

ปีในตับ : ประสบการณ์ 7 ปีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นุสนธิ์ กัดคเจริญ* ไกรธร ชีรานุตร์**
นรินทร์ วรวิทย์** สถาวร มานัสสทธิชัย***

Kladchareon N. Teeranut K. Voravuthi N. Manatsathit S. Liver Abscess : a 7 - year experience at Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1989 Nov;33(11): 847-860

In a retrospective study involving 101 traceable records of hepatic abscess admitted to the medical wards of Chulalongkorn University Hospital, Bangkok, between 1980 and 1986, 44.6 per cent were amoebic, 28.7 per cent were pyogenic, 8.9 per cent were amoebic with secondary bacterial infection and the remaining 17.8 per cent were indeterminate. There were 70 males and 31 females, aged 18 to 88 (average 44.8 +/- 15.1). Males outnumbered females by 2.0 to 1 and 1.4 to 1 in the amoebic and the pyogenic groups respectively. Peak age incidence was notably higher in the pyogenic group. Amoebic abscesses were found significantly more often than pyogenic abscesses in those below 30 and 40 years of age. The average duration of illness prior to hospitalisation was 1.9 ± 2.5 weeks. Symptoms and signs were mostly similar in the two groups. The most common symptoms were fever (A = 84.4%, P = 86.2%), abdominal pain or discomfort (A = 51.1%, P = 51.6%) right upper quadrant pain (A = 46.1%, P = 44.8%), Anorexia and nausea were noted more often in pyogenic cases, while vomiting and diarrhoea were more evident in the amoebic cases. The most common signs were fever (A = 91.1%, P = 82.8%) and hepatomegaly (A = 62.2%, P=51.7%). Jaundice was noted in about a quarter of all cases and was not significantly more common in the pyogenic group. Peritonitis and ascites was detected in some 10 per cent of cases. The average haematocrit was around 32 per cent. Peak white blood cell count during admission was equally high in both groups, averaging over 20,000 cells/mm³, with some 17 per cent of cases in either group exhibiting white blood cell count over 30,000 cells/mm³. There were no significant differences between the biochemical liver function tests in the two groups, Chest x-ray abnormalities were noted in 32.1 per cent of all patients. Solitary abscesses were encountered in 69.5 per cent of all cases, and were somewhat more common in the pyogenic group. Multiple abscesses were noted more frequently in the amoebic group (27.7%) than in the pyogenic group (20.0%). In the latter group, aerobic gram-negative bacteria accounted for 40.9 per cent of all infections, aerobic gram-positive bacteria were noted in 13.6 per cent and anaerobic organisms were recovered in 54.5 per cent of cases. Single bacterial infection was the rule (86.4%), polymicrobial infection being documented in only 3 cases (13.6 percent). Sources of bacterial sepsis preceding pyogenic abscess in the liver were unknown in 72.5 per cent. Intraabdominal rupture occurred in 15.6 per cent in the amoebic group and 24.1 per cent in the pyogenic group. Intrathoracic rupture was seen in only 4 of 101 cases and in none of the 45 amoebic cases. Surgery was needed in 34.7 per cent of all patients. Biliary pathology was noted in 13.9 per cent and urinary tract sepsis in 6.9 per cent. Major complications, principally abscess rupture necessitating surgical intervention, occurred in 22.2 and 27.6 per cent in amoebic and pyogenic cases respectively. Most amoebic patients (73.3%) were successfully treated with needle aspiration of abscess plus an antiamoebic agent (invariably metronidazole) and about one-fourth (26.7%) came to surgery. Nearly half pyogenic patients (48.3%), on the other hand, were surgically treated, with another half (51.7%) treated conventionally with aspiration plus prolonged antibiotic(s). The overall hospital mortality was 3.9%.

Reprint request : Kladchareon N, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. August 31, 1989.

* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** แพทย์ประจำบ้าน (2530) ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ นครบุรี

ฝีในตับ (liver abscess) เป็นโรคที่ยังพบได้ไม่น้อยในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นฝีบิดในตับ (amoebic liver abscess) ส่วนน้อยเป็นฝีแบคทีเรียในตับ (pyogenic liver abscess) ทั้งที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียฟังกซ์ออกซิเจนและเชื้อแบคทีเรียไม่ฟังกซ์ออกซิเจน และยังมีฝีในตับที่เกิดจากเชื้อโรคบางชนิดที่พบไม่บ่อย เช่นเชื้อ "เมลิออยด์" และเชื้อวัณโรค เป็นต้น ในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาแง่มุมต่าง ๆ ของฝีในตับหลายรายงาน⁽¹⁻¹⁰⁾ แต่มีการศึกษาโรคฝีในตับที่รวมผู้ป่วยทั้งกลุ่มฝีบิดในตับและฝีแบคทีเรียในตับเพียง 2 รายงาน^(6,9) รายงานปัจจุบันเป็นผลการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยฝีในตับที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วงเวลา 7 ปี

วิธีการ

ได้ติดตามประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคฝีในตับ ที่ได้รับการรักษาที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2529 มาทำการศึกษานักผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเจาะดูดหนองโพรงฝีหรือเจาะโพรงฝีแต่ไม่พบหนอง และที่ไม่มีข้อมูลอื่น ๆ ยืนยันแน่ชัดว่าเป็นฝีในตับ จะคัดออกจากการศึกษา

ผล

จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยรวม 101 รายที่ยืนยันได้ว่าเป็นฝีในตับ เป็นผู้ป่วย ชาย 70 ราย หญิง 31 ราย อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึง 88 ปี อายุเฉลี่ย 44.8 ± 16.1 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 1.9 ± 2.5 สัปดาห์ มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 4 ราย การวินิจฉัยโพรงฝีในตับส่วนใหญ่ได้จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

และการตรวจแสกนตับ และบางรายมีการตรวจตับด้วยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วย บางรายได้การวินิจฉัยเมื่อทำการผ่าตัดรักษา

ผู้ป่วยทั้ง 101 ราย เป็นหรือน่าจะเป็นฝีบิดในตับ (กลุ่ม A) 45 ราย (ร้อยละ 44.6), ฝีแบคทีเรียในตับ (กลุ่ม P) 29 ราย (ร้อยละ 28.7), ฝีบิดในตับที่มีหรือน่าจะมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน (กลุ่ม AP) 9 ราย (ร้อยละ 8.9), และไม่สามารถจำแนกประเภทฝีได้อีก 18 ราย (ร้อยละ 17.8) เนื่องจากไม่สามารถติดตามผลตรวจ amoebic serology ได้ในผู้ป่วยจำนวนมาก การวินิจฉัยฝีในตับในผู้ป่วยกลุ่ม A (45 ราย) จึงอาศัยลักษณะทางคลินิก ลักษณะหนองฝี การเพาะเชื้อจากหนองและเลือดได้ผลลบ และการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้ออิมิยา (ส่วนใหญ่จะใช้ metronidazole) เป็นส่วนใหญ่ (33 ราย) ในผู้ป่วยที่เหลือ (12 ราย) ผลการตรวจ amoebic serology ที่ติดตามได้ช่วยยืนยันการวินิจฉัย (IHA titre $\geq 1:256$) การวินิจฉัยฝีแบคทีเรียในตับในกลุ่ม P (45 ราย) อาศัยผลเพาะเชื้อได้ผลบวกทั้งจากหนองฝีและจากเลือด 2 ราย จากหนองฝีเพียงอย่างเดียว 20 ราย จากเลือดเพียงอย่างเดียว 3 ราย และเพาะเชื้อจากหนองและเลือดไม่พบแบคทีเรีย แต่ผลตรวจ amoebic serology ได้ผลลบ 4 รายและผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ให้เป็นเวลาานานอีก 4 ราย

