

## “นักศึกษาสาวกลืนอาหารลำบาก น้ำหนักลด” หญิงไทยใส่อายุ 18 ปี นักศึกษาจากจังหวัดเพชรบูรณ์

### อาการสำคัญ

กลืนอาหารลำบากมา 3 ปี  
ผู้ป่วยเริ่มสังเกตเห็นว่าเวลากลืนข้าวหรืออาหารแข็งจะรู้สึกเหมือนอาหารติดอยู่ที่กลาง  
หน้าอกระยะแรกเป็นครั้งคราว แต่รู้สึกอาการกลืนลำบากจะค่อยๆ มากขึ้นจน 1 เดือนก่อนมา รพ. ดื่มน้ำหรือกลืนอาหารเหลวก็มีอาการ น้ำหนักตัวลดไป 10 กิโลกรัมในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา

เมื่อแรกเริ่มมีอาการเคยไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์ได้ใช้กล้องตรวจและให้ยาฆ่าเชื้อรา อาการไม่ดีขึ้น

ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารได้ดี แขนขามีแรงดี หนึ่งตาลืมได้เป็นปกติและไม่เคยเห็นภาพซ้อน  
ไม่มีใครในพี่น้องมีอาการแบบนี้

### อภิปราย

การวินิจฉัยแยกโรคที่เป็นสาเหตุการกลืนลำบาก (dysphagia) ขึ้นอยู่กับประวัติมาก (เอกสารหมายเลข 1) ผมแบ่งสาเหตุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1) กลุ่มโรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อลาย (striated muscle) ที่ทำให้กล้ามเนื้อที่ ลำคอผิดปกติ ผู้ป่วยประเภทนี้มักจะทำให้ประวัติว่าเวลาตั้งใจกลืนอาหารจะรู้สึกอาหารติดคอและถ้ากลืนอาหารเหลวหรือดื่มน้ำๆ มักจะสำลักออกทางจมูก ถ้ากล้ามเนื้อเกี่ยวกับการพูดอ่อนแรงด้วย เสียงก็จะเปลี่ยนไป เช่น เสียงขึ้นจมูก พูดไม่ชัด โรคในกลุ่มนี้ได้แก่โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น myasthenia gravis และ motor neuron disease เป็นต้น นอกจากนี้โรคที่เกิดขึ้นที่ก้านสมองไม่ว่าจะเป็น stroke, multiple sclerosis หรือเนื้องอกก็ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบากได้ โรคพิษสุนัขบ้าก็เป็นอีกโรคหนึ่งที่ทำให้การ กลืนอาหารและน้ำลำบาก

2) กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับทางเดินอาหารจากปากลงไปถึงหลอดอาหารส่วนล่างที่ซักระเพาะ ซึ่งแบ่งย่อยออกไปได้อีก 2 ประเภท คือ

2.1 มีอาการอุดกั้นทางเดินอาหารหรือหลอดอาหารตีบ เริ่มตั้งแต่การอักเสบในปากและลำคอ เช่น ต่อมทอนซิลอักเสบมาก Ludwig's angina หรือ cellulitis บริเวณลำคอด้านหน้าจากเชื้อแบคทีเรียชนิด anaerobes หลอดเสียงอักเสบและภาวะ angioneurotic oedema โรคเหล่านี้ทำให้มีอาการเจ็บเวลากลืนด้วย จนบางคนใช้คำ odynophagia สำหรับอาการคนไข้เหล่านี้ คนบางคนเวลากลืนรู้สึกเหมือนมีก้อนอยู่ในลำคอ ที่เรียก globus sensation ไม่นับว่าเป็น dysphagia หรือเป็น odynophagia

สาเหตุที่สำคัญในกลุ่มนี้ก็คือ ก้อนที่อยู่ในทางเดินอาหาร เช่น มะเร็งในหลอดอาหาร ก้อนที่กดหลอดอาหารจากภายนอก เช่น aortic aneurysm, dilated left atrium เช่นจาก mitral stenosis, retrosternal thyroid goitre เป็นต้น มีโรคที่น่าสนใจแต่พบได้น้อยมากอยู่โรคหนึ่งก็คือ dysphagia lusoria เกิดจากหลอดเลือดแดง subclavian ข้างขวาอยู่ผิดที่ไปกดทับหลอดอาหารหรือ oesophagus กลุ่มอาการ Plummer-Vinson หรือ Brown-Kelly-Patterson เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลืนลำบาก เกิดจากมีความผิดปกติเป็น web ที่บริเวณ hypopharynx หรือ oesophagus ส่วนต้น ผู้ป่วยจะมีโลหิตจางเพราะขาดเหล็ก มี glossitis และ koilonychia ด้วย ถ้าไม่รักษาจะเกิดมะเร็งที่

