

## การติดเชื้อราของหูชั้นกลางและกระดูกเทมโปราล

ภาคภูมิ สุปิยพันธุ์  
ศิริพงษ์ เหลืองวารินกุล

ภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### **Mycotic infection of the middle ear and the temporal bone**

Pakpoom Supiyaphun, Siripong Luengvarinkul.

*Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.*

Mycotic infection of the middle ear, inner ear and the temporal bone are extremely rare. The causative organisms include the Mucor species, Aspergillus species, Candida species, Blastomyces species and Cryptococcus species. It usually presents in the patient with chronic illness such as diabetes mellitus, cirrhosis and drug addiction. Long standing steroid treatment and cytotoxic agents are also complicated by these organisms.

Two cases of the middle ear and the temporal bone mycosis are presented. The first case was a 60-year-old man with middle ear and facial nerve aspergilliosis. He was treated initially with amphotericin B and radical mastoidectomy. Finally, the facial-hypoglossal nerve crossover was done as a reconstructive measure. Facial contour and function were acceptable within 6 months postoperatively.

The second case was 36-year-old man who had multiple cranial nerve palsies (cranial nerve 5,7,9,10,11 and 12) secondary to aspergillous granuloma of the middle cranial fossa, skull base and the petrous bone. A full course of amphotericin B therapy was introduced in this case. The disease was controlled by this mean.

การติดเชื้อราของหูชั้นกลาง ชั้นใน และกระดูก temporal นั้นพบได้ยากมาก เชื้อที่ทำให้เกิดโรคโดยมากจะเป็นพวก Mucors, Aspergillus, Candida, Blastomyces และ Cryptococcus การติดเชื้อราประเภทนี้มักจะพบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน โรคตับเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเชื้อเสพติด ผู้ป่วยที่กำลังได้รับ

การรักษาด้วยยา steroid ยาต้านมะเร็ง และยาต้านจุลชีพ เป็นต้น

ผู้รายงานเสนอผู้ป่วย 2 ราย โดยที่รายแรกเป็นชายจีนอายุ 60 ปี เป็นโรค aspergilliosis ของหูชั้นกลางและ facial nerve ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ยา amphotericin B ร่วมกับการผ่าตัด radical mastoidectomy ในขั้นต้น และได้รับการ

แก้ไขอัมพาตของใบหน้าโดยการทำให้ facial-hypoglossal nerve crossover ซึ่งผลการรักษาเมื่อ 6 เดือนหลังผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นชายอายุ 36 ปี มีอัมพาตของประสาทสมองเส้นที่ 5, 7, 9, 10, 11 และ 12 ทางด้านขวาจากการมี aspergillous granuloma ของสมองส่วนกลาง ฐานของสมองและกระดูก petrous ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา amphotericin B จนครบ และโรคไม่ลุกลามมากขึ้น —X—

### บทนำ

การติดเชื้อราในคนอาจจะทำให้เกิดโรคได้ใน 4 ลักษณะด้วยกันคือ (1) โรคภูมิแพ้ต่อเชื้อรา (allergy) (2) โรคที่เกิดจาก toxin ของเชื้อรา (3) การเกิดโรคเฉพาะพื้นผิว (superficial colonization) และ (4) การเกิดโรคเชื้อราถิ่นลึก (deep invasive mycosis)<sup>(1)</sup> และเชื้อโรคที่พบเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ ในคนได้แก่เชื้อ Aspergillus, Candida ซึ่งทำให้เกิดโรคได้ทั้งแบบเป็นเฉพาะที่พื้นผิวและแบบถิ่นลึก ส่วนพวก Mucor, Blastomyces และ Cryptococcus พวกนี้มักจะพบเฉพาะแบบถิ่นลึกเท่านั้น

โรคเชื้อราแบบถิ่นลึกนั้นมักพบในผู้ป่วยที่มีระบบต้านทานต่อโรคของร่างกายต่ำ เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคตับเรื้อรัง ผู้ป่วยติดยาเสพติด รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็ง ยา steroid หรือยาต้านจุลชีพในขนาดสูง และใช้มาเป็นเวลานาน ๆ<sup>(1-9)</sup>

