

รายงานผู้ป่วย

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารที่เกิดจากเส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม

ศุภมิตร ลิมะสวัสดิ์, พบ.ว. ศัลยกรรม

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

Received: May 12, 2020 Revised: June 5, 2020 Accepted: July 2, 2020

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารที่เกิดจากเส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม เป็นภาวะที่พบได้น้อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันของระบบเลือด Portal สูง

รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยชายอายุ 51 ปี มาด้วยถ่ายเป็นเลือดปริมาณมากๆ เป็นครั้งๆ โดยที่ไม่มีภาวะตับแข็ง ตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร

ส่วนต้น และส่วนปลายไม่พบความผิดปกติ ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนช่องท้องพบเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณเยื่อแขวนลำไส้ และบริเวณผนังลำไส้ส่วนเจจูนัมและได้รับการผ่าตัดลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพออกไป

คำสำคัญ: เลือดออกทางเดินอาหาร, เส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะลำไส้เล็ก, ไม่มีภาวะตับแข็ง

Case report

Bleeding isolated jejunal varices

Supamit Leemasawat, MD.FRCST

Sunpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province

Abstract

Bleeding isolated jejunal varices are rare, especially in patients without portal hypertension.

This report presented a 51-year old male patient referred for intermittent massive hematochezia, without signs of cirrhosis or portal hypertension. Esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy were negative for a source of bleeding. CT of the

whole abdomen showed abnormal dilated intramural veins in the wall of the jejunum with dilated draining anti-mesenteric jejunal veins. Segmental resection of the affected jejunum was performed.

Keywords: bleeding, isolated, jejunal varices, no cirrhosis

บทนำ

เส้นเลือดดำโป่งพองที่อยู่บริเวณลำไส้เล็กน้อยพบได้ไม่บ่อย และมักจะมีสาเหตุมาจากภาวะความดันของระบบเลือด Portal ที่สูง ซึ่งเป็นผลมาจากโรคตับแข็ง¹ และภาวะเลือดออกทางเดินอาหารที่เกิดจากเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมนั้นมีรายงานน้อยมาก¹ การตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสมในภาวะเร่งด่วนเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก² รายงานฉบับนี้ได้รับจากผู้ป่วยชายอายุ 51 ปี มาด้วยถ่ายเป็นเลือดปริมาณมากเป็นครั้งๆ สาเหตุมาจากเส้นเลือดโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมนั้นโดยที่ไม่มีภาวะความดันของระบบหลอดเลือด Portal สูง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 51 ปี ส่งตัวมายังโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดสดเป็นๆ หายๆ มา 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เลือดออกแต่ละครั้งปริมาณค่อนข้างมาก ต้องได้เลือดทดแทนเป็นครั้งๆ มาตลอด มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวานชนิดที่ 2, หัวใจขาดเลือด, ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง มีประวัติทานสุราเป็นประจำ มีประวัติทาน Aspirin 81 มก. หยุดมาได้สองเดือนเนื่องจากอาการเลือดออก นอกจากนี้ทาน Enalapril (5 มก.) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Metoprolol (10 มก.) ครึ่งเม็ดหลังอาหารเช้า และ Lopid (300 มก.) 2 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น มีประวัติ 13 ปีก่อน มีประวัติเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงลำไส้เล็กอุดตัน ร่วมกับมีลำไส้เล็กเน่าตายจากการขาดเลือด ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ตัดลำไส้ส่วนเน่าตายทิ้งต่อลำไส้ซ่อมแซมแบบ End-to-end ร่วมกับตัดไส้ติ่ง หลังผ่าตัดไม่มีปัญหาอะไร และไม่มีการปวดท้องหลังจากนั้นอีก

