

การศึกษายูบวดยมะเร็งที่อน้ำดีบริเวณ Hepatic duct bifurcation 112 ราย

อรุณ โรจนสกุล*

วิเศษ ต่างใจ*

ธนิต วัชรพุก*

เจษฎา แสงสุพรรณ*

Rojanasakul A, Tangchai W, Vajrabukka T, Sangsubhan C. Cholangiocarcinoma at hepatic duct bifurcation. Chula Med J 1984 Nov; 28 (11) : 1227-1240

Records of 112 patients with carcinoma at the hepatic duct bifurcation operated in Chulalongkorn Hospital are reviewed. Most of the patients were farmers from northeastern provinces, with a mean age of 52 years and the male to female ratio of 3 to 1. Common clinical findings were hepatomegaly (100%), jaundice (97%), weight loss (86%), abdominal pain (80%), cholangitis (45%) and palpable gall bladder (28%). Laboratory findings were, mean serum bilirubin of 18.3 mg%, opisthorchis viverrini ova were found in feces in 47% of cases, alfafetoprotein and hepatitis B antigen were negative in all performed cases. Bile cultures revealed high proportion of gram negative bacilli and small number of anaerobic bacteria. Usually diagnosis before surgery had been established by ultrasound and percutaneous transhepatic cholangiogram (PTC.). 38% of the patients had evidence of metastasis at the time of operation. Almost all of the many surgical procedures employed were for palliation, with operative morbidity of 51% and mortality of 10%, resulting chiefly from cholangitis, renal failure and upper gastrointestinal bleeding.

At present, this disease has many unanswered questions concerning which further prospective studies are anxiously awaited.

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณ hepatic duct bifurcation พบได้น้อยในต่างประเทศ^(1,2) แต่พบได้บ่อยในประเทศไทยและเป็นสาเหตุที่สำคัญของติชานที่เกิดจากการอุดตันท่อน้ำดี ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีประมาณ 25 รายต่อปี และส่วนใหญ่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณ hepatic duct bifurcation สาเหตุของโรคนี้นในประเทศไทยน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ตับ ทำให้การดำเนินโรค การตรวจพบ แนวทางการรักษาและป้องกัน อาจจะต่างจากต่างประเทศด้วย เนื่องจากรายงานการศึกษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณ hepatic duct bifurcation ในประเทศไทยยังมีน้อย จึงได้ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในแง่ต่าง ๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาต่อไป

ผู้ป่วยและวิธีการ

ได้ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณ hepatic duct bifurcation ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่าง พ.ศ. 2521-2526 จำนวน 112 ราย ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีผลยืนยันโรคโดยการตรวจทางพยาธิ แต่อย่างไรก็ตาม จากลักษณะที่ตรวจพบระหว่างผ่าตัดร่วมกับผล ultrasound และ PTC ก่อนผ่าตัด รวมทั้งค่า alfafeto-

protein ของผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ได้ส่งตรวจได้ผลลบทุกราย ช่วยในการยืนยันโรคของผู้ป่วยที่รวมเข้ามาในการศึกษานี้ ได้ศึกษาผู้ป่วยแง่ต่าง ๆ เกี่ยวกับ เพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ อาการแสดง การตรวจพบ โรคที่พบร่วมด้วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุการตายหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

เพศและอายุ ผู้ป่วยชาย 84 ราย หญิง 28 ราย อัตราส่วน ชาย : หญิง = 3 : 1 ช่วงอายุตั้งแต่ 21-80 ปี อายุเฉลี่ยเพศชาย 54 ปี อายุเฉลี่ยเพศหญิง 51 ปี

ภูมิภาคและอาชีพ ผู้ป่วย 93 ราย หรือร้อยละ 83 มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคตะวันออก เชียงเหนือ และมาจากจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดมหาสารคามมากที่สุด คือ 30 ราย ร้อยละ 26.6 มีภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง 22 ราย และภาคใต้ตอนต้น 2 ราย ผู้ป่วยมีอาชีพทำนา ร้อยละ 60 รับราชการร้อยละ 15 รับจ้าง ร้อยละ 7 ค้าขายร้อยละ 5 บำนาญร้อยละ 3 และไม่ได้ระบุไว้ร้อยละ 15

อาการแสดงและการตรวจพบ แสดงใน Table 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ คือ มีอาการปวดท้องที่ชายโครงขวาหรือที่ยอดอกประมาณ 5-6 สัปดาห์ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลำ

การกระจายของจำนวนผู้ป่วยตามช่วงอายุแสดงใน Figure 1

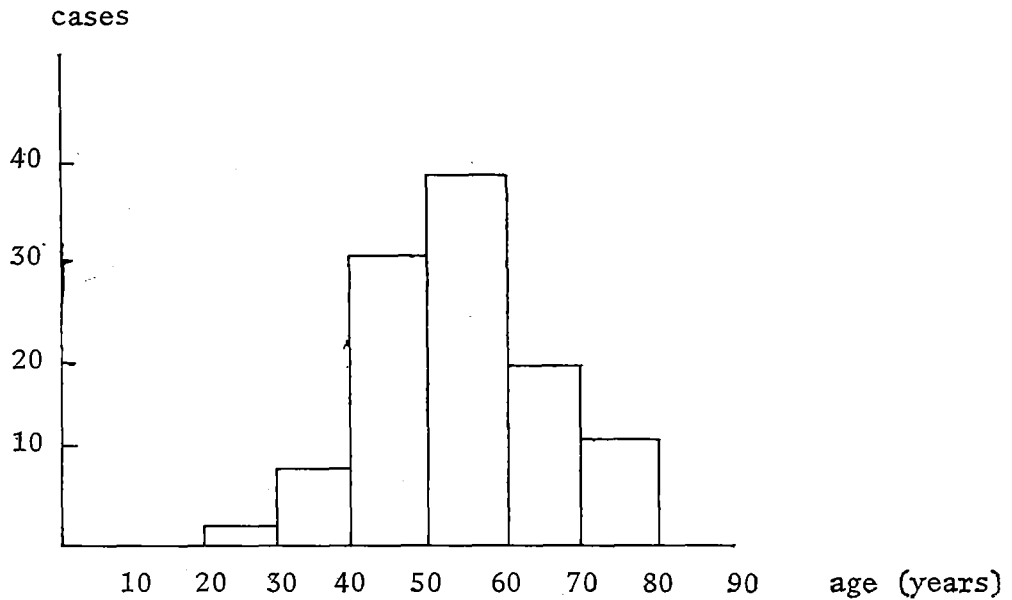


Figure 1 Patient age distribution

ก้อนได้ที่ชายโครงขวา เป็นไข้ บางคนมีอาการ
แสดงของทางเดินน้ำดีอักเสบ (มีไข้สูงหนาวสั่น
และเมื่อผ่าตัดจะพบน้ำคาวเขียว เมื่อส่งน้ำดีไปเพาะ

เชื้อจะได้ผลบวกเป็นส่วนใหญ่) มีอาการดีซ่าน
เฉลี่ย 2-3 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล

Table 1 Major signs and symptoms.

signs and symptoms	cases	%
hepatomegaly	112	100
jaundice	109	97
weight loss	96	86
abdominal pain	90	80
cholangitis	50	45
palpable gall bladder	31	28

โรคอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย คือ โรคแผลในกระเพาะอาหาร 8 ราย นิวในถุงน้ำดี 3 ราย นิวในท่อน้ำดีรวม 1 ราย วัณโรค 4 ราย เบาหวาน 3 ราย นิวในไต 3 ราย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจหาไข่-พยาธิในอุจจาระ ส่งตรวจอุจจาระ 95 ราย พบไข่พยาธิ 2-3

ชนิดในผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ ได้บ่อย และเมื่อแยกตามชนิดของพยาธิจะได้ผลดังแสดงใน Table 2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันในภาคกลางได้ส่งตรวจอุจจาระทั้งหมด 17 ราย ทุกรายไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ส่วนผู้ป่วยที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบไข่ใบไม้ตับในอุจจาระร้อยละ 58

Table 2 Member of parasitic ova in feces.

Parasites	cases	%
opisthorchis viverrini	45	47
hook worm	25	26
strongyloides	20	21
fasciolopsis buski	10	10.5
trichuris trichiura	2	2
negative for parasite	37	39

2. Bilirubin ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ย bilirubin สูงมาก ค่าเฉลี่ย direct bilirubin 9.5 mg % และค่าเฉลี่ย total bilirubin 18.3 mg % ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดภาวะไตวายหลังผ่าตัด 16 ราย มีค่าเฉลี่ย bilirubin 29.5 mg % และเมื่อพิจารณาในอีกแง่หนึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีค่า bilirubin สูงเกิน 25 mg % เกิดภาวะไตวายหลังผ่าตัดร้อยละ 45

3. Alkaline phosphatase (AP.) ในกลุ่มที่มีมะเร็งยังไม่แพร่กระจายไปที่เนื้อตับ 72

ราย มีค่าเฉลี่ย AP. = 136 IU. ส่วนกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ตับแล้ว 32 ราย มีค่าเฉลี่ย AP. = 161 IU.

4. Prothrombin time มีค่ายาวมากกว่าค่าควบคุมเกิน 3 วินาที 27 รายร้อยละ 24 และทุกรายสามารถแก้ไขให้เป็นปกติก่อนผ่าตัดด้วยการให้ vitamin K.

