

การศึกษาผู้ป่วยฝีบิดอะมีบาในตับ 29 ราย

เกียรติชัย ขัตติยวิทยากุล

รพ. ดำเนินสะดวก

ABSTRACT :

Kuttiyawittayakul K. Report 29 Cases of Amebic liver abscess. (Region 7 Medical Journal 1997 ; 2 : 141-148).

Department of Medicine, Damnoensaduk Hospital, Ratchaburi, Thailand.

The retrospective study of 29 cases of Amebic liver abscesses in Male-Medicine ward, Damnoensaduk hospital during August 1989 to February 1997 was gathered. The study divided patients into two groups : the alcoholic one and non - alcoholic. The results showed that the alcoholic group had complication of pleural effusion more than non-alcoholic group ; and had a tendency to take more time to be cured.

บทคัดย่อ

เกียรติชัย ชัตติยวิทยากุล. การศึกษาผู้ป่วยฝีบิดอะมีบาในตับ 29 ราย. (วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 2 : 141-148).

กลุ่มงานอายุรกรรม, รพ. ดำเนินสะดวก, ราชบุรี.

ได้ทำการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยฝีบิดอะมีบาในตับในตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ตั้งแต่ สิงหาคม 2532 ถึง กุมภาพันธ์ 2540 จำนวน 29 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดสุรา 8 ราย และกลุ่มไม่ติดสุรา 21 ราย พบว่า กลุ่มติดสุรา เกิดโรคแทรกซ้อนจากการเกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมากกว่ากลุ่มไม่ติดสุราและมีแนวโน้มที่จะใช้เวลารักษานานกว่า

บทนำ

ฝีบิดอะมีบาในตับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยอันดับหนึ่งตามหลังการติดเชื้อบิดอะมีบาในลำไส้ ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการทางลำไส้ นำมาก่อน มักพบในถิ่นที่มีภาวะสุขาภิบาลอนามัยไม่ดี พบในผู้ชายบ่อยกว่าผู้หญิงมาก¹

ภาวะแทรกซ้อนจากฝีบิดอะมีบาในตับได้แก่ การมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ผื่นในตับแตกเข้าไปในช่องท้อง, ช่องเยื่อหุ้มปอดหรือช่องเยื่อหุ้มหัวใจ การเกิดฝีที่กล้ามเนื้อ psoas² การเกิดทางติดต่อระหว่างฝีในตับ³ การเกิดทางติดต่อระหว่างตับกับหลอดลม⁴

ปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นได้แก่ ภาวะติดเชื้อ การใช้ยากกลุ่ม steroid ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเบาหวาน ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะตั้งครรภ์⁵

รายงานนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยฝีบิดอะมีบาในตับที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลางที่ได้รับการรักษาในตึกอายุรกรรมในด้านระบาดวิทยา, ลักษณะอาการทางคลินิก, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ติดสุรากับกลุ่มที่ไม่ติดสุรา

วัสดุและวิธีการ

ได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยฝีบิดอะมีบาในตับ 29 รายที่ได้รับการรักษาในตึกผู้ป่วยอายุรกรรมชาย รพ. ดำเนินสะดวกตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2532 ถึง 2 กุมภาพันธ์ 2540 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา 8 ราย กลุ่มไม่ติดสุรา 21 ราย

เกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยฝีบิดอะมีบาในตับมีดังนี้ (อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ)

1. มีอาการใช้ร่วมกับอาการปวดท้อง
2. การตรวจ Ultrasonography หรือ CT scan upper abdomen พบลักษณะที่เข้าได้กับฝีบิดอะมีบาในตับ
3. ผลการตรวจทางน้ำเหลืองหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้ออะมีบาโดยวิธี Hemagglutination (ส่งไปตรวจโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี) ให้ผลบวกไม่ต่ำกว่า 1 : 32
4. ผลการตรวจหนองที่ได้จากการเจาะตับพบเชื้ออะมีบาหรือลักษณะหนองเข้าได้กับฝีบิดอะมีบาในตับ (ไม่เหม็น,

