

# \* การผ่าตัดมะเร็งของหลอดอาหาร (ESOPHAGUS) ที่อยู่ส่วนบนและส่วนกลางของช่องอก

เจดีย์ วัชรพงศ์ พ.บ. F.I.C.S.

ตั้งแต่ ค.ศ. 1913 (41 ปี) Franz Torek เป็นคนแรกได้รายงานการผ่าตัดเคส Cancer of esophagus ออกจากคนไข้หญิงคนหนึ่งเป็นผลสำเร็จ และคนไข้มีชีวิตอยู่ได้กำหนด 8 ปี และตายด้วยโรคอื่น ตั้งแต่นั้นมาได้มีศัลยแพทย์เช่น Hedblom (1922), Eggers (1925), Grey Turner (1931), John Garlock (1938), Sweet (1939), Macmanus (1946), Ivor Lewis (1946), Mathewson (1950) Nakayama, Conerly, Watson และคนอื่นๆ ต่างก็ได้พยายามจะหาทางที่จะทำการผ่าตัดในโรคนี้ให้ได้ผลดีขึ้น และลดจำนวนตายให้น้อยลง นอกจากนั้นการวางยาสดับได้เปลี่ยนจาก Open method มาเป็น Closed method และใช้แบบ Endotracheal ด้วย จึงทำให้ การ ผ่าตัด ใน ช่อง ออก ง่าย และปลอดภัยขึ้นมากมายทีเดียว เมื่อ 10 ปีมานเอง (1945) Tomlinson และ Wilson ได้รายงานผลจากการทำ Post-mortem ในคนไข้ที่

เป็น Carcinoma of esophagus พบว่ามี metastasis ไปที่ lymph gland 100% จากผลนี้จึงทำให้เห็นว่าโรค Cancer ของ esophagus เป็นของทรกษายากมาก แต่ต่อมาก็ได้มีคนพดจันเช่น Merendino กับพวก (1952) ได้เห็นว่ารายงานข้างต้นนั้น ไม่น่าเชื่อถือไปเพราะเราพบว่า โรคนั้น เป็น แบบ “Localized Lesion” เสีย 29-34 % และจากการตรวจที่แน่นอนโดยวิธี esophagoscopy และการกิน Barium เพื่อทำ esophagram ในคนไข้ที่มีอาการดังลี้แต่แรกๆ นายแพทย์ Chevalier Jackson ได้วางหลักไว้ว่าคนไข้ทุก ๆ คนที่มีอาการผิดปกติในการกินอาหาร ถ้าแม้อาหารนั้นจะลงไปได้คั่งอยู่ตามปกติ แต่คนไข้มีอาการแน่นๆ ที่คอหรือเวดากดินอาหารเร็ว ๆ แล้วเหมือนอาหารไปค้างอยู่ที่ Sternum พกหนึ่งแล้วลงไปได้ หรือบางคนรู้สึกว่ามีก้อนอะไรลอยขึ้นมาจากที่คออย่างที่เรียกว่า “Globus hystericus” นั้นมันเป็นอาการของ Cancer

\* เรื่องนี้บรรยายในคราวประชุมแพทย์ภาคเหนือ จ.ว. เชียงราย พ.ศ. 2497

มากกว่าเป็นอาการของทาง Hysteria และก่อนที่จะวินิจฉัยว่าเป็น spasmodic stenosis ของ esophagus (Cardiospasm) ควรจะ exclude cancer ให้ได้เสียก่อน แต่ถ้านักไข้มมีอาการจุกตันอาหารลำบากแล้ว (Dysphagia) หรือเจ็บปวดใต้ Sternum หรือมีสำลักอาหารออกมาภายหลังรับประทานอาหาร เหล่านี้เป็นอาการของ cancer ในระยะหลังแล้ว ดังนั้น ควรถามประวัติคนไข้ให้ดี ถ้าเราสงสัยอย่างข้างบนนี้แล้วควรทำการกิน Barium เพื่อดู esophagus และทำ esophagoscopy ถ้าสงสัยควรทำตัดเนื้อไปตรวจ เราจะสามารถจะตรวจพบโรคแต่ที่เป็นใหม่ๆ โอกาสที่จะรักษาให้ได้ผลดีก็ยังมีมากจน จากการแต่เพียงคนไข้ที่เริ่มมีอาการจุกตันลำบาก ในคนที่เริ่มโรคนี้โดยไม่ได้รับการรักษาย่างใดเลย คนไข้จะมีชีวิตอยู่เพียง 7 - 12 เดือน เท่านั้น (Clayton, Nathason, Greenwood, Watson)

สำหรับคนไข้ในเมืองของเราแทบจะพูดได้ว่า 100 % ของจำนวนคนไข้ที่มาห้ามอาการจุกตันอาหารลำบาก ชนิดที่แม้แต่อาหารเหลวๆ หรือน้ำเกือบไม่ได้อยู่แล้ว จึงไปให้แพทย์ตรวจ ดังนั้น เราจึงเห็นสภาพของคนไข้ที่เป็นโรคนี้ อยู่ในลักษณะผอมและแห้งเหี่ยว คือขาดอาหารและขาดน้ำมานาน อ่อนเพลีย และบางคนมาใน

ลักษณะมีโรคแทรกทางปอด หัวใจ และไตมาด้วย จึงทำให้เห็นว่า การที่จะผ่าตัดได้ในคนเหล่านี้แม้จะทำ Gastrostomy ก็ยังเป็นของลำบาก และไม่สามารถจะยืดชีวิตคนไข้ให้ยาวออกไปได้ Dr. Richard H. Sweet (Boston) ได้รายงานไว้ 254 ราย จากการผ่าตัดตั้งแต่ 1939 - 1951 อัตราตายของคนไข้ภายหลังผ่าตัด ถ้าเป็นที่ Midthoracic 24.3 % ถ้าเป็นที่ lower หรือที่ cardia 11.6 % และในจำนวนนี้มี 86 % เท่านั้น ที่ได้ explore และมีเพียง 65 % ที่สามารถตัด esophagus ออกได้ ถ้ากระนั้นคนไข้ภายหลังทำ esophagectomy แล้วอยู่ได้เกิน 5 ปี มีเพียง 17.5 % ใน lower และที่ Cardia และเพียง 4 % เท่านั้น ถ้าเป็นที่ midthoracic region แต่ในภาคเอเชียเราเห็นจะมี Prof. Nakayama ที่ทำมากกว่าเพื่อนทั้งหมด ทำ esophagectomy 395 ราย อัตราตายภายหลังผ่าตัด 11.9 % และเป็นที่ lower และ cardia เสีย 285 ราย อัตราตายภายหลังการผ่าตัดเพียง 5.3 % เท่านั้น จากผลที่ได้จากสถิติของศัลยแพทย์ 2 คน ที่กล่าวมานี้ ก็พอจะชี้ให้เห็นว่าโรค cancer ของ esophagus มาในสมัยนี้ ก็หวังพอจะยืดชีวิตของคนไข้ได้บ้าง โดยการผ่าตัด พวกที่เป็นส่วนล่างของ esophagus มีโอกาสหายได้มากกว่า และอัตรา

