

โรคพยาธิใบไม้ในลำไส้

เยาวลักษณ์ โลหารชุน*
ศศิธร ลิขิตนุกูล*

พยาธิใบไม้ในลำไส้ (*Fasciolopsis buski*) พบได้ในประเทศต่าง ๆ ของทวีปเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย^{1,3} ในประเทศมีรายงานผู้ป่วยจากจังหวัดธนบุรีรับไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2484² Sudan และ Maipoom¹¹ ทำการสำรวจแหล่งระบาดของโรคนี้ในภาคกลางของประเทศไทยพบพยาธินี้ที่ตำบลบางขุนศรี ธนบุรี ร้อยละ 18 อำเภอผักไห่ อยุธยา ร้อยละ 15 และอำเภอพระประโทน นครปฐม ร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 1970 Manning และ Ratanarat⁶ ทำการสำรวจโรคนี้ในจังหวัดสุพรรณบุรี อ่างทอง และอยุธยา พบว่าโดยเฉพาะประชาชนที่ตำบลผักไห่ อยุธยา เป็นโรคนี้เกือบร้อยละ 100 แต่ไม่พบโรคนี้ที่จังหวัดธนบุรีและนครปฐมเลย

ลักษณะพยาธิใบไม้ในลำไส้ชนิดนี้มีขนาดกว้าง 20.75 มม. ยาว 8.2 มม. หนา 0.5-3 มม. ไข่มีขนาด $130-140 \mu \times 80-85 \mu$ ตัวแก่ 1 ตัว ออกไข่ประมาณวันละ 25000 ใบ

วงจรชีวิตของพยาธิเป็นไปดังนี้คือ คนติดต่อโรคโดยรับประทาน *metacercaria* ระยะติดต่อซึ่งมีอยู่ตามพืชน้ำต่าง ๆ ได้แก่ กระจับ ผักแว่น ผักบั้ง ผักตบชวา และสาหร่าย เมื่อ encysted

metacercaria เข้าสู่ duodenum ก็กลายเป็น *metacercaria* และใช้เวลาประมาณ 3 เดือนเจริญเติบโตเป็นตัวแก่ ตัวแก่ออกไข่ปนกับอุจจาระเมื่อคนถ่ายอุจจาระลงน้ำ ไข่ที่ยังอ่อนก็จะฟักตัวเป็น miracidium ในอุณหภูมิประมาณ 80-90 °F โดยใช้ประมาณ 3-7 สัปดาห์ miracidium จะเจริญเติบโตในหอยบางชนิด (Primary intermediate host) เป็น sporocytes, redia cercaria และ encysted metacercaria ตามลำดับ ซึ่งจะออกจากหอยไปติดตามพืชน้ำดังกล่าว คนนับเป็น secondary intermediate host

อาการแสดงทางคลินิกของโรค เป็นอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง เบื่ออาหาร อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเสียก็ได้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอวิเศษไชยชาญ อ่างทอง รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาประมาณ 6 วันก่อนมา อาการปวดเป็นพัก ๆ มีความรู้สึกคล้ายมีตัวอะไรวิ่งไปมาในท้อง ปวดพอนทนได้ เป็นประมาณครั้งละ 2-3

*แผนกกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นาที่ก็หายไปเอง ไม่ร้าวไปที่ไต ไม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาและชนิดอาหาร ผู้ป่วยได้รับยาจากแพทย์อนามัยอาการก็ทุเลา จนกระทั่ง 5 วันก่อนมา อาการปวดเป็นมากจนมีการเกร็งของแขนและขา ตัวชา หอบ เป็นอยู่ประมาณ 30 นาทีก็หายไป ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก 5 วัน ได้รับยาถ่ายลักษณะอุจจาระสีคล้ำ ไม่มีมูกเลือด เป็นน้ำมากกว่าเนื้ออุจจาระ

ผู้ป่วยเคยมีอาการเช่นครั้งนี้ ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร และไม่เคยสังเกตว่ามีตัวพยาธิปนออกมากับอุจจาระ

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 5 ในจำนวน 8 คน ทุกคนสบายดี ไม่มีใครมีอาการเช่นผู้ป่วย มีนิสัยชอบเล่นน้ำในลำคลองและรับประทานผักกะเจตติบ ๆ

