

ผลการผ่าตัดรักษาโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรู โดยจักษุแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง

พงษ์ศักดิ์ อนุจारी พว.
กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรู (rhegmatogenous retinal detachment) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ตาบอด การผ่าตัดต้องอาศัยทักษะความชำนาญเป็นอย่างมาก ในอุดมคติแล้วควรรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตาจะได้ผลดีกว่าจักษุแพทย์ทั่วไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัดและผลลัพธ์สุดท้ายของการมองเห็นในการรักษาโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรู โดยจักษุแพทย์ทั่วไป รพ.ลำปาง

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดตัดขวาง ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรู ในรพ.ลำปาง ระหว่าง 1 ม.ค. – 31 ธ.ค. 2551 จำนวน 71 ราย เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน บันทึกข้อมูลทั่วไป วิธีการผ่าตัด ผลสำเร็จในการติดกลับเข้าที่ของจอประสาทตาหลังจากผ่าตัดครั้งแรก ผลการรักษาสุดท้ายและความสามารถในการมองเห็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มด้วย Pearson chi-square test ใช้ค่าความสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.10$

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยร้อยละ 62 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 53.0 ± 12.5 ปี (พิสัย 18-81 ปี) ประสบผลสำเร็จในการผ่าตัดครั้งแรกร้อยละ 69 และการรักษาครั้งสุดท้ายร้อยละ 85.9 โดยผู้ป่วยร้อยละ 69 มีความสามารถในการมองเห็นดีขึ้น ร้อยละ 8.5 เท่าเดิมและร้อยละ 8.5 เลวลง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง ระยะเวลารอผ่าตัดหลังจากได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 8 วันและยังไม่มีอาการหลุดลอกของจุดรับภาพชัด การเริ่มรักษาด้วยวิธี pneumatic retinopexy (PR) เพียงอย่างเดียวหรือวิธี scleral buckling (SB) ร่วมกับ pars plana vitrectomy (PPV) จะมีผลสำเร็จของการรักษาสุดท้ายสูงกว่าการเริ่มรักษาด้วยวิธี SB หรือ PPV เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.026$)

สรุป: การผ่าตัดรักษาโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูโดยจักษุแพทย์ทั่วไป รพ.ลำปางมีผลสำเร็จในการติดกลับเข้าที่ของจอประสาทตาเป็นที่น่าพึงพอใจและใกล้เคียงกับรายงานอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: จอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรู, จักษุแพทย์ทั่วไป, ผลการผ่าตัด, การติดกลับเข้าที่

ติดต่อบทความ : นพ.พงษ์ศักดิ์ อนุจारी กลุ่มงานจักษุวิทยา รพ.ลำปาง 280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทร. 0-5422-3623 ต่อ 5122 E-mail: pongsak_metta@hotmail.com

บทนำ

โรคจอประสาทตาหลุดลอก (retinal detachment) เป็นโรคที่มีการหลุดลอกของ sensory retina ออกจากชั้น retinal pigment epithelium ที่อยู่ข้างใต้ พบได้ไม่บ่อยนักในเวชปฏิบัติแต่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้ตาบอดได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงที่สามารถจำแนกได้หลายชนิด โดยโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรู (rhegmatogenous type) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือมากกว่าร้อยละ 95 พบอุบัติการณ์ปีละ 10 รายต่อแสนประชากร⁽¹⁾ แต่จะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยกลางคน ผู้สูงอายุ ภาวะสายตาสั้น ผู้ที่เคยผ่าตัดต้อกระจกหรือได้รับอุบัติเหตุทางตามาก่อน อาการนำได้แก่ การเห็นจุดดำลอยไปมาในตา เห็นแสงไฟแลบในตาและการมองเห็นผิดปกติ จนกระทั่งเมื่อจูดรับภาพชัด (macular) หลุดลอกตามมาก็จะสูญเสียการมองเห็นในที่สุด การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดปิดรูรั่วที่เกิดขึ้นและทำให้จอประสาทตาดึงกลับคืนที่เดิม

ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลเพียงไม่กี่แห่งที่สามารถรักษาโรคนี้ได้ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาค่อนข้างยาก ต้องอาศัยทักษะและความชำนาญของจักษุแพทย์เป็นอย่างมาก ในอุดมคติแล้วโรคนี้ควรได้รับการผ่าตัดรักษาโดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา ซึ่งจะได้ผลการรักษาที่ดีกว่าจักษุแพทย์ทั่วไป จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการรักษาโดยจักษุแพทย์ทั่วไปมีผลสำเร็จหลังจากการผ่าตัดครั้งแรกเฉลี่ยร้อยละ 71⁽²⁾ ในขณะที่การรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา มีผลสำเร็จหลังจากการผ่าตัดครั้งแรกร้อยละ 74-88 และผลการรักษาสุดท้ายมีผลสำเร็จร้อยละ 92-96⁽²⁻⁷⁾

กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลลำปางได้ให้บริการรักษาโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูให้แก่ผู้ป่วยทั้งในเขตจังหวัดลำปางและรับส่งต่อจากจังหวัดใกล้เคียง โดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตามาตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 ภายหลัง

จากปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมา รพ.ลำปางก็ไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ แต่ยังคงให้การรักษาโดยจักษุแพทย์ทั่วไป ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน 5 คนและยังไม่เคยมีการศึกษาผลการรักษามาก่อนเลย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการผ่าตัดรักษาโรคนี้โดยจักษุแพทย์ทั่วไปในรพ.ลำปาง รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา เพื่อนำมาประเมินและพัฒนาให้ได้ผลดียิ่งขึ้นต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดตัดขวาง (analytic cross-sectional study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรู ในรพ.ลำปาง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ.2551 เกณฑ์คัดเลือกประชากรคือเป็นโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีโรคตาที่สำคัญอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคต้อกระจก และไม่เคยได้รับการผ่าตัดรักษาโรคนี้จากโรงพยาบาลแห่งอื่นมาก่อน เกณฑ์คัดออกของประชากรได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคตาที่สำคัญอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ต้อหิน เบาหวานขึ้นจอประสาทตา อุบัติเหตุที่รุนแรงในตา เป็นต้น และผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลจนเสร็จสิ้นการรักษาหรือครบ 6 เดือนได้ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนบันทึกข้อมูลทั่วไป วิธีการผ่าตัด ผลการผ่าตัดครั้งแรก ผลการรักษาครั้งสุดท้ายและความสามารถในการมองเห็น วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มด้วย Pearson chi-square test ใช้ค่าความสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.10$

นิยามศัพท์

การผ่าตัดสำเร็จ หมายถึง จอประสาทตาดึงกลับเข้าที่เดิม

การผ่าตัดล้มเหลว หมายถึง จอประสาทตาไม่ดึงกลับเข้าที่เดิม หรือผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร (n=71)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	62.0
หญิง	27	38.0
อายุ (ปี)		
ไม่เกิน 30	4	5.6
30 - 40	7	9.9
41 - 50	15	21.1
51 - 60	30	42.2
61 - 70	8	11.3
มากกว่า 70	7	9.9
ภูมิลำเนา		
ลำปาง	36	50.7
จังหวัดอื่นๆ	35	49.3

ที่อื่นภายหลังการผ่าตัดที่ไม่ประสบความสำเร็จ
ความสามารถในการมองเห็นที่ดีขึ้น หมายถึง
 หลังผ่าตัดแล้วมีความสามารถในการมองเห็นที่ดี
 ที่สุด ดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด 2 แถวหรือมากกว่า
 โดยอาศัย Snellen acuity

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีจำนวน 71 ราย
 (71 ดวงตา) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 53.0
 ± 12.5 ปี (พิสัย 18-81 ปี) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาใน
 จังหวัดลำปางและต่างจังหวัดมีจำนวนใกล้เคียงกัน
 (ตารางที่ 1)

การผ่าตัดครั้งแรกสามารถทำให้จอ
 ประสาทตาติดกลับที่เดิมได้สำเร็จ 49 ราย (ร้อยละ 69)
 การผ่าตัดครั้งต่อๆ มาทำได้สำเร็จเพิ่มขึ้นอีก 12
 รายเป็น 61 ราย (ร้อยละ 85.9) ในจำนวนนี้มี

