

การรักษามะเร็งหลอดอาหารแบบประคับประคอง โดยการต่อลัดด้วยลำไส้ใหญ่

สุเทพ ชูใจ
ชนินทร์ กลิ่นจงกล

รพ. ราชบุรี

ABSTRACT :

Choojai S, Klinjongkol C. Colonic Bypass as A Palliative Treatment for Esophageal Carcinoma. (Region 7 Medical Journal 1996 ; 4 : 507-511).

Department of Surgery, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi, Thailand.

During 1991 to 1995, nine patients with incurable esophageal carcinoma were selected for palliative colonic bypass operations. There were 7 males and 2 females. Three of the group were followed up thoroughly, while 3 patients could not complete post - operative visits and another 3 patients could not be followed up at all. Average post - operative survival in the complete follow up group was 126 days. The incomplete follow - up group lived longer than 127 days averagely. This is a group of pre - planned palliative colonic bypass patients in which the extent of the disease was determined by barium swallowing and endoscopic studies. Computed tomography of the chest and upper abdomen was utilized in some patients.

บทคัดย่อ :

สุเทพ ขูใจ, ชนินทร์ กลิ่นจกกล. การรักษามะเร็งหลอดอาหารแบบประคับประคองโดยการต่อตัดด้วยลำไส้ใหญ่.
(วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 4 : 507-511).

กลุ่มงานศัลยกรรม, รพ. ราชบุรี

ในช่วงปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2538 ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะที่ไม่สามารถรักษาหวังผล ได้รับการรักษาแบบประคับประคองโดยผ่าตัดต่อตัดด้วยลำไส้ใหญ่จากหน่วยศัลยกรรมทรวงอกโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 9 ราย เป็นชาย 7 ราย และหญิง 2 ราย สามารถติดตามผลการรักษาได้จนเสียชีวิต 3 ราย ติดตามผลได้บางส่วน 3 ราย และไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้เลยนับแต่วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 ราย ในกลุ่มที่ติดตามผลการรักษาได้โดยตลอด มีชีวิตหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 126 วัน กลุ่มที่ติดตามได้บางส่วน นับเพียงวันที่มาตรวจครั้งสุดท้ายได้โดยเฉลี่ย 127 วัน ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจอย่างครบถ้วนด้วยการตรวจทางรังสีวิทยา การส่องตรวจหลอดอาหาร บางรายตรวจเพิ่มเติมด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โทโมกราฟี (computed tomography) การผ่าตัดในกลุ่มนี้ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนวิธีกลางคันระหว่างผ่าตัดวิธีอื่น หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยญาติ ที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย

บทนำ

การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหารเป็นงานที่ศัลยแพทย์ ผิดหวังอยู่เสมอ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก็ต่อเมื่อโรคได้ลุกลามไปเกินกว่าจะหวังผลการรักษาได้เกือบทุกราย การดำเนินของโรคกว่าจะถึงระยะที่มีอาการ ก็ต่อเมื่อมะเร็งได้เป็นไปจนรอบผนังของหลอดอาหารแล้ว ในขณะนั้นโรคมักลุกลามไปจนถึงอวัยวะข้างเคียงหรือกระจายไปไกลแล้ว การผ่าตัดโดยหวังว่าจะเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้กว้างพอแทบจะทำได้เนื่องจากมีอวัยวะสำคัญอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ผลการรักษาด้วยการผ่าตัดโรคนี้อาจยังต่ำและมีความเสี่ยงสูง กว่ามะเร็งในที่อื่น ๆ อีกหลายแห่ง การรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยมักเป็นการประคับประคอง แบบใดแบบหนึ่ง

