

รายงานผู้ป่วย

Laparoscopic Cystogastrostomy for Management of Pancreatic Congenital Cyst

พล.อ.ต.โพชนงค์ ชื้อสตัย

กศก.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ.

Abstract :

Three types of pancreatic cysts are pseudocysts, congenital cysts and cystic neoplasms. If mature pseudocysts are asymptomatic, they probably require no treatment. Three types of surgical procedures used for treat symptomatic pseudocysts are resection, external drainage and internal drainage. Treatment for congenital cysts or cystic neoplasms is surgical removal. Nevertheless, drainage procedures are probably palliative treatments for unresectable lesions. A 33 year-old female with a large congenital cyst was managed by laparoscopic cystogastrostomy successfully.

Key words : *Laparoscopic Cystogastrostomy, Pancreatic Congenital Cyst*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 55 No. 1 January - April 2009

Introduction

ปัจจุบันได้มีการนำเอา laparoscopic surgery เข้ามาใช้กันมากขึ้น เนื่องจากผลของการผ่าตัดเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปแล้วว่าการเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดน้อยกว่า แผลผ่าตัดเล็กกว่ามีผลต่อความสวยงามของหน้าท้อง ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือดำเนินชีวิตเป็นปกติได้รวดเร็วกว่า การผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องเป็นการผ่าตัดอันดับแรกที่ประสบความสำเร็จได้รับความนิยมแพร่หลายไปทั่วโลกจนเป็นที่ยอมรับว่าเป็น gold stan-

dard treatment of symptomatic gallstones ต่อมาได้มีการนำเอา laparoscopic surgery ไปใช้กับการผ่าตัดในอวัยวะอื่น ๆ อีกหลายอย่างด้วยเหตุผลในทำนองเดียวกัน การรายงานผลในระยะแรกปรากฏว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนและเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจะมากกว่า แต่เมื่อทำการฝึกฝนจนชำนาญแล้วค่าใช้จ่ายของการผ่าตัดหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดกลับลดน้อยลงไป เนื่องจากการผ่าตัดด้วยกล้องเป็นการผ่าตัด

ที่มีวิวัฒนาการขึ้นมาใหม่ จึงยังต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดและรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย นำมารายงานให้วงการแพทย์ได้รับทราบกันทั่วไป การฝึกฝนการผ่าตัดด้วยกล้องจนชำนาญจะทำให้ผลเสียต่าง ๆ ของการผ่าตัดลดน้อยลงหรืออาจจะทำให้เป็นที่ยอมรับกันได้ เมื่อเปรียบเทียบ กับผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างคุ้มค่าจากผลของการรักษาและยังจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าจากการที่ไม่ต้องทนทรมานจากแผลของการผ่าตัดเปิดหน้าท้องที่จะต้องรบกวนผู้ป่วยไปตลอด จากประสบการณ์ของผู้รายงานที่ได้ปฏิบัติมากกว่า 15 ปี ทำให้สามารถนำการผ่าตัดด้วยกล้องมารักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการทางศัลยกรรมได้หลายโรคและได้รับผลการรักษาที่ดีเป็นที่น่าพอใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอรายงานผู้ป่วยรายหนึ่งมีถุงน้ำในตับอ่อนชนิดที่เป็น Congenital cyst ขนาดใหญ่มาก ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยกล้องเพื่อ internal drainage จากถุงน้ำในตับอ่อนเข้าไปในกระเพาะอาหาร

Materials and Methods

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 33 ปี มาด้วยอาการ จุกแน่นท้อง คลำได้ก้อนบริเวณหน้าท้องด้านบน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง ไม่เคยมีประวัติอุบัติเหตุที่รุนแรงของช่องท้อง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคตับอ่อนอักเสบจากนิ่วในทางเดินน้ำดีหรือการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมาก่อน ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการไม่พบสิ่งผิดปกติ ยกเว้น CT scan พบมี cystic mass ขนาดใหญ่มากบริเวณ body และ tail ของ pancreas ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยกล้อง laparoscopic cystogastrostomy ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เช่น การถ่ายภาพรังสีของปอด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การ

จัดทำนอนหงาย การดมยาสลบ ขั้นตอนของการใส่แก๊สและเครื่องมือผ่าตัดจะกระทำคล้าย ๆ กันกับวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง วิธีการผ่าตัดจะทำการหลักการอันเดียวกับ open conventional cystogastrostomy (Figure 1)

