

อภิปรายคลินิกร่วมพยาธิวิทยา

เลือดออกจากทวารหนักอย่างรุนแรง จากเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณดูโอดินัม

อรุณ โรจนสกุล*

วิเศษ ต่างใจ*

ชัชวาลย์ ธรรมภรณ์พิลาส* *

สมคิด ชัยเดชสุริยะ*

สมใจ หวังสุภชาติ* * *

Rojanasakul A, Tangchai V, Chaidejsuriya S, Dharmmaponpilas J, Wangsaphachart S. Suwangool P, Editor. Massive bleeding per rectum from ruptured duodenum varix. Chula Med J 1985 Nov; 29(11) : 1241-1247

A twenty-nine-year-old Thai male presented with massive bleeding per rectum. Emergency superior mesenteric angiogram demonstrated tortuous dilated veins at the third part of the duodenum. At laparotomy, cirrhosis with portal hypertension was found. Active bleeding from variceal vessels was located in the third portion of the duodenum, which was subsequently resected. Pathological examination of the specimens revealed arterio-venous malformations (AVM).

We proposed that the combination of underlying congenital arterio-venous malformations, and acquired portal hypertension, caused an unusual pathology in this patient.

พงษ์พีระ สุวรรณกุล

บรรณาธิการ

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* * ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* * * ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 29 ปี ภูมิลำเนาอยู่ จังหวัดศรีสะเกษ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นครั้งแรก ระหว่าง 14 พฤษภาคม 2528-7 มิถุนายน 2528

อาการนำ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดมา 4 วัน
ประวัติปัจจุบัน 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล อุจจาระเป็นเลือดดำปนแดง จำนวนมาก เบื่ออาหาร ซึม
 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อุจจาระเป็นเลือดสดจำนวนมาก ผู้ป่วย ซึมลงและไม่ค่อยรู้สึกตัว
ประวัติในอดีต ต้มเหล้าประจำประมาณวันละ 350 มล. (1 แบน) มาประมาณ 10 ปี สูบบุหรี่วันละ 10 มวน

ตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยชายไทยลำสัน ไม่ค่อยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย

ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37°C. หายใจ 22 ครั้ง/นาที

ผิวหนัง ไม่มี spider nevi

ตา ซีดมาก ไม่มีดีซ่าน

ปอด ปกติ

หัวใจเต้นเร็ว สม่าเสมอ 120 ครั้ง/นาที

ท้อง คลำตบและม้ามไม่ได้

ทวารหนัก เลือดสดในทวาร ไม่มีสิ่งผิดปกติอื่น ๆ

sigmoido- ไม่สามารถดูขึ้นไปในทวารหนัก
 scope ได้เพราะเลือดบังหมด

กระเพาะ ใส่สาย nasogastric ไม่มีเลือดอาหาร

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แรกรับ hematocrit 16% เม็ดเลือดขาว 20850 เซล/ลบ.มม. นิวโตฟิล 74% ลิมโฟไซต์ 26%

ปัสสาวะ ปกติ

อุจจาระ เลือดสด ไม่พบพยาธิ หรืออะมีบา

BUN 10 มก./100 มล. creatinine 1.4 มก./100 มล.

การดำเนินโรคและการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1 20.45 น. hematocrit 16% ให้เลือด 6 หน่วย และให้น้ำเกลือ 4000 มล.

วันที่ 2 10.00 น. ภาพรังสีทรวงอก ปกติ ภาพรังสี barium enema ลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ทั้งหมดเห็นชั้นบุลำไส้บวม และลำไส้บีบตัวน้อยกว่าปกติ ซึ่งเข้าได้กับ toxic enterocolitis

16.00 น. hematocrit 22% ให้เลือดอีก 4 หน่วย ผู้ป่วยยังมีถ่ายดำปนแดงเรื่อย ๆ ไม่มาก

