

บทที่ 1

หลักการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกกระดูกและระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

ดร.นพ. ดำเนินสันต์ พฤกษากร

ในบทความนี้จะกล่าวถึงหลักการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมถึงโรคเนื้องอกปฐมภูมิของกระดูกและระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และรวมถึงโรคมะเร็งคาสีโนมาที่ลุกลามมาที่กระดูก ซึ่งผู้ป่วยอาจจะมาพบแพทย์ด้วยกลุ่มอาการคล้ายกัน มีหลักการพื้นฐานในการให้การวินิจฉัยคล้ายกัน แต่มีแนวทางการดูแลรักษาต่างกัน ทำให้จำเป็นที่จะต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคจากกันและกันให้ชัดเจนเสมอ สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเน้นเรื่องการให้การวินิจฉัยในกลุ่มโรคดังกล่าวได้ สามารถทำการส่งต่ออย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำเบื้องต้น และหลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นต่อผู้ป่วย สำหรับแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อทั่วไป จะเน้นเรื่องการวินิจฉัย ความสามารถในการส่งตรวจพิเศษอย่างเหมาะสม การทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัย การส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อ และสามารถทำการรักษาในบางโรคได้อย่างเหมาะสม

ในทางเวชปฏิบัติโรคกลุ่มนี้ถือว่าเป็นกลุ่มที่ให้การวินิจฉัยยากและต้องการแพทย์หลายสาขาวิชาการดูแล เนื่องจากโรคกลุ่มดังกล่าวมีความชุกน้อย โอกาสที่แพทย์ทั่วไปจะสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ในระยะต้นเป็นเรื่องยาก ความล่าช้าในการวินิจฉัยบางครั้งทำให้เกิดผลเสียต่อผลการรักษาและการพยากรณ์โรค ดังนั้นการซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด และการระลึกถึงอาการแสดงของโรคดังกล่าวเสมอ ๆ ในการวินิจฉัยแยกโรค รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะในบางรายที่ไม่แน่ใจการวินิจฉัย จะช่วยให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปลดความเสี่ยงในการวินิจฉัยซ้ำ และวินิจฉัยผิดพลาดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นแล้วสมควรได้รับการส่งต่อ เพื่อรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์เฉพาะด้านโรคเนื้องอกของระบบกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน อายุรแพทย์และกุมารแพทย์ด้านมะเร็งวิทยา รังสีแพทย์ และพยาธิแพทย์ที่มีความชำนาญพิเศษ เพื่อให้ได้ผลการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนวางแผนการรักษาต่อไป แพทย์ไม่ควรทำหัตถการใดแก่ผู้ป่วยก่อนจะได้รับการตรวจจนได้ผลการวินิจฉัยแยกโรคใกล้เคียงที่สุด เพื่อลดความผิดพลาดในการรักษาให้มากที่สุด เช่น แพทย์ไม่ควรทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยถ้าแพทย์ผู้นั้นไม่ใช่ผู้ที่ทำการวางแผนผ่าตัดรักษาในท้ายที่สุด เพราะผลจากการตัดชิ้นเนื้อซึ่งมีเซลล์มะเร็งปนเปื้อนอยู่จะเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนผ่าตัดในการรักษาขั้นสุดท้าย แพทย์ไม่ควรผ่าตัดใส่อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูกถ้ายังไม่ทราบแน่ชัดว่าผู้ป่วยมีการวินิจฉัยเป็นอะไร ซึ่งอาจจะ

ทำให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่แย่ง หรือ ไม่อาจจะเก็บรักษาระยางค์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ ยกตัวอย่าง เช่น การหักประวัติน่าดีพอในผู้ป่วยที่เป็น pathological fracture ทำให้ไม่สามารถทราบถึงพยาธิสภาพของกระดูกที่มีก่อนหน้าที่กระดูกจะหักได้ เมื่อไม่ทราบการวินิจฉัย ข้อมละเลยเรื่องการตรวจส่องตรวจเนื้อเยื่อในระหว่างการผ่าตัด และแพทย์ข้อมไม่ได้วางแผนการใช้อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูกที่เหมาะสม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการตรวจพบ osteolytic lesion จากภาพเอ็กซเรย์บริเวณกระดูก มักจะให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นมะเร็งในระยะลุกลามและให้การผ่าตัดยึดตรึงกระดูก โดยขาดการตรวจหารอยโรคปอดปฐมภูมิ และการตัดชิ้นเนื้อพิสูจน์ ซึ่งถ้ารอยโรคดังกล่าวเป็นเนื้องอกมะเร็งปอดของกระดูก จะทำให้แพทย์ไม่สามารถเก็บรักษาระยางค์ของผู้ป่วยได้ในที่สุด

จากรายงานในต่างประเทศพบว่าการดูแลรักษาโรคเนื้องอกของกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยังมีรายงานความผิดพลาดอยู่สูง ดังนั้นแล้วถ้าแพทย์สามารถเข้าใจหลักการพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และส่งต่ออย่างเหมาะสม ข้อมจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในที่สุด

การตระหนักถึงปัญหาและการซักประวัติ

โรคเนื้องอกกระดูกและระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเป็นกลุ่มโรคที่พบได้ไม่บ่อยเมื่อเทียบกับภาวะการได้รับบาดเจ็บ โรคที่เกี่ยวกับความเสื่อม บางครั้งโรคในกลุ่มนี้จะมาพบแพทย์ด้วยอาการที่คล้ายคลึงกับโรคอื่น ๆ ทำให้การวินิจฉัยทำได้ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งถ้าโรคดังกล่าวเป็นโรคในกลุ่มมะเร็งก็จะทำให้มีผลเสียต่อการพยากรณ์โรคต่อไป ฉะนั้นแล้วแพทย์กระดูกและข้อควรจะต้องให้ความตระหนักถึงโรคในกลุ่มนี้เอาไว้ด้วยเสมอเมื่อทำการตรวจรักษาผู้ป่วย การนัดผู้ป่วยติดตามอาการหรือการกลับมาพบแพทย์ซ้ำหรือการส่งตรวจทางรังสีเพิ่มเติมเมื่ออาการและอาการแสดงไม่ดีขึ้นหลังจากได้ให้การรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว ข้อมจะทำให้ลดความล่าช้าและความผิดพลาดในการให้การวินิจฉัยโรคกลุ่มดังกล่าวมากขึ้น บางครั้งประวัติที่สำคัญก็ไม่ได้มาจากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติเสมอไป เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยชรา ฉะนั้นการที่แพทย์ระลึกถึงโรคกลุ่มดังกล่าว ข้อมมีส่วนอย่างมากในการชี้แนวทางให้ผู้ป่วยเล่าประวัติที่สำคัญออกมา

