อภิปรายคลีนิคร่วมพยาธิ
รายที่ 3/2517 ผู้ป่วยมีไข้ ปวดท้องมาก ถ่ายอุจจาระดำ

ประวัติ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 61 ปี เป็นชาวนาอยู่จังหวัดสุพรรณบุรี รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. 2516 ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2516

ประมาณ 4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ ไม่หนาวสั่น 1 สัปดาห์ต่อมาเริ่มปวดท้องบริเวณเล็นปี และใต้ชายโครงขวาปวดแน่น ๆ ตลอดเวลาไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ไม่ปวดร้าวไปยังส่วนอื่น ระยะแรกมีคลื่นไส้และอาเจียน 2—3 ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อยมาก ไม่มีตาเหลืองและตัวเหลือง 1—2 เดือนมานี้ผู้ป่วยผอมลงมาก ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่คลีนิค แต่อาการไม่ดีขึ้นอาการปวดท้องและไข้ยังมีอยู่เสมอ เพลียมากจนกระทั่งเมื่อประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเดินไม่ไหว

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ บางครั้งมีสีแดงคล้ายเลือด

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องมากจึงมาหาแพทย์ ระหว่างไม่สบาย ปัสสาวะบ่อยและมีสีเข้ม

ในอดีตผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อ 4 เดือนก่อนผู้ป่วยเป็น "ริดสีดวงทวาร" หลังถ่ายอุจจาระต้องใช้นิ้วดัน "ริดสีดวง" เข้าไปบ่อย ๆ

ผลการตรวจร่างกายแรกรับ

อุณหภูมิ 38° ซ ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/90 มม. ปรอท

ลักษณะทั่วไป ผอม ซีดเล็กน้อย ท่าทางเพลีย ไม่ค่อยพูด ลักษณะเหมือนคนป่วยมานาน นอนราบอยู่กับเตียง

ผิวหนัง ลักษณะแห้งน้ำ ไม่มีแผลหรือผื่น

เปลือกตาด้านในซีด ตาไม่เหลือง ม่านตาขนาดปกติ ไวต่อแสง

หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่งเมื่อยกศีรษะ 45° ต่อมธัยรอยด์ไม่โต

ปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

หัวใจไม่โต เสียงหัวใจปกติและสม่ำเสมอ

หน้าท้องแบนราบ คลำได้ตับโต 1 นิ้วมือใต้ชายโครงขวาขณะหายใจเข้า ขอบเรียบ บาง

ครั้งมีอาการกดเจ็บที่หน้าท้องส่วนบน และมี rebound tenderness เสียงการทำงานของลำไส้เป็นปกติ

ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือพบก้อน "ริดสีดวง" ที่ 11.00 นาฬิกา กดไม่เจ็บ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจเลือด

	3/12/16	11/12/16
Hemoglobin (ก./100 มล)	8	6.5
Hematocrit (ร้อยละ)	30	23
เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ลบ.มม.)	11,000	22,500
เซลล์ polymorphonuclear (ร้อยละ)	85	90
Eosinophil (ร้อยละ)	1	1
Lymphocyte (ร้อยละ)	11	9
Monocyte (ร้อยละ)	3	--

เม็ดเลือดแดงขนาดและติดสีปกติ เซลล์ polymorphonuclear ร้อยละ 70 เป็น band form เพาะเชื้อจากเลือดได้ผลลบ

ผลการตรวจปัสสาวะ

ความถ่วงจำเพาะ 1.015 ปฏิกริยาเป็นด่าง มีไข่ขาวเล็กน้อย ไม่พบเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว cast หรือน้ำตาล bile ได้ผลบวก

ผลการตรวจอุจจาระ

สีค่อนข้างเขียว ไม่พบเลือดหรือพยาธิ

ผลการตรวจเลือดทางชีวเคมี

	4/12/16	11/12/16	15/12/16
BUN (มก/100 มล)	36	47	--
Creatinine (มก/100 มล)	2.5	3.0	--
น้ำตาล (มก/100 มล)	145	125	--
Albumin (มก/100 มล)	--	3.3	--
Globulin (มก/100 มล)	--	2.8	--
โซเดียม (mEq/ลิตร)	135	127	135
โปแตสเซียม (mEq/ลิตร)	3.2	3.8	2.9
คลอไรด์ (mEq/ลิตร)	88	91	100
คาร์บอนไดอ๊อกไซด์ (mEq/ลิตร)	315	25	17.5

ผลการตรวจการทำงานของตับ

	4/12/16	11/12/16
Total bilirubin (มก/100 มล)	0.9	1.8
Direct bilirubin (มก/100 มล)	0.4	0.7
Thymol Turbidity	5.8	2.9
Alkaline phosphatase (Bodansky unit)	5.1	9.3