ความสามารถในการมองเห็นที่ดีขึ้น 49 ราย เท่า
 เดิมและเลวลงอย่างละ 6 ราย ผู้ป่วยที่จอประสาทตา
 ยังไม่ติดกลับเข้าที่เดิมภายหลังการรักษาอย่างเต็มที่
 และถือว่าการรักษาเสร็จสิ้นมี 10 ราย (ร้อยละ
 14.1) ในจำนวนนี้ 6 รายได้ส่งต่อไปรักษายัง
 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ผลสำเร็จของการผ่าตัดในแต่ละกลุ่มอายุ
 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)
 ผู้ป่วยชายประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ไม่แตก
 ต่างจากผู้ป่วยหญิง ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดครั้งแรก
 หรือหลังจากการรักษาครั้งสุดท้าย ($p=0.75$ และ
 $p=0.20$ ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัด
 ลำปางมีผลสำเร็จในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วย
 จังหวัดอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผลการผ่าตัด
 ครั้งแรก ($p=0.009$) และการรักษาครั้งสุดท้าย
 ($p=0.075$, ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 อายุของผู้ป่วยและผลสำเร็จหลังจากการผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

อายุ (ปี)	จำนวน (ราย)	ผลสำเร็จหลังจาก การผ่าตัดครั้งแรก		ผลสำเร็จหลังจาก การรักษาครั้งสุดท้าย	
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เกิน 30	4	2	50.0	3	75
31 - 40	7	7	100	7	100
41 - 50	15	7	46.7	12	56.8
51 - 60	30	21	70.0	25	83.3
61 - 70	8	7	87.5	8	100
มากกว่า 70	7	5	71.4	6	85.7
รวม	71	49	69.0	61	85.9
ค่า p		p = 0.125		p = 0.65	

ตารางที่ 3 เพศ ภูมิภาคของผู้ป่วยและผลสำเร็จหลังจากการผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	ผลสำเร็จหลังจาก การผ่าตัดครั้งแรก		ผลสำเร็จหลังจาก การรักษาครั้งสุดท้าย	
		จำนวน (ร้อยละ)	ค่า p	จำนวน (ร้อยละ)	ค่า p
เพศ					
ชาย	44	31 (70.5)	0.75	36 (81.8)	0.20
หญิง	27	18 (66.7)		25 (92.6)	
ภูมิภาค					
ลำปาง	36	30 (83.3)	0.009	34 (94.4)	0.075
จังหวัดอื่นๆ	35	19 (54.3)		27 (77.1)	

ระยะเวลารอผ่าตัดหลังจากได้รับการ วินิจฉัย เร็วที่สุดคือได้รับการผ่าตัดทันทีและนาน ที่สุด คือ 50 วัน โดยมีค่าเฉลี่ย 8.6 วัน ผู้ป่วยกลุ่ม ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 8 วันประสบผลสำเร็จใน การผ่าตัดครั้งแรกร้อยละ 76.6 และเมื่อรักษาต่อไป มีผลสำเร็จเพิ่มเป็นร้อยละ 93.6 ส่วนกลุ่มที่ได้ รับการผ่าตัดหลังจากวินิจฉัยเกิน 8 วันไปแล้ว

ประสบผลสำเร็จร้อยละ 54.2 และ 70.8 ตาม ลำดับ (ตารางที่ 4) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการผ่าตัดครั้งแรก (p=0.055) และผลการรักษา ครั้งสุดท้าย (p=0.08)

ชนิดของการผ่าตัดพบว่า วิธี pneumatic retinopexy (PR), scleral buckling (SB) หรือ pars plana vitrectomy (PPV) อย่างใดอย่างหนึ่ง

เพียงวิธีเดียว ได้ผลสำเร็จในการผ่าตัดครั้งแรกใกล้เคียงกันคือร้อยละ 62.5-64.7 ในขณะที่วิธี SB ร่วมกับ PPV ได้ผลสำเร็จสูงสุดคือร้อยละ 84.2 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการผ่าตัดครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.012$) ส่วนผลสำเร็จของการรักษาครั้งสุดท้ายพบว่าการผ่าตัดแต่ละวิธีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.026$) กล่าวคือ การเริ่มรักษาด้วยวิธี SB หรือ PPV เพียงอย่างเดียวมีผลสำเร็จต่ำใกล้เคียงกันคือร้อยละ 70.6 และ 75.0 ตามลำดับ หากเริ่มรักษาด้วยวิธี PR เพียงอย่างเดียวหรือวิธี SB ร่วมกับ PPV การรักษาสุดท้ายจะมีผลสำเร็จสูงกว่า คือร้อยละ 94.7 และ 100 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่พบการหลุดลอกของจตุรับภาพชัดมี 65 ราย ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดครั้งแรก 43 ราย ส่วนอีก 6 รายที่จตุรับภาพยังเป็นปกติได้รับการผ่าตัดรักษาเป็นกรณีฉุกเฉินและประสบผลสำเร็จในการผ่าตัดครั้งแรกทั้งหมด ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.09$) ผลสำเร็จหลังจากการรักษาครั้งสุดท้ายในกลุ่มที่มีการหลุดลอกของจตุรับภาพชัดพบว่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.6 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่จตุรับภาพชัดยังปกติดี แต่ไม่มีนัยสำคัญ ($p=0.3$) ผู้ป่วยที่มีภูมิลาเนาในจังหวัดลำปางร้อยละ 88.9 มีจตุรับภาพชัดหลุดลอก ซึ่งไม่แตกต่างกับผู้ป่วยจังหวัดอื่นที่พบร้อยละ 94.3 ($p=0.4$)

