
ACHALASIA ของหลอดอาหาร

รายงานผู้ป่วย 5 ราย

พรชัย บุญแสง พ.บ.*

Abstract : Achalasia of the Esophagus : A Report of 5 Cases.

Boonsaeng P.

Department of surgery, Chaoprayayommaraj Hospital, Supanburi, Thailand.

Reg 7 Med J 1991 ; 10 : 271-276

Five adults with achalasia treated surgically over a period of 3 years are reported. All had a modified Heller's myotomy as a primary treatment. The thoracic approach was used in three and the abdominal route in two. All patients the myotomy was extended approximately 1 cm. distal to the gastroesophageal junction. Antireflux procedures was not done. The mean follow up period was 1 year. Virtually all clinical symptoms and complaints disappeared immediately postoperatively.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วย achalasia ที่รับการผ่าตัดรักษา 5 ราย ในช่วงเวลา 3 ปี ผ่าตัดโดยวิธี modified Heller's myotomy และไม่ได้ทำ antireflux procedures ผ่าตัดเข้าทางทรวงอก 3 ราย เข้าทางช่องท้อง 2 ราย myotomy ได้ขยายเลเยอร์ต่อหลอดอาหารกระเพาะ ไปประมาณ 1 ซม. ได้ติดตามผลการรักษาประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทันทีหลังผ่าตัด

บทนำ

Achalasia ของหลอดอาหารเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง เป็นโรคที่พบไม่บ่อย ประมาณ 6:100,000 หญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน พบได้ทุกอายุ พบบ่อยในอายุ 40-70 ปี

ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคือกลืนอาหารลำบากทั้งอาหารเหลวและอาหารแข็ง มีประวัติเป็นมานาน อาการเป็นมากขึ้นช้า ๆ บางรายอาจมีอาการสำรอกอาหาร ผู้ป่วยผอมลง บางรายมีอาการแทรกซ้อนทางปอด เช่น สำลักอาหาร หอบ ไอเรื้อรัง การวินิจฉัยที่ถูกต้องอาศัยเอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนบน ส่องตรวจกระเพาะอาหาร และ esophageal manometry

การรักษาได้ผลดี ทั้งวิธี pneumatic dilatation และวิธีผ่าตัด esophagomyotomy แต่ผ่าตัดรักษาได้ผลดีกว่า และอัตราการตายก็น้อยกว่า

รายงานผู้ป่วย

ตั้งแต่ปี 2531-2534 ระยะเวลา 3 ปี ได้ตรวจพบโรค achalasia ของหลอดอาหารรวม 5 ราย ทั้ง 5 รายมีอาการกลืนลำบากเป็นเวลานาน และรูปร่างผอม 3 รายมีอาการไอเรื้อรัง

ผู้ป่วยรายที่ 1 HN 7549-32 (รูปที่ 1 A,B)

หญิงไทยคู่ อายุ 44 ปี เบื่ออาหารและไอเรื้อรัง มีอาการกลืนลำบาก 1 ปีเศษ ผอมมานานหลายปี ได้เอ็กซเรย์ทรวงอกและเอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้น วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของหลอดอาหาร แพทย์ได้ผ่าตัดเข้าทางหน้าท้อง คลำไม่พบก้อนเนื้องอก จึงทราบว่าเป็น achalasia ทำ myotomy ที่ส่วนล่างของหลอดอาหาร หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลืนอาหารได้สะดวก อยู่โรงพยาบาล 7 วัน กลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่ 2 HN 49433-32

หญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร 1 สัปดาห์ กลืนลำบาก 3-4 ปี ได้เอ็กซเรย์ทรวงอก เอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้น ส่องตรวจกระเพาะอาหารแล้วจากโรงพยาบาลเอกชน วินิจฉัยเป็น achalasia ของหลอดอาหารผ่าตัดทำ modified Heller's operation โดยผ่าเข้าทางทรวงอกข้างซ้ายช่องซี่โครงที่ 7 หลังผ่าตัด

ได้ 10 วัน กลับบ้านได้ ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

ผู้ป่วยรายที่ 3 HN 55045 (รูปที่ 2 A,B)

