

ถุงน้ำดีอักเสบ ประสพการณ์ 3 ปี (2533 - 2535) ที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

สนิท อาชีพสมุทร

Abstract : Retrospective study was done in 37 confirmed cholecystitis cases admitted to Prachuab Khirikhan Hospital during January 1, 1990 to December 31, 1992. The highest incidence was in middle aged female group. The common signs and symptoms were right upper quadrant abdominal pain or epigastric abdominal discomfort and anorexia, nausea, vomiting. The appropriate investigation was ultrasonography.

**Acute Cholecystitis at Prachuab Khirikhan Hospital.
Archeepsamut Sanit.
Prachuab Khirikhan Hospital, Prachuab Khirikhan.
Region 7 Medical Journal 1993 : 1 : 19-25**

บทคัดย่อ ได้ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบ 3 ปี ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 - 2535 จำนวน 37 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุวัยกลางคนขึ้นไป อาการและอาการแสดง มีปวดท้องใต้ชายโครงขวา ปวดท้องจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำ ๆ การทำ ultrasound ช่วยวินิจฉัยยืนยันโรคได้แม่นยำ

บทนำ

การอักเสบของถุงน้ำดี ส่วนใหญ่พบร่วมกับนิ่วในถุงน้ำดี¹ คนไข้ส่วนหนึ่งจะมีการอักเสบเกิดขึ้น ไม่มากเป็นครั้งคราว แล้วค่อย ๆ ลดอักเสบหายไปได้เอง² อีกส่วนหนึ่งจะเป็นกลุ่มที่มีอาการปัจจุบัน รุนแรง ปวดท้องทางด้านบนขวา ซึ่งอาจจะรวมไปกับโรคแทรกซ้อน เช่น เกิด gangrene, bile peritonitis, pancreatitis หรือ obstructive jaundice คนไข้ที่มีการอักเสบของถุงน้ำดีโดยไม่พบนิ่ว (acalculous cholecystitis) จะพบเป็นส่วนน้อย ประมาณ 2-10 %^{1,10} แต่โรคจะรุนแรงกว่ามักพบในเพศชาย สาเหตุที่

พบร่วมมักเป็นคนไข้ที่เคยทำผ่าตัด เคยถูก trauma เคยเป็น typhoid มีพยาธิ A. lumbricoides อดอาหารนาน ๆ คนไข้ที่อยู่หนึ่ง ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหว ดับอ่อนอักเสบ และมีจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด¹⁰

ถุงน้ำดีอักเสบ เป็นโรคที่ไม่พบบ่อย ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์^{1,2,3} โดยพบได้ประมาณ 1 ราย/เดือน (ตารางที่ 2) ซึ่งน้อยกว่าที่พบในต่างประเทศ¹ และที่พบในส่วนอื่น ๆ ของประเทศไทย^{2,3,4} แพทย์เฉพาะทางซึ่งมิใช่อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทั่วไป อาจให้การวินิจฉัยโรคผิดได้ ดังปรากฏในรายงานนี้ว่า ให้การ

วินิจฉัยถูก 37.83 % นอกนั้นวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ๆ อีก 10 โรค ลดหลั่นกันลงไป (ตารางที่ 1)

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทบทวนอุบัติ-
การณ์ อาการ อาการแสดง การชันสูตร การวินิจฉัยโรค

เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์บุคลากรทางการแพทย์ในภูมิภาค
นี้ได้ใช้เป็นเครื่องมือปรับปรุงการวินิจฉัย การดูแลรักษาคน
ไข้ให้แม่นยำยิ่งขึ้น

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก

จำนวนโรคที่ วินิจฉัย	การวินิจฉัย	จำนวนครั้ง	เปอร์เซ็นต์
1	Cholecystitis	14	37.83%
2	Abdominal pain cause ?	7	18.91%
3	Peptic ulcer	3	8.10%
4	Peptic ulcer perforation	2	5.40%
5	Appendicitis	2	5.40%
6	Angina pectoris	2	5.40%
7	Abdominal mass cause ?	2	5.40%
8	Pyrexia cause ?	2	5.40%
9	Septic shock	1	2.70%
10	Peritonitis cause ?	1	2.70%
11	Pancreatitis	1	2.70%