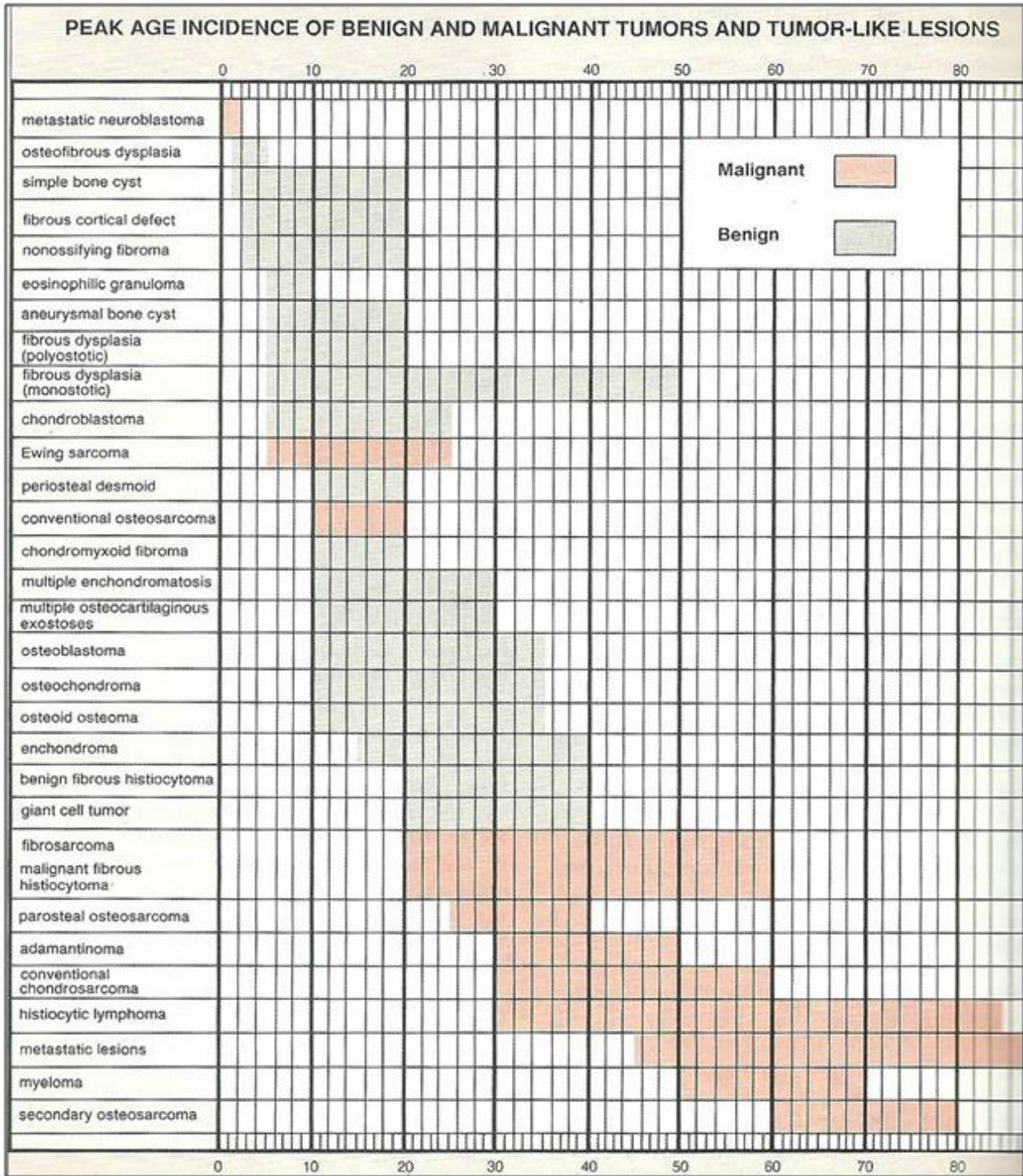
ประวัติเรื่องอาการปวดเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางระบบโครงสร้าง แต่ปัญหาอาการปวดที่ต้องทำให้ระลึกถึงโรคในกลุ่มนี้มากขึ้นได้แก่ อาการปวดตอนกลางคืน อาการปวดตอนกลางคืนที่ตอบสนองเป็นอย่างดีเมื่อรักษาด้วยยาในกลุ่ม NSAIDs ในโรค osteoid osteoma อาการปวดกระดูกสันหลังในบริเวณที่พบไม่บ่อย เช่น ปวดบริเวณ thoracic spine มากกว่าจะเป็นบริเวณ cervical หรือ lumbosacral spine ที่พบทั่วไปในโรค spondylosis อาการปวดในเด็ก อาการปวดที่เกิดจากประวัติอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย

อาการปวดที่พบร่วมกับการคลำได้ก้อน เนื้อเยื่อของชนิดเช่น chordoma เป็นเนื้องอกที่อยู่ลึกในช่องเชิงกรานกว่าจะแสดงอาการก็ใช้เวลานาน ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลัง และปวดก้นร้าวลงขา ซึ่งอาจทำให้แพทย์ให้การวินิจฉัยและรักษาไปในทางโรคของกระดูกสันหลังเสื่อมได้

การซักประวัติในเรื่องช่วงระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาพบแพทย์ จะสามารถทำให้แพทย์พอจะคาดเดาถึงการดำเนินโรคได้ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักจะให้ประวัติเรื่องอาการปวดอยู่ในระยะสัปดาห์หรือเพียงช่วงไม่กี่เดือนก่อนมาพบแพทย์ ในขณะที่ก้อนเนื้ออกที่ไม่ใช่มะเร็ง หรือ low-grade malignancy เช่น well-differentiated liposarcoma จะให้ประวัติว่าก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะเวลาเป็นปี ก้อนเนื้ออกที่สามารถคลำได้มาตั้งแต่สมัยเด็กก็มักจะต่อไปในทางเนื้องอกธรรมดามากกว่าจะเป็นเนื้องอกมะเร็ง เนื้องอกที่คลำได้หรือเคยตรวจพบมาตั้งแต่เด็กแต่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่เดือนก็จะต้องนึกถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงเช่น secondary chondrosarcoma จากเนื้องอก osteochondroma

ช่วงอายุของผู้ป่วยมีความสำคัญมากในโรคเนื้องอกของระบบกระดูกและข้อ ช่วงอายุของผู้ป่วยมีบทบาทเสมอในการวินิจฉัยแยกโรคและการแปลผลของภาพถ่ายรังสี เนื้องอกของระบบกระดูกและข้อหลายชนิดพบในผู้ป่วยอายุน้อย เช่น osteosarcoma, Ewing sarcoma, unicameral bone cyst เป็นต้น เนื้องอกที่พบบ่อยในวัยกลางคน ช่วง 20-40 ปี Giant cell tumor ในขณะที่โรคมะเร็งลามมาที่กระดูก(bone metastasis) และ multiple myeloma สามารถพบได้บ่อยมากในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ตารางด้านล่างแสดงความชุกของเนื้องอกชนิดต่าง ๆ จะสังเกตว่าอุบัติการณ์การเกิดได้แบ่งตามช่วงอายุของผู้ป่วยค่อนข้างจะชัดเจน

ตารางที่ 1 แสดงความชุกในการเกิดโรคเนื้องอกของระบบกระดูกและข้อในวัยต่างๆ (1)



