

7-1-1988

## โรคพิษในตัวยาระเทศไทย

บุสนธิ์ กัสดเจจริญ

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



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

---

### Recommended Citation

กัสดเจจริญ, บุสนธิ์ (1988) "โรคพิษในตัวยาระเทศไทย," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 32: Iss. 7, Article 10.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.32.7.9>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol32/iss7/10>

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](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

---

โรคพิษทัยประเทศไทย

## โรคฝีในตับในประเทศไทย \*

นุสนธิ์ กัดจเริญ\*\*

**Kladchareon N, Sitprija S, Editor. Liver abscess in Thailand. Chula Med J 1988 Jul; 32(7) : 677-681**

*Liver abscess remains a common clinical problem in Thailand. An estimate of the annual incidence at a large teaching hospital in Bangkok is around 0.17 percent of all hospital admissions. Nearly all hepatic abscesses in Thailand are either amoebic or pyogenic in origin. Unusual aetiologic types, including tuberculous and melioid hepatic abscesses are encountered rarely. Amoebic abscesses far outnumber pyogenic abscesses. The age incidence is similar in both types of abscess. Needle aspiration, blind or under ultrasonographic guidance, is essential for confirming the diagnosis and for differentiating the abscess type. Before the various imaging modalities were available, peritoneoscopic examination was an important diagnostic method. Pyogenic abscesses are caused mostly by enteric gram-negative bacteria although in one retrospective study a significant proportion of cases was associated with anaerobic organism. Biliary pathology is a frequent finding. Surgery remains the mainstay of treatment, although more cases are treated with prolonged antibiotic administration plus needle aspiration. The overall outlook is much more serious than in the amoebic group.*

Reprint requests: Kladchareon N, Department of Internal of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Received for publication. July 1, 1988.

---

ศรีสุดา สิตปรีชา บรรณาธิการ

\* ถอดความจากการบรรยายเรื่อง "Liver abscess in Thailand" ในการประชุมระหว่าง Royal College of Physicians of London และ Royal College of Physicians of Thailand ณ ห้องบรรยายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันอังคารที่ 3 พฤษภาคม 2531

\*\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**(1) อุบัติการ**

ฝิในตัวยังเป็นปัญหาที่พบบ่อยในประเทศไทย อุบัติการของโรคนี้ไม่เป็นที่ทราบชัด แต่จากการศึกษาที่ ร.พ. รามาธิบดี ระหว่าง พ.ศ. 2512-พ.ศ. 2519 พบฝิในตัวย้อยละ 0.17 ของผู้ป่วยทั้งสิ้นที่รับในโรงพยาบาล และร้อยละ 1.44 จากจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ได้รับการตรวจศพ (1)

ฝิในตัวยในคนไทยมี 2 ชนิดใหญ่คือ ฝิในตับ และ

ฝิแบคทีเรีย ฝิในตับพบมากกว่า ประมาณ 3 เท่าตัว จากจำนวนผู้ป่วยรวมกัน 316 ราย ตามการศึกษา 3 ฉบับ<sup>(1-3)</sup> เป็นผู้ป่วยฝิในตับ 230 ราย (72.8%) และฝิแบคทีเรีย 71 ราย (22.5%) ที่เหลือไม่ทราบชนิดแน่นอน และในกลุ่มฝิในตับ 230 ราย มีอยู่ 18 ราย (12.2%) ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย ดังแสดงในตารางที่ 1

**Table 1** Types and proportions of hepatic abscess in Thailand.

Author (ref. no.)	Number of cases	Amoebic	Pyogenic	indeterminate
Kurathong S. <sup>(1)</sup>	193	155 (A + P = 14)	33	5
Vongsepanich V. <sup>(2)</sup>	22	30	2	0
Kladchareon N. <sup>(3)</sup>	101	55 (A + P = 4)	36	10
Combined	316	230 (72.8%)	71 (22.5%)	15 (4.7%)

