

รายงานผู้ป่วย

## ท้องมานจากโรคตับอ่อนอักเสบ

สุจิตรา สมบุญธรรม\*

สิริวัฒน์ อนันภพพันธ์พงศ์\* ชิงเยี่ยม ปัญญาปิยะกุล\*\*

**Sombuntham S, Ananpapanpong S, Panchapiyakul C. Pancreatic ascitis: a case report. Chula Med J 1985 Sep; 29(9) : 1013-1019**

*A patient whose symptoms, clinical signs, laboratory and radiographic studies were compatible with the diagnosis of pancreatic ascites, had chronic pancreatitis and pancreatic duct calculi which caused the obstruction and leakage of a pancreatic pseudocyst. He responded well to an internal drainage of the pseudocyst.*

\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Pancreatic Ascites เป็นภาวะที่มีน้ำในช่องท้องปริมาณมาก เกิดจากการอักเสบของตับอ่อน โดยส่วนใหญ่พบว่ามีกร้าวของ pancreatic pseudocyst หรือร้าวจากท่อตับอ่อนเอง โดยที่เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนัก ได้เคยมีผู้รายงานเป็นครั้งแรกในวารสารต่างประเทศในปี ค.ศ. 1950<sup>(1)</sup> และรายงานประปรายในปีต่อมา ในปี ค.ศ. 1967 Cameron et al<sup>(2)</sup> แห่ง The John Hopkins Medical Institutions ได้รายงานผู้ป่วย 13 คนและสรุปหลักการวินิจฉัย (criteria of diagnosis) สำหรับผู้ป่วยภาวะนี้คือ มีการเพิ่มขึ้นของ serum amylase, ascitic fluid amylase และ ascitic protein ในปี ค.ศ. 1974 Donowitz et al<sup>(3)</sup> ได้รายงานผู้ป่วยภาวะนี้อีก 5 ราย และรวบรวมรายงานอื่นอีก 80 ราย ทำให้สามารถเข้าใจถึงลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย แยกโรคจากท้องมานของโรคตับแข็ง และแนวทางการรักษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถวินิจฉัยภาวะนี้ได้มากขึ้นตามลำดับ<sup>(4, 5)</sup> ต่อมาได้มีการใช้ endoscopic retrograde pancreatography (ERCP) ซึ่งช่วยการวินิจฉัย<sup>(6)</sup> และหาสาเหตุการเกิดโรคได้แม่นยำมากขึ้น สามารถช่วยตัดสินใจในวิธีการผ่าตัด และทำให้ผลการผ่าตัดได้ผลดีมากขึ้นตามลำดับ สำหรับประเทศไทย แม้จะมีผู้เคยพบผู้ป่วยภาวะนี้ แต่ก็ไม่มีผู้รายงานไว้ในวารสารทางการแพทย์ จึงได้เสนอรายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับการรักษาทางยา แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงได้ทำการผ่าตัดซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 56 ปี รับประทานอยู่ จ. สุรินทร์ รับประทานในโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ ปวดท้องจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ไม่ร้าวไปไหน

เป็น ๆ หาย ๆ และท้องโตขึ้นมากในระยะเวลา 4 เดือน บางครั้งเบื่ออาหาร ซ้ำยารักษาโรคกระเพาะมารับประทาน อาการทุเลาลงบ้าง 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลได้ไปรักษาที่ รพ. จังหวัด วจนิจัยว่าเป็นโรคตับแข็ง ได้ยากินไม่ดีขึ้น สังเกตท้องโตขึ้น น้ำหนักลดลง 3 กก. ประวัติอดีตไม่เคยรับบาดเจ็บหรือผ่าตัดช่องท้อง ดื่มเหล้าวันละครึ่งแบนมาราว 30 ปี สูบบุหรี่วันละครึ่งซองมา 30 ปีเช่นกัน

