JCMS 2015

เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2558

Health Equity through Innovation and Collaboration

โครงการตำราร่วมระหว่าง

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Lump and bumps of extremities: what is serious?

อาจารย์นายแพทย์ ระพินทร์ พิมลศานติ์
ภาควิชาศัลยศาตร์ออโธปิดิกส์ และ กายภาพบำบัด ศิริราชพยาบาล
อาจารย์นายแพทย์ สรัณ สุภัทรพันธุ์
ภาควิชาออโธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
อาจารย์นายแพทย์ กฤษณ์ เจริญลาภ
ภาควิชาออโธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาของก้อน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีก้อนตามแขนขา มักเป็นเนื้องอกไม่ร้าย หรือมักเป็นถุงน้ำ ซึ่งสามารถทำการรักษาได้เองโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็ตาม แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มาด้วยเรื่องก้อน มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งของเนื้อไขมัน กล้ามเนื้อ เส้นประสาท ซึ่งเรียกรวมๆกันว่า เนื้องอกชนิดร้าย (มะเร็ง) ของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (soft tissue sarcoma) หรือมะเร็งกระดูก (bone sarcoma) ซึ่งหากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้การรักษาโดยไม่ถูกวิธี หรือผ่าตัดไปก่อนโดยไม่นึกถึงว่าก้อนดังกล่าวอาจเป็นเนื้อร้าย อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรค (metastasis) การกลับเป็นซ้ำของโรค (local recurrence) หรือการปนเปื้อนของเซลล์มะเร็งไปตามเนื้อเยื่อรอบแผลผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดครั้งต่อๆไปเกิดความยากลำบากและเพิ่มความเสี่ยงในการสูญเสียแขนขาโดยไม่จำเป็น

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องก้อน จึงมีความจำเป็นและสำคัญสำหรับแพทย์ทุกระดับ เพื่อลดผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดความพิการของผู้ป่วย และลดโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อน แพทย์ผู้ที่พบควรทำการซักประวัติและตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

การวินิจฉัยเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน

ประวัติ

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนเนื้อ ควรได้รับการซักประวัติในเรื่องของระยะเวลาที่เป็นก้อนอัตราการเจริญเติบโตของก้อน ประวัติการค้นพบก้อน เคยมีประวัติการยุบของก้อนหรือมีอาการปวดร่วมด้วยหรือไม่ มีประวัติอุบัติเหตุหรือไม่ อาการซึ่งสัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือสภาพอากาศ ประวัติการเป็นโรคเนื้องอกส่วนอื่นๆ หรือประวัติเนื้องอกในครอบครัว ตำแหน่งที่เป็นโรคประจำตัวอื่นๆ ประวัติเหล่านี้เป็นสิ่งที่สำคัญในการพิจารณาร่วมกันทั้งสิ้น

ความเข้าใจผิดที่พบเห็นได้บ่อยครั้ง คือ การที่ผู้ป่วยหรือแพทย์ประเมินว่าก้อนที่หากไม่มีอาการปวด น่าจะไม่ใช่เนื้อร้ายหรือมะเร็ง ความเป็นจริง คือ โรคเนื้องอกหรือมะเร็งกล้ามเนื้อ หรือเนื้อเยื่ออ่อนอื่นๆ มักจะไม่ทำให้เกิดอาการปวดใดๆ แม้จะเข้าสู่ระยะลุกลามแล้วก็ตาม ทำให้หลายครั้งผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะที่ช้าเกินกว่าจะทำการผ่าตัดเอาก้อนออกได้ ทำให้ต้องรักษาด้วยการตัดแขนหรือขาเพื่อรักษาชีวิต

