

ถุงน้ำเดี่ยวของตับโดยกำเนิดซึ่งทำให้เกิด อาการ : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

กฤษณา วรางพงษ์ศรี พ.บ.*

คุณวุฒิ วรางพงษ์ศรี พ.บ.**

ปิ๋ว วุฒิจริยากุล พ.บ.,ว.ว. (辭職กรรมทั่วไป)**

Abstract : Symptomatic Congenital Solitary Cyst of the Liver : Report of 3 Cases.

Varangphongsri KR*, Varangphongsri KO**, Vuthijariyakul P.**.

*Department of Medicine, **Department of Surgery, Ban Pong Hospital, Ratchaburi, Thailand.

Reg 7 Med J 1990 : 9 : 123-131

Three cases of symptomatic solitary cyst of the liver were reported. All cases were women age of 60, 58 and 64 years respectively. Each case had an abdominal mass which revealed by the ultrasonogram to be a large well circumscribed anechoic mass in the liver. The first two cases presented with acute severe abdominal pain due to intracystic hemorrhage while the last one presented with obstructive jaundice.

Surgical treatment of the first case was partial excision of the cyst with external drainage. On microscopic study the cyst was found to be lined by a single cuboidal cell which confirmed its congenital origin. The second case denied operative treatment. The third case was found at laparotomy to have coincident gastric malignancy with metastasis to suprapyloric nodes, causing compression upon the common bile duct and more obstructive jaundice was resulted, so only cyst aspiration and gastrojejunostomy were performed.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วย 3 ราย ที่มีถุงน้ำเดี่ยวขนาดใหญ่ในตับ ทั้ง 3 รายล้วนเป็นผู้หญิงสูงอายุ (58-64 ปี) ทุกรายได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ พบว่ามีถุงน้ำในตับขนาดใหญ่ 2 รายแรกมีอาการปวดท้องรุนแรงเนื่องจากตกเลือดในถุงน้ำ ร่วมกับการตรวจพบก้อนในช่องท้อง รายแรกให้การรักษาโดยการเจาะถุงน้ำและผ่าตัดเอาผนังส่วนใหญ่ของถุงน้ำออก ร่วมกับการระบายออกสู่ภายนอกช่องท้อง ผลชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นถุงน้ำแต่กำเนิดจริง รายที่สอง ได้เจาะถุงน้ำออก อาการดีขึ้นแล้วก้อนก็โตขึ้นอีก แต่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการผ่าตัด รายที่สาม มีก้อนในท้องร่วมกับอาการดีซ่านเล็กน้อยมา 5 ปี ระยะหลังอาการดีขึ้นเป็นมากขึ้น เมื่อผ่าตัดก็พบว่ามีมะเร็งของกระเพาะอาหาร (ผลชิ้นเนื้อเป็นलिम्โฟมา) ร่วมด้วย จึงทำเพียงแค่เจาะถุงน้ำและต่อลำไส้เข้ากับกระเพาะอาหารเท่านั้น

* กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี 70110

** กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี 70110

บทนำ

โรคถุงน้ำของตับ มีรายงานในวารสารการแพทย์ครั้งแรกโดย Michel ในปี ค.ศ. 1956^{1,2} และต่อมา Moschowitz ในปี ค.ศ. 1906^{1,3,4,5} ได้อธิบายกลไกการเกิดโรคนี้ไว้และมีการศึกษาในเวลาต่อมาจนเป็นที่เข้าใจกันแพร่หลายในปัจจุบัน โรคถุงน้ำของตับ อาจจำแนกได้หลายแบบ เช่น แบ่งตามพยาธิกำเนิดว่าเป็นมาแต่กำเนิด (congenital) หรือเกิดขึ้นภายหลัง (acquired) หรือแบ่งตามสาเหตุโดยถือ parasite เป็นหลักได้ดังนี้^{3,4,5,6,7,8}

1. **Parasitic cyst** เกิดจากพยาธิ *Ecchinococcus granulosus* ทำให้เกิด hydatid cyst และพยาธิใบไม้ในตับ *Opisthorcis viverrini* ทำให้เกิดถุงน้ำเดี่ยวของตับ

2. Nonparasitic cyst แยกออกเป็น

2.1 *Congenital cyst* อาจเป็น solitary unilocular, solitary multilocular, multiple cyst, polycystic disease

2.2 *Traumatic cyst*

2.3 *Inflammatory cyst* อาจเป็นชนิด specific เช่น T.B. หรือ nonspecific ก็ได้

2.4 *Neoplastic cyst* เช่น cystadenoma, dermoid, teratoma

ในประเทศที่พัฒนาแล้วและไม่ใช่ endemic area ของพยาธิดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าถุงน้ำของตับที่พบเกือบทั้งหมดเป็นมาโดยกำเนิด⁵

Congenital liver cyst เกิดจากความล้มเหลวในการเจริญเติบโตของโครงสร้างที่เป็นท่อของตับในระยะที่ยังเป็น embryo อยู่ ในที่นี้จะกล่าวถึง congenital solitary cyst ของตับ หรือ simple cyst

