

10-1-1968

Right subcostal pain

ประสาน ต่างใจ

ชัยโณ เข็มชาติ

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ต่างใจ, ประสาน and เข็มชาติ, ชัยโณ (1968) "Right subcostal pain," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 13: Iss. 4, Article 6.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.13.4.6

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol13/iss4/6>

This Other is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

Clinico – Pathological Conference

เรียบเรียง – รวบรวม	น.พ ประสาน ต่างใจ
ผู้อภิปราย	น.พ ชัยโยธ เพ็ญชาติ
พยาธิแพทย์	น.พ ประสาน ต่างใจ

(การประชุมร่วมทางวิชาการประจำปีระหว่างแผนกวิชาทางคลินิก และแผนกพยาธิวิทยา ร่วมกับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ ๓ และ ๔ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

RIGHT SUBCOSTAL PAIN – HEMATURIA

– HEPATOMEGALY & PLEURAL EFFUSION

CLINICAL HISTORY

This 55 years old Thai farmer, from the North–East, was admitted to this hospital on November 7, 1967 with a chief complaint of dull pain in the right subcostal abdominal region which radiated to right front thigh as well as to the lower half of his right back. The episode occurred 3 months previously and apparently, subsided by itself since there was no information pertaining to treatment.

One month before admission, the pain recurred. This time it was more frequent and was intermittently, accompanied by bloody discoloration of urine.

The past history was essentially non – contributory. Physical Examination ;

The patient was thin and look anemic. No jaundice was noted. Body weight was 34 Kgs.

B.T. 38° c. PR. 110/min. RR 20/min. B.P. 90/70 mm.Hg. Systemic examination was not remarkable. The liver and spleen were not palpable. No abnormal mass was palpable over the entire abdomen. Superficial lymph nodes were not enlarged.

Lab. data : Soon after admission, the following lab. investigations were done :

Urine culture. E. coli,
Bacterial count innumerable.
Sensitivity test was also carried out.

Total bilirubin 0.2 mg %
Direct bilirubin 0.1 mg %
Thymol Turbidity 0.5 units
Zinc Sulfate 51.5 units

I₂ 4 plus
 Alkaline phosphatase 14.0 unit.
 SGOT 53.0 units
 SGPT 9.0 units,
 Co₂ combining power 25.3 mEq/L
 Sodium 126.5 and Potassium 3.8 mEq/L
 NPN 27 mg %
 Creatinine 2.0 mg %
 Calcium 6.0 mg %
 Phosphorus 2.0 mg %

No complete blood count examination, urinalysis nor stool examination were performed until one day before the death of the patient when a blood examination was done. It showed a Hgb. of 13 gm % wbc 10050/ cumm Neutrophils 83% lymphocyte 14% & Eosinophil 3%

X-ray chest done on Oct. 24, 67 (prior to admission) disclosed an upward elevation of right hemidiaphragm. Plain abdomen showed right staghorn renal calculi with hydronephrosis. Real liver enlargement could not be excluded.

On Oct. 30, 67. Another of plain KUB and IVP revealed multiple renal stones, right, showing no contrast excretion up to 20 minutes. Stones are also noted in left kidney of the lower pole calyx and in left ureter at the level of L₅ causing delayed excretion and faint visualization of the left kidney and ureter. EKG. revealed slight axis deviation. Horizontal heart, PR interval. 0.18 sec. Very low QRS

complex in L₁ - aVF, V₅ - V₆, QS in L₃ + aVF. The impression suggested an old posterior myocardial infarction.

The patient received urinary antiseptic and symptomatic treatment. Blood transfusion were given on Nov. 10, 11 and 17. There was no apparent improvement. Low intermittent fever (up to 38 c) was recorded in the first week of hospitalization. The temperature became subnormal (36.5-37°) in the second week during which pitting edema of both feet, ascites and dyspnea were observed.

