

รายงานผู้ป่วย

ภาวะการอักเสบรอบตับ ร่วมกับการอักเสบติดเชื้อ  
ในอุ้งเชิงกราน (ฟิทซ์-ฮิวจ์-เคอร์ติส ซินโดรม):  
รายงานผู้ป่วย 1 ราย และทบทวนวารสาร

สมชาย ทั้งไพศาล\*

**Tungphaisal S. Perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease (Fitz-Hugh-Curtis syndrome) : A case report and review of the literatures. Chula Med J 1989 Jan; 33 (1) : 53-58**

*A Typical case of perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease (Fitz-Hugh-Curtis syndrome) is reported. The etiology, pathogenesis, incidence, clinical manifestations, diagnosis and treatment of the syndrome are discussed.*

Reprint request : Tungphaisal S, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine,  
Prine of Songkla University, Hat Yai, Songkla, Thailand.

Received for publication, July 11, 1988.

Acute perihepatitis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ถูกค้นพบครั้งแรกโดย Stajano<sup>(1)</sup> ในปี ค.ศ. 1920 แต่ก็ไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย จนกระทั่งถูกค้นพบอีกครั้งโดย Curtis<sup>(2)</sup> และ Fitz-Hugh<sup>(3)</sup> ในปี ค.ศ. 1930 และ 1934 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเชื้อที่เป็นต้นเหตุ คือ Neisseria gonorrhoea จึงได้ให้ชื่อเรียกว่า Gonococcal perihepatitis ซึ่งเรียกกันมาจนปัจจุบันว่า Fitz-Curtis Syndrome (FHC syndrome)

ก่อนหน้านี้เชื่อว่า Neisseria gonorrhoea เท่านั้นที่เป็นสาเหตุของการเกิด FHC syndrome แต่ในปัจจุบันพบว่า Chlamydia trachomatis ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการดังกล่าวได้เช่นเดียวกัน<sup>(4-11)</sup>

รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วย FHC syndrome รายงานแรกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้รายงานมีวัตถุประสงค์ในการรายงานเพื่อเป็นตัวอย่างให้แพทย์ที่มีโอกาสในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อภาวะการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานสูง ได้นึกถึงโรคนี้นี้ไว้บ้างเพื่อจะได้ให้การวินิจฉัยและรักษาได้ถูกต้องและรวดเร็วต่อไป

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนาอยู่อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องมากและมีไข้มา 4 วัน ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวดท้องน้อยพร้อม ๆ กับมีระดู เมื่อ 10 วันก่อนไม่มีไข้ รับประทานยาแก้ปวดลดไข้รู้สึกดีขึ้นเล็กน้อย 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีไข้และปวดท้องมากขึ้น ปวดตลอดเวลาเข้าไปที่ชายโครงขวา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาหายใจจะปวดที่ชายโครงขวามาก มีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ไม่มีตกขาว 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการถ่ายเหลวไม่มีมูกเลือดปน

ผู้ป่วยแข็งแรงดีมาตลอด มีบุตร 2 คน บุตรคนสุดท้ายอายุ 11 เดือน คุมกำเนิดโดยไขยาคัด เพิ่งได้รับเข็มแรกเมื่อเดือนที่แล้ว ไม่เคยมีประวัติโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สามีรับราชการ มีประวัติเป็นท่อปัสสาวะอักเสบเมื่อเดือนที่แล้ว รักษาด้วยการรับประทานยาอยู่ประมาณ 1 สัปดาห์ หัวใจและปอดไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจหน้าท้องพบว่ามีอาการเกร็ง และกดเจ็บมากบริเวณด้านบนขวา ส่วนบริเวณท้องน้อยมีอาการกดเจ็บปานกลาง ด้านขวามากกว่าด้านซ้าย

การตรวจภายใน ไม่พบหนองจากท่อปัสสาวะ ช่องคลอดและคอมดลูกมีมูกปนหนอง มดลูกขนาดปกติกดเจ็บปาก

