



สรวัดดี วัฒนายากร

ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพ
นายสรวัดดี วัฒนายากร ป.จ., ม.ป.ช., ม.ว.ม. องคมนตรี
ณ เมรุหลวงหน้าพลับพลาอิศริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส
๓๐ กันยายน ๒๕๕๕

โรคมะเร็ง...เรื่องน่ารู้สำหรับประชาชน
โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

THAI NATIONAL ASSEMBLY LIBRARY



3961200039

1282

อส
ส412ท
2555

ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพ
นายสวัสดิ์ วัฒนายากร ป.จ.,
ม.ป.ช., ม.ว.ม. องคมนตรี
ณ เมรุหลวงหน้าพลับพลา
อิศริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส
30 กันยายน 2555.

#72402

วันที่	17 / ก.พ. / 58
เลขทะเบียน	1282
เลขหมู่	อศ ค 412 ท
	2555

ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพ

นายสวัสดิ์ วัฒนายากร ป.จ., ม.ป.ช., ม.ว.ม. องคมนตรี

ณ เมรุหลวงหน้าพลับพลาอิศริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส

๓๐ กันยายน ๒๕๕๕

โรคมะเร็ง...เรื่องน่ารู้สำหรับประชาชน

โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สมบัติห้องสมุดรัฐสภา

หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นอนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ นายสวัสดิ์ วัฒนายากร องคมนตรี เมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ วัดเทพศิรินทราวาส โดยเนื้อหาในหนังสือนี้เกี่ยวกับโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ซึ่งมีคุณประโยชน์ต่อผู้อ่านเพื่อทราบสาเหตุของการเกิดโรค วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ตลอดจนวิธีการป้องกันรักษา ซึ่งบทความในหนังสือเล่มนี้คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ จากโรงพยาบาล รามาธิบดี ได้เสียสละเวลาเขียนขึ้นมาเพื่อนำมาตีพิมพ์ลงในหนังสือที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพเล่มนี้โดยเฉพาะ โดยมี ผศ.ดร.เลิศฤทธิ์ จงมั่นคงชีพ เป็นผู้ประสานงานและรวบรวมจากแพทย์ผู้เขียน

ทางครอบครัวขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์ทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าเขียนบทความ เพื่อเป็นวิทยาทาน และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อบุคคลทั่วไปในหนังสือที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ นายสวัสดิ์ วัฒนายากร องคมนตรี เล่มนี้ ครอบครัววัฒนายากร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบุญกุศลที่ทุกท่านทำ จงตอบสนองทุกท่านให้มีแต่ความสุข ความเจริญ และขอจดจำน้ำใจอันดีงามของท่านตลอดไป

ครอบครัววัฒนายากร

ประวัติครอบครัว

นายสวัสดิ์ วัฒนายากร เกิดเมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๗๗ ที่อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เป็นบุตรลำดับที่ ๗ ของขุนธำรงพันธุ์ภักดี และนางสร้อยทอง วัฒนายากร เป็นคนปกติ จังหวัดปัตตานี บิดาและครอบครัวทำธุรกิจเกี่ยวกับการผลิตกระแสไฟฟ้าของจังหวัด โรงงานผลิตน้ำแข็งและทำเหมืองแร่ดีบุก มีพี่และน้องรวม ๑๐ คน ดังนี้

๑. นายสารัตต์ วัฒนายากร ถึงแก่กรรม
๒. นายภิญโญ วัฒนายากร
๓. นายจำเริญ วัฒนายากร ถึงแก่กรรม
๔. นายมงคล วัฒนายากร ถึงแก่กรรม
๕. นายสมพร วัฒนายากร
๖. นางโสภานันท์ สุวรรณจินดา
๗. นายสวัสดิ์ วัฒนายากร ถึงแก่กรรม
๘. นายวิโรจน์ วัฒนายากร ถึงแก่กรรม
๙. พล.ต.ต.นพ.วิบูลย์ วัฒนายากร
๑๐. พ.ต.อ.วิวัฒน์ วัฒนายากร ถึงแก่กรรม

นายสวัสดิ์ วัฒนายากร สมรสกับ น.ส.ปานจิตต์ สุจริตกุล บุตรีพระพิบูลย์ไธสวรรย์ (นายเปียบ สุจริตกุล) และนางวิจิตร สุจริตกุล เมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๐๗ จบการศึกษาจาก คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีบุตรชายเพียงคนเดียวคือ นายทัศนพงษ์ วัฒนายากร เกิดเมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน พ.ศ.๒๕๑๖ จบการศึกษาจาก คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปริญญาโทจาก University of Colorado at Denver ขณะนี้รับราชการที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

ประวัติการศึกษา

- มัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๔ โรงเรียนเบญจมราชูทิศ ปัตตานี
- มัธยมศึกษาปีที่ ๕ - ๖ โรงเรียนกรุงเทพคริสเตียน วิทยาลัย
- พ.ศ.๒๔๙๒ - ๒๔๙๔ ระดับมัธยมศึกษาที่ Metropolitan business college, Sydney ประเทศออสเตรเลีย
- พ.ศ.๒๔๙๗ ระดับมัธยมศึกษาที่ Wilbraham Academy, Boston ประเทศสหรัฐอเมริกา
- พ.ศ.๒๕๐๑ จบปริญญาตรี วิศวกรรมเครื่องกล สถาบัน Massachusetts Institute of Technology (MIT) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.๒๕๐๒ - ๒๕๐๔ ทำธุรกิจส่วนตัวของครอบครัว โดยทำงานโรงงานผลิตไฟฟ้า โรงงานผลิตน้ำแข็งจังหวัดปัตตานี และยะลา
- พ.ศ.๒๕๐๖ บรรจุเข้ารับราชการกรมชลประทาน เป็นนายช่างโท กองเครื่องจักรกลงานดิน จนเป็นผู้อำนวยการกอง
- พ.ศ.๒๕๒๙ - ๒๕๓๐ วิศวกรใหญ่ กรมชลประทาน
- พ.ศ.๒๕๓๐ - ๒๕๓๒ ผู้ตรวจราชการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- พ.ศ.๒๕๓๒ - ๒๕๓๕ รองปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- พ.ศ.๒๕๓๕ - ๒๕๓๘ อธิบดีกรมชลประทาน

พ.ศ. ๒๕๓๙ - ๒๕๔๓	กรรมการกฤษฎีกาวิจักษ์ร้องทุกข์
พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕	ตุลาการศาลปกครองสูงสุด
๑๘ กรกฎาคม ๒๕๔๕	องคมนตรี
ตำแหน่งอื่นที่สำคัญในอดีต	กรรมการบริหาร และรองเลขาธิการ มูลนิธิอานันทมหิดล กรรมการมูลนิธิพัฒนา รองประธานกรรมการบริหาร โครงการศูนย์ศึกษาการพัฒนาอันเนื่อง มาจากพระราชดำริ

เครื่องราชอิสริยาภรณ์ที่ได้รับ

ปฐมจุลจอมเกล้า (๒๕๔๗)

มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก (๒๕๓๘)

มหาวชิรมงกุฏ (๒๕๓๓)

เหรียญรัตนาภรณ์ รัชกาลที่ ๙ ชั้นที่ ๓ (๒๕๓๙)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ภาวะทางจิตใจกับการป่วยด้วยโรคมะเร็ง	6-10
อาหารดีเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมะเร็ง	11-16
การตรวจมะเร็งทางรังสี	17-22
การรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษา	23-26
มะเร็งในช่องปาก	27-30
มะเร็งหลอดลม	31-33
มะเร็งกล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง	34-38
มะเร็งต่อมธัยรอยด์	39-41
มะเร็งเต้านม	42-48
มะเร็งปอด	49-50
มะเร็งตับ	51-53
มะเร็งกระเพาะอาหาร	54-56
มะเร็งลำไส้ใหญ่ภัยเงียบที่ป้องกันได้	57-61
มะเร็งต่อมลูกหมาก	62-66
มะเร็งกระดูกในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี	67-70
มะเร็งในสมอง	71-76
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	77-82
มะเร็งในเด็ก	83-89
มะเร็งปากมดลูก	90-93
มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	94-96
มะเร็งรังไข่	97-99

บทความเรื่องมะเร็งสำหรับประชาชน
โดยอาจารย์แพทย์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

1

ภาวะทางจิตใจ กับการป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รณชัย คงสกนธ์
จิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของประชาชนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดปี 2553 ทั่วประเทศ มีรายงานเสียชีวิต 58,076 คน มากสุดจากมะเร็งตับ และป่วยเข้าโรงพยาบาล กว่า 2 แสนคน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบเพิ่มขึ้น รวมทั้งคัดกรอง พบมะเร็งระยะแรกในผู้ป่วยอายุน้อยลง นอกจากความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแล้ว กระบวนการรักษาโรคมะเร็งยังใช้ระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

ตามหลักจิตวิทยา การรับรู้ข่าวร้าย 5 Stages ของ Elisabeth Kubler-Ross เราจะพบว่า เมื่อคนเราได้รับข่าวร้าย จะมีอาการพัฒนาเป็นขั้น ๆ ซึ่ง ประเด็นสำคัญอยู่ตรง การรับมือกับภาวะทางจิตใจในแต่ละระยะ ถ้าคนที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยสามารถเข้าใจในภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้น ปัญหาที่ตามมา ก็จะบรรเทาลงได้ นำไปสู่การใช้ชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่จะมีอาการตามสภาวะทางจิตใจ เป็นลำดับ Stage 5 ขั้นตอน บางคนอาจจะข้ามขั้นตอนไป หรือสลับไปสลับมา และยังคงอยู่ในวัฏวนของสภาวะทางใจที่มีปัญหา จึงเป็นประเด็นที่คนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตัวผู้ป่วย ต้องช่วยกันให้ รับรู้ ถึงภาวะความเจ็บป่วย ผ่านพ้นระยะที่เป็นปัญหา ให้เข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายของการยอมรับสภาพ และมีกำลังใจสู้ต่อไป สภาวะทางใจ 5 ระยะ มีดังต่อไปนี้ คือ

ขั้นแรก : Denial (Shock) คือการตกใจและปฏิเสธความจริงว่ามันไม่ได้เป็น อย่างนั้นแน่ ๆ ผู้ป่วยจะพยายามไปรักษากับโรงพยาบาลและแพทย์ที่อื่น ๆ

คนส่วนใหญ่ที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน พอรับข่าวร้ายแล้วก็จะตกใจ ไม่สามารถรับรู้ต่อความจริงนั้นได้ นำไปสู่การปฏิเสธว่า ไม่จริง เป็นไปไม่ได้ นำไปสู่การไม่ยอมรับ หาวว่า ผลตรวจผิดบ้าง คนตรวจไม่มีความสามารถจริงบ้าง หรือผลไม่ใช่ของตนเอง เป็นต้น

ขั้นตอนนี้ คงต้องใจเย็นและทำความเข้าใจกับผู้เจ็บป่วย อาจจะทำให้ความมั่นใจว่าไม่เป็นไร จะตรวจหาความชัดเจนให้อีกครั้ง แต่โดยปกติ แนะนำให้หนึ่ง และ ฟังก่อน ว่าสรุปคนฟังกังวลเพราะอะไรกันแน่

ขั้นที่สอง : Anger คือความโกรธ โกรธที่ตัวเองกำลังจะตาย โกรธแพทย์และ ทีมผู้รักษา ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ฯลฯ

มีอารมณ์โกรธ ครับ และมักจะเป็นแบบโกรธอย่างไม่มีเหตุผล แล้วก็จะ เริ่มระบายอารมณ์โกรธ โกรธตั้งแต่คนที่ทำให้เกิดเรื่อง โกรธพระเจ้า โกรธโชคชะตา โกรธหมอ โกรธคนบอกข่าว โกรธตัวเอง โกรธพ่อแม่ที่ทำให้เกิดมา ฯลฯ ซึ่งจริง ๆ แล้ว ความโกรธพวกนี้มักแสดงถึงความกลัวหรือความเศร้าที่ผู้ฟังมีหลังจากได้รับข่าวนั้น

ช่วงนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องคงต้องใจเย็น หนึ่งฟัง ค่อย ๆ พูด แสดงความเห็นใจ พยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยประสบ ต้องเข้าใจว่าการโกรธเป็นกลไกหนึ่ง ซึ่งหลาย ๆ คนไม่สามารถควบคุมได้

ขั้นที่สาม : Bargaining เป็นความรู้สึกที่อยากต่อรองกับความตายและความสูญเสีย ที่กำลังจะมาถึง อยากจะเลื่อนเวลาออกไป เพื่อที่จะปรับปรุงวิถีชีวิตใหม่ หรือ ทำงานอุทิศตัวเพื่ออุดมการณ์บางอย่างตามความเชื่อของตน

หลังจากที่มีความรู้สึกโกรธไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่มหาทางออกด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นการลองต่อรองดู เมื่อมีโอกาส ไม่เป็น หรือไม่ร้ายแรงอย่างที่บอก เช่น ขอ ตรวจเพิ่มเติม หรือขอไปตรวจที่อื่นได้ไหม เมื่อผลจะผิดพลาด กระทั่ง เกิดความคิดว่า คนมาบอกนั้น ล้อเล่นกับตนใช่ไหม พยายามต่อรองว่า ให้พูดความจริงว่าไม่ใช่ หรือ เป็นน้อยกว่าที่บอก หรือมีความคิดว่า ไม่เลวร้ายจนไม่มีทางออก ต่อด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ต้องไปบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์มากมายแล้วแต่จะจินตนาการไปได้ ตรงนี้ ถ้าไม่เหลือปากว่าแรงนัก (คือ ไม่เห็นว่าเปลืองเงินเปลืองทอง อันตราย หรือสร้าง ความเดือดร้อน) ก็ปล่อยให้ฟังชานไปได้ครับ แต่ต้องยืนยันว่าจะมีคนดูแล ไม่ทอดทิ้ง ผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้เขาต่อรอง ระบายให้มากที่สุด ถ้าอยู่ในวิสัยที่จะทำได้ หรือให้ทำ ก็ให้ทำไปตามที่ผู้ป่วยต่อรอง

ขั้นที่สี่ : Depression ช่วงนี้มีอาการซึมเศร้า หดแรงแรง มองโลกในแง่ลบ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ออยากตาย

มีอาการซึมเศร้า ขั้นตอนนี้ร้ายแรงกว่าสามขั้นตอนที่ผ่านมา แกมคนส่วนใหญ่ที่รับข่าวร้ายไปนาน ๆ อย่างเอดส์ มะเร็ง อุบัติเหตุ สามีทิ้ง ฯลฯ ก็มักจะมาหยุดตรงขั้นนี้ หลังจากที่ไมยอมรับ และต่อรองมาช่วงระยะหนึ่ง จนรับสภาพแล้วแต่ยังทำใจไม่ได้ ก็จะมาเกิดเป็นอาการซึมเศร้า เสียใจ เบื่อชีวิต โทษโชคชะตาตัวเอง นอกจากจะพูดคุยด้วยลำบากแล้ว เพราะผู้ป่วยจะไม่อยู่ในสภาวะที่จะรับฟังซ้ำ ต้องระวังการฆ่าตัวตายในช่วงนี้ เพราะอารมณ์เบื่อเศร้า จะนำไปสู่ความคิดอยากตาย ซึ่งช่วงนี้อาจต้องมีจิตแพทย์เข้ามาให้การช่วยเหลือดูแลอย่างเต็มที่ รวมทั้งคนรอบข้างต้องช่วยกันให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นสุดท้าย : Acceptance เป็นระยะที่ยอมรับความจริง พร้อมใจที่จะเผชิญกับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัว ในระยะนี้พฤติกรรมจะมีความเหมาะสมกว่าระยะต่าง ๆ ที่ผ่านมา

หลังจากผ่านระยะดังที่กล่าวมาทั้งหมดมาแล้ว ผู้ป่วยก็จะปลงและยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่จริง ยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ตรงนี้เราสามารถเอาความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมเข้ามาช่วยได้ อย่างเช่น ทุกข์และสุขอยู่กับเราได้ไม่นาน หรือหลักธรรมอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา เป็นจุดที่พูดคุยกันได้ดีที่สุด ซึ่งคนที่มีพื้นฐานสุขภาพจิตดีอยู่แล้ว จะสามารถยอมรับสภาพของตัวเองและเข้าสู่สภาวะนี้ได้เร็วขึ้น

สิ่งสำคัญที่นำมาฝากให้ผู้อ่าน ได้เข้าใจถึงสภาวะทางจิตใจต่อการรับรู้ การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่มีเป็นระยะนั้น มิได้หมายความว่า ก่อให้เกิดความยอมรับแล้ว ต้องรอคอยการสิ้นสุดของชีวิตแต่อย่างไร แต่มีความปรารถนาใคร่ขอแนะนำเสนอ ข้อมูลที่มีการศึกษาสภาวะทางจิตที่เข้มแข็ง จะมีผลต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนสภาพร่างกายนำไปสู่การต่อสู้โรคร้ายที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างชัดเจน

ได้เคยมีรายงานผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งในหนังสือ Imagery In Healing 1985 ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในสมอง และแพทย์ได้ทำการผ่าตัดเนื้องอกและสมองใกล้เคียงออกไปมากเท่าที่จะทำได้ โดยผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ผู้ป่วยถูกส่งกลับไปบ้านโดยไม่ได้รับการฉายรังสีหรือยาฆ่ามะเร็ง เพราะแพทย์เชื่อว่าไม่มีประโยชน์ใด ๆ ต่อผู้ป่วยอีกแล้ว ด้วยอาการอัมพาตทั้งแขนและขา แต่ยังมีสติ ผู้ป่วยได้รับการสอนให้สร้างภาพทางจิตหวังผลจากการตอบสนองของชีวภาพ แต่เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีการศึกษา

น้อย ทั้งไม่รู้ถึงสาเหตุของการป่วยและการผ่าตัดที่กว้างขวาง ภาพที่สร้างขึ้นจากจิต จึงเน้นการอยู่รอดและการหายจากโรค ด้วยการเอาชนะมันอย่างเด็ดขาดให้ได้ หลังจากนั้นเพียง 16 เดือนก็พบว่า ไม่มีร่องรอยของโรคมะเร็งอีกเลย ต่อมาผู้ป่วยก็ทุเลา จากอัมพาต และสามารถใช้ชีวิตที่ดีขึ้น

นักจิตท่านหนึ่ง ที่ชื่อว่า ไชมอนตัน เคยกล่าวว่า ดังเป็นที่รับรู้และมีการพิสูจน์ ให้ พบว่า เซลล์ร่างกายมนุษย์ในอวัยวะหรือเนื้อเยื่อใดก็ตาม จะมีการเปลี่ยนแปลง เป็นเซลล์มะเร็งได้ตลอดเวลา แต่ร่างกายก็สามารถรู้และดำเนินการทำลายได้ทันที ตลอดเวลาเช่นกัน ด้วยกระบวนการป้องกันและต่อต้าน ซึ่งการควบคุมกลไกต่อสู้ ป้องกันตัวเองของร่างกายนั้น จิตไร้สำนึกมีความสำคัญ มีบทบาทเป็นอย่างมาก

ในการทดลองผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในที่ต่าง ๆ ในระยะสุดท้ายจำนวน 126 ราย ไชมอนตันและนักวิจัยผู้ช่วย ได้เจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจและศึกษาการ เปลี่ยนแปลงของโรคเป็นระยะ ๆ ในขณะเดียวกันก็ทำการตรวจด้วยวิธีทางจิตวิทยา ด้วยการให้ผู้ป่วยวาดภาพของตัวเอง ภาพของอวัยวะที่เป็นมะเร็ง เซลล์มะเร็ง ภาพ ของภูมิคุ้มกันของร่างกาย เม็ดเลือดขาวที่ร่างกายส่งมาต่อต้านโรค ปรากฏว่า ผลของการตรวจเลือดเป็นระยะ ๆ บอกแต่ความก้าวหน้าของความรุนแรงของโรค เท่านั้น ไม่ให้ข้อมูลอย่างอื่น แต่ผลของการทดสอบทางจิตที่ทำเป็นระยะ ๆ เช่นกัน นอกจากจะชี้บ่งถึงการเปลี่ยนแปลง การดำเนินของโรคแล้วยังสามารถ บอกได้ว่า ผู้ป่วยคนไหนจะอยู่ได้นานอีกเท่าใด จะเสียชีวิตเมื่อไร และผู้ป่วยคนใด ที่โรคจะถูกยับยั้งหรือฝอยหายไปเอง ซึ่งทำให้แพทย์สามารถทำนายได้ถูกต้อง แม่นยำถึง 95 เปอร์เซ็นต์ทีเดียว มีแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์แขนง ต่าง ๆ มากมายที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพ ด้วยกระบวนการรักษาสุขภาพแบบองค์ รวม (holistic health approach) การเกิดโรค การรักษาโรค และการหายจากโรคด้วย กระบวนการที่ร่วมกันของจิต กาย และธรรมชาติ พบว่า สามารถทำให้คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างชัดเจน จึงสมดังคำกล่าวที่ว่า สุขภาพ ที่แท้จริงนั้น เป็นผลสมมูลย์ในความสัมพันธ์ระหว่างกันของจิต กาย และสรรพสิ่งที่เป็นธรรมชาติ ที่รวมอยู่ในตัวของมนุษย์ทุก ๆ คน

ความรัก ความเอาใจใส่ ของบุคคลรอบข้างจะเป็นกำลังใจที่ยิ่งใหญ่ต่อ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ หัวใจสำคัญของบทความนี้ คือ ตัวผู้ป่วยเองที่มีจิตใจที่เข้ม แข็ง ที่นำไปสู่ภาวะทางใจที่สามารถข้ามขั้นตอนที่ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว กระทั่งนำเอาความเข้มแข็งทางใจนี้มาเป็นโอสถ ที่อาจเป็นขบวนการสำคัญที่มีส่วนช่วย

ผู้ป่วยผ่านพ้นโรคมะเร็งในที่สุด

ดังพระคำสอนของพระพุทธเจ้า ในเรื่องของการเจ็บป่วย ท่านได้ตรัสสอนไว้ว่า “ ถึงแม้ร่างกายเราจะป่วย แต่ถ้าใจเราไม่ป่วยเราก็จะมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้ ”

2

อาหารดีเพิ่มคุณภาพชีวิต แก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์
หน่วยโภชนาวิทยาและชีวเคมีทางการแพทย์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นทั่วโลก สาเหตุของมะเร็งมากกว่าร้อยละ 80-90 มาจากปัจจัยภายนอก และอีกร้อยละ 30 มาจากอาหาร ปัจจัยของอาหารที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดมะเร็งที่สำคัญคือ โรคอ้วนและเหล้า การกินผลไม้ ผักน้อยแต่กินเนื้อแดงมาก โดยจะนำไปสู่โรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และตับอ่อน ซึ่งมะเร็งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 30-40 แนวทางการบริโภคอาหารที่ช่วยป้องกันการเป็นมะเร็งคือกินผลไม้ ผัก ธัญพืชและปลา และลดการบริโภคเนื้อแดง ไขมันสัตว์ และน้ำตาลทราย

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งก้าวหน้าไปมาก มีทั้งยาและเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามามากมาย แต่ภาวะการขาดอาหารจากโรคมะเร็งหรือผลข้างเคียงจากการรักษา ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีทั้งการรับประทานไม่ได้ การเบื่ออาหาร การเปลี่ยนแปลงของการรับรสและการกลืน เมื่อร่างกายขาดอาหารอย่างรุนแรง น้ำหนักตัวลดอย่างรวดเร็ว ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ขาดภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากไม่ได้เสียชีวิตจากการลุกลามของโรค แต่กลับเป็นเพราะการขาดอาหาร การศึกษาวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า ถ้าร่างกายได้อาหารที่เหมาะสม เพียงพอที่จะช่วยให้การรักษาได้ผลดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยา การผ่าตัด หรือการฉายรังสี ช่วยให้ร่างกายฟื้นสภาพได้เร็วและดียิ่งขึ้น หรืออย่างน้อยที่สุด ก็ช่วยให้คงสุขภาพนั้นไว้ ไม่ให้เสื่อมโทรมกว่าที่ควรจะเป็น จึงเป็น

ที่ยอมรับกันในปัจจุบันว่า “อาหารที่ดี จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมะเร็ง”

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง แพทย์จะคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนให้การรักษา ซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี ซึ่งวิธีการรักษามะเร็งเหล่านี้จะฆ่าเซลล์ โดยกระบวนการฆ่าเซลล์มะเร็ง เซลล์ที่ดี จะถูกทำลายด้วย ดังนั้นภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการรักษามะเร็ง การรับประทานอาหารที่ดีและมีสารอาหารครบถ้วนก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและดีขึ้น ร่างกายมีพลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ควรรักษาน้ำหนักไม่ให้ลดลงจนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็ง จะช่วยให้ผลข้างเคียงจากการรักษาลดลง ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูเร็วขึ้น

ภาวะโภชนาการที่ดีคืออะไร

ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพราะดีต่อการเจ็บป่วยและดีต่อการรักษา การเลือกรับประทานซึ่งมาจากการบอกกล่าวเล่าต่อ ๆ กัน ไม่ควรทำ ควรให้แพทย์ พยาบาล และนักกำหนดอาหารช่วยการวางแผนในการรับประทานอาหารจะดีที่สุด

ผู้ป่วยมะเร็งที่ผอมมาก ๆ แล้วได้รับการรักษาโดยการฉายแสง พบว่าผู้ป่วยจะตายและมีโรคแทรกซ้อนสูงขึ้น รังสีฉายแสงก็มีผลทำให้ภาวะขาดอาหารเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นตามปริมาณรังสีที่ได้ตามขนาด, เวลา และตำแหน่งอวัยวะที่ถูกรังสี เช่น การฉายแสงบริเวณศีรษะจะทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าฉายแสงบริเวณคอจะมีปากอักเสบ ถ้าฉายแสงตำแหน่งบริเวณอกจะพบอาการคลื่นลำบาก ถ้าฉายแสงบริเวณท้องจะเกิดลำไส้อักเสบ และการดูดซึมอาหารเสียไป เหล่านี้เป็นต้น อาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อลดปริมาณรังสีที่ให้ แต่นั่นก็หมายความว่าผลลัพธ์จะแย่ตามไปด้วยและเช่นเดียวกันกับการรักษามะเร็งโดยการให้ยาเคมีบำบัด

การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนรับการรักษาโรคมะเร็ง

1. มองโลกในแง่ดี คิดในแง่ดี บอกเล่าถึงความรู้สึกของตน และขอทราบรายละเอียดของโรคที่ตนเป็นอยู่ และการเข้าใจแผนการรักษาต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดความยอมรับ และคลายความวิตกกังวลได้ส่วนหนึ่ง อีกทั้งยาในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมกับวัย โดยกินอาหารให้หลากหลาย อย่ากินอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งมากเกินไปเป็นประจำ เพื่อให้ได้สารอาหารต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ และหลีกเลี่ยงการสะสมสารพิษอาหาร

- อาหารหมู่ที่ 1 : เนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ
- อาหารหมู่ที่ 2 : ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน
- อาหารหมู่ที่ 3 : ผักต่าง ๆ
- อาหารหมู่ที่ 4 : ผลไม้ต่าง ๆ
- อาหารหมู่ที่ 5 : ไขมันจากสัตว์และพืช

อาหารหมู่ที่ 1 : เนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ

สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ได้ทุกชนิด ยังไม่พบข้อห้ามในการจำกัดเนื้อสัตว์ในกลุ่มมะเร็งดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตาม ไขมันอิ่มตัวที่ซ่อนอยู่ในเนื้อสัตว์คงเป็นสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง ดังนั้นควรงดเนื้อสัตว์ที่มีไขมันมาก ควรเลือกรับประทาน นำนมซึ่งเป็นสารอาหารโปรตีนที่มีงานวิจัยพบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังการผ่าตัดสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ควรเลือกนมชนิดพร่องหรือขาดมันเนยเป็นหลัก

ในท้องถิ่นที่มีการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ ไม่แนะนำให้กินปลาดิบ ๆ สุก ๆ (ลาบ ก้อย ก้อยปลา) ที่ทำมาจากปลาในตระกูลปลาตะเพียน หรือปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด ถ้ากินเนื้อสัตว์สีแดง เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู ในปริมาณที่มากเป็นเวลานาน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ไม่ควรกินเกิน 80 กรัมต่อวัน

อาหารหมู่ที่ 2 : ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน

ข้าวและแป้ง ควรได้รับเป็นพลังงานหลัก หากผู้ป่วยเบื่อข้าวอาจใช้ขนมปังทดแทนได้ การรับประทานข้าวไม่ขัดสีจะเป็นประโยชน์แก่ร่างกายอย่างมาก โดยให้รับประทานคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 60 ของพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน หากมีภาวะการหายใจลำบากร่วมด้วย ควรดูแลท่าทางในการรับประทานให้เหมาะสม คือ อยู่ในท่านั่ง ห้อยขา หลังตรง สบาย ๆ เพื่อให้อาหารเข้าสู่กระเพาะได้ง่าย อีกทั้งควรเตรียมลักษณะของคาร์โบไฮเดรตที่ไม่มีเนื้อสัมผัสหยาบเกินไป อาทิ ข้าวต้มเปียก ๆ อาจผสมกับเนื้อสัตว์แล้วปั่นหยาบ ๆ หรือน้ำหวานผสมให้ดื่ม หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติแล้ว ก็สามารถรับประทานอาหารหมู่ข้าวและแป้งได้เกือบทุกประเภท เลือกกินอาหารที่ประกอบด้วยธัญพืช เช่น เมล็ดถั่วต่าง ๆ งา ข้าวโพด ข้าวกล้อง ฝรั่ง มันเทศ

อาหารหมู่ที่ 3 : ผักต่าง ๆ

ผักซีฝรั่ง มีสาร polyacetylenes สามารถยับยั้งการสร้างสารส่งเสริมมะเร็งได้

ผักและผลไม้ทั้งสดและแช่แข็งต่างมีประโยชน์ซึ่งตรงข้ามกับความคิดของคนทั่วไป ผลไม้แช่แข็ง จะให้คุณค่าสารอาหารเข้มข้นเหมือนของสด ขณะที่ผลไม้แห้งจะหวานมากเพราะมีสารอาหารบางส่วนถูกย่อยสลาย การวิจัยพบว่าผลไม้และผักทั้งสดและแช่แข็งจะลดการเกิดมะเร็ง โดยเฉพาะ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ลดได้ร้อยละ 22 ลดอัตราการตายร้อยละ 11

อาหารหมู่ที่ 4 : ผลไม้ต่าง ๆ

ผลไม้และน้ำผลไม้กระป๋อง ผลไม้แห้งหรือผลไม้สดสามารถรับประทานได้ทุกชนิด อาจเลือกรับประทานผลไม้ผิวสัมผัสนุ่ม ๆ เช่น กัลฉวย มะละกอ

กินพืชผัก ผลไม้สดให้มากเป็นประจำตามฤดูกาล กินผัก-ผลไม้สดวันละ 500 กรัม เป็นประจำหรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารที่กิน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งได้ร้อยละ 20 หรือมากกว่า ในผัก ผลไม้ มีเส้นใยอาหาร แกลีออกไซด์ วิตามิน และสารหลายชนิด (bioactive compounds) เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ และสารที่มีฤทธิ์ยับยั้งขบวนการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งสามารถป้องกันโรคมะเร็งและเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค

ผลไม้ลูกเล็ก ๆ พวกเบอร์รี่ สีเข้ม ๆ จะลด oxidative stress และอาการกรดไหลย้อนและกลุ่มผลไม้ลูกเล็ก ๆ เหล่านี้มีวิตามินสูงและกรด ellagic ทำให้ป้องกันการเกิดมะเร็งผิวหนังได้ และจะมีสาร polyphenol phytochemicals, Beta-carotene ทำให้ป้องกันการเติบโตของมะเร็งอีกด้วย

อาหารที่มีรสฝาดขม เช่น ชาเขียว ชาดำ ช็อกโกแลต ไวน์ และองุ่น จะช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็งเพราะมีสาร catechins ซึ่งมีฤทธิ์ดีกว่าวิตามินซี 100 เท่า และดีกว่าวิตามิน E 25 เท่า อาหารที่มี flavonoids จะช่วยลดการเกิดมะเร็งซึ่งพบมากในกระเทียม หัวหอมซึ่งพบว่ามีวิตามินซี ซีลีเนียม และซัลเฟอร์

สารโพรไบโอติกซึ่งเป็นแบคทีเรียที่ช่วยย่อยอาหารในลำไส้ของเรา มีประโยชน์ในการทำลายสารก่อมะเร็ง ช่วยเสริมภูมิคุ้มกัน กำจัดสารพิษในลำไส้ใหญ่ได้ดี แต่ผลงานวิจัยส่วนใหญ่พบในสัตว์ทดลอง

อาหารหมู่ที่ 5 : ไขมันจากสัตว์และพืช

ในผู้ใหญ่ผู้ชายควรได้พลังงานวันละ 2,000 แคลอรี ผู้หญิง 1,600 แคลอรี และรับไขมันไม่เกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน

ไขมัน ควรกินอาหารที่มีไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มาจากน้ำมันทอดซ้ำ และการใช้น้ำมันในการปรุงประกอบที่มากเกินไป ควรรับประทานประมาณ 1-2 ช้อนโต๊ะต่อวัน น้ำมันที่ใช้ปรุงประกอบอาหารควรเลือกใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 เช่น น้ำมันเมล็ดงา น้ำมันเมล็ดทานตะวัน และน้ำมันรำข้าว เป็นต้น

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

- ควรแบ่งอาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ 5-6 มื้อ แทนมื้อหลัก 3 มื้อ กินอาหารช้า ๆ คำเล็ก ค่อย ๆ เคี้ยว เพราะการเคี้ยวและการย่อยอาหารมื้อเล็ก ๆ จะใช้ออกซิเจนน้อยกว่าการกินอาหารจำนวนมากในมื้อเดียว
- เลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ (ยกเว้นถั่วเขียว) น้ำอัดลม บล๊อคโคลี่ กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก เห็ดต่าง ๆ แดงกว่า มะนาว หอมแดง
- กินอาหารที่เค็มน้อยและหวานน้อย กินเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา หรือ 6 กรัม ในอาหารทั้งหมดของแต่ละวัน ควรกินน้ำตาลไม่เกิน 3 ช้อนโต๊ะต่อวัน
- อาหารที่มีเชื้อราขึ้น อาจมีสารพิษ Aflatoxin ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ
- ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ เพราะ ผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน/วัน นาน 10 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด 8-10 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 80 ของโรคมะเร็งปอดเกิดจากการสูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ ถ้าหยุดสูบสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ 60-70 การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ และโรคอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง
- ไม่ดื่มสุรา หรือดื่มสุราแค่พอควร ถ้ามีความจำเป็น ดื่มไม่ควรเกินปริมาณของ Ethanol 20 กรัม/วัน หรือประมาณวันละ 1 แก้ว ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 60 กรัมของ Ethanol ต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเป็น 9 เท่าของผู้ไม่ดื่ม แต่ถ้าดื่มสุรามากกว่า 60 กรัมของ Ethanol และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันด้วย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเป็น 50 เท่า

- หลีกการเผาไหม้ : หลีกเลี่ยงการสูดควันจากการเผาไหม้ของน้ำมัน ถ่านหิน ถ่านไม้ หรือจากการทำอาหาร
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนัก ไม่อ้วน ไม่ผอม ทำจิตใจให้สบาย
- ต่อมรับรสชาติของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนไป บางวันผู้ป่วยอาจไม่ยอมรับประทานอาหารที่เคยชอบ ในขณะที่บางวันผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารที่เคยไม่ชอบได้
- ในบางวัน ผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารได้ปริมาณน้อย เนื่องจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยา บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ยอมรับประทานอะไรเลย ก็ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว ตัวอย่างอาหารเหลวดังตารางที่ 2 และ 3 พุดคุยกับผู้ป่วยถึงสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการรักษาโรคมะเร็ง
- อย่าบังคับให้ผู้ป่วยรับประทาน หรือดื่ม มากเกินไป
- อาการข้างเคียงที่เกิดจากการฉายรังสีและให้เคมีบำบัดจะหายไปหลังจากการรักษาสิ้นสุดลง ความอยากอาหารจะกลับมาเป็นปกติ ถ้าอาการข้างเคียงยังไม่หายไป ควรปรึกษาแพทย์

สรุป

ขณะนี้ยังไม่มีผลการศึกษาใดที่ระบุว่าอาหารพิเศษที่สามารถป้องกันไม่ให้โรคมะเร็งกลับมาได้อีก การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ จะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง เสริมสร้างเนื้อเยื่อ และช่วยให้รู้สึกดีขึ้น ควรรับประทานอาหารที่หลากหลายทุกวัน เน้นรับประทานผักและผลไม้ เน้นรับประทานขนมปังและธัญพืช ลดอาหารประเภทไขมัน เกลือ น้ำตาล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารรมควัน หรือหมักดอง ต้ม นมไขมันต่ำ และรับประทานหมู ไก่หรือเนื้อไม่ติดมันและหนัง ในปริมาณน้อย ไม่ควรเกิน 2 ชีดต่อวันและควรพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3

การตรวจมะเร็งทางรังสี

ผศ.พญ.สมใจ แดงประเสริฐ

หน่วยรังสีรักษาและมะเร็ง

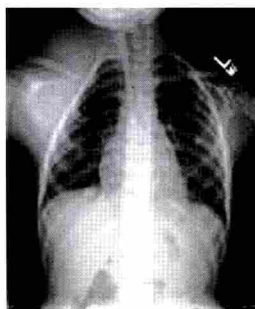
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หลายคนเคยมีประสบการณ์ในการตรวจทางรังสีหรือเรียกสั้น ๆ ว่าเอ็กซเรย์มาแล้ว อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต คงมีความสงสัยว่ารังสีทำให้เห็นภาพอวัยวะภายในของเราได้อย่างไร รังสีที่ใช้ตรวจเป็นรังสีเอ็กซ์ มีระดับพลังงานต่ำเป็นกิโลอิเล็กตรอนโวลต์ เมื่อรังสีผ่านตัวเราไปตกกระทบที่จอรับภาพ จะทำให้เกิดภาพของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะในสีเฉด ดำ เทา ขาว ที่ต่าง ๆ กัน (Gray scale) เหมือนกับการถ่ายรูป

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางรังสีวินิจฉัยนั้นมีความก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีในการสร้างภาพทางการแพทย์ซึ่งกำลังเติบโตอย่างมาก ทำให้แพทย์สามารถมองเห็นอวัยวะภายในของผู้ป่วยเหมือนตาที่แพทย์เลยที่เดียว หากเกิดความผิดปกติขึ้นแพทย์ก็จะสามารถระบุตำแหน่งของความผิดปกติเหล่านั้นได้จากภาพที่เห็น เครื่องตรวจทางรังสีวินิจฉัยมีหลายชนิด แพทย์จะเลือกส่งตรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลมาประกอบการวินิจฉัยโรค มาทำความรู้จักกับเครื่องตรวจทางรังสีชนิดต่าง ๆ กัน

1. **เครื่องเอ็กซเรย์ชนิดทั่วไป** ที่เราคู่กันเคยกัน ใช้ในการตรวจปอด กระดูก เป็นต้น เป็นการตรวจที่เห็นภาพแบบ 2 มิติเหมือนที่เราเห็นจากภาพถ่ายจากกล้องถ่ายรูป ภาพเงาของอวัยวะต่าง ๆ มีการซ้อนทับกัน ทำให้เห็นภาพได้ไม่ละเอียดนัก

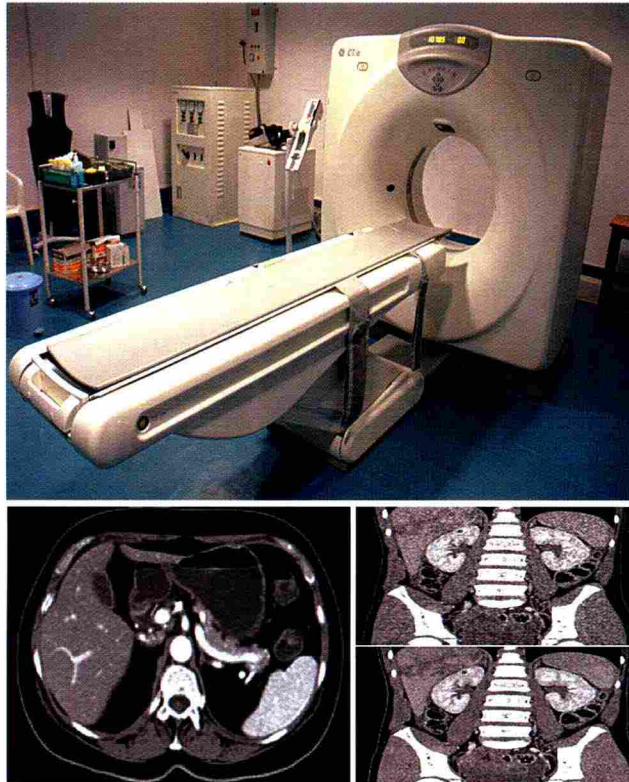


ภาพจากเครื่องเอ็กซเรย์ ชนิดทั่วไป

ส่วนเครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคป (Fluoroscope) ก็เปรียบเหมือนการถ่ายภาพวิดีโอ การเคลื่อนไหวของอวัยวะในทิศทางต่าง ๆ และบันทึกภาพเก็บไว้เฉพาะรูปที่ต้องการหรือบันทึกเป็นแบบต่อเนื่อง เช่น การตรวจคลื่นแป้งดูหลอดอาหาร กระเพาะ การตรวจสวนแป้งดูลำไส้ หรือการฉีดสีตรวจดูเส้นเลือดในสมอง ในช่องท้อง เป็นต้น ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องเอกซเรย์ไปมากเหมือนกับการพัฒนากล้องถ่ายรูป ดิจิทัล ภาพเอกซเรย์ที่ได้มีความละเอียด คมชัดมากขึ้น เก็บภาพเป็นแบบระบบดิจิทัล สะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องถ่ายภาพลงฟิล์ม แพทย์สามารถดูได้จากจอคอมพิวเตอร์โดยตรง

2. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือที่เราเรียกกันว่า CT Scan (Computed Tomography scan) เป็นเครื่องที่ใช้รังสีเอกซ์เหมือนกับเครื่องเอกซเรย์ทั่วไป แต่มีหลอดเอกซเรย์ที่ใช้ถ่ายภาพเคลื่อนที่ไปรอบตัวเราทำให้เกิดภาพจากหลาย ๆ มุม และมีหัวอ่าน (Detector) หลายสิบตัวเพื่อรับภาพที่เกิดขึ้นแล้วนำมาสร้างภาพเป็น 3 มิติ เราสามารถดูเป็นภาพบริเวณที่ตรวจเอกซเรย์เป็นแฉก ๆ เหมือนกับการเห็นแดงกวาในแนวตัดขวางหรือเป็นแฉกในแนวยาวหน้า-หลัง หรือในแนวด้านข้างซ้าย-ขวาได้ ทำให้ดูรายละเอียด รูปร่าง ตำแหน่งของอวัยวะต่าง ๆ ชัดเจนยิ่งขึ้น เหมาะในการใช้ตรวจดูความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง ช่องทรวงอก ในปัจจุบันก็มีการพัฒนาเทคโนโลยีให้ดีขึ้น มีการเพิ่มจำนวนสไลด์ต่อการตัดหนึ่งรอบตัวผู้ป่วย เช่นเครื่อง 64 สไลด์ (CT 64 slices) หมายความว่าหนึ่งรอบการหมุนของหลอดเอกซเรย์รอบตัวผู้ป่วยเราจะได้ภาพจำนวน 64 ภาพต่อเนื่องกัน ใช้เวลาในการตรวจลดลง เครื่อง CT scan ที่มีจำนวนสไลด์สูง ๆ เช่น CT 320 สไลด์จะสามารถทำการถ่ายภาพอวัยวะที่มีการเคลื่อนไหวได้ละเอียดขึ้น เช่น จับภาพการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนของเลือดในเส้นเลือดได้ สามารถใช้เป็น การตรวจเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดในเบื้องต้นได้ เนื่องจากทำได้ง่าย ผู้ป่วยไม่เจ็บตัวก่อนที่จะทำการตรวจโดยการใส่สายสวนหลอดเลือดซึ่งเป็นวิธีการที่มีความเสี่ยงมากกว่า การตรวจด้วยเครื่อง CT scan ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีมากกว่าเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปหลายเท่า จึงควรใช้ตรวจเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าจะเป็นโรคหรือมีอาการที่ผิดปกติ ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ไม่ควรตรวจเพราะเด็กในท้องจะได้รับอันตรายจากรังสี ผู้ป่วยเด็กทารก ควรให้แพทย์พิจารณาก่อนเข้าตรวจเพื่อประเมินถึงผลดีจากการตรวจเสียก่อนว่าคุ้มค่าหรือไม่ต่อความเสี่ยงจากรังสี

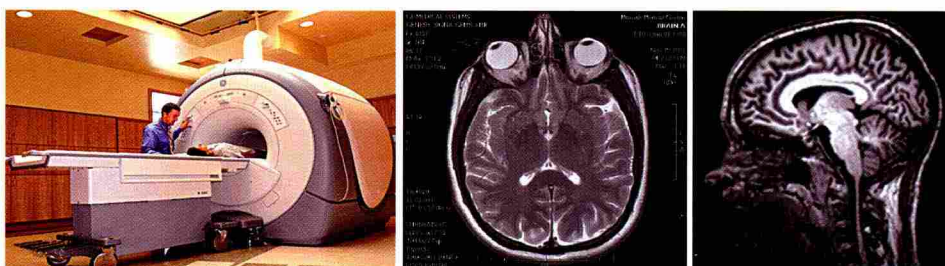
นอกจากนี้ในการตรวจจำเป็นที่จะต้องฉีดสารทึบรังสีเพื่อให้เนื้อเยื่อที่อยู่ใกล้เคียงกันเกิดสีที่ต่างกันหรือก่อนมะเร็งจะเด่นชัดขึ้นเมื่อฉีดสารทึบรังสีเข้าไป เพราะถ้าหากไม่มีการฉีดสารทึบรังสีเราจะดูภาพและแยกเนื้อเยื่อหรือก้อนที่ผิดปกติที่มีสีใกล้เคียงกันได้ยาก และเนื่องจากสารทึบรังสีนั้นจะถูกขับออกทางไตของผู้ป่วยและออกไปทางปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีผลการทำงานของไตที่ไม่ดีก็อาจจะไม่เหมาะที่จะตรวจโดยวิธีนี้เนื่องจากอาจจะไม่ได้ข้อมูลที่ดี



เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และภาพจากการตรวจ CT Scan

3. เครื่องตรวจ เอ็มอาร์ไอ (MRI ย่อมาจาก Magnetic Resonance Imaging) มีหลักการที่ใช้ในการสร้างภาพที่ต่างจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพราะไม่ได้ใช้รังสีเอกซ์ในการทำให้เกิดภาพ แต่จะใช้คลื่นวิทยุร่วมกับสนามแม่เหล็กแรงสูง โดยการส่งถ่ายพลังงานคลื่นวิทยุจากขดลวดที่วางรอบตัวผู้ป่วยและส่งคลื่นความถี่วิทยุไปยังผู้ป่วยซึ่งนอนอยู่ในสนามแม่เหล็กแรงสูง พลังงานเหล่านั้นจะสะท้อนกลับมายังตัวรับสัญญาณ โดยสัญญาณที่สะท้อนกลับมาจะถูกเปลี่ยนแปลงตามคุณสมบัติของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดที่อยู่ในส่วนของร่างกายของผู้ป่วยที่กำลังถูกตรวจ ซึ่งข้อมูลการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะถูกนำมาสร้างภาพโดยคอมพิวเตอร์เป็น

3 มิติเช่นเดียวกับ CT scan และมีเทคนิคที่ทำให้สามารถมองเห็นเนื้อเยื่อในสีที่ต่าง ๆ กัน (Gray scale) ได้หลากหลาย เครื่องตรวจเอ็มอาร์ไอ มีลักษณะคล้ายอุโมงค์ การตรวจจะต้องใช้เวลาค่อนข้างนานประมาณ 1-3 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับอวัยวะที่จะตรวจ และจะมีเสียงดังน่ารำคาญจากการทำงานของเครื่องเป็นระยะ บางคนอาจจะกลัว การอยู่ในที่แคบ ไม่ยอมนอนนิ่งเป็นระยะเวลาานทำให้ไม่สามารถตรวจชนิดนี้ได้ การตรวจชนิดนี้ให้ข้อมูลได้ดีในการตรวจระบบสมอง ไขสันหลัง กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่าง ๆ อวัยวะในอุ้งเชิงกราน ปัจจุบันมีการพัฒนาสามารถตรวจหาความผิดปกติของหัวใจได้ด้วย คนไข้ที่มีผลของการทำงานของไตไม่ดีก็สามารถตรวจได้โดยไม่ต้องฉีดสารทึบรังสี แต่การตรวจเอ็มอาร์ไอ บางกรณีก็ยังจำเป็นต้องมีการฉีดสารทึบรังสีที่ทำให้เกิดความต่างของเนื้อเยื่ออยู่เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถบอกถึง ลักษณะและประเภทของก้อนมะเร็งแต่ละชนิดได้ดีขึ้น แต่สารชนิดนี้จะมีโครงสร้าง และลักษณะที่ต่างจากสารทึบรังสีที่ใช้ในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์



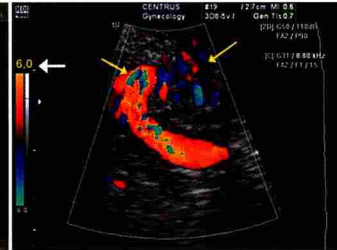
เครื่องตรวจเอ็มอาร์ไอ และภาพจากการตรวจ MRI

4. เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นเครื่องมือตรวจวินิจฉัยที่ใช้หลักการเหมือนเรดาร์นำตรวจจับวัตถุ โดยการส่งคลื่นเสียงซึ่งคนไม่สามารถได้ยินไปยังอวัยวะที่ต้องการตรวจ และมีตัวรับการสะท้อนคลื่นเสียงความถี่สูงกลับแล้วนำมาสร้างภาพตามตำแหน่งหัวเครื่องมือที่วางลงไป นิยมใช้ตรวจอวัยวะที่มีน้ำหรือเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในร่างกายเกือบทุกส่วน ยกเว้นอวัยวะที่มีลม (แก๊ส) หรือกระดูก (ของแข็ง) ซึ่งตรวจไม่ได้เนื่องจากการสะท้อนไม่สามารถทำให้เกิดภาพได้ตามปกติซึ่งเป็นข้อจำกัดของการตรวจอัลตราซาวด์ นอกจากนี้ความแม่นยำของการวินิจฉัยโดยวิธีนี้ยังขึ้นกับทักษะของผู้ตรวจด้วย ข้อดีของการตรวจอัลตราซาวด์คือไม่มีอันตรายจากรังสีเหมือนเครื่องเอกซเรย์ ใช้ตรวจในผู้ป่วยตั้งครรถ์ได้ มีความสะดวก รวดเร็วในการตรวจ และไม่เจ็บปวดระหว่างการตรวจ

เครื่องอัลตราซาวด์ที่ใช้งานยังมีชนิด Color Doppler Ultrasound ที่สามารถสร้างสีในภาพเพื่อแสดงการเคลื่อนไหวของระบบเลือดต่าง ๆ ได้ ซึ่งมักใช้ตรวจหัวใจ

สมบัติห้องสมุดรัฐสภา

และหลอดเลือด ซึ่งหลาย ๆ คนเข้าใจผิดคิดว่าเครื่องอัลตราซาวด์ชนิดนี้ดีกว่า ภาพชัดกว่า เหมือนทีวีสีเปรียบเทียบกับทีวีขาวดำ แต่จริง ๆ แล้วขึ้นกับลักษณะอวัยวะที่ต้องการตรวจมากกว่าว่าเหมาะสมกับเครื่องแบบไหน



เครื่องตรวจอัลตราซาวด์ และภาพ Ultrasound

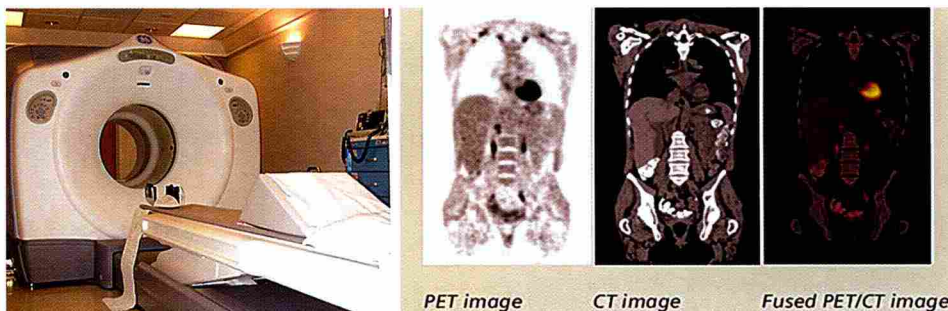
ภาพ Color Doppler Ultrasound
แสดงหลอดเลือด

5. PET-CT (Positron Emission Tomography – Computed Tomography)

PET เป็นเครื่องมือสำหรับการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ เพื่อใช้ตรวจการทำงานของอวัยวะในร่างกายโดยการถ่ายภาพการกระจายตัวของสารเภสัชรังสีที่ฉีดเข้าร่างกายและสลายตัวให้รังสีโพสิตรอน (positron) และมีหัว (Detector) รับภาพภาพที่ได้จาก PET อย่างเดียวจะเห็นรูปร่าง ตำแหน่งของอวัยวะไม่ชัดเจน ในปัจจุบันได้มีการรวมเครื่อง PET และ CT scan ไว้ในเครื่องเดียวกันเรียกว่า PET-CT โดย PET จะให้ภาพที่แสดงถึงการทำงานของเซลล์และอวัยวะว่าเป็นปกติหรือผิดปกติ ในขณะที่ CT scan จะให้ภาพ ขนาด รูปร่าง และตำแหน่งของอวัยวะนั้น ๆ แต่ไม่ได้บอกถึงการทำงาน เมื่อมีการรวมข้อมูลของทั้ง 2 ส่วนจะสามารถบอกได้ว่าตำแหน่งที่มีการจับสารเภสัชรังสีนั้นอยู่ในอวัยวะที่มีรูปร่างและการทำงานเป็นปกติหรือเป็นตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพได้อย่างแม่นยำ PET-CT สามารถแสดงความผิดปกติของเซลล์และอวัยวะได้ล่วงหน้าก่อนที่จะตรวจพบว่ามีเปลี่ยนแปลงทางขนาด รูปร่างของอวัยวะให้เห็น รวมทั้งแสดงความแตกต่างระหว่างตำแหน่งที่ผิดปกติกับบริเวณที่ปกติได้ชัดเจนกว่า ทำให้เป็นประโยชน์ในการตรวจโรคมะเร็ง ความผิดปกติของระบบประสาท และการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ในปัจจุบันการตรวจ PET-CT มากกว่าร้อยละ 90 จะเป็นการตรวจในโรคมะเร็ง โดย PET-CT สามารถวินิจฉัยแยกมะเร็งจากเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือการตรวจเอ็มอาร์ไอ ทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยระยะของโรคมะเร็ง การประเมินการตอบสนองของโรคต่อการรักษา วินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งได้แม่นยำมากขึ้น นอกจากนี้แพทย์ทางรังสีรักษาสามารถนำภาพจาก PET-CT มาใช้ในการวางแผน

การรักษาด้วยการฉายรังสีทำให้กำหนดตำแหน่งการฉายรังสีให้ครอบคลุมรอยโรคได้อย่างถูกต้องมากขึ้น เนื่องจากการตรวจมีราคาแพง ผู้ถูกตรวจได้รับปริมาณรังสีจึงควรมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการตรวจโดยวิธีนี้ไม่ควรใช้วิธีนี้เป็นการตรวจคัดกรอง

การตรวจทางรังสีวินิจฉัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วแต่ละชนิดมี ข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน ในการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ อาจจะต้องมีการตรวจหลายอย่างเพื่อนำข้อมูลมาเสริมซึ่งกันและกันเพื่อให้วินิจฉัยและรักษาได้ถูกต้องต่อไป การตรวจบางชนิดผู้ถูกตรวจจะได้รับปริมาณรังสีด้วยจึงควรมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมและได้ประโยชน์จากการตรวจเพื่อให้คุ้มค่ากับความเสียหายทางรังสีและค่าใช้จ่าย



เครื่อง PET-CT และภาพการตรวจ PET-CT

4

การรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสี

ผศ.พญ.สมใจ แดงประเสริฐ

หน่วยรังสีรักษาและมะเร็ง

ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คนส่วนใหญ่เมื่อได้ยินคำว่า ฉายรังสี และจะรู้สึกกลัวและมีความกังวลหากเป็นตัวเราหรือญาติที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีนี้ เรามาทำความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษาหรือที่เรียกว่าการฉายรังสีกันดีไหม

รังสีรักษา คืออะไร รังสีรักษาคือการรักษาโรควิธีการหนึ่งโดยใช้รังสีเป็นตัวรักษา ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งซึ่งอาจจะใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังใช้รักษาโรคที่ไม่ใช่มะเร็งได้ด้วย เช่น เนื้อเยื่อต่อมไธม์สมอง โรคหลอดเลือดโป่งพองในสมอง เป็นต้น หลายคนคงสงสัยว่ารังสีที่ใช้ในการรักษาแตกต่างจากรังสีที่ใช้ตรวจเอ็กซเรย์ ซึ่งเรารู้จักกันดีอย่างไร รังสีที่ใช้ในการรักษาเป็นรังสีประเภท ไอออนไนเซชัน (ionization) ซึ่งเป็นรังสีประเภทเดียวกับรังสีเอกซ์ ที่ใช้ในการตรวจเอ็กซเรย์แต่รังสีที่ใช้รักษาโรค มีพลังงานสูงระดับล้านอิเล็กตรอนโวลท์ที่สูงกว่ารังสีเอกซ์ที่ใช้ตรวจโรคซึ่งมีพลังงานแค่ระดับกิโลอิเล็กตรอนโวลท์มากมาย และยังใช้ปริมาณรังสีในการรักษาสูงกว่าที่ใช้ในการตรวจโรคมาก รังสีที่มีระดับพลังงานสูง ๆ จะมีคุณสมบัติหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ อาจโดยการฆ่าเซลล์ หรือทำให้เซลล์ลดการแบ่งตัว หรือทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งทำให้สามารถควบคุมโรคได้

การนำรังสีมาใช้เพื่อการรักษา มีหลายรูปแบบ เช่น

1. **วิธีการกิน** ที่เราเรียกว่าการกินน้ำแร่ ใช้รักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ หลังการผ่าตัด หรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษเมื่อการฉายยาไม่ค่อยได้ผล การรักษาโดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะต้องถูกแยกให้อยู่คนเดียวเป็นระยะเวลาประมาณ 2-3 วันหลังจากกินน้ำ

แร่เข้าไป เพื่อให้สารรังสีไปจับที่เนื้อต่อมทึบรอยดัดที่เหลืออยู่และขับสารรังสีส่วนที่
เหลือออกจากร่างกายทางปัสสาวะจนเหลือปริมาณน้อยมากและมีความปลอดภัย
ทางรังสีจึงจะกลับมายุ่งร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ นอกจากนี้มีสารรังสีบางชนิดนำมา
ใช้ฉีดเข้าร่างกายในการรักษาโรคมะเร็งบางอย่างแต่มีการใช้น้อย ผู้ป่วยและญาติไม่
ควรกลัวอันตรายจากรังสีมากเกินไป ควรปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ

2. วิธีการสอดใส่แร่รังสี ที่เราเรียกกันว่าการฝังแร่ นั้น ส่วนใหญ่ใช้รักษา
โรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งพบได้บ่อยในบ้านเรา มีการใช้วิธีนี้รักษาโรคมะเร็งอื่น ๆ บ้าง
เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งศีรษะและลำคอ เป็นต้น แร่กัมมันตรังสีที่ใช้จะให้
รังสีแกมมา เมื่อนำมาสอดใส่ในอวัยวะที่ต้องการรักษาชั่วคราวเป็นระยะเวลาหนึ่ง
หรือชั่วโมงแล้วแต่ชนิดของเครื่อง บริเวณเนื้ออกหรืออวัยวะที่อยู่ติดกับเครื่องมือที่มี
แร่รังสีจะได้รับรังสีสูงมากและค่อยลดลงไปตามระยะห่างจากเครื่องมือ ในระหว่าง
การสอดใส่เครื่องมือซึ่งยังไม่มีแร่รังสี ผู้ป่วยอาจจะเจ็บบ้าง บางครั้งอาจจะต้องดม
ยาสลบ และขณะที่แร่รังสีกำลังเคลื่อนที่อยู่ในเครื่องมือที่สอดใส่ไว้ในตัวผู้ป่วยแล้ว
นั้น ผู้ป่วยจะต้องอยู่คนเดียวตามเวลาที่กำหนดไว้ในห้องที่มีการป้องกันอันตรายรังสี
และเมื่อเอาเครื่องมือและแร่รังสีออกไปแล้ว ผู้ป่วยจะไม่มีรังสีอยู่ในตัวที่จะแผ่ไปทำ
อันตรายแก่ผู้ที่อยู่ใกล้เคียง สามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ตามปกติ แต่ผลของ
รังสีที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับจะยังทำลายเซลล์มะเร็งอยู่ต่อไป ปัจจุบันมีการรักษามะเร็งต่อม
ลูกหมากระยะต้นโดยการฝังแร่ที่ต่อมลูกหมาก ซึ่งจะต่างจากที่กล่าวไปบ้าง เป็นการ
ฝังเม็ดแร่แบบถาวรไม่ได้เอาออกจากตัวผู้ป่วย แร่รังสีกลุ่มนี้มีพลังงานต่ำ สามารถที่
จะทำลายเซลล์ที่อยู่รอบ ๆ เม็ดแร่ได้แต่รังสีไม่สามารถทะลุผ่านความหนาของตัวผู้
ป่วยมาทำอันตรายกับคนที่อยู่ข้าง ๆ ได้

3. วิธีฉายรังสีแบบภายนอก ที่เราเรียกสั้น ๆ ว่าฉายรังสี หรือการฉาย
แสง เป็นวิธีการที่ใช้ในการรักษามากที่สุด เครื่องฉายรังสีจะให้รังสีชนิดไอออน
ไนซ์ ชนิดที่มีใช้ในเมืองไทย จะเป็นรังสีเอกซ์หรือรังสีแกมมาที่มีระดับพลังงานสูง มี
คุณสมบัติดังที่กล่าวมาแล้ว ส่วนในต่างประเทศยังมีรังสีที่ใช้รักษาอีกหลายชนิด เช่น
รังสีโปรตอน รังสีนิวตรอน รังสีกลุ่ม Heavy ion เป็นต้น