สีกะปิ, ไม่พบเชื้อแบคทีเรีย, ไม่ค่อยพบเม็ดเลือดขาว)

เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มติดสุรา ต้องมีประวัติดื่มสุราเป็นนิสัยและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มไม่ต่ำกว่า 80 กรัมต่อวัน

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการซักประวัติ, ตรวจเลือด CBC, LFT, E. His titer (ส่ง รพศ. ราชบุรี), ตรวจเอกซเรย์ปอด, ตรวจ ultrasonography ช่องท้องส่วนบนดูจำนวน, ตำแหน่ง, ขนาดฝีในตับ

ขนาดฝีในตับที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ยของฝีในตับที่ใหญ่ที่สุด

ผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าเป็นฝีบิดอะมีบาในตับ จะได้รับการรักษาด้วยเมโทรนิดาโซล 500 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมงหรือ 1,600 มิลลิกรัมทางปาก (แบ่งให้วันละ 4 เวลา) ตามอาการผู้ป่วย ในกรณีที่ฝีอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ลึกมากหรือใกล้อวัยวะสำคัญ ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเพื่อระบายหนองออก⁶

การประเมินผลการรักษาใช้จำนวนวันที่ไข้ลดลงหลังจากเริ่มให้เมโทรนิดาโซล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีทางสถิติ z test หรือ chi-square test

ผลการศึกษา

ด้านระบาดวิทยา พบผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตดำเนินสะดวก 25 รายจากทั้งหมด 29 ราย โดยจำแนกตามตำบลที่พบดังนี้

ตำบลบ้านไร่ (ตำบลที่ยากจนที่สุด)	7 ราย (หมู่ 6 3 ราย)
ตำบลคอนทราย	4 ราย
ตำบลดำเนินสะดวก	3 ราย
ตำบลบัวงาม, ประสาทสิทธิ์,	
ขุนพิทักษ์ ตำบลละ	2 ราย
ตำบลดอนคลัง, ดอนไผ่, ตาหลวง,	
แพงพวย, ศรีสุราษฎร์ ตำบลละ	1 ราย
ตำบลท่านัด, สีหะมัน	ไม่พบผู้ป่วย
ผู้ป่วย 4 รายนอกเขตดำเนินสะดวกพบที่ ตำบล	

คลองโคน อ. เมือง จ. สมุทรสงคราม 2 ราย ตำบลบางพรหม อ. บางคนที จ. สมุทรสงคราม และตำบลวัดแก้ว อ. บางแพ จ. ราชบุรี ตำบลละ 1 ราย

เพศและอายุ รายงานนี้ทำการศึกษาในผู้ชาย (ผู้เขียนทำงานอยู่ในตึกอายุรกรรมชายเป็นส่วนใหญ่และโดยประสบการณ์ไม่พบผู้ป่วยมีบิดอะมีบาในผู้หญิง) อายุที่พบค่าพิสัย 21-79 ปี ค่าเฉลี่ยเลขคณิต 46.96 ปี โดยพบมากในช่วงอายุ 31-40 ปี และ 51-60 ปี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 โดยค่าเฉลี่ยอายุในกลุ่มติดสุราเท่ากับ 50.75 ปี เทียบกับกลุ่มไม่ติดสุราเท่ากับ 45.69 ปี ($p \text{ value} > 0.05$)

จำนวนวันที่เป็นไข้ก่อนมารพ. ค่าพิสัยเท่ากับ 1-90 วัน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 วัน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

ประวัติท้องเสียมาก่อน (ในช่วง 3 เดือนก่อนมารพ.) พบ 5 ใน 28 ราย (17.86%)

อาการปวดท้อง ไม่พบอาการปวดท้อง 1 ใน 29 ราย (3.45%), ปวดท้องชายโครงขวา 22 ราย (75.86%), ปวดใต้ลิ้นปี่ 3 ราย (10.34%), ปวดทั้งสองตำแหน่ง 3 ราย (10.34%)

อาการปวดร้าวไปไหล่และปวด pleuritic พบได้ 5 ใน 28 ราย (17.86%) และ 5 ใน 28 ราย (17.86%) ตามลำดับ

