

รายงานผู้ป่วย

Giant hydronephrosis : แนวทางวินิจฉัยแยกโรค

แกมกาญจน์ เวชรังษี* เสาวนีย์ จำเดิมเพ็ญจติก*
สุดี ชมเดช** เรืองชัย วัชรพงศ์***

Vejrungsee G, Chumdermpadetsuk S, Chomdej S, Vajarapongse R. Giant hydronephrosis: points of diagnosis, Chula Med J 1982 Jul; 26 (4) : 275-284

A case of a four month old male with a large abdominal mass, hypertension and primary diagnosis of Wilm's tumor due to relatively firm & nodular palpation sensation is reported. Ring rim sign was noticed on intravenous pyelogram. Ultrasound study suggested cystic nature of the mass. The preoperative diagnosis was giant hydronephrosis. Upon surgery, a huge cystic mass, weighing about 15 % of the baby's weight was resected. Obstruction at the uretero-pelvic junction was found. After surgery, transient diuresis occurred and treated properly. Wilm's tumor can be differentiated from giant hydronephrosis by different age incidence, general constitutional symptoms of malignancy, firm or hard consistency of the mass which rarely crosses midline. Metastasis may be found. Intravenous pyelogram shows distorted renal pelvis and multiple tissue masses. Ultrasonogram helps differentiate solid from cystic mass.

* ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
*** ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้การวินิจฉัยโรคของเด็กที่มาด้วยเรื่องก้อนในท้อง จำเป็นต้องให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนและรวดเร็ว ทั้งนี้เพราะการรักษาและการป้องกันการลุกลามของโรคที่ทำให้เกิดก้อนในท้อง มีความสำคัญมากถ้าก้อนนั้นเกิดจากมะเร็งที่ไตหรือต่อมหมวกไต อุบัติการณ์ของโรคในแง่การรักษาพบว่าประมาณ 45-50% ต้องอาศัยการผ่าตัด⁽⁵⁾ สาเหตุที่ทำให้เกิดก้อนในท้องส่วนใหญ่อยู่บริเวณ retroperitoneum และสองในสามมีสาเหตุจากความผิดปกติของไต ซึ่งอาจเป็นมะเร็งได้แก่ Wilms' tumor หรือสาเหตุอื่นที่พบบ่อยได้แก่ hydronephrosis หรือ cystic disease

การวินิจฉัยแยกโรคของก้อนในท้อง จำเป็นต้องอาศัยสถิติของโรคที่พบบ่อย ประวัติการดำเนินโรคของก้อน, อายุ, การตรวจร่างกายอย่างละเอียดและการตรวจทางห้องทดลอง โดยเฉพาะการตรวจทางรังสีและบางครั้งอาจใช้การตรวจคลัสกษณะเฉพาะของก้อนด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasound) เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการตรวจอย่างละเอียดเหล่านี้ก็จะทำให้การวินิจฉัยถูกต้อง และหลีกเลี่ยงจากผลเสียที่ไม่ต้องการได้ ถ้าข้อมูลที่ได้บ่งว่าอาจเป็นก้อนมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ต้องผ่าตัดทันที พร้อมกับใช้ยารักษามะเร็งและรังสีรักษา ถ้าผลการตรวจบ่งชี้ไปเป็นลักษณะของก้อนของไตที่เป็น hydronephrosis การรักษา

โดยการผ่าตัดน่าจะสามารถทำได้ในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง ไม่จำเป็นต้องส่งต่อ เพื่อเหตุผลทางเศรษฐกิจ และสุขภาพจิตของบิดามารดาผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วย

เด็กชายไทยอายุ 4 เดือน ภูมิลำเนาอยู่อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช บิดามารดามีอาชีพรับราชการ เป็นบุตรคนแรก หลังคลอดเด็กสบายดีมาตลอด เลี้ยงด้วยนมมารดาและนมผง ได้อาหารเสริมเมื่ออายุ 3 เดือน ครั้นได้อายุ 3 เดือนเศษ มารดาสังเกตว่าท้องค่อนข้างโตตั้งแต่แรกเกิด แต่ไม่พบว่ามูก่อนจนกระทั่งอายุได้ 3 เดือนมารดาคลำได้ก้อนในท้องบริเวณด้านขวาโดยบังเอิญ บอกขณะคลำได้ไม่แน่นอน ก้อนโตค่อนข้างเร็ว บัสสวาระน้อยลงกว่าเดิม จากประมาณ 8-10 ครั้งต่อวัน เป็น 3-4 ครั้งต่อวัน เด็กรับประทานนมได้ดี ไม่มีประวัติของการได้รับอุบัติเหตุบริเวณท้อง