Simple cyst หรือถุงน้ำเดี่ยวของตับ แต่ก่อนมักพบโดยบังเอิญในขณะที่ผ่าตัดช่องท้องหรือในการตรวจศพ⁵ ปัจจุบันเราพบบ่อยขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์โดยการตรวจช่องท้องด้วยอัลตราซาวด์และ CT scan ส่วนใหญ่จะพบถุงเดี่ยว แต่อาจพบมากกว่าหนึ่งถุงก็ได้ โดยมากมักมีขนาดเล็กและไม่ก่อให้เกิดอาการแต่อย่างใด มีน้อยรายที่เกิดอาการโดยตัวของมันเอง ซึ่งมักจะเป็นถุงน้ำขนาดใหญ่ เส้นผ่าศูนย์กลางเกิน 10 ซม.⁴ และมักพบในวัยกลางคน

ขึ้นไป (40-60 ปี)^{1,2,4,9,10} พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 4-5 เท่า^{1,3,5,7,10} ประมาณ 2% พบในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี² ตำแหน่งที่พบบ่อยก็คือตับกลีบขวาพบบ่อยกว่าตับซ้าย^{3,4} พบบ่อยที่ตับกลีบขวาเป็นสองเท่าของตับกลีบซ้าย โดยมากจะพบที่ด้านหน้าล่างของตับกลีบขวา⁷ ถุงน้ำอาจอยู่ที่ตับกลีบใดกลีบหนึ่งหรืออยู่ทั้งสองกลีบก็ได้ถ้ามีขนาดโตมาก บางรายจะพบเป็นชนิดมีขี้ผึ้ง ส่วนใหญ่ถุงน้ำที่พบจะเป็น unilocular cyst มีเพียง 10% เท่านั้นที่พบเป็นชนิด multilocular cyst ของเหลวภายในถุงน้ำเป็นได้หลายแบบ^{2,4,7} อาจมีลักษณะใส ขุ่นเล็กน้อย เป็นเมือกหรือมีลักษณะคล้ายน้ำมัน คล้ายเลือด หรือมีสีของน้ำดีก็ได้ ถ้านำน้ำไปตรวจจะพบ albumin, cholesterol, blood cells, mucin, epithelial debris และ bilirubin ได้

อาการและอาการแสดง^{1,2,3,4,5,7} ผู้ป่วยที่มีถุงน้ำเดี่ยวของตับขนาดใหญ่ จะมีอาการไม่เฉพาะเจาะจง มักมีอาการปวดท้องตื้อ ๆ บริเวณลิ้นปี่และใต้ชายโครงขวา แน่นท้อง มีก้อนในท้องคลื่นไล่ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมลง หายใจไม่สะดวก ตรวจร่างกายจะพบ ตับโต ผิวเรียบ เคาะที่บริเวณเคลื่อนตามการหายใจ อาการดีซ่านพบได้น้อย ทั้งหมดเกิดจากการที่มีสิ่งกีดขวาง (space taking lesion) เบียดกดต่ออวัยวะในช่องท้องส่วนบน ได้แก่กระเพาะอาหารและบริเวณชายปอดรวมทั้งตัวตัวเอง ที่ตับทำให้เกิดการยืดของ liver capsule และการดึงรั้งของ liver ligament ทำให้เกิดอาการปวดตื้อ ๆ อยู่ตลอดเวลา⁶

โรคและภาวะที่ต้องวินิจฉัยแยกได้แก่ มะเร็งของตับ ฝืนตับ ถุงน้ำดีอักเสบ โรคกระเพาะอาหารไม่ย่อย เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับประวัติ การตรวจร่างกาย การมีไข้ และการติดเชื้อร่วมด้วยหรือไม่

ถุงน้ำในตับแต่กำเนิดทุกรูปแบบ มีโอกาสเกิดมะเร็งได้แม้จะพบไม่บ่อย ได้แก่ adenocarcinoma, squamous cell carcinoma¹ ก็เคยพบได้

การรักษาของ symptomatic solitary liver cyst ก็คือการผ่าตัดเท่านั้น วิธีการผ่าตัด ทำได้หลายแบบขึ้นกับขนาด ตำแหน่ง ความสัมพันธ์กับโครงสร้างที่สำคัญ เช่น portal vein และมีการติดเชื้อร่วมด้วยหรือไม่

การผ่าตัด^{1,3,4,5,6,7,9}

(1) *Total excision* หากถุงน้ำดีอยู่ที่ตับกลีบใดกลีบหนึ่ง เพียงกลีบเดียว การตัดเอาออกให้หมดเป็นวิธีที่ดีที่สุด อาจทำได้โดย enucleation หรือ hepatic resection แล้วแต่ความเหมาะสม

(2) *Internal drainage* เหมาะในรายที่ของเหลวภายในถุงน้ำดีติดสีน้ำตาล การผ่าตัดนิยมทำ Roux-en-Y cystojejunostomy

(3) *Wide unroofing of cyst with or without external drainage* เป็นวิธีที่มีผู้ใช้รักษาและรายงานว่าได้ผลดีและปลอดภัยกว่าวิธีเดิม และสามารถใช้ได้แม้ในรายที่ของเหลวภายในถุงน้ำดีติดสีน้ำตาล (bile stained)

Nonparasitic (congenital) solitary cyst of liver เป็นพยาธิสภาพที่พบไม่บ่อยในบ้านเรา สำหรับประเทศไทย นายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วัตน์ ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย เมื่อ พ.ศ. 2495¹¹ นายแพทย์ไวยพจน์ โกษาคกร และนายแพทย์เกษม ลิ้มวงศ์ รายงานผู้ป่วย 2 ราย เมื่อ พ.ศ. 2512¹² นายแพทย์ระเบียน ฤกษ์เกษม และนายแพทย์อนันต์ ไทนุสิน รายงานผู้ป่วย 1 ราย เมื่อ พ.ศ. 2515¹⁰ นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์ รายงานผู้ป่วย 3 ราย เมื่อ พ.ศ. 2517⁷ ถึงแม้โรคนี้จะพบไม่บ่อยนักก็ตาม แต่แพทย์ผู้รักษาอาจพบปัญหาได้ ถ้าไม่คุ้นเคยพอกับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

