

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะสุดท้ายโดยการใส่ท่อ

ชิน บุรณธรรม
โยธิน คุโรวาท

ทำการผ่าตัดใส่ท่อ Mousseau-Barbin ภายในหลอดอาหารให้กับผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะสุดท้าย 40 ราย ได้ผลเป็นที่น่าพอใจคือเป็นการผ่าตัดที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ปลอดภัยและให้ผลถูกต้องกับหลักสรีรวิทยาของการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารเหลวทางปากได้ดีหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อพบน้อยและไม่มีสาเหตุการถึงแก่กรรมของผู้ป่วยเนื่องจากการผ่าตัดเลย

มะเร็งหลอดอาหาร เป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับที่ 11 หรือร้อยละ 2.8 ในประเทศไทย³ โรคนี้สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าสามารถวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องในระยะเริ่มต้น แต่ผู้ป่วยส่วนมากมาพบแพทย์ในระยะสุดท้ายเมื่อโรคมมีการกระจายลุกลามมากแล้ว เพราะไม่ตระหนักถึงอาการและอันตรายของโรค นอกจากนี้โรคมยังมีการกระจายลุกลามทางระบบน้ำเหลืองรวดเร็วมาก ทำให้อัตรามะเร็งที่สามารถผ่าตัดออกได้ (Resectability rate) พบน้อยกว่าร้อยละ 40 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรคมมีความทุกข์ทรมาน เนื่องจากไม่สามารถกลืนอาหารทางปากได้ แพทย์จึงต้องให้การรักษาโดยหาวิธีให้ผู้ป่วยกลืนอาหารทางปากได้ ซึ่งมีหลายวิธีเช่น Palliative resection คือตัดส่วนที่อุดตันออกและต่อทางผ่านให้ใหม่ Bypass operation คือการผ่าตัดทำทางเดินอาหารใหม่โดยไม่ต้องผ่านหลอด

อาหารส่วนที่ตีบตัน เช่น ใช้กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วน jejunum หรือลำไส้ใหญ่ให้เป็นทางผ่านของอาหาร แต่ในผู้ป่วยที่สภาพร่างกายทั่วไปไม่เหมาะสมกับการผ่าตัดดังกล่าว ก็มีวิธีการผ่าตัดที่ง่าย สะดวก ค่อนข้างปลอดภัยและถูกต้องกับหลักสรีรวิทยาของการรับประทานอาหาร คือการผ่าตัดใส่ท่อ Mousseau-Barbin หรือ Esophageal tube ชนิดอื่น ๆ ไว้ภายในหลอดอาหาร^{2, 4, 6, 8, 9}

เพื่อให้อาหารผ่านทางท่อลงสู่กระเพาะอาหารได้ตามปกติ ส่วนการให้อาหารโดยการกรอกเข้าทางท่อลงสู่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก ส่วน jejunum โดยตรงนั้นจะทำในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยวิธีอื่นได้ เพราะแม้ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารอย่างพอเพียง แต่ก็คงยังมีความทุกข์ทรมานจากการกลืนไม่ลง แม้กระทั่งน้ำลายตลอดไปจนถึงแก่กรรม

* หน่วยศัลยกรรมทรวงอก แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

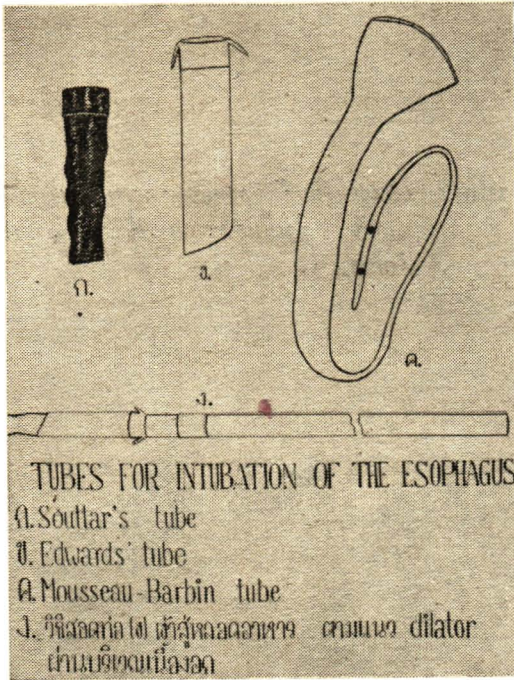
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการแข็งหลอดอาหารที่สามารถผ่าตัดออกได้

