

6-1-1985

## มะเร็งกระเพาะอาหาร

ทวีสิน ตันประยูร

ชาสูวิทย์ ตันต์ชัยวัฒน์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

ตันประยูร, ทวีสิน and ตันต์ชัยวัฒน์, ชาสูวิทย์ (1985) "มะเร็งกระเพาะอาหาร," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 29: Iss. 6, Article 5.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol29/iss6/5>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

นิพนธ์ต้นฉบับ

## มะเร็งกระเพาะอาหาร

ทวิสิน ตันประยูร\*

ชาญวิทย์ ตันตีพัฒน์\*

**Tanprayoon T, Tanphiphat C. Carcinoma of the Stomach. Chula Med J 1985 June; 28 (6) : 697-703**

*Carcinoma of the stomach is a common malignant tumour of the G.I. Tract. One hundred and thirty three patients who underwent primary treatment for carcinoma of the stomach at Chulalongkorn hospital between 1979 to 1983 were reviewed. Most of them were over 40 years of age. (89.1%), with age ranging from 20 to 81 years and a mean of 53.8 years. Pylorus and antrum was the commonest site involved (49.3%), followed by the body (23.9%) and cardia (11.6%).*

*Extragastric involvement was found in 85 per cent of cases and lymph node involvement was also found in 85% of cases. The operation was performed in 133 out of 138 cases, with a resectable rate of 58.6 per cent (78 cases); 12 per cent were curative and 46.6 per cent palliative resection.*

*The common operations performed in this series, were Billroth II gastrectomy (31.6%), total gastrectomy (12.8%), gastrojejunostomy (18.1%) and Explore laparotomy only 15.0 per cent. Poorly differentiated and undifferentiated adenocarcinomas were the commonest cell type found.*

*The 30 day operative mortality was 3 per cent. Early detection of gastric carcinoma is still a major problem.*

มะเร็งของกระเพาะอาหารเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทย แม้ว่าไม่มากอย่างในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น, ฟินแลนด์ แต่การวินิจฉัยและการรักษาโรคนี้อีกยังคงเป็นปัญหาสำคัญซึ่งยังต้องการการปรับปรุงต่อไปเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น การศึกษานี้เสนอประสบการณ์ของการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 5 ปี รวมผู้ป่วย 138 ราย

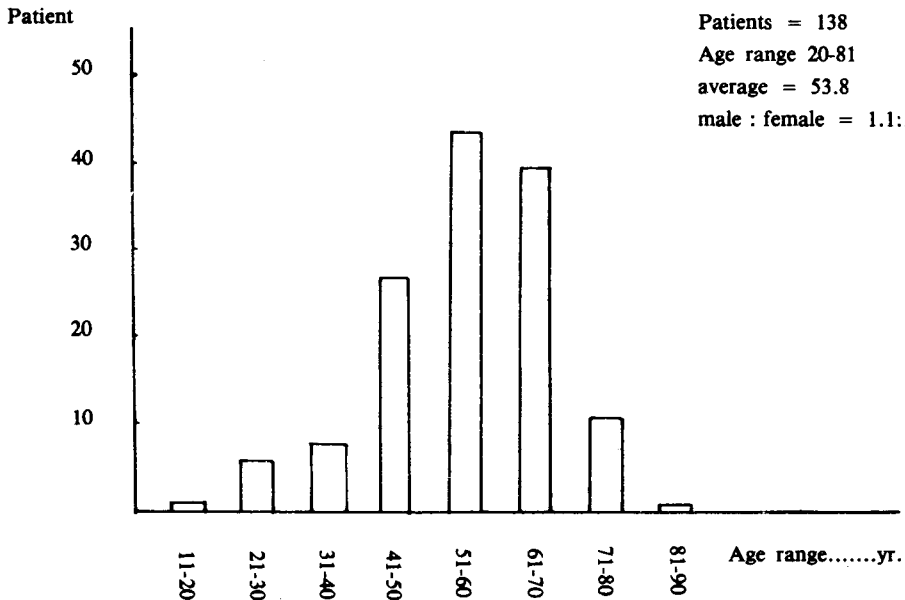
**วัตถุประสงค์และวิธีการ**

ศึกษาจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารที่มา

รับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ถึง 2523 รวมผู้ป่วย 138 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมารับการตรวจหลังผ่าตัดน้อยและโรคนี้อัตราตายสูง การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการรักษาในระยะยาวจึงไม่สามารถกระทำได้

**ผลการศึกษา**

พบผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร 138 ราย เป็นชาย 73 คน หญิง 65 คน คิดเป็นอัตราส่วนชาย : หญิง = 1.1:1 โดยมีผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 20 ปีและอายุสูงสุด 81 ปี เฉลี่ย 53.8 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วง 51-70 ปี (รูปที่ 1)