ชายไทยคู่ อายุ 73 ปี กลืนไม่ลง จุกแน่นในคอ เป็น ๆ หาย ๆ มาหลายปี เป็นมาก 2 เดือน แม้แต่น้ำก็กลืนไม่ลง ต้องอาเจียนออก ผอมลงมาก เอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่าเป็น achalasia ผ่าตัดทำ modified Heller's Operation ผ่าเข้าทางทรวงอกข้างซ้าย หลังผ่าตัดได้ 8 วัน กลับบ้านได้ ผู้ป่วยหายดี

ผู้ป่วยรายที่ 4 HN 45374-33 (รูป 3 A,B)

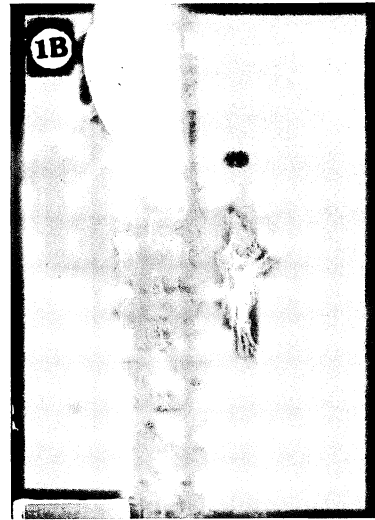
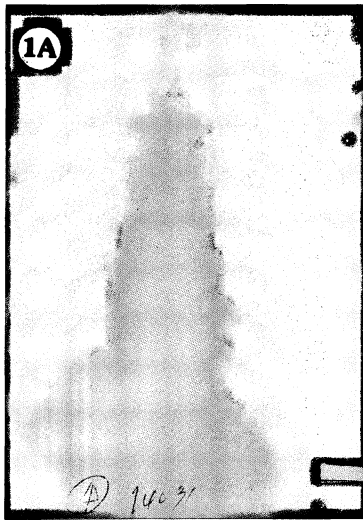
ชายไทยคู่ อายุ 63 ปี มีอาการกินอาหารแล้วติดคอ 1 เดือนเศษ น้ำหนักลดมาประมาณ 5 ปี เอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้นแล้ว ไม่แน่ใจว่าจะเป็นโรค achalasia หรือเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารส่วน cardia จึงผ่าตัดเข้าทางช่องท้อง ขณะผ่าตัดคลำบริเวณ cardia ไม่พบสิ่งผิดปกติ วินิจฉัยว่าเป็น achalasia ทำ modified Heller's operation หลังผ่าตัดได้ 7 วัน ตัดไหม แผลแยก เย็บแผลที่แยกใหม่ อยู่โรงพยาบาลอีก 7 วัน จึงกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 5 HN 3135-34 (รูปที่ 4 A,B และรูปที่ 5 A,B,C,D)

หญิงไทยคู่ อายุ 51 ปี มีอาการโอบอ้อม 10 กว่าวัน มีประวัติไอเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ นานาน กินอาหารติดคอ 15 ปี กินแล้วต้องล้วงออก อาเจียนเป็นอาหารที่กินเข้าไป ผอมลง ได้เอ็กซเรย์ทรวงอกและเอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้น วินิจฉัยว่าเป็น achalasia ของหลอดอาหาร ส่องตรวจกระเพาะอาหารเพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากมะเร็งหลอดอาหาร ไม่พบเนื้องอก ได้ผ่าตัดทำ modified Heller's operation โดยเข้าทางทรวงอกข้างซ้าย หลังผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ 10 วัน ผู้ป่วยกลับบ้านได้

วิจารณ์

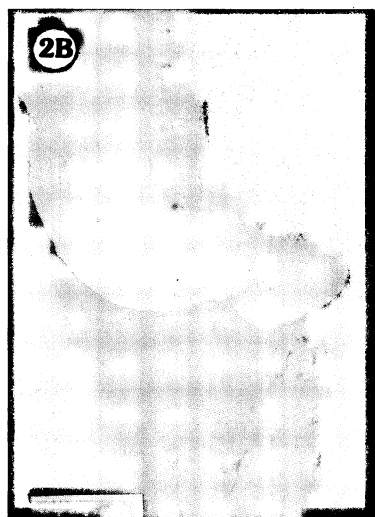
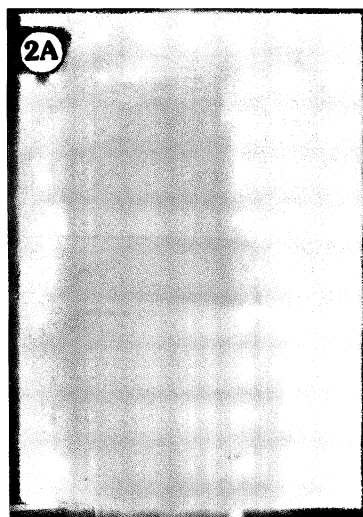
Achalasia ของหลอดอาหารเป็นโรคที่พบไม่บ่อย ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ครั้งแรก ๆ มักวินิจฉัยผิดคิดว่าเป็นโรคอื่น เช่น มาพบแพทย์ด้วยอาการกลืนลำบากเป็นเวลานาน แพทย์มักคิดว่าเป็นโรคมะเร็งของหลอดอาหาร เช่น ผู้ป่วยรายที่ 1 กับรายที่ 4 ทั้ง ๆ ที่ได้เอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้นแล้ว ก็ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ จะวินิจฉัยได้ก็ต่อเมื่อผ่าเข้าทางช่องท้องแล้ว บางรายมาด้วยอาการ