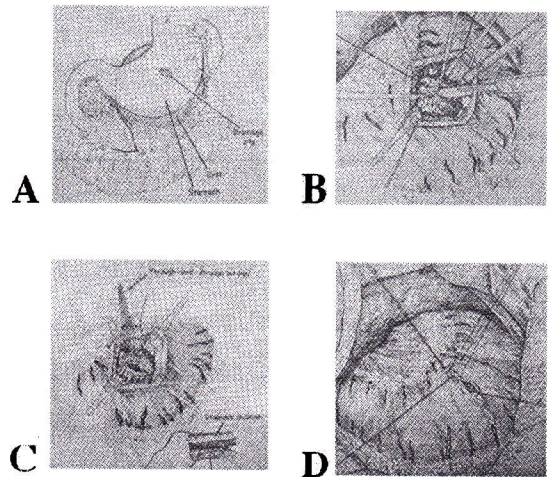


Figure 1 ภาพวาดการผ่าตัดระบายถุงน้ำในตับอ่อนเข้าสู่กระเพาะอาหาร Open conventional cystogastrostomy' A. ตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัด B. ผ่าตัดเปิดผนังของกระเพาะอาหารให้ทะลุทางด้านหน้าและด้านหลังแล้วเปิดถุงน้ำซึ่งอยู่ด้านหลังของกระเพาะอาหาร C. เย็บผนังของกระเพาะอาหารด้านหลังให้เชื่อมต่อกับผนังของถุงน้ำ D. เย็บปิดผนังของกระเพาะอาหารทางด้านหน้า

โดยจะทำการผ่าตัดด้วยกล้องเปิดผนังของกระเพาะอาหารให้ทะลุทางด้านหน้าและด้านหลัง แล้วผ่าตัดเปิดถุงน้ำซึ่งอยู่ด้านหลังของกระเพาะอาหาร ดูดเอาของเหลวภายในถุงน้ำออกและตัดเอาผนังของถุงน้ำเพื่อส่งไปตรวจพิสูจน์ทางพยาธิกรรม หลังจากนั้นจึงเย็บผนังของกระเพาะอาหารด้านหลังให้เชื่อมต่อกับผนังของถุงน้ำ แล้วจึงเย็บปิดผนังของกระเพาะอาหารทางด้านหน้า เสร็จแล้วจึงล้างช่องท้องใส่ท่อ

ระบาย และเย็บปิดผนังหน้าท้องอันเป็นการเสร็จสิ้น การผ่าตัด (Figure 2)

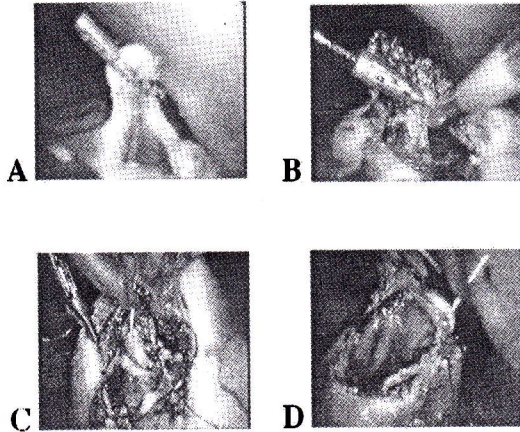


Figure 2 ภาพการผ่าตัดด้วยกล้อง Laparoscopic Cystogastrostomy² A. ผ่าตัดเปิดผนังของกระเพาะอาหารทางด้านหน้า B. ผ่าตัดเปิดผนังด้านหลังของกระเพาะอาหาร C. เย็บผนังของกระเพาะอาหารด้านหลังให้เชื่อมต่อกับผนังของถุงน้ำ D. เย็บปิดผนังของกระเพาะอาหารทางด้านหน้า

Results

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 165 นาที ไม่มีปัญหาใด ๆ ระหว่างการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นตัวได้เป็นอย่างดี ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน ผลชิ้นเนื้อที่ได้จากการตัดเอาผนังของถุงน้ำที่ส่งไปตรวจพิสูจน์ทางพยาธิกรรม พบว่ามีลักษณะเป็น congenital cyst จากการติดตามการรักษาพบว่าอาการจุกแน่นท้องและก้อนในท้องหายไป การตรวจ CT scan ซ้ำภายหลังการผ่าตัดประมาณ 8 เดือน พบว่าถุงน้ำส่วนใหญ่หายไปและมีบางส่วนของถุงน้ำเหลืออยู่เล็กน้อยบริเวณ body of the pancreas เท่านั้น (Figure 3) และไม่มีอาการเหมือนกับที่เคยเกิดขึ้นในระยะเวลา

