

วัณโรคลำไส้เล็กและต่อม น้ำเหลืองในช่องท้อง "ประหยัดการผ่าตัดไปได้ครึ่งหนึ่ง"

สมชาย มีแสงธรรม พ.บ.*

Abstract : Tuberculosis of Small Bowel and Mesenteric Lymph Nodes. "Save One Operation"

Meesaengtham S.

Department of Surgery, Nakornpathom Hospital, Thailand.

Reg 7 Med J 1988 ; 7 : 91-95

A 75-year-old Thai woman presented at Nakornpathom Hospital with acute abdomen. Peritonitis was diagnosed. Laparotomy revealed duodenal diverticulitis and, additionally, lesions of proximal jejunum and mesenteric lymph nodes. She recovered from surgery without complications. Histologic sections showed caseous granuloma and tuberculous bacilli. Isoniazid and ethambutol were given. She has still been followed up. The advantage of detection of tuberculosis, treatment with two-drug regimen and follow-up were discussed.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี มารักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ด้วยอาการปวดท้อง ให้การวินิจฉัยว่าเป็น peritonitis ผ่าตัดพบว่าเกิดจาก duodenal diverticulitis พร้อมทั้งยังพบพยาธิสภาพที่ลำไส้เล็กส่วนต้นและต่อมน้ำเหลืองที่ mesentery หลังผ่าตัดผู้ป่วยหายเป็นปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบ caseous granuloma และเชื้อวัณโรคที่ลำไส้เล็กและต่อมน้ำเหลือง ให้การรักษาด้วย isoniazid กับ ethambutol ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ได้พิจารณาถึงการวินิจฉัยวัณโรคลำไส้เล็กและต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องโดยบังเอิญ การรักษาด้วยยาด้านวัณโรคเพียง 2 ตัว และการติดตามผลการรักษา

บทนำ

การติดเชื้อวัณโรคในช่องท้องเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยนัก¹ เพราะโดยปกติ tuberculous bacilli เป็น strict aerobic bacteria จึงมักจะก่อโรคที่ปอด ไต และกระดูก เป็นส่วนใหญ่ ยังไม่มีรายงานถึงอุบัติการณ์ของวัณโรคในช่องท้องที่แน่ชัดในประเทศไทย ชูติมา ประมูลสินทรัพย์ และคณะ² รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2527 โดยพบร้อยละ 0.33 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด

ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดในช่องท้อง พบได้บ่อยเรียงตามลำดับ คือ

- 1) เยื่อช่องท้อง
- 2) ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่
- 3) ต่อม้ำเหลืองที่ mesentery
- 4) อวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ม้าม ตับอ่อน เป็นต้น

ผู้ป่วยวัณโรคของลำไส้และต่อม้ำเหลืองที่ mesentery โดยทั่วไปมักให้การวินิจฉัยได้ยาก อาการและอาการแสดงของโรคไม่มีลักษณะจำเพาะ มักต้องวินิจฉัยโดยการผ่าตัด exploratory laparotomy²

รายงานผู้ป่วย

หญิงหม้ายชาวไทย อายุ 75 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ๗ รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลศิริราช ด้วยอาการปวดท้อง และมีไข้ 3 วัน

ประวัติปัจจุบัน ปวดท้องทั่ว ๆ ไปและมีไข้ 3 วัน เบื่ออาหาร ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน การขับถ่ายเป็นปกติ

ประวัติอดีต สุขภาพแข็งแรงมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยสัมผัสโรควัณโรค

การตรวจร่างกาย มีไข้ dehydration ปากกลางตรวจหน้าท้อง พบเป็นลักษณะของ generalized peritoneal irritation คลำไม่พบก้อน ตรวจทางทวารหนักมีอาการเจ็บทั่ว ๆ ไป ไม่มีอุจจาระ

การตรวจทางห้องทดลอง CBC พบเม็ดเลือดขาว 14,500 ตัวต่อ ลบ.มม. โดยเป็น PMN 80% ตรวจปัสสาวะปกติ ผลการตรวจเลือดอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ได้ตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค ไม่ได้ทำ tuberculin test และ