ผู้วิจัย	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดออกได้	
		ราย	ร้อยละ
Garlock (1954)	457	181	37.6
Sweet (1954)	528	303	52.1
Wu, Y. K. (1955)	379	152	32.0
Petrov (1957)	648	123	19.0
Lortat - Jacob (1957)	562	308	52.4
Ellis (1960)	909	245	27.0
Kuo (1960)	1,179	150	12.7
Le Roux (1961)	382	236	62.0
Cheng (1962)	162	51	42.5
Logan (1963)	853	509	60.0
Gunnlaugsson (1965)	1,657	579	36.0
Katsura - Kasal (1966)	621	510	82.1
Parker (1967)	138	41	29.7
Nakayama (1968)	5,390	2,140	39.7
Lawler (1969)	263	89	34.0
Ammann and collis (1971)	240	122	50.8
Lu and Wang (1971)	712	311	43.7
โยธิน คุโรวาท และคณะ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) (1972)	376	135	36.0
	15,510	6,186	38.0

วิธีการผ่าตัดใส่ท่อภายในหลอดอาหาร

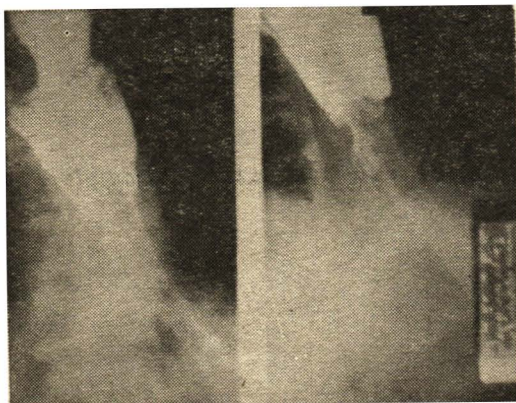
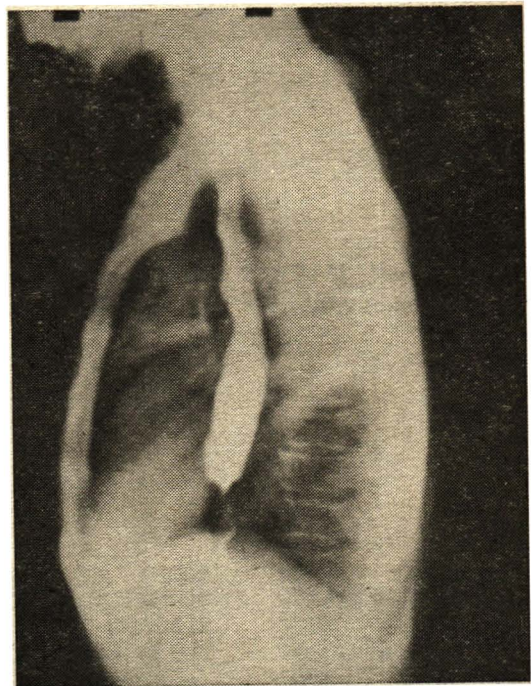
ทำการผ่าตัดเข้าสู่ช่องท้องโดยใช้ upper median incision ยาวประมาณ 8-11 ซม. ต่อบริเวณสะดือลงมาถึงสะดือ ขยับหลอดอาหารขึ้นเป็นช่องยาวประมาณ 3-5 ซม. สอดนิ้วผ่านช่องเพื่อหารอยต่อระหว่างหลอดอาหารกับกระเพาะอาหาร ใช้เครื่องมือขยาย (Dilator) สอดจากกระเพาะอาหารผ่านเข้าไปในหลอดอาหารออกมาทางปาก การทำวิธีนี้จะช่วยป้องกันการทะลุของหลอดอาหารได้ ค่อย ๆ ขยายหลอดอาหารให้กว้างขึ้นเป็นลำดับ

