01/0094/36

บทความปริทัศน์

การผ่าตัดรักษาเนื้องอก

Tumor treatment : Surgical Aspect

จิตตินัดด์ หะวานนท์*

Abstract : **Chittinad Havanond. 1993. Tumor treatment : Surgical aspect. Thai J Hlth Resch 7(2):67-72.**

Surgery is the oldest treatment and played major role in the past but it is a loco-regional treatment. At the present, we believe that cancer is systemic disease so treatment of cancer patient changes to combination of various kind of treatments such as chemotherapy, immunotherapy, radiotherapy and surgery. However, 55% of cancer patients are treated by surgery. About 40% of these treatment is surgery alone. In addition, surgery can use in prevention and diagnosis of cancer disease.

Key words : *Malignancy, Cancer; Treatment, Surgery*

บทคัดย่อ **จิตตินัดด์ หะวานนท์. 2536. การผ่าตัดรักษาเนื้องอก. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 7(2):67-72**

การผ่าตัดเป็นการรักษามะเร็งที่เก่าแก่ที่สุด และมีความสำคัญในอดีต แต่การผ่าตัดเป็นเพียงการรักษาเฉพาะที่เท่านั้น ซึ่งปัจจุบันเราเชื่อกันว่ามะเร็งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับทุกระบบ ดังนั้นการรักษามะเร็งจึงใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การใช้ยาฆ่ามะเร็ง การฉายแสง และการผ่าตัด ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็ง 55% ที่ได้รับการผ่าตัดรักษา และในจำนวนนี้ 40% ที่รักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว นอกจากนี้การผ่าตัดยังช่วยในการป้องกันและช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งบางชนิดอีกด้วย

คำสำคัญ : *ความร้ายแรง, มะเร็ง; การรักษา, การผ่าตัด*

*โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120

Thammasart Chalerm Prakiat Hospital, Faculty of Medicine, Thammasart University Rangsit Campus, Klonglaung. Pathum Thani 12120.

01/0094/36

คำนำ

การผ่าตัดเป็นวิธีการที่เก่าแก่ที่สุดในการรักษามะเร็ง และเป็นวิธีเดียวที่สามารถรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ จนมาระยะหลังวิธีการรักษาได้เปลี่ยนไป มีการใช้ยาฆ่ามะเร็ง (chemotherapy) การฉายแสง (radiotherapy) หรือการใช้ยาเสริมภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) ทำให้บทบาทของการผ่าตัดในการรักษาลดลง ถ้าแบ่งการรักษาออกเป็น 2 วิธีใหญ่ คือ การรักษาเฉพาะที่ (loco-regional treatment) และการรักษาทั่วร่างกาย (systemic treatment) ถือว่าการผ่าตัด และการฉายแสงเป็นการรักษาเฉพาะที่ แต่การใช้ยาและการเสริมภูมิคุ้มกันเป็นการรักษาทั่วร่างกาย ซึ่งในปัจจุบันการรักษาทั่วร่างกายมีบทบาทและความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะเราถือว่ามะเร็งสามารถกระจายไปทุกระบบทั่วร่างกาย อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า ประมาณ 55% ของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และมีถึง 40% ที่รักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว นอกจากนี้การผ่าตัดยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการรักษามะเร็งเพื่อให้หายขาด โดยเฉพาะถ้ามะเร็งยังไม่กระจาย โอกาสหายขาดมีถึง 30% ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ถ้ามะเร็งแพร่กระจายแล้ว การรักษาจะใช้หลายวิธีร่วมกัน (multimodal management) ผลของการรักษาทั้งในลักษณะของการกลับมา (recurence rate) และชีวิตที่ยืนยาวจะดีขึ้น (survival rate)

การเลือกวิธีการรักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histologic diagnosis) 2) ระยะของโรค (staging) 3) พฤติกรรมของมะเร็งนั้น (behavior of tumor) แพทย์ผู้รักษาต้องตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย แน่นอนที่สุดว่า จุดมุ่งหมายสูงสุดของการรักษาผู้ป่วยนั้นคือ รักษาให้หายขาด (curative therapy) แต่การรักษาเพื่อหวังให้หายขาดเป็นการรักษาที่รุนแรงและเต็มที่ มีผลแทรกซ้อนตามมาสูง ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพิจารณาถึงสภาพของผู้ป่วยร่วมด้วย (performance status) เช่น อายุ ความแข็งแรง ภาวะโภชนาการ เป็นต้น แต่ถ้าไม่สามารถทำการรักษาแบบ curative ได้ การรักษาก็จะเป็นเพียงการบรรเทาโรค (palliative therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากขึ้น (prolongation of survival) หรือช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่านั้น

ประวัติ

การผ่าตัดรักษาก้อนเนื้อเริ่มมาก่อนคริสต์ศักราช 1600 ปี ในสมัยอียิปต์ แต่การรักษาแบบปัจจุบันเริ่มเมื่อ ค.ศ. 1809 โดย Ephraim MacDowell ทำผ่าตัดเนื้องอกรังไข่ (ovarian tumor) ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 30 ปี หลังการผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดมะเร็งเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยาก และผลการผ่าตัดไม่ดีจึงไม่มีความก้าวหน้ามากนัก จนกระทั่งเมื่อมีการค้นพบวิธีการดมยาสลบ (general anesthesia) ในปี ค.ศ. 1846 โดยทันตแพทย์สองท่านคือ William Morton และ Dr.Crawford Long และการค้นพบวิธีป้องกันการติดเชื้อ (antiseptic technique) โดย Joseph Lister ในปี ค.ศ. 1867 ด้วยการใช้ carbolic acid ในการฆ่าเชื้อ หลังจากการค้นพบทั้งสองวิธี การผ่าตัดมีวิวัฒนาการเกิดตามมาอย่างมาก เช่น Albert Theodore Billroth คิดวิธีการผ่าตัดกระเพาะ (gastrectomy) William Stewart Halsted พบหลักการผ่าตัดแบบทั้งกลุ่ม (en Bloc resection) เขาได้ใช้หลักการนี้ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านม (radical mastectomy) ในปี ค.ศ. 1906 Ernest Wertheim เสนอวิธีการผ่าตัดมดลูก (radical hysterectomy) โดยใช้หลักการเดียวกันกับ Halsted มีศัลยแพทย์อีกหลายท่านที่สมควรกล่าวถึง เช่น W. Ernest Miles เสนอวิธีการผ่าตัดมะเร็งทวารหนัก (abdominoperineal resection) Harvey Cushing เสนอวิธีผ่าตัดมะเร็งในสมอง A.O. Whipple เสนอวิธีการผ่าตัดโรคมะเร็งบริเวณหัวของตับอ่อน (pancreaticoduodenectomy) ซึ่งวิธีการผ่าตัดเหล่านี้ยังใช้และยึดถือเป็นมาตรฐานมาจนถึงปัจจุบัน

บทบาทของศัลยกรรม

การผ่าตัดมีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายด้านด้วยกัน คือ

1) การป้องกันมะเร็ง

ศัลยแพทย์ที่รักษามะเร็งต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ทั้งนี้เพื่อการแนะนำญาติผู้ป่วยหรือการค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรก หรือแม้กระทั่งการป้องกันมิให้เกิดมะเร็งขึ้น ตัวอย่างที่พบได้คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรค

Familial multiple polyposis ในครอบครัว โอกาสจะเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่สูงมาก พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของคนเหล่านี้ที่มีอายุเกิน 40 ปีจะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ้าอายุ 70 ปีขึ้นไปทุกคนจะเป็นมะเร็ง ฉะนั้นการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ออกจึงเป็นการป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงเช่นนี้ ตัวอย่างอื่นเช่น ผู้ป่วยโรค ulcerative colitis มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงเช่นกัน ถ้ามีพยาธิสภาพตลอดลำไส้ใหญ่จะเสียชีวิตจากมะเร็งถึง 40% ผู้ป่วยที่ลูกอัณฑะไม่ลงมาในถุง (cryptorchidism) มีโอกาสเป็นมะเร็งของอัณฑะสูงกว่าคนทั่วไป ดังนั้นการผ่าตัดแก้ไขให้ลูกอัณฑะมาอยู่ในถุงจึงสมควรทำเพื่อเป็นการป้องกันมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ในปัจจุบันการเกิดมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจัยที่มีผลเสี่ยงต่อการเกิดได้แก่ ประวัติมะเร็งในครอบครัว การไม่มีบุตร การเกิดก้อนผังผืดที่เต้านม (fibrocystic disease with cellular atypia) หรือการเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว ดังนั้นการผ่าตัดเอาเต้านมออก (prophylactics mastectomy) เป็นการป้องกันการเกิดมะเร็งด้วยเช่นกัน (แม้ว่ายังไม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป)

