

ฝีบิดในตับของเด็กและการชี้หน้าด้วยอัลตราซาวด์

มานพ เหลืองนฤมิตชัย*

บุษบา ภักดีรัตน์**

สมชาย เทพเจริญนิรันดร์***

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม* กลุ่มงานรังสีวิทยา**

กลุ่มงานศัลยกรรม*** โรงพยาบาลราชบุรี

ABSTRACT :

Luengnaruemitchai M, Pakdirat B, Thepcharoennirund S. Ameobic Liver Abscess in Children and Ultrasonographic Guidance. (Region 7 Medical Journal 1994 ; 1 : 45-51)

Department of Pediatrics, Department of Radiology, Department of surgery, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi, Thailand.

Percutaneous aspiration of Amoebic liver abscess was performed in seven pediatric patients. All patients recovered completely without any surgical intervention and mortality. The aspiration was successfully performed under ultrasonographic guidance.

บทคัดย่อ :

มานพ เหลืองนฤมิตชัย, บุษบา ภักดีรัตน์, สมชาย เทพเจริญ. ไข้ปิตินัดบของเด็กและการขึ้นนำด้วยอัลตราซาวด์
(วารสารแพทย์เขต 7 2537 ; 1 : 45-51)

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานศัลยกรรม ร.พ.ราชบุรี

การดูหนองจากไข้ปิตินัดบของเด็กจำนวน 7 ราย ผ่านทางผิวหนัง ผู้ป่วยทุกคนหายเป็นปกติ โดยไม่ต้องอาศัยการผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยคนใดเสียชีวิต หัตถการครั้งนี้ประสบผลสำเร็จจากการขึ้นนำด้วยอัลตราซาวด์

บทนำ

ฝิบัติในระดับของเด็กพบได้ไม่บ่อยนัก ในประเทศไทย มีรายงานไว้บ้างประปราย¹⁻³ การศึกษาของศาสตราจารย์ น.พ.จำลอง หริณสูตร ซึ่งทำการศึกษาเรื่องของฝิบัติของตับในผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2492 - พ.ศ. 2493 ในจำนวน คนไข้ 88 คน เป็นเด็กอายุ 4 ปี เพียง 1 ราย ที่เหลือเป็นผู้ป่วย อายุ 20 ปีขึ้นไป เราจะเห็นว่าฝิบัติของตับในเด็กพบน้อยกว่าผู้ใหญ่มาก ในอดีตการวินิจฉัยมักจะทำจากการตรวจศพทั้งรายงานของ ศ.จ.น.พ.ประดิษฐ์ ตันสุรดี⁴ จากการตรวจศพผู้ป่วยที่ตายด้วยฝิบัติของตับ 53 ราย ในจำนวนนี้พบเด็กอายุน้อยกว่า 9 ปี จำนวน 12 ราย และมีเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ถึง 5 ราย ในผู้ป่วยเด็ก 12 รายนั้นมีอยู่ถึง 8 ราย ที่แพทย์ไม่ได้สงสัยฝิบัติในระดับมาก่อนเลย จนกระทั่งมีการค้นพบการทำสแกนนิ่งของตับ การทำอัลตราซาวด์จึงมีการวินิจฉัยฝิบัติในระดับของเด็กมากขึ้น

วัสดุและวิธีการ

เราได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฝิบัติในระดับที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ในช่วงเวลาเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2532 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2536 จำนวน 7 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 3 ราย หญิง 4 ราย อายุตั้งแต่ 11 เดือน ถึง 11 ปี หลักการวินิจฉัยว่าเป็นฝิบัติในระดับอาศัยข้อบ่งชี้ต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อคือ

1. หนองสีกะปิ
2. พบ trophozoite หรือ cyst ของ *E. histolytica* ในหนองที่ดูดได้จากตับ
3. การเพาะเชื้อแบคทีเรียในหนองให้ผลลบ
4. การตรวจน้ำเหลืองของ Anti *E. hist.* ให้ผลบวก

หลังจากการตรวจร่างกายโดยละเอียด ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CBC, ESR, บัสสวาระ, Liver function test, ตรวจอุจจาระ เพาะเชื้อในอุจจาระในรายที่มีลักษณะผิดปกติ ตรวจน้ำเหลืองของ Anti *E. hist.* โดยวิธี passive hemagglutination นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการเพาะเชื้อ

