

การผ่าตัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

Palliative Surgery for Head and Neck Cancer Patients

ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, พ.บ.

ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งศีรษะและคอเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยติดอันดับหนึ่งในสามของอุบัติการณ์มะเร็งในประเทศไทย

(1) และแม้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้คนไทยเกือบทั้งหมดสามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้แต่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยเฉพาะโรคมะเร็งช่องปากยังมาพบแพทย์ในระยะลุกลามมากถึงร้อยละ 60 นอกจากนี้ยังพบว่าการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ยังไม่มีแนวโน้มว่าจะดีขึ้นกว่าในอดีต⁽²⁾ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอนอกจากมุ่งให้ผู้ป่วยรอดชีพแล้ว ยังสำคัญที่การช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคุณภาพชีวิต (quality of life) ว่าหมายถึงการรับรู้ถึงสถานะของชีวิตของตนตามบริบททางวัฒนธรรมและค่านิยมตามวิถีชีวิต ที่สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่ห้วงใยในชีวิตตน⁽³⁾ ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ รอยโรคที่บั่นทอนหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในการดำรงชีวิตทั้งการหายใจ การกลืนอาหาร การสื่อสาร การรับรู้ รวมทั้งตำแหน่งรอยโรคในพื้นที่เปิดเผยของร่างกาย ล้วนกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างมาก ดังนั้น นอกจากจัดการโรคมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดมะเร็งแล้ว การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ก็มีความสำคัญควบคู่กันกับการรักษาหลัก กล่าวคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวและผู้ดูแล

(4)

การผ่าตัด เป็นหนึ่งในการรักษาหลักของโรคมะเร็งที่มีบทบาทสำคัญมาตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน แต่ในปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีรังสีรักษา ยาเคมีบำบัด และยาที่จำเพาะต่อเซลล์มะเร็ง การผ่าตัดจึงมีแนวโน้มที่จะลดขอบเขต และลดบทบาทลงจากในอดีต โดยในแนวปฏิบัติมาตรฐานจะยังมีที่ใช้ในการรักษามะเร็งระยะแรก และ

มะเร็งลุกลามที่ยังจำกัดบริเวณ ทั้งการผ่าตัดรอยโรคปฐมภูมิและต่อมน้ำเหลืองที่คอ แต่บทบาทหนึ่งที่ไม่ค่อยเป็นที่กล่าวถึงในแนวปฏิบัติ หรือรายงานวิจัยในอดีต คือ การผ่าตัดเพื่อประคับประคอง (palliative surgery) ซึ่งเป้าหมายสำคัญคือ มุ่งให้ได้คุณภาพชีวิต(quality of life)ของผู้ป่วยมากกว่าการรอดชีพ (survivals)

หลักการตัดสินใจของศัลยแพทย์

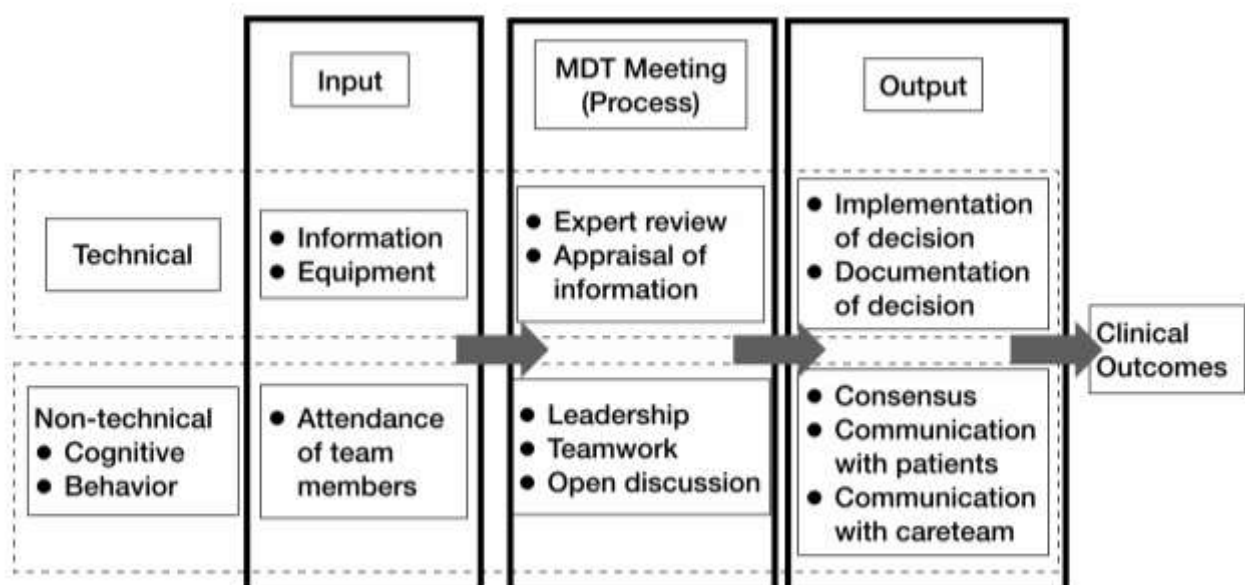
ในฐานะแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด นอกจากความรู้ ทักษะทางเทคนิค เครื่องมือผ่าตัดแล้ว คุณสมบัติที่สำคัญต่อผลลัพธ์การผ่าตัดมะเร็ง คือ ทักษะนอกเทคนิค หรือ non-technical skills ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 2 กลุ่ม⁽⁵⁾คือ