ESR

การตรวจทางรังสี ภาพรังสีปอดพบ calcification ที่ต่อมน้ำเหลือง paratracheal ข้างขวา มี calcified granuloma ที่ปอดขวาใกล้ส่วนด้านหลัง posterior recess และมี fibropatchy infiltration เล็กน้อยที่ปอดขวาด้านบน ส่วนภาพรังสีของช่องท้องไม่พบความผิดปกติ

การวินิจฉัยเบื้องต้น Generalized peritonitis

การดำเนินของโรค ได้นำผู้ป่วยไปทำผ่าตัด exploratory laparotomy พบ inflammatory cystic mass ที่ body ของตับอ่อน ขนาด 5 ซม. ภายในเป็น purulent content ไม่มี intestinal content ตับอ่อนส่วนอื่นมีลักษณะเป็นปกติ ผัง jejunum ส่วนต้นหนาตัวเป็นหย่อม ๆ ขนาด 1-2 ซม. สีขาวนวล ต่อม้ำเหลืองที่ mesentery โตขนาด 1.5-2 ซม. หลายอัน ไม่มี caseous content อวัยวะในช่องท้องส่วนบนมี adhesions ทั่วไปอย่างหลวม ๆ ไม่มี tubercles ไม่มี ascites ได้เลาะตัด cystic mass ที่ตับอ่อนออก พบว่าไม่มีส่วนติดติดต่อกับลำไส้หรือท่อตับอ่อน และได้ biopsy ผังของ jejunum ส่วนที่ติดกับต่อมน้ำเหลืองที่ mesentery อย่างละเอียดแล้วใส่ท่อระบายไว้ใน lesser sac ผ่านออกทางผนังหน้าท้อง

หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้ยา chloramphenicol และ gentamicin ชนิดฉีด อาการดีขึ้นตามลำดับ ผลการเพาะเชื้อจาก content ใน cystic mass พบเชื้อ Klebsiella ซึ่งไวต่อยาหลายตัว เช่น chloramphenicol cotrimoxazole kanamycin และ gentamicin เป็นต้น สามารถเริ่มอาหารทางปากได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด จึงได้เปลี่ยนยาเป็น cotrimoxazole ชนิดกิน และฉีด gentamicin รวมทั้งสิ้น 5 วัน ได้อาหารท่อบายออกในวันที่ 9 หลังผ่าตัด และให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 10 หลังผ่าตัด

ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบว่า cystic mass ที่ตับอ่อน เป็น duodenal diverticulum ซึ่งมีการอักเสบเฉียบพลันเกิดขึ้น มีบางบริเวณเกิด necrosis ส่วนผังของ jejunum และต่อมน้ำเหลืองที่ mesentery พบเป็น caseous granuloma พบเชื้อ AFB และที่ mucosa ของ jejunum มี ulcer เกิดขึ้นด้วย

การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย acute duodenal diverticulitis ร่วมกับ tuberculous jejunitis และ tuber-

culous mesenteric lymphadenitis

การรักษา ได้ให้การรักษาวัณโรคด้วยยา isoniazid และ ethambutol

การติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ทุกเดือน ไม่ขาดยา 7 เดือนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มี อาการผิดปกติ ทำการตรวจ ESR ได้ผล 72 มิลลิเมตร ต่อชั่วโมง serum amylase 499 somogyi ยูนิต/100 มิลลิเมตร (ค่าปกติ 100-310) การตรวจทางรังสีของ ปอดพบว่า infiltration ที่ปอดด้านขวาบนหายไปได้ส่ง ทำ computerized tomography ของช่องท้องพบว่า ตับอ่อนปกติ ต่อม้ำเหลืองที่ mesentery มีขนาดปกติ พบ cyst เล็ก ๆ ที่ไตทั้ง 2 ข้าง จำนวนมาก อวัยวะอื่น ๆ พบว่า ปกติ