**Figure 1** Age distribution of the patients

ประวัติที่ซักถามอย่างละเอียดหลังจากรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล มักจะมีอาการนำหนักลดลงร่วมด้วยเสมอ (ร้อยละ 86.9) ส่วนอาการที่นำผู้ป่วย

มารับการรักษา คืออาการอึดแน่นบริเวณ Epigastrium และอาการจากการอุดตันของกระเพาะหรือหลอดอาหารส่วนล่าง (ตารางที่ 1)

Table 1 Symptoms and signs

Symptoms and signs	patient	%
Epigastric discomfort	116	84.1
Obstruction - partial	94	68.1
- complete	8	6.0
Anorexia	71	51.5
Hematemesis/melena	68	49.3
Weight loss	120	86.9
(History of previous treatment as P.U.)	41	29.7)

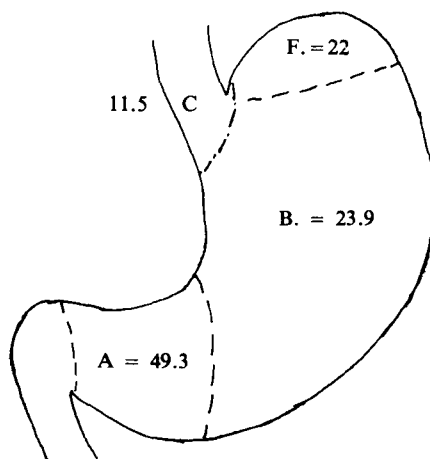
ในรายงานนี้มีผู้ที่ได้รับการรักษาบาดแผลในกระเพาะอาหารมาก่อน 41 ราย หรือ 29.7 เปอร์เซ็นต์ เป็นการรักษาทางยา 39 ราย และอีก 2 รายได้รับการผ่าตัดรักษาโรคแผลในกระเพาะเมื่อ 25 ปีและ 1 ปีก่อนปรากฏอาการ

จากการตรวจร่างกาย สามารถคลำก้อนบริเวณหน้าท้องส่วนบนได้ 79 ราย (ร้อยละ 57.2) ผู้ป่วยจำนวนนี้สามารถตัดเอากระเพาะและก้อนมะเร็ง

ออกได้เพียง 35 ราย (ร้อยละ 44.3) เท่านั้น

ผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยมีปริมาณฮีโมโกลบินสูงกว่าหรือเท่ากับ 10 กรัม/เปอร์เซ็นต์อยู่ 64 ราย ร้อยละ 46.1 ที่เหลืออีก 53.6 เปอร์เซ็นต์มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัม/เปอร์เซ็นต์

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการกลืนแบเรียม (ร้อยละ 84) ส่วนการวินิจฉัยด้วยการใช้กล้องส่องกระเพาะทำเพียง 38.4 เปอร์เซ็นต์



B - C = 3.6

B - A = 6.5

whole = 1.5

Gastric remnant = 1.5

A = Antrum

B = Body

C = Cardia

F = Fundus

Figure 2 Percentage of carcinoma in various parts.

ตำแหน่งที่พบมะเร็งได้สูงสุดคือบริเวณ pylorus และ antrum (ร้อยละ 49.3) รองลงมา ได้แก่บริเวณ Body ร้อยละ 23.9 และ Cardia (ร้อยละ 11.6) (รูปที่ 2)

ผู้ป่วยรับการผ่าตัดรักษา 133 ราย (ร้อยละ 96.4) ไม่ได้รับการผ่าตัด 5 ราย เพราะสุขภาพไม่เหมาะกับการผ่าตัด 3 ราย (จำนวนนี้ 2 คนเสียชีวิตเพราะเรื่องไตวายและหัวใจวาย) ส่วนอีก 2 คนปฏิเสธการผ่าตัด จากผู้ป่วย 133 รายที่ผ่าตัดสามารถตัดกระเพาะและก้อนมะเร็งออกได้ 78 ราย ร้อยละ 58.6 โดยมี curative resection 16 ราย (ร้อยละ

12.0) และ palliative resection 62 ราย (ร้อยละ 46.6) ส่วนอีก 55 ราย (ร้อยละ 41.4) มะเร็งได้ลุกลามไปเกินกว่าที่จะตัดออกได้

จากการศึกษาที่ไม่พบมะเร็งระยะต้นเลย (มะเร็งลามลงไปไม่เกินชั้น submucosa) มีเพียง 5 ราย (ร้อยละ 3.8) ที่มะเร็งลามมาถึงชั้น Serosa แต่ไม่ลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงและต่อมน้ำเหลือง ( $T_3$  NoMo) นอกนั้นมักมีกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง, ต่อมน้ำเหลืองหรือมี peritoneal seeding แล้ว (ตารางที่ 2)