1. ด้านพฤติกรรม (behavioral skills) ได้แก่ การทำงานเป็นทีม(teamwork) และภาวะผู้นำ(leadership)
2. ด้านพุทธิปัญญา (cognitive skills) ได้แก่ การตระหนักรู้ในสถานการณ์(situation awareness) และการ

ตัดสินใจ (decision making)

การตัดสินใจ ถือเป็นทักษะสำคัญที่ต้องใช้ตลอดกระบวนการรักษามะเร็ง โดยมีทั้งการตัดสินใจหลักที่มีผลกระทบสำคัญ เช่น จะผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด ที่ต้องใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ที่ไปจนถึงการตัดสินใจจริงๆที่มีผลกระทบไม่มากนัก เช่น จะเอาท่อระบายออกวันไหน ที่สามารถใช้เกณฑ์การตัดสินใจได้ ดังนั้นแพทย์ต้องเข้าใจกระบวนการตัดสินใจ และมีทักษะในการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าการนำทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมในกระบวนการตัดสินใจ จะช่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการตัดสินใจโดยแพทย์ผู้ผ่าตัดเพียงลำพัง

(6)



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการตัดสินใจ

(ดัดแปลงจาก Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? Lancet Oncol. November 2006;7(11):935–43.)⁽⁶⁾

ทั้งนี้จะต้องนำข้อมูลทั้งปัจจัยด้านตัวโรค ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านการรักษา มาประกอบการตัดสินใจ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพวมทั้งผู้ป่วยมาร่วมตัดสินใจ ผ่านมุมมองความเชี่ยวชาญ หลักฐานเชิงประจักษ์ ภาวะผู้นำ การร่วมมือในทีม และการอภิปราย เพื่อให้ได้ฉันทามติ (consensus) ที่จะสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา⁽⁷⁾ (รูปที่ 1)

ปัจจัยทั้งสามด้านที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ต้องนำมาพิจารณา ได้แก่⁽⁸⁾

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1. อายุผู้ป่วย (age)
2. สภาพทั่วไป (general condition)
3. ความเจ็บป่วยร่วม (co-morbidity)
4. ความต้องการของผู้ป่วย (preference)
5. แรงจูงใจของผู้ป่วย (motivation)
6. สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (environment)
7. การสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแล (support)

ปัจจัยด้านโรคมะเร็ง

1. ตำแหน่งรอยของมะเร็ง (site)
2. ชนิดของมะเร็งทางพยาธิวิทยา (histopathology)
3. ขอบเขตของรอยโรคปฐมภูมิของมะเร็ง (T stage)
4. การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N stage)
5. การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (M stage)

6. โรคมะเร็งร่วม (synchronous tumours)
7. การรักษาที่เคยได้รับ (previous treatment modality)

ปัจจัยด้านการรักษา

1. ความเชี่ยวชาญของทีมแพทย์และหน่วย (expertise)
2. ความพร้อมและการสนับสนุน (provision/availability)
3. อคติของทีมแพทย์และหน่วย (biases)
4. ภาวะแทรกซ้อนที่รับรู้ (complication/toxicity)
5. ผลการรักษาที่รับรู้ (treatment outcomes)
6. ทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวปฏิบัติ (Multidisciplinary team, tumor board, guideline)
7. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (relationship)

ซึ่ง Lamb (2011) ได้เสนอหลักสามประการเพื่อช่วยให้การตัดสินใจในการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพ

ดี⁽⁷⁾ ได้แก่

1. ให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนผลตรวจทางพยาธิและผลตรวจทางรังสีวิทยา เพื่อให้มั่นใจว่าได้ตัดสินใจด้วยข้อมูลที่มีคุณภาพที่สุด
2. นำข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งในด้านความเจ็บป่วยร่วม (co-morbidity) ด้านจิตสังคม (psychosocial) และความต้องการของผู้ป่วย (preference) มาประกอบการตัดสินใจอย่างทั่วถึง เพื่อให้มั่นใจว่าการตัดสินใจนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยที่สุด และได้รับการยอมรับจากตัวผู้ป่วยเอง
3. ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในทีม และฉันทามติ (consensus) ในการตัดสินใจ เพื่อให้มั่นใจว่าจะได้การตัดสินใจที่ดีที่สุด โดยปราศจากความขัดแย้งของข้อมูลไปยังผู้ป่วย

บทบาทของการผ่าตัดเพื่อประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

การผ่าตัดเพื่อประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ เพราะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แม้จะมีอาการรุนแรงแต่ก็มักจะยังรู้สึกตัวดี จึงต้องพยายามจัดการกับอาการปวด การ

กลืน การหายใจ การพูด เลือดออก และอื่นๆ ซึ่งในที่นี่จะกล่าวถึงบทบาทการผ่าตัด หรือหัตถการเพื่อช่วยเหลือหรือ
ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือมะเร็งระยะสุดท้าย ในกรณีต่างๆดังนี้

I. การผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต

1.ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (upper airway obstruction)

พบได้ในมะเร็งที่อยู่ใกล้ชิดกล่องเสียงและหลอดลม เช่น มะเร็งกล่องเสียง(laryngeal cancer) มะเร็งคอหอย
(hypopharyngeal cancer) มะเร็งต่อมไทรอยด์(thyroid cancer) โดยสาเหตุการอุดตันอาจเกิดจากก้อนขวาง
บริเวณกล่องเสียง หลอดลมหรือบริเวณเหนือกล่องเสียง สายเสียงเป็นอัมพาตทั้งสองข้าง (bilateral vocal cords
paralysis) ก้อนกดเบียดหลอดลม (tracheal compression) หรือ ก้อนลุกลามเข้าไปในหลอดลม (intraluminal
mass) ซึ่งแนวปฏิบัติให้พิจารณาตามความรุนแรงและระดับของการอุดตันทางเดินหายใจ

สำหรับมะเร็งกล่องเสียง หรือมะเร็งคอหอย ซึ่งสาเหตุมักจะมีการอุดตันที่ภายในทางเดินหายใจ วิธีการ
เปิดทางเดินหายใจที่ดีที่สุดคือ การเจาะคอ (tracheostomy) ในกรณีที่สามารถคลำหลอดลมจากภายนอกได้อย่าง
ชัดเจน

สำหรับมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะอุดตันทางเดินหายใจ จะมีความท้าทายในการจัดการภาวะฉุกเฉินมากกว่า
เพราะส่วนใหญ่พบในมะเร็งต่อมไทรอยชนิด anaplastic ซึ่งมักจะลุกลามไปยังเนื้อเยื่อรอบข้าง รวมทั้งต่อมน้ำเหลือง
ที่คอ พร้อมทั้งทำให้มีสายเสียงเป็นอัมพาตและลุกลามเข้าไปภายในหลอดลม ซึ่งการเจาะคอจะยิ่งเพิ่มความเสียง
อย่างมากเนื่องจากหลอดลมมักจะถูกเบียดจนอยู่ลึกและวางตัวผิดตำแหน่งจากปกติ นอกจากนี้ยังต้องผ่าตัดผ่า
ก้อนมะเร็งด้วยความลึก ดังนั้น แนวปฏิบัติในการช่วยเหลือทางเดินหายใจกรณีนี้คือ⁽⁹⁾

- พยายามใส่ท่อช่วยหายใจโดยตรง หรือใช้กล้องส่อง (fiberoptic laryngoscopy) โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง
หรือนอนยกหัวสูง 45 องศา และควรทำในห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัย ระวังไว้เสมอว่าการยก laryngoscopy หรือ
การให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะจะกระตุ้นให้ภาวะอุดตันทางเดินหายใจรุนแรงขึ้น

- พิจารณาเจาะคอหลังจากที่ใส่ท่อช่วยหายใจเรียบร้อยแล้ว โดยเลือกใช้ท่อที่มีขนาดยาวพอที่จะผ่านก้อน
เนื้องอกต่อมไทรอยด์ลงไปจนถึงหลอดลมได้อย่างเพียงพอ

- หากยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคกับมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ควรช่วยเหลือภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจให้ได้อย่างเต็มความสามารถ เพราะผู้ป่วยยังอาจมีโอกาสรักษาหายจากโรคได้
- หากวินิจฉัยว่าเป็น anaplastic thyroid carcinoma หรือ undifferentiated thyroid carcinoma ร่วมกับมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ชัดเจนถึงพยากรณ์โรคและการดำเนินโรค เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจประสงค์ที่จะอยู่โดยไม่ใส่ท่อหรือเจาะคอเพิ่มเติม เพราะเมื่อใส่แล้วมักจะไม่สามารถถอดท่อออกได้เลย ดังนั้นเมื่อพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีเวลาเหลืออยู่ไม่มาก ให้พิจารณาถึงคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
- กรณีมะเร็งไทรอยด์ชนิด anaplastic จะไม่แนะนำให้เจาะคอป้องกันไว้ล่วงหน้า เนื่องจากการเจาะคอจะทำให้มะเร็งแพร่กระจายเร็วขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บริเวณตำแหน่งเจาะคอได้ง่าย ยกเว้นว่าจะทำการรักษาอย่างเต็มที่ด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด

2. เลือดออกเฉียบพลัน (acute massive bleeding)

โดยทั่วไปบริเวณรอยโรคมะเร็งมีโอกาสเกิดเลือดออกตามธรรมชาติอยู่แล้ว เนื่องจากการรุกรานหลอดเลือดที่อยู่รอบข้างรอยโรคมะเร็ง แต่มักเป็นการไหลซึมมากกว่าการเสียเลือดรุนแรงเฉียบพลัน ซึ่งสามารถหยุดได้ด้วย การทำแผลหรือรังสีรักษาประคับประคอง แต่หากรอยโรคมะเร็งค้ำคองและคอบอยู่ใกล้หลอดเลือดแดงใหญ่ หรือผลจากรังสีรักษาที่บริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่อยู่ต้นก็มีโอกาสแตกของหลอดเลือดจนเสียเลือดรุนแรงเฉียบพลันได้ ได้แก่ carotid blowout syndrome และ tracheoinnominate fistula

2.1 Carotid blowout syndrome

เป็นการฉีกขาดของหลอดเลือดcarotidที่ตำแหน่งใดก็ได้ พบได้ประมาณร้อยละ 3-4 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทรุนแรงถึงร้อยละ 60^(10,11)ซึ่งมักจะเกิดในรายที่มีประวัติฉายแสงและผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอ (neck dissection) ผลติดเชื้อ มะเร็ง

ลูกกลมเข้าหลอดเลือด เนื้อเยื่อซ่อมแซมเน่าเสียหรือเนื้อเยื่อปกคลุมหลอดเลือดหายไป มีรอยรั่วของทางเดินอาหาร ไกลๆ รวมทั้งการบาดเจ็บบริเวณคอ