ก่อนการผ่าตัดอีกเลย ในเวลาติดตามการรักษา ต่อมาจนถึงปัจจุบัน

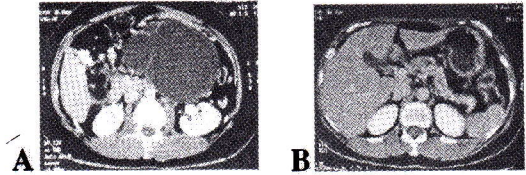


Figure 3 ภาพการตรวจ CT scan A. ก่อนการรักษา พบว่ามีถุงน้ำในตับอ่อนที่มีขนาดใหญ่โตมาก B. หลังการรักษา พบว่าถุงน้ำส่วนใหญ่หายไป จะมีเพียงบางส่วนของถุงน้ำเหลืออยู่เล็กน้อยบริเวณ body of the pancreas เท่านั้น

Discussion

Pancreatic cysts เป็นถุงน้ำในตับอ่อนที่เกิดขึ้นมาอย่างผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น asymptomatic ไม่ใช่ cancerous lesions ถุงน้ำในตับอ่อนจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ Pseudocysts, Congenital cysts และ Cystic neoplasms

Pseudocysts มักจะเป็นผลมาจาก pancreatitis หรือ blunt trauma ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องมาก จากการที่มี Pancreatic digestive enzymes ออกมาทำลายเนื้อเยื่อโดยรอบหรือแม้กระทั่งเนื้อเยื่อบางส่วนของตัวเอง บางครั้งอาจจะเกิดอาการ persistent abdominal pain ซึ่งอาจจะร้าวไปที่หลัง อาจจะคลำก้อนได้บริเวณหน้าท้องด้านบน อาจจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วยภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ infected cyst ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยอาการไข้และมี persistent abdominal pain หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากรuptured ของ Pseudocysts ซึ่งจะต้องได้รับการ

รักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉิน เนื่องจากของเหลวภายในถุงน้ำซึ่งเป็นน้ำย่อยจะทำลายหลอดเลือดบริเวณใกล้เคียง ทำให้มีเลือดออกภายในช่องท้อง เกิดภาวะ hypovolumic shock มีอาการ fainting , severe abdominal pain, decreased consciousness, rapid heartbeat

True cyst แยกโรคได้จากผนังจะมี epithelial lining ได้แก่ Congenital cysts ซึ่งมักจะพบมีโรคร่วมด้วย เรียกว่า Von Hippel-Lindau disease ซึ่งเป็นโรค Genetic disorder จะพบผิดปกติคือมีถุงน้ำเป็นจำนวนมากบริเวณอวัยวะต่าง ๆ เช่น brain, retina, adrenal glands, kidneys, และ pancreas

Cystic neoplasms มีหลายชนิด ชนิดแรกได้แก่ Mucinous cystadenoma มักจะพบในบริเวณ body หรือ tail ของ pancreas พบได้ในผู้หญิงวัยกลางคนเป็นส่วนใหญ่และเป็น precancerous lesion ถ้าถุงน้ำมีขนาดใหญ่มาก ๆ มักจะเป็น cancerous lesion ส่วน Mucinous duct ectasia มักพบในผู้ชายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งถุงน้ำเหล่านี้จะมีลักษณะเป็น dilated ductal segments บริเวณ head ของ pancreas บางครั้งจะเรียกว่า Intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMN) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น cancerous lesion ชนิดที่สามได้แก่ Serous cystadenoma มักจะมีขนาดใหญ่มาก ทำให้มีอาการปวด จุก แน่นท้อง พบได้ในผู้หญิงวัยกลางคนเป็นส่วนใหญ่และไม่ค่อยจะเป็น cancerous lesion ชนิดที่สี่ได้แก่ Papillary cystic tumor พบได้ไม่บ่อย บางครั้งเรียกว่า papillary cystic neoplasm or solid and pseudo-papillary neoplasm พบได้ในผู้หญิงวัยรุ่น มักจะพบในบริเวณ body or tail of the pancreas และ

