

# Choledochal cyst รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ธนิต วัชรพุกกั,\*    นุสนธิ์ กัดเจริญ,\*\*  
ทวีสิน ตันประยูร,\*\*\* จารุณี เลียงจันทร์\*\*\*

*A case report of choledochal cyst in a nineteen years old Thai girl who presented with abdominal pain, jaundice, abdominal mass and fever was diagnosed preoperatively. Diagnostic, therapeutic problems as well as unusual operative findings were discussed in details.*

ท่อน้ำดีบริเวณ common bile duct (CBD) ที่พองออกเป็นกะเปาะหรือที่เรียกกันว่า choledochal cyst นั้นเป็นความผิดปกติที่พบได้เสมอแต่ไม่บ่อยนัก จากจำนวนผู้ป่วย 955 รายที่มีรายงานไว้ในวารสารต่างๆ ทั่วโลกจนถึงปี พ.ศ. 2518<sup>4</sup> พบว่าประเทศญี่ปุ่นมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าที่อื่นๆ เพราะมีผู้ป่วยเป็นชาวญี่ปุ่นถึง 1 ใน 3 จากจำนวนที่กล่าวทั้งหมดนี้ โรคนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 4 ต่อ 1 ประมาณ 60% จะพบในผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 10 ปี<sup>11</sup> ส่วนใหญ่ยังเชื่อกันว่าโรคนี้เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดในการสร้างผนังของท่อ

น้ำดี<sup>10</sup> ทำให้เกิดมีท่อน้ำดีบางส่วนที่ใหญ่กว่าปกติอยู่เหนือส่วนที่ตีบกว่าปกติ ส่วนที่ใหญ่กว่าปกตินี้ก็มักจะค่อยๆ โป่งออกไปเรื่อยๆ เพราะถูกแรงดันของน้ำดีที่ค้างอยู่เนื่องจากไหลผ่านส่วนที่ตีบกว่าไปไม่สะดวก ในที่สุดส่วนที่ใหญ่ขึ้นก็จะขยายออกเรื่อยๆ และกลายเป็น cyst ไปเรื่อยๆ จนมีผู้ให้ความเห็นว่าโรคนี้อาจเป็นผลจากการที่น้ำย่อยของตับอ่อนทะลักเข้าไปย่อยท่อ น้ำดีก็ได้<sup>3</sup> ผู้รายงานอ้างว่าพบคนไข้ประเภทนี้มี pancreatic duct ต่อเข้ากับ CBD ในระดับที่สูงกว่าปกติและมักจะพบว่าในตัว cyst มี amylase สูงอยู่เสมอ และอาจทำให้เกิดโรค

\* ภาควิชาศัลยศาสตร์

\*\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แทรกซ้อนที่เป็นอันตรายหลายประการด้วยกัน เช่น cholangitis, liver abscess, cirrhosis, portal hypertension, pancreatitis หรือตัว cyst อาจแตกแล้วทำให้เกิด peritonitis นอก จากนี้แล้วยังมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งในตัว cyst ถึง 2.5% หรือสูงกว่าในคนปกติประมาณ 20 เท่าตัว<sup>4,12</sup>

รายงานนี้เสนอผู้ป่วย 1 รายที่เป็น choledochal cyst ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะของ โรคที่น่าสนใจหลายประการที่แตกต่างออกไป จากลักษณะทั่ว ๆ ไปที่เคยมีรายงานไว้

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยโตอายุ 19 ปี มารับ การรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลในจังหวัด นครบุรี เมื่อกลางเดือนกันยายน 2521 ด้วย อาการเจ็บใต้ชายโครงขวาซึ่งเป็นมาไม่กี่วันก่อน นั้น แพทย์ตรวจพบว่ามีตาเหลืองตัวเหลือง เล็กน้อย ต่อมาผู้ป่วยก็ถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งในจังหวัดเดียวกัน ระยะเวลา นั้นผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บใต้ชาย โครงขวาและมีก้อนคลำได้ชัดเจนและกดเจ็บใน บริเวณนั้นแต่ไม่มีไข้ อาการป่วยทุเลาลงภายในไม่กี่วัน