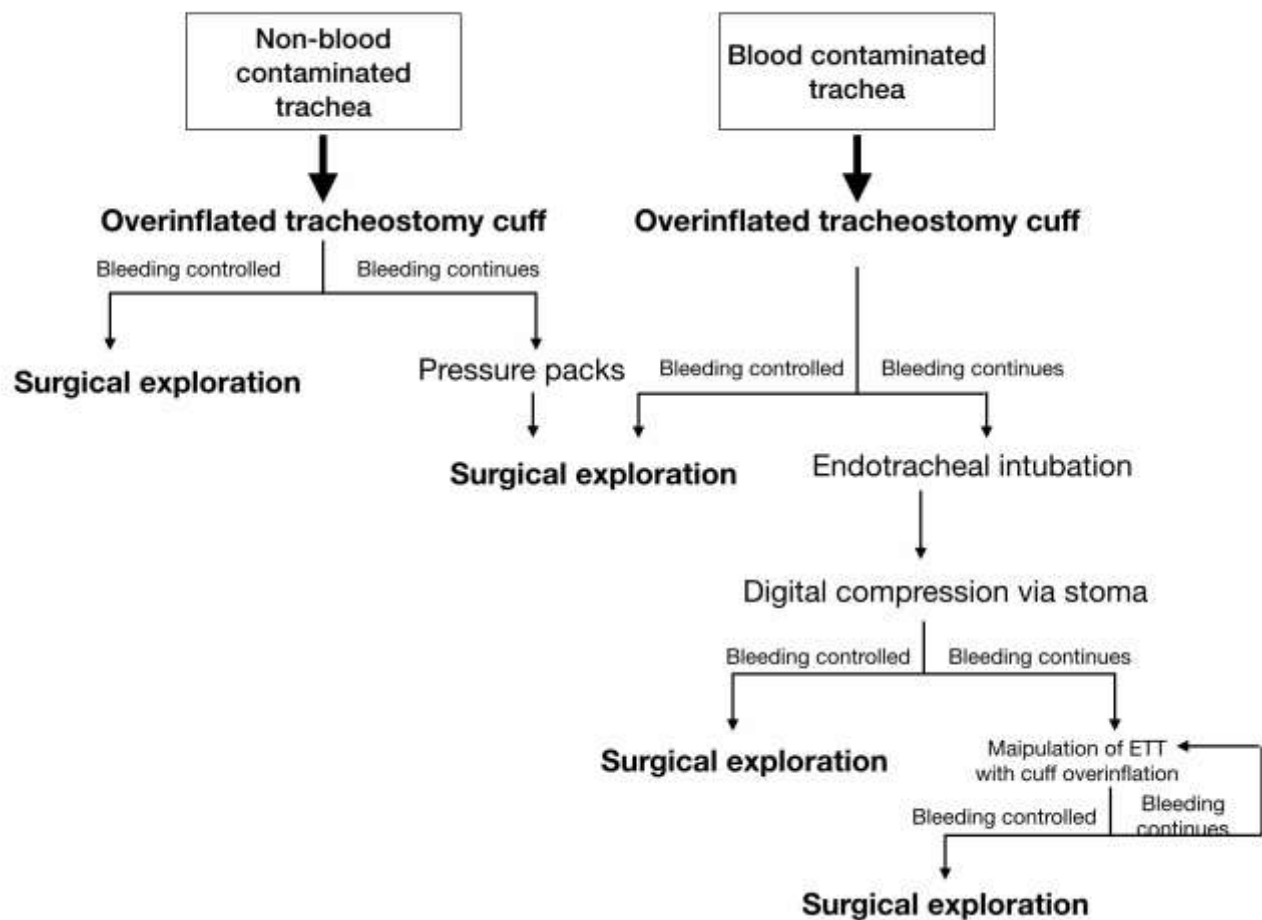
Carotid blowout syndrome แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ชนิดมีความเสี่ยง (threatened; type I) ชนิดเลือดซึมเตือน (impending; type II) และชนิดหลอดเลือดแตก (acute carotid blowout; type III) ซึ่งการวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานจำเพาะ (gold standard) คือ CT angiogram ซึ่งจะทำในชนิดที่ 1 และ 2

ส่วนการจัดการห้ามเลือด จะทำกรณีชนิดที่ 2 และ 3 ซึ่งมีทางเลือกคือใช้การจัดการผ่านหลอดเลือดโดยรังสีแพทย์ neuro intervention radiologist ซึ่งมีโอกาสรอดชีพถึงร้อยละ 89 และการผูกซ่อมหลอดเลือดโดยการผ่าตัด ซึ่งมีโอกาสรอดชีพร้อยละ 60^(10,11) โดยหากเป็นแขนงนอก external carotid artery ก็สามารถผ่าตัดผูก หรือ ใช้การอุดเส้นเลือดโดยรังสีแพทย์ได้เลย ส่วนถ้าเป็นแขนงใน (internal carotid artery) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่า ก็มีทางเลือกที่จะทดสอบการอุดเส้นเลือดด้วย balloon occlusion test หรือไม่ โดยทั่วไปมักทำไม่ทันเพราะความฉุกเฉินจากการเสียเลือดรุนแรง และห้ามเลือดโดยวิธีอุดหลอดเลือด (deconstruction) หรือซ่อมหลอดเลือด (reconstruction) ซึ่งการอุดหลอดเลือดจะได้ผลห้ามเลือดดีกว่าแต่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการซ่อมหลอดเลือดด้วยวัสดุค้ำผนังหลอดเลือด จะได้ผลในระยะสั้น แต่ระยะยาวจะเกิดการรั่วซ้ำหรือติดเชื้อได้บ่อย^(12,13) ซึ่งทั้งหมดนี้อาศัยหลักการตัดสินใจดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2 Tracheoinnominate fistula