\*A + P = amoebic abscess with secondary bacterial infection.  
= 28/230 = 12.2%

ผู้ป่วยฝิในตับส่วนใหญ่มักเป็นชายเช่นเดียวกับที่พบในภูมิภาคอื่นของโลก จากการศึกษาผู้ป่วยฝิในตับ 491 ราย จาก 6 รายงาน<sup>(1,3-7)</sup> พบอัตราส่วนชาย : หญิง 5.7 : 1

(ตารางที่ 2) เทียบกับอัตราส่วน 1.1:1 จาก 2 รายงาน<sup>(1-3)</sup> ที่มีผู้ป่วยฝิแบคทีเรียในตัวยรวมกัน 69 ราย (ตารางที่ 3)

**Table 2** Sex distribution in amoebic hepatic abscess.

Author (ref. no.)	Male	Female
Viranuvatti V. <sup>(4)</sup>	180	20
Bunnag D. <sup>(5)</sup>	13	2
Aswapokee N. <sup>(6)</sup>	33	1
Kurathong S. <sup>(1)</sup>	114	27
Charoenlarp K. <sup>(7)</sup>	38	8
Kladchareon N. <sup>(3)</sup>	40	15
Total	418	73

M : F ratio 5.7 : 1

**Table 3** Sex distribution in pyogenic hepatic abscess.

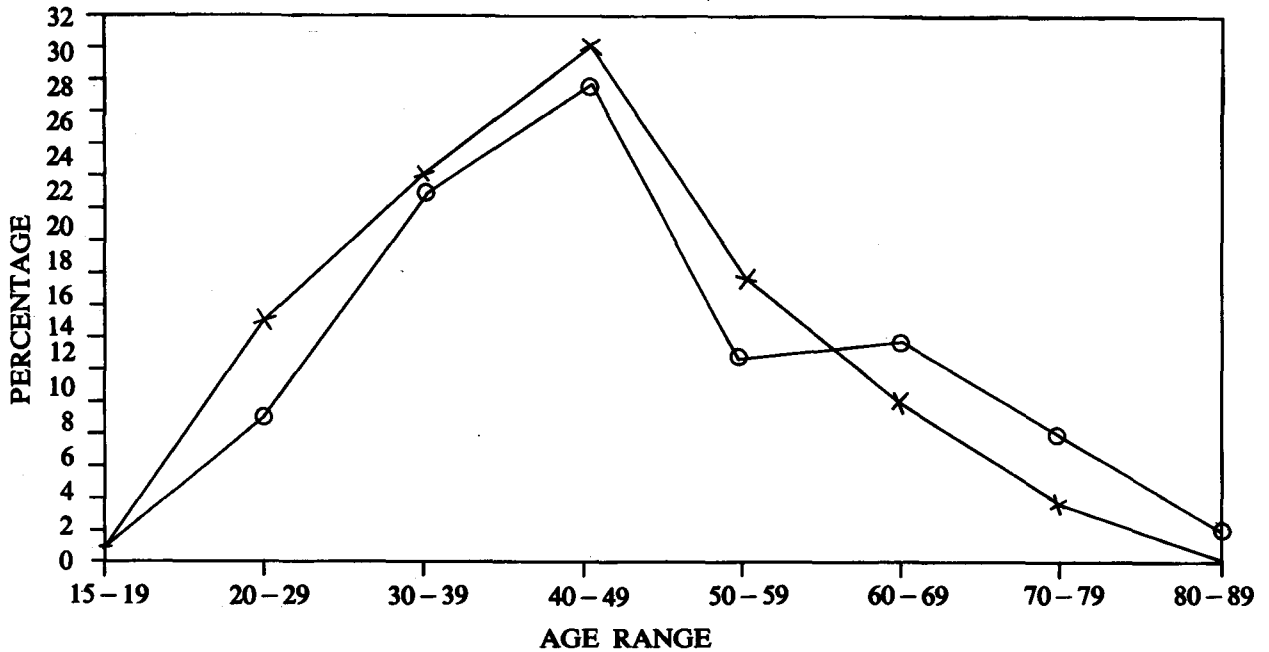
Author (ref. no.)	Male	Female
Kurathong S. <sup>(1)</sup>	14	19
Kladchareon N. <sup>(3)</sup>	23	13
Combined	37	32