รูปที่ 1A,1B ผู้ป่วยรายที่ 1

1A. ภาพเอ็กซเรย์ทรวงอกก่อนผ่าตัด 1 เดือน เห็น mediastinum มีขนาดกว้างขึ้น

1B. ภาพกลืนแป้งแบเรียม แสดงให้เห็นหลอดอาหารขยายกว้างใหญ่ขึ้น แต่ที่ส่วนปลายของหลอดอาหารที่ต่อกับกระเพาะอาหารตีบแคบคล้ายจงอยปากนก ผิวยเรียบและไม่มีลมในกระเพาะอาหารส่วน fundus



รูปที่ 2A,2B ผู้ป่วยรายที่ 3

2A. ภาพเอ็กซเรย์ทรวงอกก่อนผ่าตัด 5 วัน เห็น mediastinum กว้างขึ้นมากไปทางช่องปอดด้านขวา ทับขาว มีระดับน้ำและลมอยู่บริเวณยอดปอดด้านขวา ทำให้คิดถึงหลอดอาหารที่ขยายพองใหญ่ขึ้นมาก ๆ และมีเศษอาหารและลมค้างอยู่มาก

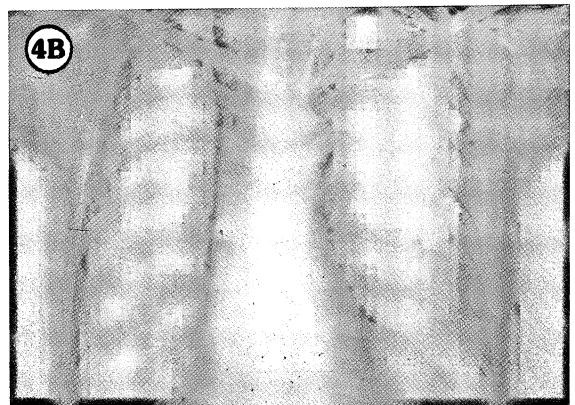
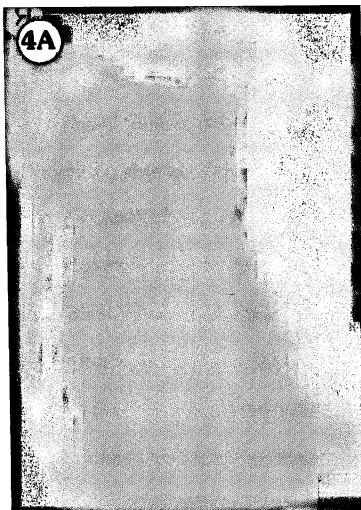
2B. ภาพกลืนแป้งแบเรียมก่อนผ่าตัด แสดงให้เห็นหลอดอาหารขยายออกกว้างขึ้นคดเคี้ยวและยาวขึ้น ส่วนล่างของหลอดอาหารโค้งงอมาทางซ้าย แต่ส่วนต่อของหลอดอาหารกับกระเพาะตีบแคบลงมากและผิวยเรียบ ลมในกระเพาะอาหารมีน้อย



รูปที่ 3A,3B ผู้ป่วยรายที่ 4

3A. ภาพกลืนแป้งแบเรียมก่อนผ่าตัด หลอดอาหารพองใหญ่ ส่วนต่อหลอดอาหาร กระเพาะตีบเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5-6 มม. มีลมในกระเพาะอาหารน้อย แป้งแบเรียม ผ่านไปได้เล็กน้อย ทำให้เห็นกระเพาะอาหารตีบแคบและขรุขระ แยกออกจากมะเร็งได้ยาก