หลอดเลือดแดงใหญ่ innominate หรือ brachiocephalic แตกเข้าหลอดลม เป็นภาวะที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงสุด เพราะมีโอกาสทั้งเสียเลือด และอุดกั้นทางเดินหายใจเฉียบพลัน พบได้ในผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคออยู่นานๆ โดยเฉพาะในรายที่ต้องใช้หลอดลมที่มีลูกลม (cuffed-tube) หรือ ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงหรือมะเร็งไทรอยด์ที่ลูกกลมลงผนังด้านหน้าของหลอดลม ซึ่งควรตระหนกอยู่เสมอเมื่อสังเกตเห็นเลือดซึมจากรูหายใจที่คอ หรือเห็นท่อหายใจเต้นตามจังหวะชีพจร โดยใช้กล้องส่องหลอดลม (fiberoptic laryngoscopy) ตรวจสอบจุดเลือดออกหรือรอยแผลที่ผนังด้านหน้าของหลอดลม และหากมีร่องรอยที่สงสัยก็ให้ส่งตรวจ CT angiogram ต่อไป ซึ่งเมื่อปรากฏหลักฐานว่ามีจุดฉีกขาดของหลอดเลือด ต้องทำการอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ฟังถึงพยากรณ์โรคและแนวทางการจัดการเมื่อมีเลือดออกเฉียบพลัน

แนวทางการรักษาที่ได้ผลคือ การผ่าตัดเปิดช่องอกเพื่อซ่อมหลอดเลือดในรายที่ไม่มีรอยโรคมะเร็งที่บริเวณคอหรือช่องอก และเนื้อเยื่อบริเวณรอบข้างอยู่ในสภาพที่ดีไม่มีพังผืดยึดแข็งจากการฉายแสงมาก่อน ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงไม่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องอก ยกเว้นมะเร็งอยู่ที่ศีรษะแต่เลือดออกจากการเจาะคอ และความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยคือการจัดการห้ามเลือด ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งและสถานะเลือดออก ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงแนวทางการจัดห้ามเลือดกรณี tracheo-innominate fistula ทั่วไป⁽¹⁴⁾

(ดัดแปลงจาก Grant CA, Dempsey G, Harrison J, Jones T. Tracheo-innominate artery fistula after percutaneous tracheostomy: three case reports and a clinical review. Br J Anaesth. January 2006;96(1):127-31.)⁽¹⁴⁾

II. การผ่าตัดรอยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อคุณภาพชีวิต

แม้โอกาสรอดชีพจะต่ำ แต่แพทย์ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ได้มีโอกาสชื่นชมมิติด้านลึกและด้านกว้างของชีวิตโดยปราศจากความทรมานทุกข์ทรมานก่อนสิ้นลม การผ่าตัดจึงเข้ามามีบทบาทในการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีคุณภาพ (quality of dying หรือ good death) ที่หมายถึงการเสียชีวิตที่สงบ มีศักดิ์ศรี ปราศจากความเจ็บปวด ในที่ๆตนปรารถนาร่วมกับญาติพี่น้อง⁽¹⁵⁾ซึ่งมีความสำคัญไม่แพ้คุณภาพชีวิต (quality of life) หรืออาจจะสำคัญยิ่งกว่าเพราะเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิตจริงๆที่ต้องการให้จิตสงบและมั่นคง

การตัดสินใจผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสองประเภทตามเป้าหมายการรักษา ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อควบคุมรอยโรคมะเร็งเฉพาะที่ (locoregional control) และการผ่าตัดมะเร็งเพื่อควบคุมอาการ (symptoms control)

1. การผ่าตัดเพื่อควบคุมรอยโรคเฉพาะที่

ผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว (distant metastasis) ส่วนใหญ่จะไปที่ปอด หรือกระดูก จะมีระยะเวลารอดชีพเฉลี่ย 7.5 เดือน โดยมีอัตราการรอดชีพที่ 1 ปี เท่ากับร้อยละ 40.4 และที่ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 26.2 ⁽¹⁶⁾ซึ่งเวลาที่เหลือมีโอกาสต้องทรมานกับมะเร็งลุกลามที่บริเวณศีรษะและคออย่างมาก ดังนั้นคนไข้กลุ่มนี้แม้ปรากฏว่ามีการลุกลามไปอวัยวะอื่น (M1 stage) แต่หากประเมินแล้วพบว่ารอยโรคที่แพร่กระจายไปยังไม่รุนแรง โดยการผ่าตัดรักษาจะไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะ ภาพลักษณ์ หรือหน้าที่การทำงานของอวัยวะเกินควร การพิจารณาผ่าตัดรักษาเพื่อควบคุมโรคมะเร็งเฉพาะที่ก็มีประโยชน์อย่างมากต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

