

ภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันที่ไม่ได้เกิดจากนิ่ว ไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลมะการักษ์

เชาวโรจน์ อุบลวิโรจน์
ชาญวิทย์ ทรัพย์

Abstract : Six cases of obstructive jaundice with periampullary carcinoma were reviewed from 1997 to 1992. The advanced and non operative cases were excluded. Only 6 resectable cases were found in the first admission. The biopsy and bypass procedures were done in 3 cases. All of them died in 3 months after the pathological reports showed adenocarcinoma. The biopsy was done in another one and then Whipple operation a month after. The patient died 1 year later with spreading tumor. The Whipple operation were done in the other 2 without biopsy. The result was good after 3 months follow up in the first one and the other was healthy until now, 1 years and 9 months later.

Obstructive jaundice without stone always be malignant lesions and the investigations can be concluded in most cases. Decision making during exploration is difficult. This report shows better result in aggressive approach but the amount of patient is too small. However we suggest aggressive approach in obstructive jaundice without stone.

Unknown cause obstructive jaundice without stone in Makarak Hospital.

Chaovaroj Ubolviroj, Chanvit Tharathep.

Region 7 Medical Journal 1992 : 1 : 13-18

บทคัดย่อ รายงานผู้ป่วยทางเดินน้ำดีอุดตันที่ไม่ได้เกิดจากนิ่วและไม่ทราบสาเหตุหลังการตรวจวินิจฉัยจนทำการผ่าตัดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2530 ถึงปี พ.ศ. 2535 จำนวน 6 ราย ทำการรักษาโดยผ่าตัดส่งขึ้นเนื้อตรวจร่วมกับการทำ bypass จำนวน 3 รายผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งบริเวณรอบส่วนปลายทางเดินน้ำดี ทุกราย ผู้ป่วยกลับมาด้วยเรื่องมะเร็งลุกลามไปอย่างรวดเร็วเสียชีวิตภายใน 3 เดือนทั้ง 3 รายทำการผ่าตัดส่งขึ้นเนื้อตรวจอย่างเดียว 1 ราย เมื่อทราบผลเป็นมะเร็งก็กลับมาทำผ่าตัด Whipple operation ผู้ป่วยอยู่ได้นาน 1 ปีก่อนที่จะมีมะเร็งลุกลามจนเสียชีวิต 2 รายสุดท้ายทำผ่าตัด Whipple operation ตั้งแต่การผ่าตัดครั้งแรก ผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งทั้ง 2 ราย ผลการรักษาผู้ป่วยรายแรกหลังผ่าตัด 3 เดือนอาการดี จากนั้นไม่ได้มาติดต่ออีกเลย อีกรายผู้ป่วยแข็งแรงเป็นปกติจนปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 1 ปี 9 เดือน

ภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันที่ไม่ได้เกิดจากนิ่ว มักมีสาเหตุจากมะเร็งเกือบทั้งหมด การรักษาโดยการ Whipple operation ในขณะที่ก้อนยังมีขนาดเล็กเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะหายจากโรคได้ การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจและผลทางพยาธิวิทยาให้ผลการรักษาไม่ดันทักและเสียโอกาสที่จะหายจากโรค ดังนั้นจึงควรให้การรักษาอย่างเต็มที่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็นต้องรอผลทางพยาธิวิทยา

บทนำ

ภาวะดีซ่านจากทางเดินน้ำดีอุดตันพบได้ค่อนข้างบ่อย สาเหตุอาจเกิดจากทางเดินน้ำดีภายในตับ ได้แก่โรคทางอายุรกรรม เช่น Hepatitis หรือเนื้องอกตับ ได้แก่โรคทางศัลยกรรมก็ได้(ตารางที่ 1)¹ ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ นิ่วในทางเดินน้ำดี ซึ่งให้การวินิจฉัยและรักษาได้ไม่ยากนัก แต่ก็มีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่หาสาเหตุไม่ได้ก่อนการผ่าตัด ก่อให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยและการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลต่างจังหวัดซึ่งขาดแคลนเครื่องมือเครื่องใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาเป็นอย่างมาก การศึกษาเพื่อหาแนวทางในการวินิจฉัย การรักษา และการตัดสินใจขณะทำการผ่าตัดในกรณีผู้ป่วยทางเดินน้ำดีอุดตันไม่ทราบสาเหตุก่อนผ่าตัดจึงน่าจะเป็นทางออกที่เหมาะสม