การติดเชื้อราของหูชั้นกลาง และกระดูก temporal พบได้น้อยมาก และเชื้อราที่เป็นสาเหตุส่วนมากก็เกิดจากกลุ่มที่กล่าวมาแล้ว บทความนี้เน้นถึงอาการ อาการแสดง หลักในการวินิจฉัย และการรักษาโรคเชื้อราของหูชั้นกลาง และกระดูก

temporal โดยนำเสนอผู้ป่วยตัวอย่าง 2 รายที่เกิดจากเชื้อ Aspergillus

### รายงานผู้ป่วย

#### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายจีนอายุ 60 ปี มีอาการของโรคหูหนวกเรื้อรังมาประมาณ 5 ปีเศษ โดยพบว่ามีรอยทะเลขนาดใหญ่เกือบทั้งหมดของแก้วหูข้างขวา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาหยอดหูเป็นครั้งคราว ต่อมาประมาณ 2½ เดือน ผู้ป่วยเริ่มมีอัมพาตของใบหน้าซีกขวาทั้งหมด (รูปที่ 1) การ

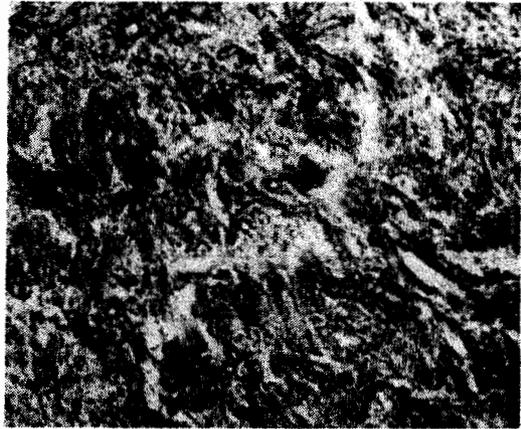


ภาพที่ 1 (ผู้ป่วยรายที่ 1) แสดงอัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ทางด้านขวา

ตรวจร่างกายทั่วไปพบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพดี ยกเว้นมีอัมพาตของใบหน้าซีกขวาชนิด lower motor neurone และมีรอยทะเลขนาดใหญ่เกือบทั้งหมดของแก้วหูข้างขวา มีหนองเล็กน้อยอยู่ในช่องหูชั้นกลาง ส่วนหูซ้ายปกติ การตรวจการทำงานของเส้นประสาท facial พบว่ามีความผิดปกติ

ของการทดสอบ Schirmer's โดยด้านขวามีค่าเพียง 50% ของด้านซ้าย มีการสูญเสียการรับรสอาหารของลิ้นทางด้านขวา และการทดสอบ nerve excitability (Hilger's test) พบว่าค่ากระแสไฟฟ้าที่ต้องใช้กระตุ้นด้านขวามากกว่าด้านซ้ายเกิน 3.5 mA (ข้างขวา 6 mA และข้างซ้าย 1 mA) การตรวจการได้ยินโดยใช้ pure tone audiometry ได้ผลว่าหูด้านขวาหนวกสนิท ส่วนหูซ้ายมีการสูญเสียการได้ยินแบบผสม (mixed hearing loss) มีค่า air-bone gap ประมาณ 25 dB ภาพถ่ายรังสีของกระดูก mastoid มีลักษณะที่บวม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด simple mastoidectomy พบว่าภายในโพรงกระดูก mastoid มีเนื้อเยื่อ granulation เป็นจำนวนมาก ที่บริเวณเส้นประสาท facial พบว่ามีการทำลายของกระดูกที่คลุมเส้นประสาท facial บริเวณ pyramidal part และเผยให้เห็นตัวเส้นประสาท facial มีลักษณะบวมคล้ำ จึงได้ทำผ่าตัด facial nerve decompression จากระดับต่ำกว่า geniculate ganglion จนถึงระดับ stylomastoid foramen ผลการเพาะเชื้อจากเนื้อเยื่อ granulation พบว่าเป็นเชื้อ *Aspergillus fumigatus* และผลทางพยาธิวิทยาเห็นเป็น septate hyphae ของเชื้อรา *Aspergillus* (รูปที่ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา amphotericin B จำนวนทั้งสิ้น 1 กรัมในเวลา 1 เดือน จึงได้รับการทำผ่าตัด radical mastoidectomy อีกครั้ง ซึ่งพบว่าเส้นประสาท facial บริเวณที่เคยมีรอยโรคปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อ granulation มีลักษณะสกรปรกขุ่น และบางส่วนขาดหายไปประมาณ 5 มม. การเพาะเชื้อครั้งนี้ให้ผลลบ เมื่อแผลผ่าตัดหายดีและหูแห้งดีแล้ว ใน 2 เดือนต่อมาผู้ป่วยจึงได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขอัมพาตของใบหน้าโดยการทำให้ facial-hypoglossal nerve crossover ด้านขวา ซึ่งพบว่าการทำงานของใบหน้าด้านขวาดีขึ้น