โดยจากประสบการณ์ของผู้เขียน มีแนวโน้มที่จะพิจารณาผ่าตัดรักษาเพื่อควบคุมรอยโรคมะเร็งเฉพาะที่ในรายที่มะเร็งแพร่กระจาย (M1 stage) เมื่อปัจจัยประกอบการตัดสินใจเป็นดังนี้

ปัจจัยด้านโรคมะเร็ง

- รอยโรคปฐมภูมิของมะเร็ง (T stage) อยู่ในระยะแรก หรือ ระยะลุกลามที่จำกัดบริเวณ สามารถผ่าตัดได้ โดยไม่ต้องสูญเสียอวัยวะ หรือใช้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่จำกัด ไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่อวัยวะเพิ่มเติม

- การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง (N stage) อยู่ในขอบเขตจำกัดที่สามารถผ่าตัดโดยรักษาอวัยวะได้โดยง่าย ไม่มีการลุกลามจากต่อมน้ำเหลืองสู่อวัยวะข้างเคียง
- การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ (M stage) แม้จะมีการแพร่กระจายไปแล้ว แต่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มแรก เช่น มีเพียงก้อนที่ปอดขนาดเล็ก 1 ก้อน เป็นต้น
- รอยโรคมะเร็งที่ก่ออาการ เช่น เลือดออก ปวดรุนแรง โดยที่มะเร็งจำกัดบริเวณ สามารถผ่าตัดและซ่อมแซมเนื้อเยื่อได้โดยง่าย ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่ำ

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโอกาสเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยรุนแรงจากโรคอื่นนอกจากมะเร็ง
- โรคประจำตัวอื่นๆที่เป็นไม่รุนแรง ควบคุมอาการหรือระดับโรคได้ดีจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ผู้ป่วยมีกำลังใจดี ยินยอมพร้อมใจอย่างเต็มที่ แต่ก็เข้าใจและยอมรับในภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในช่วงพักฟื้นหลังการผ่าตัดได้

ปัจจัยด้านการรักษา

- มีความพร้อมในการผ่าตัดและซ่อมแซมเมื่อเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน
- มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมรักษาทั้งโดยรังสี เคมี และรักษาประคับประคองผู้ป่วย

ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่จะพิจารณาการผ่าตัดในกลุ่มนี้จะต้องได้รับการตรวจภาพถ่ายทางรังสีอย่างละเอียดก่อนตัดสินใจทุกราย เพื่อมิให้เพิ่มความเสี่ยงในการผ่าตัด หรือต้องเปลี่ยนแผนระหว่างการผ่าตัดที่จะไปเพิ่มความเสี่ยงและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในภายหลัง

2. การผ่าตัดเพื่อควบคุมอาการ

การผ่าตัดเพื่อควบคุมอาการ อาจเป็นการผ่าตัดมะเร็งออกทั้งหมดเช่นการผ่าตัดรักษาตามมาตรฐาน แต่หากการผ่าตัดนั้นจะทำให้สูญเสียอวัยวะ หรือหน้าที่อวัยวะเพิ่มเติม หรือต้องใช้การผ่าตัดใหญ่เพื่อนำเนื้อเยื่อมาซ่อมแซมก็อาจพิจารณาการผ่าตัดลดขนาดเนื้องอก (tumor debulking) เพื่อรักษาอาการต่างๆ⁽¹⁷⁾

2.1 เลือดออกเรื้อรัง (chronic bleeding) ในรายที่แผลจะมะเร็งทำให้เสียเลือดต่อเนื่องเรื้อรัง หากประเมินเป็นหลอดเลือดเล็กเกินกว่าจะทำการฉีดสีอุดเส้นเลือด และขอบเขตมะเร็งจำกัดบริเวณก็สามารถพิจารณาการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในรายที่เคยฉายแสงมาแล้ว

2.2 อาการปวดรุนแรง โดยเฉพาะเมื่อมะเร็งลุกลามเข้าเส้นประสาท ซึ่งจะทำให้ควบคุมอาการปวดด้วยยาได้ยากลำบาก หากสามารถทำการผ่าตัดออกได้มักจะระงับอาการปวดได้ชัดเจน

2.3 ก้อนมะเร็งขวางทางเดินหายใจ หากไม่สามารถเจาะคอได้ หรือจะเสี่ยงเจาะคอ ก็อาจพิจารณาการส่องกล้องและยิงเลเซอร์เพื่อลดขนาดก้อนที่มาขวางหลอดลม แต่โดยทั่วไปมักจะต้องทำซ้ำๆ และต้องระวังความเสี่ยงต่อเลือดออกภายในหลอดลม ทั้งนี้ต้องประเมินรอยโรคให้ดี