ตารางที่ 1 causes of hyperbilirubinemia

Extrahepatic disorders	Hepatic disorders
A. Biliary calculi	A. Deficient secretion (Dubin Johnson, Roter, etc.)
B. Bile duct stricture	B. Intrahepatic cell damage & canaliculi obstruction (Hepatitis, Cholangitis, Sepsis, Drugs, Cirrhosis Tumors)
C. Sclerosing cholangitis	
D. Bile duct carcinoma	
E. Ampullary carcinoma	
F. Pancreatitis	
G. CA head of pancreas	

ผู้ป่วยและวิธีการ

ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยทางเดินน้ำดีอุดตันที่มีได้เกิดจากนิ่ว ในโรงพยาบาลมะเร็งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530-2535 รวม 22 ราย แยกผู้ป่วย perampullary carcinoma ที่วินิจฉัยได้ก่อน 13 ราย, ผู้ป่วย pancreatitis 1 ราย, และผู้ป่วย hepatitis 2 ราย นอก เหลือผู้ป่วยที่มีทางเดินน้ำดีอุดตันไม่ทราบสาเหตุหลังการตรวจวินิจฉัย

ด้วยวิธีต่าง ๆ แล้ว 6 รายที่นำมาศึกษา

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเพศชายจำนวน 4 ราย เพศหญิง 2 ราย อายุ 47-70 ปี เหลืองก่อนมาโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-2 เดือน ได้ทำการตรวจวินิจฉัยโดย การตรวจทางรังสีวิทยาและการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง หาสาเหตุไม่พบ (ตารางที่ 2) ได้ทำการผ่าตัดรักษาทุกรายโดยทำ biopsy ร่วมกับ bypass (cholechojejunostomy, T-tube) 3 ราย ทำผ่าตัด biopsy และทำ Whipple operation ภายหลัง 1 ราย ทำผ่าตัด Whipple operation โดยไม่ได้ทำ biopsy 2 ราย ผลทางพยาธิวิทยาทุกรายเป็น carcinoma โดยมี carcinoma of ampulla 4 ราย adenocarcinoma 1 ราย, และ carcinoma of distal common bile duct 1 ราย (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด biopsy ร่วมกับ bypass อยู่ได้นาน 2-3 เดือน ผู้ป่วยที่ทำ biopsy และทำ Whipple operation ตามหลังอยู่ได้ 6 เดือน ก็มี lung, liver metastasis และเสียชีวิตใน 1 ปีต่อมา ผู้ป่วยที่ทำ Whipple operation 2 ราย ไม่มาตรวจรักษาอีกเลย 1 ราย อีกราย แข็งแรงดีจนถึงปัจจุบัน (1 ปี 9 เดือน) (ตารางที่ 4)

อภิปราย

สาเหตุส่วนใหญ่ของทางเดินน้ำดีส่วนปลายอุดตันที่มีได้เกิดจากนิ่วในทางเดินน้ำดีนั้นมักเกิดจากมะเร็งเกือบทั้งหมด benign stricture และ benign neoplasm ของทางเดินน้ำดีส่วนปลายนั้นพบได้น้อยมาก จากการศึกษานี้ของ Dixon และคณะในปี 1983 พบ benign stricture เพียง 4 ราย โดยที่การอุดตันจากมะเร็ง 92 ราย² ขณะที่ Martin และคณะในปี 1990 รวบรวมผู้ป่วยที่ทำ Whipple operation โดยได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดเป็น perampullary carcinoma จำนวน 87 ราย ไม่ใช่มะเร็งเพียง 4 ราย³ การศึกษานี้ก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันที่มีได้เกิดจากนิ่วและหาสาเหตุไม่พบก่อนผ่าตัดเป็นมะเร็ง ทั้ง 6 ราย

