



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุกรรมการกรรมการคนแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

ปีที่ ๒๒, ฉบับที่ ๘, สิงหาคม ๒๕๑๓

Vol. 22, No. 8, August 1970

เนื้องอกของลำไส้เล็กในโรงพยาบาลศิริราช*

อนันต์ ตันมขกุล พ.บ., และ เกษม ลีม่วงศ์ พ.บ.

(ภาควิชาศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าภาควิชา: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

ลำไส้เล็กเป็นอวัยวะที่ยาวที่สุดในระบบทางเดินอาหารของมนุษย์เรา, และยังเป็นส่วนที่ยาวที่สุดของร่างกาย. โดยประมาณทางเดินอาหารประกอบด้วยหลอดอาหารยาว ๑๐ นิ้วฟุต, กระเพาะอาหาร ๑ ฟุต, ลำไส้เล็ก ๒๐ ฟุต, ลำไส้ใหญ่ ๖-๘ ฟุต, และ รัศมี รวมทวารหนัก ๖-๘ นิ้วฟุต. ตามรายงานต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ปรากฏว่าลำไส้เล็กนั้นพบเป็นเนื้องอกน้อยที่สุด, มีไม่เกิน ๖ เปอร์เซ็นต์ของเนื้องอกในระบบทางเดินอาหาร, และในรายงานของ โรซลินและลองก์มีร์ (๑) ซึ่งมีผู้ป่วยถึง

เรื่องย่อ: ตันมขกุล, อนันต์, และ เกษม ลีม่วงศ์: เนื้องอกของลำไส้เล็กในโรงพยาบาลศิริราช. สารศิริราช ๒๕๑๓, ๒๒: ๗๘๑-๗๘๓.

ในปี พ.ศ. ๒๕๐๑-๒๕๑๐ มีผู้ป่วยเนื้องอกของลำไส้เล็กไปรับการรักษาที่แผนกศัลยศาสตร์ ๔๐ คน, ไทย ๓๕ คนและจีน ๕ คน, อัตราเพศชาย: หญิง เท่ากับ ๑:๑, พบมากในเกณฑ์อายุ ๔๐-๕๐ ปี. อาการปวดท้องพบบ่อยที่สุด. การตรวจทางรังสีได้ผลดีเฉพาะรายที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง.

๓๖ รายเป็นมะเร็ง, ๔ รายเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้าย. ลิ้มโฝมา พบบ่อยกว่า คาร์ซิโนมา เมื่อเทียบกับของต่างประเทศ. ตำแหน่งเนื้องอกที่พบบ่อยคือ ดุโอดินัม ๕ ราย, เจจูนัม ๑๘ ราย และที่ อีเลียม ๑๑ ราย. ผู้ป่วยทั้ง ๔๐ รายได้รับการผ่าตัด ๔๔ ครั้ง; ๒๕ % ของผู้ป่วยไม่สามารถเอาเนื้องอกออกได้. พวกที่ได้รับการฉายรังสี, ที่ติดตามได้มีอายุไม่ถึง ๖ เดือน.

* บรรยายในการประชุมใหญ่ทางวิชาการในโอกาสที่โรงเรียนแพทย์ (ศิริราช) ครบ ๘๐ ปี, ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๑๓.

๖๕๐ ราย พบอุบัติการณ์เพียง ๑ ใน ๑๐๐ ของกระเพาะอาหาร และประมาณ ๑ ใน ๔๐ ถึง ๖๐ ของลำไส้ใหญ่. สอร์ลิน^(๒) เป็นผู้รายงานพบมะเร็งของ เจจูนัม ในปี ค.ศ. ๑๘๒๔ เป็นรายแรกของโลก. ต่อมา ในปี ค.ศ. ๑๘๗๖ ไชซเทินสไตน์^(๓) จึง รายงานเนื้องอกของทางเดินอาหารออกมา ชุคแรก, พบว่ามีเนื้องอกของลำไส้เล็ก เพียง ๐.๐๕๕ เปอร์เซ็นต์ เท่านั้น. หลังจากนั้นก็มีรายงานตีพิมพ์ออกมาอีกหลายครั้ง ทั่วกัน.^(๔-๑๕) ในประเทศไทย, อุกุม โปษะภุญณะ^(๑๖) รวบรวมเนื้องอกของทางเดินอาหารในโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๒ จำนวน ๑,๑๓๑ ราย, พบว่ามีเนื้องอกของหลอดอาหาร ๓๕.๑ เปอร์เซ็นต์, ของกระเพาะอาหาร ๓๔.๗ เปอร์เซ็นต์, ของลำไส้เล็ก ๐.๑๗ เปอร์เซ็นต์, ของลำไส้ใหญ่ ๑๖.๕ เปอร์เซ็นต์, และของ เร็คตัม รวมกับทวารหนัก ๑๓.๑๓ เปอร์เซ็นต์. นอกจากนั้นเคยมี ผู้อื่นรายงานไว้หลายรายด้วยกัน, อาทิ เฮลลิส และ กำร พลาญกูร^(๑๗) พบ ลียมโฟสาร์โคมา ของ กูโอคินัม หนึ่ง รายจากการตรวจศพผู้ป่วยลำไส้เล็กแตก ทะลุ, พิสิญ์ วิเศษกุล^(๑๘) รายงานไว้ ๗