ประวัติท้องเสีย ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับพ. พบเพียง 5 ใน 28 ราย (17.86%)

อาการแสดงตับโต พบ 25 ใน 28 ราย (89.29%)

อาการแสดงตาเหลือง พบ 5 ใน 28 ราย (17.86%) โดยในกลุ่มติดสุราพบ 3 ใน 8 ราย (37.5%) เทียบกับกลุ่มไม่ติดสุรา 2 ใน 20 ราย (10%) ($p \text{ value} > 0.05$)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจ CBC ค่าเฉลี่ย Hct เท่ากับ 39.21% (พิสัย 30-49%); จำนวน WBC เฉลี่ยเท่ากับ 17,393.75 เซลล์/ลบ.มม. (พิสัย 9,700-35,500); % PMN ค่าพิสัยเท่ากับ 70-92%; จำนวนนับ PMN เฉลี่ยเท่ากับ 14,383.83 เซลล์/ลบ.มม. (พิสัย 7,566-19,820); ข้อมูลเปรียบเทียบ

2 กลุ่มดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มติดสุรามีค่าเฉลี่ย Hct ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

ผลตรวจทางน้ำเหลืองหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้ออะมีบา ค่าพิสัย 1: 40 ถึง 1: 8192 ค่าเฉลี่ยเรขาคณิตเท่ากับ 1: 670 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1: 640

ผลตรวจการทำงานของตับ

SGOT & SGPT ค่าพิสัย SGOT อยู่ระหว่าง 5-377 IU/L ค่าพิสัย SGPT เท่ากับ 1-350 IU/L ผู้ป่วยประมาณ 40% มีค่า SGOT หรือ SGPT อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่า SGOT และ SGPT ทั้งกลุ่มติดสุราและกลุ่มไม่ติดสุรา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 3

ในผู้ป่วยที่ไม่ติดสุรา จะมีทั้งผู้ป่วยที่มีค่า SGOT มากกว่าและน้อยกว่า SGPT ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน (10 รายต่อ 10 ราย) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 (แกนนอนแทนผู้ป่วยแต่ละราย แกนตั้งแทนค่าลอการิทึมฐาน e ของอัตราส่วนระหว่าง SGOT ต่อ SGPT

Alkaline Phosphatase พบผู้ป่วยมีค่าเอนไซม์ปกติ 6 ใน 28 ราย (21.43%) มีเพียง 5 ใน 28 ราย (17.86%) ที่สูงเกิน 3 เท่า โดยที่ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ

Total bilirubin ผู้ป่วย 12 ใน 28 รายมีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 มก./ดล. โดยกลุ่มที่ติดสุรามีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่า (3.19 เทียบกับ 1.4) แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p \text{ value} = 0.13$) ดังตารางที่ 3

Serum Albumin มีผู้ป่วย 6 รายที่ค่า albumin ต่ำ (21.43%) โดยที่ทั้ง 2 กลุ่มค่าใกล้เคียงกัน

ผลตรวจเอกซเรย์ปอด พบผู้ป่วย 15 ใน 29 ราย มีเงาบังลมขยายกึ่งขึ้น (51.72%) ผู้ป่วย 2 ราย (6.9%) มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา และทั้ง 2 รายอยู่ในกลุ่มติดสุรา ($p \text{ value} < 0.05$ ทดสอบโดยวิธีทางสถิติ chi square test)

ผลตรวจ ultrasonography ช่องท้องส่วนบน

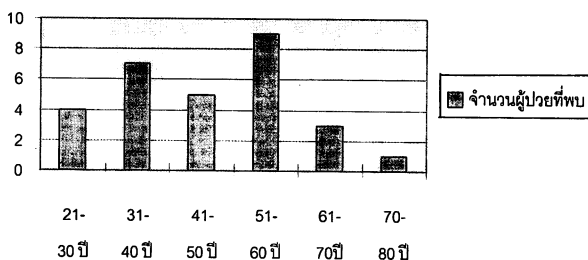
พบฝึบในตับกลีบขวาข้างเดียว 24 ใน 29 ราย (82.76%) พบทั้ง 2 กลีบ 5 ใน 29 ราย (17.24%) ไม่พบฝึบข้างซ้ายอย่างเดียวยังในรายงานนี้ ไม่พบความเกี่ยวข้องของอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ กับการมีฝึบในตับกลีบข้างซ้าย