ตรวจร่างกายพบว่า ไม่มีไข้ ความดันโลหิต 110/80 มม.ปรอท, ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที, รัสเซียดี และร่วมมือในการตรวจซิดเล็กน้อย แต่ไม่เหลือง ไม่พบ spider naevi, palmar erythema ตรวจพบท้องโตตึง กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณลิ้นปี่ และมีน้ำในช่องท้องมากอย่างชัดเจน ไม่สามารถคลำตับม้ามได้ที่ขาบวมกดบวมเล็กน้อย ตรวจทางทวารหนักปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 24%, Wbc 10,900/mm<sup>3</sup>, PMN 78%, L 8%, M 5%, E 9%, Platelet ปกติ, การตรวจปัสสาวะปกติ, อุจจาระพบไข่พยาธิปากขอ, พยาธิใบไม้ในตับ, และตัวอ่อนของพยาธิสตรองจิลอยด์ FBS 83 mg %, BUN 17 mg %, Cr 0.7 mg %, Bilirubin 1' = 0.05 mg %, 30' = 0.3 mg %, SGOT 16 U, SGPT 13 U, Alkaline Phosphatase 49 U, Alb. 2.25 gm %, Glob. 2.95 gm %. Prothrombin time 12.5 วินาที (ค่าควบคุม 13 วินาที)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับตับอ่อนพบว่า serum amylase 1516 U/L (ค่าปกติไม่เกิน 390 U/L), urine amylase 3242 U/L (ค่าปกติไม่เกิน 1400 U/L), serum lipase 4.15 U (ค่าปกติไม่เกิน 1.5 U), serum carotene

52 U<sub>g</sub> % (ค่าปกติ 60-300 ug %), D-xylose test ปกติ, ตรวจไม่พบไขมันในอุจจาระ (Sudan stain)

การตรวจทางรังสีวิทยา เอ็กซเรย์ปอด พบ มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดข้างซ้ายเล็กน้อย Upper GI study พบ coarse mucosal fold of pyloric

antrum, slight anterior displacement of gastric antrum, calcification at head of pancreas (รูป 1) อัลตราซาวด์ช่องท้อง พบน้ำในช่องท้อง นีวใน pancreatic duct และถุงน้ำขนาดใหญ่ที่ส่วนหัวของตับอ่อน (รูป 2)

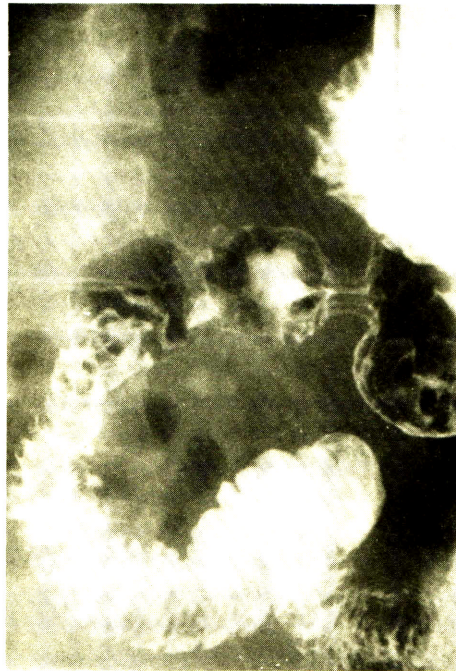


Figure 1 X-ray upper GI study showing calcification in the region of the head of pancreas.