โดยพบว่ากล้ามเนื้อบริเวณมุมปากและกล้ามเนื้อปิดเปลือกตาทำงานได้ดีในระดับปานกลางเมื่อครบ 6 เดือนหลังผ่าตัด (รูปที่ 3)



ภาพที่ 2 ลักษณะของ septate hyphae จากผลชันเนื้อ



ภาพที่ 3 (ผู้ป่วยรายที่ 1) 6 เดือนหลังผ่าตัด facial-hypoglossal nerve crossover จะเห็นได้ว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านขวาดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัดอย่างเห็นได้ชัด

### ผู้ป่วยรายที่ 2<sup>(๑)</sup>

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 36 ปี เป็นโรคเบาหวานเรื้อรังมาประมาณ 3 ปี มีอาการเสียงแหบและกลืนอาหารลำบากมาประมาณ 1 เดือน โดยให้ประวัติว่าเมื่อ 4 เดือนก่อนมีอาการปวดหูขวามาก

และ 2 เดือนต่อมาจึงมีอัมพาตของใบหน้าซีกขวา การตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่าแก้วหูด้านขวาโป่งเล็กน้อย แก้วหูด้านซ้ายปกติ การตรวจ nasopharynx พบว่าเยื่อค่อนข้างบวมกว่าปกติ ทั้งสองข้าง โดยด้านขวามากกว่าด้านซ้าย และตรวจพบมีอัมพาตของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 5, 7, 9, 10, 11 และ 12 ทางด้านขวา (รูปที่ 4-5) การตรวจการได้ยินโดยใช้ pure tone audiometry พบว่ามี การสูญเสียการได้ยินแบบการนำเสียงเสื่อม (conductive hearing loss) มีค่า air bone gap ประมาณ 35 dB ส่วนการวัดการ

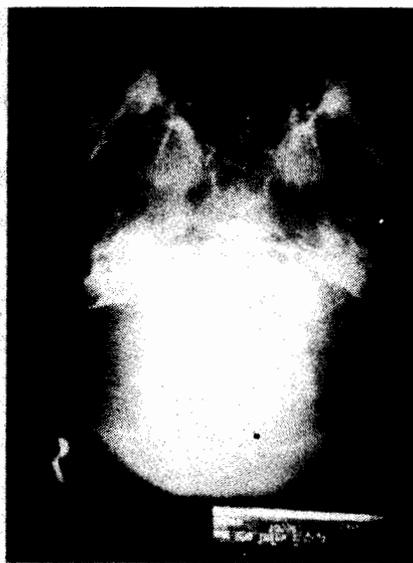


ภาพที่ 4 (ผู้ป่วยรายที่ 2) แสดงอัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ทางด้านขวา

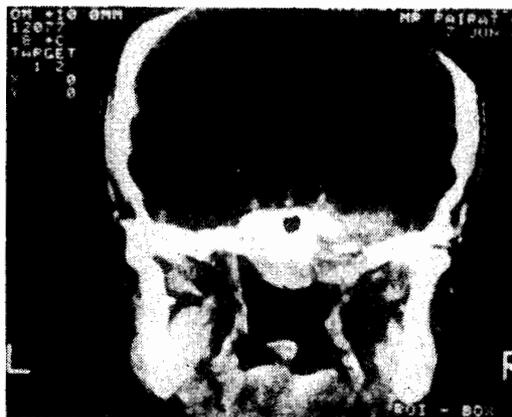


ภาพที่ 5 (ผู้ป่วยรายที่ 2) แสดงอัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 12