M : F ratio 1.1 : 1

เป็นที่เข้าใจกันว่าผู้ป่วยฝิในตัวยมักจะมีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยฝิแบคทีเรีย แต่จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยฝิในตัวยรวมทั้งสิ้น 430 ราย และผู้ป่วยฝิแบคทีเรีย 64 ราย จาก 5 ราย

งาน<sup>(1-5)</sup> ไม่พบความแตกต่างในเกณฑ์การกระจายของช่วงอายุแต่อย่างใด ดังแสดงในภาพ อายุจึงนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการนึกถึงฝิในตัวยแต่ละชนิดไม่ได้

Figure AMOEBIC vs PYOGENIC LIVER ABSCESS (A = 430, P = 64)



(2) การวินิจฉัย

แม้ว่าฝิ่นในตับจะเป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย และแพทย์ไทยอาจจะคุ้นเคยกับโรคนี้มากกว่าแพทย์ในประเทศตะวันตก แต่การวินิจฉัยเริ่มแรกยังอาจผิดพลาดได้ถึงกึ่งหนึ่ง ดังแสดงในตารางที่ 4 ที่ได้จากการศึกษาย้อนหลังที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>(3)</sup>

Table 4 Initial diagnosis in hepatic abscess\*

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

\*based on Chulalongkorn study (ref. no. 3)

ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรงฝิ่นในตับทำได้ไม่ยากในโรงพยาบาลตามเมืองใหญ่ที่มีวิธีตรวจ ultrasonography (US) หรือแม้แต่ computerised tomography (CT) ให้เลือกใช้ แต่ในโรงพยาบาลในเมืองเล็กหรือในชนบทห่างไกลที่ไม่มีวิธีตรวจพิเศษเหล่านี้แพทย์อาจต้องอาศัยการวินิจฉัยทางคลินิกร่วมกับการตรวจภาพรังสีปอดหรือรังสีหน้าท้องที่อาจพบการเปลี่ยนแปลงบางอย่างที่เข้าได้กับโรงฝิ่นในตับ นอกจากนั้นการตรวจกล้องช่องท้อง (peritoneoscopy) ก็อาจเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคนี้<sup>(8-9)</sup> และยังมีที่ใช้ใน

โรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศ

การใช้เข็มเจาะหนองจากโรงฝิ่นในตับเพื่อการวินิจฉัย และเพื่อการรักษามักจะกระทำในผู้ป่วยเกือบทุกราย ในโรงพยาบาลตามเมืองใหญ่มีการใช้ ultrasonography ช่วยในการใช้เข็มเจาะโรงฝิ่นเพิ่มมากขึ้น CT ก็ใช้ได้ดี แต่มีที่ใช้้น้อยมาก ในโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือที่ห่างไกลแพทย์อาจจำเป็นต้องเจาะเอง โดยไม่มีเครื่องมือพิเศษช่วยชี้แนะตำแหน่งโรงฝิ่นแต่อย่างใด

หนองฝิ่นในตับไม่มีกลิ่น และกว่าร้อยละ 90 มีลักษณะเหมือนสีกะปิเช่นที่ทราบกันดี แต่สีอื่น ๆ ก็พบได้ ตั้งแต่สีน้ำตาลแก่เข้ม สีน้ำตาลอ่อน สีชาแก่ สีขาวอ่อน สีเหลืองเรื่อ ๆ จนถึงสีขาวนวล หนองสีเหลืองแกมเขียวที่ข้นมากชวนให้นึกถึงแบคทีเรีย หนองที่มีกลิ่นเหม็นเน่าบ่งถึงการติดเชื้อชนิดไม่พึ่งออกซิเจน การย้อมสีกรัมหนองฝิ่นแบคทีเรียในตับจะพบเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลจำนวนมาก และเห็นเชื้อแบคทีเรียปะปนอยู่ด้วยบ่อย ลักษณะของแบคทีเรียที่เห็นอาจช่วยในการเลือกยาปฏิชีวนะ ในฝิ่นบิดอาจพบ trophozoites ของอมีบาถ่านำหนองสดมาตรวจ แต่โอกาสพบไม่มากนัก การตรวจเลือกหาระดับแอนติบอดีคือ E. histolytica มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้ได้มาก วิธีตรวจมีหลายวิธีและมีให้เลือกใช้ทั่วไป ระดับแอนติบอดีโดยวิธีตรวจ IHA (Indirect Haemagglutination Test) ที่สูงกว่า 1:256 หรือ 1:512 ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคฝิ่นในตับ อย่างไรก็ตามในบางรายมีระดับไม่สูงมาก การแปรผลมีโอกาสผิดพลาดได้ เนื่องจาก amoebiasis เป็นโรคที่ชุกชุมในภูมิภาคนี้