จำนวนเฉลี่ยฝึบที่พบทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 4) แต่ในผู้ป่วยที่พบจำนวนฝึบมากกว่า 3 หัวทั้ง 3 ราย (จำนวนฝึบที่พบมากที่สุด 6 หัว) พบในกลุ่ม

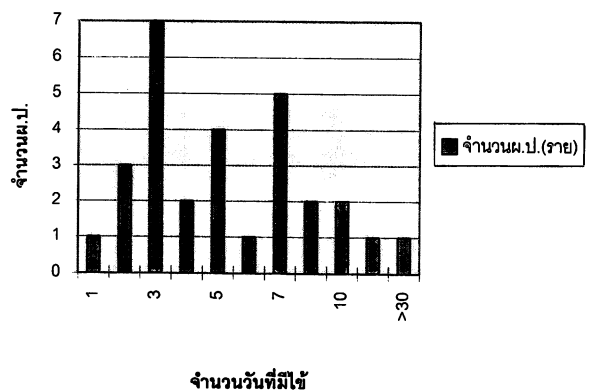
ที่ติดสุราทั้ง 3 ราย

ผลการรักษา ผู้ป่วยทุกรายตอบสนองต่อการรักษาด้วยเมโทรนิดาโซ จำนวนวันที่ใช้ลดดังแสดงในแผนภูมิที่ 4 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 7.4 วัน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 วัน ในกลุ่มติดสุรามีค่าเฉลี่ยวันที่ใช้ลดเท่ากับ 10.75 วัน เทียบกับกลุ่มไม่กินสุรา 6.05 วัน ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p value = 0.07)

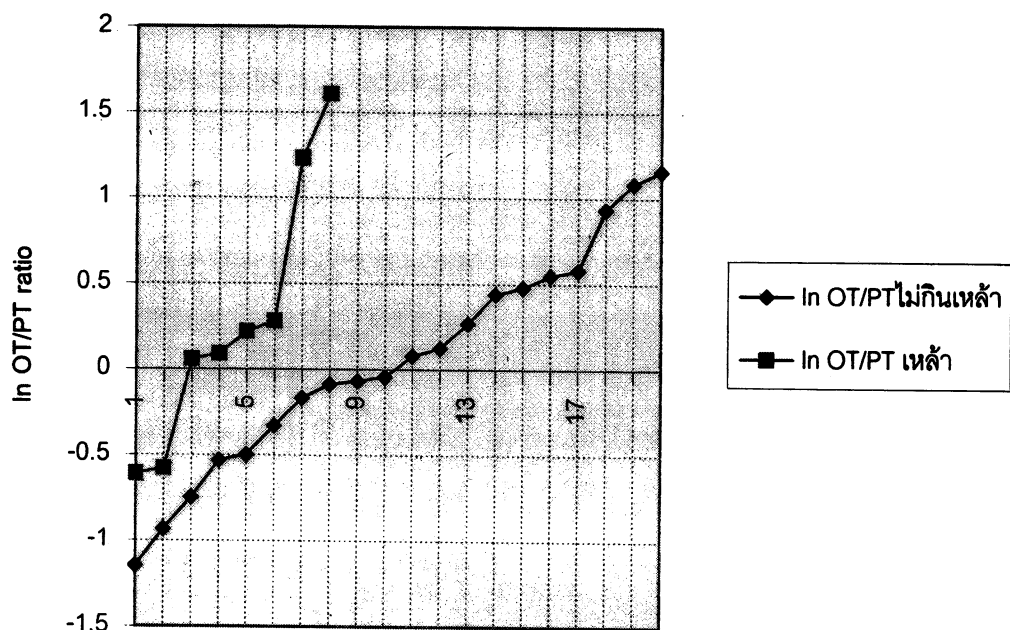
แผนภูมิที่ 1 แสดงการกระจายของอายุผู้ป่วยฝึบในตับ