วันที่ 3 8.00 น. hematocrit 33% ผู้ป่วยหยุดถ่ายเป็นเลือด

24.00 น. ผู้ป่วยถ่ายเป็นเลือดอีก hematocrit ลดลงเหลือ 24% ได้เลือดอีก 3 หน่วย

วันที่ 4 8.00 น. hematocrit 20% ผู้ป่วยถ่ายเป็นเลือดแดงจำนวนมาก

10.00 น. นำผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดของช่องท้อง และให้เลือดอีก 3 หน่วย

จากการสวนหลอดเลือดแดง superior mesenteric โดยใส่สายสวนผ่านหลอดเลือดแดง femoral ข้างขวา พบว่าแขนงของหลอดเลือดแดง su-

perior mesenteric มีขนาดและการเรียงตัวปกติ ไม่พบหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดฝอยที่ผิดปกติ ในภาพรังสีจากการฉีดสารทึบแสงระยะ arterial phase (Fig. 1) ในระยะ venous phase (Fig. 2) พบกลุ่มของหลอดเลือดดำที่ขดงอใหญ่ขึ้นที่บริเวณ pancreaticoduodenal venous arcade และมีสารทึบแสงจากกลุ่มหลอดเลือดดำดังกล่าวออกมาใน duodenum แสดงว่าจุดเลือดออกในทางเดินอาหารของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการแตกของกลุ่มหลอดเลือด

เลือดดำที่ผิดปกตินี้ เข้าไปใน duodenum กลุ่มหลอดเลือดดำนี้บางส่วนไหลกลับสู่หลอดเลือดดำ superior mesenteric และบางส่วนซึ่งเป็นส่วนน้อยไหลกลับสู่หลอดเลือด inferior vena cava

จากภาพ superior mesenteric arteriography ดังกล่าวให้การวินิจฉัยว่าเป็น venous malformations หรือ varices บริเวณ pancreatico-duodenal venous arcade

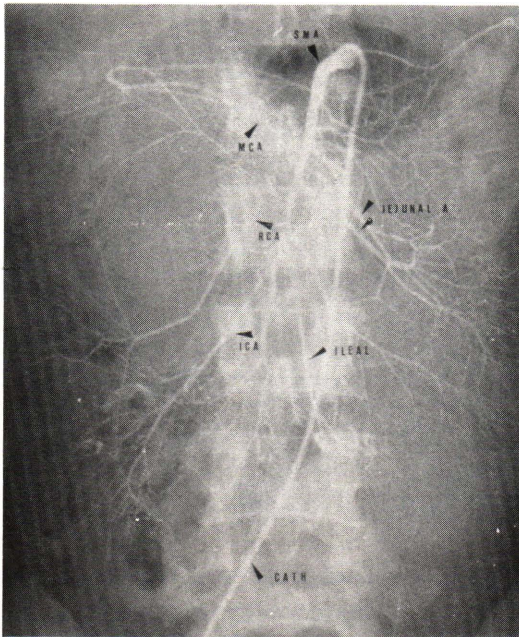


Figure 1 Superior mesenteric angiogram-arterial phase

SMA = superior mesenteric artery
MCA = middle colic artery
ICA = ilio-colic artery

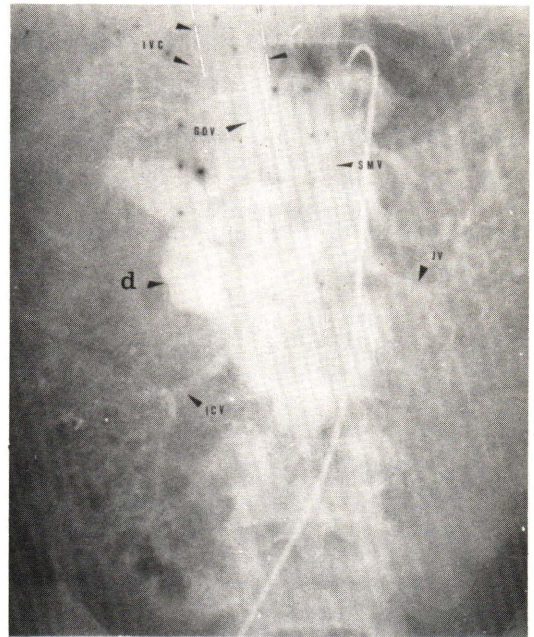


Figure 2 Superior mesenteric angiogram-venous phase

IVC = inferior vena cava
GDV = gastro-duodenal vein
SMV = superior mesenteric vein
JV = jejunal vein
d = duodenum (fill with opaque media)
ICV = ilio-colic vein