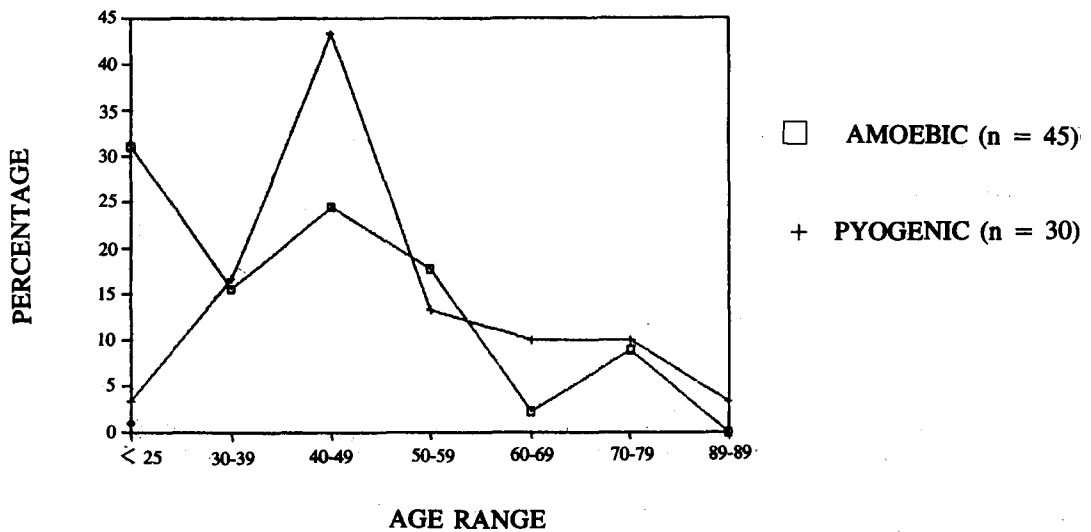
ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่ม A และกลุ่ม P ฝีในตับพบในเพศชายบ่อยกว่าเพศหญิงสองเท่าตัว อัตราส่วนชาย : หญิงในกลุ่ม A (2.0 : 1) สูงกว่าในกลุ่ม P (1.4 : 1) ไม่มากนัก อายุเฉลี่ยในกลุ่ม A ($41.0 \pm$

Table 1. Clinical profiles of 101 liver abscess patients.

	TOTAL	AMOEBIC	PYOGENIC
AGE			
mean \pm SD (years)	44.8 ± 16.1	41.0 ± 16.6	50.0 ± 14.8
> 70 years	9.9%	8.9%	13.8%
< 40 years	36.6%	*46.7%	*20.7%
SEX			
M : F	2.3 : 1	2.0 : 1	1.4 : 1
ALCOHOLIC	28.7%	42.2%	20.7%
SYMPTOM DURATION			
mean \pm SD (weeks)	1.9 ± 2.5	1.7 ± 1.4	2.4 ± 1.9
DAYS IN HOSPITAL			
mean \pm SD (days)	16.9 ± 10.7	18.3 ± 11.4	16.5 ± 5.8

* P = 0.044

Figure 1. Age distribution in liver abscess. Chulalongkorn Hospital (1960-1966).



16.6) ต่ำกว่าในกลุ่ม P (50.0 ± 14.9) และผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 40 ปี พบบ่อยกว่ามากในกลุ่ม A เทียบกับกลุ่ม P อย่างมีนัยสำคัญ เกณฑ์การกระจายอายุของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน ฝิบิดในตบพบในช่วงอายุ

ต่ำกว่า 30 ปีมากที่สุด ฝิบคที่เรียมบอยที่สุดในช่วงอายุ 40-49 ปี (รูปที่ 1) ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันเท่าใดในแต่ละกลุ่ม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการมาประมาณ 1 ถึง 2 สัปดาห์

ตารางที่ 2 แสดงอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยกลุ่ม A และกลุ่ม P ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาการที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ไข้ (A = 84.4%, P = 86.2%) ท้องอืดแน่นหรือปวดท้อง (A = 51.1, P = 51.6%), ปวดท้องด้านขวาบน (A = 46.7%, P = 44.8%), คลื่นไส้ (A = 20.0%, P = 37.9%) และเบื่ออาหาร (A =

17.8%, P = 31.0%) อาการท้องร่วงจะพบบ่อยกว่ามากในกลุ่ม A แต่ไม่มีนัยสำคัญ (A = 15.6%, P = 6.8%, P = 0.45) อาการคลื่นไส้และเบื่ออาหารพบบ่อยกว่าในกลุ่ม P ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 2.2 ถึง 3.4 สังเกตว่าคนมีอาการตาเหลืองร่วมด้วย อาการปวดหัวไหล่ขวาพบประมาณร้อยละ 6.6 และ 6.8 ในทั้งสองกลุ่ม

Table 2. Symptoms and signs in amoebic and pyogenic liver abscesses.

SYMPTOMS	AMOEBIC	PYOGENIC
	(n = 45) %	(n = 29)
Fever	84.4	86.2
Abdo pain/distension	51.1	51.6
RUQ pain	46.7	44.8
Nausea	20.0	37.9
Vomiting	26.6	10.3
Anorexia	17.8	31.0
Weight loss	11.1	13.8
Diarrhoea	15.6	6.8
R-shoulder pain	6.6	6.8
Jaundice	2.2	3.4

Table 2. (continued)

SIGNS	%	%
Fever	91.1	82.8
Hepatomegaly	62.2	51.7
Abdo tenderness	33.3	34.5
Jaundice	26.7	20.7
Peritonitis	11.1	10.3
Abdo distension	8.9	6.9
Ascites	8.9	10.3
Upper abdo mass	8.9	13.8
Splenomegaly	4.4	

อาการแสดงส่วนใหญ่คล้ายคลึงกันในทั้งสองกลุ่ม เช่นกัน อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ไข้ (A = 91.1%, P = 82.8%) และตับโต (A = 62.2%, P = 51.7%) อาการกดเจ็บบริเวณหน้าท้องช่วงบนพบประมาณ 1 ใน 3 ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 มีอาการแสดงของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ คีซ่านพบประมาณร้อยละ 21 ถึง 26 และน้ำในช่องท้องตรวจพบประมาณร้อยละ 9 ถึง 10

ผู้ป่วยร้อยละ 47.5 ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรกถูกต้องว่าเป็นฝีในตับ ที่เหลือร้อยละ 52.5 ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรกผิดพลาด โดยร้อยละ 14.8 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคถุงน้ำดีอักเสบ, ร้อยละ 10.8 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบยังไม่ทราบสาเหตุ, ร้อยละ 4.9 ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรกว่าเป็นโรคมะเร็งตับ และในผู้ป่วยร้อยละ 10.8 ไม่มีการให้การวินิจฉัยเริ่มแรกแต่อย่างใด การวินิจฉัยเริ่มแรกต่าง ๆ ปรากฏตามตารางที่ 3

Table 3. Initial diagnoses in 101 cases of hepatic abscess.