ปีกมดลูกกดเจ็บด้านขวามากกว่าด้านซ้าย คล้ำไม่พบก้อนผิดปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซีโมโกลบิน 10.9 กรัม/ดล. เม็ดเลือดขาว 9,987 เซลล์/ลบ.มม. เป็น polymorph ร้อยละ 88, lymphocyte ร้อยละ 6 และ monocyte ร้อยละ 6 เกร็ดเลือดปกติ ตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว 30-40 เซลล์/HPF โปรตีน trace ไม่พบน้ำตาล เกือบตัวอย่างมูกปนหนอง จากคอมดลูกย้อมสีกรัม พบเม็ดเลือดขาวจำนวนมาก แต่ไม่พบเชื้อหนองใน พร้อมกันนี้ได้ส่งหนองจากคอมดลูก ปัสสาวะ และเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ

## การดำเนินโรค

ได้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ชนิดเฉียบพลันร่วมกับภาวะ Acute perihepatitis หรือ Fitz-Hugh-Curtis Syndrome และรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เริ่มการรักษาโดยให้ Penicillin-G sodium 5 ล้านยูนิต และ Chloramphenicol 1 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ร่วมกับ Gentamicin 80 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 8 ชั่วโมง

การตรวจทางชีวเคมีของเลือด การทำงานของตับ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจระบบ hepatobiliary และระบบขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ไม่พบสิ่งผิดปกติ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเล็กน้อยในวันต่อมาแต่ยังมีไข้ อาการปวดบริเวณท้องน้อยและด้านขวาบนลดลงเล็กน้อย วันที่สองหลังการรักษาจึงได้นำผู้ป่วยไปส่องกล้องตรวจช่องท้อง เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน พบว่า ท่อรังไข่ทั้ง 2 ข้างมีลักษณะบวมแดง มีพังผืดติดระหว่างอวัยวะในอุ้งเชิงกรานกับลำไส้จนไม่สามารถมองเห็น cul-de-sac ส่วนที่บริเวณตับมีพังผืดเป็นแผ่นหนายึดติดระหว่างผิวด้านบนของตับกับผนังช่องท้องด้านหน้า ได้เก็บตัวอย่างสารน้ำจากบริเวณอุ้งเชิงกราน และผิวหนังด้านหน้าของตับเพื่อส่งเพาะเชื้อ

ผลการเพาะเชื้อจากเลือด ปัสสาวะ คอมดลูก บริเวณอุ้งเชิงกรานและผิวหนังด้านหน้าของตับ ไม่พบเชื้อหนองใน จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น minocycline ร่วมกับ metronidazole ชนิดรับประทานวันละ 200 มก. และ 1.2 กรัม ตามลำดับ อาการไข้และปวดท้องลดลงจนหายเป็นปกติในวันที่สาม ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในวันที่เจ็ด และให้ยาไปรับประทานต่อจนครบ 10 วัน ผู้ป่วยมา

รับการตรวจติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัดเมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยสบายดีไม่พบอาการผิดปกติ

FHC syndrome เป็นกลุ่มอาการที่พบว่ามีอาการอักเสบบริเวณตับ (perihepatitis) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามหลังการอักเสบติดเชื้อของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