คณะผู้รายงานขอเสนอประสบการณ์การรักษาผู้ป่วย 3 ราย ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง มาเพื่อประโยชน์ในการศึกษาสำหรับท่านผู้สนใจ ดังต่อไปนี้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี อาชีพเลี้ยงโคนม รับไว้ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2530 H.N. 6243-30

อาการสำคัญ ปวดท้อง จุกแน่น มา 2 สัปดาห์

ประวัติปัจจุบัน เคยได้รับการรักษาโรคกระเพาะตลอดเวลา 30 ปี โดยมีอาการปวดท้องบ่อย บางครั้งมีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย อาการดังกล่าวเป็น ๆ หาย ๆ เรื่อยมา ผู้ป่วยเคยถูกวั่งชนบริเวณท้องสองครั้ง ครั้งแรกเมื่อหลาย

ปีก่อน ครั้งหลังเมื่อ 1 ปีก่อน 3-4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยสังเกตว่าท้องโตขึ้น มีก้อนในท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา เวลาตกจะเจ็บเล็กน้อย อ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อยลง และผอมลง

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดจุกแน่นท้องเป็นมากขึ้น

2 สัปดาห์ก่อนเกิดอาการปวดท้องรุนแรงเจ็บพาลันจนหมดสติ จุกแน่น หายใจไม่สะดวก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง นาน 11 วัน ก็ทุเลาปวดและกลับไปอยู่บ้านได้ 2-3 วัน ก็มีอาการปวดท้องอีกจึงมาโรงพยาบาลบ้านโป่ง

การตรวจร่างกายแรกพบ vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ (clinical course ในโรงพยาบาลในวันต่อ ๆ มาพบว่า มีไข้ต่ำ ๆ) ลักษณะทั่วไปผอม น้ำหนักตัว 35 กิโลกรัม ชีตเล็กน้อย ไม่มีไข้ ไม่มีดีซ่าน ไม่บวม ไม่หอบเหนื่อย การตรวจหน้าท้องและทรวงอกพบว่าทรวงอกซีกขวานูนสูงกว่าซีกซ้าย (prominence of right hemithorax) มองเห็นก้อนนูนที่ใต้ชายโครงขวาเคลื่อนตามการหายใจ ผิวของก้อนเรียบตึง ขนาด 1 F.B. ต่ำจากขอบชายโครงขวา การตรวจระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ

(1) *Routine lab* : Hct 28%, WBC 7,800/cu.mm. (N 83%, L 12%, E 1%, M 4%) การตรวจปัสสาวะปกติ การตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิ

(2) *Liver function test* : alb/glob = 3.1/3.5 mg%, TB/DB = 0.8/0.4 mg%, SGOT/PT = 125/210 Sig.U., alk.phos. = 210 I.U.

(3) *การตรวจทางน้ำเหลืองของ E. histolytica* และ liver fluke ให้ผลลบทั้งสองอย่าง

(4) *Film chest* : Marked elevation of right dome of diaphragm. (รูปที่ 1 A)

(5) *Film abdomen* : Hepatomegaly.

(6) *Ultrasound upper abdomen* : Anechoic mass right lobe of liver, 13.3 cm. in diameter. (รูปที่ 1 B) การวินิจฉัยขั้นต้น ถุงน้ำดีขนาดโตของตับ การรักษา ทำการเจาะเข้าไปในก้อนที่ตับ ได้ของเหลว

ลักษณะเป็นน้ำเลือดเก่าประมาณ 700 ซีซี ไม่มีกลิ่น ตรวจทางจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อแบคทีเรีย หรือ *E. histolytica* พบเม็ดเลือดขาวเพียงเล็กน้อยแต่มีเม็ดเลือดแดงมากมาย ตรวจหา occult blood ได้ผล 4+ ตรวจหาน้ำดีได้ผลลบ การเพาะเชื้อแบคทีเรียให้ผลลบ หลังการเจาะตับแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก ตรวจอัลตราซาวด์พบว่าถุงน้ำมีขนาดเล็กลงเป็นที่พอใจ คลำหน้าท้องไม่พบก้อน ไม่เจ็บ ผู้ป่วยกลับบ้านได้หลังจากอยู่โรงพยาบาลนาน 9 วัน ได้นัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ต่อมา พบว่าก้อนที่ตับโตขึ้นมาก จนมีขนาดใกล้เคียงกับเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ส่งตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำ พบว่าถุงน้ำซึ่งแต่เดิมเห็นเป็นช่องเดียวนั้นเกิดมีผนังกันเห็นแยกเป็น 2 ช่อง ได้รับไว้ในแผนกศัลยกรรม (รูปที่ 1 C)

