

ผลการรักษา Long Gap Esophageal Atresia: 5-Year Follow up

ดวงตา อ่อนสุวรรณ พ.บ.*

บทคัดย่อ

ที่มาของรายงาน: Esophageal atresia และ tracheoesophageal fistula เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบได้ไม่บ่อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีส่วนน้อยที่ esophagus ส่วนต้น และส่วนปลายอยู่ห่างกันมาก (long gap) ไม่อาจทำ primary anastomosis ได้ การผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหลายวิธี แต่ละวิธีมีความยากและข้อดีข้อเสียต่างกันไป นอกจากความยากของวิธีผ่าตัดแล้ว ผลการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เป็นสิ่งที่ควรนำมาประกอบการตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกันของผู้ป่วยแต่ละราย **วัตถุประสงค์:** เพื่อแสดงผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งใช้วิธีผ่าตัดต่างกัน และเสนอเทคนิคการผ่าตัดเพื่อวางแผนแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อลดการผ่าตัดซ้ำ **ผู้ป่วยและวิธีการ:** ศึกษาและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำนวน 8 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างปีพ.ศ. 2536 ถึง 2545 ผู้ป่วย 3 ราย ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Livaditis, 1 ราย ด้วยวิธี gastric tube และ 4 รายด้วยวิธี colon interposition ระยะเวลาติดตามผลการรักษาตั้งแต่ 5-7 ปี ประเมินผลการรักษา โดยสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง และจากบันทึกการตรวจของแพทย์ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยแสดงผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายในเรื่อง ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ สังคม และการดูแลที่บ้าน จัดระดับผลการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และไม่ดี โดยให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการทางระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และคุณภาพชีวิต **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยทุกรายหายเป็นปกติภายใน 5 ปีหลังผ่าตัด กลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธี colon interposition มีอาการเด่นในระบบทางเดินอาหาร คือ กลืนลำบาก ขย้อน อาเจียน และอุจจาระร่วง ใช้เทคนิคการคาสาย nylon ไว้ในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารผู้ป่วยเพื่อเป็น guide ในการขยายหลอดอาหารและให้ผลการรักษาที่ดี กลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธี Livaditis มีอาการเช่นเดียวกัน แต่ปรากฏชัดเจนใน 2 ปีหลังผ่าตัด ตามพยาธิสภาพและชนิดอาหารที่กิน ผู้ป่วยที่ผ่าตัดใช้ gastric tube conduit มีอาการเช่นเดียวกัน และมีอาการของ pressure effect ด้วย ผู้ป่วยทุกกลุ่มมีอาการในระบบทางเดินหายใจเหมือนกัน คือ bronchitis และ pneumonia ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล อาการอื่นคือ ไอ หายใจถี่ และหายใจเสียงดัง คุณภาพชีวิตของทุกรายอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจ และเป็นปกติในปีที่ 5 หลังผ่าตัด **สรุป:** การรักษาร่วมกันของผู้ป่วย long gap esophageal atresia เป็นงานที่ท้าทาย จากการประเมินผลการรักษาในระยะยาวแสดงให้เห็นว่าการวางแผนการรักษาที่ดีและเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว

*หน่วยศัลยกรรมเด็ก กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

ABSTRACT: Results of Patients Operated on for Long Gap Esophageal Atresia: 5-Year Follow up

Duangta Ornsuwan, M.D.

Division of Pediatric Surgery, Department of Surgery, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital,
Nakhon Ratchasima, 30000*Nakhon Ratch Med Bull 2002; 26:75-81.*

Background: Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula are rare congenital anomalies. Among these, long gap atresia is scarcely seen and primary anastomosis could not be done. Many operative procedures were designed for these patients, none is ideal method. Postoperative sequelae are common. Factors that should be concerned for management plan include difficulty of procedures, outcomes that effected on quality of life for the patients and their families.

Objectives: The aims of this report were to evaluate the long term results of each patient, operated on with different procedures and to introduce the technique designed to correct postoperative complications.

Patients and Methods: Eight patients with long gap esophageal atresia were treated at Maharat Nakhon Ratchasima hospital during 1993 and 2002, three patients were operated with Livaditis's operation, one gastric tube conduit and four colon interposition. Length of follow up was 5 to 7 years. The results were evaluated by interviewing and medical record studying focused on respiratory and gastrointestinal problems, quality of life in psychosocial and home health care. The outcomes were grouped into 3 categories: good, moderate and poor, scoring by severity of respiratory, gastrointestinal symptoms and quality of life.