รายในปี พ.ศ. ๒๔๕๕, และต่อมามีรายงานของ ประจิตร โปษะนันท์^(๑๙) ไพบูลย์ เพ็ญธุระ,^(๒๐) จิระศักดิ์ ศิริโชติ กับ จิระศักดิ์ เนตราคม,^(๒๑) อีกรายงาน ละหนึ่งราย.

วัสดุและวิธีการ

ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ จาก รายงานของผู้ป่วยใน ของภาควิชาศัลย- ศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล, ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๑ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๑๐, แล้วนำมาพิจารณาเปรียบ เทียบกับการรายงานของต่างประเทศ.

ผลและวิจารณ์

ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๑ ถึง พ.ศ. ๒๕๑๐ รวบรวมผู้ป่วยเนื้องอกของลำไส้เล็กได้ ๔๐ ราย, ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้าง มากเมื่อเปรียบเทียบกับรายงาน ของต่าง ประเทศ. พรจิเคน และคณะ^(๒๒) รวบรวม อยู่ ๔๐ ปีได้ ๖๓ รายโดยไม่รวมเนื้องอก ของ กูโอคินัม; มิกเกลตัน^(๒๓) พบ ๕๕ รายใน ๑๖ ปี; ทอร์แมน และคณะ^(๒๔) พบ ๖๐ รายใน ๔๐ ปี; และ ไวนเบอร์เกอร์ และ พัลโทพ^(๒๕) พบเพียง ๑๕ รายใน

๕๐ ปี; ที่พบมากน้อยคือ บรูคส์ และ
คณะ^(๒๖) พบ ๑๖๘ ราย.

๑. อุปการ เป็นเพศชายและหญิง
จำนวนเท่ากัน, คิดเป็นอัตราเทียบชายต่อ
หญิงเท่ากับ ๑ ต่อ ๑, ซึ่งตรงกับรายงาน
ของ บราสส์ และ เคนโบ^(๒๗) และ มิตเทิล-
ตัน^(๒๘), แต่รายงานส่วนใหญ่พบในอัตรา
๒ ต่อ ๑^(๑๑, ๒๒, ๒๔, ๒๘-๓๐). ตาม
เขื่อนขันธ์ พบว่ามีไทย ๓๕ ราย, จีน ๕ ราย.

เมื่อเทียบตามจำนวนเชื้อชาติแล้ว คนจีน
และคนไทยมีอัตราใกล้เคียงกัน, ต่างไปจาก
เนืองอกของกระเพาะอาหารที่พบในคนจีน
มากกว่าคนไทย.^(๓๑, ๓๒) อายุพบตั้งแต่
๑ ปีถึง ๗๓ ปี. การกระจายอายุผู้ป่วยตาม
เกณฑ์อายุแสดงไว้ในตารางที่ ๑, ซึ่งจะ
เห็นได้ว่ามีมากที่สุดที่สุดในเกณฑ์อายุ ๕๐-
๕๙ ปี, ซึ่งมีอายุน้อยกว่าของรายงานต่าง
ประเทศ ๑ ทศวรรษ. ส่วนใหญ่ของต่าง
ประเทศพบในเกณฑ์ ๕๐-๖๐ ปี.

ตารางที่ ๑

แสดงการกระจายของอายุผู้ป่วย ๕๐ ราย.

