

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมนุษย์ Borderline Tuberculoid Leprosy in 40-Year-Old Male

ศุภิสรา วงศ์ดามา พ.บ.,
วลัยรัตน์ สิทธิกรสวัสดิ์ พ.บ.,
ว.ว. ตจวิทยา
ภาควิชาอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร

Supisara Wongdama M.D.,
Walairat Sitthikornsawat M.D.,
Thai Board of Dermatology
Department of Medicine
Samutsakhon Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมนุษย์ borderline tuberculoid (BT) leprosy ผู้ป่วยชายพม่าอายุ 40 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการผื่นชาบริเวณใบหูข้างซ้ายและหลังเป็นเวลา 1 เดือน ตรวจร่างกายแรกได้รับรู้สีกตัวตี ตรวจผิวหนังพบ asymmetrical, multiple, discrete, well-defined, irregular, and hypopigmented patches และ infiltrated plaques on the left earlobe, left side of the face anterior to the left ear and right side of the back ร่วมกับการตรวจพบการรับรู้สีกลดลงบริเวณผื่นทั้งสามจุด รวมถึงบริเวณผิวหนังที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า (facial nerve) และคอ (great auricular nerve) ซีกซ้ายอีกด้วย

ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจทางจุลชีววิทยาด้วยวิธีกรีดผิวหนัง (slit skin smear) ไม่พบเชื้อโรคเรื้อน และตรวจเพิ่มเติมด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยาจากผิวหนังบริเวณรอยโรค (skin biopsy) ผลเป็น BT leprosy จากประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็น BT leprosy และได้รับการรักษาด้วยยา rifampicin 600 mg ต่อเดือนและ dapsone 100 mg ต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือน ติดตามอาการหลังได้ยาครบ 6 เดือนพบว่า ผื่นจางลงและอาการชาลดลง หลังจากนั้นนัดตรวจติดตามทุก 6 เดือน ต่ออีกเป็นเวลา 3 ปี

โรคเรื้อนปัจจุบันพบได้น้อยลง ข้อมูลล่าสุดจากกรมควบคุมโรคเรื้อนในปีพ.ศ. 2561 พบอัตราความชุกของโรคเรื้อนในประเทศไทยเพียง 0.05 รายต่อประชากร 10,000 คน การวินิจฉัยโรคเรื้อนจำเป็นต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกายทางผิวหนังและระบบประสาทอย่างละเอียด เนื่องจากหากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยล่าช้าอาจก่อให้เกิดความพิการอย่างถาวร และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคเรื้อนประเภทเชื้อมนุษย์ การตรวจทางจุลชีววิทยาด้วยวิธีกรีดผิวหนัง การตรวจทางพยาธิวิทยาจากผิวหนังบริเวณรอยโรค

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(1) : 139-144.

Abstract

A 40-year-old Myanmar male presented with anesthetic hypopigmented lesions around the area of the left ear and at the back for 1 month. On physical examination, the consciousness was good. Skin examination revealed asymmetrical, multiple, discrete, well-defined, irregular, and hypopigmented patches and infiltrated plaques on the left earlobe, left side of the face anterior to the left ear and right side of the back. His neurologic examination disclosed decreased sensation on the skin lesions including the areas of the skin which are supplied by a left facial and great auricular nerves.

Slit skin smear was taken by the dermatologist in the laboratory room. The result showed no acid fast bacilli found. Then the patient was performed a skin biopsy to confirm the diagnosis. The result was borderline tuberculoid (BT) leprosy. Thus the patient was diagnosed with BT leprosy. He was treated with oral rifampicin 600 mg per month and dapsone 100 mg per day for six months. At the six months follow up, the patient's skin lesions became darker and the numbness was lessen. We then followed the patient up every six months for three years.