14.00 น. ผ่าตัดช่องท้อง

สังเกตพบขณะผ่าตัด

1. น้ำในช่องท้อง (ascites) ประมาณ 2000 มล.
2. ตับแข็ง (macronodular cirrhosis)
3. ม้ามขนาดใหญ่ประมาณ 2 เท่าของขนาดปกติ
4. พบหลอดเลือดดำขนาด 3-5 มม. ขดอยู่รอบ ๆ duodenum ส่วนที่ 3

(Fig. 3) ปลายหนึ่งของหลอดเลือดดำที่ผิดปกตินี้ติดต่อกับหลอดเลือด inferior vena cava อีกปลายหนึ่งต่อขึ้นไปด้านบน คิดว่าเป็นหลอดเลือด gastroduodenal vein ซึ่งเหมือนกับที่เห็นจากภาพรังสีหลอดเลือดจากลักษณะที่เห็นขณะนั้นคิดว่า เป็น duodenum varices และได้วัดความดันจากแขนงของหลอดเลือด superior mesenteric vein ได้ 28 ซม. น้ำ

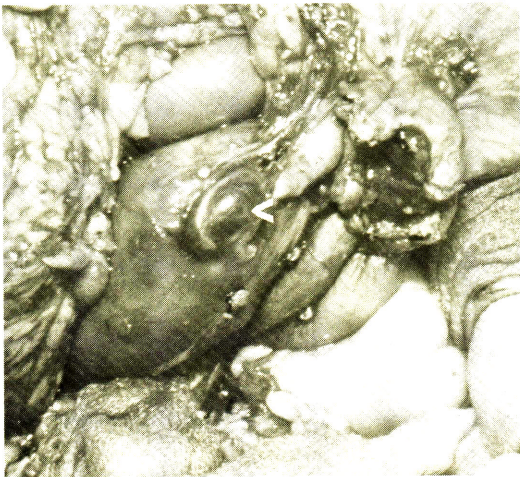


Figure 3 Duodenal varix (arrow)

การผ่าตัด ผ่าตัดเปิด duodenum ส่วนที่ 3 พบมีแผลขนาดเล็กประมาณ 2 มม. บนเยื่อบุลำไส้ ซึ่งอยู่เหนือหลอดเลือดดำที่โป่งพอง และเมื่อเชิ

ก่อนเลือดที่อุดแผลออกก็มีเลือดพุ่งออกมาจากแผล (Fig. 4) ได้พยายามผ่าตัดเย็บผูกจุดเลือดออกแต่ไม่สำเร็จเพราะบริเวณนั้นมีหลอดเลือดโป่งพองจำนวนมากทำให้เลือดออกตามรูเข็มที่เย็บ จึงตัด duodenum ส่วนที่มีพยาธิสภาพออกประมาณ 6 ซม. และต่อ duodenum เข้าหากัน

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดน้ำในช่องท้อง (ascites) มาก ได้รับการรักษาด้วยขับปัสสาวะ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และกลับบ้านได้หลังผ่าตัด 23 วัน

