

ผู้นำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อน ในผู้ป่วยเด็กชายอายุ 9 ปี : รายงานผู้ป่วย 1 ราย Chronic Pancreatitis with Pseudocyst in a 9 year-old Children : A Case Report

กาญจนา ปุชนียพันธ์ พ.บ.,
ว.ว. รังสีวินิจฉัย
กลุ่มงานรังสีวิทยา
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17
จังหวัดสุพรรณบุรี

Kanchana Poochaneeyapan M.D.,
Thai Board of Diagnostic Radiology
Division of Radiology
Somdejprasangkharach 17 Hospital,
Suphan Buri

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน มีประวัติมาด้วยอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ มาพร้อมกับคลื่นไส้อาเจียนมา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แม้ว่าในเบื้องต้นไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดจากการที่ไม่มีอาการเฉพาะสำหรับโรคนี้ แต่ผู้ป่วยมีประวัติปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่เป็นๆ หายๆ มาโรงพยาบาลตลอด 5 ปี โดยรวมทั้งหมด 19 ครั้ง จึงทำการตรวจอัลตราซาวนด์ และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบน พบว่ามีถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อน ร่วมกับท่อน้ำย่อยตับอ่อนขยายขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ ผู้ป่วยถูกส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดีตับอ่อน ร่วมกับผ่าตัดกล้ามเนื้อหูรูดท่อน้ำดี และนำน้ำออกจากท่อน้ำย่อยตับอ่อน ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการวินิจฉัยเป็นถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่เกิดจากนี้ ซึ่งพบได้น้อยมากในเด็ก ที่ส่วนใหญ่มีสาเหตุของตับอ่อนอักเสบ เกิดจากการบาดเจ็บในช่องท้อง จากการกระแทก หรือความผิดปกติของทางเดินน้ำดี และตับอ่อนแต่กำเนิด

คำสำคัญ: เด็ก ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ถุงน้ำเทียม

ABSTRACT

A 9-years-old Thai boy was examined in the emergency department because of severe abdominal pain and vomiting over a 2-hour period. Even though the initial symptoms were nonspecific but the patient had a history of 19-previous hospitalizations for similar symptoms, beginning at about the age of 5. Ultrasonography and computed tomography scan of upper abdomen were sent for evaluation and revealed chronic pancreatitis with pseudocyst at pancreatic tail and mild dilatation of pancreatic duct. The patient was referred to the King Chulalongkorn Memorial Hospital for further endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy and stone removal. Pancreatic stone induced chronic pancreatitis and pseudocyst, the lack of history of blunt abdominal trauma and congenital hepatobiliary anomaly were unusual aspect of this case.

Keywords: child, chronic pancreatitis, pseudocyst

บทนำ

โรคตับอ่อนอักเสบในเด็กเป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก และอาการของโรคนี้ในเด็กต่างจากผู้ใหญ่ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบในเด็กนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากไม่มีอาการที่เฉพาะเจาะจง ทำให้การวินิจฉัยโรคนี้ทำได้ยาก อาการส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเด็กจะมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่มาก ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้นจึงควรคำนึงถึงโรคนี้ด้วยเสมอ ถ้าหากพบผู้ป่วยเด็กมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ มีอาการปวดรุนแรง เป็นๆ หายๆ มานาน รับประทานยาลดกรดรักษาเฉพาะอาหารอักเสบแล้วไม่ดีขึ้น การส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะสามารถวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบในเด็กได้ เนื่องจากโรคนี้ทำให้เกิดอัตราการตายและทุพพลภาพต่อชีวิตได้มาก

อาการและอาการแสดง^{2,4}

โดยทั่วไปแล้วอาการของตับอ่อนอักเสบในเด็กจะมีได้หลากหลายกว่าในผู้ใหญ่ ไม่จำเพาะเจาะจง ได้แก่

- ปวดท้องใต้ลิ้นปี่มาก ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 64) ลักษณะอาการปวดจะปวดทันทีทันใด อาการแย่ลงเป็นมากขึ้นหลังจากรับประทานอาหาร และดีขึ้นถ้าอดตัว