เด็กได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครศรีธรรมราชเป็นเวลา 2 อาทิตย์ ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง ($\frac{180}{100}$ มิลลิเมตรปรอท) ไม่มีไข้ ท้องอืดมาก คลำก้อนขนาดใหญ่ได้ที่ท้องด้านขวา การตรวจร่างกายอย่างอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า บัสสวาระปกติ, ยูเรียไนโตรเจนในเลือด (BUN) 7.5 มิลลิกรัม%, ครีเอตินีน (creati-

nine) 1 มิลลิกรัม%, SGOT 28 หน่วย, SGPT 22 หน่วย, alkaline phosphatase 54.5 หน่วย, อัลบูมิน 3.8 กรัม% โกลบูลิน 2.15 กรัม% ภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ, การตรวจไตโดยการฉีดสารทึบแสง รายงานว่าไตข้างขวาไม่ทำงาน ซึ่งน่าจะเป็นจาก Wilm's tumor เมื่อมารดาผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็งจึงขอมารับการรักษาที่กรุงเทพฯ แพทย์จึงส่งมายังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พร้อมด้วยฟิล์มเอ็กซเรย์

ตรวจร่างกายพบว่าเด็กโตสมอายุ ร่าเร็ง ยิ้มและเล่นกับผู้ตรวจได้ น้ำหนัก 6,950 กรัม อุณหภูมิ 37.8 เซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต $\frac{160}{100}$ มิลลิเมตรปรอท ไม่ซีด ไม่เหลือง ต่อม น้ำเหลืองไม่โต ปอดและหัวใจปกติ ท้องอืดมากคลำก้อนในท้องได้ตั้งแต่ใต้ชายโครงขวา ลงไปจนถึงต่ำกว่าสะดือ และข้ามเส้นกลางตัวไปอีกด้านหนึ่ง ขอบเรียบ ผิวบางตอนไม่สม่ำเสมอ ก่อนข้างแข็ง บอกไม่ได้แน่ชัดว่ามีลักษณะเหมือนถุงน้ำหรือไม้ ก้อนเคลื่อนไหวไม่ได้ กดไม่เจ็บ และให้ความรู้สึก bimanual จึงน่าจะเป็นก้อนที่อยู่ retroperitoneum การตรวจร่างกายอย่างอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับ ซีโมโกลบิน 11 กรัม% WBC 11400 N 49%