เมื่อได้ขนาดตามความต้องการก็ให้วิสัญญีแพทย์ผูกปลายเรียวของท่อ Mousseau-Barbin กับเครื่องขยาย แล้วจึงดึงกลับลงมา ตัดปากกรวยของท่อให้ได้ขนาดโตกว่าส่วนขยายเหนือตำแหน่งอุดตันเล็กน้อย ส่วนล่างของปลายท่อตัดให้ต่ำกว่าระดับรอยต่อระหว่างกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร การใช้ esophagoscope จะช่วยให้ทราบว่าท่ออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมหรือไม่ เย็บปลายท่อติดกับผนังด้านในของกระเพาะอาหารด้วยไหมเส้นหนา ๆ เพื่อป้องกันท่อเขยื้อนหลุดจาก

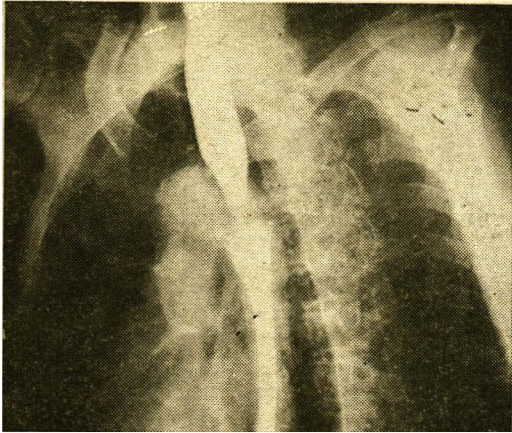


รูปที่ 1 แสดงชนิดต่างๆ ของท่อใส่ในหลอดอาหาร

รูปที่ 2 แสดงลักษณะการอุดตันของหลอดอาหารส่วนล่างจากมะเร็ง

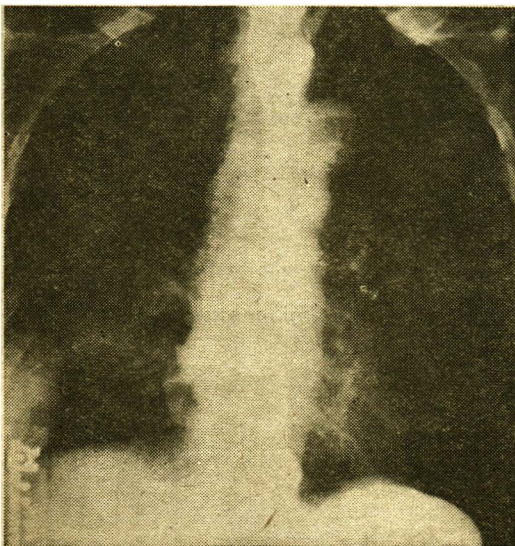
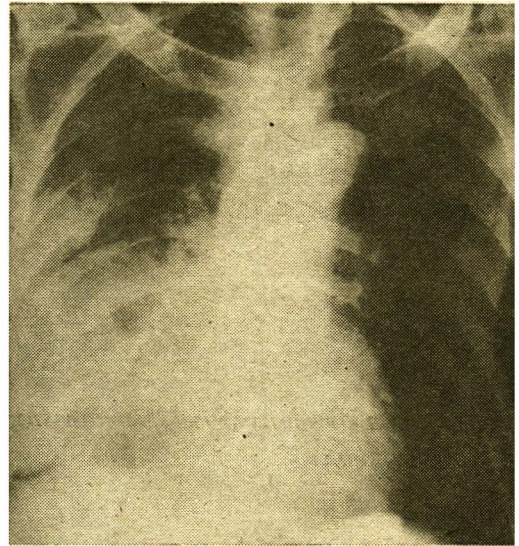


รูปที่ 3 เมื่อใส่ท่อในหลอดอาหาร ทำให้อาหารผ่านได้



รูปที่ 4 แสดงการตีบตันของหลอดอาหารบริเวณเหนือปากท่อ ซึ่งเป็นผลจากการใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด

รูปที่ 5 แสดงลักษณะหลอดอาหารทะลุ และเกิดการอักเสบของเนื้อปอด และมีหนองในช่องปอด



รูปที่ 6 เมื่อใส่ท่อให้ภาวะจากรูปที่ 5 ก็หายไป

ตำแหน่งที่ต้องการ ขนาดของท่อควรใช้ขนาดที่โตที่สุดเท่าที่สามารถผ่านตำแหน่งอุดตันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารสะดวกและช่วยป้องกันท่อเขี่ยอนหลุดออกมาทางปากด้วย