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาย้อนหลัง 3 ปี (1 ม.ค. 2533-31 ธ.ค. 2535) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ได้ 46 ราย คัดเลือกเอาเฉพาะรายที่มีการวินิจฉัยแน่นอน จากการ X-ray พบมี gall stone รายที่ได้รับการทำ ultrasound ได้ผลยืนยัน และรายที่มีการผ่าตัดพบมี cholecystitis คงเหลือรายงาน 37 ราย นำมาวิเคราะห์ต่อไป

ผลการศึกษา

1. เพศ พบว่า ผู้ป่วย cholecystitis จากการ
ศึกษานี้ เป็นเพศหญิง : ชาย 3.62 : 1 มีเพศหญิง 29 คน
เพศชาย 8 คน

ตารางที่ 2

เพศ			อายุ	
ชาย	หญิง	รวม	ช่วงอายุ	จำนวน
8	29	37	21-30	1
			31-40	3
			41-50	4
			51-60	12
			61-70	8
			71-80	7
			81-90	2

2. อายุ อายุส่วนใหญ่ อยู่ในวัยกลางคน ก่อนไปทางสูงอายุ (ตารางที่ 2) มีเพียงรายเดียวที่อายุน้อยคือ 22 ปี เป็นผู้ป่วย thalassemia ทำให้เกิด pigment stone ตั้งแต่อายุน้อย

3. ที่อยู่และอาชีพ ผู้ป่วย cholecystitic ส่วนใหญ่เป็นชาวชนบท มีเพียง 4 ราย ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมาจากเขต อ.บางสะพาน 11 ราย มากกว่าอำเภออื่น อาชีพที่พบมากเป็นอาชีพงานบ้าน 15 ราย ทำไร่ทำสวน 14 ราย รับจ้าง 4 ราย

4. เวลาที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลในเวลาราชการ 26 ราย นอกเวลาราชการ 11 ราย เป็น case ที่โรงพยาบาลชุมชน ส่งมา consult 8 ราย

5. เวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจะใช้เวลาอยู่รักษาต่อในโรงพยาบาลประมาณ 7-10 วัน (ตารางที่ 3) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดรักษาแบบประคับประคองจะอยู่รักษาในโรงพยาบาล 3 วันเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในรายที่มีโรคแทรก เช่น โรคหัวใจ ในรายที่มี bile peritonitis มีการ explore common bile duct ในราย acute acalculous cholecystitis ซึ่งมีการเน่าและทะลุของ gall bladder เหล่านี้ทำให้คนไข้อยู่โรงพยาบาลนาน 20-30 วัน มีอยู่ 1 รายเป็นผู้ป่วยอายุมาก นอนโรงพยาบาลนาน เพราะวินิจฉัยสาเหตุของอาการนำที่มาด้วยคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหารอ่อนเพลียไม่ได้ อยู่โรงพยาบาลจนวันที่ 8 จึงนำไปทำ ultrasound พบ gall stone ได้ทำผ่าตัด และนอนโรงพยาบาลอยู่นาน 22 วัน

6. อาการ

ก. Onset ส่วนใหญ่มีอาการเฉียบพลัน มาโรงพยาบาลหลังจากมีอาการปวดท้องไม่เกิน 1 วัน (16 ราย) ที่ช้าหน่อยระหว่าง 3 วัน ถึง 1 สัปดาห์ มักเป็นผู้ป่วยที่รักษาอาการอาหารไม่ย่อยโดยซื้อยากินเองหรือไปตาม clinic แพทย์ แล้วไม่หาย และมีอีกพวกหนึ่ง

ตารางที่ 3 ระยะเวลาที่อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล

จำนวนวัน	จำนวนราย
3 วัน	7
7 วัน	13
10 วัน	11
20 วัน	4
30 วัน	2

จำนวน 6 รายที่ทราบว่าเป็นนิ่วในถุงน้ำดี แต่กลับผ่าตัด พยายามหนีการผ่าตัดด้วยการรักษาประคับประคองมีช่วงเวลานาน 10 เดือน ถึง 2 ปี จึงต้องมาโรงพยาบาลทำผ่าตัดเพราะมีอาการปวดท้องซ้ำ ๆ หลายครั้ง