มักจะเป็น cancerous lesion ชนิดสุดท้ายได้แก่ Islet cell tumors เป็น neuroendocrine tumors ที่พบได้ไม่บ่อย จะมีอาการผิดปกติจากการมีการผลิต hormones จาก pancreas's islet cells เช่น insulin และ hormones อื่น ๆ อีกเป็นจำนวนมาก

ในปัจจุบันเราสามารถพบโรคถุงน้ำในตับอ่อนได้เพิ่มขึ้นมากกว่าแต่ก่อน เนื่องจากมีวิวัฒนาการที่ดีในทาง imaging technology ซึ่งอาจจะตรวจพบ pancreatic cysts ได้จากการทำ abdominal scans ของโรคอื่น ๆ การตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคถุงน้ำในตับอ่อนส่วนใหญ่ได้แก่การทำ ultrasound, computerized tomography, magnetic resonance imaging scans หรือ endoscopic ultrasound เพื่อค้นหาถุงน้ำและใช้เข็มเจาะดูดเอาของเหลวในถุงน้ำไปตรวจทางพยาธิกรรมต่อไป การแยกโรคโดยลักษณะทางพยาธิกรรมจะสามารถแยก Pseudocysts ออกจากถุงน้ำชนิดอื่น ๆ ได้ง่าย คือที่ผนังของ Pseudocysts ไม่มี epithelial lining แต่ใน Congenital cyst ผนังของมันจะบุด้วย cuboidal epithelium สำหรับ Serous cystadenoma นั้นผนังของมันจะบุด้วย glycogen-rich cytoplasm cuboidal cells และส่วน Mucinous cystadenoma ผนังจะบุด้วย columnar หรือ papillary mucin-producing epithelium ซึ่งมักจะไม่เกี่ยวกับ pancreatic duct และจะต้องแยกออกจาก Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) ที่มีพยาธิสภาพที่ pancreatic ducts ซึ่งผนังของมันจะมี epithelial lining เป็น mucin producing columnar epithelial cells ลักษณะเป็น papillary projection การรักษาผู้ป่วยที่เป็น asymptomatic precancerous cysts เราอาจจะทิ้งไว้โดยไม่ต้องทำอะไรเลยก็ได้ ถ้าหากผู้ป่วยไม่มีอาการอะไรมากนัก

แต่ก็จำเป็นที่จะต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจจะเป็น cancerous lesions ชนิดใดชนิดหนึ่งที่กำลังลุกลามแล้วข้างต้นขึ้นมาก็ได้ สำหรับ Serous cystadenoma นั้นจะตรวจพบว่ามี glyco-gen-rich cells จากการทำ fine-needle aspiration biopsy ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการก็ไม่ต้องทำอะไร แต่จะต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกันและต้องระวังเป็นอย่างยิ่งที่จะแยกโรคออกจาก pancreatic cysts ชนิดอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเป็น malignant หรือ potentially malignant ก็ได้ การทำ endoscopic examination และตรวจชิ้นเนื้อหากพบว่ามี mucin ภายในถุงน้ำหรือพบ mucin-secreting cells หรือพบว่าของเหลวภายในถุงน้ำมี high fluid viscosity หรือ มี carcinoembryonic antigen (CEA) เป็นจำนวนมาก ก็สมควรที่จะสงสัยได้ว่าจะเป็น cancerous lesions แต่ก็ได้เป็นการวินิจฉัยโดยตรงจะต้องติดตามดูแลการเปลี่ยนแปลงของถุงน้ำอย่างใกล้ชิด การรักษา Cystic neoplasms ที่มีอาการจนผู้ป่วยต้องมาปรึกษาแพทย์ จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเอาถุงน้ำออกไป ยกเว้นจะพิสูจน์ได้อย่างแน่นอนแล้วว่าเป็น Serous cystadenoma ในผู้ป่วยที่ทำ transcutaneous หรือ endoscopic ultrasonographic guidance แล้วพบว่ามีข้อสงสัยจาก cytologic examination ถ้าผู้ป่วยแข็งแรงดีพอที่จะทำการผ่าตัดได้ ก็สมควรที่จะทำการผ่าตัดเอาถุงน้ำออกไปเลย อาจจะทำการผ่าตัด distal pancreatectomy ในรายที่เป็นถุงน้ำบริเวณ pancreatic tail หรือทำการผ่าตัด pancreaticoduodenectomy ในรายที่เป็นถุงน้ำบริเวณ pancreatic head⁴ ส่วนการรักษา Pseudocysts นั้น อาจจะปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ต้องทำอะไรเลยก็ได้ถ้าไม่มีอาการ แต่ถ้ามีอาการมากหรือโตขึ้นเรื่อยๆ มีการรักษาได้ 3 วิธี คือ resec-