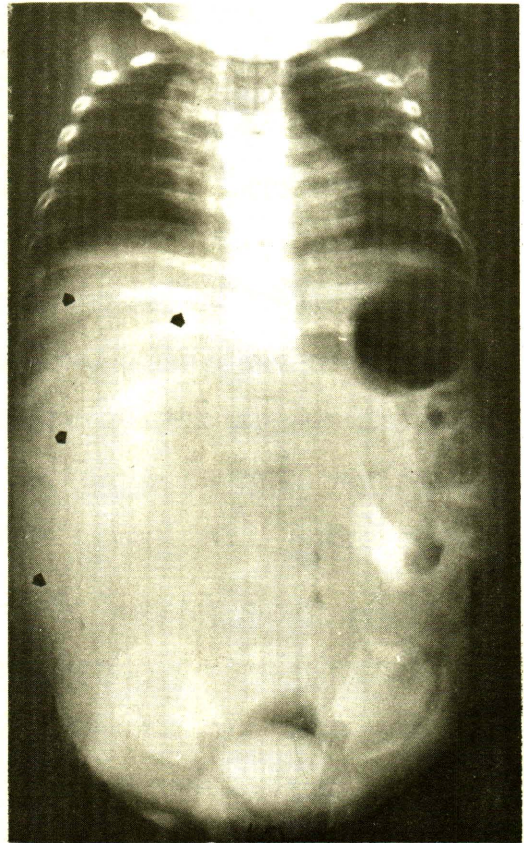
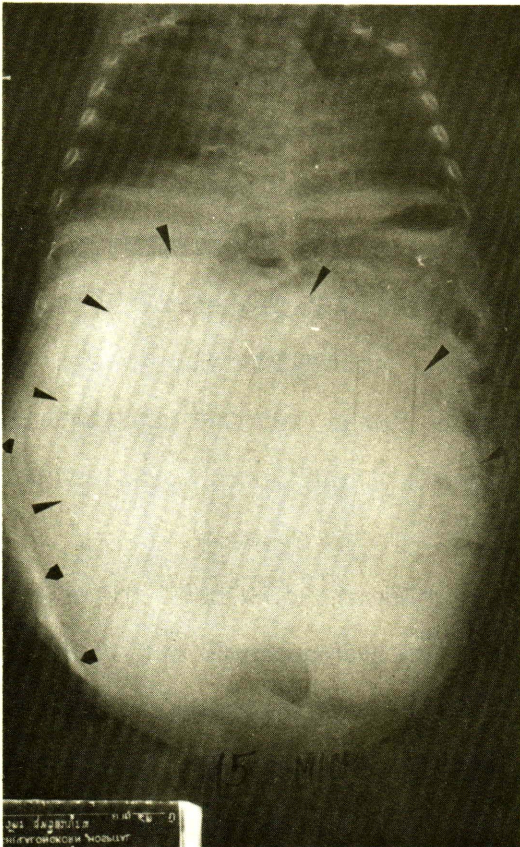
L 48% E 2% B 1% การตรวจปัสสาวะ pH 5, ความตึงจำเพาะ 1.011 ยูเรียไนโตรเจนในเลือด 20 มิลลิกรัม% ครีเอตินีน 1 มิลลิกรัม% แพทย์ผู้ตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยภายนอกได้ทำ percutaneous cystography (ฉีดสารทึบแสงเข้าในก้อนแล้วดูลักษณะภาพรังสี) บอกได้ว่ามีก้อนขนาดใหญ่ในท้อง ขอบเรียบ เข้าได้กับ Hydronephrosis และ pelviectasia ได้ทำการปรึกษารังสีแพทย์และศัลยแพทย์ โดยได้นำฟิล์มเอ็กซเรย์จากนครศรีธรรมราชมาดูอีกครั้งพบว่าเข้าได้กับ hydronephrosis ของไตข้างขวา (มีลักษณะของ ring rim sign) ดังรูปที่ 1 และ 2 การตรวจโดยอัลตราซาวด์ก็สนับสนุนว่าก้อนในท้องมีลักษณะของถุงน้ำขนาดใหญ่ (รูปที่ 3 และ 4)

ศัลยแพทย์จึงได้ผ่าตัดเอาไตข้างขวาออกพบว่า เป็น hydronephrosis ที่มีการตีบตันตรงรอยต่อระหว่างท่อไตและกรวยไต (uretero-pelvic junction) ก้อนไตขนาด $12 \times 7 \times 6$ เซนติเมตร เป็นถุงน้ำผิวเรียบ ดูน้ำออกได้ 1,200 มล. ผลการตรวจชิ้นเนื้อก็สนับสนุนเช่นกัน

หลังผ่าตัดสภาพผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี ความดันโลหิตกลับสู่ปกติในเวลา 2 วัน ($\frac{110}{70}$ มิลลิเมตรปรอท) มีไข้อยู่ 2 วัน แผลผ่าตัดหน้าท้องติดเชื้อไม่มีปัญหาเรื่องการติดเชื้อ

บัสสาวะบ่อย (วันละ 10-20 ครั้ง) อยู่ประมาณ 1 อาทิตย์รวมเวลาอยู่ใน ร.พ. ทั้งสิ้น 20 วัน ก่อนกลับบ้านมีน้ำหนัก 6,100 กรัม การตรวจ

บัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ, ยูเรียไนโตรเจนในเลือด 20 มิลลิกรัม % ครีเอตินีน 0.5 มิลลิกรัม%, creatinine clearance 12.4/1.73 ตารางเมตร