Nowadays, the incidence of leprosy is low. Based on the latest data from the Ministry of Public Health in 2018, a prevalence rate of leprosy in Thailand was 0.05 case per 10,000 persons. To diagnose leprosy, the doctors need to take a history from the patients carefully. The skin and neurologic examination are also important. Leprosy can cause permanent damage and results in disability because of a misdiagnosis or a delay in the diagnosis, which adversely affects the patient's quality of life

Keywords : borderline tuberculoid leprosy, slit skin smear, skin biopsy

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(1) : 139-144

บทนำ

โรคเรื้อน (leprosy) เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ก่อให้เกิดอาการของโรคที่ผิวหนังและเส้นประสาท ส่วนปลายเป็นหลักการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ หากไม่รักษาเส้นประสาทอาจถูกทำลายถาวรก่อให้เกิดความพิการที่ตา มือและเท้าได้ในประเทศไทยพื้นที่ที่พบโรคเรื้อนมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองมาเป็นภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับปัจจุบันพบได้น้อยลงโดยในปี พ.ศ. 2561 พบอัตราความชุกของโรคเรื้อนในประเทศไทยเพียง 0.05 รายต่อประชากร

10,000 คน¹ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้²

สาเหตุของโรคเรื้อนเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* ซึ่งอาศัยอยู่ในตัวคนหรือสัตว์บางชนิด เช่น ตัวนิ่มงูเหลือม และลิงชิมแปนซี ติดต่อทางสารคัดหลั่งจากจมูกและปากของผู้ที่มีเชื้อ พบได้น้อยมากที่จะติดต่อการสัมผัสทางผิวหนัง ผู้ติดเชื้อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีเชื้อเป็นระยะเวลานานจึงจะได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ระยะฟักตัวประมาณ 3-5 ปี เชื้อแบคทีเรียจะเข้าไปก่อโรคที่

เส้นประสาท ผิวหนัง เยื่อเมือกบุผิว กระดูก และอวัยวะภายใน เช่น ตับ อัณฑะ เป็นต้น ผู้ที่ได้รับเชื้อเข้าไปหากภูมิคุ้มกันต้านทานปกติจะสามารถทำลายเชื้อและไม่แสดงอาการของโรค แต่หากภูมิคุ้มกันต้านทานผิดปกติ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 3 ของผู้ที่ได้รับเชื้อ เชื้อจะแบ่งตัวและมีอาการแสดงของโรคเรื้อนตามมา²

อาการที่แสดงทางผิวหนัง พบได้ตั้งแต่ต่างขาต ผื่นวงแดงราบ ผื่นวงแหวนและผื่นนูนแดง มักพบอาการชาภายในผื่นร่วมด้วย หรืออาจมาด้วยตุ่มและผื่นนูนแดงกระจายตามส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ร่วมกับพบอาการเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต ผิวหนังแห้งเหี่ยวไม่ออก อาจตรวจพบเส้นประสาทโตกดเจ็บร่วมด้วยได้²

อาการแสดงสำคัญ (cardinal signs)

อาการแสดง	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
1. รอยโรคที่ผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน	4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทึบกรด (acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)
2. อาการชา ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	
2.1 ชาที่รอยโรคผิวหนัง	
2.2 ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน	
3. เส้นประสาทโต	
วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนจาก: พบอาการแสดง ≥ 2 ข้อจาก 3 ข้อแรก หรือ พบข้อ 4 เพียงข้อเดียว	

ดัดแปลงจาก คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อหน้า 12

ในทางปฏิบัติจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท โดยใช้ลักษณะอาการทางคลินิก เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาต่อไป ดังแสดงในตาราง

อาการแสดง/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	โรคเรื้อนประเภทเชือน้อย (paucibacillary leprosy)	โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy)
1. รอยโรคที่ผิวหนัง		
1.1 จำนวน	1-5 รอยโรค	มากกว่า 5 รอยโรค
1.2 ตำแหน่ง	ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย	ทั้งสองข้างของร่างกาย
2. การตรวจเชื้อรูปแท่งติดสีทึบกรด (acid fast bacilli)	ไม่พบ	พบ

การตรวจค้นเพิ่มเติม (investigation) ได้แก่ การตรวจทางจุลชีววิทยาด้วยวิธีกรีดผิวหนัง (slit skin smear) ต้องทำในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อนทุกราย เพื่อช่วยในการวินิจฉัย แบ่งประเภท และวางแผนการ