ข. อาการปวดท้อง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง (ตารางที่ 4) ซึ่งมักจะเป็นปวดท้องได้ชายโครงขวา หรือปวดจุดแน่นใต้ลิ้นปี่ มีอาการคลื่นไส้ และ/หรืออาเจียน เบื่ออาหารร่วมไปด้วย เว้น 2 รายที่เป็นคนไข้ angina pectoris และมี cholecystitis ด้วย ทำให้มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกมีผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น acute appendicitis เมื่อผ่าลงไปพบว่า appendix ปกติ เป็น cholecystitis จึงต้องขยายแผลผ่าตัด เพื่อทำ cholecystectomy ด้วย

ค. อาการไข้ นอกจากนี้อาจพบผู้ป่วย cholecystitis มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเป็นไข้อย่างเดียวโดยที่ไม่ได้ complain เรื่องปวดท้องเลย จนกว่าจะซักถามอาการละเอียดลงไป

ง. อาการเจ็บหน้าอก มีผู้ป่วย 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งทั้ง 2 ราย เป็น angina pectoris มาตรวจพบ gall stone หรือมา complain ว่าปวดท้องได้ชายโครงขวาภายหลัง

ตารางที่ 4 อาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

	อาการ	ความถี่
1	ปวดจุกแน่นลิ้นปี่	10
2	ปวดใต้ชายโครงขวา	16
3	ท้องอืด	3
4	ปวดท้อง เป็น ๆ หาย ๆ มานาน	3
5	ปวดใต้ชายโครงขวา และร้าวไปหลัง	1
6	เจ็บหน้าอก	2
7	ปวดท้องน้อยด้านขวา	1
8	คลื่นไส้ อาเจียน	14
9	ไม่ย่อย ทานอะไร / เบื่ออาหาร	6
10	เป็นไข้	4

7. อาการแสดง

ก. **Vital signs** โดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้ามีไข้ มักไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส ยกเว้นคนไข้ที่มี septic shock มี gangrene หรือ bile peritonitis จะมี subnormal pulse ไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส 2 ราย มีความดันเลือดด้วย

ข. **อาการแสดงทั่วไป** ไม่พบ jaundice เลย ในคนไข้ cholecystitis ยกเว้น 1 ราย ซึ่งเป็น thalassemia ทำให้มี jaundice อยู่แล้ว

ค. **Abdominal signs** มีคนไข้ 2 ราย ที่มาด้วย peritonitis มี guarding + rigidity หน้าท้อง เพราะมี bile peritonitis

คนไข้ 3 รายมาด้วย คลำก้อนในท้องได้ 2 ใน 3 ราย มี common bile duct stone ต้อง explore common bile duct 1 ใน 3 ราย เป็น acalculous cholecystitis with perforation

มี abdominal tenderness ที่ใต้ชายโครงขวา 1 ราย และกดเจ็บทั่วทั้งท้อง 3 ราย ตรวจพบ Murphy's

sign เป็นบวก 10 ราย นอกนั้นไม่ได้บันทึกไว้

8. **โรคที่พบร่วม** แสดงไว้ในตารางที่ 5 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างเด่นชัดกับโรคเบาหวาน เช่น รายงานอื่น ๆ⁵

ตารางที่ 5 โรคที่พบร่วมกับ cholecystitis

	โรคที่พบร่วม	จำนวน
1	Angina pectoris	2
2	เบาหวาน	1
3	ผีที่ริมฝีปากบน	1
4	ไทรอยด์	1
5	Pancreatitis	1

9. การชันสูตรโรค

ก. Complete blood count (C.B.C)

ส่งทำ C.B.C. 20 ราย มี 15 ราย เป็นลักษณะ leucocytosis shift to the left มี 1 ราย เป็นคนสูงอายุ 82 ปี มี WBC 3030 แต่ neutrophile 81 % lymphocyte 19 %

มี 4 ราย ที่ C.B.C. ปกติ เป็น gall stone ก้อนเดียว ขณะรับไว้ไม่มีไข้ ในจำนวน 4 รายนี้ มี 1 ราย นัดมาผ่าหลังจากที่ acute infection ได้ subside แล้ว