**(3) สาเหตุ**

ข้อมูลจากการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ<sup>(1)</sup> และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>(3)</sup> บ่งว่าเชื้อโรคที่พบบ่อยในโรคฝีแบคทีเรียในตับเป็นชนิดกรัมลบ เชื้อชนิดกรัมบวกพบน้อย เชื้อชนิดไม่ฟังอ็อกซิเจน พบน้อยเพียงร้อยละ 9.1 ที่โรงพยาบาล

รามาริบัติ แต่ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบถึงหนึ่งในสาม เชื้อต่าง ๆ ที่พบสรุปไว้ในตารางที่ 5 เชื้ออื่น ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุได้ในผู้ป่วยบางรายได้แก่ *Pseudomonas pseudomallei*<sup>(10)</sup> และ *Mycobacterium*<sup>(11)</sup> เป็นต้น

**Table 5** Leading causes of pyogenic hepatic abscess\*

– BILIARY DISEASE	21.2%
– LIVER CARCINOMA	21.2%
– EXTRAHEPATIC SEPSIS	21.2%
– ABDOMINAL WALL INJURY	9.1%
– UNKNOWN	27.3%

\*based on Ramathibodi study (ref. no. 1)

ตามการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฝีแบคทีเรียในตับปรากฏตามตารางที่ 6 กว่าหนึ่งในสี่จะไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โรคของระบบทางเดินน้ำ

ดี มะเร็งตับ และการติดเชื้อที่แหล่งอื่นนอกตับเป็นสาเหตุอย่างละประมาณ 1 ใน 5 และการบาดเจ็บบริเวณหน้าท้องพบได้ประมาณ 1 ใน 10

**Table 6** Causative bacteria in pyogenic hepatic abscess.\*

<b>Aerobic bacteria</b>	
Gram-negative (65.2%)	
Klebsiella	20.3%
E. coli	13.1%
Enterobacter	8.7%
Pseudomonas	5.7%
Salmonella (A,B,C)	4.3%
Others	10.1%
Gram-positive (15.9%)	
Streptococcus	
Staphylococcus	
<b>Anaerobic bacteria</b>	
Peptostreptococcus	8.7%
Clostridium	7.2%
Streptococcus	2.9%
Actinomyces israeli	2.9%
Bacteroides	1.4%

\*combined data from Ramathibodi and Chulalongkorn studies (ref. no. 1 and 3, n = 69 cases).

พยาธิในทางเดินน้ำคืออาจเป็นสาเหตุของการเกิดฝีแบคทีเรียในตับได้เช่นกัน แต่คงพบน้อย เคยมีรายงานผู้ป่วยเช่นนี้เพียง 2 ราย ที่เสียชีวิตและตรวจศพพบพยาธิไส้เดือนในท่อน้ำดี และในตับ<sup>(12)</sup>

**(4) ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตาย**

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยฝีในตับทั้งสองชนิดคล้ายคลึงกันและมักพบสืบเนื่องจากโพรงฝีดับแตกทะลุไป

ยังอวัยวะใกล้เคียง ในการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>(3)</sup> ภาวะแทรกซ้อนสำคัญปรากฏตามตารางที่ 7