เกณฑ์ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย
๐ - ๕	๔
๑๐ - ๑๕	๒
๒๐ - ๒๕	๖
๓๐ - ๓๕	๕
๔๐ - ๔๕	๑๒
๕๐ - ๕๕	๕
๖๐ - ๖๕	๓
๗๐ - ๗๕	๓
รวม	๕๐

๒. การสำแดงโรค อาการและ
อาการแสดงของผู้ป่วยแสดงไว้ในตารางที่
๒. อาการปวดท้องเป็นอาการสำคัญที่พบ
บ่อยที่สุด. พิสิฐ วิเศษกุล^(๑๘) เสา-
แถม^(๓๓) และ ชาร์วิสัน^(๓๔) ให้ข้อคิดไว้
ว่าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องนั้นให้คิดถึง
เนื้องอกของลำไส้เล็กไว้ด้วยเสมอ.
นอร์ธนาเกล^(๕) สังเกตว่าเนื้องอกลำไส้
เล็กมีอาการคล้ายกับอาการปวดท้องของ
เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ส่วนต้นๆ. อาการช้ำ
หรือภาวะเลือดจางพบมากเป็นอันดับสอง
ผู้ป่วยมักมีอาการผอมแห้งลงอย่างรวดเร็ว,
เนื่องจากเบื่ออาหารและดูดซึมอาหารทาง
ลำไส้ไม่ดี. แต่ในคนไทยพบว่าภาวะเลือด
จางพบมากอยู่แล้ว โดยที่ไม่เกี่ยวกับการมี
เนื้องอกของลำไส้เล็ก, โดยมากจะมีสาเหตุ
จากพยาธิในลำไส้หรือเม็ดเลือดแดงขาด
เหล็ก. การซักประวัติเรื่องน้ำหนักไม่ค่อย
ได้เพราะผู้ป่วยมักจะไม่ได้น้ำหนักตัวเอง.

เหตุที่นำผู้ป่วยไปหาแพทย์ที่พบบ่อยที่
สุดได้แก่ ลำไส้อุดตัน, ลำไส้ก้อนใน
ท้อง, และลำไส้ทะลุ. การอุดตันถ้าอยู่
ส่วนต้นๆ ก็มีอาเจียนร่วมด้วย, ถ้าเป็นส่วน
ปลายๆ ก็พบลำไส้กลืนกันและลำไส้ทะลุ
หรือลำไส้ก้อนในท้อง. ก้อนมักจะอยู่ส่วน

กลางๆ ของหน้าท้อง, เคลื่อนไหวได้
ค่อนข้างดี. ถ้าหากมีลำไส้ทะลุการ
การพยากรณ์โรคจะเลวมาก, มีการอักเสบ
เยื่อช่องท้องรุนแรง, เลือดเป็นพิษ,
และเสียชีวิตในเวลาต่อมา. การผ่าตัด
รีบด่วนจะช่วยผู้ป่วยพวกนี้ได้มาก, แต่พบ
ว่ามีอาการแทรกซ้อนติดตามมาทุกราย.
ลำไส้กลืนกันพบได้มากเหมือนกัน, มีแบบ
เจรูโนเจนูล ๓ ราย, อิลีโออิลีอัล ๑
ราย, และแบบ อิลีโอคิเคัล ๔ ราย.

การถ่ายอุจจาระผิดปกติพบได้ทั้งแบบ
อุจจาระร่วงหรือท้องผูก. ส่วนใหญ่พบถ่าย
กระ ปรึกระ ปรอย และบางราย มีอุจจาระ
เหลวร่วมด้วย. การตกเลือดในทางเดิน
อาหารพบว่าถ้าเนื้องอกอยู่ส่วน กูโอคีนัม
ก็มีอาเจียนเป็นเลือด, ถ้าอยู่ส่วนที่อยู่ต่ำ
ลงมาก็มีการถ่ายอุจจาระดำหรือถ่ายเป็น
เลือดสดๆ. พบว่าในรายเช่นนี้เป็นเพราะ
เนื้องอกยื่นเข้าไปในช่องทางเดินอาหาร แต่
ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งเสมอไป<sup>(๑๘, ๓๐,
๓๔, ๓๕)</sup>. การที่มีเนื้องอกยื่นเข้าไปในท่อ
นั้นเป็นสาเหตุสำคัญของลำไส้กลืนกันด้วย.
การพบว่ามีก้อนช่วยบอกตำแหน่งของ
เนื้องอกว่าอยู่บริเวณ กูโอคีนัม ส่วนที่สอง
หรือที่สาม, และมักเป็นข้อบ่งชี้ว่าเนื้องอก

นั้นเป็นมะเร็ง(๑, ๑๗, ๑๘). การพบเนื้องอก
ลำไ้เล็กในระหว่างการผ่าตัดช่องท้องนั้น
มักพบเป็นชนิดไม่ร้าย(๒๓, ๒๔). เมื่อ
เปรียบเทียบอาการ และการตรวจพบในซุก

ปัจจุบันก็รายงานของ สโตรทล์ และ
คิฟเฟนเบาซ(๓๖) และของสเตร้าช(๒๘)
พบว่าคล้ายคลึงกัน; ที่แตกต่างชัดเจนคือ
ในซุกนี้มีการตกเลือดในช่องท้องน้อยกว่า.