ตายภายหลังผ่าตัด น้อยกว่า ในรายที่เป็น ส่วน  
midthoracic ภายหลังส่วนบนๆ หรือที่ cervical-  
portion แล้ว ผดจากการผ่าตัดไม่ได้เลย

ส่วนแบบวิธีผ่าตัดของ ศัลยแพทย์ นน เรา  
แบ่งออกได้เป็น 2 พวกใหญ่ ๆ คือ มีพวกชอบ  
ทำผ่าตัดเข้าทางซ้ายของช่องอกไม่ว่า cancer  
นั้นจะอยู่ในระดับสูงต่ำแค่ไหนได้แก่ Dr. Sweet,  
Dr. Garlock เป็นต้น อีกพวกหนึ่งที่ชอบเข้า  
ทางขวาของช่องอกเฉพาะ ในรายที่มี cancer  
อยู่ในระดับของ midthoracic หรือ upper-  
thoracic level ได้แก่ Ivor levis (เป็นศัลยแพทย์  
อังกฤษทำเป็นคนแรก 1946) Nakayama,  
Maemanus, Conerly, Mathewson, Watson  
และคนอื่นๆ อีก แต่ส่วนมากได้ตั้งความเห็น  
พ้องกันว่า ถ้า cancer นี้ อยู่ทาง lower part  
ของ esophagus หรือที่ Cardia ต้องเข้าทาง  
ซ้าย แบบ Dr. Sweet ดีที่สุด ถ้าดูตาม  
ประวัติศาสตร์ของการทำผ่าตัด esophagus นี้  
ตั้งแต่ 1938 ขึ้นไป เช่น Hedblom (1922),  
Grey Tuner (1931), Garlock (1938)  
ได้ทำ esophagectomy แล้ว ไม่ได้ทำ  
esophago-gastric anastomosis เพียงแต่เอา  
esophagus ส่วนบนออกมาที่คอ และทำ  
gastrostomy ที่หน้าท้องคนไข้ ถ้าไม่ทำ Skin  
tube ติดคอ ก็มี glass tube ติดคอระหว่าง

esophagus กับ gastrostomy opening ตรง  
หน้าอกออกที่หน้า คอมาตั้งแต่ Dr. Sweet ได้  
รายงานผลของการทำ Primary esophago-  
gastric anastomosis เลย ภายหลังทำ  
esophagectomy แล้วโดยดึง stomach เข้าไป  
ต่อในช่องอกโดยผ่านกระบังลมเข้าไป จึงทำ  
ให้คนอื่น ๆ ทำตามกันมาก ในบางรายเรา  
สามารถดึง stomach ขึ้นไปต่อกับ esophagus  
ที่แถว ๆ คอกก็ได้ ดึงลง stomach เป็น  
Intrathoracic stomach ไป Prof. Nakayama  
ได้แนะนำ ถ้าในรายไหนที่จะทำแต่เพียงรักษา  
อาการกลืนลำบากหรือขณะกำลังทำอาการเกิด  
ไม่ดีขึ้น ควรบีบตัวของอกเร็ว ๆ แล้วเอา Stomach  
ออกมาทางข้างหน้า sternum ไปต่อกับ  
esophagus ข้างบนแกเรียกว่า Anterior-extra-  
thoracic esophago-gastric anastomosis ผู้  
เขียนก็ได้ทำไว้ 2 ราย เพราะคนไข้มีอาการไม่  
ขณะทำผ่าตัด รายแรกทำแล้วเนื่องจากกระเพาะ  
อาหารทึงงอไปต่อกับ esophagus นนตงมาก  
จึงรอดรวยต่อ เป็นแผลใหญ่ที่หน้าอก และ  
ได้ถึงแก่กรรมภายหลังผ่าตัด 1½ เดือน ส่วน  
อีกรายหนึ่งเวदान ยงมีชีวิต อยู่ ภายหลัง ผ่าตัด  
แล้ว 6 เดือน คนไข้ได้รายงานไว้แล้วใน  
ตอนท้ายของเรื่องน

คนไข้ที่เป็นโรคน้อยในความดูแลของผู้  
เขียน มดิงนคอบ

- 1. Upper thoracic Cancer 3 ราย
- 2. Middle thoracic Cancer 8 ราย

ทั้ง 11 รายนี้มีประวัติย่อ ๆ และการทำ  
ผ่าตัดดังต่อไปนี้

Upper thoracic Cancer (Esophagus)

รายที่ 1 เป็นชายไทยอายุ 51 ปี เริ่มมีอาการ  
dysphagia มาประมาณ 6 เดือน  
จากการทำ X-ray พบว่ามี Cancer  
ของ Esophagus อยู่เหนือ aortic  
arch เล็กน้อย แพทย์ข้างนอกได้ทำ  
Gastrostomy (เพื่อให้อาหารทาง  
กระเพาะอาหาร) และทำ deep  
X-rays therapy ตรงบริเวณเนื้องอก  
ต่อมาอีก 3 เดือนคนไข้ได้เข้ามาอยู่  
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เราได้  
พยายามทำผ่าตัดเปิดช่องอก ข้างขวา  
ระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 3 และที่ 4 แบบ  
ของ Dr. Conerly (Submammary -  
incision) เราไม่สามารถจะแยกปอด  
ออกได้เลย เพราะปอดเกิดมี fibrosis  
มากมาย เนื่องจากผล ของการ รักษา  
จากเอ็กซเรย์มาก่อน เราจึงเปิดแผล

