

# มีแลนนิญเรียในผู้บ้าย

## เป็นมาลิกเนนทมิแลนโนมา ๑ ราย

โดย

\* ประวิกร อุษชิน พ.บ.

(แผนกอายุรกรรม)

มาลิกเนนทมิแลนโนมาเป็นเนองอก ตัด้าชนิดร้ายแรง Ewing เชื่อว่าเนองอกชนิดนี้ต้นกำเนิดมาจาก mesoblastic chromatofore และให้ชื่อตามเซดตที่เป็นต้นกำเนิดว่า มิแลนโนซาโคมา (melano - sarcoma) อย่างไรก็ตามปัญหาของเซดตต้นกำเนิดของเนองอกชนิดนี้ยังเป็นทกถกเถียงกันอยู่ Allen, Masson, Lund และ Stobbe เชื่อว่าเซดตต้นกำเนิดของเนองอกดังกล่าวมาจาก intraepidermomelanoblast หรือ Schwann cells ของเยื่อที่ประกอบเป็นเปลือกหุ้มเส้นประสาทต่างหาก และให้ชื่อเนองอกชนิดนี้ว่า Malignant Carcinoma

เนองอก ชนิด นมก เกิด จาก การ กตตายสภาพ เป็น เนอ ร้าย ของ ใฝ่ (nevus or skin mole) เป็นส่วนมาก ส่วนที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก melanoblast ปรากฏอยู่ตามปรกติในส่วนของผิวหนัง Choroid layer ของลูกตา adrenal Cortex หรือ Pia-mater ของส่วน

ฐานของสมองพบได้น้อยมาก โดยเหตุนี้ในผู้บ้ายเป็นส่วนมากจึงมักมีประวัติของใฝ่ในตำแหน่งเนอ ร้ายอยู่ก่อน และโดย Chronic irritation จาก trauma บ้างหรือการกระทำที่รื้อไม่ถึงการณ์ เช่นการ ใฝ่ ยัดใฝ่ เพื่อให้ใฝ่หลุดไปบ้าง โดยเฉพาะได้แก่ยาบางพวกเช่น Phenol Lysole และยาอื่นในเครือเดียวกัน etc เช่นนานๆ ก็อาจทำให้ใฝ่ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงกตายเป็นเนอ ร้ายตัด้าในภายหลัง และถ้าทิ้งไว้ต่อไปก็มักจะแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่นตำแหน่งแรกที่มีการแพร่ของเซดตของเนอ ร้ายไปก่อนโดยมาก จึงเป็นทบ้อยที่สุดมักไปตามทางนาเหตอง นอกจากนั้นก็โดยทางกระแสโลหิต ต่อมน้ำเหลืองส่วนที่รับน้ำเหลืองจากเนอ ร้ายนั้น และ ที่สุดเข้าสู่กระแสโลหิตและไปยังส่วนอื่นของร่างกายต่อไป อวัยวะที่มักพบเป็นแห่ง ของ การ แพร่ กระจายได้บ่อยๆ ในรายเช่นนี้คือ ผิวหนัง ตับ ไขกระดูกและม้าม เป็นต้น