หลอดอาหารส่วนนั้นได้ (นายแพทย์ Plummer และนายแพทย์ Vinson เป็นแพทย์ชาวสหรัฐฯ ที่ Mayo Clinic ส่วนนายแพทย์ Brown-Kelly และ นายแพทย์ Patterson เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ชาวอังกฤษ ทั้ง 4 คนได้รายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้ในช่วงใกล้เคียงกัน) ผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการดังกล่าวบางคนมีม้ามโตเล็กน้อย ถ้ารักษาโลหิตจางด้วยเหล็กอาการต่างๆ ก็หายไปได้ เมื่อพูดถึงชื่อโรคที่เป็นชื่อแพทย์ (medical eponyms) ยังมีสาเหตุกลืนลำบาก อีกโรคหนึ่งที่เกิดจากหลอดอาหารส่วนล่างตีบเพราะ insertion ของ inferior oesophago-phrenic ligament เรียก Schatski ring ตามชื่อรังสีแพทย์ชาวเยอรมันที่ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่สหรัฐฯ เมื่อต้นคริสต์ทศวรรษ 1930 (เอกสารหมายเลข 2)

หลอดอาหารที่ตีบเนื่องจากการกลืนสารพิษหรือหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา candida ในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องก็ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบากได้ เช่นเดียวกับมะเร็งหลอดอาหารแต่ในกรณีมะเร็งจะค่อยๆ เป็นและเป็นมากขึ้น

2.2 กลุ่มโรคที่หลอดอาหารทำงานผิดปกติหรือ oesophageal motility disorders มีอยู่ด้วยกัน 4-5 โรค เกิดในคนที่มีอายุต่างกัน เช่น โรคที่เรียก diffuse oesophageal spasm มักจะเกิดในคนวัย 50 ปีไปแล้ว สาเหตุยังไม่ทราบแน่ ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บหน้าอกพร้อมกับกลืนอาหารลำบาก บางรายมี gastro-oesophageal reflux ร่วมด้วย บางรายเมื่อให้กลืน barium เพื่อถ่ายภาพรังสีจะเห็นภาพหลอดอาหารผิดปกติได้ชัด อย่างเช่นในรูปเอกสารหมายเลข 3 ที่เรียก "corkscrew" oesophagus ภาวะ gastro-oesophageal reflux หรือ gastro-oesophageal reflux disease หรือ GERD ที่พบได้บ่อยมากในปัจจุบัน มักจะไม่ทำให้เกิดอาการกลืนลำบาก จึงไม่ค่อยต้องนึกถึงเมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการดังกล่าวอย่างเดียว แต่ภาวะนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดอาหารส่วนล่างจากกรดที่ไหลกลับมาจากกระเพาะ ที่เรียก Barrett's metaplasia ซึ่งถ้าทิ้งไว้จะทำให้เกิดมะเร็งได้มาก จึงมีผู้แนะนำให้แพทย์ตรวจหาภาวะนี้ในกลุ่มเสี่ยงเพราะอาจเป็นการตรวจที่คุ้มค่า (เอกสารหมายเลข 4 และ 5) Norman Barrett เป็นศัลยแพทย์ชาวอังกฤษที่มีชื่อเสียงมากในช่วงหลังของศตวรรษที่ผ่านมา

หลอดอาหารบีบตัวผิดปกติเพราะประสาทในกล้ามเนื้อหลอดอาหารเสียอาจเกิดจาก พยาธิเซลล์เดียวหรือโปรโตซัว Trypasonoma cruzi ที่พบมากในอเมริกาใต้ ที่เรียกโรค Chagas แต่ที่รู้จักกันทั่วไปก็คือโรค achalasia ซึ่งน่านึกถึงว่าเป็นสาเหตุของการกลืนลำบากของผู้ป่วยรายนี้

### ผลการตรวจร่างกาย

Wt. 49 kgs      T 37°C      PR 78      BP 120/80  
pale  
Heart : normal  
Abdomen : no mass felt  
Limbs : normal muscle power