## สาเหตุ

ก่อนหน้านี้เชื่อว่าเชื้อหนองในเท่านั้นที่เป็นสาเหตุของการเกิด FHC syndrome<sup>(2,3)</sup> แต่ในปัจจุบันพบว่าเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการดังกล่าวได้เช่นเดียวกัน<sup>(4-11)</sup> Schoop และคณะ<sup>(4)</sup> ตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ antibody titer ต่อเชื้อ *C. trachomatis* ในน้ำเหลืองของผู้ป่วยที่มีอาการของ perihepatitis 6 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 7 ราย Wolner-Hanssen และคณะ<sup>(5)</sup> รายงานผู้ป่วย 4 ราย ซึ่งให้การวินิจฉัยโดยการส่องกล้องตรวจช่องท้อง เพาะเชื้อหนองจากคอมดลูกพบ *C. trachomatis* 3 รายและไม่พบเชื้อหนองในเลย การศึกษาที่ Seattle<sup>(6)</sup> ในผู้ป่วย 23 รายพบ *C. trachomatis* 3 รายใน 10 รายที่ส่งเพาะเชื้อ และตรวจน้ำเหลืองพบ antibody titer ต่อ *C. trachomatis* 20 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 23 ราย และในปี ค.ศ. 1982 Wolner-Hanssen และคณะได้รายงานการตรวจพบเชื้อ *C. trachomatis* จากคอมดลูกและที่ผิวของตับร่วมกับการมี antibody titer ที่สูงมากในผู้ป่วย FHC syndrome นอกจากนี้ยังมีเชื้อตัวอื่น ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิด FHC syndrome ได้เช่นเดียวกัน เช่น เชื้อ streptococci เป็นต้น<sup>(12,13)</sup>

## พยาธิกำเนิด

มีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายการกระจายของเชื้อจากระบบอวัยวะสืบพันธุ์ไปยังบริเวณตับ การกระจายไปตามเยื่อช่องท้อง (Transcoelomic spread) ผ่านทาง right paracolic gutter เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากที่สุดและสามารถยืนยันได้โดยการเพาะเชื้อ<sup>(14)</sup> นอกจากนี้ยังมีการตรวจพบ antibody ต่อเชื้อ *C. trachomatis* จากสารน้ำที่ดูดจากบริเวณอุ้งเชิงกราน ขณะส่องกล้องตรวจช่องท้องในผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับการอักเสบบริเวณตับ<sup>(9)</sup>

นอกจากนี้เชื่ออาจมีการกระจายโดยผ่านทางระบบต่อมน้ำเหลืองหลังช่องท้อง (retroperitoneal lymphatic

spread) หรือกระจายไปตามกระแสเลือด (hematogenous spread) ได้ โดยมีรายงานว่าพบ FHC syndrome ในผู้ชาย<sup>(15-17)</sup> รายงานการตรวจพบเชื้อหนองใน ในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ร่วมกับการอักเสบบริเวณตับ<sup>(18)</sup> และรายงานผู้ป่วยที่มีการอักเสบของลิ้นหัวใจจากเชื้อ *C. trachomatis*<sup>(19)</sup> เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดมีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ในระยะเวลาไม่นานภายหลังจากใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด จะมีโอกาสเกิด FHC syndrome ได้มาก ทั้งนี้เชื่อว่าอาจเกิดจากการชอกช้ำ ในระหว่างการใส่ห่วงอนามัยทำให้มีการกระจายของเชื้อออกไป<sup>(20)</sup>

## อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของ FHC syndrome แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาขึ้นกับข้อกำหนด ในการให้การวินิจฉัย Eschenbach<sup>(13)</sup> สังเกตพบผู้ป่วยที่มีอาการของ perihepatitis ร้อยละ 4 ของผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานจากเชื้อหนองใน และร้อยละ 4 ของผู้ป่วย ที่ตรวจไม่พบเชื้อหนองใน Litt และคณะ<sup>(21)</sup> ศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นสาวที่มีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน 137 รายพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของ FHC syndrome ถึงร้อยละ 20% Semchyshyn ศึกษาในผู้ป่วย 124 รายพบว่าผู้ป่วยที่เป็น FHC syndrome ร้อยละ 12.1 Onsrud<sup>(20)</sup> ซึ่งให้การวินิจฉัยโดยการส่องกล้องตรวจช่องท้อง พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็น FHC syndrome ร้อยละ 14 ของผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานทั้งหมด

## อาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วย FHC syndrome มักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาพร้อมกับอาการปวดบริเวณท้องน้อยเนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ซึ่งจากการศึกษาของ Eschenbach<sup>(13)</sup> พบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย มีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาพร้อม ๆ กับบริเวณท้องน้อยประมาณร้อยละ 30 ปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาประมาณ 3-13 วัน หลังจากอาการปวดท้องน้อยส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ 10 จะมีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา 3-6 วันก่อนที่จะมีอาการปวดท้องน้อย อาการปวดนี้จะมีรุนแรงขึ้นขณะหายใจ ไอ หรือมีการเคลื่อนไหว บางครั้งอาจปวดร้าวไปที่หัวไหล่ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดรุนแรงมากจนทำให้ผู้ป่วยเอง และแพทย์ไม่ได้สนใจถึงอาการปวด

บริเวณท้องน้อยหรืออาการแสดงอื่น ๆ ของการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เกิดจากเชื้อ C.trachomatis อาการอักเสบในอุ้งเชิงกรานจะน้อยกว่าในรายที่เกิดจากเชื้อหนองในมาก<sup>(13)</sup>

สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา 6 วันหลังจากเริ่มมีอาการปวดท้องน้อยเนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน อาการปวดรุนแรงขึ้นขณะหายใจ แต่ไม่ร้าวไปที่หัวไหล่

### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยเบื้องต้นอาศัยจากประวัติและการตรวจร่างกาย พบว่ามีอาการปวดท้องบริเวณด้านขวาบน หรือใต้ชายโครงขวา ร่วมกับอาการและอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ซึ่งอาจมีความรุนแรงมากหรือน้อยแล้วแต่ระยะของโรค

การเก็บตัวอย่างมูกหรือหนองจากคอมดลูกเพื่อส่งย้อมสีกรัม สามารถตรวจพบเชื้อหนองในประมาณร้อยละ 50-67 เท่านั้น<sup>(13,23)</sup> จึงไม่ไวพอที่จะวินิจฉัยโรคหนองในได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเก็บตัวอย่างส่งเพาะเชื้อหนองในทุกรายที่มีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน นอกจากเชื้อหนองในแล้ว C.trachomatis ก็เป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญ ซึ่งอาจตรวจ

พบได้โดยการเพาะเชื้อหรือการส่งตรวจหา antibody titer โดยวิธี micro-immunofluorescent (micro-IF) test

การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนของ FHC syndrome ต้องอาศัยการส่องกล้องตรวจช่องท้อง เพื่อตรวจดูอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและบริเวณตับ ในระยะแรกของโรคจะตรวจพบมีการบวมแดงของทอรังไข่ และมี exudate ในอุ้งเชิงกรานที่ผิวของตับอาจพบมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ และเยื่อพังผืดบาง ๆ หุ้มอยู่ส่วนใน ระยะหลัง อาจพบมีพังผืดเป็นแผ่นหนายึดอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ที่บริเวณตับอาจพบพังผืดเป็นแผ่นหรือเป็นเส้นหนาซึ่งอยู่ระหว่างผิวของตับกับเยื่อบุผนังช่องท้องด้านหน้าหรือกระบังลม (violin - string adhesion) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้<sup>(4,5,11-13,22,24)</sup> นอกจากนั้นการส่องกล้องตรวจช่องท้องยังทำให้สามารถเก็บตัวอย่างสารน้ำในช่องท้องและบริเวณตับ เพื่อส่งเพาะเชื้อหาสาเหตุของโรคได้ด้วย

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้เก็บตัวอย่างมูกปนหนองจากคอมดลูกย้อมสีกรัมไม่พบเชื้อหนองใน เก็บตัวอย่างมูกเป็นหนองจากคอมดลูก บัสสภาวะและเลือด ส่งเพาะเชื้อไม่พบเชื้อหนองในเช่นเดียวกัน ส่วนการส่องกล้องตรวจช่องท้องพบว่าทอรังไข่ทั้งสองข้างบวมแดง มีพังผืดยึดติดระหว่างอวัยวะในอุ้งเชิงกรานกับลำไส้จนไม่สามารถมองเห็น cul-de-sac ส่วนที่บริเวณตับมีพังผืดเป็นแผ่นหนายึดติดระหว่าง