ตารางที่ ๒

อาการและอาการแสดง

	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ปวดท้อง	๓๑	๗๗.๕๐
ซีกหรือภาวะเลือดจาง	๒๕	๖๒.๕๐
ลำไ้ลูกนก	๒๗	๖๗.๕๐
คลำได้ก้อนในท้อง	๒๑	๕๒.๕๐
อ่อนเพลียและน้ำหนักลด	๑๗	๔๒.๕๐
การถ่ายอุจจาระผิดปกติ	๑๑	๒๗.๕๐
ลำไ้กลืนกัน	๘	๒๐.๐๐
ลำไ้ทะลุ	๗	๑๗.๕๐
การตกเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น	๕	๑๒.๕๐
การตกเลือดทางทวารหนัก	๒	๕.๐๐
คีชาน	๑	๒.๕๐
พบโดยบังเอิญระหว่างผ่าตัด	๒	๕.๐๐

๓. การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจโดยให้ดื่มสารทึบรังสี หรือ สว่นเข้าทางทวารหนักแล้วถ่ายภาพรังสีช่วยให้เห็นเงาของก้อนได้ชัดเจน, เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคที่ดีมาก. ในชุดนี้มีผู้ป่วยที่ตรวจไว้ ๗ ราย และทุกรายบอกตำแหน่งของก้อนเนื้องอกได้ชัดเจน. แต่วิธีตรวจเช่นนี้มีข้อจำกัดไม่อาจทำได้ทุกราย. ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยส่วนมากไปหาแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงแล้วถึงนั้น, ไม่สามารถที่จะรับการตรวจโดยวิธีนี้ได้. มิคเคิลตัน^(๒๓) กล่าวว่า การตรวจทางรังสีวิทยาแทบจะไม่ได้ช่วยในการวินิจฉัยโรคเลย.

๔. ชนิดและตำแหน่งที่พบของเนื้องอก เป็นมะเร็ง ๓๖ ราย และเนื้องอกชนิดไม่ร้าย ๔ ราย; อติราเทียบ ๕:๑. เมอร์เทิล และคณะ^(๓๕) พบ ๑:๑. สัมมุทเชอร์ และคณะ^(๓๖) พบ ๔:๕. โดยมากพบในอติราเทียบ ๒.๕:๑, ถึง ๔:๑. ตำแหน่งที่พบเนื้องอกคือที่ ดูโอดินัม ๕

ราย, เจจูนัม ๑๔ ราย และที่ อิลีียม ๑๗ ราย. ตารางที่ ๓ แสดงการกระจายของเนื้องอกชนิดต่าง ๆ ตามตำแหน่งที่พบ.

ในชุดนี้ปัจจุบันนี้ไม่พบเนื้องอก คาร์คิโนยุดเลย. แต่ในรายงานต่างประเทศพบมาก. โรชลิน^(๑) พบว่าอติราเทียบ คาร์คิโนมา ต่อ สาร์โคมา ต่อ คาร์คิโนยุด เท่ากับ ๓:๒:๑. คาร์คิโนยุด พบมากที่สุดที่ไส้ติ่ง^(๒๕). เมื่อดูตามเกณฑ์อายุพบว่ากลุ่มที่มี ลี้มโฟมา นั้นพบในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าอายุ ๕๐ ปีลงมา, ขณะเดียวกันกลุ่มของ คาร์คิโนมา พบมากในช่วงอายุเกิน ๕๐ ปีขึ้นไป. ข้อสังเกตอีกอย่างหนึ่งที่เราพบคือ คาร์คิโนมา พบในส่วนต้น ๆ ของลำไส้เล็ก, และพวก ลี้มโฟมา พบในส่วนปลาย ๆ. ที่ เจจูนัม พบได้ทั้งสองพวก ในอติราส่วนใกล้เคียงกัน. ตารางที่ ๔ แสดงตำแหน่งเนื้องอกเปรียบเทียบกับรายงานต่างประเทศ. จะเห็นได้ว่าในชุดศิริราชมี ลี้มโฟมา มากกว่าและมี คาร์คิโนมา น้อยกว่ารายงานชุดอื่น ๆ.