\* อาจารย์ในแผนกอายุรกรรม ร.พ. จุฬาลงกรณ์ ขณะนี้ศึกษาอยู่ในสหรัฐอเมริกา

เกี่ยวกับตำแหน่งของเนื้อร้ายชนิดนี้พบได้มักจะเป็นบริเวณหน้าแขน มือ ส่วนปากมดลูก ผังช่องคอดอกในหญิง nasal septum และถ้าได้อาจพบได้แต่น้อย (Fanger, Herbert Robert and Wesley) ลักษณะที่ไฟเริ่มเปลี่ยนเป็นเนื้อร้ายจะสังเกตได้ง่ายคือ จะปรากฏว่ามีขนาดโตขึ้นทุกที และที่ลุคุดอาจแตกกลายเป็นแผลตามดึกและกว้างออก ขอบแผลแบนราบมดุดอกออกง่ายเมื่อดูกต้อง การดำเนินเรื่อรังพร้อมมักบ่งชี้ระยะต่อมาจะคลำค่อมานาเหลือง ทอชูกัดขึ้นไปได้ เป็นก้อนแข็ง ไม่เจ็บไม่ปวด บางรายก็อาจพบเนื้องอกดีด้ากระจัดกระจายในส่วนอื่นในระยะต่อมา โดยเฉพาะตามหน้า ตาคิ้ว แขน ขา ในรายที่มีการแพร่ไปยังตับ ตับจะปรากฏโตขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นก้อนแข็งขรุขระ ในรายเช่นผู้ป่วยอาจมีอาการแน่นชายโครงขวา คัดขาน ลุคุดภาพเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็ว บัสต์ด้าจะอาจปรากฏเป็นด้นาคาดอ่อนซึ่งจะเปลี่ยนแปลงเป็นด้นเข็มเกือบดำ ภายหลังถึงวันนานๆ และผู้ป่วยมักจะตายเนื่องจากตับหย่อนสมรรถภาพในที่สุด

ด้นาคาในบัสต์ด้าผู้ป่วยในรายเนื้อร้ายชนิดนี้โดยมากเราไม่พบบ่อยนัก แต่ส่วนมากจะพบได้แทบทุกรายที่มีการแพร่ไปที่ตับ ในรายเช่นนี้เข้าใจว่าเนื้อร้าย ที่มอชูกัดกระจัดกระจาย ทอชูกัดสามารถสร้าง melanin pigment ซึ่งเป็นอิน-

ทรีย์เคมีที่มีสีดำ และส่งเข้าไปในเลือดได้เป็นปริมาณมากเกินความสามารถของตับซึ่งขำรดที่จะทำลายและเปลี่ยนสภาพได้ ฉะนั้นก็จะปรากฏบางส่วนไหลและขับ ออก ทาง บัสต์ด้าจะในระยะแรกที่ตับยังพอจะทำหน้าที่เปลี่ยน melanin ให้เป็น melanogen ได้ บัสต์ด้าจะที่ถ่ายออกมาใหม่ ๆ ก็อาจจะมีเป็นปรกติหรือหน้าคาดอ่อนๆ แต่ถ้าถึงถึงวันนานๆ โดยออกซิเดชันของอากาศก็จะทำให้บัสต์ด้าจะ เปลี่ยนเป็น ด้นาคาดและเข้มมากขึ้นทุกที และในระยะท้ายผู้ป่วยที่ตับขำรดมาก บัสต์ด้าจะมักจะมีปรากฏเป็นด้นเข็มหรือคอนข้างดำที่หน้าททถ่ายออกมาทุกครั้ง

ในด้านกรวินิจฉัยโรครัด้าหรับเนื้อร้ายด้นาคาชนิดนี้ ทำได้ไม่ยากนัก โดยอาศัยประวัติของแผลเรื่อรังที่ดูตามภายหลังจากไฟ ทมอชูก่อน การคลำพมด่อมานาเหลืองเฉพาะที่ชูกัดขึ้นไป จึงปรากฏว่าโตและแข็งมาก นอกจากนั้นการวินิจฉัยที่ได้โดยแน่นอน ก็อาศัย การ ทำ Biopsy จากเนื้อด้าที่แผล และค่อมานาเหลืองที่สงสัยว่าจะมีการแพร่ของเนื้อร้ายถึงกาด ในรายที่ปรากฏตับโตแข็ง พันผิวขรุขระเป็นเม็ดและมด้นาคาเข้มไปด้วย ในรายเช่นนี้ควรสงสัยว่ามี การแพร่ไปที่ตับ และจะปรากฏว่าบัสต์ด้าจะมีด้นาคาดเข้มหรือเกือบดำ ภาวะเช่นนี้เราเรียกว่า Melaninuria ซึ่งจำเป็นต้องแยกจากภาวะอย่างอื่น เช่น :-