5. Alfetoprotein ส่งตรวจ 58 ราย ได้ผลลบทุกราย

6. Hepatitis B antigen ส่งตรวจ 48 ราย ได้ผลลบทุกราย

การตรวจเพาะเชื้อจากเลือดและน้ำดี เก็บจาก T-tube หลังผ่าตัด 67 ราย ได้ผลบวก การเพาะเชื้อจากเลือด 42 ราย ได้ผลบวก 10 40 ราย ชนิดของเชื้อโรค ดูจาก Table 3 ราย การเพาะเชื้อน้ำดีซึ่งเก็บส่งขณะผ่าตัดหรือ

Table 3 Organisms founded in bile culture and hemoculture.

organisms	hemoculture	bile culture	
	cases	cases	%
Enterobacter	5	13	32.5
Pseudomonas aeruginosa	2	7	17.5
E. coli	2	7	17.5
Klebsiella	1	5	12.5
Acinetobacter	—	4	10
Peptostreptococci	—	2	5
Bacteroides fragilis	—	2	5
Total	10	40	100

การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ได้ส่งตรวจ ultrasound 63 ราย liver scan 76 ราย percutaneous transhepatic cholangiogram (PTC) 71 ราย endoscopic cholangiopancreatography (ERCP) 18 ราย การศึกษาทางรังสีของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น 60 ราย

การแพร่กระจายของมะเร็ง พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ 42 ราย ร้อยละ 38 คือ ตับร่วมกับ omentum 13 ราย ตับ 22 ราย (สำหรับการแพร่กระจายไปที่ตับนี้ นับเฉพาะรายที่มะเร็งแพร่กระจายถึงผิวตับ

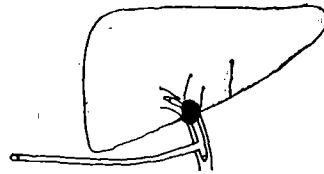
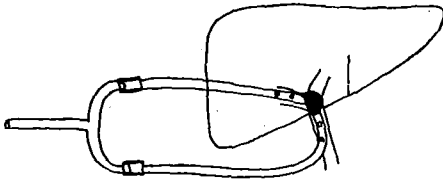
และมองเห็นได้ขณะผ่าตัดเท่านั้น) omentum 4 ราย ปอด 1 ราย กระดูก femur 1 ราย ต่อมน้ำเหลืองที่คอ 1 ราย และพบว่ามี ascites ร่วมด้วย 35 ราย

ผลทางพยาธิ ได้ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิ 32 ราย โดยได้ชิ้นเนื้อจากก้อนมะเร็ง 8 ราย จากมะเร็งที่แพร่กระจายไปที่ตับ 10 ราย จาก omentum 8 ราย จากต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณซั้วตับ 6 ราย พบว่าเป็น well differentiated adenocarcinoma 27 ราย Poorly differentiated adenocarcinoma 2 ราย Papillary adenocarcinoma 2 ราย

การผ่าตัด

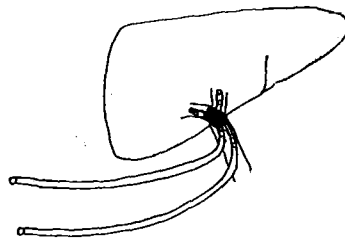
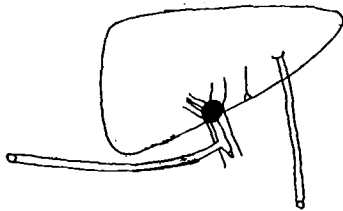
- 1. Exploratory laparotomy 12 ราย ร้อยละ 10
- 2. External drainage 70 ราย ร้อยละ 62 (ดู Figure 2)
- 3. Internal drainage 30 ราย ร้อยละ 26 (ดู Figure 3)