จากเลือด ผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำ liver ultrasound

วิธีการตรวจ

ใช้ probe ขนาดความถี่ 3.5 หรือ 5 MHZ แบบ convex สำหรับตรวจอวัยวะในช่องท้องส่วนบน โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย เหยียดแขนเหนือศีรษะ ทำ acoustic gel บริเวณที่ตรวจเพื่อลดช่องว่าง (air gap) ระหว่างผิวหนังกับ probe วาง probe ในแนว axial, sagittal และ intercostal space เพื่อหาความผิดปกติในเนื้อตับทั้งหมด หลังจากตรวจท่านอนหงายยังตรวจในท่าตะแคงซ้าย เพื่อหาความผิดปกติใน posterior segment ของตับกลีบขวา เมื่อพบตำแหน่งของฝีแล้วหาระยะที่ฝีอยู่ใกล้ผิวหนังมากที่สุด เพื่อจะได้เจาะในแนวที่ probe ตั้งฉากกับ lesion โดยวัดระยะในแนวตั้งจากผิวหนังถึงกึ่งกลางโพรงฝี พร้อมทำเครื่องหมายกากบาทบนผิวหนังของผู้ป่วยด้วย gentian violet ทั้งนี้ให้ทำเครื่องหมายเมื่อผู้ป่วยนอนหงายหรือนอนตะแคงซ้ายเพื่อสะดวกในการเจาะดูด เมื่อได้รับการยืนยันจากผลการวินิจฉัยของรังสีแพทย์ว่าผู้ป่วยมีฝิบัติในระดับ เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการดูดหนองจากโพรงฝีในตับต่อไป

วิธีดูดหนองจากโพรงฝีในตับ

ให้ผู้ป่วยนอนหงายหรือนอนตะแคงซ้าย แล้วแ่ดตำแหน่งที่รังสีแพทย์ทำเครื่องหมายไว้ ใช้เข็มเจาะหลัง (spinal needle) เบอร์ 18 ก่อนเจาะผ่านผิวหนังได้ให้ยาชาเฉพาะที่โดยใช้ xylocaine ขนาดความเข้มข้น 2% ยกเว้นบางรายที่ไม่ร่วมมือก็ให้ Diazepam ขนาด 0.3 mg/kg เข้าทางหลอดเลือดดำช้า โดยปักเข็มให้ตั้งฉากกับผิวหนังตรงตำแหน่งที่ทำเครื่องหมายไว้ หนองที่ดูดได้ส่วนหนึ่งส่งตรวจหา *E. histolytica* ในรูปของ trophozoite หรือ cyst อีกส่วนหนึ่ง ถูกส่งไปเพาะเชื้อแบคทีเรีย

ผู้ป่วยทั้ง 7 ราย ได้รับการเจาะหนองจากฝิบัติในระดับ ในช่วง 1 ชม. ถึง 36 ชม. หลังจากการทำอัลตราซาวด์ ทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะชนิด broad spectrum และ