รูปที่ 1 ภาพรังสีหลังจากฉีดสารทึบแสงที่ 15 นาที ลูกศรบ้าน (<) ชี้ออบของก้อนทึบสารทึบแสงอยู่เป็นขอบ (ring-rim หรือ crescent sign) ลูกศรแหลม (>) ชี้อ่อนทึบสารทึบแสงอยู่ภายใน เป็นลักษณะของ hydronephrosis ขนาดใหญ่

รูปที่ 2 ภาพรังสีแสดงให้เห็นกรวยไตปกติและท่อไต ลูกศร (>) ชี้ออบของก้อนที่มีความใส (radiolucent) อยู่ภายในแสดงถึงว่าก้อนเป็นถุงน้ำหรือ hydronephrosis ขนาดใหญ่



รูปที่ 3 และ 4 การตรวจโดยใช้อัลตราซาวด์ ได้ลักษณะของ sonolucent mass เป็นสีดำในภาพแสดงถึงว่าก้อนนี้เป็นถุงน้ำหรือ hydronephrosis ไม่มี echogenicity ภายในที่แสดงว่าเป็นก้อนเนื้อที่บวมของมะเร็ง

วิจารณ์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยก้อนในท้องนั้น มีดังนี้

1. **Excretory urography** หรือ **intravenous pyelogram** เป็นวิธีที่ดีและจำเป็นที่สุดในการช่วยบอกชนิดของก้อนในท้อง plain abdomen จะแสดงให้เห็นตำแหน่งของก้อน และสิ่งที่อยู่ภายในก้อนว่ามีแคลเซียมมาเกาะ หรือนิวที่ทึบแสงได้ ภาพที่ได้จากการฉีดสารทึบแสงซึ่งเป็น iodine compound เข้าเส้น

เลือดดำจะสามารถแยกได้ว่าเป็นก้อนที่เกี่ยวข้องกับไตหรือไม่ ภาพรังสีของ excretory urography จะแสดงความผิดปกติได้ดังนี้

- 1.1 ก้อนนอกไต
- 1.2 ก้อนในไต
- 1.3 Hydronephrosis
- 1.4 ไตซึ่งไม่ทำงาน

1.1 ก้อนนอกไต : ก้อนเนื้อนั้น จะเบียดไตที่อยู่ใกล้เคียงให้ออกไปจากตำแหน่งเดิม ซึ่งถ้าเป็น neuroblastoma ซึ่งเป็นมะเร็ง

ในต่อมหมวกไต จะเบียดไตจากเส้นกลางออกไปทางด้านข้าง ไปจากกระดูกสันหลังและต่ำลงไป พร้อมกับเบียดท่อไตส่วนบนออกไปด้วย แต่ไม่ทำให้กรวยไตเปลี่ยนสภาพหรือเสียความสัมพันธ์ทางรูปร่างไป นอกจากกรณีที่เกิดขึ้นโตมากไปกดกรวยไต ureteropelvic จะทำให้เกิดภาวะการอุดตันเป็น hydronephrosis ร่วมด้วย ก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดความผิดปกติแบบนี้ส่วนใหญ่จาก neuroblastoma

1.2 ก้อนในไต : ภาพที่ได้จาก excretory urography เป็นความผิดปกติเกิดจากการแทนที่เนื้อไตด้วยก้อน ไปทำให้เกิดผลเสียโดยตรงบนส่วนของกรวยไต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เล็กน้อยจนมาก เช่น กรวยไตส่วนนั้นหายไปหรือโคนเบียดออกไปจนไม่ปรากฏรูปร่าง, ก้อนเหล่านี้ได้แก่ Wilm's tumor ถุงน้ำในไต

1.3 Hydronephrosis : ภาพของกรวยไตและ pelvis จะมีการพองตัวออกไปตามขนาดของก้อน จนกลายเป็นลักษณะถุงน้ำของสารทึบแสงอย่างเดี่ยว hydronephrosis ที่มีขนาดโตมากสามารถให้ลักษณะของ ring rim sign หรือ crescent ของสีปรากฏที่ขอบของ hydrocalyx ลักษณะนี้จะปรากฏให้เห็นในรูปที่ได้หลังจากฉีดสีภายใน 10 นาทีแรก ดังนั้นต้องอาศัยความละเอียดในการตรวจหาลักษณะนี้

