



การดำเนินของโรคติ่งเนื้อขนาดกลางในถุงน้ำดี

ธาดา ยงค์ประดิษฐ์ พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป^{1*}

ร่มเย็น จิตมุงงาน พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป²

¹ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² หน่วยศัลยกรรมทั่วไป ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: masofs3@yahoo.com

Vajira Med J. 2018; 62 Suppl 3: S11-8

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.44>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: งานวิจัยนี้มุ่งหวังที่จะติดตามการดำเนินของโรคในผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดกลางที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับใช้ในการรักษาและติดตามต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยผู้ป่วยทุกคนที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดกลาง (ขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม.) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจอัลตราซาวด์จะได้รับการติดตามอาการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และตรวจอัลตราซาวด์ทุก 6 เดือน จนครบเวลาอย่างน้อย 2 ปี (กุมภาพันธ์ 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2558) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของติ่งเนื้อในถุงน้ำดี โดยผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเพื่อตัดสินใจผ่าตัดเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด อันได้แก่ มีอาการผิดปกติจากถุงน้ำดี ขนาดของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีโตขึ้น ขนาดของติ่งเนื้อในถุงน้ำดี มากกว่าหรือเท่ากับ 10 มม. มีความผิดปกติของถุงน้ำดีจากการตรวจอัลตราซาวด์ที่แสดงว่ามีอาการอักเสบหรือหนาตัวผิดปกติของถุงน้ำดี ผู้ป่วยต้องการผ่าตัด

ผลการวิจัย: จากการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. จำนวนทั้งสิ้น 35 ราย ภายในระยะเวลา 2 ปี โดยพบเป็นผู้ป่วยหญิง 21 ราย (ร้อยละ 60) และผู้ป่วยชาย 14 ราย (ร้อยละ 40) โรคร่วมที่พบคือ ไขมันในโลหิตสูงร้อยละ 40 และเบาหวานร้อยละ 20 ตรวจพบติ่งเนื้อในถุงน้ำดีในผู้ป่วยที่อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 89) มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี ผู้ป่วย 27 ราย (ร้อยละ 77) ไม่พบว่ามีอาการขยายขนาดของติ่งเนื้อ ในขณะที่ผู้ป่วยอีก 8 ราย (ร้อยละ 23) พบว่ามีการขยายขนาดของติ่งเนื้อ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.05 มม. ต่อเดือน ติ่งเนื้อขนาด 9 มม. มีอัตราการโตเร็วที่สุดอยู่ที่ 0.5 มม. ต่อเดือน (10 เท่าของค่าเฉลี่ย) อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งพบร้อยละ 0 และมี 1 รายที่เป็น adenomatous polyp (pre-malignant lesion)

สรุป: ติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. มักไม่มีการผิดปกติ หากไม่มีนิ่วในถุงน้ำดีร่วม มีแนวโน้มที่จะตรวจพบติ่งเนื้อในถุงน้ำดีได้ ในผู้หญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีโรคเบาหวานและไขมันในโลหิตสูง พบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดกลางมีขนาดคงที่ไม่โตขึ้น จะมีเพียงติ่งเนื้อที่มีขนาดใหญ่ขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มติ่งเนื้อที่ขนาดใกล้เคียงกับ 10 มม. ที่มีอัตราการโตเป็น 10 เท่าของปกติ



Nature of Medium Sized Gallbladder Polyps

Thada Yongpradit MD^{1*}

Romyen Jitmongkarn MD²

¹ Department of Surgery, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

² Division of General surgery, Golden Jubilee Medical Center, Mahidol University, Salaya, Nakhon Pathom, Thailand

* Corresponding author, email: masofs3@yahoo.com

Vajira Med J. 2018; 62 Suppl 3: S11-8

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.44>

Abstract

Objective: This study aimed to trace and study the nature of medium sized gallbladder polyps for analysis and improving the guideline for screening and follow up the patients with gallbladder polyps in Golden Jubilee Medical Center.

Methods: Prospective descriptive study. All patients with medium sized gallbladder polyps (size more than 6 mm, but less than 10 mm) underwent follow up by ultrasound every 6 months for at least 2 years (February 2013 to February 2015). These patients will have an advice for cholecystectomy when meet indications including: symptoms, increasing in size of polyps or size of polyps equal or more than 10 mm, abnormality of gallbladder polyps from ultrasound, patient need.