การผ่าตัด พบว่าถุงน้ำแยกออกเป็นสองส่วนโดยมีผนังกัน ส่วนที่เล็กกว่ามีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 ซม. ภายในมีของเหลวใสประมาณ 200 ซีซี ส่วนช่องที่ใหญ่กว่ามีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 15 ซม. อยู่ที่บริเวณ antero-inferior surface ของตับ ภายในมีของเหลวสีเทาปนน้ำตาลประมาณ 700 ซีซี ศัลยแพทย์ได้ทำการตัดถุงน้ำดี ตัดผนังของช่องใหญ่แล้วเย็บแบบ continuous ได้ทำ partial excision ของผนังกันและ external drainage

การดำเนินโรค หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาการดีขึ้นโดยลำดับ ในวันที่ 4 หลังผ่าตัดได้ดื่งที่ระบายออก วันที่ 9 หลังผ่าตัดได้ตัดไหม แผลหายดี และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัด ได้พบผู้ป่วยโดยบังเอิญในเวลา 2 ปีต่อมา สอบถามดูแล้วผู้ป่วยอยู่สบายดีและไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องก้อนในท้องอีก

จุลลักษณะของถุงน้ำ ผนังของถุงน้ำบุด้วยเซลล์ชั้นเดียว (single cuboidal epithelium) ไม่พบพยาธิ

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 58 ปี อาชีพ ทำนา รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2531 H.N. 43249-31

อาการสำคัญ ปวดท้องเฉียบพลัน จุกแน่นลิ้นปี่ เจ็บบริเวณใต้ชายโครงขวา หายใจไม่สะดวก

ประวัติปัจจุบัน เริ่มมีอาการปวดท้องเมื่อเวลาประมาณ ตีสี่ของเช้าวันที่มาโรงพยาบาล เวลาเอี้ยวตัวจะเจ็บมากขึ้น รับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติได้รับอุบัติเหตุของช่องท้องมาก่อน ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการปวดท้อง จุกเสียดแน่นท้องเรื้อรังมาก่อน และเนื่องจากผู้ป่วยอ้วนมากจึงไม่ได้สังเกตว่ามีก้อนในท้องหรือไม่

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกายเพิ่มจาก 37.3 องศาเซลเซียส เมื่อแรกรับเป็น 40 องศาเซลเซียส ในตอนเย็นวันเดียวกัน ชีพจร 140 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 170/120 มม.ปรอท รูปร่างอ้วนมาก น้ำหนัก 75 กิโลกรัม หายใจหอบเล็กน้อย ไม่ขีด ตัวไม่เหลือง มีอาการกระสับกระส่ายเล็กน้อย การตรวจหน้าท้องพบตับโตประมาณ 3 F.B. ต่ำจากชายโครงด้านขวา ขอบเรียบ ผิวเรียบ firm consistency กดเจ็บเล็กน้อย การตรวจระบบอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ

การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ

(1) Routine lab : Hct 40%, WBC 10,900/cu.mm. (N 92%, L 5%, M 3%) การตรวจปัสสาวะปกติ การตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิ

(2) Liver function test อยู่ในเกณฑ์ปกติ

(3) การตรวจทางน้ำเหลือง ของ *E. histolytica* ให้ผลลบ

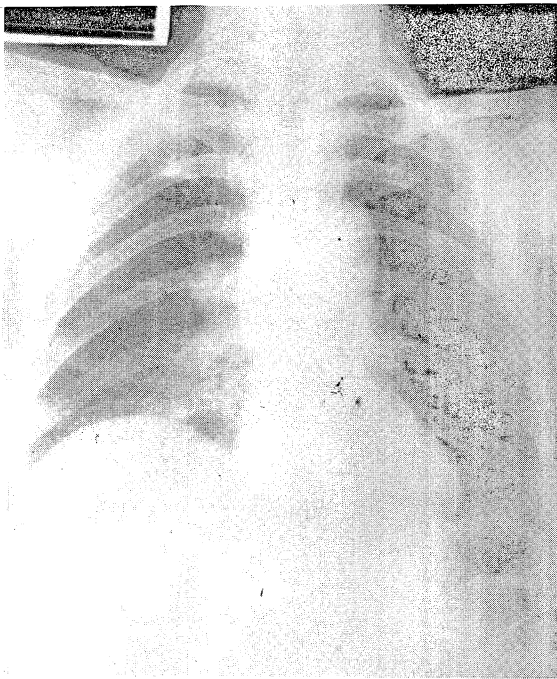
(4) Film chest : Marked elevation of right diaphragm. (รูปที่ 2 A)

(5) Film abdomen : Hepatomegaly

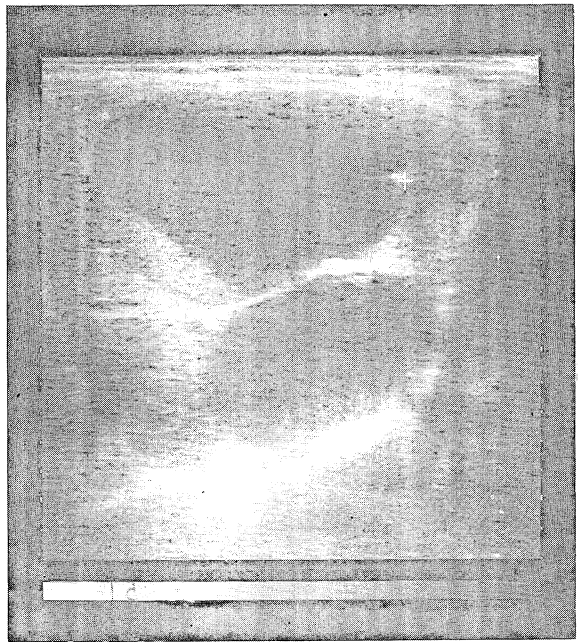
(6) Ultrasound upper abdomen : Anechoic mass right lobe of liver 12.6 × 12.3 cm. (รูปที่ 2 B)