- ปวดท้องเกร็งแข็ง (ร้อยละ 77)

- ท้องอืด (ร้อยละ 18)

อาการแสดง

- ไช้

- ตัว ตาเหลือง ดีซ่าน

- หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตต่ำ หหมดสติได้ ถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออก (acute hemorrhagic pancreatitis) หรือมีเนื้อตาย (acute necrotizing pancreatitis)

สาเหตุการเกิดโรค^{2,4}

สาเหตุการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบในเด็กมีได้หลากหลายมากกว่าในผู้ใหญ่ ถ้าในผู้ใหญ่สาเหตุเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และนิ่วในถุงน้ำดี ส่วนสาเหตุในเด็กพบว่า มีความสัมพันธ์ของการบาดเจ็บในช่องท้อง กับการเกิดถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อนได้มากถึง ร้อยละ 60 โดยปกติแล้วการเกิดถุงน้ำจากการเกิดตับอ่อนอักเสบนั้น เกิดตามหลัง

ตับอ่อนอักเสบได้ประมาณ ร้อยละ 10 - 23 สาเหตุของการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบในเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดจาก

- การบาดเจ็บในช่องท้องมาก่อน ร้อยละ 14 - 23
- ความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีแต่กำเนิด ร้อยละ 12 - 15
- ยาบางชนิด ร้อยละ 12
- การติดเชื้อ ร้อยละ 8 - 10
- ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ร้อยละ 8

มีบางรายงาน ได้รายงานถึงสาเหตุจากนิวโรทางเดินน้ำดี ที่ทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบในเด็กได้น้อยมาก^{1,2} พบได้เพียง ร้อยละ 5 - 8 เท่านั้น โดยเกิดจากภาวะแตกสลายของเม็ดเลือดแดง (hemolytic disease) ซึ่งพบในเด็กหญิงก่อนวัยรุ่น และเด็กหญิงวัยรุ่น อาจเกิดจากนิวโรไขมันคลอเลสเทอรอล เกิดจากการคั่งของน้ำดีขณะตั้งครรภ์ได้

สำหรับภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรังในเด็ก มีสาเหตุหลังจากเกิดอุบัติเหตุภายในช่องท้อง ความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อน้ำย่อยตับอ่อนตั้งแต่กำเนิด เช่นเดียวกับตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ในรายงานจากสหรัฐอเมริกาพบว่า สาเหตุของตับอ่อนอักเสบเรื้อรังในเด็กที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากตับอ่อนอักเสบโดยกำเนิด (hereditary pancreatitis) ซึ่งมักจะมียาการปวดท้องเรื้อรัง ยากต่อการรักษา และความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับอ่อน การทำงานตับอ่อนบกพร่อง และถุงน้ำจากการอักเสบตับอ่อนเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^{2,6}

การวินิจฉัยโรค¹⁻⁴

การวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบในเด็กเป็นเรื่องที่ท้าทายมาก แพทย์ควรตระหนักถึงในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดท้องได้สัปดาห์มาก ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียนมาก มารักษาหลายครั้ง รับประทานยา

โรคกระเพาะอาหารอักเสบแล้วไม่ดีขึ้น ร่วมกับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ พบการอักเสบติดเชื้อภายในร่างกาย การเพิ่มของจำนวนเม็ดเลือดขาว ความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นจากการขาดน้ำ แคลเซียมในเลือดต่ำลงได้ประมาณ ร้อยละ 15 และอาจพบน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ ร้อยละ 25 เอนไซม์ amylase ในเลือดสูงขึ้น แต่พบว่า ร้อยละ 10 - 15 ของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบค่าเอนไซม์ amylase อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากนี้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรือการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบนอีกด้วย โดยเฉพาะการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์³ มีประโยชน์ในภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน และเรื้อรังได้ดีกว่าการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

