

โรคอะคาเลเซียในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: รายงานผู้ป่วย 60 ราย

ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ¹
ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์²
พุฒิศักดิ์ พุทธวิบูลย์³

Achalasia at Songklanagarind Hospital: a study of demographic and treatment data

Wuthisuthimethawee P, Boonpipatanapong T, Puttawibul P.

Emergency Unit, Songklanagarind Hospital,

Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,

Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2007;25(4):323-332

Abstract:

Introduction: Achalasia is a disease of motility disorder of the esophagus, mostly occurring in the 4th and 5th decades of life. Over ninety percent of patients present with dysphagia. A barium-swallow esophagogram is the investigation performed initially in most cases, followed by an esophagomanometry to confirm the diagnosis. Seventy to eighty percent of patients respond positively to pneumatic balloon dilatation and an esophagocardiomyotomy supporting the perception that it is the most effective surgical treatment with few complications.

There are few reports of achalasia in Thailand. Our intention is to describe more accurately the demographic profile of our achalasia patients. In so doing, the medical records of our patients were reviewed, including age, sex, presenting symptoms, type of investigation, choice of treatment, results and complications.

¹พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป), หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ²พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป) ³พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป), รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 4 กันยายน 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 30 เมษายน 2550

Objective: To document demographic and treatment data of patients diagnosed with achalasia at Songklanagarind Hospital and compare with data from previous studies.

Design: Retrospective descriptive study

Materials and methods: We retrospectively reviewed the data of achalasia patients. This included age, sex, presenting symptoms, type of investigations, choice of treatment, and the results and complications of the achalasia patients. This information was collected from inpatient and outpatient records at Songklanagarind Hospital from October 1983 to February 2003.

Results: Sixty patients (34 females and 26 males) were diagnosed with achalasia. The mean age was 50 years, and more than 90% presented with dysphagia.

A barium-swallow esophagogram was the most commonly selected investigation. It was performed in 58 cases followed by a gastroesophagoscopy in 56 cases and an esophageal manometry in 23 cases.

In total, thirty-six patients underwent an esophagocardiomyotomy, 6 patients received pneumatic balloon dilatation, 3 patients were treated with medication, 1 patient was treated with a Botulinum toxin injection and 1 patient was treated with an esophagectomy. Thirteen patients refused treatment. Over eighty percent of all treated patients achieved satisfactory results comprising 35/36 in the esophagocardiomyotomy group, 2/6 in the pneumatic balloon dilatation group and 1/3 in the medication group. One patient who had received Botulinum toxin injection did not achieve a satisfactory result. Complications occurred in 13/47 treated patients with 1 patient dying from post-esophagectomy septic complication.

Conclusions: These results represent the demographic and treatment profile of our achalasia patients in Songklanagarind Hospital, and is similar to previous studies done in Thailand. The majority of cases undergoing an esophagocardiomyotomy achieved satisfactory results. Among the 6 patients who had undergone pneumatic balloon dilatation, satisfactory results were achieved in only 2 cases.

Key words: achalasia, esophagocardiomyotomy, pneumatic balloon dilatation

บทคัดย่อ:

บทนำ: โรคอะคาเลียอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของการบีบตัวของกล้ามเนื้อหลอดอาหารพบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 40-60 ปี โดยมีอาการสำคัญ คือ อาการกลืนลำบาก โรคนี้สามารถวินิจฉัยได้จาก การเอกซเรย์แบบเรียงตรวจหลอดอาหาร การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร และการตรวจความดันภายในหลอดอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการฉีดยาขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูน และการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร

รายงานผู้ป่วยโรคอะคาเลียในประเทศไทยที่ได้รายงานไว้มีจำนวนน้อยและส่วนใหญ่เป็นรายงานที่มีจำนวนผู้ป่วยไม่กี่ราย คณะผู้ศึกษาจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคอะคาเลียเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นประโยชน์ในการทำการศึกษาวินิจฉัยต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคอะคาเลียที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และเปรียบเทียบผลการรักษากับรายงานการศึกษาค้น