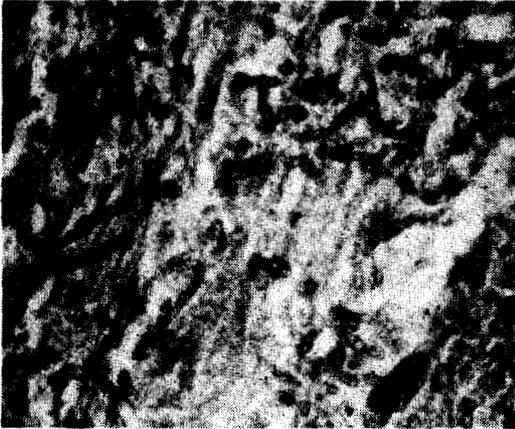
ทำงานของแก้วหู (tympanometry) ปกติ ภาพถ่ายรังสีของกระดูก mastoid ด้านขวาดีกว่าด้านซ้ายเล็กน้อย ภาพของ nasopharynx พบมีการทำลายของกระดูกทางด้านขวาบริเวณพื้นของสมองส่วนกลางและส่วนหน้าของกระดูก petrous (รูปที่ 6) การตรวจด้วย C.T. scan พบมีก้อนในบริเวณ middle cranial fossa (รูปที่ 7) จึงได้



ภาพที่ 6 Film base skull ของผู้ป่วยรายที่ 2 แสดงการทำลายของกระดูกฐานสมองหน้าต่อกระดูก petrous



ภาพที่ 7 C.T. scan ของผู้ป่วยรายที่ 2 เห็นว่ามี enhancing soft tissue mass ที่ฐานสมอง และทำลายกระดูกฐานสมองลูกกลมเข้ามาใน nasopharynx



ภาพที่ 8 (ผู้ป่วยรายที่ 2) ลักษณะของเชื้อราที่พบในเนื้อเยื่อจากฐานสมอง

ทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณ nasopharynx ไปตรวจแต่ไม่พบความผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด simple mastoidectomy เพื่อค้นหาโรคในโพรงกระดูก mastoid ซึ่งพบว่ามีเชื้อรามาตัวขึ้นมาก แต่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและการเพาะเชื้อจากเยื่อไม่บ่งสาเหตุของความผิดปกติได้ ผู้ป่วยจึงได้รับการผ่าตัดสมองโดยประสาทศัลยแพทย์ และพบว่ามีก้อนเนื้ออยู่ ๆ สีดำ ขอบเขตไม่ชัดเจนอยู่ที่ฐานของสมองนอกเยื่อหุ้มของสมองบริเวณพื้นของสมองส่วนกลาง และส่วนหน้าของกระดูก petrous ดังกล่าว ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบเป็นการอักเสบจากเชื้อราชนิดที่มี septate hyphae ขนาดเล็ก (รูปที่ 8) แต่ผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อโรสดังกล่าว ผลการตรวจทางอิมมูโนวิทยาโดยวิธี counter-immunoelectrophoresis และ immunodiffusion ให้ผลบวกต่อเชื้อ Candida และ Aspergillus ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา amphotericin B จำนวนทั้งสิ้น 1.6 กรัม ในระยะเวลาทั้งสิ้น 50 วัน อาการอัมพาตของเส้นประสาทสมองไม่ดีขึ้น แต่รอยโรคไม่ลุกลามมากขึ้นเมื่อตรวจด้วย C.T. scan ในระยะเวลา 2

เดือนหลังให้การรักษา

## วิจารณ์

เชื้อรา Aspergillus ปกติอยู่ในดินและซากพืชที่ผุพัง การติดเชื้อมันเกิดขึ้นจากทางเดินหายใจ<sup>(1)</sup> โรคจากเชื้อรา Aspergillus จึงมักพบได้บริเวณทางเดินหายใจ ปอด และไขสันหลัง ที่บริเวณหู เชื้อรา Aspergillus มักจะทำให้เกิดการอักเสบของหูชั้นนอกในลักษณะการเกิดโรคเฉพาะพื้นผิว (superficial colonization) ได้บ่อยและมักจะเกิดจากเชื้อราหลาย ๆ ชนิดปะปนกัน<sup>(2)</sup> การอักเสบของหูชั้นกลาง หูชั้นใน และกระดูก temporal ที่เกิดจากเชื้อราชนิดนี้พบได้น้อยมาก

