

สาเหตุของอาการกลืนลำบากที่พบไม่บ่อย : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

พรชัย พงศ์ประภากร

รพ. สมุทรสาคร

ABSTRACT :

Pongprapakorn P. Dysphagia from an Uncommon Cause : A case Report. (Region 4 Medical Journal 1999 ; 1 : 9-15).

Department of Surgery, Samutsakhon Hospital, Samutsakhon, Thailand.

A 55 years old man presented with dysphagia. He was admitted several times from abdominal pain and hematemesis. Investigation and operative finding showed stricture of EG junction, causing complete obstruction of distal end of the esophagus. Pathological report suggested reflux esophagitis. Esophagogastrostomy with pyloroplasty yielded good result.

บทคัดย่อ :

พรัช พงศ์ประภากร. สาเหตุของอาการกลืนลำบากที่พบไม่บ่อย : รายงานผู้ป่วย ๑ ราย (วารสารแพทย์เขต ๔ ๒๕๔๒ ; ๑ : ๙-๑๕).

กลุ่มงานศัลยกรรม, รพ. สมุทรสาคร.

รายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๕ ปี มาด้วยอาการกลืนลำบาก ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยเคยมารักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้ง ด้วยอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่และอาเจียนเป็นเลือด ผลการตรวจวินิจฉัยและผ่าตัดพบว่า มีการตีบตันของส่วนปลายของหลอดอาหารต่อกับส่วนต้นของกระเพาะอาหารจากพังผืดแข็ง ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า เกิดจากการอักเสบของหลอดอาหารส่วนปลายจากกรดในกระเพาะอาหารย้อนขึ้นมา ผลการผ่าตัดทำ Esophagogastrostomy with pyloroplasty ได้ผลดี

บทนำ

อาการกรืนลำบาก เป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน เมื่อมาพบแพทย์ จะต้องให้การตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุและรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ เพราะการรับประทานอาหารได้เป็นความสุขอันสำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์

ส่วนใหญ่แล้วโดยเฉพาะผู้สูงอายุ สาเหตุของการกรืนลำบากมักเกิดมาจากมะเร็งของหลอดอาหาร สาเหตุอื่นที่พบได้คือโรค Achalasia ซึ่งมักพบในผู้ป่วยหญิง นอกจากนี้ก็เกิดจากการกลืนสารเคมีกรด-ด่าง สิ่งแปลกปลอมในหลอดอาหารและสาเหตุอื่น ๆ

ภาวะตีบตันของหลอดอาหารส่วนปลายที่ต่อกับกระเพาะอาหารอันเกิดจากการอักเสบของหลอดอาหารจากกรดในกระเพาะอาหารย้อนขึ้นมา (Reflux esophagitis) ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของอาการกรืนลำบาก ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 55 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร มารักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครหลายครั้งด้วยอาการปวดท้อง บางครั้งมีอาเจียนเป็นเลือด ได้รับการรักษาทางอายุรกรรมก่อน จนครั้งสุดท้ายปรากฏอาการกรืนลำบาก จึงต้องรักษาทางศัลยกรรม

31 มี.ค. - 3 เม.ย. 2539 ปวดท้องได้ลั้นปี ให้การรักษาแบบกระเพาะอาหารอักเสบ อาการดีขึ้น

6-8 เม.ย. 2539 ปวดท้อง อาเจียนบ่อยสีแดงจาง ๆ รับประทานยาลดกรดแล้วอาการดีขึ้น

16-21 เม.ย. 2539 ปวดท้องเช่นเดิมอาเจียนตลอด บางครั้งมีเลือดปน ได้ยาลดกรด ยาแก้ปวดท้อง

26-30 พ.ค. 2539 ปวดท้องได้ลั้นปี อาเจียนหลายครั้ง บางครั้งอาเจียนเป็นสีดำ ครั้งนี้ได้ทำ Esophagogastroscope พบว่ามี erosion lower half of the esophagus ให้การวินิจฉัยว่า Esophagitis รับประทานยา Omiprazole 1 x 2 oral ac ยาลดกรด ยาแก้อาเจียน