อีกวิธีหนึ่งอาจขยายหลอดอาหารและใส่ท่อจากทางปากโดยใช้ esophagoscope ช่วย เนื่องจากท่อใส่หลอดอาหารมีหลายแบบ (รูปที่ 1) เช่นแบบมีขดลวดสปริงพันอยู่โดยรอบทำให้ท่อโค้งไปตามทิศทางที่ต้องการง่ายขึ้นและไม่หลุดง่าย แต่แบบ Mousseau-Barbin เป็นท่อแข็งเส้นทำให้ใส่ได้ง่ายและปลอดภัยกว่าท่อชนิดอื่น ๆ

วัสดุและผลการรักษา

ศึกษาการผ่าตัดใส่ท่อชนิด Mousseau-Barbin ในหลอดอาหารให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะสุดท้าย และไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดชนิดอื่นได้ จำนวน 40 ราย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2508 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2519 เป็นผู้ป่วยชาย 36 ราย หญิง 4 ราย อายุระหว่าง 41 ถึง 81 ปี หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายสามารถกลืนอาหารเหลวทางปากได้ดี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตหลังการผ่าตัดใส่ท่อระหว่าง 12 วัน ถึง 12 เดือน ส่วนมากระหว่าง 3-8 เดือน (รูปที่ 2, 3)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดใส่ท่อในหลอดอาหาร

1. ท่อตีบตัน พบ 7 ราย 4 ราย เกิดเนื่องจากผู้ป่วยแผลอัมพาตรับประทานอาหารเป็นก้อนโตเข้าไปหรืออาจเกิดจากมะเร็งลุกลามมาบีบปากท่อ ซึ่งสามารถให้การรักษาโดยการเปลี่ยนท่อใหม่หรือใช้รังสีรักษาบริเวณเหนือปากท่อที่ตัน

2. ท่อเขี่ยอนหลุดจากที่ พบ 3 ราย ทุกๆรายท่อเขี่ยอนขึ้นมาข้างบน 1 รายท่อหลุดออกมาอยู่ในปากทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจขึ้น เนื่องจากท่อชนิดนี้มีโอกาสเขี่ยอนหลุดง่ายกว่าท่อชนิดอื่น การเย็บปลายท่อติดกับผนังด้านในของกระเพาะอาหาร และการเลือกใช้ท่อที่มีขนาดพอเหมาะจะลดอุบัติการณ์การเขี่ยอนหลุดของท่อได้

3. หลอดอาหารตีบตันหลังการให้รังสีรักษา พบ 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 3000 r. ร่วมไปด้วยเพื่อป้องกันการลุกลามของมะเร็งมาบีบปากท่อ 1 เดือนหลังการผ่าตัดผู้ป่วยเกิดอาการกลืนลำบากขึ้น เมื่อได้ตรวจด้วยการให้กลืนสารทึบแสงและถ่ายภาพรังสีหลอดอาหารพร้อมกับส่องดูภายในหลอดอาหารด้วยกล้อง esophagoscope พบมีเนื้อเยื่อ fibrous รัดตรงบริเวณปากท่อ (รูปที่ 4) ต้องแก้ไขโดยเลื่อนท่อให้สูงขึ้นมาเหนือส่วนที่ตีบตันนั้น ซึ่งปกติมักไม่ให้รังสีรักษาแก่ผู้ป่วยพวกนี้ เพราะร่างกายอ่อนแอและโรคมักมีการกระจายลุกลามมาแล้ว

4. หลอดอาหารทะลุ พบ 1 ราย เป็นรายเดียวกับรายที่หลอดอาหารตีบตัน หลังการให้รังสีรักษาหลอดอาหารทะลุเกิดขณะดอดท่อเติมออก การทะลุเข้าไปในช่องปอดด้านขวาและเกิดหนองในช่องปอดตามมา แต่ก็หายไปเมื่อให้การรักษาต่อ (รูปที่ 5, 6)

2 ราย หลอดอาหารทะลุก่อนได้รับการผ่าตัดใส่ท่อ 1 ราย เป็น Tracheoesophageal fistula 1 รายเกิดหนองฝีใน mediastinum และปอดอักเสบ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเมื่อทำการผ่าตัดใส่ท่อและให้ยาปฏิชีวนะ

