

ประสบการณ์การรักษาโรคฝีในม้าม ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (พ.ศ. 2547-2550)
**Clinical experience with treatment of splenic abscess
at Buriram Hospital (2004-2007)**

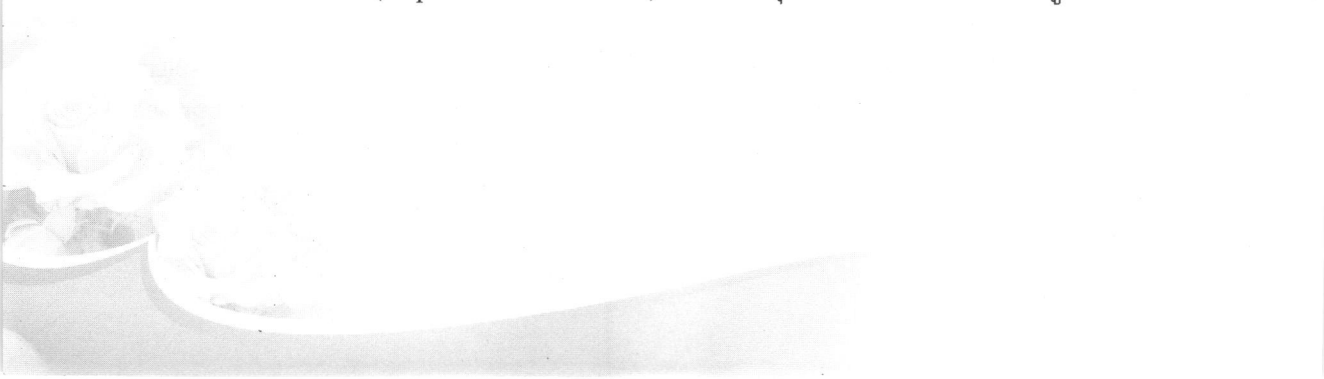
ทรงศักดิ์ มยุระสาคร พ.บ.*

ABSTRACT

- Background** : Splenic abscess are relatively uncommon, but patients who were untreated had a high mortality rate. The causative organisms, underlying disease, therapeutic methods and outcome of treatment were vary due to the difference of geographic area.
- Objective** : To study patients with splenic abscess in clinical presutations, underlying diseases, immediate outcomes and outcomes after 5 months of treatment.
- Research Design** : Descriptive, retrospective study.
- Method** : All Medical Record of the patients which a discharge diagnosis of splenic abscess admitted at Buriram Hospital during 1st January 2004 - 30th June 2007, were reviewed. The demographic data, clinical, underlying, microbiologic findings, treatment modalities and outcome of treatment were analyzed. The data were analyzed with descriptive analysis and demonstrated in mean, percentage.
- Result** : There were 49 cases, 37 cases (75.5%) were male. The average age was 44.52 ± 13.51 years. The common underlying disease were thalassemia 19 cases (38.8%), Diabetes mellitus 18 cases (36.7%). Six Cases (12.2%) had a concurrent liver abscess. High Fever was found in all cases. Twenty - patients (46.9%) complained of abdominal pain, while 18 cases (36.7%) had tenderness at LUQ and splenomegaly was found in 8 cases (16.3%). Leukocytosis ($wbc > 10 \times 10^9/L$) was found in 28 patients (57.1%). Only 9 patients (18.4%) that *Burkholderia pseudomallei* were identified from the abscess (surgical cases) and hemoculture. Forty four patients (89.8%) were medical treatment with antimicrobials that cover *B. pseudomallei*, 5 cases (10.2%) were surgical treatment with splenectomy. There was one patient which underlying HIV death from hospital acquired Infection. Fourty eight patients (98%) were improved before discharged and neither readmitted or relapsed of the disease.
- Conclusion** : Abdominal ultrasound was necessary investigation in patients with splenic abscess. The patients who live in endemic area of Meloidosis and present with multiple splenic abscess, especially who had low immunity conditions, should recive empirical antimicrobial treatment for *Burkholderia pseudomallei*.
- Key words** : Splenic Abscess, Meloidosis, *Burkholderia pseudomallei*.

