

# กลีบปอดย่อยผิดปกติ

พงษ์พีระ สุวรรณกุล\*

กลีบปอดย่อยผิดปกติ (Accessory lobes of the lung) เป็นความผิดปกติที่พบน้อยที่สุดมีชื่อเรียกต่างๆ กันดังนี้คือ<sup>3</sup> Rokitansky lobe, Extralobar sequestrated lobe, Accessory lung, Aberrant lobe, Supernumerary lung แบ่งได้เป็น 2 ชนิด<sup>4</sup>

1. Tracheal lobe ชนิดนี้เนื้อปอดติดต่อกับหลอดคอและหลอดลม

2. Lower accessory lung หรือ Extralobar sequestration ชนิดนี้คือพบเนื้อปอดในบริเวณช่องอกหรือช่องท้องส่วนบน โดยไม่มีการติดต่อกับหลอดลมเลย ชนิดนี้มีรายงานมากมายรวมทั้งรายงานผู้ป่วยรายนี้

## รายงานผู้ป่วย

เด็กชายไทยแรกเกิดน้ำหนักตัว 2950 กรัม เป็นบุตรคนที่สองมารดามีภาวะแฝดน้ำขณะตั้งครรภ์ คลอดโดยวิธีผ่าท้องทำคลอด 1 นาทีหลังคลอดนับ Apgar's score ได้ 3 หลังจากนั้นตัวเขียว หายใจลำบาก แพทย์ฟังเสียงลมได้ในปอดด้านขวาข้างเดียว ได้ยินเสียงหัวใจที่บริเวณช่องท้อง แพทย์พยายามให้การรักษาภาวะหายใจ

วาย แต่อาการไม่ดีขึ้นและถึงแก่กรรมหลังคลอด 10 นาที

การตรวจศพไม่พบสิ่งผิดปกติของร่างกายภายนอก ภายในพบว่ามี pleuro-peritoneal diaphragmatic hernia ขนาดใหญ่ข้างซ้ายหัวใจถูกเบียดไปอยู่ทางช่องอกด้านขวา ปอดด้านซ้าย มีขนาดเล็ก แฝบ และถูกเบียดโดยอวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้อง เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ม้าม ตับอ่อน และส่วนใหญ่ของลำไส้ใหญ่ (รูปที่ 1) นอกจากนี้ยังพบมีชั้นเนื้อขนาด  $3.5 \times 2.1$  ซม. สีชมพูปนเทา ลักษณะนุ่มคล้ายฟองน้ำยึดติดกับตอนปลายของหลอดอาหารและม้ามด้วยเยื่อพังผืด (รูปที่ 2) เมื่อตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ก็แสดงลักษณะของเนื้อปอด (รูปที่ 3) นอกจากนี้ยังพบสิ่งผิดปกติในสมองคือ Cavum septi pellucidi

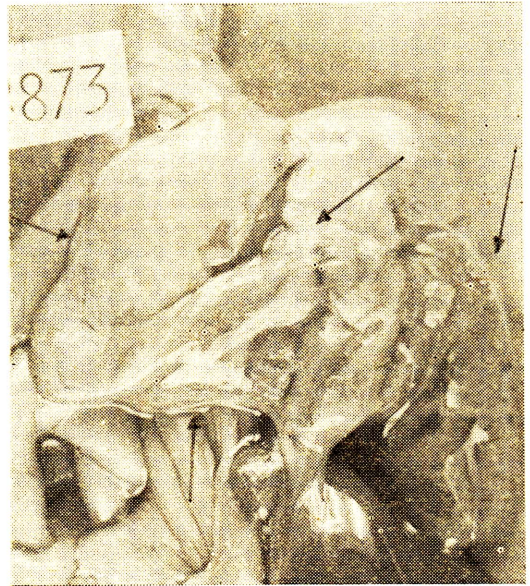
## วิจารณ์

กลีบปอดย่อยผิดปกติชนิดนี้ไม่มีการติดต่อกับหลอดลมและหลอดอาหาร พบได้ในระดับต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่เคลื่อนไปจนถึงกระบังลมและช่องท้อง<sup>5</sup> มักพบร่วมกับความผิดปกติของกระบังลม

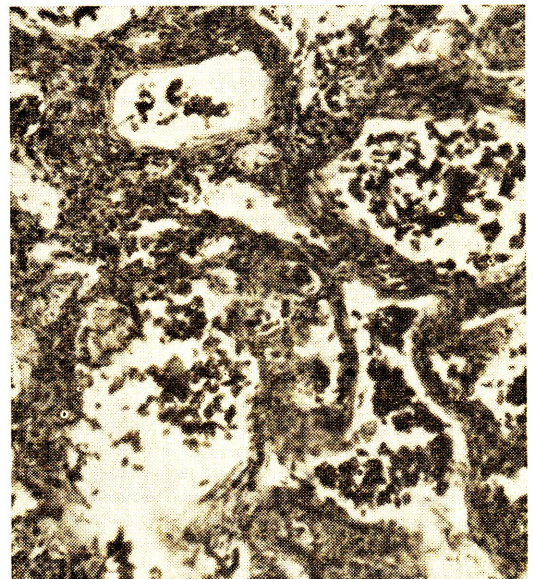
\*แผนกพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รูปที่ 1 แสดงความผิดปกติแต่กำเนิด *diaphragmatic hernia*