การวินิจฉัยแยกโรคถุงน้ำตับอ่อนในเด็ก⁶ ได้แก่

1. เกิดหลังจากตับอ่อนอักเสบ เช่น ถุงน้ำจากตับอ่อนอักเสบ (pseudocyst) หนอง (abscess) การติดเชื้อ Echinococcus cyst
2. ความผิดปกติโดยกำเนิด (anomaly) เช่น single true cyst, multiple true cyst จะสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรม (ADPKD, von Hippel-Lindau disease, cystic fibrosis)
3. เนื้องอกไม่ร้ายแรง (benign tumor) เช่น microcystic adenoma, lymphangioma และเนื้องอก malignant tumor เช่น islet cell tumor, lymphoma

การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดี และท่อน้ำย่อยตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography; ERCP) ควรทำเพื่อประเมินหาความผิดปกติของท่อน้ำดี และท่อน้ำย่อย

ตับอ่อน หาสาเหตุการอุดตันของท่อน้ำดี และท่อน้ำย่อยตับอ่อนรวมถึงเป็นวิธีการรักษาด้วย เช่น ผ่าตัดหูด (sphincterotomy) การใส่ท่อระบายน้ำดี และน้ำย่อยตับอ่อน (stent placement)

การรักษา^{4, 6-7}

เนื่องจากจากการอักเสบเฉียบพลันของตับอ่อนสามารถตรวจติดตามดูอาการได้ประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ เนื่องจากสามารถหายได้เองเป็นส่วนใหญ่ ส่วนกึ่งจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อน (นานเกิน 3 เดือน) การรักษาที่ดีที่สุดคือ การระบายออกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือส่องกล้องช่วย การรักษาตับอ่อนอักเสบเรื้อรังในเด็กโดยการผ่าตัดยังไม่มีการมีข้อสรุปแน่ชัด ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด คือ การรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล อาการรุนแรงถึงชีวิตถ้าหากไม่ผ่าตัด การผ่าตัด ได้แก่ การตัดต่อท่อน้ำดี และน้ำย่อยตับอ่อนกับลำไส้ ผ่าตัดหูดเปิดท่อน้ำดี และน้ำย่อยตับอ่อน ผ่านการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดี และท่อน้ำย่อยตับอ่อน

การพยากรณ์โรค^{3, 4}

โรคตับอ่อนอักเสบในเด็กส่วนมากมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าในผู้ใหญ่ ซึ่งในผู้ใหญ่จะมีการประเมินพยากรณ์โรค โดยการใช้คะแนนของ Ranson's score หรือ Apache II score แต่ในเด็กยังไม่มีการรายงานถึงการใช้แต่อย่างใด อัตราการตายประมาณร้อยละ 10 ในระยะโรคที่ไม่รุนแรง แต่ถ้าเป็นระยะรุนแรง เช่น ร่วมกับการมีเลือดออกหรือเนื่อตาย จะพบว่า อัตราการตายจะสูงมากกว่าร้อยละ 90

ส่วนกึ่งจากการอักเสบของตับอ่อน ที่อาจเกิดขึ้นมาภายหลังในเด็กสามารถหายได้เอง การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นหนอง พบได้น้อยมากในเด็ก ซึ่งสามารถรักษาโดยการระบายหนองออกได้ ผลการรักษาในเด็กได้ผลดีมากกว่าในผู้ใหญ่

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี มีประวัติว่า เมื่อวันที่ 28 ก.ย. 2557 เวลาประมาณ 20.00 น. 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องส่วนบน จุกแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ปวดมากที่สุดในบริเวณใต้ลิ้นปี่ ปัสสาวะอุจจาระปกติ ไปพบแพทย์ที่คลินิกได้รับการฉีดยาแก้ปวดท้องมาอาการไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ประวัติเพิ่มเติม ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณช่องท้องมาก่อน เคยมีประวัติปวดท้องส่วนบนบริเวณใต้ลิ้นปี่เป็นๆ หายๆ มาหลายครั้งเป็นเวลา 5 ปี มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนี้ทั้งหมดรวม 19 ครั้ง ไม่มีโรคประจำตัว