การวินิจฉัยขั้นต้น ฝืนดับกลีบขวา

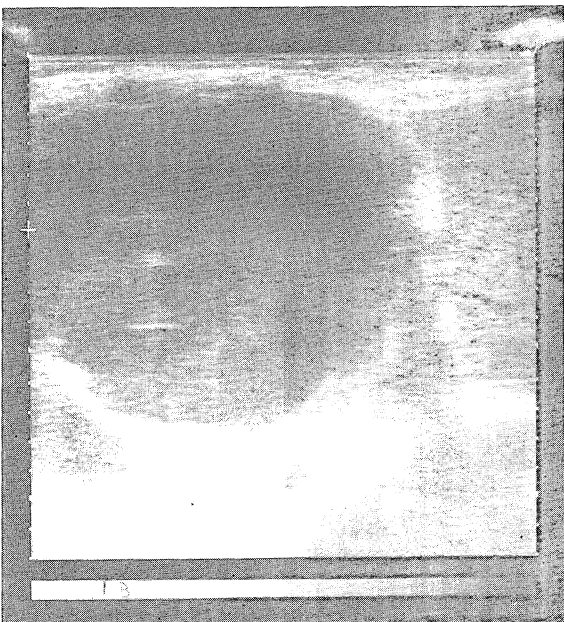
การรักษา ทำการเจาะตับได้ของเหลวสีน้ำตาล ลักษณะเป็นเลือดกลางเก่ากลางใหม่ ประมาณ 1,800 ซีซี ไม่มีกลิ่น ตรวจพบว่ามี ถ.พ. 1,020 นับเซลล์ได้ 150,600 เซลล์/ลบ.มม. เป็นเม็ดเลือดแดง 3+ เม็ดเลือดขาว 1+ อัลบูมิน 2.5 กรัม% ย้อมแกรมไม่พบเชื้อแบคทีเรีย การเพาะเชื้อแบคทีเรียให้ผลลบ ตรวจน้ำเหลืองหา *E. histolytica* ให้ผลลบ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยจึงเป็นถุงน้ำเดี่ยวของ



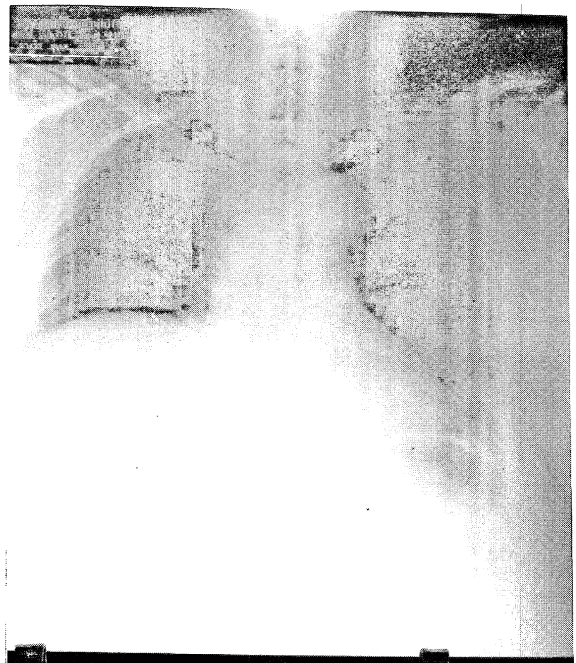
รูปที่ 1 A ผู้ป่วยรายแรก ภาพรังสีทรวงอกแสดง
กระบังลมด้านขวาถูกยกสูงขึ้นมาก



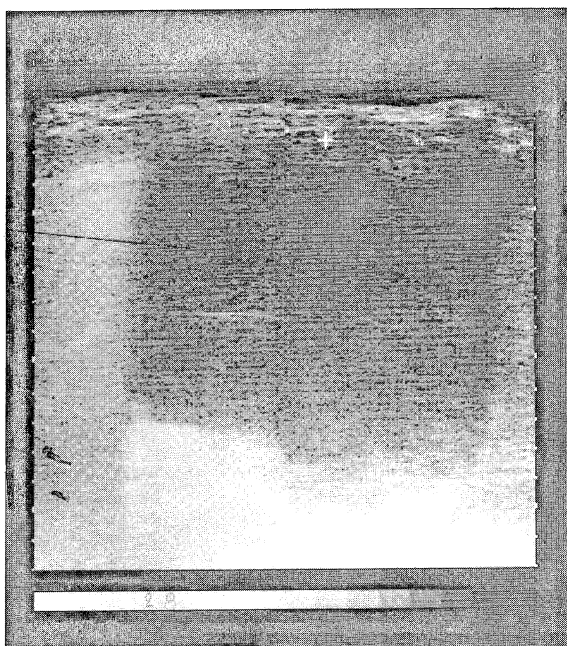
รูปที่ 1 B ผู้ป่วยรายแรก ภาพอัลตราซาวด์ของช่องท้อง
ก่อนการเจาะตับ แสดงถุงน้ำขนาดใหญ่
เส้นผ่าศูนย์กลาง 13.3 ซม.