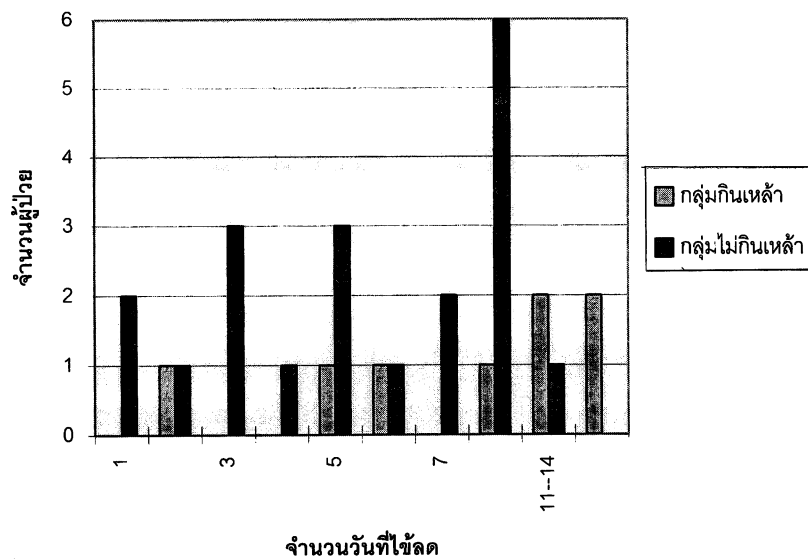
แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนวันที่ผู้ป่วยมีไข้ก่อนมา รพ.



แผนภูมิที่ 3 แสดง $\ln$ OT/PT ratio



แผนภูมิที่ 4 แสดงระยะเวลาที่ใช้ลด



(หมายเหตุ วันที่ ตามแกน X แทนวันที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8-10, 11-14, > 14 วันตามลำดับ)

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ยของ	Hct	WBC count	PMN count
กลุ่มติดสุรา	36.38	17012.50	13762
กลุ่มไม่ติดสุรา	40.63	17584.38	14694.69
ค่า p value	< 0.05	> 0.05	> 0.05

ตารางที่ 2

ระดับเอนไซม์	SGOT	SGPT
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	12/28 ราย (42.86%)	13/28 ราย (46.43%)
1-2 เท่า	8/28 ราย (28.58%)	9/28 ราย (32.14%)
2-3 เท่า	4/28 ราย (14.29%)	4/28 ราย (14.29%)
มากกว่า 3 เท่า	4/28 ราย (14.29%)	4/28 ราย (14.29%)

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยเอ็นซัยม์	SGOT (IU/L)	SGPT (IU/L)	Alkaline Phosphatase (U/L)	Total bilirubin (mg/100 ml)	Serum Albumin (g/100 ml)
รวม 2 กลุ่ม	70.23	64.55	73.08	1.91	3.18
กลุ่มติดสุรา	147.13	110.5	64.69	3.19	3.11
กลุ่มไม่ติดสุรา	48	54.65	76.44	1.4	3.21
p value	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

ตารางที่ 4

ผู้ป่วย	จำนวนที่มีฝีเดียว	จำนวนที่มีฝีหลายหัว	ขนาดเฉลี่ยฝี max.*
กลุ่มติดสุรา	5/8 (62.5%)	3/8 (37.5%)	6.43
กลุ่มไม่ติดสุรา	14/21 (66.67%)	7/21 (33.33%)	5.40
รวม 2 กลุ่ม	19/29 (65.52%)	10/29 (34.48%)	5.68

* คัดจากค่าเฉลี่ยของเส้นผ่าศูนย์กลางฝีที่ใหญ่ที่สุดในกรณีที่มีมากกว่า 1 หัว

ค่าเฉลี่ยฝีที่ใหญ่ที่สุดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p value = 0.075)