เพาะเชื้อจากน้ำในช่องท้องได้ผลลบ

ผลการถ่ายภาพสแกนของตับ

ตับขนาดโตเล็กน้อย เนื้อตับทั่วไปถูกทำลายเล็กน้อย ไม่พบพยาธิสภาพที่เป็นก้อนในตับ

ผลจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและช่องท้อง

หัวใจและปอดปกติ พบมีแกสในลำไส้เล็กส่วนล่างทางซีกขวาของช่องท้องมากกว่าปกติ

การถ่ายภาพรังสีตรวจส่วนบนของระบบทางเดินอาหาร พบรอยย่นของเยื่อบุผนัง-กระเพาะอาหารหยาบกว่าปกติ ไม่พบพยาธิสภาพอย่างอื่นใดอีกในกระเพาะอาหาร

การดำเนินโรคระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลต้องให้ fluid เข้าหลอดเลือดดำทุกวัน ไม่ค่อยดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร มีไข้ 37.5° ซ-38° ซ ทุกวัน ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ 6 วัน หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลเท้าทั้งสองข้างบวมกดบุ๋ม อีก 3 วันต่อมา ปวดท้องมากขึ้น ตรวจท้องพบ fluid thrill เจาะท้อง (13/12/16) ได้น้ำสีเหลืองอ่อน มีเซลล์ lymphocyte เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากไข้ขึ้นสูงถึง 38.5° ซ และนับเม็ดเลือดขาวได้ 22,500 เซลล์/ลบ.มม. และส่วนมากเป็นเซลล์ polymorphonuclear ชนิด band form จึงให้ ampicillin 4 กรัม / วัน (13/12/16) ไข้ลดลง เนื่องจากซีดมากได้ให้ packed red cell 2 ครั้งประมาณ 24 ชม. ก่อนถึงแก่กรรม ชีพจรสูงถึง 120 ครั้ง/นาที ปวดแน่นอืดอัดในท้อง หายใจไม่สะดวก ตรวจปอดพบ fine crepitation ทั้ง 2 ข้าง ได้ให้ furosemide (Lasix) 20 มก. เข้าหลอดเลือดดำ อาการเหล่านี้เป็นอยู่ประมาณครึ่งชั่วโมงก็ทุเลาไป ผู้ป่วยถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2516

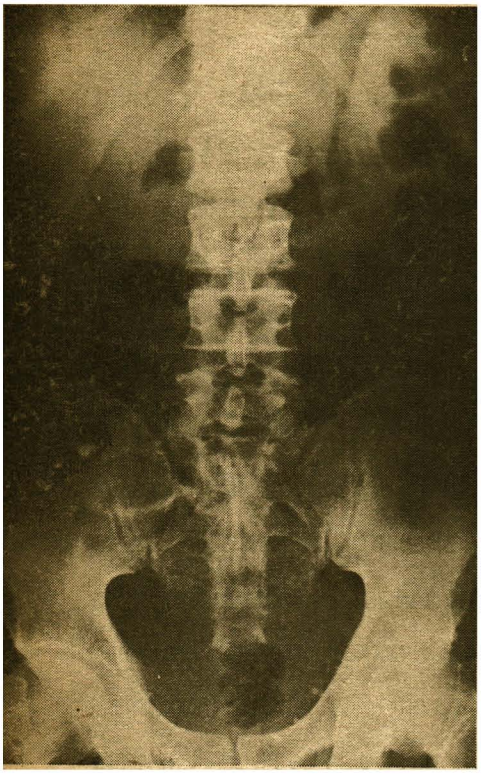
นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์*

ผู้ป่วยรายนี้อายุ 61 ปี ป่วยมา 1 เดือน ถึงแก่กรรมหลังรับไว้ในโรงพยาบาลได้ 13 วัน การดำเนินโรคพอเรียบเรียงได้โดยย่อดังนี้ ในสัปดาห์แรกมีไข้ต่ำ ๆ ไม่หนาวสั่น สัปดาห์ที่สองมีปวดท้องตื้อ ๆ และมีคลื่นไส้อาเจียนเป็นครั้งคราว อาการปวดท้องไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ไม่ปวดร้าวไปตำแหน่งอื่นใด สัปดาห์ที่ 3 และ 4 อาการปวดท้องยังคงเดิม เริ่มมีไข้และอ่อนเพลียลงมาก ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยถ่ายอุจจาระมีเลือดปนและมีประวัติเป็นริดสีดวงทวารด้วย 1 วันก่อนเข้าโรงพยาบาลอาการปวดท้องรุนแรงมาก การตรวจร่างกายแรกรับปรากฏว่ามีไข้ 38° ซ. ชีพจรเร็ว ซีด มีลักษณะแห้งน้ำ ไม่มีดีซ่าน หน้าท้องแบนราบคลำตับได้ต่ำกว่าชายโครงขวา 1 ซม. ขอบเรียบบาง ครั้งกดเจ็บ ส่วนบนของหน้าท้องมี rebound tenderness ผู้ป่วยรายนี้มีอาการเป็นเรื่องนำ การตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติที่แน่ชัด การวินิจฉัยจึงต้องอาศัยอธิบายตามอาการเป็นสำคัญ ก่อนอธิบายขอทราบผลทางการถ่ายภาพรังสีเสียก่อน