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะคาเลีย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2526 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยโรคอะคาเลียทั้งหมด 60 ราย อายุเฉลี่ย 50 ปี แบ่งเป็น เพศหญิง 34 ราย (ร้อยละ 56.7) เพศชาย 26 ราย (ร้อยละ 43.3) ผู้ป่วยร้อยละ 90.0 มารับการรักษาเนื่องจากมีอาการกลืนลำบาก ส่วนอาการรองลงมาคือ คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 71.7) น้ำหนักลด (ร้อยละ 56.7) และเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 43.3) การส่งตรวจที่นำไปสู่การวินิจฉัยมากที่สุด คือ การเอกซเรย์แบบเรียงตรวจหลอดอาหาร (ร้อยละ 96.7) และการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร (ร้อยละ 93.3) ผู้ป่วย 13 ราย ปฏิเสธรับการรักษา

ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยรับการรักษาทั้งหมด 47 ราย แบ่งเป็น การผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร 36 ราย (ร้อยละ 76.7) การถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูน 6 ราย (ร้อยละ 6.4) การฉีดสาร Botulinum toxin 1 ราย (ร้อยละ 2.1) และการตัดหลอดอาหาร 1 ราย (ร้อยละ 2.1) ผู้ป่วยกลุ่มที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารมีอาการดีขึ้น 35 ราย (ร้อยละ 97.2) กลุ่มที่รักษาโดยการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูนมีอาการดีขึ้น 2 ราย (ร้อยละ 33.3) และกลุ่มที่รักษาด้วยยาปรับประทานมีอาการดีขึ้น 1 ราย (ร้อยละ 33.3) ส่วนภาวะแทรกซ้อนพบเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร 12 ราย (ร้อยละ 25.6) โดยส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.1) ที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อภายหลังรับการรักษาโดยการตัดหลอดอาหาร สำหรับอาการกลับเป็นซ้ำพบมากที่สุดในกลุ่มที่รักษาโดยการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูน 4 ราย (ร้อยละ 66.7) ส่วนกลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารพบอัตราการกลับเป็นซ้ำเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.8) เท่านั้น

สรุป: ข้อมูลผู้ป่วยโรคอะคาเลเซียในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีความใกล้เคียงกับข้อมูลอื่นๆ ทั้งในด้าน ช่วงอายุที่พบบ่อย อาการสำคัญ การส่งตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัย ตลอดจนอัตราการตอบสนองต่อการรักษาโดยวิธีต่างๆ และพบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารเป็นวิธีรักษาที่มีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีที่สุด ทั้งยังมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

คำสำคัญ: อะคาเลเซีย, การผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร, การถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูน

บทนำ

โรคอะคาเลเซียเป็นโรคของกล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหารบริเวณรอยต่อระหว่างหลอดอาหารกับกระเพาะอาหารที่ไม่สามารถคลายตัวเพื่อให้อาหารผ่านไปสู่กระเพาะอาหารได้เนื่องจากไม่มีปมประสาทควบคุม¹⁻²

Podas และคณะ³ ได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากประเทศต่างๆ หลายประเทศและรายงานอุบัติการณ์โรคอะคาเลเซียประมาณ 0.03-1.10 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี

จากการศึกษาของ Reynold และ Parkman⁴ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 1,220 ราย พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 98 มารับการรักษาด้วยอาการกลืนลำบาก รองลงมาคือ อาการอาหารไหลย้อนจากกระเพาะอาหารสู่หลอดอาหารร้อยละ 78 และน้ำหนักลดร้อยละ 62 ตามลำดับ

การส่งตรวจที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สำคัญ คือ การเอกซเรย์แบบเรียลไทม์ตรวจหลอดอาหาร, การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร และการวัดความดันภายในหลอดอาหาร⁵⁻⁸

ผู้ป่วยโรคอะคาเลเซียตอบสนองต่อการรักษาโดยวิธีถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูนร้อยละ 60-80 และตอบสนองต่อการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารร้อยละ 80-90 ทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการผ่าตัดเพียงร้อยละ 1-3 เท่านั้น

เนื่องจากรายงานผู้ป่วยโรคอะคาเลเซียในประเทศไทยที่ได้รายงานไว้มีจำนวนน้อยและส่วนใหญ่เป็นเพียงรายงานที่มีจำนวนผู้ป่วยไม่กี่ราย คณะผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคอะคาเลเซีย

ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในด้านอายุ อาการสำคัญ การส่งตรวจที่นำไปสู่การวินิจฉัย วิธีการรักษา รวมทั้งผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคอะคาเลเซียในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เปรียบเทียบข้อมูลกับรายงานการศึกษาอื่นและเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการศึกษาวิจัยต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2526 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546

