

นิพนธ์ต้นฉบับ

# ฝีในตับในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

จารุวรรณ จรรยาสวัสดิ์ พ.บ.\*

**Abstract**      **Liver abscess in Prapokklao Hospital**  
**Jaruwan Chanyaswat M.D.\***

\*Department of medicine, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.  
*J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:106-113.*

- Background** : Liver abscess is a common problem in Thailand. In pre-antibiotic era, half of cases were amoebic liver abscess (ALA). However, presently, many studies found that bacteria are more likely to account for liver abscess than Entamoeba histolytica.
- Objectives** : 1) To examine the incident rate, causative organisms, symptoms/signs, associated diseases, duration of hospital stay and common complication in relation to liver abscess.  
2) To suggest the proper management for patients with liver abscess.
- Methodology** : We reviewed all cases of liver abscess diagnosed by liver aspiration at Prapokklao hospital from January 2003 to December 2007. Data were retrieved from hospital records of admitted patients. Descriptive statistics used included mean and standard deviation. Analytical statistic employed was Wilcoxon - Mann Whitney test.
- Results** : There were 25 patients who were diagnosed with liver abscess. Of these, 28 percent and 72 percent were ALA and pyogenic liver abscess (PLA) respectively. Gram negative bacteria were the predominated pathogens causing PLA (Klebsiella pneumoniae 20 percent , Burkholderia pseudomallei 20 percent, Escherichia coli 2 percent). The common clinical symptoms and blood chemistry were not different between 2 groups except total white blood count that was higher in PLA. Yet, the duration of hospital stay was longer among patients with PLA.
- Conclusions** : Currently, in Prapokklao hospital, most of liver abscess cases are attributed to gram negative bacteria. The most common pathogens are Klebsiella pneumoniae and Burkholderia pseudomallei.

\* กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

## บทนำ

ภาวะฝืนในตับเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในประเทศไทย เชื่อที่ก่อให้เกิดโรคฝืนในตับที่พบได้ในประเทศไทยได้แก่ อะมีบา แบคทีเรียกรัมลบบและกรัมบวก ในยุคที่ยังไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลาย เครื่องมือทางการแพทย์ยังไม่ทันสมัยและการสาธารณสุขยังไม่ดีพอเชื่อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยแก่ *Entameba histolytica* และ *Escherichia coli* (E.coli) เนื่องจากผู้ป่วยฝืนในตับส่วนใหญ่มักจะมีภาวะติดเชื้อในช่องท้องร่วมด้วยทำให้มีการกระจายของเชื้อแบคทีเรียที่อาศัยในลำไส้ผ่านทางกระแสโลหิตไปยังตับก่อให้เกิดฝืนในตับตามมา ภาวะสืบเนื่องดังกล่าวที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ในยุคปัจจุบันนี้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างกว้างขวางมีการตรวจด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้นทำให้วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น เชื่อที่ก่อให้เกิดโรคมึ้นทำให้วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น เชื่อที่ก่อให้เกิดโรคมึ้นเปลี่ยนไป ภาวะติดเชื้อในช่องท้องที่พบร่วมด้วยมีแนวโน้มลดลง รายงานจากต่างประเทศพบว่าพบฝืน amoeba ลดลง และแบคทีเรียที่ก่อโรคมึ้นเปลี่ยนไปโดยพบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* เพิ่มขึ้น และพบ *E. coli* ลดลง จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้เพื่อหาอุบัติการณ์ของฝืนในตับ เชื่อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในช่วง 5 ปีหลังในโรงพยาบาลพระปกเกล้าว่ามีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงอย่างไรจากในอดีต เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบอุบัติการณ์ของโรคฝืนในตับ เชื่อที่เป็นสาเหตุ โรคร่วมที่พบบ่อย และภาวะแทรกซ้อนของโรค ในช่วง 5 ปีย้อนหลัง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกยาในการรักษาโรคฝืนในตับ

## รูปแบบการวิจัย

Retrospective descriptive study

## ประชากรเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฝืนในตับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้าตั้งแต่เดือนมกราคม 2546- ธันวาคม พ.ศ. 2550

