

การรักษาคลองยดโดยใช้รังสีรักษาชนิดต้นเพียงอย่างเดียว

วุฒิศิริ วีรสาร, พ.บ.*

โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ, พ.บ.*

สุมาลี จิระภาณุวัฒน์, พย.บ.**

แพয়ার รัตนพล, พย.บ.**

นิตยา สุทธิยุทธ์, พย.บ.**

ชรินทร์พร พุทธเจริญลาภ, พย.บ.**

นันทา เสถียรภาพงษ์, พย.บ.**

บทคัดย่อ

รายงานการรักษาผู้ป่วย 2 รายซึ่งมีคลองยดขนาดเล็กและใหญ่หลายตำแหน่ง โดยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ประหยัด และไม่เจ็บ ผู้ป่วยจะได้รับรังสีรวม 2900-3300 เซนติเกรย์ ในเวลา 4-6 สัปดาห์ หลังจากรักษาครบผลจะแบนราบลง อาการเจ็บและคันจะทุเลาและหายไปภายใน 1-2 เดือน และไม่พบว่าเกิดคลองยดขึ้นใหม่ภายหลังการตรวจรักษา 1 ปี

*สาขาวิชารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

**งานการพยาบาลรังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

Superficial Radiation in the Treatment of Keloid : Cases Report

*Vutisiri Veerasarn, M.D.**

*Rojrung Suvanasuthi, M.D.**

*Sumalee Jirapanuwat, B.S.***

*Payao Ratanapol, B.S.***

*Nitaya Suthiyuth, B.Sc.***

*Charinporn Putthacharoenlarp, B.Sc.***

*Nanta Satianrapapong, B.Sc.***

Abstract

Two young female patients with multiple small and large hypertrophic scars and keloids at the body and extremities, who suffered from pain and itching, were treated by the superficial radiation. The total radiation doses were 2900-3300 cGy./4-6 weeks. After the complete treatment, within 1-2 months, the hypertrophy of the lesions became flat, the symptoms were relieved and there was no recurrence after the one year of follow up after treatment.

*Division of Radiation Oncology, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.

**Division of Radiological Nursing, Nursing Department, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.

คีลอยด์ (Keloid) เป็นเนื้องอกที่พบบ่อย ส่วนมากจะพบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาวประมาณ 20 เท่า พบในเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน และมีรายงานอุบัติการณ์ในครอบครัวลักษณะแบบ Autosomal dominance⁽¹⁻³⁾

คีลอยด์ เป็นเนื้องอกที่พบมาตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ (3000 ปีก่อนคริสตกาล) เรียกว่า “Claw-like-tumor”⁽⁴⁾ และเป็นโรคเฉพาะในกลุ่ม Homo sapiens เท่านั้น⁽¹⁾ จึงไม่มีการศึกษาในสัตว์ทดลอง มีรายงานการศึกษาครั้งแรกในปี 1790 โดย Ritz หลังจากนั้นจึงมีผู้เริ่มสนใจและค้นหาแนวทางในการรักษาและป้องกันจนถึงปัจจุบันนี้

คีลอยด์ เป็นเนื้องอกที่มีลักษณะนูนแดง และโตออกนอกขอบเขตแผลเดิม มีอาการเจ็บคัน มักเกิดบริเวณผิวหนังที่ตึง หรือเป็นแผลที่มีสิ่งแปลกปลอม (Foreign body reaction) มีการติดเชื้อและอักเสบเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนมากที่มาพบแพทย์มักจะเป็นหญิงและอายุน้อย วัตถุประสงค์ของการรักษาคือ ความสวยงามและลดอาการต่างๆ ที่เกิดจากรอยโรค

รังสีรักษาเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่ย่างและง่ายไม่เจ็บปวด เซลล์ Epithelial, เซลล์ Endothelial ที่บุหลอดเลือด และเซลล์ Fibroblast เป็นเซลล์ที่ไวต่อรังสี ดังนั้นรังสีปริมาณน้อยจึงสามารถหยุดยั้งการทำงานของเซลล์เหล่านี้ ทำให้มีการสร้าง Collagen น้อยลง⁽⁵⁻⁷⁾ ในปี 1906 DeBeurman และ Gougerot ได้รายงานการรักษาคีลอยด์ด้วยรังสีเป็นครั้งแรก⁽⁴⁾ โดยมีข้อเสนอนี้และปัญหา 4 ประการคือ

1. วิธีการฉายรังสี และปริมาณรังสีที่เหมาะสมเป็นอย่างไร ?