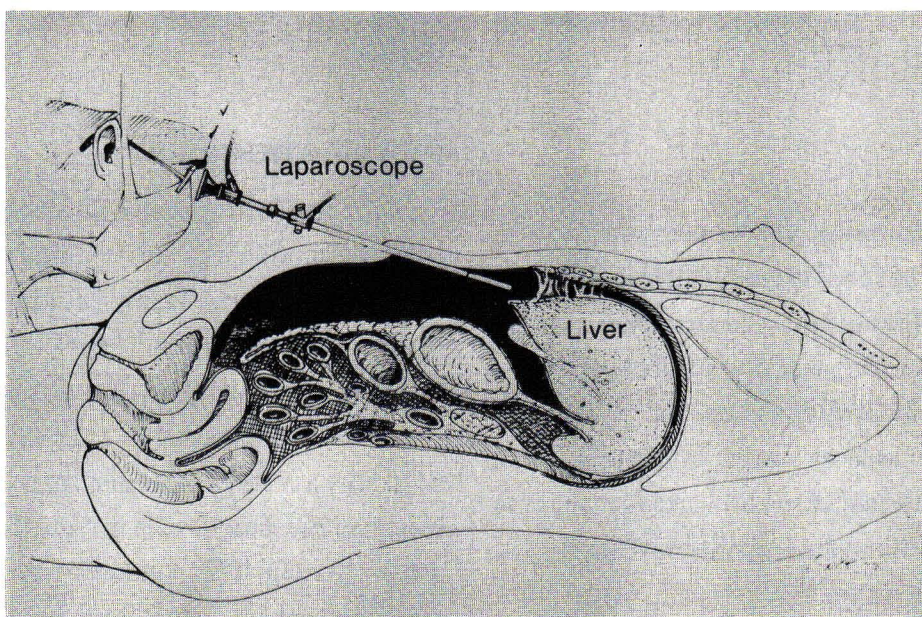


Figure 1. Laparoscopic position and adhesion between liver surface and abdominal wall.

ผิวหนังบนของตับกับผนังช่องท้องด้านหน้า (เช่นเดียวกับที่แสดงในรูปที่ 2) จึงได้ให้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายว่าเป็น Fitz-Hugh-Curtis syndrome แต่ไม่สามารถบอกถึงเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคในผู้ป่วยรายนี้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อ Chlamydia trachomatis ซึ่งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ยังไม่สามารถทำการเพาะเชื้อและตรวจหา antibody ได้ในขณะนั้น

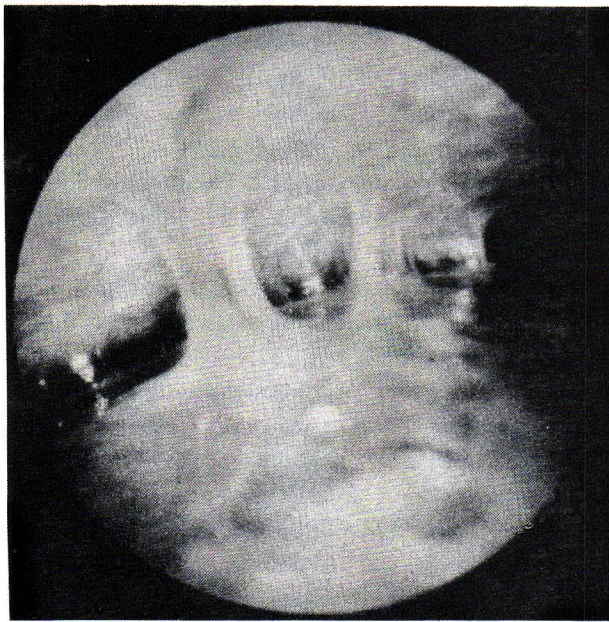


Figure 2. Violin string from laparoscope.

