

Dysphagia

สุเทพ ชูใจ

เรื่องย่อ

ผู้ป่วยซึ่งมีอาการกลืนอาหารลำบากจำนวน 52 ราย ได้รับการตรวจด้วยกล้องส่องหลอดอาหารพบว่าส่วนใหญ่เป็นมะเร็ง 37 ราย (71.2 เปอร์เซ็นต์) เป็น achalasia และ oesophagitis อย่างละ 3 ราย (5.8 เปอร์เซ็นต์) เป็น cricopharyngeal spasm 2 ราย (3.8 เปอร์เซ็นต์) เป็น diverticulum, postanastomotic stenosis, pyloric stenosis และ dysplasia อย่างละ 1 ราย (1.9 เปอร์เซ็นต์) อีก 3 รายตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ กลุ่มผู้ป่วยซึ่งกลืนลำบากเพราะสิ่งแปลกปลอมในหลอดอาหารไม่ได้นับรวมในรายงานนี้

อาการกลืนลำบาก (dysphagia) หมายถึงความรู้สึกผิดปกติระหว่างการกลืนอาหารหรือการกลืนไม่ลงเพราะการอุดตัน¹ อาจมีเหตุจากโรคหรือภาวะอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อหลอดอาหาร ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหลอดอาหาร ความผิดปกติของระบบประสาท การอักเสบ ความเจ็บปวดหรือการอุดตันจากภายในหรือภายนอกหลอดอาหาร^{2,3} มักพบที่เกิดจากมะเร็งหลอดอาหารเสียเป็นส่วนใหญ่⁴

ดังเป็นที่ทราบกันว่ามะเร็งหลอดอาหารมักมาพบแพทย์ต่อเมื่อได้มีการลุกลามของโรคไปมากเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้ การรักษาในรูปแบบต่าง ๆ มักเป็นเพียงการประคับประ-

คองเพื่อให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้และใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีความสุขพอควรเท่านั้น⁵ ในทางตรงข้ามโรคหรือเหตุของการกลืนลำบากอื่น ๆ สามารถบำบัดรักษาให้หายได้ ฉะนั้นการตรวจค้นเพื่อหาสาเหตุที่ถูกต้องแท้จริงจึงมีความสำคัญมาก

โรคของหลอดอาหารมักแสดงอาการกลืนลำบากเป็นสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจร่างกายมักปรากฏคล้ายคลึงกัน การตรวจค้นมักกระทำโดยการถ่ายภาพรังสีของหลอดอาหารระหว่างกลืนแบเรียม เมื่อพบความผิดปกติจึงนำไปตรวจด้วยกล้องส่องตรวจหลอดอาหารและการวัดแรงดันภายในหลอดอาหาร ในทางปฏิบัติการตรวจทางรังสีวิทยาและการ

ส่องตรวจหลอดอาหารก็เพียงพอที่จะทำการวินิจฉัยโรคได้ ส่วนการวัดแรงดันมักทำเพื่อการศึกษาเท่านั้น⁴

วิธีการ

การศึกษานี้กระทำโดยการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการกลืนลำบาก ระหว่างเดือนมกราคม 2520 ถึง พฤศจิกายน 2525 เฉพาะกลุ่มที่รับไว้เพื่อตรวจค้นและรักษาในหน่วยของผู้เขียนจำนวน 52 ราย การตรวจค้นได้กระทำโดยการกลืนแบเรียมตรวจทางรังสีวิทยา เมื่อพบว่ามี การอุดตันหรือการตีบตันของหลอดอาหารหรือหากยังปรากฏอาการแสดงว่ามีอาการกลืนลำบากทั้งที่ไม่พบความผิดปกติของภาพรังสีก็ตามจะได้รับการตรวจขั้นต่อไปโดยการส่องตรวจหลอดอาหารด้วยกล้องส่องชนิดท่อ (rigid oesophagoscope) ในบางรายงานอาจได้รับการตรวจด้วยกล้องส่องชนิดไฟเบอร์จากหน่วยงานอื่นมาก่อน และในบางรายจะได้รับการตรวจหลอดลมด้วยกล้องส่องหลอดลมชนิดท่อ (rigid bronchoscope) ด้วย เมื่อมีข้อบ่งชี้ การบันทึกผลการตรวจจะบอกระดับความลึกที่พบพยาธิสภาพและลักษณะของ