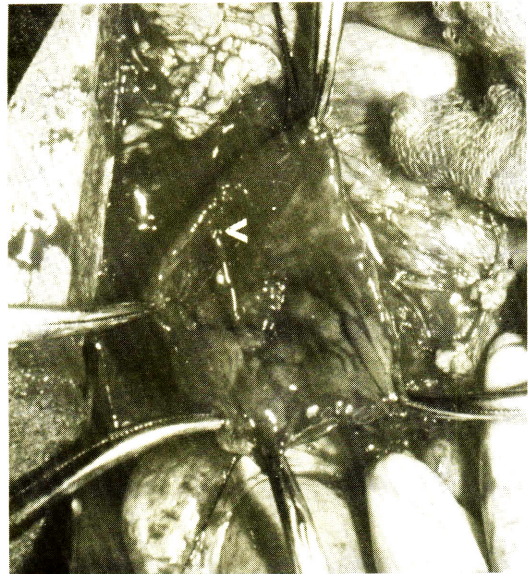


Figure 4 - bleeding site in duodenum (arrow)
- dilated vein in submucosa of duodenum

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพตาเปล่า (gross pathology): ส่วนหนึ่งของลำไส้ยาวประมาณ 6 ซม. พบแผลเล็ก ๆ บนเยื่อบุลำไส้ ซึ่งมีไหมเย็บคร่อมอยู่

พยาธิสภาพจากกล้องจุลทรรศน์: พบกลุ่มของหลอดเลือดขนาดใหญ่ในชั้น submucosa และชั้น serosa ของลำไส้ หลอดเลือดบางเส้นมีผนัง

หนาและมียึดกล้ามเนื้อและ elastic tissue ในผนัง
ของเส้นเลือดซึ่งเป็นลักษณะของหลอดเลือดแดง

หลอดเลือดบางเส้นมีผนังบางซึ่งแสดงว่า
เป็นหลอดเลือดดำ ลักษณะดังกล่าวเข้าได้กับ AVM
ของลำไส้ (Fig. 5)

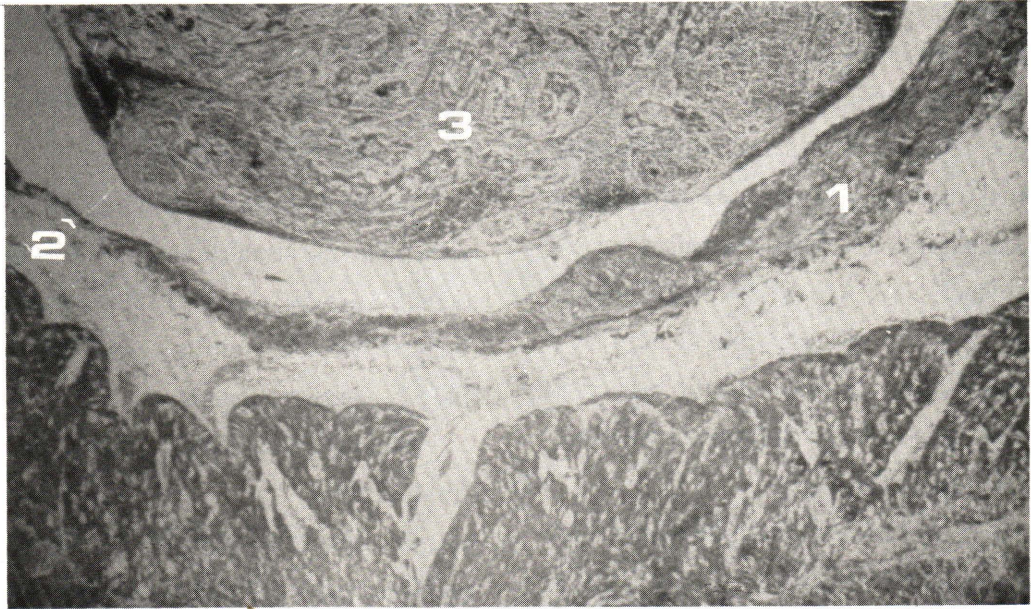


Figure 5 Arterio-venous malformations of duodenum. Massol trichrome stain $\times 40$.