metronidazole เป็นเวลา 1 ชม. ถึง 7 วัน ก่อนเจาะดูหนอง หลังจากดูหนองจากฝีในตับแล้ว ผู้ป่วยทุกรายยังคงได้รับยาดังกล่าวต่อไปจนไม่มีไข้เป็นเวลา 5 ถึง 7 วัน จึงหยุดยาและจำหน่ายจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้ป่วยจะกลับมาตามนัดในช่วงระยะเวลา 1-2 เดือน เพื่อรับการตรวจร่างกายอีกครั้ง และผู้ป่วยจะได้รับการทำอัลตราซาวด์ซ้ำในรายที่แพทย์สนใจ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้ง 7 รายมีประวัติไข้สูงติดต่อกันตั้งแต่ 7-15 วันก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย คือรายที่ 7 ที่มีประวัติถ่ายเป็นมูกเลือดมาก่อน จากการตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกรายสมบูรณ์ดี ยกเว้นในรายที่ 7 ที่มีลักษณะผอมแห้ง (cachexia) อุณหภูมิแรกรับอยู่ในระหว่าง $39.4 - 41.2^{\circ}\text{C}$ การตรวจบริเวณหน้าท้องพบตับโตทุกราย กดเจ็บบริเวณช่องท้องส่วนบนด้านขวา แต่ไม่สามารถหาจุดกดเจ็บได้ชัดเจน การตรวจปอดไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ ผล CBC ทุกรายพบว่ามีเม็ดเลือดขาวสูง (leucocytosis) และ ESR เพิ่มขึ้นทุกราย การเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลลบ บัสสภาวะปกติ การตรวจอุจจาระไม่พบ trophozoite หรือ cyst ของ *E.histolytica* ในผู้ป่วยทั้ง 7 ราย ผลการตรวจหน้าที่ของตับ (liver function test) อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกราย ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอกพบมีการยกสูงของกระบังลมข้างขวา 5 ราย ใน 5 รายนี้มีของเหลวในเยื่อหุ้มปอดข้างขวาร่วมด้วย 3 ราย มีภาพรังสีทรวงอกและระดับกระบังลมปกติอยู่ 2 ราย การเจาะหนองจากฝีในตับผ่านทางผิวหนังได้หนองสีกะปิ 5 ราย อีก 2 รายเป็นหนองขุนชันปนเลือด การตรวจหนองที่เจาะได้พบ trophozoite และ cyst ของ *E. histolytica* เพียง 1 ราย การเพาะเชื้อจากหนองสำหรับแบคทีเรียให้ผลลบทุกราย การตรวจน้ำเหลืองเพื่อหา Anti *E. hist.* ให้ผลบวก 6 ราย ให้ผลลบ 1 ราย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 14-33 วัน โดยเฉลี่ย 22.14 วัน หลังจากผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล ได้กลับมาตรวจซ้ำทั้ง 7

ราย ในช่วงเวลาถึง 1-2 เดือน แต่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำเพียง 2 ราย ซึ่งห่างจากการทำอัลตราซาวด์ครั้งแรกที่อยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2 เดือน มี 1 รายที่พบว่าขนาดของฝีลดลงจาก 9 ซม. เหลือ 4.4 ซม. ดังรูปที่ 1 และ 2 แต่ผู้ป่วยมีอาการปกติ อีก 1 ราย ไม่พบร่องรอยของฝีในตับ สรุปผลการรักษาแสดงในตารางที่ 1 และ 2

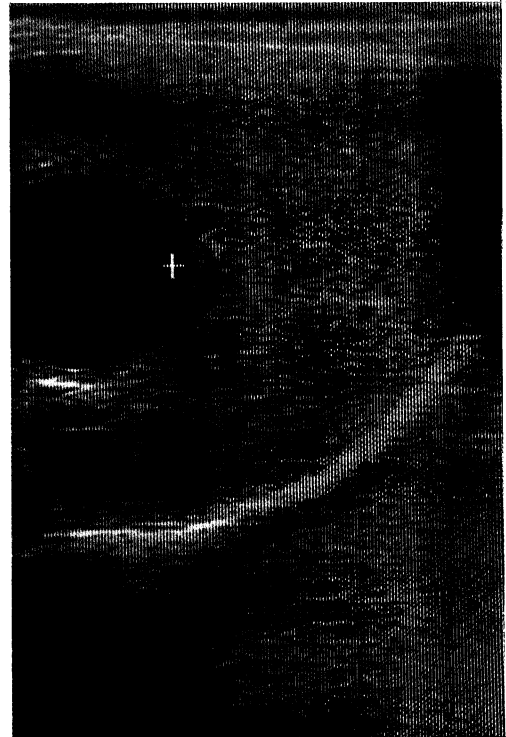
วิจารณ์

โดยปกติแล้วฝีในตับเป็นโรคแทรกซ้อน หลังจากการเป็นบิดอมีบาในลำไส้ก่อน โดยมีพยาธิสภาพที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดอาการถ่ายเป็นมูกเลือด มีอาการปวดเบ่งและถ่ายวันละหลาย ๆ ครั้ง หลังจากนั้นเชื้อเดินทางเข้าสู่ตับโดยผ่านทาง mesenteric vein และ portal vein แต่จากการศึกษาของเรากลับพบประวัติอาการของบิดอมีบาในลำไส้เพียง 1 ราย ซึ่งเป็นเด็กอายุ 11 เดือน เข้าใจว่าใน 6 รายที่เหลือเป็นเด็กโตซึ่งผู้ปกครองไม่ได้ดูแลใกล้ชิด และตัวเด็กเองคงไม่สามารถจำประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของตัวเองได้

