

รายงานผู้ป่วย

A case of amoebic colitis with massive bleeding.

เพิ่มพูน วงศ์เจริญ*

Wongchareon P. A case of amoebic colitis with massive bleeding. Chula Med J 1986 Jul; 30 (7) : 671-675

A case of amoebic colitis which came to Tapanhin hospital with an ulcer at the cecum and massive bleeding is reported. Right half-colectomy was performed on the basis of the severe intestinal bleeding. The diagnosis was made from an examination of the surgical specimen. He received metronidazole following the diagnosis and was well at the one month follow up.

* โรงพยาบาลตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ภาวะที่มีเลือดออกอย่างมากจากลำไส้ใหญ่จนถึงขนาดต้องทำผ่าตัดพบได้ไม่บ่อยนักในผู้ใหญ่ โดยมากมักจะเป็น diverticulosis, inflammatory bowel diseases (Ulcerative colitis และ Chron's disease), polyps, malignancy และ congenital arteriovenous malformation ซึ่งพบได้จากมากไปหาน้อยเรียงลงมาตามลำดับ และในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป สาเหตุมักจะมีมาจาก vascular ectasia^(1,2)

เลือดออกจากแผลอมมีบาส่วนใหญ่มักจะมีอาการมีเลือดออกมาปนกับมูกและอุจจาระ ทีละเล็กละน้อยเรื้อรัง อาการเลือดออกมาก ๆ พบได้น้อยมาก ซึ่งมักจะเกิดจากพยาธิสภาพมีการอักเสบลุกลามมากในลำไส้ใหญ่มีการลอกหลุดของ mucosa เป็นบริเวณกว้าง^(3,4)

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกอย่างมากจากลำไส้ใหญ่โดยสาเหตุจากแผล ๆ เดียวใน cecum เนื่องจากเชื้ออมมีบา ผู้เขียนยังไม่เคยพบมีรายงานมาก่อน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 48 ปี อาชีพค้าขาย อยู่จังหวัดพิจิตร มาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดสด ๆ 3 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วย เดิมสบายดีมาตลอด ไม่เคยมีอาการปวดท้องหรือถ่ายอุจจาระผิดปกติติ่มสุราวันละประมาณครึ่งแก้ว รับประทานอาหารไม่เลือกสุกหรือไม่สุก ไม่มีประวัติเลือดออกง่าย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายเป็นเลือดแดง ๆ ออกมาปนกับอุจจาระ 1 ครั้งตอนสาย ต่อมาตอนเย็นและค่ำ ถ่ายเป็นเลือดสด ๆ มีทั้งเป็นก้อนและเป็นน้ำ ครั้งละครึ่งกระโถน ไม่มีอาการอาเจียนจึงมาโรงพยาบาล

ตรวจร่างกายแรกพบ ลักษณะทั่วไปซีดมาก

ลูกนั่งไม่ได้ รูปร่างชายไทยสมอายุ ความดัน 110/90 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ปอดและหัวใจปกติ ท้องไม่อืดกตไม่เจ็บ คลำไม่ได้ก่อน PR. ได้แก่เลือดแดง อื่น ๆ ปกติ

Hct. แรกรับ 30% ใส่ NG tube ไม่มีเลือด 4 ชั่วโมงต่อมาความดัน 90/60 ระหว่างนี้ทำให้เลือด 4 ถุง, 5% D/NSS 1000 cc., 5% D/N 1000 cc. Sigmoidoscopy 25 ซม. มีเลือดแดงสดไหลลงมาจากที่สูงกว่ากล้อง mucosa ลักษณะปกติ เลือดออกมากไม่มีที่ท่าว่าจะหยุด จึงตัดสินใจทำผ่าตัด

การผ่าตัดเปิดแผล midline พบระดับเลือดสูงเลย terminal ileum มา 1 นิ้ว ไปตลอดลำไส้ใหญ่ ลำไส้บวมน้ำเล็กน้อยทั่วไป ไม่พบ lesion ที่ผิดปกติให้เห็นได้ตลอดความยาวลำไส้ใหญ่, ลำไส้เล็ก, กระเพาะอาหาร, ตับ, ผนังน้ำดีและม้าม พยายามทำ segmental clamping ของลำไส้ใหญ่ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ส่องดูกับไฟสว่างก็ไม่พบอะไรผิดปกติ จึงตัดสินใจทำ Right colectomy โดยใช้ระดับสูงสุดของเลือดในลำไส้เป็นหลัก ตัดลำไส้ตั้งแต่ 1 ฟุตของ terminal ileum มาถึงส่วนขวาของ transverse colon แล้วเปิด specimen ดูพบแผลใหญ่แผลเดียวขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ซม. ที่ cecum ใกล้รูที่ appendix มาเปิด กลางแผลมีเส้นเลือดไหลอยู่ ปลายทั้งสองของ specimen ปกติ จึงเย็บต่อ terminal ileum กับปลาย colon เข้าด้วยกัน (ileocolic anastomosis) แล้วปิดหน้าท้อง หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับ chloramphenical 4 กรัม/วัน และ gentemycin 80 มก. เข้า-เย็น 5 วัน