### อภิปราย (ต่อ)

ผู้ป่วยรายนี้นอกจากซีดแล้ว ตรวจไม่พบอะไรอื่นผิดปกติ โลหิตจางในผู้ป่วยรายนี้อาจเป็นจากภาวะขาดเหล็กและขาดอาหาร จึงทำให้ผอมและน้ำหนักลดไปถึง 10 กิโลกรัม

ประวัติกลืนลำบากเรื้อรังมา 3 ปีและเป็นตั้งแต่อายุ 15 ทำให้นึกถึง achalasia มากที่สุด ผู้ป่วยด้วยโรคนี้โดยทั่วๆ ไปกว่าแพทย์จะให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องก็มักจะมีอาการมาประมาณ 2-3 ปีเช่น ผู้ป่วยรายนี้ มีโรคทางพันธุกรรมอยู่โรคหนึ่งคือ Allgrove syndrome ที่ผู้ป่วยนอกจากมี achalasia แล้ว ยังมี alachrimia, autonomic disturbance และ adrenal insufficiency จาก ACTH insensitivity (4A's) (เอกสารหมายเลข 6 และ 7) ผู้ป่วยรายนี้มีแต่เฉพาะ achalasia จึงไม่เป็นโรคดังกล่าว

### ผลการตรวจพิเศษ

Hb 8.6      Hct 27.2      WBC 3700      N 48      L 38      E 3      B 1  
RBC  $3.30 \times 10^6$   
hypochromia 1+  
Platelets 478,000  
HbA 98.1      A<sub>2</sub> 1.9  
Serum Fe 54.8      TIBC 204.4  
Coombe's test : direct and indirect -ve  
ANA -ve

ผู้ป่วยได้รับการรักษาเรื่องโลหิตจางและได้ส่งต่อให้ศัลยแพทย์ผ่าตัด

Ultrafast CT scan chest and abdomen : diffuse oesophageal dilatation without oesophageal or stomach lesion.

Oesophagoscopy : dilated oesophagus with retained food particles, decreased contractility, normal looking oesophago-gastric junction at 38 cms, mildly swollen gastric mucosa.

Oesophageal manometry : ผลการตรวจก็เข้าได้กับโรค achalasia

### อภิปรายเพิ่มเติม

Achalasia ที่ cardia เป็นโรคที่รู้จักกันมานานกว่า 300 ปีแล้ว โดยนายแพทย์ Thomas Willis (ผู้มีนามเป็นอนุสรณ์เรียก circle of Willis ในสมอง) เป็นผู้รายงานผู้ป่วยคนแรกเมื่อ ค.ศ. 1674 (เอกสารหมายเลข 8) ในโรคนี้ peristalsis ของหลอดอาหารไม่ปกติและ sphincter ที่หลอดอาหารส่วนล่างก็ไม่คลายตัวเกิดจากเซลล์ประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อหลอดอาหาร (myenteric neurons) เสื่อมเป็นโรคที่พบได้น้อยมาก อุบัติการณ์ประมาณ 1-2 ต่อประชากร 200,000 คนต่อปี (เอกสารหมายเลข 9) มักพบในผู้ป่วยอายุน้อยถึงวัยกลางคนเช่นผู้ป่วยรายนี้ สาเหตุยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดแต่มีหลักฐานว่าพันธุกรรมมีส่วน พบได้มากขึ้นในคนที่มีความเสี่ยง HLA-DQA\*0101 (เอกสารหมายเลข 10)

อาการที่นำผู้ป่วยมาหาแพทย์ก็คือ การกลืนลำบากดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ การวินิจฉัยอาจจะลำบากในระยะแรกโดยเฉพาะถ้าแพทย์ผู้รักษาไม่นึกถึงโรคนี้และการตรวจด้วยการกลืน barium และการส่องกล้องตรวจอาจจะไม่พบอะไรผิดปกติได้ การทำ oesophageal manometry เป็นการตรวจที่ sensitive ที่สุดแพทย์จึงควรตรวจผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าจะเป็นโรคนี้ (เอกสารหมายเลข 8 และ 9)

การรักษาผู้ป่วย achalasia มีหลายวิธี เริ่มด้วยใช้เครื่องมือขยายหลอดอาหารส่วนปลายสุด ดัง Thomas Willis ใช้กระดุกปลาวาฬ (เอกสารหมายเลข 8) ต่อมาก็มีผู้ใช้หลอดโลหะบ้าง บอลลูนบ้าง แต่วิธีเหล่านี้ก็ไม่สามารถแก้ไขที่กล้ามเนื้อหลอดอาหารที่ไม่มีประสาทออร์โตโนมิกควบคุม (เอกสารหมายเลข 11 และ 12) วิธีอื่นๆ ก็ได้แก่ การฉีด botulinum toxin (เอกสารหมายเลข 13)