เครื่องฉายรังสีแบบภายนอกมีหลายชนิด แบ่งตามชนิดของรังสี แบ่งตาม
ระดับพลังงาน ซึ่งระดับพลังงานสูง ถ้ารังสีครอบคลุมจะได้ลึกมากกว่าระดับพลังงาน
ต่ำ ในการเลือกใช้เครื่องฉายรังสี ต้องพิจารณาคุณสมบัติเครื่องที่ให้รังสีที่เหมาะสม
กับขนาดและตำแหน่ง ความลึกของก้อนมะเร็ง อวัยวะปกติที่อยู่ข้างเคียงในตัวผู้ป่วย

เปรียบเทียบเหมือนกับรถยนต์แต่ละชนิดมีความเหมาะสมกับการใช้งานต่างกัน รถยนต์ราคาแพงไม่ได้เหมาะที่จะใช้ได้ทุกที่ ทุกโอกาส เช่น การใช้รถเบนซ์ขับอยู่ในป่าคงจะสู้อรรถระบะราคาถูกไม่ได้ เป็นต้น เช่นเดียวกับเครื่องฉายรังสีราคาแพงๆ ไม่ได้เหมาะกับการใช้รักษาในทุกโรค แพทย์รังสีรักษาจะเลือกใช้เครื่อง วิธีการฉายรังสีที่เหมาะสมกับโรค

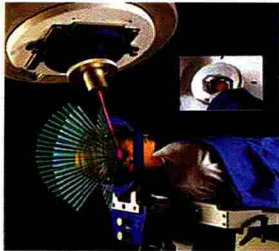
ชนิดของเครื่องฉายรังสีแบบภายนอก โดยสังเขป

1. เครื่องฉายรังสีเอ็กซ์ชนิดผิว (Superficial x-rays) เป็นรังสีเอ็กซ์ระดับพลังงานต่ำ 60-140 กิโลโวลท์ ให้รังสีครอบคลุมในความลึกจากผิวไม่เกิน 5 มม. เหมาะที่จะใช้ในการรักษาแผลเป็นจากการผ่าตัด (Keloid) หรือโรคมะเร็งผิวหนังชนิดตื้นๆ

2. เครื่องฉายรังสีโคบอลต์-60 แหล่งพลังงานรังสีจากสารกัมมันตภาพรังสี (Cobalt-60) ให้รังสีแกมมาที่มีระดับพลังงานสูงเฉลี่ย 1.25 ล้านอิเล็กตรอนโวลท์ (MeV) โดยทั่วไปสามารถรักษาอะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอซึ่งมีความลึกจากผิวไม่มากนักได้ดี แต่ไม่เหมาะกับการรักษาก้อนมะเร็งที่อยู่ลึกมาก ปัจจุบันไม่ค่อยนิยมเนื่องจากมีประเด็นเกี่ยวกับการเก็บกากสารกัมมันตภาพรังสีเมื่อไม่ใช้เครื่องแล้ว

3. เครื่องเร่งอนุภาค (Linear accelerator) เป็นเครื่องที่ให้รังสีเอ็กซ์ชนิดระดับพลังงานสูง เป็นล้านอิเล็กตรอนโวลท์ ระดับพลังงานที่นิยมใช้รักษาจะอยู่ในช่วง 4-25 ล้านอิเล็กตรอนโวลท์ เป็นเครื่องที่ใช้กันแพร่หลาย แต่ละเครื่องจะมีระดับพลังงาน 1-2 ระดับเฉพาะตามแต่ผู้ใช้จะสั่งซื้อ เครื่องเร่งอนุภาคจากแต่ละบริษัทจะมีชื่อเรียกต่าง ๆ กันโดยมีคุณสมบัติหลักเหมือน ๆ กัน แต่มีรายละเอียด ข้อดี ข้อด้อยต่างกันเหมือนรถยนต์ยี่ห้อต่างกัน มีรุ่นธรรมดา หรือรุ่นพิเศษ ความแรงของรถต่างกัน รูปร่างต่างกัน เครื่องฉายรังสีที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงจะสามารถทำเทคนิคการฉายรังสีแบบพิเศษที่มีความละเอียด แม่นยำ ปรับรูปร่างการฉายรังสีให้ใกล้เคียงกับรูปร่างก้อนมะเร็ง หรือฉายรังสีไปตามการเคลื่อนที่ของก้อนมะเร็งที่อยู่ในอวัยวะที่มีการเคลื่อนไหวตามการหายใจ เช่น ปอด ตับได้ มีชื่อเรียกเทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิค 3D conformal เทคนิค IMRT เทคนิค IGRT เทคนิค SBRT เป็นต้น ซึ่งเครื่องฉายรังสีที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงแต่ละเครื่องมีความสามารถในการทำเทคนิคเหล่านี้ได้ใกล้เคียงกัน อาจจะมีความแตกต่างกันบ้างก็เล็กน้อย

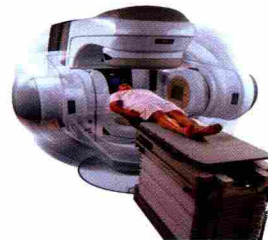
ตัวอย่างเครื่องฉายรังสีเร่งอนุภาคแบบต่าง ๆ ที่มี High Technology



เครื่องฉายรังสี X Knife



เครื่องฉายรังสีแบบเกลียวหมุน
(Tomotherapy)



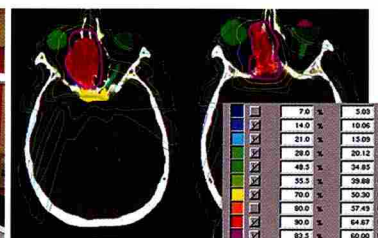
เครื่องฉายรังสี Rapid Arc



เครื่องฉายรังสี True Beam



เครื่องฉายรังสี Robot
(Cyberknife)



การปรับรูปร่างรังสี
ให้ใกล้เคียงกับก้อนเนื้อออก

เป้าหมายของการฉายรังสีแบบภายนอกมีเหมือนกันในทุกเครื่องฉายรังสี คือ ต้องการให้รังสีปริมาณสูงแก่บริเวณก้อนมะเร็งเพื่อทำให้เซลล์มะเร็งตาย โดยที่เนื้อเยื่อหรืออวัยวะปกติที่อยู่รอบก้อนมะเร็งและอยู่ในทางผ่านของลำรังสีได้รับปริมาณรังสีน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี สามารถควบคุมโรคมะเร็งได้ และเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาน้อย ซึ่งแพทย์รังสีรักษาจะเป็นผู้กำหนดการเลือกใช้เครื่องฉายรังสี ระดับพลังงานรังสี เทคนิคการฉายรังสี ให้เหมาะสมกับลักษณะนิสัย ระยะของโรคมะเร็งนั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ ต้องฉายรังสีเป็นบริเวณกว้าง การฉายรังสีเทคนิคธรรมดาจะเหมาะสมกว่า สามารถครอบคลุมได้หมด เหมือนกับตัดเสื้อผ้าให้คนอ้วนคงไม่สามารถที่จะตัดเข้ารูป่างได้มากนัก แต่ถ้าเป็นก้อนมะเร็งขนาดเล็ก ระยะต้น อยู่ใกล้บริเวณอวัยวะสำคัญ เช่น ลูกตา การฉายรังสีแบบเทคนิคพิเศษที่สามารถปรับรูปร่างลำรังสีให้ใกล้เคียงกับก้อนเนื้อออก พยายาม หลีกเลียงลำรังสีไม่ให้ผ่านลูกตามากเกินไปจะช่วยสามารถลดผลข้างเคียงที่จะเกิดกับสายตาผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

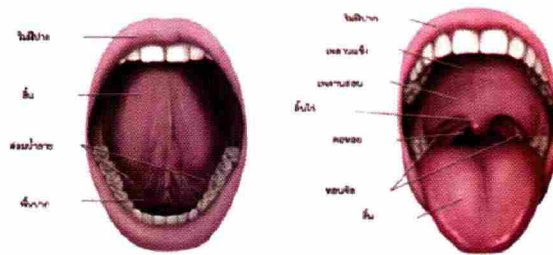
5

มะเร็งในช่องปาก

ทพ.มณฑล สุวรรณนุรักษ์
งานทันตกรรม โรงพยาบาลรามารัติน

มะเร็งในช่องปาก คือ มะเร็งที่เกิดกับอวัยวะต่าง ๆ ในช่องปาก ได้แก่ ริมฝีปาก, เหงือก, ลิ้น, เยื่อช่องปากและแก้ม, ต่อมน้ำลาย, ฟันปาก, เพดานปาก (ทั้งเพดานอ่อนและเพดานแข็ง) ลิ้นไก่, ทอนซิล และคอหอย

รูปประกอบของอวัยวะต่าง ๆ ในช่องปาก



พบมากเป็นลำดับที่ 8 ของมะเร็งทุกชนิด จากการรายงานการลงทะเบียนของมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในประเทศไทย

มะเร็งก่อกำเนิดขึ้นในเซลล์ ซึ่งเป็นอนุหน่วยย่อยของร่างกาย ที่ประกอบขึ้นเป็นเนื้อเยื่อชนิดต่าง ๆ รวมกันเป็นอวัยวะในร่างกาย

เซลล์ปกติเจริญเติบโตและแบ่งตัวสร้างเป็นเซลล์ตัวใหม่ตามความต้องการของร่างกาย เมื่อเซลล์แก่ตัวลงหรือเสียหายไปก็จะตาย และถูกทดแทนด้วยเซลล์ใหม่ที่สร้างขึ้น บางครั้งขบวนการเกิดบกพร่อง เกิดเซลล์ใหม่ขึ้นโดยที่ร่างกายไม่ต้องการ แล้วเซลล์ที่เสียหายไม่ตายไปตามที่ควรจะเป็น การสร้างเซลล์ใหม่ที่เพิ่มขึ้นเป็นก้อนเนื้อเยื่อที่อาจเป็นชนิดที่ไม่เป็นอันตราย หรืออาจกลายเป็นก้อนมะเร็งขึ้นได้

มะเร็งในช่องปากสามารถแพร่กระจายจากจุดกำเนิดไปตามทางเดินในหลอดเลือดหรือทางเดินในระบบน้ำเหลืองที่กระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเรียกว่าการรณนี้ว่าการแพร่กระจายของมะเร็ง

อาการเป็นอย่างไร?

อาการที่พบของมะเร็งในช่องปากมีดังนี้

1. เกิดเป็นปื้นในปากหรือขอบริมฝีปากปื้นสีขาว พบได้บ่อย บางครั้งอาจกลายเป็นมะเร็งได้ปื้นสีแดง มักจะเปลี่ยนกลายเป็นมะเร็งเสมอ ปื้นสีขาว-แดง กลายเป็นมะเร็งได้ มากกว่าปื้นสีขาว
2. แผลที่ริมฝีปากและในปาก ซึ่งเป็นนานและไม่หาย นานมากกว่า 2 สัปดาห์
3. มีเลือดออกในปาก
4. ฟันโยก
5. เจ็บหรือกลืนลำบาก
6. เจ็บเมื่อใส่ฟันปลอม
7. ลำคอโต
8. มีอาการชาบริเวณริมฝีปากและคาง
9. เจ็บหรือรู้สึกปวดแสบปวดร้อนมากบริเวณที่เกิดแผล

การวินิจฉัย

ถ้าผู้ป่วยมีอาการดังที่กล่าวมาแล้ว แพทย์หรือทันตแพทย์จะตรวจดูช่องปากและลำคออย่างละเอียดเพื่อดูว่ามีรอยโรค เช่น ปื้นขาว, ปื้นแดง, การบวม, การโตเป็นก้อน หรือรอยโรคอื่น ๆ ที่อาจปรากฏอยู่บางครั้งอาจต้องใช้เครื่องมือตรวจพิเศษที่สามารถส่องเข้าไปเห็นถึงลำคอได้ใน การสแกนด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และหรือการตรวจด้วยเครื่องมือเหล็ก (เอ็ม อาร์ ไอ) เพื่อค้นหารอยโรคที่อาจซ่อนอยู่ แต่ขั้นตอนสุดท้ายที่จะบอกพิสูจน์ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ อยู่ที่การตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรคไปตรวจทางจุลทรรศน์ที่เรียกว่า การตรวจไมโครสโคปิก

ผู้ป่วยอาจมีข้อสงสัยที่ต้องถามแพทย์ เมื่อจะต้องทำการตัดชิ้นเนื้อในประเด็นต่าง ๆ เช่น

- ทำไมจึงต้องตัดชิ้นเนื้อ
- ต้องตัดกว้างมากน้อยขนาดไหน
- ใช้เวลานานไหม, จะเจ็บหรือไม่
- จะรู้ผลการตรวจเมื่อไร
- มีอันตรายมากไหม จะมีเลือดออกมาก และมีการติดเชื้อในภายหลังหรือไม่
- จะต้องระวังแผลหลังการตัดชิ้นเนื้ออย่างไรบ้าง แผลจะหายในกี่วัน

- จะกินอาหารได้เป็นปกติหรือไม่
- ถ้าผลออกมาเป็นมะเร็ง จะต้องทำอะไรต่อไป

การรักษา

มีวิธีการรักษาต่าง ๆ ดังนี้

- การผ่าตัด
- การใช้รังสีรักษา
- การใช้เคมีบำบัด
- การใช้ยาไปจับกับเซลล์มะเร็ง

มะเร็งในช่องปากระยะแรกเริ่มมักจะใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา เมื่อมะเร็งลุกลามไปมากขึ้นอาจต้องใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน ทั้งการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และการใช้เคมีบำบัด

การผ่าตัดเป็นวิธีที่ใช้บ่อยในการรักษามะเร็งในช่องปาก บางครั้งแพทย์ผ่าตัดจำเป็นต้องตัดเอาเนื้อเยื่ออื่น ๆ ในช่องปากและลำคอ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอออกไปด้วย

การใช้รังสีรักษา โดยใช้รังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง ซึ่งเป็นการรักษาที่เหมาะสมในกรณีที่มีมะเร็งมีขนาดเล็ก หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ นอกจากนี้อาจใช้เพื่อทำให้ก้อนเนื้อมะเร็งฝ่อตัวลง บางรายจะใช้รังสีรักษา เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลือตกค้างอยู่ภายหลังจากการผ่าตัด

การรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นการให้ยาเพื่อไปฆ่าเซลล์มะเร็ง ซึ่งยาที่ใช้จะถูกให้แก่ผู้ป่วยผ่านทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ยากระจายไปทั่วร่างกายไปฆ่ามะเร็งได้

การใช้ยาไปจับกับเซลล์มะเร็ง ยาเฉพาะ เช่น ซีทูซิแมบ (Cetuximab) เป็นยาที่ยอมรับในการใช้สำหรับมะเร็งในช่องปาก โดยยาจะไปจับกับเซลล์มะเร็งในช่องปาก มีผลต่อการเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

ปัจจัยเสี่ยง / กลุ่มเสี่ยง

แม้ขณะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดถึงสาเหตุของการเกิดมะเร็ง แต่ก็พบว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มักก่อให้เกิดมะเร็งขึ้นได้ เช่น ยาสูบ การสูบบุหรี่ในทุกรูปแบบ เช่น การสูบบุหรี่, ซิการ์, กล้องยาสูบ รวมทั้งการเคี้ยวใบยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ดื่มจัด มีโอกาสเกิดมะเร็งในช่องปากได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม ยิ่งดื่มมากยิ่งมีโอกาสเป็นมะเร็ง

มาก และจะเป็นมะเร็งง่ายมากขึ้นเมื่อทั้งดื่มและบริโภคยาสูบ การติดเชื้อ เอช พี วี, การเกิดมะเร็งบริเวณฐานของลิ้น, ด้านหลังลำคอ, ทอนซิล, บริเวณเพดานอ่อน มักสัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอช พี วี ซึ่งการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนได้จากการมีเพศสัมพันธ์ แสงแดด ก่อให้เกิดมะเร็งของริมฝีปาก การใช้ครีมกันแดด หรือสวมหมวกเมื่อออกแดดจัด จะช่วยลดความเสี่ยงลงได้ และพบว่าเมื่อถูกแสงแดดมาก และยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของริมฝีปากมากขึ้นอีก อาหาร ต้องบริโภคผักและผลไม้ เพื่อลดโอกาสเกิดมะเร็งช่องปาก การเคี้ยวหมาก มักมีโอกาสมะเร็งได้มากกว่าคนปกติ โดยเฉพาะพวกที่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

การป้องกันและลดความเสี่ยง

จากที่กล่าวมาตอนต้นถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งในช่องปากได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องตรวจหรือหลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น เช่น งดการบริโภคบุหรี่ และแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดจัดโดยไม่มีเครื่องช่วยป้องกัน งดการกินและเคี้ยวหมาก เป็นต้น รวมทั้งการพบทันตแพทย์เป็นระยะเพื่อตรวจสุขภาพในช่องปาก เพื่อแก้ไขสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรก ๆ เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ นอกจากนี้ การรักษาสุขภาพกายให้แข็งแรง ปฏิบัติตามสุขบัญญัติต่าง ๆ เช่น กินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้เบิกบาน ลด ละ เลิกอบายมุขทั้งปวง ก็จะเป็นการเสริมสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บได้

การพยากรณ์โรค

การตรวจพบและรักษามะเร็งในระยะเริ่มแรก ซึ่งมีขนาดเล็ก การแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ มีน้อยทำให้การรักษาไม่ยุ่งยากและซับซ้อน การถูกทำลายของเนื้อเยื่อปกติทั้งโดยเซลล์มะเร็ง และผลจากการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ก็เกิดขึ้นน้อย และสามารถรักษาให้หายขาดได้

ผลกระทบที่ตามมาภายหลังการรักษามะเร็งในช่องปาก มีดังนี้

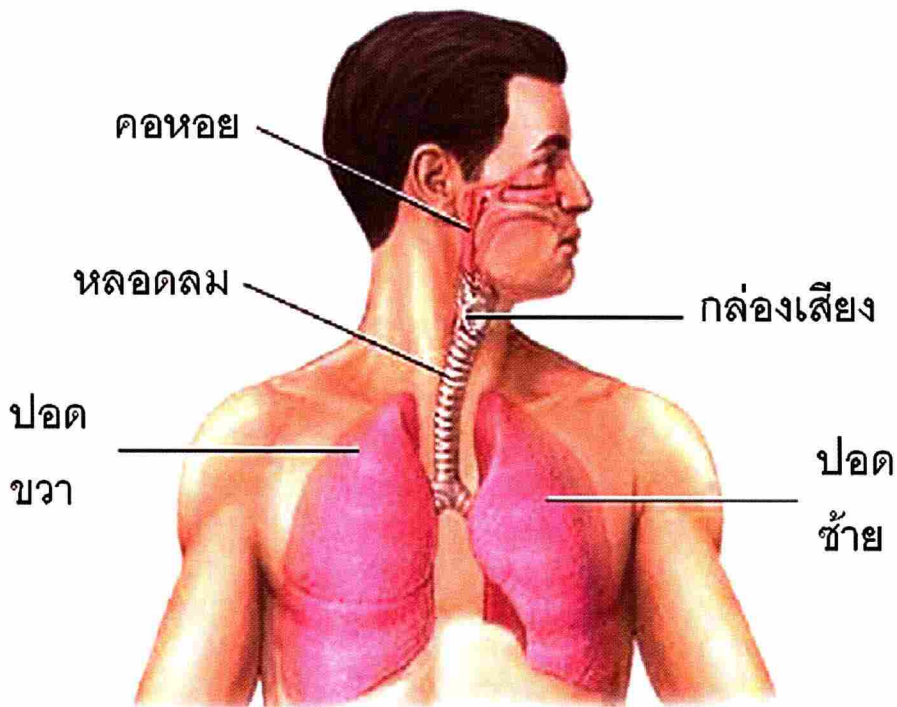
- การเสียรูปร่างของใบหน้า ศีรษะและลำคอ ภายหลังการรักษา
- ผลข้างเคียงของรังสีรักษา ได้แก่ ภาวะ u3611 ปากแห้ง ขาดน้ำลาย กลืนลำบาก
- การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง
- น้ำหนักตัวลดลงอย่างฮวบฮาบ

6

มะเร็งหลอดลม

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ เฉลิมชัย ชินตระการ
ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หลอดลมมีลักษณะคล้ายท่อกิ่งแข็ง มีโครงเป็นกระดูกอ่อนรูปเปลือกหุ้ม เป็นทางผ่านของลมหายใจจากจมูกไปสู่ปอด มะเร็งหลอดลมคือการที่มีเนื้องอกในหลอดลม ส่งผลให้ทางเดินหายใจอุดตัน เป็นมะเร็งที่โตเร็ว สามารถแพร่กระจายลุกลามได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยได้ยาก เมื่อได้รับการวินิจฉัยมักเป็นระยะลุกลามแล้ว



อุบัติการณ์

พบได้น้อย ประมาณ 2.7 คน ต่อหนึ่งแสนคนต่อปี

ปัจจัยเสี่ยง

การสูบบุหรี่ทั้งการสูบเอง หรือสูบทางอ้อม (สูบแบบมือสอง) คือปัจจัยเสี่ยงหลัก เกือบ 100% ของผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง 4 เท่า ส่วนใหญ่อายุ 50-60 ปี

อาการและอาการแสดง

ระยะแรกมักไม่มีอาการ เนื่องจากหลอดลมเป็นท่อกิ่งแข็ง สามารถขยายได้ ถ้าก้อนไม่ใหญ่จะยังไม่โตอุดตันทางเดินหายใจ มักมีอาการเมื่อโรคลุกลามมากแล้ว อาการที่พบเกิดจากการที่เนื้องอกมีขนาดใหญ่จนอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอแห้ง ๆ หรือ ไอเป็นเลือด หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย ติดเชื้อที่หลอดลมหรือปอดเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ มีเสียงดังขณะหายใจ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย กลืนลำบาก เสียงแหบ

การวินิจฉัยโรค

การตรวจร่างกายโดยละเอียด โดยเฉพาะเวลาใช้กระจกส่องกล่องเสียง จะต้องดูลึกลงไปหลอดลม การสังเกตเงาก้อนเนื้อในหลอดลม เมื่อฉายภาพรังสีลำคอหรือทรวงอก การใช้กล้องส่องตรวจหลอดลมชนิดอ่อน (Fiberoptic Bronchoscopy) จะทำให้สงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคนี้น หลังจากนั้นจะวินิจฉัยโดยการส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม แล้วตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่เป็นส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และต้องตรวจการลุกลามของมะเร็งด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็ก

การรักษา

การผ่าตัด และรังสีรักษา คือการรักษาหลัก อาจมีการรักษาอย่างอื่นเสริม เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษาแบบเฉพาะที่ การใช้เลเซอร์ลดขนาดของมะเร็ง ฯลฯ

1. การผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ยังไม่กระจายออกนอกหลอดลม ก้อนที่มีขนาดใหญ่ หรืออยู่ใกล้กับกล่องเสียง ยากที่จะผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด
2. รังสีรักษา คือการใช้รังสีเอกซเรย์พลังงานสูง ทำลายเซลล์มะเร็ง ใช้ร่วมกับการผ่าตัด หรือใช้เป็นการรักษาหลักในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ไม่สามารถ

ผ่าตัดได้

3. การรักษาโดยใช้เคมีบำบัด รังสีรักษาแบบเฉพาะที่ หรือการใช้เลเซอร์ มักใช้เป็นการรักษาเสริมเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งโตอุดกั้นทางเดินหายใจ

การพยากรณ์โรค

มีอัตราการอยู่รอดต่ำ น้อยกว่า 15% ของผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เกิน 3 ปี เนื่องจากลักษณะของโรคมะเร็งหลอดลมระยะแรกมักไม่มีอาการ กว่าที่จะมีอาการมาพบแพทย์ มะเร็งมักแพร่กระจายออกนอกหลอดลมแล้ว ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี ไม่สามารถผ่าตัด จำเป็นต้องรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดเท่านั้น

การป้องกัน

ไม่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นการสูบโดยตรงหรือสูบโดยอ้อม (มือสอง)

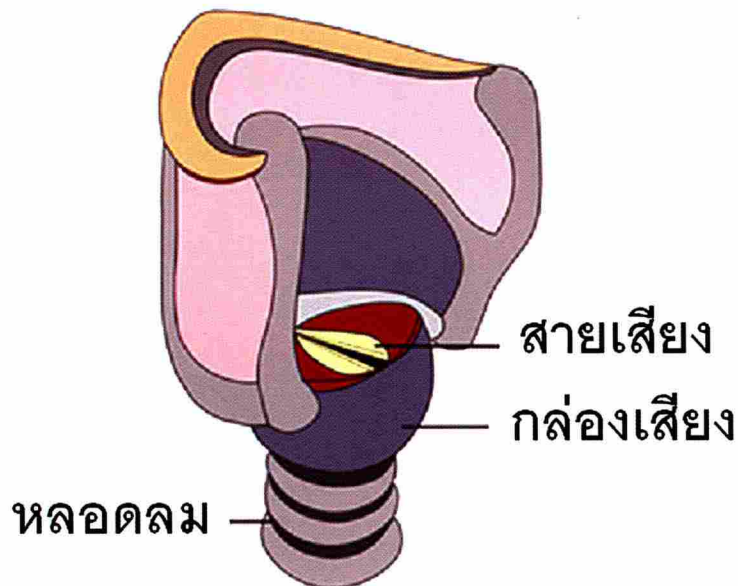
หากมีประวัติสูบบุหรี่แล้วมีอาการเหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง เริ่มเป็นโรคหอบหืด ตอนอายุมาก ควรพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย

7

มะเร็งกล่องเสียง และคอหอยส่วนล่าง

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ เจลิมชัย ชินตระการ
ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

กล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง (Larynx and Hypopharynx) เป็นอวัยวะซึ่งทำหน้าที่เป็นประตูของทางเดินหายใจ แยกจากหลอดอาหาร และป้องกันไม่ให้อาหารสำลักลงคอ มะเร็งกล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง (Carcinoma of Larynx and hypopharynx) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย โดยพบ 1-2 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี อัตราส่วน ชาย : หญิง 10 : 1, พบประมาณร้อยละ 2.8 ของมะเร็งทั้งหมด และพบในช่วงอายุ 50-60 ปี



สาเหตุของการเกิดมะเร็งกล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง

สาเหตุที่พบได้บ่อยและสามารถบ่งชี้ได้ชัดเจน คือ การสูบบุหรี่ และจะพบมากขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราด้วย รวมถึงการสูดเอาสารระคายเข้าไป อาจเป็นยาสูบ ชีชา หรือแม้กระทั่งไฮโดรคาร์บอน นอกจากนั้นการใช้เสียงผิดปกติ ทำให้กล่องเสียงมีการอักเสบบ่อย ๆ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งชนิดนี้ได้

อาการ

ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการเสียงแหบ เสียงเปลี่ยน จะมีอาการเจ็บคอ หรือหายใจเหนื่อยเมื่อเป็นมากขึ้น ซึ่งหากรอยโรคอยู่ที่ตำแหน่งของสายเสียง (laryngeal cancer) จะมีอาการตั้งแต่ระยะแรก ทำให้วินิจฉัยโรคได้เร็ว มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ แต่หากเป็นที่ตำแหน่งคอหอยส่วนล่าง (hypopharyngeal cancer) ในระยะแรกเสียงจะไม่แหบ ทำให้ผู้ป่วยละเลยอาการป่วยนี้ได้ แต่จะรู้สึกเจ็บหรือร้อนในคอ อาการคล้ายกำกวมปลาติดคอ กลืนแล้วเจ็บ ผู้ป่วยมักคิดว่าเป็นคออักเสบ*จากการติดเชื้อ อาจซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทาน เมื่อมะเร็งเป็นมากขึ้นลุกลามไปยังส่วนต่าง ๆ ของกล่องเสียงที่อยู่ข้างเคียง จึงทำให้เกิดเสียงแหบ ผู้ป่วยจึงจะกังวล และมาพบแพทย์เมื่อเป็นมากแล้ว

ระยะของโรค

โดยทั่วไปแพทย์แผนปัจจุบันจะรักษามะเร็งตามระยะของโรคที่เป็น มะเร็งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามมาตรฐานสากลคือ

- ระยะที่ 1 : มะเร็งอยู่เฉพาะอวัยวะที่เป็นโรคเท่านั้น ไม่ลุกลามหรือแพร่กระจายออกไป
- ระยะที่ 2 : มะเร็งยังอยู่เฉพาะอวัยวะที่เป็นโรค แต่มีขนาดโตขึ้น และเริ่มรบกวนการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ
- ระยะที่ 3 : มะเร็งลุกลามมากขึ้น อวัยวะที่เป็นโรคมักถูกทำลายจนผิดปกติ และทำหน้าที่ผิดปกติไป และมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงโตขึ้นอย่างชัดเจน
- ระยะที่ 4 : มะเร็งมีการลุกลามออกไปยังอวัยวะใกล้เคียงและ/หรือแพร่กระจายไปทางกระแสเลือดไปที่อวัยวะอื่นที่อยู่ห่างจากต้นกำเนิดของมะเร็ง เช่น ปอด ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้น

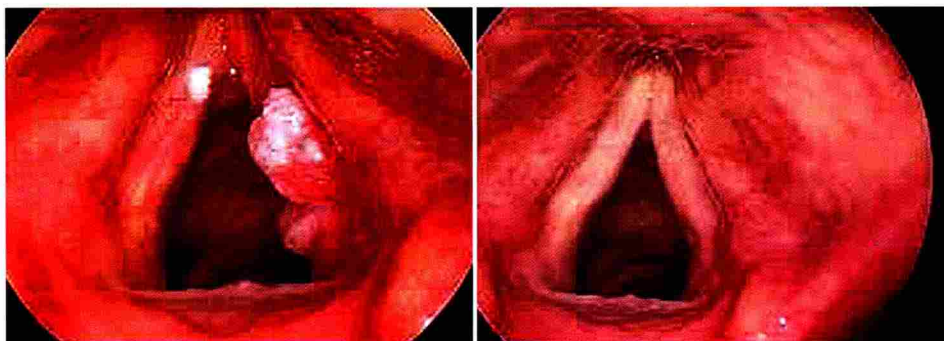
นอกจากนี้ การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะอื่น ถือเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคอีกด้วย ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 1 ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น จะมีการพยากรณ์โรคดีกว่า

การกระจายของโรค

มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer) เจริญและกระจายช้ากว่ามะเร็งคอหอยส่วนล่าง (hypopharyngeal cancer) เนื่องจากสายเสียงมีเส้นเลือดและต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่าอวัยวะอื่น อาการที่แสดงว่ามีการกระจายของโรค คือ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณกลางลำคอด้านข้างโต หายใจเหนื่อย หรือกลืนลำบาก และจะกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายต่อไป

การวินิจฉัยโรค

การตรวจบริเวณนี้ใช้กระจกขนาดเล็กส่องในคอเพื่อดูกล่องเสียง (Indirect laryngoscopy) หรือใช้กล้องตรวจสายเสียงชนิดอ่อน (Fiberoptic Laryngoscopy) วิธีนี้สามารถตรวจหาบริเวณที่เป็นมะเร็งได้ แต่การวินิจฉัยที่แน่นอนจะต้องทำการส่องกล้องเข้าไปโดยตรง (Direct laryngoscopy) แล้วตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่เป็นส่งตรวจทางพยาธิวิทยา