ในอดีตการรักษาฝีในตับจะใช้วิธีเปิดหน้าท้องเอาหนองออก⁷ บ้างก็มีการผ่าเอาหนองออกโดยผ่านทางทรวงอก⁸ แต่ทั้ง 2 วิธีก็มีอัตราการตายค่อนข้างสูง จนกระทั่งมีการค้นพบการทำ Liver Scanning, CT scanning และอัลตราซาวด์ จึงมีการดูหนองออกทางผิวหนัง⁹ ทั้งหมดนี้เป็นการรักษาฝีในตับชนิด pyogenic ในผู้ใหญ่ทั้งสิ้น สำหรับในเด็กมีรายงานการรักษาฝีในตับโดยวิธีดูดผ่านทางผิวหนังครั้งแรกโดย Vachon และคณะ⁸ ซึ่งเป็นรายงานในผู้ป่วยเด็ก 5 ราย เป็นฝีในตับ 1 ราย ผู้ป่วยทุกรายหายเป็นปกติ สำหรับวิธีการรักษาฝีในตับยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ บางพวกเชื่อว่าสามารถรักษาโดยใช้ metronidazole เพียงอย่างเดียว⁹ บางพวกเชื่อว่าควรจะทำ การดูดเอาหนองออกด้วยเพราะมีรายงานความล้มเหลวจากการรักษาด้วย metronidazole เพียงอย่างเดียว¹⁰ เราคิดว่าในอนาคตคงจะมีการศึกษาถึงข้อดีข้อเสียของวิธีการรักษา โดยวิธีให้ยาเพียงอย่างเดียว หรือรวมกับการดูด



รูปที่ 1 ภาพอัลตราซาวด์ของช่องท้อง ส่วนบนในผู้ป่วยรายที่ 1 ก่อนดูดเจาะเอาหนองออก พบโพรงฝีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 ซม.



รูปที่ 2 ภาพอัลตราซาวด์ของตับในผู้ป่วยรายเดียวกันประมาณ 2 เดือน หลังจากดูดเจาะเอาหนองออก พบขนาดโพรงฝีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเหลือขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 ซม.

ตารางที่ 1 แสดงถึงอายุ เพศ อาการสำคัญ และผลการตรวจร่างกาย

ผู้ป่วย	อายุ	เพศ	อาการสำคัญ	การตรวจร่างกาย	
				อุณหภูมิ	ช่องท้อง
1	11 ปี	หญิง	ไข้สูง ปวดท้อง	39.8° C	ตับโตและกดเจ็บบริเวณช่องท้องข้างขวา ส่วนบน
2	8 ปี	หญิง	ไข้สูง ปวดท้อง	39.6° C	" " "
3	11 ปี	ชาย	ไข้สูง ปวดท้อง	40.2° C	" " "
4	4 ปี	หญิง	ไข้สูง ปวดท้อง	40° C	" " "
5	6 ปี	หญิง	ไข้สูง ปวดท้อง	39.5° C	" " "
6	11 ปี	ชาย	ไข้สูง ปวดท้อง	41.2° C	" " "
7	11 เดือน	ชาย	ไข้สูง ปวดท้อง และถ่ายเป็นมูกเลือด	39.4° C	" " "