ข. **Liver function test (LFT)** ส่งตรวจเพียง 3 ราย มีค่า LFT ผิดปกติ โดยเฉพาะ 2 ราย มี alkaline phosphatase สูง (ทั้ง 2 ราย มี common bile duct stones) อีก 1 ราย มี amylase 2695 I.U. ซึ่งจากการผ่าตัดพบว่า มี pancreatitis ในรายนี้

ค. Ultrasound

ง. X-ray

ส่ง X-ray ทั้งหมด 6 รายส่งทำ chest upright เพราะมีลักษณะ acute abdomen แพทย์สงสัย P.U. per-

ตารางที่ 6 ผลการส่งตรวจด้วยเครื่อง ultrasound

ส่งตรวจ 23 ราย ให้ผลดังนี้

พบ Thick wall gall bladder ไม่พบ stone	9 ราย
พบ gall stone	11 ราย
พบ dilated C.B.D. และพบ stone ใน C.B.D.	3 ราย

foration 2 รายส่ง plain gall bladder 4 ราย พบ gall stone 2 ราย

10. การรักษา

มีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 ศัลยแพทย์ตรวจคนไข้ตั้งแต่แรก หรือได้รับ consult ทันทีที่แพทย์ตรวจผู้ป่วยนอกเห็นคนไข้ครั้งแรก จะได้รับการผ่าตัดในวันแรกของการ admit ผู้ป่วยกลับบ้านได้รวดเร็ว ผลการรักษาดี มี 14 ราย

รูปแบบที่ 2 แพทย์ผู้ป่วยนอก วินิจฉัยโรคเป็น

โรคอื่น ๆ ทางอายุรกรรม จะได้รับการตรวจค้น หรือดูแลในตึกอายุรกรรมระยะหนึ่ง จนพบ stone จึง consult ศัลยกรรมผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับการผ่าตัดในวันที่ 3 ของการ admit 3 ราย ในวันที่ 7 จำนวน 1 ราย และมี 1 ราย ทำผ่าตัดในวันที่ 15 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาล เพราะอายุรแพทย์หาสาเหตุของการปวดจุกท้องเป็นเรื่องอื่น ๆ ในที่สุดทำ ultrasound พบ gall stones จึงส่งปรึกษาศัลยกรรมทำผ่าตัด

รูปแบบที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ให้งดอาหาร และให้ antibiotic (เกือบทุกรายจะได้รับ ampicillin + gentamycin คล้าย ๆ กัน ทั้งที่สั่งโดยแพทย์คนละคน) เมื่อสบายดี ผู้ป่วยจะขอกลับบ้าน หรือแพทย์สั่งให้มา admit ทำผ่าตัดภายหลัง 16 ราย ในจำนวนนี้มีที่ต้องใส่สาย nasogastric suction เพื่อหวังลด hormonal stimulus to the biliary tree เพียง 5 ราย และที่น่าเสียดายมีรายหนึ่งเป็นหญิงอายุมาก คลำได้ abdominal mass ทำ ultrasound พบ gall-stone ผล lab มี AP สูงชัดเจน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดอย่างแข็งขัน แพทย์หลายคนใช้ความพยายามชี้แจงให้ผู้ป่วยทำผ่าตัด ผู้ป่วยก็ไม่ยอมผ่าตัด เมื่อรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยหายปวดท้องขอกลับบ้าน หลังจากนั้นเพียง 10 วัน ได้กลับมา admit อีกครั้งหนึ่งมี septic shock และ renal failure จนถึงแก่กรรมในที่สุด

11. พยาธิสภาพที่พบในระหว่างผ่าตัด

ตารางที่ 7 พยาธิสภาพที่พบในระหว่างผ่าตัด

ลำดับที่	พยาธิสภาพ	จำนวน
1	Inflamed + thick wall g.b. no stone	6
2	Enlarged with one larged stone	8
3	Mutiple gall stones	6
4	Explore c.b.d. with stones	4
5	Empyema g.b.	3
6	Necrosis of wall of g.b.with bile peritonitis	2
7	Cholecysto enteric fistular	1