รักษาต่อไป นอกจากนี้ยังมีวิธีอื่นๆ เช่น การตรวจทางพยาธิวิทยาจากผิวหนังบริเวณรอยโรค (skin biopsy) ซึ่งจะทำในรายที่อาการแสดงไม่ชัดเจนเท่านั้น

การรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคและไม่เกิดความพิการ รวมถึงตัดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชน องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ยาผสมระยะสั้น (multidrug regimens) ในการรักษา เพราะปลอดภัย ประสิทธิภาพสูงและกินได้ง่าย จำแนกการรักษาตามประเภทของโรคเรื้อนคือ ประเภทเชื้อมน่อยรักษาโดยใช้ยา rifampicin และ dapsone กินนาน 6 เดือน จากนั้นตรวจติดตามต่อเป็นเวลา 3 ปี สำหรับประเภทเชื้อมากรักษาโดยใช้ยา rifampicin, dapsone และ clofazimine กินนาน 2 ปี จากนั้นตรวจติดตามต่อเป็นเวลา 5 ปี⁴

ยาผสมระยะสั้น (multidrug regimens) มีประสิทธิภาพสูงมาก หลังจากผู้ป่วยกินไปเพียงครั้งเดียวจะไม่สามารถแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่นได้อีก³ อย่างไรก็ตามหลังการรักษาอาจพบโรคกำเริบได้เรียกว่าโรคเห่อ (leprosy) ผู้ป่วยอาจมาด้วยผื่นเดิมบวมแดงขึ้นหรือเกิดผื่นใหม่ เส้นประสาทกลับมาโตหรือปวดมากขึ้น มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาตซึ่งต้องแยกจากการกลับเป็นโรคใหม่ (relapse) ควรรับมาพบแพทย์ทันทีเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาต่อไป

โรคเรื้อนเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยล่าช้าอาจก่อให้เกิดความเสียหายอย่างถาวรต่ออวัยวะต่างๆ นำมาสู่ความพิการ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นหากพบผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อนจึงควรตรวจร่างกายทางผิวหนังและระบบประสาทอย่างละเอียด

รายงานผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วย

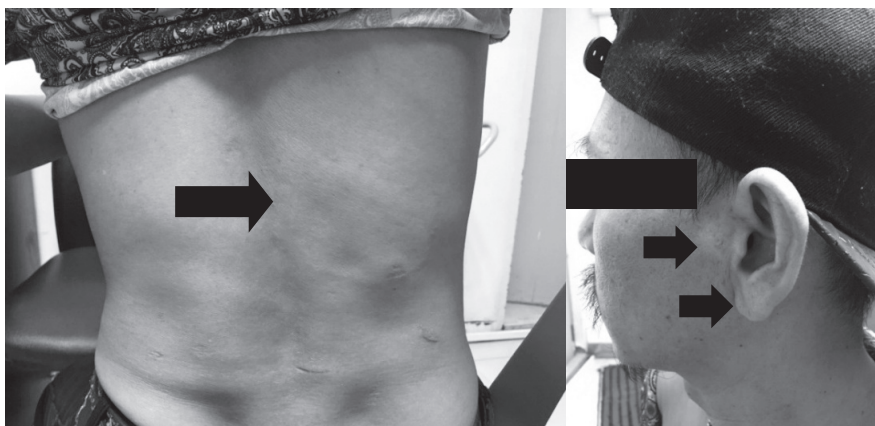
ผู้ป่วยชายพม่าอายุ 40 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการผื่นชาบริเวณใบหูข้างซ้ายและหลังเป็นเวลา 1 เดือน

1 ปีก่อน มีผื่นวงต่างขาขึ้นบริเวณตึ่งหูข้างซ้าย ใบหน้าต่อหูซ้ายและหลังด้านขวา ร่วมกับชาบริเวณผื่นคันเป็นบางครั้ง ไม่ได้สังเกตว่ามีผิวหนังแห้งหรือเหื่อไม่ออก ไม่มีผื่นขึ้นบริเวณอื่นอีก