ตรวจร่างกายพบสัญญาณชีพปกติ ตรวจพบ Pale conjunctivae, No jaundice ไม่พบอาการแสดงของภาวะความดันของระบบหลอดเลือด Portal สูงอันได้แก่ ไม่พบ Caput medusae, ม้ามไม่โต, No fluid thrill, Shifting dullness negative และไม่พบอาการแสดงของภาวะโรคตับเรื้อรัง ได้แก่ ไม่พบต่อมน้ำลายข้างใหญ่โต (parotid gland), ไม่พบ Gynecomastia, ไม่พบ Spider navi, ไม่พบ palmar erythema คลำตับไม่ได้, liver span 10 ซม. พบแผลหน้าท้องเป็น long midline ตรวจทาง

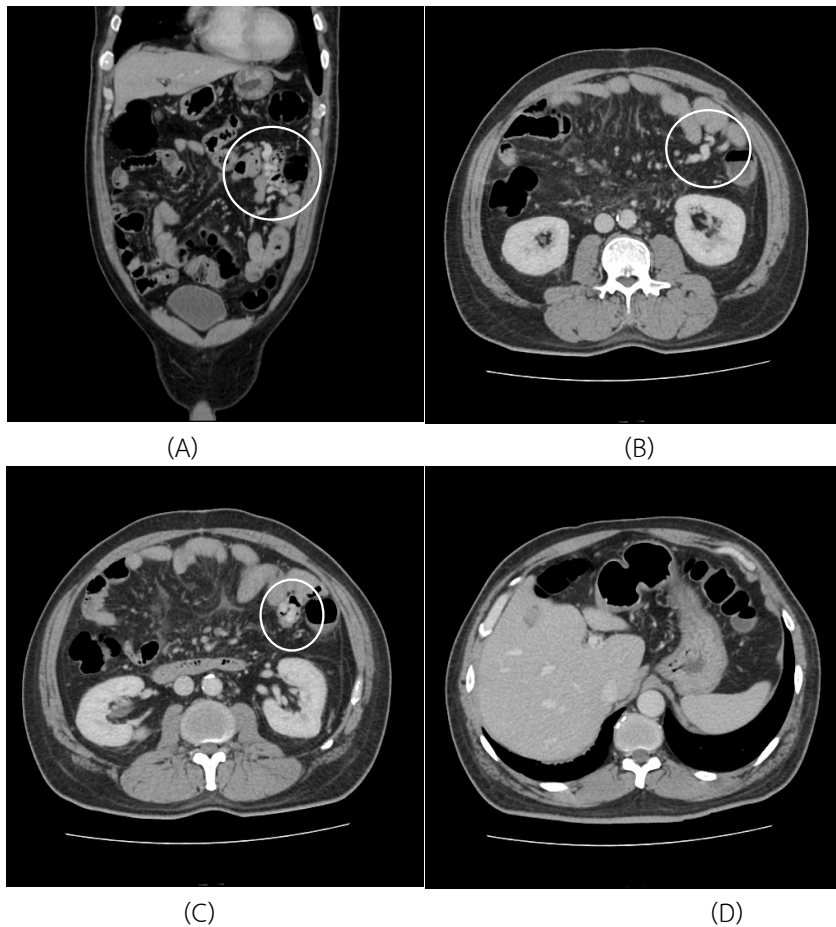
ทวารหนักพร้อม Anoscope พบเป็น Hematochezia, No mass, ไม่พบ Bleeding hemorrhoid ไม่พบ Rectal varices ได้ทำ NG lavage ไม่พบเลือด

Hematocrit แกร็บที่โรงพยาบาลต้นทางร้อยละ 19 ผลทางห้องปฏิบัติการ (หลังได้ packed red cell 10 ถุง ก่อนส่งตัวผู้ป่วยมา) Hemoglobin 9.0 g/dL, Hematocrit 27.4%, White blood cell 5480 cells/cu.mm., Neutrophil 68%, Lymphocyte 16%, Monocyte 11%, Eosinophil 5%, Platelet count 147,000 cells/cu.mm., MCH 26.8 pg (27.0-31.0), MCHC 32.8 g/dL (32.0-36.0), BUN 8 mg/dL, Creatinine 0.6 mg/dL, eGFR 116.41, Liver function test: Total bilirubin 1.53 mg/dL, Direct bilirubin 0.50 mg/dL, Indirect bilirubin 1.03, SGOT (AST) 17 U/L, SGPT (ALT) 13 U/L, Alkaline phosphatase 44 U/L, Albumin 3.52 g/dL, PT 13.2 (10-14), PTT 23.5 (23-33), INR 1.10

ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy) ไม่พบเลือด ไม่พบพยาธิสภาพ และส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนปลาย (colonoscopy) พบเป็นเลือดสีดำคล้ำ ไม่พบพยาธิสภาพ ซึ่งผู้ป่วยเคยได้รับการส่องกล้องทั้งสองชนิดนี้มาก่อนหน้านี้แล้วอีกสองครั้ง ก็ไม่พบพยาธิสภาพที่อธิบายภาวะเลือดออกในผู้ป่วยรายนี้ได้

จึงได้ส่งผู้ป่วยตรวจหาตำแหน่งเลือดออกเพิ่มเติมโดยส่งทำ GI bleeding Scan (RBC) ด้วย Tc-99m RBC 18.9 mCi, Dynamic image 0-30 นาที Static images: 1,2,3,4 และ 24 ชั่วโมง ผลตรวจไม่พบว่ามีหลักฐานของเลือดออกทางเดินอาหาร ไม่พบ Radiotracer ในตำแหน่งผิดปกตินอกอวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก

นอกจากนี้ได้ส่งผู้ป่วยทำเอกเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนช่องท้องร่วมการฉีดสารทึบรังสีในเส้นเลือด ร่วมกับใส่ผ่านทางทวารหนัก พบเป็น Abnormal dilated intramural vein ในผนังลำไส้ส่วนเจจูนัมนั้น ร่วมกับ Dilated draining anti-mesenteric jejunal vein ตับปกติไม่มีก้อน ไม่มีภาวะตับแข็ง ม้ามปกติ ไม่พบ Collateral vessels บริเวณหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ไม่พบน้ำในช่องท้อง, Patent superior mesenteric vein, Atherosclerotic changes in aorta (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 รูปเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง

(A) รูปเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง sagittal view แสดง abnormal dilated intramural vein ในผนังลำไส้ส่วนเจจูนัม ร่วมกับ dilated draining anti-mesenteric jejunal vein

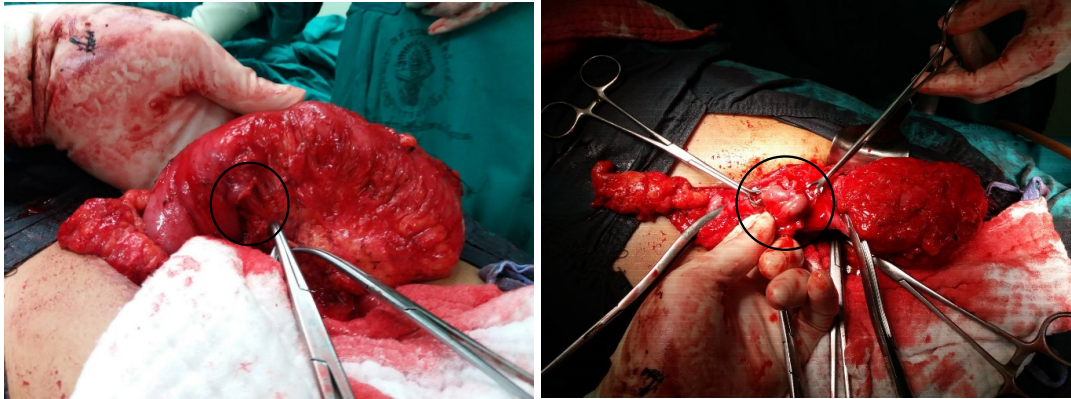
(B) รูปเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง cross section view แสดง dilated draining anti-mesenteric jejunal vein

(C) รูปเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง cross section view แสดง abnormal dilated intramural vein ในผนังลำไส้ส่วนเจจูนัม