และการผ่าตัดซึ่งก็มีหลายวิธี นับตั้งแต่ Heller's oesophagomyotomy จนเร็วๆ นี้มีผู้ทำการผ่าตัดผ่านทางส่องกล้องพร้อมมีหุ่นยนต์ช่วยอีกด้วย (เอกสารหมายเลข 14 และ 15)

อายุรแพทย์ไม่ควรลังเลที่จะส่งต่อผู้ป่วยให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดหลังจากได้แก้ไขสภาพขาดอาหารให้ผู้ป่วยแล้ว นอกจากนี้ยังควรระมัดระวังอย่ามองข้ามโรคนี้ไปได้เพราะถ้าวินิจฉัยได้แต่เนิ่นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มาก ผู้ป่วย achalasia มีโอกาสเป็นมะเร็งที่หลอดอาหารได้มากดังเช่นเคยมีการศึกษาที่ประเทศสวีเดน (เอกสารหมายเลข 16)

### แนะนำเอกสาร

- 1) Heading RC. Dysphagia. In: French's Index of Differential Diagnosis. Thirteenth Edition. Eds. Bouchier IAD, Ellis H, Fleming PR. Butterworth Heinemann. Oxford. 1996; pp. 159-63.
- 2) Firkin BG, Whitworth JA. Dictionary of Medical Eponyms. The Parthenon Publishing Group. Canforth, Lancs., U.K. 1987; 591 pp.
- 3) Dheer S, Chang R. "Corkscrew" esophagus. N Engl J Med 2003; **348**: 1671.
- 4) Jankowski JA, Harrison RF, Perry I, Balkwill F, Tselepis C. Barrett's metaplasia. Lancet 2000; **356**: 2079-85.
- 5) Inadomi JM, Sampliner R, Lagergren J, Lieberman D, Fendrick M, Vakil N. Screening and surveillance for Barrett esophagus in high-risk groups: a cost-utility analysis. Ann Intern Med 2003; **138**: 176-86.
- 6) Kimber J, McLean BN, Prevett M, Hammans SR. Allgrove or 4 "A" syndrome: an autosomal recessive syndrome causing multisystem neurological disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; **74**: 654-7.
- 7) Arit W, Allolio B. Adrenal insufficiency. Lancet 2003; **361**: 1881-93.
- 8) Richter JE. Oesophageal motility disorders. Lancet 2001; **358**: 823-8.
- 9) Dent J. Diseases of the oesophagus. In: Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Vol 2. Eds. Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press. Oxford. 1996; pp. 1865-76.
- 10) De la Concha EG, Fernandez-Arquero M, Mendoza JL, Conejero L, Figueredo MA, Perez de la Serna J, et al. Contribution of HLA class II genes to susceptibility in achalasia. Tissue Antigens 1998; **52**: 381-4.

- 11) Harris AM, Dresner SM, Griffin SM. Achalasia: management, outcome and surveillance in a specialist unit. Br J Surg 2000; **87**: 362-73.
- 12) Alonso-Aguirre P, Aba-Garrote C, Estevez-Prieto E, Gonzalez-Conde B, Vazquez-Iglesias JL. Treatment of achalasia with the Witzel dilator: a prospective randomized study of two methods. Endoscopy 2003; **35**: 379-82.
- 13) Zaninotto G, Annese V, Costantini M, Del Genio A, Costantino M, Epifani M, et al. Randomized controlled trial of botulinum toxin versus laparoscopic Heller myotomy for esophageal achalasia. Ann Surg 2004; **239**: 364-70.
- 14) Falkenback D, Johansson J, Oberg S, Kjellin A, Wenner J, Zilling T, et al. Heller's esophagomyotomy with or without a 360 degrees floppy Nissen fundoplication for achalasia. Long-term results from a prospective randomized study. Dis Esophagus 2003; **16**: 284-90.
- 15) Beninca G, Garrone C, Rebecchi F, Giaccone C, Morino M. Robot-assisted laparoscopic surgery. Preliminary results at our Center. Chir Ital 2003; **55**: 321-31.
- 16) Sandler RS, Nyren O, Ekbohm A, Eisen GM, Yuen J, Josefsson S. The risk of esophageal cancer in patients with achalasia. A population-based study. JAMA 1995; **274**: 1359-62.