## คำนิยาม

1. ฝืนในตับ วินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีอาการไข้และตรวจพบก้อนในตับที่มีลักษณะทางรังสีวิทยาเข้าได้กับฝืนในตับร่วมกับเจาะดูได้หนองจากก้อนในตับ
  - 2.1 ตรวจพบ *E.histolytica* trophozoite จากหนองในตับ
  - 2.2 *E. histolytica* titer เป็นบวกร่วมกับตอบสนองต่อการรักษาด้วย metronidazole
3. ฝืน pyogenic วินิจฉัยโดยมีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 3.1 ผลเพาะเชื้อจากเลือดและ/หรือจากหนองพบเชื้อแบคทีเรีย
  - 3.2 ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่ไม่มีผลต่อการรักษาเชื้อ *E.histolytica*
4. อุบัติการณ์ = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม

## เกณฑ์การคัดเลือกเข้ามศึกษา

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยฝืนในตับตามเกณฑ์ในข้อตกลงเบื้องต้น

## เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

ไม่มีเวชระเบียน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคฝืนในตับ จาก OPD card เวชระเบียนผู้ป่วยใน และสมุดบันทึกข้อมูลของหน่วยตรวจพิเศษ แผนกอายุรกรรมตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2546- ธันวาคม พ.ศ. 2550

### การวิเคราะห์ข้อมูล

อุบัติการณ์โรคฝีในตับ เชื่อที่เป็นสาเหตุอาการ อากาการแสดง และภาวะโรคร่วมแสดงเป็นร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ ผลเลือดทางชีวเคมี ขนาดของก้อน แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาดังแต่ ่ได้รับยาปฏิชีวนะจนถึงการเจาะดูดหนองจากตับว่ามีผล ต่อการเพาะเชื้อจากหนอง โดยใช้ Wilcoxon-Mann Whitney test นัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

เปรียบเทียบ อายุ ผลเลือดทางชีวเคมี ระยะ เวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างฝี amoebic

และฝีpyogenic โดยใช้ Wilcoxon-Mann Whitney test นัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

### ผลการศึกษา

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคฝีในตับ ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 มีจำนวนทั้งสิ้น 25 ราย เป็นฝี Amoebic 7 ราย (ร้อยละ28) ฝี pyogenic จากเชื้ออื่น 13 ราย (ร้อยละ52) ฝี melioidosis 5 ราย (ร้อยละ20) พบอุบัติการณ์ของฝีamoebic ลดลงเรื่อยๆ และพบฝี melioidosis เพิ่มมากขึ้นดังแสดงในตารางที่1

ตารางที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ของโรคฝีในตับ

ปี พ.ศ.	amoebic liver		pyogenic liver		Melioidosis liver		รวม
	abscess		abscess		abscess		
	จำนวนผู้ป่วย	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)	
2546	3	0.03	3	0.03	0	0	6
2547	0	0	4	0.04	2	0.019	6
2548	2	0.02	1	0.01	0	0	3
2549	1	0.008	2	0.02	1	0.008	4
2550	1	0.008	3	0.02	2	0.015	6
<b>รวม</b>	<b>7</b>		<b>13</b>		<b>5</b>		<b>25</b>

ตารางที่ 2 แสดงผลการเพาะเชื้อ

organism	Hemo culture	Pus culture
Klebsiella pneumoniae	1 (12%)	5 (20%)
Burkholderia pseudomallei	3 (4%)	5 (20%)
Escherichia coli	0	2 (8%)
No growth	21 (84%)	13 (52%)

เชื้อที่เป็นสาเหตุของฝี pyogenic ในช่วง 5 ปี ที่พบบ่อยได้แก่ Burkholderia pseudomallei และ Klebsiella pneumoniae รองลงมาเป็น E. coli ผู้ป่วยทุกรายที่พบเชื้อในเลือดจะตรวจพบเชื้อในหนองด้วย มีอัตราการพบเชื้อในหนองและในเลือดในผู้ป่วยฝี pyogenic เป็น ร้อยละ 72.2 และ ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาปฏิชีวนะจนถึงการเจาะตับเพื่อส่งหนองเพาะเชื้อไม่มีผลต่อการอัตราการการพบเชื้อในหนอง (p-value = 0.61)