หน้าอกได้ส่งคนไข้ไปทำ deep X-rays  
therapy อีก 1 ครั้งพร้อมพงให้  
เด็ดหลายครั้ง ครึ่งสุดท้ายประมาณ  
2 เดือนมานเอง ได้เข้ามาอยู่ในโรง-  
พยาบาลเพื่อให้เด็ด และออกจาก  
ร.พ. ไปไม่ได้ติดต่อกันอีกเลย

รายที่ 2 ชายชาวจีนอายุ 50 ปี มีประวัติกลืน  
อาหารลำบากมาประมาณ 3 เดือน  
ในขณะที่รับไว้ในโรงพยาบาลคนไข้  
กลืนได้แต่ของ ที่อ่อน ๆ เท่านั้น  
ผลของการตรวจจากเอ็กซเรย์ โดย  
การกลืน Barium พบว่ามี cancer  
ตรงเหนือ aortic arch จากการทำให้  
Esophagoscope พบว่ามี ulcerative  
cancer ตรงระดับ 20 ซม. ห่างจาก  
upper incisor การผ่าตัดได้ทำแบบ  
Nakayama คือเข้าทางข้างขวาผ่าน  
ช่องซี่โครงที่ 5 โดยไม่ตัดกระดูก  
ซี่โครงออก และแผลผ่าตัดต่อเลยลง  
ไปที่ xiphoid cartilage และถูดง  
ตาม linea alba ถึงสะดือ ขณะตรวจ  
ในช่องอกพบว่า Cancer นี้ได้ตามถึง  
ปอดติดกับบนทางข้างขวา ปอดติด  
บนติดแน่นกับผนังอก ด้านหลังก็ได้ ๆ

esophagus ได้ตัดกลับปอดบนและ  
 กวางออก ( Rt. upper และ middle  
 lobectomy ) แล้วจึงพยายามเกาะ  
 esophagus จาก Trachea แล้วเอา  
 esophagus ตรงส่วนปลายบนมาไว้  
 ที่คอ ด้านใน ของกล้ามเนื้อ sterno-  
 cleido mastoid แล้วให้แพทย์ผู้ช่วย  
 ( เกษม ชินประหัชชวี ) ตัดกระเพาะ  
 อาหารโดยตัดเส้นเลือด left gastric  
 artery, left gastro epiploic artery  
 ออก ภายหลังที่ได้ทำ pyloric  
 myomectomy ( Ramstedt's method )  
 แล้ว จึงดึงกระเพาะอาหารสอดเข้า  
 ช่องอุโมงค์ที่ได้ทำกัน ระหว่าง ster-  
 num และผิวหนังหน้าอก แล้วไปต่อกับ  
 esophagus ตรงโคนคอด้านขวา ใน  
 ขณะนั้นเราจับปิดช่องอกโดยเร็ว เพราะ  
 คนไข้มีอาการไม่ดีความดันโลหิตเหลือ  
 เพียง  $\frac{80}{60}$  mm. Hg. ตลอดจนเวลา ถึง  
 แม้จะให้เลือดในขณะทำการผ่าตัดเข้า  
 ไปแล้ว 1200 c.c. ก็ตาม การผ่าตัด  
 ชนิดนี้เรียกว่า Anterior Antithoracic  
 esophago - gastric anastomosis  
 ( Nakayama's technique ) คนไข้

ถึงแก่กรรม ภาย หลัง ผ่าตัด แล้ว 2  
 ชั่วโมง เนื่องจาก shock.

รายที่ 3 ชายไทยอายุ 56 ปี (ดูในรูป)  
 มีประวัติคลื่น อาหารลำบาก มาประ-  
 มาณ 4 เดือน เมื่อขณะเข้ามาอยู่  
 ใน โรงพยาบาล ถิ่น ได้แต่ของน้ำ ๆ  
 เท่านั้น ได้ทำ X-rays โดยการกลืน  
 Barium พบ Cancer อยู่ตรงเหนือ  
 aortic arch จากการทำให้ esophago-  
 scopic examination พบว่า Cancer  
 อยู่ในระดับ  $23\frac{1}{2}$  ซม. ห่างจาก  
 Upper incisors ได้ทำผ่าตัดแบบของ  
 Nakayama เหมือนรายที่ 2 ขณะทำ  
 ผ่าตัดพบว่า cancer อยู่ตรงเหนือ  
 aortic arch ยาวประมาณ 6 ซม.  
 ส่วนบนของ cancer ตามไปถึงส่วน  
 ล่างของ cervical part ของ esophagus  
 มีต่อมน้ำเหลือง โตบริเวณ รอบ ๆ  
 esophagus ตรงโคนคอ 1 ต่อมน และ  
 มี lower group ของ Jugular chain  
 โตประมาณ 1 ซม. อยู่ 1 node  
 ส่วน cancer ไม่ติดกับอะไรแน่นอนหนา  
 มากลอกได้ง่าย ได้ทำการต่อระหว่าง  
 esophagus กับ stomach แบบ

Anteriorextrathoracicanastomosis เหมือนในรายที่ 2 ข้างบนภายหลังผ่าตัด 6 วัน ได้เกิดมีรูรั่วตรงโคนคอ แต่รูรั่วนี้ไม่ใช่ตรงรอยต่อ แต่เป็นตรงส่วนบน ของผนัง กระเพาะอาหาร เข้าใจว่าเป็น local necrosis จากเลือดไปเลี้ยงไม่พอ เราได้ทำ gastrostomy ตรงหน้าอกชั่วคราว เพื่อให้อาหารทางนั้น และได้พยายาม บดรวมอยู่ 3 ครั้ง จึงบดพร้อมทั้ง บดรวมทำ gastrostomy ด้วย เวลาน คนใช้กั้นอาหารทางปากได้เรียบร้อย แต่มเสี่ยง แห็บ เนื่องจาก recurrent nerve ข้างขวาได้ขาดขณะทำผ่าตัด เวลานยังมีชีวิตอยู่ (ดังในรูป) จาก การผ่าตัดมาได้ 6 เดือนแล้ว

### ส่วนรายที่เป็น Middle Thoracic Cancer มี

8 ราย คือ

รายที่ 1 เป็นหญิงอายุ 60 ปี มีอาการ Dysphagia 5 ถึง 6 เดือน มีไข้ ตอนบ่ายอาเจียนบ่อยพบว่ามี esophageal cancer ตรงระดับ left bronchus กับมี esophagobroncheal fistula โดยไอบีเป็นหนอง เลือด ออกมาตลอด

