

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

มะเร็งหลอดอาหารในโรงพยาบาลปทุมธานี

รังสรรค์ บุตรชา

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี ปทุมธานี

บทคัดย่อ

ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมรายงานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร ที่โรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง กันยายน พ.ศ. 2550 ย้อนหลังเป็นเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารจำนวน 60 ราย อายุเฉลี่ย 67.3 ปี ช่วงอายุ 38-87 ปี เป็นเพศชาย 50 ราย เพศหญิง 10 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 5 : 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการ dysphagia (70%) substernal distress (13.4%) odynophagia (8.3%) pain in pharynx (8.3%) ตำแหน่งของ tumor พบที่ middle third of thoracic esophagus ร้อยละ 66.6, lower third และ upper third พบเท่ากัน คือ ร้อยละ 16.7 เซลล์มะเร็งส่วนใหญ่เป็น squamous cell carcinoma ร้อยละ 96.7, adenocarcinoma ร้อยละ 3.3 ระยะของโรคส่วนใหญ่เป็น stage IV ร้อยละ 66.7, stage III ร้อยละ 33.3 การรักษาใช้วิธีการผ่าตัดแบบ blunt transhiatal esophagectomy with gastric pull up by substernal route ในผู้ป่วย 12 ราย พบว่ามีการอยู่รอดหลังผ่าตัดโดยเฉลี่ย 1 ปี ร้อยละ 83.3 (10/12) และเสียชีวิตหลังผ่าตัด ร้อยละ 16.7 (2/12)

คำสำคัญ: โรคมะเร็งหลอดอาหาร, เซลล์มะเร็งแบบสแควร์มีส

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2541-2543 มะเร็งหลอดอาหารมีอุบัติ-
การ (age-adjusted incidence rate) 4.1 ต่อแสน
ประชากรในชายไทย และยังมีแนวโน้มจะลดลง⁽¹⁾
มะเร็งหลอดอาหารเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็ง
เป็นอันดับ 7 อาจพบการแพร่กระจายของมะเร็งได้ตั้ง
แต่ระยะแรกๆ ที่ไม่ปรากฏอาการจนกระทั่งก้อนมะเร็ง
ไปอุดตันมากกว่า 2 ใน 3 ของขนาดของหลอดอาหาร
จนเกิดการตีบตัน⁽²⁾ ผู้ป่วยจะมีอาการกลืนลำบาก ซึ่ง

เมื่อถึงขั้นนี้แล้วส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
มีรายงานการศึกษาจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน
เริ่มแรกเกิดที่เยื่อบุผิว (carcinoma in situ) ใช้เวลา
ประมาณ 7 - 8 ปี และระยะเวลาเปลี่ยนระดับจาก
มะเร็งระยะเริ่มแรกถึงขั้นแพร่กระจายใช้เวลา ประมาณ
3-4 ปี รวมระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงจากเยื่อบุผิวที่
ปกติ จนกลายเป็นมะเร็งลุกลาม⁽³⁾ ใช้เวลาทั้งสิ้น 10-
12 ปี จากลักษณะดังกล่าวทำให้การรักษา มะเร็ง
หลอดอาหารเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งและสามารถรักษา

ให้หายขาดได้หากพบตั้งแต่ระยะแรก ๆ ผลการรักษาจะดีหรือไม่นั้น จึงขึ้นอยู่กับระยะของโรค (stage of disease) เป็นสำคัญ