Main outcome measures: Prognosis of medium sized gallbladder polyps and Incidence of gallbladder cancer.

Results: There were total 35 cases of medium sized gallbladder polyps within 2 years follow up with female 21 cases (60%) and male 14 cases (40%). Diabetes mellitus (40%) and dyslipidemia (20%) were found as underlying diseases. Patients with age equal or more than 50 years old (89%) had gallbladder polyps more than patient with age below 50 years old. Twenty-seven cases (77%) of gallbladder polyps remained stable in size, but eight cases (23%) had average growth rate of gall bladder polyps at 0.05 mm per month. 9 mm. sized polyps had rapid growth 10 times more than smaller polyps. No incidence of gall bladder cancer in this study (just 1 patient with adenomatous polyp).

Conclusion: Medium sized gallbladder polyps remained asymptomatic if there was no associated gallstone. Female with age equal or more than 50 years old with diabetes mellitus and dyslipidemia tend to find a higher rate of gallbladder polyps. More than two third of medium sized polyps remained stable in size, but 9mm. sized polyps had rapid growth 10 times more than smaller polyps.

Keywords: Medium sized gallbladder polyps, cholecystectomy, adenomatous polyp

บทนำ

ติ่งเนื้อในถุงน้ำดี (gallbladder polyps) เป็นภาวะที่มีการเจริญยื่นของติ่งเนื้อผิดปกติออกมาจากผนังด้านในของถุงน้ำดี ภาวะนี้พบได้ร้อยละ 2-12 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี (cholecystectomy)¹ ภาวะความผิดปกตินี้มักไม่แสดงอาการ และมักพบโดยบังเอิญจากการตรวจ อัลตราซาวด์^{2,3} จากการศึกษาเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นติ่งเนื้อในถุงน้ำดี พบว่าร้อยละ 77 ไม่แสดงอาการ โดยร้อยละ 64 ตรวจพบจากการตรวจ อัลตราซาวด์ระหว่างตรวจสุขภาพ และร้อยละ 13 ตรวจพบจากการตรวจ อัลตราซาวด์หลังจากพบว่ามีความผิดปกติของตับผิดปกติ มีเพียงร้อยละ 23 ที่มีอาการผิดปกติ³

มีการศึกษาถึงลักษณะทางพยาธิวิทยาของติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign polyps) กลุ่มเนื้องอกที่มีความเสี่ยงหรือสามารถเจริญไปเป็นมะเร็งได้ (premalignant polyps) และกลุ่มเนื้องอกที่เป็นมะเร็ง (malignant polyps)⁴⁻⁷ อุบัติการณ์ของการเกิดกลุ่มเนื้องอกติ่งเนื้อที่เป็นมะเร็งคือ 1-2.5 ราย ต่อประชากร 100,000 คน¹⁰ ถึงแม้ว่าโอกาสเกิดมะเร็งจะไม่มาก แต่มะเร็งของถุงน้ำดีมีโอกาสหายขาดน้อยมาก และมีอัตราการตายสูง ดังนั้นการรักษาโดยการผ่าตัดตั้งแต่ระยะต้น ๆ ของมะเร็งถุงน้ำดี หรือ รักษาผ่าตัดในกลุ่มเนื้องอกที่มีความเสี่ยง หรือ สามารถ เจริญไปเป็นมะเร็งได้ จึงถือเป็นการรักษาที่เหมาะสม

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการสืบค้นใดที่จะสามารถแยกติ่งเนื้อในถุงน้ำดีระหว่างกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งออกจากกลุ่มที่มีความเสี่ยง หรือ กลุ่มที่เป็นมะเร็ง ได้อย่างชัดเจน มีเพียงขนาดของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งของถุงน้ำดี¹¹⁻¹⁴ ขนาดของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 มม. ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของถุงน้ำดี ในขณะที่ติ่งเนื้อในถุงน้ำดีที่น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 6 มม. แทบจะไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของถุงน้ำดี^{6,7} ในขณะเดียวกันติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ที่มีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ยังมีการศึกษาถึงน้อย ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไปแล้ว นอกจากนี้

