

เนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็ก

(Malignant Tumor in Infancy and Childhood)

ดวงตา อ่อนสุวรรณ*

อุบัติการณ์ของการเกิดเนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็กมีไม่น้อย และมีแนวโน้มที่จะรักษาให้หายขาดยาก ทั้งนี้เนื่องมาจากความร้ายกาจของเนื้องอกแต่ละชนิดแล้ว สาเหตุสำคัญที่มีผลต่อการรักษาโรคนี้คือความเชื่อของพ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็ก และความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้องต่อกลุ่มโรคชนิดนี้ จึงทำให้เด็กได้รับการรักษาช้ากว่าที่ควร เพราะการรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้น ย่อมให้ผลการรักษาที่ดีกว่าและผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคได้

ในระยะเริ่มต้นของมะเร็งในเด็ก ส่วนมากไม่แสดงอาการผิดปกติอย่างอื่น นอกจากจะตรวจพบก้อนเนื้อที่ผิดปกติเท่านั้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ปกครองนำเด็กมาพบแพทย์ล่าช้า และถึงแม้เมื่อแพทย์แจ้งการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเด็กเป็นมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร็วแล้วก็ตาม ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีความลังเล และบางส่วนปฏิเสธการรักษาจนมะเร็งลุกลามออกไปมากแล้ว ทำให้การรักษามะเร็งในระยะ (stage) หลังๆ ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร

บุคลากรในด้านหน้าที่จะสัมผัสผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ได้แก่ กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไปและพยาบาลที่ประจำสถานีอนามัย หรือพยาบาลที่ออกเยี่ยมบ้านในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการค้นพบผู้ป่วย และให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาในขั้นต่อไป จึงควรได้ทราบถึง

อาการนำ ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค และการวางแผนการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้คำปรึกษาและสามารถอธิบายให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองเด็กเข้าใจได้ในเบื้องต้น และส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อโดยเร็ว

เด็กที่ตรวจพบว่ามีก้อนเนื้อผิดปกติในช่องท้อง ส่วนหนึ่งจะเป็นพวกที่มีตับและหรือม้ามโตจากสาเหตุต่างๆ เช่น โรคเลือดและที่พบมากในประเทศไทย โดยเฉพาะ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ โรคธาลัสซีเมีย นอกจากนั้น มะเร็งเม็ดเลือดบางชนิดก็ทำให้ตับม้ามโตเช่นกัน การตรวจพบก้อนเนื้อในช่องท้องในตำแหน่งที่ไม่ใช่ตับและม้ามนั้น ส่วนมากจะเป็นก้อนเนื้องอก และถ้าเป็น solid tumor (ก้อนเนื้องอกที่มีลักษณะทึบทั้งก้อน) ส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็ง¹ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็ว

เนื้องอกที่พบในช่องท้องมีหลายชนิด ทั้งที่เป็นลักษณะของ cyst หรือเนื้องอกชนิดร้ายแรง และไม่ร้ายแรง เนื้องอกร้ายแรงที่พบบ่อยในช่องท้อง ได้แก่

1. Wilms' tumor (nephroblastoma)
2. Neuroblastoma
3. Teratoma and malignant teratoma
4. Hepatoblastoma

* แพทย์หน่วยศัลยกรรมเด็ก กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

อาการสำคัญ เด็กที่ถูกนำมาพบแพทย์ มากกว่าร้อยละ 90 มาด้วยอาการท้องโต ท้องอืด และบางรายให้ประวัติว่า ท้องเป็นดานแข็งเมื่อตรวจร่างกายแล้วจึงทราบว่าท้องที่โตแข็งนั้น เป็นก้อนเนื้อที่ผิดปกติขนาดใหญ่และเด็กเกือบทั้งหมดจะยังดูมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย¹ บางรายตรวจพบเมื่อผู้ปกครองนำเด็กไปตรวจร่างกายแล้วจึงตัดสินใจตามกำหนดอายุ หรือเมื่อพยายาลออกเยี่ยมบ้านในเขตชุมชน เป็นต้น อาการอื่นๆ อาจจะมีได้ตามชนิดของเนื้องอก ซึ่งมักจะเป็นระยะที่เนื้องอกมีขนาดใหญ่หรือผ่านระยะที่ 1 ของโรคไปแล้ว เช่น มีไข้ ปวดท้อง หายใจลำบาก บัสสาวะหรืออุจจาระลำบาก ซึ่งเกิดจากเนื้องอกไปกด หรือมีบางรายมาด้วยอาการปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น