การติดเชื้อราของหูชั้นกลางและกระดูก temporal อาจเกิดขึ้นได้หลายทางด้วยกันคือ

- 1) เชื้อราที่อยู่ในบริเวณ nasopharynx ผ่านเข้าสู่หูชั้นกลางทางท่อ eustachian และกล้ามเนื้อ tensor tympani
- 2) เชื้อราที่พบอยู่บริเวณช่องหูชั้นนอกผ่านรอยทะลุของแก้วหูเข้าสู่หูชั้นกลาง
- 3) เชื้อราจากบริเวณอื่น ๆ เข้าสู่กระแสเลือดกระจายมาบริเวณนี้
- 4) เชื้อราที่อยู่ในกระแสโลหิตระยะกระจาย มาตามเยื่อหุ้มสมองเข้ามายังกระดูก temporal หูชั้นกลาง และหูชั้นใน<sup>(2,4)</sup>

อาการของโรคเชื้อราบริเวณหูและกระดูก temporal จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค อาการทั่วไป ได้แก่ อาการปวดหู มีน้ำหนวกไหล ซึ่งมักจะมึนตึ่มและมึนตึ่มและมีสีแบบหนองปนเลือด และพบอัมพาตของเส้นประสาทสมอง<sup>(2,4-6)</sup> ซึ่งโดยมากจะพบได้เกือบทุกเส้น โดยเฉพาะ 6 เส้นสุดท้าย โดยเกิดจากการทำลายจากเชื้อราโดยตรง ในผู้ป่วยรายที่ 1 มีการทำลายของเส้นประสาท

facial ในส่วน pyramidal และ mastoid part ส่วนในผู้ป่วยรายที่ 2 มีรอยโรคก่อนข้างกว้างบริเวณกระดูก petrous และฐานของกระดูกทึบกระษะ จึงมีการทำลายของเส้นประสาทสมองหลายเส้น ได้แก่ เส้นที่ 5, 7, 9, 10, 11 และ 12

การวินิจฉัยโรคเชื้อราของหูและกระดูก temporal นั้นทำได้ยากมาก แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องให้ความระมัดระวังและคิดถึงโรคนี้อยู่เสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำต่อโรคต่ำ ซึ่งมีอาการและอาการแสดงดังกล่าวมาแล้ว การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งไปตรวจทางพยาธิวิทยา ร่วมกับการเพาะเชื้อโรคจากน้ำหนวกและจากเนื้อเยื่อบริเวณรอยโรคจะเป็นการวินิจฉัยที่ถูกต้องที่สุด อย่างไรก็ตาม Bergstrom<sup>(6)</sup> ได้วิจารณ์ว่าการเพาะเชื้อรานี้อาจได้ผลบวกจากเชื้อราที่เป็น Saprophyte บริเวณดังกล่าวได้โดยไม่ใช้สาเหตุของโรคที่แท้จริง ในผู้ป่วยรายแรกสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็น *Aspergillus fumigatus* ได้จากการเพาะเชื้อและการยืนยันด้วยลักษณะทางพยาธิวิทยา ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ลักษณะทางพยาธิวิทยาเหมือนกับเชื้อ *Aspergillus* แต่ไม่สามารถเพาะเชื้อขึ้นยีสได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ให้ผลบวกต่อ *Aspergillus* เมื่อตรวจทางอิมมูโนวิทยาโดยใช้วิธี counter-immunoelectrophoresis และ immunodiffusion ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยได้เช่นกัน<sup>(1,7)</sup>

การรักษาโรคเชื้อราของหูและกระดูก temporal คือการผ่าตัดเอาบริเวณรอยโรคออกให้มากที่สุดร่วมกับการให้ยาฆ่าเชื้อรา ซึ่งยาฆ่าเชื้อราชนิดที่ทำให้เกิดโรคแบบกินลึก (deep invasive form) ได้แก่ ยา amphotericin B ทางหลอดเลือดดำในขนาด 1-2 ม.ก. ในครั้งแรก ต่อไป