ปัจจุบันผู้ป่วยยังมาตรวจตามนัดเป็นประจำทุกเดือน ยังไม่ได้ทำ barium study

วิจารณ์

การติดเชื้อวัณโรคในช่องท้องพบได้น้อย ตาม รายงานของ Mitchell และ Bristol พบเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยวัณโรคปอด และอุบัติการณ์กำลังลดลง⁴ ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าปกติระบบทางเดินอาหารมีความต้านทาน ต่อเชื้อวัณโรค แต่ถ้าได้รับเชื้อเข้าไปจำนวนมาก เช่น เสมหะจากปอดที่เป็นวัณโรค เชื้อจะผ่านเยื่ออุ้งลำไส้บริเวณ ileocecum และก่อให้เกิดพยาธิสภาพในช่องท้องตาม ตำแหน่งที่ได้กล่าวมาแล้ว Das และ Shukla รายงานว่า พบวัณโรคของลำไส้มากกว่าของเยื่อช่องท้อง และ ส่วนใหญ่จะพบรอยโรคที่บริเวณ ileocecum⁵ แต่ระยะ หลัง ๆ มีแนวโน้มว่ารอยโรคที่บริเวณ ileocecum จะพบ น้อยลง²

อาการทางคลินิกของวัณโรคในช่องท้องขึ้นกับ ตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้อ เช่น วัณโรคของเยื่อช่องท้อง มักมี ascites และมีก้อนในท้อง^{2,6} วัณโรคของลำไส้มัก เกิดภาวะท้องร่วงเรื้อรัง² เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการ ร่วมเหมือนกัน ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนัก ลดลงและปวดท้อง ผู้ป่วยมักมีอาการ 1-3 เดือน ก่อน มารับการรักษา² การตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยใน การวินิจฉัยโรคได้น้อย^{2,7,8} CBC มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ESR สูงกว่าปกติเล็กน้อย (พบได้ 80% ของผู้ป่วย)⁸ การถ่ายภาพรังสีปอดจะพบรอยโรคที่ปอดร่วมด้วย 6-64% การถ่ายภาพรังสีของช่องท้องอาจพบ ascites และ abnormal calcification ได้⁹ การทำ tuberculin test ได้ผลบวกเพียง 50%² ซึ่งน้อยกว่ารายงานจากต่างประเทศ ซึ่งมีผลบวกเป็นส่วนใหญ่⁸ อีกทั้งในผู้ป่วย miliary tuberculosis หรือ late stage อาจให้ผลลบได้⁷ ขนาดของ reaction จะช่วยได้ถ้ามีขนาดใหญ่ การตรวจน้ำในช่องท้อง มักจะพบเป็น exudate สีเหลืองฟางพบเชื้อ AFB ได้ 26%² การวินิจฉัยทำได้โดยพบเชื้อ AFB และ/หรือ ผลทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อเป็น granuloma ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นแบบ caseating type และย้อมพบเชื้อ AFB ได้ 50%² รายงานจากต่างประเทศจะย้อมพบเชื้อ AFB ได้สูงกว่า^{7,8} และ non-caseating granuloma พบเชื้อ AFB สูงกว่า แบบ caseating⁵ การผ่าตัดเพื่อ biopsy ส่วนที่เป็นโรค ไปตรวจทำได้สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และมีผลแทรกซ้อนน้อย⁸ วัณโรคของลำไส้ส่วนใหญ่ต้องวินิจฉัยโดยอาศัยการผ่าตัด^{2,8} แต่วัณโรคของเยื่อช่องท้องสามารถ วินิจฉัยจากการทำ peritoneoscopy หรือ blind needle biopsy โดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดก็ได้^{2,6}

ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบว่ามีอาการของวัณโรคในช่องท้อง มาก่อน ที่มารักษาครั้งนี้เนื่องจากอาการ acute abdomen สำหรับภาพถ่ายรังสีปอดที่มีลักษณะของวัณโรคปอด นั้นอาจมีหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการนำก็ได้ เพราะ มีโอกาสไม่น้อยที่จะพบผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดโดยวินิจฉัย เป็นครั้งแรกจากการถ่ายภาพรังสีปอดก่อนผ่าตัด acute abdomen ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยที่จะเกิดจากวัณโรคของ ช่องท้อง ฉะนั้นการวินิจฉัยวัณโรคของช่องท้องจึงยังต้อง อาศัย index of suspicion เป็นสำคัญ การตรวจ ESR หรือ tuberculin test ไม่เหมาะสมที่จะทำในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากมีเวลาจำกัด เพราะมีข้อบ่งชี้ที่จะต้องทำการผ่าตัด ทันที ซึ่งพบว่าเป็น duodenal diverticulitis จากเชื้อ Klebsiella ผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการผ่าตัดและยาปฏิชีวนะ โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบรอยโรคที่ jejunum และต่อมน้ำเหลืองที่ mesentery โดยบังเอิญ ซึ่งได้วินิจฉัยต่อมาว่าเป็น tuberculosis (มี caseous granuloma และพบเชื้อ AFB) เข้าใจว่า duodenal diver-

titulitis นี้ไม่ใช่อาการแสดงของวัณโรคในช่องท้อง ผู้ป่วยจึงสามารถฟื้นตัวได้ดีเพราะมีรายงานผู้ป่วยวัณโรคของช่องท้องที่มีการเลวลงหลังผ่าตัด (บางรายเสียชีวิต) แต่เมื่อได้ยารักษาวัณโรคก็กลับมีอาการดีขึ้น ๆ จนหายเป็นปกติ^{10,11} ผู้ป่วยเหล่านี้มักเป็นวัณโรคระยะแพร่กระจาย (disseminated) มักมีภูมิคุ้มกันต่ำ หากวินิจฉัยไม่ได้ก็จะส่งผลต่อการรักษาเป็นอย่างมาก วัณโรคในช่องท้องส่วนใหญ่มักไม่ใช่ disseminated form จึงไม่พบรายงานว่ามีอัตราการตายเพิ่มขึ้น ขณะรอผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา^{2,3,6,7,8,9}

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยายังพบว่าที่ jejunum มีลักษณะเป็น ulcer ที่เยื่อชั้นในด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการมาก่อนจริงแสดงว่า รอยโรคที่ jejunum กำลังเริ่มจะก่อให้เกิดอาการในไม่ช้า การผ่าตัดเนื่องจาก duodenal diverticulitis ครั้งนี้จึงช่วย “ประหยัการผ่าตัดไปได้ครึ่งหนึ่ง” เพราะการที่จะวินิจฉัยวัณโรคที่ proximal jejunum ทำได้ลำบาก การตรวจร่างกายมักไม่พบสิ่งผิดปกติในช่องท้อง ถึงแม้จะทำ barium study ก็จะไม่แยกออกจาก lymphoma หรือ malignancy อื่น ๆ ได้ยาก มักต้องวินิจฉัยโดยการผ่าตัดเปิดช่องท้องเท่านั้น² ผู้ป่วยรายนี้จึงไม่ต้องทนทรมานจากอาการที่อาจเกิดขึ้นก่อนที่จะวินิจฉัยโรคได้ และพ้นจากความเสี่ยงของการผ่าตัดครั้งที่สอง

การรักษาวัณโรคของช่องท้อง รายงานส่วนใหญ่แนะนำให้เริ่มด้วยยา 3 ตัว เช่น INH + ethambutol + streptomycin หรือ INH + PAS + streptomycin หรือ INH + ethambutol + rifampicin เป็นเวลา 2-3 เดือน ตามด้วยการให้ยา 2 ตัวเดิม เช่น INH + ethambutol หรือ rifampicin อีกเป็นเวลาอย่างน้อย 10 เดือน หรือจนไม่พบ evidence of reactivation ส่วนใหญ่ให้ยาอย่างน้อย $1\frac{1}{2}$ -2 ปี^{2,8} อาการต่าง ๆ จะดีขึ้นใน 2 สัปดาห์ ไข้ในรายที่เป็นวัณโรคของลำไส้จะอยู่นานกว่าพวกที่เป็นวัณโรคของเยื่อช่องท้อง ascites และก้อนในท้องจะหายไปในระยะเวลา 2-4 เดือน อนึ่ง การรักษาแบบระยะสั้นนั้นยังไม่มีการศึกษาเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีอาการและพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ แตกต่างกันไป จึงนำมาเปรียบเทียบกันไม่ได้²