Chest x-ray was performed showing fluid in the right pleural cavity. Dichloride was given and thoracocentesis was done on Nov. 19, 1967. 300 ml of watery fluid with frank blood was obtained. In the evening on that day patient developed weakness, dyspnea, rapid and faint palpation and, later on vomiting some 20 ml of blood together with frothy and watery fluid. Tracheostomy was done late that night without any improvement. The patient developed air - hunger and died at 5.30 am. of the following morning.

น.พ. ชัยบุญ เพ็ญชาติ

คนไข้ชาย อายุ ๕๕ ปี ชาวนาจาก
 ภาคอีสาน มาด้วยเรื่อง pain ที่ right
 subcostal abdomen ซึ่งบอกไว้ชัดเจน มี
 radiation ไปที่ขาขวาและหลัง อาการ

เป็นเมื่อ ๓ เดือนก่อนมา ร.พ. ครึ่งหนึ่งมาก่อน ไม่ associated กับอาการอื่นใด เป็นขึ้นมาแล้วหายไปเอง

๑ เดือน ก่อนเข้าโรงพยาบาลก็เป็นเช่นนี้อีก แต่คราวนี้ร่วมกับ Hematuria.

จากอาการดังกล่าว อันแรกที่จะต้องนึกถึง คือ Renal stone แต่ Renal stone อย่างเดียวคงไม่น่าจะตายเร็ว ดังนั้นควรจะมีอย่างอื่นรวมอยู่ด้วย

คนไข้ผอมมาก น้ำหนักเพียง ๓๔ กิโลกรัม look anemic ความดันเลือด 90/70 mm Hg. ค่อนข้างจะต่ำ มีไข้ 38°C ไม่พบ mass ที่ใด lymph node ไม่พบว่าโต จากการตรวจไม่ให้อะไรมานอกจากคนไข้ไม่มีไข้ ซึ่งน่าจะนึกถึง infection ที่มีส่วนร่วมไปด้วย

จาก Lab. Urine culture ได้ E. coli จำนวน innumerable แสดงว่าคนไข้มี infection แน่ คงจะร่วมกับ Renal Stone. Blood exam มี slight elevation of WBC count และ neutrophils สูง สนับสนุน infection เต็มที่.

Liver function test ทำ ๗ วันก่อนตาย ผมไม่ทราบว่ามีเหตุผลอะไรที่ต้องทำ LFT เพราะใน protocol ไม่บอก Indica-

tion. เอาไว้อย่างไรก็ตาม ผลของ LFT ผิดปกติ ที่สำคัญ คือ Zn. sulfate turbidity สูงมาก 51.5 units. I₂ ๔ บวก นี่แสดงว่ามี G-globulin ขึ้นสูง Alkaline phosphatase สูงมากเหมือนกัน 14 units SGOT 53 ขึ้นนิดหน่อย Thymol รายวัน 10.5 units สูงขึ้นเช่นเดียวกัน แต่ไม่มี Jaundice bilirubin 0.2 mg. เท่านั้น ไม่ได้ทำ Albumin Globulin เอาไว้.

Na⁺ ต่ำ NPN ปกติ แต่ Creatinine 2.0 mg% สำหรับ lab ของ renal unit เราถือว่าสูงเล็กน้อยสำหรับคนไทย อย่างไรก็ตาม จาก figures เหล่านี้ คิดว่าคงไม่มี impairment of renal function หรือถ้าจะมีก็คงมีน้อยมาก แม้ว่าคนไข้จะมี Renal stone อยู่ด้วยก็ตาม.

ที่สำคัญ คือ Ca⁺⁺ ต่ำมาก เพียง 6 mg% คนไข้มี Hypocalcemia. Phosphorus ทำ ๒ ครั้ง ต่ำลงมากทั้งสองครั้ง ด้วย 2.0 mg% เท่านั้น อันนี้น่าสนใจที่จะต้องนำมา discuss ต่อไป.

สรุปจาก lab คนไข้มีประวัติ Renal stone แน่แน่นอน แต่จาก lab ไม่พบ Renal impairment พบ Hypocalcemia ขอดู x-ray.

พ.ญ. นิตยา สุวรรณเวลา

Chest ไม่พบ Pulmonary infiltration หัวใจปกติ แต่ Right dome diaphragm ชนไปสูงมาก.