Results: All patients became normal life within 5 years post operation, Significant gastrointestinal symptoms in colon interposition group are dysphagia, regurgitation, vomiting and diarrhea. Useful technique for postoperative dilatation was to guide with nylon left in esophagus and stomach. Same sequelae were found among Livaditis group, critically by 2 years postoperation due to pathology and kinds of food intake. Only one patient operated by gastric tube conduit suffered with the same sequelae, added with pressure symptoms. Respiratory problems presented in all patients; bronchitis and pneumonia, hospitalization was needed in the first year. Other symptoms were cough and short breath. Their quality of life are acceptable and became normal within 5 years.

Conclusion: Management for long gap atresia is challenging. Long term evaluation showed that good planning and optimal procedure resulted in excellent outcome.

Esophageal atresia with or without tracheoesophageal fistula จัดเป็น rare congenital anomalies มีอุบัติการณ์ 1:4,500 ถึง 1:2,500 ของทารกคลอดมีชีวิต เป้าหมายของการรักษาคือ ความสำเร็จในการทำ primary anastomosis ของ esophagus ซึ่งสามารถทำได้ในผู้ป่วยส่วน

ใหญ่และให้ผลการรักษาที่ดี แต่บางรายไม่อาจทำ primary anastomosis ได้ในทันที เช่น ผู้ป่วยที่มีช่วงห่างระหว่างหลอดอาหารส่วนต้นและส่วนปลายยาวมาก (1.5-2 ซม. หรือมากกว่า) อาจจำเป็นต้องผ่าตัดมากกว่าหนึ่งครั้ง และอาจต้องนำทางเดินอาหารส่วนอื่นมาใช้

แทน esophagus การวางแผนการรักษาและเลือกวิธีผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นงานที่ทำหายเพราะนอกจากต้องคำนึงถึงความยาก และโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการผ่าตัดแล้ว การติดตามผลและประเมินผลการรักษาในระยะยาวก็มีความสำคัญมากเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายจะมีปัญหาหลังผ่าตัดเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจและสังคม และการดูแลที่บ้าน รายงานนี้มีจำนวนผู้ป่วยไม่มากพอที่จะวิจัยในเชิงสถิติ จึงนำเสนอผลการรักษาเป็นราย ๆ และเสนอเทคนิคการผ่าตัดเพื่อป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยและวิธีการ

ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2536 ถึง มีนาคม 2545 มี

ผู้ป่วย esophageal atresia with or without tracheoesophageal fistula รับประทานในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จำนวน 22 ราย มีผู้ป่วย 8 ราย ที่จัดอยู่ในกลุ่ม long gap และมีระยะเวลาติดตามผลการรักษา มากกว่า 5 ปี มีข้อมูลเบื้องต้นของแต่ละรายตามตารางที่ 1

ผู้ป่วย esophageal atresia type I (isolated esophageal atresia) ทั้ง 4 ราย ได้รับการวางแผนการรักษาเหมือนกันคือ ทำ cervical esophagostomy และ gastrostomy ตั้งแต่อายุ 2 วัน และผ่าตัดทำ colon interposition เมื่ออายุ 9 เดือน นอกจากรายที่ 1 ซึ่งผู้ป่วยสุขภาพไม่แข็งแรง ได้ทำผ่าตัด colon interposition เมื่ออายุ 2 ปี และมีภาวะแทรกซ้อน คือ anastomosis leak บริเวณคอ (รูปที่ 1) และ stricture anastomosis บริเวณที่ต่อกับกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยอาการดีขึ้นโดย conservative treatment

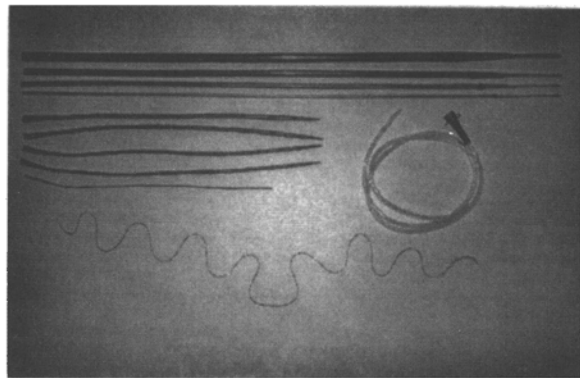
ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย

รายที่	ชนิดของโรค (type)	เวลาเกิดตามผล (ปี)	ผ่าตัดครั้งที่ 1		อายุ (เดือน)	ผ่าตัดครั้งที่ 2				ความผิดปกติที่พบร่วม
			น้ำหนักตัว (กรัม)	การผ่าตัด		น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	การผ่าตัด	เวลาที่ใช้ (ชั่วโมง)	LOS (วัน)	
1	I	7	2,300	Gastrostomy + esophagostomy	27	11	Colon Interposition	5	270	-
2	I	7	2,750	Gastrostomy + esophagostomy	9	6	Colon interposition	5	90	-
3	III	7	2,600	Livaditis + gastrostomy	-	-	-	-	-	Radius deformity
4	III	6	2,500	1° anastomosis + gastrostomy	11	7	Gastric tube	5.5	403	Imperforate anus
5	III	6	2,410	Livaditis + gastrostomy	-	-	-	-	-	Down's syndrome
6	I	5	2,100	Gastrostomy + esophagostomy	9	7	Colon interposition	5	90	-
7	III	5	2,450	Livaditis + gastrostomy	-	-	-	-	-	-
8	I	5	2,500	Gastrostomy + esophagostomy	9	6	Colon interposition	5	60	-



รูปที่ 1 ภาพถ่ายรังสี แสดง anastomosis leak ในผู้ป่วยรายที่ 1

ไม่ได้ผ่าตัดซ้ำ นอกจากการขยายทางเดินอาหารเป็นครั้งคราวติดต่อกันเป็นระยะเวลา 7 ปี จนอาการดีเป็นปกติ จึงหยุดการขยายทางเดินอาหาร ผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีตัวอย่างที่ส่งเสริมให้พัฒนาเทคนิคการเตรียมการเพื่อขยายหลอดอาหารหลังผ่าตัด colon interposition อย่าง



รูปที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการขยายหลอดอาหารหลังผ่าตัด

ปลอดภัย

เนื่องจากลำไส้ใหญ่ที่นำมาใช้แทนหลอดอาหารมีลักษณะโครงสร้างที่เสี่ยงต่อการทะลุหรือฉีกขาด หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการขยายทางเดินอาหารหลังผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือขยายหลอดอาหารปกติแบบ blind method ด้วยประสบการณ์จากการรักษาผู้ป่วยรายที่ 1 จึงได้พัฒนาเทคนิคเพื่อเตรียมการลดความเสี่ยงในการขยายหลอดอาหารในผู้ป่วยรายต่อ ๆ มา โดยการใช้สาย nylon ทิ้งค้างไว้ทางเดินอาหารผู้ป่วยตั้งแต่ จมูก ลำคอ ส่วนของ colon interposition และกระเพาะอาหาร โดยนำปลายของสาย nylon ออกมาทาง gastrostomy wound ผูกปลาย nylon เข้าด้วยกัน และใช้เป็น guide ในการผ่าตัดขยายหลอดอาหาร จากปากถึงกระเพาะอาหาร อย่างปลอดภัยไม่เกิดการทะลุหรือ false tract เครื่องมือที่ใช้ดังแสดงในรูปที่ 2

ผู้ป่วย esophageal atresia type III (proximal esophageal atresia and distal tracheoesophageal fistula) 3 ราย ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีของ Livaditis ร่วมกับการทำ gastrostomy ขณะอายุ 2 วัน อีก 1 รายได้พยายามทำ primary anastomosis ในการผ่าตัดครั้งแรก แต่มีภาวะแทรกซ้อนคือ รั่วและจำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำ จึงเลือกใช้วิธี gastric tube conduit และเป็นผู้ป่วยรายเดียวที่ใช้วิธีผ่าตัดแบบนี้

การศึกษาติดตามประเมินผลการรักษา ใช้วิธีสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และจากบันทึกของแพทย์ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ประเด็นของการประเมินผล ได้แก่ ปัญหาของระบบทางเดินหายใจ (เช่น ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย และหายใจเสียงดัง เป็นต้น) ปัญหาของระบบทางเดินอาหาร (เช่น กลืนลำบาก ขย้อน อาเจียน และอุจจาระร่วง เป็นต้น) และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (เช่น การเจริญเติบโต พัฒนาการตามวัย อารมณ์ การดำรงชีวิตปกติประจำวัน และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น) โดยประเมินผลเป็นระยะเวลาหลังผ่าตัดแต่ละปีติด