2. ควรเริ่มต้นฉายรังสีเมื่อไหร่ ?

3. การผ่าตัดควรทำทุกรายหรือไม่ ?

4. จะติดตามผลการรักษาไปนานเพียงใด ?

ในระยะต่อมาได้มีการศึกษากันมากมาย พบว่าเมื่อใช้การรักษาหลายๆ วิธีร่วมกัน ผลการรักษาจะดีขึ้น และวิธีที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัด ตัดคีลอยด์ออกให้มากที่สุด และฉายรังสีตั้งตามหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง^(6,10,11) แต่บางรายงานผลการรักษาไม่แตกต่างกันถ้าฉายรังสีหลังการผ่าตัดไม่เกิน 7 วัน แต่

การกลับเป็นใหม่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรค เคยได้รับการรักษาอย่างไรมาก่อนหรือไม่ ลักษณะผิวของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ขนาดของแผล และปริมาณรังสีรวมที่ได้รับ^(1,4,11) โดยทั่ว ๆ ไป จะฉายรังสีครั้งละ 300-500 เซนติเกรย์ วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ปริมาณรังสีรวม 900-1500 เซนติเกรย์ จะสามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 70-85 ส่วนที่กลับเป็นใหม่ ร้อยละ 70 เกิดในระยะ 6 เดือนแรก ร้อยละ 75-89 เกิดภายใน 1 ปี และร้อยละ 98 เกิดภายใน 2 ปี ดังนั้นจึงควรติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยประมาณ 2 ปี^(10,11)

ผู้ป่วยและวิธีการรักษา

ที่สาขาวิชารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีพ.ศ. 2530-2534 มีผู้ป่วยโรคคีลอยด์มารับการรักษาจำนวน 795 ราย หรือประมาณ 159 รายต่อปี เป็นหญิง 637 ราย และเป็นชาย 158 ราย มีอายุตั้งแต่ 5-74 ปี ร้อยละ 60 มีอายุมากกว่า 30 ปี ผู้ป่วยส่วนมากส่งปรึกษามาจากภาควิชาศัลยศาสตร์ภายหลังจากที่ผ่าตัด ตัดก้อนคีลอยด์ออกแล้ว หรือในรายที่เนื้องอกเริ่มกลับเป็นใหม่ ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีตั้ง โดยใช้เครื่องฉายรังสีขนาด 50-100 KV. ฉายครั้งละ 300-500 เซนติเกรย์ วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3-5 วันติดต่อกัน สามารถป้องกันการกลับเป็นใหม่ได้ แต่มีรอยโรคบางประเภทไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีดังกล่าว ได้แก่ การมีแผลหลายตำแหน่ง และแผลขนาดใหญ่ ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดและนำผิวหนังส่วนที่ตีมาปิดได้ แผลเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการเป็นสิ่ว ไฟไหม้และน้ำร้อนลวก ผู้ป่วยจะทรมานจากอาการเจ็บและคันมาก เนื่องจากไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้จึงใช้การฉายรังสีเพียงอย่างเดียว ตั้งตัวอย่างผู้ป่วย 2 รายต่อไปนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 35 ปี มีอาชีพขายน้ำเต้าหู้ ถูกน้ำร้อนลวกขาทั้ง 2 ข้าง เมื่อรักษาแผลน้ำร้อนลวกหายแล้วเกิดคีลอยด์ขนาดใหญ่หลายตำแหน่ง มีอาการเจ็บและคันมาก

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 26 ปี เป็นแผลคีลอยด์จำนวนมากที่ไหล่และหลัง ขนาดตั้งแต่ 1.5-4 เซนติเมตร แผลเหล่านี้เกิดจากเม็ดสีเล็กๆ แล้วกลายเป็นแผลเป็นโตขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ (Laser Tangential excision) แต่โรคกลับเป็นใหม่อีก