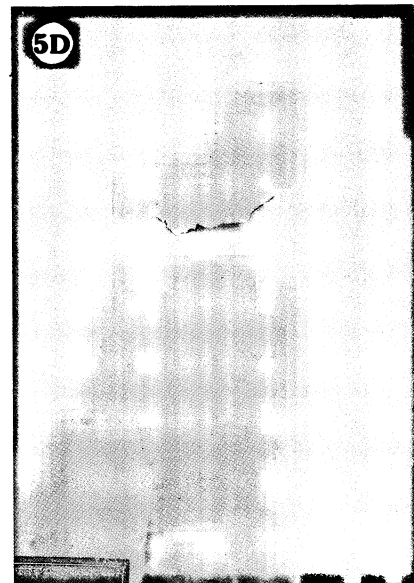
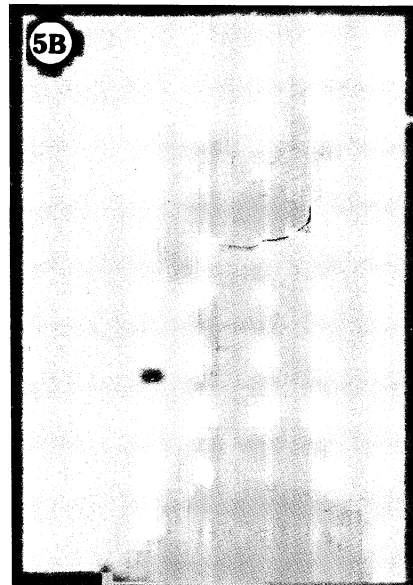
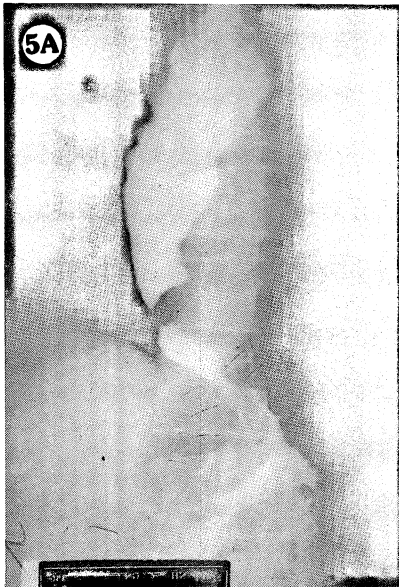
3B. หลังผ่าตัด 17 วัน ส่วนต่อหลอดอาหารกระเพาะใหญ่ขึ้น ผิวเรียบ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 มม. แป้งแบเรียมผ่านไปในกระเพาะอาหารได้ดี เห็นกระเพาะอาหาร ขยายได้ตามปกติ



รูปที่ 4A,4B ผู้ป่วยรายที่ 5 ภาพเอ็กซเรย์ทรวงอก

4A. ก่อนผ่าตัด หลอดอาหารพองใหญ่มากจนเกือบเต็มช่องปอดด้านขวา มีเงาเป็นจุดขาว ๆ ดำ ๆ คล้ายเศษอาหารอยู่ที่ส่วนบน

4B. หลังผ่าตัด 1 เดือน หลอดอาหารแฟบเล็กลงชัดเจน



รูปที่ 5A,5B,5C,5D ผู้ป่วยรายที่ 5 ภาพกลืนแบเรียมด้านหน้าและด้านข้าง

5A,5B ก่อนผ่าตัดหลอดอาหารขยายพองใหญ่มากและมีเศษอาหารค้างอยู่มาก ส่วนต่อหลอดอาหารและกระเพาะตีบเล็ก ผิวค่อนข้างเรียบ เส้นผ่าศูนย์กลาง 6 มม. ไม่เห็นลมในกระเพาะเลย แบงแบเรียมผ่านลงไปในกระเพาะอาหารได้น้อยมาก

5C,5D หลังผ่าตัด 5 วัน หลอดอาหารมีขนาดเล็กลง ส่วนต่อหลอดอาหารกระเพาะมีขนาดใหญ่ขึ้นประมาณ 10-12 มม. แบงแบเรียมผ่านลงไปในกระเพาะได้ดีขึ้นมาก