พยาธิสภาพที่เห็นด้วยตา เกือบทุกรายที่พบหรือสงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพจะตัดชิ้นเนื้อจากบริเวณนั้น ๆ ส่องตรวจทางพยาธิวิทยา มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการตัดเนื้อแม้จะพบพยาธิสภาพชัดเจนด้วยเหตุที่ในช่วงเวลาหนึ่งการส่องตรวจมิได้รับความสะดวก ในผู้ป่วยประเภทหลังนี้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งโดยลักษณะที่พบด้วยตาเปล่าเท่านั้น ยังมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ผลการตรวจเนื้อทางพยาธิวิทยาสูญหายหรือไม่สามารถติดตามได้หากลักษณะที่พบด้วยตาเปล่าเป็นมะเร็งก็จะจัดรวมไว้ในกลุ่มผู้ป่วยชนิดมะเร็งที่ไม่ทราบประเภทของเซลล์

ผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดตันหลอดอาหาร และผู้ป่วยที่มีการตีบตันของหลอดอาหารได้กำหนดมิได้นับรวมไว้ในกลุ่มที่รายงานนี้

ผล

ในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 52 รายพบว่ามีโรคมะเร็ง achalasia หลอดอาหารอักเสบ กล้ามเนื้อ cricopharyngeal เกร็งตัว diverticulum การตีบตันหลังการผ่าตัด dysplasia และไม่พบสิ่งผิดปกติเป็นเหตุของการอุดตัน ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

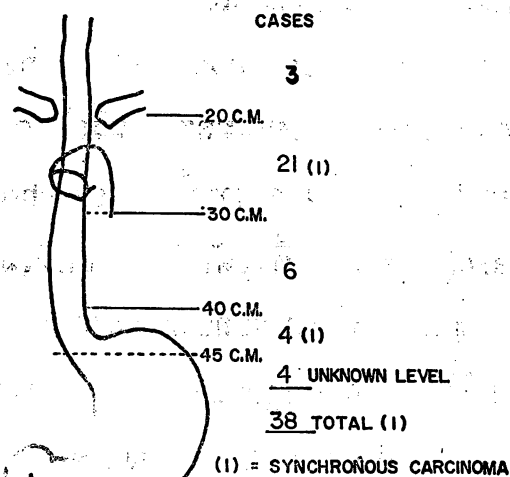
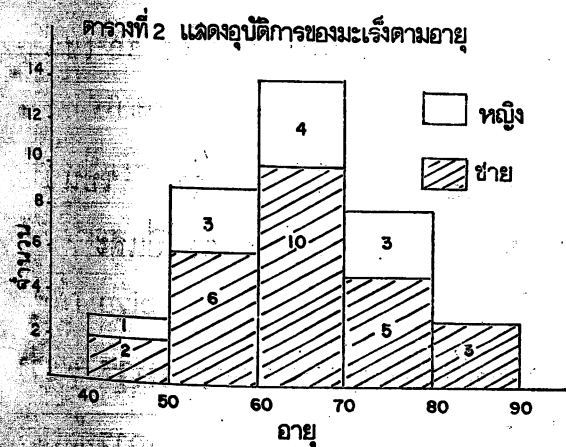
ตารางที่ ๑ จำแนกตามเหตุ อายุ เพศ

		30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Subtotal	Total	Percent
Oesophageal carcinoma	M	-	2	6	10	5	3	26	37	71.2
	F	-	1	3	4	3	-	11		
Achalasia	M	1	-	-	-	-	-	1	3	5.8
	F	-	1	-	-	1	-	2		
Oesophagitis	M	-	-	1	-	-	-	1	3	5.8
	F	-	-	-	1	1	-	2		
Cricopharyngeal spasm	M	-	-	-	1	-	-	1	2	3.9
	F	1	-	-	-	-	-	1		
Diverticulum	M	-	-	-	-	-	-	-	1	1.9
	F	-	-	-	1	-	-	1		
Postanastomotic stenosis	M	-	-	-	-	-	-	-	1	1.9
	F	-	-	-	1	-	-	1		
Pyloric stenosis	M	-	-	-	-	1	-	1	1	1.9
	F	-	-	-	-	-	-	-		
Dysplasia	M	-	-	-	-	-	-	-	1	1.9
	F	-	-	-	-	1	-	1		
Normal	M	-	1	-	1	-	-	2	3	5.8
	F	-	-	1	-	-	-	1		
Total		2	5	11	19	12	3		52	100.0