ตารางที่ 2 แสดงเพศ อายุ ระยะเวลาที่เหลือง ระดับ bilirubin

ลำดับที่	เพศ	อายุ(ปี)	ระยะเวลาที่เหลือง	Bilirubin(mg%)	Imaging Investigation
1	หญิง	65	1 เดือน	15.0	Ultrasound
2	ชาย	70	1 เดือน	13.1	Ultrasound
3	หญิง	62	2 เดือน	9.3	Ultrasound
4	ชาย	47	1 เดือน	-	Plain abdomen
5	ชาย	62	1 เดือน	19.8	Ultrasound
6	ชาย	52	1 เดือน	30.8	Ultrasound

ตารางที่ 3 แสดงการผ่าตัด ระยะเวลาที่อยู๋โรงพยาบาลและผลทางพยาธิวิทยา

ลำดับ	การผ่าตัด	เวลาที่อยู่ รพ./หลังผ่าตัด	พยาธิวิทยา
1	1 Sphincteroplasty		
	2 Choledochojunostomy and biopsy	43/28	Adeno CA
2	Choledochojunostomy and biopsy	27/14	CA ampulla (well dif)
3	Cholecystectomy and biopsy and T-tube	31/19	CA ampulla (moderate dif)
4	1 Biopsy		CA ampulla (moderate dif)
	2 Whipple operation	17/15	CA ampulla (well dif)
5	Whipple operation	35/31	CA distal CBD (moderate dif)
6	Whipple operation	21/14	CA distal CBD (moderate dif)

การวินิจฉัยภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันจากมะเร็ง โดยอาศัยประวัติเช่น painless jaundice พบเพียง 42% ของผู้ป่วย⁴ นอกจากนี้ประวัติการเป็นเบาหวานอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี ที่บ่งชี้ถึงมะเร็งตับอ่อน ก็พบเพียง 40% ของผู้ป่วย⁵ การตรวจร่างกายคลำถุงน้ำดีได้ก็พบประมาณ 50% เท่านั้น^{4,5} การตรวจวินิจฉัยโดยใช้เครื่องมือเช่น ultrasound สามารถบอกทางเดินน้ำดีได้ขึ้น

กว่าปกติได้ 90% เช่นเดียวกับ CT scan แต่ระดับของการอุดตันและสาเหตุการอุดตันบอกได้ไม่แน่นอน ขณะที่ CT scan บอกได้ประมาณ 70 - 80% percutaneous transhepatic cholangiogram และ endoscopic retrograde cholangiopancreatogram บอกระดับการอุดตันและสาเหตุได้ดีกว่า แต่ต้องอาศัยเครื่องมือและบุคลากรที่ชำนาญ ซึ่งหาได้ยากในระดับโรงพยาบาลทั่วไป⁶ การเจาะเลือดตรวจหา

ตารางที่ 4 แสดงการผ่าตัด ผลทางพยาธิวิทยาและการพยากรณ์โรค

ลำดับ	การผ่าตัด	พยาธิวิทยา	การพยากรณ์โรค
1	1 Sphincteroplasty		
	2 Choledochojunostomy and biopsy	Adeno CA	เสียชีวิตใน 3 เดือน
2	Choledochojunostomy and biopsy	CA ampulla (well dif)	เสียชีวิตใน 3 เดือน
3	Cholecystectomy and biopsy and T-tube	CA ampulla (moderate dif)	เสียชีวิตใน 2 เดือน
4	1 Biopsy	CA ampulla Lung, liver metastasis	
	2 Whipple operation	(moderate dif)	เสียชีวิตใน 1 1/2 ปี
5	Whipple operation	CA ampulla (well dif)	Loss follow up หลังผ่าตัด 3 เดือน
6	Whipple operation	CA distal CBD (moderate dif)	แข็งแรงดี (1 1/2 ปี)