ขนาดยาจะเพิ่มขึ้นเป็น 5-10 ม.ก.ต่อวัน จนมีขนาดสูงสุด 1-1.5 ม.ก.ต่อวันน้ำหนักตัว 1 ก.ก. ต่อวัน การให้ยาควรให้วันเว้นวันจนครบจำนวนทั้งสิ้น 1.5-4 กรัม การให้ยาตัวนี้ต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษเนื่องจากมีฤทธิ์ข้างเคียงสูงมาก ได้แก่ มีอาการไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การมีพิษต่อไต และการกดไขกระดูก<sup>(8)</sup> จึงต้องตรวจนับเม็ดเลือด และการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ การให้ยา 5-Fluorocytosine (5-FU) ร่วมกับยา amphotericin B จะช่วยลดผลข้างเคียงของยา amphotericin B ลงได้<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยรายแรกได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด radical mastoidectomy เพื่อเอาอวัยวะออก แล้วตามด้วยการให้ยา amphotericin B จนโรคสงบ แล้วจึงทำการแก้ไขอัมพาตของใบหน้าด้วยการผ่าตัด facial-hypoglossal nerve crossover ซึ่งได้ผลดีมากและผู้ป่วยหายจากโรคเชื้อราจนบัดนี้ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดสมองเพื่อเอาอวัยวะออก แต่เนื่องจากรอยโรคมีขนาดกว้าง และติดอยู่กับอวัยวะสำคัญจึงเอาอวัยวะออกได้ไม่หมด และให้การรักษาต่อด้วยยา amphotericin B จนครบ จึงไม่พบการลุกลามของโรคเมื่อตรวจด้วย C.T. scan ในระยะเวลา 2 เดือนต่อมา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ต้องติดตามผลการรักษาต่อไป

## สรุป

คณะผู้รายงาน นำเสนอผู้ป่วย 2 รายที่เป็นโรคเชื้อราของหูและกระดูก temporal พร้อมกับวิจารณ์ถึงสาเหตุ อาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย และการรักษาของโรคนี้อีกโดยละเอียด ผู้ป่วยรายแรกเป็น aspergillosis ของโพรงกระดูก mastoid และมีการทำลายเส้นประสาท facial ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด radical

mastoidectomy ๗1 amphotericin B และตามด้วยการผ่าตัด facial-hypoglossal nerve cross-over ซึ่งผู้ป่วยรายนี้หายดี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นการติดเชื้อรา Aspergillus ของกระดูก petrous และฐานของกระดูกสัรษะ ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางสมองและยา amphotericin B โรคไม่ลุกลามต่อไป แต่ผลการรักษาระยะยาวต้องติดตามต่อไป.

### เอกสารอ้างอิง

- Rinaldi MG. Invasive aspergillosis. Reviews of infectious diseases 1983 Nov-Dec; 5(6): 1061-77.
- Meyerhoff WL, Paparella MM, Shea D. Mycotic infection of the inner ear. Laryngoscope 1979 Nov; 89: 1725-34.
- ประศาสน์ บุญยพิพัฒน์, อริยา จินตามพร, สุรัชย์ เคารพธรรม. โรคติดเชื้อราแอสเปอร์จิลลัสที่สมอง: รายงานผู้ป่วย 1 ราย. วารสารหู คอ จมูก และโบทหน้า 2530 ม.ค.; 2(1): 51-9.
- Gussen R, Canalis RF. Mucormycosis of the temporal bone. Ann Otol Rhinol Laryngol 1982 Jan-Feb; 91: 27-32.
- McGill T.JI. Mycotic infection of the temporal bone. Arch Otol Laryngol 1978 Mar; 104: 140-4.
- Bergstrom LV, Hemenway WG, Barnhart RA. Rhinocerebral and otologic mucormycosis. Ann Otol Rhino Laryngol 1970 Feb; 79: 70-81.
- Repentigny LD, Rless E. Current trends in immunodiagnostic of candidiasis and aspergillosis. Reviews of infectious diseases 1984 May-Jun; 6(3): 301-10.
- McLellan MS, Strong JP, Williams PM, Baker RD. Arch Otolaryngol 1965 Dec; 82: 612-4.
- Visuddhiphan P, Bunyaratavej S, Khantanaphar S. Cerebral aspergillosis: report of three cases. J neurosurg 1973 Apr; 38: 472-6.

#### ขัอวารสารต่างประเทศ (ต่อจากหน้า 72)

ต่อมน้ำเหลือง pelvic nodes 9 ราย (ร้อยละ 28.1) ในผู้ป่วย 32 ราย ที่เป็นมะเร็งของรังไข่ข้างซ้ายมี 17 ราย (ร้อยละ 53.1) พบมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง pelvic nodes ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งรังไข่ข้างขวา จำนวน 19 ราย มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 5.3) ที่พบมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง pelvic nodes ด้านเดียวกัน ได้วิจารณ์ช่องทางการแพร่กระจายของมะเร็งไปทางระบบน้ำเหลือง และความสำคัญของการเลาะต่อมน้ำเหลืองออกในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่.

นพ. บรรจง อุดมถาวรสุข