- 1. U-tube 5 cases
- 2. T-tube 20 cases



- 3. T-tube 3 cases
+
left transhepatic cholangiostomy

- 4. Tubes in hepatic ducts 2 cases



- 5. Bilobar transhepatic cholangiostomy 2 cases

- 6. Right transhepatic cholangiostomy 7 cases

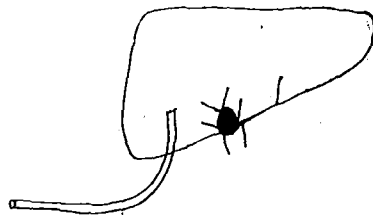
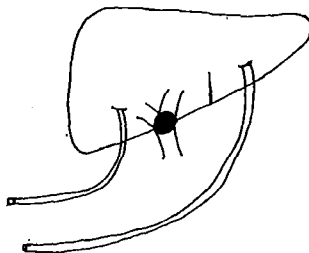
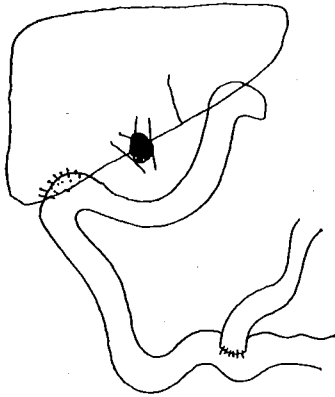
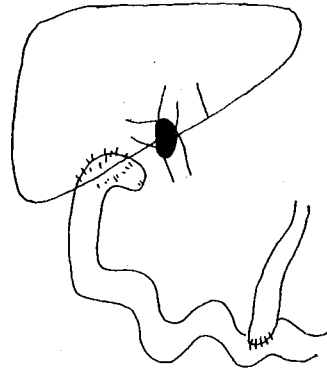


Figure 2 แสดงวิธีผ่าตัด external drainage แบบต่าง ๆ

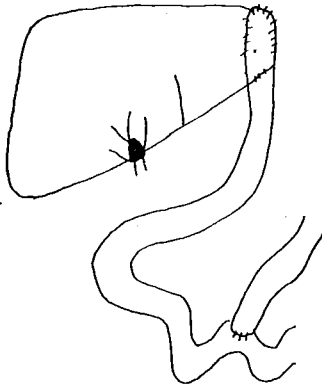
1. Bilobar hepaticojejunostomy
12 cases



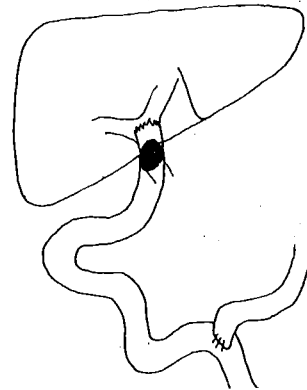
2. Right hepaticojejunostomy
17 cases



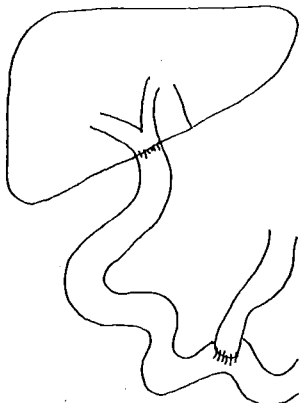
3. Left cholangiojejunostomy
3 cases



4. Hilar hepaticojejunostomy
10 cases



5. Hilar hepaticojejunostomy after
tumor resection
3 cases



6. Cholangio-cholecysto jejunostomy
7 cases

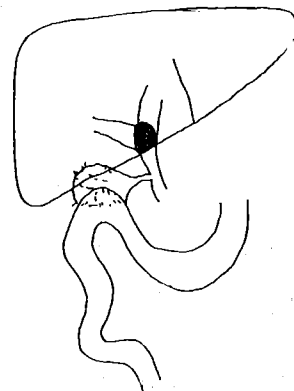


Figure 3 แสดงวิธีผ่าตัด internal drainage แบบต่างๆ

จาก Figure 2 และ 3 เห็นว่าไตผ่าตัดระบายน้ำที่จากตับข้างเดียว 59 ราย ร้อยละ 53 และผ่าตัดระบายน้ำที่จากตับสองด้าน 32 ราย ร้อยละ 28

ภาวะแทรกซ้อนและการตายหลังผ่าตัด ดูจาก Table 4

Table 4 Post operative morbidity and mortality

Conditions	morbidity		mortality	
	cases	%	cases	%
renal failure	12	10.7	4	3.6
renal failure + upper gastrointestinal bleeding	4	3.9	4	3.6
upper gastrointestinal bleeding	5	4.5	—	—
bile leakage with peritonitis	3	2.6	2	1.8
wound infection	9	8	—	—
deep vein thrombosis	2	1.8	—	—
gangrene jejunum roux-en-y limb	1	0.9	1	0.9
total	36	32	11	10

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอาการหลังผ่าตัดยังไม่ดี แต่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพราะญาติขอรับกลับ 22 ราย ร้อยละ 19.6

วิจารณ์

ผลการศึกษาเรื่องมะเร็ง hepatic duct นี้ เห็นว่ามีเพียงบางส่วนที่สามารถสรุปได้ส่วนใหญ่มิได้มีผลสรุปที่ชัดเจนและต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ส่วนที่สามารถสรุปได้ คือ

มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณ hepatic duct bifurcation ส่วนใหญ่เกิดกับชาวนาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอายุในช่วง 50-60 ปี อาการแสดงที่สำคัญคือดีซ่านและตับโต อาการปวดท้องและทางเดินท่อน้ำดีอักเสบ ซึ่งพบได้บ่อยในรายงานนี้ต่างจากรายงานอื่น^(3,4) ที่พบว่ามะเร็งชนิดนี้ส่วนใหญ่มีอาการดีซ่านมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่มีอาการปวดท้องหรือภาวะทางเดินน้ำดีอักเสบร่วมด้วย

แนวทางการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคที่คิดว่าแม่นยำและสะดวก⁽⁶⁾ คือ เริ่มด้วย ultra-

sound ตามด้วย PTC ก่อนการผ่าตัด สำหรับ liver scan และ ERCP⁽⁶⁾ ก็ใช้วินิจฉัยโรคได้ แต่ต้องการเครื่องมือและความชำนาญพิเศษ ซึ่งมีเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ๆ การทำเอกซเรย์กระเพาะอาหารและลำไส้ไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้ และเป็นการสิ้นเปลืองที่จะส่งตรวจทุกราย

การติดเชื้อในท่อน้ำดีส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ gram negative bacilli ซึ่งจำเป็นต้องรักษาด้วยยาในกลุ่ม aminoglycoside การติดเชื้อ anaerobic พบได้น้อยเพียงร้อยละ 8 ซึ่งอาจจะเป็นผลจากขั้นตอนในการเพาะเชื้อก็ได้

การตรวจทางพยาธิพบว่าทั้งหมดเป็น adenocarcinoma ในขณะที่ผ่าตัดพบมะเร็งแพร่กระจายแล้วร้อยละ 38 ซึ่งควรจะมากกว่านี้ ถ้าสามารถวินิจฉัยมะเร็งที่แพร่กระจายอยู่ในเนื้อตับได้และนับรวมเข้ามาด้วย Kuwayti⁽⁷⁾ รายงานว่ามีการแพร่กระจายแล้วถึงร้อยละ 71 ซึ่งเป็นเหตุที่สำคัญทำให้การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองเท่านั้น

ส่วนที่ไม่มีผลสรุปที่ชัดเจนและต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

1. อุบัติการณ์ของมะเร็งชนิดนี้ในประเทศไทยยังไม่มีสถิติที่แน่นอน ควรจะได้มีการสำรวจอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นเขตระบาดโรค

2. สาเหตุของมะเร็ง hepatic duct ยังไม่สามารถสรุปได้ อาจเกิดจากหลายสาเหตุรวมกัน มีรายงานที่สรุปว่ามะเร็งชนิดนี้เกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ในตับ^(8,9) แต่ไม่มีหลักฐานอย่างแน่ชัดในคน นายแพทย์ณัฐ ภมรประวัติ^(10,11) และคณะได้ทดลองทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีในหนูโดยให้พยาธิใบไม้ในตับร่วมกับสาร nitrosamine และสาร nitrosamine นี้พบมากในปลาร้าซึ่งเป็นอาหารที่นิยมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายงานนี้พบไขพยาธิใบไม้ในตับในอุจจาระเพียงร้อยละ 58 ซึ่งน้อยกว่าที่ตรวจพบในประชากรบางท้องที่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้เพราะการถอดทันท่อน้ำดีทำให้ไขของพยาธิไม่สามารถลงสู่ลำไส้ได้

3. โรคที่มีรายงานร่วมกับมะเร็ง hepatic duct ได้แก่ เบาหวาน⁽¹²⁾ นิ่วในทางเดินน้ำดี^(13,14) พบได้น้อยในรายงานนี้ ส่วน ulcerative colitis⁽¹⁵⁾ ไม่พบในรายงานนี้เลย ประวัติในอดีตที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือประวัติที่ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับทางเดินน้ำดีมาก่อน ซึ่งมีรายงานร้อยละ 35-70^(16,17) แต่รายงานนี้พบเพียง 4 รายเท่านั้น

4. การรักษาการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักของมะเร็งชนิดนี้

การผ่าตัดเพื่อหวังผลให้หายขาด (curative surgery) ซึ่งยังไม่มีการทำในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ น่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดแต่วิธีการผ่าตัดทำได้ยาก และส่วนใหญ่มะเร็งมีการแพร่กระจายแล้ว อย่างไรก็ตามมีศัลยแพทย์จำนวนมากที่พยายามเลือกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดก่อนมะเร็งออกด้วยวิธีต่างๆ⁽¹⁸⁻²⁸⁾ และรายงานว่าได้ผลดี

การผ่าตัดส่วนใหญ่จะเป็นแบบประคับประคอง (palliative surgery) ซึ่งมีข้อที่น่าพิจารณา คือ