Abdomen : Multiple renal stone ทางขวา Kidney Shadow ใหญ่มาก ทางซ้ายมี Renal stone เล็ก ๆ หนึ่งก้อน.

Right dome ที่สูงอาจเกิดขึ้นจาก kidney ที่ใหญ่ดัน diaphragm ชนไป หรือเพราะ liver โต โดยเฉพาะ upward enlargement แต่ไม่เห็น downward enlargement.

IVP excretion ของ contrast ออกทางซ้ายข้างเดียวเห็น calyceal system ค่อนข้าง dilate ข้างขวาไม่มี excretion เลย จนถึง ๒๐ นาที

Impression : เหมือนเดิม คือมี stones ข้างขวามากจนไม่มี Renal function เลย ข้างซ้ายมี stone เล็ก ๆ ๑ ก้อน.

Follow-up ของ chest พบมี increase density. ของปอดข้างขวา คงจะเป็น fluid ใน right pleura ทางซ้ายอาจจะมีเหมือนกัน แต่น้อย ดังนั้นอ่านว่ามี Massive pleural effusion ข้างขวา.

น.พ. ชัยบุญ

วินิจฉัยขั้นแรก Renal stone แน่แน่นอน แล้ว ตามหลัง stone อาจเกิด infection และ Hydronephrosis.

EKG. ภายนอก low QRS complex และ flat T-wave ได้ตาม Heart-man วัฏจักรว่าไม่มี significant อะไร.

หลังจากทราบผล culture ได้ให้ Urinary antiseptics ใช้จึงลดลงใน week ที่สอง และให้ blood transfusion ซึ่ง protocol ก็ไม่ได้บอกเหตุผลว่าทำไมจึงให้เลือด แต่เท่าที่ดูจากประวัติได้เลือดหลายครั้ง ครั้งสุดท้าย วันที่ ๑๗ อันนี้ Information ไม่พอ.

ใน admission ตอนแรก คนไข้ไม่มี Pleural effusion แต่อยู่ ร.พ. ๑๐ วัน เกิดมี Massive pleural effusion ซึ่งการเกิดน้ำเป็นไปค่อนข้างจะ sudden ได้ให้ Diuretics และเจาะปอดเมื่อวันที่ ๑๙ ได้ "Watery fluid with frank blood" มีความว่าที่แรกมีน้ำใส ๆ ต่อไปเจาะถูกเส้นเลือด จึงจะได้ fresh blood นี่เป็นสิ่งที่ผมตีความหมายเขาอย่างนั้นเท่านั้น อย่างไรก็ตามที่ผมพยายาม correlate การเจาะได้เลือด

กับการให้ blood transfusion แต่ว่าตามประวัติเขาได้ให้เลือดก่อนเจาะได้เลือด-ออกมาจากปอด.

หลังจากเจาะได้เลือดไม่นานนัก คนไข้ develop weakness, dyspnea, rapid & faint pulsation. และต่อมาอาเจียรเป็นเลือด terminate ด้วย air-hunger.

รวบรวม findings ที่ควรจะนำมา discuss.

๑. คนไข้มี Renal stones เป็น bilateral opaque stones ซึ่งคงเป็น calcium stone ซึ่งในฐานะ physician ต้องนำ metabolism ของ calcium มา discuss ด้วย.

๒. Abnormal liver function test การตรวจร่างกายไม่พบอะไร คลำ liver ไม่ได้ แต่มี elevation of right dome of diaphragm ใน x-ray แสดงว่า liver อาจโตจริง.