นายแพทย์บุญเที่ยง ศีติสาร**

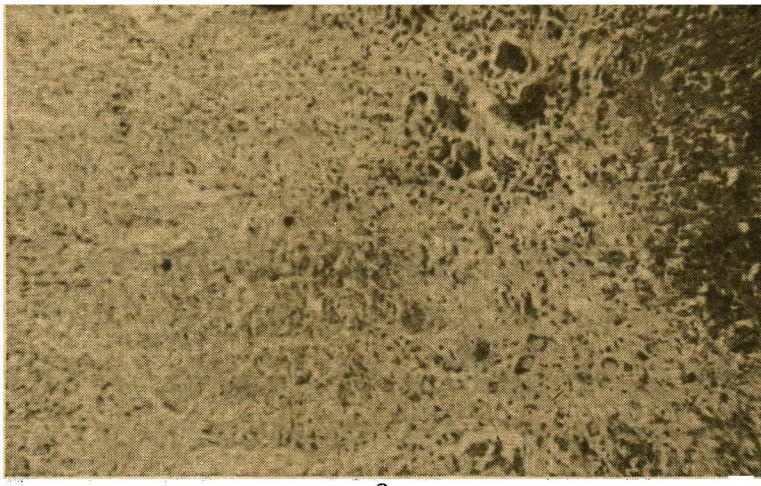
ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสี 3 ครั้ง ครั้งแรกถ่ายภาพรังสีทรวงอกเมื่อ 4 วันก่อนรับไว้ใน

* หน่วยระบบทางเดินอาหาร แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
** แผนกรังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย



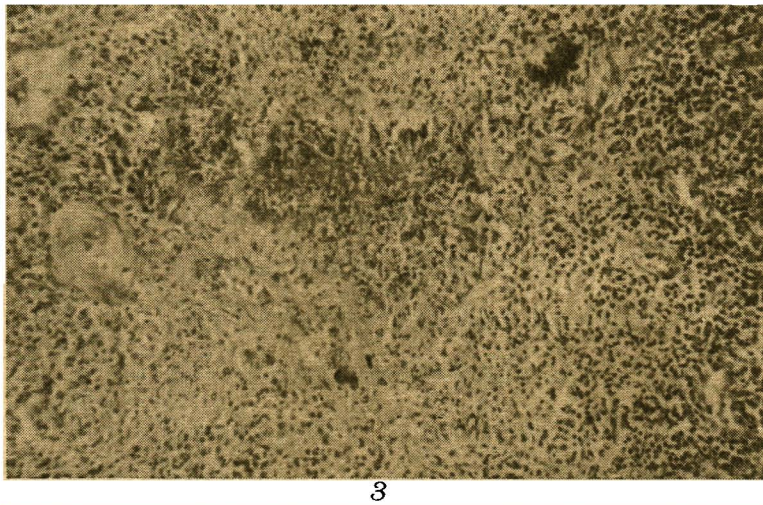
1

รูปที่ 1 ภาพรังสีช่องท้อง แสดงมีหินปูนจับที่ต่อมน้ำเหลืองและมี ileus



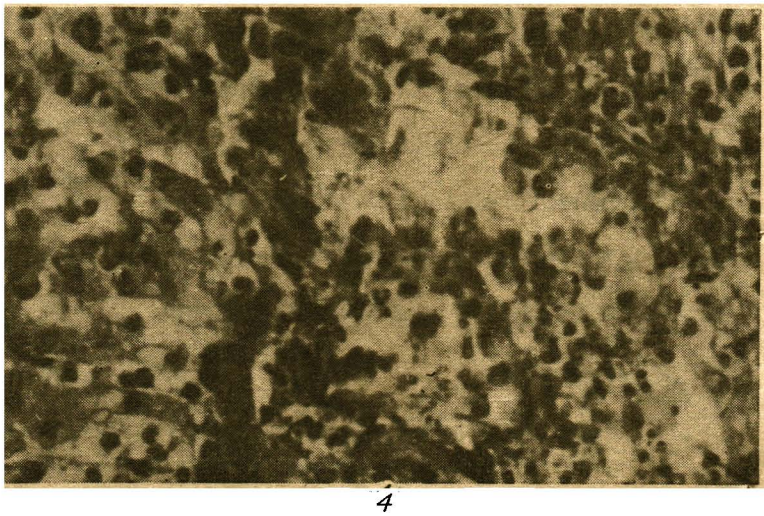
2

รูปที่ 2 Photomicrograph ของไตแสดง granulomatous inflammation ซึ่งมีลักษณะพิเศษ คือ มี Langhan's giant cells และ epitheloid cells และบริเวณ necrosis แสดงที่ทางด้านขวามือของภาพ ย้อม H and E × 400



3

รูปที่ 3 ภาพเนื้อม้ามแสดงบริเวณ necrosis ล้อมรอบด้วย giant cells และ mononuclear cells ย้อม H and E × 400