วันที่ 4 เริ่มรับประทานอาหาร และกลับบ้าน วันที่ 8 หลังผ่าตัด

ผลทางพยาธิวิทยา มีแผลขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ซม. ที่ cecum ใกล้รูเปิด appendix (ดูรูปที่ 1)

ไมโคร ของแผลมี blood และ fibrin ปกคลุมอยู่ มี infiltration ของ lymphocytes,

histiocytes, plasma cells พบ trophozoites ของ amoeba ที่ mucosa ของ colon ใกล้แผล (ดูรูปที่ 2) จึงให้ trionidazole 400 mg. tad. 10 วัน

1 เดือน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบว่าสบายดี ตรวจอุจจาระ 3 ครั้งไม่พบเชื้ออมีบา



Figure 1 Showing the gross characteristics of an amoebic ulcer at the mouth of the appendix (Circled).

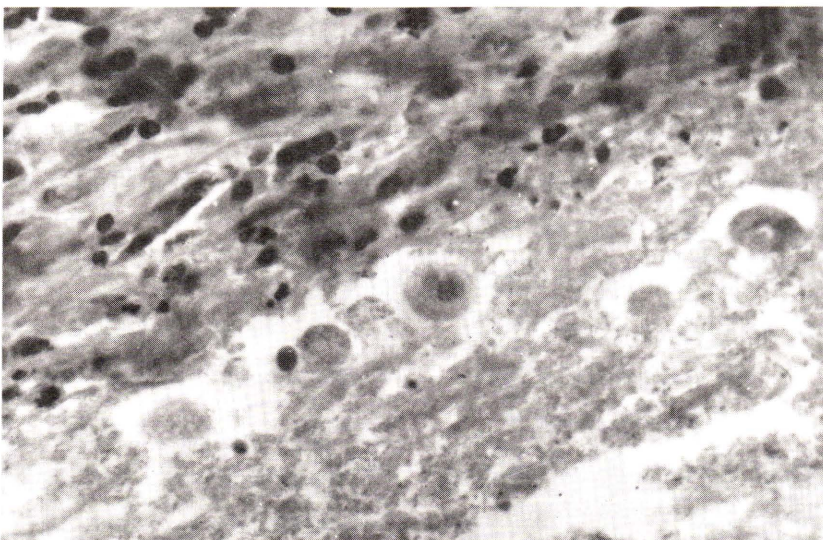


Figure 2 Showing the microscopic characteristics of a red cell ingesting amoeba (Circled).

วิจารณ์

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ การวินิจฉัยได้จากการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดแล้ว การดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้หลักใหญ่เป็นการรักษาแบบ Massive lower intestinal bleeding การตัดสินใจว่าจะผ่าตัดที่ไหนและตัดเพียงไรนั้น ส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจจาก operative finding เพราะ investigation ก่อนผ่าตัดที่ใช้คือ sigmoidoscope ไม่ได้ช่วยอะไร

investigation ที่มีประโยชน์ ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจขณะผ่าตัดได้แก่

– Barium enema ซึ่งอาจพบ lesion แต่ไม่ได้บอกว่า lesion ไหน ที่ bleed ในกรณีที่เป็น diverticulosis หรือ polyps

– 99m Tc-labelled erythrocytes scan⁽⁷⁾ ซึ่งพอบอกได้ว่าเลือดออกจากบริเวณซ้ายหรือขวาบนหรือล่างของช่องท้อง

– angiogram ซึ่งสามารถบอกตำแหน่งเลือดออกที่แน่นอน และยังสามารถฉีดสาร vasoconstrictor หรือ clot เข้าไปทำให้เลือดหยุดได้ สามารถหลีกเลี่ยงการผ่าตัดในรายนี้ได้ หรือตัดลำไส้ออกน้อยลง ซึ่ง investigation ดังกล่าวไม่มีในโรงพยาบาล