วิจารณ์

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าฝีบิดอะมีบาในตับยังพบได้ชุกชุมเกือบทุกตำบลในเขตอำเภอดำเนินสะดวก โดยพบไม่ต่ำกว่า 29 รายในช่วงระยะเวลา 7 ปี โดยพบมากในเขตตำบลที่ยากจน

อำเภอดำเนินสะดวก เป็นเขตที่มีคลองมากและชาวบ้านนิยมใช้น้ำคลองในการอาบน้ำและอุปโภคบริโภค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการระบาดของฝีบิดอะมีบาเพื่อยืนยันสมมุติฐานนี้ อาจจะต้องมีการสำรวจหาเชื้อบิดอะมีบา จากแหล่งน้ำต่าง ๆ ในเขตอำเภอดำเนินสะดวกต่อไป

ข้อมูลทางด้านคลินิกและห้องปฏิบัติการ ในรายงานนี้ส่วนใหญ่คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,8} โดยอายุผู้ป่วยที่พบมากอยู่ในช่วง 31-40 ปี และ 51-60 ปี การเปลี่ยนแปลงของอัตราส่วนระหว่างเอ็นซัยม์ SGOT : SGPT ไม่ได้มีลักษณะเฉพาะในโรคนี้

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการปวดท้องได้ขึ้นปีกับฝีบิดในตับกลับซ้าย ซึ่งแตกต่างกับรายงานก่อน ๆ

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ติดสุรากับกลุ่มไม่ติดสุรา พบว่ากลุ่มที่ติดสุราเกิดโรคแทรกซ้อนจากน้ำท่วมช่องเยื่อหุ้มปอดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) นอกจากนี้ยังพบว่ามีแนวโน้มที่จะใช้เวลา

รักษานานกว่า ($p = 0.07$) เหลืองกว่า ($p = 0.13$) มีขนาดฝีที่ใหญ่กว่า ($p = 0.075$)

ผลการศึกษานี้แสดงว่าสุรามีผลทำให้ฝีบิดอะมีบารุนแรงขึ้นซึ่งสุราอาจมีผลไปกดภูมิคุ้มกัน RE system ในตับ ตลอดจนพิษของสุราที่มีต่อตัวเซลล์ตับเอง

อย่างไรก็ดี การศึกษานี้มีข้อจำกัด 3 ประการคือ

1. การศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงมาก

2. การศึกษานี้ขาดข้อมูลในผู้ป่วยหญิง

3. จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาอย่างน้อยเกินไปโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสุรา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุรติ เล็กอุทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึกอายุรกรรมชาย เจ้าหน้าที่เวพระเบียนและสถิติที่ให้ความร่วมมือในการทำรายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นุสนธิ์ กัลลเจริญ. ฝีในตับ : I ลักษณะทางคลินิก

และการวินิจฉัย. คลินิก 2532 ; 5 (7) : 485-8.

2. O' Leary C, Roger F. Amebic psoas and liver abscesses. Postgrad Med J 1992 ; 68 : 972-3.
3. Patel V, Marchant S, Kedar R, Lakshmiratnam K, Kethan M. Communicating liver abscess. AJR 1986 ; 155 : 654-5.
4. Sheila S, James D. Disease of the liver and biliary system. 9th ed. Oxford : Blackwell, 1993 : 471-80.
5. Seng-Kee Chuah, Chi-Sin Chang-Chien, I-Shyen Sheen, et al. The prognostic factors of severe amebic liver Abscess : A retrospective study of 125 cases. Am J Trop Med Hyg 1992 ; 46(4) : 398-402.
6. นุสนธิ์ กัลลเจริญ. ฝีในตับ : II การรักษา. คลินิก 2532 ; 5 (8) : 555-8.
7. นิภา จรุงเวศม์. โรคที่เกิดจากเชื้อบิดอะมีบา. ใน : โรคเขตร้อน. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศิริราช, 2532.
8. สุชา คุระทอง. Liver abscess : clinical analysis of 174 cases in Ramathibodi Hospital. อายุรศาสตร์ 2522 ; 2 : 101-10.