ผู้ป่วยฝี Amoebic ทั้งหมดเป็นผู้ชาย มีอายุเฉลี่ย 38.5 ปี ส่วนผู้ป่วยฝี pyogenic เป็นผู้ชายและผู้หญิงในอัตราส่วนเท่า ๆ กัน และมีอายุเฉลี่ย 45.9 ปี

อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้ รองลงมาเป็นปวดท้อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์หลังมีอาการไม่นาน (<1 สัปดาห์) มีผู้ป่วยฝี amoebic เพียง 1 รายที่มีอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ (ตารางที่ 3) อาการแสดงที่พบบ่อยได้แก่ กดเจ็บที่ท้อง (abdominal tenderness) เหลือง (jaundice) และตับโต (hepatomegaly) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** อาการของโรคฝีในตับ

อาการ	amoebic liver abscess (n=7)	meliodosis liver abscess (n=5)	Other pyogenic liver abscess (n=13)
ระยะเวลาของอาการ			
<1 สัปดาห์	2 (28.6%)	1 (20%)	8 (61.5%)
1-3 สัปดาห์	5 (71.4%)	1 (20%)	4 (30.8%)
>3 สัปดาห์	-	3 (60%)	1 (7.7%)
ไข้	6 (85.8%)	(80%)	9 (69.3%)
ไข้หนาวสั่น	1 (14.3)	1 (20%)	3 (23.1%)
ปวดท้องด้านขวาบน	-	1 (20%)	8 (61.6%)
เบื่ออาหาร	1 (14.3%)	1 (20%)	2 (15.4%)
คลื่นไส้	-	-	3 (23.1%)
ปวดหลัง	-	1 (20%)	-
ท้องเสีย	1 (14.3%)	-	-

**ตารางที่ 4** อาการแสดงของโรคฝีในตับ

อาการ	amoebic liver abscess (n=7)	meliodosis liver abscess (n=5)	Other pyogenic liver abscess (n=13)
กดเจ็บท้อง	6 (85.5%)	4 (80%)	13 (100%)
ตัวตาเหลือง	2 (28.6%)	1 (20%)	5 (38.5%)
ตับโต	4 (57.2%)	2 (40%)	5 (38.5%)
ม้ามโต	-	1 (20%)	1 (7.7%)
CVA tenderness	-	1 (20%)	-

ผู้ป่วยมี melioidosis เป็นเบาหวาน 3 ราย และมีอยู่ 1 รายที่เป็นทั้งเบาหวานและธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยมี pyogenic 1 รายตั้งครรรภ์และติดเชื้อ HIV (ตารางที่ 5)

ผู้ป่วย 12 ใน 25 ราย (ร้อยละ 48) ได้รับการวินิจฉัยโรคฝีในตับตั้งแต่แรกเริ่ม มีผู้ป่วย 1 รายที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะ diabetic ketoacidosis และตรวจพบฝีในตับภายหลัง (ตารางที่ 6) ผู้ป่วยมี melioidosis 1 รายตรวจพบเชื้อจากหนองที่ผิวหนังและน้ำเจาะข้อร่วมด้วย

ผลการตรวจ Blood chemistry ในผู้ป่วยมี amoebic และ pyogenic ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ยกเว้นปริมาณ Wbc พบสูงกว่าในกลุ่มฝี pyogenic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) (ตารางที่ 7)

ลักษณะทางอัลตราซาวด์พบว่าผู้ป่วยฝีในตับ ทั้ง 3 กลุ่มตรวจพบว่าส่วนใหญ่เป็นฝีก้อนเดี่ยว อยู่บริเวณ กลีบตับข้างขวา และมีขนาดมากกว่า 5 ซม. ตรวจพบฝีในม้าม 1 รายในผู้ป่วยมี melioidosis (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 5 แสดงโรคที่พบร่วม

Associated disease	amoebic liver abscess (n=7)	melioidosis liver abscess (n=5)	Other pyogenic liver abscess (n= 13)
DM	-	4 (80%)	1 (7.7%)
Thalassemia	1 (14.3%)	1 (20%)	1 (7.7%)
Alcoholism	-	-	1 (7.7%)
HIV with pregnancy	3 (42.9%)	-	-
No associated disease	3 (42.9%)	1 (20%)	10 (76.9%)