การรักษา

การรักษามะเร็งโดยทั่วไปมี 3 วิธีคือ

1. การผ่าตัด เป็นการผ่าตัดเอาก้อนที่เป็นมะเร็งออกไป ซึ่งจะทำผ่าตัดมากหรือน้อย ขึ้นกับระยะของโรค โดยระยะที่ 1, 2 อาจทำการผ่าตัดกล่องเสียงออกเฉพาะส่วนที่เป็นมะเร็งเท่านั้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะสามารถพูด และกินอาหารได้ตามปกติ โดยอาจเสียงแหบหรือสำลักบ้าง ในขณะที่ผู้ป่วยในระยะ 3,4 อาจต้องผ่าตัด

เอากล่องเสียงออกทั้งหมด ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องฝึกการพูดแบบไม่มีกล่องเสียงหรือใช้กล่องเสียงไฟฟ้าต่อไป ส่วนใหญ่จะสามารถรับประทานอาหารได้ปกติหรืออาจติดขัดเล็กน้อย

2. รังสีรักษา เป็นการให้กัมมันตภาพรังสีกำลังสูง เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง ใช้รักษามะเร็งกล่องเสียงระยะแรกให้หายขาด และใช้ร่วมกับการผ่าตัดในการรักษามะเร็งระยะหลัง
3. เคมีบำบัด เป็นการให้ยา (สารเคมี) เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง อาจใช้เป็นวิธีเสริมในการรักษามะเร็งกล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง โดยเฉพาะในรายที่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะอื่นได้

การรักษา มะเร็งกล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง ระยะเริ่มแรกจะใช้การฉายรังสีหรือการผ่าตัดเป็นหลัก ทั้งนี้เพราะให้ผลการรักษาได้เท่าเทียมกัน แต่ยังสามารถรักษากล่องเสียงไว้ได้ ทำให้ผู้ป่วยยังคงพูดได้เป็นปกติ แต่ในระยะลุกลาม จะใช้การรักษาร่วม ระหว่างการผ่าตัดและฉายรังสีหรืออาจร่วมกับเคมีบำบัดในบางรายที่คาดว่า มีปัจจัยเสี่ยงในการกระจายไปยังบริเวณอื่น หรืออาจควบคุมไม่ได้ด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสี ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมักจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดจากการลุกลามของมะเร็งจนอุดกั้นกล่องเสียงทำให้หายใจไม่สะดวก (airway obstruction) หรือลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ หลอดเลือดแดงใหญ่ของลำคอทำให้เกิดเลือดออกมากผิดปกติ (carotid blowout) หรือกีดกั้นอาหาร ทำให้ไม่สามารถกลืนอาหารได้ เป็นต้น

การรักษา มะเร็งกล่องเสียงต้องเจาะคอ (เจาะรูหายใจที่คอ) หรือไม่

สำหรับมะเร็งระยะเริ่มแรกมักไม่จำเป็นต้องเจาะคอ แต่ในรายที่ทำการผ่าตัดมักจะจำเป็นต้องเจาะคอใส่ท่อ เพื่อใช้เป็นช่องทางหายใจชั่วคราว จนกว่าจะจบการรักษาจึงจะถอดท่อออกได้ มีบางรายเท่านั้นที่ต้องใส่ท่อตลอดไป

สำหรับผู้ที่เป็นมากจนหายใจไม่สะดวกก็ต้องเจาะคอช่วยหายใจก่อน แล้วจึงทำการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ก็ต้องตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด และเปิดหลอดลมเป็นรูหายใจที่คอเป็นการถาวร ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถพูดได้ปกติ ต้องฝึกการพูดด้วยหลอดอาหาร หรือกล่องเสียงไฟฟ้า

หลังผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง จะพูดได้หรือไม่

ถ้าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด จะต้องฝึกพูดด้วยหลอดอาหาร (esophageal voice) หลังผ่าตัด ซึ่งจะมีแพทย์ นักฝึกพูด และผู้ป่วยที่ตัดกล่องเสียงและพูดได้ซึ่งเป็นสมาชิกของสมาคมผู้ไร้กล่องเสียงแห่งประเทศไทยคอยให้ความช่วยเหลือ บางรายอาจพูดโดยอาศัยรูที่เจาะระหว่างหลอดลมและหลอดอาหาร (Tracheoesophageal fistula) หรือใช้กล่องเสียงไฟฟ้าเพื่อช่วยพูด

ข้อควรระวัง

เมื่อมีอาการเสียงแหบนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการไอมีเลือดปน และเจ็บคอ ควรพบแพทย์เฉพาะทาง หู คอ จมูก หรือแพทย์ผู้ชำนาญทางโรคมะเร็ง เพื่อส่งตรวจดูกล่องเสียง ไม่ใช่เพียงการตรวจคอภายนอกตามปกติ

การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หลีกเลี่ยงการสูดสารระคายเคือง หลีกเลี่ยงการใช้เสียงผิดปกติ

8

มะเร็งต่อมธัยรอยด์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ เฉลิมชัย ชินตระการ
ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ต่อมธัยรอยด์เป็นต่อมไร้ท่อซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเพื่อช่วยให้การเผาผลาญพลังงานของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย สามารถพบความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ได้หลายอย่าง เช่น ต่อมธัยรอยด์โต ต่อมธัยรอยด์โตชนิดเป็นพิษ ต่อมธัยรอยด์โตจากการขาดไอโอดีน เนื้องอกของต่อมธัยรอยด์ ต่อมธัยรอยด์อักเสบ และมะเร็งต่อมธัยรอยด์ เป็นต้น

อุบัติการณ์

มะเร็งต่อมธัยรอยด์พบได้ประมาณ 10% ของผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่ต่อมธัยรอยด์ สามารถพบได้ตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 80 ปี พบมากในช่วงอายุ 40-60 ปี พบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จะมีความรุนแรงของโรคมากกว่าหากพบในผู้ป่วยเพศชาย หรือพบในอายุน้อยมากหรือแก่มาก

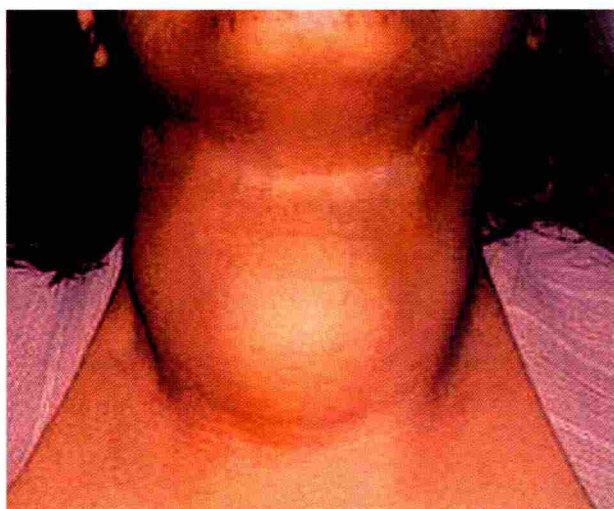
ปัจจัยเสี่ยง

ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณคอมาก่อน ทั้งจากการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ หรือรักษาเนื้องอกแผลเป็นเพื่อความสวยงาม หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งต่อมธัยรอยด์

อาการและอาการแสดง

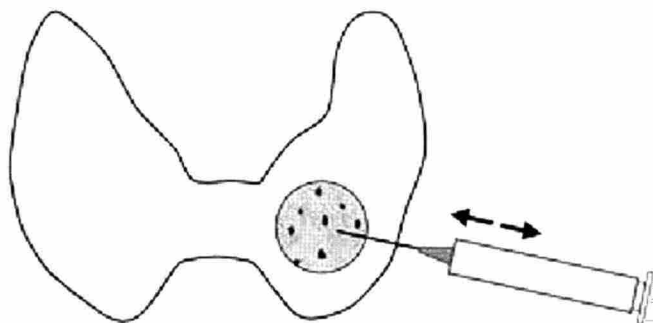
มะเร็งต่อมธัยรอยด์ มีชนิดของเซลล์แตกต่างกัน 4 ชนิด คือ Papillary Follicular Medullary และ Anaplastic ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นชนิด Papillary หรือ Follicular ซึ่งมีอาการไม่รุนแรงมาก ในระยะแรกอาจพบเพียงก้อนที่ต่อมธัยรอยด์ ซึ่งอยู่ทางด้านหน้าของลำคอ เคลื่อนขึ้นลงตามการกลืนเท่านั้น บางรายพบมีก้อน

อยู่นานหลายปี ก่อนที่จะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ในระยะลูกกลม อาจพบก้อนบริเวณด้านข้างลำคอด้วย ซึ่งเกิดจากมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง นอกจากนี้อาจพบมะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูก ทำให้กระดูกหัก หรือมีก้อนขึ้นตามกระดูกในที่ต่าง ๆ เช่น กระโหลกศีรษะ ไพบลาซ่า กระดูกซี่โครง กระดูกเชิงกราน เป็นต้น อาจพบว่ามีอาการเสียงแหบ เนื่องจากมะเร็งก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่เลี้ยงสายเสียง ซึ่งวิ่งอยู่ด้านหลังของต่อมธัยรอยด์ หรือกลืนลำบาก



การวินิจฉัย

แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นมะเร็งต่อมธัยรอยด์หรือไม่ จากการตรวจร่างกายอย่างละเอียด คลำต่อมธัยรอยด์ว่าแข็งกว่าปกติหรือไม่ มีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่ มีภาวะเสียงแหบร่วมด้วยหรือไม่ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เข็มฉีดยาขนาดเล็กเจาะดูดด้วยสุญญากาศเอาเนื้อเยื่อของก้อนที่ต่อมธัยรอยด์ไปตรวจชั้นสูตร



การรักษา

มะเร็งต่อมธัยรอยด์โดยส่วนใหญ่ จัดเป็นมะเร็งที่ได้ผลดีในการรักษา โดยเฉพาะชนิด Papillary หรือ Follicular หากเป็นมะเร็งในระยะแรก สามารถใช้การผ่าตัดรักษา และตามด้วยการกินยาเพื่อควบคุมการเติบโตของมะเร็งตลอดชีวิต หากมะเร็งเป็นในระยะลุกลาม มักจะต้องใช้การผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ และต่อมน้ำเหลืองในกรณีที่มีการกระจาย ร่วมกับการกินสารกัมมันตรังสี ไอโอดีน 131 และตามด้วยการกินยาเพื่อควบคุมการเติบโตของมะเร็งตลอดชีวิต

ผลการรักษาและการพยากรณ์โรค

มะเร็งต่อมธัยรอยด์โดยส่วนใหญ่ จัดเป็นมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคดีมากที่สุดอันดับหนึ่งในมะเร็งทั้งหลาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นไม่มากและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง สามารถมีชีวิตอยู่โดยปราศจากโรคอีก 10-20 ปี สูงถึง 80-90%

คำแนะนำ

หากมีก้อนที่บริเวณด้านหน้าลำคอ ซึ่งเคลื่อนที่ขึ้นลงตามการกลืน ก้อนมีลักษณะไม่สมมาตร บวมโตเร็วผิดปกติ เจ็บ หรือเสียวแสบ ควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัย ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อจำแนกโรค และให้การรักษาตามโรคที่เป็น

9

มะเร็งเต้านม

นพ. ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย รพ.รามาริบัติ

มะเร็งเต้านมเป็นอย่างไร

มะเร็งเต้านมส่วนมากเกิดจากเซลล์บุท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับพันธุกรรม ทำให้มีการแบ่งตัวเร็วและมากกว่าเซลล์ท่อน้ำนมปกติ อยู่รอดได้นานกว่าปกติ และมีศักยภาพที่จะลุกลามออกนอกบริเวณของท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม จนแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ มะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมที่หลากหลาย จึงถือว่ามีได้เป็นโรค ๆ เดียว มะเร็งเต้านมในผู้ป่วยบางคน อาจเติบโตอย่างรวดเร็วหรือแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ ได้ง่าย แต่ในผู้ป่วยคนอื่น ๆ อาจก่อตัวเป็นก้อนเป็นเวลาหลายสิบปี โดยไม่แพร่กระจายไปหรือไม่ก่อให้เกิดอาการที่อวัยวะใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพมากนัก ดังนั้นการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคนหนึ่ง ๆ จึงยึดเป็นตัวอย่างของมะเร็งที่จะเกิดกับคนอื่น ๆ โดยทั่วไปไม่ได้

อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในสตรีไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีเป็นอันดับหนึ่งของประเทศในปัจจุบัน แต่ก็ยังมีอุบัติการณ์ต่ำกว่าในประเทศตะวันตกหลายเท่าตัว อาจเป็นเพราะอิทธิพลของเชื้อชาติ (พันธุกรรม) สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

อาการของมะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมาพบแพทย์ด้วยอาการก้อนที่เต้านม หรือพบความผิดปกติจากเอ็กซเรย์แมมโมแกรมหรืออัลตราซาวนด์ เป็นส่วนใหญ่ โดยไม่มีอาการอื่นใด อาการอื่น ๆ ที่อาจพบร่วมกับมะเร็งเต้านมได้ แต่พบไม่บ่อย ได้แก่ อาการน้ำออกจกหัวนม มีผื่นที่หัวนม การบวมของเต้านม และอาการปวดเต้านม เป็นต้น สตรีไทยจำนวนมาก ยังมีความเข้าใจผิดว่า อาการปวดเต้านมเป็นอาการแรกเริ่มของมะเร็งเต้านม แต่แท้จริงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต้นส่วนมากไม่มีอาการปวดเต้านม

ร่วมด้วยเลย และผู้ป่วยที่ปวดเต้านมหรือบริเวณใกล้เคียง ก็มักไม่ได้ป่วยเป็นโรค มะเร็งแต่อย่างใด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการปวดที่ก้อนมะเร็ง มักจะมีก้อนขนาดใหญ่พอสมควรจนเกิดการอักเสบ ติดเชื้อ เลือดออก หรือเกิดเนื้อเน่าตายที่ก้อนดังกล่าว จึงจะมีอาการปวดร่วมด้วย แต่ถึงระยะนั้นแล้ว การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมก็ไม่ยุ่งยากแต่ประการใด ผู้มีไข้แพทย์ก็วินิจฉัยได้

ความเข้าใจผิดอีกประการหนึ่ง คือ การพบก้อนที่รักแร้จะเป็นอาการของ มะเร็งเต้านม อันเป็นความเข้าใจที่ต้องปรับให้ถูกต้อง สตรีไทยมักพบก้อนที่รักแร้ ได้โดยไม่ถือว่าเป็นผิดปกติแต่อย่างใด โดยจะเป็นก้อนลักษณะนุ่มหรือแข็งเล็กน้อย จะใหญ่ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ อาจมีอาการปวดในช่วงมีรอบเดือนหรือเมื่อตั้งครรภ์ จะโตขึ้นหรือปวดในช่วงวัยรุ่น ช่วงตั้งครรภ์ หรือจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยกลางคนก็ได้ แต่จะเป็นในวัยก่อนหมดประจำเดือน ก้อนเหล่านี้คือเนื้อเต้านมชุดที่สองที่พบที่รักแร้ หรืออาจเป็นก้อนไขมันธรรมดาที่ไม่อันตรายต่อชีวิตเลย และไม่เกี่ยวข้องกับต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ การที่มะเร็งเต้านมจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองได้ ก้อนที่เต้านม นั้นมักมีขนาดใหญ่พอสมควร จนอาจคลำก้อนได้ชัดเจน หรือตรวจพบจากแมมโมแกรมก่อนที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะโตเสียด้วยซ้ำ นอกจากนี้ถึงจะมีมะเร็งกระจาย ไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว ก็มักคลำได้ลำบากเพราะจะอยู่ลึกในช่องหีบใต้ต่อ กล้ามเนื้อหน้าอกและไม่มีอาการปวดแต่อย่างใด ดังนั้นถ้าสตรีผู้ใดคลำพบก้อนที่รักแร้ได้ชัด มีขนาดใหญ่เป็นก้อนนุ่ม ๆ และปวดหรือโตและยุบได้ โดยเฉพาะเมื่อมีรอบเดือน จงอย่ากังวลใจเพราะท่านคงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมน้อยมาก

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

ประกอบด้วยการคลำเต้านมและรักแร้ การสังเกตความผิดปกติของหัวนม และปานนม สังเกตรูปร่างของเต้านม และการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังของเต้านม โดยเปรียบเทียบกันทั้งสองข้าง เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ก็มักจะได้รับ การตรวจทางรังสีวิทยาร่วมด้วย ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวนด์ เต้านมเป็นหลัก แต่ในกรณีพิเศษก็อาจมีการตรวจทางรังสีวิทยาอื่น ๆ เช่น การตรวจ เต้านมด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance breast imaging) อาจเพราะเนื้อเต้านมมีความหนาแน่นสูง เป็นต้น และถ้ามีความสงสัยมาก ๆ ว่าจะ เป็นมะเร็งเต้านม ก็ต้องเอาเนื้อเยื่อจากก้อนหรือบริเวณที่สงสัย ไปตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งในปัจจุบันมักเป็นการเจาะเอาเนื้อไปตรวจด้วยเข็มเจาะเนื้อขนาดใหญ่ ถ้าทำได้ อันจะมีผลกระทบต่ออาการวางแผนรักษามะเร็งเต้านมน้อยกว่าการผ่าเอาก้อนไปตรวจ

ทั้งหมดแต่แรก แต่ถ้าการตรวจด้วยเข็มเจาะเนื้อยังให้คำวินิจฉัยที่ไม่ชัดเจน ซึ่งเกิดไม่บ่อยนัก ก็จำเป็นต้องผ่าตัดเอาก้อนทั้งหมดไปตรวจ อันจะได้คำตอบที่ถูกต้องที่สุด

การรักษามะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันประกอบด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด และการให้ยาที่เฉพาะเจาะจงต่อมะเร็ง รวมไปถึงการให้ยาต้านฮอร์โมนด้วย ซึ่งจะพิจารณาให้ตามประเภทหรือลักษณะของมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคน ๆ หนึ่ง มักได้รับการรักษาที่ผสมผสานระหว่างการรักษาหลาย ๆ วิธีดังกล่าว โดยไม่ถือว่ามีวิธีใดสำคัญกว่ากัน เพราะแต่ละวิธีมีกลไกกำจัดมะเร็งที่จำเพาะ จึงเสริมซึ่งกันและกันมากกว่า โปรดสังเกตว่าการรักษามะเร็งเต้านมมีการพัฒนาอย่างมากมาในระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมา จนกล่าวได้ว่าเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่งของวงการแพทย์ปัจจุบัน

การผ่าตัดจะเป็นการรักษาเริ่มแรกสำหรับมะเร็งระยะหนึ่งและสอง อันหมายถึงถึงมะเร็งที่ตรวจได้ว่าไม่ลามออกนอกเนื้อเต้านม และลามไม่เกินต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ตามลำดับ การผ่าตัดประกอบด้วยการผ่าตัดเต้านมและการผ่าตัดรักแร้ โดยพิจารณาแยกจากกัน กล่าวคือ การเลือกวิธีผ่าตัดเต้านม จะไม่ส่งผลกระทบต่อ การผ่าตัดที่รักแร้ ในปัจจุบันการผ่าตัดที่เต้านมมีทางเลือกหลายทาง แต่แบ่งเป็น 3 ทางเลือกหลัก ที่มีผลการรักษาระยะยาวเท่าเทียมกัน อันจะทำให้มีโอกาสมีชีวิตรอดจากมะเร็งเท่ากัน ได้แก่ (1) การผ่าตัดเต้านมออกหมดอย่างเดียวซึ่งเป็นวิธีดั้งเดิม (2) การผ่าตัดเอามะเร็งออกพร้อมเนื้อดีรอบข้างและเก็บเต้านมที่เหลือไว้ร่วมกับการฉายรังสีที่เต้านมที่เหลือ และ (3) การผ่าตัดเต้านมออกหมดแต่เสริมสร้างเต้านมใหม่ การจะเลือกวิธีผ่าตัดเต้านม ต้องคำนึงถึงข้อบ่งชี้และผลดีและผลเสียของแต่ละวิธี ประกอบกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นรายละเอียดที่แพทย์ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะต้องนำมาพิจารณาและตัดสินใจร่วมกัน

การผ่าตัดที่รักแร้จะต้องทำตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นหลัก หากผู้ป่วยจะเลือกวิธีผ่าตัดรักแร้เอง อาจไม่เหมาะสม ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะหนึ่งและสอง มักจะได้รับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เพียง 1 ถึง 3 เม็ดเพื่อนำไปตรวจหา มะเร็งแพร่กระจายก่อน ซึ่งมักทำพร้อมกับการผ่าตัดเต้านมข้างเดียวกัน ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเสียเวลาหรือเจ็บตัวเพิ่มจากการผ่าตัดหลายครั้ง ถ้าหากไม่พบมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 เม็ดดังกล่าว ก็ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดที่รักแร้เพิ่มเติม ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักแร้ เช่น ภาวะแขนบวม น้ำเหลือง อการเสียขาที่รักแร้ และการอักเสบรุนแรงจากการเกิดแผลที่แขนข้างที่ผ่าตัด เป็นต้น ก็

จะลดลง อย่างไรก็ตามถ้าการตรวจต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 พบว่ามีมะเร็งกระจายไปถึง ก็จำเป็นต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เหลืองที่รักแร้ออกหมดเหมือนในอดีต การศึกษาในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะหนึ่งและสองทั้งหมด จะได้รับการผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกเพียง 1 ถึง 3 เม็ดเท่านั้น

ในมะเร็งเต้านมระยะหนึ่งและสอง การรักษาด้วยการฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมนและยาที่เฉพาะเจาะจงต่อมะเร็ง จะเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เช่นกัน การให้ยาเคมีบำบัดและยาอื่น ๆ ไม่ขึ้นกับวิธีผ่าตัดที่ผู้ป่วยเลือกแต่อย่างใด ยกตัวอย่างเช่น ถึงผู้ป่วยจะเลือกวิธีตัดเต้านมออกหมด ก็อาจหลีกเลี่ยงการรับยาเคมีบำบัดไม่ได้ เป็นต้น อนึ่ง การให้ยาเคมีบำบัดซึ่งถือว่าเป็นการรักษาทั้งระบบ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแตกต่างกันไปจากการฉายรังสีซึ่งถือว่าการรักษาเฉพาะที่ ผู้ป่วยจึงไม่ควรเกิดความสับสนระหว่างวิธีการรักษาทั้งสองวิธีนี้

สำหรับโรคมะเร็งระยะที่สาม อันหมายถึงมะเร็งที่ลุกลามนอกเนื้อเต้านมไปถึงผิวหนัง หรือผนังหน้าอก หรือมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองชุดอื่น ๆ นอกเหนือจากที่รักแร้ จนถึงมะเร็งระยะที่สี่ ที่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ทั่วร่างกายแล้ว การรักษาทั้งระบบ ซึ่งประกอบด้วยยาเคมีบำบัด ยาต้านมะเร็งที่เฉพาะเจาะจง และยาต้านฮอร์โมนนั้น จะมีบทบาทที่สำคัญมาก เช่น ในมะเร็งระยะที่สามมักต้องให้ยาเคมีบำบัดเพื่อลดขนาดมะเร็งก่อนผ่าตัด มิเช่นนั้นก็จะผ่ามะเร็งออกไม่หมด ส่วนในมะเร็งระยะสี่ การผ่าตัดอาจมีผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยไม่มากนัก แต่การรักษาทั้งระบบจะช่วยเพิ่มระยะเวลาการอยู่รอดของผู้ป่วยได้ เป็นต้น

โปรดสังเกตว่าในปัจจุบัน การรักษาโรคมะเร็งเต้านม จะพยายามให้สอดคล้องไปกับพฤติกรรมของมะเร็ง และลักษณะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยแต่ละคนจึงอาจได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งที่เป็นมะเร็งระยะเดียวกัน

การพยากรณ์โรค

มะเร็งเต้านมระยะต้น อันประกอบไปด้วยมะเร็งระยะที่หนึ่งและสอง มีการพยากรณ์โรคที่ดีมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโอกาสรอดชีพถึง 10 ปี หรือมากกว่าถ้าหากได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันท่วงที โอกาสเกิดโรคปรากฏซ้ำที่บริเวณผ่าตัดหรือที่อวัยวะอื่น ๆ จะสูงที่สุดในระยะเวลา 5 ปีแรกหลังผ่าตัด เฉลี่ยอยู่ประมาณ ร้อยละ 2 ถึง 5 ต่อปี โดยการปรากฏซ้ำของโรคจะสูงกว่าเล็กน้อยในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเก็บเต้านม แต่มักเป็นการปรากฏซ้ำที่แผลผ่าตัด และมักไม่มีผลกระทบต่ออาการรอดชีพมากนัก เพราะสามารถผ่าตัดซ้ำได้อีก

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่สาม โอกาสรอดชีวิตถึง 10 ปี ในบางกรณีอาจไม่ถึงร้อยละ 50 และมีโอกาสพบมะเร็งปรากฏซ้ำได้มากกว่า ส่วนผู้ป่วยมะเร็งระยะที่สี่ แทบไม่มีโอกาสอยู่รอดในระยะยาว แต่การรักษาที่เหมาะสมน่าจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับโรคของตนได้ดีเช่นกัน ในปัจจุบันแพทย์บางท่านกล่าวว่า โรคมะเร็งเต้านมเสมือนเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าจะเป็นโรคที่คร่าชีวิตในทันทีหรือในระยะเวลาดันรวดเร็ว และในอนาคตการรักษาใหม่ๆ ที่หลากหลายและอาจมีประสิทธิภาพสูงขึ้น หรือมีผลข้างเคียงน้อยลง ก็ยังมีอีกมากที่รอคอยการพิสูจน์และการนำไปใช้

ปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง

สตรีที่มีอายุมากขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กลุ่มประชากรที่อาจมีพันธุกรรมผิดปกติ ได้แก่ ผู้ที่มีบิดา มารดา พี่น้อง ลูก ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะถ้าป่วยหลายคนและป่วยเมื่ออายุไม่มากนัก เช่น อายุน้อยกว่า 40 ปี ก็จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรครดังกล่าวเพิ่มขึ้นมากกว่าคนปกติ กลุ่มประชากรที่มีรอยโรคบางอย่างของท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม ก็อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นในอนาคต เช่น ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมาก่อน เป็นต้น การมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายสูงและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา นานจากปัจจัยภายใน เช่น การถึงวัยเริ่มมีประจำเดือน (วัยสาว) เร็ว การถึงวัยหมดประจำเดือนช้า การไม่เคยตั้งครรภ์ หรือมีบุตรช้า เป็นต้น ก็ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงไม่มากนัก แม้แต่การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนจากภายนอก เช่น จากยาคุมกำเนิดหรือยาทดแทนฮอร์โมน ก็ต้องใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเกิน 5 ปีจึงจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น แต่ก็เพิ่มไม่มากนักเช่นกัน เมื่อหยุดยาแล้วความเสี่ยงก็จะลดลง

ภาวะอ้วน โดยเฉพาะในวัยหลังหมดประจำเดือน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่มีการศึกษาสนับสนุนจำนวนมาก การดื่มสุราก็อาจเป็นปัจจัยเสี่ยง หากดื่มเป็นปริมาณมากพอสมควร การไม่รับประทานผักผลไม้ ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ก็อาจเสริมให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย การได้รับการฉายรังสีที่หน้าอก เช่น จากการตรวจภาพรังสีที่ปอด การฉายรังสีรักษาโรคที่บริเวณเดียวกัน อันรวมถึงการรักษา มะเร็งเต้านมด้วย เป็นต้น ก็เพิ่มความเสี่ยงได้บ้าง

จะสังเกตได้ว่า นอกเหนือจากอายุและปัจจัยทางพันธุกรรมผิดปกติที่ตกทอดมาจากบรรพบุรุษแต่แรกแล้ว ปัจจัยเสี่ยงที่ทราบในปัจจุบันส่วนมากล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมไม่มากนัก กลไกที่แต่ละปัจจัยอาจทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงในระดับพันธุกรรม อันจะนำไปสู่การกำเนิดเซลล์ที่มีพฤติกรรมเป็นมะเร็ง ก็ไม่ทราบแน่ชัดในหลายกรณี นอกจากนี้ น่าจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ทราบหรือยังไม่มี หลักฐานสนับสนุนชัดเจนอีกมากมาย โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่ ยังต้องศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ดังนั้นในปัจจุบัน ต้องมองว่ามะเร็งเต้านม มีกำเนิดจาก หลากหลายปัจจัยที่ส่งผลเสริมกัน มักจะไม่มีปัจจัยที่โดดเด่นเพียงหนึ่งหรือสองปัจจัย จึงมักจะระบุไม่ได้ว่าในผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมนั้น จะมีสาเหตุใด เป็นสาเหตุหลักกันแน่

การป้องกันหรือการตรวจพบแต่แรกเริ่ม

จากปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมเท่าที่ทราบ ซึ่งมี มากมายและกระทบต่อการใช้ชีวิตปกติของคน ๆ หนึ่งอย่างกว้างขวาง ประกอบ กับปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ทราบตัวตนชัดเจน และปัจจัยบางอย่างที่ยังแก้ไขไม่ได้ เช่น อายุและปัจจัยทางกรรมพันธุ์เป็นต้น จึงทำให้การป้องกันมะเร็งเต้านมในเชิง พฤติกรรมนั้นลำบากพอสมควร หรือทำได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพมากนัก อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อให้ความเสี่ยงน้อยที่สุดก็ถือว่าคุ้มค่า เพราะการ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจป้องกันมะเร็งอื่น ๆ หรือป้องกันโรคอื่น ๆ ในอนาคตได้อีก ด้วย การเปลี่ยนแปลงที่น่ากระทำ ได้แก่ การหมั่นออกกำลังกาย การลดความอ้วน หรือป้องกันมิให้อ้วน การกินอาหารที่เน้นผัก การลดของหวาน (รวมถึงผลไม้หวาน) และอาหารมัน การหลีกเลี่ยงการใช้ฮอร์โมนทดแทนในวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น อนึ่ง การป้องกันเหล่านี้ถึงทำได้เต็มที่ ก็ป้องกันการเกิดมะเร็งได้ระดับหนึ่งเท่านั้น

การป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยยา ก็สามารถทำได้ในระดับหนึ่งเช่นกัน เช่น การ ใช้ยาต้านฮอร์โมนบางตัว แต่เนื่องจากการใช้ยาเหล่านี้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงที่ร้ายแรง จึงต้องพิจารณาให้กับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งเต้านมในอนาคตเท่านั้น จึงจะคุ้มค่า สำหรับการป้องกันที่ได้ผลมากที่สุด แต่รุนแรงที่สุด ได้แก่การตัดเต้านม ออกทั้งสองข้าง ซึ่งมีข้อบ่งชี้ชัดเจนเฉพาะกรณีของผู้ที่มีความผิดปกติระดับพันธุกรรม จนมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดมะเร็งขึ้นในอนาคตและเป็นมะเร็งที่มีโอกาสลุกลามสูง

ในปัจจุบัน การป้องกันมะเร็งเต้านมในเชิงพฤติกรรมยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก ในอนาคตอันใกล้ที่น่าจะมีการเน้นและสนับสนุนการป้องกันอย่างเป็น ระบบ แต่การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม กลับได้ผลดีพอสมควร มี การศึกษามากมายที่สนับสนุนว่าการคัดกรองโรคมะเร็งด้วยแมมโมแกรม มีผลลด การเสียชีวิตจากมะเร็งลงได้ ถึงจะไม่มากนัก แต่จะเหมาะสมและคุ้มค่าเฉพาะกับ