อาการแสดง ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีมากกว่าครึ่งหนึ่งที่อายุต่ำกว่า 2 ขวบ ซึ่งยังไม่สามารถบอกเล่าอาการเจ็บปวดของตนเองได้ ดังนั้นการถามประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงควรได้ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

อาการอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดเหล่านี้จะยังไม่พบในเด็กฯ นอกจากเด็กที่เป็นมะเร็งในระยะท้ายๆ เท่านั้น เพราะก้อนเนื้องอกที่ใหญ่ขึ้นมากอาจจะไปกดเบียดให้เด็กกินไม่ได้ หายใจลำบาก ชีพ และพอมลงอย่างชัดเจนได้

การตรวจร่างกายโดยละเอียดและจริงจัง จะทำให้การวินิจฉัยเนื้องอกในช่องท้องได้ถูกต้องในเบื้องต้น และสามารถจำแนกชนิดของเนื้องอกได้ก่อนเริ่มต้นการตรวจเพื่อวินิจฉัยในขั้นต่อไป เพราะเนื้องอกแต่ละชนิดมีลักษณะการแสดงของโรคแตกต่างกันไปตามตำแหน่งที่อยู่ ความชัดเจนของขอบเขตก้อน ความเรียบหรือขรุขระของพื้นผิวเนื้องอกแต่ละชนิด

การวินิจฉัยโรค หลักการในการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกร้ายแรงในช่องท้องคือต้องผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกนั้นออกให้เร็วที่สุด แต่ก่อนทำการผ่าตัดจำเป็นต้องมีการตรวจเพื่อวินิจฉัยหลายรายการ ในโรงพยาบาลของรัฐขั้นตอนการตรวจทั้งหมดนี้ใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ จากช่วงเวลาอันยาวนานนี้ อาจทำให้ผู้ปกครองของเด็กบางรายไม่รอเวลาเพื่อที่จะให้เด็กได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้นๆ และอาจจะนำเด็กย้ายไปรับการรักษาตามโรงพยาบาลอีกหลายๆ แห่ง

เพราะไม่เข้าใจในขั้นตอนของการตรวจรักษา โดยคิดว่าเด็กของตนเองควรได้รับการผ่าตัดในทันที มีบางรายย้ายถึง 4 โรงพยาบาล และใช้เวลาเกือบหนึ่งเดือน กว่าจะยอมกลับเข้ามารับการรักษา ซึ่งในขณะนั้น มะเร็งได้ลุกลามออกไปกว่าระยะแรกที่ตรวจพบมากแล้ว ดังนั้นพยายาลผู้ตรวจพบและส่งต่อผู้ป่วยคนแรกตลอดจนพยายาลประจำตึกควรพยายามอธิบายและทำความเข้าใจกับญาติหรือผู้ปกครองของเด็กให้ดี เพราะพยายาลมีโอกาสดีใกล้ชิดและคุ้นเคยกับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์จากผู้ป่วยหรือญาติฯ สามารถที่จะปรึกษาปัญหาได้โดยตรง

การวินิจฉัยแยกโรคและการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยโรค

1. การตรวจทางรังสีวิทยา

1.1 การถ่ายภาพรังสีปกติ

1.1.1 การถ่ายภาพรังสีของช่องท้อง ควรให้ครอบคลุมบริเวณทั้งหมดของเนื้องอกในท่าตรงและภาพด้านข้างเพื่อดูขอบเขตของเนื้องอก ส่วนภาพถ่ายด้านข้างจะช่วยบอกได้ว่า เนื้องอกโตอยู่ภายในช่องท้อง หรือเนื้องอกนั้นโตมาจากด้านหลังของช่องท้อง นอกจากนี้อาจพบลักษณะการทึบแสงรังสีผิดปกติ (calcification) ในบริเวณของเนื้องอก^{2,3,4} ซึ่งเนื้องอกแต่ละชนิดจะมีลักษณะการทึบแสงดังกล่าวนี้แตกต่างกันออกไป

1.1.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อดูว่ามีการกระจายของเนื้องอกไปที่ปอดหรือไม่ Wilms' tumor มีการกระจายของเนื้องอกไปที่ปอดได้บ่อยที่สุด^{4,5}

1.1.3 การถ่ายภาพกระดูกทั้งร่างกาย (bone survey) เพื่อดูการกระจายของเนื้องอกเช่นกัน neuroblastoma มีการกระจายไปที่กระดูกได้บ่อย^{3,6}