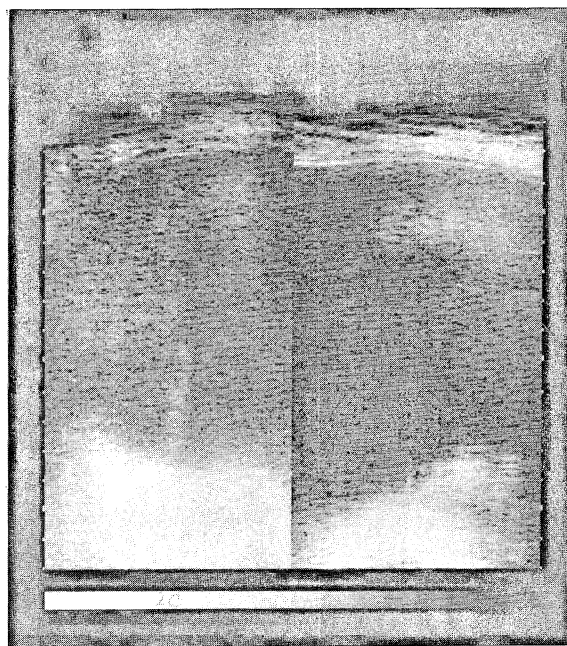
รูปที่ 1 C ผู้ป่วยรายแรก ภาพอัลตราซาวด์ของช่องท้อง
หลังการเจาะตับแสดงถุงน้ำมีผนังกัน (bilocu-
lar cyst)



รูปที่ 2 A ผู้ป่วยรายที่ 2 ภาพรังสีทรวงอกแสดงกระบังลม
ด้านขวาถูกยกสูงขึ้นมาก



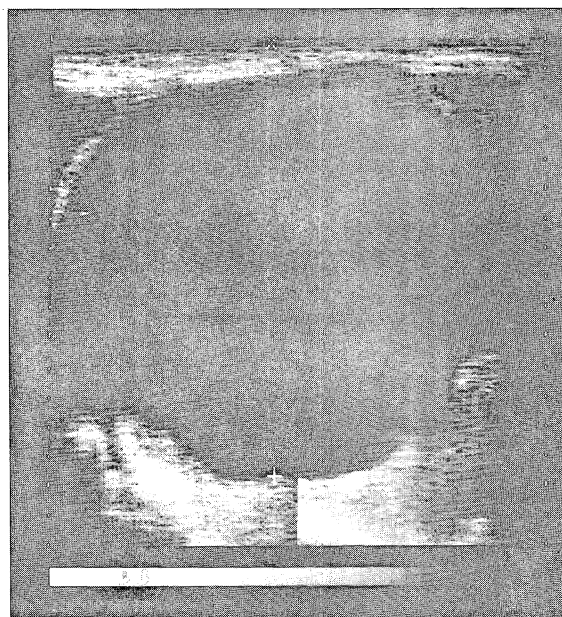
รูปที่ 2 B ผู้ป่วยรายที่ 2 ภาพอัลตราซาวด์ของช่องท้อง
ในการ admit ครั้งแรก แสดงถุงน้ำใหญ่
ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 12.6 ซม.



รูปที่ 2 C ผู้ป่วยรายที่ 2 ภาพอัลตราซาวด์ของช่องท้อง
ในการ admit ครั้งที่สองแสดงถุงน้ำมีขนาดโต
เกือบเต็มตับ วัดขนาดไม่ได้



รูปที่ 3 A ผู้ป่วยรายที่ 3 ภาพรังสีทรวงอกแสดงกระบังลม
ด้านขวาถูกยกสูงเล็กน้อย



รูปที่ 3 B ผู้ป่วยรายที่ 3 ภาพอัลตราซาวด์ของช่องท้อง
แสดงถุงน้ำในตับมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง
14.6 ซม.

ตับและมีเลือดออกเข้าไปในถุง หลังการเจาะตับแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อนยุบลงดี หายปวดท้อง 1 สัปดาห์หลังการเจาะตับ ได้ตรวจอัลตราซาวนด์พบว่าขนาดของถุงน้ำเล็กลงเป็นที่น่าพอใจ เส้นผ่านศูนย์กลางลดลงจาก 12.6 ซม. เหลือเพียง 8.4 ซม. ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดและขาดการติดต่อไปหลังจากกลับบ้านแล้ว

การดำเนินโรค 5 เดือนต่อมา ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งด้วยโรคปวดข้อเข้า แพทย์จึงมีโอกาสดำเนินการตรวจอัลตราซาวนด์ช่องท้องของผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งหนึ่ง พบว่าถุงน้ำมีขนาดโตขึ้นกว่าเดิมมากโดยโตเกือบเต็มตับ (รูปที่ 2 C) แต่เป็นที่น่าประหลาดใจที่ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องก้อนในท้องมากนัก ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการบวม กดบวม ที่บริเวณหลังเท้าและหน้าแข้งร่วมด้วย ผลการตรวจ serum albumin = 4.1 mg% ได้แนะนำให้รับการรักษาแต่ผู้ป่วยยังคงปฏิเสธ

ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 64 ปี อาชีพ รับจ้าง รับไว้ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง เมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2532 H.N. 36542-32