๓. Pleural effusion ที่ค่อนข้างจะ sudden in onset. Effusion เป็น watery.

ผมได้อ่าน CPC ใน New England Journal of Medicine ปี ๑๙๖๑ คนไข้มี manifestation คล้าย ๆ อย่างนี้ แต่ของเขามีก Hypercalcemia ของเรานั้น Hypocalcemia เคยเข้ากับเขาไม่ได้ จะเป็นไปได้หรือไม่ว่า lab เขาอ่านมาผิด

เพราะการ report Ca^{++} อาจทำได้ ๒ ชนิด คือ อ่านเป็น mg% หรือ mEq/L ถ้ารายงานเป็น 6 mEq/l คนไข้รายงานมี Hypercalcemia เพราะ Ca^{++} จะสูงประมาณ 12 mg% ถ้าหากรายงาน report เป็น mEq/L ตามที่ผมสันนิษฐานว่าควรเป็นไปอย่างนั้น ในรายงาน Phosphorus ค่าจริง ๆ ค่าทั้ง ๒ ครั้ง A.P. คงพอจะ discuss ต่อไปได้ ในค่านกดับคนไข้ที่มี stone ถ้ามี Uremia Ca^{++} ต่ำได้ แต่ Phosphorus ต่ำไม่ได้ ต้องดูแน่ ในรายงาน phosphorus ค่า

ดังนั้นในรายงานของเรา คนไข้อาจจะมี stone ที่ kidney เพราะมี Hypercalcemia, low phosphorus and increase alkaline phosphatase. โรคที่จะให้ pictures นั้น

— Hyperparathyroidism ในโลกนี้ lab ดังที่พบมาเข้ากันได้ stone ก็มีได้ แต่ใน hyperparathyroidism ไม่น่าจะมี liver involvement และไม่น่าจะทำให้มี Pleural effusion.

— Sarcoidosis ไม่ทราบว่ามีเมืองไทย พบหรือไม่ สมมติว่ามีโรคนี้เข้าได้เหมือนกัน คือมี hypercalcemia และ Renal stone ได้ Hepatic involvement ซึ่งมี liver function test แบบนี้ phosphorus ก็ต่ำได้ แต่ใน sarcoidosis น่าจะคลำ lymph node ได้บ้าง.

— คนไข้ อายุ ๕๕ ปี findings อันที่พบน่าจะนึกถึง Carcinoma ที่ไต แห่งใดได้ โดยเฉพาะ carcinoma of the kidney ที่มี hepatic involvement ให้ abnormal LFT และมี lung metastasis ให้ pleural effusion ได้

ในกรณี carcinoma ที่ kidney รู้สึกว่ายากที่จะบอกว่า kidney carcinoma เป็น primary หรือ stone เป็น primary อย่างใดก็ตามใน Metastatic carcinoma ให้ hypercalcemia, hypophosphatemia และ increase alkaline phosphatase ได้เหมือนกัน โดยเฉพาะ Renal cell carcinoma ซึ่งมี report ใน literature ให้ metastasis ไป liver และ Bronchus พร้อมๆ กันได้ เสียแต่ว่าในของเราระยะสั้นไป.

ถ้าหากคนไข้รายนี้เป็น Renal cell carcinoma จริงก็ควรที่จะเกิด carcinoma. ก่อน Renal stone อาจอธิบายได้ว่า carcinoma metastatic ไป Bone change จาก bone ทำให้มี Hypercalcemia, Ca^{++} มา deposit ที่ kidney ควรจะเป็นตามนี้ แต่รายของเราคนไข้มี history ของ stone มา นานอย่างไรก็ตามใน Report ของ Dr.

Crane ของเขามีประวัติ stone มา นานเหมือนกัน แต่เขาไม่ได้อธิบาย pathogenesis เอาไว้

คนไข้รายนี้น่าจะเป็นข้อหลังมากที่สุด แต่เนื่องจากคนไข้เป็นคนมาจากอีสาน ในบ้านเราภาคนี้ stone common มาก โดยเฉพาะ bladder stone และ liver fluke ก็ common มาก ดังนั้นอาการของ liver อาจจะเป็น inflammatory จาก fluke ก็ได้ แล้วทำให้เกิด pleural irritation เกิดน้ำในช่องปอดก็เป็นได้

ดังนั้น Diagnosis ของผม —

— Bilateral renal stone with pyelonephritis, nature ของ stone ไม่ทราบ

— Renal cell carcinoma with hepatic and lung involvement, and pleural effusion.

— ? liver parasitic infection.

Cause of Death : shock ? จาก pleural Tap ?