บทคัดย่อ

- บทนำ** : ฝีในม้ามเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะพบอัตราการตายสูง เป็นโรคซึ่งอาการไม่ชัดเจน ไม่มีอาการแสดงเฉพาะ และอาการค่อยเป็นค่อยไป โดยพบว่ามีความแตกต่างตามพื้นที่ของชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ โรคที่พบร่วม วิธีการรักษา รวมไปถึงผลการรักษาด้วย
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาถึงอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย โรคที่พบร่วม วิธีการรักษา รวมทั้ง การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคฝีในม้ามในโรงพยาบาลบุรีรัมย์
- รูปแบบงานวิจัย** : การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Descriptive Retrospective study)
- วิธีการศึกษา** : ทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคฝีในม้าม ที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 - 30 มิถุนายน 2550 บันทึก ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ อาการ อาการแสดง โรคเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือสภาวะ ที่พบร่วม เชื้อที่พบ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล วิธีการรักษา และผลการรักษา
- ผลการรักษา** : มีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งสิ้น 49 ราย เพศชาย 37 ราย (ร้อยละ 75.5) อายุเฉลี่ย 44.52 ± 13.51 ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ทัลัสซีเมีย 19 ราย (ร้อยละ 38.8) เบาหวาน 18 ราย (ร้อยละ 36.7) ฝีในตับ 6 ราย (ร้อยละ 12.2) อาการที่นำมา ได้แก่ ไข้สูงทุกราย (ร้อยละ 100) ปวดท้อง 23 ราย (ร้อยละ 46.9) ตรวจพบ อาการกดเจ็บช่องท้องด้านซ้ายบน 18 ราย (ร้อยละ 36.7) ม้ามโต 8 ราย (ร้อยละ 16.3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาวสูงกว่า $10 \times 10^9/L$ 28 ราย (ร้อยละ 57.1) ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและหนองขึ้นเชื้อ เบอรัคโฮล เดอเรีย ซูโดมอลลิโอ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 18.4) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการ วินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ช่องท้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางอายุรกรรมด้วยการ ให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อเบอรัคโฮลเดอเรีย ซูโดมอลลิโอ 44 ราย (ร้อยละ 89.8) และได้รับการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ 5 ราย (ร้อยละ 10.2%) ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.53 ± 12.19 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 2.1) เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ และมีภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ป่วยดีขึ้น 48 ราย (ร้อยละ 97.9)
- สรุป** : อัลตราซาวด์ช่องท้องมีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคฝีในม้าม ผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรค ฝีในม้ามถ้าพบลักษณะหลายฝี (multiple abscess) อยู่ในพื้นที่ที่เป็นแหล่งโรค เมล็ดออยโตซิส โดยเฉพาะที่มีโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ ควรได้รับยาปฏิชีวนะ (empirical antimicrobial) ที่ครอบคลุมเชื้อเบอรัคโฮลเดอเรีย ซูโดมอลลิโอ



บทนำ

ฝีในม้ามเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะพบอัตราการตายสูง⁽¹⁻²⁾ เป็นโรคซึ่งไม่มีอาการที่เฉพาะทำให้วินิจฉัยได้ยาก ในอดีตจะมีรายงานในลักษณะของกรณีทำชันสูตรศพ (Autopsy cases) ซึ่งพบได้ในอัตราร้อยละ 0.2-0.7 ของฝีในอวัยวะในช่องท้อง⁽³⁻⁴⁾ ในปัจจุบันมีรายงานโรคนี้เพิ่มขึ้น⁽⁵⁻⁸⁾ การเกิดฝีในม้ามอาจจะเป็นผลจากการที่โลหิตมีแบคทีเรียการติดเชื้อมีของอวัยวะข้างเคียง เส้นเลือดแดงมีก้อนจุล (Arterial embolic process) อันตรายต่ออวัยวะในช่องท้อง (abdominal trauma) หรือผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง⁽⁶⁾ การที่มีความแตกต่างกันของพื้นที่ที่รายงานโรคนี้⁽⁵⁻⁸⁾ ทำให้มีความแตกต่างทั้งเชื้อที่เป็นสาเหตุ โรคที่พบร่วม วิธีการรักษา รวมไปถึงผลการรักษาด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอาการ อาการแสดง การวินิจฉัยโรคที่พบร่วม วิธีการรักษา รวมทั้งการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยโรคฝีในม้าม ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง (Descriptive Retrospective study) โดยทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคฝีในม้ามที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 - 30 มิถุนายน 2550 บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ อาการ อาการแสดง เชื้อที่พบ ข้อมูลโรคเดิมหรือสภาวะที่พบร่วม ได้แก่ เบาหวาน มะเร็ง การได้รับยาสเตียรอยด์ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ประวัติอันตรายในช่องท้องในระยะใกล้เคียงที่ป่วย ตับแข็ง เอ็ดสส์ ไตวายเรื้อรัง วิธีการรักษาและผลการติดตามการรักษาย้อนหลัง 5 เดือน