1 เดือนก่อน ผื่นวงต่างขาบริเวณตึ่งหูข้างซ้าย ใบหน้าต่อหูซ้ายและหลังด้านขวาขนาดใหญ่ขึ้น ร่วมกับชาบริเวณผื่นมากขึ้น ไม่มีผื่นขึ้นบริเวณอื่นอีก จึงมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว

การตรวจร่างกาย

ลักษณะทั่วไป รู้สึกตัวดี ไม่มีซีด ไม่เหลือง พบผื่นลักษณะ asymmetrical, multiple, discrete, well-defined, irregular, and hypopigmented patches และ infiltrated plaques on the left earlobe, left side of the face anterior to the left ear and right side of the back (รูปที่ 1) การตรวจการรับรู้ความรู้สึก พบการรับรู้สัมผัสและการรับรู้สึกร่วมเจ็บปวดลดลงบริเวณผื่นทั้งสามจุด รวมถึงบริเวณผิวหนังที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า (facial nerve) และคอ (great auricular nerve) ชักซ้ายอีกด้วย การตรวจทางระบบประสาทอื่นปกติ ไม่พบเส้นประสาทโต



รูปที่ 1 Asymmetrical, multiple, discrete, well-defined, irregular, hypopigmented patches and infiltrated plaques on the left earlobe, left side of the face anterior to the left ear and right side of the back

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: Hb 14.3 g/dL, hct 43.5%, MCV 81.5 fL, WBC 8,500/mm³, neutrophil 52.1%, lymphocyte 37.0%, platelet 292,000/mm³, RBC-normochromic, normocytic

ผลการศึกษา

การตรวจเชื้อโรคเรื้อนด้วยวิธีกีดผิวหนัง (slit skin smear) และย้อมด้วย Ziehl-Neelsen ที่บริเวณ 3 ตำแหน่ง คือติ่งหูสองข้างและผื่นบริเวณหลังไม่พบเชื้อโรคเรื้อน และตรวจเพิ่มเติมด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยาจากผิวหนังบริเวณรอยโรค (skin biopsy) ผลเป็น borderline tuberculoid (BT) leprosy ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rifampicin 600 mg ต่อเดือนและ dapsone 100 mg ต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือน ติดตามอาการหลังได้ยาครบ 6 เดือนพบว่า ผื่นจางลงและอาการชาลดลง หลังจากนั้นตรวจติดตามทุก 6 เดือนต่ออีกเป็นเวลา 3 ปี

วิจารณ์

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ปัจจุบันพบได้น้อยลงเนื่องจากยามีประสิทธิภาพทำลายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงเชื้อโรคเรื้อนมีฤทธิ์ในการก่อโรค (pathogenicity) ต่ำ ผู้ที่ได้รับเชื้อมาเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะแสดงอาการของโรคเรื้อน โดยองค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนไว้ที่อัตราความชุกต่ำกว่า 1 รายต่อประชากร 10,000 คน

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยมาด้วยผื่นจะต้องซักประวัติ ตรวจร่างกายทางผิวหนังร่วมกับการตรวจร่างกายทางระบบอื่นๆที่สงสัยเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค จะคิดถึงโรคเรื้อนในผู้ป่วยที่มาด้วยผื่นลักษณะวงขาวหรือผื่นนูนแดงร่วมกับมีอาการชา ผื่นหนังแห้งเหี่ยวไม่ออก ขนร่วง เส้นประสาทโตกดเจ็บ หรือ

อาจมาด้วยตุ่มนูนแดงจำนวนมากกระจายทั่วร่างกาย โดยจำแนกโรคเรื้อนเป็น 2 ประเภทตามลักษณะทางคลินิก จุลพยาธิ และจำนวนเชื้อได้แก่ โรคเรื้อนประเภทเชือน้อย (paucibacillary leprosy) คือ indeterminate (I), tuberculoid (TT), borderline tuberculoid (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อและมีรอยโรค 1-5 ตำแหน่ง และโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy) คือ borderline tuberculoid (BT) ที่ตรวจพบเชื้อหรือมีรอยโรคมามากกว่า 5 ตำแหน่ง, borderline borderline (BB), borderline lepromatous (BL) และ lepromatous (LL)