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายในผู้ป่วยมาพบด้วยเรื่องก้อน เป็นขั้นตอนสำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งที่แพทย์ไม่ควรละเลย การตรวจควรกระทำอย่างเป็นระบบครบถ้วน โดยเริ่มจากการเปิดเสื้อผ้าในส่วนที่จะทำการตรวจให้มองเห็นได้ชัดเจน ตรวจดูสภาพของผิวหนังเพื่อดูพยาธิสภาพของผิวหนังที่สำคัญ เช่น รอย Café au lait หรือรอยปานอื่นๆ ตรวจดูต่อมน้ำเหลืองว่ามีโตขึ้นในตำแหน่งใดบ้างหรือไม่ สำหรับการตรวจบริเวณก้อนที่ผู้ป่วยมาพบเองนั้น ควรตรวจดูขนาด (size) ความลึก (depth) รูปร่าง (contour, shape) ความแข็ง (texture, consistency) อุณหภูมิของก้อน (warmth, temperature) สี (color) การเต้นตามจังหวะชีพจร (pulsation) การเลี้ยงของเลือด (vascularity) การเคลื่อนไหวของก้อน (mobility) และการทดสอบความโปร่งแสง (transillumination) ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะช่วยบอกการวินิจฉัยโรคได้ในระดับหนึ่ง โดยปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่บ่งชี้ว่าก้อนเนื้อนั้นมีโอกาสจะเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็งได้สูง คือ ขนาดและความลึก โดยก้อนที่มีขนาดใหญ่ (ใหญ่กว่า 5 ซม.) หรือลึกกว่าชั้นใต้ผิวหนังจะมีโอกาสเป็นมะเร็ง *(soft tissue sarcoma)* ได้สูง *ส่วนก้อนที่มีขนาดเล็กและอยู่ตื้น* (ชั้นผิวหนัง และชั้นไขมันใต้ผิวหนัง) มีโอกาสจะเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายมากกว่า[2] อย่างไรก็ตาม ก้อนเนื้อที่อยู่ตื้นแต่มีขนาดใหญ่หรือโตขึ้นเร็วควรได้รับการตรวจโดยการใช้ภาพรังสีแม่เหล็กไฟฟ้า เนื่องจากพบว่าร้อยละ 33 ของ soft tissue sarcoma สามารถพบได้ในชั้นตื้นเช่นกัน เช่น dermatofibrosarcoma protuberans เป็นต้น

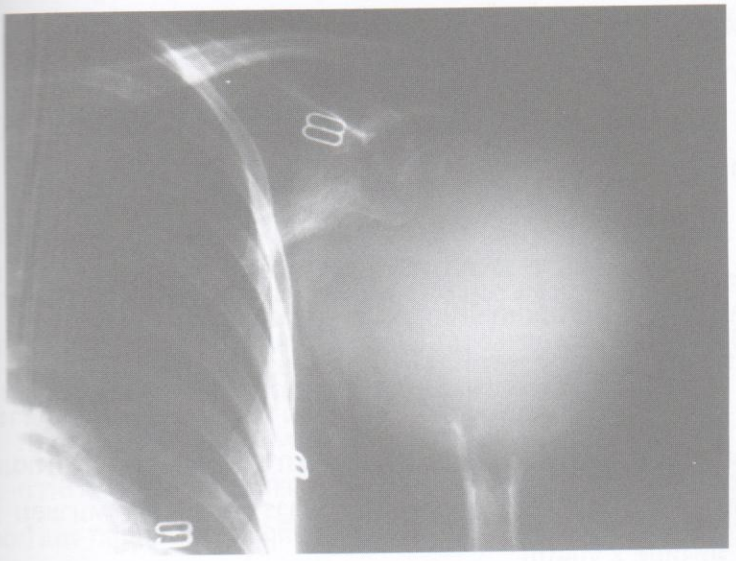
การตรวจรังสี

การตรวจภาพรังสีในผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องก้อนมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีคุณสมบัติแตกต่างกันไป[3] ดังนี้

1. การตรวจภาพรังสีทั่วไป (plain radiography) (รูปที่ 1)

มีข้อดีที่สามารถทำได้รวดเร็ว มีในโรงพยาบาลทั่วไป ค่าใช้จ่ายไม่สูง

มีประโยชน์มากในการตรวจก้อนที่เกิดขึ้นจากกระดูก แต่มีข้อจำกัดในการช่วยวินิจฉัยก้อนที่เกิดในเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue mass) ที่อาจบอกข้อมูลต่างๆ ได้ไม่มากนัก