อาการดีขึ้น ไม่ปรากฏอาการกรืนลำบาก

22-24 มิ.ย. 2539 ปวดท้อง ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ชีด ต้องให้เลือด อาการดีขึ้น

27 มิ.ย. - 2 ก.ค. 2539 ปวดท้อง อาเจียน รับประทานยาลดกรดอาการดีขึ้น ไม่ปรากฏอาการกรืนลำบาก

29 ก.ค. 2539 และ 2 ส.ค. 2539 รับประทานอาหารไม่ได้ เจ็บคอ ได้รับการรักษาตามอาการ ไม่ได้นอนโรงพยาบาล

ครั้งสุดท้าย 7-27 ส.ค. 2539 หลังกลับจากโรงพยาบาลได้ 1 เดือน 2 สัปดาห์ก่อนมารับประทานอาหารไม่ได้ รับประทานแล้วจุกแน่นหน้าอก กรืนไม่ลง

ตรวจร่างกาย : looked ill, weak,
mild pale, no icteric sclera,
no neck mass,
thyroid gland not enlarge
Chest : normal
Abdomen : flat, soft, splashing
sound
no hepatosplenomegaly, no abnormal mass
PR : normal

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : hematocrit 32%, White blood cell 5,600 cells/cu.mm., neutrophils 42%, eosinophils 3%, lymphocytes 50%, Basophils 3%, Monocyte 2%

UA : normal

BS, BUN, Cr, LFT : normal

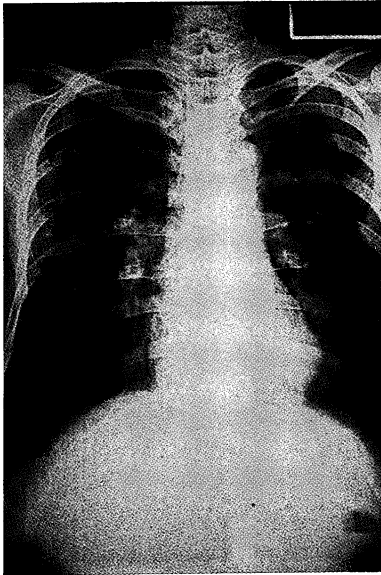
Electrolyte : Na 142, K 2.7, Cl 103, HCO₃ 32 mEq/L

Chest X-ray : Chronic pulmonary infiltration

RUL, no abnormal mass (ดัง

รูปที่ 1)

Barium swallowing : Nearly complete obstruction of the lower esophagus



รูปที่ 1 Chest X-ray ของผู้ป่วย

Esophagoscope findings : Narrowing of distal esophagus, no mass, no ulcer, unable to pass the scope further. Biopsy at EG junction was done.

Pathologic diagnosis : Squamous hyperplasia
No evidence of malignancy

Operation : Semi-right lateral position, exploratory laparotomy through upper midline incision under general anesthesia