ต่อกัน 5 ปี จัดเป็น 3 ระดับ คือ ผลไม่ดี (ต้องการการรักษา) ปานกลาง (มีอาการพอรับได้) และผลการรักษาดี (no complaint)

รายละเอียดการให้คะแนนของแต่ละระบบคือ ระบบทางเดินหายใจจัดลำดับความรุนแรง เป็นคะแนน 0-5 คือต้องรับไว้ในโรงพยาบาล มาพบแพทย์บ่อยครั้ง มาพบแพทย์เมื่อมีอาการ มาตามนัดของแพทย์ ใช้ระบบบริการสุขภาพอื่น และไม่มีอาการ ระบบทางเดินอาหาร ให้คะแนน 0-3 โดยพิจารณาจากความจำเป็นที่จะต้องรับสารอาหารโดยวิธีอื่น ความจำเป็นที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ความถี่และความรุนแรงของอาการ นอกจากอาการเฉพาะของ 2 ระบบนี้แล้ว อาการทั่วไปอื่น ๆ เช่น การเจ็บปวด อาการแสบร้อน เป็นต้น จัดอยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งจัดลำดับคะแนนเป็น 0-2 ตามความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ดูแล และความเห็นทางการแพทย์ ระดับดี คะแนน 8-10, ปานกลาง คะแนน 5-8, ไม่ดี คะแนน <5

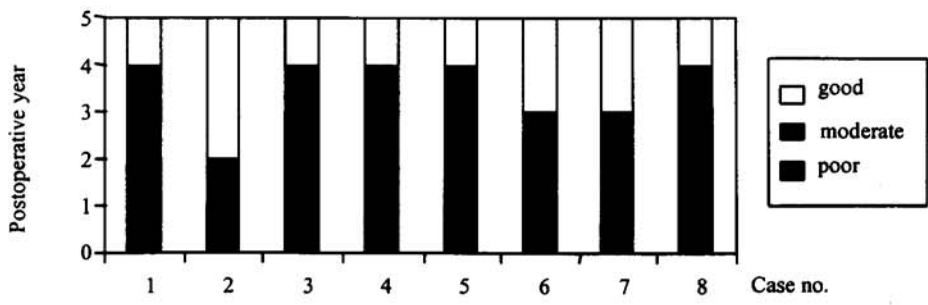
ผลการศึกษา

ผลการรักษาในภาพรวมแสดงในรูปที่ 3 กลุ่มผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด colon interposition อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารจะปรากฏชัดเจนในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะใน 1-2 ปีแรกหลังผ่าตัด อาการเด่นคือ กลืนลำบาก ขย้อน อาเจียน และอุจจาระร่วง ตามลำดับ อาการเหล่านี้ค่อยๆ

ลดลงในปีต่อ ๆ มา และทุกรายไม่ปรากฏอาการอีกใน 5 ปีหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ ริวบริเวณคอ และตีบบริเวณกระเพาะอาหาร ดังแสดงในภาพรังสีรูปที่ 1 ต้องการการขยายอย่างระมัดระวังตามเทคนิคที่เสนอไว้ข้างต้น อาการและผลการรักษาในภาพรวมจึงดีขึ้นช้า และหายเป็นปกติในปีที่ 5 หลังผ่าตัดเช่นกัน

อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เปรียบเทียบกับระบบทางเดินอาหารแล้วมีความรุนแรงน้อยกว่า แต่ทุกรายมีอาการของปอดอักเสบ และหลอดลมอักเสบ ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งในปีแรกหลังผ่าตัด อาการเหล่านี้ดีขึ้นอย่างรวดเร็วในปีต่อมา อาการอื่นที่พบทุกรายคือ หายใจตื้นหายใจมีเสียงดัง มี occasional wheezing อาการที่คงอยู่ และหายช้าที่สุด คือ อาการไอ ซึ่งความรุนแรงไม่มากนัก ผู้ป่วยทุกรายหายเป็นปกติในปีที่ 5 หลังผ่าตัด