DIAGNOSIS	%
LIVER ABSCESS	47.5
ACUTE CHOLECYSTITIS	14.8
PERITONITIS	10.8
LIVER CANCER	4.9
MISCELLANEOUS	11.8
??	10.8

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาปรากฏตามตารางที่ 4 ระดับฮีมาโตคริตเฉลี่ยใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 32 ในทั้งสองกลุ่ม ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 35 และ 45 ในกลุ่ม A และกลุ่ม P มีภาวะโลหิตจางมาก (Hct ต่ำกว่าร้อยละ 30) จำนวนเม็ดเลือดขาวสูงสุดในระหว่างอยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์สูงทั้งสองกลุ่ม สูงกว่า 20,000 เซลล์/มม³ และในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 17 ในทั้งสองกลุ่มจำนวนเม็ด

เลือดขาวสูงสุดสูงกว่า 30,000 เซลล์/มม³ สัดส่วนของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลสูงสุดโดยเฉลี่ยก็อยู่ในเกณฑ์สูงเช่นกัน ประมาณร้อยละ 80 ถึง 85 ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลสูงกว่าร้อยละ 80 และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 25 ในทั้งสองกลุ่มมีเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลสูงกว่าร้อยละ 90

Table 4. Haematologic profiles in liver abscess patients.

	AMOEBIIC (n = 45)	PYOGENIC (n = 29)
Hct (%)		
range	15 - 42	19 - 46
mean \pm SD	32.5 \pm 7.0	31.9 \pm 7.5
< 30	35.3%	44.4
Pesk WBC (cells/mm3)		
range	7,850 - 50,900	8,900 - 55,000
mean \pm SD	21,219.3 \pm 9,995.6	21,598.3 \pm 10,951.8
> 30,000	17.8%	17.2%
Pesk polymorphs (%)		
range	63 - 95	73 - 96
mean \pm SD	81.9 \pm 9.2	84.5 \pm 7.2
> 80%	68.2%	69.0%

ผลการตรวจทางเคมีวิทยาปรากฏตามตารางที่ 5 ระดับ total bilirubin และ SGPT โดยเฉลี่ยไม่สูงมากนัก และไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 25 มีซีรัมไบลูรูบินสูงกว่า 2.0 มก/คต และประมาณร้อยละ 8 ถึง 9 มีไบลูรูบินสูงกว่า 5.0 มก/คต ผู้ป่วยที่ไบลูรูบินสูงกว่า 10.0 มก/คต พบร้อยละ 4.8 ในกลุ่ม A แต่ไม่พบ

เลยในกลุ่ม P (p = 0.68) ระดับ SGPT สูงกว่าเกณฑ์ปกติในผู้ป่วยประมาณกว่าร้อยละ 40 และส่วนใหญ่สูงไม่เกิน 3 เท่าของค่าปกติ ระดับ SGPT สูงกว่า 5 เท่าของค่าปกติ พบเพียงประมาณร้อยละ 4 ถึง 5 เท่านั้น เนื่องจากหน่วยการวัดค่า alkaline phosphatase (AP) แตกต่างกันในช่วงที่ทำการศึกษา จึงไม่ได้นำค่า AP มาวิเคราะห์

Table 5. Biochemical profiles in liver abscess patients.

	AMOEBIIC (n = 45)	PYOGENIC (n = 29)
Total bilirubin (mg/dl)		
range	0.1 - 17.2	0.4 - 6.0
mean \pm SD	2.3 \pm 3.1	1.4 \pm 1.5
> 5.0	9.5%	7.4%
SGPT (units/L)		
range	5 - 600	9 - 280
mean \pm SD	58.1 \pm 93.4	46.8 \pm 49.4
> 3 times upper limit	9.5%	3.6%
Albumin (mg/dl)		
range	1.10 - 5.60	1.60 - 5.60
mean \pm SD	2.81 \pm 0.96	2.70 \pm 0.89
< 3	57.1%	66.7%
Prothrombin time		
> 3 sec above control	30.0%	35.7%

Table 5 (continued)

BUN (mg/dl)		
mean \pm SD	21.3 \pm 15.9	15.2 \pm 8.7
Cr (mg/dl)		
mean \pm SD	1.25 \pm 0.61	1.13 \pm 0.32

ผู้ป่วยร้อยละ 57 ในกลุ่ม A และประมาณร้อยละ 67 ในกลุ่ม P มีระดับซีรัมอัลบูมินต่ำกว่า 3 มก/ดล ค่า prothrombin time นานกว่าค่าควบคุมมากกว่า 3 วินาทีพบได้ประมาณร้อยละ 30 และร้อยละ 35 ในทั้งสองกลุ่มตามลำดับ

ภาพรังสีปอดผิดปกติพบร้อยละ 32.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด และร้อยละ 35.0 และ 28.0 ในกลุ่ม A และกลุ่ม P ตามลำดับ ระดับกะบังลมขวาสูงกว่าปกติพบประมาณร้อยละ 13 ถึง 16 เกาที่บริเวณปอดขวาช่วงล่างพบประมาณร้อยละ 5 ถึง 8 น้ำในช่องปอดขวาพบบ่อยกว่าเล็กน้อยในกลุ่ม A (A = 20.0%, P = 16.0%) ดังแสดงในตารางที่ 6

Table 6 Chest x-ray findings in liver abscess patients.