ผู้ป่วยถูกส่งมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เมื่อต้นเดือนตุลาคม 2521

ประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและพี่ชายบ่งว่าเคยมีอาการตาเหลือง คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บชายโครง ขวาและมีก้อนกดเจ็บในบริเวณนั้นในทำนอง เดียวกับการเจ็บป่วยครั้ง<sup>๕</sup> มาเป็นเวลาหลายปี ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุได้ 14-15 ปี อาการดังกล่าว เป็น ๆ หาย ๆ ปีละหลายครั้ง ๆ ละไม่กี่วัน และหายไปได้เองโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ในระยะที่ไม่มีอาการผู้ป่วยก็สบายดีเรียนหนังสือได้ตามปกติ ไม่มีผู้อื่นใน ครอบครัวที่มีอาการเจ็บป่วยในแบบเดียวกันนี้

การตรวจร่างกายแรกพบผู้ป่วยเป็น เด็กสาวรูปร่างเล็ก สมบูรณ์ดีและไม่พบความ ผิดปกติอื่น ๆ อีก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปรากฏตามแผนภาพการดำเนินโรคข้างท้าย ได้ ทำ intravenous cholangiogram (IVC) เพราะ เวลานั้นผู้ป่วยไม่มีอาการตาเหลืองเลย ผลการ IVC ปรากฏตามรายงาน (นพ. วิรุพท์ ชาว-บริสุทธิ) ดังนี้ "Evidence of choledochal cyst. Small gall bladder and dilated cystic duct compatible with chronic stasis or infection. No evidence of gall stone."

ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว 3 ครั้ง ๆ ละ 1-2 วัน ส่วนก้อนที่คลำได้ใต้ชายโครงขวานั้นมีลักษณะ กลมกล่ำขอบได้เรียบและชัดเจน เส้นผ่าศูนย์กลาง

กลางประมาณ 5 ซม. เคลื่อนที่ขึ้นลงได้พร้อมกับ การหายใจ ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นถุงน้ำดี แต่ละ ครั้งก่อนนี้จะโตขึ้นพร้อมกับอาการปวดท้อง และยุบหายไปภายใน 6-7 ซม. เท่านั้นและ จากนั้นอาการปวดท้องก็ทุเลาลง บางครั้งผู้ป่วย ก็มีไข้ร่วมด้วยทำให้นึกคิดว่าในอดีตผู้ป่วยก็เคยมีไข้ร่วมกับอาการอื่น ๆ แต่เนื่องจากเป็น เร็วหายเร็วจึงไม่ได้สังเกตมาก่อน ได้ทำ continuous intravenous infusion cholangiogram ด้วยเพราะคาดว่าจะทำให้เห็นท่อน้ำดี ชัดเจนขึ้นกว่า IVC ครั้งแรก แต่ปรากฏว่า ครั้งนี้กลับไม่เห็นท่อน้ำดีเลย เนื่องจากผู้ป่วย มีอาการแพ้สารทึบแสงระหว่างทำ IVC ทั้งสอง ครั้ง (เหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืด ความดันต่ำ และมีผื่นแบบ urticaria ขึ้นตามตัว) จึงไม่ได้ ทำ percutaneous transhepatic cholangiogram (PTC) ก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเมื่อ 2 พ.ย. 21 พบว่าบริเวณรอบ ๆ ถุงน้ำดีตับและ duodenum ติดกันมากพอสมควรเนื่องจากมีลิวาร์อีกเสบบ่อย ครั้ง ถุงน้ำดีมีขนาดใหญ่กว่าปกติ ผ่นจุกผ้าและ หนาขึ้นเล็กน้อยแต่สามารถบีบ ให้แฟบลงได้ cystic duct มีขนาดกว้างประมาณ 1 ซม. และ ต่อเข้ากับตำแหน่งของตัว choledochal cyst ซึ่งเป็นแบบ fusiform และมีขนาดประมาณ 5×6 ซม. ตัว choledochal cyst อยู่ในตำแหน่ง