ผู้ป่วยกระดูกหักจากอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงน้อยจะต้องระลึกรถึงโรคในกลุ่มเนื้ออกเสมอ แพทย์จะต้องซักประวัติย้อนกลับไปในอดีตก่อนหน้าเกิดอุบัติเหตุเสมอ เช่น เคยมีอาการปวดบริเวณดังกล่าวก่อนการหักหรือไม่ เคยมีก้อนบริเวณดังกล่าวก่อนการหักหรือไม่ เคยมีประวัติเป็นโรคมะเร็งที่กำลังรักษาหรือรักษาหายไปแล้วในอดีตหรือไม่ การมีประวัติเหล่านี้ย่อมทำให้แพทย์มีความระมัดระวังในการแปลผลภาพถ่ายทางรังสีมากขึ้น ในกรณีที่ไม่มีความมั่นใจเมื่อคุณภาพเอกซเรย์ธรรมดา แพทย์ก็มีเหตุผลหนักแน่นมากขึ้นที่จะส่งตรวจพิเศษเพื่อยืนยันการวินิจฉัยเมื่อมีประวัติเป็นลึ่งชี้ นำ การซักประวัติอย่างละเอียดจะทำให้แพทย์ระลึกรถึงโรคเนื้องอกของระบบกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันได้มากขึ้น ช่วยชี้แนวทางให้ผู้ป่วยตอบคำถามที่ไม่ได้ระลึกรถึง เพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย ลดความล่าช้า ลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น และเป็น การเพิ่มความสำเร็จในการรักษามากขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคเนื้องอกกระดูกและระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

โรคเนื้องอกกระดูกและระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจะสามารถแบ่งออกได้เป็น เนื้องอกชนิดมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง (malignant and benign bone tumor) มะเร็งคาสิโนมา (carcinoma) ลูกกลมมาที่กระดูก และโรคมะเร็งของระบบเลือดที่กระดูก แพทย์ควรระลึกรถึงโรคดังกล่าวอยู่เสมอเมื่อทำการรักษาผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ในการวินิจฉัยแยกโรค การซักประวัติ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด และการส่งตรวจพิเศษเป็นขั้นตอนที่จะช่วยลดความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้

เนื้องอกของระบบกระดูกมักจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องอาการปวด ซึ่งอาจจะมีก่อนหรือไม่มีร่วมด้วยก็ได้ อาการเริ่มต้นของการปวดมักจะสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม เนื้องอกที่เป็นมะเร็งมักจะแสดงอาการปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งปวดแม้ในขณะที่พัก และปวดในตอนกลางคืน เนื้องอกชนิดไม่ใช่มะเร็งก็เป็นสาเหตุทำให้ปวดได้ถ้าเนื้องอกดังกล่าวมีขนาดใหญ่พอที่จะทำให้กระดูกบางลงจนมีปัญหาต่อการรับน้ำหนัก หรืออยู่ในตำแหน่งที่ขัดขวางต่อการเคลื่อนไหวทำให้มีการขัดสีของเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวจนมีการอักเสบเกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่คลำก้อนได้บริเวณแขน ขา และตามตัว โดยทั่วไปเนื้องอกของระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมักจะไม่มีอาการปวด ทั้งแบบที่เป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็ง เนื้อเยื่อที่มีอาการปวด บวม แดงร้อน และโตขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้นมักจะมีสาเหตุมาจากภาวะการติดเชื้อ ก้อนที่มีอาการปวดร้ายไปตามแนวเส้นประสาทที่เลี้ยงผิวหนังเวลาตรวจร่างกายด้วยการเคาะ อาจจะเป็นเนื้องอกในกลุ่มระบบประสาท เช่น schwannoma ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีก้อนขนาดโตขึ้นและเสีกลงในบางครั้ง ก้อนโตมากขึ้นโดยเฉพาะตอนที่

ปล่อยให้ระยางค์ตกตามแรงโน้มถ่วงและยุบลงเมื่อยกกระยางค์นั้นขึ้นเหนือระดับหัวใจ ร่วมกับมีอาการเจ็บเป็นบางครั้ง อาจทำให้คิดถึงก้อนเนื้อออกชนิด intramuscular hemangioma อาการแสดงของก้อนเนื้อออกที่มีแนวโน้มจะเป็นมะเร็งจะมีลักษณะดังต่อไปนี้ เนื้อออกมักจะมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร ก้อนเนื้อออกมักจะอยู่ลึกกว่าระดับ fascia และก้อนมักจะโตเร็ว ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวแพทย์ก็ควรจะต้องส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมหรือควรพิจารณาส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป

เนื้อออกของกระดูกที่ไม่ใช่มะเร็งอาจจะเกิดขึ้นมานานโดยไม่มีอาการ แต่อาการถูกตรวจพบเมื่อผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจนกระทั่งกระดูกหัก เช่น unicameral bone cyst บริเวณกระดูก humerus, enchondroma บริเวณนิ้วมือ เป็นต้น บางโอกาสก็ถูกตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพทางรังสีที่ถูกถ่ายเพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่อันเนื่องมาจากโรค supraspinatus tendinitis แต่หลังจากเอ็กซเรย์แล้วกลับพบว่า มี enchondroma บริเวณ proximal humerus เป็นต้น

หลังจากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดแล้ว เมื่อแพทย์เกิดความสงสัยว่าจะเป็นโรคเนื้อออกในระบบกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การส่งตรวจเอ็กซเรย์และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานจะมีส่วนช่วยได้มาก การส่งตรวจเอกซเรย์ยังคงเป็นวิธีมาตรฐานในการให้การวินิจฉัยโรคเนื้อออกของระบบกระดูกและข้อ (ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อถัดไป) การพบการสะสมของแคลเซียมที่ผิดปกติ (abnormal calcification) ในเนื้อเยื่อจะมีส่วนช่วยในการให้การวินิจฉัยแยกได้ เช่น myositis ossificans หรือ synovial sarcoma การมีภาวะซีดร่วมกับ osteolytic lesion ของกระดูกในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปีก็ต้องคิดถึงโรค multiple myeloma การตรวจพบก้อนของภาพรังสีในปอดร่วมกับ osteolytic lesion ของกระดูกในผู้ป่วยสูงอายุ ต้องนึกถึงมะเร็งปอดที่ลุกลามมาที่กระดูก หรือพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะร่วมกับพบ osteolytic lesion ของกระดูกในผู้ป่วยสูงอายุ ย่อมนึกถึงมะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะลุกลามมายังกระดูก metastasis carcinoma เป็นต้น