คุณภาพชีวิต การเจริญเติบโต และการพัฒนาการตามวัยอยู่ในเกณฑ์ปกติระดับต่ำ (low normal) มีต่ำกว่าเกณฑ์น้อยราย และดีขึ้นในปีต่อ ๆ มา ทางด้านอารมณ์และการดำรงชีวิตประจำวัน ในปีแรก ซึ่งมีอาการชัดเจนหลายอย่าง ข้อมรบนกนภาวะทางอารมณ์และครอบครัว สังคมมาก โดยเฉพาะรายที่ 1 พบพฤติกรรมของอารมณ์กลัว เกรี้ยวกราด ซึ่งค่อย ๆ ดีขึ้น จนในปีที่ 5 อาการน้อย



รูปที่ 3 ผลการรักษาในภาพรวม

ลงชัดเจน และอยู่ในเกณฑ์พึงรับได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกรายจะมีสาย nylon ติดตัวในช่วงปีแรก จนแน่ใจว่าไม่ต้องขยายหลอดอาหารต่อไปอีกแล้วจึงเอาออก ภาชนะนี้ช่วยสร้างการแปลกแยกในสังคมเด็กและครอบครัว ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้ดูแลได้ให้ความมั่นใจว่าไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม

กลุ่มผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Livaditis อาการทางระบบทางเดินอาหารเป็นผลจากวิธีการผ่าตัดแบบนี้ ทำให้เกิดการอ่อนแอและโป่งพองของผนังหลอดอาหารส่วนที่ทำ myotomy หลังผ่าตัด 1-2 ปีแรก ที่ผู้ป่วยยังคงมีนมเป็นอาหารหลัก อาการแสดงจะไม่ชัดเจนเท่าที่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอื่น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ตอบสนองดีต่อการขยายหลอดอาหารเป็นครั้งคราว และอาการค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติในปีที่ 5 หลังผ่าตัด

อาการทางระบบทางเดินหายใจ ทั้ง 3 รายมีอาการในรูปแบบเดียวกัน คือ ไอ หายใจเสียงดังทั้งจากมีเสมหะมากและมีเสียง wheezing อาการคงอยู่นาน 2-3 ปี ทุกรายมีอาการ bronchitis และ pneumonia เป็นครั้งคราว

คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้ผ่าตัดเพียงครั้งเดียวตอนแรกเกิด นอกจากการให้อาหารทางสายยาง หลังผ่าตัดช่วงแรกที่ยังกินเองไม่พอแล้ว ในระยะต่อมาสภาพร่างกายเหมือนเด็กปกติคนอื่นคุณภาพชีวิตจึงขึ้นกับความรุนแรงของอาการทางระบบทางเดินหายใจ และทางเดินอาหาร และสภาพแวดล้อม การดูแลที่บ้านของแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกันบ้าง โดยสรุปผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัยได้ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ป่วยรายเดียวที่ผ่าตัดโดย gastric tube conduit อาการเกิดจากลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของกระเพาะอาหารที่มาอยู่ผิดที่ อาการเด่นจึงได้แก่ ขย้อน อาเจียน กินบ่อยเพราะกินได้คราวละไม่มาก หายใจถี่ เป็น bronchitis บ่อย แสบและแน่นหน้าอก เป็นต้น อาการเหล่านี้คงอยู่นานหลายปี และค่อย ๆ ดีขึ้นโดยการปรับตัวของผู้ป่วยเอง การจัดทำทางหลังกินอาหาร

และการปฏิบัติพยาบาลอย่างเข้าใจของผู้ดูแล โดยสรุปคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรายนี้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ส่วนหนึ่งมีผลจากเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวเอื้ออำนวยต่อการดูแลที่บ้าน

วิจารณ์

สำหรับผู้ป่วย long gap esophageal atresia วิธีการที่เหมาะสมในการรักษายังคง controversy⁽¹⁾ แม้ว่าสิ่งที่ดีที่สุดคือ การทำ primary anastomosis ของ esophagus เอง แต่การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษายังขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ยังไม่มีการระบุว่าจะห่างเท่าไรที่จะเรียกว่าเป็น long gap แพทย์มีโอกาสทราบล่วงหน้าก่อนผ่าตัดหรือไม่ ระยะห่างของ esophagus ในผู้ป่วยแต่ละรายยาวเท่าไร อายุที่เหมาะสมในการผ่าตัดควรเป็นเท่าใดและระหว่างรอผ่าตัดควรมีการยืด esophagus เข้าหากันหรือไม่อย่างไร