ยังพบว่าผลของการศึกษามีความแตกต่างกัน โดยบางการศึกษาไม่พบว่ามีความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเลย^{7,8} และ แนะนำว่าอาจไม่จำเป็นที่จะต้องติดตามอาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ในหลายการศึกษาก็ยังคงพบว่าผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีที่มีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. เป็นกลุ่มเนื้องอกที่มีความเสี่ยงมะเร็งได้⁵⁻⁹

งานวิจัยนี้มุ่งหวังที่จะเป็นการศึกษาติดตามการดำเนินของโรคในผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับใช้ในการรักษาและติดตามต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา (Study design)

Prospective descriptive study เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด ติดตามเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี (กุมภาพันธ์ 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2558)

ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Subjects & sampling)

ผู้ป่วยทุกคนที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยทุกคนที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ขนาดน้อยกว่า 6 มม. หรือ มากกว่า 10 มม.
- ผู้ป่วยที่มีมะเร็งระบบอื่นร่วมด้วย
- ผู้ป่วย primary sclerosing cholangitis

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำดีหลังจากติดตามอาการ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

ไม่ได้คำนวณ sample size เพราะ เป็นการศึกษา prospective descriptive study เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้ป่วยทุกคนที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ที่ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจอัลตราซาวด์ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จะได้รับการติดตามอาการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม จากแพทย์ศัลยกรรม 2 ท่าน ที่ร่วมทำวิจัย ด้วยการตรวจร่างกาย เจาะดูค่าการทำงานของตับ และตรวจอัลตราซาวด์ ทุก 6 เดือน จนครบเวลาอย่างน้อย 2 ปี

เก็บข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูล เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย และ การเปลี่ยนแปลงของติ่งเนื้อในถุงน้ำดี โดยผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเพื่อตัดสินใจผ่าตัดเมื่อมีข้อบ่งชี้ อันได้แก่ มีอาการผิดปกติจากถุงน้ำดี ขนาดของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีโตขึ้น ขนาดของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มม. มีความผิดปกติของถุงน้ำดีจากการตรวจอัลตราซาวด์ที่แสดงว่า มีการอักเสบหรือหนองอักเสบของถุงน้ำดี หรือผู้ป่วยต้องการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีการติดตามผลขึ้นเนื้อ และ ให้การรักษาต่อเนื่องทุกราย

การวัดผลของการวิจัย (Outcome measurement)

1. จำนวน case ทั้งหมดที่เป็นติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และ รักษา ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

2. อุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง

3. โอกาส และ สาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี หลังจากติดตามอาการ

4. ภาวะแทรกซ้อน และ อาการหลังผ่าตัด อย่างน้อย 1 เดือน หลังผ่าตัด

การวัดประสิทธิผล (Assessment of efficacy)

รายงานเป็นร้อยละ

การประเมินความปลอดภัย (Assessment of safety)

คำนึงตามข้อบ่งชี้ที่ต้องผ่าตัด และความปลอดภัยระหว่างผ่าตัด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และประเมินผล (Statistical analysis)

รายงานเป็นร้อยละ โดยใช้ โปรแกรม SPSS 20.0

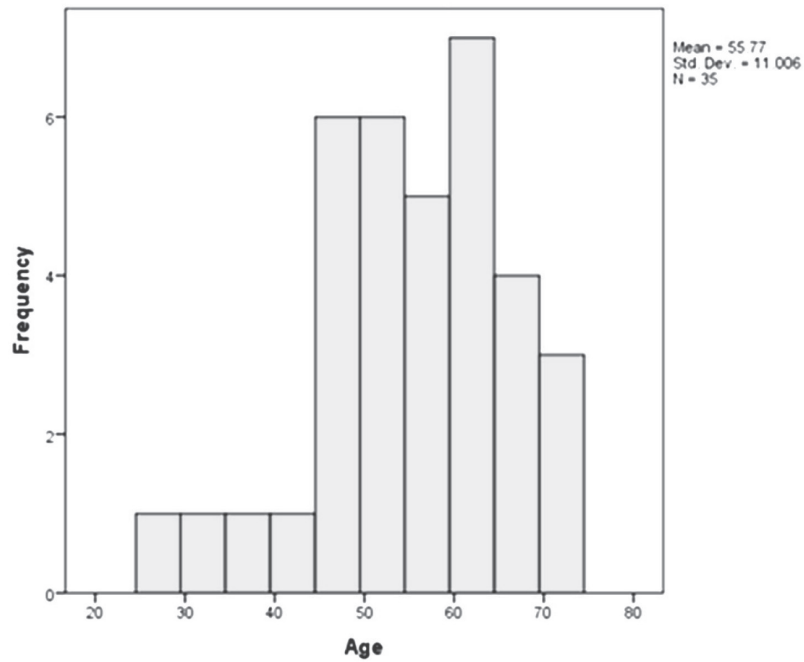
ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ที่ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจ อัลตราซาวด์ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม จำนวนทั้งสิ้น 35 ราย ภายในระยะเวลา 2 ปี