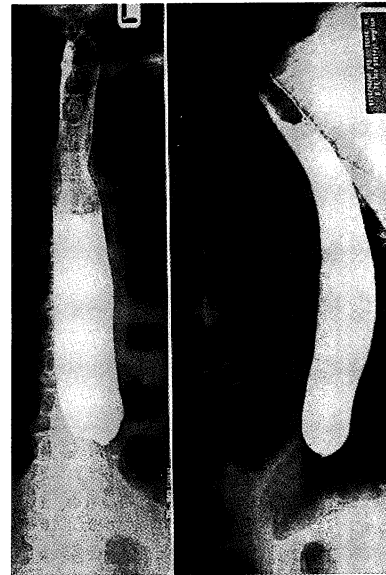
gus

Differential Diagnosis

: Achalasia

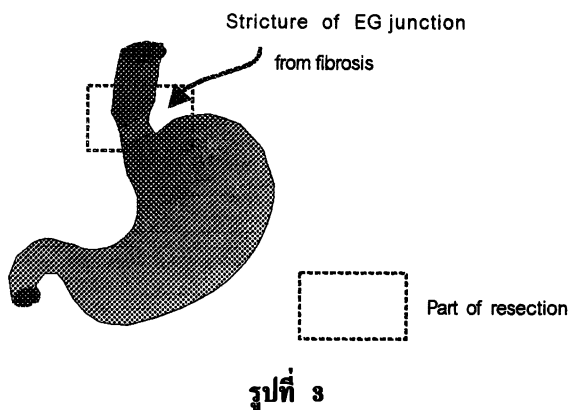
: CA cardia involve

EG junction



รูปที่ 2 Barium swallowing ของผู้ป่วย มีการตีบตันของส่วนปลายของหลอดอาหาร ภาพทางขวามือถ่ายห่างจากภาพทางซ้ายมือ 30 นาที

Findings : Intraperitoneum cavity : no ascites, no peritoneal seeding
Liver, stomach, duodenum, spleen : normal
EG junction : hard fibrotic tissue, below diaphragm in normal position
Esophagus just above EG junction : no abnormal mass
Gastrotomy finding : stricture of EG junction from fibrosis



Procedure : Resection of EG junction, esophagogastrostomy at fundus of the stomach, pyloroplasty.

(รูปที่ 3, 4)

Pathological report of EG junction :

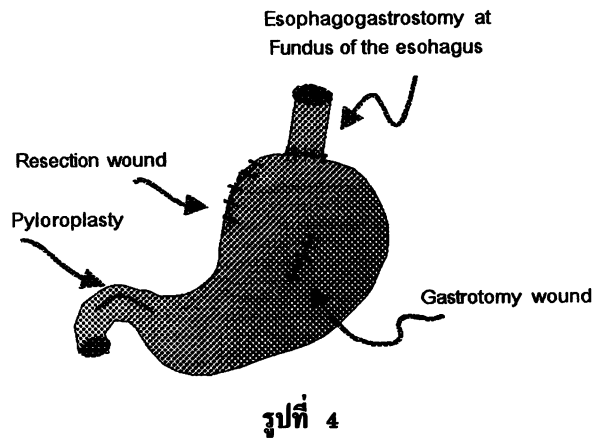
- chronic esophagitis with ulceration and extensive fibrosis
- no evidence of malignancy
- suggest reflux esophagitis

หลังผ่าตัดไม่พบโรคแทรก ผู้ป่วยสามารถจิบน้ำได้ 3 วันหลังผ่าตัด ต่อมารับประทานอาหารเหลว สามารถรับประทานอาหารอ่อนและอาหารปกติใน 1 สัปดาห์ โดยไม่พบอาการอื่นใด จำหน่ายผู้ป่วยและนัดติดตามผลการรักษา

13 ก.ย. 2539 มาตามนัด แผลดี รับประทานอาหารได้ตามปกติ

วิจารณ์

อาการกลืนลำบาก (Dysphagia) คืออาการที่รับประทานอาหารแล้วไม่ลงถึงกระเพาะอาหาร อาจติดอยู่ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของหลอดอาหาร บางครั้งคนไข้สามารถที่จะจืดที่ติดได้ว่าระดับใด ต้องแยกจากอาการอาเจียน (Vomiting) ซึ่งอาหารถูกกลืนเข้าสู่กระเพาะอาหารแล้วจึงอาเจียน



ออกมาอีกที่

การกลืนอาหารมี 3 ขั้นตอน คือ

1. อาหารเข้าสู่ pharynx จากการหดตัวของกล้ามเนื้อ myohyoid
2. อาหารผ่าน pharynx โดยเป็น reflex ของ superior laryngeal nerve, CN IX ช่วงนี้ soft palate จะปิด nasopharynx, Vocal cord ปิด, epiglottis ปิด อาหารเข้าสู่หลอดอาหารส่วนต้น
3. อาหารผ่านจากหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร โดยอาศัย Auerbach's plexus, CN IX แรงดันในหลอดอาหารประมาณ 50-100 ซม.น้ำ