ประชากรบางกลุ่ม และเมื่อคัดกรองด้วยความถี่ที่ไม่มากเกินไป หนึ่ง การคัดกรองโรคไม่ว่าด้วยวิธีใดหรือในโรคใดก็ตาม จะต้องแลกกับผลเสียคือ การค้นพบโรคหรือภาวะที่ไม่จำเป็นต้องรักษาแต่อย่างใด หรือการค้นพบที่เป็นผลบวกวง (กล่าวคือ ไม่ได้เป็นโรคจริง) ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่จำเป็น หรือเกิดค่าใช้จ่ายและความสูญเสียที่ไม่จำเป็น ดังนั้นผู้ที่มารับการคัดกรองโรค รวมถึงผู้ที่ให้บริการดังกล่าว ต้องยอมรับข้อเสียเหล่านี้ และพยายามหาจุดสมดุลที่เหมาะสมที่สุด ที่จะได้ประโยชน์จากการคัดกรองโรคโดยมีผลเสียที่ยอมรับได้

ในประเทศไทย มักนิยมคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมให้ประชากรหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพราะจากข้อมูลในประเทศ จะพบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้นชัดเจนตั้งแต่อายุ 40 ปี ซึ่งเร็วกว่าของชาวตะวันตกพอสมควร และนิยมคัดกรองปีละหนึ่งครั้ง เพราะเนื้อเต้านมในสตรีไทยมีความหนาแน่นสูงแม้ในวัยหลังหมดประจำเดือน ทำให้ความไวของแมมโมแกรมในการคัดกรองมะเร็งแต่ละครั้งไม่สู้จะดีนัก จึงต้องคัดกรองด้วยความถี่มากกว่าในต่างประเทศ เพื่อเพิ่มความไวของการคัดกรอง และมักต้องอาศัยการตรวจอัลตราซาวด์ร่วมด้วย ในปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดว่าถึงอายุเท่าใดจึงควรยุติการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม แพทย์จึงต้องใช้วิจารณญาณพิจารณาผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป ว่าจะยุติการคัดกรองโรคเมื่ออายุเท่าใด อย่างไรก็ตาม หากมีการศึกษาความคุ้มค่าของการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศไทย ข้อแนะนำเหล่านี้ก็อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกในอนาคต

10

มะเร็งปอด

รองศาสตราจารย์มณฑิยา รุ่งงามทวีสุข
สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มะเร็งปอดในปัจจุบันมีแนวโน้มเกิดมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบมากขึ้นเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งที่เกิดขึ้น โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ประกอบด้วย การสูบบุหรี่, สารใยแก้ว (asbestos) ที่ใช้ในอุตสาหกรรมก่อสร้างและฉนวนไฟฟ้า, รัังสี radon 222 ในฝุ่นละออง การตรวจหามะเร็งในปอดประกอบการเอกซเรย์ปอด, การตรวจหาเซลล์มะเร็งจากเสมหะหรือน้ำล้างหลอดลมและปอด, การตรวจหาระดับ CEA (Carcinoembryonic antigen) โดยควรตรวจในผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดมะเร็งสูง เช่น การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 40 ปี, เคยเป็นมะเร็งปอด, เคยสัมผัสสารใยแก้ว (asbestos) ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงโมเลกุลของมะเร็งปอด (molecular biology) พบว่า เซลล์มะเร็งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของยีน (gene) โดยพบความผิดปกติของยีนหลายชนิด เช่น Ras oncogene, Myc oncogene เป็นต้น รวมถึงสารกระตุ้นการสร้างหลอดเลือดใหม่เพื่อไปเลี้ยงมะเร็ง ดังนั้นจึงมีวิธีการรักษาระดับโมเลกุล เช่น การใช้ยา angiostatin เพื่อยับยั้งการสร้างหลอดเลือดใหม่ ชนิดของมะเร็งปอดแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ Small cell carcinoma และ Non-small cell carcinoma (adenocarcinoma และ squamous cell carcinoma เป็นส่วนใหญ่) อาการที่พบได้มี ไอ, เจ็บหน้าอก, เสียงแหบ ในบางกรณีผู้ป่วยไม่มีอาการแต่ตรวจพบก้อนเนื้ออกในปอดจากการเอกซเรย์ปอดจากการตรวจร่างกายประจำปี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดมะเร็งปอดสูง ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การตรวจทางรังสีช่วยในการวินิจฉัยได้มาก โดยเฉพาะเอกซเรย์ปอดและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography scan, CT scan) ช่วยในการบอกตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่ปอดและการกระจายของมะเร็งปอดไปที่ต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกและอวัยวะข้างเคียงหรือไม่ การที่จะบอกว่าเป็นมะเร็งหรือไม่จำเป็นต้องเอาชิ้นเนื้อของก้อนเนื้อออกมาตรวจ ซึ่งมีหลายวิธีที่เอา

ก่อนเนื่องออกมาตรวจ เช่น การใช้กล้องส่องหลอดลมและตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ, การใช้เข็มเบอร์โตเจาะผ่านผิวหนังหน้าอกไปที่ก้อนเนื้ออกแล้วตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ ในบางกรณีก็ทำทั้งสองแบบไม่ได้ผลชิ้นเนื้อที่แน่นอนก็ต้องผ่าตัดเอาก้อนชิ้นเนื้อมาตรวจแบบกล้องส่องทรวงอกหรือแบบเปิดทรวงอก.

การกระจายของมะเร็งปอดมี 3 ทาง คือ กระจายไปอวัยวะข้างเคียงโดยตรง, กระจายไปต่อมน้ำเหลืองภายในทรวงอก และกระจายไปตามกระแสโลหิต การรักษา มะเร็งปอดในระยะแรก โดยที่มะเร็งอยู่ที่ปอดอย่างเดียว ให้ผ่าตัดทรวงอกโดยตัด กลีบปอดหรือปอดออกทั้งข้างอย่างเดียว ในกรณีที่มะเร็งปอดกระจายไปที่ต่อมน้ำ เหลืองในปอดก็ผ่าตัดทรวงอกโดยตัดกลีบปอดหรือปอดออกทั้งข้างและมีการใช้ยา เคมีบำบัดร่วม หรือรังสีรักษาช่วยด้วย ในกรณีที่มะเร็งปอดกระจายไปตามกระแส โลหิต จะพบมะเร็งกระจายไปที่สมอง, กระดูก, ต่อมหมวกไต ก็จะทำการรักษาโดย การผ่าตัด ในกรณีที่เป็นก้อนเดียวในสมองหรือต่อมหมวกไต ร่วมกับการให้รังสีรักษา และเคมีบำบัดร่วมด้วย แต่ถ้ากระจายไปที่กระดูกก็ไม่ต้องผ่าตัดให้รักษาด้วยยาเคมี บำบัดหรือรังสีรักษาเลย หลังผ่าตัดรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องติดตามผลการรักษาเป็น ช่วง ๆ โดยเอกซเรย์ปอดและเจาะเลือดหาค่า CEA และต้องพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัย ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดมะเร็ง

การพยากรณ์ของโรค

โดยมะเร็งปอดระยะแรกหลังการรักษามีโอกาสรอดชีวิตใน 5 ปี ถึง 70% ใน กรณีที่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก โอกาสรอดชีวิตเหลือ 30-40% แต่ถ้ามี กระจายไปที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น กระดูกหรือสมอง มีโอกาสรอดชีวิตเหลือน้อยกว่า 5%

สรุป

มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่รักษาให้หายขาดได้ เมื่อมีการวินิจฉัยและรักษาใน ระยะแรกของมะเร็งปอด ดังนั้นจึงควรมีการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และต้อง พยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด เช่น ไม่สูบบุหรี่, หลีกเลี่ยงฝุ่น ละเอียดต่าง ๆ โดยเฉพาะการก่อสร้างบ้านเพราะจะมีสารใยแก้ว (asbestos) ได้

11

มะเร็งตับ

อจ.นพ.สุทัศน์ ศรีพจนารถ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มะเร็งตับ เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยมากในประเทศไทย และพบมากเป็นอันดับต้น ๆ ของเพศชาย เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

การจำแนกมะเร็งตับ

มะเร็งที่เกิดที่ตับอาจแบ่งเป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์ตับเอง มะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในตับและมะเร็งจากอวัยวะอื่นที่มีการกระจายมาที่ตับ แต่ละโรคมีสาเหตุและการพยากรณ์โรคต่างกัน แพทย์สามารถแยกโรคทั้ง 3 จากประวัติการเจ็บป่วย อาการแสดงของโรค การตรวจร่างกายและการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการวินิจฉัยด้วยเครื่องอัลตราซาวนด์และเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

สาเหตุการเกิดมะเร็งตับ

1. การเกิดมะเร็งตับ จากการที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง พบกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยที่มีตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบบีหรือซี หรือจากภาวะไขมันเกาะตับ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งตับ
3. การได้รับสารอัลฟาโทกซิน ซึ่งปนเปื้อนในถั่วปน พริกปนเป็นตัวกระตุ้นการเกิดมะเร็งร่วมไปกับการมีไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสตับอักเสบบี
4. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ มีความเสี่ยงกว่าการเกิดมะเร็งตับมากขึ้น อาจเป็นตัวเสริมของไวรัสตับอักเสบบี และซี

อาการแสดงของโรคมะเร็งตับ

ในระยะเริ่มต้นของมะเร็งตับ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ แพทย์อาจตรวจพบผู้ป่วยในระยะนี้ได้จากการตรวจเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้วยการเจาะเลือดหาสารก่อมะเร็งในเลือด และการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวนด์ หรือเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

ในระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น ก้อนมะเร็งจะไปเบียดกับผิวตับทำให้มีอาการปวดบริเวณช่องท้อง และอาจปวดร้าวไปหลัง หรือร้าวไปบริเวณไหล่ขวา ร่วมกับมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และอาจคลำก้อนได้ที่ชายโครงขวาหรือบริเวณลิ้นปี่ หรืออาจมีอาการดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง และอาจมีภาวะท้องมานร่วมด้วย

การตรวจหามะเร็งตับ

การเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ผู้ที่เคยเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีและซี ผู้ป่วยที่มีตับแข็งจากสาเหตุต่าง ๆ ควรจะได้รับการตรวจร่างกาย เจาะเลือดหาระดับของสารอัลฟาฟิโตโปรตีน ตรวจเลือดดูหน้าที่ตับรวมถึงการทำอัลตราซาวนด์และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือการตรวจด้วยสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า

การรักษาโรคมะเร็งตับ

1. การผ่าตัดเพื่อตัดก้อนมะเร็งและบางส่วนของเนื้อตับที่ติ่ออก จะเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด ถึงแม้จะมีความเสี่ยงอยู่บ้างและตับส่วนที่เหลือจะต้องทำหน้าที่ได้ดีเพียงพอ ซึ่งสามารถจะบอกได้จากการตรวจเลือดดูหน้าที่ของตับ และการตรวจวัดปริมาตรตับที่เหลือด้วยการคำนวณจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ อาจผ่าตัดกลับซ้ายของตับ หรือกลับขวาหรือบางส่วนของกลีบขวา ในกรณีที่มีตับแข็งร่วมด้วย และเนื้อตับส่วนที่เหลือไม่เพียงพอจะต้องพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
2. การฉีดสารเคมีบำบัดร่วมกับสารอุดกั้นเส้นเลือด หรือ TOCE จะใช้ในผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งตับมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถผ่าตัดออกได้ โดยสารเคมีบำบัดซึ่งผสมกับน้ำมัน จะถูกฉีดเข้าไปในเส้นเลือดตับที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง ทำให้ก้อนมะเร็งฝ่อลง การรักษาวินิจฉัยจะสามารถยืดอายุผู้ป่วยไปได้ 1-3 ปี แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

3. การใช้คลื่นวิทยุในความถี่ RFA โดยใช้เข็มแบบพิเศษแทงผ่านผิวหนังเข้าไปในก้อนมะเร็ง แล้วปล่อยคลื่นความถี่สูงทำให้เกิดความร้อนบริเวณรอบก้อนมะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งตาย แต่มักใช้กับก้อนมะเร็งที่ไม่โตมากจนเกินไป
4. การฉายรังสีแบบ cyberknife โดยใช้รังสีไปทำลายก้อนมะเร็ง โดยรังสีจะไม่โดนเนื้อดีที่ดี เป็นอีกทางเลือกนอกจากการใช้คลื่นวิทยุให้ความร้อน
5. การปลูกถ่ายตับ จะใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออก เนื่องจากเนื้อตับส่วนที่เหลือไม่พอเพียงพอสำหรับการมีชีวิตอยู่ และก้อนมะเร็งต้องไม่มีขนาดใหญ่จนเกินไปหรือลามเข้าไปในเส้นเลือด ถ้าเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม อัตราการมีชีวิตรอดเกิน 5 ปีอาจถึง 70 เปอร์เซ็นต์

การป้องกันโรคมะเร็งตับ

1. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี
2. ระวังสารก่อมะเร็ง เช่น สารอัลฟาโทกซิน ในถั่วลิสงปน พริกแห้ง พริกป่น และสารไนโตรซามีนในอาหารหมัก เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า แหนม
3. ระวังการเกิดตับแข็งจากพิษสุราเรื้อรัง หลังจากภาวะไขมันเกาะตับ
4. ไม่รับประทานอาหารที่มีสารกันบูด หรืออาหารที่มีเชื้อราปะปนอยู่ เช่น อาหารที่เก็บค้างคืน
5. ตรวจร่างกายและตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกเริ่ม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี หรือซี

12

มะเร็งกระเพาะอาหาร

อจ.นพ.สุทัศน์ ศรีพจนารถ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นจากเยื่อภายในโพรงกระเพาะอาหาร อาจเนื่องจากเป็นแผลขนาดเล็กที่มีอาการคล้ายโรคแผลในกระเพาะอาหาร หรืออาจมาด้วยอาการของทางเดินอาหารส่วนต้นอุดตัน หรืออาจกระจายไปทั่วทั้งท้อง และมาด้วยเรื้อรัง น้ำหนักลดและท้องมาน

สาเหตุของโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

1. พันธุกรรม ผู้ป่วยที่มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร จะมีความเสี่ยงของโรคมะเร็งนี้มากขึ้น
2. ผู้ที่มีโรคแผลในกระเพาะอาหารเรื้อรัง
3. ผู้ที่มีเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโรไล ในกระเพาะอาหาร
4. ผู้ที่สูบบุหรี่จัด ดื่มสุราจัด
5. ผู้ที่ทานอาหารรสเค็มจัด หรืออาหารบั้งย่าง รมควัน หรืออาหารที่ใส่ดินประสิว เช่น ไส้กรอก กุนเชียง

อาการของมะเร็งกระเพาะอาหาร

ในมะเร็งระยะแรกเริ่ม อาจจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรืออาจมีอาการคล้ายโรคกระเพาะอาหาร ท้องอืด อาหารไม่ย่อย แน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ ทานยากำจัดโรคกระเพาะอาหารอาจดีขึ้นบ้าง ทำให้เข้าใจว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร อาจมีอาการถ่ายอุจจาระดำร่วมด้วย เมื่อก่อนโตขึ้นจะมีอาการมากขึ้น ได้แก่ อาการ

- เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
- คลื่นไส้ อาเจียน
- กลืนอาหารลำบาก
- อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระมีสีดำ
- คลำก้อนใต้บริเวณท้อง ใต้ลิ้นปี่ ท้องมาน
- คลำต่อมน้ำเหลืองใต้บริเวณไหปลาร้าด้วย

มะเร็งอาการชั้นลุกลาม

จะลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ และมีอาการตามอวัยวะที่ลุกลามไป เช่น

- มะเร็งลุกลามไปยังลำไส้ จะมีอาการปวดท้อง อาเจียน ทานอาหารไม่ได้ ท้องมาน
- มะเร็งลุกลามไปที่ตับ จะมีก้อนที่ตับ เป็นเร็วมาก จะมีอาการดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง
- มะเร็งลุกลามไปที่ปอด หรือเยื่อช่องปอด จะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีน้ำในช่องปอด
- มะเร็งลุกลามไปทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะออกน้อย ไตบวม
- ภาวะอาเจียนเป็นเลือดจำนวนมาก หรือถ่ายอุจจาระดำ ทำให้เกิดภาวะซีด เลือดน้อย

การวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร

การวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่ดีที่สุดคือ การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร และอาจตรวจเซลล์หรือตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อตรวจหาพยาธิวิทยา การส่องกล้องนี้อาจจะทำแบบผู้ป่วยนอก แพทย์จะใช้ยานอนหลับอ่อน ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายในระหว่างการส่องกล้อง หากสงสัยว่ามะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม ก็จะต้องมีการตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อประเมินระยะของโรค และวางแผนการรักษาต่อไป

การรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

การผ่าตัด กระเพาะอาหารบางส่วน หรือผ่าตัดกระเพาะอาหารออกทั้งหมด ขึ้นอยู่กับบริเวณที่เป็นมะเร็งและขนาดของก้อนมะเร็ง แพทย์จะตัดเอาต่อมน้ำเหลือง และถุงไขมันโอเมนตัมออกไปด้วยและทำการต่อกระเพาะกับลำไส้เล็กหรือในกรณีที่ต้องตัดออกหมด ก็จะต่อหลอดอาหารกับลำไส้เล็ก โดยอาจจะสร้างกระเพาะเทียมจากลำไส้เล็กให้ใหม่ก็ได้

การให้ยาเคมีบำบัด เป็นการให้ทางหลอดเลือดดำ เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็ง อาจให้ก่อนผ่าตัดรักษาหรือให้เสริมหลังการผ่าตัดรักษา การให้เคมีบำบัดอาจมีผลข้างเคียงเช่น ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น มีผลทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมลงได้

การฉายรังสีหรือฉายแสง ใช้ร่วมกับการผ่าตัด และการให้ยาเคมีบำบัดมีผลเสริม สามารถทำลายเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่ได้ ทำให้ผลระยะยาวดีขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกระเพาะอาหารระยะแรก ๆ แพทย์จะใช้วิธีการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายแสง ทำให้ความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งขึ้นใหม่น้อยลง ในกรณีที่โรคลุกลามไปแล้วอาจไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้ แพทย์จะรักษาแบบประคับประคองเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงเพื่อรักษาการอุดตันของกระเพาะหรือใส่สายในลำไส้เล็กเพื่อให้อาหาร การพยากรณ์โรคในกรณีที่โรคลุกลามจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน

การป้องกันโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

การลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาจช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารได้ เช่น

- งดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มสุราปริมาณมาก ๆ
- รักษาการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโรไล
- หลีกเลี่ยงการทานอาหารปิ้งย่าง ของหมักดอง หรืออาหารเค็มจัด
- รับประทานอาหารที่มีไวยตามินซีสูง
- พบแพทย์เพื่อส่องกล้องหากรักษาโรคกระเพาะอาหารนานเกิน 4 สัปดาห์

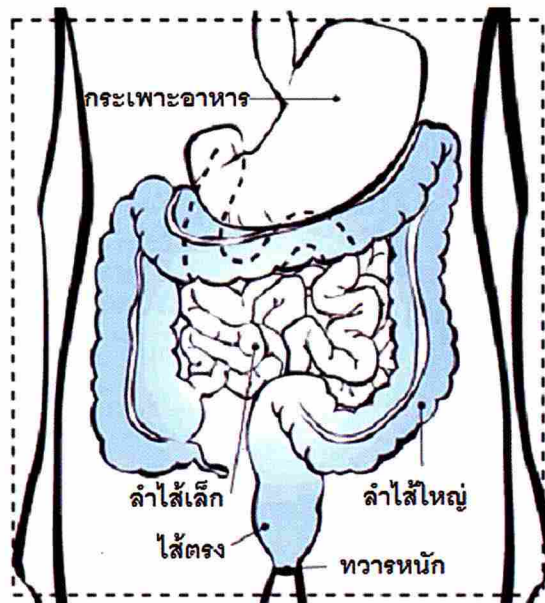
13

มะเร็งลำไส้ใหญ่ ภัยเงียบที่ป้องกันได้

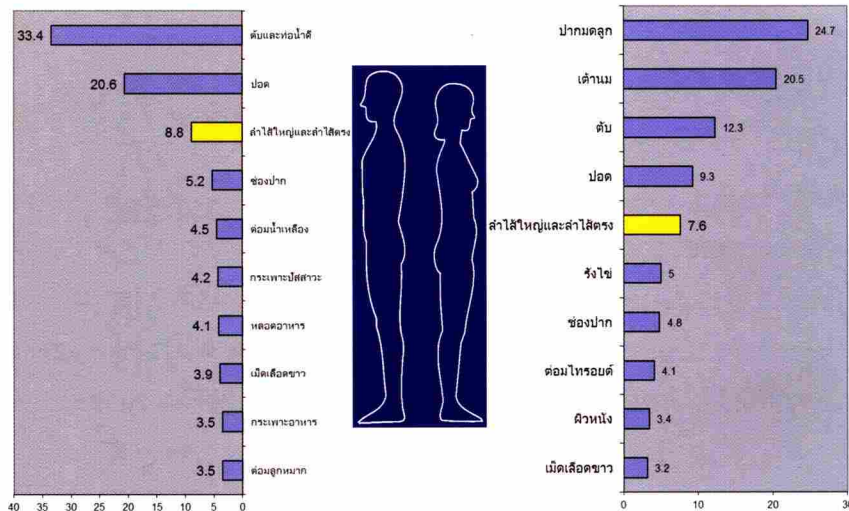
รศ. คณิต สัมบุญณานนท์
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี

มะเร็งลำไส้ใหญ่หมายถึงมะเร็งของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปกติลำไส้ใหญ่ยาวประมาณ 1.5 เมตร โดยที่ลำไส้ตรงยาวประมาณ 15 เซนติเมตร อยู่ระหว่างลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นทางผ่านของอุจจาระก่อนจะถูกขับออกผ่านทวารหนัก ลำไส้ใหญ่มีหน้าที่เปลี่ยนกากอาหารให้เป็นอุจจาระและขับถ่ายออกทางทวารหนัก ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 รูปของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง



รูปที่ 2 อุบัติการณ์ของมะเร็ง 10 ลำดับแรกของประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (จำนวนผู้ป่วย: แสนของประชากร)



ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2542 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ พบบ่อยเป็นอันดับสามในผู้ชายและอันดับห้าในผู้หญิง มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่อยู่ที่ 16.4 รายต่อประชากรแสนคนต่อปีดังรูปที่ 2

ใครบ้างที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

- ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 90 มีอายุสูงกว่า 50 ปีขึ้นไป
- ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติในครอบครัวแต่จะตรวจพบก้อนเนื้ออก(Polyp)ในลำไส้ใหญ่ชนิด Adenomatous polyp ก่อนที่ก้อนเนื้ออกจะใช้เวลาประมาณ 7-10 ปีที่จะกลายเป็นมะเร็ง
- ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Chronic Inflammatory Bowel Diseases) มาเป็นเวลา 8-10 ปี
- ผู้ที่มีประวัติในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง ถ้ากลุ่มญาติดังกล่าวเป็นมะเร็งก่อนอายุ 60 ปีจะมีความเสี่ยงสูงขึ้น
- มะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมพบเพียงร้อยละ 5-6 และจะพบในคนอายุน้อยกว่า 40-50 ปี และอาจจะมีเนื้ออกหลายชนิดที่อื่นร่วมด้วย โรคกลุ่มนี้ได้แก่ Familial Adenomatous Polyposis(FAP) และ Hereditary Non-polyposis Colorectal Cancer (HNPCC)
- ยังมีกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น

- ผู้ที่ทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย
- ผู้ที่ทานอาหารเนื้อสัตว์ที่มีไขมันอิ่มตัวสูงเป็นประจำ
- ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เป็นประจำ
- ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายและมีน้ำหนักตัวมากกว่าคนปกติ

เราจะป้องกันและให้การวินิจฉัยมะเร็งระยะแรกได้อย่างไร

ในปัจจุบันสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เชื่อว่ามีหลายปัจจัยทั้งความผิดปกติในยีนที่ถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมและปัจจัยอื่นที่กล่าวมาข้างต้น อย่างไรก็ตามเราสามารถป้องกันและตรวจพบมะเร็งระยะแรกได้ด้วยการตรวจคัดกรองซึ่งจะทำในผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง คือมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปที่ไม่มีอาการและไม่มีประวัติในครอบครัวโดย

1. การตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ
2. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test) ซึ่งอาศัยหลักที่ว่า มีเลือดออกจากก้อนเนื้องอกหรือก้อนมะเร็งในจำนวนน้อยอยู่เรื่อย ๆ แต่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า
3. การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกรณีที่การตรวจหาเลือดในอุจจาระเป็นผลบวกหรือในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ข้อดีของวิธีนี้คือถ้าตรวจพบก้อนเนื้องอก แพทย์สามารถตัดออกได้หรือตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพิสูจน์โดยพยาธิแพทย์
4. การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์หลังสวนลำไส้ใหญ่ด้วยสารทึบแสง (Barium Enema with Air Contrast)
5. การตรวจด้วยการสร้างภาพเสมือนจริงของลำไส้ใหญ่โดยใช้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Colonography) เป็นวิธีตรวจหาก้อนเนื้องอกหรือมะเร็งในลำไส้ใหญ่โดยไม่ต้องส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ เริ่มเป็นที่นิยมแพร่หลายมากขึ้นในปัจจุบัน แต่มีข้อดีกว่าการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่คือไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพิสูจน์ได้

การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

นอกจากไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองแล้ว การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำได้ดังนี้

1. ลดอาหารที่มีปริมาณไขมันสัตว์ให้น้อยลง
2. เพิ่มปริมาณของเส้นใยในอาหาร ด้วยการทานผักและผลไม้เป็นประจำ เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพดอ่อน กะหล่ำปลี ผักกระเฉด ถั่วฝักยาว มะเขือเทศ กัลฉ่าย ฝรั่ง มะม่วง ส้ม แอปเปิ้ล ละครุด เป็นต้น
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
4. พักผ่อนให้เพียงพอ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน
5. ออกกำลังกาย 15-30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
6. ซ้ำถ่ายให้เป็นเวลา อย่างสม่ำเสมอและควรไปพบแพทย์เมื่อมีถ่ายเป็นเลือด หรือมีท้องผูกหรือท้องเสียผิดปกติจากที่เคยเป็นอยู่นานกว่าสองสัปดาห์

อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่

ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของมะเร็ง

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา อาจมีอาการอ่อนเพลีย ซีด น้ำหนักลด คลำพบก้อนที่ท้องบริเวณด้านขวา
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย อาจจะมีปวดท้อง ท้องอืดร่วมกับการถ่ายอุจจาระผิดปกติจากที่เคยเป็นหรือถ่ายมีมูกปนเลือดสีคล้ำ
3. มะเร็งลำไส้ตรง อาจจะมีมูกปนเลือด หรือเลือดสด อาจจะมีปวดเบ่ง รู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่สุด มีอาการปวดทวารหนัก

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่

ขึ้นอยู่กับระยะของโรคซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะคือ

- ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ด้านในของผนังลำไส้
- ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามผนังลำไส้หรือออกนอกผนังลำไส้
- ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลือง
- ระยะที่ 4 มะเร็งกระจายไปสู่อวัยวะอื่น ที่พบบ่อยคือ ตับ ปอด และกระจายในช่องท้อง

หลักการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ การผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดและการให้รังสีรักษาโดยที่

ระยะที่ 1 และ 2 ใช้การผ่าตัดเป็นหลัก ส่วนใหญ่ไม่ต้องให้เคมีบำบัด และรังสีรักษาแต่ตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปจะต้องได้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วยและในบางกรณีจะต้องได้รังสีรักษาจึงจะช่วยลดโอกาสไม่ให้มะเร็งกลับเป็นใหม่อีกและทำให้หายขาดหรือมีอายุยืนยาวขึ้นเสริมผลจากการผ่าตัด

สรุป

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าทำการตรวจคัดกรองหรือตรวจพบในระยะแรก นอกจากนี้ถึงแม้จะตรวจพบโรคในระยะที่ลุกลามเป็นระยะที่ 3 การรักษาแบบผสมผสานด้วยการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดและการให้รังสีรักษาก็ยังได้ผลการรักษาที่ดี ส่วนระยะที่ 4 ที่มะเร็งกระจายไปที่ตับหรือปอดที่สามารถทำผ่าตัดได้ ผลของการรักษาก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่พอใช้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงไม่ควรรู้สึกหมดหวังและควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว

หน่วยงานที่ผู้ป่วยที่มีทวารใหม่สามารถไปรับบริการได้

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทร. 0-2354-7025-35 ต่อ 2600
 - โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทร.0-2256-4223
 - โรงพยาบาลราชวิถี โทร.0-2246-0052 ต่อ 3816
 - โรงพยาบาลศิริราช โทร.0-2419-8765
 - โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โทร.0-2354-7600 ต่อ 93124
 - โรงพยาบาลวชิระ โทร.0-2243-0151-79 ต่อ 2845
 - คลินิกดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและแผลของโรงพยาบาลรามาธิบดี ติดต่อที่
 - คุณประไพ อริยประยูร โทร.089-498-0902
 - คุณปนัดดา สุวรรณภราดร โทร.084-139-7206
 - คุณนุชญา นุชนนท์ โทร.086-106-3159
 - โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ โทร. 0-5394-5971
 - โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร.0-7421-2070-9
 - โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โทร.0-4333-6789
- และโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดต่าง ๆ

14

มะเร็งต่อมลูกหมาก

ศาสตราจารย์นายแพทย์วัชร คุชการ
สาขาวิชาศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ในปัจจุบันมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคที่อยู่ในความสนใจของประชาชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีอัตราการตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากมากขึ้นกว่าในอดีต ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจ ขวนขวายที่จะตรวจสุขภาพ อีกทั้งวิวัฒนาการในการตรวจต่าง ๆ ก็พัฒนามากขึ้น ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ยังมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมากอีกหลายส่วนที่สมควรนำมาเผยแพร่ในวงกว้างเพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจให้ถ่องแท้ยิ่งขึ้น

ต่อมลูกหมาก

เป็นอวัยวะที่วางอยู่ระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับท่อน้ำปัสสาวะผู้ชาย ติดอยู่กับทวารหนัก ต่อมลูกหมากจึงทำหน้าที่เป็นทางผ่านของปัสสาวะด้วย เพราะท่อน้ำปัสสาวะส่วนต้น หลังจากออกจากกระเพาะปัสสาวะก็ต้องผ่านต่อมลูกหมาก อีกหน้าที่หนึ่งของต่อมลูกหมากคือทำหน้าที่ผลิตน้ำหล่อเลี้ยงอสุจิ ทั้งนี้ตัวอสุจิที่ผลิตจากลูกอัณฑะจะมาผสมกับน้ำที่หล่อเลี้ยงจากต่อมลูกหมาก ในการหลั่งอสุจิแต่ละครั้งน้ำส่วนใหญ่มะมาจากต่อมลูกหมาก การตรวจต่อมลูกหมากแพทย์จึงจะต้องคลำต่อมลูกหมากให้ได้รายละเอียดโดยการสวมถุงมือทาสารหล่อลื่นแล้วล้วงเข้าไปทางช่องทวารหนัก

ต่อมลูกหมากโต

หากจะกล่าวถึงมะเร็งต่อมลูกหมากแต่เว้นที่จะกล่าวถึงต่อมลูกหมากโตคงไม่ได้ แต่ภาวะทั้งสองนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกัน ทั้งนี้เมื่อผู้ชายมีอายุเพิ่มขึ้นต่อมลูกหมาก