รูปที่ 2 แสดงเนื้อปอดติดกับปลายหลอดอาหารและม้าม ด้วยเยื่อพังพืด



รูปที่ 3 แสดงภาพเนื้อปอดโดยกล้องจุลทรรศน์

และความพิการแต่กำเนิดอื่นๆ ด้วย กลีบปอดตั้ง  
กล่าวส่วนมากได้รับเลือดหล่อเลี้ยงจากแขนงของ  
หลอดเลือดแดง aorta ส่วนทรวงอกและช่องท้อง  
แต่บางครั้งก็อาจได้จากหลอดเลือดแดง pulmo-  
nary หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน หลอดเลือดดำจาก  
เนื้อปอดจะไหลเข้าสู่หลอดเลือดดำ azygos  
หรือ hemiazygos

ความผิดปกตินี้ส่วนมากปรากฏในช่องอก  
ด้านซ้ายซึ่งอธิบายว่าอาจเนื่องจากกระบังลมด้าน  
ซ้ายปิดช้ากว่าด้านขวาและตับกลีบซ้ายเล็กกว่า  
กลีบขวามาก ทำให้ช่องอกด้านขวาไม่มีที่พอ  
สำหรับเนื้อปอดที่ผิดปกติ

รายงานส่วนมากเป็นรายงานจากการตรวจ  
ศพทารกตายคลอดหรือตายภายหลังคลอดเล็กน้อย  
Davies และ Gunz<sup>2</sup> ได้กล่าวถึงรายงานของ  
Meyenburg ของ Rekrorzik และของ Springer  
ซึ่งพบในผู้ป่วยอายุ 6 ปี 18 ปี และ 49 ปี  
ตามลำดับ Valle และ White<sup>6</sup> รวบรวมรายงาน  
กลีบปอดอยู่ผิดที่ 37 ราย และรายงานเพิ่มเติม  
อีก 1 ราย พบว่าความผิดปกตินี้พบในช่องอก  
ซ้าย 33 ราย (ร้อยละ 89) และ 11 ราย (ร้อย  
ละ 29.7) มี diaphragmatic hernia ร่วมด้วย  
Spencer<sup>5</sup> รายงานทฤษฎีต่างๆ ที่ใช้อธิบาย  
สาเหตุและกลไกความผิดปกติของเนื้อปอดที่เกิด

ผิดที่นี้ แต่ทฤษฎีที่น่าเชื่อถือที่สุดคือ

### 1. ทฤษฎีของ Cockayne และ Gladstone<sup>1</sup>

ซึ่งเป็นหลักของ sequestration โดยอธิบายว่าใน  
ระยะตัวอ่อน จะมีการติดกัน ระหว่างเนื้อปอดกับ  
เนื้อเยื่อช่องท้องหรืออวัยวะภายในช่องท้อง ซึ่ง  
ต่อมาจะหายไปทำให้เนื้อปอดและเนื้อเยื่อช่อง  
ท้องแยกออกจากกันในรายปกติ ถ้าเนื้อปอดถูก  
ดันตามลงไปกับ foregut จะทำให้เกิดเนื้อปอด  
อยู่ผิดที่ในช่องท้อง ทฤษฎีนี้อาจอธิบายถึงความ  
ผิดปกติของกระบังลม (Diaphragmatic hernia)  
ที่เกิดร่วมกับเนื้อปอดอยู่ผิดที่ด้วย

### 2. ทฤษฎีของ Gruenfeld และ Gray<sup>4</sup>

กล่าวถึงความสัมพันธ์ในวิวัฒนาการของระบบทาง  
เดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะทำให้  
เนื้อปอดอยู่ร่วมกับอวัยวะของ foregut ได้ ทฤษฎี  
นี้ได้รับการสนับสนุนจากรายงานส่วนมากที่กล่าว  
ถึงหลอดเลือดที่หล่อเลี้ยงปอดมักมาจากหลอดเลือด  
แดง aorta หรือหลอดเลือดแดงของต่อมหมวกไต

ผู้รายงานคิดว่ามารดาตั้งครรภ์แฝดน้ำเป็น  
ภาวะผิดปกติที่เกิดร่วมกัน ไม่มีความสัมพันธ์ทำ  
ให้เกิดความผิดปกติของเนื้อปอดและกระบังลม  
แต่การตั้งครรภ์แฝดน้ำก็เป็นสิ่งกระตุ้นให้แพทย์  
นึกถึงความพิการแต่กำเนิดของเด็กร่วมด้วย เช่น  
ผู้ป่วยรายนี้

## สรุป

รายงานการตรวจศพเด็กชายแรกเกิด 1 ราย พบความผิดปกติของกลีบปอดที่อยู่ผิดที่ร่วมกับ diaphragmatic hernia นับเป็นรายแรกจากแผนกพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้รายงานขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประยูร สุคนธมาน ที่ช่วยให้ความเห็นและแนะนำการรายงานนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Cockayne EA, Gladstone RJ: A case of accessory lungs associated with hernia through a congenital defect of the diaphragm. J Anat 52:64, 17
2. Davies DV, Gunz FW: Two cases of lower accessory lung in the human subject. Pathol Bact 56:417-27, 44
3. Deaton WR, Smith RM: Sequestration of the left lower lower lobe of the lung. Arch Surg 74:149, 56
4. Gruenfeld GE, Gray SH: Malformations of the lung. Arch Pathol 31:392, 41
5. Spencer H: Pathology of the lung (excluding pulmonary tuberculosis). 2nd ed. New York, Pergam on Fress, 1968
6. Valle AR, White ML Jr: Subdiaphragmatic aberrant pulmonary tissue, case report. Dis Chest 13:63-8, 47