

ดวงให้ นายแพทย์ วินิจฉัย โรค ผิดพลาดมาก เพราะ Primary site ที่เกิดขึ้นในบริเวณ Nasopharynx มันเล็กมาก หรือการตรวจมองไม่เห็นได้ชัด เพราะมันอยู่เหนือต้นไก่เวตา คนไข้ปาก แต่มิ Secondary metastatic tumour ที่ข้างๆ คอโตมาก ในระยะแรก คนไข้จะไม่มีอาการอะไรเลย อาจจะไปปรึกษาแพทย์เรื่องมักอนที่ข้างคอโตไม่เจ็บไม่ปวดจะกินเวลานานมากกว่าจะโต บางคนอาจจะเป็นอยู่ 1 ปีเป็นต้น แต่ส่วนมากถ้าเราถามอาการให้ดู จะพบอาการเหล่านี้ในคนไข้ได้มอคือมเล็กดำเตาออกหรือจุมกคืดเสมอ มีหรือข้างหนึ่งข้างใด มักจะออซางทมก่อนโตข้างคอ และถ้าเป็นนาน ๆ กอนใน Nasopharynx โตมากตามไปที่ base of skull เช่นไปที่ foramen lacerum จะทำให้ตาเหล็ดคือมี paralysis of Abducen N. ทงน หรือตามไปที่ Tochllear N, Oculomotor N, หรือ Trigeminal N. ทำให้คนไข้มีอาการตาปิด มองเห็นอะไรเป็นล่องลิ่ง และปวดประสาทที่เรียกว่า Trigeminal neuralgia เพราะฉะนั้น การตรวจ Nasopharyngeal Tumour เราจำเป็นต้องอาศัยผู้ชำนาญทางหู คอ จมูกตรวจช่วย หรือควรใช้กระจกสะท้อน (Throat mirror) ตรวจจึงจะมองเห็นได้ง่ายเข้า แต่ถึงกระนั้นก็ตามบางครั้งเรามองไม่เห็นอะไรเลยก็ได้ เพราะมันเล็กมาก

3. เกี่ยวกับอายุ มันน้อยมาก ที่เด็ก ๆ

จะเป็น Cancer ที่คอ เรามักจะพบใน adult อายุกลางคนขึ้นไปเป็นส่วนมาก นายแพทย์ Hayes Martin ศัลยแพทย์ของ Memorial Hospital, New York ได้เขียนว่า "Asymmetric enlargement of the cervical lymph nodes in the adult is almost always malignant and usually due to metastasis from a primary lesion in the mouth or pharynx, and occasionally from a viscus below the level of the clavicle"

สำหรับเด็กๆ และในเด็กผู้หญิงเราจะเห็น Cancer of thyroid gland ได้มากกว่าในผู้ใหญ่ ถ้าในเด็ก ๆ อายุต่ำกว่า 10 ขวบ ถ้ามักคนเกิดซนที่ข้าง ๆ คอควรนึกถึง infection ให้มากกว่า Cancer เฉพาะ ในรายที่มประวัติจากซนนั้นโตค่อนข้างเร็วและเจ็บหรือมีซัดด้วย เช่น การอักเสบของต่อมทอนซิล หรือการอักเสบตามหนังศีรษะ เป็นต้น

4. ความจริงอีกข้อหนึ่งคือ ส่วนมาก Cancer ทั้งในปากในคอ และด้านนอกของคอ มักจะเป็น Epidermoid Cancer มากกว่า Adenocarcinoma หรือพวก sarcoma

จากความจริงปรากฏให้เราเห็นเช่นนี้จึงเป็นเครื่องช่วยให้เราวินิจฉัยโรคก่อน "ทุม" ที่เกิดขึ้นที่คอไม่ให้ผิดพลาดมากขึ้นอีก และข้อผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากการตรวจที่ไม่ละเอียดดอด (เช่นไม่ได้ให้คนไข้ปากเดยก้ม หรือไม่ได้ตรวจแถวบริเวณ Nasopha-

rynch การไม่ตรวจปอดหรือ abdomen เดียวกัน) แต่เรายังมีข้อผิดพลาดที่สำคัญ และมักจะปฏิบัติกันอยู่เสมอในขณะนี้ คือการทำ Biopsy ของก้อน "ทุม" ที่คอ เช่น นายแพทย์ Hayes Martin ได้พูดว่า "One of the greatest error in the diagnosis of cervical tumours or lymph node enlargement is the immediate excision of a tissue specimen for biopsy" เพื่อเป็นการย้ำให้เข้าใจ คือการทำ Biopsy โดยใช้มีดผ่าลงไปทาก้อน "ทุม" นั้น ไม่ควรจะทำก่อนที่จะทำให้เป็นชิ้นๆ ดังต่อไปนี้คือ

1. ควรพยายามหา primary lesion ให้ถึถวนเดี่ยวก่อน
2. ควรจะทำ "Aspiration Biopsy" เดี่ยวก่อน คือเอาเข็มคดตรวจ Cytology หรือ Bacteria ให้แน่ๆ เดี่ยวก่อน เพราะอาจจะเป็น T.B., Boeck's Sarcoid หรือ Pyogenic Infection ขรรวมคาก็ได้ Aspiration Biopsy นี้ แพทย์

มักไม่ค่อยทำกันเลย ซึ่งน่าเสียดายที่มองข้าม ขนนั้นไปเสียเป็นส่วนใหญ่ Professor Nicholas Senn (1844 - 1908) ได้แนะนำวิธีนี้มา กว่า 50 ปีมาแล้ว เพิ่งจะมีมารู้จักกันจริงๆ ก็ในระยะ 20 ปีหลังนี้เอง

3. เมื่อจากการทำ Aspiration Biopsy แล้วยังไม่สามารถจะพบ nature ของโรค เราอาจจะทำ "Excisional Biopsy" เป็นอันสุดท้าย

ถ้าสมมติว่าจากการทำ Aspiration Biopsy หรือจากการตรวจพบ Primary lesion ที่ในคอ ในปาก หรือที่ Larynx เราควรทำ Excisional biopsy จาก Primary growth ดีกว่าจะทำจากก้อน "ทุม" ที่ข้างๆ คอ เพราะเกี่ยวกับการรักษา เพราะ Cancer บางอย่าง เป็น Radio sensitive บางอย่างเป็น Radio resistant tumour หรือเกี่ยวกับ การวางแผน ในการทำ Radical operation ต่อไป.