ตารางที่ 6 แสดงการวินิจฉัยแรกเริ่ม

การวินิจฉัย	จำนวนผู้ป่วย
liver abscess	12 (48%)
prolong fever	4 (16%)
liver mass	3 (12%)
fever	1 (4%)
Acute pyelonephritis	1 (4%)
Acute colitis	1 (4%)
Infective diarrhea	1 (4%)
Diabetic Ketoacidosis	1 (4%)

ตารางที่ 7 แสดงผลเลือดเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม

Laboratory	amoebic liver abscess (n=7)(SD)	pyogenic liver abscess (n=18)(SD)	p-value
Age (years)	38.5 (15.3)	45.9 (17.9)	0.30
Hb (mg/dl)	11.2 (2.8)	10.5 (2.2)	0.58
Hct (%)	32.8 (7.5)	31.0 (96.7)	0.65
Wbc (103mm <sup>3</sup> / ml)	22.9 (7.6)	14.6 (6.6)	0.01*
Neutrophil (%)	84.4 (7.5)	82.2 (8.9)	0.65
Eosinophil (%)	1.1 (1.0)	0.7 (1.5)	0.10
TB (mg/dl)	1.5 (1.0)	1.7 (1.3)	0.90
DB (mg/dl)	0.7 (0.6)	0.8 (0.9)	0.87
Albumin(g/dl)	2.1 (0.6)	2.1 (0.5)	0.86
AST(IU/ml)	82.0 (77.8)	57.6 (43.3)	0.36
ALT (IU/ml)	82.0 (79.2)	57.8 (93.4)	0.48
AP (IU/ml)	197.4 (75.2)	190.3 (131.8)	0.40
PT (second)	17.2 (2.7)	15.1 (1.6)	0.06

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

ตารางที่ 8 แสดงลักษณะทางอัลตราซาวด์

Ultrasonographic findings	amoebic liver abscess (n=7)	meliodosis liver abscess (n=5)	Other pyogenic liver abscess (n=13)
single	5 (71.4%)	5 (100%)	12 (92.3%)
Right lobe	7 (100%)	5 (100%)	8 (61.6%)
Left lobe	-	-	4 (30.8%)
Both lobe	-	-	1 (7.7%)
Size > 5 cm	7 (100%)	5 (100%)	10 (76.9%)
Hypo echoic	5(71.4%)	2 (40%)	11 (84.7%)
Mixed echoic	2 (28.6%)	3 (60%)	2 (15.4%)
Splenic abscess	-	1 (20%)	-

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยฝิในระดับได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospital stay) ในกลุ่มฝิ amoebic และในกลุ่มฝิ pyogenic เท่ากับ 11.3 และ 20.5 วันตามลำดับซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.03$ )

พบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ sepsis 4 ราย pleural effusion 1 ราย และ ไตวาย 1 ราย ทุกรายเป็นฝิ pyogenic ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะร่วมกับการเจาะดูดหนอง มีผู้ป่วย 3 รายที่ต้องได้รับการผ่าตัดระบายหนอง ซึ่งทุกรายเป็นฝิ pyogenic ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่เสียชีวิต

## วิจารณ์

โรคฝิในระดับเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทย เชื้อที่ก่อให้เกิดโรคฝิในระดับที่พบได้ในประเทศไทยได้แก่ *Entamoeba histolytica* แบคทีเรียกรัมลบและกรัมบวก การศึกษาก่อนหน้านี้ทำการรวบรวมผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2512-2519 ในโรงพยาบาลรามาริบัติพบอุบัติการณ์ของฝิในระดับ ร้อยละ 0.17 ของผู้ป่วยทั้งสิ้นที่รับในโรงพยาบาล มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นฝิ amoebic<sup>2</sup> จากรายงานของโรงพยาบาลศรีนครินทร์รวบรวมฝิในระดับในช่วงปี พ.ศ. 2529-2534 พบฝิ amoebic ร้อยละ 11 และฝิ pyogenic ร้อยละ 88.9 โดยฝิ pyogenic ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei*<sup>3</sup> รายงานจากโรงพยาบาลพระปกเกล้ารวบรวมในช่วงปี พ.ศ. 2546-2550 พบว่ามีอุบัติการณ์ของฝิในระดับเฉลี่ยร้อยละ 0.04 เป็นฝิ amoebic ร้อยละ 28 และฝิ pyogenic ร้อยละ 72 โดยพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ประมาณ 1 ใน 3 อุตติการณ์โรคฝิในระดับของพระปกเกล้าน้อยกว่ารายงานจากโรงพยาบาลรามาริบัติ อาจเป็นเพราะแนวโน้มของโรคฝิในระดับลดลงหรือขนาดของโรงพยาบาลเล็กกว่าและไม่ใช่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่อาจจะต้องรับผู้ป่วยจากส่วนต่าง ๆ ทั่วประเทศ จากรายงานทั้งหมดข้างต้นกล่าวได้ว่าอุบัติการณ์ของฝิ amoebic ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆและพบฝิ pyogenic มากขึ้น เหตุที่ฝิ amoebic ลดลงเป็นเพราะการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดีขึ้น