ตารางที่ 4 ระยะเวลาผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดและผลสำเร็จของการรักษา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	ผลสำเร็จหลังจาก การผ่าตัดครั้งแรก		ผลสำเร็จหลังจาก การรักษาครั้งสุดท้าย	
		จำนวน (ร้อยละ)	ค่า p	จำนวน (ร้อยละ)	ค่า p
ระยะเวลาการผ่าตัด			0.055		0.08
ไม่เกิน 8 วัน	47	36 (76.6)		44 (93.6)	
เกิน 8 วัน	24	13 (54.2)		17 (70.8)	
ชนิดของการผ่าตัด*			0.43		0.026
PR	19	12 (63.2)		18 (94.7)	
SB	17	11 (64.7)		12 (70.6)	
PPV	16	10 (62.5)		12 (75.0)	
SB+PPV	19	16 (84.2)	0.012	19 (100)	
รวมทุกวิธี	71	49 (69.0)		61 (85.9)	
สภาพของจตุรับภาพชัด			0.09		0.3
มีการหลุดลอก	65	43 (66.2)		55 (84.6)	
ปกติ	6	6 (100)		6 (100)	

*PR = pneumatic retinopexy, SB = scleral buckling, PPV = pars plana vitrectomy

วิจารณ์

การรักษาโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูโดยจักษุแพทย์ทั่วไป รพ.ลำปาง มีผลสำเร็จของการผ่าตัดครั้งแรกร้อยละ 69 ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของจักษุแพทย์ทั่วไปในประเทศอังกฤษที่พบร้อยละ 71⁽²⁾ และต่ำกว่าไม่มากนักหากเทียบกับผลการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตาในประเทศอังกฤษ^(2,3) รวมทั้งการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในและต่างประเทศ⁽⁴⁻⁷⁾ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 74-88 ส่วนผลสำเร็จของการรักษาครั้งสุดท้ายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.9 ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจแต่ก็ยังต่ำกว่าผลการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตาที่มีค่าร้อยละ 92-96⁽²⁻⁷⁾ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผลการรักษาแตกต่างกัน อาจเป็นได้ทั้งปัจจัยของตัวโรค ผู้ป่วย ระบบบริการ หรือเทคนิคการรักษา

ปัจจัยของตัวโรค การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 91.6 มีการหลุดลอกของจุดรับภาพชัดซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่ารายงานจากประเทศสิงคโปร์ที่พบการหลุดลอกเพียงร้อยละ 79.6⁽⁶⁾ การหลุดลอกของจุดรับภาพชัดนั้นเป็นนัยแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการมานานระยะหนึ่งแล้ว แต่ไม่ได้ใส่ใจกับอาการเริ่มต้นของโรคนี้ ทำให้มาพบแพทย์ช้า ผลการรักษาก็ด้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการหลุดลอกอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขและการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปางประสบความสำเร็จในการผ่าตัดครั้งแรกและผลการรักษาครั้งสุดท้ายสูงกว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากจังหวัดอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่จังหวัดอื่นต้องผ่านระบบการส่งต่อ การเดินทางไกลทำให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า บางครั้งต้องเดินทางไปกลับหลายครั้งอาจมีการกระทบกระเทือนต่อดวงตา เป็นเหตุให้ผลการผ่าตัดไม่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ระยะเวลาการผ่าตัดหลังจากได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่นานเกิน