อาการสำคัญ ตาเหลือง ตัวเหลือง เสียชยาโครทางด้านขวามา 3-4 เดือน

ประวัติปัจจุบัน 5 ปีก่อน สังเกตพบว่ามีอาการตาเหลือง ตัวเหลืองเล็กน้อยและมีก้อนในท้องใต้ชายโครงขวา มาตรวจที่โรงพยาบาลบ้านโป่งและได้ตรวจเลือดหาหน้าที่ของตับ พบมีลักษณะของ obstructive jaundice (TB/DB = 3.6/1.8 mg%, SGOT/PT = 105/139 Sig.U., alk. phos. 122 I.U.) ตลอดระยะเวลา 5 ปี ผู้ป่วยยังคงมีอาการเหลืองเล็กน้อยร่วมกับคลำก้อนใต้ชายโครงขวา

3-4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการดีขึ้นเป็นมากขึ้น บัสสาวะสีเข้ม อ่อนเพลีย เสียชยาโครขวา ปวดหลัง บ่อยอาหาร ไม่มีแรง ผอมลงมาก

ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นครั้งคราว แต่ไม่ติดเหล้า

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิ 37.3 องศา

เซลเซียส (clinical course ในโรงพยาบาลวันต่อ ๆ มา มีไข้ขึ้นสูงปานกลาง) ชีพจร 112 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน 110/80 มม.ปรอท รูปร่างสมส่วน (น้ำหนัก 50 กิโลกรัม) ไม่ซีด ไม่มีไข้ การตรวจพบเหลืองปานกลาง เหลือ บวม ไม่หอบ การตรวจหน้าท้องพบตับโตขนาด 3 F.B. ผิวเรียบ firm consistency เจ็บเล็กน้อย ม้ามไม่โต คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตเล็กน้อย การตรวจระบบอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ

การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ

(1) Routine lab : Hct 39%, WBC 6,200/cu.mm. (N 81%, L 19%) ผลการตรวจปัสสาวะ พบน้ำตาลและน้ำดี ผลการตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิ

(2) Blood chemistry : FBS 231 mg%, BUN 6.6 mg%, Cr 1.7 mg%

(3) Liver function test : TB/DB = 17.2/13.2 mg%, alb/glob = 2.4/3.1 mg%, SGOT/PT = 80/94 Sig.U., alk phosp. 165 I.U.

(4) Film chest : Mild elevation of right hemidiaphragm (รูปที่ 3 A)

(5) Film abdomen : Hepatomegaly

(6) Ultrasound upper abdomen : Anechoic mass right lobe of liver 12.9 × 14.6 cm. (รูปที่ 3 B)

การวินิจฉัยขั้นต้น Large solitary cyst of liver with obstructive jaundice and D.M.

การผ่าตัด พบว่ามีถุงน้ำขนาดใหญ่ในตับ และพบมะเร็งของกระเพาะอาหารซึ่งแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง โตไปกดท่อทางเดินน้ำดีร่วม การรักษาจึงทำเพียงแค่การดูดน้ำออกจากถุงน้ำที่ตับและทำผ่าตัด gastrotomy ให้เท่านั้น

การดำเนินโรค หลังผ่าตัดอาการดีขึ้นลดลงบ้าง ได้แนะนำให้รับการรักษาด้วยโลหิตวิทยาต่อไป ผู้ป่วยไม่ได้กลับมาติดต่ออีก

จุดลักษณะของต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองที่ได้จากบริเวณใกล้กับมะเร็งของกระเพาะอาหารตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าเป็น lymphoma

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายแรกได้รับการกระแทกบริเวณท้องจากวัวที่เลี้ยงวิ่งมาชน ทำให้ถุงน้ำเกิดแตกเลือดภายในจึงมีอาการมากขึ้นในช่วง 3-4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล การรักษา ก็เริ่มจากการเจาะก่อนเมื่อไม่หายจึงทำการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธี unroofing and external drainage ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาของผนังถุงน้ำเป็น single cuboidal epithelium ประกอบกับการไม่พบตัวพยาธิทั้งทางการตรวจน้ำเหลือง และการตรวจชิ้นเนื้อ เป็นสิ่งยืนยันว่าถุงน้ำในผู้ป่วยรายนี้เป็น solitary nonparasitic bilocular cyst of liver

ผู้ป่วยรายที่สอง ก่อนที่โตนั้นมีอาการรุนแรงขึ้นเนื่องจากมีการแตกเลือดในถุงน้ำ เมื่อให้การรักษาโดยการเจาะน้ำออก อาการก็ทุเลา น่าเสียดายที่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้ตรวจไม่พบปฏิกิริยาทางน้ำเหลืองต่อเชื้อ *E. histolytica* การเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ของผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าอักเสบนั้น เป็นเรื่องแปลกที่ผู้ป่วยไม่แสดงอาการอักเสบ และผลการทำงานของตับ ค่า serum albumin = 4.1 mg% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แม้ว่าเนื้อตับปกติจะถูกถุงน้ำเบียดไปมากก็ตาม อาการกดปุ่มที่หน้าแข็งและหลังเท้าของผู้ป่วยน่าจะเกิดจากถุงน้ำที่โตไปเบียดเส้นเลือดดำใหญ่ในช่องท้อง