รูปที่ 1. ภาพถ่ายรังสีผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก giant cell ซึ่งแม้จะเป็นเนื้องอกกระดูกชนิด benign แต่มีการทำลายกระดูกแขนซ้ายอย่างรุนแรง

2. การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ (ultrasonography)

ข้อดีคือทำได้ง่าย มีในโรงพยาบาลทั่วไป ค่าใช้จ่ายไม่สูง

มีประโยชน์ในการแยกก้อนที่เป็นถุงน้ำ (cystic) ออกจากก้อนที่เป็นก้อนตัน (solid) แต่มีข้อจำกัดในการแยกเนื้องอกที่ไม่ร้ายออกจากเนื้อร้ายในกรณีที่เป็นก้อนตัน จึงมักจะต้องทำการตรวจด้วย magnetic resonance imaging เพิ่มเติม

3. การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography, CT)

ข้อดีคือใช้เวลาไม่นาน ราคาปานกลาง

มีประโยชน์เฉพาะในการดูรอยแตกหักของกระดูก หรือการทำลายกระดูกที่เกิดจากเนื้องอก แต่มีข้อจำกัดมากในการดูขอบเขตของก้อนที่ขยายตัวเข้าไปในเนื้อเยื่อโดยรอบ จึงเป็นการตรวจที่มีประโยชน์น้อยมากในการตรวจก้อนต่างๆ ทั้งก้อนที่เกิดจากกระดูก และก้อนที่เกิดในเนื้อเยื่ออ่อน จึงไม่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน

4. การตรวจด้วยภาพรังสีคลื่นแม่เหล็ก (MRI)

ข้อเสีย ใช้เวลาทำนาน มีเครื่องมือเฉพาะในศูนย์ที่มีขนาดใหญ่ ต้องอาศัยผู้ชำนาญในการอ่าน และมีราคาแพง

มีประโยชน์มากในการประเมินก้อนต่างๆ ทั้งที่เกิดจากกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน ที่ใช้การประเมินความเป็นไปได้ในการที่ก้อนดังกล่าวจะเป็นเนื้อร้ายหรือไม่ การประเมินขอบเขตของก้อน รวมทั้งการวางแผนการผ่าตัดตัดชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (biopsy)

5. การตรวจ bone scan (technitium bone scan)

มีประโยชน์ในการดูการแพร่กระจายของมะเร็งในกระดูก แต่มีประโยชน์ไม่มากในการตรวจก้อนต่างๆ ในระยะเริ่มแรก

6. การตรวจ positron emission tomography

มีประโยชน์ในการตรวจดูการแพร่กระจายของมะเร็งทั้งในกระดูก และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย มีราคาสูงมาก ยังไม่มีประโยชน์ในการตรวจก้อนในระยะเริ่มแรก

การตัดชิ้นเนื้อเพื่อทำการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (biopsy)

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อน หลังจากซักประวัติตรวจร่างกาย และการตรวจรังสีครบถ้วนแล้ว กระบวนการที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง คือ การนำก้อนนั้นไม่ว่าจะทั้งหมดหรือบางส่วนไปตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อยืนยันโรคที่ผู้ป่วยเป็น เพื่อการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการนำชิ้นเนื้อไปตรวจ[4] มีทั้งหมด 2 รูปแบบ

1. Excisional biopsy คือ การตัดเอาก้อนทั้งหมด ส่งไปตรวจทางพยาธิวิทยา ควรทำในกรณีที่สงสัยเป็นเนื้องอกไม่ร้าย และมีขนาดเล็กเท่านั้น การทำวิธีนี้ในข้อบ่งชี้อื่นๆ ควรทำเฉพาะในสถาบันที่มีความพร้อม และโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ในการรักษาโรคเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน (orthopaedic oncologist) เท่านั้น เนื่องจากการผ่าตัดวิธีนี้หากกระทำโดยไม่ถูกต้องตามหลักการจะเกิดผลเสียมาก มีการปนเปื้อนของมะเร็งในบริเวณที่ทำผ่าตัด และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียแขนขาโดยไม่จำเป็น รวมทั้งอาจมีผลเสียถึงแก่ชีวิตได้