พ. บุญเลี้ยง

อยากจะทราบว่าในรายนี้คนไข้ calcium ต่ำหรือสูง.

พ. ชัยโย

ผมจำเป็นต้อง discuss จาก calcium สูง เพราะ calcium ต่ำหาทางอธิบายไป

ไม่ได้ ผมคิดว่า lab คง report ผิดจาก mEq/L เป็น mg% มากกว่า.

พ. ศิริ สถาวระ

รายงานผมเห็นด้วย คนไข้มี Renal stone ส่วน enlargement ของ kidney โตที่บริเวณ upper pole อาจจะจาก stone โดยตรงหรือจาก carcinoma ของ kidney ก็ได้

พ. สมหมาย วิไลรัตน์

อยากจะ comment ว่าการเจาะ LFT ในรายนี้มีเหตุผลพอ คนไข้มี dull pain ที่ subcostal margin มี indication พอที่จะเจาะ LFT โดยเฉพาะคนไข้ที่มาจากอีสาน แต่เสียค่าที่ไม่ทำ albumin/globulin ซึ่งควรจะทำในการ Interpretation ของ LFT โดยมากมักจะลืม เพราะใบ request อยู่คนละใบกัน

Case นี้ผมเห็นตรงกันข้ามกับ อาจารย์ พ. ชาญโญ ผมคิดว่าจะใช้โรคเดียวอธิบาย findings ทั้งหมดได้ยาก น่าจะเป็นคนละโรคกัน อันแรกคือ Renal stone ส่วนอีกอย่างต้องหา ผมอาจจะผิดก็ได้แต่คิดว่า pathology ใน liver มีแน่นอน สนับสนุนจากอาการ จาก X-ray และจาก LFT แต่จะเป็นอะไรนั้นต้องพิจารณาอย่างอื่น

ประกอบไปด้วย คนไข้มี leucocytosis นั้น infection ที่ liver เป็นได้ parasite ก็ได้ โดยเฉพาะคนไข้มาจากอีสาน Carcinoma of liver อาจเป็น diagnosis ที่พอจะมีเหตุผลพอเหมือนกัน อย่างไรก็ตาม liver abscess ก็ยังแยกออกไปไม่ได้

พ. เชวง เดชะโกสยะ

สำหรับ LFT. Thymol สูงเท่าตัว แต่ที่สำคัญ คือ Zn และ I_2 ซึ่งสูงมาก ๒ อันนี้มักจะไปด้วยกันเสมอ แสดงถึง Increase G-globulin ส่วน Thymol แสดง B-globulin ใน infection ต่างๆ ก็ขึ้นได้ การที่ Zn- I_2 สูงอาจจะ

๑. มี Pathology อยู่ที่ liver ชนิดเรื้อรัง โดยเฉพาะก็คือ Cirrhosis

๒. Chronic infection ที่ขึ้นได้นอกจาก liver สูงได้ แต่สูงไม่มากอย่างที่เห็น

๓. Liver abscess ขึ้นได้

AP ๑๔ units สูงกว่าธรรมดา ๓ เท่า ถ้าแต่ AP อย่างเดียว นึกถึง space occupying lesion เช่น carcinoma ที่ liver Liver abscess, granuloma เช่น TB หรือ Sarcoid และ Amyloidosis

มาดกันต่อไป Transaminase ไม่ค่อย
สำคัญนักในรายนี้ คนไข้มี Shift ของ
 Ca^{++} และ P^{+++} และ AP สูง อันนี้จาก
kidney stone หรือจาก Bony destructive
lesion ที่ใดที่หนึ่งให้อย่างนี้ได้.

รายนี้ Against cirrhosis เพราะไม่มี
partial hypertension ดังนั้น Pathology
ที่ liver ไม่น่าจะมี ถ้าจะเป็นได้ remote
น้อยก็เป็น Liver abscess.

พ. บุญเลียง

เรื่อง electrolyte มีการเปลี่ยนแปลง
อยู่ได้เหมือนกัน ขอให้หมอวิเศษช่วย
comment ด้วย.