**Table 2** Operative findings

Findings	resectable n = 78	unresectable n = 55	Total
Gross Pathology			
Borrmann type I	-	-	-
type II	4	-	4 (3%)
type III	68	53	121 (91%)
type IV	6	2	8 (6%)
Local involvement	58	55	113 (85%)
Lymph node metastasis	59	54	113 (85%)
Liver metastasis	8	20	28 (21.1%)
Peritoneal, Omental seeding	10	28	38 (28.6%)

ผลพยาธิวิทยาของมะเร็งส่วนใหญ่เป็น poorly differentiated adenocarcinoma ร้อยละ 29.7 และ undifferentiated adenocarcinoma ร้อยละ 17.4 พบ moderately differentiated adenocarcinoma และ well differentiated adenocarcinoma ได้ร้อยละ 13.8 และ 12.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ชนิดของการผ่าตัดในผู้ป่วย 78 รายทำ subtotal

หรือ partial gastrectomy Billroth II ร้อยละ 31.6 Total gastrectomy พบรองลงมาเป็นร้อยละ 12.8 ส่วนพวกที่ไม่สามารถเจาะเอาก้อนมะเร็งออกได้ มักทำ gastrojejunostomy เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันของกระเพาะ (ตารางที่ 4)

อัตราการตายในระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัดพบ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3 เกิดจากการรั่วในรายที่ทำ Subtotal gastrectomy Billroth II 1 ราย อีก

3 รายเป็นผู้ป่วยที่มะเร็งลุกลามไปมากแล้วและ  
ออกไม่ได้โดยเสียชีวิตจากการมีเลือดออกจากก้อน  
มะเร็ง 2 ราย และอีก 1 ราย จาก gangrene small

bowel จาก Tumour adhesion อัตราตายและ  
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แสดงไว้ในตารางที่ 5

**Table 3** Pathological results.

Cell type	Patient	%
Poorly diff. adenocarcinoma	41	29.7
Undiff. adenocarcinoma	24	17.4
Moderately diff. adenocarcinoma	19	13.8
Well diff. adenocarcinoma	17	12.3
Mucin producing adenocarcinoma	5	3.6
Signet ring cell carcinoma	5	3.6
Squamous cell carcinoma (body)	1	0.7
Adenocarcinoma from metastatic site	26	18.8
	138	100

**Table 4** Operative procedures in 133 patients.

Operations	Patient	%
Gastrectomy Billroth II	42	31.6
Total gastrectomy	17	12.8
Esophago-gastrectomy	11	8.3
Gastrectomy Billroth I	7	5.3
Whipple's Operation	1	0.8
resectable cases	78	58.6
Gastrojejunostomy	24	18.1
Open and close	20	15.0
Tube enterostomy	9	6.8
Choledocho-jejunostomy	2	1.5
unresectable cases	55	41.4

**Table 5** Post operative morbidity and mortality.

	Resectable (n = 78)		unresectable (n = 55)	
	complication	dead	complication	dead
Bleeding	2	-	3	2
Leakage of anastomosis	3	1	-	-
Intraabdominal abscess	1	-	1	-
Wound infection	4	-	4	-
Efferen loop obstruction	-	-	1	-
Pancreatitis	1	-	-	-
Deep vein thrombosis	1	-	-	-
Bowel gangrene (from tumour adhesion)	-	-	1	1

## วิจารณ์และสรุป

มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นโรคที่พบได้ทุกประเทศทั่วโลกในอัตราที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่ลักษณะทางคลินิกมักอยู่ในรูปแบบเดียวกัน ในรายงานนี้พบมะเร็งกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยพบมากในเกณฑ์ อายุ 51 ถึง 70 ปี ซึ่งเหมือนกับรายงานอื่น<sup>(1, 2)</sup> จะมีแตกต่างกันบ้างที่อัตราส่วนของชายต่อหญิงของการศึกษานี้เกือบจะเท่ากัน (1.1 : 1) แต่จากรายงานทั่ว ๆ ไปจะอยู่ระหว่าง 1.5 : 1 ถึง 2 : 1<sup>(2,3,4)</sup>

อาการแสดงของผู้ป่วยในการศึกษานี้ค่อนข้างเด่นชัดและในผู้ป่วยแต่ละรายจะพบได้หลายอาการแสดงถึงระยะของโรคในขณะที่มาตรวจรักษา เช่น มีน้ำหนักลดร้อยละ 86 ในขณะที่ Adashek<sup>(2)</sup> รายงานไว้เพียงร้อยละ 29 หรือ Fielding<sup>(5)</sup> รายงานแค่ร้อยละ 19 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารระยะแรก ในทำนองเดียวกันการคลำก้อนที่ส่วนบนของหน้าท้องได้ก็พบสูงกว่ารายงานอื่น ๆ ที่กล่าวมา การคลำก้อนได้ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร บอกลถึงโอกาสน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่จะเลาะเอาก้อนมะเร็งออกได้ (ร้อยละ 44) และมีโอกาส