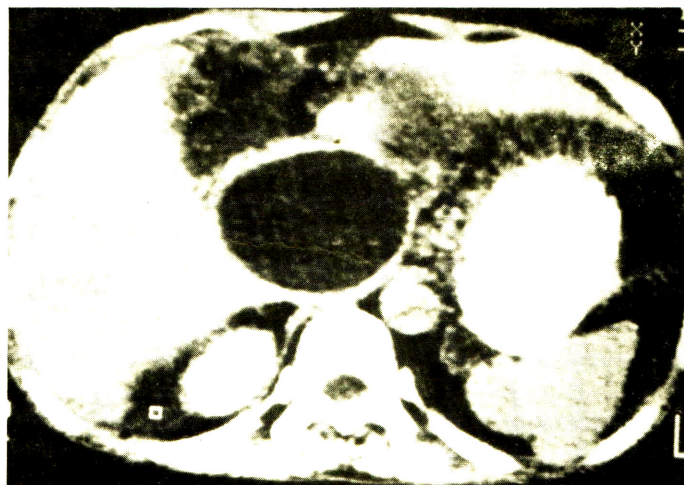
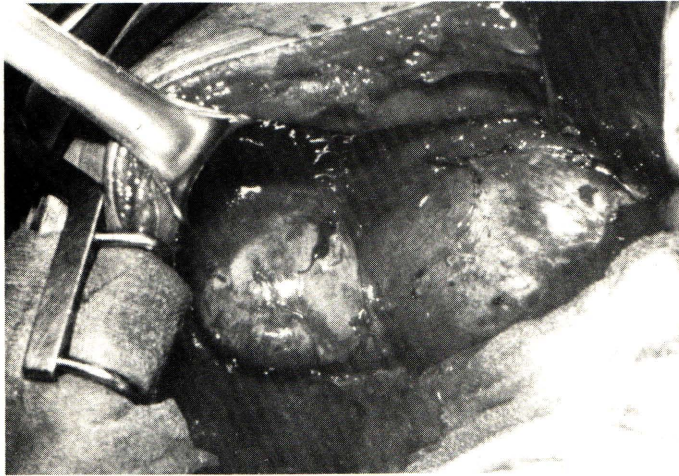


Figure 2 C-T scan showing large cyst in the region of the head of pancreas.

ได้เจาะน้ำในช่องท้อง ตรวจพบน้ำเหลือง ฟางขุ่นเล็กน้อย ถพ. 1.039, โปรตีน 4.45 กรัม % เม็ดเลือดขาว 150 ตัว มม<sup>3</sup> เป็น lymphocyte ทั้งหมด amylase 20,647 U/L เพาะเชื้อไม่ขึ้น ผลการผ่าตัดพบมีน้ำสีเหลืองใสในช่องท้อง ประมาณ 3 ลิตร ตับอ่อนมีลักษณะอักเสบเรื้อรัง

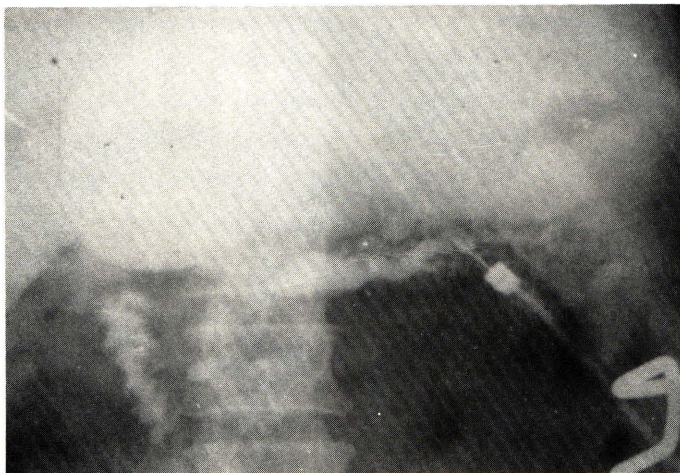
โดยมีผิวขรุขระ และแข็ง บริเวณระหว่างด้านล่างของตับกลีบซ้าย hepatoduodenal ligament และขอบบนของตับอ่อนส่วนต้น มีถุงน้ำขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 7 ซม. บรรจุด้วยน้ำใส (รูป 3) จากการทำ intraoperative pancreatography และ cystography พบท่อตับอ่อนมีขนาด



