

รายงานผู้ป่วย

ท้องเดินเรื้อรังเนื่องจากพยาธิสตรองจิริรอยด์ :
รายงานผู้ป่วย 4 ราย

สุมนทิพย์ พจน์จลองศิลป์*
อำนาจ ศรีรัตนบัลล์**

Potjalongsile S, Sriratanaban A. Strongyloidiasis with chronic diarrhea : report of 4 cases. Chula Med J 1988 Feb; 32 (2) : 175-179

Four cases of strongyloidiasis with chronic diarrhea are reported. Two cases ended fatally and two recovered. Some difficulties in diagnosis and treatment are discussed. The importance of early recognition, aggressive investigations and follow-up after treatment are emphasized.

Reprint requests : Potjalongsile S, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. July 29, 1987.

* แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Strongyloidiasis เป็นการติดเชื้อพยาธิตัวกลม *Strongyloides stercoralis* โดยพยาธิตัวเมียตัวแก่จะฝังตัวในเยื่อบุลำไส้เล็กส่วนต้น มีการออกไข่และฟักตัว เกิดการระคายเคืองและการทำลายเยื่อบุผนังลำไส้ ทำให้เกิดการบวมและการอักเสบของผนังลำไส้⁽¹⁻⁵⁾ ในรายที่เป็นการติดเชื้ออย่างรุนแรงผู้ป่วยอาจมีอาการท้องเดินเรื้อรังร่วมกับลักษณะการขาดอาหารเนื่องจากการดูดซึมสารอาหารของลำไส้ผิดปกติ (Malabsorption syndrome) ซึ่งพบว่าเกิดจากมีการแบนราบของ Villi ของลำไส้ ทำให้พื้นที่ผิวของการดูดซึมลดลง ประกอบกับมีอัตราการหลุดลอกของเยื่อบุผนังลำไส้เพิ่มขึ้น⁽⁶⁻¹¹⁾

วัตถุประสงค์ของรายงานนี้เพื่อแสดงให้เห็นว่า Strongyloidiasis เป็นสาเหตุหนึ่งของอาการท้องเดินเรื้อรังและอาจมีการดูดซึมอาหารผิดปกติร่วมด้วย ซึ่งบางครั้งวินิจฉัยได้ไม่ยากนัก และแม้จะเป็นโรคที่รักษาได้แต่ความล่าช้าของการวินิจฉัยและปัญหาในการติดตามผลการรักษาอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้⁽¹²⁻²⁰⁾

รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี อาชีพรับจ้าง อยู่จังหวัดปราจีนบุรี มาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายเหลวมา 4 เดือน น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยผอมมาก ตรวจร่างกายระบบอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ Hematocrit 34%, WBC 3200/cu.mm., Neutrophil 69%, Lymphocyte 29%, Eosinophil 2% ตรวจอุจจาระพบ RBC - few, WBC-few, few strongyloid larvae และ *Opisthorchis ova*. Serum albumin 1.8 gm/dl, globulin 2.95 gm/dl, carotene 9 ug/dl (ค่าปกติ 60-300 ug/dl), D-xylose test 8% (ใช้ D-xylose ขนาด 5 g. ค่าปกติมากกว่า 25%) ภาพรังสีปอดพบ Infiltration บริเวณ Left perihilar และ Right lower lobe. UGI study และ Small bowel study พบมี Slight dilatation บริเวณ Duodenum และ Jejunum. Barium enema และ Colonoscopy ถึง 60 ซม. ปกติ Gastroduodenoscopy ผลปกติ ผล Jejunum biopsy เป็น Chronic non-specific enteritis with mild villous atrophy with crypt hyperplasia.

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Thiabendazole 22 mg/kg วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน ผลการตรวจอุจจาระหลังการรักษา 2 ครั้ง ไม่พบพยาธิ แต่ผู้ป่วยยังมีถ่ายเหลวตลอด เริ่มมีไข้และมีภาพรังสีปอดผิดปกติมากขึ้น

ได้เพิ่มเติมการรักษาด้วย Hyperalimentation ผู้ป่วยเกิด Septic shock และ Cardiac arrest 1 ครั้งสามารถทำ Cardiopulmonary resuscitation ได้สำเร็จ แต่ก็เสียชีวิตหลังอยู่โรงพยาบาลได้ 72 วัน ผลการตรวจศพพบ Chronic and acute strongyloid duodenjejunitis with subtotal villous atrophy, chronic and acute strongyloid colitis. Focal alveolar hemorrhage of the lungs with granuloma. Subacute and acute necrotizing bronchopneumonia with cavitation. รายละเอียดเพิ่มเติมดูได้จากอภิปรายกรณีกร่วมพยาธิวิทยา⁽²¹⁾

รายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 21 ปี รับจ้างฟันสีรถยนต์ อยู่กรุงเทพฯ มาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายเหลวมา 6 เดือน น้ำหนักลด 20 กิโลกรัม ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยผอมมาก มีมุมปากอักเสบ ลิ้นลิ้น และผิวหนังแห้งและหลุดลอกอย่างอื่น อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ พบ Hematocrit 41%, WBC 6850/cu.mm., Neutrophil 59%, Lymphocyte 36%, Monocyte 5%, RBC ลักษณะปกติ เกล็ดเลือดปกติ ปัสสาวะมีความถ่วงจำเพาะ 1.026, Albumin-trace. Sediments ปกติ ตรวจอุจจาระไม่พบ Cell หรือ พยาธิ (Simple technique 12 ครั้ง, concentration technique 10 ครั้ง) Serum creatinine 0.7 mg/dl, albumin 1.25 mg/dl, globulin 2.35 mg/dl, carotene 53 ug/dl, D-xylose test 3%, Acute abdomen series พบ Minimal paralytic ileus UGI และ Small bowel study พบ Decreased peristalsis and enlarged mucosal folds บริเวณ Duodenum, jejunum และ Ileum ส่วนต้น Gastroduodenoscopy ผลปกติ Duodenal fluid aspiration พบ Strongyloid larva 3 ตัว (ดูรูป) ผล Duodenal biopsy พบ Intestinal strongyloidiasis

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Thiabendazole 25 mg/kg วันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 7 วัน และได้รับ Hyperalimentation มีภาวะแทรกซ้อนเป็น Pancytopenia จาก Megaloblastic anemia (ยืนยันจากผลการตรวจไขกระดูก) และเกิด Septic shock รักษาด้วย Blood component replacement, parenteral B12, folic acid, Cloxacillin, Netilmycin, Amikacin, Tetracycline ต่อมาเกิด Acute pulmonary edema และ Electrolyte และ Acid-base imbalance อย่างรุนแรง หลังผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 41 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Gram-negative septicemia ไม่ได้ทำการตรวจศพ

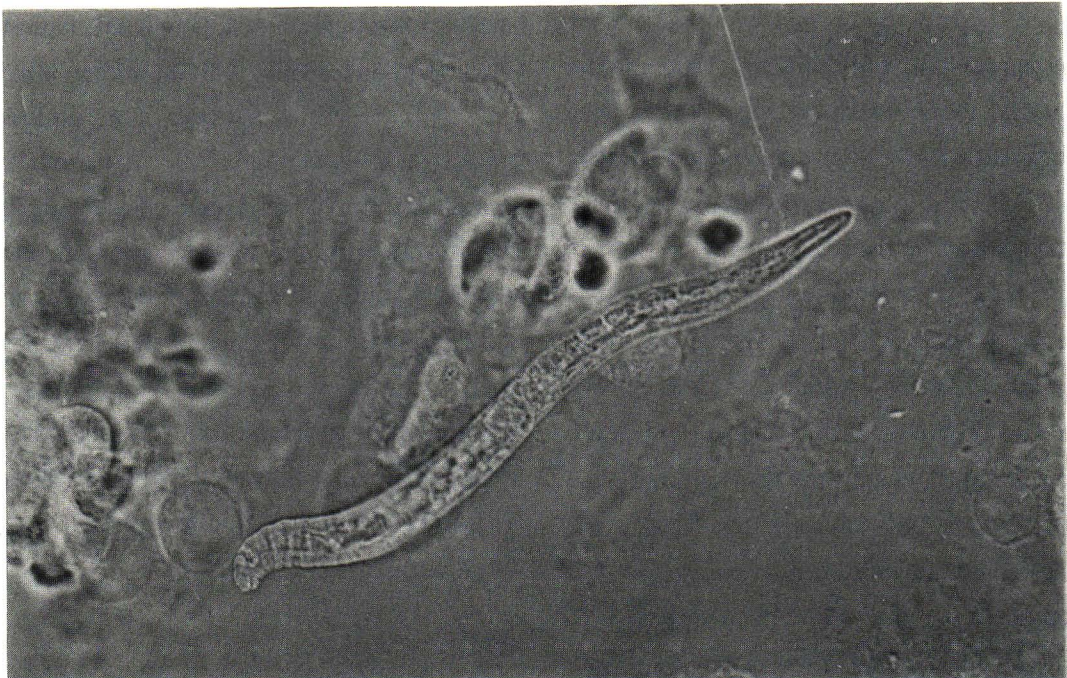


Figure Shows 1 of 3 strongyloid larvae found in duodenal aspirate obtained through a fiberoptic gastroduodenoscope.

รายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทย โสด อายุ 21 ปี ทำไร่อยู่จังหวัดปราจีนบุรี มาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายเหลวมา 10 เดือน น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม ตรวจพบว่าผู้ป่วยผอมมาก ซีดเล็กน้อย มุมปากอักเสบ และมี Xerosis ตรวจร่างกายระบบอื่น ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Hematocrit 30%, WBC 8500/cu.mm., Neutrophil 93%, Lymphocyte 26%, Eosinophil 1% เก็ดเลือดปกติ ตรวจปัสสาวะผลปกติ ตรวจอุจจาระพบ Strongyloid larva และ Hook worm ova (Concentration technique) ผลการตรวจไขกระดูกพบ Iron deficiency และ Megaloblastic anemia. Serum albumin 1.4 mg/dl, globulin 1.85 mg/dl, calcium 6.5 mg/dl, phosphate 3.0 mg/dl, magnesium 0.5 mg/dl, D-xylose test 3%, carotene 14 ug/dl. UGI study พบ Dilatation บริเวณ Duodenum, jejunum with mucosal edema.

ได้ให้การรักษาด้วย Hyperalimentation และ Thiabendazole 25 mg/kg ต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน อาการดีขึ้น ไม่มีถ่ายเหลว น้ำหนักเพิ่มจาก 31 กิโลกรัม เป็น 35 กิโลกรัม ก่อนกลับบ้านผลทางห้องปฏิบัติการ Serum albumin 2.25 mg/dl, globulin 4.6 mg/dl,

calcium 7.6 mg/dl, phosphate 3.85 mg/dl, D-xylose test 25%, carotene 76 ug/dl. Gastroduodenoscopy with duodenal aspirate หลังการรักษาผลปกติ

รายที่ 4

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 71 ปี ไม่ได้ทำงาน อยู่กรุงเทพฯ มาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายเหลวมา 9 เดือน น้ำหนักลดลงมาก ตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ น้ำหนักตัวแรกรับ 40 กิโลกรัม ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Hemoglobin 11.2 gm%, WBC 5950/cu.mm., Neutrophil 96%, Lymphocyte 23%, Eosinophil 1% เก็ดเลือดปกติ ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ตรวจอุจจาระพบ Strongyloid larva (Concentration technique), Serum albumin 2.95 mg/dl, globulin 3.25 mg/dl, D-xylose test 23%, carotene 143 ug/dl. UGI และ Small bowel study ปกติ

ให้การรักษาด้วย Thiabendazole 25 mg/kg ต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน อาการดีขึ้น ไม่มีถ่ายเหลว น้ำหนักตัวก่อนกลับบ้าน 40 กิโลกรัม Gastroduodenoscopy with duodenal aspirate ทำหลังการรักษาผลปกติ

วิจารณ์

Strongyloidiasis เป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย จากสถิติแผนกพยาธิวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2529 พบ Strongyloid 6.75% จากการตรวจอุจจาระทั้งหมด 8,364 specimens⁽²²⁾ และจากการศึกษาผู้ป่วยในที่มีการติดเชื้อสารอาหารผิดปกติ ของแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2520-2529 พบ Strongyloidiasis เป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 17 คือ 3 รายจาก 18 ราย⁽²³⁾

การวินิจฉัย Strongyloidiasis ทำได้จากการพบตัวพยาธิจากการตรวจอุจจาระ Direct smear และ Concentration technique⁽²⁾ และการตรวจ Duodenal fluid จากการศึกษานผู้ป่วย Strongyloidiasis 100 ราย⁽³⁾ พบว่า 20 รายมีพยาธิใน Duodenal fluid โดยไม่พบจากการตรวจอุจจาระมากกว่า 5 ครั้ง และ 6 รายมีพยาธิในอุจจาระ โดยไม่พบจาก Duodenal fluid ดังนั้น การวินิจฉัย Strongyloidiasis จึงควรอาศัยการตรวจอุจจาระร่วมกับการตรวจ Duodenal fluid ในรายงานส่วนใหญ่ Duodenal content ได้จาก Duodenal intubation และ Enterotest duodenal capsule^(2-5,10,11,14,16,17,19) ในผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นการ

ตรวจพบ Strongyloid โดย Duodenal aspiration จาก Fiberoptic endoscopy ซึ่งยังไม่เคยมีรายงานมาก่อน

ในผู้ป่วยซึ่งมีการติดเชื้อสารอาหารผิดปกติและมีการขาดสารอาหาร อาจจะมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง การรักษา Strongyloidiasis ควรให้ Thiabendazole 25 mg/kg วันละ 2 ครั้ง อย่างน้อย 5-7 วัน⁽⁴⁻¹⁴⁾ การกลับเป็นใหม่พบได้บ่อย^(2,14) ดังนั้นหลังการรักษาการติดตามผลการรักษาจากการตรวจอุจจาระและ Duodenal fluid ให้บ่อยพอจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากการวินิจฉัยที่ล่าช้าจะมีผลติดตามทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังในผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2 แต่หากการวินิจฉัยทำได้รวดเร็ว การรักษาและติดตามผลการรักษาดีพอ ผู้ป่วยก็จะหายจากโรคได้ ดังในผู้ป่วยรายที่ 3 และ 4