อัตราการตายในโรคฝีในตับสูงกว่าในกลุ่มฝีแบคทีเรียเกือบสองเท่าตัว และอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดรักษา ดังสรุปในตารางที่ 8 ซึ่งได้จากการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ<sup>(1)</sup> และที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>(3)</sup>

**Table 7 Major complications hepatic abscess\***

	AMOEBIC (n = 55)	PYOGENIC (n = 36)
	%	%
ABSCCESS RUPTURE	16.3	19.4
: peritoneal	12.7	13.8
: pleural	3.6	5.5
SHOCK	3.6	2.7
RENAL FAILURE	3.6	5.5
SEVERE LIVER DYSFUNCTION	1.8	2.7

\*based on Chulalongkorn study (ref. no. 3)

**Table 8 Mortality figures in hepatic abscess\***

**AMOEBIC (n = 193)**

MEDICAL Rx	158 (81.8%)	→ 8 (13.7%) dead
SUEGICAL Rx	35 (18.2%)	→ 7 (20.0%) dead
OVERALL mortality 15/193	= 7.8%	

**PYOGENIC (n = 69)**

CONSERVATIVE Rx	29 (43.9%)	→ 6 (20.6%) dead
SURGICAL Rx	37 (56.0%)	→ 4 (10.8%) dead
OVERALL mortality 10/56	= 17.8%	

\*based on Ramathibodi and Chulalongkorn studies (ref. no. 1 and 3)

**อ้างอิง**

1. สุขา คูระทอง. Liver abscess : clinical analysis of 174 cases at Ramathibodi Hospital. วารสารอายุรศาสตร์ 2525 กรกฎาคม-กันยายน : 2(3) : 101-110
2. วิธมา วงศ์พานิช. ฝีที่ตับ. วารสารกรมการแพทย์ 2525 สิงหาคม; 7(8) : 705-713
3. นุสนธิ์ กัลลเจริญ, ไกรธรร ชีรานนุตร์, นรินทร์ วรวิฑ. ฝีในตับ : การศึกษาย้อนหลังผู้ป่วย 103 รายที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (กำลังรอตีพิมพ์)
4. Viranuvattti V, Harinasuta T, Plengvanit U, Choungchareon P, Viranuvatti V. Liver function tests in hepatic amebiasis, based on 274 clinical cases. Am J Gastroenterol 1963 Apr; 4(4) : 345-361
5. 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
6. นลินี อัครวโถศี. นิภา จุญญเวศม์, ลาวลย์ เมืองมณี, กวี เจริญลาภ. Clinical trial of single course, low dosage regimen of metronidazole in amoebic liver abscess. สารศิริราช 2517 มีนาคม; 26(3) : 371-376
7. กวี เจริญลาภ. Double-blind trial on ornidazole and tinidazole in a single low dosage regimen in amoebic liver abscess. สารศิริราช 2529 ตุลาคม; 38(10) : 783-787
8. สมหมาย วิไลรัตน์. Laparoscopy in amoebic liver abscess. Paper presented at 35<sup>th</sup> Annual Convention of Japanese Endoscopy Society. May 26-28, 1988 Tokyo, Japan.
9. Hitanant S, Trong DT, Damrongsak C, Chinapak O, Boonyapisit S, Plengvanit U, Viranuvatti V. Peritoneoscopy in the diagnosis of liver abscess : experience with 108 cases during a 10-year period. Gastrointest Endosc 1984 Aug; 30(4) : 234-236
10. พรรณพิศ สุวรรณกุล, พงษ์พีระ สุวรรณกุล, สมใจ เจริญประยูร, เมลล้อยโดตีส : การศึกษาศัลยกรรมพยาธิวิทยาและจุลชีววิทยา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2526 กรกฎาคม; 27(4) : 237-250
11. สุขา คูระทอง (ติดต่อส่วนตัว)
12. ไพศาล ปาริชาติกานนท์, สุชาติ เบญจรัตน์โรจน์, นิวัฒน์ จันทระกุล. ฝีในตับจากพยาธิไส้เดือนกับภาวะแทรกซ้อน : รายงานผู้ป่วย 2 ราย. สารศิริราช 2519 กุมภาพันธ์; 28(2) : 204-212