เนื่องจากการรักษามะเร็งหลอดอาหารยังมีความท้าทายและยุ่งยากอยู่บ้าง⁽²⁾ โดยเฉพาะในแง่ศัลยกรรม ประสิทธิภาพของศัลยแพทย์ทั่วไปแต่ละท่านในการผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารก็มักมีจำกัด และผู้ป่วยก็มักมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรคทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร^(2,3) การศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งในแง่ระบาดวิทยาและผลของการรักษาทางศัลยกรรม เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีผ่าตัดรักษาผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามะเร็งหลอดอาหารในด้านระบาดวิทยา และทางคลินิกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมธานี และผลของการรักษาผู้ป่วยดังกล่าวทั้งที่ได้รับการผ่าตัด และไม่ได้รับการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยประมวลข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกทุกราย ที่มารับการรักษาที่กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2550 จำนวน 60 ราย รวบรวมข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษาอันประกอบด้วย อายุ เพศ อาการแสดงทางคลินิก, ระยะเวลาที่มีอาการ ระยะของโรคตามข้อกำหนดของ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ปี ค.ศ. 2002⁽⁴⁾ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และระยะเวลาที่อยู่รอด ได้ติดตามผู้ป่วยโดยการนัดมาตรวจหลังการรักษาตามปกติ และดูผลการตรวจจากบันทึกเวชระเบียน หรือติดต่อสอบถามญาติผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา สรุปข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ยและพิสัย สรุปข้อมูลเชิงกลุ่มเป็นจำนวนนับและค่าร้อยละ การประมาณค่าระยะเวลาอยู่รอดโดยเฉลี่ย (survival time) ทำได้โดยสังเขป

เนื่องจากมักไม่ทราบวันที่ ๆ ผู้ป่วยเสียชีวิต จึงต้องประมาณระยะเวลาการอยู่รอดจากความทรงจำของญาติผู้ป่วย จึงคำนวณอัตราการอยู่รอด (survival rate) ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ เวลา 1 ปี จากการประมาณจำนวนผู้ป่วยที่อยู่รอดหลังหนึ่งปีต่อจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด โดยอาศัยข้อมูลระยะเวลาอยู่รอดข้างต้น

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร มารับการรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี ในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 60 ราย เป็นเพศชาย 50 ราย เพศหญิง 10 ราย พบอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 5 เท่า อายุเฉลี่ย 67.3 ปี โดยมีอายุดำสุด 38 ปี อายุสูงสุด 87 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 50-69 ปี (ตารางที่ 1)

อาการและอาการแสดงที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ พบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการ dysphagia, substernal distress, odynophagia และ pain in pharynx ตามลำดับความถี่ ระยะเวลาแสดงอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่ 2 อาทิตย์ จนถึง 3 เดือน ชนิดของ cell type พบ squamous cell carcinoma 58 ราย (96.7%) และ adenocarcinoma 2 ราย (3.3%) ตำแหน่งของ tumor พบส่วนใหญ่ที่ middle third of esophagus 40 ราย (66.6%) lower third 10 ราย (16.7%) และ upper third 10 ราย (16.7%) สำหรับ TNM stage grouping⁽⁴⁾ ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารไม่พบ stage 0 - IIB เลย พบแต่ stage III และ stage IV ในผู้ป่วยจำนวน 20 (33%) และ 40 (67%) ราย ตามลำดับ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมะเร็งหลอดอาหารที่อยู่ในระยะลุกลามมาก (advanced stage cancer) แสดงในตารางที่ 2

เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มาพบแพทย์ส่วนมากอยู่ในระยะลุกลามมากหรือแพร่กระจายแล้ว (stage III และ IV) การผ่าตัดรักษาจึงเพียงเพื่อบรรเทา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วยในการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน (n = 60)	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)		
38 - 49	10	16.7
50 - 69	40	66.6
≥ 70	10	16.7
อาการและอาการแสดง		
Dysphagia	42	70.0
Substernal distress	8	13.4
Odynophagia	5	8.3
Pain in pharynx	5	8.3
ระยะเวลาแสดงอาการ		
2 อาทิตย์	4	6.7
1 เดือน	32	53.3
2 เดือน	16	26.7
3 เดือน	8	13.3
ระยะโรคตามระบบ TNM ของ AJCC⁽⁴⁾		
Stage 0 (Tis; N0; M0)	0	0
Stage I (T1; N0; M0)	0	0
Stage IIA (T1, 2; N0; M0)	0	0
Stage IIB (T2, 3; N0; M0)	0	0
Stage III (T3, 4; Any N; M0)	20	33.3
Stage IV (Any T, N; M1)	40	66.7