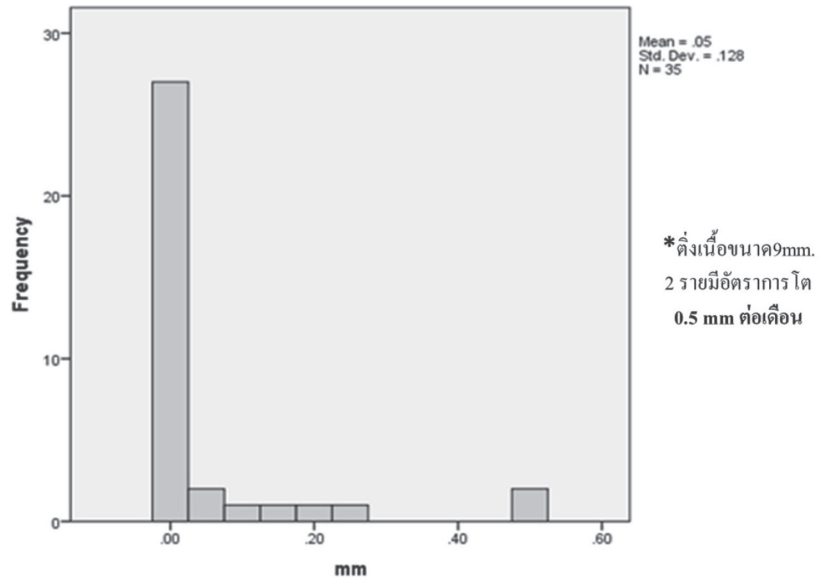
รูปที่ 1 แสดงความถี่และช่วงอายุที่ตรวจพบติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดกลาง พบมีสัดส่วนของผู้ป่วยหญิง (ร้อยละ 60) มากกว่าผู้ป่วยชาย (ร้อยละ 40) ผู้ป่วยมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในโลหิตสูงถึงร้อยละ 40 และโรคเบาหวานร้อยละ 20 พบติ่งเนื้อในถุงน้ำดีในผู้ป่วยที่มีอายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 89) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 11)

จากการติดตามผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีโดยการตรวจ อัลตราซาวด์พบว่าร้อยละ 77 ของติ่งเนื้อมีขนาดคงที่ไม่โตขึ้น อัตราการโตของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.05 มม. ต่อเดือน ติ่งเนื้อขนาด 9 มม. มีอัตราการโตอย่างรวดเร็วเฉลี่ย 0.5 มม. ต่อเดือน ดังแสดงในรูปที่ 2

จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 35 ราย มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีตามข้อบ่งชี้ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 โดย 3 ใน 5 (ร้อยละ 60) ได้รับผ่าตัดเนื่องจากขนาดของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีมีขนาด มากกว่า หรือ เท่ากับ 10 มม. และ อีก 2 ใน 5 (ร้อยละ 40) มีอาการจากนิ่วในถุงน้ำดีซึ่งตรวจพบร่วมกันกับติ่งเนื้อในถุงน้ำดี อุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง เท่ากับร้อยละ 0 โดยพบเพียง 1 รายที่เป็น adenomatous polyp (premalignant lesion) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 5 ราย พบว่ามีผลขึ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับการอักเสบเรื้อรังของถุงน้ำดี (chronic cholecystitis) ทุกราย (ตารางที่ 1) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดหลังผ่าตัด



รูปที่ 1: ความถี่และช่วงอายุที่ตรวจพบตั่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดกลาง



อัตราโตของตั่งเนื้อโดยเฉลี่ย (มม./เดือน)	จำนวน Cases	Percent
0.00	27	77
0.05	8	23