(D) รูปเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง cross section view แสดงลักษณะตับ ม้าม และไม่พบ collateral vessels บริเวณหลอดเลือดอาหาร และกระเพาะอาหาร

เนื่องจากมีประวัติเลือดออกมามากหลายครั้ง จึงได้ปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ ตัดสินใจทำการผ่าตัด พบว่ามีพังผืดจากการผ่าตัดครั้งก่อนค่อนข้างหนาแน่นใช้เวลาผ่าตัดสี่ชั่วโมงเพื่อจะไปถึงเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณเยื่อแขวนลำไส้ส่วนเจจูนัม พบเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณผนังลำไส้ได้ชั้นเยื่อบุผิวดังกล่าว (รูปที่ 2)

นอกจากนี้ยังพบ Diverticulum ของผนังด้านตรงกันข้ามกับเส้นเลือดโป่งพอง (anti-mesenteric) ด้วย และได้ทำการตัดลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้บริเวณที่มีพยาธิสภาพยาวประมาณ 12 ซม. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้กลับบ้าน 5 วันหลังผ่าตัด ติดตามอาการ 3 เดือนไม่มีอาการถ่ายเป็นเลือดอีก



(A)

(B)

รูปที่ 2 เส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณผนังลำไส้ชั้นเยื่อ

(A) รูปภาพแสดง tortuous dilated mesenteric jejunal vein

(B) รูปภาพแสดง Luminal view ของ dilated submucosal vein

ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิลำไส้เล็กพบเป็น Ulcer and hemorrhage, diverticulum (no gastric or pancreatic tissue), Vascular dilatation and congestion- consistent with varices, No malignancy

อภิปรายผล

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารที่เกิดจากเส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมั้น พบได้น้อยมากๆ (extremely rare)³ มีรายงานสืบค้นจาก Pubmed ตั้งแต่ปี 1984 เป็น Case report จำนวน 54 รายงาน เป็นผู้ป่วยจำนวน 56 ราย อาการอาจจะรุนแรงจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และได้รับการรักษาที่เหมาะสม⁴ ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการถ่ายเหลวสีดำคล้ายยางมะตอย (melena) หรือถ่ายเป็นเลือดได้ (hematochezia)¹ ส่วนสาเหตุของการเกิดเส้นเลือดโป่งพองบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมั้นยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัด⁵ ปัจจัยที่พบร่วมได้บ่อยได้แก่ ภาวะตับแข็งภาวะความดันของระบบหลอดเลือด Portal สูงขึ้น มะเร็งตับ ภาวะตับอ่อนอักเสบ³ ภาวะหลังตัดกระเพาะอาหาร⁶ ภาวะหลังผ่าตัดตับ ตับอ่อน และท่อน้ำดีที่มีการตัดต่อท่อน้ำดี (ซึ่งมักจะเกิดขึ้นบริเวณรอยต่อ) ได้แก่ หลังผ่าตัด Pancreaticoduodenectomy (Whipple's operation)⁷ หลังผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ⁸ ภาวะหลังผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนตับอ่อน⁹ ภาวะหลังผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนตับ¹⁰⁻¹¹ เป็นต้น มีรายงานถึงลักษณะทาง

พันธุกรรมของเส้นเลือดดำโป่งพองของลำไส้เล็กที่ไม่พบภาวะความดันของระบบหลอดเลือด Portal ที่สูง¹² ภาวะพังผืดในช่องท้องจากการผ่าตัด² ภาวะ Arteriovenous fistula จากอุบัติเหตุ และ Nodular lymphoid hyperplasia¹ การตีบตันของเส้นเลือด Portal vein ทั้งที่เคยหรือไม่เคยรับการผ่าตัดมาก่อน¹³⁻¹⁵

ภาวะเส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมเป็นภาวะที่มีความยากอย่างมากทั้งในการวินิจฉัยและรักษา¹⁶ มีลักษณะทางคลินิกร่วมสามประการ (triad) ได้แก่ 1. ภาวะความดันของระบบหลอดเลือด portal ที่สูง 2. ถ่ายเป็นเลือดโดยที่ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด 3. มีประวัติการผ่าตัดทางช่องท้องมาก่อน^{4,16} มีรายงานว่า Capsule endoscopy เป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย ซึ่ง Non-invasive สำหรับผู้ป่วยที่เลือดออกทางเดินอาหารไม่มาก (obscure)¹⁶ รวมไปถึงในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง¹⁷