ของ CBD และขอบล่างยื่นเลยลงไปทางก้าน หลังของ duodenum ส่วน common hepatic duct และตัว hepatic duct ทั้งขวาและซ้าย ใหญ่ขึ้นและผนังหนาขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย คล่า ได้ว่ามีก้อนนิ่วหลายก้อนอยู่ใน choledochal cyst อันนี้ ตับม้ามและตับอ่อนดูเป็นปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติแพ้สารทึบแสงจึงไม่ได้ ทำ operative cholangiogram ได้ทำการตัดถุง น้ำดีออกและเย็บปิด cystic duct จากนั้น ก็ได้เปิดผนังของ cyst ออกตามยาวเป็นระยะ ประมาณ 1 นิ้วและเอานิ่วซึ่งมีอยู่ 5 ก้อนออกมาทั้งหมด ก้อนนิ่วมีขนาดประมาณก้อนละ 1-2 ซม. ผิวขรุขระสีน้ำตาลปนน้ำตาลเข้มและ แข็งเปราะ ขนาดของ sphincter of Oddi ใหญ่ประมาณ 5 มม. แต่แข็งกว่าปกติมากและ ไม่สามารถจะขยายให้ใหญ่ขึ้นอีกได้ หลังจาก ที่ได้ล้างท่อน้ำดีออกโดยทั่วถึงแล้วก็นำลำไส้ เล็กมาต่อเข้ากับ cyst (Roux-en-y choledochocysto jejunostomy) ผู้ป่วยทนต่อการผ่าตัด ได้ดีและกลับบ้านได้ 8 วันหลังผ่าตัด ได้มาตรวจ ครั้งสุดท้าย 2 เดือนหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วย สบายดีไม่มีอาการกลับคืนมาอีก

### วิจารณ์

การวินิจฉัยโรคในเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วย รายนี้ออกจะง่าย เพราะผู้ป่วยมีอาการที่สำคัญ

ครบทั้ง 3 ประการ ได้แก่ อาการปวดท้อง ตาเหลืองและมีก้อนในท้อง เมื่อนำอาการมาประมวลเข้ากับอายุและเพศของผู้ป่วยร่วมกับการดำเนินโรคที่เป็นเร็วหายเร็ว แต่เป็นอย่างเร็วถึง 5 ปี ก็ยังทำให้สงสัยว่าน่าจะเป็น choledochal cyst มากขึ้น จากรายงานต่าง ๆ<sup>4,11</sup> จะพบว่าผู้ป่วยถึง 2 ใน 3 จะมีอาการไม่ครบทั้ง 3 ประการนี้ อาการที่พบบ่อยตามลำดับได้แก่ อาการตัวเหลือง (70%) ซึ่งเกิดขึ้นเพราะมีการอุดตันทางส่วนปลายของท่อน้ำดีจากตะกอนของน้ำดีเองหรือจากการที่ท่อน้ำดีตีบลงเพราะอักเสบ อาการปวดท้อง (60%) และอาการก้อนในท้อง (50%) สำหรับอาการไข้ซึ่งพบในผู้ป่วยรายนี้จะมีเพียง 30% เท่านั้นในเด็กเล็ก ๆ หรือเด็กแรกเกิดอาการที่พบบ่อยที่สุดได้แก่อาการตัวเหลืองตาเหลืองร่วมกับอาเจียน<sup>5</sup> ฉะนั้นจึงจำต้องแยกโรคในเด็กเล็ก ๆ ออกจากโรคอื่น ๆ ที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองตาเหลือง เช่น hepatitis หรือ biliary atresia และจากโรคที่สำคัญที่ทำให้เกิดก้อนในท้องเช่น Wilm's tumour, neuroblastoma, polycystic หรือ hydronephrotic kidney และ hepatic neoplasm ในทำนองเดียวกันในผู้ใหญ่ก็ต้องแยกออกจากโรคตับเช่น hepatitis, hepatic abscess, hepatoma โรคที่เกิดจาก biliary tract calculi หรือ