tion, external drainage และ internal drainage ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ elective surgery และสมควรที่จะรอให้ Pseudocysts นั้น mature เสียก่อน คือระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ การผ่าตัด resection มักจะทำเฉพาะถุงน้ำที่อยู่ในตำแหน่งของ pancreatic tail ส่วนการทำ external drainage จะทำในรายที่ผนังของมันยังไม่หนาพอที่จะเย็บติดกับผนังของลำไส้ได้ โดยใส่ท่อระบายจากภายในถุงน้ำออกมาภายนอกทางแผลบริเวณหน้าท้อง ซึ่งจะทำให้เกิดเป็น pancreatic fistula ได้ประมาณร้อยละ 20 และ fistula นั้นจะปิดไปได้เองภายในสองถึงสามสัปดาห์ แต่ก็อาจเกิดเป็น fistula และ recurrent cysts ขึ้นมาได้ อีกถ้าถุงน้ำนั้นมีการติดต่อกับบางส่วนของ pancreatic ducts สำหรับการผ่าตัด internal drainage นั้น อาจจะทำได้หลายแบบ คือ Cystoje-junostomy, Cystogastrostomy, Cystoduodenostomy แล้วแต่ตำแหน่งของถุงน้ำนั้นจะใกล้เคียงกับอวัยวะใด⁵

การผ่าตัดด้วยกล้องมีข้อดีก็คือแผลผ่าตัดเล็กกว่าอาการเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่าและกลับไปทำงานได้เร็วกว่า แต่มีข้อเสียคือ ค่าใช้จ่ายที่มากพอสมควร แต่ก็สามารถที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการผ่าตัดลงได้ เมื่อระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง อาทิเช่น การผ่าตัด laparoscopic cholecystectomy, fundoplication, splenectomy, adrenalectomy แต่การผ่าตัดที่ยังจำเป็นต้องใช้เวลารักษาอยู่ในโรงพยาบาล อย่างน้อย 4-7 วัน เช่น laparoscopic colectomy ไม่น่าที่จะใช้เวลารักษา น้อยกว่าการผ่าตัด Open conventional surgery เนื่องจากต้องรอให้ลำไส้ที่ได้รับการตัดต่อระหว่างทำการผ่าตัดนั้นกลับมาทำงานได้เป็นปกติเสียก่อน

แต่ก็อาจจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงได้ จากการใช้เครื่องมือผ่าตัดที่เป็น disposable นำกลับมาใช้ใหม่และการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างเคร่งครัด ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิงที่มีอายุอยู่ในวัยกลางคน มาด้วยอาการจุกแน่นท้อง คลำได้ก้อนบริเวณหน้าท้องด้านบนและมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง ไม่เคยมีประวัติของอุบัติเหตุที่รุนแรงของช่องท้อง ไม่มีประวัติของการเจ็บป่วยเป็นโรคตับอ่อนอักเสบจากนิ่วในทางเดินน้ำดี หรือการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมาก่อน ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการไม่พบสิ่งผิดปกติ ยกเว้นการตรวจ CT scan พบว่ามี cystic mass ขนาดใหญ่มาก บริเวณ body และ tail ของ pancreas จึงทำให้การวินิจฉัยโรคที่คิดถึง pseudocyst น้อยที่สุด แต่ก็ไม่สามารถที่จะแยกโรคได้ระหว่าง congenital cyst และ cystic neoplasm แต่ขนาดของก้อนที่ใหญ่โตมากและเกี่ยวข้องกับอวัยวะที่สำคัญโดยรอบ ไม่สามารถที่จะรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเอาก้อนออกมาได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องวางแผนที่จะรักษาแบบ palliative treatment โดยทำผ่าตัด internal drainage ให้แก่ผู้ป่วย จากประสบการณ์ของผู้รายงานที่ได้ฝึกฝนและปฏิบัติการผ่าตัดด้วยกล้องมากกว่า 15 ปี ทำให้สามารถนำการผ่าตัดด้วยกล้องมารักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมได้หลายโรคและได้ผลการรักษาที่ดีเป็นที่น่าพอใจ จึงได้ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดด้วยกล้อง Laparoscopic cystogastrostomy เพื่อระบายของเหลวจากถุงน้ำในตับอ่อนเข้าไปในกระเพาะอาหาร พร้อมทั้งได้ชิ้นเนื้อพองเพียงที่จะวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง โดยที่ไม่ต้องไปทำวิธีการอื่น ๆ อีกมากมายที่จะเป็นการเสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นไปอีกจำนวนมาก ซึ่ง