12. Complication

ผลของการรักษาผ่าตัดได้ผลดีทุกราย เว้น 1 รายที่ไม่ยอมผ่าตัด และกลับมามี septic shock มี renal failure จนเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบมีไข้จากช่อง หลอดติดเชื้อค้างในช่องท้อง 1 ราย นอกจากนั้น หายเรียบร้อยดี ไม่ว่าจะเป็นในรายที่ทำ cholecystectomy ธรรมดา ในรายที่รักษาแบบประคับประคอง หรือในรายที่พบภาวะแทรกซ้อน ขณะทำผ่าตัด เช่น มี necrosis มีทะลุ มี fistula มีการสำรวจท่อน้ำดีรวม หรือในรายที่เป็น acalculous cholecystitis (2 ราย), sepsis (1 ราย) pancreatitis (1 ราย)

วิจารณ์

รายงานนี้เป็นรายงานจากการศึกษาย้อนหลัง 3 ปี ของโรคถุงน้ำดีอักเสบในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งพบว่า เป็นโรคที่พบในหญิงวัยกลางคนขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่นัยคล้ายกับรายงานในประเทศทางตะวันตกทั่วไป¹ ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ หรือปวดท้องใต้ชายโครงขวา ร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยมากที่สุด มักไม่มี referred pain ไม่มีตาเหลือง การตรวจร่างกายส่วนใหญ่มีไข้ต่ำ ๆ ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส ความดันและชีพจร อยู่ในเกณฑ์ปกติ เว้นแต่มีโรคแทรกซ้อน เช่น มี necrosis ของถุงน้ำดี หรือมี bile peritonitis จะมีไข้สูงอาจมี shock มี sepsis จนทำให้ B.P. drop หน้าท้องแข็งตึงได้ การคลำก้อนบนหน้าท้องทางขวาได้ มักพบร่วมไปกับการมีค่าสูงของ bilirubin และ alkaline phosphatase บ่งว่ามีการอุดตันในท่อน้ำดีรวม⁶ ซึ่งจะเป็นข้อบ่งชี้ให้ศัลยแพทย์ทำการสำรวจท่อน้ำดีรวม ในขณะที่ทำผ่าตัด ต่อไป

ในสหรัฐอเมริกา การตระหนักรู้อาการและอาการแสดงเหล่านี้ อาจวินิจฉัยโรคถุงน้ำดีอักเสบผิดพลาดได้ 16-20%⁷ ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์หลายสาขา วินิจฉัยผิด 27% (แยกการวินิจฉัยไม่แน่ชัดออกไป) (ตามตารางที่ 1) ในปัจจุบันนี้จึงมีการใช้ ultra-

sound เพื่อยืนยันการวินิจฉัยถุงน้ำดีอักเสบมากขึ้น แพทย์ไม่นิยมทำ oral cholecystogram (O.C.) หรือ intravenous cholangiogram (IV.C.) เหมือนแต่ก่อนเพราะไม่สะดวก ทำยาก แปลผลช้า แปลผลลำบาก และผู้ป่วยแพ้สารทึบแสงเหล่านี้ไม่น้อย³

นอกจาก ultrasound แล้ว เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคถุงน้ำดีอักเสบ การส่งทำ plain gall bladder อาจพบนิวไต์ (ส่ง 4 ราย พบ 2 ราย) ในรายงานนี้มีการส่งเจาะ LFT น้อย ซึ่งการส่งพบว่ามีประโยชน์^{1,3,4} คือช่วยวินิจฉัยแยกโรคจากโรคตับหลายชนิด เช่น alcoholic hepatitis¹, pancreatitis ช่วยประเมินว่ามี C.B.D. stones หรือไม่³ ถ้าศัลยแพทย์จะต้องผ่าตัด จะได้วางแผนการผ่าตัดได้ถูกต้อง การส่ง CBC, UA จะช่วยแยกโรคทาง septic condition อื่น ๆ ออกไปได้ช่วยประเมินว่าควรจะเป็น chemical cholecystitis⁹ หรือมีการติดเชื้อ โดยเฉพาะการทำ UA ช่วยแยกภาวะ pyelonephritis ซึ่งให้อาการ อาการแสดงคล้ายกัน เนื่องจากโรคถุงน้ำดีอักเสบ มักเป็นในคนค่อนข้างมีอายุ จึงควรทำ EKG ด้วย เพื่อแยกโรคหัวใจออกไป