4

รูปที่ 4 ภาพขยายเนื้อม้ามบริเวณ necrosis แสดงเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil มากมายรวมทั้ง fibrin และ edematous area ย้อม H and E × 100

โรงพยาบาลและไม่พบสิ่งผิดปกติใด ๆ ต่อมาอีก 1 สัปดาห์ถ่ายภาพรังสีทรวงอกและช่องท้อง พบว่ามี ileus บริเวณส่วนล่างของช่องท้อง มีก้อนหินปูนขนาดเล็กซึ่งอาจเกิดจากการมีหินปูนจับในต่อมน้ำเหลืองได้ (รูปที่ 1) นอกจากนี้ไม่พบสิ่งผิดปกติอื่นใด อีก 6 วันต่อมาตรวจกระเพาะอาหารโดยถ่ายภาพรังสีภายหลังกลืนแบเรี่ยม ผลไม่ปรากฏพยาธิสภาพใดๆ จากการตรวจทางรังสีทั้งหมดพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยอาจมีภาวะอักเสบในช่องท้องและอาจเกิดขึ้นเนื่องจากวัณโรคของเยื่อบุช่องท้องก็ได้

นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์

ผู้ป่วยซึ่งมีไข้ ปวดท้อง และท้องกดเจ็บน่าจะถือได้ว่าเป็นเยื่อบุช่องท้องอักเสบ สาเหตุซึ่งพบในผู้ป่วยอายุประมาณ 60 ปีนั้น พอจะแบ่งออกได้เป็น 2 พวก คือ พวกสาเหตุจากโรคติดเชื้อ และพวกไม่มีภาวะติดเชื้อ เช่น เกิดจากสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติรับประทานสารเคมีจึงไม่น่าจะต้องนึกถึงพวกนี้เลย อวัยวะที่ทำให้เกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบ มี 2 พวก เช่นกันคือ พวกอยู่ในช่องท้องและนอกช่องท้อง ในรายนี้พยาธิสภาพน่าจะอยู่ภายในช่องท้องส่วนบน อวัยวะที่ทำให้เกิดอาการปวดและการตรวจพบเช่นนี้น่าจะนึกถึง กระเพาะอาหาร ตับ หรือถุงน้ำดี

สำหรับกระเพาะอาหารนั้น ผู้ป่วยรายนี้ดื่มสุราบ้างเป็นครั้งคราว อาจจะเกิดกระเพาะอาหารอักเสบอย่างเฉียบพลันได้ แต่ก็ไม่น่าจะเป็นเช่นนี้เพราะมีประวัติเป็นนานถึง 4 สัปดาห์ การนับเม็ดเลือดขาวก็ได้สูงเกิน 20000 เซลล์/ลบ.มม. แผลในกระเพาะและลำไส้จะทำให้เกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบและเจาะน้ำในช่องท้องได้นั้นควรเป็นเพราะเกิดการทะลุขึ้น การตรวจทางรังสีก็ไม่พบแผลในระบบทางเดินอาหาร อีกประการหนึ่งน้ำซึ่งเจาะได้ก็ใสและมี lymphocyte ซึ่งไม่บ่งว่าเป็นจากกระเพาะอาหารทะลุ

พยาธิสภาพของระบบท่อทางเดินน้ำดี เช่น cholangitis หรือ acute gangrenous cholangitis แล้วเกิดถุงน้ำดีแตกทำให้เยื่อบุช่องท้องอักเสบนั้นก็ไม่น่าจะเป็นไปได้ เพราะน้ำซึ่งเจาะได้จากช่องท้องไม่มีสีน้ำดีเลย

การติดเชื้อที่ตับซึ่งพบได้คือ เกิดจากเชื้อไวรัส บัคเตรี และปาราสิต การอักเสบจากเชื้อไวรัสผู้ป่วยรายนี้ไม่มีลักษณะอาการใดที่บ่งว่าใช่เลย พวกตับอักเสบจากเชื้อบัคเตรีแล้วเกิดเป็นผีขึ้นในตับ หรือติดเชื้อบิดและทำให้เกิดอักเสบหรือเป็นผีขึ้นอาจจะให้อาการแบบนี้ได้ ผู้ป่วยรายนี้เจ็บที่ด้านบนของหน้าท้อง คลำตับได้ ปริมาณเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น alkaline phosphatase 5.1 และ 9.3 B.U. บ่งว่ามีพยาธิสภาพในตับ และน่าจะเป็นพยาธิสภาพประเภทเป็น

ก้อนด้วย แต่ภาพถ่ายสแกนของตับพบว่ามีการกระจายของสารกัมมันตภาพรังสีไม่สม่ำเสมอทั่ว ๆ ไปแต่ไม่พบพยาธิสภาพซึ่งเป็นก้อน ลักษณะน้ำซึ่งเจาะได้ในช่องท้องไม่บ่งว่าเกิดจากผีแตก ดังนั้นจึงกล่าวได้เพียงแต่ว่าอาจมีผีในตับ แต่ไม่เหมือนภาวะผีในตับแตกเข้าช่องท้อง