ผลตรวจร่างกาย อุณหภูมิกาย 36°C ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะทั่วไปเมื่อแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีซีด ไม่เหลือง การตรวจบริเวณทรวงอก ฟังเสียงหัวใจและปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจระบบช่องท้องพบว่ามีอาการกดเจ็บเล็กน้อย บริเวณท้องส่วนบนใต้ลิ้นปี่ ไม่มีการเกร็งแข็งบริเวณช่องท้องที่ใด

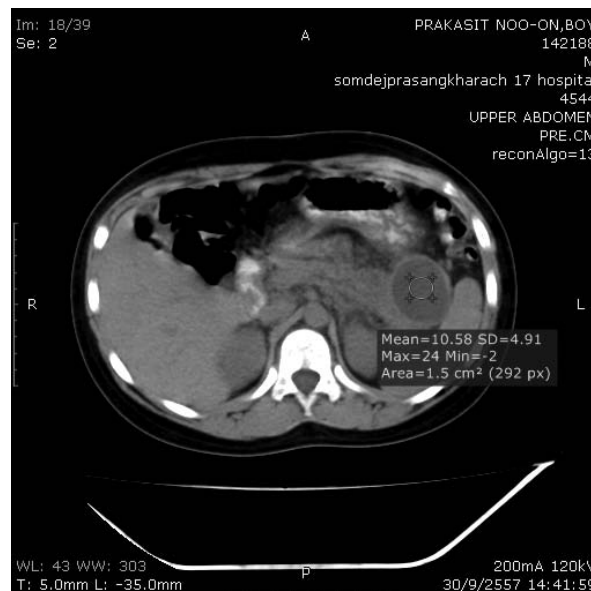
การวินิจฉัยเบื้องต้น กระเพาะอาหารอักเสบ ผู้ป่วยได้รับการสืบค้นเพิ่มเติม และการรักษาต่อภายในโรงพยาบาล ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา พบว่าค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) 44.2% จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) 7,600 k/μl จำนวนเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เอนไซม์ amylase 98 (25-125) U/L, Mg 2.25 (1.3-2.1) mg/dl, triglyceride 78 (0-150) mg/dl, calcium 9.8 (8.4-10.2) mg/dl, BUN 6.5 (7.0-26.0) mg/dl, creatinine 0.58 (0.57-1.25) mg/dl, protein 7.2 (6.4-8.3) g/dl, albumin 4.4 (3.5-5.2) g/dl, globulin 2.8 (2.8-3.6) g/dl, alkaline phosphatase 257 (40-500 in children) U/L, SGOT 19 (5-34) U/L, SGPT 10 (0-55) U/L, direct

bilirubin 0.1 (0.0-0.5) mg/dl, total bilirubin 0.3 (0.2-1.2) mg/dl, sodium 138.9 (136-145) mmol/L, potassium 3.97 (3.5-5.1) mmol/L, chloride 105 (98-107) mmol/L, CO₂ 21.8 (22-29) mmol/L

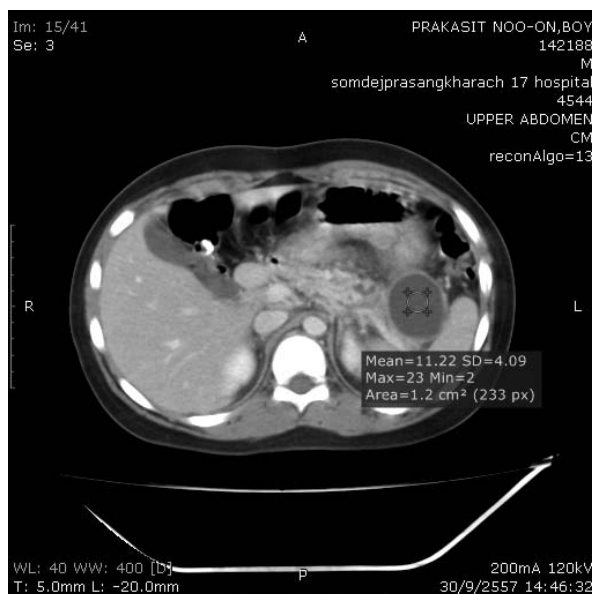
สรุปผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ complete blood count และการตรวจปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจระดับ เอนไซม์ amylase, electrolyte, renal function test และ liver function test อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ขณะนอนรักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาลดกรดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ยาเคลือบกระเพาะอาหาร ยาช่วยย่อยอาหารต่อเนื่อง แต่กุมารแพทย์ตรวจอาการของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดท้องไม่ทุเลาลง ยังมีอาการปวดท้องอยู่ร่วมกับมีประวัติปวดท้องลักษณะนี้เป็นๆ หายๆ มาก่อน กุมารแพทย์จึงทำการสืบค้นเพิ่มเติมโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้องส่วนบน (CT scan of upper abdomen) พบว่ามีถุงน้ำจากการ

อักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่บริเวณส่วนปลายตับอ่อน ขนาด 3.5 x 4.5 x 4.0 เซนติเมตร (กว้างxยาวxสูง) ร่วมกับท่อน้ำย่อยตับอ่อนขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ ขนาด 0.4 - 0.5 เซนติเมตร และขนาดของตับอ่อนมีขนาดเล็กกว่าปกติ จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อน (รูปที่ 1-4) โดยรังสีแพทย์ได้ทำการปรึกษากับกุมารแพทย์ ถึงข้อจำกัดในการวินิจฉัยสาเหตุของตับอ่อนอักเสบจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบน เนื่องจากระยะห่างของแต่ละภาพขนาด 5 มิลลิเมตร ซึ่งเป็นระยะห่างเกินไปอาจทำให้ไม่สามารถเห็นนิ้วภายในท่อน้ำดี และในท่อน้ำย่อยตับอ่อนสำหรับผู้ป่วยเด็กได้ จึงควรทำการสืบค้นเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของท่อน้ำย่อยตับอ่อนขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ รวมทั้งถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อน ซึ่งสงสัยว่าเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำย่อยตับอ่อน กุมารแพทย์จึงทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



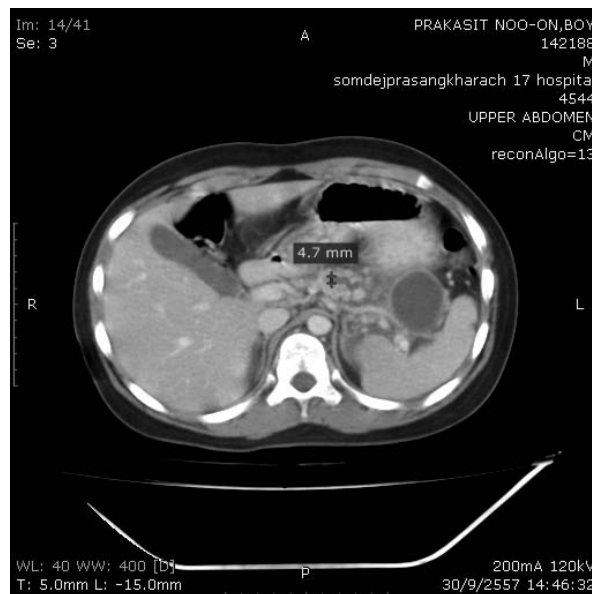
รูปที่ 1 แสดงภาพจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบนก่อนฉีดสารทึบรังสี



รูปที่ 2 แสดงภาพจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบน หลังฉีดสารทึบรังสีพบถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่บริเวณส่วนปลายตับอ่อน ภายในมีน้ำ (density 11 HU) ไม่พบนิ่วภายในถุงน้ำดี และท่อน้ำย่อยตับอ่อน



รูปที่ 3 แสดงภาพจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบนหลังฉีดสารทึบรังสี มีถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่บริเวณส่วนปลายตับอ่อนขนาด 3.5 x 4.5 x 4.0 เซนติเมตร (กว้าง x ยาว x สูง)