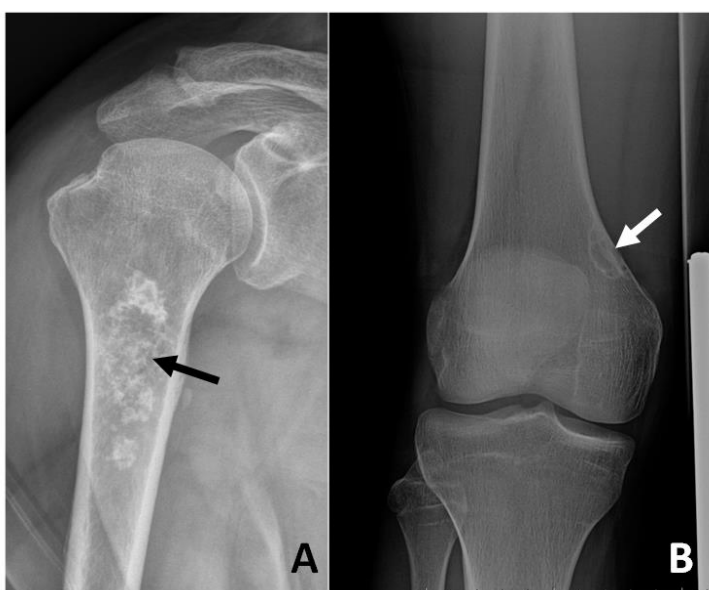
การแบ่งระยะโรคของเนื้อออกกระดูกและระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

การแบ่งระยะโรคในเนื้อออกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีหลายระบบ เอกสารนี้จะนำเสนอระบบการแบ่งระยะที่นิยมใช้ในอนุสาขาโรคเนื้อออกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันแห่งประเทศไทย สำหรับเนื้อออกของกระดูกที่ไม่ใช่มะเร็งสามารถแบ่งระยะตามแบบของ Enneking ได้สามระยะ โดยการเขียนจะให้ตัวอักษร เป็นตัวเลขอารบิก stage 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การแบ่งระยะเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งตามหลัก Enneking (2)

Stage 1 (Latent stage)

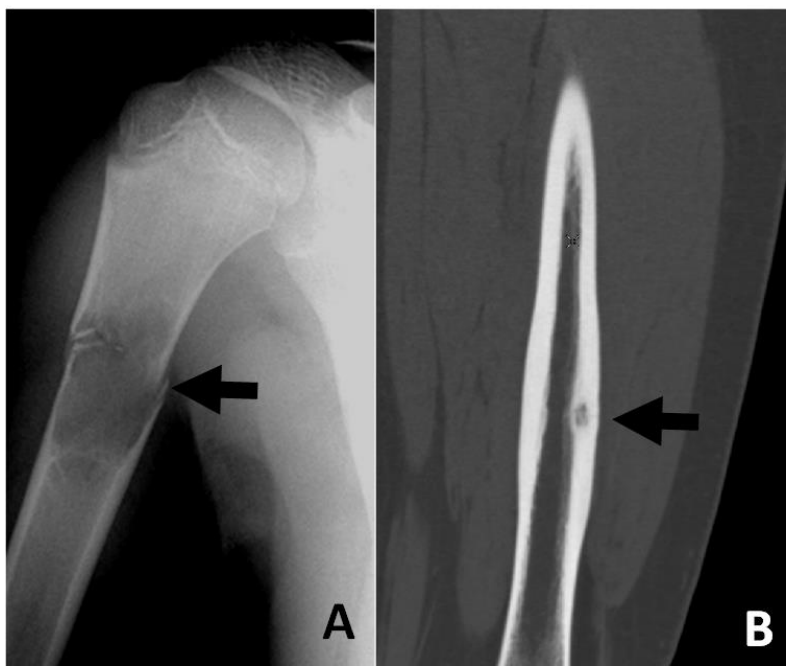
เนื้องอกที่อยู่ในกลุ่มที่หนึ่ง (Latent) มักจะตรวจพบโดยบังเอิญ โดยไม่แสดงอาการตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา เนื้องอกในกลุ่มนี้ไม่ต้องการการรักษา หรือการตรวจพิเศษเพิ่มเติมถ้าแพทย์มีความคุ้นเคยกับภาพทางรังสี และสามารถให้การวินิจฉัยได้ทันที เช่น non-ossifying fibroma, fibrous cortical defect, enchondroma เป็นต้น การติดตามภาพถ่ายทางรังสีเป็นระยะเพื่อดูการดำเนินโรคเป็นสิ่งที่เหมาะสมถ้าไม่มั่นใจ เมื่อโรคไม่พัฒนาขึ้นหรือภาพถ่ายรังสีคงเดิมเมื่อติดตามไประยะหนึ่งก็สามารถหยุดติดตามได้ ในกรณีที่ไม่คุ้นเคยภาพถ่ายทางรังสีก็ควรส่งตัวให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอความเห็นต่อไป



รูปที่ 1 ตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าได้กลับเนื้องอกกระดูกที่ไม่ใช่มะเร็งใน stage 1 (A) ภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี มาด้วยอาการปวดไหล่จากอาการ supraspinatous tendinitis โดยเมื่อแพทย์ถ่ายภาพเอ็กซเรย์สามารถตรวจพบ enchondroma โดยบังเอิญ (B) ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 25 มีอาการปวดเข่าจากการบาดเจ็บหลังเล่นกีฬา เมื่อแพทย์ทำการถ่ายภาพรังสีกลับตรวจพบ non-ossifying fibroma โดยบังเอิญ

Stage 2 (Active stage)

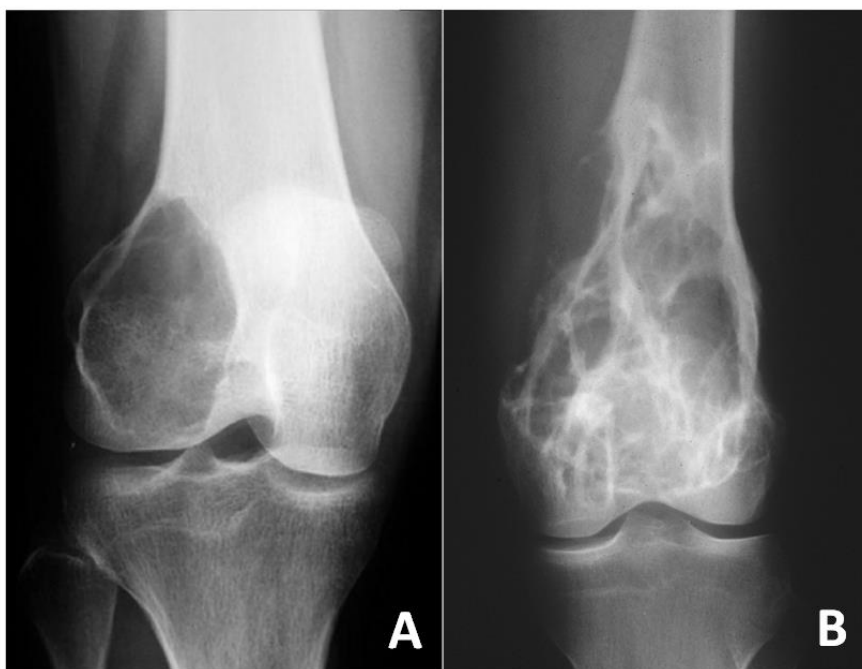
เนื้องอกในกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่มีอาการอันเนื่องมาจากการดำเนินโรคของเนื้องอกนั้น ๆ อาจจะทำให้ผู้ป่วยปวด หรือกระดูกหัก เช่น unicameral bone cyst, aneurismal bone cyst, osteoid osteoma เป็นต้น การให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีขอบเขตกว้าง ตั้งแต่การติดตามอาการจนกระทั่งการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งจะเป็นรายละเอียดของแต่ละโรคต่อไป