Chest x-ray findings	TOTAL		AMOEBIC		PYOGENIC	
	Number (n = 84)	Percent	Number (n = 40)	Percent	Number (n = 25)	Percent
1) Abnormal	27	32.1	14	35.0	7	28.0
2) High right diaphragm	11	13.1	6	15.0	4	16.0
3) Right basal in filtration	5	5.9	2	5.0	2	8.0
4) Right pleural effusion	16	19.1	8	20.0	4	16.0

โพรงฝีเดี่ยว (solitary abscess) พบร้อยละ 69.5 ของผู้ป่วย 82 รายที่มีบันทึกจำนวนโพรงฝี และพบในกลุ่ม P บ่อยกว่ากลุ่ม A ไม่มาก (P = 80.0%, A = 72.2%) โพรงฝีหลายโพรง (multiple abscess) พบร้อยละ 30.4 ของ

ผู้ป่วย 82 รายและพบในกลุ่ม A บ่อยมากกว่าในกลุ่ม P เล็กน้อย (A = 27.7%, P = 20.0%) แต่ไม่มีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 7

Table 7. Number of abscesses.*

	TOTAL		AMOEBIC		PYOGENIC	
	Number (n = 82)	Percent	Number (n = 36)	Percent	Number (n = 25)	Percent
Solitary	57	69.5	26	72.2	20	80.0
Multiple	25	30.4	10	27.7	5	20.0

(* out of 82 cases with treacable records)

ในผู้ป่วยกลุ่ม P 29 ราย เพาะเชื้อแบคทีเรียจากหนองและ/หรือเลือดได้ 22 ราย (อีก 7 รายเพาะเชื้อได้ผลลบแต่วินิจฉัยได้ว่าเป็นฝีแบคทีเรียตามหลักเกณฑ์ที่กล่าวในตอนต้น) ใน 19 ราย หรือร้อยละ 85.4 ผลการเพาะเชื้อพบแบคทีเรียชนิดเดียวโดยลำพัง (single infection) เป็นเชื้อฟุ้งออกซิเจนโดยลำพัง 9 ราย (ร้อยละ 40.9) และเชื้อไม่ฟุ้งออกซิเจน โดยลำพัง 10 ราย (ร้อยละ 45.5) และอีก 3 รายหรือร้อยละ 13.6 เพาะได้เชื้อแบคทีเรียทั้งชนิดไม่ฟุ้งและชนิดฟุ้งออกซิเจนรวมกัน (Peptostreptococci

ร่วมกับ B-streptococci 1 ราย : Clostridium ร่วมกับ Pseudomonas 1 ราย : Clostridium, Pseudomonas, Klebsiella และ Enterobacter รวมกัน 4 ชนิด 1 ราย) เมื่อแยกตามชนิดเชื้อแบคทีเรียในผู้ป่วยทั้ง 22 รายนี้ พบว่าเป็นเชื้อแบคทีเรียไม่ฟุ้งออกซิเจนถึง 12 ราย (ร้อยละ 54.5) เป็นเชื้อแบคทีเรียกรัมลบฟุ้งออกซิเจน 9 ราย (ร้อยละ 40.9) และเป็นเชื้อแบคทีเรียกรัมบวกฟุ้งออกซิเจนเพียง 3 ราย (ร้อยละ 13.6) เชื้อแบคทีเรียกรัมลบฟุ้งออกซิเจนส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่ปกติอาศัยอยู่ในลำไส้ การตรวจพบต่าง ๆ ดังกล่าวแสดงในตารางที่ 8

Table 8 Bacteriology in pyogenic liver abscess (n = 22*).

TYPE	NUMBER (n = 22)	PERCENT
AEROBIC		
gram-negative	9	40.9
Enterobacter	3	
Klebsiella	3	
E coli	2	
Pseudomonas aeruginosa	2	
Acinetobacter	2	
gram-positive	3	13.6
Streptococci	2	
Staphylococci	1	
ANAEROBIC	12	54.5
Gram-positive cocci	1	
Peptostreptococci	7	
Clostridium	3	
Bacteroides fragilis	1	
SINGLE INFECTION	19	86.4
aerobic only	9	40.9
anaerobic only	10	45.5
POLYMICROBIAL INFECTION	3	13.6
aerobic ± anaerobic	3	13.6

ในผู้ป่วยมีฝีในตับ 6 ใน 9 ราย ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน (กลุ่ม AP) และที่ทราบชนิดเชื้อ เชื้อแบคทีเรียที่พบร่วมด้วยเป็นเชื้อไม่ฟุ้งออกซิเจนเกือบทั้งหมด (ตารางที่ 9) มีเพียง 2 ราย (ผู้ป่วยหมายเลข 10 และ 101) ที่พบเชื้อฟุ้งออกซิเจน ดังในตารางที่ 9

ยาปฏิชีวนะชนิดต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาฝีในตับ

ปรากฏตามตารางที่ 10 ผู้ป่วยทุกรายได้รับ Metronidazole เพียงชนิดเดียว ที่เหลือได้รับ Metronidazole ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่นด้วย และร้อยละ 62.2 ได้รับยาปฏิชีวนะ 3 ชนิดหรือมากกว่าร่วมกัน Gentamicin และ Ampicillin เป็นยาที่ใช้ร่วมกับ Metronidazole บ่อยที่สุด Dehydroemetime มีการใช้ในผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 15.6) ดังในตารางที่ 10

Table 9. Bacteriologic findings in mixed liver abscess.

CASE NO	PUS CULTURE	HEMOCULTURE
69	B fragilis*	
92	B fragilis*	
82	Clostridium*	
94	Clostridium*	
10	Clostridium*/Pseudomonas	neg
101	neg	Pseudomonas/Moraxella
54		pos
70		neg
75		

* anaerobic bacteria

Table 10 Antibiotic usage in liver abscess.*

ANTIBIOTIC	PERCENTAGE OF USAGE			
	AMOEBIC		PYOGENIC	
	Number (n = 45)	Percent	Number (n = 29)	Percent
Single	6	13.3	7	24.1
Double	11	24.4	13	44.8
More than two	28	62.2	9	31.0
Metronidazole	45	100.0	21	72.4
Gentamicin	25	55.5	13	44.8
Ampicillin	21	46.7	12	41.4
PGS	6	13.3	6	20.7
Cephalosporins	9	20.0	3	17.2
Chloramphenicol	5	11.1	3	10.3
Co-trimoxazole			3	10.3
Clindamycin			1	3.4
Dehydro-emetine	7	15.6		

ในกลุ่ม P ผู้ป่วยร้อยละ 24.1 รับประทานปฏิชีวนะชนิดเดียว ผู้ป่วยร้อยละ 44.8 รับประทาน 2 ชนิด และร้อยละ 31.0 รับประทานมากกว่า 2 ชนิด ยาปฏิชีวนะที่มีการใช้มากที่สุดนอกเหนือจาก Metronidazole ได้แก่ Gentamicin และ Ampicillin เช่นกับในกลุ่ม A ระยะเวลาที่ให้ยา แต่ละชนิดแตกต่างกันมากในแต่ละราย และไม่อาจแยกแยะรูปแบบแน่ชัดได้

แหล่งที่มาของการติดเชื้อมีในตับปรากฏตามตารางที่ 11 ในผู้ป่วยกลุ่ม P ร้อยละ 72.5 ไม่ทราบแหล่งที่มาของเชื้อแบคทีเรียและสาเหตุที่ทำให้เกิดมีในตับ ในผู้ป่วยที่เหลือร้อยละ 27.5 พบว่าสาเหตุของมีแบคทีเรียในตับส่วนใหญ่เกิดติดตามถุงน้ำดีอักเสบ (ร้อยละ 13.8) และบางรายเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 5.9) ดังในตารางที่ 11

Table 11. Extrahepatic source of sepsis.