### การวินิจฉัยแยกโรค<sup>(5,11-13,22,24)</sup>

การวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญของภาวะ acute perihepatitis ได้แก่ acute cholecystitis, pneumomonia, pleuritis, appendicitis และ acute pyelonephritis เป็นต้น อย่างไรก็ตามในกรณีของ FHC syndrome มักจะมีอาการของ perihepatitis ร่วมกับประวัติหรือการตรวจพบอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน และผลการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงไม่พบความผิดปกติของถุงน้ำดีและระบบขับถ่ายปัสสาวะ ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้

### การรักษา

ถ้าให้ยารักษาภาวะการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานได้ถูกต้องและเหมาะสม อาการของ perihepatitis ก็

มักจะดีขึ้นและหายไปด้วย ถึงแม้ว่าพังผืดที่ยึดระหว่างผิวของตับกับผนังหน้าท้องจะยังคงอยู่ ทั้งนี้แล้วแต่เชื้อที่เป็นต้นเหตุของโรค ในกรณีที่เป็นเชื้อหนองใน การรักษาโดยใช้ยาในกลุ่มของ penicillin ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ มักจะได้ผลดี อาการต่าง ๆ จะหายไปภายใน 36 ชั่วโมง<sup>(12,21)</sup> ส่วนเชื้อ C.trachomatis จะตอบสนองดีต่อการรักษาโดยให้ doxycycline, minocycline หรือ metronidazole เป็นเวลา 10-14 วัน<sup>(5,11-13)</sup>

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายก็ยังคงมีอาการปวดท้องบริเวณด้านขวาบนหรือได้ชายโครงขวา ทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องและเพียงพอแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากพังผืดที่ยึดอยู่ระหว่างผิวของตับกับผนังหน้าท้องหรือกระบังลม ดังนั้นจึงอาจจำเป็นต้องอาศัยการรักษาโดยการส่องกล้องเพื่อทำการตัดและเลาะพังผืดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้า<sup>(11-13,22,24)</sup>

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากการย้อมสีกรัมของมูกปนหนองจากคอมดลูกไม่พบเชื้อหนองในและผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างมาก จึงได้เริ่มการรักษาโดยให้ penicillin-G sodium และ chloramphenicol ฉีดเข้าหลอดเลือดดำร่วมกับ gentamicin ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพื่อให้ครอบคลุมเชื้อที่อาจเป็นสาเหตุของการอักเสบในอุ้งเชิงกรานได้ และหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนแล้วร่วมกับผลการเพาะเชื้อหนองจากคอมดลูกบัสสาวะ เลือด สารน้ำจากบริเวณอุ้งเชิงกรานและตับ ไม่พบเชื้อหนองในจึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ โดยให้รับประทาน minocycline ร่วมกับ metronidazole วันละ 200 มก. และ 1.2 กรัมตามลำดับ อาการไข้และปวดท้องลดลงจนหายเป็นปกติในวันที่สาม และได้ให้รับประทานยาต่อจนครบ 10 วัน

### สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย Fitz-Hugh-Curtis syndrome 1 ราย ซึ่งมีอาการแสดงทางคลินิกชัดเจน ได้ให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนโดยการส่องกล้องตรวจช่องท้อง และได้รับการรักษาโดยให้รับประทาน minocycline ร่วมกับ metronidazole ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติ

ในความเห็นของผู้รายงานเชื่อว่า FHC syndrome เป็นกลุ่มอาการที่ไม่ได้พบน้อยอย่างที่ผู้เคยกล่าวไว้<sup>(13)</sup> และน่าจะได้รับการวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้น ถ้าแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้นึกถึงภาวะนี้ไว้บ้างในขณะที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน หรือสตรีวัยเจริญพันธุ์

ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนถึงแม้จะต้องอาศัยการส่องกล้องตรวจช่องท้องเพื่อดูพังผืดบริเวณตับกับผนังช่องท้อง แต่ก็มีความจำเป็น และไม่แนะนำให้ส่องกล้องตรวจทุกราย โดย

เฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีประวัติ อาการแสดงทางคลินิก ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ชัดเจน อาการของ perihepatitis จะหายไปพร้อม ๆ กับการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