ตารางที่ 2 แสดงถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผู้ป่วย	เม็ดเลือดขาว	การตรวจน้ำเหลือง anti E. hist.	การตรวจหนอง	ภาพรังสีทรวงอก	อัตราส่วนของตับ
รายที่ 1	28,000	ให้ผลบวก	หนองสีกะปิ	กระบังลมข้าง ขวาสูงกว่าปกติ	ขนาดของโพรง ฝีเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 ซม. ในตับกลีบขวา
รายที่ 2	21,000	ให้ผลบวก	หนองขุ่นข้น ปนเลือด	ปกติ	โพรงฝีขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 5.3 ซม. ในตับ กลีบขวา
รายที่ 3	18,400	ให้ผลบวก	หนองสีกะปิ	กระบังลมข้าง ขวาสูงกว่าปกติ	โพรงฝีขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 10.3 x 9.1 ซม ในตับกลีบขวา
รายที่ 4	22,000	ให้ผลลบ	หนองสีกะปิ ตรวจพบ tro- phozoite และ cyst ของ E.histolytica	กระบังลมข้าง ขวายกสูงและมี ของเหลวในเยื่อ หุ้มปอดข้างขวา	โพรงฝีขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 4 ซม. ในตับกลีบ ขวา
รายที่ 5	19,400	ให้ผลบวก	หนองขุ่นข้นปน เลือด	กระบังลมข้าง ขวายกสูงและมี ของเหลวในเยื่อ หุ้มปอดข้างขวา	พบโพรงฝี 2 โพรง ขนาด 2 ซม. ใน quadrate lobe และ 3.7 ซม. ใน postero-superior segment ของตับ กลีบขวา
รายที่ 6	30,400	ให้ผลบวก	หนองสีกะปิ	กระบังลมข้าง ขวายกสูงและมี ของเหลวในเยื่อ หุ้มปอดข้างขวา	โพรงฝีขนาด 7.8 x 6.5 ซม. ในตับกลีบขวา
รายที่ 7	27,000	ให้ผลบวก	หนองสีกะปิ	ปกติ	โพรงฝีขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 6.7 ซม. ใน anterio superior segment ของตับ กลีบขวา

หนองออกด้วย เมื่อนั้นคงจะมีข้อยุติในปัญหาที่ถกเถียงกันอยู่

สรุป

การตรวจจุลจากระและหน้าที่ของตับ (liver profile) ไม่ช่วยในการวินิจฉัยฝีบิดในตับของเด็ก การถ่ายภาพรังสีของทรวงอก (chest X-ray) และอัลตราซาวด์ของช่องท้องส่วนบน และการตรวจน้ำเหลืองสำหรับ anti E. hist. มีส่วนสำคัญมากในการวินิจฉัย ดังนั้นเรามีความเห็นว่าผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการปวดท้องข้างขวาส่วนบน และไข้สูงทุกราย ควรจะได้รับการทำอัลตราซาวด์ของช่องท้องส่วนบนทุกราย เพื่อจะหาความผิดปกติในตับ ด้วยขบวนการเหล่านี้คงจะทำให้เราสามารถค้นพบฝีบิดของตับในเด็กและช่วยชีวิตได้มากขึ้น แทนที่จะพบจากการผ่าศพเหมือนในอดีต นอกจากนี้ อัลตราซาวด์ยังมีประโยชน์อย่างมาก ในการที่จะดูหนองจากโพรงของฝีบิดได้ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์มงคล จิตวัฒนากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ที่ได้อนุญาตให้นำรายงานนี้ออกเผยแพร่

เอกสารอ้างอิง

1. จำลอง หรินสุต. การศึกษาโรคฝีมีบิดของตับในผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พ.ศ.2494), คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

2. McCarty E, Wash T, Pathmanand C, Sunakorn P. Amoebic liver abscess in children : a case study of a 21 month - old Thai child and a literature review. Am J Dis Child 1973 ; 126 : 67-70.
3. ศิริวรรณ ศิริกวิน และคณะ. ฝีบิดมีบิดในตับของเด็ก. รามาธิบดีเวชสาร 2526 ; 1 : 48-51.
4. ประดิษฐ์ ดัณสุรต. การวินิจฉัยโรคฝีมีบิดของตับในเด็ก. สารศิริราช 2510 ; 19 : 67-70.
5. Joseph WL, Kahn AM, Longmire WP. Pyogenic liver abscess. Am J Surg 1968 ; 115 : 63-68.
6. Ranson JHC, Madayag MA, Localio SA, et al. New diagnostic and therapeutic techniques in the management of pyogenic liver abscess. Ann Surg 1975 ; 181 : 508-518.
7. McFadzean AJS, Chang KPS, Wong CC. Solitary pyogenic abscess of the liver treated by closed aspiration and antibiotics. Br J Surg 1953 ; 41 : 141-152.
8. Vachon L, Diamant MJ, Stanley P. Percutaneous drainage of hepatic abscesses in children. J pediatric Surg 1986 ; 21 : 366-368.
9. Wadlington WB, Faber R, O'Neil JA Jr. Recent experience with hepatic amebiasis, successful treatment with metronidazole. Clin Pediatr 1975 ; 14 : 163-170.
10. Henn RM, Collin DB. Amebic abscess of the liver, treatment failure with metronidazole. JAMA 1973 ; 224 : 1394-1395.