	AMOEBIC (n = 45)	PYOGENIC (n = 29)
Cholecystitis	1	4 (13.8%)
Urinary tract infection	2	2 (6.9%)
Penetrating wound		1
Pneumonitis		1
Total	3 (6.7%) *	8 (27.5%) *
Not known		21 (73.5%)

* p = 0.014

ผู้ป่วยกลุ่ม A 3 ราย มีการติดเชื้อแบคทีเรียที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย ได้แก่ถุงน้ำดีอักเสบ 1 ราย และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ราย

การติดเชื้อแบคทีเรียที่อวัยวะอื่นนอกจากตับ พบในกลุ่ม P บ่อยกว่าในกลุ่ม A อย่างมีนัยสำคัญ (P = 27.5%, A = 6.7%, p = 0.014)

ตารางที่ 12 แสดงภาวะแทรกซ้อนในโรคฝีในตับ ซึ่งพบรวมร้อยละ 29.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด และร้อยละ 22.2 และ 27.6 ของผู้ป่วยกลุ่ม A และกลุ่ม P ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ไพรงมีแตกรั่ว ซึ่งพบร้อยละ 20.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด และร้อยละ 15.6 และ 24.1 ในกลุ่ม A และกลุ่ม P ส่วนใหญ่ไพรงมีแตกรั่วเข้าไปในช่องท้องซึ่ง

Table 12. Major complications in 101 cases of liver abscess.*

TYPE OF Complication	All cases (n = 101)		Group A (n = 45)		Group P (n = 29)	
	Number	%	Number	%	Number	%
Total case	30	29.7	10	22.2	8	27.6
with complications						
Abscess rupture	21	20.8	7	15.6	7	24.1
intra-abdo rupture	17	16.8	7	15.6	6	20.7
intra-thoracic rupture	4	3.8			1	3.4
Shock	4	3.8	1	2.2	1	3.4
Renal failure	4	3.8	2	4.4	1	3.4
Large bowel ileus	1	0.9	1	2.2		
Liver failure	1	0.9				
Haematemesis	3	2.9				
Lung abscess	1	0.9	1	2.2		

* four cases with more than one major complication

พบ 17 ราย (ร้อยละ 16.8) ของผู้ป่วยทั้งหมด และร้อยละ 15.6 และ 20.7 ในผู้ป่วยกลุ่ม A และกลุ่ม P ตามลำดับ โพรงผีแตกร้วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดพบ ร้อยละ 4.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด และไม่พบเลยในกลุ่ม A ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ พบได้ประปรายดังในตารางที่ 13 ผู้ป่วย 4 รายมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญมากกว่า 1 อย่าง ผู้ป่วย 3 รายเสียชีวิตภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ (โพรงผีแตกร้วเข้าไปในช่องท้อง 2 ราย, อาเจียนเป็นเลือดไม่ทราบต้นเหตุ 1 ราย)

ผู้ป่วย 35 ราย (ร้อยละ 34.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับการผ่าตัดรักษา ส่วนใหญ่หลังจากโพรงผีแตกร้ว ในกลุ่ม A และกลุ่ม P มีผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดรักษา 12 และ 14 ราย (ร้อยละ 26.7 และ 48.3) ตามลำดับ อัตราการผ่าตัดในกลุ่ม P สูงกว่าในกลุ่ม A แต่ไม่มีนัยสำคัญ ($p = 0.09$) ดังแสดงในตารางที่ 13

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดอาการดีขึ้นและออกจากโรงพยาบาลได้ และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเพียง 4 ราย แต่มีผู้ป่วย 6 ราย ที่ไม่มีบันทึกลักษณะอาการแน่ชัดขณะออกจากโรงพยาบาล จึงไม่ทราบว่ามียาใดที่อาจเสียชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาลหรือไม่ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยผิแบบคที่เรียกในฉบับ 1 รายที่โพรงผีแตกร้วเข้าไปในช่องท้อง ทำให้ช็อคและเสียชีวิตหลังการผ่าตัดรักษา อีก 2 รายอยู่ในกลุ่มที่ไม่อาจแบ่งประเภทผิได้ รายหนึ่งเสียชีวิตหลังโพรงผีแตกร้วเข้าไปในช่องท้องและเกิดไตวาย รายหนึ่งมีภาวะตับล้มเหลวและเสียชีวิต อีกรายหนึ่งมีอาการอาเจียนเป็นเลือดและไม่ทันทราบสาเหตุก่อนเสียชีวิต เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมีน้อย และ 3 ใน 4 ราย ที่เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มไม่ทราบประเภทผิในฉบับ จึงไม่อาจประเมินอัตราตายในผู้ป่วยผิในฉบับแต่ละประเภทได้

Table 13. Mode of Treatment of liver abscess.

TREATMENT	TOTAL		AMOEBIC		PYOGENIC	
	Number (n = 101)	percent	Number (n = 45)	percent	Number (n = 29)	percent
Surgical	35	34.7	12	26.7	14	48.3
Medical	66	55.3	33	73.3	15	51.7

วิจารณ์

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ที่มีข้อบกพร่องในการเก็บข้อมูลหลายชนิด จึงมีข้อมูลบางประเภทที่เก็บรวบรวมได้ไม่ครบถ้วนหรือไม่มารายพอกแก่การวิเคราะห์และไม่ได้รายงานไว้ในที่นี้

การวินิจฉัยผิในฉบับในการศึกษาย้อนหลังนี้ได้ใช้ลักษณะทางเวชกรรมร่วมกับผลการตอบสนองต่อการรักษาเป็นหลักเกณฑ์ในผู้ป่วยหลายราย ทั้งนี้เพราะไม่สามารถติดตามย้อนหลังผลการตรวจซีรัมแอนติบอดีต่ออมีบาประกอบการพิจารณาได้ ผู้ป่วยที่ลักษณะการดำเนินโรคและลักษณะหนองผิเข้าได้กับผิในฉบับ โดยที่ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและหนองผิไม่พบเชื้อแบคทีเรีย และตอบสนองดี

ต่อการดุดหนอง โพรงผีร่วมกับการรักษาด้วย Metronidazole ในระยะเวลา 1 ถึง 2 สัปดาห์ จะได้รับการจำแนกว่า เป็นผิในฉบับ การให้การวินิจฉัยผิในฉบับโดยเกณฑ์นี้จึงอาจมีข้อผิดพลาดบ้างในบางราย

เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีรายใดเลยที่ตรวจพบ trophozoite ของอมีบาในหนองผิ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจบ่งถึงความไม่ชำนาญของแพทย์ผู้ดูแล และส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยอาจได้รับยาฆ่าเชื้ออมีบาไปบ้างแล้วก่อนจะเจาะหนองผิมาตรวจก็ได้ โดยทั่วไปโอกาสตรวจพบ trophozoite ในหนองผิมีไม่มากนัก แต่หากทำโดยรอบคอบและนำหนองที่ดูดได้ในช่วงท้ายระหว่างที่ดึงเข็มดูดออกมาถึงบริเวณขอบโพรงผี อาจมีโอกาสตรวจพบ trophozoite ได้เกือบร้อยละ 50⁽¹⁰⁾