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้ให้การรักษาโดยเริ่มให้ยา 2 ตัว (INH + ethambutol) เพราะเข้าใจว่าพยาธิสภาพยังไม่ลุกลามจนทำให้เกิดอาการ จำนวนเชื้อน่าจะน้อย การเริ่มรักษาด้วยยา 2 ตัวน่าจะเพียงพอในการทำลายเชื้อที่มีอยู่ได้ ส่วนการติดตามผลการรักษานั้นต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการถ่ายภาพรังสีปอดเป็นหลัก เพราะผู้ป่วยไม่เคยมีอาการมาก่อน ซึ่งพบว่า 7 เดือนหลังการรักษา ESR และ serum amylase มีค่าสูงกว่าปกติเล็กน้อยโดยหาสาเหตุอื่นไม่พบ ภาพถ่ายรังสีปอดมีลักษณะดีขึ้น computerized tomography ของช่องท้องพบว่าต่อมน้ำเหลืองที่ mesentery มีขนาดปกติ ซึ่งอาจยังมีการอักเสบอยู่ใน jejunum mesentery และรอบ ๆ ตับอ่อนที่ทำให้ค่า ESR และ amylase ยังสูงกว่าค่าปกติก็ได้ barium study อาจช่วยบอกการดำเนินของโรคบริเวณ jejunum ได้ (ขณะนี้กำลังติดตามผู้ป่วยอยู่) ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นจริงการให้ยาเพียง 2 ตัวอาจเป็นการรักษาที่ไม่เพียงพอก็ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Harrison's textbook of medicine. 9 th edition. Tokyo : McGraw-Hill, 1980.
2. ชูติมา ประมุขสินทรัพย์, สุชา ฤทธอง, ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล. วัณโรคในช่องท้อง: รายงานผู้ป่วย 37 ราย. รามาธิบดีเวชสาร 2527 ; 4 : 249-262.
3. วิกิจ วีรานูวัตต์. Intraabdominal tuberculosis. จพสท 2505 ; 45 : 4-21.
4. Mitchell RS, Bristol LT. Intestinal tuberculosis : An analysis of 346 cases diagnosed by routine intestinal radiography on 5,529 admission for pulmonary tuberculosis 1924-49. Am J Med Sci 1954 ; 227 : 241-9.
5. Das P, Shukla HS. Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis. Br J Surg 1976 ; 63 : 941-6.
6. สุนทร ไทยสมักร. วัณโรคของเยื่อช่องท้อง. วารสารกรมการแพทย์ 1984 ; 9 : 665-668.
7. Shukla HS, Hughes LE. Abdominal tuberculosis in the 1970'S : A continuing problem. Br J Surg 1978 ; 65 : 403-405.

8. Khoury GA, Payne CR, Harvey DR. Tuberculosis of the peritoneal cavity. Br J Surg 1978 ; 65 : 808-811.
9. บุญ วณาสิน, อุกฤษต์ เปล่งวานิช, วิกิจ วีรานูวัตติ์. วัณโรคระบบทางเดินอาหาร. สารศิริราช 2521 ; 30 : 1757-69.
10. Miguel F, Beltran J, Sabas JA. Tuberculous pancreatic abscess. Br J Surg 1985 ; 72 : 438.
11. Rushing JL, Hanna CJ, Selecky PA. Pancreatitis as the presenting manifestation of miliary tuberculosis. West J Med 1987 ; 129 : 432-6.



**When abnormal lipid levels
raise the risk**

NEW  300-mg capsules

Lopid[®]
(gemfibrozil)

**The lipid regulator with the HDL advantage
to reduce the risk**

Warner-Lambert (Thailand) Ltd.
415 Sukhumvit Road, Soi Mitr-Udom 2,
Samrong Nua, Samutprakarn.
Tel. 3932286

พาร์ค-เดวิส

PARKE-DAVIS

พาร์ค-เดวิส

Distributor in Thailand
DIETHELM & CO LTD
280 New Road, Bangkok.
Tel. 2211121-5, 2216161-4