T. Cancer in Thailand volume III: Official publication of national cancer institute of Thailand. 2004:7-18.
2. สันต์ ใจยอดศิลป์. อุบัติการณ์มะเร็งในคนไทย. Health Co Th Journal. 2009;1:27.
3. Shiralee SP, Sandeep HC, Peter WB. Incomplete removal of basal cell carcinoma: what is the value of further surgery. Oral Maxillofac Surg. 2012: 1-4.
4. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 2008;159:35-48.
5. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, et al. What is the best surgical margin for a basal cell carcinoma: a meta-analysis of the literature. Plast Reconstr Surg. 2010;126(4):1222-31.
6. Farhi D, Dupin N, Palangie A, et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: rate and

- associated factors among 362 consecutive cases. *Dermatol Surg.* 2007;33:120-14.
7. Nagore E, Grau C, Fortea JM. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. *J EADV.* 2003;17:167-70.
8. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendation for management by re-excision. *Br J Plast Surg.* 1999;52:24-8.
9. Bogdanov-Berezovsky A, Cohen A, Glesinger R, et al. Clinical and pathological findings in re-excision of incompletely excised basal cell carcinomas. *Ann Plast Surg.* 2001;47:299-302.
10. Fernandes JD, de Lorenzo Messina MC, de Almeida Pimentel ER, et al. Presence of residual basal cell carcinoma in re-excised specimens is more probable when deep and lateral margins were positive. *J Eur Acad Dermatol.* 2008; 22:704-6.
11. Kumar P, Orton CI, McWilliam LJ, et al. Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma: a retrospective clinical audit. *Br J Plast Surg.* 2000;53:563-6.
12. Shanoff LB, Spira M, Hardy SB. Basal cell carcinoma: a statistical approach to rational management. *Plast Reconstr Surg.* 1967;39:619-24.
13. Gooding CA, White G, Yatsushashi M. Significance of marginal extension in excised basal cell carcinoma. *N Engl J Med.* 1965;273:923-4.
14. Taylor GA, Barisoni D. Ten years' experience in the surgical treatment of basal cell carcinoma: a study of factors associated with recurrence. *Br J Surg.* 1973;60:522-5.
15. Pascal RR, Hobby LW, Lattes R, et al. Prognosis of "incompletely excised" versus "completely excised" basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg.* 1968;41:328-32.
16. Liu FF, Maki E, Warde P, et al. A management approach to incompletely excised basal cell carcinomas of skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1991;20:423-8.
17. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinoma: recommendation for management by re-excision. *Br J Plast Surg.* 1999;52:24-8.
18. Sussman LA, Liggins DF. Incompletely excised basal cell carcinoma: a management dilemma? *Aust N Z J Surg.* 1996;66(5):276-8.
19. Swetter SM, Boldrick JC, Pierre P, et al. Effects of biopsy-induced wound healing on residual basal cell and squamous cell carcinomas: rate of tumour regression in excisional specimens. *J Cutan Pathol.* 2003;30:139-46.