ในกลุ่มฝีแบคทีเรียในตับ การวินิจฉัยในรายส่วนใหญ่ชัดเจนกว่าในกลุ่มฝีบิดในตับ ผลการเพาะเชื้อจากหนองฝีและ/หรือจากเลือดช่วยชี้ว่าเป็นฝีในตับประเภทนี้แน่นอน (definite) อย่างไรก็ตาม มีอยู่บางรายที่ผลการเพาะเชื้อต่าง ๆ ไม่พบแบคทีเรีย แต่ผลการตรวจซีรัมแอนติบอดีต่ออิมมาโต้ผลลบ และ/หรือ ผู้ป่วยตอบสนองดีต่อยาปฏิชีวนะที่ไม่มี Metronidazole รวมอยู่ด้วย จึงช่วยบ่งชี้ว่าน่าจะจัดอยู่ในกลุ่มฝีแบคทีเรียได้ (possible)

ผู้ป่วยฝีในตับ 101 รายตามรายงานนี้เป็นประเภทฝีบิดร้อยละ 44.6 ฝีแบคทีเรียร้อยละ 28.7 ฝีบิดที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อนร้อยละ 8.9 และไม่ทราบประเภทแน่ชัดร้อยละ 17.7 เป็นไปได้ว่าในกลุ่มหลังนี้ส่วนใหญ่แท้จริงอาจเป็นฝีบิดเช่นกัน ในการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ⁽⁶⁾ ได้แยกผู้ป่วยออกเป็นฝีบิดในตับที่ไม่มีการติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ถึงร้อยละ 73.1 (141 จาก 193 ราย) และฝีแบคทีเรียร้อยละ 17.1 (33 จาก 193 ราย) ในการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช⁽⁹⁾ พบฝีทั้งสองประเภทประมาณร้อยละ 60 และ 23 ตามลำดับ รวมจำนวนผู้ป่วยทั้ง 3 รายงาน 516 ราย เป็นฝีบิด 319 ราย (ร้อยละ 61.8) และฝีแบคทีเรีย 112 ราย (ร้อยละ 21.7) จึงอาจกล่าวกว้าง ๆ ได้ว่าฝีบิดในตับพบบ่อยกว่าฝีแบคทีเรียประมาณ 2 ถึง 3 เท่าตัว

อัตราส่วนชาย : หญิง = 2 : 1 ในกลุ่มฝีบิดในตับ ในการศึกษาที่เทียบเคียงได้กับในหลายรายงานในประเทศที่พบตั้งแต่ 0.5 : 1 ถึง 2.3 : 1^(2,3,8) ซึ่งดูจะบ่งว่าฝีบิดในตับพบในเพศหญิงได้ไม่น้อย และพบในเพศชายมากกว่าเพียงประมาณ 2 เท่าตัว อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่บางสถาบันบ่งว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยชาย อัตราส่วนชาย : หญิง มีตั้งแต่ 4.2 : 1 ถึง 13 : 1^(1,4,5,6)

สำหรับอัตราส่วนชาย : หญิง = 1.4 : 1 ในกลุ่มฝีแบคทีเรีย ในรายงานนี้สูงกว่าในการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่พบ 0.7 : 1⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่าฝีแบคทีเรียในตับพบในทั้งสองเพศได้บ่อยพอๆกัน

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 45 ปี และประมาณ 41 และ 50 ปี ตามลำดับในกลุ่มฝีบิดและกลุ่มฝีแบคทีเรีย ฝีบิดในตับพบมากที่สุดในกลุ่มอายุต่ำกว่าในกลุ่มฝีแบคทีเรีย ผู้ป่วยฝีบิดส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-40 ปี ผู้ป่วยฝีแบคทีเรียส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา ที่ ร.พ.รามาริบัติและที่ ร.พ.ศิริราช^(6,9)

ในการศึกษานี้ อาการและ/หรืออาการแสดงที่พบ

บ่อยในฝีในตับทั้งสองประเภท ได้แก่ไข้ปวดแน่นท้องช่วงบน คลื่นไส้ อาเจียน และตับโต ซึ่งคล้ายกับในการศึกษาอื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(6,9,11) ลักษณะอาการและการดำเนินโรคโดยทั่วไปจึงไม่อาจนำมาใช้แยกแยะประเภทฝีในตับได้ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาที่พบว่าอาการเบื่ออาหารและคลื่นไส้ดูจะพบในกลุ่ม P บ่อยกว่ามาก ในขณะที่อาการท้องร่วงและอาเจียนพบในกลุ่ม A บ่อยกว่า (ตารางที่ 2)

แม้ว่าฝีในตับจะเป็นโรคที่พบน้อยในประเทศไทย และแพทย์โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับโรคนี้พอสมควร แต่การวินิจฉัยเริ่มแรกอาจผิดพลาดได้มาก ดังในการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ตามรายงานนี้ ที่พบการวินิจฉัยแรกเริ่มถูกต้องเพียงประมาณกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.5) โรคที่สับสนกับโรคฝีในตับได้บ่อยได้แก่ โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน และภาวะช่องท้องอักเสบยังไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรกว่าอย่างไร (ตารางที่ 3)

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาและเคมีวิทยาโดยทั่วไปไม่แตกต่างกันเท่าไรในฝีทั้งสองประเภท ระดับฮีมาโตคริตเฉลี่ยประมาณ 32% ในทั้งสองกลุ่ม จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางมากแรกเริ่ม (Hct < 30%) มีประมาณ ร้อยละ 35 ถึง 45 ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในการศึกษานี้ได้ให้ความสนใจกับ WBC ในเลือดระดับสูงสุดที่มีบันทึกไว้ระหว่างผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และพบว่า WBC อาจขึ้นสูงมากในทั้งสองกลุ่ม ทั้งระดับเฉลี่ย และทั้งสัดส่วนผู้ป่วยที่ WBC สูงมากกว่า 30,000 และ 40,000 เซลล์/มม³ เช่นเดียวกับในกรณีสัดส่วนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล ดังแสดงในตารางที่ 4 ดังนั้นแนวคิดที่ว่าถ้า WBC ในเลือดสูงมาก ๆ จะบ่งชี้ถึงฝีแบคทีเรียในตับมากกว่าฝีบิด จึงอาจไม่เป็นจริง

การศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติบ่งว่า ผู้ป่วยที่จำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงกว่า 20,000 เซลล์/มม³ พบมากพอๆกันทั้งในกลุ่มฝีบิด (93.5%) และในกลุ่มฝีแบคทีเรีย (87.9%) แม้ว่าผู้ป่วยที่ จำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงกว่า 30,000 เซลล์/มม³ จะพบเพียงร้อยละ 2.2 ในกลุ่มฝีบิด เทียบกับร้อยละ 5.1 ในกลุ่มฝีแบคทีเรีย⁽⁶⁾ การศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ก็พบค่าเฉลี่ยเม็ดเลือดขาวในเลือดในผู้ป่วยฝีบิดในตับสูงถึง 19,156 เซลล์/มม³ ⁽⁵⁾ ข้อมูลดังกล่าวบ่งว่า leukocytosis ในฝีบิดในตับพบได้บ่อย และพบในระดับสูงมากพอๆกันกับในฝีแบคทีเรีย ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตในการศึกษาปัจจุบัน

ภาวะดีซ่าน (total bilirubin > 2.0 mg/dl) พบในกลุ่มฝีบิดบ่อยกว่าในกลุ่มฝีแบคทีเรียเล็กน้อย (กลุ่ม A = 28.6%, กลุ่ม P = 22.2%) ผู้ป่วยที่มีดีซ่านมาก (total bilirubin > 10.0 mg/dl) พบเฉพาะในกลุ่มฝีบิดเพียงไม่กี่ราย ไม่พบในกลุ่มฝีแบคทีเรีย ตัวเลขดังกล่าวต่างจากในการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ดีซ่านพบบ่อยกว่าในกลุ่มฝีแบคทีเรีย (ร้อยละ 45.4) เทียบกับในกลุ่มฝีบิด (ร้อยละ 38.1) และผู้ป่วยที่มีดีซ่านมาก พบถึงร้อยละ 21.4 ในกลุ่มฝีแบคทีเรีย แต่เกือบไม่พบเลย (ร้อยละ 0.7) ในกลุ่มฝีบิด⁽⁶⁾ ในการศึกษาฝีบิดในระดับที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบดีซ่านร้อยละ 26.2 และพบผู้ป่วยฝีบิดที่มีดีซ่านมาก ร้อยละ 4.8⁽⁵⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับตัวเลขตามการศึกษานี้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยฝีในตับทั้งสองประเภทประมาณร้อยละ 30 ถึง 35 มี prothrombin time ที่ยาวนานกว่าค่าควบคุม ซึ่งบ่งว่ามีผู้ป่วยไทยจำนวนไม่น้อยที่ภาวะจะมารับการรักษาโรคก็ได้ลุกลามไปมากจนการทำงานของตับเสียไปไม่น้อย

โพรงฝีเดี่ยว (Solitary abscess) พบประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย 82 รายที่มีบันทึกจำนวนโพรงฝี และประมาณร้อยละ 72 และ 80 ในกลุ่มฝีบิด และกลุ่มฝีแบคทีเรียตามลำดับ โพรงฝีหลายโพรง (Multiple abscess) พบประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วย 82 ราย และร้อยละ 28 และ 20 ในแต่ละกลุ่ม ในการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ⁽⁶⁾ โพรงฝีเดี่ยวพบในกลุ่มฝีบิดบ่อยกว่าฝีแบคทีเรียมาก (ร้อยละ 90 เทียบกับร้อยละ 54.2) และโพรงฝีหลายโพรงพบในกลุ่มฝีแบคทีเรียมากกว่าในกลุ่มฝีบิด (ร้อยละ 45.8 เทียบกับร้อยละ 10) การศึกษาฝีบิดในระดับที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบโพรงฝีเดี่ยวร้อยละ 71 และโพรงฝีหลายโพรงร้อยละ 39⁽⁵⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับตัวเลขตามการศึกษานี้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยฝีแบคทีเรียในระดับส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อเพียงชนิดเดียว การติดเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 1 ชนิดพบเพียงร้อยละ 13.6 เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยที่สุดเป็นสาเหตุ ส่วนใหญ่เป็นเชื้อกรัมลบที่ปกติอาศัยอยู่ในลำไส้ เช่นเดียวกับที่มีรายงานจากสถาบันอื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(7,11) เชื้อกรัมบวกที่พบบ่อยตามรายงานนี้พบรวมกันร้อยละ 13.6 ซึ่งใกล้เคียงกับร้อยละ 12.1 ในการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ⁽⁶⁾ เป็นที่น่าสังเกตว่าเชื้อแบคทีเรียไม่พบบ่อยตามรายงานนี้พบรวมกันถึงร้อยละ 54.5 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง เชื้อที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ Peptostrep-

tococci ตัวเลขที่ได้นี้แตกต่างอย่างมากจากในการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่พบเชื้อแบคทีเรียไม่พบบ่อยเพียงร้อยละ 9.1⁽⁶⁾ สาเหตุหนึ่งที่ตัวเลขต่างกันมากนี้อาจเนื่องจากการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2522-2529) ทำให้ช่วงหลังกว่าที่โรงพยาบาลรามาริบัติ (2512-2519) อยู่มาก การเพาะเชื้อไม่พบบ่อยจึงอาจทำได้ดีกว่า การศึกษาบางรายงานในต่างประเทศบ่งว่า เชื้อแบคทีเรียไม่พบบ่อยอาจเป็นสาเหตุสำคัญของฝีแบคทีเรียในตับ และอาจพบได้ถึงร้อยละ 45 หรือมากกว่า^(11,12)

การรักษาฝีในตับตามการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นการรักษาทางอายุรกรรม โดยการเจาะดูดหนองโพรงฝีร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ Metronidazole เป็นยาปฏิชีวนะเพียงชนิดเดียวที่ใช้ในผู้ป่วยฝีบิดในระดับทุกราย Dehydroemetine มีการใช้ในผู้ป่วย 7 ราย ส่วนใหญ่เป็นในช่วงต้นของการศึกษา ยาชนิดหลังนี้ได้เลิกใช้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มาหลายปีแล้ว ยาปฏิชีวนะอื่นที่ใช้ร่วมกับ Metronidazole บ่อยได้แก่ Ampicillin และ Gentamicin ไม่มีผู้ป่วยฝีบิดในระดับรายใดได้รับ Di-iodo hydroxyquinoline หรือ Diloxanide furoate ต่อจาก Metronidazole อีก 10-14 วันตามที่ผู้แนะนำในตำราแพทย์ต่างประเทศ

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญได้แก่โพรงฝีแตกรั่ว ซึ่งพบถึงประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมดเทียบกับร้อยละ 9 ในการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช⁽⁹⁾ และพบในกลุ่มฝีแบคทีเรีย บ่อยกว่าในกลุ่มฝีบิด การแตกรั่วเกือบทั้งหมดจะเข้าไปในช่องท้อง โพรงฝีแตกรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดพบน้อยเพียงประมาณร้อยละ 4 ในศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยที่โพรงฝีในตับแตกรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ซึ่งเคยมีการรายงานในผู้ป่วยไทยหลายรายงานในอดีต⁽¹³⁻¹⁴⁾ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญอื่น ๆ พบประปราย ภาวะตับล้มเหลวรุนแรงพบ 1 รายที่เสียชีวิต ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญได้รับการบำบัดรักษาเป็นผลสำเร็จ มีผู้ป่วยฝีแบคทีเรียในระดับเพียงรายเดียวที่เสียชีวิตหลังจากโพรงฝีแตกรั่วเข้าไปในช่องท้อง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีศัลยกรรมมีประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนมากสืบเนื่องจากโพรงฝีแตกรั่ว อัตราการผ่าตัดรักษาในกลุ่มฝีแบคทีเรียสูงกว่าในกลุ่มฝีบิดมาก (ตารางที่ 13) อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยฝีแบคทีเรียในระดับ ประมาณกึ่งหนึ่งก็ได้รับการรักษาทางอายุรกรรมเพียงอย่างเดียว และส่วนใหญ่อาการดีขึ้นมากหรือหายได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากบางรายงานในต่างประเทศว่า ฝี