ได้ทำ gastrostomy แล้วกั้นบ้านภายหลัง 4 เดือน ได้ถึงแก่กรรมจากเลือดออกมาก

รายที่ 2 ชายไทย อายุ 51 ปี กัดอาหารไม่ได้มาสองเดือน ได้ทำผ่าตัดกับ Dr. John Wilson โดยทำ Thoracotomy แบบ Sweet (ซ้าย) พบว่าเป็น Inoperable cancer ตรงระดับ left bronchus มี paraesophageal gland โตมาก ไม่สามารถจะเอาออกได้ จึงเลิกทำ ไม่ได้ทำ gastrostomy เพียงแต่ทำ Nasal tube feeding คนไข้ตายภายหลังทำผ่าตัด 11 วัน

รายที่ 3 ชายจีน อายุ 44 ปี กัดอาหารไม่ได้มา 11 เดือน ได้ทำ Exploratory thoracotomy (Sweet) พบว่าเป็น Inoperable cancer ตรงใต้ arch of aorta พอดี โตประมาณ 3 นิ้ว กัดติดกับเนื้องอกรอบๆ มาก ไม่สามารถจะ remove ได้ ได้ทำ gastrostomy ให้อย่างเดียวและกั้นบ้านภายหลังผ่าตัด 21 วัน

รายที่ 4-6 ตามรายนี้ ได้ทำ esophagectomy และยังมีชีวิตอยู่จนบัดนี้จะได้กล่าวในครั้งหลัง

รายที่ 7 ชายจีน (นายเว้ง) อายุ 45 ปี  
 กัดอาหารลำบากมา ประมาณ  $2\frac{1}{2}$   
 เดือน ได้ทำ esophagectomy แบบ  
 Nakayama โดยเข้าทางขวาเข้าช่อง  
 5th. interspace คัด Costal arch  
 พบว่า cancer อยู่ใต้ระดับ bronchus  
 เล็กน้อยมี infiltration ไปรอบๆ มี  
 paraesophageal gland โต 2 glands  
 มี paracardial gland โตเท่าไข่ไก่  
 ครึ่งแรกตั้งใจจะทำ supra - aortic  
 esophago-gastric anastomosis แต่  
 คนไข้มีอาการไม่ดี จึงได้รีบปิดช่องอก  
 เอา distal end ของ esophagus  
 ออกมาทาง supra-clavicular region  
 และเอา stomach เข้าทางด้านหน้าของ  
 Sternum และต่อกันกับส่วนปลาย  
 ของ esophagus ที่เราเรียกว่า  
 Anterior extrathoracic esophago-  
 gastric anastomosis (แบบ Na-  
 kayama) ต่อมาตรงคอรัวได้พยายาม  
 ตัดแล้วต่อใหม่และยังรวบอยู่อีก คนไข้  
 อยู่ได้  $2\frac{1}{2}$  เดือน ภายหลังที่ได้ทำ  
 gastrostomy แล้ว จึงถึงแก่กรรม  
 ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

รายที่ 8 เป็นหญิงอายุ 45 ปี ไทย มี  
 dysphagia มาประมาณ 2 เดือนเศษ  
 กัดอาหาร นำได้ขณะเข้าไปอยู่ใน  
 โรงพยาบาล พบว่ามี cancer of  
 esophagus ตรงใต้ aortic arch ดัง  
 ไปประมาณ 3 ซม. มี Virchow  
 gland ตรงโคนคอซ้ายประมาณ  $1\frac{1}{2}$   
 ซม. ได้ส่งไปทำ Deep X-ray  
 therapy จนครบจำนวน (3000 r)  
 ถึงแก่กรรม ภายหลังรักษาด้วยเอ็กซ-  
 เรย์  $4\frac{1}{2}$  เดือน (คนไข้คนนี้ได้ทำ  
 Gastrostomy)

ส่วนรายที่ทำผ่าตัด ได้สำเร็จ และ  
 มีชีวิตอยู่เกิน 8 เดือน จากการ  
 ผ่าตัดมีคือ

รายที่ 1 ชายจีน (นายเซียวผู่) อายุ 52 ปี  
 (ดูรูป case 1) อยู่ในพระนคร มี  
 อาการกัดอาหารลำบากมา 5 เดือน  
 ก่อนเข้า โรงพยาบาล เวดากัดกินข้าว  
 ด้วยหม้อนึ่งมะโรมาจากตรงกึ่งกลาง  
 ได้กระดูก sternum ต่อมาเป็นมากขึ้น  
 จนกัดกินข้าวส้วไม่ได้ เปลี่ยนเป็น  
 ข้าวต้มและกึ่งคืดต้องเอาหม้อตั้งคอก  
 ให้เอาเจียนแล้วจึงรู้ ลึกสบาย ไม่  
 เคยเอาเจียนเป็นเด็ดมา 2 เดือน ก่อน

เข้าโรงพยาบาลคนไข้กินได้แต่อาหาร  
 นานาน ผู้ป่วยเป็นคนตั้งชนมัย  
 ไม่ติดสุราและฝิ่น สืบบุหรีพระจันทร์  
 วันละ 1 ของทุกวัน คนไข้ได้เข้าอยู่  
 ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม  
 2496 คนไข้อยู่ในลักษณะ dehydration  
 และ malnutrition ไม่มีบวม  
 ยังเดินได้แข็งแรง ชีพจร การหายใจ  
 ไม่ผิดปกติ B.P. 90/60 การตรวจ  
 ร่างกายทั่วไป ไม่มีอะไรผิดปกติ  
 ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่โต ได้ทำ  
 Barium meal ของ G.I. tract พบ  
 Cancer of esophagus ที่ middle  
 third of esophagus ได้ใส่ gastric  
 tube ทางจมูกเพื่อให้อาหาร คนไข้  
 เริ่มมีอาการดีขึ้นมากภายหลังให้อา-  
 หารเหลวทางสายยางเป็นเวลา 7 วัน  
 วันที่ 6 พฤศจิกายน ศกเดียวกัน ได้  
 ทำผ่าตัดโดยเข้าทางซ้าย ทำ Left  
 postero-lateral incision แบบ Dr.  
 Sweet โดยตัด Rib ที่ 7 ออกและ  
 ตัด posterior portion ของ Ribs ที่  
 5 และ 6 ออกประมาณ 1 นิ้ว การ  
 ตรวจภายหลังเปิดช่องอกพบ cancer