2. Incisional biopsy คือ การตัดเอาชิ้นเนื้อเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของก้อนออกไปตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อทำการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาต่อไป การทำผ่าตัดรูปแบบนี้มีหลายวิธี

2.1 Fine needle aspiration (FNA)

เป็นการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจโดยใช้เข็มขนาดเล็กแทงเข้าไปในตัวก้อน แล้วดูดเนื้อเยื่อออกมา วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่าย แต่ไม่ได้รับความนิยมเนื่องจากได้ชิ้นเนื้อน้อยเกินกว่าจะทำการวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง

2.2 Core needle biopsy

เป็นการตัดชิ้นเนื้อโดยใช้เข็มขนาดใหญ่ มีเข็มซ้อนกันหลายชั้น และมีส่วนที่ตัดชิ้นเนื้อ การทำการตัดชิ้นเนื้อทำได้ค่อนข้างง่าย สามารถทำภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่ วิธีนี้ให้ความแม่นยำ และความถูกต้องสูงกว่าวิธีแรก แต่ยังมีความผิดพลาดมากกว่าวิธีเปิด (open biopsy) ยกเว้น

การเจาะชิ้นเนื้อร่วมกับภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (CT-guided biopsy) จะช่วยเพิ่มความแม่นยำ และความถูกต้องเทียบเท่าวิธีเปิด

2.3 Open biopsy

เป็นการผ่าตัดเปิดแผลขนาดเล็กเข้าไปที่ตรงก้อนเพื่อตัดเอาเนื้อออกมา วิธีนี้เป็นวิธีมาตรฐานที่ได้ความแม่นยำสูงที่สุด ได้เนื้อจำนวนมาก แต่ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และต้องทำโดยความระมัดระวัง เนื่องจากอาจเกิดผลแทรกซ้อน เช่น เลือดออก และติดเชื้อ แผลแยก หรือการปนเปื้อนของเซลมะเร็งไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงได้ หากทำโดยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง

การรักษาเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน

ทั้งนี้การรักษาเนื่องอกในแต่ละชนิดก็ไม่ได้จำเพาะเจาะจงว่าต้องเป็นวิธีใดที่แน่นอนจึงจะดีที่สุด แต่การรักษาอาจใช้หลายๆ วิธีร่วมกันก็ได้ (multimodality approach) ขึ้นอยู่กับระยะของโรค สภาพของผู้ป่วย และขีดความสามารถของสถานพยาบาลและทีมผู้รักษา

1. การสังเกตอาการ (observation)

การสังเกตอาการเป็นวิธีการรักษาแบบหนึ่งซึ่งใช้ในการรักษาเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign tumor) และ กลุ่มก้อนที่ประพฤติตัวเหมือนเนื้องอก (tumor-like lesion) การเฝ้าระวังได้ที่แพทย์ทำ ได้แก่ การติดตามอาการ ลักษณะของก้อน การดูภาพถ่ายรังสีเป็นระยะๆ การทำ ultrasonogram หรือการทำ MRI เมื่อลักษณะของเนื้องอกเปลี่ยนไปจนมีลักษณะความเสี่ยงที่จะเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง คือ มีอาการปวด โดยเฉพาะรอยโรคในกระดูก ก้อนเนื้องอกมีการเปลี่ยนแปลงความนุ่ม ก้อนโตเร็ว หรือขนาดของก้อนใหญ่เกินกว่า 5 ซม. ก้อนเนื้องอกอยู่ในชั้นลึก การเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสี เช่นมีการทำลายกระดูกเพิ่มมากขึ้น หรือมีการสร้างสารภายในเนื้องอกที่ผิดปกติ หากมีอาการหรือลักษณะแสดงเหล่านี้ แพทย์ผู้ดูแลมักจะทำการตรวจเพิ่มเติมเช่นการทำ MRI หรือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิ (biopsy)