รูปที่ 2 ตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าได้กลับเนื่องกระดูกที่ไม่ใช่มะเร็งใน stage 2 (A) ผู้ป่วยเด็กชายมาพบแพทย์ด้วยสาเหตุกระดูกแขนหัก หลังจากให้ประวัติเพื่อนวิ่งชน ภาพรังสีแสดงเนื้องอก Unicameral bone cyst with fracture ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการเข้าเฝือกจนกระดูกติด (B) ผู้ป่วยชายไทยมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดขาและปวดมากในเวลากลางคืน อาการปวดดีขึ้นด้วยเมื่อได้รับยา NSAIDs ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น osteoid osteoma (รูปที่ 2B นำมาจาก www.bonetumor.org)

Stage 3 (Aggressive stage)

เนื้องอกในกลุ่มที่สาม เป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงบริเวณที่เป็น และอาจจะสามารถกลับเป็นซ้ำได้เมื่อรักษาไปแล้ว บางโรคอาจจะมีความสามารถในการลุกลามและแพร่กระจาย เช่น Giant cell tumor, desmoplastic fibroma

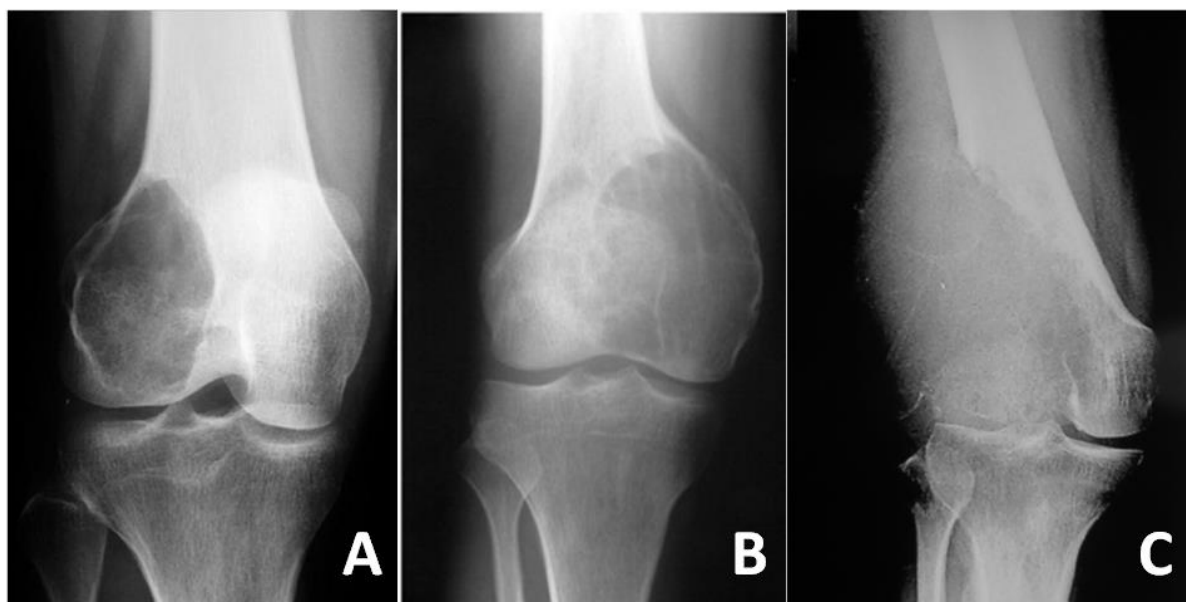


รูปที่ 3 ตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าได้กลับเนื้อกระดูกที่ไม่ใช่มะเร็งใน stage 3 (A) ผู้ป่วยอายุ 40 มีอาการปวดเข่าขวา จากเอ็กซ์เรย์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Giant cell tumor (B) ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 25 ปี มีอาการปวดเข่าเป็น ๆ หาย ๆ มาหนึ่งปี สามเดือนมีอาการปวดเข่าซ้ายมากขึ้น ผลการตัดชิ้นเนื้อตรวจแสดงผล desmoplastic fibroma

ทั้งนี้ Giant cell tumor ซึ่งเป็น โรคที่พบบ่อย รักษายากทำให้มีการแบ่งระยะความรุนแรงของเนื้องอกดังกล่าวโดยใช้ระบบที่ชื่อว่า Campanacci radiographic grading โดยระบบดังกล่าวจะช่วยในการสื่อสารขึ้นการรักษ และพยากรณ์โรคได้เป็นอย่างดี

การแบ่งระยะของ Campanacci grading

1. Campanacci grade I เป็นระยะที่เนื้องอกอยู่ในกระดูก ยังมีกระดูกล้อมรอบเนื้องอกในทุก ๆ ด้าน
2. Campanacci grade II เป็นระยะที่เนื้องอกเริ่มมีการลุกลามมากขึ้น โดยทำให้กระดูกมีลักษณะโป่งพองออก แต่ยังไม่มีการลุกลามของเนื้องอกเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบด้าน
3. Campanacci grade III เป็นระยะที่เนื้องอกเริ่มมีการลุกลาม โดยทำให้กระดูกมีลักษณะโป่งพองออก และเนื้องอกมีการลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบด้าน



รูปที่ 4 แสดงตัวอย่างภาพถ่ายทางรังสีที่แบ่งตามระยะ โดย Campanacci (A) grade I, (B) grade II, และ (C) grade III

เนื้องอกกระดูกชนิดมะเร็งจะแบ่งตามระยะของ Enneking staging ซึ่งมีวิธีการแบ่งตามตารางที่ 3 โดยการแบ่งจะอิงตาม ระดับความรุนแรงของเนื้อเยื่อในทางพยาธิวิทยา (histological grading) การลุกลามของโรคเฉพาะที่ (local invasion) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (metastasis) เนื้องอกมะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันนิยมแบ่งระยะของโรคตาม AJCC ซึ่งมีวิธีการแบ่งตามตารางที่ 4 รายละเอียดของการแบ่งกลุ่ม จะแบ่งตามระดับความรุนแรงของเนื้อเยื่อจากลักษณะทางพยาธิวิทยา (histological grade) การลุกลามของเนื้อเยื่อ โดยรอบ (local invasion) และการมีและไม่มี การแพร่กระจาย (metastasis) ลักษณะเนื้อเยื่อที่เป็น Low-grade lesions จะมีลักษณะ well-differentiated มีการแบ่งตัวของเซลล์น้อย มีความผิดปกติของรูปร่างเซลล์ในระดับปานกลาง ลักษณะดังกล่าวมีโอกาสที่มะเร็งจะแพร่กระจายน้อยกว่า 25% เนื้อเยื่อที่เป็น High-grade lesions จะมีรูปร่างเซลล์ที่ผิดปกติมาก เซลล์แสดงศักยภาพในการแบ่งตัวเยอะ มี nucleus ขนาดใหญ่ เมื่อเทียบกับขนาดเซลล์