tumor marker เช่น CEA, AFP, POA ก็ให้ผลไม่แน่นอน⁵

การตรวจทางพยาธิวิทยาเช่น needle biopsy ให้การวินิจฉัยได้ 50-100% แต่ก็มีผลข้างเคียงได้ 0-14%⁷ นอกจากนั้น ยังมีรายงานพบว่าผู้ป่วยที่ถูกเจาะตรวจมีการกระจายของมะเร็งไปได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกเจาะตรวจ^{8,9} การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ frozen section ขณะทำผ่าตัดไม่สามารถบอกผลได้ถึง 30%³ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในกลุ่ม ampullary carcinoma ก็พบว่ามักถูกล้อมรอบด้วย adenoma ขณะที่ 40% ของ pancreatic carcinoma ถูกล้อมรอบด้วยเนื้อตับอ่อนที่เป็น severe pancreatitis ที่เหลืออีก 60% เป็น mild pancreatitis, ผลชิ้นเนื้อของผู้ป่วยที่เป็น sclerosing cholangitis ในภายหลังก็พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้กลายเป็น cholangio-carcinoma จำนวนมาก ดังนั้นผลชิ้นเนื้อที่เป็นมะเร็งจึงช่วยในการวินิจฉัย ขณะที่ผลชิ้นเนื้อไม่ใช่มะเร็งก็มีโอกาสเป็นมะเร็งได้สูงมากเช่นเดียวกัน^{3,10}

การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้เมื่อผลการวินิจฉัยต่าง ๆ ยังหาสาเหตุไม่ได้แน่นอน การตัดสินใจขณะผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยทั่วไปอาศัย ประวัติสำคัญ ๆ ที่บ่งชี้ถึงมะเร็ง ผลการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจ การตรวจด้วย imaging studies ต่าง ๆ และการตรวจพบขณะผ่าตัด อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้มีโอกาสเป็นมะเร็งสูงมากกว่า 90% จึงมีการทำ Whipple operation โดยไม่มีผลทางพยาธิวิทยายืนยันสูงถึง 41% Moossa ในปี 1990 ถึงกับสรุปว่า "Resection is the best biopsy"¹⁰ ทั้งนี้ ผลแทรกซ้อนและอัตราการตายจากการทำ Whipple operation ก็ลดลงเหลือเพียง 5-25% และ 2-5% ในมือศัลยแพทย์ที่ชำนาญ การพยากรณ์โรคในมะเร็งตับอ่อนบางรายงานก็มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี สูงถึง 20% และ ampullary carcinoma ก็มีอัตราการอยู่รอดสูง 40-50% คู่มาที่ทำการผ่าตัดใหญ่^{11,12}

ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ทำการตัดชิ้นเนื้อส่ง

ตรวจ มักมีการกระจายของมะเร็งลุกลามไปมาก จนไม่อาจผ่าตัดออกให้หมดได้ในครั้งหลัง ผลการรักษาจึงไม่เป็นที่น่าพอใจแม้รายที่ทำการตัดชิ้นเนื้อออกแล้วสามารถทำ Whipple operation ได้ จะมีชีวิตอยู่นานกว่าแต่ในที่สุดก็มีการกระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น ๆ อีกผู้ป่วยที่หาสาเหตุไม่ได้แม้ขณะผ่าตัดและได้ทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจร่วมกับทำ bypass เมื่อได้ผลชิ้นเนื้อ ก็มีการกระจายของมะเร็งออกไปแล้วการพยากรณ์โรคจึงไม่ดี แต่ผู้ป่วยที่ทำ Whipple operation เลยในการผ่าตัดครั้งแรก ให้ผลการรักษาดีกว่า อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยยังมีน้อยอยู่