4.1 มะเร็งที่บริเวณ hepatic duct bifurcation ส่วนใหญ่อุดกั้นที่รอยต่อระหว่าง hepatic duct ซ้ายและขวา ทำให้ท่อน้ำดีของตับทั้งสองข้างไม่ต่อกัน ดังนั้นควรทำผ่าตัดระบายน้ำดีจากตับทั้งสองข้างหรือทำเพียงข้างเดียว รายงานนี้ผ่าตัดระบายน้ำดีจากตับสองข้างร้อยละ 28 และระบายน้ำดีจากตับด้านเดียวร้อยละ 53 Bismuth⁽²⁴⁾ และ Corletti⁽²⁵⁾ Longmire, Seiro และ Hast Backa⁽²⁶⁾ เสนอว่าการระบายน้ำดีจากตับเพียงร้อยละ 50 ของเนื้อตับก็พอเพียง ตับด้านที่ระบายน้ำดีไว้จะโตขึ้นทดแทนโดยตับข้างที่ไม่ระบายน้ำดีจะเล็กลง Vibul Sachakul⁽²⁷⁾ รายงานว่าการผ่าตัดระบายท่อน้ำดีจากตับเพียงด้านเดียวในผู้ป่วยมะเร็งชนิดนี้ในเมืองไทยได้ผลดี แต่ John L.

Cameron⁽²⁸⁾ รายงานว่าการระบายท่อน้ำดีจากตับ 2 ด้านผู้ป่วยจะมีชีวิตนานกว่าระบายน้ำดีจากตับด้านเดียว และจากประสบการณ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบภาวะติดเชื่อในทางเดินท่อน้ำดีสูงถึงร้อยละ 45 ดังนั้น ถ้าผ่าตัดเพียงข้างเดียวอาจจะเกิดท่อน้ำดีอีกเสบในตับอีกด้านหนึ่งได้ จึงควรผ่าตัดระบายน้ำดีจากตับทั้งสองด้าน

4.2 การผ่าตัด external drainage หรือ internal drainage วิธีใดจะได้ผลดีกว่ากัน

การผ่าตัดใส่สายเข้าทางเดินน้ำดีเพื่อเป็น external drainage เช่น การใส่ T-tube, Y-tube และ transhepatic cholangiostomy มีข้อดีคือทำง่าย แต่มีข้อเสีย คือ ผู้ป่วยจะเสียน้ำดีไป และต้องมีสายต่อออกจากหน้าท้องตลอดไป สายเหล่านี้จะเลื่อนหลุดหรืออุดกั้นได้เสมอทำให้ต้องผ่าตัดเปลี่ยนใหม่ การผ่าตัดใส่ U-tube ตามวิธีของ Terblanche^(29,30) เป็นวิธีที่ดีเพราะสามารถเปลี่ยนสายได้เมื่อเกิดการอุดกั้น และถ้าต่อ U-tube ให้เป็น O-tube ก็จะสามารถนำดีบางส่วนเข้าสู่ลำไส้ได้ ข้อดีอีกประการ คือ การรักษาทางรังสีจะทำได้สะดวก ข้อเสีย คือ เกิดน้ำดีรั่วรอบๆ สาย U-tube ได้บ่อย และการใส่ U-tube ในตับสองข้างทำได้ยาก

การผ่าตัดทางเดินน้ำดีกับทางเดินอาหาร มีหลายวิธี วิธีที่น่าจะได้ผลดี คือ roux-en-y intrahepatic cholangiojejunostomy ซึ่งเป็น การต่อท่อน้ำดีที่โป่งพองโดยตรงกับ jejunum สำหรับวิธีหาท่อน้ำดีขนาดใหญ่ทางตับข้างซ้าย หาโดยวิธีผ่าตัดตับเข้าไปตาม round ligament เพื่อหา left anterolateral segment duct ส่วน ทับด้านขวานั้นไม่มีตำแหน่งที่แน่นอนที่จะหา ท่อน้ำดีขนาดใหญ่ แต่สามารถประมาณ ตำแหน่งได้โดยดูจาก PTC.

โดยสรุปสำหรับการผ่าตัดแบบ pallia- tive นั้นผู้เขียนเห็นว่าวิธีผ่าตัด roux-en-y bilobar intrahepatic cholangiojejunostomy น่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในประเทศ ของเรา

การระบายน้ำดีโดยการใส่สายผ่านทาง ผิวหนัง (percutaneous transhepatic bile drainage) สามารถลดภาวะดีซ่านได้^(81,82) และมีผู้รายงานการ รักษาวิธีแทนการผ่าตัด หรือใช้ลดภาวะดีซ่านก่อนการผ่าตัดใหญ่ แต่ ท่อที่ระบายน้ำดีมักจะหลุดและอุดตันง่าย นอก จากนี้ยังเกิดการติดเชื้อได้ง่ายด้วย Flemming Burcharth⁽⁸³⁾ และคณะได้รายงานการใส่สาย ทาง percutaneous เข้าสู่ท่อน้ำดีรวมทำให้ น้ำดี ไหลลงสู่ลำไส้ได้ วิธีรักษาทางรังสี และการให้