พยาธิสภาพของอวัยวะในช่องท้องชนิดอื่นที่น่านึกถึง คือ ไส้ตึงอักเสบเป็นผี ภาพรังสีของช่องท้องแสดงเงาของแกสในระบบทางเดินอาหารต่างไปจากปกติ และมีหินปูนจับที่ในด้านขวาของช่องเชิงกรานผู้ป่วยสูงอายุถึง 60 ปี พบไส้ตึงอักเสบแบบเฉียบพลันได้น้อยแต่ก็อาจมีได้ รวมทั้งอาจมีเยื่อบุช่องท้องอักเสบได้ แต่น้ำซึ่งเจาะได้จากช่องท้องลักษณะไม่เหมือนผู้ป่วยประเภทนี้ ประกอบกับเซลล์ในน้ำส่วนใหญ่เป็น lympho cytes

อวัยวะนอกช่องท้องซึ่งอาจทำให้เกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบได้คือ ไต และตับอ่อน ผู้ป่วยรายนี้ปัสสาวะมีไข่ขาวเล็กน้อย ไม่มีเซลล์ BUN และ creatinine สูงเล็กน้อยเช่นกัน แสดงว่าน่าจะมีพยาธิสภาพของไตบ้าง โรคไตซึ่งทำให้เยื่อบุช่องท้องอักเสบคือ เป็นผี หลักฐานที่คัดค้านโรคนี้คือ ปัสสาวะไม่มีตะกอน พยาธิสภาพซึ่งมีหนองในไตจึงไม่น่าจะมีในผู้ป่วยรายนี้

ผู้ป่วยซึ่งดื่มเหล้าเป็นประจำและมีอาการปวดท้องแม้ว่าอายุจะสูงถึง 61 ปีก็ยังต้องนึกถึงโรคของตับอ่อน อาการซึ่งเป็นมานาน 4 สัปดาห์อาจเป็นจาก acute relapsing pancreatitis อาการของรายนี้ก็อาจจะเกิดได้จากสาเหตุนี้ แต่หลักฐานที่ขัดแย้งมีอยู่บ้างคือ ไม่มีก้อนหินปูนในตับอ่อน (อาจไม่พบในทุกรายก็ได้) การเปลี่ยนแปลงของ serum amylase นั้นในรายนี้ไม่ได้ตรวจ แต่จากภาพถ่ายรังสีไม่พบว่า duodemum ส่วนที่สองผิดปกติ และลักษณะเงาของแกสในระบบทางเดินอาหารซึ่งต่างจากปกติแบบที่เรียกว่า sentinel loop ซึ่งพบในโรคตับอ่อนอักเสบควรจะอยู่ในบริเวณท้องด้านซ้ายส่วนบน ไม่ใช่ด้านขวาส่วนล่างเช่นในรายนี้ อีกประการน้ำในช่องท้องควรจะเป็นแบบ serosanguineous และมีเซลล์ polymorphonuclear มาก ดังนั้นจึงทำให้ไม่น่านึกถึงโรคตับอ่อนอักเสบ

ที่กล่าวมาแล้วเป็นภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบประเภทซึ่งเกิดตามมาจากพยาธิสภาพอื่นซึ่งพบได้บ่อย ๆ ส่วนพยาธิสภาพซึ่งเกิดโดยตรงต่อเยื่อบุช่องท้องนั้นพบได้น้อยมาก เช่นในเด็กอาจเกิดได้จากเชื้อ pneumococcus หรือ streptococcus ในกรณีซึ่งเด็กเป็นโรคปอดบวม หรือ septicemia ซึ่งไม่ใช่ในกรณีนี้แน่ พวกซึ่งเป็นเยื่อบุช่องท้องอักเสบเร็อรังกับประเภทซึ่งพบได้บ่อยเกิดจากเชื้อวัณโรค สถิติของรายงานจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แสดงว่าผู้ป่วยอาจมีอาการได้เป็นระยะ 2 สัปดาห์ถึง $2\frac{1}{2}$ ปี เฉลี่ยประมาณ 4 เดือน

ผู้ป่วยทุกรายมีไข้ ท้องกดเจ็บพบได้บ่อยมากอาจเป็นแบบ rebound tenderness หรือ doughy type และกดเจ็บก็ได้ เม็ดเลือดขาวสูงพบได้ตั้งแต่ 11,000 ถึง 22,500 เซลล์/ลบ.มม. การมีเชื้อวัณโรคกระจายอยู่ในตับทำให้ alkaline phosphatase สูงได้ ภาพถ่ายรังสีของปอดอาจได้ผลปกติสูงถึงร้อยละ 60[12] ภาพถ่ายรังสีของระบบทางเดินอาหารพบเงาแกสผิดปกติได้ทุกรายตั้งแต่ระดับกระเพาะอาหารไปจนถึง rectum น้ำซึ่งเจาะได้จากช่องท้องใสและเป็นสีเหลือง เซลล์ในน้ำส่วนมากเป็น lymphocytes เมื่อประมวลเรื่องทั้งหมดแล้วจะเห็นว่าอาการของโรคเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากเชื้อวัณโรค เหมือนกับของผู้ป่วยรายนี้ทุกประการ ผู้ป่วยได้รับ fluid เข้าหลอดเลือดดำทุกวันจนเท้าบวมมีอาการหอบ และสุดท้ายถึงแก่กรรมคงจะเนื่องจาก acute pulmonary edema