โรคแทรกทางปอด มีอาการไอเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ให้การรักษาโรคทางปอดถึง 1 ปี จึงทราบว่าเป็นโรคแทรกของ achalasia เช่นผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 5

ผู้ป่วย 5 ราย มีเพียง 2 รายที่สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องตั้งแต่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งแรก ในการที่จะลดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด แพทย์ควรคิดถึงโรคนี้ไว้เสมอในผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากมานาน แต่ถ้าผู้ป่วยกลืนลำบากและเป็นมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ผอมลงเร็ว ควรคิดถึงมะเร็งของหลอดอาหารมากกว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยไอเรื้อรังร่วมกับอาการกลืนลำบากด้วย ควรคิดถึงโรคของหลอดอาหารด้วยการเอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยที่เป็นมากสามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ แต่ในรายที่เป็นน้อยหลอดอาหารยังไม่พองใหญ่มาก จะวินิจฉัยแยกออกจากมะเร็งของหลอดอาหารได้ยาก การส่องตรวจกระเพาะอาหารควรทำทุกรายเพื่อช่วยวินิจฉัยแยกโรคมะเร็ง และยังช่วยตรวจว่ามีมะเร็งร่วมอยู่กับ achalasia ด้วยหรือไม่ (โรงพยาบาลเจ้าพระยา อยมราช เริ่มส่องตรวจกระเพาะอาหาร เมื่อต้นปี พ.ศ. 2534 จึงได้ส่องตรวจเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 5 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ส่องตรวจกระเพาะอาหารจากคลินิกแพทย์เอกชน)

ผู้ป่วยทั้ง 5 รายได้ผ่าตัดรักษาโดยเข้าทางช่องอกซ้าย 3 ราย เข้าทางช่องท้อง 2 ราย ทั้ง 5 รายทำ myotomy ที่ส่วนปลายของหลอดอาหาร ยาวประมาณ 10 ซม. และเลาะเลยไปถึง cardia อีก 1 ซม. ทุกรายไม่ได้ทำ antireflux operation

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็ว กลืนอาหารได้สะดวกทันทีหลังผ่าตัดได้ 1-2 วัน นอนอยู่โรงพยาบาล 1-2 สัปดาห์ก็สามารถกลับบ้านได้ ผู้ป่วยทุกรายได้ติดตามผลการรักษาประมาณ 1 ปี ทุกรายจะกินอาหารแล้วไม่ติดคอ กินแล้วไม่เจ็บแน่นหน้าอก ไม่สำรอก อ้วนขึ้น (ยกเว้นผู้ป่วยรายที่ 5

ที่ไม่อ้วนขึ้น เนื่องจากมีโรคแทรกโดยไม่ทราบสาเหตุ และต้องกินยาขยายหลอดลมเป็นประจำ) เอ็กซเรย์จะเห็นหลอดอาหารที่พองใหญ่หดเล็กลงชัดเจน

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย achalasia ของหลอดอาหาร 5 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 2 ราย ผู้ป่วยหญิง 3 ราย วินิจฉัยโรคให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกค่อนข้างยาก แพทย์เราควรนึกถึงโรคนี้ไว้ในผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากเรื้อรัง เอ็กซเรย์ทางเดินอาหารส่วนต้นและการส่องตรวจกระเพาะอาหาร จะช่วยวินิจฉัยโรคนี้ได้

การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด esophagomyotomy อย่างเดียว โดยไม่ได้ทำ antireflux procedures ได้ผลดี การผ่าตัดสามารถทำได้โดยศัลยแพทย์ทั่วๆ ไป ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่รุนแรงเกิดขึ้นเลย

เอกสารอ้างอิง

1. De Meester TR, Attwood SEA. Gastroesophageal reflux disease, hiatus hernia, achalasia of esophagus, and spontaneous rupture. In : Schwartz SI, Ellis H. Maingot's abdominal operation. New york : Prentice Hall, 1990 : 534-540.
2. Donahue PE, Samelson S, Schlesinger PK, Sompeck CT, Nyhus LM. Achalasia of the esophagus : Treatment controversies and the method of choice. Ann Surg 1986 ; 203 : 505-11.
3. ณรงค์ เลิศอรรมยณิ. Motility disorder of the esophagus. ใน : ณรงค์ ไท่ยางกูร, อรุณ เผ่าสวัสดิ์, ทองอวบ อุตระวิเชียร, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 9. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร, 2534 : 41-46.