ตามขอบของก้อนดังที่แสดงในภาพ urogram ของผู้ป่วยรายนี้

Hydronephrosis ที่เกิดจากการตีบตันของรอยต่อ ureteropelvic จะปรากฏเป็นถุงขนาดใหญ่ของสีที่มีเจือปนอยู่จาง ๆ มากกว่าที่จะเป็นลักษณะของกรวยไตที่พองตัว เพราะกรวยไตมักจะบางตัวลงเป็น crescent หรือรอยหยักบนขอบของ renal pelvis นั้น การถ่ายภาพที่ 30 นาที 1,2,4 ชม. มีความจำเป็นมากเพื่อรอให้สีรวมกันมากขึ้นใน hydrocalyx รวมทั้งการถ่ายภาพในท่ายืนก็จะช่วยให้สีตกลงมาในส่วนล่างของ hydrocalyx ก้อนเนื้อของ excretory urogram ที่ปรากฏเป็น ring rim อย่างนี้ส่วนใหญ่เป็น hydronephrosis ส่วนน้อยเป็น multicystic kidney

1.4 ไตซึ่งไม่ทำงาน : ก้อนในท้องทั้งชนิดนอกและในไตและ hydronephrosis สามารถทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพได้โดยไปทำให้ไม่กลั่นสีออกมาเลย จำเป็นต้องอาศัยวิธีการตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจโดยวิธีของ ultrasound

2. การตรวจด้วยอัตราซาวด์ เป็นวิธีการตรวจโดยใช้ความถี่สูงไปยังก้อนแล้วสะท้อนเสียงกลับมาทำให้ได้ลักษณะของการสะท้อนกลับที่ต่างกันเมื่อผ่านไปยัง hydronephrosis หรือถุงน้ำเนื้อที่บวมของก้อน, ฝี, นิ่ว ดังภาพ

ของผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็น hydronephrosis ได้ ลักษณะของการสะท้อนเสียง กลับมาทั้งหมด ต่างไปจากเนื้อไตและอวัยวะอื่นข้างเคียง การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ที่สะทวกราคาถูก non-invasive ให้ผลรวดเร็ว จึงควรนำมาใช้ช่วย การวินิจฉัยก้อนในท้องด้วย

3. การเจาะถุงน้ำโดยตรง พร้อมกับ การถ่ายภาพรังสีหลังจากฉีดสีไอโอดีนเข้าใน ถุงน้ำอาจนำมาใช้ในการวินิจฉัยถ้าตรวจพบ ทางคลินิกบ่งเป็นถุงน้ำที่ไม่ได้เกิดจากมะเร็ง ไม่เป็น Wilms' tumor การตรวจนี้จะให้ ประโยชน์เพิ่มเติมเมื่อ excretory urogram นั้นพบว่าไตไม่ทำงาน จากมี hydronephrosis ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการตีบตันที่รอยต่อ ureteropelvic จะช่วยให้เห็นกรวยไตที่ขยายและ hydrocalyx ได้รวมทั้งจุดที่มีการตีบตัน แต่ ไม่จำเป็นต้องรีบคว่นอย่างในผู้ป่วยรายนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ซึ่งสามารถทำการตรวจ ด้วยอัลตราซาวด์ที่อาจแยกโรคก้อนเนื้อจาก ถุงน้ำได้ดี และไม่ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพราะ ผู้ป่วยรายนี้มี rim ring sign ชัดเจนอยู่แล้ว

ในผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาในการวินิจฉัย ตั้งแต่อยู่ต่างจังหวัด ซึ่งถ้าสามารถวินิจฉัยได้ ถูกต้องก็คงผ่าตัดที่นั่นได้ โดยไม่ต้องส่งต่อมา กรุงเทพฯ ฯ นอกจากนั้นการบอกว่าเป็นมะเร็ง ย่อมทำให้ผู้ป่วยกระสอกและหมดหวัง