สาเหตุของการกลืนลำบาก มีหลายสาเหตุ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ oropharynx และ esophagus

ช่วง oropharynx ก็พบได้หลายสาเหตุ ตั้งแต่เป็นแผลหรือความผิดปกติในช่องปาก ต่อมน้ำลายอักเสบ retropharyngeal abscess มะเร็งในช่องปาก thyroiditis ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เช่น scleroderma

ส่วนช่วง esophagus ยังแบ่งเป็นอีก 3 ช่วง คือ proximal, middle และ lower esophagus โดยช่วง proximal esophagus อาจเกิดจาก diverticulum, bands, hypertrophic spurs ของ c-spine เนื้องอกหรือต่อมน้ำเหลืองที่คอกดหลอดอาหาร ต่อมน้ำลายอักเสบโตกดหลอดอาหาร

ช่วง middle esophagus อาจเกิดจากมะเร็งหลอด

อาหาร การตีบตันของหลอดอาหารจากการกลืนกรดต่าง หลอดอาหารอักเสบ ก้อนเนื้ออกหรือหลอดเลือดในช่อง ออกกดหลอดอาหารและช่วง lower esophagus อาจเกิดจากมะเร็งของหลอดอาหารเอง หรือมะเร็งของกระเพาะอาหารส่วนต้น, reflux esophagitis, achalasia

นอกจากนี้อาการกลืนลำบาก อาจเป็นจากความกังวลใจ conversion hysteria, anorexia nervosa ก็ได้

Reflux esophagitis เป็นสาเหตุหนึ่งของอาการกลืนลำบาก พบได้ไม่บ่อยนัก ประมาณ 2-5% มักพบร่วมกับ hiatal hernia โดยที่ hiatal hernia เอง พบได้บ่อยในคนปกติ จะมีอาการ gastroesophageal reflux ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

Gastroesophageal reflux อาจเป็น physiologic reflux โดยที่ไม่มีอาการและ histologic change ก็ได้

Reflux esophagitis ส่วนใหญ่เกิดจาก poor LES (lower esophageal sphinctor) tone แล้วมีกรดในกระเพาะอาหารย้อนขึ้นมา เหตุส่งเสริมมักพบว่า มีการเพิ่มแรงดันที่ช่องท้อง คนอ้วน การรับประทานอาหารมัน แอลกอฮอล์ ซ็อกโกเลต ที่ทำให้ LES tone ลดลง การย้อนของกรดในกระเพาะอาหารขึ้นมาที่ปลายหลอดอาหาร จะทำลาย epithelium ของหลอดอาหาร กลายเป็น bleeding granulation tissue มักพบมีอาการ regurgitation, heart burn คือปวดแสบบริเวณลิ้นปี่ มักเป็นตอนนอนหงายหลังรับประทานอาหาร ถ้านั่งหรือนอนหัวสูง จะไม่ค่อยปรากฏอาการ ถ้าเป็นนาน ๆ จะมีอาการกลืนลำบาก กลืนแล้วเจ็บ อาเจียนเป็นเลือด บางครั้งพบมีอาการ chest pain เหมือนโรคหัวใจได้

การตรวจวินิจฉัย reflux esophagitis มีทั้ง esophagogram, esophagoscope, esophageal biopsy, motility studies เป็นต้น

สำหรับการรักษา reflux esophagitis ส่วนใหญ่รักษาโดยทางอายุรกรรม รับประทานยาลดกรด รับประทานยาแก้ปวด แนะนำลดความอ้วน นอนยกศีรษะสูง หลีกเลี่ยงอาหารมัน แอลกอฮอล์ ซ็อกโกเลต หากไม่ได้ผล

โดยรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากจึงจะพิจารณาผ่าตัดโดยทำ antireflux procedure ซึ่งส่วนใหญ่มี 2 วิธี คือ Nissen total fundoplication และ Belsey-Mark IV partial fundoplication หรือหากเกิดโรคแทรกจาก reflux esophagitis เช่น หลอดอาหารตีบตัน หรือเลือดออกในทางเดินอาหาร รักษาทางอายุรกรรมไม่ดีขึ้น ก็ผ่าตัดรักษาอาการแทรกซ้อนเหล่านั้น

ผู้ป่วยรายนี้อาการดำเนินของโรคเหมือน reflux esophagitis แต่มีข้อสังเกตคือไม่อ้วน และจาก esophagogram ไม่ปรากฏชัดเจนว่ามี hiatal hernia ผู้รายงานเองก็ยังคงคิดว่าอาจเป็นมะเร็งของกระเพาะอาหาร (CA cardia involve esophagus) ได้ เพราะอุบัติการณ์พบได้สูงกว่าโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ตอนผ่าตัดจึงจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายเอียงขวาลง ตะแคงซ้ายเล็กน้อยพร้อมที่จะผ่าตัดเข้าช่องอก หากต้องตัดต่อหลอดอาหาร จนเมื่อผ่าตัดสำรวจช่องท้อง เปิดกระเพาะอาหารดูภายใน พบเป็นการตีบตันของหลอดอาหารส่วนปลาย โดยไม่พบเนื้องอกของทั้งกระเพาะอาหารและส่วนปลายของหลอดอาหาร จึงได้ตัดส่วนที่ตีบตันออกแล้วเอาส่วนปลายของหลอดอาหารมาต่อกับ fundus ของกระเพาะอาหาร หลังผ่าตัดได้ผลดี ไม่พบโรคแทรก ผู้ป่วยรับประทานเองได้ปกติ ผลพยาธิวิทยา ยืนยันว่าเป็นจาก reflux esophagitis

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 55 ปี 1 ราย ที่มีอาการกลืนลำบาก ตรวจวินิจฉัยและผ่าตัดรักษา พบว่าสาเหตุเกิดจากการตีบตันของส่วนปลายของหลอดอาหาร ซึ่งอักเสบจากการตีบตันของส่วนปลายของหลอดอาหารที่ขึ้นมานั่นเป็นสาเหตุที่พบได้ไม่บ่อยนัก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณนายแพทย์วิบูลย์ ภูสว่ง นายแพทย์ปิตินันท์ พัวพัฒนกุล ที่ช่วยให้รายงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีและขอขอบคุณ นายแพทย์พนิจ ธีรภู-

โชติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ได้อนุญาตให้
เสนอรายงานฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรภัทร์ จักรพันธ์. Gastroesophageal reflux. ใน : ศัลยศาสตร์หลอดอาหาร. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535 : 31-56.
2. สมศักดิ์ วรรณะภัก. กลืนลำบาก. ใน : ศัลยศาสตร์ ทรวงอก, กรุงเทพฯ : AA Press, 2524 : 38-68.
3. ศศิประภา บุญญิสัญญ์. Gastro-esophageal reflux disease. ใน : Peptic disease, กรุงเทพฯ : โครงการตำราแพทยศาสตร์ศิริราช, 2539 : 13.
4. Jeffrey HP, Tom RD. Esophagus and Diaphragmatic hernias. In : Schwartz SI, et al, eds. Principles of Surgery. 7th ed, New York : McGraw-Hill, 1999 : 1081-180.
5. Richard Earlam . The Oesophagus : Bailey & Love's Short Praticce of Surgery. 22nd ed, London : HK Lewis, 1995 : 641-68.
6. David JS, Malcolm HD, Michael JL. Surgical Procedure to Resect and Replace the Esophagus : Maingot's Abdominal Operations. 10th ed, Norwalk, Conn : Appleton-Century-Crofts, 1997 : 885-910.
7. Andre' Duranceau, Glyn GL. Hiatal Hernia and Gastroesophageal reflux : Sabiston Textbook of Surgery. 15th ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1997 : 767-83.

อภินันทนากการ

จาก

บริษัท เจริญ (กรุงเทพฯ) จำกัด

โทร. 984-4222