2. การผ่าตัด (surgery)

การผ่าตัดเนื้องอกทางออร์โธปิดิกส์[5] แบ่งออกเป็น

2.1 Intralesional excision คือ การผ่าตัดชิ้นเนื้องอกโดยยังมีบางส่วนหรือบางเซลของเนื้องอกหลงเหลืออยู่ เนื้องอกกลุ่มนี้จะเป็นเนื้องอกกลุ่มที่เป็นเนื้องอกชนิดดี, กลุ่มที่ประพฤติตัวคล้ายเนื้องอก หรือการรักษาประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายมากระดูก เช่น fibrous dysplasia, bone cyst, enchondroma, giant cell tumor of bone, hemophilic pseudotumor การผ่าตัดลักษณะนี้ได้แก่การขูดชิ้นเนื้อ (curettage) โดยหลังจากขูดชิ้นเนื้อออกจะมีการใส่กระดูกกระดูกเทียม หรือสารแทนกระดูกเข้าไปแทนที่ช่องว่างของเนื้องอกโดยจะมีการยึดตรึงกระดูกร่วมด้วยหรือไม่ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกระดูกภายหลังการผ่าตัด

2.2 Marginal excision คือการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกโดยยังเหลือส่วน reactive ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อว่ายังมีอาจมีเซลเนื้องอกหลงเหลืออยู่เล็กน้อยได้ (satellite) การผ่าตัดในลักษณะนี้จะทำในกลุ่มเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยการผ่าตัดชนิดนี้จะไม่ก่อให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียงจนทำให้เกิดความสูญเสียการทำงานของอวัยวะนั้นๆ เนื้องอกกลุ่มนี้ เช่น benign nerve sheath tumor, lipoma, osteochondroma, hemangioma, giant cell tumor of bone

2.3 Wide excision คือ การผ่าตัดโดยผ่านเนื้อเยื่อปกติ การผ่าตัดลักษณะนี้จะไม่มีเซลหลงเหลือเซลเนื้องอกไว้เลย ซึ่งจะสามารถยืนยันได้จากพยาธิแพทย์ การผ่าตัดลักษณะนี้จะทำในกลุ่มที่เป็นมะเร็ง หรือเนื้องอกชนิดดีที่มีความรุนแรงค่อนข้างมากหรือมีความสามารถในการกลับมาเป็นซ้ำสูง การผ่าตัดในลักษณะนี้ในบางครั้งจะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อการทำงานของอวัยวะ ซึ่งแพทย์ผู้รักษามักจะต้องทำการผ่าตัดบูรณาการร่วมด้วย (reconstruction) เนื้องอกในกลุ่มนี้ เช่น osteosarcoma, chondrosarcoma, chordoma, aggressive fibromatosis, synovial sarcoma

2.4 Amputation คือ การตัดอวัยวะที่มีเนื้องอกนั้นๆอยู่ โดยปกติจะใช้เป็นวิธีการรักษาเนื้องอกชนิดร้ายแรงชนิดที่มีการรุกลามสูง ไม่สามารถทำการผ่าตัดแบบรักษาอวัยวะไว้ได้ (limb sparing surgery) การผ่าตัดลักษณะนี้จะก่อให้เกิดความสูญเสียการทำงานสูง

3. การรักษาด้วยยา (medication)

การใช้ยาเคมี (chemotherapy) จะใช้ในการรักษาเนื้องอกชนิดรุนแรง เช่น osteosarcoma[6], high grade chondrosarcoma, Ewing sarcoma, lymphoma, synovial sarcoma การรักษาโดยใช้ยาเคมีนี้จะมีการให้ก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิต การแพร่กระจาย เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ตลอดจนสามารถลดขนาดของเนื้องอกและแพทย์สามารถทำการผ่าตัดแบบเก็บแขนขาได้ โดยเฉพาะในเนื้องอกชนิด osteosarcoma และ Ewing sarcoma