สาเหตุของก้อนในท้องของเด็กในช่วง อายุต่างกัก็มี ความแตกต่างกัน ในเด็กอายุ น้อยกว่า 1 เดือนก้อนส่วนใหญ่มักเกิดจาก ความผิดปกติแต่กำเนิดของไต เช่น multi cystic kidney, hydronephrosis, renal vein thrombosis⁽³⁾ ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี ก้อนใน ท้องมีสาเหตุจากมะเร็งประมาณครึ่งหนึ่ง⁽⁷⁾ ซึ่งได้แก่ Wilms' tumor, neuroblastoma, lymphoma ผู้ป่วยรายนี้อายุยังน้อยกว่าก้อนในท้อง น่าจะมีสาเหตุจากความผิดปกติแต่กำเนิดมากกว่าเป็นมะเร็ง

อย่างไรก็ตามในเด็กอายุขนาดนี้ก็มิโอกาส เป็น Wilms' tumor และมาหาแพทย์ด้วย อาการนำคือมีก้อนในท้องได้ แต่พบว่าก้อนมัก จะไม่โตข้ามเส้นกลางตัว ไปด้านตรงข้ามความ ตันโลหิตสูงก็พบได้น้อย มักมีการลุกลามไปที่ ปอด ผู้ป่วยรายนี้ผลการเอ็กซเรย์ปอดปกติ

ถ้าเป็น neuroblastoma ก้อนอาจโตได้ มากขนาดนี้และข้ามเส้นกลางตัวไปได้ ความตัน โลหิตสูงก็พบได้ แต่ถ้าก้อนโตมากแล้วควรมี การแพร่กระจายของมะเร็ง ไปสู่ส่วนอื่นของ ร่างกาย เช่น กระดูก แต่ไม่พบในผู้ป่วย รายนี้ ถ้าเป็นมะเร็งควรมีอาการทั่วไปของ มะเร็ง เช่น ผอมลง เบื่ออาหาร เหลื่อย, เด็กควรจะคุบ้วยหนัก หงุดหงิด แต่ผู้ป่วย รายนี้รับทานอาหารได้ อารมณ์ดีร่าเริง

กรณีที่เป็นโรคถุงน้ำในไต พบว่าถ้าเป็น multi cystic kidney ที่เป็นข้างเดียว จะพบได้ในทุกอายุ⁽¹⁾ ซึ่งจะมีอาการของการมีก้อนในท้องคลำได้ แต่ในเด็กมักไม่พบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ถ้าเป็น polycystic kidney มักเป็นทั้งสองข้าง และควรมีประวัติผู้อื่นในครอบครัวเป็นด้วย

Hydronephrosis เป็นโรคที่จะต้องคิดถึงถึงในผู้ป่วยรายนี้ เพราะโรคนี้ในเด็กไทยพบว่ามักมาด้วยเรื่องมีก้อนในท้อง⁽⁷⁾ ได้มีผู้รายงานถึง Hydronephrosis ขนาดใหญ่มาก ๆ ในเด็ก⁽⁶⁾ คือหนักเกิน 4 เพอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัว พบว่ามักพบในเด็กอายุน้อย

ในผู้ป่วยรายนี้น้ำหนักตัว 6,950 กรัม และขนาดของก้อนที่พบขณะผ่าตัดก็มีความจุของน้ำ 1,200 มล. ซึ่งเท่ากับ 15% ของน้ำหนักตัวเด็ก แสดงว่าก้อนขนาดใหญ่มาก มีน้ำปัสสาวะขังจนทำให้การคลำเหมือนเป็นก้อนแข็งมากกว่าให้ความรู้สึกว่าเป็นถุงน้ำ ก้อนขนาดนี้พบไม่บ่อยนัก ทำให้เกิดความสับสนในการวินิจฉัยขั้นต้น ความดันโลหิตสูงก็พบได้บ่อย โดยที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่พบว่าความดันโลหิตจะลดลงปกติอย่างรวดเร็วหลังผ่าตัด⁽²⁾ แต่ก่อนที่คลำได้ลักษณะเหมือนถุงน้ำ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้จากการคลำบอกไม่ได้แน่ชัดว่าเป็น