การแบ่งตำแหน่งของเนื้องอกจะใช้ตำแหน่งตามลักษณะทางกายวิภาค เช่น เนื้องอกที่เจริญเริ่มต้นในกระดูกบริเวณ metaphysis กระดูกบริเวณนั้นจะเป็น compartment ของเนื้องอกและ cortical bone โดยรอบจะเป็นของเขตของเนื้องอก หรืออาจจะเป็นโครงสร้างอื่น ๆ เช่น articular cartilage, epiphyseal plate, joint capsule เป็นต้น รวมทั้งการมีและไม่มี การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (แสดงในตารางที่ 2)

การแบ่งระยะของมะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันตามวิธีของ AJCC นั้น จะสามารถแบ่งได้ตามปัจจัยพยากรณ์โรคมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงของเนื้อเยื่อจากลักษณะทางพยาธิวิทยา (histological grade) ขนาดก้อน ความลึกของตำแหน่งก้อน โดยยึดเอาระดับ fascia เป็นหลัก ขอบเขตของเนื้องอกที่เกิดจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันก็จะเป็น โครงสร้างของเนื้อเยื่อโดยรอบ ได้แก่ fascia septa, bone หรือ joint capsule เป็นต้น รวมทั้งการมีและไม่มี การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (แสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของมะเร็งกระดูก Enneking (2)

Stage	Grade	Site	Metastasis
IA	Low	Intracompartmental	None
IB	Low	Extracompartmental	None
IIA	High	Intracompartmental	None
IIB	High	Extracompartmental	None
III	Any	Any	Regional or distant metastasis

ตารางที่ 3 การแบ่งระยะตามระบบ American Joint Committee on Cancer (AJCC) (2)

Stage	Grade	Size	Depth	Metastasis
I-A	Low	≤ 5 cm	Any	None
I-B	Low	> 5 cm	Superficial	None
II-A	Low	> 5 cm	Deep	None
II-B	High	≤ 5 cm	Any	None
II-C	High	> 5 cm	Superficial	None
III	High	> 5 cm	Deep	None
IV	Any	Any	Any	Present

การประเมินความรุนแรงของโรคมะเร็งคาซิโนมาที่แพร่กระจายมายังกระดูก

มะเร็งปฐมภูมิที่มักจะลุกลามมายังกระดูกก็คือ มะเร็งปอด ระบบทางเดินอาหาร ไทรอยด์ เต้านม ไต ต่อมลูกหมาก และไต เมื่อแพทย์พบรอยโรคในกระดูก และชนิดของมะเร็งปฐมภูมิแล้ว ก็แสดงว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะแพร่กระจายของโรคมะเร็งปฐมภูมินั้น ๆ ดังนั้นแผนรักษาตามชนิดของมะเร็งปฐมภูมินั้นก็จะเข้าสู่การรักษาวิธีการรักษาแบบประคับประคอง สำหรับหน้าที่ของศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือการเฝ้าระวัง และการรักษาภาวะกระดูกหักซึ่งเป็นสาเหตุที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง หรือภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากภาวะกระดูกระยะยั้งหักและกระดูกสันหลังยุบตัว เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน การเป็นอัมพาต อาการปวดจากการกดทับเส้นประสาทของกระดูกสันหลัง ในขณะที่เดียวกันศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ก็ต้องมีการประเมินความเสี่ยงอันเนื่องมาจากผ่าตัดและการพักผ่อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกับช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่

โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง มะเร็งที่แพร่กระจายมาตามกระดูกระยะยั้งหักจะสามารถทำผ่าตัดได้ไม่ยาก ผู้ป่วยควรจะได้รับ การผ่าตัดทันทีที่เกิดภาวะกระดูกหัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถตรวจพบภาวะการลุกลามได้ก่อนที่กระดูกจะหัก เพราะอาการปวดอันเนื่องมาจากมะเร็งทำลายกระดูก และการที่กระดูกเริ่มไม่สามารถรับน้ำหนักร่างกายไหวอีกต่อไป นอกจากการปรับยาระงับปวดให้ผู้ป่วยแล้ว การประเมินความเสี่ยงต่อการหักยังมีความสำคัญมากในการใช้เป็นแนวทางเลือกผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดก่อนที่กระดูกจะหัก

สำหรับรอยโรคที่แพร่กระจายมายังกระดูกระยะยั้งหักนั้นแพทย์จะนิยมใช้ Mirel's score เป็นแนวทาง โดยมีวิธีการแบ่งดังตารางที่ 4 โดยถ้าคะแนนรวมของการประเมินดังกล่าวมีค่าตั้งแต่ 9 แต้มขึ้นไป แสดงว่ากระดูกดังกล่าวกำลังจะหัก แพทย์ควรพิจารณาทำการผ่าตัดก่อนที่กระดูกนั้นจะหัก

ตารางที่ 4 ตารางการแบ่งระยะของ Mirel's score (3)

Variable	1	2	3
Site	Upper arm	Lower extremities	Peritrochanteric
Pain	Mild	Moderate	Severe
Lesion	Blastic	Mixed	Lytic
Size	<1/3 diameter of bone	1/3-2/3 diameter of bone	>2/3 diameter of bone

สำหรับรอยโรคมะเร็งที่ลุกลามมายังกระดูกสันหลัง ได้มีการจัดกลุ่มในหลายลักษณะ การแบ่งกลุ่มมีความสำคัญมาก เพราะโรคมะเร็งที่แพร่กระจายมายังกระดูกสันหลังจะมีอาการและอาการแสดงหลายระดับ ตั้งแต่มีแค่อาการปวดหลัง จนถึงกระทั่งอาการอัมพาตเฉียบพลัน นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังจะมีการพยากรณ์โรคแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายอย่าง การประเมินระยะเวลาการมีชีวิตอยู่รอดได้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มิได้ตั้งแต่ ระยะเวลาเป็นเดือน จนกระทั่งหลายปี หรืออาจจะหายขาดในบางราย และอีกปัจจัยที่สำคัญคือการผ่าตัดรอยโรคดังกล่าวบริเวณกระดูกสันหลังนั้นเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง และใช้เวลาพักฟื้นตัวนาน ดังนั้นแล้วการประเมินสภาพผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตเหลือ ความยากง่ายของการผ่าตัด และระยะเวลาการพักฟื้นหลังผ่าตัด ย่อมจะต้องถูกประเมินรอบด้าน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยแต่ละรายที่เหลืออยู่ มีการนำเสนอวิธีการประเมินผู้ป่วยที่มีมะเร็งแพร่กระจายมายังกระดูกหลายวิธีเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วย ซึ่งวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือการประเมินด้วย Tomita score และ Tokohashi score ซึ่งมีงานวิจัยที่ยืนยันว่าทั้งสอง score มีความแม่นยำในการใช้พยากรณ์โรคและสามารถใช้เป็นแนวทางได้ดีในการเลือกวิธีการรักษา