ของ esophagus ตรงระดับ left  
 bronchus โดยประมาณ 2 ซม. ตาม  
 ยาวและ tumour เค็ดอนที่โตพอควร  
 ไม่พบ signs ของ metastasis ไป  
 lymph gland, ไม่มี local infiltra-  
 tion จึงได้ตัด esophagus ออกจาก  
 cardia และดึง stomach ขึ้นมาโดย  
 ตัด diaphragm, blood supply ของ  
 stomach ที่ถูกตัดมี Rt. gastro-  
 epiploic, Short gastric, Rt.  
 gastric artery เมื่อตัด Blood vessels  
 เหล่านี้ออกแล้ว การดึง stomach ขึ้น  
 ไปต่อกับ esophagus ในช่องอกโดย  
 ทำการต่อกันเหนือ aortic arch  
 "Supra-aortic gastro-esophagic  
 anastomosis" เราตัด esophagus  
 เหลือ tumour ประมาณ 1 นิ้ว แล้ว  
 fixed stomach ตาม post parietal  
 layer ของ pleura จนถึงช่องของ  
 diaphragm แล้วปิดช่องอก ให้เลือด  
 ระหว่างผ่าตัด 1200 c.c. คนไข้  
 ภายหลังผ่าตัดไม่มีโรคแทรกประการ  
 ใด หายเป็นปกติได้รวดเร็วภายใน  
 10 วัน เดินได้ รับประทานอาหารเป็น



โศกได้ เนื่องจากจะต้องการดูอาการ  
ของคนไข้ จึงให้คนไข้อยู่ในโรง  
พยาบาลต่อไป จนถึงวันที่ 15  
จึงวาคมให้ออกจากโรงพยาบาล

ภายหลัง 8 เดือนได้เรียกคนไข้มาพบ  
ปรากฏว่าคนไข้อ่อนทอนหนัก นานกว่า  
หนักจาก 37 ก.ก. ก่อนผ่าตัดจนถึง 47 ก.ก.  
คนไข้ไม่ได้ทำ post-operative deep X-ray  
therapy คนไข้สามารถกินอาหารธรรมดาได้  
อย่างปรกติ แต่รู้สึกเหนื่อยง่ายเวลาเดินมาก ๆ  
Biopsy พบว่าเป็น Squamous cell carcinoma,  
ต่อมาอีก 3 เดือนเกิด cancer ที่ pharynx โต  
ประมาณไข่ไก่ คนไข้ไม่อยู่โรงพยาบาล (เข้าใจว่าคงถึงแก่กรรมแล้ว)

รายที่ 2 ชายจีน (นายชะหยู) อายุ 49 ปี  
(รูป Case 2) ได้เข้ามาอยู่ในโรง  
พยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ 9 มิถุนา-  
ยน 2497 เนื่องจาก กัดอาหารและ  
น้ำไม่ได้เลยมา 6 วันแล้ว ประวัติ  
ของการป่วยคือประมาณ 5-6 เดือน  
ก่อนเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล คนไข้  
รู้สึกว่ามีก้อนข้าวส่วยหนักลำบากมากคิด  
อยู่ตรงที่หลอดกระเดือก และต่อมาอีก  
3 เดือนก้อนข้าวส่วยไม่ได้เลยต้องกิน

ข้าวต้มและ ๆ และก็ยังรู้สึกว่ามีอาหาร  
ที่กีดกันลงไปติดอยู่บริเวณใต้หลอดกระ-  
เดือก ระหว่างนั้นจะมีอาเจียนแฉะ  
และ อาเจียน เกิดขึ้นทันทีเมื่อ กัด  
อาหารเข้าไป จนกระทั่ง 6 วันก่อน  
เข้าอยู่ในโรงพยาบาล คนไข้กิน  
อาหารไม่ได้เลย เพราะอาเจียนออก  
หมดทุกครั้งภายหลังที่กินอาหาร แม้  
แต่น้ำก็อาเจียน ไม่เคยมีอาเจียนเป็น  
เลือด ไอเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระ  
ดำ หรือมีเลือดออกมาก ผอมลงไป  
มาก คนไข้เป็นกรรมกรแบกข้าวสาร  
แข็งแรงมาก ก่อนจะมีอาการเช่น  
ไม่เคยมีอาการเช่นนี้มาก่อนเลย ไม่  
ดื่มสุรา ไม่คิดฝัน ดื่มน้ำวันละ 10  
มวณ ประวัติอื่น ๆ ไม่สำคัญ

การตรวจร่างกายทั่ว ๆ ไป พบว่าคนไข้  
มีอาการ dehydration ค่อนข้างมาก ผอมซืด  
แต่ไม่เหลือง ไม่มี Lymph glands ในที่ใดที่  
หัวใจ ปอดปรกติ ตับ ม้ามคล้ำไม่พบ ต้องให้  
คนไข้กีดน้ำเข้าไป จะอาเจียนออกมาทันที  
และคนไข้ชัดตรง Suprasternal notch จำนวนน้ำ  
ที่ตรงนั้นกีดไม่ได้ วันที่ 11 มิถุนายนได้ทำ  
Esophagoscope พบว่ามี Ulcerative stricture  
ตรงระดับ 20 cm. จาก upper incisor หรือ

ประมาณระดับของ aortic arch ดูจาก Esophagoscope รู้สึกว่าตรงนั้นค่อนข้าง fixed และเมื่อตัดออกมาเวด้าพยายามดึง tissue เพื่อไปทำ biopsy แต่ไม่สามารถจะดึงออกได้มาก เพราะค่อนข้างเหนียวแน่น ได้ทำ X-rays โดยการกิน Barium พบ Esophageal Cancer ตรงระดับ T 6 - T 7.