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ 37.4 °C ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70 มม.ปรอท ลักษณะทั่วไปซีดเล็กน้อย เจริญเติบโตสมอายุ ไม่มีตาเหลือง ไม่บวม และไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ ขณะมีอาการปวดท้องมาก ปวดและหัวใจปกติ คลำตับและม้ามไม่ได้ ท้องไม่อืด กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณใต้ชายโครงขวา เสียขี้บรูตล้าใส่เพิ่มชิ้นเล็กน้อยระบบประสาทปกติ ตรวจทางทวารหนักไม่พบสิ่งผิดปกติ อุจจาระสีเหลือง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซีโมโกลบิน ร้อยละ 10 กรัม เม็ดเลือดขาว 5200 เซลล์/มล.

polymorphonuclear ร้อยละ 58 lymphocyte ร้อยละ 36 และ eosinophil ร้อยละ 6 ปัสสาวะปกติ ตรวจอุจจาระ 2 ครั้งแรกไม่พบสิ่งผิดปกติ ครั้งที่ 3 โดยวิธีป้ายบนกระจกสไลด์ธรรมดาพบไข่ของ *Fasciolopsis buski* 8 ใบ/ครั้ง และเชื้อ *trichomonas* จำนวนปานกลาง แต่โดยวิธีทำให้อุจจาระเข้มข้นพบไข่พยาธิดังกล่าว 19 ใบ/ครั้ง

ภาพรังสีปอดและหัวใจปกติช่องท้องมีลักษณะ adynamic ileus

การรักษา

เมื่อแรกรับให้ยาแก้ปวด Baralgin ผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นครั้งคราวอีก 1 วัน หลังจากตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ ผู้ป่วยก็ถ่ายอุจจาระ มีตัวพยาธิปนออกมา 3 ตัว แต่ละตัวยาวประมาณ 2 ซม. หลังจากนั้นอาการปวดท้องก็หายไปตลอดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล

เนื่องจากไม่สามารถหา ยา Tetrachlorethylene และ Hexylresorcinol ได้จึงใช้ Niclosamide (Yomesan) แทน ให้รับประทาน 2 เม็ด ตอนเช้าและอีก 2 เม็ดในเวลา 1 ชั่วโมง ต่อมาพร้อมกับเหน็บ Dulcolax หลังจากนั้นตรวจอุจจาระติดต่อกัน 3 วัน ก็ไม่พบไข่และตัวพยาธิ วันที่ 4 หลังจากได้รับยาถ่ายพยาธิตรวจอุจจาระโดยวิธีทำให้เข้มข้น พบไข่พยาธิอีก 4 ใบ/ครั้ง จึงให้ยา Niclosamide อีก 4 เม็ด ตามวิธีที่กล่าวแล้ว หลังจากนั้นก็ไม่พบไข่พยาธิในอุจจาระอีกเลย

วิจารณ์

โรคพยาธิใบไม้ในลำไส้ พบอุบัติการณ์สูงสุดในผู้ป่วยอายุ 5-20 ปี⁷ เพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชายร้อยละ 25-30^{5,6} นอกจากคนแล้วยังพบว่าหมึกเป็น secondary intermediate host สามารถแพร่โรคได้ด้วย^{6,7} ในบริเวณที่พบพยาธิใบไม้้นี้มักจะพบโรคเกิดจาก protozoa ร่วมด้วย แต่ไม่ค่อยพบโรคพยาธิอื่น ๆ ที่ติดต่อทางดิน⁷ อาการแสดงทางคลินิกของโรคนี้อาจไม่มีเลย จนอาจมีอาการต่าง ๆ^{3,12} เช่น ปวดท้อง เบื่ออาหาร อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเดิน บวมตามแขนและขา มีน้ำในช่องท้อง ภาวะทุโภชนาการ ร่างกายเติบโตช้า อาการคล้ายโรคลำไส้อุดตัน หรืออาจเป็นสาเหตุทำให้ถึงแก่กรรมได้ เช่น รายงานของ Sudan และคณะ¹⁰ พบพยาธิใบไม้ในลำไส้ถึง 501 ตัว จากการตรวจศพ ในปี ค.ศ. 1969 Plant และคณะ⁸ ได้ศึกษาเปรียบเทียบอาการแสดงทางคลินิกของประชาชน 2 กลุ่ม ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มที่ตรวจพบไข่หรือไม่พบไข่พยาธิ