Tomita และคณะได้เสนอวิธีการแบ่งระยะของการลุกลามมะเร็งไปที่กระดูกสันหลัง ด้วยวิธีของ Tomita นั้นข้อดีของวิธีการแบ่ง จะช่วยในการชี้แนะวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมได้เป็นอย่างดี เช่น ผู้ป่วยที่มีการลุกลามในระยะต้น หรือมีการลุกลามเพียงตำแหน่งเดียว ยังไม่มีการลุกลามสู่อวัยวะภายใน มะเร็งตั้งต้นเป็นมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคดี (คะแนน Tomita score 1-2) ซึ่งจะถือว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีการพยากรณ์โรคดีมาก ผู้ป่วยน่าจะมีโอกาสที่จะมีชีวิตและอยู่ต่อได้อีกนาน 3-5 ปี การการผ่าตัดรักษาต้องหวังผลที่จะกำจัดเนื้ออกมะเร็งออกให้หมด การผ่าตัดจึงนิยมผ่าตัดแบบ Total vertebrectomy ในขณะที่ผู้ป่วยที่มะเร็งมีการลุกลามมาก (คะแนน Tomita score 6-7) การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบประคับประคองแบบ เพื่อกำจัดเนื้ออกบางส่วนออก เพื่อลดอาการปวด และเพิ่มความแข็งแรงของโครงสร้างชั่วคราว ก็จะแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การทำ Decompressive laminectomy โดยวิธี posterior approach สำหรับ palliative surgery สำหรับ Tomita score จะให้ความสำคัญในเรื่อง ชนิดของมะเร็งปฐมภูมิ การลุกลามของมะเร็งปฐมภูมิไปยังอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้อง และลักษณะการกระจายของมะเร็งปฐมภูมิไปยังกระดูกสันหลัง(ปัจจัยการพยากรณ์) ดังตารางที่ 6 การแบ่งคะแนนของ Tomita score (ในแนวที่ 1 ของตารางซ้ายมือ หัวข้อ "point") เกิดจากการศึกษาแบบย้อนกลับเพื่อดูอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลุกลามมาที่กระดูกสันหลังตามปัจจัยพยากรณ์ที่ศึกษา โดยน้ำหนักของคะแนน เกิดจากจำนวนเท่า (1, 2 และ 4 เท่า) ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (คะแนน 1) จะมีระยะเวลาการอยู่รอด

นานกว่ามะเร็งปอดในระยะลุกลาม (คะแนน 4) ประมาณ 4 เท่า เช่นเดียวกับ ปัจจัยการพยากรณ์ในหัวข้อ “Visceral metastasis” และ “Bone metastasis” หลังจากผู้ประเมินรวมคะแนนแล้ว จำนวนคะแนนที่น้อยจะถือว่ามีพยากรณ์โรคที่ดี ดังนั้นการผ่าตัดจึงต้องคาดหวังว่าจะสามารถนำเนื้อมะเร็งออกให้มากที่สุด หรืออาจเทียบได้กับการรักษาโรคปฐมภูมิของกระดูกสันหลัง จำนวนคะแนนที่มากกว่าเจ็ด มักจะไม่แนะนำให้ทำการผ่าตัด เพราะการผ่าตัดจะยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ไม่มากนัก แยกจากบาดแผลผ่าตัด ดังนั้นแล้ว Tomita score จะมีข้อดีมากต่อผู้ประเมินเพื่อชี้แนวทางการและวิธีการผ่าตัด

ตารางที่ 6 ตารางการแบ่งความรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งลุกลามมาที่กระดูกสันหลังแบบ Tomita (4)

Scoring System				Prognostic Score	Treatment Goal	Surgical Strategy
Point	Prognostic factors					
	Primary tumor	Visceral mets.*	Bone mets.**			
1	slow growth (breast, thyroid, etc.)	/	solitary or isolated	2	Long-term local control	Wide or Marginal excision
				3		
2	moderate growth (kidney, uterus, etc.)	treatable	multiple	4	Middle-term local control	Marginal or Intralesional excision
				5		
4	rapid growth (lung, stomach, etc.)	un-treatable	/	6	Short-term palliation	Palliative surgery
				7		
				8	Terminal care	Supportive care
9						
10						

* No visceral mets. = 0 point. ** Bone mets. including spinal mets.

การประเมินผู้ป่วยตามวิธีการของ Tokohashi นั้นผู้ป่วยจะถูกประเมินจากปัจจัยต่อไปนี้ สภาพร่างกาย (performance status) เช่น Kanofsky score, Palliative performance scale for adult Suandok (PPS) จำนวนตำแหน่งของการแพร่กระจายสู่กระดูกนอกจากกระดูกสันหลัง จำนวนชิ้นกระดูกสันหลังที่มะเร็งได้แพร่กระจาย การแพร่กระจายไปอวัยวะภายในร่างกายและการแพร่กระจายนั้นสามารถรักษาด้วยการตัดออกได้หรือไม่ ชนิดของมะเร็งปฐมภูมิ และระดับการสูญเสียการทำงานของระบบประสาท โดยแต่ละหัวข้อจะมีคะแนนเป็นระดับความรุนแรง แพทย์จะทำการประเมิน และท้ายสุดจะนำคะแนนดังกล่าวมารวมกัน โดยที่

ระดับคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคดี Tokohashi score จะแสดงการพยากรณ์โรคเป็นระยะเวลาโดยประมาณที่ผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ซึ่งทำให้แพทย์สามารถใช้ค่าคะแนนดังกล่าวเป็นแนวทางวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป โดย Tokohashi score ได้กำหนดไว้ว่า
 คะแนนรวมของ score 0-8 ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการมีชีวิตรอด ประมาณการ ไม่เกิน 6 เดือน
 คะแนนรวมของ score 8-11 ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการมีชีวิตรอด ประมาณการ มากกว่า 6 เดือน
 คะแนนรวมของ score 12-15 ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการมีชีวิตรอด ประมาณการ มากกว่า 1 ปี

ตารางที่ 7 ตารางการแบ่งความรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งลุกลามมาที่กระดูกสันหลังแบบ Tokohashi (5)

Characteristic	Score
General condition (performance status)	
Poor (PS 10%–40%)	0
Moderate (PS 50%–70%)	1
Good (PS 80%–100%)	2
No. of extraspinal bone metastases foci	
≥ 3	0
1–2	1
0	2
No. of metastases in the vertebral body	
≥ 3	0
2	1
1	2
Metastases to the major internal organs	
Unremovable	0
Removable	1
No metastases	2
Primary site of the cancer	
Lung, osteosarcoma, stomach, bladder, esophagus, pancreas	0
Liver, gallbladder, unidentified	1
Others	2
Kidney, uterus	3
Rectum	4
Thyroid, breast, prostate, carcinoid tumor	5
Palsy	
Complete (Frankel A, B)	0
Incomplete (Frankel C, D)	1
None (Frankel E)	2