โรงพยาบาลทั่วไปในต่างจังหวัดส่วนใหญ่ มีศัลยแพทย์ผู้ชำนาญ ขณะที่เครื่องมือการวินิจฉัยต่าง ๆ ตลอดจนพยาธิแพทย์ยังขาดแคลน การส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพ ฯ ก็เป็นการเพิ่มงานที่มีมากเต็มที่อยู่แล้ว อีกทั้งผู้ป่วยจำนวนมากไม่ยอมเข้ามารับรักษาตามที่แพทย์แนะนำ ท้ายที่สุดก็กลับมาในภาวะที่มะเร็งลุกลามไปทั่วจนไม่อาจให้การรักษาได้อย่างเต็มที่ ถึงแม้ผู้ป่วยยินยอมเข้ามารับรักษาตามคำแนะนำ เครื่องมือและการตรวจทางพยาธิวิทยา ก็อาจไม่สามารถบอกสาเหตุของการอุดตันได้การตัดสินใจขณะทำการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอยู่ดีจากรายงานการศึกษาต่าง ๆ รวมทั้งรายงานฉบับนี้ คณะผู้วิจัยเสนอว่า การรักษาผู้ป่วยทางเดินน้ำดีอุดตันที่มีได้เกิดจากนิ่วและหาสาเหตุไม่พบ เมื่อทำการตรวจทุกวิธีเท่าที่ทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไปแล้ว ควรให้การรักษาแบบมะเร็งระยะแรกเริ่มของบริเวณส่วนปลายทางเดินน้ำดี โดยการทำ Whipple operation ไปเลย น่าจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการตัดชิ้นเนื้อตรวจแล้วรอผล หรือทำ bypass ดังรายงานฉบับนี้

สรุป

รายงานเสนอการรักษาผู้ป่วยภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันที่มีได้เกิดจากนิ่ว โดยหาสาเหตุไม่พบ 6 ราย ทำผ่าตัดเพื่อส่งชิ้นเนื้อตรวจ 4 ราย มีเพียงรายเดียวที่กลับมาทำ Whipple operation และอยู่ได้นานกว่าผู้ป่วย 3 รายที่เหลือ

ซึ่งมะเร็งลุกลามไปมากหลังทำการตัดชิ้นเนื้อผู้ป่วยอีก 2 รายทำ Whipple operation โดยไม่ได้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจผลการรักษาดีกว่า

บรรณานุกรม

1. Schwartz SI. Evaluation of Jaundice. In: Schwartz S I, Ellis H, eds Maingot's Abdominal Operations. Prentice-Hall ; 1990 : 1349-1354.
2. Dixon J M, Armstrong C P, Duffy S W, Davies G C. Factors affecting morbidity and mortality after surgery for obstructive jaundice: a review of 373 patients. Gut 1983; 24: 845-852.
3. Martin FM, Rossi RL, Dorrucchi V, Silverman ML, Braasch JW. Clinical and pathologic correlations in patients with periampullary tumors. Arch Surg 1990; 125: 723-727.
4. Schlipfert W, Lucke D, Anuras S, Christensen J. Carcinoma of the papilla of vater. Am J Surg 1978; 135:763-770.
5. Mossa AR, Levin B. The Diagnosis of early pancreatic cancer : The University of Chicago experience. Cancer 1981; 47 : 1688-1697.
6. Silverstein MD, Richter JM, Podolsky DK, Warshaw AL. Suspected Pancreatic cancer presenting as pain or weight loss : analysis of diagnostic strategies. World J Surg 1984 ; 8 : 839-845.
7. Beazley RM. Needle biopsy diagnosis of pancreatic cancer. Cancer 1981; 47: 1685-1687.
8. Weiss SM, Skibber JM, Mohammed Mohiuddin, Rosato FE. Rapid Intra-abdominal spread of pancreatic cancer influence of multiple operative biopsy procedures. Arch Surg 1985; 120 : 415-416.
9. Fortner JG. Cancer of the pancreas. N Engl J Med

- 1980; 301: 232-235.
10. Moossa S R. Diagnosis and treatment of early pancreatic cancer. In: Sawyers JL, Williams LF. Difficult problems in general surgery. Year Book Medical Publisher, 1990 : 285-298
11. Crist DW, Sitzmann JV, Cameron JL. Improved hospital morbidity, mortality, and survival after the Whipple procedure. Ann Surg 1987; 24: 358-365.
12. Warshaw AL, Zhuo-yun Gu, Wittenberg J, Waltman AC. Preoperative staging and assessment of resectability of pancreatic cancer. Arch Surg 1990; 125: 230-233.

อภินันทนาการ

จาก



บริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด (แผนกเวชภัณฑ์)

130/1 ถนนสาทรเหนือ กรุงเทพฯ 10500

โทร ๒๓๓ ๑๔๔๐, ๒๓๓ ๑๔๕๐

โทรสาร (๖๖๒) ๒๓๖ ๗๗๓๘