ข้อมูลที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การส่งตรวจที่นำไปสู่การวินิจฉัย วิธีการรักษา ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคอะคาเลเซียทั้งหมด 60 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีอายุเฉลี่ย 50.0 ปี (2-92 ปี) แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 34 ราย และเพศชายจำนวน 26 ราย ซึ่งมีอายุเฉลี่ยขณะรับการรักษา 51.2 ปี และ 48.4 ปี ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่าอาการกลืนลำบากเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยที่สุดซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยมีจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 อาการสำคัญรองลงมาคือ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด และเจ็บหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 71.7, 56.7 และ 43.3 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยนับจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการกลืนลำบากถึงวันที่เข้ารับการรักษา 45.7 เดือน และผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 8 กิโลกรัม (ตารางที่ 1)

การส่งตรวจที่นำไปสู่การวินิจฉัยในผู้ป่วยร้อยละ 96.7 คือ การเอกซเรย์แบเรียมตรวจหลอดอาหาร ส่วนการส่งตรวจอื่น ๆ คือ การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร การวัดความดันภายในหลอดอาหาร และการเอกซเรย์ทรวงอก คิดเป็นร้อยละ 93.3, 38.3 และ 6.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วย 13 ราย ปฏิเสธการรักษา คิดเป็นร้อยละ 21.7 และมีผู้ป่วยจำนวน 47 ราย เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยแบ่งเป็นการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.6 (แบ่งย่อยเป็นการผ่าตัดโดยการเปิดช่องอก 33 ราย และการผ่าตัดโดยการส่องกล้องเข้าช่องอก 3 ราย) การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลูนจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8 การรักษาด้วยยา 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.4 การรักษาด้วยการฉีดสาร Botulinum toxin 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 และผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับการรักษาโดยวิธีการตัดหลอดอาหารเนื่องจากหลอดอาหารมีความผิดปกติรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 3.0 (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยร้อยละ 80.0 มีอาการดีขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษา แบ่งเป็นกลุ่มที่รักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.0 กลุ่มที่รักษาโดยการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลูน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มที่รักษาด้วยยารับประทาน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 สำหรับผู้ป่วย 1 ราย ที่รับการรักษาโดยการฉีดสาร Botulinum toxin ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ผู้ป่วยในกลุ่มที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารจำนวน 12 ราย พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา โดยผู้ป่วยทั้ง 12 ราย มีอาการดีขึ้นภายหลังการรักษาแบบประคับประคอง และผู้ป่วย 1 ราย เสียชีวิตภายหลังการตัดหลอดอาหาร เนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในปอดและติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่รับการรักษาโดยวิธีการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลูน กลุ่มที่รับการรักษาด้วยยารับประทาน และกลุ่มที่รับการรักษาโดยการฉีดสาร Botulinum toxin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน (ตารางที่ 4)

อาการกลับเป็นซ้ำพบในผู้ป่วย 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.0 แบ่งเป็นกลุ่มที่รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลูน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มที่รับการรักษาด้วยยารับประทาน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8

ตารางที่ 1 แสดงอาการสำคัญและระยะเวลาก่อนมารักษาของผู้ป่วยโรคอะคาเลเซีย

อาการ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	ระยะเวลาเฉลี่ย (เดือน)
กลืนลำบาก	54 (90.0)	45.7
คลื่นไส้ อาเจียน	43 (71.7)	32.6
เจ็บหน้าอก	26 (43.3)	47.9
แสบยอดอก	20 (33.3)	39.9
ลำไส้	8 (13.3)	23.3
ไอ	2 (3.3)	12.0

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคอะคาเลเซีย

วิธีการตรวจ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
การเอกซเรย์แบเรียมตรวจหลอดอาหาร	58 (96.7)
การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร	56 (93.3)
การวัดความดันภายในหลอดอาหาร	23 (38.3)
เอกซเรย์ทรวงอก	4 (6.7)
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก	1 (1.7)

ตารางที่ 3 แสดงวิธีการรักษา

วิธีการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
ปฏิเสธการรักษา	13 (21.7)
ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร	36 (76.6)
- ผ่าตัดเปิดช่องอก	33 (70.2)
- ผ่าตัดด้วยการส่องกล้องช่องอก	3 (6.4)
การถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลูน	6 (14.9)
การรักษาด้วยยา	3 (6.4)
การฉีดสาร Botulinum toxin	1 (2.1)
การตัดหลอดอาหาร	1 (2.1)