รูปที่ 2: ความถี่และอัตราโตของตั่งเนื้อ

ตารางที่ 1:

ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ไม่ได้ผ่าตัด	30	85.7	85.7	85.7
Cholesterol	2	5.7	5.7	91.4
Adenomatous	1	2.9	2.9	94.3
Hyperplastic	2	5.7	5.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

วิจารณ์

จากการศึกษาได้ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดี ขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คือ

1. ติ่งเนื้อในถุงน้ำดีไม่แสดงอาการผิดปกติโดยกเว้นมีนิ่วในถุงน้ำดีร่วมด้วยซึ่งอาการผิดปกติจะเกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีนั่นเอง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 2 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5.7) ที่มีอาการปวดท้อง (symptomatic gallstone) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในอดีต (ร้อยละ 23)³

2. ถึงแม้ว่าจากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 2 รายจะมีสาเหตุมาจากอาการผิดปกติเนื่องจากนิ่วในถุงน้ำดี แต่การมีนิ่วในถุงน้ำดีก็ไม่ได้เป็นปัจจัยที่จะเพิ่มโอกาสที่จะต้องผ่าตัดถุงน้ำดีในคนไข้ที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดกลาง ($p = 0.324$)

3. ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสตรวจพบติ่งเนื้อในถุงน้ำดีได้มากกว่า โดยพบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในโลหิตสูงถึงร้อยละ 40 และโรคเบาหวานร้อยละ 20

4. มากกว่า 2 ใน 3 ติ่งเนื้อมีความสูงที่ไม่โตขึ้น

5. อัตราการโตของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.05 มม. ต่อเดือน

6. ติ่งเนื้อขนาด 9 มม. มีอัตราการโตอย่างรวดเร็วเฉลี่ย 0.5 มม. ต่อเดือน

7. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 5 ราย พบว่ามีผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับการอักเสบเรื้อรังของถุงน้ำดี (chronic cholecystitis) ทุกราย

8. การติดตามโดยใช้การตรวจอัลตราซาวด์ทุก 6 เดือน พบเพียง 1 รายที่เป็น adenomatous polyp และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเลย แสดงว่าการติดตามนี้ค่อนข้าง

ได้ผลดี สามารถตรวจหาและรักษาผู้ป่วยได้ก่อนการเกิดมะเร็งของถุงน้ำดี

จากข้อมูลที่ได้ทั้งหมด สรุปได้ว่าติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ไม่มีอาการผิดปกติถ้าไม่มีนิ่วในถุงน้ำดีร่วมด้วย และมักจะตรวจพบจากการตรวจอัลตราซาวด์ระหว่างตรวจสุขภาพ โดยมักจะพบติ่งเนื้อในถุงน้ำดีได้ในผู้ป่วยผู้หญิง อายุ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่มีโรคเบาหวานและ ไขมันในโลหิตสูงร่วมด้วย

ติ่งเนื้อในถุงน้ำดีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. มากกว่า 2 ใน 3 มีขนาดคงที่ไม่โตขึ้น จะมีเพียงติ่งเนื้อที่มีขนาดใหญ่ขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มติ่งเนื้อที่ขนาดใกล้กับ 10 มม. ที่มีอัตราการโตเป็น 10 เท่าของปกติ และการติดตามโดยใช้การตรวจอัลตราซาวด์ทุก 6 เดือนในกลุ่มติ่งเนื้อที่ขนาดใกล้กับ 10 มม. และได้รับการผ่าตัดในเวลาต่อมาก็ยังไม่พบว่าการกลายเป็นมะเร็งของติ่งเนื้อในกลุ่มนี้แต่อย่างใด ดังนั้นการติดตามโดยใช้การตรวจอัลตราซาวด์อาจจะไม่จำเป็นต้องทำทุก 6 เดือนในกลุ่มที่ติ่งเนื้อมีความเล็กอยู่ และสามารถที่จะตรวจทุก 6 เดือนได้ในกลุ่มที่ติ่งเนื้อมีความใหญ่ขึ้น