1. arterial wall
2. venous wall
3. thrombus in vessel lumen

อภิปรายทางคลินิก : น.พ. อรุณ โรจนสกุล
น.พ. วิเศษ ต่างใจ

ผู้ป่วยรายนี้มีแง่ที่ควรพิจารณาทางคลินิก คือ

1. ผู้ป่วยรายนี้เลือดออกทางทวารหนักอย่าง
มากจนช็อค ซึ่งสาเหตุของเลือดออกทางทวาร
หนักอย่างมากเช่นนี้ได้แก่ AVM, colonic di-
verticulum, colonic diverticulosis,⁽¹⁾ สาเหตุ
อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดเลือดออกทางทวารหนักเช่นมะเร็ง
ทางเดินอาหาร ลำไส้ใหญ่อีกเสบ meckel diverti-
culum เลือดจะออกไม่รุนแรงเช่นรายนี้

2. ผู้ป่วยรายนี้เลือดออกจากทวารหนักอย่าง
มาก ทำให้ไม่สามารถตรวจดูลำไส้ใหญ่ด้วย sig-
moidoscope หรือ colonoscope ได้ แต่สาเหตุ
ของเลือดออกจากทวารหนักอาจจะมาจาก duodenum
ก็ได้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้ตรวจด้วย gastroscop
ก็ควรจะพบจุดเลือดออกได้ Thomas P.⁽²⁾ รย
งานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งเห็นจุดเลือดออกจากเส้นเลือด
โป่งพองบริเวณ duodenum ด้วย gastroscop

3. การตรวจหาสาเหตุของผู้ป่วยรายนี้โดยวิธี
การทางรังสีผดขั้นต้น คือควรจะทำ angiogram

ก่อน barium enema⁽³⁾ การทำ barium enema ก่อนทำให้สารทึบแสงค้างในลำไส้ทำให้ไม่สามารถทำ angiogram ต่อได้ทันที ต้องเสียเวลารอคอย และ barium enema ของผู้ป่วยรายนี้รังสีแพทย์ให้ความเห็นว่าเป็น enterocolitis จึงทำให้การตัดสินใจผ่าตัดรักษาล่าช้า และต้องให้เลือดผู้ป่วยทั้งหมดถึง 22 หน่วย

4. ลักษณะที่ตรวจพบในขณะที่ผ่าตัดเห็นหลอดเลือดโป่งพองรอบ ๆ serosa และ submucosa ของ duodenum เข้าใจว่าเป็น duodenum varices ของบริเวณที่ portal system เชื่อมต่อกับ inferior vena cava ทาง retroperitoneal vein ของ Retzius⁽⁴⁾ และความดันใน portal system ก็วัดได้สูง 28 ซม. น้ำ ทำให้ศัลยแพทย์มั่นใจว่าเป็น duodenal varices

5. การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเช่นนี้มีหลายวิธี และยังสรุปไม่ได้ว่าวิธีใดได้ผลดีกว่า เพราะจำนวนผู้ป่วยโรคนี้พบได้น้อยมาก การผ่าตัดวิธีต่าง ๆ ที่มีผู้รายงานคือ เย็บผูกบริเวณจุดเลือดออก⁽⁵⁾, porto-caval shunt^(5,6) mesocaval shunt⁽⁷⁾ หรือวิธีตัดดูโอเดนม์ส่วนที่มีพยาธิสภาพออก⁽⁸⁾ เช่นเดียวกับในรายงานนี้ เมื่อพิจารณาผลทางพยาธิซึ่งรายงานว่าเป็น AVM การรักษาด้วยวิธีตัด duodenum ส่วนที่มีพยาธิสภาพออกควรเป็นวิธีรักษาที่ถูกต้อง แต่การตัด duodenum ในผู้ป่วยรายนี้ทำให้ portosystemic shunt ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติหมดไป ซึ่งอาจจะทำให้ portal pressure สูงขึ้นกว่าเดิมได้

อภิปรายทางรังสีวิทยา : พ.ญ. สมใจ หวังศุภชาติ

ภาพรังสีหลอดเลือดในผู้ป่วยรายนี้พบหลอดเลือดดำซึ่งมีขนาดใหญ่ขดอยู่บริเวณ duodenum ส่วนที่ 2 และ 3 และปลายหนึ่งของกลุ่มหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเชื่อมต่อถึง inferior vena cava