ยารักษามะเร็ง ยังใช้กันน้อยในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์มีเพียง 2 รายที่ได้รับการฉายแสง และเพียง 3 รายที่ได้รับยา 5 F.U. วิธีฉายแสง และให้ยาหลังผ่าตัดนี้มีรายงานว่า ได้ผลดีพอ สมควร⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾ สำหรับวิธีรักษาทางรังสีแบบ อื่นๆ ที่มีรายงานได้แก่การให้ radioactive I¹³¹ Rose Bengal⁽⁸⁸⁾ และการทำ internal radiotherapy with Iridium 192 wire⁽⁸⁹⁾ เป็นต้น

สรุป

มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณ hepatic duct bifurcation พบได้บ่อยในประเทศไทย ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นชวนาจากภาคตะวันออกเฉียง- เหนือในช่วงอายุ 50-60 ปี อัตราส่วน ชาย : หญิง = 3 : 1 อาการแสดงและการ ตรวจพบที่สำคัญ คือ ตับโต ดีซ่าน น้ำหนัก ลด ปวดท้อง ทางเดินท่อน้ำดีอักเสบ คลำถุง น้ำดีได้ การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดอาศัย ultra- sound และ PTC เป็นหลัก การรักษาในระยะ ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดลดภาวะดีซ่าน เท่านั้น โรคแทรกซ้อนและอัตราตายหลังผ่าตัด ยังสูงมาก ในอนาคตควรที่จะศึกษาหาทางลด อุบัติการของโรคนี้ในประเทศไทย และหาวิธี การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

อ้างอิง

1. Neibling HA, Dockerty MB, Waugh JM. Carcinoma of the extrahepatic bile duct. *Surg Gynecol Obstet* 1949 Sep; 89 (3) : 429-438
2. Sako S, Seitzinger GL, Garside E. Carcinoma of the extrahepatic bile duct; review of the literature and report of 6 cases. *Surgery* 1957 Mar; 41 (3) : 416-437
3. Juttjudata P, Chiemchaisri C, Palavatana C, Churnratakul S. A clinical study of cholangiocarcinoma caused cholestasis in Thailand. *Surg Gynecol Obstet* 1982 Sep; 155 (3) : 373-376
4. Sherlock S. *Diseases of the Liver and Biliary System*, 6 ed. Oxford, England : Blackwell Scientific, 1981
5. Peel ALG, Dillon E, Dellipiani AW. High bile duct cancer : incidence and pattern of investigation in the General Hospital setting. *Br J Surg* 1981 Jul; 68 (7) : 459-462
6. Silvis SE, Rohrmann CA, Vennes JA. Diagnosis accuracy of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in hepatic, biliary and pancreatic malignancy. *Ann Intern Med* 1976 Apr; 84 (4) : 438-440
7. Kuwayti D, Baggenstoss AH, Stauffer MG, Priestley JT. Carcinoma of the major intrahepatic and extrahepatic bile duct exclusive of the papilla of Vater. *Surg. Gynecol & Obstet* 1957 Mar; 104 (3) : 357-366
8. Harinasut C, Vajrasthira S. Opisthorchis in Thailand. *Ann Trop Med Parasitol* 1960 Apr; 54 (1) : 100-105
9. Koopirochana C, Sonakul D, Chinda K, Stitnimankarn T. A clinicopathologic study of 154 autopsy cases. *Southeast Asian J Trop Med Pub Health*. 1976 Mar; 9 (1) : 60-64
10. Bhamarapavati N, Thamavit W. Animal studies on liverfluke infestation, dimethylnitrosamine and bileduct carcinoma. *Lancet* 1978 Jan 28; 1 (8057) : 206-207
11. Thamavit W, Bhamarapavati N, Sahaphong S, Vajrasthira S, Angsubhakorn S. dimethylnitrosamine on induction cholangiocarcinoma in opisthorchis viverrini-infected Syrian Golden Hamsters. *Cancer Res* 1978 Dec; 38 (12) : 4634-4639
12. Van Heerden JA, Judd ES, Dockerty MB. Carcinoma of the extrahepatic bile duct : a clinicopathologic study. *Am J Surg* 1967 Jan; 113 (1) : 49-56
13. Kaude J, Rian R. Cholangiocarcinoma. *Radiology* 1971 Sep; 100 (3) : 573-580
14. Murray-Lyon IM. Biliary tract disorders; cholangiocarcinoma. *Br J Hosp Med* 1979; 21 : 478-481
15. Rankin JG, Skyring AP, Goulston SJM. Liver in ulcerative colitis : obstructive jaundice due to bile duct carcinoma. *Gut* 1966 Oct; 7 (5) : 433-437