สารศิวราช
ปีที่ ๒๒, ฉบับที่ ๘, สิงหาคม ๒๕๑๓

๗๘๗

เนืองอกของลำไ้เล็ก
อนันต์ ตันมขกุล, เกษม ล้มวงศ์

ตารางที่ ๓

การกระจายของเนืองอกชนิดต่าง ๆ ตามตำแหน่งของลำไ้เล็ก

	<u>ดุดัดันัน</u>	<u>เจจุนัน</u>	<u>อิลีเยม</u>	<u>รวม</u>
๑) <u>คาร์ศโนมา</u>				
ก) อะคีโนคาร์ศโนมา	๑	๑	๒	๔
ข) อะคีโนคาร์ศโนมา แขน มิวคินัส	—	—	๑	๑
ค) ที่จำแนกชนิดเซลล์ไม่ได้	๑	๑	—	๒
๒) <u>สาร์โคมา</u>				
ก) กลุ่ม ลียมโฟมา				
— ลียมโฟสาร์โคมา	๑	๔	๗	๑๒
— เรติคูลัม เซลล์ สาร์โคมา	—	๕	๕	๑๐
— ซ็อกคิน สาร์โคมา	—	๑	—	๑
ข) ไลโอมัยโอสาร์โคมา	—	๒	๑	๓
ค) ไฟโบรสาร์โคมา	๑	๑	๑	๓
รวม	๔	๑๕	๑๗	๓๖
๓) <u>เนืองอกชนิดไม่ร้าย</u>				
ก) อะคีโนมา	๑	๑	—	๒
ข) ไลโอมัยโอมา	—	๒	—	๒
รวม	๑	๓	—	๔
รวมทั้งสิ้น	๕	๑๘	๑๗	๔๐

ตารางที่ ๔

ตำแหน่งเนื้องอกเปรียบเทียบกับรายงานของต่างประเทศ

	<u>ดูโอดินัม</u>	<u>เจจุนัม</u>	<u>อิลีเยม</u>	<u>หลายแห่ง</u>	<u>รวม</u>	<u>จำนวนทั้งหมด</u>	<u>ค่าร้อยละ</u>
ก. กลุ่ม คาร์ซิโนมา							
คีร์ราซ	๒	๒	๓	—	๗	๓๖	๑๕.๑๗
อีร์วัน ^(๑)	๒	๓	๓	—	๘	๒๖	๓๐.๗๗
มิกเคิลตัน ^(๒๓)	๑๓	๘	๓	—	๒๔	๔๒	๕๗.๑๓
สเตร้าซ ^(๒๔)	๕	๖	๒	—	๑๓	๔๗	๓๖.๑๗
สซมูทเซอร์ ^(๑๓)	๕	๓	๔	๑	๑๓	๔๑	๓๑.๑๗
แมคฟิค ^(๓๗)	๑๓	๑๗	๓	—	๓๓	๘๕	๓๘.๘๒
บรูคส์ ^(๒๖)	๑๕	๒๓	๒๕	๒	๕๕	๑๖๘	๓๒.๗๗
โรซลิน ^(๑)	๑๑๓	๑๐๘	๕๘	—	๓๒๑	๖๕๐	๔๙.๓๕

ข. กลุ่ม ลี้มโฟมา

คีร์ราซ	๑	๑๐	๑๒	—	๒๒	๓๖	๖๑.๑๑
อีร์วัน	๑	๒	๔	—	๗	๒๖	๒๖.๔๒
สเตร้าซ	๑	๒	๒	—	๕	๔๗	๑๐.๖๔
สซมูทเซอร์	—	๓	๔	—	๗	๔๑	๑๗.๐๗
แมคฟิค	๑	๑๐	๑๘	—	๒๙	๘๕	๓๕.๒๕
บรูคส์	๑	๑๒	๒๒	๕	๔๐	๑๖๘	๒๓.๘๑

ค. ไลโอมัยโอสาร์โอม

ศิริราช	—	๒	๑	—	๓	๓๖	๘.๓๓
ศิริวัน	—	๑	—	—	๑	๒๖	๓.๘๔
มิตเกลตัน	๒	๑	—	—	๓	๔๒	๗.๒๔
สเตราช	๒	๒	—	—	๔	๔๗	๘.๕๑
สัทมุตเซอร์	๑	—	๓	๑	๕	๔๑	๑๒.๑๕
บุคคล	๒	๗	๓	๑	๑๓	๑๖๘	๗.๗๒