สถิติและวิเคราะห์ผล

ประเมินผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอผลในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 49 ราย เป็นชาย 37 ราย (ร้อยละ 75.5) หญิง 12 ราย (ร้อยละ 24.5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 47 ราย (ร้อยละ 96) อายุมากกว่า 15 ปี โดยที่อายุอยู่ระหว่าง 8-71 ปี อายุเฉลี่ย 44.52 ± 13.51 ปี ผู้ป่วยมีอาชีพทำนามากที่สุด 41 ราย (ร้อยละ 83.6) รับราชการ 5 ราย (ร้อยละ 10.2) นักเรียน 2 ราย (ร้อยละ 4.1) นักบวช 1 ราย (ร้อยละ 2) ผู้ป่วยทุกรายมีอาการนำ คือ ไข้ ผู้ป่วย 23 ราย (ร้อยละ 40.9) มีอาการปวดท้องร่วมด้วย ผู้ป่วย 18 ราย (ร้อยละ 36.7) มีอาการกดเจ็บท้องด้านซ้าย 8 ราย (ร้อยละ 16.3) ตรวจพบม้ามโต ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่พบดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโดยการตรวจอัตราขาวัดช่องท้อง พบฝีในม้าม และผู้ป่วย 8 ราย (ร้อยละ 16.3) ยืนยันโดยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (computed tomography abdomen) ลักษณะฝีที่พบเป็นแบบหลายตำแหน่ง (Multiple abscess) 44 ราย (ร้อยละ 89.8) ตำแหน่งเดียว 5 ราย (ร้อยละ 10.2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ได้แก่ Melioid titer ตรวจโดยวิธี Indirect Hemagglutination Assay (IHA) ให้ผลบวก 9 ราย (ร้อยละ 18.4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 10×10^9 /ลิตร จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 57.1) ค่าเฉลี่ย $11.957 \pm 6.003 \times 10^9$ /ลิตร ค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 30 พบ 25 ราย (ร้อยละ 51)



ตารางที่ 1 โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยฝีในม้าม

โรคที่พบร่วม	จำนวน	ร้อยละ
1. ทัลัสซีเมีย	19	38.8
2. เบาหวาน	18	36.7
3. ตับแข็ง	4	8.2
4. ไตวายเรื้อรัง	4	8.2
5. เอดส์	2	4.1
6. มะเร็ง	1	2
7. ฝีในตับ	6	12.2
8. ไม่พบโรคร่วม	9	18.4

หมายเหตุ 14 ราย (ร้อยละ 28.6) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเพาะเชื้อจากเลือด และผู้ป่วยทุกรายที่ทำการผ่าตัดได้ทำการเพาะเชื้อจากหนองด้วย พบว่าผลการเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลบวก 5 ราย (ร้อยละ 10.2) โดยเชื้อที่พบได้แก่ *Burkholderia pseudomallei* ผู้ป่วยที่เพาะเชื้อจากหนองในกรณีผ่าตัด พบเชื้อ 4 ราย ใน 5 ราย (ร้อยละ 80) โดยพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ทั้ง 4 ราย ซึ่งผู้ป่วย 4 ราย นี้ผลการเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลลบ

วิธีการรักษาตามแนวทาง ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกรายที่ผลการตรวจพบเป็นฝีที่ม้ามจะได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาเซฟตาซิดีน (Ceftazidime) 2 กรัม ทุก 8 ชั่วโมง และโฆติย ม็อกซาไซน 240 มก. ทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 14 วัน ยกเว้นผู้ป่วยเด็กให้ยาตามน้ำหนัก

2. ถ้าอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังให้ยาฉีด จะปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาทำการรักษาด้วยการตัดม้าม

3. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาด้วยปัญหาด้าน ศัลยกรรม ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและพบฝีในม้ามจะได้รับยารักษาเหมือนในข้อ 1 จนกว่าผลการเพาะเชื้อจะกลับมาโดยจะพิจารณาให้ยาตามผลการเพาะเชื้อยกเว้นผลการเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อ จะได้รับการรักษาด้วยยาฉีดชนิดเดิมต่อจนครบ 14 วัน

4. ก่อนกลับบ้านผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาติออกซีซัยคลิน 100 มก. เข้า-เย็น และโฆติย ม็อกซาไซน 3 เม็ด 2 เวลา ติดต่อจนครบ 5 เดือน

5. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ช่องท้องซ้ำหลังการรักษา 1-2 เดือน

ระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay) เป็น 18.53 ± 12.19 วัน ผู้ป่วย 44 ราย (ร้อยละ 89.8) รักษาทางอายุรกรรมโดยการให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 10.2) ได้รับการรักษาด้วยการตัดม้ามร่วมด้วย โดยที่ผู้ป่วย 4 ราย นั้นเป็นผู้ป่วยที่เมื่อแรกรับไว้รักษาในแผนก ศัลยกรรมและศัลยแพทย์ให้การวินิจฉัยฝีที่ม้าม

และรักษาด้วยการผ่าตัด หลังผ่าตัดให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะจนครบ 14 วัน มีเพียง 1 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากปัญหาการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไม่ได้ผล จึงได้ปรึกษาทีมศัลยกรรมเพื่อตัดม้าม

ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วย 48 ราย (ร้อยละ 97.9) อาการดีขึ้น พบผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.1) เสียชีวิตเนื่องจากโรคเดิม คือ โรคเอดส์ โดยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์หลังการรักษา 1-2 เดือน จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 93.8) ผู้ป่วยรักษาครบระยะเวลา 5 เดือน จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 85.7) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของทั้ง 49 ราย ไม่พบมีรายใดกลับมารักษาด้วยโรคฝีในม้ามอีก

วิจารณ์

ฝีในม้ามเป็นโรคที่พบได้น้อยเนื่องจากไม่มีลักษณะเฉพาะของอาการและอาการแสดง ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก แนวทางในการรักษาแต่ละแห่งก็จะแตกต่างกัน(7-8-9) อย่างไรก็ตามการรักษาที่ประสบผลสำเร็จนั้นเกิดจากการวินิจฉัยโรคได้รวดเร็ว ให้ยาปฏิชีวนะในเบื้องต้น ให้ครอบคลุมเชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อย (empirical Antimicrobial) อย่างเหมาะสม และทำการผ่าตัดรักษาเมื่อให้ยาแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ(7-8-9) การที่มีเชื้อที่เป็นสาเหตุได้หลากหลาย อาการที่แตกต่างกันมากทำให้ไม่สามารถจะกำหนดแนวทางการรักษาที่เฉพาะได้(5-9)

ผู้ป่วยฝีในม้ามจากการศึกษาครั้งนี้มีภาวะโรคร่วมที่พบได้บ่อย คือ ธาลัสซีเมีย รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ตารางที่ 1) ซึ่งแตกต่างจาก

รายงานของ White NJ 2003⁽¹⁰⁾ Cheng AC⁽¹¹⁾ ซึ่งพบว่าโรคร่วมหลักคือเบาหวาน ในรายงานนี้พบผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเอดส์ร่วมเพียง 1 และ 2 ราย ตามลำดับเท่านั้น และไม่พบผู้ป่วยโรคร่วมเกิดจากการใช้ยาเสพติดทางเส้นเลือดดำร่วมดังเช่นรายงานที่อื่น ๆ⁽¹²⁾ ลักษณะฝีที่พบ พบเป็นฝีหลายแห่ง (multiple abscess) เช่นเดียวกับรายงานจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น⁽⁷⁾ ซึ่งในรายงานต่าง ๆ พบว่าการที่พบฝีหลายแห่ง (multiple abscess) เชื้อที่เป็นสาเหตุมักจะเป็นเชื้อเบอร์คโฮลเดอเรียซูโดมาลลิโอ^(7,10,13)