จะโตขึ้นเรื่อย ๆ ช้า ๆ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีอาจจะหลีกเลี่ยงได้ อัตราการโตอาจจะมี ความแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล ช้า เร็วต่างกัน ส่วนมากผู้ชายจะเริ่มรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติจากต่อมลูกหมากโตเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป อาการที่พบเป็นอาการผิดปกติในการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่พุ่ง พุ่งไม่แรง ลำเล็ก ปัสสาวะกะปริบกะปรอย ต้องเบ่งเป็นช่วง ๆ จึงจะออกมาได้ ปัสสาวะเร่งรีบ กลางคืนต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะหลายครั้ง บางรายอาจจะถ่ายปัสสาวะไม่ออกจนต้องสวนปัสสาวะ แต่การที่ต่อมลูกหมากโตนี้ไม่ได้เป็นอาการเริ่มแรกของมะเร็งต่อมลูกหมากแต่ประการใด มะเร็งต่อมลูกหมากอาจจะเกิดได้ก่อนที่ต่อมลูกหมากโตก็มี หรือต่อมลูกหมากโตแล้วไม่มีมะเร็งก็มีมากเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งหมายถึงมะเร็งต่อมลูกหมากกับต่อมลูกหมากโตเป็นคนละโรคที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกัน เพียงแต่คนที่มึต่อมลูกหมากโตอาจจะมีมะเร็งซ่อนอยู่ภายในได้เท่านั้น

อาการของมะเร็งต่อมลูกหมาก

มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกจะไม่มีอาการใด ๆ หากมะเร็งซ่อนอยู่ในผู้ที่มีต่อมลูกหมากโตอาการจะเกิดจากการโตของต่อมลูกหมากดังกล่าวข้างต้น การตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มแรกจึงเกิดจากการตรวจสุขภาพเท่านั้น หรืออาจจะเกิดจากการผ่าตัดรักษาต่อมลูกหมากโตที่พยาธิแพทย์รายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อมาให้ทราบ มะเร็งต่อมลูกหมากหากมีอาการแสดงว่ามะเร็งได้ลุกลามมาแล้ว เช่น ลูกกลมจนเบียดท่อปัสสาวะทำให้ปัสสาวะไม่ออก ลูกกลมเข้ากระเพาะปัสสาวะจนเลือดออก หรือกระจายไปกระดูกทำให้ปวดกระดูก สันหลังทรุดจนเป็นอัมพาต เป็นต้น ซึ่งผลการรักษาในกรณีที่มีมะเร็งลุกลามออกไปแล้วจะไม่ดี ไม่เหมือนกับ การรักษามะเร็งระยะเริ่มต้นที่ผลการรักษาดีมาก จนพูดได้ว่าสามารถทำให้มีอายุยืนยาวเหมือนคนรุ่นเดียวกันที่ไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก

มะเร็งต่อมลูกหมากยังมีลักษณะที่คล้ายกับมะเร็งในหลาย ๆ อวัยวะที่ไม่ทราบสาเหตุ เพียงแต่ทราบปัจจัยเกื้อหนุนให้พบมะเร็งมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการพบมะเร็งต่อมลูกหมากในแต่ละเชื้อชาติ กลุ่มชน มีความหลากหลายกัน ปัจจัยที่พบได้ว่ามีส่วนทำให้พบมะเร็งต่อมลูกหมาก อาทิเช่น 1) กรรมพันธุ์ หากมีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ ปู่ หรือ พี่ชายเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากก็มีโอกาสสูงที่จะพบมะเร็งต่อมลูกหมากเช่นกันสูงกว่าคนอื่น ๆ 2) เชื้อชาติ พบว่าคนอเมริกัน ยุโรปพบมะเร็งได้มากกว่าคนไทย 3) อาหารการกิน สิ่งแวดล้อม เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหาร

ชาติตะวันตก ผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่า ยืนยันได้จากการศึกษาที่ชาวญี่ปุ่นหรือชาวจีนอพยพไปอเมริกาแล้วพบอัตราการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าผู้ที่ยังอยู่ในดินแดนเดิม 4) ผู้ที่ได้รับแสงแดดมากกว่ามีอัตราการพบมะเร็งต่อมลูกหมากน้อยกว่า เพราะมีรายงานการพบมะเร็งต่อมลูกหมากสูงในประเทศที่มีแสงแดดน้อย เช่น แถบสแกนดิเนเวีย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งอยู่แล้วเกิดลุกลามได้เร็วขึ้น เช่น การมีระดับฮอร์โมนเพศสูงกว่า หรือได้รับฮอร์โมนเพศชายเสริมโดยไม่ทราบว่ามีมะเร็งต่อมลูกหมากอยู่แล้วและใช้ฮอร์โมนโดยไม่ระมัดระวัง ไม่ได้อยู่ในความควบคุมของแพทย์

การตรวจคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมาก

ดังที่ได้กล่าวมาตั้งแต่ต้นว่ามะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกๆ ไม่มีอาการใด ๆ การตรวจพบเกิดจากการตรวจสุขภาพ มาพบแพทย์ตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการ แพทย์จะตรวจเลือดหาสารที่ผลิตมาจากต่อมลูกหมากที่เรียกว่า PSA ตรวจทางทวารหนัก หากพบความผิดปกติ เช่น ผลเลือดสูงที่ไม่สามารถหาเหตุอื่น ๆ อธิบายได้ หรือคลำพบความผิดปกติที่ต่อมลูกหมาก แพทย์จะทำการนำชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากไปตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป หากผลเลือดและคลำต่อมลูกหมากทางทวารหนักปกติ แพทย์จะนัดให้มาตรวจเป็นระยะ ๆ โดยทั่วไป ปีละ 1 ครั้ง ในประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดว่าผู้ชายควรจะเริ่มมาพบแพทย์เมื่ออายุเท่าใด แต่แพทย์ส่วนใหญ่แนะนำให้ผู้ที่ไม่มียาฮอร์โมนหรือเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมาพบแพทย์เมื่อ อายุ 45 ปี ส่วนผู้ที่มีประวัติครอบครัวควรมาพบแพทย์ก่อนหน้านั้น เช่น 35 หรือ 40 ปี

การตรวจเลือดหาค่า

PSA เป็นประเด็นสำคัญที่สร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากค่า PSA ไม่ได้เป็นสิ่งที่ใช้ในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมาก ค่า PSA สูงได้จากหลาย ๆ ภาวะด้วยกัน แต่สารนี้ผลิตมาจากต่อมลูกหมากเพียงอย่างเดียว ความผิดปกติที่ทำให้ค่า PSA สูง เช่น การอักเสบบริเวณต่อมลูกหมาก การกระทบกระเทือน เช่น การส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ การสวนปัสสาวะ การมีเพศสัมพันธ์ใกล้กับเวลาที่มาตรวจ หรือ การอักเสบบริเวณใกล้เคียงต่อมลูกหมาก อาทิเช่น ฝีคัณฑสูตรบริเวณทวารหนัก เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีค่า PSA สูง แพทย์จะยังไม่ด่วนสรุปว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก จนกว่าจะมีข้อพิสูจน์ที่ชัดเจน ในที่สุดหากมีข้อสงสัย แพทย์จะทำการตรวจชิ้นเนื้อ

การจัดระยะโรค

ก่อนที่แพทย์จะทำการรักษา มีความจำเป็นต้องจัดระยะของโรคก่อนว่าเป็นมากน้อยเพียงใด มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่ หากมะเร็งยังอยู่ในต่อมลูกหมาก ผลการรักษาจะดีมาก แต่หากมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้วผลการรักษาไม่ค่อยดีนัก จากสถิติในปัจจุบัน คนไทยส่วนหนึ่งที่ได้รับการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งได้ลุกลามแล้ว การจัดระยะโรค นอกจากอาศัยการตรวจร่างกาย การตรวจเลือดแล้ว แพทย์ยังใช้การตรวจเอ็กซเรย์พิเศษที่เรียกว่า Bone scan ทั้งนี้เพราะมะเร็งต่อมลูกหมากมีการกระจายไปกระดูกได้มาก ส่วนเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ มีความจำเป็นในบางราย

การรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดต่อมลูกหมากออก เหมาะกับผู้ที่เป็มะเร็งระยะเริ่มแรก ยังไม่ได้ลุกลามออกนอกต่อมลูกหมาก และผู้ป่วยมีอายุไม่มากนัก โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 70 ปีมากเกินไป เพราะการผ่าตัดมีอัตราการพบอาการข้างเคียงได้ ผู้ที่มีอายุมาก เช่น 80 ปี หรือมากกว่า เรามีวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่สามารถควบคุมโรคไว้ได้ไม่ให้อันตรายเป็นต่อผู้ป่วยจนเสียชีวิตไปด้วยอายุขัยของตนเอง การผ่าตัดสามารถทำโดยผ่ามีแผลทางหน้าท้อง การเจาะ หรือเจาะแล้วใช้หุ่นยนต์ช่วย อาการข้างเคียงของการผ่าตัดที่พบได้ ได้แก่ การเสียเลือด กระทบกระเทือนต่อเส้นประสาททำให้มีความบกพร่องในการแข็งตัวขององคชาติ มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะในระยะแรก ๆ

การใช้รังสีรักษา

เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มะเร็งยังไม่ได้ลุกลามออกนอกต่อมลูกหมาก และผู้ป่วยไม่ยอมรับการผ่าตัด หรือร่างกายไม่แข็งแรงพอที่จะรับการดมยาสลบ หรือผ่าตัด การฉายรังสีอาจจะฉายจากภายนอกร่างกาย ซึ่งในปัจจุบันมีวิวัฒนาการของเครื่องมือดีมาก หรือการฝังสารกัมมันตรังสีเข้าไปที่ต่อมลูกหมากก็ได้

การรักษาโดยวิวัฒนาการเทคโนโลยีอื่น ๆ

เช่น ใช้คลื่นความร้อน ความเย็น หรืออัลตราซาวนด์ที่ออกแบบมาเป็นพิเศษ ยังไม่ได้เป็นมาตรฐานที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย อีกทั้งยังขาดผลสรุปในระยะยาว

การรักษาโดยการยับยั้งฮอร์โมน

มะเร็งต่อมลูกหมากอยู่ภายใต้การหลั่งด้วยฮอร์โมนเพศชาย ดังนั้นหากกำจัดแหล่งผลิตฮอร์โมนเพศชายก็ทำให้เซลล์ต่อมลูกหมากฝ่อได้ การรักษานี้ใช้กับมะเร็งที่ลุกลามออกนอกต่อมลูกหมากแล้วหรือกระจายไปยังอวัยวะอื่น หรือเกิดอาการข้างเคียงจากการกระจายตัวของมะเร็ง หรือมะเร็งกำเริบหลังจากรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ มาแล้ว ในอดีตทำได้โดยการตัดอัณฑะออกทั้งสองข้าง ทำให้ระดับฮอร์โมนเพศลดลง แต่บางครั้งขาดการยอมรับในผู้ป่วยบางรายที่ไม่อยากผ่าตัด หรือไม่อยากเสียอัณฑะเหมือนชั้นที่ แต่ในปัจจุบันมีการผลิตยาที่มีประสิทธิภาพยับยั้งการผลิตฮอร์โมนได้ ขึ้นมาทดแทน ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษามากขึ้น แต่การตัดอัณฑะก็ยังมีผลข้างเคียงหากมีความรุนแรงดาวน์ในการรักษา เช่น มะเร็งกระจายไปกดไขสันหลัง เป็นต้น การฝ่อของมะเร็งต่อมลูกหมากจะมีผลอยู่ระยะหนึ่ง หลังจากนั้น จะกลับโตขึ้นมาอีกได้ และการยับยั้งฮอร์โมนนี้ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง

ข้อแนะนำ

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่ผลการรักษาดี หากรักษาในระยะเริ่มแรก ก่อนที่มีการกระจายตัว ดังนั้นจึงควรมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจ ค้นหา มะเร็งระยะแรก ๆ การตรวจไม่ได้มีขั้นตอนที่ยุ่งยากแต่ประการใด

15

มะเร็งกระดูก

ในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธัญญ์ สุภัทรพันธุ์
รองคณบดีฝ่ายบริการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ สาขามะเร็งกระดูก

จากประสบการณ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 30 ปี ผมพบว่าความกังวลใจที่ซ่อนอยู่ลึก ๆ ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เมื่อมาพบเนื่องจากมีอาการปวดหลัง ปวดข้อ เป็นระยะเวลาหนึ่ง ๆ โดยไม่ทุเลา หรือกินยาแล้วไม่ดีขึ้น คือ ความกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง ผมเชื่อว่าถ้าทำให้ทุกคนมีความเข้าใจในธรรมชาติ และอาการที่แสดงออกของกลุ่มโรคมะเร็งกระดูก น่าจะช่วยให้คุณลดความกังวลใจในปัญหานี้ได้บ้าง นอกจากนี้ผมยังตั้งความหวังว่า บทความนี้จะช่วยทำให้ท่านเข้าใจการทำงานของแพทย์ และแพทย์จะเข้าใจความต้องการของท่าน เพื่อนำไปสู่การร่วมกันรักษาปัญหาต่าง ๆ ทางสุขภาพตามพระราชดำริสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ว่า “เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา”

ผมขอเริ่มว่าในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป มะเร็งกระดูกที่พบได้บ่อยมี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เป็นมะเร็งที่มีต้นกำเนิดจากไขกระดูก เช่น มะเร็งปลุสมุกมิชนิดมัลติเปิลไมย์อีโลมา (Multiple myeloma) และมะเร็งจากต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ซึ่งเกิดจากกระดูกโดยตรงหรือแพร่กระจายมาที่กระดูก เนื่องจากมะเร็งกลุ่มนี้เซลล์มะเร็งมักจะเข้าไปลุกลามในส่วนไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ซีด เนื่องจากภาวะเลือดจาง เอ็กซเรย์ธรรมดาพบว่าลักษณะกระดูกบาง โดยเฉพาะส่วนกระดูกที่มีไขกระดูกมาก ๆ เช่น กระดูกหลัง กระดูกเชิงกราน กระดูกข้อสะโพก กระดูกส่วนนี้อาจทรุดตัว หรือ หักได้ง่าย

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ต้องคิดถึงมากกว่า คือ กลุ่มโรคมะเร็งที่มีต้นกำเนิดจากอวัยวะต่าง ๆ แล้วแพร่กระจายไปที่กระดูก ที่พบบ่อย ๆ คือ มะเร็งเต้านมในผู้หญิง มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ชาย มะเร็งปอด มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งไต โดยกระดูกที่มะเร็งกลุ่มนี้ชอบแพร่กระจาย ได้แก่ กระดูกสันหลังทุกระดับ กระดูกเชิงกราน กระดูกสะโพก ซึ่งอาจพบได้หลาย ๆ ตำแหน่งพร้อม ๆ กัน

เนื่องจากมะเร็งทั้ง 2 กลุ่มนี้ ชอบเกิดกับกระดูกส่วนเดียวกัน คือ กระดูกหลัง กระดูกเชิงกราน กระดูกสะโพก อาการที่เกิดขึ้นจึงมีลักษณะคล้ายกัน คือ อาการปวด ซึ่งเป็นผลจากการที่เซลล์มะเร็งทำลายกระดูก หรือ กระดูกที่ถูกมะเร็งทำลายจะมีการหลุดตัวลง เช่น การหลุดตัวของกระดูกหลัง ถ้าเกิดกระดูกส่วนที่รับน้ำหนัก เช่น ข้อสะโพก ก็จะทำให้หกล้ม

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้มาพบแพทย์ด้วยอาการดังกล่าว แพทย์จึงต้องวินิจฉัยแยกโรคจากกลุ่มอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อาการปวดหลังจากกระดูกหลังเสื่อม กลุ่มโรคกระดูกบางหรือกระดูกพรุน ในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ที่มีผลทำให้กระดูกหลังหลุดตัว หรือกระดูกสะโพกหักจากการหกล้มไม่รุนแรง แนวทางการวินิจฉัยแยกโรคของแพทย์ที่สำคัญที่สุดคือ การซักประวัติ โดยเฉพาะประวัติการเป็นโรคมะเร็งต่าง ๆ มาก่อน แม้จะมีประวัติเคยเป็นมานานแล้ว และขณะนี้เมื่อตรวจเช็คค่าสัณฐานก็ยังไม่พบการกลับมาเป็นโรคอีกก็ยังไม่แน่ใจไม่ได้ ประวัติสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ อาการปวด ลักษณะอาการปวดจากกลุ่มโรคมะเร็งกระดูกมีลักษณะแตกต่างจากอาการปวดจากภาวะเสื่อมของข้อหรือหลัง โดยจะมีอาการปวดที่เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป บางครั้งต้องใช้ยาแก้ปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ ปวดแม้เวลานอน บางครั้งผู้ป่วยให้ประวัติมาว่าปวดมากจนนอนไม่หลับ หรือปวดจนต้องตื่นตอนกลางคืน ซึ่งต่างจากอาการปวดจากความเสื่อม ซึ่งปวดเฉพาะเวลาขยับตัว ครั้งแรก เมื่อเคลื่อนไหวไประยะหนึ่งจะดีขึ้น ยิ่งได้พักจะดีขึ้น และสามารถช้ยาแก้ปวดสามัญหรือยาลดอาการอักเสบ ควบคุมได้แม้อาการปวดจะเป็นแบบเรื้อรัง แต่จะไม่รุนแรงมาก ส่วนกลุ่มโรคมะเร็งที่มีความหลุดตัวของกระดูกหลัง หรือกระดูกหัก ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดมาก่อน มีการหักหรือหลุดตัว ประวัติที่เป็นสาเหตุของการหักหรือหลุดตัว จะไม่ค่อยชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มโรคกระดูกพรุน หรือกระดูกบาง จะให้ประวัติอุบัติเหตุที่ชัดเจนมากกว่า อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 30 ที่เป็นมะเร็งกระดูกจริง แต่ไม่เคยมีประวัติของการเป็นมะเร็งชนิดอื่น ๆ มาก่อน ดังนั้นแพทย์ที่มีประสบการณ์จะให้ความสนใจกับการเช็คประวัติและตรวจร่างกายใน

ขั้นต้นก่อน ในกรณีที่สงสัย สิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ การส่งตรวจภาพถ่ายรังสีวิธีธรรมดา ในอวัยวะส่วนที่สงสัยเป็นเบื้องต้นก่อน ในกรณีที่ไม่พบความผิดปกติทางรังสีที่บ่งชี้ไปถึงกลุ่มโรคดังกล่าว แพทย์อาจจัดให้ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดหรือยาลดอาการอักเสบ ก่อนในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก ที่สำคัญคือ แพทย์ควรนัดติดตามผลการรักษาทุกราย เพราะถ้าอาการไม่ดีขึ้น ควรมุ่งเน้นการวินิจฉัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การตรวจเลือดประเมินการทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น การทำงานของตับ ไต ต่อมลูกหมาก การส่งตรวจสแกนกระดูก (Bone scan) แพทย์บางรายอาจขอส่งตรวจเอ็กซเรย์แม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ซึ่งมีราคาแพงแต่ให้ข้อมูลที่จำเป็นได้มาก ผู้ป่วยที่ถูกสงสัยว่าเป็นมะเร็งจากอวัยวะและมีการแพร่กระจายมากระดูก แพทย์จะกลับไปตรวจหามะเร็งที่มีประวัติเดิมอยู่ก่อนว่ามีปัญหาหรือไม่ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีประวัติมะเร็งเดิม แพทย์อาจต้องตรวจหามะเร็งจากอวัยวะต่าง ๆ ที่น่าสงสัย เช่น การส่งตรวจแมมโมแกรมสำหรับมะเร็งเต้านม การส่งตรวจอัลตราซาวด์อวัยวะในช่องท้อง การส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์อวัยวะส่วนช่องท้องและปอด ขั้นตอนที่สุดท้ายของการวินิจฉัย คือ การขอตัดชิ้นเนื้อจากตำแหน่งกระดูกที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิเพื่อยืนยันการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย เมื่อผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันการวินิจฉัยแล้ว แนวทางการรักษาต่อไปจะเป็นการร่วมมือระหว่างทีมแพทย์ที่ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะโรค นั้น แพทย์ผู้ให้ยา เคมีบำบัด แพทย์ทางรังสีรักษา แพทย์ทางกระดูกและข้อ เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย

ในกลุ่มโรคมะเร็งไขกระดูกและต่อมน้ำเหลืองการรักษาจะเน้นหนักไปเรื่องของการให้ยาเคมีบำบัด และการฉายแสง ส่วนการทำนายโรคขึ้นกับระยะของโรค (staging) ซึ่งทีมแพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจ เพราะกระบวนการรักษาดังกล่าวมีโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนสูง

ส่วนกลุ่มโรคมะเร็งที่แพร่กระจายมากระดูก ในกรณีที่กระดูกหักแล้ว ศัลยแพทย์กระดูกที่จะดำเนินการรักษาเบื้องต้นโดยการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้อวัยวะส่วนนั้นเร็วที่สุด ถ้ากระดูกยังไม่หักแต่มีแนวโน้มว่า ถ้าทิ้งไว้อาจหักได้ แพทย์จะตัดสินใจทำการผ่าตัดใส่เหล็กเสริมความแข็งแรงกระดูก เพื่อป้องกันการหักก่อนส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเฉพาะกระดูกที่มีการแพร่กระจาย เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่ ภายหลังปัญหาเรื่องกระดูกได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้ว การรักษาต่อไปจะมุ่งเน้นไปที่การรักษามะเร็งต้นกำเนิดโดยจะขึ้นกับทีมแพทย์ที่จะให้การดูแลต่อ เช่น การเลือกการรักษาโดยวิธีผ่าตัดร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง

สุดท้ายนี้ผมหวังว่า ด้วยบทความสั้น ๆ นี้จะทำให้ผู้ป่วยและญาติ เห็นความสำคัญของการเข้าใจปัญหาสุขภาพที่ตัวท่านเองเผชิญอยู่ การทำความเข้าใจกับแพทย์ถึงความต้องการของท่าน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่นำไปสู่ความร่วมมือเป็นทีมผู้รักษาเดียวกัน เหมือนกับที่ครอบครัวของท่านองคมนตรีสวัสดิ์ เป็นตัวอย่างในกระบวนการรักษาใหม่นี้

16

มะเร็งในสมอง

ผศ.นพ.ทวีศักดิ์ จันทร์วิทยานุกิต

หัวหน้าสาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ใคร ๆ ก็กลัวโรคมะเร็ง ยิ่งมะเร็งในสมองแล้ว ย่อมเป็นสุดยอดของความน่ากลัว โชคดีที่โรคนี้เกิดไม่บ่อย มีเพียงประมาณ 1.4 เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งทั้งหมด (ยกเว้นในเด็ก มีมะเร็งสมอง มากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งในเลือด) แต่ไม่บอกก็คงเดาได้ว่ามันทำให้คนพิการและตาย ในอัตราที่มากกว่ามะเร็งชนิดอื่น

มะเร็งในสมอง มีทั้งแบบที่เกิดเริ่มต้นในบริเวณสมองเอง และแบบที่เกิดจากการกระจายมาจากมะเร็งที่อื่น ปัจจุบันเนื่องจากคนมีอายุยืนขึ้น จำนวนคนเป็นมะเร็งจึงมากขึ้น มะเร็งในสมองส่วนใหญ่พบว่ามาจากที่อื่น (แต่มะเร็งในสมองเองไม่ค่อยกระจายไปที่อื่น) ดังนั้นเมื่อพบคนที่มีมะเร็งในสมอง แพทย์จะต้องคำนึงถึงมะเร็งที่มาจากที่อื่นด้วย ในที่นี้คำว่ามะเร็งในสมอง หมายถึงมะเร็งที่เกิดเริ่มต้นในบริเวณสมองเองเท่านั้น

เนื้องอกที่เกิดเริ่มต้นในบริเวณสมองเองเป็นมะเร็งกึ่งเปอร์เซ็นต์ คำตอบคือประมาณครึ่งต่อครึ่ง แต่ถ้าคำว่ามะเร็งหมายถึงเนื้องอกที่ทำอันตรายร้ายแรงละก็ตอบว่าส่วนใหญ่ใช่ ความร้ายแรงของเนื้องอกขึ้นอยู่กับ 2 อย่างคือ หนึ่ง-ความร้ายแรงของตัวเนื้องอกเอง และสอง-ความร้ายแรงโดยตำแหน่งที่มันเกิดอยู่ สมองเป็นอวัยวะสำคัญ ไม่สามารถตัดออกได้ เนื้องอกในสมองชนิดที่ตัวมันเองไม่ร้ายแรงนัก แต่ไม่สามารถผ่าตัดออกหมด ก็น่าจะเรียกว่าเป็นมะเร็งได้

เราแบ่งเนื้องอกในสมองตามความร้ายแรงของตัวเนื้องอกเองออกเป็น 4 เกรด (ตามองค์การอนามัยโลก) คือ

- เกรด 1 เป็นเนื้องอกที่ไม่ร้ายแรง เนื้องอกมีขอบชัดเจน ถ้าผ่าตัดออกได้หมดก็จะหายขาด

- เกรด 2 เป็นเนื้องอกที่โตช้า แต่มักแทรกเข้าไปในเนื้อสมองที่ดีทำให้ขอบของเนื้องอกไม่ชัดเจน และสามารถกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงได้
- เกรด 3 เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง โตเร็วในเวลาเป็นปี
- เกรด 4 เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง โตเร็วในเวลาเป็นเดือน

จะเห็นว่าเนื้องอกเกรด 3 และเกรด 4 เรียกได้ว่าเป็นมะเร็งแน่นอน ส่วนเกรด 2 ถือว่าเป็นมะเร็งได้ เพราะส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดออกได้หมด และยังสามารถกลายเป็นเนื้อร้ายได้อีกด้วย

อาการ

เนื้องอกในสมองทำให้เกิดอาการอะไร ขึ้นอยู่กับว่ามันอยู่ตรงไหนของสมอง และสมองตรงนั้นควบคุมการทำงานอะไร เช่น ถ้าเป็นตรงส่วนที่ควบคุมแขนขา ก็จะทำให้แขนขาอ่อนแรง ดังนั้นเนื้องอกในสมองทำให้เกิดอาการได้ทุกอย่างเพราะสมองควบคุมการทำงานทั้งร่างกาย

อาการที่พบบ่อยของคนเป็นเนื้องอกในสมองคืออาการปวดศีรษะ แต่คนที่มียาอาการปวดศีรษะ 99 เปอร์เซ็นต์ ไม่ได้มีเนื้องอกในสมอง อาการคลื่นไส้ อาเจียนก็เช่นเดียวกัน แต่ถ้าใครมีอาการปวดศีรษะหรือคลื่นไส้ อาเจียน นานเกิน 1 สัปดาห์ไม่หายสักทีโดยไม่ทราบสาเหตุ ให้คิดถึงโรคนี้ไว้ด้วย โดยเฉพาะถ้าเป็นเด็ก ยิ่งเด็กที่วิ่งเล่นแล้วล้มบ่อยกว่าเดิม (การทรงตัวไม่ดี) ยิ่งต้องสงสัยมากขึ้น

คนที่มีอาการลมชัก ถ้าเป็นตั้งแต่เด็กเล็ก มักหาสาเหตุไม่พบ แต่ถ้าชักรั้งแรกเมื่อโตแล้ว จะต้องหาสาเหตุให้พบ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเนื้องอกในสมอง

คนที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีอุปนิสัยเปลี่ยนไป โดยที่คนใกล้ชิดสังเกตเห็นได้ชัดเจน อาจมีสาเหตุมาจากเนื้องอกในสมอง

อาการที่คนทั่วไปไม่ค่อยสังเกตเห็นคือ ตามองเห็นไม่ชัดข้างเดียว หนูได้ยินไม่ดีข้างเดียว จมูกไม่ค่อยได้กลิ่น วิธีสังเกตง่าย ๆ คือ ทดสอบสายตาโดยมองแบบปิดตาทีละข้าง ทดสอบหูโดยใช้โทรศัพท์เทียบกันทีละข้าง ทดสอบจมูกโดยดมกลิ่นอ่อน ๆ เช่น แป้ง กาแฟ เทียบกันคนข้างเคียง

แพทย์ต้องถี่ถ้วนในการซักประวัติ เพราะผู้ป่วยมักบอกอาการได้ไม่หมด หรือไม่ได้สังเกตอาการบางอย่าง เช่น ปวดศีรษะตอนเวลาไหนของวัน ปวดขณะทำอะไร ภาษาที่ใช้บอกอาการของผู้ป่วยอาจแตกต่างจากภาษาของแพทย์ เช่น อาการชาตามแขนขา ถ้าเป็นคนต่างจังหวัดมักหมายถึงแขนขาอ่อนแรง ถ้าเป็นคนในเมือง

มักหมายถึงรู้สึกซ่า ๆ หรือยิบ ๆ แต่อาการขาของแพทย์หมายถึงบริเวณที่เข็มจิ้มไม่เจ็บ แพทย์ต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพราะผู้ป่วยที่ตาเห็นไม่ดีข้างหนึ่ง หรือหูได้ยินไม่ดีข้างหนึ่ง อาจไม่รู้ว่าตัวเองมีความผิดปกติก็ได้

การวินิจฉัย

เมื่อแพทย์ได้ข้อมูลจากประวัติและตรวจร่างกาย ต้องมาวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเป็นเนื้องอกในสมองหรือไม่ สมควรส่งตรวจด้วยคอมพิวเตอร์หรือไม่

จริง ๆ แล้วถ้าแพทย์ส่งผู้ป่วยตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ทุกคน ก็ไม่ต้องมาเสียเวลาซักประวัติตรวจร่างกาย แต่แพทย์ที่ดีไม่ควรทำเช่นนั้นเพราะ 99 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหัว ไม่ได้มีเนื้องอกในสมอง

ถ้าแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่ามีโอกาสเป็นเนื้องอกในสมองได้ จะส่งตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นการฉายรังสีเอกซเรย์ไปรอบ ๆ ศีรษะ แล้วใช้คอมพิวเตอร์คำนวณว่า รังสีเอกซเรย์ผ่านแต่ละจุดในสมองได้เท่าไร สร้างเป็นภาพสมองขึ้นมา การตรวจนี้ทำได้ง่ายและรวดเร็ว ผู้ป่วยนอนในช่องกลม ๆ ไม่ถึงกับเป็นอุโมงค์ ไม่น่ากลัว ใช้เวลาเพียง 5 วินาที เด็ก ๆ หรือผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้เรื่องก็ตรวจได้ แต่ถ้าใช้สารทึบแสงด้วย ต้องเสียเวลาในการฉีดสารทึบแสงนานหน่อย วิธีนี้บอกได้แล้วว่าไม่มีหรือไม่มีเนื้องอกในสมอง

ถ้าแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่ามีโอกาสเป็นเนื้องอกในสมองค่อนข้างแน่ หรือต้องการรายละเอียดมากขึ้น อาจส่งตรวจคอมพิวเตอร์แม่เหล็กเลย เป็นการตรวจโดยอาศัยสนามแม่เหล็กและคลื่นวิทยุ ใช้คอมพิวเตอร์คำนวณและสร้างภาพสมองในการทำงานเดียวกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แต่ได้ภาพที่ชัดเจนกว่า การตรวจนี้ใช้เวลานาน ผู้ป่วยต้องนอนในอุโมงค์ ซึ่งบางคนกลัวมากจนทำการตรวจไม่ได้ ถ้าจำเป็นต้องตรวจผู้ป่วยกลัวที่แคบเหล่านี้ รวมทั้งเด็ก ๆ หรือผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้เรื่อง ต้องให้ดมยาสลบจึงตรวจได้