1.2 การถ่ายภาพรังสีพิเศษ คือการใส่สารทึบแสงเข้าไปในร่างกายก่อนถ่ายภาพรังสี ได้แก่

1.2.1 IVP คือการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อดูการทำงานของไตทั้ง 2 ข้าง ควรทำก่อนผ่าตัดทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกอยู่บริเวณส่วนกลางของช่องท้อง การตรวจ IVP นอกจากจะแสดงการทำงานของไตว่าปกติทั้ง 2 ข้างหรือไม่แล้ว ยังแสดงให้เห็นว่าเนื้องอกกดหรือเบียดไตที่ตำแหน่งไหน น่าจะเป็นเนื้องอกของอวัยวะใด อาจเป็นเหตุให้ไตทำงานไม่ได้ตามปกติ จน

ต้องผ่าตัดเอาไตออกและหากจะต้องตัดไตข้างที่ติดกับเนื้องอกออกไปแล้ว ไตข้างที่เหลือจะสามารถทำงานให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติได้หรือไม่

ในกรณี ที่เนื้องอกอยู่ก่อนมาทางช่วงล่างของช่องท้อง เนื้องอกอาจกดหรือเบียดท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้เสียหน้าที่และตำแหน่งที่อยู่ผิดปกติ ศัลยแพทย์ควรจะได้ทราบข้อมูลเหล่านี้ก่อนการผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงการทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะเหล่านี้

1.2.2 GI study and barium enema ไม่ได้ทำเป็นปกติทุกรายไป แต่จะเลือกทำเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน ปวดท้องมาก หรือถ่ายอุจจาระลำบาก เนื่องจากเนื้องอกไปกดหรือเบียดหรือกลุกลามทะลุเข้าไปถึงผนังของทางเดินอาหาร

1.3 การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ในปัจจุบันนี้มีการใช้อัลตราซาวด์กันอย่างแพร่หลาย ในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ได้ ผู้ป่วยเด็กเล็กที่การตรวจร่างกายตามปกติไม่แน่ชัดว่าก้อนเนื้อผิดปกติในช่องท้องหรือไม่ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ก็จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น ผลดีของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์คือไม่ทำให้เด็กเจ็บตัว ไม่มีอันตราย และให้ข้อมูลผลการตรวจได้ถูกต้องชัดเจนทั้งอวัยวะที่ปกติและไม่ปกติผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อผิดปกติในช่องท้อง การตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอวัยวะที่เกิดหรือที่เนื้องอกเบียดติดอยู่ ทำให้รู้ทั้งขนาดและรูปร่าง ตลอดจนรู้ว่าเป็นก้อนเนื้อทึบหรือมีของเหลวบรรจุอยู่เป็นต้น หากเป็นก้อนเนื้อทึบ (solid mass) โอกาสที่จะเป็นมะเร็งมีสูงมาก แต่ถ้ามีของเหลวบรรจุอยู่ (cystic mass) มักจะเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง เช่น โรค hydronephrosis โรค ovarian cyst เป็นต้น จากการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ อาจบอกระยะของโรคได้คร่าวๆ กล่าวคือ อาจเห็นต่อมน้ำเหลืองโตในช่องท้อง แสดงว่ามะเร็งกระจายออกไปไกลจากอวัยวะที่เกิดแล้ว และยิ่งดูได้อีกว่าอวัยวะอื่นๆ ในช่องท้องปกติหรือมีเนื้องอกกลุกลามแล้ว โดยปกติทั่วไปแล้วการตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้เกือบร้อยละ 100

1.4 การตรวจโดยเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางรังสีวิทยา เช่น CT scan หรือ MRI จะมีความแม่นยำในการวินิจฉัย

โรคสูงมาก แต่เป็นการตรวจที่มีความจำเป็นน้อยและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก แม้แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งก็ยังไม่สามารถให้บริการตรวจดังกล่าวนี้ได้ครบถ้วน จึงไม่เป็นที่แนะนำให้ทำการตรวจ เพราะมีการตรวจอื่นๆ ที่ช่วยการวินิจฉัยได้ดี สะดวกและทำได้ในโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง

2. การตรวจเลือด รายการที่จำเป็นต้องทำทุกราย ได้แก่

2.1 CBC

2.2 BUN, creatinine, uric acid

2.3 Liver function test

2.4 Alpha fetoprotein

ในสามรายการแรกทำการตรวจเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา ผลการตรวจที่ผิดปกติอาจจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค และแสดงให้เห็นว่าเนื้องอกกลุกลามไปที่อวัยวะอื่นใดแล้วบ้าง ระหว่างที่ทำการรักษาก็ต้องตรวจซ้ำในสามรายการแรกนี้เป็นระยะๆ ตามชนิดของโรคและอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อวางแผนการรักษาให้ได้ผลดีและไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ส่วนการตรวจ alpha fetoprotein ทำเฉพาะในรายที่สงสัยว่าจะเป็น hepatoblastoma ซึ่งพบว่ามีเอนไซม์ตัวนี้สูงกว่าปกติถึงสองในสามของผู้ป่วยโรคนี้^{7,8}

3. การตรวจปัสสาวะ

3.1 Urine examination ส่วนมากจะยังปกติ นอกจากในรายที่เนื้องอกกลุกลามเข้าไปถึงเนื้อไตและทะลุเข้าถึงกรวยไต อาจมีปัสสาวะเป็นเลือดชัดเจนหรือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ

3.2 Urine 24 hours for VMA เป็นการตรวจเฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็น neuroblastoma ซึ่งเนื้องอกชนิดนี้ส่วนใหญ่จะหลั่งสาร catecholamine และมีเมตาบอลิซึมเปลี่ยนแปลง เป็น VMA ออกมาทางปัสสาวะ การตรวจพบ VMA มีค่าลดลงหลังการรักษาในระยะแรกแล้ว มาตรวจพบค่าที่สูงขึ้นอีก แสดงว่าเนื้องอกกลับมาเจริญเติบโตขึ้นใหม่^{3,6} เป็นการพยากรณ์โรคและเตรียมการวางแผนในการรักษาต่อไป

4. การตรวจเซลล์ไขกระดูก neuroblastoma มักแพร่กระจายไปที่ไขกระดูกได้บ่อยๆ การตรวจพบเซลล์มะเร็งใน

ไขกระดูกจะช่วยบอกระยะของโรค และให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในระยะที่เนื้องอกมีขนาดใหญ่มาก จนเสี่ยงต่อการผ่าตัดนั้น ถ้าตรวจพบเซลล์มะเร็งในไขกระดูกแล้วจะให้การวินิจฉัยโรคและเริ่มต้นการรักษาด้วยยาและรังสีรักษาไปก่อนจนก้อนขนาดเล็กลงแล้วจึงไปทำผ่าตัดเอาก้อนออกภายหลัง ซึ่งวิธีการนี้ผู้ป่วยจะปลอดภัยกว่า³

กล่าวโดยสรุป การวินิจฉัยโรคของเนื้องอกในช่องท้องเป็นหน้าที่โดยตรงของแพทย์ แต่พยาบาลก็มีบทบาทสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยจากชุมชน และแนะนำตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์และดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล จึงควรได้ทราบขั้นตอนและเหตุผลของการตรวจเพื่อวินิจฉัย เพื่อจะได้ทำความเข้าใจให้แก่ตนเองและสามารถอธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบได้ ซึ่งจะทำให้แผนการรักษาผู้ป่วยดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

การวางแผนการรักษา ปัจจุบันมีวิธีการรักษามะเร็งให้หายขาดได้ โดยหลักการของการรักษาประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้สารเคมีบำบัด แต่เนื่องจากการรักษาแต่ละชนิดมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป ผู้ป่วยแต่ละรายถึงแม้เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันก็อาจใช้วิธีการรักษาไม่เหมือนกันทีเดียวนัก การวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้เหมาะกับโรคและระยะของโรคจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุด

การผ่าตัด สำหรับมะเร็งทั้ง 4 ชนิดนี้ การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักที่ทำเพื่อพยายามเอา gross tumor ออกให้หมด หรือเอาออกให้มากที่สุด แต่หากจะมีอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยการผ่าตัดอาจทำได้เพียงเอาชิ้นเนื้อมะเร็งไปตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อการวินิจฉัยให้ทราบชนิดของมะเร็ง และวางแผนการรักษาในขั้นต่อไป¹

ข้อจำกัดของการผ่าตัด

1. การทำผ่าตัดไม่สามารถตัด gross tumor ออกได้หมดเนื่องจากก้อนอยู่ติดกับอวัยวะสำคัญ ๆ
2. ไม่รู้ขอบเขตของ microextension หากตัดกว้างผู้ป่วยจะสูญเสียอวัยวะมากเกินไป
3. ไม่สามารถตัดต่อมน้ำเหลืองออกได้หมด