แพทย์ผู้ป่วยนอก ถ้าสงสัยหรือคิดว่าอาจเป็น cholecystitis ควรรีบ consult ศัลยแพทย์ทันที จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

จากรายงานนี้การอักเสบของถุงน้ำดี พบว่าเกิดร่วมกับนิวไต์เพียง 45.94% แต่ตัวเลขนี้ต่ำกว่าจริง เพราะมีคนไข้กลุ่มหนึ่ง รักษาโดยไม่ได้ทำผ่าตัด (ซึ่งอาจพบว่ามีนิวไต์เพิ่มขึ้น) มี 1 ราย ที่พบว่าการอักเสบอาจเกิดจากมี reflux ของ pancreatic enzyme ทำให้เกิดบาดเจ็บของ mucosa ขึ้น⁸ มี 9 รายที่ทำ ultrasound พบ thick wall gall bladder (ตารางที่ 6) ไม่พบ stone ซึ่งอาจเกิดจาก mucosa ถูกระคายเคือง แบบ chemical cholecystitis มากกว่าเกิดจากการติดเชื้อ⁹ หรืออาจมี stone แต่ทำ ultrasound ไม่พบก็ได้

สรุป

จากการศึกษาย้อนหลัง เป็นเวลา 3 ปี พบว่า

คนไข้ถุงน้ำดีอักเสบ ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มักจะเป็นหญิงชนบทชาวไร่ชาวนา หรือแม่บ้าน วัยกลางคน ขึ้นไปถึงอายุมาก มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องใต้ชายโครงขวา หรือปวดจุดแน่นลิ้นปี่ อาจมีไข้ต่ำ ๆ ร่วมกับอาการเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน นอกจากอาการและอาการแสดงแล้ว การส่งทำ ultrasound, plain gall bladder, CBC, UA, และ EKG จะช่วยให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำยิ่งขึ้น หากสงสัยอาจจะเป็น cholecystitis ควรรีบ consult ศัลยแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ นายแพทย์ชลิต ชัยประสาธน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา และเผยแพร่รายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Stein JH. Internal Medicine. 2nd ed. Boston/Toronto: Little Brown and Company, 1987 : 254-255.
2. รายงานประจำปี โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ 2533-2535.
3. ชูสุทธิระ ภิรมย์ภักดี. การผ่าตัดรักษาโรคถุงน้ำดีอักเสบ. แพทยสารทหารอากาศ 2527 ; 30 : 151-158.
4. Vajrabukka T, Rajatapiti B. Timing of cholecystectomy in acute cholecystitis. J Med Assoc Thai 1977 ; 60 : 535-540.
5. Ikard RW. Gall Stones, Cholecystitis and diabetes. Surg Gynecol Obstet 1990 ; 171 : 528-531.
6. Saltzstein EC, Peacock JB, Thomas MD. Preoperative bilirubin, alkaline phosphatase and amylase levels as predictors of common duct stones. Surg Gynecol Obstet 154 : 381-384, 1982.
7. Zeman RK, Burrell MI, Cahow CE, Cardie V. Diagnostic utility of cholecintigraphy and ultrasonography in acute cholecystitis. Am J Surg 1981 ; 141 : 446-451.
8. Anderson MC, Hauman RL, Suriyapa C, Schiller WR. Pancreatic enzyme levels in bile of patients with extrahepatic biliary tract disease. Am J Surg.
9. Cole WH. Gall bladders disease. Surg Clin North Am 1978 ; 58 : 917-926.
10. Vajrabukka T, Rajatapiti B. Acute noncalculous cholecystitis. J Med Assoc Thai 1976 ; 59 : 74-79.

อภินันทนาการ

จาก

บริษัท บอร์เนียว (ประเทศไทย) จำกัด

ฝ่ายผลิตภัณฑ์การแพทย์

โทร ๓๗๔ ๐๐๒๑ ต่อ ๑๘๔๐-๑๘๔๒