ถุงน้ำหรือไม่ เพราะก้อนค่อนข้างแข็ง เมื่อมีปัญหาเช่นนี้สิ่งที่ช่วยได้มากคือการตรวจไตโดยการฉีดสารทึบแสงเข้าเส้นโลหิตดำ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำมาจากต่างจังหวัดแล้ว และฟิล์มเอ็กซเรย์ที่นำมาด้วยนั้นมียุคภาพค่อนข้างดี บอกได้ว่าไตข้างซ้ายปกติ ส่วนทางข้างขวาเห็นลักษณะของสารทึบแสงที่ค้างอยู่เป็น crescent sign หรือ ring-rim sign ที่ขอบนอกของก้อน หลังผ่าตัดพบว่าที่ปัสสาวะออกมากและบ่อยครั้ง อาจเป็นเพราะไตอีกข้างถูกกดโดยก้อนนี้มาเป็นเวลานาน อยู่ในสภาพของการอุดตันบางส่วนอย่างเรื้อรัง เมื่อการอุดตันนั้นหายไปก็จะเกิดปัสสาวะได้อย่างมาก⁽³⁾ แต่จะเกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น ในระยะนี้จะต้องคอยระวังและให้น้ำให้เพียงพอ เพื่อกันภาวะขาดน้ำ

ส่วนใหญ่หลังผ่าตัด creatinine clearance จะกลับสู่ปกติอย่างรวดเร็ว⁽³⁾ ผู้ป่วยรายนี้ creatinine clearance ยังต่ำอยู่เข้าใจว่าเก็บจำนวนปัสสาวะไม่ถูกต้องทุกครั้ง ทำให้ได้ค่าต่ำกว่าความเป็นจริง แต่อย่างไรก็ตามเคยมีผู้ทำการทดลอง พบว่าหลังจากการแก้ไขการอุดตันของไตซึ่งมีการอุดตันเพียงข้างเดียว อาจใช้เวลานานถึง 4 เดือน ไตจึงจะสามารถทำงานได้ตามปกติ⁽²⁾

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยเด็กชาย 4 เดือนหนึ่งราย ซึ่งมีก้อนในท้องขนาดใหญ่ถึง 15% ของน้ำหนักตัว โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Wilm's tumor เนื่องจากก้อนค่อนข้างแข็ง ผลการฉีดสารทึบแสงพบ ring-rim sign ซึ่งเห็นเป็นก้อนน้ำจากการผ่าตัดพบว่าการอุดตันที่รอยต่อของท่อไตและกรวยไตภายหลังการผ่าตัดไตออกพบว่ามีกรวยไตบวมมากอยู่ระยะหนึ่ง ความดันโลหิตลดลงปกติและผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายหลัง 20 วัน

การแยก Wilm's tumor จาก hydronephrosis นั้น อาศัยสถิติของการเกิดโรคในกลุ่มอายุต่างๆ อาการทั่วไปของโรคมะเร็ง ลักษณะของก้อนใน Wilm's tumor เป็นก้อนแข็ง มักไม่ข้ามเส้นกลางของท้องไม่ค่อยพบความดันโลหิตสูง และถ้าก้อนโตมากมักจะกระจายไปที่อื่น ด้วยการตรวจไตด้วยสารทึบแสงจะเห็นก้อนภายในไตซึ่งมีขนาดต่าง ๆ กัน และทำให้กรวยไตถูกเบียดหรือฝักรูปราง อัลตราซาวด์จะช่วยแยกก้อนเนื่องจากถุงน้ำได้ เป็นการตรวจทางห้องทดลองที่ควรทำทุกรายที่มีก้อนในท้องด้วย

อ้างอิง

1. Bernstein J. Heritable cystic disorders of the kidney; the mythology of polycystic disease *Pediatr Clin North Am* 1971 May; 18(2) : 435-443
2. Campbell M.F. *Urology*. 4 ed, Philadelphia : WB Saunders, 1978 ; 277-409
3. James JA, *Renal Disease in Childhood*. 3 ed. Saint Louise ; C.V. Mosby, 1972 ; 110-112
4. Caffey J. *Pediatric X-ray Diagnosis*. 7 ed. Chicago : Yearbook Medical Publishers, 1978 ; 914-918
5. Ravitch MM. *Pediatric Surgery*. 3 ed. Chicago : Yearbook Medical Publishers, 1977 ; 1082-1113
6. Uson AC, Levitt AB, Latimer JK. Giant hydronephrosis in children. *Pediatrics* 1969 Aug ; 44 (2) : 209-219
7. พิทยา จันทรมล. กุมารศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ : ไทยเกษม, 2520 ; 88-104