ภาพคอมพิวเตอร์แม่เหล็กแสดงให้เห็น
ก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่บริเวณด้านหน้าของสมอง

การรักษา

การรักษาเนื้องอกในสมอง ส่วนมากมักเริ่มต้นด้วยการผ่าตัด เหตุผลสำคัญคือต้องการเอาชิ้นเนื้อมาตรวจให้แน่นอนว่าเป็นเนื้องอกชนิดใด ถ้าผ่าตัดออกได้หมด และเนื้องอกเป็นชนิดเกรด 1 ก็เท่ากับว่ารักษาให้หายขาดได้แล้ว ถ้าผ่าตัดออกได้ไม่หมด หรือผ่าตัดเท่าที่เห็นออกได้หมด แต่เป็นเนื้องอกชนิดเกรดมากกว่า 1 ต้องพิจารณารักษาวิธีอื่นต่อไป

การผ่าตัดเนื้องอกในสมองส่วนมากไม่ได้มีความเสี่ยงมากกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่น แม้แต่ศัลยกรรมก็ไม่ต้องโกนจนหมด ผู้ป่วยเตรียมตัวเหมือนกับการผ่าตัดอื่น ๆ เพียงแค่หัวใจและปอดดีก็ผ่าตัดได้ (เพราะต้องดมยาสลบทุกราย) ความเสี่ยงในการติดเชื้อ ความเสี่ยงต่อการเสียเลือด มีเหมือนกับการผ่าตัดทั่วไป (ผู้ป่วยต้องอย่าลืมงดยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด) ความเสี่ยงต่อสมองบวม ความเสี่ยงต่อความพิการ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งเนื้องอก ภาวะหนักอยู่ที่แพทย์ผ่าตัด ต้องหาช่องทางเอาเนื้องอกออกโดยไม่ทำอันตรายต่อสมอง และต้องพยายามเอาเนื้องอกออกให้หมด หรือเอาออกให้มากที่สุด เนื่องจากสมองและเส้นประสาท มีความละเอียดอ่อนมาก การผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์จึงเป็นของธรรมดาที่ต้องใช้ทุกราย ส่วนการผ่าตัดโดยใช้วิธีส่องกล้องผ่านรูเล็ก ๆ ใช้ได้ในบางกรณีเท่านั้น การผ่าตัดโดยผู้ป่วยรู้สึกตัวระหว่างผ่าตัด ใช้เฉพาะกรณีเนื้องอกอยู่ใกล้ส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวหรือการใช้ภาษาพูด เพื่อทดสอบว่าสมองส่วนนั้นยังดีอยู่หรือไม่

ปัจจุบันการฉายรังสีก้าวหน้าไปมาก มีการเอาภาพจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคอมพิวเตอร์แม่เหล็ก มาประมวลผลหาตำแหน่งพิภพของเนื้องอกในสมอง แล้วฉายรังสีจากหลายทิศทางให้ไปรวมพลังกันตรงเนื้องอกพอดี เนื้องอกจึงถูกฉายรังสีในปริมาณสูง แต่เนื้อสมองรอบ ๆ ไม่ได้รับรังสีมากนัก วิธีนี้คล้าย ๆ กับการผ่าตัด แต่แทนที่จะใช้มีด กลับใช้รังสีทำลายเนื้องอก จึงเรียกว่า รังสีศัลยกรรม ถ้าอาการผู้ป่วยและภาพคอมพิวเตอร์ เข้าได้กับเนื้องอกบางชนิดค่อนข้างแน่ เช่นเนื้องอกที่ประสาทหู หากขนาดไม่ใหญ่มาก อาจใช้วิธีฉายรังสีโดยไม่ต้องผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อก่อน

เนื้องอกของต่อมใต้สมองที่สร้างฮอร์โมนหลังน้ำนม สามารถรักษาด้วยการใช้ยาโดยไม่ต้องผ่าตัด ยานี้ไม่ใช่ยาเคมีบำบัด จึงไม่มีอันตรายมาก และสามารถทำให้เนื้องอกยุบลงได้อย่างน่าทึ่ง ปัจจุบันยาเคมีบำบัดยังรักษาเนื้องอกในสมองได้ไม่ดี แต่ใช้เป็นตัวประกอบการรักษาเพื่อยืดอายุผู้ป่วยได้บ้าง

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้องอกเองเป็นอันดับแรก และตำแหน่งที่มันเกิดเป็นอันดับสอง จากข้อมูลปัจจุบัน เราจะบอกชะตาชีวิตได้คร่าว ๆ ดังนี้

กรณีเนื้องอกเกรด 1

- ถ้าเป็นตำแหน่งที่ผ่าตัดออกได้หมด มีอายุยืนเท่าคนปกติ
- ถ้าเป็นตำแหน่งที่ผ่าตัดออกได้ไม่หมด ส่วนที่เหลือฉายรังสีศัลยกรรม มีอายุยืนเกือบเท่าคนปกติ

กรณีเนื้องอกเกรด 2

- ถ้าเป็นตำแหน่งที่ผ่าตัดออกได้หมด มีอายุยืนเกือบเท่าคนปกติ
- ถ้าเป็นตำแหน่งที่ผ่าตัดออกได้ไม่หมด มีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 5-10 ปี โดยเฉลี่ย

กรณีเนื้องอกเกรด 3

- มีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 2-5 ปีโดยเฉลี่ย

กรณีเนื้องอกเกรด 4

- มีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 1-2 ปีโดยเฉลี่ย

ปัจจัยเสี่ยง

คำถามยอดฮิตของคนที่ไม่ใช่แพทย์คือเนื้องอกในสมองมีสาเหตุจากอะไร ปัจจัยเสี่ยงมีอะไรบ้าง เป็นคำถามที่แพทย์ไม่อยากจะยินเพราะยังไม่มีคำตอบ คนถามก็พอจะรู้อยู่แล้วว่าเนื้องอกเกือบทั้งหมดในปัจจุบัน ยังหาสาเหตุไม่ได้ แพทย์จึงยังรักษาที่สาเหตุไม่ได้ แล้วโทรศัพท์มือถือถือละ เป็นสาเหตุได้ไหม ก็ไม่มีคำตอบเช่นกัน แต่พอจะบอกได้ว่าจากการวิจัยรวบรวมข้อมูลมามากแล้ว ไม่พบว่ามันเป็นสาเหตุให้เห็นชัด ๆ และผู้คนทั่วโลกได้ใช้โทรศัพท์มือถือถือกันมามากกว่า 10 ปี ก็ไม่ได้เป็นโรคเนื้องอกในสมองกัน

การตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก

การตรวจพบเนื้องอกในสมองระยะเริ่มแรกนั้น ทำได้ยากมากเหมือนกับมะเร็งที่อื่น ๆ ในร่างกาย เพราะโดยธรรมชาติ มะเร็งเป็นภัยเงียบ จะแสดงอาการก็ต่อเมื่อลุกลามไปมากแล้ว การสแกนสมองเป็นวิธีที่ตรวจพบได้เร็ว แต่ยังเป็นวิธีที่

สิ้นเปลืองไม่คุ้มค่าสำหรับคนหนุ่มมาก ไม่น่าอยู่อีกประมาณ 20 ปี อาจมีการทำสแกน
สมองเป็นการตรวจสุขภาพประจำทุก 5 ปีก็ได้

17

มะเร็งเม็ดเลือดขาว

รศ.นพ. อาทิตย์ อังกานนท์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

มะเร็งเม็ดเลือดขาวคืออะไร

มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) เป็นภาวะผิดปกติของเนื้อเยื่อที่ทำหน้าที่ผลิตเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ ซึ่งมีที่อยู่อยู่ในไขกระดูก (bone marrow)

เม็ดเลือดของคนเราแบ่งเป็นชนิดใหญ่ ๆ ได้ 3 ชนิด คือ เม็ดเลือดแดง ทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เม็ดเลือดขาว ทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันของร่างกาย ป้องกันสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคต่าง ๆ ไม่ให้ทำอันตรายกับร่างกายได้ และเกล็ดเลือด เป็นเศษเซลล์เล็ก ๆ ลักษณะคล้ายผง ทำหน้าที่อุดหลอดเลือดที่ฉีกขาด ป้องกันไม่ให้เลือดไหลออกจากบาดแผล และเป็นกลไกเริ่มต้นที่สำคัญในการทำให้เลือดหยุดไหลเมื่อมีบาดแผล

เม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ มีอายุขัยของตนเอง เช่น เม็ดเลือดแดงมีอายุประมาณ 120 วัน เม็ดเลือดขาวมีอายุประมาณ 5-20 วัน และเกล็ดเลือดมีอายุประมาณ 3-5 วัน เป็นต้น ร่างกายจึงจำเป็นต้องสร้างเซลล์เม็ดเลือดใหม่ ๆ ขึ้นมาทดแทนเม็ดเลือดรุ่นเก่าที่หมดอายุขัยไปนั้นตลอดเวลา เนื้อเยื่อที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดเหล่านี้คือไขกระดูก ซึ่งจะมีเซลล์ที่เรียกว่าเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cells) ทำหน้าที่เป็นต้นกำเนิดของเม็ดเลือดเหล่านั้น

ไขกระดูกทำหน้าที่สร้างเซลล์ตลอดเวลา แต่อยู่ภายใต้การควบคุมอย่างใกล้ชิด ปริมาณเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดของคนปกติ จะมีค่าอยู่ในช่วงปกติ เช่น ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงจะอยู่ที่ 36-45% หรือจำนวนของเม็ดเลือดขาวจะอยู่ที่ 3,000-7,000 ตัวต่อหนึ่งลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นต้น และเม็ดเลือดขาวที่จะออกจากไขกระดูกได้จะต้องเป็นเม็ดเลือดขาวที่มีพัฒนาการอย่างสมบูรณ์ สามารถ

ทำงานต่อสู้กับเชื้อโรคได้ แต่เมื่อเกิดภาวะมะเร็งขึ้น เซลล์ต้นกำเนิดที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือด จะหลุดออกจากการควบคุม นั่นสิ่งที่จะเกิดขึ้นคือ เม็ดเลือดขาวจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากมายหลายสิบเท่า และการพัฒนาการของเม็ดเลือดขาวจะหยุดชะงัก เม็ดเลือดขาวไม่มีการพัฒนาไปสู่ระยะตัวแก่ แต่จะยังคงติดอยู่ในระยะตัวอ่อน ดังนั้นถึงเม็ดเลือดขาวจะมีปริมาณมาก แต่ก็ไม่สามารถทำงานต่อสู้เชื้อโรคได้

เม็ดเลือดขาวที่มีปริมาณมากขึ้นยังไปแย่งที่แย่งอาหารในการเจริญเติบโตของเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดในไขกระดูก มีผลต่อการผลิตเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด ทำให้ปริมาณของเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดต่ำลง ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว หากไขกระดูกไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดปกติได้อย่างที่ควรจะเป็น ก็จะเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่าไขกระดูกล้มเหลว (bone marrow failure)

มะเร็งเม็ดเลือดขาวแบ่งตามอาการได้ 2 ชนิด คือมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง ลักษณะที่ต่างกันคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เกิดจากเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อน ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพัฒนาการไปเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีลักษณะสมบูรณ์ หรือเป็นตัวแก่ได้ มีการสะสมของเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (blast cells) มาก และทำให้เกิดอาการของไขกระดูกล้มเหลวรุนแรง แต่ในมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง ลักษณะที่สำคัญคือเม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างควบคุมไม่ได้ แต่ยังมีการแก่ตัวพัฒนาการเป็นเม็ดเลือดขาวที่สมบูรณ์ได้ตามปกติ ทำให้ไม่มีอาการของภาวะไขกระดูกล้มเหลวที่รุนแรงได้เหมือนมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

อาการ

สำหรับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน อาการที่สำคัญและทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เกิดจากภาวะไขกระดูกล้มเหลว กล่าวคือ ไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดปกติขึ้นมาทำงานได้อย่างเพียงพอ เม็ดเลือดแดงนั้นทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หากเม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อย เกิดภาวะเลือดจาง ไม่สามารถขนส่งออกซิเจนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ ก็จะเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ซึ่งจะสะท้อนออกมาเป็นอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ตามปกติ อาจจะต้องนอนพักวันละหลาย ๆ ชั่วโมง

เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ต่อสู้เชื้อโรคและป้องกันร่างกาย การที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำลง จึงทำให้ร่างกายอ่อนแอ ติดเชื้อได้ง่าย เมื่อติดเชื้อก็จะมีไข้ ผู้ป่วยมักมีไข้สูง

โดยที่ในบางครั้งก็อาจจะหาสาเหตุของการติดเชื้อไม่พบ ส่วนเกล็ดเลือดนั้นทำหน้าที่คอยอุดหลอดเลือดเล็กที่ฉีกขาด ดังนั้น หากมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยก็จะมีภาวะเลือดออกง่ายกว่าปกติ บางครั้งอยู่เฉย ๆ ก็มีเลือดออก โดยไปออกตามผิวหนัง เป็นจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายอยู่ทั่วไป หรือออกตามไรฟัน ตามกระพุ้งแก้ม ตามเยื่อจมูกตา เป็นต้น

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่ใช่เรื่องยาก ในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว การตรวจเลือดแบบธรรมดา คือการทำ complete blood count (CBC) ก็สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้หรือไม่ การตรวจให้ทราบแน่นอน คือการตรวจไขกระดูก โดยแพทย์จะใช้เข็มเจาะเลือดและชิ้นเนื้อเล็ก ๆ จากไขกระดูกบริเวณสะโพกด้านหลังไปตรวจ การเจาะนี้อาจเจ็บบ้างเนื่องจากเป็นการดูดเลือดในไขกระดูก หลังจากเจาะแล้ว แพทย์จะนำเลือดที่เจาะได้นี้ไปตรวจเพื่อดูว่าจำนวนเม็ดเลือดที่มีอยู่ในไขกระดูกมีปริมาณปกติหรือไม่ สัดส่วนของเซลล์ตัวอ่อน (blast cells) มีจำนวนมากกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่

การตรวจไขกระดูกยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการรักษาได้อีกหลายอย่าง เช่น การย้อมดูชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว ว่าเป็นมะเร็งชนิดไหน หรือการตรวจทางพันธุกรรมเพื่อดูพันธุกรรมของเซลล์มะเร็งว่ามีความผิดปกติแบบใด การตรวจทั้งสองอย่างนี้จะให้ข้อมูลที่สำคัญยิ่งสำหรับการวางแผนการรักษาและการติดตามการรักษา

การรักษา

เนื่องจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถแบ่งได้เป็นชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง การรักษา ก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละชนิด รวมทั้งแนวทางการรักษาและยาที่จะใช้รักษาผู้ป่วย

สำหรับการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จะต้องรีบทำทันที เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการมากจากการที่มีไขกระดูกล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการซีดจากเม็ดเลือดแดงน้อย มีเลือดออกจากการที่มีเกล็ดเลือดต่ำ และมีอาการไข้ติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา บางครั้งก็อาจจะจำเป็นต้องได้รับเลือด ไม่ว่าจะเป็นเม็ดเลือดแดง หรือเกล็ดเลือด เพื่อไปทดแทนเม็ดเลือดแดงหรือเกล็ดเลือดที่มีปริมาณต่ำลง แต่เม็ดเลือดขาวนั้น ไม่สามารถให้แก่กันได้ เพราะเป็นส่วนประกอบของเลือดที่ทำปฏิกิริยาต่อผู้รับได้มาก และมีอายุขัยใน

ร่างกายผู้รับสั้น ดังนั้นจึงต้องรักษาการติดเชื้อด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อช่วยให้ร่างกายผู้ป่วยควบคุมการติดเชื้อให้ได้ก่อน

หลังจากได้ดูแลสภาวะไขกระดูกล้มเหลวดังกล่าวจนผู้ป่วยปลอดภัยขึ้น แพทย์จะให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดที่จะให้ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันนั้น จะเป็นยาชนิด และมีฤทธิ์ในการฆ่าเซลล์มะเร็งสูง ในขณะที่เดียวกันก็มีฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ปกติของร่างกายมนุษย์ด้วย โดยเฉพาะเซลล์ต้นกำเนิดเนื้อเยื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นของไขกระดูกปกติที่ยังเหลืออยู่ เซลล์รากผม เซลล์เยื่อบุลำไส้ จึงจะเห็นว่าผู้ป่วยหลังได้ยาจะมีผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีแผลในปาก ที่สำคัญที่สุดคือยาจะไปทำลายเซลล์ต้นกำเนิดของเม็ดเลือดปกติที่เหลืออยู่ด้วย ทำให้อาการไขกระดูกล้มเหลวรุนแรงมากขึ้นด้วย ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะไขกระดูกล้มเหลวอยู่ประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นเซลล์ต้นกำเนิดของเม็ดเลือดปกติจะฟื้นตัวขึ้นมา ก่อนเซลล์มะเร็ง และจะทำให้จำนวนเม็ดเลือดปกติมีมากขึ้นจนผู้ป่วยพ้นจากสภาวะไขกระดูกล้มเหลว อาการของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น ระยะนี้เรียกว่าระยะสงบ

ในขณะที่อยู่ในระยะสงบ ผู้ป่วยยังไม่หายขาดจากโรค เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดยังคงอยู่ในร่างกาย เพียงแต่มีจำนวนน้อยและไม่แสดงอาการของโรค หากปล่อยทิ้งไว้ เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดสามารถเพิ่มจำนวนได้และกลับมาทำให้ผู้ป่วยมีอาการไขกระดูกล้มเหลวได้อีก การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันจึงจำเป็นต้องให้ยาซ้ำ ๆ กันหลายรอบ เพื่อลดจำนวนเซลล์มะเร็งให้เหลือน้อยที่สุด และทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถหายขาดจากโรคได้

สำหรับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง โดยเฉพาะที่เรียกว่า Chronic Myeloid Leukemia เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเซลล์ต้นกำเนิดที่มีลักษณะเฉพาะตัว ปัจจุบันมียาที่สามารถแก้ไขความผิดปกติที่เกิดจากการกลายพันธุ์นี้โดยเฉพาะ เรียกว่าการรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ซึ่งทำให้ผลการรักษาดีมาก แต่ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาไปทุกวันจนตลอดชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ มีโอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวจนถึง 10 ปี สูงถึง 70%

พยากรณ์โรค

ปัจจุบันผลการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวดีขึ้นกว่าเดิมมาก ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่จำเป็นต้องเสียชีวิตทุกรายเหมือนในอดีต อย่างไรก็ตาม เราไม่สามารถรักษาผู้ป่วยทุกคนให้หายได้ ผู้ป่วยบางรายก็ยังคงเสียชีวิตจากโรค ปัจจัยซึ่ง

ใช้ในการพยากรณ์โรคมีหลายอย่างที่สำคัญได้แก่ภาวะร่างกายของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีร่างกายไม่แข็งแรง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มักจะไม่สามารถทนต่อการรักษา ซึ่งใช้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงและส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีเท่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ส่งผลให้การพยากรณ์โรคไม่ดี

นอกเหนือจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องด้วยร่างกายของผู้ป่วยหรือสุขภาพของผู้ป่วยก่อนที่จะป่วยเป็นโรคนี้อีกแล้ว ตัวโรคมะเร็งเองก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน โรคมะเร็งทั่วไปเกิดจากการกลายพันธุ์ของเซลล์ต้นกำเนิด ในกรณีนี้คือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด การกลายพันธุ์ให้เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีได้หลายร้อยหลายพันแบบ ซึ่งเรายังรู้จักไม่หมด เราพบว่า การกลายพันธุ์บางลักษณะ ทำให้เกิดโรคมะเร็งที่รักษาไม่ยากและตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดดี แต่ก็มีกรกลายพันธุ์อีกหลายอย่างที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งที่ตัวยาก และอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อแรกวินิจฉัยและได้ถูกเจาะไขกระดูก แพทย์จะต้องส่งเลือดจากไขกระดูกบางส่วนไปตรวจทางพันธุกรรม (โครโมโซม) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการกลายพันธุ์นี้ด้วย จะได้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับใช้พยากรณ์โรคต่อไป

ปัจจัยเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและเห็นได้ชัดเจนที่สุดคือการได้รับกัมมันตภาพรังสีในขนาดที่ไม่ทำให้เสียชีวิตในทันที ดังจะเห็นได้จากผู้ที่รอดชีวิตจากระเบิดปรมาณูที่ญี่ปุ่นในปลายสงครามโลกครั้งที่สอง พบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก และอีกปัจจัยหนึ่งคือการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งชนิดอื่น ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัด จะมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นกว่าคนทั่วไป

คนธรรมดาที่ใช้ชีวิตตามปกติและไม่ได้สัมผัสกับกัมมันตภาพรังสี หรือยาเคมีบำบัด มีโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่บ้าง แต่เรายังไม่สามารถแยกแยะปัจจัยเสี่ยงซึ่งเกิดจากการดำรงชีวิตตามปกติที่ชัดเจนได้ คำแนะนำโดยทั่วไปก็คือดูแลสุขภาพโดยการออกกำลังกาย พักผ่อน เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

การป้องกัน/ตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่เริ่มมีความผิดปกติ จนกระทั่งถึงมีอาการมากจนต้องมาพบแพทย์ใช้เวลาไม่ถึง 2

เดือน ดังนั้นการตรวจสุขภาพเป็นระยะ เช่น ตรวจทุกปี หรือแม้แต่ทุก 6 เดือน ก็ไม่สามารถตรวจพบมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้เร็วจนกระทั่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผลการรักษาได้ ยิ่งกว่านั้น การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่ว่าจะเป็นระยะแรกหรือระยะที่เป็นมากแล้ว มีวิธีการรักษาไม่แตกต่างกัน จึงไม่จำเป็นต้องตรวจเช็คเพื่อหามะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยเฉพาะ

18

มะเร็งในเด็ก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุรเดช หงส์อิง
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

“มะเร็ง” เป็นชื่อที่ใครก็ไม่อยากจะพูดถึงหรือข้องเกี่ยว เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคนี้อันตรายร้ายแรงเพียงใด อัตราตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งก็ยังคงเป็นตัวเลขที่สูงมากเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ ในปัจจุบันและในจำนวนนี้ก็มีผู้ป่วยที่ยังอยู่ในวัยเด็กรวมอยู่ด้วย เป็นเรื่องที่น่าสลดใจเหลือเกินที่เด็ก ๆ เหล่านี้จะต้องพลาดโอกาสในการใช้ชีวิตวัยเด็กที่แสนจะสุขสดใส เช่นเดียวกับเด็กอื่นๆ ที่ปกติ

เด็กไทยเป็นมะเร็งกันมากน้อยเพียงใด

อัตราของโรคมะเร็งในเด็กเท่าที่สามารถประมาณแบบคร่าว ๆ ในประเทศไทยเรานี้พบว่ามีถึง 1,500 รายต่อปี (1)

ชนิดต่าง ๆ ของโรคมะเร็งในเด็กที่พบได้มีดังนี้

	ร้อยละ
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	30
มะเร็งสมอง	20
มะเร็งต่อม้ำเหลือง	15
มะเร็งต่อมหมวกไต	10
มะเร็งไต	5
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อลาย	5
มะเร็งตับ	5
มะเร็งลูกอัณฑะ	5
มะเร็งอื่น ๆ	5

เด็กเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดใดบ้าง

มะเร็งเม็ดเลือดขาวแบ่งเป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (acute leukemia) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรัง (chronic leukemia) มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบในเด็กส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 จะเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน โดยทั้งนี้ร้อยละ 80 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันในเด็กเป็นชนิด acute lymphoblastic leukemia (ALL) ส่วนอีกประมาณร้อยละ 20 เป็นชนิด acute myeloid leukemia (AML)

เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีโอกาสรอดหรือหายบ้างไหม

ปัจจุบันอัตราการรอดชีวิตของ ALL ในเด็กไทย (2) มีอยู่ถึงประมาณร้อยละ 80 จะเห็นได้ว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบบ่อยที่สุดในเด็กซึ่งเป็น ALL มีอัตราการรอดชีวิตสูงมาก สำหรับมะเร็งชนิดอื่นมีอัตราการรอดชีวิตแตกต่างกันไปตามตารางที่ 1

จะทราบได้อย่างไรว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว

สำหรับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวจะมีอาการ ซีด ไข้ และเลือดออกง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเลือดออกตามใต้ผิวหนัง โดยจะเห็นได้เป็นจ้ำเลือดตามแขน ขา และนอกจากนี้ยังพบว่า มีตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งสาเหตุที่มีอาการเหล่านี้เนื่องจากไขกระดูกตามปกติจะเป็นแหล่งกำเนิดของเซลล์ต่าง ๆ คือ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด ไขกระดูกนี้จะอยู่ในโพรงกระดูกโดยสังเกตุได้จากเนื้อเยื่อแดงอยู่ในโพรงกระดูก โดยไขกระดูกนี้จะมีอยู่ในกระดูกเกือบทุกชิ้น ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไขกระดูกเหล่านี้จะเต็มไปด้วยเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว ดังนั้นทำให้ไขกระดูกนี้ไม่สามารถสร้างเซลล์เม็ดเลือดปกติได้ เช่น เม็ดเลือดแดงจะมีน้อยลง จะมีอาการซีด เกร็ดเลือดต่ำก็ทำให้เลือดออกได้ง่าย รวมทั้งเม็ดเลือดขาวต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เพราะเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เป็นมะเร็งไม่สามารถจับกินเชื้อโรคได้ นอกจากนี้การที่ตับ ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโตเกิดจากเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวแพร่กระจายไปตามตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการซีด หรือมีจุดเลือดออกตามเนื้อตามตัวทุกรายไม่ได้เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด ทั้งนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด เช่น การขาดธาตุเหล็ก โรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรม โดยที่ทั้งสองโรคนี้ไม่ใช่มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือสาเหตุอื่น ๆ ทำให้จุดเลือดออกตามตัวจากเกร็ดเลือดต่ำซึ่งมีสาเหตุอื่น ๆ อีกมาก

มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น ๆ จะมีอาการอย่างไรบ้าง

ส่วนอาการแสดงของโรคมะเร็งชนิดอื่น เช่น เนื้องอกในสมอง เนื่องจากสมองอยู่ในกะโหลกศีรษะ ดังนั้นถ้ามีเนื้องอกในสมองก็จะเกิดอาการจากการกดเบียดของเนื้อสมองจากก้อนเนื้องอกทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยที่อาการปวดศีรษะมักจะพบในตอนเช้า และมีอาเจียนร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการแขน ขาอ่อนแรง อาจจะมีการซีมลงหรือมีอาการชักร่วมด้วย สุดท้ายถ้าไม่ได้รับการรักษาก็อาจจะหมดสติและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยเด็กเล็ก ๆ ที่ต่ำกว่า 1 ปีที่มีเนื้องอกในสมองอาจจะพบว่ามึนศีรษะโตกว่าปกติ รวมถึงอาจจะมีกระหม่อมโป่งตึง ถึงอย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าเด็กที่ปวดศีรษะทุกรายจะเป็นเนื้องอกในสมอง

สำหรับมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่มาด้วยเรื่องก้อน เช่น มะเร็งก้อนในช่องท้อง จากมะเร็งตับ (hepatoblastoma) ไต (Wilm's tumor) ต่อมหมวกไต (neuroblastoma) คนไข้จะมาอาการด้วยการคลำก้อนพบได้ในช่องท้อง ซึ่งผู้ปกครองจะสังเกตได้ในเวลาอาบน้ำให้ลูก ๆ ก็จะคลำพบก้อนได้ นอกจากนี้มะเร็งกล้ามเนื้อลายและกระดูกก็พบว่ามีก้อนตามแขน ขา

สำหรับในเด็กเล็ก ๆ อายุที่ต่ำกว่า 1 ปีพบว่าจะเป็นมะเร็งจอภาพตาของลูกนัยน์ตา (retinoblastoma) ได้บ่อย โดยจะสังเกตได้ว่าอาการเริ่มแรกจะเห็นเป็นสีขาวอยู่ในรูม่านตา พร้อมกับเด็กอาจจะมึนตาเข่วมด้วย

ทั้งนี้มะเร็งมาด้วยเรื่องก้อนเหล่านี้ก็จะเป็นก้อนที่โตขึ้นเรื่อย ๆ

มะเร็งในเด็กเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์หรือไม่

มะเร็งในเด็กส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ มีประมาณร้อยละ 1-3 เท่านั้น ที่กรรมพันธุ์อาจจะเป็นต้นเหตุ ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งจอภาพตานัยน์ตา (retinoblastoma)

มะเร็งมีสาเหตุจากอะไร

สำหรับสาเหตุของโรคมะเร็งในเด็กยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่าอะไรเป็นต้นเหตุ ไม่เหมือนโรคมะเร็งในผู้ใหญ่สามารถบอกสาเหตุได้และป้องกันได้ เช่น บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด เป็นต้น ส่วนสาเหตุอื่น ๆ เช่น สารพิษต่าง ๆ หรือรังสีที่พบว่า เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ ก็ไม่ได้เป็นสาเหตุของมะเร็งในเด็ก และไม่ได้ขึ้นอยู่กับการศึกษาว่าดีหรือไม่ดี ถึงอย่างไรก็ตามโอกาสหายขาดของโรคมะเร็งใน

เด็กดีกว่าผู้ใหญ่เป็นอย่างมาก สาเหตุที่โอกาสการหายขาดของโรคมะเร็งในเด็กดีกว่าผู้ใหญ่เป็นเพราะว่าการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมของเซลล์มะเร็งของโรคมะเร็งในเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทุก ๆ เซลล์มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous) ในคน ๆ เดียวกัน จึงตอบสนองต่อการรักษาเหมือนกัน ซึ่งแตกต่างจากเซลล์มะเร็งของโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมของเซลล์มะเร็งมากกว่า ทำให้เซลล์มะเร็งมีความแตกต่างกันในคน ๆ เดียวกัน (heterogeneous) จึงทำให้การตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันไป

มะเร็งในเด็กรักษาให้หายขาดได้หรือไม่

มะเร็งในเด็กโดยทั่วไปมีอัตราการหายขาดและรอดชีวิตประมาณร้อยละ 70 ทั้งนี้คำว่าหายขาดหมายความว่า หลังจากหยุดการรักษาไปอย่างน้อย 2-5 ปีแล้วไม่มีโรคกลับอีกจึงถือว่าผู้ป่วยรายนี้หายขาด ซึ่งทั้งนี้อัตราการหายขาดและรอดชีวิตของโรคมะเร็งในเด็กดีกว่าผู้ใหญ่เป็นอย่างมาก ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงอัตราการรอดชีวิตในโรคมะเร็งต่าง ๆ ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีอัตราการรอดชีวิตดีขึ้นเป็นอย่างมาก

มีวิธีการรักษาอะไรบ้าง

สำหรับในเรื่องของการรักษาโดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการรักษา 3 ประการด้วยกันคือ

1. การผ่าตัด ในรายที่มะเร็งมาด้วยเรื่องก้อน
2. การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กทุกรายจำเป็นต้องได้รับ
3. การฉายแสง ซึ่งในปัจจุบันเทคนิคการฉายแสงดีกว่าเดิมเป็นอย่างมาก โดยเครื่องมือการฉายแสงสามารถยิงรังสีลงตรงไปที่ตัวก้อนเนื้อออก โดยที่ไม่ทำลายเนื้อเยื่ออวัยวะข้างเคียง
4. การปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีโรคกลับที่ติดต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งเหล่านี้หลังจากหายขาดจากโรคสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่เป็นบุคคลทุพพลภาพ สามารถเป็นพลเมืองที่ดีของสังคมได้ ได้มีตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่หายขาดและสามารถไปศึกษาต่อจนจบเป็นแพทย์ และวิศวกร เป็นต้น