การผ่าตัด ได้ทำเมื่อ วันที่ 15

มิถุนายน คือภายหลังเข้าอยู่โรงพยาบาล ได้ 6 วัน โดยทำเข้าทางซ้ายแบบ Dr. R. Sweet คือทาง Post-lateral ตรง Rib ที่ 7 ได้ตัด Rib ที่ 7 ออกจาก angle ซ้ายหลังถึงกระดูกอ่อนข้างหน้า และได้ตัด Rib ที่ 6 ที่ 5 ทางด้าน posterior ออกประมาณ 2 cm. ผลของการสำรวจพบว่า Cancer อยู่ภายใต้ aortic arch พอดี, mobile, ไม่มี peri-bronchial lymph gland โต และมีกรข้างๆ รอบๆ Cancer ตรงด้านหน้าติดกับด้านหลังของ aortic arch เล็กน้อย เมื่อตรวจได้เช่นนี้จึงตกลงใจทำ Esophagectomy โดย mobilize esophagus ออกจาก aortic arch ไม่ยากอะไรนัก มี fibrotic adhesion หนาๆ ที่ต้องตัดตรงด้านหน้าของ Cancer เล็กน้อย ได้ mobilize stomach ขึ้นมาจาก abdomen และต่อกับ esophagus

เห็น aortic arch อีกประมาณ  $1\frac{1}{2}$  cm. ต่ำลงมาจาก apex ของ thoracic inlet (ดูในรูป) การต่อระหว่าง esophagus และ stomach ก็ทำตามแบบ Dr. Sweet ทุกประการ โดยใช้ Deknatel silk no.00000 ทำ Interrupted suture ตัดติด 2 layers ระวังที่ทำผ่าตัดได้ให้เลือดไปทั้งหมด 1100 ซี.ซี. มี operative shock บ้าง B.P. 90/60 ชั้วจร ๑๒๐

ตัดคดียออกมา ตรวจด้วยตาเปล่าพบว่ามี Ulcerative ulcer มีความกว้างประมาณ  $1\frac{1}{2}$  cm. เป็นรอบๆ circumference ของ wall ทั้งหมดและ cancer ตามถึงทุกๆ ชั้นของ esophagus และตามไปถึง tissues รอบๆ wall ของ esophagus. Microscopic Examination พบว่าเป็น Epidermoid cancer ของ esophagus ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต ภายหลังผ่าตัดได้ 3 วัน X-rays พบ Lobar consolidation Rt. upper ได้ทำ Treacheal suction 2-3 ครั้ง มี mucobloody secretions ออกมาบ้าง และภายหลังให้ Hlotycin 250 mg. ทุก 4 ชม. พร้อมทั้ง Penicillin และ Streptomycin 4-5 วัน อาการทางปอดหายไป คนไข้เดินจากเตียงได้ในวันที่ 5 ภายหลังผ่าตัด คนไข้เริ่มกินอาหารประเภทโจ๊ก ได้ภายหลังผ่าตัดแล้ว 10 วัน ต่อมากันใช้สามารถกินข้าวต้ม และข้าวสุก

ได้ เคยมีอาการคิดขี้บางเล็กน้อยตรงที่คอไว้  
เข้าใจว่าคงมี post-operative narrowing นิด  
หน่อยดังจะเห็นได้จาก X-rays film และได้สั่ง  
คนไข้ไปทำ Deep X-rays therapy ตั้งแต่วันที่  
17 กรกฎาคม ในท่า post. และ ant. oblique  
ในระดับ T. 5-6-7-8 ทั้งหมด 4000 r/field  
คนไข้ได้ ออกจาก โรงพยาบาล เมื่อวันที่ 6  
สิงหาคม น

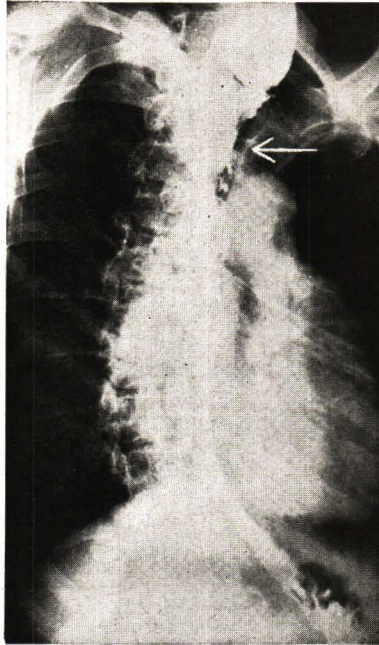
รายที่ 3 ชายชาวจีน (นายเหยา) อายุ  
56 ปี (รูป Case 3) มีประวัติ  
ย่อย ๆ คือ 5 เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาล  
กตัญอาหารแข็ง เช่นข้าวสอยไม่ได้  
ต้องอาเจียนออกมาทุกครั้งไปภายหลัง  
กตัญอาหารไปสักครู่หนึ่ง การกตัญ  
อาหารนั้นลำบากจนทุกที เปลี่ยนจาก  
ข้าวต้มมาเป็นอาหาร จำพวกน้ำได้ 3  
เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาล 5 วัน  
ก่อนเข้าโรงพยาบาลกตัญน้ำไม่ได้เลย  
ต้องอาเจียนทุกครั้ง ประวัติอดีตเมื่อ  
13 ปีก่อน เคยเป็นผลเทาขวา แต่  
คงเด่นมาเท่าและหน้าแข็งจึงตีบ จน  
กระทั่งบวม เนื่องจากตามเนอดับ  
คนไข้จึงเริ่มรับประทานดองกับสุรา  
เพื่อรักษาเท่า วันหนึ่งรับประทาน  
ประมาณ 3 ขวดเบียร์ รับประทาน  
เช่นนมจากกระทิง มาบ่อยครั้งนเดย  
เด็กไป คิดฝันเมื่อเป็นโรคกตัญไม่ได้  
มาได้ 2 เดือน สัมกับพระจันทร์  
วันละ 1 ของ คนไข้ได้เข้ามาอยู่ใน

โรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม เมื่อ  
วันที่ 27 พฤษภาคม 2497 และโอน  
เป็นทางศัลยกรรมเมื่อวันที่ 29 มิถุนา-  
ยน 2497 ผลของการตรวจร่างกาย  
พบว่าคนไข้แข็งแรงดีไม่ผอม หรือ  
dehydrate มากนัก Lab. findings  
ปกติทุกอย่าง การตรวจร่างกาย  
ไม่พบอะไรผิดปกติเลย ได้ทำผ่าตัด  
เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2497 โดย  
เข้าทางซ้ายแบบ Dr. Sweet ตัด Rib  
ที่ 7 ออกหมด และตัด Rib ที่ 5-6  
ออกทางด้านหลังประมาณ 1" เรา  
พบ growth ตรงใต้ aortic arch ลง  
มาประมาณ 3 cm. ยาว 2 cm. มี  
fixation ไปรอบ ๆ ไม่มี peribron-  
cheal glands โต ได้ทำ Supra-aortic  
esophago-gastric anastomosis โดย  
ตัด esophagus ห่างจาก growth ขึ้น  
ไปประมาณ 1" ขณะ Mobilize eso-  
phagus ตรงใต้ aortic arch, Rt.  
pleura ขาดทำให้เกิด pneumothorax  
ทางด้านขวามาก เตือดให้ไปทั้งหมด  
1200 ซี.ซี. ขณะทำผ่าตัดคนไข้ทน  
ผ่าตัดได้ดี ภายหลังผ่าตัดคนไข้มี  
อาการ pneumothorax ได้เอาดม  
ออกจาก Rt. pleural cavity ประ-  
มาณ 1000 ซี.ซี. และวันรุ่งขึ้นเอา  
ออกอีก 500 ซี.ซี. ได้ทำ Tracheal  
suction 3-4 ครั้ง เนื่องจากมี