2) การวินิจฉัย

ทางศัลยกรรมเข้าไปมีส่วนในการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็ง 2 เรื่องด้วยกันคือ

1. การวินิจฉัยชิ้นเนื้อ (histologic diagnosis) รวมถึง การผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกหรือบางส่วนของก้อนเนื้อ (excisional, incisional biopsy) การดูดเซลล์ด้วยเข็ม (aspiration biopsy) เป็นสิ่งที่ศัลยแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งต้องทราบ

Needle aspiration คือการดูดเอาเซลล์ของก้อนเนื้อด้วยเข็มเล็ก ป้ายสิ่งที่ดูดได้ลงบนแผ่นกระจก ส่งตรวจดูเซลล์มะเร็งเพื่อการวินิจฉัย (cytologic diagnosis) วิธีการนี้มีการผิดพลาดได้ ฉะนั้นการยึดถือการตรวจทางเซลล์วิทยาเพียงอย่างเดียวในการวินิจฉัยจึงมีโอกาสผิด (sampling error) (ค่า false negative ประมาณ 5%- 20% ค่า false positive 0%) การทำ needle aspiration จะทำในกรณีก้อนอยู่ตื้น ตัวอย่างเช่น การตรวจก้อนเนื้อเต้านมเป็นต้น การทำ aspiration เป็นการประหยัดเมื่อเทียบผลที่ได้

Needle biopsy คือการดูดชิ้นเนื้อออกมาบางส่วนแล้วตรวจทางพยาธิวิทยา เช่น เนื้องอกไต ตับ ตับอ่อน วิธีนี้ได้เนื้อของมะเร็งออกมามากกว่า การวินิจฉัยจึงแน่นอนกว่าการตรวจทางเซลล์วิทยา วิธี needle biopsy ง่าย สะดวก มีอันตรายน้อย ไม่ต้องการประสบการณ์มากนัก แต่มีข้อเสียคือการแทงเข็มผ่านเนื้อมะเร็งอาจมีเซลล์มะเร็งติดตามรูเข็ม (needle tract) เกิดการกระจายได้ นอกจากนี้ยังได้เนื้อที่ต้องการน้อย และเนื้ออาจไม่ตรงกับตำแหน่งของมะเร็ง ดังนั้นถ้าผลการตรวจไม่มีเซลล์มะเร็ง แต่อาการทางคลินิกบ่งชี้ว่าเป็น ควรทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจต่อ

Incisional biopsy เป็นการตัดเนื้อบางส่วนของก้อนส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งจะใช้กรณีก้อนมีขนาดโตมาก การตัดส่งตรวจทั้งก้อนทำได้ลำบาก หรือต้องตัดเป็นบริเวณกว้าง เช่นมะเร็งของทางเดินอาหาร ข้อเสียของการทำ incisional biopsy คือจะเกิดมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งในแผลผ่าตัด การทำ incisional biopsy อาจทำผ่านกล้องส่องตรวจทางเดินอาหาร (endoscopic biopsy) หรือทำผ่าตัดที่ก้อนโดยตรงก็ได้