พ. วิเศษ สิตปรีชา

X-ray bone มี change บ้างไหม ?
เช่น Osteomalacia ?

พ. นิตยา

คนไข้วัย ๕๕ ปี lesion ของ bone ที่
significant ไม่เห็นมีและไม่เห็น Osteom-
alacia.

พ. วิเศษ

Serum Ca^{++} สูงหรือต่ำ ถ้าไม่มี
serum protein บอกยากมาก เพราะถ้า
protein ต่ำ Ca^{++} ต่ำได้.

คนไข้ประวัติบวมอยู่ก่อนแล้ว น่าจะ
คิดว่าคนไข้มี Hypoproteinemia อยู่ ทั้งนี้

เพราะไม่มี Indication ของการบวมจาก
สาเหตุอื่น เช่น จาก Heart.

ถ้า protein ต่ำ Ca^{++} ต่ำลงมา 6 mg%
เกิดได้ Hypocalcemia อาจเกิดได้จาก
liver disease จาก low intake ก็ได้ใน
รายนี้ ผมคิดว่าน่าจะมี pathology ที่
liver ตาม protocol พบ Hypocalcemia
และ Hypophosphatemia ตัวอย่างที่น่าจะ
นึกถึงว่า calcium และ phosphorus
excrete ทาง urine มากขึ้นมาก ฉะนั้นน่าจะ
จะนึกถึง proximal tubular degenera-
tion ซึ่งเป็นเหตุให้เกิด Hypercalciuria
และ Hyperphosphaturia ส่วนสาเหตุอื่น
อาจจะรวมกับ defect ที่อื่น ๆ เช่น Amino
acid transport หรือ Glucose transport
แต่เนื่องจากเราไม่ได้ตรวจ urine ในรายนี้
จึงบอกยาก อย่างไรก็ตามก็มี possibility
ในรายนี้จะมี Hypercalciuria และ
Hyperphosphaturia ทำให้ responsible
stone formation.

Electrolytes ของ Na^+ ต่ำลง K^+
ต่ำนิดหน่อย หรือเป็น Low Normal ปกติ
 Na^+ reabsorption เกิดที่ proximal
tubule. ดังนั้นน่าจะจะมี defect ของการ
reabsorption ของ Ions ต่าง ๆ.

ดังนั้นในรายนี้ Renal stone ที่มีแน่นอน บอกไม่ได้ชัดว่าสาเหตุเกิดจากอะไร แต่คิดว่าคนไข้มี Hypercalciuria และ Hyperphosphaturia ร่วมอยู่ด้วย.

ส่วนที่ Liver possibility of Cirrhosis ยังมีอยู่ แต่ที่ AP ชนสูงมาก Space occupying lesion เช่น liver abscess น่าจะคิดถึง.

พ. ศิระ ศิริสัมพันธ์

Dome of diaphragm ที่ดันขึ้นสูง คนไข้มี Hemoptysis ในตอนหลัง อาจจะเป็น Complication จากการเจาะปอด เพราะฉะนั้นน่าจะนึกถึง Subdiaphragmatic disease ด้วยและการเปลี่ยนแปลงที่ปอดก็คง secondary จากการแตกของ lesion ได้ diaphragm จึงทำให้เจาะปอดได้เลือด 300 ml.

lesion ที่ diaphragm ไม่น่าจะเป็น abscess การที่เจาะได้เลือดน่าจะเป็น Malignancy ถัดไปคือ infection ส่วน pulmonary infarction ไม่นึกถึงเลย ดังนั้นผมคิดว่าที่น่าจะเป็นไปได้ คือ malignancy ที่ liver ทะลุเข้า pleura ทำให้เกิด Bronchopleural fistula และคนไข้ตายจาก Suffocation

พ.ญ. ศรีจิตรา บุณนาค

การพิจารณา serum calcium ถ้าไม่ได้เจาะหา albumin globulin figure ของ calcium รายนี้ ไม่ต้อง discuss ก็ได้.