ง. ไฟโบรซาร์โคมา

ศิริราช	๘.๓๓
ศิริวัน	๗.๖๑
มิตเกลตัน	๒.๓๕

๕. วิธีการรักษาและผลการรักษา เช่น
เกี่ยวกับเนืองอกในอวัยวะอื่นการรักษาโดย
วิธีศัลยกรรมเท่านั้นที่จะกำจัดโรคให้หาย
เด็ดขาดได้, คือตัดเนืองอกออกให้หมด.
ในจำนวนผู้ป่วย ๔๐ รายนี้ได้รับการผ่าตัด
ทั้งหมด ๔๔ ครั้ง, ทั้งรายละเอียดแสดง
ในตารางที่ ๕. ทั้งนี้มีผู้ป่วยหนึ่งรายได้รับการ
การผ่าตัด ๓ ครั้ง, และอีกสองรายต้อง
ผ่าตัดซ้ำสองเนื่องจากมีเหตุแทรกซ้อนจาก
การผ่าตัดครั้งแรก. ที่ไม่สามารถผ่าตัด
ออกก่อนเนืองอกออกได้มี ๒๕ เปอร์เซ็นต์.

ในชุดของ ปาตาลูนา (๑๕) มีถึง ๓๐
เปอร์เซ็นต์ที่เปิดช่องท้องเข้าไปแล้วทำอะไร
ไม่ได้; โบทสฟอร์ค (๓๐) พบเพียง ๑๓
เปอร์เซ็นต์. รายละเอียดเป็นเพราะไปหา
แพทย์ในระยะที่สายเสียแล้ว, ทำให้การ
พยากรณ์โรคไม่ดี. ในชุดนี้พบมีการแพร่
กระจายไปที่ตับ, ที่ต่อมน้ำเหลือง, และที่
ปอดถึง ๒๗ ราย.

สำหรับรายที่ต้องผ่าตัดรีบด่วนเพราะ
มาด้วยอาการแทรกซ้อน, เช่นลำไส้กลืน
กัน และลำไส้ทะลุ, มี ๑๒ ราย. เสีย

ชีวิตใน ๒ สัปดาห์แรก ๑๐ ราย. สองราย
อยู่ ๓ และ ๖ สัปดาห์ตามลำดับ, แต่ได้
รับการผ่าตัดซ้ำเนื่องจากรอยเย็บที่ลำไส้
แยก, ต่อมาเสียชีวิตด้วยเรื่องเลือดเป็น
พิษและโรคปอดอักเสบแทรกซ้อน.

สำหรับพวกที่เป็น เรติคูลัม เซลล์
สาร์โคมา ได้รับการรักษาโดยฉายรังสี
ลึก. ทุกรายอยู่ได้ไม่ถึง ๖ เดือน. มีราย
อื่นอีก ๔ รายได้รับการรักษาด้วยรังสีลึก
สองสามครั้ง, แล้วไม่มาติดตามอีกเลย,
จึงไม่ทราบผลการรักษา.

ตารางที่ ๕

การรักษาทางศัลยกรรมในผู้ป่วย ๔๐ ราย.

วิธีการ

จำนวนครั้งที่ผ่าตัด

ตัดลำไส้ออกบางส่วน	๒๔
ตัดลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ขวาออก	๖
ตัดต่อลำไส้แบบ วิฟเฟิล	๒
ตัดออกเฉพาะก้อนเนื้อออก	๒
ทำทางเดินอาหารใหม่และ ไบออปสีย์	๘
เปิดช่องท้องและทำ ไบออปสีย์	๒
รวม	๔๔

ประสบการณ์ที่ทราบกันดีในบ้านเรา
นั้นคือผู้ป่วยมักจะไม่ได้ไปรับการตรวจติดตาม
โรค, ดังนั้นการวัดผลของการรักษาจึงไม่
สมบูรณ์. ผู้ป่วยในรายงานที่ไปติดตามมี
เพียง ๑ ราย และได้รับการผ่าตัดซ้ำอีก ๒
ครั้ง, รวมเวลาที่อยู่ในความดูแลประมาณ

๔ ปี; ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการแพร่กระจาย
ของ อะดีโนคาร์ซิโนมา ไปทั่วช่องท้อง.
ในชุดของ บรูคส์ (๒๖) มีประมาณ
๓๐ — ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่สามารถ
ผ่าตัดก้อนเนื้อออกได้หมดและมีชีวิต
อยู่ได้เกิน ๕ ปี; พวก สาร์โคมา มีการ