มะเร็งในหลอดอาหาร มีอุบัติการณ์สูงถึง 37 ราย คิดเป็น 71.2 เปอร์เซ็นต์จำแนกเพศ เป็นชาย 26 หญิง 11 ราย คิดเป็นอัตราส่วน ชายต่อหญิง เท่ากับ 2.36 ต่อ 1 ค่าเฉลี่ย อายุ 45 ปี สูงสุด 83 ปี (ค่าเฉลี่ย 64.4 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.6 ปี) พบมากที่สุด ในเกณฑ์อายุ 60 ปี ถึง 69 ปี ทั้งหญิงและชาย (ตารางที่ 2) เป็นมะเร็งใน

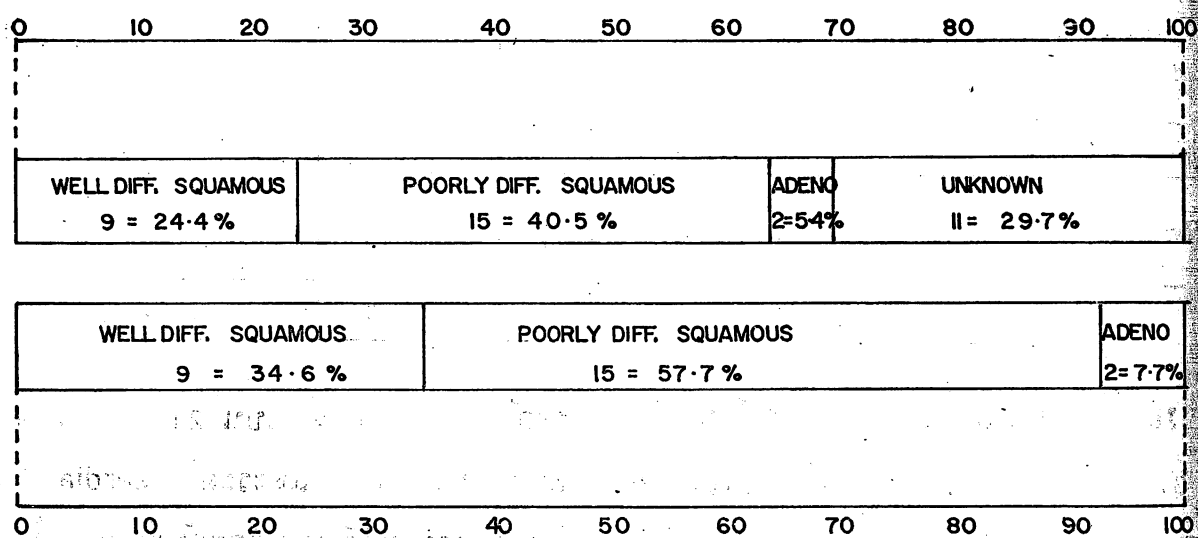
ระดับคอ 3 ราย ส่วนบน 21 ราย ระดับอกส่วนล่าง 6 ราย และระดับ cardia 4 ราย อีก 4 รายไม่ได้บันทึกระดับที่พบมะเร็งมี 1 รายที่พบมะเร็ง 2 ตำแหน่ง (synchronous carcinoma) คือในระดับ 30 เซนติเมตรและ 45 เซนติเมตร (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงอุบัติการณ์ของมะเร็งตามระดับ



ชนิดของเซลล์มะเร็ง จากจำนวนผู้ป่วย ตำแหน่ง) ไม่ได้ส่งตรวจหรือผลการตรวจ
37 ราย (38 ตำแหน่ง) ได้ผลการตรวจทาง สูญหายจำแนกเป็นประเภท (ตารางที่ 4)
พยาธิวิทยาเพียง 26 ราย อีก 11 ราย (12

ตารางที่ 4 แล่งประเภทเซลล์มะเร็ง



squamous cell carcinoma 24 ราย เป็น
ชนิด well differentiated 9 ราย ชนิด
poorly differentiated 15 ราย ทั้ง 24 ราย
พบในระดับสูงกว่า 40 เซนติเมตร เป็น
ประเภท adenocarcinoma 2 ราย ซึ่งพบใน
ระดับ 40-45 เซนติเมตร หรือในตำแหน่ง
cardia 1 รายใน 2 รายนี้เป็น synchronous
carcinoma ที่ระดับ 30 เซนติเมตรอีก
ตำแหน่งหนึ่งซึ่งในระดับบนผลการตรวจทาง
พยาธิวิทยาสูญหายและส่งตรวจต่างเวลากัน