เป็นที่ทราบกันว่าโรคเมลิออยโดซิส เป็นโรคที่มีแหล่งระบาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย^(14,15,16) จังหวัดบุรีรัมย์ จัดเป็นแหล่งระบาดของเชื้อเบอร์คโฮลเดอเรีย ซูโดมาลลิโอ มีการศึกษาตรวจพบเชื้อถึง 147 ตัวอย่าง จาก 1,000 ตัวอย่าง⁽¹⁵⁾ ลักษณะอาการทางคลินิกโรคนี้มีได้หลายรูปแบบ^(17,18) ลักษณะหนึ่งที่เราพบได้ คือ การทำให้เกิดฝีในอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ต้องนึกถึงโรคนี้นี้ ถ้าพบผู้ป่วยเกิดฝีในอวัยวะที่ไม่พบบ่อย^(10,19) จึงมีการแนะนำในการศึกษาของ Wibulpolprasert B⁽¹³⁾ ให้ตรวจอัลตราซาวด์ในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ (Fever of unknown origin) หรือติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) การวินิจฉัยที่แม่นยำของโรคนี้นี้ คือ การเพาะเลี้ยงเชื้อให้ผลบวกกับเชื้อเบอร์คโฮลเดอเรีย ซูโดมาลลิโอ การตรวจเลือดโดยวิธี Indirect haemagglutination Assay ซึ่งใช้กันแพร่หลายนั้นจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยในพื้นที่ที่พบโรคนี้น้อย แต่ในพื้นที่ที่มีโรคประจำถิ่น (endemic area) จะมีประโยชน์น้อย⁽¹⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ตรวจพบการเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลบวกเพียงร้อยละ 10.2 แต่พบเชื้อเบอร์คโฮลเดอเรีย ซูโดมาลลิโอ ถึงร้อยละ 80 ตรวจพบจากการเพาะเชื้อจากหนอง อาจเนื่องจากศักยภาพของปฏิบัติการ¹⁴ ในการเพาะเลี้ยงเชื้อจากเลือดมีข้อ

จำกัด หรือผู้ป่วยที่รับไว้รักษามักจะได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง ซึ่งมักจะได้รับการยาปฏิชีวนะมาก่อน เชื่อที่เป็นสาเหตุโรคฝีในม้าม นั้นพบมีรายงานเกิดจากเชื้อหลายชนิด ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือภาวะบกพร่องของภูมิคุ้มกันมักพบเชื้อแบคทีเรียกรัมลบชนิดแท่ง^(7,9) วิธีการรักษาในรายงานแต่ละแห่งจะแตกต่างกัน^(7-9,12,13,20)

จังหวัดบุรีรัมย์จัดอยู่ในพื้นที่แหล่งโรค (endemic area) ของโรคเมดิออยโดซิส ดังนั้นในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยปัญหาไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Fever of unknown Origin) และมีลักษณะทางคลินิกสงสัยฝีในช่องท้อง โดยเฉพาะม้ามจะได้รับการส่งตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง พร้อมกับการส่งเพาะเลี้ยงเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะที่สามารถครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียโฮลเดอเรีย ซูโดมาลีสไอ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Nelken N¹ และ Paris P²¹ แนะนำให้ใช้การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanning) จะให้ผลที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยร้อยละ 89.8 ได้รับการรักษาทางอายุรกรรม โดยการให้ยาปฏิชีวนะครบตามมาตรฐานการรักษาโรคเมลิออยโดซิส โดยพบผู้ป่วยฝีที่ม้ามโรงพยาบาลบุรีรัมย์รอดชีวิตได้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) ยกเว้น 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เสียชีวิต จากภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล (อัตราตาย ร้อยละ 2) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Paris P²¹ และ Chang KC² แนะนำให้ผ่าตัดโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง

สรุป

อัลตราซาวด์ช่องท้องมีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคฝีในม้าม ถ้าพบลักษณะหลายฝี (multiple abscess) อยู่ในพื้นที่ที่เป็นแหล่งโรค เมลิออยโดซิส และมีโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำควรได้รับยาปฏิชีวนะ (empirical antimicrobial) ที่ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียโฮลเดอเรีย ซูโดมาลีสไอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.พิเชฐ อังศุวัชรการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่อนุญาต และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Nelken N, Ignatius J, Skinner M, et al. Changing clinical spectrum of splenic abscess : a multicenter study and review of the literature. *Am J Surg* 1987;154:27-34.
2. Chang KC, et al. Clinical characteristics and prognostic factors of splenic abscess : A review of 67 cases in a single medical center of Taiwan. *World J Gastroenterol* 2006; 12(3): 460-4.
3. Sarr MG, Zuidema GD. Splenic abscess : presentation, diagnosis, and treatment. *Surgery* 1982;92:480-5.
4. Chulay JD, Lankerani MR. Splenic abscess : report of 10 cases and review of the literature. *Am J Med* 1976;61:513-22.
5. Lin CY, Chen TC, Lu PL, Lin WR, and Chen YH. Melioidosis Presenting with solated splenic abscesses : a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23:417-21.
6. Lee CH, Leu HS, Hu TH, Liu JW. Splenic abscess in southern taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2004;37:39-44.
7. Sangchan A, Mootsikapun P, Mairiang P. Splenic abscess : clinical features, microbiologic finding, treatment and outcome. *J Med Assoc Thai* 2003;86:436-41.
8. Tung CC, Chen FC, Lo CJ. Splenic Abscess : An Easily Overlooked Disease?. *The American Surgeon*; Apr 2006; 72, 4: 322-5.
9. Lee CH, Leu HS, Hu TH, et al. Splenic abscess in southern Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2004 ; 37 : 39-44.
10. White NJ. Melioidosis. *Lancet* 2003;361: 1715-22.
11. Cheng AC, Currie BJ. Melioidosis : epidemiology, pathophysiology, and management. *Clin Microbiol Rev.* 2005; 18:383-416.
12. Johnson JD, Raff MJ, Barnwell PA, et al. Splenic abscess complicating infectious endocarditis. *Arch Intern Med* 1983;143:906-12.
13. Wibulpolprasert B, Dhiansiri T. Visceral organ abscess in melioidosis : Sonographic finding. *J Clinical Ultrasound* 1999;27:29-34.
14. Thummakul T, wilde H, Tantawichien T. Melioidosis, an environmental and occupational hazard in Thailand. *Mil Med* 1999;164:658-62.
15. Leerarasamee A, Trakulsomboon S, Kasum M, Dejsirilert S. Isolation rates of *Burkholderia pseudomallei* among the four regions in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1997;28:107-13.
16. Vuddhakul V, Tharavichitkul P, Na-Ngam N, et al. Epidemiology of *Burkholderia pseudomallei* in Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 1999;60:458-60.
17. Dance DAB, Davis TME, Wattanagoon Y, et al Acute suppurative parotitis caused by *Pseudomonas pseudomallei* in children. *J Infect Dis* 1989;159:654-60.
18. Woods ML 2nd, Currie BJ, Howard DM, et al. Neurological melioidosis : seven cases from the Northern Territory of Australia *Clin Infect Dis* 1992;15:163-69.
19. Ramsay SC, Labrooy J, Norton R, Webb B. Demonstration of different patterns of musculoskeletal, soft tissue and visceral involvement in melioidosis using 99 m Tc stannous colloid white cell scanning. *Nucl Med Commun* 2001;22:1193-99.
20. Chou YH, Tiu CM, Chiou HJ, et al. Ultrasound-guided interventional procedures in splenic abscesses. *Eur J Radiol* 1998; 28:167-70.
21. Paris S, Weiss SM, Ayers WH, et al. Splenic abscess. *Am Surg* 1994;60:358-61.