**ตารางที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยวิธีการ
ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร**

ภาวะแทรกซ้อน	ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร	
	เปิดช่องอก	ส่องกล้องช่องอก
ลมรั่วในช่องอก	2 (5.6)	1 (2.8)
ปอดแฟบ	2 (5.6)	-
น้ำย่อยกระเพาะอาหารไหลย้อนสู่ หลอดอาหาร	1 (2.8)	-
น้ำในช่องปอด	1 (2.8)	-
ปอดอักเสบ	-	1 (2.8)
หลอดอาหารทะลุ	1 (2.8)	-
หลอดอาหารตีบ	1 (2.8)	-

วิจารณ์

สาเหตุของโรคอะคาลาเซียไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความเครียด พันธุกรรม โรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง การติดเชื้อ *Trypanosoma cruzi* (Chagas disease) ภาวะขาดสารอาหารและการเสื่อมสลายของเนื้อเยื่อระบบประสาท โดยพบพยาธิสภาพบริเวณปมประสาทชั้นใต้เยื่อหุ้มหลอดอาหาร (Auerbach plexus)¹⁻²

อุบัติการณ์โรคอะคาลาเซียในต่างประเทศพบประมาณ 0.03-1.10 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี³ แต่อุบัติการณ์ในประเทศไทยยังไม่ทราบแน่ชัด มีเพียงรายงานของ นพ.อภิณพ จันทรวีทัน พบอุบัติการณ์โรคอะคาลาเซียร้อยละ 4.2 ของผู้ป่วยโรคหลอดอาหารทั้งหมด⁵

ผู้ป่วยโรคอะคาลาเซียในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 40-60 ปี อุบัติการณ์ในผู้ชายและผู้หญิงใกล้เคียงกัน โดยมีอาการสำคัญคือ อาการกลืนลำบาก ซึ่งพบในผู้ป่วยร้อยละ 90 ส่วนอาการรองลงมาคือ คลื่นไส้ อาเจียน และน้ำหนักลด ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Reynold⁴

การสังเกตที่นำไปสู่การวินิจฉัยคือ การเอกซเรย์แบบเรียลไทม์ตรวจหลอดอาหาร, การส่องกล้องตรวจหลอดอาหารและการวัดความดันภายในหลอดอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศ⁶⁻⁹

การรักษามีหลายวิธีได้แก่ การใช้ยาชนิดรับประทาน การฉีดสาร Botulinum toxin การฉีดยาขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูน และการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร

ยาที่ใช้รักษาโรคอะคาลาเซียได้แก่ ยาในกลุ่ม Nitrate, calcium channels blocker, anti-cholinergic และ β adrenergic agonists จากรายงานในต่างประเทศพบว่าอัตราการตอบสนองต่อการรักษามีระยะสั้น คือ ประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปีเท่านั้น โดยมีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาร้อยละ 30-60⁷⁻¹³ และเลือกการรักษาวิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งรายงานนี้มีความสอดคล้องกับรายงานข้างต้น โดยพบอัตราการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาชนิดรับประทานในผู้ป่วยร้อยละ 33.3

จากรายงานในต่างประเทศผู้ป่วยโรคอะคาลาเซียที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการฉีดสาร Botulinum toxin มีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 60-70 แต่ภายหลัง 6 เดือน พบอัตราการตอบสนองต่อการรักษาเพียงร้อยละ 40-50 เท่านั้น¹⁴⁻²¹ ดังนั้นจึงเลือกใช้เฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหากได้รับการรักษาโดยการฉีดยาขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูนหรือการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร เนื่องจากรายงานนี้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายเท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ จึงไม่สามารถสรุปอัตราการตอบสนองต่อการรักษาได้

การรักษาโดยการฉีดยาขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูน เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในกลุ่มที่ไม่ต้องผ่าตัด จากรายงานในต่างประเทศพบอัตราการตอบสนองต่อการรักษาในระยะสั้น (3-6 เดือน) ประมาณร้อยละ 80 และอัตราการตอบสนองต่อการรักษาในระยะยาว (1 ปีขึ้นไป) ประมาณร้อยละ 60-70 ทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อย (ตารางที่ 5) เป็นวิธีที่เลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือการฉีด Botulinum toxin²²⁻³¹ รายงานผู้ป่วยโรคอะคาลาเซียที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ในประเทศไทยมีจำนวนน้อย ทั้งยังขาดข้อมูลการติดตามผลการรักษา และจากการศึกษานี้พบอัตราการตอบสนองต่อการรักษาเพียงร้อยละ 33.3 ทั้งยังมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 66.7 ซึ่งขัดแย้งกับรายงานข้างต้นจากต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ยังมีจำนวนน้อย และอาจขึ้นกับประสบการณ์ของผู้ทำการรักษา เป็นต้น

การผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารเป็นวิธีการรักษาโรคอะคาลาเซียที่ได้ผลดีที่สุด ทั้งการผ่าตัดแบบเปิดช่องอกและการส่องกล้องเข้าช่องอก โดยพบว่าเมื่ออัตราการตอบสนองต่อการรักษาร้อยละ 80-90 ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว³²⁻⁴¹ เป็นวิธีที่เลือกรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงโดยไม่มีข้อห้ามสำหรับเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ โรคประจำตัวที่รุนแรงโดยเฉพาะโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบทางเดินหายใจ

เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นวิธีรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกันทั้งรายงานจากต่างประเทศและรายงานที่เคยศึกษาในประเทศไทยรวมทั้งในรายงานนี้ (ตารางที่ 6)

รายงานผู้ป่วยโรคอะคาเลเชียในประเทศไทยที่ได้รายงานไว้มีจำนวนน้อยและส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก^{5, 42-56} (ตารางที่ 7) และเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษานี้พบว่าข้อมูลมีความใกล้เคียงกันทั้งในด้านอายุที่พบบ่อย อาการสำคัญ การส่ง

ตรวจที่นำไปสู่การวินิจฉัย ผลการรักษา โดยเฉพาะการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร และภาวะแทรกซ้อน

เนื่องจากรายงานนี้เป็นรายงานที่ทำการศึกษาย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดในด้านข้อมูลของผู้ป่วย โดยเฉพาะความรุนแรงของโรคก่อนเข้ารับการรักษา ข้อมูลการเลือกวิธีการรักษาของแพทย์ ตลอดจนข้อมูลการประเมินและติดตามผลการรักษา แต่เนื่องจากรายงานนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคอะคาเลเชียค่อนข้างสูงดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคตได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการรักษาผู้ป่วยโรคอะคาเลเชียโดยการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูน

ผู้ประพันธ์	รูปแบบการศึกษา	จำนวน (ราย)	ระยะเวลาติดตามผลการรักษา (เดือน)	ผลการตอบสนองต่อการรักษา (ร้อยละ)	หมายเหตุ
Reynolds ⁴	Review	1,363		60-85	
Ferguson ²³	Review	899		70.80	Perforation 1.4%
Wehrmann ²⁴	Prospective	40	5	87.50 (ที่ 6 สัปดาห์)	Perforation 2%
Khandelwal ²⁵	Prospective	67	15 (เฉลี่ย 4.9)	45 (ที่ 5 ปี)	Perforation 1.5%
Katz ²⁸	Retrospective	72	1-25 (เฉลี่ย 6.8)	85	
Gideon ²⁷	RCT*	24	1	92	Perforation 4.2%
Becker ²⁹	RCT*	35	11	82-90	Perforation 2.5%
West ³⁰	Retrospective	81	12	59	Perforation 2.6%
This study	Retrospective	60	8	33.30	

*RCT = Randomized controlled trials

ตารางที่ 6 แสดงผลการรักษาผู้ป่วยโรคอะคาเลเชียโดยการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารโดยวิธีเปิดช่องอก

ผู้ประพันธ์	รูปแบบการศึกษา	จำนวน (ราย)	ระยะเวลาติดตามผลการรักษา (เดือน)	ผลตอบสนองต่อการรักษา (ร้อยละ)	หมายเหตุ
Richter ²	Prospective	45	2-10	79	
Black ³¹	Prospective	108	4	81	
Hirashima ³²	Prospective	73	0.5	88	
Okike ³³	Retrospective	200	3-11	90	Reflux 3%
Ellis ³⁴	Retrospective	60	1-9.5	84	Reflux 3%
Reynolds ⁴	Review	1,603	2-7.8	82	Reflux 11%
Ferguson ²³	Review	1,199		89.20	Reflux 10%
Ellis ³⁸	Retrospective	179	6-20	89	Reflux 5%
This study	Retrospective	33	6-24	97	