มีจำนวน 4 รายที่มะเร็งลามและทะลุไป
สู่หลอดลมข้างซ้าย 3 ราย ข้างขวา 1 ราย

พิสูจน์ด้วยการส่องหลอดลมและการตรวจทาง
พยาธิ และทุกรายภาพเอกซเรย์หลอดอาหาร
ขณะกลืนแบเรียมพบว่าไม่มีแบเรียมไหลลงไป
หลอดลมด้วย แต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพราะ
การสลักแบเรียม ระดับที่เกิด tracheoesop-
hageal fistula อยู่ในระดับ 25-30 เซนติ-
เมตร

Achaeasia มีผู้ป่วย 3 ราย เป็นชาย
อายุ 35 ปี 1 ราย หญิงอายุ 37 ปีและ 71 ปี
อีก 2 ราย

การอักเสบของหลอดอาหาร พบว่า
มีผู้ป่วยในกลุ่มภาวะนี้ 3 ราย มีการอักเสบ

การตรวจ
รังสี 4)

ตลอดความยาวของหลอดอาหารจากการกลืน
กรดน้ำส้มเป็นชายอายุ 51 ปี 1 ราย อีก 2
รายเป็นการอักเสบแบบ reflux oesop-
hagitis ที่ส่วนปลายหลอดอาหารในหญิงอายุ
61 และ 72 ปี

Cricopharyngeal spasm พบใน
หญิงในอายุ 37 ปี และชายอายุ 60 ปี รวม
2 ราย

Diverticulum เป็นชนิด epiphrenic
พบในหญิงอายุ 60 ปี 1 ราย

ADENO
2=7.7%

การตีบตันหลังผ่าตัด พบว่าการตี-
ตันเกิดภายหลังการผ่าตัดหลอดอาหารและกระ-
เพาะเพื่อรักษามะเร็งในผู้ป่วยหญิงอายุ 64 ปี
อาการตีบตันเกิดหลังการผ่าตัด 4 ปี การตรวจ
ทางพยาธิ ไม่มีเซลล์มะเร็งตรงบริเวณรอยต่อ

การตรวจทาง
หลอดอาหาร
ไหลลงไปใน
กษอนเพอ
acheoesop
5-30 เซนติ

Pylorospasm การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
เย็บปลายกระเพาะอาหารในผู้ป่วยหญิงอายุ 60
ปี พบ 1 รายนี้มีอาการอาเจียรคล้ายการ
อุดตันของหลอดอาหาร กล่าวคือ เกิดอาการ
อาเจียรภายหลังกลืนอย่างรวดเร็ว คาดว่าการ
เกร็งตัวเป็นผลจากการผ่าตัดหลอดอาหารและ
กระเพาะ เพื่อรักษา diverticulum โดยไม่
ได้ทำ pyloroplasty เมื่อ 1 ปีก่อนหน้านั้น

ย เป็นท
ปีและ 7

Dysplasia พบในหญิงอายุ 72 ปี 1 ราย
ระยะ 32 เซนติเมตร ผลการตรวจทางพยาธิ

อาหาร พบ
มีการอักเสบ

เป็น severe dysplasia ของเย็บหลอด
อาหาร

ยังมีผู้ป่วยอีก 3 ราย ซึ่งมีอาการกลืน
ลำบากชัดเจนแต่ในการส่องตรวจหลอดอาหาร
ไม่พบสิ่งผิดปกติและไม่ได้ตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่ง
ตรวจทางพยาธิวิทยา เป็นชายอายุ 48 ปีและ
66 ปี รวม 2 คน และหญิงอายุ 55 ปี อีก
1 คน

วิจารณ์ผล

อาการกลืนลำบากเป็นอาการที่พบได้เสมอ
ในโรคของหลอดอาหารแม้จะมีอาการเพียงเล็กน้อย
ก็ควรได้รับการตรวจค้นโดยการตรวจทาง
รังสีวิทยา หากไม่พบสิ่งผิดปกติแต่อาการยังคง
อยู่ก็ควรได้รับการตรวจส่องด้วยกล้องตรวจ
หลอดอาหารและตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิ
หากมีข้อบ่งชี้⁵ ในกลุ่มผู้ป่วยที่รายงานนี้ได้ทำ
การตรวจค้นตามขั้นตอนดังกล่าวพบว่ามะเร็ง
หลอดอาหารถึง 37 ใน 52 ราย หรือ 71.2
เปอร์เซ็นต์ หากไม่นับจำนวนผู้ป่วย 4 ราย
ซึ่งพบมะเร็งในส่วน cardia แล้วอุบัติการณ์ของ
มะเร็งหลอดอาหารโดยแท้จะเป็น 63.4% ซึ่ง
ต่ำกว่าที่นายแพทย์จรรยา มโนทัย ได้รวบรวม
จากกลุ่มผู้ป่วยของท่านพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็ง
หลอดอาหาร (โดยไม่นับส่วน cardia) มีสูง
ถึง 79.5 เปอร์เซ็นต์⁴ น่าจะเป็นไปได้ว่าการ
ตรวจทางรังสีวิทยาที่มีประสิทธิภาพและระบบ