ในการผ่าตัด⁽⁸⁾ ระดับสูงสุดของเลือดในลำไส้เป็นสิ่งที่จะต้องดูก่อนสิ่งอื่น เพราะโดยทั่วไปขณะกำลังมีเลือดออก ระดับของเลือดมักจะไม่ไหลย้อนขึ้นมากเกิน 6 นิ้วสูงจาก lesion และมักไม่อยู่ต่ำกว่าเกิน 2 ฟุตจาก lesion ซึ่งกรณีนี้หาสาเหตุไม่ได้ การตัดลำไส้ที่ระดับ 2 ฟุต 6 นิ้ว เหนือจากระดับสูงสุดของเลือดลงไปเป็นที่ยอมรับกัน

การดูลักษณะภายนอกรวมทั้งการส่องดูด้วยไฟที่สว่างมาก อาจเห็นความผิดปกติของเส้นเลือดในผนังลำไส้ หรือ lesion อื่น ๆ ซึ่งในรายนี้ก็ไม่มีพบอะไร

การทำ segmental clamping ใน colon ทำได้ลำบากไม่เหมือนกับลำไส้เล็ก ซึ่ง mobilize กว่า

มีผู้แนะนำให้ทำ multiple enterotomy เพื่อใช้ endoscope ส่องดูขณะผ่าตัด แต่ก็มีข้อเสียในการเพิ่ม contamination

ด้วยหลักฐานจากระดับเลือดสูงสุด ทำให้สันนิษฐานว่าเลือดออกจากลำไส้ใหญ่ส่วนขวา จึงทำผ่าตัด Right colectomy ประกอบกับการผ่า specimen พบ lesion ดังกล่าว จึงตัดลำไส้เพียงเท่านั้น

พยาธิสภาพของ amoebic colitis⁽⁹⁾ ที่อาจเป็นการบวมกักเสบถึงทางด้านนอกของลำไส้หรือเป็นก้อน granuloma ซึ่งในรายนี้ก็ไม่มีเห็นอะไร

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของปัญหาที่จะได้ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด ซึ่ง investigation ไม่สมบูรณ์ ต้องตัดสินใจจาก operative finding ซึ่งถ้ามี angiogram อาจหลีกเลี่ยงการผ่าตัดได้ หรือตัดลำไส้ น้อยลง โดยตัดเฉพาะที่ lesion

amoebic colitis ที่มีแผลเดียวและมีเลือดออกมากพบน้อยมาก amoebiasis ยังเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขของประเทศเราต่อไปเท่าที่ระบบการกำจัดของเสียและความสะอาดในการกินยังไม่ดีพอโดยเฉพาะในชนบท

สรุป

รายงานผู้ป่วย amoebic colitis 1 รายที่มีอาการถ่ายเป็นเลือดอย่างมาก โดยที่เป็นแผล ๆ เดียวที่ cecum ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขวาและลำไส้เล็กส่วนปลายออก การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายได้จากผลพยาธิวิทยา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย metronidazole 400 mg. tid. ต่อ 10 วัน ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านรองศาสตราจารย์นายแพทย์

บรรเททอง รัชตะปิติ ที่ให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย
รายนี้

อ้างอิง

1. Markell EK, Voge M. Medical Parasitology 4ed, Philadelphia : WB Saunders, 1976. 37-54
2. Schwartz SI, Storer EH. Manifestation of gastrointestinal diseases. In : Schwartz SI, Hume DM, eds. Principles of Surgery. 4 ed. Mc-Graw-Hill, New York, 1984. 1045-1051
3. Storer EH, Goldbertz SM, Nivatvong S. Colon, rectum and anus. In : Schwartz SI, Hume DM, eds. Principles of Surgery. 4 ed. New York : Mc-Graw-Hill, 1984. 1184
4. Juniper K. Amoebiasis Clin Gastroenterol 1976 May; 5 (2) : 3
5. Krogstad DJ, Spencer HC. Jr, Healy GR. Current concepts in parasitology, amoebiasis. N Engl J Med 1978 Feb 2; 298 (5) : 262-265
6. Boley SJ, Brandt LT, Frank MS. Severe lower intestinal bleeding : diagnosis and treatment. Clin Gastroenterol 1981 Jan; 10 (1) : 65-92
7. McKusick KA, Froelich J, Callahan RJ, Winzelberg GG, Strauss HW. 99m Tc red blood cells for detection of gastrointestinal bleeding : experiment of 80 patients. AJR 1981 Dec; 137 (6) : 1113-1118
8. Nath RL, Sequeira JC, Weitzman AF, Birkett DA, Williams LF. Jr. Lower gastrointestinal bleeding : diagnostic approach and management conclusions. Am J Surg 1981 Apr; 141 (4) : 478-481
9. สมหมาย วิไลรัตน์. Common intestinal parasitosis. วิชาการระบบทางเดินอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ประมวลกิจ, 2520. 141-157

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 8 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2528