อาการ (palliative surgery) ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้เท่านั้น เป็นการช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีวก่อนผ่าตัด แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ตารางที่ 3)

ระยะเวลาทำการผ่าตัด palliative resection (transhiatal esophagectomy with gastric pull-up) โดยเฉลี่ย 3.30 ชั่วโมง (มีช่วงระหว่าง 2.30 ชม. - 5 ชม.) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 23 วัน (มีช่วงระหว่าง 15-50 วัน)

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด transhiatal esophagectomy with gastric pull-up ประกอบด้วย: แผลติดเชื้อที่คอ 3 ราย (25%); esophageal fistula 3 ราย (25%); pneumonia 5 ราย (41.7%) มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย (16.7%) รายแรกเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยอายุ 75 ปี มีปัญหา cardiac arrhythmia จาก acute MI รายที่ 2 เสียชีวิตหลังผ่าตัดจากปัญหา anastomosis leakage, ปอดบวม และติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด palliative resection และ irradiation มีอายุยืนยาวเฉลี่ย 1 ปี (พิสัย 7 เดือน - 2 ปี) อัตราการอยู่รอดหลังผ่าตัด ณ เวลา 1 ปี คือร้อยละ 83.3 (10/12) ดีกว่าการได้รับเพียง feeding gastrostomy และ irradiation ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มหลัง มีอายุยืนยาวเฉลี่ย 4 เดือนเท่านั้น

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนในมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามมาก (advanced stage cancer)

ตำแหน่งมะเร็ง	อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
Upper third	เสียงแหบ	2/60 (3.3)
	กลืนน้ำลายไม่ลง	2/60 (3.3)
	Supraclavicular lymphnodes โต	1/60 (1.7)
Middle third	Aspiration pneumonia (T-E fistula)	10/60 (16.7)
	Pleural effusion (lung metastasis)	10/60 (16.7)
Lower third	Upper GI bleeding	3/60 (5.0)

T-E: tracheo-esophageal; GI: gastrointestinal

ตารางที่ 3 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร

วิธีการรักษา	จำนวน (n = 60)	ร้อยละ
การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการและการฉายรังสี (Palliative resection & radiation)	12	20
ให้อาหารทางหลอดเลือดและฉายรังสี (Feeding gastrostomy & radiation)	30	50
ส่งต่อผู้ป่วย	18	30

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารในการศึกษานี้ มีจำนวน 60 ราย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า น่าเป็นเพราะเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหารมากกว่า คือ การดื่มเหล้า และสูบบุหรี่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งหลอดอาหารในช่วงอายุ 50-70 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ dysphagia บ่อยที่สุด ซึ่งแสดงว่ามีการลุกลามของก้อนมะเร็งมากกว่า 2 ใน 3 ของขนาดหลอดอาหาร จนเกิดการตีบตัน⁽²⁾ ตำแหน่ง tumor พบมากที่สุดบริเวณ middle third ของ thoracic esophagus ในผู้ป่วย 40 ราย (67%) ชนิดของเซลล์มะเร็งส่วนใหญ่เป็น squamous cell carcinoma ในผู้ป่วย 58 ราย (97%) พบ adenocarcinoma เพียง 2 ราย (3%) จากรายงานข้อมูลในภาคใต้ของประเทศไทย ที่เก็บรวบรวมโดย พุฒิกัดดี พุทธิวิบูลย์ และคณะ พบว่าร้อยละ 95 ของมะเร็งหลอดอาหารเป็น squamous cell carcinoma และพบในตำแหน่ง middle third มากที่สุดเช่นกัน⁽²⁾ ซึ่งแตกต่างจากในประเทศทางตะวันตกที่พบ adenocarcinoma มากกว่าและพบในตำแหน่ง lower esophagus⁽⁵⁾

ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร จะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับระยะของโรค ดังนั้นการเลือกวิธีการรักษาควรดูจากระยะโรคทางคลินิก (clinical staging) เป็นสำคัญ จากข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในระยะลุกลามมาก (advanced stage) คือพบ recurrent laryngeal nerve paralysis, tracheo-eso-

phageal fistula, malignant pleural effusion เป็นต้น⁽⁵⁾ นั่นคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อเป็นมะเร็งระยะ 4 การรักษาจึงทำได้เพียง palliative surgery