รูปที่ 4 แสดงภาพจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบนหลังฉีดสารทึบรังสี พบท่อน้ำย่อยตับอ่อนขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติขนาด 0.4 - 0.5 เซนติเมตร และขนาดของตับอ่อนมีขนาดเล็กกว่าปกติ เป็นลักษณะของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (chronic pancreatitis)

เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2557 ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อทำการสืบค้นเพิ่มเติมและรักษาเฉพาะทาง โดยแพทย์เจ้าของไข้ได้ทำการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangiopancreatography; ERCP) ร่วมกับผ่าตัดกล้ามเนื้อหูรูดท่อน้ำดี (sphincterotomy) และนำน้ำออกจากท่อน้ำย่อยตับอ่อน หลังจากนั้นได้ทำการตรวจติดตามผู้ป่วย โดยการทำอัลตราซาวนด์บริเวณช่องท้องส่วนบน เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2557 พบว่าขนาดของถุงน้ำ จากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่อยู่บริเวณส่วนปลายตับอ่อน ได้มีขนาดเล็กลง เหลือขนาด 1.3 x 1.7 x 1.1 เซนติเมตร (กว้าง x ยาว x สูง) จากเดิม 30 กันยายน 2557 ขนาด 3.5 x 4.5 x 4.0 เซนติเมตร และได้ทำการตรวจอัลตราซาวนด์บริเวณช่องท้องส่วนบนต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 22

มกราคม 2558 ไม่พบถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่อยู่บริเวณส่วนปลายตับอ่อนแล้ว

วิจารณ์¹

ถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อนในเด็กเกิดได้จากโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรังหรือตามหลังอุบัติเหตุภายในช่องท้อง ทำให้น้ำย่อยเอนไซม์ตับอ่อนออกมาทำลายเนื้อเยื่อ และท่อน้ำย่อยตับอ่อน ทำให้เกิดเนื้อตาย และเอนไซม์ตับอ่อนออกมาทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียง ภายในมีเลือด เอนไซม์น้ำย่อยตับอ่อนหรือเนื้อตายอยู่ภายในถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อนได้ ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจไม่มีอาการหรือทำให้เกิดอาการได้หลากหลาย ปกติแล้วถุงน้ำจากการอักเสบเฉียบพลันในผู้ใหญ่พบได้ประมาณร้อยละ 5 - 20 แต่ในเด็กนั้นภาวะถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อนอักเสบ สามารถพบได้

ในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบที่ไม่เคยมีอาการมาก่อนได้ และเนื่องจากโรคนี้พบได้น้อยมาก และการดำเนินโรคเป็นๆ หายๆ เรื้อรัง ไม่มีอาการที่เฉพาะเจาะจงของโรค จึงยิ่งทำให้การวินิจฉัยเป็นไปได้ช้า และยากต่อการวินิจฉัยโรคถ้าหากแพทย์ไม่ได้คำนึงถึงภาวะนี้

การวินิจฉัยโรคนี้ให้รวดเร็ว และถูกต้อง ถือว่าสำคัญมาก รวมไปถึงการหาสาเหตุเพื่อรักษาที่ต้นเหตุนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ และสามารถทำได้โดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง รวมถึงการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดี และท่อน้ำย่อยตับอ่อนสามารถหาสาเหตุวินิจฉัยและรักษาได้ แม้ในบางรายถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อนในเด็ก อาจหายเองได้ แต่ในบางรายถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดการติดเชื้อหรือเลือดออกตามมา ซึ่งถือเป็นภาวะที่อันตรายต่อชีวิต มีอัตราการตายสูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีความน่าสนใจมาก เพราะนอกจากเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยแล้ว สาเหตุที่เกิดกับผู้ป่วยเด็กรายนี้มาจากนิ้ว ร่วมกับไม่มีไข้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเอนไซม์ amylase ปกติ จำนวนเม็ดเลือดขาวปกติ ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีที่ระบุว่า สาเหตุของตับอ่อนอักเสบ และเกิดถุงน้ำจากการอักเสบตามมาที่พบบ่อยในเด็ก คือการบาดเจ็บภายในช่องท้อง ความผิดปกติของท่อน้ำดี น้ำย่อยตับอ่อนแต่กำเนิด และการติดเชื้อ ส่วนสาเหตุจากนิ้วนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูลปี 1996 - 2001² พบผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบในเด็กจากนิ้วเพียง 16 ราย จากผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบในเด็กทั้งหมด 180 ราย และพบว่ามีรายงานน้อยมากที่ผู้ป่วยเป็นถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อนโดยผู้ป่วยไม่มีไข้ ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการเอนไซม์ amylase ปกติ และจำนวนเม็ดเลือดขาวปกติเช่นกัน¹ ทำให้วินิจฉัยโรคได้ยาก แม้ว่าในเบื้องต้นจะยัง

ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งไม่มีอาการที่จำเพาะเฉพาะ สาเหตุและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าไม่ได้กับโรคนี้ แต่เนื่องด้วยผู้ป่วยมีอาการปวดมานานเรื้อรังโดยตลอด อาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษาโรคกระเพาะอักเสบ จึงส่งตรวจเพิ่มเติมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้อง รวมทั้งการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดี และท่อน้ำย่อยตับอ่อน ทำให้ได้รับการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง สามารถรักษาน้ำนี้ออกมา และถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อนสามารถหายได้เอง หลังจากกำจัดน้ำออกได้โดยไม่ต้องผ่าตัดหรือระบายออก

สรุป

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 9 ปี มีประวัติปวดท้องได้หลายปีมาก ร่วมกับคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีประวัติได้รับบาดเจ็บภายในช่องท้องมาก่อน ไม่มีไข้ ผลการตรวจเลือดปกติ แต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประวัติปวดท้องส่วนบนบริเวณใต้ลิ้นปี่เป็นๆ หายๆ มานาน จึงมีการส่งตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้องส่วนบน (CT scan of upper abdomen) พบว่ามีถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่บริเวณส่วนปลายตับอ่อน ร่วมกับท่อน้ำย่อยตับอ่อนขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ และขนาดของตับอ่อนมีขนาดเล็กกว่าปกติ จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับถุงน้ำจากการอักเสบของตับอ่อน ผู้ป่วยถูกส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดี และท่อน้ำย่อยตับอ่อน (ERCP) ร่วมกับผ่าตัดดักล้ามเนื้อหูรูดท่อน้ำดี และนำน้ำออกจากท่อน้ำย่อยตับอ่อน หลังจากนั้นได้ทำการตรวจติดตามผู้ป่วย โดยการทำอัลตราซาวด์บริเวณช่องท้องส่วนบน 4 เดือนต่อมา ไม่พบถุงน้ำจากการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนที่อยู่บริเวณ

ส่วนปลายตับอ่อน อย่างไรก็ตามควรตรวจติดตาม
อาการ ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และการ
ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อดูภาวะแทรกซ้อน
ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Taha AM, Klippel C. Pediatrics pancreatic pseudocyst associated with cholelithiasis. J Natl Med Assoc 1986;78(9):887-91.
2. Werlin SL, Kugathasan S, Frautschy BC. Pancreatitis in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003;37(5):591-5.
3. Uretsky G, Goldschmiedt M, James K. Childhood pancreatitis. Am Fam Physician 1999;59(9):2507-12.
4. Benifla M, Weizman Z. Acute pancreatitis in childhood: analysis of literature data. J Clin Gastroenterol 2003;37(2):169-72.
5. Friedel DM, Abraham B, Georgiou N, et al. Pancreatitis cystic neoplasms. South Med J 2010;103(1):51-7.
6. Burnweit C, Wesson D, Stringer D, et al. Percutaneous drainage of traumatic pancreatic pseudocysts in children. J Trauma 1990;30(10):1273-7.
7. Russell KW, Barnhart DC, Madden J, et al. Non-operative treatment versus percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts in children. Pediatr Surg Int 2013;29(3):305-10.
8. Vaughn DD, Jabra AA, Fishman EK. Pancreatic disease in children and young adults: evaluation with CT. Radiographics 1998;18(5):1171-87.