นับแต่ได้มีการผ่าตัดรักษามะเร็งหลอดอาหารในโรงพยาบาลราชบุรีมาแต่ปี พ.ศ. 2518 การประเมินสภาพก่อนผ่าตัดไม่เคยปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่หวังว่าการผ่าตัดจะหวังผลหายขาด (curative resectable) ได้เลยแม้แต่รายเดียว เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมีการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 2 หรือเกินกว่านั้นทั้งสิ้น การผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออกโดยหวังผลเพื่อประคับประคอง (palliative resection) ทำได้ในผู้ป่วยจำนวนน้อยเท่านั้น ส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่หวังผลต่ำกว่า เช่น การผ่าตัดใส่ท่อให้อาหาร gastrostomy การใส่ท่อคาหลอดอาหารเพื่อช่วยการกลืน (esophageal intubation and stenting) ในปี พ.ศ. 2534 จึงได้นำวิธีผ่าตัดต่อหลอดด้วยลำไส้ใหญ่โดยไม่ตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออก (palliative colonic bypass) กระทั่งปี พ.ศ. 2538 มีผู้ป่วยจำนวน 9 ราย ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีนี้ รายงานนี้จะเสนอผลการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ผู้ป่วยและวิธีการ

โรงพยาบาลราชบุรีมีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารมารับการรักษาประมาณปีละ 50 ถึง 60 ราย ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจทางรังสีวิทยา การส่องตรวจหลอดอาหารด้วย

กล้องไฟเบอร์ออปติก และยืนยันด้วยผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ในบางรายจะประเมินการแพร่กระจายของโรคโดยการตรวจด้วย computed tomography เพิ่มเติมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มที่พิจารณาว่าไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเอาหลอดอาหารส่วนที่เป็นมะเร็งออกได้แต่ยังมีสภาพร่างกายดีพอทนการผ่าตัดใหญ่ จะได้รับการผ่าตัดลดทางหลอดอาหารด้วย colonic bypass โดยไม่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ในช่วงปี พ.ศ. 2534 ถึง 2538 มีผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นจำนวน 9 ราย

การผ่าตัดขั้นที่ 1 กระทำโดยการเปิดหน้าท้อง เมื่อสำรวจว่าไม่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังตับ และการแพร่กระจายบริเวณต่อมน้ำเหลือง celiac ไม่ลุกลามมากนัก ก็จะดำเนินต่อไปโดยการเลาะลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง (transverse colon) ให้เหลือส่วน mesocolon ด้านที่มีเส้นเลือดยาวเพียงพอจากเส้นเลือด mid-colic artery หรือ left-colic artery เป็นฐานค้างไว้ แล้วแบ่งส่วนของลำไส้ใหญ่ให้ยาวประมาณ 12 นิ้วฟุต เพื่อนำไปเป็นส่วนลดแทนหลอดอาหาร ภายหลังที่ได้ต่อลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือเสร็จแล้วจึงต่อส่วนที่ตัดออกด้านหนึ่งกับกระเพาะอาหารส่วน prepyloric สร้างทางลอดใต้กระดูกอก (substernal tunnel) แล้วดึงอีกปลายหนึ่งของลำไส้ใหญ่ผ่านขึ้นไว้ในทางลอดดังกล่าว เมื่อเสร็จขั้นตอนนี้จึงปิดแผลหน้าท้องพักไว้

การผ่าตัดขั้นต่อไปโดยเปิดแผลผ่าตัดแผลที่ 2 บริเวณคอ ด้านหน้าของกล้ามเนื้อ sterno-mastoid ข้างขวา เลาะลงไปตามแนว tracheo-esophageal groove แยกหลอดอาหารออกจากหลอดลมตรงระดับ กระดูกอ่อนไครคอยด์ (cricoid cartilage) ยาวไม่เกิน 2 นิ้วฟุต แล้วตัดหลอดอาหารแบ่งออก จัดการปิดหลอดอาหารส่วนล่างด้วย interrupted silk suture แล้วจึงกลับลงไปขยายทางลอดใต้กระดูกอกจากด้านช่องท้องจนบรรจบกับแผลส่วนคอ นำเอาส่วนปลายบนของลำไส้ใหญ่ที่เตรียมไว้ผ่านขึ้นมาถึงบริเวณแผลส่วนคอ เย็บต่อกับปลายหลอดอาหาร

ส่วนบนด้วย interrupted silk suture 2 ชั้น แล้วจึงปิดแผลส่วนคอ และแผลหน้าท้องตามลำดับ