จากลักษณะเช่นนี้แสดงว่าผู้ป่วยเป็น venous malformation หรือเป็น varices ภาพรังสีหลอดเลือดไม่สนับสนุนผลทางพยาธิวิทยาที่รายงานว่าเป็น AVM เพราะไม่พบหลอดเลือดซึ่งผิดปกติและไม่พบ venous filling ใน arterial phase

อภิปรายทางพยาธิวิทยา :

น.พ. ชัชวาลย์ ธรรมาภรณ์พิลาส

น.พ. สมคิด ชัยเดชสุริยะ

ลักษณะที่ตรวจพบทางพยาธิวิทยาเป็น AVM เพราะเห็นหลอดเลือดแดงซึ่งผนังหลอดเลือดหนาและมีกล้ามเนื้อและ elastic tissue ซึ่งเห็นชัดเจนเมื่อย้อมสี Massol trichrome ปะปนกับเลือดดำที่ผนังเส้นเลือดบาง (Fig. 5)

Moore⁽⁹⁾ และคณะแบ่ง AVM ของลำไส้เป็น 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 เกิดที่ลำไส้ใหญ่ด้านขวาในผู้ป่วยสูงอายุ แบบนี้พบมากที่สุด หลอดเลือดที่ผิดปกติมีขนาดเล็ก ไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่า เชื่อว่าเกิดจาก degenerative change

แบบที่ 2 ส่วนใหญ่พบในลำไส้ส่วนต้น หลอดเลือดที่ผิดปกติมีขนาดใหญ่เห็นได้ชัดเจน เชื่อว่าเป็นการพิการแต่กำเนิด

แบบที่ 3 เป็นโรค Osler-Weber-Rendu syndrome จากการแบ่งของ Moore ผู้ป่วยรายนี้จัดเป็น AVM type 2

สรุป

ภาพรังสีของหลอดเลือดและสิ่งตรวจพบขณะผ่าตัดคิดว่าเป็นหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณ duodenum แต่ผลทางพยาธิวิทยาเป็น AVM type 2 ดังนั้นถ้าจะอธิบายการเกิดพยาธิสภาพในผู้ป่วยรายนี้อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยมี AVM มาแต่กำเนิด ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเกิดตับแข็งและ portal hypertension

ทำให้เลือดของ portal system ไหลผ่านมาทาง
AVM ได้สะดวกจึงทำให้หลอดเลือดดำในบริเวณ

นี้โป่งพองมากขึ้นและเกิดเป็น varices ในตำแหน่ง
ที่ผิดปกติเช่นนี้

อ้างอิง

1. Noer R, Hamilton JE, William DJ, Broughton DS. Rectal hemorrhage, moderate and severe. *Ann Surg* 1978 May; 155(5) : 794-805
2. Gushursh TP, Lesesne HR. Isolated duodenal varix : an unusual cause of gastrointestinal hemorrhage. *South Med J* 1984 Jul; 77(7) : 915-918
3. Veidenheimer MC, Corman ML, Coller JA. Colonic hemorrhage. *Surg Clin North Am* 1978 Jun; 58(3) : 581-590
4. Bateson EM. Duodenal and antral varices. *Br J Radiol* 1969 Oct; 42(502) : 744-747
5. Shearburn EW, Cooper DR. Duodenal varices treated by portocaval shunt. *Arch Surg* 1966 Sept; 93(3) : 425-427
6. Wilson SE, Stone RT, Christie JP, Passaro E. Massive lower gastrointestinal bleeding from intestinal varices. *Arch Surg* 1979 Oct; 114(4) : 1158-1161
7. Richter RM, Pochaczewsky R. Duodenal varices. *Arch Surg* 1967 Aug; 95(2) : 269-273
8. Wheeler HB, Warren R. Duodenal varices due to portal hypertension from arteriovenous aneurysm, report of a case. *Ann Surg* 1957 Aug; 146(2) : 229-238
9. Moore JD, Thompson NW, Appelman. Arteriovenous malformations of the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1976 Apr; 111(4) : 381-389