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารระยะสุดท้าย ซึ่งร่างกายอ่อนแอไม่สามารถให้การรักษาโดยการผ่าตัดชนิดอื่นได้ การผ่าตัดใส่ท่อภายในหลอดอาหารจะบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการกลืนไม่ได้ให้แก่ผู้ป่วย วิธีการผ่าตัดใส่ท่อทำได้ง่าย ปลอดภัยและให้ผลเป็นไปตามสรีรวิทยาของการรับประทานอาหาร

จากการรักษาผู้ป่วย 40 ราย ในระยะเวลา มากกว่า 11 ปี ปรากฏว่าทุกรายสามารถกลืนอาหารค่อนข้างเหลว เช่น โจ๊ก ข้าวต้มเหลวๆ ได้ดี ผู้ป่วยบางรายอาจผลอรับประทานอาหารชิ้นโตๆ เช่น ชิ้นเนื้อ ผักต่าง ๆ ทำให้เกิดการอุดตันขึ้นในท่อ แพทย์ผู้รักษาจึงจำเป็นต้องแนะนำ

เรื่องการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างละเอียดก่อนกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารทุกครั้งเพื่อเป็นการล้างท่อ บางคนแนะนำให้ดื่มน้ำโซดา (Aired water) บ่อยๆ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบน้อย จากรายงานของ O'Connor และพวก⁸ พบ 64 รายจากผู้ป่วย 378 ราย หรือร้อยละ 16.7 คือ มีไข้สูงเกิน 37° ซ. 32 ราย เพราะเกิดภาวะติดเชื้อที่ mediastinum แต่ก็หายได้ ไม่สามารถใส่ท่อได้ 11 ราย ท่อหลุดและต้องใส่ใหม่ 9 ราย มีการอุดตันของท่อ 6 ราย ซึ่ง 5 รายเกิดจากชั้นอาหาร ส่วนอีก 1 รายเกิดจากการลุดลามาของมะเร็ง หลอดอาหารทะลุ 4 ราย ซึ่ง 2 รายถึงแก่กรรม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่หลังผ่าตัดนานที่สุด 18 เดือน

ภายหลังการผ่าตัดใส่ท่อดังกล่าว ผู้ป่วยจะมีร่างกายสมบูรณ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นชั่วระยะหนึ่ง จนกระทั่งผู้ป่วยถึงแก่กรรมจากโรคมะเร็งเอง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นมะเร็ง ถ้าท่อมีการตีบตันด้วยสาเหตุใดก็ตามแพทย์สามารถเปลี่ยนท่อใหม่ให้ได้เสมอ การรักษาจึงควรนำใช้ในผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการกลืนลำบาก ให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลืนอาหาร และน้ำลายทางปากก่อนจะถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. Adams CL, Enerson DM : Obstruction of a Mousseau-Barbin tube from prolapsed esophageal mucosa. *J Thorac Cardiovasc Surg* 49:259-63, 65
2. Ammann JF, Collis JL : Palliative intubation of the esophagus. Analysis of 59 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 61:863-9, 71
3. Aramsri B : Tumour registry of Chulalongkorn Hospital B.E. 2507-2514, total 7. *Chulalongkorn Med J* 5:1-6, 58
4. Barnard PM, Kilroy EG, Kennedy JH : Inoperable cancer of the esophagus; use of the Mousseau-Barbin tube in palliative surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 51:125-30, 66
5. Cheng WF : Surgical treatment of esophageal and cardiac cancers. *J Formosan Med Assoc* 64:418, 65
6. Mousseau M, Forestier J, Barbin J, et al : The indications for permanent intubation of carcinoma of the esophagus. *Arch Mal A.F.D. Digest* 45:208, 56
7. Nakayama K : Statistical review of five-year survivals after surgery for carcinoma of the esophagus and cardiac portion of the stomach. *Surg* 45:883-9, 59
8. O'Connor T, Watson R, Lepley D, et al : Esophageal prosthesis for palliative intubation. Further evaluation of 378 patients. *Arch Surg* 87:275-8, 63
9. Wang PY : Esophageal intubation for palliative management of carcinoma of the esophagus. *Proceedings of the First Asian Congress on Thoracic and Cardio-vascular Surg.* 96:103, 72