ในส่วนของการระยะเวลาการติดตามนั้นยังไม่มีตัวเลขแน่นอนว่าจะต้องติดตามไปนานเท่าใดแต่จากข้อมูลที่ได้คิดว่าจำเป็นที่จะต้องติดตามต่อไปในระยะยาวอย่างน้อย 5-10 ปี (อัตราการโตของติ่งเนื้อในถุงน้ำดีมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.05 มม. ต่อเดือน) เนื่องจากติ่งเนื้อในถุงน้ำดีจากการศึกษาที่ยังพบได้ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี และ ผลชิ้นเนื้อพยาธิวิทยาของผู้ป่วยพบว่าการอักเสบเรื้อรังทุกราย ซึ่งการอักเสบเรื้อรังนี้ก็ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของถุงน้ำดีเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะต้องใช้ระยะเวลาเวลานานกว่าจะกลายเป็นมะเร็งก็ตาม ดังนั้นตราบไคที่ยังมีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีอยู่ก็ควรจะต้องติดตามต่อไป

ในขณะที่ถุงน้ำดีมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มม. แพทย์จะไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของถุงน้ำดี^{7,8} การติดตามโดยใช้การตรวจอัลตราซาวด์ก็ควรที่จะทำต่อเนื่องเช่นกัน แต่ไม่จำเป็นต้องตรวจทุก 6 เดือน

จากข้อสรุปดังกล่าวจึงเป็นที่มาในการปรับปรุงและนำเสนอแนวทางในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีดังแสดงในรูปที่ 3

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและมีการเก็บข้อมูลที่ใช้เวลาค่อนข้างน้อย ทำให้ได้ข้อมูลคนไข้จำนวนที่ยังไม่มากพอทำให้ยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนเพียงพอ

อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ก็เพียงพอที่จะทำให้เห็นการดำเนินของโรคถุงน้ำดีขนาดกลางได้ และสามารถนำแนวทางในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีที่ได้แนะนำในการศึกษานี้ไปทดลองใช้เพื่อทดสอบ เก็บข้อมูลเพิ่มเติม วิเคราะห์ และ ปรับปรุงต่อไปในอนาคต

สรุป

ถุงน้ำดีมีขนาดมากกว่า 6 มม. แต่ไม่เกิน 10 มม. ไม่มีอาการผิดปกติถ้าไม่มีนิ่วในถุงน้ำดีร่วม โดยมักจะพบถุงน้ำดีได้ในผู้ป่วยผู้หญิงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป

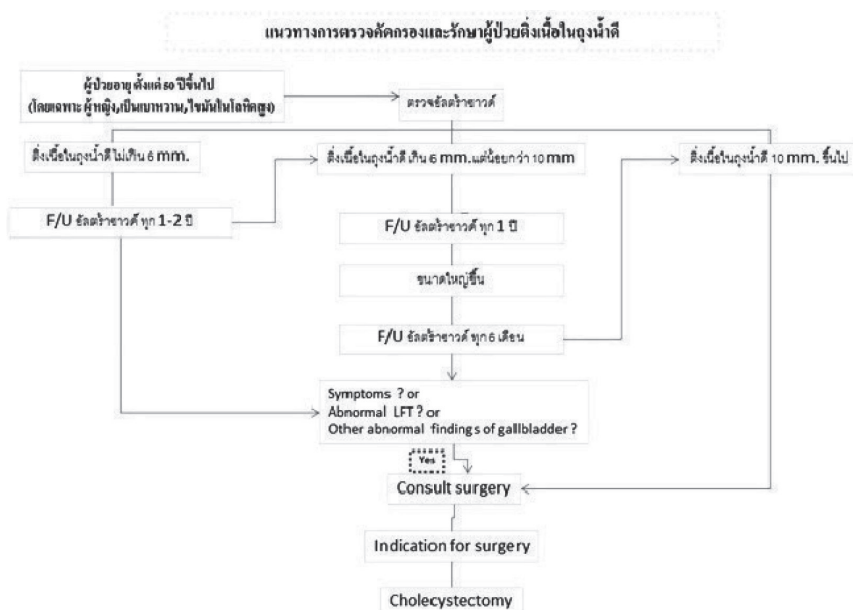
ที่มีโรคเบาหวาน และ ไชมันโนไลติสสูง ร่วมด้วย มากกว่า 2 ใน 3 มีขนาดคงที่ไม่โตขึ้น จะมีเพียงถุงน้ำดีที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มถุงน้ำดีที่ขนาดใกล้เคียงกับ 10 มม. ที่มีอัตราการโตเป็น 10 เท่าของปกติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา เป็นงานวิจัยที่ได้ผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU-IRB 2014/025.0702 และได้มีการนำเสนองานวิจัยนี้ในงานประชุมวิชาการของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