บังเอิญก็เป็นโชคดีของผู้ป่วยอีกที่ชิ้นเนื้อที่ได้แสดงได้อย่างชัดเจนแล้วว่าเป็น congenital cyst จึงทำให้ผลการรักษาที่ได้รับเป็นที่น่าพอใจเป็นอย่างยิ่ง แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก (Figure 4) ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว จากการตรวจ CT scan ซ้ำภายหลัง พบว่าถุงน้ำส่วนใหญ่หายไป แต่มีบางส่วนของถุงน้ำเหลืออยู่เล็กน้อยบริเวณ body of the pancreas และไม่มีอาการเหมือนกับที่เคยเกิดขึ้นก่อนการผ่าตัดรักษาอีกเลย

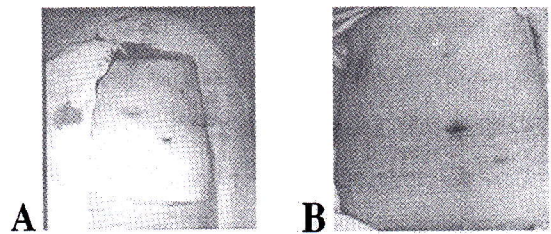


Figure 4 ภาพแผลผ่าตัด

A. หลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้นแล้ว B. แผลผ่าตัดหายดีแล้ว

Conclusion

การรักษาโรคถุงน้ำในตับอ่อนขึ้นอยู่กับแต่ละชนิดของโรคที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย สำหรับพวกที่ไม่เป็น malignant หรือ potentially malignant และไม่มีอาการอาจจะปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ต้องทำอะไรเลยก็ได้ แต่ถ้ามีอาการมากหรือในพวกมีลักษณะเป็น cystic neoplasms ก็สมควรที่จะให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนน้ำออกไปให้หมดถ้าทำได้ แต่ถ้าพิจารณาแล้วว่าไม่สามารถที่จะผ่าตัดก้อนเอากออกไปได้ ก็สมควรที่จะรักษาแบบ palliative treatment โดยการผ่าตัดระบายถุงน้ำ ซึ่งวิธีการผ่าตัดที่ดีที่สุดก็คือการทำ internal drainage และถ้าทำด้วยการผ่าตัดด้วยกล้องได้ก็จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยยิ่งขึ้นไปอีก

References

1. Robert M. Zollinger, Drainage of Cyst or Pseudocyst of Pancreas, Atlas of Surgical Operations, 4th ed., Robert M. Zollinger, 1975: 179.
2. Poschong Suesat, M.D. Cystogastrostomy for Pancreatic Cyst, Video Clips. Available from URL <http://www.geocities.com/thaisurgery>.
3. Mayo Clinic Staff, Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER) 1998-2008. Pancreatic cysts, Digestive System. Available from URL <http://www.mayoclinic.com/health/pancreatic-cysts/DS00731>.
4. Michael L. Steer, M.D. Chapter 55 Exocrine Pancreas, Townsend: Sabiston Textbook of Surgery, 18th ed., Courtney M. Townsend, Jr., MD. Copyright 2007 Saunders, An Imprint of Elsevier, Available from URL <http://www.mdconsult.com/das/book/111039144/view/1965>.
5. Howard A. Reber. Chapter 30 Pancreas, Schwartz's Principles of Surgery, 7th ed., Seymour I. Schwartz, 1999:1491.
6. John G. Hunter. Chapter 44 Minimally Invasive Surgery, Schwartz's Principles of Surgery, 7th ed., Seymour I. Schwartz, 1999:2160.