อย่างไรก็ดี Ca^{++} อยู่ในเลือด ใน ๒ สภาพ คือ

๑. Protein bound โดยมากถ้า albumin มากกว่า globulin.

๒. Free Ca^{++} มี 50-62 %

สำหรับ case นี้ เราควร Ignore เรื่อง calcium โดยสิ้นเชิงว่าสูงหรือต่ำ เพราะเราไม่สามารถจะพูดได้แน่ชัด มีคนไข้มาก รายที่มี calcium stone ที่ kidney โดยมี plasma calcium ปกติ ดังนั้นในรายนี้ขอ คาดว่าคนไข้มี Renal stone, bilateral Chronic pyelonephritis, Hydronephrosis. อย่างหนึ่งส่วนที่ liver จากสถิติของ อาจารย์หมอจำลอง หะรินสดี คนไข้จากอีสานมี liver fluke สูงได้ถึง 98 % ดังนั้นต้องนึกไว้อ่อนเรื่องของ lung น่าจะคิดถึง Acute pyelonephritis ที่ทำให้เกิด septicemia หรือ pyemia ทำให้เกิด pyemic abscess ชนที่ liver และ irritation ที่ diaphragm ทำให้เกิด pleural effusion ได้.

พ. ประยงค์ ลักษณะพุทก์

คนไข้เจ็บท้องข้างขวาข้างเดียว ไม่น่าจะเป็น renal stones เพราะขนาด stones ใหญ่มาก แต่คนไข้มี hydronephrosis จะเป็นไปได้หรือไม่ว่า Hydronephrosis ขนาดใหญ่เกิดแตกขึ้นมาได้? ถ้าได้จะสามารถ rupture ทล diaphragm เข้าไปใน pleural cavity ได้หรือไม่?

พ. ประสาน ต่างใจ

Autopsy รายงาน การเปลี่ยนแปลงทาง Anatomy เห็นได้จาก lesions ที่ involve organs ต่างๆ ดังที่ได้ discuss มาทั้งหมด จะพูดแต่ findings ที่สำคัญๆ เท่านั้น

Liver และ right kidney และ right adrenal gland หนักรวมกัน 1900 gms แต่โดยขนาด liver มีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปรกติจริง Right kidney และ right adrenal gland หายไปเกือบทั้งหมดเมื่อตัดด้วยตาเปล่า โดยถูกแทนที่จาก mass สีขาวเหลืองแข็ง firm และ dry เกือบทั้งหมด อย่างไรก็ตาม calyceal system และ pelvis ขนาดใหญ่ขึ้นมาก และมี stones เป็น pigmented stones ขนาด ๒-๕ ซม. มีหลายก้อนอยู่ภายใน ทางด้าน upper

pole และภายใน fibroadipose tissue มีก้อน blood clot ซึ่งก้อนข้างจะเป็น fresh blood อยู่ประมาณ ๒๐๐ ml. ติดต่อมาถึง diaphragm แต่ไม่สามารถจะ identify รอยเข็มของการเจาะปอดได้.

ก้อน mass นั้นลุดลงไปแทนที่ right adrenal gland ทั้งหมดและยัง invade เข้าไปใน liver ประมาณขนาด ๑๕ ซม. ใน maximal dimension.

Pleural cavity ทางขวามีน้ำปนเลือด ประมาณ ๓๐๐ ml. ตั้วปอดทั้งสองข้างหนัก ๑๓๐๐ กรัม โดยทั่วไปพบว่า surface moist & glistening สีเข้มคล้ำ แบบ edema มี adhesions ที่ base ของ lung ข้างขวา กับ diaphragm ด้วย เมื่อตัดดูพบมี single abscess ที่ base ของ lower lobe ของปอดข้างขวาขนาด ๓.๐ ซม.

Kidney อีกข้างหนึ่งไม่พบ stone ที่เห็นใน X-ray ภายใน kidney ก็ไม่พบ significant changes ใดๆ

ทาง Histology พบว่า mass ที่ kidney ทางขวาเป็น Tumor ส่วนรอบๆ calyces เป็น acute suppuration และ multiple abscess formation.