ต้องรักษานานแค่ไหน

ระยะเวลาในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายใช้ระยะเวลา 1-3 ปี แล้วแต่ชนิดของโรคมะเร็ง ซึ่งทั้งนี้ค่าใช้จ่ายประมาณ 2-5 แสนบาท ต่อรายเป็นอย่างน้อย จะเห็นได้ว่าเงินเหล่านี้เป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยยากจนส่วนใหญ่ ดังนั้นทางโรงพยาบาลจะต้องรับภาระอย่างหนักในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งบางครั้งวิธีการบางอย่างจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมาก ซึ่งทางโรงพยาบาลเองไม่สามารถจ่ายให้ได้ เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทำให้ต้องสูญเสียผู้ป่วยเหล่านี้ไปอย่างน่าเสียดาย ทั้งนี้เงินจำนวนนี้สามารถชุบชีวิตผู้ป่วยเหล่านี้ได้ มีหลายครอบครัวที่สมาชิกตัวน้อย ๆ เป็นโรคมะเร็ง ทำให้ความทุกข์บังเกิดแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัวไม่ใช่แต่เฉพาะพ่อ แม่เท่านั้นยังรวมไปถึงพี่น้องของผู้ป่วยเอง และปู่ ย่า ตา ยาย บางครอบครัวต้องมาจากต่างจังหวัด ไม่มีที่อยู่ในกรุงเทพฯ บางทีพ่อแม่จะต้องไปนอนตามม้านั่งที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เพราะเนื่องจากไม่มีสถานที่พักให้ผู้ปกครอง และนอกจากนี้พี่น้องที่อยู่ต่างจังหวัดก็ไม่สามารถหาใครมาดูแลได้ แม้แต่บางครั้งไม่มีค่าเดินทางมารับการรักษา ทำให้ขาดการรักษาไป ซึ่งทำให้โรคกำเริบและรักษาให้หายขาดยากยิ่งขึ้น จึงเป็นสิ่งที่น่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง มีหลายครั้งต้องออกค่าเดินทางให้ผู้ป่วยมารับการรักษา และส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

การปลูกถ่ายไขกระดูกคืออะไร

ไขกระดูกเป็นตัวสร้างเม็ดเลือดต่าง ๆ ในกรณีที่เต็มไปด้วยเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว การปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นการช่วยสร้างเซลล์เม็ดเลือดใหม่ ทั้งนี้วิธีการทำไม่ได้เกี่ยวข้องกับ การผ่าตัดแต่อย่างใด และไม่ได้เกี่ยวข้องกับกระดูกด้วย โดยจะให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง และหรือร่วมกับการฉายแสงให้กับคนไข้เพื่อทำลายไขกระดูกของคนไข้เอง จากนั้นนำเซลล์ตัวอ่อน (stem cell) มาจากไขกระดูกของผู้ที่จะบริจาค ในการดูแลไขกระดูกเพื่อให้ได้เซลล์ตัวอ่อนนี้จะทำการดูแลที่บริเวณกระดูกสะโพกด้านหลังของผู้ให้ไขกระดูกมาให้กับผู้ป่วยทางเส้นเลือด การดูแลไขกระดูกนี้ไม่ได้เกี่ยวกับไขสันหลังดังนั้นจึงไม่เสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต จากนั้นเซลล์เหล่านี้จะเข้าไปในไขกระดูกและสร้างเซลล์เม็ดเลือดตามปกติ

ปัจจุบันได้มีการนำเซลล์ตัวอ่อนจากรกทดแทนการใช้เซลล์ตัวอ่อนจากไขกระดูก อย่างไรก็ตามเซลล์ตัวอ่อนจากผู้ให้ไขกระดูกหรือเซลล์ตัวอ่อนจากรกเองจะต้องมี HLA ตรงกันกับผู้ป่วย โดยผู้ที่มี HLA ตรงกันกับผู้ป่วยนั้นจะต้องเป็นพี่น้องท้องเดียวกัน และโอกาสที่พี่น้องท้องเดียวกันจะมี HLA ตรงกันกับผู้ป่วยเพียง

ร้อยละ 25 เท่านั้น ดังนั้นไม่หมายความว่าพี่น้องของผู้ป่วยจะมีโอกาสให้ไขกระดูกให้กับผู้ป่วยได้ทุกราย สำหรับบุคคลอื่นที่มีใช้พี่น้องท้องเดียวกันที่จะมี HLA ตรงกันกับบุคคลทั่ว ๆ ไปมีโอกาสประมาณ 1 : 50,000-100,000 เท่านั้น ดังนั้นการที่บุคคลอื่นจะมี HLA ตรงกันกับผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องทำการค้นหาในบุคคลเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันในประเทศไทยมีศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย เป็นที่รวบรวมข้อมูลผู้บริจาคไขกระดูกเหมือนในต่างประเทศแล้ว ซึ่งมีผู้มาลงทะเบียนบริจาคเป็นจำนวน 130,000 ราย

จะทำเมื่อไร

1. ในกรณีที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
2. โรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคซีดทางพันธุกรรม
3. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด

ต้องเสียค่าใช้จ่ายเท่าไรในการปลูกถ่ายไขกระดูก

ปัจจุบันประมาณ 800,000 บาท หรือมากกว่านั้นต่อราย

ทำการปลูกถ่ายไขกระดูกแล้วต้องดูแลหรือปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง

โดยปกติผู้ป่วยจะต้องอยู่ในห้องปลอดเชื้อประมาณ 1-2 เดือนเพื่อรอให้เม็ดเลือดต่าง ๆ สร้างได้ตามปกติจึงจะออกมาจากห้องปลอดเชื้อได้

เมื่อรู้ว่าลูกเป็นมะเร็งจะต้องทำอย่างไร

ต้องคุยกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อจะได้เข้าใจว่าการรักษานี้ประกอบด้วยอะไรบ้าง ทราบถึงผลข้างเคียงว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพื่อจะรักษาได้ทันเวลาที่ จากนั้นต้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่นจะต้องให้เข้าใจว่าการรักษานี้เพื่อให้เขาหายจากโรค อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงของการรักษานี้จะต้องเกิดไม่มากหรือน้อย ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องเข้าใจและรักษาตนเองให้เป็นอย่างดี การรักษาโรคมะเร็งนี้จะต้องเป็นงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของแพทย์อย่างเดียว ขอให้คำนึงถึงว่าชีวิตของเด็กจะดีขึ้นในแต่ละวัน การมองในระยะยาวอาจจะเกิดการท้อแท้ เนื่องจากว่าการรักษาโรคมะเร็งนั้นจะต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควร ดังนั้นการมองเห็นว่าเด็กดีขึ้นทุก ๆ วันในแต่ละวันจะทำให้มีกำลังใจเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาให้ดีขึ้นเป็นอย่างมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Wiangnon S, Veerakul G, Nuchprayoon I, Seksarn P, Hongeng S, Krutvecho T, Sripaiboonkij N. Childhood cancer incidence and survival 2003-2005, Thailand: study from the Thai Pediatric Oncology Group. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12 :2215- 20.
2. Surapolchai P, Pakakasama S, Sirachainan N, Anurathapan U, Songdej D, Chuansumrit A, Hongeng S. Comparative outcome of Thai children with acute lymphoblastic leukemia treated with two consecutive protocols: 11 years experience. Leuk Lymphoma. 2012; 53: 891-900

ตารางที่ 1 อัตราการรอดชีวิตของเด็กไทยที่เป็นมะเร็ง อายุ 0-15 ปี⁽¹⁾

Diagnosis	No. of patients	Deaths/100 PM (95%CI)	% Survival Probability (95%CI)		
			at 1 year	at 3 years	at 5 years
Leukemia	1,421	1.12 (1.02-1.2)	76.9 (74.6-79.0)	62.0 (59.4-64.5)	57.4 (54.6-60.1)
ALL	1,029	0.82 (0.74-0.91)	83.9 (81.5-86.0)	70.1 (67.2-72.8)	64.9 (61.7-67.9)
ANLL	328	2.45 (2.14-2.81)	54.7 (49.2-59.9)	32.9 (32.9-43.4)	35.5 (30.2-40.8)
Chronic	51	1.23 (0.83-1.82)	79.6 (66.2-88.2)	62.9 (48.7-74.3)	50.6 (35.7-63.8)
Other	13	1.59 (0.66-3.83)	64.8 (30.9-85.2)	55.6 (23.7-78.7)	55.6 (23.7-78.7)
Lymphoma	266	1.05 (0.80-1.27)	74.1 (68.4-78.9)	63.9(57.9-69.4)	59.5 (53.0-65.4)
CNS tumor	246	1.9 (1.61-2.24)	63.2 (56.8-69.0)	45.9 (39.5-52.0)	41.7 (35.2-48.0)
Sympathetic tumor	163	2.4 (1.98-2.91)	64.8 (56.8-71.7)	39.5 (31.9-47.0)	33.6 (26.0-41.2)
Retinoblastoma	97	0.66 (0.45-0.96)	84.5 (75.7-90.4)	73.1 (63.0-80.8)	73.1 (63.0-80.8)
Renal tumor	97	0.71 (0.48-1.02)	80.0 (70.5-86.7)	71.6 (61.4-79.5)	70.4 (60.1-78.5)
Hepatic tumor	77	1.95 (1.44-2.63)	63.2 (51.3-72.9)	45.9 (34.5-56.7)	44.5 (33.1-55.2)
Malignant bone	88	2.01 (1.55-2.61)	72.7 (62.1-80.8)	43.2 (32.7-53.2)	33.7 (23.3-44.3)
Soft tissue tumor	137	1.29 (1.01-1.65)	77.4 (69.4-83.5)	58.4 (49.7-66.1)	50.1 (40.4-59.0)
Germ cell	168	0.68 (0.51-0.90)	82.7 (76.1-87.7)	73.8 (66.5-79.8)	70.6 (62.9-77.1)
Carcinoma	32	0.9 (0.51-1.58)	81.3 (63.0-91.1)	68.8 (49.7-81.8)	60.8 (40.9-75.8)
Over all	2,792	1.2 (1.14-1.27)	75.1 (73.4-76.6)	59.8 (57.9-61.7)	54.9 (53.0-56.9)

PM, person-month

19

มะเร็งปากมดลูก

ศ.พญ.สุกพรรณ วิไลลักษณ์

ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มะเร็งปากมดลูก คือ การมีเนื้องอกชนิดร้ายอยู่ที่ปากมดลูก โดยอาจมีได้ 3 ลักษณะ

1. เนื้องอกเป็นก้อนเหมือนดอกกะหล่ำ ยื่นออกมาจากปากมดลูก
2. เนื้องอกเป็นแผลกินลึกเข้าไปในตัวปากมดลูก
3. เนื้องอกแทรกซึมไปในเนื้อปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขรายงานในปี พ.ศ.2553 พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 18.1 ราย ต่อประชากรสตรี 100,000 คนต่อปี สถิติของประเทศไทย รายงานโดยองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2551 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 9,999 คน เสียชีวิตจากโรคนี้อีกหนึ่ง มะเร็งชนิดนี้มักเกิดในผู้หญิงอายุ 40-60 ปี ซึ่งเป็นวัยกำลังทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โรคนี้อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเองทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน ผลิตผลและรายได้ที่ควรจะได้รับ ผลกระทบมิได้จำกัดอยู่เฉพาะตัวผู้ป่วยเอง แต่ยังมีผลต่อลูก สามี พ่อ แม่ และญาติพี่น้อง ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายดูแลรักษา คนดูแล และยังมีผลทางด้านจิตใจอีก ซึ่งเป็นลูกโซ่กันไปหมด นอกจากนี้ยังทำให้สังคมและประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ไปด้วย จึงนับได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทยเลยทีเดียว

อาการและอาการแสดง

ผู้ที่เริ่มเป็นมะเร็งปากมดลูกอาจมีอาการเลือดออกเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ตกขาว มีกลิ่นเหม็น หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดที่ไม่ใช่ประจำเดือน แต่หากเป็นมากลุกลามไปยังอวัยวะอื่นก็จะมีอาการปวด และอาการของอวัยวะที่ลุกลามไป เช่น ลามไปกระดูกก็กระดูกหัก หรือลามไปปอดก็จะมีอาการไอ เป็นต้น

การรักษา

หากยังเป็นไม่มากก็อาจตัดเฉพาะปากมดลูกในสตรีที่ยังต้องการมีบุตร หรือ ตัดมดลูกแบบธรรมดา หากเป็นมากขึ้นแต่ยังอยู่เฉพาะที่ปากมดลูกจะให้การรักษา โดยผ่าตัดมดลูกแบบตัดกว้างรวมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองของอุ้งเชิงกรานด้วย ในกรณี ที่โรคเป็นมากขึ้นการรักษาจะเป็นการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด หรือทั้งฉายแสง ทั้ง เคมีบำบัดและการผ่าตัดร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นในแต่ละคน โดยที่แพทย์จะ พิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมที่สุด

การพยากรณ์โรค

หากมะเร็งปากมดลูกยังไม่ลุกลามแพร่กระจายไปที่อื่น อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี จะอยู่ในช่วงร้อยละ 85-90 และจะลดลงเมื่อลุกลามออกนอกปากมดลูกและแพร่ กระจายไปยังอวัยวะอื่น การพยากรณ์โรคจะดีเมื่อตรวจพบและรักษาเสียตั้งแต่โรค ยังเป็นไม่มากและต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่างครบถ้วน

ปัจจัยเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยง

ผู้ที่มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกคือผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทั้งหมด เนื่องจากสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากไวรัสเอชพีวีซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้มีมะเร็งปากมดลูกชนิดหายากบางชนิดที่อาจพบได้ในผู้หญิงที่ไม่เคยมีเพศ สัมพันธ์แต่เป็นสัดส่วนที่น้อยมาก

มะเร็งปากมดลูกมักเป็นในคนที่อายุ 40-60 ปีดังที่ได้กล่าวแล้ว สำหรับผู้ หญิงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ผู้หญิงที่

1. เริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ไม่ถึง 20 ปี)
2. มีคู่นอนหลายคน
3. ประวัติครอบครัวมีมารดาหรือพี่น้องเป็นโรคนี
4. สูบบุหรี่

5. มีสามีซึ่งภรรยาคนก่อนของสามีเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก
6. เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การป้องกัน/ตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ

1. **การป้องกันระดับแรก (ปฐมภูมิ)** ป้องกันการเกิดมะเร็งโดยการให้การศึกษา แนะนำการปฏิบัติตน โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของมะเร็งปากมดลูก เช่น หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ไม่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยเกินไป เนื่องจากเยื่อเมือกของปากมดลูกยังไม่แข็งแรง ทำให้เชื้อไวรัสเอชพีวี ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก เปลี่ยนแปลงปากมดลูกให้กลายเป็นระยะก่อนมะเร็งและมะเร็งได้ง่าย นอกจากนี้ก็ต้องระวังการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งดบุหรี่ หรือฉีดวัคซีนเอชพีวี เป็นต้น
2. **การป้องกันในระดับที่สอง (ทุติยภูมิ)** ป้องกันโดยการตรวจวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ระยะก่อนมะเร็ง และให้การรักษาอย่างเหมาะสมจะได้หายและไม่เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูก ภาวะสำคัญของขั้นตอนนี้ คือ การตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกที่เรียกว่า แป๊ปสเมียร์ (papsmear) ซึ่งเป็นวิธีการทางเซลล์วิทยาในการตรวจค้นความผิดปกติของปากมดลูก โดยอาจตรวจร่วมกับการตรวจไวรัสเอชพีวี หรือการใช้ น้ำส้มสายชู ซิลอมปากมดลูก เพื่อให้เห็นบริเวณที่ผิดปกติ
3. **การป้องกันในระดับที่สาม (ตติยภูมิ)** เป็นการตรวจให้พบเมื่อเป็นมะเร็งระยะต้น ๆ แล้วให้การรักษาซึ่งผลการรักษาจะดีกว่าเมื่อเป็นมะเร็งระยะท้าย

การป้องกันโดยการฉีดวัคซีนเอชพีวีเป็นการป้องกันที่ตัวสาเหตุ คือไวรัสเอชพีวี ไม่ให้ไปติดที่ปากมดลูก แต่วัคซีนในปัจจุบันป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 70 เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกที่เหลืออีกร้อยละ 30 เกิดจากไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์อื่นที่ไม่ได้มีอยู่ในวัคซีน

ส่วนการตรวจวินิจฉัยให้ได้เสียตั้งแต่ระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกซึ่งไม่ใช่มะเร็งเนื่องจากไม่มีความประทุขของมะเร็ง คือไม่ลุกลามและไม่แพร่กระจาย คงอยู่เฉพาะที่ปากมดลูกเท่านั้น จึงรักษาให้หายขาดได้ง่ายไม่ว่าจะเป็นการจี้ปากมดลูกด้วยความเย็นหรือตัดด้วยห้วงลวดไฟฟ้า เป็นการตัดไฟเสียแต่ต้นลมไม่ให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกในอนาคต

จะเห็นได้ว่า การป้องกันที่ดีควรเป็นการป้องกันระดับแรกหรือระดับที่สอง คือตั้งแต่ยังไม่เป็นมะเร็งและไม่มีอาการให้สังเกตได้เลย จึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเช็คภายในประจำปี แม้ไม่มีอาการผิดปกติ เนื่องจากหากรอให้เกิดอาการที่ผิดปกติก็อาจเป็นมะเร็งและสายไปเสียแล้ว โดยที่มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น ๆ อาจไม่มีอาการผิดปกติก็ได้

20

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

ศ.พญ.สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์

ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นเนื้องอกชนิดร้ายที่เกิดขึ้นที่เยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในประเทศไทย รองลงมาจากมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่ตามลำดับ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขรายงานในปี พ.ศ.2550 อุบัติการณ์ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเท่ากับ 2.8 รายต่อประชากรผู้หญิง 100,000 คนต่อปี คิดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 500 กว่าคนต่อปี

อาการและอาการแสดง

ผู้ที่เป็มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมักจะมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ทำให้สังเกตได้ง่าย และเป็นอาการที่ผู้หญิงมักตกใจและมาพบแพทย์ ทำให้ส่วนใหญ่แล้วจะตรวจพบมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในระยะต้น ๆ ทำให้ผลการรักษาค่อนข้างดี

อาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดอาจเกิดในวัยเจริญพันธุ์โดยที่มีอาการเลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบประจำเดือน ประจำเดือนมานานเกิน 7 วัน หรือปริมาณประจำเดือนมากผิดปกติ ก็ได้ สำหรับในวัยหมดระดูหรือวัยทองนั้น จะต้องไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดอีก หากมีเลือดออกทางช่องคลอดถือว่าผิดปกติ นอกจากนี้อาจมีตกขาวกลิ่นเหม็น หรือหากแพร่กระจายไปที่อวัยวะใดก็จะมีอาการของอวัยวะนั้นได้ เช่น ไปที่ปอดก็ไอ เป็นต้น

การวินิจฉัย

เมื่อมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดก็เป็นข้อบ่งชี้ให้ขูดมดลูก หรือทำการตัดชิ้นเนื้อของเยื่อบุโพรงมดลูกมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ช่วงเวลาที่เกิดการ

ลำช้าของการวินิจฉัยที่ดีที่สุด ได้แก่ ช่วงใกล้วัยหมดระดู ที่สตรีแม้จะมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดก็ไปเข้าใจผิดคิดว่าเป็นอาการของ “เลือดจะไป ลมจะมา” ทำให้ไม่ได้รับมาพบแพทย์ ความจริงแล้วสตรีที่กำลังจะเข้าสู่วัยทองจะมีลักษณะประจำเดือนเป็น 2 แบบ ดังนี้ แบบแรก คือประจำเดือนมาเป็นรอบ ๆ รอบละไม่เกิน 7 วัน เหมือนปกติ แล้วหยุดหายไป หากหายไปเกิน 12 เดือนถือว่าเข้าสู่วัยหมดระดู จะต้องไม่มีเลือดออกอีก แบบที่สอง คือประจำเดือนมาห่างออก น้อยลงไปเรื่อย ๆ จนหยุดไป และก็เหมือนกันคือถ้าหายไปเกิน 12 เดือนก็ถือว่าเข้าสู่วัยหมดระดู หากมีเลือดออกอีกถือว่าเป็นเลือดออกหลังวัยหมดระดูซึ่งผิดปกติ จะต้องสืบค้นหาสาเหตุ

การรักษา

มะเร็งชนิดนี้รักษาด้วยการผ่าตัด โดยที่ตัดมดลูก ปีกมดลูกทั้งสองข้าง ลำไส้ น้ำในช่องท้องส่งตรวจเซลล์มะเร็ง เลาะต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง และเลาะเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้อง ถ้าพบว่ามะเร็งยังอยู่ในโพรงมดลูก ไม่กินลึกเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก และไม่แพร่กระจายออกนอกตัวมดลูก การรักษาโดยผ่าตัดให้ครบถ้วนดังกล่าว ต้นก็เพียงพอ แต่ถ้ามะเร็งกินลึกเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก หรือแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น ก็จะต้องให้รังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัดเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี

การพยากรณ์โรค

ผู้ที่เป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกซึ่งไม่กระจายออกนอกตัวมดลูก มีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 80 - 90 หากแพร่กระจายไปนอกตัวมดลูกแล้ว อัตราการรอดชีพที่ 5 ปี จะต่ำกว่าร้อยละ 80 ลงมาจนถึงร้อยละ 15 ปัจจัยที่สำคัญที่สุดซึ่งมีผลการพยากรณ์โรคดี คือการที่ตรวจพบและรักษาโรคนี้เสียตั้งแต่ยังเป็นไม่มาก

ปัจจัยเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้ ได้แก่ อ้วนเกินไป (โดยเทียบค่าจากค่านวณดัชนีมวลกาย*) เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง ได้รับฮอร์โมนเพศหญิงเอสโตรเจน หรือประจำเดือนนาน ๆ มาครั้ง มีบางปัจจัยที่ป้องกันได้ บางปัจจัยป้องกันไม่ได้ ในส่วนที่ป้องกันได้คือ ระวังอย่าให้อ้วนเกินไป ไม่รับยาฮอร์โมนเพศหญิงโดยไม่จำเป็น หรือรับประทานฮอร์โมนเองโดยไม่ได้อยู่ในความดูแลของแพทย์ อันนี้หมายรวมถึง การได้สมุนไพร ยาไทย ยาจีน ที่มีส่วนผสมของฮอร์โมนเพศหญิง เช่น กวาวเครือหรือตังกุย อีกอย่างคือถ้าอายุยังไม่ถึงวัยทอง แล้วระดูหายไปนานเกิน 3 เดือน ถ้าเป็นซ้ำ ๆ บ่อย ๆ เยื่อโพรงมดลูกจะหนาผิดปกติ และจะ

กลายเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกในอนาคตได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดจะลดโอกาสของการเป็นโรคนี้อีกให้ต่ำลง เนื่องจากจะมีประจำเดือนสม่ำเสมอ

*ดัชนีมวลกาย หรือดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI, body mass index) มีสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ผลการคำนวณ ค่าปกติ = 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/เมตร²

ถ้า < 18.5 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่า น้ำหนักน้อยเกินไป

ถ้ามีค่า > 23 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่า เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก

> 25 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่า มีภาวะน้ำหนักเกินและมีความเสี่ยงมากขึ้น

> 27 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่า มีความเสี่ยงสูง

> 30 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่า มีภาวะอ้วนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก

การป้องกัน/ตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก

การป้องกันทำได้โดยทำตัวไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ไม่อ้วนเกินไป ไม่รับประทานยาฮอร์โมนที่แพทย์ไม่ได้สั่งหรือไม่จำเป็น และหากมีอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดก็อย่าละเลย ให้มาพบแพทย์เพื่อพิจารณาขูดมดลูกหรือตัดชิ้นเนื้อของเยื่อโพรงมดลูกส่งตรวจ หากพบว่าเยื่อโพรงมดลูกหนาผิดปกติ หรือเป็นระยะก่อนมะเร็ง แล้วทำการผ่าตัดรักษา โรคก็จะหาย ทำให้ไม่กลายเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกในอนาคต หรือหากพบว่าเป็นมะเร็งแล้ว ก็เป็นระยะเริ่มต้นที่รักษาไม่ยาก มีโอกาสหายจากโรคสูง

ดังนั้นสตรีทุกคนจึงควรใส่ใจลักษณะประจำเดือนและอาการผิดปกติรวมทั้งตรวจเช็คสุขภาพรวมทั้งตรวจภายในประจำปีด้วย

21

มะเร็งรังไข่

ศ.พญ.สุกพรรณ วิไลลักษณ์
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มะเร็งรังไข่เป็นเนื้องอกชนิดร้ายที่เกิดขึ้นที่รังไข่ของสตรี ข้อมูลของประเทศไทยที่รวบรวมจากกระทรวงสาธารณสุขรายงานในปี พ.ศ.2553 พบอุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่ 5.1 คนต่อประชากรสตรี 100,000 คนต่อปี นับว่าเป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2542 พบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่ในประเทศไทยจำนวน 1,384 รายต่อปี โดยพบในสตรีอายุ 50 ปีเศษ มากที่สุด ยิ่งอายุมากขึ้นก็จะยิ่งมีโอกาสเป็นมะเร็งชนิดนี้สูงขึ้น

มะเร็งรังไข่ เป็นโรคที่ไม่ค่อยมีอาการ อีกทั้งรังไข่ก็เป็นอวัยวะที่อยู่ภายในช่องท้อง ทำให้ตรวจพบได้ยากและพบเมื่อเป็นค่อนข้างมากแล้ว ผู้ป่วยโรคนี้จึงมีสัดส่วนการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีชนิดอื่น

อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่ของมะเร็งรังไข่มีอาการน้อยและไม่จำเพาะ เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ ปวดท้อง ท้องโตขึ้น คลำก้อนได้ในท้อง มีน้ำในช่องท้อง และบัสสาวะบ่อย อาจมีอาการน้ำหนักลด ผอมลงแต่โดยเฉพาะที่ท้อง อาการจะมากขึ้นเมื่อโรคเป็นมากแล้ว

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการดังกล่าวข้างต้น ตรวจหน้าท้อง / ตรวจภายในพบก้อน อาจร่วมกับการตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ พบว่ามีก้อนที่รังไข่ อาจมีการส่งเอ็กซเรย์ชนิดอื่น ๆ เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเจาะเลือดไปตรวจค่าของมะเร็งในเลือด อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยที่แน่นอนจะได้จากการผ่าตัดและนำชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเท่านั้น

การรักษา

การรักษาเบื้องต้นของมะเร็งรังไข่ คือ การผ่าตัดนำเอาน้ำในช่องท้องไปตรวจ ตัดมดลูก ปีกมดลูก (รังไข่และท่อนำไข่) เนื้อเยื่อไขมันในช่องท้อง และเลาะต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องไปตรวจ ยกเว้นในสตรีที่อายุน้อยยังต้องการมีบุตรในอนาคต ก็จะทำผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น แต่ตัดเฉพาะปีกมดลูกข้างที่เป็นออก เหลื่อมมดลูกและปีกมดลูกอีกข้างไว้ให้มีระดู และสามารถมีลูกต่อไปได้ ส่วนในรายที่โรคเป็นมาากแล้ว และไม่สามารถตัดก้อนเนื้อออกออกได้หมดจากการผ่าตัด จะตัดเนื้องอกออกเท่าที่ทำได้แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด

หลังการผ่าตัดก็จะสามารถจัดแบ่งระยะของมะเร็งรังไข่ได้ และดำเนินการรักษาตามระยะของโรคที่เป็น โดยที่ถ้าเป็นน้อยก็รักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว หากเป็นมากขึ้น ก็ให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย

บางกรณีที่โรคเป็นมาากเกินกว่าจะผ่าตัดได้หมด รวมทั้งกรณีที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ตัดออกไม่ได้ เช่น ปอด ขั้วตับ หรือสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดใหญ่ได้ หลังจากเจาะน้ำในช่องท้องมาตรวจหรือตัดชิ้นเนื้อชิ้นเล็ก ๆ มาตรวจและยืนยันว่าเป็นมะเร็งแล้ว จะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดไปก่อน ถ้ามีการตอบสนองที่ดี ก็ก่อนมะเร็งยุบลงจนผ่าตัดได้ จึงทำการผ่าตัดแล้วค่อยให้ยาเคมีบำบัดต่ออีกครั้งหนึ่ง

การพยากรณ์โรค

อัตราการรอดชีพขึ้นอยู่กับโรคเป็นมาากหรือน้อย เช่น ผู้ที่มีมะเร็งอยู่เฉพาะที่รังไข่ไม่แพร่กระจายไปที่อื่น จะมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 80 - 90 ในขณะที่หากมะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะห่างไกล เช่น ปอด ตับ ก็จะมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ลดลงเหลือร้อยละ 10 - 15 ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้พยากรณ์ของโรคดีคือการที่เหลือมะเร็งน้อยที่สุดหรือไม่เหลือมะเร็งเลยหลังจากผ่าตัด ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค คือ ชนิดของชิ้นเนื้อว่าเป็นชนิดที่ดุมาากหรือน้อย ถ้าเป็นชนิดดุมาาก การพยากรณ์โรคจะแยกว่าชนิดดุน้อย เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยง

สตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่มาากกว่าคนทั่วไป คือ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว คือ พ่อ แม่ หรือ พี่น้องเป็นมะเร็ง รวมทั้งผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม หรือผู้ที่ยีนมะเร็งชนิด BRCA 2

นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่สูงขึ้นในสตรีที่ไม่มีบุตร หรือมี ระบุเร็วหมดระดูช้า (มีช่วงวัยเจริญพันธุ์นาน)

การป้องกัน/ตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก

เนื่องจากยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัดของมะเร็งรังไข่ การป้องกันจึงอาจทำได้ใน สตรีกลุ่มเสี่ยงข้างต้น โดยการให้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิด มะเร็งรังไข่ไปจนกว่าจะมีบุตร แล้วพิจารณาตัดรังไข่ทั้งสองข้างออก หากอายุเกิน 40 ปีแล้วยังต้องการเก็บรังไข่ไว้ ควรตรวจภายในและทำการตรวจรังไข่ด้วยอัลตราซาวนด์ทุก 6 เดือน เพื่อให้ตรวจพบก่อนที่ผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก

ส่วนผู้ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงก็ให้สังเกตอาการผิดปกติของตนเองไม่ละเลย หากสงสัยว่าไม่ปกติควรไปพบแพทย์ นอกจากนี้ควรรับการตรวจสุขภาพ และตรวจ ภายในเป็นประจำทุกปีด้วย ในปัจจุบันยังไม่มี การตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ สำหรับมะเร็งรังไข่ไม่ว่าจะเป็น การเจาะเลือดเพื่อดูค่าของมะเร็งในเลือด หรือแม้แต่ การทำอัลตราซาวนด์เพื่อคัดกรองก็ตาม

จะเห็นได้ว่าการเอาใจใส่สุขภาพ ตระหนักในความผิดปกติที่เกิดขึ้นและรับ การตรวจเช็คสุขภาพรวมทั้งตรวจภายในอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถตรวจพบ มะเร็งรังไข่ได้ตั้งแต่เริ่มเป็น และการรักษาก็ได้ผลดี