1. Methemoglobinuria
2. Carboloria
3. Indicanuria
4. Alcaptonuria
5. Porphyrinuria เป็นต้น

การแยก ทำได้ง่ายโดยอาศัยประวัติตั้ง  
กล่าว และการตรวจปัสสาวะทางสัตว์รีวิทยา  
จะบอกได้แน่นอน

ในราย melaninuria โดยการทำ You  
Jakseh Pollack's test หรือ Ferric Chloride  
reaction test จะได้ผล + ve และนอกจาก  
นี้ confirm โดยการทำ Liver biopsy และ  
Section

ต่อไปนี้เป็น รายงานผู้ป่วย 1 ราย  
ผู้ป่วยชายจีน อายุ 60 ปี เลขที่ท  
ไป 26394/94 เลขที่ภายใน 6301/94

รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2494 ถึงแก่กรรมใน ร.พ. เมื่อวันที่ 20 เดือนเดียวกัน รวมเวลารับไว้ทั้งสิ้น 6 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อ่อน  
เพลียมากและ รู้สึก มึนก่อนใน ท้องใต้ ชายโครง  
ขวา ปัสสาวะสีเข้มก่อนไปทางดำมาประมาณ  
1 เดือน

ประวัติปัจจุบัน เดิม ผู้ป่วยเป็นคน  
แข็งแรงจนกระทั่ง 3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้  
ป่วยถูกเศษไม้ตำที่ซอก เต็ม นิ้ว ถ่าง ข้าง ซ้าย

ซึ่งในระยะต่อมากลายเป็นแผลเรื้อรัง โดทิต  
ออกง่ายและตามกว้างทุกที่ 9 เดือนจากนั้นผู้  
ป่วยสังเกตเห็นรอบๆ ขอบแผลเป็นสีดำ ซึ่ง  
เดิมเคยเป็นเช่นหรือเปด้า เคยมีไฟหรือมี  
ผู้ป่วยบอกไม่ได้เพราะไม่ได้สังเกต ในระยะนี้  
อาหารการกินและสุขภาพทั่วไปไม่เปลี่ยนแปลง  
2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ตั้งแต่มึนเกิดมึนแข็ง  
ที่ซอกคอ ไม่เจ็บไม่ปวด และ 7 เดือนหลัง  
จากนั้นก็ปรากฏมีเป็นเม็ดสีดำๆ ขึ้นทั่วไปตาม  
ตัว แขนขา พร้อมกับ และ โดขึ้นเป็นดำดำ  
พร้อมกับสุขภาพทรุดลงเรื่อย ผอมลง อ่อน  
เพลียมากขึ้น เบื่ออาหาร

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการ  
แน่นท้องได้ชายโครงขวาซึ่งมากขึ้น เป็น  
ดำดำ และระยะหลังผู้ป่วยรู้สึกว่ามีก้อนดำ  
ใต้ ระยะนี้ปัสสาวะสีน้ำตาลเข้มแกมดำ อุจ-  
จาระมูลและมีกลิ่นชืดกฉาวรรวม

ประวัติอดีต ไม่เคยเป็นไข้จับสั่น ไม่  
เคยมีอาการดีขึ้นมาก่อน อื่นๆ ไม่มีความ  
สำคัญสำหรับผู้ป่วย

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ผู้  
ป่วยแต่งงานแต่อายุ 21 ปี บุตรซึ่งปัจจุบันยัง  
มีชีวิตอยู่ทั้งหมด 9 คน ไม่มีใครเป็นอย่างผู้  
ป่วย

อาชีพ ชาวดอน  
การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.5° C.  
ชีพจร 82/ นาที สัมผัสต่อ การหายใจ 24/ นาที

แรงดันโลหิต 100/78 ม.ม.ปรอท

ลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยนอน เห็น

กระดูกอ่อนเพศชาย การเคลื่อนไหวอวัยวะ  
ค่อนข้างช้า ผิวหนังเขียวแห้ง ตกกระแต  
เล็กดี ตัซ่าน ดังเหตุเห็นได้ชัดเงินค่อนข้างเข้ม