Excisional biopsy คือการตัดก้อนเนื้อส่งตรวจทั้งก้อน เป็นวิธีที่ดี การกระจายของเซลล์มะเร็งน้อย โดยปกติจะตัดเนื้อดีที่อยู่รอบ ๆ ออกด้วย ซึ่งอาจมากหรือน้อยแล้วแต่กรณี การตรวจทางพยาธิต้องตรวจดูว่า ขอบของก้อนเนื้อทุกด้านถูกล้อมรอบด้วยเนื้อปกติ ซึ่งจะแสดงว่าการตัดเป็นแบบ excisional biopsy ตัวอย่างเช่น เนื้องอกลำไส้ใหญ่ (polyps) เต้านม ต่อมน้ำเหลือง ผิวหนัง เป็นต้น

ในปัจจุบันการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี frozen section มีทำอย่างแพร่หลาย เพราะใช้เวลาเพียง 10- 20 นาทีเท่านั้น จึงนิยมทำมาก เมื่อต้องการผลตรวจเร็วโดยเฉพาะขณะผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยด้วย frozen section นี้ ต้องการผู้มีประสบการณ์สูงในการตรวจวินิจฉัย

2. การตรวจระยะของโรค (staging) การวินิจฉัยระยะของโรคมีความสำคัญมากเช่นเดียวกัน ในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ถูกต้องกับผู้ป่วย ศัลยแพทย์จะต้องทราบระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นด้วย ซึ่งในบางครั้งอาจต้องผ่าตัดใหญ่ เช่นการผ่าตัดช่องท้องเพื่อให้ทราบระยะที่ถูกต้อง ซึ่งทำในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ มะเร็งหลอดอาหาร เป็นต้น ปัจจุบันระบบ

staging ที่ถือว่าเป็นมาตรฐานคือ พิจารณาจาก 3 หัวข้อ 1) primary tumor 2) presence or absence of node metastasis 3) presence or absence of distance metastasis (TNM = T (Tumor), N (Node), M (Metastasis)) ซึ่ง The Union Internationale Contre Cancrum (UICC) เป็นผู้คิดขึ้น พอสรุปโดยง่ายคือ

ระยะที่ 1 มะเร็งอยู่เฉพาะในอวัยะที่เป็นต้นเหตุ
ระยะที่ 2 มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง
ระยะที่ 3 และ 4 มะเร็งกระจายไปอวัยวะที่ห่างออกไป

ต่อมา The American Joint Committee on Cancer ได้แบ่งระบบ TNM ออกไปอีกเป็นชนิดต่าง ๆ
Clinical-diagnostic staging (cTNM)
Postsurgical resection-pathologic staging (pTNM)
Surgical-evaluating staging (sTNM)
Retreatment staging (rTNM)
Autopsy staging (aTNM)

3) การรักษา

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งที่ใช้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งก้อนเนื้อ (solid tumor) ที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย การผ่าตัดเป็นได้ตั้งแต่ง่ายจนถึงการผ่าตัดที่ยุ่งยาก ซึ่งอัตราเสี่ยงจากการผ่าตัดจะแตกต่างกันไป แพทย์ผู้รักษาจะต้องพิจารณาผลได้ผลเสียที่ตามมา การผ่าตัดอาจเป็นการรักษาหลัก (primary treatment) หรือ เป็นการรักษาเสริม (adjuvant treatment) ประโยชน์ของการผ่าตัดในการรักษามะเร็งคือ

1. เป็นการรักษาหลัก (definitive treatment for primary cancer)

การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก ศัลยแพทย์จะต้องคำนึงถึงโอกาสหายจากการผ่าตัด อัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและการตาย รวมทั้งต้องทราบวิธีการอื่นที่สามารถใช้ร่วมเพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น แล้วมาตัดสินใจการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย และได้ผลดี การตัดก้อนมะเร็งออกจำเป็นต้องตัดเนื้อปกติที่อยู่รอบ ๆ ออกด้วย ซึ่งการตรวจชิ้นเนื้อในขณะผ่าตัด (frozen section) จะช่วยในการวินิจฉัยว่าตัดเนื้อมะเร็งออกหมดหรือไม่ ปัจจุบันการรักษาด้วยยาฆ่าเซลล์มะเร็ง หรือการฉายแสงร่วมกับการผ่าตัด ซึ่งช่วยลดความจำเป็นที่ต้องตัดเนื้อดีออกรอบก้อนมะเร็งเป็นบริเวณกว้าง ซึ่งบ่อยครั้งทีเดียวที่ไม่สามารถตัดกว้างได้