สรุป

รายงานผู้ป่วย Strongyloidiasis ที่มีอาการท้อง-เดินเรื้อรัง 4 ราย การวินิจฉัยได้จากการคิดถึงและพยายามตรวจหาพยาธิ ความสำเร็จในการรักษาขึ้นอยู่กับอาการที่รวดเร็ว การรักษาที่ถูกต้อง และการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- อมร ลีลาวิทย์, คุชฎี ประภาสวัต, จุฑาเกียรติ เครือตราชู, สุภาภรณ์ ไฉนวิเศษ. ล่าไส้ศึกเสบจากพยาธิสตรองจีลยด์, สารศิริราช 2821 สิงหาคม; 30 (8) : 1228-1232
- Ficho EC. Strongyloidiasis. Clin Gastroenterol 1978 Jan; 7 (1) : 179-201
- Jones CA. Clinical studies in strongyloidiasis. Gastroenterology 1950 Dec ; 16 (4) : 743-756
- Scowden EB, Schaffner W, Stone WJ, Overwhelming strongyloidiasis an unappreciated opportunistic infection. Medicine 1978 Jan; 57 (6) : 537-544
- Burns TW. Parasitic bowel disease. Postgrad med 1982 May; 71 (5) : 130-139
- Milner PE, Irvine RA, Barton Ci, Bras O, Richards R. Intestinal malabsorption in strongyloides stercoralis infestation. Gut 1985 Dec; (6) : 574-581
- O'Brien W. Intestinal malabsorption in acute infection with strongyloides stercoralis. Trans R Soc Trop Med Hyg 1975 Jan; 69 (1) : 64-77
- Kotcher E, Miranda M, Esquivel R, Pena. Chavavria A. Donohugh D, Baldizon C, Acosta A, Apuy JL. Intestinal malabsorption and helminthic and protozoan infection of the small intestine. Gastroenterology 1966 Mar; 50 (3) : 366-371
- Da Costa LR. Small-intestinal cell turnover in patients with parasite infections. Br Med J 1971 Jul 31; 3(5769) : 281-283
- Pelletier LL, Garbe-Kidan T. Chronic strongyloidiasis in Vietnam veterans. Am J Med 1985 Jan; (78) : 139-140
- Rivera E, Maldonado N, Velez-Gavoia E, Grillo Ag, Malaret G. Hyperinfection syndrome with strongyloides stercoralis. Ann Intern Med 1970 Feb; 72 (2) : 199-204
- Saenghirunrattana S, Prasarnsarakit N, Dissiminated strongyloidiasis : a case report. J Med Assoc Thai 1983 Jan; 66 (1) : 61-64
- Thieyakorn V. Dithisawad J. Disseminated strongyloidiasis in Children : a case report. J Med Assoc Thai 1983 Jul ; 66 (7) : 410-412
- Panyathonya R, Sriumpai S, Tantranond R. Fatal strongyloidiasis in Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1980 Sep; 14(3) : 294-297

15. Cruz T, Reboucas G, Rocha H. Fatal strongyloidiasis in patients receiving corticosteroids. *N Engl J Med* 1966 Nov 17; 275(20) : 1093-1096
16. Purtilo DT, Meyer WM, Connor DH. Fatal strongyloidiasis in immunosuppressed patients. *Am J Med* 1974 Apr; 56 (4) : 488-493
17. Brown HW, Perna VP. An overwhelming strongyloides infection. *JAMA* 1958 Nov 22 ; 168 (12) : 1648-1651
18. Cirantos F, Robinson MJ. Fatal strongyloidiasis following corticosteroid therapy. *Am J Dig Dis* 1969 Sep; 14 (9) : 643-651
19. Kimmelstiel F, Lange M. Fatal systemic strongyloidiasis following corticosteroid therapy. *NY State J Med* 1984 Aug; 84(8) : 399-400
20. Viens B, Hughes G. A new technique for sampling duodenal contents demonstration of upper small-bowel pathogens. *Am J Trop Med Hyg* 1970 Mar; 19 (2) : 349-352
21. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, สมศักดิ์ เดชะโกศยะ, กัลยา เจียรประดิษฐ์. ท้องเดินเรื้อรัง ภาพรังสีปอดผิดปกติ ในผู้ป่วยชาย อายุ 31 ปี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2530 มกราคม; 31(1) : 69-77
22. พิสมัย กรัยวิเชียร. ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มิถุนายน 2530 (ติดต่อบุคคล)
23. นุสนธิ์ กัลลเจริญญ. หน่วยวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มิถุนายน 2530 (ติดต่อบุคคล)