4. การผ่าตัดไม่ได้ลดการแพร่กระจายของโรคทางกระแสโลหิต หรือน้ำเหลือง

การฉายรังสี มะเร็งแต่ละชนิดมีความไวต่อการฉายรังสีรักษาต่างกัน เด็กทารกขบปีแรกถ้าแพทย์ผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้ทั้งหมดส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้การฉายรังสีรักษา ในขณะที่มะเร็งบางชนิดบางระยะการใช้รังสีรักษาจะช่วยเพิ่ม survival rate และช่วยให้คนไข้หายจากโรคได้ ข้อจำกัดของการฉายรังสี

1. ขนาดของก้อนใหญ่เกินไป ถ้าก้อนมะเร็งขนาดใหญ่เกิน 5 เซนติเมตร ตรงกลางก้อนจะมีภาวะ hypoxia ทำให้การฉายรังสีไม่สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งได้หมด⁹
2. เนื้อเยื่อปกติที่อยู่ข้างเคียงถ้าใช้รังสีปริมาณสูงอาจมีผลแทรกซ้อนต่ออวัยวะเหล่านั้นได้
3. มะเร็งลุกลามออกนอกอวัยวะที่เกิด เกิดภาวะ distant metastasis แล้ว

การใช้รังสีรักษา ร่วมกับการผ่าตัด เนื่องจากการทำผ่าตัดจะเกิด local recurrence ในบริเวณต่อมน้ำเหลือง เนื่องจากมีจำนวนมากมาย ยากที่จะตัดได้หมดและหากใช้ radical surgery ผู้ป่วยจะสูญเสียเนื้อเยื่อปกติมากเกินไป ผู้ป่วยเหล่านี้หากใช้รังสีร่วมในการรักษาแล้ว local recurrence ที่ก้อนเนื่องจาก hypoxia จะไม่เกิดเพราะได้ตัดออกไปแล้ว และปริมาณรังสีเพียงเท่านี้สามารถจะกำจัด microscopic disease บริเวณ regional node ได้⁹

การใช้รังสีร่วมกับการผ่าตัด มีดังนี้

1. Preoperative irradiation ประโยชน์ที่ได้ คือ
 - 1.1 เปลี่ยนสภาพผู้ป่วยจาก nonresectable tumor เป็น resectable tumor
 - 1.2 ลด locoregional recurrence โดยรังสีจะทำลาย microscopic disease
 - 1.3 ลด iatrogenic spreading จากการบีบระหว่างผ่าตัด การฉายรังสีเซลล์อื่นๆ จะกลายเป็น non-viable tumor ทำให้ไม่สามารถเติบโตต่อไปได้
2. Postoperative irradiation มีความจำเป็นเพื่อลด locoregional recurrence ในรายต่อไปนี้
 - 2.1 สภาพของ primary tumor ที่พบกรณีต่อไปนี้ได้แก่ มี gross residual disease, microscopic resid-

ual disease, มะเร็งท่อน้ำนม capsule และกระจายเข้า soft tissue, bone, cartilage หรือมะเร็งกระจายเข้า blood vessel, lymph vessel

2.2 มะเร็งลูกกลมไปที่ต่อมน้ำเหลือง หรือท่อน้ำนม capsule ของต่อมน้ำเหลือง

การให้สารเคมีบำบัด มะเร็งบางชนิด เช่น Wilms' tumor มียาเฉพาะที่ให้ผลการรักษาดีเป็นที่ยอมรับเป็นมาตรฐาน⁴ แต่มะเร็งชนิดอื่นๆ ยังมีความแตกต่างในการเลือกให้ยาตามแต่ละสถาบัน

ข้อจำกัดของการใช้สารเคมีบำบัด¹⁰

1. ก่อนมะเร็งขนาดใหญ่เกินไป โดยทั่วไปจะได้ผลดีในรายที่ก้อนไม่เกิน 2 เซนติเมตร

2. ระยะของเซลล์ ในแต่ละ cell cycle ไวต่อสารเคมีบำบัดต่างกัน

3. ผลข้างเคียงของสารเคมีบำบัดต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะต่อไขกระดูก ไต หัวใจ ตับ ทำให้ให้ยาต่อเนื่องไม่ได้