การผ่าตัดรักษาโดยการตัดหลอดอาหารออก (esophagectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยาก มีข้อควรระวังในการปฏิบัติมาก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากหลอดอาหารเป็นอวัยวะที่อยู่ในส่วนลึกของทรวงอก การผ่าตัดรักษาอาจเป็นอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง ได้แก่ หัวใจและปอด ข้อมูลทั่วไปแสดงว่าโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่างร้อยละ 29-63 และมีอัตราการตายร้อยละ 1.2-2.1 จนถึงร้อยละ 11-17^(2,6-10) ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้นพบภาวะแทรกซ้อน คือ anastomosis leakage ร้อยละ 25 ปวดบวมร้อยละ 42 และมีอัตราตาย ร้อยละ 17

การเลือกวิธีการผ่าตัด esophagectomy เพื่อ palliation ในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ที่ตำแหน่ง lower และ mid thoracic esophagus มักนิยม transhiatal esophagectomy (THE) เพราะจะมี postoperative morbidity และอัตราการตายต่ำกว่า transthoracic esophagectomy (TTE)^(5,11) จึงเป็นวิธีผ่าตัดที่เลือกใช้ในการศึกษานี้ ในการผ่าตัด palliative THE จะมี anastomotic leakage ได้ร้อยละ 10-23⁽¹¹⁾ เหตุผลที่ anastomotic leakage ในการศึกษานี้ อาจสูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ น่าเป็นเพราะผู้ป่วยในการศึกษานี้ ป่วยมากกว่าและเป็นโรคในระยะที่ลุกลามมากกว่า

อัตราการอยู่รอดหลังการรักษาก็ขึ้นอยู่กับระยะ

โรคทางคลินิกเป็นสำคัญ อัตราการอยู่รอดเฉลี่ยในการศึกษานี้ อยู่ที่ 1 ปีหลังการผ่าตัด ซึ่งก็เทียบเคียงได้กับการศึกษาอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่มีโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจาย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดรักษา มักจะมีโอกาสอยู่รอดไม่เกิน 6 เดือน ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีชีวิตอยู่เพียง 4 เดือนโดยเฉลี่ย เท่านั้น

ผลการรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหารจะดีขึ้นได้ ต้องอาศัยการสืบค้นโรคตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของโรค จะทำให้การผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นถึงขั้นหายจากโรคได้ นอกจากนี้ วิธีการรักษาแบบ minimally invasive ไม่ว่าจะเป็นการทำ thoracoscopic-assisted esophagectomy^(12,13) หรือ endoscopic mucosal resection (EMR) ในกรณีที่มีมะเร็งยังลามไม่เกิน lamina propria⁽⁵⁾ อันจะทำให้ operative morbidity ลดลงได้อีก ก็จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้นเช่นกัน

สรุปผลและเสนอแนะ

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารเป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5 : 1 และเป็นมะเร็งระยะลุกลามมาก (stage III และ IV) ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่รักษาโดยการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาแบบผสมผสาน เช่น การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี ร่วมกับการผ่าตัด แต่ไม่ได้บ่งชี้ชัดเจนว่าจะได้ผลดี⁽¹⁴⁾ การรักษาเพื่อให้ได้ผลดีขึ้นอยู่กับระยะของโรค ซึ่งถ้ามีการทำ screening esophagoscopy เพื่อค้นหามะเร็งหลอดอาหารในระยะเริ่มต้น จะทำให้การรักษาได้ผลดีที่สุด และผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ทรงพล ชวาลตันพิพัทธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี ที่ให้ทำการวิจัยเผยแพร่ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรพันธ์ เอื้อนครเศรษฐ์ อาจารย์หน่วยศัลยกรรมทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทย-

ศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ที่ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลปทุมธานี ที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย นางปริญา บุตรชา พยาบาลวิชาชีพ ผู้พิมพ์และเรียบเรียง ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Kluhapprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Sontipong S, Wiangnon S, Sumitsawan Y, et al. Cancer in Thailand Vol. IV, 1998-2000. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2007.
2. พุฒิสักดิ์ พุทธวิบูลย์. Esophagogastrectomy. ใน: วิบูลศักดิ์, สรรชัย กาญจนลาภ, วัฒนา สุพรหมจักร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 17. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพฯเวชสาร; 2542. หน้า 92-117.
3. อภิณพ จันทรวีรัตน์. มะเร็งหลอดอาหารในภาคใต้และศัลยกรรมมะเร็งหลอดอาหารแบบถอนรากถอนโคน. ใน: ณรงค์ ไวกัยงกูร, อรุณ เผ่าสวัสดิ์, ทองอวบ อุดรวิเชียร, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ วิวัฒน์ 9. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร; 2535. หน้า 219-60.
4. Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz A, Balch CM, Haller DG, Morrow M, et al. AJCC cancer staging manual. 6th ed. New York: Springer-Verlag; 2002.
5. Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, Kajiyama Y. esophageal cancer. Curr Probl Surg 1997; 10:769-99.
6. Parker EF, Gregorie HB, Hughes JC. Carcinoma of the esophagus. Ann Surg 1961; 153:957-68.
7. Skinner DB, Little AG, Ferguson MK, Soriano A, Staszak VM. Selection of operation for esophageal cancer base on staging. Ann Surg 1986; 204:391-401.
8. Bonavina L. Early esophageal cancer : results of a European multicenter survey. Br J Surg 1995; 85:92-101.
9. Junginger T, Dutkowski P. Selective approach to the treatment of esophageal cancer. Br J Surg 1996; 83:1473-7.
10. กฤษณ์ จาฎามระ. การผ่าตัดหลอดอาหารโดยไม่เปิดทรวงอก. ใน: ณรงค์ ไวกัยงกูร, อรุณ เผ่าสวัสดิ์, ทองอวบ อุดรวิเชียร, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 9. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพฯเวชสาร; 2534. หน้า 289-98.
11. Lin J, Iannetoni MD. Transhiatal esophagectomy. Surg Clin N Am 2005; 85:593-610.
12. Shichinohe T, Hirano S, Kondo S. Video-assisted esophagectomy for esophageal cancer. Surg Today

- 2008; 38:206-13.
13. De Hoyos A, Litle VR, Luketich JD. Minimally invasive esophagectomy. *Surg Clin N Am* 2005; 85:631-47.
14. ธนพล ไหมแพง. การรักษามะเร็งหลอดอาหาร. ใน: นพดล วรอุไร, สมัคร วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริ, สุทธิจิต ลีลา-นนท์, วัฒนา สุพรหมจักร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 22. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร; 2547. หน้า 205-33.

**Abstract Esophageal Cancer in Pathum Thani Hospital
Rangsan Butcha***

*Division of Surgery Pathum Thani Hospital, Pathum Thani
Journal of Health Science 2008; 17:SII424-9.

This retrospective descriptive study reported 60 patients who had esophageal carcinoma treated at Pathum Thani hospital from October 2002 to September 2007. Fifty patients were male and 10 were female (male to female ratio, 5 : 1). The average age was 67.3 years (range, 38-87 years). Clinical presentations included dysphagia (70%), substernal distress (13.4%), odynophagia (8.3%), and pain in pharynx (8.3%). The location of the tumors was in the middle third in 66.6 percent of the patients, upper third in 16.7 percent and lower third in 16.7 percent. The cell types were squamous cell carcinoma in 96.7 percent and adenocarcinoma in 3.3 percent. The patients were in stage IV (66.7%) and stage III (33.3%). Blunt transhiatal esophagectomy with gastric pull-up by substernal route was performed in 12 patients. One-year survival rate was 83.3 percent (10/12 patients). Post-operative mortality rate was 16.7 percent (2/12 patients).

Key words: esophageal cancer, squamous cell carcinoma