การวินิจฉัยทางคลินิค

เยื่อบุช่องท้องอักเสบจากเชื้อวัณโรค ซึ่งมีพยาธิสภาพที่เยื่อบุช่องท้อง ลำไส้ ตับ และไตสาเหตุซึ่งทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมคือacute pulmonary edema หรือ bronchopneumonia

นายแพทย์ศิระ ศิริสัมพันธ์*

ขอสนับสนุนคุณหมอสมหมายเรื่องที่ว่าเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากเชื้อวัณโรคนั้น อาจพบภาพรังสีของปอดปกติได้เป็นของธรรมดา ทั้งนี้เพราะเชื้อวัณโรคที่แพร่กระจายไปนั้น ตำแหน่งซึ่งเกิดพยาธิสภาพครั้งแรกอาจหายแล้ว และไปพบแต่เฉพาะตำแหน่งอื่นซึ่งเกิดภายหลังก็ได้ น่าเสียดายที่ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ทำ tuberculin test ซึ่งน่าจะเป็นหลักฐานช่วยได้มาก การที่พบเซลล์ lymphocyte มากในน้ำซึ่งเจาะจากช่องท้องก็เข้ากันได้ แม้ว่าจำนวนจะไม่ได้แจ้งไว้ในรายงาน

นายแพทย์ประญัติ ลักษณะพุกก์**

ที่คุณหมอสมหมายกล่าวมาแล้วก็มีน้ำหนักมาก ประวัติมีกล่าวถึงเลือดออกทางทวารหนัก ถ้าเลือดที่ออกเป็นเลือดสดก็คงมาจากริดสีดวงทวาร ถ้าเลือดค่อนข้างเก่าควรจะมาจากบริเวณสูงขึ้นไป เช่นลำไส้เล็ก ภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยรายนี้แสดงว่ามี ileus บริเวณท้องส่วนล่าง คงจะเป็นที่ลำไส้เล็กน่าจะถ่ายภาพรังสีศึกษาบริเวณลำไส้เล็กหรือตัดชิ้นส่วนของเนื้อมาศึกษาด้วย เพราะคงจะมีวัณโรคของลำไส้เล็ก หรืออีกโรคหนึ่งซึ่งตัดออกไม่ได้ คือ lymphoma ของลำไส้เล็ก

นายแพทย์เชวง เดชะไกศยะ***

น่าสนใจว่าพยาธิสภาพที่ลำไส้และตับจะเป็นชนิดเดียวกันหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นวัณโรคที่ลำไส้และเยื่อบุช่องท้อง ปัญหาอยู่ที่ว่าตับเป็น

* หน่วยระบบการหายใจ แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
** หน่วยโลหิตวิทยา แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
*** แผนกเวชศาสตร์ชันสูตร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย

วัณโรคด้วยหรือไม่ มีความเห็นว่าไม่น่าจะใช่ ผลการตรวจหน้าที่ของตับพบระดับ bilirubin และ alkaline phosphatase เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงนี้เข้าได้กับโรคอักเสบทั่ว ๆ ไปของตับเอง ซึ่งคงจะเกิดจากบัคเตรีในลำไส้ เช่น E. Coli ไม่ใช่จากเชื้อวัณโรค

นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์

เยื่อบุช่องท้องอักเสบจากเชื้อวัณโรคนั้นไม่จำเป็นจะต้องแพร่กระจายออกจากลำไส้ มีรายงานว่าในผู้ป่วยสตรีอาจกระจายมาจาก adnexa หรือเกิดจาก septicemia ก็ได้[1,8] คืออาจไม่มีพยาธิสภาพในลำไส้เลย การตรวจหน้าที่ตับได้ผล alkaline phosphatase เพิ่มเล็กน้อย และ transaminase สูงด้วยรวมทั้งตับโต อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีตับแข็งร่วมอยู่ด้วยก็ได้ เพราะร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากเชื้อวัณโรคจะพบมีตับแข็งร่วมด้วย[3] รายนี้การตรวจสะแกนตับและผลการตรวจหน้าที่ของตับก็เข้าได้กับตับแข็ง

แพทย์หญิงวิจิตรา พิพัฒนกุล*

เห็นด้วยกับอาจารย์หมอสมหมาย แต่คิดว่ายังมีอีกโรคหนึ่งซึ่งอาจจะเป็นไปได้คือ ผู้ป่วยเป็นตับแข็งแล้วเกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากเชื้อ diplococcus pneumonia เพราะผู้ป่วยมาอยู่โรงพยาบาลแล้วเกือบ 2 สัปดาห์ จึงเกิดปวดท้องอย่างมาก รวมทั้งจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้นด้วยในตอนหลัง