การรักษา

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการฉายรังสีด้วยเครื่องฉายรังสีตั้งพื้น พลังงาน 55 KV. จะได้รับรังสีครั้งละ 500 เซนติเกรย์ วันละ 1 ครั้ง 3 วันติดต่อกัน หลังจากนั้นจะได้รับรังสีอีกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 300-500 เซนติเกรย์ จนกระทั่งบริเวณที่ได้รับรังสีเกิด Moist desquamation จึงหยุดฉายรังสี ได้ปริมาณรังสีรวมประมาณ 2900-3300 เซนติเกรย์ ในเวลา 4-6 สัปดาห์

บริเวณที่เกิด Moist desquamation รักษาโดยใช้น้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.9 (Normal saline solution) ล้างแผลทุกวัน แผลจะค่อย ๆแห้งและหายภายใน 1-2 เดือน

ผล

การฉายรังสีเพียงอย่างเดียวสามารถลดอาการต่าง ๆ และยับยั้งการลุกลามขยายขนาดของคีลอยด์ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ ดังรูปที่ 1-2 และ 3-4 แม้ว่าคีลอยด์บางตำแหน่งจะยุบลงไปไม่มาก แต่สีจะจางลง อาการเจ็บและคันจะทุเลา และหายภายใน 1-2 เดือน หลังจากหยุดฉายรังสี และเมื่อติดตามผลการรักษาไประยะหนึ่งบริเวณแผลจะแบนราบลง ผิวหนังใหม่จะแห้ง เปลี่ยนสีเป็นแบบ Hypopigmented skin หรือ

บางแห่งมองเห็นเส้นเลือดฝอยที่เกิดขึ้นใหม่ (Telangiectasia) แต่จะไม่มีอาการเจ็บและคันอีกต่อไป และไม่พบว่าเกิดคีลอยด์ขึ้นใหม่

วิจารณ์

ดังได้กล่าวแล้วรังสีจะหยุดยั้งการแบ่งตัวที่มากเกินไปปกติของเซลล์ Epithelial และเซลล์ Endothelial ทำให้ผิวหนังไม่หนา และหยุดยั้งการทำงานของเซลล์ Fibroblast ทำให้การสร้าง Collagen ลดลง ในรายที่ผ่าตัดคีลอยด์ออกหมดและตามด้วยการฉายรังสีตั้งพื้นรวมประมาณ 900-1500 เซนติเกรย์ จะสามารถป้องกันการกลับเป็นโรคใหม่ได้ แต่ถ้าไม่ได้ผ่าตัด ยังเป็นแผลนูนแดงจะต้องเพิ่มปริมาณรังสีรวม และเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยจนกระทั่งบริเวณที่ได้รับรังสีเกิด Moist desquamation เป็นหย่อม ๆ เพื่อทำให้คีลอยด์ส่วนที่นูนแดงมากถูกทำลาย หลังจากนั้นรักษาแผลโดยใช้น้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.9 (Normal saline solution) ล้างแผลทุกวันแผลจะค่อย ๆแห้ง ผิวหนังที่เคยนูนแดงจะแบนราบลง สีผิวหนังจะจางลงและไม่เกิดคีลอยด์ขึ้นใหม่ แต่รังสีรวมไม่ควรเกิน 2700-3000 เซนติเกรย์^(8,11) และจะต้องระวังไม่ให้เกิดแผลผิวหนังตาย ซึ่งจะทำให้เกิดแผลเรื้อรังรักษาไม่หาย