2. รักษาร่วมกับการรักษาอย่างอื่น (combined with chemotherapy and radiation)

ในปัจจุบันวิวัฒนาการการรักษามะเร็งมีความก้าวหน้ามากขึ้น ยาฆ่าเซลล์มะเร็งมีมากมาย และภาวะแทรกซ้อนมีน้อย การนำเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มาใช้ร่วมกับเครื่องฉายแสงที่มีประสิทธิภาพสูง (Linear accelerators) ช่วยลดระยะเวลารักษา ปริมาณรังสีต่ำ ผลเสียต่ออวัยวะข้างเคียงไม่มากเหมือนเดิม และการนำการรักษาภูมิคุ้มกันมาใช้ สิ่งเหล่านี้ช่วยการผ่าตัดให้ได้ผลดี และไม่จำเป็นต้องตัดออกเป็นบริเวณกว้าง (adjuvant treatment) เช่นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่เดิมใช้การผ่าตัดอย่างเดียว ถ้าโรคมีการแพร่กระจายกว้าง การผ่าตัดก็ต้องกว้างตามด้วย (ultraradical mastectomy) ต่อมามีการฉายแสงร่วมด้วย การตัดจึงไม่จำเป็นต้องกว้างมาก (radical or modified radical mastectomy) ปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งเต้านมมีการกระจายไปแล้วเมื่อขณะได้รับการวินิจฉัย จึงมีการใช้ยาฆ่าเซลล์มะเร็งในการรักษา ทำให้การผ่าตัดในผู้ป่วยบางรายลดลงเหลือเพียงการตัดเต้านมออกเท่านั้น (simple mastectomy with axillary node dissection) จะเห็นได้ว่าในระยะหลังการรักษามะเร็ง เป็นการใช้วิธีการรักษาหลายอย่างร่วมกัน (multimodulity)

3. ช่วยลดปริมาณเซลล์มะเร็งเพื่อเพิ่มผลการรักษาด้วยวิธีอื่น (debulking of cancer cell) เช่นมะเร็งรังไข่ วิธีการนี้บางครั้งเรียก cytoreductive surgery การผ่าตัดลดเซลล์มะเร็งทำเฉพาะมะเร็ง มีการรักษาอย่างอื่นที่ได้ผลดีร่วมด้วย

4. ผ่าตัดมะเร็งที่กระจายเพื่อหวังหายขาด (resection of metastasis) เช่น มะเร็งที่กระจายไปที่ปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่กระจายไปตับ ได้มีการพิสูจน์แล้วว่า การตัดมะเร็งที่กระจายไปทำให้การกลับมาของโรคช้าลง (recurence rate)

5. สามารถบอกระยะของโรค การกระจายของโรคได้ (surgical staging) เพื่อการพยากรณ์โรค เช่น การตัดม้ามเพื่อบอกระยะของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma)

6. รักษาด้วยการผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน (oncologic emergency treatment) เช่น ลำไส้อุดตัน เลือดออก หรือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขการกดของเนื้องอกที่สมองและไขสันหลัง ซึ่งการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละรายจะแตกต่างกัน

7. รักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการและความรุนแรง (palliative and symptomatic treatment) เช่น อาการปวด การตัดเส้นประสาท หรือแม้กระทั่งบางส่วนของไขสันหลัง ก็มีการทำเพื่อแก้ไขอาการปวด

8. ผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติ (reconstruction and rehabilitation) การผ่าตัดนี้ทำเมื่อสามารถให้การรักษาโรคเรียบร้อยแล้ว (definitive therapy) เช่นการผ่าตัดเสริมเต้านมเพื่อดำรงความสวยงาม หรือการผ่าตัดแก้ไขการทำงานของร่างกายโดยเฉพาะแขนขา เช่นการผ่าตัดย้ายกล้ามเนื้อและเอ็น (muscle flap transfer) การผ่าตัดแก้การติดของข้อ (release contracture)

4) หลักการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกระจายของเซลล์มะเร็ง