secretions ภายใน broncheal tree มาก คนไข้สบายดี ต่อมาพอวันที่ ๔ ภายหลังผ่าตัดเอา Stomach tube ออกคนไข้อาเจียนเป็นน้ำ Bile ออก ครึ่งตะมากร ๆ ต้องใส่ Stomach tube ไว้ ได้ทำ Barium meal ได้ทาง Stomach tube จึงพบ pyloric obstruction ตรงใต้ diaphragm พอ วันที่ 14 ภายหลังผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตรวจดู จึงพบว่ามีกาวที่หุ้ม ตรง pyloric portion ของ Stomach เนื่องจากเวลาที่ mobilize stomach ชนหน้าใต้เปิด stomach ไปมากจนเกินไป คือ เอา greater curvature หันเข้าทาง medial side มากไป ได้ทำ Finney Pyloroplasty ตรงที่หุ้ม คนไข้ภายหลังผ่าตัดไม่มีอาเจียน รับประทานอาหารอ่อนได้จนบัดนี้การทาบ Biopsy เป็น poorly differentiated epidermoid Ca. ของ esophagus เนื่องจากมี extension ของ growth มารอบ ๆ wall จึงได้ส่งคนไข้ไปทำ Deep X-rays therapy ได้ออกจากโรงพยาบาล และได้ติดต่ออยู่ถึง 6 เดือน ภายหลังผ่าตัดแล้ว แต่ขาดการติดต่อมาได้ 1 ปีแล้ว

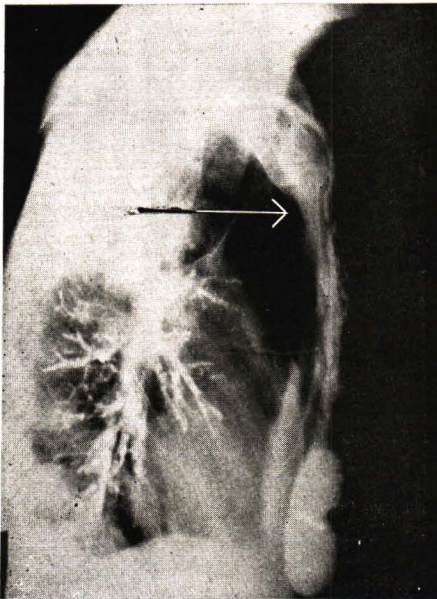
**สรุปความ** การผ่าตัดโรคมะเร็งของหลอดอาหาร esophagus ที่ได้รายงานมานี้มีทั้งหมด 11 ราย โดยเด็กเอาแต่เฉพาะที่เป็นอยู่ส่วนข้างบน และส่วนกลางของหลอดอาหารภายในช่องอกเท่านั้น ตามความเห็นของผู้เขียนแล้ว ถ้าในคนไข้รายใดที่ยังไม่มีอาการแสดงถึงการกระจายของ มะเร็ง ไปยังต่อมน้ำเหลืองตามบริเวณซอกปอด หรือที่โคนคอด้านหน้าข้างซ้าย หรือไม่มีกตหลอดอากาศหายใจ หรือเกิดเป็นช่อง ติดต่อกับหลอดอากาศหายใจแล้ว เราควรทำผ่าตัดเปิดช่องอก ในบางรายเราก็อาจสามารถพบว่ามีมะเร็ง เป็น ไม่มากนักพอที่จะตัดออกได้ดังที่ได้อธิบายมาในหนังสือ แต่การผ่าตัดรู้สึกว่าย่างไม่ได้ผลดีเฉพาะในรายที่ทำได้แต่อาจจะเนื่องจากยังมีจำนวนคนไข้ไม่มากพอที่ได้ ส่วนการที่จะเข้าไป ตัดหลอดอาหาร esophagus ถ้าอยู่ส่วนบน ๆ ควรเข้าทางข้างขวาดีกว่า เพราะทำได้ง่าย และวิธีของ Dr. Nakayama โดยดึงเอากระเพาะอาหารขึ้นไปติดกับ esophagus โดยผ่านอุโมงค์ข้างหน้าของ sternum นั้นก็ได้ผลดี และทำได้ง่ายและเร็ว เป็นวิธีที่ใช้ได้ดีเฉพาะในรายที่อาการไม่ดีขึ้นจะทำผ่าตัด แต่แบบของ Dr. Sweet ที่ผู้เขียนได้ทำรู้สึกค่อนข้างยาก ในขณะที่ทำการต่อระหว่าง esophagus กับกระเพาะอาหาร แต่ถึงกระนั้นเท่าที่ทำได้ไปยังไม่เคยมีการรอดชีวิตเลย

### Upper thoracic Esophageal Cancer

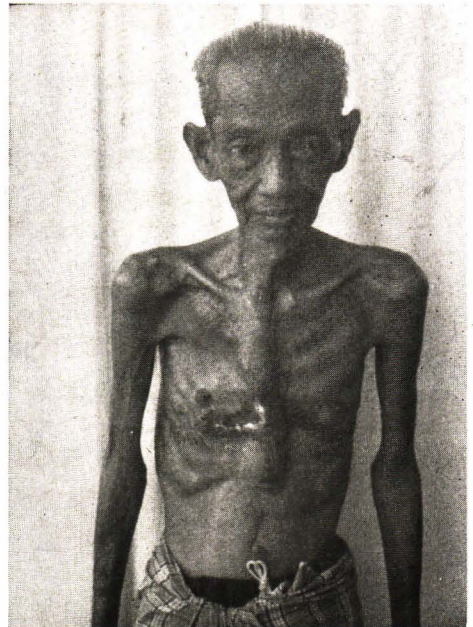


**Preoperative Esophagram**

Cancer - above aortic arch 5 cm. in length extending up to lower cervical portion.