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ**

สิ่งตรวจพบที่สำคัญจากการตรวจศพ

ในช่องท้องมีน้ำอยู่ประมาณ 1 ลิตร ใสและเป็นสีชาอ่อน มีแผ่นเยื่อ exudate อยู่ทั่วไปและคลุมบนตับ ม้าม และไต อวัยวะทั้ง 3 นี้มีขนาดใหญ่กว่าปกติ ปอดทั้งสองข้างดูลักษณะทั่วไปไม่พบพยาธิสภาพเฉพาะที่ ไม่มีแผลเป็นที่ส่วนยอดของปอด Cohn tubercle หรือลักษณะอื่น ๆ ของวัณโรคเลย

การศึกษาทางพยาธิวิทยาด้วยกล้องจุลทัศน์พบว่า ไตเป็นอวัยวะซึ่งมีพยาธิสภาพมากที่สุด คือ มีการอักเสบแบบ granulomatous อย่างมากมาย granuloma ประกอบด้วย epithelioid cell และ giant cell ซึ่งลักษณะคล้าย ๆ Langhan's cell พบ mononuclear cell ขนาดใหญ่เป็นจำนวนมาก และมี plasma cell รวมอยู่ด้วย บริเวณกลาง granuloma มี coagulation necrosis ซึ่งแตกต่างไปจาก caseous necrosis ที่พบในวัณโรค ในบริเวณเนื้อไตซึ่งไม่มี granuloma มีฝีขนาดเล็กมากกระจายอยู่ทั่วไป ตรงกลางฝีเหล่านี้เป็นกลุ่มของเศษเนื้อเยื่อจากเซลล์ที่แตกทำลาย และมี neutrophile ปน

* แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
** แผนกพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย

อยู่บ้าง รอบนอกออกมามีหลอดเลือดแดงที่มีผนังหนาขึ้น และ plasma cell จำนวนมากมาย บางครั้งพบ foamy macrophage บ้าง ใน exudate พบ fibrin บ้างแต่ไม่มากนัก

ตับมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าไต แต่พยาธิสภาพก็มีลักษณะแบบเดียวกับที่ปรากฏทั่ว ๆ ไป ในเนื้อตับ พบ granuloma บ้าง แต่ส่วนมากเป็นผื่นขนาดเล็ก ๆ และ plasma cell กระจายอยู่รอบ ๆ portal area

พยาธิสภาพดังกล่าวมาแล้วพบอีกที่หัวใจ ต่อมหมวกไตทั้งสองข้าง mesentery omentum และต่อมน้ำเหลืองต่าง ๆ ยกเว้นที่ปอด และต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด

การเปลี่ยนแปลงที่พบทั้งหมดนี้บ่งว่าเป็นโรคซึ่งเกิดกระจายอยู่ทั่วร่างกาย แม้ลักษณะพยาธิสภาพจะคล้ายวัณโรคแต่ก็ไม่เหมือนกันทีเดียว ประกอบกับไม่พบตำแหน่งกำเนิดวัณโรคในอวัยวะใด แม้กระทั่งที่ปอดและลำไส้ก็ไม่พบวัณโรค ด้วยเหตุนี้จึงแสดงว่าสาเหตุของโรคไม่ใช่เกิดจากเชื้อวัณโรค

พยาธิสภาพเช่นนี้พบมาแล้วในผู้ป่วย 3 ราย ซึ่งถึงแก่กรรมในระยะหลัง ๆ นี้ เชื่อว่าเป็นพยาธิสภาพของโรค melioidosis ซึ่งเกิดจากบัคเตรี Pseudomonas pseudomallei เนื่องจากในการตรวจศพครั้งนี้ไม่สามารถจะพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่ามีเชื้อของโรค melioidosis ดังนั้น จึงสามารถวินิจฉัยได้เพียงแต่ว่าเป็น systemic necrotizing granulomatous inflammation ซึ่งมีลักษณะเหมือนพยาธิสภาพของโรค chronic septicemic melioidosis โรคนี้เป็นโรคซึ่งพบได้บ่อยในอาเซียอาคเนย์ เช่น มีรายงานผู้ป่วยจากเวียดนาม พม่า และออสเตรเลีย[2,6,10] จากการตรวจเลือดคนทั่วไปเพื่อหา antiboty ต่อเชื้อนี้ พบว่ามีอยู่ถึงร้อยละ 16 ในมาเลเซีย[9] และร้อยละ 29 ในประเทศไทย[5] ด้วยเหตุนี้ในประเทศไทยจึงน่าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้บ้าง และเป็นข้อสังเกตที่แพทย์ไทยควรจะระลึกถึงไว้บ้าง การตรวจหาเชื้อโรคนี้ในเนื้อเยื่อทำได้ยาก

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

Systemic necrotizing granulomatous inflammation พบพยาธิสภาพมากเป็นพิเศษในไต และตับ ในหัวใจ ต่อมหมวกไต และmesentery ก็พบพยาธิสภาพด้วย