ตารางที่ 7 แสดงผลการศึกษาผู้ป่วยโรคอะคาเลเซียในประเทศไทย

ผู้ประพันธ์	จำนวน (ราย)	อายุ (ปี)	อาการสำคัญ	การวินิจฉัย	การรักษา
ระเปียบ ฤกษ์เกษม ⁴¹	1	29	- กลืนลำบาก - สำรอก - แน่นหน้าอก	- เอกซเรย์แบเรียม	- ยากิน - ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
ปราโมทย์ พรพิบูลย์ ⁴²	18	21-60	- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
สาโรจน์ วรรณพฤกษ์ ⁴³	1	48	- อาเจียน	- เอกซเรย์แบเรียม	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
ศรีประไพ แก้วโรจน์ ⁴⁴	1	40	- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม	- ถ่างขยายด้วยบอลลูน
วัฒนชัย สุขะตานนท์ ⁴⁵	3	เฉลี่ย 37.67	- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
ทวีศักดิ์ วรรณารถ ⁴⁶	1	75	- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
ธีรพล เจนวิทยา ⁴⁷	1	38	- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
เพิ่มพูน วงศ์เจริญ ⁴⁸	3	เฉลี่ย 38	- กลืนลำบาก - ไข้	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
อภิณพ จันทร์วิทัน ⁵	14	เฉลี่ย 43.40	- กลืนลำบาก - สำรอก	- เอกซเรย์แบเรียม	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
บัญชา โอวาทพารพร ⁵⁰	3	เฉลี่ย 35.33			- ถ่างขยายด้วยบอลลูน
พรชัย บุญแสง ⁵¹	5	เฉลี่ย 52.40	- กลืนลำบาก - ไอ - จุกแน่น	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
เชาว์ สุระดม ⁵²	2	24, 42	- กลืนลำบาก - จุกแน่น	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
สมชัย จันทร์สว่าง ⁵³	1	57	- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ส่องกล้องผ่าตัด เปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
สุกิจ พึ่งเกษมสุนทร ⁵⁴	5		- กลืนลำบาก - สำรอก	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
วิชัย เบญจชลมาศ ⁵⁵	14		- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ถ่างขยายด้วยบอลลูน
เพชร เกษตรสุวรรณ ⁵⁶	2		- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ส่องกล้องผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร
รายงานนี้	60		- กลืนลำบาก	- เอกซเรย์แบเรียม - ส่องกล้องหลอดอาหาร	- ถ่างขยายด้วยบอลลูน - ผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหาร

สรุป

ข้อมูลผู้ป่วยโรคอะคาเลเซียในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในด้านช่วงอายุที่พบบ่อย อาการสำคัญ การส่งตรวจที่นำไปสู่การวินิจฉัย วิธีการรักษา ผลการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการรักษา มีความใกล้เคียงกับรายงานอื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยกเว้นการรักษา