neoplasm และจาก pancreatic cyst หรือ tumour

เป็นที่น่าสังเกตว่าอาการปวดท้องในผู้ป่วยรายนี้เป็นอาการรุนแรง และเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลในขณะที่อาการตาเหลือง ตัวเหลืองมีไม่มากนัก (bilirubin สูงสุดเป็นเพียง 6 mgs%) ทั้งนี้อาจเป็นผลจากก้อนน้ำดีที่อยู่ใน cyst ไปจุกท่อน้ำดีทำให้เกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันขึ้นเป็นพัก ๆ ปกติแล้วโอกาสที่จะพบก้อนน้ำดีใน cyst มีไม่ถึง 2%<sup>4</sup> ที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือก้อนในท้องของผู้ป่วยรายนี้โตขึ้นมาให้คลำได้ทุกครั้งที่มีอาการปวดท้องมีลักษณะเหมือนถุงน้ำดี และจากการผ่าตัดก็สามารถยืนยันได้ว่าเป็นถุงน้ำดีจริง ฉะนั้นก้อนในท้องที่เป็นอาการสำคัญอันหนึ่งของ choledochal cyst นี้ไม่จำเป็นจะต้องเป็นตัว cyst เอง อาจเป็นถุงน้ำดีที่โป่งออกเมื่อเกิดการอุดตันของท่อน้ำดีก็ได้ และน่าจะคิดถึงถุงน้ำดีมากกว่าตัว cyst ถ้ามีประวัติว่าก้อนนั้นโตขึ้นเร็วแล้วยุบลงไปเองได้ เพราะปกติแล้วผนังของ cyst แข็งมากเนื่องจากแทบไม่มี elastic tissue อยู่เลยจึงไม่น่าจะโตขึ้นเร็วและยุบลงไปได้ ลักษณะการโป่งของถุงน้ำดีเช่นนี้ยังไม่มีการกล่าวถึงในรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ choledochal cyst และส่วนใหญ่ยังคิดกันว่าก้อนที่คลำได้คือตัว cyst เท่านั้น

เมื่อเริ่มสงสัยว่าจะเป็น choledochal cyst การวินิจฉัยขั้นต่อไปในผู้ป่วยรายนี้ก็ไม่ยาก เนื่องจากภาวะตาเหลืองตัวเหลืองหายไปเร็วมากจึงสามารถใช้ IVC ตรวจยืนยันได้ว่าเป็นจริง การวินิจฉัยในขั้นนี้จะลำบากขึ้นถ้าภาวะตาเหลืองตัวเหลืองยังคงอยู่ในกรณีเช่นนี้อาจต้องใช้วิธีการอื่นๆ เข้าช่วย เช่น upper GI., hepato-biliary scan หรือ ultrasonography เป็นต้น ความยุ่งยากในการวินิจฉัยส่วนหนึ่งนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากแพทย์ไม่ค่อยคิดถึงเนื่องจากแพทย์ไม่ค่อยคิดถึงโรคนี้เพราะพบไม่บ่อยนัก อีกทั้งอาการก็ยังคงคล้ายคลึงกับโรคอื่นๆ ที่พบได้บ่อยกว่าดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ฉะนั้นการวินิจฉัยมักเป็นไปอย่างล่าช้า จะเห็นได้ว่าโดยทั่วไปมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยได้ถูกต้องก่อนผ่าตัด<sup>11</sup> แต่ถ้าแพทย์มีความสนใจเกี่ยวกับโรคนี้อยู่บ้าง โอกาสที่จะวินิจฉัยได้ถูกต้องก่อนผ่าตัดก็มีถึง 80% ดังปรากฏว่าในรายงานจากประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าที่อื่น ๆ<sup>8,10</sup>