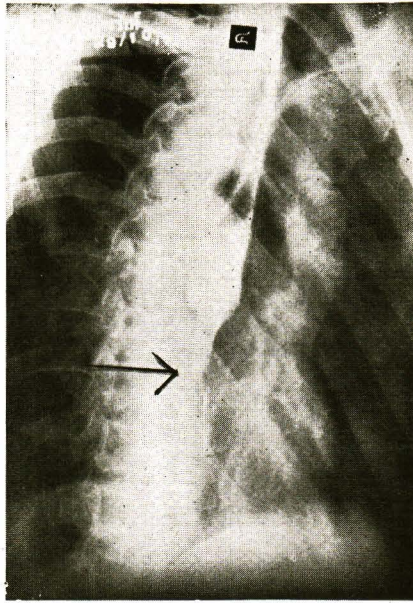
**Post-operative Esophagectomy (Nakayama)** with Anterior extrathoracic anastomosis (between esophagus and stomach) when swallowing barium for X-rays some portions of barium pass down directly into the bronchus (as shown in the picture).



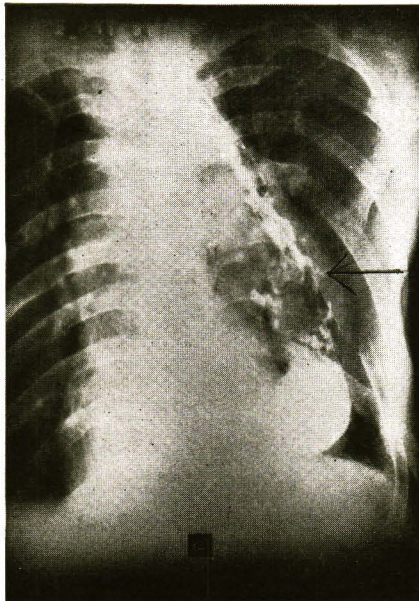
**Patient** (post operative  $4\frac{1}{2}$  months). The stomach can be seen at the chest as tubular bulging from the neck to the abdomen, still living.



### Midthoracic Esophageal cancer Case I



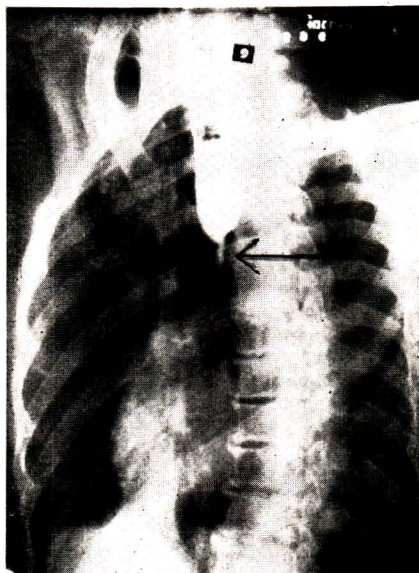
**Preoperative Esophagram ( Barium Swallowing )**



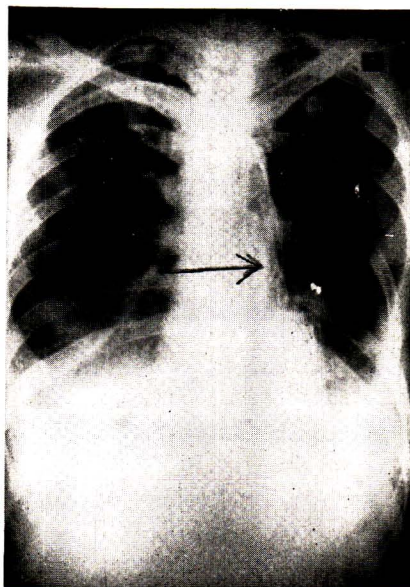
**Postoperative Esophagram** Intrathoracic stomach full of gases and barium above diaphragm.

**Operation** Esophagectomy (Sweet's technique) with supra-aortic esophago-gastric anastomosis.

**Case II**



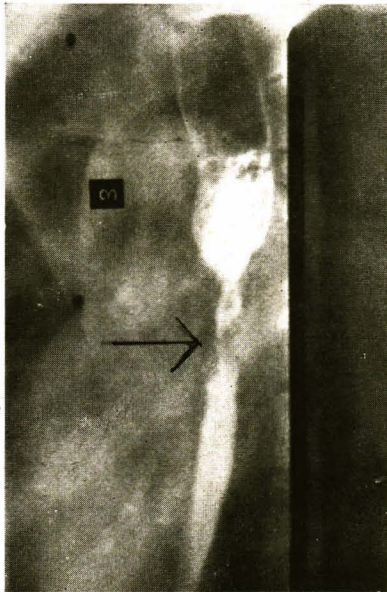
**Preoperative Esophagram** Cancer at Aortic arch



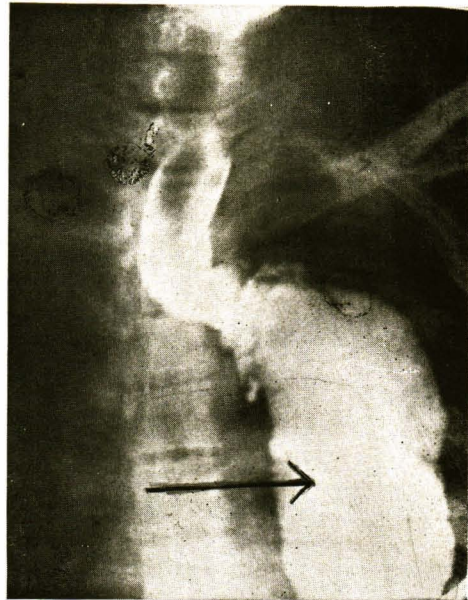
**Postoperative Esophagram** Intrathoracic Stomach.

**Operation** Esophagectomy with supra-aortic anastomosis (Sweet's technique).

Case III



**Preoperative Esophagram**  
Cancer 3 cm. below Aortic arch.



**Post-operative Esophagram**  
**Operation** Esophagectomy with supra - aortic anastomosis. Intrathoracic Stomach.



**Patient** ( Case III ) post-operative linear scar on the left side of the chest (Sweet's technique).