ในรายงานผู้ป่วยนี้จะเน้นที่โรคเรื้อนชนิด borderline tuberculoid (BT) ซึ่งรอยโรคอาจมีลักษณะเป็นวงขาวหรือผื่นนูนแดง (erythematous plaques) โดยมักจะเป็นผื่นนูนแดง ขอบเขตไม่เรียบ (irregular) หรือเป็น satellite lesions อาจอยู่ข้างเดียวหรือสองข้างของร่างกาย ผื่นอาจมีขนาดใหญ่มากกว่า 10 ซม. จำนวนไม่แน่นอนแต่อยู่ใกล้เคียงกัน ผล slit skin smear (SSS) ผู้ป่วยครั้งหนึ่งมีผลเป็นลบ อีกครั้งหนึ่งเป็นบวกต่ำๆ 1+, 2+⁵ โดยการจำแนกประเภทของโรคเรื้อนมีความสำคัญเนื่องจากส่งผลต่อแผนการรักษาต่อไป

ผู้ป่วยรายนี้ให้ประวัติมาด้วย ผื่นขาบริเวณใบหู ข้างซ้ายและบริเวณหลังมาเป็นเวลา 1 เดือน ตรวจร่างกายพบ asymmetrical, multiple, discrete, well-defined, irregular and hypopigmented patches และ infiltrated plaques on the left earlobe, left side of the face anterior to the left ear and right side of the back ร่วมกับการตรวจพบการรับรู้สึกลดลงบริเวณผื่นทั้งสามจุด รวมถึงบริเวณผิวหนังที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า (facial nerve) และคอ (great auricular nerve) ซีกซ้ายอีกด้วยดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BT leprosy เนื่องจากลักษณะผื่นเข้าได้กับโรคเรื้อนระยะนี้ดังที่กล่าวมาเบื้องต้น คือเป็นวงขาวขอบเขต irregular ผื่นมีการกระจาย

อยู่สองข้างของร่างกายโดยจัดเป็นโรคเรื้อนประเภท
เชื้อน้อย เนื่องจากเป็น BT leprosy ที่จำนวน
วงผื่นที่พบไม่เกิน 5 ตำแหน่งร่วมกับผลการตรวจ
เชื้อโรคเรื้อนด้วยวิธีกรีดผิวหนัง (slit skin smear) และ
ย้อมสีเป็นลบโดยมีการตรวจทางพยาธิวิทยาจากผิวหนัง
บริเวณรอยโรคช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคนี้ ผู้ป่วยได้รับการ
รักษาด้วยยากินเป็นเวลา 6 เดือน ผื่นจางลงและ
อาการชาลดลง

สรุป

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถรักษา
ให้หายขาดได้ แต่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง
โดยอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด
เพื่อนำมาสู่การรักษา ป้องกันความพิการที่อาจเกิด
ตามมาหากวินิจฉัยล่าช้า และกำจัดเชื้อโรคเรื้อนให้หมด
ไปอย่างถาวร

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มควบคุมโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย.
สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561
[อินเทอร์เน็ต]. 2018 [cited 2019 July 21].
Available from: http://thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/documents/leprosy/Leprosy_61.pdf
2. กฤษฎา มโหทาน, เสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่, ฉลวย
เสรีกิจ, และคณะ. คู่มือการวินิจฉัยและรักษา
โรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2544.
3. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L,
Mycobacterial infections. In: Callen JP,
Cowen EW, Hruza GJ, et al, editors.
Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2018: 1296-
303.
4. World Health Organization (WHO). WHO
Model Prescribing Information Drugs used
in Leprosy [internet]. 1998 [cited 2019 July
21]. Available from: <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2988e/h2988e.pdf>
5. โกวิท คัมภีรภาพ. โรคเรื้อน (Leprosy Update).
Journal Institute of Dermatology Alumni
Association [internet]. 2010 [cited 2019
Dec 18]. Available from: http://inderm.go.th/news/journal/myfile/106655029bbb0edf1f_Page35-50.pdf