แค่ร้อยละ 2 เท่านั้นที่จะทำ Curative resection

ในการศึกษานี้พบมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 30 ที่ได้รับการรักษาแบบแผลในกระเพาะอาหาร ส่วนมากได้รับการรักษาทางยามาเป็นเวลานานกว่าจะได้รับ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ดังนั้นการตรวจผู้ป่วยด้วยกล้องส่องกระเพาะอาหาร หรือการทำ double contrast upper GI. study ในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการแบบแผลในกระเพาะอาหาร จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเมื่อพบแผลในกระเพาะอาหาร ควรตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยาเสมอ

จากการผ่าตัดพบผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) มีการกระจายของมะเร็งสู่อวัยวะใกล้เคียงและต่อมน้ำเหลืองแล้ว ทำให้อัตราการเลาะเอาก้อนมะเร็งออกได้อยู่ในอัตราที่ต่ำและ curative resection มีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น เทียบกับร้อยละ 45 จากรายงานของ Bucholtz<sup>(6)</sup> และร้อยละ 61 จากรายงานของ Nakajima<sup>(7)</sup>

ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและการกระจายของมะเร็ง เนื่องจากมะเร็งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49) อยู่ที่ antrum และ body (ร้อยละ 23.9) ดังนั้นการทำ subtotal gastrectomy Billroth II

จึงทำมากที่สุด (ร้อยละ 54 ของพวกที่เลาะเอาก้อนออกได้) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า Total gastrectomy ไม่ได้เพิ่ม 5-years survival rate<sup>(8)</sup> แต่กลับมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำ Total gastrectomy เฉพาะในรายที่มะเร็งกระจายมากในผนังของกระเพาะอาหาร แต่ยังไม่มีการ distant metastasis ในการศึกษานี้มี Total gastrectomy 17 ราย หรือร้อยละ 21.8 ของพวกที่เลาะเอาก้อนมะเร็งออกได้

แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้จะเป็น

มะเร็งกระเพาะอาหารระยะหลัง มีสุขภาพทั่วไปไม่สมบูรณ์ (ร้อยละ 54 มีฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10) แต่อัตราตายร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก็อยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อเทียบกับรายงานอื่น (ร้อยละ 2.6-10)<sup>(6, 7)</sup> และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ไม่สูงนัก แสดงถึงประสิทธิภาพของการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การปรับปรุงผลของการผ่าตัดควรเน้นทางด้าน การตรวจหามะเร็งระยะต้น ซึ่งจะทำให้เพิ่มอัตรา curative resection และ survival rate ของผู้ป่วยโรคนี้<sup>(9)</sup>

### อ้างอิง

1. Puig-la Calle J, Lluís F, Castell E, Ramorez J. Surgical treatment of gastric cancer : evaluation of 596 cases. In : International Congress on Diagnosis Treatment of Upper Gastrointestinal Tumors. Excerpta Medica 1981 : 196-206
2. Adashek K, Sanger J, Longmire WP Jr. Cancer of the stomach : review of consecutive ten year intervals. Ann Surg 1979 Jan; 189 (1) : 6-10
3. Gennari L, Bonfanti G, Salvadori B. Prognostic factors in gastric cancer. In : International Congress on Diagnosis and Treatment of Upper Gastrointestinal Tumors. Excerpta Medica 1981 : 173-184
4. Goldenberg IS, Cohen JM, Skinner DG. A study of survival patterns in patients with gastric carcinoma. Surg Gynecol Obstet 1967 Feb; 124(2) : 141-150
5. Fielding JNL, Ellis DJ, Jones BG, Minawa A, Bradby H, Donovan IA, Waterhouse J, Brooks VS. The influence of satge, inadequate resection and surgical reconstruction on morbidity and mortality in gastric cancer. In : International Congress on Diagnosis and Treatment of Upper Gastrointestinal Tumors. Excerpta Medica 1981 : 185-195
6. Buchholtz TW, Welch CE, Malt RA. Clinical correlates of resectibility and survival in gastric carcinoma. Ann Surg 1978 Dec; 188(6) : 711-715
7. Nakajima T, Kajitani T. Surgical treatment of gastric cancer with special reference to lymph node dissection. In : International Congress on Diagnosis and Treatment on Upper Gastrointestinal Tumors. Excerpta Medica 1981 : 207-225
8. Scott HW Jr, Longmire WP. Total gastrectomy : report of sixty-three cases. Surgery 1949 Sep; 26(3) : 488-498
9. Kidokoro T. Frequency of resection, metastasis and five-year survival rate of early gastric carcinoma in a surgical clinic. In : Gann Monographs on Cancer Research 11 : Early Gastric Cancer. Tokyo : University Press, 1971. 45-49