4. การดื้อยา เนื่องจากเซลล์มีการเปลี่ยนแปลง เช่น เกี่ยวกับการใช้ antibiotic

การใช้รังสีร่วมกับการผ่าตัด และสารเคมีบำบัด

อาจจะเป็น neoadjuvant คือ ฉายรังสีหรือให้ยาก่อนผ่าตัดหรือให้หลังผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกแล้ว (adjuvant) การใช้รังสีร่วมกับเคมีบำบัดจะมีประโยชน์ในการเสริมฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ซึ่งกันและกัน การเลือกให้ยาเคมีบำบัดในขณะที่มีการฉายรังสีร่วมด้วยนั้น ควรเลือกชนิดที่มีผล synergistic กับรังสี ได้แก่ cisplatin, 5 FU, doxorubicin, epirubicin, mitomycin C หรือ hydroxyurea¹⁰

โดยเหตุนี้การรักษามะเร็งจึงจำเป็นต้องใช้ multidisciplinary approach ด้วยการทำงานเป็นทีมของแพทย์ สาขาต่างๆ วางแผนการรักษาร่วมกัน เพื่อให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

สำหรับการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่มีผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด - 14 ปี เข้ารับการรักษาในหน่วยศัลยกรรมเด็ก ด้วยอาการของ malignant solid tumor ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2529 - ตุลาคม 2540 ที่ทราบผลขึ้น

เนื้องอกพยาธิวิทยา จำนวน 93 ราย เป็นชาย 43 ราย หญิง 50 ราย อายุต่ำกว่า 1 ปี มี 30 รายอายุตั้งแต่ 1-5 ปี 27 ราย และมากกว่า 5 ปี 33 ราย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วย จำนวนหนึ่งในสามเป็นเด็กทารกวัยขวบปีแรกซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่สามารถบอกเล่าอาการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง ผู้เลี้ยงดู และแพทย์พยาบาลที่ดูแลเด็กจำเป็นต้องให้ความสนใจสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบเพื่อนำเด็กมารับการตรวจรักษาต่อไปโดยเร็ว

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้ กว่าครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งชนิดที่อยู่ในกลุ่มของมะเร็งที่พบบ่อย จำแนกได้ดังนี้ คือ

Wilms' tumor	18 ราย
Neuroblastoma	15 ราย
Teratoma	14 ราย
Hepatoblastoma	9 ราย
Ovarian tumor	10 ราย
Retroperitoneal tumor	11 ราย

นอกนั้นเป็นมะเร็งชนิดอื่น ได้แก่ rhabdomyosarcoma, lymphoma, mesenteric tumor เป็นต้น

ผลการรักษา และการพยากรณ์โรคมักไม่เป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาดังแต่ปี 2529-2535 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี เพียงร้อยละ 30 ส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกกลุ่ม Wilms' tumor และ teratoma นอกนั้นเสียชีวิตภายในปีแรกของการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มารับการรักษาในระยะแรกของโรค และบางส่วนไม่มารับการรักษาโดยเคมีบำบัด ตามที่แพทย์นัด ทำให้มะเร็งกำเริบขึ้นใหม่จนไม่สามารถรักษาได้อีก

เอกสารอ้างอิง

1. สุวัฒน์ วัฒนาธิฐาน. Tumor in infants below one year of age. ใน: ศรีวงศ์ ทะวานนท์, ไพบูลย์ สุทธิวรรณ, วิเศษฐิตวัฒน์, และคณะ. บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2525:186-217.
2. Wooley MM. Teratoma. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA Jr., Rowe MI, eds. Pediatric surgery. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986:265-75.

3. Grosfeld JL. Neuroblastoma. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA Jr., Rowe MI, eds. Pediatric surgery. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986:283-91.
4. Othersen HB Jr. Wilms' tumor. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA Jr., Rowe MI, eds. Pediatric surgery. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986:293-300.
5. ไพบูลย์ สุทธิวรรณ. เนื้องอก Wilms'. ใน: ไพบูลย์ สุทธิวรรณ, บรรณาธิการ. กุมารศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2536:598-618.
6. ไพบูลย์ สุทธิวรรณ. เนื้องอก neuroblastoma. ใน: ไพบูลย์ สุทธิวรรณ, บรรณาธิการ. กุมารศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2536:571-92.
7. Randolph JG, Guzzetta PC. Tumors of the Liver. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA Jr., Rowe MI, eds. Pediatric surgery. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986:302-9.
8. ไพบูลย์ สุทธิวรรณ. เนื้องอกของตับ. ใน: ไพบูลย์ สุทธิวรรณ, บรรณาธิการ. กุมารศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2536:545-65.
9. D'Angio GJ. Radiation therapy for solid tumors. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA Jr., Rowe MI, eds. Pediatric surgery. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986:249-55.
10. Jaffe N. Cancer chemotherapy. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA Jr., Rowe MI, eds. Pediatric surgery. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986:241-8.