ผู้ป่วย 8 รายของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มี 4 รายเป็น esophageal atresia type III ซึ่งแพทย์จะทราบว่าเป็น long gap เมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้ว อีก 4 รายเป็น esophageal atresia type I แม้อาจคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าเป็น long gap atresia แต่การวางแผนทำ primary anastomosis เมื่ออายุ 8 สัปดาห์ ก็มีข้อจำกัด คือ การ care ผู้ป่วย esophageal atresia ที่ยังไม่ทำ operative procedure ใด ๆ เพื่อลด secretion ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิด pneumonia และอาการผู้ป่วยเลวลงได้ ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย จึงได้รับการวางแผนแต่แรกที่จะใช้ทางเดินอาหารส่วนอื่นมาแทน esophagus จากผลการรักษาถือว่าประสบความสำเร็จในเบื้องต้น การศึกษาและติดตามผลในระยะยาวจะให้โอกาสในการพิจารณาถึงความเหมาะสมและความสมบูรณ์ของการรักษาอย่างเต็มที่ และนำไปสู่การพัฒนาเทคนิควิธีการเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ ร้อยละ 5 ของเด็กปกติที่อายุต่ำกว่า 3 ปี

มีอาการของ bronchitis ได้ถึง 3 ครั้งต่อปี⁽²⁾ บางรายงาน แสดงผลการรักษาของ esophageal atresia คือ ร้อยละ 78 มีอาการ bronchitis และเป็นมากภายใน 3 ปีแรก⁽³⁾ การกลืนลำบากจะพบได้ในผู้ป่วยทุกรายในปีแรกและค่อย ๆ ดีขึ้น รายงานนี้แสดงภาพ typical ของอาการทางระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร ที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดของผู้ป่วย esophageal atresia ผู้ป่วยทุกรายอาการดีขึ้นเป็นปกติภายใน 5 ปี หลังผ่าตัด กล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จในการวางแผนการรักษาทุกราย ผู้ป่วยที่ทำ colon interposition อาจมีปัญหาในการกลืนต่อเนื่องไปจนอายุมากกว่า 9 ปี หรือแม้แต่เข้าวัยผู้ใหญ่⁽⁴⁾ การใช้ gastric tube conduit ในบางรายงานพบว่ามีปัญหาทางการกลืนไม่มากแต่มีผลกระทบต่อ lung function มากกว่า⁽⁵⁾ รายงานที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่านี้และติดตามผลการรักษานานกว่านี้ พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและคงอยู่นานกว่าที่กล่าวมาได้

ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย ไม่มีปัญหาของ growth retard ในบางรายงานพบว่าการเจริญเติบโต อาจสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติได้^(6,7)

สรุป

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ และทางเดินอาหาร เป็นอาการเฉพาะที่ย่อมเกิดขึ้นได้ทุกราย การติดตามผลการรักษาในระยะยาว การประเมินคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยทั้ง 8

ราย ในรายงานนี้กล่าวได้ว่าประสบผลสำเร็จในการรักษาทุกราย แต่ควรศึกษาต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ยาวนานขึ้น และศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมอีกเช่น lung function test การดู motility ของทางเดินอาหารที่ใช้แทน esophagus เป็นต้น การพัฒนาเทคนิควิธีการรักษาเป็นสิ่งที่ควรคำนึงและกระทำต่อไปเพื่อผลการรักษาที่สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Myers NA, Eoin A. The esophagus. In: Mark MR, Kenneth. JW, Clifford DB, Eoin A, Judson GR, editors. Pediatric surgery. Chicago: YearBook Medical Publisher; 1979.p.461-6.
2. Miller FJW, Court, et al. Growing up in Newcastle Upon Tine. London: Oxford University Press; 1960.
3. Dudley NE, Phelan PD. Respiratory complications in long term survival of esophageal atresia. Arch Dis Child 1976; 51:279.
4. Eero S, Outi T, Tarja R, et al. Outcome of patients operated on for esophageal atresia: 30 years' experience. J Pediatr Surg 1998;33:1341-6.
5. Ure BM, Slany E, Eypasch EP, et al. Quality of life more than 20 years after repair of esophageal atresia. J Pediatr Surg 1998;33:51-5.
6. Ahmed A, Spitz L. The outcome of colonic replacement of the esophagus in children. Prog Pediatr Surg 1956;19:37-54.
7. Cheteuti P, Phelan PD. Gastrointestinal morbidity and growth after repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Arch Dis Child 1993;68:163-6.