การรับผู้ป่วยของสถาบันของท่านเป็นปัจจัยที่ทำให้ได้สถิติของอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้อุบัติการณ์ของมะเร็งหลอดอาหารยังแตกต่างกับรายงานอื่น ๆ ทั้งเพศและระดับของการเกิดมะเร็ง^{4,6,7,8} ในรายงานที่น่าเสนอนี้พบมะเร็งในระดับอกส่วนบน (20-30 เซนติเมตร) ถึง 40.3 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสูงกว่าในรายงานของ นวรัตน์ ณ สงขลา⁹

มะเร็งหลอดอาหารมักมาพบแพทย์ต่อเมื่อมีการลุกลามไปเกินกว่าที่จะทำการรักษาอย่างได้ผล ทั้งนี้เป็นเพราะอวัยวะนี้มีการยืดหยุ่นและขยายตัวได้มาก จะปรากฏอาการก็ต่อเมื่อได้มีการลุกลามไปโดยรอบเยื่อหลอดอาหารในระดับที่เป็นโรคและอวัยวะข้างเคียงหรือได้แพร่กระจายไปไกลแล้ว ฉะนั้นหากพิจารณาแต่เพียงว่ามะเร็งหลอดอาหารเป็นสาเหตุใหญ่ของอาการกลืนลำบากแล้วเป็นสิ่งที่น่าท้อแท้ใจของแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยที่มาพบด้วยอาการนี้

ในกลุ่มผู้ป่วยที่รายงานนี้มีถึง 15 ราย (28.8 เปอร์เซ็นต์) ที่การกลืนลำบากมีเหตุต่าง ๆ คล้ายกับที่ได้เคยมีผู้รายงานไว้แล้วซึ่งภาวะหรือโรคเหล่านั้นสามารถรักษาอย่างได้ผลดีด้วยการผ่าตัดหรือเพียงแต่ขยายหลอดอาหารเท่านั้น

สรุป

มะเร็งหลอดอาหารมักเป็นสาเหตุของอาการกลืนลำบาก การรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่ค่อยเป็นผล ในรายงานนี้การตรวจค้นทางรังสีวิทยา ร่วมกับการตรวจหลอดอาหารด้วยกล้องส่องชนิดท่อ พบว่ายังมีผู้ป่วยอีกจำนวนถึงร้อยละ 28.8 ซึ่งมีเหตุจากโรคหรือภาวะอื่น จึงใคร่เสนอว่าผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากควรได้รับการตรวจค้นด้วยวิธีการดังกล่าวทุกราย.

เอกสารอ้างอิง

1. Gibbon J, Jr. Surgery of the chest. Philadelphia: W.B. Saunders, 1962:49.
2. French H. Dysphagia. In Index of differential diagnosis of main symptoms, sixth edition. London: Wright & sons 1945:252-257.
3. Frank BW. Dysphagia. In Harold Friedman H. ed. Problem oriented medical diagnosis. Asian edition. Tokyo: Ikagu Shoin Ltd, 1971:180-182.
4. จรรยา มโนทัย. Surgery of the oesophagus. กัมพล ประจวบเหมาะ และคณะบรรณาธิการ ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 2. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เวชสาร, 2524:149-182.
5. Ellis FH, Jr. Oesophagogastric resection for carcinoma, technical consideration based on anatomical location of lesion Surg Clin N Am 1980;60:265.
6. Wilson JH. Abdominal surgery. Handbook of surgery 5th Edition. Japan: Maruzen-Lange, 1973:426.
7. Sanderson DR Bernatz PE. Malignant tumours of the oesophagus and cardia of the stomach. In Spencer Payne W, Olsen AM. ed. The oesophagus. Philadelphia: Lea & Febiger. 1974:234-260.
8. Griffith JL, Terrance Davis J. Twenty year experience with surgical management of carcinoma of oesophagus and gastric cardia J. Thoracic Cardiovasc Surg 1980;79:447-452.
9. Nawarat Nasongkla. Gastrointestinal malignancy: relative frequency in Thailand Thai J Surg 1981;2:83-90.

เรื่อง

การ

ใส่
โรง

252

นา

นา

โร