พบว่าการกลับมาใหม่ของมะเร็งหลังการผ่าตัด เกิดจากมีเนื้อมะเร็งเหลืออยู่ หรือมีเซลล์มะเร็งตกค้างขณะทำผ่าตัด หลักการป้องกันมีดังนี้

- ป้องกันการตกค้างของเซลล์มะเร็งที่แผลผ่าตัด

1. ปิดขอบบาดแผลหลังการผ่าเปิดผิวหนัง
2. มีเซลล์มะเร็งติดมากับเครื่องมือผ่าตัด เมื่อนำมาใช้เซลล์จะกระจาย
3. มีการแตกของก้อนมะเร็ง

- ป้องกันการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้ากระแสเลือด

เซลล์มะเร็งสามารถมีชีวิตอยู่ในกระแสเลือดได้น้อยมาก ส่วนใหญ่เซลล์จะตายเพราะภูมิคุ้มกันของร่างกาย การผูกเส้นเลือดก่อนตัดจะช่วยป้องกันได้ หรือการใช้เครื่องมือรัดแขนขาไม่ให้เลือดไหลกลับก็ใช้หลักการเดียวกัน การหลีกเลี่ยงการคลำก้อนโดยไม่จำเป็น (no-touch technique) ถึงอย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีความเชื่อว่ามะเร็งมีการแพร่กระจายตั้งแต่แรกแล้ว ฉะนั้นการกระทำดังกล่าวไม่น่าช่วยลดการกระจายของเซลล์มะเร็ง

5) ชนิดของการผ่าตัดมะเร็ง

Local resection

หมายถึงการผ่าตัดเป็นบริเวณกว้างจนได้เนื้อปกติ (wide local excision) ใช้รักษามะเร็งที่มีความรุนแรงไม่มากและยังไม่มีการแพร่กระจาย เช่น Basal cell carcinoma, Mixed tumors ของต่อมน้ำเหลือง parotid

Radical local resection

ได้แก่การตัดมะเร็งและเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งกว้างกว่าการทำ local resection เช่นการผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร, Soft tissue sarcoma การตัดเนื้อออกมาก ทำให้โอกาสที่มะเร็งจะกลับมาบริเวณนั้นอีกจะลดลง แต่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติมากขึ้นจากการผ่าตัด

Radical resection with en Bloc Excision of lymph node

เป็นการตัดทั้งก้อนมะเร็งและกลุ่มต่อมน้ำเหลืองที่เซลล์มะเร็งจะกระจายไป การผ่าตัดเช่นนี้มีหลักการที่จะเอาเนื้อมะเร็งออกให้มากที่สุด หรือส่งต่อมน้ำเหลืองตรวจหาเซลล์มะเร็ง เพื่อการบอกระยะและวางแนวทางการรักษา เช่น มะเร็งเต้านม ถ้ามีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง การรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียวไม่เพียงพอ

Extensive surgical procedures

คือการผ่าตัดอย่างกว้างขวางมาก ซึ่งอาจรวมทั้งต่อมน้ำเหลือง เนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียงที่เนื้องอกกระจายเข้าไป จะทำให้กรณีมะเร็งระยะท้าย เช่นมะเร็งปากมดลูก จะตัดมดลูก, รังไข่, ต่อมน้ำเหลือง, ช่องคลอด และบริเวณที่เรียกว่า Perineum ซึ่งอาจรวมถึงกระเพาะปัสสาวะ หรือทวารหนัก การผ่าตัดแบบนี้ จำเป็นต้องมีศัลยแพทย์ที่มีความสามารถ ผู้ป่วยต้องทนต่อการผ่าตัดได้ และมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสูงมาก ในปัจจุบันมีการทำน้อยมาก

เอกสารประกอบการเขียน

Kinne DW. 1987. Physical Examination and Mammography in the Diagnosis of Breast Disease. Breast Diseases. J B Lippincott Company. pp 54-86.

Morton DL. 1988. Oncology. Principle of surgery. Mc Graw-Hill Book Company. pp 331-386.

Rosenberg SA. 1989. Principles of Surgical Oncology. Principle and Practice of Oncology. J B Lippincott Company. pp 236-246.