ตามหน้าศาลาตัด ขา เขน มีเส้นคุ่ม  
เนื้อดีเขียวเข้มจนดำ ขนาดต่างๆกัน โดย  
เฉลี่ย เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3.5 ม.ม.  
ปรากฏค่อนข้างหนาแน่นตามหน้าอก หลังและ  
แขน

หัวใจดวงขาวปรากฏมีแผลใหญ่ ขอบแผล  
อำมเลือดไหลเมื่อถูกตอก ส่วนของเนอบริเวณ  
ขอบแผลปรากฏมีสีดำเข้มเดียวกับคุ่ม ดังกล่าว  
แล้ว แต่ไม่ปรากฏขอบเขต และการเปลี่ยนแปลง  
ของผิวนั้นรอบนอกออกไป (ลักษณะเท่าที่  
เห็นได้เหมือนกับ แผล มาติกันนัท มิถน โนม่า  
หากแต่ต้องการ การ พิสูจน์โดยเน้นอนโน ตอน  
หลัง)

ระบบทางเดินอาหาร ริมฝีปากแห้ง  
ตกลูกดี ลิ้นเป็นฝ้าหนาตกราก ท้องโตเบ  
ไปทั้งสองข้าง ผิวนั้นหน้าท้องปรากฏเห็น  
เส้นเลือดดำใต้เห็นชัดทั้งในสองบน เห็นอ ระดับ  
ระดับและต่ำลงมา ทิศทางของการไหลของ  
เลือดดำแสดงว่ามีกรรชัของารต่อกรไหลเวียน  
ในระบบเลือดดำปวยรัต

ตับโตมากองมาคากว่าชายโครงขวาจด  
ระดับสะดือ ในแนว Re. M.C.V. แข็งมาก

ขอบดำใต้ชัดเจน ฟันผิวรุกรณะ เป็นปุ่มบ้ำ  
ขนาดไม่สม่ำเสมอ เจ็บแน่นๆ เมื่อกด

น้ำมโคพอกดำได้

ระบบน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ  
ข้อศอกขวา (Re. epitrochlear) และรักแร้  
ขวา (Re. Axilla L.G.) และขาหนีบขวา โต  
แข็งมาก กดดำใต้หลายเม็ด

ระบบหายใจ ทับบริเวณอกขวาส่วน  
ล่าง เลี้ยงหายใจเบา ในตำแหน่งดังกล่าวเข้า  
ใจว่าเนื่องจากตับโต อื่นๆไม่พบผิดปกติ  
ระบบหัวใจและหลอดเลือด รูปร่างของหัวใจ  
และขนาดไม่เปลี่ยนแปลง ฟังได้เสียง mur-  
mur เบาๆ ที่ลิ้นไมทรัต อื่นๆ ปกติ

ระบบประสาท และ ระบบ ขับ ถ่าย  
ปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่พบดิ่ง  
ผิดปกติ

การตรวจทางห้องทดลอง

การตรวจโลหิต

15 กรกฎาคม 2494	16 กรกฎาคม 2494
ฮ.บ. 84 %	Creatinine 1.3 ม.ก. %
ม.ด.ค. 3.4 ด/มม <sup>3</sup>	N.P.N. 51 ม.ก. %
ค.อ. (Color index) 1.1 I.I. 50 unit	ม.ล.ช.
12 800/มม <sup>3</sup>	V.D.R. ปฏิกริยา + ผนัง
ป.ม. 85 %	
ต. 14 %	
ม. 1 %	