2.4 ก้อนมะเร็งขวางทางเดินอาหาร ผู้ป่วยบางรายยังพอสามารถทานอาหารทางปากได้บ้าง หากได้ลดขนาดก้อนลง การทำผ่าตัดลดขนาดก้อน หรือแม้แต่ผ่าตัดก้อนออก ก็จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้

2.5 แผลเรื้อรังจากมะเร็ง ที่ทำให้เกิดกลิ่นเหม็น ติดเชื้อ หากพื้นที่จำกัดบริเวณ และเนื้อเยื่อรอบข้างอยู่ในสภาพดี การผ่าตัดออก และปิดด้วยกล้ามเนื้อ-ผิวหนัง เช่น pectoralis major myocutaneous flap ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้าออกโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรายงานการผ่าตัดมะเร็งออกไม่หมดแล้วปิดด้วย pectoralis major myocutaneous flap แล้วทำให้แผลหาย โดยแม้จะมีมะเร็งกลับคืนมาใต้ผิวหนัง แต่ก็ไม่มีแผลมะเร็งปะทุออกมาจนวันสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย⁽¹⁷⁾

สรุป

โรคมะเร็งศีรษะและคอ เป็นมะเร็งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อมะเร็งดำเนินโรคมมาถึงระยะสุดท้าย การรักษาแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างมากในการรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การผ่าตัดก็มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ทั้งการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต และการผ่าตัดมะเร็งออกเพื่อช่วยระงับอาการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเข้าสู่การตายอย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Bychkov A, Vatanasapt P, Tangjaturonrasme N. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2017(In press).
2. Sungwalee W, Vatanasapt P, Suwanrungruang K, Promthet S. Comparing Survival of Oral Cancer Patients Before and After Launching of the Universal Coverage Scheme in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(7):3541–4.
3. WHOQOL. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*.1998;28(3):551–8.
4. Cocks H, Ah-See K, Capel M, Taylor P. Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. May 2016;130(S2):S198–207.
5. Undre S, Arora S, Sevdalis N. Surgical Performance, Human Error and Patient Safety in Urological Surgery. *British Journal of Medical and Surgical Urology*. 1 January 2009;2(1):2–10.
6. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *Lancet Oncol*. November 2006;7(11):935–43.
7. Lamb B, Green JSA, Vincent C, Sevdalis N. Decision making in surgical oncology. *Surg Oncol*. September2011;20(3):163–8.
8. Roland NJ, Bradley PJ. The role of surgery in the palliation of head and neck cancer. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. April 2014;22(2):101–8.
9. Shaha AR. Airway management in anaplastic thyroid carcinoma. *Laryngoscope*. July 2008;118(7):1195-8

10. Chaloupka JC, Putman CM, Citardi MJ, Ross DA, Sasaki CT. Endovascular therapy for the carotid blowout syndrome in head and neck surgical patients: diagnostic and managerial considerations. *AJNR Am J Neuroradiol*. May 1996;17(5):843–52.
11. Powitzky R, Vasan N, Krempl G, Medina J. Carotid blowout in patients with head and neck cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. July 2010;119(7):476–84.
12. Borno HK, Menendez RJ, Chaloupka JC, Dalley MT, Farcy DA. Carotid artery blowout producing massive hematemesis in the emergency department. *Journal of Acute Disease*. 1 March 2016;5(2):165–7.
13. Haas RA, Ahn SH. Interventional management of head and neck emergencies: carotid blowout. *Semin Intervent Radiol*. September 2013;30(3):245–8.
14. Grant CA, Dempsey G, Harrison J, Jones T. Tracheo-innominate artery fistula after percutaneous tracheostomy: three case reports and a clinical review. *Br J Anaesth*. January 2006;96(1):127–31.
15. Cohen LM, Poppel DM, Cohn GM, Reiter GS. A very good death: measuring quality of dying in end-stage renal disease. *J Palliat Med*. 2001;4(2):167–72.
16. Wiegand S, Zimmermann A, Wilhelm T, Werner JA. Survival After Distant Metastasis in Head and Neck Cancer. *Anticancer Res*. October 2015;35(10):5499–502.
17. Chan JYW, To VSH, Wong STS, Wei WI. Quality of dying in head and neck cancer patients: the role of surgical palliation. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. February 2013;270(2):681–8.