การให้ยาเคมีภายหลังการผ่าตัด (adjuvant chemotherapy) พบว่าสามารถทำให้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคของเนื้องอกชนิดร้ายแรงดีขึ้นได้ โดยยาเคมีจะไปทำลายเซลมะเร็งที่เหลืออยู่ในร่างกายผู้ป่วยได้ หรือสามารถเปลี่ยนสูตรยาเคมีในกรณีที่ไม่ตอบสนองได้

เนื้องอกกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมี เช่น osteosarcoma, Ewing sarcoma, round cell tumor, multiple myeloma, synovial sarcoma, lymphoma

นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาอื่นๆ เช่น bisphosphonate[7], denosumab ในกลุ่มเนื้องอกบางชนิด เช่น giant cell tumor of bone, bone metastasis หรือการใช้ยาในกลุ่มจำเพาะต่อเนื้องอกบางชนิด (targeted therapy, immunotherapy) เช่น การใช้ anti-colony stimulating factor 1R ใน pigmented villonodular synovitis

4. การรักษาด้วยวิธีการฉายรังสี (radiotherapy)

การใช้รังสีรักษาในการรักษาเนื้องอก แบ่งเป็นสองกลุ่มคือ

4.1 การรักษา (curative) จะใช้ในกลุ่มเนื้องอกที่มีการตอบสนอง โดยส่วนมากจะเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง ประโยชน์ของการฉายรังสีคือสามารถทำให้เนื้องอกมีขนาดเล็กลง[8] ผ่าตัดได้ขอบเขตเพิ่มขึ้น (margin) และ ลดอัตราการเกิดซ้ำภายหลังการผ่าตัด

4.2 การรักษาแบบประคับประคอง (palliative) จุดประสงค์หลักคือการลดปวด และป้องกันการหลุดหลวมของเหล็กที่ยึดตรึง ในกรณีการยึดตรึงกระดูกเพื่อป้องกันการหัก

อย่างไรก็ตามการฉายแสงจะมีข้อแทรกซ้อนร้ายแรงที่พบได้ คือ การเกิดมะเร็งภายหลังการฉายแสง (radiation induced sarcoma)

ข้อควรระมัดระวังในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก และ เนื้อเยื่ออ่อน

การวินิจฉัยที่ผิดพลาด

ปัญหาหนึ่งในปัจจุบันคือการวินิจฉัยและผ่าตัดที่ผิดพลาดที่อาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางการแพทย์ ซึ่งพบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกที่ส่งต่อทั้งหมด[9] ถึงแม้ว่าการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงนั้นสามารถกระทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งแตกต่างจากเป็นอย่างมากกับการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกมะเร็งนั้นมีความซับซ้อนและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในหลายๆสาขาทำงานร่วมกันในการรักษา สาเหตุเกิดจาก

1. แพทย์โดยทั่วไปมักจะขาดประสบการณ์ในการวินิจฉัยเนื้องอกมะเร็ง เนื่องจากเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงนั้นสามารถพบได้บ่อยกว่าเนื้องอกชนิดร้ายแรง
2. เนื้องอกมะเร็งบางชนิดมีความคล้ายคลึงกับเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงทั้งในด้าน ลักษณะและ ภาพถ่ายรังสี ซึ่งมักพบความผิดพลาดลักษณะนี้ได้บ่อยในเนื้องอกมะเร็งที่อยู่ตื้น และ ขนาดเล็ก
3. ขาดส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยที่ถูกต้อง ซึ่งโดยพื้นฐานในปัจจุบันควรต้องส่ง MRI และ ชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย ในเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนทุกชนิดก่อนเริ่มทำการรักษา ซึ่งอาจไม่ได้กระทำจากข้อจำกัดด้านการเงินของผู้ป่วย และ โรงพยาบาลที่อาจอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