ผู้ป่วยรายที่สาม มีอาการติชานเล็กน้อยร่วมกับก้อนในท้องมานาน 5 ปี โดยผู้ป่วยไม่ได้มารับการตรวจรักษาอีก อาการทั้งสองยังคงมีอยู่ตลอด แต่ในช่วง 3-4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการของมะเร็งกระเพาะอาหารก็ปรากฏชัดเจนขึ้น และภาวะติชานที่เพิ่มมากขึ้นเกิดจากมะเร็งแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองทำให้มีการกดเบียดทางเดินของน้ำดีเพิ่มขึ้น การรักษาในผู้ป่วยรายนี้จึงทำแบบ palliative treatment คือเจาะถุงน้ำ กับทำ by pass กระเพาะอาหารให้ผลชิ้นเนื้อเป็น lymphoma และคงเป็น coincident ระหว่างถุงน้ำในตับ (benign) ร่วมกับมะเร็งกระเพาะอาหาร (malignant) ในผู้ป่วยคนเดียวกัน

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยที่มีถุงน้ำเดี่ยวขนาดใหญ่ในตับ 3 ราย ทุกรายมีอาการและหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องโดย

ตรงกับการที่มีถุงน้ำในตับ ทั้ง 3 รายเป็นหญิงวัยสูงอายุ มีอายุ 60 58 และ 64 ปี ตามลำดับ ถุงน้ำในผู้ป่วยรายแรก วัดเส้นผ่าศูนย์กลางได้ 13.3 ซม. และเป็นชนิดมีผนังกัน (bilocular cyst) รายที่สองมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 12.6 ซม. ในครั้งแรก อีก 5 เดือนต่อมาหลังการเจาะถุงน้ำแล้วขนาดของถุงน้ำโตขึ้นเกือบเต็มตับ ผู้ป่วยรายสุดท้าย วัดเส้นผ่าศูนย์กลางของถุงน้ำได้ 14.6 ซม. ผู้ป่วย 2 รายหลังถุงน้ำเป็นชนิด unilocular cyst ผู้ป่วยทั้งสามราย ล้วนมีอาการของก้อนในช่องท้องได้ขยายโครงขวาวบริเวณลิ้นปี่ สองรายแรกมาโรงพยาบาลเนื่องจากอาการปวดท้องรุนแรงเฉียบพลันจากการแตกเลือดเข้าไปในถุงน้ำ รายสุดท้ายมาโรงพยาบาลเนื่องจากการกำเริบของติชานซึ่งเป็นมานาน 5 ปีแล้ว จากการตรวจทางพยาธิวิทยาสรุปได้ว่าถุงน้ำในผู้ป่วยรายแรกเป็นมาโดยกำเนิด คณะผู้รายงานมีความเชื่อว่าถุงน้ำในตับของผู้ป่วยอีก 2 รายนั้นเป็นมาโดยกำเนิดด้วยเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์วรา โรจน-หัสติน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำอันมีค่าและสนับสนุนในการศึกษาผู้ป่วยทั้งสามราย รวมทั้งอนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ ขอขอบคุณแพทย์หญิงบังอร ล่ายองเสถียร รังสีแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และแพทย์หญิงผ่องผิว ลีละวัฒน์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี ที่ได้กรุณาตรวจอัลตราซาวด์ให้

เอกสารอ้างอิง

1. Keller SM, Goldfarb AB, Solitary nonparasitic liver cysts. Letter to the editor. New York State Journal of Medicine 1985 ; 85 : 95-96.
2. Athey PA, Lauderan JA, King DE. Massive congenital solitary nonparasitic cyst of the liver in infancy. J Ultrasound Med 1986 ; 5: 585-587.
3. Sianesi M, Farinon AM, Sacco M. Symptomatic non-parasitic congenital cysts of the liver. Int Surg 1982 ; 67 : 453-455.
4. Beker S. Cysts of the liver. In : Bockus HL. ed. Bockus Gastroenterology. Vol 5. 4 th ed. Tokyo : WB Saunders, 1985 : 3278-3280

5. Rashcd A, May RE, Williamson RCN. The management of large congenital liver cysts. *Postgrad Med* 1982 ; 58 : 536-541.
6. Litwin DEM, Taylor BR, Greig P, Langer B. Nonparasitic cysts of the liver, the case for conservative surgical management. *Ann Surg* 1987 ; 205 : 45-48.
7. อรุณ เฝ้าสวัสดิ์. ถุงน้ำเดี่ยวในตับ, รายงานผู้ป่วยสามราย ที่มีได้เกิดจากปรสิต. *สารศิริราช* 2517 ; 26 : 2094-2110.
8. Juttijudata P, Chiemchaisri C, Palavatana C, Churnratanakul S. Opisthorchiatic solitary intrahepatic cyst. *Surg Gynecol Obstet* 1985 ; 161 : 49-51.
9. Yokoyama T, Miyoshi N, Ichikawa T, Okita M. Solitary nonparasitic cyst of the liver in children, two cases of rapid enlarging cyst caused by minor abdominal injury. *Hiroshima Journal of Medical Sciences* 1984 ; 33 : 595-598.
10. ระเบียบ ฤกษ์เกษม, อนันต์ โทณุลิน. ถุงน้ำของตับชนิดที่ไม่ได้เกิดจากตัวพยาธิ. *นิตยสารของสมาคมวิทยาลัย ศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย* 2517 ; 17 : 40-51.
11. วิกิจ วีรานูวัตต์. Solitary nonparasitic cyst of liver. *สารศิริราช* 2495 ; 4 : 650-658.
12. ไวยพจน์ โกษาคาร, เกษม ลีม่วงศ์. Solitary nonparasitic cyst of liver. *สารศิริราช* 2512 ; 21 : 707-718.