ไปก็อาจทำให้ผลสำเร็จของการผ่าตัดลดลงได้ โดยกลุ่มที่มีระยะเวลาการผ่าตัดนานเกิน 8 วันมีผลสำเร็จของการรักษาต่ำกว่ากลุ่มที่รอผ่าตัดไม่เกิน 8 วันอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านเทคนิคการรักษา การเลือกวิธีการผ่าตัดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของจักษุแพทย์ โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค ตำแหน่งและขนาดของรูขาดบนจอประสาทตา การพบ proliferative vitreoretinopathy ความชำนาญของแพทย์และความร่วมมือของผู้ป่วย โดยการผ่าตัดแต่ละครั้งอาจใช้หลายวิธีร่วมกันได้ การศึกษานี้พบว่าวิธี SB ร่วมกับ PPV ได้ผลสำเร็จสูงกว่าวิธีอื่นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากเป็นวิธีที่ครอบคลุมการรักษาได้เกือบทั้งหมด สามารถหารูรั่วบนจอประสาทตาได้ละเอียด กำจัดแรงดึงรั้งจอประสาทตาจากภายในได้มีประสิทธิภาพ และสามารถปิดรูรั่วบนจอประสาทตาได้ในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียวจากการศึกษาที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การผ่าตัดครั้งแรกด้วยวิธี SB ร่วมกับ PPV โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตาประสบความสำเร็จทุกราย⁽⁴⁾ แต่การศึกษาที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁽⁸⁾ และในต่างประเทศหลายคณะ⁽⁹⁻¹²⁾ พบว่าผลการผ่าตัดด้วยวิธี PPV เพียงอย่างเดียวก็ได้ผลดีพอๆกับวิธี SB ร่วมกับ PPV เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวล้วนแต่เป็นการผ่าตัดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา ซึ่งมีทักษะในวิธี PPV สูงกว่าจักษุแพทย์ทั่วไปอย่างมาก สามารถนำวุ้นตาที่ดึงรั้งจอประสาทตาออกและปิดรูรั่วด้วยแสงเลเซอร์ได้ทั้งหมดโดยไม่ต้องอาศัยวิธี SB ร่วมด้วย ในขณะที่จักษุแพทย์ทั่วไปที่ด้อยประสบการณ์หรือขาดการฝึกฝนไม่สามารถทำได้ อาจเป็นเหตุให้ผลการรักษาไม่ดีนัก สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่เริ่มรักษาด้วยวิธี PR พบว่ามีผลสำเร็จของการรักษาครั้งสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากครั้งแรกอย่างมาก อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีระยะการดำเนินโรคเป็นมาไม่นาน จอประสาทตาหลุดลอกไม่มาก รูฉีกขาดมี

เพียงรูเดียว จุดรับภาพชัดยังปกติคืออยู่ การผ่าตัด
ทำได้ง่าย หากไม่สำเร็จก็ทราบได้ในระยะเวลาอัน
สั้นและสามารถแก้ไขด้วยวิธีอื่นต่อไปได้

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ได้แก่ เป็นการ
ศึกษาแบบย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน
ขาดความสมบูรณ์ ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุระยะ
เวลาดังแต่มีอาการครั้งแรกจนได้รับการวินิจฉัย
และไม่มีการจำแนกสาเหตุของโรค อย่างไรก็ตาม การ
ศึกษานี้เป็นรายงานแรกที่ศึกษาถึงผลสำเร็จของ
การรักษาโรคนี้โดยจักษุแพทย์ทั่วไปในระดับโรง
พยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทุกแห่ง
สามารถผ่าตัดรักษาโรคนี้ได้หากมีการพัฒนา
ศักยภาพของจักษุแพทย์ทั่วไปให้ทัดเทียมกับ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา ส่งเสริมการ
ให้ความรู้ผู้ป่วย การตรวจคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย
เพื่อให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้น