สำหรับหัวข้อการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย (Performance status) ทางคณะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะใช้ Palliative Performance Scale for Adult Suandok (PPS) ซึ่งการประเมินระดับสภาพร่างกายนี้ยังเป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายในเขตแปดจังหวัดภาคเหนือ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยมีรายละเอียดการประเมินดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตารางแสดงการประเมินสภาพผู้ป่วยตามวิธี Palliative Performance Scale for Adult Suandok (PPS)(6)

ระดับ PPS (ร้อยละ)	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติและมีอาการบางอย่างของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือ บางครั้ง/บางเรื่องที่ทำเป็นประจำ	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง นอน เป็น ส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีอาการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้นเป็นประจำทุกวัน	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่เป็นประจำทุกวัน	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วง ซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วง ซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วง ซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	ง่วงซึม หรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต				

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และมะเร็งระยะแพร่กระจายมาที่กระดูก

เมื่อแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มโรคมะเร็งระบบกระดูก ระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และมะเร็งระยะแพร่กระจายมาที่กระดูก จากหลักฐานการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นแล้ว แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรทำการส่งต่อผู้ป่วยต่อไปยังสถาบันที่มีความพร้อมในการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งแนวทางปฏิบัติที่ใช้จะมีแนวทางดังต่อไปนี้

เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยเรื่อง การคลำก้อนได้ ก้อนที่มีขนาดเล็กและอยู่ตื้น (ตื้นกว่าระดับ fascia) มักจะเป็นเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็ง แพทย์สามารถติดตามอาการเป็นระยะถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง ก็อาจจะไม่ต้องให้การรักษาใด ๆ กรณีที่ต้องผ่าตัดก้อนเนื้อมันด้วยสาเหตุใดก็ตาม แพทย์สามารถทำ excisional biopsy ซึ่งต้องปฏิบัติภายใต้หลักการการตัดชิ้นเนื้อซึ่งจะกล่าวในบทถัดไป โดยเนื้อเยื่อดังกล่าวต้องส่งตรวจทางพยาธิทุกครั้ง ถ้าผลการตรวจพบความผิดปกติ แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดควรจะนำผลการรายงานดังกล่าว พร้อมทั้งชิ้นเนื้อที่รักษาใน paraffin block และบันทึกการผ่าตัดอย่างละเอียด ส่งต่อสู่สถาบันที่มีความพร้อมทันที

ในกรณีที่แพทย์พบก้อนเนื้ออยู่ลึก ก้อนมีขนาดใหญ่ ก้อนเนื้อมีขนาดโตขึ้นเมื่อติดตามอาการไประยะหนึ่ง หรือการพบรอยโรคในกระดูกร่วมด้วย การส่งตรวจ MRI เป็นเรื่องที่ทำเป็น เพราะการตรวจดังกล่าวจะทำให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้ บางโอกาสแพทย์อาจจะได้ผลการวินิจฉัยการทันทีโดยมิต้องตัดชิ้นเนื้อเลยก็เป็นได้ หลังจากได้ข้อมูลเพิ่มเติมจาก MRI แล้วแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ควรจะส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังสถาบันที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจในวาระต่อไป

ในหลายโอกาสอาจจะต้องมีการตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดก่อนการตัดชิ้นเนื้อ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่แสดงอาการปวดกระดูก ร่วมกับการมี osteolytic lesion ซึ่งมะเร็งระยะแพร่กระจายมาที่กระดูกต้องเป็นหนึ่งในกรณีวินิจฉัยแยกโรค การตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อหาตำแหน่งรอยโรคปฐมภูมิให้ละเอียดก่อนจะทำการตัดชิ้นเนื้อมีความจำเป็นมาก ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคมะเร็งปฐมภูมิอยู่แล้วซึ่งได้รับการวินิจฉัยและรักษาในระยะเวลาไม่เกินห้าปีอาจจะไม่ต้องทำการตัดชิ้นเนื้อวินิจฉัย สามารถให้การรักษาและส่งชิ้นเนื้อที่ได้จากการรักษานั้นตรวจที่หลังได้ ผู้ป่วยที่ multiple myeloma จะได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจเลือดโดยไม่ต้องตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรคไปตรวจ

ผู้ป่วยที่มีมาพบแพทย์ด้วยอาการรุนแรงไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดหรือมีอุปสรรคในการตัดชิ้นเนื้อ แม้แต่ด้วยวิธี non-invasive ได้ มักจะเป็นผู้ป่วยในกลุ่ม Advance stage bony metastasis with unknown origin of primary tumor แต่มีหลักฐานจากการตรวจทางรังสี การประชุมเพื่อลงความเห็นแพทย์พหุสาขา

เพื่อให้ได้ข้อสรุปในการวางแผนการรักษาโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและความมนุษยธรรมให้มากที่สุดจะเป็นทางออกหนึ่ง ซึ่งการลงความเห็นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองก็เป็นขั้นตอนที่สำคัญ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ฉะนั้นแล้วแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็ควรจะต้องมีความรู้ และเข้าใจในหลักการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลุกลามระยะท้ายของชีวิต ในกรณีที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่โรงพยาบาลชุมชน การสนทนาพูดคุยกับผู้ป่วยถึงผลการวินิจฉัย ความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย การทำความเข้าใจกับญาติ พี่น้อง และการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกับเวลาที่เหลือ รวมทั้งการจัดการในระหว่างผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ความตาย เป็นต้น

จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเนื้องอกของระบบกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันนั้นมีขั้นตอนมากมายก่อนการตัดสินใจผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อผลการรักษาที่ดีที่สุด และปฏิบัติโดยมิให้การทำหัตถการใด ๆ ของแพทย์เปลี่ยนแปลงการพยากรณ์โรคไปในทิศทางที่แยกลง การรีบตัดสินใจโดยขาดการวางแผนย่อมไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยไปในสถาบันที่มีความพร้อมย่อมเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วยและต่อตัวแพทย์ผู้ดูแลในเบื้องต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Greenspan A, Jundt G, Remagen W. Differential diagnosis in orthopedic oncology. 2nd ed. China: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer Business; 2007. 529 p.
2. Heck RK. General principles of tumors. In: Canale T, Beaty JH, editors. Campbell's operative orthopedics. 1. 11th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Mosby Elsevier; 2008. p. 775-854.
3. Jawad MU, Scully SP. In brief: classifications in brief: Mirels' classification: metastatic disease in long bones and impending pathologic fracture. Clin Orthop Relat Res. 2010;468(10):2825-7.
4. Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T, Yoshida A, Murakami H, Akamaru T. Surgical strategy for spinal metastases. Spine (Phila Pa 1976). 2001;26(3):298-306.
5. Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Oda H, Oshima M, Ryu J. A revised scoring system for preoperative evaluation of metastatic spine tumor prognosis. Spine (Phila Pa 1976). 2005;30(19):2186-91.
6. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leutrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med. 2012;26(8):1034-41.