แบคทีเรียในคั้บมีโอกาศสรักษาหายได้ไม่น้อยโดยวิธีอายุรกรรม^(11,15) และไมจ้่าเป็นคั้บต้องฝ้่าคั้บสรักษาเสมอไปเช่นในอดีต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กั้บการเลือกผู้ป้วยอย่างเหมาะสม

ในการศึกษานี้ยังไมมีการทดลองใช้วิธี percutaneous transhepatic drainage (PTD) ในการสรักษา การศึกษาคั้บที่สถาบันอื่น ๆ ในประเทศกั้บไมมีการใช้วิธีนี้ การศึกษาคั้บในต่างประเทศหลายรายงานบ่งว่า PTD ได้ผลทั้งในกลุ่มฝึบคั้บ⁽¹⁶⁾ และกลุ่มฝึแบคทีเรีย⁽¹⁷⁾ และอาจพิจารณาคั้บในบางรายที่สมควรรเพื่อหลีกเลี่ยงการฝ้่าคั้บสรักษา

อัตราคั้บตายในโร้งพหยาบาลของผู้ป้วยฝึบคั้บในคั้บร้อยละ 3.9 ตามการศึกษาย้อนหลังฉบับนี้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ในการศึกษาคั้บที่โร้งพหยาบาลรามาริบัติ พบอัตราคั้บตายรวมประมาณร้อยละ 10 อัตราคั้บตายในกลุ่มฝึบคั้บร้อยละ 5.7 และในกลุ่มฝึแบคทีเรียร้อยละ 27.3⁽⁶⁾ การศึกษาคั้บที่โร้งพหยาบาลศิริราช พบอัตราคั้บตายรวมร้อยละ 5⁽⁹⁾ ในการศึกษาคั้บตามรายงานนี้

อ้างอิง

1. Viranuvatti V, Harinasuta T, Plengvanit U, Chongchareon P, Viranuvatti V. Liver function tests in hepatic amebiasis based on 274 clinical cases. *Am J Gastroenterol* 1963 Apr; 39(4) : 345-61
2. Bunnag D, Harinasuta T, Viravang C, Vanijanonta S. clinical trial of metronidazole low dosage in amoebic liver abscess. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1975 Mar; 6(1) : 99-102
3. Aswapokee N, Jaroonvesama N, Muangmanee L, Charoenlarp K. Clinical trial of single course, low dosage regimen of metronidazole in amoebic liver abscess. *Siriraj Hosp Gaz* 1974 Mar; 26(3) : 371-6
4. Charoenlarp K. Double-blind trial on ornidazole and tinidazole in a single low dosage regimen in amoebic liver abscess. *Siriraj Hosp Gaz* 1986 Oct; 38(10) : 783-7
5. Ovtartarnporn B, Chongchinant P. Amebic liver abscess at Songklanagarind Hospital : analysis of cases. *Songkla Med J* 1988 Jan; 6(1) : 1-6
6. Kurathong S. Liver abscess: Clinical analysis of 174 cases at Ramathibodi Hospital. *Thai J Intern Med* 1982 Jul; 2(8) : 101-10 (Eng. abstr.)
7. Lasserre R, Jaroonvesama N, Kurathong S, Soh C. T. Single-day drug treatment of amebic liver abscess. *Am J Trop Med Hyg* 1983 Oct; 32(4) : 723-6

ผู้ป้วย 6 ราย ไมมีบันทึกสภากษณะออกจากร์งพหยาบาล จึงไมทราบว่าจะมีรายคั้บที่เสียชีวิตในระยะต่อมากหรือไม ตัวเลขอัตราคั้บตายตามการศึกษานี้จึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริงไปบ้าง

การที่ข้อมูลการศึกษาคั้บในคั้บของคั้บแต่ละสถาบันแตกต่างกันมากอาจบ่งถึงการใช้นิยามที่ไมตรงกัน หรือความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลในบางรายงาน หรือทั้งสองอย่างกั้บได้ และอาจมีสาเหตุอื่นด้วย ข้อมูลหลายอย่างตามการศึกษารายงานนี้อาจไมเป็นแบบฉบับ และจ้่าเป็นคั้บต้องมีการศึกษาแบบคั้บคั้บหน้ามาเป็นคั้บเครื่องเปรียบเทียบต่อไป การศึกษาคั้บในอนาคตควรจ้่าคั้บทำในรูปแบบการศึกษาคั้บคั้บหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องยิ่งขึ้น และถ้่าสามารถจ้่าคั้บการศึกษาร่วมสถาบัน (multi-centre prospective study) กั้บจะได้ข้อมูลที่แน่ชัดเป็นประโยชน์เพิ่มขึ้นอีกมาก

8. Vongsepanich V, Liver abscess. *Bull Dept med Serv* 1982 Aug; 7(8) : 705-13 (Eng. abstr.)
9. Thamlikitkul V, Yamwong P. Liver abscess : a clinical study of 222 patients. Report presented at the annual meeting of the Medical Association of Thailand, Pataya, October 1986.
10. Harinasuta C. Diagnostic Tests in amoebic liver abscess. *Siriraj Hosp Gaz* 1954 Sep; 6(11) : 491-9. (Eng. abstr.)
11. Mc Donald MI. Pyogenic liver abscess : diagnosis, bacteriology and treatment. *Eur J Clin Microbiol* 1984 Dec; 3(6) : 505-9
12. Sabbaj J. Anaerobes in liver abscess. *Rev Infect Dis* 1984 Mar-Apr; 6 Suppl 1: 152-6
13. Buri R, Viranuvatti T, Harinasuta T. Three cases of pericardial effusion due to rupture of amoebic liver abscesses. *Am J Gastroenterol* 1955 Jan; 23(1) : 45-54
14. Bunyasaosuk V, Varaviths C, Khaoparisuthi V, Vatanatumrak B. Pericardial complications of liver abscess: a case report. *J Med Assoc Thai* 1971 Oct; 54(10) : 759-65
15. Kandel G, Marcon NE. Pyogenic liver abscess: new concepts of an old disease. *Am J Gastroenterol* 1984 Jan; 79(1) : 65-71

16. Van Sonnenberg E, Mueller PR, Schiffman HR, Ferrucci JT Jr, Casola G, Simeone JF. Intrahepatic amebic abscesses : indication for and results of percutaneous catheter drainage. Radiology 1985 Sep; 156(3) : 631-5
17. Johnson RD, Mueller PR, Ferrucci JT (Jr), Dawson SL, Butch RJ, Papanicolaou N. Percutaneous drainage of pyogenic liver abscesses. AJR 1985 Mar; 144(3) : 463-7