การรักษาตั้งแต่การผ่าตัด คือการตัดส่วนของลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมที่เกี่ยวข้องออก การทำ Transjugular intrahepatic portosystemic shunts (TIPS) และการรัดเส้นเลือดที่โป่งพองนั้น (variceal ligation)¹⁸ นอกจากนี้ยังมีรายงานการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การทำ Enteroscopic rubber band ligation⁶ Enteroscopic scleral injection¹⁹ Endovascular coil embolization)^{8-9,13} การทำ Endovascular portal vein stent ในภาวะที่เกิดจากการตีบตันของเส้นเลือด portal vein^{7,13-15} หรือ

Percutaneous paraumbilical embolization ผ่านทาง Caput medusae ในผู้ป่วยตับแข็งที่มีข้อห้ามในการผ่าตัด¹⁶ เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารที่เกิดจากเส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนุ่มอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะตับแข็ง หรือมีภาวะความดันของระบบหลอดเลือด Portal ที่สูง ปัจจัยร่วมที่พบได้เพียงอย่างเดียวคือประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง เส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนุ่มที่ไม่มีสาเหตุแน่ชัด (เหมือนในผู้ป่วยรายนี้) นั้น โอกาสที่จะเกิดขึ้นทางคลินิกพบได้น้อยมากๆ (very uncommon)⁵ และอาการที่มาคือถ่ายเป็นเลือดสดตั้งแต่ครั้งแรกนั้นก็พบได้ไม่บ่อย¹ ยิ่งไปกว่านั้นยังไม่มียารงานว่าพบ Diverticulum (ไม่ใช่ Meckel's เนื่องจากไม่พบเนื้อเยื่อของกระเพาะอาหารหรือเนื้อเยื่อตับอ่อน) ร่วมด้วยเลย

ลักษณะเลือดที่ออกในผู้ป่วยรายนี้นั้น เลือดออกมากเป็นครั้งๆ ซ้ำๆ ออกแล้วหยุดเลย อย่างที่พบว่าผล RBC scan ไม่พบ Radiotractor activity ในตำแหน่งผิดปกติในช่องท้องเลย สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยถ่ายเป็นเลือดที่การตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทั้งทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy) และลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ไม่พบพยาธิสภาพ ถ้าผู้ป่วย Stable การส่งเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเป็นอีกการตรวจวินิจฉัยที่ควรจะทำ ซึ่งอาจจะพบพยาธิสภาพอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของเลือดออกได้ เช่น Small bowel tumor (เช่น GIST), Meckel's diverticulum รวมไปถึงเส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนุ่มได้ ซึ่งควรจะต้องคิดถึงอยู่ใน Differential diagnosis แม้ว่าจะพบได้ไม่บ่อยมากก็ตาม นอกจากเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องแล้ว การตรวจวินิจฉัยอื่นที่จะช่วยพบภาวะเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณลำไส้ ได้แก่ Capsule endoscopy และ Enteroscopy

สรุป

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารที่เกิดจากเส้นเลือดดำโป่งพองเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนุ่มอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะตับแข็ง หรือมีภาวะความดันของระบบหลอดเลือด

Portal ที่สูงพบได้น้อยมากๆ สามารถพบได้จาก การส่งเอกเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง รักษาโดยการผ่าตัดลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพออกไป

เอกสารอ้างอิง

1. Yuki N, Kubo M, Noro Y, Kasahara A, Hayashi N, Fusamoto H, et al. Jejunal varices as a cause of massive gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1992;87: 514–7.
2. Kastanakis M, Anyfantakis D, Katsougris N, Bobolakis E. Massive gastrointestinal bleeding due to isolated jejunal varices in a patient without portal hypertension. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:439-41
3. Lein BC, McCombs PR. Bleeding varices of the small bowel as a complication of pancreatitis: case report and review of the literature. *World J Surg* 1992;16:1147–9.
4. Koo SM, Jeong SW, Jang JY, Lee TH, Jeon SR, Kim HG, et al. Jejunal variceal bleeding successfully treated with percutaneous coil embolization. *J Korean Med Sci* 2012; 27: 321–4.
5. Eriguchi N, Aoyagi S, Hara M, Miyazaki T, Tanaka M, Toyonaga A. Jejunal varices as a cause of massive gastrointestinal bleeding – a case report. *Kurume Med J* 1998;45 :227–30.
6. Shiratori Y, Nakamura K, Ikeya T, Takagi K, Fukuda K. Hemostasis with endoscopic band ligation for rupture of jejunal varices. *ACG Case Rep J* 2019;6(9):e00211.
7. Heiberger CJ, Mehta TI, Yim D. Jejunal varices: an unconsidered cause of recurrent gastrointestinal haemorrhage. *BMJ Case Rep* 2019;12(3): e228680.
8. Kuwahara T, Tokumitsu Y, Nakajima M, Matsukuma S, Matsui H, Shindo Y, et al. Two cases of rupture of elevated jejunal varices after operation for hilar cholangiocarcinoma. *Gan To Kagaku Ryoho* 2019;46: 324-6.
9. Rostambeigi N, Shrestha P, Dunn TB, Golzarian J, Khoshnoodi P, Rosenberg M, et al. Recurrent ectopic variceal bleed after pancreas transplantation with no portal hypertension: case report and outcomes of endovascular onyx embolization. *Vasc Endovascular Surg* 2019;53:415-9.
10. Kohli DR, Levy MF, Smallfield GB. Laparotomy-assisted endoscopic injection of jejunal varices for overt small

- bowel bleeding. ACG Case Rep J 2017;4:e79.
11. Bass LM, Kim S, Superina R, Mohammad S. Jejunal varices diagnosed by capsule endoscopy in patients with post-liver transplant portal hypertension. *Pediatr Transplant* 2017;21(1):e12818.
 12. el-Dosoky MM, Reeders JW, Dol JA, Tytgat GN. Familial intestinal varices without portal hypertension: a case report. *Eur J Radiol* 1994;18:140–1.
 13. Cornman-Homonoff J, Madoff DC. Direct percutaneous access and coil embolization for management of recurrent jejuna variceal hemorrhage in the setting of a pre-existing TIPS. *J Vasc Interv Radiol* 2018;29:1626-29.
 14. Abdalla AO, Abdallah MA, Calvo LA. Successful treatment of a case of ectopic jejunal varices with portal venous stenting. *Am J Case Rep* 2019;20:948-52.
 15. Nishihara Y, Seyama Y, Takahashi M, Matsuoka Y, Kudo H, Kanomata H, et al. Portal venous stent placement for variceal hemorrhage in the elevated jejunum caused by portal vein stenosis after pancreatoduodenectomy: a case report. *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi* 2019;116: 249-55.
 16. Lim LG, Lee YM, Tan L, Chang S, Lim SG. Percutaneous paraumbilical embolization as an unconventional and successful treatment for bleeding jejunal varices. *World J Gastroenterol* 2009;15 :3823–6.
 17. Helmy A, Al Kahtani KAl, Fadda MAI. Updates in the pathogenesis, diagnosis and management of ectopic varices. *Hepatol Int* 2008; 2: 322–34
 18. Bhagwat SS, Borwankar SS, Ramadwar RH, Naik AS, Gajaree GI. Isolated jejunal varices. *J Postgrad Med* 1995;41 : 43–4.
 19. Takashima K, Matsui S, Komeda Y, Nagai T, Toshiharu S, Kashida H, et al. Endoscopic sclerotherapy under balloon-assisted enteroscopy for hemorrhagic jejunal varices after choledocho-jejunostomy. *Endoscopy* 2020; 52(2):E41-2.