ที่จริงแล้ว cyst เช่นนี้พบได้ทุกส่วนของท่อน้ำดีทั้งข้างในและข้างนอกเนื้อตับและอาจเรียกรวมกันไปได้ว่าเป็น biliary cyst แต่พบบ่อยที่สุดที่บริเวณ CBD อาจพบในตำแหน่งเดียวหรือในหลาย ๆ ตำแหน่งพร้อมกันก็ได้<sup>1,14,15,18</sup> บางครั้งอาจพบร่วมกับ biliary

atresia ในส่วนของท่อน้ำดีที่อยู่เหนือหรือต่ำกว่าตัว cyst เอง<sup>9</sup> มีผู้เสนอความเห็นวาทัง biliary cyst ในรูปแบบต่างๆ<sup>12</sup> และ biliary atresia เป็นผลจากความผิดปกติร่วมกัน<sup>9</sup> คือจาก hypoplasia ของ embryonic bile duct เพียงแต่แตกต่างกันในความรุนแรงเท่านั้น กล่าวคือถ้ารุนแรงมาก (aplasia) ก็จะไม่มีการมีท่อน้ำดีเลยจึงกลายเป็น biliary atresia แต่ถ้ารุนแรงไม่มากนักเป็นเพียงแต่ทำให้ขาดส่วนที่จะเป็น fibro-muscular และ elastic tissue ของผนังของท่อน้ำดี (ได้แก่ subserosal layer) ก็จะทำให้ผนังของท่อน้ำดีไม่แข็งแรงพอที่จะต้านทานแรงดันของน้ำดีได้จึงโป่งออกเป็น cyst เพราะฉะนั้นจึงไม่เป็นที่น่าสงสัยว่าทำไม biliary atresia และ biliary cyst จึงเกิดร่วมกันได้ ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติอื่นๆ ที่พบร่วมกับ cyst ได้แก่ hepatic duct ทั้งสองที่ใหญ่ขึ้นกว่าเดิมน้อย ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยประเภทนี้ มีถุงน้ำดีขนาดใหญ่ที่ยังยึดติดได้ดี และมี cystic duct ที่ใหญ่กว่าปกติมาก (เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 ซม.) ที่เปิดเข้าไปในตัว choledochal cyst โดยตรง ความผิดปกติของ cystic duct เช่นนี้ไม่ค่อยมีผู้กล่าวถึงกันมากและปกติแล้วมักจะคิดกันว่าถุงน้ำดีและ cystic duct จะเป็นปกติ<sup>2</sup> สำหรับ Oddi sphincter ของผู้ป่วยรายนี้นั้นแม้จะไม่ตีบมาก

เพราะสามารถแยง dilator ขนาด 5 มม. ผ่านเข้าไปใน duodenum ได้ แต่ก็แข็งกว่าปกติมากและไม่สามารถจะขยายให้ใหญ่ขึ้นไปได้อีก ไม่อาจจำแนกได้ว่าเป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดหรือมาเป็นภายหลังเนื่องจากการอักเสบบ่อยครั้ง เป็นที่น่าคิดว่าอาการที่ผู้ป่วยที่เป็น choledochal cyst จะแสดงอาการออกมาเร็วมากน้อยเพียงใดนั้นอาจขึ้นกับว่าท่อน้ำดีตีบตันมากน้อยเพียงไรมากกว่าขนาดหรือตำแหน่งของตัว cyst เพราะถ้าตีบมากก็มักจะแสดงอาการเร็ว (ตาเหลืองตัวเหลือง) เช่นเป็นตั้งแต่แรกเกิดหรือในวัยเด็กเป็นต้น

การผ่าตัดยังคงเป็นวิธีการรักษาวิธีเดียวในโรคนี้ ถ้าไม่ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะตายจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว<sup>17</sup> จุดประสงค์ใหญ่ในการผ่าตัดก็เพื่อแก้ไขภาวะ bile stasis ที่เป็นตัวการทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น วิธีการผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของ cyst กับโรคแทรกซ้อนที่อาจพบร่วมด้วยในขณะนั้นและสภาพของตัวผู้ป่วยเอง โดยทั่วไปแล้วการผ่าตัดมี 3 แบบใหญ่ ๆ ด้วยกัน

ก. *External drainage* เช่นใส่ท่อ (T-tube) เข้าไปใน cyst และปล่อยให้ น้ำดีไหลออกมาข้างนอก วิธีนี้ไม่ควรทำเพราะจะมีปัญหาเรื่องน้ำดีทะลักออกมาข้างนอกเร็ววัง