ลักษณะพยาธิสภาพคล้ายกับโรค chronic septicemic melioidosis

นายแพทย์สิวะ

C.P.C. วันนี้เป็นบทเรียนที่ดี สำหรับmelioidosis นั้นเป็นโรคที่ต้องนึกถึงในการวิเคราะห์แยกโรคทางระบบหายใจอยู่แล้ว ในตำรา[7] ก็เขียนไว้ว่าโรคนี้มีมากในเอเชียอาคเนย์ และเป็นชนิด systemic disease เคยตรวจพบผู้ป่วย

ที่โรง พยาบาล จุฬาลงกรณ์ เมื่อตอน สงครามโลก และที่กาญจนบุรี นอกจากนี้ยังเคยมีระบาดที่ค่าย เชลยศึกในไซ่งอนจึงกำหนดเป็น endemic area เพราะตรวจพบทหารอเมริกันเป็น melioidosis ได้บ่อย ๆ และมีพยาธิสภาพของ necrotizing granuloma ตามอวัยวะต่าง ๆ เช่นตับและปอด[4]

เอกสารอ้างอิง

1. Brovon AB, Gilbert CRM Telind RW: "Pelvic tuberculosis" Obs.&Gyn. 2: 476: 53
2. Brundage WG, Thuss CJJr. Walden DC: Four fatal cases of melioidosis in U.S. soldiers in Vietnam. Amer J. Trop Med. 17 : 183, 68
3. Faulkner RL Everett HS: "Tuberculous" Peritonitis 187 Cases. Arch Surg 20 : 664, 30
4. Howe C, Sampath A, Spotnits M : The psendomallei group : A review. J Infect Dis 124 : 598, 71
5. Nigg C : Serologic studies on subclinical melioidosis. J Immun 91 : 18, 63
6. Rimington RA : Melioidosis in north Oueens land. Med J Aust 1 : 50, 62
7. Sanford JP : Melioidosis and Glanders. Harrison's Principles of Internal Medicine. Internation al Student Edition (7th). p. 827. Mc. Gran-Hill Kogakusha Ltd. 74.
8. Singh MM. et al : Tuberculous. Peritonitis. An evaluation of pathogenetic mechanisms, diagnostic procedures and therapeutic measuaes. New Engl J Med 281 : 1091, 69
9. Strauss JM, Alexander AD, Rapmund G et al. : Meliosdosis in Malaysia. III Antibodies to Psendomonas pseudomallei in the human population. Amer J Trop Med 18 : 703, 69
10. Whitmore A, Krishnaswamic : An account of the discovery of a hitherto undescribed infective disease occurring among the population of Rangoon. Indian Med Gaz 47 : 262, 12
11. Wilairat S, Borirakjanyavat V, Khaoparisuthi V, et al : Peritoneoscopic findings intuber culous peritonitis. Chulalongkorn Medical Journal 15 : 280, 70
12. สมหมาย วิไลรัตน์ . วัณโรคของเยื่อบุช่องท้อง. วิชาระบบทางเดินอาหารของหน่วยวิชาระบบทางเดินอาหาร แผนกอายุรศาสตร์ หน้า 221. 2517

หมายเหตุ

ผู้ป่วยโรค melioidosis รายที่ 2 และ 3 ของประเทศไทย มีรายงานไว้ในปี พ.ศ. 2490[1,2] ทั้ง 2 รายนั้นเป็นชาวต่างประเทศ ผู้ป่วยที่เป็นคนไทยรายแรกพบที่ ร.พ พระมงกุฎเกล้าในปี พ.ศ. 2497[3] จากรายงานผู้ป่วย 4 รายที่ รพ. รามาธิบดีในปี พ.ศ 2517[4] รายที่ 3 มีลักษณะคล้ายผู้ป่วยของเรารายนี้ คือ มีอาการของ peritonitis และจากการผ่าตัดพบว่ามี nodule สีขาวเล็ก ๆ เกาะอยู่ทั่วไปที่เยื่อบุช่องท้อง ตับ ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ น้ำในช่องท้องขุ่น มี polys มาก และเพาะได้เชื้อ pseudomonas pseudo-mallei

เอกสารอ้างอิง

1. Paton JPJ, Peck CR & Schaaf AVD Report on a case of Melioidosis from Siam Brit Med. J 1:336, 1947
2. Peck CR and Zwanenberg T. A case of Melioidosis presenting as an abscess in the neck Brit Med J 1:337, 1947
3. จิตติ จิตกิเวชช์ สำเนียง บุษปวนิช อรุณ เชาวนาศัย เมลิออยโดลิส : รายงานผู้ป่วยที่เป็นคนไทย 1 ราย วิทยาศาสตร์เสนารักษ์ 8:11, 2498
4. Jayanetra P, Pipatanagul S, Punyagupta S. et al Pseudomonas Pseudomallei 1. Infection in Thailand Southeast Asian J Trop Med. Pub. Helth 5:487, 1974

สัจพันธ์ อิศรเสนา
บรรณาธิการ อภิปรายคลินิคร่วมพยาธิ