รายงานก่อนปี พ.ศ. 2533 ซึ่งเป็นยุคที่การใช้

ยาปฏิชีวนะยังไม่แพร่หลายและการแพทย์ยังไม่ทันสมัย พบว่าฝิ pyogenic มักเป็นภาวะแทรกซ้อนจากไส้ติ่งอักเสบหรือการติดเชื้อในช่องท้องที่วินิจฉัยล่าช้า เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็น *E.coli* เพราะเป็นเชื้อที่อาศัยในลำไส้<sup>1</sup> แต่แนวโน้มในช่วงหลังพบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* มากขึ้นและมักไม่พบว่าเป็นผลจากภาวะร่วมชนิดอื่น แต่จะพบในลักษณะเชื้อกระจายตามกระแสเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ และมักพบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน<sup>4-5</sup> จากการศึกษาของพระปกเกล้า พบฝิในระดับจากเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* 5 ราย และพบว่าเป็นเบาหวาน เพียง 1 ราย

ผลการพบเชื้อในเลือดและในหนองของรายงานจากพระปกเกล้าค่อนข้างต่ำเนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนได้รับยาปฏิชีวนะก่อนที่จะส่งตัวมารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลพระปกเกล้า และไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ Anaerobes

จากรายงานของพระปกเกล้าพบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยฝิในระดับทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันยกเว้นปริมาณ Wbc สูงกว่าในกลุ่มฝิ pyogenic ซึ่งอาจจะมียุทธินในการนำมาใช้แยกสาเหตุได้บ้าง

จากลักษณะทางอัลตราซาวด์ผู้ป่วยฝิ Amoebic จากรายงานพระปกเกล้าพบ 2 รายที่มีฝิดับมากกว่า 1 ก้อน ซึ่งต่างจากรายงานของศรีนครินทร์ 3 ที่พบว่าฝิ amoebic ทุกรายเป็นก้อนเดี่ยว ส่วนลักษณะอื่น ๆ เช่น ก้อนขนาดใหญ่ (>5 ซม.) พบกลีบขลิบและไม่พบ hyperechoic พบเหมือนรายงานจากศรีนครินทร์ ในผู้ป่วยฝิ pyogenic ก็พบว่าส่วนใหญ่เป็นก้อนเดี่ยว และขนาดใหญ่มากกว่า 5 ซม.ซึ่งแตกต่างจากรายงานอื่นที่มักพบหลายก้อนขนาดเล็กไม่ใหญ่ ดังนั้นจำนวนและขนาดของก้อนอาจจะไม่ช่วยในการวินิจฉัยแยกสาเหตุของฝิในระดับ

ผู้ป่วยฝิ melioidosis จากรายงานพระปกเกล้า พบว่าเป็นเบาหวานทั้งหมด 4 ใน 5 ราย ซึ่งตรงกับในรายงานอื่นที่โรค melioidosis มักพบใน compromised host เช่น เบาหวาน ธาลัสซีเมีย ไตวายเรื้อรัง ลักษณะทางอัลตราซาวด์ของผู้ป่วยทุกรายพบเป็นฝิก้อนเดี่ยว มี