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายได้รับอาหารเสริมทางเส้นเลือด ทุกรายให้รับประทานอาหารเหลว - ใส ทางปากได้ในวันที่ 3 หรือ 4 หลังวันผ่าตัดแล้วเพิ่มเป็นอาหารเหลวและอาหารอ่อนตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ประมาณวันที่ 14 หลังผ่าตัด ในขณะที่รับประทานอาหารอ่อนได้แล้ว และนัดให้มาติดตามการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล และเป็นระยะ ๆ ต่อไป

ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาทุกรายจะได้รับอาหารเสริมชนิดรับประทาน พร้อมวิตามินและสารเหล็ก ไม่มีรายใดได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ทุกรายพอใจที่สามารถรับประทานอาหารได้ แม้ว่าร่างกายจะทรุดโทรมลงด้วยโรคอย่างต่อเนื่องก็ตาม

ผลการรักษา

ผู้ป่วยทั้ง 9 รายในกลุ่มนี้ สามารถติดตามการรักษาได้ตลอดจนทราบว่าเสียชีวิต 3 ราย ติดตามไม่ได้ตลอดจนถึงวันเสียชีวิต 3 ราย และขาดการติดต่อนับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดจำนวน 3 ราย มีรายละเอียดของกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

กลุ่มที่ติดตามการรักษาได้ตลอด 3 ราย เสียชีวิตในวันที่ 220, 82 และ วันที่ 76 หลังการผ่าตัดตามลำดับ (เฉลี่ย 126 วัน) รายสุดท้ายในกลุ่มนี้ซึ่งอยู่ได้ถึงวันที่ 76 หลังผ่าตัด เสียชีวิตในโรงพยาบาลเนื่องจากการติดเชื้อของทางเดินหายใจและปอด ส่วน 2 รายแรกเสียชีวิตที่บ้านญาติเป็นผู้แจ้งข่าวและไม่ทราบมูลเหตุชัดเจน ทุกรายมีภาวะทุโภชนาการ สังเกตได้ในระหว่างการติดตามผลอย่างต่อเนื่องกลุ่มที่ติดตามการรักษาไม่ได้ตลอด ขาดการติดต่อไปในวันที่ 133, 46 และวันที่ 203 หลังผ่าตัด เฉลี่ย 127 วัน) รายล่าสุดหากนับถึงวันที่รายงานนี้ขาดการติดต่อมาเป็นเวลาประมาณ 2 ปี 5 เดือนแล้ว ทุกรายไม่สามารถติดต่อได้ คาดว่าเสียชีวิตแล้วทั้งหมด

กลุ่มที่ขาดการติดต่อนับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลหลังผ่าตัด หากนับถึงวันที่รายงานนี้เป็นเวลา 65.8 เดือน 49.2 เดือน และ 34.5 เดือน ตามลำดับ ซึ่งคาดว่าได้เสียชีวิตแล้วทั้งหมดเช่นกัน

วิจารณ์

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารเมื่อมาพบแพทย์มักจะมีอาการลุกลามของโรคเกินกว่าจะรักษาอย่างหวังผลได้ การรักษาโรคนี้จึงมักเป็นแบบประคับประคองเสียเกือบทุกราย จนมีผู้กล่าวว่า การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหารให้หายขาดได้ถือว่าเป็นโชคดีโดยบังเอิญ² ในประสบการณ์ของโรงพยาบาลราชบุรีมีผู้ป่วยโรคนี้เช่นนี้เพียงรายเดียว³ การรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยประมาณปีละ 50-60 รายนั้นคิดว่าเป็นการรักษาแบบประคับประคองแบบใดแบบหนึ่งทั้งสิ้น เนื่องจากพบผู้ป่วยทุกรายเมื่อมีอาการกลืนลำบาก คือมีการอุดตันของหลอดอาหาร ซึ่งหมายความว่าโรคได้ลุกลามถึงระยะที่ 2 (stage II TMN) แล้ว

กรณีของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทั้ง 9 ราย การลุกลามของมะเร็งหลอดอาหารอยู่ในระยะที่ 3 (stage III TMN) ทุกราย และเป็นเพียงส่วนหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่โรคลุกลามถึงระยะนี้ของโรงพยาบาลราชบุรี การที่เลือกการรักษาด้วยทางหลอดอาหารด้วยลำไส้ใหญ่ก็เนื่องจากสภาพร่างกายผู้ป่วยเหมาะสมทนทานกับการผ่าตัดระดับนี้ได้ประการหนึ่งและหวังว่าการรับประทานอาหารทางปากได้เช่นปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุขอีกประการหนึ่งญาติและผู้ป่วยได้รับทราบถึงเหตุผลและความเสี่ยงแล้วทุกรายก่อนผ่าตัด มิฉะนั้นก็จะได้รับการรักษาแบบอื่น เช่น การใส่ท่อให้อาหารทางกระเพาะ (gastrostomy) หรือการใส่ท่อต่างหลอดอาหาร (prosthetic intubation) ดังผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายด้อยกว่า ซึ่งไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดลดทางหลอดอาหารด้วยลำไส้ใหญ่ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าสมควรหรือไม่ เมื่อคำนึงถึงการผ่าตัดใหญ่ครั้งนี้ นอกจากเป็นการเสี่ยงเกินไปแล้วในช่วงหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังต้องลำบากในช่วงพักฟื้นอีกหลาย

ดีปาร์ห์ เพื่อจะมีชีวิตและรับประทานอาหารทางปากได้อีกไม่นาน⁴

ผลการผ่าตัดในกลุ่มที่รายงานนี้ ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปได้หลังผ่าตัดโดยเฉลี่ยเพียง 126 วันนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยในระยะที่ 3 ซึ่งรักษาโดยการตัดออกอย่างประคับประคอง (palliative resection) โดย Ellis และคณะ ซึ่งมีผลยืดยาวผู้ป่วยไปถึง 8.1 เดือน⁵ ยังนับว่าห่างไกลอยู่มาก ผลต่างนี้น่าจะเป็นเพราะประสบการณ์และวิธีการรักษา

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารจำนวน 9 ราย ซึ่งไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเอาเนื้องอกมะเร็งออก ได้ถูกคัดเลือกให้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยการผ่าตัดลดทางหลอดอาหารด้วยลำไส้ใหญ่ที่โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึง 2538 การตรวจและประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมารักษาด้วยวิธีนี้ ทำโดยการเอกซเรย์แบเรียมของหลอดอาหาร การตรวจส่องด้วยกล้องตรวจหลอดอาหาร บางรายตรวจเพิ่มเติมด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อดูการกระจายไปสู่อวัยวะใกล้เคียง และการกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองของทรวงอกและช่องท้อง ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้จนเสียชีวิต 3 ราย ติดตามได้ไม่ถึงวันเสียชีวิต 3 ราย และติดตามไม่ได้เลย 3 ราย กลุ่มที่ติดตามผลได้ตลอดมีชีวิตอยู่ได้หลังวันผ่าตัดโดยเฉลี่ย 126 วัน กลุ่มที่ติดตามได้ไม่ตลอดขาดการติดต่อไปโดยเฉลี่ย 127 วันหลังผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการผ่าตัด การผ่าตัดลดทาง

หลอดอาหารด้วยลำไส้ใหญ่สามารถทำได้โดยปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ การมีชีวิตได้หลังผ่าตัดนานเพียงใดนั้นน่าจะขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. Earlam R, Cunha - Melo JR. Esophageal squamous cell carcinoma : I. A critical review of surgery. Br J Surg 1980 ; 67 : 381-90.
2. Belsey R. Is it possible to talk of cure of carcinoma of the esophagus ? . In : Maloine SA, ed. Cancer of the Oesohagus in 1984 135 questions. Paris : Acheve d'imprimer Par Les Presses Du Palais-Royal, 1984 : 382-95.
3. Choojai S. Unusually Long Survival 20 Years after Surgical Treatment for Oesophageal Cancer : A Case Report. วารสารกรมการแพทย์ 2539 ; 21 ; 30-33.
4. Pagliero KM. Palliative treatment for carcinoma of the esophagus. In : Baue AE, ed. Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery, 5th ed. New Jersey : Prentice - Hall, 1991 : 827-41.
5. Ellis FH, Gibb SP, Watkins E. A safe widely applicable and expeditious form of palliation for patients with carcinoma of esophagus and cardia. Ann Surg 1983 ; 198 : 531-5.