สรุป

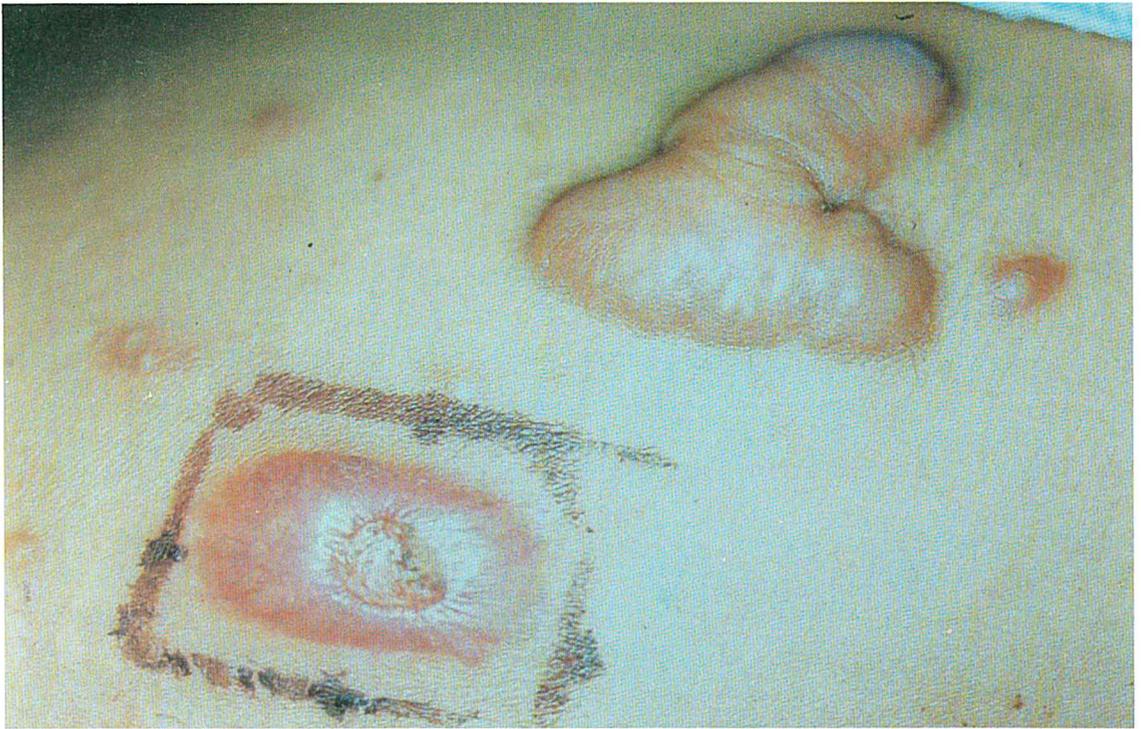
รังสีรักษาชนิดตั้งพื้นเพียงอย่างเดียวสามารถรักษาคีลอยด์ได้ โดยทำให้แผลแบนราบลง อาการเจ็บและคันหายไป และป้องกันการกลับเป็นใหม่ ซึ่งเหมาะสำหรับคีลอยด์ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เช่น ในรายที่มีแผลขนาดเล็กจำนวนมาก หรือแผลนูนแดงขนาดใหญ่



รูปที่ 1



รูปที่ 2



รูปที่ 3



รูปที่ 4

เอกสารอ้างอิง

1. Datubo-Brown DD. Keloid : A review of the literature. *Brit J Plast Surg* 1990 ; 43 : 70-7.
2. Goltz RW. Disease of dermis. In : Orkin M, Maibach HI, Dahl MV, eds. *Dermatology, A Lang medical book*, 5th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1991 : 321.
3. Hymes SR. Disorder of collagen. In : Farmer ER, Hood AF, eds. *Pathology of the skin*. California : Appleton & Lang, 1990 : 414-5.
4. Borok I L, Bray M, Sinclair I, et al. Role of ionizing irradiation for 393 keloids. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988 ; 15 : 865-70.
5. Cohen IK, McCoy BJ. Keloids and hypertrophic scars. In : Rudolph R, ed. *Problems in aesthetic surgery : biological cause and clinical solutions*. St. Louis : The CV Mosby company 1986 : 141-57.
6. Tepmonkol P. Radiation Therapy in the treatment of keloids. *J Med Assoc Thai* 1978 ; 61 : 20-5.
7. Stevens KR. The soft tissue. In : Moss WT, Cox JD, eds. *Radiation oncology rationale, Technique, results*. Missouri : The CV Mosby company, 1989 : 702-4.
8. Ozarda AT. Ionizing radiation for treatment of benign conditions. *South Med J* 1984 ; 77 : 875-8.
9. Sallstrom KO, Larson O, Heden P, et al. Treatment of keloid with surgical excision and postoperation x-ray radiation. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1989 ; 23 : 211-5.
10. Doornbos JF, Stoffel TJ, Hass AC, et al. The role of kilovoltage irradiation in the treatment of keloids. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990 ; 18 : 833-9.
11. Kovalic JJ, Perez CA. Radiation therapy following keloidectomy : A 20-year experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989 ; 17 : 77-80.