มาเดเรีย - ve

16 กรกฎาคม 2494

การตรวจอุจจาระ

ลักษณะตาเปล่า เป็นก้อน ดีน้ำตาล

ไม่มูกเลือด

พยาธิและไข่พยาธิ - ve

การตรวจปัสสาวะ

15 กรกฎาคม 2494 และ 18 กรกฎาคม 2494

ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า ปัสสาวะจะ  
 ภายหลังดื่มดีน้ำตาลเข้มข้นข้างค่ำ เมื่อทิ้งไว้  
 ปรากฏดีน้ำตาลมากจน

ความถ่วงจำเพาะ 1032 และ 1029

ปฏิกิริยา กรด

โซลิว 2 +ve

น้ำตาล - ve

ผลึก - ve

อัลดีนฐาน + ve

epithelial cell +ve (few squamous)

ม.ต.ค. - ve

ม.อ.ข. +ve น้อยมาก

cast - ve ครึ่งหนึ่งมี few granular casts

Bile + ve

Urobilinogen - เพิ่ม

อื่น ๆ - ve

การตรวจหา melanin pigment โดย

วิธี Von Jaksch Pollack's test หรือ Ferric chloride reaction test +ve

Serum albumin globulin X-ray chest และ Ophthalmologic exam. ไม่ได้  
 ทำเพราะผู้ป่วยมีไข้ขณะวินิจฉัยราชการและ  
 ที่ลี้ดถึงแก่กรรมเสียก่อน

การเจาะท้อง ใต้สะดือเหลือง (Bile staining) ความถ่วงจำเพาะ 1011

Biopsy ของต่อมน้ำเหลืองเหนือข้อ  
 คอขวา (Rt. epitrochlear lymph glands)  
 และคุ่มดำตามผิวหนังปรากฏเป็น metastatic  
 malignant melanoma (ดูภาพ) ผู้ป่วยอยู่ต่อ  
 มาได้ประมาณ 6 วันก็ถึงแก่กรรมเนื่องจาก  
 Liver failure

วิจารณ์ จากกามประวัติ การปรากฏ  
 ของคุ่มดำตามผิวหนังพร้อมๆ กันเช่นนี้ ร่วม  
 กันไปกับการโตของต่อมน้ำเหลืองซึ่งมีลักษณะ  
 แข็งมาก ไม่มีลักษณะการอักเสบ เช่นนควร  
 ที่จะได้นึกถึง metastatic cutaneous melanoma  
 และในรายเช่นนี้ คับซึ่งโตค่อนข้างมาก แข็ง  
 และมีเป็น nodule ขนาดต่างๆ กันและ mel-  
 aninuria แสดงว่าน่าจะมีภาวะแพร่ของmelaninuria  
 ไปได้ด้วย ผลของการแพร่ที่กระจายทั่วไป  
 เช่นนี้จะก่อให้เกิดการเบียดกัน และการเสื่อม  
 ทรมานของเซลล์ของตับในที่สุด ผลของการ

เบียดกันต่อการไหลเวียนเลือดดำในระบบ portal ภายในตับจะเป็นเหตุให้มีอาการท้องมาร และ dilatation ของ sup. abd. vein เกิดขึ้น การเสื่อมทรามในสมรรถภาพ หน้าที่ของตับ จะเป็นเหตุให้มีอาการดีซ่าน อ่อนเพลีย ช้ำเซา บวมตามตัว บัสต์วาระบ่อย มีอาการของ non-nitrogenous waste products ในกระแสโลหิต ไม่ได้สติและตายในที่สุด Needle biopsy ของตับจะบอกได้แน่นอน ในระยะนี้ ไม่ได้ทำเพราะในขณะนั้นไม่สามารถหา Vim's Silverman needle ได้ ในรายนี้ก็เช่นกัน