เนื่องจากผู้ทำวิจัยได้ย้ายสถานที่ทำงานมายังคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและเห็นว่างานวิจัยนี้มีประโยชน์ อีกทั้งยังไม่ได้มีการตีพิมพ์งานวิจัยนี้ที่ใด จึงได้นำเสนองานวิจัยนี้เพื่อตีพิมพ์ในวารสารเพื่อเป็นประโยชน์ไม่มากนักน้อย อีกทั้งอาจเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อยอดในอนาคตต่อไป

ขอขอบคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ ท่านคณาจารย์ทุกท่าน ที่อนุญาตให้เสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมการวิจัยทุกท่าน และ นายแพทย์ ร่มเย็น จิตมุงงาน ผู้ร่วมวิจัย ที่อนุญาตและเห็นชอบด้วยกับการนำเสนองานวิจัยในครั้งนี้



รูปที่ 3: แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยถุงน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kwon W, Jang JY, Lee SE, Hwang DW, Kim SW. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. *J Korean Med Sci.* 2009;24: 481-7.
2. Malene R, Claus D, Soren R. Ultrasound follow-up for gallbladder polyps less than 6 mm may not be necessary. *Dan Med J.* 2012;59(10): A4503.
3. Gallahan WC, Conway JD. Diagnosis and management of gallbladder polyps. *Gastroenterol Clin North Am.* 2010;39: 359-67.
4. Cha BH, Hwang JH, Lee SH, Kim JE, Cho JY, Kim H, et al. Pre-operative factors that can predict neoplastic polypoid lesions of the gallbladder. *World J Gastroenterol.* 2011 May 7; 17(17): 2216-22.
5. Michael T, Bettina S, Robert G, Robert A. Incidentally Detected Gallbladder Polyps: Is Follow-up Necessary? — Long-term Clinical and US Analysis of 346 Patients. *Radiology.* 2011 Jan; 258(1): 277-82.
6. Bang S. Natural course and treatment strategy of gallbladder polyp. *Korean J Gastroenterol.* 2009;53: 336-40.
7. Lee JS, Lee KT, Jung JH, Ok SW, Choi SC, Lee KH, et al. Factors Associated with Malignancy in Gallbladder Polyps without Gallbladder Stone. *Korean J Gastroenterol.* 2008;52: 97-105.
8. Matos AS, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Gallbladder polyps: how should they be treated and when. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(3): 318-21.
9. Park JY, Hong SP, Kim JY, Kim HJ, Kim HM, Cho JH, et al. Long-term Follow Up of Gallbladder Polyps. *J Gastroenterol Hepatol.* 2009;24(2): 219-22.
10. Randi G, Franceschi S, La Vecchia C. Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int J Cancer.* 2006 ;118(7): 1591-602.
11. Park CH, Chung MJ, Oh TG, Park JY, Bang S, Park SW, et al. Differential diagnosis between gallbladder adenomas and cholesterol polyps on contrast-enhanced harmonic endoscopic ultrasonography. *Surg Endosc.* 2013 Apr;27(4): 1414-21.
12. Covarrubias C, Merino G, Cruz F. Correlation between ultrasound and pathology of the gallbladder. *Rev Med Chil.* 1992;120: 1227-30.
13. Irie H, Kamochi N, Nojiri J, Egashira Y, Sasaguri K, Kudo S. High b-value diffusion-weighted MRI in differentiation between benign and malignant polypoid gallbladder lesions. *Acta Radiol.* 2011; 52: 236-40.
14. Furukawa H, Kosuge T, Shimada K, Yamamoto J, Kanai Y, Mukai K. Small polypoid lesions of the gallbladder : differential diagnosis and surgical indications by helical computed tomography. *Arch Surg.* 1998;133: 735-9.
15. Ito H, Hann LE, D'Angelica M, Allen P, Fong Y, Dematteo RP, et al. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and follow up. *J Am Coll Surg.* 2009 Apr;208(4): 570-5.
16. Shin SR, Lee JK, Lee KH, Lee KT, Rhee JC, Jang KT, et al. Can the growth rate of a gallbladder polyp predict a neoplastic polyp? *J Clin Gastroenterol.* 2009 Oct;43(9): 865-8.