**Figure 3** Intraabdominal operation showing a large cyst on the left side.

ขยายขึ้น และโป่งเป็นกระเปาะเป็นช่วง ๆ ตั้งแต่ตำแหน่ง Calcification ที่ส่วนหัวของตับอ่อน ไปจนจรดส่วนหาง pancreatic duct ทางส่วนหัวที่เปิดเข้า duodenum มีขนาดปกติ มีรอยรั่วของ

contrast จาก cyst และมี pancreatic duct stone 2 ก้อนอยู่ตรงตำแหน่งที่ทำให้เกิดการตีบตัน (รูป 4) การผ่าตัดได้ทำ lateral longitudinal pancreaticojejunostomy (Puestow's opera-



**Figure 4** X-ray intraoperative pancreaticogram showing the stenosis of pancreatic duct in the region of the head of pancreas.



tion) และ cystojejunostomy (side to side) โดยนำ dysfunctional limb ของ jejunum มาต่อจาก pancreas, pseudocyst ตามลำดับ หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาการดีขึ้นโดยลำดับ ไม่มีน้ำในช่องท้องเกิดขึ้นมาอีก

ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังร่วมกับการมี pancreatic pseudocyst และ pancreatic ascites ได้รับการรักษาทางยาด้วยการให้อาหารที่มีโปรตีนต่ำ เพื่อลดการทำงานของตับอ่อน ร่วมกับการเจาะน้ำในช่องท้องสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และรักษาพยาธิด้วย Thiabendazole และ proziguantal พบว่าการดึงของน้ำในช่องท้องเพิ่มอย่างรวดเร็วภายหลังการเจาะทุกครั้ง จึงได้ปรึกษาแผนกศัลยกรรมเพื่อทำการผ่าตัด

## วิจารณ์

pancreatic ascites เป็นภาวะที่มีน้ำปริมาณมากในช่องท้อง และน้ำนั้นมีปริมาณ amylase สูง พบได้เพียง 3% ของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง<sup>(7)</sup> พบมากในผู้ชาย (ชาย : หญิง = 2 : 1) อายุระหว่าง 20-50 ปี<sup>(3,8)</sup> สาเหตุของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง คือ แอลกอฮอล์พบประมาณสองในสาม นอกจากนี้ได้แก่ บาดเจ็บบริเวณช่องท้อง โดยเฉพาะในเด็ก นิวในท่อตับอ่อน มีถุงน้ำที่ท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และการตีบของ ampulla<sup>(3)</sup> มีรายงานที่พบว่าเกิดจากมะเร็งของตับอ่อน<sup>(9)</sup>

กลไกการเกิด pancreatic ascites พบว่าเกิดการรั่วของ pseudocyst ประมาณ 80% การรั่วของท่อในตับอ่อนโดยตรงประมาณ 10% ส่วนอีกประมาณ 10% ไม่ทราบสาเหตุ<sup>(3,10)</sup> การรั่วของสารหลังจากตับอ่อนจาก pseudocyst หรือ

จากท่อตับอ่อนก็ตาม หากรั่วทางด้านหน้าเข้าสู่ peritoneal cavity จะทำให้ระคายเคืองต่อ peritoneum เกิดน้ำในช่องท้อง ซึ่งมีปริมาณ albumin และ amylase สูง หากรั่วทางด้านหลังจะมีสารจาก pancreas ไหลเข้าสู่ retroperitoneum อาจเข้าไปสู่ esophagus aorta, mediastinum หรือ pleural space เกิด pleural effusion<sup>(9)</sup>

ลักษณะทางคลินิกคือ ปวดท้อง ท้องโตขึ้น และน้ำหนักลด<sup>(3,9)</sup> โดยอาการค่อยเป็นค่อยไป อาการตรวจพบ อาจพบผู้ป่วยลักษณะไม่สบายเรื้อรัง มีน้ำในช่องท้องปริมาณมาก อาจพบมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด และลักษณะผิวหนังแบบ erythema nodosum<sup>(3)</sup>