ปัญหาที่เหลือน้อยสำหรับรายนี้คือ Primary malignant melanoma อยู่ที่ไหน เป็นที่น่าเสียใจที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเสียก่อนที่จะได้ทำ Biopsy จากผิวหนังบริเวณแผล เป็นเหตุให้ไม่สามารถลงความเห็นยืนยัน ถึงลักษณะ อันแท้จริงของแผลได้แน่นอน อย่างไรก็ตาม โดยเหตุที่ Section ของ Rt. epitrochlear. gl. แล้วจึง

metastatic melanoma ให้เห็น การศึกษา โดยละเอียดในรายนี้ น่าจะ ลง ความ เห็น ได้ ว่า Primary site of malignant melanoma คง จะมาจากแผลนวดงาตนเอง ไม่ได้ทำ เพราะ ผู้ป่วยไม่อนุญาตให้มีการตรวจศพ ทั้งนี้ทำให้ ขาดความรู้ ในเรื่องนั้นลงไปมาก

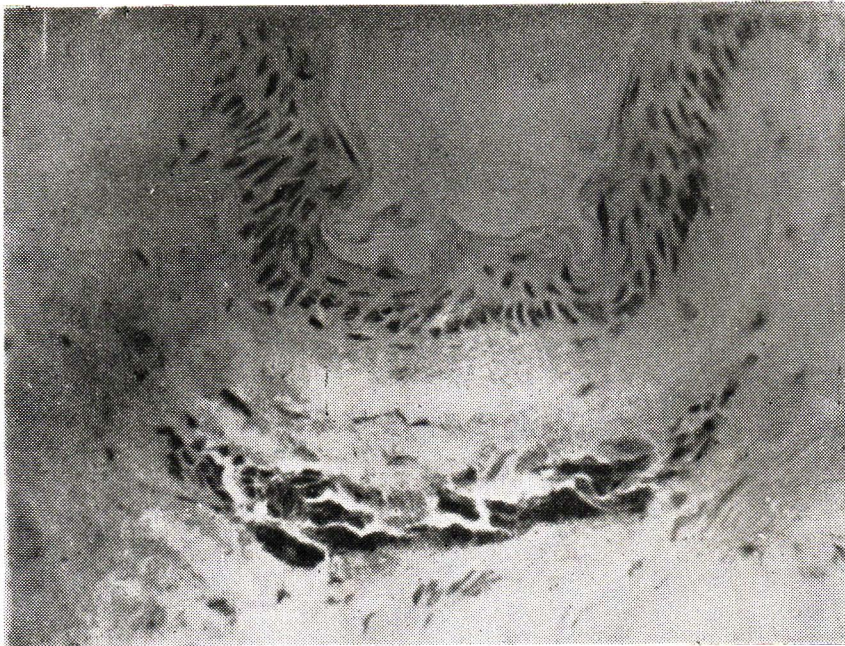
สรุป 1. ผู้ป่วยรายนี้เป็น generalized metastatic melanoma. Primary tumour อยู่ที่ทรวงอกขวา ผลของการแพร่ไปยังตับทำให้มี melaninuria, jaundice และ Liver failure ในที่สุด

2. การวิเคราะห์โรคที่แน่นอนที่สุดได้ออก จากลักษณะของก้อนเนื้อสีดำ และการโคของ ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่แต่อาศัยการทำ Biopsy

3. การพยากรณ์โรค โดยทั่วไปอาจ จะแปรเปลี่ยนได้มาก ในรายนี้ถ้าถอระยะนี้ แผลนวดงาเริ่มเป็นแผลภายหลัง เสียจน ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้วประมาณ 9 เดือน

It has been said that when a physician has had the privilege of a large experience, and thereby has picked up along the way hundreds of little secrets of diagnosis and treatment, he ought to publish them, thus making them available to the younger men who are starting in medical practice. He should not carry his knowledge to the grave: he should share it with others before illness or death comes along to put an end to his teaching days.

(Pierre S. Katsareas



Biopsy of dark Cutaneous nodule of the same patient.

Showing characteristic infiltration of malignant, melanoblast in the corium. The cell are irregular in sizes, shapes and show piknotic nuclei with dark granular pigments, melanin, in their cytoplasm.

#### Biopsy of Rt epitrochlear Gland

Showing heavy intensive infiltration of melanoblast cell; Melanin pigment - seen intracellularly as dark granular deposits.