## อ้างอิง

1. Stajano C. LO reaccion frenica en ginecologia. *Sem Med* 1920; 27:243-248
2. Curtis AH. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA* 1930; 94:1221-1222
3. Fitz-Hugh T, Jr. Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934 Jun 23; 102(25):2094-2096
4. Muller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, Knoblauch M, Ammann RW. Chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978 Apr 22; 1(6119):1022-1024
5. Wolner-Hanssen P, Westrom L, Mardh PA. Perihepatitis and chlamydial salpingitis. *Lancet* 1980 Apr 26; 1(8174):901-904
6. Wang SP, Eschenbach DA, Holmes KK, Wager G, Grayston JT. Chlamydia Trachomatis infection in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Obstet Gynecol* 1980 Dec 1; 138(7 pt 2):1034-1038
7. Paavonen J, Saikku P, von Knorring J, Aho K, Wang SP. Association of infection with Chlamydia Trachomatis with Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Infect Dis* 1981 Aug; 144(2):176
8. Dalaker KG, Jonnaess H, Kvile G, Urres A, Anestad G, Bergan T. Chlamydia Trachomatis as a cause of acute perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease. *Br J Vener Dis* 1981 Feb; 57(1):41-43
9. Wolner-Hanssen P, Svensson L, Westrom L, Mardh P. Isolation of Chlamydia Trachomatis from a liver capsule in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *N Engl J Med* 1982 Jan 14; 306(2):113
10. Dunlop EMC. Chlamydia infection : local complications and systemic disease. In: Harris JRW, ed. *Recent Advances in Sexually Transmitted Disease. Number Two.* London: Churchill Livingstone, 1981. 121-140
11. Fransen L, Avonts D, Piot P. Genital chlamydial infection associated with perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtis syndrome). *Acta Clin Belg* 1982; 37(5):314-317
12. John AN, Deane MB, Robert JM, Chitharanjan M, David MD. Perihepatitis associated with Pelvic infection : the Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *NZ Med J* 1982; 95:725-728
13. Eschenbach D. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. In : Holmes KK, Mardh P, Sparling PF, Weisner PJ, eds. *Sexually Transmitted Diseases.* New York : McGraw-Hill, 1984. 633-638
14. Kornfeld SJ, Worthington MG. Culture-proved Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1981 Jan; 139(1):106-107
15. Kimball MW, Knee S. Gonococcal perihepatitis in male : the Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. *N Engl J Med* 1970 May 7; 282(19):1082-1083
16. Francis TI, Osoba AO. Gonococcal perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtis syndrome) in a male patient. *Br J Vener Dis* 1972 Jun; 48(3):187-188
17. Fung GL, Silpa M. Fitz-Hugh and curtis syndrome in a man. *JAMA* 1981 Jan 9; 245(2):128
18. Lassus A, Kousa M. Gonococcal perihepatitis and gonococcaemi a : presentation of a case with cutaneous manifestations, *Br J Vener Dis* 1973 Feb; 49(1): 48-49
19. van der Bel-Kahn JM, Watanakunakorn C, Menefee MG, Ling HD, Dicter R. chlamydia Trachomatis endocatitis. *Am Heart J* 1978 May; 95(5):627-636
20. Onsrud M. perihepatitis in pelvic inflammatory disease-association with intrauterine contraception. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980; 59:69-71
21. Litt IF, Cohen MI. Perihepatitis associated with salpingitis in adolescents. *JAMA* 1978 Sep 15; 240(12):1253-1254
22. Semchyshyn S. Fitz-Hugh and Curtis syndrome. *J Reprod Med* 1979 Jan; 22(1):45-48
23. Eschenbach DA, Buchanan TM, Pollock HM, Forsyth PS, Alexander ER, Lin JS, Wang SP. Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 1975 Jul 24; 293(4):166-171
24. Reichert JA, Valle RF. Fitz-Hugh-Curtis syndrome : a laparoscopic approach. *JAMA* 1976 Jul 19; 236(3):266-268