ผู้ป่วยที่รายงานนี้มาด้วยการนำคือ ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ร่วมกับมีน้ำในช่องท้องปริมาณมาก น้ำหนักลด และมีประวัติดื่มสุรามาเป็นเวลานาน ตรวจไม่พบร่องรอยของโรคตับเรื้อรัง เข้าได้กับภาวะ pancreatic ascites อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแยกโรคจากท้องมานซึ่งเกิดจากตับแข็งได้แน่นอน จำเป็นต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

โดยทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการของภาวะ pancreatic ascites เป็นหลักการวินิจฉัย (criteria of diagnosis) ที่สำคัญที่สุดคือ ระดับ amylase ในเลือด และในน้ำช่องท้องสูง (โดยเฉลี่ย 1,200 และ 21,000 Somogyi unit ตามลำดับ) ค่าโปรตีนของน้ำในช่องท้องมากกว่า 3 กรัม/100 ลบ.ซม. อาจพบค่า albumin ในเลือดต่ำ และค่า lipase ในเลือดสูงร่วมด้วย<sup>(3)</sup>

ผู้ป่วยที่รายงาน พบว่ามี serum amylase 1516 u/L, ascitic fluid amylase 20,647 u/L, ascitic fluid protein 4.44 กรัม % serum albumin 2.25 กรัม % และ serum lipase 4.15 u ทำให้

สามารถให้การวินิจฉัยแน่นอนว่าเป็นภาวะ pancreatic ascites

การตรวจทางรังสี เช่น Upper GI study, Ultrasonography, Computerized tomography (CT Scam) หรือ Endoscopic retrograde pancreatography ทำให้สามารถทราบถึงภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง การที่มี pseudocyst ร่วมด้วยหรือไม่ ตำแหน่งของ pseudocyst และตำแหน่งรอยรั่วที่แน่นอนสามารถบ่งบอกถึงกลไกและสาเหตุการเกิดโรคได้<sup>(4, 6, 10)</sup>

การรักษา ในระยะแรกอาจให้การรักษาทางยา<sup>(9, 11)</sup> โดยใส่ท่อดูดทางจมูก และการให้ Diamox และ atropine การเจาะเอาน้ำในช่องท้องออกหลาย ๆ ครั้ง และการให้อาหารทางหลอดเลือดดำถ้าการรักษายังไม่ได้ผลดีภายใน 2-3 สัปดาห์ ควรใช้การผ่าตัด<sup>(9)</sup>

ก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการทำ ERCP<sup>(6, 9)</sup> ซึ่งจะสามารถบอกถึงพยาธิสภาพของตับอ่อนตลอดจนตำแหน่งรั่ว ทำให้เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดสั้นลง และสามารถวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้าได้ หากการทำ ERCP ไม่สำเร็จหรือไม่ได้ทำ จะต้องทำ operative pancreatography ทุกรายเพื่อหาตำแหน่งที่รั่ว<sup>(8, 9, 12)</sup> ถ้าเกิดจากการรั่วของท่อตับอ่อนโดยตรง ไม่มี pseudocyst ให้ทำ Roux-en-Y jejunostomy ถ้ารอยรั่วนั้นอยู่ส่วนปลายของตับอ่อน ให้ตัดตับอ่อนส่วนปลายออก ถ้ามี pseudocyst เล็ก ๆ ที่บริเวณส่วนปลายตับอ่อน ให้ตัดตับอ่อนส่วนปลายออก ถ้ามีการอุดตันของท่อตับอ่อนส่วนต้น ร่วมกับ pseudocyst ที่ใหญ่ ให้ใช้วิธีระบายลงสู่ Roux-en-Y loop หรือสู่กระเพาะอาหาร แต่ถ้าไม่สามารถพบรอยรั่ว