พยากรณ์โรคดีกว่า คาร์คิโนมา เล็กน้อย.
พริคน (๒๒) พบว่ามะเร็งของ เจจูนัม
โดยเฉลี่ยอยู่ได้นานประมาณ ๓๒.๒ เปอร-
เซ็นต์; มะเร็งของ อิลีเยม ตีกว่าเล็กน้อย.
ผู้ป่วยของ ทอร์แมน (๒๔) หนึ่งรายอยู่ได้นานถึง ๑๖ ปี, และอีกรายหนึ่งอยู่ได้นาน ๑๓ ปี และยังมีชีวิตอยู่ขณะรายงาน; ทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วย ในโครเจน-
มัสคาร์ค. เป็นที่หวังกันว่า *เพโมเธอราปีย*
อาจเป็นวิธี รักษา มะเร็งของ ลำไส้เล็กที่
สำคัญวิธีหนึ่งต่อไปในอนาคต. ในชุดที่รายงานนี้ ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยยา
ต้านมะเร็งเลย.

เอกสารอ้างอิง

๑. Rochlin, D.B., and W.P. Longmire, Jr.: Primary Tumors of the Small Intestine. *Surgery* 1961, 50: 586.
๒. Sorlin, M.: Observation d'un squirre d'une portion de jejunum chez un sujet de quarante neuf ans; morte a la suite de nombreux vomissements. *J. Gen. Med. Chir. et Pharm.* 1824, 87: 189.
๓. Leichtenstein, O.: Handbauch des speciellen pathologie und therapie. F.C.W. Vogel, Leipzig, 1876, p. 523.
๔. Maydl, C: Über den Darmkrebs. *Braunisellen, Vienna*, 1883, p. 7.
๕. Northnagel, H.: In *specielle Pathologie und Therapie*. Alfred Hoelder, Vienna, 1930, p. 316.
๖. Brill, N.E.: Primary Carcinoma of Duodenum. *Amer. J. Med. Sci.* 1904, 128: 824.
๗. Hinz: Reinhold ueber den primaeren Dueundarmkreb. *Arch. klin. Chir.* 1912, 99: 305.
๘. Rankin, F.W., and C. Mayo: Carcinoma of the Small Bowel. *Surg. Gynec. Obstet.* 1930, 50: 939.
๙. Raiford, T.S.: Tumors of the Small Intestine. *Arch. Surg.* 1932, 25: 122.
๑๐. Christoferson, E.A., and M.B. Jacob: Primary Adenocarcinoma of the Jejunum with Perforation; Report of a Case with Some Clinicopathologic Notation. *J. Amer. Med. Ass.* 1939, 12: 1576.
๑๑. Irvine, W.J., and J.M. Johnstone: Lymphosarcoma of the Small Intestine with Special Reference to Perforation Tumors. *Brit. J. Surg.* 1955, 42: 610.
๑๒. Fargue, E., and E. Chanvin: Le cancer primitif et intrinseque (non ratier) du duodenum. *Rev. Chir. Par.* 1914-1919, 50: 470.
๑๓. Schmutzer, K.L., W.M. Holleran, and J.F. Regan: Tumors of the Small Bowel. *Amer. J. Surg.* 1964, 108: 270.
๑๔. Goods, C.A.: Tumors of the Small Intestine. *Amer. J. Roentgenol.* 1963, 89: 685.
๑๕. Pagtalunan, R.J., T.W. Mayo, and M.B. Dockerty: Primary Malignant Tumors of Small Intestine. *Amer. J. Surg.* 1964, 108: 13.
๑๖. โปษะกฤษณะ, อ.: มะเร็งของระบบ กระเพาะและลำไส้. ๑) มะเร็งของหลอดอาหาร, *สารคดีวิรัช* ๒๕๐๖, ๑๕: ๕๕.
๑๗. เอลลิส, เอ.ซี., และ ก. พลาทกูร: รอยโรคที่พบยากของ ดูโอดีนัม. *จ.พ.ศ.ท.* ๒๔๖๒, ๒: ๓๕๕.
๑๘. วิเศษกุล, พ.: เนื้องอกของ เจจูนัม และ อิลีเยม. *จ.พ.ศ.ท.* ๒๔๕๕, ๓๕: ๔๕.