การวินิจฉัยโรคต้องอาศัยข้อมูลจากประวัติ การอาศัยอยู่ในแหล่งระบาดของโรค ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ การตรวจเลือดร้อยละ 45.2 มีปริมาณเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น พร้อมกับเซลล์ eosinophil เพิ่มขึ้น (Eosinophilia) และ polymorphonuclear ลดลง บางครั้งอาจพบเซลล์ lymphocyte เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเม็ดเลือดแดง³

Manning และคณะ⁶ รายงานว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ร่างกายมีการสร้าง antibody ต่อตัวพยาธิขึ้น โดยการตรวจ complement fixation และสามารถมีปฏิกิริยาตรงข้ามกับ *O. viverrini* แต่ titer ต่ำกว่า และในประเทศไทยมี titer สูงกว่าประชาชนสหรัฐอเมริกา

การรักษาโดยใช้ยาถ่ายพยาธิ มีรายงานต่าง ๆ^{1,3,4} ให้ความเห็นว่ายา Hexylresorcinol ให้ผลดีกว่า Tetrachlorethylene แต่จากการศึกษาของ Saovakontha และคณะ⁹ Manning และคณะ⁷ ได้ตรงข้ามกันคือพบอัตราการหายของโรคด้วย Tetrachlorethylene ร้อย 89 แต่ด้วย Hexylresorcinol ร้อยละ 39

Suntharasami และคณะ¹² ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง Niclosamide กับ Tetrachlorethylene พบว่า Niclosamide สามารถลดจำนวนไข่พยาธิลงได้ร้อยละ 40.7 ± 15.8 แต่ Tetrachlorethylene ลดลงร้อยละ 96.9 ± 2.9 ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ Niclosamide เป็นยาอันดับแรก แต่เหมาะในรายที่มีอาการมากหรือเด็กรับประทานยาโดยวิธีเคี้ยวได้ แต่ผลข้างเคียงน้อยกว่า Tetrachlorethylene

สรุป

รายงานผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี 1 ราย มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอวิเศษไชยชาญ อ่างทอง มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ ปวดท้องเป็นพัก ๆ พบไข่และตัวพยาธิใบไม้ในอุจจาระ อาการ

ต่าง ๆ หายไปเมื่อรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิ Niclosamide

เอกสารอ้างอิง

1. Belding DL: Textbook of parasitology. 3rd ed. New York, Appleton-Century-Crofts. 1965 p 671
2. Daengsvang S, Mangalasmaya M: Record of some cases of human infestation with fasciolopsis buskii occurring in Thailand. *Ann Trop Med Parasitol* 35:43-4, 41
3. Faust EC, Russell PE, Jung RC: Clinical pathology. Philadelphia, Lea and Febiger, 1970
4. Hunter GW, Frye WW, Swartzwelder JC: A manual of tropical medicine. 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1966 p 544
5. Manning GS, Brockelman WY, Viganant V: An analysis of the prevalence of fasciolopsis buski in central Thailand using catalytic models. *Am J Epidemiol* 93:354-60, 71
6. Manning GS, Ratanarat C: Fasciolopsis buski in Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 19:613-9, 70
7. Manning GS, Sukhawat K, Viyanant V, et al: Fasciolopsis buski in Thailand with comments on other intestinal parasites. *J Med Assoc Thai* 52:906-13, 69
8. Plaut GA, Kampanart-Sanyakorn C, Manning GS: A clinical study of fasciolopsis buski infection in Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 62:470-8, 69
9. Saovakontha S, Charoenlarp P, Rodomyos P, et al: A new endemic area of fasciolopsiasis in Thailand. *J Med Assoc Thai* 48:263, 65
10. Stoll RN, Kwei SW, Cort WW: Eggworm correlation in cases of fasciolopsis buski with additional data on the distribution of this parasites. In China. *J Parasitol* 13: Sept. 26-June 166-72, 27
11. Sadun EH, Maiphoom C: Studies in the epidemiology of the human intestinal fluke, fasciolopsis buski. (Lankester) in central Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 2:1070-84, 53
12. Suntharasamai P, Bunnag D, Tesavanij S, et al: Comparative clinical trials of niclosamide and tetrachlorethylene in the treatment of fasciolopsis buski infection. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 5:4, 74