ใด ๆ ควรใช้การระบายโดยวิธีของ Duval หรือ Puestow เพื่อระบายสารหลังจากตับอ่อน<sup>(9, 12)</sup>

ผู้ป่วยที่รายงานได้รับการตรวจทางรังสี พบว่าเป็น pseudocyst และมี pancreatic stones ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วยังไม่ดีขึ้น จึงต้องอาศัยการผ่าตัด ถึงแม้จะไม่ได้ทำ ERCP ก่อนผ่าตัด ด้วยเหตุผลทางเทคนิค แต่ก็ได้ทำ operative pancreatography และ cystography และพบว่ามีการ leakage จาก pseudocyst จึงได้ Remove pancreatic stones, ทำ pancreatojejunostomy และ cystojejunostomy ลงสู่ Roux-en-Y loop การรักษาด้วยการผ่าตัดได้ผลดีเช่นเดียวกับที่ได้รายงานไว้<sup>(8)</sup>

## สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่มีอาการ อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และทางรังสีวิทยาเข้าได้กับภาวะ pancreatic ascites ซึ่งมีสาเหตุจากตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง นิ่วในตับอ่อน และ pancreatic pseudocyst และมีรอยรั่วจาก cyst ร่วมกับการอุดตันของท่อตับอ่อน ได้รับการรักษาโดย Internal drainage ทั้งจาก pseudocyst และท่อตับอ่อน ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ นพ. สัจพันธ์ อิศรเสนา แห่งภาควิชาอายุรศาสตร์ และ นพ. ประพันธ์ กิตติสิน แห่งภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำและความร่วมมือในทุกด้าน

## อ้างอิง

1. Crandell WB, Stevek GH Jr, McEvoy CD Jr. Chylous ascites due to a pancreatic pseudocyst; report of case. *Surgery* 1953 Jul; 34 : 111-116
2. Cameron JL, Anderson RP, Zuidema GD. Pancreatic ascites. *Surg Gynecol Obstet* 1967 Aug; 125(2) 328-332
3. Donowitz M, Kerstein MD, Spiro HM. Pancreatic ascites. *Medicine (Baltimore)* 1974 May; 53 (3) : 183-195
4. Sankaran S, Walt AJ. Pancreatic ascites : recognition and management. *Arch Surg* 1976 Apr; 11(4) : 430-434
5. Cameron JL, Kieffer RS, Anderson WJ. Internal pancreatic fistulas : pancreatic ascites and pleural effusions. *Ann Surg* 1976 Nov; 184(5) : 587-593
6. Sankaran S, Sugawa C, Walt AJ. Value of endoscopic retrograde pancreatography ascites. *Surg Gynecol Obstet* 1976 Feb; 148 (2) : 185-192
7. Mann SK, Mann NS. Pancreatic Ascites. *Am J Gastroenterol* 1979 Feb; 71 (2) : 186-192
8. Weaver DW, Walt AJ, Sugawa C, Bouwman DL. A continuing appraisal of pancreatic ascites. *Surg Gynecol Obstet* 1982 Jun; 154(6) : 725-728
9. Cameron JL. Chronic pancreatic ascites and pancreatic pleural effusions. *Gastroenterology* 1978 Jan; 74 (1) : 134-140
10. Haymes DA. Idiopathic pancreatic stone causing pancreatic ascites. *South Med J* 1982 Sep; 75 (9) : 1152-1153
11. Variyam EP. Central vein hyperalimentation in pancreatic ascites. *Am J Gastroenterol* 1983 Mar; 78(3) : 178-181
12. Cameron JL, Brawley RK, Bender HW, Zuidema GD. The Treatment of pancreatic ascites. *Ann Surg* 1969 Oct; 170(4) : 668-676
13. Sleisenger MH, Fordtran JS. *Gastrointestinal Disease : Pathophysiology Diagnosis and Management*. 3 rd Philadelphia : Saunders, 1983. 348