โอกาสที่จะพบเนื้องอกมะเร็งในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นน้อยมาก แต่ควรต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง แม้ว่าจากหลักฐานในปัจจุบันจะไม่พบความแตกต่างในแง่ อัตราการรอดชีวิต (overall survival rate) ระหว่างผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดซ้ำจากการผ่าตัดที่ผิดพลาด10 กับ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งทั่วไป แต่พบความแตกต่างในด้านการกลับเป็นซ้ำ (local recurrence free survival rate)[11] โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิด high grade tumor และขนาดใหญ่ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยไม่จำเป็น ดังนั้นถ้าสงสัยว่าเนื้องอกเป็นเนื้องอกมะเร็งควรส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนกลาง และหากเกิดการผ่าตัดผิดพลาดตัดมะเร็งออกได้ไม่หมดควรรีบส่งต่อ โดยส่วนไม่ควรรอจนกระทั่งเนื้องอกนั้นกระจายลุกลามและยากต่อการรักษา[12]

การปฏิเสธความคิด หรือ ความเชื่อของผู้ป่วย

ผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อถือในเรื่องบางอย่างที่เกี่ยวหรือไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ แพทย์ไม่สามารถทำการรักษาที่ถูกต้องตามหลักได้ การปฏิเสธความเชื่อของผู้ป่วยนั้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการดูแลรักษา ดังนั้นแพทย์ควรยอมรับความคิดและความเชื่อของผู้ป่วย และการรักษาทางเลือก (alternative medicine) หรือพิธีกรรมบางอย่างควรอนุญาต ให้ผู้ป่วยกระทำได้โดยกระทำคู่ขนานไปกับการรักษาตามหลักฐานทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Park JH, Kang CH, Kim CH, Chae IJ, Park JH. Highly malignant soft tissue sarcoma of the extremity with a delayed diagnosis. World J Surg Oncol. 2010;8: 84.
2. Chung WJ, Chung HW, Shin MJ, et al. MRI to differentiate benign from malignant soft-tissue tumours of the extremities: a simplified systematic imaging approach using depth, size and heterogeneity of signal intensity. Br J Radiol. 2012;85: e830-836.
3. Parsons TW, 3rd, Frink SJ, Campbell SE. Musculoskeletal neoplasia: helping the orthopaedic surgeon establish the diagnosis. Semin Musculoskelet Radiol. 2007;11: 3-15.
4. Rougraff BT, Aboulafia A, Biermann JS, Healey J. Biopsy of soft tissue masses: evidence-based medicine for the musculoskeletal tumor society. Clin Orthop Relat Res. 2009;467: 2783-2791.
5. Veth R, van Hoesel R, Pruszczynski M, Hoogenhout J, Schreuder B, Wobbes T. Limb salvage in musculoskeletal oncology. The Lancet Oncology. 2003;4: 343-350.
6. Bacci G, Mercuri M, Longhi A, et al. Grade of chemotherapy-induced necrosis as a predictor of local and systemic control in 881 patients with non-metastatic osteosarcoma of the extremities treated with neoadjuvant chemotherapy in a single institution. Eur J Cancer. 2005;41: 2079-2085.
7. Coleman RE, McCloskey EV. Bisphosphonates in oncology. Bone. 2011;49: 71-76.
8. Miki Y, Ngan S, Clark JC, Akiyama T, Choong PF. The significance of size change of soft tissue sarcoma during preoperative radiotherapy. Eur J Surg Oncol. 2010;36: 678-683.
9. Randall RL, Bruckner JD, Papenhausen MD, Thurman T, Conrad EU, 3rd. Errors in diagnosis and margin determination of soft-tissue sarcomas initially treated at non-tertiary centers. Orthopedics. 2004;27: 209-212.

Mazzini J, Barton MD, Jr., Conway SA, Temple HT. Unplanned Excision of Soft-Tissue Sarcomas: Current Concepts for Management and Prognosis. J Bone Joint Surg Am. 2015;97: 597-603.

Qureshi YA, Huddy JR, Miller JD, Strauss DC, Thomas JM, Hayes AJ. Unplanned excision of soft tissue sarcoma results in increased rates of local recurrence despite full further oncological treatment. Ann Surg Oncol. 2012;19: 871-877.

Rougraff BT, Lawrence J, Davis K. Length of symptoms before referral: prognostic variable for high-grade soft tissue sarcoma? Clin Orthop Relat Res. 2012;470: 706-711.