สรุป

การผ่าตัดรักษาโรคจอประสาทตาลอก
ชนิดมีรูโดยจักษุแพทย์ทั่วไป รพ.ลำปางมีผลสำเร็จ
ในการติดกลับเข้าที่ของจอประสาทตาใกล้เคียงกับ
รายงานอื่นๆ แต่ต่ำกว่าผลการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ
ด้านจอประสาทตา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถ
ในการมองเห็นดีขึ้น ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
พัฒนาการตรวจคัดกรอง ระบบการส่งต่อและ
ศักยภาพของจักษุแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเลขาธิการกลุ่มงาน, คณะ
ทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพกลุ่มงานจักษุวิทยา
รพ.ลำปาง, ฝ่ายเวชระเบียนผู้ป่วย รพ.ลำปาง และ
ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยรวบรวมข้อมูลทำให้การ
ศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kanski, Jack J. *Clinical Ophthalmology*. 6th ed. China: Butterworth Heinemann; 2007.
2. Thompson JA, Snead MP, Billington BM, Barrie T, Thompson JR, Sparrow JM. National audit of the outcomes of primary surgery for rhegmatogenous retinal detachment. *Eye* 2002;16:771-7.
3. Ling R, James C, Simcock P, Gray R, Shaw S. Retinal detachment surgery in district general hospitals: an audit of changing practice. *Br J Ophthalmol*. 2002;86:827-9.
4. Yospaiboon Y, Sanguansak T, Ratanapakorn T, Sinawat S. Surgical Outcomes in rhegmatogenous retinal detachment at Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai* 2005;88(suppl 9):S69-76.
5. Satoko S, Yuji K, Koji N, Atsuki F, Hisayuki U. Outcome of surgery for rhegmatogenous retinal detachment in our institute. *Japanese J Clin Ophthalmol* 2005;59:677-80.
6. Chong YY, Wong E, Wong D. Retinal detachment in Changi General Hospital: a retrospective study from 1997-2004. *The Internet Journal of Ophthalmology and Visual Science*. 2007; 5(1). [cited 2 Feb 2010] Available from: URL: http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_ophthalmology_and_visual_science/volume_5_number_1_28/article/retinal_detachment_in_changi_general_hospital_a_retrospective_study_from_1997_2004.html
7. Sullivan PM, Luff AJ, Aylward GW. Results of primary retinal reattachment surgery: a prospective audit. *Eye* 1997;11:869-71.
8. Patikulsila D, Ittipunkul N, Patikulsila A. Pars plana vitrectomy without scleral buckle for rhegmatogenous retinal detachment. *Chiang Mai Med Bull* 2003; 42:69-78.
9. Speicher MA, Fu AD, Martin JP, Von Fricken MA. Primary vitrectomy alone for repair of retinal detachment after cataract surgery. *Retina* 2000;20:459-64
10. Heimann H, Bonfeld N, Friedrichs W. Primary vitrectomy without scleral buckling for rhegmatogenous retinal detachment. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol* 1996;234:561-8
11. Campo RV, Sipperley JO, Sneed SR, Park DW, Dugel PU. Pars plana vitrectomy without scleral buckle for pseudophakic retinal detachment. *Ophthalmology* 1999;106:1811-6
12. Escoffery RF, Olk RJ, Grand MG, Boniuk I. Vitrectomy without scleral buckling for primary rhegmatogenous retinal detachment. *Am J Ophthalmol* 1985;99:275-81

Outcomes of Rhegmatogenous Retinal Detachment Surgery by General Ophthalmologists in Lampang Hospital

Pongsak Anujaree MD

Department of Ophthalmology, Lampang Hospital, Lampang, Thailand

Lampang Med J 2010; 31(1): 1-9

Abstract

Background: Rhegmatogenous retinal detachment is one of the eye problems to cause blindness. Surgical treatment is highly technical demand. Ideally it should be operated by retinal specialist rather than general ophthalmologist.

Objective: To evaluate the surgical outcomes and visual results of rhegmatogenous retinal detachment surgery performed by general ophthalmologists in Lampang Hospital.

Material and method: An analytic cross-sectional study was conducted on 71 patients who underwent rhegmatogenous retinal detachment surgery in Lampang Hospital between 1st January and 31st December 2008. The retrospective data included age, gender, native province, time to surgery, type of procedures and macular status. Outcome measurements were postoperative visual improvement, success of anatomical reattachment after primary procedure and final results. The data was analyzed by descriptive statistics and Pearson chi-square test. Statistical significance was set at $p < 0.10$.

Results: Sixty-two percent of the patients were male. The mean age was 53.0 ± 12.5 years (range, 18-81). Initial retinal reattachment was achieved in 69% and the final success rate increased to 85.9% of cases after re-operations. Sixty-nine percent of the patients improved their final visual results, 8.5% not improved and 8.5% worse. Higher success rate was found in the patients who lived in Lampang native province, had no macular detachment and time to surgery within 8 days. Primary procedures with pneumatic retinopexy (PR) alone, or scleral buckling (SB) combined with pars plana vitrectomy (PPV) yielded significantly better final results than primary procedures with SB or PPV alone ($p = 0.026$).

Conclusion: Anatomical reattachment rate of primary procedures and final results performed by general ophthalmologists in Lampang Hospital was comparable to those of general ophthalmologists in other studies. Most of the patients gained improvement of final visual results.

Keywords: Rhegmatogenous retinal detachment, General ophthalmologist, Surgical outcome, Reattachment rate