(External biliary fistula) และจะทำให้การผ่าตัดอีกครั้งในบริเวณนี้ยุ่งยากมากขึ้นเนื่องจากมีพังผืดมายึดกันแน่น วิธีนี้อนุโลมให้ทำการชั่วคราวได้ในเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการจากโรคแทรกซ้อนหนักมากจนไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดนาน ๆ ได้




ข. *Internal drainage* วิธีนี้ทำกันบ่อยที่สุดได้แก่การต่อส่วนที่ต่ำที่สุดของ cyst เข้ากับ duodenum โดยตรง (choledochocysto duodenostomy) หรือเข้ากับ jejunum (choledochocysto jejunostomy) แบบเป็น Loop หรือรูปตัว Y (Roux-en-Y anastomosis) ควรทำรอยต่อให้กว้างที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะผนังของ cyst มักจะไม่มี mucosa เลย ทำให้รอยต่อหดเล็กลงได้มากเมื่อแผลหายแล้ว วิธีการต่อ cyst เข้ากับ jejunum แบบ Roux-en-Y เป็นวิธีที่มีผู้นิยมทำกันมากที่สุดในกรณีที่ไม่สามารถจะตัด cyst ออกไปได้ เพราะให้ผลดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาเรื่อง bile stasis ในระยะยาว<sup>8,16</sup> และเป็นวิธีที่ใช้กับผู้ป่วยรายนี้ แต่ถ้า cyst นั้นอยู่ลึกลงไปทางด้านหลังของ duodenum การทำ cyst-duodenostomy อาจจะเป็นวิธีที่สะดวกและอันตรายน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามไม่ควรใช้ถุงน้ำดีมาต่อกับไส้เพราะปกติแล้ว cystic duct จะเปิดเข้าไปทางด้านบนของ choledochal cyst ฉะนั้นการต่อถุงน้ำดีเข้ากับ

ลำไส้จึงไม่สามารถจะแก้ไขปัญหา bile stasis ในตัว cyst ได้ดีประการหนึ่ง อีกประการหนึ่ง ตัวถุงน้ำดีเองก็มักจะ ไม่ปกติและอาจเกิดเป็น acute cholecystitis ได้ในภายหลัง

ค. *Excision* ถ้า biliary cyst อยู่ในเนื้อตับแต่เพียงข้างเดียว (แบบ intrahepatic bile cyst) ก็อาจตัดส่วนของตับออกได้เลย (hepatic lobectomy) ถ้า cyst อยู่นอกตับและเป็นแบบ diverticulum ที่มีฐานแคบก็สะดวกที่จะตัดออกอีกเช่นกัน สำหรับ cyst ในลักษณะปกติที่พบคือเป็นแบบ fusiform นั้นก็ตัดออกได้เช่นเดียวกันและนำลำไส้เล็กส่วน jejunum ขึ้นไปต่อเข้ากับปลายบนของท่อน้ำดี (แบบ Roux-en-Y anastomosis) วิธีการนี้มีผู้สนับสนุน

มากในประเทศญี่ปุ่น<sup>7,10</sup> และได้รายงานไว้ว่าให้ผลในระยะยาวที่ดีที่สุดในการป้องกัน cholangitis อีกทั้งยังเป็นการขจัดโอกาสที่จะเกิดมะเร็งขึ้นใน cyst ภายหลังด้วย อย่างไรก็ตามต้องไม่ลืมว่าสภาพผู้ป่วยในประเทศญี่ปุ่นนั้นผิดกับที่อื่น ๆ เพราะผู้ป่วยมักจะได้รับการวินิจฉัยโรคได้เร็ว ทำให้โอกาสที่จะพบ cyst ที่แข็งและยึดติดแน่นกับ portal vein และ hepatic artery จากการอักเสบเรื้อรังมีน้อย เพราะฉะนั้นการเลาะ cyst ออกจึงทำได้สะดวกและมีอันตรายน้อยมาก ในการผ่าตัดทุกครั้งศัลยแพทย์มุ่งที่จะเอาก้อน cyst ออก แต่การตัดสินใจทำจริง ๆ นั้นต้องขึ้นอยู่กับสภาพของตัว cyst ที่พบเวลาผ่าตัด<sup>13</sup>

ตารางการดำเนินโรคในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ก่อนผ่าตัด

วันที่	9	13	14	19	21	25
อาการ	ต.ค.	ต.ค.	ต.ค.	ต.ค.	ต.ค.	ต.ค.
ไข้ (°C)				38.6	38.5	
ตาเหลือง		+		+	+	
ปวดท้อง		+		+	+	+
ก้อนในท้อง					?	
ผลเลือด						
Hb (G%)	9.1	7.8		8.8		
WBC	7,100	6,600		7,800		4,300
TB (mg%)	1.0		1.7		6.0	2.2
DB (mg%)	0.4		1.0		3.0	1.4
AP (IU/L)	41		51		68	57
SGOT (IU/L)	27		20		215	96
SGPT (IU/L)	36		30		205	
Albumin (G%)	2.9		3.4			
Globulin (G%)	3.0		3.1			
PI (%)	100					

TB = Total bilirubin,

DB = Direct bilirubin

AP = Alkaline phosphatase,

PI = Prothrombin index



## อ้างอิง

1. Alonso-Lej, F; River, WB Jr.; Pessagno, DJ : Congenital choledochal cyst with report of two and an analysis of 94 cases ; abstracted, Surg Gynecol Obstet 108- : 1-30, 1959.
2. Arthur GW, Stewart JOR : Biliary cysts. Br. J Surg 51 : 671-675, 1964.
3. Babbitt DP, Starshak RJ, Clemett AR : Choledochal cyst : A concept of etiology. Am J Roentgenol Radium Ter Nucl Med 119 : 57-62, 1973.
4. Flanigan DP : Biliary cysts. Ann Surg 182 : 635-643, 1975.
5. Fonkalsrud EW : Choledochal cysts. Surg Clin North Am 53 : 1275-1281, 1973.
6. Glenn F, McSherry CK : Congenital segmental cystic dilatation of the biliary ductal system. Ann Surg 177 : 705-713, 1973.
7. Ishida M, Tsuchida Y, Saito S, Hori T : Primary excision choledochal cysts. Surgery 68 : 884-888, 1970.
8. Kasai M, Asakura Y, Taira Y : Surgical treatment of choledochal cyst. Ann Surg 172 : 844-851, 1970.
9. Klotz D, Cohn BD, Kottmeier PK : Choledochal cysts. Diagnostic and therapeutic problems. J Pediatr Surg 8 : 271-283, 1973.
10. Kobayashi A, Ohbey Y : Choledochal cyst in infancy and childhood : An analysis of 16 cases. Arch Dis Child 52 : 121-128, 1977.
11. Lee SS, Min PC, Kim GS, Wong PW : Choledochal cyst. A report of nine cases and review of literature. Arch Surg 99.
12. Lorenzo GA, Seed RW, Beal JM : Congenital dilatation of the biliary tract. Am J Surg 121 : 510-517, 1971.
13. Morgenstern L, Shore JM : Selection of an optimal procedure for decompression of the obstructed common bile duct. Am J Surg 119 : 38-43, 1969.
14. Olbourne NA : Choledochal cysts. Ann Roy Coll Surg Eng 56 : 26-32, 1975.
15. Spitz L : Choledochal cyst. Surg Gynecol Obstet 147 : 444-452, 1978.
16. Trout HH, Longmire WP : Long term follow up study of patients with congenital cystic dilatation of the common bile duct. Am J Surg 121 : 68-86, 1971.
17. Tsardakas E, Robnett AH : Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Arch Surg 72 : 311-327, 1956.
18. Tsuchida Y, Ishida M : Dilatation of the intrahepatic bile duct in congenital cystic dilatation of the common bile duct. Surgery 69 : 776-781, 1971.
19. Yotsuyanagi S : Contribution to etiology and pathology of idiopathic cystic dilatation of the common bile duct, with report of three cases. New aetiological theory. Gann 30 : 601-650, 1936.