๑๙. โปษะนันท์, ป.: ลิ้มโพลีโคมมาของ เจจูนัม. เวชสาร ๒๕๐๑, ๗ : ๑๕๕.
๒๐. เฟื่องธุระ, พ.: ลิ้มโพลีโคมมาของลำไส้เล็กหน่งราย. วิทยาศาสตร์เสนาธิกษ ๒๕๕๖, ๖ : ๒๕๐.
๒๑. ศิริโชติ, จ., และ จ. เนตรคม : มาลิกเนนท ขวานโนมา ของ ดูโอดันัม. รวมเรื่อง การ ประชมนายแพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกรมการแพทยคกรท ๑๕, ๒๕๐๗, หน้า ๘๐.
๒๒. Prigden, J.E., C.W. Mayo, and M.B. Dockerty: Carcinoma of Jejunum and Ileum Exclusive of Carcinoid Tumors. Surg. Gynec. Obstet. 1950, 90 : 513.
๒๓. Middleton, W.R.J.: Small Bowel Tumors. Aust. Ann. Med. 1967, 16 : 155.
๒๔. Dorman, J.E., C.E. Floyd, and I. Cohn, Jr.: Malignant Neoplasms of the Small Bowel. Amer. J. Surg. 1967, 113 : 131.
๒๕. Weinberger, H.A., and R.M. Paltauf: Tumors of the Small Intestine. Surgery 1948, 24 : 35.
๒๖. Brookes, V.S., et al.: Malignant Lesion of the Small Bowel, a Ten Years Survey. Brit. J. Surg. 1968, 55 : 405.
๒๗. Braasch, J.W., and H.E. Denbo: Tumors of the Small Intestine. Surg. Clin. N. Amer. 1964, 44 : 791.
๒๘. Strauch, G.O.: Small Bowel Neoplasms, Elusive Source of Abdominal Symptoms. Surgery 1964, 55 : 240.
๒๙. Starr, G.F., and M.B. Dockerty: Leiomyomas and Leiomyosarcoma of the Small Intestine. Cancer 1955, 8 : 101.
๓๐. Botsford, T.W.: Primary Malignant Tumors of Small Intestine. Amer. J. Surg. 1962, 103 : 358.
๓๑. โปษะกฤษณะ, อ.: มะเร็งของกระเพาะอาหาร. สารศิริราช ๒๕๐๗, ๑๖ : ๑๓๕.
๓๒. กังคานนท์, ก.: มะเร็งของกระเพาะอาหาร, สถิติผู้ป่วยแผนกศัลยศาสตร์ในระช ๑๐ ปี. จ.พ.ศ.ท. ๒๕๐๓, ๔๓ : ๕๗๕.
๓๓. Southam, J.A.: Benign Tumors of the Small Intestine. Surg. Gynec. Obstet. 1963, 117 : 473.
๓๔. Harrison, R.C.: Tumor of the Small Intestine. Postgrad. Med. 1966, 40 : 84.
๓๕. Moertel, C.G., W.G. Sauer. M.B. Dockerty, and A.H. Baggenstoss: Life History of the Carcinoid Tumor of the Small Intestine. Cancer 1961, 14 : 901.
๓๖. Strohl, E.L., and W.G. Diffenbach: Primary Tumors of the Small Bowel. A.M.A. Arch. Surg. 1957, 74 : 709.
๓๗. McPeak, C.J.: Malignant Tumors of the Small Intestine. Amer. J. Surg. 1967, 114 : 402.

(Summary of the preceding Article)

TUMOURS OF SMALL INTESTINE AT SIRIRAJ HOSPITAL, 1958 - 1967*

Anant Tanmukayakul, M.B., and Kasem Limwongse, M.B.

(Department of Surgery)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

In the years 1958-1967 forty patients suffering from small-bowel tumours were treated in the Department of Surgery, Siriraj Hospital. They were 35 Thai and 5 Chinese. The incidence in the male and the female was equal, and the age preponderance was 41-50 years. Most frequent complaints were abdominal pain and pallor. Radiological diagnosis, although helpful, was not applicable in severe complicated cases.

Anatomical-pathological diagnoses were 36 malignancies and 4 benign tumours; 5 neoplasms were located in the duodenum, 18 in the jejunum and 17 in the ileum. Lymphomata seemed to be more prevalent than carcinomata, in contrast to findings from abroad. 25 per cent of the patients had unremovable tumours and died within 6 months despite deep radiation therapy.

* Read at the Siriraj Medical Meeting on the 80th Anniversary of the Medical School, 29 th April 1970.