โดยวิธีการถ่างขยายหลอดอาหารด้วยบอลลูนยังมีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างน้อย ส่วนการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปิดกล้ามเนื้อหลอดอาหารเป็นวิธีการรักษาที่มีอัตราการตอบสนองต่อการรักษามากที่สุดและมีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. Peters JH, DeMeester TR. Esophagus and Diaphragmatic Hernia. Principles of surgery, 7th ed. New York: MacGraw-Hill; 1998;1:1126.
2. Richter JE. Seminar in oesophageal motility disorders. Lancet 2001;358:823-8.
3. Podas T, Eaden J, Mayberry M, Mayberry J. Achalasia: a critical review of epidemiological studies. Am J Gastroenterol 1998;93:2345-7.
4. Reynolds JC, Parkman HP. Achalasia. Gastroenterol Clin North Am 1989;18:223-55.
5. อภิณพ จันทรวีทนต์, พุฒศักดิ์ พุทธิวิบูลย์, ปรีชา นิमितพันธ์วงศ์. โรคอะคาเลเชียของหลอดอาหาร: ประสบการณ์การผ่าตัดรักษา. สารศิริราช 2531;40:25-30.
6. Patti MG, Way LW. Evaluation and treatment of primary esophageal motility disorders. West J Med 1997;166:263-9.
7. Alrakawi A, Clouse RE. The changing use of esophageal manometry in clinical practice. Am J Gastroenterol 1998;93:2359-62.
8. The Society of Thoracic Surgeons [homepage on the Internet]. Chicago: The Society of Thoracic Surgeons; c2000 [updated 2000 Jan 26; cited 2002 Feb]. Available from: <http://www.sts.org/doc/4120.html>
9. Adler DG, Romero Y. Primary esophageal motility disorders. Mayo Clin Proc 2001;76:195-200.
10. Berger K, McCallum RW. Nifedipine in the treatment of achalasia. Ann Intern Med 1982;96:61-2.
11. Gelfond M, Rozen P, Gilat T. Isosorbide dinitrate and nifedipine treatment of achalasia: a clinical, manometric and radionuclide evaluation. Gastroenterology 1982;83:963-9.
12. Traube M, Dubovik S, Lange RC, MacCallum RW. The role of nifedipine therapy in achalasia: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Am J Gastroenterol 1989;84:1259-62.
13. Triadafilopoulos G, Aaronson M, Sackel S, Burakoff R. Medical treatment of esophageal achalasia. Double-blind, crossover study with oral nifedipine, verapamil and placebo. Dig Dis Sci 1991;36:260-7.
14. Jankovic J, Brin MF. Therapeutic uses of botulinum toxin. N Engl J Med 1991;324:1186-94.
15. Pasricha PJ, Ravich WJ, Hendrix TR, Sostre S, Jones B, Kalloo AN. Intrasphincteric botulinum toxin for the treatment of achalasia. N Engl J Med 1995;332:774-8.
16. Pasricha PJ, Rai R, Ravich WJ, Hendrix TR, Kalloo AN. Botulinum toxin for achalasia: long-term outcome and predictors of response. Gastroenterology 1996;110:1410-5.
17. Bhutani MS. Gastrointestinal uses of botulinum toxin. Am J Gastroenterol 1997;92:929-33.
18. Cuilliere C, Ducrotte P, Zerbib F, Metman EH, de Looze D, Guillemot F, et al. Achalasia: outcome of patients treated with intrasphincteric injection of botulinum toxin. Gut 1997;41:87-92.
19. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Technology assessment status evaluation: botulinum toxin therapy in gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 1998;47:569-72.
20. Annese V, Bassotti G, Coccia G, Dinelli M, D'Onofrio V, Gatto G, et al. A multicentre randomized study of intrasphincteric botulinum toxin in patients with esophageal achalasia. Gut 2000;46:597-600.
21. Wen ZH, Gardener E, Wang YP. Nitrates for Achalasia. Cochrane Database Syst Rev 2002;4:CD002299.
22. Vantrappen G, Hellemans J. Treatment of Achalasia and related motor disorders. Gastroenterology 1980;79:144-54.
23. Saucer L, Pellegrini CA, Way LW. The treatment of Achalasia: a current perspective. Arch Surg 1989;124:929-31.
24. Ferguson MK. Achalasia: current evaluation and therapy. Ann Thorac Surg 1991;52:336-42.
25. Wehrmann T, Jacobi V, Jung M, Lembcke B, Caspary WF. Pneumatic dilation in achalasia with a low-compliance balloon: results of a 5-year prospective evaluation. Gastrointest Endosc 1995;42:31-6.
26. Khandelwal M, Ouyang A. Pneumatic dilation for achalasia: are all complications revealed? Gastrointest Endosc 1997;45:437-9.

27. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Esophageal dilation. *Gastrointest Endosc* 1998;48:702-4.
28. Gideon RM, Castell DO, Yarze J. Prospective randomized comparison of pneumatic dilatation technique in patients with idiopathic achalasia. *Dig Dis Sci* 1999;44:1853-7.
29. Katz PO, Gilbert J, Castell DO. Pneumatic dilatation is effective long-term treatment for achalasia. *Dig Dis Sci* 1998;43:1973-7.
30. Becker K, Biesenbach S, Erckenbrecht JF, Frieling T. Effect of balloon compliance on symptomatic success of pneumatic dilation in achalasia patients. *Z Gastroenterol* 2001;39:831-6.
31. West RL, Hirsch DP, Bartelsman JF, de Brost J, Ferwerda G, Tytgat GN, et al. Long term results of pneumatic dilation in achalasia followed for more than 5 years. *Am J Gastroenterol* 2002;37:1346-51.
32. Black J, Vorbach AN, Collis JL. Results of Heller's operation for achalasia of the oesophagus: the importance of hiatal repair. *Br J Surg* 1976;63:949-53.
33. Hirashima T, Sato H, Hara T, Nakamura H, Kawamura I, Takeuchi H, et al. Results of esophagocardioplasty with gastric patch in the treatment of esophageal achalasia. *Ann Surg* 1978;188:38-42.
34. Okike N, Payne WS, Neufeld DM, Bernatz PE, Pairolero PC, Sanderson DR. Esophagomyotomy versus forceful dilation for achalasia of the esophagus: results in 899 patients. *Ann Thorac Surg* 1979;28:119-25.
35. Ellis FH Jr, Gibb SP, Crozier RE. Esophagomyotomy for achalasia of the esophagus. *Ann Surg* 1980;192:157-61.
36. Bonavina L, Nosadini A, Bardini, R, Baessato M, Peracchia A. Primary treatment of esophageal achalasia. Long-term results of myotomy and Dor fundoplication. *Arch Surg* 1992;127:222-6.
37. Pelligrini C, Wetter LA, Patti M, Leichter R, Mussan G, Mori T, et al. Thoracoscopic esophagomyotomy. Initial experience with a new approach for the treatment of achalasia. *Ann Surg* 1992;216:291-6.
38. Hill AD, Walsh TN, Hamilton D, Freyne P, O'Hare N, Byrne PJ, et al. Erythromycin improves emptying of the denervated stomach after oesophagectomy. *Br J Surg* 1993;80:879-81.
39. Ellis FH Jr. Oesophagomyotomy for achalasia: a 22-year experience. *Br J Surg* 1993;80:882-5.
40. Swanstrom LL, Pennings J. Laparoscopic esophagomyotomy for achalasia. *Surg Endosc* 1995;9:286-90.
41. Ancona E, Anselmino M, Zaninotto G, Costantini M, Rossi M, Bonavina L, et al. Esophageal achalasia: laparoscopic versus conventional open Heller-Dor operation. *Am J Surg* 1995;170:265-70.
42. ระเบียบ ฤกษ์เกษม. การถ่างของอีโซฟาิกส์โดยไม่ทราบสาเหตุ: รายงานผู้ป่วย 1 ราย. *จ.พ.ส.ท.* 2501;41:171-7.
43. ปราโมทย์ พรพิบูลย์. Evaluation of the Heller's operation in the treatment of achalasia of the oesophagus (at the Siriraj Hospital). *จดหมายเหตุทางการแพทย์* 2511;51:1-11.
44. สาโรจน์ วรรณพฤกษ์, ชูเกียรติ อัครวานิชย์, สมชัย บวรกิตติ. อะมาเลเสี่ย. *สารศิริราช* 2516;25:1777-80.
45. ศรีประไพ แก้วโรจน์, วิไลพร โพธิสุวรรณ, บุญ วนาสิน, สมชัย บวรกิตติ. อะมาเลเสี่ยรายแปลก. *สารศิริราช* 2522;31:380-5.
46. วัฒนชัย สุขะตานนท์. Esophageal achalasia. *นิตยสารสมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย* 2525;25:1-12.
47. ทวีศักดิ์ วรรณารณ. Achalasia of esophagus. *นิตยสารสมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย* 2526;26:92-7.
48. อีรพล เจนวิทยา. อะคาเลเซีย. *สรรพสิทธิเวชสาร* 2528;6:1-6.
49. เพิ่มพูน วงศ์เจริญ. อะคาเลเซียของหลอดอาหาร: รายงานผู้ป่วย 1 ราย. *วารสารกรมการแพทย์* 2528;10:657-60.
50. บัญชา โอวาทพารพร, สมศรี แก้วเอี่ยม, อำนาจ รัตนบุรี, จำปี บุญตามช่วย. Pneumatic bag for the dilatation of achalasia: report of self constructed pneumatic bags using the available materials. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2531;6:359-62.

51. พรชัย บุญแสง. Achalasia ของหลอดอาหาร: รายงานผู้ป่วย 5 ราย. วารสารแพทย์เขต 2534;10:271-6.
52. เข้าว สุระอุดม. Esophageal achalasia: report of 2 cases. วิชาการแพทย์เขต 6 2535;6:231-7.
53. สมชาย จันทร์สว่าง. Imaged thoracoscopic esophagomyotomy. Thai J Surg 1992;13:72.
54. สุกิจ พึ่งเกศสุนทร. การผ่าตัดรักษาผู้ป่วย Achalasia ที่โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 2538;20: 27-34.
55. วิชัย เบญจชลมาศ. Pneumatic dilatation in achalasia cardia. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2538;39:531-5.
56. เพชร เกษตรสุวรรณ. Thoracoscopic esophagomyotomy for treatment of achalasia (abstract). แพทยสารทหารอากาศ. 2539;42:S8.