16. Okuda K, Kubo Y, Okazaki N, Orishima T, Hashimoto M, Jinnouchi S, Sawa Y. Clinical aspects of intrahepatic bile duct carcinoma including hilar carcinoma : a study of 57 autopsy proven cases. *Cancer* 1977 Jan ; 39 (1) : 232-246
17. Warren KW, Mountain JC, Lloyd-Jones W. Malignant tumors of the bile-ducts *Br J Surg* 1972 Jul ; 59(7) : 501-505
18. Tsuzuki T, Ogata Y, Hosoda Y, Kasajima M, Nakanishi I. Hepatic resection upon patients with jaundice. *Surg Gynecol & Obstet* 1981 Sep ; 153 (3) : 378-391
19. Tsuzuki T, Ogata Y, Iida S. Carcinoma of the bifurcation of the hepatic ducts. *Arch Surg* 1983 Oct ; 118 (4) : 1147-1151.
20. Akwari OE, Kelly KA. Surgical treatment of adenocarcinoma, location : junction of right, left and common hepatic biliary ducts. *Arch Surg* 1979 Jan ; 114 (1) : 22-25
21. Hart MJ, White TT. Central hepatic resection and anastomosis for stricture or carcinoma of the hepatic bifurcation. *Ann Surg* 1980 Sep ; 192 (3) : 299-305
22. Launois B, Champion JP, Brissot P, Gosselin M. Carcinoma of the hepatic hilus : surgical management and the case for resection. *Ann Surg* 1979 Aug ; 190 (2) : 151-157
23. Bismuth H, Corletti MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg Gynecol & Obstet* 1975 Feb ; 140 (2) : 170-178
24. Fortner JG, Beattie EJ Jr., Shiu MH. Orthotopic and heterotopic liver homograft in man. *Ann Surg* 1970 Jul ; 172 (1) : 23
25. Longmire WP Jr, Tompkins RK. Lesions of the segmental and lobar hepatic ducts. *Ann Surg* 1975 Oct ; 182 (4) : 478-493
26. Deiro V, Hastbackta J. Left hepatocholangiojejunostomy in palliative treatment of malignant biliary obstruction. *Acta Chir Scand* 1966 ; 131 : 154-159
27. Sachakul V, Chotiprasithi P. Intrahepatic cholangiojejunostomy in the Management of Hepatic Hilar cholangiocarcinoma. *Thai J Surg* 1982 Apr ; 4 (2) : 37-42
28. Cameron JL, Broe P, Zuidema GD. Proximal bile duct tumors, surgical management with silastic transhepatic biliary stents. *Ann Surg* 1982 Oct ; 196 (4) : 412-416
29. Terblanche J, Saunders SJ, Louw JH. Prolonged palliation in carcinoma of the main hepatic duct junction. *Surgery* 1972 May ; 71 (5) : 720-731
30. Terblanche J. Is Carcinoma of the main hepatic duct junction an indication for liver transplantation or palliative surgery? A plea for the U-tube palliative procedure. *Surgery* 1976 Feb ; 79 (2) : 127-128

31. Nakayama T, Ikedo A, Okuda K. Percutaneous transhepatic drainage of the biliary tract : technique and results in 104 cases. Gastroenterology 1978 Mar ; 74 (3) : 554-559
32. Pollock TW, Ring ER, Oleage JA, Freiman DB, Mullen JL. Percutaneous decompression of benign and malignant biliary obstruction. Arch Surg 1970 Feb ; 114 (2) : 148-151
33. Burchath F, Jensen LI, Olesen K. Endoprosthesis for internal drainage of the biliary tract : technique and results in 48 cases. Gastroenterology 1979 Jan ; 77 (1) : 133-137
34. Hashmonia M, Lev L, Schramek A, Ben-arieh Y, Robinson E. Long survival following combined treatment of inoperable cholangiocarcinoma : surgery, radiotherapy, and chemotherapy. J Surg Oncol 1980 ; 13 (3) : 231-235
35. Green N, Mikkelsen WP, Keren JA. Cancer of the common hepatic duct, palliative radiotherapy. Radiology 1973 Dec ; 109 (3) : 687-689
36. Pilepich MV, Lambert PM. Radiotherapy of the extrahepatic biliary system. Radiology 1978 Jun ; 127 (3) : 767-770
37. Smoron GL. Radiation therapy of carcinoma of gall bladder and biliary tract. Cancer 1979 Oct ; 40 (4) : 1422-1424
38. Ariel IM, Pack GT. The treatment of inoperable cancer of the biliary system with radioactive I¹³¹ Rose Bengal. Am J Roentgen 1960 Mar ; 83 (3) : 474-490
39. Fletcher MS, Dawson JL, Wheeler PG. Treatment of high bile duct carcinoma by internal radiotherapy with Iridium 192 wine. Lancet 1981 Jul 25 ; 2 (8239) : 172-174