Tumor ประกอบด้วย polygonal cells อยู่กันเป็น sheets และ nests พบ Kera-

tinized pearls มากมาย pelvic และ calyceal epithelium เป็น squamous epithelium และพบ area ที่มี Transition ของ squamous epithelium เป็น squamous cell carcinoma, Tumor นี้ invade แทนที่ adrenal gland และเข้าไปใน liver เนื้อ liver รอบๆ tumor มี marked atrophy และ fibrosis ไม่พบ opisthorchis เลย ในรายนี้.

Tumor พบใน paraaortic และ portar hepatic lymph nodes ด้วย

ที่ปอดข้างขวา lower lobe เป็น organized pneumonic abscess ประกอบด้วย necrotic tissue และ exudate ซึ่งเป็น neutrophils และมี recent hemorrhage อยู่กึ่ง wall ของ abscess นี้.

ตั้งนั้นผู้ป่วยรายนี้ main primary disease คือ multiple renal calculi ทาง right ซึ่งเดินร่วมไปกับ Squamous cell carcinoma of the renal pelvis ปกติ tumor ชนิดนี้ค่อนข้าง rare จากสถิติของ Gahagan and Reed รวบรวม ๑๐๖ ราย พบว่า Squamous cell carcinoma มี renal stone ร่วมได้เกือบ ๕๐ เปอร์เซ็นต์ ปกติ carcinoma ที่ kidney จะเป็น Renal

parenchymatous carcinoma เสียชีวิต ๘๐% ที่เหลือ ๑๐% นั้นจะพบ ๘๕% เป็น transitional cell ที่เหลือจึงจะเป็น squamous cell carcinoma Riches และ associates รวบรวมว่ามักจะพบใน mean age ๕๕ ปี เท่ากับของเรอพอดี เป็นในผู้ชายเท่ากับผู้หญิง ซึ่งต่างกับ Transitional type ที่เป็นในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงหลายเท่า prognosis เลวมาก ใน ๑๐๖ รายของ Gahagan และ Reed ไม่พบ five-year survival เลยแม้แต่รายเดียว ส่วน collection ของ Riches and associates มี ๖๘ ราย ก็เช่นเดียวกันไม่มีแม้แต่ ๑ รายที่จะอยู่รอด ๕ ปีหลังผ่าตัด.

pathology อื่นๆ ที่ liver เป็นผลมาจาก invasion ของ tumor เข้ามา ทำให้ liver โตและดัน diaphragm ขึ้นไป bleeding จากการเจาะซึ่งครั้งแรกได้นำใส่ ต่อมาได้เลือด อาจจะสันนิษฐานได้ว่าออกมาจาก Trauma ที่ก้อนเนื้ออกซึ่ง necrotic อยู่แล้ว เพราะ dome diaphragm ขึ้นไปสูงมาก ส่วนน้ำในปอดเกิดมาจาก infection ซึ่งเป็น organized pneumonia และ abscess ดังที่ได้แสดงให้เห็นไว้แล้ว

Cause of death คงจะเกิดจาก shock
จาก bleeding เพราะมี evidence of marked
acute pulmonary edema ถึง ๑๓๐๐
กรัม และ evidence ของ bleeding และ
blood clot ที่พบดังกล่าว.

Pathological Diagnosis

Multiple renal calculi, right;

Squamous cell carcinoma of the
renal pelvis, right, with direct exten-
sion into right adrenal and liver;

Metastatic carcinoma, paraaortic
and porta hepatic lymph node;

Acute pyelonephritis and multiple
abscesses, right kidney;

Recent, hemorrhage in the tumor,
right;

Organized pneumonia and lung
abscess, right lower lobe;

Pleural effusion, 300 ml, right;

References :

1. Case Records of the Massachu-
setts General Hospital (Case 9 - 1961)

New. Eng. J. Med. 264 : 242 - 248 ;
196

2. Gahagan, H.O. and Reed, W.K.
Squamous cell carcinoma of the renal
pelvis, review of literature J. Urol.
62, 139-151, 1949

3. Riches, E.W., Griffiths, I.H.
and Thackray, A.C. New growth of
the Kidney & Ureter. Brif. J. Urol. 23,
291-356, 1951