เพียง 1 รายที่มีฝีที่ม้ามร่วมด้วยซึ่งแตกต่างจากรายงานอื่นที่มักจะพบเป็นแบบ disseminated type<sup>3,6-7</sup> Vatcharapreechasakul T และคณะ<sup>6</sup> รายงานลักษณะทางอัลตราซาวด์ที่น่าสนใจของฝี melioidosis ว่ามักจะพบเป็นฝีหลายก้อน (ร้อยละ 82) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบฝีในม้ามร่วมด้วย (ร้อยละ 56) รายงานจากศรีนครินทร์ ก็เช่นกันพบฝีหลายก้อน ร้อยละ 80 และส่วนใหญ่มักพบฝีในม้ามร่วมด้วย แต่ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือรวบรวมแต่โรคฝีในตับที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการเจาะตับเท่านั้น แต่ผู้ป่วยโรค melioidosis ที่เป็นแบบ disseminated type มักจะพบฝีในตับขนาดเล็กเกินกว่าที่จะเจาะมาตรวจได้ทำให้ในการศึกษานี้ฝี melioidosis ที่พบส่วนใหญ่เป็น localized form ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของโรงพยาบาลอื่น อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้บ่งว่าในโรงพยาบาลพระปกเกล้าผู้ป่วยที่พบฝีตับก้อนเดี่ยวโดยไม่พบฝีในม้าม ควรจะต้องวินิจฉัยแยกโรคฝีในตับจากเชื้อ Burkholderia pseudomallei ไว้ด้วย

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกรายเป็นผู้ป่วยฝี pyogenic ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาที่ผู้ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospital stay) นานกว่ากลุ่มฝี amoebic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษานี้พอจะสรุปแนวทางการรักษาฝีในตับในโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ว่าผู้ป่วยที่สงสัยฝีในตับควรได้รับการเจาะดูดหนองในตับทุกรายถ้าไม่มีข้อห้ามเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่พบเชื้อจากหนองโดยไม่พบเชื้อในเลือด และในผู้ป่วยที่มาด้วยฝีก้อนเดี่ยวโดยไม่ฝีที่อวัยวะอื่นร่วมด้วยถ้าไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรต้องนึกถึงเชื้อ Burkholderia pseudomallei ไว้ด้วย แต่ก็ไม่แนะนำให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อนี้ตั้งแต่ต้นเนื่องจากผู้ป่วยฝี melioidosis ทุกรายในการศึกษานี้พบเชื้อในหนอง และอุบัติการณ์ของเชื้อนี้ยังไม่มากพอที่จะแนะนำให้การรักษาครอบคลุมเชื้อนี้ตั้งแต่ต้น

## สรุป

แนวโน้มของผู้ป่วยฝีในตับของโรงพยาบาลพระปกเกล้าในช่วง 5 ปีหลังพบฝี pyogenic และฝี

melioidosis เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบฝี melioidosis ในลักษณะที่เป็นฝีตับก้อนเดี่ยวโดยไม่ฝีที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย ดังนั้นในผู้ป่วยที่เป็นฝีเดี่ยวที่ตับควรจะต้องนึกถึงเชื้อ Burkholderia pseudomallei ไว้ด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Lederman ER, Crum NF. Pyogenic liver abscess with a focus on Klebsiella pneumoniae as a primary pathogen : An emerging disease with unique clinical characteristics. Am J Gastroenterol 2005;100:322-31
2. สุชา คุระทอง. Liver abscess: clinical analysis of 174 cases at Ramathibodi Hospital. วารสารอายุรศาสตร์ 2525;2:101-10
3. Mairiang P, Boonma P, Chunlertrith K, Mairiang E, Loopaiboon V, Chamadol N. Liver abscess in Srinagarind Hospital. Srinagarind Med J 1994;9:183-88
4. Wand JH, Liu YC, Lee SS. Primary liver abscess due to Klebsiella pneumoniae in Taiwan. Clin Infect Disease 1998;26:1434-38
5. Kim DJ, Pratt DS. Klebsiella liver abscess. J Clin Gastroenterol 2003;36:186-7
6. Vatcharapreechasakul T, SUputtamongkol Y, Dance DA, Chaowagul W, White NJ. Pseudomonas pseudomallei liver abscess: A Clinical, laboratory, and ultrasonographic study. Clin Infect Disease 1992;14:412-17
7. Dhiensiri T, Eua-anata Y. Visceral abscess in melioidosis. J Med Assoc Thai 1995;78:225-31